

自殺・うつ病等の現状と今後のメンタルヘルス対策

厚生労働省 社会・援護局
障害保健福祉部 精神・障害保健課

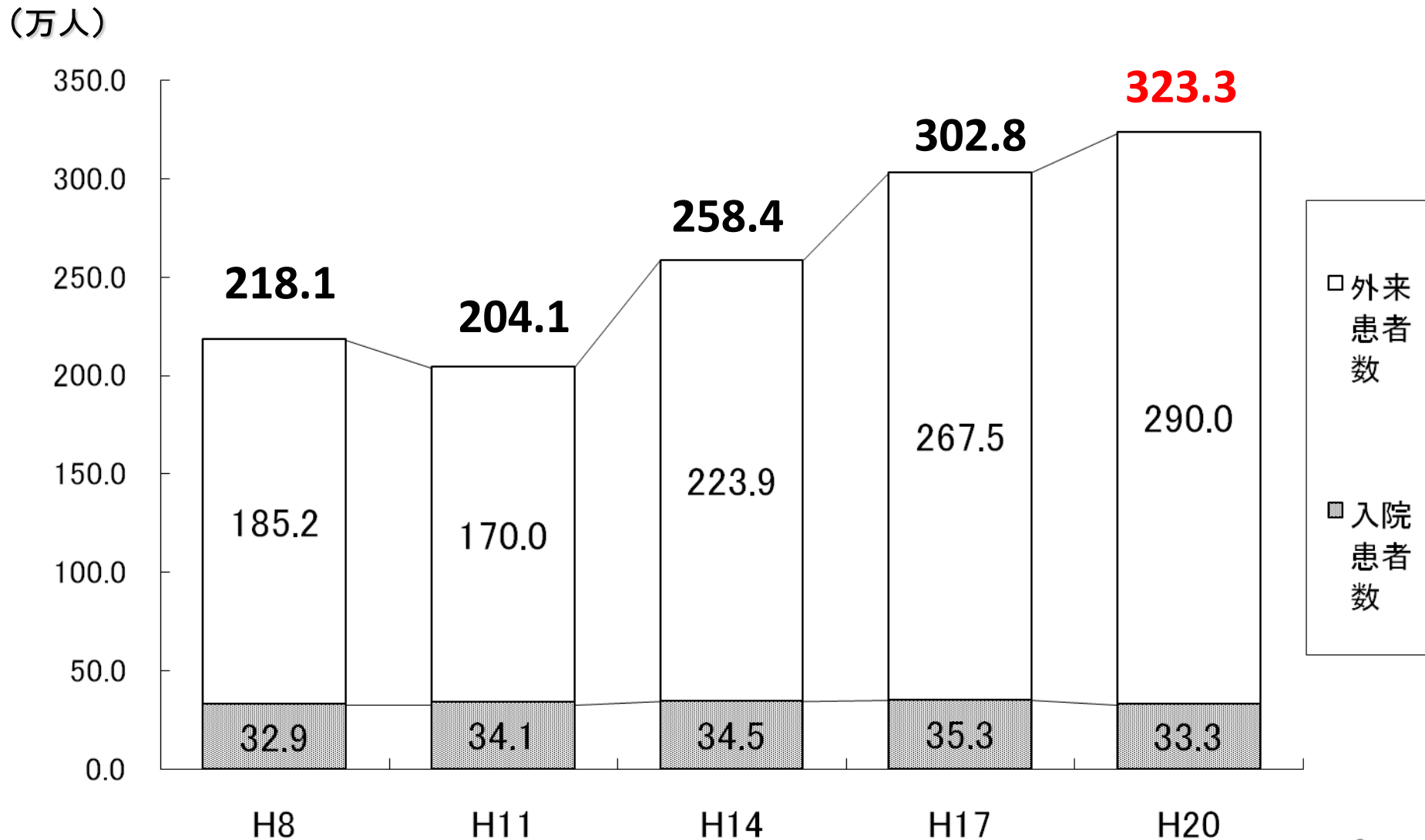


平成23年2月24日
地域・職域連携推進事業関係者会議

精神保健医療の現状

精神疾患の患者数

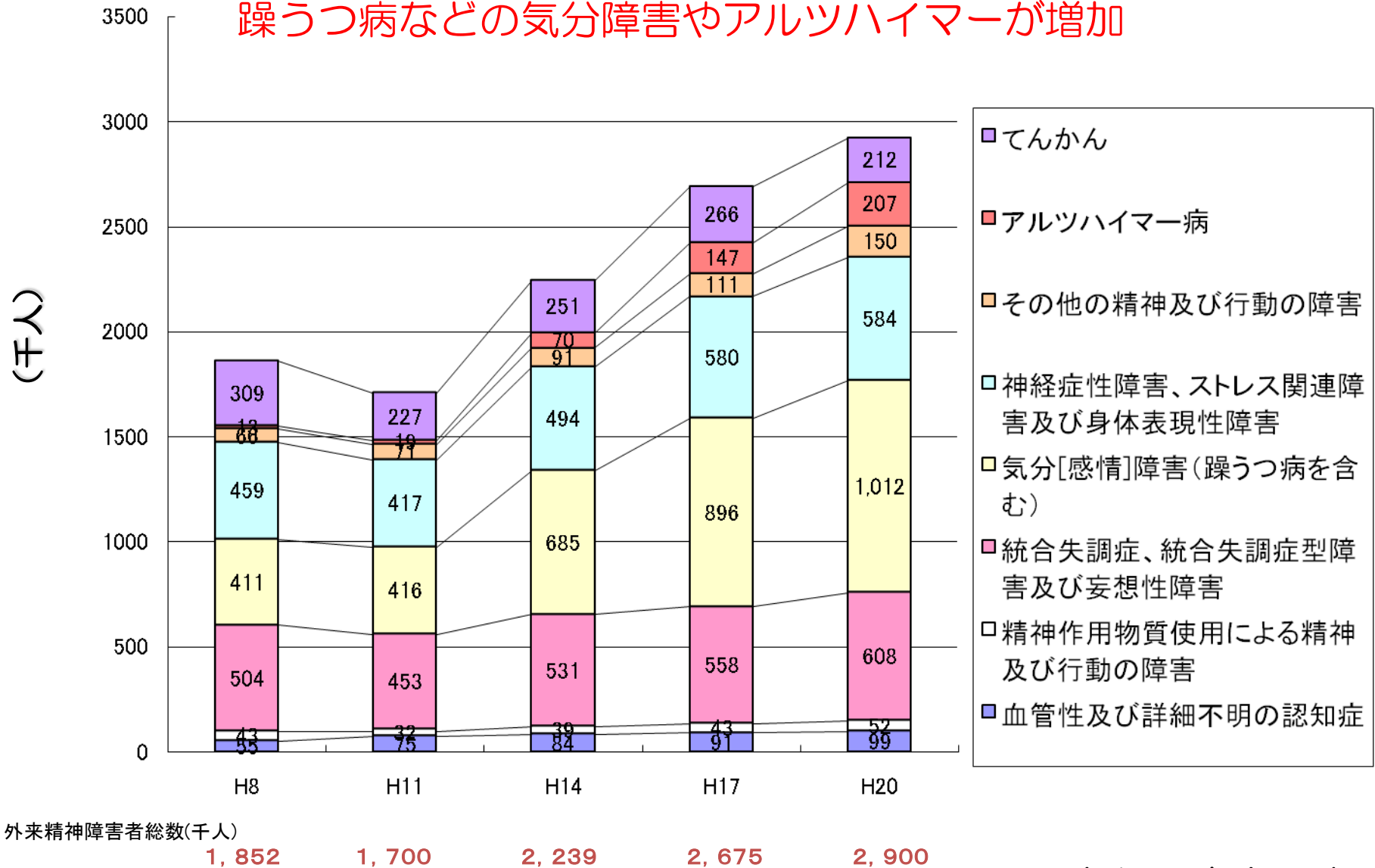
(医療機関にかかっている患者)



