

が企業イメージの向上につながるよう優れた取組を行っている事業場の公表等を実施する。

<プロジェクトチームでの意見>

○労働者個人へのメンタルヘルス対策と併せて、デンマークのように労働者の職場環境へのモニタリングも必要。(第4回清水氏)

(8) 労災申請に対する支給決定手続の迅速化

業務上のストレスによりうつ病等を発症した労働者が的確な治療及び円滑な職場復帰等に向けた支援を受けられるよう労災申請に対する、支給決定手続の迅速化を進める。

(9) うつ病等による休職者の職場復帰のための支援の実施

全国の地域障害者職業センターにおいてうつ病等による休職者の職場復帰支援を引き続き実施し、休職者本人、事業主、主治医の3者の合意のもと、生活リズムの立直し、体調の自己管理・ストレス対処等適応力の向上、職場の受入体制の整備に関する助言等を行い、うつ病等による休職者の円滑な職場復帰を支援する。

このほか、医療機関と職場の十分な連携の下、休業者の回復状況に的確に対応した職場復帰支援プランの策定、実施等の取組を広く普及するため、事業者の取組に対する支援を行う。

<プロジェクトチームでの意見>

○生活支援、就労支援、治療支援など精神障害者への地域での手厚い支援が必要。(第2回大野氏)

○ストレスフルな職場からの離脱可能性や、職場復帰のための十分な療養機会を確保すべき。(第3回生越氏)

(10) 地域・職域の連携の推進

休職や離職をした方に対し継続的に相談支援を提供できるよう、中小民間企業等を対象とした相談支援や地域づくり、人材育成など、地域(市町村・保健所・病院及び診療所の医師等)と職域との連携の強化等について検討する。

＜プロジェクトチームでの意見＞

- 産業保健師と地域保健師が連携して、ハイリスク者へのケアを行うべき。
(第4回五十嵐氏)

柱4 アウトリーチ（訪問支援）の充実

～一人一人の身近な生活の場に支援を届ける～

精神疾患を持ちながら治療に至っていない、あるいは、治療を中断している患者等に対し、身近な生活の場に医療・生活支援等の必要な支援を届けていくこと（アウトリーチ）が重要である。

このため、「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」を活用した都道府県等の積極的な取組を促すとともに、平成23年度以降に向け、民間事業者の参画も得つつアウトリーチ（訪問支援）機能を充実するための具体的枠組みについて検討する。

＜プロジェクトチームでの意見＞

- 地域への積極的アウトリーチが必要。(第2回大野氏)
- アウトリーチによって必要なサービスを国民に届ける。(第2回岡崎氏)
- 家族を積極的に支援すべき。(第2回岡崎氏)
- 自殺企図後治療を中断した方への対応としてアウトリーチを導入することが検討課題のひとつ。(第3回坂元氏)

柱5 精神保健医療改革の推進

～質の高い医療提供体制づくりを進める～

自殺対策の推進に当たっては、うつ病等の精神疾患を抱えた方が適切な医療を受けられる体制を整備することが必要不可欠であり、精神保健医療改革の推進は自殺対策にとって極めて重要である。

(1) 「認知行動療法」の普及等のうつ病対策の充実

うつ病の診断・治療技術の向上や標準化を図るため、うつ病に有効性

が示されている認知行動療法について、新たに研修を実施すること等を通じてその普及を図る。

また、うつ病の早期発見を促進するため、「かかりつけ医うつ病対応力向上研修事業」の対象として、新たに小児科医等を追加し、子どもの心の問題に対応できる医師の養成を図る。

<プロジェクトチームでの意見>

○うつ病の診断・治療の質の向上を図るべき。(第2回大野氏)

○かかりつけ医うつ病対応力向上研修の参加率を高めることが必要。(第3回坂元氏)

○適切なうつ病診療を行える精神科医の養成などうつ病診療の質の向上を図るべき。(第3回坂元氏)

(2) 自殺未遂者に対する医療体制の強化

救命救急センターにおける精神科医によるリエゾン診療の普及や、いわゆる総合病院精神科の機能強化等を通じて、精神医療と身体医療の双方を必要とする自殺未遂者等への医療体制の充実・普及を図る。

<プロジェクトチームでの意見>

○一般医療と精神医療の連携(総合病院におけるリエゾンの充実)が必要。(第2回河西氏)

