

都道府県名	対策分野	現状	課題	施設 方策 法体 系・系 評・ 備実	目 標 含 む 目 値	目 録 考 の 所 見 目 ・ 目 録 考 の 所 見 目 ・ 目 録 考 の 所 見 目	未 抽 出 の 対 策
千葉県	(P181-187) 「精神医療・ 精神保健対 策」	<p>(1こころの健康づくりの推進)精神医療の対象となる疾患は増えており、入院と通院の患者を合わせた精神障害者数は年々増加し、精神疾患はより一般的な病気となっている。また、自殺者が全国で年間3万人を超える数で推移しているが、その背景にうつ病が関連している場合が多いと言われている。精神保健に関する相談は、これまで健康福祉センター(保健所)や精神保健福祉センターでの電話相談や来所相談に対応。健康福祉センター(保健所)と精神保健福祉センターにおける平成18年度の相談総件数は39,539件。千葉県精神科医療センターの精神科救急相談窓口へ寄せられる電話相談も、近年相談件数が増加しており、平成18年度の相談総件数は27,531件、そのうち新規相談件数は6,464件。児童期における高機能自閉症、アスペルガー障害、ADHD等の、知的障害を伴わない発達障害については、これまで見過ごされる傾向があったが、適切な対応がなされないと、二次障害を引き起こすことが指摘されている。このため、早期の診断と適切な治療が重要だが、これらの障害を専門に扱う児童精神科医の数は、まだまだ少ないのが現状。また、障害者自立支援法の施行に伴う精神保健福祉法の改正により、市町村の義務的業務として精神障害者の相談・支援に努めなければならないことが規定されたが、市町村における精神障害者に対する相談支援体制は、専門職員の配置などの体制整備において十分とはいえない状況。</p> <p>課題:身体的な健康とともに心の健康の保持・増進が重要な問題となってきた。</p>	<p>(1こころの健康づくりの推進)県民の心の健康の保持や精神疾患の早期発見・早期治療のために、心の健康相談や精神保健福祉相談、精神科医療に関する相談等の相談支援体制の充実を図るとともに、精神疾患に関する知識の普及を図る。また、そうした活動を支える専門職員への研修を充実する。自殺の防止を図るため、うつ病・うつ状態についての知識の普及と心の健康問題に関する相談窓口を充実する。</p>		(一)	<p>・精神保健医療に限らず、各事業について県の実情を踏まえてかなり明確な方針のもと記載がなされている。精神科救急医療機関も掲載している。一方、4疾病5事業との精神科医療の関与については想定されていないかは不明だが記載はなし。その他、性差を踏まえた対策(P176)において、こころの問題を取り上げており、独自性がある。母子保健、高齢者保健医療福祉においては特に精神科についての記載なし。障害者保健医療福祉(P224-228)および薬物乱用防止対策(P267-270)においては精神保健福祉センターや健康福祉センターの役割について記載あり。</p>	<p>分析未・障害者保健医療福祉(P224-228)、薬物乱用防止対策(P267-270)、性差を踏まえた対策(P176)</p>
		<p>(2精神医療対策の推進)精神医療については、入院を必要最小限の短期間に留め、在宅治療を中心とすることが世界的趨勢。我が国においても、在宅治療への転換の必要性が言われているが、このような流れに未だ十分対応できておらず、精神病床数は減少傾向に転じたものの、平均在院日数はなかなか短縮しない状況にある。発病後間もない患者の多くは短期間の入院で退院しているが、発病から長期間経過した患者においては様々の要因から地域生活に困難を伴う場合が多く、長期入院の解消はなかなか進んでいない。この結果、精神科病院の病床の多くが入院が長期化した患者で占められ、新規に入院を要する患者のための病床は、逆に不足する状況が発生している。特に都市部では、こうした傾向が強くなり、入院受け入れの病院確保に長時間要する事例が増えている。</p>	<p>(2精神医療対策の推進)少ない病床数で増大する精神障害者の医療需要に対応するため、精神科病床の性格については長期入院者に対応する病床を減らす一方で、精神科救急医療、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る。</p>		(一)		
		<p>(3精神科救急医療の強化充実)在宅の精神障害者が増加する中、精神症状の急激な悪化等の緊急時に適切な医療及び保護の機会を確保する精神科救急医療体制の整備の重要性は、ますます高まっている。現在は、県内を4圏域に分けての病院群輪番制による精神科救急医療体制を整備しているが、いくつかの課題がある。国の精神科救急医療センター事業に基づき、平成18年度から、千葉県精神科医療センターが精神科救急医療センターとして、精神科第三次救急医療機関としての機能を担うこととなり、重度の症状を呈する精神科急性期患者に対して、救急医療を提供する体制が作られたが、精神科救急事例が増加する中で、現在の施設では受け入れ限界に近い状況となっている。</p>	<p>(3精神科救急医療の強化充実)一口に精神科救急と言っても、そのニーズは様々。在宅の精神障害者が、かかりつけの医療機関が休診となっている休日や夜間の診療に不安を抱いていることに対しては、電話による救急医療相談の充実や初期救急医療体制の整備が必要で、自傷他害のおそれのある患者に対しては、措置入院を迅速に行えるように体制を整備する必要がある。在宅の精神障害者がケガや他の身体疾患に罹患した場合には、身体救急に加えて、精神医療も同時に行うことが必要になる場合がある。ひとつの医療機関でそれらのニーズのすべてに対応することは、極めて限られた病院にしかできないことから、医療機関の役割分担による体制を全県的に構築することが必要。</p>	<p>(3精神科救急医療の強化充実)措置入院や応急入院、医療保護入院で治療のために隔離が必要な程度の、特に精神症状が重篤な精神科救急患者に対応するために、二次保健医療圏を基本として精神科救急医療圏を設定し、圏域ごとに特設の充実した病院を精神科救急医療施設(基幹病院)として指定する。基幹病院は、夜間休日に病院ごとに毎日1床の空床を確保するとともに、精神疾患と身体疾患の合併症治療に対応した体制を整備する。地域で生活する精神障害者が、かかりつけの医師が休診、不在のときも安心して暮らせるよう、夜間休日を365日24時間、精神科救急医療の相談に対応する精神科救急情報センターを整備するとともに、精神科救急医療施設(輪番病院)を指定して精神科救急医療体制を整備する。輪番病院は、入院が必要な患者のために、2または3医療圏の輪番病院でひとつのブロックを構成し、県内を4ブロックに分けて、夜間休日はブロックごとに輪番制で毎日1床の空床を確保する。措置入院患者空床確保事業を実施し、平日日中の措置患者の発生に対応するとともに、基幹病院において毎日確実に空床が確保されることを支援するため、夜間休日に基幹病院に入院となった措置患者の転院を受け入れる精神科救急措置入院支援病院(支援病院)を整備する。支援病院は、2または3医療圏でひとつのブロックを構成し、県内を4ブロックに分けて、平日中にブロックごとに輪番制で毎日1床の措置入院のための空床を確保する。千葉県精神科医療センターが県全体を対象とする精神科第三次救急医療機関としての機能を十分に発揮するためには、精神科救急医療に関する全県的なシステムが更に円滑に機能すること共に、千葉県精神科医療センターの強化充実が必要であり、精神科救急情報センターの機能強化を含めた精神科救急医療システムの一層の充実を図る。</p>	<p>精神科救急基幹病院の整備:3(平成19年度)→9(全圏域)(平成22年度)</p>		

都道府県名	対策分野	現状	課題	施 方 策 法 法 体 系 ・ 系 統 ・ 評 価 ・ 備 考	目 標 数 値 目 的	備 考 (項 目 ・ 出 発 点 等)	未 抽 出 の 対 策
		(4長期入院者地域移行の促進)障害者自立支援法に基づく千葉県障害福祉計画では、病院から地域に移行する精神障害者の目標数を2700人としており、長期入院している精神障害者の地域移行を促進するため、退院促進支援事業を実施しているが、事業を実施している圏域は、現在のところ3圏域に留まっている。また、この事業で対象として支援している対象者は、年1圏域当たり10人程度となっている。	(4長期入院者地域移行の促進)退院促進支援事業を実施している圏域を全圏域に拡大していく必要がある。支援対象者を増やしていく必要がある。	(4長期入院者地域移行の促進)精神科病院に長期入院している精神障害者の地域生活への移行を促進するため、退院促進支援事業の全圏域への拡大を図るとともに、退院を直接支援する対象者の拡大を図る。平成17年度から県のモデル事業として実施してきたマディソンモデル活用事業での取り組みを踏まえ、在宅精神障害者に対する医療と福祉の垣根を越えた包括的支援や、障害者の地域生活支援における当事者の力の活用などについて、政策課題として取り組んでいく必要がある。マディソンモデル活用事業と国立精神・神経センターによるACT-J 研究プロジェクトの成果を踏まえ、精神科病院を退院した患者が、再入院することなく、在宅で適切に保健医療サービスを受けられるよう、訪問看護ステーションの活用など、退院した患者への継続的な支援のあり方を検討する。精神障害者が地域で安心して生活できるようにするため、生活訓練施設などの社会復帰施設等の運営支援や、障害者自立支援法に基づく各種の居宅生活支援等を推進する。	・精神障害者退院促進支援事業の実施圏域:3(平成19年度)→16(全圏域)(平成22年度) ・精神障害者ホームヘルパー養成数:350人(平成15年度)→700人(平成22年度) ・精神障害者が利用できるグループホーム等定員数:191人(平成15年度)→410人以上(平成22年度)		
東京都	(P158-162)「精神保健医療体制の実施」	(1長期入院患者)長期入院患者は減少傾向にあるが、都内には受け入れ条件が整えば退院可能な精神障害者が約5000人(平成14年度調査等)	(1長期入院患者)さらなる地域生活以降に向けた支援を進めていく必要	(1長期入院患者)精神障害者退院促進支援事業。市区町村における地域支援体制の整備。	・精神障害者退院促進事業の実施(拠点:平成17年度:2ヶ所→平成20年度:12ヶ所) ・地域活動支援センター1型の設置(平成23年度:全市区町村に設置)	・保健医療と、メンタルヘルスとそれぞれ別建てで記載されており、個別の問題への記載は比較的充実しているが、地域連携に関する記載は一部の分野にとどまっている。トピック以外の一般精神科医療受療者への支援体制についての記載が乏しい印象である。 ・身体合併症医療の需要に必ずしも応えられていないことであるが、データは見当たらない。 ・精神科病棟を持たない一般病院や、単科精神科病院において、どの疾患、どのような状態、どの時間帯であれば、診れるのか、という各医療機関における身体合併症対応機能などの医療機能情報記載も今後の検討課題か。	分析未:高齢者保健福祉対策、重症心身障害児(者)施策の実施。
		(2メンタルヘルス)都におけるうつ病の患者数は約10万9千人と推計(平成17年患者調査)	(2メンタルヘルス)うつ病と自殺には密接な関係があり、その対策が急がれている。その他、引きこもり、虐待、PTSDなども。	(2メンタルヘルス)保健所・精神保健福祉センター等で実施している相談に加え、平成18年度から「夜間こころの電話相談」を実施。今後は予防や初期対応を重視した対策を推進	(-)		
		(3身体合併症医療)全国に先駆け昭和56年度に事業開始	(3身体合併症医療)対応できる医療機関が少ないこともあり、需要に必ずしも応えられていない	(3身体合併症医療)一般病院を含めた病病(病診)連携システムを構築。精神科病棟を持つ都立病院や大学病院や対応可能な民間病院による体制を拡充	(-)		
		(4認知症)認知症の増加。専門医のいない一般医療機関では対応しきれないニーズが増えていることが予想	(4認知症)専門医療と相談の適切な関与	(4認知症)短期集中的に専門医療を要する老人性認知症に対する専門病棟整備、精神保健福祉センターの技術的支援。引き続き、専門医療と相談支援の一体的な提供を推進	(-)		
		(5薬物関連問題)薬物使用開始の低年齢化、再利用率の高さなど深刻な状況	(5薬物関連問題)普及啓発と併せて専門医療体制の整備と地域支援の一体的・継続的な取り組みが求められる	(5薬物関連問題)都立松沢病院にて平成23年度に薬物専門病棟の開設予定。同院を中核とした専門的な医療提供体制を強化するとともに、精神保健福祉センターをはじめとする相談支援体制の充実。社会復帰対策を視野に入れた総合的な対策を推進。	・薬物専門病棟の整備(平成23年度)		
		(6小児精神科医療)都立梅ヶ丘病院を中核とした診療を行っている	(6小児精神科医療)「こころ」と「からだ」を密接に関連づけた総合的な医療提供体制の整備が求められている	(6小児精神科医療)3都立病院移転統合による「小児総合医療センター」を平成21年度末に開設	(-)		
		(7発達障害支援)発達障害者支援センターを拠点とした支援を実施。発達障害者支援法の施行により、発達障害に対する関心は高まっているものの、疾患の正しい理解や支援方法は確立していない	(7発達障害支援)引き続き普及啓発を進めていくとともに、今後は障害特性に応じた有効な支援手法を確立し、地域の支援体制を整備していくことが求められている	(7発達障害支援)発達障害者支援センターを拠点として学校、医療機関、区市町村など関係機関とのネットワークを構築。	・発達障害者支援モデル事業による支援体制整備の推進(区市町村による支援手法の開発:平成20年度4地区で実施)		
		(8高次脳機能障害者支援)これまで、診断技法・専門的リハビリテーション等についての専門家向けマニュアルを作成するなど、医療支援体制の整備を図ってきた。平成18年度からは心身障害者福祉センターを支援拠点として相談支援、地域ネットワークの構築を進めている。	(8高次脳機能障害者支援)地域の一層の充実が求められている	(8高次脳機能障害者支援)従来の医療支援体制に加え、生活に身近な地域に支援員を配置するなど、地域での支援体制の充実を図る。心身障害者福祉センターを中心に、地域の就労に向けた取り組みを支援。	・高次脳機能障害者支援員の配置による地域支援体制整備(平成19年度:12区市で実施)		