資料：患者調査

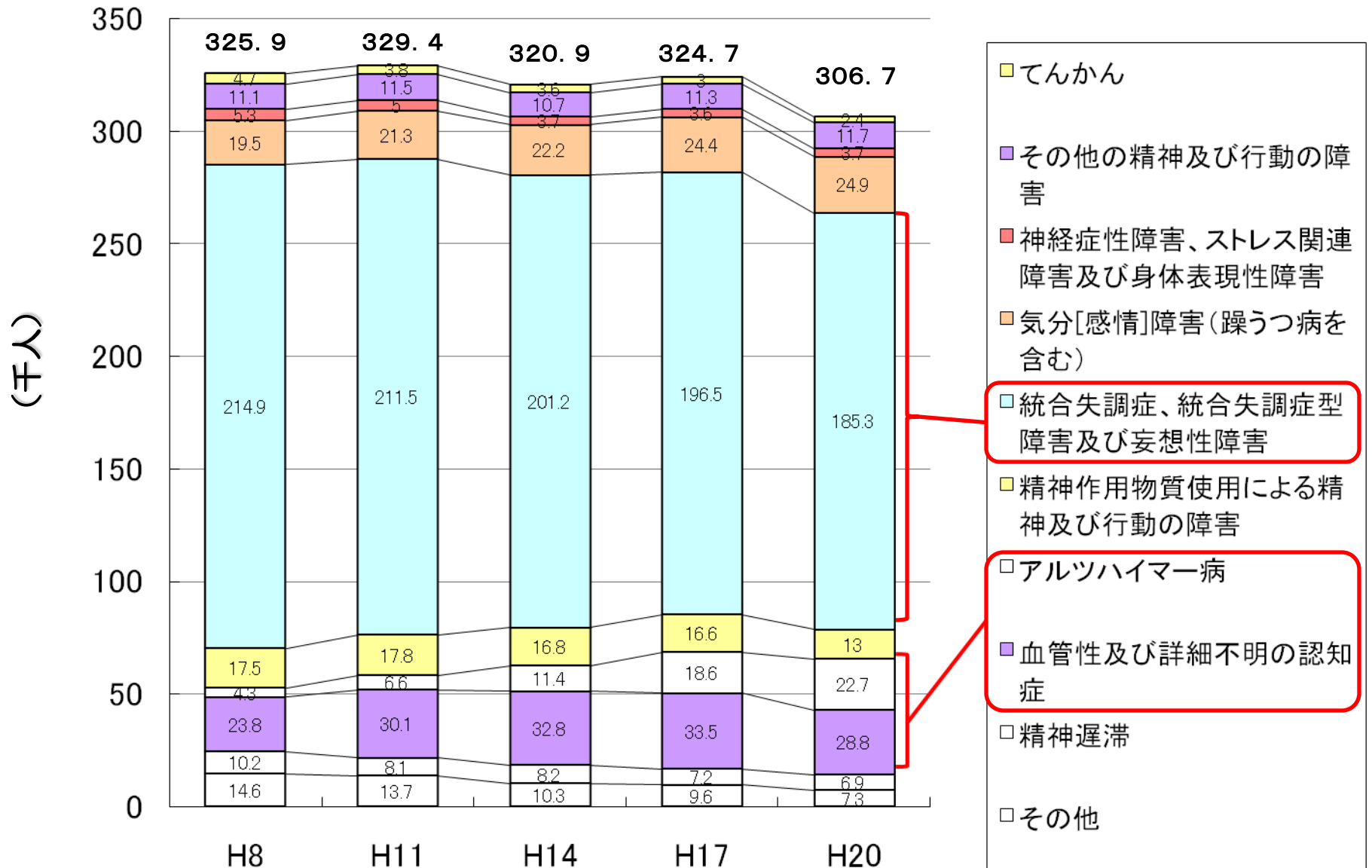
精神疾患外来患者の疾病別内訳

躁うつ病などの気分障害やアルツハイマーが増加



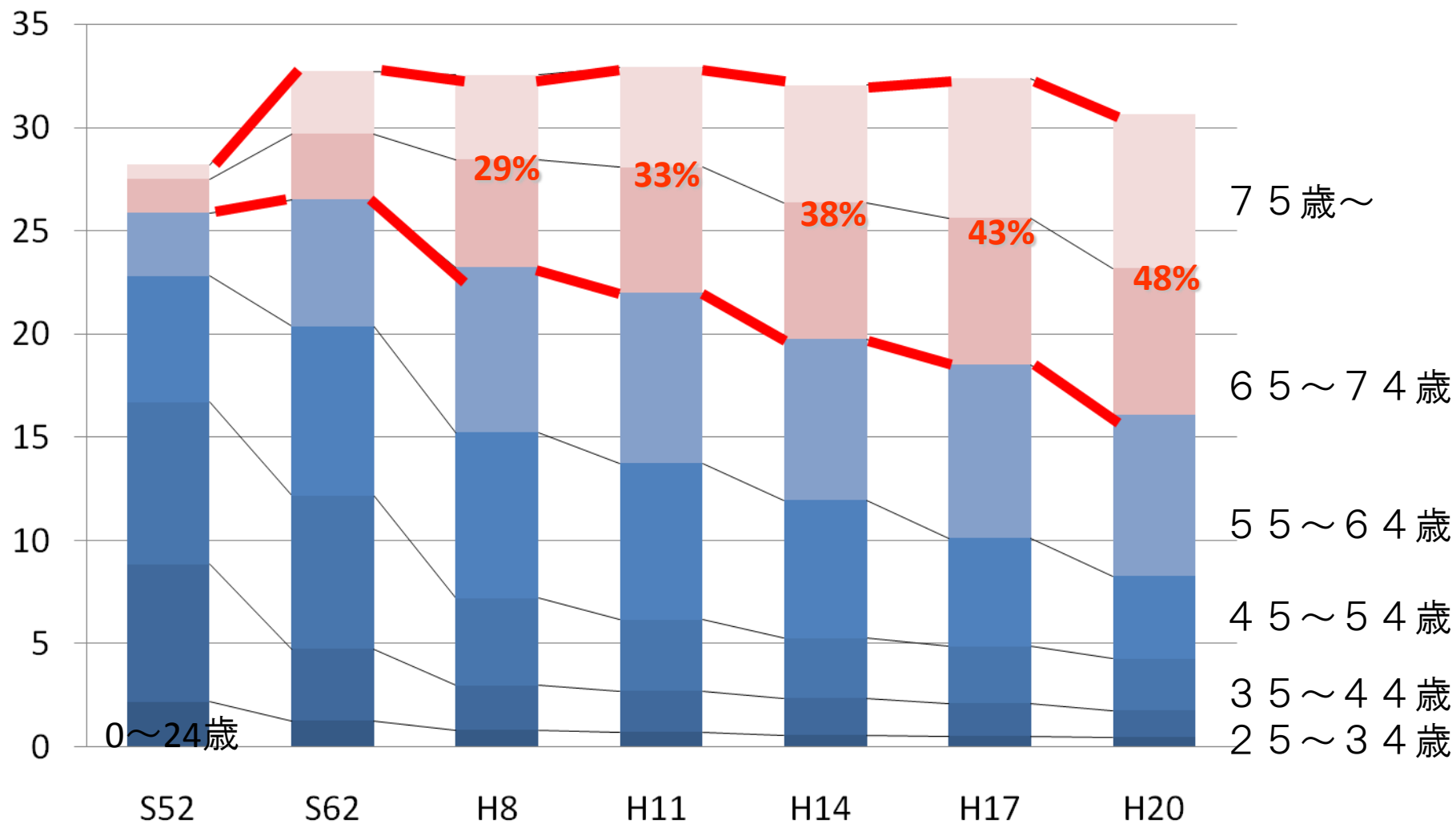
資料：患者調査

精神病床入院患者の疾病別内訳



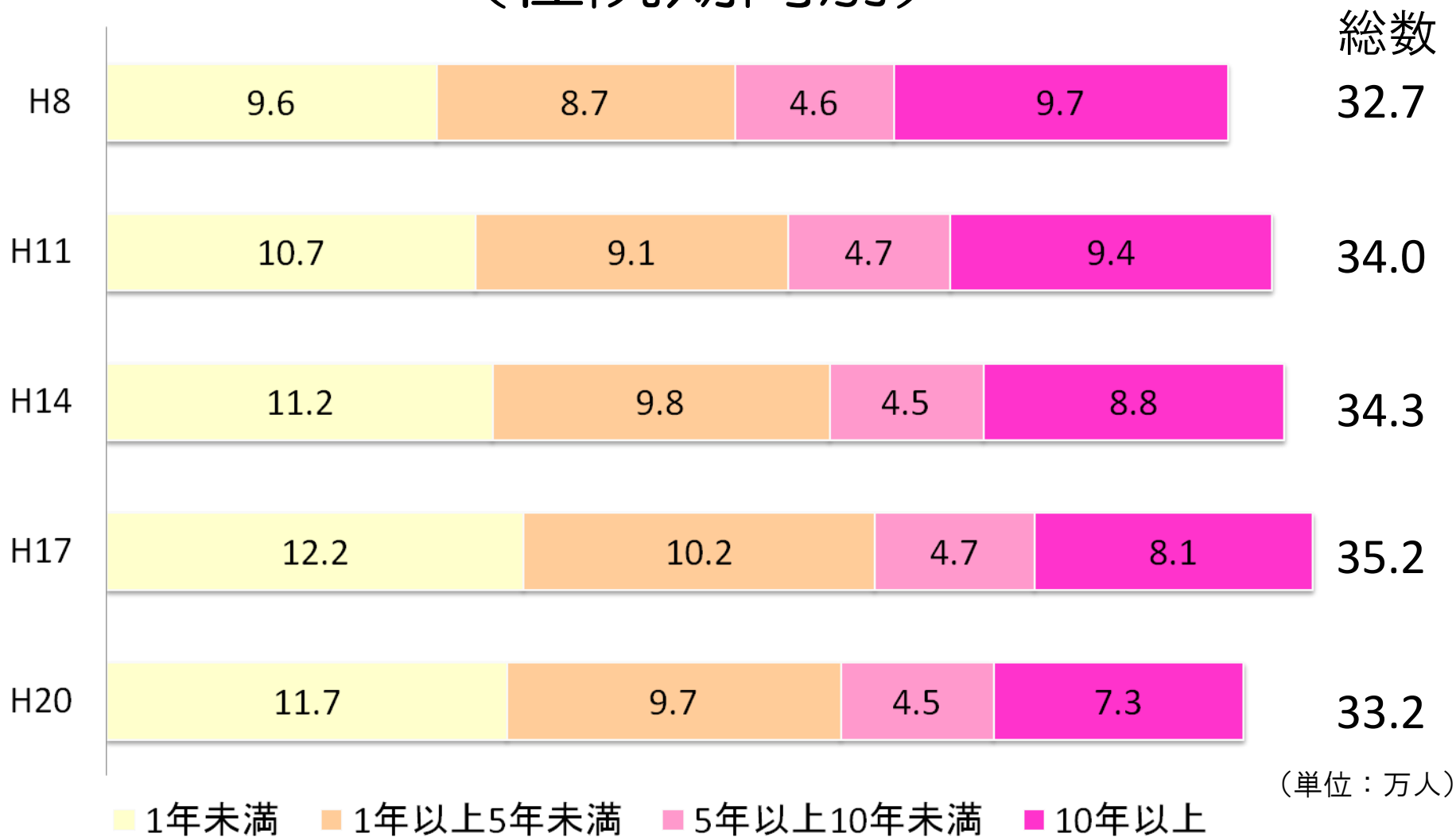
精神病床入院患者の年齢分布

(単位:万人)



資料：患者調査⁶₆

精神疾患による推計入院患者数 (在院期間別)



