

4 精神保健医療福祉の動向

社会・援護局障害福祉保健部精神・障害保健課

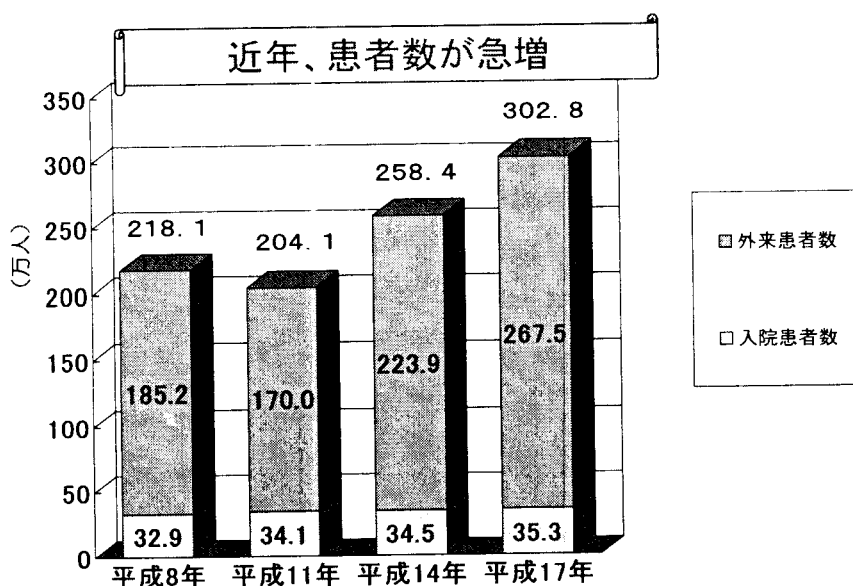
課長 福島 靖正

精神保健医療福祉行政の動向



厚生労働省
社会・援護局障害保健福祉部
精神・障害保健課長 福島 靖正

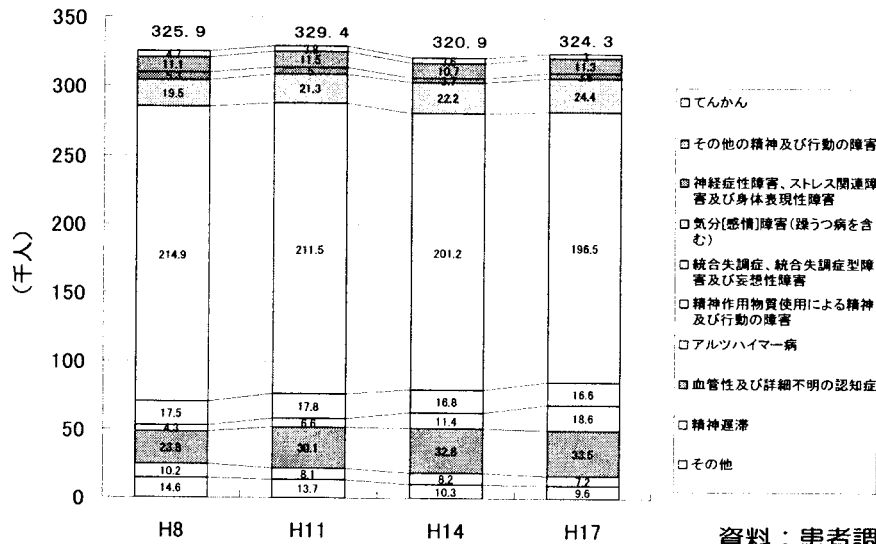
患者数全体（入院患者数・外来患者数）



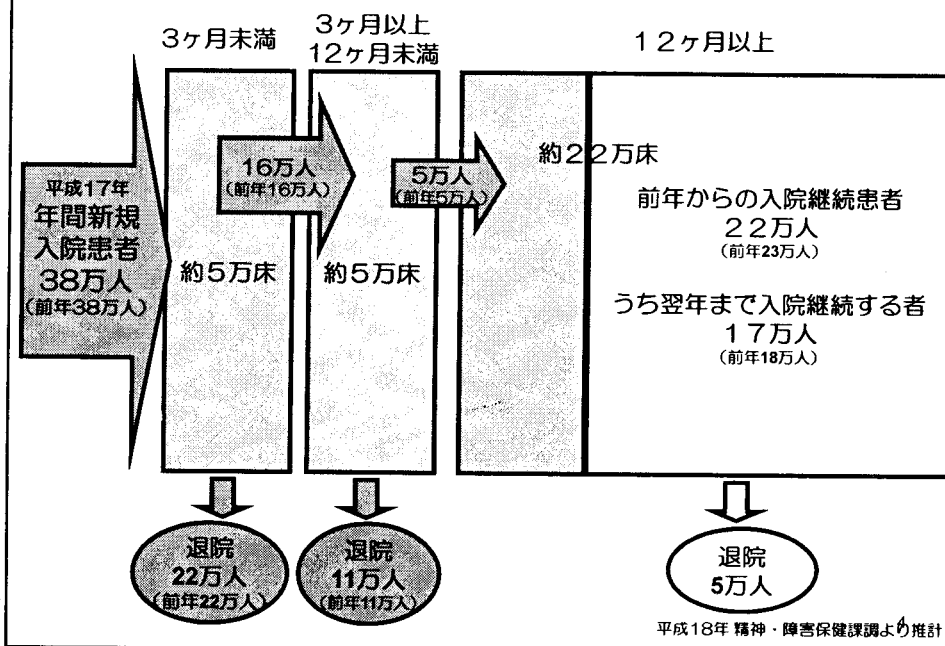
【出典】 患者調査

精神病床入院患者の疾病別内訳

統合失調症の減少、認知症の増加

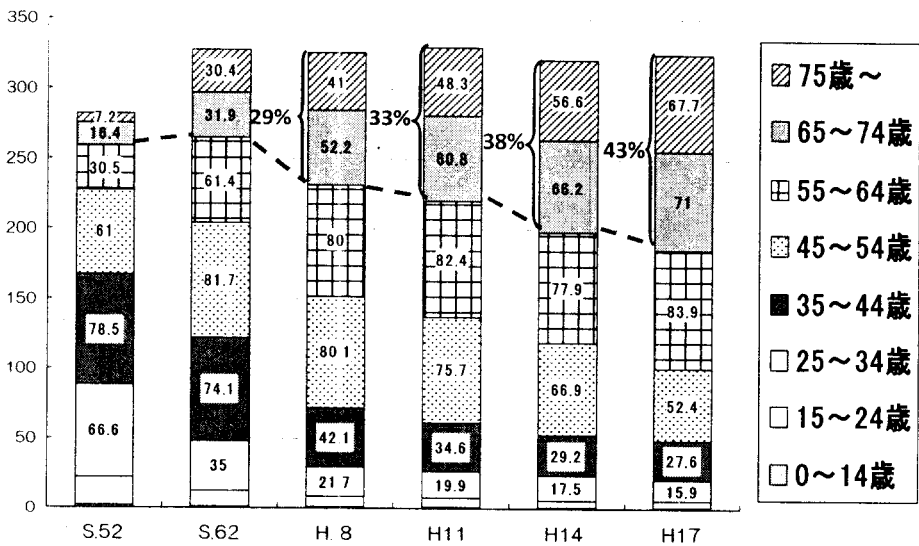


精神病床における患者の動態



精神病床入院患者の年齢分布

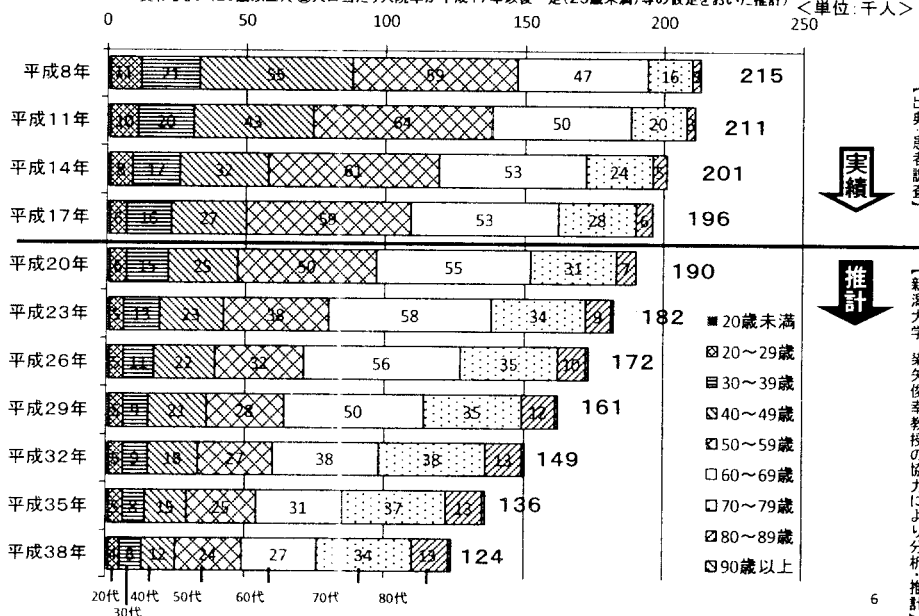
(千人)



資料：患者調査⁵

精神病床の統合失調症入院患者数の将来推計

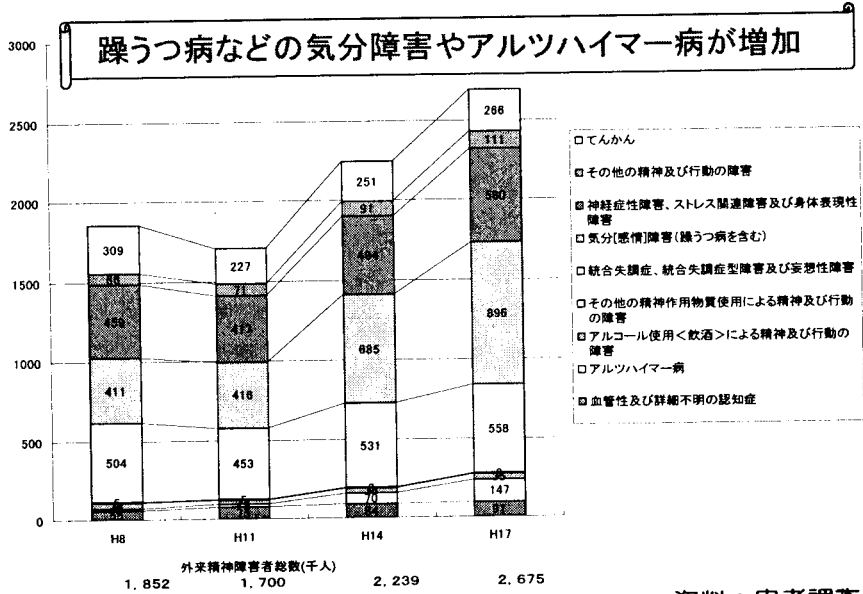
(①患者調査による平成14年のn歳の入院患者数から、17年のn+3歳の入院患者数への増減率が将来のn歳の者においても変わらない(25歳以上)、②人口当たり入院率が平成17年以後一定(25歳未満)等の仮定をおいた推計) <単位：千人>



〔出典：患者調査〕

〔新潟大学 染矢俊幸教授の協力により分析・推計〕

精神疾患外来患者の疾病別内訳



精神保健に関する行政

統合失調症等患者等の入院に関すること

- 精神科救急
- 措置業務
- 人権擁護(精神医療審査会等)

退院促進
・
地域移行

精神障害者の地域生活に関すること

- 精神通院医療
- 精神障害者社会復帰施設
- 自立支援法
- 精神障害者保健福祉手帳

精神保健に関する行政

精神疾患患者の入院に関すること

- 精神科救急
- 措置業務
- 人権擁護
(精神医療審査会等)
- 身体合併症対策
- 認知症対策

退院
促進
・
地域
移行

精神障害者の地域生活に関すること

- 地域生活支援
自立支援法・福祉サービスの確保
居住の場の確保
雇用施策
- 精神通院医療
- 精神障害者保健福祉手帳
- 自殺対策
- 依存症対策
- 児童・思春期精神科医療、早期支援
- 在宅医療
訪問看護
危機介入



精神科救急
身体合併症対応

精神科救急事業の変遷

(補助事業)

(診療報酬)

平成7年度 精神科救急システム整備事業 創設

精神障害者の緊急時における適切な医療及び保護の機会を確保するための体制整備に必要な経費に対する補助事業(精神科救急情報センター機能の整備、搬送システムの確保、精神科救急医療施設の体制整備、精神科初期救急医療輪番システムの整備)(初期・2次救急)

H8 精神科急性期入院料創設

H14 精神科救急入院料創設

平成17年度 精神科救急医療センター事業 創設

幻覚・妄想・昏迷・興奮など激しい症状を呈する統合失調症の急性期、急性精神病や錯乱状態等の患者を24時間診療体制で受け入れることができる精神科救急医療センターを整備することにより、患者の受け入れ態勢の強化を図り、24時間、365日緊急受診者の受け入れを行い、個室での手厚い医療の提供により、患者の早期退院及び病床の減少を図る。(3次救急)

平成20年度 精神科救急医療体制整備事業 創設 急性期患者への適切な医療体制を更に充実させる

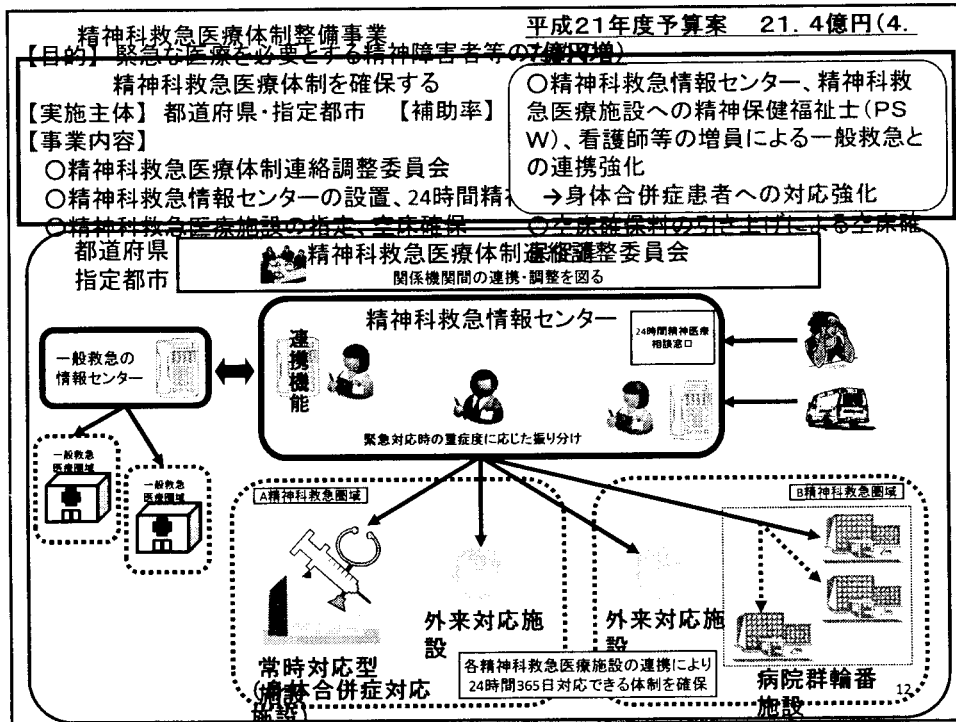
ため、身体合併症を含め24時間対応する情報センターの機能強化、身体合併症対応施設の創設、診療所などに勤務する精神保健指定医の救急医療機関での診療協力体制の構築など、地域の実情に応じた精神科救急医療体制を強化

H20

○精神科救急・合併症入院料創設

○精神科救急入院料について人口規模を考慮した要件の緩和・在宅へ移行した実績に応じた評価を実施

11



精神科救急医療体制の全国の状況

◆精神科救急医療体制

- 輪番制のある都道府県 44
- 基幹病院のある都道府県 15

◆精神科救急情報センターの対応時間

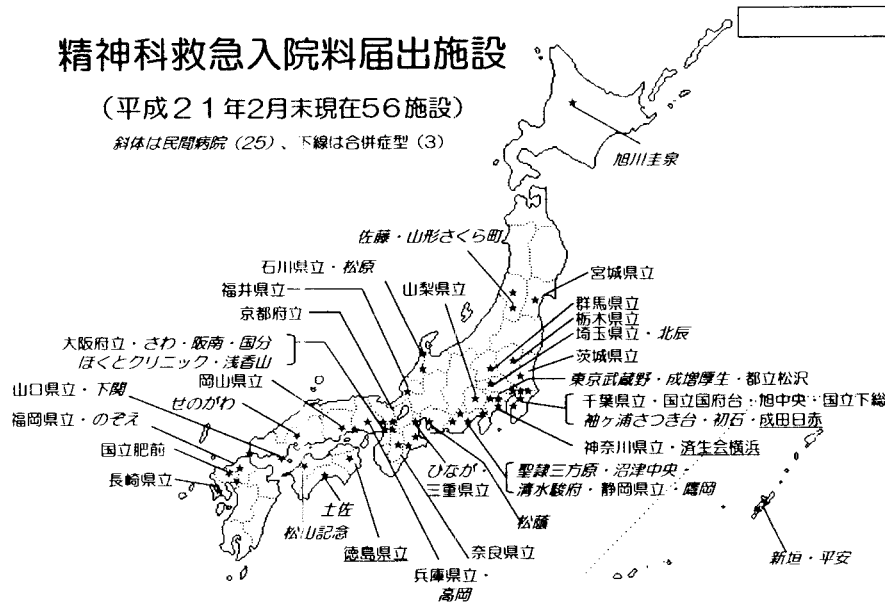
(自治体数)

24時間 365日	夜間 (翌朝まで) ・休日	夜間・ 休日	夜間 (翌朝 まで)	夜間	休日	なし	合計
11	11	7	2	1	3	12	47

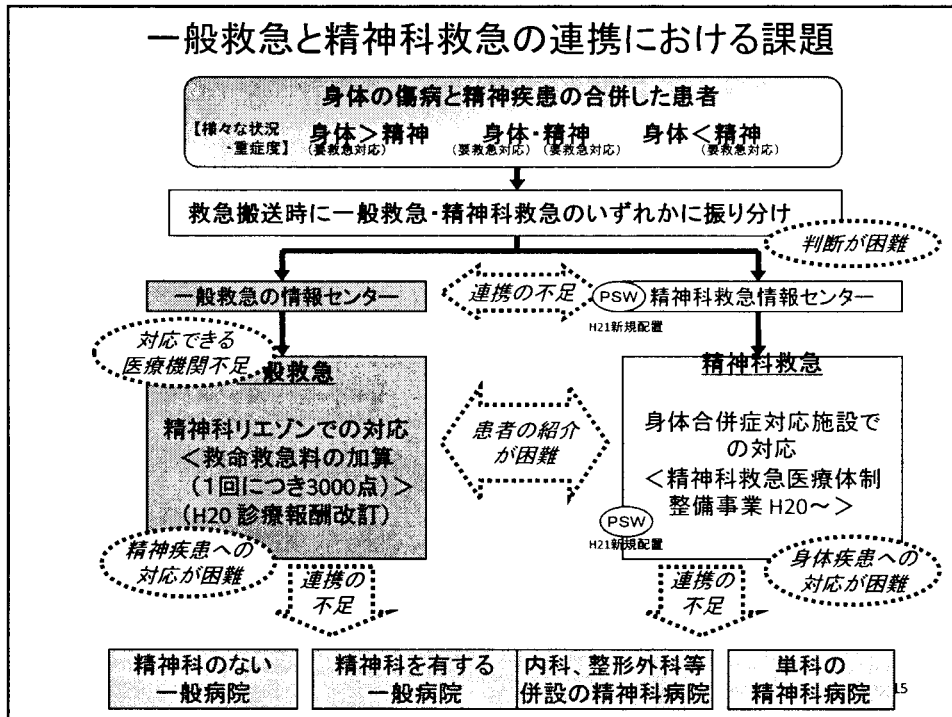
精神科救急入院料届出施設

(平成21年2月末現在56施設)

斜体は民間病院(25)、下線は合併症型(3)



一般救急と精神科救急の連携における課題



救急搬送における医療機関の受入状況等詳細調査結果

○調査対象:

平成20年12月16日(火) 8:30~22日(月)8:29 に東京消防庁管内で救急搬送した全事案計9,414件

図1. 医療機関に受入の照会を行った回数:

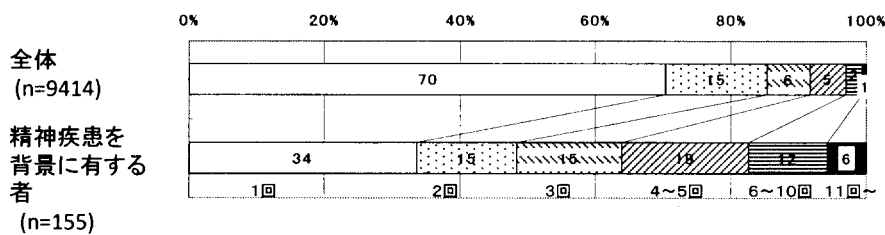
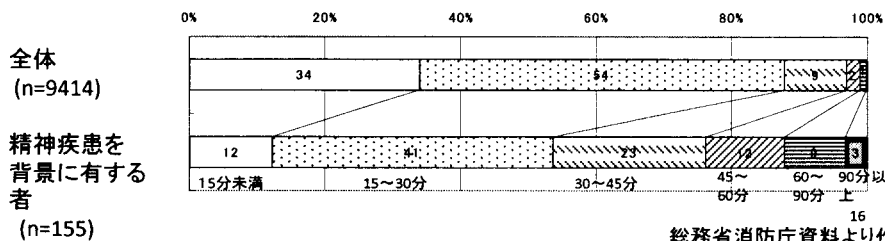
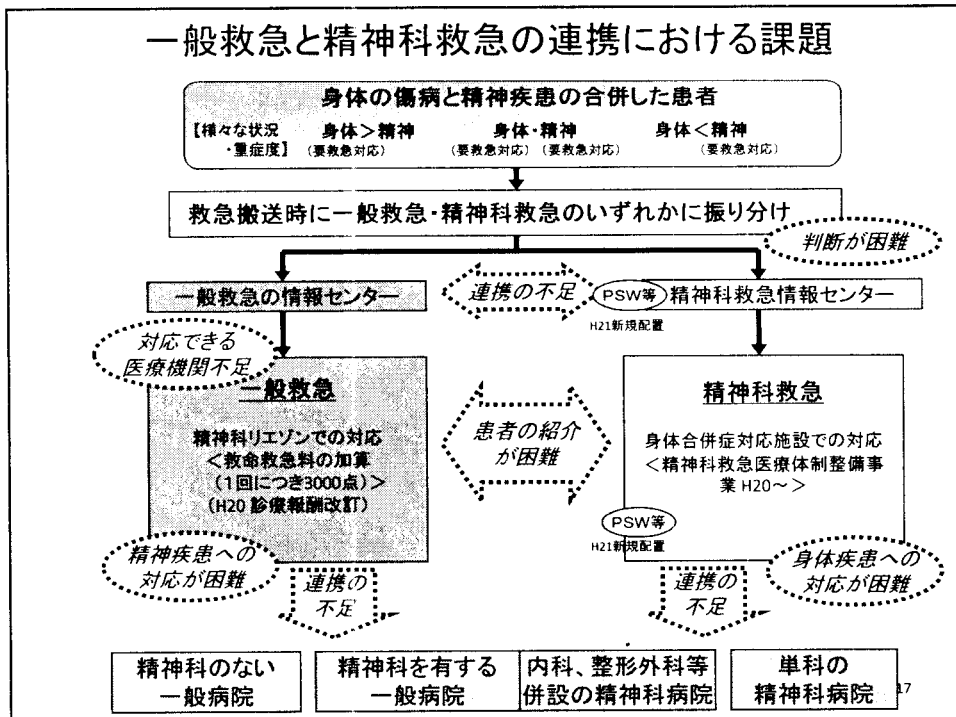


