

厚生労働行政推進調査事業費補助金

(障害者政策総合研究事業(精神障害分野))

精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究

平成 30 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 山之内 芳雄

令和元 (2019) 年 5 月

目次

I	総括／分担研究報告	
	精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究-----	1
	山之内 芳雄	
II	分担研究報告	
	1. データベース・データツールの作成	
	山之内 芳雄-----	20
	2. 医療計画のモニタリングに資する指標の検討	
	竹島 正-----	24
	3. 病院の構造改革に関する好事例モデルとそのプロセスの検討	
	来住 由樹-----	103
	4. 身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制	
	宮岡 等-----	110
	5. 精神科医療における医療安全	
	橋本 喜次郎-----	119
	6. 精神科病床における行動制限に関する検討	
	山之内 芳雄-----	125
	7. 重度かつ慢性の精神障害者の医療提供体制	
	安西 信雄-----	144
	8. 精神保健医療に関する制度の国際比較	
	藤井 千代-----	154
	9. 精神保健指定医研修・審査のあり方	
	山之内 芳雄-----	170
III	研究成果の刊行に関する一覧表-----	178

平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費（障害者政策総合研究事業）
「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」
総括研究報告書

研究代表者 山之内 芳雄（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）
研究分担者 竹島 正（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）
来住 由樹（岡山県精神医療センター）
宮岡 等（北里大学医学部 北里大学東病院）
橋本 喜次郎（肥前精神医療センター）
安西 信雄（帝京平成大学大学院臨床心理学研究科）
藤井 千代（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

研究要旨：

昨年度に引き続き、レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）や 630 調査等をあわせた総合的な精神科医療実態把握のためのデータセットの作成と地域医療計画の進捗管理に資するツール作成を行い、「平成 29 年度精神保健福祉資料」として公表した。また、これら推計やプロセスの中身となる施策推進等で生じた新たな諸課題に対しては、課題ごとの分担研究班において従来の取組みや調査等のレビューを通じ下記を実施した。

○ 平成 27,28 年度の NDB データ、29 年度 630 調査の一部等に基づいた診療実績データを平成 30 年 4 月に公表した(<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaaku/data/>)。公表されたデータはダウンロード可能なエクセルシートであり、医療計画における疾患等 15 領域ごと、全国・都道府県ごと・二次医療圏ごと、入院・外来ごとの医療機関数・年間受診患者実数を算出した。また、全国・都道府県ごと・二次医療圏ごとの、前年度 3 月入院者のその後 1 年間の退院率、前年度 3 月退院者のその後 1 年間の再入院率（在院 1 年未満・在院 1 年以上）を算出しグラフ表示した。また、同時期に平成 28 年までの 630 調査と同様の集計様式について公表した。

引き続き、平成 31 年 1 月には、平成 29 年 630 調査の集計値を用いて、入院患者の 31 種類の組み合わせ集計と、訪問看護に関する集計を公表できた。また集計データの一部は、平成 30 年度「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」において構築した ReMHRAD（地域精神保健医療福祉資源分析データベース）に提供した。

平成 30 年 630 調査の粗集計データと平成 29 年度の NDB データを借り受け、集計作業を行ったが、本年度の公表には至らなかった。

またこれら公表された集計データの活用について、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所で 3 回、厚生労働省「平成 30 年度精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業」において 3 回の計 6 回、自治体職員等に研修を行った。

○ 医療計画見直しに向けて、効果的かつ実践可能な指標案を検討すべく、神奈川県・滋賀県・大阪府・鹿児島県の 4 府県において、行政と精神医療の組織トップ層等の参加による研究会を開催した。医療計画の策定には、日常的な協議の場を持つこと、それに利用可能な資料類を整備することが何より大切であり、精神医療、一般医療、介護保険、障害保健福祉、行政、研究者等による協議の場の普及が望まれる。また、第 7 次医療計画における精神疾患の記載について全都道府県の記載を取りまとめ、第 6 次医療計画との差異について検討したところ、大半の都道府県でこの 2 つの計画の記述内容の変化が認められなかった。

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する取り組みを行う精神科病院について、好事例になるべくプロセス要素について調査しとりまとめた。
- 精神病床における身体合併症患者に対する医療提供体制構築において、自治体・精神科病院が取り組むために参照できるツールについて、自治体が活用しやすいような類型化を行い、プロセスを明確化した。
- 「精神科病棟における安心安全な医療を提供するための研修」を1日研修形式で開催した。さらに一般科の暴力等実態において CVPPP の理論や技術を活かし一般科向け研修を開発し、実践した。
- 隔離拘束の実態調査に関して昨年度中断となり、平成30年10月に調査を中止した。その際課題となった、客観的かつ記憶に頼らない事実に基づいた形での調査様式の検討を引き続き行い、新たな調査票案について最低限のものを作成したものの、調査実施には至らなかった。
- 「平成30年度重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究-関連研究班の統括・調整研究」班にて、重度かつ慢性であろう患者が地域定着でき、また重度な患者が慢性に至らないような入院治療方策について実践ガイドを作成するにあたり、昨年提供した好事例病院を選択するための基準について公表データから集計解析結果について情報提供を行った。また、実践ガイドの作成過程について、国立病院機構・全国自治体病院協議会・日本精神科病院協会に説明・修正・合意を本研究班の場で得た。
- 精神医療における身体的拘束に関する G7 諸国における制度比較を行った。
- 新しい精神保健指定医の資格審査のあり方について検討し、ケースレポートの様式・文字数・評価基準等の見直しについて提言をとりまとめた。また研修会受託団体が参照できるよう、告示に基づいた教授科目について、研修シラバスとキースライドを作成した。

アドバイザー	井川 大輔	堺市こころの健康センター
上ノ山一寛	医療法人 南彦根クリニック	生野 弘道 弘道会
大江 浩	新川厚生センター	池田俊一郎 関西医科大学精神神経科
竹島 正	川崎市精神保健福祉センター	石神 弘基 岡山県精神科医療センター
中込 和幸	国立精神・神経医療研究センター	石田 展弥 琵琶湖病院
中島 豊爾	岡山県精神科医療センター	市川 朝洋 日本医師会
平賀 正司	東京都福祉保健局 精神保健福祉センター	市村 春嘉 日本 IBM 株式会社
森 隆夫	医療法人愛精会あいせい紀年病院	伊東千絵子 奈良県精神保健福祉センター
村上 優	独立行政法人 国立病院機構 榊原病院	稲垣 真澄 国立精神・神経医療研究センター
		今雪 宏崇 北里大学医学部/北里大学東病院
		岩井 一正 神奈川県立精神医療センター
		岩田 和彦 地方独立行政法人 大阪精神医療センター
研究協力者		
青木 裕見	聖路加国際大学大学院精神看護学	上島 雅彦 一般財団法人竹田健康財団竹田総合病院
浅田留美子	大阪府健康医療部地域保健課	
阿部 未怜	日本 IBM 株式会社	臼杵 理人 国立精神・神経医療研究センター
尼子友香理	日本 IBM 株式会社	臼田謙太郎 国立精神・神経医療研究センター
荒木 勇雄	滋賀県南部健康福祉事務所草津保健所	宇田 英典 鹿児島県伊集院保健所
新垣 元	新垣病院	江澤 和彦 日本医師会
安藤 哲也	国立精神・神経医療研究センター	江原 良貴 財団法人江原積善会 積善病院
		大井 健 滋賀県立精神医療センター

大石 智	北里大学医学部精神科学	高橋 美久	株式会社 MARS・当事者
大久保圭策	大久保クリニック	高橋 邦彦	名古屋大学大学院医学系研究科
大迫 充江	肥前精神医療センター	竹内 知夫	愛光病院
大塚 俊弘	川崎市こども未来局児童家庭支援・虐待対策室/川崎市精神保健福祉センター	武田龍太郎	武田病院
大鶴 卓	国立病院機構琉球病院	竹中 秀彦	京ヶ峰岡田病院
大野 美子	愛知県健康福祉部障害福祉課	竹之内 薫	鹿児島県精神保健福祉センター
小澤 一世	日本 IBM 株式会社	立森 久照	国立精神・神経医療研究センター
籠本 孝雄	大阪精神医療センター	田巻 龍生	医療法人緑光会 東松山病院
加藤 温	国立国際医療センター精神科	檜林理一郎	湖南クリニック
萱間 真美	聖路加国際大学大学院精神看護学	月江ゆかり	国立精神・神経医療研究センター
河崎 建人	水間病院	辻井 誠人	桃山学院大学社会学部社会福祉学科
神庭 重信	九州大学精神科	辻本 哲士	全国精神保健福祉センター長会
木村 大	医療法人学会 木村病院	角田 秋	聖路加国際大学大学院精神看護学
桐原 尚之	全国「精神病」者集団・運営委員・当事者	長尾真理子	埼玉県立精神医療センター
窪田 幸久	日本精神科診療所協会理事 中央公園クリニック	中島 公博	五稜会病院
栗山 健一	滋賀医科大学精神医学講座	永田 雅子	医療法人慈和会 大口病院
柑本 美和	東海大学法学部	長野 敏宏	公益財団法人正光会御荘診療所
高妻 美樹	聖路加国際大学大学院精神看護学	名雪 和美	地方独立行政法人国保旭中央病院
古茶 大樹	聖マリアンナ医科大学神経精神科	西 大輔	東京大学大学院医学系研究科
小林 和人	医療法人山容会 山容病院	西園マーハ文	白梅学園大学
小原 圭司	島根県立心と体の相談センター	西谷 博則	国立病院機構 榊原病院
五明佐也香	獨協医科大学埼玉医療センター	二宮 貴至	全国精神保健福祉センター長会
斎藤 庸男	さいとうクリニック&デイケア	野木 渡	浜寺病院
齊藤万比古	愛育病院	野田 龍也	奈良県立医科大学公衆衛生学講座
笹井 康典	大阪府こころの健康総合センター	橋本喜次郎	肥前精神医療センター
佐野 亘	地方独立行政法人岡山県精神科医療センター	橋本 壘	国立精神・神経医療研究センター
澤 滋	社会医療法人北斗会さわ病院 院長	羽澄 恵	国立精神・神経医療研究センター
澤田 智彦	日本 IBM 株式会社	長谷川 洋	長谷川診療所
宍倉久里江	相模原市精神保健福祉センター	福生 泰久	神奈川県立精神科医療センター
下田 和孝	獨協医科大学精神神経医学	福迫 剛	谷山病院
白川 教人	横浜市こころの健康相談センター	古野 考志	国立精神・神経医療研究センター
杉山 直也	公益財団法人復康会 沼津中央病院	堀切 靖	鹿児島県立始良病院
関 英一	地方独立行政法人岡山県精神科医療センター	本屋敷美奈	国立精神・神経医療研究センター
瀬戸屋 希	聖路加国際大学大学院精神看護学	松井 隆明	三善病院
外岡 資朗	鹿児島県こども総合療育センター	松下 兼介	福山病院
		松下 幸生	久里浜医療センター
		松田ひろし	柏崎厚生病院
		松永 絹子	鹿児島県障害福祉課
		松本 俊彦	国立精神・神経医療研究センター
		松本 英夫	東海大学医学部専門医療系精神科
		松本 悠貴	国立精神・神経医療研究センター

三木 和平 三木メンタルクリニック
水野謙太郎 医療法人如月会 若草病院
光石 雅 肥前精神医療センター
南島 和久 新潟大学
宮岡 等 北里大学東病院
三宅 美智 岩手医科大学
武藤 岳夫 国立病院機構肥前精神医療センター
村田 昌彦 国立病院機構 榊原病院
八木 深 国立病院機構花巻病院
八尋 光秀 西新共同法律事務所

山田 晶子 岡山県精神科医療センター
山田 正夫 神奈川県精神保健福祉センター
山畑 良蔵 鹿児島県立始良病院
山本 輝之 成城大学法学部
杠 岳文 国立病院機構肥前精神医療センター
吉野 祥一 大阪市こころの健康センター
四方田 清 順天堂大学
和田 清 埼玉県立精神医療センター
渡邊 博幸 医療法人学会 木村病院

A. 研究目的

本研究の目的は、医療計画・障害福祉計画・介護保険事業計画が、平成30年度に同時に改訂されることを踏まえ、自治体・医療関係機関等がその着実な策定と確かなモニタリングに関する方策を提示するものである。平成29年2月にとりまとめられた「これからの精神保健医療福祉に関する検討会」の、新たな地域精神保健医療体制のあり方の構築に関する議論を受け、地域で効果的に展開するための具体的かつ実現可能な方法を提示することである。そのために、総合的な精神科医療実態把握のためのデータセットの作成と地域医療計画の進捗管理に資するツール作成・公表し、その使用について普及することであった。これら推計やプロセスの中身ともなる施策推進等で生じた新たな諸課題に対しては、課題ごとの分担研究班において従来の取組みや調査等のレビューを通じた知見を創出することが目的であった。

これら本研究により得られた知見をもとに、全体研究会にて地域精神保健医療福祉に係る組織・団体間の合意形成を行うことにより、実効性のある精神障害者施策に反映させる。これらは医療計画が実行力のあるものであるために必要な要素であり、根拠に基づいた将来予測と諸課題におけるプロセスモデルを提示することは、自治体や医療機関にとって必要なものと考えている。

このような課題に対応すべく、分担班として以下の構成とした。今年度は、新しい隔離・身体的拘束調査の調査票案を作成するにあたり、精神科医療安全の分担研究班で行っていたものから行動制限に関する分担研究班を独立させ、検討を行った。

- A 総合的な精神保健医療データセット・データツールによる、精神科医療のニーズ推計とプロセス提示に関する研究
- B 医療計画のモニタリングに資する指標の検討に関する研究
- C 病院の構造改革に関する好事例モデルとそのプロセスの検討に関する研究
- D 身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制構築に関する研究
- E 精神科医療における医療安全に関する研究
- F 精神病床における行動制限に関する検討
- G 重度かつ慢性の精神障害者の医療提供体制に関する研究
- H 精神保健医療に関する制度の国際比較に関する研究
- I 精神保健指定医研修・審査のあり方に関する研究

B. 研究方法

各研究班は独立して研究を実施し、調査・

知見の創出を行う。これらの成果を合わせる目的で、全体班会議を実施し、各分担班の知見に加え精神保健医療に精通した医療関係団体・全国保健所長会・全国精神保健福祉センター長会等、複数のアドバイザーの意見も交えて可能な限りの合意形成を図り、成果を実効性のある政策提言につなげられるよう努める。各分担班の研究計画は以下の通りであった。

A 総合的な精神保健医療データセット・データツールによる、精神科医療のニーズ推計とプロセス提示に関する研究

わが国の精神科医療の実態を把握すべく、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課が「政策の企画立案実行管理に資する精神科医療の実態把握のための研究」として平成28年4月と平成29年7月に申請し受領した、レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）の精神医療に関する特別抽出データ、630調査等をもとに、第7次医療計画で策定された15の疾患等領域における、二次医療圏ごとの診療実績のある医療機関数、年間受診患者実数等、および短期入院患者の年間の退院率、長期患者数、長期・短期入院退院者の再入院率を算出した。また、このデータセットに掲載されないそのほかの630調査のデータについては、平成28年までの630調査と同様の集計様式と、新たに集計可能な方式について集計を行った。新たな集計方式は、従来毎年6月30日時点の入院患者の状況について、固定された9つの集計表方式で医療機関からデータ提供を受けていたが、これを年代・性別・主診断分類・入院期間・入院形態・行動制限有無・住所地と病院所在地の異同において、31通りの組み合わせを作成できるよう調査票の様式を変更した。また、29年から前年6月の医療保護入院者の退院状況と退院支援委員会の開催や地域援助事業者との連携等を聞いており、その集計を行い公表様式をグラフィックにすることとした。また、従来訪問看護ス

テーションと医療機関での訪問看護が別々の調査で行われたものが統一され、その集計が行われたものを公表様式にとりまとめた。これら630調査の企画・実施は平成30年度「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムのモニタリングに関する政策研究（研究代表者：馬場俊明→臼杵理人）」によって行われ、その祖集計データの提供を受け、公表に足りうる様式に集計した。

また集計データの一部は、平成30年度「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」（研究代表者：藤井千代）において構築したReMHRAD（地域精神保健医療福祉資源分析データベース）に提供した。

また、自治体における医療計画・障害福祉計画の実施とモニタリングの新たなデータセットの理解促進のため研修等での後方の機会を国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所の研修で3回、厚生労働省「平成30年度精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業」において3回、計6回実施した。

B 医療計画のモニタリングに資する指標の検討に関する研究

平成33年度の医療計画見直しに向けて、都道府県の医療計画策定に係る効果的プロセスを提示することを目的とした。また、計画のモニタリングに資する効果的かつ実践可能な指標案を提示することを目的とし、神奈川県、滋賀県、大阪府、鹿児島県の4府県において、行政と精神医療の組織トップ層等の参加による研究会を開催し、精神医療マップ、『平成29年度新精神保健福祉資料』の全国一覧（平成28年度NDBベース）（以下、NDBデータという）、行政職員への体感アンケート等の利用可能性、医療計画策定に係る効果的プロセス、及び計画のモニタリングに資する指標案の検討を行った。

また、精神科領域の医療計画の記述内容の問題点を明確にし、今後の医療計画の改善に資する基礎資料を提供することを目的とし、

47 都道府県を対象に第 6 次医療計画と現在実施されている第 7 次医療計画の精神医療領域のうち、「身体合併症」、「精神科救急」、「認知症」に関するそれぞれの医療計画の記述内容を比較した。

医療計画見直しに向けて、効果的かつ実践可能な指標案を検討すべく、神奈川県・滋賀県・大阪府・鹿児島県の 4 府県において、行政と精神医療の組織トップ層等の参加による研究会を開催した。医療計画の策定には、日常的な協議の場を持つこと、それに利用可能な資料類を整備することが何より大切であり、精神医療、一般医療、介護保険、障害保健福祉、行政、研究者等による協議の場の普及が望まれる。また、第 7 次医療計画における精神疾患の記載について全都道府県の記載を取りまとめ、第 6 次医療計画との差異について検討したところ、大半の都道府県でこの 2 つの計画の記述内容の変化が認められなかった。

新たなデータセットに基づいた医療計画の策定を支援するため、過去の基金等の活用事例に基づき、都道府県での効果的な企画立案について提言する。

C 病院の構造改革に関する好事例モデルとそのプロセスの検討に関する研究

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する取り組みを行う精神科病院について、好事例になるべくプロセス要素について調査した。

D 身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制構築に関する研究

身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制には課題が多いが、医療提供体制構築に関与する自治体担当者には、その職種の出自や自治体の管轄上の課題等々の理由から、地域の救急医療、精神科医療関係者との関係構築に困難さも抱かれやすい現状がある。このため、自治体担当者が身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制を構築することへの支援が求められる。本研究で

は、自治体担当者が各地域で身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制を構築することへの支援ツール開発を目的とした。

平成 28 年度、平成 29 年度に本研究班で得られた自治体、精神科病院の取り組みについて、医師、看護師、心理士で構成されたグループの中で課題の類型分類を行い、地域特性、取り組みを構成する要素を整理した。この整理に基づいて、自治体担当者が身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制を構築することを支援するツールを作成した。

E 精神科医療における医療安全に関する研究

平成 30 年度も「精神科医療体制確保研修（精神科病院における安心・安全な医療を提供するための研修）」に、日本精神病院協会（以下日精協）と国立病院機構（以下 NHO）の両団体が応募した。28、29 年度の反省を踏まえ、①広報の協力②プログラムは双方独自③受講対象は幅広く④アンケートは同一を用いる等とし、日精協は 3 ヶ所（大阪・長野・東京）、NHO は 8 ヶ所（花巻・茨城・東京・小諸・岡山・福岡・鹿児島・肥前）で全国展開した。

1. 対象者

精神科病院その他に勤務する医療従事者

2. 調査様式

導入 1 日研修受講前後に、自記式アンケート調査法を行った。

また、CVPPP は、実績と一定の評価を得ながらも、「真に安全・安心の医療環境を確保し得る」というエビデンスは未だ明らかでは無い。初年度は、CVPPP 導入 1 日研修を 4 病院の職員に行った。最終年度は、研修受講 6 ヶ月後の病棟勤務者の、暴力についての意識を追跡調査した。

1. 調査対象者

研究参加の承諾がとれた 4 施設に勤務する医療従事者に対して、CVPPP トレーナー研修（4 日間）と 1 日研修を受講してもらい、受講後 6 ヶ月間病棟勤務を行った時点で

の安心・安全に関する自記式質問紙調査票を実施した。

2. データ収集方法

調査内容

1) 年齢、性別

2) 職種、職業経験年数、CVPPP 受講経験

(1日研修、トレーナー4日研修)

3) 受講後、6ヶ月間臨床現場での暴力に対応する自信度(8項目)、病棟勤務における安心感・安全感、CVPPP活用度(倫理的配慮)

無記名調査で個人情報扱わず、任意自由参加であること。辞退しても不利益のないこと、調査票の記載の所要時間は5~10分程度であり心理的苦痛は伴わない。データ処理は回収後外部とつながらないコンピュータで統計的に行った。なお、肥前精神医療センターの研究倫理委員会に審査申請し研究実施を承諾されている。

F 精神病床における行動制限に関する検討

平成11年に隔離・身体的拘束の大規模実態調査が厚生労働科学研究(研究代表者:浅井邦彦)で行われて以降、630調査で件数は把握されているものの、近年、隔離・身体的拘束の件数が増加している現状において、その要因分析などの検討を行うことは重要な課題である。そこで本研究では、隔離・身体的拘束の件数の増加要因などについて明らかにすることを主な目的とし、当事者・弁護士・医療関係者(昨年度から一部変更)で構成された研究分担班会議を、平成30年7月26日と平成31年2月28日の2回開催し、昨年度から中断している調査について、隔離・身体的拘束の増加要因調査を実現するために議論した。

G 重度かつ慢性の精神障害者の医療提供体制に関する研究

「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書(平成29年2月8日)により、「重度かつ慢性」に該当する症

状をもつ患者でも退院できる、あるいは「重度かつ慢性」を予防できるようにするための治療と支援に関する研究の必要性が指摘された。本研究はこの方向に沿い、「重度かつ慢性」患者への包括支援において成果をあげている好事例病院の選択基準を明確化することを目的として本研究を実施した。

昨年度の本分担研究班の検討により、①新規の1年以上在院患者(NLS)の発生が少ない、②既に在院1年以上になっている患者(OLS)の退院率が高いという2つの基準があげられた。今年度は「重度かつ慢性」患者の包括的支援の実態を明らかにするため実施された第一次アンケート(52病院から回答)の集計結果にもとづき、全国集計値を踏まえた好事例病院選択基準の検討を行った。

H 精神保健医療に関する制度の国際比較に関する研究

我が国において隔離・拘束を最小化していくうえで考慮すべき課題を検討するための資料として、先進諸外国の精神科医療における隔離・拘束を実施するうえでの手続きや外部評価の仕組み等を明らかにすることである。精神科医療における隔離・拘束に関する文献レビュー、インターネット上で公開されている法律、ガイドライン等の資料、及び現地の精神科医療の実態をよく知る協力者からの情報により、18の共通項目について調査を行った。

I 精神保健指定医研修・審査のあり方に関する研究

平成27年の精神保健指定医の不正取得事案を契機に精神保健指定医の資格審査と研修のあり方が見直されることになったことを受け、本研究班は昨年度に引き続き精神保健指定医の資格審査及び研修方法等について検討した。

各専門家によって行われた計10回の会議にて、①あらたな評価基準案、②ケースレポートの要件、③ケースレポートの様式案、④口頭試問の方法、⑤各研修会で教授すべき内

容、⑥研修会の質を向上させる仕組みについて、議論および補助資料作成が行われた。

(倫理面への配慮)

本研究の実施にあたっては文部科学省・厚生労働省「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を遵守する。また当該研究に該当する案件については、データ収集に先立ち、国立精神・神経医療研究センター等での倫理委員会の承認を得た(E班)。このほか、統計法やレセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドラインを遵守した(A,G班)。

C. 研究結果

各研究班は随時個別に連携して研究を実施してきた。30年度は年2回の全体班会議を実施した。各分担班の研究結果は以下の通りである。

A 総合的な精神保健医療データセット・データツールによる、精神科医療のニーズ推計とプロセス提示

平成27,28年度、29年度630調査の一部等のNDBデータに基づいた診療実績データを平成30年4月に公表した(<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaaku/data/>)。公表されたデータはダウンロード可能なエクセルシートであり、医療計画における疾患等15領域ごと、全国・都道府県ごと・二次医療圏ごと、入院・外来ごとの医療機関数・年間受診患者実数を算出し公表した(図1)。また、全国・都道府県ごと・二次医療圏ごとの、前年度3月入院者のその後1年間の退院率前年度3月退院者のその後1年間の再入院率(在院1年未満・在院1年以上)を算出しグラフ表示した。29年精神保健福祉資料では、前年度比較と、それら増減があった場合に色分け表記をした。これによると、全国的に発達障害の受診者数と、精神疾患患者を受け入れられる一般病院の体制が整ってきていることが分かった(図1に○囲みで記載)。また、1年以内退院率、再入院率に関しては、ごくわずかで

あるが退院率の減少と再入院率の増加がみられた。しかしながら、この変化は微小であり経年変化を長期的に見ないとわからない。1年以上在院者数は前年比4%減少し、65歳以上が61%を占めていた。

引き続き、平成31年1月には、平成29年630調査の集計値を用いて、入院患者の31種類の組み合わせ集計と、訪問看護に関する集計を公表できた(図2)。

さらに、平成30年630調査の粗集計データと平成29年度のNDBデータの提供を受け、集計作業を行ったが、NDBデータの提供が平成31年3月と遅延したため、本年度の公表には至らず、引き続き2019年度での集計公表が望まれるところである。

さらに、上記資料作成のために大量に生成される中間集計物の一部について、政策医療的な見地から薬物処方データの一部に関してガイドラインに準拠した公表確認を厚生労働省保険局から得た。公表確認を得たデータに関しては、誰でも閲覧することが可能であるため、向精神薬の多剤処方の実態に関して、平成30年度「向精神薬の処方実態の解明と適正処方を実践するための薬物療法ガイドラインに関する研究(H29-精神一般-001)(研究代表者:三島 和夫)」において活用された。

さて、昨年度から公表している再入院率に関しては、短期のレスパイト再入院や、疾患領域においては定期的かつ短期間の入院を繰り返すことで、その人全体として地域生活を維持している事例も少なからずあるが、再入院率の算出はこれらの考慮がされていないのではないかといった指摘があった。このため、再入院率に関して見直し検討を行った。結果、ある時期に退院した人がその後1年間どのくらい地域に滞在できているかの延べ日数である「地域滞在日数」について検討した。また、地域全体において退院者のバイアス除去のため、地域滞在日数の延べ日数を退院者が発生した時点の入院者で除する形で、「地域平均生活日数」を算出することとし(図3)、公表には至らなかったが今年度その集計に着手した。

B 医療計画のモニタリングに資する指標の検討に関する研究

精神医療マップ、NDB データ、行政職員への体感アンケート等は、医療計画の検討に活用可能であることが示された。NDB データについては、特に外来患者数の過大または過少の可能性のあるものの、その精査によって利用価値は高まるものと思われた。アウトカム一覧表については、入院に関係しないものや、本格的な人口減少と高齢化を迎える中で、地域精神医療の確保あるいは体制整備に関する視点からアウトカム指標を設定することが必要と考えられた。都道府県の医療計画策定に係る効果的プロセスとしては、(1) 精神医療マップを持続可能なものにする、(2) NDB データの外来患者数の利用可能性を高めること、(3) 満たされていないニーズを含めての精神医療ニーズについての「体感アンケート」のボトムアップのプロセスへの活用が考えられた。また、指標に利用可能な資料類を整備するという観点から、(1) 都道府県ごとの精神医療マップを作成し、その分析を文章化し、公表すること、(2) NDB データの診断分類の集計表について、人口万対または十万対数を、第一四分位数以下、四分位範囲、第三四分位数以上を明示し、複数年にわたって第一四分位数以下の場合に医療供給の不足の有無を検討すること、(3) 人口減少社会における医療確保の指標あるいは注意喚起情報を組み込み、モニタリング可能にすること、(4) 精神医療圏の設定状況と、介護、一般医療（救急を含む）との連携状況、(5) 地域精神医療の充実に向けてのボトムアッププロセスの存在、(6) 地域ネットワークの可視化と数値化、(7) 協議の場の存在、をまとめた。

医療計画の記載は、全体的に各都道府県とも共通する表現や事業内容が多いが、それは前述のように国が提示している補助金による既存事業を柱にして記述していることによると考えられる。

C 病院の構造改革に関する好事例モデルとそのプロセス

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資するような好事例病院において、それぞれの地域においてそれぞれの課題意識を持った、テーマを持った取り組みをしている。その要素を紹介し、一般化可能性について検討を加えた。

D 身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制構築

課題は「身体疾患で身体科病院入院中の患者が身体科病院内で精神疾患に対応する上での課題」と、「精神疾患で精神科入院中の患者が精神科病院内で身体疾患に対応する上での課題」の二つに分類された。自治体、精神科病院の取り組みが、どの課題を解決しようとしているかを同定し、各取り組みに関して自治体担当者の関与の仕方、連携体制の仕組み、医療提供体制を構築する手順、円滑な合意形成のための手法、連携ツール、医療提供体制の質評価指標、医療提供体制構築による波及効果が明らかとなった。この結果をもとに、自治体担当者が各地域で身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制を構築することを支援するツールについて検討し、Webで閲覧可能な媒体を念頭に置いたツールを作成した。

課題と医療資源には地域差がある。自治体担当者の課題意識、解決のための外部支援へのニーズにも地域差があるだろう。作成された支援のためのツールを公開するだけでは、解決のために外部支援を利用したいと考えている自治体担当者にはツールは届きにくいし、ツールだけで各自自治体の取り組みが進むかどうかという点でも懸念は残る。今後は自治体担当者の課題や解決に関する意識を調査するとともに、解決のために外部支援を利用したいと考えている自治体に対して、どのように支援を届けるかを検討する必要がある。

E 精神科医療における医療安全

日精協と NHO の両団体が、本年度も事業を展開した。前者は、利便性のよい都会の大会場で行い、3年間で1838名の受講者を産み出した（大都市圏会場集合普及方式と仮称する）。後者は、コンパクトながら開催地を地方含めて1047名の受講者を産んだ（地域ブロック普及育成密着方式と仮称）。座学にも時間を割り、精神医療現場未体験者をも幅広く視野に置いた日精協と、現役を対象に、理念と実際的な技術にも時間を当てたNHO方式には、それぞれに違いと特徴はあるも（NHO方式は総受講者数では劣るも、石川県と高知県のみを残して万遍なく受講者が日本全国に広がっている）、アンケートの結果では、主観的な感想ながら、いずれも自己効力感上昇の実感、研修の必要性等で同様な回答結果が得られている。このことは、本事業が現場の要請に応えた研修内容であり、継続する必要性に疑問の余地はないと思われる。

実際、日精協主催の受講者に、追跡アンケートが為された結果を見ると（3年間の受講1838名 回答率80.3%）、

実際の現場での効果を、半数以上の者が効果を実感しているとする驚きの結果が見られている。これは、主観的なアンケート調査法には限界があり、研修の有効性を客観的に示すevidenceではないが、その一方で暴力件数の変化、隔離・拘束の減少等の客観的な数字で研修の有効性をevidenceとして示すことは、暴力の背景に様々な因子が絡みあっているだけに、方法的には困難であろう。この点で、課題を残しており、研修の有効性をevidenceとして示すには、課題Ⅱのような長期的な変化を追う手法が現実的かと思われる。

F 精神病床における行動制限に関する検討

隔離拘束の実態調査に関して、昨年度中断となったが、平成30年10月に調査を中止した。2回の班会議での議論の中で抽出された隔離・身体的拘束の増加要因の仮説について、臨床現場の認識を明らかにするため世論調査

を実施する方向で調査表（案）まで作成したが、これまでの課題でもあった回答者の記憶に頼る設問には変わりはなく、客観性が担保できないという点は払拭されなかった。そこで、これらの課題を払拭するため、過去に遡っても診療録等に残されている、隔離・身体的拘束の告示上の要件等、客観的な事実を伺う調査の実施を決定し、調査項目（案）とそれに基づいた最低限度の調査票（案）まで作成したが、研究期間内の実施には至らなかった。

G 重度かつ慢性の精神障害者の医療提供体制

第一次アンケートの結果から1年を超えて在院した後に退院した797人の退院先は、転院が357人(44.8%)、死亡が140人(17.6%)を占め、地域への居宅系退院は279人(35.0%)であった。好事例の検討に当たっては居宅系退院（自宅、アパート、グループホーム、福祉系施設、介護系施設への退院を含む）に基づいて検討することが適切と考えられた。上記の②について居宅系退院に絞って第一次アンケートに基づき検討したところ該当する病院は少数であった。分担研究班で検討の結果、長期在院患者の退院促進に取り組んだ結果、長期在院患者がいなくなっている病院の状況を考慮することが必要と考えられた。そこで好事例病院の選択基準として、A BにC項を加えることになった。

H 精神保健医療に関する制度の国際比較

隔離・拘束についての考え方の原則は我が国も先進諸外国と同様であるが、その手続きについては、我が国と比較して先進諸外国においてはより厳密な手続きがとられており、また拘束中の観察に関するルールについてもより詳細に定められている傾向が認められた。病棟の人員配置も、先進諸外国では我が国と比較して手厚い配置がなされていた。「患者の人権」と「安全」の両立は、精神科医療に内在するジレンマの象徴ともいえる課題であり、

スタッフ個人や病院個々の行動制限最小化に向けての取り組みをさらに強化するのみならず、人権擁護の仕組みの強化等も含め、国の施策として取り組むべき課題であると考えられた。

I 精神保健指定医研修・審査のあり方

①ケースレポートと口頭試問で共通の評価基準案を新たに作成した。ケースレポート症例のうち満たすことが“のぞましい”要件について検討し、望ましいとされるケースレポートを提出していない者は口頭試問で一般的留意事項を問うことを提案した。また、審査者に法律家等を入れるべきとの意見や、口頭試問の対象を受験者全員とするべきであるとの意見も出された。②ケースレポートの要件に関し、上記に述べた“望ましい”症例については、症例数が少ない一方で重要性の高い児童・思春期症例および、多様な精神科医療のニーズに対応するうえで重要な退院移行後に外来診療している症例と任意入院に入院形態を変更した症例の3症例とする提案がなされた。③ケースレポートの様式案に関し、医療や法律に係る判断の根拠についてレポートに明記すべきとの意見が聞かれた。文字数については専門家間で見解の相違等も議論されたが、現行の1200～2000字を維持する結論に至った。④口頭試問においては、申請されたケースレポート症例及び精神保健福祉法に対する理解の程度等を評価することが重要とされた。また、評価の均一化のため、評価基準に基づいた質問リスト等の作成の必要性も挙げられた。⑤研修会で教授すべき内容について議論された。特に、精神保健福祉法についての理解の促進、医療観察法、児童思春期症例、社会復帰等については入念に検討された。⑥研修の質を向上させる仕組みに関し、教授者が参照できるようにシラバスという形式で教授内容をまとめ、研修目的と目標も定義した。また、研修用キースライド等の研修補助資料も作成した。

D. 考察

1) 達成度について

A班においてデータ公表様式の企画・作成・取りまとめは順調に進行し、データ公表を行うことができています。MDB データ提供の遅延があり、本年度中に公表すべき平成30年度精神保健福祉資料を公表することができなかった。また、隔離拘束調査の実施に至らなかった。またA班でのデータセットやD班での身体合併症医療連携体制構築資料に関して、医療計画の考え方について自治体の理解を促す必要性を強く感じている。

各課題に対する検討について、B班ではA班で作成されたデータセット構造について、医療計画を担う自治体関係者からの幅広い意見を伺うことができた。これら意見を尊重した形での今後の取り組みが肝要である。その他分担班においては、課題について計画の進行はおおむね達成できた。

概ね計画通り進捗した。

2) 研究成果の学術的意義について

NDB データ活用による公表を2年継続して行い、同じ条件下での医療実態の比較が可能になった。また、すでに出た指標の再入院率の課題等も明らかになり、見直しに着手することができた。

3) 研究成果の行政的意義について

都道府県の医療計画・障害福祉計画・介護保険事業計画の策定企画において、データ提供と策定支援を実施できた。しかしながら、自治体等における活用について、研修等の機会提供の必要性、データ表出のわかりやすさ等の課題も明らかになった。

E. 結論

昨年度に引き続き、レセプト情報・特定健診等情報データベース (NDB) や 630 調査等をあわせた総合的な精神科医療実態把握のためのデータセットの作成と地域医療計画の進捗管理に資するツール作成を行い、「平成29年度精神保健福祉資料」として公表した。また、これら推計やプロセスの中身とな

る施策推進等で生じた新たな諸課題に対しては、課題ごとの分担研究班において従来の取り組みや調査等のレビューを通じ下記を実施した。一方、データ公表による理解促進やデータ表出の課題も生じた。また、隔離拘束調査においては、最低限度の調査票案までの作成にとどまったこと、精神保健指定医の補助教材の実効性の検証、好事例病院のストレングスの一般化や身体合併症地域連携方策の普及、重度とされる患者が慢性化することなく地域生活ができる方策の普及など、本研究のさまざまな成果物を生かし、引き続きの継続的な進展が望まれるところである。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Fukasawa M, Miyake M, Suzuki Y, Fukuda Y, Yamanouchi Y. :Relationship between the use of seclusion and mechanical restraint and the nurse-bed ratio in psychiatric wards in Japan: International Journal of Law and Psychiatry 60:57-63, 2018.9

2. 学会発表

うつ病の疫学に関する研究・調査の理解とその活用～NDBの理解と活用～) 第38回日本社会精神医学会. 東京, 2019. 3. 1

H. 知的財産権の出願・登録（予定を含む）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

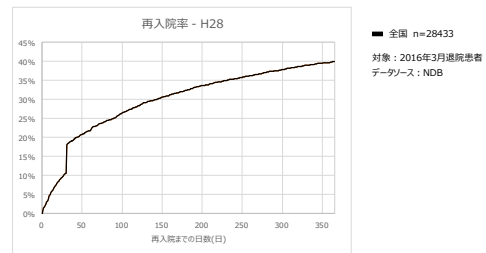
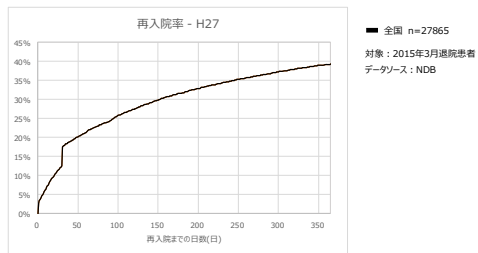
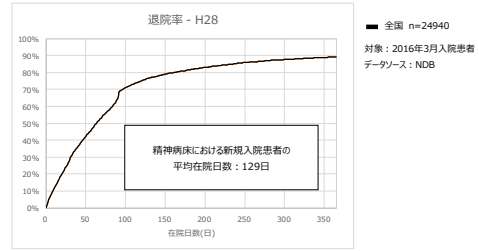
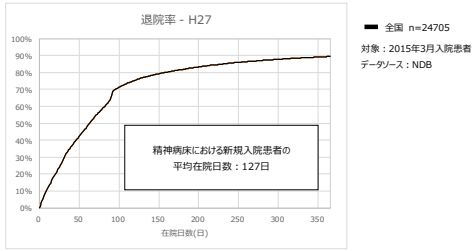
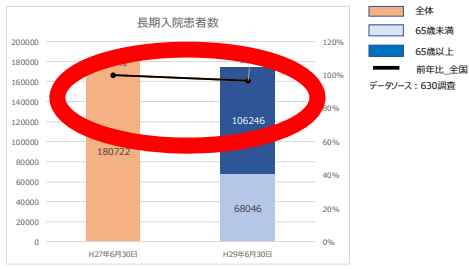
図1 資料: 平成29年新精神保健福祉資料全国版

都道府県: 全国		*指標値が数値のものの変動の割合、指標値が%のものの変動の数値を記載。 小数点以下は四捨五入して表示。						
疾患ごとの診療実績								
疾患区分	項目	●重点指標	S-P分類 (structure/process)	ターゲット	H27年度	H28年度	H27・28年度の推移*	H28年度 人口千人あたりの指標値
統合失調症	統合失調症を入院診療している精神科病棟を持つ病院数	●	S	NDB	1,604	1,597	100%	0.013
	統合失調症を外来診療している医療機関数	●	S	NDB	7,792	7,949	102%	0.063
	治療抵抗性統合失調症治療薬を精神科病棟の入院で使用した病院数		S	NDB	168	172	102%	0.001
	治療抵抗性統合失調症治療薬を外来で使用した医療機関数		S	NDB	141	172	122%	0.001
	統合失調症の精神科病棟での入院患者数 ……(A)		P	NDB	338,240	339,070	100%	2.668
	統合失調症外来患者数(1回以上) ……(B)		P	NDB	1,583,052	1,611,119	102%	12.677
	統合失調症外来患者数(継続)		P	NDB	1,500,423	1,528,139	102%	12.024
	治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した入院患者数(精神科) ……(C)		P	NDB	1,157	793	69%	0.006
	治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した外来患者数(1回以上) ……(D)		P	NDB	1,027	1,286	125%	0.010
	治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した外来患者数(継続)		P	NDB	1,010	1,271	126%	0.010
	統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率(C+D)/(A+B)		P	NDB	0.11%	0.11%	-0.01%	-
うつ・躁うつ病	うつ・躁うつ病を入院診療している精神科病棟を持つ病院数	●	S	NDB	1,603	1,596	100%	0.013
	うつ・躁うつ病を外来診療している医療機関数	●	S	NDB	8,549	8,725	102%	0.069
	脳神経電気刺激療法を実施する病院数(うつ・躁うつ病に限定しない)		S	NDB	291	299	103%	0.002
	認知行動療法を外来で実施した医療機関数(うつ・躁うつ病に限定しない)		S	NDB	246	240	98%	0.002
	うつ・躁うつ病の精神科病棟での入院患者数		P	NDB	192,182	196,770	102%	1.548
	うつ・躁うつ病外来患者数(1回以上)		P	NDB	3,098,966	3,171,355	102%	24.953
	うつ・躁うつ病外来患者数(継続)		P	NDB	2,813,680	2,886,544	103%	22.712
	脳神経電気刺激療法を受けた患者数(うつ・躁うつ病に限定しない)		P	NDB	5,761	6,041	105%	0.048
	認知行動療法を外来で実施した患者数(1回以上)(うつ・躁うつ病に限定しない)		P	NDB	9,918	10,239	103%	0.081
	認知行動療法を外来で実施した患者数(継続)(うつ・躁うつ病に限定しない)		P	NDB	6,411	6,577	103%	0.052
	認知症を入院診療している精神科病棟を持つ病院数	●	S	NDB	1,591	1,587	100%	0.012
認知症を外来診療している医療機関数(精神科法に限定)	●	S	NDB	6,719	6,847	102%	0.054	
認知症を外来診療している医療機関数(精神科法に限定しない)	●	S	NDB	59,549	59,940	101%	0.472	
認知症実態医療センターの指定数		S	厚生労働省老健局調べ	366	384	105%	0.003	
認知症サポーター養成研修修了者数		S	厚生労働省老健局調べ	-	1,623	-	0.013	
かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数		S	厚生労働省老健局調べ	-	5,332	-	0.042	
認知症の精神科病棟での入院患者数		P	NDB	135,014	138,908	103%	1.093	
認知症外来患者数(1回以上)(精神科法に限定)		P	NDB	499,600	512,009	102%	4.029	
認知症外来患者数(継続)(精神科法に限定)		P	NDB	427,858	438,642	103%	3.451	
認知症外来患者数(1回以上)(精神科法に限定しない)		P	NDB	2,480,047	2,538,803	102%	19.976	
認知症外来患者数(継続)(精神科法に限定しない)		P	NDB	2,167,880	2,211,307	102%	17.399	
認知症実態医療センターの認知診断数		P	厚生労働省老健局調べ	-	113,336	-	0.892	
20歳未満の精神疾患を入院診療している精神科病棟を持つ病院数	●	S	NDB	979	975	100%	0.008	
20歳未満の精神疾患を外来診療している医療機関数	●	S	NDB	7,085	7,244	102%	0.057	
知的障害を入院診療している精神科病棟を持つ病院数		S	NDB	396	372	94%	0.003	
知的障害を外来診療している医療機関数		S	NDB	2,382	2,579	108%	0.020	
児童・思春期精神科入院医療管理料を算定された精神科病棟を持つ病院数		S	NDB	28	32	114%	0.000	
20歳未満の精神疾患の精神科病棟での入院患者数		P	NDB	7,047	6,811	97%	0.054	
20歳未満の精神疾患外来患者数(1回以上)		P	NDB	408,633	441,128	108%	3.471	
20歳未満の精神疾患外来患者数(継続)		P	NDB	251,994	281,187	112%	2.212	
知的障害の精神科病棟での入院患者数		P	NDB	869	899	103%	0.007	
知的障害外来患者数(1回以上)		P	NDB	53,131	59,815	113%	0.471	
知的障害外来患者数(継続)		P	NDB	36,780	41,506	113%	0.327	
児童・思春期精神科入院医療管理料を算定された患者数		P	NDB	342	374	109%	0.003	
発達障害を入院診療している精神科病棟を持つ病院数	●	S	NDB	1,198	1,254	105%	0.010	
発達障害を外来診療している医療機関数(精神科法に限定)	●	S	NDB	6,119	6,473	106%	0.051	
発達障害を外来診療している医療機関数(精神科法に限定しない)	●	S	NDB	26,659	27,551	103%	0.217	
発達障害の精神科病棟での入院患者数		P	NDB	9,312	11,840	127%	0.093	
発達障害外来患者数(1回以上)(精神科法に限定)		P	NDB	334,135	421,581	126%	3.317	
発達障害外来患者数(継続)(精神科法に限定)		P	NDB	274,934	347,615	127%	2.735	
発達障害外来患者数(1回以上)(精神科法に限定しない)		P	NDB	815,965	945,741	116%	7.441	
発達障害外来患者数(継続)(精神科法に限定しない)		P	NDB	670,839	779,067	116%	6.130	
アルコール依存症を入院診療している精神科病棟を持つ病院数	●	S	NDB	1,486	1,477	99%	0.012	
アルコール依存症を外来診療している医療機関数	●	S	NDB	5,362	5,400	101%	0.043	
重症アルコール依存症入院医療管理料を算定された精神科病棟を持つ病院数		S	NDB	201	201	101%	0.002	
アルコール依存症の精神科病棟での入院患者数		P	NDB	25,654	25,654	100%	0.201	
アルコール依存症外来患者数(1回以上)		P	NDB	94,217	95,500	101%	0.752	
アルコール依存症外来患者数(継続)		P	NDB	81,649	83,411	102%	0.656	
重症アルコール依存症入院医療管理料を算定された患者数		P	NDB	9,127	8,133	89%	0.064	
薬物依存症を入院診療している精神科病棟を持つ病院数	●	S	NDB	503	487	97%	0.004	
薬物依存症を外来診療している医療機関数	●	S	NDB	1,721	1,745	101%	0.014	
依存症集団療法を外来で実施した医療機関数		S	NDB	-	5	-	0.000	
薬物依存症の精神科病棟での入院患者数		P	NDB	1,437	1,431	100%	0.011	
薬物依存症外来患者数(1回以上)		P	NDB	6,321	6,458	102%	0.051	
薬物依存症外来患者数(継続)		P	NDB	5,166	5,373	104%	0.042	
依存症集団療法を受けた外来患者数		P	NDB	-	57	-	0.000	
キャンセル依存症を入院診療している精神科病棟を持つ病院数	●	S	NDB	90	88	98%	0.001	
キャンセル依存症を外来診療している医療機関数	●	S	NDB	432	474	110%	0.004	
キャンセル依存症の精神科病棟での入院患者数		P	NDB	243	261	107%	0.002	
キャンセル依存症外来患者数(1回以上)		P	NDB	2,652	2,929	110%	0.023	
キャンセル依存症外来患者数(継続)		P	NDB	1,683	1,963	117%	0.015	

PTSD	PTSD入院診療している精神科病棟を持つ病院数	●	S	NDB	252	280	111%	0.002
	PTSD外来診療している医療機関数	●	S	NDB	2,664	2,888	108%	0.023
	PTSDの精神科病棟での入院患者数		P	NDB	449	524	117%	0.004
	PTSD外来患者数(1回以上)		P	NDB	11,597	12,693	109%	0.100
	PTSD外来患者数(継続)		P	NDB	9,648	10,723	111%	0.084
高次脳機能障害	高次脳機能障害支援拠点機関数	●	S	国立障害者リハビリテーションセンター調べ	-	100	-	0.001
摂食障害	摂食障害を入院診療している精神科病棟を持つ病院数	●	S	NDB	1,168	1,172	100%	0.009
	摂食障害も外来診療している医療機関数(精神療法に限定)	●	S	NDB	5,010	4,985	100%	0.029
	摂食障害も外来診療している医療機関数(精神療法に限定しない)	●	S	NDB	20,214	20,413	101%	0.161
	摂食障害入院医療管理加算を算定された病院数		S	NDB	53	47	89%	0.000
	摂食障害の精神科病棟での入院患者数		P	NDB	9,994	10,204	102%	0.080
	摂食障害外来患者数(1回以上)(精神療法に限定)		P	NDB	41,315	40,394	98%	0.318
	摂食障害外来患者数(継続)(精神療法に限定)		P	NDB	35,157	34,659	99%	0.273
	摂食障害外来患者数(1回以上)(精神療法に限定しない)		P	NDB	222,744	217,758	98%	1.713
	摂食障害外来患者数(継続)(精神療法に限定しない)		P	NDB	175,829	172,324	98%	1.356
	摂食障害入院医療管理加算を算定された患者数		P	NDB	467	396	85%	0.003
てんかん	てんかん入院診療している精神科病棟を持つ病院数	●	S	NDB	1,598	1,594	100%	0.013
	てんかん外来診療している医療機関数(精神療法に限定)	●	S	NDB	7,239	7,412	102%	0.058
	てんかん外来診療している医療機関数(精神療法に限定しない)	●	S	NDB	53,257	54,051	101%	0.425
	てんかん精神科病棟での入院患者数		P	NDB	114,768	114,773	100%	0.903
	てんかん外来患者数(1回以上)(精神療法に限定)		P	NDB	519,559	530,672	102%	4.175
	てんかん外来患者数(継続)(精神療法に限定)		P	NDB	477,643	489,272	102%	3.850
	てんかん外来患者数(1回以上)(精神療法に限定しない)		P	NDB	1,876,396	1,892,939	101%	14.894
	てんかん外来患者数(継続)(精神療法に限定しない)		P	NDB	1,695,484	1,710,187	101%	13.456
	深夜・休日に精神科入院した病院数	●	S	NDB	-	101	-	0.001
深夜・休日に精神科入院した患者数		P	NDB	-	247	-	0.002	
精神科救急	精神科救急の救急車平均搬送時間		P	救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査	H30年秋に算出予定	H30年秋に算出予定	H30年秋に算出予定	H30年秋に算出予定
	身体合併症を診療している精神科病棟を持つ病院数(精神科救急・合併症入院科+精神科身体合併症管理加算)	●	S	NDB	1,002	1,022	102%	0.008
身体合併症	精神科救急の受け入れ体制を持つ一般病院数(精神疾患診療体制加算+精神科救急患者受入加算)	●	S	NDB	550	991	180%	0.008
	精神科リハビリテーションを持つ病院数	●	S	NDB	74	142	192%	0.001
	精神科入院患者で重篤な身体合併症の診療を受けた患者数(精神科救急・合併症入院科+精神科身体合併症管理加算)		P	NDB	36,976	38,376	104%	0.302
	体制を持つ一般病院で受け入れられた精神科救急の患者数(精神疾患診療体制加算+精神科救急患者受入加算)		P	NDB	3,177	925	375%	0.094
	精神科リハビリテーションを算定された患者数		P	NDB	12,213	19,213	158%	0.152
	救命救急入院科 精神疾患診断治療初回加算を算定された一般病院数	●	S	NDB	91	88	97%	0.001
自殺対策	救急患者精神科継続支援科を設けた一般病院数	●	S	NDB	-	11	-	0.000
	救急患者入院で精神疾患診断治療初回加算を算定された患者数		P	NDB	351	400	114%	0.003
	救急患者精神科継続支援科を設けた患者数		P	NDB	-	85	-	0.001
災害精神医療	DPAT先進医療診療医療機関数	●	S	DPAT事務局調べ	-	37	-	0.000

アクトカム指標 *指標が数値の場合は変動の割合、指標が%の場合は変動の数値を記載。小数点以下は四捨五入して表示。

指標	●重点指標	H27年度	H28年度	H27・28年度の変移*
精神科における入院後3ヵ月時点の退院率	●	65%	65%	-1%
精神科における入院後6ヵ月時点の退院率	●	82%	82%	0%
精神科における入院後12ヵ月時点の退院率	●	90%	89%	0%
精神科における新規入院患者の平均在院日数		127	129	102%
精神科における入院後3ヵ月時点の再入院率		24%	25%	1%
精神科における入院後6ヵ月時点の再入院率		32%	32%	1%
精神科における入院後12ヵ月時点の再入院率		39%	40%	1%
精神科における入院後3ヵ月時点の再入院率(1年未満入院患者)	●	19%	21%	2%
精神科における入院後6ヵ月時点の再入院率(1年未満入院患者)	●	28%	29%	1%
精神科における入院後12ヵ月時点の再入院率(1年未満入院患者)	●	36%	38%	1%
精神科における入院後3ヵ月時点の再入院率(1年以上入院患者)	●	46%	49%	3%
精神科における入院後6ヵ月時点の再入院率(1年以上入院患者)	●	49%	51%	2%
精神科における入院後12ヵ月時点の再入院率(1年以上入院患者)	●	51%	53%	2%
指標	●重点指標	H29年度***	H29年度***	***H29年度(30調査結果)の暫定値。1-患者所在地/4630調査で患者住所地が不明の場合は集計に含まれない。
精神科における急性期入院患者数(65歳以上)-施設所在地	●	-	22,188	
精神科における急性期入院患者数(65歳未満)-施設所在地	●	-	25,823	
精神科における回復期入院患者数(65歳以上)-施設所在地	●	-	36,200	
精神科における回復期入院患者数(65歳未満)-施設所在地	●	-	24,904	
精神科における慢性期入院患者数(65歳以上)-施設所在地	●	-	106,246	
精神科における慢性期入院患者数(65歳未満)-施設所在地	●	-	68,046	
精神科における急性期入院患者数(65歳以上)-患者所在地		-	22,157	
精神科における急性期入院患者数(65歳未満)-患者所在地		-	25,774	
精神科における回復期入院患者数(65歳以上)-患者所在地		-	36,131	
精神科における回復期入院患者数(65歳未満)-患者所在地		-	24,822	
精神科における慢性期入院患者数(65歳以上)-患者所在地		-	105,966	
精神科における慢性期入院患者数(65歳未満)-患者所在地		-	67,862	



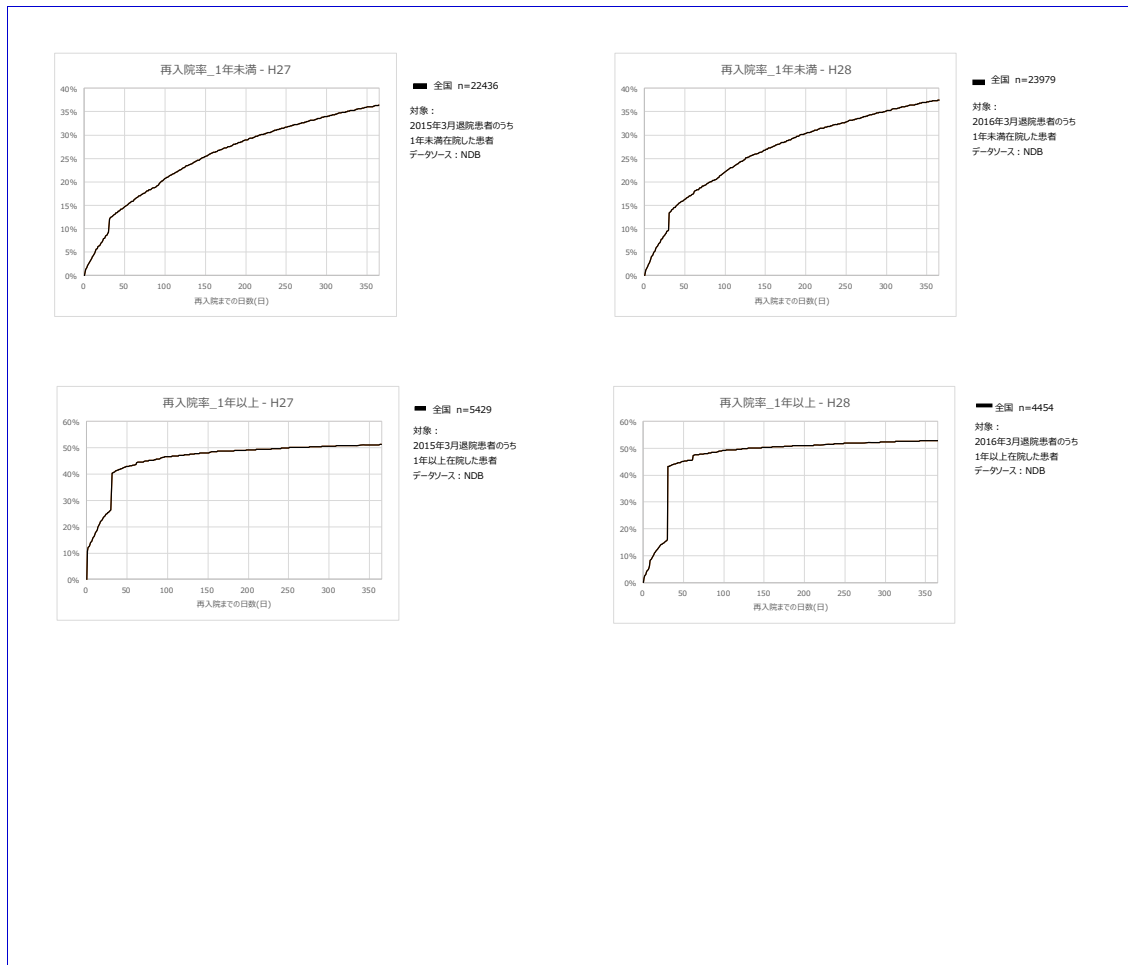


図 2 630 調査集計公表されたデータについて

平成29年度データ（公表済みデータ）について

平成29年度630調査結果①（平成30年4月16日公開分）

全国

1. 精神科病院の状況
 - (1) 病院数・病床数・病棟数
 - (2) 入院料等の届出状況（病棟数）（病床数）
2. 精神科病院在院患者の状況
 - (1) 在院患者数（疾患分類×年齢階級・入院形態×性）
 - (2) 在院患者数（入院形態×年齢階級×在院期間）
 - (3) 在院患者数（開放区分・入院料等の届出状況×年齢階級・在院期間）
 - (4) 医療観察法病棟の対象者数（疾患分類別×年齢階級×性）
 - (5) 医療観察法病棟の対象者数（年齢階級×在院期間別）

都道府県

1. 精神科病院の状況
 - (1) 精神科病院の概況
 - (2) 病床数・病棟数
 - (3) 入院料等の届出状況（病棟数）
 - (4) 入院料等の届出状況（病床数）
2. 精神科病院在院患者の状況
 - (1) 在院患者数（入院形態×処遇）
 - (2) 在院患者数（年齢階級・入院形態×性）
 - (3) 在院患者数（疾患分類×年齢階級・入院形態）
 - (4) 在院患者数（入院料等の届出状況別）
 - (5) 在院患者数（入院期間×住所地・施設所在地）
3. 認知症治療病棟の状況
 - (1) 在院患者数（在院期間別）、平成29年6月在院患者数

従来の630調査をベースとした集計データの公表

平成29年度データ（公表済みデータ）について

平成29年度630調査結果②（平成31年1月15日公開分）

自治体集計（都道府県）

- 精神科救急圏域数
- 2次医療圏の圏域数
- 障害福祉圏域数
- 精神医療圏の圏域数
- 精神科または心療内科を標榜する病院数
- 精神科または心療内科を標榜する病院数のうち、精神病床を有する病院数
- 精神病床を有する病院数のうち、精神科病院数
- 精神科または心療内科を標榜する診療所数
- 非同意入院の入院届集計
- 非同意入院の退院届集計

医療機関集計（都道府県）

- 病棟数
 - 病床数
 - 患者数
 - 個室数
 - 職員数
- ※全病院・公的病院・指定病院・非指定病院ごと
- 医療保護入院患者の状況
- ※全国と都道府県別

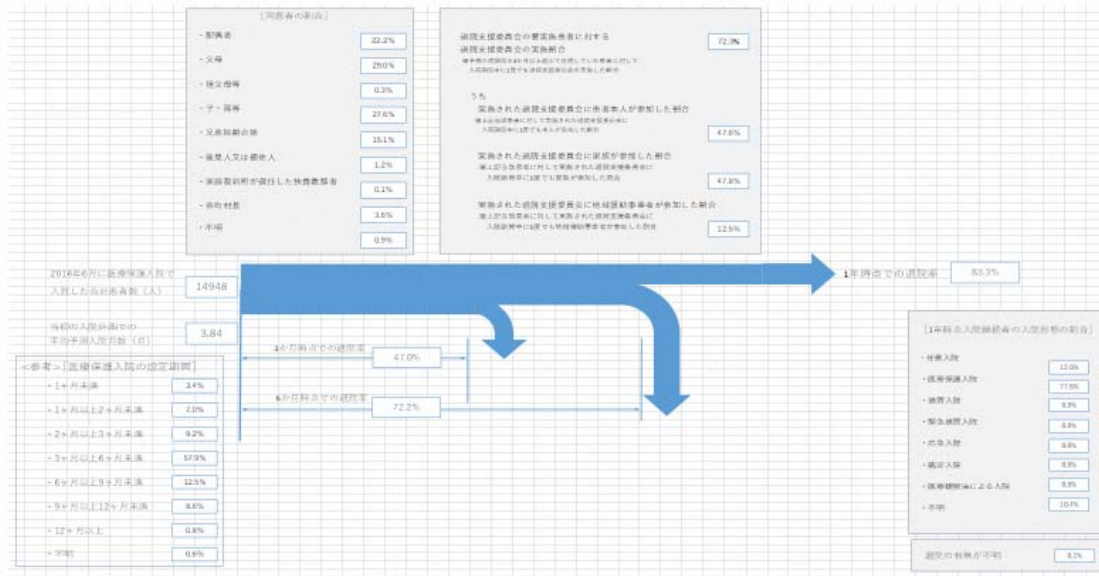
訪問看護集計（都道府県と全国）

自治体による各圏域数集計（都道府県）

都道府県番号	都道府県	精神科救急圏域数	2次医療圏の圏域数	障害福祉圏域数	精神医療圏の圏域数
1	北海道	8	21	21	21
2	青森県	6	6	6	6
3	岩手県	4	9	9	9
4	宮城県	1	4	7	1
5	秋田県	5	8	8	5
6	山形県	3	4	4	4
7	福島県	4	7	7	-
8	茨城県	2	9	9	1
9	栃木県	1	6	6	1
10	群馬県	1	10	10	-
11	埼玉県	2	10	10	1
12	千葉県	12	9	16	9
13	東京都	4	13	1	0
14	神奈川県	1	11	8	1
15	新潟県	-	-	-	-
16	富山県	1	4	4	2
17	石川県	3	4	4	1
18	福井県	2	4	4	-
19	山梨県	1	4	4	1
20	長野県	4	10	10	4
21	岐阜県	1	5	5	5
22	静岡県	6	8	8	8
23	愛知県	3	12	12	1
24	三重県	-	-	4	9
25	滋賀県	-	-	7	7
26	京都府	-	-	6	6
27	大阪府	-	-	12	8
28	兵庫県	-	-	5	10
29	奈良県	-	-	1	5
30	和歌山県	-	-	3	7
31	鳥取県	-	-	3	3
32	島根県	-	-	7	7
33	岡山県	-	-	2	5
34	広島県	-	-	2	7
35	山口県	-	-	3	8
36	徳島県	-	-	3	3
37	香川県	-	-	2	5
38	愛媛県	-	-	1	6
39	高知県	-	-	1	5
40	福岡県	-	-	4	13
41	佐賀県	-	-	1	5
42	長崎県	-	-	6	8
43	熊本県	-	-	-	10
44	大分県	-	-	1	6
45	宮崎県	-	-	3	7
46	鹿児島県	-	-	4	9
47	沖縄県	-	-	4	5
	全国	150	337	335	136

※都道府県からの精神科もしくは心療内科を標榜する診療所の申告数

医療保護入院患者の状況（全国）



平成29年度データ（公表済みデータ）について

平成29年度630調査結果③（平成31年1月15日公開分）

[入院患者情報に関する1×1のクロス集計表](#)（8指標についての全組み合わせ）

・各項目の組み合わせごとに集計したファイル

Step1. 絞込みの中で見たい項目をクリックしてください。

絞込み: **主診断** **病院所在地と患者住所地** **性別** **在院期間**
入院形態 **年齢** **病棟入院料** **隔離拘束指示**

Step2. 見たい項目と都道府県を選択して、「excel」ボタンを押してダウンロードしてください。

主診断×病院所在地と患者住所地 × 全国 excel

平成29年6月30日時点の全国の医療機関を対象とした調査をデータソースとし、「全国」「都道府県」の各項目を軸として組み合わせた集計資料になります。

図 3 地域平均生活日数について

地域での平均生活日数について試行

精神科急性期医師配置加算の有無	地域生活総日数 (A) *	急性期入院患者実人数 (B) **	地域での平均生活日数 (A / B)	201604退院患者実人数 (C) ***	平均地域滞在日数 (A / C)
加算有	723,017	7,638	94.7	2,369	305.2
加算無	530,872	6,261	84.8	1,758	302.0

* 2016年4月に精神科急性期治療病棟入院料が算定され、2016年4月に精神科急性期医師配置加算が算定されたことのある・ない患者のうち、2016年4月中の退院後335日を追跡した地域での生活日数の総和[(335 - 精神科病棟への入院日数)の総和]。2016年4月に複数回の退院がある患者は、その初回の退院から追跡。

** 2016年4月に精神科急性期治療病棟入院料が1以上算定され、2016年4月に精神科急性期医師配置加算が算定されたことのある・ない患者数。

*** 2016年4月に精神科急性期治療病棟入院料が1以上算定され、2016年4月に精神科病棟から退院した患者数。

※ 精神科病棟からの退院は、「診療行為マスタ」シートの「精神科病棟への入院」列に1の記載がある入院料の算定が終了ことと定義。ただし、同日に転院・転科があった場合はひとつながりの入院とみなしている。精神科急性期治療病棟入院料は、同シートの「精神科急性期治療病棟入院料」列に1の記載があるもの、精神科急性期医師配置加算は、同シートの「精神科急性期医師配置加算」列に1の記載があるものを解析に使用。

平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費（障害者政策総合研究事業）
「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」
総括研究報告書

データベース・データツールの作成

研究分担者 山之内 芳雄（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

研究要旨：

昨年度に引き続き、レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）や 630 調査等をあわせた総合的な精神科医療実態把握のためのデータセットの作成と地域医療計画の進捗管理に資するツール作成を行い、平成 27,28 年度 NDB データ、29 年度 630 調査の一部等に基づいた診療実績データを「平成 29 年度精神保健福祉資料」として平成 30 年 4 月に公表した (<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaaku/data/>)。公表されたデータはダウンロード可能なエクセルシートであり、医療計画における疾患等 15 領域ごと、全国・都道府県ごと・二次医療圏ごと、入院・外来ごとの医療機関数・年間受診患者実数を算出した。また、全国・都道府県ごと・二次医療圏ごとの、前年度 3 月入院者のその後 1 年間の退院率、前年度 3 月退院者のその後 1 年間の再入院率(在院 1 年未満・在院 1 年以上)を算出しグラフ表示した。また、同時期に平成 28 年までの 630 調査と同様の集計様式について公表した。

引き続き、平成 31 年 1 月には、平成 29 年 630 調査の集計値を用いて、入院患者の 31 種類の組み合わせ集計と、訪問看護に関する集計を公表できた。また集計データの一部は、平成 30 年度「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」において構築した ReMHRAD（地域精神保健医療福祉資源分析データベース）に提供した。

平成 30 年 630 調査の粗集計データと平成 29 年度の NDB データを借り受け、集計作業を行ったが、本年度の公表には至らなかった。

並行して数年遅れていた旧来の 630 調査の集計結果について平成 28 年度版を平成 30 年 11 月に公表した。これで旧来の 630 調査の集計が完了した。

またこれら公表された集計データの活用について、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所で 3 回、厚生労働省「平成 30 年度精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業」において 3 回の計 6 回、自治体職員等に研修を行った。

研究協力者

青木 裕見 聖路加国際大学大学院精神看護学
阿部 未怜 日本 IBM 株式会社
尼子友香理 日本 IBM 株式会社
市村 春嘉 日本 IBM 株式会社
臼杵 理人 国立精神・神経医療研究センター
臼田謙太郎 国立精神・神経医療研究センター

萱間 真美 聖路加国際大学大学院精神看護学
澤田 智彦 日本 IBM 株式会社
瀬戸屋 希 聖路加国際大学大学院精神看護学
角田 秋 聖路加国際大学大学院精神看護学
西 大輔 東京大学大学院医学系研究科
古野 考志 国立精神・神経医療研究センター
松本 悠貴 国立精神・神経医療研究センター

A. 研究目的

本研究の目的は、総合的な精神科医療実態把握のためのデータセットの作成と

地域医療計画の進捗管理に資するツール作成・公表し、その使用について普及することであった。

本研究により得られた知見をもとに、全体研究会にて地域精神保健医療福祉に関する組織・団体間の合意形成を行うことにより、実効性のある精神障害者施策に反映させる。これらは医療計画が実行力のあるものであるために必要な要素であり、根拠に基づいた将来予測と諸課題におけるプロセスモデルを提示することは、自治体や医療機関にとって必要なものとする。

B. 研究方法

わが国の精神科医療の実態を把握すべく、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課が「政策の企画立案実行管理に資する精神科医療の実態把握のための研究」として平成28年4月と平成29年7月に申請し受領した、レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）の精神医療に関する特別抽出データ、630調査等をもとに、第7次医療計画で策定された15の疾患等領域における、二次医療圏ごとの診療実績のある医療機関数、年間受診患者実数等、および短期入院患者の年間の退院率、長期患者数、長期・短期入院退院者の再入院率を算出した。また、このデータセットに掲載されないそのほかの630調査のデータについては、平成28年までの630調査と同様の集計様式と、新たに集計可能な方式について集計を行った。新たな集計方式は、従来毎年6月30日時点の入院患者の状況について、固定された9つの集計表方式で医療機関からデータ提供を受けていたが、これを年代・性別・主診断分類・入院期間・入院形態・行動制限有無・住所地と病院所在地の異同において、31通りの組み合わせを作成できるよう調査票の様式を変更した。また、29年から前年6月の医療保護入院者の退院状況と退院支援委員会の開催や地域援助事業者との連携等を聞いており、その集計を行い公表様式をグラフィックにすることとした。また、従来訪問看護ス

テーションと医療機関での訪問看護が別々の調査で行われたものが統一され、その集計が行われたものを公表様式にとりまとめた。これら630調査の企画・実施は平成30年度

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムのモニタリングに関する政策研究（研究代表者：馬場俊明→臼杵理人）」によって行われ、その粗集計データの提供を受け、公表に足りうる様式に集計した。

また集計データの一部は、平成30年度「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」（研究代表者：藤井千代）において構築したReMHRAD（地域精神保健医療福祉資源分析データベース）に提供した。

また、自治体における医療計画・障害福祉計画の実施とモニタリングの新たなデータセットの理解促進のため研修等での後方の機会を国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所の研修で3回、厚生労働省「平成30年度精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業」において3回、計6回実施した。

（倫理面への配慮）

本研究の実施にあたっては文部科学省・厚生労働省「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を遵守し、国立精神・神経医療研究センターでの倫理委員会の承認を得た。このほか、統計法やレセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドラインを遵守した。

C. 研究結果

平成27,28年度のNDBデータ、29年度630調査の一部等に基づいた診療実績データを平成30年4月に公表した（<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaaku/data/>）。公表されたデータはダウンロード可能なエクセルシートであり、医療計画における疾患等15領域ごと、全国・都道府県ごと・二次医療圏ごと、入院・外来ごとの医療機関数・年間受診患者実数を算出し公表した。また、全国・

都道府県ごと・二次医療圏ごとの、前年度 3 月入院者のその後 1 年間の退院率、前年度 3 月退院者のその後 1 年間の再入院率 (在院 1 年未満・在院 1 年以上)を算出しグラフ表示した。平成 29 年精神保健福祉資料では、前年度比較と、それら増減があった場合に色分け表記をした。これによると、全国的に発達障害の受診者数と、精神疾患患者を受け入れられる一般病院の体制が整ってきていることが分かった。また、1 年以内退院率、再入院率に関しては、ごくわずかであるが退院率の減少と再入院率の増加がみられた。しかしながら、この変化は微小であり経年変化を長期的に見ないとわからない。1 年以上在院者数は前年比 4%減少し、65 歳以上が 61%を占めていた。

引き続き、平成 31 年 1 月には、平成 29 年 630 調査の集計値を用いて、入院患者の 31 種類の組み合わせ集計と、訪問看護に関する集計を公表できた。

さらに、平成 30 年 630 調査の粗集計データと平成 29 年度の NDB データの提供を受け、集計作業を行ったが、NDB データの提供が平成 31 年 3 月と遅延したため、本年度の公表には至らず、引き続き 2019 年度での集計公表が望まれるところである。

さらに、上記資料作成のために大量に生成される中間集計物の一部について、政策医療的な見地から薬物処方データの一部に関してガイドラインに準拠した公表確認を厚生労働省保険局から得た。公表確認を得たデータに関しては、誰でも閲覧することが可能であるため、向精神薬の多剤処方の実態に関して、平成 30 年度「向精神薬の処方実態の解明と適正処方を実践するための薬物療法ガイドラインに関する研究(H29-精神-一般-001) (研究代表者:三島 和夫)」において活用された。

さて、昨年度から公表している再入院率に関しては、短期のレスパイト再入院や、疾患領域においては定期的かつ短期間の入院を繰り返すことで、その人全体として地域生活を維持している事例も少なからずあるが、再入院率の算出はこれらの考慮がされていないの

ではないかといった指摘があった。このため、再入院率に関して見直し検討を行った。結果、ある時期に退院した人がその後 1 年間どのくらい地域に滞在できているかの延べ日数である「地域滞在日数」について検討した。また、地域全体において退院者のバイアス除去のため、地域滞在日数の延べ日数を退院者が発生した時点の入院者で除する形で、「地域平均生活日数」を算出することとし、公表には至らなかったが今年度その集計に着手した。

D. 考察

1) 達成度について

データ公表様式の企画・作成・取りまとめは順調に進行し、データ公表を行うことができた。NDB データ提供の遅延があり、本年度中に公表すべき平成 30 年度精神保健福祉資料を公表することができなかった。また研修会や B 班での研究結果を勘案するに、データセットに関して、医療計画の考え方と結びつくような自治体の理解を促す必要性を強く感じている。

2) 研究成果の学術的意義について

NDB データ活用による公表を 2 年継続して行い、同じ条件下での医療実態の比較が可能になった。また、すでに出た指標の再入院率の課題等も明らかになり、見直しに着手することができた。

3) 研究成果の行政的意義について

都道府県の医療計画・障害福祉計画の策定企画において、データ提供と策定支援を実施できた。しかしながら、自治体等における活用について、研修等の機会提供の必要性、データ表出のわかりやすさ等の課題も明らかになった。

E. 結論

昨年度に引き続き、レセプト情報・特定健診等情報データベース (NDB) や 630 調査等をあわせた総合的な精神科医療実態把握の

ためのデータセットの作成と地域医療計画の進捗管理に資するツール作成を行い、「平成29年度精神保健福祉資料」として公表した。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Fukasawa M, Miyake M, Suzuki Y, Fukuda Y, Yamanouchi Y.:Relationship between the use of seclusion and mechanical

restraint and the nurse-bed ratio in psychiatric wards in Japan: International Journal of Law and Psychiatry 60:57-63, 2018. 9

2. 学会発表

うつ病の疫学に関する研究・調査の理解とその活用～NDBの理解と活用～) 第38回日本社会精神医学会. 東京, 2019. 3. 1

H. 知的財産権の出願・登録 (予定を含む)

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
(障害者政策総合研究事業(精神障害分野))
精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究
分担研究報告書

医療計画のモニタリングに資する指標の検討ー4 府県における研究会をもとにー
精神科領域の医療計画の記載内容の変化について
研究分担者

竹島 正(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所/川崎市精神保健福祉センター)

研究要旨

【研究目的】平成 33 年度の医療計画見直しに向けて、都道府県の医療計画策定に係る効果的プロセスを提示することを目的とした。また、計画のモニタリングに資する効果的かつ実践可能な指標案を提示することを目的とした。

【研究方法】神奈川県、滋賀県、大阪府、鹿児島県の 4 府県において、行政と精神医療の組織トップ層等の参加による研究会を開催し、精神医療マップ、『平成 29 年度 新精神保健福祉資料』の全国一覧(平成 28 年度 NDB ベース)(以下、NDB データという)、行政職員への体感アンケート等の利用可能性、医療計画策定に係る効果的プロセス、及び計画のモニタリングに資する指標案の検討を行った。

【結果及び考察】精神医療マップ、NDB データ、行政職員への体感アンケート等は、医療計画の検討に活用可能であることが示された。NDB データについては、特に外来患者数の過大または過少の可能性のあるものの、その精査によって利用価値は高まるものと思われた。アウトカム一覧表については、入院に関係しないものや、本格的な人口減少と高齢化を迎える中で、地域精神医療の確保あるいは体制整備に関する視点からアウトカム指標を設定することが必要と考えられた。都道府県の医療計画策定に係る効果的プロセスとしては、(1)精神医療マップを持続可能なものにする、(2)NDB データの外来患者数の利用可能性を高めること、(3)満たされていないニーズを含めての精神医療ニーズについての「体感アンケート」のボトムアップのプロセスへの活用が考えられた。また、指標に利用可能な資料類を整備するという観点から、(1)都道府県ごとの精神医療マップを作成し、その分析を文章化し、公表すること、(2)NDB データの診断分類の集計表について、人口万対または十万対数を、第一四分位数数以下、四分位範囲、第三四分位数以上を明示し、複数年にわたって第一四分位数数以下の場合に医療供給の不足の有無を検討すること、(3)人口減少社会における医療確保の指標あるいは注意喚起情報を組み込み、モニタリング可能にすること、(4)精神医療圏の設定状況と、介護、一般医療(救急を含む)との連携状況、(5)地域精神医療の充実に向けてのボトムアッププロセスの存在、(6)地域ネットワークの可視化と数値化、(7)協議の場の存在、をまとめた。

【結論】医療計画の策定には、日常的な協議の場を持つこと、それに利用可能な資料類を整備することが何より大切であり、4 府県における研究会を発展させた、ボトムアップのプロセスを含む、精神医療関係者、一般医療、介護保険、障害保健福祉、行政、研究者等による協議の場の普及が望まれる。

研究協力者

河原和夫(東京医科歯科大学大学院)
菅河真紀子(東京医科歯科大学大学院)
辻本哲士(滋賀県精神保健福祉センター)
笹井康典(大阪府こころの健康総合センター)
竹之内薫(鹿児島県精神保健福祉センター)
山田正夫(神奈川県精神保健福祉センター)
白川教人(横浜市こころの健康相談センター)
宍倉久里江(相模原市精神保健福祉センター)
臼杵理人(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
高橋邦彦(名古屋大学大学院医学系研究科)
立森久照(国立精神・神経医療研究センター)
山之内芳雄(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
岩井一正(神奈川県立精神医療センター)
大塚俊弘(川崎市こども未来局児童家庭支援・虐待対策室/川崎市精神保健福祉センター)
古茶大樹(聖マリアンナ医科大学神経精神科)
斎藤庸男(さいとうクリニック&デイケア)
竹内知夫(愛光病院)
武田龍太郎(武田病院)
長谷川洋(長谷川診療所)
松下幸生(久里浜医療センター)
宮岡等(北里大学東病院)
荒木勇雄(滋賀県南部健康福祉事務所(草津保健所))
石田展弥(琵琶湖病院)
上ノ山一寛(南彦根クリニック)

大井健(滋賀県立精神医療センター)
栗山健一(滋賀医科大学精神医学講座)
檜林理一郎(湖南クリニック)
井川大輔(堺市こころの健康センター)
生野弘道(弘道会)
伊東千絵子(奈良県精神保健福祉センター)
籠本孝雄(大阪精神医療センター)
河崎建人(水間病院)
辻井誠人(桃山学院大学社会学部社会福祉学科)
野田龍也(奈良県立医科大学公衆衛生学講座)
吉野祥一(大阪市こころの健康センター)
浅田留美子(大阪府健康医療部地域保健課)
宇田英典(鹿児島県伊集院保健所)
永田雅子(大口病院)
福迫剛(谷山病院)
堀切靖(鹿児島県立始良病院)
松下兼介(福山病院)
松永絹子(鹿児島県障害福祉課)
山畑良蔵(鹿児島県立始良病院)
安藤哲也(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
稲垣真澄(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
小原圭司(島根県立心と体の相談センター)
外岡資朗(鹿児島県こども総合療育センター)
南島和久(新潟大学)
西大輔(東京大学大学院医学系研究科)
西園マーハ文(白梅学園大学)
松本俊彦(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

A 研究目的

平成 33 年度の医療計画見直しに向けて、都道府県の医療計画策定に係る効果的プロ

セスを提示することを目的とした。また、計画のモニタリングに資する効果的かつ実践可能な指標案を提示することを目的とした。

また、医療計画は都道府県における医療関連データを分析し、医療提供体制上の問題点を同定し、事業化を視野に入れた施策体系を提示するものである。また、その結果を評価して品質管理のサイクルを回しながら内容を改善していくものである。

しかし、多くの都道府県の医療計画では、記載されている内容は抽象的なものや国の補助事業を列記するなど、内容の乏しいものとなっている。本研究は、精神科領域の医療計画の記述内容の問題点を明確にし、今後の医療計画の改善に資する基礎資料を提供することを目的とした。

B 研究方法

平成 27-29 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金(障害者政策総合研究事業)「地域のストレングスを活かした精神保健医療改革プロセスの明確化に関する研究」(研究代表者 竹島正)(以下、「ストレングス研究」という)においては、「地域と研究の協働による地域精神保健医療に関する協議の場づくりの手引」をまとめた。この手引きを参考に、神奈川県、滋賀県、大阪府、鹿児島県の 4 府県において、行政と精神医療の組織トップ層の参加による研究会を開催した。

研究会を開催した 4 府県は、神奈川県は都市と中山間の両面をもつ、滋賀県は中山間面積が大きい、大阪府は都市面積がほとんどを占める、鹿児島県は中山間面積がさらに大きく離島も存在する、という特徴がある。

研究会に使用した資料は、本分担研究の概要、新精神保健福祉資料の説明資料、精神医療マップ、『平成 29 年度 新精神保健福祉資料』の全国一覧(平成 28 年度 NDB ベース)(以下、NDB データという)による都道府県

別の人口千人当たりの医療利用、同じく 4 府県の二次医療圏別の人口千人当たりの医療利用、同じく都道府県別のアウトカム一覧表、医療計画等である。また、それぞれの研究会開催地において、行政職員に、精神医療についての体感アンケートを依頼し、それをまとめたものを資料とした。

なお、NDB データは、医療機関住所地で作成されており、医療需給のうち、医療供給量を見ていることになる。NDB データのストラクチャー・プロセスには、統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、発達障害、アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル依存症、PTSD、摂食障害、てんかんの 10 の診断分類の集計表が掲載されている。都道府県一覧には、これらすべての「精神病床を持つ病院数」、「外来診療をしている医療機関数」、「精神病床での入院患者数」、「外来患者数(継続)」を使用し、4 府県の二次医療圏別一覧には、このうち入院または外来の患者数が多い、統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、発達障害、アルコール依存症の 5 つを使用した。

なお、「外来患者数(継続)」については、実患者数よりも過大または過少の可能性があるため、数値の評価には注意を要する(表1)。

研究会は、滋賀県においては 9 月 13 日に、大阪府においては 9 月 19 日に、鹿児島県においては 11 月 8 日に、神奈川県においては 2019 年 1 月 18 日と 1 月 31 日に開催した。

精神科領域の医療計画の記載内容の変化については、47 都道府県を対象に第 6 次医療計画と現在実施されている第 7 次医療計画の精神医療領域のうち、「身体合併症」、「精神科救急」、「認知症」に関するそれぞれの医療計画の記述内容を比較した。

(倫理面への配慮)

本研究では個人情報扱わない。また、精神医療マップに使用するデータ、NDB データについては、国立精神・神経医療研究センター倫理審査委員会の承認を受けている。

C 結果及び考察

1. 精神医療マップ

4 府県における研究会において、精神科医療機関の所在地を人口、主要な交通路と重ねたマップ、精神科医療機関の所在地と今後の人口変化を重ねたマップ(2015 年を基準とした 2040 年推計)、入院・外来受診のための患者の医療圏移動を提示した。これらは、精神医療または精神保健福祉行政に精通していない者にも、精神医療の現状と課題を共有しやすく、役に立つという意見が聞かれた。本研究に使用した精神医療マップはストレングス研究の成果物であるが、その作成に必要な精神科医療施設の住所地を含む施設情報を毎年収集し、更新・紹介していくことが望まれる。精神科医療機関の機能、障害福祉や介護保険等の情報を重ねるとさらにマップの有用性は高まるが、マップには一覧性があることは重要であり、本研究で提案したマップは、その基本になるものと考えられる。参考までに神奈川県マップを例示する(図1, 図2)。

2. 都道府県別の人口千人当たりの医療利用(表2)

都道府県別に、統合失調症からてんかんの 10 の診断分類について、「精神病床を持つ病院数」、「外来診療をしている医療機関数」、「精神病床での入院患者数」、「外来患者数(継続)」を掲載し、第三四分位数以上、四分位範囲、第一四分位数以下がわかるようにした。都道府県を通覧すると、統合失調症、う

つ・躁うつ病、認知症などの頻度の高い精神疾患(common mental disorders)への医療提供の様式は、都道府県によって異なることがわかった。神奈川県、大阪府は、統合失調症、うつ・躁うつ病について、「精神病床を持つ病院数」は第一四分位数以下であるが、「外来診療をしている医療機関数」は四分位範囲もしくは第三四分位以上であり、精神科診療所が精神科病院とともに医療ニーズを大きく担っていることが推測された。滋賀県は「精神病床を持つ病院数」、「外来診療をしている医療機関数」とも第一四分位数以下と少なかった。また、鹿児島県は「精神病床を持つ病院数」は第三四分位数以上、「外来診療をしている医療機関数」は四分位範囲であって、精神科病院が地域精神医療の主な担い手であることが推測された。このように、都道府県別の人口千人当たりの医療利用を、四分位数を用いて観察することは、その都道府県の精神医療提供の様式を把握することに役立つと思われた。資料に述べたように、NDB データの外来患者数は、過大または過少の可能性のあることから慎重に扱う必要があるが、データの質が改善されれば利用価値は高まると考えられた。しかし、薬物依存症、ギャンブル依存症、PTSD、摂食障害については、数値が小さいうえに、推定される実患者数よりもきわめて過少である可能性があることや、満たされていないニーズが可視化されていないこともあり、現状での活用は慎重にしたほうがよいと考えられた。

3. 4 府県の二次医療圏別の人口千人当たりの医療利用(表3)

4 府県の二次医療圏について、統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、発達障害、アルコール依存症の 5 つの診断分類について、「精神病床を持つ病院数」、「外来診療をしている

医療機関数」,「精神病床での入院患者数」,「外来患者数(継続)」について,第三四分位数以上,四分位範囲,第一四分位数以下がわかるようにした。これを通覧すると,4府県によって,またひとつの府県の二次医療圏によって,医療提供の様式が異なることがわかった。例えば,神奈川県,大阪府は,統合失調症,うつ・躁うつ病について,「精神病床を持つ病院数」が第一四分位数以下であったが,「外来診療をしている医療機関数」は四分位範囲もしくは四分位範囲であり,精神科診療所の医療の担い手としての役割大きいことが推測されたが,滋賀県,鹿児島県では,その役割は二次医療圏によって異なり,神奈川県や大阪府に比べると小さいことがわかった。また,滋賀県の湖西や,鹿児島の曽於のように,精神科医療の供給が不足していると考えられる二次医療圏は,「精神病床を持つ病院数」が第一四分位数以下かつ「外来診療をしている医療機関数」が第一四分位数以下もしくは欠損値となり,その地域の医療が弱体であることを推測させ,これは精神医療マップや研究会での意見と一致していた。また,アルコール依存症については,神奈川,滋賀,大阪では,「精神病床を持つ病院数」に第一四分位数以下または欠損値が多いが,神奈川県では,久里浜医療センターのある横須賀・三浦が「外来患者数(継続)」で第三四分位数以上になるなど,専門医療の提供がある二次医療圏に患者が集積していることを示唆する結果が得られた。また,鹿児島県では,鹿児島県立こども総合医療センターの存在する鹿児島二次医療圏において発達障害の「外来患者数(継続)」が第三四分位数以上であった。このように,二次医療圏別の人口千人当たりの医療利用を,四分位数を用いて観察することは,二次医療圏

の医療提供の充足度を把握することに役立つと思われた。

4. アウトカムの一覧表(表4)

現在,新精神保健福祉資料にアウトカム指標として掲載されているのは,精神病床における退院率,再入院率,精神病床における新規入院患者の平均在院日数,入院患者数であって,すべて入院に直接関係している。その一方,NDBデータには,統合失調症,うつ・躁うつ病,認知症,発達障害,アルコール依存症,薬物依存症,ギャンブル依存症,PTSD,摂食障害,てんかんの10の診断分類データが掲載されているが,これらには,入院の少ないものや,入院となっても入院日数の少ないものが多く含まれる。4府県における研究会において,人口減少地域における精神医療の確保という課題が示されたが,本格的な人口減少と高齢化を迎える中で,地域精神医療の確保あるいは体制整備に関する視点からアウトカム指標を設定することが必要と考えられた。

5. 行政職員の体感アンケート(表5)

4府県の回答を概観すると,「新入院に使用できる精神病床」,「統合失調症の医療体制」,「気分障害の医療体制」の回答には4府県それぞれの地理的条件や精神医療の供給体制等の影響が読み取れ,回答に差があった。例えば,大阪府については,面積が小さくて平地がほとんどを占め,交通機関が発達した中に精神科医療機関が存在しているためか,「十分である」という回答が多かった。鹿児島県については,人口万対病床数が全国でも大きいにもかかわらず,「不足している」,「どちらともいえない」という回答が多かったが,それには中山間面積の大きさや離島の存在の影響が考えられた。その一方,「依存症の医療体制」,「発達障害の医療体制」,「身体合併症の

医療体制」,「摂食障害の医療体制」,「介護保険と精神医療の連携」,「一般医療(救急を含む)と精神医療の連携」は,4府県とも「不足している」という回答が最も多く,これらの課題は4府県とも共通していることが示唆された。今日の精神医療には,必要時に精神医療にアクセスできるだけでなく,一般医療(救急を含む),介護保険,障害保健福祉,自助グループ等の地域活動と連携することの期待が大きいことを示したものと思われた。

6. 都道府県の医療計画策定に係る効果的プロセス

4府県における研究会の準備,実施,報告書の取りまとめまでの過程を振り返ると,都道府県の医療計画策定には,下記が特に重要と考えられた。

- (1)精神医療マップを持続可能なものにする。
- (2)NDBデータの外来患者数の利用可能性を高めること。
- (3)満たされていないニーズを含めての精神医療ニーズについての「体感アンケート」のボトムアップのプロセスへの活用を検討すること。

以上に述べたことを都道府県の医療計画策定に係る効果的プロセスとしてまとめると下記のようなようになる。

- (1)精神医療マップの作成と更新。
- (2)NDBデータの利用可能性を高めること。
- (3)ボトムアップのプロセスを活発にするためのアンケートの実施。
- (4)本研究における4府県の研究会のような,協議の場の実施。

大切なことは,医療計画策定の協議の場を,医療計画策定の日程が迫った状態で持つのではなく,日常的な協議の場を持つこと,それに利用可能な資料類を整備していくことで

あろう。

7. 計画のモニタリングに資する効果的かつ実践可能な指標案

医療計画の策定につながる,日常的な協議の場を持つこと,それに利用可能な資料類を整備するという観点からまとめると下記のとおりになる。

- (1)都道府県ごとの精神医療マップを作成し,その分析を文章化し,公表すること。
- (2)NDBデータの診断分類の集計表について,人口千対数を,第一四分位数以下,四分位範囲,第三四分位数以上を明示し,第一四分位数以下について医療供給の不足の有無を検討すること。(複数年にわたるデータがあればより安定した評価が可能になる。ただし,その利用の範囲は,現状では,統合失調症,うつ・躁うつ病,認知症,発達障害,アルコール依存症が適切と思われる。また,NDBデータは人口千対数が掲載されているが,人口万対または十万対の数値のほうが扱いやすい。)
- (3)アウトカム一覧表に,人口減少社会における医療確保の指標を組み込むこと。特に,NDBデータでは捕捉困難,または過少となりやすい領域等(薬物依存症,ギャンブル依存症,摂食障害,てんかん)についての,拠点の整備や活動状況を追加すること
- (4)精神医療圏の設定状況と,介護,一般医療(救急を含む)との連携状況。
- (5)地域精神医療の充実に向けての,ボトムアップのプロセスの存在の有無と様式。
- (6)地域ネットワークの可視化と数値化。
- (7)協議の場の存在の有無と様式。

本研究は平成33年度の医療計画見直しに向けて,計画のモニタリングに資する効果的かつ実践可能な指標案を提示することを目的と

したが、利用可能な資料の制約もあり、指標の方向性の記述にとどまるところも多い。

本報告書の推敲過程において、過渡期的状況においては、成果指標ではなく、注意喚起情報をモニタリングするような方向性も必要ではないかという指摘があった。

4 府県における研究会のような、現場知と研究の協働による、共有可能なデータを利用した実証的な検討の場は重要であり、今後さらにこれらの場を活用した研究を進展させるとともに、このような研究会を全国に普及させることが望まれる。

精神科領域の医療計画の記載内容の変化について(表 6～11)

身体合併症に関する記述は、第 6 次計画に比して第 7 次計画では、17 都県(36.2%)で記述内容が充実していた。中でも山口県と愛媛県は、記述が大幅に充実していた。29 道府県(61.7%)ではほとんど変化がなかった。千葉県(2.1%)については、施策に関する記述の後退が見られた。

精神科救急は、14 府県(29.8%)で記述が充実していた。中でも長崎県は大幅に充実していた。一方、身体合併症と同じく千葉県(2.1%)は、施策に関する記述が減少していた。残りの 31 都道府県(66.0%)の記述は、ほとんど変化がなかった。

認知症は 26 都府県(55.3%)で記述内容が充実していた。中でも山口県と長崎県は内容が大きく充実していた。21 道府県(44.7%)では、記述内容はほとんど変化がなかった。第 6 次および第 7 次の精神医療領域の医療計画を比較検討したが、「身体合併症」、「精神科救急」は大半の都道府県で記述内容の変更はほとんど認められなかった。

「認知症」については、記述内容が充実しているところが前 2 者より多かった。だが、内容は介護事業に関するものを引用しているものが多かった。精神科医療領域に近い施策を引用して記述の充実を図ったものと思われる。さらに「認知症」については、記述内容が前回より充実した都道府県が多かったが、そのほとんどは「認知症疾患医療センターの整備」、「認知症サポート医養成研修」など、既存の国の施策を転写したに過ぎない。また、「認知症相談窓口の設置」についても既に介護保険事業で行われていることを引用したものである。ただ、認知症は社会的な注目度が高いことから、多角的に多くの内容を記述している都道府県も存在した。「身体合併症」と「精神科救急」「精神科救急情報センター」についても医療機関や関係者間の連携・協力、研修、これら機能を果たす医療機関の指定などが主たる記述内容であった。全体的に各都道府県とも共通する表現や事業内容が多いが、それは前述のように国が提示している補助金による既存事業を柱にして記述していることによると考えられる。

E 結論

A 班でのデータセット作成は途上であり、またそもそもの医療計画の構造自体への課題も大きく、今後整理改善すべき余地は大きい。分担研究として、以下の提言としたい。

平成 33 年度の医療計画見直しに向けて、都道府県の医療計画策定に係る効果的のプロセスを提示すること、計画のモニタリングに資する効果的かつ実践可能な指標案を提示することを目的として、神奈川県、滋賀県、大阪

府、鹿児島県の4府県において、行政と精神医療の組織トップ層等の参加による研究会を開催した。医療計画の策定には、日常的な協議の場を持つこと、それに利用可能な資料類を整備することが何より大切であり、4府県における研究会を発展させた、ボトムアップのプロセスを含む、精神医療、一般医療、介護保険、障害保健福祉、行政、研究者等による協議の場の普及が望まれる。

医療計画は、都道府県の“医療関連データの分析” ⇒ “課題の明確化” ⇒ “施策体系の構築” ⇒ “事業計画の策定” ⇒ “実施” ⇒ “医療計画の評価” ⇒ “計画の改善”という流れで進められるべきである。

第7次医療計画は、策定マニュアル等の各種の通知等も発出され、今後の医療提供体制を確立する上で重要視されるものである。しかし、現実には記載内容の刷新は見られない。都道府県の独自性を発揮した品質管理のサイクルが回転していない。特に「施策体系の構築」と「事業計画の策定」が重要となる。NDBデータの解析力の向上等では解決しない問題である。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

