

千葉構成員 提出資料

将来ビジョン戦略会議検討報告書（案）

我々の描く精神医療の将来ビジョン 【ダイジェスト版】

社団法人日本精神科病院協会

2012. 3. 1

我々の描く精神医療福祉の将来ビジョン

我が国の精神医療・福祉は変わらなければなりません。

国は昭和29年に実態調査を行って、必要な精神病床は35万床と決めました。そして、昭和62年の地域医療計画で精神病床の必要数を制限するまで、精神病床を増やす政策をとってきました。

それは、残念なことですが、国民の意識や理解が十分に醸成されず、偏見や危険視思想が根強くあって、地域から疎外し収容をニーズとして求めてきたからです。これは、国や精神保健医療関係者の怠慢だったといえます。

我々は、我が国最大の精神医療福祉サービス提供者としての自負にかけて、これからの将来に向けた改革の道につくことにしました。旗を掲げるだけではなく、現実に実効性のある行動をどのようにとっていけばよいのか？何を变える活動に取り組めば良いのか？…といったロードマップを策定し、堅実に取り組むことにしたのです。

欧米のような国家公務員だけが従事しているのと違い、我が国の精神医療福祉サービスの担い手は民間企業の労働者たちです。この方々の生活を脅かさずに改革を進めなければなりません。そして国には改革に十分な財源を用意して頂く必要があります。財源の準備がどれくらいできるのか？…によって、改革のスピードがきまるからです。

我々は我々自身がおこなうべき行動目標と、国や地方自治体や法律・制度などがおこなわねばならない対応を分けながら、自らは真摯に努力し、そして求めるべきは声高く要望をして、国民に理解を求めていくことにします。

どうして長期に入院している患者さんがいるのでしょうか？

現在、精神科病院に一年間に入院してくる人は約39万人あります。その70%ほどの方が3ヶ月以内に退院し、残りのうち約20%近くの方が12ヶ月以内に退院しています。新入院の患者さんのほとんどは、長くない入院治療期間となっているのです。しかし、一方では毎年17万人の患者さんが更に入院を継続して続けています。この方々は、長期在院患者として、長いこと病院で入院治療を受けておられます。

長期在院患者さんの中には、現代の精神医学では症状が回復できない重度状態が続いている方たち(治療抵抗性とも言われます。)がいます。悲しいことですが、症状が治まり退院できる見込みが立たない難治の方々です。病院に入院しているのが良いのか？そういう方々の保護施設が良いのか？今後の大きな課題です。

長期在院患者さんのもうひとつの大きなグループは、疾患による障害の程度が重くて、生活のほぼすべてを介助されなければ、自分では生活できなくなったの方々です。このグループは、高齢の患者さんで精神障害が無ければ本来は介護保険の適用を受けて介護施設でのケア

を受けているであろう方々と、まだ高齢に達しておらず生活障害が重度な方々に分けることが出来ます。

生活障害の程度が軽くて、支援や援助が多く必要ではない方々は、昭和62年にやっと精神障害者施設が出来てから、ほとんどの方々が退院して地域に住めるようになりました。さらに中等度の障害がある方々を、いま我々は地域で生活できるように支援や援助(退院促進など)していますが、もともと障害福祉サービスは身体障害者や知的障害者向けに作られていて、精神障害者の特性に合っていないために、十分な体制がないことから地域生活から脱落する方々(再発・再燃・自殺など)が少なくありません。

本来であれば、国はこういった精神障害者のための地域生活施設整備をすすめて、ある程度の病状回復が得られて生活障害が残ってしまった方々を、退院させて支援・援助しながら地域生活できるようにしてやるべきでした。それをおこなわずに、精神科病院にその役割を押し付けてきた結果、現在の精神科病院には長期在院者がたくさん出来てしまったのです。

精神障害者の特性に合致した種々の地域生活施設を、早く整備していかななくてはなりません。

退院して地域で暮らすには生活のための施設が必要です。

① 介護の必要な高齢者精神障害者の施設を介護保険で新設しましょう。

精神疾患があることや精神障害者であることを理由に、通常の介護保険施設では入所を拒まれることが日常的となっていて、精神科病院は困っています。そういった偏見や差別をなくしていくことはとても大切ですが、そのような普及を待っている間に対象となる高齢精神障害者は精神科病院の中で人生の最期を迎えてしまいます。「いまや、待たなし」の状況ですから、我々がこの方々のための生活介護施設を作らねばなりません。これを実現できるひとつの方法は、療養病床が転換型老人保健施設(介護療養型老人保健施設)を施策として病床転換したように、精神病床も同じく転換型介護老人保健施設(介護精神型老人保健施設)として、老人保健施設の類型を増やしてもらうことが必要です。