都道府県名	対策分野	現状	課題	実施方法・体系・評価・備実	目標(数値・項目)	備考(項目・印象など)	未抽出の対策
	(P136-138) 「このころの健康づくり」(メンタルヘルス対策と捉えられる)	<p>○余暇が充実している人、睡眠時間が充足していると感じている人は約7割。東京都が平成19年12月に実施した「健康に関する世論調査」では、余暇が充実している、睡眠時間が充足していると感じている都民の割合はいずれも増加傾向にあるが、約7割にとどまる。</p> <p>○ストレスを感じている人の増加。前述の調査によると、イライラやストレスを感じている都民の割合は、「しばしば感じる」、「たまに感じる」という回答を合わせた、7割へと増加している。性・年齢階級別に見ると男女とも20～40歳代で非常に高い状況。</p> <p>○都内の労働相談情報センターにおける労働相談の状況を見ると、メンタルヘルス関連の相談件数は近年、急激に増加している。また、「平成14年労働者健康状況調査」(平成15年8月厚生労働省)によると、強い不安、悩み、ストレスを感じる労働者は6割を超えており、全国的にも労働者のこのころの健康が大きな問題となってきた。一方、前述の調査によると、このころの健康対策に取り組んでいる企業の割合は23.5%であり、1,000人以上の規模の事業所では約9割だが、10～29人の規模では20.2%にとどまるなど、中小企業におけるこのころの健康づくりの取組が十分ではない状況がうかがえる。</p> <p>○自殺は都民の死因の第5位であり、自殺死亡率を性・年齢階級別に見ると50歳後半の男性が最も高い状況。</p>	<p>○上手に休養をとることができる人を更に増やしていくことが重要。</p> <p>○働き盛り世代をターゲットにストレス対処能力の向上を図るとともに、中小企業に勤務する人もこのころの健康に関する相談や情報提供が受けられる体制づくりに取り組む必要がある。</p> <p>○自殺には様々な社会的要因が複雑に関係しているが、うつ病など精神疾患に関与していることも多いことから、このころの健康づくりに取り組み、うつが深刻にならないように予防することが重要。</p>	<p>「このころのゆとりがある人を増やす」を目標に、下記の内容に取り組む。</p> <ol style="list-style-type: none"> 上手な休養をとることができる人を増やすための取組(地域・職域の関係者が様々な機会や媒体を活用し、心身を休め英気を養う余暇の過ごし方や質の良い睡眠のとり方などライフステージに合わせた上手な休養のとり方に関する効果的な普及啓発) ストレスへの対処能力の向上のための取組(働き盛り世代を主なターゲットとして、休養のとり方や気軽に誰かに相談することなど、上手なストレス対処法に関する普及啓発)また、中小企業におけるこのころの健康づくりの取組を支援するため、地域産業保健センターをはじめとする職場関係機関や区市町村、保健医療関係団体等とのストレス対処に関する連携事業の実施を通して、職場や地域において、このころの健康に関する相談や情報提供が受けられる体制づくりを推進) うつ予防の取組(職場関係機関や区市町村、保健医療関係団体等と連携し、職場等において本人や周囲の人がうつに対する理解を深め、早期にうつに気付くための普及啓発や、医療機関等と連携した治療等に関する情報提供、人材育成など早期から適切な対応ができる環境づくり) 	<p>・余暇が充実している人の割合：(平成19年度67.2%→平成24年度増やす)</p> <p>・睡眠時間が充足していると感じている人の割合：(平成19年度73.7%→平成24年度増やす)</p> <p>・ストレスを感じている人の割合：(平成19年度70.4%→平成24年度減らす)</p> <p>・気軽に相談できる場所を知っている人の割合：(平成19年度95.2%→平成24年度増やす)</p>		
	(P139-140) 「自殺対策の取組」	<p>○全国の自殺死者数は平成10年以降毎年3万人を超えている。都では、約2,500～2,800人で推移している。性・年齢階級別の死亡率を見ると、50歳後半の男性が最も多くなっている。また、都民の死因の第5位となっており、今後も人口構造上、自殺による死亡が多い世代が増えるため、更なる増加が懸念される。</p> <p>○平成18年6月「自殺対策基本法」が制定され、自殺を防止するための社会的な取組の実施とともに、国と地方公共団体の責務として、心の健康保持のための体制整備、医療提供体制の整備、遺族への支援等を行うこととした。さらに、平成19年6月、「自殺総合対策大綱」が閣議決定された。大綱では、自殺対策は国民一人ひとりが自殺予防の主体となるよう取り組み、中長期的視点に立って、継続的に進める必要があるとされている。</p> <p>○自殺には、健康不安、経済・生活状況、家庭環境など様々な社会的要因が複雑に関係しているとき、個人的な問題としてのみとらえられるべきものではなく、多くは「追い込まれての死」であって、社会的な取組により未然防止が図られるべきものである。</p> <p>○自殺には、うつ病など精神疾患が関与していることから、精神保健面からのアプローチに重点を置く一方、背景にある様々な社会的要因に対応するための多角的な検討と社会全体による総合的な対策が必要。</p> <p>○都においては、平成19年7月、「自殺総合対策東京会議」を設置し、普及啓発・教育、早期発見・早期対応、遺族支援について具体的な施策の検討を行うとともに、「自殺防止！東京キャンペーン」や「東京こころのいのちのゲートキーパー」の養成を行うなど、自殺対策に取り組んでいる。</p>	左記の通り(まとめて記載)	<ol style="list-style-type: none"> 社会全体による取組の推進。平成19年7月に設置した、「自殺総合対策東京会議」において、保健、医療、福祉、労働、教育、警察などの関係機関より自殺対策の社会的推進のあり方を検討するとともに、相互の連携を進める。 調査研究の推進。東京における自殺の実態について、地域別に把握するなど、調査・分析を行い、自殺対策の推進・評価の基礎とする。 都民運動の展開。自殺問題の実態や社会的取組の必要性について、都民、企業などの理解と協力を進めるため、関係機関とともに都民的な運動を展開する。 自殺防止に向けた支援体制の強化。地域や職場などで、相手の心身不調のサインに気づき、専門機関による相談等へつなぎ、協働して取り組む役割を担う人材である「東京こころのいのちのゲートキーパー」を養成する。自殺の背景にある複合的な問題に対応するため、相談機関、法律関係者、民間団体等による重層的な「こころのいのちの相談・支援東京ネットワーク」を構築する。重症化すると自殺に至るおそれがあるうつ病について、かかりつけ医や産業医から精神科医へつなぐなど、かかりつけ医と専門医の連携を図っていく。 遺族支援。大きな衝撃を受ける遺族への適切な情報提供、精神的なケアの仕組みなどを構築し支援を図る。 	(-)		

都道府県名	対策分野	現状	課題	施策体系・評価方法など	目標(数値目)	備考(項目・印象など)	未抽出の対策
神奈川県	1は「精神科救急医療体制」(P52-54)	(1)精神科救急医療体制)急な発症や症状の悪化により早急に適切な精神科医療が必要な場合、まず、かかりつけ医に相談することを原則。精神科救急医療体制としては、外来対応の初期救急から、入院治療が必要な二次救急、自傷他害のおそれのある場合の警察官通報を、県と横浜市及び川崎市が協議し、県内の精神科医療機関の協力を得て実施。症状に応じ365日24時間体制で対応。平日昼間の体制、平日昼間の精神科救急医療の相談は、保健福祉事務所を窓口とし、医療機関の紹介など相談援助を行っている。自傷他害のおそれのある場合の警察官通報も保健福祉事務所が窓口となり、精神保健福祉法に基づく通報等の受理及び調査を行い、全県4ブロック体制で輪番制の協力病院において診察を行っている。平日夜間・深夜・休日の体制、本人、家族等からの相談は「精神科救急医療情報窓口」で対応し、全県体制で、必要に応じて、輪番制の当番診療所や当番病院を紹介。自傷他害のおそれがある場合の警察官通報は「警察官通報受付窓口」で受理及び調査を行い、基幹病院または輪番制の準基幹病院において診察。精神科救急における身体合併症患者の受入体制:精神科救急医療により入院し、更に身体疾患において積極的な治療が必要な場合の受入体制を整備し、適切な医療の提供と精神科救急医療システムの円滑な運用を図っている(身体合併症転院受入病院)。 ・精神科救急医療体制参加医療機関数(平成20年2月現在) 協力病院:36病院、基幹病院:7病院、当番診療所:9カ所、準基幹病院:21病院、当番病院:41病院、身体合併症転院受入病院:3病院(協力病院、当番病院及び準基幹病院は重複あり。基幹病院、身体合併症転院受入病院は重複あり。)	(1)精神科救急医療体制)精神科救急医療の受入体制の充実:相談件数の伸びに対し、医療機関の受入数は限られており、充分とはいえない状況にあるため、病状に応じた迅速で適切な医療を身近な場所で受けられるよう、受入医療機関や受入病床を増やし、体制の充実を図ることが必要。薬物等依存症の受入体制の検討:現在、薬物等の依存症患者には充分に対応できる体制がないため、受入体制について検討する必要がある。	(1)精神科救急医療体制)精神科救急医療の受入体制の充実:精神科救急医療体制に参画する医療機関及び病床等について、整備計画に努め、引き続き365日24時間体制を実施。薬物等依存症の受入体制の検討:精神科救急医療における薬物等依存症の方の受入体制を整備。	精神科救急医療体制の充実(2012)	・「精神科救急」と「メンタルヘルス」の2つ立てて記載されている ・全体を網羅するというより、重点課題に絞ってそれについて詳細に対策を述べている。数値目標は乏しい印象。 ・障害者対策(P104-107)において、退院促進事業や発達障害について記載あり、相談体制について精神保健福祉センターの記載あり。母子対策、高齢者対策には記載なし。 ・身体合併症へのシステムが整備されていることは先導的である(県東ですら需要に答えられていないと記載あり) ・薬物依存症救急ケースについては、入院判断及び急性期治療は必ず当番病院で行い、翌日や数日後に状態に応じて専門病院に転送するなどのシステムが今後の課題か。	分析未:高齢者対策(P101)、障害者対策(P104)
	2.3.4は「メンタルヘルス対策」(P120-123)	(2)自殺対策)我が国では自殺者の数が平成10年に3万人を超え、以後高い水準が続いている。神奈川県においても年間1,600~1,700人台の自殺者数の推移が続いている。特に働き盛りの年齢層の自殺者の多さ、数的には少ないものの女性や若年層の比率の高さが特徴。自殺の背景には様々な要因があることから、社会的な問題として総合的に取り組む必要がある。平成18年、自殺対策基本法が施行され、自殺対策は社会全体で取り組むべきこととされた。神奈川県では、自殺対策を喫緊の課題と捉え、講演会・研修会により自殺対策やうつ病についての普及啓発やゲートキーパー等の人材育成を実施するとともに、遺族支援について取り組みを始めている。また、様々な分野の関係機関・団体により構成された「かながわ自殺対策会議」を設置し、自殺対策について多角的に検討し、総合的に取り組む体制をつくった。	(2)自殺対策)効果的な対策を推進するため、様々な関係機関・団体が自殺対策についての認識を共有し、相互に密接に連携するとともに、地域の特性を踏まえた実態の把握が必要。また、自殺の事前予防、自殺発生の危機への対応、及び自殺が発生した後の事後対応に応じた効果的な施策として実施することが求められている。	(2)自殺対策)県内における自殺の実態を把握し、自殺者数の減少に向けて効果的な対策を検討する。また、自殺予防だけでなく遺族及び自殺未遂者の支援を含め、様々な分野での取り組みを強化し、関係機関・団体で連携し、総合的に推進していく。	(-)		
		(3)相談体制の充実、社会環境の変化に伴う課題への対応)また、めまぐるしく状況が変化する現代社会では、ストレスで心や体のバランスをくずしている人が多くなっている。精神保健福祉センターや保健福祉事務所において、電話、面接、訪問等により、こころの健康や精神疾患に関する専門相談を受けている。	(3)相談体制の充実、社会環境の変化に伴う課題への対応)相談体制を拡充することが必要。あわせて、行政機関及び民間相談機関等の相談担当者の資質の向上が必要。社会的ひきこもり、うつ病、薬物依存症及びアルコール依存症の本人や家族への支援を実施している。また、関係機関との連絡会等を開催し民間団体との連携に努めている。	(3)相談体制の充実、社会環境の変化に伴う課題への対応)PTSD、ひきこもり、依存症、自死遺族、自殺未遂者等の相談を適切に受けるため、相談技術等の研修を実施し、相談担当者の資質の向上を図る。新たなメンタルヘルスへの取り組みについて効果的な施策等を検討する必要がある。	(-)		
		(4)人権に配慮した精神医療の充実)人権に配慮した適正な精神医療を確保するため、精神科病院に対する実地指導、実地審査及び適正な入院かどうかの審査等を行う精神医療審査会を実施している。地域では、相談内容が多様化し複雑困難な相談が増加しており、解決に向けた多角的な取り組みが必要とされている。また、精神障害者への理解の不足から、早期の受診に結びつかない等の状況がある。	(4)人権に配慮した精神医療の充実)人権に配慮した適正な医療を確保し、より良質な精神医療を提供することが必要。地域の中で、心神喪失者等医療観察法における対象者の社会復帰に向けた支援や、複雑困難な課題を持つ人への支援について、関係機関との連携が必要とされている。精神障害者への偏見をなくし、理解を促すための普及啓発が必要。	(4)人権に配慮した精神医療の充実)人権に、一層配慮した精神科医療を推進するため、精神科病院の実地指導、実地審査の徹底を図るとともに、精神医療審査会の機能を充実させる。さらに、複雑困難な課題をもつ人への当事者主体の地域支援連携体制を確立するとともに、精神障害者への偏見をなくし、理解を促すための普及啓発活動に積極的に取り組む。	(-)		

都道府県名	対策分野	現状	課題	施設 方 策 法 体 な ・ 系 と 評 ・ 備 実	目 標 含 む 数 値 目	出 備 考 （ 項 目 ・ 所 見 ・ 印 象 な ど ）	未 抽 出 の 対 策
新潟県	(P24、P26)「医療機能整備方針」内の記載			二次医療機能【精神医療】 ①精神病床の地域的なバランスに配慮しながら、二次保健医療圏において精神科外来の整備を促進する。 ②精神病院において結核など身体合併症に対応できる病床の整備を進めるとともに、アルコール関連疾患の専門病棟の整備を促進する。 三次医療機能【精神医療】 ①夜間において、精神症状の悪化等の緊急時に、適切な精神医療を確保するため、精神科救急医療システムの充実を図る。 ②緊急に入院が必要であるが精神障害のために入院の必要性を理解できない場合に、速やかに応急入院による治療が受けられるよう、応急入院指定病院の指定及び移送体制の整備の推進を図る。	(-)	・記載事項は全般的に網羅されているが、数値目標はほとんど挙げられていない。 ・4疾病5事業における精神科医療関連記載、特記事項に關しても全般になされている。	分析未：認知症対策(P94-95)
	(P80.81)「母子保健対策」内の記載	【現状と課題】 ・心身の発達の違いが心配される子どもや慢性疾患を持つ子どもの家族の肉体的・精神的負担は大きく、様々な場面において支援が求められている。 ・生活環境の変化や情報の氾濫等により、思春期の子どもたちの心や体の悩みが多様化してきている。	(左記の通り)	【施策の展開】 (4) 適切な療育体制の確立 ①障害児や小児慢性疾患等の医療を確保するため、医療費の助成を行う。 ②心身に障害のある子どもや長期にわたる観察や療育が必要な子どもに対し、医療機関、教育機関と連携した相談・指導の充実を図る。 (5) 思春期保健 ①保健・医療・福祉・教育等における思春期保健対策の連携した取組の強化を図るため、関係機関のネットワーク作りを推進する。 ②生命の大切さや正しい性に関する知識の普及や情報の提供を行うとともに、相談体制の充実や人材の育成を図る。	(-)		
	(P85-86)「精神保健医療対策（こころの健康）」	【現状と課題】 (1) 社会環境の複雑化や多様化、経済情勢の変動等によりストレスが増大しており、うつ・自殺、ひきこもりなど新たなこころの健康問題を生じさせている。また、自然災害、大規模事故災害等予測を超える事象の発生によりこころに傷を負う事象が増加している。これらの問題に対応するため、こころの健康づくりが課題となっている。 (2) 精神保健福祉施策は「入院中心の治療体制から地域におけるケア体制へ」の転換を目指している。そのため、早期の退院を促進する入院患者の病状に応じた医療体制の充実や、退院後、地域で安心して生活を送るための体制整備が求められている。	(左記の通り)	(1) こころの健康づくり ①普及啓発・相談機能の充実を図る。 ②うつ・自殺予防対策を推進する。 ③「ひきこもり」の問題で悩む本人や家族への支援対策を推進する。 ④災害被災者や事故被害者に対するこころのケアを推進する。 (2) 精神保健医療体制の充実 ①病床の機能分化を促進する。 ②思春期やアルコール関連の専門診療機関の充実を促進する。 ③地域的なバランスに配慮しながら、精神科外来の整備を促進する。 ④精神科救急医療システムの充実を図るとともに、応急入院指定病院の確保に努める。 ⑤措置入院制度を円滑に運用するため、精神科病院との協力連携により診療医と受入病院の確保に係る措置入院システムの充実・強化に努める。 ⑥心神喪失者等医療観察法に基づく適正な医療の確保に協力するとともに、保護観察所がすすめる社会復帰のための取組について、市町村や医療機関等と連携を図りながら支援を行う。 ⑦障害者計画との整合を図りながら、退院促進に向けた地域医療生活支援事業等を推進する。	○精神科救急医療システムの夜間におけるブロック数：0(H11)→10万人対33.7(H22) ○自殺率全国順位：ワースト3位(H11)→ワースト7位(H22) (人口10万人対31.4人、H16→ワースト10位脱出(H22))		
	(P92.93)「障害者保健対策」内の発達障害、高次脳機能障害に関する記載	【現状と課題】 (1) 障害者は年々増加傾向にあり、また、障害者の高齢化や重度化、内部障害の増加、障害の重複化等により、障害者のニーズも複雑化、多様化している。 (2) 障害のある人がその人らしく生活できるよう、障害等の早期発見による早期療育、医療及びリハビリテーションの充実等、保健・医療・福祉・教育・労働などの関係機関が一体となったサービス体制が求められている。		【施策の展開】 新たなニーズへの対応：学習障害や注意欠陥多動性障害、高機能自閉症などの発達障害についての判断・実態把握を行う組織づくりを進めるとともに、対象児童生徒への指導・支援の充実を図るため、小中学校内に設置されている「進級指導教室」の整備を促進する。はまぐみ小児療育センターに平成18年7月に設置した「発達障害者支援センター」を中核として、発達障害者やその家族に対する専門的相談や生活全般にわたる支援の連携調整の充実を図る。高次脳機能障害についての正しい知識の普及や関係者に対する研修等により、支援の充実を図る。	(-)		
	(P112.113)「人材確保・質の向上」内における記載	10 精神保健福祉士 (1) 精神保健福祉問題の複雑化・多様化により、サービスの担い手として精神保健関連業務に携わる精神保健福祉士の役割が期待されている。 (2) 県内の精神保健福祉士は、平成20年5月現在で人口10万人あたり28.2人と全国平均の30.3人を下回っている。 (3) 精神保健福祉士の十分な確保と、その資質や専門性をより向上させることが重要。 11 臨床心理士 【現状と課題】 (1) 増加傾向にある自殺や児童虐待、DVへの対応や、不登校、ひきこもり者への支援、犯罪被害者や事故災害等による心的外傷後ストレス障害(PTSD)に対処するこころのケアなど新たな保健・福祉課題に対応するため、こころの問題に關し専門的技術を有する臨床心理士の役割が期待されている。 (2) 県内の臨床心理士は、平成19年末現在で人口10万人あたり7.5人と、全国平均の11.5人を下回っている。 (3) 臨床心理士の十分な確保と、資質の向上が求められている。	10 精神保健福祉士 【施策の展開】 複雑化・多様化する相談やニーズに対応する技術や知識を身につけるため、現に業務に従事している精神保健福祉士を含めた精神福祉の専門職に対する研修を充実させる。 11 臨床心理士 【施策の展開】 臨床心理士に求められるニーズの高度化・多様化に対応するために、臨床心理士会との連携により研修の充実・質の向上を図る。	(-)			

