



豊中市 メンタルヘルス計画

2017年3月
豊中市

策定にあたって

豊中市長 浅利 敬一郎



平成 25 年（2013 年）4 月、4 大疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）に精神疾患を加え「5 大疾病」とした医療計画がスタートしました。いまや精神疾患は、生涯を通じて 4 人に 1 人が罹るとも言われる身近な病気となっています。本市においても、こころの健康づくりや精神疾患の予防、回復への支援は自殺対策やアルコール健康障害対策等とともに喫緊の課題となっております。

本市の財産である「人」が輝き、明るいまちの未来を創造するためには、「メンタルヘルス」の視点が不可欠です。「メンタルヘルス」とは、精神疾患のあるなしではなく、一人ひとりが可能性を実現し、生活していく上で通常のストレスに対処し、その人らしく働き、また地域に貢献することができる状態のことであり、本市では、全国自治体に先駆けて、市民のメンタルヘルス向上をめざした考え方や施策等を取りまとめた『豊中市メンタルヘルス計画』をここに策定いたしました。

本計画においては、子どもから高齢者までそれぞれのライフステージにかかわる保健、福祉、教育、産業・労働等各分野に共通するメンタルヘルスの課題に対して、必要な基本的施策ならびに当面の重点目標を設定し、総合的かつ効果的な施策の推進に取り組むこととしております。また、こころ豊かで生き生きとした地域・まちの実現のため、保健、医療、福祉、教育、産業・労働等の各施策間の連携を充実させるとともに、市民・産業界・各種団体・行政等、さまざまな主体がメンタルヘルスについて理解と関心を深め、それぞれの責任と役割を果たすとともに、互いに連携・協働することをめざしております。

最後に、本計画の策定にあたり、ご協力ご尽力をいただきました関係機関・団体、研究者、実務家の皆さまをはじめ、パブリックコメント等に際して貴重なご意見をいただきました皆さまに、厚くお礼を申し上げます。

平成 29 年（2017 年）3 月



目 次

第1章 計画の策定にあたって.....	1
はじめに.....	1
1 計画策定の背景.....	2
2 計画策定の趣旨.....	6
3 計画の位置づけ.....	6
4 計画の期間.....	7
COLUMN1 メンタルヘルスはみんなの仕事.....	8
第2章 メンタルヘルスを取り巻く現状と課題.....	9
1 精神保健医療福祉施策の近年の動き.....	9
2 現状.....	10
3 豊中市の取組み.....	22
4 課 題.....	26
第3章 基本的な考え方.....	32
1 基本理念.....	32
2 基本的な視点.....	33
COLUMN2 誰もが自分らしく暮らせるこころのバリアフリー社会を目指して	35
第4章 基本施策.....	36
1 一次予防（こころの健康づくりとこころの不調や精神疾患・自殺を予防する取組み）..	36
COLUMN3 今を生きるためのヒントを得て.....	38
2 二次予防（こころの不調や精神疾患の早期発見と早期対処、必要な医療の確保）.....	40
COLUMN4 社会とのつながりの中で生きる.....	42
3 三次予防（リハビリテーションとリカバリー*）.....	44
COLUMN5 ひとりぼっちじゃなくなった理由.....	44
4 家族の支援.....	45
COLUMN6 ひきこもり家族交流会に参加して.....	46
5 こころがつながる地域づくり.....	47
COLUMN7 「支え合う」ことのできる、あたたかい「まち」をめざして.....	48
6 各分野別計画との連携.....	49

第5章 当面の重点テーマ	50
1 ライフステージに応じたメンタルヘルスの向上を図ります	50
(1) 子ども・若者のメンタルヘルス	50
COLUMN8 児童青年精神科医からのお願い	53
(2) 女性のメンタルヘルス	54
COLUMN9 あなたは、あなたのままで	55
(3) 中高年のメンタルヘルス	57
COLUMN10 中高年のメンタルヘルス	58
(4) 高齢者のメンタルヘルス	59
(5) 働く人のメンタルヘルス	60
COLUMN11 ストレスチェック制度の有効活用を！	61
2 病院等からの地域移行と地域生活の継続を支援します	62
COLUMN12 入院医療中心から地域生活中心へ	64
3 アルコール依存症の予防と治療、回復を支援します	65
COLUMN13 ‘お酒’の理解を深め 健康的な生活を！	67
4 追い込まれた死「自殺」を防ぎます	68
COLUMN14 追い込まれた死「自殺」を防ぐ	70
5 災害や事件、事故後のこころのケア体制をつくります	71
第6章 計画の推進に向けて（PDCAサイクルの確保）	74
1 多様な主体の連携と協働	74
2 包括的メンタルヘルス対策の推進	78
3 PDCAを踏まえた計画推進	79
◆ 参考資料	83
1 策定会議	83
2 策定に係る意見聴取	86
3 主な用語等	88

第1章 計画の策定にあたって

計画の策定にあたって

はじめに

1 計画策定の背景

2 計画策定の趣旨

3 計画の位置づけ

4 計画の期間



はじめに

(1) メンタルヘルスなくして健康なし

「健康」は、「完全な身体的、精神的及び社会的にすべてが満たされた状態にあり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない」(WHO 憲章前文)と定義されています。精神的に満たされた状態 (mental well-being) は健康の基本的な要素です。メンタルヘルスが良好であれば、人々は可能性を実現し、生活していく上で生じる通常のストレスに対処し、生産的に働き、また地域に貢献することができるとしています。

WHO(世界保健機関)は、平成 25 年 (2013 年) 5 月に包括的メンタルヘルスアクションプラン 2013-2020 を決議し、“No health without mental health (メンタルヘルスなくして健康なし)”を原則に、精神的に満たされた状態 (mental well-being) を促進し、精神障害を予防し、ケアを提供し、リカバリーを促し、人権を促進し、そして精神障害を有する人々の死亡率、罹患率、障害を低減することを目標としました。

一方、我が国は、平成 24 年 (2012 年) 7 月に「健康日本 21(第二次)」において「社会生活を営むために必要な機能を維持するために、身体健康と共に重要なものが、こころの健康である。その健全な維持は、個人の生活の質を大きく左右するものであり、自殺等の社会的損失を防止するため、全ての世代の健やかなこころを支える社会づくりをめざし、自殺者の減少、重い抑うつや不安の軽減、職場の支援環境の充実および子どもの心身の問題への対応の充実を目標とする」と打ち出しました。

(2) 市民一人ひとりのメンタルヘルスを高めることで活力あるまちをめざす

近年、うつ病やアルツハイマー病を中心に精神疾患で通院・入院している人が増加し続けており、平成 26 年 (2014 年) の患者調査*1では 392 万 4 千人にのぼり、これは 32 人に 1 人の割合



です。本市の自立支援医療（精神通院医療）受給者も年々増加しています。症状があってもこちらの不調が原因と気づかなかつたり、精神疾患や精神科医療への誤解や偏見により受診につながっていない人が多いことがわかっています。また、不登校やひきこもり、育児不安、ストレス障害、アルコールや薬物依存、自殺等、メンタルヘルス問題は多様化しており、実際にこちらの不調や疾患を抱えている人は、これら統計上の患者数を大きく上回っていると推測できます。

健康は、自分らしく生き生きと暮らすための基本であり、メンタルヘルスはその健康の重要な要素です。メンタルヘルスの悪化は一人ひとりの健康を脅かすとともに、家庭や学校、職場で自分らしさを発揮し当たり前に営んでいた自立生活を困難にし、ひいてはまちの活力の低下をもたらします。

高齢化・人口減少や疾病構造の変化が進む中で活力ある共生社会を実現するためには、市民の健康増進の最終目標として「健康寿命*²の延伸」と「健康格差*³の縮小」が掲げられており、とりわけ市民一人ひとりのメンタルヘルスの維持・向上が重要になっています。

*¹患者調査：厚生労働省が3年に1回実施する調査で、病院および診療所を利用する患者について、その傷病の状況等の実態を明らかにし、医療行政の基礎資料とするもの。

*²健康寿命：健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間をいう。

*³健康格差：地域や社会経済状況の違いによる集団間の健康状態の差をいう。



1 計画策定の背景

本計画は、メンタルヘルスの課題に注目して、市独自で策定するものです。その背景は、次のとおりです。

(1) メンタルヘルス問題の増加・多様化

精神疾患で通院・入院している患者数は確実に増加しています。平成26年(2014年)の患者調査では、32人に1人の割合となっています。

本市の医療費公費負担制度に基づく自立支援医療（精神通院医療）の受給者数でみると、平成28年（2016年）3月末で6,591人、平成22年（2010年）3月末と比較すると6年間で1,802人増加、平成27年度（2015年度）1年間で509人増加しています。

一方、医療関係統計では見えないメンタルヘルスの問題があります。全国の自殺者数は平成22年から減少傾向で、平成24年（2012年）から3万人を下回っていますが、70歳以上や19歳以下の年齢での割合が増加しています。また、平成28年（2016年）に20歳以上を対象に実施された自殺意識調査(日本財団)では、自殺未遂経験者は53万人と推計されています。また、アルコール依存症は、患者調査では約4万人前後で推移していますが、実際に依存症を有する数は58万人と推計されています。本市のこちらの健康相談においても、医療につながっていない抑うつや不安などこちらの不調、アルコールや薬物、ギャンブル、インターネット等依存症、ひきこもりなどの相談が数多く見受けられます。



このように、メンタルヘルスの問題は静かに確実に増加し、その内容も多様化しています。従来の取組みを見直すとともに、将来を見据えた取組みの強化が求められています。

(2) さまざまな相談・支援分野に求められるメンタルヘルス問題への対応

メンタルヘルスに関する相談・支援のニーズは拡大しています。精神保健福祉の専門的な相談・支援を行う保健所だけでなく、市民生活にかかわる様々な分野において、メンタルヘルスに不調を有する市民に対応する機会が増えています。

各分野では、それぞれ根拠となる法律に基づき様々な社会サービスを提供しています。その中で、各分野が対象としている問題や生きづらさの背景にこころの不調や精神疾患が認められる場合もあれば、抱える問題の結果として二次的にこころの不調をきたしたり精神疾患を発症する場合もあります。

近年、精神保健医療を取り巻く急激な変化が進む中で、各分野の相談・支援においては、メンタルヘルスに関する正しい知識や適切な対応技術を準備できないまま、それぞれの相談・支援に対応せざるを得ないという現状がうかがえます。場合によっては、問題の発見が遅れ、重症化や複雑化につながる恐れもあります。

各分野にまたがるメンタルヘルスにかかる問題を共有することを通じて、本市の現状と課題を整理し、どのような連携や分担、協働が必要なのかを検討することによって、市全体のメンタルヘルス対策を総合的に推進することが必要と考えます。

(3) メンタルヘルス問題の社会経済への影響

メンタルヘルスに不調をきたすと、家庭や学校、職場、地域において様々な形で参加や活動が制限されます。まさに、「社会生活を営むための機能」を維持・向上させることが困難になります。特に、精神疾患に罹患した人の75%が24歳までに、50%は14歳までに発症しているとも報告されており、若い世代での発症はその後の長い人生に大きな影響を及ぼします。早期発見・早期治療の遅れによって重症化してしまうと治療が長引くとともに、学校や職場等での社会経験の機会が奪われ、結果的に労働力の減少や結婚、出産、子育てを困難にし、地域社会の活力低下にもつながります。また、若年層はもっとも自殺のリスクが高い世代であり、その社会的損失は大きいといえます。

一方、精神疾患の増加に伴い必要となる医療費、障害福祉サービスや介護費、障害年金や生活保護費などの社会保障関係費は増大します。「豊中市まち・ひと・しごと創生人口ビジョン」では、平成48年(2036年)には、おおむね3人に1人が65歳以上の高齢者となると見込まれており、超高齢社会を支える生産年齢人口の負担が大きくなっていくことが推察されます。

(4) メンタルヘルスにかかわる個別の法制度と現場での包括的な相談・支援

メンタルヘルスの問題の増加・拡大を受けて、健康増進法(「こころの健康」：自殺者の減少、重い抑うつや不安の低減、職場の支援環境の充実、子どもの心身の問題への対応の充実、「生活習



慣等の改善」：休養、飲酒等)、精神保健福祉法(精神障害者の福祉の増進と国民の精神保健の向上)、自殺対策基本法(自殺対策の総合的推進)、アルコール健康障害対策基本法(アルコール依存症を含むアルコール健康障害対策の総合的かつ計画的推進)など、個別の課題に対する法制度や事業が進んでいます。それぞれの法律に基づき自治体や医療機関、企業等是对応、対策が求められています。一方、市民の精神保健の向上ならびに精神疾患を有する人の医療や保健、福祉に関して総合的な施策を実施することが義務付けられている自治体では、市民を中心に据えた包括的な相談・支援が求められ、それぞれの対策をより効果的な形に統合し、効率的に展開する必要があります。

(5) 人口減少・超高齢社会の影響

本市の人口構成は、平成 38 年(2026 年)には団塊世代が後期高齢期を迎え、平成 48 年(2036 年)にはおおむね 3 人に 1 人が 65 歳以上の高齢者となります。また、今後全般的な人口減少や高齢化は進むものの、平成 22 年～26 年の社会動態や平成 22 年～25 年の合計特殊出生率の水準が続くとして、平成 52 年(2040 年)の人口を 381,163 人(市の推計。参考に国立社会保障・人口問題研究所の推計は 335,026 人)と推計しています。転出・転入を見ると、全体では転入超過ですが、近畿圏を除く東京都や神奈川県へは転出超過となっています。また、20 歳代～40 歳代前半が転出・転入の割合が高くなっています。世帯数は増加傾向ですが、世帯人員は減少しており、単身をはじめ少人数世帯が増加しています。

我が国全体の人口減少・高齢化の進展の影響は無視できませんが、本市がもつ交通利便性や空間量などの可能性を活かし、現状の出生率や社会動態の水準を保つためには、誰もが健康でいきいきと安心して暮らし続けられる地域づくり、すなわち、現役世代が生み出す活力を子どもや高齢者に還元する流れや、意欲のあるすべての人が本市の資源等を利用して「参加」し「活動」できる環境づくりなどが問われています。

(6) 地域包括ケアシステム・豊中モデルの構築

高齢になっても住み慣れた地域でそれぞれの能力を発揮しながら自立した日常生活を営むことができる地域社会をめざして、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が課題となっています。高齢者においても、患者数が近年急増しているアルツハイマー病等認知症やうつ病等気分障害のほか、統合失調症や妄想性障害、アルコール依存症、自殺などのメンタルヘルス問題が拡大しています。身体的な医療ニーズに加えて、このような精神科医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢精神障害者の増加に対応できる地域包括ケアシステムの構築が求められています。

地域ケアシステムの包括化の動きは、高齢分野にとどまりません。平成 27 年(2015 年)9 月に国が発表した「新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン」では、高齢、障害、児童、低所得者等への総合的な支援の提供と誰もが支え合う共生社会の実現が提起されています。平成 28 年(2016 年)7 月には、厚生労働大臣の下に「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部が設置され、「公的サービス改革」「専門人材」「地域力強化」ごとに検討が始まっています。自治体・地域に



とって、メンタルヘルスを含むより包括的な地域ケアシステムの構想が問われています。

本市においても、高齢者の対応にとどまらない「地域包括ケアシステム・豊中モデル」の構築に取り組んでいます。

(7) メンタルヘルスを支える豊富な資源と実践

豊中市保健所が誕生する以前から、本市にはメンタルヘルスを支える豊富な資源と取組みの実績がありました。医療サービスは2つの精神科病院のほか、一般病院精神科は2か所、精神科診療所は33か所で提供されています。全国的にまだ少ないうつ病患者に対応した「リワーク*」施設など先進的な取組みも生まれています。また、医療のほか、精神障害者を支援するさまざまな障害福祉サービス事業所が活動しているのも地域の特徴です。地域生活移行や日常生活支援、就労支援などの取組みも活発に実施されています。さらにこれらの活動は「豊中精神保健福祉協議会」という官民一体となったネットワーク活動として続いています。豊富な地域資源や活動実績、連携を継承・発展させることが問われています。

*リワーク (Re-Work) : 復職支援。うつ病やストレス関連疾患などで休職中の人を対象にした、職場復帰をめざすプログラム。

(8) 中核市保健所の設置

「保健所」は公衆衛生を担う市民生活に身近な拠点ですが、その多くは都道府県が設置し業務を運営しています。精神保健の分野は、平成5年(1993年)の精神保健法改正で登場した「大都市特例」によって初めて政令指定都市が業務を行うようになったことでは、市町村にとってまだ身近な業務とは言えません。

本市が平成24年(2012年)4月に中核市保健所を設置し、従来重層的に行われてきた「府保健所」の広域的・専門的・技術的な業務と、「市町村」の住民に身近な健康づくりなどの業務を一元的に実施することになった意味は大きいと言えます。それによって、市民サービスに係る責任性・継続性が明らかになったとともに、地域の実情に応じて必要な事業を総合的に実施することが可能となりました。また、本市には、メンタルヘルスを取り巻く医療、保健、福祉、教育、労働、地域等、各分野に恵まれた資源があります。オール豊中として、それら全体の最適化・効率化を図りながら施策を推進できるようになりました。

今、中核市保健所5年間の取組みを通して見えてきた本市のメンタルヘルスの課題に対して、市としての施策を講じていくことが求められています。



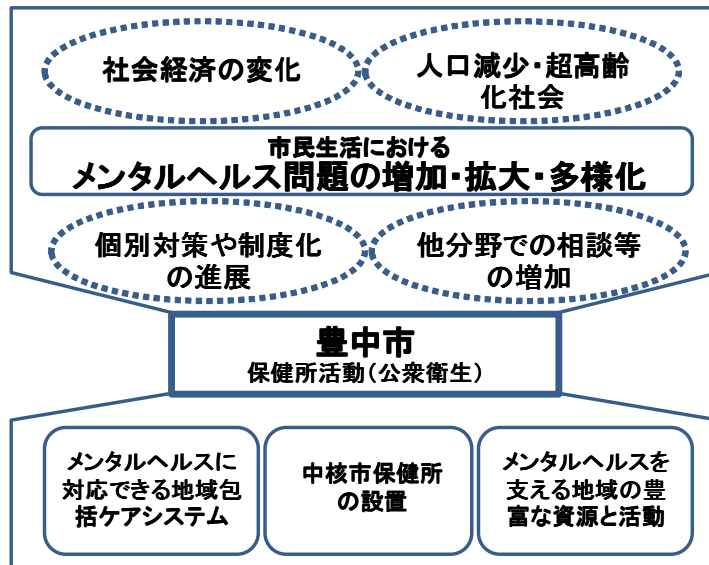


図 計画策定の背景

2 計画策定の趣旨

以上のような背景から、市民のメンタルヘルスの現状と将来を見据えながら、メンタルヘルスに関するビジョンを掲げ、基本的な考え方（基本理念・基本的な視点）、ならびに、めざすべき姿を実現するための基本施策と、当面の重点課題を示すとともに、行政、関連団体、市民等の役割を明確にし、協働による総合的かつ効果的な施策の推進を図ります。

なお、本計画は本市が独自に策定するメンタルヘルスにかかる初めての計画ですが、このことは、中核市となり保健所を設置したことによって実現できたことです。本計画の策定によって、保健所がメンタルヘルス対策の中心となって、今後関係部局、団体等との議論と理解を深めていきます。

