
disability-adjusted life years, DALY)を用いています。これは病気や障害による損失の大きさを示すもので、日本を始めとする先進国ではそのトップが精神疾患です。このDALYのものとついで、たとえばイギリス政府は精神疾患を三大疾患の一つと位置づけた施策をおこなってきています。これにたいして日本では、からだの健康に比べるとこころの健康の位置づけが低く、保健・医療・福祉のいずれの分野においても社会としての取り組みがDALYの水準にふさわしくない遅れたままの状況にあります。

現在の日本は、**受診中の精神疾患患者だけでも国民の40人に1人にのぼり、生涯を通じるとどんなに少なく見積もっても5人に1人が精神疾患に罹患するとされています。**こころの健康の問題は、国民すべてに関わる問題と言えます。また、年間自殺者は12年連続で3万人を超えており、**亡くなる方の40人に1人以上が自殺によるという、先進国で最悪の状況にあります。**まさに「国民のこころの健康の危機」と言える現状です。

こころの健康の危機の背景

こうした国民のこころの健康の危機の背景には、気分障害(うつ病・躁うつ病)の受診患者数がわずかに6年間で2倍以上に増加したことに代表されるように、精神保健・医療・福祉サービスへのニーズが高まり国民の意識が変化してきているのに対して、**サービス提供の体制が対応できていないことがあります。**これまで国民のこころの健康についての国の施策は、重症化した精神疾患患者におもに民間病院に依存して入院医療を提供することを中心としてきた精神科医療に代表されるように、顕在化し深刻化した個々の問題への対策の積上げに留まってきました。しかもその医療サービスにおいては、精神科だけが低い水準で良いとされ(例えば医師数が他の医療の1/3で良いとされています)、**国の法律・医療制度として精神疾患患者への差別が今も続いています。**

「こころの健康推進政策」の必要性

こころの健康の問題は、精神疾患として認められるだけでなく、多くは緊急の社会問題という形で表れます。壮年男性では死因の第1位をしめる“自殺”、育児の困難を象徴する“虐待”、家庭で出口が見えない“ひきこもり”や“ドメスティック・バイオレンス”、学校で対応を迫られる“不登校、いじめ”、青少年の“薬物汚染”、職場で増加を続ける“うつ”、悲惨な事故を引起す“飲酒運転”、街中で見かける“路上生活者”、高齢者の生活を脅かす“孤立”、これら**すべての問題の基礎には、こころの健康の問題**があります。

こうした国民のこころの健康の危機という現状、多くの緊急の社会問題の背景にこころの健康の問題があるという状況を考えると、「国民のこころの健康の回復と増進」は国や政府が政策として優先して取り組むべき国家的戦略課題と言えます。それぞれの問題に個別の対策を立てるだけでなく、それらを総合して**国民のこころの健康を推進するために、国としての包括的な政策を確立することが急がれます。**そうした政策にもとづいて、保健・医療・福祉について、三大疾患の一つとしての精神疾患にふさわしいサービスの量と質を確保し、そのサービスを一体として提供できる制度を確立することが必要です。また、精神疾患患者についての制度としての差別を率直に反省し、そうした事態をすみやかに解消しなければなりません。

「こころの健康について、いつでも、どこでも、良質のサービスを受けることができる」という国民の願いに応えた安心社会が実現できるよう、国はそのサービス提供の体制を抜本的に改革する必要があります。そのことが、緊急の社会問題の解決をももたらします。自殺者の減少も、そうした国の包括的な取り組みを通じてこそ期待できます。

次のページにつづく➡

3.こころの健康問題の特徴にあわせて精神保健医療を改革します

見えにくい問題、届きにくいサービス、変わりやすい状態 ～こころの健康の問題の特徴～

こころの健康の問題には、からだの健康の問題や知的な発達の問題と比べた場合に、3点の特徴があります。精神保健・医療・福祉サービスについて改革を進める際には、そうしたこころの健康の問題の特徴を踏まえたサービスの仕組みを考える必要があります。

第一は、**問題が見えにくい**という特徴です。こころの健康に問題があるということ、感じている困難がこころの健康の問題によるものだということが、本人にも家族にも周囲の人にもわかりにくく、そのためなかなかサービスにたどりつけません。したがって、こころの健康の問題を早期に発見し、速やかに対応できるような仕組みが必要です。精神保健の充実であり、しかも医療との適切な連携です。