都道府県名	対策分野	現状	課題	実施方法・体系・評価	目標(数値目)	備考(項目・印象など)	未抽出の対策
山梨県	「保健医療提供体制の状況」内の記載(P12、16、17、20、23、26)	<p>○平成18年10月1日現在における県内の病院の病床数は、11,484床で、内訳は一般病床が6,403床(55.8%)、療養病床が2,505床(21.8%)、精神病床が2,454床(21.4%)、結核病床が94床(0.8%)、感染症病床が28床(0.2%)。平成14年の病床数と比較すると、病床全体で2.3%減少。このうち、一般病床が9.0%、精神病床が5.9%、結核病床が14.5%、それぞれ減少。一方で療養病床が26.7%、感染症病床が7.7%増加。</p> <p>○平成19年3月「山梨県民保健医療意識調査」(山梨県内在住の20歳以上の男女4,500人を対象、有効回収率62.6%)の結果、メンタルケアを充実してほしい6.5%、充実を望む保健衛生サービスとして、こころの健康に関する相談、情報提供27.8%</p> <p>○平成17年の患者調査(厚生労働省)における傷病別の入院受療率(人口10万対)は、本県及び全国ともに「精神及び行動の障害」が241人、255人と最も多く、次いで、「循環器系の疾患」が194人、249人、「新生物」が140人、133人と続いている。</p>			(-)	<p>・記載事項は全般的に網羅されており、数値目標も要所要所で挙げられている。</p> <p>・薬物乱用についても、相談や啓発等における精神保健の関わりが記載されている。自助グループについての記載も今後の検討課題か。</p>	
		<p>○精神病床:三次医療圏 県全域 基準病床数 1980 既存病床数 2468 ○精神科医師数 全国 12474 山梨県 79 人口10万対 全国 9.8 山梨県 9.0</p>			(-)		
	「人材の確保と資質の向上」内の記載	○精神保健福祉士、医療施設の従事者数(人口10万対)(常勤換算数)は山梨県44.2、全国6436.0、病院の従事者数は山梨県44.0、全国5,378.1。一般診療所の従事者数は山梨県0.2、全国1,057.9。			(-)		
	1.2.3.4は「精神保健医療」(P119-124)	<p>1 精神障害者の現状</p> <p>○平成19年3月末現在の自立支援医療(精神通院医療)による公費負担対象者は6,056人、精神障害者保健福祉手帳所持者数は4,032人で、増加傾向にある。</p> <p>また、同日現在の精神科病院の入院患者は2,195人で、このうち約300人は、地域で生活していく上で条件が整えば退院可能な、いわゆる社会的入院患者であると推計。</p> <p>○県では、精神科基幹病院である県立北病院に重篤な患者に対応するための急性期治療専用病棟を整備するとともに、社会的入院患者の退院と社会復帰を促進するために病院と地域との中間的な施設として、平成19年1月に県立あゆみの家を設置した。</p> <p>○地域で生活する精神障害者のリハビリ治療の一環としての精神科デイケア施設が県内に12ヶ所あり、医師の指示のもとに作業療法士、精神科ソーシャルワーカーなどによる作業療法等多様なプログラムが用意されている。</p> <p>○殺人、傷害等重大な被害行為を行ったにもかかわらず、心神喪失又は心神耗弱の状態にあるため不起訴、無罪等の判決を受けた者に対しては、「心神喪失等の状態に重大な被害行為を行った者の医療及び観察に関する法律(略称「医療観察法」)」に基づき、入院又は通院の決定をするための審判が行われることになっている。本県では、被害行為を行った者の通院医療機関として3病院が指定。</p>	<p>1 精神科医療の充実</p> <p>○救急・急性期患者の受け入れ強化 県立北病院が、県内唯一の精神科基幹病院としての役割を果たすため、今後とも、地域の医療機関、市町村、保健所、警察等の関係機関との連携を深め、救急・急性期患者の受け入れの強化を推進する。</p> <p>○精神科デイケアの充実・強化 通院形態によるリハビリテーションの中心となる治療であるデイケア並びにショートケアの治療プログラムの充実を図り、参加者の確保に努める。</p>	<p>平成24年度目標 ○平均残存率 30.6%(H17)→24.0%</p> <p>○退院率 25.0%(H17)→27.0%</p> <p>○精神障害者社会適応訓練事業の登録事業者数 127事業所(H18)→152事業所</p>			
		<p>2 社会復帰対策の推進</p> <p>○近年の精神科医療は、短期入院と早期退院、精神科病院の開放化など入院医療中心から地域ケア中心へと内容が大きく変わりつつあります。このため、精神科病院入院患者の早期退院と地域支援のための取り組みが必要。</p> <p>○精神障害者が地域で自立した社会生活や日常生活を営むことができるように、平成16年3月に策定した「新たなやまなし障害者プラン」に沿って、地域における住まいや働く場の拡充を図っていく必要がある。また、精神科病院が所在する4圏域において、精神科病院の社会的入院患者をマンツーマンで支援して退院を促進する精神障害者退院促進支援事業を実施している。</p>	<p>2 社会復帰対策の推進</p> <p>○社会的入院患者の退院促進:指定相談支援事業者等を中心に、保健所や市町村、精神科病院、福祉サービス事業者等と連携し、精神科病院に入院中で、受け入れ条件が整えば退院可能な精神障害者の地域生活への移行を進める。</p> <p>○就労支援:在宅の精神障害者のうち就労を希望する者を一般企業に受け入れて、作業能力や持久力、円滑な人間関係を形成する能力等を養う精神障害者社会適応訓練事業を引き続き実施して、精神障害者の就労を支援する。</p> <p>○地域生活支援:精神障害者が地域で自立した日常生活や社会生活を営むことができるよう、指定相談支援事業者による相談支援の充実、グループホーム等の住まいの確保、地域活動支援センターによる集いの場の確保などを進める。</p>	(-)			
		<p>3 こころの健康づくり・自殺予防対策</p> <p>○現代社会における生活環境や社会状況の変化は、個人に対する精神的なストレスを増大させている。このため、働き盛りの年齢層を中心とする病等の精神疾患患者が増加しており、自殺で亡くなる患者も多くなる。</p> <p>○県立精神保健福祉センターでは、さまざまな悩みを抱えた県民が気軽に相談できるこころの健康づくりを推進している。</p> <p>また、自殺予防に携わる国、県及び市町村並びに関係機関・団体の連携を強化して、総合的な自殺予防対策を推進するため、「いのちのセーフティネット連絡協議会」を設置して、本県の自殺の実態に関する認識を共有するとともに、情報交換、意見交換を行っている。</p> <p>さらに、自殺と密接な関係があるといわれるうつ病の早期発見と早期治療のための取り組みを進めている。</p>	<p>3 こころの健康づくり・自殺対策</p> <p>○こころの健康づくりの推進 県立精神保健福祉センターにおいて、こころの電話相談(ストレスダイヤル)により県民の相談に応じるとともに、思春期コンサルタント事業や薬物、アルコール等に関する相談事業など、さまざまな悩みに応じたこころの健康づくりを引き続き推進する。</p> <p>○自殺予防対策の推進 増加傾向にある自殺者数を減少させるため、関係機関・団体の連携を強化して、本県の自殺の実態を踏まえた総合的な自殺予防対策を推進する。</p>	○自殺者数 248人(H18) →218人以下			

都道府県名	対策分野	現状	課題	施設 方策 法体 系・系 など 評・ 備案	目 標 含(数 値目)	備考(項目 出持の所見 印象など)	未 抽 出 の 対 策
		4 認知症疾患対策 ○県では、保健所での精神科医や精神保健福祉相談員による精神保健福祉相談を実施して、認知症患者の早期発見と適切な指導を行っている。また、県内の精神科病院には、老人性認知症患者に対応できる病棟が4ヶ所、認知症ケアが2ヶ所あり、認知症患者への専門医療を提供している。		4 認知症疾患対策 ○認知症疾患対策の推進 老人性認知症対策では、早期発見、早期治療が重要であることから、保健・医療・福祉関係者が連携して、保健所における相談事業など地域における認知症疾患対策を推進する。	(-)		
	「高齢者保健福祉」内の記載	<認知症> ○認知症については、平成17年度に県が実施した実態調査では、県内の在宅認知症高齢者(自立度Ⅱ以上)は、13,532人(男3,742人、女9,790人)であり、高齢者全体の7.1%を占めている。今後さらに増加することが予想されていることから重要な課題となっており、認知症になっても地域の中で安心して暮らせる環境づくりが求められている。		<認知症対策の推進> ○平成19年度から「山梨県認知症対策推進会議」を設置し、認知症に関する正しい知識の普及、地域支援ネットワーク構築モデル事業の成果の分析・評価、市町村への情報発信など総合的な施策を推進する。 ○モデル市町村を選定して、認知症高齢者への支援を行う人材や拠点などの地域資源のネットワーク化を図り、地域包括支援センター、介護サービス事業者及び医療関係者等が連携しながら有効な支援を行う体制を構築する。 ○かかりつけ医に対し助言等の支援を行う「認知症サポート医」を養成するとともに、かかりつけ医の認知症対応力向上のための研修を実施する。 ○認知症高齢者を抱える家族を支援するため、家族と認知症介護の経験者による交流会や介護研修を開催するとともに、介護の悩み事等の相談に応ずる電話相談を行う。 ○認知症介護に携わる施設職員等を対象に実践的な研修を行うとともに、適切な認知症介護を行っている施設等の事例を紹介することにより、介護サービスの質の向上を図る。	目標項目等 現状 平成24年度目標 認知症サポート医養成数 6人(H19) 16人		
	「障害者保健福祉」内の記載	○県内の身体障害をもつ人(身体障害者手帳交付者)は37,978人、知的障害をもつ人(療育手帳交付者)は4,804人、精神障害をもつ人(精神障害者保健福祉手帳交付者)は4,032人(いずれも平成18年度末現在)であり、手帳交付者は年々増加の傾向にあり。		1 障害の予防・早期発見・早期治療の推進 ○障害の予防・障害の原因となる疾病等の発生予防のため、生活習慣病予防などの健康づくり施策を実施。 ○障害の早期治療。あけぼの医療福祉センターにおいて、障害の早期発見、治療から指導までの一貫した療育体制を整備。また、身体障害者の障害を除去・軽減するための自立支援(更生)医療費を補助する県単独助成制度を実施し、医療にかかる経済的負担を軽減することにより、障害の早期治療を推進。 2 保健、医療、福祉等各分野の連携の強化 ○福祉施設入所者の地域生活への移行の推進。障害をもつ人の自立を支援するための新たなサービス提供体制を整えるとともに、障害者等の生活を地域全体で支えるシステムを実現するため、保健、医療、福祉等の関係機関が連携を強化し、福祉施設入所者の地域生活への移行を推進している。 ○精神障害者の社会復帰対策の推進。障害者自立支援法に基づく指定相談支援事業者等を中心に、保健所や市町村、精神科病院、福祉サービス事業者等と連携し、精神科病院に入院中で受け入れ条件が整えば退院可能な精神障害者の地域生活への移行を進める。 ○相談支援体制の充実・強化。地域の保健、医療、福祉、教育、企業関係者等によるネットワーク構築に向けた相談支援体制の整備・運営を支援する。また、地域で対応困難な、広域的又は専門的課題の解決に向けて取り組む。 3 発達障害者支援の推進 ○発達障害者支援センター事業の実施。発達障害者やその家族に対する相談に応じ、適切な支援を総合的に行うとともに、支援者の養成を行い、関係機関と連携して、発達段階に応じた適切な支援が受けられるよう取り組む。	目標項目等 現状 平成24年度目標 発達障害者支援に係る専門研修の受講修了者数 100人(H18) 220人		
	「母子保健福祉」内の記載	児童虐待は、少子化や核家族化、地域の養育力の低下、経済不況等を背景に、保護者の育児負担、地域での孤立などからの育児ストレスを感じ、虐待に至ってしまうケースも多々、年々増加している。虐待は、様々な要因が重なって起きる場合が多く、特に児童が自閉傾向、情緒障害、言語障害等の場合は虐待のリスクが高い傾向にある。虐待の未然防止のためには、児童の発達上の問題、保護者の育児不安などリスク要因を抱える家庭に積極的に支援していく必要がある。国の「健やか親子21」の中間報告書においても、児童虐待防止対策は引き続き強化が必要とされており、子どもの心の安らかな発達の促進と、育児不安の軽減を図っていくことが重要であるとされている。		(精神科医療が関与している記載) ○児童の発達上の問題があり育児不安を抱える家庭への支援。児童の発達上の問題があり、育児不安を抱えている家庭に対して、児童相談所において、「1歳6ヶ月、3歳児精神発達精密健診事後指導事業」、「集団適応困難児童マザーズホーム事業」を実施し、児童には、グループでの課題学習、感覚運動、遊戯療法などの訓練、指導を行い、保護者には、情報提供やカウンセリングを行い、児童への理解の促進や保護者同士の交流等を図る中で、育児不安を抱える家庭を支援していく。 ○子どもメンタルクリニックの実施 虐待により心を傷つけられた児童等を対象に、児童相談所において子どもメンタルクリニックを実施していく。	(-)		
	「産業保健」内の記載	慢性的な長時間労働により疲労が蓄積し、仕事に不安やストレスを感じている労働者が6割を超え、過労死や自殺が増加するなど、心の健康問題も重要な課題となっている。		過重労働による健康障害の防止 ○労働者の健康を維持し、仕事と生活の両立を図りやすくするため、労働、労働基準監督署、産業保健推進センターなど関係機関と連携し、事業主や労働者に対し、健康診断の受診促進や、年次有給休暇の取得促進、労働者の事情や業務の態様に応じた労働時間の設定などの普及啓発に取り組む。 職場におけるメンタルヘルス対策 ○職場のストレス要因を取り除くには、労働者個人のみだけでは限界があるため、職場で組織的・計画的にメンタルヘルス対策が行われるよう、労働局等と連携して普及・啓発に努める。	(-)		