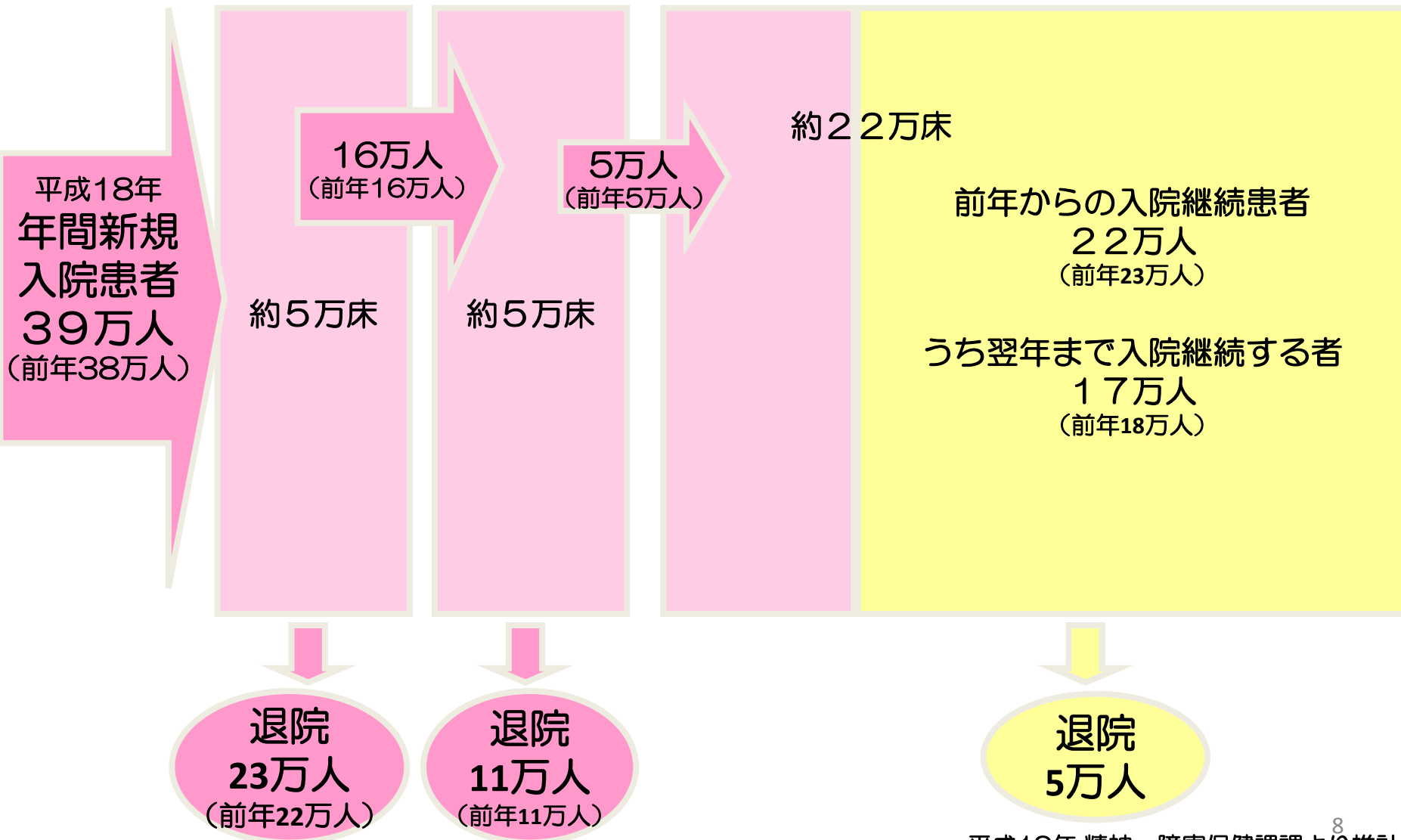
資料：患者調査

精神病床における患者の動態

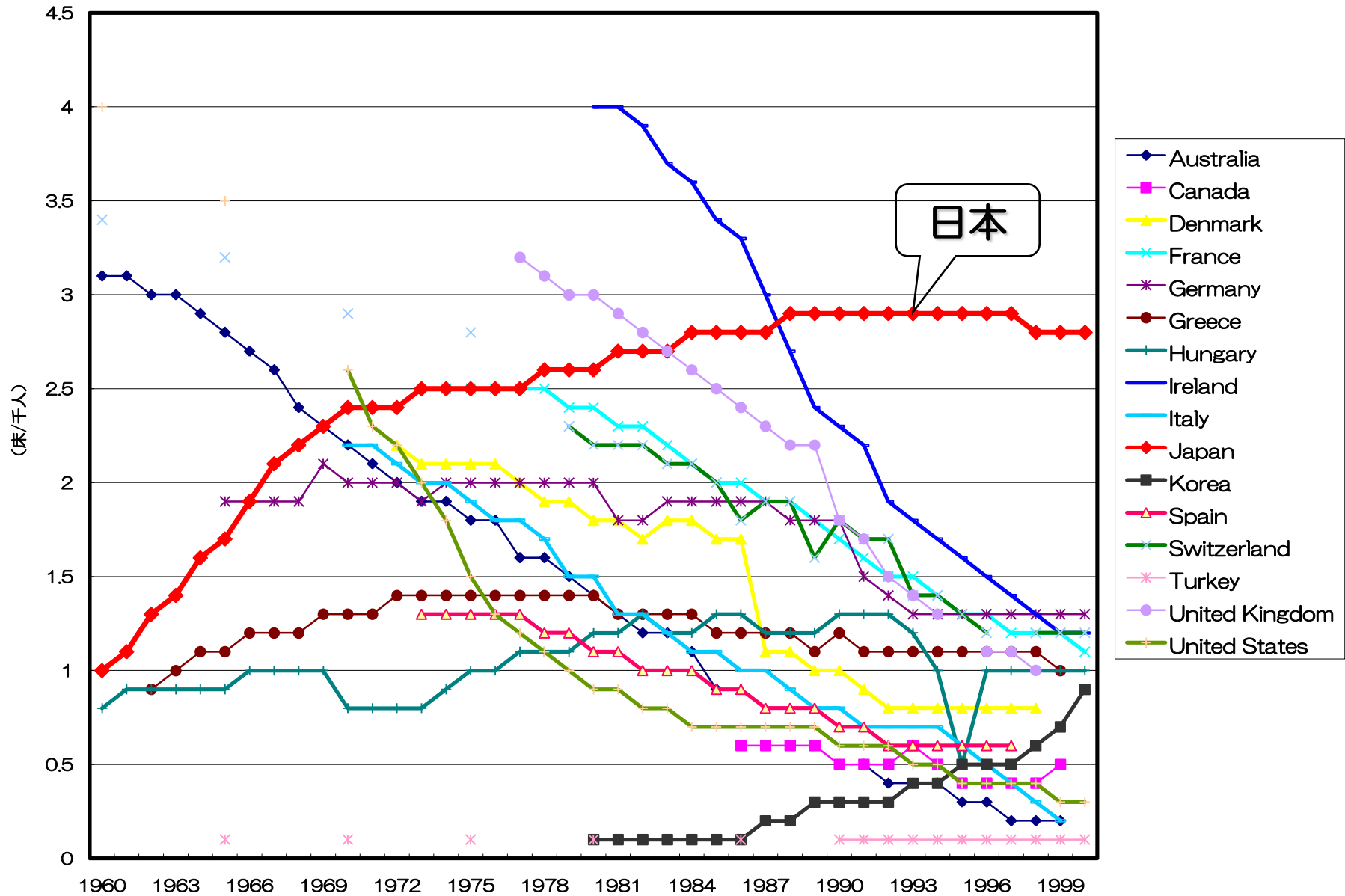
3ヶ月未満

3ヶ月以上
12ヶ月未満

12ヶ月以上



病床数（諸外国との比較）



資料：OECD Health Data 2002（1999年以前のデータ）
OECD Health Data 2007（2000年以降のデータ）

精神科医療従事者数の国際比較

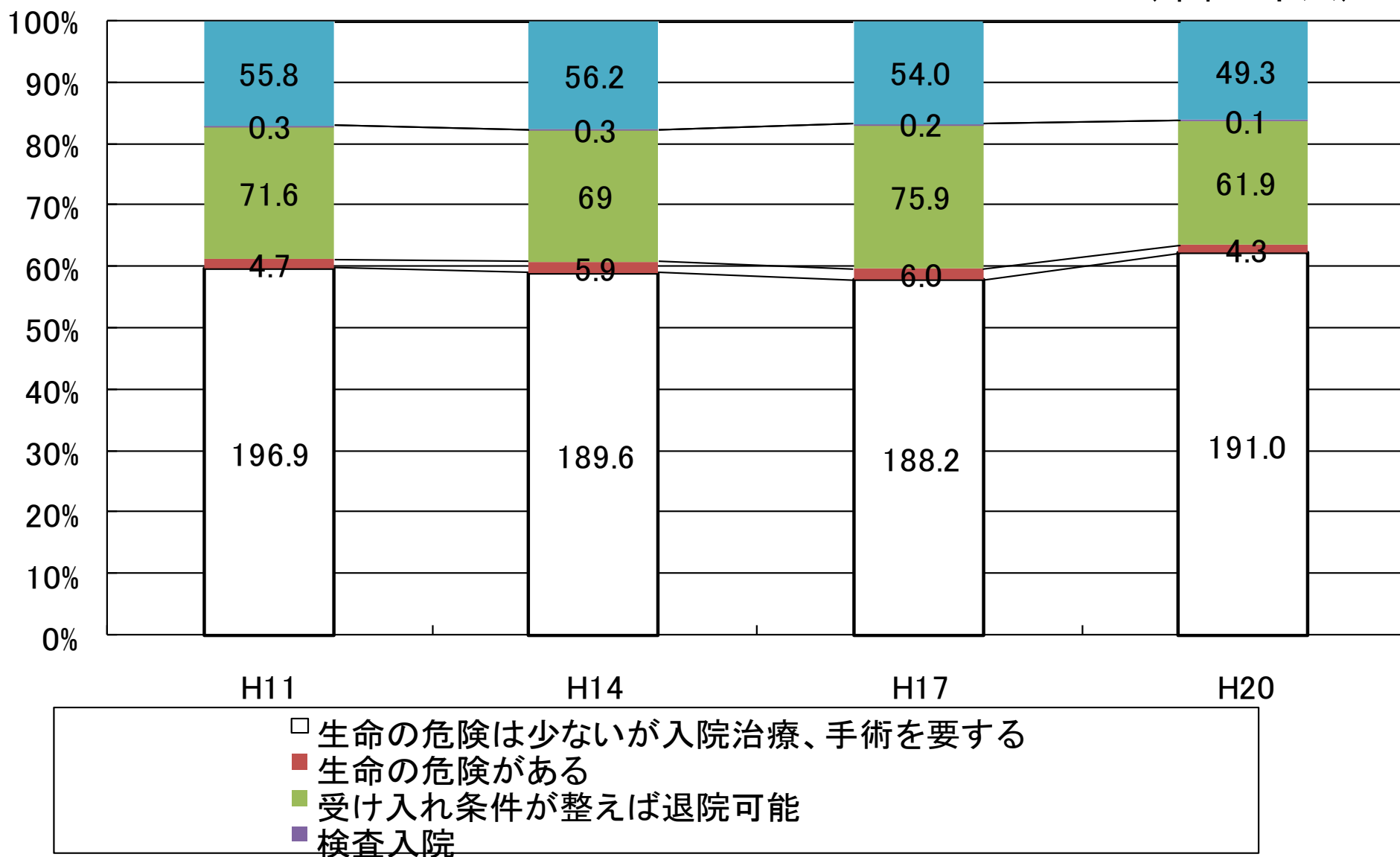
日本は病床数が多く、病床あたりの医療従事者は少ない

	精神病床 人口万対	精神科医師		精神科看護師		精神科ソーシャルワーカー	
		人口10万対数	1人当たりの 病床数	人口10万対数	1人当たりの 病床数	人口10万対数	1人当たりの 病床数
日本	28.4	8.0	35.5	59.0	4.8	5.0	56.8
アメリカ	9.5	10.5	9.0	6.3	15.1	33.6	2.8
イギリス	5.8	11.0	5.3	104.0	0.6	58.0	1.0
イタリア	1.7	9.0	1.9	26.0	0.7	2.7	6.3
カナダ	19.3	12.0	16.1	44.0	4.4	—	—
ドイツ	7.6	7.3	10.4	52.0	1.5	—	—
フランス	12.1	20.0	6.0	—	—	—	—
ロシア	11.8	11.0	10.7	54	2.2	0.6	196.7

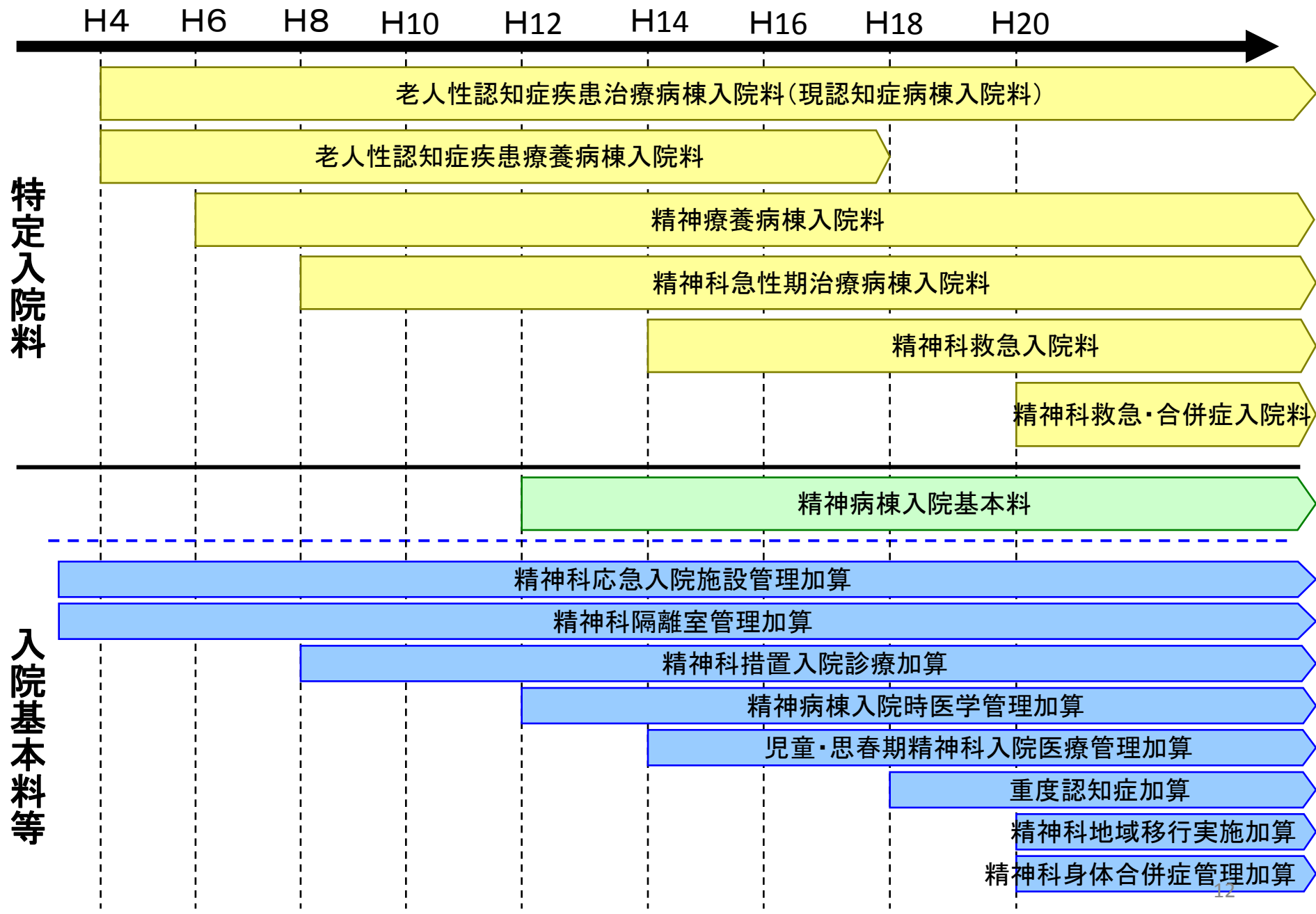
資料: Atlas country profiles on mental health resources, WHO, 2001

精神病床入院患者の状況

(単位:千人)



精神科入院医療に係る主な診療報酬の経緯



平成22年診療報酬改定の考え方

精神科医療の質の一層の向上を図るとともに、
「入院医療中心から地域生活中心へ」との基本理念を推進する。

急性期入院医療

✓手厚いマンパワーの評価

身体合併症

✓総合病院、精神科病院での
身体合併症対応への手厚い評価

専門医療

✓専門的で密度の高い治療への
手厚い評価

認知症

✓精神医療の役割の強化
✓かかりつけ医との連携促進

外来医療

精神療法

✓エビデンスの明らかな
精神療法等の評価

精神科デイ・ケア等

✓地域移行・発症早期の
手厚いケアの促進

慢性期入院医療

✓患者の状態に応じた評価
✓地域移行の促進

在宅医療

✓重症患者への
在宅医療の促進

平成22年診療報酬改定の概要＜精神科関係＞

急性期入院医療・身体合併症対応の充実

- 入院基本料13:1 の創設
- 入院基本料10:1 の在院日数要件の緩和等
- 入院基本料加算、精神科救急入院料、救急・合併症入院料、急性期治療病棟入院料の入院早期の引き上げ
- 精神科急性期治療病棟の対象病院の拡大
- 身体合併症管理加算の引き上げ

専門医療

- 児童・思春期精神科 ……加算の引き上げ
 - 強度行動障害
 - 重度アルコール依存症
 - 摂食障害
- 加算の創設

認知症

- 認知症治療病棟の急性期への重点化
- 認知症治療病棟退院調整加算 の新設

慢性期入院医療

- 精神療養病棟入院料の重症度別評価の導入
- 精神科地域移行実施加算の引き上げ
- 抗精神病薬の投与が2種類以下の場合の、非定型抗精神病薬加算の引き上げ

外来医療

精神療法

- 通院・在宅精神療法
病院・診療所の点数を統一
30分以上のものを引き上げ
- 認知療法・認知行動療法
診療報酬上の評価を新設

精神科デイ・ケア等

- 早期(1年以内)の加算の導入
- 食事提供加算の包括化

認知症

- 認知症専門診断管理料 の新設
- 認知症患者地域連携加算 の新設

在宅医療

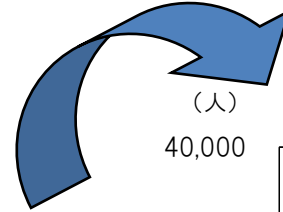
- 訪問看護ステーションにおける、重症患者への「複数名訪問看護加算」の新設
- 往診料の引き上げ

