



目次

はじめに

精神保健・医療改革に関する

「こころの健康政策構想会議」の提言の提出に当たって

こころの健康政策構想会議 座長 岡崎祐士

当事者・家族委員会からのメッセージ

国民が求める精神保健医療改革

I. こころの健康政策構想会議とは

1. こころの健康政策構想会議 3原則
2. こころの健康政策構想会議の活動経過

II. “こころの健康推進”を日本の基本政策に!

- 解説漫画 | 「こころの健康推進」を日本の基本政策に!
作者: 中村ユキ

1. 「こころの健康」への国民のニーズ — 当事者や家族の声
2. 「こころの健康推進政策」の重要性 — 改革提言の背景
3. こころの健康問題の特質にあわせて精神保健医療を改革します
4. 精神保健医療改革を実現するための制度を整備します

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

～なぜ、今「精神疾患対策基本法(仮称)制定」が必要なのか～

こころの健康政策構想会議の提言

はじめに

厚生労働大臣 長妻 昭 殿

精神保健・医療改革に関する

「こころの健康政策構想会議」の提言の提出に当たって

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

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

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

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

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

ています。

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

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

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

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

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

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

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

平成22年5月28日

「こころの健康政策構想会議」座長

岡崎 祐士