高齢障害者の介護施設的な生活施設は、その利用者が限られ将来は減じていくことから、病棟を改築して施設整備することが経済的でもあり早道であると考えられます。また多くの介護施設は病院(一般病院や療養型病院など)に併設されているのが普通のことですから、精神科病院にこれらが併設していても、一般的には違和感はありません。

精神障害者でなければ、もともと介護保険利用者となる方々ですから、介護保険財源増加を理由に反対するのは不合理な話です。

その他の財源でこのような施設体系をつくるのが可能であれば、介護保険にこだわりませんが、原点に戻って考えれば、これが適正化であることは明らかです。

退院して地域で暮らすには生活のための施設が必要です。

② 生活障害の重い精神障害者に合った障害サービスを作しましょう。

現在の障害福祉サービスは、身体障害者や知的障害者向けに制度設計されていて、生活障害の重い精神障害者の特性に合っていない。これまでの障害福祉サービスを基盤として、各々の障害特性に応じたサービスをつくる必要があります。特にケアホームやグループホームは、医療や看護の体制を強化したものとすることが重要です。夜間の見守りや管理も重要となることから、必要な人員配置が出来る報酬の設定などをおこなわなければなりません。どのような体制にすればよいかを検討して提案し実現に向けて要請していきます。国は、それらに応じて速やかに整備をする必要があります。

入院治療は濃密・集中的におこなって、早く退院できるようなシステムにします。

入院治療は、それ以外に有効な治療手段がない場合に、出来る限り短期的に治療をおこなう急性期治療を主としていくこととなります。一般科と同じような急性期治療の診療体制を組んでいけるように、人員配置が出来る診療報酬が必要です。

具体的には、現在の医療観察法病棟での治療形態が精神科医療の最高峰の急性期治療であるなら、それにならって人員配置がなされるようになることを将来の目標とします。また、それだけの費用が賄えるだけの報酬を国は確保しなければなりません。病棟はほぼ個室での対応とし、ひとつの病棟あるいは治療ユニットの単位は、少人数(12人～16人程度)として、医療密度の高い治療をおこなっていくことで、治療効率を高めて入院治療の短期化を目指します。

計画的な治療をすすめるために、クリニカルパスを開発して普及し、それらを活用しながら治療管理をしていくことを標準とします。

治療にはできるだけ患者本人と家族にも参画していただくようにして、治療共同体の概念のもとで一緒に疾患の回復や克服につとめます。

回復に時間のかかる場合も、安心して中身の濃い入院治療を受けて、出来るだけ早く退院できるようにリハビリテーションなどを強化します。

急性期治療の期間だけでは回復できない、時間のかかる患者さんを慢性化・長期化させないために、継続して医療密度の高い治療とリハビリテーションそして疾病教育や地域移行訓練などをおこなう回復期治療を充実させ、治療抵抗性の難治な患者さんを除き 12 ヶ月以内の退院率を向上させます。

いつでも・どこでも・だれでも

…安心して診てもらえる精神科救急システムを、全国に作り上げましょう。

患者さんの通院治療を請け負っている医療施設が、かかりつけとして24時間対応の一次救急をおこなうことを基本とします。非同意入院対応やかかりつけのない患者さんの救急受診のために、2次救急制度を地域の精神科医療機関の輪番制や常時対応型医療機関でおこないます。これらを円滑に運用できるように、情報センターが活躍する状況を整備することが大切です。

精神科診療所も、これらの救急医療機関に協力しなければなりませんし、自らが救急輪番制などのグループ時間外診療のシステムを作るようにしてもらうことが必要です。

どうしても現代の医学で回復できない患者さんがいます。

どのような治療や処遇が適しているのかを研究しなくてはなりません。

残念なことに、薬物療法も電気けいれん療法も効果のない患者さんが存在します。大変激しい精神症状が毎日出現したり、極短期間に再燃を繰り返したりして少しも安定できない状態の方々です。24時間の見守りや保護管理が必要となる方が多く、大変な労力が費やされています。しかし、このような方々の実態や具体的な処遇の調査などがおこなわれておらず、またどのような治療や今後の対応が適しているかの研究がなされていません。このまま精神科病院で入院治療という処遇なのか？ 施設的な対応が望ましいのか？ それらの方向を定めなければなりません。精神科病院で処遇するのであれば、相応の人員や管理に費用が必要です。

