

## BOX2

### ニーズに応じたアウトリーチチーム

当事者・家族のニーズに添った多様なアウトリーチチームが必要です。

例えば、精神疾患を発病したばかりで、緊張や不安が強く、自宅など慣れた環境での治療や支援を望む当事者や家族に対して、必要なサービスを病初期から届け、回復支援をするチーム(早期支援チーム)、病状が急に悪化した際に、タイムリーにかけつけてくれて、その場で支援・治療を提供してくれる救急型のアウトリーチチーム(危機解決・訪問治療チーム)、症状や障害が重い当事者やその家族を地域で積極的に支えるアウトリーチチーム(ACTチーム)など、当事者や家族のニーズに効果的に対応できる専門アウトリーチチームが地域に一定数あることが望まれています。

## BOX3

### 新たな精神保健医療サービスを支える人材の養成、 専門サービス供給体制の整備

良質な専門医療がどの地域でも受けられるようにするためには、高度な技術を兼ね備えた人材を迅速かつ計画的に、大幅に増員する必要があります。そのためには、①国際基準に匹敵する指導者を養成する国レベルの研修システム、②全国数箇所の高度専門精神医療研修拠点、および③身近な地域で充実した研修が受けられるシステム、等を早急に整備する必要があります。

例えば、うつ病や不安障害、統合失調症等に対して有効とされる認知行動療法を広くかつ適切に精神医療のなかで普及させるために、英国では3年間で363億円を投じて人材育成を行ったのに対して、日本では、22年度の類似事業費が単年度予算で年間1千万円程度にとどまっています。認知行動療法をはじめ、当事者・家族・国民のニーズに応える精神医療サービスを普及させるためには、人材養成に対する投資が不可欠です。

例えば、認知行動療法の研修・育成計画を提案します。

- 国際的基準に匹敵する認定認知行動療法士の育成
  - 3年間で100人の指導者を育成
  - 3年間で4000人の認定認知療法・認知行動療法士の育成
- 認知療法・認知行動療法の素養を持った専門家育成のための1~2日ワークショップ
  - 3年間で3000人弱
  - 5年間で1万人以上

## BOX4

### こころの健康増進啓発機構(仮称)の設置

国民のこころの健康についての理解を深め、精神疾患についての偏見や差別をなくすための啓発を国家的に推進する機構が必要です(仮称:「こころの健康増進啓発機構」)。「こころの健康増進啓発機構」の主な役割は、以下です。

- ナショナルサイト(ホームページ)を運営管理し、精神疾患についての正しい情報を発信します。
- 保健所や地域こころの健康増進チーム(仮称)が地域で啓発活動を行う際に用いる啓発資材を開発し、Web上で公開します。
- ナショナルサイトには、地域こころの健康増進チームの場所(地図)、連絡先等が掲載されます。
- Web上で実施できる軽症のうつ病・不安障害に対する認知行動療法プログラムを開発し、提供体制を構築し、国民のセルフケア能力を高めます。
- うつ病をはじめとする精神疾患についての啓発キャンペーンを全国的に展開するとともに、その効果・検証研究を行います。
- 全国規模の精神保健リテラシー調査を実施し、国家的な啓発戦略を構築します。

## BOX5

### 学校教育において精神疾患教育を導入する

中学校や高校の学校教育の中に精神疾患教育を導入するために、以下の具体的な取り組みを行います。

- 学校における精神疾患教育の導入にむけた厚生労働省および文部科学省の合同検討チームを発足させ、次回の学習指導要領の改訂時を目指した準備を進めます。
- 学校教育授業プログラムの開発を進め、その効果検証に関するモデル事業を100校程度対象に実施します。

# 政策提言図 ①

当事者・家族をはじめ  
国民のニーズを  
主軸に据えた改革

こころの健康政策構想会議 提言概要 (座長・岡崎祐士)

## “こころの健康推進”を日本の基本政策に！

～ 三大疾患にふさわしい精神保健医療改革で「こころの健康の危機」を克服できる安心社会の実現を～

■法整備■ ①こころの健康推進基本法(仮称)の制定 ②中期戦略・推進基本計画の策定 ③関連法の改定

厚生労働大臣  
こころの健康政策  
推進協議会  
当事者・家族・  
国民の参加

こころの健康啓発センター — こころの健康政策推進チーム — 精神疾患臨床研究センター  
①実態とニーズの把握 ②国家戦略の具体化(自殺など) ③治療ガイドラインの作成 ④指導者養成 ⑤啓発

診療報酬改革

指導者養成専門研修センター  
①専門研修(認知行動療法など) ②人材育成・認定

指導者養成専門研修センター  
①専門研修(認知行動療法など) ②人材育成・認定

### 緊急改革の重点と自治体

#### 精神医療改革

アウトリーチ医療(“届く”医療)  
多職種チーム医療(全人的医療)  
レスパイト

救急医療の整備(エリアごと)  
専門医療の充実(うつ病・薬物依存など)  
地域精神医療拠点病院

一般医療化(特例廃止・診療報酬改訂)  
病床削減(計画的半減・高機能化)  
住居確保

#### 都道府県&市区町村

地域の実態とニーズの把握  
都道府県&地域 こころの健康推進協議会  
都道府県&地域 こころの健康推進計画  
首長の推進宣言  
地域こころの健康推進ネットワーク

