

科医療機関と一般医療機関との連携、精神科医療機関と行政、福祉分野など関連機関・分野との連携、など様々なレベルでの連携を要するため、精神保健医療対策、および他分野の対策においては、連携図や求められる各医療機関の機能についての表により、お互いの連携について分かりやすく表示することも必要であると考えられ、今後の検討課題であろう。

B. 4 疾病 5 事業における精神保健医療対策等関連記載（表 3）

表 3 で示した 4 疾病 5 事業の各対策における精神保健医療に関する記載について、3 段階で評価した結果は次の通りである。評価指標は、a. 具体的な精神保健医療の必要性と、その連携方法が記載されている（例：「抑うつ状態に対しては、精神科医療機関との連携を図る」）、b. 精神保健医療の必要性について、もしくはそれが示唆される記載があるが、具体的な連携についての記載がないか不明確（例：「抑うつ状態への対応」「心のケア」のみ記載され、それを担う主体もしくは連携先としての精神科医療機関や精神科医の関与について記載がない）、c. 精神保健医療の関与を示唆する記載がない、とした。なお、へき地医療対策については、千葉県、神奈川県、大阪府においてはへき地が当該自治体に存在しないため計画そのものがなく、分析対象外とした。

<各分野における精神保健医療の関与についての記載レベル>

- ・がん（a：2、b：45、c：0）／47 都道府県
- ・糖尿病（a：0、b：10、c：37）／47 都道府県
- ・脳卒中（a：0、b：29、c：18）／47 都道府県
- ・急性心筋梗塞（a：1、b：19、c：27）／47 都道府県
- ・救急医療（a：17、b：3、c：27）／47 都道府県
- ・周産期医療（a：0、b：16、c：31）／47 都道府県
- ・へき地医療（a：0、b：0、c：44）／44 都道府県
- ・災害医療（a：0、b：29、c：18）／47 都道府県
- ・小児医療（a：3、b：14、c：30）／47 都道府県

以上のように、「がん」、「救急医療」、「災害医療」では、比較的多くの自治体で精神保健医療の関与、もしくは関与の示唆についての記載が認められた一方、「へき地医療」のように記載が全く認められていないものもあった。これは、国の医療計画策定指針において記載されているか否かを反映している側面が大きいと思われた。また、精神保健医療の関与について記載されている各対策においては、救急医療以外においては、精神保健医療の関与のあり方まで具体的に記載されている自治体はほとんどなく、その必要性を記載したに過ぎないものが大半であった。

次に、各対策の結果を概観する。

「がん」においては、緩和ケアの一部としての記載がほとんどで、がん対策推進基本計画に記載のある「精神腫瘍医」の記載はなく、精神科医療の関与が明確とした 2 自治体についても、緩和ケアなどにおいて精神科医が参画するといった程度の簡単な記載にとどまり、関与の必要

性が記載された 45 自治体においては、具体的に精神科医、精神科医療機関といったキーワードが認められなかった。「精神医学的対応」「精神症状への対応」「精神心理的対応」などの必要性に関する記載はどの自治体にも認められた一方、それに対する具体的な精神科医、精神科医療機関の果たす役割についての対策がほとんどない点が特徴的である。なお、緩和ケア加算を算定するための緩和ケアチームには専任の精神科医が 1 名配置されていることが必要であるが、この観点から精神科医の役割について記載されることも重要と思われた。今後の課題であろう。また、医療計画作成指針とがん対策推進基本計画は近い時期に策定されたこともあり、精神腫瘍医という言葉が記載されていた自治体は皆無であった。今後は「精神腫瘍医」の育成や、非常に数が少ないと思われる「精神腫瘍医」以外の精神科医の役割や、がん医療に従事する身体科医や看護師、医療機関との具体的連携について記載することの検討が望まれる。

「糖尿病」においては、10 の自治体で、専門医療として求められる医療機能の教育入院等の際の療養指導において「心理的問題も含む」といった記載、一部の自治体では専門医療を担うチームの一員として「臨床心理士」という記載が認められ、これを精神保健医療の関与を示唆する記載として抽出した。残りの 37 自治体においては、このような記載を含め精神保健医療の関与を示唆する所見は認められなかった。糖尿病における精神保健医療との関わりの可能性としては、糖尿病とうつ病との間には密接な関連があること、またアルコール依存症にともなう糖尿病（糖尿病治療中の患者において、教育入院や栄養指導などの過程で未治療のアルコール依存症が発見される可能性もあると推察される）、精神科治療薬（特に新世代の抗精神病薬が有名）に伴う高血糖・糖尿病など、精神科領域において密接な関連が求められるであろう分野であることから、教育入院等において心理的問題も扱うといった狭い範囲での関わりから、さらに具体的な精神保健医療の関与の必要性、および連携まで踏み込んだ記載がなされるかについて、今後の検討課題であると考えられた。また、精神科医療機関にて診断された糖尿病に対して、内科医等が不在の精神科医療機関においてもその治療について十分受療体制が確保されるよう、精神科医療機関側からの糖尿病担当医療機関との連携構築を医療計画に反映させるかについても、今後の課題と考えられる。

「脳卒中」においては、29 の自治体において、回復期、維持期（療養型病床、在宅医療など）に求められる医療機能として、「抑うつ状態への対応（が可能）」と記載されている。これは、「疾病又は事業ごとの医療体制構築に係る指針」で記載されているものであり、その反映であると考えられる。しかしながら、具体的に「抑うつ状態への対応」における精神科医および精神科医療機関がどのような役割を果たすのかについての記載をしている自治体は皆無であり、対策としては具体性に乏しいと捉えざるを得ない記載状況であった。また、残りの 18 自治体においては本文中に抑うつ状態への対応という記載は認められていない。これらの機能を担う医療機関においては、精神科を標榜していることが必要なのか、その場合精神科医は常勤である必要があるのか、もしくは精神科の標榜を必要とせず、地域における近隣の精神科医療機関と連携するのか、その場合連携の具体的方法はどのようにするのか、また神経内科医や脳外科医、リハビリテーション科医、その他脳卒中診療に携わる医療スタッフに対して、脳卒中に伴う抑うつ状態などの精神症状（抑うつ以外には、せん妄、通過症候群、脳卒中の罹患部位によっては幻覚妄想、血管性認知症による認知症症状およびその周辺症状など幅広いものが想定される）に

対する初期対応および精神科医療機関との連携について普及啓発を十分に行っていくのか、といった事項についての記載について、今後検討されることが望ましいと考えられた。

「急性心筋梗塞」においては、20の自治体において、急性期、回復期、再発予防期に求められる医療機能として、「抑うつ状態への対応（が可能）」と記載されている。これは「脳卒中」における記載と同様、「疾病又は事業ごとの医療体制構築に係る指針」で記載されているものであり、その反映であると考えられる。しかしながら、具体的に精神保健医療がどのように関わるかについて本文中に記載されている自治体はほとんどなく、唯一福井県において「急性心筋梗塞発症患者は病気に対する不安感により抑うつ状態に陥りやすいため精神的ケアが必要」「患者の抑うつ状態に対応するため精神科と連携がとれていること」という旨の記載がなされているのみであった。また、残りの27自治体においては本文中に抑うつ状態への対応という記載は認められていない。今後は、脳卒中と同様、これらの機能を担う医療機関においては、精神科を標榜していることが必要なのか、その場合精神科医は常勤である必要があるのか、もしくは精神科の標榜を必要とせず、地域における近隣の精神科医療機関と連携するのか、その場合連携の具体的方法はどのようにするのか、また循環器内科医や心臓血管外科医、リハビリテーション科医、一般内科医、その他急性心筋梗塞の診療に携わる医療スタッフに対して、心筋梗塞に伴う抑うつ状態などの精神症状（抑うつ以外には、急性期におけるせん妄なども想定される）に対する初期対応および精神科医療機関との連携について普及啓発を十分に行っていくのか、といった事項についての記載について、今後検討されることが望ましいと考えられた。なお、心筋梗塞などの循環器疾患により心機能が低下している場合等においては、抗うつ薬など向精神薬投与については十分な知識を要するため、この点においても、心筋梗塞の診療に携わる医療機関と精神科医療機関もしくは精神科医との連携について検討することは今後の課題であると考えられる。

「救急医療」においては、精神科救急医療そのものを救急医療の一項目として記載したのみのもの、救命後期医療で転院受け入れ病院に求められる機能として「精神疾患を合併する患者を受け入れること」という記載、一般救急患者において精神疾患を合併している場合は精神科救急医療システムと十分な連携をとる、といった記載など計20の自治体において精神保健医療の関与について記載されていた。しかし、身体救急と精神科救急との連携の具体策にまで踏み込んで検討されている自治体は少なく、特に自殺未遂後の患者の精神科的対応や、精神障害者が身体疾患を発症した際の円滑な受け入れ体制の確保などにつき、具体的な対策がなされるべき分野である。残りの27自治体においては、「救急医療対策」においては精神科救急との連携を含めた精神保健医療に関する記載がない（ただし、精神保健医療対策、もしくは精神科救急医療対策における記載の側からの連携が記載されている自治体はあり）。なお、精神科救急医療においては、表1と統合した形でC. で検討する。

「周産期医療」においては、産科医療施設に求められる医療機能として「妊産婦のメンタルヘルスに対応」、「長期に療養・療育を必要とする児の家族に対する精神的サポート体制」といった記載に加え、養育力の不足や虐待問題とも関連した母親のうつ状態への対応の記載が、16の自治体で認められた。これらは「疾病又は事業ごとの医療体制構築に係る指針」で記載されていることの反映であると捉えられる。しかし同指針に記載されている「産後うつ病の発生率

は、平成13年の13.4%が、平成15年には12.8%となっている」への具体的対策についての言及を記載している自治体は非常に少なく、精神科医や精神科医療機関における役割について記載されている自治体は皆無であった。また、31の自治体では周産期医療における精神保健医療の関わりを示唆する記載は全く認められていない。現状は出産管理を行うための医療提供体制の確保そのものすら危機的状況にあることが最優先の課題として取り組まれるため、妊産婦のメンタルヘルスや精神症状のスクリーニングと精神科医療機関の果たす役割、また、精神科対応が必要なレベルの精神障害合併妊産婦の周産期医療を担う専門医療体制についての体制については今後医療計画への反映を検討されるべき課題であろう。ただし、産後のうつ状態やそのスクリーニングについての課題は、母子保健に記載されている自治体もあると考えられ、その点ではこの分析結果の解釈は限定的にされるべきである。

「へき地医療」においては、全自治体において精神保健医療に関する記載は全く認められなかったが、へき地において求められる医療機能としては精神保健医療に限らず、プライマリーケアや救急医療をはじめとして、医療全般へのアクセスに関わる分野である。精神保健医療に特化して関連を記載する事項は他の分野に比べれば少ないと思われ、他の診療科も含めた医療全般へのアクセスの確保という議論の中で、必要に応じて精神保健医療の提供体制について記載されることも検討するということが現実的であろう。

「災害医療」においては、29の自治体で、精神保健医療の関与を示唆する記載が認められた。その多くが、救護所および避難所における機能として「メンタルヘルスケアを適切に行う必要がある」、および「そのための医療従事者を確保する」といった記載にとどまり、巡回精神相談チームといった具体的な記載に踏み込んでいる自治体は極めて少なかった。これは「疾病又は事業ごとの医療体制構築に係る指針」に記載されている事項の反映であると捉えられた。また、「うつ」「PTSD」「アルコール依存症」への発症予防やケア対策といった課題の記載をしている自治体もあるが、それらに対する具体的な精神科医療機関の役割や、被災した精神科医療機関の入院・通院患者の対応について、巡回精神相談チームを組織するための医療従事者確保の方法まで踏み込んだ記載をしている自治体は皆無であった。また、残りの18自治体においては、災害医療における精神保健医療の関連について示唆する記載が認められなかった。今後、これまでの被災地での個別の取り組み経験や研究の蓄積に基づいた、具体的関わりについての対策が必要となってくると思われ、その面での検討も望まれる。また、地域防災計画との整合性と連携を十分確保した上でメンタルヘルス対策および、被災時の精神障害者対策を医療計画に反映させることが検討課題であろう。

「小児医療」においては、30の自治体では精神保健医療の関与について示唆する記載が認められなかったが、記載の認められた17自治体においても、小児医療機関に求められる医療機能として「家族等に対する精神的サポート等の支援を実施」、行政機関に求められる機能として「心の診療が必要な児童及びその家族に対し、利用できるサービス等の情報提供をする」といった記載にとどまっており、具体的に小児の精神科的問題への医療提供体制にまで踏み込んで記載された自治体は少ない。長野県における子どものこころの問題の診療体制についての記載、愛知県における児童精神科の充実の必要性の記載、高知県における小児科医師に対しての小児の精神疾患や発達障害に対応できる医師が少ない現状の記載、など数自治体においては小児のこ

ころの問題への現状と課題、実施体制について記載されていたが、非常に体制が確保しにくい分野であり、今後の体制確保をいかに医療計画に盛り込むかについては、単独事業としての精神保健医療対策における児童思春期精神科医療の提供体制の充実と十分な連携をもって検討すべき課題であると考えられる。

