



## パパ、 ちゃんと眠れてる？

働き盛りのお父さんへ



ゆうべはちゃんと  
眠れた？

ごはんはおいしく  
食べられてる？

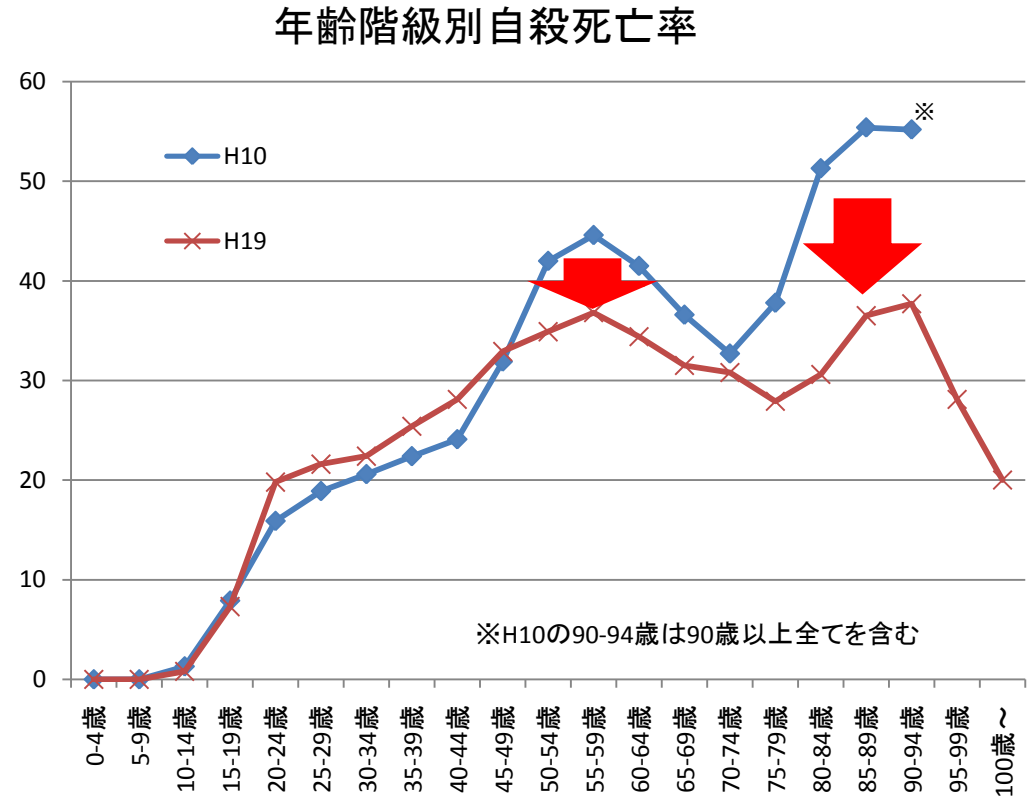
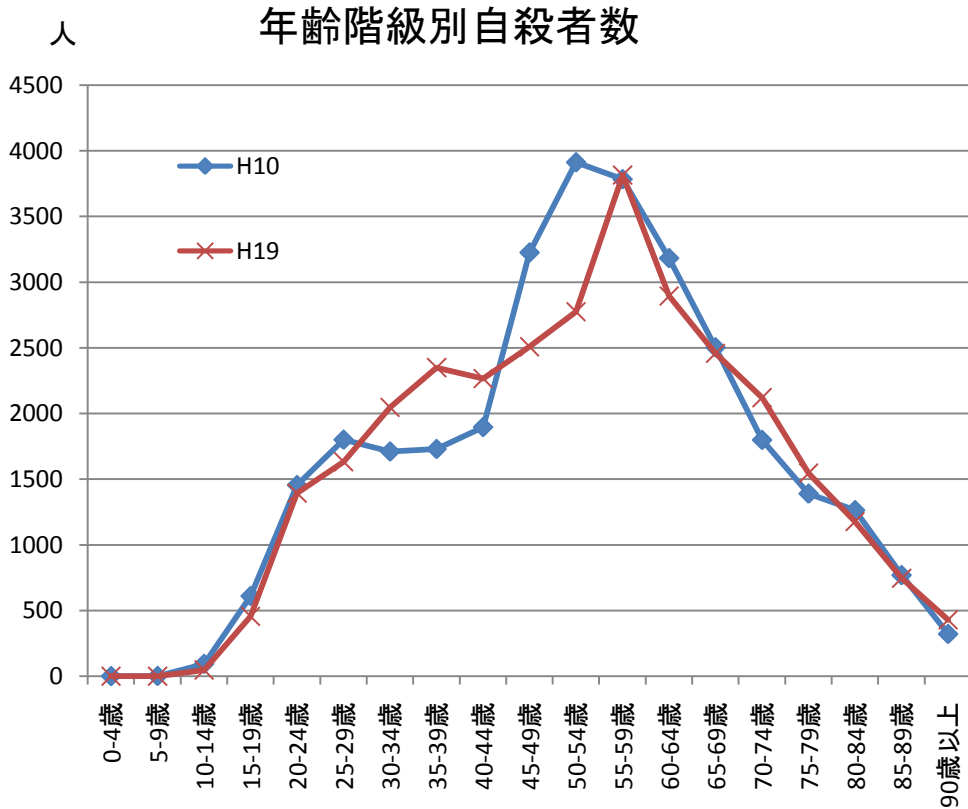
体のだるさが  
続いている？

気になる方は  
かかりつけ医や専門機関に相談してみましょう

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・うつ病等への対策について～

自殺は減らせるか？

# 各年齢層ごとの自殺者数及び自殺死亡率



- ①中高年(50-60代)の自殺死亡率は平成10年に上昇したが近年は低下傾向
- ②高齢者の自殺者数は不変であるが自殺死亡率については低下傾向
- ③若者(20-30代)の自殺死亡率は上昇傾向

# 英国における自殺率(人口10万人当たり)の推移

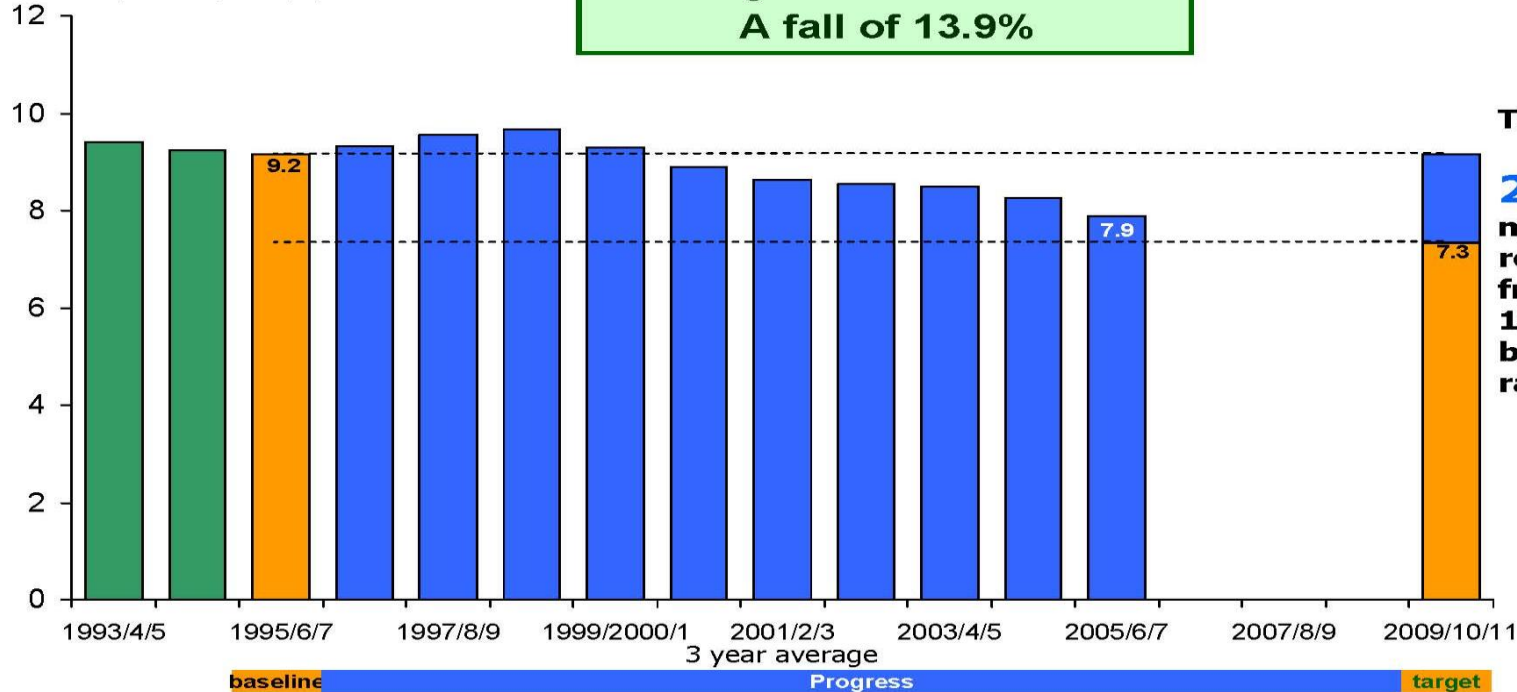
- 英国では、自殺率の目標として、2010年までに自殺による死亡率を、95-97年の3年平均値(10万人当たり9.2)を基準として、20%(10万人当たり7.3まで)減少させるという目標を掲げている。
- 対策としては、①ハイリスク者等への精神保健医療対策 ②自殺の手段・場所等に関する対策 ③自殺に関する報道対策等を進めてきている。
- 2005-07年の平均値をみると、基準値から13.9%の低下(10万人当たり7.9に低下)となっている。



## Mental Health Target

Death rates from intentional self-harm and injury of Undetermined Intent excluding 'Verdict Pending' in England 1993-2007 and target for the year 2010  
All persons

Death rate per 100,000 population



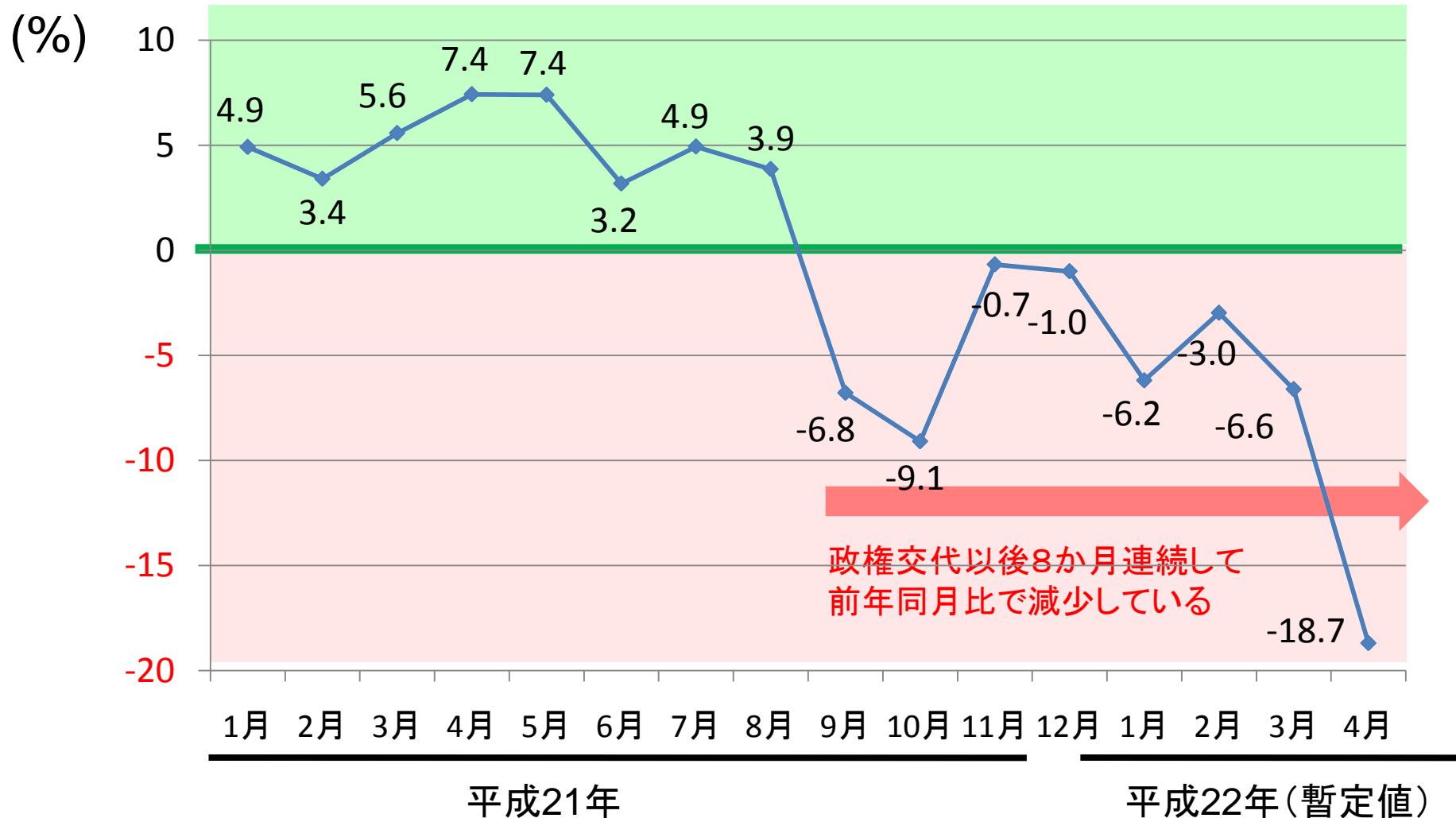
Rates are calculated using the European Standard Population to take account of differences in age structure.

Source: ONS (ICD9 E950-E959, plus E980-E989, excluding E988.8 (inquest adjourned) ; ICD10 X60-X84, Y10-Y34 excl. Y33.9 (verdict pending))

# 月ごとの自殺者数の増加率（前年同月比）

【警察庁統計による】

H22.5.13作成



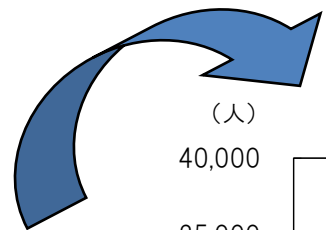
※平成22年は暫定値のため、今後変更される可能性がある。(翌年5月頃確定予定)

自殺対策のこれまで

# 我が国の自殺死亡の推移

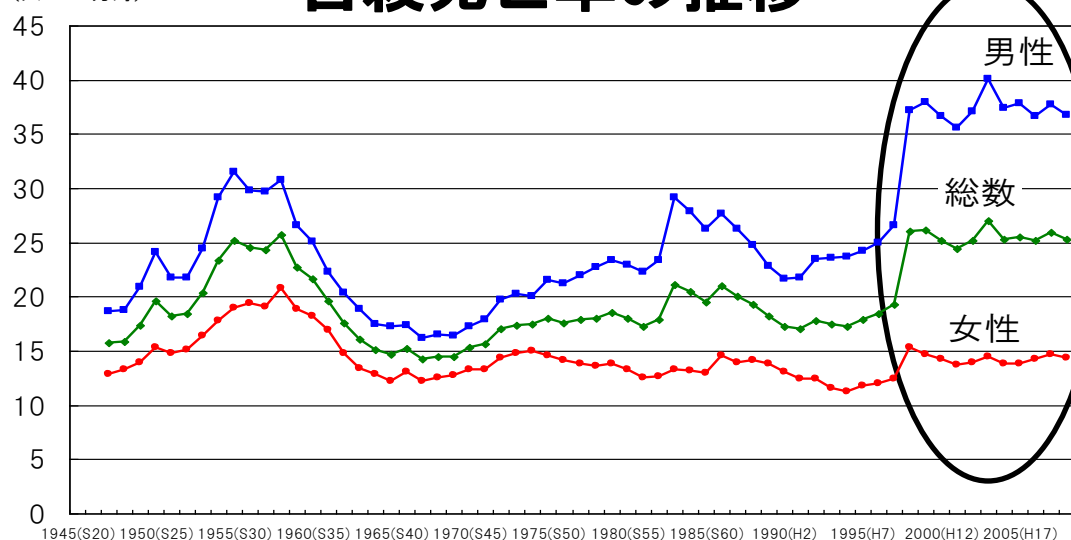
率を実数で見ると:

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

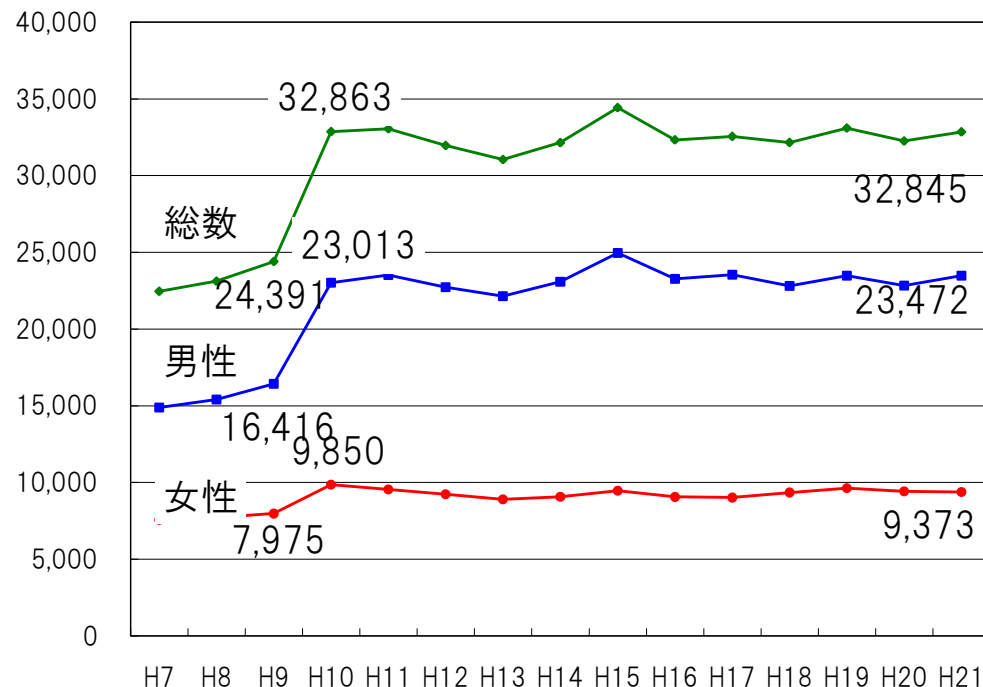
(人口10万対)



● 総数 ● 男性 ● 女性

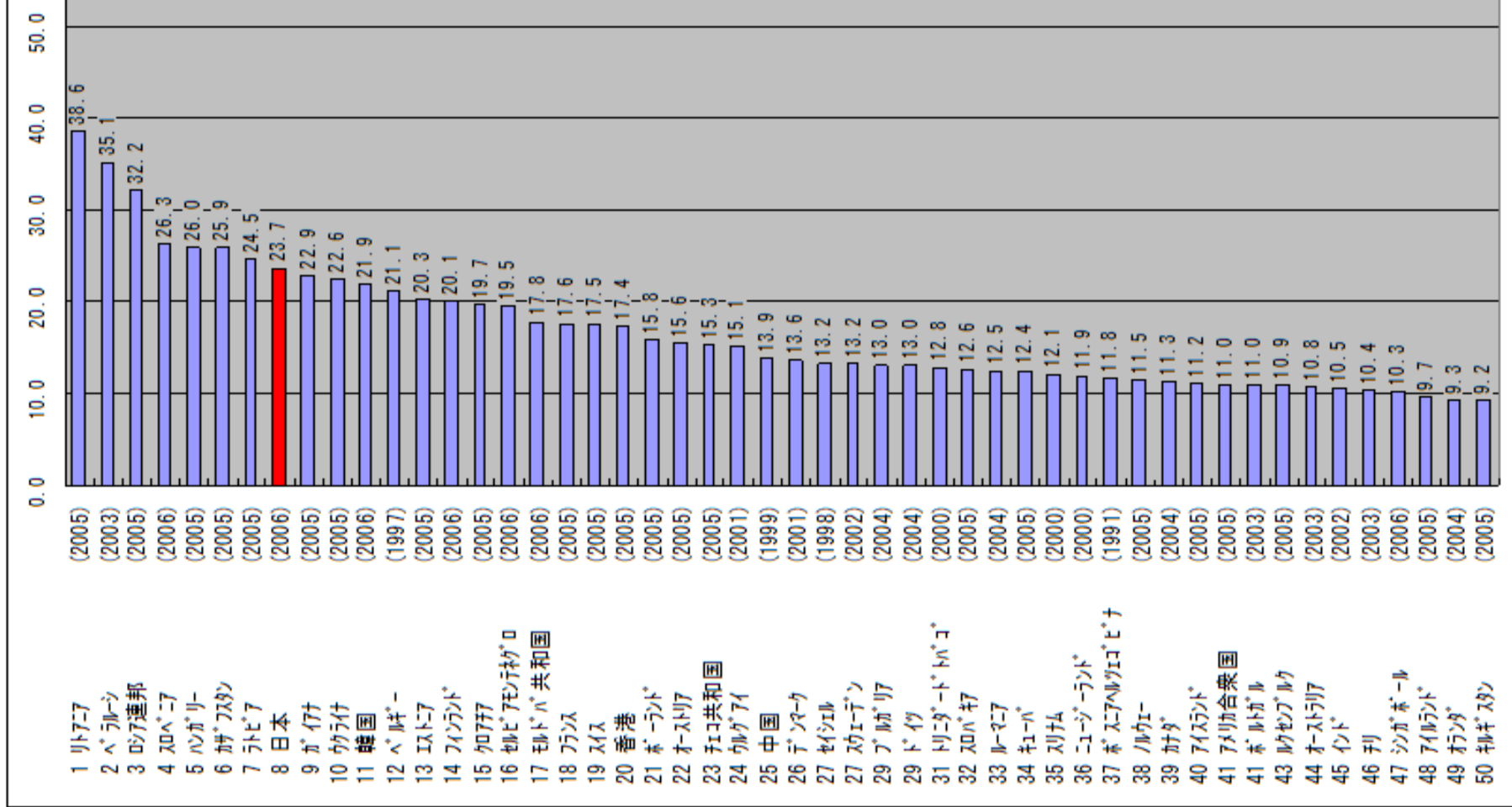
※自殺死亡率:人口10万人あたりの自殺死亡者数

(人)