謝辞

4府県における研究会の開催にご協力いただいた皆さまに感謝します。本報告書の詳細版は下記をご参照ください。

<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/aboutus/>

研究実績・平成30年度

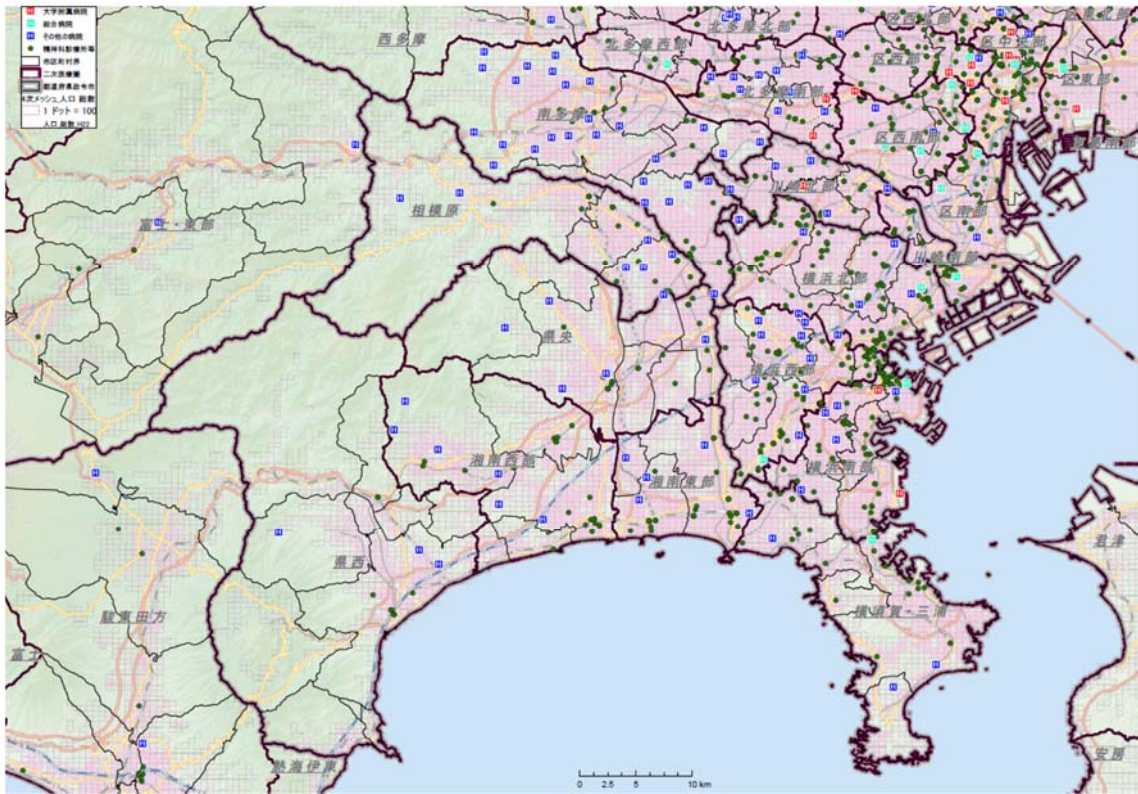


図1. 神奈川県内の精神科医療機関所在地を、人口、主要な交通路と重ねたマップ

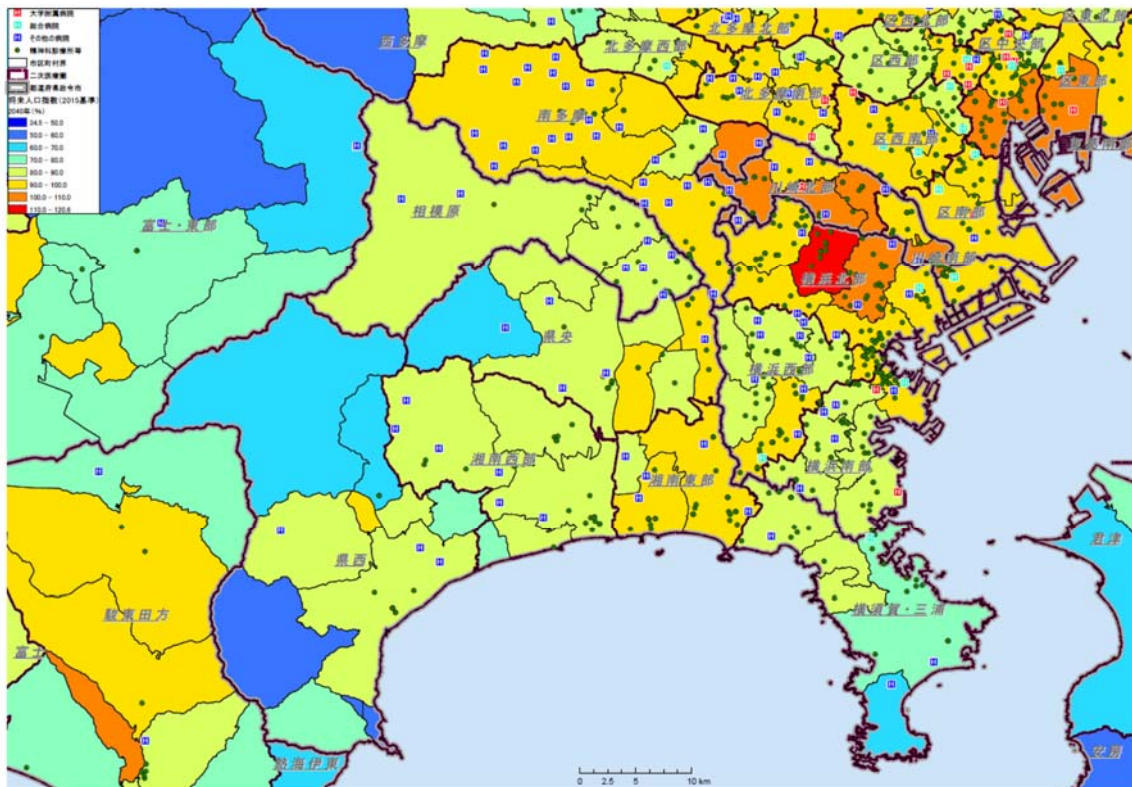


図2. 神奈川県内の精神科医療機関の所在地と今後の人口変化（2015年基準、2040年推計）

表1. NDBデータによる外来患者数と患者調査、研究報告等との比較による活用可能性の検討

領域	NDBデータによる全国患者数 (人口千対患者数をもとに計算)	患者調査による推計患者数	WMHJ2 (世界精神保健日本調査セカンド) をもとにした推計患者数	WMHJ2以外の研究等	専門家のコメント	推定される実患者数に対する NDBデータによる患者数の大きさ	活用例
統合失調症	152.6万人	60.7万人	—	100人に1人弱が罹患 (最近の報告では推定生涯有病率約0.4%)		過大の可能性	ひとつの都道府県内の、二次医療圏間の医療提供の少ない地域の検討
うつ・躁うつ病	288.3万人	83万人	成人の12カ月有病率2.7% (標準偏差0.3%) であり283.8万人となる。そのうちおよそ3分の1が治療を求めているので94.6万人	—		過大の可能性	ひとつの都道府県内の、二次医療圏間の医療提供の少ない地域の検討
認知症	220.8万人 (精神療法に限定しない)	60.1万人	—	2012 (平成24) 年で約462万人。新オレンジプランは65歳以上高齢者の約7人に1人と推計しており、これを2016年の65歳以上人口に当てはめると494.2万人		過大の可能性	ひとつの都道府県内の、二次医療圏間の医療提供の少ない地域の検討
発達障害	77.8万人 (精神療法に限定しない)	19.5万人 (発達障害者支援法に規定する発達障害の総患者数)	—		子どもの発達障害については、小児科医のうち日本小児神経学会 (小児神経科医) や日本小児科医会の「子どもの心相談医」と日本児童青年精神医学会の児童精神科医 (専門医) が主に外来で対応しているが、診療にあたる医師の絶対数が少ないことが一番の問題である 発達障害には「診断ニーズ (保育所における加配保育の配置につながる)」と「治療ニーズ」があること、重いケースが必ずしも医療にアクセスしているとは限らない	過大の可能性	ひとつの都道府県内の、二次医療圏間の医療提供の少ない地域、あるいは拠点的な医療機関のある地域の検討
アルコール依存症	8.3万人	4.9万人 (総患者数)	成人の12カ月有病率1.1% (標準偏差0.2%) であり115.6万人となる (物質使用障害で治療を求めたのはその14.3% であって16.5万人)	治療の有無にかかわらず約58万人 (WHO世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合研究)	内科などの一般科だけでなく、精神科医療においてアルコール依存症の診断や介入が適切に行われていない可能性がある	過少の可能性	ひとつの都道府県内の、二次医療圏間の医療提供の少ない地域、拠点的な医療機関のある地域の検討
薬物依存症	0.5万人	0.3万人 (総患者数)	生涯有病率は0.4% (標準偏差0.1%) であり42.0万人となる (物質使用障害で治療を求めたのはその14.3% であって6.0万人)		規制薬物使用者の場合は警察通報などへの恐れから受診率が非常に低く、地域における本当のニーズを把握するのが難しい処方薬や市販薬の依存症患者の場合は他の精神障害の重複率が非常に高く、ほとんどの場合、気分障害や不安障害など別の診断名で治療を受けている	きわめて過少の可能性	慎重な利用
ギャンブル依存症	0.2万人	—	—		保険適応になっている薬剤がないため、副病名であっても、病名として挙げる必然性がまったくない	きわめて過少の可能性	慎重な利用
PTSD	1.1万人	0.3万人 (総患者数)	成人の12カ月有病率は0.2% (標準偏差0.1%) であり21.0万人となる		解離症状等のために当事者がトラウマサバイバーであることを自覚していない場合があること、当事者の側からトラウマ体験について治療者に言い出しにくいこと、治療者の側も大部分がトラウマに焦点化した治療法のトレーニングを受けていないこと等があり、実患者数よりも過少になりがちである	きわめて過少の可能性	慎重な利用
摂食障害	17.2万人 (精神療法に限定しない)	1.0万人 (総患者数)	—	女子中学生の100人に1~2人、男子中学生の1,000人に2~5人いると推定 (児童・思春期摂食障害に関する基盤的調査研究)	内科や高齢者の多い医療機関ではいわゆる摂食・嘔下障害の患者を「摂食障害」として報告する例が少なくないので、摂食障害というだけでなく、その下位分類 (神経性やせ症、神経性過食症、過食性障害、他の特定される食行動障害または摂食障害、回遊制限性食物摂取症など) がつけられていない診断は信頼性が低い	実患者数と乖離の可能性	慎重な利用
てんかん	170.8万人 (精神療法に限定しない)	25.2万人 (総患者数)	—	治療の有無にかかわらず人口1000人当たり7.71人いると推計されており97.9万人になる (てんかんの有病率等に関する疫学研究及び診療実態の分析と治療体制の整備に関する研究)		きわめて過大の可能性	慎重な利用

(註) 人口は126,933千人、成人人口は105,115千人とした。患者調査による推計患者数は、発達障害を除いて、「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に掲載されている数値を使用した。WMHJ2 (世界精神保健日本調査セカンド) は、Ishikawaらによる論文「Prevalence, treatment, and the correlates of common mental disorders in the mid 2010's in Japan: The results of the world mental health Japan 2nd survey」(J Affect Disord. 2018) を使用した。

表2. 都道府県別の人口千対の医療利用

都道府県番号	都道府県名	統合失調症				うつ・躁うつ病			
		統合失調症を入院診療している精神科病棟を持つ病院数	統合失調症を外来診療している医療機関数	統合失調症の精神科病棟での入院患者数	統合失調症外来患者数(継続)	うつ・躁うつ病を入院診療している精神科病棟を持つ病院数	うつ・躁うつ病を外来診療している医療機関数	うつ・躁うつ病の精神科病棟での入院患者数	うつ・躁うつ病外来患者数(継続)
		S	S	P	P	S	S	P	P
0	全国	0.013	0.063	2.668	12.024	0.013	0.069	1.548	22.712
1	北海道	0.020	0.059	3.484	13.379	0.020	0.065	2.205	23.693
2	青森県	0.021	0.044	3.497	14.660	0.021	0.052	1.970	20.830
3	岩手県	0.016	0.049	3.829	14.039	0.016	0.052	2.356	21.906
4	宮城県	0.016	0.057	2.198	8.981	0.016	0.061	1.372	19.859
5	秋田県	0.023	0.065	3.529	12.271	0.023	0.069	2.065	20.379
6	山形県	0.019	0.058	3.800	15.010	0.019	0.068	2.521	25.556
7	福島県	0.016	0.058	3.343	14.374	0.016	0.064	2.106	25.584
8	茨城県	0.011	0.040	2.468	10.617	0.011	0.044	1.198	18.036
9	栃木県	0.014	0.040	2.604	12.614	0.014	0.045	1.423	20.791
10	群馬県	0.010	0.053	3.039	12.562	0.010	0.060	1.482	22.715
11	埼玉県	0.009	0.045	2.084	11.403	0.009	0.050	1.181	19.538
12	千葉県	0.008	0.047	1.752	10.830	0.008	0.050	0.841	21.387
13	東京都	0.008	0.086	1.913	14.551	0.008	0.097	1.280	32.226
14	神奈川県	0.008	0.067	1.675	11.579	0.007	0.072	1.011	23.835
15	新潟県	0.013	0.049	2.935	11.271	0.013	0.051	1.601	22.833
16	富山県	0.028	0.053	3.703	12.981	0.028	0.056	1.903	19.887
17	石川県	0.018	0.059	4.166	15.424	0.018	0.065	2.594	22.228
18	福井県	0.019	0.053	3.005	13.173	0.019	0.064	1.922	20.132
19	山梨県	0.013	0.050	3.043	11.970	0.013	0.061	1.622	18.551
20	長野県	0.014	0.057	2.708	16.214	0.014	0.062	1.657	24.196
21	岐阜県	0.008	0.045	2.580	10.413	0.008	0.050	1.465	19.531
22	静岡県	0.010	0.051	2.076	12.149	0.010	0.055	1.152	19.995
23	愛知県	0.007	0.047	2.149	10.895	0.007	0.051	1.312	24.409
24	三重県	0.010	0.051	2.440	11.447	0.010	0.060	1.299	21.155
25	滋賀県	0.008	0.046	2.016	10.130	0.008	0.050	1.278	21.512
26	京都府	0.008	0.068	2.192	10.538	0.008	0.074	1.269	21.118
27	大阪府	0.007	0.080	2.098	10.575	0.007	0.089	1.218	22.837
28	兵庫県	0.008	0.069	1.921	8.698	0.008	0.077	1.095	19.377
29	奈良県	0.007	0.058	2.093	9.783	0.007	0.060	1.313	19.854
30	和歌山県	0.012	0.059	2.272	11.665	0.012	0.070	1.160	21.224
31	鳥取県	0.019	0.080	3.552	15.499	0.019	0.089	1.978	24.909
32	島根県	0.022	0.079	4.276	17.079	0.022	0.084	2.499	28.187
33	岡山県	0.012	0.068	3.145	13.837	0.012	0.074	2.050	22.446
34	広島県	0.015	0.068	3.298	14.167	0.015	0.073	2.002	24.561
35	山口県	0.022	0.070	4.370	13.656	0.022	0.075	2.390	25.011
36	徳島県	0.024	0.074	4.704	13.260	0.024	0.077	2.208	19.791
37	香川県	0.018	0.071	3.381	11.379	0.018	0.072	1.717	20.008
38	愛媛県	0.016	0.064	3.240	12.660	0.016	0.066	1.535	24.006
39	高知県	0.033	0.073	4.213	12.391	0.033	0.088	2.768	19.335
40	福岡県	0.020	0.072	3.709	10.934	0.020	0.080	2.282	21.644
41	佐賀県	0.023	0.058	5.659	13.290	0.023	0.061	3.345	19.604
42	長崎県	0.027	0.074	5.066	12.743	0.027	0.083	2.647	21.666
43	熊本県	0.026	0.064	5.316	12.492	0.026	0.069	3.245	21.238
44	大分県	0.024	0.077	3.996	13.301	0.024	0.083	2.237	21.339
45	宮崎県	0.023	0.062	5.136	14.096	0.023	0.067	2.699	21.182
46	鹿児島県	0.031	0.067	5.092	9.977	0.031	0.075	2.369	16.293
47	沖縄県	0.017	0.079	3.927	14.834	0.017	0.084	1.719	20.046
四分位数	最小値	0.007	0.040	1.675	8.698	0.007	0.044	0.841	16.293
	第一四分位数	0.010	0.051	2.235	11.103	0.010	0.058	1.305	19.941
	第二四分位数	0.016	0.059	3.240	12.562	0.016	0.066	1.719	21.238
	第三四分位数	0.021	0.070	3.878	13.938	0.021	0.075	2.259	23.265
	最大値	0.033	0.086	5.659	17.079	0.033	0.097	3.345	32.226

認知症						発達障害					
認知症を 入院診療 している 精神病床 を持つ病 院数	認知症を 外来診療 している 医療機関 数(精神療 法に限定 しない)	認知症を 外来診療 している 医療機関 数(精神療 法に限定 しない)	認知症の 精神病床 での入院 患者数	認知症外 来患者数 (継続)(精 神療法に 限定)	認知症外 来患者数 (継続)(精 神療法に 限定しない)	発達障害 を入院診 療してい る精神病 床を持つ 病院数	発達障害 を外来診 療してい る医療機 関数(精神 療法に限 定)	発達障害 を外来診 療してい る医療機 関数(精神 療法に限 定しない)	発達障害 の精神病 床での入 院患者数	発達障害 外来患者 数(継続)(精神 療法に限 定)	発達障害 外来患者 数(継続)(精神 療法に限 定しない)
S	S	S	P	P	P	S	S	S	P	P	P
0.012	0.054	0.472	1.093	3.451	17.399	0.010	0.051	0.217	0.093	2.735	6.130
0.020	0.052	0.389	1.888	4.680	19.381	0.016	0.051	0.178	0.114	3.158	6.088
0.021	0.041	0.403	1.878	6.089	22.370	0.016	0.037	0.179	0.144	1.770	4.816
0.016	0.042	0.408	1.310	3.509	21.734	0.015	0.040	0.180	0.200	2.881	5.320
0.016	0.048	0.414	1.327	3.126	15.869	0.009	0.048	0.201	0.055	1.500	4.306
0.023	0.062	0.447	2.358	5.967	25.432	0.018	0.051	0.183	0.114	1.204	4.428
0.019	0.056	0.476	2.011	8.126	23.051	0.013	0.051	0.211	0.098	2.025	5.365
0.016	0.056	0.449	1.298	5.100	21.383	0.013	0.050	0.208	0.134	3.599	6.697
0.011	0.033	0.351	0.722	2.530	15.560	0.008	0.031	0.179	0.043	1.362	5.164
0.014	0.034	0.430	0.667	3.137	16.339	0.011	0.031	0.198	0.098	1.278	6.200
0.010	0.048	0.485	0.772	2.227	17.682	0.009	0.045	0.213	0.084	2.377	5.245
0.009	0.039	0.342	1.025	2.778	13.182	0.006	0.036	0.172	0.053	1.733	4.882
0.008	0.042	0.343	0.472	2.697	13.496	0.006	0.036	0.173	0.048	2.300	5.205
0.008	0.068	0.496	0.601	3.148	14.646	0.007	0.069	0.256	0.087	4.144	7.383
0.008	0.057	0.398	0.566	3.039	13.626	0.005	0.049	0.195	0.042	2.906	5.493
0.013	0.046	0.398	1.386	3.296	23.548	0.011	0.042	0.165	0.089	2.636	5.640
0.028	0.051	0.452	1.283	3.869	20.711	0.014	0.045	0.185	0.080	1.459	5.750
0.018	0.049	0.472	1.756	3.786	20.826	0.016	0.048	0.197	0.211	1.959	4.943
0.019	0.047	0.445	1.678	6.954	24.352	0.014	0.053	0.193	0.222	3.767	7.358
0.013	0.042	0.483	0.767	2.065	20.448	0.013	0.040	0.230	0.139	0.923	5.675
0.013	0.050	0.465	0.880	3.520	21.017	0.011	0.048	0.205	0.157	2.638	8.491
0.008	0.039	0.481	0.894	3.561	18.330	0.008	0.043	0.214	0.068	2.977	6.358
0.009	0.044	0.432	0.614	1.819	16.738	0.006	0.044	0.216	0.056	2.930	6.797
0.007	0.038	0.403	0.520	2.097	14.840	0.007	0.043	0.196	0.096	3.881	7.610
0.009	0.045	0.481	0.930	3.187	18.032	0.009	0.039	0.192	0.072	2.745	4.762
0.008	0.037	0.447	0.792	3.696	17.024	0.008	0.042	0.200	0.093	1.901	5.158
0.008	0.060	0.537	1.269	2.691	17.136	0.005	0.054	0.230	0.075	2.695	5.483
0.007	0.072	0.585	0.833	3.811	16.114	0.006	0.061	0.259	0.060	2.864	5.943
0.008	0.063	0.543	0.864	4.056	16.981	0.007	0.055	0.233	0.063	1.922	5.322
0.007	0.049	0.526	1.004	3.524	17.274	0.007	0.047	0.212	0.089	2.302	5.524
0.012	0.055	0.739	0.377	3.173	22.402	0.008	0.051	0.270	0.067	1.482	6.228
0.019	0.061	0.546	1.634	3.196	25.204	0.012	0.061	0.230	0.120	2.400	8.667
0.022	0.078	0.619	1.681	5.558	24.391	0.014	0.075	0.262	0.161	1.835	5.419
0.012	0.059	0.540	1.428	3.235	23.176	0.009	0.058	0.281	0.110	4.978	10.994
0.015	0.062	0.577	1.464	3.782	20.798	0.012	0.057	0.255	0.116	2.612	7.018
0.022	0.061	0.571	2.057	4.466	22.900	0.019	0.061	0.249	0.229	3.344	6.865
0.024	0.062	0.668	1.284	3.945	23.003	0.021	0.060	0.287	0.175	2.026	8.350
0.018	0.055	0.539	1.389	5.142	24.388	0.013	0.056	0.241	0.087	4.294	9.757
0.016	0.056	0.564	1.272	4.320	22.825	0.014	0.055	0.230	0.095	1.810	5.298
0.032	0.065	0.544	2.255	6.135	26.771	0.027	0.055	0.261	0.236	3.254	8.618
0.020	0.063	0.562	1.890	3.514	17.714	0.016	0.063	0.247	0.137	2.427	5.771
0.023	0.052	0.586	2.510	4.001	23.067	0.018	0.052	0.228	0.203	3.612	7.655
0.027	0.067	0.625	2.058	4.421	23.514	0.020	0.063	0.247	0.139	2.193	6.110
0.026	0.054	0.560	2.181	4.423	20.531	0.020	0.048	0.230	0.246	3.188	6.683
0.023	0.063	0.592	1.901	4.364	24.501	0.016	0.060	0.229	0.130	3.127	6.995
0.023	0.051	0.514	2.673	4.325	22.817	0.019	0.052	0.229	0.116	2.215	5.346
0.031	0.059	0.593	2.735	2.744	22.595	0.019	0.056	0.231	0.159	1.066	5.222
0.017	0.066	0.369	1.466	3.560	13.708	0.016	0.061	0.217	0.104	3.549	6.422
0.007	0.033	0.342	0.377	1.819	13.182	0.005	0.031	0.165	0.042	0.923	4.306
0.009	0.046	0.431	0.849	3.142	17.003	0.008	0.044	0.196	0.077	1.868	5.309
0.016	0.054	0.483	1.310	3.561	20.798	0.013	0.051	0.216	0.104	2.427	5.771
0.021	0.061	0.561	1.883	4.392	23.027	0.016	0.057	0.237	0.142	3.142	6.930
0.032	0.078	0.739	2.735	8.126	26.771	0.027	0.075	0.287	0.246	4.978	10.994

アルコール依存症				薬物依存症				ギャンブル等依存症			
アルコール依存症を入院診療している精神病床を持つ病院数	アルコール依存症を外来診療している医療機関数	アルコール依存症の精神病床での入院患者数	アルコール依存症外来患者数(継続)	薬物依存症を入院診療している精神病床を持つ病院数	薬物依存症を外来診療している医療機関数	薬物依存症の精神病床での入院患者数	薬物依存症外来患者数(継続)	ギャンブル等依存症を入院診療している精神病床を持つ病院数	ギャンブル等依存症を外来診療している医療機関数	ギャンブル等依存症の精神病床での入院患者数	ギャンブル等依存症外来患者数(継続)
S	S	P	P	S	S	P	P	S	S	P	P
0.012	0.043	0.201	0.656	0.004	0.014	0.011	0.042	0.001	0.004	0.002	0.015
0.018	0.042	0.251	0.628	0.005	0.015	0.012	0.040	0.002	0.007	0.005	0.024
0.020	0.035	0.324	0.749	0.005	0.009	-	0.015	-	0.004	-	-
0.016	0.039	0.374	1.064	0.005	0.010	-	0.019	-	0.005	-	-
0.013	0.040	0.212	0.644	0.005	0.011	0.014	0.039	0.002	0.006	0.005	0.036
0.021	0.051	0.259	0.674	0.005	0.016	-	0.015	-	-	-	-
0.016	0.044	0.273	0.877	0.005	0.011	0.009	0.021	-	0.004	-	-
0.016	0.048	0.210	0.738	0.006	0.016	0.011	0.038	-	0.003	-	0.024
0.011	0.027	0.124	0.401	0.003	0.010	0.007	0.036	-	0.002	-	-
0.012	0.028	0.091	0.469	0.004	0.013	0.006	0.038	-	0.004	-	-
0.010	0.035	0.197	0.379	0.004	0.012	0.072	0.085	-	-	-	-
0.008	0.031	0.104	0.433	0.002	0.007	0.008	0.045	-	0.002	-	0.011
0.007	0.034	0.133	0.522	0.002	0.011	0.009	0.028	-	0.002	-	-
0.007	0.055	0.151	0.830	0.003	0.016	0.010	0.056	0.000	0.004	-	0.013
0.007	0.042	0.142	0.659	0.002	0.011	0.006	0.045	-	0.003	-	0.039
0.013	0.037	0.200	0.775	0.003	0.010	0.004	0.016	-	0.005	-	0.016
0.023	0.039	0.170	0.555	0.008	0.018	0.013	0.041	-	0.004	-	-
0.016	0.042	0.218	0.607	0.006	0.016	0.018	0.062	-	0.005	-	0.009
0.019	0.034	0.187	0.591	0.006	0.014	0.017	0.043	-	0.006	-	-
0.013	0.035	0.247	0.721	0.007	0.017	0.013	0.065	-	-	-	0.014
0.014	0.044	0.281	0.888	0.004	0.015	0.010	0.037	-	0.004	-	0.006
0.008	0.031	0.189	0.504	0.005	0.013	0.011	0.043	-	0.001	-	0.015
0.009	0.037	0.154	0.383	0.004	0.012	0.011	0.036	-	0.004	-	0.007
0.007	0.031	0.106	0.430	0.003	0.011	0.007	0.030	-	0.002	-	0.007
0.009	0.035	0.164	0.700	0.005	0.014	0.013	0.039	0.002	0.008	-	0.013
0.008	0.028	0.091	0.607	0.002	0.012	-	0.037	-	0.003	-	-
0.008	0.045	0.131	0.646	0.003	0.017	0.009	0.050	-	0.004	-	0.010
0.006	0.048	0.183	0.710	0.004	0.017	0.013	0.052	0.001	0.003	-	0.009
0.007	0.048	0.156	0.580	0.003	0.013	0.007	0.039	0.001	0.003	-	0.014
0.007	0.034	0.076	0.555	0.002	0.012	0.007	0.026	-	0.002	-	0.008
0.010	0.042	0.063	0.352	0.004	0.015	-	0.030	-	-	-	-
0.017	0.054	0.295	1.134	0.009	0.023	-	0.085	-	0.009	-	-
0.022	0.066	0.347	1.597	-	0.014	-	0.016	-	0.006	-	-
0.011	0.045	0.265	0.829	0.005	0.016	0.016	0.071	-	0.006	-	0.037
0.014	0.049	0.380	0.872	0.005	0.017	0.015	0.037	0.001	0.004	-	0.006
0.021	0.053	0.335	0.772	0.004	0.014	0.008	0.031	-	0.004	0.009	0.017
0.024	0.048	0.333	0.668	0.011	0.022	0.036	0.083	-	0.004	-	0.094
0.016	0.044	0.297	0.689	0.006	0.015	-	0.038	-	0.007	-	-
0.014	0.048	0.227	0.614	0.006	0.015	0.010	0.027	-	0.006	-	0.020
0.029	0.045	0.498	1.114	0.005	0.015	-	0.038	-	0.004	-	-
0.019	0.055	0.352	0.716	0.006	0.018	0.016	0.032	0.002	0.006	0.010	0.031
0.022	0.048	0.443	0.993	0.005	0.018	0.037	0.106	-	-	-	0.019
0.025	0.055	0.461	0.707	0.002	0.012	0.008	0.030	0.003	0.004	0.012	0.022
0.024	0.044	0.373	0.815	0.006	0.017	0.014	0.038	0.002	0.006	0.017	0.046
0.023	0.051	0.359	0.749	0.005	0.015	0.014	0.049	-	0.004	-	0.019
0.023	0.045	0.374	0.571	0.007	0.020	0.012	0.043	-	0.005	0.024	0.026
0.029	0.052	0.433	0.557	0.005	0.015	0.013	0.019	0.002	0.008	-	0.013
0.017	0.061	0.393	1.390	0.008	0.024	0.024	0.107	-	0.010	-	0.029
0.006	0.027	0.063	0.352	0.002	0.007	0.004	0.015	0.000	0.001	0.005	0.006
0.009	0.035	0.155	0.564	0.003	0.012	0.008	0.030	0.001	0.003	0.007	0.011
0.014	0.044	0.227	0.674	0.005	0.015	0.012	0.038	0.002	0.004	0.010	0.016
0.020	0.048	0.341	0.795	0.006	0.016	0.014	0.047	0.002	0.006	0.014	0.025
0.029	0.066	0.498	1.597	0.011	0.024	0.072	0.107	0.003	0.010	0.024	0.094

PTSD				摂食障害					
PTSDを 入院診療 している 精神病床 を持つ病 院数	PTSDを 外来診療 している 医療機関 数	PTSDの 精神病床 での入院 患者数	PTSD外 来患者数 (継続)	摂食障害	摂食障害	摂食障害	摂食障害	摂食障害	摂食障害
				を入院診 療してい る精神病 床を持つ 病院数	を外来診 療してい る医療機 関数(精神 療法に限 定)	を外来診 療してい る医療機 関数(精神 療法に限 定しない)	摂食障害 の精神病 床での入 院患者数	外来患者 数(継続)(精神 療法に限 定)	外来患者 数(継続)(精神 療法に限 定しない)
S	S	P	P	S	S	S	P	P	P
0.002	0.023	0.004	0.084	0.009	0.039	0.161	0.080	0.273	1.356
0.003	0.023	0.004	0.089	0.015	0.039	0.155	0.194	0.300	1.295
0.002	0.021	-	0.054	0.015	0.031	0.125	0.081	0.252	0.954
-	0.023	-	0.102	0.014	0.034	0.131	0.088	0.205	0.864
0.002	0.027	0.005	0.101	0.010	0.034	0.144	0.056	0.300	1.107
-	0.021	-	0.031	0.015	0.041	0.150	0.052	0.178	1.192
0.004	0.021	-	0.037	0.013	0.040	0.175	0.152	0.240	1.384
0.004	0.026	0.006	0.149	0.012	0.042	0.140	0.084	0.216	0.865
-	0.015	-	0.052	0.007	0.026	0.120	0.077	0.175	1.160
0.004	0.015	-	0.044	0.009	0.027	0.128	0.060	0.218	1.564
0.003	0.019	0.008	0.031	0.008	0.033	0.154	0.126	0.240	1.361
0.001	0.016	-	0.046	0.006	0.024	0.106	0.041	0.172	0.665
0.002	0.020	0.004	0.066	0.005	0.029	0.116	0.033	0.238	0.876
0.002	0.028	0.003	0.117	0.006	0.050	0.164	0.041	0.392	1.313
0.001	0.020	0.002	0.064	0.004	0.037	0.126	0.035	0.223	0.863
0.002	0.021	-	0.129	0.010	0.035	0.143	0.115	0.252	1.328
-	0.023	-	0.061	0.014	0.041	0.147	0.052	0.282	1.258
0.005	0.025	0.012	0.118	0.016	0.042	0.162	0.102	0.272	1.545
0.004	0.027	-	0.075	0.013	0.039	0.132	0.065	0.316	0.877
0.004	0.023	-	0.060	0.010	0.034	0.152	0.055	0.292	1.084
0.003	0.022	-	0.074	0.012	0.042	0.153	0.117	0.520	1.730
0.001	0.015	-	0.034	0.008	0.032	0.152	0.131	0.286	2.179
0.002	0.021	0.005	0.124	0.008	0.035	0.116	0.081	0.249	0.826
0.002	0.020	0.003	0.093	0.006	0.033	0.130	0.092	0.256	1.169
0.003	0.020	-	0.104	0.009	0.034	0.146	0.062	0.292	1.263
0.002	0.016	-	0.053	0.006	0.030	0.162	0.040	0.255	1.714
0.002	0.029	-	0.081	0.007	0.050	0.217	0.080	0.411	2.481
0.001	0.027	0.002	0.100	0.006	0.050	0.229	0.077	0.332	2.205
0.001	0.022	0.002	0.069	0.007	0.046	0.210	0.110	0.308	1.996
0.002	0.018	-	0.041	0.007	0.037	0.194	0.077	0.212	1.626
-	0.024	-	0.038	0.011	0.043	0.297	0.046	0.224	2.863
0.005	0.035	-	0.141	0.016	0.052	0.221	0.054	0.488	1.812
0.004	0.026	-	0.109	0.014	0.058	0.215	0.179	0.334	1.865
0.002	0.022	-	0.062	0.007	0.042	0.164	0.055	0.271	1.266
0.003	0.023	-	0.040	0.013	0.043	0.188	0.098	0.320	1.839
0.003	0.021	-	0.058	0.016	0.045	0.192	0.083	0.222	1.108
-	0.015	-	0.050	0.017	0.042	0.205	0.077	0.253	1.467
-	0.018	-	0.066	0.015	0.047	0.185	0.052	0.262	1.912
0.002	0.022	-	0.101	0.013	0.045	0.207	0.135	0.290	2.180
-	0.021	-	0.048	0.025	0.043	0.185	0.129	0.303	1.072
0.003	0.026	0.006	0.086	0.014	0.042	0.169	0.109	0.228	0.945
0.004	0.025	-	0.064	0.020	0.040	0.150	0.175	0.152	0.702
0.004	0.030	-	0.110	0.018	0.044	0.211	0.144	0.181	1.352
0.006	0.025	0.030	0.132	0.018	0.041	0.202	0.107	0.230	1.273
0.003	0.029	0.020	0.152	0.012	0.038	0.191	0.047	0.256	1.538
0.006	0.030	0.012	0.232	0.021	0.036	0.204	0.161	0.218	2.614
0.004	0.024	0.011	0.136	0.019	0.034	0.208	0.109	0.183	1.851
0.007	0.039	0.013	0.119	0.009	0.047	0.151	0.058	0.215	1.113
0.001	0.015	0.002	0.031	0.004	0.024	0.106	0.033	0.152	0.665
0.002	0.020	0.003	0.053	0.007	0.034	0.143	0.055	0.220	1.096
0.003	0.022	0.005	0.074	0.012	0.040	0.162	0.081	0.253	1.313
0.004	0.026	0.012	0.110	0.015	0.043	0.198	0.113	0.296	1.771
0.007	0.039	0.030	0.232	0.025	0.058	0.297	0.194	0.520	2.863

てんかん					
てんかん を入院診 療してい る精神病 床を持つ 病院数	てんかん を外来診 療してい る医療機 関数(精神 療法に限 定)	てんかん を外来診 療してい る医療機 関数(精神 療法に限 定しない)	てんかん の精神病 床での入 院患者数	てんかん 外来患者 数(継 続)(精神 療法に限 定)	てんかん 外来患者 数(継 続)(精神 療法に限 定しない)
S	S	S	P	P	P
0.013	0.058	0.425	0.903	3.850	13.456
0.020	0.059	0.360	1.484	5.921	16.838
0.021	0.044	0.368	1.403	5.117	15.630
0.016	0.045	0.386	1.540	3.438	14.748
0.016	0.051	0.387	0.779	2.060	11.268
0.022	0.063	0.410	1.215	3.702	16.432
0.019	0.058	0.435	1.329	4.381	14.084
0.016	0.056	0.425	1.018	3.885	15.489
0.011	0.036	0.321	0.730	2.976	13.810
0.014	0.037	0.398	0.829	3.579	15.646
0.010	0.050	0.448	0.858	2.992	12.289
0.009	0.043	0.318	0.880	4.181	11.997
0.008	0.044	0.320	0.576	3.758	12.705
0.008	0.080	0.457	0.738	5.774	16.138
0.008	0.062	0.374	0.532	3.528	11.602
0.013	0.046	0.370	0.858	2.921	14.554
0.027	0.053	0.410	0.903	3.343	13.446
0.018	0.052	0.425	1.600	5.334	15.626
0.019	0.050	0.402	0.840	3.170	12.141
0.013	0.044	0.419	0.882	3.178	13.375
0.014	0.055	0.429	0.825	4.960	15.942
0.008	0.041	0.429	0.727	2.887	11.394
0.010	0.047	0.394	0.661	3.079	13.762
0.007	0.042	0.376	0.767	3.669	12.268
0.010	0.048	0.448	0.607	2.652	12.324
0.008	0.040	0.398	0.825	3.175	12.920
0.008	0.064	0.469	0.797	3.680	14.788
0.007	0.073	0.485	0.719	3.281	11.876
0.008	0.064	0.469	0.605	2.327	10.902
0.007	0.056	0.438	0.579	2.779	13.301
0.012	0.056	0.598	0.478	2.518	11.983
0.019	0.070	0.523	0.903	3.803	16.368
0.022	0.078	0.552	1.201	4.259	15.897
0.012	0.064	0.498	0.830	3.227	15.829
0.015	0.065	0.517	1.382	5.500	15.544
0.022	0.070	0.513	1.453	4.459	15.577
0.024	0.067	0.561	1.332	2.834	15.398
0.018	0.062	0.469	1.034	3.244	13.736
0.016	0.061	0.487	1.300	4.540	16.389
0.033	0.063	0.486	1.291	3.311	14.224
0.020	0.068	0.499	1.262	3.221	12.308
0.023	0.055	0.504	2.036	2.992	12.616
0.027	0.071	0.550	1.443	4.020	14.454
0.026	0.058	0.501	1.376	3.217	11.553
0.024	0.069	0.500	1.625	4.607	14.419
0.023	0.059	0.500	1.213	3.166	13.667
0.031	0.063	0.533	1.375	2.347	12.928
0.017	0.070	0.356	1.349	5.179	14.011
0.007	0.036	0.318	0.478	2.060	10.902
0.010	0.047	0.396	0.773	3.035	12.316
0.016	0.058	0.438	0.903	3.343	13.810
0.021	0.064	0.499	1.341	4.220	15.561
0.033	0.080	0.598	2.036	5.921	16.838

表3. 二次医療圏別の人口千人当たりの精神疾患の医療利用

都道府県番	都道府県名	二次医療圏番号	二次医療圏	統合失調症			
				統合失調症を入院診療している精神病床を持つ病院数	統合失調症を外来診療している医療機関数	統合失調症の精神病床での入院患者数	統合失調症外来患者数(継続)
				S	S	P	P
14	神奈川県	141401	横浜北部	0.005	0.072	0.762	9.620
14	神奈川県	141402	横浜西部	0.012	0.075	3.022	14.039
14	神奈川県	141403	横浜南部	0.007	0.072	1.270	13.418
14	神奈川県	141404	川崎北部	0.007	0.056	2.295	10.717
14	神奈川県	141405	川崎南部	0.003	0.068	0.530	8.493
14	神奈川県	141406	横須賀・三	0.007	0.063	1.975	16.364
14	神奈川県	141407	湘南東部	0.007	0.063	1.559	9.105
14	神奈川県	141408	湘南西部	0.010	0.060	2.867	13.755
14	神奈川県	141409	県央	0.008	0.060	1.788	10.885
14	神奈川県	141410	相模原	0.010	0.047	1.417	12.492
14	神奈川県	141411	県西	0.009	0.058	2.607	9.961
25	滋賀県	252501	大津	0.012	0.067	3.129	12.136
25	滋賀県	252502	湖南	0.006	0.054	1.061	13.666
25	滋賀県	252503	甲賀	0.007	0.028	3.375	7.432
25	滋賀県	252504	東近江	0.009	0.022	1.775	3.638
25	滋賀県	252505	湖東	0.006	0.038	1.049	9.355
25	滋賀県	252506	湖北	0.013	0.051	2.543	13.931
25	滋賀県	252507	湖西	0.000	-	-	5.137
27	大阪府	272701	豊能	0.006	0.076	2.515	10.377
27	大阪府	272702	三島	0.011	0.066	3.592	11.046
27	大阪府	272703	北河内	0.008	0.056	1.674	12.055
27	大阪府	272704	中河内	0.005	0.055	2.644	8.758
27	大阪府	272705	南河内	0.008	0.060	2.506	11.234
27	大阪府	272706	堺市	0.006	0.076	3.814	12.392
27	大阪府	272707	泉州	0.019	0.065	4.625	8.525
27	大阪府	272708	大阪市	0.003	0.107	0.185	10.772
46	鹿児島県	464601	鹿児島	0.029	0.084	4.795	11.389
46	鹿児島県	464603	南薩	0.059	0.074	8.263	10.622
46	鹿児島県	464605	川薩	0.025	0.034	4.862	10.981
46	鹿児島県	464606	出水	0.035	0.047	5.668	7.495
46	鹿児島県	464607	姶良・伊佐	0.034	0.050	6.550	9.099
46	鹿児島県	464609	曾於	0.012	-	1.587	3.962
46	鹿児島県	464610	肝属	0.026	0.045	4.388	9.133
46	鹿児島県	464611	熊毛	0.023	-	4.233	8.068
46	鹿児島県	464612	奄美	0.027	0.082	4.358	10.504
四分位数	最小値			0.000	0.022	0.185	0.436
	第1四分位			0.009	0.044	2.154	9.005
	第2四分位			0.015	0.054	3.093	11.511
	第3四分位			0.022	0.068	4.223	14.124
	最大値			0.092	0.273	11.767	39.038

うつ・躁うつ病				認知症						
うつ・躁うつ病を入院診療している精神病床を持つ病院数	うつ・躁うつ病を外来診療している医療機関数	うつ・躁うつ病の精神病床での入院患者数	うつ・躁うつ病外来患者数(継続)	認知症を入院診療している精神病床を持つ病院数	認知症を外来診療している医療機関数(精神療法に限定)	認知症を外来診療している医療機関数(精神療法に限定しない)	認知症の精神病床での入院患者数	認知症外来患者数(継続)(精神療法に限定)	認知症外来患者数(継続)(精神療法に限定しない)	
S	S	P	P	S	S	S	P	P	P	
0.005	0.074	0.565	23.662	0.005	0.060	0.401	0.266	3.190	12.128	
0.012	0.081	1.639	26.034	0.012	0.065	0.393	0.995	4.307	15.533	
0.007	0.074	0.909	26.999	0.007	0.057	0.439	0.206	3.137	14.890	
0.007	0.063	1.546	21.312	0.007	0.053	0.327	1.203	2.975	12.359	
-	0.070	0.304	23.747	-	0.054	0.366	0.035	1.567	14.775	
0.007	0.071	1.568	31.184	0.007	0.056	0.479	0.514	6.351	18.898	
0.007	0.067	0.717	20.594	0.007	0.055	0.404	0.572	2.136	14.461	
0.010	0.060	1.254	23.775	0.010	0.053	0.356	0.758	2.986	13.718	
0.007	0.066	0.922	21.595	0.008	0.053	0.324	0.404	1.399	10.146	
0.010	0.053	0.992	24.035	0.010	0.037	0.308	0.604	1.949	13.055	
0.009	0.075	1.299	18.101	0.009	0.058	0.470	1.322	2.558	17.459	
0.012	0.070	2.628	28.826	0.012	0.056	0.519	1.466	3.540	17.562	
-	0.060	0.782	31.986	-	0.042	0.407	0.045	6.397	16.597	
-	0.034	1.322	9.656	-	0.021	0.386	1.378	2.170	16.530	
-	0.017	0.827	3.111	-	0.013	0.379	0.983	0.896	17.511	
-	0.038	0.595	28.674	-	0.038	0.403	0.192	4.147	16.548	
-	0.064	1.243	21.171	-	0.038	0.484	0.981	3.786	20.897	
-	-	-	7.756	-	-	0.500	-	2.959	22.489	
0.006	0.086	1.309	23.229	0.006	0.070	0.548	0.792	5.178	16.876	
0.011	0.067	2.129	24.112	0.011	0.056	0.491	2.077	4.793	14.845	
0.008	0.066	0.918	19.180	0.008	0.058	0.475	0.438	3.137	15.291	
0.005	0.061	1.628	14.245	0.005	0.045	0.522	1.004	3.915	15.583	
0.008	0.065	1.610	22.720	0.008	0.060	0.494	0.737	3.957	18.289	
0.006	0.083	2.543	22.961	0.006	0.068	0.543	1.196	3.240	15.286	
0.019	0.072	2.292	15.901	0.019	0.057	0.492	2.384	2.292	15.366	
0.003	0.119	0.135	29.664	0.003	0.092	0.707	0.038	3.995	18.189	
0.029	0.091	2.250	22.014	0.029	0.069	0.611	2.508	2.193	19.595	
0.059	0.074	4.010	12.685	0.059	0.066	0.641	5.079	2.934	31.518	
0.025	0.042	1.604	10.660	0.025	0.034	0.684	2.245	5.318	27.423	
0.035	0.059	2.588	10.107	0.035	0.047	0.550	4.251	3.970	23.704	
0.034	0.063	3.762	15.355	0.034	0.046	0.558	4.048	3.216	22.396	
-	0.037	0.517	4.848	-	0.037	0.431	0.861	1.784	24.496	
0.026	0.051	1.843	16.162	0.026	0.051	0.574	1.614	2.443	27.974	
-	-	1.403	8.419	-	-	0.444	2.806	5.075	22.708	
0.027	0.109	1.689	11.939	0.027	0.073	0.517	1.017	1.425	19.174	
0.003	0.017	0.135	0.606	0.003	0.013	0.151	0.035	0.284	4.871	
0.009	0.047	1.182	14.196	0.009	0.039	0.392	0.713	2.443	16.476	
0.016	0.059	1.703	19.663	0.017	0.047	0.462	1.244	3.451	21.167	
0.023	0.073	2.406	24.056	0.023	0.061	0.552	2.069	5.055	24.303	
0.092	0.314	6.151	110.576	0.092	0.194	0.848	10.198	15.147	40.430	

発達障害						アルコール依存症			
発達障害 を入院診 療してい る精神病 床を持つ 病院数	発達障害 を外来診 療してい る医療機 関数(精神 療法に限 定)	発達障害 を外来診 療してい る医療機 関数(精神 療法に限 定しない)	発達障害 の精神病 床での入 院患者数	発達障害 外来患者 数(継 続)(精神 療法に限 定)	発達障害 外来患者 数(継 続)(精神 療法に限 定しない)	アルコー ル依存症 を入院診 療してい る精神病 床を持つ 病院数	アルコー ル依存症 を外来診 療してい る医療機 関数	アルコー ル依存症 の精神病 床での入 院患者数	アルコー ル依存症 外来患者 数(継続)
S	S	S	P	P	P	S	S	P	P
0.003	0.056	0.212	0.015	3.879	6.754	0.004	0.041	0.018	0.248
0.010	0.056	0.197	0.112	3.030	5.205	0.009	0.049	0.139	0.533
0.005	0.049	0.213	0.047	4.668	9.521	0.007	0.039	0.158	1.641
0.004	0.037	0.155	0.039	1.960	4.329	0.006	0.038	0.033	0.263
-	0.059	0.199	-	3.530	7.828	-	0.046	-	0.457
0.006	0.036	0.174	0.063	2.640	4.122	0.006	0.042	0.880	2.193
0.004	0.049	0.219	0.021	1.642	3.822	0.007	0.044	0.035	0.322
0.010	0.048	0.172	0.090	2.785	4.741	0.010	0.048	0.245	0.577
0.005	0.039	0.173	0.025	2.459	4.071	0.007	0.034	0.061	0.233
0.006	0.039	0.158	0.014	2.174	5.280	0.008	0.032	0.087	0.691
0.009	0.049	0.184	0.040	0.501	2.495	0.009	0.043	0.066	0.248
0.012	0.062	0.232	0.173	2.502	5.734	0.012	0.050	0.103	0.455
-	0.054	0.204	0.129	3.715	10.532	-	0.027	0.159	1.318
-	0.028	0.172	-	0.916	1.942	-	-	0.117	0.186
-	0.013	0.196	-	0.109	1.849	-	-	0.044	0.083
-	0.038	0.173	-	1.427	2.227	-	0.032	-	0.358
-	0.045	0.166	0.089	1.383	5.423	-	0.032	0.121	0.828
-	-	0.160	-	0.280	2.079	-	-	-	0.760
0.006	0.057	0.248	0.059	1.909	5.280	0.005	0.048	0.057	0.234
0.011	0.047	0.242	0.163	1.660	5.482	0.009	0.050	0.461	1.247
0.007	0.043	0.205	0.062	3.556	6.144	0.007	0.034	0.042	0.230
0.005	0.044	0.221	0.065	0.973	3.348	0.005	0.031	0.091	0.890
0.008	0.044	0.212	0.041	1.769	4.665	0.008	0.038	0.129	0.349
0.005	0.052	0.226	0.120	3.802	7.011	0.005	0.038	0.245	0.468
0.017	0.056	0.231	0.089	2.143	6.192	0.018	0.042	0.894	1.430
0.002	0.082	0.313	0.007	4.136	7.557	0.002	0.061	0.007	0.849
0.021	0.072	0.256	0.172	1.681	7.304	0.028	0.066	0.511	0.536
0.052	0.059	0.236	0.184	0.509	5.064	0.052	0.044	1.010	1.268
-	0.034	0.177	-	0.135	2.836	0.025	0.034	0.135	0.355
-	0.035	0.269	-	0.550	1.487	0.035	0.047	0.316	0.363
0.017	0.046	0.197	0.365	0.983	4.493	0.034	0.029	0.328	0.495
-	-	0.098	-	-	0.283	-	0.037	0.123	0.320
0.026	0.038	0.236	0.223	1.014	6.927	0.019	0.032	0.370	0.612
-	-	0.117	-	0.398	4.116	-	-	0.234	0.327
-	0.054	0.263	-	0.699	3.695	0.027	0.073	0.427	0.590
0.002	0.013	0.072	0.007	0.109	0.283	0.002	0.032	0.007	0.077
0.008	0.036	0.170	0.064	0.831	2.941	0.009	0.032	0.116	0.337
0.013	0.045	0.201	0.110	1.590	4.873	0.015	0.040	0.210	0.577
0.019	0.056	0.234	0.157	2.675	7.126	0.022	0.049	0.352	0.849
0.062	0.218	0.491	0.735	13.227	18.770	0.062	0.165	2.540	3.582

表4. 都道府県別のアウトカム一覧表

都道府県	都道府県名	精神病床 における 入院後3ヶ 月時点の 退院率	精神病床 における 入院後6ヶ 月時点の 退院率	精神病床 における 入院後 12ヶ月時 点の退院 率	精神病床 における 新規入院 患者の平 均在院日 数	精神病床 における 退院後3ヶ 月時点の 再入院率	精神病床 における 退院後6ヶ 月時点の 再入院率	精神病床 における 退院後 12ヶ月時 点の再入 院率
0	全国	0.645	0.816	0.893	129.27	0.251	0.323	0.399
1	北海道	0.632	0.792	0.873	122.318	0.185	0.256	0.326
2	青森県	0.67	0.849	0.917	128.486	0.166	0.273	0.39
3	岩手県	0.68	0.863	0.939	132.589	0.244	0.312	0.388
4	宮城県	0.613	0.809	0.893	144.852	0.23	0.29	0.375
5	秋田県	0.592	0.842	0.924	128.466	0.209	0.27	0.344
6	山形県	0.585	0.799	0.901	126.663	0.262	0.363	0.418
7	福島県	0.646	0.802	0.884	131.611	0.281	0.368	0.423
8	茨城県	0.628	0.764	0.848	125.388	0.24	0.295	0.357
9	栃木県	0.68	0.822	0.875	137.102	0.289	0.371	0.442
10	群馬県	0.637	0.802	0.885	129.195	0.284	0.378	0.476
11	埼玉県	0.605	0.785	0.874	132.888	0.272	0.327	0.396
12	千葉県	0.684	0.836	0.9	123.274	0.286	0.365	0.435
13	東京都	0.715	0.87	0.933	105.047	0.251	0.319	0.393
14	神奈川県	0.671	0.837	0.916	119.998	0.196	0.263	0.326
15	新潟県	0.629	0.801	0.875	137.84	0.222	0.297	0.368
16	富山県	0.637	0.755	0.846	147.351	0.421	0.479	0.544
17	石川県	0.684	0.831	0.916	122.978	0.236	0.308	0.371
18	福井県	0.686	0.864	0.916	128.706	0.266	0.317	0.381
19	山梨県	0.705	0.863	0.929	116.575	0.187	0.267	0.332
20	長野県	0.679	0.84	0.912	120.938	0.241	0.317	0.401
21	岐阜県	0.679	0.843	0.909	116.313	0.255	0.35	0.446
22	静岡県	0.66	0.834	0.914	129.792	0.362	0.426	0.498
23	愛知県	0.688	0.842	0.914	115.653	0.254	0.343	0.423
24	三重県	0.599	0.763	0.83	144.654	0.451	0.494	0.555
25	滋賀県	0.634	0.812	0.911	121.012	0.194	0.249	0.318
26	京都府	0.676	0.806	0.881	129.461	0.24	0.301	0.363
27	大阪府	0.656	0.848	0.915	119.314	0.207	0.277	0.353
28	兵庫県	0.657	0.825	0.894	128.277	0.218	0.301	0.38
29	奈良県	0.651	0.845	0.929	135.004	0.172	0.228	0.344
30	和歌山県	0.681	0.841	0.884	130.786	0.411	0.449	0.486
31	鳥取県	0.68	0.82	0.913	131.447	0.289	0.347	0.434
32	島根県	0.697	0.83	0.899	121.247	0.167	0.239	0.329
33	岡山県	0.693	0.823	0.909	129.011	0.24	0.331	0.406
34	広島県	0.602	0.774	0.849	137.377	0.248	0.316	0.405
35	山口県	0.475	0.65	0.756	155.769	0.234	0.303	0.384
36	徳島県	0.682	0.828	0.914	130.779	0.322	0.392	0.476
37	香川県	0.645	0.811	0.895	133.287	0.286	0.353	0.411
38	愛媛県	0.605	0.801	0.88	132.707	0.275	0.344	0.422
39	高知県	0.684	0.859	0.911	136.483	0.269	0.337	0.436
40	福岡県	0.609	0.809	0.894	137.141	0.251	0.326	0.405
41	佐賀県	0.593	0.788	0.862	151.447	0.275	0.358	0.44
42	長崎県	0.6	0.758	0.868	148.436	0.313	0.376	0.461
43	熊本県	0.645	0.815	0.901	142.882	0.259	0.332	0.424
44	大分県	0.498	0.744	0.822	151.682	0.202	0.295	0.371
45	宮崎県	0.606	0.78	0.835	143.135	0.216	0.304	0.383
46	鹿児島県	0.589	0.775	0.871	156.668	0.232	0.31	0.381
47	沖縄県	0.609	0.801	0.912	126.057	0.287	0.385	0.467
四分位数	最小値	0.475	0.65	0.756	105.047	0.166	0.228	0.318
	第一四分位数	0.6075	0.7955	0.8745	124.331	0.22	0.296	0.371
	中央値	0.646	0.815	0.899	130.779	0.251	0.319	0.401
	第三四分位数	0.68	0.8405	0.914	137.259	0.2825	0.3605	0.4355
	最大値	0.715	0.87	0.939	156.668	0.451	0.494	0.555

※背景淡いオレンジ色はH29年度630調査より集計。

オレンジ色はその横集計

精神病床 における 退院後3ヶ 月時点の 再入院率 (1年未満 入院患 者)	精神病床 における 退院後6ヶ 月時点の 再入院率 (1年未満 入院患 者)	精神病床 における 退院後 12ヶ月時 点の再入 院率(1年 未満入院 患者)	精神病床 における 退院後3ヶ 月時点の 再入院率 (1年以上 入院患 者)	精神病床 における 退院後6ヶ 月時点の 再入院率 (1年以上 入院患 者)	精神病床 における 退院後 12ヶ月時 点の再入 院率(1年 以上入院 患者)	精神病床 における 急性期入 院患者数 (65歳以 上)-施設 所在地	精神病床 における 急性期入 院患者数 (65歳未 満)-施設 所在地	精神病床 における 回復期入 院患者数 (65歳以 上)-施設 所在地	精神病床 における 回復期入 院患者数 (65歳未 満)-施設 所在地	精神病床 における 慢性期入 院患者数 (65歳以 上)-施設 所在地	精神病床 における 慢性期入 院患者数 (65歳未 満)-施設 所在地	精神病床 における 入院患者 数の合計- 施設所在 地
0.207	0.289	0.375	0.485	0.507	0.529	22188	25823	36200	24904	106246	68046	283407
0.17	0.247	0.324	0.299	0.326	0.337	1482	1244	2515	1244	6530	3635	16650
0.14	0.248	0.378	0.339	0.435	0.468	418	352	632	324	1272	806	3804
0.206	0.29	0.37	0.379	0.389	0.453	291	325	452	352	1166	1029	3615
0.207	0.272	0.364	0.41	0.426	0.459	428	498	756	423	2047	1086	5238
0.189	0.266	0.362	0.264	0.283	0.292	365	255	486	240	1297	748	3391
0.247	0.353	0.413	0.38	0.44	0.46	348	325	480	280	1004	659	3096
0.217	0.318	0.379	0.539	0.569	0.598	352	366	547	403	1885	1288	4841
0.206	0.269	0.338	0.42	0.432	0.455	339	472	546	504	2050	1961	5872
0.216	0.308	0.394	0.646	0.677	0.677	218	339	377	384	1679	1358	4355
0.233	0.342	0.454	0.519	0.543	0.58	283	414	415	395	1661	1357	4525
0.177	0.241	0.323	0.671	0.687	0.702	1037	1145	1834	1160	4510	2759	12445
0.2	0.293	0.376	0.634	0.655	0.67	588	1019	913	1000	4026	3066	10612
0.216	0.29	0.369	0.551	0.567	0.595	1651	2670	2308	2260	6320	4073	19282
0.168	0.238	0.308	0.425	0.47	0.478	898	1533	1488	1441	3400	2853	11613
0.197	0.283	0.361	0.349	0.372	0.407	420	418	719	419	2194	1366	5536
0.293	0.372	0.463	0.735	0.745	0.745	199	181	375	224	1217	710	2906
0.207	0.279	0.351	0.444	0.511	0.511	268	282	398	249	1253	715	3165
0.22	0.278	0.35	0.621	0.621	0.621	196	188	316	151	659	403	1913
0.183	0.287	0.361	0.2	0.2	0.233	137	184	205	164	692	457	1839
0.209	0.291	0.381	0.527	0.545	0.582	317	411	473	452	1363	948	3964
0.236	0.34	0.441	0.419	0.442	0.488	231	296	289	243	978	823	2860
0.29	0.367	0.45	0.704	0.704	0.722	391	578	562	666	1826	1507	5530
0.212	0.311	0.4	0.532	0.551	0.577	773	1249	1054	1149	3574	3622	11421
0.325	0.384	0.458	0.801	0.801	0.823	261	351	426	349	1525	1191	4103
0.175	0.237	0.311	0.333	0.333	0.375	166	214	227	153	832	383	1975
0.226	0.295	0.366	0.345	0.345	0.345	459	390	789	278	2310	665	4891
0.186	0.263	0.347	0.351	0.376	0.397	1409	1727	2082	1603	5598	3778	16197
0.193	0.283	0.369	0.425	0.453	0.472	892	994	1270	949	3553	2604	10262
0.119	0.186	0.324	0.45	0.45	0.45	217	261	366	238	856	546	2484
0.269	0.313	0.366	0.784	0.804	0.804	91	143	117	138	666	465	1620
0.265	0.329	0.426	0.5	0.5	0.5	145	133	253	140	576	361	1608
0.159	0.242	0.343	0.222	0.222	0.222	187	166	326	140	717	427	1963
0.217	0.315	0.402	0.367	0.418	0.43	445	410	735	353	1669	801	4413
0.192	0.266	0.37	0.492	0.538	0.561	560	598	1111	578	3101	1742	7690
0.215	0.29	0.391	0.316	0.355	0.355	300	289	670	365	2337	1207	5168
0.229	0.32	0.429	0.635	0.635	0.635	199	216	270	200	1308	946	3139
0.203	0.282	0.35	0.596	0.617	0.638	236	203	376	217	1163	754	2949
0.198	0.281	0.38	0.575	0.588	0.588	273	333	434	304	1518	909	3771
0.226	0.307	0.42	0.473	0.473	0.509	271	224	489	182	1232	569	2967
0.216	0.303	0.39	0.416	0.436	0.475	1521	1521	2571	1417	7480	4035	18545
0.242	0.333	0.421	0.5	0.524	0.571	293	313	527	321	1416	909	3779
0.263	0.337	0.439	0.51	0.529	0.549	382	414	837	418	2885	1629	6565
0.204	0.287	0.394	0.535	0.558	0.574	586	576	1085	611	3406	1533	7797
0.187	0.291	0.375	0.275	0.314	0.353	314	257	576	320	2175	1078	4720
0.205	0.305	0.4	0.262	0.298	0.31	412	330	760	323	2292	1033	5150
0.193	0.289	0.366	0.388	0.396	0.44	585	505	1147	595	3603	2005	8440
0.239	0.344	0.433	0.552	0.612	0.657	354	511	616	585	1425	1247	4738
0.119	0.186	0.308	0.2	0.2	0.222	91	133	117	138	576	361	1608
0.1925	0.275	0.361	0.359	0.3925	0.435	248.5	259	387.5	241.5	1224.5	731.5	3117.5
0.207	0.29	0.376	0.45	0.473	0.5	348	352	547	353	1669	1078	4525
0.2275	0.3165	0.4075	0.5515	0.5785	0.5965	509.5	543.5	875	590	2993	1685.5	7127.5
0.325	0.384	0.463	0.801	0.804	0.823	1651	2670	2571	2260	7480	4073	19282

※背景淡いオレンジ色はH29年度630調査より集計。

オレンジ色はその横集計

精神病床 における 急性期入 院患者数 (65歳以 上)-患者 所在地	精神病床 における 急性期入 院患者数 (65歳未 満)-患者 所在地	精神病床 における 回復期入 院患者数 (65歳以 上)-患者 所在地	精神病床 における 回復期入 院患者数 (65歳未 満)-患者 所在地	精神病床 における 慢性期入 院患者数 (65歳以 上)-患者 所在地	精神病床 における 慢性期入 院患者数 (65歳未 満)-患者 所在地	精神病床 における 入院患者 数の合 計-患者 住所地
22157	25774	36131	24822	105966	67862	282712
1478	1245	2495	1257	6499	3639	16613
412	324	621	317	1246	776	3696
285	312	456	336	1179	1037	3605
415	502	726	431	1977	1071	5122
364	261	484	243	1297	753	3402
348	317	485	277	1008	651	3086
361	368	565	409	1930	1310	4943
345	494	545	514	1974	1931	5803
198	325	344	347	1540	1291	4045
284	378	413	385	1700	1351	4511
902	1226	1573	1203	3887	2792	11583
569	987	849	909	3525	2737	9576
1756	2554	2569	2264	7291	4276	20710
928	1601	1521	1509	3651	3045	12255
422	425	725	423	2204	1369	5568
195	193	375	219	1231	717	2930
265	271	414	250	1228	693	3121
200	178	318	148	673	405	1922
137	190	214	164	689	457	1851
314	412	472	449	1374	950	3971
244	273	309	261	1089	887	3063
393	568	558	638	1820	1492	5469
747	1272	1034	1119	3445	3502	11119
256	349	412	346	1465	1163	3991
173	227	242	158	873	399	2072
458	413	778	292	2271	702	4914
1349	1647	1996	1517	5221	3543	15273
935	1048	1317	999	3759	2693	10751
236	270	373	237	883	556	2555
105	152	150	151	787	544	1889
145	135	244	133	564	349	1570
191	155	331	137	739	426	1979
435	397	720	345	1653	802	4352
552	605	1098	578	3014	1685	7532
333	309	717	380	2469	1272	5480
196	206	265	197	1257	921	3042
237	213	378	224	1159	746	2957
279	345	445	312	1553	941	3875
271	226	487	185	1232	575	2976
1496	1503	2526	1437	7352	3973	18287
272	245	488	257	1322	823	3407
406	429	865	429	2956	1671	6756
589	589	1099	601	3403	1535	7816
325	286	614	340	2244	1117	4926
410	329	752	320	2214	1003	5028
595	510	1156	601	3694	2047	8603
351	510	613	574	1425	1244	4717
105	135	150	133	564	349	1570
250	265.5	395	246.5	1229.5	731.5	3074.5
348	349	558	346	1653	1071	4511
505	539	857	589.5	2985	1678	7144
1756	2554	2569	2264	7352	4276	20710

表5. 行政職員の体感アンケート

		十分である	不足している	どちらともいえない
新入院に使用できる精神病床	神奈川	4	5	10
	滋賀	0	8	2
	大阪	7	1	0
	鹿児島	6	5	11
統合失調症の医療体制	神奈川	4	3	12
	滋賀	7	2	1
	大阪	7	1	0
	鹿児島	9	2	11
気分障害の医療体制	神奈川	4	5	10
	滋賀	4	3	3
	大阪	8	0	0
	鹿児島	6	3	13
依存症の医療体制	神奈川	0	17	2
	滋賀	0	9	1
	大阪	0	8	0
	鹿児島	1	13	8
発達障害の医療体制	神奈川	0	15	4
	滋賀	1	9	0
	大阪	3	4	1
	鹿児島	0	17	5
てんかんの医療体制	神奈川	2	5	12
	滋賀	4	2	4
	大阪	3	1	4
	鹿児島	5	5	12
身体合併症の医療体制	神奈川	0	15	4
	滋賀	0	7	3
	大阪	0	8	0
	鹿児島	2	17	3
摂食障害の医療体制	神奈川	1	14	4
	滋賀	1	7	2
	大阪	1	7	0
	鹿児島	1	13	8
介護保険と医療の連携	神奈川	0	8	6
	滋賀	1	5	4
	大阪	1	6	1
	鹿児島	1	11	10
一般医療（救急を含む）と精神医療の連携	神奈川	0	8	6
	滋賀	1	8	1
	大阪	1	6	1
	鹿児島	2	10	10

表6.身体合併症

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
1	北海道	北海道 第6次 第3章 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制の構築 第6節 精神疾患の医療連携体制 5 数値目標等を達成するために必要な施策 【専門医療】 【精神科救急・身体合併症】 (精神科救急・身体合併症) ○ 休日・夜間の緊急の相談や救急医療を必要とする方に対応することができるよう、精神科病院はもとより、自院患者への対応や診療情報の速やかな提供など精神科診療所の協力も得ながら、精神科救急圏域ごとの輪番体制の整備をはじめとした精神科救急医療体制を確保します。 ○ 輪番体制の確保に当たっては、都市部を中心に空床確保が困難となっている地域があることを踏まえ、救急患者の受入体制の充実を図ります。 ○ また、道内の第二次医療圏のうち半数以上で圏域内に輪番病院が確保できていない状況があることから、そうした地域においては、遠隔地域支援病院制度の活用により、円滑な精神科救急患者の受入を図ります。 ○ 身体合併症を有する救急患者への対応が円滑に行われるよう、一般救急を担う医療機関との協力体制や救急搬送時の受入ルールづくりについて、地域の実情に応じて検討します。	北海道 第7次 第3章 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制の構築 第6節 精神疾患の医療連携体制 5 数値目標等を達成するために必要な施策 【精神科救急・身体合併症】 ○ 休日・夜間の緊急の相談や救急医療を必要とする者に対応することができるよう、精神科病院はもとより、自院患者への対応や診療情報の速やかな提供など精神科診療所の協力も得ながら、精神科救急圏域ごとの輪番体制の整備を始めとした精神科救急医療体制を確保します。 ○ 輪番体制の確保に当たっては、都市部を中心に空床確保が困難となっている地域があることを踏まえ、救急患者の受入体制の充実を図ります。 ○ また、道内の第二次医療圏のうち半数以上で圏域内に輪番病院が確保できていない状況があることから、そうした地域においては、遠隔地域支援病院制度の活用により、円滑な精神科救急患者の受け入れを図ります。 ○ 身体合併症を有する救急患者への対応が円滑に行われるよう、一般救急を担う医療機関との協力体制や救急搬送時の受入ルールづくりについて、地域の実情に応じて検討します。	変化なし	
2	青森県	青森県 第6次 第2編 各論 第2章 医療連携体制の構築等 第5節 精神疾患対策 第2 医療機関(関係機関)との連携 (1) 目指すべき方向性 前記「第1 精神疾患医療の現状」を踏まえ、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれら医療相互及び保健・福祉サービス等との連携により、地域において精神医療が実施される体制を構築します。 ③ 精神科救急患者(身体疾患を合併した患者を含む。)、身体疾患を合併した患者や専門医療が必要な患者等の常態に応じて、速やかに救急医療や専門医療等を提供できる機能【精神科救急・身体合併症・専門医療】	青森県 第7次 第2編 各論 第1章 医療連携体制の構築 第5節 精神疾患対策 第2 施策の方向 2 施策の方向性 (1) 多様な精神疾患に対応できる医療連携体制の構築 多様な精神疾患等ごとの目標及び施策を記載します。 ② 身体合併症 (施策) ・身体合併症を有する精神疾患患者が必要な医療を受けられるよう、地域ごとに、身体科と精神科との連携体制の推進を図ります。(県、医療機関)	変化なし	
3	岩手県	岩手県 第6次 第4章 保健医療提供体制の構築 第2節 良質な医療提供体制の整備、医療機関の機能分担と連携の推進 3 良質な医療提供体制の整備 (5) 精神疾患の医療体制 精神疾患のみならず、身体疾患についても入院治療が必要な患者に対応するための施設(身体合併症対応施設)として、岩手医科大学附属病院が平成23年度から対応しています。	岩手県 第7次 第4章 保健医療提供体制の構築 第2節 良質な医療提供体制の整備、医療機関の機能分担と連携の推進 3 良質な医療提供体制の整備 (5) 精神疾患の医療体制 精神疾患のみならず、身体疾患についても入院治療が必要な患者に対応するための施設(身体合併症対応施設)として、岩手医科大学附属病院が平成23年度から対応しています。 身体合併症対応等を行う医療機関での認知症への対応力の向上を図る観点から、一般病院勤務の医療従事者のうち、毎年度145人が国の定める研修を終了することを目標し、目標値を設定しています。	+	具体的施策なし
4	宮城県	宮城県 第6次 第5編 医療提供体制 第2章 いつでもどこでも安心な医療の提供 第5節 精神疾患 (第5編 第2章 第5節本文中に「身体合併症」への言及なし。) 第6編 計画の推進と進捗管理 第2章 計画の進捗管理 (以下 表「第6次宮城県地域医療計画 課題と施策の方向」より 身体合併症関連事項を抜粋) 課題 (4) 身体合併症治療 ○ 対応できる医療機関が「仙台圏」に偏在 ○ 身体疾患を治療する医療機関における精神疾患患者受入の体制整備 施策の方向 ○ 一般の医療機関医師等を対象としたうつ病やその他の精神疾患に関する研修の実施 ○ 精神科医療機関、一般医療機関の有識者による協議を実施し、身体合併症を有する精神疾患患者への医療提供体制の整備を推進	宮城県 第7次 第5編 医療提供体制 第2章 いつでもどこでも安心な医療の提供 第5節 精神疾患 施策の方向 子どもから高齢者まであらゆる年代がこころの健康を保ち、発病から医療やサービスを受けて社会復帰に至るまで本人と家族が安心した生活を送れるよう、医療、保健、福祉、教育等の関係機関が各々の役割のもと緊密な連携を図り、切れ目のない総合的な支援を行うため、次の施策を推進します。 4. 身体合併症治療について ● 精神科病院や精神科診療所と一般医療機関の関係者との協議等を通して、身体合併症治療を要する精神疾患患者へ適切な医療が提供されるよう医療体制の整備を推進します。また、身近な地域で必要な治療が受けられるように地域ごとの医療連携や、治療抵抗性統合失調症の治療のための関係機関の連携を図ります。 ● 入院治療の必要な精神疾患患者への身体疾患治療については、精神病床を有する一般病院における医療の提供を促進します。 5. 多様な精神疾患について (8) 摂食障害 ● 診療の難しい症例については、詳しい専門医を紹介するなど医療機関の役割を明確にするとともに、身体合併症に対応するための内科、小児科との連携など、医療機関相互の連携を進めます。	+	具体的施策なし
5	秋田県	秋田県 第6次 各論篇 第1章 いつでもどこでも受けられる医療体制づくり 第2節 5疾病・5事業及び在宅医療の医療体制 5 精神疾患 ○ 主要な施策 ○ (3) 精神科救急・身体合併症・専門医療 ◆ 精神科救急医療体制の充実・強化 身体合併症を有する患者への対応も含め、24時間365日、患者の状態に応じた精神科救急医療を提供できるよう、精神科救急調整委員会や圏域毎の連絡調整会議での協議を基に、精神科救急医療体制の充実・強化を図ります。	秋田県 第7次 各論篇 第1章 いつでもどこでも受けられる医療体制づくり 第2節 5疾病・5事業及び在宅医療の医療体制 5 精神疾患 【多様な精神疾患等ごとの医療提供体制】 ○ 主要な施策 ○ (1) 対応事例集の周知 ◇ 臨床研修協議会等と連携しながら、医療従事者が集まる会議、研修会等において対応事例集の周知を行います。 (2) 関係機関との連携による医療体制の充実 ◇ 「精神科救急医療体制連絡調整委員会」、「傷病者搬送受入協議会」等の場を活用し、身体合併症患者の医療提供体制の整備と連携の充実を図ります。	変化なし	
6	山形県	山形県 第6次 ○24時間365日身体合併症を有する救急患者に適切な救急医療の提供 ○専門的な身体疾患を合併する精神疾患患者に対して、必要な医療の提供	山形県 第7次 精神科救急については、身体合併症を有する患者及び深夜帯の救急患者の受け入れ医療機関の調整が必要です。	変化なし	
7	福島県	福島県 第6次 施策に関する具体的記述なし。	福島県 第7次 施策の方向性と目標 (1) 施策の方向性 ○ 身体合併症を有する精神疾患患者のケアについては、救急医療を含め、身体合併症の治療ができる医療機関との連携を図り、適切な医療の提供に努めます。	+	具体的施策なし

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
8	茨城県	茨城県第6次 5 精神疾患 (4)精神・身体合併症対策 【対策】 イ 推進方策 (ア)県立中央病院では引き続き「精神科患者身体合併症医療事業」により精神・身体合併症患者の治療を実施します。さらに、精神科医療機関と一般(身体科)医療機関が相互に連携して支援する医療連携体制の整備・拡充に努めます。 (イ)県立こころの医療センターと県立中央病院は連携して、県立中央病院の患者に対し精神科のリエゾン回診を実施します。また、県内医療機関における精神科リエゾン回診の促進を図ります。 (ウ)一般(身体科)医療機関の従事者等への精神疾患に関する研修を実施し、精神疾患や精神障害者への理解促進を図ります。 (エ)地域で、精神科医療機関と一般(身体科)医療機関を交えた身体合併症のケース検討会等により交流を促進し、相互の理解を深め連携強化を図ります。	茨城県第7次 5 精神疾患 ン 身体合併症対策 【対策】 (イ)推進方策 ① 一般(身体科)医療機関、警察、消防等関係機関に対する研修を実施し、精神疾患及び精神科救急医療体制等の理解促進・連携を図ります。 ② 精神障害者及び家族等からの相談に24時間対応する医療相談窓口を整備するとともに緊急に入院治療を必要とする場合の受入先医療機関の調整等を行う精神科一般救急医療相談体制を整備します。 ③ 県立中央病院は引き続き「精神科患者身体合併症医療事業」により、精神・身体合併症患者の治療を実施します。 ④ 精神科を標榜する一般(身体科)医療機関の精神疾患患者受入体制の整備と精神科医療機関の身体合併症患者の受入体制の整備に努めます。 ⑤ 県医師会と協力し、精神科医療機関と身体科医療機関の連携基盤強化事業(連携体制の検討、研修、事例検討等)を実施し、連携強化を図ります。 また、県立こころの医療センターが実施する「こころからの事例検討会」との連携を図ります。 ⑥ 県立こころの医療センターと県立中央病院は連携して、県立中央病院の患者に対し精神科のリエゾンチームによる回診を実施します。また、他の医療機関における精神科リエゾンチームによる回診の促進を図ります。 ⑦ 救命救急センター又はそれに準じた医療機関における精神身体合併症に対応した病床(MPU)の確保について検討していきます。 ⑧ 「精神科救急医療体制連絡調整委員会」を開催し、精神科救急医療体制の整備や精神科救急の円滑な運営を図っていきます。	+	施策の骨格は変化していない
9	栃木県	栃木県第6次 (5) 精神疾患 【主な取組】 ③ 精神科救急・身体合併症・専門医療 (身体合併症) イ 精神障害者の心身の状況に応じた医療が速やかに提供できる体制を構築するため、一般救急医療と精神科医療の連携による身体疾患を合併する患者の受入体制の整備を図ります。	栃木県第7次 (5) 精神疾患 【主な取組】 ⑫ 身体合併症 精神障害者の心身の状況に応じた医療を速やかに提供するため、身体合併症患者の搬送のメーローとなる「傷病者搬送に関する考え方」(平成29(2017)年6月栃木県精神科救急医療システム連絡調整委員会)に基づき、一般救急医療と精神科救急医療の連携体制を推進し、身体疾患を合併する患者の受入体制の整備、充実を図ります。	変化なし	
10	群馬県	群馬県第6次 該当なし	群馬県第7次 5 精神疾患 【対策】 (3) 精神科救急・身体合併症・専門医療 ア 精神科救急医療システム連絡調整委員会等において、精神科疾患救急のあり方について、試行的な事業も含め、課題解決に向けた検討を行い、精神科救急医療体制の一層の充実を図ります。 イ 精神疾患を診療する診療所及び病院、地域の関係機関等との連携により、夜間・休日における症状悪化等の緊急時に対応できる体制整備を推進します。 ウ 身体疾患を合併する患者への医療提供について、一般の医療機関と精神科医療機関の連携体制の整備を促進します。また、精神科救急医療の提供においても、一般の救急医療機関と精神科救急医療機関の連携を促進します。 エ 救命救急センターを有する病院等、幅広い疾患に対し、高度な専門医療を総合的に提供できる病院における精神科病床の整備を推進します。 オ 依存症や児童精神疾患など専門医療の関係者や一般の精神科医に対する研修を充実させ、専門医療に対応できる人材育成を図ります。 カ 各領域の専門医療を提供する医療機関と保健・福祉等の行政機関、関係機関との連携を推進します。	+	前計画では該当箇所はなかったが、今回は記載されているものの具体的施策に乏しい
11	埼玉県	埼玉県第6次 本県の精神科救急医療体制は、県内を二つの圏域に区分し、輪番医療機関と常時対応施設により実施されています。 ○文書化した施策の言及なし 地域の医療機関では対応困難な精神疾患や身体合併症を有する精神疾患患者が速やかに適切な精神科治療を受けられるよう、高度専門医療の充実や地域の医療機関との連携強化が必要です。	埼玉県第7次 本県の精神科救急医療体制は、県内を二つの圏域に区分し、輪番医療機関と常時対応施設により実施されています。 ○文書化した施策の言及なし (5) 精神身体合併症患者の受入体制強化	変化なし	具体性もなく内容的にも乏しい記述
12	千葉県	千葉県第6次 (5) 精神疾患 ア 精神疾患(認知症を除く) 【精神医療対策の推進】(治療・回復、身体合併症・専門医療) ①患者の状況に応じた精神科医療の提供 ○より身近な地域で、医療と福祉の緊密な連携による包括的支援が得られるような体制の構築と充実強化を図ります。 ○精神科病床については、長期入院者に対応する病床を減らす一方で、救急医療、急性期医療に対応する病床を増加させ、急性期治療を中心とした医療への転換を図ります。併せて、精神科医療機関及び関係機関の協力の下に、入院中心の医療から、地域での生活を支える医療体制・機能の充実に向けて取り組みます。 ○治療抵抗性が高く重篤な統合失調症の患者治療について、医療機関に対する調査結果を踏まえ、治療抵抗性統合失調症治療薬(クロザピン*など)治療の適切な使用の普及を図ります。 ②専門的な身体合併症の精神疾患患者への医療提供 ○糖尿病・高血圧症・悪性腫瘍といった身体疾患を合併している精神疾患患者の適切な診断や治療を行うため、精神科医療及び専門的な身体疾患治療の提供が可能な医療連携体制の構築を図ります。 ○一般の医療機関における精神疾患を合併している患者への対応は、精神科を有する一般の医療機関では、院内での連携や精神科リエゾンチームによる診療を行うことを促進し、その他の一般の医療機関は、精神科医の助言及び協力を得るため、精神科医療機関との連携体制の構築を図ります。 ○精神科医療機関における身体疾患を合併している患者への対応は、内科等を有する精神科医療機関では、院内での連携等を促進し、その他の精神科医療機関では、各身体疾患の専門医の助言及び協力を得るため、一般の医療機関との連携体制の構築を図ります。 【精神科救急医療の充実強化】(精神科救急) ②24時間365日の身体合併症への救急対応 ○身体合併症を有する精神疾患救急患者については、現在は、精神科救急医療システムにおいて、精神科救急基幹病院の精神科を有する総合病院で圏域に関わらず対応することとしているが、各圏域において、夜間休日を含め24時間365日の救急対応が可能になるよう精神科を有する総合病院の機能強化について検討します。	千葉県第7次 (5) 精神疾患 ア 精神疾患(認知症を除く) ② 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築 (ウ) 施策の具体的展開 (身体合併症) ○ 身体合併症を有する精神疾患救急患者については、「身体疾患合併症対応協力病院運営要領」に基づき、引き続き協力病院の増加に努めるとともに、身体疾患に対応できる病院との連携を進めます。	2-	施策の記述が文章としてはほとんどない

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
13	東京都	東京都第6次 5 精神疾患医療の取組 (1)精神疾患医療体制の充実 施策目標と主な具体的取組 (目標2)精神科救急医療提供体制の安定的な確保を図る 2 一般救急との連携強化(精神身体合併症救急医療) ○ できる限り地域で患者を受け入れられるよう、地域救急会議などを通じて、一般救急医療機関と精神科医療機関との相互の連携を強化するとともに、地域で拠点となる精神科医療機関による一般救急医療機関からの相談・受入体制の整備を図っていきます。 ○ 体制整備に当たっては、二次保健医療圏を基本としつつ、精神科の医療資源の状況等を考慮し、必要に応じて複数の医療圏を組み合わせるなどのブロック化も検討します。 ○ 地域における受入体制整備の進捗状況を踏まえて、精神症状及び身体症状ともに重いケースに対応している現行のI型医療機関等の体制を再整理し、地域で受入できない患者などを全都で対応する仕組みを検討していきます。 I型医療機関:東京都精神科患者身体合併症医療事業において、夜間休日救急身体合併症医療機関として指定された医療機関。 現在は、都立の広尾病院、墨東病院、多摩総合医療センター、松沢病院及び公益財団法人東京都保健医療公社豊島病院の5医療機関が輪番制で担当している。	東京都第7次 5 精神疾患 課題と取組の方向性 ＜課題2-3＞精神身体合併症救急患者の円滑な受入れに向けた検討 (取組2-3)精神身体合併症救急医療体制の整備 ○ 一般診療科医療機関と精神科医療機関との連携体制の強化を図るため、地域の関係者会議等を活用し、精神身体合併症患者の地域での円滑な受入れに向けた課題等を検証するとともに、地域の実情に応じた体制を検討します。 ○ 一般診療科医療機関職員を対象とした研修を検討し、精神科医療や精神疾患患者対応の理解を深めるなど、一般診療科医療機関と精神科医療機関との連携強化や相互理解を促進するよう研修の充実を図ります。 ○ 身体治療終了後の患者の相談や受入れだけではなく、一般診療科医療機関入院時や入院中の患者対応など、精神身体合併症患者の精神症状等に応じた相談等支援体制を検討し、地域の実情に応じた体制整備を図ります。 ○ 精神科患者身体合併症医療部等において、地域で受入れが困難な精神身体合併症患者の状況や要因等を検証するとともに、退院後の地域の実情も含め、広域(全都)で受け入れる仕組み等を検討し、体制整備を図ります。	+	論点がかやや新たな領域に移行している。
14	神奈川県	神奈川県第6次 第5節 精神疾患 3 施策 (4) 身体合併症の受入体制整備(県、政令市、医療提供者) ○ 精神科救急医療体制を利用して入院後、身体疾患の治療が必要になった場合に転院する事業を、県西部でも実施できるよう、受入医療機関の整備を行います。 ○ 精神疾患と身体疾患を合併する救急の取組みとして、身体合併症救急医療確保事業等システム構築のための具体的事業を実施し、拠点医療機関の指定など広域連携体制を構築します。	神奈川県第7次 第5節 精神疾患 3 施策 (2) 医療・社会復帰(地域生活)(医療提供者、県、市町村、地域関係機関) ○ 急を要する精神科医療の提供については、引き続き、精神科救急医療(身体合併症対策を含む)、自殺対策(自殺未遂者支援等)、災害派遣精神医療チーム(かながわDPAT)の体制の充実を図っています。	変化なし	具体的施策なし
15	新潟県	新潟県第6次 5 精神疾患 施策の展開 ＜目指すべき方向＞ 精神疾患における医療機関とその連携については、個々の医療機能を満たす医療機関相互の連携、また、医療機関と保健・福祉サービス等との効果的な連携により、保健・医療・福祉のサービスが途切れずに継続して提供されるような以下の体制の構築を目指します。 (1) 精神疾患発症後、患者の疾病状況に応じて速やかな専門診療が受けられる体制 (2) 回復後、患者の状態に応じた地域生活や復職・就職等の社会復帰が可能となる支援体制 (3) 認知症の早期発見・早期診断により必要な治療が受けられ、できる限り住み慣れた地域で生活が続けられる体制 【身体合併症】 (1) 魚沼基幹病院において、身体合併症に対応するための体制を確保します。 (2) 新潟市民病院が行う精神科病棟の整備を支援し、身体合併症患者に対する適切な精神科医療の提供体制を強化します。 (3) 内科等身体疾患を担当する科の医師及び医療従事者と、精神科との連携を推進します。	新潟県第7次 5 精神疾患 施策の展開 ＜目指すべき方向＞ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築のため、圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通して、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築します。 また、障害福祉計画との連動により、精神科における入院需用(患者数)及び、地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)の目標を明確にし、基盤整備を推進します。(基盤整備量の目標は障害福祉計画に記載) 多様な精神疾患等ごとに医療機関の医療機能を明確にし、相互の連携に加え、かかりつけ医や一般診療所と精神科との連携を推進するとともに、保健・福祉も含めた連携により患者本位の医療提供体制を促進します。 また、難治性の重症な精神症状を有する患者も、可能な限り住所のある圏域内で専門の治療を受けることができるよう地域医療提供体制の促進を図り、重篤な身体合併症のように圏域によって拠点機能が整備されていない疾患等については、圏域を越えた連携体制を促進します。 【身体合併症】 重篤な身体合併症に対応できる県連携拠点機能を担う医療機関が有効に活用されるよう、精神科救急医療システムの円滑な運用を促進します。	+	ほとんど変化がないが、圏域を越えた医療体制に言及している点が少ないと言えよう。
16	富山県	富山県第6次 (5)精神疾患の医療体制 第5章 精神疾患の医療提供体制における主な課題と施策 治療・回復・社会復帰 ＜施策＞ ○ 身体合併症患者への医療や児童精神医療等の専門的な医療を提供できる精神科医療体制の整備を推進します。	富山県第7次 (5)精神疾患の医療体制 ○ 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」を基本としつつ、本県の実情を踏まえ、以下の疾患等について、医療機能の明確化を行います。 その中に「身体合併症」が入っている。 ○ 身体合併症を有する患者や発達障害児者の医療連携の推進に努めます。	変化なし	内容が乏しい
17	石川県	石川県第6次 【精神疾患】 (3) 対策 ＜各論:精神科救急＞ 1 精神科救急医療体制の充実 ア 夜間休日に緊急医療を必要とする在宅の精神疾患患者(身体合併症の有る患者も含む)に迅速に対応するため、引き続き、精神科救急医療システムに基づき、関係医療機関は診療体制の運営・維持に協力する。 ＜各論:身体合併症＞ 1 身体合併症治療機関と精神科治療機関との連携強化 今後、精神疾患患者の増加、特に高齢者の増加等に伴い、合併症を持った患者の増加が予測されることから、身体合併症患者の円滑な受け入れ体制について関係機関で検討を継続し、必要な医療連携体制の強化を図る。	石川県第7次 【精神疾患】 (4) 対策 2 精神科医療連携体制の構築 ク 精神科救急医療体制の充実を図るため、基幹病院、輪番病院による受け入れを整えるとともに、身体合併症受入病院、一般救急医療機関、消防関係者等との連携を強化する。 3 精神障害者にも対応した地域包括ケアの推進 イ 在宅の精神障害者に対し、精神科医療機関、訪問看護ステーション、障害福祉サービス事業所等が連携し、受療中断の予防、療養生活を支援する。 地域での多職種連携が円滑に実施できるよう、地域連携手帳等を活用するとともに、障害福祉圏域、及び市町村ごとの関係者連絡会等を通じて連携体制の構築を図る。	変化なし	
18	福井県	福井県第6次 第5章 精神疾患 II 今後の目指すべき方向 【施策の内容】 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) (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。	福井県第7次 第5章 精神疾患 II 今後の目指すべき方向 【施策の内容】 2 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築(県、市町、医療機関) (3) 身体合併症を有する患者や自殺未遂者等の精神疾患と身体疾患の救急医療体制について、精神科救急医療機関と一般救急医療機関との協議の場を設け、受入れ体制の充実についての検討や研修会を行い連携体制の構築を行います。 (6) 病院勤務の医療従事者や看護職員を対象とした認知症対応力向上研修を実施し、行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等への適切な対応力の向上を図るとともに、医療・介護等の連携の推進役となる認知症サポート医を養成します。	変化なし	
19	山梨県	山梨県第6次 第5節 精神疾患	山梨県第7次 第5節 精神疾患 精神・身体合併症患者への医療提供の充実 ○ 県内の総合病院において、今後、重篤な精神疾患の入院治療病床での緊急的かつ専門的な治療が充実される可能性があることを念頭に置きつつ、当面、県内の医療機関が相互に連携して対応する体制を整えることで、精神・身体合併症の重篤な患者に対して円滑かつ速やかに治療を実施できる具体的な仕組みの構築を目指します。	+	前計画ではほとんど記述がなかった。今回の計画でも内容は乏しい。

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
20	長野県	長野県第6次 第5節 精神疾患対策 第3 施策の展開 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 ○ 24時間365日、精神科救急医療が提供できる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。	長野県第7次 第5節 精神疾患対策 第3 施策の展開 (8) 身体合併症 ○ 心疾患や腎臓病、糖尿病などの身体合併症を有する精神疾患患者が、身体合併症について適切な医療を受けられるよう、地域ごとに身体診療科と精神科との連携を推進します。 ○ 身体合併症を有する精神疾患患者への救急医療提供体制について検討します。	変化なし	
21	岐阜県	岐阜県第6次 認知症疾患医療センター(基幹型) ・地域型の業務を実施するほか、身体合併症に対する救急・急性期医療への対応が可能な態勢を確保することにより、県の認知症医療の中核を担います。	岐阜県第7次 精神科救急患者が身体合併症を有している場合などにおいて、救急医療施設(当番病院)が身体疾患の治療に必要な診療科を併設する病院への転院を促すなど、患者の症状に応じた適切な医療の提供につながるよう、精神科と身体科の連携を強化しています。加えて、各圏域のかかりつけ医と精神科医の連携を図ることを目的に、研修や一般医とを目的に、研修や一般医とを目的に、研修や一般医と精神科医の連携会議を開催しており、これらによって顔が見える関係を築き、課題を共有することで地域の特性に応じた連携体制構築を推進しています。 ⑥ 一般病院勤務の医療従事者・看護職員認知症対応力向上 身体合併症等が見られる認知症の人が増加していると考えられ、急性期病院等では身体合併症への早期対応と認知症ケア等への適切な対応が求められています。県では、病院での認知症の人の手術や処置、認知症ケア等の適切な実施やマネジメント体制の構築ため、一般病院勤務の医療従事者や看護職員への基本的な知識や実践的な対応力を習得するための研修を実施しています。 一般病院勤務の医療従事者へは平成26年度から、看護職員へは平成29年度から実施していますが、今後更に受講者を増やしていく必要があります。	+	記述が抽象的で、記載量も少ない。
22	静岡県	静岡県第6次 5 精神疾患 (4) 対策 ウ 精神科救急・身体合併症治療 ○ 一般科医師と精神科医師との連携を推進していきます。 ○ 一般科救急医療と精神科救急医療と連携し救急医療に対応する体制を整備します。 ○ 2次保健医療圏ごとに、精神疾患を有する患者が身体合併症の専門的入院治療を必要とした場合に、総合病院等において一般科医師と精神科医師が診療情報や治療計画を共有し診療に対応する体制(コンサルテーション/リエゾン)を構築します。 ○ 精神科治療における医療保護入院及び措置入院が必要な患者が、併せて身体合併症の入院治療を必要とした場合に、精神科治療及び一般科治療のより専門的かつ高度医療の提供が可能な医療連携体制を整備します。	静岡県第7次 5 精神疾患 (2) 対策 イ 施策の方向性 (オ) 身体合併症 ○ 精神疾患を有する患者が身体合併症の専門的入院治療を必要とした場合に、総合病院等において一般科医師と精神科医師が診療情報や治療計画を共有し診療に対応する体制(コンサルテーション/リエゾン)を圏域ごとに設けており、24 時間体制で身体合併症の入院治療と精神科医療を実施できる聖隷三方原病院を全域拠点機関とし構築します。	変化なし	
23	愛知県	愛知県第6次 第7節 精神保健医療福祉対策 【今後の方策】 該当なし	愛知県第7次 第5節 精神保健医療対策 【今後の方策】 2 多様な精神疾患等に対応できる医療機能の明確化等 (9) 身体合併症 ○ 平成28(2016)年度末現在、2か所の精神科医療機関に34 床の精神・身体合併症病床があります。また、平成25(2013)年度から平成27(2015)年度まで救急医療機関と精神科病院の連携モデル事業に取組み、平成28(2016)年度末現在、9か所の救急医療機関が精神科病院と連携しています。 ○ 精神・身体合併症連携推進事業を引き続き実施し、救急医療機関と精神科病院の連携を図ります。	+	前計画には記述がなかったが、今回の計画では具体的記述もある。
24	三重県	三重県第6次 第5節 精神疾患対策 4. 施策の展開 (3) 取組内容 取組方向1: 精神科医療提供体制の充実 ○ 身体合併症患者、薬物依存症患者等への専門的な精神科医療の提供を図るとともに、児童思春期、アルコール依存症の患者への専門医療を進めます。(医療機関、医療関係団体、県、関係機関)	三重県第7次 第5節 精神疾患対策 4めざす姿と施策の展開 (4)取組内容 取組方向2: 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築 (2) 身体合併症 ○ 三重県精神保健福祉審議会精神科救急医療システム検討部会における協議や、アルコール依存症にかかる一般医療と精神科医療の連携モデルの取組を進める中で、身体合併症に対応できる仕組みづくりに取り組みます。(医療機関、県)	変化なし	はなはだ記述に乏しい。
25	滋賀県	滋賀県第6次 5 精神疾患 施策の内容 (3)精神科救急医療の充実 ○ 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。 ○ 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期時の精神科 医療へのアクセスの向上に努めます。 ○ 入院治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を努めます。 ○ 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。 (4)身体疾患を合併する患者に対する医療の充実 ○ 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行い、身体疾患、精神疾患ともに適切な医療が提供できるよう努めます。 ○ 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。	滋賀県第7次 5 精神疾患 具体的な施策 (1) 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築 コ 精神科救急 ○ 身体合併症を併発している精神障害者またはその疑いのある者で措置診療の必要があると認められた者を受け入れる身体合併症協力病院との連携に努めます。 サ 身体合併症 ○ 身体疾患、精神疾患がともに重篤な患者について対応できる体制整備を検討します。 ○ 二次保健医療圏域で自殺未遂者への支援体制の整備に向け、一般科・精神科医療機関に対し自殺未遂者への対応についての研修等を実施します。 ○ 精神科救急医療システム調整会議において、滋賀県医師会、滋賀県病院協会の参画により意見交換を行うとともに、県メディカルコントロール協議会 * と連携し、救急事業の対応について検討し、一般科と精神科医療機関の連携に努めます。	変化なし	

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
26	京都府	<p>京都府第6次 (5) 精神疾患 1. 精神疾患 対策の方向 ポイント ★精神科救急・身体合併症・専門医療・災害時対応 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) ・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け入れを推進 ・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(精神科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科病床を有する総合病院での受け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け入れを推進 ・精神科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 ※ 連携強化の内容 -- 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 ・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>	<p>京都府第7次 (5) 精神疾患 対策の方向 ポイント 2 各施策別 (2) 身体合併症 ・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け入れを推進 ・山城地域における事例検討会と同様、他の地域においても事例検討会等を実施し、情報共有等連携を強化 ・身体合併症対策と精神科救急における対応には関連するところがあるため、精神科救急医療システム連絡調整会議において現状を分析し、必要な取組について検討 ・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、大学病院等精神科と内科・外科等の診療科を併せ持つ病院での受け入れを推進 ・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け入れを推進 ・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 ・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</p>	変化なし	
27	大阪府	<p>大阪府第6次 5. 精神疾患 (2) 精神疾患の保健・医療体制 ア. めざすべき方向 (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、患者の状況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。 イ. 病期、状態に応じた保健・医療体制 (エ) 身体合併症への対応 a. 精神疾患・身体合併症等救急患者の受け入れ体制の整備 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。</p>	<p>大阪府第7次 第5節 精神疾患 3. 精神疾患医療の施策の方向 (1) 多様な精神疾患等の対応 ○ 多様な精神疾患等(統合失調症、認知症、児童・思春期精神疾患、うつ病、PTSD、依存症、てんかん、高次脳機能障がい、摂食障がい、成人の発達障がい、妊産婦メンタルヘルス等)に対応できる医療機関を定め、それぞれの医療機能を明確にするとともに、精神医療圏を二次医療圏とし、役割分担・連携を推進します 【計画中間年(2020年度)までの取組】 ・都道府県連携拠点・地域連携拠点・地域精神科医療機関を定めます。 ・二次医療圏ごとの医療機関関係者等による協議の場を設置して、医療の充実と連携体制の構築について検討します。 【計画最終年(2023年度)までの取組】 ・上記に加えて、二次医療圏だけでは確保が困難な医療機能については、府全体の協議の場を設定して検討を行うことにより、医療の充実について進めていきます。</p>	変化なし	具体的記述内容ではない。
28	兵庫県	<p>兵庫県第6次 第5節 精神疾患対策 【推進方策】 (2) 医療対策 ア 精神科病院における専門医療の確保(県、医療機関等) イ 身体合併症(専門的治療を要する疾患、歯科疾患等)を有する患者の治療を行う医療体制の整備を図るため、公的病院をはじめとした総合病院における身体合併症に対応する病床確保等のシステムについて検討を進めるとともに、一般科医師、歯科医師と精神科医師の連携による協力体制を強化する。 ウ 精神科救急医療システムの充実 ・精神科救急医療システムの円滑な運用のため、関係機関の連携強化を図る。(県、神戸市、医療機関、警察消防等) (イ) 一般科救急・精神科救急連絡会議を開催するとともに研修を実施し、一般医における精神疾患の理解を深めることにより、一般科(身体科)救急医療との連携体制の構築を図る。(県、神戸市、医療機関等) (ウ) 自殺企図者や身体合併症に対応する病院の病床確保等のシステム整備について検討を進める。(県、神戸市、医療機関等) (3) 精神科初期救急医療体制について開設時間の延長など、更なる拡充を図る。(県、神戸市、医療機関等)</p>	<p>兵庫県第7次 第10章 精神疾患対策 3 精神科医療体制の構築 (1) 精神科救急(身体合併症含む) 【推進方策】 精神科救急医療体制連絡調整委員会を実施し、関係機関等からの課題抽出や解決に向けた議論を行う。また、必要に応じて身体合併症部会などの専門部会を設置してより専門的で深度の深い議論を行う。(県、神戸市、医療機関等) 精神科初期救急医療体制は、より身近な地域で受診できる体制を整えるために精神科救急医療圏域を見直すこととし、既存の体制と同じ入院医療を中心とした精神科二次救急医療圏域(5圏域)と、初期救急医療を中心として区域をより細分化した精神科初期救急医療圏域(7圏域)を新たに設ける。精神科初期救急医療は、圏域ごとに初期救急対応医療機関を輪番体制により整備し、受診しやすい体制づくりを目指す。実現に向けては、精神科救急入院科(スーパー救急)認可されている医療機関を核とすべく調整を進める。(県、神戸市、医療機関等)</p>	+	圏域設定などは評価できるが、具体的内容に欠ける。
29	奈良県	<p>奈良県第6次 第5節 精神疾患 1. 精神疾患(全体) 4. 具体的な取組策 (5) 急性増悪、身体合併症(急性疾患)への対応 ・奈良医大精神医療センター及び病院群輪番制による、24時間365日、適切な精神科救急医療の提供を継続します。(再掲) ・新県立奈良病院において、精神疾患に併せて重篤な身体合併症を有した患者の受け入れ体制を構築します。 (6) 専門医療、身体合併症(専門的な疾患)への対応 ・アルコールやその他の薬物等の依存症に関するセミナーを継続します。 ・保健所によるアルコール依存症の治療相談の充実を行います。 ・精神保健福祉センターによる認知行動療法等の研修を実施します。 ・平成28年度に開設予定の新県立奈良病院において、精神疾患に併せて重篤な身体合併症を有した患者の受け入れ体制を構築します。(再掲)</p>	<p>奈良県第7次 第5節 精神疾患 取組むべき施策 2. 施策 (3) 医療提供体制 ○ 奈良県立医科大学附属病院精神医療センター及び病院群輪番制による24時間365日、適切な精神科救急医療の提供を継続します。 ○ 平成30(2018)年度移転予定の奈良県総合医療センターにおいて、身体合併症を有する精神疾患患者の受け入れを行います。 ○ 救急医療機関・精神科医療機関・消防・警察・市町村等との連携体制を強め、自殺未遂者に対する支援を推進します。</p>	変化なし	