以上のように、4疾病5事業における精神保健医療の関与に関する記述は、「疾病又は事業ごとの医療体制構築に係る指針」に記載されていることを反映している程度の記載にとどまるものが多く、またそれすら記載されていない自治体も多く、現時点では記載の内容、求められる医療機能、連携体制まで踏み込んで記載されているものはほとんど認められていない。各疾病・事業において優先的に施策がとられるべき事項との兼ね合いで、精神保健医療の関わりについて詳細を盛り込むことは困難である側面もあると推察されるが、実際、4疾病5事業の多くの分野では、精神保健医療の問題がそれなりにウエイトを占めている。身体医療と精神科医療との連携を十分に確保するという観点からも、4疾病5事業において精神保健医療が関与する部分については、具体的な連携の必要性、連携対策の明確化とともに、精神科医療機関や関係機関に求められる役割について盛り込むことが今後の重要な検討課題であると考えられた。

また、現状と課題の根拠となっている基礎資料が不足している印象を受けた（例えば、救急医療において精神身体合併症がどの程度存在し、どのように救急搬送に困難をきたしたかなどの具体的な数値を示している県はほとんどない）。今後、医療計画の策定に必要なデータ収集をどのように効率的に行っていくか、また既存のデータをどのように利用していくかということも重要な検討事項であると考えられた。

C. 精神科救急医療対策（表4）

表1と表3における精神科救急医療に関する記載部分をまとめた上で分析したのが表4である。

全ての自治体において、精神科救急医療体制の整備が必要であるとの記載があったが、その記載内容は静岡、神奈川、広島のように詳細に記載されている自治体から、箇条書きで数行の記載にとどまる自治体まで様々であった。また、明確な目標を掲げている自治体はわずか6自治体であり、それも整備内容についてのものがほとんどであった。なお、課題としては、24時間365日の運用（精神科緊急医療体制が不十分な自治体、緊急医療は整備されているが一次・二次精神科救急医療が不十分な自治体など様々であったが、ほとんどの自治体ではまず精神科緊急医療をはじめに整備し、その後一次・二次・身体合併症と整備を拡充している傾向にあるが、山口県だけは精神科二次救急の整備をすでに終え、その後精神科緊急医療および一次救急の整備をするという順序であった）、精神身体合併症の対応（神奈川県においてはシステムがすでに構築されているとの記載であった。東京都においても構築されているが需要に応えられていないという記載であった。その他の自治体でも整備の必要性の認識はあるが、システムとして機能しきれていない自治体が多いようであった）、医療機能に応じた分担・連携などがあげられていた。しかし、静岡県など一部の県をのぞいて、課題としての問題意識はあっても、各医療機関において求められる医療機能の明確化、その連携などについて具体的な対策が立てられていない面も多い。特に、身体合併症については、現状の体制では需要に応えられていないという

認識を有している自治体が多く、今後の施策に反映するための実態調査と自治体ごとの医療資源を有効活用できるような方策が重要であることが伺われた。総合病院精神科を主体とするのか、公的病院を主体とするのか、一般病院との連携を主体とするのかについては各自自治体の医療機関の機能と地域性（身体合併症を受け入れ可能な総合病院精神科が少ない地域や、そもそも精神科医療機関が少ない地域もあり、それぞれの地域の医療資源に応じた効率的な医療提供体制の構築が重要であろう）により、身体合併症への医療提供体制を構築していく必要があると考えられた。

<結果のまとめ>

現行の地域医療計画における精神保健医療に関する記載は、記載項目は各自自治体ともそれなりに網羅している一方、記載されている場所は多くの自治体で医療計画の各対策部分に散りばめられており、精神保健医療を一つの対策分野として記載する視点に不足があると捉えられる。記載のレベルについても、多くの自治体において現状と課題、施策の方向性にとどまっており、目標設定については自殺対策や退院促進以外は立てられていないものがほとんどである。また、各テーマにおける精神科医療機能に応じた地域連携、また精神科医療機関以外の医療機関や関係機関との連携についての具体的記載、対策について不十分な側面も伺われた。以上より、住民への分かりやすさという側面において、精神科受診を必要とする住民（家族も含む）や、すでに受療中の精神障害当事者もしくは家族が保健医療面で困った際にどうすればいいのか、医療計画を読んで調べようと思った際に、いざ読んでみるとどこを読めばいいのか分からない、読みたい項目が見つかったも、具体性がないので役に立ちにくいという側面があると考えられた。

【考察－政策的提言への方向性－】

結果を踏まえて、今後の医療計画において精神保健医療対策を必須の対策項目とするとした場合に検討すべき課題について考察する。

まず、記載項目としては、現行の医療計画に記載されている項目がそれなりに重点項目を網羅しているため、これらを元としてよいだろうと考える。さらに加えることが必要と思われる事項としては、4疾病5事業における精神保健医療の関わりが必要な部分における記載である。

次に、記載レベルについてだが、まず現状については、客観性を担保するためにも可能な限り全国調査から導き出される地域特性のデータを用いて提示すべきである。鹿児島県などの医療計画における地域診断が参考となる。課題については、現状をもとに各地域における需要とのバランスを考慮の上、重要度の高いものから記載することが望まれる。次に、課題に対応して、精神科医（および関連職種）、精神科医療機関、一般医療機関、訪問看護ステーション、行政（都道府県、市区町村）、相談や地域支援を担う機関（保健所、精神保健福祉センター、発達障害者支援センター、地域支援センターなど）、住民、当事者団体（例えば患者会、家族会、アルコール・薬物・ギャンブル依存症や摂食障害などの自助グループなど）、さらに学校、職場、介護事業者などに求められる機能を地域の実情に応じ大枠で明確化すべきである。次に、それ

ら医療機関などの連携システムとその運用主体・方法について記載し、それらの取り組みとして導き出されるアウトカム指標をはじめとした目標設定をし、到達点を明確化することが望ましい。これらは、4 疾病 5 事業における対策策定の手法と同じであるが、精神保健医療においては、医療のみならず保健、福祉、さらには教育、司法などとも関連するため、一連の流れで特に保健医療が担う役割を中心に記載することが現実的であろう。

また、4 疾病 5 事業をはじめとする他の対策分野との連携する部分については、その旨を明確化することを検討することも課題と思われる。現状の医療計画では各対策分野に記載が分散していることから、それらを精神保健医療対策一つにまとめることは事実上不可能としても、少なくとも地域における精神保健医療機能のどの部分がどの別分野の対策に関連しているのかを示すことは住民および関係する医療機関などにとっての分かりやすさの側面で重要であろう。具体的に記載されることが想定されるものとしては、例えば「がん対策」においては、緩和ケアにおける精神科医の役割について、精神症状や心理的問題への対応を行う精神科医の役割について、精神科医の診療を院内で受けることができないがん診療医療機関における地域の精神科医療機関との連携について、臨床心理士による心理検査、心理療法などの充実について、がんに関連する心理的問題や悩みに対する相談機能について、などをそれぞれ担う主体と機能、がん診療における位置付けと連携について記載することが考えられる。また、「糖尿病対策」については、糖尿病に併発した抑うつ状態など精神症状への対応について（精神症状のスクリーニング、精神科医療機関との連携体制、糖尿病治療を担当する医療機関への普及啓発活動など）、うつ病やアルコール依存症など精神疾患に併発した、または新規抗精神病薬など精神疾患の治療薬の副作用として発症した場合の高血糖・糖尿病への対応における、精神科医療機関と糖尿病治療を担当する一般医療機関との連携、などであろう。

次に他の計画との十分な整合性と連携をはかる必要がある。自殺対策、がん対策、障害福祉対策、防災対策、医療観察法対策などにおいては、すでに他の独自の計画やガイドラインが策定されており、それらを保健医療の側面で補完するとともに、必要に応じて積極的に新しい対策を講じる、といったスタンスでの検討が課題と思われる。

他の分野の対策に関連した精神保健医療分野との連携についての記載の一例として、「災害医療対策」において、政府の防災基本計画および東京都の地域防災計画などと整合性を持たせ、また別に示す文献レビューなども参考とし、以下のように試案として作成した。

「災害医療対策」と関連した精神保健医療対策

現行医療計画の「疾病又は事業ごとの医療体制構築に係る指針」（平成 19 年 7 月 20 日、厚生労働省医政局指導課長通知）では、「救護所、避難所等において健康管理を実施する機能【健康管理】」に求められる事項として「感染症のまん延防止、衛生面のケア、メンタルヘルスケアを適切に行える医療従事者を確保していること」とある。

この指針の現在の都道府県の地域医療計画における反映として、現状と課題として、災害時には「ストレス」「うつ」「PTSD」「アルコール依存症」など精神疾患やこころの問題に対して「メンタルヘルスケアを適切に行う必要がある」と記載がある自治体は多いが、その具体的施策としては「（救護所などにおいて）巡回精神相談チームが行う」「災害時こころのケアマニュアル

を策定している」といった具体的記載がなされている自治体は少なく、またこれらの自治体においても、その中で精神科医療機関や精神保健医療従事者の果たす役割や、災害対策本部における位置付けについて記載されている自治体はほとんどない。メンタルヘルスケアを適切に行える医療従事者の養成、確保の具体策、救護所などにおける巡回精神相談チームの設置主体と構成職種および災害対策本部での位置付け、精神科医療機関との連携、被災後一定期間が過ぎた後も対応が必要な疾病および心の問題に対する対応の在り方、などが記載されることが望ましい。

また、精神科病院が被災した場合の入院患者への対応、被災の状況によりかかりつけ医療機関への通院が困難となった通院患者への対応、被災時における入院が必要となった精神科救急患者への対応について記載されている自治体はほとんどなく、これらの患者への被災時の対応について十分に医療計画に反映されることが望ましい。医療計画への記載においては、地域防災計画におけるメンタルヘルス対策と整合性を持たせる。

各機関において求められる機能

【都道府県】

・都道府県は、災害対策本部内の位置づけとして、メンタルヘルスケアを適切に行える医療従事者から構成される巡回精神相談チームを派遣し、必要に応じて数日間の薬物療法などを含む初期精神医学的対応を行うとともに、早期に精神科医療機関での専門的対応が必要な患者（特に精神症状が重篤で入院医療が必要な患者）をスクリーニングし、被災を免れた精神科医療機関に治療を依頼するなどのマネジメントを行う。また、患者の転院や退院後の精神医学的対応の確保のため、災害医療拠点病院など身体的治療を担当する医療機関と、精神科医療機関との連携の調整を行う。

・災害に備え、都道府県は精神保健福祉センター、保健所などを活用し、地域の医療従事者向けの研修会などを実施するなどして、平時より災害時のメンタルヘルスケアを適切に行える医療従事者（医師、看護師、薬剤師、精神保健福祉士、臨床心理士など）の育成を図る。また、災害時に地域の精神科医療機関が、被災地の精神科医療機関において入院患者の医学的管理が困難となった場合の転院や通院患者の受け入れなど、その医療機能を十分に発揮できるよう、平時より災害時の連携について関連団体（精神科病院協会、精神科診療所協会など）との協議を実施し、防災協定を締結することなどに努める。

・災害時には、上記の他、精神科医療機関の被災状況の情報収集および、転院が必要な患者の受け入れの調整を行う。

【災害医療拠点病院、その他の救命救急センター、救急医療機関】

・合併している精神症状が重篤なため、救命がなされた後に精神科医の診察が受けられないなどのため一般病床では受け入れが困難な場合の対応について、転院受け入れ可能な精神科病床を有する医療機関、もしくは精神科を標榜する医療機関との連携を確保していることが望ましい

・退院後も精神症状や心理的な問題への対応が必要な患者に対して、地域の相談機関や精神科医療機関への紹介もしくはそれらの機関についての情報提供を行うことが望ましい。

【精神科病院、精神科を標榜する病院、精神科診療所】

・救命がなされた後に、合併する精神症状が重篤なため一般医療機関での受け入れが困難な患

者の入院受け入れを行う。身体合併症に対して身体科医療の対応が必要な場合は、当該身体合併症の診療体制を有している精神科を標榜する病院に、身体合併症が重篤ではないなどにより精神科病院で受け入れ可能な状態であれば、精神科病院で入院を受け入れる。

- ・精神科病院、精神科を標榜する医療機関においては、災害医療拠点病院、その他の救命救急センター、一般医療機関と災害時の精神科医療を必要とする患者の対応について、平時より十分な連携を構築しておくことが望ましい。

- ・精神科病院、精神科診療所においては、災害医療拠点病院など救命を含む身体管理を行う医療機関、巡回精神相談チームとの連携により、災害後に生じた抑うつ状態やPTSDなどの診療を行う。また、被災により入院患者および通院患者の医学的管理の継続が困難となった精神科医療機関からの転院を受け入れる。

- ・災害対策本部からの要請により、都道府県が主体となって設置する被災地の救護所および避難所における巡回精神相談チームへの、精神科医師、看護師、精神保健福祉士など精神保健医療従事者の派遣を行う。

(本来であればこれに連携図が加わる)