3 計画の位置づけ

（１）メンタルヘルス対策の総合的かつ計画的な推進を図るための基本的な計画です。

メンタルヘルスの悪化には、様々な社会環境要因と個人要因が複雑に関係しています。そして、それが、市民生活にかかわるあらゆる分野において様々な形で問題として顕在化しています。

本計画は、精神疾患にかかる予防医学上の対策に止まるものではなく、社会環境要因への働きかけも含め、あらゆる分野でメンタルヘルスの維持・向上ならびに問題を減少させるための総合的な取組みを推進するための基本計画と位置づけます。



(2) 豊中市総合計画を支える分野別計画です。

本市は現在、第4次豊中市総合計画を策定しています。その内容を先取りするものとして、「豊中市まち・ひと・しごと創生総合戦略」があります。本計画は、これらを支える分野別計画です。

メンタルヘルス対策の推進により、自殺など社会的損失を防ぐとともに、一人ひとりが望む就学や就業、結婚や出産、子育てなどを支援し、社会経済活動への参加を促進します。市民一人ひとりの希望と能力に応じたパフォーマンス（業績や行動）の向上を図ることで、ひいては持続可能な社会保障の実現に貢献します。

(3) 自殺対策基本法に基づく市町村自殺対策計画として位置付けます。

メンタルヘルス対策のすべてが自殺対策につながることから、本計画を自殺対策計画と位置付けます。

なお、計画策定に際しては、国や大阪府の定める計画等の内容を十分にふまえながら、「豊中市健康づくり計画」の「こころの健康づくり」の取組みを具体化しつつ拡充する計画とします。また、「豊中市障害福祉計画」、「豊中市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」、「豊中市子育て・子育て支援行動計画」、「豊中市地域福祉計画」、その他関連計画との整合と調整を図るとともに、具体的な取組みについては全体最適化を図っていきます。

4 計画の期間

対象期間を、平成29年（2017年）度から平成35年（2023年）度までの7年間で第1期計画とし、中間年度に必要な見直しを行います。

ただし、関連法の改正や市町村自殺対策計画の策定指針等が示された場合は、必要に応じて見直しを行います。





メンタルヘルスはみんなの仕事

豊中市メンタルヘルス計画策定助言者

立命館大学総合心理学部教授 川野 健治 かわの けんじ

2016年度、私は豊中市のメンタルヘルス計画の策定に関わりました。他の市町村でこのような計画を策定したかどうか寡聞にして知りません。他の地域に誇れる先進的な取り組みだと思えます。

メンタルヘルスとは

メンタルヘルスとは精神的な面での健康のことです。これと対になるのは、身体的な面での健康です。たとえば、「健全なる精神は健全なる身体に宿る」というように関連づけられることもあります。ただこの言葉について、身体が健全ならおのずと心も健全になると解釈されるようになったのは、世界規模の大戦が始まった頃に、軍国主義を推し進めるためだったとされています。もとは古代ローマの詩で、贅沢や財産ではなく、健全な身体と精神を願おう、という禁欲の言葉だったようです。

実際には身体的な面での健康は精神的な健康にある程度は影響します。予防の方程式 (Albee, 1982) というものがあるのですが、

$$\text{個人の心理的障害発生率} = \frac{(1)\text{ストレス} + (2)\text{身体的脆弱性}}{(3)\text{ストレス対処の仕方} + (4)\text{周囲からの支援} + (5)\text{自尊感情}}$$

というように、身体の健康は精神の健康に影響する要因の1つとされています。この式からは、身体の障害や不調があっても、工夫次第でメンタルヘルスは改善することが想像できます。そして、ストレスが多い人やこころの不調を抱えている人も、他の要因を工夫することで、その人なりのメンタルヘルスを実現することができるのがわかります。

メンタルヘルス計画を実行する

予防の方程式は、後に Elias (1987) によって、環境の影響に重きをおく式になりました。

$$\text{母集団における障害の可能性} = \frac{(1)\text{ストレス} + (2)\text{環境中のリスク要因}}{(3)\text{社会化の実践} + (4)\text{ソーシャルサポート資源} + (5)\text{結合機会}}$$

つまり、(1)ストレスの原因を押さえ、(2)身体に影響する環境を整え、(3)社会に適応する機会を作り、(4)支援を受けやすい体制づくりと、(5)地域の人との結びつきを増やす試みに取組めば、地域のメンタルヘルスが向上することが期待されるのです。これには地域の関係者がみんなで行う必要があると、その拠り所となるのが、「豊中市メンタルヘルス計画」です。

さて、次のステップは計画を実行することです。ユダヤ人の賢者ヒレルのことばを、最後に紹介します。

自分自身のためにするのでなければ、自分は誰だろう？

そして自分自身のためだけならば、自分は何者なのだろう？

今でなければ、いつだろうか？



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。



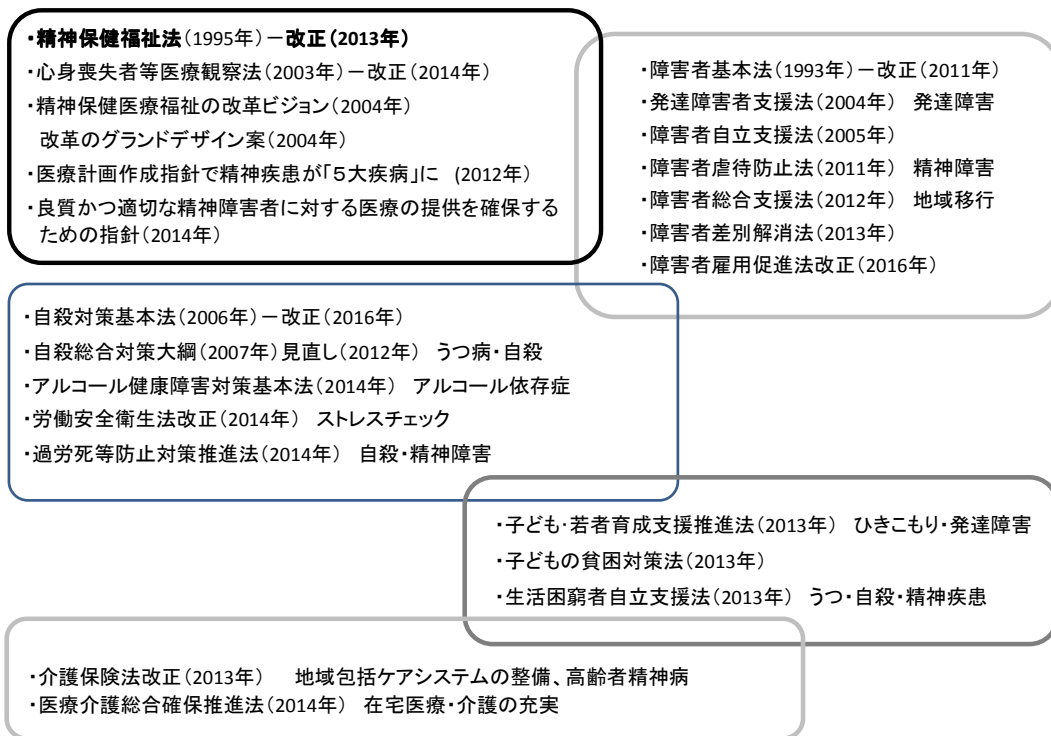


図 精神保健医療福祉等関連施策の近年の動き

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、包括的なリ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	* 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	* 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リハビリテーション・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。

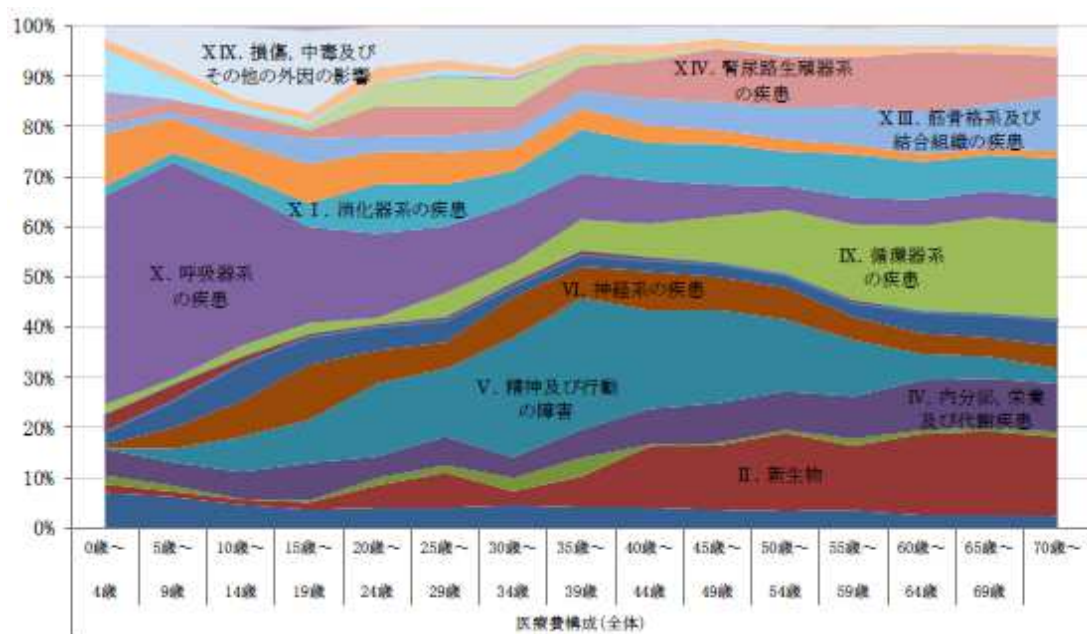


平成 23 年(2011 年)度から平成 27 年(2015 年)度の手帳所持者の推移をみると、本市は 23.6%の増加、大阪府は 35.3%の増加で、大阪府に比べ本市の増加率は低くなっています。

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)度に実施した、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。様々な取り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	11
	健康問題	0	3	3	7	4	10	35
	経済・生活問題	0	3	1	3	0	4	15
	勤務問題	0	4	1	4	0	1	11
	男女問題	0	1	1	0	1	0	3
	学校問題	0	1	1	0	0	0	2
	その他	0	0	0	0	0	0	3

*原因動機は一人3件まで計上しているため、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いただきました。

(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」の役割が見えにくいともいえます。

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、自分自身を大切にし、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無いことによる孤独、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こ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かなかつた、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つた、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う悪循環に陥ります。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かかわっています。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、関心は低いのかもしれません。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、自殺の兆候に気づき、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。



第3章 基本的な考え方

基本的な考え方

1 基本理念

市民一人ひとり、地域、まちの将来像

2 基本的な視点

(1) 個人的要因のみならず社会的要因への包括的な取組み

(2) 生きがいや希望をもって暮らすための取組み

(3) 健康のあらゆる段階に応じた適切な取組み

(4) 一人ひとりが大切にされる人権尊重の地域づくりの取組み

(5) 多様な主体の連携と協働による総合的な取組み



1 基本理念

本市は、本計画における基本理念を、次のように設置します。

市民一人ひとりのメンタルヘルスを向上し、
こころ豊かで生き生きとした地域・まちの実現。

基本理念に沿って、次のような市民一人ひとり、地域、まちの将来像をめざします。

子どもから高齢者まで市民一人ひとりが、社会において大切な存在であるという認識^{*1}のもと、しなやかなこころ^{*2}をもち、ともに支え合い^{*3}、自分らしさを発揮でき^{*4}、生きている喜びを感じ^{*5}、未来に希望がもてる^{*6}。

*1 「社会において大切な存在であるという認識」；自分の気持ちを大切にできたうえで、他者の気持ちも思いやれること。

*2 「しなやかなこころ」；様々なストレスに適切に対処できるスキルを持っていること。

*3 「ともに支え合い」；問題を一人で抱え込まず、他者を信頼し必要な時には助けを求められることができる、孤独や孤立がない状態のこと。



- *4「自分らしさを発揮でき」；病気や障害がある人も、その存在には価値があり、それぞれがもつ力を社会に役立てられること。
- *5「生きている喜びを感じ」；社会の中で自身の価値が認められ、役に立っている、コントロールできていると感じること。
- *6「未来に希望がもてる」；社会に対する信頼に基づき、未来に希望がもてること。



2 基本的な視点

(1) 個人的要因のみならず社会的要因への包括的な取組み

メンタルヘルスは、個人的な要因だけでなく、社会経済環境の影響を大きく受けています。従って、精神保健的観点からの個人へのアプローチだけでは解決できません。メンタルヘルスに関連する社会的決定要因についてそれにかかわる政策分野ならびに社会全体の共通の認識に基づき、包括的に取り組んでいきます。

(2) 生きがいや希望をもって暮らすための取組み

メンタルヘルス対策は、精神疾患を予防する、治療することを目的とするのではなく、全ての人が社会において尊重され、自分らしく、希望をもっていきいきと暮らすことができることを目的として取り組むものです。

(3) 健康のあらゆる段階に応じた適切な取組み

メンタルヘルス対策は、予防することだけが重要な目的ではありません。もちろん、自殺も含め予防できることが最も望ましいことですが、不調や危機的な状態に陥った場合の重症化予防に向けた対応、疾病に至った場合の回復と社会復帰のための対応など、それぞれの段階に応じた適切な取組みを行います。

(4) 一人ひとりが大切にされる人権尊重の地域づくりとしての取組み

一人ひとりのメンタルヘルスは、社会とのかかわり、他者との人間関係に大きく影響されます。自分自身を大切にできると同時に他者をも大切にできること、すなわち人権が守られることで安心と信頼、自己効力感が生まれ、相互に支え合える関係ができます。メンタルヘルス対策は、こちらの不調や病気のある人へのアプローチだけではなく、差別や偏見、孤立や孤独のない、こころがつながる人権尊重の地域づくりの取組みです。



(5) 多様な主体の連携と協働による総合的な取組み

行政、医療機関、学校、民間団体、企業・事業者及び市民等、それぞれが主体となってその役割を果たすとともに、相互の密接な連携と協働によって総合的に取り組んでいきます。

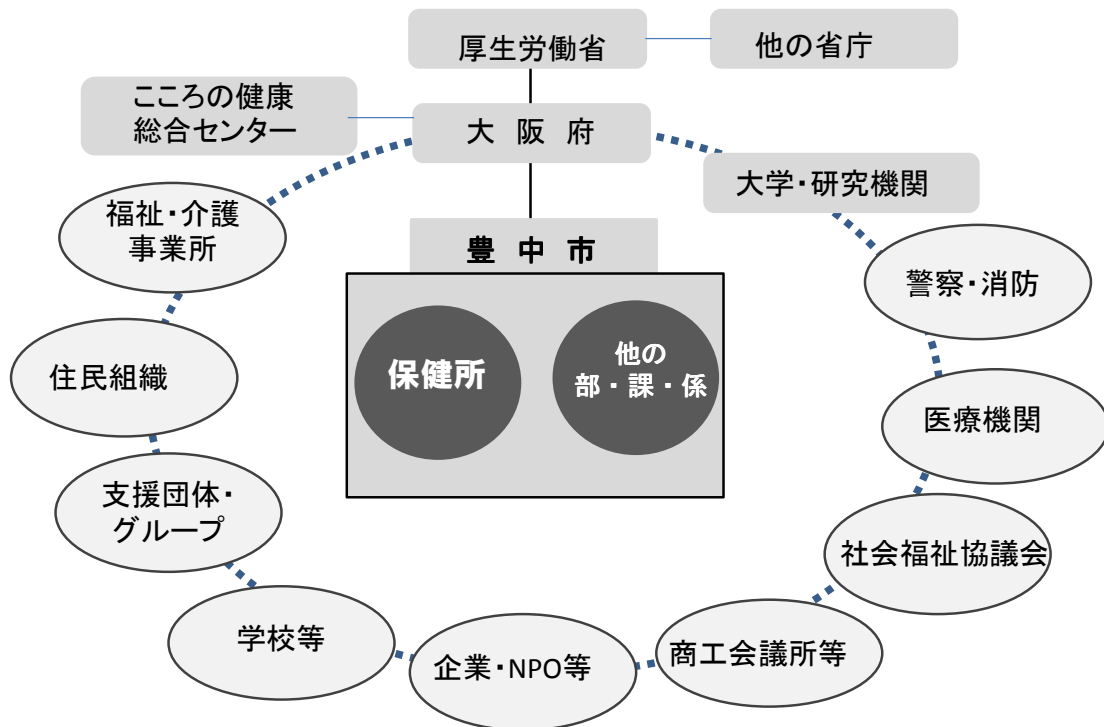


図 多様な主体の連携と協働



誰もが自分らしく暮らせるこころのバリアフリー社会を目指して

リカバリープロジェクト スーパーバイザー

桃山学院大学社会学部教授 ^{さかえ} 栄 セツコ

2004年、厚生労働省は「こころのバリアフリー宣言」を表明し、「精神疾患を正しく理解し、新しい一歩を踏み出すための指針」を提出しました。その後、超高齢社会に伴う認知症を患う人々やストレスの関連障害をもつ人々等の増加を背景に、精神疾患患者数も増加の一途を辿り、2011年には精神疾患が5大疾病の一つに位置づけられました。今や精神疾患は誰もがかかる可能性がある病気といえますが、精神障害者に対する偏見は未だ根強い感があります。そこで、精神障害をもつ人々が地域を構成する一員として、自分らしく暮らすには、①地域生活を支援する社会資源の整備と開発、②精神障害者に対する偏見の低減の方策、③病いから得た経験知を社会で活かせる機会の提供などの支援が必要です。

1. 地域生活を支援する社会資源の整備と開発

精神障害者の障害特性には「疾患と障害を併せもつ」という障害特性があります。そのため、精神障害をもつ人々の地域生活支援には、医（安心できる医療）・職（意味のある社会参加）・住（安全な住環境）・仲間（病いの経験をわかちあう人々）が不可欠といわれています。これらの社会資源の整備や開発には、精神障害をもつ人々のニーズを明確にし、「豊中市メンタルヘルス計画」が「障害福祉計画」「高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」等と整合性のある計画として機能することが重要なポイントといえます。

2. 精神障害者に対する社会の偏見の低減

偏見は、テレビやインターネット等の一方的な情報等の影響を受けて生じる先入観といえるものです。精神障害者に対する偏見の低減には、疾患等の正しい知識の習得や精神障害をもつ人々と良好な交流が有効的であるといわれています。今や精神疾患は5大疾病の一つです。自分の「こころの健康」に関心をもち、精神的不調時の対処方法を得ることが大切です。また、同じ地域を構成する市民として、精神障害をもつ人々の生活のしづらさを理解し、共にその解消に向けて取り組む地域福祉の観点が求められます。

3. 精神の病いから得た経験知を社会で活かせる機会の獲得

近年、「病いの経験から得た知恵」に価値が置かれるようになってきました。保健所が主催する「リカバリープロジェクト」もその一つです。この事業は「こころの病いの体験を社会に役立てよう」をテーマに、病いの語りを市民の人々と共有し、共に住みよい社会の創造を目標に掲げています。精神障害をもつ人々の病いの語りには、その人なりの病いの対処の仕方や支えあう関係性の大切さが織り込まれていることが多いです。その語りを聞いた人々からは「こころの健康を心掛けたい」「精神の病いを自分のこととして理解したい」などの声が聞かれました。それを聞いて、語りを行った本人も「病いの経験が人の役に立ち、その経験を肯定的に思えるようになった」と語っていました。この取組みによって、精神障害の有無にかかわらず、誰もが自分らしく暮らせるこころのバリアフリー社会が実現されることが期待されます。

