

第2章 メンタルヘルスを取り巻く現状と課題

メンタルヘルスを取り巻く現状と課題

1 精神保健医療福祉施策の近年の動き

2 現 状

1) メンタルヘルスの現状

2) 庁内関係課及び関係団体のヒアリング、アンケート

3) 市内精神科医療機関等の状況

3 豊中市の取り組み

4 課 題



1 精神保健医療福祉施策の近年の動き

我が国におけるメンタルヘルスをめぐる施策や事業の動きを概観します。

戦後のメンタルヘルス対策は、昭和 25 年（1950 年）制定の精神衛生法から始まりました。昭和 40 年（1965 年）の同法の改正によって、それまでの入院中心の精神医療を補う形で、初めて在宅の精神障害者に対する地域ケアが制度化され、保健所活動として事業が始まりました。昭和 62 年（1987 年）に精神保健法が制定され、精神障害者の人権擁護と「精神科病院から社会復帰施設へ」の取り組みの強化が行われました。さらに平成 5 年（1993 年）に同法が改正され、「社会復帰施設から地域社会へ」という取り組みが拡充されていきます。

障害者基本法（平成 5 年（1993 年））と地域保健法（平成 6 年（1994 年））という 2 つの法律が制定されたこともあり、平成 7 年（1995 年）に精神保健法が大改正され、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、「精神福祉法」という。）が誕生しました。その後、精神保健に関する施策や制度はこの法律を中心に検討、整備されてきました。また、関連する障害者福祉や医療分野の法制度の動きとともに、アルコール依存性や薬物依存、摂食障害、自殺対策、健康づくりといった重要な課題が加わり、自治体をはじめ地域のさまざまな主体によって施策が推進されています。



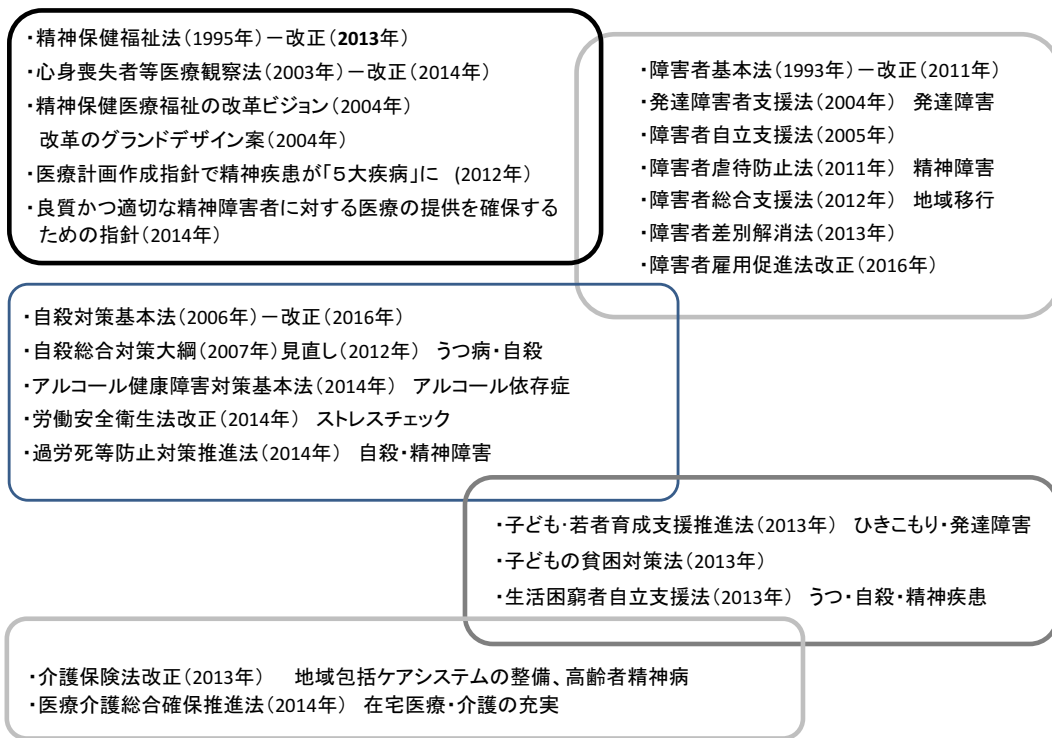


図 精神保健医療福祉等関連施策の近年の動き

2 現状

メンタルヘルスに関連する既存の主な統計のほか、行政関係分野へのヒアリング、ならびに関係機関へのヒアリングとアンケート調査を実施し、本市の現状把握に努めました。

1) メンタルヘルスの現状

(1) 精神疾患のある人

①精神科入院患者の状況

平成27年(2015年)6月30日現在、大阪府内(政令市を含む)の精神科病床を有する医療機関における入院患者のうち、入院時の住所地が豊中市の患者の状態像と人数は次のとおりです。



(単位：人)

合計	在院 1 年以上						在院 1 年未満					
	寛 解	院内 寛解	軽 度	中 等 度	重 度	最 重 度	寛 解	院内 寛解	軽 度	中 等 度	重 度	最 重 度
559	4	13	51	117	93	22	4	32	65	87	62	9

(補足)「寛解」「院内寛解」とは、以下のとおり病状は一定安定しているものの、社会的要因によって退院できない、また院内の保護的環境においては日常生活に問題はなく、包括的なりハビリである程度の自立性が期待できる状態を指します。

状態像区分	基準
寛 解	<ul style="list-style-type: none"> * 寛解状態にあるが、家族の受け入れ困難や生活の場の困難などの社会的要因により退院できないでいるもの * 最小限の服薬は続けているが、社会生活上の支障は認められず、自立して生活出来ると予測されるもの
院内寛解	<ul style="list-style-type: none"> * 院内の保護的環境においては、日常生活に問題はないが、一般社会においては不適應、症状増悪、再燃を起こしやすいもの * 社会技能訓練等の包括的なりハビリテーション・プログラムにより、ある程度の自立性が期待できるもの

「寛解」「院内寛解」の人の退院阻害要因は、病状のほかに、家族の反対や、退院に向けてのサポート人材の不足、本人の退院意欲が乏しい、住まいの確保が困難などです。

②自立支援医療(精神通院) 受給者数(人)

	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度
豊中市	4,925	5,406	5,821	6,082	6,591
大阪府	121,989	132,701	137,299	144,313	153,185

*大阪府は、政令市を含む。

平成 23 年(2011 年)度から平成 27 年(2015 年)度の受給者の推移をみると、本市は 33.8%の増加、大阪府は 25.6%の増加で、大阪府に比べ本市の増加率が高くなっています。

③精神障害者保健福祉手帳所持者数(人)

	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度
豊中市	2,623	2,668	2,831	3,065	3,242
大阪府	56,527	61,593	68,332	71,310	76,458

