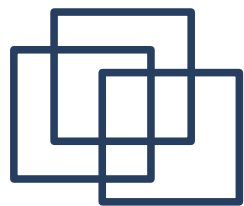


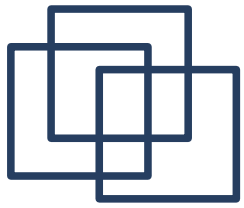
精神保健

- いかにして心の健康を保つか, またそれを可能にする社会システムはどうあるべきか
- 最大のポイント: 誰にとっても他人事ではない
- 健康と精神障害は連続した状態
- 社会の関心は大きい (cf. 映画の題材)
 - ビューティフル・マインド, ... (統合失調症)
 - 明日の記憶, 折り梅, 恍惚の人, ... (アルツハイマー型認知症)
 - 抱きしめたい, 博士の愛した数式, ... (高次脳機能障害)
 - ツレがうつになりました。., アントキノイノチ, ... (双極性障害)
- 参考文献
 - 岩波 明『精神科医が狂気をつくる: 臨床現場からの緊急警告』新潮文庫, 2014年.
 - 厚生労働省「みんなのメンタルヘルス」 <https://www.mhlw.go.jp/kokoro/index.html>
 - WHO Health Topics / Mental Health <https://www.who.int/health-topics/mental-health>
 - 世界精神保健調査日本調査 <https://plaza.umin.ac.jp/heart/archives/060201.shtml>
 - セカンド調査報告書 <http://wmhj2.jp/report/>
 - 京都大学オープンコースウェア "Evidence-based Mental Health" <https://ocw.kyoto-u.ac.jp/ja/graduate-school-of-medicine-jp/001/video>



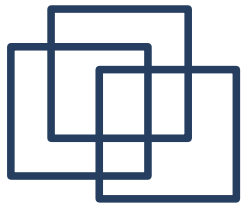
精神保健と心の働きの理解

- 精神状態の要素
 - 意識 (consciousness) : 外的刺激に対して個人が反応する程度。
 - 知覚 (perception) : 視覚, 聴覚など, それぞれ特定の感覚器官から中枢に信号が伝わる
 - 感情 (emotion/feeling/affection) : 選好, 評価, 気分, 情動に分類される
 - 動機づけ (motivation) : 生物学的動機と社会的動機がある。複数の動機が相反するとき葛藤 (conflict)
 - 学習 (learning) : 生得でない行動を後天的に獲得
 - 人格 (personality) → 次スライド



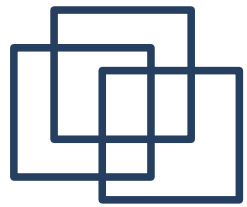
5段階欲求説 + α

- マズロウ (A. Maslow) は、動機が5段階の階層からなるという「**5段階欲求説**」を提唱。以下の順に、下位にある生理的欲求(食欲など)が満たされると、次第に高次の欲求へと移行し、自己実現欲求(自分に最も相応しい人生の舞台で自己の最大限の可能性を発揮したい)を達成して人格が完成
 - 生理的欲求
 - 安全欲求
 - 所属及び愛情欲求
 - 尊重欲求
 - 自己実現欲求
- マズロウへの批判(鄭, 2018) → MECE (Mutually Exclusive, Collectively Exhaustive; 重複無く, 漏れなく)になっていない → 欲 ∞ 仲間の範囲 ∞ 道徳
 - 個人で完結する欲 = 生理的欲求 + 安全欲求
 - 仲間との関係から生まれる欲 = 所属と愛 + 承認
 - 個人と仲間が一体化することで、個人のなかに生まれる欲 = 自己実現
 - 特定の社会のバックグラウンドを超えて、異なる社会間の共通性を認識しようとする欲(知的好奇心などを含む)



人格 (personality)

