

第二回 自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム 議 事 次 第

1. 日 時 : 平成22年2月23日(火)
19:00~20:30
2. 場 所 : 厚生労働省 共用第8会議室(6階)
3. 議 事 : 自殺・うつ病等対策に関する有識者からの
ヒアリング

発表者 : 大野 裕 氏 (慶應義塾大学保健管理センター教授)
岡崎 祐士 氏 (都立松沢病院院長)
河西 千秋 氏 (横浜市立大学准教授)

4. 配布資料 :
 - ・ 議事次第
 - ・ 座席図
 - ・ 事務局資料
 - ・ 内閣府清水参与資料
 - ・ 大野先生資料
 - ・ 岡崎先生資料

事務局資料

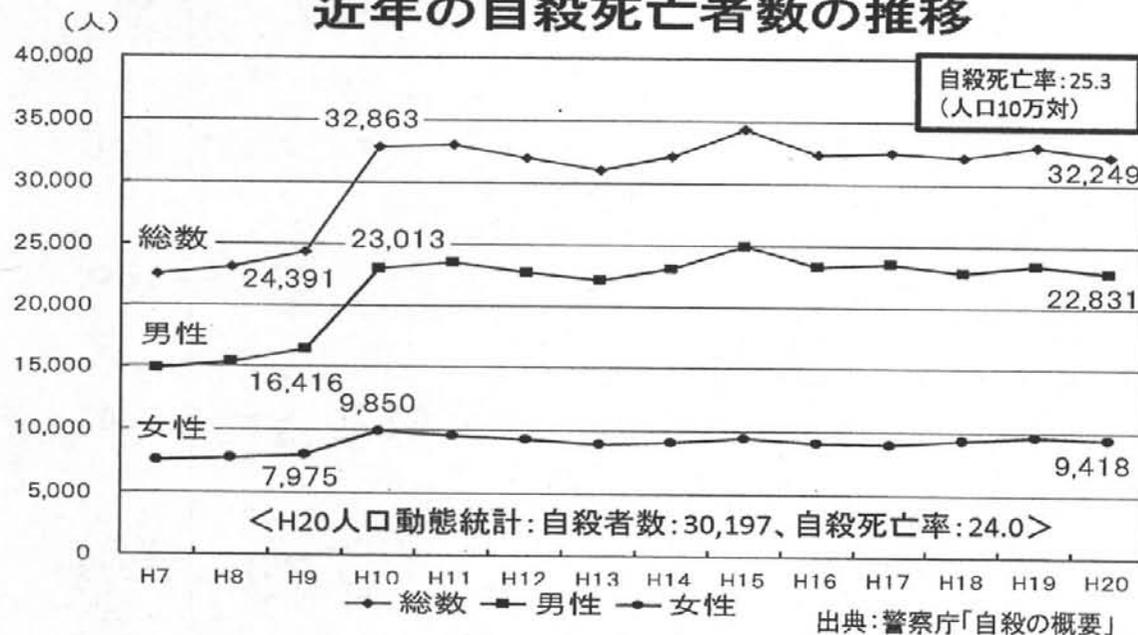
自殺・うつ病等の現状について

平成 22 年 2 月 23 日

日本の自殺の現状

- 自殺者数は平成10年に急増し、その後年間3万人程度の高い水準で推移している
- 自殺は様々な要因が重なって生じるが、精神疾患、中でもうつ病、統合失調症、依存症は特に自殺の大きな要因と考えられている。

近年の自殺死亡者数の推移



自殺対策の数値目標

【自殺総合対策大綱(H19.6.8策定)】

H28年までに自殺死亡率を20%以上減少(H17年※比)

※H17年自殺死亡率25.5(人口10万対 警察庁統計)