都道府県名	対策分野	現状	課題	施設 方策 法体 な・系 など ・評・ 備実	目 標 含 む 数 値 目	備考 (項目 出 持 の 所 見 ・ 印 象 な ど)	未 抽 出 の 対 策
	「保健、医療、福祉の総合的な連携を推進する施設」内の記載	<p>1 保健所(保健福祉事務所)</p> <p>保健所は、地域保健・衛生における広域的、専門的かつ技術的拠点として、市町村が行う住民サービスへの支援や協力、また、健康危機管理をはじめ食品衛生対策や精神保健、難病、エイズ対策などの機能強化が求められている。</p> <p>2 児童相談所</p> <p>虐待により心を傷つけられた児童や情緒、行動上の問題を抱える児童、発達障害児、子育てに不安を抱えている保護者等を支援するため、児童相談所内の「子どもメンタルクリニック」において、児童精神科医による診断・治療を実施している。発達障害等の診断・治療を通じ、子どもへの理解が進み、育児不安の軽減につながっているが、虐待を受けた児童やその保護者等については、受診後のアフターフォローなどの支援をしていく必要がある。</p> <p>3 精神保健福祉センター</p> <p>精神保健福祉センターは、精神障害者の保健・福祉に関わる市町村、保健所、関係機関等に対する技術的事項についての協力その他必要な援助を行う施設であり、精神科医、精神科ソーシャルワーカーなどの専門職が業務に従事している。業務内容は、技術指導・技術援助のほか、精神保健福祉の普及啓発、調査研究、精神保健福祉相談のうち困難な事例の対応、組織の育成、精神医療審査会に関する事務、自立支援医療(精神通院医療)及び精神障害者保健福祉手帳に関する事務等多岐にわたる。近年増加傾向にある自殺への予防対策の策定に当たって、専門的な視点からの実態の分析や関係機関に対する技術支援が求められている。</p>		<p>2 児童相談所</p> <p>受診後のアフターフォローなどの支援</p> <p>○ 受診後の支援については、被虐待児やその保護者に対し、児童精神科医によるカウンセリング、児童心理士による心理療法等を実施する中で、発達障害者支援センター、市町村等の関係機関と連携し、被虐待児童と親の関係が改善できるようペアレントトレーニング、親子での集団指導などのアフターフォローを実施していく。</p> <p>3 精神保健福祉センター</p> <p>関係機関への技術支援等</p> <p>○ 引き続き関係機関等への技術指導・技術支援を行うとともに、精神保健福祉に関する情報を積極的に発信して、精神障害の正しい理解の促進に努める。また、本県の自殺の実態についての調査研究を進め、効果的な自殺予防対策を講ずるために貴重な検討資料を提供する。</p>	(-)		
	「薬物乱用防止対策」内の記載	<p>○ 麻薬、覚せい剤、シンナー等の薬物の乱用は、乱用者個人の心身を減らすのみでなく、家庭を崩壊させ、地域社会にも計り知れない危害をもたらすなど、深刻な社会問題の一つとなっている。</p> <p>○ 覚せい剤等の薬物乱用による検挙者はここ数年横ばい状況であるが、薬物押収量は増加傾向にあり、依然として根強い需要がみられるなど、「第三次覚せい剤乱用期」は継続している。</p> <p>○ 全国的に乱用者は低年齢化しており、特に中学生・高校生などの青少年層への薬物乱用の拡大が懸念されている。</p> <p>○ 未成年の覚せい剤検挙者は女性の占める割合が高く、低年齢化の傾向とともに女子への浸透が進んでおり、青少年の薬物乱用者の根絶を目指すことが必要。</p> <p>○ シンナー乱用率は少なくなってきたが、シンナーは薬物乱用の入門薬物であり、引き続き取扱事業所への立入を実施し、盗難防止等の管理徹底の指導が必要。</p> <p>○ 薬物乱用者に対する医療体制の充実や、その家族等に対する相談体制の強化が必要。</p> <p>○ 山梨県では、昭和56年8月山梨県薬物乱用対策推進本部を設置し、県民特に青少年に対する乱用防止の啓発を実施している。</p> <p>○ 平成18年の本県の薬物事犯検挙者数は150人で、このうち89%にあたる134人が覚せい剤によるものとなっている。</p>		<p>1 普及啓発の推進</p> <p>○ 山梨県薬物乱用対策推進本部を中心として、関係機関・団体との相互連携を図り、薬物乱用防止推進体制を充実する。</p> <p>○ 中学校、高等学校においては薬物乱用防止講習会を行い、また、薬物乱用防止指導員地区協議会を中心に、地域での啓発、指導活動を充実し、地域から乱用薬物の排除に努める。</p> <p>2 薬物取扱施設に対する指導の強化</p> <p>○ シンナー、トルエン等の毒物劇物を取り扱う業者、麻薬などを取り扱う施設について指導及び取締りを行う。</p> <p>3 薬物関連相談事業の充実</p> <p>○ 精神保健福祉センター、保健所を中心として薬物依存者及びその家族などに対する相談・支援体制を関係機関と連携しながら、強化していく。</p>	平成24年度 目標 薬物乱用防止教室開催率 ・中学校46.9% (H18)→80% ・高等学校90.6%(H18)→100%		
長野県	(P139—148)「精神保健医療」	(1精神障害者数) 入院・通院合わせて28,683人、入院者数は減少しているが通院者数が5年前より1.7倍に急増)	精神障害者の増加や精神疾患の重篤化に対応するため、相談体制の充実や精神科医療への早期のむすびつけが必要	(1精神障害に対する正しい理解促進のための普及啓発活動、地域における精神保健福祉活動に従事するキーパーソン人材養成、適切な医療提供と相談体制の確保、精神科救急情報センター設置、県立精神医療センター整備、精神保健福祉センター、保健所及び障害者総合支援センターでは継続して心の悩みに応じた相談に応じる	(-)	・自殺対策以外の数値目標等は設定されていないもの、思春期や高齢者、発達障害者への精神ケアに着目している。 ・4疾病5事業においても精神面でのケアに触れられている。 ・現状、課題、施策の展開方法が明確に示されている。	分析未・薬物乱用対策(P155)
		(2精神科救急医療体制) 休日夜間の精神科医療のニーズにこたえるため県下4圏域に救急医療体制を整備、精神科病院勤務医、精神保健指定医の減少により東北圏域では平成17年度から1圏域化して救急医療を実施。	精神科救急医療圏域の見直しなど精神科救急医療体制の充実	(2現在3圏域で実施している精神科救急医療体制を再編して4圏域化、精神科救急における病院、診療所の連携強化、	(-)		
		(3思春期精神保健) いじめや不登校、家庭内暴力、引きこもり等への社会的ニーズが増加している	思春期精神保健の充実	(3思春期精神疾患に対する精神的医療の確保、引きこもりの若者等を地域で支援するための市町村・支援団体等関係機関の連携強化)	(-)		
		(4高齢者の精神科医療) 高齢化の進展、後期高齢者の割合増加、認知症高齢者の増加が見込まれる。また、身体合併症患者への対応も増えている	認知症高齢者や身体合併症患者の増加に対応するための精神科医療の充実	(4認知症に対するかかりつけ医と専門医療機関や地域包括支援センターとの連携体制の構築	(-)		
		(5精神科にかかる受け入れ体制) 精神科病院勤務医の確保が困難になっており、精神科救急など緊急時への対応や精神科を含む総合的な診療科を有する病院での身体合併症患者の受け入れが困難になっている	精神科の病院勤務医の確保が必要		(-)		

都道府県名	対策分野	現状	課題	施設 方策 法 体 系 な ど 評 価 実 態	目 標 含 む 数 値 目	備考 (項目 目録 ・ 印象 など)	未 抽 出 の 対 策
		(6自殺対策) 県内では平成18年に492人が自殺。増加傾向。	自殺者数減少に向けた取り組み。自殺予防に向けた関係機関の連携・協力。自殺未遂者に対する再発防止のための取り組み。遺族への支援。	事前予防・普及啓発、自殺対策に向けた関係者の資質向上、相談体制整備、うつ病に対する内科医等の対応力向上、精神科との連携危機対応、自殺未遂者に対する救急医療機関と精神科医療との連携 事後対応、自死遺族の心のケア 長野県自殺対策連絡協議会で関係機関と連携・協力を図りながら対策を進める	自殺死亡率 20%減少(自殺総合対策大綱に基づく)		
		(7発達障害者支援) 平成16年に自閉症・発達障害支援センター開設。発達障害者及び家族への相談支援、関係者に対する研修会開催、発達障害者支援のためのガイドライン作成	・発達障害者及びその家族に対する相談・支援や発達支援を担う人材養成のための研修会充実 ・早期発見・早期支援を行うため、プラン策定や情報提供などによる関係機関の支援 ・発達障害者への支援体制を整備するため関係機関による連携を進める ・成人期の発達障害者ケアの拡充を図る		(-)		
		(8退院促進支援) ○平成17年度 病状区分調査を精神科病院の入院患者4821人対象に実施。寛解者は232人。長野県障害者プラン後期計画では平成23年までに退院可能な精神障害者の地域生活への移行の目標値を230人としている ○入院患者は比較的短期間で退院(平均在院日数283.6日(良いほうから全国6位)、平均残存率24.3%(良いほうから全国3位)) ○退院支援事業を平成15年より実施。平成18年までに47人に対し支援し30人が退院	○退院可能な精神障害者の地域生活移行に向けた医療と保健、福祉の連携した取り組みが必要 ○再発予防のために地域において医療を受けられる体制作りの推進が必要 ○グループホーム等の生活の場の確保等、精神障害者の退院促進及び社会参加のための資源が必要	○医療と保健、福祉の協働、長野県障害者プラン後期計画で退院可能精神障害者の地域生活移行を目指す。精神障害者退院支援コーディネーター等を障害者総合支援センターに配置し入院者の退院支援を行う。退院に向けたクリティカルパスの構築について検討。 ○精神科地域医療体制の整備、休日や夜間に精神医療相談を行う精神科救急情報センターを設置する、訪問看護等の充実に向けた支援を行う ○社会資源の充実と受け入れ体制の整備、グループホーム等の生活の場の確保、日中の活動の場の整備と就労支援、相談支援体制の充実、相談支援専門員が中心となり、精神障害者の希望に沿って、社会資源や関係機関との調整を図りながら精神障害者の支援を図る	(-)		
		(9医療観察法における対象者への処遇) 医療観察法に基づく指定入院医療機関が1件15床、指定通院医療機関が59件(うち薬局45)	社会復帰支援体制の強化	医療観察法の処遇対象者の社会復帰促進のため、保護観察所を中心に医療機関が連携し、処遇対象者に対し必要な医療確保、生活支援、障害福祉サービス調整などの社会復帰に向けた取り組みを進める。	(-)		
富山県	(P37-38)「こころの健康づくり」	(メンタルヘルス、自殺対策など) 社会や経済の仕組みの高度化・複雑化に伴い、身体的な健康とともに心の健康の保持・増進が重要な問題。県では、ストレス対策を含めた県民の心の健康づくりを計画的に推進するため、「富山県こころの健康プラン」に基づき、ライフステージや生活環境に応じた健康づくりを推進するとともに、心の健康センター及び厚生センター、保健所を中心に専門相談を実施するなど心の健康づくり対策を推進している。国が2006(平成18)年3月に策定した「労働者の心の健康の保持増進のための指針」に基づき、各事業所においてメンタルヘルスマネジメント対策が実施されており、富山産業保健推進センターや県内4カ所に設置された地域産業保健センターがその取り組みの支援を行っている。心の健康センターに設置している「こころの電話相談」に寄せられた相談件数は、2006(平成18)年度で1,457件となっており、近年では、社会情勢を反映したストレス、心の悩み相談が増加傾向にあるとともに、相談内容についても複雑・多様化してきている。自殺の背景にはうつ病などの精神疾患があるとされており、本県の自殺者数は毎年300人程度で推移していることから、こころの健康づくりと密接に関係する自殺対策が重要な課題となっている。		○県民一人ひとりが心の健康の大切さを認識し、心の不調に気付いた場合に早期に相談や診察を受けることができるよう、正しい知識の普及啓発、心の健康教室等の健康教育の実施、「こころの電話相談」等の相談体制の充実と努める。学校保健、職場保健との連携を強化し、効果的なメンタルヘルス対策を実施する。心の健康センターにおいて、厚生センター及び市町村等の関係職員に対する教育研修や技術指導・技術援助を行うなど、精神保健福祉関係職員の資質の向上を図る。医療、保健、福祉、労働、教育などの関係機関等と連携し、幅広い観点から、総合的な自殺対策を推進する。	(-)	・精神科医療に関しては、P168に救急医療体制を中心に記述はあるものの、全体に記述量は少なく、現状の課題認識がわかりにくい。なお上記の分類項目以外に「障害者対策」における精神科医療の記述がある。(P207)「国の政策医療のうち、成育医療、呼吸器疾患(結核を含む)、重症心身障害の専門医療を担う施設として国立病院機構富山病院が、また、精神疾患、神経・筋疾患、重症心身障害の専門医療施設として国立病院機構北陸病院が位置づけられている。」	分析未。薬物乱用防止対策(P44)、要介護等高齢者対策(P205)、障害者対策(P207)
	(P168-169)「精神科救急医療」	○精神科救急医療体制：県内を2圏域に分けた病院群輪番制による精神科救急医療体制を整備し、1998(平成10)年7月から実施している。 ○相談窓口の設置：24時間対応の「精神科救急情報センター」を整備し、2005(平成17)年10月から実施している。 ○病院間連携：各圏域の当番病院のほか、基幹病院として県立中央病院と国立病院機構北陸病院が位置づけられている。 ○円滑な運用：医療機関等で構成する連絡調整会議において、精神科救急医療体制の課題等について検討を行っている。		○病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・充実と努める。 ○急性期、療養期、社会復帰準備期等の病状に応じた適切な精神科医療を実施するため、病院間の機能分担や連携強化を図る。 ○県立中央病院では、病院間の機能分担や連携を強化し、適切な救急医療や身体合併症治療を提供するため、精神科新病棟の建設について検討を進める。	(-)		

都道府県名	対策分野	現状	課題	施策方法・体系・評価	目標(数値含む)	出備考(項目・印象など)	未抽出の対策
石川県	(P81-85)「精神」	① 平成19年6月末現在の精神疾患患者数は12,991人(平成14年に比べ入院患者数は減少しているものの、通院患者数は1.5倍に増加) (精神科救急) 休日・夜間に緊急医療を必要とする在宅の精神疾患患者に対応するため、3地区での輪番制及び基幹病院による精神科救急医療体制を実施。 (身体合併症対応) 精神症状を呈し、当番病院や基幹病院では治療困難な身体合併症患者に対しては、精神科病床を持つ一般病院(6病院)を身体合併症治療病院として位置づけ、紹介する体制をとっている。	近年の通院患者の増加に対して、病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、精神科救急医療体制等のさらなる充実が必要である。	① 精神科救急医療体制等の充実 休日夜間の精神科病院群輪番制の充実を図るとともに、患者家族等からの緊急的な精神医療相談に適切に対応するため、24時間体制の精神科医療相談窓口を設置する。	(-)	・記載事項は比較的充実しているが、数値目標に乏しい。 ・医療観察法対策が見当たらなかったが、記載なし? ・身体合併症についてはシステムがあるようであるが、実際の程度機能しているかについてのデータは採り限り見当たらなかった。評価に欲しい。むしろ精神科病床を持たない一般病院や、精神科単科病院での疾患、どのような状態・重症度、どの時間帯で身体合併症を診れるのか医療機能情報を記載することも今後の課題か。	分析未:こころの健康センター(P177)
		(退院促進) ② 精神科病床の平均在院日数は年々短くなっているものの、平成18年は339日で全国(320日)に比べ20日近く長い状況となっている。	症状が安定し支援が整えば退院可能な患者が、早期に退院し社会復帰できるよう、相談支援体制の構築とともに、ケアホーム、グループホーム等居住の場の確保と生活訓練や就労支援等の充実が必要である。	② 患者の早期退院・社会復帰支援 精神科病院に入院している患者のうち、病状が安定し受け入れ条件が整えば退院可能な方が早期に退院し社会復帰できるよう、相談支援体制を整備するとともに、障害福祉サービス、介護保険サービス等との連携を進める。	(-)		
		(専門医療) ③ うつ状態やストレス関連障害の増加、アルコールや薬物依存症、広汎性発達障害、摂食障害等が増加している。	これら、新たな課題に対応した医療体制の整備が必要である。	③ 新たな課題に対応した医療体制の整備 ア薬物依存症、児童精神疾患などに対し専門的対応や医療を行う施設を確保するとともに、一般医療機関、一般精神科医療機関との連携体制を構築する。 イ精神疾患の早期発見、早期治療を図るため、内科医、産業医、小児科医、精神科医等との連携体制を強化するとともに、こころの健康センターや保健福祉センター等における相談体制の充実を図る。 ウ精神科医療機関に対する情報提供体制の充実を図る。	(-)		
		(認知症) ④ 高齢化の進行に伴い認知症高齢者等の増加が見込まれる。	早期の段階からの適切な診断と対応により悪化を予防する対策、精神症状や行動障害が著しい重症認知症等の専門治療を行う施設の確保、介護保険制度等との連携強化などが必要である。	③ 認知症高齢者等の対策について ア軽度の認知症患者について、かかりつけ医と専門医との医療連携体制を構築するとともに、本人や家族等に対する相談体制等の地域における支援環境を整備する。 イ精神症状や行動障害が著しい重症認知症患者等に対し、専門治療やデイ・ケアを行う医療機関を確保するとともに、一般医療機関からの受入体制、介護保険施設との連携体制を構築する。 ウ認知症等と重篤な身体疾患を合併した患者の入院治療が行える医療機関の確保を図る。	(-)		
岐阜県	(P3-7)「精神保健福祉対策」ただし実質1ページのみの記載	精神障害者が地域で安心して生活できる精神医療、自立支援給付、相談体制の充実を図るとともに、地域住民が心豊かに住み暮らせる地域社会づくりを推進する。また、岐阜県の自殺者数は平成10年に急激に増加し、それ以降、年間500人前後で推移しており、自殺予防に関する早急かつ効果的な対策を推進する。 (1退院促進・地域支援) 精神保健福祉行政は、精神医療の進歩に伴い、「入院医療・施設福祉」主体から「地域保健・地域福祉」を中心とした施策へ方針が転換された流れを踏まえ、岐阜県障害者支援プランに基づきニューマライゼーション理念の普及や精神障害者の自立と社会参加の促進に努めてきた。平成18年に障害者自立支援法が施行され、障害者自立支援法に基づき精神障害者の社会参加及び退院支援に向けた施策展開を実施している。	(1退院促進・地域支援) 今後は、精神障害者がより安心して地域で生活できるよう地域保健の充実や必要な福祉サービスの提供など、利用しやすい体制づくりを推進するとともに、多様な相談体制の整備が重要となる。受け入れ条件が整えば退院可能な精神障害者の地域移行を支援するため、グループホームやケアホームなどの充実を図る必要がある。	(1退院促進・地域支援) ○ 精神障害者の地域生活や在宅生活を支援するため、市町村における地域生活支援事業の実施体制の整備を広域的かつ専門的に支援 ○ 精神科病院に社会的に入院している精神障害者の地域移行を促進 (2精神科救急) 地域で生活する精神障害者の適正な医療の確保を24時間体制で支援するため、精神科救急医療システムを充実	条件が整えば退院可能な精神障害者数:587人(H18)→190人(H23)	・精神科医療に関する記述は非常に乏しい。なお左記の分類項目以外に「健康危機管理体制」に関する記述がある。 【健康危機管理体制】県民の健康を脅かす健康危機に対して、平時から監視・情報収集、訓練、関係機関との連携に努め、有事における速やかで適切な対応体制の立ち上げに努めます。事後対応として、被害者の心のケアと有事対応の評価、対応体制の改善に努め、県及び二次医療圏において健康危機管理体制を確立します。」	分析未:「障害及び障害児(者)対策3-8」に発達障害の記載あり。「健康づくりの拠点」精神保健福祉センター3-20の記載。
		(3自殺対策) 全国の上自死者数は平成10年に一挙に8,000人余り増加して3万人を超え、その後高い水準が続いている。このような状況の中で、平成18年、国を挙げて自殺対策を総合的に推進することにより、自殺防止を図り、併せて自殺者の親族等に対する支援を図るため自殺対策基本法が施行され、平成19年に自殺総合対策大綱が自殺対策の指針として策定された。	(3自殺対策) 今後は、警察、教育委員会、医療機関、労働局などの公的機関及び自殺関連の自助グループなどの民間団体とも協働して自殺予防施策を推進していく必要がある。	(3自殺対策) 自殺予防対策協議会を設置し、関係機関との連携を強化し、自殺予防対策を推進するとともに自殺予防対策行動計画を策定	自殺対策の数値目標:525人(H17)→420人以下(H28)		

