

こころの
健康政策
構想会議

提言書

当事者・家族・国民のニーズに添った
精神保健医療改革の実現に向けた提言



“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

こころの健康政策構想会議
平成22年5月28日

目次

— はじめに P2

精神保健・医療改革に関する

「こころの健康政策構想会議」の提言の提出に当たって

こころの健康政策構想会議 座長 岡崎祐士

— 当事者・家族委員会からのメッセージ P4

国民が求める精神保健医療改革

— I. こころの健康政策構想会議とは P6

1. こころの健康政策構想会議 3原則

2. こころの健康政策構想会議の活動経過

— II. “こころの健康推進”を日本の基本政策に！ P8

● 解説漫画 | 「こころの健康推進」を日本の基本政策に！

作者: 中村ユキ

1. 「こころの健康」への国民のニーズ — 当事者や家族の声

2. 「こころの健康推進政策」の重要性 — 改革提言の背景

3. こころの健康問題の特徴にあわせて精神保健医療を改革します

4. 精神保健医療改革を実現するための制度を整備します

— 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 P29

～なぜ、今「精神疾患対策基本法」の制定が必要なのか？～

— こころの健康政策構想会議 委員構成名簿 P41



“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

「こころの健康政策構想会議」の取り組みを支持し、
その提言を政策として速やかに実現することを求める

24,152名

の当事者・家族・サービス提供者・一般市民の方々から
署名をいただきました。

(2010年4月3日～2010年5月28日の構想会議開催期間中)



こころの
健康政策
構想会議

はじめに

厚生労働大臣 長妻 昭 殿

精神保健・医療改革に関する

「こころの健康政策構想会議」の提言の提出に当たって

ここに、こころの健康政策構想会議の「精神保健・医療改革に関する提言」を提出できますことを大変喜ばしく思います。私どもの会の趣旨に関心をもっていただき、長妻厚生労働大臣、山井大臣政務官にもご出席いただいた2010年4月3日の発足式以後、2ヶ月弱の間、こころの健康政策構想会議(以下、構想会議と略)は、精神疾患を有する当事者・家族の方々多くと一緒に、真剣な検討を行ってきました。ご協力いただいた構想会議委員は、別項の委員リストに示しておりますが、最終的には当事者・家族委員会委員27人、検討委員・協力委員63人を合わせて90人(うち起草委員会委員12人)に上りました。当事者・家族委員は全体の30%に該当します。

提言をまとめるまでに、全体会議(ほぼ毎週土曜午後1-5時)、当事者・家族委員会はその他に毎週土曜午前中2時間以上、日曜午後2時間余、10のテーマ毎に組織されたワーキンググループ(WG)は平日の夜、あるいは土、日にそれぞれ数回の会議とともに、識者に教を請う勉強会も行いました。1泊2日の合宿も行いました。提言起草委員会は、それに加えて全体会議の後、深夜まで討論しましたし、事務局は会議の記録、会場の準備や後始末、ホームページの内容作成や維持管理を行いました。メールでの委員間のやり取りは数え切れない回数に上ります。主な会場となった東京都立松沢病院のボランティアの人々のご協力は、大変貴重な支援になりました。これらはすべて、手弁当による協力と、時には委員の募金によって支えられたものです。予算がまったく無い条件で行うために、委員の構成は東京および周辺中心にならざるを得ませんでしたが、北海道、九州、大阪、京都、岩手、長野、静岡から参加いただいた委員もありました。この居住地の偏りが提言の検討に影響しないように注意したのはいうまでもありません。座長として、この委員の皆さまの精神保健と医療を変えたい、良くしたいという熱情と献身に敬意を表するものです。

この当事者・家族委員をはじめとする構想会議の委員の熱意は、発足式における長妻大臣の、「提言をしっかりと受け止めて、それを政策の中で反映を出来る部分はですね、反映をさせていただきたい」「是非広く国民的議論の中で御提言をまとめて頂きたい、御願いを申し上げる次第でございます」という言葉に励まされたものでもあります。

戦後わが国が長く享受してきた「安心」「信頼」「安全」感は、今や失われつつあります。12年以上に亘って自ら命を絶つ人々が3万人以上という現実、その何倍もの未遂者、さらに一回り多い死を考える人々の存在。そしてこの10年でうつ病などが急増し、2005年には300万人、つまり40人に1人以上の人々が精神科を受診するようになりました。30年前の4倍以上の人々が精神科を受診しています。誰でもいつでもうつや不安の病いになってもおかしくない、と言われる状況、こころの危機といえる状態になっています。

病気が社会に与える負担、疾病負担の目安であるDALYという指標では、すべての病気による疾病負担のうち精神疾患が4分の1を占め、トップであり、それに続くがんや循環器疾患とともに3大疾患であることが、わが国でも欧米諸国でも明らかにされ

ています。

しかし、このような国民のこころの健康の危機に対して、そのこころを支援し、こころの健康な発展のための社会的な施策や仕組みは、残念ながら今まで極めて不十分であったといわざるを得ません。国民の自主的な努力やその家族にほとんど任されてきたといっても過言ではありません。とりわけ家族への負担は甚大であり、高齢患者の介護や精神疾患患者を抱えた家族の負担や困難は極点に達し、様々な悲劇も生まれています。

本来、国民のこころの困難に対処すべき精神保健や医療施策が、わが国では、狭義の医療、つまり重症化した精神疾患への対応である精神科入院医療中心になされてきました。精神疾患が重症化するまで手をこまねいていたともいえます。

医療法に精神科特例といわれた劣悪な人員配置基準等が残されているために、精神科医や精神科医療従事者は患者数に比例して増えておらず、精神科医療従事者は過密な診療を強いられています。外来診療では「3分または5分診療」といわれる状態が広く存在しています。5分では「悩みを話せる時間が1分半しかない」、「よく聞いてもらえない」「よく説明してもらえない」と言われる状態にならざるを得ません。家族の相談や支援のための時間はなかなか取れません。

こころの困難への啓発や予防などの精神保健、早期発見や早期治療、こころを病んだ人々が地域で生活していけるような専門家チームによるアウトリーチを含む支援や、病んだ後でも就学・就労できるような支援の仕組みの導入は大変遅れています。また、初診の場合でも十分時間がとれないためもあり、受診者の受ける医療の印象が芳しくなく、受診しても3ヶ月までに3分の1以上の人々が治療を中断していること、それが病気の治りに悪い影響を与えていることが、各種の調査で指摘されています。

このような状況を一刻も早く改善すべきと考えている有志が、現状を改革する提案をしたいと当事者・家族とともに「こころの健康政策構想会議」に集いました。そして、精神科医療を改革し、こころの健康の危機に対する精神保健の仕組みを大胆に拡充する施策提言を作成しました。

厚生労働省では、1昨年度から昨年度にかけて「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」を設けて、現状を網羅的に明らかにし、今後の望まれる施策を報告してられました。私どもは、そこで報告された望まれる施策も含めて、何よりも当事者家族のニーズに応えることを主軸に考え、現実の危機を、早く、根本的に、大胆に改革する提言をまとめました。厚生労働大臣が私共の提言を受け止めていただき、直近から将来への施策に是非活かして頂けるように、心から期待しています。

ごく短期間に急いで作成したために、WGの最終報告書間には、用語の違いや厳密には食い違う箇所もなしとしません。このような事情をご了解いただくとともに、正しくは、「こころの健康政策構想会議 精神保健・医療の抜本改革の提言 “こころの健康推進、を日本の基本政策に！”」によっていただきたいと思います。また、異例なことですが、大臣への提言にまんがによるイラストを挿入しております。これは構想会議の趣旨に賛同された漫画家で、ご自身も統合失調症のご家族をもつ方が、何よりも優先して、しかもまったくのボランティアで描いていただき、構想会議に提供いただいたものです。この漫画によるイラストは、提言が広く国民の方々にも理解いただき、ご支持いただく力になると考えています。

平成22年5月28日

「こころの健康政策構想会議」座長

岡崎 祐士

I.当事者・家族委員会からのメッセージ

国民が求める精神保健医療改革

こころの健康政策構想会議提言について

前途に希望が見えず、激しく揺れ動く日本の社会。そのなかで、ますます人間関係が希薄になり孤立してゆく市民。いま日本ではうつ病が年々、これまでにない勢いで増加し精神疾患が蔓延する中で、自殺率は先進国で一位と言われ、12年間続けて3万人を超えています。

私たち精神疾患の当事者と家族も、この病に罹ってからは人生が一変しました。その苦難は筆舌に尽くしがたく、国の対策の遅れを深刻な問題とを感じるようになりました。それとともにこのような国民のこころの健康の危機を目の当たりにして、私たちは現状を放置すれば私たちと同じ過酷な状況に陥る人が次々と増え続け、私たちの将来は勿論、日本の未来が危うくなることにも思い至りました。

折しも私たち当事者と家族は、同じように精神保健と精神医療の現状に深い憂慮を抱く専門家の方たちと出会い、共に「こころの健康政策構想会議」を立ち上げ提言をまとめることとなりました。この提言は、一貫して精神疾患に関わる当事者とその家族のニーズと意見をもとにして作られました。