#### 精神保健改革

地域こころの健康推進チーム  
市区町村が設置(人口10万のエリア責任制)  
あらゆる精神保健問題に早期に対応  
地域・職場・学校・行政機関にアウトリーチ  
地域のニーズを把握しサービス整備を提言  
学校精神保健の充実

こころの健康SOSダイヤル

#### こころの健康地域研修センター

当事者・家族・  
住民の参加  
権利擁護組織  
サービス評価監査組織

#### 家族支援

家族や介護者を地域で支援  
家族支援専門員制度の創設  
家族の相談や家族への説明を保証  
保護者制度の廃止

保健所 精神保健福祉センター

## 政策提言図 ②

こころの健康政策構想会議 提言ロードマップ (座長・岡崎祐士)


**”こころの健康推進” を日本の基本政策に！**  
 ～ 三大疾患にふさわしい精神保健医療改革で「こころの健康の危機」を克服できる安心社会の実現を ～



診療報酬改訂


医療法改正

|       |     |                                   |
|-------|-----|-----------------------------------|
| 2010年 | 6月  | 中期戦略(策定)                          |
|       | 11月 | 精神疾患対策基本法(成立)                     |
| 2011年 | 3月  | 精神疾患対策基本法・推進基本計画(策定)<br>先行事業・予算成立 |
|       | 4月  | 先行事業・開始 (10万人エリア×全国50区市町村)        |
| 2012年 | 3月  | 先行事業・中間評価と修正                      |
|       | 4月  | 診療報酬改訂(事業費と診療報酬を並行)<br>医療法改正?     |
| 2013年 | 3月  | 先行事業・終了 評価                        |
|       | 4月  | 本事業・前期 開始                         |
| 2014年 | 4月  | 診療報酬改訂(診療報酬体制に移行)                 |
| 2015年 | 3月  | 本事業・前期 終了・評価                      |
|       | 4月  | 診療報酬改訂                            |
|       |     | 本事業・後期 開始                         |
| 2017年 | 3月  | 本事業・後期 終了                         |



こころの健康の保持及び増進のための  
精神疾患対策基本法案(仮称)制定に向けて

こころの健康の保持及び増進のための精神疾患対策基本法案(仮称)・要綱案(試案)



こころの健康政策構想会議  
平成22年5月28日

# Ⅲ. こころの健康の保持及び増進のための 精神疾患対策基本法案(仮称)制定に向けて

平成22年5月28日

## ～なぜ、今「精神疾患対策基本法」の制定が必要なのか？～

### 我が国における精神疾患の現状

いま、国民の「こころ」は深刻な状況にある。それは、平成10年から毎年3万人以上の人々が自殺によって命をなくしており、平成17年には精神科を受診する人も推計300万人を超え(国民の約40人に1人が精神科を受診)、その後も増加が続いていることに端的に表れている。これは、先進国で最悪の状態である。

精神疾患は、今日の我が国においては、がん、脳血管・循環器疾患とともに三大疾患の一つとして位置づけられるべきものであり、まさしく「国民病」にほかならない。WHOにより疾患対策の政策的重要度の指標とされる「健康・生活被害指標」(DALY (Disability Adjusted Life Years、障害調整生命年))によれば、我が国では、国民の寿命・健康ロスの最大の原因となっているのは精神疾患であり、全体の4分の1を占めている。

このような現状が放置されることによって、単に精神疾患を有する者本人やその家族等が苦難を強いられるのみならず、社会的に見ても活力と発展を阻害する膨大な国民的損失が生じているのである。

### これまでの精神疾患対策

しかし、従来、我が国では、国の重点施策である4疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)・5事業(救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児救急を含む小児医療)には精神疾患は含まれてこなかった。また、本来であれば精神科医療の特性を考慮した適切な看護基準、診療報酬及び人員配置基準を設けなければならないにもかかわらず、いわゆる「精神科特例」(精神科については、医師・看護師等の職員配置は他の診療科よりも少なくともよいとの特例。医療法施行規則で設けられている)に代表されるように逆方向の基準設定が放置されてきた。すなわち、我が国においては、「からだ」の健康に比べると、「こころ」の健康の位置づけが低く、また、社会の取組も遅れてきたのである。

また、国民の「こころ」の健康についての国のこれまでの施策は、入院医療の提供が中心となってきたことに代表されるように、精神疾患の特性や現状から見て当を得たものとは言いがたいものでもあった。

その結果、近年の精神科医療を含む精神保健・福祉サービスに対する国民のニーズの急激な高まりや国民の意識の変化に対して、精神保健・福祉に係る我が国の法制度やその運用体制は、旧態依然のまま、いわばレガシー・システムと化してしまっており、到底、国民のニーズに対応できるようなものとは言えなくなってしまっている。

次のページにつづく➡