

◆ 参考資料



策定会議

(1) 「(仮称)豊中市精神保健計画」策定会議名簿 (敬称略)

所 属 等		委 員
委員長 (健康福祉部長)		直川 俊彦
副委員長 (保健所長)		松岡 太郎
人権政策課長		高橋 明
市民協働部	くらし支援課長	槌谷 光義
健康福祉部	地域福祉課長	藤田 健一
	福祉事務所長	今井 誠
	障害福祉課長	垂水 剛
	高齢者支援課長	山本 貢司
(保健所)	保健医療課長	加嶋 隆
(保健所)	保健予防課長	岡本 里美
(保健所)	健康増進課長	細貝 徳子
こども未来部	こども相談課長	森 浩也
教育委員会	人権教育課長	石井 武
	学校教育課長	藤原 二郎
	児童生徒課長	野村 和生
アドバイザー (立命館大学総合心理学部教授)		川野 健治

(2) 「(仮称)豊中市精神保健計画」策定会議作業部会名簿 (敬称略)

所 属		補 職	委 員
人権政策課		企画係	久家 義晴
市民協働部	くらし支援課	就労支援係	山村 憲二
		就労支援係	豊山 祐子
		就労支援係	小川 英子



健康福祉部	地域福祉課	地域福祉係	係長	工藤 孝一	
	福祉事務所	北中部第1係	主査	高木 孝一	
		自立支援係	主査	林 克人	
		自立支援係		足立 育子	
	障害福祉課	相談支援擁護係	係長	河本 真樹	
	高齢者支援課	地域支援係	主事	前川 真美	
	(保健所)	保健医療課	保健企画係	主幹兼係長	山羽 亜以子
	(保健所)			副主幹	加藤 佐知子
	(保健所)	保健予防課	精神保健係	主査	田中 淳子
	(保健所)	健康増進課	中部母子保健係	主事	緑 典子
			健康支援係		浦 勇太
	こども未来部	こども相談課	発達支援係	課長補佐兼係長	出口 裕子
	教育委員会	人権教育課		主幹	大西 政光
学校教育課		保健体育係	主査	森山 泰子	
児童生徒課		教育相談係	係長	松波 朝子	

(3) 事務局

保健予防課 主幹	松浪 桂
保健予防課 主幹	松山 とも代
保健予防課精神保健係	川野 恵里
保健予防課精神保健係	上田 勲
保健予防課精神保健係	宇野 由紀子
保健予防課精神保健係	中島 麻衣子

(4) (仮称) 豊中市精神保健計画策定会議設置要綱

(設置)

第1条 豊中市の精神保健福祉の推進に関する施策を総合的かつ全庁的に推進する(仮称)豊中市精神保健計画(以下「計画」という。)を策定するため、(仮称)豊中市精神保健計画策定会議(以下「策定会議」という。)を設置する。

(所掌事務)

第2条 策定会議は、次の各号に掲げる事務を所掌する。

(1) 計画の策定に関し必要な調査審議を行うこと。



(2) その他計画の策定に必要な事項。

(組 織)

第3条 策定会議は、別表第1号に掲げる職にある者をもって組織する。

2 策定会議に、委員長及び副委員長を置く。

3 委員長は、健康福祉部長、副委員長は健康福祉部保健所長の職にある者をもって充てる。

4 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故あるとき又は委員長が欠けたときは、副委員長がその職務を代理する。

5 策定会議は、必要に応じて委員長が招集する。

6 委員長が必要と認めるときは、委員のほか関係者の出席を求め、その説明又は意見を聴くことができる。

(作業部会)

第4条 計画を詳細かつ具体的に調査及び検討するため、実務担当者による作業部会を置く。

2 作業部会委員は、別表第2号に掲げる課に所属するものの中から、所属長の推薦を受けたものをもって組織する。

3 作業部会に部会長を置き、部会長は委員長が指名する。

4 部会長が必要と認めるときは、委員のほか関係者の出席を求め、その説明又は意見を聴くことができる。

(任期)

第5条 策定会議委員及び作業部会委員の任期は、計画策定が終了するまでとする。

(庶務)

第6条 策定会議及び作業部会の庶務は、健康福祉部保健所保健予防課において処理する。

(その他)

第7条 この要綱に定めるもののほか、策定会議等の運営に関し必要な事項は、委員長が定める。

附 則

この要綱は、平成28年(2016年)6月10日から実施する。

(5) コラム執筆者

(敬称略)

COLUMN	章	執筆者	備考
1	第1章	立命館大学総合心理学部教授 川野健治	計画策定アドバイザー
2	第3章	桃山学院大学社会学部教授 栄セツコ	精神保健事業スーパーバイザー
3	第4章	市民 K. I.	
4	第4章	市民 T. A.	



