

る。

(3) 保健・医療サービス等に関する 難病患者への情報提供

難病患者への情報提供について、難病情報センターによりインターネットを活用した最新の医学・医療情報等を提供している。難病患者のもつ様々なニーズに対応したきめ細やかな相談や支援が行えるよう、「難病相談・支援センター」を全都道府県に設置し、地域における難病患者支援を推進しているところである。

3. 精神保健・医療施策の推進

(1) 心の健康づくり

ア うつ対策の推進

うつ病は、だれもがかかりうる病気であり、早期発見・早期治療が可能であるにもかかわらず、本人や周囲の者からも気づかれにくく、その対策の必要性が指摘されている。

厚生労働省では、「自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム」において、自殺の実態の把握や、より実効性の高い自殺対策について検討を行い、平成22年5月に、悩みがある人を支援につなぐゲートキーパー機能の充実や、職場におけるメンタルヘルス対策など、厚生労働分野において今後重点的に講ずべき対策をとりまとめ、それらに基づく施策を推進している。

うつ病に対する効果が明らかとなっている認知行動療法については、「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」（こころの健康科学研究事業）において実施マニュアルを作成し、厚生労働省のウェブサイトにて公開している。また、平成22年度の診療報酬改定においては、認知療法・認知行動療法について、診療報酬上の評価を新設した。

平成20年度からは、うつ病の患者を最初に

診療することが多い一般内科等のかかりつけ医のうつ病診断技術等の向上を図るため、各都道府県・政令指定都市において、専門的な研修を実施しており、一般かかりつけ医の受講者数は、研修事業開始以降平成23年度までに2万人を超えている。さらに、平成23年度からは、研修対象を看護師、ケースワーカー、スクールカウンセラー等医師以外のコメディカルスタッフまで拡大した。

イ 精神疾患に関する情報提供

精神疾患についての情報提供として、こころの不調・病気に関する説明や、各種支援サービスの紹介など、治療や生活に役立つ情報を分かりやすくまとめた「みんなのメンタルヘルス総合サイト」、10代・20代とそれを取り巻く人々（家族・教育職）を対象に、本人や周囲が心の不調に気づいたときにどうするかなど分かりやすく紹介する「こころもメンテしよう～10代20代のメンタルサポートサイト～」の2つのウェブサイトを、厚生労働省ホームページ内に開設している。

ウ 児童思春期及び PTSD への対応

幼年期の児童虐待、不登校、ひきこもり、家庭内暴力など、心の問題が社会問題化し、思春期児童への対応が急がれている。また、災害等の心的外傷体験により生じる PTSD（心的外傷後ストレス障害）は、長期間の療養期間を要するものとして、非常に注目されている。そこで、思春期精神保健の専門家の養成のために、医師、コメディカルスタッフ、ひきこもり支援従事者を対象に思春期精神保健対策専門研修を行い、PTSD の専門家の養成のために、医師、コメディカルスタッフ等を対象に PTSD 対策に係る専門家の養成研修会を行っている。さらに、精神保健福祉センター等で児童思春期や PTSD の専門相談等を取り入れている。

エ 自殺対策の推進

我が国における年間の自殺者数は平成10年から14年連続して3万人を超えて推移し、24年の自殺者数は、15年ぶりに3万人を下回ったものの、依然として厳しい状況にある。政府においては、自殺対策基本法（平成18年法律第85号）及び同法に基づく「自殺総合対策大綱」（平成19年6月閣議決定）の下、自殺対策を総合的に推進しており、平成24年8月に大綱の見直しを行った。

同大綱では、「心の健康づくりを進める」「適切な精神科医療を受けられるようにする」などを含む9項目について53の施策を当面の重点施策としている。

地域における自殺対策については、平成21年度第1次補正予算において100億円の予算が内閣府に計上され、各都道府県に23年度までの3年間の対策に係る「地域自殺対策緊急強化基金」が造成されたことにより、地域の実情に沿ったきめ細かな対策を実施することが可能となった。さらに、地域における自殺対策の強化を図るため、平成23年度第3次補正予算において37億円、24年度補正予算において30.2億円が同基金に積み増しされ、25年度まで期限が延長されている。

