

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
		(3)こころのケア ○多くの悩みやストレスを抱え、心の健康が損なわれている者が少なくない。 ○男性の自殺者が多く、うつ状態と深い関連があるとされている。 ○高齢化に伴い一人暮らしの人が増えており、地域の中で孤立し、うつ状態に落ち込みがち。	(3)こころのケア ○早期に相談できるようにこころの健康相談窓口などについての情報提供が必要。	(3)こころのケア ○うつ病の早期発見・早期治療のための体制づくりの推進 ○こころの相談窓口などの情報提供と相談体制の充実 ○気軽に周りに相談したり、専門家に相談できる場や機会の増加	(3)こころのケア 指標 平成19年目標改訂時：現状値→平成24年睡眠による休養が十分とれていない者の割合：19.9%→15%以下 ストレスを感じた者の割合：男性69.2%→49%以下、女性72.2%→49%以下 こころの健康づくりを視点にした健康教育の場：69→増やす		
島根県	(P126-130)「精神保健・医療・福祉対策」	(1)心の健康、普及啓発、相談、ひきこもり、アルコール・薬物依存症、自殺対策含む 複雑多様化し、ストレスの多い現代社会において、うつ病等の心の健康問題を抱える人が増加しており、心の健康を保持・増進することがますます重要になっている。児童思春期における心の問題及び心的外傷体験を受けた者の心のケア、社会的ひきこもり、アルコール等への依存、薬物関連問題、認知症などの課題について、ライフサイクルを通じた幅広い心の健康づくりと早期の適切な対応が求められる。全国の自殺による死亡者は、平成10年に3万人を超え、以後その水準で推移している。本県の自殺死亡率は、平成18年において人口10万人当たり31.7人で全国4位と高位にあり、その背景には様々な社会的な要因があることを踏まえる必要がある。		・県民が心の健康に関心を持ち、保持・増進できるよう、学校・職場等と連携して、精神疾患等についての正しい知識の普及・啓発に努める。 ・保健所等を中心に、心の相談、訪問指導等を積極的に進め、精神疾患等の早期発見・早期対応のための相談体制の充実を努める。 また、心と体の相談センターを中心として、社会的ひきこもりについての対策の推進及び思春期精神保健、アルコール等への依存や薬物関連問題など特定相談に係る体制整備を進める。 ・保健、医療、福祉、教育機関等と連携して、地域のニーズや課題に応じた研修会の開催など保健従事者の人材育成に努める。 県自殺総合対策連絡協議会及び各保健所事務局とする圏域自殺予防対策連絡会を中心に、関係機関・団体及び市町村と連携を強化し、県自殺対策総合計画に基づき地域の実情に適切した総合的な自殺対策の推進を図る。	(一)	・かなり詳細に現状と対策を記載しており、地域差についての言及もされているが、具体的数値目標の設定は乏しい印象がある。 ・身体合併症に関する記載がやや乏しい印象。今後の課題か。	分析未：健康長寿しまねの推進(P80)など
		(2)精神医療提供体制 ・平成17年10月の島根県患者調査による患者数を傷病分類別にみると、「精神及び行動の障害」は、通院患者では全傷病の6.3%だが、入院患者については22.4%で、全傷病の中で最も多く、適正な精神医療の提供は、重要な課題となっている。入院患者数は、平成17年6月30日現在で2,440人とほぼ横ばいで推移しているが、通院患者数は、平成17年6月期で18,714人と、平成12年6月期に比べ21.9%増加しており、通院医療体制の充実を図る必要がある。入院患者を疾患別にみると、統合失調症及び妄想性障害が54.4%を占め、最も多く、次いで認知症などの器質性精神障害、うつ病などの気分(感情)障害などとなっている。地域における社会復帰の取り組みや医療機関の努力等により、平均入院日数は平成17年度現在247.7日で、全国7位(政令市等を含む。)と短い方が、近年全国平均との差は縮小傾向にある。 ・精神科医師(精神保健指定医)の県内分布は、人口と同様に県東部に偏在しており、特に中山間地域や離島が少ないといった状況にある。 ・精神障害者の人権に配慮しつつ、その適正な医療及び保護を確保するとともに、入院患者の適切な処遇を確保することが必要。		・地域医療体制の充実を図るため、急性期医療の必要な患者、児童思春期の精神医療が必要な患者、薬物依存症等中毒性患者、身体合併症を有する患者など患者の病状等に応じた適切な入院医療を提供できる体制づくりや、病院・診療所のアルコール、思春期、うつ病等専門外来や精神科デイケアなどの外来機能の充実に向けて、関係機関との連携を図る。 ・精神科医師の確保について、他の診療科と同様に医師確保のための対策を進める。 ・入院患者の人権及び適切な処遇の確保を図るため、精神医療審査会の適正な運営と精神科病院に対する一層の指導に努める。	(一)		
		(3)精神科救急医療 二次医療圏ごとに空床を確保する精神科救急医療施設を指定し、各圏域の関係機関の連携により精神科救急医療体制を構築しているが、その運用のさらなる充実を図る必要がある。なお、雲南医療圏においては、当面の間、県立こころの医療センターで対応することとし、隠岐医療圏においては、県立こころの医療センターでのバックアップ体制を構築している。また、各保健所(平日昼間)と県立こころの医療センター(夜間、休日)に、精神科救急情報センターを設置し、24時間体制で医療相談等に応じている。 ・県立こころの医療センターにおいては、緊急入院、救急入院や重症患者の受け入れなど行政対応の必要な医療等に積極的に取り組むとともに、適正な精神医療の提供等精神医療全般に関して県下の精神科病院の中核的役割を果たしているが、県立精神科病院として担うべき役割を強化していく必要がある。 ・心神喪失者等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、継続的かつ適切な医療を行い、その病状の改善及び同様の行為の再発防止を図り、その社会復帰を促進する必要がある。		・精神障害者の地域生活への移行及び心の健康問題への早期対応を図る観点から、精神科救急医療体制整備事業、精神科救急情報センター運営事業を中心に緊急的な医療相談、受診に対応するため、医療機関、消防、警察等関係機関と連携を強化し、精神科救急体制の円滑な運用を図る。 ・雲南医療圏における精神科救急医療体制については、精神科医師の確保を含め、その構築に向けて関係機関との連携を強化し、体制整備に努める。 ・県立こころの医療センターについては、精神医療をめぐる状況の変化に対応して、集中的・専門的な治療を要する精神医療分野のセンター的機能を充実するとともに、精神障害者の社会復帰や地域生活支援までの総合的な機能を備えた、県の精神医療の基幹的病院としての役割を強化する。また、精神科救急医療システムにおいても県のセンター的機能を充実する。	(一)		
		(4)医療観察法 ・心神喪失者等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、継続的かつ適切な医療を行い、その病状の改善及び同様の行為の再発防止を図り、その社会復帰を促進する必要がある。		心神喪失者等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、継続的かつ適切な医療の提供とその病状の改善及び同様の行為の再発防止を図るとともに、その社会復帰の促進に向けて、医療機関などの関係機関と連携し支援する。	(一)		

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 (数値 含む)	備考 (項目 ・出 持の 所見 など)	未 抽 出 の 対 策
		(5地域支援、社会参加促進) 障害者自立支援法の施行により、障害者に対する相談支援は住民に最も身近な自治体である市町村が実施することとなり、市町村の役割がますます重要となっている。特に、精神障害者の地域生活をきめ細やかに支援していくためには、個々の障害者のニーズを踏まえた適切かつ総合的なケアマネジメント(サービス利用計画の作成・調整)の活用を図る必要がある。精神障害者に対する障害福祉サービスは「島根はつらつプラン(島根県障害者計画)」に基づき生活訓練施設や福祉ホーム等の社会復帰施設の整備及びホームヘルプサービス、グループホーム等在宅福祉サービスの整備を進めてきた結果、県全体では全国平均よりも高い整備率となっているが、県内各圏域別にみると県東部の圏域に集中し地域間格差がある状況。精神障害者が地域の中で自立した生活を営むためには、就労による経済的自立は不可欠であるが、精神障害者の就労状況は平成17年度まで法定雇用率に算定されなかったことなどにより他の障害者と比較して非常に厳しい状況にある。「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な考えに基づき、地域における保健・医療・福祉を中心とした施策を推進し、地域生活が可能な長期入院患者の退院・地域生活への移行を進める必要がある。精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者に対しては、各方面の協力により各種のサービス・優遇措置が講じられているところですが、身体障害者手帳や療育手帳によるサービスと比べ立ち後れている状況であり、精神障害者の社会参加を促進する上でも手帳によるサービスの充実を図る必要がある。			(一)		
岡山県	(P44)「精神科救急医療」	・応急入院指定病院として、県立岡山病院、希望ヶ丘ホスピタルの2か所を指定。 ・県内を県南東部保健医療圏とその他の2圏域に分け、病院群輪番制によって病床や医療従事者を確保し救急患者の受け入れ体制を整備している。 ・民間病院では対応が困難な救急急性期の患者への対応を行うために、県立岡山病院に精神科救急急性期病棟を整備している。 ・平日の夜間及び休日の相談や診療に応じるため、精神科休日・夜間相談センターを設置している。	精神科救急医療システムの充実を図るために、現在行っている精神科休日・夜間相談センターを発展させ、相談や情報提供を24時間行う精神科救急情報センターを県立岡山病院に整備する。	(一)	「救急医療」と「精神保健」の2つ立てて記載されている。精神科救急医療については身体合併症についてももう少し記載するか、普及啓発から社会復帰まで幅広く記載事項が網羅されている	分析未：高齢者支援、心障害者(児)支援、薬物乱用対策、アルコール	
	(P91-94)「精神保健(心の健康づくり)」	県内の精神障害者数は4.1万人と推計。入院患者数は平成14年では約5400人となっており、そのうち1年以上の入院患者は63.7%。精神保健医療福祉の改革ビジョンでは、受け入れ条件が整えば退院可能な者について、10年後の解消を図ることを基本方針としている。精神障害者の人権を守るとともに、県民に精神疾患が生活習慣病と同じく誰にでもかかってくる病気であるという正しい理解を広げることが必要。 (1精神保健福祉、普及啓発、地域支援、社会参加、自殺対策なども含む) ・精神疾患についての正しい知識の普及を進める必要がある。「健康おやかま21」の9分野のひとつとして「休業、こころの健康づくり」を位置付け、県民運動として取り組んでいる。 ・精神障害者が自立し社会参加できるよう、「岡山県障害者長期計画―第2期実施計画―」に沿って社会復帰施設等の整備を進めている。 ・ホームヘルパーを派遣するなどの精神障害者居宅生活支援事業は、県内34市町村のうち26か所(76%、平成17年3月31日現在)で実施されているが、8市町村で未実施。 ・我が国の自殺による死亡は年間3万人を超えている。本件は自殺死亡率が人口10万対19.0で、全国でも低い県の一つであるが、平成16年に368人が自殺でなくなっている。自殺の背景には「うつ」があることから、うつ病対策など効果的な予防対策を実施することが課題となっている。 ・家庭内暴力やひきこもり、摂食障害など思春期の様々な心の問題がクローズアップされている。	・県民を対象に、精神疾患についての知識を普及し、精神障害者に対する正しい理解を促すなど、心の健康づくりを推進する。「健康おやかま21」に基づき進める。 ・民間ボランティア等と協働し、精神障害者との交流や講演会、広聴等を通じて、心の健康についての正しい理解の促進を図る。 ・岡山県障害者長期計画に沿って社会復帰施設等の整備を行うなど、精神障害者の居宅生活の支援の充実を図る。思春期除役や高次脳機能障害など、地域における新たな精神保健の課題に取り組む。 ・精神障害者の社会フックの支援や思春期、アルコール関連問題、老人精神保健等の専門相談にも取り組むなど、精神保健福祉相談の充実を図る。 ・市町村が精神保健福祉に関する相談や精神障害者の居宅生活支援サービスが円滑に実施できるよう支援するとともに、市町村職員やホームヘルパー等を対象に資力の向上や処遇技術の向上のための研修を実施する。 ・障害者自立支援法に基づき、広域的な見地から、障害福祉サービス、相談支援および地域支援事業の提供体制の確保に関する計画を進める。		・精神障害者のホームヘルパー数：17人→46人(H22) ・精神障害者のショートステイ数：2か所→10か所(H22)		
		(1続き) ・精神障害者の支援を行うボランティア団体である岡山メンタル友の会は825人養成されており、作業所の支援やひきこもり者への居場所支援などを行っている。 ・精神障害者家族会は、各地域で共同作業所を運営するなど精神障害者の社会参加のための取り組みを行っており、当事者グループであるスピーカース・ビューロー岡山は、精神障害者への理解を深めるために市民を対象に自らの体験を語る活動を行っている。また愛育委員は共同作業所の活動に参加するなど、精神障害者の地域での生活や社会復帰の支援をしている。 ・重度の精神障害者や複雑困難事例に対する支援を行うため、ケアマネジメントや包括的生活支援プログラム(ACT)等を実施している。 ・高次脳機能障害者に対しては、川崎医科大学附属病院、おやかま福祉の郷のぞみ寮を拠点支援機関として指定し、普及啓発活動や支援コーディネーターを設置し支援計画の策定、訓練実施等の支援モデル事業を実施している。	・うつによる自殺を予防するために、うつその治療に対する正しい理解が得られるよう普及啓発に努めるとともに、相談体制の充実を図る。 ・家族教室の開催、患者会、家族会の育成支援。 ・ひきこもり本人、家族支援のため、ひきこもりサポーターの養成や専門家の派遣、居場所総院を行い社会参加の促進を図る。 ・精神障害者地域生活支援センターなどの社会復帰施設等の整備、充実を図るとともに、精神科病院協会など連携し、社会的入院患者の解消を図る。 ・高次脳機能障害者支援モデル事業の成果をもとに、拠点支援機関を中心に関係機関等と連携し、高次脳機能障害者の地域生活支援の充実を図る。 ・精神障害者が安心して暮らせるために、当事者が一時休息を望む時に受け入れられるホテル事業及び24時間電話相談事業を実施する。 ・精神保健福祉センターは、精神障害者の社会参加を促進するために当事者グループと家族会に対して技術指導、技術支援を行う。 ・ACTおやかま事業を実施する。				