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

# 自殺対策基本法のあらまし

公布：平成18年6月21日  
施行：平成18年10月28日

## 基本理念

- ① 自殺の背景には様々な社会的要因があり、社会的な取り組みが必要
- ② 自殺は多様かつ複合的な原因及び背景を有するものであり、精神保健的観点のみならず、その実態に即した取り組みが必要
- ③ 自殺の予防、発生危機への対応、発生後、未遂時など各段階に応じた対策が必要
- ④ 行政、医療機関、事業主、学校、民間団体等の密接な連携が必要

国の責務  
対策の総合的策定と実施

地方自治体の責務  
地域の状況に応じた施策の策定と実施

事業主の責務  
被用者の心の健康保持

国民の責務  
自殺対策への関心と理解

## 基本的施策

- ① 自殺防止等に関する調査研究、情報収集・提供等
- ② 教育・広報活動等を通じた国民理解の増進
- ③ 人材の確保・養成・資質向上
- ④ 職域、学校、地域等における心の健康保持に係る体制整備
- ⑤ 精神科医に受診しやすい環境整備、精神科医と他の医師との連携等の確保
- ⑥ 自殺の危険性が高い者の早期発見、相談など自殺発生回避のための体制整備
- ⑦ 自殺未遂者に対する支援
- ⑧ 親族等に対する支援
- ⑨ 民間団体の活動に対する支援

自殺対策大綱

策定

自殺総合対策会議  
(関係大臣)

関係行政機関の調整

政府  
↓  
国会

自殺の概要・自殺対策の実施状況の年次報告

# 自殺対策に関する各府省の役割

## ● 内閣府

- 自殺対策基本法を所管
- 自殺対策の推進に関する企画・立案、総合調整
- 普及啓発等の実施

### 自殺対策緊急戦略チーム

- ・目的 年度末に向けた緊急対策及び効果的な発信方法等に関する検討
- ・メンバー 内閣府政務三役 内閣府参与

### 自殺総合対策会議

(自殺対策基本法第20条)

- ・目的 大綱案の作成、行政機関の調整、自殺対策の推進等
- ・会長 内閣官房長官
- ・委員  
内閣府自殺対策担当大臣  
国家公安委員会委員長  
内閣府金融担当大臣  
総務大臣 法務大臣  
文部科学大臣 厚生労働大臣  
農林水産大臣 経済産業大臣  
国土交通大臣

### 自殺対策推進会議

(自殺総合対策会議決定)

- ・目的 施策の評価・改善等への民間有識者の意見の反映
- ・内閣府自殺対策担当大臣が招集
- ・座長 樋口輝彦  
(国立精神・神経センター総長)
- ・メンバー 民間有識者 14名
- ・オブザーバー  
各府省担当課長  
自殺予防総合対策センター長

- 警察庁 自殺統計 等
- 金融庁 多重債務相談 等
- 総務省 インターネット上の情報への対応 等
- 法務省 法的問題、人権問題の相談 等
- 文部科学省 児童生徒の自殺予防 等
- 厚生労働省 心の健康づくり、医療体制整備、失業者に対する相談、薬品等の規制 等
- 農林水産省 農村における心の健康づくり 等
- 経済産業省 中小企業等への融資 等
- 国土交通省 屋上・ホーム等の安全確保 等

(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

# 自殺総合対策大綱改正のポイント

太字が追加部分  
黒丸が厚生労働省関係

## 自殺を予防するための当面の重点施策

- 1 自殺の実態を明らかにする
- 2 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す
- 3 早期対応の中心的役割を果たす人材を養成する
- 4 心の健康づくりを進める
- 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。

- 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。

- 7 自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ
- 8 遺された人の苦痛を和らげる
- 9 民間団体との連携を強化する

## 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)

## 自殺の実態を明らかにする

- 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方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

## 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す

- 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

## 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

- 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
- 教職員に対する普及啓発等の実施
- 地域保健スタッフや産業保健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
- 社会的要因に関連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

## 心の健康づくりを進める

- 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

## 適切な精神科医療を受けられるようにする

- 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

## 社会的な取組で自殺を防ぐ

- 地域における相談体制の充実
- 多重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
- いじめを苦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

## 自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ

- 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

## 遺された人の苦痛を和らげる

- 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

## 民間団体との連携を強化する

- 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

# 自殺対策加速化プランの策定等について

## 自殺対策基本法成立後の取組

- ・自殺対策基本法施行(平成18年10月)
- ・自殺総合対策大綱策定(平成19年6月)
- ・大綱を踏まえ、関係府省、地方公共団体、民間団体が連携して総合的な取組を実施
- ・全都道府県で自殺対策連絡協議会を設置

## 最近の自殺の動向

### ・自殺者10年連続3万人

自殺者数は、警察庁の自殺の概要資料によれば、平成10年に急増、以後10年連続して3万人台で推移

平成19年は、過去2番目に多い33,093人

### ・硫化水素による群発自殺

平成20年に入り、硫化水素の製造方法がインターネットで紹介されたことから、これによる自殺が群発し、家族や近隣住民にまで被害が生じるなど社会問題化

(1月から9月までの死者数は876人。また、硫化水素事案のうち、約4分の1の事案で第三者にも被害が生じている)

## 自殺対策加速化プラン

●は厚生労働省関係

※自殺総合対策大綱に基づき、策定後1年間のフォローアップ結果等を踏まえて、自殺対策の一層の推進を図るために、当面、強化し、加速化していくべき施策を取りまとめ

(現在の大綱に基づき、新たに具体的な取組を展開する施策に加えて、大綱の項目に明記されていない施策も追加)

### 1. 自殺の実態を明らかにする

#### <情報提供体制の充実>

●自殺統計に係るデータの分析・提供

#### <既存資料の利活用の促進>

○自殺統計原票への調査項目追加を検討

### 2. 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す

#### <児童生徒の自殺予防に資する教育の実施>

○教職員向けのマニュアルの作成を加速

○情報教育に関する手引きの作成

○生命を尊重する心を育む教育を普及

### 3. 心の健康づくりを進める

#### <職場におけるメンタルヘルス対策の推進>

●専門家派遣や担当者の育成等を実施

●産業医と地域保健等との連携による円滑な職場復帰支援の推進

#### <地域における心の健康づくり推進体制の整備>

●地方公共団体等に対する研修の実施

●精神保健福祉センターで復職相談を実施

### 4. 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、薬物依存症等の調査研究を推進、継続的な治療・援助を行う体制を整備、自助活動への支援等を実施

●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、早期発見、早期介入のための取組を推進

※大綱に項目追加

### 5. 社会的な取組で自殺を防ぐ

#### <地域における相談体制の充実>

●精神保健福祉センター等と関係機関の連携強化による相談体制の充実

○公的電話相談事業の統一ダイヤルを推進

#### <危険な場所、薬品等の規制等>

●販売事業者に対する注意喚起等の実施

#### <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・誘引する情報について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

○「違法・有害情報」への対応等に関する契約約款モデル条項の見直し

○インターネット上の違法・有害情報の検出を行うための技術開発を推進

○青少年へのフィルタリング普及やインターネットの適切な利用に関する教育の推進等

※大綱に項目追加

#### <インターネット上の自殺予告事案への対応等>

○検索サイト管理者との意見交換等の実施

### 6. 自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ

#### <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>

●心理的ケアを中心に関係者研修を実施

●自殺未遂者ケアに関するガイドラインを作成

### 7. 遺された人の苦痛を和らげる

#### <自殺者の遺族のための自助グループの運営支援>

○遺族の集いの開催に対する支援の実施

### 8. 民間団体との連携を強化する

#### <地域における連携体制の確立>

●先駆的な民間団体に対する支援の充実

●ネットワーク構築のための取組を促進

### 9. 推進体制等の充実

#### <国における推進体制>

○特異事案の発生等の通報体制の整備及び緊急連絡会議の開催

#### <地域における連携・協力の確保>

○市町村に自殺対策担当部局が設置されるよう、働きかけ

※大綱に記述を追加

自殺総合対策大綱の見直し

(経済財政改革の基本方針2008)

自殺総合対策大綱の一部改正 ※自殺対策加速化プランの策定にあわせ、大綱を見直し

●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 ○インターネット上の自殺関連情報対策の推進 ○推進体制等の充実

# いのちを守る自殺対策緊急プラン(平成22年2月5日、自殺総合対策会議決定)

## 自殺対策基本法成立後の主な取組

- ・自殺対策基本法施行(平成18年10月)
- ・自殺総合対策大綱策定(平成19年6月)
- ・自殺対策加速化プラン策定(平成20年10月)
- ・地域自殺対策緊急強化基金の造成(平成21年度から3カ年)

## 最近の自殺をめぐる状況

- ・平成10年以降、12年連続年間3万人超  
平成21年の自殺者数は、32,753人(暫定値)。前年比504人増。(1.6%増)
- ・厳しい雇用情勢  
完全失業者数は14ヶ月連続して増加(21年12月末時点)

「自殺対策緊急戦略チーム」(内閣府政務三役及び内閣府参与)の発足

◆「自殺対策100日プラン」の取りまとめ(21年11月)

- ①年末・年度末に向けた緊急対策
- ②政府が取り組むべき中期的な施策等を提言

「当事者本位」の施策の展開へと政府全体が意識改革を図り、一丸となった対策の緊急強化

「いのちを守る自殺対策緊急プラン」の策定へ

## いのちを守る自殺対策緊急プラン【概要】

### 1. 社会全体での取組

#### 【普及啓発の推進】

- 「自殺対策強化月間」(3月)
- 地域の先進事例の普及
- 睡眠・アルコール問題

等

### 2. 相談・早期対応体制の充実・強化

#### 【相談体制の充実・強化】

- ハローワークにおける心の健康相談
- 法テラスによる法律相談
- 中小企業経営者向け相談
- 教育相談(スクールカウンセラー等)
- 生活支援相談(住居、生活保護等)や農村における各種支援活動との連携

#### 【早期対応体制の充実】

- ゲートキーパー(かかりつけ医、消費者相談員等)の育成・拡充
- 職場での心の健康づくり
- 「生きる支援」の総合検索サイトの取組の普及

等

### 3. 状況分析や実態解明による効果的な対策

- 自殺統計データの解析・情報提供の充実
- 子どもの自殺の実態調査

等

### 4. 制度・慣行の検討

- 連帯保証制度等の在り方の検討
- 自殺の要因の背景にある制度・慣行の把握

### 5. ハイリスク地・ハイリスク者への重点的な対策

#### 【ハイリスク地対策】

- 鉄道駅ホーム・高層建築物対策
- 自殺多発地域の取組の把握

#### 【ハイリスク者対策】

- アルコール・薬物依存者等への支援関係者の資質向上
- うつ病の診療技術の向上
- インターネット上の自殺関連情報対策

等

### 6. 自殺未遂者への支援強化

- 精神科医と救急医の連携強化
- 自殺未遂者の診療等の研修

等

### 7. 自殺者の遺族への支援強化

- 遺族支援の優良事例の普及
- 自死遺族ケアの充実

等

### 8. 推進体制の強化

- 内閣府の総合対策センター機能の強化

### 9. ワンストップ総合相談体制

- 事例調査による総合相談体制の推進



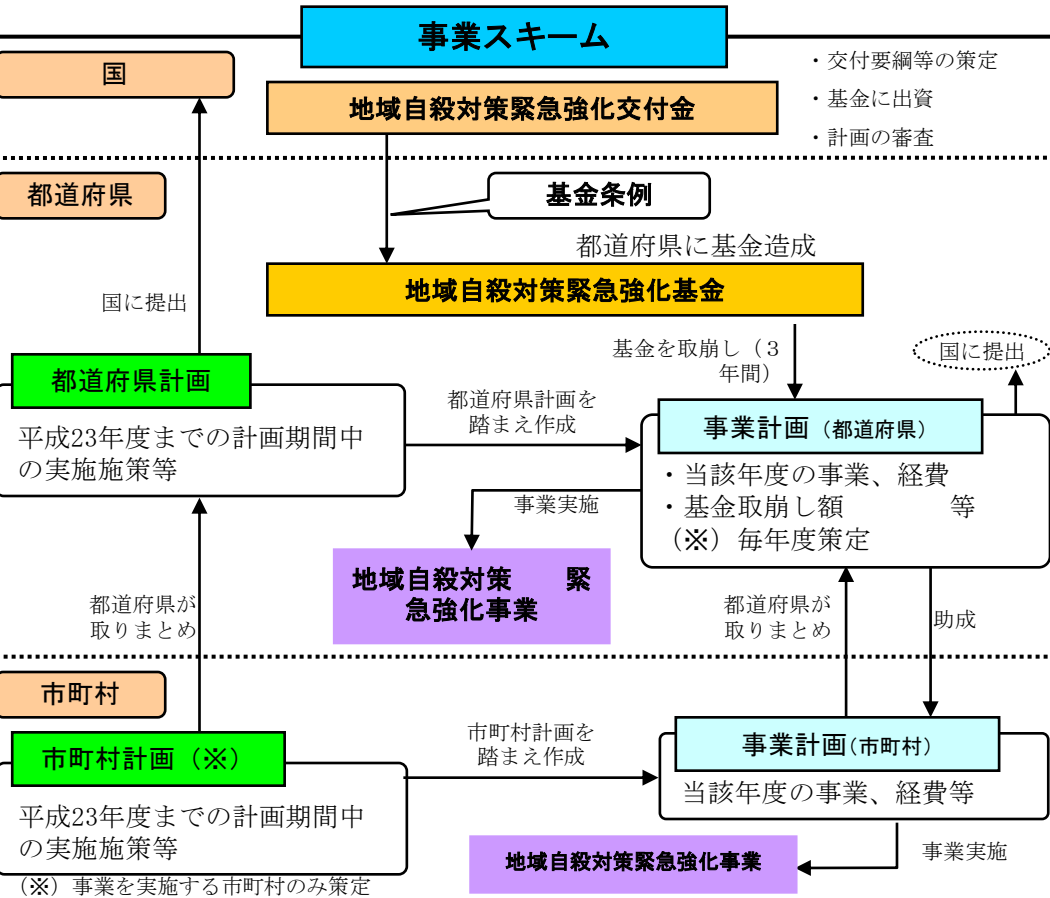
# 「地域自殺対策緊急強化基金」の概要

## 現状と課題

- 自殺者数は、平成10年以降11年連続3万人超（平成20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



## 事業メニュー

### ① 対面型相談支援事業

関係行政機関や民間団体で専門家を活用した自殺対策のための「包括支援相談」(※)を実施するなど相談支援体制を強化

(※) 弁護士、司法書士、社会福祉士等の専門家による失業、倒産、多重債務問題等の相談について、心の健康相談とともに実施

### ② 電話相談支援事業

関係行政機関や民間団体が行う電話相談事業の充実

### ③ 人材養成事業

自殺を考えている人、自殺未遂者等自殺の危険性の高い人、自殺者の遺族等に対し、適切な対応・支援を行う人材(※)の養成

(※) 市区町村、精神保健福祉センター、保健所、ハローワーク、消費生活センター、民間団体の相談担当者等を養成

### ④ 普及啓発事業

国民一人ひとりが自殺予防のために行動(「気づき」「つながり」「見守り」)できるようにするための広報啓発を実施

### ⑤ 強化モデル事業

地域における自殺対策を緊急に強化するための事業(※)を実施

(※) ハイリスク地におけるパトロール活動の支援、一時的避難場所(シェルター)の提供、遺族のための分かち合いの会の運営支援等、その他地方公共団体が独自に取り組む事業

- (注1) 実際に行う事業内容は、都道府県が地域の実情を踏まえ、選択
- (注2) 各府省で実施する既存の自殺対策事業は、本基金事業の対象外

# 平成22年度厚生労働省自殺対策関連予算

平成21年度予算 19億円  
→ 平成22年度予算 16億円

## ○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 4.1億円 → 3.5億円

- 地域自殺予防情報センター運営事業
- 自殺防止対策事業
- 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
- 地域依存症対策推進モデル事業
- 依存症回復施設職員研修事業(新規)

## ○自殺予防に向けた相談体制の充実と人材育成 10億円 → 10億円

- かかりつけ医心の健康対応力向上研修
- 自殺対策に係る研修事業
- メンタルヘルス相談実施体制の整備

## ○うつ病等の精神疾患に関する国民の正しい理解の促進 0.8億円 → 0.8億円

- 「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

## ○自殺予防総合対策センターにおける情報提供等の推進

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター運営費交付金の内数

- 自殺解析調査
- 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
- パーソナリティ障害専門研修(新規)
- 認知行動療法研修(新規)
- 心理職等精神保健医療研修(新規)

## ○自殺問題に関する総合的な調査研究等の推進 3.2億円 → 0.7億円

- 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

実態を踏まえた対策

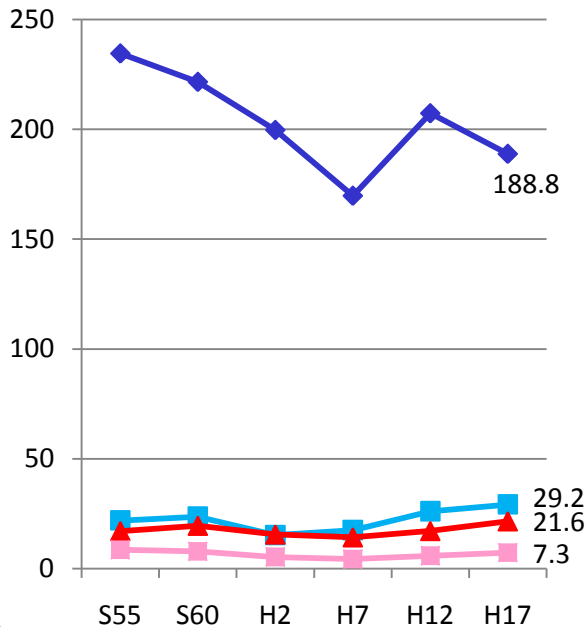
# 人口動態統計による分析の概要① 無職者の自殺死亡率

- 無職者の自殺死亡率は、有職者と比べて高い傾向があり、特に、中年期の男性無職者において高い。
- 無職者と有職者の自殺死亡率の差については、近年を通じてみられている。特に、55～64歳の男性無職者の自殺死亡率は、平成12、17年度に、それ以前と比較して上昇した。
- 男性の、25～34、35～44、45～54歳の年齢階級では、この間、無職者数及び、人口に占める無職者の割合が増加する傾向にある。(参考資料)
- なお、無職者には、いわゆる失業者のほか、非労働力人口が含まれている。

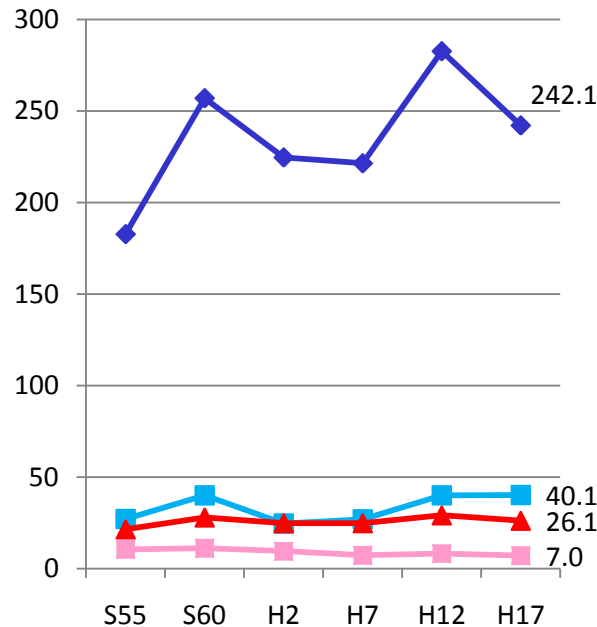
※人口動態統計において、職業別のデータは国勢調査年度のみ収集されており、最も新しいデータは平成17年度のものである。