1979年に策定された『国際障害者年行動計画』では「ある社会が、その構成員のいくらかの人々を閉出すような場合、その社会は弱く脆(もろ)い社会なのである」と謳われました。精神障害をもつ人々が豊中市の一市民として誇りをもち、自分らしく暮らせる社会は誰にとっても暮らしやすい社会になるといえます。



第4章 基本施策

基本施策

- | | |
|-----------------|--------------------------------|
| 1 一次予防 | こころの健康づくりと心の不調や精神疾患・自殺を予防する取組み |
| 2 二次予防 | こころの不調や精神疾患の早期発見・早期対処、必要な医療の確保 |
| 3 三次予防 | リハビリテーションとリカバリー |
| 4 家族の支援 | |
| 5 こころがつながる地域づくり | |
| 6 各分野別計画との連携 | |

第2章で示した課題ならびに第3章で示した基本理念を踏まえて、施策の基本的な方向性を次のように定めます。



1 一次予防 (こころの健康づくりとこころの不調や精神疾患・自殺を予防する取組み)

身体の健康に比べてメンタルヘルスへの関心や問題意識は低く、うつ病等精神疾患やその予防のために必要な知識を持っている人は決して多くありません。またそのことによって、精神疾患や自殺に対する誤解や偏見があるのも事実です。

メンタルヘルスは人が自分らしく生き生きと暮らすための重要な要素であること、そして精神疾患は誰もが罹りうる身近な病気であることを知ることで、市民一人ひとりが自分自身のこととして考えることができます。また、自尊心やストレスへの対処方法などこころの健康を保つために必要なことを知ることで、ストレスに対処できるしなやかなこころを育てるための家庭や学校、地域など社会全体での取組みや、セルフケアへの主体的な取組みにつながります。そのために必要な情報発信や啓発、知識の普及等を図ります。

また、生涯にわたってこころに大きな傷を残すいじめや虐待、DV等様々な人権侵害を防止する取組みとの連携を図ります。



(1) 情報発信

①保健所他社会資源の周知

保健所を設置して5年が経過しますが、メンタルヘルスに関わる市の中心的行政機関としての機能が十分認知されていません。こころの不調や精神疾患、自殺に関連する問題のほか、ひきこもりやアルコール関連問題、薬物、ギャンブル等の依存などについて、「どこに聞けばよいかわからない」など、相談先がわからず支援につながらないという問題が指摘されています。

市民のメンタルヘルスをサポートする専門機関として保健所業務の周知徹底を図り、活用を促します。また、さまざまな行政窓口、民間支援機関、医療機関等にも保健所機能を周知し、それぞれが支援を必要とする市民を適切に保健所の相談等支援につなぐことができるようにします。

- 広報誌やホームページ、リーフレット、出前講座などによる情報発信
- 商工会議所との連携による中小企業等への情報発信
- 庁内講師として市役所窓口職場等への情報発信

②メンタルヘルスに関する情報発信

精神保健福祉に関する法制度や国・府の動きや、精神疾患や自殺等に関する統計等、メンタルヘルスにかかる情報を発信します。

- ホームページ等での情報発信

(2) 啓発

精神疾患は誰でも罹りうる身近な病気であることを伝え、一人ひとりがこころの健康に関心をもち、セルフチェックやセルフケアができるよう促します。同時に、精神疾患に対する誤解や偏見を取り払うことで、こころの不調を感じたときにためらうことなく早い段階で相談や受診ができることをめざします。その手法として、精神疾患を持つ人の体験談の活用を図ります。

また、自殺は追い込まれた死であること、一人ひとり大切な存在であり必ず誰かが助けてくれるということを、講座のほか、劇や音楽等を通して伝え、悩みがあれば一人で抱え込まず助けを求める行動がとれるよう促します。

それぞれがもつ様々な違い（多様性）が認められない社会は誰にとっても生きづらく、一人ひとりのメンタルヘルスを不調にします。すべての人に与えられた権利として自分の気持ちや考えを大切にするという認識が、自身の自尊心・自己肯定感を育てると同時に、他者の権利を尊重すること、すなわち様々な人権侵害の防止にもつながります。メンタルヘルスのためにも、一人ひとりが人権を尊重することの重要性を正しく認識し、これを前提として他人の人権にも十分配慮した行動をとることができるよう、相手の気持ちを考えることの大切さを理解し、違



いを認め合う心を育むための人権教育・人権啓発等の推進を図っていきます。特に、うつ病や自殺のリスクが高いLGBTについては、学校をはじめ関係機関が連携して正しい理解の促進を図るとともに、さまざまな環境の整備が求められます。

- 「こころの病」について、当事者講師とともに出前講座の実施
- 中学生・高校生を対象とした「いのちの授業」の実施
- 人権教育・人権研修の推進

COLUMN 3

今を生きるためのヒントを得て

K. I. (40代)

7年前、仲の良かった父を突然亡くしました。「ご飯のときに呼ぶね」、「自分で降りるわ」このやり取りが最後。部屋に行くと父はすでに倒れていました。葬儀や手続きなどで1週間はあっという間に過ぎましたが、その後も私はなぜか涙が出ませんでした。悲しくないわけではないのに…。泣けない自分はおかしいのではないかと思っていました。別に暮らす姉からの「あんたがついていながら…」という電話に、さらにこころは傷つき自分を責めました。

父の死から1年後、母に認知症が出てきました。母と二人きりで家に引きこもり、言い争う毎日。一人父の仏壇に向かって、母の愚痴や文句。「一人で先に逝くなんて…」、「お父さん、迎えに来て」と死にたい気持ちを吐露したこともありました。そんな生活が5年以上も続きました。

ある日ふと立ち寄った図書館で、紫色のチラシが何気なく目に留まりました。「一人で苦しんでいませんか？大切な人と死別したときに」というタイトルで、グリーンケア講演会とわかちあいの会の案内でした。参加したところ、講師の先生のやさしい語りによりこころが和らぎ、7年間たってもできなかった遺品整理のことを「ゆっくりでいい」と言われ、ホッとしたことを覚えています。わかちあいの会では、同じ立場の人同士、しんどさを共有できるという安心感があり、父を亡くしてからの様々な思いをやっと口にすることができました。話した後はこころも体も軽くなった気がしました。

同じ頃、母は地域包括支援センターにつながり、状態も改善してきました。わかちあいの会や認知症家族会での人とのつながりが、私の気持ちを前向きにしてくれました。今では父の仏壇に「楽しいところに連れて行ってくれてありがとう」と、思い出を振り返り感謝の気持ちを話せるようになりました。

私にとって保健所は、こころのつらさを安心して話せる場です。私と同じように、いろい



ろなことで気持ちがしんどくなっている人が、話を聞いてもらったり今を生きるためのヒントを得ることで、ちょっとでも元気になればいいですね。こころにビタミン剤を注射するように。

(3) 知識の普及

生涯を通じたメンタルヘルスの基盤となる子どものこころを育てるために必要な知識の普及に努めます。妊産婦や乳幼児を持つ保護者、子育てを支援する関係者がこころを育てる子育ての方法を身に付けることで、子どもたちの人への信頼や自尊心、自制心、自立心などを育てます。

うつ病等精神疾患や、アルコール・薬物・ギャンブル等への依存、ひきこもり等について正しい知識を身につけることで、一人ひとりが予防のための適切な行動がとれるよう促します。特に、ストレス対処法や良い人間関係づくりのためのコミュニケーション法など具体的な方法を普及し、うつ病や自殺を防ぎこころの健康づくりを推進します。

また、統合失調症や強迫性障害、摂食障害、社交不安障害など精神疾患の好発年齢であり、死因の第1位が自殺である思春期については、保護者や学校教員等が、思春期心性や精神保健問題の特徴を理解し、こころの育ちを促す適切なかわり方を身につけることで、子どもたちのメンタルヘルスをサポートします。

- こころを育てる子育ての方法等を両親教室やリーフレットを通して保護者に普及
- 思春期メンタルヘルスのための保護者向けリーフレット等の作成・配布
- メンタルヘルスに関する市民講演会、講座の実施
- 「こころのスキルアップ・トレーニング(ストレス対処法)」等出前講座の実施
- 学校メンタルヘルスリテラシー*教育の推進
- 保育所・認定こども園や学校、その他関係機関職員への知識の普及

*メンタルヘルスリテラシー：オーストラリアのJorn, A. FJによって提唱された概念であり、メンタルヘルスに関してどのような知識をもっているのか、どのように理解しているのか、どのような態度をとっているのかについての総称。

(4) セルフチェックとセルフケアの促進

身体健康管理として毎日体重を測るように、日々のこころの健康状態を自身でチェックし、必要なケア（健康管理）ができるよう、ワンポイントアドバイスを提供します。利用のしやすさから、若者や働く人のメンタルヘルスへの関心が高まることを促します。



- メンタルセルフチェック「こころの体温計」の普及
- ケアが必要と判定された人には、相談窓口の活用を促進

こころの不調についての相談先		電話番号	受付時間
さまざまな原因の不調	豊中市保健所 精神保健係	06-6152-7315	月～金 (土日を除く) 9:00～17:15
	中部保健センター 母子保健係	06-6858-2293	
妊娠中～産後の不調	千里保健センター 母子保健係	06-6873-2721	
	庄内保健センター 母子保健係	06-6332-8555	

図 「こころの体温計」の案内

2 二次予防(こころの不調や精神疾患の早期発見と早期対応、必要な医療の確保)

自身がこころの不調や精神疾患の症状に早期に気づき、保健所や診療所等適切な機関に相談・受診することで疾患を早期に発見し、重症化を防ぐことができます。しかし、不調や症状を有するときには、自身の状態を客観的に判断したり、誰かに相談するなど問題解決のための行動をとることが難しい状況です。従って、本人に代わって周囲の人がその人の不調や症状に気付くことが重要となります。そのためには、周囲の一人ひとりがメンタルヘルスに関する気づきの感度を高めるとともに、必要な時に安心してつなぐことができるよう、相談体制の質的・量的な整備を行う必要があります。

特に、ひきこもりやアルコールや薬物、ギャンブル等の依存症、自殺等については、精神疾患との関連が十分認知されていないことから、保健所や精神科医療につながりにくい傾向があります。家庭や学校、企業、警察や消防をはじめ関係機関が、正しい理解をすることで、問題の早期発見と、保健所や医療機関での早期対応・早期治療につながります。

健康問題をはじめ、多重債務や生活困窮など経済的問題、家庭や職場等での人間関係の問題な



どさまざまな悩みや不安を抱えている人は、個々の性格や対処力に加え相談できる人の有無等サポート体制によっては、そのストレスからこころの不調をきたします。また、就労困難や人間関係のトラブル等、問題の背景に精神疾患が存在する場合があります。このことから、それぞれの機関は、対象者のこころの不調等に気づき保健所等専門機関と連携することで、精神疾患の早期発見、早期回復を支援し、結果的にそれぞれの問題の解決を促すことにつながります。

精神疾患は生活習慣病と同様、継続的な治療が必要となる場合が多いため、病状をコントロールしながら家庭や学校、職場等に復帰することになります。早期回復を促すとともに必要な治療が継続できるよう、保健所が要となって、医療機関、学校や職場、その他関連する支援機関が連携して本人を支援します。

また、家族が疾患等の正しい理解と適切なかかわり方などを身につけることで、家族のストレスが軽減するとともに、本人の治療継続と回復を促すことができます。

(1) 早期発見と早期対処、早期治療

市民や関係機関にとって身近で専門的な相談窓口として保健所の機能を周知し活用を図ります。特に、様々な事情による生活困窮者や、自死遺族、LGBT、事件事故の被害者等、自尊心や自己効力感が低下しパワーlessnessの状態にある人が安心して相談できるよう、相談体制の充実を図ります。

相談に対して適切な判断と助言、専門的指導、必要な医療の確保等により、疾病化・重症化の予防と早期回復を図ります。また、質の高い相談支援が行えるよう、保健所相談員の資質向上に努めます。

本人や家族からの相談だけでなく、様々な関係機関が対象者のこころの不調に気づき保健所等適切な相談支援機関につなぐことができるよう、連携体制づくりに努めます。

また、自殺の兆候の早期発見と防止に向けて、市民や関係機関を対象に、気づきの感度を高め、適切な対応ができる「ゲートキーパー」の養成を行います。

●相談窓口の周知と相談体制の充実

- ・安心して相談できるよう周知の工夫と相談体制の充実

●専門的指導による回復の支援

- ・ひきこもり家族、アルコールや薬物、ギャンブル等依存症者に対する専門的指導
- ・大阪府こころの健康総合センター専門相談等との連携

●周産期医療機関や母子保健事業との連携により、妊産婦のうつ病の早期発見と、受療支援による重症化と自殺予防

●学校との連携により、児童・生徒のメンタルヘルス問題の早期発見と、支援によるひきこもりからの回復ならびに精神疾患の受療支援

●多重債務や就労困難、生活困窮に係る相談窓口における、メンタルヘルス問題の早期発見と、専門機関等との連携による回復支援



- 商工会議所との連携により、中小企業のうつ病や自殺、アルコール依存等のハイリスク者の早期発見と回復・受療支援
- 警察との連携により、自殺未遂者に対する相談と、支援により再企図防止
- 内科等医療機関や特定健診との連携により、多量飲酒者の早期発見と、集団節酒指導
HAPPY プログラムの実施によるアルコール依存症やうつ病・自殺の予防
- 「ゲートキーパー」（自殺の兆候に気づき、適切な対応ができる人）の養成

COLUMN 4

社会とのつながりの中で生きる

T. A. (60代)

私は、毎日が投げやりで、計画性がなく、過去に執着してまったく前に踏み出せない後悔の日々を送っていました。うつ症状が強く、長く通院を続ける状態となりました。

事情があり一人暮らしをする中で孤独に陥り、いつしか「アルコール依存症」となりました。依存症治療専門病院に入院し、断酒会にも出席するようになりましたが、アルコールを断つことはできませんでした。時を同じくして、こころの病に苦しむ長男の存在が尚更私の病気を重くしていきました。

そこから立ち直ろうとする私は、保健所に出会いました。精神保健福祉士の方から、長男への接し方に関する助言や様々な保健事業を紹介されました。私自身のアルコールの問題については、保健所が実施する HAPPY プログラムに参加しました。飲酒に関する目標を自ら立て、できることから始めることができました。それから1年半が経ち、自分自身のコントロールについて大きな前進がありました。HAPPY プログラムで学んだことを実践して、ほぼ完全にアルコール依存症から脱出したのです。そこから少しずつ考え方が前向きになり、さらに大幅なダイエットにも成功しました。長男の問題にもしっかりと向き合い対応することができるようになりました。

こころや体の悩みを抱える人は数多くおられると思います。まずは「今」を生きることだと思います。「過去」は一部反省の材料になるにせよ、その大部分は後悔でしかなく、また「未来」には一部希望があるにせよ、その大部分は不安でしかないと考えます。

こころと体はまさに表と裏で、複雑に関係しています。なにげないちょっとしたこころの変動が、不眠等となって現れるのです。

人間は社会的生物です。一人で解決できないことも、誰かの協力によって改善されることはよくあることです。私を生還させてくれた保健所の方々のように、応援してくれる地域社



会の皆さんとの関係を大切にしていかなければなりません。

メンタルヘルスの問題は、いつ誰もが陥る可能性のある身近な問題です。一人で閉じこもることなく、助け合いの精神を忘れないようにしましょう。

(2) 治療継続と病状悪化（再燃）の防止

精神疾患は、生活習慣病等と同様、治療が長期にわたることが多いことから、本人が疾患の理解と治療の必要性を十分認識できていなかったり、地域での孤立等サポート体制がないと治療を中断してしまうことがあります。また、治療は継続していてもストレスとなる環境の調整等が不十分であると、病状が悪化してしまうことがあります。

治療中断や環境調整の必要性が予測できる場合は、通院医療機関や訪問看護等との連携により服薬等の継続を支援するとともに、福祉や介護、就労支援機関等との連携により、家庭や学校、職場等における環境調整を行い、病状の悪化（再燃）を防止し、安定した地域生活が継続できるよう支援します。

特に、長期入院患者や医療観察法の入院処遇対象者、措置入院や医療保護入院など本人の非自発的な入退院を繰り返す病状が不安定な人に対しては、医療機関との連携を密にし、退院後の医療の継続や地域生活を支えるサービスの調整等により、再入院等の防止と安定した地域生活の継続ができるよう支援します。

また、アルコールや薬物等依存症については、病気の特徴から回復にあたっては医療だけではなく長期にわたる家族や周囲の理解とサポート、民間支援団体や障害福祉サービス等地域の理解と支援が不可欠です。保健所の専門的支援技術をもって本人や家族に対して回復を支援します。

- 精神疾患やアルコール等依存症に関して、医療機関や関係機関との連携のもと、面接や訪問による治療継続・回復の支援を実施
- 妊娠等で必要な治療が中断することがないように、医療機関との連携のもと治療の継続を支援
- 家族に対して疾病理解と適切なかかわり方を指導するため家族教室の実施
- 地域の支援体制を整えるため、疾病理解と適切なかかわり方など関係者への研修等を実施
- 保護観察所や地域関係機関との連携による、医療観察法処遇対象者に対する地域処遇と、処遇終了者に対する必要な相談支援の実施
- 保護観察所・保護司、地域関係機関との連携による、刑の執行猶予者を含む薬物依存症者に対する地域支援の実施





3 三次予防（リハビリテーションとリカバリー*）

*リカバリー：希望を持つことや社会的役割の取得、意味のある人生の達成、他者とのつながりの取得などを含む幅広い概念。

精神疾患に罹患することで、心身の機能の低下だけでなく、日常生活や社会生活における様々な活動や参加が制限されます。そのことによって自信や自尊心を喪失し、孤立感、無力感が高まりパワーレスな状態に陥りやすくなります。個人のパワーレスネスは、社会の活力の低下につながる大きな問題です。

障害は個人と環境との相互作用で規定されますが、家庭や学校、職場、地域など社会環境を整えることで活動や参加の制限を減少させるとともに、相談員である精神保健福祉士が精神障害者個々のアドボカシー（権利擁護）や、それぞれが潜在的に持つ能力等を発揮できるようエンパワメントを図り、リカバリーを支援することが、個人にとっても社会にとっても極めて重要です。その一つとして、病の体験をした人が自分の価値を知り社会に役立つ取組みを展開するための講座の実施と、修了者のグループ化、その活動を支援します。

- 就労や社会参加のための相談支援の実施
- 精神疾患のある人の出産や子育てを、医療機関や母子保健、子育て支援等関係機関との連携により支援
- リワークを支援する医療機関や就労支援機関、障害福祉サービスとの連携
- 病の体験をもつ当事者のエンパワメントとリカバリーを促進するプロジェクトの実施（リカバリー・プロジェクト）
- 障害者職場体験実習事業の推進
- 精神障害者社会適応訓練事業への協力