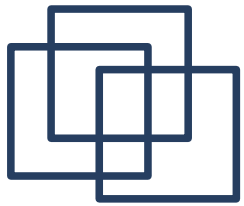
- 個人ごとの感情, 動機づけ, 行動の仕方に一貫した特徴を人格 (personality) という
- 性格 (character) と気質 (temperament) は人格の一部
- ロールシャッハ, YG, 内田クレペリンなど古典的な「性格診断」は科学的根拠無し(村上宣寛『「心理テスト」はウソでした 受けたみんなが馬鹿を見た』日経 BP, 2005)。
- 科学的根拠のある性格因子は以下(心理学で開発されたものが多いが, 公衆衛生学や疫学のメンタルヘルス研究でも調査されることがある)
 - **ビッグ・ファイブ仮説**: ヒトの基本的性格が, 外向性 (extraversion), 協調性 (agreeableness), 勤勉性 (conscientiousness), 情緒安定性 (emotional stability), 開放性 (openness to experience) の 5 因子 (Barrick MR, Mount MK: *Personnel Psychology*, 44: 1-26, 1991 <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1744-6570.1991.tb00688.x>; 和田さゆり: 性格特性用語を用いた Big Five 尺度の作成. *心理学研究*, 67: 61-67, 1996. <https://doi.org/10.4992/jjpsy.67.61>)
 - **タイプA行動パターン**: 競争心や攻撃性が強く時間の切迫感をもちながら努力する。米国で虚血性心疾患ハイリスク (Friedman M, Rosenman RH, *JAMA* 169: 1286-96, 1959 <https://doi.org/10.1001/jama.1959.03000290012005>)。ただし, 盛んに研究されたのはタバコ会社の出資による影響が大きく, 否定する結果が何度も出ているのにまだ研究されている Zombie Science と批判する論文あり (<https://dx.doi.org/10.2105%2FAJPH.2012.300816>)。
 - **ハーディネス**: ストレス条件下での積極性, コントロール感覚, 変化や挑戦を楽しむ姿勢。ストレスに強い (Kobasa SC, *J. Personality and Social Psychology*, 37: 1-11, 1979 <https://doi.org/10.1037//0022-3514.37.1.1>)。
 - **grit**: 長期間我慢強くゴールに向かって努力し続ける性質 (TED での Angela Duckworth の 2013 年講演: https://www.ted.com/talks/angela_lee_duckworth_the_key_to_success_grit)。Angela Duckworth (神崎朗子 訳)『GRIT やり抜く力』ダイヤモンド社, 2016 年



社会の中での人間～社会心理学

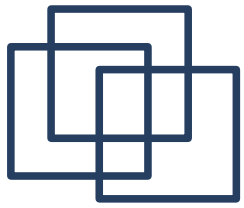
ヒトは社会集団の中で生きていて、他者との出会いや交流が日常的にある

- 他者と関わる場面でとりやすい行動がある
 - 自己のアイデンティティ:自分自身の行動や人格, 所属する集団等の知識が整理されている構造に基づく
 - 社会化:集団内では多くのメンバーが互いにこうするのが望ましいという期待をかけているので, それを学習し, それに沿った行動パターンをとるようになること(一般用語でいえば, 空気を読んで同調圧力に従うこと)
 - 社会化が起こると個人のアイデンティティと集団の社会的アイデンティティを重ねるようになる
- 社会的支援:集団メンバーが困難や苦しみが生じた時に同じ集団メンバーから受ける手助けやアドバイス。精神の健康を保持増進する上で重要。(cf. weak ties)
- (参考)竹村和久(編著)『社会心理学の新しいかたち』誠信書房, 2004年