第二は、「**サービスの必要性が高いほどサービスが届きにくい**」という特徴です。病気の知識や相談先についての情報の不足、こころの問題を認め相談に出向くことをためらう気持ち、精神疾患の症状のために病気を認識できずサービスを拒否するなどさまざまな理由で、サービスの必要性が高いほどサービスが届きにくくなってしまいます。このように、当事者のニーズと専門のサービスに距離がある時、解決法は2つです。ひとつは当事者がサービスに近付く、つまり入院や入所を前提としたサービスであり、もうひとつはサービスが当事者に近付く、「届くサービス」(アウトリーチ)です。これまで日本におけるサービスは前者が中心でしたが、これを後者のアウトリーチへと移行することが必要です。家庭や地域で専門的なサービスと生活の支援を受けられるようにするという仕組みは、先進国における標準的な姿です。



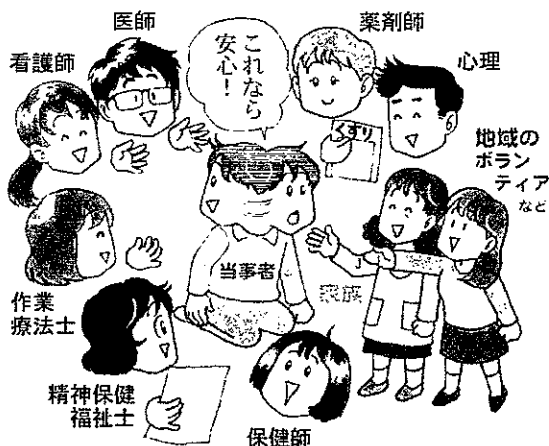
第三は、**状態がわりやすい**という特徴です。保健の問題と思えたことや長期化し福祉の対象と見えた事態が急に医療を必要とする事態に変わることがあり、また医療での解決が速やかに進んですぐに保健や福祉のサービスが必要となることがあります。サービスは、提供する側の都合で保健・医療・福祉と制度が分かれています。こころの健康問題の当事者にはそれらが一体として届く仕組みが必要です。



全人的サービスを当事者に届けます ～多職種チームによるアウトリーチをサービスの基本に～

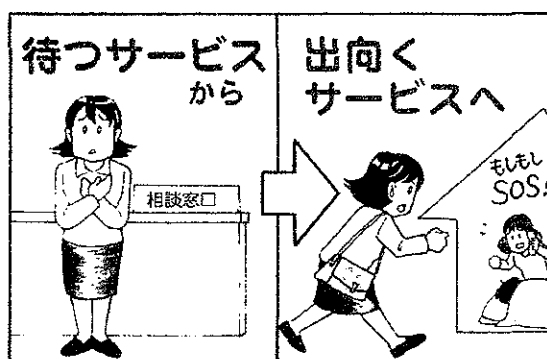
保健・医療・福祉すべての分野で、**多職種チームによるアウトリーチをサービスの基本**にします。医師だけでなく、看護師・作業療法士・精神保健福祉士・薬剤師・臨床心理職などの多職種の

専門家がチームを組んでサービスを提供するのが多職種チームです。こころの健康の問題は、症状として表れるだけでなく、こころで辛さを感じたり、日々の生活や働くことに困難が起こることが特徴です。業によって病気を治療するだけでなく、心理的なサポートをしたり、生活や就労を支援することが必要となります。そうした当事者のニーズ全体について、ニーズに見合ったサービスを届けるためのケアプログラムを作成し、専門家が協力してサービスを届けます(BOX1参照)。病気を治療するだけでなく、**当事者の生活全体を支える全人的サービス**です。



地域こころの健康推進チーム(仮称)を創設します

市区町村が主体となる「**地域こころの健康推進チーム**」(仮称)を創設し、多職種チームによるアウトリーチ活動を通じて、こころの健康問題をかかえる住民を支援したり啓発活動を行なうなどの、精神保健機能を担当します。人口10万人を対象としたエリア責任制で、年間365日活動し、夜間は電話相談を基本にします。1エリアあたり10人からなる1チームの割合での設置を想定します。



