

じた自殺対策が必要だと言われながら、地域の実情を分析するためのデータの入手を妨げるような法的な制限があり、そのために適切な手が打てないでいる。しかも、具体的にどのような対策をたてれば良いかについてのノウハウが全国的に共有されないまま、啓発中心の単発的な施策が打ち出されているのが現状である。厚生労働科学研究「自殺対策のための戦略研究」で得られた具体的な知見さえも十分には広報、共有されていない。

ライフステージ別の自殺対策という視点も重要である。自殺事例群の分析をもとにライフステージ別の自殺予防のための介入のポイントを検討した結果、青少年では、精神疾患に罹患したときの早期介入と支援、精神科治療薬の適正使用のための対策、家族支援が重要と考えられた。中高年では、アルコール関連問題についての社会の認知を高めること、断酒会等の自助グループの支援、一般医・精神科医のアルコール問題に対する診断・治療能力の向上が重要と考えられた。高齢者では、かかりつけ医のうつに対する診断・治療能力の向上、精神科受診の促進が重要と考えられた。

心理的剥換の症例対照研究の結果からは、問題のある借金、配置転換や異動に関する悩み、子供時代の虐待や暴力、家族・家族外の社会的交流の少なさ、日常生活の支障をとまなう身体的問題、睡眠障害、眠るためのアルコール使用、うつ病を含む精神疾患全般が、自殺対策を進めるうえで重要な視点として示されている。

4 専門医療の重要性

精神疾患が3大疾患であることはいくら強調してもしすぎることはないが、厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事（以下、厚労科研）「こころの健康の疫学調査に関する研究」のデータに基づいた試算によれば、2005年のわが国の経済損失は、大うつ病性障害だけで2兆1千億円に達する。当事者の心理的苦痛や家族の苦悩を含めると、その影響は計り知れない。

平成21年の「うつ病・うつ状態」による受診者数が増加して100万人を超えたことが話題になったが、この数字の解釈にあたっては、初診者数ではないこと、大うつ病性障害に限らないことを注意すべきである。つまり、慢性化して治療中の患者が増えていることや、双極性障害や軽症のうつ病が含まれていること、さらには、抗うつ薬を使用するためにうつ病という病名を使用する「保険病名」が含まれていること、などを勘案して検討しなくてはならない。このことも、早急に精神保健医療福祉改革を進めなくてはならない大きな理由になっている。

その一方で、精神疾患にかかっているが医療機関を受診していない人も多い。厚労科研「こころの健康の疫学調査に関する研究」によれば、気分障害、不安障害、物質使用障害の生涯有病率（これらの疾患のために生涯一度は受診が必要になる人の割合）は17%、つまり6人に1人と高く、とくに20～34歳では22%（4人強に1人）となっている。しかし、過去12カ月にこれらの疾患を経験した人が相談・受診行動をとった割合は17.5%と極めて低く、精神保健改革に裏づけられた精神疾患の啓発活動を行うことは必要である。

現状では、一般住民に対する啓発が不十分なこともあって、社会の理解が十分ではなく、社会的にも医療関係者の間にも、精神疾患に対する偏見が根強く残っている。診断および

治療に関しても、一定の指針が共有されないまま各医師の裁量に任されている部分が多い。しかも、外来で時間をかけて話を聴いて対策を考える時間的、人的余裕がない構造的問題が解決されないまま続いている。

精神科医師は不足しており、一人の精神科医が1日60人～100人を診療することが少なくなく、俗に3分診療と呼ばれる状態が恒常化している。また、都市部では、初診患者が予約を取るために2～3ヶ月待たないといけないことがある。

精神科医師の育成過程で、薬物療法の使用法に関する指針や認知行動療法など科学的根拠に裏づけられた精神療法に関する研修が体系だてて行われていないという問題もある。欧米では、治療の技能を向上させるために、精神療法などの面接内容を細かく吟味して指導するスーパービジョンが一般的に行われているが、わが国での研修過程ではほとんど行われていない。また、専門医の認定に当たっても現状では知識の確認に終わっており、ロールプレイなどで実際の診療能力を評価することは行われていない。

各医療機関の診療内容や治療成績も公開されおらず、治療を中断した患者の把握やそうした人のニーズの解析と支援が行われていない。家族支援もまったく不十分である。

精神科医以外の診療科の医師に関しても、精神疾患の診断と治療に関する教育が不十分であり、精神科医師と他科の医師との連携体制も整備されていない。精神疾患の診断に関しては、厚労科研「国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究」によれば、精神科以外の医師が診断で用いているのは、「伝統的・経験的診断」60%、「とくに使っていない」22%、「ICD-10」9%、「DSM-IV」6%と、国際共通の診断方法がほとんど使われていない実態が明らかになっている。