また厚生労働省では、生きにくさ、暮らしにくさを抱える人が、いつでもどこでも相談でき、適切な支援を迅速に受けられるための拠り所として、24時間365日無料電話相談によって悩みを傾聴し、問題を解決するための事業を補助事業（厚生労働省から全国的な民間支援団体に補助）として実施し（「よりそいホットライン」）、地域の支援組織等と連携しつつ、様々な相談に対応している。

（2）精神疾患の早期発見・治療

精神障害のある人の人権に配慮した適正な医療及び保護の実施、精神障害のある人の社会復帰の促進、国民の精神的健康の保持・増

進を図るための精神保健施策の一層の推進を図っている。

平成23年6月末現在、我が国の精神科病院数は1,655か所、その病床数は約35万床となっており、全病院の病床数の約2割を占めている。また、平成22年6月末現在精神科病院の入院患者数は約31万人であり、このうち、約17万人が任意入院、約13万1千人が医療保護入院、約1,700人が措置入院となっており、措置入院による入院者については、公費による医療費負担制度を設けている。

このほか、夜間や土日曜でも安心して精神科の救急医療が受けられるよう精神科救急医療体制の整備をしている。

地域精神保健施策については、地域の保健所や都道府県の精神保健福祉センターを中心に取り組んでいるが、入院医療中心の施策から、社会復帰や福祉施策にその幅が広がるにつれ、身近な市町村の役割が大きくなってきている。

都道府県及び市町村は、精神保健福祉センター及び保健所等に、精神保健及び精神障害のある人の福祉に関する相談に応じ、また、精神障害のある人及びその家族等を訪問して必要な指導を行うための職員（「精神保健福祉相談員」）を置くことができる。

保健所においては、精神保健福祉センターや医療機関、障害福祉サービス事業者等との連携の下に、精神保健福祉相談員による精神保健福祉相談、保健師による訪問指導を実施している。

精神保健福祉センターにおいては、精神保健福祉に関する相談指導や技術援助、知識の普及等の業務を行っているほか、アルコール関連問題に関する相談指導、思春期精神保健対策、心の健康づくり、性に関する相談等の事業を実施している。また、市町村は、精神障害のある人及びその家族等からの精神障害福祉に関する相談に応じ、助言を行うほか、

■ 図表2-42 精神科医療費構成

一般診療医療費 (272,228億円)	入院 51.8% (140,908億円)	入院外 48.2% (131,320億円)
精神科医療費 (19,591億円)	入院 74.5% (14,593億円)	入院外 25.5% (4,998億円)

注1：一般診療医療費、精神科医療費については、平成22年度国民医療費による（歯科診療医療費、薬局調剤医療費、入院時食事・生活医療費、訪問看護医療費を含まない）。

注2：精神科医療費については、「精神及び行動の障害」に係るもの（精神遅滞を含み、てんかん、アルツハイマー病は含まない）。

資料：厚生労働省

精神保健に関しても相談に応じ、助言を行うよう努めることとされている。さらに、市町村は、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者から求めがあったときは、障害福祉サービス事業等の利用ができるよう、相談に応じ、必要な助言を行い、その際、必要に応じて、そのサービスの利用についてあっせん又は調整を実施している。

（3）精神保健福祉施策の見直し

平成16年9月に取りまとめた「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。）においては、10年間で「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を推し進めていくため、国民各層の意識の変革や精神病床の機能分化、地域生活支援体制の強化、精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を進めることにより、受け入れ条件が整えば退院可能な者の解消を図ることとし、これまで様々な改革を行ってきた。

「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」（平成22年6月29日閣議決定）においては、〈1〉「社会的入院」を解消するため、精神障害者に対する退院支援や地域生活における医療、生活面の支援に係る体制の整備について、平成23年内に結論を得るこ