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・日数など)	未抽出の対策
静岡県	* 追補版(H20年3月に追加改訂)(P37-41)「精神疾患」	精神科病院入院患者は平成19年に6157人、減少傾向にある。精神科病院に入院している患者の平均在院日数は265.1日、減少傾向。			(数値目標はないが、指標の未列挙) ・平均在院日数 ・医療連携体制を担う医療機関数(精神科救急医療、身体合併治療を担う医療機関) ・75歳以上国保受診率 ・退院可能精神障害者割合	・平成20年3月に追補版として追加改訂された部分の記載は下記の点で非常に先進的で充実している。 ・身体合併症を有する精神病患者への支援策、一般救急と精神救急の連携等に力を入れている点も他県と異なっており、独自性がある。各分野ごとに求められる医療機能を定め、表に示しており、今回分析した全都道府県で最も進んだ記載となっていると思われた。 ・地域ごとの分析が詳細になされており、データを最大限に利用できていると思われる。	分析未: 麻薬、覚せい剤等に対する薬物乱用防止対策(P92)、高齢者保健福祉対策(P104)、身体・知的障害者保健福祉対策(P110)、精神保健福祉センター(P117)
		(1退院促進) 県内の入院患者動向調査の結果、退院可能精神障害者数は1373人で精神科病院全入院患者の22%。	退院可能精神障害者の退院促進	・退院可能な精神障害者の在宅療養に向け、医療・保健・福祉の関係機関の専門スタッフで構成するチーム支援体制を整備する ・各精神科病院で早期退院にむけたい院可能な患者の退院訓練を行うとともに退院促進支援事業の推進を図る	平成24年度までに退院可能精神障害者の入院解消		
		(2身体合併症治療) ・精神科病院に入院中の患者が悪性腫瘍等の治療により専門的かつ高度な医療を必要とした場合、精神科治療と併せて一般科の専門的入院治療が可能受け入れ病院を医療圏域の中で探すことが困難 ・自殺企図による大量服薬や外傷等による救命期治療を脱した救急患者がその後精神科治療を優先し精神科病棟に転院したものの、身体合併症の治療のために再び一般科病棟に転院する等、患者の心身面におけるリスクが増大する傾向がある	精神科医師と一般科医師の協力が求められている 精神科治療における医療保護、措置入院が必要な状況で、合わ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における専門的かつ高度な医療提供が可能な機能を有している医療連携体制が求められている	・一般科医師と精神科医師との連携促進 ・一般科救急医療と精神科救急医療が連携し救急医療に対応する体制を整備する ・身体合併症の専門的入院治療を必要とした場合、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 ・身体合併症の入院治療が必要な精神科の患者に精神科治療およ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の整備	(-)		
	本文(H17のもの)「精神科救急医療」(P36-37)	・精神科救急医療は、かかりつけ医療機関がある場合は当該医療機関が対応することを原則としている。 ・平日昼間の精神科救急医療については、各精神科医療機関が対応している。 ・休日・夜間の精神科救急医療については、下記の6地域で毎日1か所の精神科救急医療施設が対応している。 ・精神科医療機関へ緊急に受診したいときなどで情報を必要とする人に対しては、精神科救急情報センターで24時間電話相談に応じている。 ・精神科救急医療施設では、対象者の治療状況に関する情報の把握や確実な受入等により、迅速かつ適切な救急医療の提供が必要となっている。		・精神科救急医療施設(基幹病院及び輪番病院)を支援する静岡県立こころの医療センターやその他の精神科病院及び診療所の調整機能強化する。 ・精神科救急医療施設では処遇困難な対象者を24時間体制で受け入れるため、センター機能を有する精神科救急医療センターの設置について検討する。	精神科救急医療対策事業 精神科救急医療施設(現況)利用者数1,202人(5か年の取り組み)毎年10%程度の増加 (H21目標)精神科救急医療施設利用者数1,800人		
	本文(H17のもの)「精神医療対策」(P66-69)	(1啓発、情報提供)国及び県の施策は、昭和62年の精神保健法の改正以来、入院医療中心の施策から地域におけるケアを中心とした施策へという大きな流れの中で展開されてきたが、精神障害に対する地域住民の正しい理解が十分でなく、依然として誤解や偏見を持っている人がある。また、精神医療に関しては、医療機関相互も含め、必ずしも十分な医療情報が提供されていない傾向にあり、精神医療を必要とする人に対する的確な情報を提供する体制の整備が必要になっている。		・精神保健福祉センター、健康福祉センター、市町村、精神保健協会等の関係団体が、相互に連携して乳幼児期から老年期に至るライフステージ(生活の場)に応じたこころの健康の保持・増進について、継続して普及啓発を行い、精神疾患が生活習慣病と同じく誰もがかかりうる病気であることについての認知度を高める。地域で生活する精神障害のある人を支援するために、ケアマネジメント従事者(対象者が地域で生活する上で必要となる社会資源や関係機関の調整、相談に従事する者)が中心となり、精神障害者の意志を尊重し、社会資源や関係機関の調整を図り、個別の精神障害者の支援を実施する。	メンタルヘルス特別普及事業(精神保健福祉センター事業)精神疾患は生活習慣病と同じく誰もがかかりうる病気であることについての認知度:51.8%(平成9年度全国家連調査)一毎年2%以上の認知度を高める一精神疾患に対する認知度78%以上(平成21年度)		

都道府県名	対策分野	現状	課題	施策方法・体系・備案	目標含む数値	備考(項目・印象など)	未抽出の対策
		<p>(2)退院促進、地域支援</p> <p>県内の精神病院に入院している人は、治療技術の向上、向精神薬の開発等、精神障害に関する医療環境が改善されていることや精神障害者社会復帰施設の整備が進んできたことなどから、早期退院が可能になり年々減少。一方で、5年以上の長期入院者は、病状が安定し、退院しても家族の受け入れ態勢がない、経済的不安、地域生活の受け皿となる社会復帰施設や地域生活を支援するサービスが地域に少ないなど、家庭や地域の受け入れが整わないために退院できない、いわゆる社会的入院患者が相当数に上るものと推測されている。</p>		<p>・新規入院者については、精神病床を急性期、社会復帰リハビリテーション、重度療養等に機能分化し、入院中の処遇の改善や患者のQOL(生活の質)の向上を図りつつ、できる限り1年以内の退院となるよう、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の整備を促進する。また、1年以上の入院者については、精神病院、精神保健指定医、社会復帰施設及び行政の協力体制を強化し、段階的、計画的に地域生活への移行を促進することにより、精神障害のある人の早期退院や社会復帰の支援体制の整備を促進。</p> <p>・精神障害者の人権に配慮し、患者家族の意志を尊重した適正な医療及び看護等の提供体制の整備を促す。特に、措置入院を受け入れる病院の条件について、より一層の適正な医療を提供するため、国における精神医療のあり方の議論も踏まえ、病棟の看護職員配置を3:1以上にすることを検討する。</p> <p>・県の実地指導において処遇の改善命令を行ったにもかかわらず適切な改善がなされない場合には、その内容等を公開する仕組みの導入を検討する。</p>	<p>・精神障害者医療保護対策 平均在院日数 278.6日(15年度)→ 245.0日以下(平成21年度)</p> <p>・精神障害者退院促進事業 平均残存率(1年未満群)29.8% (15年)→24%以下(平成21年度)、平均退院率(1年以上) 18.8% (15年)→29%以上(平成21年度)</p>		
		<p>(3)自殺対策、メンタルヘルス</p> <p>現代人は、社会・経済の急速な変化等の中で、多くの人がストレスにさらされている。職場や地域では、人と人とのつながりが薄れ、不安や孤独感を抱える人も多く、さらに、長引く不況等が原因でうつ、ストレス、不眠等のこころの健康問題を抱え、最悪の場合、自殺に至るケースもある。本県の自殺者数は、平成10年以降、6年連続700人台の高水準で推移し、このうち、40～60歳代の働き盛りの人が半数以上を占めている。特に、平成15年は、30～40歳代の数が増加し、若い世代にも波及する傾向がみられる。</p>	<p>(3)こころの健康に関する技術的なマニュアルとして県が策定した「こころの健康づくり指針」を活用して自殺防止や普及啓発するとともに、産業保健と地域保健の関係機関の機能役割を有機的に連携させ、職場でのこころの健康管理の円滑な推進を図る。</p>	<p>(2続き)</p> <p>・福祉ホーム 定員:78人(H15)→360人(H19)</p> <p>・グループホーム(共同住居を含む) 定員:152人(H15)→550人(H19)</p> <p>・援護寮 定員:120人(H15)→340人(H19)</p> <p>・通所授産施設 定員:180人(H15)→320人(H19)</p> <p>・小規模通所授産施設(共同作業所を含む) 定員:457人(H15)→780人(H19)</p>			
		<p>(4)PTSD対策</p> <p>身近な事件や事故に遭遇した人の中には、強いストレスのため少なからずこころに深い傷を負い、特に、感受性の強い児童・生徒は大きな精神的ショックを受けるため、ストレスの長期化によるPTSD(心的外傷後ストレス障害)を未然に防止することが重要。</p> <p>(5)ひきこもり対策</p> <p>6か月以上自宅にひきこもり社会参加しない状態が持続している、いわゆる、ひきこもりの数は、県内に約3万2千人いると推計されるが、実態の把握は困難な状況。ひきこもりについては、放置しても自然回復はあまり期待できないと考えられるほか、対応を誤れば本人との関係がこじれるばかりでなく、その背景には、うつ病等の精神病にり患している可能性もあることなどから、できるだけ早い時期からの適切な対応が必要となっている。</p>	<p>(4)PTSD対策</p> <p>学校等での生命にかかわる事件や事故の発生時に、児童や生徒の精神的ショックを和らげPTSDの発症を予防するため、こころの健康管理を支援する専門家チームを派遣する事業に取り組む。</p> <p>(5)ひきこもり対策</p> <p>ひきこもり青年の社会参加を促進するため、教育委員会、市町村等の関係機関と連携し、ひきこもりに関する知識の普及や教育研修を行うとともに、地域における支援サービスの確保に努める。</p>	<p>(2続き)</p> <p>・精神障害者デイケア施設 定員:1,521人(H15)→1,845人(H19)</p> <p>・社会適応訓練事業訓練者数291人(H15)→480人(H19)</p> <p>・精神障害者地域生活支援センター直所数15か所(H15)→24か所(H19)</p>			
		<p>(6)高次脳機能障害対策</p> <p>厚生労働省の高次脳機能障害支援モデル事業から推計すると、県内の高次脳機能障害を持つ人は約1,300人で、このうち脳外傷によるものは約200人となりますが、広く高次脳機能障害について理解されているとはいえない状況にある。高次脳機能障害を持つ人の社会参加を促進するためには、地域住民の障害に対する理解が不可欠であり、これに関する知識や障害をもつ人への対応についての意識等の啓発が必要。</p> <p>(7)医療観察法</p> <p>「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」が平成15年7月に公布され、2年を超えない範囲内で施行されることになっている。県では、対象者が地域で生活することとなった場合の地域処遇の実施体制について、静岡保護観察所に協力して整備する必要がある。</p>	<p>(6)高次脳機能障害対策</p> <p>高次脳機能障害者への相談支援のため、県内の関係医療機関、福祉施設、健康福祉センター、市町村の職員等の支援従事者に対し研修を行うとともに、当事者及び家族の行う相談活動、学習会等の活動を支援する。</p> <p>(7)医療観察法</p> <p>心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の社会復帰と地域生活の支援を図るため、関係機関と協働して地域処遇の実施体制の整備を促進する。</p>	(-)			