*大阪府は、政令市を含む。

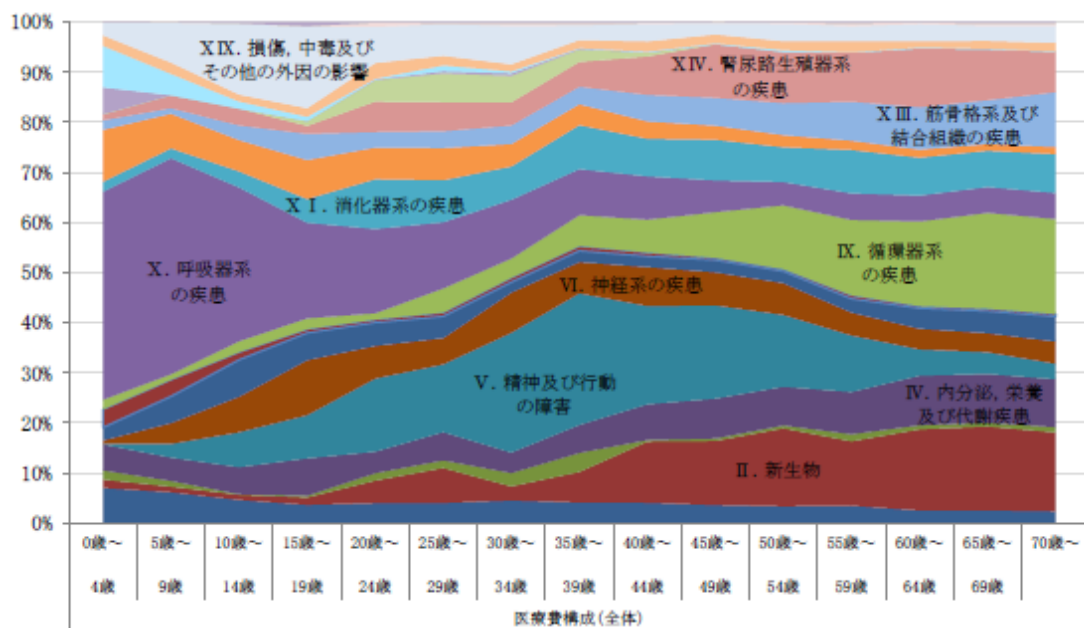


平成 23 年(2011 年)度から平成 27 年(2015 年)度の手帳所持者の推移をみると、本市は 23.6%の増加、大阪府は 35.3%の増加で、大阪府に比べ本市の増加率は低くなっています。

④豊中市国民健康保険保健事業計画

国民健康保険における年齢階層別医療費構成をみると、20 代から 50 代までの働き盛りの年代で「精神及び行動の障害」にかかる医療費の割合が高いことがわかります。

・年齢階層別医療費構成（全体）



*データ化範囲（分析対象）…医科、調剤の電子レセプトのみ。対象診療年月は平成 26 年 4 月～平成 27 年 3 月診療分(12 カ月分)。

(2) こころの不調を抱える人

①保健所こころの健康相談利用者

〈面接・訪問と電話相談の従事者別総延件数〉 (人)

	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度
精神保健福祉士・保健師	3,455	3,649	4,502	4,468
精神科医	127	127	112	83
臨床心理士	128	141	127	68
合 計	3,710	3,917	4,741	4,619



保健所設置以降の相談件数の推移をみると、総数は増加傾向にあります。従事者別にみると、精神科医による相談は減少傾向にある反面、精神保健福祉士等相談員が対応する相談が増加しています。

〈面接・訪問相談の年齢別実人数〉 (人)

年齢区分	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度
0～19 歳	26 (5.9%)	47 (10.0%)	38 (6.1%)	39 (6.4%)
20～39 歳	161 (36.3%)	156 (33.3%)	213 (33.9%)	186 (30.3%)
40～64 歳	184 (41.4%)	193 (41.2%)	281 (44.7%)	278 (45.4%)
65 歳～	73 (16.4%)	72 (15.4%)	96 (15.3%)	110 (18.0%)
計	444 (100.0%)	468 (100.0%)	628 (100.0%)	613 (100.0%)

相談対象者の年齢を見ると、40～64歳の年齢で増加傾向がみられます。

〈面接・訪問相談のうち主な問題別実人数〉 (人)

主な問題*	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度
精神病	178 (40.1%)	179 (38.2%)	233 (37.1%)	201 (32.8%)
高齢者	41 (9.2%)	36 (7.7%)	52 (8.3%)	49 (8.0%)
アルコール	27 (6.1%)	38 (8.1%)	45 (7.1%)	40 (6.5%)
薬物	6 (1.3%)	9 (1.9%)	10 (1.6%)	9 (1.5%)
その他精神疾患	71 (16.0%)	59 (12.6%)	95 (15.1%)	62 (10.1%)
思春期	18 (4.1%)	33 (7.1%)	32 (5.1%)	30 (4.9%)
こころの健康	40 (9.0%)	34 (7.3%)	57 (9.1%)	79 (12.9%)
その他	63 (14.2%)	80 (17.1%)	104 (16.6%)	143 (23.3%)
計	444 (100.0%)	468 (100.0%)	628 (100.0%)	613 (100.0%)

*「主な問題」の分類は、保健所精神保健福祉業務報告(年報)に基づく。

相談対象者の主な問題を見ると、「こころの健康」が増加しています。このことが、精神保健福祉士等相談員が対応する相談の増加につながっていると考えられます。

②ひきこもりに関する実態調査

「ひきこもり」は社会現象の一つで、その背景には様々な要因が考えられます。「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」(厚生労働科学研究費補助金こころの科学研究事業)では、統合失調症や気分障害等精神疾患の群、知的障害を含む発達障害と診断される群、パーソナリティ障害等を主診断とする群の3つに分類されています。「ひきこもり」の中には、統合失調症等精神疾患があり薬物療法など精神科医療を必要とする人が、3分の1程度含まれているという報告があります。



本市が平成 22 年(2010 年)度を実施した、15 歳から 39 歳の若者を対象とした「若者の意識に関する調査(ひきこもりに関する実態調査)」の結果、「ひきこもり群」と「ひきこもり親和群*」の推計値は以下のとおりでした。

*ひきこもり親和群：「ひきこもり群」と同じような意識傾向や考え方を持っている人。

◇ひきこもり群・ひきこもり親和群の推計値 (中間値)

	ひきこもり群		ひきこもり親和群	
	出現率	推計 (中間値)	出現率	推計 (中間値)
豊中市	2.01%	2,342 人	5.04%	6,222 人
国	1.79%	696,000 人	3.99%	1,550,000 人

本市の「ひきこもり群」の推計(出現率)は、国の調査結果とほぼ同じ水準でした。

③豊中市健康づくり計画中間評価及び第 3 期豊中市食育推進計画の策定にかかる市民アンケート調査：平成 28 年(2016 年) 実施

調査項目のうちメンタルヘルスに関連する設問の主なものは、以下のとおりです。

〈メンタルヘルス〉 (対象：16 歳以上の市民)