薬物療法に関しても、治療効果および使用方法に関する研究が不十分であり、それが向精神薬の不適切な使用につながっている面がある。1997年から2008年にかけて抗うつ薬の使用量は173億円から889億円へ、抗精神病薬は398億円から1069億円へと急増しており、抗不安薬も692億円から986億円へと増加している。こうした向精神薬に関して、効果を示すデータは治験によるものに限られており、それ以外の対照群を設定した大規模臨床研究はわが国では行われていない。また、多剤併用も一般的に行われているが、多剤併用の効果および弊害に関する系統的研究は存在していない。

薬物療法では、アドヒアランスが治療効率でもおよび医療経済的にも重要な課題となっているが、気分障害や不安障害に関する欧米の研究ではアドヒアランス率は5～7割とされている。わが国では、367人の大うつ病性障害患者を対象とした研究で、6ヶ月後には56%の患者が服薬を中断しており、そのうちの63%が主治医と相談なく服薬を中断していることが示されている。

精神療法と薬物療法の併用に関しては、海外で有用性が報告されている。わが国における精神療法の実施状況であるが、厚労科研「精神療法の実施と有効性に関する研究」によれば、わが国の医療場面での精神療法について、「十分に行われている」と答えた医療機関は約5%で、「若干できていない」と回答した医療機関を含めても25%弱でしかないことが明らかになっている。その理由としては、経済的理由とマンパワー不足が挙げられており、今後の精神科医療の質の向上には、診療報酬と研修体制の整備が不可欠である。

今後、科学的根拠のある精神療法を普及させるためにスーパービジョンを中心とした研



修を行うためには、適切な予算の裏付けが不可欠である。とくに、人材の育成には時間が必要であることから、単年度の予算ではなく、3年間ないしは5年間の複数年度に渡る予算措置を行い、年度ごとに達成度を評価する仕組みを導入する必要がある。

ちなみに、治療効果の科学的根拠が内外で最も多く報告されている認知療法・認知行動療法の研修を例に挙げれば、22年度の事業費は単年度予算で年間1千万円であるが、それに対して英国は、人口が日本の半分であるにもかかわらず、3年間363億円と、わが国の1千倍以上の予算を複数年度の計画を立てて投入している。

わが国では、精神疾患に関する先端的研究が遅れていることも大きな問題である。研究費を見ても、国民の健康損失に対する影響はがん全体よりも精神疾患全体の方が大きい（WHO 推計）にもかかわらず、がん対策のための研究費（文科省科研費と厚労省科研費）が年間150億円近いのに対し、同じ3大疾病に含まれる気分障害に対しては年間3.3億円と、40分の1に過ぎない。

研究体制に関しても、精神神経医療研究センター内の研究室は神経疾患関連のものが多く、精神疾患の病因を解明する研究室は極めて少ない。先端的研究を担うはずの大学病院の医師は多忙のため研究に時間を割くことができない。わが国では、疫学研究や社会精神医学的研究が遅れており、生物学的研究では、DNA および死後脳の研究の遅れがとくに目立つ。

<改革目標の設定>

1. 地域ネットワークの構築と精神保健医療福祉対策の充実

- ① こころの健康推進会議等、こころの健康を高めることを目的とした地域ネットワークの構築
- ② 地域特性に応じた対策が立てられるように、自殺対策に活用可能な地域で把握できるデータを活用できる体制の整備
- ③ 保健所機能の強化など、地域の精神保健福祉機能の回復
- ④ 現存するノウハウを各地域で共有できるような情報発信
- ⑤ 精神保健医療と自殺予防のための社会的取り組みの連携
- ⑥ ハイリスク者支援の充実（アウトリーチも含めて）
- ⑦ 地域保健と医療機関との連携の確立

2. 専門医療の充実

- ① 啓発等を通じた精神疾患に対する偏見の是正
- ② チーム医療による3分診療から30分診療への改革
- ③ 単剤処方普及（原則として同系統の薬剤は1種類とする）と向精神薬の乱用防止の積極的推進
- ④ 診断・治療指針の作成の根拠となる系統的レビューを継続的に行える基盤の形成（併存症治療指針を含む）
- ⑤ 第三者機関による薬物療法の効果に関する臨床研究と、それに基づくアルゴリズムの作成

- ⑥ わが国での科学的根拠によって効果が裏づけられた精神療法の普及
- ⑦ 総合病院の精神科の充実、自殺未遂者ケアモデルの全国の特設機能病院、高度救命救急センター等への普及など、自殺企図者の再企図を防ぐシステムの構築
- ⑧ 総合病院、大学病院、特設機能病院精神科への、臨床心理職およびソーシャルワーカーの専任配置
- ⑨ 広域での先端的研究活動を目的とした精神疾患の研究拠点の設置（全国に10ヵ所程度）と、複数の大学院からなる連携組織の構築
- ⑩ 家族支援の充実
- ⑪ 診療内容・治療成績のチェック機構の創設

3. 人材育成

- ① 実地研修主体の医学生、医師教育の整備
- ② 精神科以外の診療科の医師の実践的教育の充実と精神科医との連携の強化
- ③ わが国における科学的根拠に基づけられた精神療法の均てん化のため、複数年度にわたる計画の実施