提言の中で求めていること

自殺や精神疾患の弊害から国民を救済するには、まず国民全体の精神保健を充実させなければなりません。心の変調について学校や地域の窓口で気軽に相談でき、熟練した多職種の支援者がチームで対応し、訪問も行ないます。そのときに専門知識とともに大切なのはきめ細かい心の交流による理解と信頼関係です。支援者には高い資質が求められ、充実した養成研修が不可欠です。また、地域の社会資源を使っただけの長期にわたる総合的ケースマネジメントが必要になります。その前提として、啓発及び福祉や教育等との緊密な連携が不可欠ですが、今回は先ず精神保健と精神医療に限って提案します。

精神疾患に罹っても本人と国の被害をできるだけ少なくするには、特に若い人々が罹患したときに直ちに治療を開始してなるべく早く回復させ、社会の活動に戻さなければなりません。これまでその対策が遅れていたために、40万人から300万人とまで言われている「ひきこもり」が発生し、社会の重大な問題になっています。重症化して入院するまで放置される今のあり方を早急に改めなければ、多くの若者の人生が損なわれ国の損失が嵩みます。

一方で、地域で暮らす患者を支えている家族に対しても支援が必要であることが、最近になってようやく認識されるようになりました。若者が罹患したときに家族も支援を受けると、若者の回復に確実に良い効果を及ぼすことが分かっています。いまの日本では家族に支援がなく社会からの理解と支援があまりにも乏しいために、家族は孤立の中で何の見通しもないまま何十年にもわたる計り知れない負担を強いられ、自らも心身を病み経済的にも追い詰められて絶望のうちに日々を送っています。精神疾患の重症化は当事者とともに家族をも破壊しています。重症化した当事者と家族のなかの多くの人々が、医療と

福祉から必要な支援が得られず、自殺や心中の決行を願いますが、やっこのこと
 と思いとどまっています。病状が悪化して自分から支援を求められなくなっ
 た患者を抱え、疲弊して気力が萎え、成り行き任せになった家族に対して何の
 支援もない社会の現状は、あまりにも配慮に欠け過ぎます。それに耐えている
 状況はまさに人権の放棄であり、社会不安の温床です。家族に対する支援は、
 喫緊の課題です。

次に地域での医療支援のあり方としては、これまでのように精神科医療機関
 では患者が来るのを待っているだけで、重症化してから入院治療を行なうやり
 方を抜本的に改革し、さまざまな職種で構成されたチームが医療機関から地域
 に出向いてサービスを提供し、入院を極力減らして、自宅で治療を受けられる
 ようにすることを求めます。外来診療もチームで行ないます。

治療にあたっては特に心理・社会的支援を重視し、社会に参加しながらの経
 験を大切にして治療が為されるよう求めます。回復(リカバリー)という言葉
 が最近よく使われますが、その意味は、自尊心と自信が回復して毎日の生活に
 希望と目標が蘇り、健康であったときと同じ喜びをもって自分の願いの実現
 に向けて努力を重ねてゆく生き方が実現されることであると信じています。
 このことを成し遂げるには、支援者に深い心理的経験と実力が備わっていな
 ければなりません。特に人の尊厳と権利に敏感な感覚をもち、接する相手に自
 尊心を回復させる能力が求められます。支援者が患者と家族に信頼されなけ
 れば、本当の回復はありえません。加えて社会資源の充実も必要です。社会の
 中で合理的配慮を受け、役割を与えられ、支援者に支えられながら経験を積む
 うちに自信が回復し、日々が豊かに幸せになるような支援を求めます。

このような効果が市民の目に明らかになると、世論の精神障害者に対する理
 解が深まり、支援体制の構築に支持が得られて改革がはかどるでしょう。

この改革の過程で、人としての尊厳を守るためのチェック機能を強化し、侵害さ
 れているケースがあれば直ちに救済するシステムの構築が必要です。障害が発
 生した人の権利を阻害する要素が医療機関や支援体制のなかに潜んでいないか
 どうか、障害者権利条約に照らして点検し、本人の権利を守る仕組みが確保され
 るようにしなければ、国際的水準に達しない状態が温存されることになります。

当事者と家族の支援に関することを決定する機関には、常に当事者と家族が
 参加して意見を表明できるようにし、最終的決定は当事者と家族の賛成が得ら
 れなければ成立しないよう法律・制度が整えられることを求めます。

国の精神保健と精神科医療の改革が進められるときには、その計画や進捗状況
 と成果を定期的に評価し、たゆみなく改善し続けるシステムも欠かせません。
 もちろん、当事者と家族が評価メンバーに加わります。

私たちは、これらの精神保健と精神医療の改革に続いて、福祉、教育、啓発の分
 野でも新たな取り組みを始めます。

この提言をきっかけに、日本の精神保健医療が根本的に見直され、国民のこ
 ころの健康が飛躍的に増進して希望と生き甲斐のある生活がすべての国民のう
 えに実現する日が来ることを、私たち当事者と家族は心から期待しています。

平成22年5月28日

「こころの健康政策構想会議」当事者・家族委員会一同

I. こころの健康政策構想会議とは

政策提言とりまとめにむけた作業体制

4月3日の発足式以後、こころの健康政策構想会議は、以下の3原則に基づいて当事者・家族・専門職等がともに協議を重ね、政策提言の作業を進めてきました。

こころの健康政策構想会議 3原則

- 原則 1 : 当事者や家族をはじめ国民のニーズを主軸に据えた改革
- 原則 2 : 高質と効率の双方を重視したサービスモデルへの転換
- 原則 3 : 数値目標およびその期限と達成戦略を明確にした手法

特に、原則1「当事者や家族をはじめ国民のニーズを主軸に据えた改革」を実現すべく、作業プロセスにおいても当事者・家族の参加者のニーズや視点が反映される仕組みづくりに努めました。

当事者・家族委員会

計24名の当事者、家族から構成される「当事者・家族委員会」は、当事者・家族のニーズに添った検討が各WG(ワーキンググループ)や提言起草委員会で行われているかをチェックするとともに、そのニーズを打ち出す重要な役割を果たしました。各WGが全体会議で提案をする際は、事前にこの「当事者・家族委員会」での議論を経ることをルールとしました。

10のワーキンググループ(WG)

集中的に作業を進めるために、10のワーキンググループ(WG)が作られました。各WGは、当事者・家族委員会、提言起草委員会との連携しながら、重要テーマについての集中的な協議を重ね、報告書をまとめて座長に報告しました。

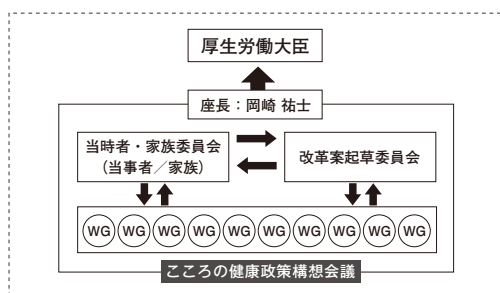
10のワーキンググループ(WG)

- 1.精神保健改革WG / 2.アウトリーチ精神医療WG / 3.多職種チーム精神医療WG
- 4.入院医療WG / 5.専門精神医療WG / 6.介護者(家族)支援WG / 7.人材育成・研修・認定WG
- 8.サービス評価WG / 9.法律に関する整備WG / 10.自殺対策WG

提言起草委員会

各WGからの提案報告を受け、改革案提言起草委員会は、当事者・家族委員会と連携しながら、提言のとりまとめ作業を進めました。提言起草委員会の協議を踏まえた上で、座長が最終提言書をまとめました。

こころの健康政策構想会議 全体図



漫画解説

「こころの健康政策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



【付記】

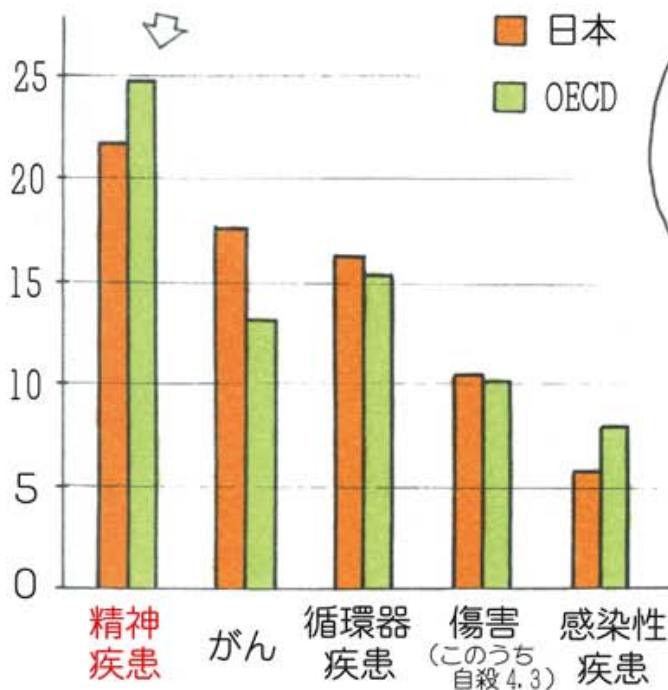
この解説漫画は、精神疾患のご家族を持つ漫画家である協力員・中村ユキ氏が、ボランティアで作成し、「こころの健康政策構想会議」に提供してくださったものです。