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
30	和歌山県	和歌山県第6次 5 精神疾患 施策の方向 (5)合併症受け入れ医療機関の充実 ○身体疾患(腎不全等の内科疾患等)を合併する精神疾患患者に必要な医療を提供できる県立医科大学附属病院、国保野上厚生総合病院、国保日高総合病院に対して、院内の地域連携室等の活用によりスムーズな受け入れ及び、身体疾患の改善後、速やかに地域の精神科病院へ転院可能な体制の整備について協力を要請するとともに、地域の一般科医療機関との連携体制づくりに努めます。	和歌山県第7次 5 精神疾患 施策の方向 (5)合併症等受け入れ医療機関の充実 ●内科等身体疾患を合併する精神疾患患者や自殺未遂者に対して、必要な医療とケアを提供できるよう、県精神科救急医療体制連絡調整委員会や救命救急協議会等の協議の場を用いて、救急医療機関、消防、警察、精神科救急医療機関等との連携を強化します。 ●内科等身体疾患を合併する精神疾患患者に対応できる病院に対し、院内の地域連携室等の活用により、スムーズな受け入れ及び、身体疾患の改善後速やかに地域の精神科病院へ転院可能な体制の整備について協力を要請するとともに、地域の一般科医療機関との連携体制づくりに努めます。	変化なし	
31	鳥取県	鳥取県第6次 5 精神疾患対策 5-1 精神疾患(全体) 2 対策・目標 精神科救急・身体合併症・専門医療 ○身体合併症を有する患者を含む精神科救急患者に対して、24時間365日、精神科救急医療が提供できる体制を確保する。 ○身体疾患を合併する精神疾患患者の受け入れ体制を確保するため、精神科救急医療機関と一般救急医療機関等との連携を促進。 ○精神保健指定医の安定的な確保に繋げるため、精神科医の養成・確保の実施。 ○子どもの心の支援に携わる医療、福祉、保健、教育等関連領域との連携の強化。 ○身近な地域の医療機関の医師が子どもの心に関する診療についてより理解を深めることができるよう、研修会等の機会を設ける。 5-3 認知症 2 対策・目標 認知症 ○専門医療及び専門医療相談の提供、行動・心理症状や身体合併症への対応を実施するため、引き続き認知症疾患医療センター4カ所を指定・運営するとともに、さらに全県的な認知症救急医療対応や各関係機関の連携を強化するため、基幹型認知症疾患医療センターの指定を検討する。	鳥取県第7次 5 精神疾患対策 5-1 精神疾患(全体) 2 対策・目標 精神科救急・身体合併症・専門医療 ○身体合併症を有する患者を含む精神科救急患者に対して、24時間365日、精神科救急医療が提供できる体制を確保する。 ○身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制を確保するため、精神科救急医療機関と一般救急医療機関等との連携を促進。(精神科救急医療体制整備事業) ○精神保健指定医の安定的な確保に繋げるため、精神科医の養成・確保の実施。 ○子どもの心の支援に携わる医療、福祉、保健、教育等、関連領域相互の連携を強化していく。(子どもの心の診療ネットワーク整備事業) ○身近な地域の医療機関の医師が、子どもの心に関する診療についてより理解を深めることができるよう、研修会等の機会を設ける。(子どもの心の診療ネットワーク整備事業) 5-3 認知症 2 対策・目標 認知症 ○専門医療及び専門医療相談の提供、行動・心理症状や身体合併症への対応を実施するため、引き続き地域型認知症疾患医療センター4カ所を指定・運営するとともに、さらに全県的な認知症救急医療対応や各関係機関の連携を強化するため、引き続き基幹型認知症疾患医療センターを指定・運営する。	変化なし	記述内容がほとんど同じである。
32	鳥根県	鳥根県第6次 施策の方向 (4)身体合併症患者への対応や精神科専門医療を提供できる機能(身体合併症・専門医療) ① 一般診療科医や身体疾患を診療する病院は、精神科医療機関と連携し、適切な精神科医療やリゾン精神医療の提供に努めます。 ② 心血管疾患、糖尿病、がん、呼吸器疾患などの身体疾患を伴う精神疾患に対して、適切な精神科医療の提供を図るために、一般診療科のかかりつけ医と精神科医療機関との連携体制を、二次医療圏ごとに構築します。 ③ 県立こころの医療センターは、子どもの心の診療ネットワークの拠点病院として、鳥根大学医学部附属病院子どもの心の診療部と協力して、県内の子ども心の診療の中核を担います。 各二次医療圏では、保健所が医療・福祉・教育と連携して圏域内の子ども心の診療ネットワークの構築を図ります。 ④ アルコール依存症を専門とする医療機関は、保健・福祉行政機関、断酒会等と連携して、アルコール依存症患者の社会復帰を進めます。 また、一般診療科や救急診療を担う医療機関が、アルコール依存症へ適切な精神科医療提供が行えるように、精神科医療機関との連携体制の構築を進めます。 ⑤ アルコール以外の薬物依存症をはじめとする嗜癖問題に関するニーズや課題を把握し、関係機関と連携した医療提供に努めます。 ⑥ てんかん協会鳥根県支部と連携して、てんかんに対する正しい知識の普及啓発と、提供医療機関の周知を行います。 ⑦ 高次脳機能障害や発達障害等の専門医療の情報提供と、医療、福祉等の関係機関連携の充実を進めます。 ⑧ 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対して、継続的かつ適切な医療の提供とその病状の改善及び同様の行為の再発防止を図るとともに、社会復帰の促進に向けて、必要な医療提供体制について関係機関と連携を図りながら確保します。	鳥根県第7次 【施策の方向】 (3)精神科医療体制等の整備 2)一般診療科との連携体制 ① 認知症、うつ病、高次脳機能障がい、身体合併症、自死対策等については、一般診療科と精神科が連携して適切な医療を提供できる体制を各二次医療圏で構築します。	変化なし	記述内容がほとんど同じである。
33	岡山県	岡山県第6次 2施策の方向 ○救急医療への精神科医の参加の促進や一般救急医療と精神科救急医療との連携を推進し、身体合併症を有する精神疾患患者等が適切に救急医療を受けられる体制の構築を図ります。	岡山県第7次 5 精神疾患の医療 (4)身体合併症 現状 ○県内9医療機関を認知症疾患医療センターに指定し、周辺症状や身体合併症を伴う認知症患者の受入体制を整備しています。(長寿社会課・平成29(2017)年8月末実績) 2 施策の方向 身体合併症 ○精神科以外の医師による身体合併症患者への対応力向上のため、かかりつけ医への精神疾患に関する研修を実施します。 ○精神科医療機関と身体科医療機関の連携体制を構築します。 医療・介護連携体制の整備 ○認知症疾患医療センターを中核として、各二次保健医療圏ごとに適正な鑑別診断、周辺症状と身体合併症への急性期対応ができる体制を整備します。 ○身体合併症を伴う認知症の人が、入院により認知症が悪化することなく、適切な治療とケアを受けることができるよう、一般病院に勤務する医療従事者や看護職員に対する研修を実施します。	+	具体的施策に欠ける。

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
34	広島県	<p>広島県第6次 精神疾患対策 施策の方向</p> <p>② 精神疾患の状態に応じて、訪問医療等の必要な医療を提供し、地域連携により地域生活や社会生活を支える体制の提供 患者が住み慣れた身近な地域での基本的な医療やサービス支援を受けやすい体制の整備を推進します。精神疾患や身体合併症 等の様々な、患者の状態に応じた医療の提供を確保するよう努めます。 早期の退院に向けた地域定着支援、グループホーム等地域移行の受入体制の拡充、アウトリーチ（訪問支援）を推進します。 また、再入院防止のため、地域で支え合えるよう医療機関と地域保健・福祉が連携した支援体制づくりを推進するとともに、産業保 健関係機関や産業医等を通じた事業所との連携を図ります。</p> <p>③ 精神科救急医療及び専門医療等の提供 今後も、24時間365日の精神科救急医療と身体合併症を有する患者へ適切な医療を提供できるよう引き続き体制の確保を図りま す。</p> <p>精神疾患がありながら、身体の慢性的な合併症を持つ患者に対して、適切な医療を提供できるよう、体制の維持、拡充を図ること とし、人工透析、がん治療、外科治療及び歯科治療など高度で専門的な治療を要する患者に対しては、総合病院精神科と連携を取り ながら、医療供給体制の整備を図ります。 また、児童・思春期（発達障害を含む）精神医療、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は、今後、 現状把握を進め、方策の検討を行います。 これらの医療機能の情報について集約して県民へ情報提供し、必要な時に適切な医療を受けることができる体制の構築を推進しま す。</p>	<p>広島県第7次 5 精神疾患 施策の方向</p> <p>2 長期入院精神障害者の地域生活への移行 (2) 精神疾患の状態に応じて、訪問医療等の必要な医療を提供し、地域連携により地域生活や社会生活を支える体制の整備 患者が住み慣れた身近な地域での基本的な医療やサービス支援を受けやすい体制の整備を推進します。精神疾患や身体合併症等の様々な患者の状 態に応じた医療の提供を確保するよう努めます。 県保健所、市町における相談、家庭訪問等の地域で精神障害者を支える基盤づくりの強化を推進します。 早期の退院に向けた地域定着支援、グループホーム等地域移行の受入体制の拡充、アウトリーチ（訪問支援）を推進します。 また、再入院防止のため、地域で支え合えるよう、医療機関と地域保健・福祉が連携した支援体制づくりを推進するとともに、産業保健関係機関や産 業医等を通じた事業所との連携を図ります。 3 多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担を整理 (2) 身体合併症患者への救急医療提供等 今後も、24時間365日の精神科救急医療と身体合併症を有する患者への適切な医療を提供できるよう、引き続き体制の確保を図ります。 身体合併症及び自殺未遂者へ対応する精神科救急医療の確保について精神科救急医療施設と一般救急医療機関等との連携も含めた体制の構築 を進めます。</p>	変化なし	
35	山口県	<p>山口県第6次 ④ 精神科医療が必要な患者等の状態に応じて、速やかに精神科救急医療や専門医療等を提供できる機能【身体合併症】 ア 目標 ○ 24時間365日、急性の身体合併症を有する救急患者に適切な救急医療を提供できる ○ 専門的治療を要する慢性の身体疾患（腎不全、糖尿病、血液疾患等）を合併する患者に対して、必要な医療を提供できる イ 求められる事項 ○ 精神科と身体疾患に対応する内科等の両方を有する医療機関による対応（並列モデル）と、精神科医療機関と身体疾患に対応 できる医療機関との連携による対応（縦列モデル）を参考にして、医療体制の確保を図る ○ 身体疾患と精神疾患の両方について適切に診断できる ○ 地域の医療機関や、介護・福祉サービス、行政機関等と連携できる 《入院対応可能》 ○ 精神科で治療する場合、身体疾患に対応できる医師又は医療機関の診療協力を有する ○ 一般病棟で治療する場合、精神科リエゾンチーム（注2）又は精神科医療機関の診療協力を有する （注2）精神科リエゾンチーム、精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等からなるチーム。一般 病棟に入院する精神疾患を有する患者等に対して、精神症状の評価を行い、精神療法や薬物治療等の診療計画の作成、退院後の 調整等を行う。 《外来・往診のみ》 慢性の身体合併症を合併する精神科患者等に、精神科医療機関と連携しながら、必要な身体的医療を提供できる 5 認知症の人の急性身体合併症に対して適切な対応する機能【身体合併症】 ア 目標 ○ 急性の身体合併症をきたした認知症の人に対して、適切な救急医療を提供する ○ 慢性身体疾患の増悪等で専門的治療を要する認知症の人に対して、必要な医療を提供する イ 求められる事項 ○ 身体疾患の急性増悪をきたした認知症の人に対して、関係医療機関で連携しながら、必要な身体的医療を提供する ○ 一般病棟は、入院医療スタッフの認知症への理解や対応力を向上し、入院を必要とする身体合併症をきたした認知症の人に必 要な医療を適切に提供する ○ 一般病棟で治療する場合、精神科リエゾンチームまたは認知症専門医の診療協力を有する ○ 精神科で治療する場合、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</p>	<p>山口県第7次 身体合併症の医療機能 ① 身体合併症（1） 機能 地域精神科医療提供機能 目標 身体合併症を有する精神科患者の状況に応じて、必要な精神科医療を提供しつつ、適時・適切な身体科医療の提供につなげること 求められる事項 継続診療中の患者において、慢性の身体合併症の一次予防に関わり、生活習慣の改善や向精神薬の副作用の防止・軽減に努め、二次予防（早期発 見）に向けて身体科医療機関と適切に連携すること 継続診療中の患者において、急性の身体合併症が生じた場合、状況に応じて適切な身体科・救急医 療につなげ、診療情報の提供など精神科医療の継続性に配慮すること ② 身体合併症（2） 機能 地域連携拠点機能 目標 身体合併症を有する精神科患者の状況に応じて、必要な精神科医療を提供しつつ、適時・適切な身 体科医療の提供につなげること 精神科救急医療圏において、身体合併症を有する患者への医療提供体制の確保に向けた役割を担い、関係機関（消防、身体科救急等）と積極的 に連携すること 身体科と精神科の両方を有する医療機関による対応（並列モデル）と、身体科と精神科医療機関の連携による対応（縦列モデル）：優先度の高い問題 から順次対応）を踏まえて、医療連携体制の向上に努めること 求められる事項 継続診療中の患者において、慢性の身体合併症の一次予防に関わり、生活習慣の改善や向精神薬の 副作用の防止・軽減に努め、二次予防に向けて身体科医療機関と適切に連携すること 継続診療中の患者において、急性の身体合併症が生じた場合、状況に応じて適切な身体科・救急医療につなげ、診療情報の提供など精神科医療の 継続性に配慮すること 急性の身体合併症に対する身体科・救急医療が提供されて改善した後（とくに大量服薬、自傷等の後）、身体科救急の後方支援として一時的な転院を 受け入れる等の医療連携を促進すること 慢性の身体合併症を有する患者に精神科医療の必要性が生じた場合（せん妄等）、身体科と連携しながら、適切な精神科医療を提供すること 地域精神科医療提供機能を担う医療機関等からの相談や困難事例の受け入れ要請に応じること 精神科で治療する場合、身体科医師または医療機関の診療協力を得ること 身体科病棟で治療する場合、並列モデルでは、院内の精神科リエゾンチーム体制の充実を図り、縦列モデルでは、精神科医療の継続的な提供に向 けて、身体科と精神科医療機関の双方向性の連携体制の構築に努めること 拠点機能を担う医療機関（並列モデル）と連携すること</p>	++	量的に充 実
35	山口県		<p>① 身体合併症（3） 機能 県連携拠点機能 目標 身体合併症を有する精神科患者の状況に応じて、必要な精神科医療を提供しつつ、適時・適切な身体科医療の提供につなげること 県全域において、身体合併症を有する患者への高度医療提供体制（並列モデル）の確保に向けた役割を担い、関係機関（消防、身体科救急、地域連 携拠点機能を担う医療機関等）と積極的に連携すること 県精神科救急システムに基づいて、身体科救急と精神科救急医療が同時に必要な事例において、適切な精神科救急医療を提供すること 求められる事項 継続診療中の患者において、慢性の身体合併症の一次予防に関わり、生活習慣の改善や向精神薬の副作用の防止・軽減に努め、二次予防に向 けて身体科医療機関と適切に連携すること 継続診療中の患者において、急性の身体合併症が生じた場合、状況に応じて適切な身体科・救急医療につなげ、診療情報の提供など精神科医療の 継続性に配慮すること 慢性の身体合併症を有する患者に精神科医療の必要性が生じた場合（せん妄等）、身体科と連携しながら、適切な精神科医療を提供すること 地域精神科医療提供機能および地域連携拠点機能を担う医療機関等からの相談や困難事例の受け入れ要請に応じること 並列モデルの高度医療提供体制を向上させ、院内の精神科リエゾンチーム体制の充実を図り、県精神科救急システムにおいて、身体合併症事 例への対応で主体的な役割を担うこと 精神障害者の身体合併症に対応できる専門職の養成や多職種・多施設連携を推進し、心身総合的・全人的医療に対する医療者の理解を深めるた め、身体科と精神科スタッフの意見交換や相互研修・教育の機会に参画すること</p>		++

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
36	徳島県	<p>徳島県第6次 (3)精神科救急患者(身体疾患を併発した患者を含む)、身体疾患を併発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機能 【精神科救急・身体合併症・精神疾患(特定分野専門医療)】 ①目標 ・24時間365日、精神科救急医療を提供できること ・24時間365日、身体合併症を有する救急患者に適切な救急医療を提供できること ・専門的な身体疾患(腎不全、歯科疾患等)を併発する精神疾患患者に対して、必要な医療を提供できること ・児童精神医療(思春期を含む)、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こと ・心身喪失等の状態で、重大な被害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成15年法律第110号。以下「医療観察法」という。)の通院処遇対象者に医療を提供する指定通院医療機関を必要数確保すること ②医療機関に求められる事項 ・精神科救急患者の受け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 ・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 ・身体疾患を併発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 ・身体疾患を併発する患者に対応する医療機関であって、精神科で治療する場合は、身体疾患に対応できる医師又は医療機関の診療協力を有すること ・身体疾患を併発する患者に対応する医療機関であって、一般病床で治療する場合は、精神科リエゾンチーム又は精神科医療機関の診療協力を有すること ・地域の医療機関や、介護・福祉サービス、行政機関等と連携できること ・専門医療を提供する医療機関は、各専門領域において、適切な診断・検査・治療を行なえる体制を有し、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 ・専門医療を提供する医療機関は、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 ・医療観察法指定医療機関は、個別の治療計画を作成し、それに基づき必要な医療の提供を行うとともに、保護観察所を含む行政機関等と連携すること</p>	<p>徳島県第7次 第1 精神疾患の現状と今後の方向性 (12)身体合併症 (今後の医療提供体制) 現在の体制を維持しつつ、一般医療機関の中で精神障がい者の身体疾患の治療に対応できる医療機関を明確にし、必要な患者に必要な医療を提供することができる体制の構築を目指します。</p>	変化なし	
36	徳島県	<p>③対応する関係機関 ・一般の医療機関 ・人工透析等可能な専門医療機関 ・救命救急センター ・歯科医療機関 ・医療観察法指定通院医療機関 ・消防機関 ・警察署など ④対応する医療機関 【精神科救急】 ・時間外の精神科救急医療の対応を行っている精神科医療機関(軽度・重度) ・時間外の精神科医療電話対応を行っている精神科医療機関 ・自院の患者に対する救急医療を行っている精神科医療機関 【身体合併症】 ・身体疾患の診断・治療に対応している精神科医療機関 ・精神疾患に身体疾患を併せ持つ患者に対応できる一般医療機関 【精神疾患(特定分野専門医療)】 ・専門医療(児童期疾患、てんかん、高次脳機能障害、アルコール依存症、薬物依存症)を行っている精神科医療機関 ・特定の検査を行っている精神科医療機関</p>			
37	香川県	<p>香川県第6次 2 地域における身体合併症患者の受入体制の確保【優先課題】 大川・高松医療圏における総合病院、精神科病院、精神科診療所等の関係機関の連携の推進や、香川大学医学部との協力体制の構築等により、身体合併症患者の受入体制の確保を図ることが求められます。 【圏域の分析、設定】 1 二次保健医療圏の分析 (3)県内全域を対象とした身体合併症拠点病院として、中讃圏域にある総合病院回生病院を指定していますが、大川・高松保健医療圏からの利用は少ない状況です。 2 身体合併症患者の受入体制の確保 地域における身体合併症患者の受入体制の確保を図るため、総合病院、精神科病院、精神科診療所等による「地域精神科医療連携体制推進協議会」を設置するなど、精神科医療の連携体制の構築を推進します。また、地域の総合病院において身体合併症患者の受入体制の確保を推進します。</p>	<p>香川県第7次 (2)地域における身体合併症患者の受入体制の確保【優先課題】 大川・高松圏域における中核病院、精神科病院、精神科診療所等の関係機関の連携の推進や、香川大学医学部との協力体制の構築等により、身体合併症患者の受入体制の確保を図ることが求められます。 【圏域の分析、設定】 (1)圏域の分析 ③ 県内全域を対象とした身体合併症拠点病院として、中讃圏域にある総合病院回生病院を指定していますが、県内全域での身体合併症患者の受入体制の十分な確保が必要です。 (2)身体合併症患者の受入体制の確保 地域における身体合併症患者の受入体制の確保を図るため、地域の中核病院、精神科病院、精神科診療所等による「地域精神科医療連携体制推進協議会」を設置するなど、精神科医療の連携体制の構築を推進しています。また、地域の中核病院において身体合併症患者の受入体制の確保を推進します。</p>	変化なし	

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
38	愛媛県	愛媛県第6次 身体合併症 (2)身体合併症 在宅の精神疾患患者が身体疾患を合併した場合、対応できる救急医療機関(精神科を標榜する或いは精神科に入院設備を有する総合病院)に限られていることからこれらの患者の受け入れ態勢を構築することも喫緊の課題です。 <目標> ○身体疾患を合併する精神患者に対して必要な医療が提供できる。 <国の指針が示す「医療機関に求められる事項」> ○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。 ○精神科で治療する場合は、身体疾患に対応できる医航又は医療機関の診療協力を有すること。 ○一般病棟で治療する場合は、精神科リエンチーム又は精神科医療機関の診療協力を有すること。 ○地域の医療機関や、介護・福祉サービス、行政機関等と連携できること。 <課題> ○身体疾患と精神疾患ともに入院医療を要する場合に受け入れ可能な医療機関が少ない。 <対策> ○身体疾患を合併した患者に対応可能な医療機関の確保を目指す。 ○身体疾患を合併した患者に対応する医療機関と精神科医療機関の診療協力等、連携体制の整備を図ります。 <数値目標> ○ストラクチャー指標として、救命救急センターで「精神科」を有する施設数(人口10万人対)(本県:平成20年度0.1 全国平均0.1)が全国平均以上であることを目標とします。 ○ストラクチャー指標として、入院を要する救急医療体制で「精神科」を有する施設数(人口10万人対)(本県:平成20年度0.6、全国平均0.6)が全国平均以上であることを目標とします。 ○ストラクチャー指標として、精神科を有する一般病棟数(人口10万人対)(本県:平成20年度0.6、全国平均0.5)が全国平均以上であることを目標とします。 ○アウトカム指標として、退院患者平均在院日数『傷病分類(精神及び行動の障害)』の病院、診療所の退院患者平均在院日数(患者居住地)(本県:平成20年度217.1、全国平均:290.6)が全国平均以下を維持することを目標とします。	愛媛県第7次 身体合併症 ○身体合併症 ・救命救急センターの入院患者を対象とした厚生労働科学研究では、12%の入院患者は何らかの精神科医療を必要とし、2.2%の入院患者は身体疾患と精神疾患ともに入院による治療を必要とするとの報告があります。 ・消防庁の調査では、平成26年中の救急出動件数において、入電から帰着までに2時間以上を要した事案のうち「精神疾患を背景に有する患者」が12,105件あり、「在宅独居・施設入所の高齢者の13,007件に次いで搬送時間を延伸する要因となっています」。 ・本県では前述のとおり、夜間及び休日の一部時間帯で二次救急精神科医療支援体制整備事業を実施しており、身体合併症患者で精神科の診療が必要な患者への適切な医療提供体制の確保に向けた体制の構築を前進させたことです。 〔課題・求められる機能〕 ・現在は中予地域のみで実施されていることから、東予及び南予でも精神科救急医療が提供されるよう整備を図る必要があります。 ・平日17～22時、休日9～17時となっている対応時間を延長させ、夜間や休日でも安心して受療できる精神科救急医療体制を構築する必要があります。 ・合併症患者等に対する精神科救急医療の現場は、一部の精神科病院が参加する輪番体制による対応となっており、特定の医療機関やそこで従事する医師等に集中している負担を解消する必要があります。 ・身体合併症を診療している精神科病棟を持つ病院数は15施設、精神疾患の受け入れ体制を持つ一般病棟数は24施設と、身体合併症に対応できる病院は限定されていることから、精神科と身体科との効率的かつ円滑な連携体制を構築する必要があります。 〔対策〕 ・東予及び南予での精神科救急医療体制の構築に向けて、県精神科救急医療連絡調整委員会等の場を活用して関係機関の合意形成を図っていく予定です。 ・精神科輪番体制が一部の医療機関に過度に負担が集中することを回避するため、参加病院の追加等も視野に、体制維持、継続に向けた調整に努めます。 ・常時対応型医療機関の整備を図ります。 ・精神科及び身体科の医療機関の連携を推進し、患者に質の高い救急医療が提供できるよう取り組みます。	++	より具体的な内容
39	高知県	高知県第6次 対策 2 医療提供体制 (2)精神科救急(身体疾患を合併した患者を含む) 県は、24時間365日の対応が可能な精神科相談窓口及び精神科救急情報センターを設置します。 県及び精神科医療機関は、継続的に診療している自院の患者や精神科救急情報センターなどからの問い合わせについて、地域での連携により夜間・休日でも対応できる体制を整えます。また、身体合併症のある患者の受入体制を確保するため、精神科救急を除いた救急外来との連携のための検討を進めます。	高知県第7次 対策 (1) 多様な精神疾患等ごとに対応できる医療連携体制の構築 (2) 精神科救急、身体合併症 県は、精神科救急において、中央、安芸、幡多の保健医療圏での24時間対応できる体制を継続していくとともに、身体疾患を合併した患者など、状態に応じた医療機関を紹介する精神科救急情報センターや、緊急的な精神科救急相談に24時間365日対応できる精神科救急相談窓口を設置します。	変化なし	
40	福岡県	福岡県第6次 5 精神疾患 身体合併症を有する患者については、県内4つの大学病院をはじめとする総合病院で対応しています。	福岡県第7次 5 精神疾患 (9) 精神科救急 ○ 夜間及び休日において、精神疾患の急発・急変により速やかな医療を必要とする方に対し、迅速かつ適切な医療及び保護を行うことができるよう、医療機関、警察、消防、行政等の更なる連携を図ります。 ○ 県内4ブロックでの協議会及び福岡県精神科救急医療システム連絡調整委員会において引き続き協議を行い、適切なシステムの運用を図ります。また、身体合併症の拠点病院のあり方について検討していきます。 福岡県認知症医療センターにおいて身体合併症の急性期治療に対応	+	具体的施策なし
41	佐賀県	佐賀県第6次 第5節 精神疾患 【精神科救急・身体合併症・専門医療】 【精神科救急・身体合併症・専門医療】 (1)精神科救急医療が必要な精神障害者に対して、24時間365日対応可能となるよう、精神科相談窓口及び精神科救急情報センターの設置について検討します。 また、自院の患者の救急時、かかりつけ医ができるだけ対応できるよう、ミクロ救急の医療体制が構築されるよう促します。 5)精神科救急・身体合併症・専門医療に関する連携については、その実績を評価し、課題を抽出するため関係諸機関による連携協議会を定期的に関開し、一層の連携強化に努めます。	佐賀県第7次 第5節 精神疾患 身体合併症に対応可能な具体的医療機関名を列記している。	+	具体的施策なし
42	長崎県	長崎県第6次 第2章 第2節 5 疾病・5 事業及び在宅医療にかかる医療提供体制 身体合併症 施策の方向 (3)精神科救急患者や身体合併症患者、専門医療の必要な患者等の状態に応じた医療提供体制の構築 ○身体合併症を有する患者や専門的な医療を必要とする患者については、精神疾患及び身体合併症の状態に応じた、一般医療機関と精神科医療専門機関の役割分担の明確化及び連携強化を図り、地域における専門医療体制の整備をめざします。 ○佐世保北圏域における身体合併症を有する患者や専門的な医療を必要とする患者に対して、適切な医療を提供するため、DPC/PDPSから対象外とされているという精神科救急医療の困難性も踏まえながら、公的な病院に常勤の精神科医の確保をめざします。	長崎県第7次 第5節-1 精神科医療 (11) 身体合併症 ●高齢化や生活習慣病の増加などに伴い、身体合併症を有する精神疾患患者に対する医療体制の整備も重要な課題となっています。 ●身体合併症を有する精神疾患患者については、その入院治療の提供、退院支援、そして外来通院の継続のいずれに關しても、身体疾患の専門医やかかりつけ医と精神科医師の診療協力が必要であり、医師同士の連携に留まらず、看護師、精神保健福祉士や医療ソーシャルワーカーといった医療従事者同士が相互理解を深め、お互いの医療分野についての知識を高めることが、より実効的な連携体制の構築につながると考えられます。 ●加えて、複数の医療機関を受診する場合は、お手帳などを活用することで医療機関と薬局及び薬局間の連携を強化し、安全な薬物治療に向けた取組の推進や、介護・福祉サービス、行政機関との連携体制を強化することも重要となります。 ●しかし、現状では、精神疾患と身体合併症の状態に応じた一般医療機関と精神科医療機関との役割分担と連携が必ずしも円滑に行われていません。各地域において、医師の派遣、身体症状及び精神症状の評価及び治療の優先基準の策定等、一般医療機関と精神科医療機関の連携及び受け入れ体制の構築に向けた協議を行っておりますが、今後も継続していく必要があります。	変化なし	
43	熊本県	熊本県第6次 施策の方向と内容 ○精神・身体合併症患者に対する診療体制の強化 ・精神・身体合併症患者の集中により大きな負担がかかっている精神科を有する救急告示病院の負担軽減のため、精神・身体合併症以外の精神疾患のみの患者はできるだけ精神科医療機関で診察する体制の構築を図ります。 ・内科等身体疾患を担当する科と精神科との連携(GP連携)を図るための会議を設置し、精神科を有する救急告示病院以外の医療機関でも精神・身体合併症患者に対応できる体制の構築を図ります。	熊本県第7次 第5項 精神疾患 1. 現状と課題 (1)精神疾患全体の課題 3. 施策の方向性 ○精神・身体合併症患者に対する診療体制の強化 ・精神科を有する救急告示病院の負担を軽減し、真に必要な方への医療の提供をするため、精神・身体合併症以外の患者については、精神科を有する救急告示病院以外の精神科医療機関で診察する体制を強化します。	変化なし	

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
44	大分県	<p>大分県第6次 第7節精神疾患医療 第1款精神疾患(認知症を除く) (今後の施策) (1)精神疾患全般 ○救急の身体合併症患者の受入れを円滑に行うため、大分大学医学部附属病院救命救急センターと精神科医療機関、二次救急医療機関との連携強化を図ります。 (5)精神科救急 ○身体合併症患者への対応を充実させるため、救急医療機関と精神科医療機関の連携強化に努めます。 ○関係機関の協力・連携のもと、夜間・休日を中心とした精神科救急及び身体合併症治療等に対応可能な県立病院精神医療センターを平成32(2020)年度中に開設します。 ○BPSDや身体合併症等が見られた場合にも、一般病院や精神科病院、介護施設等で適切な治療やリハビリテーションが実施されるとともに、当該医療機関や介護施設等での対応が固定化しないように、退院・退所後もそのときの容態に最もふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みの構築を市町村と協力して進めていきます。</p>	<p>大分県第7次 第7節精神疾患医療 1認知症を除く精神疾患 (今後の施策) (5)精神科救急 ○身体合併症患者への対応を充実させるため、救急医療機関と精神科医療機関の連携強化に努めます。 ○関係機関の協力・連携のもと、夜間・休日を中心とした精神科救急及び身体合併症治療等に対応可能な県立病院精神医療センターを平成32(2020)年度中に開設します。 ○BPSDや身体合併症等が見られた場合にも、一般病院や精神科病院、介護施設等で適切な治療やリハビリテーションが実施されるとともに、当該医療機関や介護施設等での対応が固定化しないように、退院・退所後もそのときの容態に最もふさわしい場所で適切なサービスの仕組みの構築を市町村と協力して進めていきます。</p>	変化なし	
45	宮崎県	<p>宮崎県第6次 5精神疾患 【施策の方向】 (救急医療体制の整備) ○平日夜間、土曜日夜間を含めた精神科救急医療体制の確保を図るため、精神科救急医療システムの拡充を目指します。 ○精神科救急医療システムの円滑な運用を図るため、精神科救急情報センターの機能充実を図ります。 ○身体合併症を有する救急患者については、県立宮崎病院精神医療センターにおいて24時間365日の医療の提供が行われていますが、精神科病院協会や精神科診療所協会からの協力を得ながら、高度医療を必要とする患者への対応の充実を図ります。 ○認知症疾患医療センターについては、現在指定している3病院の機能充実を図っていき、認知症の専門医療相談、鑑別診断とそれに基づく初期対応、行動・心理症状や身体合併症に対する急性期対応、かかりつけ医、地域包括支援センター、介護サービス事業所等との連絡調整、かかりつけ医など保健医療関係者等への認知症サポート医等と連携して行う研修、住民向けの啓発活動等の業務を実施します。</p>	<p>宮崎県第7次 5精神疾患 【施策の方向】 (精神医療圏の設定) (精神科救急、身体合併症) ○精神科救急医療機関と一般救急医療機関の連携のあり方については、一般救急医療機関における精神科救急のトリアージや精神科救急医療施設との調整など、精神科医療関係者、救急医療関係者、消防関係者、警察、保健所による協議の場を通じて体制の構築を推進します。 ○精神科病院では、他の医療機関や搬送機関と十分に連携を図りながら、身体疾患を合併する患者に対して救急医療や適切な専門医療を提供します。また、県立宮崎病院精神医療センター及び宮崎大学医学部附属病院において、他の精神科病院では対応困難な身体疾患の治療を含む高度の救急医療を行います。 (自殺対策) ○自殺未遂者が救急搬送された医療機関に精神保健福祉士等を派遣するモデル事業の効果等を検証し、他地域での未遂者支援のあり方やその実施等について検討します。</p>	+	
46	鹿児島県	<p>鹿児島県第6次 5精神疾患 ○かかりつけ医等から精神科医を受診できる体制、身体合併症の併発時や病状悪化時に救急医療等を提供できる体制整備を促進します。</p>	<p>鹿児島県第7次 5精神疾患 ○かかりつけ医から精神科医を受診できる体制、身体合併症の併発時や病状悪化時に救急医療等を提供できる体制整備を促進します。</p>	変化なし	
47	沖縄県	<p>沖縄県第6次 6精神疾患の保健医療体制の整備 b 身体合併症患者に対する医療体制 ○重症の精神疾患と身体疾患の両方を同時に治療できる精神身体合併症病棟は、県立南部医療センター・こども医療センターに5床整備されています。 【施策の方向性】 ●精神科救急、身体合併症、専門医療等 エ 身体合併症患者に対する適切な医療の提供のため、一般救急や身体治療に対応する医療機関と精神科医療機関の連携など、受入体制の確保について検討を進めます。 ○「認知症疾患医療センター」は、保健・医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症に関する鑑別診断や、認知症の行動・心理症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施する、各都道府県が指定する医療機関です。また、同センターは、認知症の人が地域で安心して生活できるよう、地域の医療機関や地域包括支援センター等の関係機関との連携を推進します。</p>	<p>沖縄県第7次 5精神疾患対策 エ 認知症疾患医療センターの整備 「認知症疾患医療センター」は、保健・医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症に関する鑑別診断や、認知症の行動・心理症状に対する急性期治療、専門医療相談等を実施する医療機関で、国においては2次医療圏域に1つ以上、また、高齢者人口6万人に1箇所以上を整備することを目標としています。沖縄県においては、現在6医療機関を指定しており、実際の運営状況を評価しながら県内の整備計画について検討し、地域における認知症疾患医療の保健医療水準の向上が図られるよう取り組みます。</p>	変化なし	

表7 精神科救急

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
1	北海道	<p>北海道 第6次 第3章 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制の構築 第6節 精神疾患の医療連携体制 3 必要な医療機能 【専門医療】 (精神科救急・身体合併症) ○ 輪番体制の確保に当たっては、都市部を中心に空床確保が困難となっている地域があることを踏まえ、救急患者の受入体制の充実を図ります。 ○ また、道内の第二次医療圏のうち半数以上で圏域内に輪番病院が確保できていない状況があることから、そうした地域においては、遠隔地域支援病院制度の活用により、円滑な精神科救急患者の受入を図ります。 ○ 身体合併症を有する救急患者への対応が円滑に行われるよう、一般救急を担う医療機関との協力体制や救急搬送時の受入ルールづくりについて、地域の実情に応じて検討します。 5 数値目標等を達成するために必要な施策 【専門医療】 (精神科救急・身体合併症) ○ 休日・夜間の緊急の相談や救急医療を必要とする方に対応することができるよう、精神科病院はもとより、自院患者への対応や診療情報の速やかな提供など精神科診療所の協力も得ながら、精神科救急圏域ごとの輪番体制の整備をはじめとした精神科救急医療体制を確保します。 ○ 輪番体制の確保に当たっては、都市部を中心に空床確保が困難となっている地域があることを踏まえ、救急患者の受入体制の充実を図ります。 ○ また、道内の第二次医療圏のうち半数以上で圏域内に輪番病院が確保できていない状況があることから、そうした地域においては、遠隔地域支援病院制度の活用により、円滑な精神科救急患者の受入を図ります。 ○ 身体合併症を有する救急患者への対応が円滑に行われるよう、一般救急を担う医療機関との協力体制や救急搬送時の受入ルールづくりについて、地域の実情に応じて検討します。</p>	<p>北海道 第7次 第3章 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制の構築 第6節 精神疾患の医療連携体制 5 数値目標等を達成するために必要な施策 【精神科救急・身体合併症】 ○ 休日・夜間の緊急の相談や救急医療を必要とする方に対応することができるよう、精神科病院はもとより、自院患者への対応や診療情報の速やかな提供など精神科診療所の協力も得ながら、精神科救急圏域ごとの輪番体制の整備を始めとした精神科救急医療体制を確保します。 ○ 輪番体制の確保に当たっては、都市部を中心に空床確保が困難となっている地域があることを踏まえ、救急患者の受入体制の充実を図ります。 ○ また、道内の第二次医療圏のうち半数以上で圏域内に輪番病院が確保できていない状況があることから、そうした地域においては、遠隔地域支援病院制度の活用により、円滑な精神科救急患者の受け入れを図ります。 ○ 身体合併症を有する救急患者への対応が円滑に行われるよう、一般救急を担う医療機関との協力体制や救急搬送時の受入ルールづくりについて、地域の実情に応じて検討します。</p>	変化なし	
2	青森県	<p>青森県 第6次 第2編 各論 第2章 医療連携体制の構築等 第5節 精神疾患対策 第2 医療機関(関係機関)との連携 (1) 目指すべき方向性 前記「第1 精神疾患医療の現況」を踏まえ、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれら医療相互及び保健・福祉サービス等との連携により、地域において精神医療が実施される体制を構築します。 ③ 精神科救急患者(身体疾患を合併した患者を含む。)、身体疾患を合併した患者や専門医療が必要な患者等の常態に応じて、速やかに救急医療や専門医療等を提供できる機能【精神科救急・身体合併症・専門医療】 第5 数値目標と達成のための施策 (以下 表より関連箇所抜粋) 課 題 精神科救急医療体制及び精神医療相談窓口・精神科救急情報センターの整備 課題解決にあたっての数値目標 ・精神科医療相談窓口、精神科救急情報センターの整備 現 状 未設置 目標値 1か所整備 目標達成のための施策 ・青森県精神科救急医療連絡協議会の開催(県、精神科病院、家族会、警察、消防) ・各保健所精神科救急医療連絡協議会の開催(保健所、精神科病院、家族会、警察、消防) ・救命救急センター等での身体合併症を伴う精神疾患患者の受入体制の充実強化(県、救命救急センター、精神科病院) ・精神科医療相談窓口、精神科救急情報センターの整備の検討(県)</p>	<p>青森県 第7次 第2編 各論 第1章 医療連携体制の構築 第5節 精神疾患対策 第2 施策の方向 2 施策の方向性 (1) 多様な精神疾患に対応できる医療連携体制の構築 多様な精神疾患等ごとの目標及び施策を記載します。 ① 精神科救急 (施策) ・精神科救急を必要とする人が適切かつ円滑に救急医療を受けられるよう、精神科病院、警察、消防、一般救急等の関係機関と、地域の精神科救急医療体制の共有と相互理解を図ります。(県、医療機関、警察、消防、関係機関) ・継続して受診している患者が夜間・休日に急変した場合にも円滑に医療を受けられるよう、精神科医療機関の理解の促進、精神科病院・診療所間の連携強化を図ります。(県、医療機関) ・精神障害者や家族等からの緊急的な精神医療相談への対応、緊急に医療を必要とする場合の医療機関との連絡調整を行う体制を確保します。(県)</p>	変化なし	
3	岩手県	<p>岩手県 第6次 第4章 保健医療提供体制の構築 第2節 良質な医療提供体制の整備、医療機関の機能分担と連携の推進 3 良質な医療提供体制の整備 (5) 精神疾患の医療体制 【施 策】 (主な取組) (精神科救急医療の充実強化) ○ 24時間365日対応の精神科救急情報センタースタッフの資質の向上を図るため、現場研修やケース検討会などを実施します。 ○ 精神科救急情報センターが適切に相談に対応ができるよう、かかりつけ医から助言をいただくなどの協力体制の拡充を行います。 ○ 関係機関との連携を強化するため、連絡調整委員会や意見交換会を開催します。 ○ 精神科救急情報センターの利用やかかりつけ医を優先して受診することについて患者や家族に対し啓発等を行い、精神科救急の適正受診を促進します。</p>	<p>岩手県 第7次 第4章 保健医療提供体制の構築 第2節 良質な医療提供体制の整備、医療機関の機能分担と連携の推進 3 良質な医療提供体制の整備 (5) 精神疾患の医療体制 【施 策】 (主な取組) (精神科救急医療の充実強化) ○ 関係機関との連携を強化するため、連絡調整委員会等を開催します。 ○ 関係機関との連携を強化するため、連絡調整委員会等を開催します。 ○ 精神科救急情報センターは、緊急な医療を必要とする精神障がい者等の搬送先となる医療機関との円滑な連絡調整が必要であることから、24時間365日対応の精神科救急情報センタースタッフの資質の向上を図るため、現場研修や精神科医の助言等を交えたケース検討会などを実施します。 ○ 精神科救急医療施設が受診した患者の情報を、かかりつけ医及び精神科救急情報センターに提供し、精神科救急の適正受診の取組につなげるよう、協力体制を推進します。 ○ 精神科救急情報センターの利用やかかりつけ医を優先して受診することについて患者や家族に対し啓発等を行い、精神科救急の適正受診を促進します。</p>	変化なし	

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
4	宮城県	<p>宮城県 第6次 第5編 医療提供体制 第2章 いつでもどこでも安心な医療の提供 第5節 精神疾患 (第5編 第2章 第5節本文中に「精神科救急」への言及なし。) 第6節 救急医療 (第5編 第2章 第6節本文中に「精神科救急」への言及なし。) 第6編 計画の推進と進行管理 第2章 計画の進行管理 第2節 計画の実績評価 (以下 表「第6次宮城県地域医療計画 課題と施策の方向」より 精神科救急関連事項を抜粋) 課題 (3)精神科救急医療体制 ○24時間365日体制の精神科救急医療提供 ○精神保健福祉法における措置入院時の保護室の確保 施策の方向 ○精神科医療機関と関係機関との連携の下、24時間365日の医療体制の整備 ○夜間緊急時対応の精神科医療相談窓口の設置 ○夜間・休日に対応できるミクロ救急体制の推進</p>	<p>宮城県 第7次 第5編 医療提供体制 第2章 いつでもどこでも安心な医療の提供 第5節 精神疾患 施策の方向 子どもから高齢者まであらゆる年代がこころの健康を保ち、発病から医療やサービスを受けて社会復帰に至るまで本人と家族が安心した生活を送れるよう、医療、保健、福祉、教育等の関係機関が各々の役割のもと緊密な連携を図り、切れ目のない総合的な支援を行うため、次の施策を推進します。 3 精神科救急医療体制について ● 精神科救急については、精神科病院や精神科診療所、救命救急センター、救急指定病院等と、警察や消防、市町村、保健所等の地域の関係機関との、十分な連携・協力のもとに、初動体制を含めて役割分担を行い、宮城県立精神医療センターや精神科救急医療参加病院等による24時間365日の医療体制を整備します。 ● 精神科病院や診療所が、かかりつけ医として自院の患者や家族からの医療相談を行う体制や、精神科救急情報センター等からの問い合わせに、夜間や休日に対応できる救急体制を推進します。 第6節 救急医療 施策の方向 8 精神科救急医療体制の整備 ● 精神科病院・診療所等の医療機関と、警察や消防、保健所等の地域の関係機関との十分な連携・協力のもとに、宮城県立精神医療センターや精神科救急医療参加病院等による24時間365日の医療体制の整備を進めます。</p>	+	
5	秋田県	<p>秋田県 第6次 各論篇 第1章 いつでもどこでも受けられる医療体制づくり 第2節 5疾病・5事業及び在宅医療の医療体制 5 精神疾患 ○ 主要な施策 ○ (3)精神科救急・身体合併症・専門医療 ◆ 精神科救急医療体制の充実・強化 身体合併症を有する患者への対応も含め、24時間365日、患者の状態に応じた精神科救急医療を提供できるよう、精神科救急調整委員会や圏域毎の連絡調整会議での協議を基に、精神科救急医療体制の充実・強化を図ります。 ◆ 専門的医療等の提供体制の整備・充実 高次脳機能障害者や発達障害者等に対して、支援拠点機関等での相談支援を中心としながら普及啓発や関係機関との連携を進め、医療提供体制の充実を図ります。</p>	<p>秋田県 第7次 各論篇 第1章 いつでもどこでも受けられる医療体制づくり 第2節 5疾病・5事業及び在宅医療の医療体制 5 精神疾患 ○ 主要な施策 ○ (1)精神科救急体制整備事業の充実 ◇ 医師の不足・偏在等については、「医師不足・偏在改善計画」により、行政、大学、医療機関と住民が認識を一つにしなが取り組みを進めます。 (2)身体合併症患者への医療連携体制の整備 ◇ 身体合併症を有する精神疾患患者への対応も含め、夜間・休日においても、患者の状態に応じた適切な医療を提供するため、精神科病院、精神科病床を有する総合病院、救急告示病院及び消防等関係機関との連携体制の充実を図ります。 ◇ 「精神科救急医療体制連絡調整委員会」、「地域連絡調整会議」及び「傷病者搬送受入協議会」において、支援体制の充実に向けた検討を行います。</p>	変化なし	
6	山形県	<p>山形県第6次 5 精神疾患 ■ 専門医療を含む精神科医療の確保充実 《主な施策》 ● 県は、精神科医療における政策医療を提供するため「県立こころの医療センター(仮称)」に子ども・ストレスケア病棟、精神科救急入院料病棟(スーパー救急病棟)及び医療観察法病棟を整備します。 ■ 精神科救急医療体制の充実 《施策の方向》 ● 県は、精神科救急医療の充実を図るため、精神科救急医療施設と精神科診療所等との連携を促進します。 ● 県は、精神科救急入院料認可施設の拡充を図ります。 ● 県は、身体的な疾患を合併した精神疾患患者への対応について、一般救急医療機関と精神科救急医療機関との連携を促進します。 ● 県は、精神科救急に係る相談体制や、受入れ病院の調整機能の充実を図ります。 《主な施策》 ● 県は、「かかりつけ医」としての精神科診療所と精神科救急医療施設の連携を進めるための方策について検討します。 ● 県は、急性期の集中的治療を充実し、早期の退院を図るため、「県立こころの医療センター(仮称)」に精神科救急入院料病棟(スーパー救急病棟)を整備します。 ● 県は、身体的な疾患を合併した精神疾患患者への対応について、個別ケースの事例検討等による一般救急医療機関と精神科救急医療機関の情報交換等を通じた医療機関の連携を促進します。 ● 県は、「精神科救急情報センター」の取組みの評価と検討を行いながら、よりの確な精神科救急の相談対応や円滑な受入れ病院の調整を実施します。</p>	<p>山形県第7次 5 精神疾患 ■ 精神科救急医療体制の充実 《目指すべき方向》 ○ 精神科病院及び精神科診療所と精神科救急医療施設の連携を進め、「かかりつけ医」による救急患者の受入れ又は関与を促進します。 ○ 身体的な疾患を合併した精神疾患患者への対応のため、一般救急医療機関と精神科救急医療機関の連携を推進します。 ○ 精神科救急情報センターの機能や役割についての周知に努め、認知度の向上と活用の促進を図ります。 《目指すべき方向を実現するための施策》 ○ 県は、救急患者の受入れに関する情報交換の場を設定し、精神科医療機関ごとの精神科救急における役割分担の明確化を図ります。 ○ 県は、関係者による精神科救急に関する個別ケースの事例検討等を通して、一般救急医療機関と精神科救急医療機関の連携体制の強化に努めます。 ○ 県は、精神科救急情報センターについて、関連するイベントでの周知活動や各種媒体を活用した情報発信により、同センターの認知度の向上に努めるとともに、相談員を対象とした研修会の開催等による対応能力の向上を図り、より一層の活用の促進を図ります。</p>	変化なし	

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
7	福島県	福島県第6次 3 精神科救急 施策の方向性と目標 2 精神科救急の提供体制整備 (1) 施策の方向性 ○ 精神科救急については、県北、県中・県南、会津、浜通りの4ブロックで輪番病院を定めて、夜間・休日の救急患者に対応しますが、東日本大震災及び東京電力福島第一原子力発電所事故の影響で同原子力発電所以北の相双地域の精神科病院は輪番病院に復帰できない状況にあるため、輪番病院のブロックの見直しを検討するなど、柔軟な対応に努めます。 ○ 精神科救急医療システムの円滑な運営を図るため、現在、「福島県精神科救急医療システム連絡調整委員会」を設置していますが、一般医療機関と精神科医療機関の連携を促進するため、当該委員会において、連携に関する具体的な対応について検討を進めます。 ○ 精神科救急病院を効率的に活用するためには、現在、県が民間精神科病院に委託して実施している精神科救急情報センターの役割が重要ですが、本県の精神科救急情報センターは平成22年に事業を開始しており、まだまだ十分な利用はされておりません。今後は、精神科救急情報センターの運営方式の改善や機能充実及び周知を図り、相談しやすい環境を整備します。	福島県第7次 施策の方向性と目標 ○ 精神科救急については、県北、県中・県南、会津、浜通りの4ブロックでの輪番病院や精神科救急情報センターの体制整備の充実を図るとともに、精神保健指定医を確保することにより、精神障がい者が夜間・休日を問わず、身近なところで適切な相談を受けることができるよう、相談支援体制の整備を進めます。また、ブロックを超えた精神科救急の受入体制についても整備を進めます。 ○ 身体合併症を有する精神疾患患者のケアについては、救急医療を含め、身体合併症の治療ができる医療機関との連携を図り、適切な医療の提供に努めます。	変化なし	
8	茨城県	茨城県第6次 5 精神疾患 (3) 精神科救急医療体制 【対策】 精神科救急患者に対し、速やかに救急医療が提供できる医療体制の整備が必要です。 イ 推進方策 ア 措置入院については、引き続き、24時間365日の対応を行ってまいります。 イ 精神科一般救急については、相談窓口である精神科救急コールセンターや輪番担当番病院の対応時間の拡大、県立こころの医療センターとの連携等により、24時間365日入院可能な体制整備を図ります。 ウ 精神医療相談については、引き続き、各保健所で実施するとともに、休日及び夜間など対応時間の拡大を図ります。 エ 茨城県精神科病院協会や茨城県精神神経科診療所協会等の関係団体と協力しつつ、精神科医療機関における休日・夜間時の自院のかかりつけ患者への対応の強化を図ります。	茨城県第7次 5 精神疾患 サ 精神科救急医療体制 【対策】 精神科救急患者に対し、緊急度に応じた救急医療等が円滑に提供できる体制の整備を目指します。 イ 推進方策 a 精神科救急医療体制連絡調整委員会の設置 精神科救急医療体制の整備並びにその円滑な運営を図るため、県、県医師会、県精神科病院協会、県精神神経科診療所協会、警察・消防機関、一般救急医療機関等の関係者からなる委員会を設置し、必要な協議・評価を行います。 b 措置入院等（精神科三次救急医療）体制の整備 ① 措置診察・受入体制の充実・強化を図ります。 ② 精神保健福祉センター・保健所の通報対応や退院支援体制の充実・強化及び円滑な運用の確保を図ります。 ③ 警察・市町村等の関係機関との連携・協力体制の強化・充実及び円滑化を図ります。 c 精神科一般救急（精神科二次救急）医療体制の整備 受入体制や相談・調整体制の充実・強化など、24時間365日対応可能な精神科一般救急医療体制の整備を図ります。 d 精神科初期救急医療体制の整備 ① 保健所の精神医療相談等の結果、入院治療は要しないが速やかに診察につなげる必要があると認める対象者を、身近な地域で診察できる体制の整備について検討を進めます。 ② 休日・夜間を含めた24時間365日相談可能な体制を整備します。 e ミクロ救急体制の確保 県精神科病院協会や県精神神経科診療所協会等の関係団体と連携・協力し、各精神科医療機関に対し、県の精神科救急医療体制への積極的な参画・協力等、求められる医療機能の確保について啓発等を進めます。 f 精神科救急医療に係る普及啓発・周知等 ① 精神障害者やその関係者等においては、通常の診療時間帯のうちから、症状の悪化等を予想している場合も多いことから、診療時間内の相談の勧奨等について、普及啓発を進めます。 ② 精神医療相談窓口について、周知・広報します。 ③ 精神科救急医療体制の整備状況等について公表・周知します。	+	具体的記述に乏しい
9	栃木県	栃木県第6次 (5) 精神疾患 【主な取組】 ③ 精神科救急・身体合併症・専門医療 (精神科救急) ア 必要な救急医療を提供できる体制を整備するため、県立岡本台病院と民間精神科病院・診療所の役割分担、連携強化等による夜間休日の患者受入体制の充実を図るとともに、精神科救急情報センターにおける情報の提供や相談機能の強化を図ります。	栃木県第7次 (5) 精神疾患 【主な取組】 ① 精神科救急 ア 必要な救急医療を提供できる体制を整備するため、精神科救急医療システム連絡調整委員会を開催し、課題等について協議します。 イ 救急医療体制における栃木県立岡本台病院と民間精神科病院・診療所の役割分担、連携強化等による夜間休日の患者受入体制の充実を図ります。 ウ 栃木県立岡本台病院については、精神科救急医療の常時対応施設として、県の精神科救急の重層的な医療連携体制を構築していきます。	変化なし	
10	群馬県	群馬県第6次 1 精神保健医療対策 (2) 施策の方向 ア 条件が整えば退院可能な精神障害者の退院促進、地域移行支援により、社会復帰を促進します。 イ 地域で暮らす精神障害者を支えるため、地域の精神科医療の充実を目指します。 ウ 夜間・休日において、常時、基幹病院及び輪番病院の2箇所診察応需の体制が取れるよう、群馬県精神科救急医療システムの維持・充実を図ります。 エ 心神喪失者等医療観察法に基づく医療提供体制等の整備を推進します。 オ こころの病についての普及啓発や相談体制の充実等をはじめとして、自殺対策を総合的に推進します。	群馬県第7次 5 精神疾患 (3) 精神科救急・身体合併症・専門医療 ア 精神科救急医療システム連絡調整委員会等において、精神科疾患救急のあり方について、試行的な事業も含め、課題解決に向けた検討を行い、精神科救急医療体制の一層の充実を図ります。 イ 精神疾患を診療する診療所及び病院、地域の関係機関等との連携により、夜間・休日における症状悪化等の緊急時に対応できる体制整備を推進します。 ウ 身体疾患を合併する患者への医療提供について、一般の医療機関と精神科医療機関の連携体制の整備を促進します。また、精神科救急医療の提供においても、一般の救急医療機関と精神科救急医療機関の連携を促進します。 エ 救命救急センターを有する病院等、幅広い疾患に対し、高度な専門医療を総合的に提供できる病院における精神科の整備を推進します。 オ 依存症や児童精神疾患など専門医療の関係者や一般の精神科医に対する研修を充実させ、専門医療に対応できる人材育成を図ります。 カ 各領域の専門医療を提供する医療機関と保健・福祉等の行政機関、関係機関との連携を推進します。	+	

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
11	埼玉県	埼玉県第6次 第7節 精神疾患医療 《主な取組》 精神科救急医療体制の充実 オ 精神科救急施設 ・本県の精神科救急医療体制は、県内を二つの圏域に区分し、輪番医療機関と常時対応施設により実施されています。	埼玉県第7次 第5節 精神疾患医療 4 主な取組 (6) 精神科救急医療体制の充実 (6) 精神科救急医療圏 本県の精神科救急医療体制は、県内を二つの圏域に区分し、輪番医療機関と常時対応施設により実施されています。 4 主な取組 (6) 精神科救急医療体制の充実	変化なし	具体性もなく内容的にも乏しい記述
12	千葉県	千葉県第6次 (5) 精神疾患 ア 精神疾患(認知症を除く) 【精神科救急医療の充実強化】(精神科救急) ①24時間365日の精神科救急対応 ○ 夜間休日を含め、24時間365日、精神科救急医療相談に対応する精神科救急情報センターの機能の周知と関係機関との更なる連携を図ります。このため、精神科救急医療システムにおいて、指定している病院等の関係職員の資質の向上及び連携強化を図ることを目的に、事例検討などの研修会を開催します。 ○ 主として自発的入院や外来診療が必要な救急患者のために、県内を4つのブロックに分けて、ブロックごとに輪番制で夜間休日に1床の空床を確保する精神科救急輪番病院への参画病院の拡大を図ります。 ○ 措置入院や応急入院、医療保護入院において、特に症状が重篤な救急患者に対応するため、夜間休日に病院ごとに毎日1床の空床を確保する精神科救急基幹病院の全圏域における指定を図ります。 ○ 主として平日日中の措置入院患者の受け入れや、基幹病院等からの措置入院患者の転院受け入れのために、県内4ブロックごとに輪番制で平日に空床を確保する、精神科救急措置輪番病院における空床の確保を促進します。 ○ 精神科救急基幹病院が対応できない精神疾患救急患者に対応するため、精神科救急医療センターとして、千葉県精神科医療センターの機能の拡充に取組みます。 ○ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく通報による緊急性の高い精神疾患患者の受療を円滑に行うため、県の通報処理体制について、24時間365日機能する精神科救急医療システムの関係機関等との連携を含めた夜間休日の体制の整備を図ります。 ②24時間365日の身体合併症への救急対応 ○ 身体合併症を有する精神疾患救急患者については、現在は、精神科救急医療システムにおいて、精神科救急基幹病院の精神科を有する総合病院で圏域に関わらず対応することとしているが、各圏域において、夜間休日を含め24時間365日の救急対応が可能になるよう精神科を有する総合病院の機能強化について検討します。 ③精神科救急と一般科救急、保健サービスとの連携 ○ 千葉県精神科救急医療システム全体の円滑な運用及び実効を確保するため、関係機関で構成する連絡調整委員会や作業部会などを通じて、病院間の連携を図ります。 ○ 精神科救急医療と一般の救急医療機関、保健サービスとの連携に対応する体制の実現を目指します。	千葉県第7次 (5) 精神疾患 ア 精神疾患(認知症を除く) 【多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築】(精神科救急) 県では、精神症状の急激な悪化などの緊急時に適切な精神科医療を受けられるよう、「千葉県精神科救急医療システム*」を実施・運営しており、基幹病院を設置するとともに、輪番体制で空床を確保しています。精神科救急情報センター*では、夜間・休日における精神科医療機関への受診相談を受け、必要に応じて、基幹病院や輪番病院への受診調整を行っています。	2-	千葉県としては、精神科救急は克服した課題なのか?
13	東京都	東京都第6次 5 精神疾患医療の取組 (1) 精神疾患医療体制の充実 施策目標と主な具体的取組 (目標2) 精神科救急医療提供体制の安定的な確保を図る 《具体的取組》 1 法改正を踏まえた精神科救急医療体制の再構築 ○ 精神科初期、精神科二次救急、緊急医療(24条通報に対応)について、保護者制度の改正など今後の国の動向を踏まえ、現行の体制を検証し、改めて整備していきます。 ○ また、各救急医療機関の機能が十分発揮できるよう、司令塔の役割を果たす「精神科救急医療情報センター」を設置し、患者等からの相談に応じるとともに、各医療機関への案内を行っています。	東京都第7次 5 精神疾患 ○ 「精神科救急医療情報センター」を設置し、精神科に関する医療情報を提供するとともに、必要な情報を聴取して緊急性を判断し、トリアージやケース・マネジメント(調整)を行っています。 また、患者等からの相談に対して傾聴や助言等の対応を丁寧に行いつつ、必要に応じて、初期救急、二次救急、身体合併症病床などの医療機関案内を行っています。 課題と取組の方向性 2 精神科救急医療体制 <課題2-1> 精神保健福祉法改正を踏まえた対応 (取組2-1) 精神保健福祉法改正を踏まえた精神科救急医療体制等の再整備 ○ 精神科措置医療(23条通報による措置入院)等について、今後の国の動向を踏まえ、現行の体制や仕組みを検証し、必要な対応を行います。 <課題2-2> 精神科初期救急・二次救急医療が必要な患者をより確実に適切な医療につなげる仕組みの検討 (取組2-2) 精神科初期救急・二次救急医療体制の整備 ○ 精神科救急医療につなげることの要否を判断し、精神科救急医療が必要な患者をより確実に適切な医療につなげる仕組みや、できるだけ身近な地域で受けられる体制等について、精神科救急医療体制整備検討委員会等で検討します。	変化なし	具体的記述に乏しい
14	神奈川県	神奈川県第6次 第5節 精神疾患 3 施策 (3) 精神科救急医療の受入体制の充実(県、政令市、医療提供者) ○ 精神科救急医療体制を見直し、休日、夜間・深夜帯を含め、夕方から夜間にかけての受入困難な時間帯について、医療機関との調整を図り、切れ目のない受入体制を確保します。 ○ 身近な地域での受入体制が整備されていないことから、アクセス改善に向けた見直しを行います。	神奈川県第7次 第5節 精神疾患 施策 (2) 医療・社会復帰(地域生活)(医療提供者、県、市町村、地域関係機関) ア 医療体制の整備等 ○ 急を要する精神科医療の提供については、引き続き、精神科救急医療(身体合併症対策を含む)、自殺対策(自殺未遂者支援等)、災害派遣精神医療チーム(かながわDPAT)の体制の充実を図っていきます。	変化なし	具体的施策なし

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
15	新潟県	新潟県第6次 5 精神疾患 施策の展開 【精神科救急】 (1) 夜間の救急体制について、通年2ブロック化を目指します。 (2) 精神科救急情報センターの整備に向けた更なる検討を進めます。 (3) 傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の適切な運用を促進するなど、救急搬送・受入れの円滑な実施及び消防機関と医療機関の連携推進を図ります。	新潟県第7次 5 精神疾患 施策の展開 【精神科救急】 (1) 休日昼間5ブロック、夜間2ブロック体制の維持を図ります。 (2) 救急患者の円滑な受入のため、精神科救急情報センターと消防機関や医療機関との連携を推進するとともに、精神科救急相談窓口の継続により患者や家族からの緊急の精神科救急に関する相談に適切な対応を図ります。	変化なし	
16	富山県	富山県第6次 (5) 精神疾患の医療体制 第5 精神疾患の医療提供体制における主な課題と施策 治療・回復・社会復帰 <施策> ○ 症状が悪化した場合や緊急対応が必要な場合に、安心して相談や医療が受けられるよう、引き続き精神科救急医療体制の円滑な運用に努めます。	富山県第7次 (5) 精神疾患の医療体制 第5 精神疾患の医療提供体制の主な施策 (2) 精神障害者の地域移行の推進 ○ 症状が悪化した場合や緊急対応が必要な場合に、安心して相談や医療が受けられるよう、引き続き精神科救急医療体制の円滑な運用に努めます。 (3) 多様な疾患等への対応 精神科救急 ○ 本県の精神科救急医療体制については、2015(平成27)年10月の体制見直しにより、それまでの東西2圏域での体制を全県1圏域に見直して運営していますが、救急搬送先が遠方となり、受診までに時間を要する場合がある等の課題に対し、精神科救急参画医療機関等で構成する検討会議で検討を行うなど、精神科救急情報センターの円滑な運営を図ります。	変化なし	具体的記述に乏しい
17	石川県	石川県第6次 【精神疾患】 (3) 対策 <各論：精神科救急> ① 精神科救急医療体制の充実 ア 夜間休日に緊急医療を必要とする在宅の精神疾患患者(身体合併症の有る患者も含む)に迅速に対応するため、引き続き、精神科救急医療システムに基づき、関係医療機関は診療体制の運営・維持に協力する。 イ 精神科病院及び精神科診療所は、精神科救急情報センター等から、継続的に維持している自院の患者情報について問い合わせがあった場合は、夜間休日を問わず、対応できる協力体制整備を目指す。 ② 精神科救急情報センター機能の強化 ア 県は、精神科救急情報センターが県民に有効活用されるように、定期的に当該センターの活用状況を確認し、石川県精神科救急医療システム連絡調整会議において機能を見直す機会と、併せて相談窓口の周知を広く実施する。 イ ところの健康センターは、精神疾患患者や家族等からの緊急時精神科医療相談に対し、精神科救急情報センターが迅速かつ適切に対応できるように、相談対応職員の高の向上や人材育成を図る。 ③ 自殺未遂者に対する支援体制の強化 救急搬送された自殺未遂者に対し、必要な精神科医療が適切に提供できるように、精神科医療へ繋げるための実践ツールを、関係機関へ周知する。特に、精神科の無い医療機関においては、精神科医療機関への連携体制構築について理解と協力を求め、自殺未遂者支援を推進し自殺防止に努める。	石川県第7次 【精神疾患】 (4) 対策 ② 精神科救急医療体制の構築 ク 精神科救急医療体制の充実を図るため、基幹病院、輪番病院による受け入れを整えとともに、身体合併症受入病院、一般救急医療機関、消防関係者等との連携を強化する。	-	前計画より記述が減少している。達成したためか？
18	福井県	福井県第6次 第5章 精神疾患 II 今後の目指すべき方向 【施策の内容】 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〕 (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。 (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れ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。	福井県第7次 第5章 精神疾患 II 今後の目指すべき方向 【施策の内容】 2 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築〔県、市町、医療機関〕 (2) 精神科救急医療体制の適正かつ円滑な運用を確保するため、精神科診療所と精神科病院との連携の促進、精神科救急医療体制の充実に向けての検討、措置入院の診察の円滑な運用を図るため、受入れ医療機関および精神保健指定医の確保について引き続き検討を行います。 (3) 身体合併症を有する患者や自殺未遂者等の精神疾患と身体疾患の救急医療体制について、精神科救急医療機関と一般救急医療機関との協議の場を設け、受け入れ体制の充実についての検討や研修会を行い連携体制の構築を行います。 (4) 精神科救急医療相談や救急対応が必要な患者の受入れ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。	変化なし	具体的施策に乏しい
19	山梨県	山梨県第6次 第5節 精神疾患 施策の展開 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。	山梨県第7次 第5節 精神疾患 施策の展開 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を継続し、更に充実させるとともに、その周知を図ります。	変化なし	乏しい記述

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
20	長野県	長野県第6次 第5節 精神疾患対策 第3 施策の展開 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 ○ 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。 ○ 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。 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。	長野県第7次 第5節 精神疾患対策 第3 施策の展開 1 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築 (7)精神科救急 ○ 精神科救急を必要とする患者が、入院措置対応を含め適切かつ円滑に医療を受けられるよう、警察、消防、精神科病院、一般医療機関等の関係機関と、地域の精神科救急医療体制の共有及び相互理解を図ります。 ○ 精神科を継続して受診している患者が、夜間・休日に精神症状の悪化を認めた際にも円滑に医療を受けられるよう、精神科医療機関の理解の促進や病院・診療所間の連携強化に取り組みます。 ○ 精神障がい者や家族等からの緊急的な精神医療相談への対応や、緊急に医療を必要とする場合の医療機関との連絡調整を行う体制を確保します。	変化なし	具体的内容に乏しい
21	岐阜県	岐阜県第6次 第2節 精神疾患対策 1 精神医療対策 【基本的な計画事項】 ○ 精神科救急患者や身体疾患を合併した患者が安心して社会生活を送ることができるよう、精神科と身体科の機能分担と密接な連携により、患者の状態に応じて適切な医療を提供できる医療体制を構築します。 【今後の施策】 ○ 患者・家族や精神科救急情報センター等からの問合せに、医療機関や障害福祉サービス事業所が地域で連携して対応できるように、入院医療からの地域移行と、社会生活の定着を支援するとともに、各圏域において市町村、保健所及び関係機関が協議会等で対策を検討します。 ○ 身体疾患を合併する精神疾患患者を診療する場合の精神科医療機関と一般病院の協力体制を構築するため、連絡会議等において搬送のあり方を検討します。	岐阜県第7次 第5節 精神疾患対策 ③ 精神科救急医療体制 24 時間体制で精神障がい者や家族からの緊急時の医療電話相談や医療機関の紹介等を行うほか、休日や夜間においても緊急に医療を要する精神障がい者が受診できるよう、県内の民間精神科病院を2ブロックに分け診療体制を整えています。きょう、県内の民間精神科病院を2ブロックに分け、診療体制を整えています (p.155)。 ② 精神医療相談窓口及び精神科救急情報センター開設状況 精神障がい者や家族からの緊急時における相談や、適切な医療及び保護を24時間365日の診療体制で受け入れることができるよう、精神医療相談窓口、精神科救急情報センター、精神科救急医療施設を当番制により開設しています (p.157)。 また、精神科救急医療については、精神科病院の所在に偏りがあることから、二次医療圏ごとに事業を展開することが困難であるため、岐阜・西濃地区と中濃・東濃・飛騨地区の2つの圏域に分けることとします (p.160)。	+	前計画より具体的な記述になっている。
22	静岡県	静岡県第6次 5 精神疾患 (4) 対策 ウ 精神科救急・身体合併症治療 ○ 一般科医師と精神科医師との連携を推進していきます。 ○ 一般科救急医療と精神科救急医療と連携し救急医療に対応する体制を整備します。 ○ 2次保健医療圏ごとに、精神疾患を有する患者が身体合併症の専門的入院治療を必要とした場合に、総合病院等において一般科医師と精神科医師が診療情報や治療計画を共有し診療に対応する体制(コンサルテーション・リエゾン)を構築します。 ○ 精神科治療における医療保護入院及び措置入院が必要な患者が、併せて身体合併症の入院治療を必要とした場合に、精神科治療及び一般科治療のより専門的かつ高度医療の提供が可能な医療連携体制を整備します。	静岡県第7次 5 精神疾患 イ 施策の方向性 (エ)精神科救急体制 ○ 24 時間365 日対応できる精神科救急医療システムを整備するほか、精神医療に関する相談窓口の設置等の医療へアクセスするための体制の整備を推進します。 ○ 休日、夜間に対応する常時対応型病院として、沼津中央病院、藤岡病院、清水駿府病院、聖隷三方原病院を、輪番型病院として溝口病院、県立こころの医療センター、焼津病院、藤枝駿府病院、川口会病院、服部病院を、後方支援病院として県立こころの医療センターを配置し、精神科救急を推進します。	+	具体的受入れ病院を記載している。
23	愛知県	愛知県第6次 第7節 精神保健医療福祉対策 【今後の方策】 ○ 精神科救急医療体制など地域医療体制の整備を図ります。 【実施されている施策】 ○ 精神科救急医療対策 夜間・休日の精神科救急患者の発生に備え、県内3 ブロックの地域のそれぞれの当番病院が輪番制で対応しています。また、城山病院では精神科救急の後方支援として病床を3床確保しています。 ○ 24 時間対応の精神科救急情報センターを設置しています(平成15 年6 月設置)。 精神障がい者やその家族等から電話により緊急的な精神医療等の相談、振り分け(リファージ)、及び情報提供を行い精神疾患の重篤化を防ぎます。	愛知県第7次 第5節 精神保健医療対策 【今後の方策】 2 多様な精神疾患等に対応できる医療機能の明確化等 ○ 精神科救急対策においては県精神医療センターに後方支援病床5床確保し、各ブロックで確保した病床を超えた患者の入院が必要な場合の受入れを行います。 ○ 精神科救急医療体制については、通報等に対する事務手続きの明確化や迅速化を図るとともに、休日・夜間の通報受理体制及び移送体制について、引き続き関係機関等と検討を進め、体制整備を図ります。 3 圏域の設定 ○ 精神科救急医療については、県内を3ブロックに分け、ブロックごとの輪番制による当番病院と後方支援基幹病院による対応を基本として、引き続き運用します。	変化なし	課題が解決したのか?
24	三重県	三重県第6次 第5節 精神疾患対策 4. 施策の展開 (3) 取組内容 取組方向1:精神科医療提供体制の充実 ○ 県内を北部と中南部に分けた精神科救急輪番制と、24時間精神科救急医療電話相談等の精神科救急医療システムの的確な運用を行うとともに、一般医療機関等との連携を図ります。(医療機関、医療関係団体、県、関係機関) ○ 精神科救急輪番病院において、当番日以外の夜間においても自院の患者について、精神科救急情報センターと連携し精神科救急医療体制に協力できる体制の整備を図ります。(医療機関、医療関係団体、県、関係機関)	三重県第7次 第5節 精神疾患対策 4.めざす姿と施策の展開 (4)取組内容 取組方向2:多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築 1)精神科救急 ○ 精神科救急医療システムの安定的な運営、強化を図ります。(保健所設置市、医療機関、県) ○ 三重県精神保健福祉審議会精神科救急医療システム検討部会を開催し、精神科救急医療体制の地域差の解消、一般救急と精神科救急との連携等、精神科救急医療システムにかかる課題の解決に取り組めます。(医療機関、関係機関、県) ○ 障害福祉保健福祉圏域において、保健所が開催する精神保健福祉連絡会等で、地域の関係機関と協議、調整を行い、地域の関係機関間の連携強化を図ります。(市町、医療機関、関係機関、県)	変化なし	

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
25	滋賀県	<p>滋賀県第6次 5 精神疾患 施策の内容 (3)精神科救急医療の充実 ○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。 ○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時の精神科 医療へのアクセスの向上に努めます。 ○入院治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を努めます。 ○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>滋賀県第7次 5 精神疾患 具体的な施策 コ 精神科救急 ○急性増悪時に迅速かつ適切に精神科医療につながるよう、精神科救急情報センターの充実に努めます。 ○入院治療の必要がない程度の精神科救急医療(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を努めます。 ○身体合併症を併発している精神障害者またはその疑いのある者で措置診察の必要があると認められた者を受け入れる身体合併症協力病院との連携に努めます。 サ 身体合併症 ○精神科救急医療システム調整会議において、滋賀県医師会、滋賀県病院協会の参画により意見交換を行うとともに、県メディカルコントロール協議会*とも連携し、救急事業の対応について検討し、一般科と精神科医療機関の連携に努めます。</p>	変化なし	
26	京都府	<p>京都府第6次 (5)精神疾患 I. 精神疾患 対策の方向 ポイント ★精神科救急・身体合併症・専門医療・災害時対応 ①精神科救急医療の充実 (窓口機能の強化) ・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) ・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け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>	<p>京都府第7次 (5)精神疾患 対策の方向 ポイント 2 各施策別 (1)精神科救急 ・保健所・保健福祉センター、精神科救急情報センターの窓口機能及び北部・南部における基幹病院を核とした精神科救急医療体制を引き続き維持 ・精神科救急情報センターと保健所・保健福祉センターや受入病院等の関係機関との継続的な連携体制を維持するため、北部・南部の両地域において精神科救急医療システム連絡調整会議等を開催し、精神科救急情報センターにおける相談内容や受入先病院での患者の傾向等の分析結果を踏まえ、救急対応以前の予防的な取組を検討 ・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、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 ・医療保護入院のための移送制度については、緊急に入院を必要とする状態にあるにも関わらず、精神障害のために患者自身が入院の必要性を理解できず、家族や主治医等が説得の努力を尽くしても本人が病院に行くことを同意しないような場合のみを対象とし、精神障害者の人権侵害とならないよう慎重な運用に努めるとともに、移送体制の確保についても検討</p>	変化なし	
27	大阪府	<p>大阪府第6次 5. 精神疾患 (2)精神疾患の保健・医療体制 ア. めざすべき方向 (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。</p>	<p>大阪府第7次 第5節 精神疾患 3. 精神疾患医療の施策の方向 (1)多様な精神疾患等の対応 ○多様な精神疾患等(統合失調症、認知症、児童・思春期精神疾患、うつ病、PTSD、依存症、てんかん、高次脳機能障がい、摂食障がい、成人の発達障がい、妊産婦メンタルヘルス等)に対応できる医療機関を定め、それぞれの医療機能を明確にするとともに、精神医療圏を二次医療圏とし、役割分担・連携を推進します 【計画中間年(2020年度)までの取組】 ・都道府県連携拠点・地域連携拠点・地域精神科医療機関を定めます。 ・二次医療圏ごとの医療機関関係者等による協議の場を設置して、医療の充実と連携体制の構築について検討します。 【計画最終年(2023年度)までの取組】 ・上記に加えて、二次医療圏だけでは確保が困難な医療機能については、府全体の協議の場を設定して検討を行うことにより、医療の充実について進めていきます。 (2)夜間・休日精神科救急医療システムの充実 ○精神科救急システムの改善を図ります。 【計画中間年(2020年度)までの取組】 ・精神科救急医療システムを運用しつつ、精神科救急医療システムの受け入れまでにかかる時間等の実態把握を行う等課題整理を行います。 【計画最終年(2023年度)までの取組】 ・精神科緊急・救急医療体制の課題解消のため、精神科救急医療システムの改善を図ります。 ○合併症支援システムにおいて、二次救急病院等が利用しやすい当番合併症支援病院の設置をめざします。 【計画中間年(2020年度)までの取組】 ・夜間・休日合併症支援システムの在り方について精神科救急医療運営審議会等の意見を聞くとともに、精神科病院に対してシステムの説明会を実施する等により、医療機関の協力を求めていきます。 【計画最終年(2023年度)までの取組】 ・合併症支援病院の増加により、当番病院を府南部と府北部にバランスよく設置する等、二次救急病院等が利用しやすいシステムの構築を図ります。</p>	+	年度の目標を置いているが、具体性に欠ける。

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
28	兵庫県	兵庫県第6次 第5節 精神疾患対策 【推進方策】 ② 医療対策 ウ 精神科救急医療システムの充実 (ア) 精神科救急医療システムの円滑な運用のため、関係機関の連携強化を図る。(県、神戸市、医療機関、警察消防等) (イ) 一般科救急・精神科救急連絡会議を開催するとともに研修を実施し、一般医における精神疾患の理解を深めることにより、一般科(身体科)救急医療との連携体制の構築を図る。(県、神戸市、医療機関等) (ウ) 自殺企図者や身体合併症に対応する病院の病床確保等のシステム整備について検討を進める。(県、神戸市、医療機関等) (エ) 精神科初期救急医療体制について開設時間の延長など、更なる拡充を図る。(県神戸市、医療機関等)	兵庫県第7次 第10章 精神疾患対策 3 精神科医療体制の構築 (1) 精神科救急(身体合併症含む) 【推進方策】 精神科救急医療体制連絡調整委員会を実施し、関係機関等からの課題抽出や解決に向けた議論を行う。また、必要に応じて身体合併症部会などの専門部会を設置してより専門的で深度の深い議論を行う。(県、神戸市、医療機関等) 精神科初期救急医療体制は、より身近な地域で受診できる体制を整えるために精神科救急医療圏域を見直すこととし、既存の体制と同じ入院医療を中心とした精神科二次救急医療圏域(5圏域)と、初期救急医療を中心として区域をより細分化した精神科初期救急医療圏域(7圏域)を新たに設ける。精神科初期救急医療は、圏域ごとに初期救急対応医療機関を輪番体制により整備し、受診しやすい体制づくりを目指す。実現に向けては、精神科救急入院料(スーパー救急)認可されている医療機関を核とすべく調整を進める。(県、神戸市、医療機関等)	+	圏域設定などは評価できるが、具体的内容に欠ける。
29	奈良県	奈良県第6次 第5節 精神疾患 I. 精神疾患(全体) 4. 具体的な取組策 (3)適切な医療サービス及び退院に向けた支援の提供 ・奈良医大精神医療センター及び病院群輪番制による、24時間365日、適切な精神科救急医療の提供を継続します。 (4)再発を防止して地域生活を支援するための体制強化 ・奈良医大精神医療センター及び病院群輪番制による、24時間365日、適切な精神科救急医療の提供を継続します。 (5)急性憎悪、身体合併症(急性疾患)への対応 ・奈良医大精神医療センター及び病院群輪番制による、24時間365日、適切な精神科救急医療の提供を継続します。	奈良県第7次 第5節 精神疾患 取組むべき施策 2. 施策 (3)医療提供体制 ○ 奈良県立医科大学附属病院精神医療センター及び病院群輪番制による、24時間365日、適切な精神科救急医療の提供を継続します。	変化なし	
30	和歌山県	和歌山県第6次 5 精神疾患 施策の方向 (4)精神科救急医療の充実 ・夜間休日に緊急に受診が必要な県民からの相談に応じるとともに、それをトリアージし、精神科病院へつなぐシステムを構築した精神科救急情報センターの整備を進めます。 ・精神科救急医療システムについて、精神科病院協会及び精神科診療所協会の協力を得て、安定的な救急医療を提供できる体制整備に努めます。 ・夜間休日に身体疾患を合併した精神疾患患者に対して、適切な救急医療がスムーズに提供できるように県立医科大学附属病院と協力し、その機能強化に努めます。 ・直ちに入院させなければ、医療及び保護を図る上で、著しく支障のある精神障害者や医療保護入院の対象となる精神障害者を移送することの出来る応急入院指定病院について、各精神科病院の協力を得て拡充します。 ・救急で受け入れた患者について、患者の状態を踏まえた上で、支援病院への転院を円滑に進められるよう、各精神科病院等の協力を得て体制づくりに努めます。 ・継続的に自院に通院している患者からの問い合わせ等に夜間休日を問わず、対応できる体制の整備を各精神科病院等に対し要請します。 (5)合併症受け入れ医療機関の充実 ・身体疾患(腎不全等の内科疾患等)を合併する精神疾患患者に必要な医療を提供できる県立医科大学附属病院国保野上厚生総合病院国保日高総合病院に対して、院内の地域連携室等の活用によりスムーズな受け入れ及び、身体疾患の改善後、速やかに地域の精神科病院へ転院可能な体制の整備について協力を要請するとともに、地域の一般科医療機関との連携体制づくりに努めます。	和歌山県第7次 5 精神疾患 施策の方向 (4)精神科救急医療の充実 ● 夜間休日に緊急に受診が必要な県民からの相談に応じるとともに、電話により受診の必要性、緊急性をトリアージする機能を備えている精神科救急情報センターの周知を図り、利用を促進します。 ● 精神科救急医療について、精神科病院協会及び精神科診療所協会の協力を得て、安定的な救急医療を提供できる体制整備に努めます。 ● 夜間休日に、内科等身体疾患を合併する精神疾患患者に対して、適切な救急医療がスムーズに提供できるように県立医科大学附属病院等と協力し、その機能強化に努めます。 ● 直ちに入院させなければ、医療及び保護を図る上で著しく支障のある精神障害者や、医療保護入院の対象となる精神障害者を移送することの出来る応急入院指定病院について、各精神科病院の協力を得て拡充します。 ● 救急で受け入れた患者について、状態を踏まえた上で、支援病院※5への転院などを円滑に進められるよう、各精神科病院等の協力を得て体制づくりに努めます。 ● 継続的に自院に通院している患者からの問い合わせ等に、夜間休日を問わず対応できる体制の整備を、各精神科病院等に対し要請します。 (5)合併症等受け入れ医療機関の充実 ● 内科等身体疾患を合併する精神疾患患者や自殺未遂者に対して、必要な医療とケアを提供できるよう、県精神科救急医療体制連絡調整委員会や救命救急協議会等の協議の場を用いて、救急医療機関、消防、警察、精神科救急医療機関等との連携を強化します。 ● 内科等身体疾患を合併する精神疾患患者に対応できる病院に対し、院内の地域連携室等の活用により、スムーズな受け入れ及び、身体疾患の改善後速やかに地域の精神科病院へ転院可能な体制の整備について協力を要請するとともに、地域の一般科医療機関との連携体制づくりに努めます。	変化なし	記述もほとんど変わっていない。
31	鳥取県	鳥取県第6次 5 精神疾患対策 5-1 精神疾患(全体) 2 対策・目標 精神科救急・身体合併症・専門医療 ○ 身体合併症を有する患者を含む精神科救急患者に対して、24時間365日、精神科救急医療が提供できる体制を確保する。 ○ 身体疾患を合併する精神疾患患者の受け入れ体制を確保するため、精神科救急医療機関と一般救急医療機関等との連携を促進。 ○ 精神保健指定医の安定的な確保に繋げるため、精神科医の養成・確保の実施。 ○ 子どもの心の支援に携わる医療、福祉、保健、教育等関連領域との連携の強化。 ○ 身近な地域の医療機関の医師が子どもの心に関する診療についてより理解を深めることができるよう、研修会等の機会を設ける。	鳥取県第7次 5 精神疾患対策 5-1 精神疾患(全体) 2 対策・目標 精神科救急・身体合併症・専門医療 ○ 身体合併症を有する患者を含む精神科救急患者に対して24時間365日、精神科救急医療が提供できる体制を確保する。 ○ 身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制を確保するため、精神科救急医療機関と一般救急医療機関等との連携を促進。(精神科救急医療体制整備事業) ○ 精神保健指定医の安定的な確保に繋げるため、精神科医の養成・確保の実施。 ○ 子どもの心の支援に携わる医療、福祉、保健、教育等、関連領域相互の連携を強化していく。(子どもの心の診療ネットワーク整備事業) ○ 身近な地域の医療機関の医師が、子どもの心に関する診療についてより理解を深めることができるよう、研修会等の機会を設ける。(子どもの心の診療ネットワーク整備事業)	変化なし	記述内容がほとんど同じである。

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
32	島根県	<p>島根県第6次 施策の方向 (3)患者の状態に応じて、速やかに精神科救急医療が提供できる機能《精神科救急》 ①精神科医の確保を図り、各二次医療圏において24時間365日対応できる精神科救急体制のさらなる充実、確保を進めます。 ②精神科診療所及び精神科病院は、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対して、地域医療機関との連携により、夜間・休日も対応できる体制及び精神症状の悪化等緊急時の連絡体制などの確立を図ります。 ③一般医療機関を受診した自死の未遂者等に対して、精神科医療機関との連携体制を構築し、対策に取り組みます。 ④県立こころの医療センターは、精神科救急システムにおいて県のセンター的機能を果たすように努めます。</p>	<p>島根県第7次 【施策の方向】 (3)精神科医療体制等の整備 1)精神科救急医療体制 ①二次医療圏域において、24時間365日対応できる精神科救急医療体制の充実、確保に引き続き取り組みます。 ②救急外来を受診した自死未遂者等に対して、精神科医療機関との連携体制を構築し、再発防止に取り組みます。 ③県立こころの医療センターは、精神科救急システムにおいて県のセンター的機能を果たすよう引き続き努めます。</p>	変化なし	記述内容がほとんど同じである。
33	岡山県	<p>岡山県第6次 ■第1節 精神保健医療対策 3 精神科救急医療 2 施策の方向 救急体制の充実 ○休日・夜間に緊急な対応を要する精神障害者に対して、迅速かつ適切な医療を提供するため、岡山県精神科医療センターに設置している精神科救急情報センターの機能を充実を図ります。 ○精神科救急医療システム連絡調整委員会を開催して、精神科救急体制の充実を図ります。</p>	<p>岡山県第7次 5 精神疾患の医療 (3)精神科救急 2 施策の方向 救急体制の充実 ○指定病床を持つ二次救急病院による病院群輪番体制を運営します。 ○夜間・休日に迅速かつ適切な医療を提供するため、精神科救急情報センターを運営します。 ○精神科救急医療システム連絡調整委員会を開催し、円滑に患者の受け入れが行われるよう、体制の充実・強化を図ります。 ○精神科病院において、自院の患者やその関係者からの相談等に対し、夜間・休日も対応できる体制を整備するよう働きかけます。 ○精神科診療所において、精神科救急情報センターからの自院の患者に関する問い合わせに対し、夜間・休日も対応できる体制を整備するよう働きかけます。 救急における身体合併症 ○精神科以外の医師による身体合併症患者への対応力向上のため、かかりつけ医への精神疾患に関する研修を継続します。 ○救急隊員など医師以外の関係者へも、精神疾患に関する普及啓発などを実施します。 ○自殺未遂者や身体合併症患者へ適切に対応するため、身体疾患に対応する医療機関と精神科医療機関との連携体制を構築します。 措置入院等への対応 ○措置入院等緊急時の対応においては、当事者の負担を最小限とするため、平素からの地域保健活動と一連の円滑な対応となるよう、地域保健担当は積極的に関与するものとします。 ○措置入院した患者が退院後に社会復帰のために必要な医療や地域生活定着のための支援を確実に受けることができるよう、措置入院中から退院後支援計画を作成し、県、市町村をはじめ、医療機関や保健医療及び福祉サービス事業所など関係機関と連携を図りながら、退院後の生活を支援します。 ○診察により措置入院不要と診断された場合においても、地域保健活動への引継ぎが速やかに行われるよう、地域保健担当は関係機関と綿密な連携を図るものとします。 災害時における心のケア ○「災害派遣精神医療チーム(DPAT)」の整備を図り、災害時精神科医療中核病院を中心とした災害発生時に被災地における精神科医療の支援を行う体制づくりを進めます。</p>	+	具体的施策に乏しい欠ける。
34	広島県	<p>広島県第6次 精神疾患対策 施策の方向 ③精神科救急医療及び専門医療等の提供 今後も、24時間365日の精神科救急医療と身体合併症を有する患者へ適切な医療を提供できるよう引き続き体制の確保を図ります。 精神疾患がありながら、身体の慢性的な合併症を持つ患者に対して、適切な医療を提供できるよう、体制の維持、拡充を図ることとし、人工透析、がん治療、外科治療及び歯科治療など高度で専門的な治療を要する患者に対しては、総合病院精神科と連携を取りながら、医療供給体制の整備を図ります。 また、児童・思春期(発達障害を含む)精神医療、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は、今後、現状把握を進め、方策の検討を行います。 これらの医療機能の情報について集約して県民へ情報提供し、必要な時に適切な医療を受けることができる体制の構築を推進します。</p>	<p>広島県第7次 5 精神疾患対策 施策の方向 3 多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担を整理 (2)身体合併症患者への救急医療提供等 今後も、24時間365日の精神科救急医療と身体合併症を有する患者への適切な医療を提供できるよう、引き続き体制の確保を図ります。 身体合併症及び自殺未遂者へ対応する精神科救急医療の確保について精神科救急医療施設と一般救急医療機関等との連携も含めた体制の構築を進めます。</p>	変化なし	

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
35	山口県	<p>山口県第6次 (7) 精神科救急医療 ○ 緊急な医療を必要とする全ての精神障害者等が迅速かつ適正な医療を受けられるよう24時間365日搬送や入院が可能な体制(精神科救急医療システム)を確保することが求められています。現在、夜間・休日においては、精神科救急医療施設として、輪番制に参加している26民間病院、県立こころの医療センター、山口大学医学部附属病院が精神疾患の急激な発症や精神症状の急変などに対応しています。</p> <p>ア 民間病院の役割 県内を3ブロックに分け、ブロックごとに輪番制により、診療ができる体制と入院に必要な病床を1床確保しています。</p> <p>イ 県立こころの医療センターの役割 救急患者用の病床を1床確保し、民間病院での対応が困難な救急患者の受入を行っています。</p> <p>ウ 山口大学医学部附属病院の役割 輪番病院及び県立こころの医療センターにおいて受入困難な、身体疾患を背景とする精神障害や身体合併症を持つ重篤な救急患者の受入を行っています。</p> <p>エ 精神科救急情報センターを県立こころの医療センター内に設置し、輪番病院等において円滑な患者受入ができるよう連絡調整を行っています。</p> <p>また、平成15年6月から医療相談窓口(24時間365日対応)を設置し、精神障害者や家族等からの「こころの救急電話相談」に応じえています。</p> <p>③ 精神科医療が必要な患者等の状態に応じて、速やかに精神科救急医療や専門医療等を提供できる機能【精神科救急】</p> <p>ア 目標 24時間365日、精神科救急医療を提供できる</p> <p>イ 求められる事項 ○ 精神科救急患者の受け入れが可能な設備を有する ○ 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 ○ 行動制限の実施状況に関する情報を集約し、外部の評価を受けていることが望ましい ○ 精神科医療機関は、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夜間・休日も対応できる体制を有する ○ 地域の医療機関や、介護・福祉サービス、行政機関等と連携できる</p>	<p>山口県第7次 (4) 精神科救急 【精神科救急医療システム】 本県では、緊急な医療を必要とする全ての精神障害者等が迅速かつ適正な医療を受けられるよう、24時間365日、診察の実施及び必要な医療施設を確保する体制(精神科救急医療システム)を構築しています。</p> <p>現在、夜間・休日においては、精神科救急医療施設として、輪番制に参加している25民間病院、県立こころの医療センター、山口大学医学部附属病院が精神疾患の急激な発症や精神症状の急変などに対応しています。</p> <p>民間病院 県内を3ブロックに分け、ブロックごとに輪番制により、診療ができる体制と入院に必要な病床を1床確保する。</p> <p>県立こころの医療センター 救急患者用の病床を確保し、民間病院での対応が困難な救急患者の受入を行う。</p> <p>山口大学医学部附属病院 輪番病院、県立こころの医療センターにおいて受入困難な、身体疾患を背景とする精神障害や身体合併症を持つ重篤な救急患者の受入を行う。</p> <p>県立こころの医療センター内に「精神科救急情報センター」を設置し、輪番病院等において円滑な患者受入ができるよう連絡調整を行っています。</p> <p>また、精神科救急情報センター内に医療相談窓口(24時間365日対応)を設置し、精神障害者や家族等からの「こころの救急電話相談」に対応しています。</p> <p>精神科救急の医療機能 ①精神科救急(1) 機能 地域精神科救急医療提供機能 目標 緊急な精神科医療を必要とする全ての患者に対して、迅速かつ適切な精神科救急医療を提供すること 求められる事項 継続診療中の患者に対して、病状悪化時の対応体制を向上するとともに、精神科救急情報センター等からの問い合わせに夜間・休日も対応できる体制をめざすこと 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、精神科救急外来(初期救急医療)を提供するなど、地域の医療機関や介護・福祉サービス等と連携すること 必要に応じて、圏域の拠点機能を担う医療機関と連携すること</p>	+	記載量多し、内容も網羅的
35	山口県	<p>④ 認知症の行動・心理症状に対して、危機回避的な精神科治療を提供する機能 【精神科救急・入院医療】</p> <p>ア 目標 ○ 認知症の行動・心理症状で在宅や施設生活が破綻した場合、危機回避的な入院医療が適切かつ速やかに提供される</p> <p>イ 求められる事項 ○ 精神科入院医療では、できる限り短期間での在宅移行(退院)をめざす体制が整えられる</p> <p>エ 認知症の行動・心理症状に対して、個性を重んじた看護・介護上の工夫やリハビリテーションを重視しつつ、認知症治療薬と最小限の向精神薬を用いた薬物療法を慎重に実践する</p> <p>○ 精神科病院での入院治療の導入において、地域生活を継続するための危機回避的な短期入院を最優先とする</p> <p>○ 精神科病院で入院が必要な状態像を明確化して、連携機関と共有する</p> <p>○ 精神科入院治療では、円滑な退院・在宅復帰を支援する医療スタッフの配置を強化する</p> <p>(4) 精神科救急医療体制の充実 ① 精神科救急医療システムの充実 すでに夜間・休日の精神科救急医療については整備されていますが、今後、山口県精神科救急連絡調整委員会や専門部会等において、24時間365日の精神科救急医療システムの充実、救命救急センターや一般病院救急部と精神科病院の連携について検討します。</p> <p>② 精神科救急情報センターの充実 激しい症状を呈する患者を24時間365日診療体制で受け入れるため、「精神科救急情報センター」の充実に努めます。</p>	<p>①精神科救急(2) 機能 地域連携拠点機能 目標 緊急な精神科医療を必要とする全ての患者に対して、迅速かつ適切な精神科救急医療を提供すること 県精神科救急医療システムの輪番病院として、精神科救急医療圏域における精神科救急患者の受入を積極的に行うこと</p> <p>求められる事項 継続診療中の患者に対して、病状悪化時の対応体制を十分に確保するとともに、精神科救急情報センター等からの問い合わせに常時対応すること</p> <p>精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、精神科救急医療を提供し、地域の医療機関や介護・福祉サービス、行政等と連携すること</p> <p>精神科救急患者の受け入れが可能な態勢(空床確保、人員配置、設備)を整えること。</p> <p>身体科救急医療機関や消防等との連携体制を高めること</p> <p>地域精神科救急医療提供機能を担う医療機関等からの救急事例の相談や受け入れ要請に応じること</p> <p>行動制限の実施状況に関する情報を集約し、チーム医療で行動制限最小化に取り組む体制を構築すること</p> <p>県拠点機能を担う医療機関と連携すること</p>	+	