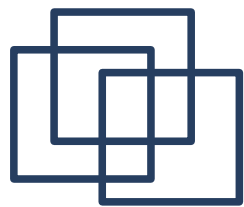
精神と身体

- 脳と身体は神経伝達やホルモン調節を介して関連あり。
 - 大脳新皮質には約 140 億の神経細胞
 - 個々の神経細胞には平均して1万のシナプス
 - 精神活動＝脳の高次機能。主として大脳新皮質連合野に局在。記憶は海馬など大脳辺縁系も。
- 欲求と適応
 - ヒトの欲求＝一次欲求(生理的欲求)＋二次欲求(自我欲求と社会的欲求)。後者が大脳依存。
 - 欲求が満たされない→欲求不満。そのとき欲求を断念するのは防衛機制。欲求のための努力は合理的機制。目標を諦めて別の満足に逃げるのは代償機制(cf. 昇華)。
 - うまく機制がとれない＝不適応。適応困難＝ストレス状態
- ストレス対処 (stress coping) には周囲の支援が重要
- ストレスは唾液アミラーゼ濃度等生体試料や質問紙などで評価できる。労働で受けるストレスについて、2015年12月1日から50人以上の事業所で **57** 項目の質問紙によるチェックが義務化された
(<https://kokoro.mhlw.go.jp/etc/kaiseianeihou/>)
 - (質問紙) https://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei12/dl/stress-check_j.pdf



精神保健の課題

- ライフステージ別の問題とサポートニーズ
- 精神保健福祉法第3条「国民の義務」
 - 国民は、精神的健康の保持及び増進に努めるとともに、精神障害者に対する理解を深め、及び精神障害者とその障害を克服して社会復帰をし、自立と社会経済活動への参加をしようとする努力に対し、協力するように努めなければならない。
- 精神の測定(通常、正常・異常の2値判定が目的ではない)
 - 面接(面接者と被面接者のラポールが重要)
 - 質問紙(信頼性と妥当性が高いことが確認済みの物を使うことが重要。使用条件確認も必要)
 - 性格因子←ビッグファイブ
 - ストレス← PSS
 - 認知機能← MMSE
 - 抑うつ状態← GDS, CES-D, SDS, DSD, THI-D, HADS, EPDS, MOS-8, PHQ, MDI, BDI-PC, DMI-10 等多数)
(ref) Mitchell AJ, Coyne JC (2010) *Screening for depression in clinical practice: An evidence-based guide*. Oxford Univ. Press
<https://doi.org/10.1002/pon.1957>
 - 不安← HADS (入院患者対象), GAI, GAS (高齢者対象), STAI, BAI, STICSA, PSWQ 等
(ref) <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.10.010>, <https://doi.org/10.2147/cia.s114100>
 - 適切な(簡便で感度や特異度が高い)質問紙のニーズ。自殺のリスク因子としての抑うつ状態のスクリーニング用 (cf.) 筒井末春・中野弘一「うつ状態自己評価表」SQR-D
<http://www.pref.oita.jp/uploaded/attachment/153421.pdf> (大分県資料)