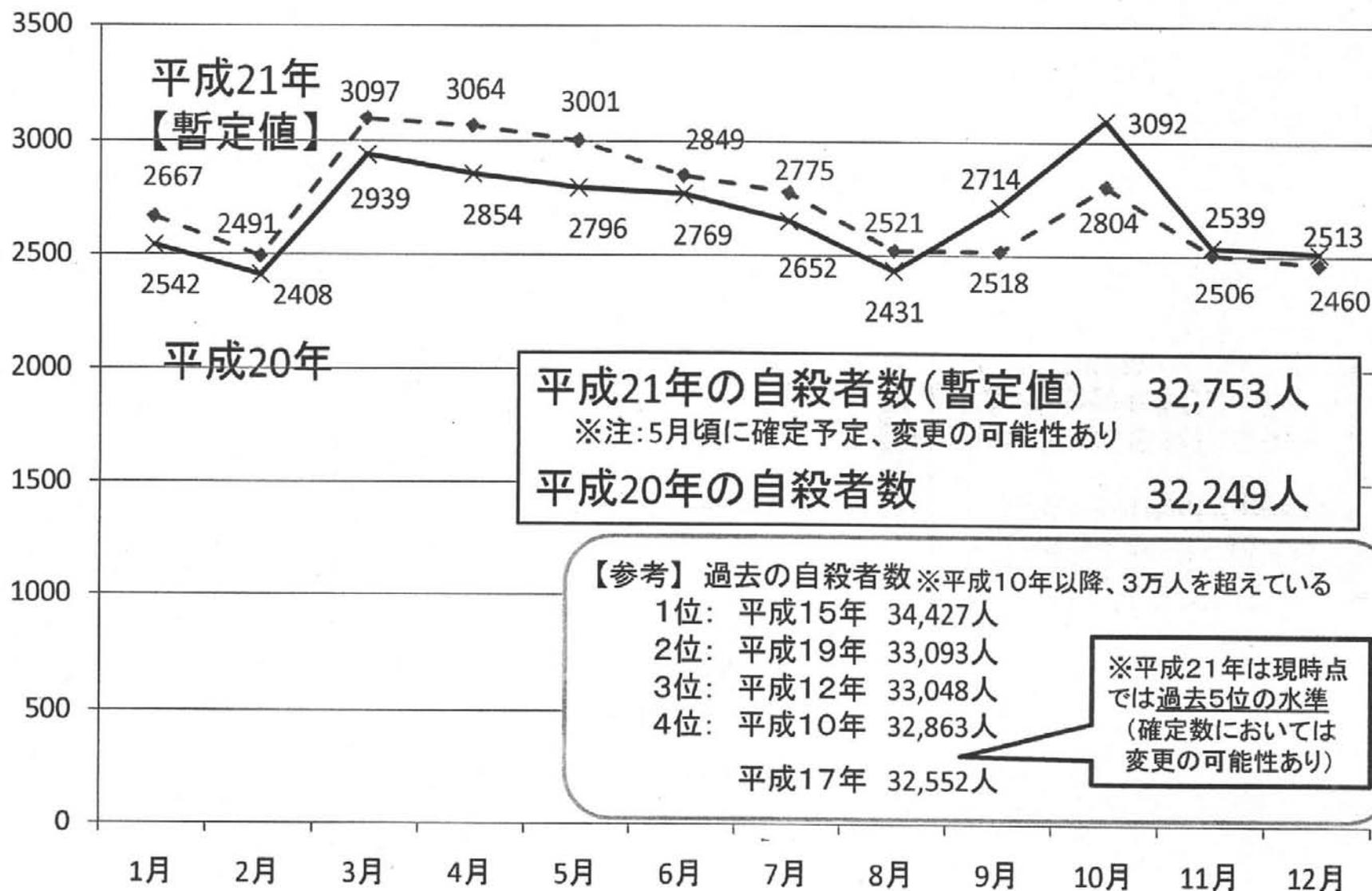
警察庁統計における自殺の原因・動機(平成20年) 原因・動機は3つまで計上

	自殺者	原因・動機特定者	原因・動機										
			健康問題	うつ病	統合失調症	アルコール依存症	薬物乱用	経済・生活問題	家庭問題	勤務問題	男女問題	学校問題	その他
平成20年	32,249 (※32,753)	23,490	15,153	6,490	1,368	310	48	7,404	3,912	2,412	1,115	387	1,538

※平成21年 暫定値

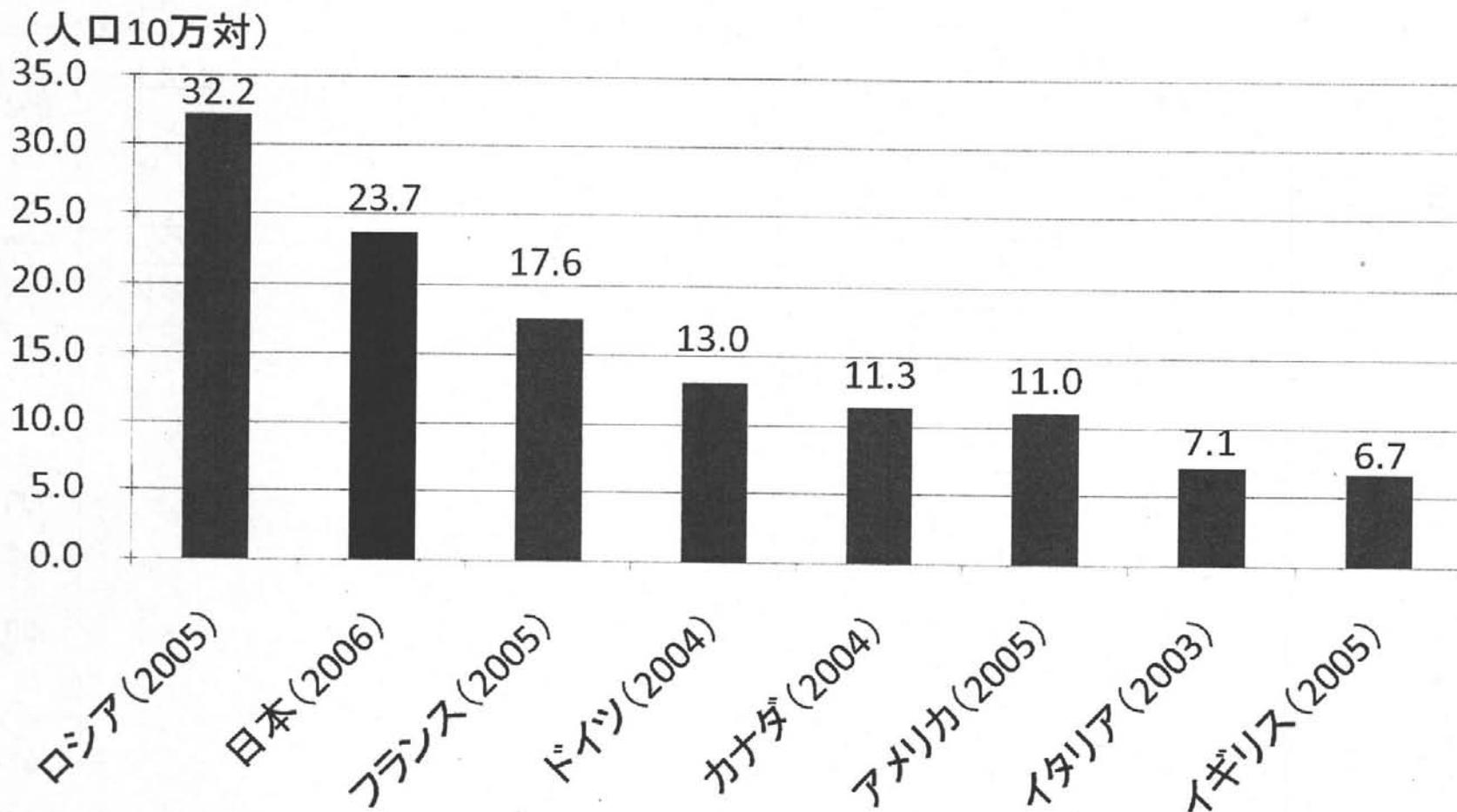
自殺者数の月別推移(平成20年・21年)