## 有職／無職別自殺死亡率の年次推移

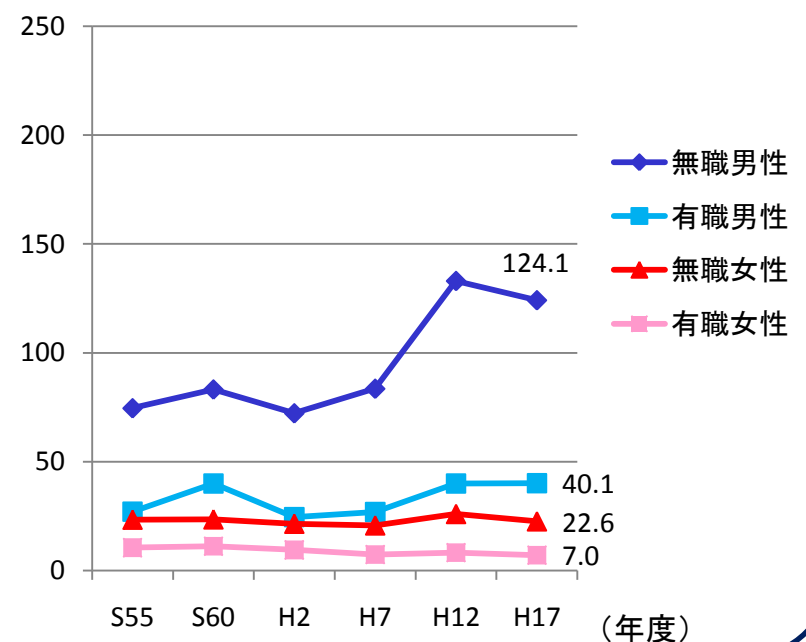
【35～44歳】



【45～54歳】



<人口10万人当たりの年間の自殺死亡率>  
【55～64歳】



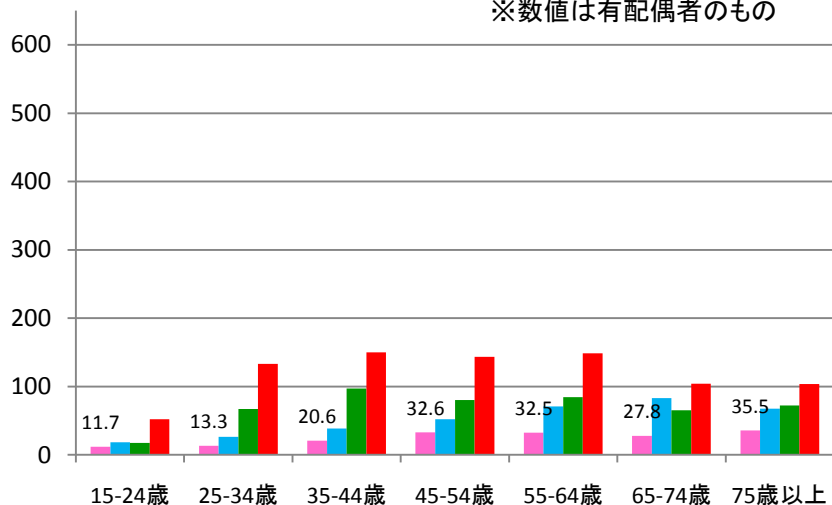
# 配偶関係・有職／無職別自殺死亡率(平成15～19年の平均)

<人口10万人当たりの年間の自殺死亡率>

## 【男性】

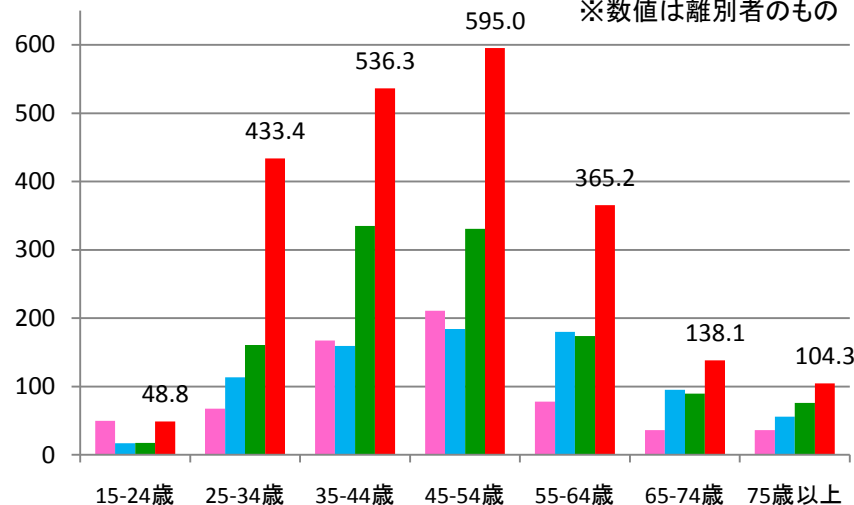
### 有職

※数値は有配偶者のもの



### 無職

※数値は離別者のもの

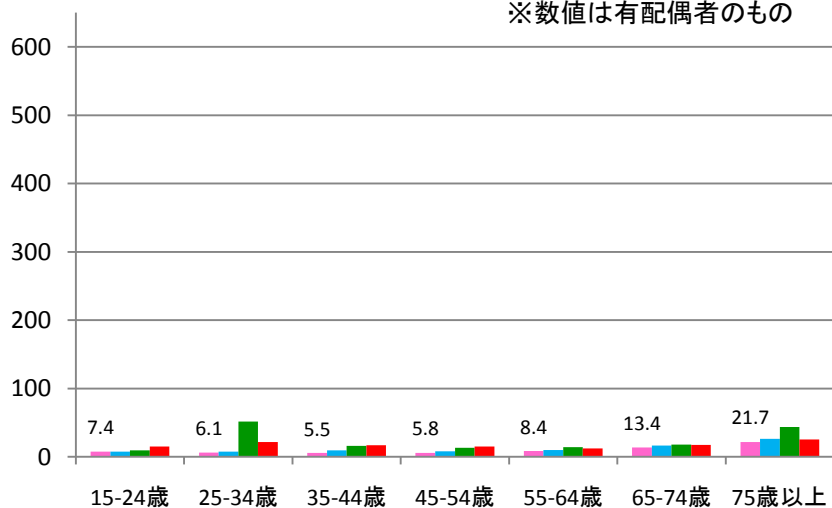


- 有配偶
- 未婚
- 死別
- 離別

## 【女性】

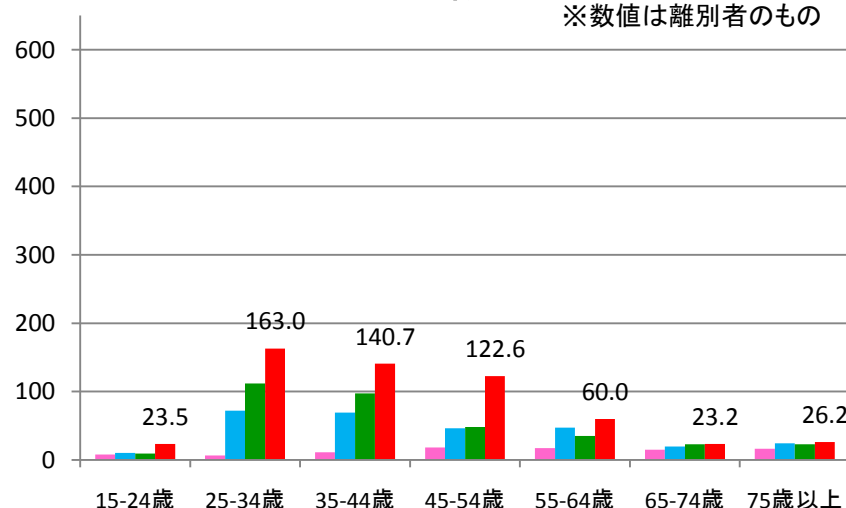
### 有職

※数値は有配偶者のもの



### 無職

※数値は離別者のもの



- 有配偶
- 未婚
- 死別
- 離別

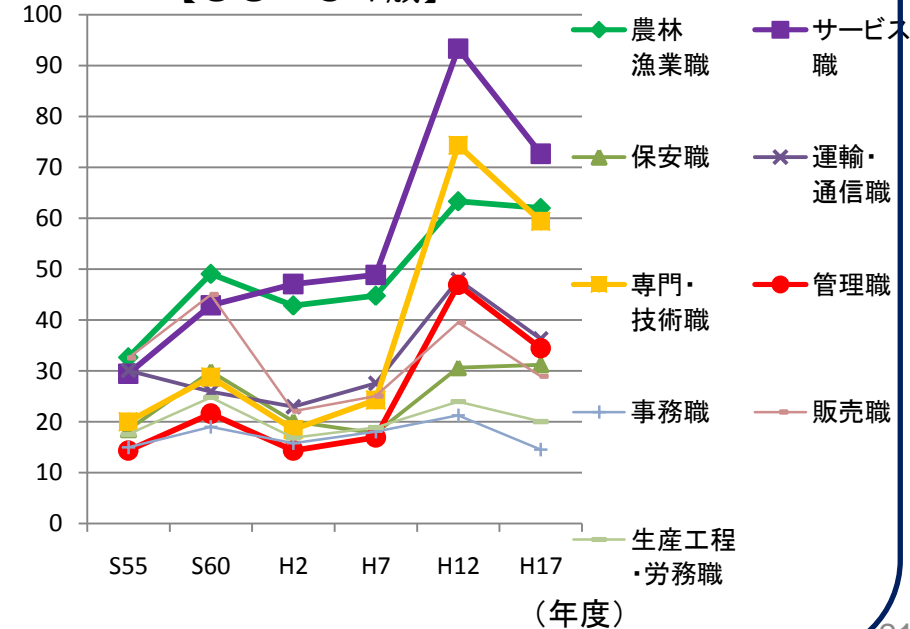
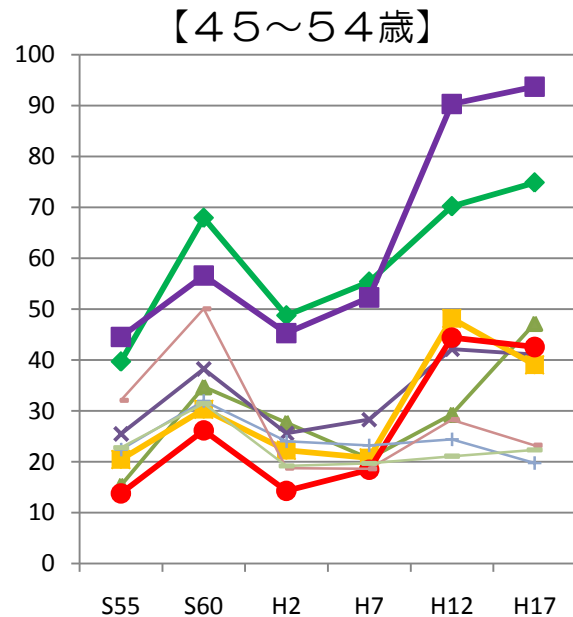
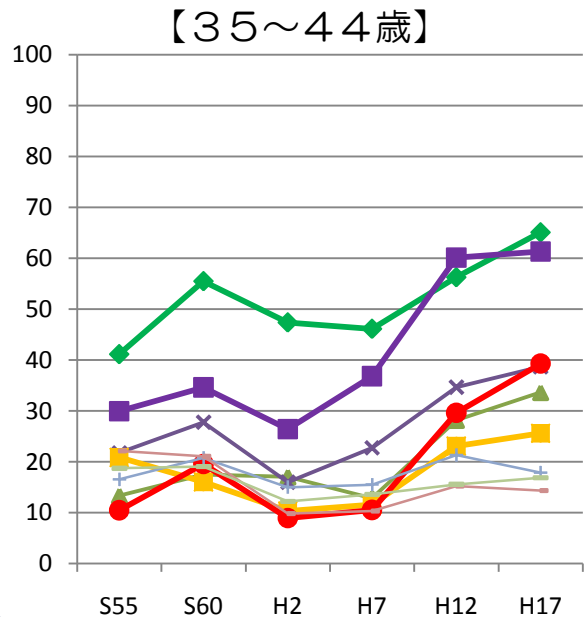
## 人口動態統計による分析の概要 ② 職業別の自殺死亡率

- 男性の自殺死亡率の変化について、以下のような傾向がみられた。
  - 農林漁業職・サービス職については、以前から自殺死亡率が高く、平成10年代に更に上昇がみられた。
  - 専門・技術職、管理職については、平成7年度以前は自殺死亡率が他の職種と比較して低い傾向にあったが、平成10年代に入り急激に上昇した。
  - 保安職、運輸通信職についても、平成10年代に入り、自殺死亡率の上昇傾向がみられた。
  - 事務職、販売職、生産工程・労務職については、自殺死亡率の上昇はみられなかった。
- 女性の自殺死亡率については、平成10年頃を境にした際だった傾向はみられていない。

※人口動態統計において、職業別のデータは国勢調査年度のみ収集されており、最も新しいデータは平成17年度のものである。

### 男性の職種別自殺死亡率の年次推移

<人口10万人当たりの年間の自殺死亡率>



# 人口動態統計による分析の概要 ③ 自殺の特に多い日

●自殺者数が特に多かった日を見ると、月末・月初や連休明け等の日が多いが、有名人やいじめによる自殺、無理心中等に関する大きな事件があった直後等に連続して発生していた。

自殺の特に多かった日(平成16~20年の上位14位)

- ②H16.3.1(月) 154人
- ④H16.4.1(木) 146人
- ⑩H16.12.1(水) 132人
- ⑬H17.2.28(月) 131人
- ①H17.3.1(火) 167人
- ⑩H17.5.9(月) 132人
- ⑤H18.3.1(水) 141人
- ⑧H18.10.31(火) 135人
- ⑥H18.11.1(水) 138人
- ⑬H19.5.30(水) 131人
- ⑦H19.5.31(木) 137人
- ⑩H19.6.1(金) 132人
- ③H20.10.20(月) 147人

H17.2.28 朝刊一面

家族5人の殺人  
及び本人の自殺  
未遂事件  
(無理心中として報道)

5人殺害、無理心中か  
容疑者、自殺図る

岐阜・中津川

現職閣僚の  
自殺等

H19.5.28夕刊1面

松岡農相  
国民へ「迷惑かけた」  
宿舎に遺書など8通

5.29 朝刊1面

5.29 夕刊1面

緑資源機構  
前身団体の元理事自殺  
検察が連日聴取

いじめによる自殺  
履修漏れ学校の校長の自殺等

H18.10.30 夕刊社会面

10.31 朝刊1面

岐阜 部活で「うざい」  
学校「確認できぬ」

必修逃れ謝罪2日後に不明  
茨城県立高校校長自殺

岐阜・中2自殺  
校長「原因判断困難」  
「広い意味でいじめ」

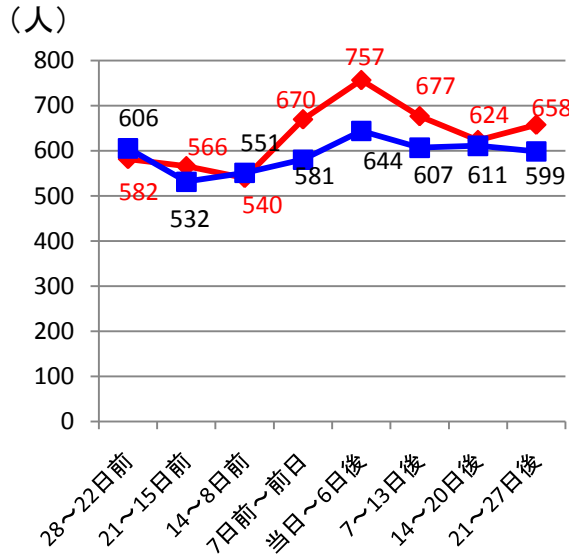
【参考】 1日当たり自殺者数(平成 16~20年の平均) (人)

平均 (H16-20)	曜日別の傾向			月末・月初の傾向	
	月曜日	土曜日	日曜日	毎月1日	月末の日
82.1	92.8	70.7	74.7	108.6	98.2

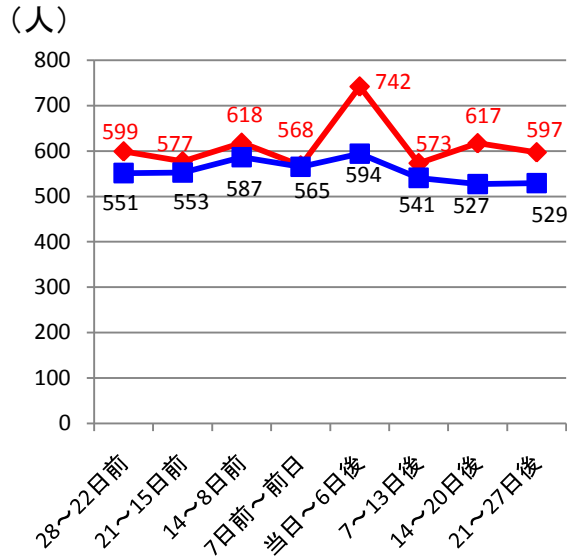
# 【参考資料 有名人の自殺等の前後における自殺者数の推移】

特定の事象の前後の日付での  
1週間あたり自殺者数  
^当該年と他の年(平成16〜20年で当該  
年以外の年)の比較

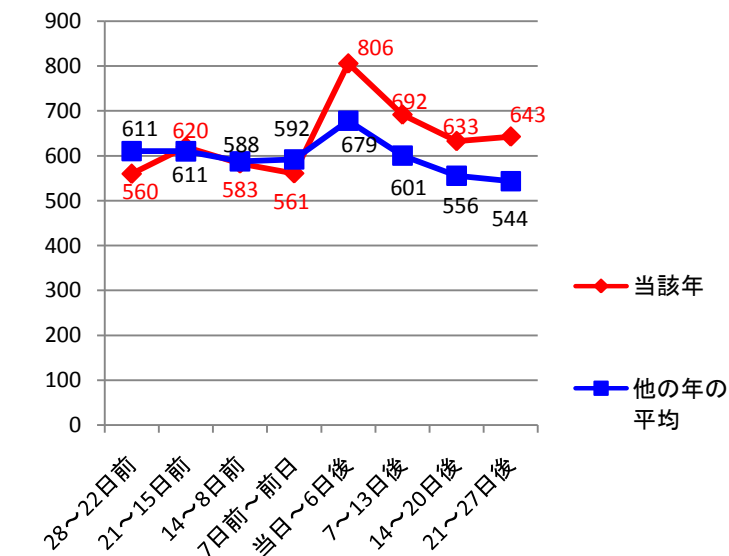
<平成17年2月27日>



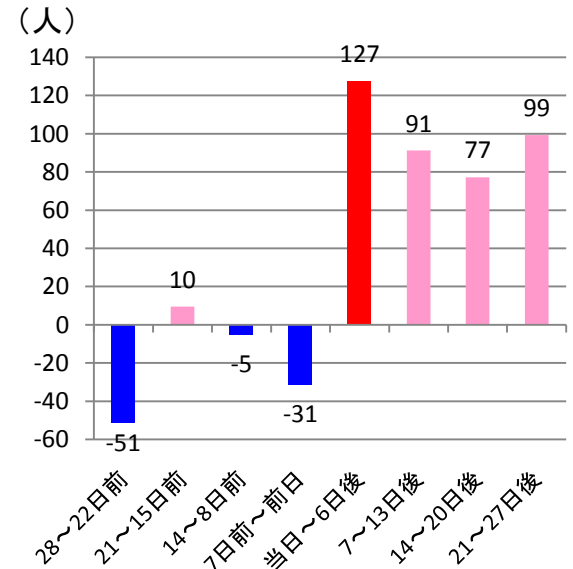
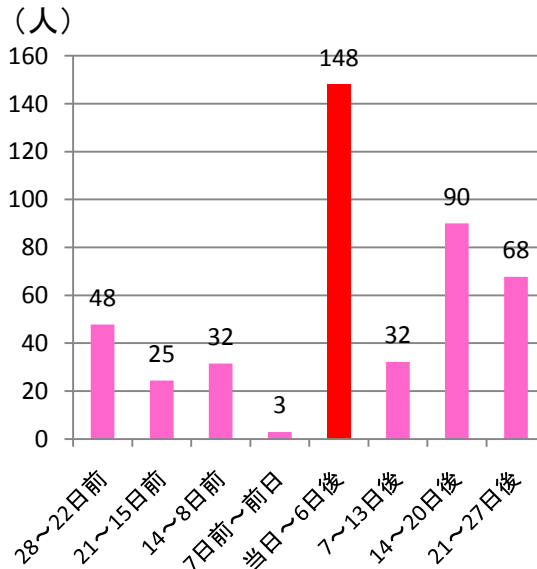
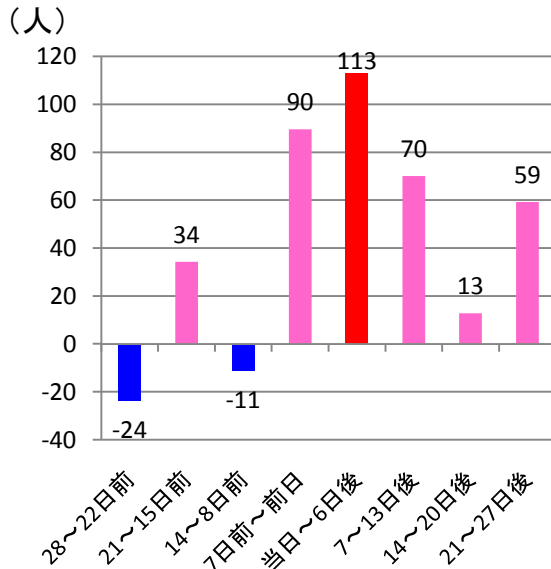
<平成18年10月30日>



<平成19年5月28日>



特定の事象の前後の日付での、  
当該年と他の年(平成16〜20年  
で当該年以外の年)の  
1週間あたり自殺者数の差





# 地域における実態は？

- 人口動態統計
  - 市町村別自殺者数
- 自殺予防総合対策センター
  - 自殺対策のための自殺死亡の地域統計(1)(2)
  - 各地域の「手段」「配偶関係」「職業」別自殺者数・自殺率(二次医療圏単位)  
<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/toukei/index.html>
- 平成21年度 自殺対策強化のための基礎資料(内閣府)
  - 各地域の「職業」「原因・動機」「同居人の有無」別自殺者数(データ及び市町村の規模により都道府県単位又は市町村単位)  
[http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/kyouka\\_basic\\_data/h21/index.html](http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/kyouka_basic_data/h21/index.html)

# 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  
精神疾患患者 生活保護受給者

- 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

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)

## 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、早急に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「眠れていますか？」の一言から、身近な方へ、声かけを行ってみてください。

# お父さん 眠れてる



疲れているのに、  
2週間以上眠れない日が続いている  
食欲がなく、体重が減っている  
.....