都道府県名	対策分野	現状	課題	施策 方法 体系 など 評価 優劣	目標 （数値 含む）	備考 （項目 ・ 印象 など）	未 抽 出 の 対 策
		<p>(2精神医療)</p> <p>・県内の精神科医療施設は88施設となっている(H17年3月1日)。人口10万人当たりの精神病床数は302.0で、全国平均278.0を上回っている。平均在院日数は全国の363.7日に対して本県は272.4日(H15年)。</p> <p>・精神科のある医療機関が少なく、精神科外来を受診しにくい地域がある。</p> <p>・精神科病床が精神科一般と精神療養が全体の約75%。老人性認知症疾患、アルコール・薬物依存、児童思春期の精神科医療に適切に対応するため、機能別病床の整備が課題となっている。</p>		<p>・患者の治療環境に配慮した入院医療の確保と人権に配慮した適切な医療の提供を推進する。精神障害者に適正な医療を提供するため、医師、看護職員等の必要数の確保及び入院患者の人権に配慮した適切な処遇について精神医療審査会、実地指導、実地審査を通じて指導する。</p> <p>・精神科医療機関の少ない地域で、身近に相談や医療が受けられるようにする。精神科医療機関の少ない地域において、公立病院、民間医療機関等と連携し、精神科外来ができるよう支援する。</p> <p>・ひきこもり等思春期精神医療、高次脳機能障害、医療観察法医療等への対応など、新たな精神保健医療の課題に取り組む。県立岡山病院は民間の医療機関では対応困難な急性・急性期患者や中毒・依存症患者、児童思春期事例等への対応を強化する。医療観察法医療については、県立岡山病院に指定入院医療機関を整備するとともに、保護観察所等と指定通院医療機関、保健所、精神保健福祉センター、市町村等が連携し、対象者の社会復帰の支援を行う。</p>	(一)		
広島県	(P79-81)「精神保健福祉対策」	<p>○ いじめや不登校、家庭内暴力、ひきこもり等の思春期精神保健が社会問題化している。</p> <p>○ 複雑多様化した現代社会においては、様々なストレスが増大し、中高年の自殺増加がみられる。</p> <p>○ 高齢化の進展ともあわせて、認知症高齢者が増えている。</p> <p>○ 精神障害者家族会等の関係団体の支援・育成や、精神保健福祉に関する普及啓発を行っています。精神障害者に対する偏見は、なお残っている。</p> <p>○ 従来の入院中心の医療施策から、地域社会の中でのケア、さらにはノーマライゼーションの理念による自立と社会参加の促進が図られている。</p> <p>○ 精神障害に係る緊急受診などに応じるため、精神科医などによる24時間救急診療などを行っています。より身近な地域での運用や合併症、重症患者に対する受入体制の整備が求められている。</p> <p>○ 精神障害者の地域生活を支援するため、障害者自立支援法に基づく居宅介護、行動支援等の障害福祉サービス等を提供している。</p> <p>○ 精神障害者の社会復帰を促進するため、精神障害者社会復帰施設(障害者自立支援法に基づく経過措置対象施設)の運営費を助成している。</p> <p>○ 総合精神保健福祉センターにおいて、保健師等に対する専門研修を行うとともに、精神保健福祉に関する情報発信、調査研究等を行っている。</p>	<p>○ ひきこもり等に対する相談体制等の充実が必要。</p> <p>○ 中高年の自殺増加などに対応して、社会全般の精神保健対策の向上が求められている。</p> <p>○ 認知症高齢者のための相談支援体制の強化が必要。</p> <p>○ 精神障害者と精神保健福祉に対する正しい理解の普及が必要。</p> <p>○ 覚せい剤等薬物乱用は、県民の身近なところまで広がっており、特に、高校生等の若年者に対してまで乱用が拡大しており、早急な対応が求められている。</p> <p>○ 事件・事故、災害等の被害者に対する精神面でのケアが必要。</p> <p>○ 精神科救急圏域の見直しを含め、充実が必要です。また、合併症、重症患者に対する受入態勢の整備が必要。</p> <p>○ 精神障害者が地域で生活するため、障害者自立支援法に基づく障害福祉サービスの充実や地域生活支援体制の整備が必要。</p> <p>○ 市町において、福祉等に関する事業を実施するに当たっては、専門的知識を有する担当者確保する必要がある。</p>	<p>(1) 県民の精神的健康の保持及び増進</p> <p>○ 家庭、学校、職場やそれらを含む地域社会全般の精神保健福祉対策を推進し、県民の精神的健康の保持・増進を図る。</p> <p>○ 思春期精神保健モデル事業の成果を踏まえ、ひきこもり等の地域ネットワーク体制を整備するとともに、事件・事故、災害等の被害者に対する精神保健相談体制を強化する。</p> <p>○ 県民に対する薬物乱用防止の普及啓発に努めるとともに、青少年を中心に薬物乱用防止教育を推進する。</p> <p>○ 精神保健福祉大会、研修会等を通じて、精神保健福祉に関する正しい理解の促進に努める。</p> <p>(2) 精神障害者に対する地域生活支援体制の整備</p> <p>○ 障害者自立支援法に基づき、訪問支援、日中活動支援、居住支援等の障害福祉サービス等の充実、相談支援・就労支援体制等の整備により、精神障害者の自立と社会参加の促進を図る。</p> <p>○ 広島県障害者プラン及び障害福祉計画に基づき、障害福祉サービス等の計画的な充実を図る。</p> <p>(3) 保健・医療・福祉関係機関の連絡協議体制の強化</p> <p>○ 精神障害者の社会復帰を促進するために、保健・医療・福祉関係機関の連絡体制を強化し、地域ネットワークシステムを構築する。</p> <p>○ 総合精神保健福祉センターにおいて、精神保健福祉に関する専門的研修を実施し、市町職員やボランティア等の人材の養成を行う。</p> <p>○ 薬物依存者に対する治療の充実を図るとともに、総合精神保健福祉センター等関係機関と連携し、薬物依存者等の相談体制を強化するなど、薬物依存者の社会復帰支援体制の充実を図る。</p>	(一)	<p>・他の自治体と違って覚せい剤等の乱用で、精神保健福祉対策内でも明記しており、普及啓発や相談における精神保健の役割をリンクさせている。自助グループの関与についての記載は今後の検討課題か。</p> <p>・全体的に記載項目は網羅されているが、具体的目標がやや不明確な印象。</p> <p>・身体合併症対応の困難さが、精神科病床を有する公立の大規模総合病院や、広島市立市民病院の果たす役割は大きいと思われるので、もっとアピールしてもよいのでは？</p> <p>・精神科救急医療体制においては、一般救急医療との連携について不明確であり、両者の関係図もない。あえて単独で精神科救急医療事業を対策として記載することも、今後の検討課題であろう。</p>	<p>分析未：県立総合精神保健福祉センター(P32)、高齢者保健・医療・介護提供体制の推進(P69)、心身障害者(児)の医療の推進(P106)</p>
				<p>(4) 精神障害者に対する適切な医療の提供</p> <p>○ 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、良質かつ適切な医療を効率的に提供できるよう努める。</p> <p>○ 入院期間が短いほど、社会的機能を保ったまま退院でき、社会適応しやすい。急性期の患者に対しては、より手厚い医療を提供し、早期退院を促進する。</p> <p>○ 精神障害者の身体合併症医療システムの構築を目指す。</p> <p>(5) 精神保健福祉に関する相談体制の確保</p> <p>○ 総合精神保健福祉センター及び保健所では、地域における精神保健福祉の向上を図るため、医師、保健師、精神保健福祉相談員等が、障害のある方々のいろいろな相談及び治療に応じている。</p> <p>○ 精神保健福祉相談員は、精神保健及び精神障害者の福祉に関する相談や精神障害者及びその家族等を訪問して必要な支援を行います。</p> <p>なお、精神保健福祉相談員は、主に保健所職員が担当し、県内の保健所・保健センターに配置されている。</p> <p>○ 心の健康に対するあらゆる問題、悩み、トラブルなどについての電話相談・Eメール相談を行う。</p>	(一)		

都道府県名	対策分野	現状	課題	実施方法・体系・備考	目標(数値)	備考(項目・印象など)	未抽出の対策
	(P135-137) 「精神科救急対策」	<p>・県が平成8年10月から開始した現行の精神科救急医療システムでは、県内を東西2圏域に分け、各圏域で精神科救急医療施設を指定し、県東部では指定3病院による輪番制、県西部では指定1病院により、24時間体制で精神科救急診療を行っている。県西部では平成20年4月から新たに1病院を指定。</p> <p>・精神科救急には、①自傷他害の可能性の高い事例や、病態にかけると迅速な医療及び保護を要する事例など、緊迫した状況での入院を要するハードな救急と、②相談あるいは外来診察のみで対応できるソフトな救急との2タイプがあり、上記精神科救急医療施設ではいずれのニーズにも対応している。</p> <p>・平成13年4月から精神科救急情報センターが開設され、精神障害者あるいは家族等からの相談窓口として、24時間体制で対応している。</p>	<p>・精神科救急医療圏は、現在県内の東西2圏域で構成されているが、県北部や島しょ部との連携が不十分なケースがあり、圏域構成については検討の余地が残っている。</p> <p>・精神科救急医療病床を効率的に利用するため、急性期治療終了後の継続治療が可能な専門病院を、現行システムの支援病院として確保する必要がある。</p> <p>・精神科救急の診療応需体制及び患者移送システムを円滑に機能させるため、精神科救急に関する総合的な情報管理システムの構築が必要。</p>	<p>○精神科救急医療システムの支援体制の強化:精神科救急情報センターと連携し、精神科救急医療システムの支援体制を強化するとともに、県北部や島しょ部などへの精神科救急医療システム体制を充実するため、精神科救急医療圏域のあり方を検討する。</p> <p>○精神科救急に関する情報の管理と利用の促進:保健所や精神科病院等の関係機関、精神科救急医療施設及び精神科救急情報センターを情報ネットワークで結び、双方向で活用できる精神科救急医療情報ネットワークを構築する。県民に対して精神科救急医療情報ネットワークを通して、精神保健福祉に関する情報提供を行うとともに、広く意見を集め、精神保健福祉対策を推進する。</p>	(一)		
		<p>・さらに平成18年4月からは、東西2圏域の後方支援として、県内全域を対象とした1病院を新たに指定。また、症状が重い精神科疾患の急性期患者を24時間受け入れるため、3次救急に相当する精神科救急医療センターを平成18年1月に設置するとともに、精神科救急医療センターと連携し重症度の合併症発症患者の受け入れに協力する3病院を平成19年10月に支援病院として指定。</p> <p>・身体合併症を有する精神障害者については、内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻咽喉科を有する100床以上の病院(総合病院)の精神科病床においてそのおよそ半数で入院を受け入れている。</p>	<p>・入院治療を要する身体合併症や激しい精神症状を呈する患者へのより迅速な対応を可能にするため、身体合併症などに対応した医療システムの設置が望まれる。</p> <p>・一般救急においても精神的関与を要する場合が多く、その対策が必要。</p>	<p>○身体合併症医療システムの推進:一部の総合病院精神科で身体合併症医療を担っている現状があるが、一極集中することなく、より多くの総合病院が分担するシステムを構築する。</p> <p>○一般救急医療施設における精神的ケアの充実:一般救急を受け持つ総合病院において精神的ケアの充実を図るため、モデルとなる総合病院などと連携して、一般救急医療施設における精神的ケアの推進を図る。</p>	(一)		
	(P156-158) 「自殺対策の推進」	<p>・人口動態統計調査によると、平成18年の本県の自殺者は852人、年齢調整死亡率(人口10万人あたり)は19.5となっている。平成9年までの自殺による死亡率は14-16人程度で推移していたものが、平成10年は20.8と急増した。その後、全国的にはほぼ横ばいの状態であるのと比べて平成16年には19.2と若干減少している。しかし、以前と比べて平成9年以前より高い水準にある。</p> <p>・年齢別では全国と同様、40代以上が全体の7割以上を占めている。</p> <p>・自殺者の9割が何らかの精神疾患にかかっていると推測され、特に中高年の自殺ではうつ病が背景に存在していることが多いと言われている。また、近年の国内調査では国民の約15人に1人がこれまでうつ病を経験しているにもかかわらず、うつ病を経験した者の4分の3は医療を受けていないことが示されている。</p> <p>・自殺対策を総合的に推進するため、自殺対策基本法が平成18年10月に施行され、自殺対策の基本理念や国及び地方公共団体等の責務などが規定された。また、基本法に基づき、平成19年6月に、政府が推進すべき自殺対策の指針として自殺総合対策大綱が策定された。</p>	<p>・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、うつ病の早期発見、早期治療は自殺予防の重要な対策と言える。保健所や県立総合精神保健福祉センター等の公共機関のみならず、かかりつけ医や各種相談機関の窓口において、専門相談機関や精神科医療機関の受診について周知徹底を図るため、IT技術の活用等を含め、各種相談機関が連携し、うつ対策について積極的に取り組む必要がある。</p> <p>・また、自殺に関する相談窓口として、いのちの電話や、自殺未遂者や自殺遺族をケアする団体などの民間団体があるが、それらとの協力体制についての十分に検討し、効果的な相談体制を構築する必要がある。</p>	<p>○自殺の危険性のある人に適切に支援できる身近な者の育成:本人の周囲の者や、民生委員、老人クラブ、各種相談窓口の相談員等、いわゆるゲートキーパーが自殺の危険を示すサインに気づき、適切な対応をとることができるよう啓発を行う。県民に対してうつ状態やうつ病について正しく理解し、自ら早く気づき対処できるよう、講演会や講習会の開催、パンフレットの配布など知識の普及に努める。</p> <p>○早期対応できる専門家の育成:うつ病の早期発見と早期治療の役割が期待できるかかりつけ医、産業医等のスキルアップを図り、円滑な受診や精神科医との連携に役立てる。地域の保健医療従事者に対する研修の実施により資質の向上を図る。民間団体とも連携し、救急病院に搬送された自殺未遂者が退院後も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。県立総合精神保健福祉センター等により自死遺族に対するケアの在り方について検討を行う。</p>	自殺死亡率(人口10万対)の低下: 平成27年度末までに自殺者の急増前の水準(H15-9年の平均値)まで回復させる 目標とする自殺死亡率:16.8(平成17年の21.9の約23%減)		
			<p>・自殺に至る背景には、健康問題以外に、経済・生活問題、家庭問題のほか、人生観・価値観や地域・職場のあり方の変化など様々な社会的要因が複雑に関係していることとされていることから、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対策に当たる必要がある。</p> <p>・自殺予防対策のためには、県民一人ひとりが自殺の要因となることへの健康問題に対処する方法や自殺に関する正しい知識を持つことが重要となる。</p> <p>・自殺未遂者や自殺遺族に対する心のケアについて充実を図る必要がある。</p>	<p>○関係機関の連携等による体制整備:県内の市町において、産業保健と地域保健が連k四、事業所等の管理者にメンタルヘルスの重要性に対する認識を高め、健康診断時うつ病スクリーニングを実施するシステムを作り、従業員等に対する効果的なこころの健康づくりを推進する。自殺未遂者が搬送された医療機関において、当該患者を精神科医につなげることで、再発を予防する。市町の既存の検診事業等を活用して、うつ病スクリーニングを実施する等、こころの健康づくりを推進する。また、各種相談窓口とも連携し、相談体制を強化する。</p> <p>○推進体制の整備:様々な分野の関係機関・団体により構成される自殺対策の検討の場である自殺対策連絡協議会を設置し、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を協議、③広島県自殺対策推進計画の策定、④取組の成果について定期的な検証を行う。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関係機関と連携し、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。</p> <p>○遺された者の苦痛を和らげる:自死遺族のための自助グループの運営を支援する。</p>			