自殺の現状とうつ病

我が国の自殺死亡の推移

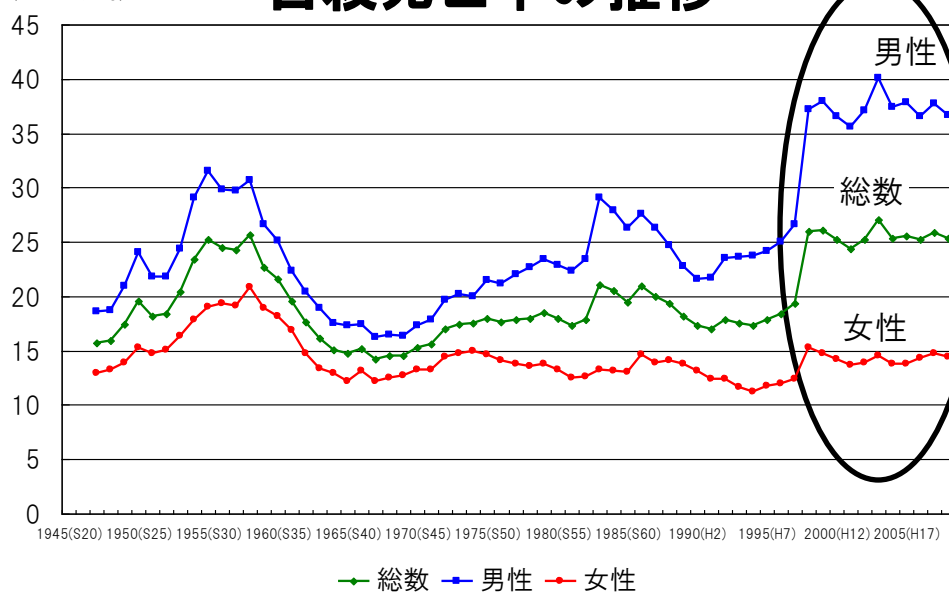
率を実数で見ると:

平成9(1997年)–10年(1998年)で男性が大幅増。以降3万人を超える死亡者数



自殺死亡率の推移

(人口10万対)



(人)

40,000

35,000

30,000

25,000

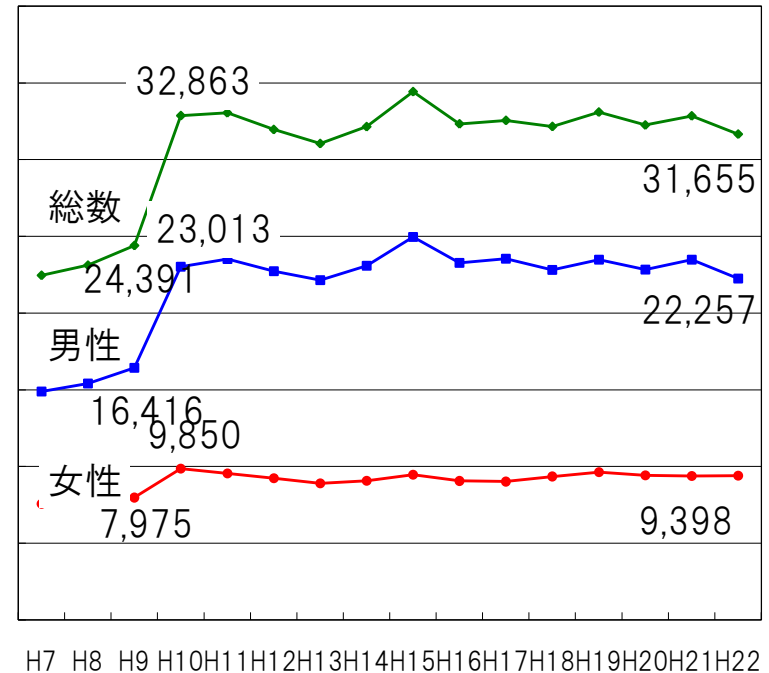
20,000

15,000

10,000

5,000

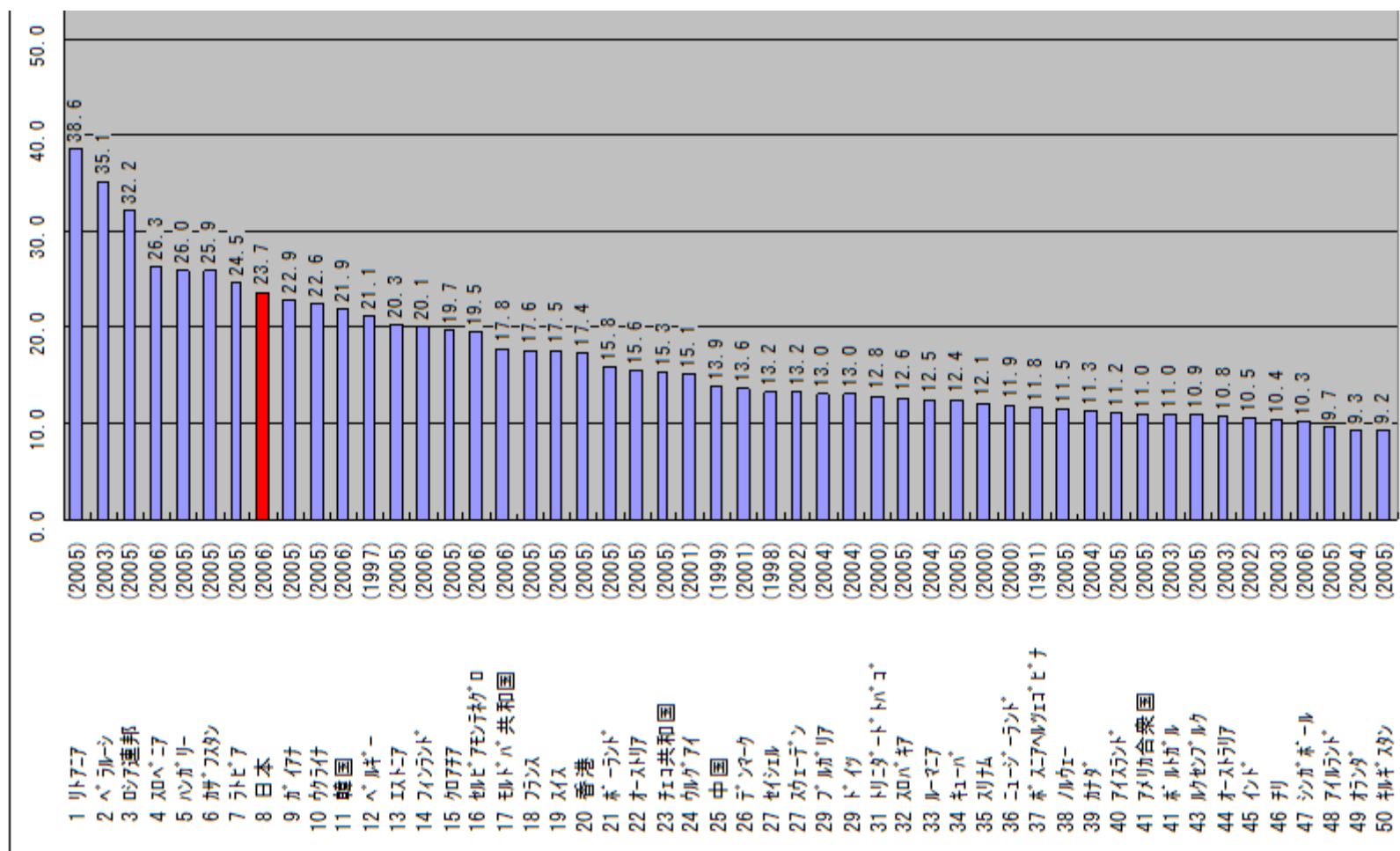
0



※自殺死亡率: 人口10万人あたりの自殺死亡者数

出典: 警察庁「自殺の概要」

自殺死亡率の国際比較(上位50カ国)



(H21年5月8日 内閣府自殺対策推進室資料より)

自殺対策に関するこれまでの経緯

- 平成18年の「自殺対策基本法」の施行を契機に、自殺対策の中心は内閣府に移管。
- 内閣府を中心とした推進体制の下、「自殺総合対策大綱」に基づく取り組みを、各省庁が実施。

H12年	健康日本21策定 ○2010年までに自殺者数を22000人以下とすることを目標
H13年度	厚生労働省で自殺防止対策費を予算化 ○相談体制の整備、自殺防止のための啓発、調査研究の推進等の対策を開始
H14年2月	自殺防止対策有識者懇談会報告「自殺予防に向けての提言」
H17年6月	自殺対策省内連絡会議を設置
7月	「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」(参議院厚生労働委員会)
9月	政府が自殺対策関係省庁連絡会議を設置
12月	「自殺予防に向けての政府の総合的な自殺対策について」取りまとめ
<u>H18年6月</u>	<u>自殺対策基本法成立(10月施行)</u>
10月	自殺予防総合対策センターの設置(国立精神・神経センター(東京都小平市)内)
<u>H19年6月</u>	<u>「自殺総合対策大綱」(閣議決定)</u>
H20年10月	「自殺総合対策大綱」一部見直し(閣議決定) 「自殺対策加速化プラン」の策定
H21年度	「地域自殺対策緊急強化基金」(内閣府 100億円)の設置
H22年2月	「いのちを守る自殺対策緊急プラン」の策定

(現状)

○H10年に**自殺者数が3万人**を超え、以降、10年連続で高い水準で推移

欧米の先進諸国と比較しても高い水準

○世代別の自殺の現状

- ・将来ある子どもの自殺や20代、30代のインターネット自殺が問題化
- ・心理的、社会的負担の大きい中高年男性が自殺者急増の主要因
- ・高齢者は、健康問題に加え、介護、看病疲れも課題

(基本認識)

◇**自殺は追い込まれた末の死**

- ・多くの自殺は個人の自由な意思や選択の結果ではなく、社会的要因を含む様々な要因が複雑に関係して、心理的に追い込まれた末の死
- ・自殺者の多くは、自殺の直前にうつ病等の精神疾患に罹患

◇**自殺は防ぐことができる**

- ・制度、慣行の見直しや相談・支援体制の整備という**社会的な取組**とうつ病等の精神疾患に対する適切な治療により予防が可能

◇**自殺を考えている人はサインを発している**

- ・家族や同僚の気づきを自殺予防につなげていくことが課題

基本的考え方

○**社会的要因も踏まえ総合的に取り組む**

- ・働き方の見直しや再チャレンジが可能な社会の構築、失業、多重債務等の相談支援体制の整備
- ・うつ病の早期発見、早期治療
- ・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偏見をなくす取組
- ・マスメディアの自主的な取組への期待

○**国民一人ひとりが自殺予防の主役となるよう取り組む**

○**自殺の事前予防、危機対応に加え、未遂者や遺族等への事後対応に取り組む**

○**関係者が連携して包括的に支える**

○**実態解明を進める**

当面、これまでの知見に基づき施策を展開

○**中長期的視点に立って、継続的に進める**

当面の重点施策

- 自殺の実態を明らかにする
- 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す
- 早期対応の中心的役割を果たす人材を養成する
- 心の健康づくりを進める
- 適切な精神科医療を受けられるようにする
- 社会的な取組で自殺を防ぐ
- 自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ
- 遺された人の苦痛を和らげる
- 民間団体との連携を強化する

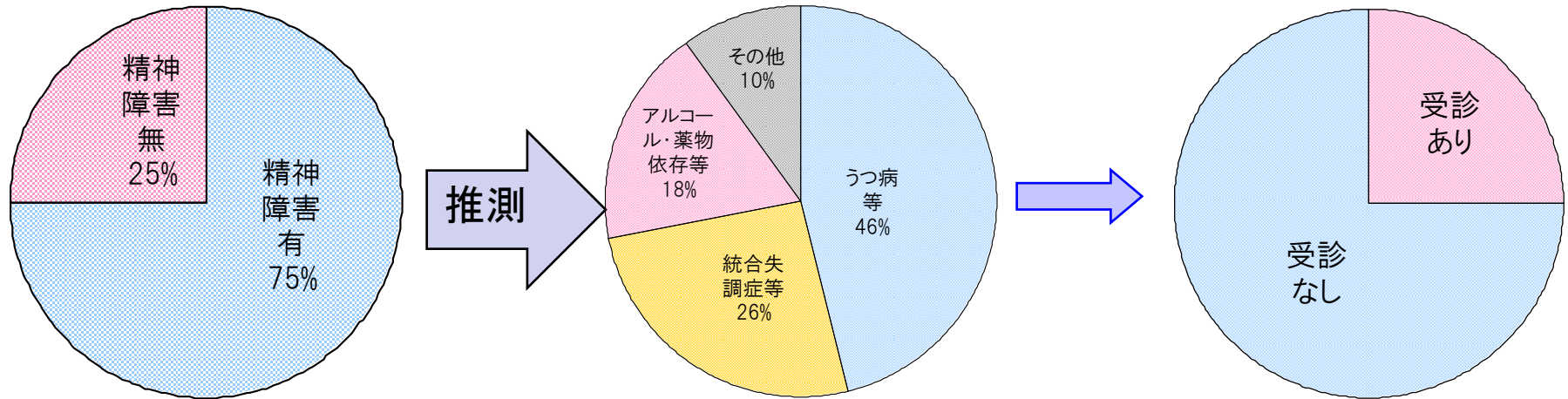
自殺対策の数値目標

- H28年までに、自殺率を20%以上減少
- なお、一人でも多くの自殺を考えている人を救うため、早期の目標達成に努力
- 目標達成の場合、見直し期間にかかわらず数値目標を見直す