もしかしたら、「うつ」かも…  
眠れないときは、  
お医者さんにご相談を。

いのちを守る

3/23 自殺対策強化月間です

内閣府 内閣府自殺対策推進ホームページ <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/index.html> 眠れていますか? 検索

[病名から調べる](#)[症状から調べる](#)[皆さまへのサポート](#)[国の施策](#)[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情報サイト

### 目次



#### 「病気のこと」を詳しく知ろう

病名から詳しい内容を調べたい方は  
こちらで調べることができます。

[コンテンツを見る▶▶](#)

#### 「こんな症状」ありませんか？

気になる症状があったら、こちらで  
調べることができます。

[コンテンツを見る▶▶](#)

#### 皆さまへの「サポート」

国や地方自治体のサポート体制を  
調べたい方はこちら。

[コンテンツを見る▶▶](#)

#### 「国の施策」についての情報

メンタルヘルスへの国の取り組みに  
ついて、ご紹介いたします。

[コンテンツを見る▶▶](#)

#### 「専門」的な情報

[コンテンツを見る▶▶](#)

#### 「イベント」などのお知らせ

[コンテンツを見る▶▶](#)

#### 文字の大きさ

小さく  普通  大きく

#### 表示色の変更

標準  表示色1  表示色2

[このサイトの使い方](#)



#### 家族のためのコンテンツ

患者さんを支えるご家族のための  
コンテンツです。

[コンテンツを見る▶▶](#)

#### メンタルヘルスについて

## 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

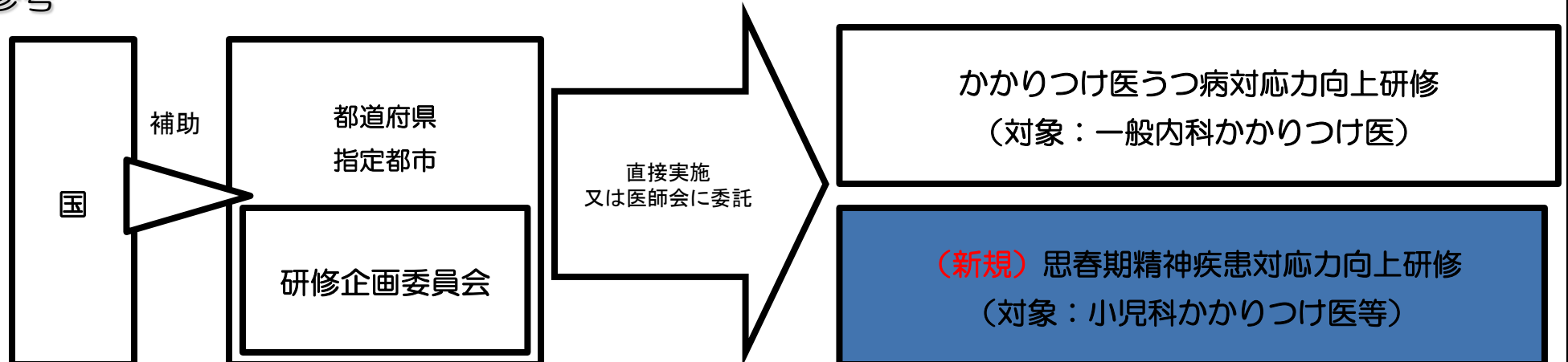
従来の「かかりつけ医うつ病対応力向上研修」に加え、若年者の診療に携わることが多い小児科かかりつけ医等を対象とし、若年精神疾患患者への早期介入を行う人材育成を目的とした「思春期精神疾患対応力向上研修」を実施する。

## ・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、薬物療法等

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。

# 生活保護受給者の自殺防止対策

## 背景

平成22年1月に全国の自治体に対し行った生活保護受給者の自殺調査の結果、被保護者の自殺率は全国の自殺率に比べて高いという結果であった。その原因としては、生活保護受給者には、自殺の大きな要因と考えられている精神疾患を有する者の割合が全国平均よりも高いことが考えられる。

## 今後の対応

- 1 継続的に調査を実施する。
  - ① 平成22、23年は、同様の調査を実施する。
  - ② 平成24年以降は、「生活保護業務データシステム」の調査事項に登録し、統計数値として管理することを検討する。
- 2 予算措置を含め、以下の対応を検討する。
  - ① 福祉事務所における精神保健福祉士等の専門家を増配置し、相談・支援体制を充実する。
  - ② 一定の救護施設※等に精神保健福祉士を配置し、その施設機能を活用した在宅の精神障害者対策(ショートステイ、通所)を拡充することにより在宅生活の維持の支援するとともに、地域の団体及び関係機関等との連携を図る「地域ネットワーク事業」を構築することにより在宅の精神障害者の自殺防止対策を充実する。

※ 救護施設とは、身体上又は精神上著しい障害があるために日常生活を営むことが困難な要保護者を入所させて、生活扶助を行うことを目的とする施設(生活保護法第38条第1項第1号)。平成20年度で全国187か所。

# 精神疾患のある被保護者を専門職員により支援している自治体の取組例

- 福祉事務所において、精神疾患のある被保護者の自立支援を行っている専門職員（嘱託等）は、平成21年12月末現在で150名（精神保健福祉士59名、社会福祉士41名、保健師14名、看護師7名、その他（心理士、福祉事務所OB、施設職員など）29名）
- 生活保護の実施主体861のうち、94の実施主体に配置されている
- 居宅に訪問して行う相談・通院・服薬に関する支援や、病院と連携して行う退院支援を行っている自治体が多い
- 平成21年4月から12月では、全国で3,929名に対して支援を行い、1,528名が一定の成果を得た（各自治体の評価基準による）
- セーフティネット支援対策等事業費補助金により、上記専門職員の配置について国庫補助10/10の支援を行っている

➤ しかし、精神疾患のある被保護者を専門職員により支援している自治体は少ないため、今後、全国会議やブロック会議等の様々な機会を通じて、各地方自治体に対して、精神疾患のある被保護者を支援する専門職員の配置を働きかける。

## 東京都江東区 日常生活の支援

**対象** 精神病を患い、通院・内服を守らないといった日常生活に問題を抱えている被保護者

**支援内容** 専門の支援員が面接や訪問を実施するとともに、必要に応じて通院の同行や保健所・作業所・児童相談所等とのカンファレンスに参加するなどして自立支援方針を策定し、支援対象者の生活の安定、治療の専念を目指す

**支援結果** 20年度 対象者：67名 達成者：18名（精神科通院・内服等が守られ、日常生活が安定し、支援の目標を達成したと判断された者）

## 東京都江戸川区 退院促進の支援

**対象** 精神障害で入院中の被保護者のうち、病状が安定し地域生活での受け入れ条件が整えば退院可能である者

**支援内容** 医療機関と連携し、病状把握、本人の退院意欲、社会資源（グループホームなどの退院先）の確保に向けての調整を行う

**支援結果** 20年度 対象者：24名 達成者：7名（退院により居宅生活及び施設入所した者）

## 東京都江戸川区 ひきこもり改善の支援

**対象** 引きこもり状態にある被保護者

**支援内容** 支援対象者の生活状況、家庭環境、ひきこもりに至った原因等を把握し、関係機関（保健所、作業所等）と連携するとともに、保護者や本人との面接を行うなど継続した支援を行う

**支援結果** 20年度 対象者：15名 達成者：2名（社会的な適応能力を回復し社会参加・生活の自立ができた者）

## 奈良県五條市 社会生活の意欲向上支援

**対象** 在宅生活において、精神疾患特有の社会生活能力低下などが原因により、社会生活への意欲が減退している者

**支援内容** 訪問・面接によるきめ細かな支援を行い、少しでも社会生活における意欲が向上するよう精神的な励まし等を行うなどの方法により支援し、日常生活の自立・社会生活の自立を目指す

**支援結果** 20年度 対象者：1名 達成者：1名（意欲向上により、支援が必要なくなったと判断された者）

## 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

～一人一人を大切に作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

自殺・精神疾患の社会経済的コストの推計を行う

# 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

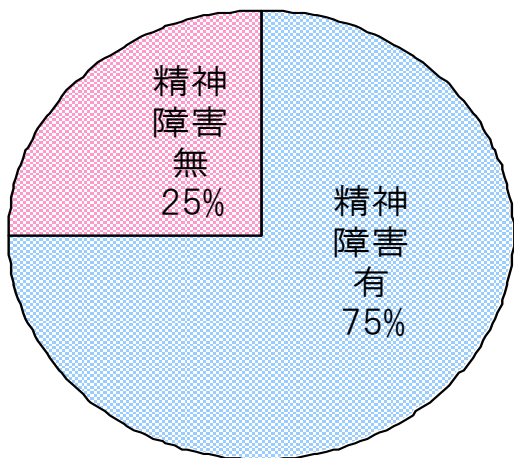
地域生活への支  
援が不足

マンパワーが手  
薄

身体医療との  
連携が不足

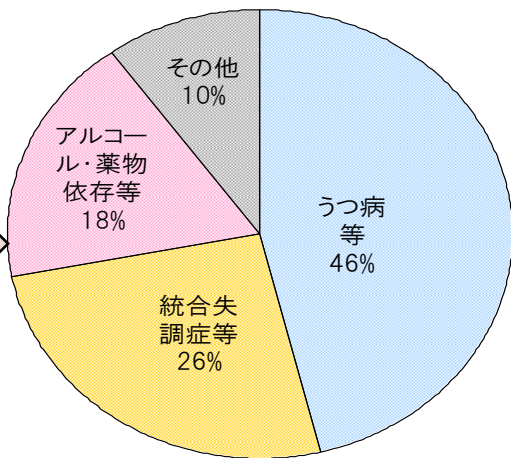
- ・精神疾患での受診患者:320万人  
うち気分障害(うつ病等):104万人【平成20年患者調査】
- ・多くの自殺の要因に、うつ病・統合失調症・依存症などの精神疾患

# 自殺の背景としての精神疾患

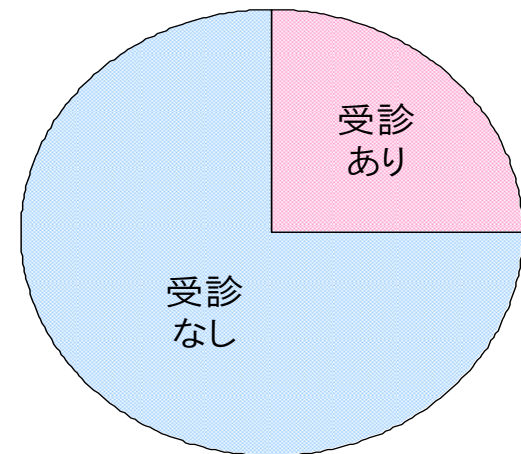
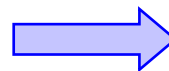


救急病院に搬送された自殺企図者の75%に狭義の精神障害

推測



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:H19~H21) 自殺既遂事例76例の検討から見えてきた、自殺予防の介入ポイント

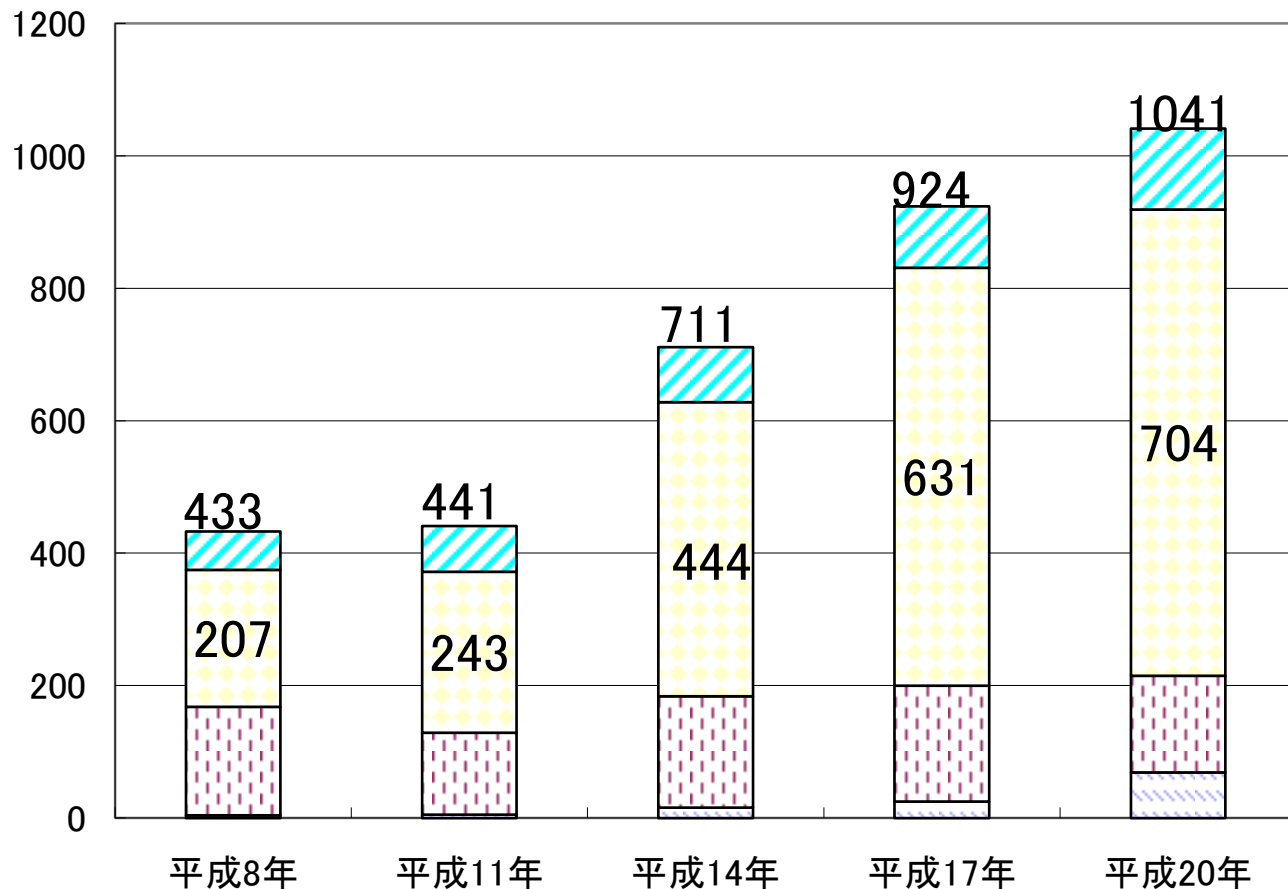
	青少年(30歳未満)	中高年(30~64歳)	高齢者 (65歳以上)
特徴と問題点	<ul style="list-style-type: none"> <li>●学校・家庭での様々な問題 (不登校・いじめ・親との離別など)</li> <li>●早期発症の精神障害による社会参加困難</li> <li>●精神科治療薬の誤用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●社会的問題(借金)を抱えた人の背景にアルコール問題               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢アルコールによる不眠への対処</li> <li>➢アルコール乱用・依存とうつ病の合併</li> <li>➢アルコール問題に対する援助を受けていない</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●精神科受診率が低い</li> </ul>
介入ポイントと対策	<ul style="list-style-type: none"> <li>●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</li> <li>●精神科治療薬の適正使用のための対策</li> <li>●精神障害者の家族支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●アルコールとうつ、自殺に関する、メンタルヘルスプロモーション推進</li> <li>●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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●かかりつけ医のうつ病に対する診断能力の向上、および精神科受診の促進</li> </ul>

※ 「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))により実施したものの。

# うつ病への対応

# 気分障害患者数の推移

千人



- 双極性障害(躁うつ病)
- うつ病 ※
- 気分変調症
- その他

※うつ病の患者数はICD-10におけるF32(うつ病エピソード)とF33(反復性うつ病性障害)を合わせた数

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

【出典】患者調査

# 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

# うつ病に対する認知行動療法

## ① 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

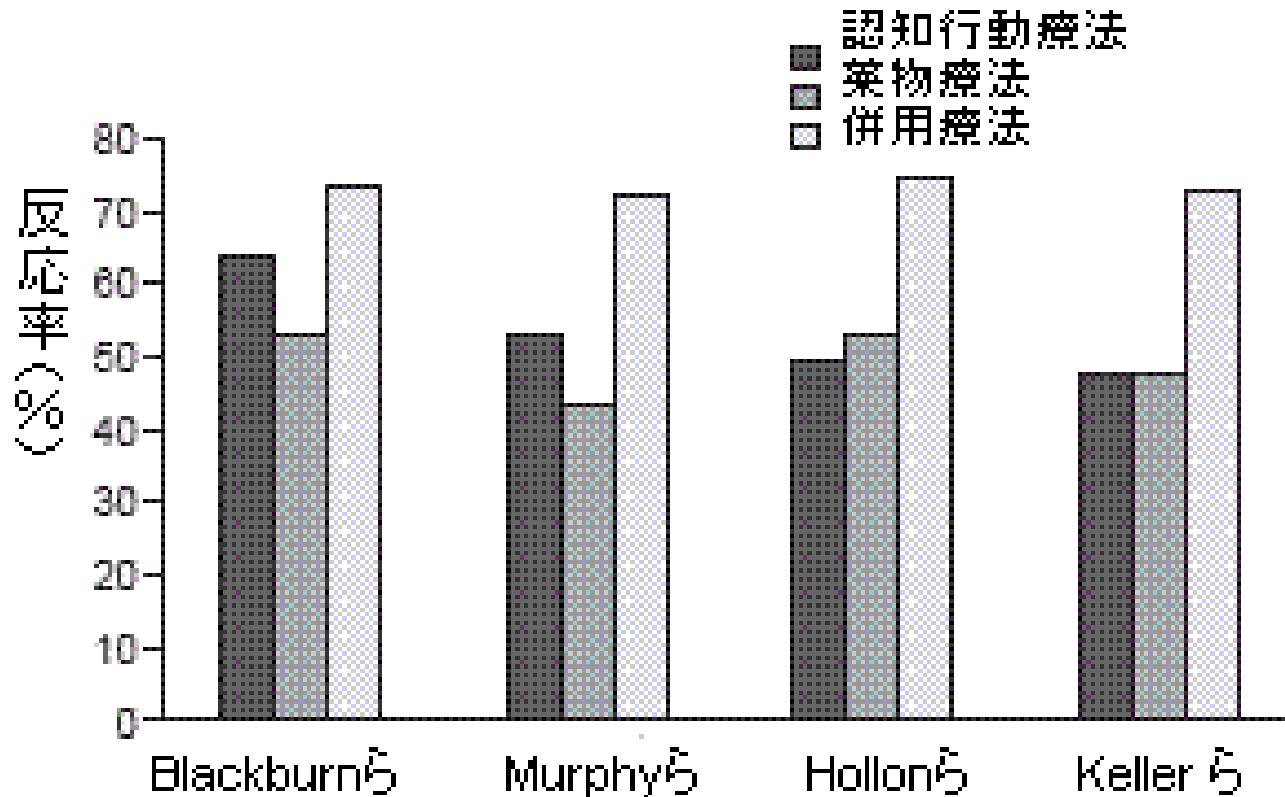
- 厚生労働科学研究「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」において作成
- 厚生労働省HPからダウンロード可  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/kokoro/index.html>

### • 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予定

# 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)



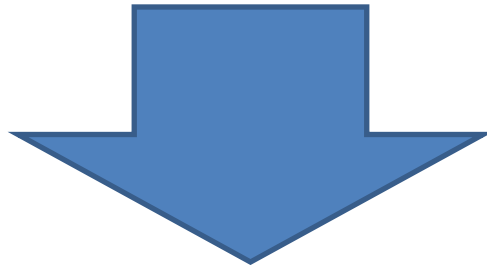
**併用療法の効果の背景**

- 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。

# 自殺とアルコール

- 薬物依存症、アルコール依存症は自殺の危険因子
- アルコールを多用すると、不眠やうつ病が増悪



自殺予防の観点からもアルコール依存症やアルコールの有害使用への対策が重要



# 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

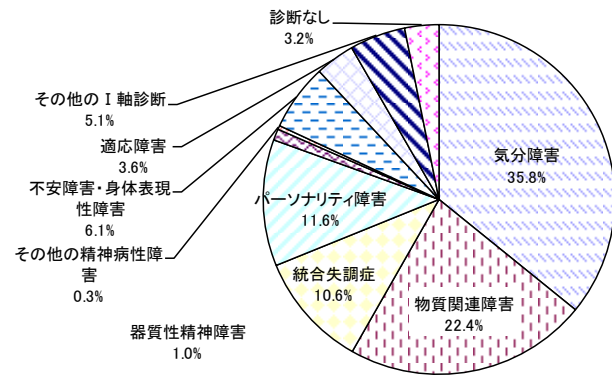
平成21年の自殺者32,845人中

•アルコール依存症 336人

•薬物乱用 63人

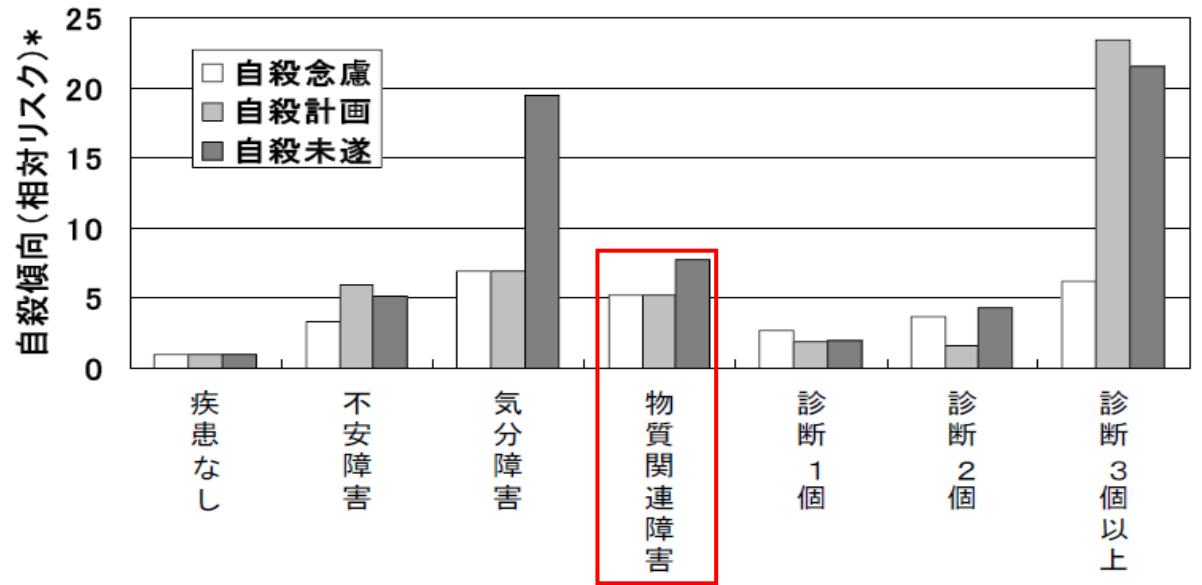
(警察統計より、原因・動機が特定された者24,434人における数、原因・動機は3つまで計上)