図2. 現場滞在時間

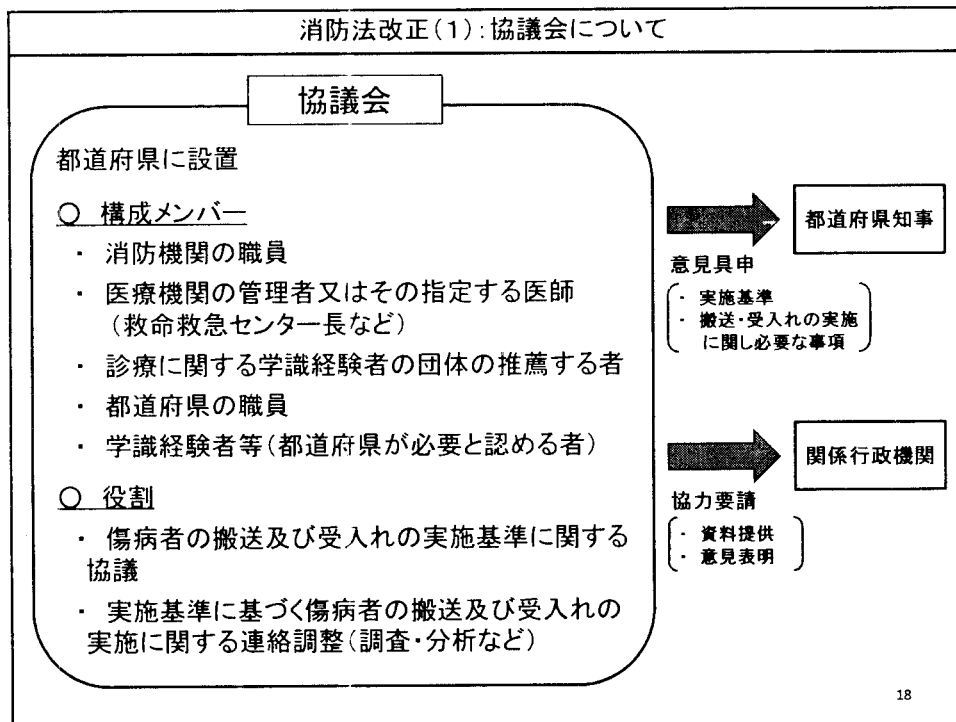


総務省消防庁資料より作成

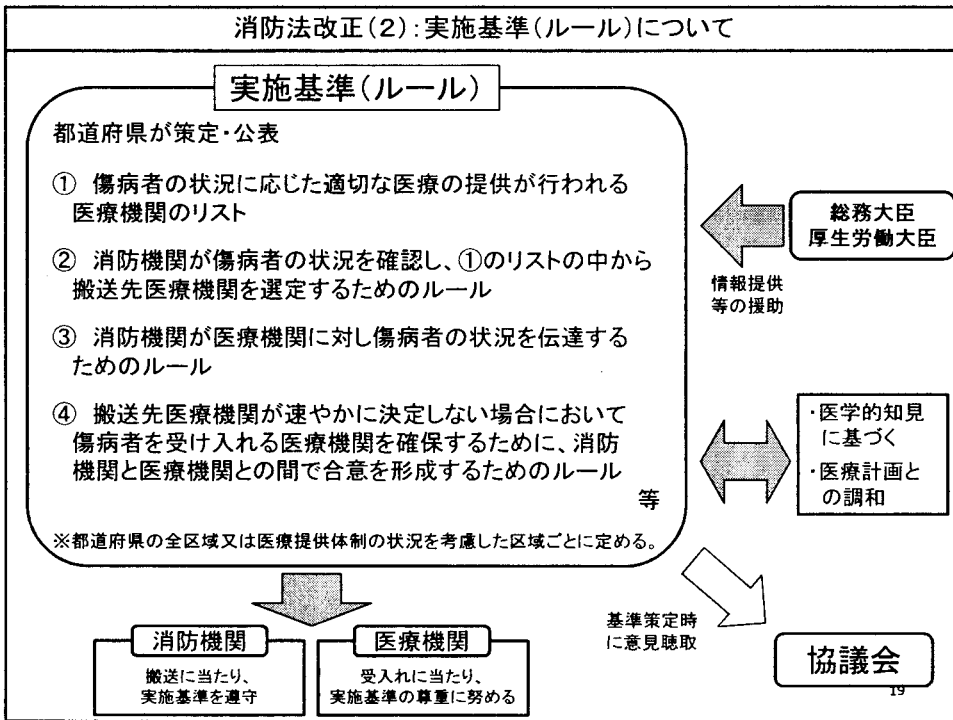
一般救急と精神科救急の連携における課題



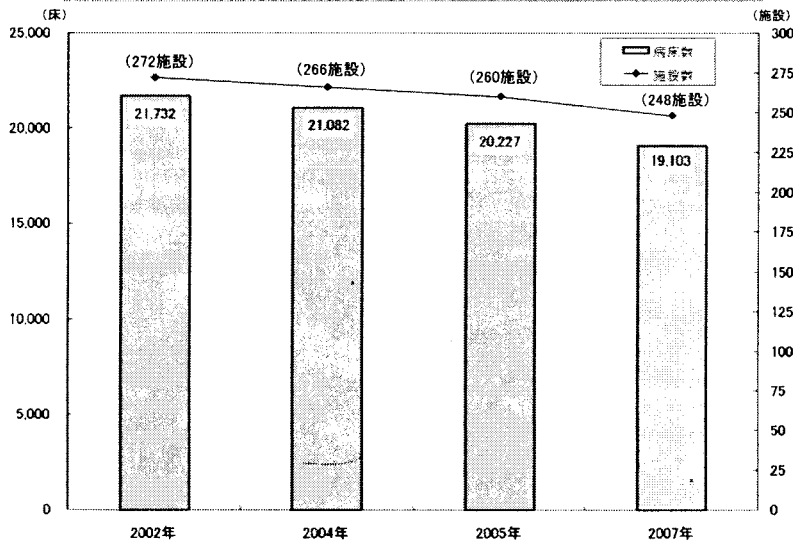
消防法改正(1):協議会について



消防法改正(2):実施基準(ルール)について



総合病院精神科病床の減少



2007年の病床数は2002年の92.1%に減少
2007年の施設数は2002年の91.2%に減少

(総合病院基礎調査などから算出)

日本総合病院精神医学会藤原修一郎先生提供データより作成

- 精神科救急医療体制の確保
 - 夜間休日を含めた精神医療へのアクセスの確保(地域の精神科医療施設が一次的な救急医療の役割を担う等)
 - 精神科救急医療システムの機能評価、優れたシステム構築への支援
 - 常時対応型施設の機能評価、機能の向上

- 一般救急と精神科救急の連携
 - 精神科救急情報センターによる、精神科救急と一般救急との連携・調整、精神・身体合併症患者の医療機関への紹介
 - 救急搬送患者の地域での受け入れルールにおける、精神・身体合併症患者の位置づけ

- 身体合併症への対応
 - 一般病床の身体合併症患者への精神科リエゾン診療の充実
 - 医療法施行規則第10条第3号の規定の解釈の周知、見直しの是非の検討
 - 精神科病院においても、身体合併症について、一定程度の入院医療管理を行う等の方策の検討

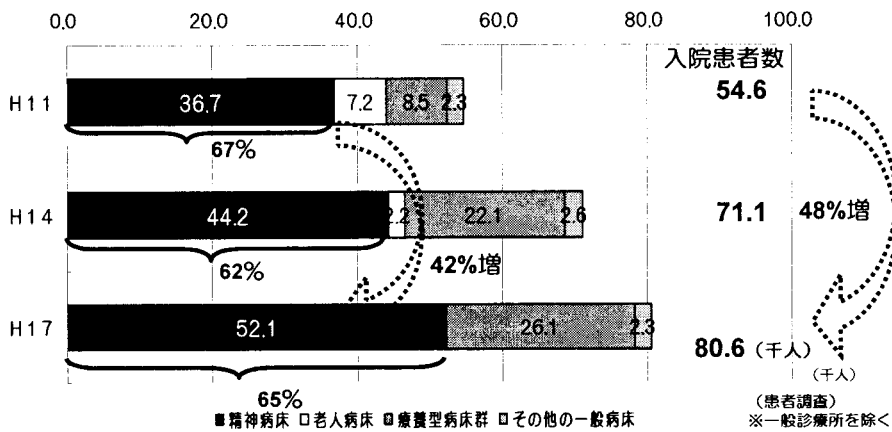
- 総合病院精神科
 - 総合病院精神科の精神病床の確保、機能の充実
 - 総合病院精神科の従事者の負担軽減、他の医療機関等との連携等の方策の検討
 - 精神科医師のキャリアにおける精神・身体合併症診療の経験の評価



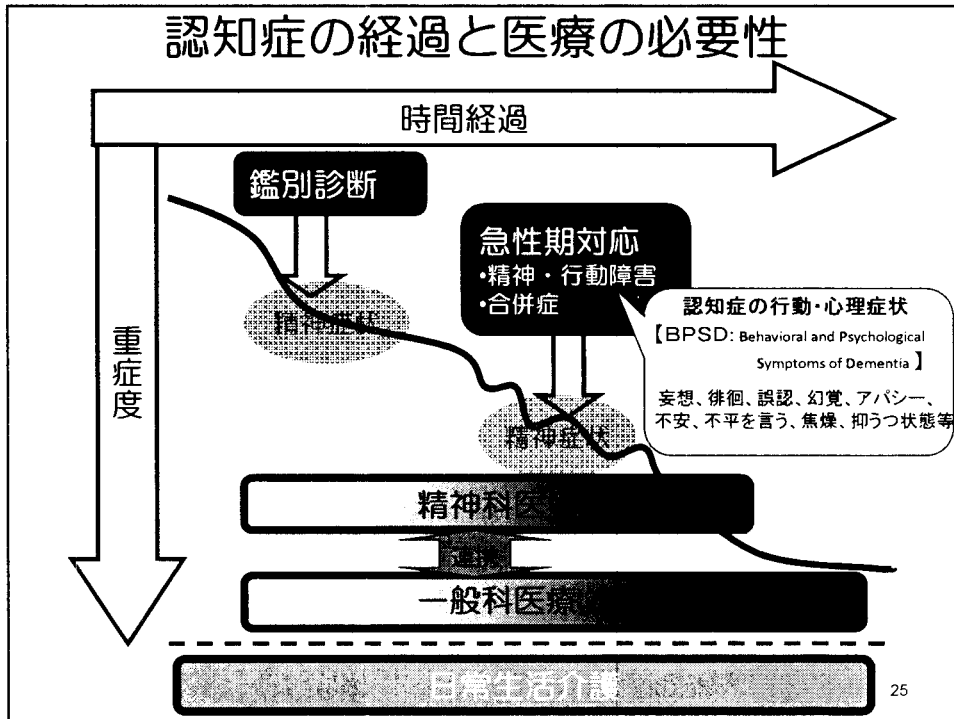
認知症

認知症疾患を主傷病名とする入院患者の病床別割合の年次推移

(血管性及び詳細不明の認知症＋アルツハイマー病)



認知症疾患を主傷病名とする入院患者は
H11→H17の6年間で48%増加



BPSD: 認知症の行動・心理症状

(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)

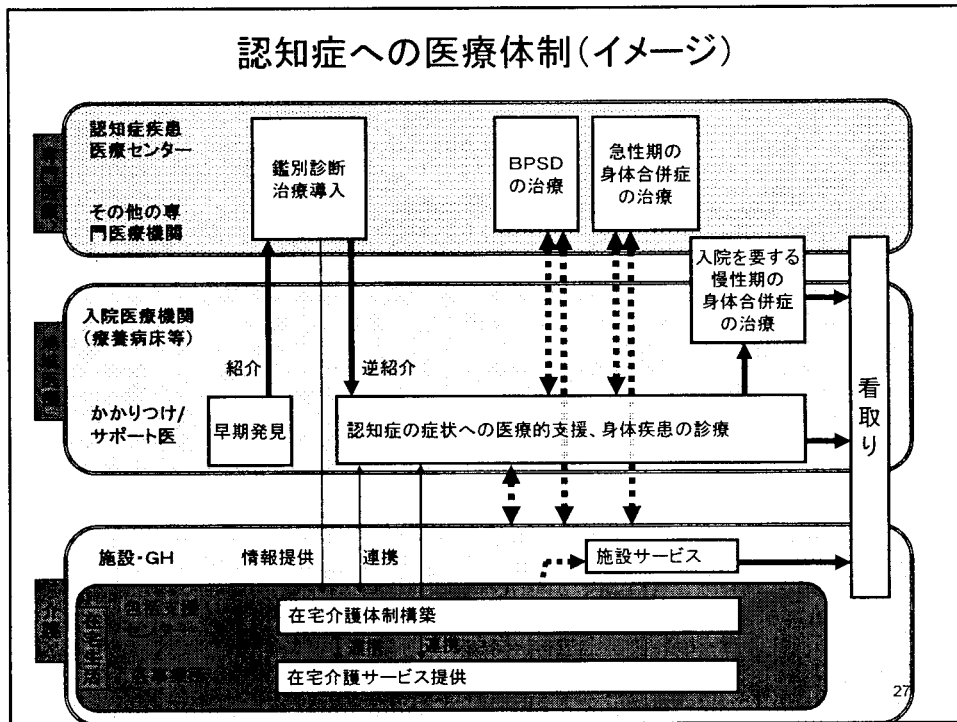
認知症の症状には、物忘れや判断力の低下等、脳機能の低下を直接示す症状である「中核症状」と、「中核症状」に伴って現れる精神・行動面の症状である「周辺症状」に分けられる。「BPSD」は「周辺症状」とほぼ重なる概念である。

【行動症状】	【心理症状】
<ul style="list-style-type: none"> • 暴力 • 暴言 • 徘徊 • 拒絶 • 不潔行為 	<ul style="list-style-type: none"> • 抑うつ • 不安 • 幻覚 • 妄想 • 睡眠障害
等	等

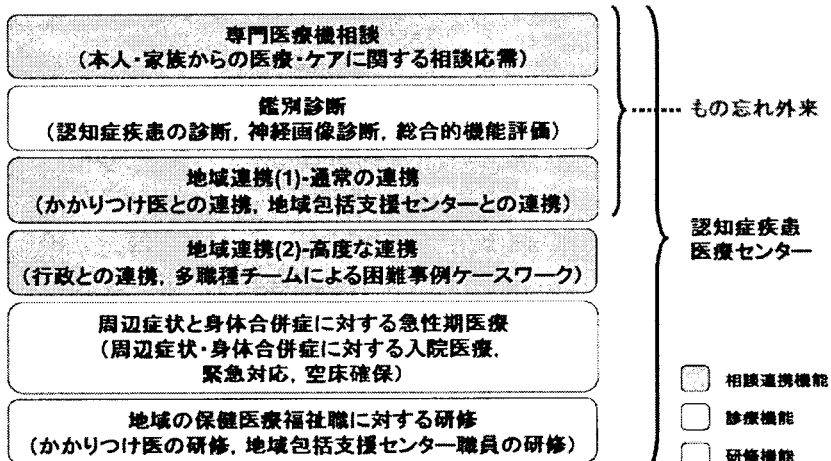
※せん妄

- 急激かつ一過性に意識水準が変化した状態で、1日の中でも状態は変動する
- 意識障害、認知機能障害に加え、BPSDに類似の症状が出現する
- 認知症に合併することも多く、認知症(BPSD)との鑑別が困難となることも多い

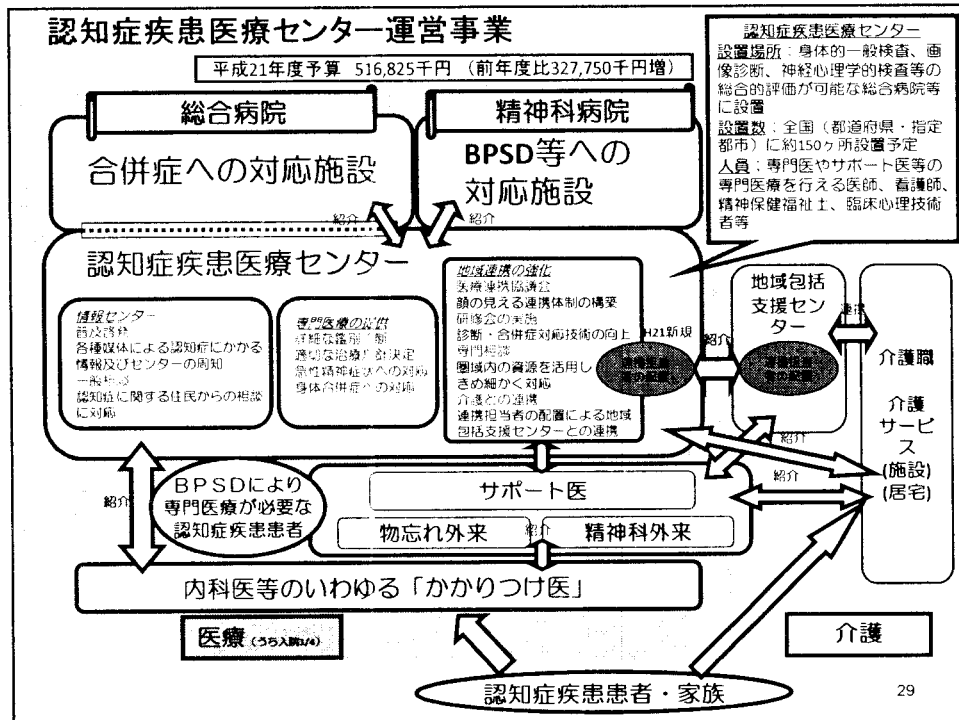
認知症への医療体制(イメージ)



「認知症疾患医療センター」と「もの忘れ外来」に求められる機能 (日本老年精神医学会専門医を対象とするアンケート調査 N=255)



平成20年度厚生労働科学研究「精神科救急、特に身体疾患や認知症疾患の合併症例の対応に関する研究」(主任研究者 黒澤尚、分担研究者 栗田圭一)

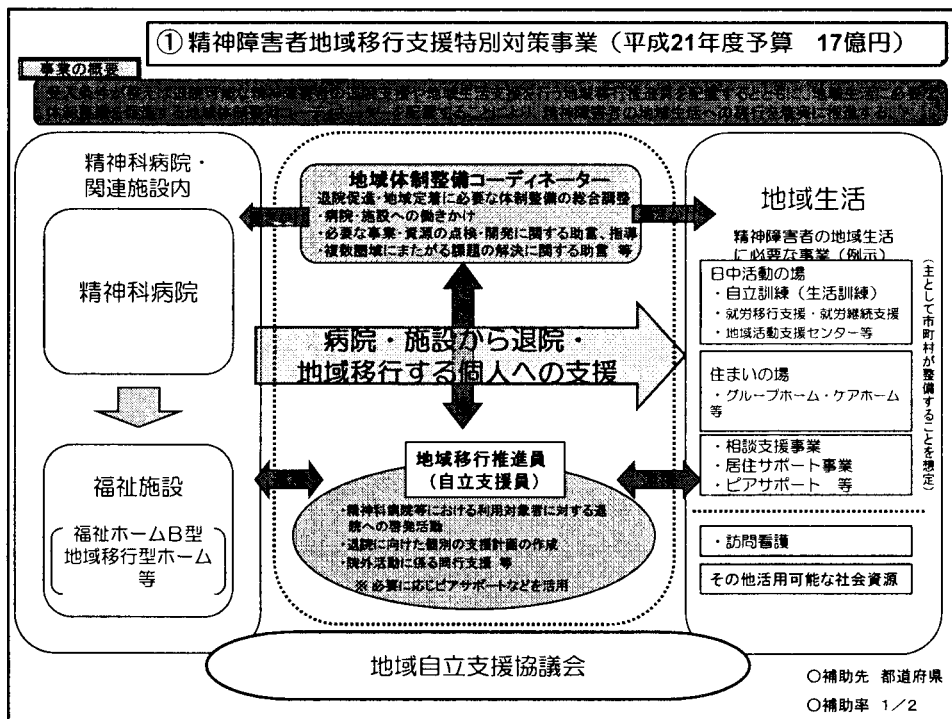


・ 認知症

- 鑑別診断、BPSDや、身体合併症を伴う患者への対応を含め、認知症の専門医療体制の確保・普及
- 認知症疾患医療センターの機能の拡充、整備の推進
- 認知症の有病率や、BPSDの発生頻度等に関する調査を早急に進め、認知症の専門医療機関の機能を更に明確化・重点化する観点を含め、精神病床（認知症病棟等）や介護保険施設等の入院・入所機能の必要量等の検討
- 認知症に関する専門医療・地域医療を支える医師等の資質の向上
- 専門医療機関と、地域包括支援センター、介護保険施設・事業所、地域の医療機関等との連携の推進
- 認知症患者に対応する精神科病院における、身体合併症への一層の対応
- 認知症と身体合併症を有する者の終末期の入院・入所の場についての検討



地域移行



精神障害者地域移行支援特別対策事業の実績

	実施自治体数	事業対象者数(人)	退院者数(人)
平成15年度	16(含指定都市1)	226	72
平成16年度	28(含指定都市3)	478	149
平成17年度	29(含指定都市5)	612	258
平成18年度	26都道府県	786	261
平成19年度	42都道府県	1,508	544
平成20年度見込み	45都道府県	2,037	726

※平成15年度から平成17年度まではモデル事業、平成18年度～平成19年度までは、精神障害者退院促進支援事業として実施。
 ※退院者数については、当該年度内に退院した者の数であり、年度を越えて退院した者の数は、含まれていない。

相談支援

- 相談支援の充実
 - 退院に向けた病院等からの同行支援
 - 緊急時に対応できる24時間の支援 等の確保
- ケアマネジメント機能の充実
 - 退院準備中の者等への対象者の拡大
 - 支給決定前からの関わり、モニタリングの充実
- 自立支援協議会の活性化
- 相談支援の質の向上
- 行政機関における相談体制
- 精神保健福祉士の養成のあり方等の見直し

福祉サービス等の充実

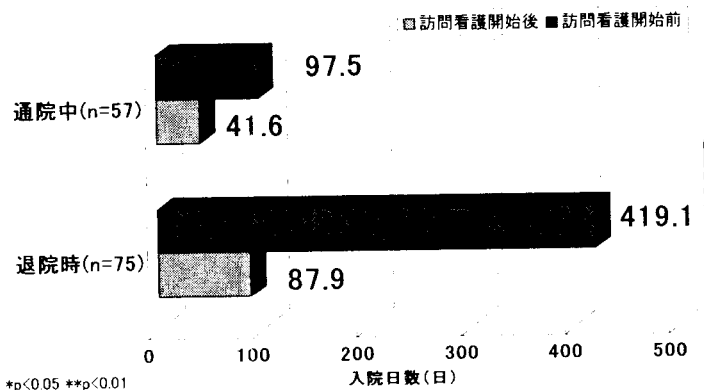
- 住まいの場の確保
 - グループホーム・ケアホームの整備促進、サービスの質の向上
 - 公営住宅への入居促進
 - 公営住宅のグループホーム・ケアホームとしての活用促進
 - 民間賃貸住宅への入居促進
- 入院前からの試行的なグループホーム等での生活体験や通所サービスの利用
- 訪問による生活支援の充実
- ショートステイの充実
- 就労支援
- 家族に対する支援



在宅医療

精神科訪問看護の効果

1) 訪問看護開始時の状況別にみた前後2年間の精神科総入院日数 (N=134)



● 通院中に訪問看護を開始群でも、訪問看護開始前後2年間の入院日数は大きく減少していた。

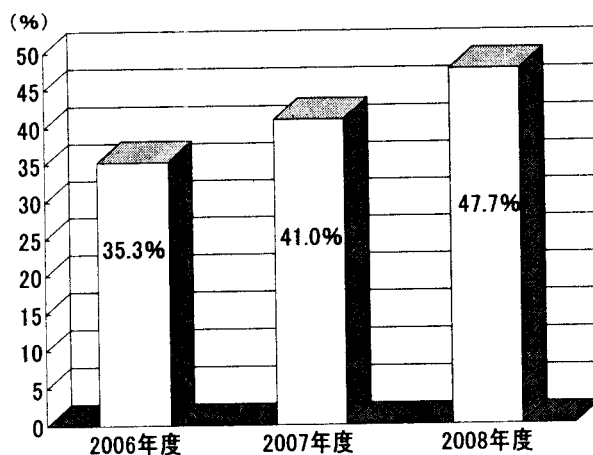
厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業
精神科看護における介入技術の明確化および評価に関する研究
主任研究者 董間真美 (平成16年3月)

通院中群 t=2.412 p<0.05

退院時群 t=9.774 p<0.01

37

精神障害者の訪問看護を実施する訪問看護ステーションの割合



2006年度 社団法人全国訪問看護事業協会 H18年度厚生労働省老人保険事業推進費等補助金 新たな訪問看護ステーションの事業展開の検討 (N=1898施設) 平成18年度報告書 委員長: 上野桂子

2007年度 社団法人全国訪問看護事業協会 H19年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業「精神障害者の地域生活支援を推進するための精神科訪問看護ケア技術の標準化と教育およびサービス提供体制のあり方の検討」 (N=1664施設) 主任研究者: 董間真美

2008年度 董間真美: 「精神障害者の訪問看護におけるマンパワー等に関する調査研究」, 厚生労働科学特別研究事業 (速報) (N=1105施設)

38

訪問看護ステーションへの精神科訪問看護の実施に関するアンケート調査結果

1) 精神科訪問看護を実施していない理由

精神疾患(認知症を除く)が主傷病の利用者への訪問を実施していない事業所の回答<複数回答>

	事業所数	割合
精神科訪問看護の経験がある職員がいないため	244	46.8%
精神科訪問看護を担当できる職員がいないため	161	30.9%
スタッフが不足しているため(上記項目以外)	134	25.7%
精神科訪問看護にスタッフが抵抗感を持っているため	45	8.6%
その他(もともと依頼がない等)	242	46.4%
総 数	521	100.0%