4. 精神科医療を充実させるための高度な医療と研究の推進

- ① 診断・治療指針の作成の根拠となる系統的レビューの対象となる臨床研究を継続的に行える支援体制の確立
- ② 精神障害者及び生活困窮者の自殺危険性や自殺企図行動等の疫学調査研究の推進
- ③ 自殺企図者の再企図を防ぐシステムなどの自殺危険性を減じるための国家的介入の効果に関する研究の推進
- ④ 精神疾患の病因の解明と診断・治療の向上に資する先端的研究の推進とそのための研究リソース（DNA、死後脳）の整備

C. 問題解決のための根拠やエビデンス

1. 複合的地域介入の成果

平成17年度から行われた厚労科研「自殺対策のための戦略研究」地域介入班の活動から、こころの健康づくりネットワークの構築、一次予防、二次予防、三次予防、精神疾患へのアプローチ、職域へのアプローチの8つの柱からなる「自殺対策のための地域介入プログラム」を施行した結果、包括的、多面的な地域の自殺対策が不可欠であり、かつ可能であることが明らかになり、その方法論をまとめた資料が作成され、利用可能になった。

2. 自殺未遂者に対する救急介入の成果

「自殺対策のための戦略研究」救急介入班では、過去の自殺企図（未遂）がその後の自殺既遂の強力な危険因子であるという科学的根拠に基づき、自殺再企図防止の方略を開発する目的で研究が計画された。救急介入班の活動を通して、救急搬送された自殺企図者のその後のケアのモデルが示され、研究に参加した医療機関内での再企図予防の取り組みが活性化した。



3. 海外で実証された精神保健医療福祉対策による自殺予防効果とわが国の課題

英国では、精神保健医療福祉対策を充実させることによって、自殺者が減少してきていることなどから、自殺対策において精神保健医療福祉対策が重要な位置を占めることが明らかになった。

向精神薬の乱用防止について、精神科を受診することが、皮肉にも自殺に際しての手段・方法へのアクセスを高めてしまう側面があることは否めない。とりわけ危惧されるのは、近年、向精神薬の長期処方許可される状況になったことが、向精神薬の乱用や過量摂取を促進している可能性である。

かつて英国では、市販薬パラセタモール（アセトアミノフェン）を過量摂取する若年者が増加したが、このような事態に対し製薬会社が1箱に含まれる錠剤の数を減少させたところ、若年者の自殺は減少した。このように、自殺につながる手段・方法へのアクセスの制限は、すでに科学的根拠の確立した対策であることを強調しておく。

アルコール使用障害に関して言及すると、アルコール摂取そのものが自殺のリスク要因となる可能性を示す科学的根拠が既にある。

ロシアでは、ペレストロイカによるアルコール販売制限と自殺死亡率の減少のあいだの有意な正の相関が確認されており、一方、米国では、最低飲酒年齢を18歳から21歳に引き上げたことにより、若年者の自殺率が有意に減少したことが証明されている。

わが国では、大規模コホート研究から、日本人における1日当たりのアルコール消費量と自殺死亡率との関連を明らかにしており、アルコールを「飲まない」者と、1日「3合以上飲む」という者では、「時々飲む」という者よりも自殺のリスクが高いことを報告している。この結果からは、アルコールが直ちに自殺に直結するとはいえないものの、1日3合以上の多量飲酒についてはやはり自殺の危険因子であると考えられるべきである。

4. 専門医療と人材育成における科学的根拠

精神疾患の治療に関して、欧米では科学的根拠に基づきながら、当事者・家族や経済の専門家の意見を尊重しながら、薬物療法の標準治療を示すアルゴリズムや、各種の精神疾患に対する治療ガイドラインが作成されている。

精神療法に関しても認知療法・認知行動療法や対人関係療法など精神疾患に対する効果の科学的根拠が示されているアプローチが存在しており、とくに認知療法・認知行動療法はわが国でも効果の科学的根拠が積み重ねられつつあり、平成22年に診療報酬に収載された。

厚労科研の研究班は、この他に、うつ病に対しては、薬物療法と精神療法の併用療法が費用対効果のある治療法であることや、マニュアルをもとに、ロールプレイを含むワークショップに加えて、個別治療に対するスーパービジョンを用いた研修を行うことにより、一定の能力を持った精神療法家を育成することが可能であると報告している。

D. 具体的な改革案

1. データの有効活用のための環境整備

- ① 自殺対策のための死亡小票の2次利用の制限の緩和
- ② 自殺対策のための自殺者の死亡情報と関連情報等とのレコードリンケージの許可
- ③ 死亡検案書、死亡診断書のフォーマットの改善：精神疾患や自殺企図の既往の記載等
- ④ 全精神科病院における、未遂事例・既遂事例数の共通フォーマット記録
- ⑤ 各精神疾患自助グループと医療者のアカデミックな連携
- ⑥ 各地域における精神医療機関から福祉・心理・教育機関への定期的情報提供