◇「メンタルヘルス」という言葉を知っていますか？

項目	割合
言葉の意味まで知っている	35.4%
意味は知らないが言葉は知っている	43.9%
言葉も知らない	18.9%
不明	1.9%

約 8 割の人が「メンタルヘルス」という言葉を知っていました。

◇この 1 か月にストレスによる心や体の不調はありましたか？

項目	割合
よくあった	7.1%
時々あった	29.7%
なかった	61.1%
不明	2.0%

「よくあった」、「時々あった」を合わせると、3 分の 1 の人がストレスによる不調があったと答えていました。



◇こころの健康のために心がけていることがありますか？ (複数回答)

項目	割合	項目	割合
規則正しい生活習慣を送る	48.3%	知識を持つ	15.9%
身近な人に相談する	33.5%	専門機関を受診する	7.9%
ストレス対処法を身に付ける	33.2%	その他	1.3%
孤立・孤独を防ぐ	23.2%	心がけていることはない	18.1%
自分は大切な存在であるという 自覚を持つ	19.0%	不明	2.0%

規則正しい生活習慣や相談、ストレス対処に心がけている人の割合が高くなっています。それに比較して、孤立・孤独の防止や自分は大切な存在であるという自己肯定感を持つ人の割合は低くなっています。また、「心がけていることはない」という人も2割近くいます。

〈アルコール健康障害〉 (対象：16歳以上の市民)

◇1日の適性飲酒量を知っていますか？

項目	割合
知っている	33.5%
知らない	58.5%
不明	8.0%

◇ストレスを和らげるために飲むものは何ですか？ (複数回答)

項目	割合
安定剤	6.9%
睡眠剤	7.5%
アルコール	21.9%
どれも飲まない	66.2%
不明	2.7%

1日の適性飲酒量を知らない人が6割近くいました。また、2割の人が、ストレス解消の方法として飲酒していることがわかりました。

〈産後のメンタルヘルス〉 (対象：0～5歳児を持つ保護者)

◇マタニティーブルーになったときにどこに相談しましたか？ (複数回答)

項目	割合	項目	割合
家族	57.5%	心療内科・精神科	0.8%
友人	33.9%	その他	2.4%
保健センター・保健所	7.9%	相談先がわからなかった	5.5%
産婦人科	4.7%	相談しなかった	22.8%

マタニティーブルーになった時の相談先としては、約6割の人が家族と答えています。保健センターや保健所、医療機関に相談する人は少ないことがわかりました。どこにも相談しなかった人が約23%、相談先がわからなかった人が約6%いました。



〈子どものメンタルヘルス〉 (対象：小学6年生または中学3年生を持つ保護者及び本人)

◇不安や悩みはありますか？

項目	割合
ある	13.7%
少しある	31.0%
ない	52.9%
不明	2.3%

◇不安や悩みがある人で、不安や悩みで体の調子が悪くなることがありますか？

項目	割合
よくある	8.0%
ときどきある	43.2%
ない	48.3%
不明	0.6%

半数近くの子どもが、不安や悩みが「ある」と答えています。そのうち半数を超える子どもが、不安や悩みで体調が悪くなることが「ある」（「よくある」「時々ある」の合計）と答えています。

◇不安や悩みを相談できる場所はどこですか？

(複数回答)

項目	割合	項目	割合
ともだち	66.4%	インターネットなどの相談コーナー	1.5%
家族	66.2%	その他	1.3%
学校の先生	20.9%	学校以外の相談場所	1.0%
病院・医院	3.1%	相談したいが相談先がわからない	2.5%
スクールカウンセラー	1.8%	誰にも相談したくない	10.7%

子どもの相談先としては、3分の2がともだちや家族と答えています。一方、誰にも相談したくないと答えた人が1割いました。

(3) 自殺者

平成24年(2012年)以降の自殺者数は、以下のとおりです。様々な取組みをしていますが、年間50人以上の人が自殺で亡くなっています。

平成27年(2015年)の自殺者54人の内訳を見ると、女性より男性が多くなっています。また、年代では60歳以上が多いことがわかりました。また、動機では、健康問題、経済・生活問題、家庭問題の順で多くなっています。

①自殺者数

(人)

	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年
豊中市	58	71	61	54
大阪府	1,740	1,578	1,586	1,278



②平成 27 年(2015 年)の自殺者 54 人の年齢と動機

(人)

年齢区分(歳)		～19	20～29	30～39	40～49	50～59	60～69	70～	合計
自殺者数		0	8	6	10	5	12	13	54
(内訳) 男/女		0/0	5/3	4/2	10/0	1/4	6/6	9/4	35/19
動 機 (複 数 選 択)	家庭問題	0	1	2	1	0	6	1	11
	健康問題	0	3	3	7	4	10	8	35
	経済・生活問題	0	3	1	3	0	4	4	15
	勤務問題	0	4	1	4	0	1	1	11
	男女問題	0	1	1	0	1	0	0	3
	学校問題	0	1	1	0	0	0	0	2
	その他	0	0	0	0	0	0	3	3

*原因動機は一人3件まで計上しているのので、自殺者数と一致しない。

2) 庁内関係課及び関係団体のヒアリング、アンケート調査

市民生活にかかわる行政窓口や民間支援機関等に対してヒアリングやアンケート調査を実施し、各機関が把握あるいは感じている市民のメンタルヘルスの現状やニーズ、ならびに各機関が抱える課題、専門機関として設置した保健所に求める役割等について意見を得ました。

(1) 庁内関係課

視 点	ヒアリング対象課	
人権侵害と メンタルヘルス	人権政策課	
就労困難者・若者の メンタルヘルス	市民協働部	くらし支援課
保健・福祉の対象者の メンタルヘルス	健康福祉部	地域福祉課、福祉事務所、障害福祉課、高齢者支援課、保健医療課、保健予防課、健康増進課
子どもと親の メンタルヘルス	こども未来部	こども相談課（子育て支援センター）
児童・生徒の メンタルヘルス	教育委員会	人権教育課、学校教育課、児童生徒課

①メンタルヘルス問題の広がり

健康、高齢者、障害者、生活保護、母子・子育て、雇用労働、教育等市民生活にかかわる各分野において、支援を要する問題の背景にメンタルヘルスの問題が存在する割合が増加しているということがわかりました。



②支援者の正しい理解や知識、資源等情報の不足

行政職員や民間支援機関等は各分野に関する知識や技術の向上に努めていますが、メンタルヘルスに関する正しい知識や市民が必要とする専門的な支援技術は十分とはいえない状況でした。また、メンタルヘルスに関連する専門機関等社会資源の情報や活用方法がわからないという状況がありました。