COLUMN 5

ひとりぼっちじゃなくなった理由

リカバリープロジェクト・心音
代表 W. K. （30代）

私の病気は社交不安障害です。
人への恐怖心が強いため、仕事が長続きせず、転々としていました。
症状の悪化により最後に勤めた職場を退職した後、引きこもり状態となりました。ほとんど人と接することがなくなり、強い孤立感と絶望感で苦しんでいました。



そんなとき、リカバリープロジェクトに出会いました。

同じころの病で苦しんでいるメンバーや保健所職員の方々との交流によって、病ごと、ありのままの私で受け入れられているのを感じ、少しずつ安心感に包まれていきました。

メンバーと様々な話をする中で、病は恥じるのではなく、人生にとって貴重な経験であること、そして、その経験はころの病で今なお苦しんでいる方に役立つスキルであることを学びました。これまでの自分の価値観をひっくり返してしまうほどの豊かな学びでした。

ころの病のある自分を恥じ、責め、否定し、劣等感で満たされていたころが溶かされていきました。ころの病は自分の中から取り除くものではなく、自分の中の大切な一部であり、人として大切なことを教えてくれる先生でもあると、思うようになりました。

その経験を体験談として社会に伝える活動を行うことで、さらにありのままの自分を尊重できるようになり、自分にも社会に役立つことができるという自信につながっていきました。

メンバーとともに活動を重ねることで、メンバーが信頼できる仲間となり、あれほど苦しんでいた孤立感が消えていきました。

メンタルヘルスには、居場所と仲間、そして、ささやかでも役割があること、それらがころの充足感に必要であると、活動を経験し感じています。

ころの病で孤立に苦しんでいる方へ、「助けて」と手を伸ばすことで助けてくれる人はたくさんいること、ほんの少し一歩を踏み出してみたい、そこには、今まで見たことのない景色が広がっていることを伝えたいです。

4 家族の支援

精神疾患やひきこもり状態にある人をもつ家族は、その症状等への対応や、将来に対する不安等で日々過剰なストレスの中で暮らしています。また、精神疾患やひきこもり等に対する本人や、家族、社会の偏見から、誰にも相談できず、問題を家庭内に抱え込んでいることは少なくありません。家族自身のころや体の不調が、病気をもつ本人の回復に影響するとともに、看護・介護等のほかさまざまな不安や悩みが重なると自殺や無理心中等のリスクも高まります。

家族の辛い気持ちを受け止め、寄り添い、支える相談の場が必要です。また、専門的な支援とは別に、同じ問題を抱える者同士が交流することで、視野を広げ、孤立から脱出し、支え学び合うことでエンパワメントにつながります。家族が自身の人生を大事にし元気になることが大切であり、またそのことが病気をもつ本人の回復につながります。

病気をもつ本人だけでなく、その家族も支援の対象者であると位置づけ、相談体制を整備するとともに、孤立することがないように講座においても出会い交流できる機会をつくります。また、福祉や介護、子育て支援制度との連携を図ります。



- 家族に対するこころの健康相談
- 家族教室における家族交流の促進
- ひきこもり家族交流会の実施
- 民間の家族会や社会福祉協議会等の家族交流会への支援

COLUMN 6

ひきこもり家族交流会に参加して

J. N. (50代)

2009年、高1だった長男が不登校となり、その後ひきこもりとなりました。

それまで不登校の子どもをもつ友人などから話は聞いていましたが、いざ我が身に降りかかると、親として何が起きているのかわからず、右往左往する毎日でした。昼夜逆転の生活。窓ガラスを割って暴れるので、近所のお宅にかくまってもらったこともありました。希死念慮もあったので、不安な気持ちを抱えながらパートに出かけたことも…。心療内科を受診しましたが、息子は、「薬でこころの問題は解決できない」と、頑なに服薬を拒否。しばらくして私も通院を諦め、民間のカウンセラーに相談することにしました。そこで数年に渡って子どもへの接し方や心理面について学び、「同じ悩みを抱える方の話を聞く」という、私なりの目標を立てることもできました。その後、夫婦や親子でカウンセリングを受けたことなどもあってか、少しずつでしたがひきこもり生活に変化が出てきました。

そんな時、市の広報誌で知ったひきこもりの家族交流会に参加しました。自分が住む地域で色々な悩みを抱えるご家族に出会えたことは、とても新鮮でした。交流会で悩みの全てが解決できるというものではありません。しかし、情報を交換したり、少しの変化を皆で喜び合ったり、心配したり…。同じ悩みをもつ者同士だからこそわかり合え、緊張から解かれる場に、「次回、また来よう！」と思うのです。一方、個別相談では、専門の相談員がじっくりと話を聞き、家族のしんどさを理解し、精神的に支えてくれる。なんて嬉しいことでしょう！

今、21歳になった長男は、時には家族との衝突もありますが、元気とうつを繰り返しながら、ようやく楽しいと思える事に巡り合えたようで、一時期に比べるとずいぶん明るくなりました。少しずつですが外に向かって歩み出している感じがします。思えば私は、大学に進学、会社に就職という型通りの人生しか頭になかったように思います。しかし、そうでない人生もあるはず。今は、長い目で息子の生き方を見守っていかうと思えるようになりました。

今まで知り合った親御さんたち、地域で同じ悩みを持つ方たちと今後も寄り添って、正解のない問題に取り組んで行きたいと思います。これからも親子共々しんどいこともあるはず



ですが、皆様の力を借りながら、悩みつつ、ストレス発散の方法を考えながら、私自身の人生も大事にしたいと思います。

5 こころがつながる地域づくり

人は誰もが、生命維持のための食事や睡眠、安全や安定した状態、そして社会とのつながりの中で役割を持ち、価値ある存在と認められたいという欲求をもっています。生命や安全を脅かされる状態、自身の尊厳が侵害される出来事、孤立や孤独などは、精神的に大きなストレスとなり、こころの不調をもたらします。こころの健康相談の中でも、若者の自傷行為や社交不安障害、摂食障害、アルコールや薬物等の依存症、高齢者の妄想性障害などの背景に、孤独や自尊心、自己効力感が大きくかかわっています。さらに、孤立のなかで育児や介護等が加わると、ストレスから虐待やうつ病、自殺や無理心中につながる場合もあります。

特に、本市は都市圏のベッドタウンとして職住が異なる人や、転勤等での転入者が多く、地域社会への愛着やつながりが希薄になりがちです。また、家庭に目を向けると、世帯構成では、単身世帯、特に高齢単身者や核家族、高齢者のみの世帯が増加していることや、長時間労働や女性の社会参加などライフスタイルの変化から、孤食の増加が象徴するように家庭の中での団欒、コミュニケーションが減少し、気持ちや感情を受け止めあったりこころを通わせることが少なくなっています。子どもたちの自尊心や自己効力感を育てるのが難しい環境であるとともに、孤立しやすい環境といえます。

すべての市民のメンタルヘルスのためには、健康な人も病気や障害がある人も、子どもから高齢者まで一人ひとりが、社会にとって大切な存在であるという自尊心、自己効力感を持ち、社会の一員としての役割と安心できる人間関係、つながりを持つことが不可欠です。社会環境やライフスタイルを変えることは容易ではありませんが、現状の暮らしの中で、一人ひとりが自尊心を育み、人とのこころのつながりを持ち、悩みがあれば誰かに相談できるよう啓発や知識の普及を行うとともに、関連施策における様々なつながりづくりを推進します。また、周囲の人のこころの不調に気づき寄り添いつないでいくことができる人材を養成していきます。

- 精神疾患は誰もが罹りうる身近な病気であるという理解の促進
- 子どもや若者、高齢者等各分野における当事者交流会や居場所づくりの推進
- グリーンわかちあいの会や、ひきこもり家族、HAPPY プログラム修了者等当事者のつながりづくりや、民間当事者団体との連携・協働
- 「リカバリープロジェクト」セミナー修了者の組織化と居場所づくりの支援
- ゲートキーパー（こころの不調に気づき、寄り添い、支援につなぐ人）の養成
- 社会福祉協議会における精神保健ボランティア等の育成支援



COLUMN 7

「支え合う」ことのできる、あたたかい「まち」をめざして

あゆみあいネット Y. K. (40代)

そういえば、私は自死遺族だったのだ。

長い間自分のこころの底に押し込めてきた気持ち。誰かに話せば、驚かれるのではないか。差別されるかもしれない。ごめんなさい、と謝られるかもしれない。そんな不安から、誰にも伝えずに過ごしてきました。たまたま友人が立上げた「あゆみあいネット」という団体の活動に参加したところ、そこは自死について語り合う場で、20年前の父親の死を思い出しました。そこでは、死にたいと言っても、誰も驚かない。遺族だと言っても、誰も謝ったりしない。死について自然に語り合い、受け止め合うことができました。今まで、無意識に背負ってきた重い荷物を、一つ一つ降ろすように、私の気持ちは軽くなっていきました。やがて、同じように重い荷物を持っている人の気持ちを少しでも軽くすることができれば・・・そんな思いに至り、現在も活動を続けています。

私はラッキーなことに、なんでも話せる場と出会うことができたけれど、それができない人もたくさんいます。しんどい、辛い、死にたい、そんな気持ちを伝えることができる人、それを受け止めることができる人が、この「まち」に増えたら。もう少しだけ頑張って生きてみようかな。そう思える人が、増えていくのではないのでしょうか。

人は、人によって傷つけられるけれど、人によって癒されます。何もできなくても、そっとならに居てあげる。それだけで、その人はきっと救われるはず。誰かの力になることは、回り回って自分の力にもなることを、この数年で実感しました。たいそうなことはできなくても、自分の隣にいる人をちょっと気にかけてみる。そして誰かが自分をちょっぴり気にかけてくれる。そんなさりげない気配りの輪が広がれば、きっと互いに「支え合う」ことのできるあたたかい「まち」になっていくのではないのでしょうか。そのための種まきを、これからもずっと続けていきたいと思っています。





6 各分野別計画との連携

メンタルヘルスは、「精神保健福祉業務」として法律上位置付けられている保健所だけが推進するものではありません。ここに挙げた基本施策は、市民の生活に関わるすべての部局の業務に関連するものであり、それぞれの施策の中で取り組むことができるものです。

各分野における事業計画等の中にメンタルヘルスの視点を加え、関係部局・機関等と連携、協力して、総合的に推進していきます。

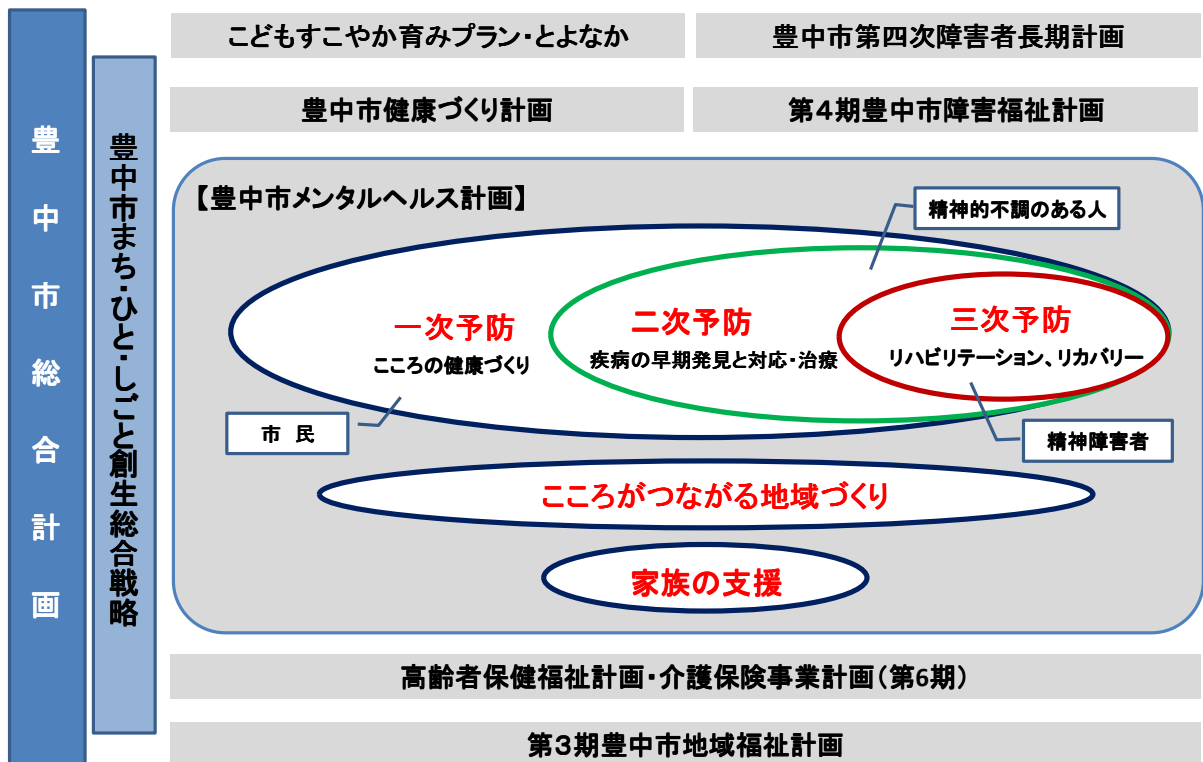


図 各分野別計画との連携



第5章 当面の重点テーマ

当面の重点課題

1 ライフステージに応じたメンタルヘルスの向上を図ります

(1) 子ども・若者のメンタルヘルス

(2) 女性のメンタルヘルス

(3) 中高年のメンタルヘルス

(4) 高齢者のメンタルヘルス

(5) 働く人のメンタルヘルス

2 病院等からの地域移行と地域生活の継続を支援します

3 アルコール依存症の予防と治療、回復を支援します

4 追い込まれた死「自殺」を防ぎます

5 災害や事件、事故後のこころのケア体制をつくります

本市のメンタルヘルスを取り巻く現状等を踏まえ、基本的施策のうち第1期計画において重点的に取り組むべきテーマを以下のとおり定めます。



1 ライフステージに応じたメンタルヘルスの向上を図ります

（1）子ども・若者のメンタルヘルス

子どもや若者のメンタルヘルスは、生涯を通じたこころの健康の基礎づくりとして重要な課題の一つです。また、我が国の若い世代の自殺は深刻な状況であり、本市においても若年層の自殺対策は重要なテーマです。

近年、子育てを取り巻く環境は大きく変わりました。特に都市部では、人間関係が希薄となり、少子化・核家族化が進むことによって育児にかかわる経験的な情報は減少する一方、マスメディアや通信端末の発達により育児情報の^{はんらん}氾濫や育児が画一化する傾向にあります。養育者は家庭内で孤立し、家庭そのものも社会から孤立している状態です。このような環境が子どものこころの育ちにも様々な影響をもたらしています。

こころの健康相談では他の年代に比べ学齢期の相談は少ないものの、小中学校での不登校がひきこもりに発展した相談や、大学進学後あるいは就職後にうつ状態などメンタルヘルスの不調を



きたしたなど若者の相談は後を絶ちません。発育・発達歴や性格傾向、家族との生活歴、学校時代の出来事、進学や就職後の様子などを本人や家族から聞き取ると、発症の要因として幼いころに虐待を受けていた、両親の暴力を見ていた、学校時代にいじめにあったなど、トラウマ体験*が多く見受けられます。虐待や DV、いじめなど日々の暮らしの中で繰り返される人権侵害は、子どもたちの心に大きな傷を残し、生涯にわたって深刻な影響をもたらすことがわかっています。本市では虐待や DV、いじめ等に対する様々な対策を講じていますが、その件数は年々増加しています。あらためて社会全体がこの問題の重大性を認識し、予防と早期発見、早期対応等対策を講じていく必要があります。

不登校からのひきこもりや、ストレスを原因とするうつ病、摂食障害や薬物依存、自傷行為など、思春期・青年期のこころの問題の背景に、乳幼児期からの養育者との愛着関係を要因とする、強い不安や自我確立の遅れ、自尊心や自己効力感の低さが認められます。こころは人間関係の発達の中で育ち、その基本となるのが乳幼児期の養育者との人間関係・愛着です。養育者に子どものこころの育て方を伝えるとともに、養育者が孤立することなく安心して子育てができるようサポートする仕組みが必要です。また、発達障害については、精神疾患ではありませんが、障害特性から生じる生きづらさから、家庭や学校、職場、地域との関係において自尊心を傷つけられたり孤独に陥り、二次的にうつ病を発症することがあるという点において、生活障害を軽減するための障害の診断や相談支援が重要です。LGBT についても、無理解や社会制度の整備の遅れから、様々な生きづらさを抱えることになり、うつ病や依存症、自殺などのリスクが高いと言われています。いずれも、多様性を認め合える社会づくりが大切です。

また、成人の精神疾患のうち 75%は 24 歳までに、50%は 14 歳までに発症しているという報告があります。思春期は、身体的、心理的、社会的に大きな変動がある時期です。生活の広がりによって経験するさまざまな失敗や挫折、急激におこる身体変化などの発達課題をうまく乗り越えるためには、知識やスキルだけでなく、ともに受け止めてくれる人の存在が重要となります。子ども自身が生涯を通じて自らの健康を管理し改善していくための知識を身に付けるとともに、不安を受け止める人間関係づくりや相談体制が必要です。

子どもや若者の生涯を通じたメンタルヘルスを考えるとき、子育てや子ども・若者を支援する機関、学校関係者等との協働や連携とともに、社会全体で子どもたちのこころの育ちを保障する仕組みづくりが重要です。

*トラウマ体験：災害や暴力、事故など、その人の生命や存在に強い衝撃をもたらす出来事を外傷性ストレスと呼び、その体験をトラウマ（外傷）体験と呼ぶ。これらの体験による精神的な変調をトラウマ反応と呼ぶ。同じ外傷性ストレスであっても、その受け止め方や対処能力には個人差があり、ストレスに遭遇した全ての人にトラウマ反応が生じる訳ではない。



◆必要な支援と協働の仕組みづくりの検討

- ・推進会議のもとに専門部会を設置。課題に対する共通認識をもつとともに、具体的な取り組みや連携・協働のあり方について検討する。

◆子どものこころの育ちに必要な環境づくり

- ・市民への知識の普及と啓発。
- ・子育て支援施策の推進。

◆こころを育む子育ての支援

- ・母子健康手帳の交付や両親教室等で、子どものこころが育つ道筋やこころを育てる子育て知識の普及。
- ・乳幼児期、学童期、思春期と、子どものこころの発達段階に応じた子育て知識の普及。
- ・LGBTをはじめ多様性を認める子育ての啓発。
- ・子育て支援従事者への研修による、養育者への適切な助言や支援。

◆思春期の子どもに対する、精神疾患に関する知識やストレス対処法、コミュニケーション法等の普及、メンタルヘルス・リテラシー教育の推進

- ・学校と保健所の連携により中学生・高校生を対象とした講座を実施。

◆児童虐待の早期発見と適切な支援

- ・虐待の早期発見と、子どものこころのケアならびに養育者のメンタルヘルス問題への支援。
- ・子育て支援従事者の子どものトラウマや養育者のメンタルヘルスへの対応力の向上。

◆子ども・若者のメンタルヘルス問題の早期発見と早期対応

- ・子ども・若者にかかわる関係者を対象とした、ひきこもりや精神疾患に関する知識の普及。
- ・学校や教育委員会と保健所等地域支援機関との連携により、メンタルヘルス問題の早期発見と切れ目ない支援の実施。