2. 複合的な地域介入の推進

- ① 地域づくりと相談体制の充実：「自殺対策のための戦略研究」のノウハウの情報発信
- ② 精神保健分野以外の専門家との連携（例：経済的問題（負債）と精神疾患を抱える患者について、司法関係者との情報共有および支援のあり方についての検討）
- ③ 処方薬の適切な使用にむけた啓発
- ④ 地域や職場におけるアルコールの問題に関する啓発と酒害相談の実施
- ⑤ アルコール・薬物問題に対する精神科医の診断能力向上、ならびに、精神保健・精神科医療援助者の忌避的感情の低減、アルコール・薬物使用障害とその他の精神障害の合併も考慮した治療・支援体制の充実
- ⑥ 自助グループと連携した自殺予防活動の推進
- ⑦ 困窮者支援（精神疾患有病率の高さ、自殺関連行動が多いこと、異状死が多ことと自殺予防）

3. 地域における精神保健医療福祉対策の充実

- ① 偏見是正、早期発見早期介入、当事者・家族の支援のための啓発
- ② アウトリーチを中心とした地域ネットワークの構築と地域精神保健機能の強化
- ③ 地域における精神保健担当保健師の充実
- ④ 心のケアナースや薬剤師を含む相談の場の拡充
- ⑤ 医療機関と家族、地域の連携の支援
- ⑥ 当事者の了解のもと医療機関とメンタルサポートチームが連携、支援する

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
 - a. ガイドラインの作成はわが国における科学的根拠に基づいて行う
 - b. 上記作業を可能にするため、科学的根拠を系統的にレビューし、これを常に最新に保つ体制を整備する
 - c. わが国において継続的に科学的根拠を産出するために、臨床研究を支援するナショナルレベルでの臨床試験支援センターを整備する
 - d. ガイドライン作成に当たっては、医療者だけでなく、当事者・家族や経済学者などを加えパブリックコメントを求める



- e. ガイドラインには病状に応じた対応を明記する
 - f. 当事者・家族が治療の質を判断できるようにガイドラインを広く公表し、問題がある場合には相談できる機関を明らかにする
 - g. ガイドラインに準拠した治療が行われていることを診療報酬の算定基準とする
 - h. セカンドオピニオンの仕組みを整備する
 - i. 各医療機関の治療成績を開示する
- ② 多職種チームによる機能的、統合的な診療活動
通院在宅精神療法の要件を以下のように明確に位置づける
- a. 初診時の時間は予診等を含めて60分とする
 - b. 患者－医師間の信頼関係を構築し維持する
 - c. 患者の特徴、病状に応じて診断し、治療法を選択する
 - d. 診断に当たっては国際的な診断基準に基づいて多軸診断と治療方針の決定を行う
 - e. 診断に当たっては、併存疾患についてもきちんと評価して治療方針を立てる
 - f. 医師は、各種治療法に習熟し、適宜治療の見直しを行う
 - g. 患者にあった治療法を総合的に判断し選択し実践する
- 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
- a. 主治医は初診時に十分に時間をとって診察し、指定の書面に記入する
 - b. 書面には、症状、発達歴や過去の適応状態、ストレス状況などを含めた病状の理解に基づく治療計画を明記する
 - c. 診察後は患者に書面を提示し、診断および治療目標や治療手段について十分に説明する（患者に応じた心理教育の提供と治療契約）
 - d. 各受診時に治療の進展を評価し、一定の書面に記入する
- ④ わが国における科学的根拠に基づけられた薬物療法の提供
- a. 処方調査による現状の把握
 - b. 臨床研究の推進：治験以外の科学的根拠研究、併存症への薬物療法指針の研究、等
 - c. 薬物療法アルゴリズムの作成（薬剤の変更の方法、併存症の有無による投薬方法、等を含む）
 - d. アルゴリズム（科学的根拠）に基づく処方指導：初診時の重症度評価と投薬の可否の判断を義務づける
 - e. 同一系統の薬剤（例：抗うつ薬）は、原則として1種類とする
 - f. 多剤投与の場合は、その理由を患者に説明して同意を取り、その旨を診療録に記載する（医師と薬剤が連携できるシステム作りも重要である）
 - g. 抗不安薬等の使用の妥当性を評価する
 - h. 服薬のアドヒランスの確認を義務づける