都道府県名	対策分野	現状	課題	施設 方策 法体 系 ・ 評 ・ 備 実	目 標 (数 値 目 的)	備 考 (項 目 ・ 出 発 点 ・ 印 象 な ど)	未 抽 出 の 対 策
山口県	「精神科救急医療体制」	<p>・精神科救急医療体制を確立していくためには、夜間・休日に症状が急変した場合等においても、適切な精神科の医療を受けることができる精神科救急医療体制の整備が重要。本県では、山口県精神科救急連絡調整委員会及び専門部会を設置し、民間病院、消防・警察等の協力の下、精神科救急医療体制の整備に取り組み、夜間・休日の二次精神科救急医療システムの整備を推進してきた。今後は同委員会等での協議をもとに、初期、三次精神科救急医療を踏まえた精神科救急医療システムの整備を検討していく。</p> <p>(精神科救急医療施設) 二次精神科救急医療は輪番制に参加した25民間病院、県立こころの医療センター、山口大学附属病院が担当しているが、受け入れ患者数は増加傾向にある(H12:69件、H16:171件)。</p> <p>○民間病院の役割:県内を3ブロックに分け、各ブロックごとに輪番制により診療ができる体制と入院に必要な病床を1床確保している。</p> <p>○県立こころの医療センターの役割:救急患者用の病床を1床確保し、民間病院での対応が困難な救急患者の受け入れを行っている。</p> <p>○山口大学医学部附属病院の役割:輪番病院及び県立こころの医療センターにおいて受け入れ困難な、身体合併症をもつ重篤な救急患者の受け入れを行っている。</p> <p>(精神科救急情報センター) 県立こころの医療センター内に設置されており、輪番病院等において円滑な患者受け入れができるよう連絡調整を行う。平成15年6月から医療相談に24時間対応する窓口を設置し、精神障害者や家族等からの電話相談に応じている。平成16年度の24時間医療相談件数は、平成15年度に比べ増加している(H15:1172件、H16:2539件)。</p>	<p>○精神科救急医療システムの充実を検討(二次精神科救急については整備済み)。初期、三次精神科救急医療を踏まえた精神科救急医療システムの整備について、山口県精神科救急連絡調整委員会や専門部会等において検討する</p> <p>○激しい症状を呈する患者を365日24時間受け入れる精神科救急医療センターの整備を進める:県立こころの医療センターへの「精神科救急医療センター」の整備を進める</p>	(一)	<p>・精神科部分については平成18年策定のものであり、記載データなどはやや古いものとなっている。</p> <p>・「救急」と「保健医療」の2つ立てて記載。数値目標はなし。</p> <p>・精神科救急医療については、他の多くの自治体が三次精神科救急医療システムから整備をはじめとしているのに対し、山口県は二次精神科救急システムの整備をまず行った点は独自性がある。民間病院、県立病院、大学病院の役割分担についての記載もあり。</p>	<p>・障害者・障害児対策、母子、青少年期、青年期、高齢期</p>	
	「精神保健医療対策」	<p>社会生活環境が急激に変化する現代社会の中、精神的不健康に陥らないため、「心の健康づくり」など、予防、早期発見、早期治療に結びつける対策の推進に努める。また、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な考え方のもとに、退院可能な精神障害者の自立と社会参加を促進するため、市町が中心となり、健康福祉センターや医療機関等と連携して地域での生活を支援するとともに、受け皿となる障害者施設等を整備していく。</p> <p>(相談) 社会構造の複雑化に伴い、健康福祉センター・精神保健福祉センターに寄せられる心の健康や精神障害に関連した相談は増加傾向にある(H13:15888件、H16:16561件)</p> <p>(心の専門家チーム派遣) 児童・生徒に精神的トラウマが生じ、学校内での大きな事件・事故等が発生した場合に派遣(派遣実績はH15:4件、H16:2件)</p> <p>(自殺対策) 当県では毎年400人前後の方が自殺で亡くなっている(H12:397人、H16:364人)。自殺の多くはうつ病等の心の病気に起因していると言われており、自殺予防にうつ病対策が有効であるとの報告もあることから、関係機関が協力した取組が重要といえる。</p>	<p>(普及啓発、相談体制の充実) 県民が「心の健康」に関心を持ち、精神疾患に対し正しく理解するよう普及啓発を行うとともに、障害者からの相談に的確に対応するため、市町、健康福祉センター、精神保健福祉センターにおける相談体制の充実を図る。</p> <p>(学校メンタルサポート対策の充実) 学校内における事件・事故等発生時の「心の専門家チーム」の派遣など、学校メンタルサポート対策の充実を図る。</p> <p>(うつ病に関する偏見をなくすための「心の健康サポーター」の育成) 自殺の起因となることが多いうつ病等、心の健康問題に対する地域の人々の正しい理解を深めるため、「心の健康サポーター」を育成するなど、心の健康をサポートする環境づくりを推進する。</p>	(一)			
		<p>(医療提供体制) ○入院医療:県内の精神科病床数は近年変化はなく、入院患者も横ばい。また入院形態は措置入院の割合が減少し、医療保護入院がやや増加傾向。応急入院指定病院として、県下14病院を指定。認知症やアルコール依存症などの疾患に対しては、医療を提供する専門病棟をもつ医療機関が整備されている。認知症などの脳器質性精神疾患の患者は、病院のほか、介護保険の老人保健施設等で対応されている場合もある。</p> <p>○通院医療:退院可能な精神障害者については、入院中心の医療から地域社会でのケアに移行しつつあることから、地域で生活する精神障害者が増加しており、通院医療公費負担件数も増加している。精神診療所数の増加や精神科デイケア、テイクアウトケア実施医療機関の増加により、通院医療も充実してきている。</p>	<p>○病状に応じた、また、早期退院を目指した入院医療の確保:病床の機能分化を推進し、精神疾患をもつ患者の病状に応じた、また早期退院を目指した適正な入院医療の確保に努める。</p> <p>○精神科デイケアや訪問看護等を含めた通院医療の充実:自立支援医療制度の活用を推進、デイケアや訪問看護などを含めた通院医療の充実を図る。</p>	(一)			
		<p>(社会復帰促進、退院促進) ○社会復帰の促進:精神障害者の地域での生活を支援するため、各健康福祉センターにおいて、社会復帰相談事業、訪問事業、精神障害者社会適応訓練事業等を実施しているが、一層の社会復帰を促進するためには、医療機関や社会復帰施設等と連携した支援の充実が必要。また、モデル地区において退院促進支援事業を実施していたが、今後は県全域へ拡大し、退院促進を図る。</p> <p>○社会復帰の基盤整備:退院者をはじめ、多くの精神障害者の地域での生活、社会参加を可能とするため、自立支援法に基づく障害福祉サービスの充実を図る。</p>	<p>○社会復帰促進のための関連事業等の充実:回復途上にある精神障害者の社会適応能力の回復、改善を図るため、社会適応訓練事業を実施する。保健所と市町、福祉事務所、児童相談所、職業安定所、社会福祉協議会、教育委員会等の関係機関、医療機関、障害者施設等との連携を図りながら、精神障害者の社会復帰及び自立と社会経済活動への参加を促す。地域で生活する精神障害者を支援するボランティアの育成、家族会の支援等に取り組む。</p> <p>○障害福祉サービスの充実:精神障害者の自立に向け、自立訓練や就労移行に向けた支援を行うとともに、グループホームや福祉ホーム等の居住支援サービスの充実を図る。</p> <p>○市町で開催されるケアマネジメント会議等の活用による退院促進の支援:退院促進支援事業を県下全域での取り組みとするための人材教育、研修を検討するとともに、市町で開催されるケアマネジメント会議等を活用し、保健所が中心となって精神障害者の退院促進を支援する。市町等関係機関との連携を図りながら、個々の精神障害者の社会復帰、自立、社会経済活動への参加に向けたケアマネジメント策定に取り組む。</p>	(一)			
徳島県	(P119-122)「精神保健医療福祉対策」	<p><障害者自立支援法の施行> 平成18年4月、従来の「精神障害」知的障害」「身体障害」の3割の制度の一元化やサービス体系、施設体系の再編が「徳島県障害福祉計画」新徳島障害者施策長期計画」の基に実施されることになり、今後は他の障害と同じ枠組みの中で総合的かつ計画的に進められる。</p>	<p><障害者自立支援法の施行> 精神障害者が地域で自立した生活が送れる支援体制について市町村が主体となり推進する。県は、市町村事業が円滑に推進できるよう助言や情報の提供等の援助を行うとともに、より専門性の高い相談支援や広域の事業を実施。</p>	(一)	<p>・記載内容は広いが、簡潔にまとめられており、具体性や目標に乏しい印象。</p> <p>・身体合併症について、精神科と一般医療がいかに連携していくかについての記載は今後の検討課題か。</p>	<p>分析未:母子保健医療対策、高齢者保健医療福祉対策、精神保健医療福祉対策、障害者(児)保健医療福祉対策</p>	

都道府県名	対策分野	現状	課題	施設 方 法 法 体 系 ・ 評 価 実	目 標 含 む 数 値 目	備 考 （ 項 目 自 抽 出 持 の 所 見 ・ 印 象 な だ ）	未 抽 出 の 対 策
		社会環境の急速な変化に伴うストレスの増大から、心の健康問題が年齢を問わずに深刻な課題となっている。	<心の健康づくり> このような現代社会において、心の健康を保持増進し、また、地域で安心して暮らしていくためには「心の健康づくり」をはじめとし、相談支援体制の整備、適切な精神医療の確保及び社会復帰体制の整備など地域精神保健医療福祉の更なる充実が求められる。	<心の健康づくり> 市町村・医療機関及び関係機関等との連携を強化することにより、保健所・精神保健福祉センターを中心とした専門的精神相談（各ライフステージにおける複合多様なこころの相談）の指導体制を一層充実する。また、住民が気軽に相談できるよう一般的精神相談の市町村窓口体制の充実を支援する。社会問題となっている自殺問題については、民間団体等関係機関と連携し、自殺予防に関する正しい知識の普及と促進を図るとともに、精神保健福祉センター等地域の「心の健康相談」に関する窓口を充実する。特に自殺の背景として深く関わっているうつ等精神疾患対策を行うことにより、県民の自殺リスクが低減するよう努める。	(一)		
			<普及啓発活動> 精神障害者が地域生活を送る中で誤解や偏見が支障となることがあるので、一般県民に正しい知識をもってもらうため、各種相談や講演会等の啓発事業について継続的な取り組みが必要。	<普及啓発事業の推進> 精神障害者に対する正しい理解の促進のために市町村等と連携し、普及啓発活動の推進を図る。	(一)		
		<患者数、病院数など> 精神疾患を有する病院数：H19年9月現在で18施設。病床数・入院患者数・措置患者数とも年々減少する傾向にあるものの人口10万人当たりでは依然として全国平均を大きく上回っており、また、入院患者の平均在院日数（H17年度病院報告）についても、532.7日と全国平均を327.2日に比べかなり長期となっている。通院医療費公費負担利用数は年々増加。	<医療提供体制> 精神科デイケア、訪問看護等外来部門を充実させ、尚一層在宅医療の推進を図る必要がある。受け入れ条件が整えば、退院可能な精神障害者の退院促進・社会復帰促進に向けての地域ケア体制の取り組みも課題。	<精神科医療体制の充実> ①精神科病院の機能分化や療養環境の改善、開放処遇の促進等を通じて、精神障害者の人権に配慮した適切な医療の確保に努める。②民間精神科病院では対応困難な重度の精神障害や合併症、急性期の精神疾患等に対応可能な専門的治療施設の整備に努める。③退院可能な状態にある精神障害者の地域生活への移行を促進するためサービス基盤の整備とともに、精神科医療機関との連携体制等の充実を図る。④精神科救急医療体制については、全県域フルタイム体制の充実を図る。⑤精神科デイケア施設等の充実を図るとともに、継続的な在宅医療が行われるように通院医療公費負担制度及び訪問看護等の普及等の体制を確立する。⑥心身喪失等の状態が重大な他害行為を行ったものの医療及び観察に関する法律（H15年法律第110号）第42条第1項第1号に基づき決定を受けたものに対する医療の確保及び社会復帰支援体制等については、関係医療機関及び関係機関及び徳島保護観察所との連携の強化に努める。（p122）	(一)		
		<精神科救急> 在宅精神障害者が安心して生活していくための、休日、夜間における精神科救急医療システムについて、現在、全権域（県指定病院14精神科病院）において実施している。	<精神科救急>今後さらに全県域でのフルタイム化等支援体制の充実も課題	<精神科救急医療体制の充実> ⑤精神科デイケア施設等の充実を図るとともに、継続的な在宅医療が行われるように通院医療公費負担制度及び訪問看護等の普及等の体制を確立する。⑥心身喪失等の状態が重大な他害行為を行ったものの医療及び観察に関する法律（H15年法律第110号）第42条第1項第1号に基づき決定を受けたものに対する医療の確保及び社会復帰支援体制等については、関係医療機関及び関係機関及び徳島保護観察所との連携の強化に努める。（p122）	(一)		
		<精神障害者の自立と社会参加の促進> 精神保健福祉法及び障害者自立支援法において実施している社会復帰施策：①医療機関等における訪問看護デイケア事業等、②精神保健福祉センターにおけるデイケア事業、③社会復帰施設の整備・運営事業、④精神障害者社会適応訓練事業、⑤自立支援給付システム事業（介護給付事業）、⑥自立支援給付システム事業（訓練等給付事業）、⑦自立支援給付システム事業（地域生活支援事業）（p121）	<精神障害者の自立と社会参加の促進> 引き続き、計画的な整備が必要。	<精神障害者の自立と社会参加の促進> ①精神障害者の地域での暮らしを支えるために相談機能の充実や財タック福祉サービスの普及とともに、保健・医療・福祉・民間団体等の関係者ネットワーク化の推進を図り、当事者会・家族会の組織化等精神障害者の自立性・主体性を高める活動の支援に努める。②新たな障害者である高次脳機能障害者の支援については、県民への正しい理解の普及を図るとともに、保健、医療、福祉、介護、リハビリ等支援関係者の人材育成と関係相互の連携を推進し、各部署における相談支援体制の充実を図る。③家族会や当事者会、また精神保健ボランティア組織の育成を支援する。④精神障害者の就労や社会的自立を図るため、社会適応訓練事業や障害者自立支援法に基づく事業体制等を推進する。（p122）	(一)		
香川県	(P98-99)「精神保健医療」	(啓発、相談、自殺対策など) 入院患者は減少傾向が続いており、H18年度末は、3,426人。精神障害者通院医療費公費負担制度の利用者は、制度改正もあり、H18年度末は16,631人と前年度に比べてやや減少。H18年の自殺者は、222人。自殺死亡率(人口10万人対)22.1人と全国値の23.7人を下回っている。	心の健康問題を持つ人が増えていることから、こころの健康づくりの推進や相談体制の整備が重要となっている。最近深刻化している自殺予防対策、薬物・アルコール依存、思春期精神保健対策など多様な問題に対応することが重要となっている。	<心の健康づくりの推進と相談体制の準備> ①精神保健センター・保健所、市町村等を中心に、こころの健康づくりに関する研修会を実施するなど各種の普及啓発活動を推進する。②各ライフステージにおけるこころの健康問題、自殺問題、薬物・アルコール依存など、多様なこころの悩みに対応するため、こころの悩みを持った者が気軽に相談できるような相談体制の整備に努める。③自殺予防については、自殺を考えている人のサインに早く気づき、早期に適切な対応ができる人材を養成するための研修会等を開催する。自殺未遂者の再発防止や自死遺族の心のケア等の対策に努める。	(一)	・2ページで簡潔にまとめられており、具体性にやや乏しい印象である。 ・身体合併症への対応の記載が乏しく、今後の記載検討課題が。	
		(地域支援、在宅支援、救急医療体制)	精神障害者が、安心して地域で日常生活を送るために、緊急な医療を必要とする精神障害者のために医療を確保するとともに、在宅支援体制の充実・強化が必要。	<精神障害者の在宅支援の充実> ①精神障害者が安心して地域で日常生活を送れるよう緊急な医療が必要な精神障害者のイオ量確保するための精神科救急医療体制の充実を努める。(救急医療施設：県内病院)②精神障害者の就労や社会的自立を図るため、社会適応訓練事業を推進する。③精神障害者が地域で自立して生活しているよう、障害者自立支援法における新たな障害福祉サービスの充実を促進する。④精神障害者が住みなれた場所で暮らしているよう、精神保健ボランティアグループ等の活動支援に努める。	・精神障害者社会適応訓練利用者数：20人/年(H18)→30人以上/年(H22) ・精神障害者社会適応訓練協力事業：54箇所(H18)→70箇所(H22)		
		(退院促進)	入院中の精神障害者の人権に配慮した適切な医療の確保と症状が安定し、受け入れ態勢が整えば退院可能な精神障害者の社会復帰に向けての「支援施策」が必要。	<適切な医療提供体制の確保と退院促進> ①精神科病院の機能分化や療養環境の改善、開放処遇の促進を通じて、精神障害者の人権に配慮した適切な医療の確保に努める。②精神科病院に入院している精神障害者のうち、症状が安定しており、受け入れ態勢が整えば退院可能であるものに対して引き続き、退院のための訓練等を行い、社会的自立を促進する。	・精神障害者退院促進支援事業：20人/年(H18)→20人/年(H23)		