③保健所の機能や役割の認知が不十分

中核市保健所を設置して5年が経過しますが、メンタルヘルスにかかる専門機関としての機能や役割が、市民や事業主はもとより関係部局・機関、福祉や介護等サービス提供事業所等にも十分認知されておらず、活用が図られないまま、それぞれの機関が問題解決に苦慮していることがわかりました。役割が明確な医療や福祉に比べ、「保健」の役割が見えにくくもいえます。

④こころの不調や疾病を予防するための取組みの必要性

各関係部局におけるメンタルヘルスの問題の増加から、メンタルヘルスの不調をできるだけ未然に防ぐことが求められていました。特に、若者や成人を支援する機関からは「子ども時代に」、学齢期を支援する機関からは「乳幼児期に」、適切な環境や支援があれば問題の多くは予防できるという意見がありました。

生涯を通じたメンタルヘルスのためには、自分自身を大切に、様々なストレスに対処できる技術を身につけるとともに、不調を感じたら早い段階で気軽に誰かに相談するという力を備えることが重要です。そのためには、生まれた時から高齢になるまで、それぞれのライフステージ、それぞれの健康のレベルに応じて、予防的な視点、取組みが求められます。

⑤連携と切れ目ない支援

相談窓口によっては、メンタルヘルスに関わる治療や回復支援を行う医療機関や自助グループ、回復施設等の詳しい情報、ならびに連携方法を知らないために、市民に必要な支援に繋がっていないことが考えられます。特に、支援が必要となる問題の多くは、まず本人を取り巻く家族の悩みや心配、こころの不調として現れますが、子どもや障害者、高齢者など支援の対象が規定されている行政窓口や民間支援機関、医療機関では家族に対する十分な支援が行えるとは限りません。

また、ライフステージの各段階に関わるそれぞれの機関は、それぞれの役割の中で支援の充実に努めていますが、市民一人ひとりの生涯を通じたメンタルヘルスを見据え、その時期に必要な予防的な支援が十分に行えているとはいえません。

生涯を通じたメンタルヘルスのために必要な相談や治療、回復支援を行うためには、保健所を単なる相談窓口にとどめず地域連携の機能を持った相談拠点と位置づけ、行政、医療機関・民間支援機関・自助グループなど、関係機関相互の情報共有と連携体制を構築し、本人ならびにその家族に対する切れ目ない支援を提供することが必要です。



(2) メンタルヘルスにかかわる関係団体

視 点	関係機関等	手 法
子どもや養育者のメンタルヘルス	市立学校園養護教諭（40 校園）	アンケート調査
若者のメンタルヘルス	とよなか若者サポートステーション	アンケート調査・ヒアリング
女性のメンタルヘルス	とよなか男女共同参画推進財団	ヒアリング
働く人のメンタルヘルス	豊中商工会議所	ヒアリング
高齢者と家族	地域包括支援センター（7 施設）	アンケート調査
精神疾患をもつ人と家族	訪問看護ステーション（29 施設）	アンケート調査
地域住民のメンタルヘルス	豊中市社会福祉協議会	ヒアリング

①メンタルヘルス問題の増加

各支援機関が、それぞれの支援対象者にメンタルヘルスの不調を抱えている人が増加していると感じていることがわかりました。明らかな精神症状だけではなく、こころの不調が身体症状として表れている場合や、ひきこもりや問題行動、周囲とのトラブルという形で表れていることも多くなっています。

また、直接の対象者だけでなく、子育てや看護、介護を担っている家族にメンタルヘルスの不調等が現れていることもわかりました。

②子ども・若者のメンタルヘルス

メンタルヘルスの不調の背景には、友人や家族等との人間関係、自己肯定感の低さ、居場所や人とのつながりががないことによる孤独、個々の能力や特性を超えて求められる期待などに対するストレスなどが多く見受けられます。

③女性のメンタルヘルス

メンタルヘルスの不調の背景には、DV*などの人権侵害によるストレスや、就労環境の問題が見受けられます。そして、たとえそれらの問題から抜け出しても、その後の経済的問題、孤独などから精神疾患に移行する場合があります。

特に、夫の定年退職に伴い深刻化する DV や、職業をもつ女性が退職に伴うライフスタイルの変化をきっかけとしてメンタルヘルスの不調をきたす場合も多く見受けられます。

本市の特徴として、いわゆる「転勤族」が多く、地域とのつながりや情報が不足する中で孤独な子育てがストレスとなって不調をきたしている人も多く見受けられています。

*DV (domestic violence) : ドメスティック・バイオレンス。明確な定義はないが、日本では「配偶者や恋人など親密な関係にある、又はあった者から振るわれる暴力」という意味で使用されることが多いです。

④高齢者のメンタルヘルス

高齢者のメンタルヘルスの問題の背景には、第一に独居や家族がいても家庭内での孤立、



家族以外の他者との交流がないこと、その他、生活困窮や貧困などの問題、病気の悩みなどが指摘されています。また、退職後に社会参加の機会が減少し、メンタルヘルスの不調をきたす場合が少なくありません。本人や家族、地域の、認知症を含む精神疾患への理解が不十分であることも関係しているといわれています。

また、精神疾患やアルコール依存症が、未治療あるいは治療を中断したまま長期にわたって経過し、問題が重症化・複雑化した結果、家庭内や近隣とのトラブルとして顕在化する場合も多くなっています。

⑤家族のメンタルヘルス

子どもやひきこもりの若者を世話する家族、障害者や高齢者を介護する家族、精神疾患のある人と生活する家族など、家族自身の日々の役割に加え、責任や緊張等のストレス、将来に対する不安等から心身ともに疲弊し、こころの不調からうつ病等精神疾患に移行している人が多く見受けられます。

以前は女性が担うことが多かった養育や介護ですが、最近では、仕事を辞めて老親や配偶者の介護に携わる男性の増加とメンタルヘルスの問題が課題となっています。

⑥中小企業におけるメンタルヘルス

本市の事業所の9割は中小企業です。グローバル化^{*1}が進んだことで企業は生産性を上げようとしませんが、設備投資が困難な中小企業は労働者に投資することになります。しかし、メンタルヘルスの問題で労働者のパフォーマンスが低下すると、容易に経営に影響します。勤務問題等を原因とする自殺や精神疾患などが労働災害と認定された場合は、事業の継続事態が困難になります。事業主にとって、経営とともに労働者とその家族の生活に対する責任は大きなストレスであり、メンタルヘルスの不調やうつ病、自殺のリスクは高いといえます。一方、労働者もメンタルヘルスに不調をきたしても、離職への不安から不調を否認し、受診につながりにくい傾向があります。

現在、厚生労働省は「健康経営^{®*2}」を推進していますが、特に、ストレスチェック制度が義務付けられていない労働者50人未満の企業におけるメンタルヘルス問題への対応が求められているといえます。