- ⑤ わが国における科学的根拠に基づけられた精神療法の提供
- a. ランダム化比較対照試験（RCT 研究）を推進し、それによってわが国で科学的根拠が得られた精神療法を診療報酬の対象とする
 - b. マニュアルに沿った治療によってわが国で効果が実証されている認知療法・認知行動療法に関しては研修センターを設置し研修を実施する（例：研修内容と数値目標）
 - 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日のワークショップ
3年目までに3,000人弱
5年で1万人以上
 - 国際基準に匹敵する認定認知行動療法士の育成：3年間で1000人の指導者を育成、3年間で4,000人の認定認知療法・認知行動療法士の育成
（認定基準：
 - ① 3年以上の週4日以上精神科医療現場での経験
 - ② 15時間以上のロールプレイを含むワークショップ
 - ③ 2例の面接の録音記録をもとにしたスーパービジョン
 - ④ 15例以上の認知行動療法記録
 をもとにAcademy of Cognitive Therapy等の国際基準の客観的評価を満たしたものを認知療法・認知行動療法士として認定する）
 - c. 治療、予防、復帰、学校保健・道徳教育等の共通マニュアルを作成し検証する
 - d. 地域および企業の専門家に認知療法・認知行動療法の研修の実施（対象：医師、保健師、看護師、精神保健福祉士、薬剤師、教師等）
 - e. 早い時期に臨床心理職の医療場面への導入を図る
- ⑥ 精神科医等専門家の教育内容の改革・充実
- a. 欧米の教育を参考にして、研修過程では精神療法や家族療法、集団療法について個別スーパービジョンなどきめ細かい指導を行う
 - b. 専門医の認定もしっかりとした知識の評価とロールプレイなどをもとにした臨床能力評価を行う
- ⑦ 自殺対策及び効果的な治療に結びつく研究の推進
- a. 自殺対策の方法論の効果を検証する全国規模の疫学研究の推進
 - b. 効果的な治療法を開発するための薬物療法及び精神療法のランダム化比較対照試験の推進
 - c. 生物学的な根拠のある診断分類の開発と、そのための原因解明の研究（NIMHのResearch Domain Categories (RDoC) などと連携した国際レベルの研究の推進）と研究推進のための、研究リソースの整備（DNA リソース、ブレインバンク）



⑥ 職場復帰・社会復帰のためのリハビリテーション

- a. 医療機関ないしは公的機関（精神保健福祉センター、障害者職業センター、等）での実施
- b. 中小企業に対する地域産業保健センターの活動の充実

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

精神疾患治療の均てん化をはかるため、精神疾患診療連携拠点としての機能を全国の基幹病院（各県一カ所）に設置する。その連携組織として、県内に地域精神疾患診療拠点を複数設置する。地域では、治療のパスを地域で構築し、精神疾患診療連携拠点は、向精神薬の使用法へのアドバイス、精神療法へのアドバイス、専門医への紹介、入院、復職リハビリ等の提案を行う。テレビ会議などを活用して各種専門家とも連携しながら、的確な治療が提供できるようにする。さらに、教育・啓発による予防、研究、新薬治療の促進等を行う。

E. 改革を普及させるために必要となる経済的基盤や診療報酬改訂

1. 調査研究費

- ① 地域レベルで自殺の実態調査を継続して行い活動に活かしていくための調査研究費
- ② 処方の実態調査、精神疾患の病態解明、診療ガイドライン作成、薬物療法の効果研究、精神療法の効果研究のための調査研究費、自助グループや精神障害者支援者団体、NPO 団体への活動支援費

2. 啓発活動の費用と精神障害者の制限

3. 診療の質を担保するための診療報酬の改定（以下の視点を考慮する）

- ① 国際共通の診断方法の実施
- ② 十分な時間をとった診療
- ③ 心理教育と治療契約
- ④ ガイドラインに準拠した治療
- ⑤ チーム医療
- ⑥ 医療機関と地域との連携
- ⑦ セカンドオピニオンの保証
- ⑧ 医療・保健ネットワーク活動の保証、等

4. 心のケアナースや薬剤師の相談に対する診療報酬上の保証
5. 医師教育のための基盤整備と、精神療法、家族療法、集団療法の研修に必要な教育人材育成のための費用
6. 科学的根拠に基づけられた精神療法の専門家の養成と評価のための組織の新設と維持、運営のための費用
7. 自殺のハイリスク者対策としてうつ病、統合失調症、アルコール依存症等の精神疾患の高度医療と研究を行う精神疾患診療連携拠点病院群の構築・運営のための費用

F. 改革を実施するために必要となる法的な整備

1. 精神疾患対策基本法（仮称）
2. 精神保健福祉法または関連する通知・要綱類の改正
3. 自殺対策基本法または自殺総合対策大綱の改正
4. 自殺対策地域保健活動のために死亡小表の目的外使用を可能にする法改正など、自殺者の実態を把握し地域活動に活かすことを可能にするような法律の改正
5. 人材育成のための中核機関設置を可能にする法律の改正、とくに複数年にわたる人材養成を可能にする予算措置のための法律の改正

G. 改革を政策として開始するために必要となること

<2～3年以内>

1. 「自殺対策のための戦略研究」の成果の検証と普及
2. 調査研究：処方の実態調査、精神疾患の病態解明、アルコール使用障害・薬物使用障害患者の社会復帰に関する研究、実践的な治療と連動した診療ガイドライン作成、製薬メーカーの関与しない RCT に基づく薬物療法の効果研究とその結果に基づけられた向精神薬の処方アルゴリズム、RCT に基づく精神療法および日本特有の治療プログラムの効果研究、治療と連動した診断法・検査法の開発研究、わが国での科学的根拠に基づく治療ガイドライン作成、医療機関の評価指標の作成、等
3. 自殺と関連するうつ病、統合失調症、アルコール依存症等の精神疾患の高度医療、研究を行う精神疾患診療連携拠点病院群の意義および具体的活動計画の明確化と設置にむけての検証
4. 科学的根拠に基づけられた精神療法の専門家の養成および技法の普及活動のための研修専門機関の設置