都道府県名	対策分野	現状	課題	施策方法・体系・評・備実	目標(数値含む)	備考(項目・印象など)	未抽出の対策
愛媛県	(P138-140)「精神保健医療福祉対策」	<精神科医療提供体制> 平成18年度末現在、精神科病院数 24施設、病床 5233床。入院患者数 4508人、内32人は措置入院。自立支援医療費制度利用者は毎年増加している。		<精神科医療提供体制> 気軽に精神科を受診できるよう、精神科診療所や総合病院等への精神科外来の設置を促進するとともに、医療機関に関する情報の提供に努める。	(一)	・地域支援、依存症専門医療、身体合併症などにつき簡潔だが具体的に記載されている。身体合併症や児童思春期は公的病院が担うということを宣言しており、他の自治体に比べ具体性があるが、実際の状況と、実現可能性については記載が不明確(数値目標もなし)な印象である。 ・全体的に記載事項は豊富であり、かなり記載事項を網羅しているが、数値目標の設定は乏しい。	分析未:母子保健福祉対策、高齢者保健福祉対策、障害者保健福祉センター
		<精神科救急医療> 平成13年度から、緊急に精神科診療が必要となった精神障害者に適切で迅速な医療を提供するため、「精神科救急医療システム」を中予地域において実施しているが、東・南予地域では未整備。	<精神科救急医療> 一般の救命救急センターに該当する体制を精神科救急にも整備する必要があり、緊急性が高い精神科の患者を年中無休で受け入れる「精神科救急医療センター」の設置が望まれる。	<精神科救急医療> 中予地域以外の地域においても、精神科診療所や総合病院等への精神科救急医療体制の整備を検討する。	(一)		
			<アルコール・薬物専門医療> 家庭崩壊など深刻な社会問題を回避するため、アルコール依存症や覚せい剤などの薬物乱用による精神障害者に対する医療の充実を図ることが課題となっている。	<アルコール・薬物専門医療> 酒害、覚せい剤乱用者の医療に当たる専門医の養成確保など、医療の充実に努める。	(一)		
		<身体合併症、児童思春期> 身体合併症を有する精神障害者の治療や児童精神科医療などは、民間病院では対応が困難な場合があり、公的病院がその分野の役割を担うことが期待される。	<身体合併症、児童思春期> 身体合併症を有する精神障害者の治療や児童精神科医療などは、民間病院では対応が困難な場合があり、公的病院がその分野の役割を担うことが期待される。	<医療連携、退院促進> 精神科病院等は、人員体制や設備構造等の特性をいかした機能の充実強化や設備の近代化整備を図るほか、他の精神科病院と連携して機能分担に努める。また精神科病院と精神科診療所等との連携を強化し、入院治療から通院医療へ円滑に移行できる体制を整備する。	(一)		
		<啓発> 依然として、精神疾患や精神科医療に対する偏見が根強い。	<啓発、早期受診> 精神科病院の近代化整備等により偏見を解消し、早期に気軽に精神科医療を受診できる環境を整備する必要がある。 <退院促進>精神科病院入院者で、地域での受け入れ条件が整えば退院が可能となる者については、保健・医療・福祉の関係機関が連携し、退院の促進を図っていく必要がある。		(一)		
		<メンタルヘルス> 経済・産業構造が変化する中で、仕事や職業生活に関する強い不安、悩み、ストレスがあると訴える人が多くなっており、精神疾患は身近な病気となっている。	<メンタルヘルス> 予防し、県民の心の健康を保持増進する対策の推進が重要	<メンタルヘルス> 心と体の健康センターが、平成20年度に整備される総合保健センターに移転。(p140)心と体の健康センターや保健所が中心となって、思春期児童の精神保健やPTSD対策などのメンタルヘルスを推進する。学校や企業における精神保健担当職員を対象に精神保健に関する研修を行い、教育や職場における心の健康づくりを推進する。	(一)		
			<地域支援> 精神障害者が退院した後は、地域において社会生活を送りながら治療を継続できるよう、適切な医療の提供と社会復帰・社会参加の促進が重要。障害者基本法及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律を踏まえ、愛媛県障害者計画及び愛媛県障害者福祉計画に基づき、保健・医療・福祉が一体となって、精神障害者の社会復帰の促進・自立と社会参加の促進のための施策を推進している。	<退院促進、地域支援、普及啓発、相談> ・障害者基本法及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律を踏まえ、保健・医療・福祉が一体となって、精神障害者の社会復帰のための施策を推進。 ・愛媛県精神保健福祉協会は、精神保健についての正しい知識の普及や精神障害者の社会復帰・自立支援を促進するため、一般県民が参画できる活動の実践や専門性をいかした活動の実践に努める。 ・保健所は、地域における精神保健福祉活動の中心機関として、市町に対し専門的な立場から支援・援助を行うため、千人の精神保健福祉相談員の配置等により専門性の強化を行う。 ・精神障害者が地域で安心して暮らすことができるよう、ホームヘルプ等福祉サービスの提供体制を整備するとともに、保健・医療・福祉を一体的に提供できるよう関係機関の連携強化や相談支援体制の確立に取り組む。 ・地域生活移行を促進するため、精神障害者退院促進支援事業に取り組みるとともに、グループホームの充実や一般住宅への入居支援等地域における障害者の居住の場の確保や、障害者や障害者の地域生活移行についての理解促進を図る。障害者が福祉施設から一般就労へ移行できるよう、就労移行支援事業等の充実及び労働関係機関等の連携による就労移行支援体制の強化を図る。	<退院促進、地域支援> 平成24年度までに、現在の退院可能精神障害者が全員地域生活へ移行することを目指している。		
			<退院促進、地域支援> 障害者自立支援法では、精神障害者の退院や社会復帰の一層の促進を図ることとしており、精神障害者や家族が地域において安心して生活できる環境を整える必要がある。				

都道府県名	対策分野	現状	課題	施設方法・体系など・評価・備案	目標値(数値含む)	備考(項目・印象など)	未抽出の対策
			<普及、啓発> 精神障害者に対する偏見を解消するためには、県民が精神保健に関する正しい知識を持ち、ノーマライゼーションの理念に基づき心のバリアフリーを進めることが必要であり、啓発など各種の地域精神保健福祉施策の充実を図る必要がある。	<普及、啓発> 地域住民との交流活動を促進するとともに、精神障害者家族会やボランティア団体等の育成を図る。	(-)		
			<ひきこもり、高次脳機能障害> 社会的ひきこもりや高次脳機能障害など、精神保健の新たな課題への対応が求められている。	<ひきこもり、思春期、高次脳機能障害> 心と体の健康センターや保健所の専門職員が相談に対応しているが、総合福祉センターに移転した後は、その機能強化を図るとともに、同一施設に配置される中央児童相談所と連携し、児童から成人にいたるまでの一貫した支援を行う。高次脳機能障害については、高次脳機能障害支援普及事業を実施し、患者及びその家族の相談支援に努める。	(-)		
		<自殺対策> 自殺者は、平成18年には385日と、平成7年の253人の約1.5倍に増加、人口10万人当たりの志望率も、全国の23.7を上回り、26.5である。大学や保健所、医療関係団体、経済・労働関係機関、福祉団体、行政等による自殺予防対策連絡協議会を設置し、総合的に自殺対策を推進する体制を整備している。保健所では心の問題に関する相談を、心と体の健康センターでは精神科医による面接・相談の実施や専門の相談員による電話相談(心のダイヤル)を実施。	<自殺対策> 救急医療機関においては、自殺未遂者のメンタルケアに適切に対応できるよう、専門的な医療従事者の配置や関係機関との連携に取り組む必要がある。	<自殺対策> 社会的な要因も踏まえて総合的に取り組む必要があるため、引き続き関係者の連携を強化し、包括的に対策を推進する体制の強化に努める。(p140)保健所や心と体の健康センターにおける相談体制を拡充し、精神科診療の適切な受診、自殺の事前予防をはじめ、未遂者や遺族等への支援に取り組む。自殺率の高い地域での自殺対策モデル事業を実施するとともに、実態を把握し、地域特性に合った対策を検討・実施する。	(-)		
	(P141-142) 「認知症対策」	<認知症対策> ・認知症の原因疾患の予防や認知症に対する理解を深めるための普及啓発に努めるとともに、相談窓口や認知症ケアの方法等について、情報提供を推進している。 ・地域ぐるみで認知症高齢者やその家族を見守り支えあい、支援するために、地域包括支援センターを中心としたきめ細やかなネットワークづくりを推進している。 ・地域包括支援センターや保健所で、認知症に関する相談・家庭訪問に対応するほか、意識啓発に努めている。 ・「認知症を知り地域をつくる10ヵ年」運動と連携し、認知症やその家族を支援する「認知症サポーター」養成やかかりつけ医への啓発を行っている。 ・認知症を抱える家族の会や支援団体等と情報を共有、認知症地域支援体制の構築を推進している。 ・認知症高齢者グループホームの外部評価(1回/年)を実施し、サービスの質を維持している。	<認知症対策> 高齢者保健施設や居宅サービスの管理者・介護職員の認知症介護技術の向上を図る必要がある。	<認知症対策> 「愛媛県高齢者保健福祉計画及び介護保険事業支援計画」の「認知症高齢者対策の実施」に基づき、認知症に対する理解の促進と認知症高齢者を支える体制の整備、認知症グループホームのサービス提供体制の充実、認知症介護の質の向上の推進を図るとともに、県民健康づくり計画「健康実現ひめ2010」の「生涯を通じた健康づくり対策」に基づき、生活習慣の見直しや認知症の原因疾患の予防への取り組みを推進。 ・認知症に対する適切な医療の提供を推進するとともに、情報提供に努める。 ・「認知症サポーター」をつくる「認知症サポーター養成講座」の講師役の「キャラバンメイト」を養成支援する。かかりつけ医への啓発を支援。 ・認知症の原因疾患の予防や認知症に対する理解を深めるため普及啓発に努めるとともに、認知症地域支援体制の構築を推進。 ・在宅介護研修センターを窓口として認知症サポーター、介護ボランティアの育成に努める。 ・高齢者保健施設や居宅サービスの管理者・介護職員の認知症介護技術の向上を図る。 管理者・介護職員に対して、認知症介護に関する知識や技術の習得のための実践的研修を実施し、認知症介護の質の向上を推進する。 ・認知症高齢者グループホームの外部日事業の推進により、「サービスの質の向上を図る。	(-)		
高知県	(P177-181) 「精神保健医療」	<医療提供体制> 県全体：精神科病床数は、人口に対する数値で全国6位、平均在院日数は全国2位と短い。精神科医療は地域生活中心へという流れを進めている。医療機能としては、精神科救急60床1病院、急性期治療137床3病院、老人性認知症疾患266床5病院、精神療養1,565床15病院、アルコール50床1病院、指定病床(精神保健福祉法第19条の8)105床11病院	<医療提供体制> 精神科病院がそれぞれ退院促進の取り組みを進めているが、受け入れる地域の資源が不足していること、処遇困難事例への対応が課題となっている。ひきこもりや自殺対策等メンタルヘルスにおける新たな課題。	<心の健康づくりの推進、精神科医療体制の整備> ・こころのバリアフリーを目指してライフステージに応じたこころの健康づくりを推進。(県・市町村・関係機関・団体) ・県全体の医療体制の整備：県民が、必要なときに適切な精神科医療が受けられるよう精神科救急医療体制の充実を図るとともに、精神科病院の機能分担と連携体制の促進に取り組む。(県・医療機関)	(-)	・この県の特徴である著明な地域差について言及している。今後、県立の精神科病院移転の計画もあることから、新たな施策が展開していくものと思われる。 ・身体合併症についての対応の困難さについても伝わっており、一般医療機関との連携等が重要であろう。 ・うつ病対策と自殺予防対策を並列に扱っているが、うつ病以外の精神疾患による自殺も多いのは明らかであり、また他領域との連携の重要性についての記載も、今後の検討課題が。	分析未：母子保健及び思春期保健福祉施策、障害者保健福祉施策、高齢者保健福祉施策
		<医療提供体制(地域格差)> 保健医療圏ごとの精神科病院・病床数は、中央保健医療圏に約7割が集中している。	<医療提供体制(地域格差)> 精神科医療の供給体制には地域格差が生じている。		(-)		
		<精神科救急医療体制> 精神科救急医療事業として、中央圏域で平日夜間(1病院)、休日(6病院輪番)で24時間体制をとっている。	<精神科救急医療体制> 近年の精神科救急における診療依頼件数の増加や身体合併症のある患者の救急時に対応ができる精神科医療体制が課題。		(-)		

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・抽 出 対象）	未抽出の 対策
		<p><医療提供体制（民間、公的）> 民間と公的精神科病院の役割：措置入院患者の7割が中央圏域に居住する精神障害者であり、受け入れの約8割を民間病院が担っている。</p>	<p><医療提供体制（民間、公的）> 民間と公的精神科病院の役割：身体合併症について、特に結核を合併した場合の治療は県立精神科病院の役割の一つだったが、近年、専門医の確保等の問題により対応が困難になり、特に精神科病院の少ない地域の対応が課題。民間病院が充実していく中で、改めて県立病院としての役割をどのように捉えるかが、県の精神科医療のあり方に大きく影響する。</p>	<p><医療提供体制（県立病院のあり方）> 県立病院のあり方：(ア)受け入れ困難な措置入院者や処遇困難・重症患者の治療(イ)精神科救急医療システム事業への参画(ウ)結核等身体合併症のある精神障害者の治療(エ)精神保健医療従事者の教育・研修(オ)精神科医療における南海地震対策。（県・医療機関）</p>	(-)		
		<p><退院可能精神障害者の地域移行> 県全体の状況：精神科病院がそれぞれ退院促進の取り組みを進めているが、受け入れる地域の資源が不足していること、処遇困難事例への対応が課題となっている。</p>	<p><退院可能精神障害者の地域移行促進> グループホーム等受け皿の拡充を図る。精神障害者支援事業により、自立支援促進協議会を設置し、精神科病院、事業者、市町村、県福祉保健所及び精神保健福祉センターとの連携を強化し、地域のネットワークづくりと地域移行を推進する人材の育成を図る。（県・市町村・医療機関・関係機関）</p>	<p><退院可能精神障害者の自立支援> 平成23年度末までに退院可能精神障害者557人のうち419人の地域移行をすすめる（H18第1期高知県障害者福祉計画による）</p>	(-)		
		<p><うつ病予防・自殺予防対策> 自殺による死亡率は40-50歳代男性の死亡が増加傾向にある。自殺にいたる過程で多くの人がうつ病やうつ状態に陥っていることが明らか。</p>	<p><うつ病予防・自殺予防対策> 自殺対策連絡協議会での検討を基にして、うつ病予防・自殺予防の普及啓発や人材育成のための研修会の開催及び相談体制の整備を行う。うつ病の早期発見、早期治療や適正な治療の継続が図れるよう、かかりつけ医と産業医及び専門医の連携について検討するとともに、事業所及び労働者に対するメンタルヘルス対策の促進を図る。（県・市町・医療機関・関係団体）</p>	(-)			
福岡県	(P88-92) 「精神保健医療対策」	<p>(総合) ・精神障害のある人が県内9.9万人、総人口の2.2%。 ・精神科病院の入院患者を疾患別に見ると統合失調症、統合失調症方傷害及び妄想障害6割、気分障害8.4%、精神作用物質による精神および行動の障害が5.3%。 ・精神保健福祉法に沿い、保健所による精神科病院実地指導、措置入院・医療保護入院が適切か、適正な医療及び保護が行われているかを審査するなど、精神医療の充実を図っている</p>	<p>(退院促進) 入院患者の早期退院促進のため、患者の病態に応じた精神病床の機能分化（急性期、社会復帰リハ、重度療養等）を促進（関係機関との連携） 精神保健福祉センター、保健所、市町村、地域の医療機関、社会福祉施設等、教育機関、警察等との連携の強化</p>	(-)	<p>・精神保健医療対策内にて産後うつへの具体的な現状対策の記載あり、独自性がある。他の自治体にはほとんど見られないものである。福岡で実施しているエジンバラ式産後うつ病スクリーニングテストの取り組みについての記載もあるとより分かりやすいか。 ・身体合併症についての課題の対策が今後重要であろう。 ・精神保健医療対策の中で高次脳機能障害について記載している</p>	分析未：高齢者保健福祉対策（介護保健を含む）、障害者保健福祉対策、母子保健対策	
		<p>(精神科救急医療) ・県内を4ブロックに分けてブロック内の精神科病院の当番制で福岡県精神科救急医療システムを運用。 ・平成17年から福岡ブロックの土日休日の夜間帯に限り空床確保を1〜2床に増加させるとともに、平成19年度からは相談の多い夕方から深夜にかけ、相談員を1名から2名に増員。 ・平成18年、受付総数2604件、うち病院受診が623件、在宅の精神障害者が地域で安心して生活できる生活支援システムとして機能している。 (福岡県精神科救急医療システム輪番病院一覧あり)</p>	<p>※【現状と課題】として記載があるが、課題については特に明示なし</p>	<p>(精神科救急医療、身体合併症) ・地域で生活する精神障害者への迅速かつ適切な医療提供のため、重度の症状を有する精神科急性期患者に対する中核的なセンター機能をもつ病院の整備、大学病院や精神科診療所との連携及び病院間の転院システムの整備を検討、身体合併症を持つ精神患者の治療体制の整備を含め、精神科救急医療システムの充実努める</p>	(-)		