精神科専門の医師でも標準的な身体疾患の治療が出来るように、能力向上研修のシステムが必要です。

医療が専門化してきて、多くの精神科医は身体疾患の治療に携わらなくなりました。しかし、身体合併症を発症しその治療が必要な精神疾患患者さんや精神障害者の方がいます。特に入院治療して身体疾患管理が必要な場合に備えて、一般総合医レベルの身体疾患治療ができる能力を身につけるための、研修システムをつくり実施して、身体疾患診療が出来る多くの精神科医を養成する必要があります。日精協が主導して、その身体疾患治療能力向上研修をおこない、認定をしていくことが望まれます。

精神科以外の医師や看護師などの医療従業者に、精神科疾患や精神障害を理解してもらい偏見をなくしていただく必要があります。

精神科以外の医療従業者（医師や看護師など）には、精神疾患患者や精神障害者に対する根強い偏見や無知があります。このため、一般の身体科治療の場面では精神疾患患者や精神障害者が安心して十分な治療を受けることができない状況があります。まずは、医師に対して卒前・卒後の臨床研修においてしっかりと精神医療を学ぶようにシステムを組まねばなりません。また看護職なども養成課程で十分な期間の実習などを義務付ける必要があります。

すでに実働されている医療従事者には、医師会活動などを通じて精神疾患の理解と知識を習得し対応について学ぶ機会を増やすことが重要です。

精神疾患や精神障害の方々が、健常者と同じように差別なく不利益なく、身体疾患の専門治療を受けることができるようにしなければなりません。

医療従事者の偏見除去や理解推進だけでなく、精神疾患や精神障害の方々が身体疾患の専門治療を受けることに障害となっている多くの問題を解決しなければなりません。特に診療報酬上の差別的な扱いは早急に改善する必要があります。精神科病院に入院している患者さんの身体的な治療は日数制限があり、それ以上の治療継続は診療報酬が請求できません。また、身体疾患治療のために、一般病院を受診すると、外来診療を受けに行っただけなのに、現在入院している精神科病院のその日の入院料は大幅に（7割も）減額されてしまいます。身体疾患の専門治療を受けにくいように設定している診療報酬の不合理的を解消するべきです。

出来るだけ入院治療にならずに回復をめざし、あるいは入院治療を出来るだけ早く終了し通院治療で回復がすすめられるように、濃密な通院治療が受けられるデイホスピタル機能を作しましょう。

現在の通院治療システムは症状の安定している方々に合わせて作られています。症状が重くなったり状態が不安定にあったりすれば、入院治療という手段しか対応できないという問題があります。もっと濃密で集中的な通院治療を受けることが出来るシステムがあれば、入院治療に至らずに回復を目指すことができるようになるし、入院治療を早めに切り上げてこれらの強化した通院治療に移行することで、入院期間の短縮を図ることが出来ます。つまり、これまで入院治療で日中におこなっていた治療を、通院治療でおこなうことにします。

これをデイホスピタルと呼びます。一定期間、半日（3時間）あるいは一日（6時間）や長時間（9時間）などの時間数で毎日、多職種による様々な治療対応がおこなわれる、といったよ

うな通院治療システムを作ることを強く要求いたします。これらにより回復と安定が得られた方々を、リハビリテーションと維持治療が中心のデイケアなどでその後のフォローをしていくこととなります。

精神科の在宅訪問治療(医療アウトリーチ)を充実させ、患者さんの自己選択のルールを定めましょう。

精神障害は、他の障害と違い再発・再燃の危険が常にあります。いつでも医療がバックアップしていることが必要です。地域の在宅生活をしている精神疾患患者さんや精神障害者の方々を、必要な職種がチームを組んでサポートする在宅訪問治療(医療アウトリーチ)は大変有効です。特に退院して間もない方に対する集中的な支援や初期治療導入期のケアプログラムは大切です。生活全般の支援を行っている福祉的訪問支援(福祉アウトリーチ)と連携協力しながら、実施していくことが望まれます。