H. 改革を継続して完成するために必要となること

1. 自殺対策のための地域活動の継続と評価
2. 精神疾患に対する治療の実態の継続的把握
3. 高度治療と教育を中心とした地域の中核的役割を担う精神疾患診療連携拠点病院群の設置と医療・保健ネットワークの構築
4. 広域での先端的研究活動を目的とした精神疾患の研究拠点の設置（全国に10カ所程度）と、複数の大学院からなる連携組織の構築
5. 精神疾患診療連携拠点病院群を含む研究・医療機関の定期的な評価
6. 科学的根拠に基づけられた心理社会的アプローチを行う専門家の育成状況の評価



精神保健改革 WG

【目標】「こころの健康セーフティネット」の構築

－「地域こころの健康推進チーム」の創設－

要 旨

わが国の精神疾患対策、すなわち「こころの健康政策」の位置づけは、他の先進国に比べ著しく低く、すでに実施されている対策も、精神疾患に罹患し、病状が顕在化してからの医療的対策がほとんどで、こころの健康問題を早期に発見して、予防的に働きかけることを含め、社会保障の中にこころの健康対策を組み込むという、「こころの健康セーフティネット」の構築が遅れている。このため、当事者・家族は、こころの健康問題を体験した時に、「どこに相談してよいかわからなかった」、「早期に支援を受けられなかった」、「こころの健康や精神疾患についての正しい知識をもっていなかった」、「夜間や休日に不安をかかえても、相談できる場所や来てもらえない」、「継続した支援と見守りがなかった」、「相談窓口が分散しており、また平日昼間だけの相談窓口で、利用しづらい」、「当事者・家族の経験を活かした支援がない」という経験をしてきた。また、支援者は、「こころの健康問題はあらゆるライフステージに存在する」、「こころの健康問題に気付いたときに早期に相談支援するシステムがない」、「地域で支援の必要性の高い人ほど支援が届いていない」、「地域に相談窓口があってもアウトリーチと結びついていない」、「こころの健康問題が見えづらくなっている」ことに気付いていた。これらの問題を解決するためには、地域に発生するこころの健康問題をきちんと受けとめて相談支援、教育、地域づくりを進める、地域担当制の保健体制の整備と、それを精神保健面から専門的・集中的に支援する体制を整備する必要がある。

重点課題

市区町村を基盤に「地域こころの健康推進チーム」を創設し、多職種チームによるアウトリーチ活動により、こころの健康問題をかかえる住民を支援する必要がある。「地域こころの健康推進チーム」の活動によって、地域に発生するこころの健康問題への早期対応が進み、当事者・家族などの苦痛が軽減し、重症化と放置による社会コストは少なくなる。そして、地域住民の精神疾患についての理解と地域づくりが進む良循環が生じることが期待される。

提言起草委員：竹島正、増田一世、田尾有樹子

協力委員：宇田英典、荻岡真美、金田一正史、小泉典章、高橋貴志子、高橋ひとみ、

橋本康男、松本俊彦、森川すいめい、横山和仁

協力者：的場由木、廣川聖子

こころの健康政策構想会議 WG 報告集
「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

1. どこに相談してよいかわからなかった

いつもと違う自分に不安を感じても、どうしてよいかわからなかった。どこに相談してよいかわからなかった

2. 早期に支援を受けられなかった

発症したばかりの頃、何がなんだかわからないうちに相談機関を訪ねたが、他の相談機関の場所と電話番号を教えてくれるだけで、必要な助けは得られなかった

3. こころの健康や精神疾患についての正しい知識をもっていなかった

ひきこもりの子どもをかかえる親自身に、当然のことながら、精神疾患に対する怖れがある

4. 夜間や休日に不安をかかえても、相談できる場所やアウトリーチサービスがない

困った時にいつでも相談できて、自宅まで来てくれる支援がほしい。
病状が悪化したときの対応を高齢の親ひとりで担っている。頼りにしていた保健所も遠くなった

5. 継続した支援と見守りがなかった

退院後の手立てを考えてくれる人もなく、結局は、家族がかかえこむしかなかった

6. 相談窓口が分散しており、また平日昼間だけの相談窓口で、利用しづらい
保健所は家族の対応のまですぎを指摘、教育相談所では相談機関の電話番号を教えてくれただけ、学校も何もしてくれなかった。危機に誰も助けてくれなかった

7. 当事者・家族の経験を活かした支援を構築できていない

女性の薬物依存症の基本的ニーズは、前期（15～20歳）は「話を聞いてほしい」、中期（20～28歳）は「関わってほしい/身の安全を守ってほしい」、後期（28歳～）は「教えてほしい/長い変化の過程を見てほしい」と変わっていく。このような変化を踏まえた支援は、当事者活動と連携することではじめて可能になる