(3) 治療を中断した患者へのフォロー体制の確立

精神科や心療内科への通院をやめた患者の中には、症状が悪化して通院できなくなった人も少なくないのが現状であるが、そうした人たちへのフォローはほとんどなされていない。治療を中断した患者が自宅で孤立してしまうことのないように、関係機関が連携してフォローできる体制を確立する。

(4) 精神保健医療改革の方向性の具体化

入院医療を中心とする現在の精神医療体制の構造を転換し、柱4の地域におけるアウトリーチ(訪問支援)機能の充実に加え、入院患者・精神病床の減少を通じた手厚いマンパワーの確保・医療の質の向上、医師・看護師・精神保健福祉士・心理職等の多職種の参画によるチーム医療の推進等の精神保健医療改革の方向性を具体化する。

<プロジェクトチームでの意見>

- 生活支援、就労支援、治療支援など精神障害者への地域での手厚い支援が必要。(第2回大野氏)
- 心理職を含むチーム医療を推進すべき。(第2回岡崎氏)
- 病床数の削減、地域医療の充実、診療所の質の向上など精神医療のあり方が課題。(第2回河西氏)
- 適切なうつ病診療を行える精神科医の養成などうつ病診療の質の向上を図るべき。(第3回坂元氏)

IV 自殺・精神疾患の社会経済的コスト

英国では、精神疾患によるコストの包括的な推計が行われ、保健医療政策に活用されている。我が国においても、自殺やうつ病が社会経済に与える影響を数量化することは、対策を強化する上で重要である。現在、自殺・うつ病等の社会経済的コストの推計を検討しているところであり、まとめ次第公表したい。

<プロジェクトチームでの意見>

- こころの健康を国としての政策的最優先課題として位置付け政策を確立すべき。(第2回岡崎氏)

おわりに

我々が本来目指すべきは「自殺に追い込まれる人がいない社会」の実現である。その第一歩として、「自殺総合対策大綱」(平成19年6月8日閣議決定)での数値目標(平成28年までに自殺死亡率を平成17年比20%減少する)を達成するためには、毎年、年間の自殺者数を約1,000人ずつ減少させていかなければならない。

本プロジェクトとしては、厚生労働省を挙げて取組を進めていく推進力とするため今回のとりまとめを行ったが、大綱の目標を達成し、「自殺に追い

込まれる人がいない社会」を目指していくためには、「生きる支援」として自殺対策を継続的に行っていくことが重要である。ひとりでも多くの「いのちを守る」ことができるよう、本とりまとめの対策を実行していくとともに、今後も、その実施状況や効果等を把握しながら、必要な自殺対策について不断の検討を進めていく。

(参考) 厚生労働省 自殺・うつ病対策プロジェクトチーム

主査 障害保健福祉部長
副主査 安全衛生部長
幹事 精神・障害保健課長 労働衛生課長
メンバー 健康局
職業安定局
社会・援護局
政策統括官

独立行政法人国立精神・神経センター
清水康之 内閣府参与

<開催状況> 平成22年

第1回 1月21日(木)

議題 自殺・うつ病対策に資するために実施すべき方策について

第2回 2月23日(火) 外部有識者よりヒアリング

- ・大野裕氏(慶應大学)「調査・研究のデータに基づく自殺・うつ病対策」
- ・岡崎祐士氏(松沢病院長)(WHO、EU、英国の取り組み事例)
- ・河西千秋氏(横浜市立大学)「様々な自殺対策活動の現場から」

第3回 3月3日(水) 外部有識者よりヒアリング

- ・坂元薫氏(東京女子医大精神科)「地域と職域で取り組むうつ病対策—自殺予防への提言—」
- ・本橋豊(内閣府参与・秋田大医学部長)「自殺対策の課題 地域の実情からの考察」
- ・生越照幸氏(弁護士)「職域における自殺・うつ病等の対策について」

第4回 3月11日(木) 外部有識者よりヒアリング

- ・袴田俊英氏(心といのちを考える会)
- ・五十嵐千代氏(富士電機リテイルシステムズ)「産業保健師からみた自殺・うつ病対策」
- ・藤藪庸一氏(白浜レスキューネットワーク理事長)

第5回 5月28日(金)

議題 自殺・うつ病等対策プロジェクトチームとりまとめ等について