2008年度 萱間真美:「精神障害者の訪問看護におけるマンパワー等に関する調査研究」, 厚生労働科学特別研究事業(速報) 39

2) 精神科訪問看護を行う上で困難なこと

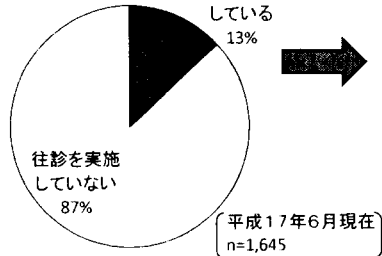
(精神科訪問看護実施の有無別)<複数回答>

	件 数		割 合	
	実 施	未実施	実 施	未実施
主治医との連携がうまくできない	151	88	28.7%	15.5%
病状悪化時の受け入れ先が確保できない	169	118	32.1%	20.7%
精神科訪問看護の経験豊富なスタッフが少ない	308	304	58.4%	53.4%
アドバイスがタイムリーに受けられない	191	117	36.2%	20.6%
地域の社会資源(精神障害者社会復帰施設等)とのネットワークが少ない	246	154	46.7%	27.1%
その他	77	27	14.6%	4.7%
精神科訪問看護を実施したことがないので分からない	48	302	9.1%	53.1%
総数	527	569		

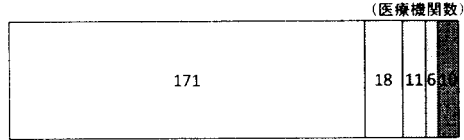
2008年度 萱間真美:「精神障害者の訪問看護におけるマンパワー等に関する調査研究」, 厚生労働科学特別研究事業(速報) 40

精神科医療機関における往診の実施状況

精神科病院

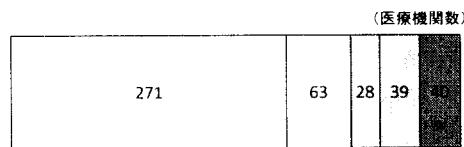
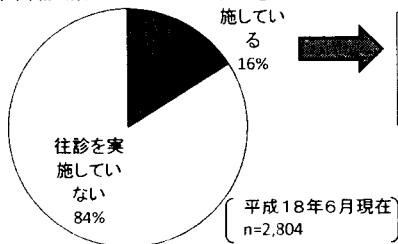


1ヶ月の延べ実施人数



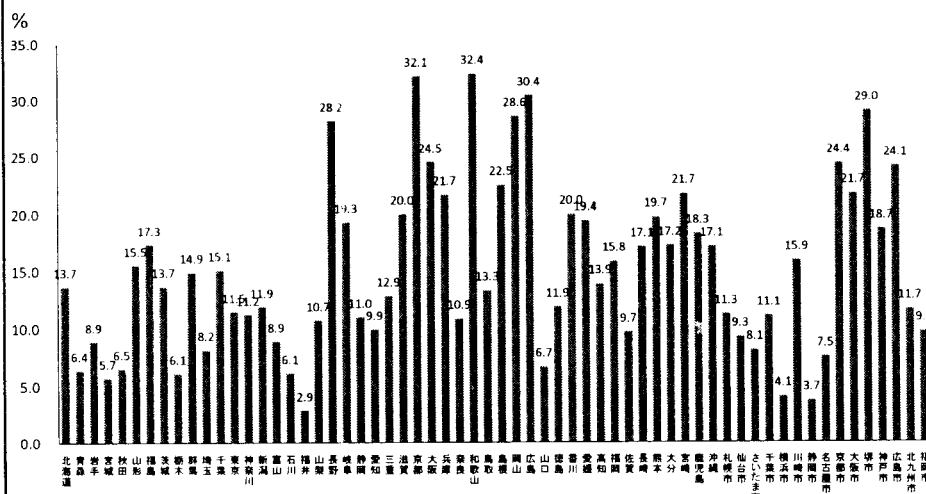
□ 1~10人 □ 11~20人 □ 21~30人
□ 31~50人 ■ 51人以上

精神科診療所



(精神・障害保健課調べ) 41

往診を実施する精神科医療機関の割合(都道府県別)



※平成17年6月に1回以上往診を実施した病院数と、平成18年6月に1回以上往診を実施した診療所数を合算したもの

(精神・障害保健課調べ) 42

ACTの基本的構造

- 頻回の在宅訪問、生活の場での協働作業など、アウトリーチを主体とする
- 看護師・PSW・OT等の多職種がチームを形成する
- 関係作りから、心理教育、服薬自己管理の支援、危機介入、スキルトレーニング、日常生活自己管理の支援、社会資源の活用の支援、家族支援、就労支援など、多彩なサービスを提供する
- チーム精神科医がおり、利用者の処方、危機介入などを、チームと密なコミュニケーションをとりながら行う
- 24時間週7日対応を原則とし危機介入にも対応する
- ケアマネジメントの手法を用い、包括的なケアプランを作成し、利用者のニーズに合致したサービス提供を心がける。

第8回今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会
平成20年8月21日、伊藤順一郎参考人資料より抜粋

市川モデル(ACT-J)

- 《設立主体》 NPO法人立訪問看護ステーション
- 《チーム構成》ステーションに、看護師3、作業療法士3（1人は就労支援）、精神保健福祉士1
- 《チーム精神科医》国府台病院所属の精神科医1名…主治医担当,密接なコミュニケーション
- 《入り口》 国立国際医療センター国府台病院精神科、市川保健所、松戸保健所
- 《出口》 地域のケアマネジメント・チーム、国府台病院訪問看護、
- 《財源》 訪問看護ステーション収益、県モデル事業(精神保健福祉士人件費)、寄付など

第8回今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会
平成20年8月21日、伊藤順一郎参考人資料より抜粋

京都モデル(ACT-K)

- 《設立主体》訪問型診療所、訪問看護ステーション、NPO法人
- 《チーム構成》精神保健福祉士5、薬剤師1(以上、診療所)、看護師4、作業療法士1(以上、ステーション)
- 《チーム精神科医》診療所医師
- 《入り口》保健所、福祉事務所、地域の精神科診療所
- 《出口》地域の精神科診療所？
- 《財源》訪問型診療所収益(医師訪問、精神科訪問看護、訪問薬剤管理指導)、訪問看護ステーション収益

第8回今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会
平成20年8月21日、伊藤順一郎参考人資料より抜粋

岡山モデル(ACT-おかやま)

- 《設立主体》精神保健福祉センター
- 《チーム構成》常勤スタッフ1、非常勤スタッフ5(精神保健福祉士、作業療法士、看護師(保健師)、臨床心理士)
- 《チーム精神科医》精神保健福祉センター医師
- 《入り口》保健所、市町村、地域活動支援センター(危機介入)、精神科病院(退院促進)
- 《出口》通院医療機関、地域資源(安定した医療供給、生活支援)
- 《財源》県費

第8回今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会
平成20年8月21日、伊藤順一郎参考人資料より抜粋

- 訪問看護
 - 医療機関による精神科訪問看護の充実、訪問看護ステーションの活用による、精神科訪問看護の一層の普及
 - 従事者の研修等の推進、医療機関と訪問看護ステーションとの連携の促進
 - 福祉サービス等の利用との連絡調整や、病状不安定な対象者への対応の強化等、訪問看護の機能の充実
- ケアマネジメント・ACT
 - 重症の精神障害者の地域生活支援に当たって、訪問看護ステーション等がマネジメント又はその一部を担い、多職種が連携し迅速・適切に支援できる仕組みの構築
 - 極めて重症な者について、重点的かつ包括的に支援を行う仕組みの構築



危機介入

1. 強制力を伴わないもの

◆訪問指導

- 保健所等の精神保健福祉相談員及び保健師等が、本人又は家族の同意のもとに自宅を訪問し、受診の勧奨又は医療・服薬継続の重要性等について、本人又は家族に相談指導を行う。
(※危機介入的な訪問など保健所長等が必要と認めた場合にも実施できることとされている。)
- 地域保健活動の一環として、都道府県等が実施。

2. 強制力を伴うもの

◆措置入院

- 医療及び保護のために入院させなければ、その精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると指定医(2名)が認めた場合に、都道府県知事が患者を入院させることができる制度。保健所等を通じて実施される。
- 精神保健福祉法に基づき、都道府県等が実施。

◆34条移送

- 指定医の診察により、直ちに入院させなければ医療及び保護を図る上で著しく支障がある者で、本人が入院の必要性を理解できない場合に、保護者の同意のもと、医療保護入院又は応急入院をさせるために精神科病院(応急入院指定病院)に移送する制度。保健所等を通じて実施される。
- 精神保健福祉法に基づき、都道府県等が実施。

3. 基盤整備や調整を行うもの

◆精神科救急医療体制整備事業

- 精神科救急情報センターが、精神障害者又は保護者等からの相談窓口となり医療機関の紹介を行うほか、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく移送を適正かつ円滑に実施するために精神保健指定医、応急入院指定病院等と連絡調整を実施。
- 各医療機関は常時対応施設・輪番施設等としての役割を担い、精神科救急情報センターからの紹介等を受け、救急患者を受け入れ。
- 都道府県等が実施し、国が予算補助を実施。

保健所が受ける困難事例の内訳

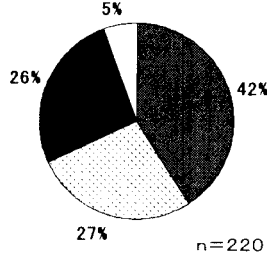
保健所が市町村から受ける相談の内容 (複数回答あり)

- 困難事例の解決 (99.5%)
- 入院への対応 (89.1%)
- 退院後の対応 (62.5%)
- 家族へのサポート (60.4%)
- 講演会等の普及啓発 (42.2%)

保健所が医療機関等から受ける相談の内容 (複数回答あり)

- 退院後の対応 (89.6%)
- 困難事例の解決 (84.4%)
- 入院への対応 (76.6%)
- 家族へのサポート (58.9%)

保健所全体で受ける 困難事例の内訳



※ 最近3か月で遭遇した困難・多問題事例について、記述を求めたもの。

- 地域・近隣での他害・迷惑行為
- 医療の継続性、医療中断、受診行動
- 家族内暴力・自傷・ひきこもり
- 金銭管理等日常生活支援

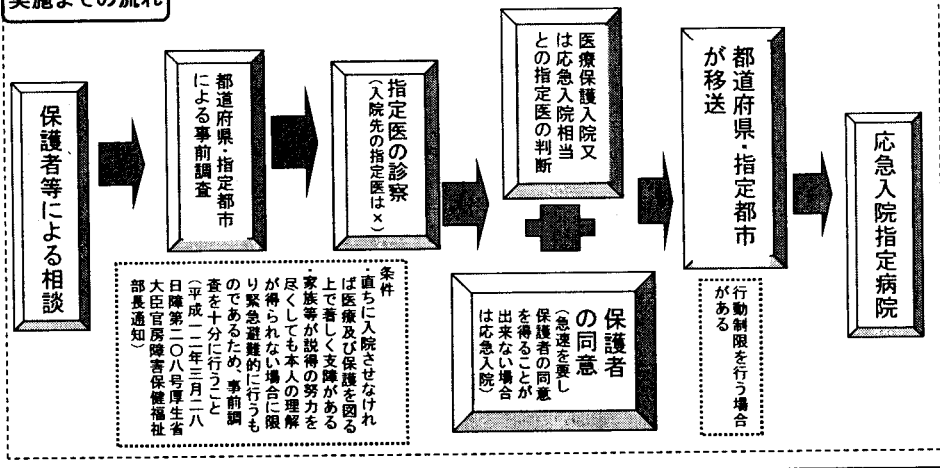
平成19年度厚生労働科学研究
障害者自立支援法を踏まえた精神保健福祉センター、保健所の役割と機能強化についての精神保健福祉施策研究
障害者自立支援法と精神保健福祉活動への取組実態調査
分担研究者 坪倉繁美

法第34条に基づく移送について

法34条に基づく移送とは

指定医の診察の結果、直ちに入院させなければその者の医療および保護を図るうえで著しく支障がある精神障害者であって、任意入院が行われる状態ではないと判断された者について、保護者の同意の有無に応じて医療保護入院または応急入院をさせるため、応急入院指定病院に移送することができる制度。

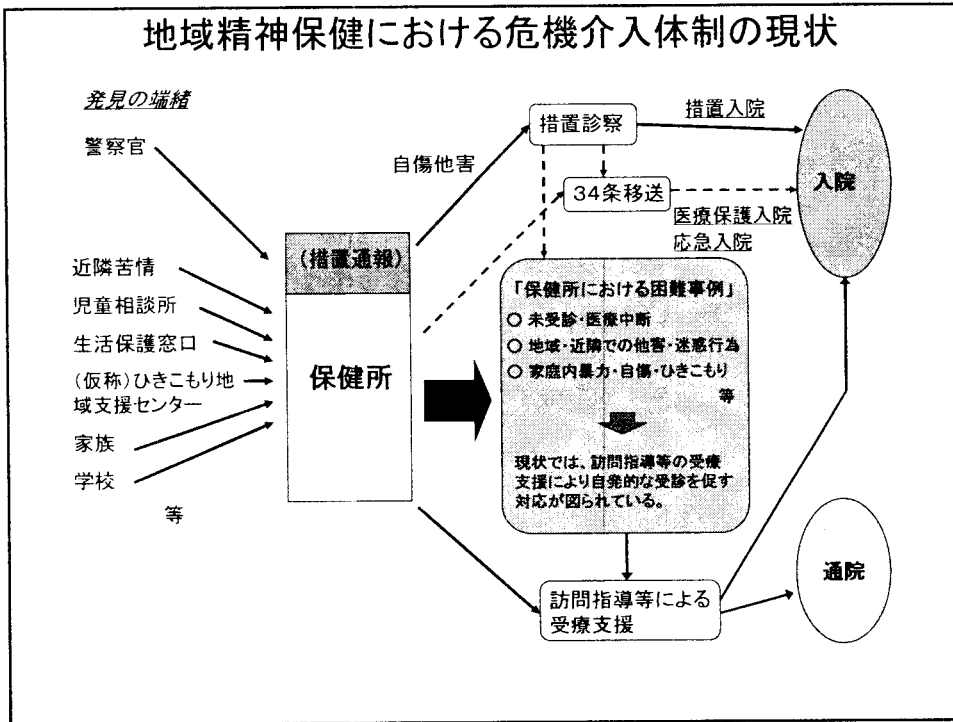
実施までの流れ



法第34条に基づく移送の実績

- 平成19年4月末～20年4月末までの1年間で34条に基づく移送を実施したのは64都道府県・指定都市中28自治体（移送件数は200件）。
- 平成12年の施行時から8年間で移送件数は1,445件となっているが、13自治体で体制の整備がなされておらず、7自治体においては体制は整備されているが、制度創設以来実績がない。
- 実績が少ない理由としては、適用の判断の難しさ、指定医の確保等の実施体制の確保の難しさ等が考えられる。
- 精神科救急医療体制整備事業において移送経費を補助対象としている。（補助率1/2）

地域精神保健における危機介入体制の現状



・ 危機介入

- 在宅の未受診者や受診中断者等への訪問診療を含む支援体制の強化
- 行政機関と医療機関等の連携による、多職種チームでの危機介入等の支援体制の整備



児童思春期精神科医療 早期支援

発達障害

発達障害者支援法 第2条

この法律において「発達障害」とは、自閉症・アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害、その他これに類する脳機能の障害であって、通常低年齢で発現するものとして政令で定めるものをいう。
2 この法律において「発達障害者」とは、発達障害を有するために日常生活又は社会生活に制限を受ける者をいい、「発達障害児」とは発達障害者のうち十八歳未満のものをいう。

知的な遅れを伴うこともあります

自閉症

- ・言葉の発達の遅れ ・コミュニケーションの障害
- ・対人関係・社会性の障害
- ・パターン化した行動、こだわり

広汎性発達障害

アスペルガー症候群

- ・基本的に、言葉の発達の遅れはない
- ・コミュニケーションの障害 ・対人関係・社会性の障害
- ・パターン化した行動、興味・関心の偏り ・不器用

注意欠陥多動性障害 (AD/HD)

- ・不注意(集中できない)
- ・多動・多弁(じっとしてられない)
- ・衝動的に行動する(考えるよりも先に動く)

学習障害 (LD)

- ・「読む」「書く」「計算する」等の能力が、全体的な知的発達に比べて極端に苦手

その他の発達障害 (トゥレット症候群 等)

(参考)

ICD-10における
分類

<F80-89 心理的発達の障害>

- F80 会話及び言語の特異的発達障害
- F81 学力の特異的発達障害
- F82 運動機能の特異的発達障害
- F83 混合性特異的発達障害
- F84 広汎性発達障害
- F88 その他の心理的発達障害
- F89 詳細不明の心理的発達障害

<F90-99 小児期及び青年期に通常発症する行動および情緒の障害>

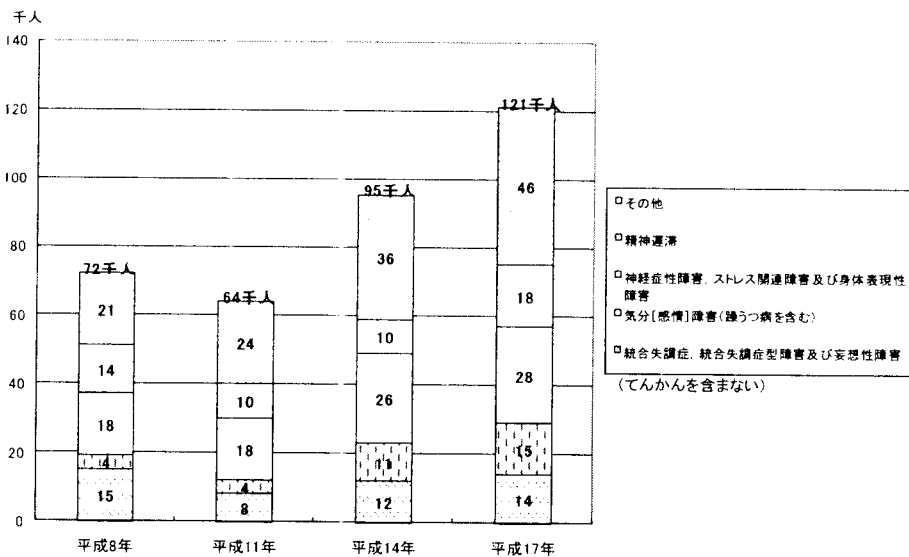
- F90 多動性障害
- F91 行為障害
- F92 行為および情緒の混合性障害
- F93 小児期に特異的に発症する情緒障害
- F94 小児期および青年期に特異的に発症する社会的機能の障害
- F95 テック障害
- F98 小児期および青年期に通常発症する他の行動および情緒の障害
- F99 精神障害、他に特定できないもの

思春期に好発する精神疾患

- 統合失調症
 - 5歳頃から発症しうると言われ、13～14歳頃から急増、年齢が上がるにつれて成人の有病率1%に近づく。
- うつ病
 - 児童期で0.5～2.5%、青年期で2.0～8.0%の有病率。
- パニック障害
 - 青年期後期と30代半ばに発症のピークがあり、生涯有病率は1.5～3%。
- 社会恐怖(社会不安障害)
 - 典型的には10代半ばで発症、児童思春期での有病率は約1%。
- 強迫性障害
 - 児童思春期で0.5～4%の有病率。男子は前思春期、女子は思春期の発症が多い。
- 摂食障害(神経性無食欲症:AN、神経性大食症:BN)
 - 若年女性でANが0.1～0.5%、BNが1～4%の有病率。10代後半の発症が多い。

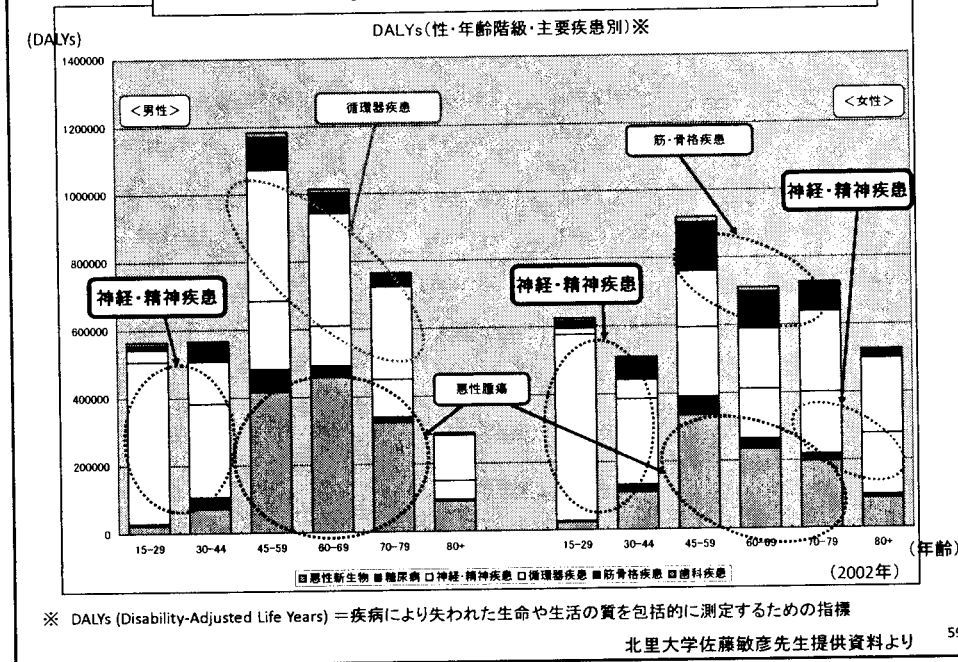
「子どもの心の診療医の専門研修テキスト」、「一般精神科医のための心の診療テキスト」より

精神疾患 総患者数(20歳未満)の推移



出典:患者調査 58

日本における疾病負担



子どもの心の専門病院へのアクセスの状況

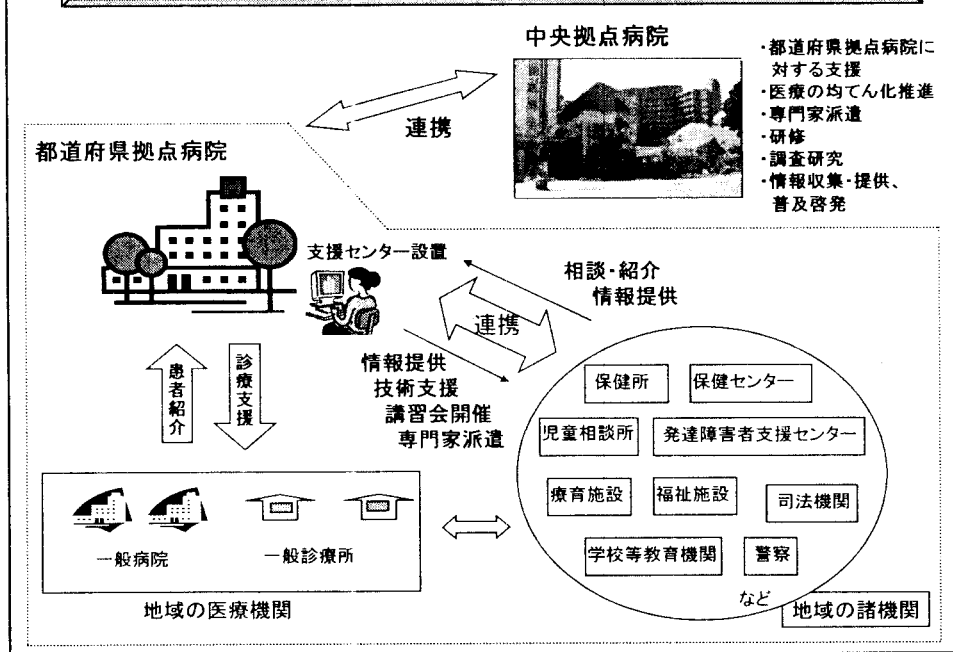
- 症状に気づいてから子どもの心の専門病院を受診するまでにかかった期間
 - 平均2.2年
- 専門病院を予約してから受診までの期間
 - 1カ月以内: 53%
 - 1年以上: 8%

平成20年9月～11月に調査対象医療機関を受診した初診・再診(再診は9月のみ)患者の保護者に対して実施した無記名アンケートによる調査の中間結果(n=2,085)

【調査対象医療機関(16医療機関)】
 香川県こころ総合センター、徳島県こころ健康センター、徳島県こころ健康センター、徳島県こころ健康センター、徳島県こころ健康センター、徳島県こころ健康センター、徳島県こころ健康センター、徳島県こころ健康センター、徳島県こころ健康センター、徳島県こころ健康センター、徳島県こころ健康センター、徳島県こころ健康センター、徳島県こころ健康センター、徳島県こころ健康センター、徳島県こころ健康センター、徳島県こころ健康センター

平成20年度厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究事業)
 「子どもの心の診療に関する診療体制確保、専門的人材育成に関する研究」
 研究代表者: 奥山 真紀子 研究分担者: 藤原 武男