(人)



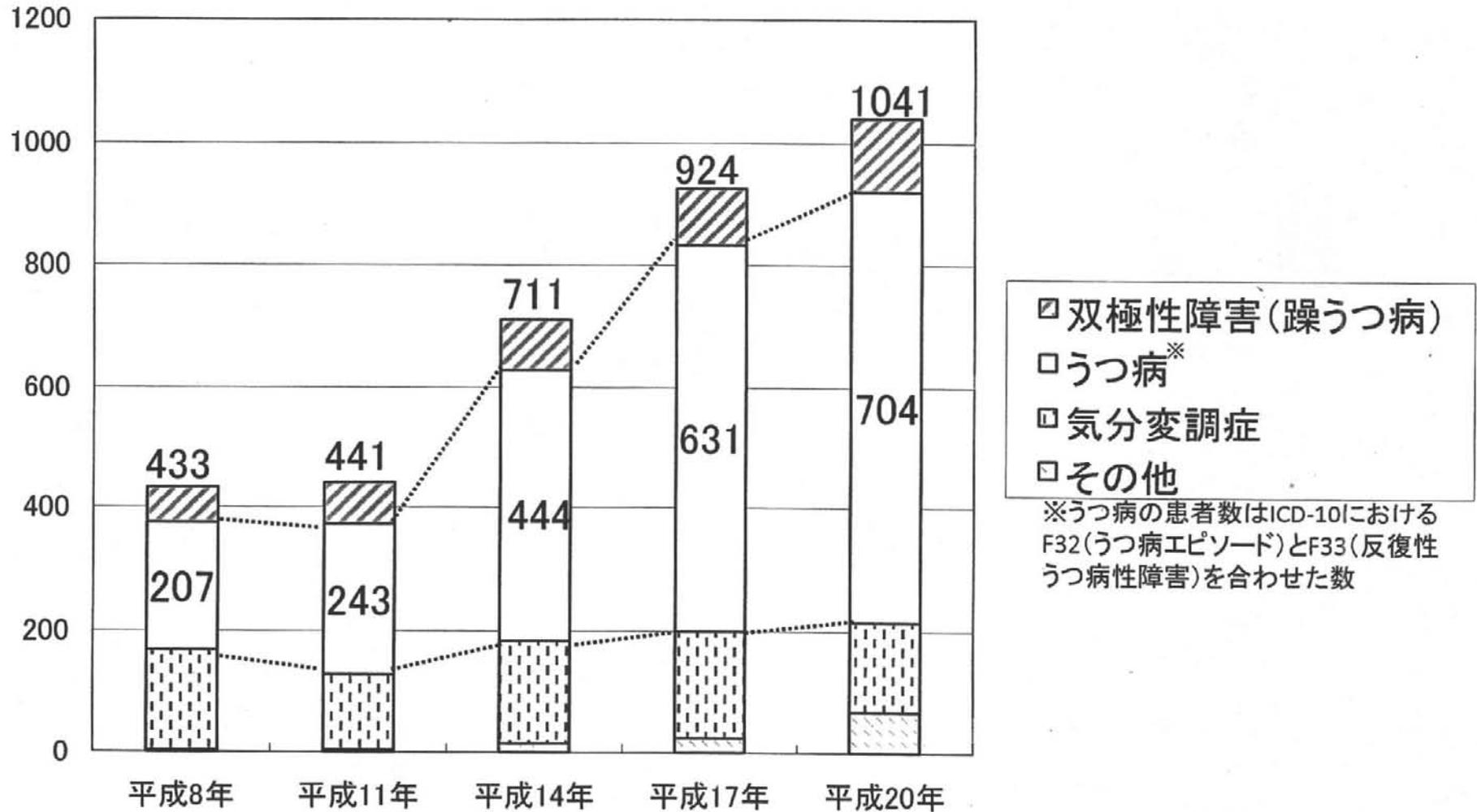
※平成21年の各月の自殺者数は、翌月に発表された暫定値であり、その後の捜査の結果等により、翌年5月頃に発表される確定数は異なる可能性がある。