^{*1} グローバル化：従来の国家や地域の垣根を越え、地球規模で資本や情報のやり取りが行われること。

^{*2} 健康経営[®]：従業員の健康増進を重視し、健康管理を経営課題として捉え、その実践を図ることで従業員の健康の維持・増進と会社の生産性の向上をめざす経営の手法のこと。

⑦メンタルヘルス問題への対応力

いずれの機関も、メンタルヘルス問題への対応、特に重症化・複雑化した問題への対応に苦慮していることがわかりました。特に、支援対象者の家族(子どもの場合、親など)への支援の困難さが見受けられました。また、アルコール依存症やひきこもり、自殺念慮等への対応に関して、従事者の専門的な知識・技術の習得を求めていることがわかりました。

一方、各機関が担当する問題の予防や回復を支援するために、例えば人とのつながりづく



りや居場所づくりによる孤立予防、自己肯定感の醸成などについて業務の範囲内で取組みが進められていることがわかりました。

また、保健所が市民や関係機関のためのメンタルヘルスに関する専門機関として十分認知されていないことがわかりました。今後は、支援機関の人材育成の一環として知識や技術等にかかる研修事業の活用や、個別支援において相談員との連携、協働事業の実施を図っていききたいという意見が多く得られました。

⑧情報の共有と連携

各機関から、メンタルヘルスに関する保健所の専門性や機能についての情報の不足が指摘される一方、役割を認識したうえで今後の活用、連携への期待が示されました。

また、それぞれの機関がもっているメンタルヘルスに関する課題の共有とともに、孤立防止や早期発見・早期対応などの仕組みなど各機関が抱える問題に共通する必要な取組み、ならびに個別支援における教育・労働・福祉・医療等各分野の官民を超えて連携できる仕組みづくりが求められていました。特に、企業と行政、学校と地域、地域と保健・医療機関との連携が課題であることがわかりました。

さらに、支援を行う機関間の連携のみならず、市民一人ひとりがメンタルヘルス問題に対する誤解や偏見を解消し、人とのつながりを大切にするなど、メンタルヘルスのために必要な行動がとれるよう社会全体の意識改革が必要であるという意見も得られました。

3) 市内精神科医療機関等の状況

(1) 精神科医療機関

種 別	施 設 数
一般病院精神科	公立 1 施設 ※外来のみ 医療法人立 1 施設 ※外来のみ
精神科病院	社会医療法人立 1 施設 (455 床) ※大阪府指定認知症疾患医療センター 医療法人立 1 施設 (557 床)
精神科診療所	33 施設*

*大阪府医療機関情報システム 平成 28 年(2016 年)12 月 1 日現在

(2) 訪問看護ステーション

調査回答のあった 21 施設について、精神科訪問看護の実施状況と、平日以外の対応体制、24 時間対応体制のある施設の状況は以下のとおりでした。

項 目	施設数
精神科訪問看護実施	16 施設



内 訳 (延件数)	土曜日対応あり	6 施設
	土・日曜日対応あり	4 施設
	24 時間 連絡体制あり	8 施設
	24 時間 対応体制あり	11 施設



3 豊中市の取組み

平成 24 年（2012 年）4 月に保健所を設置して以来、メンタルヘルスにかかわる専門的機関として各種取組みを展開してきました。

平成 28 年（2016 年）度実施事業は以下のとおりです。

(1) すべての人が、生涯を通じて良好なメンタルヘルスであるための取組み

市民一人ひとりがメンタルヘルスに関心を持ち、自身や家族、周囲のこころの健康を守る行動がとれるように、啓発や正しい知識の普及を図っています。特に、うつ病対策としてストレス対処スキルの向上を目的とした「こころのスキルアップ・トレーニング」の他、精神疾患の好発年齢でもある思春期のメンタルヘルスに関連する講座に力を入れています。

また、電話や来所などが困難な人でも利用しやすいよう、インターネットで簡単にこころの状態が判定でき、相談窓口を案内する「こころの体温計」を実施しています。

事業等	内容	主な対象
■講座・講演会	メンタルヘルスにかかわる各種テーマについて講師を招いて開催。	市民等
■出前講座	希望に応じて専門職が地域に出向き講義。 ＜メニュー＞ 「こころのスキルアップ・トレーニング」、「こころの病について」、「上手なお酒の飲み方～お酒を飲む人・飲まれる人～」、「ひきこもりの理解と対応方法について」、「薬物依存の理解と支援」 など	市民・関係団体等
■メンタルセルフチェック 「こころの体温計」	パソコンやスマートフォンからアクセスし、簡単な入力で今のこころの状態やストレス度を判定。簡単なアドバイスと相談窓口を案内。	市民等

(2) メンタルヘルスに不調を抱えた人が、疾病や重症化を防ぐための取組み

生活に支障をきたすようなこころの状態を早期に発見し、適切な助言や指導で疾病に移行することを防いだり、必要に応じて適切な医療に繋ぎ早期の回復を図ります。



特に、アルコール依存症を予防するために、その予備軍である多量飲酒者に対して予防的な節酒指導を行っています。

事業	内容	対象
■こころの健康相談 (精神保健福祉相談)	精神保健福祉相談員や保健師、精神科医、臨床心理士等が、電話や面談、家庭訪問などで相談に対応。必要に応じて関係機関と連携しながら継続的に支援。	市民・支援機関等
■ブリーフインターベンション&HAPPYプログラム* (集団節酒指導)	健康な生活を取り戻すためにお酒を減らしたい人が、認知行動療法の手法を用いて個々の節酒目標に取り組むプログラム。	多量飲酒者等お酒を減らしたい人

*ブリーフインターベンション&HAPPYプログラム：ブリーフ・インターベンション (Brief Intervention) とは、生活習慣の行動変容を目指す短時間の行動カウンセリング。HAPPY プログラムは、独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センターが開発した肥前式アルコール関連問題早期介入プログラム。(HAPPY=Hizen Alcoholism Prevention Program by Yuzuriha)

(3) 精神疾患に罹患しても、必要な治療の継続を支援し回復を促すための取組み

精神疾患に罹患しても、それまでの家庭や社会への参加・活動が可能な限り維持継続できるよう、早期治療によって重症化を防いだり、適切な治療を継続することで入退院を繰り返すことがないように、本人や家族等を支援しています。

また、精神保健福祉法に基づく入院のほか、医療観察法に基づく「地域処遇」、薬物依存のある刑務所出所者等の薬物依存からの回復と社会復帰を目的とした「地域支援」では、医療との連携はもとより、本人や家族の地域生活を支える福祉サービスや地域のサポート等との連携を図っています。