これまでの歴史的経緯から、精神科医療の扱う対象が統合失調症などいわゆる内因性精神疾患の入院中心であったのが、感情障害や神経症性障害、認知症、依存症、パーソナリティ障害などその他の多様な精神障害の診療の需要の増加、外来患者の増加、それらに伴う精神科救急医療の需要の増加、さらには精神疾患や精神疾患に限らない心理的問題への対応、精神的不調や精神障害の予防やメンタルヘルスへの対応の需要増加、触法精神障害者への対応、など精神保健医療福祉の求められる分野は幅広い。また、精神科医が勤務可能な常勤ポストがある職場としても、病院、診療所等の医療機関、大学等の研究機関の他に、保健所、精神保健福祉センター、児童相談所、大学等の保健管理センター、各自治体の精神保健福祉所管部などの行政機関、家庭裁判所、矯正施設など幅広い領域に渡っている。また、精神科医および精神科医療機関がその業務と関連する職種、機関は幅広く、「保健」「医療」「福祉」に加え「社会」「教育」「司法」といった非常に広大な領域と連携を求められている。医療計画においてその全てを網羅し詳細な対策を記載することはかえって分かりにくく煩雑になる可能性もあるため、記載の範囲については慎重に検討すべきであると思われる。しかし、重点事項については詳細に記載し、その他の部分についても主に保健医療という側面で行政・医療機関・関係機関の果たすべき役割と関連分野（特に医療計画内の他の対策分野）との連携を明確にすることを今後検討すべきであると考え。また、記載内容と方式には多くのバリエーションがあるため、住民および関係する医療機関への分かりやすさという観点から、記載の指針を明確に示すべきであろう。

表1

医療計画における精神保健医療対策に関する記載(4疾病5事業を除く)

		灰色部分:単独事業としての精神保健医療対策					
都道府県名	対策分野	現状	課題	実施方法・体系・評価	目標(含む)目	備考(項目・印象など)	未抽出の対策
北海道		<p>1 医療提供体制等の整備現状</p> <p>○北海道における精神障がい者数は年々増加。主な疾患別では統合失調症が最も多く、また近年は、気分障害が増加。</p> <p>○地域社会で生活しながら、身近な地域で通院医療が受けられるよう、各地域の病院及び診療所、薬局並びに訪問看護ステーションを自立支援医療機関として指定している。</p> <p>○精神科医療過疎地域における医療確保を目的として、平成7年度から「地域精神医療確保対策(精神科サテライトクリニック)事業」を実施。</p> <p>○平成10年度から全道を8ブロックに分割の上、各ブロックごとに輪番制の精神科救急医療システムを整備し、夜間・休日における相談や診療体制等の確保に努めている。</p> <p>○精神科病院及び精神科病棟、常勤の精神科医師等は過剰に集中しているとともに、特に都市部においては、精神科診療所の開設が増加。</p> <p>○緊急時に主治医の診察を受けられない方や、夜間等の受診を希望する方等が増加しているとともに、身体合併症を有する患者に十分に対応できていないブロックもある。</p>	<p>(各地域における医療提供体制の充実)</p> <p>○道内各地域において、必要な医療を安心して受けられる体制づくりが必要。</p> <p>○遠距離通院が必要な方の医療確保など、本道の広域性などに応じた取り組みが必要。</p> <p>(精神科救急医療体制の充実)</p> <p>○当番日における空床及び診療体制の確保など、輪番病院に係る負担を軽減する必要がある。</p> <p>○広域なブロックでは当番病院までの距離が遠いことや、医療資源の状況変化等に応じた実施体制の見直し等の検討も必要。</p> <p>○身体合併症等を有する患者へ対応できるように、体制整備が必要。</p>	<p>○全道各地域における精神科医療提供体制を効果的かつ継続的に確保するとともに、本道の広域性を踏まえた取り組みを進める。</p> <p>○地域全体による、夜間・休日等緊急時の相談・診療体制の構築を進める。</p> <p>(各地域における医療提供体制の充実)</p> <p>○道内の育英大学及び関係機関と連携、協議の上、精神科医療提供体制の確保及びそれぞれの医療機関が有する機能の有機的な連携等について検討する。</p> <p>○また、市町村や医療機関等と連携し、自立支援医療制度の普及及び適切かつ継続的な医療提供体制の確保、在宅療養生活支援等に努める。</p> <p>○「地域精神医療確保対策事業」を推進するなど、本道の特性に応じた方策等について検討する。</p> <p>(精神科救急医療体制の充実)</p> <p>○輪番病院以外の精神科病院や精神科診療所、一般病院等との連携・協力・役割分担等により、身体合併症への対応も含めた体制整備を推進する。</p>	(一)	<p>・記載内容は幅広く網羅されているが、目標設定がされていない。</p> <p>・過疎地域における精神科診療所誘致のための事業は、北海道のオリジナルである。</p> <p>・身体合併症への対応整備が課題であると記載あり、他の多くの自治体と同様の課題である。広大な道域における独自の対策が重要であろう。</p> <p>・自殺対策をうつ病対策と並列している。</p>	
		<p>2 医療の充実と地域生活移行の促進</p> <p>○急性期や児童・思春期などの精神科専門病棟が少なく、また、精神科ソーシャルワーカー(PSW)臨床心理技術者(CP)作業療法士(OT)のいずれも配置していない精神科病院も1割程度ある。</p> <p>○精神科デイケア等を実施している医療機関は、平成19年4月1日現在で91か所。</p> <p>○受入条件が整えば退院可能な方の地域生活移行に向け、精神障害者地域生活支援事業を15障害福祉圏域で実施している。</p>	<p>(医療の充実)</p> <p>○疾患や病状及び程度等に応じた治療が病棟ごとに可能となるよう、専門病棟の設置を推進するとともに、専門職の配置による「チーム医療」の充実・拡大等が必要。</p> <p>○精神科デイケア等の更なる整備が必要。</p> <p>(地域生活移行の促進)</p> <p>○すべての地域における地域生活移行に向けた支援が必要。</p>	<p>(医療の充実)</p> <p>○専門病棟の整備や専門職の配置など診療体制の整備が可能となるよう、診療報酬の引き上げ等について、国へ要望していく。</p> <p>○精神科デイケア等の更なる整備と地域の社会資源と連携した効果的な支援を推進する。</p> <p>(地域生活移行の促進)</p> <p>○地域での受入条件が整えば退院可能な精神障がい者の社会復帰を支援するため、「精神障害者地域生活支援事業」の充実を図る。</p> <p>○「北海道障がい福祉計画」に基づき、各地域におけるグループホーム等の整備を推進する。</p> <p>○医療機関及び地域における地域生活移行に向けた基盤の整備や取り組みの充実及び一体的な支援の展開を推進する。</p>	(一)		
		<p>3 療養環境と処遇の改善</p> <p>入院患者の療養環境や処遇等については徐々に改善が図られているが、閉鎖病棟への公衆電話の設置割合については、89.7%となっている。</p>	<p>課題</p> <p>○更なる精神科病院の施設・設備等の改善及び開放的な環境での処遇の確保等が求められる。</p> <p>○閉鎖病棟に入院中の方の通信や面会等の家族や地域社会との接触手段・機会等及び入院患者の権利に配慮した処遇の確保が必要。</p>	<p>入院患者が快適な入院生活を送れるよう、療養環境の整備及びより適切な処遇の確保等を推進する。また、人権に配慮した適正な医療及び保護の確保に努める。</p> <p>(療養環境の改善)</p> <p>「医療施設近代化施設整備事業」の積極的な活用を図り、老朽化した施設の建て替えや病室及び病棟面積の改善、鉄格子の撤去又は保護室や病棟出入口扉の改修、その他患者の療養環境改善のために必要な整備等を推進する。</p> <p>(処遇の改善)</p> <p>○入院患者の通信(電話等)・面会については、医療上及び人権の観点からも重要であることから、その機会や手段等の確保を促進する。</p> <p>○隔離・身体的拘束等の行動制限が必要最小かつ適切な方法で行われるよう、また、できるだけ開放的な環境での処遇が提供されるよう、各精神科病院における処遇改善に向けた取り組みを推進する。</p>	(一)		
(P82-89) 「精神保健医療対策」	<p>4 心神喪失者等医療観察法への対応</p> <p>○心神喪失者等医療観察法は平成17年7月15日に施行され、平成18年度末までに北海道では30件程度の審判申し立てが行われている。</p> <p>○入院処遇とされた対象者の治療を行う「指定入院医療機関」は、現在道内には整備されておらず、最も近い指定入院医療機関は岩手県花巻市にある。</p>	<p>(指定医療機関等の確保)</p> <p>○心神喪失者等医療観察法の対象となった方の円滑な社会復帰が図られるよう指定医療機関等の確保が必要。</p> <p>(地域社会における処遇)</p> <p>○地域社会における処遇においては、関係機関が連携し、対象者を適切に支援することが必要。</p>	<p>対象者の社会復帰を促進するために必要な指定医療機関等を確保するとともに関係機関等と連携した対象者支援に取り組む。</p> <p>(指定医療機関等の確保)</p> <p>○本道における指定入院医療機関の整備について、関係機関・団体等と連携しながら、その実現に向けて取り組む。</p> <p>○指定通院医療機関及び鑑定入院医療機関の更なる整備を促進する。</p> <p>(地域社会における処遇)</p> <p>○地域社会における処遇においては、指定通院医療機関及び保護観察所、市町村並びに相談支援機関等の関係機関と密接に連携しながら支援する。</p>	(一)			

都道府県名	対策分野	現状	課題	施策 方法 体系 など 詳細 備案	目標 (数値 含む) 目	備考 (項目 目録 ・ 印象 など)	未抽出 の対策
		<p>5 うつ病・自殺予防対策</p> <p>○戦後長らく年間2万人台前半で推移していた我が国の自殺死亡者数は平成10年から3万人に急増し、自殺は深刻な社会問題となっている。</p> <p>○平成14年の北海道・北東北知事サミット合意事項に基づく「北のくに健康づくり推進会議自殺予防対策部会」の共同事業への取り組みや、北海道心の健康づくり推進連絡協議会自殺予防部会での、自殺の現状や予防方策等を検討してきた。</p> <p>○また、自殺予防のためのフォーラムや研修会を開催するほか、道立保健所において自殺予防講演会を開催するなど、うつ病・自殺予防対策に取り組んでいる。</p>	<p>課題</p> <p>○自殺死亡者数の減少のための取り組みが必要。</p> <p>○自殺の要因及びその背景等について、今後とも調査、研究を行いながら、広く普及啓発する必要がある。</p>	<p>様々な分野の機関・団体で構成する北海道自殺予防対策連絡会議を開催し、自殺の要因の分析等も含めた自殺予防対策を推進する。(普及啓発等)</p> <p>住民又は保健、医療、福祉、労働、教育等の関係者に対するシンポジウムや講演会を積極的に開催するとともに、地域のネットワークの形成に努める。</p> <p>(相談体制の充実)</p> <p>相談窓口の周知徹底及びいのちの電話や自殺未遂者、遺族をケアする民間団体と協力体制を組み、相談体制の充実を努める。(早期発見・対応等)</p> <p>住民検診の活用による早期発見・早期対応方策等の検討や、プライマリケアの担当医や産業医、専門医が早期に対応できる円滑な連携体制づくりを推進する。</p> <p>(メンタルヘルス対策の推進)</p> <p>精神保健福祉センターは、調査分析・研究や普及啓発等を行い、複雑困難ケースの相談技術を蓄積しながら、技術支援及びマンパワーの育成を行うほか、自殺予防のためのメンタルヘルス対策を推進する。</p>	(-)		
		<p>6 認知症への対応</p> <p>○平成17年の認知症高齢者は全国で170万人、北海道で約9万人と推計されており、今後も増加するものと予測される。</p> <p>○法令に基づく申請や届出等により保健所が把握している認知症患者数は、10年前と比べて4.6倍に増加しているとともに、精神科病院に新たに医療保険入院された方の4分の1が認知症患者となっている。</p> <p>○認知症デイ・ケアを実施している医療機関については、平成19年4月1日現在で、11か所となっている。</p>	<p>課題</p> <p>認知症は進行性の疾患のため、その予防や早期発見・早期治療等が必要。</p>	<p>認知症の予防や症状悪化防止、ケアの質の向上及び普及啓発等総合的な支援体制の構築を推進する。(予防及び早期発見等)</p> <p>○地域の医師、保健師、作業療法士、理学療法士等の活動による予防対策として、高齢者及び家族に対する教室や講座等の開催、早期の受診勧奨等を推進する。</p> <p>○地域のかかりつけ医が認知症を早期に発見・診断し適切な対応ができるよう医師会と連携した研究会等の開催により、認知症診断の知識・技術の普及を引き続き図る。(認知症ケアの質の向上等)</p> <p>○認知症ケアの質の向上のため、認知症介護に携わる事業者や職員に対する研修の充実等を図る。</p> <p>○認知症サポーターの養成を図るとともに認知症早期サービス事業の推進など、地域の実情に応じた認知症予防、地域の見守り、支援体制の構築等を推進する。</p>	(-)		
	(P90-91)「障害保健医療対策」	<p>(1 高次脳機能障がい者への対応)</p> <p>○高次脳機能障がいとは、病気や事故などの様々な原因で脳が損傷されたために、言語・思考・記憶・行為・注意などの機能に障害が起きた状態であり、個人によって機能障害の種類や状態・程度が異なり、「見えざる障害」といわれている。</p> <p>○高次脳機能障がい者数は、国立身体障害者リハビリテーションセンターの推計によれば、全国で約27万人といわれており、道内において単純に人口比で試算しても約1万1,000人を超えると考えられるが、現在のところ、その実数はつかめていない。</p> <p>○平成13年度から17年度まで、国のモデル事業としてリハビリテーション提供や地域生活支援などを実施し、平成18年度からは、医療機関における診断、リハビリテーションの取り組みを推進するとともに、就学、就労、在宅生活支援等の相談支援に取り組んでいる。</p> <p>○また、保健福祉事務所や市町村等の相談対応者の能力を高め、地域における高次脳機能障がい者支援体制の整備を進めている。</p>	<p>(1 高次脳機能障がい者への対応)</p> <p>○相談体制の充実:相談窓口の充実が必要であるとともに、支援拠点機関等には、支援コーディネーターあるいはその役割を果たせる人材の配置が必要。</p> <p>○医療と地域支援の連携:医療と地域支援の連携が重要であることから、関係機関との効果的な連携体制の確立を図る必要がある。</p>	<p>(1 高次脳機能障がい者への対応)</p> <p>高次脳機能障がいに関する知識等の普及を図るとともに、身近な地域において支援が受けられる体制づくり等を推進する。</p> <p>○相談体制の充実:地域の保健師、施設職員、介護ヘルパー等が、支援拠点機関等にリハビリテーションや支援内容について相談できる体制づくりを推進する。研修会、勉強会及び勉強会を実施するなど、地域の相談担当者をサポートする仕組みの構築、当事者や家族会への支援の充実を図る。</p> <p>○医療と地域支援の連携:医療機関及び医療関係者、障害関連施設並びに住民への普及啓発に努める。支援拠点機関によるリハビリテーション支援コーディネーターや、地域における就学、就労、在宅、施設利用などの生活支援等を行うため、支援コーディネーターが中心となり、リハビリテーション提供や関係機関の連携体制構築などの取り組みを行う。</p>	(-)		
		<p>(2 発達障がい者への対応)</p> <p>○自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障がい、学習障がい、注意欠陥多動障がいなどの発達障がいについては、国が実施した調査によると、「知的発達に遅れはないものの、学習面や行動面で著しい困難を示す」と担任教師が回答した児童等の割合は6.3%となっている。</p> <p>○この割合を、道内の児童人口(18歳未満の人口:899,638人)に乗じて推計すると、北海道における発達障がい者数は、約5万6,000人と算定される。</p> <p>○発達障がい者については、これまで、十分な支援が受けられていない実態にあったことなどから、発達障害者支援法が平成17年4月1日に施行され、発達障がいの定義や支援に関する国や都道府県の責務等が規定された。</p> <p>○北海道では他県に先駆けて、平成14年度に函館市に発達障害者支援センターを設置し、その後、2か所の地域センターを設置して道内の相談等をカバーしている。</p>	<p>(2 発達障がい者への対応)</p> <p>○支援体制の整備:発達障がい者及びその家族等に対する相談・情報提供等の専門的支援を行うとともに、各地域における市町村及び関係機関の体制整備を推進する。発達障がいに対する理解の促進を図るとともに、地域の支援体制の確立を図るため、道民フォーラム等を開催する。発達障がいのある方への生涯を通じた支援を行うため、発達障害者支援体制整備検討委員会において、教育庁とも連携し、発達障がいのある方への支援の在り方の検討を進め、支援体制の整備を図る。発達障がい者支援関係者の専門性向上を図るため、判定業務等を行う専門職員に対する研修を行う。</p> <p>○医療機関等の確保:医療機関等と連携し、適切な診断等が受けられるよう情報提供等に努める。</p>	(-)			