## 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

## 精神疾患の経験がその後の自殺傾向に与える影響



\* 疾患なしを対照 (相対リスク=1) とする。2.0 より上の相対リスクは全て有意 (p<0.05, 比例ハザード解析、Part II 重み付け)。Ono Y, et al. Br J Psychiatry (in press)から作図。

# 自殺総合対策大綱の改正（平成21年10月31日）

## 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。

# アルコール問題に対する普及啓発



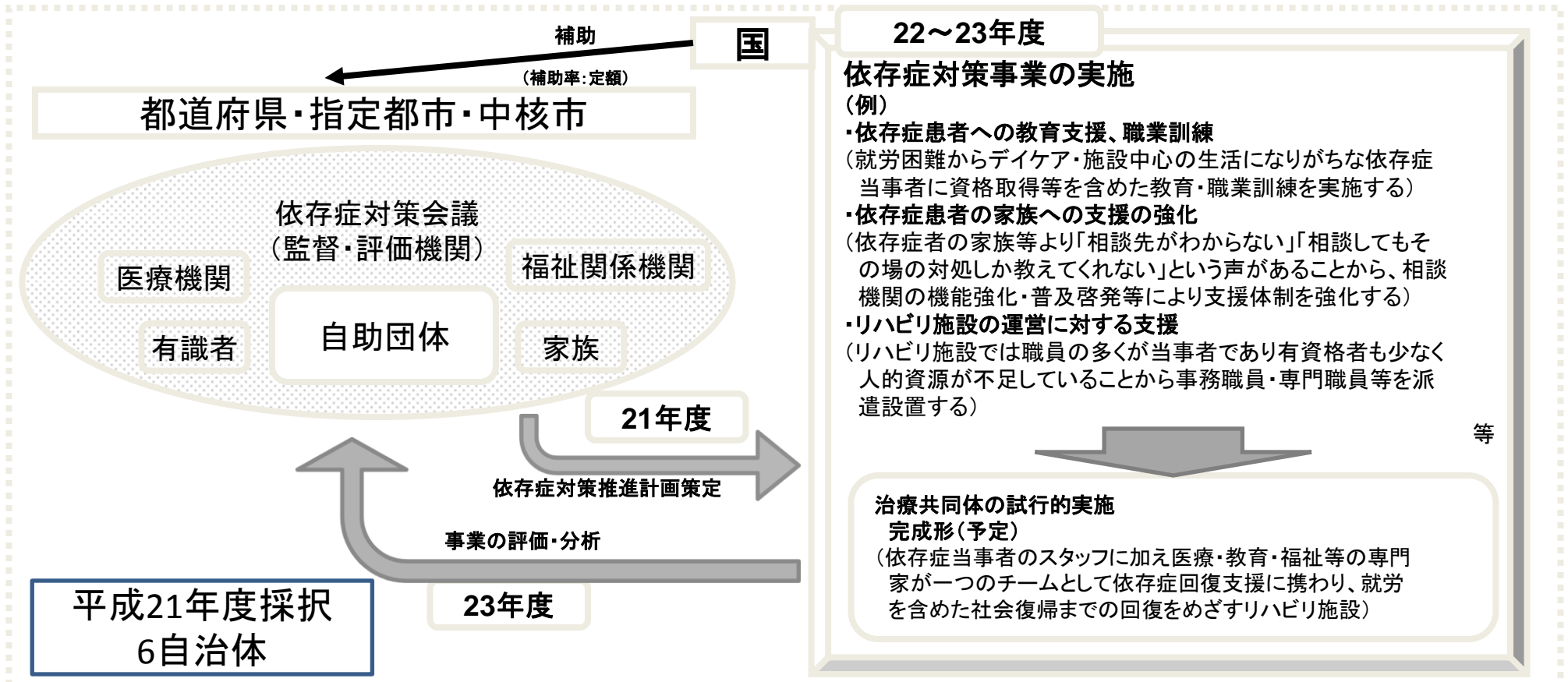
- アルコールが不眠やうつ状態に悪影響を与える等、不適切な飲酒の危険性について紹介
- 飲酒問題に関するチェックリストや相談窓口のリストを掲載
- リーフレットは自殺予防総合対策センターHPから自由にダウンロード可

<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/pdf/nomeba100123.pdf>

## 【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。（21年度）
- 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。（22年度～）  
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。（23年度）



### 22～23年度 依存症対策事業の実施

- (例)
- ・依存症患者への教育支援、職業訓練  
(就労困難からデイケア・施設中心の生活になりがちな依存症当事者に資格取得等を含めた教育・職業訓練を実施する)
  - ・依存症患者の家族への支援の強化  
(依存症者の家族等より「相談先がわからない」「相談してもその場の対処しか教えてくれない」という声があることから、相談機関の機能強化・普及啓発等により支援体制を強化する)
  - ・リハビリ施設の運営に対する支援  
(リハビリ施設では職員の多くが当事者であり有資格者も少なく人的資源が不足していることから事務職員・専門職員等を派遣設置する)

治療共同体の試行的実施  
完成形(予定)  
(依存症当事者のスタッフに加え医療・教育・福祉等の専門家が一つのチームとして依存症回復支援に携わり、就労を含めた社会復帰までの回復をめざすリハビリ施設)

# (新規) 依存症回復施設職員研修事業

平成22年度予算 5百万円

- 依存症回復施設職員の多くは**依存症当事者**であり、依存症に関する医学的知識や利用可能な社会資源に関する知識を得る機会が少ない。
- 依存症回復施設においても、職員の人材養成が重要と認識している一方、財政上、あるいは人員上の事情から研修を行えていない。
- 依存症回復施設の質を担保し、依存症への対応力を一層強化するため、依存症回復施設職員に対する研修を行い、職員の資質向上を図る必要がある。

依存症回復施設等  
(DARC, MAC等)



## 研修会

【研修内容】

- ・「依存症」に関する基礎的な知識
- ・アルコール、薬物の身体への影響
- ・依存症者が利用可能な社会支援
- ・基礎的なカウンセリング技法 等

- 依存症回復施設職員の人材養成・資質向上
- 依存症回復施設の依存症への対応力向上

## 依存症者の回復支援の推進

※ 第三次薬物乱用防止5カ年戦略(平成20年8月22日)

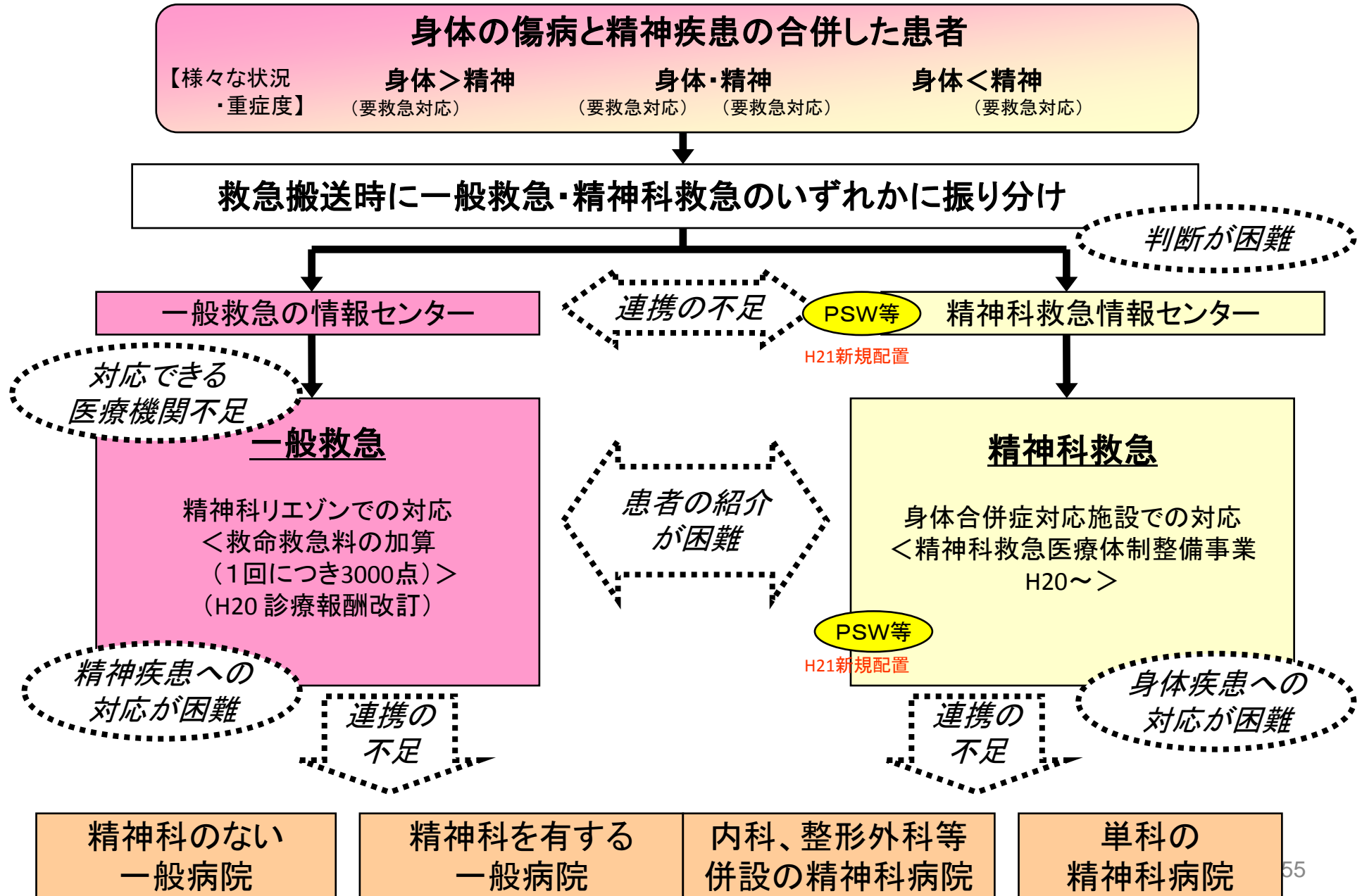
目標2 薬物依存・中毒者の治療・社会復帰の支援及びその家族への支援の充実強化による再乱用防止の推進

# 自殺未遂者対策

# 身体合併症を有する精神疾患患者の疫学

- 救命救急センター入院患者の12.3%に精神医療の必要性があり、そのうち18.5%(全体の2.2%)が身体・精神共に入院治療が必要
  - H18.11.1-H19.1.31における調査、東京都内及び近郊の救命救急センター8箇所で実施、全入院件数3,089件
  - 平成18年度厚生労働科学研究「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」主任研究者;保坂 隆 分担研究者;本間 正人
- 岩手県高度救命救急センターの全受診件数中、9.5%が精神科救急患者、そのうちの45%(全体の4.3%)が自殺企図者
  - H14.4.1-H17.3.31における調査、全受診件数11,348件
  - 丸田 真樹ら: 岩手県高度救命救急センターにおける自殺未遂者の年代による比較検討. 岩手医誌(58)2, 119-131, 2006
- 横浜市立大学高度救命救急センター搬送者の15-18%が自殺企図者
  - 2003年以降の数字
  - 河西 千秋: 救命救急センターにおける自殺未遂者への支援と自殺再企図予防方略の開発. 学術の動向, 39-43, 2008
- 身体疾患、精神疾患共に入院水準の患者の発生(年間): 人口10万対25
  - 東京都の有床精神科総合病院における2ヶ月の調査より推定
  - 平成19年度厚生労働科学研究「精神科救急医療、特に身体疾患や認知症疾患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;八田 耕太郎

# 一般救急と精神科救急の連携における課題



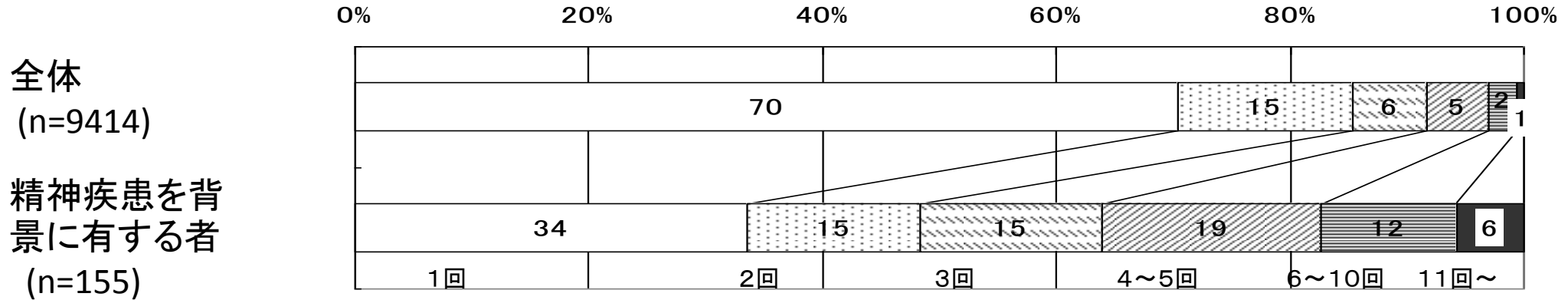


# 救急搬送における医療機関の受入状況等詳細調査結果

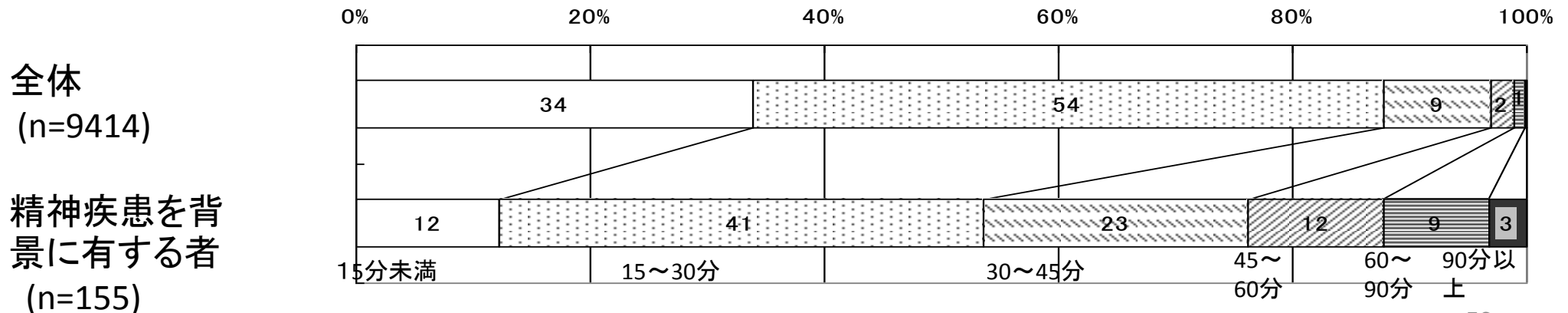
○調査対象:

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(転院搬送除く)  
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



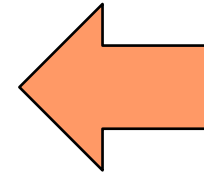
## 実施基準(ルール)

都道府県が策定・公表

- ① 傷病者の状況に応じた適切な医療の提供が行われる 医療機関のリスト
- ② 消防機関が傷病者の状況を確認し、①のリストの中から搬送先医療機関を選定するためのルール
- ③ 消防機関が医療機関に対し傷病者の状況を伝達する ためのルール
- ④ 搬送先医療機関が速やかに決定しない場合において 傷病者を受け入れる医療機関を確保するために、消防 機関と医療機関との間で合意を形成するためのルール

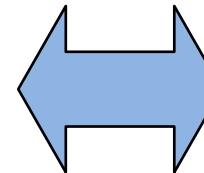
等

※都道府県の全区域又は医療提供体制の状況を考慮した区域ごとに定める。

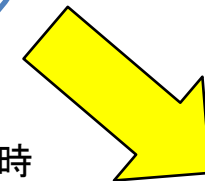


総務大臣  
厚生労働大臣

情報提供  
等の援助

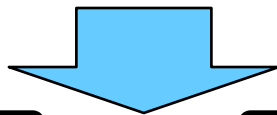


・医学的知見  
に基づく  
・医療計画と  
の調和



基準策定時  
に意見聴取

協議会



消防機関

搬送に当たり、  
実施基準を遵守

医療機関

受入りに当たり、  
実施基準の尊重に努める

# 精神科救急医療体制整備事業（補助イメージ）

## 平成21年度

- 精神科救急情報センター
  - ・PSW (Ns) 2人
- +
- 24時間精神医療相談実施の場合は、
  - ・医師 1人、PSW (Ns) 1人

## 平成22年度

- 精神科救急情報センター
  - ・PSW (Ns) 2人
- 24時間精神医療相談窓口
  - ・医師1人、PSW (Ns) 1人

### 精神科救急医療施設

#### ①病院群輪番施設

- ・医師1人（診療所医師の協力も含む）
- ・看護師1人
- +空床確保 1床（10,200円/日）

#### ②常時対応施設

- ・医師1人（診療所医師の協力も含む）
- ・看護師2人
- +空床確保 2床（10,200円×床/日）

#### ③合併症対応施設

- +空床確保 1床（10,200円/日）
- + 身体合併症等後方搬送調整費（6,350円×日）

#### ④外来対応施設

- ・医師1人
- ・看護師1人

### 精神科救急医療確保事業

#### ○精神科救急医療施設

- ・病院群輪番型
  - 医師1人・看護師1人
  - +空床確保 1床（12,400円/日）
- ・常時対応型
  - 医師1人・看護師2人
  - +空床確保 2床（12,400円×床/日）
- ・外来対応型
  - 医師1人・看護師1人

### 身体合併症救急医療確保事業

#### ○身体合併症対応施設

- 医師1人・看護師2人
- +空床確保 2床（12,400円×床/日）

#### ○地域搬送受入対応施設

- 医師1人・看護師1人

#### ○身体合併症等後方搬送事業

- +PSW 1人（6,350円/日）

# 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ー相談担当者のための指針ー
- 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ー救急外来(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21年度開催

H22.1.16 大阪(一般救急) H22.1.23 東京(一般救急)  
H22.2.27 東京(精神科救急)