主要国(G8)における自殺死亡率の比較

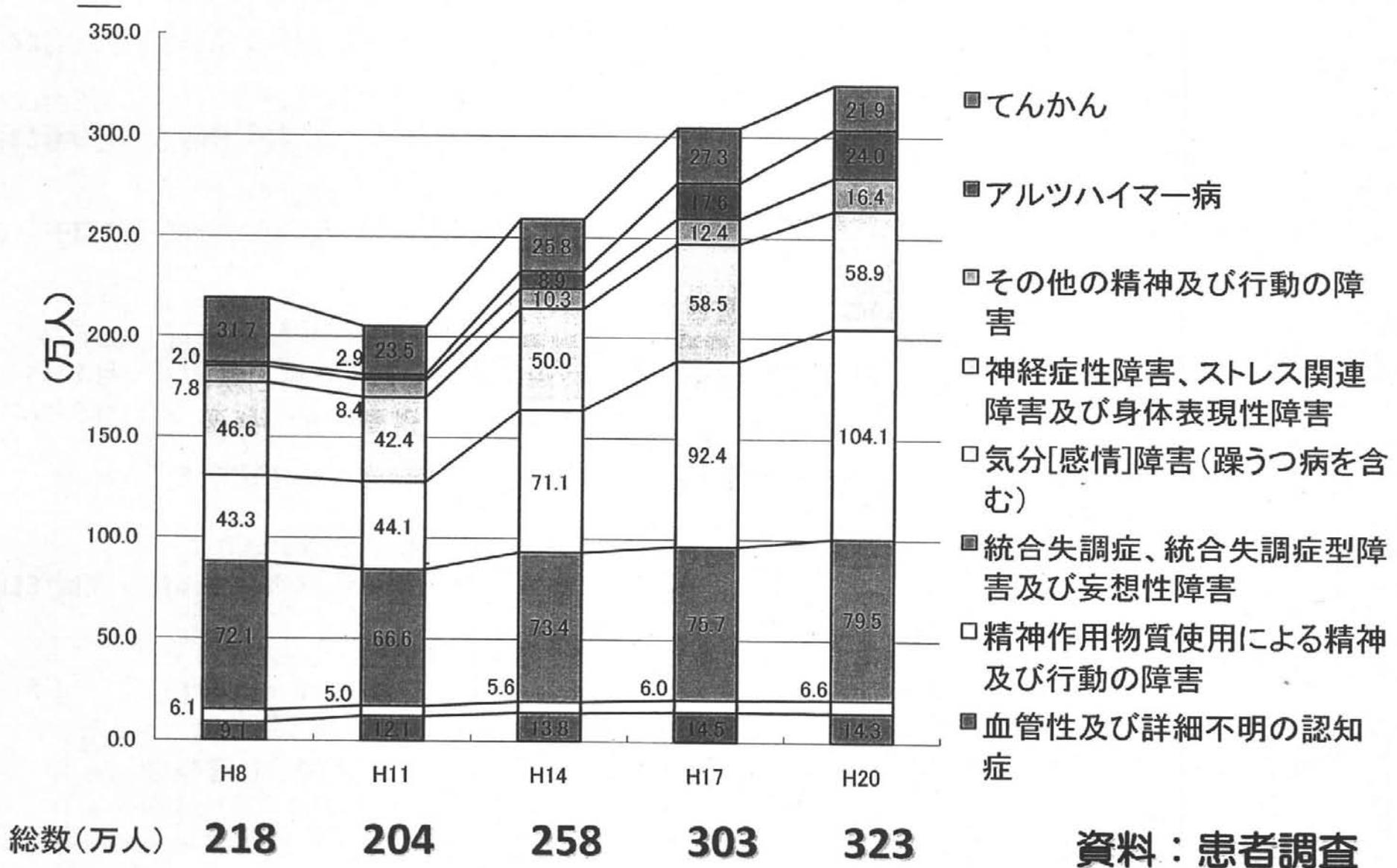


気分障害患者数の推移

千人



精神疾患患者の疾病別内訳



自殺対策に関するこれまでの経緯

- 平成18年の「自殺対策基本法」の施行を契機に、自殺対策の中心は内閣府に移管。
- 内閣府を中心とした推進体制の下、「自殺総合対策大綱」に基づく取り組みを、各省庁が実施。

- H12年 健康日本21策定
○2010年までに自殺者数を22000人以下とすることを目標
- H13年度 厚生労働省で自殺防止対策費を予算化
○相談体制の整備、自殺防止のための啓発、調査研究の推進等の対策を開始
- H14年2月 自殺防止対策有識者懇談会報告「自殺予防に向けての提言」
- H17年6月 自殺対策省内連絡会議を設置
7月 「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」(参議院厚生労働委員会)
9月 政府が自殺対策関係省庁連絡会議を設置
12月 「自殺予防に向けての政府の総合的な自殺対策について」取りまとめ
- H18年6月 自殺対策基本法成立(10月施行)**
10月 自殺予防総合対策センターの設置(国立精神・神経センター(東京都小平市)内)
- H19年6月 「自殺総合対策大綱」(閣議決定)**
H20年3月 自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関する検討会報告書
- H20年10月 「自殺総合対策大綱」一部見直し(閣議決定)
自殺対策加速化プランの策定
- H21年度 「地域自殺対策緊急強化基金」(内閣府 100億円)の設置
自殺対策100日プランの策定(内閣府)