都道府県名	対策分野	現状	課題	施設方法体系など・評・備実	目標(含む)項目	出備考(項目・印象など)	未抽出の対策
青森県	(P252-254)「精神保健医療対策」	<p>【現状と課題】</p> <p>本県の精神科病院数は、平成19年6月末現在で、26病院、病床数4522床で平成15年度と比較すると1病院、120床減少、入院患者の状況は、平成19年6月末現在3977人で、平成15年度と比較すると209人の減少傾向を示している。入院患者を年齢別に見ると、65歳以上の患者は1,707人で全体に占める割合は42.9%となっており、平成15年度の36.0%から増加していることから、高齢化の傾向にある。入院期間が10年以上の長期入院患者は平成19年6月末で全体の23.5%となっており、平成15年度の30.0%と比較し、減少傾向にある。精神障害者等の休日・夜間における緊急時に対応するため、精神科救急医療システムを整備しているが、平成11年の開始以来、受理件数が増加し、平成19年度は県内6ブロックの19病院において、電話相談、外来受診、入院を含め1,423件の利用があった。精神科医療においては、精神障害者の医療及び保護のため、患者本人の意思によらない入院や行動の制限を行わなければならない場合があることから、患者の人権を尊重した適正・適切な医療の確保が求められている。本県の精神科医療は、慢性的な医師不足、医療施設の備え及び一部医療施設の老朽化、新たな医療ニーズに対応するための診療機能の充実等の課題に直面している状況にある。こうした状況等から、平成13年6月に青森県精神保健福祉審議会から提出された「青森県における精神科医療のあり方」についての意見書の提言を踏まえながら、引き続き機能分担及び医療連携を推進していく必要がある。また、高齢者の進行に伴い、保健医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症の初診前医療相談や初期診断、適切な治療方針選定等、認知症の専門的医療の提供体制を強化し、地域における認知症患者等の支援体制の充実を図る必要がある。</p>	<p>(1) 障害者に対する正しい理解の普及啓発 ○ 広報媒体等の活用により、障害者に対する正しい理解の普及啓発を図る。(県、市町村)</p> <p>(2) 相談支援体制の構築 ① 障害者相談センター及び精神保健福祉センターの相談機能を高めるとともに、保健所、市町村等地域における障害者への相談支援の充実を図る。(県、中核市、市町村)</p> <p>(2) 障害福祉従事者に対する研修の充実により資質の向上を図る。(県、中核市)</p> <p>(3) 高次脳機能障害者に対する正しい知識・理解を促進し、相談支援体制の整備を図る。(県)</p> <p>(3) こころの健康づくりの推進 ① 県民へのこころの健康づくりの啓発を推進する。(県、中核市、市町村)</p> <p>(2) 自殺予防においては、市町村をはじめ県内の関係機関や団体と連携し、総合的な自殺予防対策の推進を図る。(県、市町村、医療機関、関係団体)</p> <p>(3) ひきこもりに対する正しい知識・理解の促進、相談支援体制の構築、社会復帰に向けた支援を図る。(県)</p> <p>(4) うつ病対策の推進 ○ 自殺予防対策の中で、市町村の住民を対象とした研修会や健康教育、小規模事業所の事業主・従業員に対する研修会や出前健康講座によるうつ病に関する普及啓発、電話によるうつ病についての相談を行うほか、一般診療科医師と精神科医師との連携体制を整備するなど、うつ病の早期発見や早期対応のための理解や円滑な連携の促進を図る。(県、市町村、医療機関、関係団体)</p> <p>(5) 患者の人権を尊重した適正・適切な医療の確保及び療養環境の改善 ○ 精神科病院の実地指導及び実地審査並びに精神医療審査会等の適切な運用を通じて、患者の人権を尊重した適正・適切な医療の確保及び療養環境の改善を図る。(県)</p>	<p>(一) 「県民の心の健康づくりを推進し、精神障害者の保護と適切な医療の提供を行うことにより、精神障害者が共に地域で生活できる社会を目指す」と記載があるが、これは目標ではなく施策の方向性であると思われる(一)とした。</p>	<p>・記載内容も普及啓発から救急、地域支援など幅広く網羅しているが、具体的な数値目標までは立てられていないようである。 ・自殺対策は精神保健医療対策では簡単に触れられているのみであるが、「健康づくり運動の推進」内に目標値まで含めて記載されている。</p>	<p>(分析未) 薬物乱用防止対策(P295) 障害者福祉対策(P318) 精神保健福祉センターの機能の充実・強化(P323)</p>	
			<p>(6) 精神科医療に係る機能の充実と連携 ① 処遇困難症例、中毒性精神疾患、児童思春期精神医療、アルコール依存、身体合併症、老人性認知症等に対応できる精神科医療の機能の充実を図る。(県、医療機関)</p> <p>(2) 病院と診療所との連携を進め、通院患者を対象とした精神科デイケア施設の充実(一)に努め、社会復帰の促進を図るよう医療機関に働きかけていく。(県)</p> <p>(7) 精神科救急医療システムの整備・維持 ○ 精神障害者等の休日・夜間における緊急時の精神科医療を確保するため、病院群輪審判による精神科救急医療システムの整備・維持を図る。(県、医療機関)</p> <p>(8) 精神障害者の退院の促進 ○ 地域における受け皿の確保等、受入条件が整えば退院可能な精神障害者について、障害者自立支援法に基づき相談支援事業や地域活動支援センター等地域での支援体制を整え、退院の促進を図る。(県、市町村、医療機関、関係団体)</p> <p>ア精神科病院内における利用対象者に対する退院への啓発活動 イ退院に向けた個別の支援計画の作成 ウ院外活動(福祉サービス体験利用、保健所グループワーク参加等)の同行支援等 エ対象者、家族に対する地域生活移行に関する相談・助言(退院後の生活に係る関係機関との連携、調整)</p>				
			<p>(9) 医療観察法における対象者の社会復帰に向けた支援 ○ 保護観察所を中心とした関係機関との連携を推進し、指定通院医療機関の整備及び充実について調整を図る。(県)</p> <p>(10) 老人性認知症患者に対する保健・医療・福祉サービスの向上 ○ 老人性認知症センターについては、保健・医療・福祉関係機関等と連携を図りながら、老人性認知症患者の専門医療相談、鑑別診断・治療方針選定、夜間や休日の救急対応を行うとともに、地域保健・医療・福祉関係者に技術援助等を行うことにより、地域の老人性認知症患者等の保健・医療・福祉サービスの向上を図る。(県、医療機関)</p>				

都道府県名	対策分野	現状	課題	施策 方法・系 統・評 価	目標 (数値 目)	備考 (項目 ・数 値・ 目)	未 抽 出 の 対 策
	(P300-309) 「健康づくり運動の推進」内の自殺対策部分	生活習慣病の要因である「肥満」及び「喫煙」、さらに、自殺死亡率が全国上位に位置していることから、「自殺」を加えた3つが課題となっている。		(自殺予防対策) ・知識の普及や相談窓口の設置などの環境整備は進んでいるが、自殺者数は策定時より増加し、特に、40～60代が増えしてきたことから、働き盛りへの対策を重点的に推進する。 ① 自殺予防活動を実施。 ② 教育現場における精神保健の充実を図る。 ③ 職場の精神保健の充実を図る。 ④ 自殺者遺族の心理的ケアの充実を図る。	(自殺者数の減少) 527人→294人以下 (自殺に関する啓発及び相談等を実施する市町村の割合の増加) 47.5%→100% (抑うつ状態や引きこもり状態にある者への訪問を実施する市町村の割合の増加) 77.5%→100%		
岩手県	(P119-125) 「うつ対策」(実質自殺対策)	○秋田に続いて全国第2位の自殺高率県 ○男性は50～60代に書けて、女性は年齢とともに割合が高くなっていく ○原因は健康問題が半数で、経済・生活問題、家庭問題と続く ○精神が病書を有する22病院で4399人に入院治療が提供され、12604人に自立支援医療が提供されている ○自死遺族が心の痛みにより精神疾患にかかったり、後追い自殺を図るリスクもある	○自殺・うつ対策の体制整備が必要である ○うつを早期発見し治療に結びつけるには、健診・相談の場における取組を推進する必要がある ○うつを早期発見し治療に結びつけるには、かかりつけ医の早期発見、精神科医との連携が必要である ○関係機関が連携し地域が一体となり、自殺のない町づくりを進める必要がある ○後追いや連鎖自殺を防止するためアフターケア等の支援が必要	○様々な問題に対応するための体制整備をはかる。どの地域にいても必要な医療が受けられるように病院等の確保につとめる。 ○社会的入院となっている精神障害者が安心して地域で生活できるよう地域生活支援体制の構築を促進 ○精神科救急医療体制の在り方を検討し、精神科救急医療相談体制の充実を図る。 ○うつに関する正しい知識の普及啓発を行い、早期対応のためのスクリーニングの普及やかかりつけ医と精神科医の連携を促進 ○自殺相談等の一層の充実を図り、地域における身近な相談支援体制の整備促進に努める。 ○自殺アクションプランに基づき、総合的な自殺対策を促進。 ○関係機関が連携し、気軽に健康相談が受けられ、受診できる体制を整備。 ○精神科疾患の正しい知識の普及を図り、精神福祉相談の支援体制の充実を図る。 ○精神科医師等のマンパワーの確保を図る。 ○心神喪失者等医療観察法による入院治療を終了した患者の社会復帰に向けた、地域生活支援に協力。	自殺死亡率 (人口10万対) 34.1 (H18)→H22までに全国平均値(23.7: H18)	・うつ病対策を自殺対策と並列にしているようである。岩手県は岩手医科大学精神科で自殺の研究を大々的に行っているの、そのデータなども取り入れた記載可能性の検討も今後の課題か。 ・救急システムでは身体合併症についての経路も分かりやすく図示されている。	分析未: 認知症高齢者に対する支援の充実(P142)、薬物乱用防止対策の強化(P162)
		・本県の精神障害者数は約17000人(H18) ・精神科医療については、精神病床を有する22か所の病院において入院医療が提供されているほか、病院・診療所等において自律支援医療(精神通院)が提供されている。また、かかりつけ医等においても心の健康のための必要な医療が提供されている。なお、不登校やひきこもり、児童虐待、中高年の自殺の増加など、心の健康づくりの観点から、精神科医療のニーズは増大している。 ・平成18年6月現在、入院者4399人のうち社会的入院者が267人となっており、これらの患者の退院促進を図るとともに、地域で暮らす精神障害者が安心して自立した生活ができるよう相談支援体制や住まいの確保、日中活動の場の整備等福祉サービス基盤の一層の充実が求められている。 ・精神科救急医療は4救急医療圏に基幹病院を置いて実施しているが、受診件数の増加への対応や協力病院・かかりつけ医との連携、精神科救急情報センターの機能評価などの課題があり、どの地域でも必要な救急医療を提供できる体制の充実が求められている。		・人権や処遇に配慮した適切な入院医療の確保のため、精神医療審査会の審査や保健所による精神科病院実地指導の充実を図るとともに、安心して気軽に通院医療が受けられるよう、身近なかかりつけ医の機能強化や自立支援医療機関の確保に努める。また、この地域でも希望する人が精神科デイケアや訪問看護が受けられるよう、実施病院等の確保に努める。 ・「社会的入院」となっている精神障がい者が地域で安心して生活ができるよう、日中活動や住まいの場などの基盤整備や就労による自立の促進などについて、地域自立支援協議会を中心に精神科医療機関や障がい福祉サービス事業者、市町村等関係機関の連携による地域生活支援体制の構築を促進する。 ・地域で暮らす精神障がい者が、休日・夜間等において適切かつ迅速に精神科医療を受けられるよう、精神科救急医療体制のあり方等について検討を進めるとともに、精神科救急情報センターの機能強化により精神科救急医療相談体制の充実を図る。	(一)		

