

第32回社会福祉士・第22回精神保健福祉士 国家試験
受験対策 web 講座

精神保健の課題と支援
浦田 泰成（旭川大学）

現職：旭川大学保健福祉学部コミュニティ福祉学科 准教授

学歴：北海道大学大学院医学研究科社会医学専攻博士課程修了 博士（医学）

職歴：専門学校北海道福祉大学校精神保健福祉学科専任教員を経て現職

資格：精神保健福祉士

専門分野：地域保健、精神保健福祉

担当科目：「精神保健」「精神保健福祉相談援助の基盤」

「精神保健福祉の理論と相談援助の展開」など

資格試験対策書：一般社団法人日本ソーシャルワーカー教育学校連盟編（2019）

『精神保健福祉士国家試験模擬問題集〈専門科目〉2020』中央法規出版 執筆協力
(担当：精神保健の課題と支援)

受講者へのメッセージ：

「精神保健の課題と支援」は出題範囲が幅広く、その内容も多岐にわたっていますが、過去の出題内容を確認するとともに、関連する他科目の知識と結びつけ、その要点をまとめていきましょう。精神保健の様々な課題に対応できる精神保健福祉士を目指し、こつこつ努力を重ねてください。



第32回社会福祉士
第22回精神保健福祉士 国家試験

受験対策 web 講座

視聴方法



アクセス用 QR コード

- ① 日本ソーシャルワーク教育学校連盟
ホームページに開設されている『**社会福祉士・精神保健福祉士国家試験受験対策 web 講座特設サイト**』にアクセスしてください。
- ② ホームページの左側にある【視聴する（科目一覧）】各科目名をクリックすると、該当科目的講座映像が視聴できます。

- ③ このページ下部の『web 講座の利用について』『ご利用の前に』をよくお読みの上、視聴してください。

受験対策 web 講座の利用について

本連盟がこの web 講座映像配信で利用している動画配信サイト【YouTube】は、利用規約により、講座映像の商用利用を禁止しています。

この web 講座を、パブリックビューイング形式（独自に会場等を設定して講義映像を放映し、複数の方が視聴すること）で利用する場合、参加費等の費用を視聴者から徴収することはできませんのでご注意ください。さらに、受験対策 Point Book をコピーして配布することは、固く禁じます。

なお、【YouTube】の利用規約に違反し、損害賠償や訴訟等法的措置が講じられた場合は、当該違反者がその責任を負うものとし、本連盟は一切の責任を負いません。

ご利用の前に

- 『受験対策 web 講座』映像や『受験対策 Point Book』は、国家試験直前の受験対策として本連盟が作成しています。『受験 web 講座』映像や『受験対策 Point Book』は、必ずしも国家試験の合格を保障するものではありませんので、各自の判断によりご利用ください。web 講座映像や受験対策 Point Book の視聴・購読によって、視聴した者及びその関係者が不利益を被った場合も、本連盟及び当該科目担当講師は一切責任を負いません。
- 本講座では、個人からの講義内容に関する本連盟及び講師への意見・質問・疑義照会は受け付けておりません。
- 『受験対策 Point Book』は、各講師が国家試験までに最低限押さえておくべきポイントを絞って作成しています。講義内で口頭のみで説明している内容は、各自調べて理解を深めてください。
- 『受験対策 web 講座』映像や『受験対策 Point Book』の内容に万が一訂正があった場合は、特設サイト内の当該講座の視聴ページに訂正・補遺を掲載します。
- 『受験対策 Point Book』の点訳資料及び講義映像内の字幕・手話通訳はご用意できません。
- 亂丁・落丁本はお取り替えしますので、現物を着払いご返送ください。

I. 精神の健康と、精神の健康に関する要因及び精神保健の概要

1. 社会構造の変化と新しい健康観

世界保健機関 (World Health Organization ; WHO) 憲章（1948年発効）前文では、「健康とは、身体的、精神的、社会的に完全に良い状態であり、単に病気や虚弱がないことではない」「到達できる最高水準の健康を享受することは、人種、宗教、政治的信条、経済的ないし社会的状態のいかんを問わず、すべての人間の基本的人権の1つである」と定義している。したがって、この憲章は、精神保健（メンタルヘルス）を健康に不可欠な要素であると認識している。

国際的な障害の概念については、WHOが1980年に発表した**国際障害分類 (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps ; ICIDH)**がある。これは障害を**機能障害、能力障害、社会的不利**の3つのレベルで階層的にとらえようとするものであった。