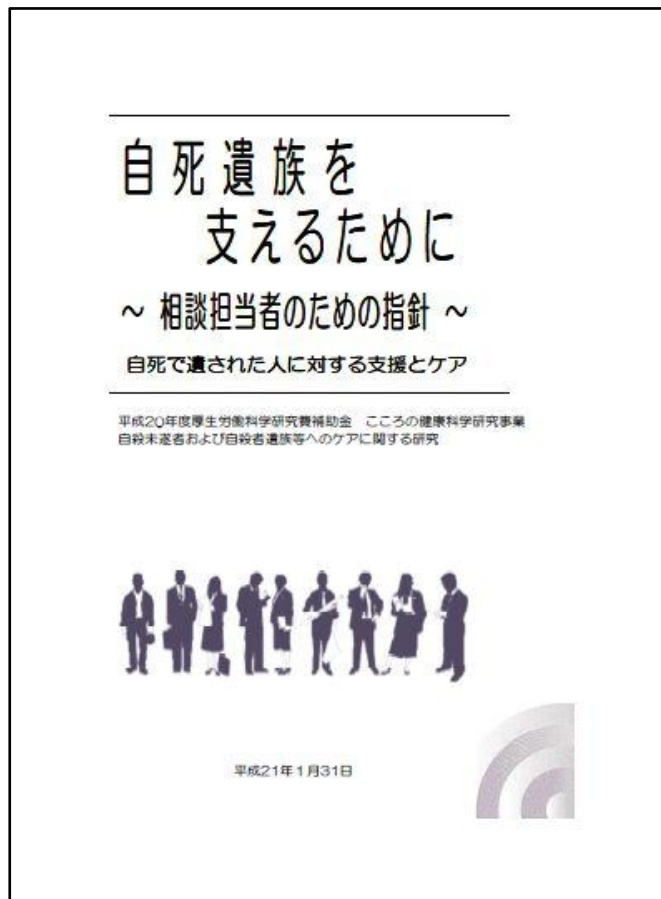
### 自死遺族ケアシンポジウム

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21年度開催

H21.12.1 東京

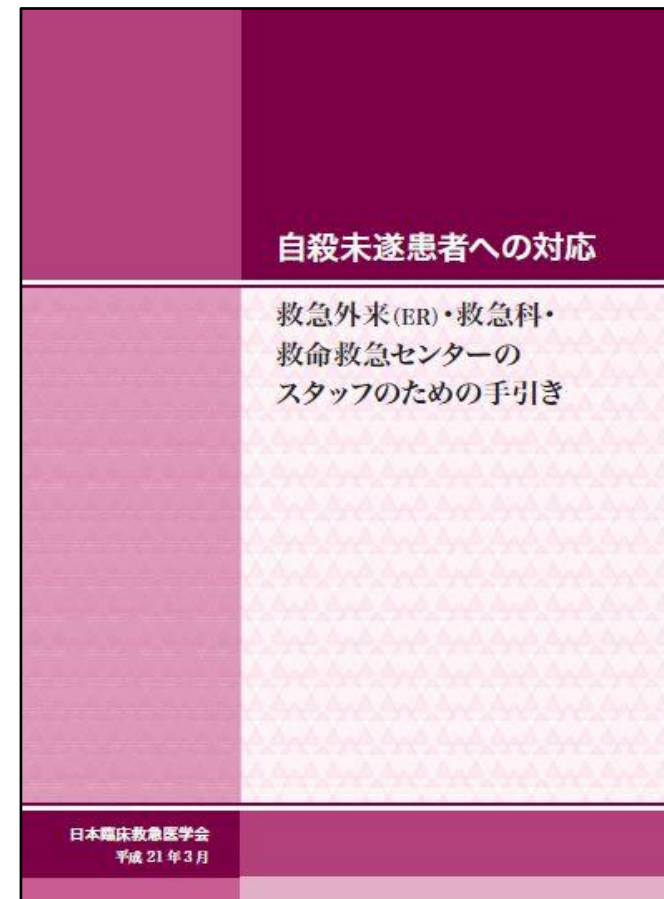
自死遺族を支えるために  
～相談担当者のための指針～



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



# 未遂者対策のポイント

## 救急医療

- 情報収集・アセスメント
  - ・ 自殺企図の手段と重症度
  - ・ 自殺企図の有無の確認
  - ・ 現在の死にたい気持ち（自殺念慮、計画性、持続性、強度、客観的要素）
  - ・ 自殺の危険因子
- 入院適応の評価
- 精神科での診療

- 退院時
  - ・ 自殺の危険性の再評価
  - ・ 支援体制の確認
  - ・ 精神科との連携

精神科  
医療との  
関わり

継続的  
な診療

## 公的機関

### 地域でのケア（個別支援）

- 相手の気持ちに焦点を当てた対応
- 自殺の危険度の評価と対応
- 自殺を防ぐ方向に働く要因の検討
- 社会資源を利用した継続的な支援とケアの提供

### 社会資源の開発、確保

- 救急医療機関における精神科診療体制・精神科との連携体制・ソーシャルワーク体制の確保
- 様々な分野の支援体制と連携体制の確保（こころの健康、産業保健、虐待、いじめ、子育て、介護、消費者問題、経営・金融、人権問題、犯罪被害者支援、自死遺族支援など）

# 地域での総合的な取り組み

# 地域における自殺対策プログラム

「自殺対策のための戦略研究」地域介入研究(NOCOMIT-J)より

NOCOMIT-J

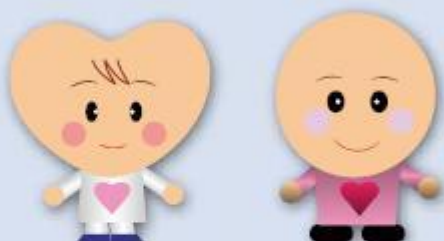
視覚教材テキスト  
地域における自殺対策プログラム



厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業  
「自殺対策のための戦略研究」  
複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究班

NOCOMIT-J

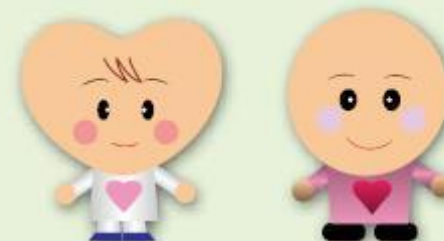
先行的取り組み地域の事例



厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業  
「自殺対策のための戦略研究」  
複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究班

NOCOMIT-J

地域における自殺対策プログラム



厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業  
「自殺対策のための戦略研究」  
複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究班



# 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。

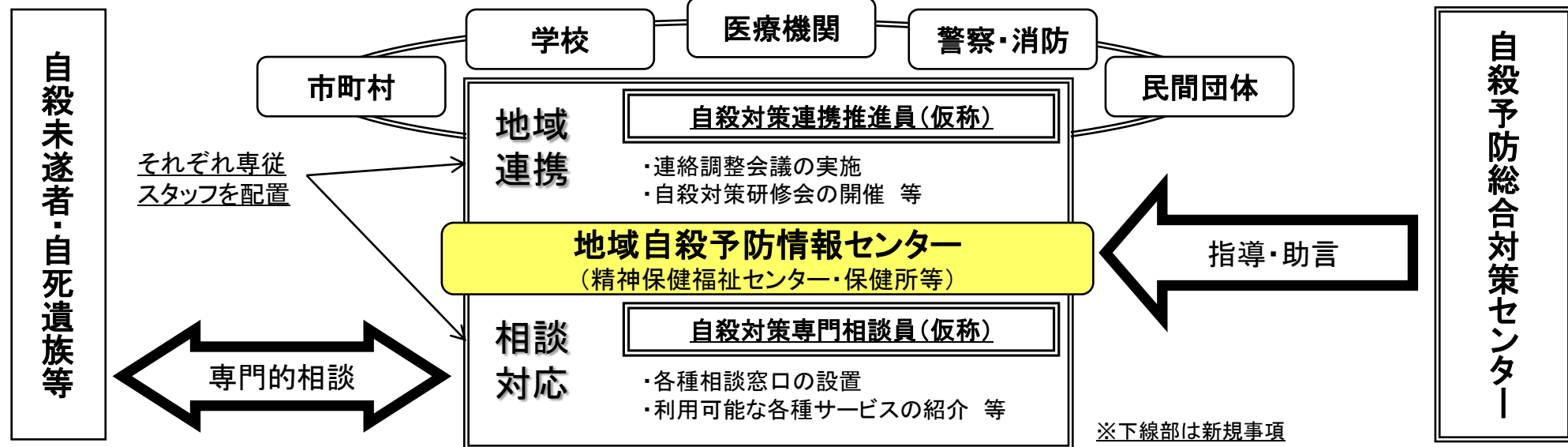
## 【現状の課題と対応】

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。



# 自殺対策とは新たに講演会を企画すること？

- 保健活動を地道に行うことこそ重要

支援を自ら求めない人への支援は公的機関だけができる

- うつ、統合失調症、依存症等の患者、ひきこもりの者
- 自殺未遂者
- 失業者・無職者、生活保護者
- 独居者
- 高齢者

- 顔を合わせ、支援を届けることを大切に

地域精神保健体制の拡充に向けて

# 「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」概要

～「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書（座長：樋口輝彦 国立精神・神経センター）～

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(平成16年9月から概ね10年間)の中間点において、後期5か年の重点施策群の策定に向け、有識者による検討をとりまとめ【平成21年9月】

- ◎ 精神疾患による、生活の質の低下や社会経済的損失は甚大。
- ◎ 精神障害者の地域生活を支える医療・福祉等の支援体制が不十分。
- ◎ 依然として多くの統合失調症による長期入院患者が存在。これは、入院医療中心の施策の結果であることを、行政を含め関係者が反省。



- 「改革ビジョン」の「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念の推進
- 精神疾患にかかった場合でも
  - ・質の高い医療
  - ・症状・希望等に応じた、適切な医療・福祉サービスを受け、地域で安心して自立した生活を継続できる社会
- 精神保健医療福祉の改革を更に加速

## 精神保健医療体系の再構築

- 地域医療の拡充、入院医療の急性期への重点化など医療体制の再編・拡充

- 人員の充実等による医療の質の向上

## 精神医療の質の向上

- 薬物療法、心理社会的療法など、個々の患者に提供される医療の質の向上

- 患者が早期に支援を受けられ、精神障害者が地域の住民として暮らしていけるような、精神障害に関する正しい理解の推進

## 地域生活支援体制の強化

- 地域生活を支える障害福祉サービス、ケアマネジメント、救急・在宅医療等の充実、住まいの場の確保

## 普及啓発の重点的实施

### 目標値

- 統合失調症入院患者数を15万人に減少<H26>
- 入院患者の退院率等に関する目標を継続し、精神病床約7万床の減少を促進。

- 施策推進への精神障害者・家族の参画

地域を拠点とする共生社会の実現

# 現状

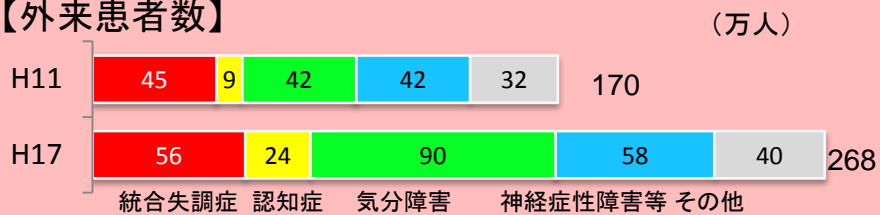
## 精神疾患患者の概況

- 精神疾患患者数 303万人 (H17)

### 【精神病床の入院患者数】



### 【外来患者数】



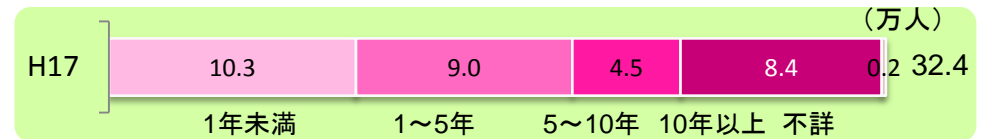
## 近年の主な課題

- 統合失調症
  - 歴史的な長期入院患者が存在
  - 地域移行と地域生活の支援が課題
- 認知症
  - 高齢化に伴い急速に増加
  - 精神科病院への入院が長期化する傾向
- 気分障害(うつ病等)
  - 患者数が大きく増加 自殺対策とも関連
- 精神・身体合併症
  - 精神疾患患者の高齢化に伴って増加

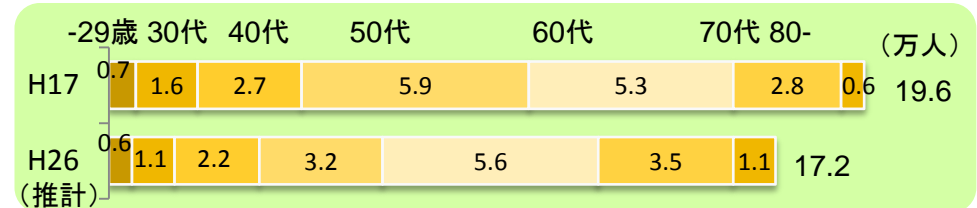
等

## 精神病床への長期入院の現状

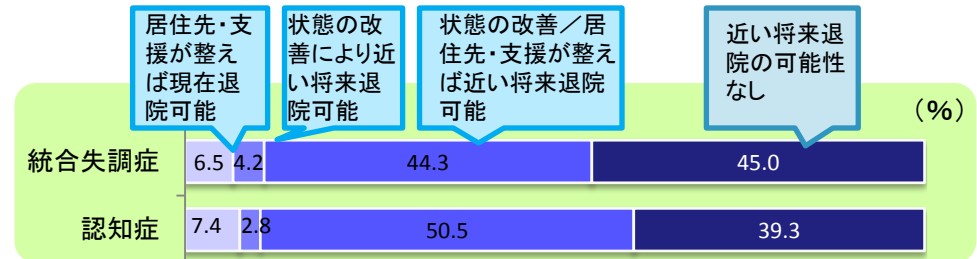
- 精神病床入院患者の在院期間



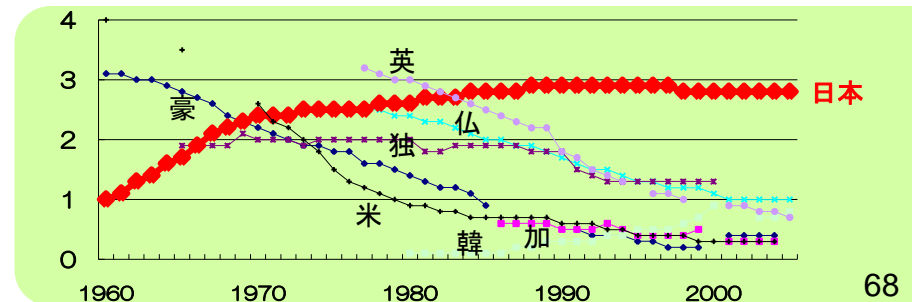
- 統合失調症による年齢別入院患者数 (現状と将来推計)



- 精神病床入院患者の退院の可能性 (医療機関による評価)



- 各国の精神病床数の推移 (人口千人当たり病床数)



# 1 精神保健医療体系の再構築

## 基本的考え方

- ◆精神保健医療の水準の向上
- ◆医療機関の地域医療の機能充実を促進
- ◆ニーズの高まっている領域への重点化

## 改革の具体像

### 外来・在宅医療

- ◆地域生活を支える医療の充実

- ◆医療機関の機能の改革の円滑化

- 精神科救急医療の確保・質の向上
- 在宅医療(訪問診療・訪問看護等)の充実・普及
- 精神科デイ・ケアの重点化
- ケアマネジメント機能の充実
- 未治療・治療中断者等に対する支援体制の強化(危機介入)
- 重症者の在宅での包括的支援の確保

- 疾患等に応じた医療の充実
  - ・気分障害
  - ・依存症
  - ・児童思春期
- 早期支援体制の充実

- 地域医療体制・高次の医療体制の確保
- 「4疾病5事業」への位置づけの検討
- 医療従事者の確保
- 保健所・精神保健福祉センターの機能強化

### 入院医療

#### 急性期

- ◆入院医療の再編・重点化
- ◆医療機能の充実と適切な評価

- 人員基準の充実
- 救急・急性期医療の確保
- 重症度に応じた評価体系
- 認知症への専門医療の確保
- 身体合併症への対応の強化、「総合病院精神科」の機能強化

#### 長期の療養

- ◆地域生活支援体制の整備
- ◆地域移行の促進
- ◆病床数の適正化

- 統合失調症入院患者数の目標値  
19.6万人<H17>→15万人<H26>  
(認知症はH23年度までに設定)

- 平均残存率・退院率の目標により精神病床約7万床の減少を促進

- 障害福祉サービス・介護保険サービスの充実
- 高齢精神障害者の生活の場の確保

## 2 精神医療の質の向上

### 基本的考え方

- ◆薬物療法等について、標準的な治療を促進
- ◆医療従事者の資質向上
- ◆実態解明、治療法開発等の研究の推進

### 改革の具体像

#### 1 精神保健医療体系の再構築 に掲げた取り組み

- 入院医療における人員基準の充実、急性期医療への重点化
- 精神科救急医療の確保・質の向上
- 在宅医療（訪問診療・訪問看護等）の充実・普及
- 疾患・病状に応じた専門医療の確保（認知症、身体合併症、気分障害等）

等

#### 精神科における診療の質の向上

- 診療ガイドラインの作成・普及
- 患者等への分かりやすい情報提供
- 抗精神病薬の多剤・大量投与の改善
- 精神医療に関する臨床指標の開発・情報公開

#### 医療従事者の資質向上

- 精神科医の専門医制度の定着
- 精神療法・児童思春期精神医療を含めた医師の研修体制の確保
- 医師以外の医療従事者の生涯教育・研修の推進
- 心理職の一層の活用の検討

#### 研究開発の推進

- 研究費の確保
- 病態解明、診断・治療法に関する研究の推進
- 臨床研究の積極的推進
- 施策の企画立案・検証等に関する研究の実施

# 3 地域生活支援体制の強化

## 基本的考え方

- ◆相談支援・ケアマネジメントの充実強化
- ◆地域における支援体制づくり
- ◆居住系の福祉サービスの確保
- ◆精神障害者の地域生活を支える医療体制の充実

## 改革の具体像

### 障害福祉サービス等

#### 相談支援・ケアマネジメントの充実

- 相談支援の充実
  - －退院時の支援、24時間の支援
- 自立支援協議会の活性化
- ケアマネジメント機能の充実
  - －対象者の拡大、支給決定前の計画作成、モニタリングの充実
- ケアマネジメントにおける医療・福祉の連携強化
- 重症者への重点的・包括的支援の実施
- 相談支援の質の向上
- 精神保健福祉士の資質向上

#### サービス等の充実

- 訪問による生活支援の充実
- ショートステイの充実
- 就労支援の強化
- 家族に対する支援の推進

#### 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

#### 地域生活移行の支援

- 地域生活移行の個別支援
- 福祉サービスの入院中からの体験利用

#### 本人・家族の視点に立った支援の充実

- 政策検討への精神障害者の参画
- ピアサポートの推進
- 家族支援の推進

### 医療サービス

- 精神科救急医療体制の確保
  - －精神科救急医療システムの機能強化
  - －精神・身体合併症を有する救急搬送患者の受け入れ体制の確保
  - －精神科救急医療を担う医療機関の機能の向上
- 精神保健指定医の確保
- 未治療者・治療中断者等に対する支援体制の強化
  - －訪問による多職種チームでの支援体制の構築
- 精神科訪問看護・訪問診療の充実
  - －訪問看護の普及促進
  - －重症者・多様なニーズへの訪問看護等による対応の強化
- 精神科デイ・ケア等の重点化



# 4 普及啓発（国民の理解の深化）の重点的実施

## これまでの取り組みと成果

- 精神保健医療福祉の改革ビジョンの目標（誰もがかかりうることへの理解）には一定の進捗がみられる
- 一方、統合失調症に対する理解が大きく遅れている

## 基本的考え方

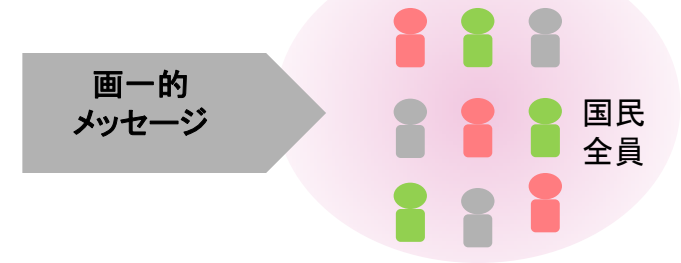
- ◆ 国民一般への啓発から、ターゲットを明確化した普及啓発へ
- ◆ 「だれに」「何を」「どのように」伝えるかを明確に

## 改革の具体像

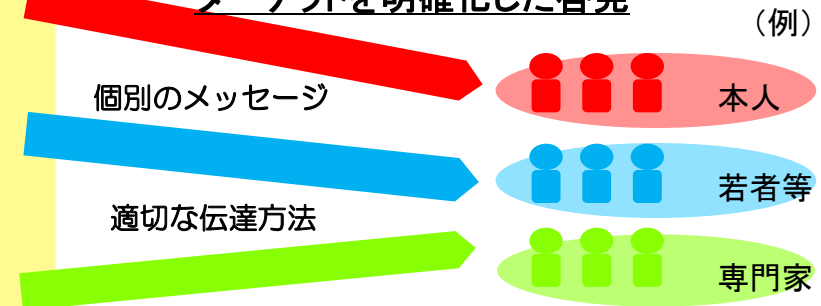
- ピアサポートの推進等による精神障害者自身への啓発を推進
- 地域移行を着実に進めること等により、地域住民に対して精神障害者と触れ合う機会や精神障害者から学ぶ機会を充実
- 学齢期等の若年層とそれを取り巻く者を対象に、早期発見・早期対応による重症化防止を図るために、適切なメッセージと媒体による普及啓発を実施
- 医療関係者、報道関係者など対象に応じた普及啓発の基礎資料として、統合失調症をはじめとする精神疾患の正しい理解を促すためにインターネット等の情報源を整備し、治療法・支援策、研究成果等の情報発信を充実

- ◆ ターゲット毎に適切なメッセージ・方法で普及啓発を実施し効果を検証  
※目標値については別途設定

### 国民一般を対象とした啓発



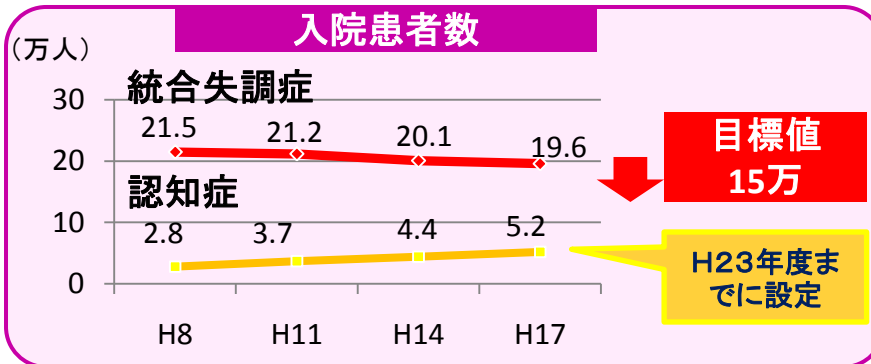
### ターゲットを明確化した啓発



# 5 目標値の設定

## I 新たな目標値

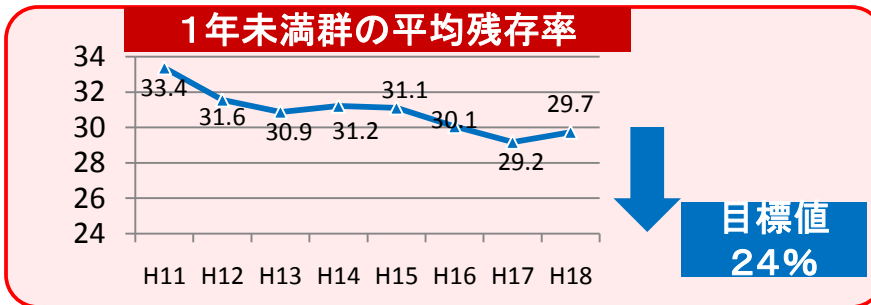
- 統合失調症による入院患者数: **約15万人**  
(平成17年患者調査時点:19.6万人)
- 認知症に関する目標値:  
**平成23年度までに具体化**