推進体制等

- 特異事案の発生等の通報体制を整備
- 市町村における自殺対策担当部局等の設置を推進
- 評価見直しへの民間有識者の関与
- 5年後を目途に見直し

自殺の背景としての精神疾患



救急病院に搬送された
自殺企図者の
75%に狭義の精神障害

地域における自殺既遂者の
少なくとも90%に広義の
精神障害が認められ、そ
のうちの約半数がうつ病等

うつ患者は急増中。しか
し、4人に3人は医療機
関で治療を受けていない

自殺の危険因子としての精神障害
—生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討—
飛鳥井望(精神神経誌 96: 415—443, 1994)

心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究
主任研究者 川上憲人
(平成14年度厚生労働科学特別研究事業)

平成19年以降の警察庁統計における自殺の原因・動機

(平成19年から自殺の原因・動機は3つまで計上されている。)

	自殺者	原因・動機特定者											
			健康問題					経済・生活問題	家庭問題	勤務問題	男女問題	学校問題	その他
				うつ病	統合失調症	アルコール依存症	薬物乱用						
平成21年	32,845	24,434	15,867 (64.9%)	6,949 (43.8%)	1,394	336	63	8,377	4,117	2,528	1,121	364	1,613
平成20年	32,249	23,490	15,153 (64.5%)	6,490 (42.8%)	1,368	310	48	7,404	3,912	2,412	1,115	387	1,538
平成19年	33,093	23,209	14,684 (63.3%)	6,060 (41.3%)	1,273	295	49	7,318	3,751	2,207	949	338	1,500

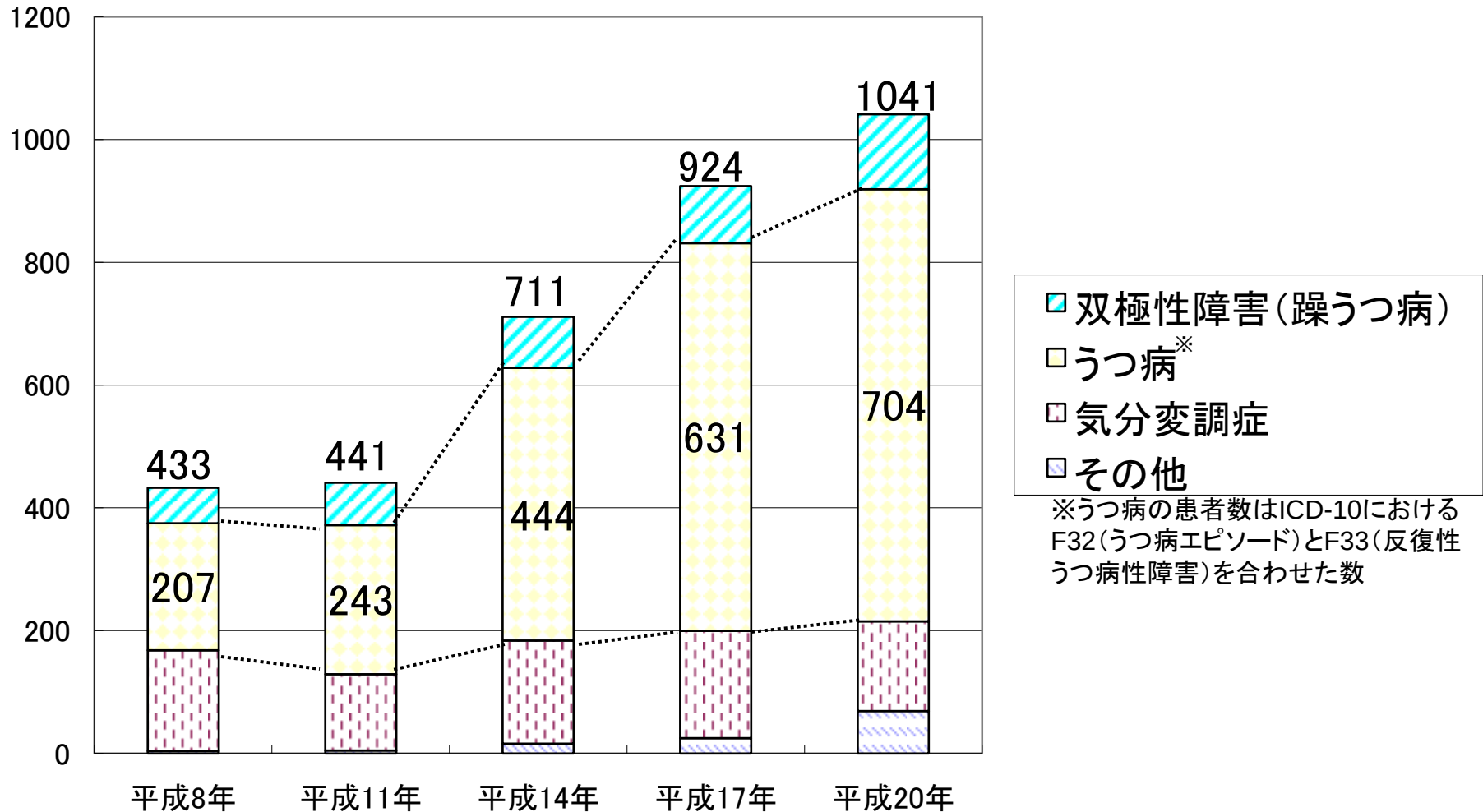
「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」 （心理学的剖検調査）の中間報告より （H21.9.8 自殺予防総合対策センターにおいて公表）

	青少年(30歳未満)	中高年(30～64歳)	高齢者 (65歳以上)
特徴と 問題点	●学校・家庭での様々な問題(不登校・いじめ・親との離別など) ●早期発症の精神障害による社会参加困難 ●精神科治療薬の誤用	●社会的問題(借金)を抱えた人の背景にアルコール問題 ➢アルコールによる不眠への対処 ➢アルコール問題とうつ病の合併 ➢アルコール問題に対する援助を受けていない	●精神科受診率が低い
介入ポ イントと 対策	●教育機関と保健機関・精神科医療機関との連携促進による早期介入 ●精神科治療薬の適正使用のための対策 ●精神障害者の家族支援	●地域保健・産業保健領域で、うつ病だけでなくアルコール問題も含めた、メンタルヘルスプロモーション推進 ●精神科医のアルコール問題に対する診断・治療能力の向上	●かかりつけ医のうつ病に対する診断・治療能力の向上、および精神科受診の促進

※ 「心理学的剖検調査」については、厚生労働科学研究(「心理学的剖検データベースを活用した自殺の原因分析に関する研究」(研究代表者:加我牧子 国立精神・神経センター精神保健研究所所長))により実施している。

気分障害患者数の推移

千人



平成20年のうつ病患者数は平成8年比で3.4倍となっている

医療未受診者も含めたうつ病患者数

世界精神保健(WMH)調査データによる国内のうつ病の有病率(数字は%、診断はICD-10)
※国内11地域において8,316人を抽出し、調査を行ったもの。

(性別)	生涯有病率			12ヵ月有病率		
	合計	男性	女性	合計	男性	女性
全てのうつ病エピソード	6.6	3.7	9.1	<u>2.1</u>	1.0	3.0

これを基にするとわが国の医療
未受診者も含めたうつ病患者の
推定値は250万人超となる。

生涯有病率:生涯に一度でもその疾患に罹る人の割合
12ヶ月有病率:12ヶ月間にその疾患に罹る人の割合

自殺・うつ病等対策 プロジェクトチーム

誰もが安心して生きられる温かい社会づくりを目指して ～厚生労働省における自殺・うつ病等への対策～

厚生労働省 自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム報告
(平成22年5月28日)

- 自殺者数は32,845人(平成21年)と深刻な状況
- 厚労省は、医療、福祉、労働、年金など、一生を支える責務を有し、自殺対策に重要な役割

自殺の実態の分析

＜様々な統計データの分析を実施＞

- 自殺には多くの要因が関連
- 自殺率の高いハイリスク者

無職者
離婚者など独居者
生活保護受給者
精神疾患患者

- 有職者の自殺率も上昇
- 地域・時節など様々な要因をとらえた効果的な対策が求められる

うつ病等の精神疾患

- うつ病の受診患者数の急激な増加
- 治療を受けていない重症者の存在
- 自殺の背景に、様々な精神疾患が関連することが多い
- 精神科医療の改革と診療の質の向上が求められている

今後の厚生労働省の対策 五本柱

柱1

普及啓発の重点的实施

～当事者の気持ちに寄り添ったメッセージを発信する～

柱2

ゲートキーパー機能の充実と 地域連携体制の構築

～悩みのある人を、早く的確に必要な支援につなぐ～

柱3

職場におけるメンタルヘルス対策・ 職場復帰支援の充実

～一人一人を大切にする職場づくりを進める～

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～

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～

柱 1

普及啓発の重点的实施

～当事者の気持ちに寄り添ったメッセージを発信する～

- 睡眠キャンペーンの継続的实施
- 当事者が相談しやすくなるようなメッセージの発信
- うつ病を含めた精神疾患に関するウェブサイトの開発
- 「生きる支援」の総合検索サイトの拡充
- 都道府県等に対する効果的な自殺対策の周知
- ハローワークにおける失業者への情報提供方法の充実

- うつ病にかかると、疲れているのに眠れない、夜中に目を覚ましてしまう、朝早くに目覚めてしまうなど、ほとんどの人が睡眠に障害をきたします。
- 2週間以上の不眠が、休日も含め毎日続くときは、うつのサインかもしれません。
- 「たかが眠れないくらいで」と思わず、疲れていても眠れない日が続くようでしたら、早めにかかりつけのお医者さんや専門機関へ相談してみてください。
- 周りの人から見ても、睡眠の問題には気づきやすいものです。まずは「眠れてますか？」の一言から、身近な方へ、声かけを行ってみてください。



精神疾患に関するウェブサイトの開設について

厚生労働省ホームページ内に、以下のサイトを平成22年9月10日に開設しました。

みんなのメンタルヘルス総合サイト

こころの不調・病気に関する説明や、各種支援サービスの紹介など、治療や生活に役立つ情報を分かりやすくまとめた総合サイト

<http://www.mhlw.go.jp/kokoro>



こころもメンテしよう～10代20代のメンタルサポートサイト～

10代・20代とそれを取り巻く人々(家族・教育職)を対象に、本人や周囲が心の不調に気づいたときにどうするかなど分かりやすく紹介する若者向けサイト

<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/youth>

(モバイル版)

<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/youth/mobile/index.xhtml>



心の病気を
調べる

症状から調べる

役立つ情報

政策の方向

専門的な情報

お知らせ

リンク

みんなのメンタルヘルス 総合サイト

～こころの病気・精神障害の方の治療・生活を応援する情報サイト～

目次



「こころの病気」を詳しく知ろう

うつ病、統合失調症、不安障害、パニック障害
強迫性障害、摂食障害、PTSD、アルコール・
薬物依存症など

[詳しい情報を見る▶▶](#)



「こんな症状」ありませんか？

気が沈む、どきどきして心細い
眠れない、リストカット
誰もいないのに声が聞こえる など

[詳しい情報を見る▶▶](#)



治療や生活に「役立つ情報」

医療機関を探す
精神科って？
上手に治療を受ける

医療費の軽減
生活費の支援
税金の控除について

福祉サービス
活動の場
安心の住まい

仕事に就きたい
職場での悩み
困ったときの権利

文字の大きさ 小 **中** 大

表示色の変更   

メンタルヘルスはここから始まる

～こころの健康を保つために～

[▶▶ 詳しい情報を見る ◀◀](#)

心の不調を感じている方へ

[詳しい情報を見る ▶▶](#)