5	第4章	市民 W. K.	リカバリープロジェクト・心音
6	第4章	市民 J. N.	
7	第4章	市民 Y. K.	あゆみあいネット
8	第5章	赤垣メンタルクリニック院長 赤垣伸子	精神保健福祉相談従事医師
9	第5章	ほっとメンタルクリニック院長 八尋美千代	精神保健福祉相談従事医師
10	第5章	小曾根病院院長 西元善幸	精神保健福祉相談従事医師
11	第5章	明石クリニック院長 明石恵司	精神保健福祉相談従事医師
12	第5章	さわ病院医師 渡邊治夫	精神保健福祉相談従事医師
13	第5章	関西記念病院ソーシャルワーカー 三好弘之	HAPPY プログラム スタッフ
14	第5章	さわ病院理事長 澤 温	自殺未遂者相談支援事業 スーパーバイザー



2 策定に係る意見聴取

(1) 策定会議・作業部会合同会議

日 程	主な内容
平成 28 年 6 月 24 日(金)	計画策定の趣旨と概要、スケジュールについて説明、意見交換
平成 28 年 7 月～9 月	作業部会委員へのヒアリング
平成 29 年 1 月 20 日(金)	素案の説明と意見聴取

(2) 関係機関・団体

日 程	機関・団体	主な視点	手 法
平成 28 年 9 月～12 月	市立学校園養護教諭	子どもと養育者	アンケート調査
	とよなか若者サポートステーション	若者	アンケート調査・ヒアリング
	とよなか男女共同参画推進財団	女性	ヒアリング
	豊中商工会議所	働く人	ヒアリング
	地域包括支援センター	高齢者と家族	アンケート調査
	訪問看護ステーション	精神疾患をもつ人と家族	アンケート調査
	豊中市社会福祉協議会	地域住民	ヒアリング



(3) パブリックコメント

本計画の素案について、豊中市意見公募手続に関する条例第4条に基づき、次のとおり市民等から幅広い意見の募集を行いました。

期 間	平成29年（2017年）2月15日（水）～3月7日（火）		
意見募集方法	<ul style="list-style-type: none"> ・市ホームページに素案を掲載。 ・市内12か所（市政情報コーナー、庄内出張所、新千里出張所、保健所、中部保健センター、千里保健センター、庄内保健センター、くらしかん、すてっぷ、教育センター、青年の家いぶき、障害福祉センターひまわり）に素案を配架。 		
意見提出方法	「意見提出用紙」を直接持参または郵送、ファックス、電子メール。		
結 果	意見提出者概要	人 数	2 人
		提出方法	電子メール（2人）
	該当箇所	対象者の区分	<ul style="list-style-type: none"> ・市の区域内に住所を有する者（1人） ・市の区域内に事務所又は事業所を有する個人及び法人その他の団体（1人）
			<ul style="list-style-type: none"> ・第5章「当面の重点テーマ」「1-(1)子ども・若者のメンタルヘルス」(1件) ・第5章「当面の重点テーマ」「1-(5)働く人のメンタルヘルス」(1件)

(4) 豊中市保健医療審議会

日 程	主な内容
平成 28 年 7 月 28 日(木)	計画策定の趣旨と概要、スケジュールについて説明、意見聴取
平成 29 年 2 月 24 日(金)	計画素案の説明、意見聴取





(1) 精神保健医療福祉政策の動き (第2章1の補足)