B. 現状の分析と改革目標の設定

当事者・家族からは、こころの健康問題を体験したときの問題として、「どこに相談してよいかわからなかった」、「早期に支援を受けられなかった」、「こころの健康や精神疾患についての正しい知識をもっていなかった」、「夜間や休日に不安をかかえても、相談できる場所やアウトリーチサービスがない」、「継続した支援と見守りがなかった」、「相談窓口が分散しており、また平日昼間だけの相談窓口で、利用しづらい」、「当事者・家族の経験を活かした支援ができていない」という意見があった。

こころの健康政策構想会議 WG 報告集

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

支援者の経験してきたことから、「こころの健康問題はあらゆるライフステージに存在する」、「こころの健康問題に気付いたときに早期に相談支援するシステムがない」、「地域で支援の必要性の高い人ほど支援が届いていない」、「地域のアウトリーチのできる相談窓口が明確でない」、「こころの健康問題が見えづらくなっている」という指摘があった。

地域におけるこころの健康問題への対応としては、昭和40年の精神衛生法改正において保健所が精神衛生行政の第一線に位置づけられ、都道府県に精神衛生センターが設置されるようになった。これによって保健所の管轄地域をもとにした「エリアに責任を持った地域精神保健体制」の構築が始まった。その後、昭和62年の精神保健法改正によって、国民の精神保健の保持増進にも積極的に取り組むという考え方が導入された。さらに平成6年の地域保健法によって、身近で利用頻度の高いサービスは、市町村において保健所などの協力を得て実施することが望ましいとされ、こころの健康問題は、健康づくりの一環として、地域住民にとって最も身近な市町村まで伸びていくこととなった。

しかし、今回の当事者・家族の声および支援者の経験してきたことは、こころの健康問題への取り組みが必ずしも市町村に浸透していないばかりでなく、保健所の管轄地域をもとにした「エリアに責任を持った地域精神保健体制」が相当弱体化していることを示唆している。すなわち、地域におけるこころの健康問題が増大し、「こころの健康セーフティネット」の必要性が高まり、社会保障の中にこころの健康対策を組み込む必要性が高まる一方で、「エリアに責任を持った地域精神保健体制」が弱体化するために、こころの健康問題の重篤化と放置を招き、結果として当事者・家族などの苦痛を大きくして、社会コストを大きくするという結果を生じている可能性がある。

このため、地域に発生するこころの健康問題をきちんと受けとめる相談支援、教育、地域づくりを進める、地域担当制の保健体制の整備と、それを精神保健の面について専門的・集中的に支援する体制を整備する必要がある。

地域担当制による保健体制の整備については、地域保健全般の課題として取り組む必要があるが、ここでは、こころの健康について専門的に支援する体制整備について述べる。

C. 問題解決のための根拠やエビデンス

1. こころの健康問題はあらゆるライフステージに存在する

新生児の全戸訪問を行ったところ、精神保健の観点からの支援を要する家庭が少なくないことに気付いた <保健師の声>

虐待、家庭内暴力、ひきこもり、依存症、ホームレス状態のある知的障害者、認知症など、こころの健康問題は多様化し、家庭の中に、また地域の中に広がっている <統計資料、精神疾患の疫学調査>

2. こころの健康問題に気付いたときに早期に相談支援するシステムがない

学校は、本人の怠けや保護者の問題ととらえて、こころの健康問題として理解しようとしない。若年者の自殺の分析結果は、精神疾患への罹患が自殺の重要な危険因子であることを示していた。また、過去の自殺行動、親との離別、不登校を経験した割合が高く、学

校における精神保健教育と、精神保健の観点からの支援と見守りが必要と考えられた <自殺の心理学的剖検>

3. 地域で支援の必要性の高い人に支援が届いていない

救命救急の現場には多くのこころの健康問題をかかえる人が自傷行為・自殺未遂で搬送されるが、こころの健康問題についての地域支援につなぐシステムがない <3次救急における自殺未遂者の調査>

薬物依存症の患者、ホームレスの患者などは精神科医療機関がなかなか引き受けようとしない <支援者の声>

診察報酬の改訂にともなって、まだ入院が必要な状態でも退院となる「社会的退院」という問題が起こっている <支援者の声>

保健所の事例検討会には、精神科医療が引き受けようとしない困難事例があがってくる <事例検討会に参加している精神科医の声>

4. 地域のアウトリーチのできる相談窓口が明確でない

保健所の管轄人口が大きくなり、また都道府県から市町村への業務移管が進む中で、保健師も業務分担制に変わり、家族や地域全体に目を配るという保健師本来の仕事ができなくなっている <保健師の声>