事業等	内容	対象
■受療・治療継続のための相談支援 (再掲)こころの健康相談	通院や入院など個々に応じた適切な医療の確保。在宅において受診や服薬を中断しないよう、医療機関や訪問看護等との連携による、面接や家庭訪問等継続支援。	通院入院治療を受けている人で支援の必要な人
■精神科病院等から地域生活への移行支援 (再掲)こころの健康相談	精神保健福祉法による入院からの退院支援や、医療観察法による地域処遇、薬物依存のある刑務所出所者等の地域生活支援など、精神疾患やアルコールや薬物等の依存症からの回復と社会復帰、地域生活の継続を支援。	退院に向けて支援が必要な人
■家族教室	回復を促すための家族に対する病気の理解や関わり方の学習の場の提供。(うつ病、ひきこもり、統合失調症等)	精神疾患のある人の家族等



(4) 精神疾患に罹患した人が社会でいきいきと活躍するための取組み

精神疾患に罹患した人の多くは、その症状の特性に加え、精神疾患に対する無理解や偏見から孤立しがちで、一度社会への参加や活動が困難になると自信を失い、夢や希望を諦め、社会からひきこもってしまう傾向があります。生活習慣病と同じように病気と付き合いながら、一人ひとりがもつ力や当事者としての価値を發揮し、それぞれが望む暮らしを実現できるよう応援するとともに、共生社会の実現に向けた啓発活動を行っています。

事業	内容	対象
■「リカバリー・プロジェクト」	精神疾患をもつ人が、病の体験を社会に役立てるための知識やスキルを身に付ける講座。	精神疾患を持つ人
■「心音(こころね)」の育成支援	「リカバリー・プロジェクト」修了者で立ち上げたグループ「心音」の組織育成と活動の支援。	プロジェクト修了者
■啓発講座	精神疾患や障害に関する理解促進のための講座。当事者講師の活動の場の提供。	市民・団体・行政機関等
■障害者職場体験実習事業受け入れ	実習場所の提供と支援。	一般就労をめざす障害者

(5) 精神疾患に罹患した人の家族がいきいきと暮らすための取組み

精神疾患に罹患した人の家族は、症状の複雑かつ多様さや治療の長期化等から精神的、心理的、経済的にも大きなストレスを持っています。また、病気に対する社会の無理解や偏見から家族自身も孤立しやすく、うつ病や自殺のハイリスク者（危険性が高い人）でもあります。家族が自分らしくいきいきと暮らせるように、家族のメンタルヘルスを支えるための相談や同じ立場の家族が集う交流会などを実施しています。

事業等	内容	対象
■こころの健康相談	精神保健福祉相談員や保健師、精神科医、臨床心理士等が電話や面談、家庭訪問などで相談に対応。	精神疾患やひきこもりの人の家族
■家族交流会	家族教室での家族交流の場。ひきこもり家族交流会。	ひきこもりの家族
■家族会との連携	家族教室での家族会情報の提供など。	市内家族会

(6) 追い込まれた死、自殺を防ぐための取組み

自殺は個人の問題だけではなく社会環境要因が複雑に絡み合っただけの追い込まれた死ですが、その中で、個人のメンタルヘルスへの予防的働きかけとして、ストレスの対処方法を普及したり、



どのような理由であれ悩みや不安は誰かに相談することの大切さを啓発しています。特に、精神的にも未熟で個人的にも環境的にも変化が激しく、また、いじめや人間関係等の問題が起りやすい思春期を対象に取組みを強化しています。

また、うつ病や自殺に陥る危険性の高い自死遺族や妊産婦、LGBT*などマイノリティー（社会的少数派）の人に対する相談や知識の普及・啓発を行っています。

*LGBT（エル・ジー・ビー・ティー）：女性同性愛者（Lesbian）、男性同性愛者（Gay）、両性愛者（Bisexual）、性同一性障害を含む性別越境者（Transgender）の人々を意味する頭文字。

事業等	内容	対象
■こころの健康相談	妊産婦のうつ病やLGBT等生きづらさを原因とするうつ病を早期発見し支援。	こころの不調がある人
■いのちの相談支援	自殺未遂者の再度の自殺を防ぐため、本人に寄添い問題の解決に向けて支援。	自殺未遂者のうち相談を希望する人
■自死遺族相談	大切な家族を自死で亡くされた人のこころの相談。	自死遺族
■グリーフケア講座 ・わかちあい	大切な人と死別した人が、悲嘆からうつ病や自殺に移行しないための知識の普及と、わかちあいの場の提供。	家族等と死別してこころの不調がある人
■いのちの授業	心身や環境の変化が大きく悩みの多い思春期の中学生・高校生を対象に、朗読劇や音楽を通して命の大切さや必要な時にSOSを出せる、また仲間のSOSに気づき、声を掛けられるように啓発。	中学生・高校生

（7）メンタルヘルスの不調や精神疾患のある人が、いつでもどこでも適切な支援が得られる、こころがつながる地域づくり

メンタルヘルスの不調やうつ病等精神疾患、ひきこもり状態にある人は、そのこころの状態から、原因となっている問題の解決策を見いだせなかったり、自らの状態を適切に判断し、他者にSOSを発信できない場合が多いことから、精神疾患の重症化や自殺を防ぐためには周囲が早い段階でその変調に気づき、回復を促す適切な関わり方を身に付けておくことがとても重要です。

正しい知識や技術を身に付けた職員や支援者、地域住民が増えることで、市民はメンタルヘルスに不調をきたしても、いつでもどこでも安心して暮らすことができます。

事業等	内容	対象
■支援者向け研修	メンタルヘルスの不調に気づくために必要な知識の普及と、適切な支援の方法等についての研修。また、アルコール依存症やひきこもりの人に対する治療的な関わり方等についての専門的な研修。	保健や福祉、介護等従事者



<p>■ゲートキーパー* 養成</p>	<p>「死にたい・死ぬしかない」と思い詰めている人に気づき、声をかけ、傾聴し、適切な支援機関に繋ぐ「ゲートキーパー」を養成。市職員をはじめ市民生活にかかわる支援者、市民を対象に講座を実施。</p>	<p>市民、保健・福祉・介護等関係機関職員</p>
-------------------------	--	---------------------------

*ゲートキーパー：自殺の危険を示すサインに気づき、適切な対応（悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を聞いて、必要な支援につなげ、見守る）を図ることができる人のことで、言わば「命の門番」とも位置付けられる人のこと。

4 課題

国の統計が示すように、本市においても精神疾患で通院している人の数は年々増加しています。こころの健康相談を利用される人以外にも、行政の各種窓口において、治療を受けていないが不調を抱えている人が多数存在することもわかりました。さらに、追込まれた死である自殺は後を絶ちません。

【重症化・固定化、背景にある病気の認識欠如や家庭内の抱え込み】

こころの健康相談を利用する段階では、すでに病気やひきこもりなどの状態が重症化、固定化し、家族や周囲が対応に苦慮するほど問題が複雑化している場合が多く見られます。自傷他害（自分を傷ついたり相手を傷つける）のおそれがあるほど症状が悪化し、警察の介入を経て、知事権限で入院治療につながる場合もあります。背景には、本人や周囲が病気と気づけなかった、また病気と気づいてもどのように対応すればよいか適切な方法を知らなかった、あるいは周囲に知られないよう問題を家庭内に抱え込んでいたといった状況が見受けられます。