メンタルヘルスに関連する施策・制度等	その他関連する施策・制度等
1950年 精神衛生法制定	
1965年 精神衛生法改正	
1987年 精神保健法制定	1987年 障害者雇用促進法 (1960年身体障害者雇用促進法の改正)
1993年 精神保健法改正	1993年 障害者基本法制定
1995年 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 (以下「精神保健福祉法」) 制定	
	2000年 健康日本21 (第1次)
	2000年 障害者雇用促進法改正 (精神障害者の雇用義務化)
	2003年 健康増進法制定
2004年 精神保健医療福祉の改革ビジョン	2004年 発達障害者支援法
	2005年 障害者自立支援法制定
	2007年 自殺対策大綱制定
2011年 精神保健福祉法改正	2011年 障害者基本法改正
	2012年 障害者総合支援法
2013年 医療計画への精神疾患の追加。(「5大疾病」へ)	2013年 健康日本21 (第2次)
2013年 アルコール健康障害対策基本法制定	2013年 障害者差別解消法
2014年 良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針	2014年 過労死等防止対策推進法制定
2014年 摂食障害にかかる治療支援センター設置運営事業	2014年 労働安全衛生法改正
2014年 依存症治療拠点機関設置運営事業	
2015年 薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン	
	2016年 自殺対策基本法改正

1 精神保健医療福祉の改革ビジョン：平成16年(2004年)9月

「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本方向とともに、今後10年間に進める方向性が打ち出されました。特に、受入条件が整えば退院可能な者(約7万人)について、10年後の解消を図ることが示されました。

2 精神保健福祉法改正：平成25年(2011年)

精神保健福祉法(平成7年(1995年))は、障害者基本法を受けて、精神保健法の大改正によってできました。精神障害者福祉施策が法律に位置づけられ、「自立と社会経済活動への参加」が謳われ、精神障害者保健福祉手帳制度の創設、社会適応訓練事業の法定化、地域精神保健福祉施策の充実、市町村の役割などが定められました。

平成11年(1999年)の同法改正で、精神障害者の人権に配慮しつつ適正な医療及び保護を提供し社会復帰を推進するために、精神保健指定医の職務の適正化、精神医療審査会の機能強化がされました。医療保護入院等のために都道府県知事の責任によって適切な病院に移送することができる制度ができました。また、精神障害者地域生活支援センターが社会復帰施設に追加されました。

さらに在宅の精神障害者に対する福祉事業を市町村が中心となって推進する体制を整備することになり、平成14年(2002年)から精神障害者保健福祉手帳・通院医療費公費負担制度等の申請窓口が保健所から市町村に変わりました。精神障害者居宅生活支援事業(ホームヘルプ、ショートステイ、グルー



プホーム)が法定化され、市町村が担うことになりました。

平成 17 年(2005 年)改正では、障害者自立支援法が成立し、精神保健福祉法から障害者福祉に関することや通院医療に関することが削除され、障害者自立支援法の中に定められました。また、市町村における相談支援体制が強化されました。

平成 25 年(2013 年)改正では、医療保護入院が見直され、これまでの保護者の同意要件が外され、また医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談・指導を行う者(退院後生活環境相談員)の設置、退院促進のための体制整備などが病院の管理者に義務付けられました。

3 医療計画への精神疾患の追加。「5 大疾病」へ：平成 25 年(2013 年)

都道府県が作成する地域医療計画は、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の 4 大疾病に「救急」「災害時」「へき地」「周産期」「小児」の 5 事業を加えた「4 疾病 5 事業」ごとに病院の連携体制や数値目標を設定してきました。平成 25 年から 4 大疾病に新たに精神疾患が加えられました。その背景には平成 20 年(2008 年)の患者調査で、精神疾患の患者数が約 323 万人となり、糖尿病(約 237 万人)を大きく上回り、がん(約 152 万人)の 2 倍に上っていました。

4 アルコール健康障害対策基本法：平成 25 年(2013 年)12 月

同法は、アルコール健康障害対策の基本理念や国、自治体の責任などを定め、平成 26 年 6 月に施行されました。

同法制定の背景には、酒類に関する伝統と文化が生活に浸透している一方で、不適切な飲酒がアルコール健康障害の原因となり、さらにアルコール健康障害が本人の健康のみならず、家族等への深刻な影響や重大な社会問題を生じさせている状況があります。アルコール健康障害とはアルコール依存症その他の多量の飲酒、未成年者の飲酒、妊婦の飲酒等の不適切な飲酒の影響による心身の健康障害と規定されており、同法は、アルコール健康障害の発生、進行及び再発の各段階に応じた防止対策を適切に実施し、日常生活及び社会生活を円滑に営めるように支援するほか、飲酒運転、暴力、虐待、自殺等の問題に関する施策との有機的な連携を図るとしています。