都道府県名	対策分野	現状	課題	施策方法・体系・評価・備実	目標(数値含む)	備考(項目・印象など)	未抽出の対策
愛知県	(P14)「各県立病院の状況」の記載から	(各県立病院の状況) 県立城山病院(名古屋千種区) ○設置以来県内の精神科医療の中心的役割を果たしてきており、県内に2か所指定されている応急入院指定病院の一つで、精神科応急医療システムの後方支援病院となっている。 ○また、急性期患者の初期集中治療の強化を行い、デイケア、訪問看護等を充実し社会復帰の促進を図っていく。	○施設が老朽化していること、県内の精神科救急体制を維持するために、早期に改築も視野に入れた検討を進め、病院の療養環境の改善が望まれている。		(-)	・記載事項は全般的に網羅されており、詳細に現状と課題をまとめているが、数値目標が全く挙げられていない。今後の課題であろう。	
	(P81)「母子保健事業」の記載から	(母子保健事業の現状) 子ども自身の心の病気や発達障害も問題となっている。 (不妊への支援) 平成15年度から精神的負担の軽減を図ることを目的に専門相談を実施し、平成16年度からは、経済的負担の軽減を図ることを目的に特定不妊治療費の一部を助成している。また、平成19年度からは、不妊治療を総合的に支援するため、一般不妊治療費を助成する市町村に対する補助を実施している。	(母子保健事業の現状) 発達障害者支援法が平成17年4月から施行され、発達障害児の早期発見、早期の発達支援が求められている。 (不妊への支援) 不妊への悩みに対しては、不妊やその治療に対する正しい知識と理解が必要であり、知識普及と情報提供に関する施策の推進を図っていく必要がある。		(-)		
	(P96-105)「精神保健医療福祉対策」	※精神医療対策 【基本計画】 ○夜間休日等における精神科救急医療が提供できる体制の充実を図る。 ○急性期精神科医療(措置入院、緊急措置入院、応急入院)を始め難治症例に対応できる体制の整備を検討する。 ○受入れ条件が整えば退院可能な患者の地域生活への移行を図る。 (1 精神科医療の現状、退院促進) ○県内に精神病床を有する病院は53病院あり、90%以上が民間病院となっている。その他、精神科外来のみを扱う病院が55施設、診療所が170施設あり、診療所の開設の増加傾向が続いている。 ○精神病床数は、13,358床(平成18年10月1日現在)で、近年減少傾向となっている。また、精神病院では、10年以上の長期入院患者が入院患者の30%以上を占めている。	(1 精神科医療の現状) ○病院と診療所との連携を充実させる必要がある。 ○受入れ条件が整えば退院可能な患者の地域生活への移行を図るため、退院後の地域での支援体制の整備を検討する必要がある。	○入院形態ごとの適切な処遇の確保を図る。 ○受入れ条件が整えば退院可能な患者については、障害者自立支援法に基づき地域での支援体制を整え、地域生活への移行を図る。 ○精神科救急医療体制など地域医療体制の整備を図る。 精神科病院の状況、精神科病院病床数の状況、精神科診療所の状況、入院患者の動向、入院期間の状況、精神科救急発生件数に関するデータあり。	(-)		
		(2 精神科救急医療体制の充実) ○夜間休日における精神科の救急医療に対応するため、輪番制による精神科救急医療体制を整備している。 ○精神障害者及びその家族からの電話による緊急な医療相談に対応するため、平成15年6月から精神科救急情報センターを開発している。 ○夜間休日の救急患者は増加傾向にあり、その約3分の1は、入院治療を受けている。また、電話相談等も増加傾向にある。 ○平日の午後の精神科の診療応需体制が十分ではない。 ○緊急時の応急入院制度による指定病院は、県内では県立城山病院、(国)東尾張病院、松蔭病院、弘仁病院、刈谷病院及び京ヶ峰岡田病院の6か所が指定されているが、名古屋圏域及び西三河圏域に偏在している。 ○県立城山病院は、保護室を増室するなど、急性期治療に力を注ぎ、保健・医療・福祉の各関係機関と連携し、医療の提供に努めている。	○精神科救急医療センター機能を持つ病院が求められている。 ○通常の応急入院や法第34条に基づく医療保護入院患者の移送を円滑に行うためにも、県全域にバランスの取れた応急指定病院が存在することが望まれる。		(-)		
		(3 専門医療、医療観察制度) ○措置患者、急性期患者、身体合併症患者、薬物等依存患者、思春期など、それぞれの精神疾患に応じた病床の機能が明確ではない。 ○犯罪を行った精神障害者の処遇に関する「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(心神喪失者等医療観察法)」が平成17年7月に施行された。	○精神病床の機能分化を促進し、患者の病状に応じた適切な医療が提供できる体制の整備を図る必要がある。 ○心身喪失者等医療観察法により地域で生活する障害者については、保護観察所による精神保健観察を行うとともに、指定退院医療機関や保護者、市町村等の関係機関が相互に連携して、治療を継続し地域における自立生活を進める必要がある。		(-)		

都道府県名	対策分野	現状	課題	施策方法・体系・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
		<p>※精神保健福祉対策【基本計画】</p> <p>○市町村、保健所、精神保健福祉センターが連携し、身近な相談から専門的な相談まで、一貫した対応ができる体制の整備を推進する。</p> <p>○精神障害者の社会復帰を支援するため地域で受け皿の整備を進める。</p> <p>○保健所、精神保健福祉センターが中心になり、市町村への技術指導・援助を行う。</p> <p>○県民のこころの健康対策として、平成18年10月に施行された自殺対策基本法を踏まえた自殺対策及びひきこもり対策を総合的に推進する。</p> <p>(4 精神障害者に対する支援体制)</p> <p>○市町村は、精神保健福祉手帳等の申請受付などの窓口となったが、さらに精神保健福祉の一元的なサービス実施主体となることが期待されている。</p> <p>○県の保健所は、地域精神保健福祉活動の中心機関として県民のこころの健康に関する相談、訪問指導を行っている。</p> <p>○精神保健福祉センターは、精神保健福祉に関する総合的技術センターとして、知識の普及、調査研究及び複雑困難な相談事業を行うとともに、保健所、市町村その他関係機関に対して、技術指導・援助を行っている。また、平成19年度から、従来保健所で実施していた精神保健福祉手帳・自立支援医療(精神科通院)受給者証発行業務を精神保健福祉センターで集中処理している。</p>	<p>(4 精神障害者に対する支援体制)</p> <p>○市町村を基礎とした重層的な相談支援体制の確立を図る中で、保健所及び精神保健福祉センターは、市町村を支援する役割を十分に果たす必要がある。</p> <p>○精神保健福祉対策に係る県と市町村の役割を明確にしていくとともに、市町村の担当職員の資質向上を図るための研修に協力していく必要がある。</p>	<p>○障害者自立支援法に基づき、障害者福祉施設・サービス体系を機能別体系へと移行させ、総合的な障害者自立支援システム(障害者自立支援法サービス体系図)を構築する。</p> <p>○市町村を中心とする福祉サービスの提供体制、相談支援体制の充実を図っていく。</p> <p>○県は、ケアマネジメント従事者の人材養成や広域的な支援を行い、市町村支援体制の確立を図る。</p> <p>○精神疾患、精神障害に対する県民の正しい理解を深める取組みを進める。</p> <p>○自殺の現状や予防に関する啓発を進めるとともに、年代別、段階別の課題に対応した事業を実施する。</p> <p>○保健、医療、福祉、労働、教育などのさまざまな分野の関係者や学識経験者を交えて、自殺対策について検証し、総合的な施策を推進していく。</p> <p>社会復帰施設等の整備状況のデータあり。</p>	(一)		
		<p>(5 福祉サービスの提供)</p> <p>○平成17年の障害者自立支援法の成立により、精神障害者に対する福祉サービスもそれぞれの機能や目的に着目した体系に再編され、これまで精神障害者社会復帰施設として運営されてきた施設のうち地域生活支援センター及び福祉ホーム(A型)は平成18年10月に新体系に移行し、その他は平成24年3月末までに新体系に移行することとなった。</p> <p>○障害者自立支援法における福祉サービスは、個々の障害の状況や利用の意向等により個別に支給決定される自立支援給付と、市町村の創意工夫により柔軟なサービス提供を行う地域生活支援事業に大別され、精神障害者にも総合的なサービスが提供される体制となった。</p>	<p>(5 福祉サービスの提供)</p> <p>○障害者自立支援法に基づく新事業体系においては、日中活動に係るサービスと居住支援に係るサービスに区分されており、精神障害者社会復帰施設を運営している事業者は、サービスの組合せを検討するなど、新体系への移行を進めていく必要がある。</p> <p>○障害福祉サービス等の必要量とその確保の方策などを定めた市町村及び県の障害福祉計画にそって、精神障害者の地域生活を支える受け皿を計画的に整備していく必要がある。</p>		(一)		
		<p>(6 精神疾患等の正しい理解の促進)</p> <p>○精神疾患や精神障害に関する正しい理解がされず、精神障害者に対する誤解や偏見が一部に残っている。</p> <p>○「こころの健康フェスティバル」、「心のバリアフリー推進事業」を実施し、精神障害者、家族、NPO、一般県民が幅広く参加している。</p> <p>(7 こころの健康対策)</p> <p>○自殺・ひきこもりといった重大なこころの健康問題に対応するため、平成19年度に障害福祉課に「こころの健康推進室」を設置し、総合的な施策の推進を図っている。</p> <p>○自殺やうつ病、ひきこもりなど県民の心の悩みに幅広く対応するため、「メンタルヘルス相談窓口」を県の保健所と精神保健福祉センターに設置し、さまざまな相談に応じている。</p> <p>○児童思春期の心の問題に対する相談は、県の精神保健福祉センターや児童相談センター等が窓口となっている。</p>	<p>(6 精神疾患等の正しい理解の促進)</p> <p>○精神疾患は誰もがかり得る病気であることについての認知度を高めるよう、正しい知識の普及・啓発に取り組む必要がある。</p> <p>○共生社会の実現に向け、精神障害者への偏見をなくす取組を地域に定着させていく必要がある。</p> <p>(7 こころの健康対策)</p> <p>○自殺・ひきこもり対策について、広く県民に状況を周知させ、関係機関と連携して総合的な取組を進めていく必要がある。</p> <p>○自殺は、失業、多重債務、職場でのストレス、いじめ等さまざまな要因が関係しているため、それぞれの問題に対応する相談機関との緊密な連携が必要。ひきこもりについては、ひきこもりに陥っている実態が十分に把握されていない状況にある。</p> <p>○児童思春期の心の問題は、その原因や対応が多様であり、関係機関の連携と専門性のある対応が必要。</p>	(一)			

都道府県名	対策分野	現状	課題	実施方法・体系・評価	目標(数値含む)	備考(項目・印象など)	未抽出の対策
	(P157-158)「高齢者保健医療福祉対策」内の「認知症対策」「高齢者虐待防止」についての記載	(認知症対策) ○今後の高齢社会の進展に伴って、我が国の認知症高齢者の数は増加し、ピーク時(2040年)に400万人に近い人数になると見込まれている。なお、現在、本県の認知症高齢者は89,000人と推計されている。 ○認知症高齢者を地域で支えるために、認知症を正しく理解し、見守りや支援の手を差し合えることができる認知症サポーターを養成している。 ○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る。 ○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る。 (高齢者虐待防止) ○平成18年4月1日に「高齢者の虐待防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」(いわゆる「高齢者虐待防止法」)が施行された。県は、適切な対応に向け高齢者虐待対応マニュアルを作成し、市町村等の職員を対象に研修会を実施している。	(認知症対策) ○地域や職域における認知症サポーターの養成を推進し、地域での認知症の理解・支援者の拡大を図り、認知症になっても安心して暮らせる地域づくりを進める必要がある。 ○今後の高齢者介護における中心課題は認知症対策であり、認知症の予防、早期発見・早期対応及び認知症高齢者に適したサービスの向上、人材の養成等医療と介護が一体となった支援体制を構築していく必要がある。 ○モデル事業で得られた成果を市町村に普及し、認知症の地域支援体制の構築を進めていく必要がある。 (高齢者虐待防止) ○高齢者虐待の予防と早期対応を地域全体で取組み、高齢者が尊厳を持ち日々暮らせる地域となることが求められている。		(-)		
三重県	(P149-152)「精神保健医療対策」	精神科病院への入院患者数は減少が続き、平成18年6月30日現在では4597人となっている。入院形態別では任意入院が65.9%と一番多く、次いで医療保護入院等の33.9%となっている。一方、措置入院患者の占める割合は0.4%で年々減少している。通院患者は中長期的には引き続き増加が予想される。精神保健福祉手帳所持5714人。県内の精神科病床数は4914床でほぼ全国平均だが、基準病床数を上回っている。自殺の状況は、全国と同様に平成10年から急増している。平成18年の本県の自殺者数は398人で自殺率が21.7(10万人対)で、全国36位。	1. 精神障害者に対する医療提供体制整備の実施 (自殺対策含む)	1. 休日および夜間における精神障害者などのための精神科救急医療体制の整備	(-)	・記載事項は比較的網羅されているものの、具体的な目標値は乏しい印象。 ・ギャンブル依存の記載は他の自治体ではあまり見られなかったが、重要な問題であり今後の発展が望まれる。依存症に関しては自助グループの役割も重要であり、記載については今後の課題か。	分析未・高齢者保健福祉の推進(P185-認知症対策も記載あり)。 障がい者のための保健医療の充実(P191)。 医薬品の安全対策(P197)内の薬物乱用問題
			2. 精神障害者が地域で生活していくための体制整備の充実	2. 精神障害者の社会復帰を促進するための、保健・医療・福祉関係機関の連携を強化	(-)		
			3. 精神障害者に対する理解の促進	地域や学校、様々な団体などと協働し、啓発広報やボランティアなどの実践活動をおとして積極的に働きかける。	(-)		
			4. 新たな精神保健福祉ニーズへの対応	相談支援体制を充実させる。こころのケアに携わる人材の育成を進める。かかりつけ医と専門医療機関や地域包括支援センターとの連携体制を構築する。	(-)		
	(P183-184)「健康づくり活動の推進」内の記載	・ストレスなどによって引き起こされる、うつ・自殺、ひきこもり、PTSD、薬物依存などこころの健康の問題が増加している一方で、こころの問題についてはいまだに偏見が強く、正しい理解が得られにくい状況である。 ・こころの問題について正確な情報が得られ、こころの健康の増進、問題の早期発見と適切に対応がなされるための環境整備が必要。特にひきこもりの予防や長期化の防止に向けて、相談体制の充実が求められているとともに、災害時などに発生するこころの健康障害等に対応できる支援体制が必要。		・こころの健康問題に関する正しい知識の普及や啓発や相談を実施するとともに、地域全体でうつ・自殺予防対策を進めていくための体制を整備する(市民団体、医療機関、市町、県)。 ・ひきこもりの予防や長期化の防止に向け、相談体制の充実、合同研修会の開催などにより関係機関との連携を強化する(市民団体、市町、県)。 ・災害時などに発生するこころの健康障害に対応するため、相談支援体制を充実する(市民団体、医療機関、市町、県)	(-)		
福井県	(P106-107)「精神医療」		(1)自殺・ストレス対策など、こころの健康づくりの推進	(1)精神保健福祉センター、健康福祉センター等関係機関の連携による相談体制充実、アルコール・ギャンブル依存解決のための研修会開催。 うつ病等の早期発見、治療のため健診時ストレスチェック導入やかかりつけ医と精神科医との連携促進	(-)	・精神障害者が一般社会で生活できるようにするための支援策は描かれているが、総合的には具体策にかけられているような印象である。目標値が不明確。 ・ギャンブル依存症の記載あり。自助グループの役割も重要であり、記載については今後の課題か。 ・自殺対策の記載がやや少ない印象。	分析未・薬物乱用防止対策(P121)
			(2)地域における生活支援体制の整備と、社会的入院患者の退院促進	①精神科病院と精神障害者を支援する社会福祉法人が連携し、社会的入院患者に対し居住体験などの退院訓練実施 ②夜間・休日の診察体制を強化し24時間の救急医療体制の整備、健康福祉センターや市町、相談事業者、病院等が連携して地域における生活支援体制を整備する ③精神障害に関する講演会や、精神障害者の書・絵画などの発表会等の交流事業の実施による精神疾患や精神障害に対する社会の偏見解消に努める	(-)		

