

こころの
健康政策
構想会議



当事者・家族・国民のニーズに添った精神保健医療改革の実現に向けた提言

ワーキンググループ
報告集

こころの健康政策構想会議 ワーキンググループ報告集

2010年5月28日

こころの健康政策構想会議

目次

① 自殺対策 WG	p. 3
② 精神保健改革 WG	p. 17
③ アウトリーチ医療 WG	p. 24
④ チーム医療 WG	p. 31
⑤ 入院医療 WG	p. 36
⑥ 専門医療 WG	p. 51
⑦ 家族支援 WG	p. 63
⑧ 人材育成 WG	p. 72
⑨ 評価 WG	p. 78
⑩ 法制化 WG	p. 85



自殺対策WG

〔目標〕抜本的な精神保健医療改革による実効性のある

自殺予防対策の構築

要旨

わが国では、年間3万人以上、国民の40人に一人が自殺で命を落とす厳しい状況が続いており、自殺問題を解決することは喫緊の課題となっている。自殺対策では複合的取り組みが必要であるが、わが国のデータからも、自殺対策で実効を挙げている英国の取り組みからも、精神医療・保健・福祉対策がその核になるべきであり、こころの健康対策が自殺対策を血の通ったものにするために必須の要素であることは明らかである。自殺の背景には、うつ病、統合失調症、アルコールや薬物の依存、不安障害など多くの精神疾患が存在していることが多いが、うつ病だけをとってみても、経済的損失は年間2兆1千億円に達すると推計されている。しかも、うつ病などの精神疾患にかかっている当事者や家族の苦悩は金銭ではがりがきれないほど大きいものである。こうした人たちに適切な精神科医療を提供し、自殺を予防することは国家的責務である。実効性のある自殺対策のためには、

1. データの有効活用のための環境整備
2. 複合的な地域介入の推進
3. 地域における精神保健医療福祉対策の充実
4. 専門医療の充実
 - ① 診断・治療ガイドラインの作成と公表
 - ② 多職種チームによる機能的、統合的な診療活動
 - ③ 診断および治療方針の書面化に基づく当事者・家族との治療契約
 - ④ わが国における科学的根拠によって効果が裏づけられた薬物療法の提供
 - ⑤ わが国における科学的根拠によって効果が裏づけられた精神療法の提供
 - ⑥ 精神科医等専門家の教育内容の改革・充実
 - ⑦ 自殺対策及び効果的な治療に結びつく研究の推進
 - ⑧ 職場復帰・社会復帰のためのリハビリテーション
 - ⑨ 各地域の中核となる精神疾患診療連携拠点病院の設置と医療・保健ネットワークの構築

等を通して、利用者、家族、さらには国民全体のこころの健康を守る施策を大胆に進めていかななくてはならない。

提言想起委員：大野裕，竹島正

協力委員：宇田英典，貝谷久宣，河西千明，木下浩，古川壽亮，松本俊彦

こころの健康政策構想会議 WG 報告書
“こころの健康推進”を日本の基本政策に！



A. 当事者・家族のニーズ

自殺を考えたときに、どのように手助けを求めればいいのかわからない。

死にたい気持ちが強くなったときに、相談に乗ってもらえる場所や相談できる専門家がほしい。

主治医が信頼できて、外来に行っても死にたいと言えただけでも気持ちが楽になる。

うつ病だけでなく他の精神疾患でも自殺する人が多いし、いくつかの精神疾患が併存することも多いが、精神疾患に対する対策が十分に行われていない。

精神科を受診したときには、初診時に十分に話を聴いてもらいたい。

治療方針や治療内容についてきちんとわかるように説明してほしい。

精神疾患の治療中も、自分の気持ちや悩みを伝えて話し合える時間がほしい。

話を聴くのは医師だけでなく、他の専門職でも可能だ。

医師によって治療内容のばらつきが大きいので、一定の指針に基づいて治療してほしい。

家族の話を聴いた入り、家族の相談にのったりしてほしい。

自殺した薬物依存の仲間を沢山知っている。精神科できちんと診察してほしい。

精神科病院を退院後に自殺する仲間は多いが、真実が悪くなくても二度と入院したくないと言う。入院中の扱いが耐えられず、自己卑下感が強く残るためだ。精神科病院の治療環境を改善してほしい。

「死にたい」と言っていると救急車が搬送してくれないが、救急車が対応してくれるようになってほしい。

自分たちのように精神疾患に悩む人が将来出ないように、効果的な治療に結びつくような最先端の研究を推進してほしい。

自殺未遂サバイバーの意見を聞きながら対策を立ててほしい。

こころの健康政策構想会議 WG 報告書
三大疾患にふさわしい精神保健医療改革で
「こころの健康の危機」を克服できる安心社会の実現を

B. 現状の分析と改革目標の設定

1. 地域特性に応じた自殺の背景を解明するためのデータの収集、解析の重要性

自殺の背景に関して、自殺予防総合対策センターホームページには自殺死亡の地域統計が掲載されているが、的確で効果的な自殺対策を行うためには、さらに踏み込んで自殺の背景についての個別的、具体的な情報を把握して、地域の実状に応じた対策を立てる必要がある。そのひとつの方法として自死遺族への聞き取り調査があり、詳しい情報を得るには有意義である。しかし、協力する遺族に限られているうえに、遺族のいない自殺者の背景が明らかにできないという問題もある。