5 良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針：平成 26 年(2012 年)

前項の精神保健福祉法改正を受けて、入院医療中心から地域生活を支えるための医療の実現に向けて、保健医療福祉に携わるすべての関係者がめざす方向性について、①精神医療の機能分化 ②居宅等における保健医療サービス、福祉サービスの提供 ③医療と保健福祉の従事者の連携などを定めました。②については、○外来医療の提供体制整備や連携 ○アウトリーチができる体制整備 ○精神科救急医療体制の整備 ○精神科と他の診療科の連携 ○障害福祉サービス事業者等との連携、居住支援などの推進が提起されています。

6 摂食障害にかかる治療支援センター設置運営事業：平成 26 年(2014 年)

拒食症や過食症などの摂食障害は、適切な治療を受けないと死に至ることもある深刻な病気です。近年、患者数が増えています。専門的な治療の体制が整っていないため、患者は行き場を失っています。国は治療や研究の拠点となる「治療支援センター」の整備を開始しました。

7 依存症治療拠点機関設置運営事業：平成 26 年(2014 年)

国は、アルコール、薬物の他、ギャンブル、ネットを含む依存症者が必要な治療を受けられていない現状を踏まえ、依存症の専門的な治療・相談が受けられるよう医療機関の整備や、全国で均一な治療を受けられるよう治療・回復プログラム等の開発を目的とした依存症治療拠点機関設置運営事業を平成 26 年(2014 年)度から開始しました。

8 薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン：平成 27 年(2013 年)11 月

危険ドラッグを含め、薬物依存は大きな社会問題となっています。その対策は政府の重要な課題の 1 つですが、薬物依存者等を対象とした刑の一部執行猶予制度が施行されました。薬物依存者の再犯(再使用)の防止に向けて、刑事司法期間だけでは難しく、保護観察所をはじめとした地域の医療や保健、福祉機関、民間支援団体が連携した取り組みが必要になっています。

刑の一部執行猶予制度によって、3 年以下の懲役・禁固が言い渡されるとき、判決で 1 年～5 年間の間



その一部の執行を猶予することができるようになりました。刑務所内における処遇と地域社会における処遇(保護観察)を併せることによって、今までにない処遇で再犯(再使用)防止の効果を高めようというもので、保健所をはじめとした関係機関の連携体制が問われています。

9 発達障害者支援法：平成 16 年(2004 年)12 月、平成 28 年(2016 年)改正

自閉症、アスペルガー症候群その他広汎性発達障害、学習障害、注意欠如・多動性障害などの発達障害をもつ者に対する支援等について定めた発達障害者支援法が成立し、翌 17 年(2005 年)から施行されました。

10 障害者自立支援法・障害者総合支援法

障害者基本法(平成 5 年(1993 年))が成立し、精神障害者が「障害者」として初めて法的に位置づけられ、精神障害者に対する福祉が法的明示されましたが、前記の発達障害者支援法に続き、障害者自立支援法(平成 17 年(2005 年)10 月)が成立し、市町村が中心となって、精神障害も含めた三障害一元化したサービスの提供によって、障害者の自立した生活を支援し、それを国や都道府県が重層的に援助する仕組みとなりました。また、サービス必要量を見込んだ障害福祉計画の策定、利用量に応じた自己負担、障害程度区分や審査会の設置などのサービス利用決定の透明化のための事務が定められました。それまでの施設を中心とした福祉体系が大きく見直され、地域生活への移行や就労支援といった事業が創設されました。障害種別に分かれていた施設・事業の体系が三障害一元化され、介護給付サービス、訓練等給付サービス、地域生活支援事業などに分類されました。相談体制も整理され、自治体の地域生活支援事業が必須事業となり、精神障害者を含む相談支援事業は市町村に一元化されました。自治体ごとに自立支援協議会の設置運営が定められ、協働による支援の体制づくりが進められることとなりました。