柱2

ゲートキーパー機能の充実と 地域連携体制の構築

～悩みのある人を、早く的確に必要な支援につなぐ～

＜うつ病等の精神疾患にかかっている方を対象に＞

- 都道府県・市町村における精神保健体制の充実
- かかりつけ医と精神科医の地域連携の強化

＜主として、求職中の方を対象に＞

- ハローワーク職員の相談支援力の向上
- 都道府県等が行う心の健康相談等へのハローワークの協力
- 求職者のストレスチェック及びメール相談事業の実施
- 生活福祉・就労支援協議会の活用

＜主として、一人暮らしの方を対象に＞

- 地域における孤立防止等のための支援

＜生活保護を受給している方を対象に＞

- 生活保護受給者への相談・支援体制の強化

かかりつけ医心の健康対応力向上研修

・課題

若年者（児童青年）が統合失調症等の精神疾患を発症した際、早期に発見し専門医療機関に紹介した上で専門的に対応することで、将来の重症化の予防につながる。また、若年者において精神疾患は自殺の大きな要因となっており、若年者の精神疾患への対応は自殺予防としても極めて重要である。

しかし現状では、若年者の精神疾患に対する関係者の知識や支援人材の不足から、適切な対応がなされていない。このため、若年者の精神疾患に対応し適時適切に専門医療機関に紹介できる人材、専門医療機関で発症早期に適切に治療・支援ができる人材の育成が求められている。

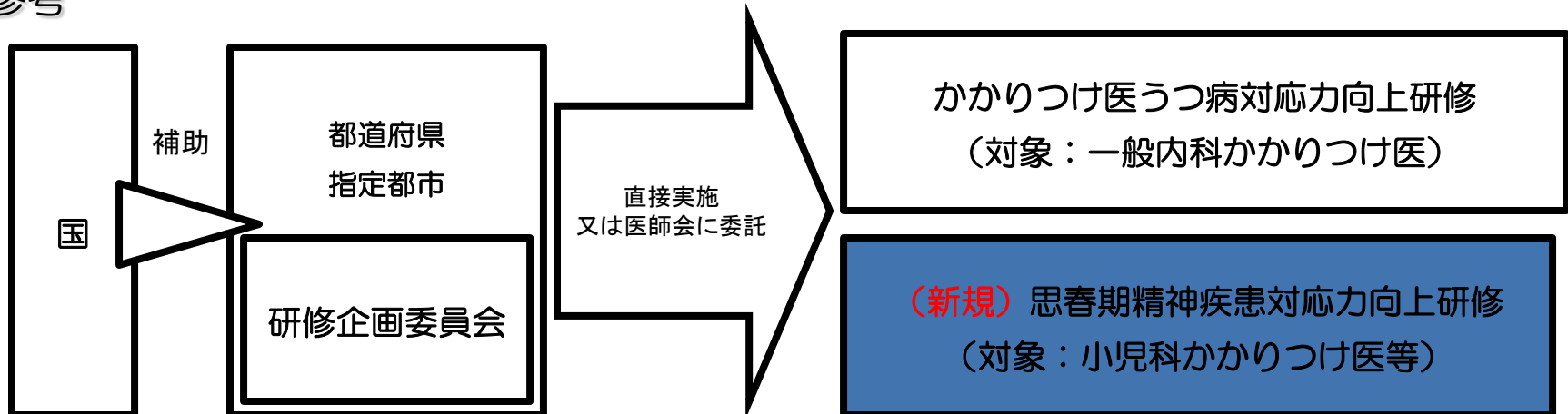
・対応

従来の「かかりつけ医うつ病対応力向上研修」に加え、若年者の診療に携わることが多い小児科かかりつけ医等を対象とし、若年精神疾患患者への早期介入を行う人材育成を目的とした「思春期精神疾患対応力向上研修」を実施する。

・研修内容

早期支援の概論、評価方法、家族支援、心理社会的支援、薬物療法 平成22年度予算額 91百万円

参考



失業者への総合的な支援体制

求職活動の円滑化

求職者の心の健康状態の改善

失業者の自殺の減少

ハローワークにおける求職者の専門的支援機関への誘導機能の強化

●求職者のストレスチェック及びメール相談事業の周知の強化

- ・ハローワークに来所する求職者自らがストレスチェックを行い、高いストレスがある場合に、メールで専門のカウンセラーに相談を行うことができる事業の周知の強化

●都道府県等が行う心の健康相談等へのハローワークの協力

- ・地域自殺対策緊急強化事業等による地方公共団体の取組みへの協力として、ハローワークにおいて、求職者への取組みの周知を行い、保健師等による心の健康相談（巡回相談）を実施

●失業者の孤立防止のための情報提供方法の充実

- ・ハローワークにおける地域の各種相談機関の連絡先等を取りまとめたリーフレットの配付等

●ハローワーク職員の相談支援力の向上

- ・メンタルヘルスに関する職員研修の充実等による職員の相談支援力の向上

●生活福祉・就労支援協議会の活用

- ・住居・生活支援アドバイザーが地域の相談機関等と円滑な連携を図り、総合相談窓口として機能するように、生活福祉・就労支援協議会を活用

失業者の心の健康確保に係る課題等

- 無職者の自殺死亡率は全体の自殺死亡率よりも高い。（35～54歳の年齢階級の男性では、有職者の約5倍）
- 自殺に至る失業者は、「失業→生活苦→多重債務→うつ→自殺」といった経路をたどるケースが多い。
- 求職者の中には、求職活動に不利になると考え、心の悩みを打ち明けることに強い抵抗感を持つ者が少なくない。

柱3

職場におけるメンタルヘルス対策・ 職場復帰支援の充実

～一人一人を大切にする職場づくりを進める～

- 管理職に対する教育の促進
- 職場のメンタルヘルス対策に関する情報提供の充実
- 職場におけるメンタルヘルス不調者の把握及び対応
- メンタルヘルス不調者に適切に対応出来る産業保健スタッフの養成
- 長時間労働の抑制等に向けた働き方の見直しの促進
- 配置転換後等のハイリスク期における取組の強化
- 職場環境に関するモニタリングの実施
- 労災申請に対する支給決定手続きの迅速化
- うつ病等による休職者の職場復帰のための支援の実施
- 地域・職域の連携の推進

職場におけるメンタルヘルスの体制

良好な職場環境の実現

不調者への適切な対応

労働者の自殺の減少

職場のメンタルヘルス対策・職場復帰支援

対策の充実

● 企業文化の醸成

- ・長時間労働の抑制等に向けた働き方の見直しの促進
- ・パワハラ防止等職場における良好な人間関係の実現に向けた取組の促進
- ・職場環境に関するモニタリングの実施

● 職場の体制整備

- ・定期健康診断を実施する際のメンタル不調者の把握とその後の対応の検討
- ・メンタルヘルスの専門家等を有する外部機関の活用と質の確保のための措置の検討
- ・メンタル不調に対応できる産業医等の養成
- ・中小規模事業場等の管理職に対する教育の促進

● 個人への対応

- ・労災申請に対する支給決定手続の迅速化
- ・うつ病等休職者の職場復帰の支援及び事業者の取組への支援の強化
- ・配置転換後等のハイリスク期における取組の推進
- ・地域保健との連携の促進

● 監督署による事業者への指導の充実

● メンタルヘルス対策支援センターによる支援の充実

● 情報提供の充実

既存の対策

- ・衛生委員会におけるメンタルヘルス対策に関する調査審議の義務化
- ・長時間労働者に対する医師による面接指導の義務化
- ・「労働者の心の健康の保持増進のための指針」の策定
- ・監督署による事業者への指導
- ・「職場における自殺の予防と対応」(自殺予防マニュアル)の策定
- ・「こころの健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」の策定
- ・メンタルヘルス対策支援センターによる事業者への支援
- ・メンタルヘルス・ポータルサイト「こころの耳」による情報提供

職場におけるメンタルヘルスの現状と課題

- 職業生活において、強い不安、ストレス等を感じる労働者の割合は約6割
- 精神障害等に関する労災請求件数は増加傾向
- 自殺者数は12年連続で3万人を超え、うち3割が「被雇用者・勤め人」
- メンタルヘルス対策に取り組んでいる事業場の割合は33.6%、特に事業場規模が小さくなるほど取組が低調。
- メンタルヘルス対策に取り組んでいない理由としては、「専門スタッフがいらない」(44.3%) 「取り組み方がわからない」(42.2%) が多い。

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～

- 精神疾患の未治療・治療中断者等へのアウトリーチの充実

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～

- 「認知行動療法」の普及等のうつ病対策の充実
- 自殺未遂者に対する医療体制の強化
- 治療を中断した患者へのフォロー体制の確立
- 精神保健医療改革の方向性の具体化

精神保健医療体制の課題と改革

医療の質の向上

生活の質の向上

自殺の減少

精神保健医療の改革

●うつ病等の早期発見の取り組み

- ・睡眠キャンペーン等による普及啓発
- ・かかりつけ医と精神科医との連携システムの構築
- ・相談支援やゲートキーパー機能の充実
- ・各地域の精神科医療資源を容易に検索できる環境整備
- ・生活保護受給者の相談・支援体制強化
- ・地域での孤立防止支援

●認知行動療法など治療法の向上

- ・うつ病治療に効果が期待される「認知行動療法」の質の向上と普及のための研修等の実施
- ・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充実

●アウトリーチの充実（訪問支援）

- ・未治療や治療を中断してしまった患者やその家族への訪問での医療や生活支援

●一般医療と精神科医療の連携

- ・自殺未遂者の再企図防止のため、「リエゾン診療」など救急医療と精神科医療の連携強化

●地域移行の推進

●精神病床の減少

●手厚いマンパワーの確保

精神保健医療の課題

入院医療
中心

薬物療法
中心

地域生活への
支援が不足

マンパワーが
手薄

身体医療との
連携が不足

- ・精神疾患での受診患者：320万人
うち気分障害（うつ病等）：104万人 【平成20年患者調査】
- ・多くの自殺の要因に、うつ病・統合失調症・依存症などの精神疾患

自殺未遂者・自殺者遺族ケア対策事業

平成22年度予算 18百万円

【自殺対策基本法】第17条 自殺未遂者に対する支援／第18条 自殺者遺族に対する支援

自殺未遂者・自殺者遺族ケアに関する検討会(H18.12-H20.3)

「自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関するガイドライン作成のための指針」の公表

平成20年度厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業

「自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究」

自殺未遂者ケア・自死遺族ケアに関するガイドラインを作成

- 自殺に傾いた人を支えるために―相談担当者のための指針―
- 自死遺族を支えるために～相談担当者のための指針～
- 自殺未遂者への対応―救急外来(ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き
- 精神科救急医療ガイドライン 自殺未遂者対応(H21.12公表)