群馬大学医学部公衆衛生学教室で開 発された「こころのチェックシート」

- https://gair.media.gunma-u.ac.jp/dspace/bitstream/10087/6689/1/62_41.pdf

こころのチェックシート

- あなたの日常生活について以下の質問にお答えください。
 - 同居しているご家族の構成について、それぞれあてはまる人数（ない場合は0）を記入してください。
 自分の親（ 人）／配偶者の親（ 人）／配偶者（ 人）
 子（ 人）／孫（ 人）／その他（ 人）
 - ご家族のなかに介助を必要としている人がいますか。
 a. いる b. いない
 (2-1) いる場合、あなたはお世話をしていますか。
 a. 自分が主に世話をしている
 b. 世話をする人の手伝いをしている
 c. していない
 - あなたは現在病院や施設、診療所へ通院していますか。
 a. はい b. いいえ
 (3-1) はいの場合、その疾患名「 _____ 」
 (3-2) その病気が否になりますか。
 a. とても苦になる b. 少し苦になる
 c. あまり苦にならない d. 気にしていません
 - あなたは、親しくしている親戚や友人がいますか。 _____ 人
 - あなたは適正な睡眠時間（一日7～8時間）をとっていますか。
 a. はい b. いいえ（充分寝ていない）
 c. いいえ（寝すぎている）
 - あなたはタバコを吸いますか。
 a. 吸う b. やめた c. 吸わない
 - あなたは適正体重を維持していますか。
 a. やせ気味 b. 適正な体重 c. 肥満気味
 - あなたは酒を飲みますか。
 a. ほぼ毎日飲む b. とまどき飲む
 c. ほとんど飲まない d. 飲まない
 (8-1) 飲む場合、どの程度飲みますか。
 a. 日本酒で1合未満 b. 1～2合
 c. 2合より多い
 （日本酒1合は、ビールなら中ジョッキまたは中ビン500ml、焼酎なら原液で0.5合と同じです）
 - あなたは定期的に運動（スポーツ）をしていますか。
 a. ほぼ毎日 b. 週3回程度
 c. 週1回程度 d. ほとんどしない
 - あなたは朝食を毎日食べていますか。
 a. ほぼ毎日 b. とまどき c. ほとんど食べない
 - あなたは間食をしますか。
 a. ほぼ毎日 b. とまどき c. ほとんど食べない
 - あなたのお仕事上の心配事は、どの程度ですか。
 a. 大いにある b. 多少はある
 c. あまりない d. ほとんどない
 - あなたの対人関係の悩み事は、どの程度ですか。
 a. 大いにある b. 多少はある
 c. あまりない d. ほとんどない
- あなたは普段どの程度幸福だと感じていますか。「非常に幸福」を10点、「非常に不幸」を0点として、あなたは何点ぐらいになると思いますか。数字に○をつけてください。

10-----9-----8-----7-----6-----5-----4-----3-----2-----1-----0
 (非常に幸福) (非常に不幸)

- あなたの現在の状態について、当てはまるもの1つだけを○で囲んでください。

(1) 近ごろ元気がないと感じる	はい	どちらでもない	いいえ
(2) 人生が楽しく希望が持てない	はい	どちらでもない	いいえ
(3) いつもおもしろくなく気がふさぐ	はい	どちらでもない	いいえ
(4) 会合に出席していてもいつも長寝を感じる	はい	どちらでもない	いいえ
(5) ひとりぼっちだと感じることもある	よく	とまどき	いいえ
(6) 人に会いたくないときがある	よく	とまどき	いいえ
(7) ひげ目を感じることもある	よく	とまどき	いいえ
(8) ゆらうつなときがある	よく	とまどき	いいえ
(9) 自分の生き方はまちがっていたと思う	よく	とまどき	いいえ
(10) 近ごろ何かにつけて自信がなくなってきた	はい	どちらでもない	いいえ

- あなたの最近1～2週間の状態について、当てはまるもの1つだけを○で囲んでください。

(1) 人生を楽しんでいる	はい	とまどき	たまたま	いいえ
(2) 涙ぐむことがある	いつも	とまどき	たまたま	ない
(3) とても悲しい気分が	いつも	とまどき	たまたま	ない
(4) とても落ち着かなくて、歩き回っている	いつも	とまどき	たまたま	ない
(5) いつもより勉強や仕事に注意を払ったり、していることに集中することがむずかしい	よく	とまどき	たまたま	ない
(6) いつもより集中しなくなり、はっきりすればよく考えたりすることができない	よく	とまどき	たまたま	ない
(7) 地域活動を楽しんでできています	はい	とまどき	たまたま	いいえ
(8) 近所の人とは信頼できると思う	はい	とまどき	たまたま	いいえ
(9) 困ったときに家族や近所の人に助けてもらえる	はい	とまどき	たまたま	いいえ
(10) 自分が死んだ方が他の人は楽になると思う	いつも	とまどき	たまたま	ない
(11) ふだんよりも動作がする	いつも	とまどき	たまたま	ない
(12) 死にたいと思う	いつも	とまどき	たまたま	ない
(13) 落ち着かず眠れない	いつも	とまどき	たまたま	ない
(14) 自慢について考える	はい	とまどき	たまたま	いいえ
(15) 生活が充実している	はい	とまどき	たまたま	いいえ