◆子ども・若者の自殺を予防するための啓発

- ・学校との協働により、中学生や高校生を対象とした「いのちの授業」の実施。

◆いじめや虐待やDVなど、子ども・若者への人権侵害を防ぐ

- ・各問題への対策の推進。



児童青年精神科医からのお願い

精神保健福祉相談嘱託医

赤垣メンタルクリニック院長 赤垣 伸子

私は、精神科医で、子どもや若者の精神科診察を行っています。様々な神経症、心身症や精神の病気に加えて最近では発達障害の相談が増え、またそれらに伴う不登校、行動の問題などについての診療を行っています。

子どもや若者の精神科受診に際して、保護者の方をはじめ、関係機関や周囲の大人の方々をお願いしたいことが3つあります。

一つ目は、子どもに向かって、「そんなことをするなら精神科に連れて行くよ」などと言って、受診に懲罰的な意味を持たせる、あるいは、「もう精神科に行くしかない」と、精神科受診が最後の砦であるかのようなニュアンスを抱かせるのは避けてほしいということです。こうしたことを言われて受診する子どもは、親から見放されたと感じていたり、精神科のレッテルを貼られると恐れたりしています。自分の心の悩みを誰かに相談するのは、恥ずかしいことではなく、自分の心を見つめようとする立派な行動です。保護者も先生たちも、受診を促す前に子どもと一緒に悩んでほしいと思います。精神科の受診は、一緒に悩む仲間を増やす行為と考え、そうした意味合いを込めた勧め方をしていただけると幸いです。

二つ目は、「診断することだけ」を目的に受診しないでほしいということです。最近、保護者の方がインターネットや書物などを見て、「子どもはこの病気や障害ではないか」と受診される場合も多いです。そういう心配を主治医に伝えていただくのは良い事だと思います。でも、周囲の大人が病名にこだわることで、その子自身を見なくなってしまうことがあります。子どもは、受診早々に病名をつけられてしまうことで、傷つくかもしれません。もちろん、早期治療が必要なものは早期に診断し療育を開始したり、診断名を確定して他の診療科のようにガイドラインに沿った治療を行ったりすることもあります。しかし、その子どもを理解し育てていくために、またその子が成長していくために、診断名は必要でないことも多いのです。大切なのは病名ではなく、子どもを取り巻く人たちが、その子が今困っていることを解決するために、状態を整理し、何をすることが必要なのか考え、実行することだと思います。

三つ目は、子どもの心の問題を、医療機関に任せっぱなしにしないでほしいということです。私は、子ども自身にどんな障害や病気があろうと、子どもの心の治療は生活の場で行われると思っています。日々、子どもたちはいろいろな物を見、聞き、体験し、会話して思考し判断し、失敗しては回復して成長していきます。その中に治療的な要素がたくさんちりばめられています。家族、学校、医療機関、その他関係機関、それぞれの人たちが子どもの事を思っている、お互いの連携がないと信頼関係を持てず互いに批判し合っただ対立してしまうことがあります。子どもは、両親と学校の先生と主治医と一緒に集い話し合う姿を見て、「ここにいる大人はみんな自分を応援してくれる仲間だ」と安心します。子どもを取り巻く大人たちは、是非つながってほしいと思います。そうすることで、子どもの意見を取り入れたオーダーメイドのかかわりが持てるのではないのでしょうか。そのつながりあいには行政にも是非協力していただきたいです。悩みを持つ子どもや若者の関係者が（学校に呼び出されるのではなく）複雑な手続きなしに集まれる場の提供、困っている家族に対して多職種で関わるができる仕組み作り、関係機関・団体が子どもに接する技能を向上させていくための研鑽事業の実施などを通して、子どもと取り巻く大人たちがともに成長していけるシステムを、作っていただけたらと思っています。

(2) 女性のメンタルヘルス

女性が抱える様々な生きづらさがストレスとなり、メンタルヘルスに大きく影響しています。女性の生きづらさには、一般的に次のようなものがあげられます。

- * 「生理的特性」：ホルモンの影響を受けやすく、妊娠・出産や更年期によって体と心は大きく変化します。
- * 「性的役割分業」：男は仕事、女は家庭という根深い役割意識があります。家事と育児と仕事の両立、あるいは結婚・出産に伴い仕事など自己実現を断念せざるを得ない状況は大きなストレスとなります。
- * 「ジェンダー」：社会的、文化的に形成された男女の差異で、「男らしさ」「女らしさ」など社会通念において一般的な固定的な性別観・性差観を意味することもあり、固定的役割分担、偏見等につながっている場合があります。「女性はこうあるべき」ととらわれてしまうと、ストレスとなります。
- * 「ガラスの天井」：資質や成果に関わらず女性の組織内での昇進を妨げる、見えないが打ち破れない壁をいい、天井にぶつかると精神的に大きなダメージを受けます。
- * 「貧困」：1人暮らしの女性世帯の貧困率は、勤労世代で32%、65歳以上では52%と過半数に及んでいます。19歳以下の子供がいる母子世帯の貧困率は57%で、女性が家計を支える世帯に貧困が集中し、貧困者全体に女性が占める割合も57%と、1995年の集計より男女格差が広がっており、社会問題となっています。
- * 「暴力被害」：女性の人権軽視を背景としたDVや性犯罪、セクシュアル・ハラスメントなどの被害の対象となります。

このように、女性は女性特有の個人要因や社会環境要因によってメンタルヘルスに不調をきたし、うつ病のほか摂食障害、PTSD（心的外傷後ストレス障害）、アルコール依存症、自殺などに移行するリスクが高くなっています。このことから、社会環境の改善や、とよなか男女共同参画推進財団をはじめとする各分野での取組みとともに、個人のメンタルヘルスに対する支援として、関係機関が協働し以下のことに取組んでいきます。

また、妊産婦は、すべての子どもがすこやかに生まれ育てられる基盤であることから、尊重され保護されなければなりません。次世代を担う子どもたちの健やかなこころを育むためにも、妊産婦のメンタルヘルスは極めて重要です。

◆必要な支援と協働の仕組みづくりの検討

- ・ 推進会議のもとに専門部会を設置。テーマに関する講演会を開催し、課題に対する共通認識をもつ。

◆女性の人権とメンタルヘルスに関する啓発

- ・ 保健、教育、人権等関係機関が協働し講座等を実施。



- ◆ストレス対処方法など知識の普及とリテラシーの向上、相談体制の整備。
 - ・関係団体との協働による、市民や女性を対象とした啓発や講座の実施。
 - ・関係団体、学校との協働による、児童生徒への啓発や講座の実施。
 - ・関係団体との連携による、相談支援の充実。

- ◆妊産婦のうつ病の早期発見と早期対応のための知識の普及
 - ・母子健康手帳や副読本、講座等での知識の普及。
 - ・妊産婦のこころの相談の実施。
 - ・保健・医療・子育て各機関の従事者を対象とした研修会の実施。
 - ・産科・小児科・精神科医療、母子保健・精神保健、子育て支援との連携の推進。

- ◆うつ病や自殺の兆候を早期に発見できるようゲートキーパーを養成
 - ・女性相談、妊産婦相談、子育て相談、ひとり親相談、就労相談等の従事者を対象としたゲートキーパーの養成。

COLUMN 9

あなたは、あなたのままで

精神保健福祉相談嘱託医

ほっとメンタルクリニック院長 やひろ みちよ 八尋 美千代

これを読んでいるあなたの周りには、どんな女性がいるだろうか。今の女性の生き方は様々だ。結婚する、しない、産む、産まない、どんな働き方を選ぶか。どんな人生を選ぶにしろ、女性の人生にとって母性は大きなテーマだ。この数年、母になる苦しさを訴えて受診する女性に会う機会が増えた。女性に生まれてくることはできるが、母性って何なのだろう。

4ヶ月になる男の子のママのMさん。大卒でIT企業に勤務後、同僚と結婚し退職。夫の転勤で初めて大阪に転居。関西には親戚も友人もなく、夫は毎日仕事で夜遅く、土日も出勤。子どもとの生活は予定通りに進まず、家事も十分にできない。こんな簡単なこともできないダメな人間だったんだ、と思い知らされる。気がつくと1日子どもと二人きりで誰とも話をしていない。疲れた夫には泣き言は言えない。夜中も子どもがぐずるとすぐ目が覚めて何度も起きる。家事や育児をちゃんとやらなくちゃ、と気持ちばかり焦り、子どものことも可愛いと思えない。気がつくと涙が流れて止まらない。相談する人もなく、広報誌で見た保健所に電話相談をした。保健師さんの訪問を受けカウンセリングで育児の相談ができた。保育所の一時預かり制度や子育てサークルを紹介され、どうしようもないところからは抜け出せた。でも、行政の支援を受け周囲に迷惑をかけて何とか育児をしている自分は2人目を望む資格がない、と思っている。



ちょうど、この原稿を書いていたら、新聞に「ワンオペ育児」という記事が掲載されていた。Mさんと同じように夫や実家の援助も受けられず、1人で育児する状態をこう呼びそうだ。精神医学に拘禁反応こうえんと呼ばれる状態がある。強制収容所等のように強制的に自由を抑圧される環境に置かれた人が示す精神状態のことを指し、悲観的、抑うつ的、被害的、妄想的などの多彩な症状を示す。出産後、体力も十分回復していないのに、育児は24時間勤務だ。しかも一つの命をあずかるという重責ある仕事だ。子どもとの間は見えない鎖で繋がれ、仕事から解放される時間はなく、自由は完全に奪われる。誰とも言葉を交わすことなく一日中乳児と二人きり。二人だけど、いつも孤独だ。ワンオペ育児なる状態は、「育児」の中に監禁されているといっても良い。真面目で責任感も強く、育児を頑張って「良い母」になろうとする女性ほど、がんじがらめになってしまうように思う。心の健康は、仲間がいる、一人ではないと思えること、自分の行動に意味があり大切なことだと知っていることで支えられる。育児中の母親が、密室に子どもと二人で置き去りにされているのは極めて不健康だ。能力不足などと思わずに、多方面に手助けを求めたほうが良いと思うし、周囲の人はもっと配慮して援助を求めやすい環境を作り、協力すべきだ。

人間の子どもは動物に比べて、とても未成熟な状態で生まれてくる。生後一年は歩くこともできず、まだ胎児のようなものだ。大げさかもしれないが、母になるには何度も痛みを乗り越えなければならないのだと思う。妊娠と陣痛という身体の変化や痛みが、母性を目覚めさせるとすると、授乳をはじめ、排泄、移動など全ての世話を必要とする最初の一年間を通して、自分の中に母性の宿る器官を発達させるといっても良いだろう。女性が母になるのではなく、子どもが母なるものを育ててくれるのではないだろうか。乳児期を経ると、第一反抗期、第二反抗期、子離れの時期まで考えると育児期間は二十年くらい続き、その時々で直面する問題も変わってくる。どうしたら良いかわからず悩むこともある。「子どもは三歳までに一生分の親孝行をする」と昔の人は言ったが、子どもは本当にお母さんが大好きだ。良いお母さんだからではない。お母さんだから好きなのだ。毎日が大変で、時には可愛いと思えなくても、子どもは最初からお母さんの何もかもを許している。苦しんでいるお母さんがいたら言ってあげてほしい。

「あなたはあなたのままで、それでいい。十分、お母さんなのだ」と。



(3) 中高年のメンタルヘルス

中高年のメンタルヘルスは、この時期のこころの健康を保つだけでなく、その後の老年期に起こりうるメンタルヘルスの不調を予防する重要な時期といえます。

中高年期は、心身機能の低下や病気、仕事での期待や役割の高まりのほか、リストラや転職、退職、家庭では高齢化する親世代の介護や死別、子どもの教育期間の長期化や巣立ちなど、喪失体験やライフイベントが続き、心理的にも、社会的にも負担を抱えることが多い世代です。その結果、不安や抑うつが現れやすくなります。子どもが巣立った後の空虚感から発症する抑うつや心身症などを示す‘空の巣症候群’からうつ病やアルコール依存症に進む場合もあります。エネルギーに活動していた人が突然意欲をなくし心身の疲労を訴える‘燃え尽き症候群’からうつ病に発展していく人も少なくありません。平成24年(2012年)の「労働者健康状況調査」では、強い不安・悩み・ストレスとして男性の4.4人に1人が「定年後の仕事・老後の問題」を挙げており、将来に対する不安も大きくなっています。ストレスにうまく対処するためのスキルを身につけること、つらいときは一人で抱え込まず身近な人や相談機関に話すことの大切さを啓発していく必要があります。

また、中高年期は、次に迎える高齢期のメンタルヘルスを良好に保つための準備期ともいえます。高齢期のメンタルヘルスの課題を知り、こころの不調等を予防するため、例えば、家庭や地域等で人とのコミュニケーションを増やしたり、仕事以外の役割や活動をつくる、職場や家庭以外での居場所づくりなど、孤独や不安に陥りがちな高齢期の暮らしをともに支え合える、多様な人との良い人間関係づくりをスタートさせる大切な時期といえます。

◆情報発信と知識の普及

- ・こころの体温計等の活用により、メンタルヘルスへの関心を高め、セルフケアを促進。
- ・市民講座やリーフレット等により、中高年並びに高齢期のメンタルヘルスに関する知識の普及と啓発

◆こころの健康相談の周知と活用の促進

- ・既存相談の周知とともに、働く世代が相談しやすい体制の検討

◆アルコール健康障害の予防(再掲)

- ・働く世代が参加しやすい、多量飲酒者を対象とした「HAPPYプログラム」(集団節酒指導)の実施。





中高年のメンタルヘルス

精神保健福祉相談嘱託医

医療法人豊済会小曽根病院院長 にしもと西元 よしゆき善幸

65歳以上の高齢者人口が、2020年には29.1%、2035年には33.4%になると推計されており、急速な少子高齢化時代を迎えようとしています。また、2025年には認知症人口が700万人を超えると予測されています。こういった状況のなか、中高年におけるメンタルヘルスは、官民一体となって取り組んでいかなければならない喫緊の問題であると考えられます。

財政問題や行政、関係機関団体の取組みは、もちろん重要ですが、ここでは豊中市保健所の嘱託医でもある精神科医としての立場から、意見を述べさせていただきます。

中高年においては、がんや生活習慣病などの身体疾患の対策と同様に、メンタルヘルスは精神疾患の予防と早期発見、並びにライフスタイルが最重要と考えられます。

まず、今後、最も問題になってくる認知症について考えてみることにします。認知症は、脳の海馬という部位が徐々に萎縮してくるアルツハイマー型認知症と、脳血流が悪くなることで起こってくる脳血管性認知症を中心とした症候群です。記憶、特に新しい記憶（記銘力）が減退してくることがこの病気の本体です。そのために、日常生活における失敗や意欲の低下、金銭に関する被害妄想や徘徊、不潔行為などの異常行動がみられることもあります。現在、根本的な治療法は見つかっていませんが、早く対応することで病気の進行を抑える薬が開発されていますし、予防にも効果があるという運動療法も提唱されています（筑波大学の朝田教授のダブルタスクなど）。また、進展していく介護問題に備えることもできるようになり、介護者の負担の軽減に繋がります。乳幼児健診のように行政が中心となって、認知症健診を実施して、市町村レベルで指導、啓発していく方式が望ましいと考えられます。昨今、高齢者運転が問題となっていますが、自動車免許の更新時に切り替え業務だけではなく、健診事業として一歩進めていくのも一案と考えます。

次に、近年、急激に増加している抑うつ症状について考えてみることにします。核家族化、経済情勢、格差の問題、並びに近所付き合いの希薄化など社会を取り巻く大きな変化が、抑うつ気分を訴える人の増加に直結していると考えられます。現在、「うつ病患者」は390万人と推計され、3年前の1.8倍となっています。この急激な増加をみても、生物学的な要素よりも上記の社会情勢に起因する可能性が高いと考えられます。「うつ病」は、早期に対応することで、薬にもよく反応しますし、認知行動療法的なアプローチを行うことで、薬を使用せずに改善することもあります。今までと違って寝つきが悪くなった、何かやる気が出ない、悲観的にしか物事を捉えられない、疲れやすいなどの自覚症状が数週間続く場合は、出来るだけ早く専門医や公的機関に相談に行かれることを勧めます。遷延化すると、せんえんか遷延化すると、しょうそうかん焦燥感が強くなり、自殺という最悪の結果を招いてしまうこともあります。

認知症や「うつ病」に限らず心の病気の場合、周りの偏見や自らのコンプレックスなどから、受診や相談が遅れがちになることが多いようです。そのために二次的に気持ちがすさんで、ネガティブな回転に陥り、重症化、せんえんか遷延化してしまいます。心身ともに健康であってこそその「長生き」であると思います。

生物の宿命である老化を上手に受容することで、健全な心を保持、育成し、不健全な部分は、できるだけ



早期に対応していただきます。「健全なる肉体に健全なる魂が宿る」は、逆も真なりと思います。

最後に、ハーバード大学で行われた「史上最長の研究が明かす幸福な人生の秘密」という論文を紹介します。724名のハーバードの学生とボストンの貧困層の青少年を2群に分けて、75年間に亘って追跡調査したものです。結果は単純明快で、富や名声ではなく、良い人間関係（柔軟性があり、他人の意見を尊重できること）を築くことが幸せと健康の秘訣といったものです。孤独を避け、相互の信頼関係を築いていくことが肝要といったことです。

これからのメンタルヘルスに役立ててください。

(4) 高齢者のメンタルヘルス

高齢者のメンタルヘルスでは、認知症の問題が大きく、介護保険事業等において市民への啓発や各種予防事業、早期発見・早期対応に向けた取組みを進めています。一方、こころの健康相談では、高齢者のこころの不調や、うつ病等精神疾患、自殺念慮等について、家族や近隣、地域包括支援センター等支援機関からの相談が増えています。配偶者と死別後つらい気持ちを一人で抱えてうつ状態にある人や、アルコール依存症の人、とりわけ一人暮らしで自立生活ができているのに激しい妄想に脅かされている人が増えています。家族がいても同様で、いずれも孤立・孤独が、不調の大きな要因となっています。

老年期では、心身機能の衰えや健康問題、社会的地位の喪失や、収入の減少と生活への不安、役割期待の減少や対人関係の縮小と孤立、近親者との死別など、中高年以上に大きな喪失を経験し、不安、孤独、抑うつに傾き心理的な危機状態を生みやすくなっています。

本市では、一人暮らし高齢者が悲惨な孤立死を生むような社会的孤立を防止し、地域で安心して暮らせるまちづくりの一つとして、気軽に集える居場所づくりをはじめとする安心生活創造事業を展開しています。これら高齢者支援の充実とともに大切なことは、中高年からのこころの健康づくりです。職業生活中心で地域とのネットワークが希薄な人は、退職という喪失体験とともに、家庭・社会での役割や生活スタイルの変化に適応できず、孤立・孤独から、うつ病やアルコールへの依存などこころの不調をきたす割合が高まります。特に、男性については、生活習慣病の予防など身体の健康づくりと合わせて、人とのつながり、社会とのつながりづくりの啓発に取り組む必要があります。