都道府県名	対策分野	現状	課題	施設方法体系など・評価	目標(数値目)	備考(項目・印象など)	未抽出の対策
	(P128-131) 「精神保健福祉の充実」	<p>・本県の自殺による死亡者数は毎年500人前後で推移し、自殺死亡率では全国2位の自殺高率率となっている。このため、精神保健福祉センターの技術支援を受け、保健所が中心となりうつ等の普及啓発や相談窓口の整備、自死遺族支援などに取り組んでおり、県、市町村と関係機関が連携し、地域における多様な相談支援体制など早期発見・早期対応の充実をはかる必要がある。</p> <p>・精神疾患は特別なものでなく誰もが罹患しうるものであることから、ストレスが多い社会の中で、気軽に相談したり必要な精神科医療を受けられるよう支援する体制が求められている。</p> <p>・本県の精神科医師数は、全国平均と比較して少なく、精神保健福祉法に定める精神保健指定医師についても不足している現状にある。増大する精神科疾患ニーズに精実に対応していくためには、精神科医師の確保が必要(人口10万人対の精神科医師数：H18.12.31現在、全国平均：111人、本県94人)。</p> <p>・心神喪失者等医療観察法に基づき、心神喪失や心神耗弱の状態でも重大な他害行為を行った患者に対する治療を行うため、入院医療機関、遠隔医療機関及び薬局が指定されており、保護観察所に所属する社会復帰調整官が中心となり対象者への支援を行っている。</p>		<p>・身近な地域において、うつに関する正しい知識の普及啓発を行うとともに、早期発見・早期対応を図るため、各種健診事業におけるうつスクリーニング等の実施やかかりつけ医と精神科医の医療連携を促進する。</p> <p>・精神保健福祉センターの技術支援を受け、保健所における自殺総合相談や自死遺族相談の一層の充実を図るとともに、市町村や関係機関による多量債務相談や産後うつ相談、高齢者の心の健康相談など、身近な地域における多様な相談支援体制の整備促進に努める。</p> <p>・平成19年3月に策定した「自殺対策アクションプラン」に基づき、関係機関・団体など多様な主体の参画により、総合的な自殺対策を促進する。</p> <p>・ストレスなどに対応し、精神科医療機関と精神保健福祉センターや保健所、市町村等が連携し、気軽に心の健康相談を受けることができ、また受診できる体制づくりに努めるほか、精神疾患の正しい知識の普及や精神保健全般の相談支援体制の充実を図る。</p> <p>・地域で生活する精神障がい者を支える医療の提供や精神科救急医療体制の充実、重要課題となっている自殺対策の促進など、増大する精神科疾患ニーズに対応し、各種対策を着実に進めていくため、精神科医師等マンパワーの確保を図る。</p> <p>・心神喪失者等医療観察法による入院治療が終了した患者の社会復帰に向けて、迅速の実施計画づくりや精神保健福祉法等に基づく保健師の訪問指導、各種福祉サービス利用などの地域生活支援に協力する。</p> <p>(心の健康に関する問い合わせ先一覧が参考資料にあり)(精神科救急医療システム概念図あり：一般、身体合併症、自傷他害の3経路とその連携を示した図)</p>	(一)		
宮城県	(P102-105) 「精神医療」	<p>(1精神科医療に係る各医療提供施設の役割)</p> <p>① 精神科病床の状況等(平成19年3月31日現在、宮城県・仙台市調べ)</p> <p>・精神科病院数 35ヶ所 ・精神科病床数 6,116床 ・入院患者数 5,392人</p> <p>・病床利用率 89.0% (平成17年度厚生労働省病院報告)</p> <p>(全国病床利用率 91.7%) (同上) ・平均在院日数 327.2日 (同上)(全国平均在院日数 327.1日)(同上)</p> <p>・人口10万対病床数 264.6床 (同上)(全国人口10万対病床数 273.3床)(同上)</p> <p>・統合失調症の入院患者が5割を占め、次に多いのが脳器質性精神障害で3割、50歳代の入院患者数が22%と最も多く、次いで60歳代が21%であり、19歳以下は0.5%、60歳以上が全体の6割。</p> <p>② 精神科診療所の状況(主たる診療科が精神科の診療所)</p> <p>・診療所数 42ヶ所(平成17年度医療施設調査)</p> <p>・受診患者延数(調査年9月の月間数)36,644人(同上)</p> <p>③ 精神保健福祉法による措置入院。応急入院に関しては指定医療機関として指定。措置入院指定病院は全県で18カ所、応急入院指定病院は4カ所があるが、措置入院については、入院先の確保等が課題となっている。</p> <p>④ 専門病院及び専門病棟の状況</p> <p>・アルコール・薬物関連の専門病棟は仙台市に1カ所あり、診療所は数ヶ所ある。</p> <p>・児童・思春期病棟を持つ精神科病院は県内になかったが、平成20年6月に専門病棟を持つ精神科病院が新設予定。</p> <p>⑤ 精神科病棟の機能分化の状況</p> <p>・精神科病棟の機能分化の観点からみると、精神科急性期治療病棟、精神療養病棟、老人性認知症疾患病棟等があるが、当面の課題として精神症状の急変期や重篤患者に対応する精神科急性期治療病棟の整備が求められている。</p> <p>⑥ 身体合併症治療体制の整備</p> <p>・身体合併症精神患者について、入院患者の受け入れ現状をみると、県内で精神科入院施設を持つ総合病院は4ヶ所(東北大学病院、仙台医療センター、仙台市立病院、東北厚生年金病院)であり、そのうち一部は実質的に精神科病床として入院対応が十分に行えない状況にあるため、身体合併症治療はこれら総合病院を除くそれぞれの精神科病院においても治療している。なお、これら総合病院における精神科医の役割として、他疾患に対するリエンジニア機能が期待されている。</p>	<p>① 専門治療病院・病棟や精神科急性期治療病棟の整備</p> <p>・アルコール・薬物関連病棟及び精神症状の急変期や重篤患者に対応する精神科急性期治療病棟の整備については、関係機関と協議し地域性を配慮しながら整備を促進。</p> <p>② 精神科急性期治療において精神科病院と連携する精神科診療所とのネットワーク形成</p> <p>・精神科急性期治療病棟への入院患者は地域における精神科診療所との治療が相互に継続して行えるように、精神科病院・診療所の連携を強化。</p> <p>③ 総合病院精神科における身体合併症精神患者の治療及び病床確保のための精神科病院とのネットワーク形成</p> <p>・身体合併症治療の体制を整備するため、総合病院精神科の病床確保に努めるとともに、総合病院と精神科病院との連携を促進。</p>	(一)	<p>・幅広く記載事項が網羅されているが、具体的目標設定に乏しい印象。</p> <p>・4か所ある有床GHPにもそれぞれの機能があり、十分精神身体合併症に入院対応できないところもあることが述べられている。そのようなGHPにおいても、一般病床に入院し精神科医が併診リエンジニアで治療するということも含めて、身体合併症へのGHPの果たす機能および、機能に応じた地域連携が必要である。精神科病院における身体合併症の治療には限界もあるだろうが、どの疾患、状態、どの時間帯であれば精神科病院でも対応できるのかの医療機能情報提供も今後の課題か。</p>		
		<p>(2精神科救急医療)</p> <p>① 精神科救急医療システムとして精神疾患の急激な発症や悪化等により、緊急な医療を必要とする精神障害者のため、休日の昼間は県内27病院の輪番制により1日2病院が当番病院として、また、夜間は通年、県立精神医療センターを基幹病院として救急医療体制を整え運用している。</p> <p>② 精神科救急情報センターでは、救急システムの入口として救急医療の必要性について判断機能果たしている。</p> <p>③ 精神科救急に関しては、措置入院等の非自発入院を対象としたハード救急と外来診療等で対応可能なソフト救急があるが、現在の精神科救急については各医療機関における受け入れ機能が明確化されていない。</p> <p>④ 24時間対応する精神科救急入院料の施設基準を取得している病院は、県内では県立精神医療センターに限られる。</p>	<p>精神科救急医療システムの24時間化に向けた体制整備</p> <p>・精神科救急のうち、ハード救急を担う基幹病院の複数化に向けた整備の促進や、ソフト救急を担う各地域の精神科病院・診療所の連携によるシステムの整備を行う。</p>	(一)			