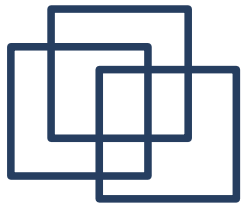
- あなた自身について伺います。

氏名： _____

身長： _____ cm 体重： _____ kg

性別：男性・女性 年齢： _____ 歳

図1 こころのチェックシート。実際は A4 用紙に両面印刷している。



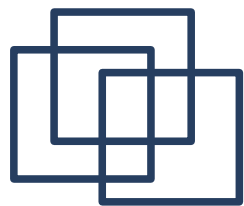
精神障害の現状と動向

- 受療率(3年ごとの「患者調査」により全国の病院・診療所から層化無作為抽出, 10月の3日中1日の利用者を調査。1ヶ月間の退院患者も調査。直近は2020年) <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/20/index.html>
 - 傷病分類別推計患者数(単位:千人) ※調査日当日に医療施設で受療した患者の推計数
 - 入院は「精神及び行動の障害」が最高値(236.6)(50.6のアルツハイマーを含めると、もっと高くなる)で循環器疾患198.2, がん126.7, 感染症16.3。
 - 外来の「精神及び行動の障害」は, 消化器1270.8, 筋骨格系・結合組織906.0, 循環器822.8より低く, 266.6(+アルツハイマー45.4)とがん247.0と同程度
 - 傷病分類別受療率(人口10万対) ※推計患者数/国勢調査人口×10万
 - 入院では「精神及び行動の障害」が最高値(188)でアルツハイマー病の40を加えるとさらに高くなる。循環器疾患157、損傷・中毒その他外因が107と続く
 - 外来では211(+アルツハイマー病36)で消化器1007、筋骨格系・結合組織718、循環器652より低い
 - 総患者数=推計入院患者数+推計初診外来患者数+(推計再来外来患者数×平均診療間隔×調整係数)
 - 精神及び行動の障害は男性224.2万人、女性278.2万人(合計502.5万人)で、循環器(2041.1万人)や消化器(1761.9万人)よりはずっと少ないが、がん(465.6万人)よりやや多い
- 病床数等
 - 2016年の精神病床数は33.4万床(減少傾向)。人口当たりでは九州に多い。
 - 精神病床の平均在院日数は294.2日(全病床平均32.3日の10倍近い。長期入院者が多い)
- 分類
 - 原因による:内因性, 外因性, 心因性
 - 症状による: ICDよりもDSMが中心。DSMは多軸診断 2013年5月～DSM-V
 - 日本精神神経学会 DSM-5病名・用語翻訳ガイドライン(初版)
https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/dsm-5_guideline.pdf
 - 日本うつ病学会 気分障害の治療ガイドライン
<https://www.secretariat.ne.jp/jsmd/iinkai/katsudou/kibun.html>