精神保健に関する住民ニーズは大きい、保健所や市町村には、それに見合った予算や体制が確保されていない <構想会議の発言>

5. こころの健康問題が可視化されていない

複雑な問題をかかえた当事者・家族ほど、相談窓口うまくアクセスできず、医療が必要な場合も受診が継続しない傾向がある <支援者の声>

困窮・単身・要介護・高齢/障害者の地域生活支援の現場では、こころの健康問題をかかえた人に会えることが多い <支援付き住宅推進会議報告書>

更正施設を利用する女性には、統合失調症、依存症、発達障害、知的障害などのこころの健康問題をかかえた人は多い <女性更正施設における調査>

自殺予防のための成人の多重債務者の支援では、過払い金の返還などの支援を受けるようになってから、アルコールの乱用・依存やギャンブル依存などの精神保健上の問題が表面化することがある <法律家の経験>

D. 具体的な改革案

こころの健康問題は地域住民にとって必要度が高く、大きな問題になっており、地域住民にとって最も身近な市区町村まで浸透する必要があるというこれまでの方向性を踏まえ、市区町村を基盤に「地域こころの健康推進チーム」を創設し、多職種チームによるアウトリーチ活動により、こころの健康問題をかかえる住民を支援する。年間365日活動で、夜間は電話相談を基本にする。人口10万人あたり10人からなる1チームの割合で設置



し、その地域に責任をもって対応する地域担当制とする。

「地域こころの健康推進チーム」は、保健師、精神保健福祉士、社会福祉士、臨床心理職、作業療法士や、新たに導入する家族支援専門員・当事者支援員、あるいは事務職員などの多職種によって構成され、チームリーダーは、そのチームの中でリーダーとしてもっともふさわしい人になる（医師は、地域の精神科医療機関、精神保健福祉センターから協働参画する）。

具体的な仕事は、

1. 市区町村などと協働して地域に発生するこころの健康問題への専門的支援を行う
2. 相談窓口となって必要なサービスへと結びつける
3. 相談者のところにアウトリーチで出かけて相談にのる
4. 自殺未遂に至るなど、困難をかかえている人を継続的に支援する
5. 学校・職場・児童相談所・生活保護相談窓口などニーズが高いところに向いて助言・啓発を行う
6. 医療が必要な場合の橋渡しをする
7. こころの健康問題に関連する民間団体と協働する
8. 活動をおとし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など、住民のこころの健康問題のすべてに対応することなどである。

「地域こころの健康推進チーム」の整備によって、期待される変化は、専門的な支援を提供することにより、

1. 担当地域内のさまざまな現場の負荷を軽減する
2. 精神疾患であるかどうかはわからないが、こころの健康問題で困っている当事者・家族の相談支援が充実する（例：相談と振り分け、アウトリーチ、精神科医療などへの紹介と見守り）
3. 市町村の保健師等が日常経験するソフトな介入や見守りが充実し、安定する（例：産後うつ病のある母親の育児支援、虐待防止、複合的な問題をかかえた家族の支援）
4. これまでの地域精神保健医療の中で放置されてきた、さまざまなこころの健康問題の可視化とよい方向への取り組みが進む（例：ひきこもり、薬物依存症、困窮者の問題）
5. 行政窓口などで対応する、こころの健康問題をかかえた住民への支援が充実する（例：福祉事務所、母子保健センター、児童相談所、住民課など）
6. 母子保健、学校現場などを対象とした系統的な啓発教育が可能になる（例：母子保健にこころの健康の視点を取り入れる、学校精神保健活動の構築）
7. 上記の取組の結果として、担当地域内のこころの健康問題のニーズと課題がよく把握され、早期の問題解決につながるようになること

などである。

「地域こころの健康推進チーム」の整備によって、地域に発生するこころの健康問題の実態が把握されるとともに、早期対応が進み、当事者・家族などの苦痛が軽減し、重症化と放置による社会コストは少なくなる。そして、地域住民の精神疾患についての理解と地域づくりが進む良循環が生じることが期待される。

E. 改革を普及させるために必要となる経済的基盤や診療報酬改訂

1. 「地域こころの健康推進チーム」の開設にかかる経費
2. 「地域こころの健康推進チーム」の運営費
3. 保健所、精神保健福祉センター、市町村の体制強化
4. 広報活動の経費
5. 人材育成費

家族支援専門員の役割の明確化と養成プログラムの開発、当事者支援員の役割の明確化と養成プログラムの開発、「こころの健康推進チーム」の仕事を担当専門職の養成（訪問支援・早期支援の援助内容の明確化と養成プログラムの開発）、チームメンバーの力量形成を目的にした事例検討会、チームメンバーのスーパービジョン態勢

6. 評価指標

当事者・家族の視点での評価、地域全体のこころの健康の評価、評価結果の公表

F. 改革を実施するために必要となる法的な整備

1. 精神疾患対策基本法（仮称）の制定
2. 地域保健法または関連する通知・要綱類の改正
3. 精神保健福祉法または関連する通知・要綱類の改正
4. 自殺対策基本法または自殺総合対策大綱の改正

G. 改革を政策として開始するために必要となること

<最初の2年間>

1. 平成23～24年度は、実現可能性調査およびパイロット研究事業の2年間とする。全国50エリアについて改革を試行し、そのモニタリングと評価を行う。
2. パイロット研究事業の経験をもとに、訪問支援・早期支援のできる人材育成のためのカリキュラムを作成する。