都道府県名	対策分野	現状	課題	実施方法・体系・評価・効果	目標(数値含む)	備考(項目・出持の所見・印象など)	未抽出の対策
		(3うつ病対策) ①うつ病対策に関する相談支援については、自殺予防対策の一環として市町村、保健所及び精神保健福祉センターにおいて実施しています。また、心の健康づくり対策として市町村、保健所がライフステージに応じた啓発普及を実施。 ②うつ病対策は自殺予防対策と密接な関係があり、また、児童・思春期・青年期・中高年・高齢者などのいずれの世代においても、深刻な問題を抱えている。 ③職場でのメンタルヘルスについては、産業医を中心とした相談支援体制が求められていますが、中小・零細企業への浸透はなかなか進んでいない。 ④うつ病患者の多くは精神科医等の専門医を受診よりも、地域のかかりつけ医師等に受診している場合が多い状況にあり、うつ病治療については、最初に診療した医療機関から精神科専門医への診療につながる受診体制の整備が求められています。また、医療機関に搬送された自殺未遂等の患者に対して、再発防止のための精神的ケアが必要とされている。		① 地域及び職場におけるメンタルヘルス対策の充実 ・うつ病や自殺予防に対処するためには、保健と医療との密接な連携の上に、地域・学校・職場等へのストレスやうつ病に関する正しい知識の啓発普及を行う。 ・学校や職場におけるメンタルヘルスや地域保健に従事する関係者は、相談支援の重要な役割を担っており、相談支援体制を強化・充実するためにこれらの関係者に対する研修等を実施する。また、地域における相談機関と精神科医療機関のほか、多重債務等の専門相談機関等との連携を促進する。 ② 自殺予防対策としてのうつ病診断・治療体制の充実 ・うつ病の適切な診療を行うため、かかりつけ医師に対するうつ病診断、治療技術に関する地域単位での研修を行う。 ・うつ病患者を最初に診療した医療機関と精神科専門医の連携を図り、うつ病患者に対して適切な治療を行うための、医療システムの整備に向けた検討を行う。	(-)		
		(4精神障害者の退院の促進に関する取組) ① 受入れ条件が整えば退院可能な精神障害者の状況(平成18年度宮城県患者調査) ・退院可能精神障害者数は1,512人。 ・年齢別では60歳以上が56.3%と半数を占めている。 ・入院期間別では1年未満が31.8%、1~3年未満が21.5%で、10年以上が23.1%となっている。 ・疾患別では統合失調症が半数以上を占め、次いで脳器質性疾患が26.3%となっている。 ② 退院可能な精神障害者は入院患者の3割を占めており、退院促進に向けて、当事者・家族・精神科病院及び地域関係者等の理解と連携が必要。 ③ 精神障害者の退院医療費については、障害の除去軽減と日常生活や社会生活の向上を図るために公費負担しているもので、平成20年2月現在で、11,237人が受給している。		地域生活の安定に向けた地域支援策の強化・整備 ・精神科病院から退院可能な対象者についての情報を得て、対象者の希望に対して精神科病院のリハビリテーション機能を活用した退院支援と併せて、県事業としての精神障害者自立生活支援員による院外体験支援等の支援活動を推進するとともに、地域関係者の協力と連携により適切な退院の促進を図る。 ・退院可能な精神障害者の地域の受け入れを促進するためグループホーム等の施設整備や退院への不安解消につながる地域での受け皿として医療機関からの住診スタッフの派遣、市町村保健師等の訪問、日中活動の場の整備促進や障害福祉サービス事業所を把握し、地域支援体制の整備を促進する。 ・退院可能な高齢入院者については、介護保険や高齢者福祉制度の円滑な活用を図る。	(-)		
		(5心神喪失等の状況で重大な他害行為を行った者に対する医療の確保、社会復帰支援等に関する取組) ① 法施行後の申し立て件数(仙台保護観察所取り扱いは)、平成17年度から平成19年10月現在で12件あり、そのうち処遇決定を受けた件数は、入院処遇6件、退院処遇2件、不処遇1件で、処遇決定待ちが1件となっている。 ② 退院処遇にあたっては、円滑な社会復帰の促進と処遇の適正な実施に向けて、保護観察所と関係機関との情報交換等や連携が必要となっている。 ③ 県内に医療観察法に基づく指定入院医療機関はない。退院処遇を行う医療機関については8カ所指定。		① 対象者の地域生活を支援する関係機関の連携強化 ・対象者の地域生活が適切に支援されるように、指定退院医療機関・保護観察所・市町村及び保健所等との連携を図る。 ② 医療を確保するための指定医療機関の整備 ・各種指定医療機関の整備については、国公立病院や精神科病院関係者等と検討を行う。	(-)		
秋田県	(P130-133)「精神保健医療対策」	精神障害者に対する支援 (1退院促進事業、地域支援) ◇ 精神に障害のある人を取り巻く状況は、近年大きく変化してきており、精神に障害がある人に対する施策は、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方針に基づいて展開されている。 ◇ 本県の精神科病院は、平成19年3月31日現在、27病院4,350床で、入院患者は3,894人となっており、その内訳は、措置入院13人(0.3%)、医療保護入院1,857人(47.7%)任意入院2,024人(52.0%)。平成17年厚生労働省調べに少ないものの依然として長期入院の傾向にある。このため、精神医療審査会や精神科病院の実地指導を通じて、入院医療の適正な運用や、人権に配慮した処遇の確保及び退院可能精神障害者の退院促進支援に取り組んでいる。 ◇ 平成18年4月には障害者自立支援法が施行され、障害のある人が、その種別(身体障害・知的障害・精神障害)にかかわらず、必要とするサービスを利用できるような制度に改められた。また、同法に基づき県及び市町村は、障害福祉サービス等のニーズや必要量に応じて策定した障害福祉計画を推進していく必要がある。		精神医療審査会の審査や精神科病院の実地指導を充実して、入院患者の人権に配慮したよりよい医療の確保を図るとともに、退院可能精神障害者の退院促進を推進する。障害福祉計画に基づき「障害福祉サービス」や「地域生活支援事業」を促進するとともに、精神障害者に関する正しい知識の普及啓発を図り、ボランティア団体の活動を支援する。	(-)目標に記載があるが、実質施策の方向性のため、そちらに記載。	・目標に記載があったものは施策の方向性であると思われる。 ・自殺高率でありながら、自殺対策の記載が乏しい印象であり、精神保健医療の関与につき詳細な記載も今後の検討課題か。	分析未、障害保健医療対策(P134)、認知症対策(P136)、高齢者の保健・医療・福祉政策の充実、障害児(者)に対する施策
		(2うつ病対策) ◇ うつ病対策として、各地域振興局福祉環境部(保健所)では「うつ講座」や「うつ家族教室」を開催しており、また、一般内科医等を対象とした「うつ病研修会」を実施している。うつ家族教室については、一回当たりの参加者が少ないものの地域の家族の支援の場として継続していく必要がある。また、うつ病の初期治療ができる一般内科医等について県民に周知する必要がある。		「うつ講座」や「うつ家族教室」、「うつ病研修会」等を充実させるとともに、うつ病の初期治療ができる一般内科医等について県民への周知を図る。	(-)目標に記載があるが、実質施策の方向性のため、そちらに記載。		
		(3医療観察法対策) ◇ 平成17年7月に「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(心神喪失等医療観察法)」が施行され、指定退院医療機関として3機関、鑑定入院医療機関として3機関を整備している。しかし、今後、対象者の円滑な社会復帰を果たす上で指定入院医療機関の整備をめざす必要があることから、関係医療機関との検討が課題となっている。		心神喪失者等医療観察法の対象者の円滑な社会復帰を促進するため、指定入院医療機関の整備について検討する。	(-)目標に記載があるが、実質施策の方向性のため、そちらに記載。		
		(4発達障害対策) ◇ 発達障害者支援法(平成17年4月施行)に基づき、発達障害児(者)や家族等の相談に応じ、助言・指導などを総合的に行う拠点施設として、発達障害者支援センターを平成19年10月1日に開設した。			(-)		

都道府県名	対策分野	現状	課題	実施方法・体系・評価・備案	目標値(数値・目)	備考(項目・目録など)	未抽出の対策
		(5精神科救急医療システム) ◇ 休日・夜間の精神医療対策として、秋田県精神科救急医療システムを整備している。これは、県内に5つの精神科救急医療圏を設け、圏域ごとに地域拠点病院又は輪番制病院を指定しているほか、全県の拠点病院としては県立リハビリテーション・精神医療センターが対応するもので、これにより緊急時の精神医療の確保を図っている。 ◇ 障害のある人や保護者等からの夜間・休日の緊急な相談窓口として、秋田県精神科救急情報センターが平成17年10月1日から運営されている。しかし、22時以降の深夜から早朝にかけての時間帯が対象外となっているため、今後、24時間体制で対応できるよう整備していく必要がある。		県立リハビリテーション・精神医療センターはもとより、すべての救急指定病院において、24時間体制で対応できるよう、稼働時間を延長するとともに、中核となる機関に警察、消防、病院等の連絡調整を行う機能を整備し、精神科救急医療システムの充実を図る。	(-)目標に記載があるが、実質施策の方向性のため、そちらに記載。		
	(P155-158)「生涯を通じた健康づくりの推進」内の自殺対策の記載	「自殺による死亡率も平成7年以降全国1位の高さが続いており、今後なお一層の取り組みが必要となっています」		相談体制の充実 ・気軽に相談できる多様な相談窓口を拡大するとともに、その充実を図る。 ・民間機関による相談事業等の自殺予防対策について支援する。 ・自死遺族に対する相談や支援の充実を図る。	(-)		
山形県		(1精神保健福祉対策の推進、自殺対策)平成18年度病床数3707床、在院患者数3330人。精神科への通院患者は年々増加。通院に対する抵抗感から初期治療が遅れる場合がある。	(1精神保健福祉対策の推進、自殺対策)自殺死亡数は平成18年度381名で平成13年よりも64名増加し自殺対策が課題。その他、DV、PTSDへの対策も課題。	(1精神保健福祉対策の推進、自殺対策)疾患に対する知識の普及、自殺に対しては、事前予防・危機対応・時宜対策の段階に応じた対策を推進。精神医療従事者に対する教育研修の充実と技術指導・技術援助の強化。	(1精神保健福祉対策の推進、自殺対策)平成24年度にストレスを感じた人の割合(20歳以上)13%以下、自殺死亡率(人口10万対)27.0%	・記載は、現状把握から目標値を設定し、対策を作成しており、PDCAサイクルに基づき施策がなされていると思われる。 ・DVについても触れられている	
		(2精神科医療の確保充実)統合失調症に加え、認知症、若年者の社会不適応が増加。精神科等の診療所が近隣にない。医療観察法棟は県内になく、全国的に少ない状況。	(2精神科医療の確保充実)精神科中核病院と他専門診療科との連携。県立鶴岡病院の専門病院としての役割。	(2精神科医療の確保充実) 病連携や病診連携の推進。先進的な精神医療ネットワークの推進。思春期精神疾患の医療の確保。身体合併精神障害者などのために、精神科と地域の他科病院との連携支援。	(2精神科医療の確保充実)平成24年度に急性期治療の充実による短期入院治療システムを1か所から3か所にする。		
	(P115-122)「精神保健医療提供体制の充実」	(3社会復帰等を促進する機能の充実)平成17年度の入院期間が10年以上744人、受け入れが整えば退院可能入院患者2711人。	(4社会復帰等を促進する機能の充実)精神障害者は、受け入れ体制が整わず長期入院状態。	(3社会復帰等を促進する機能の充実)精神科救急入院病棟の整備の推進。グループホーム・ケアホームの整備促進と退院促進。	(3社会復帰等を促進する機能の充実)平成23年度に平成14年度精神科入院患者で退院可能な883人のうち583人を退院させる。グループホーム・ケアホームの利用人数を930人/月にする。		
		(4精神科救急医療システムの充実)19年4月精神科病床数3948床、うち緊急入院指定病院は7つ、2031床。	(4精神科救急医療システムの充実)当番病院で入院病床を確保困難、県民に当番病院の情報周知がされていない。	(4精神科救急医療システムの充実)精神科救急情報センターの設置。精神科医療圏を3つとし、各地域に救急医療体制の基幹病院を設置する。	(-)		
	(P201-202)「高齢者保健医療福祉の推進」内の『認知症』	(5認知症)平成17年焼く2万7千人、平成18年4月1日現在要介護者47977人のうち25421人が認知症高齢者である。	(5認知症)認知症の予防、早期発見、早期対応の体制を構築する	(5認知症)平成16年度から認知予防プロジェクト推進事業を実施し、総合的な認知予防対策を検討。認知症サポーターを養成する認知症予防セミナーを開催。かかりつけ医を中心とした地域医療ケアチームが支援。	(5認知症)認知症サポーター養成講座修了者数平成18年度450人から平成21年度1500人(累計)		
	(P203-208)「障がい者保健医療福祉の推進」内にて	(6保健医療福祉対策)平成18年度の障害者自立支援法により、身障、知的障害、精神障害が福祉相談窓口が一元化。	(6保健医療福祉対策)障害者が地域生活にスムーズに移行できるように支援するため、生活の場の確保や就労支援、社会参加を促進する。	(6保健医療福祉対策)精神障害からの相談に24時間体制をとり、精神科救急情報センターの設置、グループホームの整備、就労支援の充実、退院促進事業を実施。	(6保健医療福祉対策)平成24年度に県障害者自立支援協議会の設置1か所、相談支援事業者への研修100〜150人程度(年度)、高次脳機能障害者に対する支援拠点機関の設置1か所、精神障害者退院促進支援事業の実施3か		
	(P214)「保健福祉施設の機能強化」内の『精神保健福祉センター』	(7精神保健福祉センター)社会的ストレスの増加から心の健康等に関する相談が重要性が増している。専門的な相談機関としての機能強化が求められている。	(7精神保健福祉センター)心の健康づくり、思春期、アルコール、自殺、社会的引きこもり、PTSDなど地域特性に即した対策するため、研究調査することが必要。	(7精神保健福祉センター)専門的立場から積極的な技術指導及び技術支援を行う。調査研究体制の強化を進める。自死遺族支援相談窓口の設置、専門スタッフの要請とスキルアップを図る。	(-)		
	(P183)「健康づくりの推進」内の『児童生徒の健康づくり』	(8児童生徒)公立学校で不安など情緒的混乱による長期欠席(30日以上)は長期欠席者の6割を占めている。		(8児童生徒)健康相談活動の充実を図り、全教職員の間で共通理解のもと家庭や関係機関と連携し、組織的・継続的な対応をする。精神科医及び産婦人科医による相談事業を推進し、心の問題や性的問題を支援する。	(-)		