都道府県名	対策分野	現状	課題	施策方法・体系・備考	目標(数値)	備考(項目・印象など)	未抽出の対策
滋賀県	(P114-119)「精神保健医療福祉」	1. 精神科医療 県下の精神科病院では、社会的入院が多数入院。平成16年の精神科病院在院患者の入院期間別状況では、入院患者2108人のうち10年を超える患者は、605人と約30%を占める。平成9年度から「精神科救急医療システム事業実施要綱」に基づき関係機関が連携を図り対応しているが近年、通報件数が当初の2倍に増加していること、精神科病床数が全国で最下位にあること、精神保健指定も不足しており、保健所等への対応、精神科病院での診察、受け入れ体制などに課題や問題が生じている。	1. 精神科医療 関係機関が連携して精神障害者の退院促進など地域生活への移行を推進している。精神科救急情報センターを設置するなど精神科救急医療システムの充実・強化を努め、精神障害者等の処遇や人権に配慮した迅速かつ適切な医療の提供と保護を図ることが必要である。	1. 精神科医療 ①精神科通院医療の継続実施 精神障害者は、病状が安定しないという特性があり、安定した地域生活を送るためには精神科への通院は必要不可欠であり、今後も、精神保健福祉手帳1・2級所持者を対象とした精神障害者の通院医療費公費負担助成制度により自己負担分の助成をすることで受診の促進に努めます。②精神科病院の医療 県立精神医療センターにおいては、県立精神保健福祉センターとの連携を図り、精神障害者の発生予防・治療・社会復帰援助までの一貫したサービスの提供を行い、精神科医療の一層の推進に努める。特に、精神科救急医療、思春期(青年期)精神障害・アルコール中毒性精神障害等の積極的な受け入れ、保護観察所と連携を図り心身喪失者等医療観察法に基づく入院医療のための病床整備の検討や通院医療の受け入れ等、高度・特殊専門医療などの提供を行う。民間の精神科病院等においては、それぞれの病院の特性を活かし、地域住民の多様なニーズに応じた地域精神科領域を積極的に提供する。③精神障害者地域生活移行推進事業の実施 (1)精神障害者退院促進事業(2)精神障害者地域生活定着支援事業(3)精神障害者地域生活拠点整備事業④精神科救急医療システムの充実・強化	(一)	・「社会的入院」が多いことだが、退院促進の目標値が記載されていないようである。やや記載内容が古いところもある。うつ病対策と自殺対策を並列にしている。うつ病以外の精神疾患でも自殺が多いという現状を把握した上で対策が今後の課題か。	分析未・児童虐待(P120)、高齢者保健医療福祉(P109)認知症対策あり、心身障害者(児)保健医療福祉(P112、発達障害対策あり)
		2. 精神保健福祉 精神疾患の早期発見、早期治療のみでなく、広く県民の心の健康増進に目を向け、関係機関が連携を図り精神疾患や精神障害に関する知識の啓発に努めている。 高次脳機能障害への支援として、平成13年度に生活実態調査を実施しそれを受けて、普及啓発事業やつ相談支援窓口の設置をしている。	2. 精神保健福祉 精神障害者やその家族に対するきめ細やかな相談支援や生活支援体制の整備、相談支援従事者の育成及び更なる質の向上と併せて関係機関等の育成支援や活性化を推進する必要がある。	2. 精神保健事業 ①精神保健福祉に関する知識の普及・啓発②相談支援や支援体制の充実③就労支援の充実強化④人材育成の充実強化⑤高次脳機能障害対策の充実	(一)		
		3. うつ病(自殺予防) 本県の自殺による死亡者は年間200人前後だったが、徐々に増加し、平成14年からは年間300人前後になっている。本県ではうつ病(自殺予防)事業を、平成17年度はモデル的に3箇所の地域振興局などで実施し、平成18年度から全地域振興局等及び精神保健福祉センターに事業拡大。	3. うつ病(自殺予防) うつ予防の視点だけでなく、失業・経済問題などの社会的要因も含めた総合的な対策へ対策を進展させることが課題	3. うつ病(自殺予防) ①うつ病対策事業の推進②効果的な自殺予防対策の実践③予防対策のための相談窓口の充実④一般診療所と精神科医療との連携強化	(一)		
		4. 災害や事件・事故後のこころのケア 記載なし	4. 災害や事件・事故後のこころのケア こころのケアの体制整備が必要である。災害時においてもこころのケアは重要である。	4. 災害や事件・事故後のこころのケア ①犯罪被害や学校などにおける児童・生徒を巻き込む事件や自殺などの事案による、精神的な二次被害拡大防止のための、こころのケアの体制整備②地震などの大規模災害時、災害ストレスによるPTSDの対応ができる体制の整備	(一)		
京都府	(P59)「精神保健対策」	(1長期入院患者退院促進)	(1長期入院患者)精神障害に関する正しい理解を広げるとともに、障害福祉サービス等の充実や長期入院患者への退院支援、地域生活支援体制の整備等が必要	・地域生活支援の基盤を強化するとともに、全圏域で長期入院患者に対する退院支援を展開・保健所・精神保健福祉総合センターは、市町村や障害福祉サービス事業者に対して、精神保健の立場から専門的に技術支援・北部の精神科救急医療システムを担う舞鶴医療センターの相談・コーディネート機能を果たす精神保健福祉士等の人材確保を支援し、情報センター機能を充実・強化	長期入院患者への退院支援を行う圏域 1圏域 (19年)→全圏域 (24年)	・退院促進事業の目標値がやや甘い印象(他の自治体は退院させる人数を記載しているが、京都府は促進事業を実施している圏域数を記載している) ・精神科救急医療についての対策はも含め、精神保健医療全般的に記載が他の自治体に比して乏しい印象。	分析未・認知症対策(P62)、発達障害・高次脳機能障害対策(P64)
		(2メンタルヘルス、自殺対策)	(2メンタルヘルス)、平成18年10月の自殺対策基本法施行に合わせて、府内の自殺防止に向けた取り組みの方向性を協議するために、自殺対策連絡協議会を設置。平成19年9月には、同協議会により、「京都府における自殺対策のあり方に関する提言」がとりまとめられ、今後これを踏まえた対策を推進する必要がある	平成19年9月にまとめられた自殺対策連絡協議会提言に基づき、精神科と内科等との連携、多重債務や犯罪被害など社会的問題に関する相談員の資質の向上、自死遺族支援団体等への支援などを実施	自殺死亡率(人口10万対) 20.2 (18年)→18.6 (24年)		
大阪府	(P350-358)「精神保健医療対策」	(1精神科救急医療体制の充実)府民や救急隊からの救急医療の要請を受ける「精神科救急医療情報センター」を設置することで、空床情報の提供や安定的な受け入れ体制の確保を行い、速やかな医療の提供を行えるようにするとともに、警察に保護された精神障がい者が24時間医療を受けられる体制を図った。	引き続き精神科救急医療への充実を図る。	特記なし	(一)	・記載事項は網羅されているようだが、現状と課題にとどまった記載が多く、施策の具体性に乏しい印象を受けた。 ・身体合併症への対応が乏しい印象	分析未・高齢者保健福祉施策の推進(P414)、障がい者保健福祉施策の推進(P421)、この健康総合センター(P432)、障がい者医療・リハビリテーションセンター(P434)

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
		(2)心神喪失者等に対する医療・地域処遇 心神喪失者等医療観察法では、心神喪失等により重大な他害行為を行った者に対して、国の責任により専門的な医療を確保し、円滑な社会復帰の促進をすることとなっているが、大阪府立病院機構府立精神医療センターにおいて、既存病室を改修することにより5床の専門病床を確保した。	大阪府立病院機構府立精神医療センター建て替え終了後には、専門病床を整備する。また、大阪保健観察所が設置するケア会議に大阪府こころの健康総合センター、保健所、市町村などの関係機関が参画し、連携していく。	特記なし	(一)		
		(3)精神障がい者の退院の促進に関する取り組み 直近の平成17年の精神科在院患者調査結果から、院内寛解及び寛解者2,226人を退院可能精神障がい者とみなし、平成24年度におけるこれらの社会的入院の解消を視野に、平成23年度の退院可能数目標数を1,908人とする障がい福祉計画を定めた。	地域生活への移行を促進するため、精神障がい者退院促進支援事業を引き続き実施するとともに、グループホーム等の受入基盤を整備をすすめ、退院促進を図っていく。	具体的な数値目標は現状に記載	平成17年の精神科在院患者調査結果から、院内寛解及び寛解者2,226人を退院可能精神障がい者とみなし、平成24年度におけるこれらの社会的入院の解消を視野に、平成23年度の退院可能数目標数を1,908人とする		
		(4)人権に配慮した適正な精神医療の確保 人権尊重を基本とした適正な医療の提供を確保するため、精神保健福祉法に基づく精神医療審査会及び精神科病院に対する実地指導などを行っている。	今後ともこうした機能の充実を図るなど、精神障がい者の権利擁護に努める。	特記なし	(一)		
		(5)こころの健康づくり対策	大阪府の各保健所及び大阪府こころの健康相談センターにおいては、PTSD、ひきこもり、高次脳機能障がい、発達障がいなどの新たな課題に対し、相談をはじめとする体制の充実を努め、関係機関と連携しながら、府民のこころの健康の保持増進やこころの健康づくり対策を推進する	特記なし	(一)		
		(6)自殺対策の取り組み 大阪府では平成15年度から、府民の健康づくり計画「健康おおさか21」の目標(平成22年度までに自殺者数を1500人以下にする)達成を目指して、自殺防止対策に取り組んできた。平成18年12月には「大阪府自殺防止対策懇話会」を発展させた「大阪府自殺対策連絡協議会」を設置し、関係機関と自殺防止対策についての協議、検討及び連携を図りながら、総合的な自殺対策を推進しているところである。	府内全域で啓発活動を展開しながら、自殺未遂及び自死遺族への支援、また、世代別に応じた自殺対策の推進などについての方策を検討していく	特記なし	平成22年度までに自殺者数を1500人以下にする		
兵庫県	(P147-151) 「精神医療」	1. 精神医療 県内の精神科病棟に入院している患者は平成17年6月末現在で11,201人である。平均在院日数は401.6日と、全国平均よりも長い。本県で精神科病棟は、平成17年6月末現在で、42病棟、11,919床である。人口1万人あたりでは21.3床であり、全国平均27.6床を下回っている。認知症を専門的に治療する認知症治療病棟・療養病棟を設置する病院は県内に13か所ある。比較的重症度の低い慢性身体合併症については、精神科病院が日頃から連携する一般科病院又は診療所との連携において治療が行われる。重症例については、その都度、精神科病棟を有する大学病院等4つの総合病院と協議の上受け入れ先を確保している現状であり、病床確保等システムとしては未整備である。児童・思春期の精神疾患等の治療については、大学精神科、県立光風病院等を中心に行われているが、県下の核となる専門機関はない。	(1) 認知症、身体合併症、児童・思春期、薬物依存等、専門的な精神科医療を提供する医療機関が求められている。(2) 多くの精神障害者が地域で医療を受けつつ生活ができるように身近な地域でデイケア、訪問看護等の医療を受け入れることのできる医療機関が求められている。	(1) 精神科病院における専門医療の確保を図る。(県、医療機関等)① 老人性認知症疾患治療・療養病棟の各圏域での確保を推進する。② 児童精神科、思春期精神科の専門病棟の整備を推進する。○ 県立光風病院に児童・思春期精神科の整備③ 薬物依存の専門治療を行う医療機関の充実を図る。④ 身体合併症を有する患者の治療を行う医療機関の体制整備を図る。(2) 地域の精神科医療の充実を図る。(県、医療機関等)① デイケア、訪問看護等を全圏域で利用できるように進める。② 医療機関等へのアクセスを確保するため、インターネット等による医療機関の情報提供等を行う。	(一)	「医療」と「保健」の2つ立てて記載している。身体合併症について、一般科医との連携が未整備であるとの記載あり、今後の課題である。 ・数値目標に乏しい ・医療機能情報提供制度についてと思われる記載があるが、どのような機能を載せるとアクセスが確保されるか、またアップデータの課題についても記載が今後の検討課題か。	分析未:薬物乱用の防止(P167)、など
		2. 救急医療体制 平成19年10月から、精神科救急医療センターを光風病院内に整備し3次救急医療施設と位置づけ、従来どおり37の精神科病院の参画を得て、神戸市との協働事業として新たな精神科救急システムを稼働させている。精神科救急医療圏域は独自に県下6圏域とし、救急医療センターの2床、輪番病院制による神戸・阪神圏域及び播磨圏域各1床、合わせて4床において、休日及び毎夜間の精神科救急患者を受入れている。その他但馬、丹波、淡路圏域では協力病院制を敷いている。この新システムにおいて、従来から通報受付、受入れ医療機関調整等を担う精神科救急相談受理窓口を精神科救急情報センターとして強化し、医師との連携の下、迅速なトリアージ、相談助言機能の充実を図っている。なお、一般科で急性期の外科的処置等を受けた自殺企図者等、精神疾患等を有する患者への精神科医師の関与、一般科(身体科)医師との連携による医療の提供体制は未整備。	(1) 新精神科救急医療システムの円滑な運用を図ることが求められている。(2) 精神科初期救急医療体制の構築が求められている。(3) 一般科(身体科)救急医療との連携体制を構築する必要がある。	精神科救急医療システムの充実を図る。① 関係機関の協議・連携により、新精神科救急医療システムを円滑に運用する。(県、神戸市、精神科病院協会、警察消防等)② 一般科(身体科)救急医療との連携体制について検討する。(県)③ 精神科病院協会等の参画により、精神科初期救急を整備する。(県)	(一)		

都道府県名	対策分野	現状	課題	実施方法・体系・評価	目標(数値)	備考(項目・出所・印象など)	未抽出の対策
		3. 心身喪失者等医療制度観察者 心身喪失又は心神耗弱の状態で大々他害行為を行った人の社会復帰を促進するために作られた法律による制度であり、鑑定入院等の結果に基づき裁判所が入院処遇、地域処遇などの方針を決定し、保護観察所の調整による関係機関の連携によって対象者を支援するものである。県には、成19年9月現在、指定通院医療機関が14施設あるが、指定入院医療機関はない。なお、近畿では、奈良県の国立病院、大阪府では府立病院が整備を進めている。	心身喪失者等医療観察法に基づく指定入院医療機関の県内での整備に係る検討が求められている。	心身喪失者等医療観察法に基づく指定入院医療機関については、先行する他の都道府県の国立病院等の運営状況を勘案しながら、整備を検討する。(県)	(一)		
		4. 認知症医療 県では、住民に身近なかかりつけ医に対し、認知症の早期発見、早期診療につなげるための研修を行っているほか、かかりつけ医の相談に応じ、関係機関との連携体制を推進するサポート医の養成を推進している。	20年後には認知症の者が倍増することを踏まえ、早期受診、早期診療や関係機関の連携体制を整備する必要がある。	かかりつけ医が認知症の早期発見・早期対応に対応できるようかかりつけ医認知症対応力向上研修を行う。また、サポート医を平成20年度までに全圏域に設置するとともに、サポート医同士のネットワークを構築し、各圏域での関係機関の連携体制整備を支援する。(県)	(一)		
	(P213-214) 「精神保健」	社会の急激な変化によるストレスの増大とともに、ストレスを受けた個人を支える家族や地域の機能も低下。すべての人がこころの健康問題を身近にとらえ、ストレス対策を含むこころの健康づくりとともに、災害や事件など様々な事象によって引き起こされるトラウマによるPTSD等々このこころのケアが求められている。平成10年に自殺者が急増して3万人を超え、以後高い水準が続いているが、自殺者の多くが精神疾患に罹患しており、中でもうつ病の割合が高いことから、自殺対策推進の観点からも、うつ対策が不可欠。精神保健や精神障害者の社会的自立を促進していくため、精神障害に関する正しい知識の普及等を図る必要がある。(1) こころの健康づくり健康福祉事務所、精神保健福祉センターは、精神障害の早期発見・早期治療の促進、精神保健福祉ニーズに応えるため、相談、訪問、普及啓発などを推進している。また、関係機関のネットワーク会議等で地域の精神保健福祉問題の検討を実施。(2) こころのケア健康福祉事務所においてこころのケア相談を実施するとともに、平成16年4月に兵庫県こころのケアセンターを開設し、トラウマやPTSD等に関する先導的研究や研修、相談、診療、情報発信を行っている。(3) 自殺対策との関連におけるうつ対策、平成18年度に精神保健福祉センターに自殺対策センターを設置するとともに、自殺対策連絡協議会において、うつ病の早期発見、早期治療のための関係者研修や連携のあり方、県民に対する効果的な啓発について協議するとともに、普及啓発事業に取り組んでいる。(4) 精神障害に関する正しい知識の普及等、精神保健福祉センターを中心に、健康福祉事務所等で、精神障害に関する正しい知識の普及啓発等に努めている。	(1) 精神保健福祉施策を推進するための精神障害に対する正しい知識の普及とともに、自殺予防を推進する上でうつ、ストレス、不眠等のこころの健康問題に対する正しい知識の普及啓発が不可欠である。 (2) こころのケアの担い手の拡大は重要な課題であり、市町をはじめとする身近な地域における支援者数の確保や資質の向上が必要である。 (3) うつ対策については、自殺の要因には、社会的な様々な要因が複雑に関与していることから、関係機関に幅広い連携による相談窓口等を周知する必要がある。 (4) 精神障害者への医療の提供、うつの早期発見等については、多職種によるチームアプローチが重要であることから、地域の保健、医療、福祉、教育等の関係者の意識向上及び啓発を行う必要がある。	(1) 精神保健福祉思想の普及啓発 こころの健康の保持・増進、精神障害者に対する偏見更正など、正しい精神保健福祉思想の普及啓発の推進や精神障害者の地域生活支援の担い手としてのボランティア、自助グループの育成(県、市町、関係団体) (2) 地域精神保健相談体制の充実 ① 相談しやすい窓口の体制(県・市・関係団体) ② 警察、市町等との緊密な連携体制の整備(県域協議会、地域協議会の設置、地域事例検討会(県・市町・警察等)) ③ 健康福祉事務所(保健所)における顧問医の設置(県) (3) うつ対策の推進 ① 自殺対策センターを中核とする関係機関のネットワークの構築(県) ② うつに関する相談窓口の周知(県、市、関係団体) (4) こころのケアや精神保健・医療・福祉等に携わる人材の養成 ① うつ・早期発見・早期治療、こころのケアに携わる人材を養成する研修の実施(県、関係団体) ② チームアプローチを配慮した支援者等関係者の研修の実施(県、関係団体)	○各健康福祉事務所単位の精神障害者ボランティア講座開催及びグループ支援 18市町 (2006)→25カ所(2013) ○精神保健福祉相談員 18市町 (2006)→1全 市町における 配置(2013)		
奈良県	(P159-161) 「精神医療対策」	精神障害者にとって、地域で安定した生活を送る上で医療は不可欠であるが、近年の社会の複雑化に伴い、精神科医療は限られた人々や地域の問題ではなく、誰にとっても身近な問題となっている。また、より専門的な医療対策として、アルコール依存症をはじめとする薬物依存症への対策や緊急・救急時の受療体制の確立が必要。 (精神科医療体制)県下の精神科病床を有する医療機関は10カ所。国立、県立病院大附属、民間8、民間病院のうち7カ所は措置指定病院。また、精神保健福祉法34条(移送制度)による医療保護入院者等を受け入れることができる病院は4カ所。その他診療所やクリニックにおいて、精神科医療を通院で受けることができる。個別疾患対策としては次のような状況にある。顕著な精神症状・重度の行動障害を伴う認知症高齢者に対応する老人性認知疾患センターは3カ所設置。アルコール依存症をはじめとする薬物依存症への対策について、本件においては専門の医療体制が十分とは言えず、入院治療に至っては近県への依存度が高まっている。登校拒否・家庭内暴力の適応障害、不安・抑うつ・無力感等神経症的症状、あるいは過換気、拒食等心身症状をもつ青少年のうち精神科治療の必要な事例を専門的に対応する思春期外来を開設する医療機関は数カ所しかなく、思春期病棟をもつ病院は(精神科一般病棟内の一室に思春期病棟を有する県立医科大学附属病院を除き)ない。	○各医療システムが24時間対応できるものではないため、救急・緊急の事案に即応が困難な場合がある。また、措置入院者を受け入れることのできる病院は県内に9カ所あるものの、移送の受け入れが可能な指定入院指定病院は4カ所しかなく、退院後の地域医療を考えると、退院の問題や在宅支援など生活圏との問題が生じる。 ○アルコール依存症をはじめとする薬物依存症、身体合併症、思春期病棟等の政策的医療を含め、都道府県は精神保健福祉法第19条の7により、精神科病院を設置することになっており、県立の病院は精神障害者の医療及び保護のための施設として重要な役割が期待されている。しかし本県には県立病院においてはその施設がなく、県立医大の充実を図ることにより対応することが必要となっている。	○精神障害者の人権に配慮し、適正な医療及び保護を図るため、精神病院実地指導等指導監督の強化を行っていく。 ○医療相談及び外来診療を含めた精神科救急医療の24時間体制の整備・充実、身体合併症患者・中毒性患者及び思春期の患者等精神科の政策的医療体制の整備に努める。そのため、県立医大の体制整備を図り、基幹病院としての機能が果たせるように努める。また、政策医療分野では国立医療所の協力も求め対応していく。 ○精神科医療においては、行政措置を伴う入院等、特殊な事情もあるため、一般の医療圏域とは別のブロックを検討し、緊急・救急医療に対応する。 ○地域での支援体制を整備し、社会的入院者の減少に努める。	(一) 施策の方向に記載。数値目標なし	第5次医療法改正に伴う新計画の策定は、平成22年4月予定であり、現行の医療計画は平成15年度作成のもの。記載データがやや古い。数値目標なし。	母子保健対策、学校保健対策、成人保健対策、高齢者保健対策、県民の健康増進活動への支援