◆介護予防・日常生活支援総合事業の推進

- ・個々の機能回復訓練等とともに、通いの場の充実など人と人とのつながりづくりを促進。

◆ゲートキーパーの養成

- ・高齢者を支援する介護サービス従事者や民生児童委員等を対象とした研修の実施。



- ◆老年期のメンタルヘルスについて啓発と知識の普及
 - ・地域包括支援センター等との協働で、講座の実施。
- ◆メンタルヘルスの対応力向上
 - ・個別支援における、高齢者支援機関と保健所等関係機関の連携。
 - ・関係機関による支援検討会議等での保健所の活用。

(5) 働く人のメンタルヘルス

団塊世代の大量退職、経済のグローバル化と国際競争の激化、OA化（コンピューターシステムを利用した事務の効率化）やIT化（情報システム化による業務の効率化）、雇用形態の多様化や不安定就労の増加など、近年働く人を取り巻く環境は大きく変化しています。

厚生労働省が5年に1回行っている「労働者健康状況調査」によれば、「仕事や職業生活でストレスを感じている」労働者の割合は、昭和57年(1982年)の50.2%から平成24年(2012年)の60.9%と増加しており、今や働く人の約6割はストレスを感じながら仕事をしています。男女ともに、特に30歳代・40歳代の働き盛り世代のストレスが高くなっています。その内容は、人間関係が最も多く、続いて仕事の質、仕事の量となっています。就業形態によってストレスの内容に差が見られ、正社員では仕事の質や量、派遣労働者や契約社員では雇用の安定性や仕事への適性が高くなっています。一方、過労死等の労災補償状況を見ると、「仕事による強いストレスなどが原因で発病した精神障害、精神障害を原因とする自殺による死亡」の請求件数は年々増加しています。

また、うつ病や自殺だけでなく、ストレス解消としての多量飲酒からアルコール依存症や様々な健康障害に移行するという問題もあります。「労働者の心の健康の保持増進のための指針」（メンタルヘルス指針）に基づくメンタルヘルス対策の一層の推進が求められます。

仕事が原因でメンタルヘルスに不調をきたす人の一方で、こころの健康相談を利用する人の中には、個人が持つ要因、例えばストレスにうまく対処できない、人間関係・コミュニケーションが苦手、発達障害など能力にばらつきがあるなど、働く場への適応が困難で、二次的にうつ状態を引き起こしている人がいます。このような場合は、必要に応じて医療を利用するとともに、ストレス対処力やコミュニケーションスキルを高めるような個別的な支援が必要となります。また、個々の特性を知り持てる能力が発揮できるよう就労支援機関や就労に向けた訓練機関等と連携しながら、うつ病等からの回復とリワーク(復職)をサポートします。

一方、本市の産業振興の基本姿勢は、「産業活動は都市の活力を支える柱の一つであり産業活動の主人公は中小企業である」（中小企業チャレンジ促進プラン）としていますが、その中小企業が元気であるためには従業員のメンタルヘルス対策が一層重要になっています。精神障害を原因とする労災認定件数の増加などに対し、労働者の安全と健康の確保対策を一層充実するため労働安全衛生法が改正され、平成27年（2015年）12月から、労働者のメンタルヘルス不調の未然防止



と労働者自身のストレスへの気づきを促すこと、ストレスの原因となる職場環境の改善につなげることを目的として事業者にストレスチェックが義務付けられました。しかし、常用労働者が50人未満の小規模事業所では、当面の間努力義務となっています。自営を含む小規模事業所が、事業主や従業者のうつ病や自殺、アルコール関連問題等で事故や能力低下などが起こらないよう、事業場内産業保健スタッフが確保できない場合の事業場外資源として保健所の活用を図れるよう、豊中商工会議所との連携により啓発や情報提供、必要な支援に取り組んでいきます。

◆中小企業に対する啓発とニーズ把握

- ・豊中商工会議所等との連携により、うつ病やアルコール依存症等に関する情報提供、相談窓口（保健所）の案内。事業所のメンタルヘルスに関するニーズ把握（アンケート調査ほか）。

◆中小企業、特に事業場内産業保健スタッフが確保できない小規模事業場の事業主、従業員に対する予防啓発と、早期発見のための相談

- ・豊中商工会議所が主催する会員企業のための定期健康診断において、うつ病やアルコール健康障害について相談の実施。

◆働く人やその家族、事業所に対する知識の普及

- ・市民講座や事業所への出前講座の実施。

◆従業員等の自殺危機への初期介入スキルアップ研修の実施

- ・事業主等職場のメンタルヘルス担当者へのゲートキーパー養成研修。

COLUMN 11

ストレスチェック制度の有効活用を！

精神保健福祉相談嘱託医

明石クリニック院長 あかし けいじ 明石 恵司

平成27年12月にストレスチェック制度が施行されました。制度について簡単におさらいしておく、

- ① 医師や保健師等の「実施者」が、従業員にストレスチェック検査をおこなう。
- ② 従業員本人にのみ結果を通知する。
- ③ 高ストレスと判断された従業員から申し出があれば、医師による面接指導をおこなう。
- ④ 面接指導をした医師からの意見を聴取して、事業者は適切な事後措置を講じる。



という流れになるのですが、施行後1年あまりの間、まだこの制度が当初の狙い通り機能しているとはいえません。

この制度は本来、従業員のメンタルヘルスの向上に役立つとともに、事業者にとっても生産性の向上などのメリットが大きい制度ですが、あくまでも従業員が検査に正直に回答することが前提になっています。しかしこの前提は十分に達成されたとは言い難く、私が直接聞く範囲でも、「正直に書くと職場でどんな扱いを受けるかわからない」と言って優等生的な回答を並べた人がいる一方で、「高ストレスと判断されたら、会社は待遇を改善する義務があるんですよね」等と勝手な解釈で期待している人もいました。

また、高ストレスと判断されながら面接指導を希望しない人の問題も大きいと思います。面接指導を希望すると、その時点で初めて事業者側に検査結果が伝えられることになるのですが、そのことで不利益を受けるのではないかという疑念が払拭(ふっしょく)できないかぎり、チェックシートに正直に答えても多くの人は面接指導を申し出ないのではないかと思います。そして、この高ストレスでありながら面接指導を受けない人たちが、メンタル不調者の予備軍であることは容易に想像がつかます。

さらに、事業者側の「本気度」の問題もあります。会社の担当者の方からは、「制度が出来て手間と出費が増えた」などといった本音(?)も聞きました。みんながそうとはいいませんが、「とにかく言われたとおりやっておけば文句は言われないうらう」という姿勢、つまりストレスチェックを実施することが目的化している傾向が目立つようです。

これらの問題をクリアして制度がうまく機能するためには、何よりも従業員と事業者の双方がこの制度を正しく理解して取り組む必要があります。

従業員に対しては、ストレスチェックはメンタル不調者をあぶり出すものでなく、不調者を出さないための仕組みであることをもっと周知する必要があります。各自の結果はまず本人にのみ通知され、従業員本人の同意がなければ事業者には通知されないことや、正しく回答することが職場環境の改善に繋がる、すなわち自分のためになること等をしっかりと知っていただかないといけません。

事業者には、高ストレスの従業員が面接指導を申し出ても不利にならない仕組み作りと、それを従業員にしっかり伝えることが求められます。仕事というものは出来る人の所へ集まります。結果として、仕事が出来た人ほどストレスを受けやすいのです。この人たちを不調に陥らせないことが仕事の効率や生産性の向上に繋がり、大きな意義があるということを事業者側がよく認識して、この制度に取り組んでいただきたいと思います。

いくつかの問題点はありますが、ストレスチェックは有意義な制度なので、今後さらに発展してほしいと祈っています。



2 病院等からの地域移行と地域生活の継続を支援します

どのような病気や障害があっても地域社会の一員として役割を果たしながら自分らしく暮らせることはすべての人の願いであり権利です。必要な入院治療が終了し通院治療で地域生活が可能



な状態になれば、速やかに退院し地域生活に戻るようになりますが、再び入院が必要となるような病状の悪化を防ぐためには、通院や訪問看護等必要な医療を継続するとともに、福祉や介護、子育てなど生活支援サービス等の活用（ソーシャルサポート）、そして孤立防止として人との交流、見守り、家族への支援が不可欠となります。

精神保健福祉法に基づき本人の同意を得ることなく行われる医療保護入院については、人権擁護の観点から可能な限り早期治療・早期退院ができるよう、病院に配置された「退院後生活環境相談員」等に協力して取組みます。

長期入院患者をはじめ、措置入院や医療保護入院などの非自発的な入退院を繰り返し、病状が不安定な患者に対しては、精神科病院等が主催する退院支援委員会やカンファレンスに参加するなど、在宅での医療の継続や必要な生活支援サービスや地域の見守りなどサポート等の調整を図り、地域生活の安定に向けた必要な支援を行います。

第4期障害福祉計画の国の基本指針においては、在院期間1年以上の長期在院者に対して退院支援や生活支援等を通じて地域移行を推進し、併せて状態像に応じた医療を提供する機能を確保することとし、その実現に向け、平成29年(2017年)6月末時点の長期在院者数を平成24年(2012年)6月末時点の長期在院者数から18%以上減少することを成果目標としています。現在退院可能な長期入院患者が安心して地域生活に移行できるよう、障害福祉施策の一層の推進を図ります。その中で、保健所は、地域における退院促進支援にかかるネットワークの構成機関として、大阪府の地域精神医療体制整備広域コーディネーターとの連携により、精神科病院や相談支援事業所等のバックアップを行います。

精神疾患が原因で重大な他害行為を行った医療観察法の対象者については、入院医療終了後の地域処遇において、必要な医療の継続と環境調整等による病状の管理により安定した社会生活を維持できるよう、医療機関や障害福祉等関係機関、地域と連携しながら必要な支援を行います。

また、平成27年(2015年)11月に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が示されました。薬物依存症者が依存という疾患から回復し社会復帰するための地域支援として、保護観察所や保護司、医療機関、就労支援機関、地域等と連携を図りながら必要な支援を行います。

◆精神障害や薬物依存の回復を地域で支えるための啓発

- ・大阪府こころの健康相談センターや障害福祉行政、民間支援団体との協働。

◆精神障害者や薬物依存症者及びその家族に対する相談支援

- ・相談窓口の周知。
- ・大阪府こころの健康相談センターの専門相談や家族支援プログラムの活用。

◆病院等から地域生活への移行に向けて切れ目ない支援

- ・病院訪問等により長期入院者の実態把握と課題整理。
- ・地域生活への移行を協議する会議への参画。



・病院が開催する退院支援委員会等カンファレンスや医療観察法に基づく地域ケア会議等への関係機関の参加。

◆薬物依存からの回復のための支援技術の向上

- ・保健所相談員の研修。
- ・薬物依存症者の支援に携わる医療・保健・福祉・就労支援従事者に対する研修。

◆当事者や民間支援団体等の活動支援

- ・回復支援施設や自助グループの活動支援と連携。

COLUMN 12

入院医療中心から地域生活中心へ

精神保健福祉相談嘱託医

社会医療法人北斗会さわ病院 わたなべ はるお
渡邊 治夫

「地域移行」とは、“個々人が住まいを施設や病院から単に元の家庭に戻るのではなく、個々人が市民として、自ら選んだ住まいで安心して、自分らしい暮らしを実現すること”を意味しています。

私は精神科病院、老人施設での診療や、保健所での精神保健相談等を主な業務とする精神科医師ですが、最近その業務の中でも「地域移行」という言葉が使われることが多くなりました。私が行う診療や相談等の場面でも「この問題点をクリアできれば、退院（退所）して市民として自ら選んだ住まいで安心して自分らしい暮らしを実現できる」、「退院（退所）後の再入院（再入所）を防ぐことができる」といったことが度々話題となります。このような地域移行のため、入院中（入所中）の方々やそのご家族は、「住まいの場や地域での支援体制」が更に充実することを希望され、私自身も同様にそれらの更なる充実の必要性を強く感じています。

現在、精神障がいを理由に医療機関へ入院中の方々の中には、住まいの場や地域での支援体制等が整えば退院できる（“社会的入院”といわれています）方も多いとされています。そのような地域移行を希望する方が住みたいところを選び自分の暮らしを展開するなど、自身の意志や希望や選択が尊重される支援の仕組みと選択肢を作ることが、現在早急に求められています。

そこで、厚生労働省は、特に精神障がいをお持ちの方々に対して、平成16年9月に「精神保健医療福祉の改革ビジョン（以下、“改革ビジョン”）」という指針を示し、その中で「入院医療中心から地域生活中心へ（地域移行）」という方向性を示し、入院中の方々が地域で生活できるような様々な取組みを始めました。



退院をめざしている方々が地域での生活に移行するための住居の確保や、新生活の準備等に関する「地域移行支援」と、居宅で一人暮らしをしている方々が夜間等も含む緊急時における連絡、相談等のサポート体制に関する「地域定着支援」です。このような地域移行への支援の結果、“改革ビジョン”の開始後の10年間のデータを見ると、7万2,000人の社会的入院の方々のうち1万1,000人が地域移行し、地域での暮らしを実現できました。

私の勤務する病院では、入院中の方々の地域移行に必要と思われる項目を、それぞれの頭文字をとり“しゃかいふっき”と呼んでいます。その各項目についてご紹介します。

【“しゃかいふっき”の構成】

- “し” … 「しゃかい的行動」強い不安や恐怖を与える非社会的行動と反社会的行動が無い
(「どこへ行ってしまうかわからない」ことがないかで判断)
- “や” … 「やりくり」 経済管理
- “か” … 「かつどう」 生活リズム管理
- “い” … 「いんしょく」 栄養管理
- “ふ” … 「ふくやく」 治療管理
- “つ” … 「つきあい」 対人関係
- “き” … 「きれいさ」 保清(掃除、洗濯、入浴)

上記の“しゃかいふっき”の各項目について、入院中の方々の病気が回復し退院を検討する際に、一つずつ確認を行っています。その際、退院後地域での安定した生活を継続するために必要と予測される項目については、「入院中からの単身生活訓練」、「退院直後に施設での短期生活訓練」、「訪問看護」、「ヘルパー」、「社会福祉協議会」、「ショートケア」・「デイケア」・「デイナイトケア」など通院による精神科リハビリテーション、「就労訓練」など医療や保健、介護や福祉等サービスの積極的な利用を提案するようにしています。このような考え方や対応は医療機関から退院する方々だけでなく、施設から退所し地域移行を行う方々にも有用です。しかし、現時点では入院中(入所中)の方々の「地域移行」が十分に実現できているとはいえません。今後、多くの方々が地域移行を実現し、病気や障害があっても地域で自分らしく暮らせるよう、退院(退所)した方々への「住まいの場や地域での支援体制」を一層充実する必要があります。



3 アルコール依存症の予防と治療、回復を支援します

平成25年(2013年)にアルコール健康障害対策基本法が制定され、平成28年(2016年)5月にアルコール健康障害対策推進基本計画が策定されました。基本計画の対象期間である平成28年度(2016年度)から平成32年度(2020年度)までの間に取り組むべき重点課題として、飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防する



こと、ならびに、アルコール健康障害に関する予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目ない支援体制の整備が設定されました。アルコールは、本人の心身の健康問題だけではなく、その家族や仕事への深刻な影響のほか、飲酒運転や暴力、虐待、自殺など重大な社会問題を引き起こす危険性が高いことから、関連分野における総合的な取り組みが求められています。今後は、府の対策推進計画が策定され、地域において具体的な対策を進めていくこととなります。本市においては、本計画の中でアルコール健康障害のうち特に精神疾患であるアルコール依存症対策を重点テーマとして位置づけ、その予防および早期発見と回復の支援について、関連する施策と有機的な連携を図りつつ取り組みます。

アルコールは覚せい剤等と異なり法律での罰則規定がなく、嗜好品というとらえ方から依存性薬物としての認識が低く、不適切な飲酒によって、がんなどの生活習慣病だけでなくアルコール依存症や自殺などのリスクを高めるといった問題意識が本人の家族も低い現状があります。平成 28 年（2016 年）の内閣府調査によると、約半数の人がアルコール依存症に対するイメージを、「酔って問題行動を起こす」、「意思が弱く性格的な問題」と考えています。このような誤解や偏見もあって、依存症に対する否認傾向が強く、相談支援につながりにくいのが特徴です。

このような現状を踏まえ、本計画では、市民並びに行政、企業・事業者、医療関係者等がアルコールやアルコール依存症に対する正しい認識を持ち、予防から早期発見、早期介入と治療、回復・社会復帰に至るまでの切れ目ない支援体制の構築をめざします。また、本市にはアルコール依存症の専門医療機関がないことから、身近で専門的な治療が行える医療機関の整備を国・府に要望します。

◆必要な支援と協働の仕組みづくりの検討

- ・推進会議のもとに専門部会を設置。
- ・講演会等の開催により、関係者が課題を共有。
- ・相談支援従事者の養成。
- ・相談から治療、回復に至るまで、切れ目ない支援体制づくり。

◆市民や市民生活にかかわる各分野の相談支援と、専門相談機関として保健所の連携

- ・市民をはじめ医療機関を含む関係機関への相談窓口の周知。

◆アルコール依存症に対する誤解や偏見の解消と、啓発や正しい知識の普及

- ・アルコール関連問題や依存症に対する正しい知識の普及啓発（断酒会等自助グループとの連携）。
- ・未成年者や妊産婦等への予防教育の実施。
- ・依存症を予防するため、孤立孤独を防ぐ繋がりづくり。

◆アルコール依存症者や多量飲酒者の早期発見と早期対応

- ・警察との連携により、飲酒運転検挙者に対する正しい知識の普及と相談支援の実施。
- ・内科や救急など医療機関との連携により、早期発見と保健指導の実施。
- ・特定健診や職場での定期健康診断での早期発見と保健指導の実施。



・介護や福祉サービス従事者との連携により、早期発見と保健指導の実施。

◆多量飲酒者に対する正しい知識の普及と節酒指導

・認知行動療法を用いた集団節酒指導 HAPPY プログラムの実施。

◆アルコール依存症に関する相談や治療が行える専門医療機関の整備を、国・府に要望。

COLUMN 13

‘お酒’ の理解を深め 健康的な生活を！

HAPPY プログラム スタッフ

関西記念病院ソーシャルワーカー みよし ひろゆき
三好 弘之

日本人とお酒との付き合いは古く、神棚へのお供え物として、また祭りなどの儀式に欠かせないものとして、私たちの生活に身近な存在です。私たちがよく耳にする「酒は百薬の長」という言葉は兼好法師の『徒然草』の一節ですが、その全文は「酒は百薬の長とはいへど、万の病は酒よりこそ起これ」とあり、先人も多量な飲酒は心身に様々な悪影響を及ぼすことを知らせてくれていました。

厚生労働省は、「健康日本 21」（2000 年）の中で、「多量な飲酒」を純アルコール量で 1 日平均 60g を超える飲酒と定義しています。これは、アルコール度数 5% の 500ml 缶ビールなら 3 本、日本酒なら 3 合に相当します。当てはまる方も多いのではないのでしょうか？ 近年、多量飲酒ががん等の疾患や自殺のリスクを高めると指摘されています。また、女性や高齢者の飲酒問題が深刻化しています。アルコールのもつ依存性から発症するアルコール依存症の生涯経験者は 100 万人を超えているといわれていますが（2013 年 厚生労働省研究班報告）、その大部分が専門的な治療につながっていないことから、依存症対策は国民の健康の保持を図る上で重大な課題となっています。