子どもの心の診療拠点病院ネットワークのイメージ



子どもの心の診療拠点病院

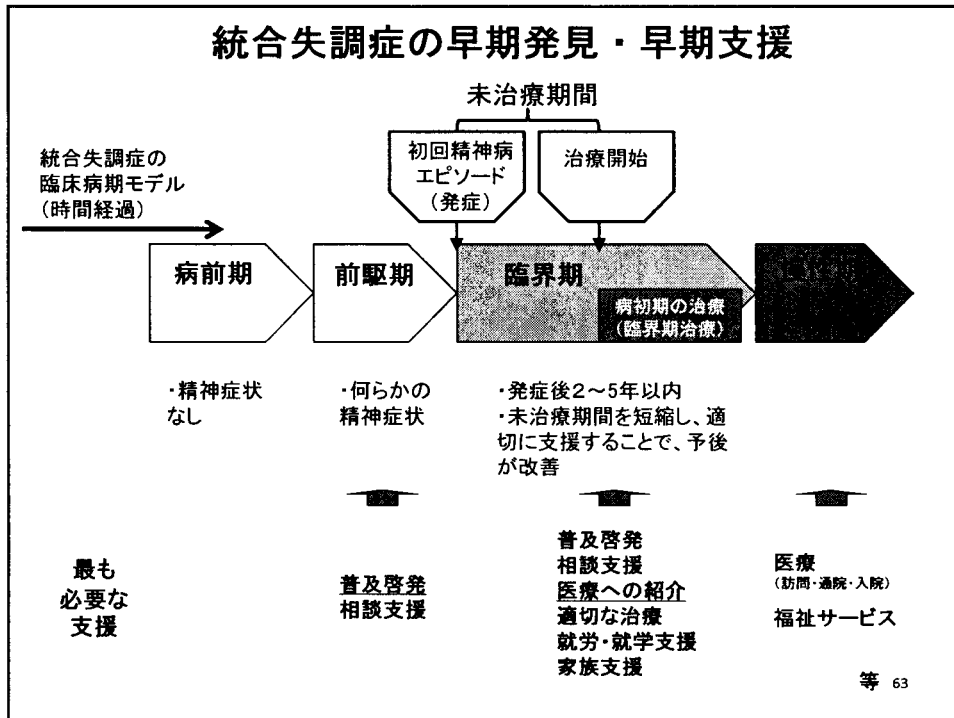
○中央拠点病院

- 国立成育医療センター

○平成20年度の実施都道府県(9ヶ所)

- 東京都: 東京都立梅ヶ丘病院
- 神奈川県: 神奈川県立こども医療センター
- 石川県: 石川県こころの健康センター(医王病院、金沢大学付属病院、石川県立高松病院)
- 静岡県: 静岡県立こども病院
- 三重県: 三重県立小児心療センター あすなろ学園
- 大阪府: 大阪府立精神医療センター 松心園
- 鳥取県: 鳥取大学医学部附属病院
- 岡山県: 岡山県精神科医療センター
- 長崎県: 長崎県子どもの心の診療拠点病院ネットワーク(長崎大学医学部・歯学部附属病院、長崎県立こども医療福祉センター、長崎県立精神医療センター、大村共立病院)

統合失調症の早期発見・早期支援



早期支援の効果に関するエビデンス

◆RCT(ランダム化比較試験)(1)～英国 LEO～

初回精神病エピソード患者(144名)を、標準サービスと早期介入サービスに無作為化割付。18ヶ月後を評価。社会機能、就労率、サービス満足度、QOL、治療継続率、服薬アドヒアランスにおいて、有意に早期介入サービス群で改善がみられた。ただし、症状そのものの改善については、両群に有意差みられず(Garety et al.,BJP 2006; Craig et al., BMJ 2004)。

◆RCT(ランダム化比較試験)(2)～デンマーク OPUS～

初回精神病エピソード患者(547名)を標準サービスと早期介入サービスに無作為化割付。1年後、2年後を評価。陰性症状、陽性症状、社会機能の改善に有意差あり。家族の負担感も有意に軽減。5年後の評価では、入院施設利用率、入院日数が有意に低かった(Thorup et al.,Schi Res 2005; Petersen et al., BJP 2005, Bertelsen et al., Arch Gen Psych 2008)。

◆地域介入比較調査 ～ノルウェー TIPS～

早期介入を行っている地域とそうでない地域におけるDUP、症状、社会機能、自殺率を比較。介入地域でDUPが有意に短く、初回精神病エピソード患者の2年後の症状、特に陰性症状レベルが有意に低く、就労・就学の割合も有意に高い。自殺率も介入地区で有意に低い(Melle et al.,Arch Gen Psych 2004; Melle et al., AJP 2006, Larsen et al., Schizophr Bull 2006)。

平成20年度厚生労働科学研究費補助金「思春期精神病理の疫学と精神疾患の早期介入方策に関する研究」64
岡崎祐士研究代表者・西田淳志研究分担者提供資料より

三重県津市における早期発見・支援モデル事業

モデル地区(校区)

啓発プロジェクト

(対象・啓発手法)

1. 生徒: 中学卒前啓発授業プログラム
2. 生徒: 啓発リーフレット配布プロジェクト
3. 生徒・保護者: 保健室だよりによる啓発
4. 保護者: 幼・小・中保護者合同啓発研修会
5. 教員: 早期事例ケースマネージメント研修会
6. 養護教諭: 幼・小・中養護教諭合同勉強会
7. 一般医: 早期連携促進訪問活動
8. 一般医: 早期発見パンフレット配布プロジェクト

学校内精神保健推進プロジェクト

1. 校内精神保健特別支援委員会の設置
特別支援コーディネーター、養護教諭、スクールカウンセラー、各学年特別支援担当者、スクールソーシャルワーカー、管理職(教頭・校長)等による定期的な検討会議
議題: 精神的不調を抱える生徒の把握と校内における対応、保護者との連携の検討
2. 校内精神保健特別委員会、保護者からユースメンタルサポートセンターMIE早期支援アウトリーチチームへの相談、連携要請

ユースメンタルサポートセンターMIE
(三重県立こころの医療センター内)
早期支援多職種専門支援チーム

DUP短縮早期発見連携チーム

1. 一般医との連携・啓発
2. 学校・保護者からの相談
3. アウトリーチによるアセスメント等

学校特別支援委員会サポート事業

ARMS事例に対する個別支援

精神病臨界期治療チーム

1. 臨界期包括治療支援プログラムの提供
2. ケースコーディネーター担当制
3. アウトリーチ活用によるエンゲイジメント強化

TREATチーム

1. 3か月以上入院のFEP患者の再アセスメント
2. 寛解遅延例に対するコンサルテーション

早期支援専門スタッフ育成研修

1. 英国早期支援国家プロジェクト委員による集中研修
2. 定期的な事例検討とサービス内容のレビュー

平成20年度厚生労働科学研究費補助金「思春期精神病理の疫学と精神疾患の早期介入方策に関する研究」岡崎祐士研究代表者・西田淳志研究分担者提供資料より

三重県津市で使用した啓発資料(厚生労働科学研究により実施)

中学生・高校生向けリーフレット(授業使用版) 早期の気づき



若者が多くがこころの不調や病気を体験しています!

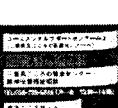
「こころの不調や病気」は、思春期から20代前半にかけて、多くの人に起こる可能性があります。これは、脳の発達やホルモンの変化、生活環境の変化などが原因で起こります。早期に気づき、適切な支援を受けることが大切です。

気づき

「こころの不調や病気」のサインとして、以下のような症状が挙げられます。自分や周りの人がこのようなサインを感じたら、早期に気づき、適切な支援を受けることが大切です。

早く相談しましょう

「こころの不調や病気」を感じたら、一人で悩まず、早く相談しましょう。相談先としては、学校の先生、保護者、地域の支援センターなどが挙げられます。相談することで、適切な支援を受け、乗り越えることができます。

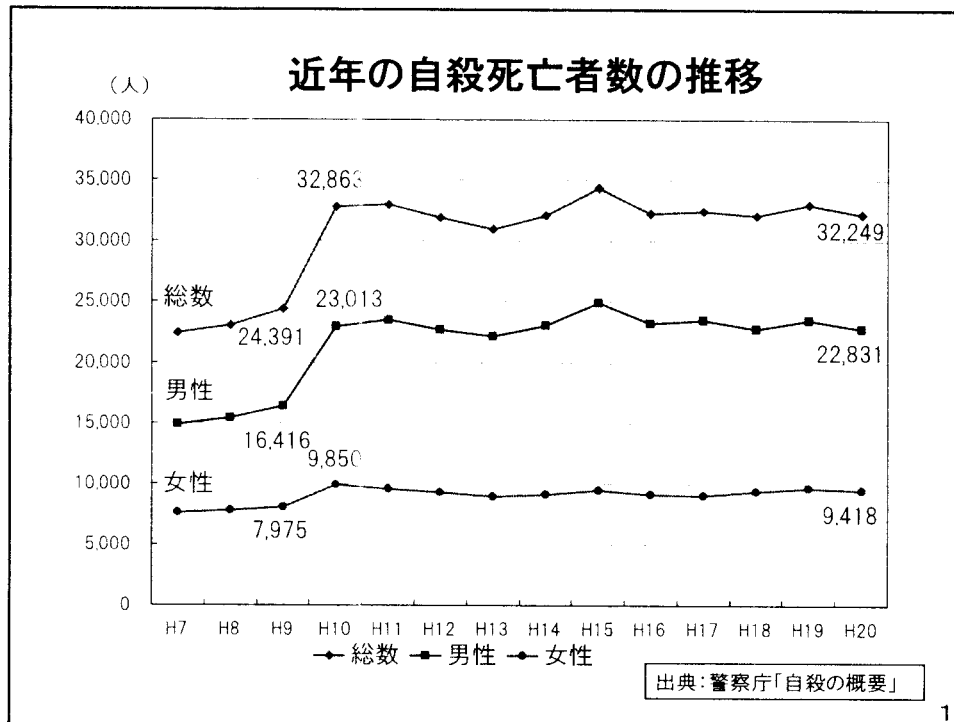


平成20年度厚生労働科学研究こころの健康科学研究事業
「思春期精神病理の疫学と早期介入方策に関する研究」(主任研究者:岡崎祐士)
分担研究者:西田淳志、研究協力者:針間博彦、白井有美

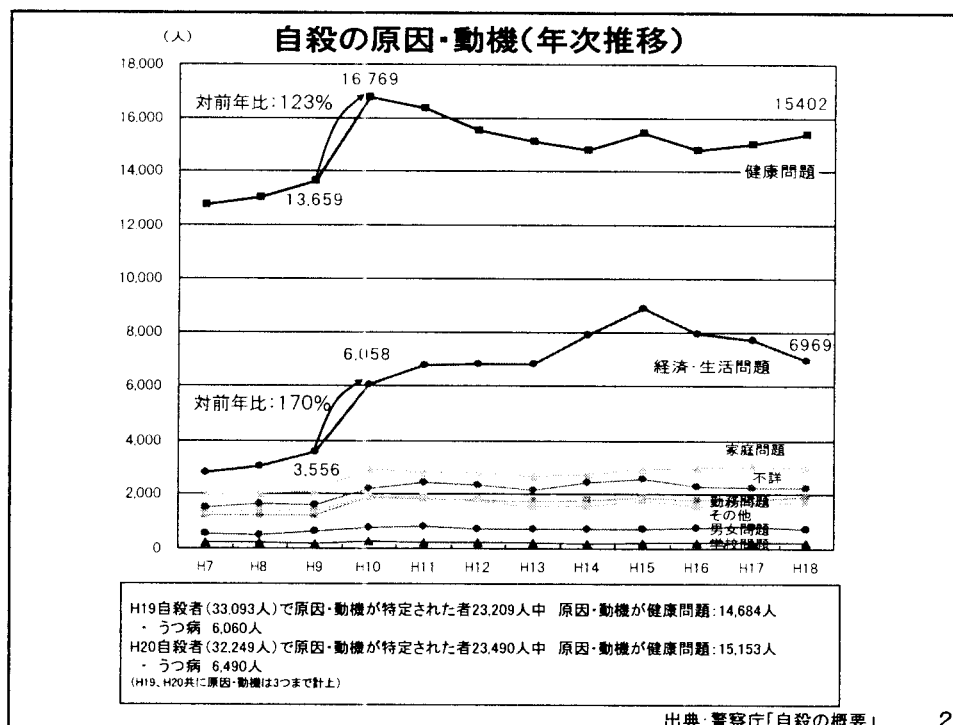
- 児童・思春期精神科医療
 - 児童・思春期の専門の医師数の拡大
 - 精神科医への児童・思春期精神医学の研修等の推進
 - 医療機関が児童・思春期精神科医療により積極的に取り組むための施策の推進
 - 専門病床・専門医療機関の確保等、医療提供体制の拡充
- 早期支援
 - 若年者に専門的・包括的な診療・支援を行う医療機関のモデル的な実施・検証と普及
 - 若年者の診療や、臨界期の統合失調症に関する治療・支援の質の向上
 - 地域において、若年者やその家族等がアクセスしやすい相談機関の、モデル的な実施・検証と、普及
 - 家族、精神科以外の医療従事者、行政機関、学校等、若年者を取り巻く支援者を対象とした、早期支援に関する知識と理解の向上



自殺対策

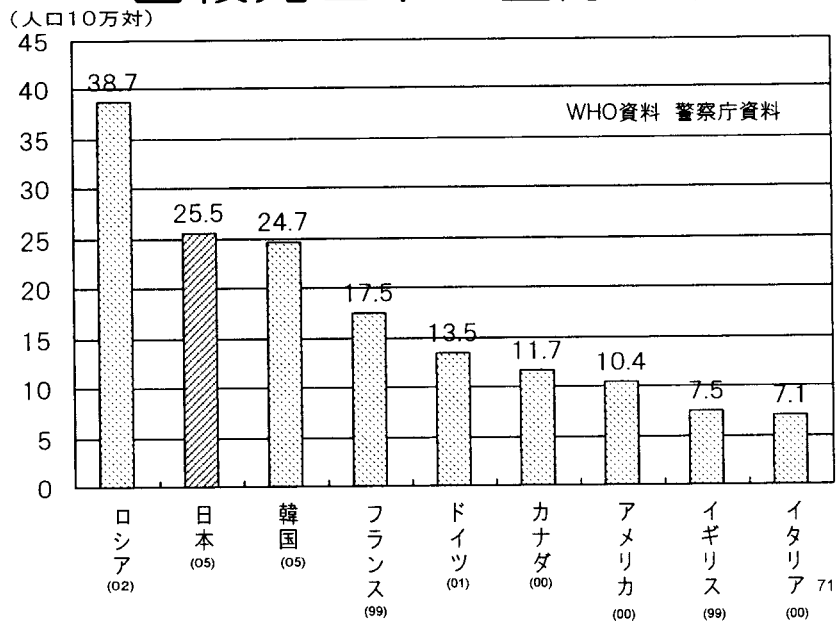


1

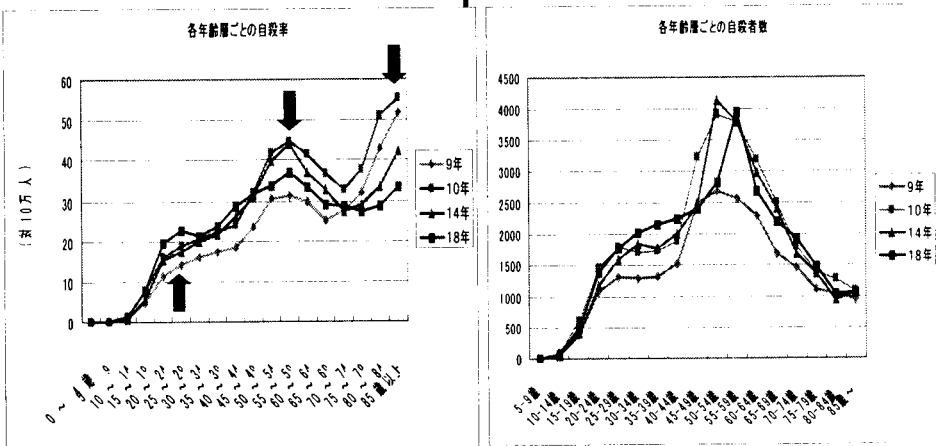


2

自殺死亡率の国際比較



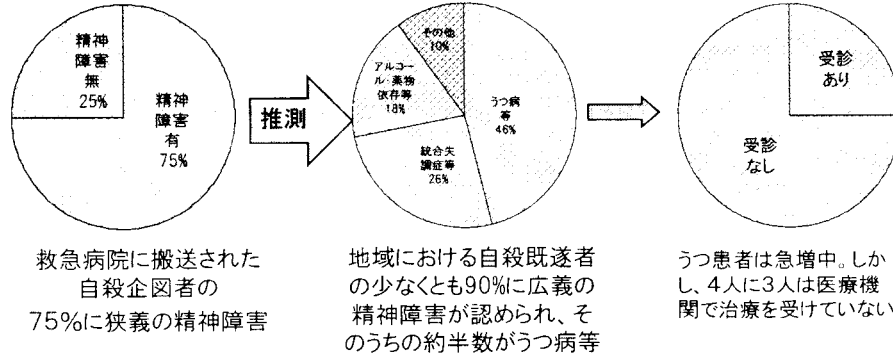
各年齢層ごとの自殺者数及び自殺率



- ① 働き盛りの世代自殺率は平成9年から増加したが現在は減少傾向
- ② 高齢者の自殺者数は変化ないが自殺率については減少傾向
- ③ 若年者の自殺者、自殺率ともに年々増加傾向

出典: 厚生労働省「人口動態調査」

自殺の背景としての精神疾患



自殺の危険因子としての精神障害
一生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺未遂者の診断学的検討—
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 真人
(平成14年度厚生労働科学特別研究事業)

自殺を予防するための当面の重点施策(自殺総合対策大綱より)

<p>自殺の実態を明らかにする</p> <ul style="list-style-type: none"> ●実態解明のための調査の実施 ●情報提供体制の充実 ●自殺未遂者、遺族等の実態解明及び支援策についての調査の推進 ○児童生徒の自殺予防についての調査の推進 ●うつ病等の精神疾患の病態解明及び診断・治療技術の開発 ●既存資料の利活用の促進 	<p>国民一人ひとりの気づきと見守りを促す</p> <ul style="list-style-type: none"> ●自殺予防週間の設定と啓発事業の実施 ○児童生徒の自殺予防に資する教育の実施 ●うつ病についての普及啓発の推進 	<p>早期対応の中心的役割を果たす人材(ゲートキーパー)を養成する</p> <ul style="list-style-type: none"> ●かかりつけの医師等のうつ病等の精神疾患の診断・治療技術の向上 ○地域職員に対する普及啓発の実施 ●地域保健スタッフの産後健診スタッフの資質の向上 ●介護支援専門員等に対する研修の実施 ●民生委員、児童委員等への研修の実施 ●地域でのリーダー養成研修の実施 ●社会的要因に精通する相談員の資質の向上 ●遺族等に対応する公的機関の職員の資質の向上 ●研修資料の開発等 ●自殺対策従事者への心のケアの推進
<p>心の健康づくりを進める</p> <ul style="list-style-type: none"> ●職場におけるメンタルヘルス対策の推進 ●地域における心の健康づくり推進体制の整備 ○学校における心の健康づくり推進体制の整備 	<p>適切な精神科医療を受けられるようにする</p> <ul style="list-style-type: none"> ●精神科医をサポートする人材の養成など精神科医療体制の充実 ●うつ病の受診率の向上 ●子どもの心の診療体制の整備の推進 ●うつ病スクリーニングの実施 ●慢性疾患患者等に対する支援 ●うつ病以外の精神疾患等によるハイリスク者対策の推進 	<p>社会的な取組で自殺を防ぐ</p> <ul style="list-style-type: none"> ●地域における相談体制の充実 ○多量債務の相談窓口の整備とセーフティネット融資の充実 ●失業者等に対する相談窓口の充実等 ○経営者に対する相談事業の実施等 ○法的問題解決のための情報提供の充実 ●危険な場所、薬品等の規制等 ○インターネット上の自殺関連情報対策の推進 ○インターネット上の自殺予告事案への対応等 ●介護者への支援の充実 ○いじめを否にした子どもの自殺の予防 ○報道機関に対する世界保健機関の手引きの周知
<p>自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ</p> <ul style="list-style-type: none"> ●救急医療施設における精神科医による診療体制等の充実 ●家族等の身近な人の見守りに対する支援 	<p>遺された人の苦痛を和らげる</p> <ul style="list-style-type: none"> ●自殺者の遺族のための自助グループの運営支援 ●学校、職場での事後対応の促進 ●遺族のためのパンフレットの作成・配布の促進 ○自殺遺児へのケアの充実 	<p>民間団体との連携を強化する</p> <ul style="list-style-type: none"> ●民間団体の人材育成に対する支援 ●地域における連携体制の確立 ●民間団体の電話相談事業に対する支援 ●民間団体の先駆的・試行的取組に対する支援

平成19年6月8日閣議決定
平成20年10月31日一部改正

(●は厚生労働省関係) 赤字 平成20年度新規追加項目

自殺総合対策大綱改正(H20.10.31) のポイント

自殺を予防するための当面の重点施策

5 適切な精神科医療を受けられるようにする

●うつ病以外の精神疾患等によるハイリスク者対策の推進

うつ病以外の自殺の危険因子である統合失調症、アルコール依存症、薬物依存症等について、調査研究を推進するとともに、継続的に治療・援助を行うための体制の整備、自助活動に対する支援等を行う。

また、思春期・青年期において精神的問題を抱える者や自傷行為を繰り返す者について、救急医療機関、精神保健福祉センター、保健所、教育機関等を含めた連携体制の構築により適切な医療機関や相談機関を利用できるように支援する等、精神疾患の早期発見、早期介入のための取組を推進する。

●は厚生労働省関係

自殺総合対策大綱改正のポイント

自殺を予防するための当面の重点施策

6 社会的な取組で自殺を防ぐ

○インターネット上の自殺関連情報対策の推進

第三者に危害を及ぼすおそれの高い物質の製造方法を教示し、その製造を誘引する情報について、プロバイダ等が契約約款に基づき削除するよう依頼するインターネット・ホットラインセンターの取組に対する支援を行う。

また、第三者に危害の及ぶおそれのある自殺の手段等を紹介するなどの情報等への対応の在り方について、明確化を図る等の対策を推進する。

青少年が安全に安心してインターネットを利用できる環境の整備等に関する法律に基づく取組を促進し、同法に基づく基本計画等により、青少年へのフィルタリングの普及を図るとともに、インターネットの適切な利用に関する教育及び啓発活動の推進等を行う。

推進体制等

1 国における推進体制

○特異事案の発生等の通報体制を整備するとともに、関係府省緊急連絡会議を機動的に開催し、適切に対応する。

2 地域における連携・協力の確保

○市町村においても自殺対策担当の部局等が設置されるよう、積極的に働きかける。

自殺対策関連予算

平成20年度予算額 13億円 → 平成21年度予算 23億円

研究の推進

3.0億円 → 3.2億円

- 自殺対策のための戦略研究
- 心理学的別様データベースを活用した自殺の原因分析に関する研究
- 自殺のハイリスク者の実態解明及び自殺予防に関する研究

自殺予防総合対策センター

31百万円 → 53百万円

- 自殺解析調査(新規)
- 自殺対策ネットワーク会議
- 情報収集発信(Webサイト「いきる」)
- 保健所、精神保健福祉センター、民間団体の相談員に対する専門研修
- 心理職等カウンセリング技術向上研修

普及啓発

86百万円 → 80百万円

- 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」、「新健康フロンティア戦略」、「自殺総合対策大綱」に基づいた普及・啓発事業
- 普及・啓発活動を行う当事者育成のための専門家養成研修事業

相談体制の充実と人材育成

5.0億円 → 12.4億円

- かかりつけ医うつ病対応力向上研修
- メンタルヘルス相談実施体制の整備
- うつ病者等精神障害者の職場復帰支援のための総合支援事業

地域や職場での自殺対策 3.8億円 → 6.2億円

- 地域自殺予防情報センター運営事業(新規)
- 自殺防止対策事業(新規)
- 地域自殺対策推進事業
- 自殺未遂者・自殺者遺族ケア対策事業
- 地域精神保健指導者研修事業
- 事業場におけるメンタルヘルス対策への支援

平成21年度自殺対策関連予算(障害保健福祉部関係)

○うつ病等の精神疾患に関する国民の正しい理解の促進

精神障害の正しい理解のための普及・啓発事業 80百万円(86百万円)

○自殺予防総合対策センターにおける情報提供等の推進

自殺予防総合対策センター経費 53百万円(31百万円)
【自殺解析調査経費(新規) 24百万円(0百万円)】

○地域での効果的な自殺対策の推進と民間団体の取組の支援

地域自殺予防情報センター運営事業(新規) 86百万円(0百万円)

自殺防止対策事業(新規) 122百万円(0百万円)

地域自殺対策推進事業 123百万円(128百万円)

自殺未遂者・自殺者遺族ケア対策事業 30百万円(33百万円)

地域精神保健指導者研修事業 2百万円(2百万円)

○自殺予防に向けた相談体制の充実と人材育成

かかりつけ医うつ病対応力向上研修事業 98百万円(98百万円)