<<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/index.html>>

平成20年度から

自殺未遂者ケア研修

救急医療や精神医療で働く医療従事者等を対象に、自殺未遂者の再度の自殺を防ぐための入院中及び退院後の心理的ケアを中心に、ガイドラインに基づいた研修を開催する。

平成22年度開催

一般救急版 3回開催

精神科救急版 1回開催

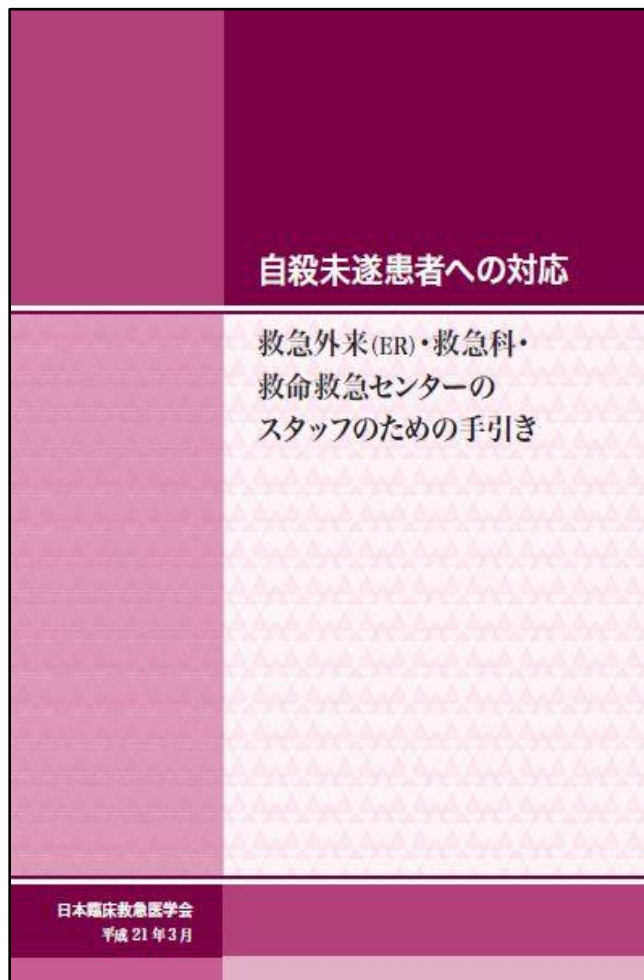
自死遺族ケアシンポジウム

自死遺族の支援にあたる者等を対象に、自死遺族の苦痛を和らげるための心理的ケアを中心に、ガイドラインに基づいたシンポジウムを開催する。

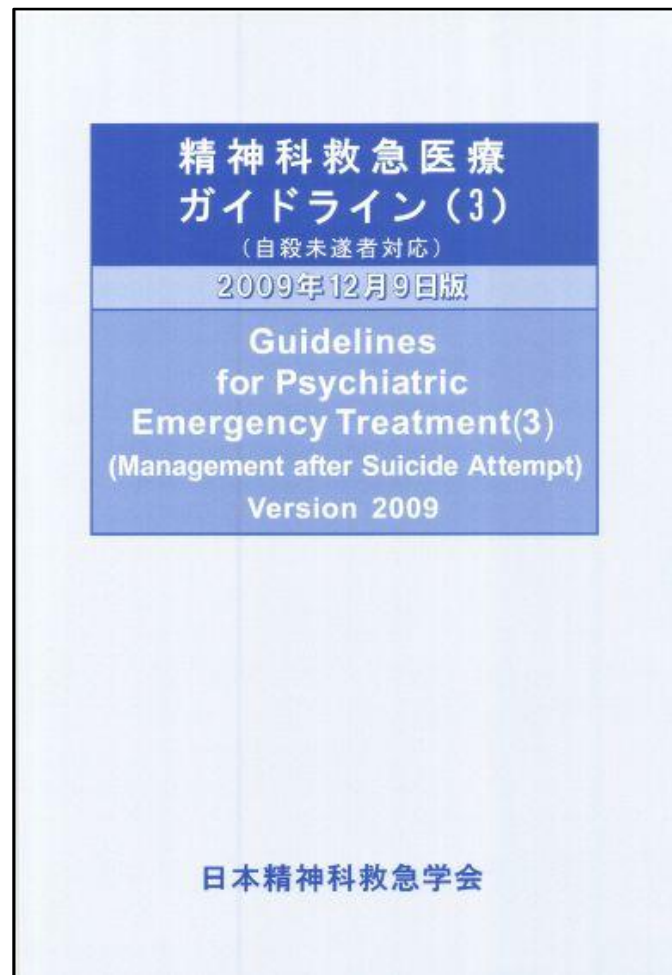
平成22年度開催

1回開催

自殺未遂患者への対応
～救急外来(ER)・救急科・救命救急
センターのスタッフのための手引き



精神科救急医療ガイドライン
自殺未遂者対応



自殺防止対策事業(H21年度～)

平成22年度予算 112百万円

【実施目的】

民間団体の相談活動などの取組は、多くの自殺の危機にある人を援助しており、自殺予防対策を進める上で不可欠であるが、こうした取組は、善意の寄付、熱心なボランティア、企業の社会貢献事業に支えられている状況にある。このような自殺対策における先進的な取組を行う民間団体に支援を行うことにより、自殺対策を一層推進する。

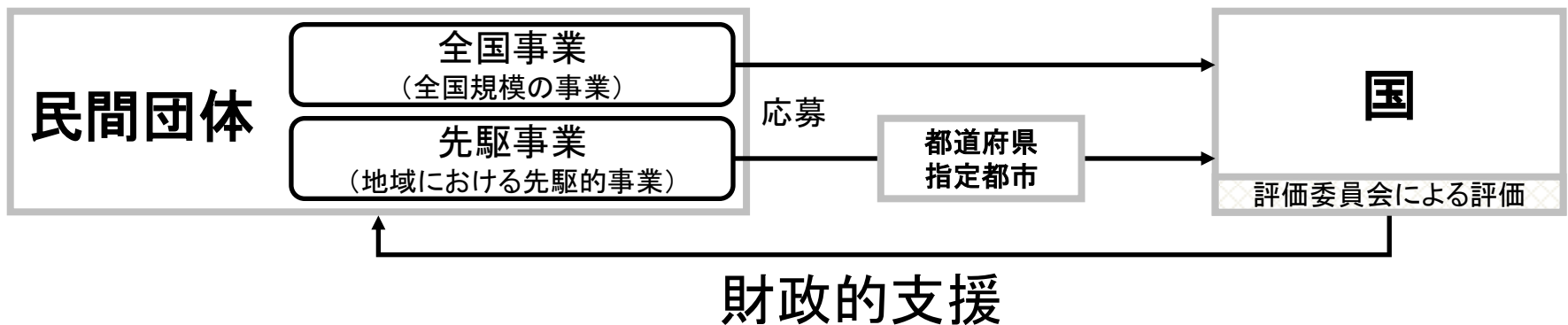
【事業概要】

民間団体の行う先進的な自殺防止対策事業として、全国規模で行われる自殺防止対策事業(全国事業)、地域において先駆的に行われる自殺防止対策事業(先駆事業)のそれぞれに財政的支援を行う。(補助率10/10)

※本事業における「全国事業」は全国30以上の都道府県で行われる事業。

【実施方法】

- ① 民間団体からの事業の応募
(「全国事業」は直接厚生労働省に応募、「先駆事業」は都道府県・指定都市を通じて厚生労働省に応募)
- ② 学識経験者等で構成する評価委員会を設置し、評価委員会において事業計画等を評価の上、補助団体を決定
- ③ 補助決定した民間団体において事業を実施



平成22年度 採択予定団体数

(平成21年度採択団体

全国事業:若干数、先駆事業:10団体程度

全国事業:1団体、先駆事業:12団体)

地域自殺予防情報センター運営事業(H21年度～)

平成22年度予算 130百万円

【事業概要】

都道府県・指定都市に地域自殺予防情報センター(精神保健福祉センター、保健所など)を置き、①自殺対策連携推進員(仮称)及び自殺対策専門相談員(仮称)の配置や、連絡調整会議の開催により、関係機関のネットワークを強化し、地域の自殺対策の向上を図る、②地域における自殺対策に関する人材を育成するための研修会を行い自殺未遂者・自死遺族等に対して、適切な支援が提供される体制を整備する。

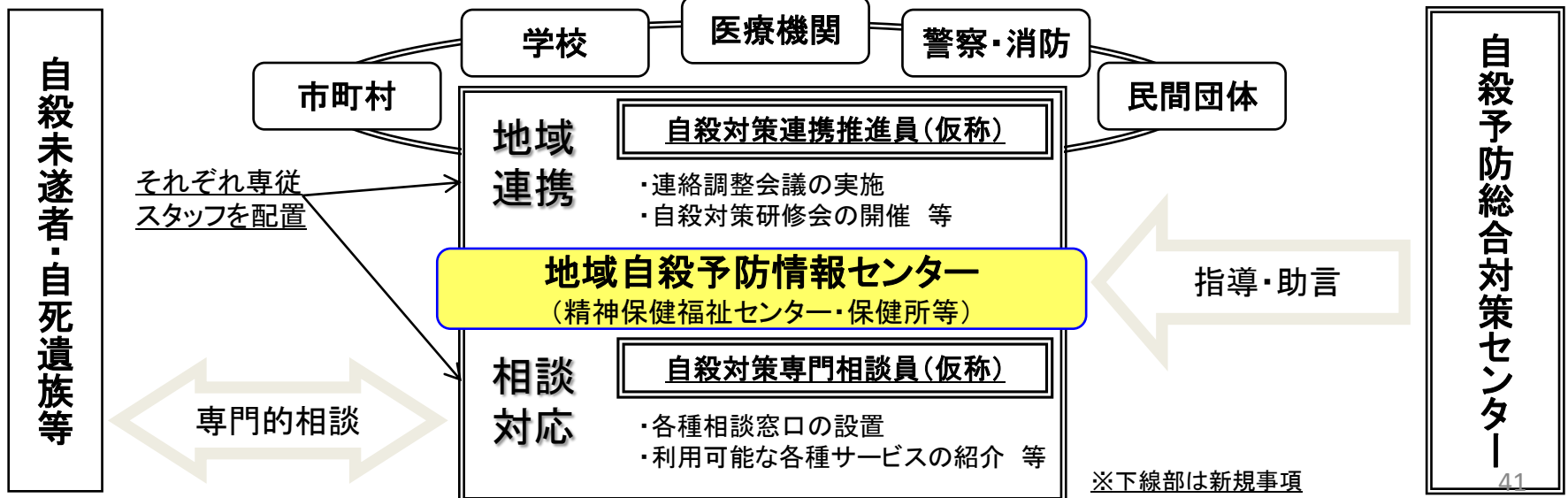
【現状の課題と対応】

本事業について、従来の「自殺対策調整員」1名の配置では、地域連携体制の構築と相談対応という地域自殺予防情報センターに求められる役割を十分に果たすことが困難という課題があった。

このため、平成22年度からは、地域自殺予防情報センターに求められる役割に合わせて、

- ・自殺対策連携推進員(仮称) : 連携担当
- ・自殺対策専門相談員(仮称) : 相談担当

の2名を配置することとし、地域でのきめ細やかな対応が可能となるよう、地域自殺予防情報センターの機能の充実・強化を図ることとする。



うつ病に対する医療等の支援体制の強化

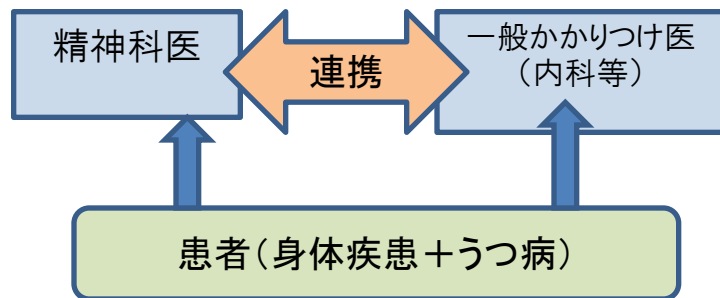
- 平成8年に約43万人だったうつ病患者が平成20年には約104万人と、12年間に2.4倍と増加の一途をたどっており、より効果的な治療対策が急務となっている。

平成22年度補正予算

精神科医療の質の向上を図るために研修と医療機関の連携体制構築を実施(22年度～23年度、内閣府の自殺基金の積み増し 7.5億円)

精神科医と一般かかりつけ医の連携強化

- 地域レベルでの定期的な連絡会議の開催
 - ・一般医でうつ病患者を発見したときの日常的な連携体制の構築
 - ・ケーススタディ
- (具体的な事業内容:連携内容の検討、確認紹介等の連携事業の実施)



精神医療関係者への研修

- 精神医療関係者への研修により診療・支援についての質の向上を図る。
- 特に向精神薬の過量服薬の防止についての徹底を図る。

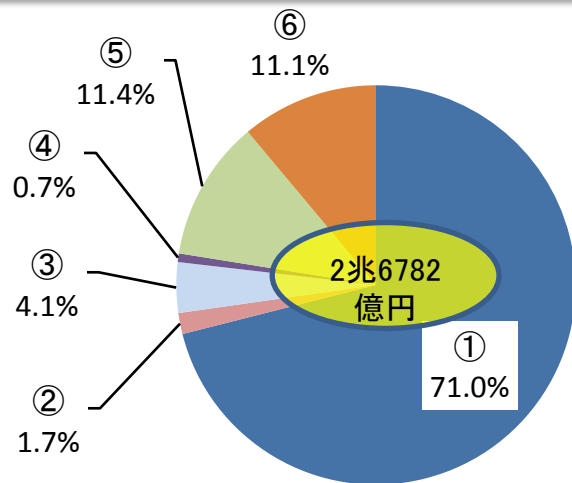
(対象)
精神科に係る医師、看護師、薬剤師等
(研修内容)

- ・うつ病の診断・治療
- ・うつ病患者の支援方法
- ・薬剤の処方 等

○服薬状況の情報収集

自殺・うつ対策の経済的便益(自殺・うつによる社会的損失)の推計の概要 (国立社会保障・人口問題研究所社会保障基礎理論研究部 金子能宏氏・佐藤格氏)

自殺やうつ病がなくなった場合、経済的便益の推計額は単年で約2兆7千億円



◆単年の推計額は、その年に自殺で亡くなった方が亡くならずに働き続けた場合に得ることが出来る生涯所得の推計額(①)と、うつ病によってその年に必要となる失業給付・医療給付等の減少額等(②～⑥)の合計

- ①自殺がゼロになることによる稼働所得の増加(1兆9028億円)
- ②うつ病による自殺と休業がなくなることによる労災補償給付(労災年金を含む)の減少(456億円)
- ③うつ病による休業がなくなることによる賃金所得の増加(1094億円)
- ④うつ病がきっかけとなって失業することがなくなることによる求職者給付の減少(187億円)
- ⑤うつ病がきっかけとなって生活保護を受給することがなくなることによる給付の減少(3046億円)
- ⑥うつ病がなくなることによる医療費の減少(国民医療費ベース)(2971億円)