## II 改革ビジョンにおける目標値 (H16より継続)

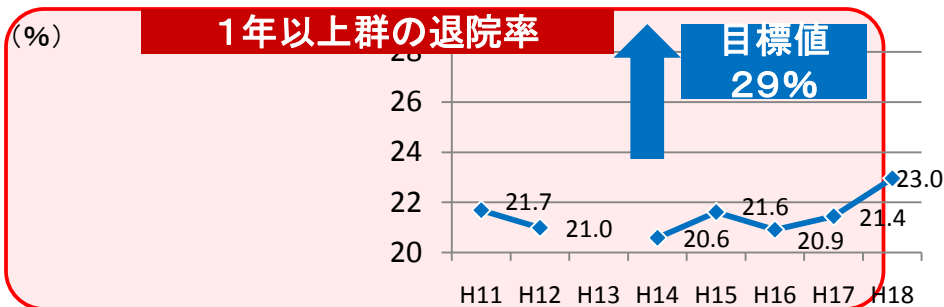
精神病床入院患者の

- ◆ 各都道府県の平均残存率(1年未満群)  
**24%以下**
- ◆ 各都道府県の退院率(1年以上群)  
**29%以上**



これらの目標により、精神病床35.1万床(H19.10)について、**約7万床相当の減少が促進される**

<目標値に基づく各都道府県の基準病床数の合計>  
平成21年現在:31.3万床 平成27年(試算):28.2万床  
※現在の病床数との差:6.9万床



※目標の達成等に向けて、更に以下を推進

- 個々の医療機関による病床減少・医療の質の向上の取組を直接に支援し促す方策を具体化
- 個々の事業(予算事業等)単位で施策の実施状況に関する目標を設定  
(例:認知症疾患医療センター、精神科訪問看護の整備 等)
- 普及啓発施策に関する目標に関しても別途設定

# 地域生活支援を要する精神障害者の多様な状態像

重症

軽症

## 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

## 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）

## 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

## 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

## 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

支援が届いている

支援が届いていない

# ①医療・支援を受けていない重症者

- ・未治療や治療(服薬)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
- ・いわゆる「ひきこもり」で、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

## 特徴

- 本人が病気を認識できず、支援を求めない(支援を拒否しがち)
- 家族・近隣とのトラブルが発生しがち
- 症状が急激に変化し、ときに緊急に危機介入を要する
- 病状の悪化と共に、日常生活や社会生活を営むことが困難になっている(食事など日常生活の維持が全く困難になることもある)

## 課題

- 法に基づく強制的な入院を前提とした対応が行われることが多く、強制入院の対象とならない者には支援がなされにくい(強制入院以外の支援が未整備)
- 医療機関に移送する方法や、在宅での支援が乏しく、結果的に極めて重症化するまで本人・家族が在宅で孤立しがち
- 保健所のマンパワーが限られ、粘り強い支援がなされにくくなっている
- 在宅医療など在宅での支援は限られた地域にのみ存在し、多くの人には利用できない

## 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

### 特徴

- 本人が病気を認識しにくく、支援を求めないことがある
- 本人・家族に支援が受け入れられないなど、支援が妨げられる状況がある
- 困難やトラブルが顕在化しにくい
- 病状の悪化と共に、日常生活や社会生活を営むことが困難になっている(食事など日常生活の維持が全く困難になることもある)
- 家族も精神疾患等の問題を有することがある

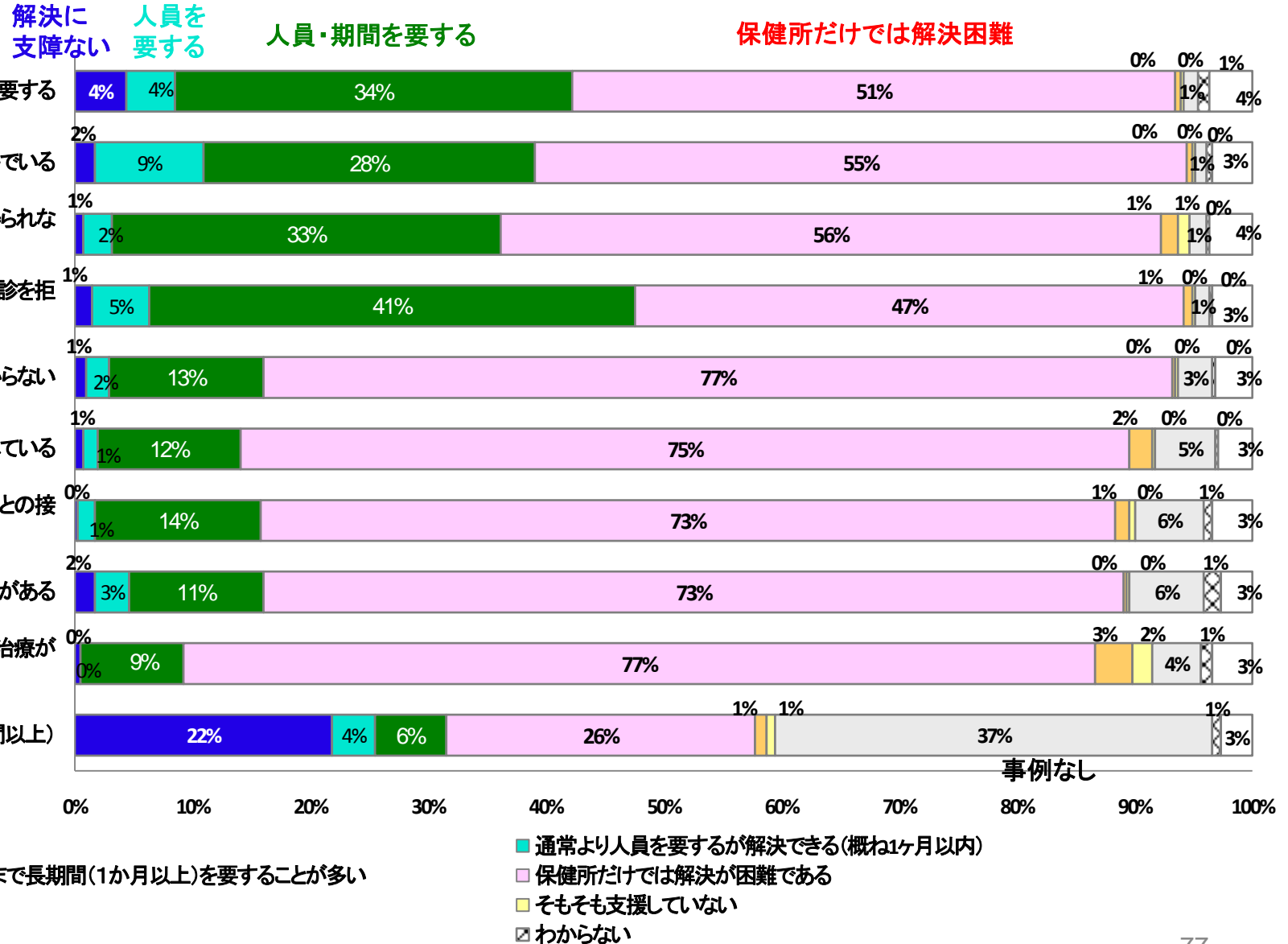
### 課題

- 本人からのSOSや訴えに気づきにくい(近隣等からの通報も遅れがち)
- 児童相談所、保健所、市町村等、関係機関が多岐にわたり、それぞれ専門性が異なるため、連携した対応がとられにくい
- 特に虐待者の精神疾患が疑われても、介入が難しい
- 在宅医療など在宅での支援は極めて限られた地域にのみ存在し、多くの人には利用できない

# 保健所への調査

## ～複雑困難事例に対する解決の難しさの程度～

・独居や関わりが困難なケースなどは、保健所だけで解決することが難しい。



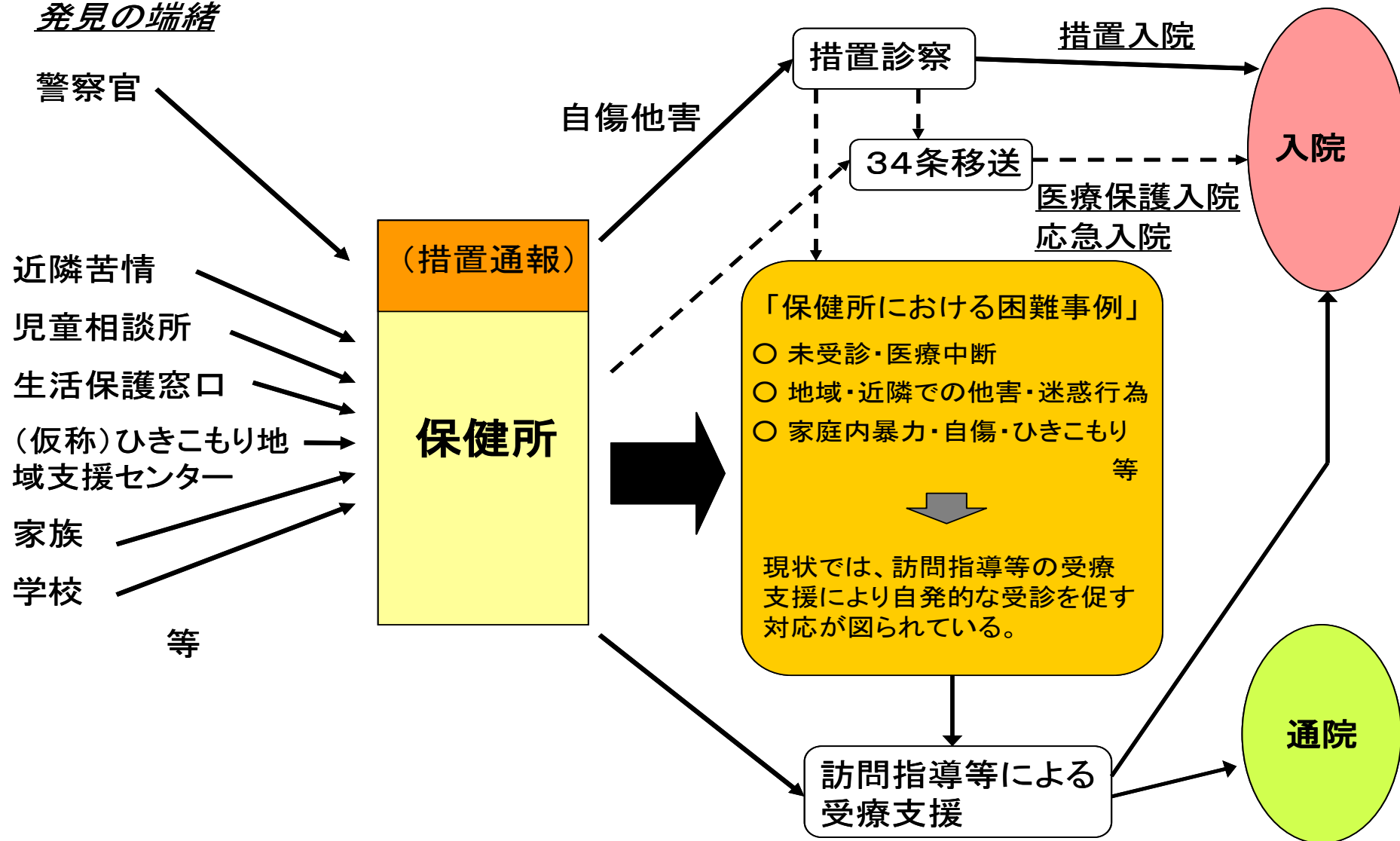
# 危機介入＝措置入院への対応？

- 精神疾患患者には様々な危機・困難
  - 危機は「自傷他害の恐れ」だけではない
- 患者・家族はその原因も分からないままどうして良いか分からず孤立
  - 「相談しても、他の機関を紹介されたただけだった」
  - 「相談しても、病院に連れて行くよう言われたただけだった」

# 地域精神保健における危機介入・支援体制の現状

「危機介入」とは、ここでは、精神疾患により発生する危機的状態や重大な困難について、強制力を用いる方法だけでなく、様々な援助手法で解決・支援することを意味している。（「危機解決 crisis resolution」等の用語が用いられることもある。）

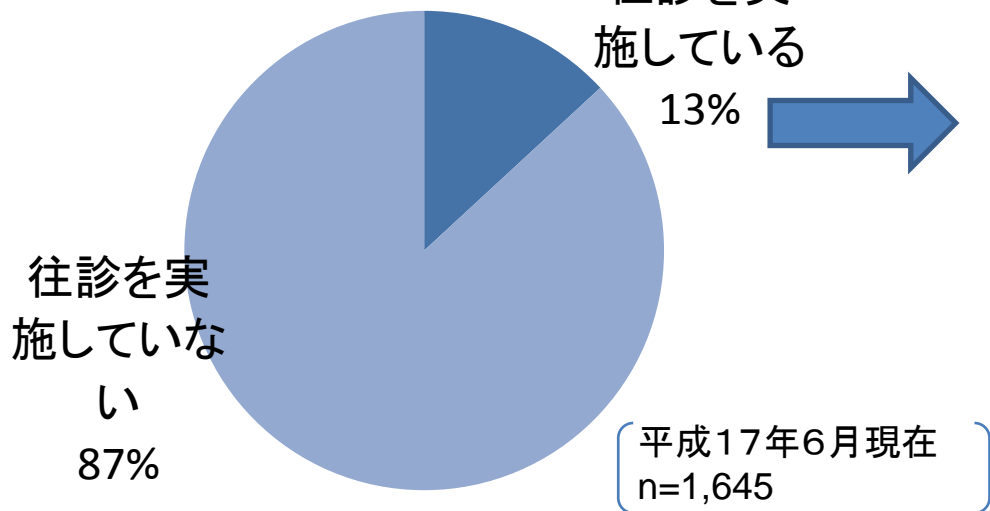
## 発見の端緒



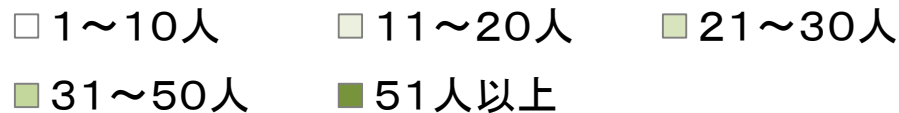
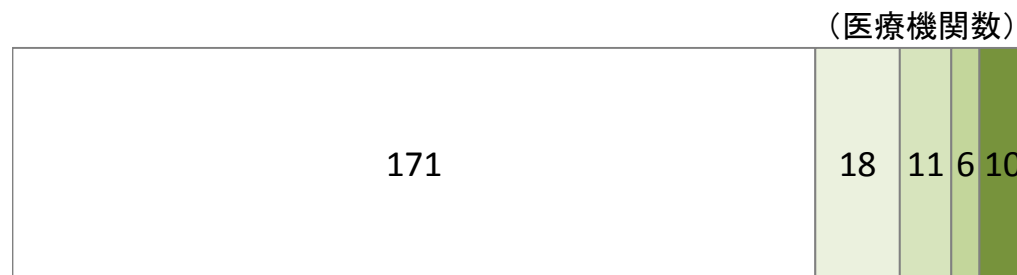


# 精神科医療機関における往診の実施状況

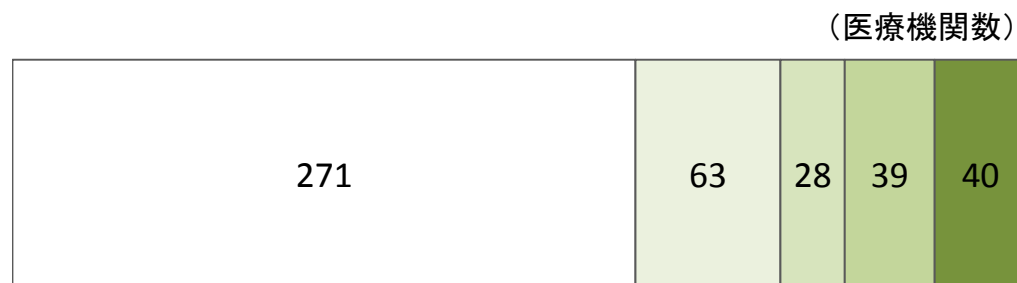
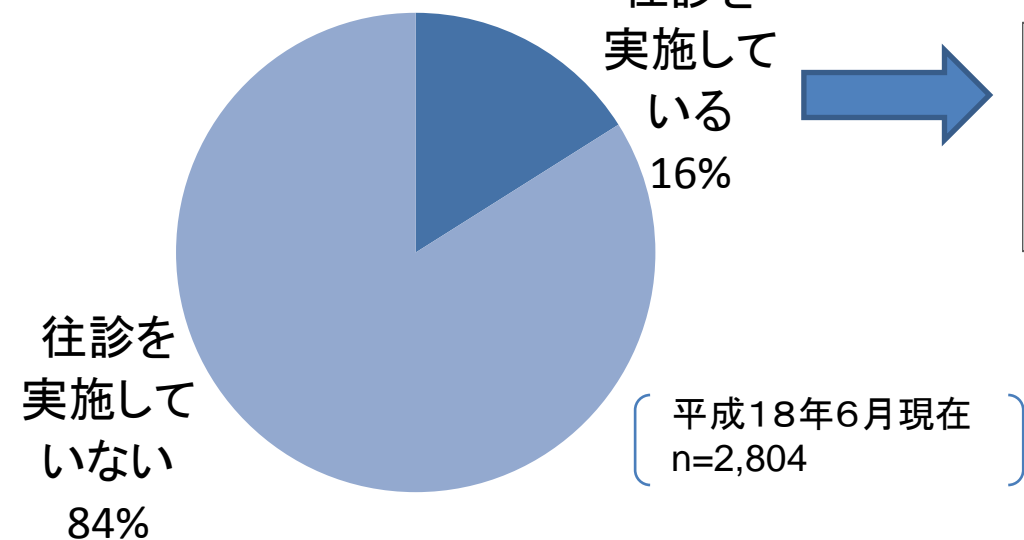
## 精神科病院



## 1ヶ月の延べ実施人数

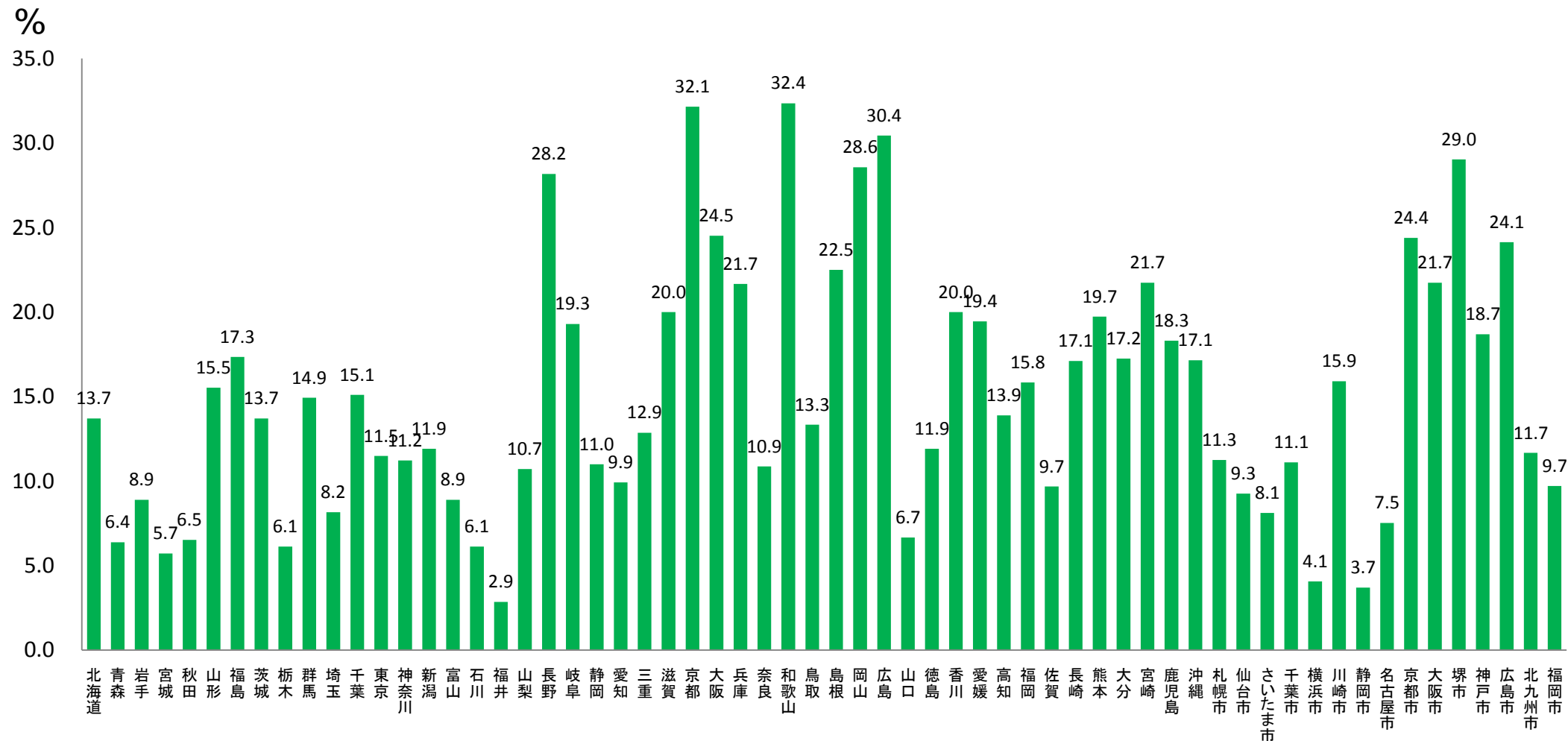


## 精神科診療所



(精神・障害保健課調べ)