《女性とアルコール》

女性の社会参加が進むにつれて、女性の飲酒も一般的になってきました。肝硬変の患者をみると、女性は男性の約半分の飲酒量で発病し、病気になるまでの期間も短いことがわかっています。女性のアルコール依存症の背景には、生き方や自立の悩み、夫婦関係や嫁姑関係、子育てや介護、更年期障害、子どもが自立したあとの「空の巣症候群」など、人生の変化が関わっていることが多いようです。また、若年では、摂食障害やリストカット、パニック障害、薬物乱用などを併発していることも少なくありません。

《高齢者とアルコール》

高齢者の約 15% に飲酒に関連した何らかの健康問題があり、3% 前後にアルコール依存症が認められるという報告があります。特に男性は、これといった趣味もなく仕事一筋で気づいたら定年退職。そんな人た



ちが定年後にアルコール依存症に苦しむケースや、長年連れ添った配偶者に先立たれ、独りの淋しさを紛わすために過度な飲酒に溺れるケース等、ライフイベントが飲酒量を増やす原因となっています。また、依存症者の中には、重篤な身体疾患や認知症を合併し、介護者に大きな負担を課す例が多々あります。ヘルパー等を対象にした調査では、80%が利用者のアルコール問題に遭遇しているという驚きの報告もあります。

《正しい知識の普及と健康教育》

過度な飲酒がもたらす健康への悪影響や、女性・高齢者等に忍び寄るアルコール関連問題を予防するためには、学校や企業、医療機関等さまざまな場で正しい知識の普及や健康教育を推進していく必要があります。

現在、豊中市保健所では、市民を対象としたアルコールに関する相談や、私もスタッフとして参加している集団節酒指導（HAPPY プログラム）を実施しています。これらの取組みをさらに発展させていく必要がありますが、今後は内科等かかりつけ医との連携などにより、より多くの潜在対象者に参加してもらえるような工夫が望まれます。

また、アルコールに関連した心身の異常を早期に発見できるよう、企業健診や住民健診の中に検査を取り入れることも有効でしょう。すでに飲酒問題がある人たちやその家族に対して早い段階から相談や治療、回復支援を行うためには、保健や医療、福祉、教育、司法、自助グループ、民生委員等との活きた連携による地域包括ケアシステムの構築が必要です。

アルコールに対する正しい知識が普及し、市民一人ひとりが、お酒と上手く付き合うことで生活を潤いのあるものにして、また健康寿命を延ばし、生き活きとした生活を送っていただけることを願っています。

4 追い込まれた死「自殺」を防ぎます

自殺対策基本法が平成 28 年（2016 年）3 月に改正され、市町村においても自殺対策計画を策定することが義務付けられました。本市は本計画を自殺対策計画として位置づけ、自殺対策に特化せず他のメンタルヘルス対策と一体的かつ効率的効果的に必要な事業に取り組んでいきます。

本市における近年の自殺者数の推移は、平成 25 年（2013 年）の 71 人以降減少し、平成 28 年（2016 年）は 54 人となっています。自殺は、その多くは個人の自由な意思や選択ではなく、様々な悩みを一人で抱え込み、追い込まれた末の死です。一人ひとりのかけがえのない命を大切にできないまちに発展はありません。一人でも多くの命を自殺から救うための取組みの継続が求められます。

国の自殺統計では、自殺の原因・動機を特定できた人をみると、「健康問題」「経済・生活問題」、「家庭問題」の順となっており、この順位は平成 19 年以降変わりません。心身の不調や疾病を抱える人、多重債務や生活困窮を抱える人、家庭内のトラブルを抱える人などの相談や支援を行う行政窓口や関係機関等は、それぞれの問題解決を図るとともに、支援の対象者が自殺のハイリスク者であるという認識のもと、リスクの早期発見と保健所等と連携を図るなど自殺を未然に防ぐ



ための適切な対応が求められます。

悩みの原因となった様々な問題の解決・支援については、各行政施策にゆだねることになりますが、自殺者の直前の心の状態を見るとうつ病やアルコール依存症などを発症していることから、ストレスを要因とするそれらの予防、早期発見が重要となります。一方で、自分が社会にとって大切な存在であること、悩みがあれば助けを求める権利があるということ、そして、同じように他者に対しても同様の権利を認め助け合っていくということ、市民、特に思春期の年代から啓発していくことが必要です。

また、悩みを抱えている人やうつ病等の人は心理的な視野が狭くなっており、自らの状態を客観的に判断したり、誰かに相談するなど問題解決のための行動をとることができない状態にあります。平成 28 年（2016 年）に日本財団が実施した自殺意識調査では、本気で死にたいと思った人、自殺未遂の経験がある人とも、半数以上が相談していないことがわかりました。相談窓口を周知すること以上に、当事者を取り巻く周囲の人が、不調に気づくということが重要です。気づき、寄り添い、傾聴し、適切な支援につなぐゲートキーパーの養成を推進します。また、大切な家族を突然亡くしたことに加え、自殺に対する社会の誤った理解から残された家族の心理的負担は大きく、家族に対するケアも欠かせません。

先の調査では、「その地域に住み続けたいという人が多い地域は自殺リスクが低い地域」ということもわかりました。すべての人のメンタルヘルスにとって「生き心地のよい」まちづくりが、自殺対策につながるといえます。

◆啓発と相談窓口の周知

- ・「こころといのちを守る相談窓口」の配布による啓発と相談窓口の活用促進。
- ・自殺対策強化月間に、啓発パネル展の実施や広報誌に特集記事掲載等。

◆ハイリスク者等への相談体制の充実

- ・妊産婦のうつ病、アルコール依存症者等の相談。
- ・多重債務や生活困窮等相談における自殺のリスクアセスメントと保健所等との連携。
- ・商工会議所会員事業所を対象とした集団検診での心の健康相談や電話相談。

◆うつ病の早期発見と相談等早期対応

- ・一般科病院や診療所医師を対象とした啓発ならびにうつ病対応力向上研修の実施。
- ・有病者や生活困窮者、多量飲酒者等自殺のハイリスク者にかかわる医療・福祉・生活困窮者支援等従事者を対象とした研修。
- ・妊産婦にかかわる母子保健及び子育て支援従事者を対象とした研修。

◆ストレス対処方法や援助希求行動（誰かに助けを求める行動）を身につける

- ・出前講座「こころのスキルアップ／アサーション・トレーニング」の実施。

◆学校人権教育との連携による啓発



- ・中学校・高校の生徒及び教職員を対象とした「いのちの授業」の実施
- ◆本市職員、民間団体、企業等への啓発と自殺危機への対応力向上
 - ・市民生活にかかわる行政窓口職員への研修。
 - ・介護や福祉関係事業所従業者への研修。
 - ・事業主等職場のメンタルヘルス担当者への研修。
- ◆自殺未遂者の相談支援
 - ・警察官等へのゲートキーパー養成研修。
 - ・一般科救急病院との連携による切れ目ない支援。
 - ・家族等身近な人の支援と心理的サポート。
- ◆自死遺族に対するこころのケア
 - ・相談の実施とわかちあいなどの情報提供。
- ◆こころがつながる地域づくり
 - ・自殺予防週間（毎年9月10日から16日）や自殺対策強化月間（毎年3月）における自殺に関する啓発活動。
 - ・出前講座「あなたもゲートキーパーになりませんか」の実施。
 - ・民間団体との連携によるこころがつながる場づくり。

COLUMN 14

追い込まれた死「自殺」を防ぐ

自殺未遂者支援事業スーパーバイザー

社会医療法人北斗会さわ病院院長 澤 温 さわ ぬか

死んだ方がましと思うぐらいは、誰もがたまに、あるいは時に思う。その時、どうやって死のうと思うこともあるかもしれない。しかしその準備として道具を揃えたり、死のうとする現場に行こうとすることはあまりなく、そうでもしたら本物である。もう一つ本物なのは、「死ぬー！」と発作的に思ったり叫んだりして何をするかわからない時である。急にベランダに出て足をかけたり、手元にある薬をやたらに飲んだり、近くにある刃物で腕を傷つけたりする場合である。夜間休日の精神科の救急現場で、自殺未遂者として搬送される人に多いパターンである。

自殺未遂行動を起こす人は抑うつ気分を持つことが多い。しかし、抑うつ気分があれば「うつ状態（抑うつ気分、意欲低下、マイナス思考の3つが揃う）」であるとは限らない。また、うつ状態であるからといってうつ病であるとは限らない。アメリカではこの抑うつ症状も抑うつ状態もうつ病も全て「デプレッション



(Depression)」というから話がややこしい。

3つの症状が揃ったうつ状態、あるいはうつ病、または統合失調症の抑うつ状態などは、実際の自殺に至ることも多い。一方、抑うつ症状のみで、意欲の低下やマイナス思考が時にはあらわれるが持続しない人は、抑うつ状態とはいえ、先にあげたような発作的な行動で自殺未遂に至る人が多いといえる。夜間休日の精神科救急において、警察から紹介されて保健所が担当する自殺未遂者は、7割程度はこのパターンである。この人たちは薬物による治療など純医学的アプローチよりも、社会的サポートや心理的サポート、あるいは行動支援などの方が大きな役割を果たす。いつも保健所で行う自殺未遂者等支援検討会では、こういう人には薬は効いても2~3割と伝えている。残りの7~8割の人は医療機関で薬物投与をするだけで終わってはならないのに、忙しいためか知らないが、薬のみで終わることも多いようだ。

日本では山一証券の破たんなど大型倒産が相次いだ1998年に自殺者が急激に増え、毎年3万人を大きく超え、世界の先進国の中ではロシアと韓国に次いで多い。うつ病は女性に多いのに、自殺者は男性に多いという不思議な現象がある。年齢的には他の病気で死亡率が低いこともあって、自殺による死亡率は20歳代~30歳代が高い。これもなぜかとはいえないが、少子化になり小さい時からの耐性の低さなのか社会の複雑さなのか…。

少なくとも、夜間はよく寝て、自分の思いをいろいろ話せる環境があると、この7~8割の自殺未遂者は減るのではないかと考えている。

厚生労働省の自殺未遂者ケア研修は毎年東京と大阪で1年おきに行われているが、本物のうつ病、統合失調症、環境や耐性の弱さからくる抑うつ症状をもつ人、あるいはうつ状態の人に対する対応について、精神科の医療従事者を中心に研修会を行っている。一方、最初の受け皿となる身体科の救急の人たちも精神疾患をもっている人に対してもきちんと対応できるようにしようと研修会を行ってくれている。また、町中の誰もがゲートキーパーになるという運動も進んできている。

これらの運動が相まって、自殺者数は2万5千人を切るところまで下がってきたが、それでも他の先進諸外国の中では高い方といわれている。最終的な自殺行動あるいは直前の自殺未遂行動を示す要因は極めて多くの因子がからんでいる。厚生労働省が2015年12月より導入したストレスチェック制度は、ストレス状況を外から見てもらい、少なくとも先に述べた7~8割の人の行動解析あるいは自殺未遂行動・自殺行動を減らすための活動としては期待したい。

誰もが自己肯定感あるいは許容・受容感を高めて、ケセラセラ(なるようになる)、まあいいか、大阪弁でいえば「ぼちぼちいこか」といった自己許容感が出るようになれば、自殺(未遂)者は大きく減るだろう。



5 災害や事件、事故後のこころのケア体制をつくります

日常生活では体験し得ない凄まじい体験によって引き起こされた重いこころの傷をトラウマ(心的外傷)と呼びます。大地震など自然災害だけでなく、本人や身近な誰かの身が危険に晒されるような事件や事故等人為災害においてもトラウマを負うような精神的な衝撃を引き起こしま



す。人為災害では、火事、犯罪被害、DV や虐待、いじめ、暴力、死傷事件、交通事故など直接本人が体験する出来事、あるいは身内や他人への暴行や死傷事件を目撃した場合などがあげられます。このような体験をすると、様々な心身の不調がみられます。

ストレスに対する感受性は、性格など個人的な特性やその時の心身の状態などに影響されますが、相談相手がいないなど社会的環境的な状況も大きく関係します。ストレスによる反応は正常な反応でその多くは自然に回復しますが、中には PTSD(心的外傷後ストレス障害)やうつ病などの精神症状や飲酒などの問題が増える場合があります。こころの不調があれば一人で悩んだり抱え込まず、身近な人や専門機関に相談することが重要です。

大規模災害でなくとも、災害や事件、事故などのつらい出来事は、日常生活の中でいつ誰に起こるかわかりません。すでに本市消防局と連携して、救急の現場に遭遇した人に対して保健所の相談窓口を案内するリーフレットを配布していますが、今後は、個々のこころの不調に関する相談窓口について市民や関係機関にも情報発信していく必要があります。

また、学校や職場等の集団の中で事件、事故、自殺や自殺未遂等の出来事が発生した場合は、その集団に対して支援やケアが必要となります。それぞれの現場で適切な初期対応ができるよう、平時から支援に従事する立場の人を対象とした研修の実施が必要です。同時に、支援に従事した人のこころのケアも重要です。有事の際はもとより、平時の取組みも含め、警察や消防、医療機関、大阪府等との役割分担や連携方法等を検討し、こころのケア体制の構築を図ります。

なお、大阪府は、自然災害や犯罪事件・航空機事故等の集団災害が発生した場合に備えて専門性の高い精神科医療の提供と精神保健活動の支援を行う災害派遣精神医療チーム「大阪 DPAT*」の活動マニュアルおよびガイドラインを策定しています。本市域で大規模な集団災害が発生した場合は、府のガイドラインにそって円滑な対応ができるようにします。

*DPAT (Disaster Psychiatric Assistance Team) : 自然災害等の集団災害が発生した場合に、被災地域の精神保健医療ニーズの把握、他の保健医療体制との連携、各種関係機関等とのマネジメント、専門性の高い精神科医療の提供と精神保健活動の支援を行う、都道府県・政令指定都市によって組織される、専門的な研修・訓練を受けた災害派遣精神医療チーム。

◆災害時等におけるこころのケア体制の検討

- ・推進会議のもとに専門部会を設置。
- ・災害や事件事故等におけるこころのケア体制に関する大阪府や庁内関係部局との役割分担や、連携・協力の仕組みの構築。

◆PTSD やこころの不調を発症している人への相談支援

- ・正しい知識の普及と相談窓口の周知。
- ・リーフレット等の作成・配布（消防局や警察、医療機関等との連携）。



- ◆一次的な相談窓口（こころの健康相談）の活用と情報提供
 - ・こころの健康相談の実施。
 - ・専門的な治療・ケアに関する情報提供。
- ◆災害時等におけるこころのケア初期対応にかかる研修の実施
 - ・消防局等関係機関との協働による研修会等の実施。

～救急の現場に遭遇された あなたへ～

突然の非常事態に関わられて、大変お疲れ様でした。今回経験されたことは日常的に起こることではなく、大変緊張されたことでしょうし、気持ちの動揺もあるかもしれません。

緊迫した状況の中、消防への通報や応急手当などを行って下さったことで、倒られた方も感謝されていることと思います。

あなたは、その時その場所で、「助かってほしい」「何か手伝ってあげたい」などの思いから、自分自身で出来ることを行い、救急隊・医療機関に引き継がれたのですから、既に十分な行動をしておられます。ご安心ください。

しかし、もしかすると経験した場面などを思い出して、不安になったり緊張が続いたりする場合があるかもしれません。そんな時に大切なことは、自分一人で抱え込まないことです。倒られた方のプライバシー保護に注意は必要ですが、家族や友人に経験したことを話すだけでも、負担は軽くなると思います。**また、豊中市にはこころの健康に関する相談窓口もございます。**お電話いただければサポート致しますので、遠慮なくご連絡ください。この度は、本当にお疲れ様でした。

豊中市保健所
豊中市消防局

相談窓口

豊中市保健所 保健予防課 精神保健係
〒561-0881 豊中市中桜塚 4-11-1

☎ 06-6152-7315
✉ yobo-seishin@city.toyonaka.osaka.jp
FAX 06-6152-7328

相談受付時間 9時00分～17時15分(土日祝を除く)

このリーフレットは丸茂救急医学研究振興基金により作成しております

図 救急現場で配布しているリーフレット
「～救急の現場に遭遇された あなたへ～」



第6章 計画の推進に向けて(PDCAサイクルの確保)

計画の推進に向けて

1 多様な主体の連携と協働

(1) 行政

(2) 医療機関

(3) 関係団体

(4) 民間事業者

(5) 市民

2 包括的メンタルヘルス対策の推進

3 PDCAを踏まえた計画の推進



1 多様な主体の連携と協働

この計画を効果的・効率的に推進し、包括的メンタルヘルス対策とところをつなぐ地域づくりを一体的に推進していくためには、行政のみならず市民や地域、関係団体、様々な民間主体との協働による取組みが不可欠です。それぞれに期待される役割は以下のとおりです。

(1) 行政

精神保健福祉法第2条(国及び地方公共団体の義務)に規定されたとおり、精神障害者の医療及び保護並びに保健、福祉に関する法定、非法定を含む施策を総合的に実施することによって精神障害者が社会復帰し、自立と社会経済活動に参加できるよう努めるとともに、精神保健に関する調査研究の推進及び知識の普及を図る等精神疾患の予防、その他住民の精神保健の向上のための施策を講じます。

その他、自殺対策基本法、アルコール健康障害対策基本法等、精神保健医療に関する関係法令に規定された、国ならびに地方公共団体の責務を果たします。

それぞれの法律の基本理念に則り、国、府、市が重層的に必要な施策を推進します。

① 国・大阪府

精神保健医療福祉にかかわる各種法律に規定された国及び地方公共団体の主な責務や期待される役割は、次のとおりです。



機 関	期待される主な役割
国	<ul style="list-style-type: none"> ・法や指針、ガイドライン等の整備により、各種対策を総合的に策定し実施。 ・精神保健医療福祉に関する調査研究。 ・厚生行政、労働行政のほか、司法行政や教育行政等関係行政機関との調整。
大阪府	<ul style="list-style-type: none"> ・国と協力しつつ、地域の状況に応じた施策を策定し実施。 ・法に規定される都道府県計画の策定と必要な施策の推進。 ・精神保健の向上及び精神障害者の福祉の増進を図るため、精神障害に関する相談や知識の普及、調査研究、相談及び指導のうち複雑又は困難なもの等を行う精神保健福祉センターを設置。 ・府域の広域的施策における、自治体間や関係行政機関、関係団体等との調整。

② 豊中市

- ・次項で示す「仕組み」や「マネジメント・サイクル」を通じて、第3章で示す「将来像」の実現に向けて施策の推進に努めます。
- ・国及び府との連携を図りつつ、関係機関、団体等との連携・協働により本計画に基づく施策を総合的に展開します。