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
35	山口県		<p>①精神科救急 (3)機能 県連携拠点機能 目標 緊急な精神科医療を必要とする全ての患者に対して、迅速かつ適切な精神科救急医療を提供すること 県精神科救急システムに基づいて、県全体の精神科救急患者の受入体制(24時間365日)を調整・統括すること 身体合併症を有する救急患者に対し、適切な精神科救急医療を提供すること 求められる事項 継続診療中の患者に対して、病状悪化時の対応体制を十分に確保するとともに、精神科救急情報センター等からの問い合わせに常時対応すること 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、精神科救急医療を提供し、地域の医療機関や介護・福祉サービス、行政等と連携すること 精神科救急患者の受け入れが可能な態勢(空床確保、人員配置、設備)を整えること。 身体科救急医療機関や消防等との連携体制を高め、受け入れ要請等に積極的に応じること 地域精神科救急医療提供機能および地域連携拠点機能を担う医療機関等からの救急事例の相談や受け入れ要請に応じること 行動制限の実施状況に関する情報を集約し、チーム医療で行動制限最小化に取り組む体制を構築すること 精神科救急情報センターの運営に関わり、輪番病院等の搬送先医療機関の確保に努め、精神科救急医療体制連絡調整委員会等を通じて、県精神科救急医療システムの円滑な運営を図ること 精神科救急に対応できる専門職の養成や多職種・多施設連携を推進するため、研修・教育の機会に参画すること</p>	+	
36	徳島県	<p>徳島県第6次 (3)精神科救急患者(身体疾患を合併した患者を含む)、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機能 【精神科救急・身体合併症・精神疾患(特定分野専門医療)】 ①目標 ・24時間365日、精神科救急医療を提供できること ・24時間365日、身体合併症を有する救急患者に適切な救急医療を提供できること ・専門的な身体疾患(腎不全、歯科疾患等)を合併する精神疾患患者に対して、必要な医療を提供できること ・児童精神医療(思春期を含む)、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こと ・心神喪失等の状態で、重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成15年法律第110号。以下「医療観察法」という。)の通院処遇対象者に医療を提供する指定通院医療機関を必要数確保すること ②医療機関に求められる事項 ・精神科救急患者の受け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 ・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・休日も対応できる体制を有すること ・身体疾患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 ・身体疾患を合併する患者に対応する医療機関で、あって、精神病床で治療する場合は、身体疾患に対応できる医師又は医療機関の診療協力を有すること ・身体疾患を合併する患者に対応する医療機関であって、一般病床で治療する場合は、精神科リエゾンチーム又は精神科医療機関の診療協力を有すること ・地域の医療機関や、介護・福祉サービス、行政機関等と連携できること ・専門医療を提供する医療機関は、各専門領域において、適切な診断・検査・治療を行なえる体制を有し、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 ・専門医療を提供する医療機関は、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 ・医療観察法指定医療機関は、個別の治療計画を作成し、それに基づき必要な医療の提供を行うとともに、保護観察所を含む行政機関等と連携すること</p>	<p>徳島県第7次 第1 精神疾患の現状と今後の方向性 (1)精神科救急 (今後の医療提供体制) 「精神科救急医療体制連絡調整委員会」や「メディカルコントロール委員会」を活用して、警察、消防といった行政や一般救急との相互理解、連携を推進し、具体的事例の検討を通じて、精神科救急と一般救急の連携フローチャートを開発する等を行います。 病床を持たない精神科診療所の精神保健指定医にも、その資格要件として指定医療業務への従事が求められる方向性に鑑み、精神科救急医療機関と精神保健指定医とを結びつけるコーディネート機能を発揮する等して、人的確保に努めることも検討します。 一定の実績を残している「精神科救急情報センター」についても、引き続き、精神科医療機関への受診アクセスを確保して、精神障がい者の地域定着を支援します。</p>	変化なし	

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
36	徳島県	<p>③対応する関係機関</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一般の医療機関 ・人工透析等可能な専門医療機関 ・救命救急センター ・歯科医療機関 ・医療観察法指定通院医療機関 ・消防機関 ・警察署など <p>④対応する医療機関</p> <p>【精神科救急】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・時間外の精神科救急医療の対応を行っている精神科医療機関(軽度・重度) ・時間外の精神科医療電話対応を行っている精神科医療機関 ・自院の患者に対する救急医療を行っている精神科医療機関 <p>【身体合併症】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・身体疾患の診断・治療に対応している精神科医療機関 ・精神疾患に身体疾患を併せ持つ患者に対応できる一般医療機関 <p>【精神疾患(特定分野専門医療)】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・専門医療(児童期疾患、てんかん、高次脳機能障害、アルコール依存症、薬物依存症)を行っている精神科医療機関 ・特定の検査を行っている精神科医療機関 			
37	香川県	<p>香川県第6次</p> <p>【対策】</p> <p>地域において精神障害者の医療が適切かつ効率的に提供されるよう、医療機関相互及び保健・福祉サービス等との連携を推進します。</p> <p>特に、本県においては、関係機関の連携・協力により、精神科救急医療体制の維持・拡充や、地域の身体合併症患者の受入体制の確保を図るとともに、精神科医師の確保対策を推進します。</p> <p>また、精神障害者の地域での生活を支援し、安心して暮らせる地域づくりを推進します。</p> <p>1 精神科救急医療体制の維持・拡充</p> <p>(1)精神科救急情報センターの維持・機能の強化</p> <p>精神科救急情報センターは、精神科救急医療体制の中核的な機能・役割を持つ施設として位置付けられており、輪番病院等の負担を軽減し、今後の本県における精神科救急医療体制の強化を図る上からも、その機能を維持・充実します。</p> <p>(2)精神医療相談窓口の設置</p> <p>軽症の救急患者が重篤者用の救急外来を受診することのないよう、また、輪番病院等の電話対応による負担を軽減するため、精神障害者専用の医療相談窓口を新たに設置します。</p> <p>2 身体合併症患者の受入体制の確保</p> <p>地域における身体合併症患者の受入体制の確保を図るため、総合病院、精神科病院、精神科診療所等による「地域精神科医療連携体制推進協議会」を設置するなど、精神科医療の連携体制の構築を推進します。</p> <p>また、地域の中核病院において身体合併症患者の受入体制の確保を推進します。</p> <p>3 香川大学医学部との連携・協力体制の構築</p> <p>公立病院における身体合併症患者の受入体制の支援や、精神科医療行政施策の支援を行う寄附講座を設置するなど、香川大学医学部との連携・協力体制の構築を推進します。</p> <p>4 精神科医師確保の推進</p> <p>本県の精神科医療においては、公立病院や総合病院だけでなく、民間病院においても勤務医の確保が難しくなっていることから、さらに精神科医師の確保対策を推進します。</p> <p>(1)平成24年度から運用を開始した「精神科医師確保プログラム」について、募集人員枠や広報募集地域の拡大を図ります。</p> <p>(2)本県の医師確保対策について、医師が不足している特定の診療科として、救急、産婦人科、小児科などとともに精神科を含め、総合的・体系的な対策を実施します。</p>	<p>香川県第7次</p> <p>【対策】</p> <p>地域において精神障害者の医療が適切かつ効率的に提供されるよう、医療機関相互及び保健・福祉サービス等との連携を推進します。</p> <p>特に、本県においては、関係機関の連携・協力により、精神科救急医療体制の維持・拡充や、地域の身体合併症患者の受入体制の確保を図るとともに、精神科医師の確保対策を推進します。</p> <p>また、精神障害者の地域での生活を支援し、安心して暮らせる地域づくりを推進します。</p> <p>(1)精神科救急医療体制の維持・充実</p> <p>①精神科救急情報センターの維持・機能の強化</p> <p>精神科救急情報センターは、精神科救急医療体制の中核的な機能・役割を持つ施設として位置付けられており、輪番病院等の負担を軽減し、今後の本県における精神科救急医療体制の強化を図る上からも、その機能を維持・充実します。</p> <p>②精神医療相談窓口の設置</p> <p>軽症の救急患者が重篤者用の救急外来を受診することのないよう、また、輪番病院等の電話対応による負担を軽減するため設置している精神障害者専用の医療相談窓口について、その機能を維持・充実します。</p> <p>(2)身体合併症患者の受入体制の確保</p> <p>地域における身体合併症患者の受入体制の確保を図るため、地域の中核病院、精神科病院、精神科診療所等による「地域精神科医療連携体制推進協議会」を設置するなど、精神科医療の連携体制の構築を推進しています。</p> <p>また、地域の中核病院において身体合併症患者の受入体制の確保を推進します。</p> <p>(3)香川大学医学部との連携・協力体制の構築</p> <p>公立病院等に対する常勤医師派遣等の診療支援、身体合併症患者等の受入れ及び精神科医療行政施策の支援等を行う寄附講座を設置するなど、香川大学医学部との連携・協力体制の構築を推進します。</p> <p>(4)精神科医師確保の推進</p> <p>本県の精神科医療においては、公立病院や地域の中核病院だけでなく、民間病院においても勤務医の確保が難しくなっていることから、さらに精神科医師の確保対策を推進します。</p> <p>(1)平成24年度から運用を開始した「精神科医師確保プログラム」を継続実施するとともに、香川大学医学部と連携し、県内の精神保健指定医の確保に努めます。</p> <p>(2)本県の医師確保対策について、医師が不足している特定の診療科として、救急、産婦人科、小児科などとともに精神科を含め、総合的・体系的な対策を実施します。</p>	記載量多し、内容も網羅的	変化なし

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
37	香川県	<p>5 精神障害者の地域での生活の支援</p> <p>(1) 地域相談支援(地域移行支援・地域定着支援)を行う相談支援事業所の設置を促進するとともに、地域自立支援協議会との連携を強化し、精神科病院から地域生活へ移行できるよう、地域生活移行へ向けての相談支援体制の充実を図ります。</p> <p>(2) 精神科病院の入院患者に対する退院促進に向けた事業の支援や地域住民への啓発活動などを実施し、精神障害者の地域移行及び地域定着を推進します。</p> <p>(3) 精神障害者の地域における生活の場として、グループホーム、ケアホームの整備を促進します。</p> <p>(4) 自宅で介護を行う者が疾病等で介護ができない場合などに障害者が施設に短期入所するショートステイについて、施設や病院の空床活用等もいろいろ、ニーズに弾力的に対応できるように体制の確保に努めます。</p> <p>(5) 受療中断者や自らの意思では受療が困難な精神障害者に対し、日常生活を送る上で、支障や危機的な状況が生じないための、きめ細やかな訪問支援(アウトリーチ)を推進します。</p> <p>6 精神障害者が安心して暮らせる地域づくり</p> <p>(1) 精神障害者が、地域で様々な活動に参加したり、安定した日常生活を送ることができるよう、当事者グループ、家族会、断酒会等の育成や、自助活動の支援に努めます。</p> <p>(2) 精神保健福祉センターや保健所において、関係機関と連携し、思春期における様々な問題への対策や、アルコール依存症対策等を実施するとともに、こころの健康に関する普及啓発活動を行います。</p> <p>(3) 地域で生活する精神障害者に対する相談対応や訪問による支援を推進し、精神障害者の地域での生活の安定や定着が図られるよう努めます。</p> <p>(4) 歯科疾患を合併した精神疾患患者について、歯科治療へと円滑につなげるよう、精神科医療機関と歯科医療機関との連携を推進します。</p> <p><うつ病関連></p> <p>(5) 自殺の背景に深く関係しているうつ病について、早期発見・早期治療による適切な診療ができるよう、一般かかりつけ医と精神科医との連携強化を図るための研修を実施します。</p> <p>(6) 精神保健福祉センター、保健所、市町等の関係機関において、うつ病等のこころの健康に関する問題を、気軽に相談できる体制の整備に努めます。</p> <p>(7) 「こころの健康展」や「精神保健福祉大会」等の行事や精神保健福祉センター、保健所、各市町等による普及啓発活動を通じて、うつ病等の精神疾患に対する正しい理解を推進します。</p> <p>7 医療機関の名称等の公表</p> <p>精神疾患に関する各医療機能(専門外来等)を担う具体的な医療機関の名称等を、インターネット等を通じて公表します。</p>	<p>(5) 精神障害者の地域での生活の支援</p> <p>① 地域相談支援(地域移行支援・地域定着支援)を行う相談支援事業所の設置を促進するとともに、地域自立支援協議会との連携を強化し、精神科病院から地域生活へ移行できるよう、地域生活移行へ向けての相談支援体制の充実を図ります。</p> <p>② 精神科病院の入院患者に対する退院促進に向けた事業の支援や地域住民への啓発活動などを実施し、精神障害者の地域移行及び地域定着を推進します。</p> <p>③ 障害者が、その個性やニーズに応じたサービスをできるだけ身近なところで選択できるよう、介護や訓練、就労等の支援を行う日中活動事業を行う事業所の量的・質的な充実を図り、利用者一人ひとりに効果的・効率的にサービスを提供できるよう努めます。</p> <p>④ 精神障害者の地域における生活の場として、グループホームの整備を促進します。</p> <p>⑤ 同じ体験を持つ者同士支え合うピアサポーターを養成し、地域移行・地域定着の促進、精神障害者に対する理解促進のため、ピアサポーター活動を活性化していきます。</p> <p>(6) 精神障害者が安心して暮らせる地域づくり</p> <p>① 精神障害者が、地域で様々な活動に参加したり、安定した日常生活を送ることができるよう、当事者グループ、家族会、断酒会等の育成や、自助活動の支援に努めます。</p> <p>② 精神保健福祉センターや保健所において、関係機関と連携し、思春期における様々な問題への対策や、アルコール依存症対策等を実施するとともに、こころの健康に関する普及啓発活動を行います。</p> <p>③ 地域で生活する精神障害者に対する相談対応や訪問による支援を推進し、精神障害者の地域での生活の安定や定着が図られるよう努めます。</p> <p>④ 歯科疾患を合併した精神疾患患者においては、自己の口腔ケアへの意識の欠落や、薬の副作用としての唾液の減少による口腔内乾燥症等により、多数歯に渡る急速な歯の発生や、広範囲に渡る歯周疾患の進行が出現することがあるため、歯科治療へと円滑につなげるよう、精神科医療機関と歯科医療機関との連携を推進します。</p> <p><うつ病関連></p> <p>⑤ 自殺の背景に深く関係しているうつ病について、早期発見・早期治療による適切な診療ができるよう、一般かかりつけ医と精神科医との連携強化を図るための研修を実施します。</p> <p>⑥ 精神保健福祉センター、保健所、市町等の関係機関において、うつ病等のこころの健康に関する問題を、気軽に相談できる体制の整備に努めます。</p> <p>⑦ 「こころの健康展」や「精神保健福祉大会」等の行事や精神保健福祉センター、保健所、各市町等による普及啓発活動を通じて、うつ病等の精神疾患に対する正しい理解を推進します。</p> <p>(7) 医療機関の名称等の公表</p> <p>精神疾患に関する各医療機能(専門外来等)を担う具体的な医療機関の名称等を、インターネット等を通じて公表します。</p>	変化なし	
38	愛媛県	<p>愛媛県第6次 精神科救急</p> <p>(1) 精神科救急</p> <p>松山圏域では、急性症状に対応するため、医療機関の診療時間外においても、精神科救急医療情報センターを設置して精神科救急医療の提供を行っていますが、現段階では、時間限定の実施に留まり、その他の地域では時間外の精神科緊急・救急体制は未整備です。</p> <p><目標></p> <p>○24時間365日、精神科救急医療を提供できる。</p> <p>○国の指針が示す「医療機関に求められる事項」></p> <p>○精神科救急患者の受け入れが可能な設備を有すること。</p> <p>○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。</p> <p>○行動制限の実施状況に関する情報を集約し、外部の評価を受けていることが望ましい。</p> <p>○精神科医療機関は、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夜間・休日も対応できる体制を有すること。</p> <p>○地域の医療機関や、介護・福祉サービス、行政機関等と連携できること。</p> <p><課題></p> <p>○夜間・休日の精神科救急医療体制は、中予地域(松山圏域)のみ整備されており、東予、南予地域では整備されていません。</p> <p><対策></p> <p>○県下全域、24時間365日体制での精神科救急システムの構築を検討します。</p> <p>○数値目標></p> <p>○ストラクチャー指標として、「精神科救急医療施設数(人口10万人対)(本県:平成22年時0.5施設)」を、今計画開始時点から5年以内に、全国平均(平成22年時0.8施設)まで増加させることを目標とします。</p> <p>○ストラクチャー指標として、「精神科救急医療体制を有する病院数(人口10万人対)(本県:20年時0.5施設)」を、今計画開始時点から5年以内に、全国平均(平成20年時0.7施設)まで増加させることを目標とします。</p>	<p>愛媛県第7次 精神科救急</p> <p>○精神科救急</p> <p>・全国の精神科救急医療体制整備事業報告に基づく平成27年度の夜間・休日の受診件数は約4万5千件、入院件数は約2万件となっており、平成22年度の約3万6千件、約1万5千件と比較して増加傾向にあります。</p> <p>・本県では、精神科救急医療情報センターを整備し、近年の相談対応件数は年間200～350件程度で推移しています。</p> <p>・松山市やその近辺に設置されている7つの精神科病院による輪番体制で救急対応を行っていますが、平日は17～22時まで、休日は9～17時まで、中予地域を中心とした実施にとどまっています。</p> <p>・なお、中予圏域の身体科二次救急医療機関を受診した患者のうち精神疾患を併せ持つ患者については、上記の救急時間帯が経過した後でも一定の条件のもと、24時間体制で精神科の当番病院が対応する仕組みを構築し、平成29年10月に事業を開始しました。この体制を基盤として将来的に精神科救急24時間365日体制の整備に向けて関係機関の連携・協力体制を整備しているところです。</p> <p>[対策]</p> <p>・東予及び南予での精神科救急医療体制の構築に向けて、県精神科救急医療連絡調整委員会等の場を活用して関係機関の合意形成を図っていきます。</p> <p>・精神科輪番体制が一部の医療機関に過度に負担が集中することを回避するため、参加病院の追加等も視野に、体制維持、継続に向けた調整に努めます。</p> <p>・常時対応型医療機関の整備を図ります。</p> <p>・精神科及び身体科の医療機関の連携を推進し、患者に質の高い救急医療が提供できるよう取り組みます。</p>		+
39	高知県	<p>高知県第6次 対策</p> <p>2 医療提供体制</p> <p>(2) 精神科救急(身体疾患を合併した患者を含む)</p> <p>県は、24時間365日の対応が可能な精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターを設置します。</p> <p>県及び精神科医療機関は、継続的に診療している自院の患者や精神科救急情報センターなどからの問い合わせについて、地域での連携により夜間・休日も対応できる体制を整えます。また、身体合併症のある患者の受入体制を確保するため、精神科救急を除いた救急外来との連携のための検討を進めます。</p>	<p>高知県第7次 対策</p> <p>1 多様な精神疾患等ごとに対応できる医療連携体制の構築</p> <p>(2) 精神科救急、身体合併症</p> <p>県は、精神科救急において、中央、安芸、幡多の保健医療圏での24時間対応できる体制を継続していくとともに、身体疾患を合併した患者など、状態に応じた医療機関を紹介する精神科救急情報センターや、緊急な精神医療相談に24時間365日対応できる精神科救急相談窓口を設置します。</p>		+

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
40	福岡県	福岡県第6次 5 精神疾患 【今後の方向】 ○4ブロックすべてに応急指定病院を設置し、精神科救急医療体充足を図ります。また、外来診察が必要な患者に医療が提供できるように、診療体制の整備を検討していきます。 ○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、かかりつけ医が精神科救急医療システムの当番病院との間で適切報提供などを行い、連携強化を図ります。 ○福岡県精神科救急医療システム連絡調整委員会において協議を続き行き、適切なシステムの運用を図っていきます。	福岡県第7次 5 精神疾患 (9) 精神科救急 ○夜間及び休日において、精神疾患の急発・急変により速やかな医療を必要とする方に対し、迅速かつ適切な医療及び保護を行うことができるよう、医療機関、警察、消防、行政等の更なる連携を図ります。 ○県内4ブロックでの協議会及び福岡県精神科救急医療システム連絡調整委員会において引き続き協議を行い、適切なシステムの運用を図ります。また、身体合併症の拠点病院のあり方について検討していきます。	変化なし	
41	佐賀県	佐賀県第6次 第5節 精神疾患 1.精神疾患の現状 1.各医療機能の目指すべき方向 【精神科救急・身体合併症・専門医療】 (1)精神科救急医療が必要な精神障害者に対して、24時間365日対応可能となるよう、精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターの設置について検討します。 また、自院の患者の救急時に、かかりつけ医ができるだけ対応できるよう、ミクロ救急の医療体制が構築されるよう促します。 (5)精神科救急・身体合併症・専門医療に関する連携については、その実績を評価し、課題を抽出するため関係諸機関による連携協議会を定期的に開催し、一層の連携強化に努めます。	佐賀県第7次 第5節 精神疾患 2. 目標と施策 ・精神科救急の相談、受入体制を整備することとし、6つの個別施策の効果・進捗を、7つの効果指標と18の検証指標により把握し、目標の達成に向けた取組を実施します。 NH0肥前精神医療センターは、県立精神科病院を持たない本県において、精神科領域のオールラウンダー機能を継続させ、民間と役割分担し、精神科専門医療と精神科救急医療を担っていきます。 精神科救急については、2014年度に県が「佐賀県精神科救急情報センター」を開設し、緊急な医療を必要とする精神障害者の搬送先となる医療機関との連絡調整体制を構築し、24時間365日体制で迅速かつ適切な精神科医療を提供できる体制を整備しました。	+	
42	長崎県	長崎県第6次 第2章 第2節 5疾病・5事業及び在宅医療にかかる医療提供体制 施策の方向 (3)精神科救急患者や身体合併症患者、専門医療の必要な患者等の状態に応じた医療提供体制の構築 ○平日、土曜日の夜間における緊急時の精神科医療を確保するための精神科救急医療システムの充実を図ります。また、精神科救急医療にかかる関係者からなる会議を開催し、関係者間の共通認識を深め連携強化を図り、地域の精神科救急医療体制の整備をめざします。 ○身体合併症を有する患者や専門的な医療を必要とする患者については、精神疾患及び身体合併症の状態に応じた、一般医療機関と精神科医療専門機関の役割分担の明確化及び連携強化を図り、地域における専門医療体制の整備をめざします。 ○佐世保県北圏域における身体合併症を有する患者や専門的な医療を必要とする患者に対して、適切な医療を提供するため、DPC/PDPSから対象外とされているという精神科救急医療の困難性も踏まえながら、公的な病因に常勤の精神科医の確保をめざします。	長崎県第7次 第5節-1 精神科医療 (10)精神科救急 ●精神科の通院患者については、夜間・休日の救急対応が必要な場合に備えて、あらかじめ連携精神科医療機関を確保しておく等の体制強化を検討していく必要があります。 ●地域における精神科救急医療体制の整備のためには、精神科救急医療にかかる関係者からなる会議を県単位及び地域において開催し、地域の医療機能や搬送受入の判断基準等について共通認識を図るなど関係者間の相互認識を深める必要があります。 精神科救急患者や身体合併症を有する患者の受入可能な医療機関の整備のほか、地域の医療機関が精神科救急医療システムに参加することで、介護・福祉サービス、行政機関等と連携し、患者やその家族、精神科救急情報センターなどからの問い合わせ等に24時間365日対応できる体制の構築が必要です。 ・長崎県精神医療センター内に設置した精神科救急医療センターにおいて、24時間365日、医師等を常時配置するとともに2床以上の空床を確保し、精神科救急患者の受け入れに対応しています。 ・日曜・祝日・年末年始(9:00～翌9:00)については、精神科救急医療圏域(長崎・西彼圏域、佐世保・県北圏域、県央・県南圏域、五島圏域、壱岐圏域、対馬圏域の6圏域)ごとに、病院群輪番方式による精神科救急医療体制を整備し、相談・診療及び入院に対応しています。 ・精神科医療相談や必要に応じて医療機関の紹介や受診指導を行う常時対応(24時間365日)の精神科救急情報センターを長崎県精神医療センターに設置しています。 ・急速を要し、その家族等の同意を得ることができない場合において、直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障がある者であって当該精神障害のために本人の同意に基づく任意入院が行われる状態にないと判定されたときは、国の定める基準に適合するものとして知事が指定した応急入院指定病院であれば、精神保健指定医の診察を経て、72時間まで、本人の同意がなくても入院させることができる制度があります。応急入院指定病院は、長崎医療圏をはじめ、4圏域で4病院を指定しています。 ・精神科病床の未整備である上五島医療圏、休床している壱岐医療圏では、医療保護入院にかかる患者の移送体制を整備しています。 県は、精神科救急医療体制を整備するため、平日、土曜日の夜間における緊急時の精神科医療を確保するための精神科救急医療システムの充実を図ります。また、精神科救急医療にかかる関係者からなる会議を開催し、関係者間の共通認識を深め連携強化を目指します。	++	
43	熊本県	熊本県第6次 現状と課題 施策の方向と内容 ○精神科救急医療体制の強化 ・休日・夜間にも患者ができるだけ速やかに受診できるよう、精神科医療機関においては診療時間外も自院患者からの相談等に対応し、必要に応じて診療できる体制(ミクロ救急体制)の強化など、初期救急医療体制の強化を図ります。 ・精神科救急情報センターでの患者振り分けにより、緊急を要さない精神科救急受診者の減少を図り、精神科救急の適切な受診を進め、精神科救急医療体制の負担軽減を図ります。	熊本県第7次 第5項 精神疾患 施策の方向と内容 ○精神科救急医療体制の強化 ・精神科救急医療機関の負担を軽減し、真に必要な方への医療の提供を行うため、精神科救急情報センターで緊急を要しない精神科救急受診者の振り分けを行うとともに、休日・夜間など診療時間外相談対応や初期救急医療体制を強化し、ます。	変化なし	

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
44	大分県	<p>大分県第6次 第7節精神疾患医療 第1款精神疾患（認知症を除く） (2)精神科救急 (今後の施策) (2)精神科救急 ○県精神科病院協会をはじめ関係機関の協力のもと、夜間・休日における搬送や入院が可能な体制の確保に向けて、精神科救急医療システムの更なる充実に努めます。 ○精神科救急電話相談センターについても、夜間・休日を含めた対応の強化に向けて、現在の対応時間の延長など相談体制の充実に努めます。 (5)精神科救急 ○精神科救急に携わる関係機関の協力・連携のもと、適切な役割分担等による精神科救急医療体制の更なる充実に努めます。 ○身体合併症患者への対応を充実させるため、救急医療機関と精神科医療機関の連携強化に努めます。 ○関係機関の協力・連携のもと、夜間・休日を中心とした精神科救急及び身体合併症治療等に対応可能な県立病院精神医療センターを平成32(2020)年度中に開設します。</p>	<p>大分県第7次 第7節精神疾患医療 1認知症を除く精神疾患 (5)精神科救急 ○精神科救急に携わる関係機関の協力・連携のもと、適切な役割分担等による精神科救急医療体制の更なる充実に努めます。 ○身体合併症患者への対応を充実させるため、救急医療機関と精神科医療機関の連携強化に努めます。 ○関係機関の協力・連携のもと、夜間・休日を中心とした精神科救急及び身体合併症治療等に対応可能な県立病院精神医療センターを平成32(2020)年度中に開設します。</p>	変化なし	
45	宮崎県	<p>宮崎県第6次 5精神疾患 精神疾患による県内の患者数は4.1万人で、県民の約27人に1人が何らかの精神疾患に罹患していると推計されています。また、うつ病は、県内で毎年300人を超える方が亡くなっている自殺の要因のひとつとされています。このため、うつ病や高齢化の進行とともに増加が見込まれる認知症をはじめとする精神疾患の早期発見・早期治療を推進します。また、人権に配慮した適正な医療等の確保や、精神障がい者の地域における安定した医療や生活の確保に努めるとともに、精神科救急医療体制の拡充を進めていきます。 【施策の方向性】 (救急医療体制の整備) ○平日夜間、土曜日夜間を含めた精神科救急医療体制の確保を図るため、精神科救急医療システムの拡充を目指します。 ○精神科救急医療システムの円滑な運用を図るため、精神科救急情報センターの機能充実を図ります。</p>	<p>宮崎県第7次 5精神疾患 【施策の方向性】 ○入院施設を有する精神科病院は、それぞれに有する医療機関の規模や機能に違いがあるとともに、地域間で医療機関の偏在があることから、2013年に策定した県医療計画においては県内1圏域としたところですが、しかしながら、患者の受療動向等を見ると、身近な地域で受療している実態があるため、統合失調症、うつ病、認知症などの主要な精神疾患について、地域でより専門医療を受けられる体制の整備が望まれます。そのため、多様な精神疾患等ごとに求められる医療機能を明確にし、より身近な地域で病期や状態に応じた医療を受けられるよう、現状における精神科救急医療圏を基本に3つの精神医療圏(県北、県央、県西南)を設定し、医療体制の充実を図ります。なお、今後、精神科医療の実情や交通網等の整備状況の変化によって、柔軟に対応していきます。 (精神科救急、身体合併症) ○精神科救急医療機関と一般救急医療機関の連携のあり方については、一般救急医療機関における精神科救急のトリアージや精神科救急医療施設との調整など、精神科医療関係者、救急医療関係者、消防関係者、警察、保健所による協議の場を通じて体制の構築を推進します。</p>	+	
46	鹿児島県	<p>鹿児島県第6次 5精神疾患 ウ精神科救急医療の現状等 ○本県の精神科救急医療体制については、精神科救急医療システムとして、本土内4ブロックにおいて、日曜・祝日等の輪番制をとっています。併せて、県指定の応急入院指定病院である、県立始良病院をはじめとする3箇所の医療機関で24時間365日の救急対応を実施しています。 ○精神科救急医療システムと連動し、緊急な医療を必要とする精神障害者等の搬送先となる医療機関との連絡調整機能をもつ精神科救急情報センターを設置しています。 【施策の方向性】 ウ精神科救急医療体制の整備 ○本県の精神科救急医療体制については、現行の精神科救急医療システムである、日曜・祝日等の輪番制を継続していきます。 ○精神科救急情報センターの機能の充実を図ります。</p>	<p>鹿児島県第7次 5精神疾患 ウ精神科救急医療の現状等 ○精神科救急医療体制については、日祝年末年始の病院群輪番方式による当番病院や精神科救急情報センターを整備し、消防機関等からの受入要請等に対応しています。 平成27年10月からは、平日夜間・祝日等の電話相談窓口を設置したほか、精神科救急地域拠点病院を県内2か所指定し、県立始良病院と連携して、かかりつけ病院や休日等の当番病院が対応困難な精神障害者の救急医療に対応し、24時間365日の救急医療体制を整備しています。 【施策の方向性】 ウ精神科救急医療体制の充実 ○精神科救急医療体制については、現行の当番病院及び精神科救急情報センターなどにより、消防機関等からの受入要請等に対応するとともに、精神障害者本人や家族からの精神科救急医療相談に応じる電話相談窓口を継続し、24時間365日の救急医療体制の充実を図ります。</p>	変化なし	
47	沖縄県	<p>沖縄県第6次 (6)精神疾患の保健医療体制の整備 (ウ)精神科救急・身体合併症・専門医療等 a 精神科救急 ○精神科救急医療には、外来対応可能な症状、入院治療が必要な症状、自傷他害の恐れがあるなど緊急に入院治療が必要な症状に対する対応があります。 ○精神科救急医療体制では、休日・夜間の外来診療時間外に、精神障害者等の適切な医療及び保護を行うため、精神科救急医療情報センター(以下「情報センター」という。)において電話相談や緊急性の判断や医療機関の案内など振り分け機能を担い、かかりつけの病院や輪番制による当番病院で受診する体制を取っています。 ●精神科救急、身体合併症、専門医療等 ア 診療所勤務の精神保健指定医に対し、措置診療への参画を求め、診療協力体制の強化を図ります。 イ 精神科救急医療体制における事例検討などを通して、情報センター、精神科救急医療施設、救急医療機関、保健所、消防などの連携の強化を図り、精神科救急医療体制の円滑な運営に努めます。 ウ 治療中の患者が夜間・休日に急変した場合に円滑な医療を提供するために、精神科診療所と情報センター間での患者に関する情報提供など、連携を強化します。 エ 身体合併症患者に対する適切な医療の提供のため、一般救急や身体治療に対応する医療機関と精神科医療機関の連携など、受入体制の確保について検討を進めます。 オ 自殺企図者が救急医療機関を受診した後、必要な精神科医療を継続して受けられるよう、各圏域で事例検討や連携会議を開催し、救急医療機関と精神科医療機関の連携による医療提供や、地域の支援体制の強化を図ります。</p>	<p>沖縄県第7次 5精神疾患対策 (2)治療・回復・社会復帰 ア治療(精神医療体制) イ精神科救急 精神科救急医療には、外来対応可能な症状、入院治療が必要な症状、自傷他害の恐れがあるなど緊急に入院治療が必要な症状に対する対応があります。 精神科救急医療体制では、休日・夜間の外来診療時間外に、精神障害者等の適切な医療及び保護を行うため、精神科救急医療情報センター(以下「情報センター」とい。)において電話相談や緊急性の判断や医療機関の案内などに振り分け機能を担い、かかりつけの病院や輪番制による当番病院で受診する体制を取っています。 ウ地域移行・地域定着支援 第2 目指す方向性 1 目指す姿 ウ救急医療体制との連携体制の検討 救急病院での治療の際に、精神科の治療が必要になる場合や、精神疾患を主な理由として搬送された患者の搬送時間が長くなる傾向があることから、精神科救急医療体制と既存の会議を活用するなどして連絡会議を実施し連携を図ります。救急医療体制と精神科救急医療体制の連絡会議を2回開催することを目標とします。</p>	変化なし	

表8 認知症

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
1	北海道	<p>北海道 第6次 第3章 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制の構築 第6節 精神疾患の医療連携体制 5 数値目標等を達成するために必要な施策</p> <p>【認知症】 ○ 早期の診断と専門的な治療につなげるため、内科医等かかりつけ医の認知症対応力向上のための研修会を実施します。 ○ 介護関係者、家族に対し認知症に関する正しい知識の普及を図るため、認知症介護研修を実施します。また、認知症サポーター（認知症を理解し支援する住民）の養成等を通じて家庭や職場など周囲の人や地域住民に対する知識の普及を進めます。 ○ かかりつけ医への助言等を行う認知症サポーターの養成を推進します。また、サポート医が専門医療機関等との連携の推進役として活動できるよう支援します。 ○ 認知症の専門医療機関である認知症疾患医療センターの整備を図り、認知症医療水準の向上及び地域包括支援センター並びに介護関係機関との連携を促進します。 ○ 市町村等と連携し、「北海道高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画」に基づき、グループホーム等の住まいの場の整備を促進します。 8 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割 認知症のある高齢者等では、口腔内の歯の痛み、歯周病や口内炎等の炎症に伴う痛み、義歯の不具合等の問題により、BPSD（認知症に伴う行動障害・精神症状）を引き起こす可能性があることから、適切な歯科医療や口腔ケアの提供に努めます。</p>	<p>北海道 第7次 第3章 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制の構築 第6節 精神疾患の医療連携体制 5 数値目標等を達成するために必要な施策</p> <p>【認知症】 ○ 早期の診断と専門的な治療につなげるため、内科医等かかりつけ医の認知症対応力向上のための研修会などを実施します。 ○ 介護関係者、家族に対し認知症に関する正しい知識の普及を図るため、認知症介護研修を実施します。また、認知症サポーター（認知症を理解し支援する住民）の養成等を通じて家庭や職場など周囲の者や地域住民に対する知識の普及を進めます。 ○ かかりつけ医への助言等を行う認知症サポーターの養成を推進します。また、サポート医が専門医療機関等との連携の推進役として活動できるよう支援します。 ○ 認知症の専門医療機関である認知症疾患医療センターの整備を促進し、認知症医療水準の向上を図るとともに、認知症初期集中支援チーム、地域包括支援センター及び介護関係機関との連携を促進します。 ○ 市町村などと連携し、「北海道高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画」に基づき、グループホーム等の住まいの場の整備を促進します。 8 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割 認知症のある高齢者等では、歯の痛み、歯周病や口内炎等の炎症に伴う痛み、義歯の不具合等の問題により、BPSD（認知症に伴う行動障害・精神症状）を引き起こす可能性があることから、適切な歯科医療や口腔ケアの提供に努めます。 また、認知症要介護高齢者等に対しては、歯科医療従事者と介護職等が連携して食事の観察やカンファレンスを行うなど、口から食べる楽しみの支援を行います。 10 訪問看護ステーションの役割 ○ 認知症患者の尊厳に配慮し、行動・心理症状や生活障害に応じた看護を提供するとともに、家族等の支援や在宅養生活の安定のための環境整備に努め、生活の質（QOL）の向上を目指します。</p>	変化なし	記載量少ない
2	青森県	<p>青森県 第6次 第2編 各論 第2章 医療連携体制の構築等 第5節 精神疾患対策 第2 医療機関（関係機関）との連携 (1) 目指すべき方向性 前記「第1 精神疾患医療の現況」を踏まえ、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれら医療相互及び保健・福祉サービス等との連携により、地域において精神医療が実施される体制を構築します。 ⑤ 認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要な医療を提供できる機能【認知症】 第5 数値目標と達成のための施策 (以下 表より認知症関連事項を抜粋) 目標達成のための施策 ・認知症疾患医療センターの整備（県、精神科病院） ・かかりつけ医認知症対応力向上研修の実施（県、医療機関、介護支援施設） ・認知症サポーターの養成（県、県医師会、精神科病院、一般病院・診療所） ・認知症サポーターの養成と活用 ・認知症疾患医療センターにおける早期診断・鑑別診断の実施（認知症疾患医療センター） ・医療と介護の連携体制の強化（認知症疾患医療センター、精神科医療機関、認知症サポーター医、かかりつけ医、地域包括支援センター、薬局） 介護サービス事業所等との連携の強化 ・認知症専門病棟による急性期治療の実施（精神科病院） ・認知症クリティカルパスの導入及び参加（精神科病院、介護支援施設） ・精神科医療機関と介護支援施設等との連携の強化（精神科病院、介護支援施設） ・認知症に関する正しい知識の普及啓発（県、市町村、精神科病院・診療所、薬局、介護支援施設） ・介護予防事業の推進（県、市町村、薬局、介護支援施設）</p>	<p>青森県 第7次 第2編 各論 第1章 医療連携体制の構築 第2節 精神疾患対策 第2 施策の方向 2 施策の方向性 (1) 多様な精神疾患に対応できる医療連携体制の構築 多様な精神疾患等ごとの目標及び施策を記載します。 ③ 認知症 (目標) (以下 表1参照) (施策) ・認知症の専門医療の提供体制を強化するため、認知症疾患医療センターを県内各圏域に設置します。 ・県内各圏域に認知症サポーター医が必要数配置されるよう資格取得研修への派遣を行います。 認知症患者（身体合併症等）の初期対応や専門医療機関への適切な紹介）、それぞれの患者の特徴に応じた在宅医療の体制を整備すること 1) 認知症に関する正しい知識の普及・啓発 2) 介護予防事業の推進 3) 認知症の早期発見・早期対応の体制整備と専門医療・介護提供体制の充実</p>	変化なし	記載量少ない
3	岩手県	<p>岩手県 第6次 第4章 保健医療提供体制の構築 第2節 良質な医療提供体制の整備、医療機関の機能分担と連携の推進 3 良質な医療提供体制の整備 (6) 認知症の医療体制 【施策】 〈施策の方向性〉 ○ 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暮らし続けることができるよう、認知症に対する正しい知識と理解に向けた啓発を図るとともに、認知症疾患医療センターを中核とした安心の認知症医療体制の構築と、必要な介護サービス基盤の整備を推進します。 〈主な取組〉 (認知症の予防と早期対応) ○ 市町村では、介護予防の取組の一環として、認知症介護予防推進運動プログラムの普及とその実践に取り組みます。 ○ 気づきから相談支援機関への橋渡しなど、早期対応の必要性について、地域包括支援センターを中心に住民への普及・啓発を図ります。 ○ 認知症が疑われる段階での鑑別診断や適切な医療に結びつけるため、かかりつけ医認知症対応力向上研修を継続実施し、認知症の初期対応ができるかかりつけ医の拡充を図ります。 ○ 認知症サポーター医やかかりつけ医、薬剤師、看護師等医療従事者、介護従事者などの参画による医療と介護の多職種が協働した地域ケア会議を普及するとともに、鑑別診断を行える医療機関など必要な情報の提供や認知症の人への支援の課題等、必要な情報の共有を図ります。</p>	<p>岩手県 第7次 第4章 保健医療提供体制の構築 第2節 良質な医療提供体制の整備、医療機関の機能分担と連携の推進 3 良質な医療提供体制の整備 (6) 認知症の医療体制 【施策】 〈施策の方向性〉 ○ 認知症になっても、本人の意思が尊重され、住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、認知症に関する正しい知識と理解促進に向けた啓発を図るとともに、認知症疾患医療センターを中核とした認知症医療体制の構築並びに必要な介護サービス基盤の充実に取り組みます。 〈主な取組〉 (認知症の予防と早期対応) ○ 市町村では、介護予防の取組の一環として、認知症予防・支援プログラムの普及とその実践に取り組みます。 ○ 気づきから相談支援機関への橋渡しなど、早期対応の必要性について、地域包括支援センターを中心に住民への普及・啓発を図ります。 ○ 市町村では、専門医や医療・介護の専門職が認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問して支援する認知症初期集中支援チームを設置し、早期診断・早期対応に向けた包括的・集中的支援体制を構築しています。 ○ 認知症が疑われる段階での鑑別診断や適切な医療に結びつけるため、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師等の認知症対応力向上研修を継続実施し、認知症の初期対応ができる医療従事者の拡充を図ります。 ○ 認知症サポーター医やかかりつけ医、薬剤師、看護師等医療従事者、介護従事者などの参画による医療と介護の多職種が協働した地域ケア会議を普及するとともに、鑑別診断を行える医療機関など必要な情報の提供や認知症の人への支援の課題等、必要な情報の共有を図ります。</p>	変化なし	記載量は多いが、具体的内容に乏しい

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
3	岩手県	<p>(認知症医療体制の充実)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 県内のどこに住んでいても、軽度認知障害(MCI)の段階からの診断、治療を含むサポートや、認知症の鑑別診断を踏まえた適切な医療を受けられるよう、岩手県認知症疾患医療センターによる各地域のかかりつけ医をはじめとする関係医療機関や地域包括支援センターへのバックアップ体制の充実を図ります。また、地域において認知症の人への支援体制構築の役割を担う認知症サポート医が各圏域ごとに複数名体制が可能となるよう養成します。 ○ 国が作成する「標準的な認知症ケアパス」(状態に応じた適切な医療・介護などのサービス提供の流れ)を踏まえ、各地域の実情に応じた医療と介護の連携体制の構築を図ります。 ○ 居宅、入院あるいは施設入所のいずれの場合でも、適切な口腔ケアが行われ、認知症の悪化を防止できるよう、歯科医師を中心とした多職種による口腔ケアの連携体制の構築を図ります。 (地域での生活を支える介護サービスの構築) ○ 認知症の人の住み慣れた地域での生活を支えるため、認知症対応型共同生活介護(認知症グループホーム)をはじめとした地域密着型介護サービスを、介護保険事業計画に基づき着実な整備を促進します。 ○ 地域における認知症介護力の向上を図るため、認知症グループホームが有する専門知識、経験、人材等を活用した相談や支援等の取組を進めます。 	<p>(認知症医療体制の充実)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 県内のどこに住んでいても、軽度認知障害(MCI)の段階からの診断、治療を含むサポートや、認知症の鑑別診断を踏まえた適切な医療を受けられるよう、岩手県認知症疾患医療センターによる各地域のかかりつけ医をはじめとする関係医療機関や地域包括支援センターへのバックアップ体制の充実を図ります。 また、地域において認知症の人への支援体制構築の役割を担う認知症サポート医が各市町村に配置されるよう支援します。 ○ 国が作成する「標準的な認知症ケアパス」(状態に応じた適切な医療・介護などのサービス提供の流れ)を踏まえ、各地域の実情に応じた医療と介護の連携体制の構築を図ります。 ○ 居宅、入院あるいは施設入所のいずれの場合でも、適切な口腔ケアが行われ、認知症の悪化を防止できるよう、歯科医師を中心とした多職種による口腔ケアの連携体制の構築を図ります。 ○ 医療現場における認知症対応力を高めるため、一般病院勤務の医療従事者や看護職員を対象とした認知症対応力向上研修を継続実施し、認知症の人の個別性に合わせた対応ができる医療従事者の拡充を図ります。 (地域での生活を支える介護サービスの構築) ○ 認知症の人が地域で必要な介護サービスを受けながら安心して生活することができるようにするため、介護保険事業(支援)計画に基づき、認知症対応型共同生活介護事業所(認知症グループホーム)、小規模多機能型居宅介護事業所、認知症対応型通所介護事業所の着実な整備を支援します。 	変化なし	
3	岩手県	<ul style="list-style-type: none"> ○ 特別養護老人ホーム等の入所、入居サービス及び訪問介護等の居宅サービスに従事する介護職員の認知症の人への介護対応力向上を図るため、認知症介護に係る各種研修を継続するとともに、内容の充実を図ります。 ○ 要介護(要支援)認定高齢者の約6割に認知症の症状が認められることから、認知症の人を地域で支えることに特に配慮した地域包括ケアシステムの構築を進めます。 (地域での日常生活・家族への支援の強化) ○ 認知症の人を見守り、支え合う地域づくりを進めるため、認知症サポーター養成講座や学校における認知症講座の開催などにより、県民の認知症に関する正しい知識と理解の普及を図ります。 ○ 認知症の人と家族が安心して生活できるよう、相談機関、関係機関相互の連携の強化や、市町村における徘徊・見守りSOSネットワークなどの支援体制の充実を図ります。また、認知症の人の介護する人同士の「ついで」の開催や、認知症の人に対する虐待の防止などの権利擁護、市民後見人の育成と活動支援などの取組を進めます。 ○ 認知症の人の家族の介護疲れなど、身体的、精神的負担を軽減するため、認知症の人の介護施設へのショートステイ等、家族の休息を支援するサービスとして利用可能な制度の周知を図ります。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 特別養護老人ホーム等の入所、入居サービス及び訪問介護等の居宅サービスに従事する介護職員を対象に、認知症の人への介護対応力向上を図るため、各種研修を継続するとともに、内容の充実を図ります。 ○ 要介護(要支援)認定高齢者の約6割に認知症の症状が認められることから、認知症の人を地域で支えることに特に配慮した地域包括ケアシステムの構築を進めます。 (地域での日常生活・家族への支援の強化) ○ 認知症の人を見守り、支え合う地域づくりを進めるため、認知症サポーター養成講座や学校における認知症講座の開催などにより、県民の認知症に関する正しい知識と理解の普及を図ります。 ○ 認知症の人と家族が地域で安心して生活できるよう、相談機関、関係機関相互の連携の強化や、市町村における徘徊・見守りSOSネットワークなどの支援体制の充実を図ります。 ○ 地域の実情に応じて、市町村の認知症地域支援推進員等が、認知症の人やその家族等が集う認知症カフェの設置等を進めます。 また、認知症の人に対する虐待の防止などの権利擁護、市民後見人の育成と活動支援などの取組を進めます。 ○ 認知症の人の家族からの悩みや介護に関する相談に対応するため、認知症介護の経験のある相談員が対応する電話相談などを実施します。 ○ 若年性認知症支援コーディネーターを設置し、若年性認知症に関する正しい理解を促進する普及・啓発や支援ネットワークづくりの取組を進めます。 (重点施策) ○ 認知症高齢者が増加している現状を踏まえ、認知症に係る地域医療体制の中核的な役割や、地域における認知症の人への支援体制構築の役割を担う認知症サポート医が各市町村に配置されるよう支援します。 	変化なし	
4	宮城県	<p>宮城県 第6次 第5編 医療提供体制 第2章 いつでもどこでも安心な医療の提供 第5節 精神疾患</p> <p>● 精神疾患やこころの問題については、保健・医療・福祉が連携して、誰もが身近な相談機関や医療機関において、相談、診療を受けることができ、住み慣れた地域で安心した生活を続けることができる体制を整備します。</p> <p>施策の方向</p> <p>子どもから高齢者まであらゆる年代への啓発普及などこころの健康の保持と、精神疾患患者が発病から医療やサービスを受けて社会復帰に至るまで本人と家族が安心した生活が送れるよう、医療、保健、福祉、教育等の関係機関が各々の役割のもと互いに連携を密にし、切れ目のない総合的な支援として次の施策を推進します。</p> <p>1 精神保健・医療体制の整備と充実</p> <p>(7)認知症の医療体制の整備</p> <ul style="list-style-type: none"> ● かかりつけ医に対して、認知症の早期発見とその症状の変化の把握、認知症の人への日常的な診療や家族への助言を行うことができるよう、かかりつけ医認知症対応力向上研修を継続して実施します。また、かかりつけ医の認知症診断等に関する相談・助言役、専門医療機関や地域包括支援センターとの連携の推進役となる「認知症サポート医」の養成を継続して実施します。 ● 認知症地域医療の連携体制の強化を図り、的確な診断や適切な医療が提供されるよう、認知症疾患医療センター又は認知症の鑑別診断を行える医療機関を、二次医療圏に1ヶ所程度確保するよう関係医療機関と協議を進めていきます。 ● これらの取組に加え、認知症の人の適切なケアマネジメントの実施及びかかりつけ医を含めた「地域ケア会議」の開催等により、住み慣れた地域で生活を継続できるよう、医療と介護サービスの連携促進を図ります。 <p>数値目標</p> <p>(以下 表より認知症関連事項を抜粋)</p> <p>指 標</p> <p>認知症サポート医養成研修修了者数</p> <p>現 況</p> <p>全 国 2,149人(平成23年度)</p> <p>宮城県 23人(平成23年度)</p> <p>平成29年度末</p> <p>45人</p>	<p>宮城県 第7次 第5編 医療提供体制 第2章 いつでもどこでも安心な医療の提供 第5節 精神疾患</p> <p>【目指すべき方向性】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるように、精神科医療機関やその他の医療機関、地域援助事業者、保健所、市町村などが連携することで、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加、教育などを包括的に確保する「地域包括ケアシステム」の構築を目指します。 ● 統合失調症、うつ病、躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患に対応した患者本位の医療の実現が図られるように、医療機関、保健所、市町村などの連携体制を整備します。 <p>施策の方向</p> <p>子どもから高齢者まであらゆる年代がこころの健康を保ち、発病から医療やサービスを受けて社会復帰に至るまで本人と家族が安心した生活を送れるよう、医療、保健、福祉、教育等の関係機関が各々の役割のもと緊密な連携を図り、切れ目のない総合的な支援を行うため、次の施策を推進します。</p> <p>5 多様な精神疾患について</p> <p>(3)認知症</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 認知症の早期発見と適切な対応の充実に向けて、かかりつけ医をはじめ、歯科医師や薬剤師、看護職員、その他一般病院で勤務する職員等を対象とする対応力向上研修を継続し、医療現場全体での認知症対応力向上と関係機関の連携強化を図ります。 ● また、関係機関の連携強化に向けては、地域の認知症医療連携のキーパーソンである認知症サポート医の養成や認知症の鑑別診断、地域連携の拠点である認知症疾患医療センターの指定を継続して実施します。 ● 市町村に設置される「認知症初期集中支援チーム」が専門職による訪問型アプローチに取り組み、医療機関をなかなか受診できない認知症の人や家族、関係者を訪問することで、早期受診を促進します。県では、認知症初期集中支援チームが適切に活動を実施できるようにするため、チーム員の確保や質の向上について市町村の支援を行います。 <p>数値目標</p> <p>(以下 表より認知症関連事項を抜粋)</p> <p>指 標</p> <p>認知症サポート医養成研修修了者</p> <p>現 況 95人、2020年度末 176人、 2024年度末 -</p>	+	

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
5	秋田県	<p>秋田県 第6次 各論篇 第1章 いつでもどこでも受けられる医療体制づくり 第2節 5疾病・5事業及び在宅医療の医療体制 5 精神疾患 ○ 目指すべき方向 ○ (4) 認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要な医療の提供が可能な体制 認知症の方が、できる限り住み慣れた地域で在宅生活を継続できるよう、医療と介護のサービスの関係機関の連携の下で総合的に提供されるための体制整備を進めます。 ○ 主要な施策 ○ (5) 認知症 ◆ 医療連携体制の構築 ・「認知症疾患医療センター」等を中心とした医療連携体制の整備を進めます。 ・早期診断・早期対応を進めるため、普及啓発や相談体制の充実及びかかりつけ医との連携を進めます。 ・「認知症サポート医」の養成を継続し、県内配置の充実に努めます。 ・かかりつけ医に対して、認知症に関する研修を継続します。 ◆ 普及啓発及び相談体制の充実 ・地域包括支援センターと関係機関が連携し、地域の認知症高齢者に適切に対応できるよう、人材育成や支援体制の構築を支援します。 ・認知症コールセンターにおける、相談対応と情報収集・提供を継続します。 ・認知症サポーター養成のための支援を継続します。 ◆ 新規入院患者の早期退院の促進 ・精神科病院等において、早期の退院に向けて病状が安定するための医療や支援を進めるよう働きかけます。 ・秋田県第5期介護保険事業支援計画・第6期老人福祉計画等に基づき、地域における介護・福祉サービス体制の充実を図ります。</p>	<p>秋田県 第7次 各論篇 第1章 いつでもどこでも受けられる医療体制づくり 第2節 5疾病・5事業及び在宅医療の医療体制 5 精神疾患 統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けて、多様な精神疾患ごとに医療機関の役割分担・連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していきよう、各医療機関の医療機能を明確化していきます。 【多様な精神疾患等ごとの医療提供体制】 3 認知症 ○ 主要な施策 ○ (1) 早期診断・早期対応できる体制の整備 ◆ 「認知症疾患医療センター」等を中心とした専門的医療提供体制の連携・強化を図ります。 ◆ 「認知症サポート医」の養成を継続するとともに、地域に身近なかかりつけ医、歯科医師、薬剤師に対する認知症対応力向上研修等を実施し、早期診断・早期対応できる体制の強化を図ります。 (2) 速やかに適切な医療・介護等が受けられる体制の整備 ◆ 「認知症初期集中支援チーム」へ支援を行い、速やかに適切な医療・介護等が受けられる体制の充実を図ります。 ◆ 「認知症地域支援推進員」へ支援を行い、有機的な連携が円滑に行える体制の充実を図ります。 (3) 普及・啓発を通じた認知症への正しい理解の促進 ◆ 認知症になっても安心、安全に暮らせる地域づくりを推進するため、「街頭キャンペーン」や「認知症サポーター」の更なる養成により普及・啓発を進めます。 ◆ 「認知症サポーター」のステップアップ講座を実施することにより、活動範囲を拡大するなど、地域で支える体制の強化を図ります。</p>	変化なし	
6	山形県	<p>山形県第6次 5 精神疾患 ■ 認知症対策の推進 《施策の方向》 ● 県及び市町村は、認知症に対する正しい知識を普及啓発することにより、認知症に対する偏見を取り除き、認知症の正しい知識と認知症の方に対する理解の浸透を図ります。 ● 県は、市町村が行う認知症予防事業や認知症高齢者の見守り体制の整備を支援し、認知症の人やその家族が地域で安心して暮らせるまちづくりを推進します。 ● 県及び市町村は、今後も増加が見込まれる認知症高齢者への対策として、予防や地域づくりの推進、介護の質の向上を図るため、地域包括支援センターの機能強化と人材育成を推進します。 ● 県は、認知症をできるだけ早期に発見、診断し治療につなげるための体制整備を推進します。 ● 市町村は、認知症の人ができる限り住み慣れた地域で暮らし続けられる体制を整備します。 《主な施策》 ● 県は、市町村が行う認知症の正しい知識の普及啓発を支援するため、認知症サポーター養成講座の講師となるキャラバン・メイトを養成し、市町村が認知症サポーター養成講座を開催できる体制づくりを支援します。 ● 県は、市町村が地域の医療と介護の連携及び支援体制の構築を図る「市町村認知症施策総合推進事業」の中心的なコーディネーターとなる「認知症地域支援推進員」の必要性と有用性を市町村に周知し、「認知症地域支援推進員」の市町村への配置を支援します。 ● 県は、国が設置している若年性認知症コールセンターの紹介や、身近な相談窓口である地域包括支援センター、認知症疾患医療センター等相談体制の充実を推進します。</p>	<p>山形県第7次 5 精神疾患 ■ 多様な精神疾患に対応した精神科医療体制の構築 《目指すべき方向を実現するための施策》 ○ 県は、「山形県認知症施策推進行動計画」に基づいた認知症対策を推進します。 県内の二次保健医療圏全てに認知症の専門医療機関である「認知症疾患医療センター」が整備されたほか、認知症サポート医療研修者数が増加しています。(平成24年: 8人⇒平成29年: 59人) ○ 県は、県内の精神科医療機関と連携し、認知症や児童思春期精神疾患、依存症など多様な精神疾患に対して専門的な医療を提供できる人材の育成に努めます。 ○ 最上地域唯一の精神科病院が、平成29年2月に認知症疾患医療センターに指定されました。 ○ 県は、平成29年に設置された認知症疾患医療センターと地域包括支援センター等との連携を図り、認知症患者等への適切な支援を実施します。 南庄内においては、大腿骨近位部骨折、脳卒中、糖尿病、5大がんの地域連携パスに加えて、平成25年度から急性心筋梗塞パス、平成29年度から認知症パスを運用しています。 ○ 認知症高齢者の増加に対応するため、各市町で認知症地域支援推進員を配置しており、認知症初期集中支援チームの整備も進んでいます。 ○ 認知症の早期診断と適切な医療・介護提供の体制整備及び医療と介護分野における従事者の対応力の向上を図ります。</p>	+	
6	山形県	<p>● 県は、市町村の介護予防事業担当者や地域包括支援センター職員等を対象に、研修や情報交換会を開催することにより、認知症に関する市町村への情報提供や人材育成に努めます。 ● 県は、認知症の早期発見、早期治療を推進するため、高齢者と接する機会の多い地域の「かかりつけ医」に対し、認知症診断の知識と対応を学ぶ研修を実施します。 ● 県は、認知症の診療に習熟し、「かかりつけ医」に対して助言その他の支援を行い、専門医療機関との連携の推進役となる「認知症サポート医」を養成し、「かかりつけ医」との連携体制の構築を支援することにより、認知症の発症初期から医療と介護が一体となって支援する体制を構築します。 ● 県は、すべての二次保健医療圏域をカバーできるよう、各圏域における認知症疾患医療センターを含む認知症の鑑別診断を行う医療機関の整備を推進します。 ● 市町村は、認知症の人や家族に関わり、自立生活のサポートを行う「認知症初期集中支援チーム」の設置に努めます。 ● 県は、認知症の人がその進行状況にあわせ、いつ、どこで、どのような医療や介護を受ければよいかを市町村が標準的に定める「認知症ケアパス」の作成を支援するため、優良な事例の紹介等、市町村への情報提供に努めます。 ● 県は、認知症の人が行動、心理症状で入院した場合の円滑な退院の支援を図るため、医療機関における「退院支援・地域連携クリティカルパス(退院に向けての診療計画)」の導入を支援します。</p>		+	各医療圏で進展あり

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
7	福島県	<p>福島県第6次 第5節 精神疾患対策 第12節 認知症対策 施策の方向性と目標 1 かかりつけ医等の医療機関における早期診断及び早期対応体制の整備 (1) 施策の方向性 かかりつけ医に対して認知症に関する研修を実施するとともに、専門医によるかかりつけ医をサポートする体制の整備、認知症の専門医療機関や相談窓口等のリストを作成・公表し、早期診断・早期対応体制の整備を進めます。 2 市町村における早期発見・早期対応への支援 市町村における介護予防事業では、基本チェックリストの配布・回収や他部局からの情報提供により二次予防事業対象者を把握することとしており、これらを通して、認知症の可能性のある高齢者の早期発見・早期対応を推進します。 また、認知症高齢者を多職種が協働して包括的・継続的に支援するため、地域包括支援センターにおける「地域ケア会議」の普及・定着を推進します。 3 認知症患者医療センターの整備 高齢者が認知症になってもできるだけ住み慣れた地域で暮らすことのできる社会の実現を目指すため、保健・医療(歯科を含む)・介護機関等と連携を図りながら、認知症患者に関する詳細な診断や専門医療相談等を実施する「認知症患者医療センター」の設置や役割について、検討を進めます。 4 県民に対する認知症の正しい知識等の普及啓発活動の実施 認知症についての理解を深めるため、広報や健康教育等による普及啓発活動を進めます。 また、認知症に関する正しい知識を持ち、地域で暮らす認知症の方とその家族を支える認知症サポーターを養成し、認知症になっても安心して暮らせる地域づくりを進めます。</p>	<p>福島県第7次 第5節 精神疾患対策 施策の方向性と目標 (1) 施策の方向性 【適切な医療機能の提供】 ○ 認知症患者に関する詳細な診断や専門医療相談等を実施する「認知症患者医療センター」について、各高齢者福祉圏域に1か所の整備を推進します。 また、都道府県の拠点となる「基幹型」や高齢者人口が多い圏域では複数のセンターの整備を推進します。 第12節 認知症対策 施策の方向性と目標 1 認知症についての正しい知識の普及・啓発 ○ 認知症啓発キャンペーンや認知症サポーター養成講座等を通して、広く県民に認知症についての正しい知識の啓発と幅広い世代への認知症サポーターの養成を行い、地域全体で認知症の人やその家族を支援する体制構築を推進します。 ○ 県民一人一人が認知症の発症予防に関心をもち、生活習慣の改善や社会参加が図られるよう、認知症の正しい知識の普及・啓発を進めるとともに、体操教室や介護サロン、趣味活動等住民主体の運営による取組を推進します。 2 早期診断・早期対応の体制整備と連携強化 (1) 施策の方向性 ○ 認知症は早期に発見し治療を開始すれば、症状の進行を遅らせることができる可能性があります。早期発見のためには、日常的に通院しているかかりつけ医、かかりつけ歯科医など医療従事者の「気づき」が重要です。そのため、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、薬剤師、看護師など医療従事者への研修を実施するとともに、かかりつけ医等からの相談への対応や認知症初期集中支援チーム員として活動する認知症サポート医を養成し、医療従事者の認知症対応力向上を図ります。</p>	+	
7	福島県		<p>○ 認知症の人の介護にあたっては、認知症をよく理解し、本人主体の介護を行うことで、行動・心理症状(BPSD)を改善させるなど、認知症の症状にあわせた適切な介護の実践が必要となります。そのため、介護経験の少ない職員から経験豊富な職員まで、どの介護職員も認知症の人に対して、質の高い介護を一体的かつ継続的に提供できるよう、介護職員の経験年数や知識・技術の習熟度にあわせ、認知症対応力向上研修を開催します。 ○ 認知症患者に関する詳細な診断や専門医療相談等を実施する「認知症患者医療センター」について、各高齢者福祉圏域に1か所の整備を推進します。また、都道府県の拠点となる「基幹型」や高齢者人口が多い圏域では複数のセンターの整備を推進します。 ○ 薬剤師の認知症対応力の向上を図ることにより、認知症予備群の人に早期に気づき、かかりつけ医などの医療従事者や地域包括支援センターなどと連携しながら対応するとともに、認知症の啓発活動を実施する地域の認知症対応の拠点として「認知症対応薬局」の整備を推進します。 ○ また、歯科については認知症が重症化してからの診療が困難となるため、歯科医師の認知症対応力の向上を図り、早期受診の勧奨に努めます。 ○ 平成30年4月より、全ての市町村に認知症初期集中支援チーム(以下「支援チーム」という。)の設置と認知症地域支援推進員(以下「推進員」という。)の配置がなされます。支援チームは、医師を含む複数の専門職が認知症の人やその家族に初期の段階から関わり、集中的な支援を実施します。また推進員は、医療・介護等の連携を図るための支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務などを行います。 市町村が、支援チームの体制強化や推進員の複数配置などができるよう、研修受講の支援を行うとともに、県外を含めた他市町村の取組報告や情報交換を行う研修会の開催を通じて、活動を支援します。</p>	+	
7	福島県		<p>○ 医療・介護などの連携強化のため、関係者が一堂に集まる機会を定期的に設け、有識者や関係機関の意見を伺いながら、県の認知症施策に反映させるとともに、各分野の連携強化を図ります。 これらの活動が、多職種と連携しながら円滑に機能するよう、研修会の開催や認知症ケアパス・退院調整ルールを活用支援などを実施していきます。 3 若年性の認知症対策の強化 ○ 行政機関や相談にあたる人たちを含め、広く県民に対し啓発活動を行い、若年性認知症の早期発見・早期対応や社会参加、就労支援へつなげるため、若年性認知症への理解を促進します。また、若年性認知症の人やその家族に対する相談体制を確立し、若年性認知症の人に対し、適切な支援を行います。 4 認知症の人とその家族への支援の充実 ○ 介護者を含めた当事者間の交流や情報交換を促進するため、認知症カフェといった交流の場を整備するとともに、認知症コールセンターなど相談窓口の運用や周知を通じて、介護者の負担を軽減していきます。 ○ 地域住民に対して、認知症サポーター養成講座を通じて認知症への理解を深めるとともに、地域住民、行政、関係機関が一体となった認知症の人の見守り体制構築を推進します。 また、高齢者の交通安全確保や消費者トラブルに巻き込まれることを未然に防ぐため、認知症の人の家族や地域住民等へ啓発活動を実施するとともに、相談体制の整備により被害の未然防止・拡大防止を図ります。</p>	+	
8	茨城県	<p>茨城県第6次 5 精神疾患 (7) 認知症の医療体制 【対策】 イ 推進方策 (ア) かかりつけ医に対する認知症対応力向上のための研修を実施するとともに、研修修了者等の情報を公表することにより、かかりつけ医による早期発見体制の充実を図ります。 (イ) 認知症サポート医(注1)の養成等による医療連携の推進を図ります。 (ウ) 認知症患者医療センターについて、平成26年度までに地域型センターを6カ所、基幹型センターを1カ所整備し、認知症患者の医療・福祉の充実を図るとともに、国の動向等を踏まえ、平成29年度までに更なる認知症患者医療センターの整備に努めます。 また、認知症の鑑別診断を行える医療機関の整備を図ります。 (エ) 認知症患者医療センター(注2)をはじめ、認知症専門病床(注3)を有する入院医療機関について、退院支援を推進するための地域連携クリティカルパスの導入に向けて支援していきます。</p>	<p>茨城県第7次 5 精神疾患 ウ 認知症 【対策】 イ 推進方策 1 認知症の症状や発症予防、軽度認知障害(MCI)に関する知識の普及啓発を推進します。 2 かかりつけ医・歯科医・薬剤師に認知症対応力向上研修を実施し、認知症の早期発見の体制整備を図ります。 3 認知症サポート医を養成し、医療連携強化を図ります。 4 認知症患者医療センターの体制を維持するとともに、PDCAサイクルによる機能強化を図ります。 5 認知症の早期診断後の認知症リハビリテーションの推進を図ります。 6 行動・心理症状(BPSD)については、容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスができる循環型の仕組みを構築します。 7 一般医療機関勤務の医療従事者や看護職員が、認知症への対応に必要な知識・技能を修得することで、身体合併症等への適切な対応を図ります。 8 若年性認知症の人については、就労や生活費、子どもの教育費等の経済的な問題が大きく、また主介護者が配偶者となる場合が多く、時に本人や配偶者の親等の介護と重なる複数介護になるなどの特徴があることから、居場所づくりや就労・社会参加支援等の様々な分野にわたる支援を総合的に講じていきます。</p>	+	記載量は増えているが、具体的記述に乏しい

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
9	栃木県	<p>栃木県第6次 ⑤ 精神疾患 【主な取組】 ⑤ 認知症 ア 認知症の早期診断や行動・心理症状などの周辺症状に対応し、地域の認知症医療に関する連携の中核を担う認知症疾患医療センターの充実を図ります。 イ 認知症疾患医療センターなどの専門医療機関や介護サービスと連携して、認知症の発症初期から状況に応じた支援を行うよう、サポート医の養成やかかりつけ医を対象とした認知症対応力向上研修を実施します。 ウ 高齢入院患者に対して退院に向けた包括的な退院支援プログラムによる治療や支援などを行い、退院促進や地域定着を推進します。(再掲)</p>	<p>栃木県第7次 ⑤ 精神疾患 【主な取組】 ③ 認知症 ア 認知症疾患医療センター等の専門医療機関や介護サービスと連携して、認知症の発症初期から状況に応じた支援を行うよう、サポート医の養成やかかりつけ医を対象とした認知症対応力向上研修を実施するとともに、認知症の早期発見・早期対応につなげるため、「とちぎオレンジドクター(栃木県もの忘れ・認知症相談医)」の登録・周知を図ります。 イ 認知症初期集中支援チームが効果的に機能するよう支援し、地域の実情に応じた初期対応等の取組を推進します。 ウ 認知症疾患医療センターが有する地域連携拠点機能の強化を図りながら、地域における認知症の重層的な医療連携体制を構築していきます。 エ 工市町との連携及び医療と介護の連携を図りながら、発症初期から状況に応じた支援を行うとともに、退院促進や地域定着を推進していきます。 オ 歯科医師や薬剤師、看護職員などを対象とした研修を実施することにより、それぞれの専門性を発揮しながら適切な支援ができるよう、認知症対応力の向上を図ります。</p>	変化なし	やや記載は増えているが、具体的施策に乏しい
10	群馬県	<p>群馬県第6次 3 認知症対策 (2) 施策の方向 ア 認知症における専門医療の提供、介護との連携の中核機関として認知症疾患医療センターの設置を推進します。 イ 認知症に対する誤解を解消するため、認知症高齢者の家族や地域住民に対して、認知症に関する正しい知識の普及を図ります。 ウ 地域において認知症高齢者の状況に応じ、医療と介護が一体となった支援体制の構築を推進します。 エ 認知症高齢者の権利保護を推進するため、関係機関が連携的に確に対応するための体制整備を図ります。 オ 若年性認知症者の自立を支援するため、医療・福祉・就労の関係者が連携したネットワークを構築します。 (3) 行動目標 (医療機関) ア 認知症患者のための施策の推進 (ア) 認知症の早期発見・早期診断体制の整備充実を図ります。 (イ) 医療と介護との連携体制の整備充実を図ります。 (行政) ア 認知症に対する正しい知識と理解の普及 (ア) 認知症サポーター注1の養成を計画的に推進します。 (イ) 家族会等による普及啓発活動を支援します。 (ウ) 見守り体制や徘徊高齢者等のSOSネットワーク構築など、認知症高齢者と家族を地域で支える体制づくりを支援します。 (エ) 認知症高齢者のケア(徹底した本人主体のアプローチ等)の確立と普及を図ります。 イ 医療と介護とが一体となった支援体制の構築 (ア) 認知症の早期発見・早期診断体制の整備を図るため、認知症疾患医療センター注2の設置推進に努めます。 (イ) 医療と介護との連携の推進役となる認知症サポート医加を計画的に養成します。 (ウ) 認知症に対する人材の育成を図るため、かかりつけ医等専門職に対する研修を実施します。 (エ) 地域包括支援センターのコーディネート機能の強化を図るため、職員の資質向上を支援します。 (オ) 若年性認知症自立支援ネットワーク推進協議会(仮称)を開催します。ウ 認知症高齢者の権利保護</p>	<p>群馬県第7次 5 精神疾患 【対策】 (5) 認知症 ア 認知症に対する理解の促進と家族に対する支援 ① 認知症に対する正しい理解の促進と、認知症の人と家族を支援する認知症サポーターを養成するための支援を行います。 ② (公社)認知症の人の家族の会群馬県支部や若年認知症ぐんま家族会が実施する研修会や交流会、相談会等の取組を支援します。 ③ 認知症が疑われる人や認知症の人及び家族を訪問し、早期から家族支援などを行う認知症初期集中支援チーム(医療・保健・福祉の専門職と専門医のチーム)の設置を推進します。 イ 適切な医療の提供と相談体制の充実 ① 認知症の早期診断・早期対応による初期の段階からの治療や適切な支援が受けられるよう、認知症疾患医療センターなどの専門医療機関、かかりつけ医、介護サービス事業所等が連携した体制の構築を推進します。 ② 専門医療相談、鑑別診断、身体合併症、BPSD等へ対応が可能な認知症疾患医療センターを引き続き整備し、保健医療水準の向上を図ります。 ③ 認知症サポート医の養成やかかりつけ認知症対応力向上研修等を継続して実施し、認知症の人に対する適切な医療の提供に努めます。 ④ 認知症の人と家族の支援に携わる人が情報を共有し適切なケアが提供できるよう、かかりつけ医、認知症疾患医療センター、専門医療機関、介護サービス事業所、地域包括支援センター等が情報の橋渡しとなる認知症連携パスを作成し、普及を図ります。 ⑤ 一般病院勤務の医療・福祉従事者に対し、認知症に関する研修会等を実施し、認知症対応力の向上を図ります。 ⑥ 認知症の知識や介護方法等の電話相談に応じる「認知症コールセンター」を設置し、気軽に相談できる環境を整備するほか、相談内容に応じた適切な支援を提供するため、関係機関と連携を図ります。 ウ 若年性認知症への対応若年性認知症に対する理解の促進を図るため、普及啓発パンフレットの作成や市町村・介護サービス事業所等を対象とした研修会を開催するとともに、就労関係機関との連携を強化する等、若年性認知症の特性に応じた支援体制を整備します。</p>	変化なし	基本的に施策は変わっていない。具体的施策に乏しい。
10	群馬県	<p>ウ 認知症高齢者の権利保護 (ア) 地域で身近な相談・支援窓口である地域包括支援センターの対応力強化を図るため、職員を対象とする研修を実施します。 (イ) 成年後見制度の普及や福祉サービスの利用や日常的な金銭管理等を行う日常生活自立支援事業の推進を図ることにより高齢者の権利保護に取り組みます。 (ウ) 高齢者虐待の防止や早期発見・早期解決に資するため、市町村職員や施設職員の資質向上を支援します。 (エ) 車いすやベッド等への身体拘束の廃止に向け、「身体拘束ゼロ作戦」を推進します。</p>		変化なし	基本的に施策は変わっていない。具体的施策に乏しい。
11	埼玉県	<p>埼玉県第6次 第7節 精神疾患医療 課題への対応 ⑦ 認知症対策を推進するため、認知症の早期診断、早期対応はもとより、地域包括支援センターとの連携機能を強化し、地域における医療と介護・福祉の連携体制の整備充実を図ります。 【主な取組】 認知症高齢者に関わる医師や介護に携わる者の研修の推進 認知症疾患医療センターを中心とした認知症疾患対策の推進</p>	<p>埼玉県第7次 第5節 精神疾患医療 3 課題への対応 (9) 認知症対策を推進するため、認知症の予防、早期診断、早期対応はもとより、地域包括支援センターとの連携を強化し、地域における医療と介護・福祉の連携体制の整備充実を図ります。 4 主な取組 (13) 認知症予防対策の推進 (14) 認知症高齢者に関わる医師・歯科医師・看護師や介護に携わる者の研修の推進 (15) 認知症疾患医療センターを中心とした認知症疾患対策の推進 (16) 認知症の人やその家族の支援の強化</p>	変化なし	

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
12	千葉県	<p>千葉県第6次 イ 認知症 循環型地域医療連携システムの構築</p> <p>○ 認知症の循環型地域医療連携システム*は、県民が、認知症になっても住み慣れた地域で安心して生活し続けられるよう、在宅生活を維持するための医療機関、鑑別診断*や専門医療相談ができる医療機関、周辺症状*が悪化した場合や身体疾患のある認知症患者の入院対応ができる医療機関等の各機関に加え、地域包括支援センター*や介護サービス事業所等の総合的な連携により構築します。また、行政等による認知症に関する正しい知識の普及・啓発といった日常生活支援対策も含まれます。</p> <p>○ かかりつけ医は、日常の診療の中で、認知症の可能性について判断し、認知症を疑った場合、速やかに認知症疾患医療センター*等の専門医療機関を紹介するとともに、専門医療機関による鑑別診断とその治療計画等に基づき、地域包括支援センター*や介護支援専門員*等と連携して、日常の診療を行います。また、周辺症状や身体疾患により、認知症の人が入院した場合、在宅復帰に向けた退院支援に協力し、退院後は、専門医や地域の介護サービス事業所等と連携をとりながら引き続き療養支援を行います。</p> <p>○ 訪問診療を行う医療機関は、通院が困難な人や、病気の認識がなく医療機関への受診を拒む人の自宅へ出向き、日常生活をふまえた診療を行います。</p> <p>○ 認知症サポート医*は、かかりつけ医に対して認知症治療に関する助言を行うとともに、専門医療機関や地域包括支援センター*等との連携の推進役となります。</p> <p>○ 認知症疾患医療センターは、かかりつけ医等から紹介・相談を受けて、認知症の鑑別診断や専門医療相談を行うとともに、周辺症状や身体合併症に対する急性*期治療を実施するほか、地域の保健医療・介護関係者との連携を図り、認知症の保健医療水準の向上を図ります。</p> <p>○ 認知症の周辺症状(徘徊、暴力等)、認知症の人の身体疾患が悪化した場合、一時的に入院治療を行う入院医療機関は、かかりつけ医等の地域の医療機関や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を図り、できる限り短い期間での退院を目指します。</p>	<p>千葉県第7次 イ 認知症 循環型地域医療連携システムの構築</p> <p>(イ)循環型地域医療連携システム*は、県民が、認知症になっても住み慣れた地域で安心して生活し続けられるよう、在宅生活を維持するための医療機関、鑑別診断*や専門医療相談ができる医療機関、行動・心理症状(BPSD)が悪化した場合や身体疾患のある認知症患者の入院対応ができる医療機関等の各機関に加え、地域包括支援センター*や介護サービス事業所等の総合的な連携により構築します。また、行政等による認知症に関する正しい知識の普及・啓発といった日常生活支援対策も含まれます。</p> <p>かかりつけ医は、認知症の可能性について判断するとともに、認知症疾患医療センター*等の専門医療機関による鑑別診断とその治療計画等に基づき、地域包括支援センター*や介護支援専門員*等と連携して日常の診療を行います。また、BPSDや身体疾患により、認知症の人が入院した場合、在宅復帰に向けた退院支援に協力し、退院後は、専門医や地域の介護サービス事業所等と連携をとりながら引き続き療養支援を行います。</p> <p>認知症サポート医*は、かかりつけ医に対して認知症治療に関する助言を行うとともに、専門医療機関や地域包括支援センター*等との連携の推進役となります。</p> <p>認知症疾患医療センターは、かかりつけ医等から紹介・相談を受けて、認知症の鑑別診断や専門医療相談を行うとともに、BPSDや身体合併症に対する急性期*治療を実施するほか、地域の保健・医療・介護関係者との連携を図り、認知症の保健医療水準の向上を図ります。</p> <p>訪問診療を行う医療機関は、通院が困難な人や、病気の認識がなく医療機関への受診を拒む人の自宅へ出向き、日常生活をふまえた診療を行います。</p> <p>市町村が設置する認知症初期集中支援チーム*は、複数の専門職が認知症と疑われる人を訪問し、観察・評価、家族支援等の初期支援を行います。</p> <p>BPSDや、認知症の人の身体疾患が悪化した場合、一時的に入院治療を行う入院医療機関は、かかりつけ医等の地域の医療機関や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を図り、できる限り短い期間での退院を目指します。</p> <p>地域における認知症支援体制の構築を推進するため、「千葉県認知症コーディネーター*」を養成します。千葉県認知症コーディネーターは、国により市町村に配置とされている「認知症地域支援推進員」として活動することができます。</p> <p>認知症支援に携わる様々な専門職が、支援に必要な情報を共有しながら、必要に応じて助言依頼・意見交換なども行うことができるよう、県内全域で利用可能なツールとして作成した「千葉県オレンジ連携シート*」を普及させ、地域の保健医療・介護関係者の連携を図ります。</p>	+	記載量は多い
12	千葉県	<p>○ ①日常的な診療を行う医療機関、②訪問診療を行う医療機関、③サポート医、④鑑別診断を行う医療機関、⑤認知症疾患医療センター、⑥周辺症状(徘徊、暴力等)が悪化した場合に入院治療が可能な医療機関、⑦身体疾患で入院治療が必要となった場合に対応可能な医療機関については、千葉県保健医療計画に関する調査(平成24年9月)の回答をもとにリストを作成し掲載します。</p> <p>○ 今後、情報共有のツールとなる「認知症の人を支える連携パス(千葉県標準モデル試案。以下、「認知症連携パス」という。)」の検討・普及を進め、認知症の循環型地域医療連携システムが円滑に運用されることで、認知症患者が、地域のどの医療機関でどのような治療が受けられるか、家族を含めて理解できるようにします。そして、初期の段階から終末期に至るまで、疾患の進行とともに大きく変化する症状やケアのニーズに応じて、医療と介護が連携した効果的な認知症支援体制の整備を進めます。</p> <p>施策の具体的展開 [本人、家族、地域住民の理解促進]</p> <p>○ 認知症に対する誤解や偏見により、本人や家族が苦しんでいることも少なくありません。認知症に対する正しい理解を持つ認知症サポーター*の養成や、認知症サポーター養成講座の講師役となるキャラバン・メイト*の養成、さらには認知症メモリーウォーク*等を通じて、地域住民、学校、企業等への認知症の正しい理解の普及啓発を進めます。</p> <p>○ 行政や保険者による健康診断の自覚症状・セルフチェック項目に、初期症状の把握等、早期発見のための項目を盛り込むことを検討するとともに、早期受診につながるよう、受診可能な医療機関等の情報収集・整理及び情報提供の促進を図ります。</p> <p>○ 認知症の人を介護する家族に対し、地域包括支援センターと連携した家族交流会や家族のための研修会を開催し、認知症の知識、精神面での支援や認知症介護技術の向上等を図ります。</p> <p>[かかりつけ医、サポート医、専門医の診療体制の整備]</p> <p>○ かかりつけ医は、日常の診療の中で、認知症の初期の症状に気づくことも多く、周辺症状に対しても生活全般を総合的に評価して対応できるため、認知症の初期診療の要となります。そのため、かかりつけ医に対して認知症診断の知識・技術等を習得するための研修会を開催し、早期の段階において適切な対応が図られるよう支援します。</p> <p>○ 認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医への助言・支援を行うとともに、専門医療機関や市町村等との連携の推進役となる認知症サポート医を、県医師会と連携しながら養成し、認知症の早期発見・早期治療等の医療体制の充実を図ります。</p> <p>○ かかりつけ医が認知症患者の診療を長期にわたって継続するためには、専門医によるバックアップ体制が極めて重要であるため、専門医とかかりつけ医の役割分担を明確化し、地域の実情に応じたバックアップ体制づくりを進めます。</p>	<p>(ウ)施策の具体的展開</p> <p>a. 認知症に対する正しい理解の普及・啓発とやさしいまちづくりの推進 [本人、家族、地域住民の理解促進]</p> <p>○ 認知症に対する正しい理解を持つ認知症サポーター*の養成や活用、サポーター養成講座の講師役となるキャラバン・メイト*の養成、さらには認知症メモリーウォーク*等を通じて、地域住民、学校、企業等への認知症の正しい理解の普及啓発を進めます。</p> <p>○ 行政や保険者による健康診断等の自覚症状・セルフチェック項目に、初期症状の把握等、早期発見のための項目を盛り込むことを検討するとともに、早期受診につながるよう、受診可能な医療機関等の情報収集・整理及び情報提供の促進を図ります。</p> <p>○ 認知症の人や介護者に対し、地域包括支援センターと連携した家族交流会や若年・本人のついでを開催し、認知症の知識、精神面での支援等を図ります。</p> <p>b. 認知症予防の推進 [介護予防、自立支援及び重度化防止の推進]</p> <p>○ 市町村が行う介護予防、自立支援及び重度化防止の取組を支援するため、先進的な取組を集積し、情報提供や研修会を行います。</p> <p>また、介護予防市町村支援検討会議により予防事業の評価・推進を図ります。</p> <p>○ モデル市町村に対し、アドバイザーを派遣し介護予防のための地域ケア個別会議の立ち上げを支援します。このモデル的な取組で得られた成果をもとに、効果的な介護予防が実施されるよう、市町村支援に努めます。</p> <p>○ 市町村の一般介護予防事業を総合的に支援できるリハビリテーション職を育成するための研修を行います。</p> <p>○ 認知症の早期発見・早期対応に向け、本人や家族が認知症に気づききっかけの一助とするため、認知症チェックリストを作成・配布します。</p> <p>c. 早期診断と適切な医療・介護連携体制の整備、多職種協働の推進 [かかりつけ医、認知症サポート医の診療体制の整備]</p> <p>○ かかりつけ医に対して認知症診断の知識・技術等を習得するための研修会を開催し、早期の段階において適切な対応が図られるよう支援します。</p> <p>○ 認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医への助言・支援を行うとともに、専門医療機関や市町村等との連携の推進役となる認知症サポート医を、県医師会と連携しながら養成し、認知症の早期発見・早期治療等の医療体制の充実を図ります。</p>	+	記載量は多い

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
12	千葉県	<p>〔多職種のネットワークや継続的で一貫した相談支援体制の構築〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 認知症の人の支援においては、地域包括支援センターに、専門医やサポート医の情報や、支援ニーズに応じた介護サービス等の情報が集約され、誰でも容易に情報を得ることができるようにすることが重要であると考えられることから、今後は、認知症の人の支援も含めた包括的な支援体制を構築するため、地域包括支援センターの機能強化等を図ります。 ○ 平成22年5月、これまで実施してきた電話相談事業を拡充して、「ちば認知症相談コールセンター（電話番号：043-238-7731）」を設置し、窓口開設時間を拡大するとともに、併せて専門職による面接相談を実施しています。 ○ 専門医相談や、鑑別診断とそれに基づく初期対応、合併症・周辺症状への急性期対応、かかりつけ医への研修、地域包括支援センターや介護サービス事業所等と連携した地域生活支援等を行う認知症疾患医療センターについて、二次保健医療圏に1か所以上の配置を図り、相談・支援体制の充実を図ります。 ○ 認知症の人が入退院する際、医療機関相互や、介護支援専門員、介護施設等と医療機関の円滑な連携を図るため、本人の情報を共有するためのツールとしての「認知症連携パス」の検討・普及等を進めます。 ○ 「認知症連携パス」を活用し、医療、福祉・介護、行政等の関係者と連携を図りながら専門的な助言・支援を行う「認知症コーディネーター」の養成に取り組んでいます。 ○ 認知症の人と家族の方の支援には、様々な専門職による継続的かつ包括的な支援が必要であることから、各専門職の研修体系の構築及び研修の実施を進めます。 <p>〔中核症状・周辺症状への対応〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 中核症状については、適切な薬物療法により、記憶力低下の進行を遅らせることがアルツハイマー型認知症の場合には可能といわれており、早期発見・早期診断が重要です。このため、できるだけ早期に、適切な診療を受けられるよう、本人・家族をはじめ関係者に対する普及・啓発を進めます。 ○ また、認知症の初期段階におけるリハビリテーションが有効とされていることから、本人の生活情報を重視した多職種協働によるリハビリテーションプログラムについて、普及等の施策を検討します。 ○ 周辺症状については、地域のかかりつけ医等による外来診療や住診による投薬管理を含めた適切な医療を提供することにより、その軽減を図ることができるといわれています。このため、本人・家族をはじめ関係者に対する普及・啓発や研修の充実を図ります。 ○ また、認知症の周辺症状は、環境調整を行ったり、ケアの対応を変えることで症状が大きく改善されると指摘されています。 <p>近年では、認知症の人の介護において、本人を中心にとらえた課題分析とケアが実践され成果を挙げていますが、今後は、認知症の人に関わる多職種のスタッフがこれらの手法を活用するとともに、認知症の周辺症状を重症化させない予防的な取組に係る施策を推進します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 中核症状の進行抑制や周辺症状の出現予防、緩和を図るため、適切な医療やケアの提供及び環境調整が行われる 	<p>〔多職種のネットワークや継続的で一貫した相談支援体制の構築〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 認知症の人の支援も含めた包括的な支援体制を構築するため、地域包括支援センターの機能強化等を図ります。 ○ 専門医相談や、鑑別診断とそれに基づく初期対応、合併症や行動・心理症状(BPSD)への急性期対応、かかりつけ医への研修、地域包括支援センターや介護サービス事業所等と連携した生活支援等を行う認知症疾患医療センターについて、二次保健医療圏に1か所以上の配置を図り、相談・支援体制の充実を図ります。 ○ 認知症支援に携わる様々な専門職が、支援に必要な情報を共有しながら、必要に応じて助言依頼・意見交換なども行うことができ、県内全域で利用可能なツールとして作成した「千葉県オレンジ連携シート」を普及させ、地域の保健医療・介護関係者の連携を図ります。 ○ 地域における認知症支援体制の構築を推進するために、「千葉県認知症コーディネーター」を養成します。また、「千葉県認知症コーディネーター」と「認知症地域推進員」が医療・福祉・介護・行政等の関係者と協力しながら、関係者のネットワーク構築や調整、地域資源情報の提供などを行うことができるよう資質の向上を図ります。 ○ 複数の専門職が認知症と疑われる人を訪問し、観察・評価、家族支援等の初期支援を行う「認知症初期集中支援チーム」や、地域ごとで作成される認知症の容態に応じた適切なサービス提供の流れである「認知症ケアパス」等が有効に機能するよう市町村を支援します。 ○ 認知症の人とその家族の支援には、様々な専門職による継続的かつ包括的な支援が必要であることから、各専門職の研修の実施を進めます。 <p>〔中核症状、行動・心理症状(BPSD)への対応〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 中核症状の進行抑制やBPSDの出現予防、緩和を図り、適切な医療やケアの提供及び環境調整が行われるよう、医療体制の充実を図るとともに、医療や介護サービス等の効果的な組み合わせによる支援体制づくりを進めます。 ○ アルツハイマー型認知症の場合、中核症状については、適切な薬物療法により、記憶力低下の進行を遅らせることが可能とされており、早期発見・早期診断が重要なため適切な診療を早期から受けられるよう、本人・家族をはじめ関係者に対する普及・啓発を進めます。 ○ またMCIや、認知症の初期段階におけるリハビリテーションが有効とされていることから、本人の生活情報を重視した多職種協働によるリハビリテーションの普及等の施策を検討します。 ○ BPSDについては、地域のかかりつけ医等による外来診療や住診による投薬管理を含めた適切な医療を提供することにより、その軽減を図ることができると言われており、本人・家族をはじめ関係者に対する普及・啓発や研修の充実を図ります。 ○ また、BPSDは、環境調整を行ったり、ケアの対応を変えたりすることで症状が大きく改善されると指摘されており、本人を中心にとらえた課題分析とケアが実践され成果を挙げているため、認知症の人に関わる多職種のスタッフがこれらの手法を活用し、BPSDを重症化させない予防的な取組に係る施策を推進します。 	+	記載量は多い
12	千葉県	<p>〔激しい周辺症状を伴う患者への対応〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 激しい周辺症状により、在宅での生活が困難となり、精神科救急医療機関等での緊急的な入院治療や、介護施設でのショートステイの利用等が必要となる場合があります。激しい周辺症状は、3ヶ月程度で軽快することが多いといわれているため、医療機関と介護施設の連携体制の構築を支援するとともに、退院時の一時的な受け入れ先としての施設機能の検討や、施設職員の認知症対応能力の向上を図り、早期在宅復帰を促進します。 〔身体合併症(周辺症状を伴う場合を含む)への対応〕 ○ 精神科リエゾンチーム*による診療協力など、身体合併症の治療を行う医療機関と、認知症の周辺症状の治療を行う医療機関が連携を図り、役割分担しながら治療にあたることのできる体制の構築を促進します。 ○ 認知症患者の入院治療に際しては、院内において医師や看護師をはじめとする多職種のスタッフが連携してチーム支援を行うことが有効です。このため、認知看護認定看護師*等の人材養成や、院内において活動しやすい環境づくりを促進します。 <p>〔終末期における看取りの支援〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 終末期における看取りの支援では、認知症の人の痛みや苦痛の感じ方、経管栄養等の医療行為の意味、どこまで医療行為を行うか、その医療行為がその後の経過にどのような影響を及ぼすか等について十分に家族に情報提供したうえで、本人や家族の意思を尊重したものでなければなりません。 ○ そのため、地域において在宅医療を行う一般診療所と看護・介護従事者等による連携体制の構築を支援します。 	<p>〔激しい行動・心理症状(BPSD)を伴う認知症患者への対応〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 激しいBPSDは、3か月程度で軽快することが多いと言われているため、医療機関と介護施設の連携体制の構築を支援するとともに、退院時の一時的な受け入れ先としての施設機能の検討や、施設職員の認知症対応能力の向上を図り、早期在宅復帰を促進します。 d. 認知症支援に携わる人材の養成 〔認知症への対応〕 ○ 多職種のスタッフが連携してチーム支援を行えるよう、人材の養成や、病院・施設内等において活動しやすい環境づくりを促進します。 ○ 早期の段階における診断、治療と適切な対応が図られるよう、認知症サポート医の養成及びかかりつけ医、病院勤務の医療従事者、歯科医師・薬剤師・看護師向け認知症対応力向上研修を行います。 〔身体合併症(行動・心理症状(BPSD)を伴う場合を含む)への対応〕 ○ 精神科リエゾンチーム*による診療協力など、身体合併症の治療を行う医療機関と、BPSDの治療を行う医療機関が連携を図り、役割分担しながら治療にあたることのできる体制の構築を促進します。 e. 本人やその家族への支援 〔認知症の人やその家族の視点の重視〕 ○ 認知症施策の企画・立案や評価への認知症の人やその家族の参画など、患者やその家族の視点を重視した取組を進めています。 〔認知症の人やその家族への支援〕 ○ 在宅においては認知症の人の最も身近な家族など、介護者の精神的身体的負担を軽減する観点からの支援や、介護者の生活と介護の両立を支援する取組を推進します。 ○ 地域の実情に応じて、認知症の人が集まる場や認知症カフェなどの認知症の人やその家族が集う取組について市町村へ普及を促進します。 ○ 「ちば認知症相談コールセンター*（電話番号：043-238-7731）」を設置し、電話相談に加え面接相談を実施します。 〔終末期における看取りの支援〕 ○ 認知症の人の痛みや苦痛の感じ方、経管栄養等の医療行為の意味、どこまで医療行為を行うか、その医療行為がその後の経過にどのような影響を及ぼすか等について十分に患者やその家族に情報提供することも含め、患者の意思決定や看取りの支援を行う医療機関と看護・介護従事者等による連携体制の構築を支援します。 f. 若年性認知症施策の推進 〔若年性認知症の人やその家族への支援〕 ○ 当事者とともに医療、介護、福祉、雇用の関係者が連携するネットワークの充実を図ります。 また、市町村と連携し、症状の進行に応じて若年性認知症の人やその家族が利用できる制度や地域資源の情報の整理を進めま 	+	記載量は多い