『こころの健康推進』を 日本の基本政策に！！



WHO（世界保健機関）は 疾患の政策的重要度の指標として 健康・生活被害指標 **DALY**（障害調整生命年） (disability-adjusted life years) を用いています

※ DALY=「病気により失われる命」+「障害により損なわれる健康生活」



先進国では
DALYの
トップがなんと
精神疾患です！

なので例えば
イギリスでは



がん
循環器疾患
精神疾患を

三大疾患と
位置づけた
施策を
おこなって
きています

…一方

わたしたちの
日本では…



※社会的入院とは…医学的観点からはすでに入院の必要性が薄いにもかかわらず、戻る場所がない自立生活が難しいなどの理由から長期入院を続ける状態のこと。





こころの健康政策構想会議 提言書



Ⅱ.“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

1.国民全体のニーズとしての「こころの健康」～当事者や家族の声～

「当事者や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”は、「当事者や家族をはじめ国民のニーズを主軸に据えた改革」、「高質と効率の双方を重視したサービスモデルへの転換」、「数値目標およびその期限と達成戦略を明確にした手法」の3点を基本原則としてきました。そのなかでも最も大切にしてきたのは「当事者や家族をはじめ国民のニーズを主軸に据えた改革」です。毎回の会議の冒頭では、精神疾患をもつ当事者やその家族がその日のテーマについてみずからの切実な体験を率直に発表しました。そこで明らかになったニーズにどう応えるか、そのことを検討の基本としてきました。当事者や家族が繰返し訴えた内容は、「こころの健康」への国民のニーズを端的に表現しています。

当事者や家族の声に反映された国民のニーズ

「いつもと違う自分に不安を感じても、どうしてよいかわからなかった。どこに相談してよいかわからなかった。早期に支援を受けたかった。」(相談窓口の不十分さ、早期支援の必要性)、「こころの病気について知る機会がまったくなかったので、何も知らなかった。学校でも教えてもらったことはなかった。」(こころの健康の問題についての啓発の不足)、「危機の時にも誰も助けてくれない。困った時にいつでも相談できて、自宅まで来てくれる支援がほしい。」(救急対応の不足、“届く”サービスの必要性)、「病気だけでなく毎日の生活を援助してほしい」(全人的サービスや生活の支援の必要性)、「当事者・家族が利用できるサービスを、どこで誰が提供しているのかわかりづらい。」(さまざまな制度のサービスを一体化して提供する必要性)、「複雑な問題をかかえているほど、相談窓口にたどりつけない。」(ニーズが高いほどサービスが届かない現状)、「病名と治療法のどちらについても、本人にも家族にも十分な説明がなかった。信頼できる専門家になかなかめぐりあえない。」(信頼感のある医療のために必要な時間的余裕の不足、専門家の人材育成の不十分さ)

2.「こころの健康推進」を政策とする必要性と重要性 ～改革提言の背景～

国民の「こころの健康の危機」という現状と 三大疾患としての精神疾患

心身の健康は、ひとりひとりの国民の基本的な権利であり、社会の活力と発展の基盤をなすものです。WHOは疾患の政策的重要度の指標として**健康・生活被害指標**(障害調整生命年

disability-adjusted life years, DALY)を用いています。これは病気や障害による損失の大きさを示すもので、日本を始めとする**先進国ではそのトップが精神疾患**です。このDALYのもとづいて、たとえばイギリス政府は精神疾患を三大疾患の一つと位置づけた施策をおこなっています。これにたいして日本では、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、保健・医療・福祉のいずれの分野においても社会としての取り組みがDALYの水準にふさわしくない遅れたままの状況にあります。

現在の日本は、**受診中の精神疾患患者だけでも国民の40人に1人にのぼり、生涯を通じるとどんなに少なく見積もっても5人に1人が精神疾患に罹患するとされています**。こころの健康の問題は、国民すべてに関わる問題と言えます。また、年間自殺者は12年連続で3万人を超えており、**亡くなる方の40人に1人以上が自殺による**という、先進国で最悪の状況にあります。まさに「国民のこころの健康の危機」と言える現状です。

こころの健康の危機の背景

こうした国民のこころの健康の危機の背景には、気分障害(うつ病・躁うつ病)の受診患者数がわずかに6年間で2倍以上に増加したことに代表されるように、精神保健・医療・福祉サービスへのニーズが高まり国民の意識が変化していきているのに対して、**サービス提供の体制が対応できていない**ことがあります。これまで国民のこころの健康についての国の施策は、重症化した精神疾患患者におもに民間病院に依存して入院医療を提供することを中心としてきた精神科医療に代表されるように、顕在化し深刻化した個々の問題への対策の積上げに留まってきました。しかもその医療サービスにおいては、精神科だけが低い水準で良いとされ(例えば医師数が他の医療の1/3で良いとされています)、**国の法律・医療制度として精神疾患患者への差別**が今も続いています。

「こころの健康推進政策」の必要性

こころの健康の問題は、精神疾患として認められるだけでなく、多くは緊急の社会問題という形で表れます。壮年男性では死因の第1位をしめる“自殺”、育児の困難を象徴する“虐待”、家庭で出口が見えない“ひきこもり”や“ドメスティック・バイオレンス”、学校で対応を迫られる“不登校、いじめ”、青少年の“薬物汚染”、職場で増加を続ける“うつ”、悲惨な事故を引き起こす“飲酒運転”、街中で見かける“路上生活者”、高齢者の生活を脅かす“孤立”、これら**すべての問題の基礎には、こころの健康の問題**があります。

こうした国民のこころの健康の危機という現状、多くの緊急の社会問題の背景にこころの健康の問題があるという状況を考えると、「国民のこころの健康の回復と増進」は国や政府が政策として優先して取り組むべき国家的戦略課題と言えます。それぞれの問題に個別の対策を立てるだけでなく、それらを総合して**国民のこころの健康を推進するために、国としての包括的な政策**を確立することが急がれます。そうした政策にもとづいて、保健・医療・福祉について、三大疾患の一つとしての精神疾患にふさわしいサービスの量と質を確保し、そのサービスを一体として提供できる制度を確立することが必要です。また、精神疾患患者についての制度としての差別を率直に反省し、そうした事態をすみやかに解消しなければなりません。

「こころの健康について、いつでも、どこでも、良質のサービスを受けることができる」という国民の願いに応えた安心社会が実現できるよう、国はそのサービス提供の体制を抜本的に改革する必要があります。そのことが、緊急の社会問題の解決をももたらします。自殺者の減少も、そうした国の包括的な取り組みを通じてこそ期待できます。

[次のページにつづく➡](#)

3.こころの健康問題の特徴にあわせて精神保健医療を改革します

見えにくい問題、届きにくいサービス、変わりやすい状態
～こころの健康の問題の特徴～

こころの健康の問題には、からだの健康の問題や知的な発達の問題と比べた場合に、3点の特徴があります。精神保健・医療・福祉サービスについて改革を進める際には、そうしたこころの健康の問題の特徴を踏まえたサービスの仕組みを考える必要があります。

第一は、**問題が見えにくい**という特徴です。こころの健康に問題があるということ、感じている困難がこころの健康の問題によるものだということが、本人にも家族にも周囲の人にもわかりにくく、そのためなかなかサービスにたどりつけません。したがって、こころの健康の問題を早期に発見し、速やかに対応できるような仕組みが必要です。精神保健の充実であり、しかも医療との適切な連携です。



第二は、「**サービスの必要性が高いほどサービスが届きにくい**」という特徴です。病気の知識や相談先についての情報の不足、こころの問題を認め相談に出向くことをためらう気持ち、精神疾患の症状のために病気を認識できずサービスを拒否するなどさまざまな理由で、サービスの必要性が高いほどサービスが届きにくくなってしまいます。このように、当事者のニーズと専門のサービスに距離がある時、解決法は2つです。ひとつは当事者がサービスに近づく、つまり入院や入所を前提としたサービスであり、もうひとつはサービスが当事者に近づく、「届くサービス」(アウトリーチ)です。これまで日本におけるサービスは前者が中心でしたが、これを後者のアウトリーチへと移行することが必要です。家庭や地域で専門的なサービスと生活の支援を受けられるようにするという仕組みは、先進国における標準的な姿です。



第三は、**状態が変わりやすい**という特徴です。保健の問題と思えたことや長期化し福祉の対象と見えた事態が急に医療を必要とする事態に変わることがあり、また医療での解決が速やかに進んですぐに保健や福祉のサービスが必要となることがあります。サービスは、提供する側の都合で保健・医療・福祉と制度が分かれています。こころの健康問題の当事者にはそれらが一体として届く仕組みが必要です。



全人的サービスを当事者に届けます
～多職種チームによるアウトリーチをサービスの基本に～

保健・医療・福祉すべての分野で、**多職種チームによるアウトリーチをサービスの基本**にします。医師だけでなく、看護師・作業療法士・精神保健福祉士・薬剤師・臨床心理職などの多職種の