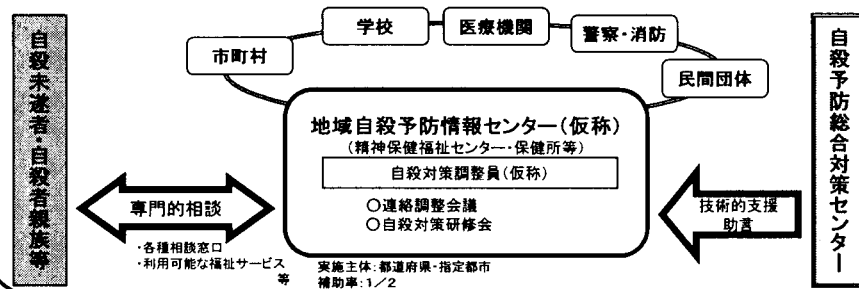
地域自殺予防情報センター運営事業(21年度予算要求事業)

【現状・課題】

「自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関する検討会報告書(H20年3月)」では、自殺に悩む人、自殺未遂者やその家族、自殺者親族に対して、
 ・地域における個別のケアに当たる関係機関とのネットワークが十分でない
 ・地域において個別のケアに当たる関係機関における人材の育成が十分でない
 といった問題が指摘されている。

【事業概要】

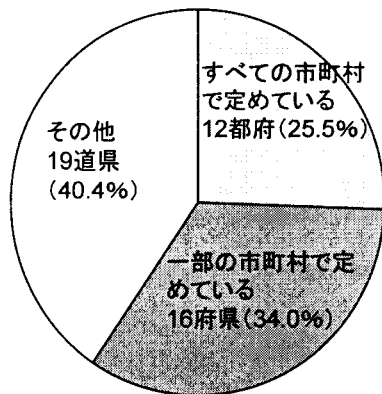
都道府県・指定都市に各1ヶ所ずつ地域自殺予防情報センター(仮称)(精神保健福祉センター、保健所などに設置)を置き、
 ①自殺対策調整員(仮称)の配置や、連絡調整会議の開催により、関係機関のネットワークを強化し、地域の自殺対策の向上を図る。
 ②地域における自殺対策に関する人材を育成するための研修会を行い自殺未遂者・自殺者親族等に対して、適切な支援が提供される体制を整備する。



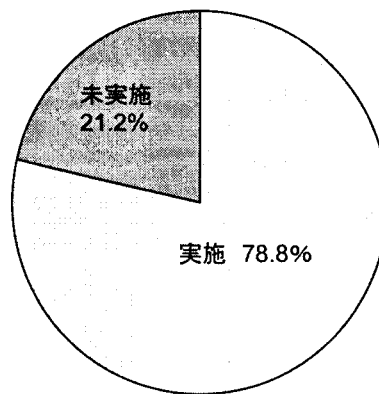
市町村における自殺対策推進体制

市町村の自殺対策担当課設置状況
 (政令市は除く)

平成19年度に開催された自殺対策を対象とした会議、研修会



半数以上の都府県の市町村で自殺対策担当課を設置



2/3以上の都府県が市町村を対象とした会議研修会を実施

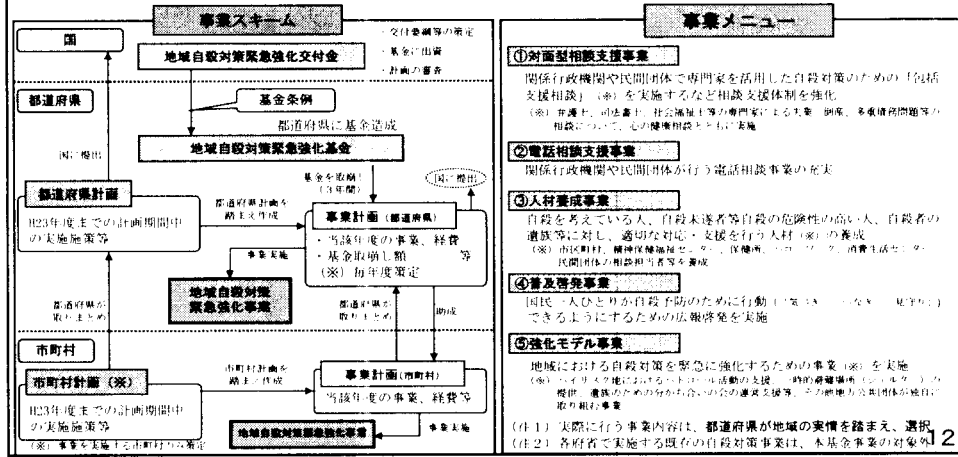
H21年度補正予算（内閣府）「地域自殺対策緊急強化基金」の概要

現状と課題

- 自殺者数は、H10年以降11年連続3万人超（H20年は32,249人 警察統計）
- 現下の厳しい経済情勢を踏まえ、追い込まれた人に対するセーフティネットとして、地域における自殺対策の強化が喫緊の課題

事業の実施

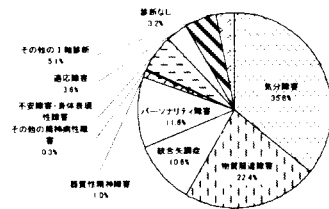
- 都道府県に当面の3年間の対策に係る「地域自殺対策緊急強化基金」(*)を造成。相談体制整備及び人材養成等を緊急に実施
 - 地域の実情を踏まえて自主的に取り組む地方公共団体の対策や民間団体の活動等の支援により、「地域における自殺対策力」を強化
 - 国は事業メニューを提示し、都道府県が地域の実情を踏まえて実施事業を選択するメニュー方式
- (※) 予算額：100億円、補助率：10/10（地方負担なし）、時期：21年度から23年度までの3年間で実施



アルコール、薬物の使用と自殺との関連

- アルコール、薬物の使用は自殺関連行動の危険性を高めると考えられている
 - 国内においてアルコール、薬物の使用が原因とされる自殺者数
- 平成20年の自殺者32,249人中
- ・アルコール依存症 310人
 - ・薬物乱用 48人
- (警察統計より、原因・動機が特定された者23,490人における数、原因・動機は3つまで計上)

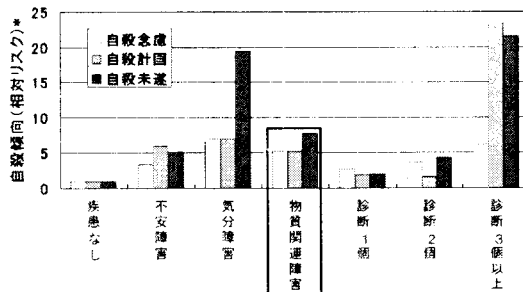
自殺既遂者における精神疾患の存在



精神科入院歴のない自殺既遂者8,205例について調査
複数診断の総数(12,292)に対する割合を示している

Berlotte JM, Fleischmann A
Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective
World Psychiatry 1(3) 181-185, 2002 より作成

精神疾患の経験がその後の自殺傾向に与える影響



* 相対リスクは、自殺傾向を比較する際のリスクを比較する指標。比較の基準は、診断なしの自殺傾向である。

平成18年度厚生労働科学研究「こころの健康についての疫学調査に関する研究」主任研究者 川上恵人



依存症

物質依存症の治療ステージ

治療ステージ	1. 導入期	2. 解毒期	3. リハビリテーション前期	4. リハビリテーション後期
対処点	関連問題・関連障害 (肝障害、家庭内不和、 警察沙汰、精神症状 など)	急性中毒・離脱症状への 対処	精神依存への対処 物質関連障害の治療	再摂取の危機への対処 家庭内問題への対処 就職
目標	病気としての理解 治療への動機づけ	断薬 身体・精神症状の改善	依存の洞察 精神の安定化 社会生活技能の向上	断薬の継続 ストレス対処行動の獲得 家族の回復 生活の安定化
方法	家族の協力 家族教育 職場・内科医の協力	薬物療法 補液 入院治療	集団精神療法 断酒会、AA、NA 内観療法、行動療法 抗酒薬 家族療法	断酒会、AA、NA 外来治療 抗酒薬 家族療法

(注)入院治療の場合には、解毒期とリハビリテーション前期が適応となり、リハビリテーション後期は退院後のアフターケアに相当する。

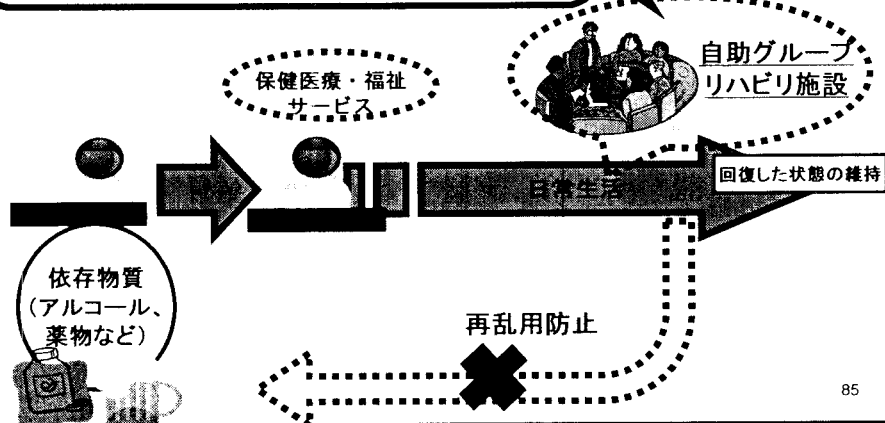
84

「アルコール・薬物関連障害の診断・治療ガイドライン」(白倉克之、樋口達、和田清輔編、2002)より

依存症者に対する自助活動の有効性

○依存症からの回復については、当事者同士が依存物質の使用に関する共通の問題について体験を語り合い、依存物質を使用しないよう相互に助けあうといった活動(自助活動)を続けていくことが有効であることが知られている。

○自助活動を中核的なプログラムとする自助グループやリハビリ施設が、依存症当事者によって作られており、依存症からの回復において中核的な役割を果たしている。



85

地域依存症対策推進モデル事業(新規)

平成21年度予算 50百万円

【目的】

アルコール、薬物を中心とした各種依存症対策については、従来、急性中毒や離脱症状に対する入院医療の提供、障害者自立支援法に基づいた各種サービスの提供等を行ってきたところであるが、依存症そのものの回復に向けての取組は十分に行われてこなかった。

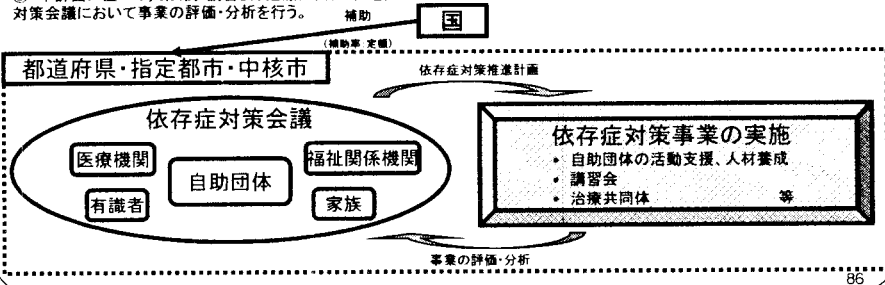
この課題に対処するため、本事業は、

- ① 依存症からの回復に有効と考えられている自助団体の活動の支援
- ② 自助団体を含む関係機関による依存症対策に係る地域連携体制の構築と効果的な依存症対策の開発・実施を目的とする。

【事業概要】

地域におけるアルコール・薬物依存症対策を推進するため、15か所の都道府県・指定都市・中核市を選定し、3か年で実施する。

- ① 都道府県・指定都市・中核市においては、当事者同士のグループ代表者やその家族、有識者、医療や福祉関係機関などによる「依存症対策会議」を開催する。
- ② 依存症対策会議においては、地域における実情や課題などを整理・検討し、当事者同士のグループの支援を中心とした依存症対策を推進するための「依存症対策推進計画」を策定する。
- ③ 本計画に基づく事業(例:講習会、治療共同体等)を実施し、地域における依存症対策を推進する。なお、事業実施後、依存症対策会議において事業の評価・分析を行う。



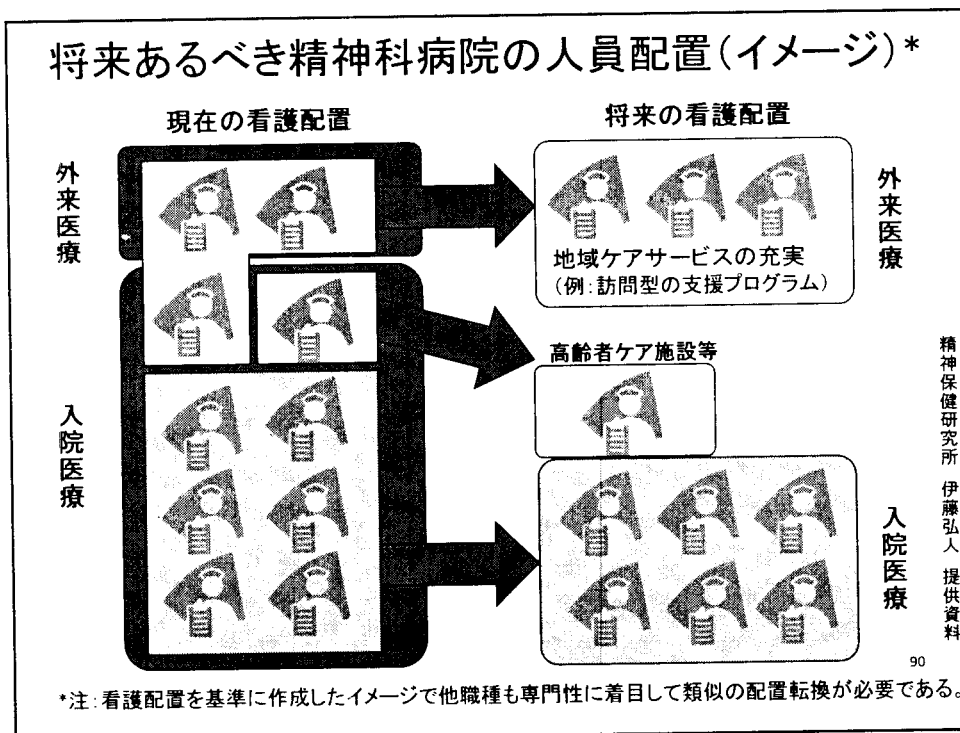
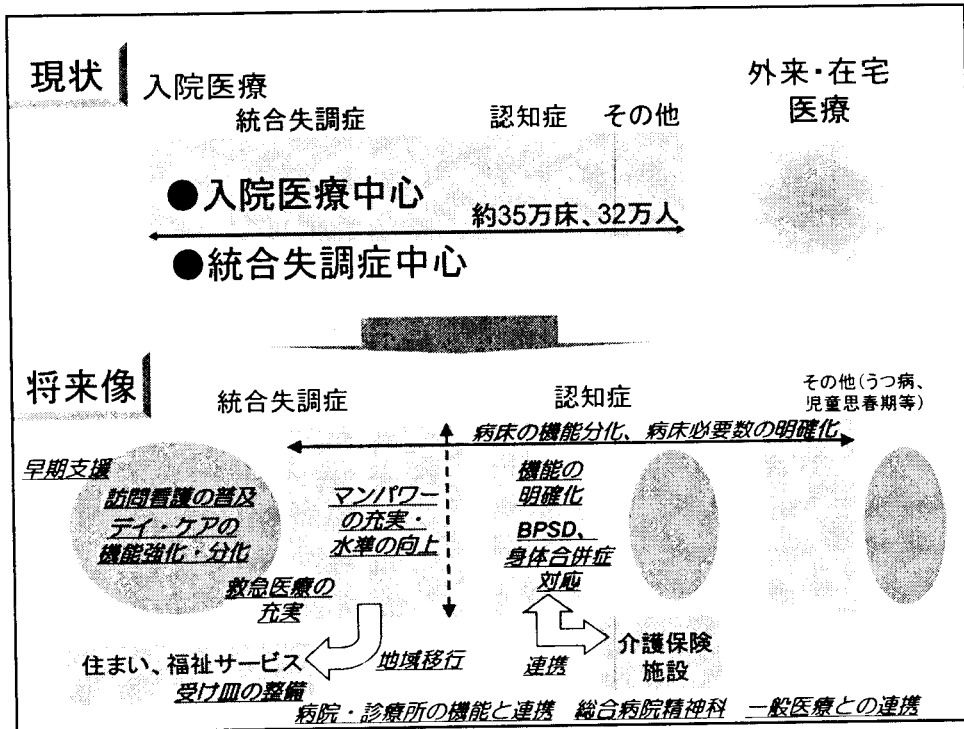
86

- 依存症

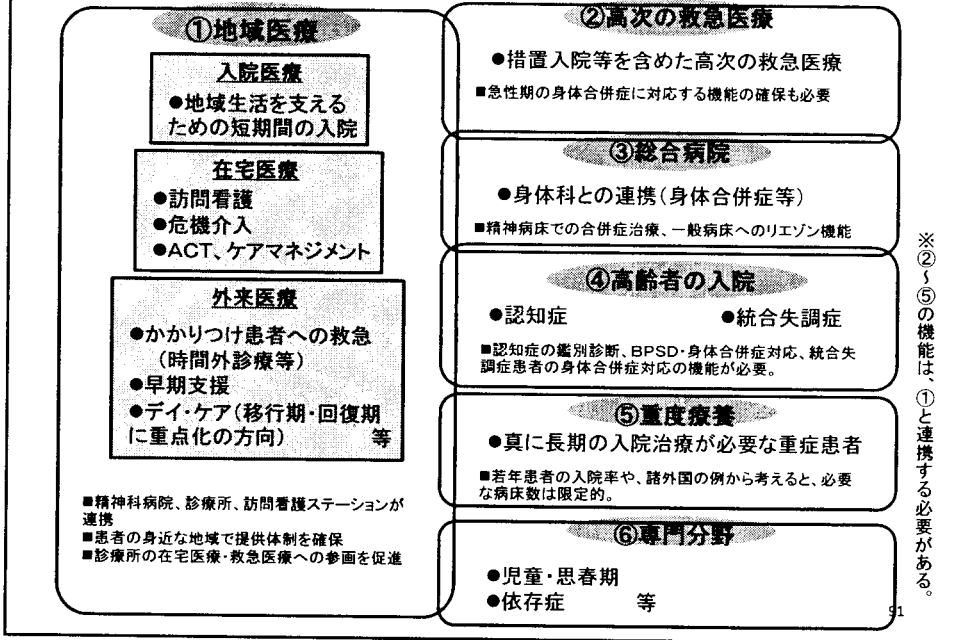
- 依存症患者の回復のための支援について、医療、リハビリ施設、自助グループ等の役割の明確化と普及



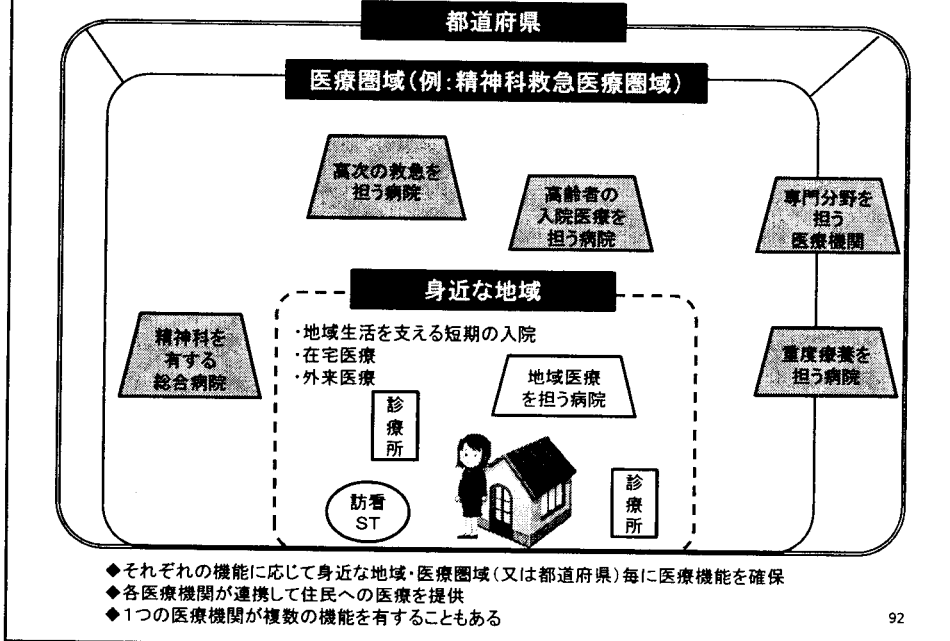
医療体制の今後



精神科医療機関の機能分化(イメージ)



地域における医療機能の確保(イメージ)





障害者自立支援法改正案

障害者自立支援法等の一部を改正する法律案の概要

① 利用者負担の見直し

- 利用者負担について、応能負担を原則に
- 障害福祉サービスと補装具の利用者負担を合算し負担を軽減

② 障害者の範囲及び障害程度区分の見直し

- 発達障害が障害者自立支援法の対象となることを明確化
- 障害程度区分の名称と定義の見直し
(※ 障害程度区分そのものについても障害の多様な特性を踏まえて抜本的に見直し)

③ 相談支援の充実

- 相談支援体制の強化(市町村に総合的な相談支援センターを設置、「自立支援協議会」を法律上位置付け)
- 支給決定プロセスの見直し(サービス利用計画案を勸案)、サービス利用計画作成の対象者の大幅な拡大

④ 障害児支援の強化

- 児童福祉法を基本として身近な地域での支援を充実
(障害種別等で分かれている施設の一元化、通所サービスの実施主体を都道府県から市町村へ など)
- 放課後型のデイサービス等の充実

⑤ 地域における自立した生活のための支援の充実

- グループホーム・ケアホーム利用の際の助成を創設
- 重度の視覚障害者の移動を支援するサービスの創設(個別給付化)

(その他)事業者の業務管理体制の整備、精神科救急医療体制の整備等

施行期日:1年6ヶ月を超えない範囲内において政令で定める日。(障害者の範囲は公布の日。障害程度区分、③、④は平成24年4月1日。)

94

① 利用者負担の見直し

利用者負担の規定の見直し

(課題) 累次の対策により、負担上限額は大幅に引き下げられており、実質的に負担能力に応じた負担になっているが、法律上は1割負担が原則となっている。

→ 法律上も負担能力に応じた負担が原則であることを明確化。
(ただし、サービス利用量が少なく、1割負担の方が低い場合には1割)

※ 例えば、現在、通所サービスの場合、市町村民税非課税世帯の負担限度額は月額1,500円。

※ 利用者の実質負担率2.82%(H20.11国保連データ)

利用者負担の合算

(課題) 障害福祉サービスと補装具の利用者負担の上限額は、それぞれに別に設定されている。

→ 高額障害福祉サービス費について補装具と合算することで、利用者の負担を軽減。

95

② 障害者の範囲及び障害程度区分の見直し

障害者の範囲の見直し

(課題) 発達障害は、概念的には精神障害に含まれるが、そのことが明確にされていない。

→ 障害者自立支援法のサービスをより受けやすくする観点から、発達障害者が障害者の範囲に含まれることを法律上明示。

※ 発達障害については、発達障害者支援法が整備され、発達障害の定義規定も置かれている。

※ あわせて、高次脳機能障害が対象となることについて、通知等で明確にする。

障害程度区分の見直し

(課題) 障害程度区分の名称・定義が、標準的な支援の度合を示す区分であることが分かりにくい。

→ 名称を「障害支援区分」とし、定義についても、障害者等の障害の多様な特性その他の心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合を総合的に示す区分であることを明確化。

※ 法律上の規定の見直しと並行して、障害程度区分そのものについても障害の多様な特性を踏まえて抜本的に見直す。

※ 支給決定に当たって、別途障害者を取り巻く環境を勘案することについても、法律上明確化。

96

③ 相談支援の充実

相談支援体制の強化

(課題) 障害者の地域生活にとって相談支援は不可欠であるが、市町村ごとに取組状況に差がある。また、地域の支援体制づくりに重要な役割を果たす自立支援協議会の位置付けが法律上不明確。

→ 地域における相談支援体制の強化を図るため中心となる総合的な相談支援センターを市町村に設置。

→ 自立支援協議会について、設置の促進や運営の活性化のため、法律上に根拠を設ける。

※ 市区町村における地域自立支援協議会の設置状況65%。(H20.4.1現在、20年度中に更に20%が設置予定)

※ 平成19年12月の与党PT報告書においても、自立支援協議会の法令上の位置付けの明確化について指摘。

→ 地域移行や地域定着についての相談支援の充実。(緊急時に対応できるサポート体制等)

支給決定プロセスの見直し等

(課題) サービス利用計画の作成については、①計画の作成が市町村の支給決定後となっている、②対象が限定されている、などの理由からあまり利用されていない。

→ 支給決定の前にサービス利用計画案を作成し、支給決定の参考とするよう見直し。

→ サービス利用計画作成の対象者を大幅に拡大。

※ 現在のサービス利用計画作成費の対象者は、重度障害者等に限定されており、利用者数は1,920人(H20.4)

97

④ 障害児支援の強化

児童福祉法を基本とした身近な支援の充実

(課題) 障害を持つ子どもが身近な地域でサービスを受けられる支援体制が必要。

→ 重複障害に対応するとともに、身近な地域で支援を受けられるよう、障害種別等に分かれている現行の障害児施設(通所・入所)について一元化。

→ 在宅サービスや児童デイサービスの実施主体が市町村になっていることも踏まえ、通所サービスについては市町村を実施主体とする(入所施設の実施主体は引き続き都道府県)。