同法は平成 22 年(2010 年)に改正され、発達障害者が対象となりました。さらに平成 24 年(2012 年)の改正によって、利用者負担が見直され、地域移行支援・地域定着支援が個別給付化されました。

平成 24 年(2012 年)6 月、同法を改めて「障害者総合支援法」が成立しました。目的に「基本的人権を享有する個人としての尊厳」が明記され、障害者の範囲も見直され、難病等が追加されました。また障害程度区分が障害支援区分に改められました。

11 自殺対策大綱：平成 19 年(2007 年)、自殺対策基本法改正：平成 28 年(2016 年)3 月

自殺者数が毎年 3 万人を超える深刻な状況を受けて、自殺対策基本法(平成 18 年(2006 年))の制定、自殺総合対策大綱(平成 19 年(2007 年))などの対策が強化されてきました。同大綱では、我が国の自殺をめぐる現状を整理して、①自殺は追い込まれた末の死 ②自殺は防ぐことができる ③自殺を考えている人は悩みを抱え込みながらもサインを発している という自殺に対する 3 つの基本的な理解を示しています。

そして、自殺対策として、①社会的要因も踏まえ総合的に取り組む ②国民一人ひとりが自殺予防の主役となるよう取り組む ③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 ④自殺を考えている人を関係者が連携して包括的に支える ⑤自殺の実態解明を進め、その成果に基づき施策を展開する ⑥中長期的視点に立って、継続的に進める という 6 つの基本的考え方を示しています。その主な内容は、○うつ病対策 ○アルコール問題対策 ○自殺未遂者対策 ○複合的な自殺対策 ○労働者のメンタルヘルス ○民間団体の活動に対する支援 などからなっています。複合的な対策では「精神疾患に至るまでには経済社会的問題、生活問題、学校問題等様々な要因が積み重なっていることも多く、自殺対策としての精神保健対策を生かすためには、精神保健以外の領域における対策も併せて実施することが必要」と指摘されています。

12 障害者基本法改正：平成 23 年(2011 年)

障害者の定義が「身体障害、知的障害、精神障害(発達障害を含む)、その他の心身の機能の障害がある者であって、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にある者をいう」とされました。「社会的障壁」とは「障害がある者にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切のものをいう」として、個人の機能障害だけでなく、社会的障壁が「障害」を取り巻く課題とされました。



(2)用語の解説

【第1章】

●包括的メンタルヘルスアクションプラン 2013–2020

2013年にWHO総会で承認された包括的な精神保健の推進に関するプラン。

http://ikiru.ncnp.go.jp/pdf/mental_2013-2020.pdf

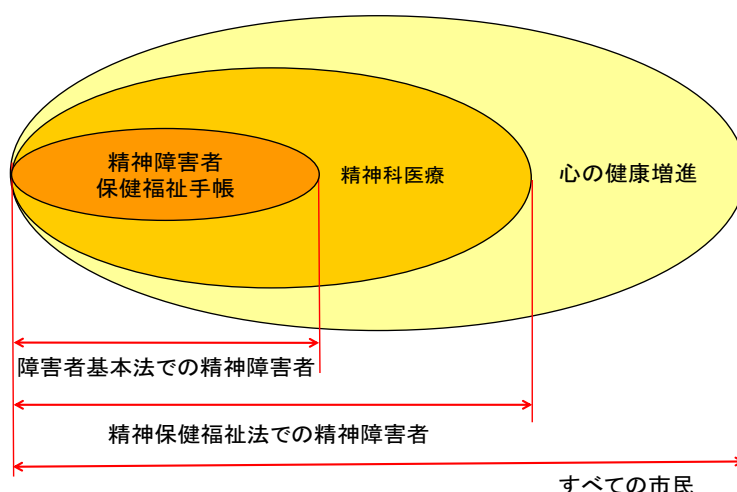
●健康日本21（第二次）

2013年からスタートした第4次国民健康づくり運動。健康増進法に基づき、休養・こころの健康づくりのほか、栄養・食生活、身体活動・運動、歯の健康、たばこ、アルコール、糖尿病、循環器病、がんの9分野で数値目標が掲げられています