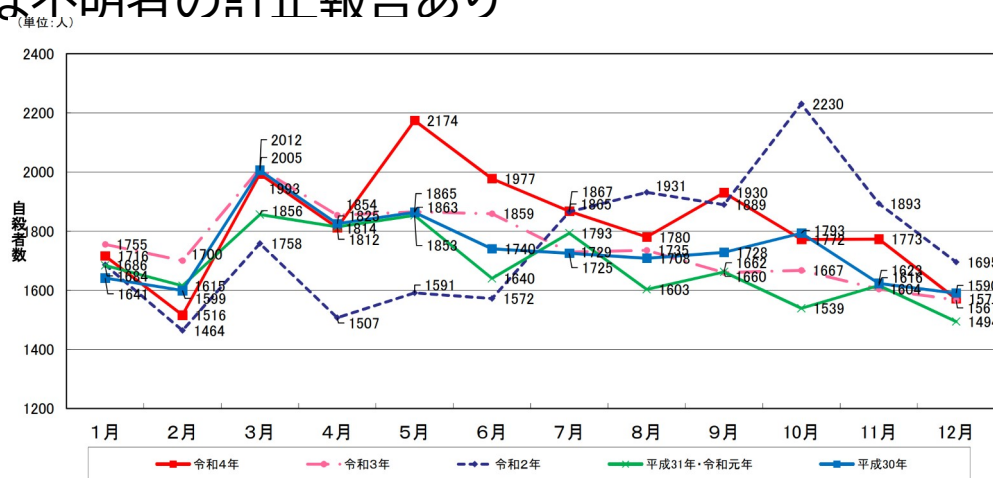
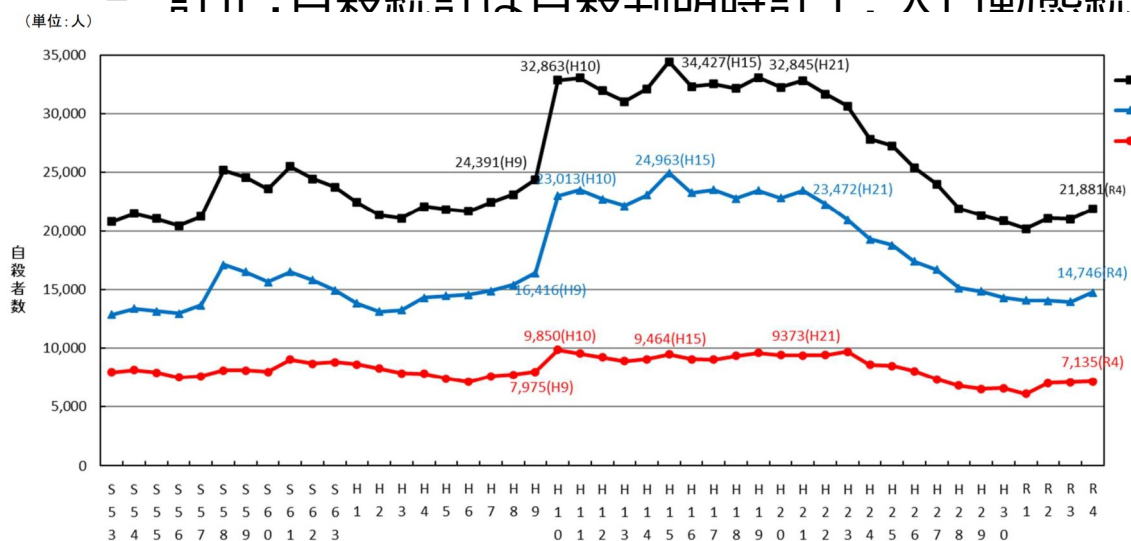
主な精神科疾患

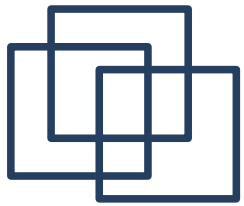
- 統合失調症:有病割合が人口の0.7%,性差なし。精神科入院患者の過半数。妄想,幻聴,思考途絶,連合弛緩などが特徴。2002年までは精神分裂病と呼ばれた。運転免許制限(道路交通法/施行令)。2020年の患者調査によると、推計外来患者数は5.0万人、推計入院患者数は14.3万人。
(出典:患者調査2020、厚生労働省検討会参考資料20220609)
- 気分障害:有病割合は人口の1~5%。女性に多。自殺企図がなければ外来で薬物療法のため、患者の大半は外来。1998年から急増した自殺の背景として注目(cf.2006年自殺対策基本法)。2020年の患者調査では、推計入院患者数2.8万人、推計外来患者数9.14万人。睡眠障害がサインとして注目。大うつ病(major depression),双極性感情障害(躁うつ病)など。
(cf.「新型うつ」<https://kokoro.mhlw.go.jp/mental-health-pro-qa/mh-pro-qa003/>)
- てんかん:反復性てんかん発作が主徴。症候性/特発性。多くは抗てんかん薬でコントロール可能。稀に難治性。有病割合0.5~0.8%。2017年の外来治療中の患者数は21.1万人、入院医療中の患者数は7千人。差別問題(筒井康隆『無人警察』の表現が差別的であると批判され、筒井は断筆宣言に至った
<https://www.hmt.u-toyama.ac.jp/socio/satoh/ronbun/tsutsui.html>, 運転免許制限、雇用差別等)
- 認知症:2005年まで「痴呆」と呼ばれていた。脳の器質性障害で知能が持続的低下。2000年頃までは半数以上が脳血管性(男性に多)だったが、2017年にはアルツハイマー型(女性に多)の外来または入院による医療を受けている総患者数が56.2万人に対し、血管性及び詳細不明の認知症の総患者数は14.2万人と逆転している(2020年患者調査では、アルツハイマー病の推計患者数は入院5.06万人、外来4.54万人)。加齢とともに増加するため、人口構造の高齢化で増加。国立長寿医療研究センターもの忘れセンター「認知症ははじめの一步」
<https://www.ncgg.go.jp/hospital/monowasure/news/documents/0511-5.pdf>
- 知的障害:2005年調査で54.7万人,うち在宅41.9万人。社会参加のための授産施設,障害者雇用促進法,神戸大学「音遊びの会」<http://otoasobi.main.jp/>