放課後等デイサービス事業の創設

(課題) 放課後や夏休み等における居場所の確保が必要。

→ 学齢期における支援の充実のため、「放課後等デイサービス事業」を創設。

在園期間の延長措置の見直し

(課題) 18歳以上の障害児施設入所者について、障害者施策として対応すべきとの意見。
(障害児支援の関係者で構成された『障害児支援の見直しに関する検討会』の中での議論)

→ 18歳以上の入所者については障害者施策(障害者自立支援法)で対応するよう見直し。

(その際、支援の必要な継続のための措置や、現に入所している者が退所させられることがないよう附則に必要な規定を設ける。特に重症心身障害者については十分に配慮する。)

98

⑤ 地域における自立した生活のための支援の充実

グループホーム・ケアホーム利用の際の助成の創設

(課題) 障害者の地域移行を促進するため、障害者が安心して暮らせる「住まいの場」を積極的に確保する必要。

→ グループホーム・ケアホーム入居者への支援を創設(利用に伴い必要となる費用の助成)。

※ 身体障害者について、グループホーム・ケアホームを利用できるようにする。(告示)

重度の視覚障害者の移動支援の個別給付化

(課題) 移動支援について、重度の肢体不自由者や知的障害者及び精神障害者については、自立支援給付とされているが、重度の視覚障害者については、地域生活支援事業(補助金)の中で行われているのみ。

→ 重度の視覚障害者の移動支援についても、地域での暮らしを支援する観点から、自立支援給付の対象とする。

99

⑥ その他

事業者の業務管理体制の整備等

(課題) 障害福祉サービス事業の運営をより適正化することが必要。

→ 事業者における法令遵守のための業務管理体制の整備、事業廃止時のサービス確保対策等。

精神障害者の地域生活を支える精神科救急医療の整備等

(課題) 精神障害者の地域生活への移行及び地域生活の支援を推進することが必要。

→ 都道府県による精神科救急医療体制の確保について法律上位置付け等。
【精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の改正】

→ 精神保健福祉士が、精神障害者の地域生活における相談支援を担っていることの明確化等。
【精神保健福祉士法の改正】

100

精神障害者の社会復帰のための支援について

【精神保健及び精神障害者福祉に関する法律改正関係】

- 精神障害者の社会復帰の促進を図るためには、退院に向けた調整等において、地域の福祉サービス事業者との連携を確保することが重要。
 - 医療施設の設置者や管理者が、障害福祉サービス事業者、一般相談支援事業者等と密接に連携するよう努めること等について、規定する。
- また、精神障害者の社会復帰の促進を図るために、入院中から多職種によるチーム医療の下で、退院に向けた支援が行われることが重要。
 - 精神科病院等の管理者が、当該施設の医師、看護師等による有機的な連携の確保に配慮することについて、規定する。

◆今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 中間まとめ 平成20年11月20日

- 4. 入院中から退院までの支援等の充実について
 - 精神障害者の地域生活への移行及び地域生活の支援等の施策の推進体制について制度上位置付けるべき。
 - その際、精神保健医療福祉に従事する者について、相互に連携・協力を図り、精神障害者の地域生活への移行や地域生活の支援に取り組む責務を明確化すべき。

精神科救急医療の整備について

【精神保健及び精神障害者福祉に関する法律改正関係】

- 精神障害者の安定した地域生活を支援していくためには、夜間休日の病状の急変時等に迅速に対応するための精神科救急医療を提供する体制を、地域の実情に応じて充実することが重要。
 - 都道府県が地域の実情に応じて、精神科救急医療の確保のための必要な体制整備を行うことを規定する。
- また、精神科救急医療体制の確保のためには、措置診察等の業務を担う精神保健指定医を地域において十分に確保することが必要。
 - 精神保健指定医が、精神科救急医療等の都道府県における精神医療体制の確保に協力すべきことについて、規定する。

※措置診察・・・自傷他害のおそれのある精神障害者に対して、都道府県知事等の権限で行われる強制的な入院のために必要な診察

(参考)

- ・ 平成20年12月の社会保障審議会障害者部会の報告書において、精神保健指定医について、措置診察等の業務や精神科救急等の都道府県の精神医療体制の確保に協力すべきことを「法律上規定すべき」とされている。
- ・ 自治体や関係団体からも都道府県が中心となって精神科救急医療体制を整備すべきとの意見が寄せられている。

精神保健福祉士の養成の在り方等の見直しについて
【精神保健福祉士法改正関係】

1. 地域生活支援を担う役割の明確化

精神障害者が地域において安心して自立した生活を送るためには、退院後の地域生活支援を充実することが必要。

→ 精神保健福祉士の業務として、地域生活において必要な相談を担う旨を明記。

2. 高い専門性の確保

地域生活への移行の推進や地域生活の支援の充実のためには、専門職が資質を向上し、高い専門性を有することが必要。

→ 新たに、「医療関係職種以外のサービス関係者との連携」、「資格取得後の自己研鑽」などについて規定。

(参考)

- ・ 社会保障審議会でも、精神障害者の地域生活の支援を担うという役割や、資格取得後の資質の向上の責務の明確化をすべきとされている。
- ・ また、「精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会」においても、同様の提言がなされている。

5 がん対策の推進と保健師に期待すること

健康局総務課がん対策推進室

室長 前田 光哉

平成21年度
保健師中央会議



がん対策の動向と、保健師に 期待することについて

平成21年7月24日

厚生労働省健康局がん対策推進室長
前田 光哉

【略 歴】

平成 4年 3月 神戸大学医学部卒業
平成 4年 4月 厚生省入省(保健医療局精神保健課)
平成 6年 5月 秋田県福祉保健部保健衛生課主査
平成 8年 4月 厚生省児童家庭局母子保健課主査
平成 9年 7月 厚生省保健医療局国立病院部経営指導課課長補佐
平成11年10月 厚生省大臣官房厚生科学課課長補佐
平成12年 4月 厚生省大臣官房政策課課長補佐
平成13年 1月 厚生労働省政策統括官付政策評価官室室長補佐
平成13年 7月 山口県健康福祉部健康増進課長
平成16年 7月 厚生労働省健康局結核感染症課課長補佐
平成17年11月 厚生労働省大臣官房厚生科学課課長補佐
平成18年 4月 厚生労働省関東信越厚生局健康福祉部医事課長
平成19年 4月 厚生労働省健康局総務課地域保健室・保健指導室室長補佐
平成20年 4月 厚生労働省健康局総務課がん対策推進室長

がんの統計

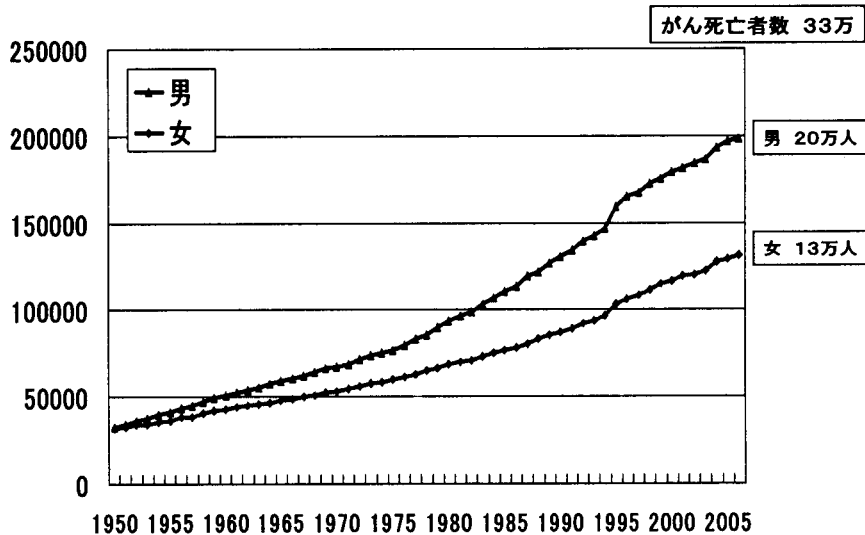
がんは死亡原因の第1位
がん死亡者数 34万3,000件(2008年推計)
「日本人の3人に1人が、がんで死亡」

がんの生涯リスクは男性51%、女性39%
「日本人男性の2人に1人、女性の3人に1人が
がんになる」

継続的な医療を受けているがん患者は142万人

1

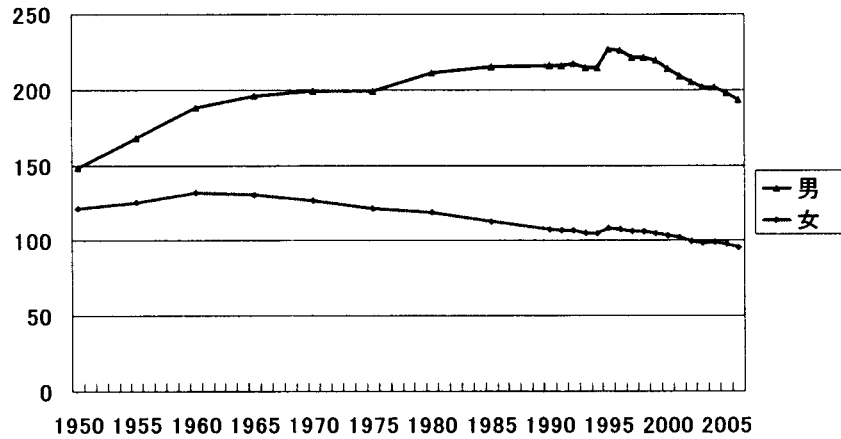
がんの死亡数の推移



厚生労働省:人口動態統計(2006)

2

がんの年齢調整死亡率の推移

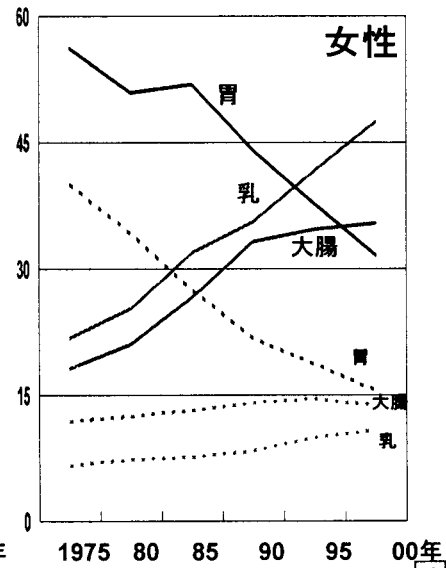
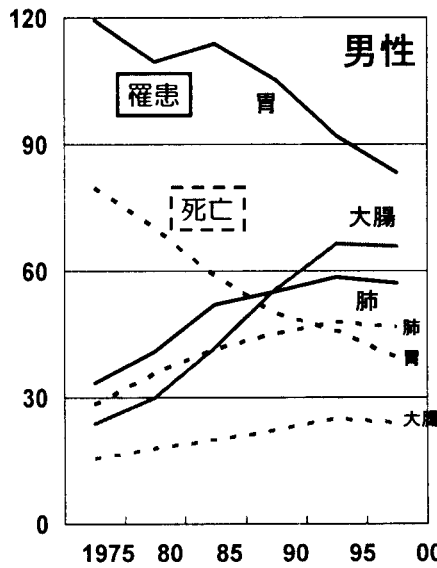


厚生労働省: 人口動態統計 (2006)

3

主要ながんの年齢調整罹患・死亡率の変動

罹患率 (/10万人)



4

平成19年のがん年齢調整死亡率(75歳未満)について(概要)

○ 平成7年以降、がんの年齢調整死亡率(75歳未満)は全国的に減少傾向にあり、平成19年についても、平成17年より減少していた。

平成 7年 108.4
 平成12年 102.6
 平成17年 92.4
 平成18年 90.0
 平成19年 88.5(平成17年より4.2%の減少)

○ 平成19年のがん年齢調整死亡率(75歳未満)が低い上位5県は、以下の通り。

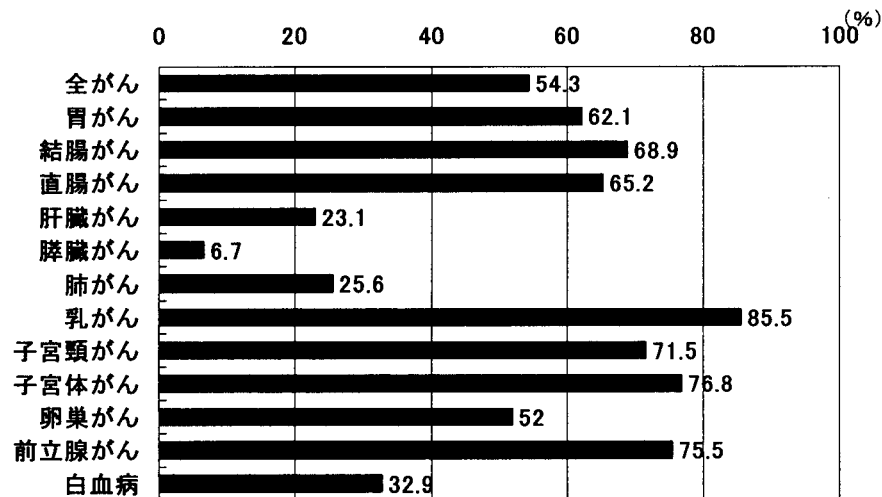
①長野県 72.7、②大分県 78.5、③岡山県 78.6
 ④熊本県 79.0、⑤沖縄県 79.0

○ 平成19年のがん年齢調整死亡率(75歳未満)が高い上位5県は、以下の通り。

①青森県 103.7、②佐賀県 100.6、③和歌山県 97.4
 ④大阪府 97.3、⑤鳥取県 96.2

5

がんの5年相対生存率(平成9年～11年診断例)



※7府県の地域がん登録のデータによる(宮城、山形、新潟、福井、大阪、鳥取、長崎)

(出典:厚生労働省がん研究助成金
 「地域がん登録精度向上と活用に関する研究」平成19年度報告書)

6

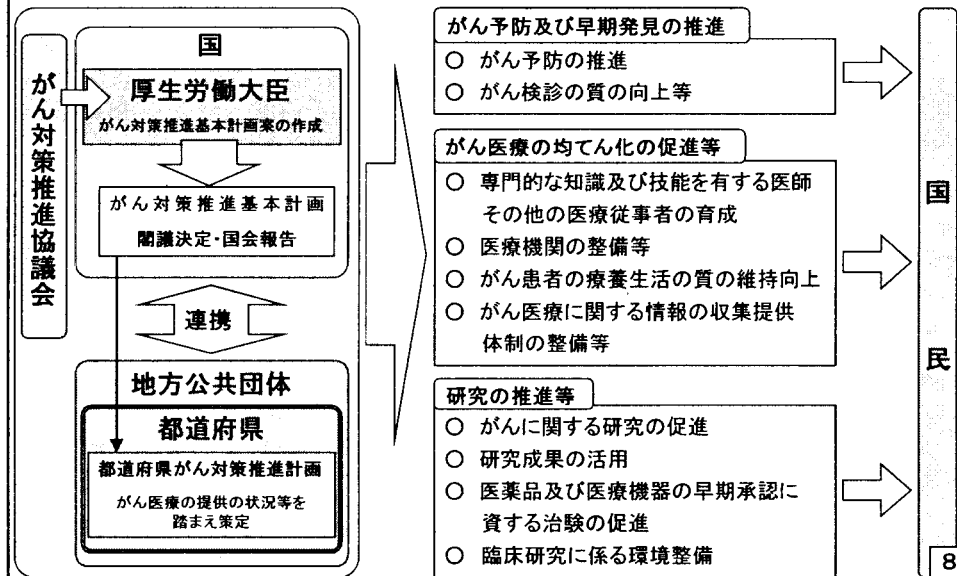
政府におけるがん対策の主なあゆみ

- ・ 昭和37年 国立がんセンター 設置
- ・ 昭和56年 悪性新生物が死亡原因の第1位となる
- ・ 昭和59年 対がん10ヵ年総合戦略（～平成5年）
- ・ 平成 6年 がん克服新10ヵ年戦略（～平成15年）
- ・ 平成16年 第3次対がん10ヵ年総合戦略（～平成25年）
- ・ 平成17年5月 がん対策推進本部 設置（厚生労働省）
- ・ 平成18年4月 がん対策推進室 設置（厚生労働省健康局）
- ・ 平成18年6月 がん対策基本法 成立
- ・ 平成18年10月 がん対策情報センター開設
- ・ 平成19年4月 がん対策基本法 施行
がん対策推進協議会 設置
- ・ 平成19年6月 がん対策推進基本計画 策定（閣議決定）

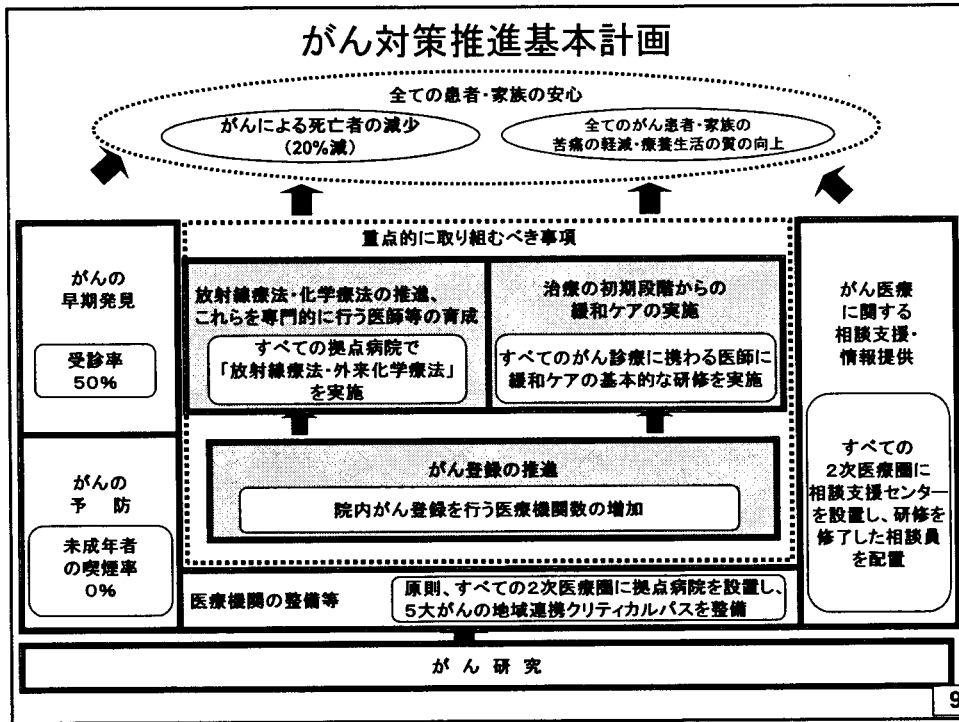
7

がん対策基本法

がん対策を総合的かつ計画的に推進



8



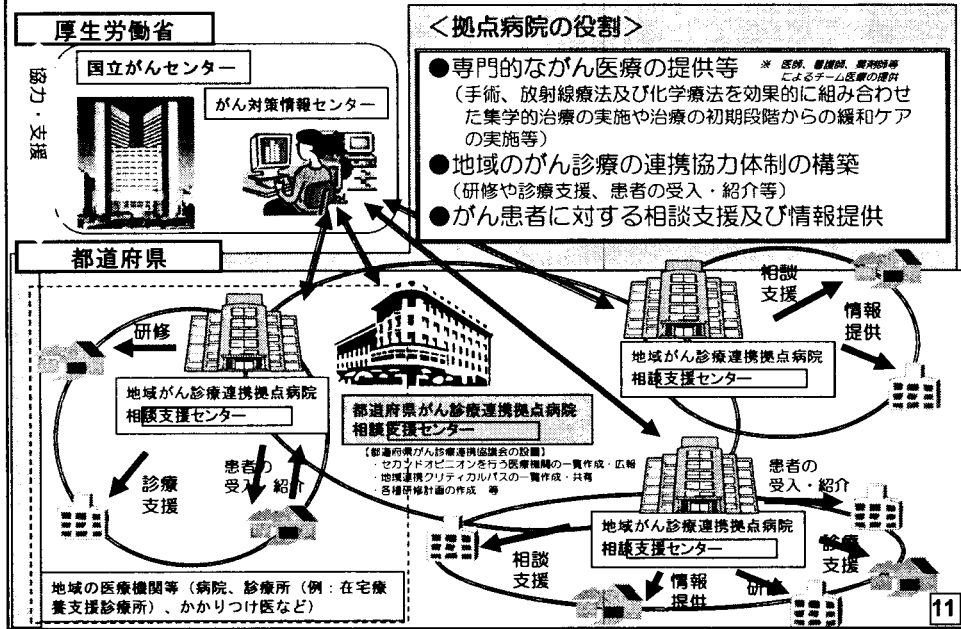
○ がん対策推進基本計画に掲げる主な目標に対する進捗状況

主な目標	ベースライン	現状	目標達成時期
がんによる死亡者の減少 (75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少) 【10年以内】	平成17年 92.4 % (100%)	平成19年 88.5 % (95.8%)	平成27年 73.9 %以下 (80%以下)
医療機関の整備等 原則として全国すべての2次医療圏において、 概ね1か所程度拠点病院を設置 【3年以内】 注)19年度末現在の医療圏数をベース	平成19年度(当初) 79.9% (286施設) (358医療圏)	平成20年度(当初) 98.0% (351施設) (358医療圏)	平成21年度(当初) 104.7% (375施設) (358医療圏)
がん医療に関する相談支援及び情報提供 原則として全国すべての2次医療圏において、 相談支援センターを概ね1か所程度整備 【3年以内】 注)19年度末現在の医療圏数をベース	平成19年度(当初) 42.2% (151施設) (358医療圏)	平成20年度(当初) 98.0% (351施設) (358医療圏)	平成21年度(当初) 104.7% (375施設) (358医療圏)
がんの早期発見 効果的・効率的な受診間隔や重点的に受診動 奨すべき対象者を考慮しつつ、受診率を50% 以上とする。 【5年以内】 注)受診率は国民生活基礎調査から	平成16年度 (男性)	平成19年度 (男性)	平成23年度 (男性)
	胃 27.6%	胃 32.5%	胃 50%以上
	肺 16.7%	肺 25.7%	肺 50%以上
	大腸 22.2%	大腸 27.5%	大腸 50%以上
	(女性)	(女性)	(女性)
	胃 22.4%	胃 25.3%	胃 50%以上
	肺 13.5%	肺 21.1%	肺 50%以上
大腸 18.5%	大腸 22.7%	大腸 50%以上	
子宮 20.8%	子宮 21.3%	子宮 50%以上	
乳 19.8%	乳 20.3%	乳 50%以上	

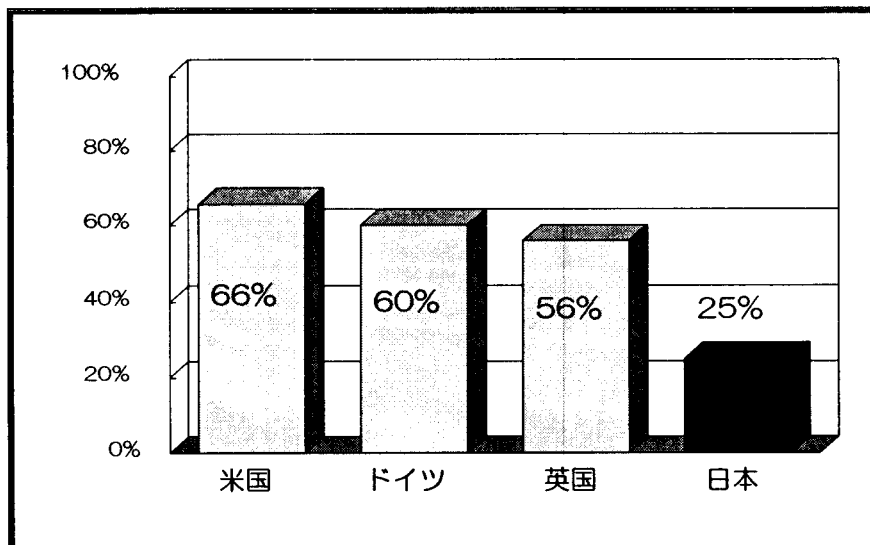
がん診療連携拠点病院制度

47都道府県（375か所）平成21年4月1日現在

- ・都道府県がん診療連携拠点病院：51病院
- ・地域がん診療連携拠点病院：324病院



がん患者のうち放射線治療（併用も含む）を実施している患者数



出典）第3回がん対策推進協議会における中川憲一委員（東京大学）からの提出資料をもとに作成

12

放射線治療の推進

現 状

- 放射線治療は全国約700カ所の医療機関において実施されている。
- 放射線治療を担う医師、治療計画策定や精度管理などの従事者(医学物理士や放射線治療品質管理士)等の配置が十分に進んでいない。
放射線治療の認定医:542人(2007年4月現在)
医学物理士:319名(2007年5月現在)、放射線治療品質管理士:501名(2007年1月現在)
- 放射線治療を受けているがん患者
推計実患者数:約16万2千人(日本放射線腫瘍学会調べ)、がん患者の25%