●精神障害者

精神保健福祉法では、精神障害者を、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疾患を有する者としています。精神疾患を有する者で、精神障害者保健福祉手帳や障害年金受給の有無に関わらず、多くの人が該当することになります。罹患者は世界で4500万人と推定され、4人に1人は生涯に1回以上の精神障害を経験すると言われています。

また、障害者基本法では、障害者の定義を、身体障害、知的障害、精神障害(発達障害を含む)その他の心身機能の障害がある者であって、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にある者としています。精神障害者保健福祉手帳の受給対象となり、各種障害福祉サービスを利用しながら自立した生活を営みます。



●公費負担医療制度（自立支援医療）

公費負担医療には、国の法律に基づくもの、自治体の条例によるものなどがあります。自立支援医療(精神通院医療)は精神保健福祉法による制度で、現在は障害者総合支援法第5条による支援制度です。



●地域包括ケアシステム

介護が必要になった高齢者も住み慣れた地域で生活が続けられるように、医療・介護・介護予防・生活支援・住まいの5つのサービスを一体的に受けられる支援体制のことです。現在では、高齢者だけでなく、「全世代・全対象型包括支援」(新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン 平成 27 年(2015 年))が議論されています。

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/bijon.pdf>

●リワーク支援

職場復帰支援のこと。リワークには、医療機関によるもの、職業リハビリテーションとして福祉サービスによるもの、企業内で行われる復職支援や EAP(従業員支援プログラム)などに分けられます。

●保健所

保健所は、都道府県(364 か所)、指定都市(41 か所)、中核市(47 か所)、政令市(5 か所)、特別区(23 か所)の計 480 か所に設置されています(平成 28 年 4 月 1 日現在)。その業務は、精神保健のほか、感染症等の対策、エイズ・難病対策、母子保健法関係などの対人保健分野と、食品衛生や生活衛生、医療監視などの対物分野からなっています。

●予防医学

病気を未然に防ぐこと、発病しても進行を抑制すること、再発を防ぐことで、3つに分類されます。一次予防は、病気に強い健康づくり、二次予防は早期発見と治療や生活改善などで病気の進行・重症化を防ぐ、三次予防は治療の段階で、リハビリ訓練や保健指導などで機能回復や再発防止に努めることです。日本では欧米の国と異なり治療医学と予防医学が独立し、保健所・保健センターや職場の健康管理室などが健康教育や健診・検診などを予防医学として行っています。メンタルヘルスも、一次予防、二次予防、三次予防に分けられます。

●健康の社会的決定要因

WHO などは、個人や集団の健康が個人では管理できない状況、条件によって左右されているとして、健康づくりの政策を呼びかけています。WHO は社会的要因として、社会格差、ストレス、幼少期、社会的排除、労働、失業、社会的支援、薬物依存、食品、交通をあげています。

●まち・ひと・しごと創生総合戦略

地方創生とも呼ばれる一連の政策。人口減少とそれがもたらす経済社会の課題に対して、地域ごとに、人口動向や人口推計、産業の実態などを踏まえ、自治体が地方版創業戦略を策定し実施されています。

【第 2 章】

●精神障害者保健福祉手帳

精神保健福祉法で規定された精神障害者に対する手帳制度。一定の精神障害の状態にあり日常生活または社会生活への制約のある人が対象となります。手帳を取得することによって、福祉サービスが受けやすくなり、精神障害者の自立と社会参加の促進が期待されます。



●ひきこもり

厚生労働省は「仕事や学校に行かず、かつ家庭以外の人との交流をほとんどせずに、6か月以上続けて自宅にひきこもっている状態、時々買い物などで外出することもあるという場合」も含めて「ひきこもり」と規定しています。内閣府の調査ではひきこもり60万人、親和群155万人、NHKの調査ではひきこもり160万人以上、稀に外出する程度の準ひきこもりが300万人以上とされています。厚生労働省は、「ひきこもりをめぐる地域精神保健活動のガイドライン」のほか、ひきこもり地域支援センターの設置などを進めています。