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
13	東京都	<p>東京都第6次 5 精神疾患医療の取組 (2) 認知症対策の強化 施策目標と主な具体的取組 (目標1) 地域連携の推進と専門医療の提供を図る 《具体的な取組》</p> <p>1 認知症疾患医療センターの整備 ○ 認知症疾患医療センターが実施している専門医療相談、鑑別診断、身体合併症と行動・心理症状への対応、地域連携の推進、人材育成等の取組を進めています。 ○ 「認知症ケアパス」や「退院支援・地域連携クリティカルパス」導入の検討を進めています。 ○ 区市町村において、認知症施策の推進を図り、地域の実情に応じた医療と介護の連携体制を構築していきます。</p> <p>3 専門医療の提供 ○ 認知症の診断、薬物治療、身体合併症と行動・心理症状への対応等の専門医療の提供について、認知症疾患医療センターと地域の医療機関で役割分担を図る等して、今後増加する認知症の人に対応できる体制を整えていきます。 ○ 身体合併症を患ったとき又は行動・心理症状が悪化したときに対応できる医療機関等を確保するとともに、地域連携の推進や医療・介護従事者の認知症対応力の向上を図ることにより、身体合併症や行動・心理症状を有する認知症の人を地域で受け入れる体制づくりを進めています。</p>	<p>東京都第7次 5 精神疾患 課題と取組の方向性 1 日常診療体制 ＜課題1－3＞都民への理解促進 (取組1－3) 都民への普及啓発の充実【基本目標Ⅱ、Ⅲ】 ○ 統合失調症や認知症をはじめとする多様な精神疾患や精神保健医療に対する偏見や誤解が生じないよう、広く都民に正しい理解を促進するための講演会等を実施するとともに、内容や実施方法、周知方法について検討し、より広く都民への普及啓発を図ります。</p> <p>6 認知症 課題と取組の方向性 ＜課題1＞認知症の人に対する適時・適切な支援体制の確保 (取組1－1) 専門医療の提供体制の確保と地域連携の推進【基本目標Ⅱ、Ⅲ】 ○ 各区市町村(島しょ地域を除く。)に設置した認知症疾患医療センターにおいて、専門医療の提供や専門医療相談を実施するとともに、地域連携を推進し、身体合併症や行動・心理症状のある認知症の人の受入体制を構築していきます。 ○ 島しょ地域については、認知症の専門医療機関による医療従事者等に対する相談支援体制を整備するとともに、訪問研修を実施することにより、認知症対応力の向上を図っていきます。 ○ かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護士など高齢者に身近な医療従事者に対して認知症対応力向上研修を実施し、早期発見・早期対応の推進や、急性期病院等を含む医療現場における認知症の人に対する適切なケアの確保を図ります。 ○ 認知症は、早い段階から適切な治療を受けることで、改善が可能なものや進行を遅らせることができる場合があります。また、症状が軽いうちに本人や家族が認知症への理解を深めることで、今後の生活の準備をすることができます。</p>	+	<p>施策が少しずつ進展している</p>
13	東京都	<p>(目標2) 認知症の早期発見・診断・対応を可能とする取組を推進する 《具体的な取組》</p> <p>○ 看護師や保健師等の医療職を認知症コーディネーターとして区市町村の地域包括支援センター等に配置し、かかりつけ医や介護事業者等と連携して認知症の疑いのある高齢者を訪問するなど、認知症の早期発見施策を推進します。 ○ 認知症疾患医療センター等に医師・看護師・精神保健福祉士等で構成する認知症アウトリーチチームを配置し、認知症コーディネーターからの依頼に基づき、認知症の疑いのある受診困難者を訪問して診断を行うなど、早期診断・早期対応の取組を推進します。 ○ 都民に認知症について正しい知識を得てもらい、認知症が疑われる場合に速やかに相談・受診してもらうことを目的として、本人や家族が簡単にチェックして認知症の疑いを判別できるチェックシートを作成し、パンフレットに盛り込んで広く配布するなど、認知症に関する普及啓発を充実します。 (目標3) 専門医療や介護、地域連携を支える人材を育成する 《具体的な取組》</p> <p>○ 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターを都内における認知症医療従事者等の研修の拠点と位置付け、各認知症疾患医療センターが実施する地域向けの研修を支援することにより、都内全体のレベルアップを図っていきます。 ○ 多職種が一堂に会する研修を実施し、認知症サポート医、かかりつけ医、一般病院の医療従事者、薬剤師、介護事業者等の認知症に携わる医療・介護従事者の認知症対応力を向上するとともに、顔の見える関係づくりを進めます。 ○ 急性期治療に関わる看護士向けに、入院から退院後の在宅生活まで視野に入れた認知症ケアについての研修を実施し、認知症の人が病院で治療を受けることと、退院後に元の生活に戻ることができることを促進していきます。 ○ 区市町村や地区医師会が実施する認知症対応力向上研修について、認知症疾患医療センターが講師を派遣する等して、支援していきます。 ○ 認知症介護に関する専門的研修を実施し、技術の向上を図ります。</p>	<p>(取組1－2) 適時・適切な支援の推進【基本目標Ⅲ】 ○ 全ての区市町村が、認知症サポート医、保健師、介護福祉士等の専門職で構成する「認知症初期集中支援チーム」を設置し、認知症の人や家族に対して、初期の支援を包括的・集中的に行います。 ○ 区市町村に配置した認知症支援コーディネーターと地域拠点型認知症疾患医療センターの認知症アウトリーチチームが連携して、受診困難な認知症の人等を訪問し、早期に医療や介護のサービスにつなげる取組を進めています。 ○ 地域拠点型認知症疾患医療センターの認知症アウトリーチチームが培った訪問支援のノウハウを提供するなど、区市町村における認知症初期集中支援チームの活動を支援していきます。 ○ パンフレット「知って安心認知症」の配布、ポータルサイト「どうきょう認知症ナビ」、都民向けシンポジウムの開催などを通じて、認知症が誰にでも身近な病気であることを普及啓発し、早期の受診を促進していきます。 ＜課題2＞認知症の人と家族が安心して暮らせる地域づくり (取組2－1) 認知症の人と家族を支える地域づくりの推進【基本目標Ⅲ】 ○ 認知症の初期から中・重度までの段階に応じて、適切な支援が受けられる体制を構築するため、健康長寿医療センターと協働し、大規模団地等で認知症とともに暮らす地域づくりに取り組む区市町村を支援するとともに、都医学研と協働し、行動・心理症状(BPSD)の改善が期待される「日本版BPSDケアプログラム」の普及を図ります。 ○ 都における医療専門職等の認知症対応力向上の支援拠点である「認知症支援推進センター」において、認知症サポート医や地域において指導的役割を担う医療・介護従事者等への研修を実施し、医療・介護連携のネットワーク構築や多職種協働を推進していきます。 ○ 認知症対応力向上サービスやその他の介護サービス事業所の介護職を対象に、認知症ケアに関する研修を実施し、地域における認知症ケアの質の向上を図ります。 ○ 区市町村の認知症地域支援推進員が、医療機関、介護サービス事業所、地域包括支援センター等地域の関係機関の連携を図るための支援や認知症カフェなどの認知症の人や家族が集う取組等を推進していきます。 ○ 認知症地域支援推進員が、地域の実情に応じた取組を推進するために必要な知識・技術を習得し、円滑に活動できるよう支援していきます。 ○ 介護者支援の拠点となる医療機関と連携した認知症カフェを設置し、医師等による講座の開催や医療専門職と家族との交流の場を提供するなど、地域の実情に応じて、認知症の人と家族の支援に取り組む区市町村を支援していきます。 ○ 認知症高齢者グループホームや小規模多機能型居宅介護事業所など、認知症の人と家族の地域生活を支える介護サービス基盤の整備を進めます。 (取組2－2) 若年性認知症対策の推進【基本目標Ⅲ】 ○ 若年性認知症の人を早期に適切な支援に結び付けられよう、都内2か所の「若年性認知症総合支援センター」職員などの支援者向け研修等を実施し、地域における相談支援対応力の向上を支援していきます。</p>	+	<p>施策が少しずつ進展している</p>
13	東京都	<p>(目標4) 地域での生活・家族の支援を強化する 《具体的な取組》</p> <p>1 区市町村と協働した地域包括ケアシステム実現に向けた取組の推進 ○ 認知症の人が安心して暮らせる住まいの確保に向けて、認知症高齢者グループホーム、特別養護老人ホーム、都市型軽費老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等の整備を進めるとともに、サービスの質の確保を図っていきます。 ○ 認知症の人と家族が住み慣れた地域で安心して生活できるように、在宅療養支援のための取組を推進します(詳細は第1章第4節を参照)。また、小規模多機能型居宅介護事業所等の地域密着型サービスの整備を進めています。 ○ 認知症の人と家族を地域で支え、見守るために、区市町村、地域包括支援センター、医療機関、介護事業者、認知症サポーター・ボランティア等の地域の多様な人材や社会資源によるネットワークづくりを進めます。特に独居や夫婦のみ世帯等の認知症高齢者に対する支援の在り方について、検討を進めています。</p> <p>2 若年性認知症対策の推進 ○ 東京都若年性認知症総合支援センター(平成24年5月開設)におけるワンストップの相談窓口や産業界に対する普及啓発など、若年性認知症の人に対する支援策を進めています。 3 認知症の予防と治療についての取組の推進 ○ 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターと公益財団法人東京都医学総合研究所において、アルツハイマー病の治療法の研究、生活習慣と認知症予防との関連等、認知症の発症予防や治療に向けた研究を進めています。 ○ 区市町村における認知症の予防につながる取組を支援していきます。</p>		+	<p>施策が少しずつ進展している</p>

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
14	神奈川県	<p>神奈川県第6次 第5節 精神疾患 3 施策 (1) 予防(県、政令市、市町村、医療提供者、県民) ○ 県民一人ひとりの「心の健康づくり」の取組みが進むよう、精神疾患全般の普及啓発だけではなく、統合失調症、うつ病、児童精神疾患、認知症等疾患別の普及啓発活動を進めます。 ○ かかりつけ医へのうつ病や認知症の対応力向上のための研修は、研修形態等を工夫し、受講を促進します。 (2) 治療・回復・社会復帰(県、市町村、医療提供者、サービス提供者等)との連携を担う「認知症サポート医」を養成します。 ○ 認知症のかかりつけ医の研修指導者であり、専門医療機関等との連携を担う「認知症疾患医療センター」を、二次保健医療圏ごとに設置します。 ○ 地域における認知症支援ネットワークの構築のため、かかりつけ医(かかりつけ歯科医)、専門医療機関、介護サービス事業所及びかかりつけ薬局等が相互に情報を共有する仕組みづくりを進めます。</p>	<p>神奈川県第7次 第5節 精神疾患 施策 (1) 予防(県、政令指定都市、市町村、医療提供者、県民) ○ 県民一人ひとりの「こころの健康づくり」を推進するため、精神保健福祉センター、保健福祉事務所(保健所)において、気分障害(うつ病等)、神経症性障害(不安障害等)、統合失調症、認知症、依存症といった疾患別の普及啓発活動に取り組みます。 ○ 平成20年度から実施している「かかりつけ医うつ病対応力向上研修」を継続するとともに、今後、研修形態を工夫する等、さらなる充実を図っていきます。 (3) 認知症の人にやさしい地域づくり ○ 認知症の容態に応じて適時・適切な医療・介護を提供するため、早期診断・早期対応を軸として、「認知症疾患医療センター」を中心とした認知症専門医療の提供体制の強化をはじめ、医療と介護の連携、認知症の人への良質な介護を担う人材養成等に取り組みます。 ○ 認知症の人の介護者への支援のため、介護経験者等が応じるコールセンターの設置等、相談体制を充実し、介護者の精神的身体的負担の軽減に取り組みます。</p>	変化なし	
15	神奈川県	<p>新潟県第6次 5 精神疾患 施策の展開 <目指すべき方向> 【認知症】 (1) 認知症の進行防止や脳血管性認知症の原因となる疾患の予防を推進するため、介護保険法による地域支援事業や健康増進法による健康教育、健康相談、訪問指導等の健康増進事業を行います。 (2) 認知症の早期発見、早期診断体制を推進するため、医師等の認知症対応力向上につながる研修を充実します。 (3) 認知症高齢者グループホームや小規模多機能型居宅介護事業所等の認知症に対応した介護サービスの充実を図ります。 (4) 各地域の特性を踏まえ、医療・介護サービス等が連携し、総合的に提供される環境づくりを促進するため、認知症に対応した地域連絡ノート等の活用を図ります。 (5) 地域の中心的な総合相談窓口となる地域包括支援センターにおいて、認知症相談支援機能の充実を図ります。 (6) 本人や家族に対し認知症初期の段階から在宅における支援を行う体制整備を促進します。 (7) 認知症を正しく理解し、認知症の人やその家族を支援する地域づくりを進めるため、認知症サポーターの養成やフォローアップを行います。</p>	<p>新潟県第7次 5 精神疾患 認知症 施策の展開 <目指すべき方向> 認知症の容態に応じた適時、適切な医療と介護が提供される体制づくりを促進します。 (1) 認知症の進行抑制や血管性認知症の原因となる疾患の予防を推進するため、地域支援事業や健康増進事業を促進します。 (2) かかりつけ医認知症対応力向上研修や認知症サポート医の養成を進め、必要により認知症疾患医療センター等適切な医療機関や介護、福祉サービスにつなぐ体制を整備します。 (3) 歯科医師、薬剤師の認知症対応力向上、認知症の疑いのある人に早期から気づき、かかりつけ医や地域包括支援センター一職員、介護支援専門員等と連携して対応できるよう体制を整備します。 (4) 地域連絡ノートやICTを活用し、医療と介護の連携を促進します。 (5) 認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員の活動が円滑に行われ、医療・介護サービス等が連携し、総合的に提供されるよう市町村を支援します。 (6) BPSDや身体合併症が見られた場合にも、医療機関等で適切な治療やリハビリテーションが実施される体制を整備します。 (7) 若年性認知症の人を支援するため、全ての認知症疾患医療センターに配置された若年性認知症支援コーディネーター*が中心となり、診断から早期の支援につながるよう、認知症疾患医療センターの機能を活用した関係者のネットワークづくりを推進します。 (8) 認知症を正しく理解し、認知症の人やその家族を支援する地域づくりを進めるため、認知症サポーターの養成やフォローアップを推進します。</p>	+	前計画より記述内容が充実している
16	富山県	<p>富山県第6次 (5) 精神疾患の医療体制 第5 精神疾患の医療提供体制における主な課題と施策 認知症 <施策> ○ かかりつけ医認知症対応力向上研修を継続して実施し、修了者数を増加させます。 ○ 認知症サポート医養成研修への派遣や認知症サポート医フォローアップ研修の開催などにより、認知症サポート医によるかかりつけ医への支援体制を充実します。 ○ 高岡医療圏における認知症疾患医療センターの設置を促進します。 ○ 認知症高齢者に関わる医療や介護・福祉等の関係機関の情報共有を進めるツール(①本人や家族介護者が所持する「ケア手帳」、②相談機関や医療機関が相互にやりとりする連絡シート)の普及・活用の促進に努めるとともに、各認知症疾患医療センターに組織された地域連携協議会を有効に機能させ、医療と介護・福祉等の連携の充実を図ります。 <施策>(課題③の施策と併せて実施) ○ 地域住民の理解促進のため、リーフレットの作成や研修会の開催、出前講座や認知症サポーターの育成等を活用した普及啓発、認知症に関するホームページの充実など、認知症について正しく理解するための普及啓発を実施します。 ○ 高齢者総合相談センターにおける相談支援の充実(認知症ほっと電話相談等)など、認知症高齢者及び家族介護者に対する相談支援体制の充実にも努めます。 ○ 認知症疾患医療センター等の住民への周知による早期相談・受診・治療の促進、地域包括支援センターにおける認知症相談や介護予防事業における基本チェックリスト等での認知症の予防・早期発見の推進、厚生センター等と連携した如遇困難事例等に対する支援等を行います。 ○ 認知症高齢者グループホーム、認知症対応型デイサービス、小規模多機能型居宅介護等の計画的な整備を行うとともに、認知症介護に携わる専門的人材の育成に努め、地域密着型サービスの充実を図ります。 ○ 地域包括支援センター等の職員に対し、医療と介護・福祉の連携推進等の研修を実施するなど、医療と介護・福祉等の一体的な支援体制を充実します。</p>	<p>富山県第7次 (5) 精神疾患の医療体制 第5 精神疾患の医療提供体制の主な施策 (3) 多様な疾患等への対応 認知症 厚生労働省が策定した認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)に沿った取組みを進めます。 ・認知症への理解を深めるための普及・啓発を推進します。 ・認知症サポーターの養成研修、街頭啓発活動等の実施等 ○ 認知症発症予防を推進します。 ・生活習慣病予防対策の充実(STOP!糖尿病、生活習慣改善健康会館の実施等) ・エイジレス社会づくりへの取組みの推進(老人クラブへの支援、地域社会の「担い手」となる高齢者の養成等)等 ○ 早期診断・早期対応のための体制を整備します。 ・認知症疾患医療センターにおける速やかな鑑別診断、専門医療相談等の実施を支援 ・関係職種(医師、歯科医師、薬剤師、看護師、病院勤務従事者など)の認知症対応力向上研修の開催 ・認知症初期集中支援チームの体制整備への支援や資質向上に向けた研修の実施 ○ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりを推進します。 ・多機関の連携による広域見守り体制の整備 ・認知症地域支援推進員活動の活性化に向けた、好事例紹介や情報交換等の推進 ○ 若年性認知症への対応を強化します。 ・富山県若年性認知症相談・支援センターでの相談対応による本人・家族の支援 ・市町村・関係機関との連携強化による適切な支援の推進 ・若年性認知症の人やその家族が交流できる居場所づくりの設置 ・若年性認知症の人への就労や社会参加につながる仕事の場づくりの推進 ・職場等における就業上の対応や、治療と仕事の両立への取組みを促進</p>	+	前計画より論点がやや絞り込まれている

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
17	石川県	<p>石川県第6次 第4章 医療提供体制の整備 5 疾病対策別等の医療連携体制の充実 【精神疾患】 (3) 対策 <各論:認知症対策> 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。 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カ所程度、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。 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、ケアマネージャー、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>石川県第7次 第5章 医療提供体制の整備 10 在宅医療の推進(認知症含む) (3) 対策 ③ 住民への在宅医療に関する普及啓発 ・市町が地域の関係団体と連携して行う普及啓発の取組と合わせて、県でも市民公開講座の開催により、入院から在宅療養への移行プロセスや在宅医療で利用できるサービス、看取り、認知症、フレイルなどに関する住民向けの普及啓発に努める。 ④ 認知症患者への対応 ア 認知症疾患医療センターの充実 ・認知症疾患医療センターの運営やBPSD・身体合併症を持つ認知症患者受入体制の強化を支援するとともに、高松病院の管理診療棟の建替を行う。 イ かかりつけ医による認知症の早期発見・早期対応と継続医療体制の強化 ・かかりつけ医の認知症対応力向上研修や認知症サポート医養成研修の受講促進、認知症サポート医に対するフォローアップ研修などにより、かかりつけ医による認知症の早期発見・早期対応と継続医療体制の強化を図る。 ・認知症サポート医に対して市町の認知症初期集中支援チームへの協力を求めるとともに、チーム構成員に対して研修を行い、認知症初期集中支援チームの対応力強化を図る。 ウ 認知症の行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等への対応強化 ・BPSDや身体合併症を持つ認知症患者の受け入れを行う精神科病院等に対する支援を行い、受け入れ体制を強化する。 エ 入院患者の認知症悪化予防の強化 ・入院患者の認知症の悪化を予防するため、認知症認定看護師の養成や医療従事者への認知症対応力向上研修などを通じ、認知症患者に対応できる人材の育成や、院内の認知症ケアチームの設置などを行う病院を増やしていくとともに、認知症デイケアルームの設置など、認知症ケアチームが活躍し、円滑に在宅療養へ移行できる体制構築を促進する。 ・地域ごとの事例検討会を通じ、各地域で認知症に関わる多職種の連携体制を構築するとともに、地域の多職種連携の中核となる人材を養成することで、高松モデルの普及を促進する。</p>	+	前計画より論点がやや絞り込まれている
18	福井県	<p>福井県第6次 第5章 精神疾患 II 今後の目指すべき方向 【施策の内容】 1 必要な精神科医療の早期提供(県、市町、医療機関) (5)認知症疾患の早期診断につなげるためにかかりつけ医等への研修を行うとともに、認知症サポート医の養成を行います。 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) 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。 (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。 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) (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>	<p>福井県第7次 第5章 精神疾患 II 今後の目指すべき方向 【施策の内容】 1 心の健康づくりと精神科医療の早期提供(県、市町、医療機関) (5)認知症の早期診断・早期対応のため、かかりつけ医認知症対応力向上研修の実施やサポート医の養成を進めるとともに、認知症診療および認知症初期集中支援チームの取り組みが円滑に行えるよう、市町の支援を行います。また、認知症の予防のため、「ふくい認知症予防メニュー」の普及を行います。 2 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築(県、市町、医療機関) (1)多様な精神疾患等ごと(統合失調症、うつ病、躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症等)に対応できる医療機能(県連携拠点機能、地域精神科医療提供機能)を明確にし、県内の医療連携による支援体制の構築を目指します。 (6)病院勤務の医療従事者や看護職員を対象とした認知症対応力向上研修を実施し、行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等への適切な対応力の向上を図るとともに、医療・介護等の連携の推進役となる認知症サポート医を養成します。 3 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築(県、市町、医療機関) (4)退院後の生活に向けた生活訓練の場、生活の場としてのグループホーム等の充実を図ります。 (6)高齢の長期入院患者等の退院促進に向け、介護保険等関係機関との連携強化を行います。 (9)認知症の人ができるだけ住み慣れた地域で生活を継続できるように、医療・介護等の連携の推進役となる認知症サポート医の養成を行うなど、医療・介護等の連携を一層進めるとともに、若年性認知症の人やその家族を支援する関係者のネットワークの構築を推進します。</p>	+	
19	山梨県	<p>山梨県第6次 第5節 精神疾患 認知症に対する総合的な取り組み 認知症に対する主な取り組み 【理解の普及と家族等への支援】 <施策の展開> ○「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。 ○ 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ラバン・メイトを養成します。 【早期診断・早期治療】 <施策の展開> ○ 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、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。 ○ 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。 【医療機関の連携】 <施策の展開> ○ かかりつけ医と精神科医との連携を推進し、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。 ○ 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。 【医療と介護等の連携】 <施策の展開> ○ 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。 ○ 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>	<p>山梨県第7次 第5節 精神疾患 施策の展開 認知症対策 ○ かかりつけ医や歯科医師、薬剤師を対象に認知症への対応力を高めるための研修を行うとともに、市町村に設置されている「認知症初期集中支援チーム」等と県内の圏域ごとに設置された専門的な医療機関である認知症疾患医療センター等が効果的に連携し、早期診断・早期対応体制の強化を図ります。 ○ 認知症サポーターの養成を進めるとともに、認知症カフェの設置への支援や認知症サポート事業所の拡大など、地域の見守りを強化し、地域全体で認知症の人とその家族を支える仕組みづくりを推進します。 ○ 若年性認知症への理解の普及を図るとともに、本人や家族が安心して相談でき、必要な支援が受けられるよう、総合的な相談体制づくりを進めます。</p>	変化なし	前計画に比べ記述量自体は減少している。

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
20	長野県	<p>長野県第6次 第5節精神疾患対策 第3 施策の展開</p> <p>5 認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要な医療を提供できる体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 早期の診断に繋げるため、かかりつけ医を対象とした研修を実施し、認知症相談医の養成を推進します。 ○ かかりつけ医への助言や、専門医療機関等との連携の推進役となる認知症サポート医の養成を推進します。 ○ 認知症高齢者やその家族から様々な相談に応じるための認知症コールセンターの設置や、市町村の認知症支援専門員（認知症コーディネーター）の配置への支援等により、医療と介護の連携による支援体制を促進します。 ○ 認知症の専門医療機関である認知症疾患医療センターの整備を推進し、地域における認知症医療の水準向上を図ります。 ○ 認知症の入院患者が早期に退院できる体制の整備を推進します。 	<p>長野県第7次 第5節 精神疾患対策 第3 施策の展開</p> <p>1 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、発達障がい、依存症などの多様な精神疾患等ごとに医療機関の医療機能（県連携拠点機能、地域連携拠点機能）を一定程度明確化し、多職種連携や多施設連携及び専門職養成を推進します。 (3) 認知症 <ul style="list-style-type: none"> ○ 認知症の専門医療の提供体制を強化するため、認知症疾患医療センターの拡充に取り組みます。 ○ かかりつけ医への助言を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる認知症サポート医の養成を推進するとともに、認知症の早期発見における役割が期待される、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師の認知症対応力の向上を図るための研修を実施します。 ○ 認知症患者の身体合併症等への対応を行う一般病院勤務の医療従事者等が認知症への対応に必要な知識・技能を習得するための研修を実施します。 ○ 若年性認知症患者が発症初期の段階から適切な支援が受けられるように、支援コーディネーターの配置、相談窓口の設置、普及啓発などの取組を推進します。 2 精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築 (3) 県の取組 <ul style="list-style-type: none"> ○ 認知症の人が早期の診断や周辺症状への対応を含む治療を受け、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるように、長野県高齢者プランと整合を図りながら取り組みます。 	変化なし	
21	岐阜県	<p>岐阜県第6次 第2節 精神疾患対策 3 認知症疾患対策</p> <p>【基本的な計画事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 認知症患者が、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できる医療提供体制を構築します。 【今後の施策】 <ul style="list-style-type: none"> ○ 医療、介護の専門家など多職種が協働して実施する「地域ケア会議」の普及・定着を支援していきます。 ○ 認知症患者が、心理的な抵抗感を感じることなく早期の診断や周辺症状への対応を含む治療を受けられ、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できる医療提供体制を構築するため、地域型認知症疾患医療センター等の専門医療機関を中心にかかりつけ医、かかりつけ歯科医、介護機関等との情報共有と連携を支援すると共に、市町村における認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）の作成を推進していきます。 ○ 引き続き基幹型認知症疾患医療センターの整備を検討していきます。 ○ 認知症に関する正しい知識の普及・啓発を図ります。 ○ 医師や介護職員向けの研修を引き続き実施し、関係機関の認知症対応力の向上を推進していきます。 	<p>岐阜県第7次 第12 節1 その他の疾病等に対する対策 認知症疾患対策</p> <p>5 目指すべき方向性と課題</p> <p>(1) 目指すべき方向性</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 認知症の人の意思が尊重され、住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができるよう、認知症の容態に応じた適切な医療・介護等が提供できる体制を構築します。 7 今後の施策 <ul style="list-style-type: none"> ○ 認知症サポート医の空白地域を解消するため、すべての市町村において認知症サポート医を配置するとともに、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師等の医療職を中心とした、認知症の人やその家族を支えるための基本知識等を習得する研修を実施します。 ○ 認知症発症予防の推進のため、取組みの進んでいる市町村事例を紹介する等、各市町村、地域包括支援センターへの支援を行います。 ○ 早期に認知症の鑑別診断が行われ、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期の対応体制を構築するため、各市町村の認知症初期集中支援チームに対し、ケーススタディ形式によるフォローアップ研修等を実施します。 ○ 認知症地域支援推進員が行う、地域において認知症の人を支援する医療・介護・福祉関係者等のネットワークづくりや、認知症の人とその家族を支援する相談業務等の活動を推進するため、認知症医療専門職による研修等を実施します。 ○ 若年性認知症の本人や家族への支援の充実を図るため、若年性認知症家族会に対する運営補助を行い継続的な活動を支援するとともに、若年性認知症支援センターの活動を充実させ、コーディネーターによる本人や家族への相談、講演会の開催、県内の認知症疾患医療センターや精神科病院との情報共有、課題の抽出、解決方法の検討を行います。 ○ 医療・介護・福祉の連携体制構築のため、認知症疾患医療センターが行っている地域の介護・福祉関係機関と連携するための会議や相談事業等を支援するとともに、市町村が行う地域ケア会議に医療・介護の専門職やアドバイザーを派遣するなどの支援を行います。 ○ 地域ごとに医療・介護等が適切に連携できるよう、認知症ケアパスの活用先進事例の紹介等を通じ、全市町村での作成・活用を推進します。 ○ 認知症の人や認知症が疑われる人に早期に気づき、認知症の人やその家族を地域全体で支援していく体制を構築するため、県民向けセミナー等を実施し、認知症に関する正しい知識の普及・啓発活動を引き続き実施します。 	+	研修と普及啓発活動が計画の中心である。
22	静岡県	<p>静岡県第6次 5 精神疾患 7-2 認知症</p> <p>(4) 対策</p> <p>ア 市町の取組</p> <p>○ 認知症施策の推進に当たっては、高齢者の数や医療・介護・その他のサービスの地域にどのくらいあるかなどの地域の実情に応じた認知症の人への支援体制が構築が重要であることから、住民にとって最も身近な基礎的自治体である市町において、以下の取組を進めます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症施策の企画・立案等に、認知症の人やその家族の視点を反映させるとともに、認知症の人自らが思いを発信し、地域の関係者や住民等がその思いを聴く機会を設けることにより、認知症や認知症の人への理解を深めます。 ・認知症の状態に応じた地域ごとの適切なサービス提供の流れを示す「認知症ケアパス」を策定し、どのように認知症の人を支えていくかを住民に明示します。 ・「認知症初期集中支援チーム」(※2)の設置等により、初期の段階で専門職が認知症の人や家族に関わり、かかりつけ医等と連携しながら認知症に対する適切な治療につなげるとともに、介護サービスを利用する前の初期認知症の人の居場所（認知症カフェ等）づくりを進めます。 ※2 認知症初期集中支援チーム：保健師や介護福祉士等の専門職員が複数で家庭を訪問し、認知症の専門医等による鑑別診断等を踏まえてアセスメントし、本人や家族支援などの初期の支援を集中的に行うことにより、自立生活のサポートを行うもの ・医療機関や介護サービスなどの地域の支援機関の連携の調整役となる「認知症地域支援推進員」を配置し、関係機関の円滑な連携を図ります。 ・地域包括支援センターにおいて、認知症の人や家族の相談に対応し、適切に受診や介護サービスの利用等につなげます。 ・認知症サポーターの養成等をはじめとした各種啓発活動により、認知症に対する正しい知識・理解の普及を進めます。 ・介護予防教室や居場所等において、認知機能低下予防の取組を実施するとともに、生活習慣の改善、健康づくり等、認知症予防につながる生活習慣病予防の取組を進めます。 <p>イ 県の取組</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 県は、地域における認知症対策の主体である市町の取組を支援するとともに、医療、介護・福祉に従事する人の質の向上を図り、医療と介護・福祉をはじめとする多職種の連携を推進します。 ○ また、認知症施策の企画・立案等に当たり、認知症の人やその家族の視点を反映させるなど、認知症の人やその家族の視点を重視した取組を進めます。 	<p>静岡県第7次 第7章 各種疾病対策等 第5節 認知症対策</p> <p>2 対策</p> <p>(1) 状態に応じた適時・適切な支援体制の構築</p> <p>ア 早期発見、早期対応の体制づくり</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ かかりつけ医に対する認知症対応力向上研修を県医師会及び郡市医師会等の協力を得ながら実施し、県民にとって身近なかかりつけ医が認知症に対する対応力を高め、必要に応じて適切な医療機関に繋ぐ体制を整備します。 ○ 認知症サポート医を養成し、かかりつけ医や介護専門職に対するサポートや、専門医療機関、地域包括支援センター等との連携を強化します。また、認知症サポート医のリーダー養成や、認知症サポート医相互のネットワークの構築を促進し、認知症サポート医の活動の活性化を図ります。 ○ 病院等で勤務する指導的役割の看護職員に対して認知症対応力向上研修を実施し、医療機関内での認知症ケアの適切な実施とマネジメント体制の構築を支援します。 ○ 病院勤務の看護師、リハビリテーション専門職、検査技師等に対して認知症対応力向上研修を実施し、病院での認知症の人の手術や処置等の適切な実施を促進します。 <p>○ 認知症疾患医療センターの運営を支援するとともに、認知症疾患医療センター相互のネットワーク構築を促進し、地域における認知症疾患の専門医療水準の向上と医療、介護、福祉等の連携体制の強化を図ります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 住民に身近な歯科医師、薬剤師に対する認知症対応力向上研修を関係団体の協力を得ながら実施し、歯科医師、薬剤師が、認知症の疑いのある人に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して対応できる体制の整備を促進します。 ○ 県が作成した、認知症連携パス「ふじのくに」に「ささえあい」手帳」の全県普及を図り、医療や介護の専門職等との情報共有を推進します。 ○ 認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員の活動が効果的に取り組まれている事例の共有や相互の情報交換の場を設けるとともに、医師会をはじめ医療関係団体との調整を図るなど市町の取組を支援します。 	+	具体的内容が欠けている

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
22	静岡県	<p>①認知症の正しい理解と予防</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症の人自らが思いを発信し、広く県民がその思いを聴く機会を設けることにより、認知症や認知症の人への理解を深めます。 ・市町における認知症サポーターの養成を促進するため、認知症サポーター養成講座の講師である「キャラバン・メイト」を養成します。また、認知症サポーターが認知症の人の理解者としてだけでなく、様々な場面で活躍してもらえるよう、県内外の先進的な取組の情報収集を行い、市町に提供することにより、地域における認知症サポーターの活躍の場の拡大を促します。 ・市町等で実施する認知症予防に関する取組の情報を収集し、参考となる事例を周知するとともに、各市町において、認知症の予防事業が効果的に実施されるよう、市町職員や地域包括支援センター職員等を対象とした研修会を開催します。 ・認知症予防につながる「高齢期になる以前からの生活習慣病予防の重要性」を県民に周知します。 <p>②早期診断・早期対応の体制づくり</p> <ul style="list-style-type: none"> ・引き続き、かかりつけ医を対象に認知症対応力向上研修を実施するとともに、かかりつけ医への助言や支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センターとの連携の推進役となる「認知症サポート医」を養成し、適時にかかりつけ医から専門医療機関や介護サービス等につなげる仕組みの構築を図ります。 ・地域の認知症疾患に関する診断・治療の中核機関である「認知症疾患医療センター」の運営を、政令市とともに支援し、地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図ります。また、認知症疾患医療センターが未設置の地域及び数的に不足している地域における整備を検討します。 	<p>イ 継続的な支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ○地域において、認知症の状態に応じて医療・介護等のサービスが適時・適切に切れ目なく提供するため、認知症疾患医療センターと認知症サポート医リーダーが中心となり、地域が一体となって認知症の人や家族の生活を支える体制の構築を推進します。 ○市町の地域包括支援センターと医療機関との連携等、認知症の人と家族を支援する関係者のネットワークの構築を推進します。 ○地域で作成した認知症ケアパスについて、認知症の人や家族、医療・介護関係者等の間で共有され、サービスが切れ目なく提供されるよう、その活用を推進します。 ウ 認知症の予防 ○市町において、認知症の予防事業が効果的に実施されるよう、市町職員や地域包括支援センター職員等の資質の向上を図ります。 ○認知症予防につながる「高齢期になる以前からの生活習慣病予防の重要性」を県民に周知します。 <p>(2)若年性認知症施策の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ○若年性認知症相談窓口の若年性認知症支援コーディネーターと医療機関との連携等、若年性認知症の人や家族を支援する関係者のネットワークの構築を推進します。 (3)認知症の人とその家族への支援 ○認知症の人や家族、医療や介護等の関係機関・団体、学識経験者等で構成する分野横断的な会議を開催し、当事者の視点に立った施策の総合的な展開を図ります。 ○県民の認知症に対する理解促進を図るため、地域住民、医療や介護等の関係者、企業、団体等が一体となった普及啓発を行います。 ○認知症地域支援推進員が行う医療・介護等のネットワークの構築等の取組が円滑に進むよう、医療関係団体との調整を図るなど、市町の取組を支援します。 	+	<p>具体的内容が欠けている</p>
22	静岡県	<p>③地域での生活を支える医療・介護サービスの構築</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症の人の住み慣れた地域での生活を支えるため、市町が行う小規模多機能型居宅介護をはじめとした地域密着型介護サービスの整備を支援します。 ・一般病院の看護職員等向けに、退院後の在宅生活まで視野に入れた認知症ケアについての研修を実施します。 ・「認知症地域支援推進員」に対する研修やネットワーク会議などを実施し、医療と介護の連携強化や地域の実情に応じた支援体制の構築を促進します。 ・認知症の人の状態等に応じた適切な介護サービスが提供されるよう、介護に関わる施設職員等を対象に認知症介護に関する知識や技術習得のための各種研修を実施し、認知症の人に対する介護サービスの質の向上を図ります。 ・医療機関や介護サービス事業者等の関係機関の円滑な連携を促進するため、「認知症地域連携パス」等の認知症の人の情報や治療経過、介護サービスの利用状況等を共有するためのツールの導入を検討します。 <p>④地域での日常生活・家族の支援の強化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市町が設置する「地域包括支援センター」等の相談窓口について県民に情報提供するとともに、認知症介護の経験者等が、同じ立場、仲間立場で、様々な相談に対応する「認知症コールセンター」を設置し、認知症の人やその家族等が、「まずは相談」できる体制の整備を図ります。 <p>⑤若年性認知症施策の強化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・若年性認知症の人については、医療、介護、福祉に加え、就労面や経済面を含む各人の状態に合わせた総合的な支援体制が必要となることから、若年性認知症実態調査の結果や若年性認知症の人及びその家族との意見交換会等を踏まえた、関係機関が連携した支援体制の整備を図るとともに、若年性認知症に関する正しい知識の普及に努めます。 		+	<p>具体的内容が欠けている</p>
23	愛知県	<p>愛知県第6次 第3節 高齢者保健医療福祉対策 2 認知症対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 認知症高齢者を地域で支えるために、平成22年度より「あい介護予防支援センター」を設置し、市町村や地域包括支援センターを支援するとともに、認知症を正しく理解し、見守りや支援の手を差しのべることができる認知症サポーターを養成しています。 ○ 認知症診療体制の充実及び認知症ケアの質の向上を図るため医師及び介護職員等の研修を実施しています。 ○ 認知症高齢者と家族を支えるために地域の社会資源のネットワーク化を図り、有効な支援を行うことができる地域支援体制づくりのモデル事業を実施しています。 	<p>愛知県第7次 第2節 高齢者保健医療福祉対策 2 認知症対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 認知症の人を地域で支えるために、認知症を正しく理解し、地域で認知症の人やその家族を手助けする認知症サポーターを養成しています。 ○ 認知症予防の取組として、認知症予防運動プログラムを作成し、研修により県内市町村への普及を図っています。 ○ 早期診断・早期対応を軸とした、認知症の容態に応じた切れ目のない適時・適切な医療・介護が提供されるよう、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員及び介護職員、認知症地域支援推進員等への研修を実施しています。 ○ 市町村の認知症地域支援体制及び認知症ケアに関する先進事例や好事例を収集し、県内市町村への普及、また、研修会の実施により認知症施策の全体的な水準の向上を図っています。 ○ 若年性認知症の人やその家族等からの相談に応じ、医療・福祉・就労等の総合的な支援をするため、「愛知県若年性認知症総合支援センター」を設置しています。 		<p>変化なし</p>
24	三重県	<p>三重県第6次 第5節 精神疾患対策 4. 施策の展開</p> <p>(2)取組方向</p> <p>取組方向1: 精神科医療提供体制の充実 取組方向2: 精神障がい者が地域で生活していくための連携体制の構築 取組方向3: 認知症患者への対応の推進 取組方向4: うつ病に対する医療支援の充実 取組方向5: 精神障がい者に対する理解の促進</p> <p>(3)取組内容</p> <p>取組方向3: 認知症患者への対応の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 認知症の早期発見、早期治療、予防につなげるため、また本人およびその家族への支援として、認知症を正しく理解するための講座を開催し、認知症サポーター*を養成します。(市町、県) ○ 認知症の人の診療に関し、かかりつけ医への助言その他支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる認知症サポート医について、関係機関等とともに養成を進めます。(医療機関、医療関係団体、県、関係機関) ○ 認知症サポート医の協力を得て、主治医・かかりつけ医等への認知症対応力向上研修を実施し、早期発見、早期治療につなげます。(医療機関、医療関係団体、県) ○ 認知症サポート医や地域のかかりつけ医を対象とした事例相談会等を開催することにより、認知症サポート医のフォローアップを行い、地域における認知症サポート医、かかりつけ医、専門医療機関や地域包括支援センター等の連携を進めます。(医療機関、地域包括支援センター、医療関係団体、県、関係機関) ○ 二次保健医療圏ごとに認知症疾患医療センターを整備し、地域の医療関係者や地域包括支援センター等との研修会や連携協議会を開催することで、医療と介護の連携を図ります。(医療機関、地域包括支援センター、市町、県) 	<p>三重県第7次 第5節 精神疾患対策 4.めざす姿と施策の展開</p> <p>(2)取組方向</p> <p>取組方向1: 精神疾患のある人等が地域の一員として、安心して、自分らしい生活ができるための支援 取組方向2: 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築</p> <p>(4)取組内容</p> <p>取組方向2: 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築</p> <p>3) 認知症</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 県内9か所の認知症疾患医療センターを中心として認知症サポート医*・かかりつけ医等や介護関係者の連携体制を構築することで、認知症の診断・治療や家族への相談支援の充実を図ります。(市町、医療機関、関係機関、県) ○ 認知症サポート医養成研修の受講における支援や、病院の指導的立場の看護職員に対する認知症対応力向上研修を実施して、病院・診療所における認知症医療体制の構築を図ります。また、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師等の医療従事者に対し、認知症対応力向上研修を実施して、認知症の早期発見・早期治療および地域で暮らす認知症の人に対する適切なケアにつなげます。(医療機関、県) ○ 認知症の早期診断・早期対応に向け、認知症に係る専門的な知識・技能を有する医師の指導の下、看護師等の複数の専門職により、認知症が疑われる人等に対し初期支援が包括的・集中的に行われる「認知症初期集中支援チーム」に係る市町の取組が円滑に進むよう、先進事例の情報提供や情報交換の場を設けるなどの支援を行います。(市町、県) 		<p>変化なし</p>

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
25	滋賀県	<p>滋賀県第6次 11認知症 施策の内容 実施の内容 (1)認知症予防対策の推進 ○地域において生活習慣病予防対策と連動し、継続的に取り組むことのできる認知症予防 対策の推進を支援します。 ○認知症予防を推進する仲間づくり、地域づくりを支援します。 (2)早期発見・早期対応ができる体制の充実 ○認知症相談医制度による認知症の早期発見および相談機能の充実・強化を図ります。 ○市町における家族や介護者に認知症の理解を促す啓発、地域住民に認知症に対する正しい理解を促す啓発等を支援し、相談窓口や身近な地域で診断可能な医療機関の周知を行うとともに、地域の中で認知症の人および家族を支えることができる地域づくりを支援します。 ○認知症の行動心理症状が重症化する前に適切な対応が可能となるよう、認知症の人を初期から支援できるチーム体制の整備を促進します。 ○認知症の人を支援する多職種が継続的なアセスメントを行い、認知症ケアの適切な提供につなげていけるよう、認知症の重症度の推測、早期受診につながるツールの普及・啓発に努めます。 (3)地域で支える認知症対策の推進 ○認知症相談医をはじめとするかかりつけ医が、認知症の人の日常的な診療を行い、認知症相談医およびサポート医、認知症疾患医療センター、鑑別診断や治療が可能な医療機関それぞれの役割を明確にし、身近な地域で認知症の人および家族を支援することができる 体制の構築を図ります。 ○認知症の人ができる限り住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、地域の実情に応じた認知症クリティカルパスの策定を支援します。また、地域の保健・医療・福祉の関係機関の連携により地域での生活ができるよう支援体制の充実を図ります。 ○二次保健医療圏ごとに、保健・医療・福祉等専門職による顔の見えるネットワークの構築を支援し、医療と介護の連携ツール等の活用を行い、認知症の人や家族支援の充実を 図ります。 ○認知症に関わる保健 医療・福祉の関係者が認知症の理解を深め、認知症の人が安心して医療と介護を受けられるよう、人材の育成に努めます。 ○地域住民による支え合いも含めた認知症の人に適した介護サービス等の提供体制の構築を推進します。</p>	<p>滋賀県第7次 12 認知症 具体的な施策 (1)認知症とともに生きるためのそなえの推進と医療的支援の充実 ア 予防を含む認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進 ○ 認知症の最大の要因は加齢であり、誰にとっても身近な病気であること、また、認知症の根本的治療薬や予防法は十分に確立されていませんが、認知症の発症に影響する様々な危険因子や防御因子が明らかになっていることから、老化を遅延するための望ましい生活習慣の啓発を推進します。 ○ 市町における介護予防や健康寿命延伸に向けた認知機能低下に対する取組についての情報交換の場を設けるなどして、効果的な実践ができるよう支援します。 ○ 認知症の正しい知識を普及し、認知症になっても生き生きと活動していけることを発信します。 ○ 引き続き、企業や、小・中学校など様々な団体に向けて、認知症サポーター＊養成講座等への受講の働きかけを行い、認知症に対する理解を促進します。 イ 早期発見・早期対応ができる体制の充実 ○ 認知症の相談機関や医療機関の周知について、市町とともに取り組みます。 ○ 認知症相談医の拡充による早期発見と早期対応を推進します。 ○ 歯科医師・薬局薬剤師の認知症対応力向上による早期発見を推進します。 ○ 医師や保健師、介護福祉士＊などの多職種により市町が設置する認知症に早期に対応できる認知症初期集中支援チーム＊について、チーム員である認知症サポート医＊の確保やチーム員研修・初期集中支援事業に関する市町の情報交換等の支援を実施します。</p>	+	
25	滋賀県	<p>(4)若年認知症対策の推進 ○もの忘れサポートセンターしが/滋賀県若年認知症コールセンターや認知症疾患医療センター等において相談に応じ 助言等を行い支援します。 ○若年認知症の人と家族のための相談窓口や利用できるサービス等について周知を図ります。 ○若年認知症の人と家族を社会で支えることができるよう県民意識の醸成を図るため県民や企業・事業者等に対し啓発を行います。 ○若年認知症に対する理解を促進し、医療、介護、産業、障害、行政等、若年認知症の人を支援する関係者が連携し、早期から本人の状態に応じた適切な支援ができる体制づくりを推進していくとともに、若年認知症の人に対する相談、支援の場の充実を図ります。 (5)認知症の人に対する権利擁護の推進 ○地域包括支援センターを中心に県、市町、保健・医療・福祉関係者の連携の中で相談に応じ、必要な援助が実施できる 虐待対応ネットワークの構築を支援します。 ○高齢者虐待に関する研修会の開催や、高齢者成年後見支援センターにおいて、市町や地域包括支援センター等に対して成年後見制度および高齢者虐待の困難事例等への技術的助言、人材育成等の支援を行い、市町において医療との連携のもと、高齢者虐待防止のための地域でのきめ細やかな見守りや相談体制が充実できるように支援します。 ○権利擁護センターでの法律や医療等の専門的な権利擁護相談や市町の地域包括支援センター等関係機関と連携した問題解決に向けた取組を支援します。</p>	<p>ウ 本人の状況に応じた医療・介護等の提供 ○病院における院内ダイヤ等、認知症高齢者に対する取組への支援を推進します。 ○医療機関や地域などで認知症ケアのリーダー的存在が期待される認知症看護認定看護師の拡大を図ります。 ○医療従事者向けの認知症対応力向上研修や、フォローアップ研修を通して、薬剤の使い方や認知症アセスメントの徹底、体調管理など、認知症の行動・心理症状やせん妄等の予防的介入を推進します。 ○介護従事者への認知症介護研修による介護人材の資質向上を図ります。 ○認知症の人の意向をくみ取れるよう、医療・介護などの従事者のスキルアップを図ります。 ○認知症の人の当事者ミーティングなどを通して、認知症施策に対する当事者の意見を反映するよう努めます。 ○認知症にかかる医療と介護の滋賀県大会を実施し、認知症の医療と介護の前進を発信し、共有します。 エ 若年・軽度認知症施策の推進 ○医療、介護、産業、障害福祉、行政など、若年認知症の人を支援する関係者が連携するネットワークの機会を提供します。 ○若年・軽度認知症の特性に配慮した介護プランを立案する介護支援専門員に対する支援を検討します。 ○若年・軽度認知症の支援機関や支援内容が周知されるよう、若年・軽度認知症支援者の見える化を図ります。 若年認知症と軽度認知症の人に対する相談、支援の場を拡充します。 (2)地域での日常生活支援、家族支援の強化 ア 認知症の人と家族を支える地域づくり ○企業等との見守り協定を通じて、認知症サポーターや認知症キャラバンメイト＊の養成を推進します。 ○認知症カフェ等、仲間づくりや社会的交流、認知症に対する学習や相談ができる機会を確保し、啓発を強化します。 ○市町が行う利用できる社会資源の周知や情報提供をバックアップします。 ○地域住民による小地域単位の見守りネットワーク構築を推進します。 ○地域の実情に応じて認知症の人やその家族を支援する事業の推進役を担う認知症地域支援推進員＊の養成と活動への支援を行います。 ○警察等との連携による行方不明高齢者や認知症により運転免許証を返納した高齢者等への支援の充実を図ります。</p>	+	
25	滋賀県		<p>イ 地域における専門的支援体制の推進 ○精神科病院等からの円滑な退院、在宅復帰への支援体制の充実を図ります。 ○地域の実情に応じた認知症クリティカルパスの作成や医療と介護の連携ツールの活用等、各二次保健医療圏における医療と介護の連携を推進します。 ○医療、介護従事者への研修等を通して、認知症対応力の向上を図ります。 ○認知症相談医およびサポート医、認知症疾患医療センター、認知症専門外来等がそれぞれの役割を認識し、地域で認知症の方および家族を支援することができる取組を推進するとともに、地域における専門的支援体制の情報発信に努めます。 (3)高齢者の権利擁護 ア 高齢者虐待の防止 ① 相談 ○高齢者権利擁護支援センターを指定し、市町の保健福祉関係者などに対して、高齢者虐待の困難事例や成年後見制度などへの専門的、技術的助言を行い、地域包括支援センターなどにおける権利擁護相談が充実するよう支援します。 ○市町における虐待対応ネットワークの構築を支援します。 ② 研修・啓発・指導 ○市町の保健福祉関係者などに対して、養護者支援の視点を含む高齢者虐待問題研修会や養介護施設従事者による虐待対応研修会などを実施し、高齢者虐待対応にあたる人材を育成します。 ○県民を対象とした高齢者虐待防止セミナーなどを実施し、高齢者虐待についての問題意識の喚起、成年後見制度の普及啓発を推進します。 ○小規模介護事業所やサービス付き高齢者向け住宅などの従事者に研修機会が行き届くような方法などを検討します。 ○集団指導の機会を通じて、介護保険事業所に対する高齢者虐待防止の意識啓発を強化します。</p>	+	

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
25	滋賀県		<p>③高齢者権利擁護推進会議</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 高齢者虐待防止の取組を推進するなど高齢者の権利擁護を推進するため、現状や課題の共有化と今後の支援対策についての意見交換を行う関係機関・団体による推進会議を開催し、権利擁護支援センター等の支援機関、介護・福祉関係機関、市町、警察等との連携を図ります。 イ 身体拘束廃止 <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護保険施設・事業所における身体拘束の実態を把握し、その結果を介護保険施設・事業所へ還元することで、身体拘束廃止に向けた取組を推進します。 ○ 介護現場において高齢者の尊厳を守るケアを実現するために、権利擁護推進員の養成研修を実施し、身体拘束廃止の取組等を事業所内で推進できる人材を育成します。 ○ 身体拘束についての問題意識を喚起するために、県民を対象とした身体拘束ゼロセミナーを実施します。 ○ 医療機関における身体拘束について、各種の医療従事者向けの認知症対応力向上研修の中で、高齢者の権利擁護や倫理的配慮等を含む教育を強化します。 ウ 成年後見制度の利用促進 <ul style="list-style-type: none"> ○ 国の成年後見制度利用促進基本計画に示された、地域連携ネットワークの整備や市町計画の策定に向けた市町の取組を支援します。 ○ 成年後見制度と、市町社会福祉協議会が実施する地域福祉権利擁護支援事業について、個々の事情を検討して適切な活用を進めます。 ○ 成年後見制度利用促進に向けた、市町や介護保険事業所に対する高齢者権利擁護支援センターからの助言や支援を推進します。 ○ 市民後見人養成を目指した市町権利擁護人材育成事業の実施による市町支援と、実施成果について全県で共有し県内市町への横展開を図ります。 	+	
26	京都府	<p>京都府第6次(5)精神疾患Ⅱ. 認知症対策の方向ポイント</p> <p>★認知症の正しい理解と予防</p> <ul style="list-style-type: none"> ○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ト医の養成や、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 	<p>京都府第7次(6)認知症対策の方向ポイント</p> <p>★すべての人が認知症を正しく理解し適時・適切に対応できる環境づくり</p> <ul style="list-style-type: none"> ○認知症に対する正しい知識や理解を深めるため、「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教育機関と連携し、学童期からの実施を積極的に展開 ○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 ★＜早期発見・早期鑑別診断・早期対応＞ができる体制づくり ○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、かかりつけ医や地域包括支援センター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ト医の養成や、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 ○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、かかりつけ薬剤師・薬局、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 ★とぎれない医療・介護サービスが受けられる仕組みづくり ○地域の中核施設として、医療・介護・福祉の社会資源と密接に連携し、認知症の医療やケアに総合的に対応できる「京都認知症総合センター(ケアセンター)」の整備 ○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」の普及を促進 ○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 	変化なし	
26	京都府	<p>★地域での生活を支えるサービスの構築</p> <ul style="list-style-type: none"> ○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 	<ul style="list-style-type: none"> ○身体合併症や行動・心理症状(BPSD)に適切に対応できる体制の構築、一般病院や介護施設等の対応力の向上 ○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 ★地域での日常生活や就労・社会参加等の支援の強化 ○「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 ○「認知症カフェ」の展開等、認知症の人の居場所づくりや、本人の希望に応じた就労・社会参加等の支援 ○認知症の人の家族が、認知症の状態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 ★家族への支援の強化 ○認知症リンクワーカーの養成・配置を促進し、本人、家族に寄り添った支援を充実 ○認知症コールセンターや認知症あんしんサポート相談窓口の設置、巡回相談会の実施等、地域での相談体制の充実 ○認知症デイズサービスやショートステイ等、家族のレスパイトの充実や、仕事と介護等の両立支援 ★若年性認知症施策の強化 ○若年性認知症コールセンターによる相談やハンドブックによる啓発、産業界を対象とした研修等、若年性認知症の早期発見に向けた取組の推進 ○若年性認知症コーディネーターと関係機関の連携による、就労継続・社会参加等の支援の充実 	変化なし	

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
27	大阪府	<p>大阪府第6次 5. 精神疾患 (2) 精神疾患の保健・医療体制 ウ. 疾患別に応じた保健・医療体制 (ウ) 認知症</p> <p>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 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。</p>	<p>大阪府第7次 第5節 精神疾患 3. 精神疾患医療の施策の方向 (1) 多様な精神疾患等の対応 ○多様な精神疾患等(統合失調症、認知症、児童・思春期精神疾患、うつ病、PTSD、依存症、てんかん、高次脳機能障がい、摂食障がい、成人の発達障がい、妊産婦メンタルヘルス等)に対応できる医療機関を定め、それぞれの医療機能を明確にするとともに、精神医療圏を二次医療圏とし、役割分担・連携を推進します 【計画中間年(2020年度)までの取組】 ・都道府県連携拠点・地域連携拠点・地域精神科医療機関を定めます。 ・二次医療圏ごとの医療機関関係者等による協議の場を設置して、医療の充実と連携体制の構築について検討します。 【計画最終年(2023年度)までの取組】 ・上記に加えて、二次医療圏だけでは確保が困難な医療機能については、府全体の協議の場を設定して検討を行うことにより、医療の充実について進めていきます。 (5) 認知症治療のための医療と介護の連携 ○医療と介護の広域的な連携をめざし、認知症治療に携わる人材の育成を図ります。 【計画中間年(2020年度)までの取組】 ・認知症サポート医養成研修、かかりつけ医・看護職員・歯科医師・薬剤師・病院勤務の医療従事者を対象とした認知症対応力向上研修を実施し、認知症治療に携わる人材の育成を図ります。 ・認知症疾患医療センターにおいて、二次医療圏毎に地域の保健医療・介護・福祉の関係を対象とした研修を実施し、保健医療・介護・福祉の連携を図ります。 ・認知症初期集中支援チームが安定的に稼働するために、認知症初期集中支援チームと認知症の人に関わる医療機関等との連携体制の充実を図ります。 【計画最終年(2023年度)までの取組】 ・引き続き、認知症初期集中支援チームが安定的に稼働するために、認知症初期集中支援チームと認知症の人に関わる医療機関等との連携体制の充実を図ります。</p>	+	項目は増えているが、特色のない内容である。
28	兵庫県	<p>兵庫県第6次 第5節 精神疾患対策 【推進方策】 (1) 保健対策 力 認知症支援体制の整備 (7) 認知症予防のための普及啓発と、気軽に認知症の相談ができる「もの忘れコールセンター(仮称)」等相談窓口の充実や、認知症チェックシートを活用した「もの忘れ健診(仮称)」による早期発見・早期対応を推進する。(県、市町) (4) 認知症サポート医の養成やかかりつけ医向けの研修等を実施する。(県、市町、関係団体) (9) 認知症高齢者とその家族を支える平時の見守りや徘徊SOS ネットワーク等の構築、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等認知症支援機関の連携体制の強化を図る。(県、市町、医療機関、関係団体) (1) 認知症見守りや認知症介護等認知症ケア人材を養成する。(県、市町) (4) 若年性認知症生活支援相談センターを設置して若年性認知症に対する理解・普及啓発ならびに市町域における若年性認知症支援体制の整備を図る。(県、市町、関係団体、職域) (4) 認知症グループホームや特別養護老人ホーム等の整備を推進する。 (4) 認知症の人や家族に対して、適切な情報や知識を得る機会を提供するとともに、認知症の人や家族が、同じ立場で共感しながら支え合えるようピアサポートの推進を図る。(県、市町、医療機関、関係団体) (2) 医療対策 エ. かかりつけ医の対応力向上(県) かかりつけ医がうつ病や認知症について早期発見・早期対応できるよう、かかりつけ医対応力向上研修をさらに充実させる。</p>	<p>兵庫県第7次 第10章 精神疾患対策 2 精神疾患等の現状・課題・推進方策 【推進方策】 ア 早期診断・早期対応のための体制整備について (ア) 認知症チェックシートを活用した認知症予防健診を実施する市町を支援し、認知機能が低下して社会生活に支障が生じている人を早期に発見し、早期受診につなげ、関係機関等との連携体制を構築するとともに、その実践報告などの研修を実施し、市町の取組を推進する。(県、市町、関係団体) (イ) かかりつけ医、認知症相談医療機関、認知症対応医療機関等による医療連携が促進されるよう、圏域の認知症疾患医療センターで研修や症例検討会を実施する。(県、市町、医療機関、関係団体) (ウ) 認知症の早期診断・早期対応を促進するため、関係団体と連携し、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師等の認知症対応力の向上を図る。(県、市町、医療機関、関係団体) イ 行動・心理症状(BPSD)や身体合併症への適切な対応 (ア) 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修を関係団体と連携して開催し、急性期病院等における認知症への適切な対応の向上を図る。(県、市町、医療機関、関係団体) (イ) 認知症疾患医療センターが、研修会や症例検討会を通じて認知症対応医療機関等と連携し、圏域における早期診断・早期対応、行動・心理症状(BPSD)や身体合併症への適切な対応が行えるよう取組を推進する。(県、市町、医療機関、関係団体) ウ 医療・介護等の有機的な連携の推進 (ア) 県は、その役割に応じて必要な認知症地域支援推進員が配置されるように働きかけるとともに、先進的な事例などを組込んだ研修を開催し、認知症地域支援推進員の活動を支援する。(県、市町、医療機関、関係団体)</p>	変化なし	
28	兵庫県	<p>ク 認知症の連携体制整備 (7) 地域包括支援センター2か所程度の圏域に1人の認知症サポート医が配置できるよう、平成25年度末までに80名の養成を行う。(県、医療機関) (4) 認知症疾患医療センターの他に認知症対応医療機関(仮称)を登録し、周知することにより、①地域のかかりつけ医での早期受診、②認知症対応医療機関(仮称)や認知症疾患医療センターによる適切な診断・医療提供、③地域のかかりつけ医での診療を切れ目なく対応できる体制を構築する。(県、市町、医療機関、関係団体) (7) 認知症医療介護連携のための情報共有ツールや医療介護連携システムを構築するとともに、地域の実情にあった運用を図る。(県、市町、医療機関、関係団体)</p>	<p>(イ) 認知症ケアネットの普及及び活用については、実践事例を組み込んだ研修を開催し、不足する資源については、新たに整備するなど、市町の取組を支援する。(県、市町、医療機関、関係団体) (ウ) 若年性認知症に関する全県の相談窓口及び市町の相談窓口の周知を図るとともに、認知症相談センター職員等への研修を開催し、相談機能の強化を図る。また、企業・事業所向けの研修などを通じて理解促進、就労継続支援の推進に取組む。(県、市町、医療機関、関係団体、職域) 【推進方策】 ア 第5期障害福祉計画で定める平成32年度末における入院需要及びグループホーム等整備量の実現、並びに多様な精神疾患等ごとに各医療機関で対応可能な専門的治療の内容の明確化を図るため、圏域ごとに保健・医療・福祉関係者による協議の場を設置する。(県、市町、医療機関、相談支援事業所等) イ かかりつけ医や精神科訪問看護等、地域医療の活用を促進し、健康福祉事務所、精神保健福祉センター、相談支援事業所等の連携によるピアサポーターの養成及びピアサポーターを活用した地域移行・地域定着の支援、障害福祉サービスの利用を推進するとともに、アウトリーチ等、有効な支援手法の検討を行う。(県、市町、医療機関、相談支援事業所等)</p>	変化なし	
29	奈良県	<p>奈良県第6次 第5節 精神疾患 II 認知症 4. 具体的な取組策 (1) 標準的な認知症クリティカルパスの作成・普及 認知症の人や家族が、認知症と疑われる症状が発生した場合に、どのような医療や介護サービスを受ければよいかを理解できるよう、標準的な認知症クリティカルパスを作成し普及を図ります。 (2) 認知症に関して早期発見・早期治療と必要な医療を提供するための体制強化 ・認知症の専門医療機関である認知症疾患医療センターの設置を推進し、早期発見・早期治療につながる診療件数を増加させるとともに、地域における認知症医療の水準の向上を図ります。 ・かかりつけ医を対象とした認知症に関する対応力向上研修を実施します。 (3) 短期治療・退院に向けた基準整備 ・認知症の薬物治療に関するガイドラインの策定、BPSD など精神科病院への入院に必要な状態像を明確化する取組を進めます。 (4) 在宅の維持に向けた支援と体制強化 ・認知症疾患医療センターへの連携推進員の配置や、地域包括支援センターへの認知症初期集中支援チーム設置の検討により医療と介護の連携を強化します。 ・医療機関におけるデイケア等の充実を行います。 ・アウトリーチチームによる訪問支援を継続します。 ・一般病院を対象とした認知症に関する対応力向上研修を実施します。 (5) 地域生活を支える介護サービスの構築 ・公営住宅におけるグループホーム等の開設を推進します。 ・介護保険施設等を対象とした認知症に関する対応力向上研修を継続します。</p>	<p>奈良県第7次 第5節 精神疾患 取組むべき施策 2. 施策 (6) 認知症施策の充実 1) 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進 認知症の人やその家族の視点を重視し、認知症に関する正しい知識を得る機会や地域での見守り体制の構築を促進します。 ○認知症に関する普及啓発活動として、食事や口腔ケア、運動などの生活習慣の改善や知的活動習慣の普及など早期からの認知症予防を啓発するとともに、認知症の兆候・シグナルを知り、自己や身近な人の変化に気づき、早期に適切な対応をするために必要な知識の普及を進めます。 ○認知症に関わる専門職への支援として、認知症の早期発見・診断や医療と連携した適切なケアが提供されるよう、医師や介護従事者など認知症に関わる多職種の専門性の向上に向けた支援を実施します。 ○地域の団体やネットワークを利用した見守り体制の構築として、認知症サポーターの養成を推進し、介護者同士の交流会や関係者によるネットワーク会議を開催するなど、認知症の方と家族介護者を地域全体で見守り、支える体制づくりを進めます。</p>	+	前計画と比べ内容は拡充しているが、国の事業の延長で特色がない。

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
29	奈良県		2) 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供 急増する認知症高齢者を地域で支えるため、グループホームの整備や認知症サポート医の養成等、認知症高齢者の医療・介護サービス基盤の整備を推進します。 ○認知症高齢者に対応した介護サービス基盤の整備として、認知症高齢者グループホームや認知症高齢者の短期的な受入れ施設の充実等、認知症高齢者に適した介護サービス基盤の整備を推進します。 ○医療機関と連携した地域における認知症ケア体制の強化として、市町村における認知症初期集中支援チーム及び認知症地域支援推進員の活動を定着し充実できるように支援するとともに、地域包括支援センター、かかりつけ医、認知症サポート医、専門医療機関、認知症疾患医療センター等が緊密に連携した地域における認知症ケア体制の強化を図ります。 ○認知症への理解に基づく医療・介護サービスの普及・充実として、かかりつけ医による認知症の早期発見・診断や専門医療へのつなぎ、認知症の人への日常的な診療や家族への助言・支援も重要です。 かかりつけ医や認知症サポート医※23、歯科医師、薬剤師、看護師、ケアマネジャー、介護福祉士、ヘルパーなど、認知症の人を支える多職種を対象に、認知症対応力向上のための研修を実施し、医療・介護サービスの充実を図ります。 ○若年性認知症の施策推進として、若年性認知症の人が就労の継続や社会参加をしながら、生きがいを持て住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、若年性認知症サポートセンターを設置・運営し、地域包括支援センター等と連携した県域における支援体制を整備します。 ○認知症初期集中支援チームの定着・充実として、市町村における初期集中支援推進事業の定着を図るため、認知症初期集中支援チームが効果的に機能するよう体制整備の支援や、地域の認知症医療・介護連携を促進します。 ○認知症に関する専門医療の充実のため、認知症疾患医療センターの機能を強化するとともに、医療と介護の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推進します。	+	前計画と比べ内容は拡充しているが、国の事業の延長で特色がない。
30	和歌山県	和歌山県第6次 5 精神疾患 施策の方向 (8)認知症の医療提供体制の構築 ・認知症の診療や相談について、対応が可能な医療機関の公表や、地域包括支援センター等での相談機能の充実など、認知症の人とその家族が地域で気軽に相談・受診できる医療支援体制の充実を図ります。 ・医師会等の関係機関と協力し、かかりつけ医の認知症への対応力を向上する研修を行います。また、かかりつけ医への助言、地域包括支援センター等の介護関係機関との連携を推進する認知症サポート医の養成に努めます。 ・身近な地域でも認知症に関する一定の専門的診療を受けられるように医療機関の養成を図り、少なくとも二次医療圏に1か所以上の認知症疾患医療センターを含む認知症の鑑別診断を行える医療機関の確保に努めます。 ・現在、県内2か所にある地域型認知症疾患医療センターは鑑別診断、周辺症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等、地域で専門的・中核的な機能を持った医療機関であり、紀北・紀中・紀南でそれぞれ1か所ずつ整備していきます。 ・地域型認知症疾患医療センターにおいて、身近な医療機関でも一定の専門的診療ができるよう研修を実施し、地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図ります。 ・相談から治療、在宅支援まで切れ目のない支援ができるよう、地域包括支援センター、かかりつけ医、介護サービス事業所、ケアマネジャー等の連携体制を整備します。また、入院している認知症患者が早期に退院することが可能となるよう、このような連携体制を活用し、特に、新規に入院した認知症患者のうち50%以上が2か月以内に退院できるよう、退院支援に努めます。	和歌山県第7次 5 精神疾患 5-2 精神疾患のうち認知症 施策の方向 (1) 認知症の早期発見・認知機能低下の予防 ●市町村が認知症の人を早期に発見・支援するために設置する「認知症初期集中支援チーム」や「認知症地域支援推進員」について、効果的に機能するよう関係機関との連携を促進し、その活動を支援します。 ●医師会等の関係機関と協力し、かかりつけ医の認知症への対応力を向上する研修を行います。また、かかりつけ医への助言や地域包括支援センター等の介護関係機関との連携を推進する認知症サポート医の養成に努めます。 ●高齢者が受診する歯科医師や接する機会が多い薬剤師に対し、認知症対応力を向上させる取組を推進し、認知症の疑いがある人に早期に気づき、かかりつけ医と連携して対応できる体制を整備します。 ●和歌山県立医科大学附属病院と協働で認知症予防プログラムを開発し、市町村における認知症予防教室や高齢者学級、高齢者サロン等、様々な活動を通じて認知症の人やその家族に対し、若年性認知症支援コーディネーターによる丁寧な支援をはじめ、交流会の開催、支援のための手引きの作成・配布などの取組を推進します。 (2) 認知症の医療提供体制の構築 ●認知症の診療や相談について、対応可能な医療機関の公表や、地域包括支援センター等での相談機能の充実など、認知症の人とその家族が地域で気軽に相談・受診できる医療支援体制の充実を図ります。 ●今後、急性期病院等で認知症の人の入院がますます増加することが予測されます。認知症の人が適切な医療をスムーズに受け、本来の生活の場へ復帰できるようにするため、一般病院勤務の医療従事者や看護職員等の認知症対応力を向上させる取組を推進します。 ●県が紀北、紀中、紀南に1か所ずつ指定した認知症疾患医療センターにおいて、認知症疾患に関する鑑別診断とその初期対応、周辺症状及び身体合併症に対する急性期治療に関する対応、専門医療相談など認知症の専門的医療を提供するとともに、地域の保健医療機関、介護事業所等との連携や研修を実施しています。今後も、認知症の人が地域で安心した生活ができるよう計画的な整備に努め、地域において進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる体制の構築を図ります。	+	取組の表現が抽象的である。
31	鳥取県	鳥取県第6次 5 精神疾患対策 5-3 認知症 2 対策・目標 認知症 ○専門医療及び専門医療相談の提供、行動・心理症状や身体合併症への対応を実施するため、引き続き認知症疾患医療センター4カ所を指定・運営するとともに、さらに全県的な認知症救急医療対応や各関係機関の連携を強化するため、基幹型認知症疾患医療センターの指定を検討する。 ○認知症疾患医療センターの役割として、かかりつけ医、地域保健師、ケア・マネジャーさらに住民へ周知・啓発する。 ○認知症の人の日常医療をかかりつけ医が担えるよう、認知症対応力の向上を図るとともに、地域的なバランスを考慮しながら、認知症サポート医を計画的に配置する。また、認知症疾患医療センターは、地域での生活を支えるため、在宅医療を担当する機関、地域包括支援センター、介護サービス事業所等との連携を強化する。 ○認知症の状態に応じた適切なサービスを提供するために、関係者間の情報を共有し、認知症医療の質を上げる認知症クリティカルパスを導入する。 ○「認知症サポーター」の養成等、引き続き県民への認知症に対する正しい知識を普及啓発する。 ○質の高い介護職員等を養成するため、段階に応じた研修を実施する。 ○若年性認知症の支援のための施策を実施する。 ○認知症グループホーム、定期巡回・随時対応型訪問介護・看護、小規模多機能型居宅介護など地域に密着した介護サービスの整備を行い、認知症の人の在宅生活を支える基盤整備を行う。 ○認知症の人の在宅生活の継続、家族負担の軽減を図るため、短期入所生活介護体制の整備を促進する。 ○地域包括支援センターの体制・機能強化を図る。	鳥取県第7次 5 精神疾患対策 5-3 認知症 2 対策・目標 認知症 ○市町村におけるスクリーニングの実施等により、認知症の早期発見・早期診断・早期対応を促進する。 ○複数の専門職が認知症の疑いのある人や家族を訪問し、集中的に支援する「認知症初期集中支援チーム」及び相談業務や適切な医療・介護サービスに繋げるための連携支援等を行う「認知症地域支援推進員」を各市町村に配置し、認知症の人が地域で暮らし続けるための体制を整備する。 ○専門医療及び専門医療相談の提供、行動・心理症状や身体合併症への対応を実施するため、引き続き地域型認知症疾患医療センター4カ所を指定・運営するとともに、さらに全県的な認知症救急医療対応や各関係機関の連携を強化するため、引き続き基幹型認知症疾患医療センターを指定・運営する。 ○認知症の人の日常医療をかかりつけ医が担えるよう、認知症対応力の向上を図るとともに、認知症サポート医を養成する。また、認知症疾患医療センターは、地域での生活を支えるため、在宅医療を担当する機関、地域包括支援センター、介護サービス事業所等との連携を強化する。 ○看護師等の医療従事者の認知症対応力が向上するよう研修を実施する。 ○質の高い介護職員等を養成するため、段階に応じた研修を実施する。 ○認知症グループホーム、定期巡回・随時対応型訪問介護・看護、小規模多機能型居宅介護など地域に密着した介護サービスの整備を行い、認知症の人の在宅生活を支える基盤整備を行う。 ○若年性認知症の支援のための施策を実施する。	変化なし	記述内容がほとんど同じである。

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
32	鳥根県	<p>鳥根県第6次 3. 認知症に対して早期発見から地域生活の維持まで必要な医療を提供できる機能 施策の方向</p> <p>① 市町村と連携して、認知症の予防とケアに対する正しい知識の普及啓発を行っていきます。また、そうした知識を習得した方に「認知症サポーター」として活躍してもらうよう努めます。</p> <p>② 各保健所で開催しているところの健康相談、各市町村の地域包括支援センターや「しまね認知症コールセンター」などにおいて、認知症に関する相談に応じ、早期発見・早期治療につなげます。</p> <p>③ 各地域で早期に適切な医療が提供できるよう、医師会なども協力し、かかりつけ医や医療従事者等に対する認知症対応力の向上についての研修会を開催します。</p> <p>④ 「地域ケア会議」の開催など、各地域において、地域包括支援センターを中心に、かかりつけ医、認知症サポート医、専門医療機関、介護サービスに関わる事業所・施設、認知症に関わる地域の資源などが連携する仕組みの構築に向けた支援を行います。</p> <p>⑤ 先進的な取組などの情報収集に努め、「しまね認知症疾患医療センター」が開催する認知症サポート医や地域包括支援センターとの連携会議などにおいて情報提供を行います。</p> <p>⑥ 認知症対策についての地域のネットワークが整備・強化されるよう、各地域の実情に応じた取組を踏まえて「鳥根県認知症対策検討委員会」で検討を行い、必要な対策を講じます。</p> <p>⑦ 社会的な理解が広がっていない若年性認知症についても、厚生労働省が設置した「若年性認知症コールセンター」等の相談窓口の周知など、必要な支援を進めます。</p>	<p>鳥根県第7次 【施策の方向】 ウ. 認知症</p> <p>① 認知症施策についての地域のネットワーク強化に向け、「鳥根県認知症施策検討委員会」で検討を行い、認知症の発症予防から人生の最終段階まで適時・適切なサービスが切れ目なく提供されるよう、各地域の実情に応じた取組を推進するために必要な支援を講じます。</p> <p>② 認知症及び認知症の人への理解に関する普及啓発を進め、地域や学校のほか、小売業・金融機関・公共交通機関の職員など、認知症の人と関わる機会が多い業種等に向けても各種媒体による広報や認知症サポーターの養成を推進するとともに、認知症サポーター養成講座の講師となるキャラバン・メイトを養成します。</p> <p>③ 各二次医療圏域に地域型または連携型認知症疾患医療センターの設置を目指し、認知症専門医療の提供と地域の関係機関の連携体制強化を図ります。</p> <p>④ 引き続き、認知症サポート医の養成を推進し、かかりつけ医や地域包括支援センター等との連携による地域のネットワーク構築と対応力向上を目指します。</p> <p>⑤ 認知症の人とその家族への専門的な知識と技術を活かした看護実践ができるよう、認知症看護認定看護師の育成を推進します。</p> <p>⑥ 各地域で早期に適切な医療の提供及び適切な対応ができるよう、鳥根県医師会、鳥根県歯科医師会、鳥根県薬剤師会などと連携し、認知症対応力向上研修を実施します。</p> <p>⑦ 認知症介護従事者向けの研修を体系的に実施し、認知症介護の質の向上を図ります。</p> <p>⑧ 先進的な取組などの情報収集に努め、認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員がより効果的に機能するよう、市町村の取組を支援します。</p> <p>⑨ 市町村、地域包括支援センター、保健所や「しまね認知症コールセンター」などにおいて、認知症に関する相談に応じ、早期発見・早期治療につなげます。</p> <p>⑩ 社会的な理解が広がっていない若年性認知症について、正しい理解の普及啓発を行うとともに、相談窓口の設置や若年性認知症支援コーディネーター配置等により相談機能の充実を図ります。</p> <p>⑪ 成年後見制度の利用促進と、市民後見人等成年後見人となる人材の育成を支援します。</p>	変化なし	少しは記述領域が増えているが、内容的にはほとんど変わらない。
33	岡山県	<p>岡山県第6次 第4章 保健・医療・介護(福祉)の総合的な取り組みの推進 ■第5節 高齢者支援 1 地域包括ケアシステムの構築と介護予防の推進 (3)認知症対策 2 施策の方向 地域包括ケアシステムの構築 ○地域包括ケアシステムの中核機関である地域包括支援センターの機能強化を支援します。 ○地域包括支援センター職員の資質向上を図るため、特に、市町村ごとでの実施が困難と思われる専門的分野での研修の実施等を行います。 ○地域包括ケアを支えるサービス提供体制の整備を推進します。 ○退院後の在宅生活を本人も家族も安心してスタートできるよう、病院と診療所の連携、医療と介護の連携が促進されるよう、関係機関の取り組みを支援します。 効果的な介護予防事業の実施への支援 ○介護予防事業が、より効果的に実施されるよう、市町村における事業評価の取り組みを支援します。 ○市町村介護予防事業従事者の研修を支援します。 認知症対策 ○認知症治療を中核的に行う医療機関との連携を図りながら、認知症の早期発見、早期診断のための研修、相談体制の構築などを推進します。 ○認知症の人とその家族を支援するとともに、認知症の人を地域で支えるためのネットワークづくりを支援します。 ○認知症に対する県民の理解の促進と啓発に努めます。</p>	<p>岡山県第7次 5 精神疾患の医療 (6)認知症 2 施策の方向 発症予防 早期診断 早期対応 ○認知症の発症を予防するため、規則正しくバランスの取れた食生活や運動習慣の定着、適正体重の維持、禁煙の促進、多量飲酒の防止などを通じて、生活習慣病の発症予防、重症化予防に努めます。 ○県民への普及啓発により、自身や身近な人の認知症に早期に気付いて速やかに適切な機関に相談できる意識の醸成を図ります。 ○かかりつけ医が、認知症の疑いがある人を必要に応じて専門医療機関につなぐとともに、診断後の日常の健康管理を適切に行えるよう研修を実施します。 ○若年性認知症の人が適切な支援を受けられるよう、相談窓口となる市町村や地域包括支援センターの職員等への研修を実施するとともに、県民を対象としたセミナー等の開催により、若年性認知症の啓発を進めます。 医療・介護連携体制の整備 ○認知症疾患医療センターを中核として、各二次保健医療圏ごとに適正な鑑別診断、周辺症状と身体合併症への急性期対応ができる体制を整備します。 ○地域の実情に応じた認知症地域医療体制が構築されるよう、医師会や市町村と連携して認知症サポート医の養成を進めます。 ○かかりつけ医が認知症の初期症状や発症後の対応から家族支援の方法まで幅広く学び、認知症への対応力が向上するよう研修を実施します。 ○身体合併症を伴う認知症の人が、入院により認知症が悪化することなく、適切な治療とケアを受けることができるよう、一般病院に勤務する医療従事者や看護職員に対する研修を実施します。 ○認知症の人が本人主体の適切なケアを受けることができるよう、認知症介護従事者に対する研修を実施します。 ○認知症の人の在宅療養を支える看護・介護従事者、歯科医師、薬剤師に対する研修を実施します。 ○各二次保健医療圏において、認知症疾患医療センターが中心となり、保健医療・介護・福祉関係者に対する研修や連携協議会等を開催し、地域の関係者の資質向上と連携強化を図ります。 ○認知症地域連携バスの普及や事例検討会の開催等を通じて医療と介護の連携を推進します。</p>	+	他都道府県と違いがない特色がない内容である。
33	岡山県		<p>地域生活支援 ○認知症サポーターやキャラバン・メイトの養成、県民への普及啓発等により、認知症の人を地域で支えることができる意識の醸成を図ります。 ○「認知症コールセンター」の運営や、家族交流会の開催などにより、認知症の人やその家族等を支援します。 ○「おかやま若年性認知症支援センター」の運営及び若年性認知症支援コーディネーターの配置、当事者及び家族の集いの開催などにより、若年性認知症の人やその家族等を支援します。 ○すべての市町村に認知症地域支援推進員と認知症初期集中支援チームが配置され、地域の実情に応じた支援体制が構築されるよう先進事例の紹介や人材育成等を通じて市町村の取組を支援します。</p>	+	他都道府県と違いがない特色がない内容である。
34	広島県	<p>広島県第6次 精神疾患対策 施策の方向 ⑤ 認知症の進行予防と地域生活の維持に必要な医療の提供 早期診断の重要性や認知症のある人への対応方法など認知症に関する基礎知識等の普及に取り組むとともに、県民が、オレンジドクターや認知症疾患医療センター等に気軽に相談できるよう広報に努めます。 かかりつけ医や認知症サポート医、認知症疾患医療センター等が、地域包括支援センターやケアマネジャー、訪問介護事業所等の介護サービスと連携するよう図ります。そして、実際の診療の中でそれぞれの機能を十分活かせるよう、かかりつけ医、専門医療機関、医療と介護の関係者が患者情報を共有するための仕組みづくりに取り組み、そのツールとしての地域連携バスが県内全域で導入されるよう努めます。</p>	<p>広島県第7次 5 精神疾患対策 施策の方向 3 多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担を整理 「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を踏まえて、統合失調症、うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、発達障害、依存症、高次脳機能障害などの多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担を整理し、相互の連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能を明確化していきます。 (1) 認知症の発症・進行予防 認知症の発症予防の取組について、生活習慣病予防及び喫煙習慣、肥満、運動不足にならないよう「健康ひろしま21」と連携しながら対策を進めます。 今後、高齢者が増加し、それに伴って認知症高齢者が増加すると推定されることから、認知症を診る専門医療提供体制の整備を進めていきます。また、認知症対応力向上研修の開催、オレンジドクター認定制度の拡大などを通じ、地域における医療支援体制を充実するとともに、早期診断の重要性や認知症のある人への対応方法等、認知症に関する基礎知識等の普及に取り組み、県民が、オレンジドクターや認知症疾患医療センター等に気軽に相談できるよう広報に努めます。</p>	+	他都道府県と違いがない特色がない内容である。

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
34	広島県		循環型の仕組みの充実に向け、専門医療による早期診断・早期対応から、急性期、身体合併症等、容態に応じた適切な医療サービスが、介護サービスとの適切な連携のもとで提供される体制の確保に努めます。そのため、認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員、認知症サポート医、認知症介護アドバイザー等の各地域の支援機関や支援者の連携が、実効性のあるものとなるよう、県から助言・支援を実施していきます。また、「認知症疾患医療・地域包括支援合併型センター」や、一般病院へのアウトリーチ支援など、先進的な取組についての情報共有を実施するほか、医療と介護の関係者が患者情報を共有する認知症地域連携バス（ひろしまオレンジバスポート）の利用を促進します。また、精神科医を中心とした多職種リハビリテーションチームによる「認知症総合食事リハビリテーション手技」によって認知症高齢者のADLの維持・向上に努めます。若年性認知症の人の能力や適性を活かした支援による、継続した就労や活動が可能な社会を実現していきます。そのため、若年性認知症になった人が、若年性認知症支援コーディネーターや若年性認知症コールセンター等の適切な支援に速やかにつながるよう、普及啓発を推進します。また、若年性認知症の人の自立を支援するネットワークの構築の推進及び支援関係者に対する研修等を実施します。	+	他都道府県と違いがない特色がない内容である。
35	山口県	山口県第6次 (6) 認知症の医療 ○ 認知症には、アルツハイマー病、血管性認知症など様々なものがあり、治療としては、アルツハイマー病に対する薬物療法、認知症の行動・心理症状などの周辺症状に対する薬物療法や認知症の身体合併症への対応、家族に対する認知症への対応指導などが行われています。 ○ 認知症高齢者は、平成22年の38,500人から平成32年には52,100人と10年間で13,600人の増加が見込まれています。 ○ 認知症の症状に気付いたかかりつけ医は、早期に専門医や地域の保健・福祉サービスに繋いでいます。また、幾つかの医療機関では「もの忘れ外来」等相談や診療を行っています。 ○ 国が定める研修を受講した「認知症サポート医」は、かかりつけ医の認知症診断等に関する相談・アドバイザー役となるほか、各地域医師会と地域包括支援センターとの連携づくりへの協力を行っています。 ○ 県立こころの医療センターに認知症疾患医療センターを設置し、保健医療・介護機関などと連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断や、周辺症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施するとともに、地域保健医療・介護関係者への研修などを行っています。 認知症 ① 認知症の早期診断・早期対応を行う機能【予防・アクセス】 ア 目標 保健サービスとかかりつけ医、認知症サポート医等が連携して、認知症をきたし始めた人への早期診断や早期対応・支援が提供される イ 求められる事項 ○ 住民への健康増進や認知症に関する介護予防の推進、普及啓発に協力する ○ かかりつけ医は、地域包括支援センターや介護支援専門相談員等と連携して、日常的な診療を行いつつ、認知症の早期診断・対応に努める ○ かかりつけ医は、認知症の可能性について判断でき、認知症を疑った場合、必要に応じて、認知症専門医や認知症疾患医療センター等の専門医療機関を紹介できる ○ かかりつけ医は、認知症対応力の向上に努め、研修等に参加している ○ 認知症サポート医は、各医療圏での連携の推進役として、認知症専門医や地域包括支援センター等の情報を把握し、かかりつけ医からの相談を受けて助言等を行うなど、関係機関とのつなぎを行う ○ 初期集中支援チームの構想に沿って、できる限り早い段階で包括的支援を提供するために、かかりつけ医等は、支援チームの一員として関与する	山口県第7次 【認知症】 本県における認知症の人は、平成24年(2012年)の6.3万人から、平成37年(2025年)には9万人前後になり、65歳以上高齢者に対する割合は現状の約7人に1人から約5人に1人へ上昇すると見込まれています。 【認知症】 認知症には、アルツハイマー病、前頭側頭型認知症、脳血管性認知症等、様々なものがあります。治療と対応としては、アルツハイマー病等に対する薬物療法、認知症の行動・心理症状等の周辺症状に対する薬物療法、身体合併症への対応、家族に対する認知症への対応指導等が行われます。 64歳未満で発症する若年性認知症は、本人や周囲の人が何らかの異常には気付いても疲れや更年期障害等と思い込み、受診が遅れることが多い等の特徴があります。 国が定める研修を受講した「認知症サポート医」は、かかりつけ医、専門医療機関、地域包括支援センター等との連携推進役となり、認知症の人への支援体制構築に努めています。 各圏域に設置している「認知症疾患医療センター」(8箇所)においては、保健・医療サービス、介護サービス等と連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断や、周辺症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施するとともに、地域保健医療・介護関係者への研修などを行っています。 今後、認知症に対する理解促進に向けた啓発、認知症の人等を支援する人材養成、早期発見・診断、サービス提供体制の充実等を図る必要があります。 (4) 認知症施策の推進体制の確保 <取組事項> ① 認知症に関する理解促進 ② 認知症の容態に応じた施策の推進 ③ 若年性認知症の人に対する支援 ④ 本人・家族への支援の充実 4 認知症施策の推進体制の確保 1 認知症に関する理解促進 幅広い年代の住民をはじめ、認知症の人と地域で関わる人が多い企業などの職域や医療・介護・行政等の関係職員に対して、認知症に関する知識の普及啓発を図り、認知症に対する正しい理解を促進します。 (2) 認知症の容態に応じた施策の推進 かかりつけ医による健康管理、かかりつけ歯科医による口腔機能の管理及びかかりつけ薬剤師・薬局による服薬指導等を通じた認知症の早期発見や専門医療機関への紹介等による早期診断を推進します。	++	記載量多い
35	山口県	② 適切な鑑別診断と治療、ケアへの専門的方針を示す機能【専門医療】 ア 目標 ○ 認知症の診断や原因疾患への鑑別診断、行動・心理症状(BPSD)への対応を含む治療が行われ、ケアに関する専門的アドバイスがなされる ○ 二次医療圏の認知症医療連携を構築するために、認知症疾患医療センターないし認知症の鑑別診断を行える医療機関が適切に整備される イ 求められる事項 ○ 適切な診断のために、神経画像検査、神経心理学的評価、神経学的診察、行動・心理症状の評価、病歴情報の収集を行う ○ 認知症と他の老年期精神障害(うつ病、せん妄、妄想症等)を除外診断し、適切な精神科医療につなげる ○ 認知症の原因疾患に対して、治療可能な病態を重視しつつ適切な診断を行い、専門的立場から行動・心理症状への対応を含む治療を進め、ケアに関するアドバイスを行う ○ 地域の医療機関、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 ○ 認知症疾患医療センターは、保健・医療・介護機関と連携して、認知症の鑑別診断、専門医療相談、行動・心理症状や身体合併症への急性期治療等、地域の認知症医療水準を向上する役割を担う ○ 若年性認知症ならびに高次脳機能障害に対して、その特性に配慮した専門的診断・治療を行い、就労や社会参加、居場所づくりの支援に向けて関係機関と連携する ③ 住み慣れた地域での生活維持のために、必要に応じて包括的な医療を提供する機能【地域生活支援】 ア 目標 ○ 認知症の人が、住み慣れた地域でなじみの人間関係を保ちながら生活を維持できるように、必要な医療が継続的に提供される ○ 利用者のニーズに応じて、医療サービスが介護サービス等と連携しつつ、包括的に提供される ○ 認知症の人と暮らす家族が適切な支援を受けられる	「認知症サポート医」がチーム員となり、認知症の初期の段階で医療と連携し、単期受診につなげる「認知症初期集中支援チーム」について、各市町や関係機関に、先進的取組の情報提供を行う等、初期集中支援体制の構築を促進します。 認知症疾患医療センターを中核とした専門医療機関における認知症の鑑別診断、専門医療相談、周辺症状の急性期・身体合併症への対応、医療情報の提供など、医療サービス提供体制を強化します。 (3) 若年性認知症の人に対する支援 若年性認知症についての普及啓発を一層進め、若年性認知症の早期発見・早期診断体制の構築を促進します。 若年性認知症に関する相談について、国の「若年性認知症コールセンター」等と連携し、若年性認知症「支援コーディネーター」が、専用窓口で相談に応じるとともに、地域包括支援センター等と連携して対応するなど、相談体制の充実を図ります。 (4) 本人・家族への支援の充実 地域の多様な人的資源・社会資源からなるネットワークづくりを進めることにより、認知症の人と家族を支える地域づくりを促進します。 かかりつけ医や介護施設等と連携した相談活動や、認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う「認知症地域支援推進員」の効果的な活動推進等、市町や地域包括支援センター等における相談体制の充実に向けた取組を支援します。 認知症の医療機能 ⑥ 認知症(1) 機能 地域医療(精神科・神経内科・脳外科等)提供機能 目標 共通 地域の認知症専門医として、認知症対応力の向上に努めるかかりつけ医と連携しつつ、認知症の早期診断・早期対応を行うこと 認知症の人が住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らし続けることができるように、認知症の容態に応じて適時・適切な医療を継続的に提供すること ICF(国際生活機能分類)の基本的考え方を踏まえながら、多職種協働による支援を提供すること 本人主体の医療・介護等を基本に据えて、地域の保健医療介護の関係者と有機的に連携・協力すること 求められる事項 共通 患者の生活状況を把握して、認知症を適切に診断し、他の老年期精神障害(うつ病、せん妄、妄想症等)を鑑別すること	++	

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
35	山口県	<p>イ 求められる事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ かかりつけ医は、認知症の人と家族の生活全体を支える視点から、状態変化を把握して、日常的な診療や家族への助言を行う ○ かかりつけ医は、専門医療機関等と連携して、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 ○ 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 ○ 訪問診療(アウトリーチ)を充実させる ○ 虐待防止など権利擁護の取組に関与する ④ 認知症の行動・心理症状に対して、危機回避的な精神科治療を提供する機能【精神科救急・入院医療】 ア 目標 ○ 認知症の行動・心理症状で在宅や施設生活が破綻した場合、危機回避的な入院医療が適切かつ速やかに提供される ○ 精神科入院医療では、できる限り短期間で在宅移行(退院)をめざす体制が整えられる <p>イ 求められる事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 認知症の行動・心理症状に対して、個性を重んじた看護・介護上の工夫やリハビリテーションを重視しつつ、認知症治療薬と最小限の向精神薬を用いた薬物療法を慎重に実践する ○ 精神科病院での入院治療の導入において、地域生活を継続するための危機回避的な短期入院を最優先とする ○ 精神科病院で入院が必要な状態像を明確化して、連携機関で共有する ○ 精神科入院治療では、円滑な退院・在宅復帰を支援する医療スタッフの配置を強化する ⑤ 認知症の人の急性身体合併症に対して適切に対応する機能【身体合併症】 ア 目標 ○ 急性の身体合併症をきたした認知症の人に対して、適切な救急医療を提供する ○ 慢性身体疾患の増悪等で専門的治療を要する認知症の人に対して、必要な医療を提供する <p>イ 求められる事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 身体疾患の急性増悪をきたした認知症の人に対して、関係医療機関で連携しながら、必要な身体的医療を提供する ○ 一般病院は、入院医療スタッフの認知症への理解や対応力を向上し、入院を必要とする身体合併症をきたした認知症の人に必要な医療を適切に提供する ○ 一般病床で治療する場合、精神科リエゾンチームまたは認知症専門医の診療協力を有する ○ 精神科病床で治療する場合、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 	<p>認知症の原因疾患に対して、治療可能な病態を重視しつつ、適切な診断を行い、介護上の工夫につなげること</p> <p>行動・心理症状(BPSD)への対応等の治療を提供するとともに、症状悪化等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること</p> <p>認知症の行動・心理症状等で地域生活が破綻した場合、危機回避的な精神科入院医療を適切かつ迅速に提供すること</p> <p>入院医療では、認知症の人の容態に最もふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築する観点から、円滑な退院や在宅復帰のために支援すること</p> <p>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チームによる支援体制を作ること</p> <p>地域の認知症サポート医を中心に医療連携の構築に参加し、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等と連携して、生活の場で必要な支援を提供すること</p> <p>虐待防止など権利擁護の取組や運転免許更新の診断書作成に関与すること</p> <p>市町の初期集中支援チームや認知症地域支援推進員の活動を支援すること</p> <p>若年性認知症に対して、その特性に配慮した専門的診断・治療を行い、就労や社会参加、居場所づくりの支援に向けて関係機関と連携すること</p> <p>地域連携拠点機能を担う医療機関(認知症疾患医療センター等)と連携し、専門診断・治療の必要性を判断して、患者を紹介できること</p> <p>⑥ 認知症(2)</p> <p>機能</p> <p>地域連携拠点、機能(認知症疾患医療センター等)</p> <p>共通</p> <p>地域医療(精神科・神経内科・脳外科等)提供機能と同様</p> <p>拠点</p> <p>保健・医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症に関する専門診断や、認知症の行動・心理症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施すること</p> <p>地域における医療連携の構築に努め、認知症に関する情報収集発信・人材育成の地域拠点の役割を果たすこと</p> <p>地域精神科医療提供機能を支援すること</p> <p>求められる事項</p> <p>共通</p> <p>地域医療(精神科・神経内科・脳外科等)提供機能と同様</p>	++	
35	山口県		<p>拠点</p> <p>神経画像検査、神経心理学的評価、神経学的診察等を通じて専門診断を行うこと</p> <p>保健・医療・介護機関と連携して、認知症の鑑別診断、専門医療相談、行動・心理症状や身体合併症への急性期治療等、地域の認知症医療水準を向上する役割を担うこと</p> <p>地域連携会議の運営支援を行うこと</p> <p>積極的な情報発信を行うこと</p> <p>多職種による研修を企画・実施すること</p> <p>地域医療提供機能を担う医療機関からの個別相談への対応や、難治性・処遇困難事例の受入対応を行うこと</p> <p>県拠点機能を担う医療機関と連携すること</p> <p>⑥ 認知症(3)</p> <p>機能</p> <p>県連携拠点機能</p> <p>目標</p> <p>共通</p> <p>地域医療(精神科・神経内科・脳外科等)提供機能と同様</p> <p>拠点</p> <p>保健・医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症に関する専門診断や、認知症の行動・心理症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施すること</p> <p>県全域の医療連携の構築に努め、認知症に関する情報収集発信・人材育成の県拠点の役割を果たすこと</p> <p>地域連携拠点機能を支援すること</p> <p>求められる事項</p> <p>共通</p> <p>地域医療(精神科・神経内科・脳外科等)提供機能と同様</p>	++	
35	山口県		<p>拠点</p> <p>神経画像検査、神経心理学的評価、神経学的診察等を通じて専門診断を行うこと</p> <p>保健・医療・介護機関と連携して、認知症の鑑別診断、専門医療相談、行動・心理症状や身体合併症への急性期治療等、地域の認知症医療水準を向上する役割を担うこと</p> <p>地域連携会議を運営すること</p> <p>積極的な情報発信を行うこと</p> <p>専門職に対する研修プログラムを提供すること</p> <p>地域連携拠点機能を担う医療機関等からの個別相談への対応や、難治性・処遇困難事例の受入対応を行うこと</p> <p>5 認知症施策の推進</p> <p>(1) 現状と課題</p> <p>本県における認知症の人は、平成27年(2015年)に約7万人と推計されており、高齢者の増加に伴い、今後も一層の増加が見込まれています。</p> <p>地域や職場における認知症に対する理解をさらに進めるとともに、認知症の人やその家族を支援する人材の養成や市町の認知症施策の取組が円滑に実施されるよう早期発見・診断・対応、サービス提供体制の充実が必要です。</p> <p>若年性認知症の人やその家族を支援する人材を養成し、支援体制の整備が必要です。</p> <p>地域の多様な人的資源や社会資源を活用し、認知症の人とその家族が暮らしやすい地域づくりを進めていくことが必要です。</p> <p>(2) 施策</p> <p>① 認知症に関する理解促進</p> <p>小・中学生をはじめとした幅広い年代の住民をはじめ、認知症の人と地域で関わる人が多い企業などの職域や医療・介護・行政等関係職員に対して認知症に関する知識の普及啓発を図り、認知症に対する正しい理解を促進します。</p> <p>② 認知症の容態に応じた施策の推進</p> <p>運動や栄養改善、閉じこもり防止等による認知症予防対策を促進するとともに、認知症の初期から後期段階までの容態ごとのニーズに適切に対応できるよう、早期発見・診断、対応やサービス提供体制の整備など各種施策を推進します。</p> <p>③ 若年性認知症の人に対する支援</p> <p>若年性認知症に対する理解を深め、介護サービスや障害福祉サービス等を含めた支援体制の整備を促進します。</p> <p>④ 本人・家族への支援と地域づくり</p> <p>地域の多様な人的資源・社会資源からなるネットワークづくりを進めることにより、認知症の人とその家族を支える地域づくりを促進します。</p>	++	

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
36	徳島県	<p>徳島県第6次 (5)認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要な医療を提供できる機能【認知症】</p> <p>①目標 ・認知症の人が、できる限り慣れた地域で生活を継続できるように、医療サービスが介護サービス等と連携しつつ、総合的に提供されること ・2次医療圏に1か所以上かつ概ね65歳以上人口6万人の圏域に1か所程度、認知症患者医療センターを整備すること ・認知症の行動・心理状態で入院した場合は、できる限り短期間での退院を目指し、新たな入院患者のうち50%が退院できるまでの期間を2か月にできる体制を整備すること</p> <p>②医療機関に求められる事項 (認知症のかかりつけ医となる診療所・病院) ・地域包括支援センターや介護支援専門員(ケアマネジャー)等と連携して、認知症の人の日常的な診療を行うこと ・認知症の可能性について診断でき、認知症を疑った場合、速やかに認知症患者医療センター等の専門医療機関を紹介できること ・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 ・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 ・認知症初期集中支援チームと連携し、初期の支援を行うこと ・認知症患者医療センター、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 ・上記の連携にあたっては、その推進役として認知症サポート医等が、認知症の専門医療機関や地域包括支援センター等の情報を把握し、かかりつけの医からの相談を受けて助言等を行うなど、関係機関とのつなぎを行うこと (認知症患者医療センター) ・認知症患者医療センター運営事業の実施要綱を踏まえ、診断や治療など、それぞれの類型に応じた認知症患者医療センターとしての役割を果たすこと (入院医療機関) ・入院医療機関は、認知症患者医療センター、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連携体制を有し、退院支援に努めていること ・退院支援部署を有すること</p>	<p>徳島県第7次 第1 精神疾患の現状と今後の方向性 (3)認知症 (今後の医療提供体制) 認知症に対応できる医療機関を明確にするとともに、都道府県拠点機能や地域連携拠点機能を担う医療機関の連携による医療提供体制の構築を推進します。また、認知症の人が早期の診断や周辺症状への対応等を含む治療を受け、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるよう、介護保険事業との連携も含めたサービス提供体制を構築します。</p>	変化なし	
36	徳島県	<p>③対応する関係機関 ・認知症サポート医 ・認知症患者医療センター ・認知症コールセンター ・訪問看護事業所 ・地域包括支援センター ・薬局など</p> <p>④対応する医療機関 ・心療内科、精神科、脳神経外科、神経内科を連携している医療機関のうち、認知症の診断・治療を行っている医療機関 ・若年性認知症の診断・治療ができる医療機関 ・認知症の中核症状・周辺症状の患者の入院を受入れている一般医療機関</p>		変化なし	
37	香川県	<p>香川県第6次 【対策】 1 認知症の人ができる限り住み慣れた自宅で暮らし続け、また、認知症の人やその家族が安心して暮らすよう、標準的な認知症ケアパス(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)を作成し普及を図ります。 また、認知症サポーター養成講座や認知症の正しい知識を普及する機会を捉え、認知症の人の尊厳が損なわれないよう、その人の視点や立場に立って理解することの必要性について啓発します。 2 二次保健医療圏域毎で、認知症に関する専門医療相談窓口を配置した認知症患者医療センターを運営し、本人や家族等からの認知症に関する相談に対応します。 また、認知症患者医療センターが専門研修や医療連携協議会を開催することにより、地域の認知症医療水準の向上に努めるとともに、医療・福祉・介護の連携体制の充実に努めます。 3 「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を充実し、かかりつけ医の認知症に対する理解を深め、「もの忘れ相談医」として登録するとともに、かかりつけ医と認知症専門医療機関や認知症患者医療センターの連携を密にして、かかりつけ医から認知症の専門医療機関につなぐ取組みを促進します。 また、もの忘れ相談医や認知症の診断や治療を行うことができる認知症専門医療機関を県ホームページで公表することなどにより、認知症の本人や家族等からの相談体制を充実して、認知症を早期に発見し、早期治療につなげます。 4 一般病院勤務の医療従事者が、認知症ケアについて理解し適切な対応ができるよう、認知症患者医療センターや認知症専門医療機関との連携を推進します。 5 精神科病院に入院している認知症の人の円滑な退院・在宅復帰の支援を行うため、「退院支援・地域連携クリティカルパス(退院に向けての診療計画)」の作成等を通じて、退院後に必要な介護サービス等が円滑に提供できる仕組みづくりを推進します。 また、認知症の人が地域で安心して暮らせるよう、認知症を正しく理解するための周知広報、認知症キャラバン・メイトや認知症サポーターの養成など、認知症に対する周囲の人々の理解と協力を促進します。 6 厚生労働省が策定した「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」(平成25年度から29年度までの計画)に掲げる目標を達成するために設けられた事業なども活用し、認知症施策を推進します。</p>	<p>香川県第7次 【対策】 (1) 認知症への理解を深めるための普及・啓発 ① 認知症の人や家族が安心して生活できる地域づくりを推進するため、認知症に関する理解を深め、地域で認知症の人や家族を見守る応援者である認知症サポーターの養成とその養成講座の講師役となる認知症キャラバン・メイトの養成に取り組みます。 ② 子どもの頃から認知症を身近なものとして理解し、認知症の人と地域で共に暮らせるよう、小・中・高校生に対する認知症サポーター養成講座の実施に重点的に取り組みます。 ③ 認知症予防に効果があるとされる運動・栄養・社会交流の三位一体による認知症予防を推進するため、認知症予防の知識について普及啓発を行うとともに、認知症や認知症ケアに対する正しい理解の促進を図ります。 (2) 適時・適切な医療・介護等の提供 ① 地域の実情に応じた医療機関や介護サービス事業所等の地域の支援機関間の連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務を行う「認知症地域支援推進員」を市町が円滑に設置できるよう必要な助言・支援を行います。 ② 地域の認知症医療の中核機関である認知症患者医療センターにおいて、認知症に関する鑑別診断や専門医療相談、高齢者が日頃から受診しているかかりつけ医等の認知症医療従事者に専門研修を行うことなどにより、認知症への対応力の向上を図るとともに、認知症高齢者の早期発見や適切なケアを行うため、かかりつけ医やかかりつけ歯科医、専門医療機関等の医療関係者、地域包括支援センター等の介護関係者の連携体制の構築を促進します。 ③ 初期の段階でかかりつけ医やかかりつけ歯科医等との連携のもとに認知症の人やその家族に対して個別に訪問し適切な支援を行う「認知症初期集中支援チーム」を市町が円滑に設置・運営できるよう、チーム員である認知症サポート医の確保・養成を行うとともに、フォローアップ研修を開催するなど、市町に対し必要な支援や助言を行います。 ④ 認知症の診療に習熟し、かかりつけ医等への助言その他の支援を行い、認知症専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる「認知症サポート医」の養成を促進します。 ⑤ かかりつけ医に対し、適切な認知症診療の知識・技術や認知症の人とその家族を支える知識と方法を習熟するための研修を行い、その受講者を「もの忘れ相談医」として、また、精神科や心療内科等を連携する医療機関で、専門的な認知症の診断や治療が可能な医療機関を「認知症専門医療機関」として位置付け、県のホームページで公表し、認知症の早期発見・早期治療につながる連携体制の整備を推進します。 ⑥ 医療機関での認知症の人への処置等が適切に実施されるよう、医師、歯科医師、看護師、薬剤師等の医療従事者に対し、認知症の人や家族を支えるために必要な基本知識や医療と介護の連携の重要性、認知症ケアの原則等の知識を習得するための研修を実施します。 ⑦ 若年性認知症については、発症段階から本人の状態に合わせた就労支援等の適切な支援が図れるよう、本人や家族の支援ニーズの把握と、企業、医療機関、福祉サービス事業者等、支援に携わる関係機関への理解促進や情報共有、連携等に取り組みます。</p>		