がん診療連携拠点病院に対する支援等

- がん診療連携拠点病院機能強化事業、
- 放射線治療機器緊急整備、
- がん診療連携拠点病院の整備に関する指針の改定(平成20年3月1日付)

国立がんセンターにおける研修・診療支援

- 放射線治療計画策定にかかる研修、
- 放射線治療の品質管理

平成20年度診療報酬改定

- 新しい放射線治療の保険導入、
- 放射線治療における充実した安全管理体制の評価等

全ての拠点病院において放射線治療を実施
都道府県拠点病院等において放射線治療部門を設置

13

化学療法 of 推進

化学療法を専門的に担う医師

日本臨床腫瘍学会	会員	約5,700名
	がん薬物療法専門医	126名
日本がん治療認定医機構	がん治療認定医	3,879名

- 外来化学療法を実施している医療機関数 (注: 外来化学療法加算を算定している医療機関数)
728医療機関(H16) → 990医療機関(H17) → 1399医療機関(H18)

がん診療連携拠点病院に対する支援等

- がん診療連携拠点病院機能強化事業、
- がん診療連携拠点病院の整備に関する指針の改定(平成20年3月1日付)

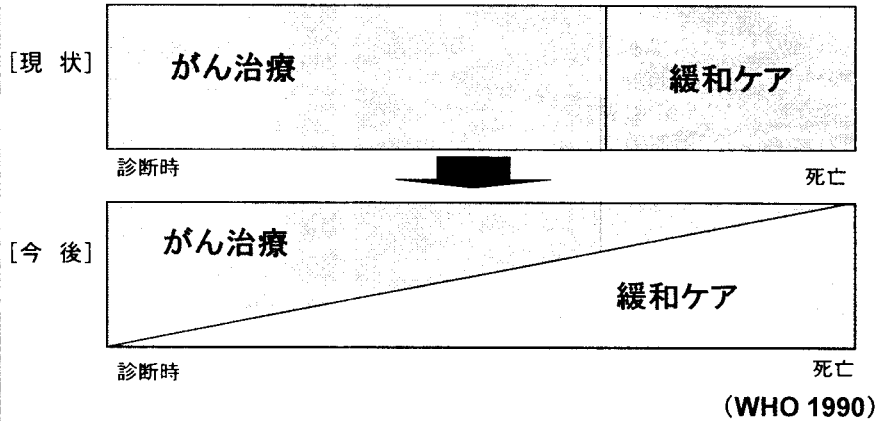
国立がんセンターにおける研修

平成20年度診療報酬改定

全ての拠点病院において外来化学療法を実施
全ての拠点病院において地域連携クリティカルパスを整備

14

緩和ケアの充実



全国どこでも緩和ケアをがん診療の早期から適切に提供していくために、がん診療に携わる**全ての医師に対する緩和ケアの知識や技術の普及**

15

主要各国の医療用麻薬使用量

国民100万人1日あたりモルヒネ消費量換算(g)
2004年－2006年の3年間平均値

	モルヒネ	フェンタニル	オキシコドン	合計
アメリカ	150.3	829.5	423.6	1,403.4
カナダ	186.9	541.4	362.0	1,090.3
ドイツ	51.1	981.1	56.5	1,088.7
オーストリア	362.2	507.3	12.6	882.1
フランス	117.9	333.3	8.9	460.1
オーストラリア	152.5	129.3	145.5	427.3
イギリス	69.9	202.3	26.3	298.5
イタリア	10.4	126.9	3.0	140.3
日本	11.1	54.2	3.8	69.1
韓国	4.4	27.6	4.7	36.7

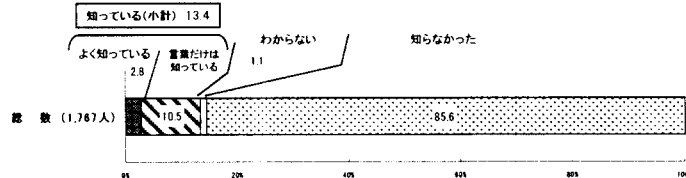
国際麻薬統制委員会 (INCB) レポート2007年版より

16

がん登録の認知度 (内閣府世論調査)

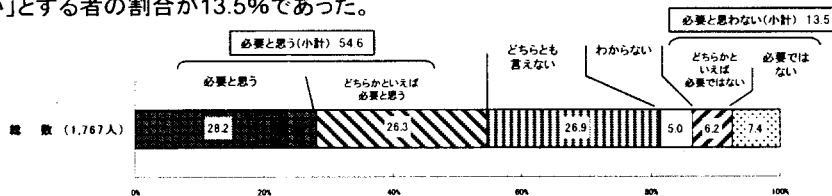
がん登録の認知度

・がん登録について知っているか聞いたところ、「知っている」とする者の割合が13.4%、「知らなかった」と答えた者の割合が85.6%であった。



がん登録の必要性

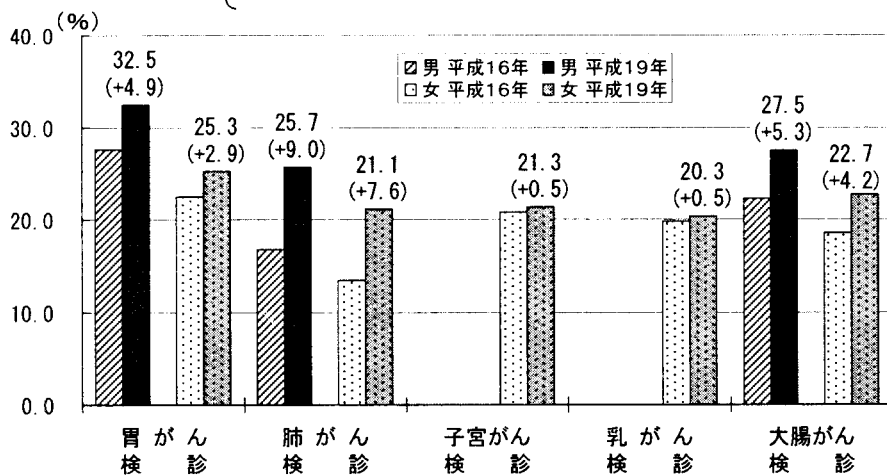
・国全体でがん登録が実施される必要があると思うか聞いたところ、「必要と思う」とする者の割合が54.6%、「どちらともいえない」と答えた者の割合が26.9%、「必要と思わない」とする者の割合が13.5%であった。



19

がん検診の受診率

- 胃がん、肺がん、乳がん、大腸がんは40歳以上、子宮がんは20歳以上を対象。
- 健診等(健康診断、健康診査及び人間ドック)の中で受診したものも含む。

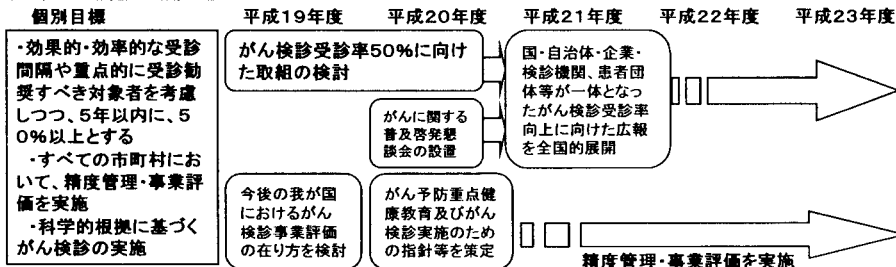


出典: 国民生活基礎調査(厚生労働省)

20

がん検診の受診率向上への取り組み

がん対策推進基本計画に基づく国の主な取組(がんの早期発見部分抜粋)



がん検診に関連する平成21年度予算について

約25.1億円(約18.3億円)

○女性の健康支援対策事業委託費	約3.5億円
○がん検診受診促進企業連携委託事業	約2.8億円
○がん検診受診率向上企業連携推進事業	約0.9億円
○がん検診受診向上指導事業	約1.1億円
○マンモグラフィ検診従事者研修事業	約1.6億円
○マンモグラフィ検診精度向上事業	約3.5億円
○乳がん用マンモコイル緊急整備事業	約8.7億円
○デジタル機能搭載レントゲン検診車の整備補助	約3.1億円

※ このほか、都道府県がん対策重点推進事業(平成21年度予算 6.9億円(緩和ケア研修部分を除く))においても、がん検診に関連する事業の補助が可能となっている。

※ 市区町村がん検診に係る費用については交付税により別途措置(約1,300億円程度)。

21

がんに関する普及啓発懇談会

がんの病態、検診の重要性、がん登録、緩和ケア等に対する正しい理解の普及・啓発のための方策について検討するとともに、有効かつ確かな普及・啓発事業を実施。

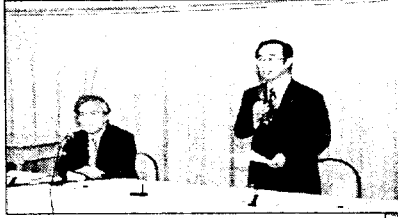
(委員)

- 天野 慎介 特定非営利活動法人グループ・ネクサス理事長
 衛藤 隆 東京大学大学院教育学研究科健康教育学教授
 兼坂 紀治 社団法人日本広告業協会専務理事
 塩見 知司 財団法人日本対がん協会理事・事務局長
 関谷亜矢子 日本テレビ元アナウンサー
 永江美保子 アフラック営業教育部がん保険推進課長
 ○ 中川 恵一 国立大学法人東京大学医学部附属病院緩和ケア診療部長
 山田 邦子 タレント
 若尾 文彦 国立がんセンターがん対策情報センターセンター長補佐

(○ 座長)

22

関係者によるがんの普及啓発に関する先進的事例のプレゼンテーションや、懇談会委員によるフリーディスカッションを実施



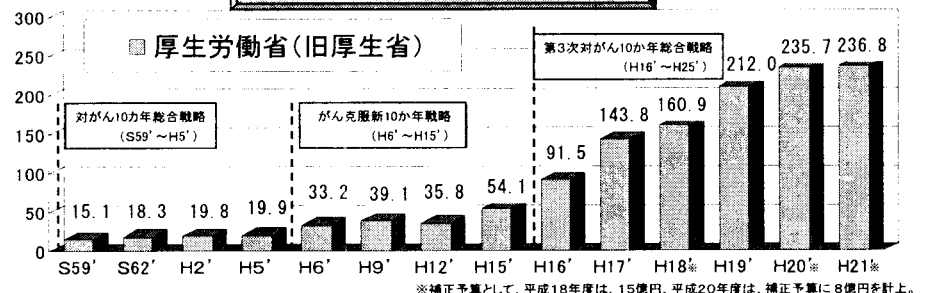
渡辺副大臣による挨拶
(平成20年10月24日 第1回懇談会)
がんに関する正しい理解の普及・啓発のため、本懇談会における活発な議論を希望するとともに、がん対策のより一層の推進に向けての決意を表明。

スター混声合唱団による合唱
(平成20年12月26日 第2回懇談会)
「がんに立ち向かう人たち、そして、その家族のみなさんを勇気づけたい」との目的に、懇談会メンバーの山田邦子さんが結成した「スター混声合唱団」有志による合唱



- (懇談会での主な意見)
- ・第1回 がんに関する正しい知識を普及するためには、学校教育の重要、また教科書への記載の充実が必要。
 - ・第2回 がん検診の受診勧奨において、集中キャンペーンの実施、企業・団体・NPOを巻き込んだ実施
本部の設置、明確なメッセージの発信等が必要

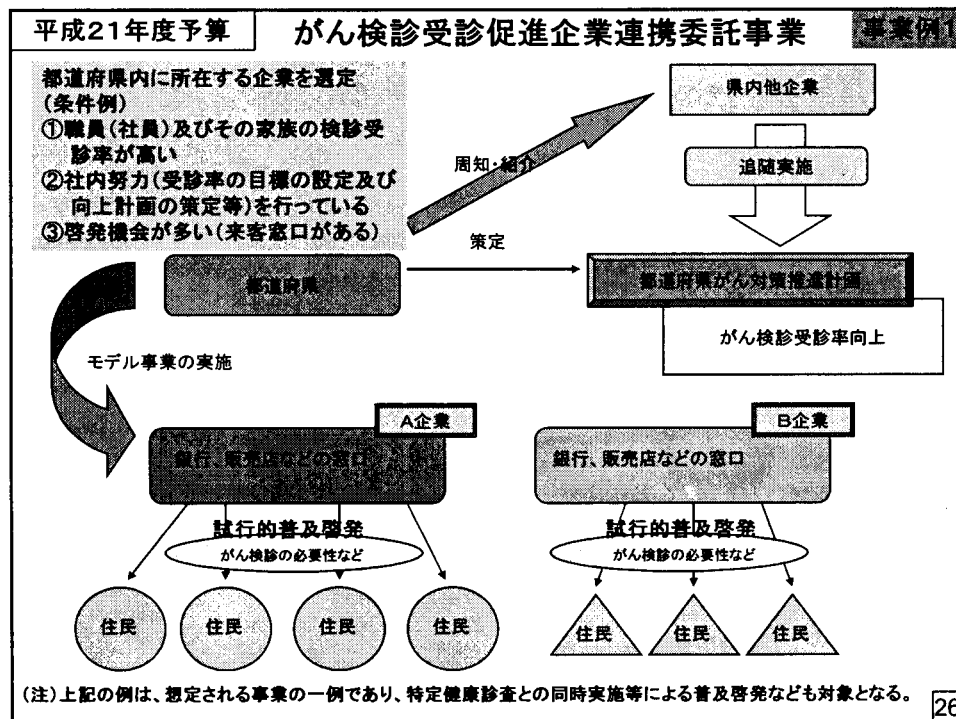
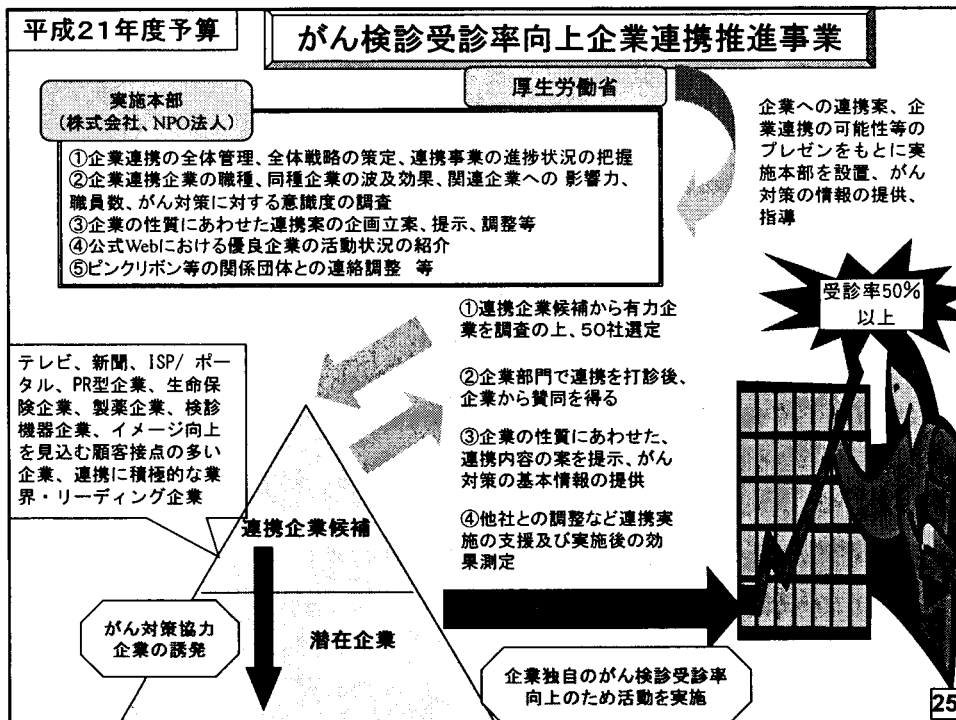
がん対策予算額の推移について



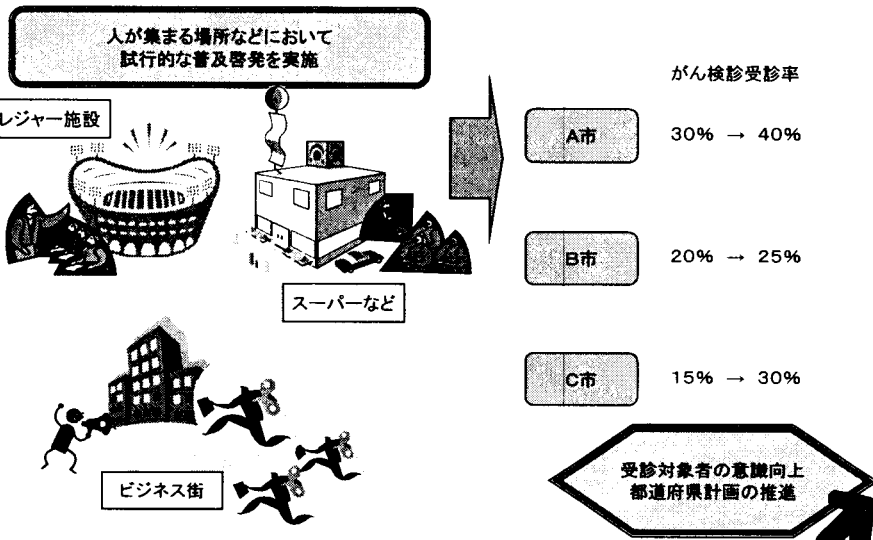
平成21年度予算の主な事業について

<p>放射線療法及び化学療法の推進並びにこれらを専門的に行う医師等の育成 (61億円)</p> <ul style="list-style-type: none"> がん専門医等がん医療専門スタッフの育成 313百万円 がん診療連携拠点病院機能強化事業 5,406百万円 がん専門医臨床研修モデル事業 384百万円 国際共同治験及び新薬の早期承認等の推進 42百万円 	<p>がんの在宅医療・緩和ケアの充実 (7億円)</p> <ul style="list-style-type: none"> インターネットを活用した専門医の育成 101百万円 がん医療に携わる医師に対する緩和ケア研修 396百万円 がん医療に携わる医師に対するコミュニケーション研修 31百万円 医療用酸素濃正使用推進事業 17百万円 在宅ホスピスケア研修等経費 56百万円 在宅緩和ケア対策推進事業 79百万円 	<p>がん登録の推進 (0.3億円)</p> <ul style="list-style-type: none"> 院内がん登録の推進 15百万円 がん登録の究極に関する調査・精度管理・指導の推進 16百万円 	<p>がん予防・早期発見の推進とがん医療水準均てん化の促進 (82億円)</p> <ul style="list-style-type: none"> がんに関する普及啓発推進事業 168百万円 肝炎等克服緊急対策研究費 1,839百万円 がん検診受診促進企業連携推進事業 279百万円 がん検診受診率向上企業連携推進事業 91百万円 女性の健康支援対策委託事業 349百万円 乳がん用マンモイル緊急整備事業 866百万円 がん対策情報センター経費 1,821百万円 	<p>がんに関する研究の推進 (86億円)</p> <ul style="list-style-type: none"> 第3次対がん総合戦略研究経費 5,835百万円 がん研究助成金 1,904百万円 地球規模保健課題推進研究経費 230百万円 国立がんセンター臨床開発センター経費 493百万円
---	--	--	--	---

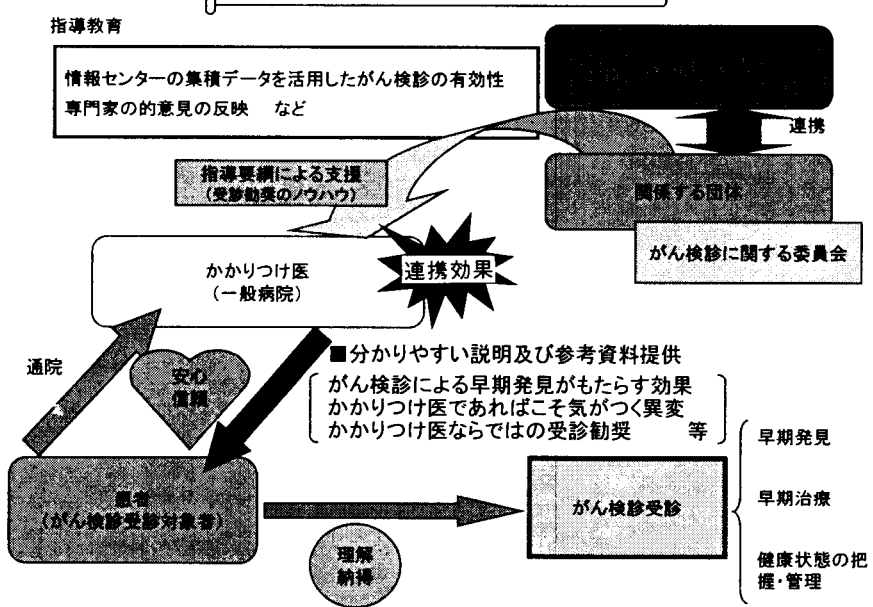
※市区町村がん検診に係る費用については交付税により別途措置(平成21年度:1,298億円(平成20年度:649億円))



がん検診受診促進企業連携委託事業

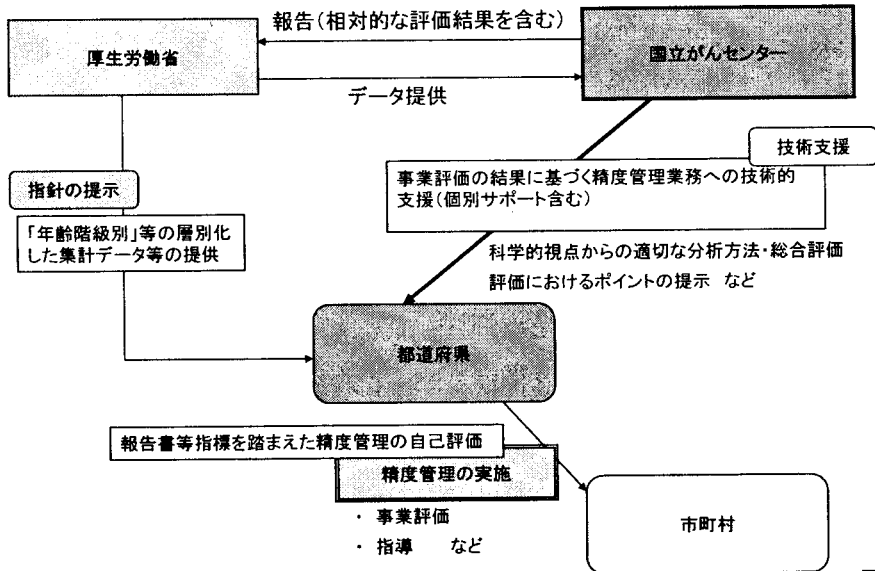


がん検診受診向上指導事業



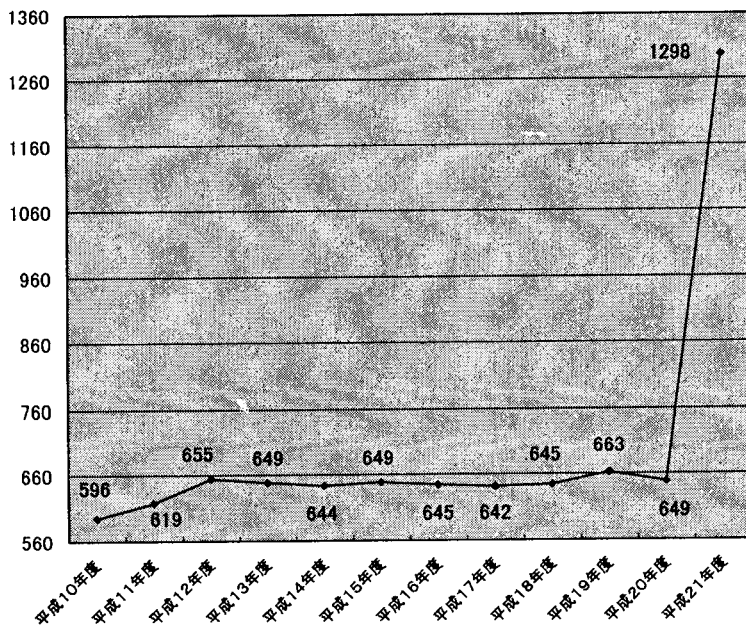
平成21年度予算

がん検診精度管理向上支援事業



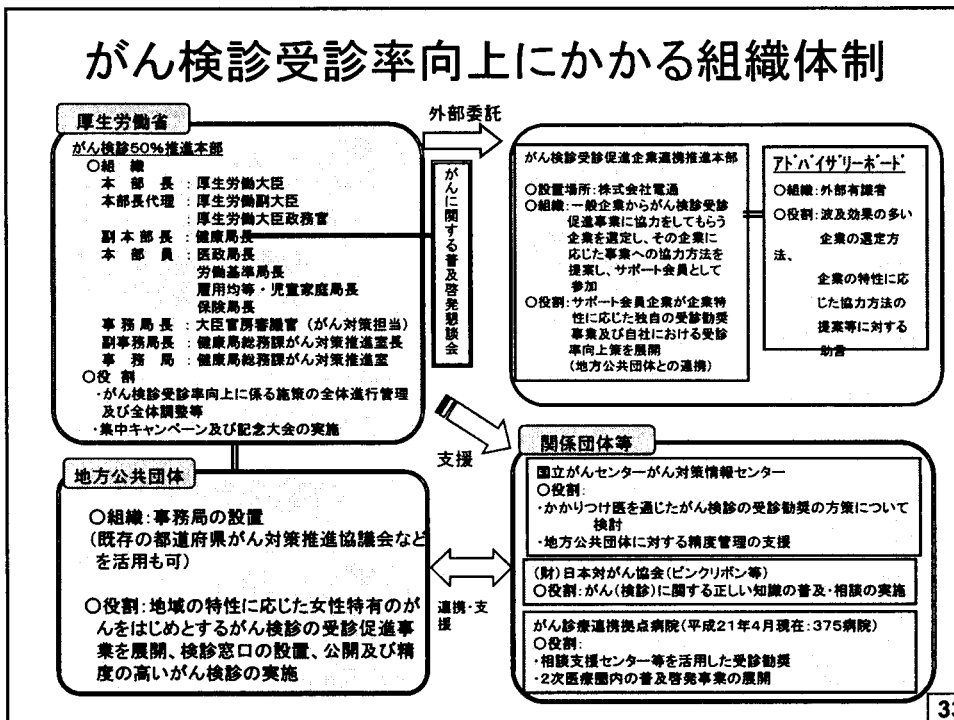
29

がん検診に係る交付税措置額の推移(単位:億円)