都道府県名	対策分野	現状	課題	施策 方 法 体 系 な ど 評 価 実 績	目 標 数 値 目 標 含 む 目 標	備 考 （ 項 目 抽 出 の 所 見 ・ 印 象 な ど ）	未 抽 出 の 対 策
		<p>(うつ病、認知症等精神疾患及び高次脳機能障害対策)</p> <ul style="list-style-type: none"> 心の健康相談電話の設置、県下13保健福祉環境事務所において、うつ病や思春期・高齢者の心の問題、アルコール依存による問題等について精神保健福祉相談を中心にした心の健康づくり事業を実施 産後のうつ病の早期発見支援のため、研修会、啓発活動、子育てグループ支援教室の開催等を実施 交通事故による頭部外傷や脳血管障害などを原因とする記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害を伴う高次脳機能障害について、平成13～15年までの3年間、高次脳機能障害支援モデル事業を実施。「診断基準」、「訓練プログラム」、「支援プログラム」を策定し、平成16年から2年間は機能回復訓練、社会復帰支援を実施 平成18年から障害者自立支援法において都道府県が行う専門的相談支援事業として高次脳機能障害支援事業を実施 	<ul style="list-style-type: none"> PTSD社会的引きこもり等に対し、相談体制整備、医療機関と保健所・精神保健福祉センター等関係機関とのネットワーク構築等が求められている 	<ul style="list-style-type: none"> 精神保健福祉センターにおけるうつ病、薬物依存症、アルコール疾患、思春期対策及び引きこもりに関する正しい知識の普及、総合的な相談体制の整備推進を進める。 精神保健福祉センターによる「思春期・引きこもり家族相談」を引き続き実施するとともに、保健所、市町村等関係機関の職員を対象にした職員への研修会を実施し以ての充実に努める。 精神保健福祉に関する普及啓発活動や地域家族会などの地域の推進組織の育成を行う 地域における認知症患者等の相談・情報提供体制の構築や権利擁護の対策等を含め保健医療福祉サービスの向上を図る 産後うつ病については妊娠前からのケアサポートの充実に努める PTSD対策として、県において作成した支援者のためのマニュアルの普及啓発を図るとともに保健所、市町村等関係機関の職員への研修会を実施し、支援の充実に努める。 PTSD対策の一環として、災害時の心のケア対策についてもマニュアル普及啓発と関係職員への支援の充実に努める 高次脳機能障害について、医療からリハビリ、地域生活へと連続した支援が全体的に実施できるよう体制整備 	(-)		
		<p>(退院促進、地域支援)</p> <p>平成14年度から宇宅福祉施設として市町村を実施主体とした居宅支援事業を実施。平成18年度に障害者自立支援法が施行され、身体・知的・精神の3障害に対する障害福祉サービス(介護給付、訓練等給付)が共通の体系のもとに提供されるようになった保健福祉環境事務所等による日常生活指導、職親制度による作業訓練、共同作業所への助成、社会福祉施設の整備のほか、精神障害者保健福祉手帳の交付等による支援を行っている</p>	<p>※【現状と課題】として記載があるが、課題については特に明示なし</p>	<ul style="list-style-type: none"> 県障害福祉計画で示した平成23年度における受け入れ条件が整えば退院可能な精神障害者数の減少の目標数1600人の達成を目指す(今後の方向性として「平成23年度における受け入れ条件」とは何か?意味不明だが原文ママ) グループホーム、ケアホームの整備を含め地域生活への移行が円滑に進むよう障害福祉サービスの充実に努めるとともに地域において精神障害者を支えるシステム作りを進める 	平成23年度における退院可能な精神障害者数の減少の目標値: 1600人(平成18年は1930人)		
		<p>(医療観察法対策)</p> <ul style="list-style-type: none"> 心身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に基づく医療の確保、社会復帰支援等に関する取り組み 平成19年、13箇所が指定通院医療機関、8箇所が鑑定医療機関として指定を受けている 	<p>※【現状と課題】として記載があるが、課題については特に明示なし</p>	<p>保護観察所、指定通院医療機関、市町村等の関係機関と連携し、対象者の社会復帰への支援に努める</p>	(-)		
		<p>(自殺対策)</p> <ul style="list-style-type: none"> 全国水準を上回る自殺死亡率、壮年期の男性自殺者が増加傾向 平成19年より「福岡県自殺対策連絡協議会」を設置。自殺対策の協議検討を行い、自殺の現状分析・施策の方向を報告書としてまとめる予定 「政府」の自殺対策大綱では、平成28年までに平成17年の自殺死亡率を20%以上減少させることを目標としている 	<p>※【現状と課題】として記載があるが、課題については特に明示なし</p>	<ul style="list-style-type: none"> 県自殺対策連絡協議会の報告に基づき、自殺防止のための精神疾患に対する正しい知識の普及と偏見解消のための啓発、うつ病の早期発見のための一般科医師、産業医へのうつ病研修、自殺の原因等の調査分析、多重債務者の相談窓口整備、生活再生支援、相談窓口の拡充、自死遺族の相談支援に努める 	(-)		
佐賀県	(P164-166)「精神保健医療対策」	<p>(精神障害者、病床)</p> <p>精神病床を有する病院は19病院で、平成19年12月31日現在における入院患者数は4,024人。通院公費負担制度を利用しながら外来診療を受診している患者は7,499人。入院患者は漸減傾向であるのに対し、通院患者は年々増加。人口10万人に対する本県の精神病床数は、512.8床(全国277.3床、全国47都道府県中43番目、九州で5番目)(平成17年10月日現在)であり、平成17年度の平均在院日数は397.1日(全国平均327.2日、同42番目)と全国と比較して病床が多く、在院期間が長い。</p>		<p>(外来強化、地域支援)</p> <p>精神医学の進歩やノーマライゼーションの理念の普及等により、従来の入院医療中心の体制から、地域におけるケアを重視する体制への移行が進む中で、精神科外来医療の強化を促進。</p> <p>精神障害者の地域生活を医療面から支えるため、精神科デイケアや訪問看護等の充実に推進。</p>	(-)	<p>・目標に施策の方向を記載しているため、目標値はなしとして分析した。幅広く記載事項があるが、目標に乏しい印象。</p> <p>・うつ病早期発見のための一般医との研究会が取り上げられており、実践の具体例として他の自治体にも参考になるとと思われる。この点は具体的な取り組みとして独自性がある。</p>	分析未: 障害者保健対策、認知症対策、高齢者保健福祉対策(介護保険含む)、母子保健福祉対策、障害者保健福祉対策、麻薬、覚せい剤等に対する薬物乱用防止対策
		<p>(精神科救急医療システム)</p> <p>本県における精神科救急医療は、佐賀県精神科病院協会に委託し、休日・祝日に精神科救急医療システムとして、精神科救急相談窓口を運用するとともに、精神科救急医療及び応急確保を実施している。</p>		<p>(精神科救急医療、身体合併症)</p> <ul style="list-style-type: none"> 日曜・祝日における緊急時の精神科救急医療を確保するため、精神科救急医療システムの効率的運用を図る。 また、当システム当番病院で治療が困難な身体合併症疾患がある精神科救急患者の対応について、二次及び三次救急医療を行う病院(佐賀大学医学部附属病院、国立病院機構肥前精神医療センター)等との連携強化を図る。 	(-)		
		<p>(認知症)</p> <p>高齢者人口の増加に伴う老人性認知症患者の増加に伴う高齢化に伴い精神科的治療が必要な老人性認知症患者が増加傾向</p>		<ul style="list-style-type: none"> 高齢者人口の増加に伴う老人性認知症患者の増加に対応するための体制の充実に努める。 	(-)		
		<p>(うつ病早期対応の連携)</p> <p>うつ病への早期対応のための一般医療機関と精神科医療機関との連携については、佐賀県医師会・佐賀県精神科病院協会合同による内科かかりつけ医・精神科合同研究会を平成18年度から開催している。</p>		<ul style="list-style-type: none"> うつ病の早期発見、治療の体制構築を図る。 	(-)		

都道府県名	対策分野	現状	課題	実施方法・体系・評価・実施	目標(数値)・目	備考(項目・抽出見・印象など)	未抽出の対策
		(地域支援、退院促進) 平成18年4月の障害者自立支援法の施行により、3障害統一した障害福祉サービスの提供が行われることとなったが、十分な量のサービスが提供できる体制となっていない。このような中、佐賀県において障害福祉計画を策定し、具体的な目標数値を定め、地域における障害福祉サービスの充実を推進している。		・地域における障害福祉サービスの充実を促進 ・精神障害を持っている方でも安心して地域生活ができるよう、医療面での強化を図るとともに、当該医療機関を含めた地域における関係機関相互の連携を促進。 ・精神科病院に入院されている方で、受入条件が整えば退院可能な方の解消及び社会的自立支援の促進に努める。	(-) 障害福祉計画の記載の転記などなし		
		(メンタルヘルス、うつ病対策、普及啓発、相談) 社会の急激な変化により、様々なストレス要因が蓄積され、うつ病の増加、壮年期の自殺の問題等が社会問題化してきており、改めてこの健康づくり対策の重要性が認識されている。		・多様化する精神保健福祉相談に対応するとともに、市町への技術支援を積極的に行うほか、保健福祉事務所、精神保健福祉センターの機能を充実強化する。 ・こころの健康問題や精神障害に対する正しい理解のための普及啓発活動を推進するとともに、思春期児童のこころの問題、うつ病等の健康問題に目を向けた取組を推進する。	(-)		
		(自殺対策) 特に自殺に対しては、国も対策を講じるべきとして、平成18年10月に自殺対策基本法が施行され、佐賀県においても、平成20年4月に「佐賀県自殺対策基本計画」を定め、総合的な対策を行うこととしている。		・自殺予防対策については、かかりつけ医等のうつ病等の精神疾患の診断・治療技術の向上に取り組みるとともに、確実に精神科医療につなぐ医療体制づくりを推進する。	(-) 佐賀県自殺対策基本計画の記載の転記などなし		
長崎県	(P104-105)「精神医療」	(医療提供体制) 精神科医療施設は、平成17年6月30日現在、精神科病床を有する病院が38病院(うち精神科単科病院28、一般病院10)で、精神科病床数は8,178床。上五島圏域には精神科病床が未整備。 (精神科救急医療体制) ・本県における精神科救急医療は、平成11年4月から県立精神医療センターを基幹病院として、休日・祝日等(9:00~翌9:00)を県下の精神科病院の当番病院制により実施。 ・平成16年4月に、県立精神医療センター内に精神科救急情報センターを設置し、精神障害のある方や家族の方等からの電話による24時間の精神医療相談を実施。 ・応急入院指定病院の指定は、長崎圏域及び県央圏域の2病院のみを指定しているが、医療保護入院等にかかる移送体制は未整備。	(医療提供体制) 急性期、社会復帰リハ、重度療養等患者の病態に応じた精神科病床の機能分化に向けた取り組みを行うとともに、個々の病院の機能に基づく連携を図り、入院患者の退院者数の目標を掲げ、早期退院を促進する。島の精神医療充実のため、関係機関と協議を行い、精神保健指定医の安定確保に努めるとともに、上五島圏域については、入院医療の確保を目指す。 (精神科救急医療体制、身体合併症) ・精神障害者等の平日・土曜日の夜間における緊急時の精神科医療を確保するため、精神科救急医療システムの拡充強化を推進する。また、同システム当番病院で治療が困難な身体合併症疾患がある精神科救急患者の対応について、一般の2次及び3次救急医療を担う当番病院等との連携強化を図る。24時間対応可能な中核的なセンター機能を持つ救急医療施設(仮称)精神科救急医療センター)の整備を進め、かかりつけ医、救急医療システムの当番病院と連携して、地域での精神科医療が完結するシステムの構築を目指す。応急入院指定病院の配置を促進し、医療保護入院等にかかる移送体制を整備する。 ・人権に配慮した医療提供体制の確保、保健所・精神保健福祉センターの機能強化、社会復帰・福祉対策の推進、心の健康づくり対策の推進、入院患者の早期退院を促進し、適切な精神科医療を提供するため、精神科病院の機能強化・分化に向けた取り組み。	・「医療」と「保健」の2つ立てて記載。 ・平成18年3月当時の記載であるため、少々記載内容が古いようである。 ・移送制度が未だに未整備とのことである(これも情報が古い?)。 ・身体合併症への対応として、一般の救急医療との連携が盛り込まれているのがよい。どのような一般医療機関がどのような状態であれば受け入れられるのかについての機能情報も今後あると便利であろう。	(-) 目標に記載があるが、実質施策の方向性のため、それぞれに記載。	分析未:薬物乱用対策(P185)、母子保健、学校保健、高齢者保健	
	(P160-161)「精神保健対策」	・本県の精神科病院に入院する患者数は7557人、通院医療費公費負担制度を活用しながら、外来診療を受診している患者が12782人(平成17年6月30日現在)であり、通院患者数は年々増加傾向。 ・人口1万人に対する本県の精神科病床数は、55.0(全国27.9)であり、10人以上の入院者も、2,362人で30.4%(全国27.8%)。平均在院日数は444日(全国平均348日)と全国の中でも病床数が多く入院が長期化(平成15年6月30日現在)。 ・回復途上にある精神障害のある人の社会復帰を専門的に行う、精神障害者社会復帰施設等の整備については、障害者基本計画の中で、具体的な数値目標を定め推進している。 ・社会の急激な変化により、様々なストレス要因が蓄積され、うつ病の増加、壮年期の自殺の問題、ひきこもりなど思春期前後の問題行動の増加等が社会問題化してきており、あらためてこの健康づくり対策の重要性が認識されている。	・地域における受け皿がないなどの理由で入院を余儀なくされている精神障害のある人について、社会的入院の解消及び社会的自立の促進に努める。 ・精神症状が持続的に不安定な方でも地域生活ができるよう、医療機関等を中心に、地域における関係機関相互の連携を促進。 ・社会復帰施設等の充実や居宅生活支援事業などの在宅福祉サービスの充実を促進。 ・多様化する精神保健福祉相談に対応するとともに、市町などへの技術支援を積極的に行うほか、保健所、精神保健福祉センターの機能を充実強化する。 ・こころの健康問題や精神障害に対する正しい理解のための普及啓発活動を推進するとともに、いわゆるひきこもりなどの思春期児童のこころの問題、うつ病等の健康問題やそれら起因する自殺の問題について、地域・職域の関係機関との連携を図り、早期に相談、対応できる体制を整備する。 ・社会的入院解消及び社会的自立の促進のため、病院職員等関係者の意識改革や、地域各関係機関の連携による退院促進のためのネットワークの構築に取り組む。 ・社会復帰施設等の整備・増設に努め、さらに市町を中心とした居宅生活支援事業の充実を促進するとともに、ケアマネジメント手法の活用を推進し、総合的・体系的なサービスが実施できるよう障害者の地域生活における相談支援体制を整備する。 ・精神疾患、精神障害のある人に対する正しい理解を促進するとともに、地域や職場で健康相談等に対応できる人材の養成を図るための研修会を開催する。	<精神保健福祉サービスの整備目標 (数字は、平成14年度末実績→平成20年度目標) ・精神障害者地域生活支援センター:5か所→17か所 ・精神障害者ホームヘルパー(利用時間):→1,265人(198千H) ・精神障害者グループホーム:83人分→170人分 ・精神障害者福祉ホーム:40人分→220人分 ・精神障害者生活訓練施設(援護寮):160人分→240人分			