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
38	愛媛県	<p>愛媛県第6次 認知症 5【認知症】</p> <p>「認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要な医療を提供できる機能」における課題、対策、目標</p> <p>本県では、平成24年度より、認知症患者の鑑別診断を行うための人員・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患者医療センターとして指定し、認知症についての専門医療相談、鑑別診断、身体合併症、急性期への対応、一般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うこととしています。</p> <p>認知症については、早期の鑑別診断や適切な服薬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す。</p> <p><目標></p> <ul style="list-style-type: none"> ○早期の診断や、周辺症状への対応を含む治療を受けられ、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるように、医療サービスと介護サービス等が連携しつ、総合的に提供される。 <国の指針が示す「医療機関に求められる事項」> (認知症の人のかかりつけ医となる診療所・病院) ○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。 ○認知症の可能性について判断でき、認知症を疑った場合、速やかに認知症患者医療センター等の専門医療機関を紹介できること。 ○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。 ○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。 ○認知症患者医療センター、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り、連携の推進役として認知症サポート医等が、認知症の専門医療機関や地域包括支援センター等の情報を把握し、一般かかりつけ医からの相談を受けて助言等を行うなど、関係機関とのつなぎを行うこと。 <p>※認知症サポート医・認知症サポート医養成研修を受講し、地域において医療と介護が一体となった認知症の人への支援体制構築の役割を担う医師。</p>	<p>愛媛県第7次 認知症</p> <p>▼認知症</p> <p>【目的】</p> <p>早期の診断や周辺症状への対応を含む医療体制を整備することにより、認知症の人の意思が尊重され、住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができます。</p> <p>【現状】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・全国における認知症高齢者は平成24(2012)年で462万人と65歳以上高齢者の約7人に1人が該当すると推計されており、高齢化の進展に伴い2025年には、675万人と約5人に1人に上昇すると見込まれています。 ・本県における認知症患者の推計は、平成29(2017)年で5.4万人、2025年で6.5万人です。 ・平成26年に医療機関で継続的に精神療法を受療している認知症の外来患者数は、全国で41万人、本県は6千人となっています。 ・県内認知症新規入院患者2ヵ月以内退院率が42.8% (平成25(2013)年)と、国の掲げる2020年度までの目標値50%を下回るとともに、第6次計画策定時の48.1%からも低下しています。 ・認知症の専門的医療の提供体制を強化するため、県では平成25年から認知症患者医療センター運営事業を開始し、愛媛大学医学部附属病院を中核センターとし、6つの地域拠点センター、合わせて7つの地域型のセンターを設置し、医療相談、鑑別診断、治療方針の選定、関係機関との連携及び専門医療関係者を対象とした研修を開催しています。 ・このほか、市町に設置される認知症初期集中支援チームにより、認知症の人が早期の診断や周辺症状への対応を含む治療を受け、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるよう重層的な支援が展開されています。 	変化なし	
38	愛媛県	<p>(認知症患者医療センター)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○診断や治療など、それぞれの類型に応じた認知症患者医療センターとしての役割を果たすこと。 (入院医療機関) ○認知症患者医療センター、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連携体制を有し、退院支援・地域連携クリティカルパスの活用等により、退院支援に努めていること。 ○退院支援部署を有すること。 <p><課題></p> <ul style="list-style-type: none"> ○県内認知症新規入院患者2ヵ月以内退院率が48.1(H21)と、国の掲げる平成32年度までの目標値50%を下回っており、地域での生活を支える医療・介護サービス及び日常生活・家族支援の支援強化を図る必要があります。 <p><対策></p> <ul style="list-style-type: none"> ○「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を継続して実施します。 ○地域の医療介護関係者に対する専門知識の普及・定着を促進するなど、人材を育成します。 ○認知症サポート医、一般かかりつけ医、精神科専門医、ケアマネー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診断・治療・介護までの包括的なサービスを提供するための連携体制の構築を図ります。 ○認知症患者医療センターの機能強化及び同センターを中心としたネットワーク機能の充実を図ります。 <p><数値目標></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ストラクチャー指標として、かかりつけ医認知症対応力向上研修累計参加者数を、今計画開始時点から毎年100人増加させることを目標とします。 ○ストラクチャー指標として、認知症サポート医養成研修累計修了者数が、今計画開始時点から5年以内に50人以上となることを目標とします。 ○アウトカム指標として、認知症新規入院患者2ヵ月以内退院率を50%以上であることを目標とします。 	<p>【課題・求められる機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・県内認知症新規入院患者2ヵ月以内退院率が悪化していることから、地域の医療機関において容態に応じた認知症医療が提供される必要があります。 ・認知症高齢者の増加が確実と見込まれる中、早期受診及び早期対応が今後の認知症医療の鍵になると考えられることから、地域拠点センターが中心となり、地域のかかりつけ医や歯科医師、薬剤師、看護職員等の医療従事者に対する研修会や事例検討会の場を設け、対応力を向上する必要があります。 ・中核センターでは、地域拠点センターに対する高度な研修の実施や困難な症例等の助言・指導等が適切に行われるよう整備を図る必要があります。 <p>【対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医や歯科医師、薬剤師、看護職員等の医療従事者、福祉サービス事業所職員等に対する認知症に関する知識及び理解の向上を図ります。 ・地域の医療機関と認知症患者医療センターとの連携強化を図ります。 ・認知症患者医療センターでは、適切な鑑別診断、初期対応、身体合併症への対応、専門医療相談の実施ができるよう必要な整備を実施します。 ・認知症患者ができる限り早期に円滑に退院できるよう、関係機関の調整や支援促進に取り組みます。 ・地域拠点センターでの対応が困難な鑑別診断、初期対応、身体合併症、専門医療相談等のケースが生じた場合は、中核センターが、適切な技術的助言や指導を行うことができるよう必要な調整を実施します。 	変化なし	
39	高知県	<p>高知県第6次 対策</p> <p>2 医療提供体制</p> <p>(4)認知症の進行予防から地域生活の維持に必要な医療の提供</p> <p>県は、県中央部の基幹型認知症患者医療センターとすべての福祉保健所圏域ごとに地域型認知症患者医療センターを設置するとともに、認知症の患者ができる限り住み慣れた地域で生活を継続できるよう認知症患者医療センターと地域のサポート医やかかりつけ医が連携することで、県民が身近な地域で専門医療を受けられることのできる体制を強化します。</p> <p>また、医療機関、市町村が設置する地域包括支援センター、介護保険事業者などが連携し、認知症の患者及び家族を支援する仕組みに取り組みます。あわせて、関係機関と連携して、認知症地域連携クリティカルパスの運用に取り組みます。</p> <p>また、県は、高知大学医学部などと連携し、不足している認知症専門医の養成を支援します。</p>	<p>高知県第7次 対策</p> <p>1 多様な精神疾患等ごとに対応できる医療連携体制の構築</p> <p>(1)早期発見・早期治療</p> <p>県は、精神疾患や精神障害に対する正しい知識の普及啓発の取組を進め、重症化することなく、早期に精神科医療機関の受診につながる環境整備を推進します。</p> <p>また、うつ病等精神疾患の患者を最初に診察することが多いかかりつけ医に、精神疾患についての診療の知識・技術などを習得してもらい、かかりつけ医と精神疾患等の専門医との連携を推進することで、自殺の原因の一つと言われているうつ病など、精神疾患を早期に発見し、適切な治療につなげる取組を推進します。</p> <p>認知症では、診察時に認知症について相談できるよう認知症についての研修を終了した医師を「こうちオレンジドクター」として登録し、名簿を県のホームページで公表するなど、早期発見・早期治療につなげる取組も行っています。</p> <p>若年性の認知症の方については、若年性認知症支援コーディネーターを設置し、こうちオレンジドクターや地域包括支援センター等と連携して、早期に発見し、適切な医療や支援につなげる体制づくりを行っていきます。</p> <p>このほか、各保健医療圏に地域型、県中央部に基幹型の認知症患者医療センターを設置しており、地域型では、かかりつけ医等との医療連携を図っていくとともに、地域包括支援センターや介護事業所との連携支援体制を築き、基幹型では、人材育成や地域型の後方支援を行っていきます。</p> <p>発達障害や児童・思春期精神疾患など、小児期の精神疾患では、対応できる医師の養成やその他専門職による支援の技術力向上を図るほか、地域の医療機関、保健、福祉、教育等の関係機関による連携体制の構築にも取り組んでいきます。</p> <p>また、多様な精神疾患等に対応できるよう、医師をはじめとした医療従事者の養成や確保に取り組んでいくほか、多職種連携・多施設連携を推進し、医療機関相互の連携体制の構築を進めるため、不足している医療機能や調整・整理が必要な医療機能など、地域の実情を勘案し、医療機関の地域における連携拠点機能及び県における連携拠点機能の強化を図ります。</p>	+	

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
40	福岡県	<p>福岡県第6次 5 精神疾患 【今後の方向】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 早期の診断につなげるため、かかりつけ医との連携パスを作成し、継続した医療の関わりができる体制を推進します。 ○ 地域の連携協議会等を通じて、認知症(疾患)医療センターによる介護関係機関との連携を図り、医療と介護による総合的な支援を促進します。 ○ 認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)を踏まえ、早期診断・早期対応ができる体制を整備するため以下の施策を行います。 ・かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者を1年に180人ずつ増やし、認知症サポート医養成研修の受講者数も増やします。 ・国の「認知症初期集中支援チーム」の成果、福岡市・北九州市・筑紫医師会等の先進地の取組を参考に、認知症(疾患)医療センターを中心とした、地域の実情に合わせた体制づくりを進めます。 ・認知症の早期診断等を行う医療機関を、認知症(疾患)医療センターを含めて、二次保健医療圏に1か所整備するように努めます。 ○ 国は平成32年度までに新規入院患者の2か月以内の退院率を50%にする目標を掲げています。県としては認知症患者の早期発見・早期治療により、地域での受け入れ体制づくりや人材育成などの条件整備を行うことで、目標達成に向けた早期退院に努めます。 	<p>福岡県第7次 5 精神疾患 (2) 認知症</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 福岡県認知症医療センターにおいて、かかりつけ医や介護関係者への研修会を開催し、地域における認知症医療体制の充実を図ります。 ○ また、かかりつけ医や認知症サポート医などの医療関係者等が情報を共有する仕組みを確保するとともに、認知症の人やその家族に早期に関わる認知症初期集中支援チームを市町村が設置することで、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築します。 (3) 認知症 ○ かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護師に対する認知症対応力向上研修の実施や認知症サポート医の養成を進め、かかりつけ医など身近な医療関係者の認知症に対する対応力を高めるとともに、「福岡県認知症医療センター」や「認知症介護相談窓口」を設置し、適切な医療機関に繋ぐ体制の充実を図ります。 ○ 「福岡県認知症医療センター」において、医療機関や介護関係者と連携を図りながら、次の取り組みを実施します。 ① 本人やその家族、関係機関からの専門医療相談への対応 ② 認知症に関する専門的な診断とその初期対応 ③ 認知症の行動・心理症状や身体合併症の急性期治療に関する対応 ④ 地域の医療機関、地域包括支援センター、市町村、保健所等で構成する地域医療連携協議会の開催 ⑤ 地域における認知症対応力向上のための研修の実施 ⑥ 地域への認知症医療に関する情報発信 ○ 看護職員等の医療従事者に対する認知症対応力向上研修を関係団体の協力を得ながら実施し、急性期病院等における認知症の適切な対応力の向上を図ります。 ○ 認知症初期集中支援チームの取り組みや、認知症地域支援推進員が行う医療・介護等のネットワークの構築等の取り組みが円滑に進むよう、医療関係団体との調整を図るなど、市町村の支援を行います。 ○ また、若年性認知症支援コーディネーターを配置し、福岡県認知症医療センター等の医療機関と連携し、若年性認知症の人やその家族を支援します。 	+	
41	佐賀県	<p>佐賀県第6次 第5節 精神疾患 【認知症】</p> <p>(1) 地域医療体制の構築</p> <p>認知症高齢者に対するケアは、早期の段階からの適切な診断と対応が重要であるため、地域で認知症の人や家族を支援するかかりつけ医に対し、認知症医療の知識、技術を修得するための研修会を実施します。</p> <p>また、かかりつけ医への助言、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる「認知症サポート医」に対する研修会を実施し、地域医療体制を構築します。</p> <p>(2) 医療と介護の連携強化</p> <p>認知症疾患医療センターに配置された連携担当者が、かかりつけ医や地域包括支援センター、介護支援専門員、かかりつけ薬局等と連携し認知症医療と介護の連携強化を図ります。</p>	<p>佐賀県第7次 第5節 精神疾患 2. 目標と施策</p> <p>認知症の早期診断・早期対応のため、認知症疾患医療センターが4カ所(佐賀大学医学部附属病院、NHO 肥前精神医療センター、嬉野温泉病院、河畔病院)設置されており、鑑別診断、行動・心理症状(BPSD)と身体合併症に対する急性期医療、専門医療相談、関係機関との連携、研修会の開催等の役割を担っています。</p> <p>県では、第6期さがゴールドプラン21(佐賀県高齢者保健福祉計画、佐賀県介護保険事業支援計画)に基づき、「介護予防の推進」、「生活支援サービスの充実」、「介護保険サービスの充実」、「認知症の人への支援」、「介護人材の確保」など、地域包括ケアシステムの構築を推進するための基盤整備を進めてきました。</p> <p>認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)の7つの柱や数値目標を踏まえ、市町(保険者)の取組を支援しながら、施策を総合的に推進します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症サポーター ・認知症介護に関する研修 ・認知症対応力向上研修 	変化なし	
42	長崎県	<p>長崎県第6次 第2章 第2節 5疾病・5事業及び在宅医療にかかる医療提供体制 施策の方向</p> <p>(5) 認知症の診断及び医療提供体制の構築</p> <p>○ 認知症疾患の医療水準の向上や認知症の鑑別診断を行うことのできる医療機関の整備、医療・保健・福祉の連携体制の構築を図るとともに、認知症の早期発見・治療につなげるためにかかりつけ医の認知症対応力向上の促進や、充実した地域生活を送ることができるよう、訪問看護等の在宅医療を含めた地域における認知症医療体制の充実を図ります。</p> <p>○ 二次医療圏域ごとの認知症疾患医療センターの指定や、鑑別診断を行くことのできる医療機関の整備を促進します。</p>	<p>長崎県第7次 第5節-2 精神科医療(認知症医療) 3. 施策の方向性</p> <p>(1) 認知症疾患医療センターを中心とした連携体制の構築</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 基幹型認知症疾患医療センターを中心に、二次医療圏ごとに地域型や連携型の認知症疾患医療センターを設置し、認知症サポート医及びかかりつけ医等からなる3層構造の認知症医療体制の構築を目指します。 ● さらに、二次医療圏を基本に、認知症疾患医療センター等を中心に、かかりつけ医との連携のもと認知症医療に取り組み、それぞれの地域で早期診断から治療・介護方針の策定を行い、身近な地域で適切な医療や介護サービスを提供するという流れを整備します。 ● また、BPSDや身体合併症への適切な対応を図るため、悪化時の入院を含め、認知症の容態に応じた医療提供が可能となるよう、地域の医療機関や専門医療機関との医療機関相互の連携体制を構築するとともに、医療と介護、地域との連携体制の整備を進めることにより、誰もが認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らしていることができる地域づくりを進めます。 ● 認知症疾患医療センターは、「認知症の鑑別診断を行える医療機関を含めて、少なくとも二次医療圏に1カ所以上、人口の多い二次医療圏では概ね65歳以上人口6万人に1カ所程度(特に65歳以上人口が多い二次医療圏では、認知症疾患医療センターを複数カ所が望ましい。))を確保すること」(「精神疾患の医療体制の構築に係る指針の改正について」(平成24年10月9日医政指発1009第1号、障精発1009第1号、老高発1009第2号3部局課長連名通知))との指針に基づき、今後の整備を検討してまいります。 ● 県医師会等と連携して、県内全域において、かかりつけ医や認知症サポート医等へのフォローアップ研修を実施し、地域における認知症診療技術等の向上等、医療体制の機能強化を図ります。 (2) ステージに応じた医療体制の構築 ● 発症予防、初期段階での対応から、認知症発症後の日常の療養支援、看取り等、段階に応じた施策を推進します。 ● 初期段階においては、地域の歯科医師・薬剤師等とかかりつけ医との連携による早期発見と、地域で早期受診が可能となるよう、医療機関等の紹介など連携体制を構築します。 ● 入院・施設入所中にBPSDや身体合併症が見られた場合でも、適切な医療やリハビリテーションが提供され、入院、入所の長期化等につながらないよう、退院・退所後は容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスが提供される「循環型」の仕組みの構築を図ります。 ● 認知症初期集中支援チームの取組が円滑に行われるよう、認知症疾患医療センターはもちろんのこと、認知症サポート医、かかりつけ医、認知症地域支援推進員との連携強化を推進します。 ● 認知症のBPSDが重症化すると、家族や介護従事者の負担が大きくなり、在宅での生活が困難となるため、認知症の人や家族に対する早期からの多職種連携によるチーム対応など、在宅での自立生活のサポートを行う支援体制の整備を進めます。 	++	

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
42	長崎県		<p>●本人の尊厳が尊重された医療・介護等のサービスを提供するため、多職種が連携することで、あらかじめ本人の意思決定を支援する仕組みづくりを推進します。</p> <p>(3) 認知症に関わる人材の育成</p> <p>●認知症に関わる保健・医療・福祉の関係者の認知症に対する理解を深め、またBPSDを早期に発見し、対応できるようにするため、関係者の認知症対応力の向上を図ります。</p> <p>●認知症サポート医や、認知症に関する研修を受けたかかりつけ医を養成し、県内各地どこにおいても、標準的な認知症の診療を受けることができる体制づくりを進めます。</p> <p>●BPSDや身体合併症等を伴う認知症患者への医療的ケアを行う看護師に対する認知症対応力向上研修等により、医療機関の認知症対応力の強化を図ります。</p> <p>●高齢者等と接する機会が多い歯科医療機関や薬局においても、認知症を早期発見し、かかりつけ医等と連携した対応を図るため、歯科医師・薬剤師への研修を実施し、認知症の容態に応じた適切な口腔機能の管理や服薬指導など認知症の対応力強化を図ります。</p> <p>●介護施設従事者や施設管理者等を対象に、キャリアに応じた各種認知症介護研修を実施し、認知症ケアの質の向上に取り組めます。</p> <p>●県内で、キャラバンメイト養成研修等を実施することにより、認知症サポーターの養成を進めるとともに、認知症の人や家族を支える傾聴ボランティアや見守りネットワークへの参加など、認知症サポーターの活躍の場の拡大に取り組めます。</p> <p>(4) 認知症に対応する地域包括ケアシステムの構築</p> <p>●認知症になっても、住み慣れた地域で安心して暮らしていることができるよう、医療・介護・予防・生活支援等の一体的な提供が可能な地域支援体制の構築を進めます。</p> <p>●市町の認知症施策が効果的に機能するよう、認知症地域支援推進員や初期集中支援チームに関する、先進的な取組事例を紹介する研修を実施するとともに、課題解決に向けた地域の実情に応じた取組を支援していきます。</p> <p>●認知症地域支援推進員が行う医療・介護等のネットワークの構築等の取組が円滑に進むよう、関係団体との調整や、市町に対する支援を行います。</p> <p>●患者が、症状の進行に合わせた具体的なケア方法や、利用できる医療・介護サービスなどをスムーズに理解するための冊子である「認知症ケアパス」の作成を支援し、認知症の人やその家族、医療・介護関係者等の間で共有されることで、サービスが切れ目なく提供されるよう、その活用を推進します。</p> <p>●若年性認知症の人とその家族が、地域で安心して暮らしているよう医療・介護・福祉・雇用の関係者等が連携した若年性認知症支援ネットワークを構築します。</p>	++	
43	熊本県	<p>熊本県第6次 施策の方向と内容 3層構造を持つ新たな認知症医療体制の構築 ・基幹型認知症疾患医療センターを中心に、地域拠点型認知症疾患医療センター、専門医療機関及びかかりつけ医等からなる3層構造の認知症医療体制の構築を目指します。 ・また、二次保健医療圏を基本に、認知症疾患医療センターや専門医療機関が中心となってかかりつけ医との連携のもとに認知症医療に取り組むとともに、医療と介護、地域との連携体制の構築を進めることにより、誰もが認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる地域づくりを進めます。</p> <p>○認知症疾患医療センターと専門医療機関、かかりつけ医、介護との連携強化 ・かかりつけ医による認知症患者の早期発見、認知症疾患医療センター及び専門医療機関による鑑別診断やBPSDの悪化等への適切な対応を図るとともに、若年性認知症の方を含め、地域で安心して生活できるよう医療機関相互又は医療と介護の連携の強化を図ります。</p> <p>・具体的には、認知症疾患医療センターを含む専門医療機関やかかりつけ医となる医療機関の医師、精神保健福祉士、臨床心理士、作業療法士、看護師などの医療従事者、地域包括支援センター、介護従事者、行政関係者等の多職種が参加する認知症事例検討会の開催により、各関係機関の連携強化を進めます。 ・認知症の診療情報等を記載した認知症地域連携パス事業の実施等により、医療機関相互又は医療と介護の連携強化を進めます。</p> <p>○早期支援体制、地域での生活を支える医療体制づくり ・「認知症初期集中支援チーム」①等の取組みにより、在宅の認知症の方の早期支援体制の更なる充実・強化を進めます。 ・また、必要に応じて専門医療機関等からの訪問診療・支援ができる体制づくりに向けた取組み等を行い、地域で暮らす認知症の方を支援します。</p> <p>○専門医等の養成 ・認知症専門医や認知症医療に習熟した精神保健福祉士や作業療法士などの医療従事者の養成、研修会等の実施により、認知症の専門診断や治療に係る診療技術向上等、認知症疾患医療センターや専門医療機関の機能強化を図ります。</p>	<p>熊本県第7次 3. 施策の方向性 5. 精神科医療圏 第6項 認知症 2. 目指す姿 3層構造の熊本型認知症医療・介護体制(「6. 認知症の医療連携体制図」参照)の強化をはじめ、認知症への対応力の向上を図ることで、認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるようになります。</p> <p>3. 施策の方向性 ○ 発症予防・早期発見対策の推進 ・ 認知症の発症予防につなげるため、認知症の危険因子等について周知を行うとともに、特に危険因子の一つとして注目されている糖尿病については、その発症予防や早期発見など関係する施策と連携して、認知症の発症予防に取り組めます(詳細は、この節第4項参照)。また、運動や社会交流など日常生活の取組みが認知機能低下の予防と関係する可能性が高いことを踏まえ、市町村が行う住民主体のサロン活動や体操教室の開催などの地域の実情に応じた取組みを促進します。</p> <p>・ 認知症を早期に発見し、早期に対応するため、市町村が設置する認知症初期集中支援チーム等の技能向上支援や情報提供等を行います。</p> <p>・ 認知症の早期発見のため、介護サービス事業所職員、歯科医師や薬剤師、運転免許センター運転適性相談窓口等から提供される認知症の疑い等に関する情報を、市町村地域包括支援センターにつなぐなど、関係機関の連携を強化します。</p> <p>○ 認知症医療・介護体制の強化 ・ 3層構造の熊本型認知症医療・介護体制を強化するため、地域の認知症疾患医療センター・専門医療機関と、認知症サポート医、かかりつけ医、介護サービス事業所等の連携の取組みを推進します。特に、認知症サポート医と地域の認知症疾患医療センター及びかかりつけ医等との連携強化や、かかりつけ医など専門医以外の医師等の認知症診療技能の向上に取り組めます。 ・ 認知症の人に容態に応じた適時・適切な医療・介護等を提供するため、認知症多職種連携パス(通称「火の国あんしん受診手帳」)の成果を踏まえ、くまもとメディカルネットワークを活用するなど、認知症の人の診療・介護情報等を適切に共有し、多職種の連携を強化します。</p> <p>○ 一般病院の認知症対応力の向上 ・ 認知症の人が肺炎や外傷等の治療を安心して受けることができるよう、研修等を通じて一般病院等の認知症対応力を強化します。併せて、専門医療機関による一般病院等の支援を推進します。</p>	+	記載量多いが、具体的内容に乏しい

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
43	熊本県	<p>○サポート医・かかりつけ医等の認知症診療技術等の向上</p> <ul style="list-style-type: none"> 熊本大学(基幹型認知症疾患医療センター)と連携して「熊本県認知症医療・地域連携専門研修」を実施することにより認知症サポート医の更なるスキルアップを図り、地域において医療と介護の連携強化等を積極的に行う人材を養成します。 県医師会や熊本大学(基幹型認知症疾患医療センター)と連携して、かかりつけ医を対象とした基礎研修や、熊本県独自の「ステップアップ編」を実施し、かかりつけ医の認知症診療技術等の向上を図るとともに、認知症診療の参考となる冊子等を作成し、日常的な診療の支援を行います。 新たに、一般病院勤務の医療従事者に対し、認知症に関する研修等を実施し、認知症対応力の向上を図ります。 <p>○介護体制の整備と医療との連携について</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護施設従事者や施設管理者、介護施設以外の高齢者向け住まいの管理者等を対象とした研修を実施し、認知症ケアの質の向上に取り組みます。 認知症介護指導者を施設等へ派遣する認知症ケアアドバイザー派遣事業により、認知症の特性に応じた介護の実践に取り組みます。 医療関係者や介護従事者、行政関係者等の多職種が参加する事例検討会の開催により、各関係機関の連携強化を進めます。(再掲) 認知症の診療情報等を記載した認知症地域連携バスの実施等により、医療と介護の連携強化を進めます。(再掲) <p>○認知症サポーターの活動活性化等</p> <ul style="list-style-type: none"> 「認知症サポーターが日本一活動する県」を目指し、認知症サポーターを対象とした研修等を実施することにより、傾聴ボランティアや見守りネットワークへの参加など認知症サポーターの活動活性化を図り、認知症の方やその家族を県民全体で支える体制づくりを推進します。 「認知症コールセンター(認知症ほっとコール)」の運用や、地域における家族交流会の開催等を支援し、認知症の方やその家族に対して認知症の知識や介護の手法だけでなく、精神面に対する支援も行います。 <p>○認知症医療体制や認知症に関する県民の理解促進</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症疾患医療センターを中心とした認知症医療体制等について、広く県民に周知を行っていきます。特に、認知度の低い若年性認知症については積極的に周知を図ります。 認知症サポーターの養成等により、今後さらに認知症に係る正しい知識の普及を進めていきます。 <p>○災害時における認知症の方等への支援</p> <ul style="list-style-type: none"> 大規模な災害等により地域における認知症の方を支える体制が崩壊した場合に備え、認知症疾患医療センターや専門医療機関を中心とした災害時バックアップ体制の構築を進めます。 	<p>○地域で活躍する認知症サポーターの養成</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、認知症に関する正しい知識と理解を深めるための啓発を行うとともに、引き続き認知症サポーターの養成を進めます。 養成された認知症サポーターが、高齢者の見守りやボランティア活動に参加する等、地域で活躍できる仕組みを構築します。 特に、県内全ての市町村で、認知症サポーターが参画するSOSネットワークの構築や検索模倣訓練等の取組みが実施されるよう、支援を行います。 認知症の人やその家族の視点を重視した支援体制の構築 認知症の人やその家族の視点を重視した認知症施策を企画・立案し、必要とされる支援体制を整備するため、認知症の人が集い、発信する取組みを実施します。 		
44	大分県	<p>大分県第6次 第7節精神疾患医療 第1款精神疾患(認知症を除く) 第2款認知症 (今後の施策)</p> <p>(1)正しい理解の普及と相談体制の整備</p> <ul style="list-style-type: none"> 県民の認知症についての理解を深めるため、普及啓発に努めます。 また、高齢者の生活に密着した生活関連企業への普及啓発に取り組みます。 認知症を理解し、認知症の人や家族を温かく見守る「認知症サポーター」について、地域の自治会や民生委員に対するサポーター養成講座の開催など、市町村等と連携しながら、さらなる養成を県内各地域で積極的に推進します。 また、その自主的な活動が、認知症の人を支える地域づくりへと広がりを見せるよう支援します。 認知症の早期発見・早期対応のため、保健・医療・福祉従事者に対する研修や支援者の養成、家族を含む地域住民に対する啓発活動を強化します。 認知症疾患医療センター等における高度な専門医療相談のほか、地域のかかりつけ医でも認知症の相談に応じられるよう体制整備を進めます。また、若年性認知症の人の雇用相談も含めた相談体制の整備等についても推進します。 介護予防教室等における認知症予防の取り組みを支援します。 <p>(2)認知症の人や家族を孤立させない支援ネットワークの充実</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症の人が地域で暮らし続けていくことができるための支援ネットワークを整えるとともに、介護者同士の交流・相談、BPSD(徘徊、興奮、暴力、幻覚、妄想等の行動・心理症状)への対応方法等、身近な場所で認知症の相談が気軽にできる体制の整備を進めます。 地域包括支援センターを中心に、医療、介護、予防、見守りなど、認知症の人の支援に携わるすべての人々のネットワークの構築を進めます。 介護者生活情報誌の発行、介護者のついでや認知症介護教室の開催などにより、介護者の支援を行うとともに、介護者同士のネットワークの構築を図ります。 介護と医療の連携強化や認知症施策の推進役を担う「認知症地域支援推進員」の市町村や地域包括支援センターへの設置を推進します。 	<p>大分県第7次 第7節精神疾患医療 1 認知症を除く精神疾患 ③認知症 (今後の施策)</p> <p>1 認知症施策の推進</p> <p>(1)早期診断・早期対応の体制整備</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症についての県民の理解を深め、早期の相談・医療受診等を推進するため、認知症に関する相談窓口や医療提供体制に関する情報等の発信、地域住民への啓発活動を強化します。 地域において、認知症の状態に応じた適切なサービス提供の流れを示す「認知症ケアパス」(注7)について、認知症の人やその家族、医療・介護関係者等間で共有され、サービスが切れ目なく提供されるよう、その普及を推進します。 地域の医療・介護その他支援機関をつなぐコーディネーター役となる「認知症地域支援推進員」(注8)の活動を支援し、医療と介護サービスが切れ目なく提供されるための連携体制づくりを推進します。 医師や保健師・看護師、社会福祉士・介護福祉士等から構成される「認知症初期集中支援チーム」(注9)を地域包括支援センター等に設置し、認知症の人の家庭訪問、アセスメントや家族支援、医療へのつなぎなど、早期の介入・支援を推進します。 かかりつけ医として、認知症の相談に応じ、日常的な診療や専門医への紹介等を行う「大分オレンジドクター(もの忘れ・認知症相談医)」の登録を推進します。 かかりつけ機能に加えて地域の医療機関等と日常的に連携する歯科医師や薬剤師の認知症対応力を向上させるための研修を実施します。 認知症の人が早期に鑑別診断を受け、BPSDへの対応等、高度・専門的な医療を含む認知症の治療を受けられるよう、地域における医療提供体制の一層の充実を図るため、認知症疾患医療センターが、かかりつけ医、認知症サポート医、一般病院、精神科病院、地域包括支援センター、介護サービス事業所等と連携し、地域での生活を支える司令塔機能を積極的に担うことを推進します。 	変化なし	内容は網羅的

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
44	大分県	<p>(3)治療・ケア体制の整備</p> <p>①早期診断・早期対応の体制整備等</p> <p>○認知症の人が早期の診断や周辺症状への対応を含む治療等を受けられるよう在宅ケアを中心とした医療提供体制の構築を目標とします。</p> <p>○認知症の人の状態に応じて適切な医療が提供できるよう、かかりつけ医とサポート医、専門医が連携して認知症の人の治療に取り組む体制を構築します。</p> <p>また、認知症の人に対して治療とケアが切れ目なく提供できるよう、医療関係者と介護関係者の連携強化を図ります。</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、認知症の人の日常医療をかかりつけ医が担えるよう、認知症対応力の向上を図る研修を充実させ、大分オレンジドクター(もの忘れ・認知症相談医)の登録を推進します。</p> <p>また、大分オレンジドクターの活動を支援するため、医師会、認知症サポート医、市町村、地域包括支援センター等と連携しながら、各地域における認知症例検討会の開催を推進します。</p> <p>○かかりつけ医の指導役を担う「認知症サポート医」のさらなる養成を推進します。</p> <p>○看護師や作業療法士等の専門職による「認知症初期集中支援チーム」を地域包括支援センター等に設置し、認知症の人の家庭を訪問し、アセスメント、家族支援等を行う取り組みを推進します。</p> <p>将来的には、全市町村での展開を目指します。</p> <p>○認知症疾患医療センターを中心とした鑑別診断や急性期の対応等の専門医療の提供体制の整備を図ります。</p> <p>○認知症の早期から、専門医療機関による正確な診断を受けることができるよう、認知症疾患医療センター等の専門医療機関を整備します。</p> <p>認知症疾患医療センターにおいては、早期の詳細な診断や、急性期の入院医療を提供するほか、在宅医療を担当する機関、地域包括支援センター、介護サービス事業所等と連携し、地域での生活を支える役割を積極的に担うことを推進します。</p> <p>②医療と介護の連携等</p> <p>○認知症の人が、できる限り住み慣れた地域で暮らせるよう、医療サービスが介護サービス等と連携しつつ、総合的に提供されるよう推進します。</p> <p>○認知症の診断が必要になった場合は、かかりつけ医が認知症疾患医療センター等の専門医療機関へ紹介し、今後の治療計画等が記載された療養計画に基づき、療養支援を行う体制づくりを推進します。また、認知症の人が入院になった場合でも、退院後はかかりつけ医が引き続き療養支援を行う体制づくりについても推進します。</p>	<p>○認知症サポート医のさらなる養成を行うとともに、認知症疾患医療センター等の専門医療機関やかかりつけ医等と連携して、認知症の人をケアする地域の医療・介護連携体制の整備を推進します。</p> <p>○BPSDへの適切な対応等を図るため、医療・介護関係者が連携して、認知症の人に対する適切なアセスメントから、効果的なケアを実施する体制づくりを推進します。</p> <p>(2)医療と介護の連携等</p> <p>○認知症の人が、できる限り住み慣れた地域で暮らせるよう、医療サービスが介護サービス等と連携しつつ、総合的に提供されるよう推進します。</p> <p>○認知症の診断が必要になった場合は、かかりつけ医が認知症疾患医療センター等の専門医療機関へ紹介し、今後の治療計画等が記載された療養計画に基づき、療養支援を行う体制づくりを推進します。また、認知症の人が入院になった場合でも、退院後はかかりつけ医が引き続き療養支援を行う体制づくりについても推進します。</p> <p>○市町村で実施する「地域ケア会議」の活用などにより、認知症の人に対する包括的・継続的ケアマネジメントを推進します。</p> <p>○認知症の退院支援・地域連携クリティカルパス(退院に向けての診療計画)の作成を推進します。</p> <p>また、退院支援に当たっての入院医療機関と介護サービス事業者等との連携を進めるなど、退院後に必要な介護サービス等が円滑に提供できる仕組みづくりを推進します。</p> <p>○認知症のBPSDなどの急性増悪期に、早期に治療できる体制整備を推進します。また、入院した場合でも、できる限り短い期間での退院を目指すための体制整備を推進します。併せて、退院後に関わる周囲の人々への普及啓発、相談体制の整備をはじめ地域の受け入れ体制の充実を図ります。</p> <p>(3)介護サービスの整備</p> <p>○認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護等の地域密着型サービスの適正な整備を促進します。</p> <p>○認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護の事業所等が、その知識・経験・人材などを生かして、在宅で生活する認知症の人やその家族への相談・支援を行うことを推進します。</p>	変化なし	内容は網羅的
44	大分県	<p>○認知症の人に対する包括的・継続的ケアマネジメントを推進するため、地域包括支援センターにおいて多職種協働で実施される「地域ケア会議」が、全ての市町村で実施されるよう普及・定着を図ります。</p> <p>○「認知症の退院支援・地域連携クリティカルパス(退院に向けての診療計画)」の作成を推進します。</p> <p>また、退院支援にあたっての入院医療機関と介護サービス事業者等との連携を進めるなど、退院後に必要な介護サービス等が円滑に提供できる仕組みづくりを推進します。</p> <p>○認知症の行動・心理症状等の急性増悪期に、早期に治療できる体制整備を推進します。また、入院した場合でも、できる限り短い期間での退院を目指すための体制整備を推進します。併せて、退院後に関わる周囲の人々への普及啓発、相談体制の整備をはじめ地域の受け入れ体制の充実を図ります。</p> <p>③介護サービスの整備</p> <p>○認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護等の地域密着型サービスの適正な整備を促進します。</p> <p>○認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護の事業所等が、その知識・経験・人材などを生かして、在宅で生活する認知症の人やその家族への相談・支援を行うことを推進します。</p> <p>④医療・介護サービスを担う人材の育成</p> <p>○介護保険施設職員等を対象にした認知症介護実践リーダー研修、認知症介護指導者養成研修などの研修を充実させ、認知症介護の質の向上を図ります。</p> <p>○一般病院勤務の看護師をはじめとする医療従事者が、認知症ケアについて理解し、適切な対応ができるよう研修を拡充します。</p> <p>(4)権利擁護・成年後見の推進</p> <p>○日常生活自立支援事業のさらなる利用を促進するため、広報の強化により事業の周知に努めます。また、利用者に質の高いサービスを提供するため、研修等を行い関係職員等の資質の向上に努めます。</p> <p>○成年後見制度の普及促進を図ります。</p> <p>○市町村等の市民後見人養成等の取組を支援するなど、市民後見制度を推進します。</p> <p>(5)若年性認知症施策の強化</p> <p>○若年性認知症の人の実態把握に努めます。</p> <p>○若年性認知症の人の雇用相談を障害者就業・生活支援センターと連携して進めます。</p> <p>○県民の若年性認知症に関する理解を深めるため、普及啓発に努めるとともに、若年性認知症と診断された人とその家族への支援に努めます。</p> <p>○「若年性認知症の人と家族の集い」など、本人や関係者等が交流できる居場所づくりの設置を促進します。</p>	<p>(4)医療・介護人材の対応力の向上</p> <p>○一般病棟の医師や看護師など医療従事者の認知症を有する患者への対応力の向上を図るため、BPSDやせん妄等に関する知識、アセスメント、ケア、院内外の連携等について習得するための研修を実施します。</p> <p>○介護サービス従事者の認知症介護の質の向上を図るため、認知症介護実践者研修や介護指導者養成研修などを実施します。</p> <p>○かかりつけ機能に加えて地域の医療機関等と日常的に連携する歯科医師や薬剤師の認知症対応力を向上させるための研修を実施します。(再掲)</p> <p>(5)若年性認知症施策の強化</p> <p>○若年性認知症の人の実態把握に努めます。</p> <p>○若年性認知症の人の雇用相談を障害者就業・生活支援センターと連携して進めます。</p> <p>○県民の若年性認知症に関する理解を深めるため、普及啓発に努めるとともに、診断直後から集中的に支援が受けられる体制を整備します。</p> <p>○「若年性認知症の人と家族の集い」など、本人や関係者等が交流できる居場所づくりの設置を促進します。</p> <p>○若年性認知症を含む認知症の人が、自ら認知症施策について関与できる体制づくりを努めます。</p> <p>○若年性認知症の人への支援に関わる医療、介護、福祉、雇用等の関係機関が連携して、発症初期から高齢期までの本人の状態に合わせた適切な支援が提供されるよう、若年性認知症コーディネーターを中心にネットワーク体制を整備するとともに、相談窓口となる地域包括支援センターや市町村等関係機関を対象とした研修を開催します。</p> <p>2介護に取り組む家族等への支援の充実</p> <p>(1)正しい理解の普及と相談体制整備</p> <p>○認知症にやさしいまちづくりを目指して、県民の理解促進に向けた、より一層の普及啓発を行うとともに、地域包括支援センター等の相談窓口の周知に努めます。</p> <p>○認知症を理解し、認知症の人や家族を温かく見守る「認知症サポーター」について、市町村等と連携しながら、さらなる養成を県内各地で積極的に推進します。</p> <p>また、養成された認知症サポーターが、地域や職域において様々な場面で活躍できるよう、活動の展開を図っていきます。</p> <p>○認知症の人にやさしく対応できる企業(店舗・事務所)を「認知症サポーター企業(オレンジカンパニー)」として登録し、高齢者の生活と関連の深い企業等による見守り・支援を推進します。</p>	変化なし	内容は網羅的

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他	
44	大分県	<p>1認知症施策の推進 (1)早期診断・早期対応の体制整備 3権利擁護の推進 (今後の施策) 1認知症施策の推進 1)早期診断・早期対応の体制整備 ○認知症についての県民の理解を深め、早期の相談・医療受診等を推進するため、認知症に関する相談窓口や医療提供体制に関する情報等の発信、地域住民への啓発活動を強化します。 ○地域において、認知症の状態に応じた適切なサービス提供の流れを示す「認知症ケアパス」(注7)について、認知症の人やその家族、医療・介護関係者等の中で共有され、サービスが切れ目なく提供されるよう、その普及を推進します。 ○地域の医療・介護その他支援機関をつなぐコーディネーター役となる「認知症地域支援推進員」(注8)の活動を支援し、医療と介護サービスが切れ目なく提供されるための連携体制づくりを推進します。 ○医師や保健師・看護師、社会福祉士・介護福祉士等から構成される「認知症初期集中支援チーム」(注9)を地域包括支援センター等に設置し、認知症の人の家庭訪問、アセスメントや家族支援、医療へのつなぎなど、早期の介入・支援を推進します。 ○かかりつけ医として、認知症の相談に応じ、日常的な診療や専門医への紹介等を行う「大分オレンジドクター(もの忘れ・認知症相談医)」の登録を推進します。 ○かかりつけ機能に加えて地域の医療機関等と日常的に連携する歯科医師や薬剤師の認知症対応力を向上させるための研修を実施します。 ○認知症の人が早期に鑑別診断を受け、BPSDへの対応等、高度・専門的な医療を含む認知症の治療を受けられるよう、地域における医療提供体制の一層の充実を図るため、認知症疾患医療センターが、かかりつけ医、認知症サポート医、一般病院、精神科病院、地域包括支援センター、介護サービス事業所等と連携し、地域での生活を支える司令塔機能を積極的に担うことを推進します。 ○認知症サポート医のさらなる養成を行うとともに、認知症疾患医療センター等の専門医療機関やかかりつけ医等と連携して、認知症の人をケアする地域の医療・介護連携体制の整備を推進します。 ○BPSDへの適切な対応を図るため、医療・介護関係者が連携して、認知症の人に対する適切なアセスメントから、効果的なケアを実施する体制づくりを推進します。 ○BPSDや身体合併症等が見られた場合にも、一般病院や精神科病院、介護施設等で適切な治療やリハビリテーションが実施されるとともに、当該医療機関や介護施設等での対応が固定化しないように、退院・退所後もそのときの容態に最もふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みの構築を市町村と協力して進めていきます。</p>	<p>○地域の介護予防教室やサロンにおいて、認知機能低下予防の取組を推進します。 (2)認知症の人や家族等を孤立させない支援ネットワークの充実 ○民生委員や地域住民に加え、民間企業等も協力して、認知症の人とその家族を地域で見守る体制づくりや、地域の医療・介護その他支援機関をつなぐコーディネーター役となる「認知症地域支援推進員」の活動を支援します。 ○認知症による徘徊又は行方不明高齢者が発生した場合に、地域で早期に発見できるよう、関係機関の連携体制(SOSネットワーク)を整備します。 ○認知症の人が地域で暮らしていくことができるための支援ネットワークを整えるとともに、幅広い世代の介護者などが相互に交流を図り、身近な場所で気軽に認知症の相談ができる体制の整備を進めます。 ○地域包括支援センターを中心に、医療、介護、予防、見守りなど、認知症の人の支援に携わる全ての人々の広域的な連携や地域ネットワークの構築を進めます。 ○介護者生活情報誌の発行、介護者の集いや認知症介護教室の開催などにより、認知症介護者の精神的な負担の軽減を含めた様々な支援を行うとともに、認知症介護者同士のネットワークの構築を図ります。 ○認知症の人や家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う認知症カフェの全市町村への普及展開を図ります。 3権利擁護の推進 ○認知症の人が住み慣れた地域で最期まで安心した生活を継続できるように医療・介護の提供体制の実現には、本人や家族、地域での考え方も重要です。このため、本人の尊厳に重きを置いた人生の最終段階における医療と介護の在り方などについては、本人や家族、地域住民等の視点も踏まえながら検討を進めます。 ○虐待発見者の通報義務、成年後見制度や日常生活自立支援事業等の利用促進について、養介護施設従事者や医師など高齢者の福祉に関係のある者をはじめとする県民への普及啓発に努めます。</p>	<p>記載内容</p> <p>内容は網羅的</p>		
44	大分県	<p>(2)医療と介護の連携等 ○認知症の人が、できる限り住み慣れた地域で暮らせるよう、医療サービスが介護サービス等と連携しつつ、総合的に提供されるよう推進します。 ○認知症の診断が必要になった場合は、かかりつけ医が認知症疾患医療センター等の専門医療機関へ紹介し、今後の治療計画等が記載された療養計画に基づき、療養支援を行う体制づくりを推進します。また、認知症の人が入院になった場合でも、退院後はかかりつけ医が引き続き療養支援を行う体制づくりについても推進します。 ○市町村で実施する「地域ケア会議」の活用などにより、認知症の人に対する包括的・継続的ケアマネジメントを推進します。 ○「認知症の退院支援・地域連携クリティカルパス(退院に向けての診療計画)」の作成を推進します。 また、退院支援に当たっての入院医療機関と介護サービス事業者等との連携を進めるなど、退院後に必要な介護サービス等が円滑に提供できる仕組みづくりを推進します。 ○認知症のBPSDなどの急性増悪期に、早期に治療できる体制整備を推進します。また、入院した場合でも、できる限り短い期間での退院を目指すための体制整備を推進します。併せて、退院後に関わる周囲の人々への普及啓発、相談体制の整備をはじめ地域の受け入れ体制の充実を図ります。 (3)介護サービスの整備 ○認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護等の地域密着型サービスの適正な整備を促進します。 ○認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護の事業所等が、その知識・経験・人材などを生かして、在宅で生活する認知症の人やその家族への相談・支援を行うことを推進します。 (4)医療・介護人材の対応力の向上 ○一般病院の医師や看護師など医療従事者の認知症を有する患者への対応力の向上を図るため、BPSDやせん妄等に関する知識、アセスメント、ケア、院内外の連携等について習得するための研修を実施します。 ○介護サービス従事者の認知症介護の質の向上を図るため、認知症介護実践者研修や介護指導者養成研修などを実施します。 ○かかりつけ機能に加えて地域の医療機関等と日常的に連携する歯科医師や薬剤師の認知症対応力を向上させるための研修を実施します。(再掲) (5)若年性認知症施策の強化 ○若年性認知症の人の実態把握に努めます。 ○若年性認知症の人の雇用相談を障害者就業・生活支援センターと連携して進めます。 ○県民の若年性認知症に関する理解を深めるため、普及啓発に努めるとともに、診断直後から集中的に支援が受けられる体制を整備します。</p>		<p>変化なし</p>		
44	大分県	<p>○「若年性認知症の人と家族の集い」など、本人や関係者等が交流できる居場所づくりの設置を促進します。 ○若年性認知症を含む認知症の人が、自ら認知症施策について関与できる体制づくりに努めます。 ○若年性認知症の人への支援に関わる医療、介護、福祉、雇用等の関係機関が連携して、発症初期から高齢期までの本人の状態に合わせた適切な支援が提供されるよう、若年性認知症コーディネーターを中心にネットワーク体制を整備するとともに、相談窓口となる地域包括支援センターや市町村等関係機関を対象とした研修を開催します。 2介護に取り組む家族等への支援の充実 (1)正しい理解の普及と相談体制整備 ○認知症にやさしいまちづくりを目指して、県民の理解促進に向けた、より一層の普及啓発を行うとともに、地域包括支援センター等の相談窓口の周知に努めます。 ○認知症を理解し、認知症の人や家族を温かく見守る「認知症サポーター」について、市町村等と連携しながら、さらなる養成を県内各地で積極的に推進します。 また、養成された認知症サポーターが、地域や職域において様々な場面で活躍できるよう、活動の展開を図っていきます。 ○認知症の人にやさしく対応できる企業(店舗・事務所)を「認知症サポーター企業(オレンジカンパニー)」として登録し、高齢者の生活と関連の深い企業等による見守り・支援を推進します。 ○地域の介護予防教室やサロンにおいて、認知機能低下予防の取組を推進します。 (2)認知症の人や家族等を孤立させない支援ネットワークの充実 ○民生委員や地域住民に加え、民間企業等も協力して、認知症の人とその家族を地域で見守る体制づくりや、地域の医療・介護その他支援機関をつなぐコーディネーター役となる「認知症地域支援推進員」の活動を支援します。 ○認知症による徘徊又は行方不明高齢者が発生した場合に、地域で早期に発見できるよう、関係機関の連携体制(SOSネットワーク)を整備します。</p>	<p>96</p>	<p>変化なし</p>		

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
44	大分県	<p>○認知症の人が地域で暮らしていくことができるための支援ネットワークを整えるとともに、幅広い世代の介護者などが相互に交流を図り、身近な場所で気軽に認知症の相談ができる体制の整備を進めます。</p> <p>○地域包括支援センターを中心に、医療、介護、予防、見守りなど、認知症の人の支援に携わる全ての人々の広域的な連携や地域ネットワークの構築を進めます。</p> <p>○介護者生活情報誌の発行、介護者の集いや認知症介護教室の開催などにより、認知症介護者の精神的な負担の軽減を含めた様々な支援を行うとともに、認知症介護者同士のネットワークの構築を図ります。</p> <p>○認知症の人や家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う認知症カフェの全市町村への普及展開を図ります。</p> <p>3権利擁護の推進</p> <p>○認知症の人が住み慣れた地域で最期まで安心した生活を継続できるような医療・介護の提供体制の実現には、本人や家族、地域での考え方も重要です。このため、本人の尊厳に重きを置いた人生の最終段階における医療と介護の在り方などについては、本人や家族、地域住民等の視点も踏まえながら検討を進めます。</p>		変化なし	
45	宮崎県	<p>宮崎県第6次 5精神疾患 【施策の方向】 (認知症)</p> <p>○介護保険制度の介護予防事業の実施とあわせて、高齢者の生きがいづくりの支援や社会参加を進めることにより、閉じこもりの防止、運動、知的な活動などを促進します。</p> <p>○医療保険者による特定健康診査、特定保健指導の実施をはじめ、市町村による健康相談、健康教育などの保健事業の充実を図ることで、生活習慣の改善を促進することにより、危険因子となる高血圧症、動脈硬化症、糖尿病などを壮年期から予防することを推進します。</p> <p>○認知症の人やその家族が身近な場所で相談できるよう、地域包括支援センター・市町村保健センター、認知症疾患医療センター等の相談体制の整備・充実に努めるとともに、かかりつけ医が、地域包括支援センター、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える体制の充実に努めます。また、認知症サポート医が、かかりつけ医や地域包括支援センター等への日常的な助言等を行います。</p> <p>○認知症疾患医療センターについては、現在指定している3病院の機能充実を図っていき、認知症の専門医療相談、鑑別診断とそれに基づく初期対応、行動・心理症状や身体合併症に対する急性期対応、かかりつけ医、地域包括支援センター、介護サービス事業所等との連絡調整、かかりつけ医など保健医療関係者等への認知症サポート医等と連携して行う研修、住民向けの啓発活動等の業務を実施します。</p> <p>○かかりつけ医が、認知症への対応力を向上させるための研修を受け、認知症疾患医療センターや認知症サポート医から専門的な助言を受けられる体制を確保するとともに、かかりつけ医が認知症を疑った場合に、認知症疾患医療センター等の認知症の鑑別診断を行える専門医療機関を紹介できる体制の充実を図ります。</p> <p>○入院している認知症の人の早期退院に向けて、入院医療機関が、かかりつけ医、地域包括支援センター、介護サービス事業所等との連携を図りながら退院支援を行い、退院後も、かかりつけ医とその他の多職種が連携して、医療・福祉・介護サービスの総合的な提供ができる体制の構築を図ります。</p>	<p>宮崎県第7次 5精神疾患 【施策の方向】 (精神医療圏の設定)</p> <p>○入院施設を有する精神科病院は、それぞれに有する医療機関の規模や機能に違いがあるとともに、地域間で医療機関の偏在があることから、2013年に策定した県医療計画においては県内1圏域としたところです。しかしながら、患者の受療動向等を見ると、身近な地域で受療している実態があるため、統合失調症、うつ病、認知症などの主要な精神疾患について、地域でより門医療を受けられる体制の整備が望まれます。</p> <p>そのため、多様な精神疾患等ごとに求められる医療機能を明確にし、より身近な地域で病期や状態に応じた医療を受けられるよう、現状における精神科救急医療圏を基本に3つの精神医療圏(県北、県東、県西南)を設定し、医療体制の充実を図ります。なお、今後、精神科医療の実情や交通網等の整備状況の変化によって、柔軟に対応していきます。</p> <p>(多様な精神疾患に対応した医療連携体制の構築)</p> <p>○精神疾患をできるだけ早期に発見し、早期治療を行うために精神疾患に関する正しい知識の普及を図るとともに、相談事業を実施します。</p> <p>(認知症)</p> <p>○介護保険制度の介護予防事業の実施とあわせて、高齢者の生きがいづくりの支援や社会参加を進めることにより、閉じこもりの防止、運動、知的な活動などを促進します。</p> <p>○医療保険者による特定健康診査、特定保健指導の実施をはじめ、市町村による健康相談、健康教育などの保健事業の充実を図ることで、生活習慣の改善を促進することにより、危険因子となる高血圧症、動脈硬化症、糖尿病などを壮年期から予防することを推進します。</p> <p>○認知症の人やその家族が身近な場所で相談できるよう、地域包括支援センター、市町村保健センター、認知症疾患医療センター等の相談体制の整備・充実に努めるとともに、かかりつけ医が、認知症サポート医や地域包括支援センター、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える体制の充実に努めます。</p> <p>○本人や家族が相談しやすい体制を構築するため、認知症サポート医や認知症対応力研修を受講したかかりつけ医による「みやざきオレンジドクター」制度の普及啓発や、登録医師の増に努めます。また、市町村が設置・配置している認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員と医療との連携を推進します。</p> <p>○認知症疾患医療センター5病院の機能充実を図り、認知症サポート医等と連携して行う研修、住民向けの啓発活動等の業務を実施します。</p> <p>○また、今後更に増加していく認知症患者に対応するため、認知症疾患医療センターについては、二次医療圏ごとに1か所以上の指定を目指します。</p>	+	
46	鹿児島県	<p>鹿児島県第6次 5精神疾患 【現状と課題】 ア精神障害者の医療の現状等</p> <p>○精神疾患には、発達障害や、高齢化の進行に伴って増加しているアルツハイマー病等の認知症等も含まれており、精神疾患は住民に広く関わる疾患となっています。</p> <p>○精神科病院の1年未満入院者の平均退院率は66.4%であり、全国平均の71.4%より低いことから、統合失調症、認知症患者等の早期退院に向けた取組の充実を図る必要があります。</p> <p>○年齢階級別では、65歳以上の入院患者が52.7%を占め、75歳以上が30.4%となっています。また、75歳以上では、「アルツハイマー病型認知症」及び「血管性認知症」が47.0%を占めています。</p> <p>○認知症の医療の充実を図るため、認知症サポート医やかかりつけ医との連携を強化するとともに、認知症疾患医療センターの整備に努めます。</p> <p>○入院している認知症患者の退院支援のため、「退院支援・地域連携クリティカルパス*1」の作成や諸手続を円滑に行うための仕組みづくりを推進します。</p>	<p>鹿児島県第7次 5精神疾患 【現状と課題】 ア精神障害者の医療の現状等</p> <p>○精神疾患には、発達障害や、高齢化の進行に伴って増加しているアルツハイマー病等の認知症等も含まれており、精神疾患は住民に広く関わる疾患となっています。</p> <p>○精神科病院に入院している患者数は、平成28年6月末で8,689人で減少傾向にあります。</p> <p>○入院患者について、平成28年の精神保健福祉資料によると、疾病別では、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」が最も多く55%となっています。</p> <p>年齢階級別では、65歳以上の入院患者が60.5%を占め、中でも75歳以上が36.4%となっています。また、75歳以上では、アルツハイマー型認知症と血管性認知症の患者が45.1%を占めています。</p> <p>○平成26年度NDB*1による精神科病院に入院した患者の入院後3か月時点の退院率は57%(全国66%、以下同じ。)、入院後6か月時点の退院率は75%(82%)、入院後1年時点の退院率は85%(90%)であり、徐々に改善はしていますが、全国より低いことから、統合失調症や認知症患者等の早期退院に向けた取組の充実を図る必要があります。</p> <p>○早期に認知症の鑑別診断が行われ、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期の対応体制が構築されるよう、市町村における認知症初期集中支援チームの体制整備を促進します。</p> <p>○認知症の医療の充実を図るため、認知症サポート医やかかりつけ医との連携を強化するとともに、認知症疾患医療センターの整備に努めます。</p>	+	

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
47	沖縄県	<p>沖縄県第6次 (6)精神疾患の保健医療体制の整備 【現状と課題】 ア 精神疾患の現状 (ア)精神疾患患者の状況 ○ 沖縄県の精神科病院・診療所の受療患者数は年々増加しており、平成23年には43,809人になっています。 ○ 沖縄県の精神科病棟の入院患者数は、減少傾向にあり、平成23年には5,042人となっています。疾病別では、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」3,284人(65.1%)で最も多く、次いで、認知症などの「症状性を含む器質性精神障害」が1,144人(22.7%)となっています。 認知症 【現状と課題】 ア 認知症の状況 ○ 認知症には、脳の変性疾患による「アルツハイマー型認知症」と、脳梗塞や脳出血などの脳血管障害による「血管性認知症」が代表的なものとしてあげられます。 ○ 平成24年8月26日付け厚生労働省によると、平成22年介護保険認定調査結果からの推計では、平成24年には、認知症高齢者数は305万人、65歳以上高齢者の9.5%、平成27年には、認知症高齢者数は345万人、65歳以上高齢者の10.2%になると発表されました。 ○ 沖縄県では、平成23年度末で要介護(要支援)認定を受けている65歳以上の高齢者47,467人のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」においてランクⅠ以上と判定された人は41,390人(要介護(要支援)認定者の約87.2%)で、ランクⅡ以上と判定された人は、31,813人(要介護(要支援)認定者の約67.0%)となっています。 ○ 認知症で精神科病棟に入院している患者数は、平成23年には、144人となっています。疾病分類別では、アルツハイマー型認知症は、平成19年の384人から457人へ増加しており、血管性認知症は、455人から315人と減少しています。</p>	<p>沖縄県第7次 5精神疾患対策 第1現状と課題 1精神疾患の現状 (1)精神疾患患者の状況 沖縄県の精神科病院・診療所の受療患者数は年々増加しており、平成26年には47,277人になっています。 沖縄県沖縄県の精神科病棟の入院患者数は、減少傾向にあり、平成26年には4,965人となっています。疾患別では、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」3,146人(63.4%)で最も多く、次いで、認知症などの「症状性を含む器質性精神障害」が1,119人(22.5%)となっています。 ウ認知症 認知症には、脳の変性疾患による「アルツハイマー型認知症」と、脳梗塞や脳出血などの脳血管障害による「血管性認知症」が代表的なものとしてあげられます。 沖縄県では、平成28年度末で要介護(要支援)認定を受けている65歳以上の高齢者56,165人のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」においてランクⅠ以上と判定された人は50,372人(要介護(要支援)認定者の約89.7%)で、ランクⅡ以上と判定された人は、39,574人(要介護(要支援)認定者の約70.5%)となっています。 認知症で精神科病棟に入院している患者数は、平成26年には1,119人となっています。疾病分類別では、アルツハイマー型認知症は、平成22年の468人から493人へ増加しており、血管性認知症は、353人から239人と減少しています。平成28年3月現在の認知症治療病棟のある医療機関(認知症治療病棟入院料1の届出医療機関)は、14施設となっています。 認知症治療病棟の認知症入院患者について、平成26年6月の入院患者は1,825人となっており、全国値を沖縄県との人口比を乗じて換算した人数は1,456人となっており、高い入院率となっております。 沖縄県の認知症について、NDBデータによると、入院受療している精神科病棟を持つ病院数は24機関(全国換算値18機関)、外来診療している医療機関は90機関(全国換算値73機関)となっており、どちらも全国換算値よりも高い数値となっています。また、入院患者数は1,825人(全国換算値1,456人)と全国値よりも高く、外来患者数は5,117人(全国換算値5,318人)となっており、こちらは全国値よりも低い数値となっています。</p>	変化なし	
47	沖縄県	<p>○ 自立支援医療(精神通院医療)の支給認定状況を見ると、平成23年度のアルツハイマー型認知症は989人、血管性認知症は274人となっています。平成19年度と比べると、アルツハイマー型認知症は増加していますが、血管性認知症はほぼ横ばいで推移しています。 ○ 平成24年6月現在の認知症治療病棟のある医療機関(認知症治療病棟入院料1の届出医療機関)は、12施設(601床)となっています。 ○ 認知症治療病棟の認知症入院患者について、平成20年6月の新規入院患者46人のうち、2〇 平成24年6月現在の認知症治療病棟のある医療機関(認知症治療病棟入院料1の届出医療機関)は、12施設(601床)となっています。 ○ 認知症治療病棟の認知症入院患者について、平成20年6月の新規入院患者46人のうち、2ヶ月以内に退院した患者数は21人の45.7%(全国27.6%)となっています。全国比較すると、12番目に高い退院率となっています。 ○ 重度認知症患者ケアを実施している医療機関数は10施設で、延べ利用者数は、7,328人で全国3位と高くなっています。(平成21年6月) イ 認知症に対する理解と促進 ○ 認知症は、記憶障害やその他様々な症状により、日常生活への支障が生じます。しかし、認知症に対する周囲の理解の不足や偏見から、治療や生活支援に対して本人の意志が十分尊重されないケースが見受けられます。 ○ 早期対応の遅れや偏見から認知症の症状が悪化し、行動・心理症状等が生じてから医療機関を受診するケースが見受けられます。 認知症サポーターとは、認知症に対して正しく理解し、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認知症への応援者です。また、認知症になっても安心して暮らせるまちづくりに寄与することも期待されています。 ○ 県では、平成24年3月末時点で19,833人の認知症サポーターを養成していますが、国においては、平成26年度までに400万人を、平成29年度までに600万人を養成する目標を掲げており、本県でも平成26年度までに4万4,000人のサポーターを養成する目標を掲げています。</p>	<p>第2 目指す方向性 1 目指す姿 2 取り組む施策 (3)認知症の相談、支援体制が構築されているア認知症サポーターの養成 認知症は、記憶障害やその他様々な症状により、日常生活への支障が生じます。しかし、認知症に対する周囲の理解の不足や偏見から、治療や生活支援に対しての意志が十分尊重されないケースが見受けられます。 早期対応の遅れや偏見から認知症の症状が悪化し、行動・心理症状等が生じてから医療機関を受診するケースが見受けられます。 認知症サポーターとは、認知症に対して正しく理解し、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認知症への応援者です。また、認知症になっても安心して暮らせるまちづくりに寄与することも期待されています。 ○ 県では、平成29年3月末時点で65,890人の認知症サポーターを養成しており、本県でも、平成32年度までに100,000人のサポーターを養成していきます。 イ 認知症サポーター養成 県では、高齢者が慢性疾患などの治療のために日頃受診する診療所等の主治医(かかりつけ医)に対し、適切な認知症診断の知識・技術、家族からの話や悩みを聞く姿勢を習得するための研修(「かかりつけ医認知症対応力向上研修」)を引き続き実施していきます。 県では、かかりつけ医への研修・助言をはじめ、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる、認知症サポーターを養成しています。 平成29年11月末現在63名の認知症サポート医を養成しており、高齢者保健福祉圏域5領域すべてにサポート医が配置されており、平成32年度までに130人のサポーターを養成していきます。 ウ「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の実施 かかりつけ医については、同研修修了者のスキルアップや、サポート医や介護関係機関との連絡体制の整備などの課題があるため、認知症サポート医(推進医師)との連携の下、認知症の発症初期から状況に応じて、医療と介護が一体となった認知症の方への支援体制の構築を図ることを目的に、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を引き続き実施していきます。 エ 認知症疾患医療センターの整備 「認知症疾患医療センター」は、保健・医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症に関する鑑別診断や、認知症の行動・心理症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施する医療機関で、国においては2次医療圏域に1つ以上、また、高齢者人口6万人に1箇所以上を整備することを目標としています。沖縄県においては、現在6医療機関を指定しており、実際の運営状況を評価しながら県内の整備計画について検討し、地域における認知症疾患医療の保健医療水準の向上が図られるよう取り組みます。</p>	変化なし	
47	沖縄県	<p>ウ 認知症に対する相談・支援体制の推進 ○ 県では、高齢者が慢性疾患などの治療のために日頃受診する診療所等の主治医(かかりつけ医)に対し、適切な認知症診断の知識・技術、家族からの話や悩みを聞く姿勢を習得するための研修(「かかりつけ医認知症対応力向上研修」)を実施しています。 ○ 県では、かかりつけ医への研修・助言をはじめ、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる、認知症サポート医を養成しています。 ○ 平成24年3月末現在10名の認知症サポート医を養成しており、高齢者保健福祉圏域5領域すべてにサポート医が配置されています。 ○ かかりつけ医については、同研修修了者のスキルアップや、サポート医や介護関係機関との連絡体制の整備などの課題があります。 ○ 認知症サポート医については、地域における関係者との連携、サポート医のスキルアップなどの課題があります。 エ 認知症専門医療の提供及び医療と介護の連携 ○ 認知症になっても、早期の診断や、周辺症状への対応を含む治療が受けられ、地域で生活を継続できるように、地域包括支援センター等と連携し、発症初期から状況に応じた医療と介護が一体となった支援が必要となっています。 ○ 「認知症疾患医療センター」は、保健・医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症に関する鑑別診断や、認知症の行動・心理症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施する、各都道府県が指定する医療機関です。また、同センターは、認知症の人が地域で安心して生活できるように、地域の医療機関や地域包括支援センター等の関係機関との連携を推進します。 ○ 平成24年9月11日現在で42都道府県16指定都市の180箇所で認知症疾患医療センターが指定されていますが、本県では未指定となっており、同センターの指定にむけた取組が課題となっています。 ○ 地域包括支援センター等に、医療・介護・地域支援の連携推進役である認知症地域支援推進員の配置等体制整備が課題となっています。</p>		変化なし	

都道府県番号	都道府県	第6次医療計画	第7次医療計画	記載内容	その他
47	沖縄県	<p>才 若年性認知症への取り組み</p> <p>○ 若年性認知症とは、65歳未満に発症する認知症のことで、全国における若年性認知症者数は、約37,900人、県内に約640人と推計されていますが、県内においては、実際の若年認知症者数や生活実態、ニーズ把握等が行われておらず、その把握が求められています。</p> <p>○ 若年性認知症者は、高齢者の認知症者に比べると、症状の進行が早い、社会的役割意識が強い、体力やエネルギーがあり活動的、経済的問題等周囲に及ぼす影響が大きい、主たる介護者が配偶者であることが多い等の特徴があるとされています。</p> <p>○ 若年性認知症による本人や家族が抱える悩みは、高齢者の認知症のものに加え、世帯の経済的な問題や若年層に合った支援メニューが少ないこと、また、ケース数が少ないことにより、支援する側にノウハウが蓄積されにくいこと等があります。</p> <p>【施策の方向性】</p> <p>平成22年3月に「沖縄県認知症施策推進検討委員会」がとりまとめた「沖縄県認知症施策推進に係る検討報告書」で出された意見及び提案に基づき、取り組みを進めていきます。</p> <p>また、厚生労働省が平成24年9月に策定した「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」(平成25年度から平成29年度までの計画)を推進するために設けられた事業なども活用します。</p> <p>● 認知症に対する理解の促進</p> <p>ア 認知症サポーターの養成をさらに推進します。</p> <p>イ 認知症の最新情報の理解や支援方法の周知を図ります。また、若年性認知症に対する理解促進のため、県民への広報啓発を推進します。</p> <p>● 認知症に対する相談・支援体制の推進</p> <p>ア 「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を推進し、さらに修了者のスキルアップのための研修を実施します。</p> <p>イ かかりつけ医への研修・助言をはじめ、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる、認知症サポート医を保健福祉圏域ごとに適正数養成します。</p> <p>ウ 市町村の地域包括支援センター等に、医療・介護・地域支援の連携推進役である認知症地域支援推進員の配置等体制整備が円滑に図られるよう取り組みます。</p> <p>● 認知症専門医療の提供及び医療と介護の連携</p> <p>ア 認知症の専門医療機関である認知症疾患医療センターの整備を推進し、地域における認知症医療の水準向上を図ります。</p> <p>イ かかりつけ医と認知症専門医療機関、認知症サポート医、介護関係機関との連絡体制の整備を図ります。</p> <p>● 若年性認知症への取り組みの推進</p> <p>ア 若年性認知症者と家族の実態調査を通して、ニーズを把握し、また、「家族のつどい」や「本人交流会」等の支援を含</p>		変化なし	

表9

身体合併症

都道府県	記載内容	その他
北海道	変化なし	
青森県	変化なし	
岩手県	+	具体的施策なし
宮城県	+	具体的施策なし
秋田県	変化なし	
山形県	変化なし	
福島県	+	具体的施策なし
茨城県	+	施策の骨格は変化していない
栃木県	変化なし	
群馬県	+	前計画では該当箇所はなかったが、今回は記載されているものの具体的施策に乏しい
埼玉県	変化なし	具体性もなく内容的にも乏しい記述
千葉県	2-	施策の記述が文章としてはほとんどない
東京都	+	論点がやや新たな領域に移行している。
神奈川県	変化なし	具体的施策なし
新潟県	+	ほとんど変化はないが、圏域を越えた医療体制に言及している点か少しは減少していると言えよう
富山県	変化なし	内容が乏しい
石川県	変化なし	
福井県	変化なし	
山梨県	+	前計画ではほとんど記述がなかった。今回の計画でも内容は乏しい。
長野県	変化なし	
岐阜県	+	記述が抽象的で、記載量も少ない。
静岡県	変化なし	
愛知県	+	前計画には記述がなかったが、今回の計画では具体的記述もある。
三重県	変化なし	はなはだ記述に乏しい。
滋賀県	変化なし	
京都府	変化なし	
大阪府	変化なし	具体的記述内容ではない。
兵庫県	+	圏域設定などは評価できるが、具体的内容に欠ける。
奈良県	変化なし	
和歌山県	変化なし	
鳥取県	変化なし	記述内容がほとんど同じである。
島根県	変化なし	記述内容がほとんど同じである。
岡山県	+	具体的施策に欠ける。
広島県	変化なし	
山口県	++	量的に充実
徳島県	変化なし	
香川県	変化なし	
愛媛県	++	より具体的な内容
高知県	変化なし	
福岡県	+	具体的施策なし
佐賀県	+	具体的施策なし
長崎県	変化なし	
熊本県	変化なし	
大分県	変化なし	
宮崎県	+	
鹿児島県	変化なし	
沖縄県	変化なし	

表10

精神科救急

都道府県	記載内容	その他
北海道	変化なし	
青森県	変化なし	
岩手県	変化なし	
宮城県	+	
秋田県	変化なし	
山形県	変化なし	
福島県	変化なし	
茨城県	+	具体的記述に乏しい
栃木県	変化なし	
群馬県	+	
埼玉県	変化なし	具体性もなく内容的にも乏しい記述
千葉県	2-	↑ 業宗としては、精神科救急は死版した課題なの か？
東京都	変化なし	具体的記述に乏しい
神奈川県	変化なし	具体的施策なし
新潟県	変化なし	
富山県	変化なし	具体的記述に乏しい
石川県	-	前計画より記述が減少している。達成したためか？
福井県	変化なし	具体的施策に乏しい
山梨県	変化なし	乏しい記述
長野県	変化なし	具体的内容に乏しい
岐阜県	+	前計画より具体的な記述になっている。
静岡県	+	具体的受入れ病院を記載している。
愛知県	変化なし	課題が解決したのか？
三重県	変化なし	
滋賀県	変化なし	
京都府	変化なし	
大阪府	+	年度の目標を置いているが、具体性に欠ける。
兵庫県	+	目標設定などは計画できているが、具体的内容に入 り
奈良県	変化なし	
和歌山県	変化なし	記述もほとんど変わっていない。
鳥取県	変化なし	記述内容がほとんど同じである。
島根県	変化なし	記述内容がほとんど同じである。
岡山県	+	具体的施策に乏しい欠ける。
広島県	変化なし	
山口県	+	記載量多し、内容も網羅的
徳島県	変化なし	
香川県	変化なし	記載量多し、内容も網羅的
愛媛県	+	
高知県	+	
福岡県	変化なし	
佐賀県	+	
長崎県	++	
熊本県	変化なし	
大分県	変化なし	
宮崎県	+	
鹿児島県	変化なし	
沖縄県	変化なし	

表11

認知症

都道府県	記載内容	その他
北海道	変化なし	記載量少ない
青森県	変化なし	記載量少ない
岩手県	変化なし	記載量は多いが、具体的内容に乏しい
宮城県	+	
秋田県	変化なし	
山形県	+	各医療圏で進展あり
福島県	+	
茨城県	+	記載量は増えているが、具体的期記述に乏しい
栃木県	変化なし	やや記載は増えているが、具体的施策に乏しい
群馬県	変化なし	基本的に施策は変わっていない。具体的施策に乏しい。
埼玉県	変化なし	
千葉県	+	記載量は多い
東京都	+	施策が少しずつ進展している
神奈川県	変化なし	
神奈川県	+	前計画より記述内容が充実している
富山県	+	前計画より論点がやや絞り込まれている
石川県	+	前計画より論点がやや絞り込まれている
福井県	+	
山梨県	変化なし	前計画に比べ記述量自体は減少している。
長野県	変化なし	
岐阜県	+	研修と普及啓発活動が計画の中心である。
静岡県	+	具体的内容が欠けている
愛知県	変化なし	
三重県	変化なし	
滋賀県	+	
京都府	変化なし	
大阪府	+	項目は増えているが、特色のない内容である。
兵庫県	変化なし	
奈良県	+	前計画と比べ内容は拡充しているが、国の事業の延長で特色がない。
和歌山県	+	取組の表現が抽象的である。
鳥取県	変化なし	記述内容がほとんど同じである。
島根県	変化なし	少しは記述領域が増えているが、内容的にはほとんど変わらない。
岡山県	+	他都道府県と違いがない特色がない内容である。
広島県	+	他都道府県と違いがない特色がない内容である。
山口県	++	記載量多い
徳島県	変化なし	
香川県	+	
愛媛県	変化なし	
高知県	+	
福岡県	+	
佐賀県	変化なし	
長崎県	++	
熊本県	+	記載量多いが、具体的内容に乏しい
大分県	変化なし	内容は網羅的
宮崎県	+	
鹿児島県	+	
沖縄県	変化なし	

平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
 (障害者政策総合研究事業 (精神障害分野))
 精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究
 分担研究報告書

病院の構造改革に関する「好事例」とそのプロセスの検討に関する研究
 研究分担者 来住 由樹 地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター 院長

研究要旨

【背景と目的】精神科医療に要請されるニーズは広がりを見せており、5 疾病 5 事業の他の領域との協働など具体化すべき課題も多い。地域包括ケア体制の中で、精神科医療も構造改革が迫られているが、精神科医療は病床届出制など一般病院で実施されている体制から除外されており、変化のスピードは遅い。求められる「構造改革」は、「地域ニーズの変化」に対応する病院となることであり、これを実現している好事例を抽出することにより、

【方法】地域ニーズに基づき変化し続けている医療機関を好事例として関係者からのヒアリングを実施して抽出した。病院全体の好事例は仮にあったとしても取り入れる事は難しいため、「好事例」を「着眼点」と「梃子となる事業・手法」とに類型して整理した。

【結果】抽出した着眼点は6つであり、圏域の高齢化・人口減少への対応、治療抵抗性統合失調症治療拠点、障害福祉サービスと精神科医療の連携、精神科救急病棟の強化とともに他科からの要請に応じた領域で地域ニードへの対応、地域医療全体の中で病院機能明確化、精神科病院と総合病院の統合であった。また梃子となる事業や手法は、15あり、精神障害者地域移行・地域定着支援事業、地域移行機能強化病棟、同一法人複数病院の機能分化、クロザピン治療の地域拠点、地域移行患者の外来・地域支援強化(障害福祉サービスへの参画)、相談支援事業所を開設し地域ニードに対応、居住施設の確保、精神科救急を強化し2次医療圏の危機介入拠点、周産期メンタルヘルスを通じて総合病院・母子保健連携強化、総合病院救急科に対して24時間365日精神科コンサルテーションをおこない総合病院受診患者のニードへの対応、地域医療連携法人、協議の場の活性化、地域自立支援協議会の活性化、自治体内での唯一の精神科病院であることを生かし、行政、市立総合病院との連携強化であった。

特記すべき好事例病院として若草病院・山容病院・木村病院・旭中央病院・大口病院・御荘病院について個別レポートを着眼点・梃子を明確にして作成した。特筆すべき事業として難治性疾患地域連携整備事業についてまとめた。

【結論】継続性の保障されている構造改革モデルは発見できなかった。また地域のニーズに応じた改革を推し進める梃子となる事業・手法は、立地する地域特性によって異なっていた。また精神科医療のみで完結するモデルは発見できず、何れの「好事例」も、地域生活・障害福祉、身体科医療、行政施策(児童・高齢者など)と連携したものであった。

研究協力者		長野 敏宏	公益財団法人正光会御荘診療所
野木 渡	医療法人微風会 浜寺病院	小林 和人	医療法人山容会 山容病院
大久保 圭策	大久保クリニック	江原良貴	財団法人江原積善会 積善病院
大鶴 卓	国立病院機構 琉球病院	田巻 龍生	医療法人緑光会 東松山病院
水野 謙太郎	医療法人如月会 若草病院	渡邊博幸	医療法人学而会 木村病院
池田 俊一郎	関西医科大学精神神経科	木村大	医療法人学而会 木村病院
村田 昌彦	国立病院機構 榊原病院	杉山直也	公益財団法人復康会 沼津中央病院
上島 雅彦	一般財団法人竹田健康財団竹田総合病院	永田雅子	医療法人慈和会 大口病院
名雪 和美	地方独立行政法人国保旭中央病院	佐野 亘	地方独立行政法人岡山県精神科医療センター
大野 美子	愛知県健康福祉部障害福祉課	関 英一	地方独立行政法人岡山県精神科医療センター

A. 研究目的

地域ニーズの変化にスピード感をもって対応している構造改革「好事例」病院を列記し、「梃子となる事業・手法」を抽出することとした。それにより個々の医療機関が構造改革に取り組む時には、「梃子」として活用できることを目指した。

B. 研究方法

経営母体の異なる精神科医療団体から病院の構造改革に取り組んでいる医療専門職員の推薦をうけ、研究コアメンバーを定めた。その上での病院見学等を実施し、好事例病院を定めていった。

特に好事例として特筆すべき5病院については、病院ごとのレポートを経営状況も含めてまとめた。

C. 結果

1. 着眼点・梃子として抽出した項目

1) 着眼点1 圏域の高齢化・人口減少への対応

- ①梃子：精神障害者地域移行・地域定着支援事業
- ②梃子：地域移行機能強化病棟
- ③梃子：同一法人3病院の機能分化

2) 着眼点2 治療抵抗性統合失調症治療拠点

- ④梃子：クロザピン治療の地域拠点
- ⑤梃子：地域移行患者の外来支援強化。職員を病棟から外来・地域支援に再配置。

3) 着眼点3 障害福祉サービスと精神科医療の連携

- ⑥梃子：障害福祉サービスで外付け支援
- ⑦梃子：相談支援事業所を開設し地域ニーズに対応
- ⑧梃子：居住施設の確保をシェアハウス（国土交通省）で実現

4) 着眼点4：精神科救急病棟の強化とともに他科受診患者への支援強化を行い地域ニーズへの対応

- ⑨梃子：精神科救急で2次医療圏の危機介入
- ⑩梃子：精神科救急に加え周産期メンタルヘルスを通じて総合病院・母子保健連携強化
- ⑪梃子：総合病院救急科に対して24時間365日精神

科コンサルテーションと往診・転入院連携をおこなない総合病院受診患者のニーズへの対応

5) 着眼点5 地域医療全体の中で病院機能明確化

- ⑫梃子：地域医療連携法人に精神科病院が加わる
- ⑬梃子：協議の場の活性化
- ⑭梃子：地域自立支援協議会の活性化
- ⑮梃子：自治体内での唯一の精神科病院であることを生かし、行政、市立総合病院との連携強化

6) 着眼点6 精神科病院と総合病院の統合

- ⑯梃子：統合して相互に機能強化を図る。精神科病院は総合病院内の精神科医療センターに転換。（詳細は添付資料の通り）

2. 地域精神科医療施策の好事例

1) 難治性精神疾患地域連携体制整備事業

ネットワークを構築する手法は様々であるが好事例地域では形成されたネットワークの構造は共通していた。

重篤な有害事象にタイムリーに対応する総合病院、クロザピン導入病院（初期の18～26週）、維持治療・通院医療機関との3層の連携体制（ネットワーク構成）となり、相互連携が活発に行われていた。これは都市部（大阪・千葉）、地方（沖縄・岡山）ともに事業実践を通して同様であった。

本事業の活性化により、同一自治体内のどこに住居していても、クロザピンと電気けいれん療法にアクセスできる体制が整備できると考えられた。

3. 特筆すべき好事例病院の個別レポート

- 1) 医療法人如月会 若草病院
- 2) 医療法人山容会 山容病院
- 3) 地方独立行政法人国保旭中央病院
- 4) 医療法人学会 木村病院
- 5) 医療法人慈和会 大口病院
- 6) 公益財団法人正光会 御荘病院（診療所）

D. 考察

精神科医療に要請されるニーズは広がりを見せて

おり、5 疾病 5 事業の他の領域との協働など具体化すべき課題も多い。地域包括ケア体制の中で、精神科医療も構造改革が迫られているが、精神科医療は病床届出制など一般病院で実施されている体制から除外されており、変化のスピードは遅い。

病院経営を含めた検討とすると、精神科病院の危機的状況は、すべての病院にあり、霧がかかって見通しがつきにくい状況は全ての病院に共通している。実際のところ病床稼働率を維持しつつ病棟機能を高規格化して「地域のニーズ」に応えるか、病床を縮小しつつ障害福祉サービス事業か介護保険事業に取り組み、全体として経営を安定させつつ「地域のニーズ」に応えるほか方策はない。

このような状況の中での病院構造改革の「好事例」の抽出にあたり、基本に据えた考え方は、既存の構造改革モデルはないということである。すなわち構造改革は完成と同時に劣化が始まっており、現在は、手探りの中で「変化の連続」が要請されている状況にある。

E. 結論

継続性の保障されている構造改革モデルは発見できなかった。また地域のニーズに応じた改革を推し進める梃子となる事業・手法は、立地する地域特性によって異なっていた。また精神科医療のみで完結するモデルは発見できず、何れの「好事例」も、地域生活・障害福祉、身体科医療、行政施策（児童・高齢者など）と連携したものであった。

F. 研究発表

1.論文発表

1)来住由樹：地域医療構想で精神病院を活かそう-一般病院と精神病院の人材交流- 地域医療構想を踏まえた精神科病院の挑戦．日本病院会雑誌(0385-9363)66 巻1号 Page35-46(2019.01)

2)来住由樹，中島豊爾：平成30年度診療報酬改定を分析する 平成30年度改定をふまえた救急医療戦略 岡山県精神科医療センターにおける取り組み、救急医学(0385-8162)42 (12) 1746-1751,2018.11)

2.学会発表

1)非自発入院と精神科救急入院料病棟 -2016 年提言の実現に向けて、来住 由樹（地方独立行政法人岡山県精神科医療センター）,2018

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）なし

H. 文献

1) 公益社団法人日本精神科病院協会：平成 28 年度 障害者総合福祉推進事業 指定課題 20『長期入院精神障害者の地域移行に向けた病院の構造改革の推進に関する研究』, 2017.3

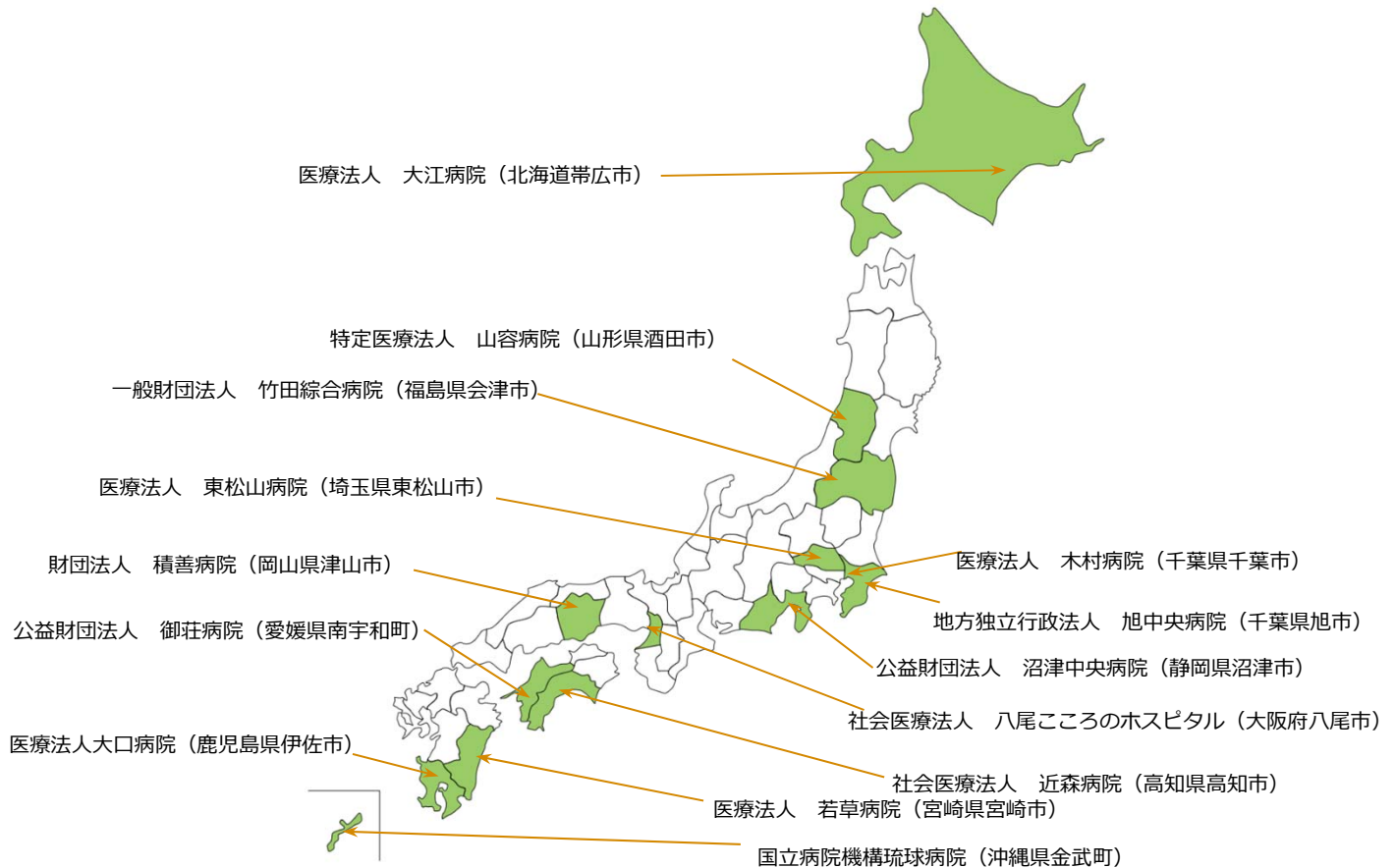
2) 公益社団法人日本精神科病院協会：平成 29 年度 障害者総合福祉推進事業 指定課題 16 長期入院精神障害者の地域移行に向けた病院の構造改革の推進のための具体的方策のあり方に関する研究, 2018.3

3) 公益社団法人：日本精神神経科診療所協会：精神科診療所から見た精神科医療のビジョンプロジェクト報告書, 2017.3

I 病院の構造改革 地域責任性の具体化：圏域での役割の明確化

【前提】精神科病院の危機的状況は、すべての病院にある。霧がかかって見通しがつきにくい状況は全ての病院に共通している。⇒ 閉塞感を突き抜ける、方向性を感じさせるもの集積する。

【方法】「着眼点×梃子となる事業・手法」で整理。「要素（アイテム）」としての「好事例」を探す。
 ∴ 完成したものは既に劣化が始まっている。病院全体の好事例は仮にあったとしても取り入れる事は難しい。



着眼点1 圏域の高齢化・人口減少への対応

総合病院： 一般財団法人	竹田綜合病院（福島県会津市） 精神病床248⇒144 設立1935年 会津市12.4万 会津地域 29万人	発端：病院の建て替え 梃子：地域移行・地域定着支援事業 精神科リエゾン診療
精神科病院：医療法人	大口病院（鹿児島県 伊佐市） 199⇒165床 設立1954年 伊佐市 2.7万 始良伊佐23万	発端：高齢化・人口減少 梃子：地域移行強化病棟 地域二一ズ対応 児童精神科外来
精神科病院：公益財団法人	御荘病院（愛媛県南宇和郡） 149⇒0床(診療所へ) 設立1962年 御荘町 2.2万 宇和島地区 11万人	発端：法人内での理念の共有 梃子：同一医療法人内の他病院の支援 宇和島市民病院との連携

着眼点2 治療抵抗性統合失調症治療拠点（クロザピン）

精神科病院：医療法人	若草病院（宮崎市） 174⇒104床 設立1980年 宮崎市40万 県央地区 50万人	発端：病院機能の明確化 梃子：クロザピン治療 障害福祉サービス
精神科病院： 独立行政法人国立病院機構	琉球病院（沖縄県金武町） 430⇒406床 設立1949年 沖縄県北部・中部医療圏 60万人	発端：病院機能分化 梃子：クロザピン病棟 医療観察法入院医療

着眼点3 障害福祉サービスと精神科医療の連携

精神科病院：医療法人	東松山病院（埼玉県東松山市） 422→382床 設立 1961年 東松山市9万 川越比企医療圏80万	発端：院長の交代 梃子：新規入院の増加 地域移行機能強化病棟 障害福祉サービスでの外付け支援
精神科病院：医療法人	積善病院（岡山県津山市） 305→295床 設立 1929年 津山市10万 津山・勝英医療圏18万	発端：理事長の決断 梃子：障害福祉サービス等福祉部門充実 地域移行機能強化病棟 シェアハウス（国土交通省）

着眼点4 精神科救急＋地域ニーズへ対応

精神科病院： 公益財団法人	沼津中央病院（静岡県沼津市） 332床→282床 設立 1926年 沼津市20万 駿東田方医療圏 66万人	発端：ライシャワー事件 梃子：精神科救急など危機介入 ・同一法人に強力な社会復帰事業部門 ・2次医療圏内に3相談支援事業所
精神科病院：医療法人	木村病院（千葉市） 252⇒197床 設立 1928年 千葉市 97万人	発端：病院長の交代 梃子：精神科救急 障害福祉サービス（相談支援事業所） 児童思春期クリニック 周産期メンタルヘルス

着眼点5： 地域医療全体の中での役割の明確化 (1) 地域医療連携推進法人

精神科病院： 特定医療法人	山容病院（酒田市） 313→220床 設立 1955年 酒田市11万 庄内医療圏 28万人	発端：病院長の交代 梃子：病院機能分化・総合病院との連携 日本海ヘルスケアネット
------------------	---	--

(2) 2次医療圏域で病病連携体制の整備

精神科病院：医療法人	大江病院（帯広市） 181→511床 設立1969年 帯広市17万 十勝医療圏34万	発端：十勝地域全体での地域精神保健活動 梃子：病院機能分化連携 圏域の精神科病院3・精神病床をもつ総合病院3 精神病床 1012→511床（うち総合病院70）
総合病院： 地方独立行政法人	旭中央病院（千葉県旭市） 精神病床237⇒40床 設立1953年 旭市7万 香取海匠医療圏 28万人	発端：地域精神科医療の危機 梃子：複数精神科病院の機能分化・連携 地域自立支援協議会の活性化

(3) 自治体での役割の明確化

精神科病院：医療法人	八尾こころのホスピタル(大阪府八尾市) 480→456床 設立1913年 八尾市 27万人 中河内医療圏84万人	発端：病院改築 梃子：八尾市唯一の精神科病院 (認知症疾患医療センター・地域包括) 地域移行機能強化病棟 株式会社クオーレ（訪看・住居等）
------------	--	---

着眼点6：精神科病院と総合病院の統合

総合病院：社会医療法人	近森病院（高知県高知市） 精神科病院（分院）を本院に統合（2013） 精神病床104床⇒60床 設立1946（精神科分院1983）高知市34万	発端：病院の建て替え 梃子：総合診療の実現
-------------	--	--------------------------

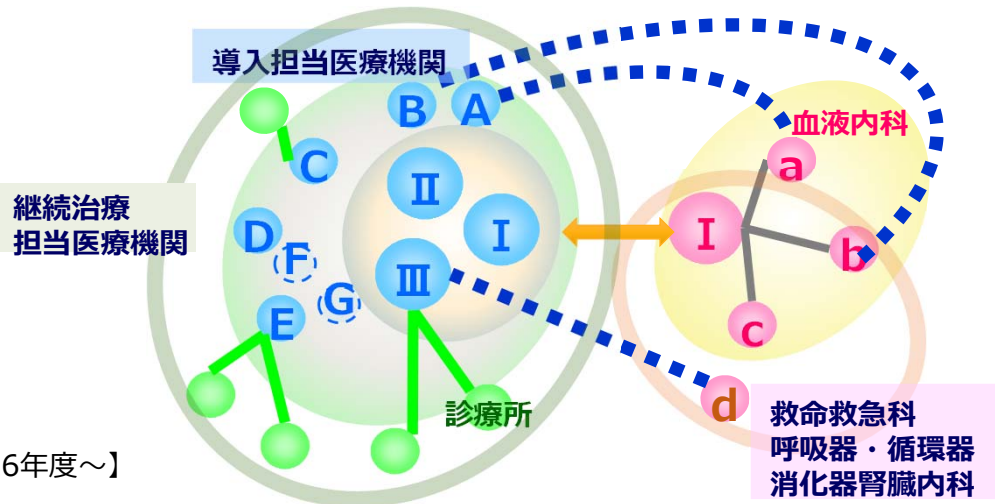
結 果 病院の構造変革「好事例」として、地域ニーズに基づき変化し続けている機関を抽出。着眼点×梃子となる事業・手法を類型して整理した。病院個別レポートを、着眼点・梃子を明確にし、若草病院・山容病院・木村病院・旭中央病院・大口病院について作成した。

結 論 継続性の保障されている構造改革モデルは発見できなかった。また地域のニーズに応じた改革を推し進める梃子となる事業・手法は、立地する地域特性によって異なっていた。また精神科医療のみで完結するモデルは発見できず、何れの「好事例」も、地域生活・障害福祉、身体科医療、行政施策（児童・高齢者など）と連携したものであった。

II 地域の構造改革

着眼点1：病病連携・病診連携：難治性精神疾患地域連携体制整備事業

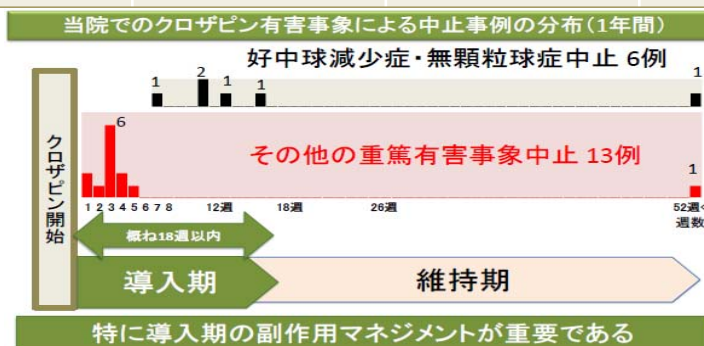
- 県内どの地域においても、クロザピンとmECTにアクセスできる体制を整備（地域に適したネットワーク）
- 全県の処方状況、有害事象の実際を情報共有(サイボーズ等を用いてCPMS精神科医療機関で共有)
- 県民に対してクロザピンとmECTについて情報共有（ホームページ等）