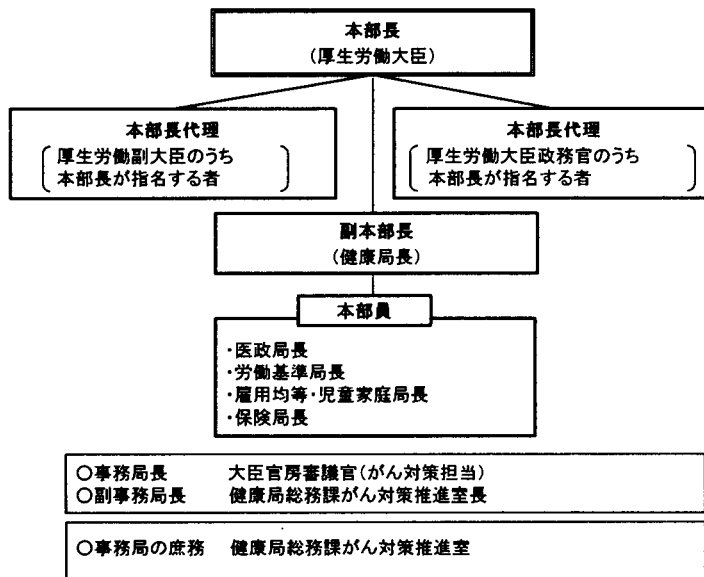


30

がん検診受診率向上にかかる組織体制



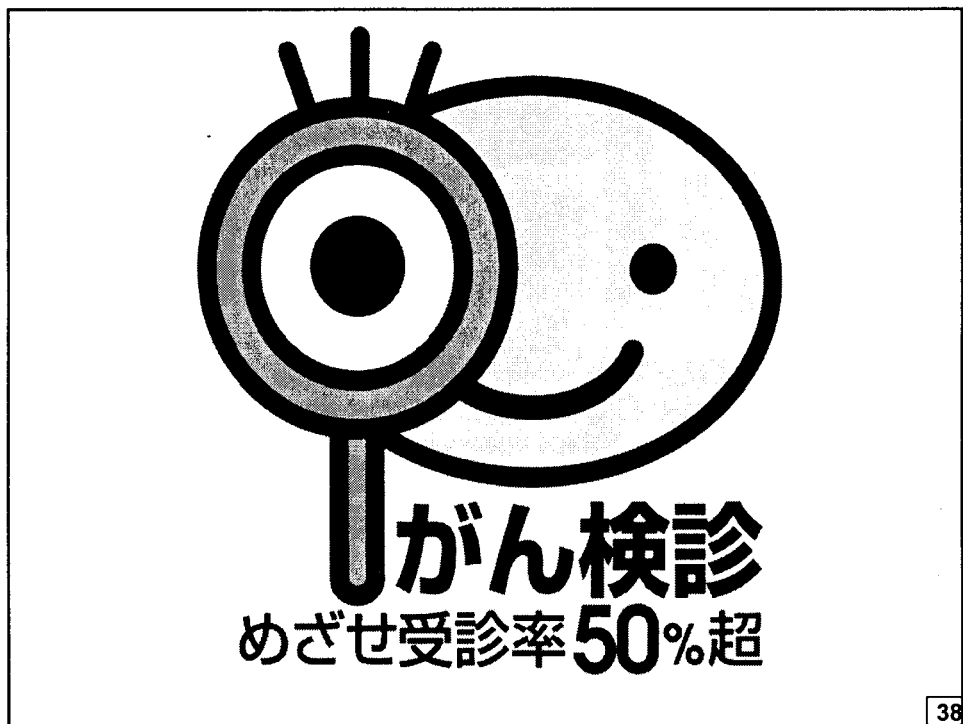
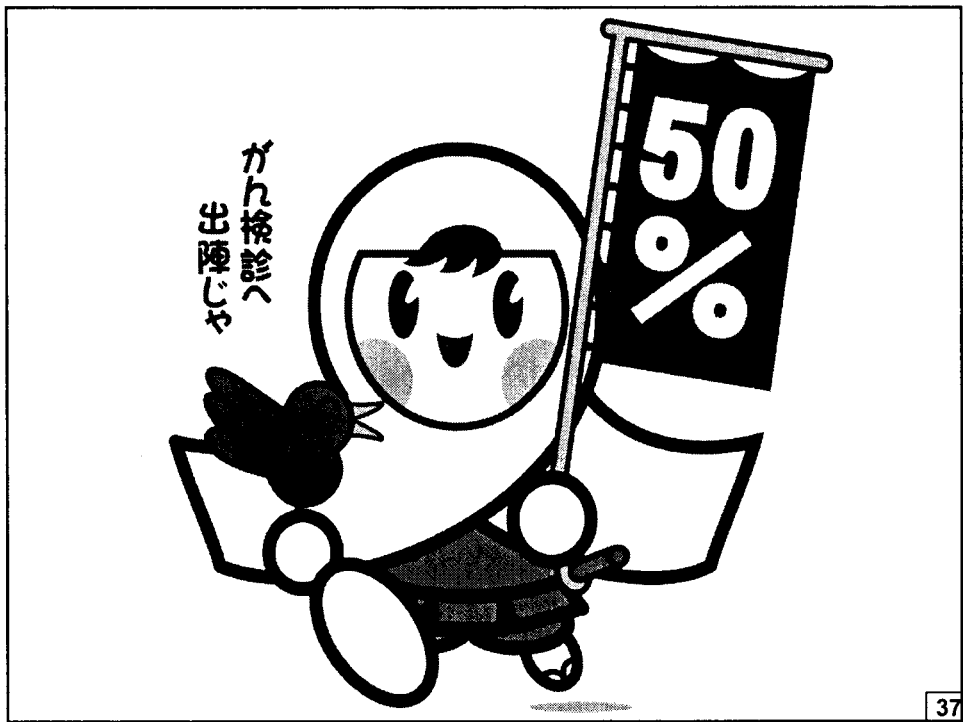
がん検診50%推進本部

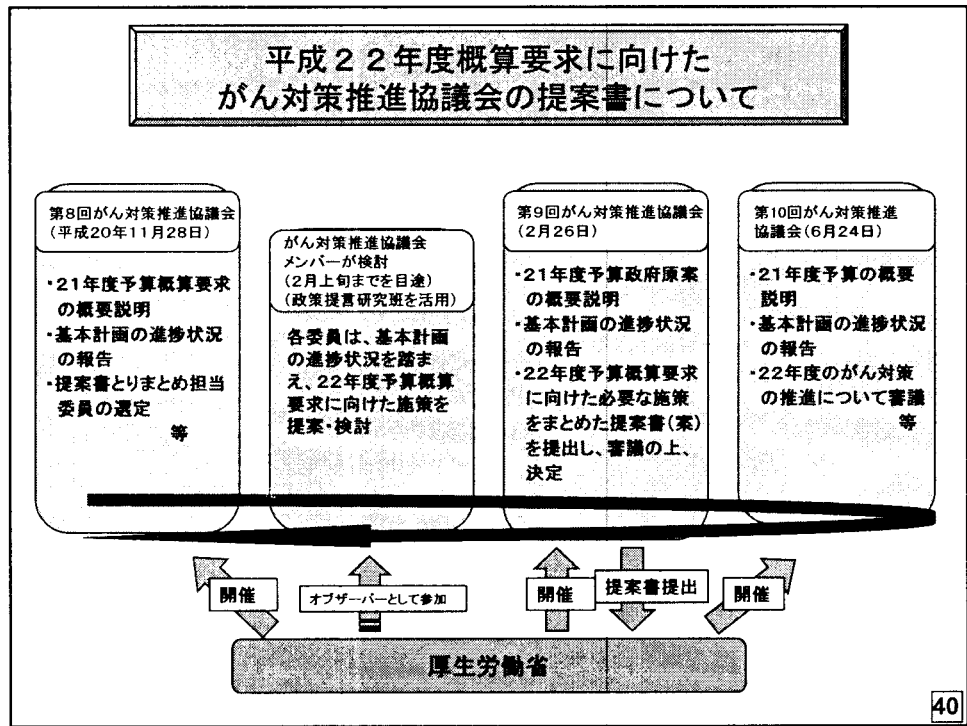
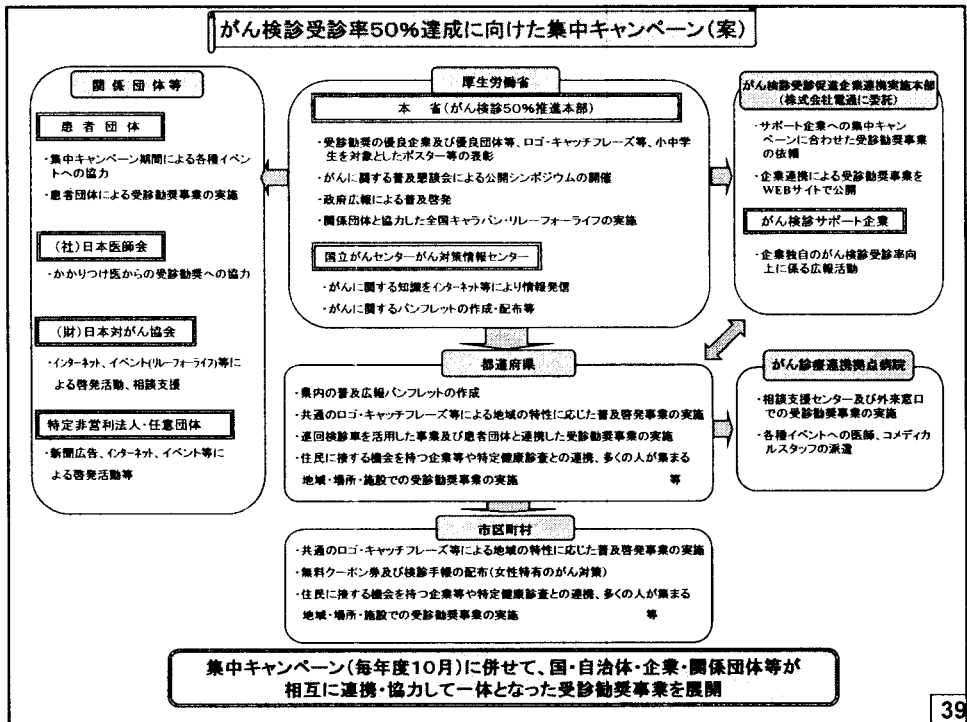




がん検診
愛する家族への
贈りもの

36





「平成22年度がん対策予算に向けた提案書」
～元気の出るがん対策～

平成22年度がん対策予算に向けた提案書
～ 元気の出るがん対策 ～



※ がん対策推進協議会の有志メンバーによるWGが、平成22年度概算要求に向けた施策を提案・検討
→WG案を元に、がん対策推進協議会の提案書として取りまとめ

提案の骨子

- (1) がん対策予算を大幅に増やす必要がある
- (2) がん対策予算の策定プロセスを改善すべきである
- (3) 70本の推奨施策への取り組みを進めてほしい

垣添会長から舩添厚生労働大臣へ手交
(3月19日 厚生労働大臣室にて)

41

がん対策推進協議会委員

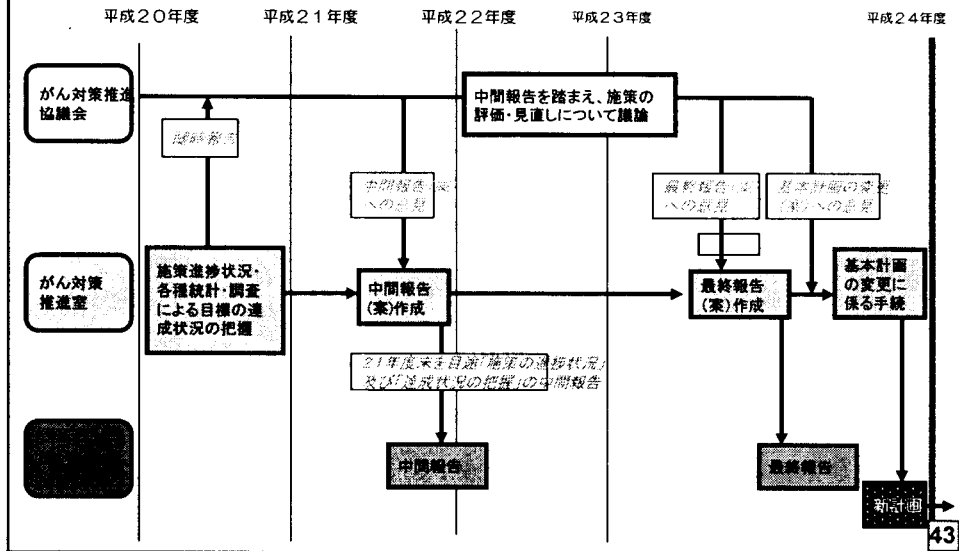
(任期：平成21年4月5日～平成23年4月4日)

◎：会長
○：会長代理

- | | |
|--------|--------------------------|
| ○天野 慎介 | 特定非営利活動法人グループ・ネクサス理事長 |
| 荒生 佳代 | 山形県酒田市健康福祉部健康課主任 |
| 内田 健夫 | 社団法人日本医師会常任理事 |
| 江口 研二 | 帝京大学医学部内科学講座教授 |
| ◎垣添 忠生 | 財団法人日本対がん協会会長 |
| 川越 厚 | 医療法人社団バリアクリニック川越院長 |
| 郷内 淳子 | カトレアの森代表 |
| 永池 京子 | 社団法人日本看護協会常任理事 |
| 中川 恵一 | 国立大学法人東京大学医学部附属病院放射線科准教授 |
| 中沢 明紀 | 神奈川県保健福祉部次長 |
| 野田 哲生 | 財団法人癌研究会癌研究所所長 |
| 壇岡 健一 | 特定非営利活動法人日本医療政策機構理事 |
| 檜山 英三 | 国立大学法人広島大学自然科学研究支援センター長 |
| ○廣橋 説雄 | 国立がんセンター総長 |
| 本田麻由美 | 讀賣新聞社会保障部記者 |
| 前川 育 | 特定非営利活動法人周南いのちを考える会代表 |
| 南 博信 | 国立大学法人神戸大学医学部附属病院腫瘍内科教授 |
| 三好 綾 | がんサポートかごしま代表 |
| 門田 守人 | 国立大学法人大阪大学理事・副学長 |
| 安岡佑莉子 | 特定非営利活動法人高知がん患者会一喜会会長 |

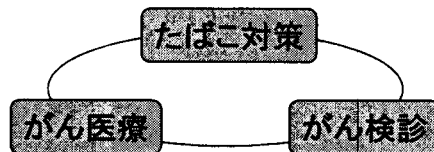
42

がん対策推進基本計画の中間報告・見直しスケジュール



がん対策推進計画を推進するための都道府県の主な取組(アクションプラン)

- 都道府県がん対策推進計画に記載されている施策のうち、特に都道府県が主体となって取り組むことが必要不可欠な分野とされている3つの取組について、より一層の推進を図るための具体的な対処方針の作成を、都道府県に推奨する。



- ・ 地域の実情に即した目標項目及び到達目標を定める。
- ・ 実施主体別の取組を定める。
(都道府県、市区町村、医療機関、職域、住民、がん患者・家族 等)
- ・ 各都道府県に設置されている、がん対策に関する協議会等の意見を聴きながら、アクションプランの作成・進行管理を行う。
- ・ アクションプランの内容、進捗状況に関する評価結果は、毎年10月末までに厚生労働省に報告する。

44

がん医療に関する取組(例)

【目標】がん医療の均てん化

【年齢調整死亡率】
(人口10万対)

全がん	0.0%
部位別	
胃	0.0%
大腸	0.0%
肝臓	0.0%
肺	0.0%
乳房	0.0%
食道	0.0%
胆のう	0.0%
膵臓	0.0%
子宮	0.0%
前立腺	0.0%
膀胱	0.0%
リンパ組織	0.0%

【緩和ケア】
緩和ケア研修を行う
指導医師数 〇人
指針に基づく研修会の
修了医師数 〇人
緩和ケア研修を行う
病院数 〇カ所

【在宅医療】
在宅療養支援診療所
〇カ所
がん患者の在宅での
死亡割合 〇%

【地域連携】
がん診療連携拠点病院
における地域連携クリテ
ィカルパス整備率 〇%

【相談支援及び情報提供】
がん対策情報センターに
よる研修を終了した相談員
〇人

がんによる死亡者の減少、
患者のQOL向上を目指したがん医療の推進
<都道府県>
・都道府県及び地域がん診療連携拠点病院の
診療成績及び診療機能(機器整備、専門医
の状況を含め)公表
・個別の医療分野で優れた診療実績を有する
医療機関の診療成績及び診療機能(機器整
備、専門医の状況を含め)公表

放射線及び化学療法法の推進
<都道府県>
・がん診療を担う医療機関における放射線療法及
び化学療法に関する実施状況や体制の把握、
医療計画への反映
<医療機関>
・がん診療連携拠点病院を中心に、①互いに足り
ない診療機能の補完等により医療機関の役割
分担・連携を強化、②医療従事者(医師、診療
放射線技師、看護師、薬剤師など)の育成のため
の研修及び指導体制を整備

がん医療の
均てん化

緩和ケアの充実
(都道府県)
・がん診療に関わる医療従事者を対象とした緩和ケア研修を定期的な実施
(医療機関)
・がん診療連携拠点病院を中心として、二次医療圏ごとに「緩和ケアの地域ネットワーク」を設置
在宅医療の充実
(都道府県)
・在宅医療における診療所、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション等の連携モデル事業立ち上げ
(医療機関)
・二次医療圏ごとに「在宅医療のネットワークに関する地域連絡会」を設置
地域連携の充実
(都道府県)
・都道府県がん診療連携協議会の支援や、地域ごとに設置される診療ネットワークの支援
(医療機関)
・がん診療連携拠点病院を中心に、二次医療圏ごとに、①互いに足りない診療機能の補完等により医療機関
の役割分担・連携を強化するとともに、専門的な医療機関による地域の医療機関に対する支援体制の強化、
②医療従事者(医師、診療放射線技師、看護師、薬剤師など)の育成のための研修及び指導体制を整備
がん医療に関する相談支援及び情報提供(都道府県・医療機関)
・相談支援センターにおける情報提供体制の充実

【年齢調整死亡率】
減少割合
-全がん 〇.〇%
-部位別

胃	〇.〇%
大腸	〇.〇%
肝臓	〇.〇%
肺	〇.〇%
乳房	〇.〇%
食道	〇.〇%
胆のう	〇.〇%
膵臓	〇.〇%
子宮	〇.〇%
前立腺	〇.〇%
膀胱	〇.〇%
リンパ組織	〇.〇%

【緩和ケア】
緩和ケア研修を行う
指導医師数 〇人
指針に基づく研修会の
修了医師数 〇人
緩和ケア研修を行う
病院数 〇カ所

【在宅医療】
在宅療養支援診療所 〇カ所
がん患者の在宅での
死亡割合 〇%

【地域連携】
がん診療連携拠点病院
における地域連携クリテ
ィカルパス整備率 〇%

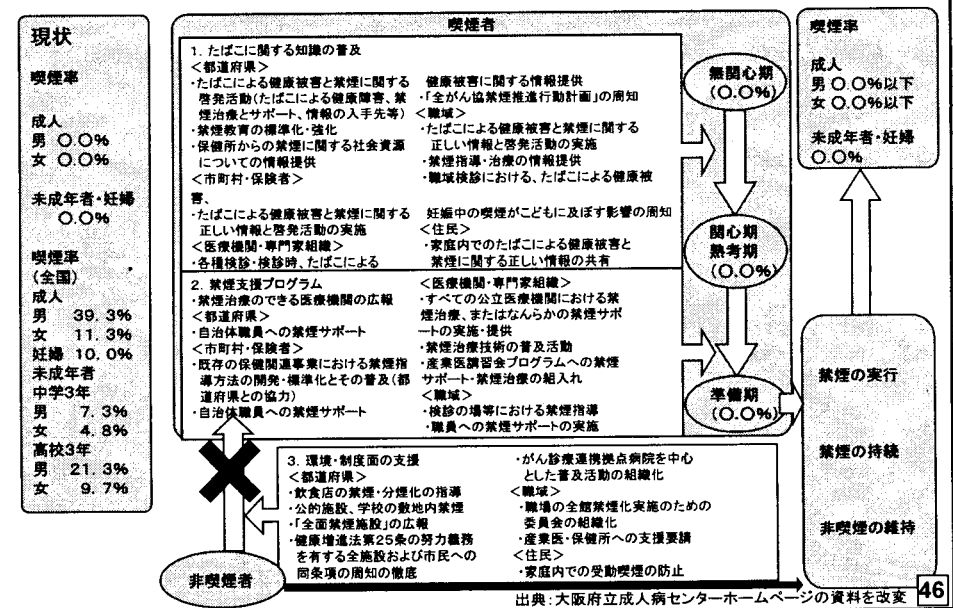
【相談支援及び情報提供】
がん対策情報センターに
よる研修を終了した相談員
〇人

出典：大阪府立成人病センターホームページの資料を改変

45

たばこ対策に関する取組(例)

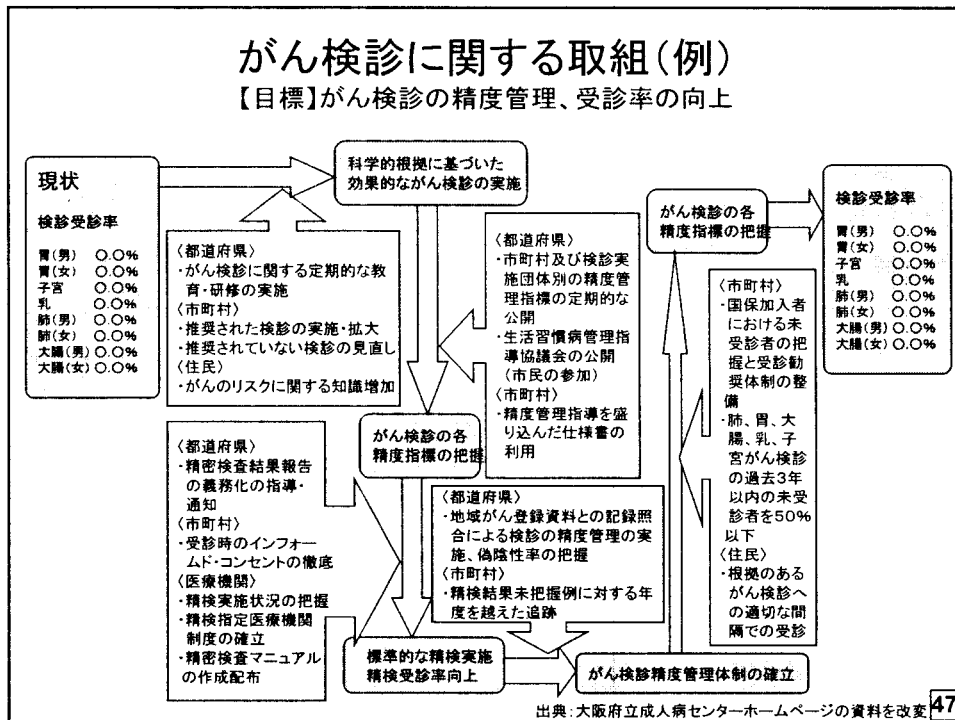
【目標】たばこの健康影響についての普及啓発、未成年者の喫煙防止、受動喫煙対策のための環境整備、禁煙指導の充実



46

がん検診に関する取組(例)

【目標】がん検診の精度管理、受診率の向上



～がん対策推進基本計画の目指すもの～

がん患者を含めた国民が、
進行・再発といった様々ながんの病態に
応じて、安心・納得できるがん医療を受
けられるようにするなど、

「がんを知り、がんと向き合い、がんを負
けることのない社会」

の実現を目指す。