一方で、未治療の方々やひきこもりの方々あるいは治療中断などの方々に対する訪問は、本人の意思を侵害しないように慎重に考えるべきもので、介入は公的な機関による保健的アウトリーチに委ねられ、精神科病院からの在宅訪問治療(医療アウトリーチ)が可能な場合は、本人がそれを選択した場合に限られることが原則となります。どのようにこれらを組み合わせ、どのように連携し、どのようなルールをもって臨むのかを、治療現場をもとにして作り上げる必要があります。

病院に、患者さんや障害者のさまざまな支援や治療をおこなう「退院促進・地域生活支援室」(仮称)の設置を進めましょう。

多職種の精神科専門チームによる「退院促進・地域生活支援室」を設置し、入院した時から病棟のケースカンファレンスなどにも参加して退院に向けての計画を協議し、退院が近付けば、住まいの確保や退院後のケアプランを作成し、退院後もサービス支援事業者との連携や地域活動支援センターとの連携などを通して一貫したケアマネジメントをおこなうことなどを担う部署であり、在宅医療の中心となるものとして期待できます。

デイケアはとっても大切な地域生活支援の治療です。個別なケアプログラムに基づいたサービスの提供をしていかなければなりません。

デイケアに通所している方の再入院率は低くなり、また通所していた方が入院治療になった場合にもその入院期間は短くて済むことが確認されています。このように日中活動と生活をデイケア等で支えることが再入院・再発阻止の大きな力になっています。また、対人関係能

力の低下や社会生活能力が障害されたりして、地域生活に適応することが困難な人々に治療支援をおこなったり、適切な生活目標が見いだせない人々に専門的な立場からアセスメントと納得のいく生活目標を定めたりする、個人的な対応も重要となっています。このように種々のリハビリテーションプログラムを提供するだけでなく、デイケアこそが包括的支援を担うべき役割をもっており、個々の利用者それぞれに合った生活目標とケアマネジメントを作って支援していくことが大切です。

地域生活をしている精神障害者と従事者を支援し専門的な訓練等を行う、「地域生活支援・訓練センター」が必要です。

地域で生活する精神障害者とそれらにかかわる従業者の支援と訓練のために、「地域生活支援・訓練センター」が必要です。従来の「精神障害者社会復帰訓練施設(援護寮)」をパワーアップ・レベルアップした基幹的な地域支援センターとして設置すべきです。

これまでの退院者の社会復帰訓練だけではなく、新たな役割機能として地域生活者のステップアップ訓練や危機介入・ショートステイ、レスパイトケア、24 時間電話相談、就労支援、障害福祉サービス人材育成と支援(スーパーバイズ)、家族支援、地域啓発活動などといった機能をもつ施設です。一時的に具合が悪くなったときに短期入所しながら安心な環境で治療を受け、入院を回避する役割機能も果たせるようなものを想定しています。

現在の宿泊型自立訓練施設も、我々の要望を組み入れそれらの機能の一部を複合させていますが、いわば「どじょう」であって注文した「うなぎ」ではありません。このような貧弱なものではなく、専門職スタッフが数多く配置され幅広く恒常的に対応できる施設をつくらねばなりません。また、24 時間電話相談は精神科救急事業における電話相談対応へも寄与できるものとなります。地域福祉と医療の両方に軸足をのせて、そのかけ橋となるような施設が必要なのです。欧米諸国はこれまでの改革の見直しでこれらの施設整備を始めています。

認知症疾患は脳の器質的な病気ですから、専門的な治療とケアの両輪が必要です。

認知症は、脳の細胞レベルでの障害が起こって発症する脳の器質的な病気です。あきらかに病気として扱われなければならないものですが、あわせて適切なケアもとても大切なものです。最近は、「ケアだけで充分であり医療は不要」という論調が出てきて戸惑っています。また「認知症は精神科治療ではない」と声高く主張する方々に驚いています。精神科は「脳機能内科」として、脳の働きを診療しています。それらの働きが故障している状況は、精神科医が専門家なのです。統合失調症しか診ることのできない精神科医のイメージが大きいのかもかもしれませんが、いまは数多くの精神科医が認知症の専門医として研修研鑽をつんで診療にあたっています。

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

すべての身体の病気の時と同じく、まず認知症が疑われれば専門医療機関を受診し、早期診断・鑑別診断を受け、そして専門医療機関がかかりつけ医になります。身体疾患悪化や認知症症状の増悪があり必要があれば入院加療となりますが、入院は必要最小期間として再び在宅など地域で支える施策をすすめなければなりません。認知症の専門医とは、認知症の診断・治療だけが出来ればよいわけではなく、正しい診断をして患者さんや家族に正確に伝え、あらゆる病期に対応し、病気と共に長い経過を支えていくことができる医師のことで、身体科の医師や介護・福祉サービスの関係者とも十分な連携をとれなければなりません。