都道府県名	対策分野	現状	課題	施策方法・体系・優先度	目標(数・値・目)	備考(項目・印象など)	未抽出の対策
					<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者通所授産施設:160人分→300人分 ・精神障害者小規模通所授産施設:→10か所 ・精神障害者ショートステイ:9人分→22人分 ・精神障害者小規模作業所(地域活動所):33か所→50か所 		
熊本県	(P103-106)「精神保健医療対策」	<p>(精神障害者の状況) 薬物依存、摂食障害、睡眠障害、引きこもりなど対応すべき精神障害が多様化している。休日・夜間に緊急に医療機関を受診を希望する精神障害者が増加している。</p> <p>(精神科医療体制) 在宅精神障害者の社会復帰、医療の継続及び居場所の提供のため、デイケアを実施する精神科病院が増加している。クリニックなどの精神科を標榜した診療所が増えてきたことで、精神障害者の通院が比較的容易になってきている。その一方で、合併症患者などの処遇困難患者や精神障害の多様化に対応できる体制整備を推進する必要がある。</p>	<p>(自立支援医療費(精神通院医療)) 自立支援医療費の支給認定を受けた精神障がい者が、精神科病院・調剤薬局等の指定自立支援医療機関を受診したときに要した費用について、自律支援医療費(受診費用の原則20%)を支給する。</p> <p>(こころの医療センターの機能強化) 処遇困難患者から一般患者まで対応する一貫した医療を行いながら、県内精神科医療のセーフティネットの機能強化や、社会復帰施設や保健所等他機関との連携による先導的な社会復帰活動に重点的に取り組む。医療スタッフの教育・研修を十分に行うとともに、医療活動の成果を民間精神科病院等に積極的に伝える。</p>	(-)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科救急医療体制が発展途上であり、目標からは、機能充実の過程が分かる。身体合併症への対応が困難という認識をどう施策に盛り込むかも重要であろう。 ・医療観察法への取り組みはケア会議への参加とケア策定の協力ということのみであり、受身の書き方である印象。県立こころの医療センターでの取り組みなども今後の記載検討課題か。 	分析未・シナジー・覚せい剤等乱用防止対策(P141)、高齢者保健医療福祉対策(P159、認知症の記載あり)、障害者保健医療福祉対策、母子保健医療福祉対策、	
		<p>(精神科救急医療) 休日・夜間における精神疾患の急激な発症や精神症状の悪化等により、緊急に医療を必要とする精神障害者に対する救急医療体制の整備を図っているが、患者の受け入れをより迅速に行うために、既存の救急医療体制の見直しを行う必要がある。救急医療までは必要としない精神障害者に対する家庭でのケアを支援するため、24時間体制で相談を受け付ける窓口を整備する必要がある。</p>	<p>(精神科救急医療システムの整備(情報センターの設置)) 精神疾患の急発又は急変のため医療及び保護を必要とする人に迅速かつ適切な医療を提供するための、精神科病院の輪番制による救急医療システムを運営する。救急患者や関係機関からの電話連絡を受け、救急患者を各医療機関に引き継いでいくシステムについて検討を行う。精神科病院との連携を深め、受け入れ体制の充実を図る。</p>	精神科救急医療システム(情報センター)の整備:なし(現状)→1か所設置(H24)			
		<p>(自殺対策(うつ病)対策) 平成10年以降全国的に自殺者が増加し、現在も減少していない状況。自殺対策はこれまで、うつ病対策として各関係機関で取り組んでいるが、各関係機関の連携が必要。自殺未遂者・自殺者遺族に対する支援体制の整備が必要。自殺(うつ病)に関する相談体制と、県民への一般的な自殺(うつ病)に関する知識の普及が必要。</p>	<p>(熊本県自殺対策連絡協議会の運営) 自殺の発生状況やその背景・要因等を調査分析し、自殺対策事業計画の策定及び実施を行うとともに、当該事業で実施した自殺対策による効果を検証する。</p> <p>(自殺(うつ病)に関する相談体制の整備) うつ病対策の相談窓口として開設している精神保健福祉センター、保健所、市町村等の相談体制の整備を行い、警察、消防、医療機関等との連携を図る。自殺(うつ病)に関する知識等の普及啓発のためのキャンペーンや研修会を実施する。</p>	自殺者数:447人(H17)→H17比12%減少(H24)			
		<p>(退院・地域移行) 治療により病状が安定したにもかかわらず、受け入れ条件が整わないために入院継続している患者(いわゆる退院可能精神障がい者)751人(実態調査に基づく県内数)の退院・地域移行を推進する必要がある。</p>	<p>(精神障がい者地域移行支援特別対策事業の実施) 地域移行推進員を配置し、対象者の退院に係る個別支援計画を策定、対象者の実情に応じた個別支援計画を行う。病院の自主的取り組みを支援するため、平成20年度以降のコーディネート・設置を検討する。各保健所圏域ごとに、市町村や関係機関、事業所等で構成する地域移行支援会議を設置し、対象者の選定、個別支援計画への助言指導及び地域移行推進員の支援に係る関係機関の調整などを実施する。地域移行支援の手法等について、精神科病院等関係者を対象とした地域移行支援に関する研修会を開催する。退院後の生活についての相談に応じられるよう、各地域の相談支援専門員を活用した支援体制の整備を検討する。</p>	退院可能精神障がい者の退院・地域移行数:→(H18.7月調査)→625人(H24)	3割を地域移行支援特別対策事業で対応し、7割を病院の自主的取り組みにより推進		
		<p>(医療観察法対策) 医療観察法の対象者が指定入院医療機関を退院し、地域加護に移行する際、保護観察所が作成する処遇の実施計画策定のための協議(ケア会議)に参加している。</p>	<p>(医療観察法の処遇の実施計画策定時の協議(ケア会議)) 保護観察所が医療観察法の対象者の地域加護の実施計画を策定するケア会議に対し、対象者の居住地を管轄する各保健所が参加し協力する。またケア会議の協議事項に応じて、障がい者支援総室、精神保健福祉センター、各福祉事務所も参加する。</p>	(-)			

都道府県名	対策分野	現状	課題	施設方法・体系・評価	目標(数値)	備考(項目・印象など)	未抽出の対策
	(P152-158)「健康づくり運動の推進」内の健康部分	(休養・こころの健康づくり、自殺対策) ○「平成17年度熊本県健康づくりに関する意識調査」によるとストレスを感じた人の割合が一番高い。早めにストレス解消を図り、周囲の人や専門家に早めに相談し対処することも重要。 ○自殺者数については増加しており、自殺とこころの病の関連性が指摘されている。平成17年の本県の自殺者数は447人で、そのうち265人(59.3%)は40-60歳代。中高年の自殺の背景にはうつが隠れていることが多いと考えられており、地域・食糧等における相談窓口の体制の充実、早期の受診勧奨等、メンタルヘルス対策の一層の推進が必要。また中学生の4人に1人が「うつ状態」を示すという調査結果もあり、学校保健との連携も重要(2006年厚生労働省研究班による調査)		○こころの健康づくり等に関する情報の提供: 県民に対してこころの健康づくりについて講演会、広報紙、HPなどを通して情報提供を行う。また自殺予防対策として、うつに関する情報提供を行う。 ○相談窓口の周知: 精神保健福祉センターや保健所で実施しているこころの健康相談を気軽に利用できるよう、相談窓口の周知を行う。 ○働く人のこころの健康づくり対策: 労働者が障害を通してこころの健康づくりを自ら実践できるような、指導の実施機関である労働局や熊本産業保健推進センターなどの活動と連携を図り、地域・職場連携推進協議会等を活用しながらこころの健康づくりを推進する。 ○こころの健康とあはれー事業の実施: こころの健康問題について学校からの相談に専門家を派遣。	(自殺者数): 447人(H17) →H17比12.96%減少(H24)		
大分県	(P62-66)「精神保健医療対策」	(医療提供体制) ・多くの精神科病院で新築・改装が行われ療養環境の改善が図られているが、まだ不十分。 ・精神科デイケア等を実施する医療機関が増加している。平成18年6月30日現在の実施状況は、種別デイケア28、2泊79、ナイト74、デイナイト77、重度認知症4か所。実施箇所26974。 ・専門病床の状況(平成18年6月30日現在)は精神科救急0、薬物0、急性期治療54、アルコール・薬物混合0、老人性認知症疾患治療926、児童思春期0、精神療養1782、合併症0、老人精神50、医療観察法0、アルコール69、その他105床。身体合併症に対応できる精神科病院が不足。処遇困難患者、薬物中毒者への医療体制は不十分。急性期治療の病床はあるが、高度な治療を要する急性期患者、重度患者等に対する病床の数が不足。認知症については、老人性認知症疾患治療の病床は926床整備されている。また、保健所において、専門医師による医療相談を定期的に行っている。	(身体合併症) ・一般臨床医師と精神科医師の連携が必要。 (専門医療) ・児童思春期、合併症、医療観察法の病床が整備されていないため、その病床の確保が課題。 (認知症) ・今後は、医療と福祉の連携を図ることが課題。 精神科医療のあらゆるニーズに対応するため、総合病院の精神科や公的病院の果たす役割が期待される。	○医療体制の充実: 快適な環境のなかで良質な医療を受けられるよう、精神科病院等における療養環境の充実を推進。精神科デイケア等外来診療の充実を図ることにより医療を受けやすい環境整備に努める。身体合併症患者等の増加に対応するため、一般臨床医師と精神科医師の連携を促進し、迅速かつ適切な医療の確保を図る。 ○専門医療体制の充実: 医療と介護の役割を明確にし、両者の連携を図る。薬物依存症、合併症患者等を含めたニーズに対応するため、総合病院の精神科や公的病院を中心とした医療体制・機能分担について検討を進める。急性期の医療の充実を図り、早期の退院の促進に努める。	(-)	・記載内容は充実しているが、具体的目標に乏しい印象。 ・身体合併症において、「医師」の連携とあるが、機能別「医療機関」の連携について記載することも今後の検討課題か。どのような病状であれば、どこで受け入れられるかということについての医療機能情報の収集と提供も重要と思われる。	分析未: 高齢者保健福祉対策、障がい保健対策、認知症対策
		(精神科救急医療体制) 精神科緊急システムの円滑な運営を図るため、精神科救急システム連絡調整委員会を平成年度から開19催し、医師会、精神科病院協会、診療所、公立病院、消防、警察、行政等との連携及び調整を図っている。精神科救急電話相談センターを平成17年10月から開設し、精神障がい者及び家族から緊急な精神科医療に関する電話相談を平日は17時から21時まで、休日は9時から21時まで行っている。精神科救急医療体制確保事業として、民間の指定病院の輪番制により、当番病院を確保し、24時間精神科救急相談センターの非自発的な入院に対応している。精神科救急医療システム整備事業は、精神科救急電話相談センター及び精神科救急医療体制確保事業の2つの事業を精神科病院協会に委託して実施している。	(精神科救急医療体制) ・精神科救急電話相談センターでは、精神障がい者及び家族に病院紹介ができない。 ・輪番病院は、平日の夜間が県内1病院、休日が県内2病院となっており、対応範囲が広がっていない。 ・民間病院で対応することが困難な患者の受け入れができる公的病院の設置又は後方支援病院の指定が求められている。 ・相談窓口、入院の調整、措置入院にかかる連絡調整、24時間精神科救急相談センターの機能を有する精神科救急情報センターの設置が求められている。 ・保護者の同意が得られないが、直ちに入院させなければ、医療及び保護を図る上で著しい支障があると認められる精神障がい者の入院先となる「応急指定病院」がない。	(精神科救急医療体制) 措置入院等の非自発的な入院以外の緊急的な入院や診察が必要な場合、精神科救急電話相談センターで病院紹介をできるような体制の整備を図る。応急入院指定病院を指定し、急を要する応急入院及び医療保護入院が可能となる体制整備を図る。中核的なセンター機能を持った精神科救急医療施設の整備の検討を図る。	(-)		
		(うつ病対策) うつ病は誰でもかかる可能性のある病気だが、正しい知識の普及啓発は不十分であり、医療機関受診に対する抵抗感も拭き取れない。一般医療機関と精神科医療機関の連携は、依然として不十分。精神科医療機関のない地域においては、適切な診療を受けられる機会が得られにくく、うつ病の早期発見と早期治療に支障を来している。児童、労働者、高齢者、産後等様々な場面に対応する相談・治療体制が不十分。		(うつ病対策) うつ病等心の健康づくりの重要性について普及啓発を行う。様々な相談機関等と連携して、うつ病の早期発見と適切な専門機関の紹介が行える体制を整備する。うつ病の診断と初期治療が行えるかかりつけ医を養成し、病態に応じて精神科医療機関に紹介できる連携体制の整備を図る。	(-)		
		(退院促進事業) 精神科病院に入院中の精神障がい者のうち、症状が安定しており、受け入れ条件が整えば退院可能な方は、県内に795人いると推計されているが、医療・福祉・行政関係機関の連携は不十分。退院後に支援を行う者がいない場合、地域の社会資源等によるネットワーク全体で支えていく必要がある。		(退院促進事業) 大分地区と別府地区に設置する、地域の精神保健の専門家で構成される「自立促進支援協議会」を通して、対象者の決定、自立支援計画の策定、協力施設の決定などを実施し、精神障がい者の地域移行を促進。地域において、退院後も適切な医療を継続し、緊急時においても医療を提供できる体制の整備を行う。	(-)		
		(医療観察法医療確保対策) 医療観察法に基づく指定入院医療機関については、県内には整備されていないため、県外の「指定入院医療機関」へ入院決定されている。対象者は、地域において「指定入院医療機関」による医療を受けながら、保護観察所の社会復帰調整官による精神保健観察に付されている。社会復帰調整官は対象者の通院状況や生活状況を見守りながら、必要な指導等を行っている。また、社会復帰調整官、精神保健福祉センター、保健所等関係機関によるケア会議を実施し、処遇の実施状況等に関する必要な情報を共有し、処遇の実施計画を策定し、援助の実施を行っている。指定入院医療機関の整備については、県内の精神科病院のうち3病院(医療法人社団親和会新藤病院、大分下郡病院、帆杖病院)を指定。		(医療観察法医療確保対策) 医療観察法に基づく入院医療の確保については、九州各県の「指定入院医療機関」と連携を取りながら、入院医療を進めていく。地域における医療を進めるため、「指定入院医療機関」の拡充に努める。ケア会議において、対象者の円滑な社会復帰を図るため、保護観察所と連携を図りながら、保健・福祉の援助を行っている。	(-)		