【回復後の退院・地域生活移行の困難、人権侵害などの社会的要因による孤立・再入院】

一方、治療につながった人の中には、入院の必要がない状態まで病状は回復しても、心身ともに疲弊した家族が退院を承諾しない、あるいは住まいが確保できない、必要な生活支援サービスが整っていないなどの理由で退院できない人がいます。また、退院したとしても、孤立や生活リズムの崩れから再び病状が悪化し再入院を繰り返す人もいます。

精神疾患に罹患した人の多くは、本来の性格傾向に加え、虐待やいじめ、疾患に対する差別などの人権侵害、家庭や学校、職場等での人間関係の中で自尊心や自己効力感*を失い、人に助けを求めることができず、孤立し、働くことや生活を楽しむという力を失っています。生涯を通じて4人に1人が精神疾患に罹患するという時代です。精神疾患に罹患した人が様々な活動や参加を制限されたり自ら断念するといったことは、一人ひとりの生きる権利を奪うことであると同時に、社会にとって大きな損失となります。

【他人事を「我が事」に変える地域づくり、くらしとしごとを「丸ごと」支える地域づくり】

病気のある人もない人も、一人ひとりが社会を構成するかけがえのない大切な存在であること



を基本認識とし、支え合いの中でそれぞれが持てる力を発揮し、自分らしく生き生きと暮らせるまちが、本市のめざす姿です。一人ひとりのエンパワメントが、今後の超高齢社会において本市の大きな強みの1つとなります。

地域共生社会の実現に向けて、市民一人ひとりが精神疾患を我が事として理解すること、差別や排除の意識を取り除き、社会の中にそれぞれの役割を見出し、支え合っていくという地域・まちづくり、とりわけ「こころがつながる地域づくり」が必要となります。

メンタルヘルスに関連する各種データや関係者からの意見、保健所の取組みなどから、本市のメンタルヘルスに関する問題と課題を、以下のとおり整理しました。

*自己効力感：心理学用語。人が何らかの課題に直面した際、こうすればうまくいくはずだという期待（結果期待）に対して、自分はそれが実行できるという期待（効力期待）や自信のこと。

（１）背景としての低い自尊心（自己肯定感）

自尊心（自己肯定感）とは、ありのままの自分（自分らしさ）を尊重し受け入れるということです。自尊心が低くなると、自身の能力や気持ちを信じることができず、生活や人間関係、仕事等においてさまざまな困難をもたらすほか、アルコールや薬物、ギャンブル等の依存症や摂食障害、ひきこもり、うつ病など精神疾患を引き起こすこともあります。このことは、こころの健康相談だけでなく教育や就労等の相談においても明らかです。

安定したこころの状態とは、知性と感情と意思という三つの要素のバランスが保たれ、自分らしさが育っていることです。そして、こころは、親や家族とのかかわりを基本に異年齢や同年齢との人間関係の広がりの中で、自分らしさを感じ認めることで育っていきます。しかし、社会環境や生活スタイルの変化、個々のコミュニケーション力の低下等によって親子や他者との適切な人間関係が減少することで、自尊心が育ちにくい、あるいは低下しやすくなっているといえます。

家庭や学校、地域において、自尊心を育み高めるための環境づくりが求められています。

（２）精神疾患や自殺に対する誤解や偏見

各種法制度の改正や啓発の推進に伴い、精神疾患や精神障害、自殺に対する理解は少しずつ進んできましたが、まだ根強い偏見、誤解が残っています。

そのため、本人や家族、周囲が精神疾患であることを認めることができず相談や受診が遅れたり、周囲も症状としてではなく問題行動や迷惑行為ととらえ、手を差し伸べるのが遅れてしまう傾向があります。その結果、病気が進行・重症化し、問題が家庭や地域に拡大するなど複雑化すると、支援機関が介入しても解決に時間を要することになります。また、家庭や学校、職場、地域から排除され、精神疾患は回復しても元の暮らしに戻ることができず長期入院を続けたり、地域の中でも孤立している人や、家族を自殺で亡くした人はつらい気持ちを誰にも話せないまま孤立し、こころの不調をきたす人もいます。



共生社会の実現に向け、病気をもつ本人や家族も含め全ての人が、精神疾患は生活習慣病と同じように誰でも罹りうる身近な病気であること、そして自殺は追い込まれた死であることを正しく理解し、互いの存在を認め助け合える関係がつけられるよう、正しい知識の普及と啓発が一層求められます。

(3) 精神疾患に罹患することによる社会参加や活動の低下

精神疾患に罹患した多くの人は、その症状のつらさとともに、病気によって家庭や学校、職場や地域における役割が果たせなくなったり、病気に対する差別や偏見から、自信や自尊心を失いパワーlessness*な状態になっています。それによって社会等への参加や活動が困難となり孤立すると、さらに自信を失い病状の悪化にもつながるといった悪循環に陥ります。精神疾患をもつ人のエンパワメント（自尊心や自己決定力の回復など）によって、病気があってもそれぞれが持っている能力を発揮することは、本人にとっても社会にとっても重要なことです。

エンパワメントのためには、精神疾患をもつ人への啓発とともに、家庭や学校、職場等への復帰に向けた個別の相談や、社会全体の理解と支援が必要です。こころの健康相談では、1対1の関係のなかで自信や自尊心を回復しエンパワメントを図る支援を行いますが、その関係を少しずつ広げていくことが課題になります。同じ悩みや問題をもつ人同士が安心して集いつながり支え合う「わかちあいの場」や、地域の中で誰もが安心して集える居場所づくりが求められています。

*パワーlessness：自分の気持ちで物事を決定する機会をうばわれ続けるなどの結果、自分の人生に影響力行使する力、自己の価値を認め表現する力、社会的な生活を維持・統制するために他者と行動する力、公的な意思決定メカニズムに関与する力を失った状態。

(4) 孤立とソーシャルサポート（社会的支援）の不足

孤立や孤独は、人の精神にさまざまな変調をもたらします。様々な分野の相談や支援のなかで、社会とのつながり、人との関係、コミュニケーションの大切さが指摘されています。

高齢者が訴える妄想などの症状の背景に孤立や孤独がある場合が多々あります。また、若者では、様々な問題を誰にも相談せず一人で解決しようと、自傷行為やアルコール・薬物などに依存している人がいます。家庭や地域での孤立や孤独が病状の悪化につながり、入退院を繰り返すなど治療が長期化することもあります。自殺は、動機となる様々な問題を誰かに相談することなく一人で抱えこみ、追い込まれた状況で選択せざるを得なかった唯一の解決方法です。また、核家族化や高齢単身者の増加に加え、転出入の割合が高いことが本市の特徴ですが、その中で子育てや介護を担う人は、さまざまな社会資源情報を得ることができず、またコミュニティとのつながりが希薄であると、孤立・孤独からこころの不調やうつ病等精神疾患を発症するリスクが高いといえます。