# 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）

## 精神疾患における生活支援の意義

- ◆精神疾患では、疾患の症状により生活の機能が障害されることにより、治療の継続が難しくなるなど、病状にも悪影響をきたしがち。
- ◆疾患の治療と併せて、日常生活・社会生活の支援を行うことが、生活の質だけでなく、治療の継続にも良い影響。
- ◆医療モデル・社会モデルの両面から支援を行うため、保健医療職と、福祉職の、両方の価値観・技術を用いて支援を行う「多職種チーム」による支援が有効とされている。

(例)

英国での研究では、初回精神病エピソード患者に、以下のような包括的な支援を行うと、治療継続率、服薬アドヒアランス、社会機能、就労率、サービス満足度、QOLが、通常の治療よりも改善するとされている。(Garety et al.,BJP 2006; Craig et al., BMJ 2004)。

(包括的な支援の内容)

- ・ケアコーディネーターによる担当制の訪問型支援・治療
- ・ケアプランの作成、ケースマネジメント
- ・エンゲイジメントの重視
- ・家族支援の重視
- ・低用量単剤・薬物療法
- ・心理療法(CBT)
- ・就学・就労支援

# 行政機関と医療機関の連携による治療開始・継続の支援

未受診・  
受診中断者

精神疾患患者の  
医療の中断  
地域での迷惑行為  
家庭での自傷・暴力・引きこもり 等

・早期の支援  
・治療の継続  
・地域生活の継続

家族・近隣  
生活保護窓口  
児童相談所  
警察 等

紹介

保健所等

- 保健所等直営又は医療機関委託により「危機介入チーム」を設置
- 直ちに入院医療を要さないが、自らの意志では受診しない重症者の紹介を受ける
- 支援対象者の支援を、「多職種チーム」に依頼

委託  
又は  
直接  
実施

支援

多職種チーム

医師

看護師・  
保健師

精神保健福  
祉士

- 保健所等又は医療機関(±訪問看護ステーション)に設置
- 医師の往診を含む、訪問による多職種での支援を実施
- 受診に同意していなくても、粘り強く訪問して支援
- 医療機関への委託による場合、いわゆる「ACT」と一体的なチームとすることも可能

※ 本人が受療に同意し、健康保険が適用されるまでは、当該事業により公費で支援を実施。

※ 当該支援には強制力はない。(在宅・通院医療の精神保健福祉法上の扱いについては、支援を普及させた上での将来的な検討課題。)

# 精神障害者の地域生活への移行・地域定着のための支援

## 精神障害者地域移行・地域定着支援事業

- 平成22年度予算：1,670,446千円
- 実施主体：都道府県、指定都市
- 補助率：1/2

### <理念>「地域を拠点とする共生社会の実現」

精神障害者が住み慣れた地域を拠点とし、本人の意向に即して、本人が充実した地域生活を送ることができるよう関係機関の連携の下で医療、福祉等の支援を行う。

### <支援内容>

従来の「地域移行支援特別対策事業」について、地域生活への移行支援にとどまらず、地域生活への移行後の地域への定着支援も行う事業へ見直し。

- 地域移行支援（従来の「地域移行支援特別対策事業」を踏襲）

受入条件が整えば退院可能な精神障害者の退院支援や地域生活支援を行う地域移行推進員を配置するとともに、地域生活に必要な体制整備を促進する地域体制整備コーディネーターを配置することにより、精神障害者の地域生活への移行を着実に推進する。

[新規事項] ピアサポーターの同行活動経費を本事業の予算に計上

- 地域定着支援（新規事項） ※保健所、精神保健福祉センター等の関係機関の連携

#### ・地域生活を維持するための支援体制の構築

①受療中断者や自らの意思では受診できない者等に対し、医師・保健師等の多職種チームの訪問による治療開始、治療継続等の支援等を行う体制の強化

例) 精神保健センター又は委託先医療機関に「多職種チーム」を設置し、医師の往診を含む訪問による支援

②精神的不調や疾病を抱えた若年者（10～20歳代）に対し、より早い段階で適切な支援を行い、必要に応じ精神科医療機関への紹介、治療導入が行えるような包括的支援体制の検討

例) 地域において、若年者やその家族等が心理的にもアクセスしやすい相談体制の構築

（精神保健福祉士、看護師等からなる相談支援体制チームによる相談・紹介業務等の実施）

#### ・精神障害者の参加による地域住民との交流の促進

地域において精神障害者と住民等が直接交流する機会を増やすことにより、精神障害に対する周囲の正しい理解や行動を促し、更なる普及啓発を図る取組 等

# 皆さまの自治体では

- 関係機関から様々な情報が集まりますか？
  - 児童相談所、福祉事務所 etc .....
- 様々な事例に、どんな対応をしていますか？
  - 独居、受診拒否、虐待 .....
- 対応のためのマンパワーは？
- 地域にはどのような資源がありますか？

### 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

#### 特徴

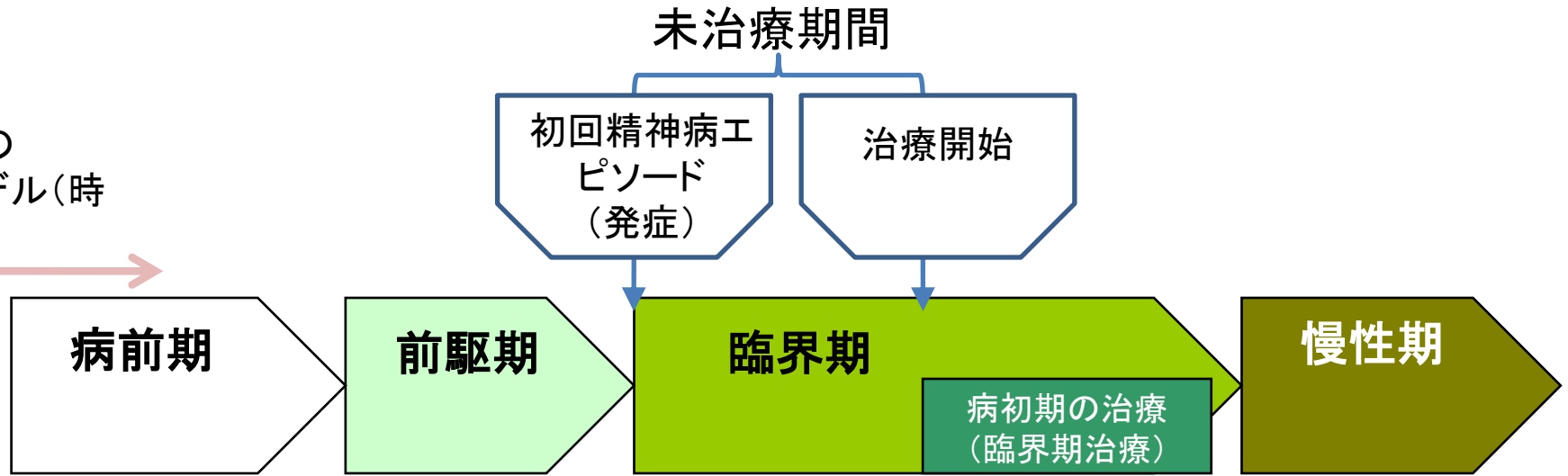
- 就学・就労している若年者や成人が多い
- 日常生活や社会生活を営むことが徐々に困難になる
- 当初は昼夜逆転、うつ状態などの不調など様々な症状。ひきこもり・不登校、離職等で顕在化することも多い
- 精神疾患に罹患しているかどうか、最初は当事者には分からない

#### 課題

- 精神疾患に関する理解、相談先の周知不足、精神科医療への抵抗感など様々なバリアがあり、早期に精神科への受診がなされない
- 受診すると投薬等の治療はなされるが、若年者の社会生活の困難に対する相談支援などのサポートが提供されていない
- 教育機関や企業等の関係機関と、保健所や医療機関等との連携や信頼関係が不十分

# 統合失調症の早期発見・早期支援

統合失調症の  
臨床病期モデル(時  
間経過)



・精神症状なし

・何らかの精神症状

・発症後2~5年以内  
・未治療期間を短縮し、適切に支援することで、予後が改善

最も  
必要な支援

普及啓発  
相談支援

普及啓発  
相談支援  
医療への紹介  
適切な治療  
就労・就学支援  
家族支援

医療  
(訪問・通院・入院)  
福祉サービス

等



# 「ひきこもり」とは

○ひきこもりとは、様々な要因の結果として、社会的参加（義務教育を含む就学、非常勤職を含む就労、家庭外での交遊など）を回避し、原則的には6か月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態。（他者と関わらない形での外出をしている場合も含む）

・ひきこもりには、確定診断がなされる前の精神障害が含まれている可能性がある。

＜思春期・青年期ひきこもりケースの背景にある精神障害の実態把握＞

・実施方法：H19～H21年度に、全国5か所の精神保健福祉センターにひきこもりの相談に訪れた16歳～35歳の方（本人の来談）184人に精神科的診断を実施（分担研究者：近藤直司の調査による）

・結果：診断の確定は約8割に当たる149人、情報不足等のための診断保留が35人

第一群（統合失調症、気分障害等の薬物療法が中心となるもの）

49人（32.9%）

第二群（広汎性発達障害や精神遅滞等の生活・就労支援が中心となるもの）

48人（32.2%）

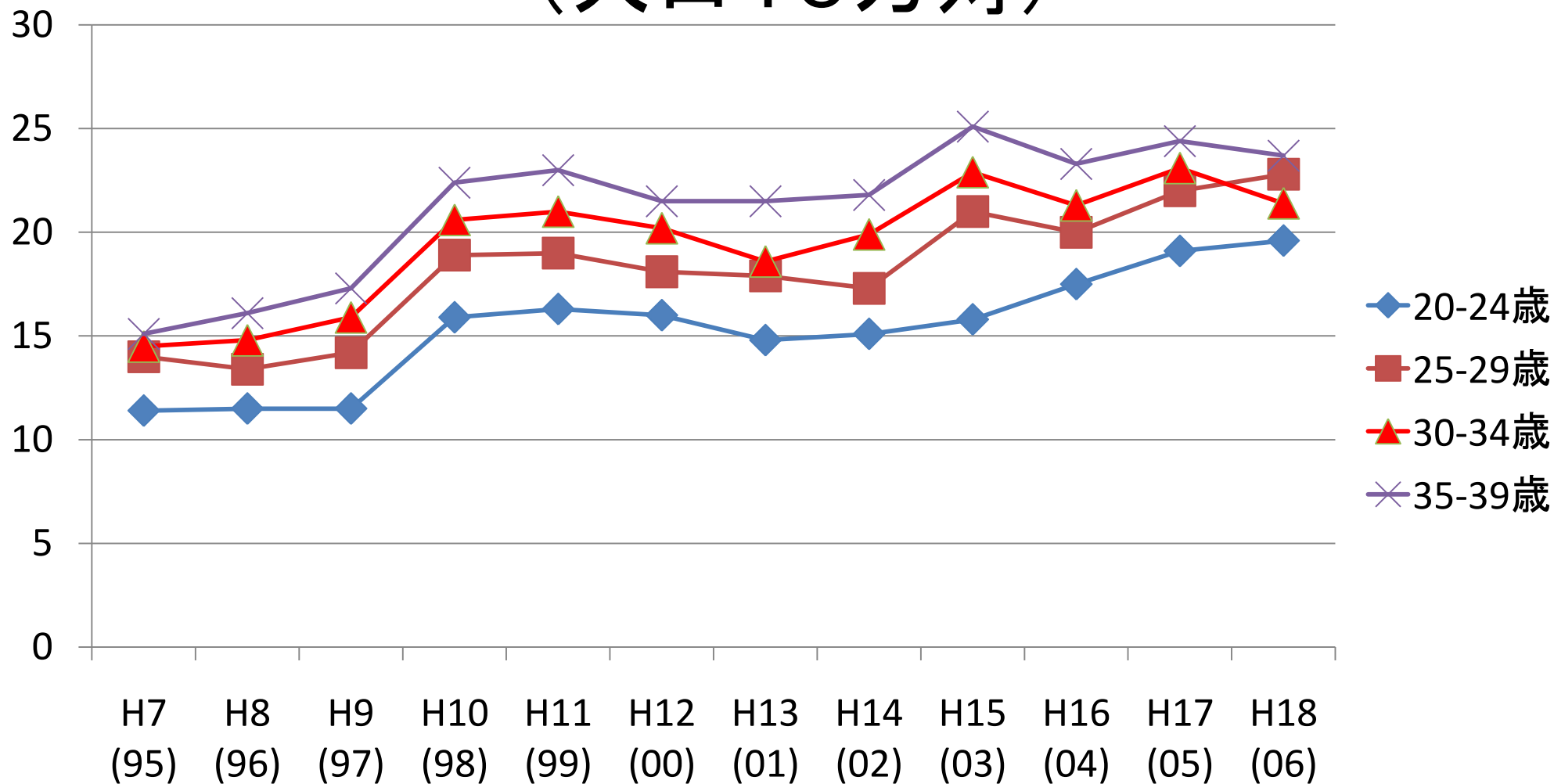
第三群（パーソナリティ障害や適応障害等の心理療法的アプローチが中心となるもの）

51人（34.2%）

分類不能1人（0.7%）

・背景にある精神障害の診断や治療だけではなく、ひきこもりがもたらす「自立過程の挫折」に対する支援も必要である。

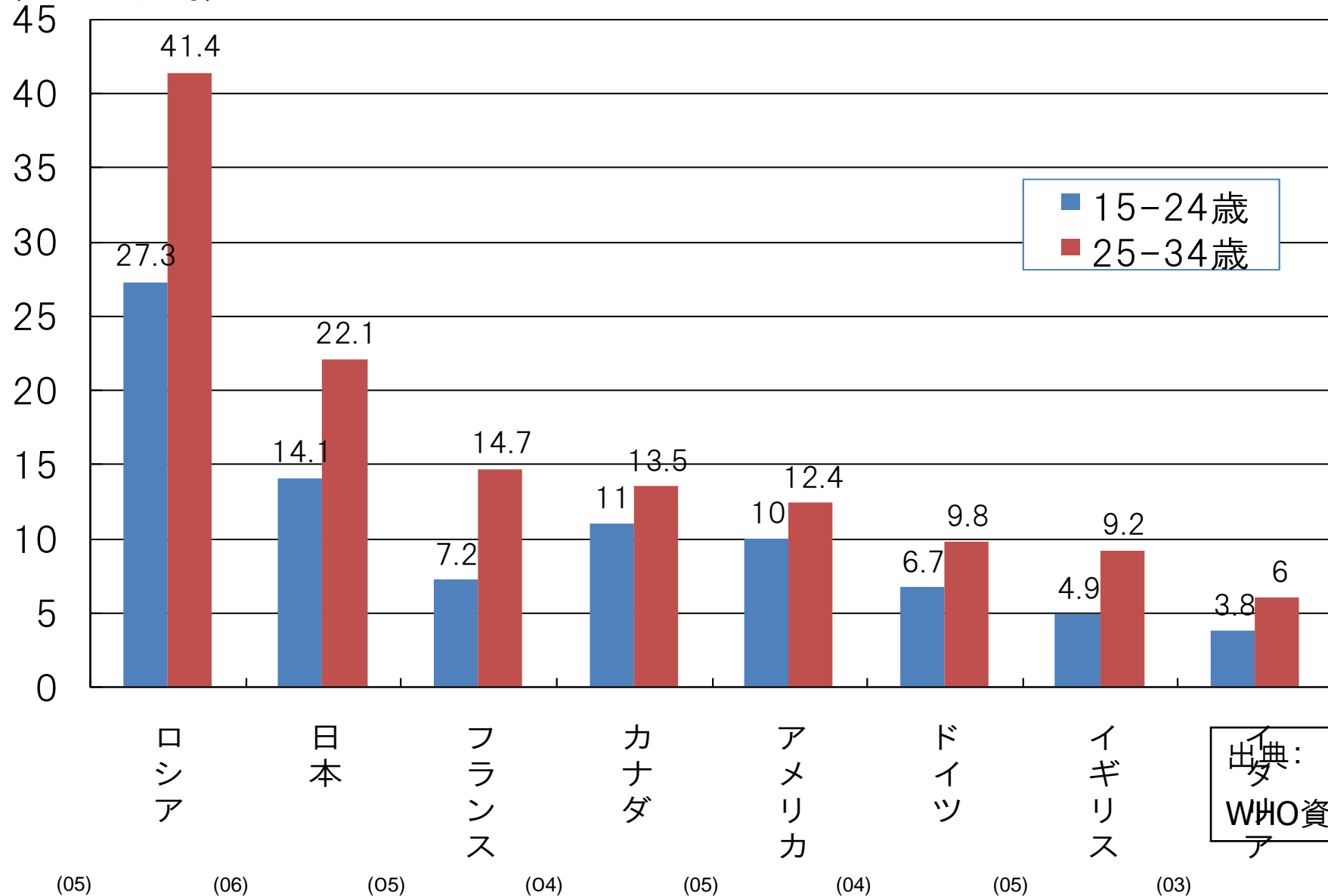
# 若年者自殺死亡率の推移 (人口10万対)



出典:人口動態統計

# 若年者自殺死亡率の国際比較

(人口10万対)



# 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、「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。
  - 平成22年5月31日からこれまでに4回開催
- ※ 当面、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に重点を置く。認知症等の高齢精神障害者対策、精神病床のあり方等に関しては、医療・介護の改革と併せて今後継続して検討していく。

- 新垣 元 新垣病院 院長
- 岡崎 祐士 東京都立松沢病院 院長
- 小川 忍 (社) 日本看護協会 常任理事
- 河崎 建人 (社) 日本精神科病院協会 副会長 (水間病院院長)
- 佐久間 啓 あさかホスピタル 院長
- 田尾有樹子 社会福祉法人 巣立ち会 理事
- 高木 俊介 たかぎクリニック 院長
- 直嶋 京子 秋田県山本郡八峰町役場福祉保健課課長補佐
- 中島 豊爾 地方独立行政法人 岡山県精神医療センター 理事長
- 長野 敏宏 (NPO) ハートinハートなんぐん市場 理事
- 西田 淳志 (財)東京都医学研究機構 東京都精神医学総合研究所
- 野澤 和弘 毎日新聞社論説委員
- 野村 忠良 東京都精神障害者家族会連合会 会長
- 広田 和子 精神医療サバイバー
- 福田 正人 国立大学法人 群馬大学医学部 准教授
- 堀江 紀一 (NPO) 世田谷さくら会 理事

# アウトリーチでの支援を行う主体

## 医療

- ・病院／診療所  
（訪問看護、訪問診療）
- ・訪問看護ステーション

精神疾患の患者の支援に医療は不可欠。  
病状と支援が直結。

## 福祉

- ・地域活動支援センター
- ・相談支援事業所
- ・障害福祉サービス事業所  
（訪問型自立訓練など）
- ・「基幹相談支援センター」(案)

利用者に寄り添う生活支援ができる。

## 行政

- ・精神保健福祉センター
- ・保健所  
（措置入院、訪問指導など）
- ・市町村（福祉サービスの利用支援など）

「支援を自ら求めることができない人」にも支援ができる。  
（現在は措置入院などに対応）

# アウトリーチでの支援に向けて

- 当事者や家族の抱える様々な課題の解決を、「入院」に頼らず、地域で生活することを前提とした支援体系へ
  - 医療面での支援に加え、早期支援・家族支援など生活面の支援を同時に行うための、多職種チームでの支援
  - 現存する人的資源を活用して地域で支援を行う人材として養成
  - 医療機関が病床を削減しながら、人員配置を地域精神保健医療に転換するよう促進
  - 地域移行・地域定着の促進のための住まいの整備

患者の精神医療体験を変えたい  
そのためには、まず、フロントラインの医療従事者が変わる必要

by Louis Appleby, National Director for Mental Health  
UK (2010年2月11日 都内での講演会で)

生きるための苦勞を増やす装置

べてるの家 川村先生(浦河赤十字病院)  
(2010年2月27日 千葉県内での研修会で)

問題を起こさないように、病気を治すこと(症状を鎮めること)に熱心になりすぎてきた。そうではなくて、普通の人が普通に生活する際に経験するのと同じ悩みや苦勞をちゃんと経験できるようにすることが、本当の治療ではないか、という問題提起であると理解



まとめ

自殺対策には、  
地道な地域精神保健活動こそ重要



ただし、本当に支援を必要とする人  
は、支援を求めることもできない



支援は、本当に必要な人に  
届いていますか？

- 一方で、こんな悩みも聞こえてきます
- 人も予算も足りない……
  - 援助者の方が燃え尽きそう……



自殺対策への関心を高めること

関心の高まりを、地域精神保健活動の  
充実に活かせるように