【平成26年度～】

岡山	フラットなネットワークから徐々に役割分担を構成。
沖縄	普段から国立・県立・民間立の病院の風通しが良い中で、県北・中部のコア病院ペア（県立総合病院と国立病院機構精神科病院）を設置し運営。更に県南部にコア病院ペア設置予定。
千葉	大学の強いリーダーシップによるネットワークの構築。
大阪	6つの総合病院血液内科とクロザピン合併症対応基幹総合病院（関西医大）のバックアップによりオール大阪体制の整備

工夫	情報提供 ホームページ	情報提供 リーフレット	情報共有 (グループウェア)	ネットワーク構築 出前講義	治療技術向上 研修会
----	----------------	----------------	-------------------	------------------	---------------



【データ】
岡山県精神科医療センター

1. クロザピン導入をおこなう医療機関は、導入後3～5週間に生じる循環器、呼吸器、肝臓、腎臓、消化器などの重篤な臓器障害の早期発見をおこない、初期治療をおこなう技量が必要。また総合病院救急科、血液内科、専門領域診療科との相互連携と転院治療をおこなうネットワークが必要。
2. 18～26週を過ぎると、実質臓器障害、無顆粒球症・白血球減少症がほぼ生じない。よってほとんどの医療機関が対応が可能となる。コンサルテーション等のネットワークは必要。



II 地域の構造改革

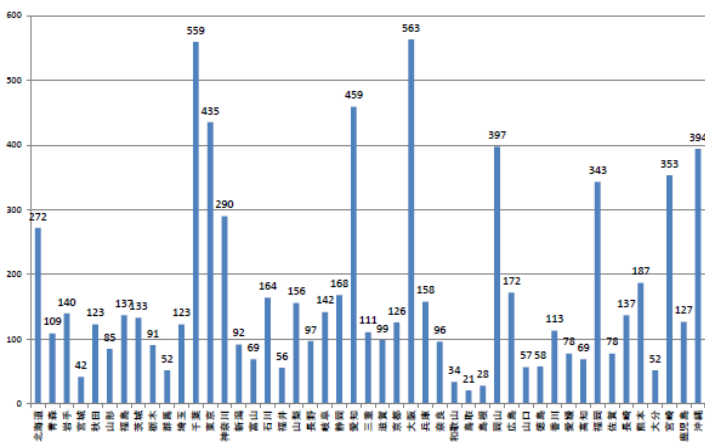
着眼点1: 病病連携・病診連携 : 難治性精神疾患地域連携体制整備事業

【結論】

- 都市部（大阪・千葉）、地方（沖縄・岡山）ともに事業実践を通して同じ結論に達している。
1. ネットワークを構築する手法は様々。しかし形成されたネットワークの構造は共通している。
 2. 重篤な有害事象にタイムリーに対応する総合病院、クロザピン導入病院（初期の18~26週）、維持治療・通院医療機関との3層の連携体制（ネットワーク構成）となっている。
 3. 本事業の活性化により、同一自治体内のどこに居住していても、クロザピンと電気けいれん療法にアクセスできる体制が整備できると考えられた。

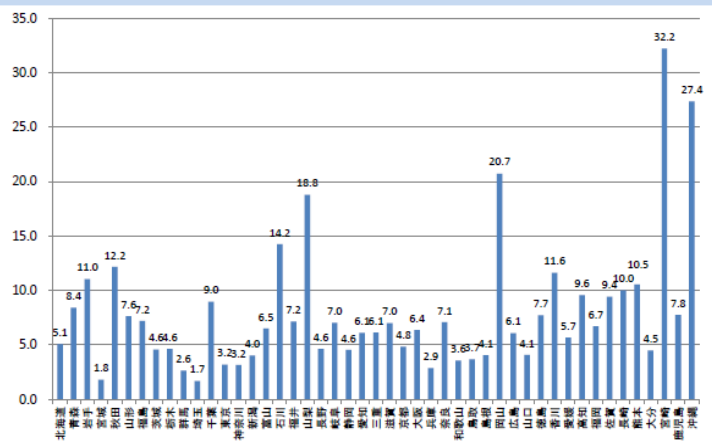
都道府県別 クロザピン処方人数

クロザリル適正使用委員会HPから 2018.12.27
http://www.clozaril-tekisei.jp/shared/pdf/iryokikan_todoufuken.pdf

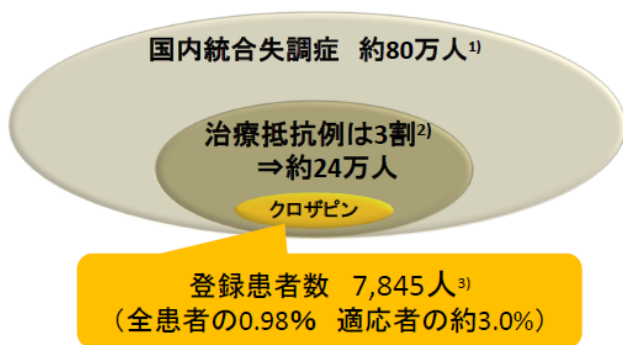


都道府県別 人口10万人あたりのクロザピン処方人数

クロザリル適正使用委員会HPから 2018.12.27
http://www.clozaril-tekisei.jp/shared/pdf/iryokikan_todoufuken.pdf

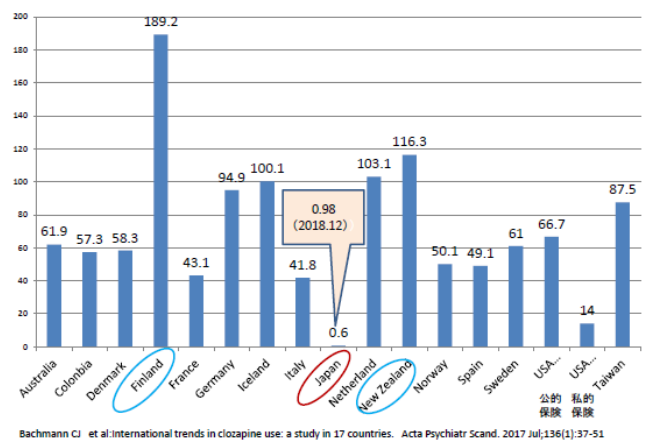


必要とする患者にクロザピンはまだ届いていない



1)2008年厚生労働省調査
 2)Int Clin Psychopharmacol. 2014 Mar;29(2):63-76.
 3)クロザリル適正使用委員会HP 2018年12月27日時点

クロザピン処方数 人口10万対(2014年)



Bachmann CJ et al: international trends in clozapine use: a study in 17 countries. Acta Psychiatr Scand. 2017 Jul;136(1):37-51

【クロザピン治療の課題】

1. クロザピンは2009年に導入されたが、本邦では必要とされる患者の約3%への処方にとどまっている。
2. 処方には都道府県格差があり、人口10万人あたり、32.2人から1.7人まで19倍の格差がある。
3. クロザピンの地域連携体制の整備は急務であり、都道府県ごとの処方率は地域精神医療指標となる。

今後の展望

クロザピンネットワークの構築は、必要不可欠であり、ネットワーク構築の基本をおさえれば、いずれの都道府県でも実施可能である。医療計画で数値目標を定めることが必要

困難な課題

離島・過疎地など登録医不在地域での処方⇒登録医・拠点病院がICTで非登録医を支援等

平成30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
(障害者政策総合研究事業(精神障害分野))
精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究
分担研究報告書

身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制構築に関する研究
研究分担者 宮岡 等 北里大学医学部精神科学主任教授

研究要旨

【背景と目的】身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制には課題が多い。しかし医療提供体制構築に関与する自治体担当者には、その職種の出自や自治体の管轄上の課題等々の理由から、地域の救急医療、精神科医療関係者との関係構築に困難さも抱かれやすい現状がある。このため、自治体担当者が身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制を構築することへの支援が求められる。本研究では、自治体担当者が各地域で身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制を構築することへの支援ツール開発を目的とした。

【方法】平成28年度、平成29年度に本研究班で得られた自治体、精神科病院の取り組みについて、医師、看護師、心理士で構成されたグループの中で課題の類型分類を行い、地域特性、取り組みを構成する要素を整理した。この整理に基づいて、自治体担当者が身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制を構築することを支援するツールを作成した。

【結果】課題は「身体疾患で身体科病院入院中の患者が身体科病院内で精神疾患に対応する上での課題」と、「精神疾患で精神科入院中の患者が精神科病院内で身体疾患に対応する上での課題」の二つに分類された。自治体、精神科病院の取り組みが、どの課題を解決しようとしているかを同定し、各取り組みに関して自治体担当者の関与の仕方、連携体制の仕組み、医療提供体制を構築する手順、円滑な合意形成のための手法、連携ツール、医療提供体制の質評価指標、医療提供体制構築による波及効果が明らかとなった。この結果をもとに、自治体担当者が各地域で身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制を構築することを支援するツールについて検討し、Webで閲覧可能な媒体を念頭に置いたツールを作成した。

【考察】課題と医療資源には地域差がある。自治体担当者の課題意識、解決のための外部支援へのニーズにも地域差があるだろう。作成された支援のためのツールを公開するだけでは、解決のために外部支援を利用したいと考えている自治体担当者にはツールは届きにくいし、ツールだけで各自治体の取り組みが進むかどうかという点でも懸念は残る。今後は自治体担当者の課題や解決に関する意識を調査するとともに、解決のために外部支援を利用したいと考えている自治体に対して、どのように支援を届けるかを検討する必要がある。

研究協力者

山之内芳雄 国立研究開発法人 国立精神・神経医療
研究センター 精神保健研究所 精神医療政策研究
部 部長
松井隆明 日本精神科病院協会 政策委員長 三善病
院 院長
窪田幸久 日本精神科診療所協会理事 中央公園クリ
ニック 院長
澤滋 社会医療法人北斗会さわ病院 院長
本屋敷美奈 国立精神・神経医療研究センター 精神
保健研究所 精神医療政策研究部 室長
羽澄恵 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究

センター 精神保健研究所 精神医療政策研究部
研究員
月江ゆかり 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研
究センター 精神保健研究所 精神医療政策研究部
流動研究員
大石智 北里大学医学部精神科学 講師

A. 研究目的

身体疾患を合併する精神障害者への対応が十分とは
言えない状況が続いている。精神科病院入院中の
統合失調症の患者についてみると、入院治療を要す
程度の身体疾患を合併する者の占める割合は、50

歳以下では5%であるのに対して、50-64歳では10%、65歳以上では16%まで増加する¹⁾。高齢化とともに増加するものとして認知症があげられるが、認知症による精神科病院入院患者も増加傾向にある。認知症による精神科病床への入院患者のうち、入院治療を要する程度の身体疾患を合併する者の占める割合は25%に上るといふ指摘もある¹⁾。

精神障害者では、自殺企図による外傷や中毒、横紋筋融解症等の為に救命救急センターへ搬送されることが少なくない。救命救急センターの搬送患者の約1割が精神医療の必要性があるという報告²⁾や、施設によっては、救命救急搬送患者の15~18%が自殺企図患者であるという報告³⁾もある。

本研究の目的は身体疾患を合併する精神障害者に対するより良い医療提供体制を構築することである。

平成28年度はこの医療提供体制のうち、自殺企図対応に焦点化し、医療計画策定にあたって都道府県自治体担当者が参照できる仕組み、ツール作成を実施した。

平成29年度は精神科病院の取り組みを収集、好事例を構成する要素を整理し、都道府県自治体担当者が医療計画策定、身体疾患を合併する精神障害者への医療提供体制構築にあたり参照できる資料を作成した。

しかしこれらの資料が作成されても、各地で体制作りが実行に移されるためには、自治体担当者が各地域で取り組む上での動機づけを強化し、取り組みが支援されることが求められる。このため、平成30年度は自治体担当者が身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制を構築することへの支援ツール作成を目的とした。

B. 研究方法

研究対象は平成28年度の研究結果(自治体における取り組み)、平成29年度の研究結果(精神科病院における取り組み)とした。研究方法は①これらの対象である好事例について、精神保健研究所精神医療政策部研究員(医師、看護師、心理士の多職種で構成)とともにグループディスカッションを実施、②「自治体が直面する困難」「自治体の地域特性」の

観点から、課題と地域特性を分類、③各事例の体制構築プロセスを比較検討、④共通する要素を集約し、地域特性にあわせて自治体が参考にしやすい体制構築モデルを生成、⑤自治体担当者が体制づくりを進めるための動機づけを強化する、自治体側メリット、体制の効果を評価する指標、自治体が体制づくりに活用できる資金に関する情報を整理、⑥精神科病院が自治体と協力しやすくなる要件について日本精神科病院協会関係者へヒアリング、⑦Web媒体による自治体担当者支援ツールを作成、の順に実施した(図1)。

(倫理面への配慮)

本研究は、北里大学医学部倫理委員会の承認を得て実施した。

C. 研究結果

各事例の比較検討から、身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制構築における課題は、「身体疾患で身体科病院入院中の患者が身体科病院内で精神疾患に対応する上での課題」と「精神疾患で精神科入院中の患者が精神科病院内で身体疾患に対応する上での課題」の二つに分類された。地域特性は地域の精神科病院、精神科医の分布により整理された。

地域特性に合わせて自治体が参考にしやすい体制構築モデルは、自治体担当者が体制づくりを進めるための動機づけを強化すること、自治体側のメリット、体制の効果を評価する指標、自治体が体制づくりに活用できる資金に関する情報を含めて整理するため、「自治体担当者の関与の仕方」、「連携体制の仕組み」、「医療提供体制を構築する手順、円滑な合意形成のための手法」、「連携ツール」、「医療提供体制の質評価指標」、「医療提供体制構築による波及効果」の項目に分けて検討され、7つのモデルが生成された。7つのモデルを一覧表に取りまとめ、日本精神科病院協会関係者へのヒアリングを実施した。

さらに7つのモデル一覧表を基に、自治体担当者が各地域で身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制を構築することを支援するツールを作

成した（図2）

D. 考察

自治体担当者が身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制を構築することへの支援ツールが有効なものになるためには、自治体担当者が地域特性、課題を理解し、体制構築のための取り組みを進めたいとする工夫が必要である。このためツール開発の前の体制構築モデルを生成する際には、体制を構築するための具体的な方法、手順、各地域で円滑な合意形成を図るための工夫について整理することができた点は意義深い。また体制構築が持続的なものになり、体制の質が向上するためには、体制の質をモニタリングする指標が必要になる。この点をツールに落とし込むことができたことも、ツールの効果として今後期待される。

ただし本研究にはいくつかの限界がある。ツールは開発されたが、公開する Web サイトはまだ決定されていない。自治体担当者が取り組みを進める上で、外部からの支援を求めたい時のアクセス窓口についても決定されていない。今後、公開する Web サイト、支援窓口の決定、ツールのアップロードと公開が必要になる。また、ツールが作成されても取り組みを進めたいと考えている自治体担当者にツールが届かなければ、その効果は発揮されない。このため、全国の都道府県自治体が、身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制構築をどの程度取り組みたいと考えているか、また体制構築のための外部支援へのニーズを調査し、ニーズのある自治体へツールを公開している Web サイト URL を伝える必要がある。

E. 結論

自治体担当者が各地域で身体疾患を合併する精神

障害者に対する医療提供体制を構築することを支援するツールが開発された。今後、ツールが公開され、自治体に対する体制構築に関する意識調査が実施され、自治体担当者に開発されたツールが届けられる必要がある。精神疾患のある人に身体疾患が生じても、身体疾患のある人に精神疾患が生じても、適時、適切な医療を受けられる体制づくりが全国で広がる事を切に願う。

謝辞

本研究に多大なる協力をしていただいた日本精神科病院協会、日本精神科診療所協会、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神医療政策研究部、好事例の情報を惜しみなく提供して下さった自治体、精神科病院の皆様はこの場を借りて厚く御礼申し上げます。

F. 研究発表

大石智, 宮岡等: 【精神科医療提供体制の機能強化】身体疾患を合併する精神疾患のある人に対する医療提供体制の構築. 精神科, 33(3), 219-226, 2018.

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）
なし

H. 文献

- 1) 厚生労働省: 今後の精神保健医療福祉のあり方に関する検討会 第17回資料, 2009
- 2) 丸田真樹, 大塚耕太郎, 中山秀紀, 他: 岩手県高度救命救急センターにおける自殺未遂者の年代による比較検討. 岩手医誌 58: 119-131, 2006
- 3) 河西千秋: 救命救急センターにおける自殺未遂者への支援と自殺再企図予防方略の開発. 学術の動向 (2008年3月号): 39-43, 2008

身体疾患と精神疾患のある人へ医療を提供できる体制を整備するための取り組み 都道府県自治体担当者による医療提供体制整備を支援するツールの開発

図1

平成28年度：全国自治体好事例調査

対象

- ・愛知県、大阪府、岡山県、佐賀県、沖縄県の取り組み
- ・静岡県沼津地域 精神科診療所・精神科救急病院の取り組み
- ・千葉県内総合病院精神科の取り組み

結果

- ・自治体が課題解決のリーダー、コーディネーターとして機能
- ・自治体の精神・一般医療部門双方が連携
- ・自治体、精神、一般医療、消防が参加する協議会設置
- ・協議会を中心とした合併症医療提供体制のPDCAサイクル
- ・救急隊現場待機時間等、取り組みの指標設定
- ・自治体によるデータ集約、管理
- ・一般医療における地域の精神科医の活用
- ・合併症医療体制のためのパスを含むツール
- ・精神科救急における身体疾患二次救急受け入れ医療機関指定

平成29年度：全国精神科病院等好事例調査

対象

- ・日本精神科病院協会政策委員会の協力を得て調査対象を抽出
- ・人口過疎地域型として二つの精神科病院、都市型として一つの精神科病院、総合病院精神科、救命救急センターと精神科病院を対象とした

結果

- ・専門家からのヒアリングの結果、人口過疎地域型として一つの精神科病院、都市型として一つの精神科病院、救命救急センターを抽出
- ・医師、精神保健福祉士、看護師の、連携する一般科病院、精神科病院への“アウトリーチ”が好事例のキーワード
- ・取り組みが好事例化する鍵は病院長、医師会長、救急医学科教授、救急医、精神科医等、現場の人々の意識に依存
- ・課題として関与する病院、職員への負担がある
- ・自治体の関与がない
- ・取り組みの評価が行われているのは一部に限定

平成30年度：自治体担当者支援ツール開発

目的

- ・都道府県自治体担当者が、身体疾患と精神疾患のある人へ医療を提供できる体制を整備する取り組みを支援するツールを開発する

対象

- ・平成28年度、平成29年度の調査結果における、好事例を構成する要素整理表

方法

- ・好事例を構成する要素整理表を、精神保健研究所精神医療政策部研究員とグループディスカッションを実施した
- ・主として「自治体が直面する困難」「自治体の地域特性」の観点から事例の類型を考慮し、各事例の体制構築プロセスを比較検討した
- ・共通する要素を集約し、地域特性にあわせて自治体が参考にしやすい体制構築モデルを生成
- ・自治体担当者が体制づくりを進めるための動機づけを強化する、自治体側メリット、体制の効果を評価する指標、自治体が体制づくりに活用できる資金に関する情報を整理
- ・精神科病院が自治体と協力しやすくなる要件について日本精神科病院協会関係者へヒアリング
- ・冊子あるいはWeb媒体による自治体担当者支援ツールを作成する

結果

- ・自治体が解決したいであろう課題の類型を、「身体疾患で入院中の患者さんが身体科で精神疾患に対応するための体制」「精神疾患で入院中の患者さんが精神科で身体疾患に対応するための体制」の二つに分類
- ・体制構築プロセスを構成する要素の整理（事業化の要不要、行政の立ち位置、精神科病院・精神科医の分布傾向、連携方向性、自治体担当者、連携体制整備手順、自治体視点での体制整備手順、円滑な合意形成を得るためのTips、連携ツール、事業費、評価指標、精神科病院・身体科病院が算定可能性の高い診療報酬、体制整備によって生じる可能性のある波及効果）
- ・体制構築プロセスを構成する要素の整理に基づき、7つの体制構築プロセスが整理された
- ・7つの体制構築プロセスを基に自治体担当者を支援するツールが作成された

今後の方針

- ・開発されたツールをWebサイトに公開する
- ・自治体に対する体制整備ニーズを調査する
- ・ニーズのある自治体の中から体制整備支援自治体を選定する
- ・自治体を訪問しツールを活用しながら体制整備を支援する

自治体支援を重ね
ツールをブラッシュアップ
体制整備の全国展開へ



都道府県自治体医療計画担当者の皆様へ

精神疾患のある人に身体疾患が生じたとき
身体疾患がある人に精神疾患が生じたとき
適時適切な医療が提供されにくい現状があります。

例えば・・・

精神疾患のある人に身体疾患が生じたとき、
救急隊が搬送先探しに苦慮する。

身体疾患で入院中、精神症状が悪化しても
精神科医が勤務していないと精神科治療が遅れる。

精神科病院に入院中、身体疾患が生じ
身体科医がいないと、身体治療が遅れる。

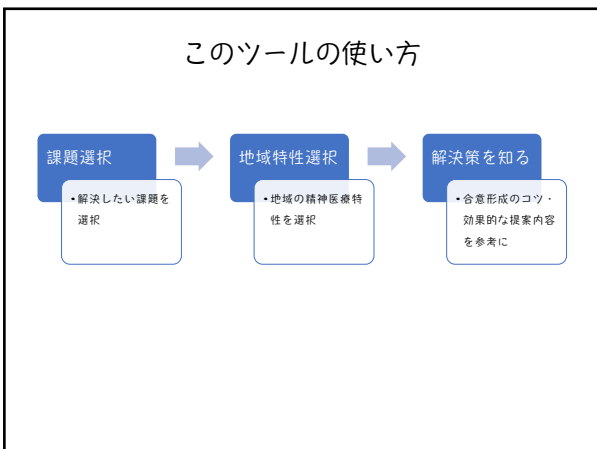
都道府県自治体医療計画担当者の皆様へ

精神疾患のある人が身体疾患を生じても
身体疾患のある人が精神疾患を生じても

適切な時期に
適切な内容の
それぞれの医療を受けやすいということは
住民の安心、幸せに寄与するはずですよ

都道府県自治体医療計画担当者の皆様へ

こうした課題を
都道府県自治体医療計画担当の皆様が
それぞれの地域の特性に合わせて
解決しやすくなればと願い
いくつかの地域での取り組みを参考に
自治体の担当の皆様が
各地で取り組みやすくなるようお願い
このツールが作成されました



Tips 医療機関間連携の前に自治体部門間連携

このツールを使う際には、ぜひ、自治体の身体医療部門と精神保健福祉部門の医療系担当者様、福祉系担当者様が一緒に、身体疾患と精神疾患のある患者さんを想像しながらご利用いただければと存じます。自治体レベルで身体医療と精神医療が連携し、課題の整理、解決に取り組むことが、現場レベルの課題解決に大いに寄与すると期待されます。

Tips 医療機関が算定できる診療報酬を知っておく

医療機関には公益性が求められますが、経営として成り立つことも求められます。医療機関に新たな取り組みを提案する際には、取り組みによって算定することが可能な診療報酬がどれかということ、自治体担当者の皆様が知っておくことができると、合意形成や提案が円滑に進みやすくなります。

一般科と精神科が連携することで算定されやすくなる診療報酬（例）

一般科：

- ・夜間休日救急搬送医学管理料の精神疾患患者受入加算
- ・精神科リエゾンチーム加算 など

精神科：

- ・精神科身体合併症管理加算
- ・精神科救急・合併症入院料 など



自治体にある解決したい課題を選択しましょう
私たちが解決したい課題は大きく分けて二つあります

課題A

身体疾患で入院中の患者さんが身体科で精神疾患に対応するのが困難

課題B

精神疾患で入院中の患者さんが精神科で身体疾患に対応するのが困難

自治体が発起・コーディネートすることによって
課題Aを解決できる方策は
精神医療資源の地域特性別に3つあります

複数の中規模精神科病院が
あり精神科医数は多い

夜間休日
地域リエゾン型

精神科医を豊富に雇用する
自治体精神科病院が存在

基幹的精神科
医療機関リエゾン型

複数の精神科病院が存在

一般・精神ペア形成型

夜間休日地域リエゾン型の仕組みと効果

連携体制の仕組み

一般科病院（2次、3次救急医療機関）

①夜間休日に一般科病院で身体疾患のある人に精神症状が発生

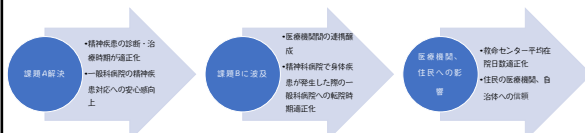
②転送の精神科病院（1次）へ電話相談

③電話を受けた精神科病院は入院受け入れを含めた対応について助言（1床確保）

精神科病院

④対応する精神科医は身体疾患が精神科病院で受け入れ可能なを別の身体科医室に相談できる

連携体制構築によって期待される波及効果



夜間休日地域リエゾン型の構築手順

①ステークホルダーへの個別訪問と認識の共有→合意形成



いつ？：救急発生、身体科医療関係の協議会で問題提起する前に
どこに？：精神科協議会、病院協会、設立病院協会、救急医療協議会協議会、医師会に
どんな内容を？：合併症医療に関する課題と連携体制の仕組みについて
どんな手法で働きかけるか？：①関係団体にて個別訪問で働きかけ、趣意を固める
②身体科医療の協議会で問題提起し取りまとめる

合意形成のコツ：効果的な提案内容
①一般科病院と夜間休日の担当者が協力して連携する
②一般科病院、精神科病院側には、患者にとってのメリットともに、算定されやすくなる診療報酬があること、病院経営上のメリットもあることを伝える
③空床確保料、バックアップする身体科医への報酬というインセンティブがあると医療機関は合意しやすく、システムも継続しやすい
④事業費（例）：年間総額8500万円（空床確保料、その他事務発生時の相談費）

②連携ツール、手順書、パンフレット作成、周知

作業部会を設置して連携ツールと手順書を作成、関係機関へ周知
・連携ツール：依頼書・身体治療状況確認シート、同意書フォーマット、報告書、パンフレット
・事業報告書作成支援

身体疾患を治療した後、身体科病院から精神科病院へ転送する際の患者負担はある程度、決められておくことができると良い
④周知

緊急発生を発生して少なくとも50分以上500分が正常に停たれており、通知は1日の発生頻度とする。なお、身体科医の急病等により身体科病院へ（戻し）搬送する場合（依頼した担当医が存在しなかった場合において）も搬送して責任を持って対応）もある。

①リスタートまで連絡済み
②搬送前後で患者はほぼ自覚している（しばらく安静確保のための配慮が必要な場合も有り）
③搬送を完了したより即座に
④次の場合は個別に判断・対応する
⑤救急発生は緊急発生でその他の医療機関がある場合
⑥救急発生は緊急発生で、比較である場合など

③進捗管理

モニタリング指標は運用準備数、運用稼働率、身体科医受診回数、事例報告会議出席率、精神科・身体科医の転院打診回数受け入れまでの日数
・定期的に進捗状況を取りまとめ、身体科医療の協議会に報告
・成果を住民にも周知

④連携があれば精神科への転院を考慮

⑤連携があれば精神科への転院を考慮

⑥連携があれば精神科への転院を考慮

⑦連携があれば精神科への転院を考慮

⑧連携があれば精神科への転院を考慮

⑨連携があれば精神科への転院を考慮

⑩連携があれば精神科への転院を考慮

⑪連携があれば精神科への転院を考慮

⑫連携があれば精神科への転院を考慮

⑬連携があれば精神科への転院を考慮

⑭連携があれば精神科への転院を考慮

⑮連携があれば精神科への転院を考慮

⑯連携があれば精神科への転院を考慮

⑰連携があれば精神科への転院を考慮

⑱連携があれば精神科への転院を考慮

⑲連携があれば精神科への転院を考慮

⑳連携があれば精神科への転院を考慮

㉑連携があれば精神科への転院を考慮

㉒連携があれば精神科への転院を考慮

㉓連携があれば精神科への転院を考慮

㉔連携があれば精神科への転院を考慮

㉕連携があれば精神科への転院を考慮

㉖連携があれば精神科への転院を考慮

基幹的精神科医療機関リエゾン型の仕組みと効果

連携体制の仕組み

一般科病院（救急隊受け入れ回数の多い）

①救急隊受け入れ回数の多い一般科病院で身体疾患のある人に精神症状が発生

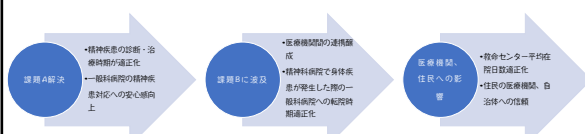
②連絡等を問わず基幹的精神科医療機関に電話で相談

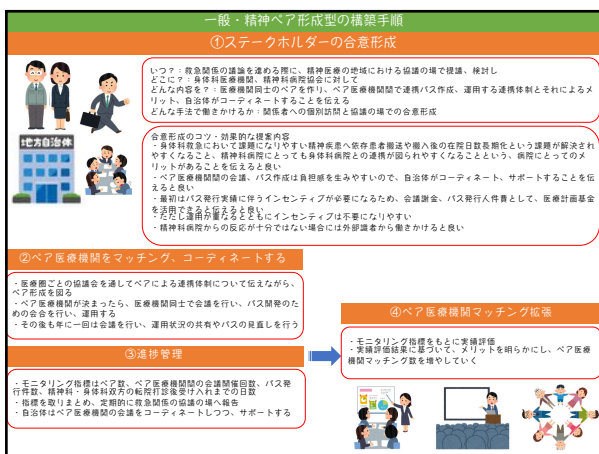
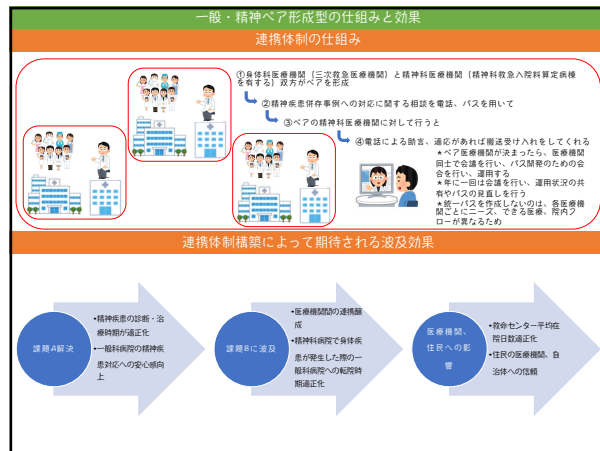
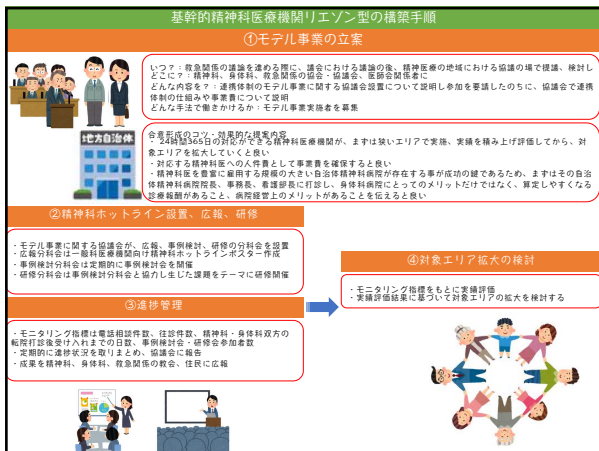
③基幹的精神科医療機関は電話または往診で対応について助言

基幹的精神科医療機関

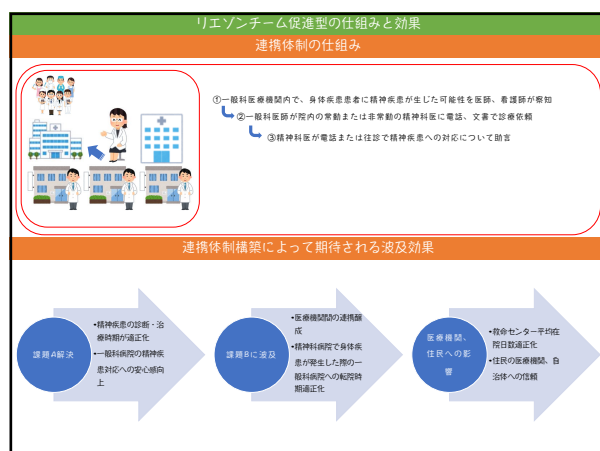
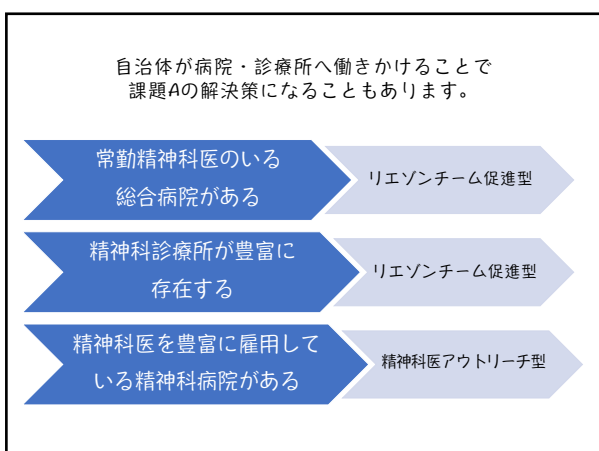
④遠隔であれば精神科への転院を考慮

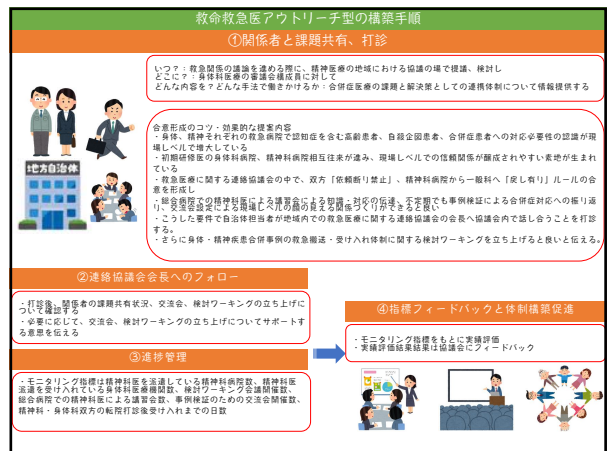
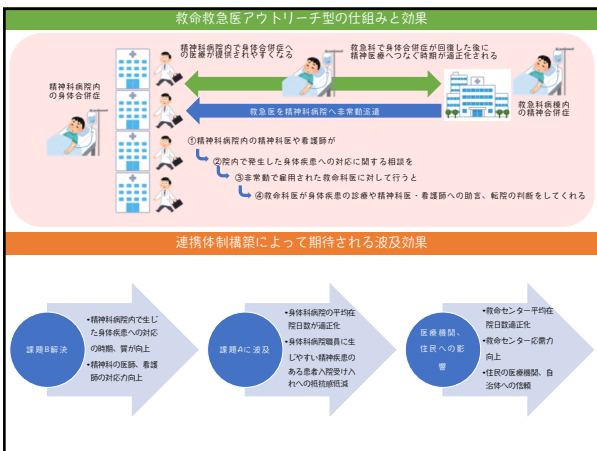
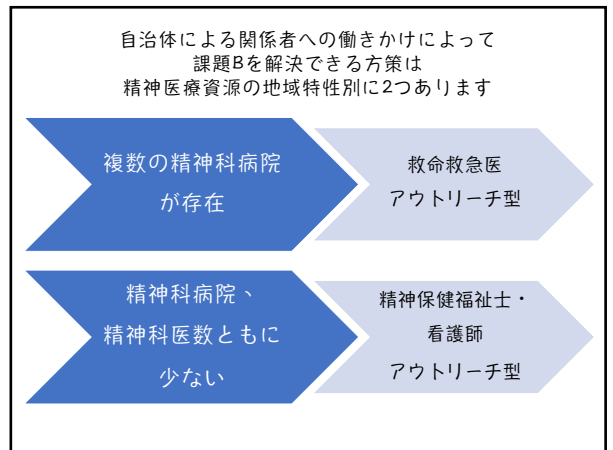
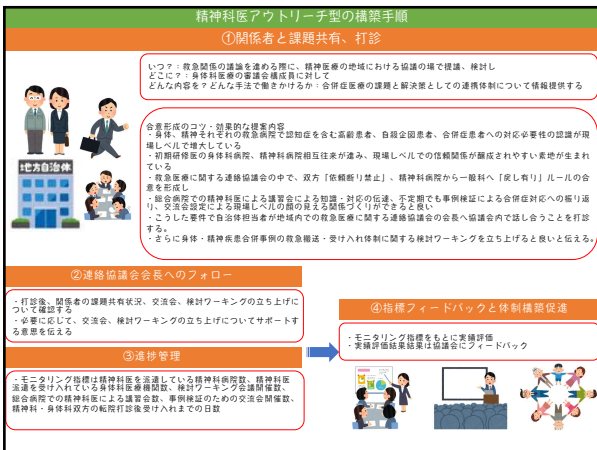
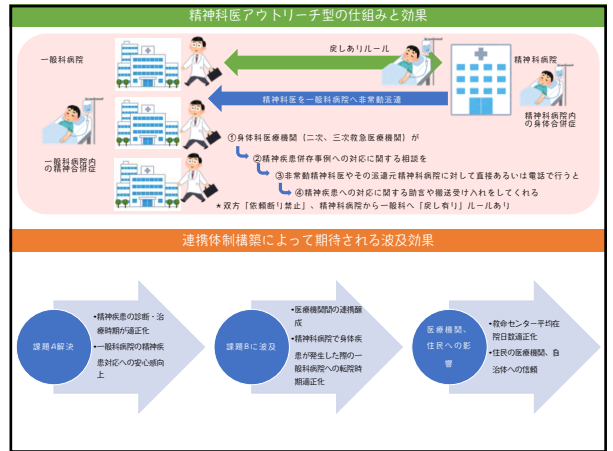
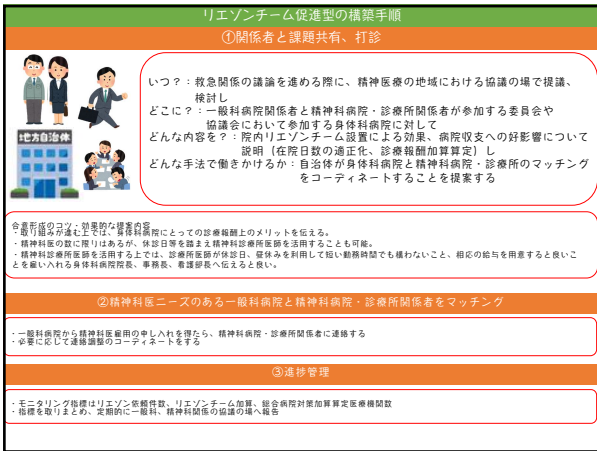
連携体制構築によって期待される波及効果

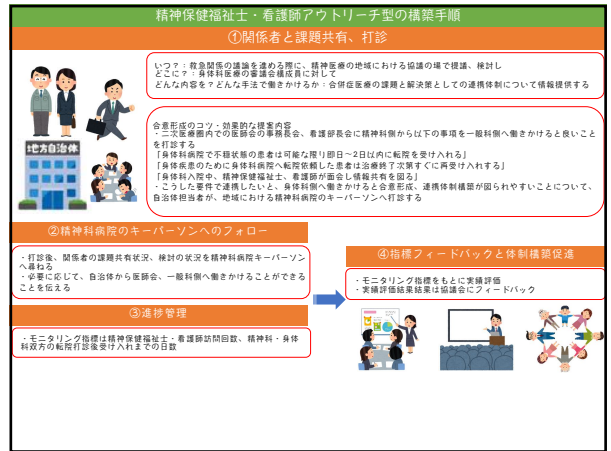
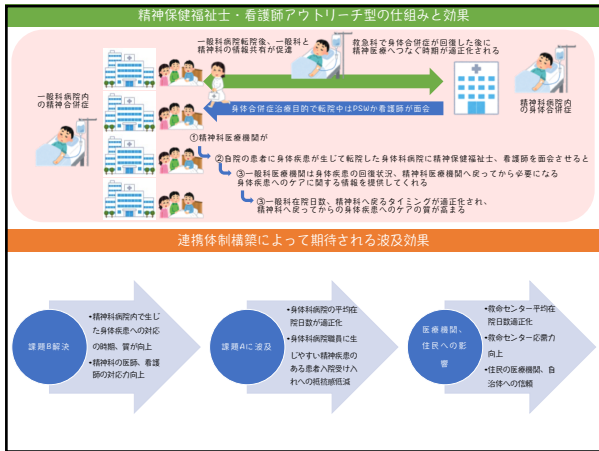




プレイヤー＝医療従事者・マネージャー＝自治体担当者でありたいが、自治体担当者も忙しい
しかし課題を少しでも解決に導きたい..そんな時に







Contact

取り組みをどのように進めたら良いかお困りの自治体担当者様向けに、個別のご相談にも応じております。お気軽にご利用ください。

連絡先：
国立精神神経医療研究センター
精神保健研究所
地域・司法医療研究部
Email: ○○○○○○

研究要旨

精神科病院のみならず医療全般に於いて、安心・安全な医療環境を確保する必要性が高まっている。すなわち、暴力を未然に予測してこれらを防ぐ教育研修²⁾の在り方が問われている。この点でこれまでに唯一の実績を有す、包括的暴力防止プログラム(以下 CVPPP)を中心に、精神科病院等に勤務する幅広い職種を対象として当該プログラムの基本的理念と技術の普及(課題Ⅰ)を図り、併せてその有効性の検証(課題Ⅱ)と一般診療科への応用(課題Ⅲ)を採った。

最終年次は、過去 2 年間に引き続いて、以下の 3 課題を進めた。

I. 厚労省公募事業：平成 30 年度精神科医療体制確保研修(精神科病院における安心・安全な医療を提供するための研修)に、国立病院機構(以下 NHO)と日本精神科病院協会(以下日精協)の両団体が応募し、NHO は 28 年度新設した、CVPPP の理念と基本技術を普及させる一日研修「精神科病棟における安心安全な医療を提供するための研修」を、29 年度 7 ヶ所から 30 年度は 8 ヶ所(花巻・茨城・東京・小諸・岡山・福岡・鹿児島・肥前)で全国開催した。日精協は 3 ヶ所(大阪・長野・東京)で開催した。30 年度もアンケートを両団体共通のものを用いて、受講前後の安心・安全に関わる主観的変化等を調査し、研修ニーズや普及の在り方を調査研究した。

II. CVPPP の有用性・有効性を検証：過去 2 年間で、1 日研修を受けた病院職員と 4 日研修受講者にアンケート法による追跡評価を行った。

III. CVPPP の一般科への適用を探る試み：一般科における導入 1 日研修「一般科病棟における安心安全な医療を提供するための研修」を作成し、3 つの協力病院(自治体・公立・民間)での開催を最終年度に実施し、好評を得た。

研究協力者：省略

課題Ⅰ.

A. 研究目的

「医療観察病棟を有する病院を中心に普及してきた包括的暴力防止プログラムの実績を評価し、精神科病院等に勤務する幅広い職種を対象として、当該プログラムにおける基本的考え方の普及を図る。」とする厚労省の事業公募概要を踏まえ、人材養成のあり方とその普及法について検討することを目的とする。

B. 研究方法

平成 30 年度も「精神科医療体制確保研修(精神科病院における安心・安全な医療を提供するための研修)」に、日本精神科病院協会(以下日精協)と国立病院機構(以下 NHO)の両団体が応募した。28、29 年度の反省を踏まえ、①広報の協力②プログラムは双方独自③受講対象は幅広く④アンケートは同一を用いる等とし、日精協は 3 ヶ所(大阪・長野・東京)、NHO は 8 ヶ所(花巻・茨城・東京・小諸・岡山・福岡・鹿児島・肥前)で全国展開した。

1. 対象者

精神科病院その他に勤務する医療従事者

2. 調査様式

導入1日研修受講前後に、自記式アンケート調査法を行った。

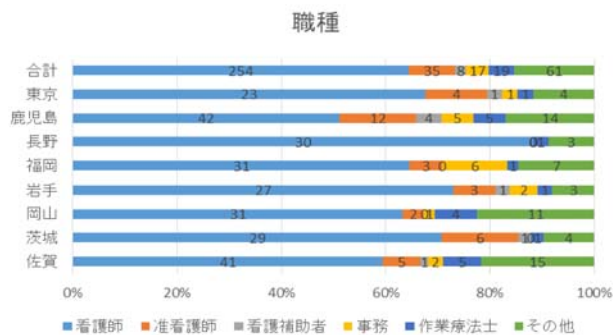
C. 結果

1. NHO 主催

主要な結果を掲載する。

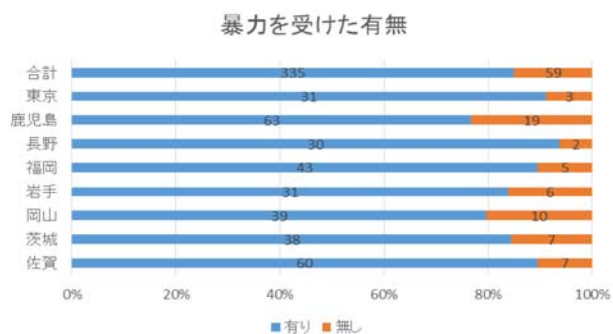
1) 参加者 職種など

性別では、過去2年同様な傾向で、やや男性が多く、職種経験も6年以上の経験年数の受講者が多かった。職種は、看護師が多いのは当然としても、その他（訪問・介護・少年施設職員）が増えている。

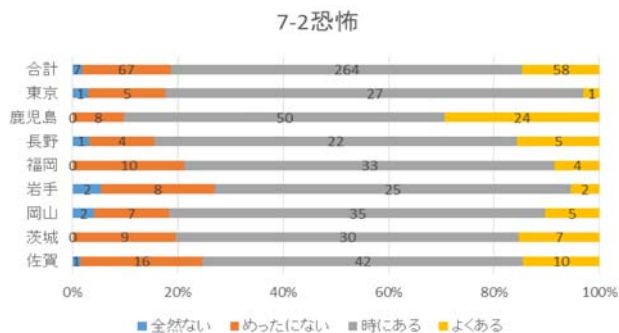


2) 職場の暴力

職場での暴力経験は、過去2年の数字では約9割弱に及ぶ。本年度も同様な傾向であった。



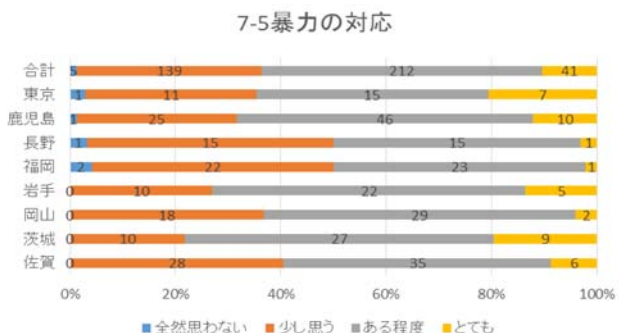
恐怖を感じた経験は、「時にある」と「よくある」を合わせて、60%強に及んでいたが、今回



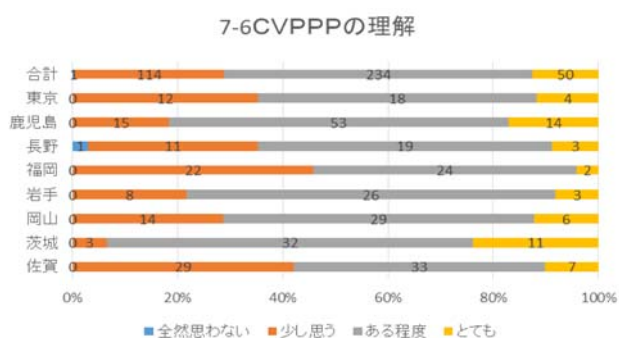
も会場に拠っては7割を越す会場もあった。

2) 研修後の効果について

研修後に、落ち着いた対応、心理的介入の実施、暴力への対応の自信度について尋ねた項目では、『全く思わない』と回答したものは数名であり、ほとんどの回答者が、何らかで『少し思う』『ある程度思う』『とても思う』に回答していた。



CVPPPへの理解については、『ある程度思う』『とてもそう思う』を合わせると、7割を越えている。

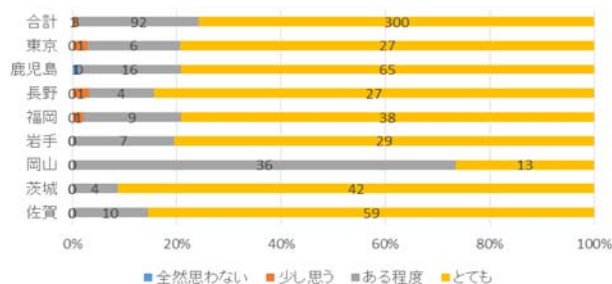


3) 研修の必要性について

研修の必要性については、91.7%が『とても思う』であった。専門職の必要性は、76.5%が『とても思う』となったが、岡山会場に限っては、参加者の26.5%しか過ぎず、『専門職』が如何なる

職種でどのような資質と能力を有した人なのかという認識が異なっている可能性がある。

7-9専門職の必要性



C. 結果

2. 日精協主催（大阪・長野・東京）

別途報告

D. 考察と課題

日精協とNH0の両団体が、本年度も事業を展開した。前者は、利便性のよい都会の大会場で行い、3年間で1838名の受講者を産み出した（大都市圏会場集合普及方式と仮称する）。後者は、コンパクトながら開催地を地方含めて1047名の受講者を産んだ（地域ブロック普及育成密着方式と仮称）。座学にも時間を割き、精神医療現場未体験者をも幅広く視野に置いた日精協と、現役を対象に、理念と実際的な技術にも時間を当てたNH0方式には、それぞれに違いと特徴はあるも（NH0方式は総受講者数では劣るも、石川県と高知県のみを残して万遍なく受講者が日本全国に広がっている）、アンケートの結果では、主観的な感想ながら、いずれも自己効力感上昇の実感、研修の必要性等で同様な回答結果が得られている。このことは、本事業が現場の要請に応えた研修内容であり、継続する必要性に疑問の余地はないと思われる。

実際、日精協主催の受講者に、追跡アンケートが為された結果を見ると（3年



間の受講1838名 回答率80.3%)、実際の現場での効果を、半数以上の者が効果を実感しているとする驚きの結果が見られている。これは、主観的なアンケート調査法には限界があり、研修の有効性を客観的に示すevidenceではないが、その一方で暴力件数の変化、隔離・拘束の減少等の客観的な数字で研修の有効性をevidenceとして示すことは、暴力の背景に様々な因子が絡みあっているだけに、方法的には困難であろう。この点で、課題を残しており、研修の有効性をevidenceとして示すには、課題IIのような長期的な変化を追う手法が現実的かと思われる。

E. 結論

最終年度も日精協とNH0の両団体が1日研修事業を行った。[今年度、総数]で受講者数を示すと、日精協[929名、1838名]、NH0[422名、1047名]であった。NH0方式では、都道府県万遍なく受講者が広がっていた。いずれの方式でも参加者の満足度と研修の必要性への認識は極めて高かった。

F. 研究発表（別紙4）

1. 論文

・Shimosato S, Kinoshita A: Degree of Anger During Anger-Generating Situations Among Psychiatric Staff Nurses: Association Between Nurses' Attitudes Toward Service Users' Aggression and Confidence in Intervening in Aggressive Situations. 56(9) 51-59 Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 2018

・木下 愛未, 下里 誠二: 精神科スタッフナースの怒り感情喚起場面での怒りに関与する要因の検討 - 認知傾向・感情・態度との関連 - (17) 13-21 看護科学研究, 2019

2. 学会発表

G. 知的財産権の出願/登録状況

1. 特許 なし

2. 実用新案 なし

3. その他

主要課題Ⅱ.

「CVPPPの有用性・有効性を検証」

A. 研究の背景と目的

CVPPPは、実績と一定の評価を得ながらも、「真に安全・安心の医療環境を確保し得る」というエビデンスは未だ明らかでは無い。初年度は、CVPPP導入1日研修を4病院の職員に行った。最終年度は、研修受講6ヶ月後の病棟勤務者の、暴力についての意識を追跡調査した。

B. 研究方法

1. 調査対象者

研究参加の承諾がとれた4施設に勤務する医療従事者に対して、CVPPPトレーナー研修(4日間)と1日研修を受講してもらい、受講後6ヶ月間病棟勤務を行った時点での安心・安全に関する自記式質問紙調査票を実施した。

2. データ収集方法

調査内容

- 1) 年齢、性別
- 2) 職種、職業経験年数、CVPPP受講経験(1日研修、トレーナー4日研修)
- 3) 受講後、6ヶ月間臨床現場での暴力に対応する自信度(8項目)、病棟勤務における安心感・安全感、CVPPP活用度

3. 倫理的配慮

無記名調査で個人情報扱わず、任意自由参加であること。辞退しても不利益のないこと、調査票の記載の所要時間は5~10分程度であり心理的苦痛は伴わない。データ処理は回収後外部とつながらないコンピュータで統計的に行った。なお、肥前精神医療センターの研究倫理委員会に審査申請し研究実施を承諾されている。

C. 結果と考察

1日研修とトレーナー研修の2群間比較

	1日研修 n=19	トレーナー研修 n=29	有意差率 (%)
	中央値 (四分位範囲)	中央値 (四分位範囲)	
病棟の安全感	3.00 (2.00~4.00)	3.00 (2.00~3.00)	n.s.
病棟の安心感	3.00 (2.00~4.00)	3.00 (2.00~4.00)	n.s.
CVPPPの活用度	3.00 (2.00~3.00)	3.00 (2.00~3.00)	n.s.
攻撃的な利用者にも落ち着いて対応できる	3.00 (2.00~4.00)	4.00 (3.00~4.00)	*
利用者の攻撃に対して身体介入ができる	3.00 (2.00~3.00)	4.00 (3.00~4.00)	**
利用者の攻撃に対して対応することに自信がある	3.00 (2.00~4.00)	4.00 (3.00~4.00)	*
利用者の攻撃に対して心理学的介入ができる	3.00 (2.5~3.00)	4.00 (3.00~4.00)	*
攻撃的な利用者を前にしても安全だと感じる	3.00 (2.5~3.00)	3.00 (2.00~4.00)	n.s.
利用者の攻撃に対して効果的な技術を持っている	3.00 (2.00~3.00)	4.00 (3.00~4.00)	***
利用者の攻撃性に対してニーズを満たすことができる	3.00 (2.00~3.00)	3.00 (3.00~4.00)	**
利用者の攻撃に対して防衛できる	3.00 (2.00~3.00)	4.00 (3.00~4.00)	**

P<0.05* P<0.01** P<0.001*** Mann-Whitney検定

・研修終了後6ヶ月後の病棟勤務時において、研修による有意な差は無く、安心感・安全感を感じている。

・1日研修終了者よりもトレーナー研修終了の方が、より暴力的な患者へのケアを行う際に自信を持っている。

・1日研修修了の男女間では暴力に対峙した際の自信度に有意差はなかった。トレーナー研修修了者の男女間において、男性の方が、安心感と自信を持ったケアを認識していた。

これらは、半ば予想された結果とも言えるが、半年後も受講後の効果が維持されていることは、注目すべきであろう。協力病院の受講者数は、本研究参加によって、一般的精神科病院よりもはるかに履修者率が高い。なお本来のCVPPPは、トレーナー資格にしろインストラクター資格にしても、定期的にフォローアップ研修を受けて、常に理念の再確認と技量の維持を図る。フォローアップの機会、あるいは病院全体全職員に対して、研修を定期的に受講する組織姿勢・文化が根付けば(安全安心感の上昇、治療的な対応と文化)、CVPPPの理念の浸透と相俟って、惹いては暴力の発生件数が減少することが期待されよう。

E. 結論

協力4病院の研修受講スタッフに、受講後半年の追跡調査を行った。研修効果は、維持されていたが、トレーナー4日研修者の男性でより、安全なケアの展開に自信度

が高かった。

病院全体の受講者率を増やし、さらにフォローアップを重ねれば、ケアへの自信や余裕が治療文化に昇華されて、惹いては暴力発生件数の減少に繋がることが期待されよう。

F. 研究発表 (別紙 4)

- 1. 論文
- 2. 学会発表

G. 知的財産権の出願/登録状況

- 1. 特許 なし
- 2. 実用新案 なし
- 3. その他

主要課題Ⅲ.

「CVPPPの一般科への適用を探る研究」

A. 研究目的

一般科の暴力等実態において CVPPP の理論や技術を活かして一般科向けの研修を行い、この有用性を検討する。

「包括的暴力防止プログラム：Comprehensive Violence Prevention and Protection Programme: CVPPP」の理念、理論、技術を参考に作成。

研修目的：
一般科病院に勤務する看護師が患者・家族へ安心・安全な看護ケアができることを目的とする。

B. 研究対象

- 一般科病院 3 個
- 自治体病院 A (2 日間)
- 公的病院 B(1 日間)
- 民間病院 C (半日間)

C. 考察と結論

- 1. 研修生の属性に違いがあっても、研修後のアンケート結果はすべてにおいて“活用できる”と、とても良好であった。
- 2. 身体介入実技において、A と C 施設間に

有意差が見られたが、実技には時間が必要であり、それはニーズの強度で変化し得る。

- 3. コミュニケーションスキル演習や安心・安全なケアテクニックは活用できる。
- 4. 一般科用にアレンジしても研修生のニーズから大きく外れることはなかった。
- 5. 研修時間が違って結果に全く差がないことから、基本研修時間 1 日間は妥当と言える
- 6. 今回は看護師対象に実施した結果であって、他の職種も対象にすることは現段階では判断できない。

次年度も、継続実施を既に依頼されており、加えて他の総合病院でも関連する研修依頼を受けている。暴力予防・対策問題への関心の高さと要請の多さが窺える。

時間	研修項目	内容
9:00 ~ 11:00	①理論 ②リスクアセスメント	講義 ・医療における暴力・攻撃性マネジメントトレーニングについて ・法的側面・リスクファクター・精神疾患と攻撃性 ・暴力の誘因・リスクアセスメントの手法
11:00 ~ 12:00	③怒り感情 ④コミュニケーション技術による興奮状態への介入法(ディエスカレーション)	講義 演習 ・感情を読むトレーニング ・コミュニケーション技法に則ったディエスカレーション
12:00 ~ 13:00	⑤安心・安全にケアするテクニック	演習 ・関わる時に注意するポイント ・患者に安心を与えるかかわり方
14:00	⑥身体的介入技法(ブレイクアウェイ)	・攻撃されたり、抑えられたりしたときに振りほどいてにげるためのテクニック(選択したテクニック)
15:00	⑦身体的介入技法(チームテクニクス)	・エスコートテクニックを主とする身体介入テクニック ・ベッドサイドでの応用テクニック
16:00 ~ 16:30	まとめ	グループで1日研修の振り返り

D. まとめ図

一般科看護師対象CVPPP研修 CVPPPの理論を活かせるのか？

文脈から得る一般科の課題等
研修対象は、人的管理、知識、疾患や状態による半面脅かされ、下で基本、暴力、風土、コミュニケーション問題、技術

一般科向けアレンジ、CVPPP研修の講義、アセスメント、精神科疾患者救、怒り、コミュニケーション技術演習、安心、安全な看護ケア技術、ブレイクアウェイ、治療機、チームテクニクスの一部、スキルの応用、ベッドサイドテクニック

基本、日替研修研修準備時間
・講義、5時間
・コミュニケーション演習、5時間
・安楽ケア1時間
・実習時間
・ロールプレイ、0.5時間
・グループワーク等、まとめ0.5時間

	表1 対象の属性			表2 研修後のCVPPP活用実態			結論
	自治体病院 A	公的病院 B	民間病院 C	自治体病院 A	公的病院 B	民間病院 C	
施設	1	0	11	講義	5	3	11
年代	20代	4	8	6	12	12	13
	30代	11	6	6	10	10	11
	40代	3	1	2	8	10	16
	50代	2	4	4	11	6	18
性別	男性	17	11	23	8	4	13
	女性	1	1	9	10	11	12
看護経験年数(平均)	21.4(6.9)	15.6(5.4)	12.4(9.3)	身体介入実技	5	5	16
精神科経験者	1	1	9	身体介入実技	1	0	10
暴力に関心ある	10	7	5	身体介入実技	5	5	16
研修後実践したい	18	15	27	身体介入実技	12	10	14
研修後実践しない	16	15	26	身体介入実技	2	0	13
研修後実践しない理由	0	1	3	身体介入実技	12	10	11
研修後実践しない理由	3	1	17	身体介入実技	1	0	10

注：年代、経験年数などに差があるものの研修後や準備時間には差も無い。
P<0.05
・結果はほぼ活用できているであった。
・特に安心・安楽とコミュニケーションは高い。

結論
CVPPPの理論や技術を活かせる。しかし、安心・安全な看護ケア研修と強いたほうが良い。
今後の予定
施設ごとの研修の準備

F.研究発表（別紙 4）

1.論文

北野 進 他：CVPPP は一般科医療に活かせるのか —文献レビューから見えること—, 精神科看護,41-49, 5(45), 2018

2.学会発表

G.知的財産権の出願/登録状況

1.特許 なし

2.実用新案 なし

3.その他

謝辞：主要課題Ⅱ.「CVPPP の有用性・有効性を検証」で、参加協力して頂きました 4 病院関係者、参加者の皆様に感謝申し上げます。

平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業補助金
(障害者政策総合研究事業 (精神障害分野))
精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究
分担研究報告書

精神病床における行動制限に関する検討

研究分担者 山之内 芳雄 国立精神・神経医療研究センター 部長

研究要旨

精神病床における隔離・身体的拘束件数が増加していることを受け、平成 29 年 2 月より「精神病床における隔離・身体的拘束に関する大規模調査ワーキンググループ」を設置し、平成 29 年度に「隔離・身体的拘束における大規模調査」を行った。しかし、本調査には、回答者の記憶に頼る調査項目が混在しており、客観性が担保できないという理由で中断、本年度、中止が決定した。そこで、新たな隔離・身体的拘束の増加要因調査の実現にむけて、検討を行った。

これまでの議論の中で抽出された隔離・身体的拘束の増加要因の仮説について、臨床現場の認識を明らかにするため医療関係者に調査する方向で調査表(案)を作成したが、これまでの課題でもあった回答者の記憶に頼る設問には変わりはなく、客観性が担保できなかった。そこで、これらの課題を払拭するため、過去に遡っても診療録等に残されている隔離・身体的拘束の告示上の要件等、客観的な事実のみの最低限問くべき調査項目(案)、調査票(案)まで作成したが、研究期間内の実施には至らなかった。

研究協力者

新垣 元 (新垣病院)
大迫 充江(肥前精神医療センター)
来住 由樹(岡山県精神科医療センター)
桐原 尚之(全国「精神病」者集団・運営委員・当事者)
高橋 美久(株式会社 MARS・当事者)
中島 公博(五稜会病院)
橋本喜次郎(肥前精神医療センター)
光石 雅 (肥前精神医療センター)
三宅 美智(岩手医科大学)
八尋 光秀(西新共同法律事務所)
四方田 清(順天堂大学)
臼田謙太郎(国立精神・神経医療研究センター)
月江ゆかり(国立精神・神経医療研究センター)

A. 目的

平成 11 年に隔離・身体的拘束の大規模実態調査が厚生労働科学研究(研究代表者:浅井邦彦)で行われて以降、630 調査で件数は把握されているものの、近年、隔離・身体的拘束の件数が増加している現状において、その要因分析などの検討を行うことは重要な課題である。そこで本研究では、隔離・身体的拘束の件数の増加要因などについて明らかにすることを主な目的とした。

B. 方法

研究協力者は上記に示した当事者、弁護

士、医療関係者（昨年度から一部変更）で構成し、研究分担班会議を平成 30 年 7 月 26 日と平成 31 年 2 月 28 日の 2 回開催し、昨年度から中断している調査について、隔離・身体的拘束の増加要因調査を実現するために議論した。

C. 結果

研究協力者から「隔離、身体的拘束の件数が増加していない疾患群や、病棟区分などがあれば、その増加しなかった要因を含めて考えるべきではないか」、「隔離・身体的拘束の削減に取り組んだ国際的な事例を踏まえて、設問事項を検討すべきではないか」等の意見が出された。まず、これらの論点から整理した。

公表された平成 29 年の 630 調査（6 月 30 日 0 時時点の隔離・身体的拘束指示数）の主診断、病院所在地と患者住所地、性別、在院期間、入院形態、年齢、病棟入院料ごとの隔離・身体的拘束指示件数を表 1-表 7 で報告した。結果、これらの項目において特徴的な所見は得られず、「押しなべて行われている」ということを共有した。

次に、隔離・身体的拘束の削減に取り組んだ国際的な事例としては、別添 1 のように、米国とニュージーランドについての報告があり、ここではニュージーランドについて検討した。ニュージーランドでは、2001 年の米国のペンシルバニア州の隔離・身体的拘束削減運動の影響を受けて、隔離・身体的拘束削減の取り組みが行われ、2009 年からの 8 年間で年間約 65%の身体的拘束の削減に成功した。しかし、これは技法というよりマインドの問題が大きく、削減した詳細な方法については不明であった。海外の事例

からも隔離・身体的拘束を削減した詳細な方法についてはわからないということを経験した。

昨年度、隔離・身体的拘束増加要因について明らかにするため、平成 29 年 6 月より調査を開始したが、調査項目に関して主観的な意図を問うものが混在しており、回答に疑義を生じさせる点があること、特に平成 24 年の主観的な判断は回答者の記憶に頼ることになり、客観性が担保できないのではないかと、また法令を逸脱した設問が存在すると複数施設から指摘を受け、本調査はいつの間中断していた。その調査は、平成 30 年 10 月をもって中止とし、国立病院機構肥前精神医療センター倫理審査委員会で中止が承認された。

これらを踏まえて、新たな隔離・身体的拘束の増加要因調査としては、これまでのような実態調査では協力が得られにくい。そこで、これまでの議論の中で抽出された隔離・身体的拘束の増加要因の仮説について、臨床現場の認識を明らかにするため、医療関係者に調査することで意見が一致した。

精神病床における隔離・身体的拘束の増加要因として考えられる仮説には、患者要因では、「入院患者の高齢化」、「医療処置が必要な患者の増加」など 8 項目、環境要因では、「隔離・身体的拘束を実施する場所が増えた」、「身体拘束具（拘束帯）の普及」など 4 項目、医療者要因では、「疲弊している」、「余裕がない」など 2 項目、組織要因では、「患者への事故防止対策が厳しくなった」、「スタッフの安全が優先されるようになった」など 10 項目の計 24 項目とした（表 8）。

また、回答者が自由に意見を書けるよう自由記載欄を設けることにした。回答方法

は出来る限り客観性が担保できるよう、「思う・思わない」の二者択一とした調査票(案)を作成した。しかし、これまでの課題でもあった回答者の記憶に頼る設問には変わりはなく、日々、調査項目(案)について検討を重ねたが、客観性が担保できないという点は払拭されず、倫理審査受審前に第2回目の研究班会議を開催し、研究協力者から意見を聞くことにした。医療関係者からは「隔離・身体的拘束の増加要因について、診療録には告示で出されている隔離・身体的拘束の要件以外は残っていない。それ以外のことを過去に遡っても答えようがない。共通の隔離・身体的拘束の定義を作成してから、前向きに調査するしかないのではないか」などの意見がでた。しかし、議論をすすめていくうえで、その告示で出されている隔離・身体的拘束の要件の件数でさえも、現段階では明らかになっておらず、「この件数だけで、隔離・身体的拘束の増加要因について明らかにはならないと思われるが、10年前の客観的なデータとしては収集できるのではないか」との議論があった。もう一つの議論として、平成19年から平成20年にかけての隔離・身体的拘束件数の急増には、平成18年の大幅な診療報酬の改定や精神保健福祉法の改正などが影響しているのではないかという議論である。「平成18年度から診療報酬算定要件に、看護師の実質配置、会議の開催、必要書類の提出などが新たに加わり、医療現場は混乱を期した。これらが、直接、隔離・身体的拘束件数の増加に関連しているとは断定できないが、少なくともこのような周辺環境の変化も増加の一因になっているのではないか」という意見がでた。

以上のような議論から、新たな隔離・身体

的拘束の増加要因調査では、10年前(平成21年)または5年前(平成26年)と平成31年の6月30日0時時点で、隔離・身体的拘束の指示数と告示で出されている隔離・身体的拘束の要件、0時・12時時点の隔離・身体的拘束の実施の有無(開放観察の有無を調査するため)、行動制限の期間については、それぞれ6月の1ヶ月間に隔離・身体的拘束が終了した患者の指示開始日と指示終了日を調査し、客観的に回答できる調査項目のみにしてはどうかの意見で一致した。しかしながら、この調査を今年度内に実施することが難しいため、この研究班では上記議論に基づいて、最低限新しい調査で聞くべき項目(案)(別添2)と別添2に基づいた調査票(案)(別添3)を作成し、これを研究協力者に送付して意見を聴取することだけに留めた。研究協力者からは同意が得られた。

D. 考察

今年度新たな調査を行うことができず、最低限聞くべき調査項目(案)および調査票(案)の作成に留まったことは残念である。新たな調査を行うに至らなかった大きな要因として、医療関係者から「隔離・身体的拘束の増加要因について、診療録には告示で出されている隔離・身体的拘束の要件以外は残っていない。それ以外のことを過去に遡っても答えようがない。共通の隔離・身体的拘束の定義を作成してから、前向きに調査するしかないのではないか」との指摘があるように、主観的内容かつ過去のことを伺うという構造的に無理な問題があった。そのため、これについて概念整理を行い、新たな最低限聞くべき調査項目(案)およびそ

れに基づいた調査票(案)を作成するに至った。まずは事実関係の確認を行うことの重要性を班会議全員で再認識した。これには当事者も「調査は大変な作業だけど、縛られる患者側の気持ちも考えて協力してほしい」、「当事者の意見を踏まえて調査することは大事」と述べており、step by stepで臨むことであると考えている。

また、議論の中で出てきた、増加関連予測要因ではないかと考えられる、平成18年の大幅な診療報酬の改定や精神保健福祉法の改正などが影響しているのではないかという議論に関しては、調査とは別途検討すべきである。また、そもそも医療現場の混乱が引き起こしたと考えられる医療従事者等の患者への直接的ケア時間の減少が、行動制限の時間にどのように影響したかを検証する必要があると考えられる。

今後、これらの論点を受けた新たな調査研究が望まれるところである。

E. 結論

今年度は2回の研究班会議を行い、①平

成29年度の「隔離・身体的拘束における大規模調査」を中止した。②これまでの議論の中で抽出された隔離・身体的拘束の増加要因の仮説について、臨床現場の認識を明らかにするため医療関係者に調査する方向で調査票(案)を作成したが、これまでの課題でもあった回答者の記憶に頼る設問には変わりはなく、客観性が担保できないという点は払拭されなかった。そこで、③客観的な事実のみを伺う最低限聞くべき調査項目(案)、調査票(案)の作成をしたが、研究期間内での実施には至らなかった。

D. **健康危険情報** なし

E. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

F. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

表1 全国 主診断×隔離・身体的拘束指示

平成29年630調査より

	総数 (A+B+D-C)	隔離拘束指示			
		隔離有(A)	拘束有(B)	隔離かつ拘束(C)	隔離拘束指示なし(D)
F0 症状性を含む器質性精神障害		1,645	4,905	337	63,052
F00 アルツハイマー病型認知症	37,147	778	2,780	147	33,736
F01 血管性認知症	8,286	143	574	36	7,605
F02-09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害	23,832	724	1,551	154	21,711
F1 精神作用物質による精神及び行動の障害	12,309	406	330	68	11,641
F10 アルコール使用による精神及び行動の障害	10,916	286	284	50	10,396
覚せい剤による精神及び行動の障害	587	59	20	9	517
アルコール、覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害	806	61	26	9	728
F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	154,595	8,290	5,451	975	141,829
F3 気分(感情)障害	26,986	1,055	793	190	25,328
F30-31 躁病エピソード・双極性感情障害(躁うつ病)	14,483	731	454	112	13,410
F32-39 その他の気分障害	12,503	324	339	78	11,918
F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	5,201	190	118	32	4,925
F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	724	49	36	15	654
F6 成人のパーソナリティ及び行動の障害	1,083	72	34	4	981
F7 精神遅滞(知的障害)	5,905	540	425	61	5,001
F8 心理的発達の障害	1,786	314	83	33	1,422
F9 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害	590	61	30	9	508
てんかん*	2,311	82	107	11	2,133
その他	2,987	106	208	17	2,690
不明	430	7	8	4	419
合計**	284,172	12,817	12,528	1,756	260,583

*F0に属さないものを計上。

**大項目の総和を算出。

表2 全国 病院所在地と患者住所地×隔離・身体的拘束指示

	総数 (A+B+D-C)	隔離拘束指示			
		隔離有(A)	拘束有(B)	隔離かつ拘束(C)	隔離拘束指示なし(D)
同一	132,180	5,171	5,382	686	122,313
異なる	151,992	7,646	7,146	1,070	138,270
合計	284,172	12,817	12,528	1,756	260,583

表3 全国 性別×隔離・身体的拘束指示

	総数 (A+B+D-C)	隔離拘束指示			
		隔離有(A)	拘束有(B)	隔離かつ拘束(C)	隔離拘束指示なし(D)
男性	136,653	7,165	6,306	937	124,119
女性	147,463	5,651	6,221	819	136,410
不明	56	1	1	0	54
合計	284,172	12,817	12,528	1,756	260,583

表4 全国 在院期間×隔離・身体的拘束指示

	総数 (A+B+D-C)	隔離拘束指示			
		隔離有(A)	拘束有(B)	隔離かつ拘束(C)	隔離拘束指示なし(D)
1ヶ月未満	27,721	2,966	1,820	553	23,488
1ヶ月以上	20,311	1,230	1,043	217	18,255
3ヶ月未満	29,420	1,342	1,572	202	26,708
3ヶ月以上	31,729	1,226	1,695	202	29,010
6ヶ月未満	80,524	2,892	3,399	319	74,552
6ヶ月以上	38,574	1,418	1,331	125	35,950
1年未満	29,442	1,069	872	80	27,581
1年以上	25,932	660	777	58	24,553
5年未満	519	14	19	0	486
5年以上	284,172	12,817	12,528	1,756	260,583
10年未満					
10年以上					
20年未満					
20年以上					
不明					
合計					

表5 全国 入院形態×隔離・身体的拘束指示

	総数 (A+B+D-C)	隔離拘束指示			
		隔離有(A)	拘束有(B)	隔離かつ拘束(C)	隔離拘束指示なし(D)
措置入院	1,621	528	124	92	1,061
医療保護入院	130,360	10,768	10,632	1,566	110,526
任意入院	150,722	1,439	1,742	95	147,636
その他の入院	829	60	8	3	764
不明	640	22	22	0	596
合計	284,172	12,817	12,528	1,756	260,583

表6 全国 年齢×隔離・身体的拘束指示

	総数 (A+B+D-C)	隔離拘束指示			
		隔離有(A)	拘束有(B)	隔離かつ拘束(C)	隔離拘束指示なし(D)
20歳未満	2,387	292	90	44	2,049
20歳以上	19,382	2,627	806	331	16,280
40歳未満	97,212	6,376	3,555	731	88,012
40歳以上	72,539	2,081	2,924	317	67,851
65歳未満	92,406	1,441	5,153	333	86,145
65歳以上	246	0	0	0	246
不明	246	0	0	0	246
合計	284,172	12,817	12,528	1,756	260,583

表7 全国 病棟入院料×隔離・身体的拘束指示

	総数 (A+B+D-C)	隔離拘束指示			
		隔離有(A)	拘束有(B)	隔離かつ 拘束(C)	隔離拘束指 示なし(D)
精神科救急入院料	8,436	1,581	448	285	6,692
精神科救急・合併症入院料	308	42	82	21	205
精神科急性期治療病棟入院料	14,618	1,437	547	218	12,852
精神療養病棟入院料	88,517	2,582	2,805	314	83,444
認知症治療病棟入院料	32,260	401	2,077	81	29,863
特殊疾患病棟入院料	4,181	34	183	8	3,972
児童・思春期精神科入院医療管理料	911	101	24	11	797
医療観察法	737	17	4	1	717
地域移行機能強化病棟入院料	1,903	86	47	28	1,798
10対1入院基本料	806	48	132	21	647
13対1入院基本料	3,778	315	307	80	3,236
15対1入院基本料	116,236	5,618	5,173	593	106,038
18対1入院基本料	3,790	94	124	4	3,576
20対1入院基本料	1,228	23	21	0	1,184
特別入院基本料	1,354	59	63	3	1,235
特定機能病院入院基本料(7対1)	288	32	29	14	241
特定機能病院入院基本料(10対1)	291	19	18	6	260
特定機能病院入院基本料(13対1)	853	75	62	21	737
特定機能病院入院基本料(15対1)	461	48	30	15	398
その他	2,449	163	336	30	1,980
不明	767	42	16	2	711
合計	284,172	12,817	12,528	1,756	260,583

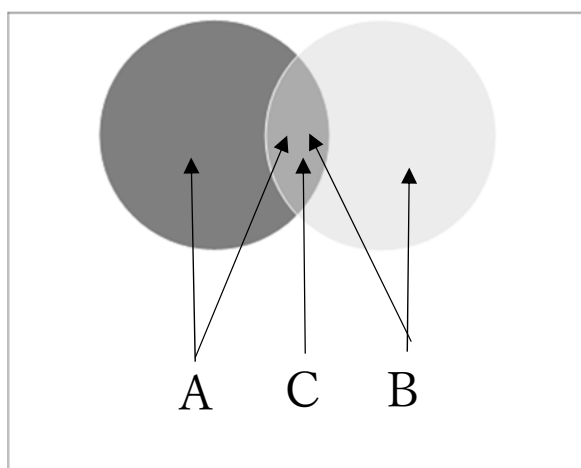


表8 隔離・身体的拘束増加要因（仮説）

【患者要因】

入院患者の高齢化
医療処置が必要な患者の増加
認知症患者の増加
非同意入院（任意、鑑定入院以外）患者の増加
新規の入院患者の増加
長期にわたり隔離・身体拘束を実施されている患者の増加
隔離・身体的拘束が必要な患者の増加
重症な患者の増加

【環境要因】

隔離・身体的拘束を実施できる場所が増えた
身体拘束具（拘束帯）の普及
1つの病棟に多様な疾患の患者が入院するようになった
状態の悪い患者に対する、他患者の苦情が増えた

【医療者要因】

以前に比べて、心理的に疲弊している
以前に比べて、心理的に余裕がない

【組織要因】

患者への事故防止対策が厳しくなった
スタッフの安全が優先されるようになった
行動制限最小化委員会が活用されていない
院内での隔離・身体的拘束に関する指針がない
救急・急性期病棟の増加
在院期間に短縮に関する管理が厳しくなった
非常勤看護師の人数の増加
業務量の増加
患者にかかわる時間の減少
入院時は一律、隔離・身体的拘束を第一選択する方針に変更になった

諸外国における身体拘束削減政策に関する論点整理

全国「精神病」者集団 桐原尚之

1. 米国における隔離・拘束削減の取り組み

1.1 隔離・拘束削減政策の概要

1990年、ペンシルバニア州立病院において最初の隔離・身体拘束の使用を削減するための取り組みが始まった。この取り組みによって1991年から2000年までの間で隔離が1000入院日（patient days）あたり7.2回から0.3回になり、平均隔離継続時間は1000入院日あたり11.6時間から1.3時間になった。合衆国政府は、ペンシルバニア州の取り組みをうけて隔離・身体拘束の使用に関する規則をより厳しいものへと改正した。

この取り組みによって、エルムハースト病院（ニューヨーク）では、1998年から2001年までの間に隔離が1000入院日あたり5.8回から1.9回に減り、平均隔離継続時間は1000入院日あたり36.6時間から8.3時間になった。また、クリードモア精神医療センターでは、1999年から2001年までの間に隔離・身体拘束の件数を67%削減し、隔離・身体拘束の継続時間を92%削減した。2003年、合衆国政府は隔離・身体拘束の使用削減の指標を明記した報告書を公表した。同年、SAMHSAが隔離・身体拘束を減らすべきとする声明を出し、削減のための先駆的なプロジェクトに5,300,000米ドルの資金援助をおこなった（Elizabeth 2002）（Smith 2005）。

1.2 臨床研究

Smith 他（2005）は、ペンシルバニア州の9つの州立病院が保管しているデータを分析し、1990年から2000年までの11年間におこなわれた隔離と物理的身体拘束のパターンの変化を明らかにする臨床研究をおこなった。患者の暴力による職員のけがに関するデータは1998年から2000年、その他のデータは1990年から2000年までのものを使用した。

■表：ペンシルバニア州の州立病院に民事上強制的に入院している成人患者の隔離及び物理的身体拘束の普及状況と時間

年	隔離			物理的身体拘束		
	1000 入院日あたりの件数	長さ（時間）		1000 入院日あたりの件数	長さ（時間）	
		中央値	標準偏差		中央値	標準偏差
1990	4.23	10.83	16.24	3.51	11.92	55.97
1991	7.20	11.64	16.00	6.41	9.76	30.37
1992	3.55	10.14	19.03	3.82	12.12	39.04
1993	3.61	9.91	21.44	4.70	8.98	18.33
1994	3.26	8.27	14.30	3.99	8.91	16.50

1995	2.52	5.79	9.93	3.61	5.09	5.59
1996	2.24	3.75	3.55	2.65	3.83	4.31
1997	1.73	2.68	2.05	2.01	3.19	5.14
1998	1.47	2.14	1.51	2.96	3.98	15.81
1999	0.64	1.35	0.82	1.57	1.97	2.76
2000	0.28	1.31	0.93	1.20	1.93	3.00

考察の結果、隔離・身体拘束を減らしても職員が暴力の危険にさらされていないことが明らかにされ、隔離・身体拘束は、治療ではなく治療の失敗であるという認識が状況を変えたことがわかった。

LeBel と Goldstein (2005) は、マサチューセッツ州にある青少年入院施設 (13 歳から 18 歳・1 施設 30 床) を対象として、身体拘束削減の構想が始まる前 (2000 年) と始まった後 (2003 年) の身体拘束の使用状況と関連する経済的負担、暴力リスク、治療効果を比較する臨床研究をおこなった。身体拘束は 3,991 件から 373 件に 91%減り、身体拘束の負担は 1,446,740 米ドルから 117,036 米ドルに 92%減った。身体拘束を減らすことで、職員の拘束に関わる時間を減らし、金銭的負担も減らした。青年の機能向上、入院期間の短縮、再入院率の低下がみられた。青年と職員両方のけがが減り、職員の離職率が減った。

2. ニュージーランド

ニュージーランドの隔離・拘束減少に向けた取り組みは、ペンシルバニア州における隔離・拘束削減運動の影響をうけつつ当事者の参画を得ながら進められた。最初の取り組みは、保健省が 2001 年に「制限を最小化し安全な実践をするための基準」を出したことである。その後、2008 年に入って、この基準をより厳しいものにするための改訂作業がおこなわれた。精神保健委員会 (Mental Health Commission: MHC) は、2008 年に出した報告書で、①隔離は治療的でないという合意、②サービスの利用者と、より低い度合いではあるが職員に対する隔離の否定的な帰結、③人権に関する懸念、④害を及ぼす危険性を増価させることなく、隔離を減少、排除さえできる、などの論点を示した (O'Hagan 2008)。

結果として、この取り組みによる身体拘束の削減は成功し、次いで隔離の削減にも着手して 2009 年から 2017 年までの 8 年間で約 65%の削減を達成した。

基準改訂案

- ◇10 分ごとに利用者の身体状況を観察、及び本人に確認すること
- ◇2 時間ごとに医療者が部屋に入って身体状況を確認すること
- ◇8 時間ごとに精神科評価をおこなうこと
- ◇4 週間で 24 時間以上の隔離があった場合には、ケース会議を開いて計画を検討すること

- ◇隔離の終了は、2人の有資格看護師あるいは有資格看護師と医師によって決められること
- ◇1時間以上隔離室の外にいたとき隔離が終わったことになる
- ◇10分ごと2時間ごとの記録の際には特定の記録用紙をもちいること
(O'Hagan 2008: 3)

3 まとめ——隔離の目的と拘束の目的

ペンシルバニア州で隔離を減らすための運動が起きたときは、隔離の治療効果がひとつの論点になった。これに対して拘束を減らす運動では、治療効果のことは論点としてあまり確認できず、拘束で患者や医療者の安全が保障できているのかどうか論点としてあがってくる傾向にあった。これは、隔離が直接的に治療効果を期待したものであるのに対して、拘束は治療にあたっての補助手段という側面が強いことに由来する。主として拘束は、患者の安全のための手段と捉えられている。ゆえに隔離の問題は、治療効果の有無が関心とされ、拘束は安全性の有無が関心とされるのである。

結果として看護職団体の要求で月毎の院内における暴力実態の可視化がおこなわれたが、そこから拘束と安全の因果関係を認めることはできなかったとする論文が多数報告され、今では定説となっている。

以上のことから本調査は、諸外国において拘束削減に際して最も重要な論点として生起してきたはずの効果の検証にかかわる実態を明らかにできなかったものであり、今後の課題として報告書にも記述する必要があると考える。

文献

- Curie, Charles G., 2005, "SAMHSA's Commitment to Elimination the Use of Seclusion and Restraint," *Psychiatric Services*, 56(9): 1139-1140.
- Elizabeth Capezuti, Greg Maislin, Neville Strumpf, Lois K. Evans. (2002). Side Rail Use and Bed - Related Fall Outcomes Among Nursing Home Residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(1), 90-96.
- Evans, L.K., Strumpf, N.E., Allen Taylor, S.L., Capezuti, E., Maislin, G. & Jacobsen, B. (1997) A clinical trial to reduce restraints in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45, 675-681.
- Frueh, B. Christopher, Rebecca G. Knapp, Karen J. Cusack, Anouk L. Grubaugh, Julie A. Sauvageot, Victoria C. Cousins, Eunsil Yim, Cynthia S. Robins, Jeannine Monnier, and Thomas G. Hiers, 2005, "Patients' Report of Traumatic of Harmful Experiences within the Psychiatric Setting," *Psychiatric Services*, 56(9): 1123-1133.
- LeBel, Janice and Goldstein, Robert, 2005, "The Economic Cost of Using Restraint and the Value Added by Restraint Reduction or Elimination," *Psychiatric Services*,

56(9): 1109-1114.

O'Hagan, M., Divis M, Long J, 2008, *Best practice in the reduction and elimination of seclusion and restraint; Seclusion: time for change*. Auckland: Te Pou Te Whakaaro Nui: the National Centre of Mental Health Research, Information and Workforce Development.

(<http://www.maryohagan.com/resources/FINAL-SECLUSION-REDUCTION-BEST-PRACTICE-Research-Report.pdf>)

Smith, Gregory M., Robert H. Davis, Edward O. Bixler, Hung-Mo Lin, Aidan Altendor, Roberta J. Altendor, Bonnie D. Headentstine, George A. Kopchick, 2005, "Pennsylvania State Hospital Sysyem's Seclusion and Restraint Reduction Program," *Psychiatric Services*, 56(9): 1115-1122.