部局等	期待される主な役割
保健所	<ul style="list-style-type: none"> ・精神保健福祉法に基づく「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」ならびに「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」、その他メンタルヘルスに関連する各種法制度に規定された「保健所」の役割を担う。 ・市としてメンタルヘルス対策を総合的に推進するため、各分野別計画の策定ならびに推進においてメンタルヘルスの視点が加わるよう、専門機関として参画。 ・関係部局のメンタルヘルスに係る取組みについて、バックアップと協働をおこなう。市職員のメンタルヘルスに係る対応力向上に向けて協力する。 ・個別支援において、包括的な支援を要するケースについて、支援チームの一員として参画。また、関係部局が対応する相談のうち、メンタルヘルスに関してより専門的な支援を要するものについては、連携あるいはバックアップする。
各部局	<ul style="list-style-type: none"> ・各分野別計画・施策の中に、メンタルヘルスの視点を加える。 ・すべての職員が、こころの不調や精神疾患のある人への理解を深め、差別や偏見をなくし、市民一人ひとりが生き生きと暮らせるよう支援する。 ・すべての職員が精神疾患や自殺等について正しい知識を持ち、市民がいつでもどこでも安心して相談でき、適切な対応ができる体制を作る。 ・各部局の事務事業の中で、市民のこころの健康づくり、ならびにこころの不調や精神疾患、自殺等メンタルヘルス問題の早期発見、早期対応等に努め、必要に応じて保健所と連携・協働する。 ・包括的な支援を要するケースについて、保健所等関連部局、関係機関との連携に努める。



(2) 医療機関等

行政が実施するメンタルヘルス対策に協力し、うつ病等精神疾患や自殺、アルコール健康障害、薬物依存等の予防と早期発見に寄与するよう努めるとともに、精神障害者に対する良質かつ適切な医療の提供に努めます。

① 精神科医療機関

- ・良質かつ適切な精神科医療の提供に努めます。また、医療を必要とする患者が医療を中断することがないように、適切な指導を行うとともに、必要に応じて訪問看護や保健所、地域生活支援機関等との連携を図ります。
- ・退院可能な長期入院者の地域移行に向けて、市やサービス提供事業者と協力しながら推進します。
- ・自殺や各種依存症等、医療だけで解決できない問題については、保健所や障害福祉等行政機関、民間支援機関等との連携を図ります。

② 内科等医療機関

- ・こころの不調や精神疾患のある人への理解を深め、差別や偏見をなくし、それらの人の社会復帰や自立と社会経済活動への参加に協力するよう努めます。
- ・うつ病や自殺、アルコール・薬物等依存症等の早期発見と適切な対応に努めます。また、府や市が実施する研修等に参加し、メンタルヘルスに係る対応力の向上に努めます。
- ・精神科医療機関や保健所、その他関係機関との連携に努めます。

(3) 関係団体

① 企業・商工会議所等

- ・こころの不調や精神疾患のある人への理解を深め、差別や偏見をなくし、それらの人の社会復帰や自立と社会経済活動への参加に協力するよう努めます。
- ・各企業において、事業主ならびに労働者の自殺予防を含むメンタルヘルスの向上に努めるとともに、市が実施するメンタルヘルス対策に協力するよう努めます。
- ・特に、事業場内産業保健スタッフの確保が困難な小規模事業場については、保健所が実施するメンタルヘルスに関する講座や相談の活用を図ります。

② 地域福祉組織・社会福祉協議会

- ・こころの不調や精神疾患のある人への理解を深め、差別や偏見をなくし、それらの人の社会復帰や自立と社会経済活動への参加に協力するよう努めます。
- ・地域福祉活動の中で、市が実施するメンタルヘルス対策に協力します。
- ・住民に身近な相談窓口である福祉なんでも相談従事者が、精神疾患や自殺等についての正しい知識や基本的な対応方法などを身につけるよう努めます。
- ・地域住民のメンタルヘルスの不調等の早期発見と関係機関との連携による適切な対応を行います。



- ・孤立を防ぐため、地域の中での人とのつながりや居場所づくり、見守りなど、きめ細かな活動を行います。また、地域における多様な人々の交流の中で、子どもや高齢者、病気のある人もない人も、それぞれの役割の創出や自尊心の醸成を図ります。
- ・災害時等のこころのケアに対応できるよう、平時からの地域づくりに努めます。

③ その他関係団体

- ・弁護士会等司法に関わる団体、とよなか男女共同参画推進財団をはじめとする人権にかかわる団体、自殺防止やアルコール等各種依存症回復支援にかかわる団体、ひきこもりや若者を支援する団体、民生・児童委員協議会や保護司会等、各種相談支援団体は、市が実施するメンタルヘルス対策に協力します。
- ・精神疾患や自殺等について正しい知識を持つとともに、メンタルヘルスに係る支援を必要とする人の早期発見と適切な初期対応に努めます。また、必要に応じて個別支援において、保健所のほか関係行政機関等との連携に努めます。

(4) 民間事業者

- ・こころの不調や精神疾患のある人への理解を深め、差別や偏見をなくし、それらの人の社会復帰や自立と社会経済活動への参加に協力するよう努めます。
- ・訪問看護ステーションや、障害福祉サービスならびに介護保険サービス提供事業者は、市が実施するメンタルヘルス対策に協力するよう努めます。
- ・サービス提供を通じて、市民が必要とする情報提供や、相談への対応、メンタルヘルス問題の早期発見・早期対応に努めます。必要に応じて、保健所等関係機関との連携を図り、適切な支援を行います。
- ・従事者研修等により、メンタルヘルス問題への対応力の向上に努めます。

(5) 市民

- ・一人ひとりが、こころの健康の保持・増進に努めるとともに、精神疾患のある人への理解を深め、それらの人の社会復帰や自立と社会経済活動への参加に協力するよう努めます。
- ・メンタルヘルスに関する関心と理解を深め、生涯を通じたメンタルヘルスのために、こころの健康づくりや精神疾患、自殺等の予防に努めます。
- ・精神疾患等について正しい知識をもち、差別や偏見をなくし、共生のまちづくりに努めます。
- ・家庭や地域、社会全体で、次世代を担う子どもたちの健やかなこころを育てるよう努めます。
- ・地域全体のメンタルヘルス向上に向けて、一人ひとりがゲートキーパー(他者のメンタルヘルスの不調に気づき、寄り添い、傾聴し、相談機関につなぐ人)となり、孤立のない、こころがつながるまちづくりに努めます。





2 包括的メンタルヘルス対策の推進

包括的メンタルヘルス対策とところをつなぐ地域づくりを一体的に推進していくために、次のような仕組みを整備し、関係団体や関係者と課題や目標を共有し、事業等の推進や連携の強化などを図ります。

(1) (仮称) 豊中市メンタルヘルス対策推進会議

本計画を推進するために、庁内会議である「調整会議」と施策を協働推進する外部機関を含む「ネットワーク会議」からなる「(仮称) 豊中市メンタルヘルス対策推進会議」を新たに設置します。

調整会議は、課題認識や取組みの方向性の共有、専門部会の設置と協働の仕組みづくり、計画に基づく事業実施計画の策定、評価、計画の見直し等進行管理を行います。また、ネットワーク会議は、既存の豊中市自殺対策ネットワーク会議を統合し、計画推進に伴う課題や意見の集約、調整を行います。

(2) 専門部会

重点テーマの推進にあたっては、必要に応じてネットワーク会議の下に専門部会等を設け、事業等の調整や検討を機動的に進めるとともに、効果的・効率的な取組みを図ります。

(専門部会の例)

- ・子ども・若者のメンタルヘルス推進部会
- ・女性のメンタルヘルス推進部会
- ・アルコール依存症対策推進部会
- ・災害等によるこころのケア体制検討部会

(3) 豊中市保健医療審議会

本市の保健医療についての総合的な施策その他の重要事項及び保健所の運営に係る事項について調査審議する機関である豊中市保健医療審議会において、計画の進捗状況や評価、見直しについて報告を行うとともに、必要な諮問等を行います。



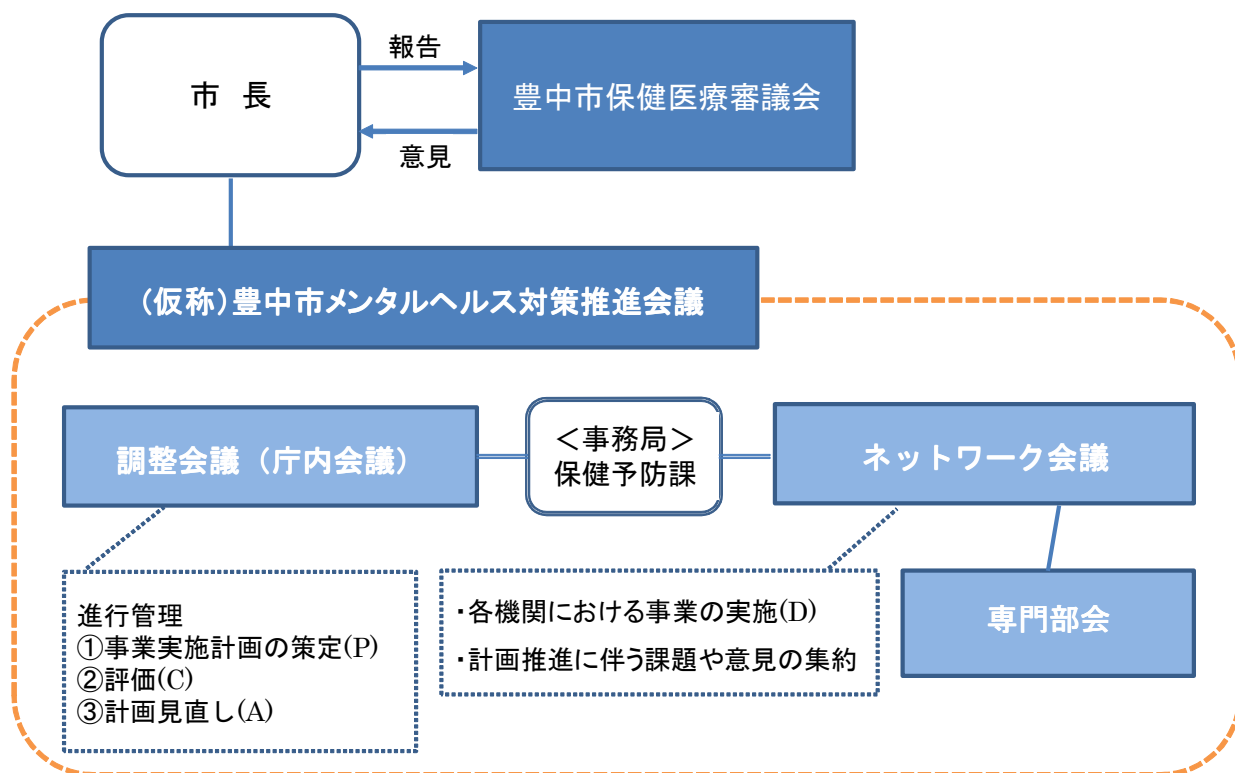


図 推進体制

3 PDCA を踏まえた計画推進

(1) (仮称) 豊中市メンタルヘルス対策推進会議における意見聴取

(仮称) 豊中市メンタルヘルス対策推進会議を、基本施策や重点テーマに係る事業実施計画の策定と、実施状況ならびに目標達成状況等について意見聴取を行う場とし、多様な主体の意見を踏まえて、各担当部署が計画の点検・評価を行います。

同会議の意見聴取にあたっては、実績数値だけでなく、数値では把握できない部分については施策推進過程に関する情報なども提供するほか、必要に応じて市民や関係機関のニーズの把握や利用者アンケート調査の実施なども検討します。

なお、意見聴取を踏まえ担当部署で行った実施状況の点検・評価の結果については、ホームページ等で公表します。

(2) 目標設定と評価指標

① 実施目標

第1期計画の実施目標として、基本施策に加え第5章に挙げた重点テーマにかかる主な事



業を次のとおり設定します。

なお、具体的な事業の実施計画（第1期期間中の年次計画）については、（仮称）豊中市メンタルヘルス対策推進調整会議において策定します。

1 ライフステージに応じたメンタルヘルスの向上を図ります	
(1) 子ども・若者のメンタルヘルス	<ul style="list-style-type: none"> ①乳幼児のこころの子育ての普及・啓発 <ul style="list-style-type: none"> ・母子保健・子育て支援従事者研修の実施 ・パンフレットの作成配布 ②思春期のこころの子育ての普及・啓発 <ul style="list-style-type: none"> ・パンフレットの作成配布
(2) 女性のメンタルヘルス	<ul style="list-style-type: none"> ①女性のメンタルヘルスの啓発・知識の普及 <ul style="list-style-type: none"> ・講座の実施 ②メンタルヘルス問題の早期発見と早期対応の促進 <ul style="list-style-type: none"> ・母子保健・子育て支援従事者研修の実施
(3) 中高年のメンタルヘルス	<ul style="list-style-type: none"> ①中高年のメンタルヘルスの啓発・知識の普及 <ul style="list-style-type: none"> ・講演会・講座の実施
(4) 高齢者のメンタルヘルス	<ul style="list-style-type: none"> ①メンタルヘルス問題の早期発見・早期対応 <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防事業・地域福祉活動従事者への研修 ②孤立予防 <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防活動・地域福祉活動の推進
(5) 働く人のメンタルヘルス	<ul style="list-style-type: none"> ①メンタルヘルス問題の早期発見・早期対応 <ul style="list-style-type: none"> ・中小企業を対象としたこころの健康相談 ②働く人のメンタルヘルスの啓発・知識の普及 <ul style="list-style-type: none"> ・中小企業を対象とした啓発と知識の普及
2 病院等からの地域移行並びに安定した地域生活の継続を支援します	
	<ul style="list-style-type: none"> ①長期入院者の実態把握 <ul style="list-style-type: none"> ・精神科病院病棟訪問
3 アルコール依存症の予防と治療、回復を支援します	
	<ul style="list-style-type: none"> ①ハイリスク者・依存症者の早期発見と早期対応 <ul style="list-style-type: none"> ・内科等医師、関係機関等への研修 ②ハイリスク者の重症化予防、回復支援 <ul style="list-style-type: none"> ・「HAPPY プログラム」（集団節酒指導）の実施



4 追い込まれた死「自殺」を防ぎます	
	①ゲートキーパーの養成 ・行政職員、子育て・介護・福祉等従事者への研修 ②若年層への啓発 ・中学校生徒への「いのちの授業」の実施
5 災害や事件、事故等のこころのケア体制をつくります	
	① 大規模災害等における広域こころのケア体制の構築 ② 小規模災害等における市域こころのケア体制の構築

② 評価指標

めざす将来像である「自分も相手も大切な存在であるという認識をもつ」、「ストレスに対処できるしなやかな心をもつ」、「必要な時に SOS を出せて、ともに支え合える」、「自分らしさを発揮でき、生きている喜びを感じられる」、「未来に希望がもてる」状態の実現度合いを評価する必要があります。

評価指標としては、講座や研修、相談事業の実施回数やその参加者数などのアウトプット指標と、その結果・効果としての市民の意識や状態の変化などを実現するアウトカム指標があります。

特に、アウトカム指標については、メンタルヘルス対策のみならず社会環境の影響を大きく受けるものであること、また変化や効果を確認できるまでには長期的にその推移を見ていく必要があります。そこで、把握可能な指標を次のとおり設定します。

なお、各事業の年次実施計画策定後は、当該計画をプロセス指標とし、その評価にあたっては、取組み（アウトプット）は十分にあるにもかかわらずアウトカムが不良の場合は、そのプロセスに問題がないかなどを検討します。

	主 な 指 標
アウトプット指標	① 事業実施状況 ② 参加者(利用者)数



アウトカム指標	① 市民意識調査にかかるメンタルヘルス関連項目（H34年（2022年）実施予定） ② 精神疾患患者の増加率の低下（自立支援医療受給者数） ③ 寛解・院内寛解長期入院者の減少 ④ 関係機関から保健所への相談（紹介）の増加 ⑤ ゲートキーパーから保健所につながる自殺リスク者数の増加
プロセス指標	※事業実施年次計画に基づく評価。

（3）同推進会議における意見聴取等を踏まえた事業評価と見直し

指標による評価に加え、推進会議における意見聴取のほか、関係者ヒアリング、アンケート調査等を通じて、事業評価を行います。

また、より適切な評価指標の設定や、必要に応じて評価指標の見直しも行います。

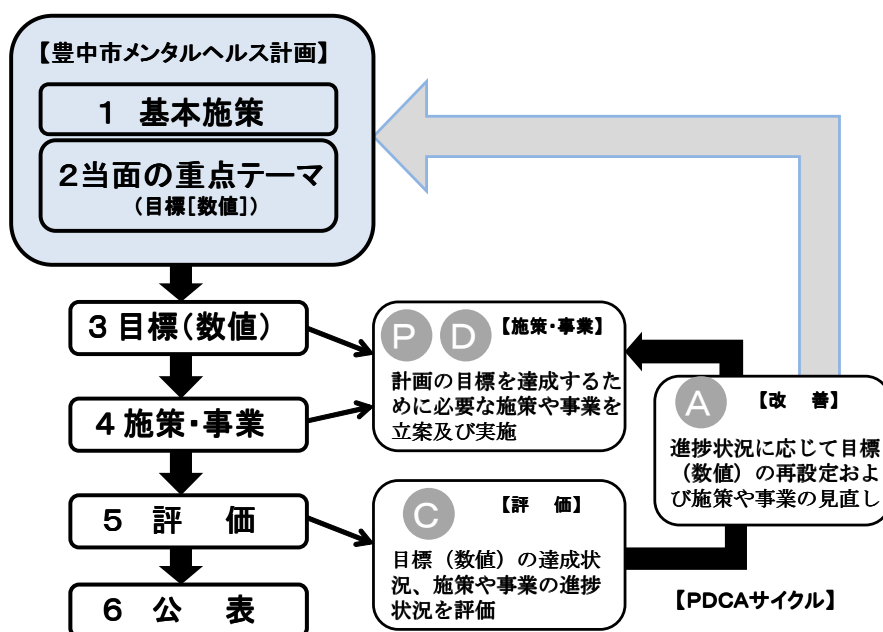


図 PDCAサイクル



◆ 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	係 長
市民協働部	くらし支援課	就労支援係	係 長
		就労支援係	主 事
		就労支援係	
			久家 義晴
			山村 憲二
			豊山 祐子
			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





3 主な用語等

(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

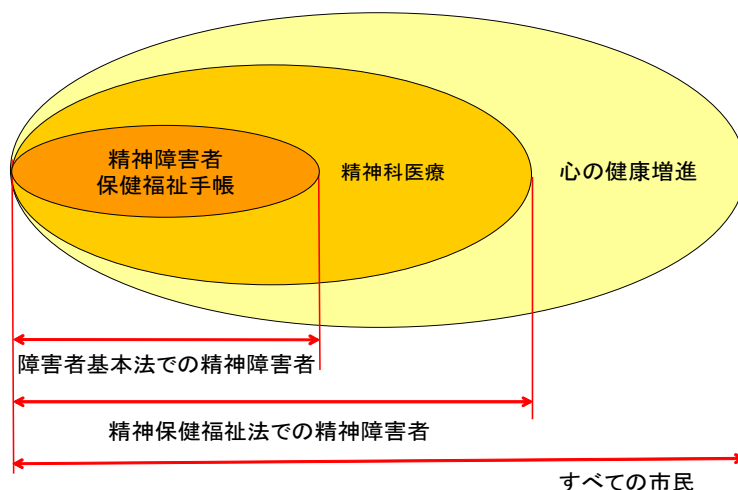
●健康日本21（第二次）

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-Shakaiengokyokushougaihoukenfukushibu-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lessness

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](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。





豊中市メンタルヘルス計画
平成 29 年（2017 年）3 月

豊中市健康福祉部（保健所）保健予防課
〒561-0881 豊中市中桜塚 4-11-1
TEL/06-6152-7315 FAX/06-6152-7328