と、〈2〉精神障害者に対する強制入院等について、保護者制度の見直し等も含め、24年内を目途に結論を得ること、〈3〉精神科医療現場における医師や看護師等の人員体制の充実のための具体的方策について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、平成24年内を目途にその結論を得ることとされた。

〈1〉については、病院からの退院に関する明確な目標値の指針について都道府県の定める第3期障害福祉計画で示すとともに、アウトリーチ（訪問支援）の充実や夜間・休日の精神科救急医療体制の構築など、地域移行・地域定着を可能とする地域の受け皿整備の取組を取りまとめ、随時実施している。

〈2〉については、平成22年10月から24年6月まで「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」（厚生労働大臣政務官を主担当とし、当事者、家族、医療関係者、有識者などから構成される検討チーム）で検討が行われ、保護者制度については、保護者のみに課せられた責務を廃止し、また、医療保護入院については、保護者の同意によらずに早期退院を目指した入院手続きとする、などのとりまとめが行われた。

また、〈3〉については、平成24年3月か

ら同年6月まで、「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」（座長：武藤正樹国際医療福祉総合研究所所長）にて、精神科医療現場における人員体制の充実のための方策について検討を行い、精神病床の機能分化を進め、急性期（3か月未満）では一般病床と同等の人員配置とする、などのとりまとめが行われた。

これらを踏まえ、精神障害者の医療の確保に関する指針（厚生労働大臣告示）の策定、保護者制度の廃止、医療保護入院において「保護者」に変えて「家族等」の同意を要件とすること、退院促進のための規定の整備等を盛り込んだ精神保健福祉法改正法案を、平成25年通常国会へ提出した。

（4）心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者への対応について

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対して、適切な医療の提供及び観察等により社会復帰の促進を図ることを目的として、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下「法」という。）」が平成15年7月に公布、平成17年7月に施行された。

平成22年11月、法附則第4条に基づき施行状況について国会報告を行い、その後、法務省及び厚生労働省において、施行状況について検討し、24年7月に結果を取りまとめ公表した。これまでのところ、施行状況はおおむね良好で、法の目的に則した適切な運用がされており、対象者の社会復帰の促進に向けて、引き続き必要な取組を進めていくこととしている。

4. 研究開発の推進

障害の原因となる疾病等の予防や根本的治

療法等を確立するため、これまで障害の原因、予防、早期発見、治療及び療育に関する研究が行われてきた。これは、障害児施策の基本である障害の予防や早期治療を確立し、有機的かつ総合的に施策を推進させるための基礎となるものである。この研究の成果を踏まえ、1歳6か月児健康診査、3歳児健康診査、先天性代謝異常等検査等が実施されている。

厚生労働科学研究の「障害者対策総合研究事業」においては、障害を招く疾患等についての病因・病態の解明、効果的な予防、診断、治療法等の研究開発を推進している。

国立障害者リハビリテーションセンター研究所では、「障害者の自立と社会参加ならびに生活の質の向上」を目的とした、医学・工学・社会学・心理学等の学際的取組により、リハビリテーション支援技術、社会システム及び障害のある人の健康維持・増進に関する研究を行うとともに、厚生労働科学研究として、障害者対策総合研究事業・社会還元加速プロジェクトに基づき、脳から信号を取り出し、それを利用してコミュニケーションや運動の補助などを行うブレインマシン・インターフェース（BMI）技術を用いた障害のある人の自立支援機器等を開発している。

これまで、視覚刺激による脳波信号等を用いたコミュニケーションの補助と環境制御を可能とし、さらにこれらを基に臨床評価研究を行うなど研究を推進している。

いわゆる難病のうち、患者数が少なく、原因が不明で、根本的な治療方法が確立されておらず、かつ、後遺症を残すおそれが少ない難治性疾患について、厚生労働科学研究の「難治性疾患克服研究事業」において、難治性疾患の画期的な診断法及び治療法の研究開発を推進しているほか、次世代遺伝子解析装置を用いて患者の全遺伝子を解析し、疾患の早期解明及び新たな治療法の開発を加速度