隔離・身体的拘束の増加要因（最低限聞くべき）調査項目（案）

I. 調査ポイント

【件数と理由の調査】

1. 平成 21 年または平成 26 年の 6 月 30 日 0 時時点で隔離・身体的拘束の指示が出ていた患者から件数および告知上の要件を聞く。
2. 平成 31 年の 6 月 30 日 0 時時点で隔離・身体的拘束の指示が出ていた患者から件数および告知上の要件を聞く。

【開放観察の有無の調査】

1. 平成 21 年または平成 26 年の 6 月 30 日 0 時と 12 時時点の開放観察の有無を聞く。
2. 平成 31 年 6 月 30 日 0 時と 12 時時点の開放観察の有無を聞く。

【期間の調査】

1. 平成 21 年または平成 26 年の 6 月中 1 ヶ月間に隔離・身体的拘束の指示が終了した患者の、指示開始日と指示終了日を聞く。
2. 平成 31 年の 6 月中 1 ヶ月間に隔離・身体的拘束の指示が終了した患者の、指示開始日と指示終了日を聞く。

II. 調査項目（案）（630 調査と同様の区分で）

1. 入院年月
2. 入院料
3. 入院形態
4. 年齢
5. 性別
6. 開始・解除日
7. 主診断
8. 隔離・拘束理由（告示上の要件でその他は自由記載）
9. 開放観察の有無

隔離・拘束患者の個別調査票(案)

〇〇にご記入をお願いいたします。

1. 件数・理由の調査(10年前または5年前の6月30日一日の調査)

平成21年または平成26年の6月30日0時に隔離・身体的拘束の指示が出ていた患者についてお答えください。

質問	回答	条件	選択肢
1. 基本情報			
1) 入院年月	単	6月30日0時に隔離・拘束の指示が出ていた患者	年 月 日
2) 入院料	単	6月30日0時に隔離・拘束の指示が出ていた患者	<p>【平成21年】</p> <p>01. 精神科救急入院料 02. 精神科救急・合併症入院料 03. 精神科急性期治療病棟入院料 04. 精神療養病棟入院料 05. 認知症病棟入院料 06. 特殊疾患病棟入院料 07. 小児入院医療管理料3 08. 急性期入院対象者入院医学管理料(医療観察法) 09. 回復期入院対象者入院医学管理料(医療観察法) 10. 社会復帰期入院対象者入院医学管理料(医療観察法) 11. 10対1入院基本料 12. 15対1入院基本料 13. 18対1入院基本料 14. 20対1入院基本料 15. 特別入院基本料 16. 特定機能病院入院基本料(7対1) 17. 特定機能病院入院基本料(10対1) 18. 特定機能病院入院基本料(15対1) 19. その他</p> <p>【平成26年】</p> <p>01. 精神科救急入院料 02. 精神科救急・合併症入院料 03. 精神科急性期治療病棟入院料 04. 精神療養病棟入院料 05. 認知症治療病棟入院料 07. 特殊疾患病棟入院料 08. 小児入院医療管理料5 09. 児童・思春期精神科入院医療管理料 10. 医療観察法入院対象者入院医学管理料 11. 10対1入院基本料 12. 13対1入院基本料 13. 15対1入院基本料 14. 18対1入院基本料 15. 20対1入院基本料 16. 特別入院基本料 17. 特定機能病院入院基本料(7対1) 18. 特定機能病院入院基本料(10対1) 19. 特定機能病院入院基本料(13対1) 20. 特定機能病院入院基本料(15対1) 21. その他</p>
3) 入院形態	単	6月30日0時に隔離・拘束の指示が出ていた患者	<p>1. 任意入院 2. 医療保護入院 3. 措置入院 4. 緊急措置入院 5. 応急入院 6. 鑑定入院 7. 医療観察法による入院</p>
4) 年齢	単	6月30日0時に隔離・拘束の指示があった患者	<p>1. 19歳以下 2. 20歳から24歳 3. 25歳から29歳 4. 30歳から34歳 5. 35歳から39歳 6. 40歳から44歳 7. 45歳から49歳 8. 50歳から54歳 9. 55歳から59歳 10. 60歳から64歳 11. 65歳から69歳 12. 70歳から74歳 13. 75歳から79歳 14. 80歳から84歳 15. 85歳から89歳 16. 90歳以上</p>
5) 性別	単	6月30日0時に隔離・拘束の指示が出ていた患者	<p>1. 男性 2. 女性</p>
6) 主診断	単	6月30日0時に隔離・拘束の指示が出ていた患者	<p>1. F00 アルツハイマー型認知症 2. F01 血管性認知症 3. F02-09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害 4. F10 アルコール使用による精神及び行動の障害 5. 覚せい剤による精神及び行動の障害 6. アルコール覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害 7. F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 8. F3 双極性障害 9. F3 その他の気分障害 10. F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 11. F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群 12. F6 成人のパーソナリティ及び行動の障害 13. F7 精神遅滞(知的障害) 14. F8 心理的発達の障害 15. F9 小児期及び青年期に発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害</p>

2. 隔離指示の詳細			
1) 開始時の患者の状態について、選択して下さい。	複	6月30日0時に隔離の指示が出ていた患者	<p>*この設問は、診療録で確認できる客観的内容となるよう、「精神科病院に入院する時の告知等に係る書面及び入退院の届出等について」（平成12年3月30日障精第22号厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課長通知）の様式10「隔離を行うに当たってのお知らせ」に基づく選択肢としています。（複数回答可）</p> <ol style="list-style-type: none"> ア.他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に著しく悪く影響する場合 イ.自殺企図又は自傷行為が切迫している場合 ウ.他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない場合 エ.急性精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、一般の精神病室では医療又は保護を図ることが著しく困難な場合 オ.身体的合併症を有する患者について、検査及び処置等のため、隔離が必要な場合 その他（ ）
2) 6月30日0時（深夜）実施 実際に隔離を実施していますか （一時開放は「無」につけて下さい）	単	6月30日0時に隔離の指示が出ていた患者	<ol style="list-style-type: none"> 有 無
3) 6月30日12時（正午）実施 実際に隔離を実施していますか （一時開放は「無」につけて下さい）	単	6月30日0時に隔離の指示が出ていた患者	<ol style="list-style-type: none"> 有 無 終了

3. 拘束指示の詳細			
1) 開始時の患者の状態について、選択して下さい。	複	6月30日0時に拘束の指示が出ていた患者	<p>*この設問は、診療録で確認できる客観的内容となるよう、「精神科病院に入院する時の告知等に係る書面及び入退院の届出等について」（平成12年3月30日障精第22号厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課長通知）の様式11「身体的拘束を行うに当たってのお知らせ」に基づく選択肢としています。（複数回答可）</p> <ol style="list-style-type: none"> ア. 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合 イ. 多動又は不穏が顕著である場合 ウ. ア又はイのほか精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある状態 エ. その他（ ）
2) 6月30日0時（深夜）実施 実際に拘束を実施していますか （一時開放は「無」につけて下さい）	単	6月30日0時に拘束の指示が出ていた患者	<ol style="list-style-type: none"> 有 無
3) 6月30日12時（正午）実施 実際に拘束を実施していますか （一時開放は「無」につけて下さい）	単	6月30日12時に拘束の指示が出ていた患者	<ol style="list-style-type: none"> 有 無 指示終了

II. 期間の調査(10年前または5年前の6月中1ヶ月間の調査)

平成21年または平成26年の6月中1ヶ月間に隔離・拘束の指示が終了した患者についてお答えください。

質問	回答	条件	選択肢
1) 隔離・拘束の指示開始日	単	6月中1ヶ月間で隔離・拘束の指示が終了した患者	年 月 日
2) 隔離・拘束の指示終了日	単	6月中1ヶ月間で隔離・拘束の指示が終了した患者	年 月 日

隔離・拘束患者の個別調査票(案)

〇〇にご記入をお願いいたします。

1. 件数・理由の調査（今年の6月30日一日の調査）

平成31年6月30日0時に隔離・身体的拘束の指示が出ていた患者についてお答えください。

質問	回答	条件	選択肢
1. 基本情報			
1) 入院年月	単	6月30日0時に隔離・拘束の指示が出ていた患者	年 月 日
2) 入院料	単	6月30日0時に隔離・拘束の指示が出ていた患者	【平成31年】 01. 精神科救急入院料 02. 精神科救急・合併症入院料 03. 精神科急性期治療病棟入院料 04. 精神療養病棟入院料 05. 認知症治療病棟入院料 06. 地域移行機能強化病棟入院料 07. 特殊疾患病棟入院料 08. 児童・思春期精神科入院医療管理料 10. 10対1入院基本料 11. 13対1入院基本料 12. 15対1入院基本料 13. 18対1入院基本料 14. 20対1入院基本料 15. 特別入院基本料 16. 特定機能病院入院基本料(7対1) 17. 特定機能病院入院基本料(10対1) 18. 特定機能病院入院基本料(13対1) 19. 特定機能病院入院基本料(15対1) 20. 医療観察法入院対象者入院医学管理料
3) 入院形態	単	6月30日0時に隔離・拘束の指示が出ていた患者	1. 任意入院 2. 医療保護入院 3. 措置入院 4. 緊急措置入院 5. 応急入院 6. 鑑定入院 7. 医療観察法による入院
4) 年齢	単	6月30日0時に隔離・拘束の指示があった患者	1. 19歳以下 2. 20歳から24歳 3. 25歳から29歳 4. 30歳から34歳 5. 35歳から39歳 6. 40歳から44歳 7. 45歳から49歳 8. 50歳から54歳 9. 55歳から59歳 10. 60歳から64歳 11. 65歳から69歳 12. 70歳から74歳 13. 75歳から79歳 14. 80歳から84歳 15. 85歳から89歳 16. 90歳以上
5) 性別	単	6月30日0時に隔離・拘束の指示が出ていた患者	1. 男性 2. 女性

6) 主診断	単	6月30日0時に隔離・拘束の指示が出ていた患者	<ol style="list-style-type: none"> 1. F00 アルツハイマー型認知症 2. F01 血管性認知症 3. F02-09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害 4. F10 アルコール使用による精神及び行動の障害 5. 覚せい剤による精神及び行動の障害 6. アルコール覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害 7. F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 8. F3 双極性障害 9. F3 その他の気分障害 10. F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 11. F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群 12. F6 成人のパーソナリティ及び行動の障害 13. F7 精神遅滞(知的障害) 14. F8 心理的発達障害 15. F9 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害 16. てんかん(F0に属さないものを計上する)
2. 隔離指示の詳細			
1) 開始時の患者の状態について、選択して下さい。	複	6月30日0時に隔離の指示が出ていた患者	<p>*この設問は、診療録で確認できる客観的内容となるよう、「精神科病院に入院する時の告知等に係る書面及び入退院の届出等について」（平成12年3月30日障精第22号厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課長通知）の様式10「隔離を行うに当たってのお知らせ」に基づく選択肢としています。（複数回答可）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ア.他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に著しく悪く影響する場合 2. イ.自殺企図又は自傷行為が切迫している場合 3. ウ.他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない場合 4. エ.急性精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、一般の精神病室では医療又は保護を図ることが著しく困難な場合 5. オ.身体的合併症を有する患者について、検査及び処置等のため、隔離が必要な場合 6. その他（ ）
2) 6月30日0時（深夜）実施 実際に隔離を実施していますか （一時開放は「無」につけて下さい）	単	6月30日0時に隔離の指示が出ていた患者	<ol style="list-style-type: none"> 1. 有 2. 無
3) 6月30日12時（正午）実施 実際に隔離を実施していますか （一時開放は「無」につけて下さい）	単	6月30日0時に隔離の指示が出ていた患者	<ol style="list-style-type: none"> 1. 有 2. 無 3. 終了
3. 拘束指示の詳細			
1) 開始時の患者の状態について、選択して下さい。	複	6月30日0時に拘束の指示が出ていた患者	<p>*この設問は、診療録で確認できる客観的内容となるよう、「精神科病院に入院する時の告知等に係る書面及び入退院の届出等について」（平成12年3月30日障精第22号厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課長通知）の様式11「身体的拘束を行うに当たってのお知らせ」に基づく選択肢としています。（複数回答可）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ア. 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合 2. イ. 多動又は不穏が顕著である場合 3. ウ. ア又はイのほか精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある状態 4. エ. その他（ ）
2) 6月30日0時（深夜）実施 実際に拘束を実施していますか （一時開放は「無」につけて下さい）	単	6月30日0時に拘束の指示が出ていた患者	<ol style="list-style-type: none"> 1. 有 2. 無
3) 6月30日12時（正午）実施 実際に拘束を実施していますか （一時開放は「無」につけて下さい）	単	6月30日12時に拘束の指示が出ていた患者	<ol style="list-style-type: none"> 1. 有 2. 無 3. 指示終了

II. 期間の調査(6月中1ヶ月間の調査)

平成31年6月中1ヶ月間に隔離・拘束の指示が終了した患者についてお答えください。

質問	回答	条件	選択肢
1) 隔離・拘束の指示開始日	単	6月中1ヶ月間で隔離・拘束の指示が終了した患者	年 月 日
2) 隔離・拘束の指示終了日	単	6月中1ヶ月間で隔離・拘束の指示が終了した患者	年 月 日

平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
(障害者政策総合研究事業 (精神障害分野))
精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究
分担研究報告書

重度かつ慢性の精神障害者の医療提供体制に関する研究
研究分担者 安西 信雄 (帝京平成大学大学院 教授)

研究要旨

【背景と目的】「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書(平成 29 年 2 月 8 日)により、「重度かつ慢性」に該当する症状をもつ患者でも退院できる、あるいは「重度かつ慢性」を予防できるようにするための治療と支援に関する研究の必要性が指摘された。本研究はこの方向に沿い、「重度かつ慢性」患者への包括支援において成果をあげている好事例病院の選択基準を明確化することを目的として本研究を実施した。

【方法】昨年度の本分担研究班の検討により、①新規の 1 年以上在院患者(NLS)の発生が少ない、②既に在院 1 年以上になっている患者(OLS)の退院率が高いという 2 つの基準があげられた。今年度は「重度かつ慢性」患者の包括的支援の実態を明らかにするため実施された第一次アンケート(52 病院から回答)の集計結果にもとづき、全国集計値を踏まえた好事例病院選択基準の検討を行った。

【結果と考察】第一次アンケートの結果から 1 年を超えて在院した後に退院した 797 人の退院先は、転院が 357 人(44.8%)、死亡が 140 人(17.6%)を占め、地域への居宅系退院は 279 人(35.0%)であった。好事例の検討に当たっては居宅系退院(自宅、アパート、グループホーム、福祉系施設、介護系施設への退院を含む)に基づいて検討することが適切と考えられた。上記の②について居宅系退院に絞って第一次アンケートに基づき検討したところ該当する病院は少数であった。分担研究班で検討の結果、長期在院患者の退院促進に取り組んだ結果、長期在院患者がいないか少なくなっている病院の状況を考慮することが必要と考えられた。そこで好事例病院の選択基準として、AB に C 項を加えることになった。

【結論】退院実績は地域における病院の役割や様々な条件が影響するが、全国一律の基準を設けるため、好事例病院を選ぶ基準は、下記の A を満たし、B と C のどちらか(または両方)を満たす病院とした。A: 新規入院患者の 1 年後までの退院率が高い(全国中央値 89.3%以上)、B: すでに 1 年を超えて在院している患者の 1 年後までの居宅系退院率が高い(参考値 8.4%以上)、C: 在院患者中の 1 年を超える患者の占める率が低い(全国中央値 61.4%以下)。この基準を第一次アンケートの 52 病院の適用し、好事例 20 病院とその他の 30 病院を比較したところ、在院患者数では両群に有意差は見られなかったが、平均在院日数は好事例病院群(147.3±62.3 日)はその他の病院群(382.1±311.0 日)より有意に短かったことから、病院機能に関する差異のあることが推測された。本研究は平成 29 年度より「重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援」研究班と分担し連携して実施した。

研究協力者

山之内芳雄 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所所長補佐、精神医療政策研究部長
岩田和彦 地方独立行政法人 大阪精神医療センター 副院長
木田直也 独立行政法人 国立病院機構 琉球病院 医長
吉川隆博 東海大学医学部看護学科 准教授

宮田量治 地方独立行政法人 山梨県立北病院 副院長
田口真源 医療法人静風会大垣病院 理事長・院長
原 敬造 原クリニック 院長
立森久照 国立精神・神経医療研究センター トランスレーショナル・メディカルセンター情報管理・解析部 生物統計解析室長
井上新平 社会医療法人北斗会 さわ病院 医員

A. 研究目的

平成 29-30 年度厚生労働科学研究費補助金「重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究」が、統括調整（研究代表者：安西信雄）、薬物療法指針（同：宮田量治）、クロザピン使用指針（同：木田直也）、心理社会的治療指針（同：井上新平）、地域ケア・チーム体制指針（同：吉川隆博）の5つの研究班の共同で取り組まれた（以下、これらの研究班を「包括支援研究班」と略す）。

本分担研究班は、「包括支援研究班」の5つの研究班の研究代表者と、日本精神科病院協会、日本精神科診療所協会推薦の研究協力者、生物統計専門家などにより構成されている。本分担研究班はこれらの研究班と連携し、密接に協力しながら研究を推進した。

本研究班の役割と目標は下記の通りである。

- ①「重度かつ慢性」に関連する過去のデータの再検討
- ②包括支援研究班の調査研究の進め方に助言する
- ③関連団体の調査協力等の合意を得る

本分担研究班の役割・目標と「包括支援研究班」の課題の関連を図表1に示した。

今年度の研究の目的は、②について「包括支援研究班」の調査研究の進め方に助言するため「重度かつ慢性」患者への包括支援における好事例の基準を具体的な数値のレベルで明らかにし妥当性を検討すること、③については関連団体の調査協力を得ることである。

B. 研究方法

「重度かつ慢性」に該当する患者およびその予防の対象となる患者に対する治療と地域移行支援において、「好事例とは何か」について本分担研究班で検討した。昨年度の本分担研究班の検討により、①新規の1年以上在院患者（NLS）の発生が少ない、②既に在院1年以上になっている患者（OLS）の退院率が高いことについて、これら①②のどちらの指標も全国集計の中央値以上の病院や地域を好事例と考えることになった¹⁾。全国集計値の中央値以上（全国の中央値より良い）を基準としたのは、一部のトップランナー病院だけでなく、努力すれば平均的な病院でも実施可能なガイドライン作りを目指すことで合意されたからである。

る。

包括支援研究班が2017年度に実施した第一次アンケートは、2018年1月に郵送し3月末までの回収を目指したが、期待した回収率に届かなかったため3月末に未回答病院に再度依頼をかけ、6月25日までに得られた52病院からの回答を分析対象とした。

上記の全国集計値については、本研究班の親研究班の山之内芳雄主任研究者（本分担研究班研究協力者）にご教示をいただくこととした。

上記の①②の基準について、全国集計値にあてはめて数値を具体的に検討し、その結果の妥当性を検討した。

分担研究会議は、2018年4月28日、6月23日、8月19日、10月6日、12月23日、2019年2月11日、3月2日の計7回開催した。

（倫理面への配慮）

帝京平成大学倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号 28-107）。

C. 研究結果

昨年度の分担研究班の討論から、①新規の1年以上在院患者（NLS）の発生が少ない、②既に在院1年以上になっている患者（OLS）の退院率が高いことについて、これら①②のどちらの指標も全国集計の中央値以上の病院や地域を好事例と考えることになった。

1. 好事例の検討にあたっては退院例から転院・死亡を除いて地域への退院例を検討する

第一次アンケートの52病院の回答から、病状等が重症または不安定なため1年を超えて在院した後に退院した797人の患者の退院時年齢と退院先との関連を検討した。「自宅、単身アパート、グループホーム、居住系施設（障害者支援施設）、居住系施設（介護保険施設）」への退院を「地域への退院」と分類したところ全体の797人のうち279人（35.0%）が該当した。他院（精神科）転院は78人（9.8%）、他院（精神科以外）転院は279人（35.0%）、死亡は140人（17.6%）であった（図表2）。

このように地域への退院以外が約65%を占めていたが、年齢区分で見ると、年齢が高いほど他院（精神科以外）への転院と死亡の率が高かった。65歳以上の群で

は、地域への退院は20人(4.7%)で、居住系施設(介護保険施設)55人(12.9%)を加えても17.6%にすぎず、他院(精神科)転院40人(9.4%)、他院(精神科以外)転院191人(44.8%)、死亡111人(26.1%)であった。以上のように797人のうち地域退院以外の転院と死亡が497人(62.4%)を占め、退院時年齢65歳以上の群(426人)では転院と死亡が342人(80.3%)を占めていた。このことから、好事例の検討に当たっては退院先の考慮が必要であり、地域への退院にもとづいて検討することが適切と考えた。

2. 好事例の基準として全国集計値を用いる

第一次アンケートの中間集計(2018年3月)に基づく試算の結果、上記の①と②の条件を満たす病院は46病院のうち8病院にすぎないことが分かった。この結果については、長期在院患者の退院促進に取り組んだ結果、長期在院患者がいらないか、少なくなっている病院の状況を考慮することが必要と考えられた。そこで在院患者のうち1年以上の長期在院患者(OLS)の占める率が全国集計値の中央値以下の病院については、「①新規の1年以上在院患者(NLS)の発生が少ない」という条件を満たせば好事例と判断できると考えることが適切と考えた。

本分担研究班の親研究班の山内芳雄主任研究者に下記の全国集計値の提供を依頼した。その際に、第一次アンケートの回収時期が2018年1~3月頃であったので、できるだけそれに近い時期のデータの提供を依頼した。山之内主任から提供していただいた参考値は以下の通り。

① 新規の1年以上在院患者(NLS)の発生率

ナショナルデータベース(以下NDB)より、2016年3月入院患者は24,940人で、そのうち2017年3月までに22,271人が退院したので、新規入院患者の入院1年後までの退院率は $22,271/24,940=89.3\%$ 。

② 精神科病院の在院患者に占める1年以上患者の比率

2017年6月30日時点の1年超在院患者率=61.4%。

③ 既に在院1年以上になっている患者(OLS)の地域への退院率(自宅、単身アパート、グループホーム、障害者居住支援施設、介護保険居住施設への退院)

NDBより2016年3月に1年以上在院している患者は137,936人。2015年度の630調査の在宅退院率を考慮して1年超在院患者の1年後までの退院率(参考値)を8.4%とした。

3. 好事例病院の選択基準

退院実績は地域における病院の役割や様々な条件が影響するが、全国一律の基準を設けるため、好事例病院を選ぶ基準は、下記のAを満たし、BとCのどちらか(または両方)を満たす病院とした。

A：新規入院患者の1年後までの退院率が高い
(全国中央値89.3%以上)

B：すでに1年を超えて在院している患者の1年後までの居宅系退院率が高い
(参考値8.4%以上)

(居宅系退院には自宅、アパート、グループホーム、福祉系施設、介護系施設への退院を含む)

C：在院患者中の1年を超える患者の占める率が低い
(全国中央値61.4%以下)

4. 好事例病院の選択基準—第一次アンケート52病院の退院実績に当てはめた結果

図表3の上段は、縦軸は新規入院患者の入院後1年までの退院率(赤線は全国中央値89.3%)で、横軸は長期在院(1年超)患者の1年後までの退院率(赤線は参考値8.4%)を示す。第一次アンケートの対象となった52病院のうち、第一象限(右上)の8病院が好事例基準に該当した。

図表3の下段は、縦軸は新規入院患者の入院後1年までの退院率(赤線は全国中央値89.3%)で、横軸は2017年調査時点の在院患者のうち在院1年以上の患者が占める率(赤線は全国中央値61.4%)を示す。52病院のうち、第二象限(左上)の17病院が好事例基準に該当した。

これらから重複を除き、52病院のうち20病院が好事例に該当した。

5. 好事例基準に該当した20病院はどのような病院か

好事例病院の選択基準の妥当性を検討する試みの

1つとして、20 病院がどのような病院かを検討した。

図表 4 に示したように、設置主体別にみると、民間病院 11 (55.0%)、自治体立病院 7 (35.0%)、国立病院 2 (10.0%) であった。必ずしも公的病院に偏っているわけではなく、民間病院が半分強を占めていた。

下段は病院の規模の検討である。好事例病院には大規模病院が多いのではないかという意見もあったので、第一次アンケート調査時の在院患者数により、病院の規模との関連を検討した。表 1 のように、好事例病院 20 と、その他の病院 30 を比較すると、どちらも患者数が 100~299 人の間にある病院が多かった。好事例病院かその他の病院かと、病床規模との間には有意な関連はみられなかった。

下段の表 2 は、好事例病院とその他の病院に分けて、平均在院日数区分の患者分布を比較したものである。平均在院日数は、好事例病院では 147.3 ± 62.3 日、その他の病院では 382.1 ± 311.0 日で、好事例病院群の方がその他の病院群より有意に短かった ($t=3.32$, $p<0.01$)。

D. 考察

「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書 (平成 29 年 2 月 8 日) により、「重度かつ慢性」に該当する症状をもつ患者でも退院できる、あるいは「重度かつ慢性」になることを予防できるようにするための治療と支援に関する研究の必要性が指摘された。本研究はこの方向に沿い、「重度かつ慢性」に該当する患者にも対応出来る包括的支援を明らかにするため、効果をあげている好事例病院選択の基準を明らかにすることを目的として実施したものである。

「重度かつ慢性」に関する好事例の病院の選択基準に関する検討を行った結果、①新規の 1 年以上在院患者 (NLS) の発生が少ない、②既に 1 年以上になっている患者 (OLS) の退院率が高いことについて、①②のどちらの指標も全国集計値の中央値以上の病院や地域を好事例と考えることになった。しかし、②については第一次アンケートから 1 年以上の長期在院後に退院した患者 797 人のうち、転院と死亡が 62.4% を占めており、この率は退院時年齢 65 歳以上では 80% にの

ぼっていた。このことから、退院実績の高い好事例病院を選択する際には、単なる退院ではなく、地域への退院率を検討することが必要と考えた。

包括支援研究班が実施した第一次アンケートに回答した 52 病院の退院実績データをもとに、上記の好事例病院選択基準を当てはめたところ、20 病院 (38.5%) が好事例基準に該当した。

これらの 20 病院とその他の 30 病院の在院患者数を比較したところ、両群の間に有意な差は見られず、好事例かどうかと病床規模との間に関連はみられなかった。その一方で、好事例病院とその他の病院との間で平均在院日数区分による患者分布を比較したところ、好事例病院の方がその他の病院群より有意に短いことが明らかになった。そこで、好事例病院とその他の病院との間には、病床規模以外の、おそらく病院機能に関する差異のあることが推測された。

E. 結論

「重度かつ慢性」に該当する患者への包括的支援に関する好事例病院の選択基準に関する検討を行った。その結果、A：新規入院患者の 1 年後までの退院率が高い (全国中央値 89.3% 以上)、B：すでに 1 年を超えて在院している患者の 1 年後までの居宅系退院率が高い (参考値 8.4% 以上)、C：在院患者中の 1 年を超える患者の占める率が低い (全国中央値 61.4% 以下) について、A を満たしたうえで、B と C のどちらか (または両方) を満たす病院がすることが適切と考え、その旨、包括支援研究班に助言を行った。

包括支援研究班が実施し 52 病院から回答を得た第一次アンケートに照らして検討した結果、上記の基準により 20 病院が好事例病院の基準に該当した。第一次アンケートにもとづいて、これらの 20 病院とその他の 30 病院を比較して検討したところ、在院患者数においては両群間に有意差はなく、平均在院期間が好事例病院の方がその他の病院群より有意に短かった。好事例病院の基準に照らして検討を進めることが有意義と考えられた。

本研究は平成 29 年度より「重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援」研究班と連携して実施した。2 年間の役割分担と連携を要約して図表 5 に示した。

謝辞

本研究に多大なご協力をいただいた公益社団法人日本精神科病院協会、公益社団法人日本精神神経科診療所協会をはじめとする病院団体、および、調査にご協力くださった病院関係者各位にこの場を借りて御礼申し上げます。

F. 研究発表

安西信雄：急性期からの治療法の再検討—長期入院を作らないためのクロザピン、mECT、LAI を含めた治療戦略. シンポジウム 72 治療抵抗性統合失調症への包括的支援を考える. 第 114 回日本精神神経学会総会 2018 年 6 月 23 日, 神戸

安西信雄：「重度かつ慢性」に該当する退院困難患者に必要な治療と包括的支援—これまでの調査で分かったこと、これから明らかにしたいこと. シンポジウム 8 重度かつ慢性の処遇及び ICF について. 第 7 回日本精神科医学会学術大会 2018 年 10 月 4 日, 長野

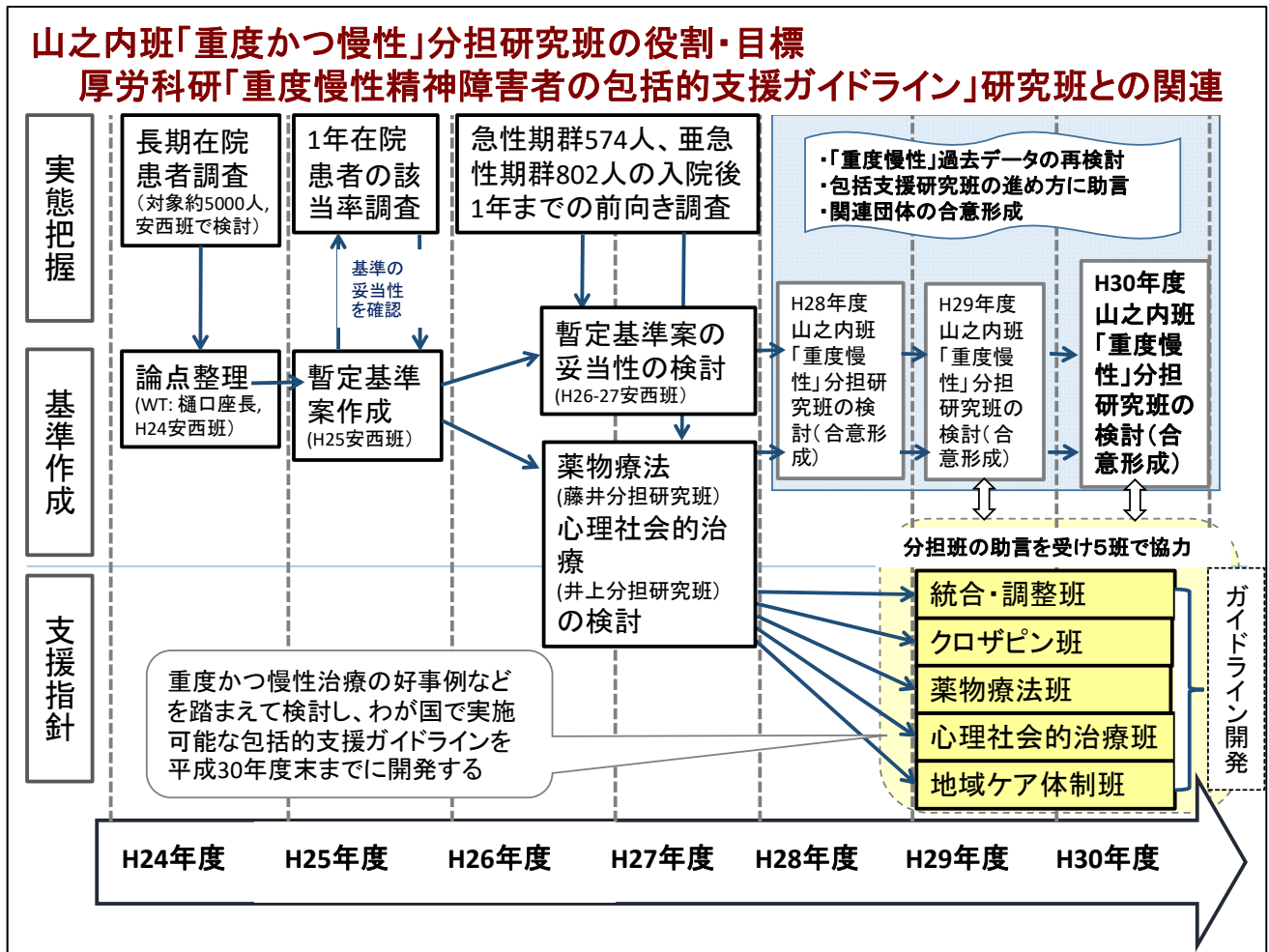
G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし

H. 文献

- 1) 安西信雄（研究代表者）：平成 29 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究—関連研究班の統括・調整研究」総括・分担研究報告書, 2018 年 5 月

図表1 本分担研究班の役割・目標と「包括支援に関する政策研究」との関連



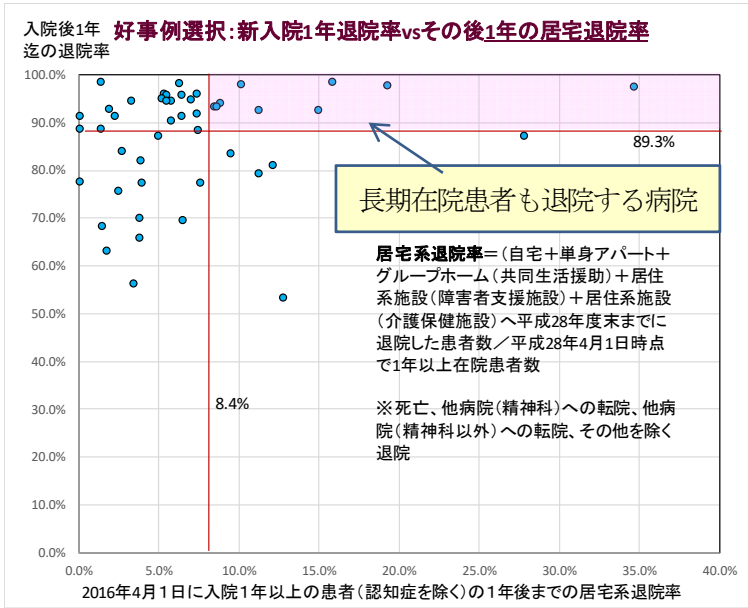
注：本分担研究班は「重度かつ慢性」に関する一連の研究の流れの中で、「重度かつ慢性」に関する過去データの（新しい視点での）再検討とともに、「包括支援ガイドライン」に関する研究グループに助言して支援する役割を担っている。

図表2 病状等が重症なため長期入院となった患者のうち、調査時点から1年後までに退院した797例の退院時年齢と退院先分布

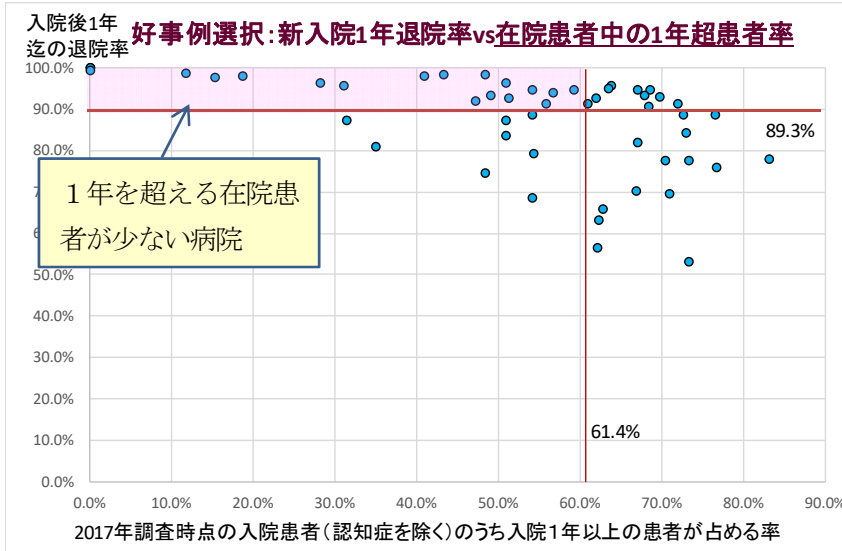
図表2 退院先	退院時年齢							
	40歳未満(%)		40-65歳未満		65歳以上(%)		合計(%)	
1:自宅	27	33.3%	68	23.4%	14	3.3%	109	13.7%
2:単身アパート	5	6.2%	16	5.5%	1	0.2%	22	2.8%
3:グループホーム	17	21.0%	36	12.4%	5	1.2%	58	7.3%
4:障害者居住支援施設	10	12.3%	20	6.9%	0	0.0%	30	3.8%
5:介護保険居住施設	0	0.0%	5	1.7%	55	12.9%	60	7.5%
6:他院精神科への転院	10	12.3%	28	9.7%	40	9.4%	78	9.8%
7:他院(精神科以外)への転院	9	11.1%	79	27.2%	191	44.8%	279	35.0%
8:死亡	1	1.2%	28	9.7%	111	26.1%	140	17.6%
9:その他	2	2.5%	10	3.4%	9	2.1%	21	2.6%
合計	81	100.0%	290	100.0%	426	100.0%	797	100.0%

病状等が重症または不安定なため1年以上在院となった患者で1年後までに退院した患者797人の年齢別の退院先分類である。地域への退院（自宅、単身アパート、グループホーム、障害者居住支援施設、介護保険居住施設への退院）は279人(35.0%)で、他院(精神科)転院78人(9.8%)、他院(精神科以外)転院279人(35.0%)、死亡140人(17.6%)であった。年齢が高いほど転院と死亡の率が高く、地域への退院が難しいことが示されている。

図表3 好事例病院の選択基準—第一次アンケート52病院の退院実績に当てはめた結果



縦軸は新規入院患者の入院後1年までの退院率(赤線は全国中央値89.3%)。横軸は長期在院(1年超)患者の1年後までの退院率(赤線は参考値8.4%)。52病院のうち、第一象限(右上)の8病院が好事例基準に該当した。



縦軸は新規入院患者の入院後1年までの退院率(赤線は全国中央値89.3%)。横軸は2017年調査時点の在院患者のうち在院1年以上の患者が占める率(赤線は全国中央値61.4%)。52病院のうち、第二象限(左上)の17病院が好事例基準に該当した。重複を除き52病院のうち20病院が好事例に該当。

図表 4 好事例基準に該当した20病院はどのような病院か

設置主体別: 民間11病院(55.0%)、自治体立7病院(35.0%)、国立2病院(10.0%)

表1 好事例/その他の病院の調査時点の在院患者数(認知症を除く)

患者数区分	(人数)	好事例病院(%)		その他の病院(%)		合計(%)	
	1=-99	7	1	5.0%	6	20.0%	7
2=100-199	18	8	40.0%	10	33.3%	18	36.0%
3=200-299	16	8	40.0%	8	26.7%	16	32.0%
4=300-399	5	1	5.0%	4	13.3%	5	10.0%
5=400-499	3	2	10.0%	1	3.3%	3	6.0%
6=500-599	1	0	0.0%	1	3.3%	1	2.0%
合計	50	20	100.0%	30	100.0%	50	100.0%

注) 在院患者数の平均は、好事例病院(n=20) 210.9±117.4人、その他の病院(n=30)212.7±123.0人で、両群間に有意差は見られなかった(t=0.052, 自由度48, p=0.958)。

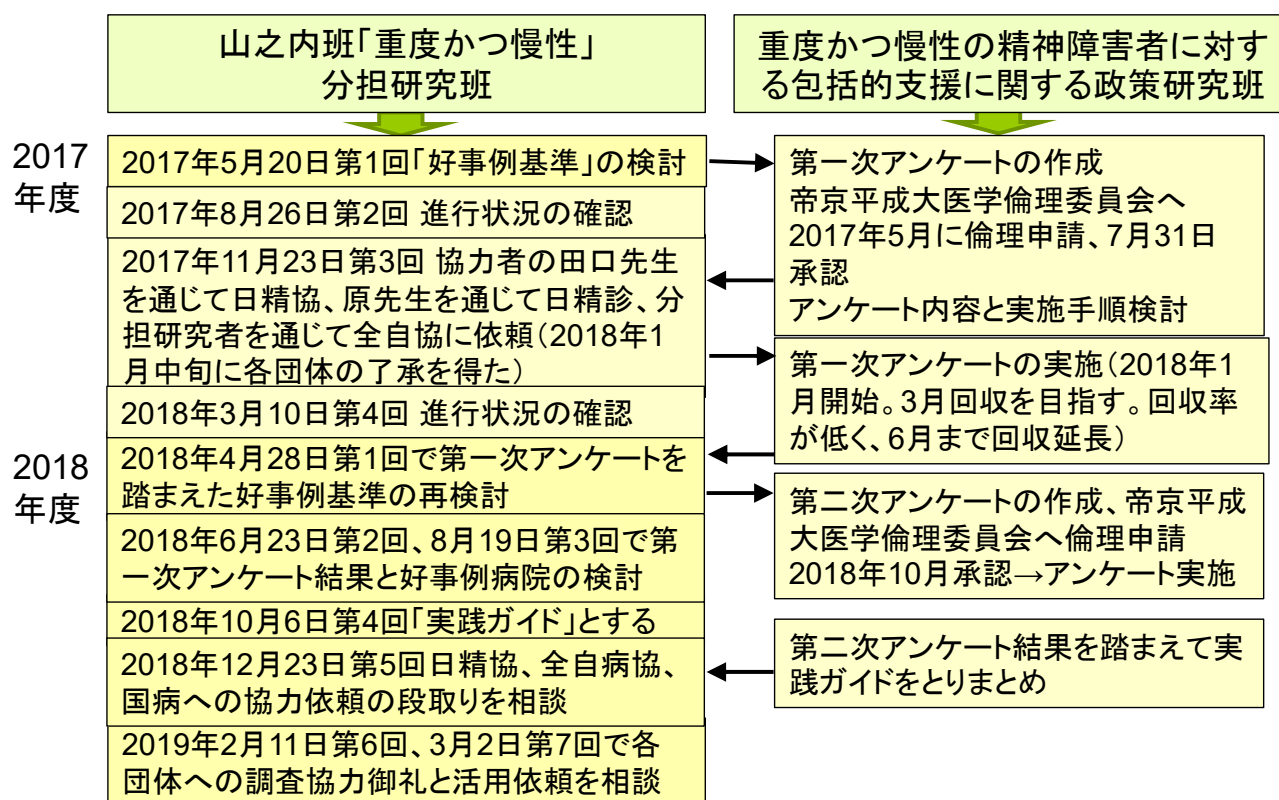
表2 好事例/その他の病院の平均在院日数

平均在院日数区分	区分(日)	好事例病院(%)		その他の病院(%)		合計(%)	
	1=-39	7	1	5.0%	0	0.0%	7
2=40-99	18	4	20.0%	1	3.3%	18	36.0%
3=100-199	16	11	55.0%	3	10.0%	16	32.0%
4=200-299	5	4	20.0%	10	33.3%	5	10.0%
5=300-	3	0	0.0%	16	53.3%	3	6.0%
合計	50	20	100.0%	30	100.0%	50	100.0%

注) 平均在院日数の平均は、好事例病院(n=20) 147.3±62.3日、その他の病院(n=30)382.1±311.0日で、好事例病院群の方がその他の病院群より有意に短かった(t=3.32, 自由度48, p<0.01)。

図表5 本分担研究班と「重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究」研究班との役割分担と連携経過について、2年間の要約

山之内班「重度かつ慢性」分担研究班と、
 重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究－統括調整班
役割分担と連携経過 2年間の要約



精神保健医療に関する制度の国際比較

研究分担者：藤井 千代¹⁾

研究協力者：小川 亮¹⁾、小塩靖崇¹⁾、河野稔明¹⁾、菊池安希子¹⁾、佐藤さやか¹⁾、塩澤拓亮¹⁾、安間尚徳¹⁾、山口創生¹⁾、吉田美紗子¹⁾

1) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部

要旨

本年度の研究の目的は、我が国において隔離・拘束を最小化していくうえで考慮すべき課題を検討するための資料として、精神諸国の精神科医療における隔離・拘束を実施するうえでの手続きや外部評価の仕組み等を明らかにすることである。精神科医療における隔離・拘束に関する文献レビュー、インターネット上で公開されている法律、ガイドライン等の資料、及び現地の精神科医療の実態をよく知る協力者からの情報により、18の共通項目について調査を行った。隔離・拘束についての考え方の原則は我が国も先進諸外国と同様であるが、その手続きについては、我が国と比較して先進諸外国においてはより厳密な手続きがとられており、また拘束中の観察に関するルールについてもより詳細に定められている傾向が認められた。病棟の人員配置も、先進諸外国では我が国と比較して手厚い配置がなされていた。「患者の人権」と「安全」の両立は、精神科医療に内在するジレンマの象徴ともいえる課題であり、スタッフ個人や病院個々の行動制限最小化に向けての取り組みをさらに強化するのみならず、人権擁護の仕組みの強化等も含め、国の施策として取り組むべき課題であると考えられた。

A.研究の背景と目的

精神科医療における隔離・拘束は、精神症状によって生じる激しい興奮や強い攻撃性等による切迫した危険行為から、患者本人、他患、および病棟スタッフを守るために行われる。患者に適切な治療を提供するために、スタッフが患者に安全に接近するうえで拘束を必要とする場合もある。他方、患者の個人としての尊厳及び人権、患者-治療者関係構築の観点から、患者の自由を著しく制限する隔離・拘束は、他に代替手段がない場合の最終手段としてその使用を最小限としなければならないことは論をまたない。特に身体拘束については、肺血栓塞栓症などの重篤な合併症を引き起こすこともあり、精神保健指定医をはじめとする精神科医療に携わるスタッフは、身体合併症併発の危険を常に認識して予

防措置を講じるとともに、頻回の診察を行い、漫然と拘束を継続することがないようにしなければならない。

我が国の隔離・拘束の実態については、毎年6月30日の状況が精神保健福祉資料(<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>)で報告されている。近年、隔離・拘束ともに増加しつつあることが指摘されており、病棟入院料、主診断、年齢、在院期間別の隔離・拘束率の変化についての調査も行われている¹⁾が、増加要因は明らかになっておらず、今後のさらなる調査が待たれるところである。

海外と我が国の隔離・拘束施行量の比較については、野田らの報告に詳しい²⁾。一覧性台帳を用いて算出できる「月当たり平均日数」「施行割合」「施行患者割合」「当月入院

者のうち当月施行開始割合」を隔離・身体拘束の施行量を示す指標として海外先進諸国と比較した場合、我が国の隔離・身体拘束施行量が多いことが示されている。一方で、先進諸国において、隔離・拘束がどのような手続きに基づき実施されているかについては、これまで詳細な報告はされていない。

本研究では、我が国において隔離・拘束を最小化していくうえで考慮すべき課題を検討するための資料として、先進諸外国の精神科医療における隔離・拘束を実施するうえでの手続きや外部評価の仕組み等を明らかにすることを目的としている。

B. 研究方法

1. 調査項目

以下の項目につき調査を行った。

① 規制の枠組み

法律やガイドライン等による規制の枠組みが存在するか、各機関の裁量や診療慣行に任されているか等

② 規制の対象

上記の規制は、精神疾患の患者のみが対象か、より広く身体科の患者等も同じ規制の対象となっているか等

③ 隔離の定義

法律/ガイドライン/文献等に記載されている定義

④ 拘束の定義

法律/ガイドライン/文献等に記載されている定義

⑤ 隔離/拘束の開始要件

⑥ 隔離/拘束開始の決定者と裁判所の関与の有無

⑦ 隔離/拘束期間の制限

⑧ 隔離/拘束解除の決定者

⑨ 隔離/拘束中の、スタッフによるモニタリング（観察）のルール

⑩ 隔離/拘束中の、医師による診察の頻度

⑪ 不穏な患者に対する隔離/拘束以外の対応

⑫ 病棟患者数とスタッフ数の割合

⑬ 1日当たりの入院料

⑭ 隔離拘束中の事故の発生状況と事故後の対応

⑮ 非同意治療（投薬）の規制

⑯ 隔離拘束が適正に実施されているかに関する外部評価

⑰ 隔離拘束を受ける患者に関する権利擁護の仕組み

⑱ 認知症、せん妄等の隔離拘束ルール（精神疾患と同様の扱いか否か）

2. 調査方法

精神科医療における隔離・拘束に関する文献レビュー、インターネット上で公開されている法律、ガイドライン等の資料、及び現地の精神科医療の実態をよく知る協力者からの情報により、上記の項目につき調査した。情報源は以下の通り。

イングランド：LONG-TERM

SEGREGATION and SECLUSION

POLICY In-Patient Mental Health and

Learning Disabilities Services (NHS Kent and Medway) ³⁾ , Code of Practice: Mental

Health Act 1983⁴⁾

米国 (NY州) : ニューヨーク州ガイドライ

ン Implementation Guidelines 14

NYCRR § 526.4 Restraint and

Seclusion⁵⁾, 佐藤病院 文鐘玉先生)

カナダ (ブリティッシュコロンビア州) :

British Columbia 州隔離ガイドライン ⁶⁾, 国立精神・神経医療研究センター病院 佐竹直

子先生

フランス : Celine Olivard 先生

<https://www.doctolib.fr/psychiatre/rennes/celine-olivard>

イタリア : Saponaro Alessio 先生 (Ministry of Health)

C. 研究結果

表 1 ~ 6 に示す。

D. 考察

精神科医療における隔離・拘束は、その定義には国毎の違いがあるものの、いずれの国においても、他の代替手段では切迫した危険から患者や周囲の者の安全が守れない場合に限って行う最終手段とされている。隔離・拘束についての考え方の原則は我が国も同様であるが、その手続きについては、特に拘束において、今回調査したいずれの国においても我が国と比較してより厳密な手続きがとられているといえそうである。また拘束中の観察に関するルールについても、我が国と比較してより詳細に定められている傾向が認められた。さらに、裁判所等による評価が行われるなど、ケース毎に外部の評価が入るような仕組みが重視されている。

我が国においても、実地指導等が行われ、精神医療審査会に対して処遇改善請求を行う権利が確保されているが、個別のケースについての審査や報告義務はない。精神医療審査会がマンパワーや予算上の制限が大きい中で運営されている現状を鑑みると、現在の体制のまま精神医療審査会が身体拘束等の行動制限について個別の審査を実施することは、困難であると予想される。先進諸外国と同等の手続き上の透明性を確保するためには、精神医療審査会を大幅に機能強化させるなど、外部評価のあり方を検討する必要があると思われる。あるいは精神医療審査会とは別の権利擁護の仕組みを検討することも考えられる。

今回の調査対象となった国すべての病棟スタッフ配置や入院料を明らかにすることはできなかったが、これらの情報が明らかとなった国においては、精神科病棟のスタッフ配置が手厚く1日当たりの入院料が我が国と比して高額である傾向があった。入院料が最も低額であったフランスでも1日当たり544ユーロ（約67000円）であり、我が国の精神科入院料の中で最も高額である精神科救急入院料が1日当たり35570円であることを考

慮すると相当に高額な医療費が投入されていることがわかる。人員配置については、例えば米国ニューヨーク州の精神科病棟では、不穏を呈する患者一人一人に24時間付き添いがつくという手厚い配置がなされており、現状の我が国の精神科病棟では実現不可能な対応がなされている。また、患者が暴力的となった場合には病院のセキュリティガードの即時の協力が得られる体制にあるなど、他患者やスタッフの安全を守る仕組みについても考慮されていることにも留意すべきであろう。

患者の人権を大きく制限する隔離・拘束を最小限にするためには、隔離・身体拘束使用防止のための具体的な介入技術⁷⁾なども紹介されており、スタッフ一人一人の意識の向上、診察や観察頻度等に関するルールの周知徹底、病院・病棟を挙げての行動制限最小化に向けての取り組みが必要である。しかしながら、患者の人権と、本人及び周囲の人の安全の双方を守るためには、人的資源の確保は必須であり、我が国の精神科病棟の人員配置について再考する必要があるようである。さらに、外部評価や人権擁護の仕組みの強化も望まれるところである。

今回の調査では、隔離を行う部屋の構造や、身体拘束に用いる道具の詳細までは調査できていない。また、不穏な患者に対する隔離・拘束以外の対応方法や、スタッフ教育のあり方などについてもさらに調査する必要があると思われる。病棟スタッフ配置等、今回の調査で明らかにできなかった項目についても引き続き情報収集をしていく必要がある。

隔離・拘束は、「患者の人権」と「安全」をいかに両立させるかという、精神科医療に内在するジレンマを象徴する極めて重要な課題である。海外の状況も参照しつつ、精神科医療に関わる全てのスタッフがこの課題に関心を持ち、行動制限最小化に向けての不断の努力をしていくべきであることは言うまでもない。同時に、スタッフ個人や個々の病院の努力のみを頼みにするのではなく、病棟の人

員配置のあり方や人権擁護の仕組みの強化等の課題について、国の施策として取り組むべきであると考え。

E.健康危険情報

なし

F.研究発表

1.論文発表 なし

2.学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得 なし

2.実用新案登録 なし

3.その他 なし

文献

1) 松田ひろし, 平田豊明, 内田 博文
他: 精神障害者の権利擁護に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」(代表: 藤井千代) 平成 30 年度総括研究報告書, 2019

2) 野田寿恵, 杉山直也, 川畑俊貴, 平田豊明, 伊藤弘人: 行動制限に関する一覧性台帳を用いた隔離・身体拘束施行量を示す質指標の開発. 精神医学 51: 989-997, 2009

3) Kent and Medway NHS and Social Care Partnership Trust: LONG-TERM SEGREGATION and SECLUSION POLICY In-Patient Mental Health and Learning Disabilities Services. 2018

4) Department of Health, UK: Mental Health Act 1983: Code of Practice. 2015

5) Office of Mental Health, NY state: Implementation Guidelines 14 NYCRR §526.4 Restraint and Seclusion. 2017

6) B.C. Ministry of Health: Provincial Quality, Health & Safety Standards and Guidelines for Secure Rooms. 2014

7) 吉浜文洋, 杉山直也, 野田寿恵: 精神保健領域における隔離・身体拘束最小化 - 使用防止のためのコア戦略 -. 精神科看護. 37 (通巻 213~216 号 短期連載), 2010

表1 イングランド

1. 規制の枠組み	Mental Health Act 1983:Code of Practice 26 (2015)(MHAの運用について、Code of Practiceが2008より適用されている)と同意能力が無いと判断される場合は、Mental Capacity Act(2005)に基づく。
2. 規制の対象	MHAまたはMCAに該当しない患者について拘束することが正当化されるのは、本人又は近くにいる人への患者からの攻撃から身を守るとき（正当防衛時）のみで、その場合の根拠法はCriminal Justice and Immigration Act 2008
3. 隔離の定義	<p>隔離 定義： 重度行動障害を呈する患者を、自傷他害を防ぐために、観察つきで患者を保護室に入れること。</p> <p>長期隔離 定義： 患者が他者に危害を与えるリスクを常時示していると判断される場合に、病棟内で他の患者と自由に相互作用することを許可しない旨、多職種チーム及び独立精神保健権利擁護者が決定し、実行される状況を指す。</p>
4. 拘束の定義	<p>物理的拘束 定義： 相手の身体（一部または全体）の動きを予防・制限・または制圧することを目的として行われるあらゆる直接的な身体的接触を指す。</p> <p>機械的拘束 定義： 行動のコントロールを主目的として、相手の身体の一部または全体の動きを予防・制限・制圧するために、道具（例、ベルト）を使用して拘束する介入形態を指す。</p>
5. 隔離/拘束の開始要件	<p>制約的介入とは、相手に対して、身体の動作、自由を制約し、かつ／または、独立して行動することを、意図的に制約することを指す。その目的は：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介入しなければ自傷他害の現実的な可能性が高い危険な状況に対して即時のコントロールをするため ・自傷他害の危険を実質的になくすまたは減らすため <p>患者を罰したり、患者に苦痛を与えたり侮辱するために制約的介入を用いてはならない</p>
6. 隔離/拘束開始の決定者/裁判所の関与の有無	<p>隔離については、精神科医、医師以外のApproved Clinician, 担当精神保健専門職（例、看護師）。医師以外の場合は現実的に可及的速やかに主治医または当直医に報告する。通常の隔離、拘束では裁判所は関与しない。</p>
7. 隔離/拘束期間の制限	<p>定まった制限はないが、時間が長くなるに応じて、継続のための手続きが変わる。</p>
8. 隔離/拘束解除の決定者	<p>MDT会議または診察、または独立MDT会議によって、これ以上の隔離が必要ないと判断された場合は、すぐに隔離を解除する。または、病棟師長がこれ以上の隔離の必要性がないと判断した場合は、患者が主治医あるいは当直医の診察を受けた後に隔離解除となる。この時の診察は、対面でも、電話でもよい。</p>
9. 隔離/拘束中の、スタッフによるモニタリング（観察）のルール	<p>機械的拘束は15分に一度看護師による観察。少なくとも1時間以内に事前登録された医師が診察、その後も少なくとも1時間に1回診察。</p> <p>隔離の場合：開始決定が医師以外の場合、1時間以内または異変がある場合速やかに診察／隔離エリアはスタッフから見えるところにする／15分に一度観察／二人の看護師が2時間に一度観察／最初の内部MDT会議まで4時間に1度は診察/実務上妥当な範囲で速やかに最初のMDT開催／8時間連続隔離または48時間以内に分けて計12時間以上隔離なら独立MDT会議の開催／最初の内部MDT会議以降、1日最低2回の診察（1回は主治医によるものであること）</p>

イングランド（続き）	
10. 隔離/拘束中の、医師による診察の頻度	隔離の開始1時間以内、内部MDT会議までは4時間に1度、以降は1日最低2回（1回は主治医によるものであること）
11. 不穏な患者に対する隔離/拘束以外の対応	ディエスカレーション、常時観察、急速鎮静化（自傷他害リスクを下げたり、興奮や攻撃性を抑えたり、鎮静化するために投薬を用いること。これは化学的拘束と呼ばれ、拘束の1種と見なされることもあるがMHA Code of practiceでは別項目になっている）。
12. 病棟患者数とスタッフ数の割合	
13. 1日当たりの入院料	
14. 隔離拘束中の事故の発生状況と事故後の対応	
15. 非同意治療（投薬）の規制	本人にその能力がないまたは望んでいない場合を除き、投薬の選択については患者本人と話し合うべきである。但し、主治医が必要と考える場合には、患者に服薬を強制することもできる。しかしながら、3ヶ月経過時にその患者が引き続き非自発的医療を受けているが服薬を拒否する意思を示している、または、病状が重すぎて同意能力がない者の主治医は引き続きその医療が必要だと考えるとき、患者はCare Quality Commissionが派遣する独立上級精神科医による診察を受ける。その後は、その独立上級精神科医（セカンドオピニオン指定医SOADと呼ばれる）が同意した場合にのみ、患者に非自発的に服薬をしてもらうことが可能となる。
16. 隔離拘束が適正に実施されているかに関する外部評価	Care Quality Commissionによる評価を受ける
17. 隔離拘束を受ける患者に関する権利擁護の仕組み	<ul style="list-style-type: none"> ・事前に「ポジティブ行動支援計画」において、非自発的介入や家族の関与法について、当事者と決めておく ・継続的に8時間以上、あるいは48時間以内に間歇的に計12時間以上隔離されている場合、速やかに独立したMDT会議を開催しなければならない。この独立MDT会議の構成員については、治療提供機関の指針に従って決めるが、必ず以下の者を含めなければならない：医師であるapproved clinicianまたは、非医師のapproved clinician、または、隔離につながったインシデントに関わっていない看護師その他の専門職のいずれか、および、独立精神保健権利擁護者（IMHA）である（患者にIMHAが選任されている場合のみ）。独立MDTが当初の隔離決定に関わったMDTに事情を聞くことはグッド・プラクティスとしてみなされる。
18. 認知症、せん妄等の隔離拘束ルール	同意能力がないと判断される場合は、精神科入院中でも隔離拘束はMental Capacity Actに基づく

表2 米国 (NY州)

1. 規制の枠組み	New York Codes, Rules and Regulations (NYCRR) Title 14 Mental Hygieneに基づくガイドラインで定められている。 精神衛生法を含むニューヨーク州の法律、連邦規則
2. 規制の対象	精神保健領域に関するガイドライン内で記載されており、基本的に精神疾患患者を対象とした規制となっている。
3. 隔離の定義	退下が妨げられている部屋やエリアに、他患やスタッフと有意義な交流ができない状態で、非自発的に閉じ込められること
4. 拘束の定義	薬物により、用手的に、または器具を用いて、自身の腕、脚、体幹、または頭部を自由に動かす能力を無効にし、または減退させること
5. 隔離/拘束の開始要件	<ul style="list-style-type: none"> ・安全でない状態が継続し、切迫した危険が残存するとき ・臨床医による、患者の身体的・心理的状态の評価を含む個別の診察
6. 隔離/拘束開始の決定者/裁判所の関与の有無	臨床医。ただし、臨床医不在時は、施設から認定されたregistered nurse (RN)、nurse practitioner (NP)、physician's assistant (PA)。RN、NP、PAも不在の場合は、施設のポリシーにより認められた上級スタッフ。
7. 隔離/拘束期間の制限	成人は4時間、9～17歳の児童・青年は1時間、9歳未満の児童は30分。ただし、用手的拘束（緊急事態にのみ適用可）は年齢にかかわらず30分。臨床医がより短い時間を指定した場合は当該時間。これ以上続く場合は診察をして新たに指示を出す。
8. 隔離/拘束解除の決定者	臨床医、RN、NP、PA
9. 隔離/拘束中の、スタッフによるモニタリング（観察）のルール	30分以下の間隔で（ただし臨床医がすればより頻繁に）、RN、NP、PAが一定の内容のアセスメントを行うこと。ベストプラクティスは15分ごと。施設のポリシーでモニタリングの水準と頻度を定める。解除の実現可能性、患者の具体的行動と解除しない理由を記述する。
10. 隔離/拘束中の、医師による診察の頻度	隔離・拘束の実施時間が最大4時間までと限られているため、隔離拘束の診察頻度については連邦規則には明確な規定なし。
11. 不穏な患者に対する隔離/拘束以外の対応	<p>緊急投薬も拘束としてみなされる。</p> <p>本人、家族や代理人、スタッフを含めて患者個別の危機予防計画を立て、事前に患者の不穏になるトリガー、危機の初期徴候、悪化させる因子、患者が自分を制御するのを助けるための対処戦略等を決めておき、実践する。早めに話を聴く、頓服を使用するなどの対応をとる。服薬を拒否する場合もあるが、不穏が著しい場合は屈強なSecurity guardも呼ばれてスタッフと共に頓服を勧めたり、security guardが抑え込んで看護師がハロペリドールとロラゼパムを筋注することもある。</p> <p>不穏、自傷他害のおそれがある患者には、one to oneが24時間付き添う（病棟内でフリーにしている患者への付き添い。トイレの時もドアの外で待機。one to oneで付き添いの役割をする者は、医療職とは限らない。学生バイトなどの場合もある。）</p>

米国（NY州）（続き）	
12. 病棟患者数とスタッフ数の割合	医療機関の衛生基準は各州の権限であるが、人員基準は存在しない（カリフォルニア州で看護職員の配置基準を定めている例があるのみ） カリフォルニア州看護師対患者比率 精神科1：6 NYCRR 14-582.7では、「検査、診断、ケア、治療およびリハビリのプログラムを効果的に実施するのに十分な数の適切な資格のあるスタッフを継続的に雇用するものとする」と定めている。
13. 1日当たりの入院料	
14. 隔離拘束中の事故の発生状況と事故後の対応	NYCRR 14-527に詳細記載あり。事故が発生した場合、24時間以内にメンタルヘルス事務局、場合によっては司法センターに所定の書面にて事故の報告を行い、メンタルヘルス事務局は調査を実施する。 事故とは、患者または他の人の生命、健康、安全、または福祉に悪影響を及ぼしているか、またはそのリスクを引き起こすメンタルヘルスプロバイダーが提供するサービスを受けている患者を含む事象を意味する。本章の目的上、インシデントという用語には、報告可能な事件、患者死亡、および精神衛生局に報告されなければならないインシデントを含む、本章に基づく報告および調査を必要とするすべての事件が含まれるものとする。
15. 非同意治療（投薬）の規制	NYCRR 14-527.8に詳細記載あり。下記の場合以外は非同意治療は認められない。 ①緊急な治療が必要な場合 ②患者が未成年で保護者の同意が得られた場合、もしくは同意が得られずとも施設外の医者を含む複数人で治療必要性を審査、精神衛生法務局からも認められた場合 ③自発入院等の場合、患者に通知後書面によるサービスプランに従って患者を退院させるか、または必要に応じて患者を不随意の状態に変えることができる。すべての推奨治療法に異議を唱えて患者が退院した場合、監督は患者の家族に通知するために適切な措置を講じなければならない。 ④措置入院で、治療必要性について複数人の医師により審査された場合 ⑤受刑者で一定の条件を満たす場合 精神症状が重篤であるにもかかわらず全く治療に応じない患者には、裁判所の審査により治療命令を出してもらうことができる。治療命令が出されたにもかかわらず患者が決められた内服を拒否すると、強制的な内服または筋注が行われる。
16. 隔離拘束が適正に実施されているかに関する外部評価	メンタルヘルス事務所の管轄下にあるすべての施設は、規定に従って指名官によって指名された審査員によって訪問され、点検される。調査者は、そのような査察を行う能力がありかつ資格のある職員でなければならない。
17. 隔離拘束を受ける患者に関する権利擁護の仕組み	
18. 認知症、せん妄等の隔離拘束ルール	認知症のBPSDの患者は通常一般精神科には来ない（ほとんどナーシングホームで対応している） せん妄は内科疾患として扱われ、内科病棟で対応する 超難治性の暴力的患者は州立病院で対応していることが多い

表3 カナダ（ブリティッシュコロンビア州）

1. 規制の枠組み	隔離拘束を規制する法律やガイドラインはなし。また、精神疾患患者に対する拘束はほぼ行われていない。 (強制処遇はMental Health Actで規制されており、隔離拘束は強制処遇の場合に行われるので、強いて言えばMental Health Actの規制を受けている)
2. 規制の対象	上記のように隔離や拘束についての規制はないが、強制処遇については、Mental Health Actでの規制なので、精神疾患患者のみが対象
3. 隔離の定義	法律やガイドラインにおける定義の記載はないが、通常精神医学的危機の際、施錠された部屋に収容される身体的介入をいう
4. 拘束の定義	法律やガイドラインにおける定義の記載はないが、通常身体的拘束と化学的拘束の両方をいう
5. 隔離/拘束の開始要件	院内での多職種カンファレンス（専門医、レジデント、看護師等で開催；1日1回は必ず行われる）で、自傷他害の恐れなどの危機状態にあり、その必要性があると認められた場合
6. 隔離/拘束開始の決定者/裁判所の関与の有無	上記多職種カンファレンスを経て、専門医が隔離をオーダーし、裁判所は拘束が適切か判断・決定する (専門医の申請書を裁判所が受理しモニタリングを実施)
7. 隔離/拘束期間の制限	なし (強制処遇は28日、延長時は指定医のレポートを裁判所に提出)
8. 隔離/拘束解除の決定者	上記多職種カンファへの参加者
9. 隔離/拘束中の、スタッフによるモニタリング（観察）のルール	隔離の際は、看護師が24時間観察 (※拘束はそもそもほとんど行われていない)
10. 隔離/拘束中の、医師による診察の頻度	隔離については、モニタリングを行う看護師が必要に応じて医師と情報を共有し、頻回に診察を実施（ただし規定はなし） 隔離が8時間（または12時間）を超える場合、専門医に評価さなければならぬ 1日1回必ずチーム精神科医が評価を実施の上、多職種カンファでも情報共有
11. 不穏な患者に対する隔離/拘束以外の対応	鎮静剤の投与（筋注） 看護師が同伴して別の場所に移動 behavioral care plan
12. 病棟患者数とスタッフ数の割合	20床（バンクーバー総合病院）に対し 日中：看護師7～8人、専門医3人、レジデントがその倍程度、それに加え医学生 夜間：看護師3人、診察はレジデントが実施、市内全域で指定医1人が当番となり、強制処遇や路上鑑定等を実施
13. 1日当たりの入院料	12万円（ただし患者負担はなし、保険料と税金で賄われる）
14. 隔離拘束中の事故の発生状況と事故後の対応	隔離中の事故はなし（24時間看護師がモニタリングしているため） 拘束はそもそもほとんど行われていない 暴力事件の際は病院のセキュリティが対応
15. 非同意治療（投薬）の規制	なし（上記と同様、強制処遇がMental Health Actに規定されており、その枠内で実施される）

カナダ（ブリティッシュコロンビア州）（続き）	
16. 隔離拘束が適正に実施されているかに関する外部評価	
17. 隔離拘束を受ける患者に関する権利擁護の仕組み	<p>審査委員会にいつでも不服申し立てが可能、裁判所や弁護士にコンタクトする権利がある</p> <p>審査委員会は公立病院機構が設置しており、裁判官・弁護士・有識者が参加、本人に加えアドボケーター（弁護士でも家族友人でも可）も出席</p> <p>病院の管理棟に相談窓口を設置</p>
18. 認知症、せん妄等の隔離拘束ルール	<p>認知症：ルールは別、ただし拘束は基本的に行われていない</p> <p>せん妄：ルールは別、拘束も行われている</p>

表4 フランス	
1. 規制の枠組み	<p>公衆衛生法典L. 3211-3条により、一般的に精神科ケア領域に入院した人々の援助についての法的枠組みが構成される。個人の自由を制限する実践については、それが要請される治療の施行において患者の精神状態に「適合し、必要であり、釣り合っ</p> <p>て」いなければならないとされる。</p> <p>公衆衛生法典L. 3222-5-1条により、隔離拘束に法的枠組みを与える。「最終手段の実践」と定義されたこの条項は、「患者自身と他者に対する緊急で切迫した損害の予防」という目的にのみ志向されている。</p> <p>この条項は同様に、精神科としての活動権限を与えられた地方厚生局の局長によって指定された各保健施設に、患者の同意のない精神医療ケアの適用においてその措置の追跡性を保証する特定記録を命ずるものである。この記録には、「この措置を決定した精神科医の名前、その日付と時間、期間と、それを監督した保健専門家の名前」が明記されねばならない。要するに、この条項はこれらの保健施設に毎年、隔離抑制の適用施行に関する報告書の作成を義務付け、その実施に頼ることおよびその実施評価を制限することを定義づける政策を命ずるものなのである。この報告書は、ユーザー代表者委員会 (la commission des usagers) の意見聴取と、保健施設監査機関会議のために提出されねばならない。</p> <p>公衆衛生法典R. 4311-6条は、精神健康領域における看護ケア行為について言及している公衆衛生法典R. 4311-6条の中で、看護師は「隔離室にいる人物の観察」を遂行することを義務づけている。</p> <p>その他、看護師は精神科医により決定された「隔離に関するプロトコール」を実施する責任を負っている(公衆衛生法典R. 4311-7条)。</p>
2. 規制の対象	精神科に入院した人
3. 隔離の定義	治療上の急性期にあたり、自由に出入りすることができない空間の中に患者を置き、他の患者と分離することで。すべての隔離は、その目的専用に適切に割り当てられた場所のみで行われる。
4. 拘束の定義	<p>身体的拘束（手で行うもの）：身体的な力に頼って患者を固定または不動化すること</p> <p>機械的拘束：患者自身と他者に重大な危険をもたらすような行動を起こしている患者の安全のために、その肉体の一部または全体の自発的な体動能力を妨げる、あるいは制限するための服、またはすべての手段、方式、道具などを使用すること。</p>
5. 隔離/拘束の開始要件	<p>隔離は、その他のより制限が少ない代替策が無効で、不適切で、また行動の変調により重大で差し迫った危険を患者や他者に引き起こすと考えられる場合においてのみ考慮されうる。</p> <p>拘束は、その他のより制限が少ない代替策が無効で、不適切で、また行動の変調により重大で差し迫った危険を患者や他者に引き起こすと考えられる場合においてのみ考慮されうる。機械的拘束は、隔離中のみ実行されうる。限られた期間において、必要とされる患者の評価を厳重に行ったのちに、最終的な手段としてのみ適用が許される。</p>

フランス（続き）	
6. 隔離/拘束開始の決定者/裁判所の関与の有無	<p>精神科医1名の裁量により行われ、措置の開始決定後1時間以内にケアチームにより正当性が確認されねばならない。</p> <p>同意のないケアを提供するような状況においては、〈le juge des libertés et de la de 'tention（フランス刑事訴訟法の中で規定されている自由と拘留に関する裁判所）〉が諮問される。</p> <p>同意入院の患者の隔離においては、例外的にそして緊急自体においてのみ、法適用除外の形で、患者の安全を守るという理由において可能。リスクに比した適合性があり、12時間もしくは、緊急事態への解決を要する最大時間か、ケア体制の交代のための手続きに要する時間を超過すべきではない。</p> <p>機械的拘束は、限られた時間内において、精神科医の決定に基づき、2016年1月26日に制定された保健システム近代化法に従い、治療的手続きの枠内で、他職種協議後に、集中した随伴的支援と観察の医学的指示を義務付ける中で行われる。機械的拘束の採用は、最終的手段として臨床的状况により正当であることの提出を必要とする複雑な過程を要している。</p>
7. 隔離/拘束期間の制限	<p>固定された制限時間は設けられていないが、最短時間となるように留意しなければならない。</p>
8. 隔離/拘束解除の決定者	<p>隔離や機械的拘束は、医師の裁量において、その維持が臨床的に正当化されなくなった時点ですぐに解除されねばならない。</p> <p>ケアチームは、措置の解除をいつでも医師に請願することができる。</p>
9. 隔離/拘束中の、スタッフによるモニタリング（観察）のルール	<p>10. にまとめて記載</p>
10. 隔離/拘束中の、医師による診察の頻度	<p>24時間中2回の医師による診察。</p> <p>医師の指示に応じたパラメディカル（主に医師以外のケアワーカー）による毎時間ごとの観察。</p> <p>各検査・観察は、ケア提供者の名前、日時、行われた検査や観察が明記された用紙として、患者カルテに記録しなければならない。それらの内容は：</p> <ul style="list-style-type: none"> -ラウンド時に観察された内容、及び実施されたケア -実行された医療的検査 -パーソナルケア（衛生、排泄） -施された治療 -ケアチームの訪室と臨床状態の記録 <p>医師の診察の目的は：</p> <ul style="list-style-type: none"> -身体状態（特に機械的拘束時における血栓塞栓性合併症のリスク）、また精神状態とその行動の評価 -措置の維持の必要性の評価 -薬物療法の効果評価 -実行すべき観察の時間間隔やその内容の再評価 <p>ケアチームは、隔離・機械的拘束の解除が許容されるような状態変化がみられたとき、または患者の身体・精神状態が悪化した場合は、医師による再診察の頻度を増やすように要請することができる。</p>

フランス（続き）	
11. 不穏な患者に対する隔離/拘束以外の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・ チームで連携をとり、できるだけ早く段階的に対応する。チームで協議し、落ち着いたスペースへ患者をガイドし、面接を提案する。 ・ 病棟に鎮静スペース（les espaces d'apaisement）を整えておくことが推奨されている。この鎮静スペースは、施設されておらず、患者の内的緊張を減弱させるための場所であり、マットレス、音楽を聴く機器、快適なソファ、本、心地よい照明などが備えられている。この部屋は、自発的な用途で、ほとんどは患者の要求か、ケアチームの提案により、あらかじめ定義された使用枠組みを尊重した方法にて使われる。患者は、いつでも鎮静スペースから出ることが可能である。 ・ 適切な向精神薬の提案と使用
12. 病棟患者数とスタッフ数の割合	
13. 1日当たりの入院料	24時間フルで精神科に入院した場合の入院費用は、平均して544ユーロ。
14. 隔離拘束中の事故の発生状況と事故後の対応	隔離・機械的拘束の措置に関するすべての有害事象は、申告が義務付けられており、チーム医療の見直しや、重要度（医療ケア、患者の安全、およびケアの質の土台となる地方構造に付随した重大な有害事象の申告に関する2016年11月25日制定2016-1606番令を参照）に応じてretour d'expérience（経験のフィードバック：出来事の事後省察と分析からなる組織的改善を試みる理論的方法）の対象になる。
15. 非同意治療（投薬）の規制	<p>自発的な意思を表出できる状態にある患者が、提案された検査や治療を拒否するときは、医師は、その結果としてどんな影響がその病者に起こりうるかの説明をしたのち、この拒否を尊重しなければならない。もし患者がその意思を表明できる状態にはない場合、医師は信頼できる指定人物（La personne de confiance）、いなければ、家族か近親者への予告や情報提供がなされない限りは、それが不可能であるか緊急の場合を除いて、介入することはできない。</p> <p>同意を得ることが不可能であるような精神的混乱、または人々の安全が危険にさらされる状態においては、強制的な入院を伴う/伴わない治療ケアが不可欠となる。</p> <p>精神科治療ケアの対象となる人々の保護と権利、またその医療ケア様式に関する2011年7月5日に制定された2011-803号法は、一定の条件下において、病院環境に入院させ、その治療を適用する限りにおいては、患者の同意拒否があっても治療を続行することを容認している。</p>
16. 隔離拘束が適正に実施されているかに関する外部評価	HAS:（La Haute Autorité de Santé高等厚生管理局）が、一般的な治療ケア、特に精神科治療・ケアについての評価と勧告規定を発表する。
17. 隔離拘束を受ける患者に関する権利擁護の仕組み	隔離や拘束の決定に対する反対を訴える手段は、各施設内において明示され、かつすべての隔離室において、個人に託された権利に関する紙媒体の通知として張り出されていないなければならない。
18. 認知症、せん妄等の隔離拘束ルール	同様の規定が適用される。

表5 イタリア（エミリア・ロマーニャ州）

<p>1. 規制の枠組み</p>	<p>2009年州評議会決定第313号「メンタルヘルスに関する実施計画」：身体拘束の実施は、患者や患者に直接関係のある人々（他の患者、訪問者、医療スタッフなど）の安全に関する場合のみであり、著しい必要性がある場合に限定されなければならない。その実施は、定期的に改正され規則的に維持されているプロトコルにしたがって厳格に行う。</p> <p>2009年通達第16号「DSM-DPの精神科医療サービスにおける身体拘束の原則」：エミリア・ロマーニャ州で実施された最初の決議で、入院患者を身体拘束するケースが発生した場合に精神科医療サービスが実施すべきプロトコルと手順を規定している。</p> <p>2015年通達第1号「DSM-DPの精神科医療サービスにおける身体拘束の原則」：総合病院精神科病棟において機械的拘束を行う場合に実行すべきプロトコル及び手順を更新。運営組織（UO）の事業体リスク管理担当部署や担当科チームと関与しながら、そして家族やマネジメントと連絡を取りながら、実施すべきチェックが追加された。</p>
<p>2. 規制の対象</p>	<p>エミリア・ロマーニャ州精神科医療サービスに入院していて精神疾患を持っている全ての患者</p>
<p>3. 隔離の定義</p>	<p>規定なし。</p>
<p>4. 拘束の定義</p>	<p>個人の自由、特に患者の身動きの自由を全面的に制限する手段。患者や介護人の安全を危険な状態に陥れるような行動のような状況が存在する場合、或いはより緩やかな他の処置だと有効な結果が出なかったりその目的に対して不十分な効果しか出てこなかったりした場合にのみ使用する最後の手段。</p> <p>拘束は医療行為ではなく、深刻なリスクを予防することを目的とした緊急措置とみなされる。</p>
<p>5. 隔離/拘束の開始要件</p>	<p>患者自身や介護人の安全を危険な状態に陥れるような行動のような状況が存在する場合、或いはより緩やかな他の処置だと有効な結果が出なかったりその目的に対して不十分な効果しか出てこなかったりした場合にのみ実施すべき。</p>
<p>6. 隔離/拘束開始の決定者/裁判所の関与の有無</p>	<p>身体拘束の実施は、精神科の当番医によって行われる。全体的状況に応じて、治療チームと協力して行われる。</p> <p>未成年者に対する拘束という例外的な場合には、児童・青少年向け神経精神医学の医師の立ち合いが必要であるだけでなく、両親或いは親権を行使する人物に対しての情報提供、更には拘束に関する通知が後見裁判官に対してなされなければならない。</p>
<p>7. 隔離/拘束期間の制限</p>	<p>12時間を超えて続く全ての拘束は、医療事業体の医療局長、UOの事業体リスク管理担当部署、及びメンタルヘルス科及び病理学研究所（DSM-DP）の所長に伝達しなければならない。</p> <p>12時間以内の場合、（拘束が祝祭日及び旧祭日の日に実施される場合は48時間以内の場合）UOの事業体リスク管理担当部署のスタッフ、精神医療サービスに所属していないDSM-DPのスタッフとの検証のための面会がなされる。（全ての代替オプションについて検討、討論するため）</p>
<p>8. 隔離/拘束解除の決定者</p>	<p>身体拘束終了の決定は、精神科の当番医による。状況によっては治療チームとして決定する。</p>

表5 イタリア（エミリア・ロマーニャ州）

<p>9. 隔離/拘束中の、スタッフによるモニタリング（観察）のルール</p>	<p>意識状態の確認、患者が返事をしないときは毎時の血圧、少なくとも毎時の心拍数、1日3回の体温、水分平衡、カロリーバランス、排便のモニタリングを行う。併発症予防のため、30分ごとのモニタリング。拘束帯のチェック、傷害その他のような不都合なイベントがあれば記録をして治療する。8時から22時まで2時間ごとに少なくとも10分間拘束を解いて、適切な深部静脈の予防。指示がある場合、あるいは患者の健康上必要とみなされた場合に血液検査あるいは機器を用いた検査。</p>
<p>10. 隔離/拘束中の、医師による診察の頻度</p>	<p>当番医が、拘束に際して規定されている用紙へ記入する。</p>
<p>11. 不穏な患者に対する隔離/拘束以外の対応</p>	
<p>12. 病棟患者数とスタッフ数の割合</p>	<p>ベッド15床。平均して以下のような配置： 全体：医師6、看護師22、サポートオペレータ（OS）4 午前シフト：医師2、看護師5、OS 1 午後シフト：医師1、看護師4、OS1 夜間シフト：医師1但し救急業務も行う、看護師3</p>
<p>13. 1日当たりの入院料</p>	<p>表6 参照</p>
<p>14. 隔離拘束中の事故の発生状況と事故後の対応</p>	<p>以下のような、拘束に関連する事故或いは不都合な事実が発生した場合には記録する。：打撲傷などによる溢血斑、血腫、皮膚の擦過や剥離、骨-骨組みの傷害、筋骨格の傷害、静脈血栓傷害のイベント、血栓塞栓のイベント。 好ましくないイベントの発生を監視し予防する目的で、30分ごとのモニタリングが規定されている。</p>
<p>15. 非同意治療（投薬）の規制</p>	<p>薬物治療の必要性は当番医により評価される。</p>

表6 エミリア・ロマーニャ州医療機関における正規の入院料金

詳細	医療施設区分	1日当たりの正規料金 (ユーロ)
適応に関する急性反応 及び社会心理学的機能 障害	A1	1,785.70
	A2	1,668.88
	B	1,585.36
	C	1,585.36
鬱性のノイローゼ	A1	918.01
	A2	857.95
	B	815.01
	C	815.01
鬱性ノイローゼを除いた ノイローゼ	A1	810.19
	A2	757.19
	B	719.25
	C	719.25
パーソナリティ障害及び 衝動制御障害	A1	2,425.57
	A2	2,266.89
	B	2,153.46
	C	2,085.46
器質性障害及び知的障 害	A1	1,450.87
	A2	1,355.95
	B	1,288.11
	C	1,288.11
精神病	A1	2,077.74
	A2	1,941.81
	B	1,844.71
	C	1,844.71

A が「総合医療施設」、Bが中型病院、Cが基礎的病院(いずれも公立)

平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
障害者政策総合研究事業（精神障害分野）
精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究
総括研究報告書

新しい精神保健指定医研修・審査のあり方に関する研究

研究分担者 山之内 芳雄 国立精神・神経医療研究センター 部長

研究要旨

目的：精神保健指定医の資格審査及び研修制度を見直し、新しい精神保健指定医の研修・審査のあり方について提言する。

研究方法：精神医学、法律等の専門家による計 10 回の会議にて、①新しい評価基準と評価方法、②ケースレポートの要件、③新しいケースレポートの様式、④口頭試問の方法、⑤指定医研修会において教授すべき内容、⑥研修の質を向上させる仕組み等を検討しエキスパートコンセンサスによる提言を取りまとめた。

研究結果：①新しい審査制度においてより均一性の高い審査を行うため、法律に関わる知識及び技能をより評価するためのケースレポートと口頭試問に共通する新しい評価基準の案を新規に作成した。また、ケースレポート症例のうち満たすことが「望ましい」要件を定め、望ましいとされるケースレポートを提出していない場合は口頭試問で当該症例において留意すべき事柄を問い、指定医として必要な知識及び技能を確認することを提案した。さらに、口頭試問は原則として全申請者に行うべきではないかとの議論もなされた。②ケースレポートの要件に係る検討においては、非自発的入院となる症例数が少ないと指摘される一方で重要性の高い【児童・思春期症例】、多様な精神科医療のニーズに対応するうえで重要と考えられる【退院移行後に外来診療している症例】、及び【任意入院に入院形態を移行した症例】については、前述の提出されることが「望ましい」症例として取り扱う提案がなされた。③ケースレポートの様式についても見直しを行い、形式的な手続きについての記載はチェックリストとして区別する、論述部分における論点を明示する等の工夫により、指定医として必要な知識及び技能をより明確に評価できるよう新しい様式を作成した。なお、文字数については専門家間の見解の相違もみられたが、最終的に現行の 1200～2000 字を維持する合意に至った。④口頭試問については、指定医として必要な知識及び技能を確認するために、法的判断の根拠や事例固有の留意点等を確認する重要性が議論された。一方、口頭試問における審査委員の評価を均質にするために、評価基準に基づいた質問リスト等を作成することも検討された。⑤指定医研修会の研修内容を見直し、科目ごとに教授すべき内容が議論された。特に、精神保健指定医としての業務及び精神保健福祉法についての理解の促進、医療観察法、児童思春期症例、患者の社会復帰促進に係る事項については入念に検討された。⑥教授者が参考にできるよう研修で取り扱うことが望ましい事柄をシラバスにまとめる等、研修の質を向上させる仕組みを検討した。また、シラバスに記載された話題のうち特に重要と考えられる内容は、参考資料として研修用キースライド等の研修補助資料にまとめられた。

研究協力者

市川 朝洋（日本医師会）
江澤 和彦（日本医師会）
大鶴 卓（国立病院機構琉球病院）
加藤 温（国立国際医療センター精神科）
神庭 重信（九州大学精神科）
柑本 美和（東海大学法学部）
五明 佐也香（獨協医科大学埼玉医療センター）
下田 和孝（獨協医科大学精神神経医学）
齊藤 万比古（愛育病院）
竹中 秀彦（京ヶ峰岡田病院）
辻本 哲士（全国精神保健福祉センター長会）

長尾 眞理子（埼玉県立精神医療センター）
二宮 貴至（全国精神保健福祉センター長会）
野木 渡（浜寺病院）
福生 泰久（神奈川県立精神科医療センター）
松田 ひろし（柏崎厚生病院）
松本 俊彦（国立精神・神経医療研究センター）
松本 英夫（東海大学医学部専門医療系精神科）
三木 和平（三木メンタルクリニック）
武藤 岳夫（国立病院機構肥前精神医療センター）
森 隆夫（あいせい紀年病院）
八木 深（国立病院機構花巻病院）
山本 輝之（成城大学法学部）

杠 岳文 (国立病院機構肥前精神医療センター)
和田 清 (埼玉県立精神医療センター)

月江 ゆかり (国立精神・神経医療研究センター)
橋本 塁 (国立精神・神経医療研究センター)
羽澄 恵 (国立精神・神経医療研究センター)
本屋敷 美奈 (国立精神・神経医療研究センター)

A. 目的

平成 27 年に発覚した精神保健指定医の不正取得事案を受け、これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会において精神保健指定医の資格審査と研修のあり方について見直しを行うことが報告された。これを受け、本研究班は平成 29 年度から検討を行ってきた。今年度も昨年度の議論に引き続き、精神保健指定医のための審査と研修の方法について提言をまとめた。

B. 研究方法

1. 方法

提言内容を検討するため、計 10 回の会議を開催した。会議は上記に示した研究協力者によって構成され、以下の課題について議論を行った。また、議論内容に基づき研修補助資料を作成した。

2. 手順

今年度前半では、おもに精神保健指定医を指定するための審査における、①あらたな評価基準と評価方法、②ケースレポートの要件、③ケースレポートの様式④口頭試問の方法、の 4 点について議論した。

今年度後半では、精神保健指定医研修に関しては研修内容の充実化に焦点を当て、⑤各法定科目で教授すべき内容、⑥研修の質を向上させる仕組みについて議論した。研修補助資料については、各分野の専門家が第一案を最初に作成し、その内容を研究班全体で議論しながら加筆修正を重ねた。

C. 研究結果

上記手続きに基づく議論の結果、研究班としては以下のとおり合意を得るに至った。

指定医の審査について

審査全般において、本研究班の契機となったレポート不正への対策、指定医として必要な知識・判断

力の従来以上の重視、教育的側面の配慮、を共通方針としながら審査に関する各項目が議論された。

① 評価基準案および審査方法

評価基準はこれまでも明確化され公表されていたが、より均一性の高い評価がなされるよう見直す必要があると議論されたため、新しい評価基準の案について検討した。資格審査はレポート・口頭試問を通じて総合的に指定医に必要な資質を問うものであることから、評価基準はケースレポートと口頭試問で共通とするのが良いと合意された。また、ケースレポート症例のうち満たすことが“望ましい”要件については、レポート症例として提出されていない者に対して、口頭試問にて“望ましい”症例に関する一般的留意事項を評価することを提案した。新しい評価基準案については、指定医に必要な知識技能を満遍なく含めることを原則としながら、精神保健福祉法に関わる知識及び技能をより明確に評価できるよう構成された。

審査にあたっては法的判断も多分に入ること、また指定医以外の者も当該審査の評価に参加し透明性を確保することから、審査者に法律家や精神保健福祉士なども入れるのが良いとの意見が挙げられた。さらに、評価の公平性や教育的指導を行う機会の確保の点から、受験者全員に口頭試問を行う必要性も指摘された。

② ケースレポートの要件

ケースレポートとして提出すべき症例の要件に関し、昨年度の議論において、必須ではないが経験することが“望ましい”症例という要件をあらたに作る事が提案された。そして、症例数が少ない一方で重要度の高い症例であること等から児童・思春期症例を必須症例ではなく“望ましい”症例とすることが提案された。また、多様な精神科医療のニーズに対応できるよう、退院後に外来で診療した症例と、非自発的入院から任意入院に入院形態を移行した症例を“望ましい”症例とすること、が提案され、これらを望ましい症例として要件に加えるべきとの議論がなされた。“望ましい”症例は、ケースレポートとして提出されなくとも審査を受けることができるが、口頭試問で該当症例の一般的留意事項について確認することとした。

従来はレポート症例として認められていた医療観察法の症例については、指定医職務に該当する部分も限定的なことから措置入院等と同等には扱えない

こととし、ケースレポートの要件から除外した。

③ ケースレポートの様式案

ケースレポートの文字数を検討するにあたり、人権を守る職責や法的判断の根拠に関する説明責任を果たすためにレポートに明記することの必要性については立場に関わらず合意が得られた。しかし、専門家間の認識の相違等により、文字数の上限についての意見は最低 1200 字から最高 3000 字まで多岐にわたった。最終的には、文字数は現行と同じ 1200 字から 2000 字との合意に至った。そして、法律条文は本文に記載しない様式に変更し本質的な内容を記載する余裕を確保したうえで、まずは研修によって精神保健福祉法に関する本質的な理解を醸成することに注力するのが良いと合意された。

このような議論を踏まえ、まずは精神保健福祉法についての理解を促進するという教育的配慮や条文そのものについての記載を減らすための方法として、本文とは別に法的手続きについてのチェック項目をあらたに作成することとした。その後、新しい様式案について、評価基準案や精神保健福祉法との一貫性、ヒューマンエラーの防止、教育的観点等に留意しながら様式案に載せるべき内容や文言等について議論した。

④ 口頭試問の位置づけ

口頭試問に関しては、審査における位置づけ、ケースレポートとの関係、実施方法について議論された。

レポートに関する不正が今回の制度改正の契機の一つであることから、口頭試問においては指定医の質の向上の一環として、従来以上に精神保健福祉法についての理解を問う必要性が挙げられた。

試験内容については、各々のレポート記載内容について問うべきという意見が出た一方で、受験者によって口頭試問の実施のされ方が異なると公平性に問題が生じ評価の質の相違の原因にもなることから、均一性を期すため、評価基準に基づいた質問リスト等の資料作成の必要性も挙げられた。

⑤ 指定医の研修について

昨年度の同研究班での議論において、研修団体間で内容に相違がみられる現状および、指定医の質を担保するための人材育成への注力の必要性、当該資格の重責性に関する自覚の醸成の必要性が、課題と

して挙げられていた。さらに、これらの解決策の案として、各研修団体が参照する研修補助資料の作成と、問題解決技法を用いて受講者個人あるいは数名で考える時間を設ける等の研修方法の工夫が挙げられた。

これらを踏まえ、本年度は研修補助資料に掲載する内容についての議論、および教授方法の工夫を含む研修の質を向上する仕組みについての議論が行われた。

⑥ 研修で教授すべき内容

研修内容の均一性を担保するために教授すべき内容が議論され、それにもとづき参考資料に示す研修シラバスと研修用キースライドが作成された。

シラバス作成等で特に議論または留意された点は、以下に詳述する。

上記の「ケースレポートの様式」にて述べた精神保健福祉法の理解を促進することが研修では非常に重要であると考えられた。よって、「精神障害者の人権に関する法令」科目では、基礎的な内容が平易に教授されることを重視し作成された。

医療機関における職務と公務員としての職務について、研修団体または講師の専門性によって、教授する分量に相違が生じにくくする工夫が必要との意見が挙がった。このことから「精神障害者の医療に関する法令及び実務」科目では、病院業務に関わる法令及び実務と公務員業務にかかわる法令及び実務とで別に資料を作成した。また、医療観察法についても指定医が関与する領域であり知識として必要と考え、上記の2つの実務と同様の扱いとしてシラバスとキースライドを作成した。

ケースレポートの要件としては児童思春期症例について望ましい症例の扱いとなったものの、医学的にも法的にも指定医として非常に重要な領域であることから、「精神医学」科目では必ず一定の時間を確保して教授すべき事項とした。また「地方公共団体による精神障害者の退院後支援のガイドライン」が新たに作成されたことや精神科医療のニーズの多様化の背景もあり、「精神障害者の社会復帰及び精神障害者福祉」科目で上記ガイドラインの内容等についても教授することとし、「事例研究」科目でも新規研修で関連事例を扱っても良いよう手引きを別途作成した。

⑦ 研修の質を向上させる仕組み

研修の質を向上させる仕組みについて検討し、研修補助資料が作成された。

資料については、研修で言及すべき内容を教授者が明確に把握できるよう、シラバス形式にまとめ、研修目的と目標も同時に定義した。また、シラバスに記載された話題のうち特に重要と考えられる内容は、参考資料として活用できるよう研修用キースライドとしてまとめられた。

事例研究では、問題解決技法を用いて受講者個人あるいは数名で考える時間を設ける等の研修方法も取り入れながら実施することを提案した。当初は新規・更新を問わずグループワークを行う案も挙がったが、受講者人数が多く実現可能性が限定的であるとの指摘があり、原則として各個人が数分程度とりくむ形式となった。また、こうした研修方法は一般的な講義方法と比べ段取りに工夫を要することから、事例研究実施の際のすすめ方の手引きも作成した。

なお、研修の受講時点に関し、知識及び技能の効果的な習得のためには、審査1年前時点ではなく現場指導開始前の時点で研修を受講できるようにすべきではないか、との意見が挙げられた。

D. 考察

本研究は、法改正を前提に議論が進められてきたが、改正法案が廃案となったことにより現行法の中でも対応ができるよう方針変更がなされた。また、廃案のなかでの検討の限界や、在るべき形と実効性との乖離、研究班内外での一貫した見解の確立の困難さも見られた。

今後は、制度評価を含むエビデンスの蓄積や継続的な議論により、できる限り盤石な体制が構築されることが期待される。

E. 結論

本研究では、平成 27 年の精神保健指定医の不正取得事案等を受け、今後の精神保健指定医のための審査と研修の方法について有識者や専門家と議論し、不正取得の防止、法や人権への理解の促進、教育指導、について実行性のある仕組みを検討した。

今後、本研究班の成果が、指定医の教育や臨床実践を通じて精神保健医療福祉全般の状況改善の取組みに寄与し、精神保健指定医の不正取得防止と質の向上に結実することを期待する。

F 健康危険情報

なし

G 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

なお、参考として、以下の URL を参照されたい。<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/study/>

ケースレポート及び口頭試問の評価基準（案）

1. 基礎的事項

① 自ら担当として診断又は治療に十分関わりを持った症例（※）であるか。 ※ 少なくとも1週間に4日以上、当該患者について診療に従事したものでなければならない。
②精神保健福祉法の理解が十分であり、法の運用上、不適切な点や違法性はないか。
③臨床精神医学の基礎知識が認められるか
④論旨が不明瞭等、ケースレポートとして不適切な点はないか。
⑤差別用語など、不適切な表現・用語の使用がないか。

2. 症例内容

<共通事項>

①国際疾病分類（ICD）に基づく診断名（入院時診断名／確定診断名）が記載され、患者の症状と照らしてその診断名に妥当性が認められるか。
②診断根拠が記載され、その内容に妥当性が認められるか。
③入院時に確定診断を下していない場合、その理由と確定診断の日付が記載され、その内容に妥当性が認められるか。
④入院後の治療経過や治療内容について努めたインフォームド・コンセントの内容が適切に記載されているか。また、その過程における主治医等担当医としての関わりや治療努力が記載されているか。 ※ 以下の点に特に留意 ・ 修正型電気けいれん療法、多量・多剤大量の薬物療法、クロザピンなど慎重を要する治療手段が用いられた場合、その理由と必要事項に関する記載があるか。 ・ やむを得ず適応症以外での薬物使用を行う際には、使用の理由と本人並びに家族にその効果や副作用を含めた説明を十分に行い、同意をとっているか。
⑤患者の症状、診断内容に照らし、治療内容に妥当性が認められるか。

<入院形態など症例の属性に応じた事項>

措置入院	①患者の症状及び措置入院の対象となる者の要件を踏まえ、措置入院を行う必要性が記載され、その内容に妥当性が認められるか。
	②患者が精神保健福祉法第5条に規定する精神障害者であるか（国際疾病分類（ICD）に該当する精神疾患を有しているか）

	<p>③患者が、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療及び保護のために入院させなければ ・ その精神障害のために ・ 自傷（※1）又は他害（※2）のおそれがある <p>と認められるか</p> <p>※1 自殺企図等、自己の生命、身体を害する行為。浪費や自己の所有物の損壊等のように単に自己の財産に損害を及ぼすにとどまるような行為は含まれない。</p> <p>※2 殺人、傷害、暴行、性的問題行動、侮辱、器物破損、強盗、恐喝、窃盗、詐欺、放火、弄火等他の者の生命、身体、貞操、名誉、財産等又は社会的法益等に害を及ぼす行為（原則として刑罰法令に触れる程度の行為をいう）</p> <p>④退院まで担当した症例である場合、患者の症状及び措置入院が解除となる者の要件を踏まえ、措置入院の継続が不要と判断された理由が記載され、その内容に妥当性が認められるか。</p>
医療保護入院	<p>⑤患者の症状及び医療保護入院の対象となる者の要件を踏まえて医療保護入院を行う必要性が記載され、その内容に妥当性が認められるか。</p> <p>⑥患者が、精神保健福祉法第5条に規定する精神障害者であるか（国際疾病分類（ICD）に該当する精神疾患を有しているか）</p> <p>⑦患者が、医療及び保護のために入院の必要があるか</p> <p>⑧患者が、その精神障害のために任意入院が行われる状態にないか（本人に病識がない等、入院の必要性についてその精神障害のために本人が適切な判断をすることができない状態にあるか）</p> <p>⑨本人に対して入院医療の必要性等について十分な説明を行い、その同意を得て、任意入院となるよう努めているか</p> <p>⑩退院まで担当した症例である場合、患者の症状及び医療保護入院の対象となる者の要件を踏まえ、医療保護入院の継続が不要と判断された理由が記載され、かつその内容に妥当性が認められるか。</p>
18歳未満の症例 (注)	<p>⑪患者の年齢、発達段階および児童思春期の心理的特性に配慮して関わり、治療するよう努めているか。</p>

	⑫患者の発育発達歴、養育環境、就労・就学状況等を把握し、保健福祉等の支援の必要性を検討し、必要に応じて関係機関との連携を図っているか。
任意入院に移行した症例 (注)	⑬措置入院者又は医療保護入院者が、措置入院又は医療保護入院の要件はなくなったが、入院継続の必要性がある場合、本人に対して入院医療の必要性等について十分な説明を行い、その同意を得たうえで、可能な限り早期に任意入院に移行できるよう努めているか。 ⑭退院制限を行った場合、患者の症状及び退院制限の要件(※)を踏まえ、退院制限の理由、期間及びその後に採った措置が記載され、その内容に妥当性が認められるか。 ※ 指定医(特定医師)による診察の結果、医療及び保護のため入院を継続する必要があると認めたとときに72時間(特定医師の場合は24時間)に限り実施可能
退院後に外来治療を行った症例(注)	⑮退院前に退院後の患者に対する保健福祉等の支援や関係機関との連携の必要性を検討し、評価したか。

注： 該当症例の提出がない場合には、口頭試問において、18歳未満の症例の診断・治療、任意入院、退院後の外来治療を行うに当たっての一般的な留意点について口頭試問で確認を行う。

<行動制限に関する事項>

共通事項	①行動制限を行った場合に、患者の症状を踏まえ、行動制限の種類、開始・解除の日時及び開始・解除の判断理由が記載され、その内容に妥当性が認められるか。
	②行動制限は、医療又は保護に欠くことができない限度において行われているか。(患者の症状に応じて最も制限の少ない方法により行われているか。)
電話・面会の制限	③制限を行わなければ病状の悪化を招き、あるいは治療効果を妨げる等、医療又は保護の上で合理的な理由がある場合に行われているか。
	④合理的な方法及び範囲における制限であるか。
隔離	⑤患者の症状からみて、 <ul style="list-style-type: none"> ・ 本人又は周囲の者に危険が及ぶ可能性が著しく高く、 ・ 隔離以外の方法ではその危険を回避することが著しく困難であると判断される場合に、

	<ul style="list-style-type: none"> その危険を最小限に減らし、患者本人の医療又は保護を図ることを目的として行われているか。
	⑥隔離以外により代替方法がない場合において行われているか。
	<p>⑦隔離の対象となる患者が、次のような場合に該当すると認められるか。</p> <p>ア 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に著しく悪く影響する場合</p> <p>イ 自殺企図又は自傷行為が切迫している場合</p> <p>ウ 他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない場合</p> <p>エ 急性期精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、一般の精神病患者の医療又は保護を図ることが著しく困難な場合</p> <p>オ 身体的合併症を有する患者について、検査及び処置等のため、隔離が必要な場合</p>
身体的拘束	⑧身体的拘束以外により代替方法がない場合において行われているか。
	<p>⑨身体的拘束の対象となる患者が、次のような場合に該当すると認められる患者であるか。</p> <p>ア 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合</p> <p>イ 多動又は不穏が顕著である場合</p> <p>ウ ア又はイのほか精神障害のため、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合</p>
	⑩できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めているか。
任意入院者の開放処遇の制限	⑪任意入院者の症状からみて、その開放処遇を制限しなければその医療又は保護を図ることが著しく困難であると医師が判断する場合にのみ行われているか。
	<p>⑫開放処遇の制限の対象となる任意入院者が、次のような場合に該当すると認められる患者であるか。</p> <p>ア 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に悪く影響する場合</p> <p>イ 自殺企図又は自傷行為のおそれがある場合</p> <p>ウ 当該任意入院の病状からみて、開放処遇を継続することが困難な場合</p>

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
山之内芳雄	治療薬と他の身体的治療:こころの苦しみへの理解	竹島 正	トータルメンタルヘルスガイドブック	中央法規	東京	2018	337-354
西 大輔, 山之内芳雄	睡眠・ストレスマネジメント	門脇 孝・津下一代	第三期 特定検診・特定保健指導ガイド	南山堂	東京	2018	217-221
山之内芳雄	治療薬と他の身体的治療:こころの苦しみへの理解	竹島 正	トータルメンタルヘルスガイドブック	中央法規	東京	2018	337-354

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Hatta K, Katayama S, Morikawa F, Imai A, Fujita K, Fujita A, Ishizuka T, Abe T, Sudo Y, Hashimoto K, Usui C, Nakamura H, Yamanouchi Y, Hirata T, for the JAST study group	A prospective naturalistic multicenter study on choice of parenteral medication in psychiatric emergency settings in Japan	Neuropsychopharmacology Reports	38(3)	117-123	2018
Fukasawa M, Miyake M, Suzuki Y, Fukuda Y, Yamanouchi Y	Relationship between the use of seclusion and mechanical restraint and the nurse-bed ratio in psychiatric wards in Japan	International Journal of Law and Psychiatry	60	57-63	2018
Nishi D, Susukida R, Usuda K, Mojtabai R, Yamanouchi Y	Trends in the prevalence of psychological distress and the use of mental health services from 2007 to 2016 in Japan	Journal of Affective Disorders	239(15)	208-213	2018
Shimosato S, Kinoshita A	Degree of Anger During Anger-Generating Situations Among Psychiatric Staff Nurses :Association Between Nurses' Attitudes Toward Service Users' Aggression and Confidence in Intervening in Aggressive Situations	Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services	56 (9)	51-59	2018
山之内芳雄	新しい630調査と精神保健福祉資料	心と社会	173	67-72	2018

山之内芳雄, 西大輔, 吉田光爾	NDB (レセプト情報・特定健診等情報データベース)	精神科	33(3)	209-218	2018
山之内芳雄	新精神保健福祉資料を活かす - 地域の現状を把握	精神科病院マネジ	41	4-8	2018
山之内芳雄	行動制限と指定医と法制度	日本精神科病院協	37(12)	17-20	2018
来住由樹	地域医療構想で精神病院を活かそう-一般病院と精神病院の人材交流- 地域医療構想を踏まえた精神科病院の挑戦	日本病院会雑誌	66(1)	35-46	2018
来住由樹, 中島豊爾	平成30年度診療報酬改定を分析する平成30年度改定をふまえた救急医療戦略 岡山県精神科医療センターにおける取り組み	救急医学	12	1746-1751	2018
大石智, 宮岡等	【精神科医療提供体制の機能強化】 身体疾患を合併する精神疾患のある人に対する医療提供体制の構築	精神科	33巻3号	219-226	2018
木下 愛未, 下里誠二	精神科スタッフナースの怒り感情喚起場面での怒りに関与する要因の検討 - 認知傾向・感情・態度との関連-	看護科学研究	(17)	13-21	2019
北野 進 他	CVPPP は一般科医療に活かせるのか 一文献レビューから見えること一	精神科看護	5(45)	41-49	2018

(作成上の留意事項)

研究報告書（当該報告書に含まれる文献名等を含む。以下本留意事項において同じ。）は、国立国会図書館及び国立保健医療科学院ホームページにおいて公表されるものであること。

※規程19条第2項及び第3項に従い、事業完了後5年以内に、その結果又は経過の全部若しくは一部を刊行し、又は書籍、雑誌、新聞等に掲載した場合には、その刊行物又はその別刷一部を添えて厚生労働大臣等に届けること。

研究者等は当該報告書を提出した時点で、公表について承諾したものとすること。

その他

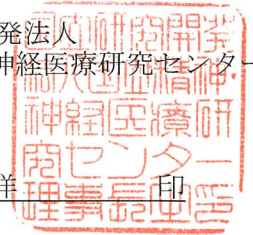
- (1) 手書きの場合は、楷書体で記入すること。
- (2) 氏名は、自署又は記名押印で記入すること。
- (3) 日本工業規格A列4番の用紙を用いること。各項目の記入量に応じて、適宜、欄を引き伸ばして差し支えない。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 水澤 英洋



次の職員の平成 30 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）
- 2. 研究課題名 精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究
- 3. 研究者名 (所属部局・職名) 精神保健研究所精神医療政策研究部・部長
(氏名・フリガナ) 山之内 芳雄 ヤマノウチ・ヨシオ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立精神・神経医療研究センター	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (法人の人材が研究に関与していることの開示、業務委託の際の契約の透明性、公正性、適正性についての確認)

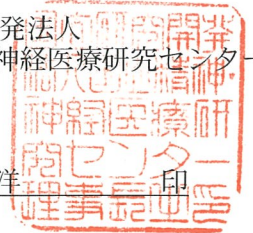
平成31年 3月 29日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人
国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 水澤 英洋



次の職員の平成 30 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）
- 研究課題名 精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究
- 研究者名（所属部局・職名） 精神保健研究所精神医療政策研究部・客員研究員
（氏名・フリガナ） 竹島 正 ・タケシマ タダシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

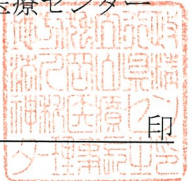
研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

機関名 地方独立行政法人
岡山県精神科医療センター
所属研究機関長 職名 理事長
氏名 中島 豊爾



次の職員の平成 30 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）
2. 研究課題名 精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 医療部・院長
(氏名・フリガナ) 来住 由樹 (キシ ヨシキ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合はその理由: 「厚生労働科学研究における利益相反の管理に関する指針」に準拠して対応しているため)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: 国立精神・神経医療研究センター)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成31（2019）年 2月 20日

厚生労働大臣 殿

機関名 北里大学
所属研究機関長 職名 学長
氏名 伊藤 智夫



次の職員の平成 30 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）
- 2. 研究課題名 精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究
- 3. 研究者名 (所属部局・職名) 医学部 精神科学 ・ 教授
(氏名・フリガナ) 宮岡 等 ・ ミヤオカ ヒトシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・ 該当する□にチェックを入れること。
・ 分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

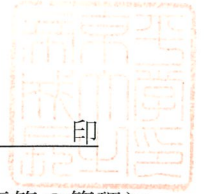
2019 年 3 月 14 日

厚生労働大臣 殿

機関名 帝京平成大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 冲 永 寛 子 印



次の職員の平成 30 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）
- 2. 研究課題名 精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究
- 3. 研究者名（所属部局・職名） 臨床心理学研究科・教授
 （氏名・フリガナ） 安西 信雄・アンザイ ノブオ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	帝京平成大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成31年 4月 1日

厚生労働大臣 殿

機関名 独立行政法人国立病院機構
肥前精神医療センター

所属研究機関長 職名 院長

氏名 杠 岳 文



次の職員の平成 30 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）
2. 研究課題名 精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究
分担 E 班：「精神科医療における医療安全に関する研究」
3. 研究者名 (所属部局・職名) 副院長
(氏名・フリガナ) 橋本 喜次郎 ・ ハシモト キジロウ
4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	肥前精神医療センター	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

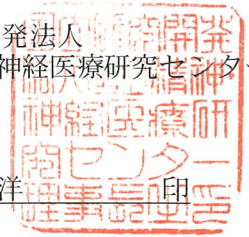
(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

機関名 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 水澤 英洋



次の職員の平成 30 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）
- 2. 研究課題名 精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究
- 3. 研究者名 （所属部局・職名） 精神保健研究所地域・司法精神医療研究部・部長
（氏名・フリガナ） 藤井 千代 ・フジイ チヨ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。