日精協は、それらの能力をもった専門医を養成し認定していますが、今後もさらに増やしていきます。

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

認知症の治療をおこなう病棟には、さまざまな認知症の病期の患者さんが混在しています。心理行動障害(BPSD)の激しい状態の方や、高度の知的障害を伴い歩行も困難な方や、点滴治療・留置カテーテル・胃瘻造設など身体治療をおこなっているなどのケースもあります。今後の認知症治療の病棟は、①急性期治療機能、②リハビリテーション機能、③重度治療機能、④身体合併症治療機能の4つの機能が必要と考えられます。

また、重度認知症患者デイケアはその治療効果が認められている、在宅生活を支える外来専門治療です。生活障害の進行が認知症症状をさらに悪化させることから、行動障害や認知機能障害を中心としたプログラムだけでなく、身体管理とADL低下予防を考えたプログラムの設定が必要で、認知症の生活能力障害の進行を防ぐことが重要となっていきます。

認知症のクリニカルパスを普及します。

クリニカルパスを導入し入院時から治療計画を管理して、多職種によるチーム医療を行い円滑な退院をめざすための「急性期認知症入院クリニカルパス」で入院期間の短縮化をめざします。また、在宅生活の維持継続や退院後の在宅療養適応が円滑に進むよう認知症デイケアで計画的な治療継続をするための「重度認知症デイケア・クリニカルパス」、そして本人や家族・かかりつけ医等の医療機関・ケアマネージャー・地域包括支援センター・介護サービス機関。訪問看護ステーションなどで、情報共有し連携を取りながら円滑に治療や介護をおこなうための「認知症地域連携パス」が、準備され普及・活用させなければなりません。

精神保健医療福祉にかかわる法体系は、精神医療福祉サービス提供における、人権の保護や治療介入の手続き、国や国民の理解や啓発そして義務などを定めるために必要なものです。

精神疾患患者や精神障害者が安心して暮らせる環境は、精神疾患が急性一過性であっても慢性であっても本人意思を尊重しつつ必要な医療に適切にアクセスできること、そして生活上のハンデキャップがあれば必要な福祉サービスを受けることが出来て、安全に社会生活を営めることです。これらの基盤には必要な人権擁護がなされていなければなりません。それらが保証されている社会づくりを目指す法体系が必要だと思えます。

これまで精神保健医療福祉サービス提供体制は必要最低量さえ確保できず不足していたことを確認して、今後はサービスが必要であればいくつかの選択肢の中から選ぶことが可能となるように、多面的で多角的な視点から整備される必要があります。

精神疾患の範囲は、純粹に個人の身体的な要因や心理的な要因によるものから社会的な要因によるものまで幅広く膨大となって、その必要とされるサービスは医療福祉だけにとどまりません。この中で、これまで精神医療福祉を一手に担ってきた精神科病院とその精神医療福祉サービスが、どの部分でどのような役割を果たすべきかについて適切に謳われることを希望し、その法体系の整備に積極的に参画いたします。

広く国民に、精神疾患や精神障害を理解してもらうために、メンタルヘルスサポーターを普及させましょう。

現在、一部の市町村で行っている精神保健ボランティア養成講座事業などを発展的に統合進化させて、メンタルヘルスサポーター養成事業を全国展開させましょう。精神疾患と精神障害そして心の健康づくりや自殺予防活動に関する基礎的な知識と技術を身につけ、ボランティアとして活動する人をたくさん養成する事業(メンタルヘルス・キャラバン)です。同じく、これらを養成する教師役としてのキャラバンメイトも養成して、企業などの職域や地域にサポーター養成を進めることが、職域のメンタルヘルスや地域での援助・支援活動などにつながります。(これは認知症対策で現在おこなわれている効果的な活動です。)

また、『メンタルヘルスの日』として、現在の精神保健医療福祉の関係する日を統合して全国的な活動を、積極的に行う時期として定めることも提案します。このような日に合わせて我々も、地域交流のお祭りなどのイベントを企画するなど、積極的に『地域に開かれた精神科病院』をめざします。