注)医療費削減額は国民医療費の精神疾患医療費総額(男女計)のうち、生活保護医療扶助の重複を除く額

自殺やうつ病がなくなった場合、2010年でのGDP引き上げ効果は約1兆7千億円

年	GDPの引き上げ額(兆円)		
	ケース2	ケース3	ケース4
1998	0.154		
1999	0.188		
2000	0.234		
2001	0.266		
2002	0.31		
2003	0.357		
2004	0.405		
2005	0.452		
2006	0.509		
2007	0.559		
2008	0.595		
2009	0.631		
2010	0.686	1.657	0.202
2011	0.732	1.978	0.244
2012	0.777	2.129	0.287
2013	0.821	2.254	0.329
2014	0.868	2.387	0.373
2015	0.919	2.53	0.42
2016	0.969	2.669	0.465
2017	1.018	2.808	0.511
2018	1.067	2.95	0.558
2019	1.119	3.097	0.605
2020	1.172	3.248	0.654

ケース2 1998年以後の自殺者数(約3万1千人)が、1998年以後も、1997年以前の自殺者数(約2万2千人)と同程度の水準で推移していたと仮定

ケース3 約3万1千人で推移している自殺者数が、2010年以降、ゼロになると仮定

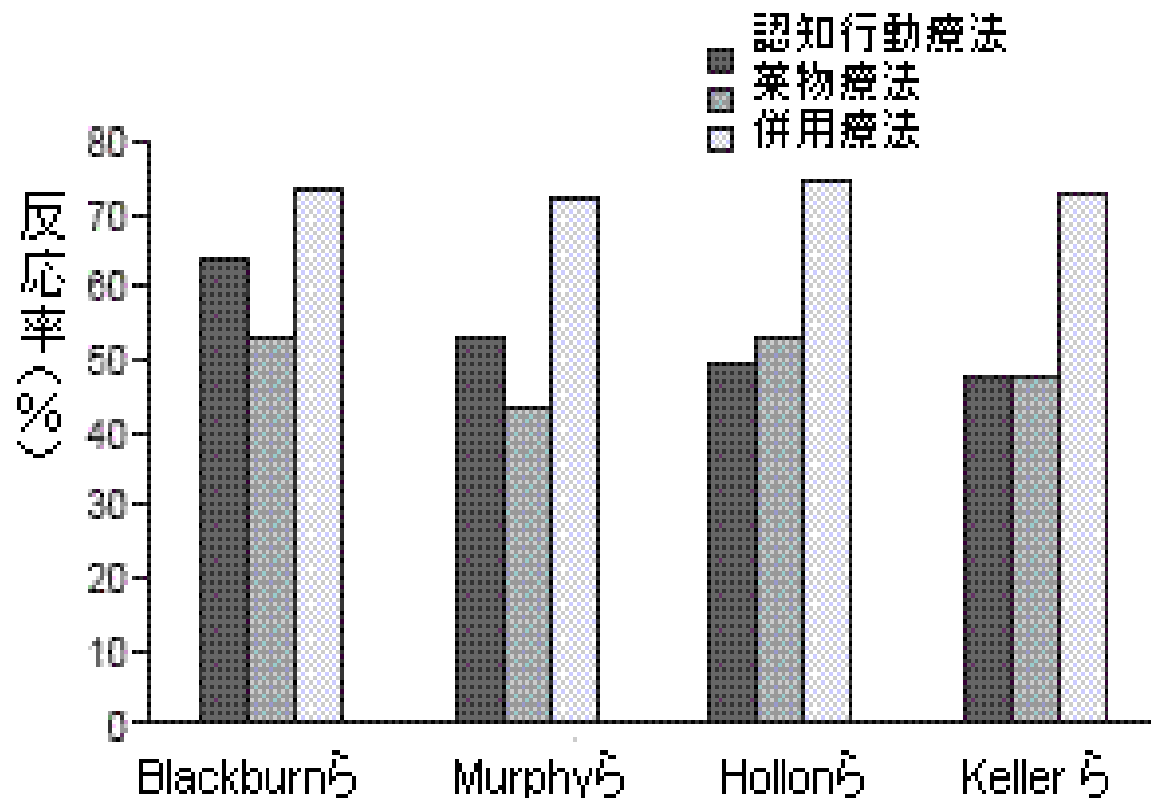
ケース4 約3万1千人で推移している自殺者数が、2010年以降、1997年以前の自殺者数(約2万2千人)と同程度の水準で推移すると仮定

左記の単年の推計による、②、④～⑥はこの推計には含まれない。

平成23年度予算要求 (認知行動療法、アウトリーチ)

成人うつ病に対する 認知行動療法と薬物療法の治療反応率

(Hollon et al., 2005から引用)



併用療法の効果の背景

- ①症状の改善や日常生活の機能改善による
- ②異なる治療法の併用により臨床改善がえられ、それが治療反応率を上げる
- ③精神療法が薬物療法の受け入れや忍容性を向上させることより、治療のアドヒアランスを引き上げる
- ④認知行動療法などの精神療法は長期間に渡っても再発予防に効果を示すことから維持治療に有効

データは、Blackburn et al., 1981; Murphy et al., 1984; Hollon et al., 1992; Keller et al., 2000による。

うつ病に対する認知行動療法

新

認知療法・認知行動療法 420点(1日につき)

[算定要件]

- (1) 気分障害の患者について、一連の治療に関する計画を作成し、患者に対して詳細な説明を行うこと。
- (2) 診療に要した時間が30分を超えた場合に算定し、一連の治療につき16回を限度とする。
- (3) 厚生労働科学研究班作成のマニュアルに準じて行うこと。

• 実施マニュアルの作成

- 厚生労働科学研究「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」においてマニュアルを作成
- 厚生労働省HPからダウンロード可
(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/kokoro/index.html>)

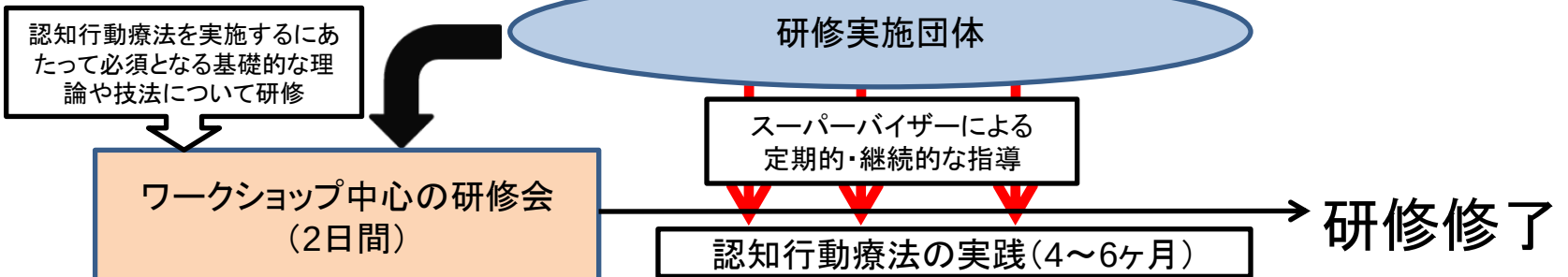
• 研修の実施

- 平成22年度から独立行政法人精神・神経医療研究センターにおいて実施者の養成研修を実施
- 平成22年度補正予算においても、研修事業を実施

【認知行動療法とは】

うつ病になりやすい考え方の偏りを、面接を通じて修正していく精神療法であり、海外ではうつ病等の精神疾患に対する有効性が示され、広く用いられている一方、国内では十分に普及しておらず、各方面から普及についての要望が出されている。

【目的】 うつ病治療において、認知行動療法を薬物療法と併せて実施することによって自殺のリスクを下げる事が知られており、認知行動療法を普及させることは自殺対策としての有用性が高いと考えられる。そのため、主に精神医療において専門的にうつ病患者の治療に携わる者に対し、その普及を図るための研修を行う。



研修課程は厚生労働科学研究「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」で作成中である、認知行動療法の研修マニュアルに沿ったものとする。

(22年度)
自殺予防総合対策センター((独)国立精神・神経医療研究センター)でのみ実施(運営費交付金)



(23年度)
3カ所で開催
(公募による補助金)

新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム

昨年9月の省内の有識者検討会の報告書などを踏まえ、今後の精神保健医療施策としての具体化を目指し、当事者・家族、医療関係者、地域での実践者、有識者の方々からご意見を伺うため、本年5月に、「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」を設置。（主担当：厚生労働大臣政務官）

○第1R:平成22年5月31日～平成22年6月17日

→来年度予算編成での具体化を目指し、アウトリーチ体制の具体化など地域精神保健医療体制の整備に関する検討を実施

○第2R:平成22年9月2日～平成22年12月15日（中間取りまとめ）

→認知症と精神科医療に関して検討を実施

○第3R:平成22年10月21日～

→保護者制度について検討を開始

（検討チーム HP）<http://www.mhlw.go.jp/shingi/other.html#syakai>

アウトリーチ支援実現に向けた考え方

【基本的な考え方】

- ① 「地域で生活する」ことを前提とした支援体系とする。
- ② アウトリーチ支援で支えることができる当事者や家族の抱える様々な課題に対する解決を、「入院」という形に頼らない。
- ③ 当事者・家族の医療に対する信頼を築くためには、最初の医療との関わりが極めて重要であり、医療面だけではなく、生活面も含め、自尊心を大切にする関わり方を基本とする。

【具体的な方向性】

- ① 当事者の状態に応じた医療面の支援に加え、早期支援や家族全体の支援などの生活面の支援が可能となる多職種チームであることが必要。
(→医師、看護師に加え、生活面の支援を行うスタッフを含めた体制作り)
- ② 財政面、地域における人材面の制約も考えると、できる限り現存する人的資源を活用するとともに、地域支援を行う人材として養成することが必要。
- ③ 入院医療から地域精神保健医療へ職員体制等を転換する観点から、アウトリーチ支援の実施を、医療機関が併せて病床削減に取り組むインセンティブとすることが望ましい。
- ④ 地域移行、地域定着を進める観点から、「住まい」の整備を併せて行うことが必要。
- ⑤ 各障害に共通した相談支援体制との関係を明確に整理し、障害福祉サービスや就労支援に向けた取組も円滑に利用できるようにすることが必要。

地域生活支援を要する精神障害者の多様な状態像

重症

④何らかの医療・支援を受けている重症者

・精神症状や障害が重度であるが、治療等の支援につながっており、医療・福祉サービスを受けて在宅生活を希望する者（入院を繰り返す者を含む）

①医療・支援を受けていない重症者

・未治療や治療を中断した重症者
・家族・近隣との重大なトラブルを起こしている者
・自傷・自殺企図や他害行為が想定される者
・食事など自らの生命の維持に必要な行為に支障をきたす者

⑥退院に向けた入院中の者

・精神科病院に入院しているが、病状が安定し、受け入れ条件が整えば退院可能な者

⑤地域生活を継続している者（①～④以外）

・症状が比較的落ち着いていて、医療や障害福祉サービスなどを自ら利用しながら地域生活を継続している者

②虐待・独居等、生活環境の困難を有する者

・精神疾患を有しており、家族等からの虐待を受けている者や、家族からの支援が得難く、医療や支援を受けていない者

③早期支援を要する者

・統合失調症等の精神疾患を初めて発症した者
・様々な精神的不調を訴え、精神疾患が疑われる者

軽症

支援が届いている

支援が届いていない

精神障害者アウトリーチ推進事業のイメージ

23年度要求額: 7億円
(特別枠: 定額補助)

★ 在宅精神障害者の生活を、医療を含む多職種チームによる訪問等で支える。

こころの総合支援チーム (想定されるチーム構成)



ピアサポーター
(当事者)



作業療法士



看護師

【対象者】

自ら専門機関に相談することができない者

- ・医療中断者、未治療者
- ・早期支援が必要な者
- ・ひきこもりの者等



精神科医



臨床心理技術者



相談支援専門員



精神保健福祉士

(都道府県) 《25都道府県で実施》

- ・医療法人等に事業委託
- ・事業運営に係る評価



家族等からの
相談

受付・受理

(地域の関係機関)

- ・保健所、市町村
- ・医療機関
- ・障害福祉サービス事業所
- ・介護保険事業所
- ・教育機関
- ・地域自立支援協議会等

対象者
の紹介

情報交換等
による連携



【特徴】・医療や福祉サービスにつながない段階からアウトリーチ(訪問)による支援を行う。
・精神科病院、地域活動支援センター等に専従の多職種チームを設置し、対象者及びその家族に対し支援を行う(24時間対応可能)。