都道府県名	対策分野	現状	課題	実施方法 法体系 など 評・ 価実	目標 含(数 値) 目	備 考 の 所 見 目 注 意 点 等	未 抽 出 の 対 策
福島県	(P143-145) 「精神保健対策」	(精神病床)基準病床6588床、既存病床数7730床(平成19年3月31日現在) (1退院促進)精神科病院入院患者は6720人。このうち在院期間が10年以上の割合は、従く34%。(平成18年6月30日)	(1退院促進)長期入院者には受け入れが整えば地域での生活が可能なものもいるが、地域の受け皿のグループホーム等、日中活動系サービス基盤などの充実、身近な相談体制の整備が必要。	モデル事業として実施した指定相談支援事業者等と連携し、グループホーム、ケアホームや就労支援・自立訓練の日中活動系サービス等の提供体制の充実、相談支援体制整備を支援。	(-)	・自殺対策以外に目標値がなく、実施目標が不明確な部分が多い印象である。 ・提供しているサービスをどの程度利用されているかの成果が分かりにくい。 ・身体合併症対応に関する記載が乏しいような印象。	
		(2自殺対策)多重債務などの社会問題や健康問題が原因でうつ状態から自殺者が増加。自殺率(人口10万人対)平成18年度29.9と全国平均23.7を上回る。	(2自殺対策)長期入院、自殺者の増加。	(2自殺対策)心の健康に関する知識の普及・啓発、相談窓口のネットワーク化。平成19年度に策定した「福島県自殺対策推進行動計画」に基づき、相談窓口の充実、人材の育成、普及啓発の強化、遺族への支援、民間団体への支援を行う。	(2自殺対策) 自殺者数 平成18年度618 人から平成22 年に500人以下		
		(3精神科救急医療体制の整備)病識がなく適切な治療に結びつかない。	(3精神科救急医療体制の整備)夜間や休日など緊急時に精神障害者の医療を確保する。	(3精神科救急医療体制の整備)精神科病院と連携を図り、病院輪番制により精神科医療を確保する。情報提供のあり方について関係機関と検討する。	(-)		
		(4心身喪失者支援)平成16年心身喪失者等医療観察法施行による支援に取り組み。	(4心身喪失者支援)心身喪失者による重大な他害行為に対する医療の確保や地域での社会復帰。	(4心身喪失者支援)保護観察所が開催するケア会議へ参画、医療機関と連携し社会復帰に向けた支援を行う。	(-)		
	(P146-147) 「障害保健対策」内の『高次脳機能障害』	(5障害保健対策)高次脳障害は社会の理解が進まず、専門的な相談支援機関の設置や社会の理解を促進する必要がある。	(5障害保健対策)早期発見、適切な治療を行い、障害の除去や軽減を図る。地域で診断を行う医療機関や支援を行う福祉施設が不足。医療・保健・福祉・教育・労働等の連携強化。	(5障害保健対策)厚生医療費の給付助成、重度心身障害者医療費補助事業を行い、かかりつけ医療機関から専門医療機関への連携を推進。高次脳障害者と家族に対し、支援拠点機関を設置し、相談支援コーディネーターを中心に社会復帰のための相談支援、地域関係機関との調整等を行う。	(-)		
	(P148-149) 「認知症対策」	(6認知症)約3万7千人の認知症高齢者がいると推計(平成19年9月1日現在)	(6認知症)①かかりつけ医の対応の格差②早期発見後のフォロー体制が未整備③一次予防としての普及啓発が不十分。	(6認知症)「福島県認知症予防対策推進計画」(平成17～20年度)を策定。かかりつけ医の研修、専門医によるかかりつけ医のサポート体制の整備、認知症専門医療機関のリスト作成・好評など。「生活機能評価」の適切な実施、モデル市町村の自主グループ育成の取り組みを県内他地域へ普及する。県民に正しい知識を普及する。	(-)		
	(P150-151) 「薬物乱用対策」	(7薬物乱用防止対策)若薬汚染は県内全域で確認。年層の薬物乱用が後を絶たない。小中学生を対象に薬物乱用防止教室を実施し、正しい知識を普及する。	(7薬物乱用防止対策)中国製ダイエット食品による健康被害、社会復帰支援と再発予防の環境づくり。	(7薬物乱用防止対策)薬物乱用防止の普及啓発推進、違法ドラッグ等買上げ検査の充実、健康食品など買上げ検査の充実、薬物乱用防止指導員の研修、薬物関連問題相談体制の充実。	(-)		
茨城県	1.2.3は「精神医療対策」 (P144-151)	(1精神科救急医療体制)精神疾患による入院患者は6713人(平成18年6月末)、通院患者は20415人(平成18年度末)で、近年入院患者数は減少しているが通院患者数は増加。入院医療中心から地域生活支援へと転換が図られる下で、精神医療施策としては分野ごとの専門医療の向上が図られている。統合失調症を中心とした従来からの医療に加え、専門医療として児童・思春期、統合失調症との重複などを含めた薬物・アルコール依存症、高齢化などに伴う精神身体合併症への対応の必要性が高まっている。本県においての精神科救急医療体制は、措置入院体制から構築してきた。平成19年4月からは県立友部病院を受入院院に深夜から翌朝まで24時間365日対応できる体制を整備している。一般救急医療相談については、平成12年4月から休日昼間(8:30-15:00)において、平成19年4月から平日夜間(17:00-21:00)において、民間精神科病院の輪番制による診療体制を整備している。	(1精神科救急医療体制)このような専門医療の必要の中では、とりわけ精神身体合併症を含めた精神科救急医療の体制整備が課題である。軽度の状態では本人の意思が確認できる場合から、精神症状が強く本人の意思が確認できない場合まで、症状に応じた診療体制が必要。一般精神科救急医療については、現在の運用では休日夜間の実施や平日夜間の時間延長や診療・入院受入体制の拡充などが課題となっている。さらに、精神身体合併症のうち身体的にも精神的にも重症の救急患者については、身体・精神両医療分野の密接な連携による対応が課題である。	(1精神科救急医療体制)精神科救急対応、精神身体合併症対応については、県立病院を中心に他の精神科病院、一般救急病院、精神科診療所等の医療機関の連携を促進し、積極的に救急対応に取り組む医療機関の育成を図るため、救急事業の個別ケースに応じた情報交換を通して医療機関間の役割分担を進める。なお、児童・思春期やアルコール・薬物依存症などの各専門分野も含め、精神疾患をもつ人への支援として、医療機関以外の精神保健福祉を推進する機関・団体との連携を進め、地域生活を支援することも必要。	・一般救急医療相談における受入可能時間または受入体制については、24時間365日対応できる体制の構築を目指す。 ・精神身体合併症患者については県立友部病院と県立中央病院の連携も含めて精神科医療機関と一般医療機関の連携により、常時治療を受けることができる体制の確立を目指す。 ・「医療」と「保健」の別建てで記載されている精神科医療の現状と課題について小児・思春期の対応についての記載があるが、小児医療には記載がない。 ・精神科救急については、精神科緊急医療以外の体制(精神科一次・二次救急、身体合併症)がまだ不十分であることが述べられており、今後この部分についての発展が望まれる。	分析未:薬物乱用防止対策(P181)、発達障害(P233)、認知症(P223)については別に項目あり	

都道府県名	対策分野	現状	課題	施策方法体系など、評価	目標・数値目	備考・項目・出持の所見・印象など	未抽出の対策
		(2自殺対策、うつ病対策を中心に)本県では自殺者数が平成11年以降、年間約700人。国では自殺対策基本法(平成16年)及び自殺総合対策大綱(平成19年)を制定し、国を挙げて自殺対策を推進。自殺を考える人は経済問題や健康問題などの複雑な要因を抱える場合も多く、またうつ病など精神疾患に罹っている場合も多いとされている。自殺を企図した人の75%が精神疾患をもち、そのうち半数がうつ病を発症しているという調査結果がある。また、うつ病は国民の15人に1人が罹るとの研究もあるが、早期に適切な治療を受ければ大半が回復可能。しかし、うつ病に関する適切な知識が普及していないことにより、「根性の問題」と誤解されるなど治療を受けていない人も多いと考えられる。	(2自殺対策、うつ病対策を中心に)現状欄に記載の通り	(2自殺対策、うつ病対策を中心に)国の自殺対策大綱では、当面の重点施策として経済問題への対応等社会的取り組みを含め9項目が示されている。精神医療に関することでは、国民一人ひとりが自らの心の不調とともに身近な人の真実に基づき、早期対応を図って治療を受けることができる環境整備を図ることとしている。事前に身体症状を訴えることも多いため、精神科以外のかかりつけ医など周囲の人が気づき、精神科専門医療につなぐことができるよう研修などに重点的に取り組む。本人の休養も大切。うつ病の回復過程で自殺を企図するケースが多いとされており、周囲の人の見守りを促せるよう、うつ病の知識の普及啓発に取り組む。保健・医療面での対策の他、背景となっている多量債務の対策など広く自殺予防につながるよう、各種相談窓口のネットワーク化などに取り組む。	本県の自殺死亡率(人口10万対):24.9(平成18年)を平成28年までに18.9以下へ減少させる		
		(3医療観察法への取り組み)平成17年7月に医療観察法が施行。本県における運用状況は平成20年1月末現在、入院中14人、通院中9人、鑑定入院中3人となっている。ただし入院処遇については県内に指定入院医療機関がないため、全県農外の指定入院医療機関に入院中。	(3医療観察法への取り組み)指定入院医療機関は、国立公立医療機関などのうちから指定されるものであり、国では原則として全都道府県での整備をめざしている。整備にあたっては、通常より管理体制を強化することを含め、適切な入院処遇を確保する閉鎖型の施設が必要。	(3医療観察法への取り組み)「県立友部病院の運営とあり方についての検討会」報告書(平成19年5月)において、医療観察法病棟にこれら施設の整備が求められている」とされたことから、整備を図っていく。	平成23年度の友部病院の前面改築に併せて整備を目指す。		
	4.5.6は「精神保健」(P228-231)	(4精神疾患をもつ人の地域生活の支援)平成18年4月に施行された障害者自立支援法において、精神疾患をもつ人を含めて地域生活と就労を支援することとされた。本県では精神障害者社会復帰施設などを含めて、障害者支援施設の入所者が3障害(身体・知的・精神)全体で3745人(平成17年10月1日現在)となっている。また、病状が落ち着き入院治療の必要はないものの退院後の居性の場がないなどの理由により、精神科病院で入院生活を継続している患者が多数いる。平成18年に実施した県内精神科病院の入院患者調査によると1349人が退院可能と考えられている。	(4精神疾患をもつ人の地域生活の支援)精神疾患をもつ人が地域で自立して生活するためには、早期治療、救急などの保健・医療の充実を図るとともに、居住・就労の相談支援をはじめ社会適応のための訓練など福祉分野での取り組みが重要。	(4精神疾患をもつ人の地域生活の支援)精神疾患をもつ人が地域で自立して生活するために身近なところで相談支援が受けられるよう、市町村における精神保健相談の充実を図る。関係機関の連携により、退院可能な入院患者の退院後の受け皿整備と地域生活への以降を推進する。その際、退院促進支援事業を実施し、退院への不安や緊張の払拭と家族、県民への啓発を図る。	・3障害全体で、平成23年度末までに施設入所者3745人の割合(375人)を地域生活へ移行 ・退院可能な患者1349人のうち1130人の退院促進(平成23年度末までに)		
		(5心の健康づくりの推進)現代社会の特徴の一つとして、年齢などに関係なく疲労や様々なストレスの増大が指摘。	(5心の健康づくりの推進)心とからだのアンバランスから身体疾患を誘発する心身症やうつ病、児童思春期の心の問題、アルコールや薬物等の使用による精神及び行動の障害など、広く対応をとることが必要。また、これらの精神疾患に対する情報不足から誤解、偏見、過剰な不安が依然として残っていると考えられることから、正しい知識の普及と広報も重要。	(5心の健康づくりの推進) ・心の健康づくりに関する知識の啓発・広報を推進するとともに、精神保健福祉センターで実施しているこころの電話カウンセリングの充実を図る。さらに保健所の心の健康相談の充実を図る。 ・早期に身近なところで気軽に相談ができるよう、学校、職場、地域における心の健康に関する相談、カウンセリングなどの機会提供の充実を図る。 ・「いのちの電話」を数多くの人に知ってもらえるよう広報に努めるとともに、社会福祉法人茨城いのちの電話が実施する電話相談活動を支援する。 ・関係機関で構成される児童思春期ネットワーク体制の充実を図る。 ・アルコール・薬物依存症に対応するため、広報誌、ビデオ貸し出しにより正しい知識の普及を図るとともに、精神保健福祉センターを中心に関係機関のほか、家族会や自助グループなどの団体が相互に連携し相談援助の体制の充実を図る。	・ストレスや悩みを感じている人の割合:66.3%(平成18年)→50%以下(健康いばらき21プラン参照)		
		(6ひきこもり対策の推進)ひきこもりに悩む本人および家族は相当数いると推測されるが、潜在化しやすく実態が明確になっていないのが現状。	(6ひきこもり対策の推進)県では「相談窓口の周知」「相談機能の強化」「当事者の社会参加の促進」「関係機関との連携強化」の四つを柱にひきこもり対策の強化を図ってきたところだが、今後これら施策の充実した実施が必要。	(6ひきこもり対策の推進) 「相談窓口の周知」としてリーフレットの配布など 「相談機能の強化」:電話相談、面接相談、訪問指導など(全保健所および精神保健福祉センター)、専門相談(精神科医師)、家族教室、専門研修会(県市町村の保健福祉担当者等を対象)、事例検討会(保健所において実施)し、具体的な支援方法や他機関との連携などによる効果的な支援策について検討 「当事者の社会参加の促進」として、当事者の社会参加や家族の悩みの解消などを支援する事業を実施 「関係機関との連携強化」として情報交換会などの開催によって支援関係団体の連携を促し、地域でのひきこもり対策の支援体制の構築を図る。	「相談窓口の周知」「相談機能の強化」「当事者の社会参加の促進」「関係機関との連携強化」の推進による、当事者社会参加や家族の悩みの解消などを支援(具体的な目標記載なし)		