具体的な役割としては、次のような仕事が考えられます。電話などで最初の相談窓口となる(サービスの入口「こころの健康SOSダイヤル」)、相談者のところへ出向いて相談を受ける(アウトリーチ)、相談内容にもとづいて必要なサービスへと結びつける(トリアージュ)、自殺未遂者やひきこもりなど医療に結びついていない住民を継続的に支援する(継続相談)、医療が必要な場合の橋渡しをする(医療アウトリーチとの連携)、学校・職場・児童相談所・生活保護窓口などこころの健康問題についてニーズが高いところへ出向き助言や啓発を担当する(助言と啓発)、精神疾患からの回復者への支援(アフターケア)、そうした活動を通じて地域のニーズを把握し不足しているサービスを明らかにする(ニーズ調査と行政への提言)。これらの活動を通じて、**住民のこころの健康問題のすべてに対応**します。

このように精神保健や啓発を推進することで、住民のこころの健康問題についての安心感が増していくと期待され、また疾患の予防や早期発見により住民のこころの健康の増進を図ることができます。その結果、その後に必要となる医療や福祉サービスが減るという形で、地域こころの健康推進チームのために必要なコストは報われることとなります。

次のページにつづく➡

医療サービスを国民のニーズに合ったものに変えていきます

地域こころの健康推進チームが十分に機能を発揮するためには、それを支えるしっかりとした精神医療サービスが不可欠です。現在の精神医療サービスはそうした国民のニーズに見合っていないので、さまざまな改革を進めています。代表的な内容を3点挙げます。

3つの精神医療改革

第一は、**医療においても多職種チームやアウトリーチを実現すること**です。外来でも入院でも、必要に応じて多職種チーム医療を提供することで全人的医療が実現できれば、例えば「薬漬け」を減らしていくことができます。また、医師ばかりがサービスの担い手にならずに済むようになれば、3分診療を30分医療へと変えていく手がかりがつかめます。さらに、医療機関からのアウトリーチ医療を普及させることで、地域こころの健康推進チームからの依頼を受けての早期支援、医療が途切れがちな当事者へのサービス継続、社会的入院患者の地域移行、年齢に応じた就学や就労の援助など、在宅中心の医療を進めることができます（BOX2参照）。

第二は、**救急医療の充実**です。現状では、救急医療を24時間提供できる体制が不足しています。精神疾患の救急医療においては、当事者が受診を望まないがどうしても医療が必要という場合がありますので、そうしたニーズへの対応を含めた救急医療をエリアごとに整備します。そのために、まずアウトリーチで当事者のもとに出向き、地域で生活をしながらの治療を図ります。それが難しい場合には、速やかに入院医療に結びつけ、できるだけ短期間での退院を目指します。さらに、数日で回復が期待できる際に利用できる施設として、外来と入院の間にレスパイトのような短期宿泊施設を整備し、当事者も家族も利用できるようにします。

第三は、**専門医療の普及**です。精神医療はこころの健康問題すべてを対象とする幅広い分野ですが、それぞれの専門医療の普及は十分ではありません。とくにいずれの地域でも不足が顕著なのは、**児童思春期・薬物依存・身体合併症**についての専門医療です。また、普及が急がれるものとして、例えばうつ病や不安障害や統合失調症などについての認知行動療法、認知症の精神症状や行動障害への対応を挙げることができます。こうした専門医療をどの地域でも受けることができるよう、普及を図ります（BOX3参照）。そのなかでは、地域の実情や住民のニーズに合わせて、ITを用いた方法も取り入れます。こうした取組みを通じて、入院医療についても外来医療についても、専門分野を明確にした機能分化が進むこととなります。

精神医療改革の進め方

以上のような精神医療サービスの改革を進めるうえでは、人手がない、費用が足りないという困難があります。そうした困難は、2つの方法を組み合わせることで解決を図ります。