都道府県名	対策分野	現状	課題	施策方法・体系・評価・備実	目標(数値目)	備考(項目・印象など)	未抽出の対策
		<p>(精神科救急医療システム)休日及び夜間において、精神科救急医療及び精神科緊急医療を円滑に推進するため輪番制により受療可能な医療機関を確保するものであり、本県では平成12年度より実施。県立医大は身体合併症患者の受け入れ病院。</p> <p>(移送)平成11年の精神保健福祉法改正により34条に定められ、一定条件のもと、指定医の診察の結果、医療保護入院又は応急入院が必要と判断された場合に、保護者等の同意によって応急入院指定病院に移送する救急医療体制が、平成12年度より施行。本県では平成13年度より実施。</p> <p>(精神科救急医療情報センター)土日祝祭日及び夜間において、精神障害者の人権に配慮し、適正な医療の提供及び保護を図る目的で精神障害者または保護者等からの相談窓口として、平成13年7月に県立医大内に設置され、大学精神科に所属する医師が対応している。平成13年度実績によると、本人・家族からの直接相談以外に、受療可能な医療機関について消防・警察への情報提供も見受けられる。</p>	<p>○精神障害者の地域生活支援へと精神障害者施策の重点が移行している状況において、本県における精神科の病床数は基本的には充足されているものと思われる。しかし、何らかの支援があれば地域での生活が可能と思われる。いわゆる社会的入院者についての対策を講じなければ、入院医療の確保は困難な状況になる。また、急性期治療、慢性期療養型、中毒者等対象患者の症状による医療機関の機能文化などについても積極的に進める必要がある。</p>		(一)施策の方向に記載。数値目標なし		
	(P162-163)「地域精神保健福祉対策」	<p>社会産業の構造、生活環境、家庭環境の急激な変化等に伴い、精神的ストレスが増大し、適応困難者や精神障害者が年々増加する傾向にあるとともに、アルコール依存症をはじめとする薬物依存症も問題となっている。また、平成11年6月の「精神保健福祉法」の一部改正により、精神保健福祉手帳並びに精神障害者通院医療費負担制度にかかると申請事務等が市町村で実施(平成14年度施行)されることとなり、併せて「在宅生活支援事業の実施主体として、精神障害者在宅生活支援の中心的役割を担うとともに、社会復帰施設を含むこれら事業の利用に関する相談、助言、あっせん、調整について市町村事業と位置づけられた。</p> <p>(保健所)保健所は精神保健福祉相談、社会復帰相談指導事業、家族教室等の事業を推進し、地域の精神保健福祉活動の第一線機関として、精神保健福祉行政の中心的役割を担っている。</p>	<p>精神障害者の実数を正確に把握することは困難だが、厚生労働省実施の平成11年度患者調査等から全国の精神障害者は推計204万人で、この数値から本県の状況を推計すれば約23000人余である。平成7年に精神保健福祉手帳制度が導入され、所持者数は1531人(平成13年6月末現在)となっている。従来、手帳の活用できる施策に限られていたこともあり、対象者の手帳取得が不十分であったこともあったが、今後その取得は大幅に増加するものと予測される。また、精神障害者通院公費負担制度利用者は5605人(平成13年6月末現在)で、年々その数は増加傾向にある。精神障害者の像ア&ともいふ福祉サービスの対象者も増加するものと思われる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害の早期発見、治療のために、精神障害者や家族等に対する相談指導及び支援の充実強化に努める。 ・精神保健福祉に対する県民の正しい知識と理解を求め、精神保健福祉センターを中心とした啓発活動の強化に努める。 ・精神障害者保健福祉手帳の所持者は、精神障害者数とともに増加傾向だが、手帳取得のメリットともいふ福祉サービスについては、他の障害者施策に比べ不十分であるため、精神障害者在宅生活支援事業をはじめ生活支援サービスを推進する。そのため、障害福祉圏域に応じた必要なサービス及び社会資源の整備を図ることが重要。 ・精神障害者が地域で安心して暮らすために福祉サービスの充実のみならず、必要なときに、速やかにかかれる医療の確保が必要。 	(一)施策の方向に記載。数値目標なし		
		<p>(精神保健福祉センター)精神保健福祉に関する総合的技術の中核機関であり、保健所、精神保健福祉関係機関に対する、技術援助、技術指導、教育研修、普及啓発、調査研究及び組織育成等を通じ地域精神保健福祉活動の中核としての役割を担っており、さらに精神障害者福祉手帳及び通院公費負担にかかると判定を行う。</p> <p>(市町村)平成14年度から、精神障害者の福祉に関する業務を実施している。また、精神障害者保健福祉手帳及び通院医療費負担制度に関する申請等の業務を行うとともに、在宅生活支援事業の実施及びその利用についての相談等を行う。</p>	<p>今後、精神障害者の社会復帰及び社会参加を促進していくため、福祉施策の充実に加え、このバリエーションを取り除くために精神障害者に関する正しい知識の普及及び地域精神保健福祉等の充実を図る必要がある。また、市町村、保健医療機関、社会福祉施設等が連携し、障害と疾患を問わずとも精神障害者について、福祉、保健医療を両輪とした支援体制の強化を図る必要がある。</p>		(一)施策の方向に記載。数値目標なし		
和歌山県	(P206-211)「精神保健福祉対策」	<p>(1)こころの健康づくり、自殺対策、ひきこもり対策、PTSD対策を含む)社会構造の複雑化や多様化、生活環境の急激な変化等によって現在社会においては様々なストレスが増大しており、自殺、うつ、ひきこもりなど新たなこころの健康問題が生じている。また、自然災害、事件・事故等予測を超える事象の発生により、PTSDが増加しており、幅広いこころの健康づくりが課題となっている。これらの問題は、これまで以上に身近な問題であるにも関わらず、周りから見て症状が分かりにくく、十分理解されないことが多い傾向にある。</p>	<p>様々なニーズに応じた精神医療の充実が必要となっている。</p>	<p>①こころの問題やこころの健康づくりに関する正しい知識の普及啓発・周知・相談機能の充実②(1)自殺の発生状況やその背景を調査・分析(2)その特性に応じた具体的な取り組みの方向性の協議(3)取り組みのせいかについて定期的な検証を行うための体制を整備③一般診療科と精神科との連携体制の充実④ひきこもりの関係機関の構築⑤災害発生時の関係機関との連携⑥自助グループやボランティア団体の育成・支援(自殺対策)</p> <p>自殺対策は、精神保健福祉担当部局のみならず他の関連部局と連携しながら自殺対策に取り組む。自殺に至った人の多くはうつ状態をはじめとする精神疾患を有していたとの報告もあり、うつ病に対する適切な医療を提供できる環境を確保するために、地域の医師会等の医療機関と連携し、一般診療科と精神科とが連携できる連絡体制づくりを進める。また、救急病院に搬送された自殺未遂者が精神科医や相談機関によってフォローアップされる体制の充実を図る。</p>	(一)	<ul style="list-style-type: none"> ・記載項目についてはある程度網羅しているが、目標が不明確である印象。 ・身体合併症への対応の具体策に乏しい。一般医療との連携も課題である。 ・自殺対策については、他の多くの自治体がつづ病対策と並列に論じている傾向があるが、和歌山県は「うつ状態をはじめとする精神疾患」と記載されており、より実態に近い形で現状を認識していると思われる。一般科と精神科の連携は身体科から精神科を予約して日程を確認した上で診療情報提供所を作成すれば加算があるという診療報酬上の連携促進もあるが、それとリンクして記載するの手法か。 	分析未：薬物乱用、高齢者保健、母子保健、学校保健など

都道府県名	対策分野	現状	課題	施策 方法 法体 な・系 と評・ 価実	目標 (数値 含む)	備考 (項目 目 出 持 の 所 見 ・ 印 象 等)	未 抽 出 の 対 策
				(ひきこもり対策) ひきこもりの問題で悩む本人や家族への支援 対策としては、精神保健福祉センターや保健 所の相談機能充実を図るとともに、ひきこも り者社会参加支援センターの指定を行うなど NPO法人等との協働による支援体制を推進す る。また、思春期・青年期相談やひきこもり家 族相談を実施し、関係機関との連携を強化す る。 (PTSD対策) 大規模災害や学校現場での事件・事故の発 生時に、被災者や児童・生徒の精神的ショック を和らげPTSDの発病を予防するために、ここ ろのケア管理を支援する専門家チームを派遣 する事業を推進する。また、こころのケアに 関する知識・技術の向上のために関係者に対 し研修を行うとともに、災害発生時の緊急時に 迅速に対応できるよう、関係機関の連携体制 を整備する。 (その他の連携) 和歌山県精神保健福祉協議会、家族会、患 者会、断酒会などの自助グループや、ボラ ティア団体の育成・支援を実施し、協働。	(一)		
		(2)専門医療を含む医療体制の充実 薬物、アルコール、思春期、老年期、身体合 併症など精神医療のニーズが多様化してい る。	様々なニーズに応じた精神医療 の充実が必要	県立こころの医療センターを県内全域の精神 医療の中核病院として位置づけ、総合的・先 駆的精神科医療に取り組むとともに、地域精 神医療の向上と推進に努める。また、早期退 院、再発予防、精神科病棟の開放処遇、アル コール等中毒性精神障害や思春期などの専 門医療、精神科デイケア、訪問看護などの在 宅医療の充実を図る。	(一)		
		(3)精神科救急医療 休日、夜間に緊急に医療を必要とする精神 障害者のための医療体制を確保するため、 精神科救急医療システム整備事業を行って いる		精神科救急医療システムの充実、応急入院 指定病院の拡充、措置入院制度を円滑に運 用するため、精神科病院との協力連携により 診察医と受入病院の確保に係る体制の充 実、強化に努める。	(一)		
		(4)退院促進、地域支援 精神保健福祉政策は「入院中心の治療体 制から地域におけるケア体制へ」の転換を 目指している。	入院患者は長期入院によって社 会性が失われることがないよう 配慮されなければならない。長期 入院患者の多くは、疾病により社 会適応性が低下するばかりでな く、家族の受け入れ態勢がなく経 済的な問題もあることから、早期 の退院を促進するために、入院 患者の病状に応じた医療体制の 充実や、退院後に地域で安心し た生活を送るための受け入れ体 制整備が求められている。	社会的入院の解消および精神障害者の社会 的自立の促進に努める。社会復帰の推進。 「和歌山県障害福祉計画」との整合を図りな がら進める。地域で生活する精神障害者を支 援するため、社会適応訓練事業等による社会 復帰を促進する。自立支援法に基づき、障害 者福祉施設、サービス体系を機能別体系へと 移行させ、総合的な障害者自立支援システム を構築し、地域での受け入れ態勢を整備す る。	(一)		
				(5)医療観察法 医療観察法に基づく適正な医療の確保に協 力するとともに、保護観察所が進める社会復 帰のための取り組みについて市町村や医療 機関などと連携を図りながら支援を行う。	(一)		
鳥 取 県	(P120-121) 「精神保健医 療対策」	(1)精神科救急の対応 ○措置入院等の緊急な入院が必要な場合 に対して輪番制等による精神科救急医療体 制整備事業を各圏域で実施。 ○急性期の身体合併症患者に対応できる 精神科病院は少ないが、圏域ごとの病院間 の連携・協力体制を確保。	(1)精神科救急の対応 ○直ちに医療及び保護を図る必 要がある精神障害者の医療保護 入院、応急入院に係る移送を含 む精神科救急患者の受入体制 は身近な圏域で適切に行われ ることが必要。 ○精神科病院と一般救急医療機 関との連携・協力体制の充実が 必要。	(1)精神科救急の対応 ○緊急時の医療機関の連携促進による精神 科救急医療システムの充実 ○精神科救急医療システムの運用と併せた 身体合併症患者への対応の検討	(一)	・身体合併症への問題意 識と、一般救急医療機関 との連携の充実のための 施策が必要であるという 認識を、今後どのように システム化していくのか、 ・発症が望まれる ・自殺対策についての記 載がやや乏しい印象であ る。	分析未：障 害保健対策 (P122、高 次脳機能障 害、発達障 害対策あ り)、認知症 対策(P12 3)、児童虐 待防止対策 (P124)、D V被害者支 援(P125)
		(2)精神障害者の地域生活への移行 ○平成18年度から各圏域で退院促進支援 の体制整備に向けた事業を実施。 ○精神障害者への偏見がある。 ○精神障害者に対する理解の不足により、 地域での生活を希望する入院患者の退院 につなげていない。	(2)精神障害者の地域生活への 移行 ○地域生活を希望する入院患者 や施設利用者が地域で生活で きるように支援することが必要。	(2)精神障害者の地域生活への移行 ○地域の関係機関と連携した精神障害者の 地域生活への移行のための施策の推進 ・医療関係者への普及啓発及び地域の施設 での生活訓練 ・ボランティアなどの支援者の養成 ・社会資源の開発など ○県民への精神障害者についての正しい知識 の普及啓発	(2)精神障害 者の地域生 活への移行 ・受入条件 が整えば退 院可能な精 神障害者 の退院 数171人(平 成19年度～ 平成23年度 末まで)		