すべての市民のメンタルヘルスにとって、孤立の防止、人とのつながりづくりが重要な課題です。あらゆる分野において市民への啓発を進めるとともに、支援を必要とする人に対する各分野での相談支援やつながりづくりを含むソーシャルサポートの整備・充実が急務です。



(5) 人権(侵害)問題

こころの不調や精神疾患の背景に、いじめや虐待、DV、差別、犯罪など人権侵害の問題が大きくなっています。これらのできごとに伴う急性あるいは慢性的なストレスは、被害者のこころに深く大きな傷を残し、その後の社会生活において様々な障害を残すこととなります。また、最悪の場合は自殺につながる恐れもあります。

いじめや虐待、DV等の件数は年々増加していることから、それぞれの分野において対策を進めていく必要があります。また、予防啓発により社会全体で早期発見、早期対応に取り組むことで被害をできるだけ小さくするとともに、被害者のこころのケアも重要な課題です。

(6) メンタルヘルスに対する関心や知識の不足

メンタルヘルスのためのさまざまな講座や講演会を開催しても、参加者は多くありません。日々の生活を支障なく過ごせているときには、こころの不調や精神疾患の心配をする人は少なく、関心は低いかもしれません。しかし、メンタルヘルスは、「病気でないこと」「病気を予防すること」だけが重要なものではありません。例えば、十分な睡眠をとる、ストレスにうまく対処する、孤独を避け人とのつながりを大事にするなど、日々の生活の中でのセルフケア（自己管理）によってメンタルヘルスが良好に保たれ、一人ひとりの暮らしがより生き生きと満足できるものになります。このような、メンタルヘルスについての正しい理解を普及啓発することが重要です。

一方、精神疾患の原因はまだ十分解明されていないことも多く、個人の努力だけで予防できるものではありません。また、初期症状は、不眠や食欲不振、だるさや疼痛などの身体的な変化や、気分の落ち込み、集中力や意欲の低下などの精神面の変化、ひきこもりや暴力などの行動面の変化など多様で、身体の病気なのか、個々の性格や気分、嗜好や生活習慣の問題なのか、本人も周囲も判断が難しくこころの問題として気づきにくいのが特徴です。実際、精神科医療を受診するまでに内科を何か所も受診したり、子育てや介護、就労や生活面の相談から保健所等の専門機関につながる人が多く見受けられます。生活習慣病などと同じように、うつ病など精神疾患の特徴について正しい知識をもつことが、早期発見につながります。

また、すでにこころの不調がある人や、自尊心が低下した人の場合、自ら誰かに相談するという行動がとれない傾向があります。病気に関する知識と同様、気持ちがつらくなったときは一人で抱え込まず、誰かに援助を求める行動がとれるような教育や環境づくりが重要になっています。

(7) 社会資源等情報の不足

関係機関や行政内部においても、保健所の存在や業務内容（公衆衛生、特に精神保健）が十分認知されておらず、活用が図られていないことがわかりました。市民においても同様の問題が予測できますが、本市の場合、精神科病院や診療所など医療資源が豊富で、また健康意識が高く知識が豊富な人にとっては、保健所を活用するより医療機関への受診が身近であるとも考えられます。こころの健康づくりや病気の予防などについての身近な専門機関として保健所の機能を広く周知し、活用されるよう努める必要があります。同時に、市民のセルフケアを支援するためのデ



一タや知識、取組み等の情報発信が必要です。

また、「どこに相談すればよいかわからない」という人もいることから、こころの不調の原因となっている悩みや不安に対応する相談窓口や支援機関など、保健所以外の社会資源についても情報発信していくことが求められています。

自ら情報を入手するのが困難な人にとって、身近な支援者を通じた情報収集が重要になります。また、若者や働く世代、高齢者など、対象者の生活スタイルに応じた情報発信のあり方について、様々な角度で検討する必要があります。

(8) 地域生活支援の不足と支援の切れ目

退院可能な状態になっても地域に帰れず長期の入院生活を余儀なくされている人がいます。精神疾患による生活障害があっても、通院医療を受けながら当たり前のように地域での生活ができるよう、公的な福祉や介護サービスはもとより、地域の見守りや声かけ、助け合いなど、地域生活支援の充実が求められています。

また、こころの不調や精神疾患は、時期によって状態が変化したり、治療が長期にわたる場合があります。乳幼児期や学齢期、若者や働く世代、高齢者等ライフステージごとに、またその中でも、病院や施設、地域で支援の中心となる機関が変わります。それぞれの時期や場所にかかわる機関間の連携不足により治療やサポートが途切れると、病状の悪化や回復を損なうことにもなります。

一人ひとりの生涯を通じたメンタルヘルスをサポートするためには、子どもから高齢者までその時々に応じた指導や治療とともに、それらを継続する切れ目のない支援の仕組みが必要です。各関係機関の連携や協働を図るため、メンタルヘルスに関する専門的機関として、保健所の機能を強化する必要があります。

(9) 自殺対策を含む共生のネットワーク

精神疾患、特に生涯を通じて罹患する可能性の高いうつ病は、その発症の50%以上は社会環境が要因といわれています。失業や倒産、長時間労働、貧困、子育てや介護の負担等社会的要因は深刻な悩みを引き起こし、こころの不調からうつ病に移行し、自殺の危険をも高めることとなります。社会的要因の背景にある制度や慣行の見直しを進めることが求められていますが、まずは個人的要因や環境的要因の改善を図るために今できることを、行政、関係機関、民間団体、企業・事業者、市民がともに考え、協働して取り組むためのネットワークを構築することが求められています。

(10) 行政や民間関係機関等の対応力

こころの不調や精神疾患を抱える人の増加、包括的支援の必要性の高まりに対し、行政や民間支援機関等における相談・支援等の対応力の向上が求められています。

病気や症状を正しく理解し、偏見や誤解なく、適切な対応を行うための知識や技術を身に付け



ておくことが欠かせません。特に、自殺に関しては、本人から直接的な訴えはなくても、生活上の様々な困りごとの相談としてかかわる場合に、相手の精神的なつらさに共感し、自殺の兆候に気付き、寄り添い、傾聴し、適切な支援機関につなぐことができるよう、知識や技術の習得が重要です。また、アルコールや薬物、ギャンブル等の依存症については、病気という認識が不十分であるため、早期発見・早期対応がなされず病状が進行し、本人だけでなく家族や社会を巻き込む大きな問題に発展する場合があります。

精神科医療機関や保健所だけでなく、内科等の身体面の医療や、福祉、介護、教育、労働、消防や警察など各関係機関における対応力の向上や必要な研修等が求められます。