都道府県名	対策分野	現状	課題	施設方法体系など評価	目標(数値)	備考(項目・印象など)	未抽出の対策
栃木県	(P140-145)「精神保健医療」	(1)良質な入院医療の確保)本県の精神病床入院患者数は、平成8年度末では5,246人、平成18年度末では4,681人と、この10年間で565人減少。精神病床に係る退院患者平均在院日数も年々短縮されてきており、全国平均との差も徐々に小さくなっている。	(1)良質な入院医療の確保)精神障害者の症状に応じ、良質な入院医療提供体制の整備を推進していく必要がある。	(1)良質な入院医療の確保)精神障害者の症状や社会のニーズに応じた適切な入院医療提供体制の整備を図る。精神科病院相互の機能分担と連携により、良質な入院医療提供体制の整備を進める。	(一)	・精神保健対策については特に目標は設定していないようである。その他、薬物乱用対策(P152)、高齢者保健福祉対策(P165)、において精神科医療の関与の記載なし。障害者保健福祉対策(P169)では3障害共通の記載のみで、発達障害については言及されている。母子保健(P173)では不妊の原因のひとつとして「精神的ストレス」があげられている。学校保健(P178)では現状と過大に「心の健康」について記載されているが、特に精神科の関与は記載されていないようである。職域保健(P179)ではストレスに起因する「過労死」「職場における自殺」が記載されている。自殺対策(P183)では、施策のひとつとして、精神科医療の提供体制の整備について記載されている。	分析未、障害者保健福祉対策内の発達障害(P169)
		(2)精神科救急医療体制)本県の精神科救急医療の実施状況は、一次救急・二次救急患者数が増加し、三次救急患者数が徐々に減少している。措置入院及び緊急措置入院を必要とする精神障害者については、原則として、すべての患者を県立岡本台病院が当初受け入れ、一定期間経過後、民間精神科病院に転院させる官民連携の「精神科緊急医療システム」で対応。上記以外の救急患者については、「精神科救急医療システム」で対応しており、このシステムにおいても、初診患者等については、県立岡本台病院が当初受け入れ、一定期間経過後、民間精神科病院に転院させる連携体制。	(2)精神科救急医療体制)措置、緊急措置入院患者及び救急入院患者の円滑な受入体制を確保するため、県立岡本台病院と民間精神科病院との連携を一層強化する必要がある。軽症患者対応の一次救急医療体制や精神科単科病院では対応困難な精神・身体合併症患者の受入体制を整備する必要がある。	(2)精神科救急医療体制)一次救急から三次救急まで、精神障害者の心身の状況に応じた適時適切な医療を提供できる精神科救急医療体制の整備を図る。二次救急及び三次救急患者の円滑な受入体制を確保するため、県立岡本台病院と民間精神科病院の一層の連携強化を図ります。精神科診療所医師等の一次救急医療体制への参画や総合病院精神科等による精神・身体合併症患者治療体制の整備検討を進める。	(一)		
		(3)うつ病等精神保健対策)本県のうつ病に係る外来患者数は、ストレス社会を反映し、近年、増加傾向にある。県が平成18年度に実施した「こころの健康」に関する意識調査)では、県民の約8割が日常生活にストレスを感じており、また、ストレスの原因については、男性は「仕事」が8割以上と圧倒的であるのに対し、女性は「家族」、人間関係がそれぞれ5割以上に分かれるなどの性差が見られる。	(3)うつ病等精神保健対策)うつ病は症状が悪化すると自殺に結びつく危険性が指摘されており、その早期発見・早期治療体制の整備を図っていく必要がある。	(3)うつ病等精神保健対策)うつ病の早期発見・早期治療体制の整備とうつ病に関する普及啓発活動の充実を図る。児童・生徒、労働者、高齢者等対象者の特性等に応じたうつ病の相談支援体制について、関係機関との連携を図りながら整備を進める。	(一)		
		(4)精神障害者の社会復帰対策)精神障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するため、精神障害者退院促進支援事業や精神障害者社会適応訓練事業を実施している。精神障害者社会復帰施設の運営支援や障害者自立支援法に基づく新事業体系への移行を推進するなど、精神障害者の地域生活移行のための受入体制の確保に努めている。	(4)精神障害者の社会復帰対策)地域の医療・保健・福祉に係る関係機関の連携を強化し、退院可能な精神障害者の地域生活移行の促進と受入体制の整備を推進していく必要がある。	(4)精神障害者の社会復帰対策)精神障害者の退院促進に向けた取組の充実と精神障害者の地域生活移行のための受入体制の充実を図る。障害者自立支援法による障害福祉計画に基づく障害福祉サービスの確保や精神障害者社会復帰施設から新事業体系への計画の移行を推進する。精神障害者の地域での受入れを円滑に進めるため、精神疾患に対する県民の正しい理解を図るための普及啓発活動を充実する。	(一)		
		(5)心神喪失者等医療観察法への対応)本県では、心神喪失者等医療観察法に基づく鑑定入院医療機関が3か所、指定通院医療機関が5か所整備。	(5)心神喪失者等医療観察法への対応)同法に基づき指定入院医療機関は整備されていないため、早急にその整備を検討していく必要があるとともに、触法精神障害者の地域ケアを確保する観点から、指定通院医療機関数を拡充する必要がある。	(5)心神喪失者等医療観察法への対応)県立岡本台病院における指定入院医療機関の整備を検討する。民間精神科病院における指定通院医療機関の追加指定を検討する。	(一)		
	(P183-186)「自殺対策の推進」	(自殺対策) ・本県の自殺者数は、平成9年までは300~400人台だったが、平成10年にはじめて500人を超え、その後も高い水準が続いている。 ・特に、心理的・社会的負担の大きい中高年男性の自殺が、自殺者急増の主な要因となっている。 ・自殺の原因・動機別に見てみると、健康問題、経済生活問題、家庭問題などの順となっている。 ・自殺対策については、精神保健的観点に止まらず、倒産、失業、多重債務等の社会的要因も踏まえ、総合的に取り組んでいく必要がある。 ・自殺の事前予防、危機対応、事後対応の各段階に応じ、効果的な施策を講じていく必要がある。 (それぞれに関して年次推移の表やグラフあり)		・自殺の実態に即した効果的な施策を実施するため、人口動態統計等の資料を活用し、自殺の実態説明を推進する。 ・自殺対策講演会の開催等を通じて、自殺予防や死後遺族支援等の自殺対策の重要性に対する県民の理解を促進する。 ・かかりつけ医等を対象とした「うつ病研修」等を開催し、自殺の危険を示すサインに気づき、適切に対応できる「ゲートキーパー」の役割を担う人材の育成を図る。 ・自殺の原因となる様々なストレスの軽減や適切な対応など、心の健康の保持・増進のための体制整備を進める。 ・うつ病等の自殺の危険性が高い方の早期発見に努め、これらの方に適切な精神科医療が提供できる体制の整備を進める。 ・社会的要因等により自殺の危険性が高まっている方への相談支援など自殺発生回避のための体制整備について、関係機関と連携を図りながら進める。 ・自殺未遂者の再発の自殺を防止するため、自殺未遂者に対する支援体制の整備を進める。 ・遺された人の苦痛を和らげるため、自死遺族のための自助グループ活動等に対する支援等を通じて、自死遺族等の自立を促進する。 ・国民一体の「オール栃木体制」で取り組んでいくため、関係機関・団体で構成する栃木県自殺対策連絡協議会等を通じ、自殺対策に係る公的機関・民間団体の連携強化を図る。 (各機関の連携体制図あり)	(自殺死亡率を20%以上減少) ・H18年24.8(人口10万対)→H28年19.8(人口10万対)		

都道府県名	対策分野	現状	課題	施策 方法 体系 など 評・ 優劣	目標 (数値 含む)	備考 (項目 ・ 印象 など)	未 抽 出 の 対 策
群馬県	(P37-38)「精神保健福祉」	精神障害者に関する施策は、入院治療中心から地域におけるケアを中心とする体制に転換が進められているなど、精神保健福祉を取り巻く状況は大きく変化している。本県では、こころの健康センターや保健福祉事務所が中心となり各種精神保健福祉施策を実施しているほか、「県精神障害者支援課」を設置し、精神障害者の自立を支援している。また、県立精神医療センターを中心に、適切な医療の提供に努めていく。	【現状と課題】 ・精神科救急医療体制の更なる充実が必要 ・入院患者の減少と通院患者の増加がみられる ・社会復帰促進のための受け皿の整備が必要 ・居宅生活支援事業などの在宅精神障害者への支援の推進が求められている ・精神障害に関する知識の普及・啓発活動の推進が必要	・精神科救急医療体制の整備を図り、緊急に医療が必要な精神障害者への対応の充実を図る ・精神障害者の人権を尊重し、適切な医療を行うための精神医療体制の整備充実を図る ・社会復帰施設の計画的な整備及び安定した運営を図るための補助を行う ・居宅生活支援事業の実施主体である市町村への積極的な技術援助を行う ・「こころの健康」を保持・増進するため、普及・啓発活動を推進する 【行動目標】 (県民)こころの健康づくりのための施策の推進、こころの健康づくりに努める。精神障害者に対する知識を持ち、理解を深めることに努める (医療機関)精神医療体制の整備、精神医療体制の整備拡充に努める。精神障害者の社会フックの推進に努める。 (行政)こころの健康づくりのための施策の推進、こころの健康づくりのための施策を推進する。精神障害者に対する理解の促進に努める。適切な精神医療体制を確保する。精神障害者の社会復帰の促進に努める。居宅生活支援事業の支援に努める。	(一)行動目標として記載があるが、実質的に施策の方向性であるため、左に記載	平成17年度策定のもの。ページ数も少なく、箇条書きとなっている。理念を簡潔に述べた程度の記載であり、次回全文改訂の際には具体的な記載が課題であろうか。	健康づくりの推進、母子の保健医療、学校での保健、成人の保健、高齢者の保健医療、障害児(者)の保健医療
	(P65-66)「覚せい剤等薬物の乱用防止」	現在、日本は第三次覚せい剤乱用期にあり、覚せい剤を中心とした薬物乱用問題が深刻な状況にある。このため、県でも薬物乱用の根絶に向けて、監視指導の徹底、啓発活動の充実、再乱用防止対策の推進等、積極的に薬物乱用防止対策を講じていく必要がある。		(精神保健医療が関与する部分のみ抜粋) 薬物関連問題相談事業の充実を図り、薬物関連問題の発生予防と薬物依存者の社会復帰の促進を図る。こころの健康センターにおいて、薬物依存者やその家族に対して個別相談を行い、治療の動機付けや医療機関を紹介する。薬物関連問題を有する家族を対象とした家族教室を開催する。	(一)行動目標として記載があるが、実質的に施策の方向性であるため、左に記載		
埼玉県	(P68-69)「精神保健医療」	(1こころの健康)現代社会における社会環境の複雑多様化は、人々の精神的ストレスを増大させている。精神的安定を得る場所としての家庭や地域社会のきずなも弱まり、様々なこころの健康問題も生じさせている。特に近年、青年期におけるいわゆるひきこもりが、深刻な社会問題の一つとなっている。本県の自殺者数は、平成10年に急増し、高止まり状態が続いている。自殺者の多くは、その直前にはうつ病などの精神疾患を発症しているとされている。	(1こころの健康)毎日を生きていをもって生活していくためには、こころの健康は、不可欠であり、ライフステージに応じたこころの健康づくりが重要な課題となっている。このため、地域保健、学校保健及び労働保健の各分野においてこころの健康に対する相談・援助体制を整備するとともに、各分野の連携強化も必要である。	(1こころの健康)県民のこころの健康づくりや精神障害者の治療から社会復帰に至る総合的な対策の充実を図る。主な取り組みは、こころの相談・指導体制の充実、ひきこもり対策の推進、地域精神保健福祉の推進、精神保健福祉相談・訪問指導体制の強化、自殺対策の推進、アルコール依存症・アルコール関連問題対策の推進、精神保健福祉団体などの自助組織等の育成支援。	(一)	精神科医療に限らず、各事業は2ページずつ程度に簡潔に記載されている。極めて簡潔な理念的な記載しかないため、具体的な対策が分かりにくい面がある印象。健康作り対策(P80)にて「勤労者のメンタルヘルス対策の充実」、親と子の保健対策(P82)にて「子どもの心の健康に関する相談、情報提供等の充実」、青少年の健康対策(P84)にて「子ども心の医療体制整備の推進」、安全な医薬品の供給と毒物劇物等による危害の防止(P94)において「薬物乱用防止の啓発活動及び相談並びに薬物乱用離脱支援体制の充実強化」と記載あり。	
		(2精神医療対策の充実と地域ケアの推進)精神障害者に対する医療は、精神障害者が人権を十分に保障され、地域社会で必要な援助を受けながら生活できることを目指している。また、精神障害者は、単に精神疾患を有する者としてとらえるばかりでなく、社会生活を送る上で様々な困難、不自由を有する障害者でもある。覚せい剤等の薬物は依存性が強く、乱用は本人の健康のみならず、社会の安全を脅かす。	(2精神医療対策の充実と地域ケアの推進)自傷他害のおそれのある場合や、精神疾患の急性症状に対しては速やかな精神科治療が必要である。いつでも医療を受けることができるよう、救急医療体制の充実が必要。生活いをもって生活できるように、障害福祉サービスなど、地域での生活支援体制の充実が必要。薬物依存者が薬物から立ち直るための支援体制の整備が必要。	(2精神医療対策の充実と地域ケアの推進)県民が必要ときに、いつでも適切な精神科医療を受けられるよう精神科医療体制の充実を図る。精神障害者の社会復帰、社会参加を支援するため、障害福祉サービスの充実など、地域生活を支える体制の整備を図る。主な取り組みは覚せい剤等薬物依存症対策の推進、精神科救急医療体制の充実、精神科医療の充実、障害福祉サービスの充実。	(一)		
		(3認知症ケア)高齢化の進行に伴い、認知症高齢者数は一層増加するものと予測されている。認知症高齢者は、特有の精神症状や問題行動があるため、介護する家族には大きな精神的、肉体的負担が伴う。	(3認知症ケア)このため、家族の負担を軽減するための施策を推進する必要がある。また、認知症高齢者が適切なサービスを受けながら、住み慣れた地域社会で暮らしていけるよう地域でのケア体制の整備を図る必要がある。	(3認知症ケア)認知症高齢者対策を推進するため、保健・医療・福祉の連携体制の整備充実を図る。主な取り組みは、認知症高齢者にかかわる医師や介護に携わる者の研修の推進、認知症疾患対策の推進。	(一)		