自殺対策に関連する各府省の役割

● 内閣府

- 自殺対策基本法を所管
- 自殺対策の推進に関する企画・立案、総合調整
- 普及啓発等の実施

自殺対策緊急戦略チーム

- ・目的 年度末に向けた緊急対策及び効果的な発信方法等に関する検討
- ・メンバー 内閣府政務三役 内閣府参与

自殺総合対策会議

(自殺対策基本法第20条)

- ・目的 大綱案の作成、行政機関の調整、自殺対策の推進等
- ・会長 内閣官房長官
- ・委員
内閣府自殺対策担当大臣
国家公安委員会委員長
内閣府金融担当大臣
総務大臣 法務大臣
文部科学大臣 厚生労働大臣
農林水産大臣 経済産業大臣
国土交通大臣

自殺対策推進会議

(自殺総合対策会議決定)

- ・目的 施策の評価・改善等への民間有識者の意見の反映
- ・内閣府自殺対策担当大臣が招集
- ・座長 樋口輝彦
(国立精神・神経センター総長)
- ・メンバー 民間有識者 14名
- ・オブザーバー
各府省担当課長
自殺予防総合対策センター長

- 警察庁 自殺統計 等
- 金融庁 多重債務相談 等
- 総務省 インターネット上の情報への対応 等
- 法務省 法的問題、人権問題の相談 等
- 文部科学省 児童生徒の自殺予防 等
- 厚生労働省 心の健康づくり、医療体制整備、失業者に対する相談、薬品等の規制 等
- 農林水産省 農村における心の健康づくり 等
- 経済産業省 中小企業等への融資 等
- 国土交通省 屋上・ホーム等の安全確保 等

自殺総合対策大綱 「自殺を予防するための当面の重点施策」

自殺の実態を明らかにする

- 実態解明のための調査の実施
- 情報提供体制の充実
- 自殺未遂者、遺族等の実態解明及び支援方策についての調査の推進
- 児童生徒の自殺予防についての調査の推進
- うつ病等の精神疾患の病態解明及び診断・治療技術の開発
- 既存資料の利活用の促進

国民一人ひとりの気づきと見守りを促す

- 自殺予防週間の設定と啓発事業の実施
- 児童生徒の自殺予防に資する教育の実施
- うつ病についての普及啓発の推進

早期対応の中心的役割を果たす人材(ゲートキーパー)を養成する

- かかりつけの医師等のうつ病等の精神疾患の診断・治療技術の向上
- 教職員に対する普及啓発等の実施
- 地域保健スタッフや産業保健スタッフの資質の向上
- 介護支援専門員等に対する研修の実施
- 民生委員・児童委員等への研修の実施
- 地域でのリーダー養成研修の実施
- 社会的要因に関連する相談員の資質の向上
- 遺族等に対応する公的機関の職員の資質の向上
- 研修資料の開発等
- 自殺対策従事者への心のケアの推進

心の健康づくりを進める

- 職場におけるメンタルヘルス対策の推進
- 地域における心の健康づくり推進体制の整備
- 学校における心の健康づくり推進体制の整備

適切な精神科医療を受けられるようにする

- 精神科医をサポートする人材の養成など精神科医療体制の充実
- うつ病の受診率の向上
- 子どもの心の診療体制の整備の推進
- うつ病スクリーニングの実施
- 慢性疾患患者等に対する支援
- うつ病以外の精神疾患等によるハイリスク者対策の推進

社会的な取組で自殺を防ぐ

- 地域における相談体制の充実
- 多重債務の相談窓口の整備とセーフティネット融資の充実
- 失業者等に対する相談窓口の充実等
- 経営者に対する相談事業の実施等
- 法的問題解決のための情報提供の充実
- 危険な場所、薬品等の規制等
- インターネット上の自殺関連情報対策の推進
- インターネット上の自殺予告事案への対応等
- 介護者への支援の充実
- いじめを苦しめた子どもの自殺の予防
- 報道機関に対する世界保健機関の手引きの周知

自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ

- 救急医療施設における精神科医による診療体制等の充実
- 家族等の身近な人の見守りに対する支援

遺された人の苦痛を和らげる

- 自殺者の遺族のための自助グループの運営支援
- 学校、職場での事後対応の促進
- 遺族のためのパンフレットの作成・配布の促進
- 自殺遺児へのケアの充実

民間団体との連携を強化する

- 民間団体の人材育成に対する支援
- 地域における連携体制の確立
- 民間団体の電話相談事業に対する支援
- 民間団体の先駆的・試行的取組に対する支援

(●は厚生労働省関係) 赤字 平成20年度新規追加項目

いのちを守る自殺対策緊急プランについて

いのちを守る自殺対策緊急プラン【概要】

自殺対策基本法成立後の主な取組

- ・自殺対策基本法施行(平成18年10月)
- ・自殺総合対策大綱策定(平成19年6月)
- ・自殺対策加速化プラン策定(平成20年10月)
- ・地域自殺対策緊急強化基金の造成(平成21年度から3カ年)