都道府県名	対策分野	現状	課題	実施方法・体系・評価	目標(数値含む)	備考(項目・印象など)	未抽出の対策
宮崎県	(P82-89)「精神保健医療対策」	精神障害者保健福祉手帳の交付数は、年々、増加傾向。精神障がい者入院患者数は、ほぼ横ばいの状況。入院患者全体の50%(全国平均42.2%)が65歳以上と高齢化しており、精神疾患以外にさまざまな身体合併症を持つ人が増加。児童思春期における医療体制の整備も必要。地域での受け入れ態勢が整備されていないために入院している患者も多いと推計されている。病院輪番制による24時間体制の精神科救急医療体制を整備・運営しているが、平日夜間、土曜日夜間の体制が不十分な状況。当県の自殺死亡率は高位で推移しており、自殺者の多くが自殺の直前にうつ病などの精神疾患を発症している状況がある。しかし、うつ病などを経験した人の4人に3人は医療機関での治療を受けていないことから、早期発見・治療の取り組みが課題。		(人権に配慮した医療の確保) 入院患者への行動制限等が必要最小限の範囲内で適正に行われるよう精神科病院の管理者・職員への周知に努めるとともに、精神医療審査会の審査と精神科病院への実地指導との効果的な連携を図ることにより、人権に配慮した医療の確保に努める。 (合併症等の専門医療の強化) 県立宮崎病院こころの医療センターで、急性期、難治性疾患治療、児童思春期、身体合併症、高次救急を行う。 (退院促進事業) 対象者、医療従事者への啓発・研修等を行うとともに、地域の受け入れ機関や家族など関係者への支援体制を強化。 (精神科救急医療体制の整備) 平日夜間、土曜日夜間を含めた体制確保(うつ病の早期発見・早期治療等) 相談窓口の整備を行うとともに、うつ状態にある人を適切に医療機関等へつなぐことのできる人材を育成することなどにより、早期発見・治療を推進。	(-)	・記載事項は比較的網羅されているが、具体的数値目標に乏しい印象である。 ・公立病院で身体合併症など多機能の医療を行うことが述べられている。 ・医療観察法への対応記載が見つからなかったが、記載なし?	清真保健福祉士(P113)
	(P84-85)「障がい保健対策」	平成19年3月末現在の障がい種別ごとの手帳の発行(交付)者数は、療育手帳(知的障がい)が8,604人と増加傾向	障がいの発生予防から、早期発見・早期治療及び早期療育、福祉サービスの提供まで、引き続き関係機関が連携しながら必要なサービスを提供する体制の構築が求められている。	障がいの発生予防・早期発見・早期治療及び早期療育、精神科医療サービスの充実、保健・医療・福祉の連携。	(-)		
鹿児島県	(P157-160)「精神保健」	平成17年患者調査では、「精神及び行動の障害」の患者数、受療率ともに増加しており、特に外来が増加傾向にあり、また、入院の受療率は全国より高いレベルで推移している。精神保健福祉手帳所持者数は平成19年3月末現在8,627人年々増加。そのため、精神疾患の発症・再発を予防するとともに、早期発見から早期治療、社会復帰までの支援体制の整備が必要。 (1退院促進事業) 県内の精神疾患による入院患者数は年々減少傾向にあるものの、人口万対病床数、人口万対入院患者数、平均入院日数は全国を大きく上回っており、他県に比べて多くの患者が長期にわたって精神科病院に入院している状況にある。また、平成18年度の県の調査では、「受入条件が整えば退院可能な精神障害者」は約690人となっている。	(1退院促進事業) 今後も、精神疾患の発症・再発を予防し、入院が必要となる人の減少を図るとともに、退院後の地域での受入体制の拡充が必要。	(1退院促進事業) 精神障害者の自立支援の観点から、関係機関との連携により退院促進に係る事業を行い、グループホームや一般住宅等の地域生活への移行を促進するとともに、居宅介護や自立訓練、就労支援等の障害福祉サービスの提供体制の充実を促進。	(-)	・記載する項目は絞っているが、それぞれに対して詳細に対策が記載されている。特に現状の分析が詳細で独自性がある。一方、目標設定に乏しい印象。 ・自殺対策についても各地域ごとの分析を行い、県内の傾向を詳細に述べている。 ・医療観察法への対応や、「精神保健」に記載されている現状と課題と施策の一つである「退院促進」の数値目標が、「精神保健」ではない部分に記載されていた。	
		(2普及啓発、相談体制の充実) 現代社会は、社会環境・労働環境の複雑化や多様化、経済情勢の変動、健康問題等により、ストレス過多の社会であり、だれもがこの健康を損なう可能性がある。加えて、近年、ひきこもり、心的外傷後ストレス障害(PTSD)等このころの健康問題に対する対応も求められるなど、精神保健福祉に関するニーズは多様化している。	(2普及啓発、相談体制の充実) このような状況の中、県民一人一人がこころの健康問題の重要性を認識し、自分自身や周囲の方々の不調に気づき、適切に対処することができるよう、正しい知識の普及啓発や身近で気兼ねなく相談できる相談体制の充実が重要。平成18年度鹿児島県民保健医療意識調査では、保健衛生サービスへの希望として、「精神保健(心の悩みなど)」についての相談をもっと行ってほしいが前回と比較して12ポイント増加しており、相談体制の充実が必要。	(2普及啓発、相談事業の充実) ホームページやリーフレットによる情報提供やセミナーの開催等を通じて、精神保健福祉に関する正しい知識の普及啓発を行い、精神障害に対する差別や偏見の解消に努めるとともに精神疾患の発症・再発予防に努める。個人がストレスについて正しい知識を持つとともに、健康的な生活習慣及びストレスに対処する能力を身に付けるために、学習機会や情報を提供する。特に温泉や森林等、癒し効果のある本県が有する地域資源を活用して、ストレスの解消をはじめこころの健康づくりを行う。人々が不安や悩みを抱えたときに、気軽に相談機関を利用できる体制を拡充する。相談業務に従事する職員に対しても、うつ病等の精神疾患やストレス、PTSD等に関する最新の情報提供や研修を行う。地域保健と産業保健、学校保健との連携により、一体となって、人々の各ライフステージや生活の場に応じたこころの健康の保持・増進に努める。精神保健福祉に関する市町村・保健所・精神保健福祉センター等で相談・訪問指導等の充実強化を図るとともに、相談窓口やかかりつけ医と専門医の連携を図る等相談体制の整備を図る。精神保健福祉センターでは、正しい知識の普及啓発、調査研究、相談指導を行うとともに、ひきこもり、PTSD等こころの健康問題に適切に対応するために、保健所、市町村その他関係機関に対し人材育成、技術指導・支援を行う等機能の強化に努める。産業保健・学校保健への技術的支援・連携等により、うつ病等の精神疾患の早期発見、早期治療のできる体制整備を図る。特にうつ病については、様々な機会を通じた実施体制の整備拡充を図る。職場のメンタルヘルスの取組を促進するため、正しい知識の普及啓発や早期発見、早期治療等の体制整備を図るほか、治療経快後の職場復帰に当たって、産業保健推進センターや地域産業保健センター、医療保険者等と連携し、職場における理解促進、相談体制の整備を図る。	(-)		

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
		(3自殺対策など) 県内の平成18年の自殺者数は500人を上回っており、人口10万対自殺死亡率は29.2と全国で9番目に高い状況となっている。また、圏域ごとのSMR(標準化死亡率)で見ると圏域間で差が見られる。自殺を図った人の直前のところの健康状態を見ると、大多数がうつ病等の精神疾患に罹患しており、中でもうつ病の割合が高いと言われている。平成14年度から平成17年度に県内の複数の地域で実施したうつスクリーニングでは、一次スクリーニング陽性者が77.7%~16.6%という結果が報告されている。また、「平成17年度児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査(文部科学省)」によると、県内公立小・中学校における30日以上の欠席者の在籍比は小学校で0.26%、中学校で2.21%であり、不安など情緒的混乱や無気力などの原因が多いとされている。うつ病については治療法が確立していることから、うつ状態にある人の早期発見、早期治療及び社会復帰を図るための取組が重要。自殺は、健康問題、経済・社会問題、人間関係の問題のほか、地域・職域の在り方の変化など様々な要因が関係しており、自殺対策に当たっては、精神保健分野だけでなく包括的な取組が重要。また、平成18年6月に自殺対策基本法が成立し、自殺は個人的な問題としてではなく、その背景に様々な社会的要因があるという観点から、自殺対策を総合的に実施することになっており、そのためには、様々な分野の人々や組織が密接に連携する必要がある。	(3自殺対策など) 県全体の自殺のSMRを見ると、全国に比べて男性が高く、圏域間の格差も見られる。また、「自殺(男性)のSMRが低い市町村は、早世率が低い」、「うつの可能性、国保医療費、老人医療費が少なく、SMR(心疾患・男性)、早世率の低い市町村は、男性の健康寿命が長い」という結果がそれぞれ出しており、自殺対策やうつ対策に取り組む意義があることが理解できる。	(3自殺対策など)自殺の背景には、うつ病等の精神疾患以外にも様々な社会的要因が複雑に関係していることとされていることから、精神保健のみならず労働、経済、教育、法律等の各関係機関と連携を図りながら、平成19年11月に設立した「鹿児島県自殺対策連絡協議会」において、圏域ごとの特性なども踏まえながら総合的な自殺対策の取組を協議していく。	(-)		
	(P347-349) 「独居高齢者の支援」	独居高齢者が、閉じこもりがちになり活動性が低くなることを予防する観点から、市町村の地域包括支援センターにおいて、生活機能が低下するきっかけ(身近な人(家族など)との死別、転倒・骨折等による入院・手術、環境や心身機能の変化等による不安や孤独感)を早期に発見し把握された特定高齢者の中で、閉じこもり、認知症、うつ等のおそれのある特定高齢者等を対象に、自立支援や介護予防のための適切なケアマネジメントを行い、保健師等による訪問型介護予防事業等を実施している。	(特に精神科医療の関与記載なし)	(特に精神科医療の関与記載なし)	(-)		
	(P350-359) 「障害者(児)の支援」	県内の知的障害者の中で療育手帳所持者数は、平成19年3月末現在で14,287人で、人口に対する割合は全国に比べて高く、年々増加。そのため、発生の予防、早期発見、早期療育等の一貫した体制の整備が必要。県内の精神保健福祉手帳所持者数は、平成19年3月末現在で8,627人であり、人口に対する割合は全国に比べて高く年々増加。また、高度なストレス状態を招きやすい社会状況を反映して、精神通院公費負担医療の受給者も年々増加。精神障害者に対する適切な医療提供体制はもちろん、就労支援を含む社会復帰までの体制整備が望まれる。本県の精神科医療については、人口万対病床数、人口万対入院患者数とも全国平均を大きく上回っており、平成15年度の平均在院日数も全国1位となっているなど、他県と比べて長期入院の方が多い状況。また、平成18年度の県調査では、「受入条件が整えば退院可能な入院患者数は約690人となっている。そのため、発症・再発を予防し、入院が必要となる人の減少を図るとともに、退院後の地域での受入体制の拡充が必要。精神障害者の通院治療については、指定自立支援医療機関で治療が受けられる(精神通院医療)が、病状の急変等緊急時の対応を行うための精神科救急医療体制の拡充が必要。平成18年度鹿児島県民保健医療意識調査によると、「障害や病気があっても、安心して充実した生活が送れる社会となる」ことが必要であるという意見が、全体で54.3%と3位。また「不自由を感じている診療科目」として「精神科・神経科」は、平成13年調査時の30%から5.3%に増加。さらに、「精神保健(心の悩みなど)」についての相談をもと行っているという「保健衛生サービスへの希望」が9.2%から21.4%と、2倍以上に増加。		「こころの健康づくり対策」を推進するほか、精神疾患の発症や再発の防止、重症化の予防に努める。また、正しい知識の普及啓発を行い、精神疾患や精神障害に対する差別や偏見の解消に努める。精神科病院への通院医療費に関する公費負担制度の周知、及び適正な受療行動の指導等を行う。また、病気の再発・悪化の防止の観点から、必要に応じて服薬の継続や家庭生活等に対する訪問指導等を行う。また、障害福祉サービス事業所等の整備を促進するほか、地域で安心して生活するためにも、精神科救急医療システムのより一層の充実について関係者と検討していく。一方、毎年1回以上実施している精神科病院実地審査及び実地指導の内容や体制を充実させることにより、精神科医療の質の向上に努める。さらに、精神医療費基金の機能を充実させ、措置入院及び医療保護入院に関する資料(定期病状報告書等)の審査や、退院請求や処遇改善等に対する対応を迅速かつ適正に行える体制を整備する。精神障害者についても、グループホームや一般住宅等の地域生活への移行を促進することにより、精神科病院における「受入条件が整えば退院可能な精神障害者」約690人のうち、約580人を平成23年度までに減少させる。そのためには、地域生活を送る基盤整備や地域住民の理解と協力が必要不可欠であり、住民に近い立場である市町村や関係機関等が連携して取り組む体制(「地域ケア」の考え方)が必要。県としては、精神科入院の特性を踏まえながら「精神障害者退院促進支援事業」等を通して退院促進を図る。	精神科病院における「受入条件が整えば退院可能な精神障害者」約690人のうち、約580人を平成23年度までに減少させる。		
		(高次脳機能障害対策) 高次脳機能障害は、交通事故をはじめとする重大事故による頭部外傷や脳血管疾患等による脳の損傷の後遺症として、記憶障害や実行機能障害などが生じ、これに起因して日常生活、社会生活への適応が困難になる障害。本人や家族など周囲の人も気づきにくく、また認知度がまだまだ低いため、実態把握が困難な状況。このような中、本県においては、高次脳機能障害者やその家族が主な会員である「高次脳機能障害『ならむ』鹿児島」(平成19年7月1日現在・40家族会員)や「高次脳機能障害者支援推進委員会」が設立され、連携しながら活動を展開している。重大事故や脳血管疾患等の発生防止をはじめとする予防施策、迅速かつ適切な救急医療体制、そして社会復帰までの体制整備が望まれている。			(-)		