専門家がチームを組んでサービスを提供するのが多職種チームです。こころの健康の問題は、症状として表れるだけでなく、こころで辛さを感じたり、日々の生活や働くことに困難が起こることが特徴です。薬によって病気を治療するだけでなく、心理的なサポートをしたり、生活や就労を支援することが必要となります。そうした当事者のニーズ全体について、ニーズに見合ったサービスを届けるための**ケアプログラムを作成し、専門家が協力してサービスを届けます**(BOX1参照)。病気を治療するだけでなく、**当事者の生活全体を支える全人的サービス**です。



地域こころの健康推進チーム(仮称)を創設します

市区町村が主体となる「**地域こころの健康推進チーム**」(仮称)を創設し、多職種チームによるアウトリーチ活動を通じて、こころの健康問題をかかえる住民を支援したり啓発活動を行なうなどの、精神保健機能を担当します。人口10万人を対象としたエリア責任制で、年間365日活動し、夜間は電話相談を基本にします。1エリアあたり10人からなる1チームの割合での設置を想定します。



具体的な役割としては、次のような仕事と考えられます。電話などで最初の相談窓口となる(サービスの入口「こころの健康SOSダイヤル」)、相談者のところへ出向いて相談を受ける(アウトリーチ)、相談内容にもとづいて必要なサービスへと結びつける(トリアージュ)、自殺未遂者やひきこもりなど医療に結びついていない住民を継続的に支援する(継続相談)、医療が必要な場合の橋渡しをする(医療アウトリーチとの連携)、学校・職場・児童相談所・生活保護窓口などこころの健康問題についてニーズが高いところへ出向き助言や啓発を担当する(助言と啓発)、精神疾患からの回復者への支援(アフターケア)、そうした活動を通じて地域のニーズを把握し不足しているサービスを明らかにする(ニーズ調査と行政への提言)。これらの活動を通じて、**住民のこころの健康問題のすべてに対応**します。

このように精神保健や啓発を推進することで、住民のこころの健康問題についての安心感は増していくと期待され、また疾患の予防や早期発見により住民のこころの健康の増進を図ることができます。その結果、その後に必要となる医療や福祉サービスが減るという形で、地域こころの健康推進チームのために必要なコストは報われることになります。

次のページにつづく ➡

医療サービスを国民のニーズに合ったものに変えていきます

地域こころの健康推進チームが十分に機能を発揮するためには、それを支えるしっかりとした精神医療サービスが不可欠です。現在の精神医療サービスはそうした国民のニーズに見合わなくなっていますので、さまざまな改革を進めていきます。代表的な内容を3点挙げます。

3つの精神医療改革

第一は、**医療においても多職種チームやアウトリーチを実現**することです。外来でも入院でも、必要に応じて多職種チーム医療を提供することで全人的医療が実現できれば、例えば「薬漬け」を減らしていくことができます。また、医師ばかりがサービスの担い手にならなくて済むようになれば、3分診療を30分医療へと変えていく手がかりがつかめます。さらに、医療機関からのアウトリーチ医療を普及させることで、地域こころの健康推進チームからの依頼を受けての早期支援、医療が途切れがちな当事者へのサービス継続、社会的入院患者の地域移行、年齢に応じた就学や就労の援助など、在宅中心の医療を進めることができます（BOX2参照）。

第二は、**救急医療の充実**です。現状では、救急医療を24時間提供できる体制が不足しています。精神疾患の救急医療においては、当事者が受診を望まないがどうしても医療が必要という場合がありますので、そうしたニーズへの対応を含めた救急医療をエリアごとに整備します。そのために、まずアウトリーチで当事者のもとに出向き、地域で生活をしながらの治療を図ります。それが難しい場合には、速やかに入院医療に結びつけ、できるだけ短期間で退院を目指します。さらに、数日で回復が期待できる際に利用できる施設として、外来と入院の間にレスパイトのような短期宿泊施設を整備し、当事者も家族も利用できるようにします。

第三は、**専門医療の普及**です。精神医療はこころの健康問題すべてを対象とする幅広い分野ですが、それぞれの専門医療の普及は十分ではありません。とくにいずれの地域でも不足が顕著なのは、児童思春期・薬物依存・身体合併症についての専門医療です。また、普及が急がれるものとして、例えばうつ病や不安障害や統合失調症などについての認知行動療法、認知症の精神症状や行動障害への対応を挙げることができます。こうした専門医療をどの地域でも受けることができるよう、普及を図ります（BOX3参照）。そのなかでは、地域の実情や住民のニーズに合わせて、ITを用いた方法も取り入れます。こうした取組みを通じて、入院医療についても外来医療についても、専門分野を明確にした機能分化が進むことになります。

精神医療改革の進め方

以上のような精神医療サービスの改革を進めるうえでは、人手がない、費用が足りないという困難があります。そうした困難は、2つの方法を組み合わせることで解決を図ります。

ひとつは、**精神医療の人的配置と診療報酬を一般医療と同等にすること**です。医療法第6次改正のなかで、医師などが少なくとも良いとするいわゆる精神科特例をなくして一般医療と同等にし、それに見合って高規格化した医療を評価するように診療報酬を改訂します。そのなかでは、多職種チーム医療やアウトリーチ医療を制度として明確に位置づけ、また専門医療の基準も設けることで、それらの普及を促進するとともに医療サービスの機能分化を診療報酬として適切に評価できるようにします。精神医療においては、専門家が人手を十分にかけることこそが高度医療です。で、専門家による人手というサービスを評価することなしに精神医療を改善することは困難です。

次のページにつづく➡

もうひとつはそれに先立って、**当事者が住む場所や医療と生活支援のサービスを受ける権利を失うことがないように十分な配慮をしつつ全国の精神病床を半減**することを決め、その期限を定めて、実行のための計画を立てることです。行政の責任で住居を確保し、生活支援サービスとアウトリーチ医療で支えることで地域生活を支援し、社会的入院を解消していきます。そのようにして、アウトリーチ医療と入院医療の高規格化と医療機関の機能分化を推進し、精神医療の一般医療化と医療サービスの質の向上を図ります。大きな変化により当事者や家族や医療機関に混乱が生じないように、期限を明確にした経過措置と必要な財政措置をとり、また専門職には新しいサービスについての十分な研修の機会を保証して、現状からの段階的で円滑な移行を図ります。

家族を始めとする介護者を地域社会で支援します

こころの健康の問題について、家族を始めとする周囲の人々の力は専門家以上に大きなものです。しかし、そのことを理由としてこれまで家族は、こころの健康問題についての保



健・医療・福祉が不十分な点を肩代わりせざるを得ない立場に追い込まれ、そのことが社会的な孤立をも招いてきました。そうした状況を改善して、家族を始めとする介護者が安心して介護に携われるような家族全体を支援する体制を整えます。

第一は、家族支援専門員制度を創設することを柱とした、家族全体を支援する仕組みを作ることです。当事者だけでなく家族を始めとする介護者の支援について専門的な教育と経験を積んだ専門員を養成し、たとえば地域こころの健康推進チームに配置します。家族支援相談員は、家族や介護者がそうした立場でなければならないような支援や介護を当事者に向けられるよう、家族自身を支援していきます。

第二は、医療において家族の位置づけを明確にすることです。精神医療においては、例えば精神医療の必要性が明らかでない当事者について家族だけで医療についての相談を希望する場合があります。また、病気であることを認めていない当事者や病気で混乱している当事者にかわって、家族が病状の説明を受ける場合があります。このような場合に、相談に十分な時間がとれなかったり説明が不十分となりがちな背景には、診療報酬において家族の位置づけが明確でないことがあります。こうした家族の相談や家族への説明について、診療報酬における位置づけを明確にします。



次のページにつづく ➡

第三は、精神保健福祉法による医療保護入院などの非自発入院における**保護者制度を廃止**することです。医療を希望しない当事者にかわって非自発入院を家族が承諾する制度は、当事者との関係を悪化させかねない危惧とともに、保護者としての責任も負わなければならないという、二重の負担を家族に強いるものです。家族には、家族としての支援に専念してもらえるよう、非自発入院への同意や人権擁護については別の制度を検討します。

4. 精神保健医療改革を実現するための制度を整備します

こころの健康問題について啓発を進めます

こころの健康の問題は、国民すべてに関わることです。しかしその必要性に比べて、こころの健康問題についての知識の普及はわずかです。地域こころの健康推進チームによる地域レベルの取組みと、国全体の取組みを組み合わせることで、こころの健康問題についての啓発を進めていきます。このことが、精神疾患についての偏見や差別をなくしていくことの基盤になります（BOX4参照）。こころの健康問題はすべての年齢に関わり、しかも若年から始まることも多いという特徴がありますので、とくに中学校や高校など中等教育における**学校教育のなかでこころの健康のテーマを取りあげる**（BOX5参照）とともに、青少年になじみやすいスペースを広めて気軽に情報を受取れるような工夫を推進します。



権利擁護組織やサービス評価組織を市区町村に設置します

非自発入院についての精神医療審査会に相当する組織として、アウトリーチなどの医療をはじめ保健や福祉についても当事者の権利を擁護するために、**当事者・家族・一般市民を中心とした権利擁護組織**を設置します。権利擁護の求めがあった時だけでなく、日常的に保健・医療・福祉のサービスを実地でチェックし、改善を勧告する権限をもち、当事者の権利擁護に努めます。また、こころの健康についての保健・医療・福祉のサービスの評価を推進します。サービスを実地で評価し点検するために、**当事者・家族・一般市民を中心とし医療や評価の専門家を加えた評価・監査組織**を設置します。それぞれのサービスがどのくらい役立っているか（アウトカム）を評価してその結果を公表し、利用者に役立つ情報として提供します。また、例えば医療機関であれば治療成績など、それぞれのサービス提供者がその内容や評価をみずから公表する取組みを進め、利用者に有用となる適切な指標を発展させていきます。そこには、地域で必要な公的業務への協力など、地域のネットワークへの貢献も含むこととします。