最近の自殺をめぐる状況

- ・平成10年以降、12年連続年間3万人超
平成21年の自殺者数は、32,753人(暫定値)。前年比504人増。(1.6%増)
- ・厳しい雇用情勢
完全失業者数は14ヶ月連続して増加(21年12月末時点)

「自殺対策緊急戦略チーム」(内閣府政務三役及び内閣府参与)の発足
◆「自殺対策100日プラン」の取りまとめ(21年11月)

- ①年末・年度末に向けた緊急対策
- ②政府が取り組むべき中期的な施策等を提言

「当事者本位」の施策の展開へと政府全体が意識改革を図り、一丸となった対策の緊急強化

「いのちを守る自殺対策緊急プラン」の策定へ

1. 社会全体での取組

【普及啓発の推進】

- 「自殺対策強化月間」(3月)
 - 地域の先進事例の普及
 - 睡眠・アルコール問題
- 等

2. 相談・早期対応体制の充実・強化

【相談体制の充実・強化】

- ハローワークにおける心の健康相談
- 法テラスによる法律相談
- 中小企業経営者向け相談
- 教育相談(スクールカウンセラー等)
- 生活支援相談(住居、生活保護等)や農村における各種支援活動との連携

【早期対応体制の充実】

- ゲートキーパー(かかりつけ医、消費者相談員等)の育成・拡充
 - 職場での心の健康づくり
 - 「生きる支援」の総合検索サイトの取組の普及
- 等

3. 状況分析や実態解明による効果的な対策

- 自殺統計データの解析・情報提供の充実
 - 子どもの自殺の実態調査
- 等

4. 制度・慣行の検討

- 連帯保証制度等の在り方の検討
- 自殺の要因の背景にある制度・慣行の把握

5. ハイリスク地・ハイリスク者への重点的な対策

【ハイリスク地対策】

- 鉄道駅ホーム・高層建築物対策
- 自殺多発地域の取組の把握

【ハイリスク者対策】

- アルコール・薬物依存者等への支援関係者の資質向上
 - うつ病の診療技術の向上
 - インターネット上の自殺関連情報対策
- 等

6. 自殺未遂者への支援強化

- 精神科医と救急医の連携強化
 - 自殺未遂者の診療等の研修
- 等

7. 自殺者の遺族への支援強化

- 遺族支援の優良事例の普及
 - 自死遺族ケアの充実
- 等

8. 推進体制の強化

- 内閣府の総合対策センター機能の強化

9. ワンストップ総合相談体制

- 事例調査による総合相談体制の推進

厚生労働省の主な自殺対策関連予算

H21予算 19.1億円 → H22 予算案 16.1億円

○うつ病等の精神疾患に関する国民の正しい理解の促進 0.8億円 → 0.8億円

- 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」、「新健康フロンティア戦略」、「自殺総合対策大綱」に基づいた普及・啓発事業
- 普及・啓発活動を行う当事者育成のための専門家養成研修事業

○自殺予防総合対策センターにおける情報提供等の推進 0.5億円 → (0.8億円)

※ 国立精神・神経センター(東京都小平市)内に設置されている ※H22年度は独立行政法人国立精神・神経医療研究センター運営費交付金の内数

- 自殺解析調査(H21～)
- 自殺対策ネットワーク会議
- 情報収集発信(Webサイト「いきる」)
- 保健所、精神保健福祉センター、民間団体の相談員に対する専門研修
- 心理職等カウンセリング技術向上研修

○地域での効果的な自殺対策の推進と民間団体の取組の支援 4.1億円 → 3.5億円

- 地域自殺予防情報センター運営事業(H21～)
- 自殺防止対策事業(H21～)
- 地域自殺対策推進事業(H21まで) * H22年度から、内閣府の「地域自殺対策緊急強化基金」に移行
- 自殺未遂者・自殺者遺族ケア対策事業
- 地域精神保健指導者研修事業
- 事業場におけるメンタルヘルス対策への支援

○自殺予防に向けた相談体制の充実と人材育成 10.5億円 → 10.3億円

- かかりつけ医うつ病対応力向上研修
- メンタルヘルス相談実施体制の整備
- うつ病患者等精神障害者の職場復帰支援のための総合支援事業

○自殺問題に関する総合的な調査研究等の推進 3.2億円 → 0.7億円

- 自殺対策のための戦略研究(H21まで) * 研究期間が終了
- 心理学的剖検データベースを活用した自殺の原因分析に関する研究(H21まで) * 研究期間が終了
- 自殺のハイリスク者の実態解明及び自殺予防に関する研究

日本の自殺・精神疾患による社会経済的損失等の推計

- 自殺や様々な精神疾患による経済的損失の推計が試みられているが、推計の対象や方法は様々である。
- 我が国の、精神疾患に関する包括的な経済的損失の推計は行われていない。