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(数値目)	備考(項目・印象など)	未抽出の対策
		(発達障害対策) 平成17年4月に「発達障害者支援法」が施行され、同法において「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害等」が発達障害とされている。自閉症の発症率については、人口千人対1～2人程度と考えられていたが、アスペルガー症候群等、知的障害を伴わない高機能自閉症の概念等が普及するにつれ、発症率が更に高くなることが想定されている。また、学習障害、注意欠陥多動性障害等の発症率については、平成13年度の文部科学省の調査によれば6.3%といった結果が出ている。しかし、我が国の発達障害者(児)の全体数については、成人期まで含めた調査資料がないことから、正確な人数の把握はできていないのが現状。このような状況の中で、県は発達障害者(児)の相談支援の中核的な機関として、平成18年2月に「鹿児島県発達障害者支援センター」を開設した。平成18年度における実績件数は、相談支援1,103件、発達支援205件、就労支援93件となっている。また、関係機関職員等を対象とした研修を33回実施した(参加人員2,818人。平成18年度実績)。			(-)		
		(心神喪失者等への対応) 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」(以下「医療観察法」という。)が施行され、本県では既に鑑定入院医療機関及び指定通院医療機関が選定され、運用が始まっている。この医療観察法に基づく体制の中で、同法対象者の病状の改善、同様の行為の再発防止、社会復帰の促進を図るために、入院による専門的かつ手厚い治療を行う「指定入院医療機関」の整備が本県でも必要。		(心神喪失者等への対応) 「心神喪失等の状態で重大な加害行為を行った者で入院医療が必要と決定された本県の対象者は、県外の指定入院医療機関に入院している状況であり、本県においても「指定入院医療機関」の整備を図ることが必要。平成17年に施行された医療観察法は従来の制度の問題点を補い、手厚い人員体制のもとで専門的な治療を行い、対象者の社会復帰を図ることを目的としていることから、その中核施設である「指定入院医療機関」については、関係者と協議しながら整備を進めていく。	(-)		
	(P359-361) 「認知症高齢者等の支援」	認知症の症状を有する方(以下「認知症高齢者等」という。)は、高齢化の進展とともに年々増加しており、今後、特に後期高齢者の増加とともに増えていくものと想定される。要介護認定等を受けられている方については、認知症高齢者の日常生活自立度で見ると、在宅では約5割の方が、施設入所者では約9割の方が認知症の症状を有している。認知症については、身近に専門医や認知症を適切に診断することができるかかりつけ医がいるところは多くない。このため、初期段階での適切な受診が行われず、早期の治療に結びついていない状況が見受けられる。認知症の原因となる疾患としては、アルツハイマー型認知症や脳血管性認知症などが代表的だが、家族をはじめ、住民全体が認知症を正しく理解することが、認知症高齢者等の適切な処遇と悪化防止につながる。しかし、身体的疾患と比較して認知症に関する理解は十分とはいえず、早期に適切な対応や処遇が行われなまま悪化する例も多く見られる。認知症高齢者等やその家族は、様々な悩みや不安を抱えているが、その疾患の特性に関する知識や相談窓口の周知が不十分なことから、相談や支援要請などに結びついていない場合も多くある。	認知症高齢者等の実情把握や、身近な地域で相談ができ支援が受けられる体制が必要とされている。認知症高齢者等が自宅で療養しながら生活していくためには、認知症の正しい理解のもとで医療や介護、福祉などの各種のサービスが提供されることが重要となることから、高齢者支援に係る関係者の理解とサービス提供技術の向上が求められている。認知症高齢者等は、その症状の特性から、不適切で不当な処遇や各種の被害を被る事例なども発生している。認知症高齢者等が尊厳を持って安心して生活していくための支援体制が必要。高齢者虐待防止を推進するため、平成18年4月1日から施行された「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」では、各市町村において高齢者虐待防止ネットワークを整備することとされているが、未設置の市町村もあることから、今後さらにネットワークづくりを促進する必要がある。また、虐待防止に限らず、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業など、高齢者に対する権利擁護の観点からの取組は、日常的に認知症対策と連携を図りながら進めていく必要がある。	○認知症の段階に応じた総合的な支援対策：認知症の発生や悪化を予防し、認知症高齢者等の尊厳のある暮らしを確保するため、認知症症状の各段階に応じた適切な取組を推進。生活習慣病予防や介護予防のため特定健診や生活機能評価の受診等認知症の予防に関する県民の理解の促進に努めるとともに、介護予防サービス等の検証・評価や認知症予防対策の普及に努める。認知症に関する相談窓口の設置や認知症サポーターの養成、家族等との交流会などを通じて、認知症に対する家族や地域住民の理解の促進と相談体制等の整備に努める。認知症高齢者等の地域での生活を支援するため「県高齢者保健福祉サービス総合調整推進会議」や「市町村地域ケア会議」等においての地域ネットワークづくり等に努める。認知症の自立支援やケアの質の向上を図るため、認知症高齢者等ケアの関係者の研修の充実や地域における指導者の育成等に努める。認知症の医療体制の推進のため、認知症サポート医の養成やかかりつけ医に対する認知症対応に関する研修など、認知症の早期発見や早期診断のための仕組みづくりや、専門機関との連携に努める。また、認知症高齢者等や家族が安心して生活できる環境づくりに向け、認知症に関する医療と介護の連携の強化に努める。○認知症高齢者等の権利擁護対策：認知症高齢者等の各種権利の擁護や虐待等に関する相談窓口の体制強化、関係機関との連携、協力体制の整備に努める。高齢者の権利である「健全で安らかな尊厳ある生活」が保障されるために、権利擁護を目的とする成年後見制度や地域福祉権利擁護事業などの制度・サービスの活用促進、高齢者虐待防止ネットワークの構築、消費者被害の未然防止等の取組を通じて、高齢者が地域で安心して暮らせるための環境づくりに努める。	(-)		
沖縄県	(P97-101) 「精神保健医療対策」	(1精神医療対策) 24施設、5,559床、在院患者数5,248人、病床利用率94.4%精神科病床数及び在院患者数は漸減傾向。精神科診療所数は50施設で増加傾向。通院患者数は32,623人8増加傾向)。専門病床及び専門病床は、精神科救急病棟45床、急性期治療病棟394床、老人性認知症疾患治療病棟10病棟520床、精神療養病棟38病棟2,096床、老人精神病棟5病棟288床、精神科合併症病棟は2病棟9床、国立病院機構琉球病院に医療観察法に基づく指定入院病棟1病棟17床が整備。	(-)	(1精神医療対策) 本県の精神障害者の地域生活移行支援等の対策強化について関係医療機関と連携を図り、推進していく。	(-)	・記載項目は少ないが、現状と課題は詳細に記載されているが、目標値に乏しい。	
		(2精神科救急医療システム) 精神科救急医療システムは、休日・夜間等の外来診療時間外の精神障害者の適切な医療及び保護を行うため、電話相談や振り分け機能を行い、輪番制による当番病院やかかりつけ医で受診する体制を取っている。平成18年度の情報センターでの総受診件数2,593件のうち、当番病院への紹介は300件(入院133件、外来132件、受診無し35件)で、かかりつけ病院への紹介は37件(入院19件、外来13件、受診無し5件)となっており、当番病院での受診は毎年増加している。同システムを円滑に運営していくため、総合精神保健福祉センターにおいて精神科救急医療システム責任者等連絡会や情報センターの相談員会議を開催している。同システムは、民間精神科病院等による輪番制で実施しているが、当番病院では病床が1床しか確保されていないことから、1日に2人以上の入院への対応が課題となっている。		(2精神科救急医療システム) 精神科救急医療情報センターと病院、保健所、警察等との連携体制の強化を図り、情報センターの相談員の資質向上のための研修等を実施。精神科救急医療システム責任者等連絡会において、当番病院での病床確保の問題や個々の事例への対応等について話し合い、円滑な運営に努力。	(-)		

都道府県名	対策分野	現状	課題	施設 方策 法体 法な・系 ど評・ 備実	目 標 含 む 数 値 目	備 考 (項 目 抽 出 の 所 見 ・ 印 象 な ど)	未 抽 出 の 対 策
		(3)退院促進事業) 「入院医療主体から地域生活中心としたあり方への転換」が進められる中、平成18年度策定の「沖縄県障害福祉計画」では、平成23年度までに退院可能な精神障害者数を600人と目標設定している。精神科病院に入院している精神障害者のうち、症状が安定しており、受け入れ条件が整えば退院可能である者に対し、活動の場を与え退院のための訓練を行うことにより、精神障害者の社会的自立を促進することを目的として、平成16年度から「精神障害者退院促進支援事業」(平成20年度以降は精神障害者地域移行支援特別対策事業)を実施しており、同計画の中でも本事業を県が実施する地域生活支援事業として位置づけている。また、日中活動の場の確保、在宅福祉サービスの充実、グループホーム・ケアホームの整備促進、相談支援の体制整備、地域における精神障害者への理解促進を図るための啓発活動等を展開する必要がある。	(3)退院促進事業) ○医療機関や精神障害者社会復帰施設等の関係機関から自立促進支援協議会に委員を参加させ、協力体制を強化すると共に、各保健所に事業担当者を配置し、事務局と積極的に連携し事業の体制整備に努める。また、事業の成果や課題解決のノウハウを市町村へ還元することにより、各地域での取り組みを支援する。 ○精神障害者の地域生活移行を進めるために、各市町村障害福祉計画及び県障害福祉計画において、必要な障害福祉サービスの目標を設定しており、関係機関と連携のうえ計画の着実な推進を図る。		<入院中の精神障害者の地域生活移行数> -(H18)→827人(H24)		
		(4)自殺対策) 本県の自殺者数は警察の統計によると、平成10年に300人を突破して以来、毎年300人台で推移していたが、平成18年は400人と過去最高を記録しました。また人口10万対自殺者数は全国で12位であり、本県でも深刻な社会問題となっている。本県の自殺者の特徴としては、30代～50代の働き盛りの男性、無職者、経済・生活問題が上げられる。自殺対策基本法においては、自殺対策を国・地方公共団体の責務として規定し、自殺の事前予防、自殺発生の危機対応、未遂者や遺族等への支援の各段階に応じた取り組みについて、関係機関・団体が連携して総合的に推進していくことが求められている。平成18年に「沖縄県自殺対策連絡協議会」を設置し、自殺予防キャンペーンやハンフレッツの配布、講演会などの普及啓発活動を実施してきたが、うつ病等精神疾患に対する正しい知識の普及啓発や相談体制の充実強化及び未遂者・遺族等へのケアへの取り組みなどの課題があり、また、市町村等での自殺対策に対する理解と取り組みが遅れている。そのため、平成19年度の国の自殺総合対策大綱に基づき「沖縄県自殺総合対策行動計画」を策定した。	(4)自殺対策) ○「沖縄県自殺総合対策行動計画」を広く県民に明らかにし、県民一人ひとりが自殺予防の主役となるよう、命の大切さの理解を深めるとともに、自殺や精神疾患に対する正しい知識を普及・啓発し、偏見をなくすようにする。 ○自殺にはいくつもの要因が複雑に関係しており、様々な分野の人々や組織が密接に連携して、包括的に取り組む体制を促進する。 ○取り組みが遅れている未遂者や遺族等へのケアを進める。 ○かかりつけ医等に対し、うつ病等の精神疾患の正しい診断・治療技術に関する研修を行い、うつ病等の早期発見、早期治療につなげるようにする。		<自殺死亡者の減少(人口10万対)> 27.5人(H18)→現状値の10%以上減少させる(H24)		

表 2 地域医療計画における評価指標

(精神保健医療：単独事業としての対策内における目標値のみ)

都道府県	項目	現状(年度)	目標(年度)
北海道	数値目標の設定 なし		
青森県	数値目標の設定 なし		
岩手県	数値目標の設定 なし		
宮城県	数値目標の設定 なし		
秋田県	数値目標の設定 なし		
山形県	ストレスを感じた人の割合(20歳以上)		13%以下(H24)
	自殺死亡率(人口10万対)		27.0%(H24)
	短期入院治療システムの数	1か所	3か所(H24)
	H14年度の退院可能な精神科入院患者683人のうちの退院者数	—	563人(H23)
	グループホーム・ケアホームの利用人数		930人/月
福島県	自殺者数	618人(H18)	500人以下(H22)
茨城県	自殺死亡率(人口10万対)	24.9(H18)	18.9以下(H28)
	医療観察法指定入院医療機関	なし	整備(H23)
	施設入所者3745人(3障害全体)のうち地域生活への移行者	—	1割(375人)(H23)
	退院可能な精神科入院患者数1349人のうちの退院者数	—	1130人(H23)
	ストレスや悩みを感じる人の割合	66.3%(H18)	50%以下
栃木県	数値目標の設定 なし		
群馬県	数値目標の設定 なし		
埼玉県	数値目標の設定 なし		
千葉県	精神科救急基幹病院	3(H19)	9(全圏域)(H22)
	精神障害者退院促進支援事業の実施圏域	3(H19)	16(全圏域)(H22)
	精神障害者ホームヘルパー養成数	350人(H15)	700人(H22)
	精神障害者が利用できるグループホーム等定員数	191人(H15)	410人以上(H22)
東京都	精神障害者退院促進事業の実施拠点	2ヶ所(H17)	12ヶ所(H20)
	地域活動支援センターI型の設置		全市区町村に設置(H23)
	薬物専門病棟の整備	なし	整備(H23年度)
	余暇が充実している人の割合	67.2%(H19)	増やす(H24)

	睡眠時間が充足していると感じている人の割合	73.7%(H19)	増やす(H24)
	ストレスを感じている人の割合	70.4%(H19)	減らす(H24)
	気軽に相談できる場所を知っている人の割合	95.2%(H19)	増やす(H24)
神奈川県	精神科救急医療体制の確保	365日24時間体制(2007)	365日24時間体制の充実(2012)
新潟県	精神科救急医療システムの夜間におけるブロック数	1(H16)	2(H22)
	自殺率全国順位	ワースト7位(人口10万人対31.4人、H16)	ワースト10位脱出(H22)
富山県	数値目標の設定 なし		
石川県	数値目標の設定 なし		
福井県	数値目標の設定 なし		
山梨県	平均残存率(1年未満群)	30.6%(H17)	24.0%(H24)
	退院率(1年以上群)	25.0%(H17)	27.0%(H24)
	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(H24)
	自殺者数	248人(H18)	218人以下(H24)
長野県	自殺死亡率		20%減少(自殺総合対策大綱に基づく)
岐阜県	条件が整えば退院可能な精神障害者数	587人(H18)	190人(H23)
	自殺者数	525人(H17)	420人以下(H28)
静岡県 (H17当時の含む)	退院可能精神障害者数	1373人(H18)	解消(H24)
	精神科救急医療施設利用者数	1,202人	1,800人(H21)
	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%(H9)	78%以上(H21)
	平均在院日数	278.6日(H15)	245.0日以下(H21)
	平均残存率(1年未満群)	29.8%(H15)	24%以下(H21)
	平均退院率(1年以上群)	18.8%(H15)	29%以上(H21)
	福祉ホーム定員	78人(H15)	360人(H19)
	グループホーム(共同住居を含む)定員	152人(H15)	550人(H19)
	援護寮定員	120人(H15)	340人(H19)
	通所授産施設定員	180人(H15)	320人(H19)
	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)
	精神障害者デイケア施設定員	1,521人(H15)	1,645人(H19)
社会適応訓練事業訓練者数	291人(H15)	480人(H19)	
精神障害者地域生活支援センター箇所数	15か所(H15)	24か所(H19)	
愛知県	数値目標の設定 なし		
三重県	数値目標の設定 なし		

滋賀県	数値目標の設定 なし		
京都府	長期入院者への退院支援事業を行う圏域	1 圏域 (H19)	全圏域 (H24)
	自殺死亡率 (人口 10 万対)	20.2 (H18)	18.6 (H24)
大阪府	退院可能な精神障害入院患者数 (H17: 2226 人) の減少		1908 人減少 (H23)、解消 (H24)
	自殺者数		1500 人以下 (H22)
兵庫県	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 カ所 (2006)	25 カ所 (2013)
	精神保健福祉相談員の設置	18 市町 (2006)	全市町に配置 (2013)
奈良県	数値目標の設定 なし		
和歌山県	数値目標の設定 なし		
鳥取県	受入れ条件が整えば退院可能な精神障害者の退院数		171 人 (H19-23 に)
	睡眠による休養が十分とれていない者の割合	19.9% (H19)	15% 以下 (H24)
	ストレスを感じた者の割合	男性 69.2% (H19) 女性 72.2% (H19)	男性 49% 以下 (H24) 女性 49% 以下 (H24)
	こころの健康づくりを視点にした健康教育の場	69 (H19)	増やす (H24)
島根県	数値目標の設定 なし		
岡山県	精神障害者のホームヘルパー数	17 人	46 人 (H22)
	精神障害者のショートステイ数	2 か所	10 か所 (H22)
広島県	数値目標の設定 なし		
山口県	数値目標の設定 なし		
徳島県	数値目標の設定 なし		
香川県	精神障害者社会適応訓練利用者数	20 人/年 (H18)	30 人以上/年 (H22)
	精神障害者社会適応訓練協力事業	54 箇所 (H18)	70 箇所 (H22)
	精神障害者退院促進支援事業	20 人/年 (H18)	20 人/年 (H23)
愛媛県	現在の退院可能精神障害者の地域生活への移行		全員 (H24)
高知県	退院可能精神障害者 557 人 (H18) のうち地域移行者数		419 人 (H23)
福岡県	退院可能精神障害者数 (H18: 1930 人) の減少		1600 人減少 (H23)
佐賀県	数値目標の設定 なし		
長崎県	精神障害者地域生活支援センター	5 か所 (H14)	17 か所 (H20)
	精神障害者ホームヘルパー利用者 (利用時間)	— (H14)	1,265 人 (198 千 H) (H