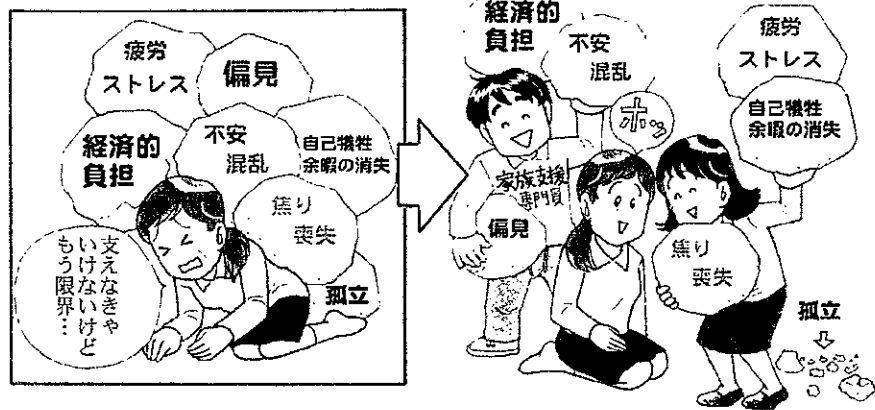
ひとつは、**精神医療の人的配置と診療報酬を一般医療と同等にすること**です。医療法第6次改正のなかで、医師などが少なくても良いとするいわゆる精神科特例をなくして一般医療と同等にし、それに見合って高規格化した医療を評価するように診療報酬を改訂します。そのなかでは、多職種チーム医療やアウトリーチ医療を制度として明確に位置づけ、また専門医療の基準も設けることで、それらの普及を促進するとともに医療サービスの機能分化を診療報酬として適切に評価できるようにします。精神医療においては、専門家が人手を十分にかけることこそが高度医療ですので、専門家による人手というサービスを評価することなしに精神医療を改善することは困難です。

次のページにつづく➡

もうひとつはそれに先立って、当事者が住む場所や医療と生活支援のサービスを受ける権利を失うことがないように十分な配慮をしつつ全国の精神病床を半減することを決め、その期限を定めて、実行のための計画を立てることで。行政の責任で住居を確保し、生活支援サービスとアウトリーチ医療で支えることで地域生活を支援し、社会的入院を解消していきます。そのようにして、アウトリーチ医療と入院医療の高規格化と医療機関の機能分化を推進し、精神医療の一般医療化と医療サービスの質の向上を図ります。大きな変化により当事者や家族や医療機関に混乱が生じないように、期限を明確にした経過措置と必要な財政措置をとり、また専門職には新しいサービスについての十分な研修の機会を保障して、現状からの段階的で円滑な移行を図ります。

家族を始めとする介護者を地域社会で支援します

こころの健康の問題について、家族を始めとする周囲の人々の力は専門家以上に大きなものです。しかし、そのことを理由としてこれまで家族は、こころの健康問題についての保



健・医療・福祉が不十分な点を肩代わりせざるを得ない立場に追い込まれ、そのことが社会的な孤立をも招いてきました。そうした状況を改善して、家族を始めとする介護者が安心して介護に携われるような家族全体を支援する体制を整えます。

第一は、家族支援専門員制度を創設することを柱とした、家族全体を支援する仕組みを作ることです。当事者だけでなく家族を始めとする介護者の支援について専門的な教育と経験を積んだ専門員を養成し、たとえば地域こころの健康推進チームに配置します。家族支援相談員は、家族や介護者がそうした立場でなければできないような支援や介護を当事者に向けられるよう、家族自身を支援していきます。

第二は、医療において家族の位置づけを明確にすることです。精神医療においては、例えば精神医療の必要性が明らかでない当事者について家族だけで医療についての相談を希望する場合があります。また、病気であることを認めていない当事者や病気で混乱している当事者にかわって、家族が病状の説明を受ける場合があります。このような場合に、相談に十分な時間がとれなかったり説明が不十分となりがちな背景には、診療報酬において家族の位置づけが明確でないことがあります。こうした家族の相談や家族への説明について、診療報酬における位置づけを明確にします。



次のページにつづく➡

第三は、精神保健福祉法による医療保護入院などの非自発入院における**保護者制度を廃止**することです。医療を希望しない当事者にかわって非自発入院を家族が承諾する制度は、当事者との関係を悪化させかねない危惧とともに、保護者としての責任も負わなければならないという、二重の負担を家族に強いるものです。家族には、家族としての支援に専念してもらえよう、非自発入院への同意や人権擁護については別の制度を検討します。