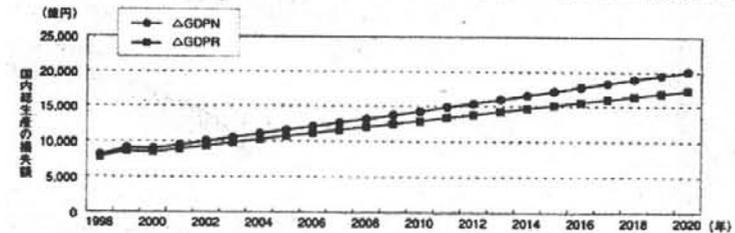
(例1) 自殺による国内総生産への影響

自殺による国内総生産の損失(2010年):
約1兆5千億円

- 国立社会保障・人口問題研究所が、自殺による社会経済への影響の推計のために実施(平成15年(2003))
- 自殺者分の、①消費活動の喪失 ②労働力人口の喪失による、国内総生産(GDP)の減少の大きさを、マクロ経済モデルを用いて推計したもの。

図表 自殺による国内総生産の損失額

出典:平成16年版厚生労働白書



資料: 国立社会保障・人口問題研究所提供のデータから、厚生労働省政策評価官付政策評価室作成
(注) ΔGDPN = 自殺死亡数ゼロを仮定した場合の名目国内総生産 - 現実の名目国内総生産
ΔGDPR = 自殺死亡数ゼロを仮定した場合の實質国内総生産 - 現実の實質国内総生産

(例2) 逸失賃金

精神障害による労働者の逸失利益(賃金): 9469億円/年

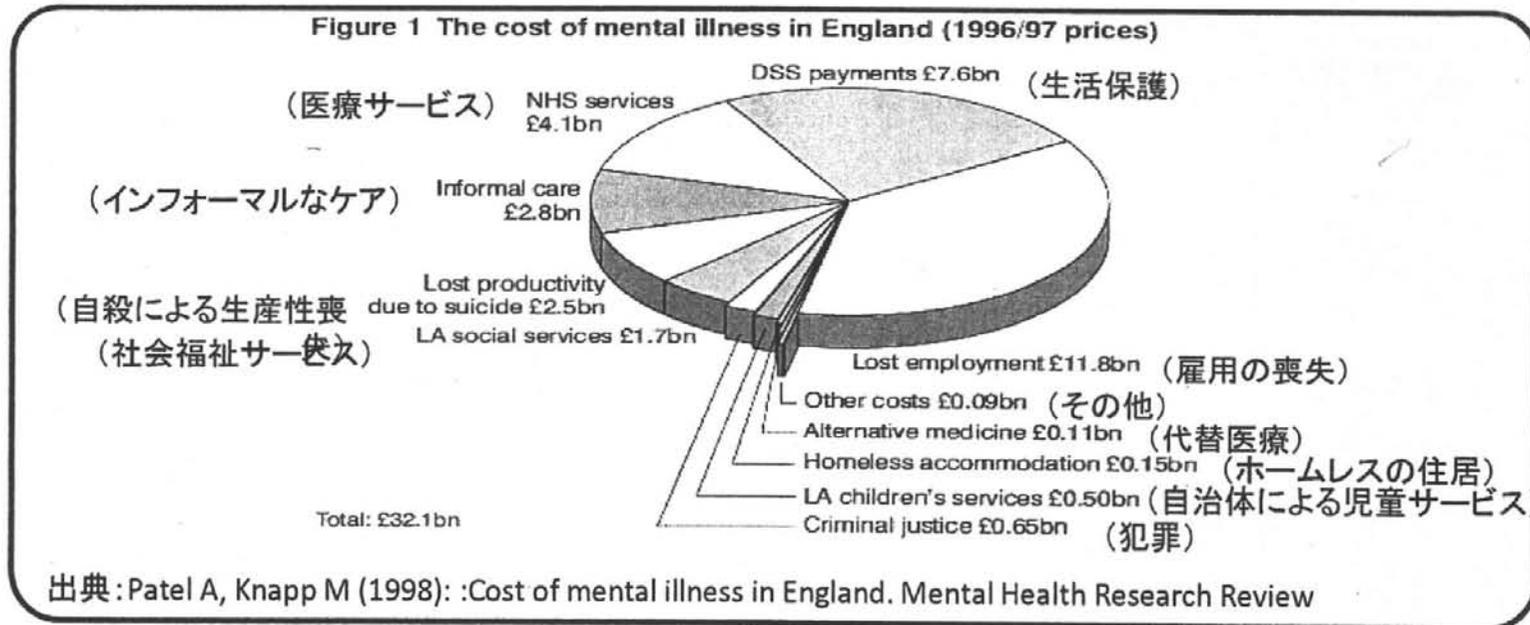
- 精神障害による労働者への影響の大きさを測るため、中小規模事業場における休業率・休業期間・平均賃金等のデータを基にして推計を行ったもの。

<平成15年度厚生労働科学研究・労働安全衛生総合研究「うつ病を中心としたこころの健康障害をもつ労働者の職場復帰および職場適応支援方策に関する研究」(主任研究者:東京経済大学 島 悟)>

英国における精神疾患によるコストの推計

- 英国において、全ての精神疾患によるコストの、包括的な推計が行われた。
 ※医療費、生活保護、福祉サービス等の直接的なコストのほか、雇用・生産性喪失等のコストについても可能な限り推計。
- 当該推計は、「Our Healthier Nation」(1999) <我が国の「健康日本21」に相当>にも引用されるなど、保健医療政策に活用されている。

◆1998年に行われた推計:321億ポンド/年(約4.6兆円)



◆2008年に行われた推計

2007年のコスト: **486億ポンド/年(約7兆円)**

2026年には :607億ポンド/年(約8.7兆円) に増加すると推計

出典: King's Fund (2008): Paying the Price, the cost of mental health care in England to 2026.