メンタルヘルス・リテラシーを高めましょう。特に教育分野での精神疾患や精神障害についての啓発活動と教育活動を充実しなければなりません。

普及啓発が進み国民に正しい知識が浸透した状態、つまり『リテラシー（理解度 & 認知度）が高まる』と、「こころの状態の変化に早く気付く」・「早期発見と早期治療に結びつく（早く良くなる）」・「受診や入院治療などに対する偏見や抵抗が軽減される（治療へのアクセスが良くなり重症化が減る）」・「地域が患者や障害者を受け容れ易くなる（やさしい地域社会がつくられる）」などの効果が期待できます。

このために大変重要なのが次世代への教育です。児童・生徒・学生に正しい知識を身につけてもらうことが必要で、子供たちが正しい知識を持つとそれが親たちの再教育につながります。そのためには、それぞれの年代の授業での必修化がもとめられますが、その前提として文部科学省は「精神保健」「精神疾患」「障害福祉」などの項目を教員養成課程に重厚に組み入れて、これらの授業・教育ができる教員を養成する必要があります。このような教員の存在は、一方では教職員全体のメンタルヘルス対策にも、またスクールカウンセリングの場にも役立ちます。我々は、生徒や学生そして教員に対し見学や交流などの体験学習の場を提供するなどで協力することが出来ます。

マスメディアの理解や知識向上をめざしてメディアカンファレンスの実施が必要です。

多くの国民が精神疾患患者や精神障害者を恐れて不安がる要因として、報道の影響が無視できません。以前にくらべれば改善されてきましたが、ときどき見受けられる「精神疾患患者は危ない」と思わせるような偏向した報道の仕方に問題があるようです。また、普遍的でない治療や薬の副作用などを強調するなどのバランスを欠いた報道により患者さんが動揺したり不利益を被ったりすることも出てきています。多くの国民が見聞きする新聞やTVなどのメディアは、その影響力が大きいいため正しく良い方向の記事配信や報道がなされれば、国民全体のリテラシー（理解度 & 認知度）が高まり、啓発が進みます。このためマスメディアへの働きかけや連携は大切です。正しい知識を持って、なおかつメディアの影響力を考慮しながらバランスのとれた適切な報道をしていただくために、メディアカンファレンス開催を提案し定期的に企画し実施して参加していただくことにします。その機会を通じて、我々の提供するサービスのあり方に様々な意見をいただく事も期待します。

国民の意識が変われば、精神保健医療福祉も改革が進みます。

多くの国において、メンタルヘルスや精神疾患・精神障害と精神医療福祉に対する取り組みは重要な位置づけになっています。それに対して我が国ではこれまでそれらを重視してきませんでした。その普及や啓発そして教育は極めて不十分な状況が続いてきたのです。また国民においてもメンタルヘルスは関心が薄かった結果、精神疾患や精神障害そして精神医療福祉に対する無理解や差別・偏見を生み育て続けてきました。

普及啓発や教育そして差別偏見の除去を推し進めることによって、政治を司る方々やマスメディアを含めて多くの国民に、メンタルヘルス・精神疾患・精神障害・精神医療と福祉などに対する正しい知識を理解し認知して共有してもらい、それらがどんな国にとっても「極めて重要なことである」と認識してもらうことが、とても大切で根本的なことです。

なぜなら、国民や地域コミュニティが、これらの問題をどのように考え、どのようになってほしいのか？ といったことによって、この国の精神保健医療福祉の行き先やあり方が決まっていくからです。メンタルヘルスを推進し、精神医療や精神障害へのリテラシー（理解度 & 認知度）を高め続けることで、国民と地域コミュニティのニーズが変わり、そして我が国の精神保健医療福祉が変わっていくこととなります。

我々も、それらの活動をする多くの団体に参加し連携・協力していくとともに、自らも積極的にこれらの活動を進めていきます。

精神医療と保健の計画的な整備と改革を進めるために、保健医療部局に担当部署をもうけましょう。

このたび、国が重点的な対応を整備する目標として掲げる「疾病対策」と「整備事業」に精神疾患を加えてもらい「5疾病5事業」となりました。これによって全国的に都道府県が整備する医療計画に、精神疾患のための計画が作成され進められることとなります。これらを円滑にすすめるためには、医療あるいは保健を担当する厚生労働省内の部局に担当のセクションがなければなりません。できるだけ早期に、それらの「担当部署が設けられること」を要望していきます。設立された部署と密接に連携をとって、我々の目指す将来の姿の実現に向けて、積極的に協議し改革を進めていきたいと考えています。