こうした方法に加えて、地域で把握可能な個別の情報を収集して具体的で実効性のある自殺対策に活用しようという活動に取り組もうとする自治体が現れてきている。それは、死亡小票で自殺と認定された個人を特定し、その個人に関して地方自治体等で把握できる情報を収集し、自殺の背景を解明しようとするものである。これによって、自殺者の精神疾患および身体疾患の受診歴と治療内容、家庭内暴力、児童虐待、(いじめ)、差別、精神疾患、夫婦間もしくは法的な問題、失業、差別、社会的孤立(独居)、収入、住居等、自殺対策の介入方法に役立つ有用な地域情報を収集することが可能になる。

しかし、現状では、死亡小票の2次利用の制限および個人情報保護法に関連した地域条例が障壁となって、こうした情報収集及び公表等の活用が制限される場合がある。つまり、自殺者を把握するための死亡小票の2次利用については、地域活動に活用する場合は、行政の内部資料として使用する以外では、細かな制限があり使いづらいものになっている。

また、個人情報保護法は、本来は「生存する個人」を対象にした法律であるが、地方自治体ではその点が明記されていないために、自殺者の背景を探る目的での死亡情報とのデータリンケージが不可能な場合が多い。

なお、警察発表によれば、自殺者の半数で健康問題が主な原因となっており、間接的な原因となっている自殺者を含めるとさらにその割合が増えることを考え合わせると、死亡診断書や死体検案書の中に既往歴や受診歴を書き込むようにするだけでも、健康問題の具体的な内容を把握できるようになる可能性がある。

2. 自殺対策における精神保健医療福祉対策の重要性

こうした限界の中、自殺者の具体的な情報把握に取り組んでいる一部の自治体の内部資料からは、自殺対策ではきめ細かな精神保健医療福祉対策が重要であることが明らかになっている。大都市部では、自殺者の半数に精神科受診歴があり、他の診療科を受診している人まで含めると、3分の2にもなるとされている。これは、うつ病などの精神疾患にかかっていることに気づかないことよりも、心身の不調に気づいて医療機関を受診した人が、何らかの理由で治療を中断したり、症状の改善が得られなかったりしている人が多いことのほうが問題であり、その結果として、自殺で命を落としている可能性が高いと考えられるデータである。また、全国自死遺族連絡会の遺族への聞き取り調査によれば、対象となった1016人の自殺者のうち、精神科を受診、治療中だった人は701人(69.0%)であったという。遺族の中には、向精神薬や飲酒による異常な酩酊状態が、衝動的な自殺

を引き起こしているのではないかと指摘する声もある。

自殺予防総合対策センターの行った心理学的剖検による調査からは、自殺既逝者の半数が、生前に精神科受診をしており、その大半が自殺前の1ヶ月以内に精神科受診をしていたこと、統合失調症が比較的高率であったことが明らかになっている。しかも、精神科受診歴がある自殺既逝者は、自殺時に向精神薬を過量に服用していた者が多かったという。

サンプリングの偏りはあるとしても、このような報告からは、単に精神科医療へのアクセスを高めるだけでは不十分であり、精神科医療の質の向上が不可欠であることがわかる。

つまり、うつ病などの精神疾患の啓発活動は、偏見除去や受診した人に適切な精神科医療を提供できる精神保健医療改革などの十分なバックアップ体制の整備が同時に行われなければ、受診前や受診後に該当者の失望感を強めて自殺を誘発してしまう危険性すらあることを認識しておく必要がある。

自殺者の中には、うつ病はもちろん、統合失調症やアルコール関連疾患など、他の精神疾患も多く含まれており、自殺対策は広く精神保健対策として行う必要がある。上記の心理学的剖検調査からは、アルコールの問題が中高年男性の自殺の背景に存在しながらも、アルコールに関する精神医学的支援を何も受けていなかったこと、アルコールの問題を抱えた人は平均して2つの精神疾患を抱えていること(主にアルコール使用障害と気分障害)、症例対照研究からは、睡眠のためにアルコールや薬物を服用することが、自殺のリスクを飛躍的に高めること等が明らかとなっている。

さらに、無職者・離職者の中でも「その他」に属する人や単身者が多く命を落としていることを考えると、働けなくなった人はもちろんのこと、もともと精神疾患等のために意に反して働くことができなかった人が経済不況の中で追い詰められて自殺している可能性があることを認識しておく必要がある。

無職と離別が重なった男性での自殺死亡率は極めて高く、無職と離別の自殺死亡への影響は相乗的である。また、ホームレスなどの困窮者は精神疾患の有病率が高く、自殺念慮を有する者の割合が高く、しかも支援へのアクセスが乏しく、アウトリーチによる支援が必要と言われている。

精神保健上の問題が背景にある困窮者の支援では、入り口対策だけでは生活の再建は難しく、支援を継続できるシステムが必要であることが語られた。これらは自殺予防のための社会的取組においても、精神保健医療と連携する必要があることを示すものである。

3. 精神保健医療福祉の弱体化の現実と充実の必要性

こうした自殺のリスクの高い人たちへの支援は地域の精神保健医療福祉の充実が不可欠であるが、保健師数の減少を初め、保健所機能が弱まっているために、全国的に必要な支援ができなくなってきている。しかも保健所等の精神保健担当保健師の業務内容に、気分障害や神経症性障害、自殺対策に関しては記載されていない。

自殺企図を行った患者は、再度自殺を試みる可能性が高いが、総合病院の精神科が廃止されていていてそのためそうした患者を支えるシステムが失われていていていて。

こうした現状を解明して有効な自殺対策を打ち出していくためには、自殺対策に役立つ具体的なデータの把握に基づいて自殺対策を立てる必要がある。しかし、地域の実情に応