人材の育成に積極的に取り組みます

こころの健康についてのサービスにおいては、人によるサービスがすべての基本です。利用者や家族の尊厳と権利を守り信頼関係を築くことができるという基礎のうえに、専門的な知識と技術と経験をもち、チームワークや連携を通じてサービスを提供することで、病気だけでなく生活や人生を相談できる専門家の育成に取り組みます。

次のページにつづく➡

総合的な人材育成システムのなかのひとつとして「こころの健康地域研修センター」(仮称)を設置し、改革にともなって必要となる専門家向けの転換教育、家族支援専門員など新たに設ける専門職についての専門教育、これから専門家に育っていく人材についての専門職教育などを、実践を含めて行ないます。また、精神科医が最初に教育を受ける場となることが多い大学病院において、多職種が勤務しておらず、入院医療中心の経験となりがちな現状を変えていきます。そうした専門職としての人材養成を支えるものとして、一般医療関係者へのこころの健康教育を広め、また卒業前の専門教育においてこころの健康や地域ケアについての教育を充実します。

地域に「こころの健康推進会議」を設置し、「こころの健康推進計画」を策定します

市区町村の実情と実態に合わせてこころの健康の推進を図るために、「**市区町村こころの健康推進協議会**」(仮称)を設置し、そこで「**地域こころの健康推進計画**」(仮称)を策定します。協議会の委員には当事者・家族・一般市民も参加し、住民としてのニーズを明確にします。さらに、地域こころの健康推進チームが把握したニーズや不足している社会資源についての情報をもとに、その地域で進めるべき施策を明らかにして、地域こころの健康推進計画を策定します。そこには、救急医療、専門医療、臨床研究を担う**地域精神医療拠点病院**の指定なども含みます。この地域こころの健康推進計画を通じて、保健・医療・福祉について民間の専門職や専門施設と行政などの公的機関が連携した、「地域こころの健康推進ネットワーク」(仮称)の構築に努めます。この協議会の求めるところをもとに、首長は、「こころの健康推進宣言」(仮称)を毎年行い、地域でこころの健康推進に取り組みやすい環境を整備します。

都道府県は、こうして市区町村がそれぞれの地域の実情とニーズにもとづいて定めた地域こころの健康推進計画を踏まえて、当事者・家族・一般市民も参加した市区町村を包括する「都道府県こころの健康推進協議会」(仮称)設置して、「都道府県こころの健康推進計画」(仮称)を策定します。それにより、市区町村におけるこころの健康推進に関わる計画策定や実施を支援するとともに、その実施に必要な専門的な知識と経験をもつ人材の確保、養成、資質の向上のために必要な施策を策定し実施します。また知事は、都道府県こころの健康推進協議会の求めるところをもとに「こころの健康推進宣言」(仮称)を毎年行い、都道府県におけるこころの健康推進に取り組みやすい環境を整備します。

地方での取組みを進める基盤を国が担当します

上記のような地方での取組みを進めるため、厚生労働大臣のもとに「**こころの健康政策推進協議会**」(仮称)を設置し、改革の実現を推進し確実にします。また、その方針にもとづいて具体的な施策を進める「**こころの健康政策推進チーム**」(仮称)を設置します。このチームは、さまざまなこころの健康問題をもつ当事者や家族の実態把握、自殺対策など国家戦略の具体化、精神疾患治療ガイドラインの作成、専門サービスの指導者養成、国レベルでの啓発活動、臨床研究推進などについて施策立案を担当します。それにもとづき、人材育成のための指導者研修を担当し、また都道府県による専門研修などの人材育成を支援します。また、厚生労働大臣は本改革が実現できるよう必要な予算の保証と診療報酬改革に取り組むとともに、こころの健康問題の重要性と施策の必要性に見合うよう、担当部署(現・精神・障害保健課)の体制やあり方を見直します。さらに、これらの取組みについて法的な整備を行なうために、厚生労働大臣のもと中期戦略を速やかに策定したうえで、「**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)を制定し、それにもとづいて**こころの健康推進基本計画**を策定します。精神保健福祉法など関連する法律の見直しを進めていきます。

次のページにつづく ➡

本改革については、国家的戦略課題であるという重要性に鑑みて、従来の医療費の再配分という枠組みを越えて、優先的に予算を投入することを検討します。とくに大幅な改革になる移行期については、一時的な予算の増額を保証します。とくに精神保健の活動については、自殺対策基本法や子ども・若者育成支援推進法など、こころの健康問題を基盤とした個別法における事業と共同することで、その事業効果を高めるとともに、財政を有効活用することも検討します。

改革は期限と数値目標を明確にして行います

改革は全体として7年計画で行ないます。2011～2012年度(平成23～24年度)を地域こころの健康推進先行事業の2年間とし、全国50エリアについて改革を試行します。2011年度(平成23年度)は補助金にもとづく事業として行い、その結果にもとづく修正を加えたうえで2012年度(平成24年度)には医療法第6次改正や診療報酬改訂を受けて、診療報酬と補助金事業を並行した形で実施します。地域こころの健康推進先行事業2年間の経験をもとに、2013～15年度(平成25～27年度)は事業の必要性が高いと考えられる市区町村について、本事業・前期としての取り組みを行い、2013と2014年度は10%、2015年度は30%の合計50%の改革実施を目標とします。2016～2017年度(平成28～29年度)は本事業・後期で、人口密度の低い地域など改革実施の困難な地域も含めて全国での普及を目指して、1年15%ずつの改革を目標とし、7年間で合計80%の実施を目標とします。

〔付記〕

この文章のイラストならびに冒頭の解説漫画は、精神疾患のご家族をもつ漫画家である協力委員・中村ユキ氏が、ボランティアで製作し「こころの健康政策構想会議」に提供してくださったものです。



BOX1

外来・在宅精神科医療におけるケアプログラムアプローチ(CPA)の導入

薬によって病気を治療するだけでなく、心理的なサポートをしたり、生活や就学・就労を積極的に支援したりして、その人その人のニーズにあった包括的なサービスをパッケージ化して当事者・家族にスムーズに届ける治療・支援体制の実現が求められています。

そのために、医師を含む多職種チームで、当事者や家族の希望を尊重した包括的な治療・支援計画(ケアプログラム)を作成し、それに添った治療・支援を提供していくことが必要となります。また、包括的なサービスを切れ目無く提供していくために、主治医だけでなく担当制のケアコーディネーター(看護師、精神保健福祉士、臨床心理職、作業療法士、等)を当事者・家族に割り付けます。相談したいことがある際には、主治医だけでなく、ケアコーディネーターにも相談ができます。

こうした治療・支援体制を普及させ、当事者・家族の回復(リカバリー)を地域でより効果的に支えていくために、外来・在宅医療においてこうしたケアプログラムアプローチ(CPA)が保障される診療報酬等の仕組みを整備する必要があります。また、「包括的指示」の考え方を導入して、医師だけによる3分診療を解消し、ケアコーディネーターがより機能的に当事者・家族を支援できるようにする必要があります。

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る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①



政策提言図 ②





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いる。

[次のページにつづく➡](#)

精神疾患を有する者やその家族が置かれてきた過酷な境遇

このような国民のニーズと法制度・運用体制との乖離・歪みのしわ寄せは、当然のように、精神疾患を有する者本人やその家族等の当事者に押しつけられてきた。しかし、この問題は、これら当事者の自助・共助で対応できるようなものではなく、その結果、家族その他の介護者の精神的・肉体的・経済的な負担は想像を超える過酷なものとなってしまうといわざるを得ない。そして、これに起因して様々な悲劇も生まれてきたことは、周知のとおりである。

他方、国民の側においても、精神疾患に関する正確かつ十分な知識や情報が不足しており、ひいては、精神疾患を有する者に対する正当な根拠のない偏見が生じていたこともまた事実である。そして、そのことが、精神疾患の予防・早期発見、精神疾患を有する者の地域社会における生活への移行及びその定着を妨げる一因ともなってきたのである。

国家戦略としての総合的な精神疾患対策の必要性

上記のような現状にかんがみると、精神科医療を含む精神保健・福祉サービスを真に充実させるためには、従来の施策の弥縫的な改善策にとどまるのではなく、その在り方を根本から大胆かつ抜本的に改革する必要がある、との認識に至らざるを得ない。その際に肝要なことは、まず、精神疾患を有する者やその家族・介護者のみならず、立法・行政という政策決定の枢要な立場にある人々及び精神保健・福祉サービスに携わる様々な関係者が、「国民のこころの健康の回復と増進」は国家的戦略課題であるという視点を持つこと、そして、英国の精神保健改革の事例に見られるように、国として精神保健・福祉施策の抜本的改革を短期集中的に推進する人的・物的な体制を整備し、到達すべき明確な政策目標を掲げることが急務であるとの認識を持つことである。