4. 精神保健医療改革を実現するための制度を整備します

こころの健康問題について啓発を進めます

こころの健康の問題は、国民すべてに関わることです。しかしその必要性に比べて、こころの健康問題についての知識の普及はわずかです。地域こころの健康推進チームによる地域レベルの取組みと、国全体の取組みを組み合わせることで、こころの健康問題についての啓発を進めていきます。このことが、精神疾患についての偏見や差別をなくしていくことの基盤になります(BOX4参照)。こころの健康問題はすべての年齢に関わり、しかも若年から始まることも多いという特徴がありますので、とくに中学校や高校など中等教育における**学校教育のなかでこころの健康のテーマを取りあげる**(BOX5参照)とともに、青少年になじみやすいスペースを広げて気軽に情報を受取れるような工夫を推進します。



権利擁護組織やサービス評価組織を市区町村に設置します

非自発入院についての精神医療審査会に相当する組織として、アウトリーチなどの医療をはじめ保健や福祉についても当事者の権利を擁護するために、**当事者・家族・一般市民を中心とした権利擁護組織**を設置します。権利擁護の求めがあった時だけでなく、日常的に保健・医療・福祉のサービスを実地でチェックし、改善を勧告する権限をもち、当事者の権利擁護に努めます。また、こころの健康についての保健・医療・福祉のサービスの評価を推進します。サービスを実地で評価し点検するために、**当事者・家族・一般市民を中心とし医療や評価の専門家を加えた評価・監査組織**を設置します。それぞれのサービスがどのくらい役立っているか(アウトカム)を評価してその結果を公表し、利用者に役立つ情報として提供します。また、例えば医療機関であれば治療成績など、それぞれのサービス提供者がその内容や評価をみずから公表する取組みを進め、利用者にとって有用となる適切な指標を発展させていきます。そこには、地域で必要な公的業務への協力など、地域のネットワークへの貢献も含むこととします。

人材の育成に積極的に取り組みます

こころの健康についてのサービスにおいては、人によるサービスがすべての基本です。利用者や家族の尊厳と権利を守り信頼関係を築くことができるという基礎のうえに、専門的な知識と技術と経験をもち、チームワークや連携を通じてサービスを提供することで、病気だけでなく生活や人生を相談できる専門家の育成に取り組めます。

次のページにつづく➡

総合的な人材育成システムのなかのひとつとして「こころの健康地域研修センター」(仮称)を設置し、改革にともなって必要となる専門家向けの転換教育、家族支援専門員など新たに設ける専門職についての専門教育、これから専門家に育っていく人材についての専門職教育などを、実践を含めて行ないます。また、精神科医が最初に教育を受ける場となることが多い大学病院において、多職種が勤務しておらず、入院医療中心の経験となりがちな現状を変えていきます。そうした専門職としての人材養成を支えるものとして、一般医療関係者へのこころの健康教育を広め、また卒業前の専門教育においてこころの健康や地域ケアについての教育を充実します。

地域に「こころの健康推進会議」を設置し、「こころの健康推進計画」を策定します

市区町村の実情と実態に合わせてこころの健康の推進を図るために、「市区町村こころの健康推進協議会」(仮称)を設置し、そこで「地域こころの健康推進計画」(仮称)を策定します。協議会の委員には当事者・家族・一般市民も参加し、住民としてのニーズを明確にします。さらに、地域こころの健康推進チームが把握したニーズや不足している社会資源についての情報をもとに、その地域で進めるべき施策を明らかにして、地域こころの健康推進計画を策定します。そこには、救急医療、専門医療、臨床研究を担う**地域精神医療拠点病院**の指定なども含みます。この地域こころの健康推進計画を通じて、保健・医療・福祉について民間の専門職や専門施設と行政などの公的機関が連携した、「地域こころの健康推進ネットワーク」(仮称)の構築に努めます。この協議会の求めるところをもとに、首長は、「こころの健康推進宣言」(仮称)を毎年行い、地域でこころの健康推進に取り組みやすい環境を整備します。