自殺者数の動向

- 警察庁の自殺統計(外国人も含む, 発見地, 死体認知時)と厚労省の人口動態統計(日本人のみ, 住所地, 死亡時, 死亡診断書または死体検案書で死因に自殺と記載)2種類
- アジア通貨危機→第二次平成不況の泥沼から 1998 年に急増して3万人/年を超えた。以後 2011 年まで年間3万人超。2012 年から2万人台に低下, 2019 年は 20,169 人, 2020 年は新型コロナウイルス感染症と対策による経済活動低下の影響か? 微増し 21,081 人, 2021 年は 21,007 人と微減, 2022 年は 21,881 人と再び微増
 - https://www.mhlw.go.jp/content/R4kakutei01.pdf
- 原因の第1位は健康問題
- 警察庁自殺統計と厚労省人口動態統計の死因としての自殺の違い
 - 調査対象: 自殺統計は外国人も含む, 人口動態統計は日本人のみ
 - 時点と地点: 自殺統計は発見地, 発見時, 人口動態統計は住所地, 死亡時
 - 訂正: 自殺統計は自殺判明時計上。人口動態統計は不明者の訂正報告あり





自殺の予防

- https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/
- 自殺対策基本法(2006年成立)→自殺総合対策大綱, 自殺対策白書
 - <https://www.mhlw.go.jp/content/000527996.pdf>
 - 【目的】自殺対策の基本理念を定め、国、地方公共団体、事業主、国民のそれぞれの責務を明らかにするとともに、自殺対策の基本となる事項を定めること等により、自殺対策を総合的に推進して、自殺防止と自殺者の親族等に対する支援の充実を図り、国民が健康で生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に寄与する
 - 白書 2022 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/jisatsuhakusyo2022.html
- 自殺総合対策大綱における3つの基本認識
 - 〈自殺は追い込まれた末の死〉
 - 〈自殺は防ぐことができる〉
 - 〈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〉
- 自殺総合対策における6つの基本的考え方→青少年(30歳未満), 中高年, 高齢者(65歳以上)各世代ごとの自殺の特徴を踏まえた対策
 - 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

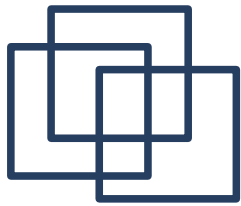


精神保健福祉活動

- 対象は国民全員(精神障害者だけでない)
- 保健所と精神保健福祉センター(保健所を指導・技術援助する専門機関, 各都道府県1つ以上)が中心
- 入院制度: 病識の欠如により二次予防困難な場合のため
 - 措置入院: 2名以上の精神保健指定医が自傷他害の恐れありと判定すると都道府県知事が入院を強制できる。同意不要
 - 緊急措置入院: 1名の精神保健指定医が自傷他害の恐れが著しいと判断した緊急時, 72時間以内, 都道府県知事の権限
 - 応急入院: 1名の精神保健指定医が入院しないと患者の医療及び保護を図る上で著しく不都合があると判定した場合。72時間以内。精神病院管理者の権限。同意不要
 - 医療保護入院: 本人に病識がないなどの場合, 家族等(*)のうちいずれかの者の同意に基づく