そのためには、「正しい認識」と「明確な理念・目標」に基づいた「抜本的な対策」の必要性に関する国民的合意が形成されなければならない。

すなわち、①まず、精神疾患は誰でもかかり得るものであり、そして、精神疾患が我が国において膨大な国民的損失を生み出しているという事実を、新たな施策構築の前提として認識することが必要である。②その上で、下記の「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）」において掲げる「基本理念」にのっとり、また、そこに掲げる「基本的施策」を具体化した個別の施策を展開していくことが必要である。③その際には、これまでの「保健・医療・福祉」といった縦割り意識にとらわれることなく、精神科医療を含む精神保健・福祉サービスの利用者である当事者本位の目線に立って、「保健・医療・福祉」の三位一体の「抜本的な対策」として立案・実施していくことが重要である。

私たちは、このような認識に立って、ここに、「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」を提案する。

次のページにつづく ➡

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）

目次

（前文）

第一 総則

- 一 目的
- 二 定義（精神疾患、精神保健・福祉サービス）
- 三 基本理念
 - 1. 精神疾患を有する者の権利及びその人権の尊重・差別の禁止
 - 2. 地域社会におけるサービス提供体制の整備（均てん化等）と予防・早期発見の重要性
 - 3. 適切で高質な精神科医療の提供
 - 4. 家族・介護者支援の充実
 - 5. 教育・啓発の重要性
- 四 責務（国、地方公共団体、医療保険者、医師等、国民）
- 五 法制上の措置等

第二 精神疾患対策推進基本計画等

- 一 精神疾患対策推進基本計画
- 二 都道府県精神疾患対策推進計画
- 三 市町村精神疾患対策推進計画

第三 基本的施策

- 一 地域社会における精神保健・福祉サービスの包括的・総合的な提供体制の整備等
- 二 精神科医療の質の向上その他の提供体制の整備
- 三 家族及び介護者の支援
- 四 情報の収集提供及び国民の啓発
- 五 人材の育成
- 六 行政体制の整備及び評価機関の設置等
- 七 調査及び研究

第四 こころの健康政策推進協議会等

- 一 こころの健康政策推進協議会
- 二 都道府県こころの健康推進協議会
- 三 市町村こころの健康推進協議会

第四 施行期日

第六 経過措置（集中改革期間）

（前文）

前文を設けることとする場合には、上記の「制定に向けて」の趣旨や、こころの健康政策構想会議の答申をベースに、本法制定に至る背景や現状、そして本法制定の意義・必要性等について、記述するものとする。

第一 総則

一 目的

この法律は、精神疾患対策に関し、基本理念を定め、国、地方公共団体、医療保険者、医師等及び国民の責務を明らかにし、並びに精神疾患対策の推進に関する計画の策定について定めるとともに、精神疾患対策の基本となる事項を定めることにより、精神疾患対策を総合的かつ計画的に推進し、もって国民のこころの健康の保持及び増進に資することを目的とするものとする。

二 定義

- ① この法律において「精神疾患」とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神的健康に支障を及ぼす疾患をいうものとする。
- ② この法律において「精神保健・福祉サービス」とは、精神科医療その他の精神保健サービス及び精神疾患を有する者に対する生活支援その他の福祉サービスをいう。

三 基本理念

精神疾患対策は、次の事項を基本理念として行われなければならないものとする。

1. 精神疾患を有する者の権利及びその人権の尊重・差別の禁止

- ① すべての精神疾患を有する者が、それぞれ、個人としての尊厳を持った人格として尊重され、かつ、科学的知見に基づいた適切な精神保健・福祉サービスを受けることは、これらの者が有する権利であること。
- ② すべての精神疾患を有する者の人権が尊重され、精神疾患を有する者であることを理由に差別されないよう、配慮されたものでなければならないこと。

2. 地域社会におけるサービス提供体制の整備（均てん化等）と予防・早期発見の重要性

- ① 精神保健・福祉サービスは、精神疾患が誰でもかかり得るものであるとの認識を前提に、どこに住んでいても等しくサービスを受けることができるものとして提供されるものとするとともに、精神疾患を有する者がその病状の許す限りできるだけ地域社会における日常生活を営みながら、包括的・総合的な精神保健・福祉サービスとしてこれを受けることができるようにすること。
- ② 精神保健・福祉サービスの提供体制は、精神疾患の予防・早期発見の重要性に配慮して構築されること。

3. 適切で高質な精神科医療の提供

すべての精神疾患を有する者が、その精神疾患の状態に応じて適切で高質な医療を受けることができるようにすること。

[次のページにつづく➡](#)

4. 家族・介護者支援の充実

精神疾患を有する者の家族その他の介護者が支援のためのサービスを受けることは、これらの者が有する権利であるとの認識の下に、これらの者に対する支援のための施策の充実が図られること。

5. 教育・啓発の重要性

精神疾患を有する者に対する正当な根拠のない偏見を払拭するよう、精神疾患に関する正確かつ十分な知識や情報を伝えるため、国民に対する充実した教育及び啓発がなされること。

四 責務

1. 国の責務

国は、基本理念にのっとり、精神疾患対策を総合的に策定し、及び実施する責務を有するものとする。

2. 地方公共団体の責務

- ① 都道府県は、基本理念にのっとり、精神疾患対策に関し、市町村を包括する広域的な地方公共団体として、国及びその包括する市町村との連携を図りつつ、自主的かつ主体的に、その地域の特性に応じた施策を策定し、及び実施する責務を有するものとする。
- ② 市町村は、基本理念にのっとり、精神疾患対策に関し、地域住民に最も身近な基礎的な地方公共団体としてその地域住民の福祉増進を図るべき第一義的な主体であるとの認識を踏まえて、国及び当該市町村を包括する都道府県との連携を図りつつ、自主的かつ主体的に、その地域の特性に応じた施策を策定し、及び実施する責務を有するものとする。

3. 医療保険者の責務

医療保険者は、国及び地方公共団体が講ずる精神疾患の予防及び早期発見に関する啓発及び知識の普及等の施策に協力するよう努めなければならないものとする。

4. 医師等の責務

医師その他の医療関係者は、国及び地方公共団体が講ずる精神疾患対策に協力し、精神疾患の予防及び早期発見に寄与するよう努めるとともに、精神疾患を有する者の置かれている状況を深く認識し、適切で高質な精神疾患医療を行うよう努めなければならないものとする。

5. 国民の責務

国民は、精神疾患に関する正しい知識を持つとともに、地域社会において、国及び地方公共団体が実施する施策に協力するよう、努めなければならないものとする。

五 法制上の措置等

政府は、基本理念にのっとり、かつ、精神疾患対策推進基本計画に定める目標を達成する観点から、必要な法制上、財政上その他の措置を講ずるものとする。

次のページにつづく ➡

第二 精神疾患対策推進基本計画等

一 精神疾患対策推進基本計画

- ① 政府は、精神疾患対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、精神疾患対策の推進に関する基本的な計画（以下「精神疾患対策推進基本計画」という。）を策定しなければならないものとする。
- ② 精神疾患対策推進基本計画に定める施策については、原則として、当該施策の具体的な目標及びその達成の時期を定めるものとする。
- ③ 厚生労働大臣は、精神疾患対策推進基本計画の案を作成しようとするときは、関係行政機関の長と協議するとともに、こころの健康政策推進協議会の意見を聴くものとする。
- ④ 政府は、精神疾患医療に関する状況の変化を勘案し、及び精神疾患対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも5年ごとに、精神疾患対策推進基本計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更しなければならないものとする。
- ⑤ ①から④までに定めるもののほか、精神疾患対策推進基本計画の作成、公表、変更等について、所要の規定を設けるものとする。

二 都道府県精神疾患対策推進計画

- ① 都道府県は、精神疾患対策推進基本計画を基本とするとともに、当該都道府県における精神疾患を有する者に対する精神保健・福祉サービスの提供の状況等を踏まえ、当該都道府県における精神疾患対策の推進に関する計画（以下「都道府県精神疾患対策推進計画」という。）を策定しなければならないものとする。
- ② 都道府県精神疾患対策推進計画は、医療法に規定する医療計画、健康増進法に規定する都道府県健康増進計画、介護保険法に規定する都道府県介護保険事業支援計画その他の法令の規定による計画であって保健、医療又は福祉に関する事項を定めるものと調和が保たれたものでなければならないものとする。
- ③ ①②に定めるもののほか、都道府県精神疾患対策推進計画の作成、公表、変更等について、所要の規定を設けるものとする。

三 市町村精神疾患対策推進計画

- ① 市町村は、精神疾患対策推進基本計画及び都道府県精神疾患対策推進計画を基本とするとともに、当該市町村における精神疾患を有する者に対する精神保健・福祉サービスの提供の状況等を踏まえ、当該市町村における精神疾患対策の推進に関する計画（以下「市町村精神疾患対策推進計画」という。）を策定するように努めなければならないものとする。
- ② ①に定めるもののほか、市町村精神疾患対策推進計画の作成、公表、変更等について、所要の規定を設けるものとする。