都道府県は、こうして市区町村がそれぞれの地域の実情とニーズにもとづいて定めた地域こころの健康推進計画を踏まえて、当事者・家族・一般市民も参加した市区町村を包括する「都道府県こころの健康推進協議会」(仮称)設置して、「都道府県こころの健康推進計画」(仮称)を策定します。それにより、市区町村におけるこころの健康推進に関わる計画策定や実施を支援するとともに、その実施に必要な専門的な知識と経験をもつ人材の確保、養成、資質の向上のために必要な施策を策定し実施します。また知事は、都道府県こころの健康推進協議会の求めるところをもとに「こころの健康推進宣言」(仮称)を毎年行い、都道府県におけるこころの健康推進に取り組みやすい環境を整備します。

地方での取組みを進める基盤を国が担当します

上記のような地方での取組みを進めるため、厚生労働大臣のもとに「こころの健康政策推進協議会」(仮称)を設置し、改革の実現を推進し確実にします。また、その方針にもとづいて具体的な施策を進める「こころの健康政策推進チーム」(仮称)を設置します。このチームは、さまざまなこころの健康問題をもつ当事者や家族の実態把握、自殺対策など国家戦略の具体化、精神疾患治療ガイドラインの作成、専門サービスの指導者養成、国レベルでの啓発活動、臨床研究推進などについて施策立案を担当します。それにもとづき、人材育成のための指導者研修を担当し、また都道府県による専門研修などの人材育成を支援します。また、厚生労働大臣は本改革が実現できるよう必要な予算の保証と診療報酬改革に取り組むとともに、こころの健康問題の重要性と施策の必要性に見合うよう、担当部署(現・精神・障害保健課)の体制やあり方を見直します。さらに、これらの取組みについて法的な整備を行なうために、厚生労働大臣のもと中期戦略を速やかに策定したうえで、「こころの健康の保持及び増進のための精神疾患対策基本法案」(仮称)を制定し、それにもとづいて**こころの健康推進基本計画**を策定します。精神保健福祉法など関連する法律の見直しを進めていきます。

次のページにつづく🔗

本改革については、国家的戦略課題であるという重要性に鑑みて、従来の医療費の再配分という枠組みを越えて、優先的に予算を投入することを検討します。とくに大幅な改革になる移行期については、一時的な予算の増額を保証します。とくに精神保健の活動については、自殺対策基本法や子ども・若者育成支援推進法など、こころの健康問題を基盤とした個別法における事業と共同することで、その事業効果を高めるとともに、財政を有効活用することも検討します。

改革は期限と数値目標を明確にして行います

改革は全体として7年計画で行ないます。2011～2012年度(平成23～24年度)を地域こころの健康推進先行事業の2年間とし、全国50エリアについて改革を試行します。2011年度(平成23年度)は補助金にもとづく事業として行い、その結果にもとづく修正を加えたりうえて2012年度(平成24年度)には医療法第6次改正や診療報酬改訂を受けて、診療報酬と補助金事業を並行した形で実施します。地域こころの健康推進先行事業2年間の経験をもとに、2013～15年度(平成25～27年度)は事業の必要性が高いと考えられる市区町村について、本事業・前期としての取り組みを行い、2013と2014年度は10%、2015年度は30%の合計50%の改革実施を目標とします。2016～2017年度(平成28～29年度)は本事業・後期で、人口密度の低い地域など改革実施の困難な地域も含めて全国での普及を目指して、1年15%ずつの改革を目標とし、7年間で合計80%の実施を目標とします。

〔付記〕

この文章のイラストならびに冒頭の解説漫画は、精神疾患のご家族をもつ漫画家である協力委員・中村ユキ氏が、ボランティアで制作し「こころの健康政策構想会議」に提供して下さったものです。

BOX1

外来・在宅精神科医療におけるケアプログラムアプローチ(CPA)の導入

業によって病気を治療するだけでなく、心理的なサポートをしたり、生活や就学・就労を積極的に支援したりして、その人その人のニーズにあった包括的なサービスをパッケージ化して当事者・家族にスムーズに届ける治療・支援体制の実現が求められています。そのために、医師を含む多職種チームで、当事者や家族の希望を尊重した包括的な治療・支援計画(ケアプログラム)を作成し、それに添った治療・支援を提供していくことが必要となります。また、包括的なサービスを切れ目無く提供していくために、主治医だけでなく担当制のケアコーディネーター(看護師、精神保健福祉士、臨床心理職、作業療法士、等)を当事者・家族に割り付けます。相談したことがある際には、主治医だけでなく、ケアコーディネーターにも相談ができます。こうした治療・支援体制を普及させ、当事者・家族の回復(リカバリー)を地域でより効果的に支えていくために、外来・在宅医療においてこうしたケアプログラムアプローチ(CPA)が保障される診療報酬等の仕組みを整備する必要があります。また、「包括的指示」の考え方を導入して、医師だけによる3分診療を解消し、ケアコーディネーターがより機能的に当事者・家族を支援できるようにする必要があります。