平成22年診療報酬改定の概要(精神科関係)

精神科医療の質の一層の向上を図るとともに、「入院医療中心から地域生活中心へ」との基本理念を推進する。

急性期入院医療

手厚いマンパワーの評価

身体合併症

総合病院、精神科病院での
身体合併症対応への手厚い評価

専門医療

専門的で密度の高い治療への
手厚い評価

認知症

精神医療の役割の強化
かかりつけ医との連携促進

慢性期入院医療

患者の状態に応じた医療
地域移行の促進

外来医療

精神療法

エビデンスの明らかな
精神療法等の評価

精神科デイ・ケア等

地域移行・発症早期の
手厚いケアの促進

在宅医療

重症患者への
在宅医療の促進

急性期入院医療

急性期に重点化した手厚いマンパワー、手厚い評価

精神病棟入院基本料

●10:1

重症者を中心、平均在院日数を緩和

- ・平均在院日数 25→40日以内 に緩和
- ・新規入院患者の5割以上がGAF30以下

●13:1 (新) 920点

重症者・身体合併症患者を中心

- ・新規入院患者の4割以上がGAF30以下又は身体合併症患者
- ・身体疾患への治療体制を確保
- ・平均在院日数 80日以内

- 入院基本料加算：急性期への重点化（入院30日以内を引き上げ、91日以上を引き下げ）

精神科救急入院料、救急・合併症入院料

- 急性期（入院30日以内）の引き上げ

救急入院料1 : 3431→ 3451点、

救急入院料2: 3231→ 3251点

救急・合併症入院料: 3431→ 3451点

精神科急性期治療病棟

- 急性期（入院30日以内）の引き上げ

入院料1 : 1900→ 1920点、

入院料2: 1800→ 1820点

- 算定要件の緩和：「総合病院」でも算定可能に

身体合併症への対応

身体合併症対応への手厚いマンパワー、手厚い評価

精神科身体合併症管理加算

●加算の引き上げ

救急入院料、急性期治療病棟、認知症病棟： 300点
入院基本料10:1、15:1算定病棟： 200点

1日あたり
350点

※算定期間：7日間（複数の疾患を発症した場合は7日×2回まで）
※対象疾患：肺炎、虚血性心疾患、手術・介達牽引を要する骨折
インスリン投与を要する糖尿病、
手術・化学療法・放射線療法を要する悪性腫瘍 等

※入院基本料13:1
算定病棟でも算定可能

(再掲)

●精神病棟入院基本料13:1の新設

- ・ 身体合併症患者、重症者(GAF30以下)を中心とした病棟(新規入院患者の4割以上)
- ・ 身体疾患への治療体制を確保
- ・ 平均在院日数 80日以内

●精神科救急・合併症入院料

- ・ 入院早期(30日以内)の報酬引き上げ

専門的入院医療

専門的で密度の高い治療への手厚い評価

児童・思春期精神科入院医療管理加算

- 専門病棟の加算の引き上げ

1日あたり 650点 → 800点

強度行動障害入院医療管理加算

- 強度行動障害児の入院医療への加算の新設
強度行動障害児の医療度判定基準スコア24点以上
行動障害に対する専門的な医療体制

1日あたり 300点

重度アルコール依存症入院医療管理加算

- アルコール依存症の入院医療への加算の新設
研修を修了した専従の医師、専従のOT/PSW/臨床心理技術者
アルコール依存症の治療プログラムに基づく治療

1日あたり 200点(30日以内)
100点(31~60日)

摂食障害入院医療管理加算

- 摂食障害の入院医療への加算の新設
重度の摂食障害による著しい体重減少のある患者
専門的治療を行う医師・臨床心理技術者等の配置、治療の実績

1日あたり 200点(30日以内)
100点(31~60日)

精神療法

長時間の精神療法・エビデンスの明らかな精神療法の評価

通院・外来精神療法

- 30分以上の場合の点数の引き上げ
- 病院と診療所の点数の統一

30分以上の場合	360点	→	400点
30分未満の場合	（病院 330点 診療所 350点）	→	330点

認知療法・認知行動療法

- うつ病に対する認知療法・認知行動療法の評価の新設

- ・ 1回30分以上、16回を限度
- ・ 気分障害の患者に対して一連の治療計画を作成し患者に詳細に説明
- ・ 「うつ病の認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル」に準じて実施

1日あたり 420点

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/kokoro/index.html>

心身医学療法

- 入院心身医学療法の点数の引き上げ

1日あたり 70点 → 150点

在宅医療

重症の精神疾患患者への在宅医療の促進

訪問看護療養費（訪問看護ステーション）

●複数名訪問看護加算の創設

・看護師、准看護師、PT、OT、STが複数名で訪問した場合

・対象患者

-暴力行為・著しい迷惑行為・器物破損行為等が認められる者

-特別訪問看護指示期間中

等

看護師等 4300円
准看護師 3800円
(週1回の算定)

●訪問看護管理療養費の引き上げ

月の初日 7050円 → 7300円

月の2日目以降 2900円 → 2950円

往診料

●往診料の引き上げ

・計画的に行われる「訪問診療」とは異なり、症状が増悪した際の緊急時の対応への評価

1日あたり 650点 → 720点