第三 基本的施策

一 地域社会における精神保健・福祉サービスの包括的・総合的な提供体制の整備等

[次のページにつづく](#) ➡

1. 地域社会において一貫した精神保健・福祉サービスが受けられる体制の整備

国及び地方公共団体は、精神疾患を病んでもその病状の許す限りできるだけ地域社会において日常生活を営むことができるよう、精神疾患を有する者及びその家族その他の介護者がいつでも相談が受けられ、医療その他の保健サービスと生活支援その他の福祉サービスとがすき間なく一貫して受けられることを旨として、この法律に定める精神保健・福祉サービスの包括的・総合的な提供体制の整備を図るものとする。

2. 精神保健・福祉サービスの均てん化

国及び地方公共団体は、すべての者がその居住する地域にかかわらず等しくその精神の状態に応じた適切な精神保健・福祉サービスを受けることができるよう、必要な施策を講ずるものとする。

3. 精神疾患の予防及び早期発見のための施策の充実

国及び地方公共団体は、精神疾患に対して予防及び早期発見が極めて重要な対策であること並びに精神疾患を有する者の多くが思春期において精神病様体験をしている事実にかんがみ、地域、職場、学校等あらゆる場を通して、精神保健の在り方及び精神保健と精神医療との連携の在り方についての検討を踏まえ、精神疾患の予防及び早期発見のために必要な施策を講ずるものとする。

4. 「アウトリーチ」の手法による精神保健・福祉サービスの提供体制の整備

国及び地方公共団体は、精神疾患の予防及び早期発見に資するとともに精神保健・福祉サービスが円滑に提供されるよう、次に掲げる「アウトリーチ」の手法による精神保健・福祉サービスの提供体制を整備するよう必要な施策を講ずるものとする。

- ① 精神疾患に係る保健、医療又は福祉の多様な専門家から構成され、住民の精神保健・福祉に係る諸問題に常時対応できる「地域メンタルヘルスチーム（地域こころの健康推進チーム（仮称））」制度を創設すること。その際には、そのチームが担当する地域を明確にした「メンタルヘルス・キャッチメント・エリア」を設定するとともに、従来の保健、医療及び福祉の各分野の適切な連携を図る等効率的・効果的な運営を図るものとする。
- ② 「早期介入チーム」、「危機解決チーム」や「ＡＣＴ（包括型地域生活支援）チーム」制度を導入すること等により、精神疾患を有する者が地域社会において日常生活を送ることができるようにするための在宅治療その他在宅型の精神保健・福祉サービスを提供すること。

5. 精神保健・福祉サービスの提供を受ける者の人権に対する配慮

国及び地方公共団体は、精神保健・福祉サービスの提供に当たっては、真にやむを得ない場合を除いて当該提供を受ける者の同意を要件とする等当該提供を受ける者の人権に配慮するとともに、その侵害の防止のために必要な施策を講ずるものとする。なお、施策を講ずる際は、精神疾患を有する者及び家族その他の介護者の意見が反映されるよう配慮するものとする。

6. 住民ニーズにきめ細かく対応した施策の実施及び「地域力・市民力」の活用

- ① 市町村は、地域における精神保健・福祉サービスの提供に当たっては、地域住民に最も身近な基礎的な地方公共団体として、その地域住民のニーズを正確に把握するとともに、きめ細かくこれに対応した施策を講ずるものとする。
- ② 市町村は、地域における精神保健・福祉サービスの提供に当たっては、当該地域に密着して活動するＮＰＯその他の民間団体の柔軟な創意工夫を最大限に活かした「地域力・市民力」を活用するよう努めるものとする。

次のページにつづく ➡

二 精神科医療の質の向上その他の提供体制の整備

1. 精神科医療の質の向上

国及び地方公共団体は、精神疾患を有する者がその精神疾患の状態に応じた適切な精神科医療を受けることができるよう、専門的な精神科医療の提供等を行う医療機関の整備を図るとともに、精神科医療において満たすべき診療指針（ガイドライン）を策定する等精神科医療の質の向上のために必要な施策を講ずるものとする。この場合において、国及び地方公共団体は、入院医療が精神疾患を有する者の行動の自由その他の人権に重大な影響を与えるおそれのあるものであることにかんがみ、入院医療はやむを得ない場合に限定されるべきものであることを認識するとともに、入院医療を受ける者の人権に特に配慮するものとする。

2. チーム医療の導入の促進

国及び地方公共団体は、医療機関において、十分な診療時間が確保され（3分診療から30分診療へ）、様々な治療手段を組み合わせた質の高いサービスが提供されるよう、チーム医療の本格的な導入を促進するための施策を講ずるものとする。

3. 精神科医療の高規格化

国及び地方公共団体は、過剰な精神科病床を削減し、これを高規格の専門医療病棟（救急・急性期、児童思春期、依存症、認知症、合併症等）に集約するための施策を講ずるものとする。

三 家族及び介護者の支援

1. 家族・介護者支援の体制整備、支援専門職の創設及びレスパイト施設の設置

国及び地方公共団体は、医療機関において、精神疾患を有する者の家族その他の介護者が十分な説明及び相談（カウンセリング）を受けられるような体制を整備するとともに、精神疾患を有する者の家族及び介護者を支援する専門職（「ピアサポーター」・「家族支援専門員」（いずれも仮称）等）の制度を創設し、精神疾患を有する者の家族及び介護者の負担の軽減を図るため、精神疾患を有する者が短期間養護を受けるために必要となる居室（レスパイト施設＝一時的な休息・休憩のための施設）を確保するための措置を講ずるものとする。

2. 住民ニーズにきめ細かく対応した施策の実施及び「地域力・市民力」の活用

市町村が上記1の措置を講ずる場合においても、上記一の6に留意するものとする。

四 情報の収集提供及び国民の啓発

1. 情報の収集提供体制の整備

国及び地方公共団体は、精神保健・福祉に関する情報を収集するとともに、これを継続的に国民に提供する体制を整備するために必要な施策を講ずるものとする。

2. 教育等による啓発

国及び地方公共団体は、小学校、中学校、高等学校等における精神疾患に係る保健、医療及び福祉に関する教育を充実するとともに、地域及び職場においても精神疾患に係る保健、医療及び福祉に関する教育その他の取組を強化すること等により、国民が精神疾患に関する理解を深め、

[次のページにつづく](#) ➡

正しい知識を持って行動できるようにし、精神疾患に対する偏見をなくすよう必要な施策を講ずるものとする。

3. こころの健康週間(仮称)

- ① 国民の間に広く精神疾患をはじめとしたこころの健康についての関心と理解を深めるため、こころの健康週間を設けるものとする。
- ② こころの健康週間は、〇月〇日から〇月〇日までの1週間とするものとする。
- ③ 国及び地方公共団体は、精神疾患に関する啓発事業その他のこころの健康週間の趣旨にふさわしい事業を実施するよう努めなければならないものとする。

五 人材の育成

国及び地方公共団体は、精神疾患に関する専門的な知識及び技能を有する医師、保健師、相談支援員その他の精神疾患に係る保健、医療又は福祉の多様な分野に従事する者の育成を図るため、十分な教育・研修体制を整備する等必要な施策を講ずるものとする。この場合においては、特に、精神疾患を有する者及び家族その他の介護者の視点に立って、人材の育成を図るものとする。

六 行政体制の整備及び評価機関の設置等

1. 精神疾患対策の推進及び実施のための行政体制の整備

国及び地方公共団体は、国民のニーズに応えられる高質かつ効率的な精神保健・福祉サービスを実現するため、精神疾患対策を総合的かつ一元的に推進し、及び実施する行政体制を整備するものとする。

2. 評価機関の設置等

国及び地方公共団体は、国民のニーズに応えられる高質かつ効率的な精神保健・福祉サービスを実現するため、提供されるサービスを評価する機関の設置、評価のためのガイドラインの制定その他の施策を講ずるものとする。この場合においては、精神疾患を有する者及び家族その他の介護者の意見がサービスの評価に反映されるよう、当該機関のメンバー構成及び当該ガイドラインの制定手続において配慮するものとする。

七 調査及び研究

1. 精神疾患を有する者及び家族その他の介護者に係る実態調査

- ① 国は、精神疾患対策を効率的かつ実効的に講ずるため、随時又は定期的に、全国的規模にわたって、精神疾患を有する者及び報酬を受けることなく精神疾患を有する者の介護をしている家族その他の介護者の実態並びにこれらの者の精神疾患対策及び介護者支援策に関する意向、介護者の負担感等の意識に関する調査を行うものとする。
- ② 国は、①の調査に当たっては、広く介護を行っている者についてその実態及び意識等が把握できるよう努めるものとする。

2. 精神疾患に係る研究

国及び地方公共団体は、精神疾患の本態解明、革新的な精神疾患の予防、診断及び治療に関する方法の開発その他の精神疾患の罹患率及び精神疾患による自殺率の低下並びに精神保健・福祉

[次のページにつづく➡](#)