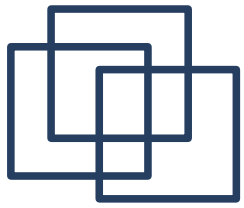
(*) 配偶者、親権を行う者、扶養義務者及び後見人又は保佐人。該当者がいない場合は市町村長。2023年4月からDV加害者を除く規定(**)が入った

** <https://www.mhlw.go.jp/content/001083284.pdf>
 - 任意入院: 本人の同意に基づく(他の疾患同様)
- 医療保護入院患者のいる精神科病院管理者は, 退院後生活環境相談員(精神保健福祉士等)設置義務, 地域援助事業者との連携努力あり(2013年~)



法制のまとめ

- 精神保健福祉法: 1950年に私宅監置を禁じ、精神衛生相談所と精神衛生センターの設置を定めた精神衛生法として成立。1984年宇都宮病院事件があったため、1988年に患者の人権に配慮した精神保健法になり、1995年から福祉視点重視の現行法へ(直近の改正は2022年、障害者総合支援法とあわせて改正 > <https://www.mhlw.go.jp/content/001081033.pdf>)
<https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=325AC1000000123>
 - 精神保健福祉士法の1998年施行以来、PSWが国家資格化
- 障害者総合支援法: 2005年制定。直近の改正は2017年6月(2013年4月から、障害者自立支援法がこのように改称された)。障害者基本法の理念に則り、(中略)障害者及び障害児が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、必要な障害福祉サービスに係る給付その他の支援を行い、もって障害者及び障害児の福祉の増進を図るとともに、障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与することを目的(第1条)
<https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=417AC0000000123>
 - (参考) https://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/appContents/wamnet_shofuku_explain.html
- 心神喪失者等医療観察法: 2003年制定、直近の改正は2017年6月。精神保健指定医の規定、外来による治療中の精神保健観察規定、そのための実施計画に基づく地域での受け入れなど。
https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=415AC0000000110_20191214_501AC0000000037
(参考: <https://www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/mtsa/>)
- 自殺対策基本法: 2006年制定。直近の改正は2016年3月。近年の改正は地域における対策の強化
<https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=418AC1000000085>
 - 自殺総合対策推進センター「地域レベルの実践的な取り組みへの支援」 <https://jssc.ncnp.go.jp/chiiki.php>



今後の対策課題

- 早期発見と受診経路の確立
 - 受療率 << 有病割合
→アウトリーチ活動や相談窓口, 啓発活動
 - 専門医受診を躊躇する偏見の打破
- 誰が医療費を負担するのか
 - 患者の同意によらない治療がありうる特殊性
 - 精神保健福祉法 30 条により公費負担
 - 公費通院制度の適用対象, 適用範囲が不明確だったので 32 条削除
 - 運用の変更は厚労省通知(2002 年)による。なし崩しの弱者切り捨ての危険
- 患者の人権と公共の福祉:理想は両立
 - しばしば相克。医療観察法の「実施計画」は可能?
 - 長期入院を減らし, 地域ケアの方向へ(可能か?)
- 認知症施策:新オレンジプラン(2015 年,2017 年改訂)→この主旨も地域ケア環境作り
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000079008.pdf>
 - 政府広報オンライン「知っておきたい認知症のキホン」(2021 年 9 月 27 日)
<https://www.gov-online.go.jp/useful/article/201308/1.html>
- 精神保健福祉資料
<https://www.youtube.com/watch?v=3aONBICDbc0>