●グローバル化（グローバリゼーション）

経済活動や文化、社会活動が旧来の国や地域の境界を越えて広がっていることを言います。グローバル化と脱工業化（サービス経済化）が進むことによって、雇用と所得の上昇や平等化を同時に実現することが難しくなり、健康の社会的決定要因に影響を及ぼすことになっています。

●健康経営

従業員の健康増進を重視し、健康管理や健康づくりを経営課題として、従業員の健康維持・増進と会社の生産性向上をめざす経営手法が注目されています。背景には、労働力人口の減少などがあります。

●自死遺族

自殺（自死）で大切な人を亡くしたとき、遺された人は故人の抱えていた問題をそのまま引き継いだり、自殺（自死）を止められなかった自責感や無力感に悩むなど、心身や生活に影響が出ます。そういう中で自死遺族の集い生まれ、支援の輪が広がってきました。自殺対策基本法の重要な課題の1つになっています。

●LGBT

レズビアン、ゲイ、バイセクシュアル、トランスジェンダーの頭文字をとったもので、性指向（男女どちらの性別が恋愛の対象か）と性自認（心の性別）に関する「性的少数者」を総称する言葉。「性指向」や「性自認」が典型的でなくても、多様なセクシュアリティの一つとして、一人ひとりを尊重し支援し、社会に啓発していく動きが広がっています。

●エンパワメント

個人や集団に夢や希望を与え、勇気づけ、それぞれが本来持っている能力、生きる力を湧きださせることと言われます。また、単に個人や集団の自立を促すというより、それぞれが潜在的な力を発揮できるような平等で公平な社会の実現を重視する考え方もあります。エンパワメントは保健や医療、福祉、教育、企業などでも使われています。

●パワーレスネス

問題や困難の解決のための相談や支援策へのアクセスが制限されていたり、知識や技術が不足している状態。健康日本21が示す「社会生活を営むために必要な機能」が不足している状態とも言えます。



【第4章】

●メンタルヘルスリテラシー

こころの不調や病気の予防と早期対処のためには、その兆候や症状、特徴、適切な対処方法の正しい知識や理解、メンタルヘルスリテラシーが重要になっています。特に、こころの不調や病気が急増し始める思春期の子どもと周りの大人が知識と理解を習得すること(メンタルヘルスリテラシー教育)が欠かせません。

●ゲートキーパー

悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を聞いて、必要な相談や支援につなげ、見守る人のことを命の「番人」という意味で「ゲートキーパー」と呼びます。その役割は、心理・社会的問題や生活上の問題、健康の問題を抱えている人など、自殺の危険を抱えた人に気づき適切にかかわることです。平成24年の自殺対策の中で、内閣府が「あなたもゲートキーパーに。大切な人の悩みに気づく、支える」というゲートキーパー宣言から始まりました。政府の担当は内閣府から厚生労働省(自殺総合対策推進センター)に移っています。参照「誰でもゲートキーパー手帳」

http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/gatekeeper2_oritatami_3.pdf

●リカバリー

精神障害のある人がそれぞれ自分が求める生き方を主体的に追求することであり、その支援が重要になっています。リカバリーとは、症状をなくすことではありません。「人々が生活や仕事、学ぶこと、そして地域社会に参加できるようになる過程であり、またある人にとっては障害があっても充実した生産的な生活を送ることができる能力であり、他の人にとっては症状の減少や緩和である」と言われています。支援者にとって、リカバリーは「プロセス」であり、めざす「アウトカム(結果)」でもあります。

●アドボカシー

アドボカシーは「擁護」「支持」といった意味ですが、日本では困難や孤立等によって判断能力が十分でない人の権利擁護という意味と、政策提言という意味で使われています。様々な分野で使われるエンパワメントも、精神障害のある人の支援で展開されているリカバリーも、権利擁護としてのアドボカシーです。個々の権利を代弁することから、自助グループや支援団体による組織的にアドボカシーが行われる場合もあります。

●精神保健ボランティア

精神保健ボランティアの活動内容は、病棟やデイケアのプログラムへの参加、福祉サービス事業所の行事等の参画、利用者との交流、家族支援など、地域によってさまざまです。精神障害者と地域社会との橋渡し役として、メンタルヘルスに関する正しい理解と知識を普及しています。また災害や自殺対策におけるこころのケアサポートなどでも活躍しています。