サービスの向上に資する事項についての研究が促進され、並びにその成果が活用されるよう、これに必要な不可欠な個人情報の利用を含めた必要な施策を講ずるものとする。

第四 こころの健康政策推進協議会等

一 こころの健康政策推進協議会

1. 設置

厚生労働省に、精神疾患対策に関する事項を処理するため、こころの健康政策推進協議会（仮称）（以下「協議会」という。）を置くものとする。

2. 所掌事務等

① 所掌事務

協議会は、次に掲げる事務をつかさどるものとする。

- 1.精神疾患対策推進基本計画の案について、厚生労働大臣に意見を述べること。
- 2.精神科医療に関するガイドライン（第三の二の1のガイドライン）の案について、厚生労働大臣に意見を述べること。
- 3.精神疾患対策の実施状況について検証、評価及び監視を行い、必要と認めるときは、厚生労働大臣その他の関係各大臣に建議すること。
- 4.精神疾患対策に関する関係機関及び関係団体との連絡調整その他の事務。

② 資料の提出その他の協力等

協議会は、その所掌事務を遂行するため、行政機関及び地方公共団体に対して、資料の提出、説明その他の必要な協力を求め、又はその業務の運営状況を調査することができるものとする。

3. 委員

- ① 協議会は、委員〇〇人以内で組織するものとする。
- ② 協議会の委員は、精神疾患を有する者及びその家族又は介護者を代表する者、精神科医療を含む精神保健サービスに従事する者及び精神福祉サービスに従事する者並びにこれらに関する学識経験のある者のうちから、厚生労働大臣が任命するものとする。

4. その他

協議会の組織及び運営に関し必要な事項は、政令で定めるものとする。

二 都道府県こころの健康推進協議会

1. 設置・所掌事務

都道府県は、当該都道府県における精神疾患対策に関する事項を処理させるため、条例で定めるところにより、都道府県こころの健康推進協議会（仮称）（以下「都道府県協議会」という。）を置くものとし、都道府県協議会は、上記一の国の協議会に準じて、当該都道府県の都道府県精神

[次のページにつづく](#) ➡

疾患対策推進計画について意見を述べ、その精神疾患対策の実施状況について検証、評価及び監視等を行うものとする。

2. その他

都道府県協議会の組織及び運営に関し必要な事項は、都道府県の条例で定めるものとする。

三 市町村こころの健康推進協議会

1. 設置・所掌事務

市町村は、上記二の都道府県協議会に準じて、当該市町村における精神疾患対策に関する事項を処理させるため、条例で定めるところにより、市町村こころの健康推進協議会（仮称）（以下「市町村協議会」という。）を置くよう努めなければならないものとする。

2. その他

市町村協議会の組織及び運営に関し必要な事項は、市町村の条例で定めるものとする。

第五 施行期日

この法律は、〇〇から施行するものとする

第六 経過措置（集中改革期間）

一 この法律施行後最初に策定する精神疾患対策推進基本計画等

- ① 政府は、この法律の施行後最初に策定する精神疾患対策推進基本計画については、集中改革期間（精神保健・福祉の各領域にわたる改革を集中的に実施すべき期間をいい、この法律の施行の日の属する年度から平成〇年度までとする。以下同じ。）において講ずべき施策の具体的な目標を定めるものとする。
- ② 都道府県及び市町村の精神疾患対策推進計画も、上記①に準じるものとする。

二 集中改革期間における法制上の措置に関する留意事項

政府は、集中改革期間において第一の五の措置を講ずる場合において、必要となる法制上の措置については、可及的速やかに、実施できるものから順次、段階的に講ずるものとする。この場合においては、特に次の事項に留意するものとする。

- ① 精神保健福祉法、医療観察法その他の法律における非自発的入院の在り方
- ② 精神保健福祉法における保護者制度の在り方
- ③ 以下（略）

こころの健康政策構想会議 委員構成名簿

氏名	所属・役職	氏名	所属・役職
提言起草委員会		検討委員会協力委員	
岡崎 祐士 座長	東京都立松沢病院 院長	神庭 重信	九州大学医学研究院 教授
竹島 正 副座長	国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 精神保健計画研究部長	河西 千明	横浜市立大学医学部精神科 准教授
福田 正人 副座長	群馬大学大学院医学系研究科 准教授	小泉 典章	長野県精神保健福祉センター 所長
伊勢田 堯	東京都立松沢病院	斎藤 万比古	国立国際医療センター国府台病院 心理・指導部長
岩成 秀夫	神奈川県立精神医療センター 所長	斎藤 正彦	医療法人社団翠会 和光病院 院長
大野 裕	慶應義塾大学保健管理センター 教授	高木 俊介	たかぎクリニック 院長
小島 卓也	大宮厚生病院 副院長	高橋 ひとみ	東京都杉並区上井草保健センター 保健師
田尾 有樹子	社会福祉法人 巢立ち会 理事	竹元 隆洋	指宿竹元病院 理事長
野中 猛	日本福祉大学社会福祉学部 教授	中根 允文	出島診療所 所長
堀江 紀一	特定非営利活動法人世田谷さくら会 理事	中村 ユキ	漫画家
増田 一世	社団法人 やどかりの里 常務理事	橋本 康男	広島県総務局秘書広報部 国際課長
西田 淳志 事務局長	東京都医学研究機構東京都精神医学総合研究所 研究員	広瀬 徹也	財団法人神経研究所 理事長
検討委員会委員		藤原 修一郎	NPO 地域精神医療ネットワーク
朝田 隆	筑波大学大学院人間総合科学研究科 教授	古川 壽亮	名古屋市立大学医学部 教授
安西 信雄	国立精神・神経医療研究センター病院 副院長	堀越 栄子	日本女子大学 教授
市川 宏伸	東京都立小児総合医療センター 小児・思春期精神科	松原 三郎	松原愛育会 松原病院 理事長兼院長
宇田 英典	鹿児島県始良保健所長	水田 恵	自立支援センターふるさとの会
奥村 茉莉子	帝京平成大学臨床心理センター 教授	森川 すいめい	久里浜アルコール症センター
宣間 真美	聖路加看護大学 教授	山角 駿	財団法人 花園病院 理事長兼院長
金田一 正史	千葉県障害福祉課 精神保健福祉推進室	渡邊 博幸	国保旭中央病院 神経精神科 地域精神医療推進部 医師
小石川 比良来	亀田総合病院心療内科 精神科部長	当事者・家族委員	
斎藤 利和	札幌医科大学医学部 教授	有村 律子	全国精神障害者団体連合会
佐藤 光展	読売新聞東京本社医療情報部 記者	井手 宏	KHJ西東京親の会 会長
佐藤 茂樹	成田赤十字病院 精神科	小笠原 勝二	西多摩虹の会 会長
澤 温	医療法人北斗会さわ病院 理事長	岡田 久実子	さいたま市精神障がい者家族会もくせい家族会 会長
下寺 信次	高知大学医学部 准教授	風見 幸子	全日本断酒連盟
末安 民夫	慶應義塾大学看護医療学部 准教授	上岡 陽江	ダルク女性ハウス
高橋 貴志子	東京都多摩府中保健所 保健師	川崎 洋子	全国精神保健福祉会連合会 会長
立森 久照	国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所精神保健計画研究部 室長	黒川 常治	地域生活支援センター ビア相談員
田中 英樹	早稲田大学人間科学学術院 教授	斉藤 紀恵	東京都精神障害者団体連合会 事務局長
津川 律子	日本大学文理学部 教授	椎名 謙	東京兄弟姉妹の会
平田 豊明	静岡県立こころの医療センター 院長	島本 禎子	東京都杉並家族会 理事
正木 寛也	法政大学法学部 准教授	竹内 政治	全国精神障害者団体連合会 理事
松下 正明	東京都健康長寿医療センター 理事長	辰村 泰治	社団法人やどかりの里
松本 俊彦	国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所自殺予防総合対策センター 室長	沼田 光子	やどかりの里 浜砂会 副会長
三國 雅彦	群馬大学大学院医学系研究科 教授	野村 忠良	東京都精神障害者家族会連合会 会長
山内 慶太	慶應義塾大学看護医療学部 大学院健康マネジメント研究科 教授	野村 義子	調布かさざき会
山根 寛	京都大学大学院 教授	堀 澄清	社団法人やどかりの里 理事
横山 和仁	順天堂大学医学部 教授	眞壁 博美	立川麦の会 会長
吉住 昭	国立病院機構 花巻病院 院長	松沢 勝	東京都練馬家族会 副会長
検討委員会協力委員		三田 義久	全日本断酒連盟 理事長
浅井 邦彦	静和会 浅井病院 理事長兼院長	森重 寿一	東京都精神障害者団体連合会 事務局次長
伊藤 順一郎	国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会復帰研究部長	山崎 勝弘	東京都精神障害者団体連合会
伊藤 哲寛	北見赤十字病院精神科	山谷 清志	同志社大学大学院 教授
伊藤 弘人	国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会精神保健研究部長	渡邊 昌浩	社団法人やどかりの里 やどかり情報館
上ノ山 一寛	南彦根クリニック 院長	事務局	
貝谷 久宣	なごやメンタルクリニック 理事長	分島 徹	東京都立松沢病院 副院長
川副 泰成	国保旭中央病院 院長補佐	小池 進介	東京大学大学院医学系研究科
		山崎 修道	東京大学医学部附属病院
		今村 弥生	東京都立松沢病院
		石倉 習子	東京都立松沢病院
		長門 大介	社会福祉法人 巢立ち会



こころの
健康政策
構想会議