BOX2

ニーズに応じたアウトリーチチーム

当事者・家族のニーズに添った多様なアウトリーチチームが必要です。

例えば、精神疾患を発病したばかりで、緊張や不安が強く、自宅など慣れた環境での治療や支援を望む当事者や家族に対して、必要なサービスを病初期から届け、回復支援をするチーム(早期支援チーム)、病状が急に悪化した際に、タイムリーにかけつけてくれて、その場で支援・治療を提供してくれる救急型のアウトリーチチーム(危機解決・訪問治療チーム)、症状や障害が重い当事者やその家族を地域で積極的に支えるアウトリーチチーム(ACTチーム)など、当事者や家族のニーズに効果的に対応できる専門アウトリーチチームが地域に一定数あることが望まれています。

BOX3

新たな精神保健医療サービスを支える人材の養成、 専門サービス供給体制の整備

良質な専門医療がどの地域でも受けられるようにするためには、高度な技術を兼ね備えた人材を迅速かつ計画的に、大幅に増員する必要があります。そのためには、①国際基準に匹敵する指導者を養成する国レベルの研修システム、②全国数箇所の高度専門精神医療研修拠点、および③身近な地域で充実した研修が受けられるシステム、等を早急に整備する必要があります。

例えば、うつ病や不安障害、統合失調症等に対して有効とされる認知行動療法を広くかつ適切に精神医療のなかで普及させるために、英国では3年間で363億円を投じて人材育成を行ったのに対して、日本では、22年度の類似事業費が単年度予算で年間1千万円程度にとどまっています。認知行動療法をはじめ、当事者・家族・国民のニーズに応える精神医療サービスを普及させるためには、人材養成に対する投資が不可欠です。

例えば、認知行動療法の研修・育成計画を提案します。

- 国際的基準に匹敵する認定認知行動療法士の育成
 - 3年間で100人の指導者を育成
 - 3年間で4000人の認定認知療法・認知行動療法士の育成
- 認知療法・認知行動療法の素養を持った専門家育成のための1~2日ワークショップ
 - 3年間で3000人弱
 - 5年間で1万人以上

BOX4

こころの健康増進啓発機構(仮称)の設置

国民のこころの健康についての理解を深め、精神疾患についての偏見や差別をなくすための啓発を国家的に推進する機構が必要です(仮称:「こころの健康推進啓発機構」)。「こころの健康推進啓発機構」の主な役割は、以下です。

- ナショナルサイト(ホームページ)を運営管理し、精神疾患についての正しい情報を発信します。
- 保健所や地域こころの健康推進チーム(仮称)が地域で啓発活動を行う際に用いる啓発資材を開発し、Web上で公開します。
- ナショナルサイトには、地域こころの健康推進チームの場所(地図)、連絡先等が掲載されます。
- Web上で実施できる軽症のうつ病・不安障害に対する認知行動療法プログラムを開発し、提供体制を構築し、国民のセルフケア能力を高めます。
- うつ病をはじめとする精神疾患についての啓発キャンペーンを全国的に展開するとともに、その効果・検証研究を行います。
- 全国規模の精神保健リテラシー調査を実施し、国家的な啓発戦略を構築します。

BOX5

学校教育において精神疾患教育を導入する

中学校や高校の学校教育の中に精神疾患教育を導入するために、以下の具体的な取り組みを行います。

- 学校における精神疾患教育の導入にむけた厚生労働省および文部科学省の合同検討チームを発足させ、次回の学習指導要領の改訂時を目指した準備を進めます。
- 学校教育授業プログラムの開発を進め、その効果検証に関するモデル事業を100校程度対象に実施します。