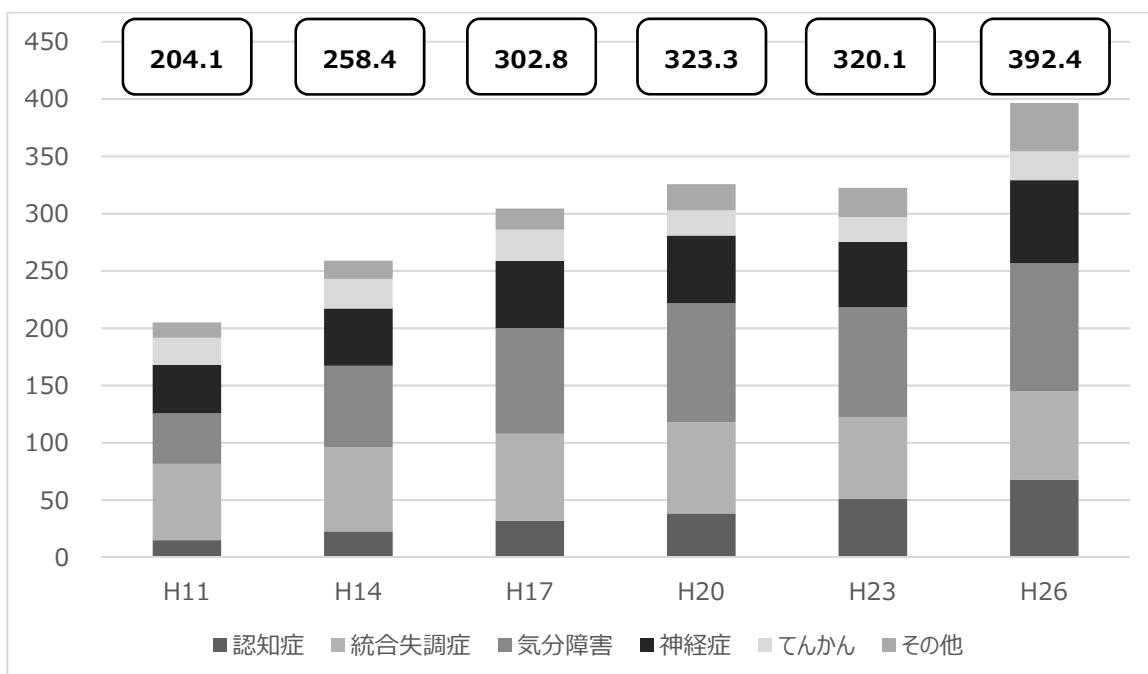
ICIDHは国際的な検討を経て、2001年、WHO総会において、人間の生活機能と障害の分類法として、**国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health ; ICF)**が採択された。それまでの国際障害分類が、障害を疾病や社会的不利などのマイナスの側面を中心とされていたのに対し、ICFは生活機能というプラスの側面からとらえるように視点を転換し、また背景因子として環境因子等の観点を加えたことが特徴として挙げられる。

ICFは人間の生活機能と障害について、**心身機能・身体構造、活動、参加**の3つの次元とそれらの背景因子となる**環境因子と個人因子**から成る。ICFの最大の意義は、障害を人間と環境との相互作用の下で理解しようとした点である。

2. 精神疾患患者数の増加

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することを目的に実施されている**患者調査**（厚生労働省）によると、2014（平成26）年に精神科医療機関で治療を受けている者の数は約392万人であり、着実に増加傾向にある（図1）。

図1 精神疾患有する総患者数の推移（疾患別内訳）



※平成23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

資料：厚生労働省（2016（平成28）年）『第1回これから的精神保健医療福祉のあり方に関する検討会資料』より作図

3. ライフサイクルと精神の健康

ライフサイクルとは、生物の一生の過程を、誕生から成長、そして衰退へと描く一周期をいう。

エリクソン (Erikson, E. H.) は、人生を表1の8段階に区分して、それぞれに発達課題と心理社会的危機 (psychosocial crisis) を設定した。前段階の発達課題は次段階の発達段階の基礎になるとする心理社会的発達理論を提示した (表1)。

表1 エリクソンの発達課題と心理社会的危機

発達段階	年齢	発達課題
乳児期	0～1歳	「基本的信任」対「基本的不信」
幼児期前期	1～3歳	「自律性」対「恥・疑惑」
幼児期後期	3～6歳	「積極性」対「罪悪感」
学童期	6～12歳	「勤勉性（生産性）」対「劣等感」
青年期	12～20歳	「同一性」対「同一性拡散」
成人期初期	20～40歳	「親密」対「孤立」
成人期（中年期）	40～65歳	「生殖性」対「停滞」
老年期	65歳～	「完全性」対「絶望」

4. ストレスと精神の健康

セリエ (Selye, H.) は、**ストレス**を「生体が外部環境からの刺激を受けることで緊張や歪みが起こり、これらの刺激に適応しようと生体内部に生じる非特異的な変化」と考えた。この「ストレスを引き起こす外部環境からの刺激」を**ストレッサー**、このストレッサーにより生体に生じる反応を**ストレス反応**と定義した。ストレッサーには、物理的、化学的、生物的、心理的ストレッサーが存在し、それらに曝されると、生体には様々なストレス反応が生じ、種々の精神障害を引き起こす。特に、ストレスと関連した精神障害として、ストレス関連性障害が挙げられ、その中でも**急性ストレス反応 (Acute Stress Reaction ; ASR)** や**心的外傷後ストレス障害 (Post-Traumatic Stress Disorder ; PTSD)** が注目されている。

5. 精神保健活動の3つの対象

これから地域精神保健活動は、従前の精神障害者対策を中心としたものから、地域住民も対象としたこころの健康問題への対応とこころの健康づくりの両面を視野に入れた、幅広い取り組みが求められる。精神保健の対象は、①精神障害者福祉の対象者（精神障害があり、継続的に日常生活または社会生活に相当な制限を受ける者）/②精神医療の対象者（精神疾患がある者）/③精神保健の対象者（健常者）の3つに区分される。これらの対象に、以下の活動を展開する（表2）。

表2 精神保健の3つの側面

積極的精神保健	・ 地域住民を対象として、こころの健康づくりを積極的に行い、啓発活動や教育活動を中心に行う
支持的精神保健	・ 精神障害者や医療を中断しがちな人などを対象として、相談・リハビリテーション・訪問活動など、必要な地域生活支援を適切に行う
総合的精神保健	・ 積極的精神保健と支持的精神保健の統合を目指す理念的なものであると同時に、地域住民の理解と協力を得つつ、地域の精神障害者を支援するための拠点づくりや普及啓発活動等の実践的な活動を行う

II. 精神保健の視点から見た学校教育の課題とアプローチ

1. 不登校

文部科学省は、**不登校**を「何らかの心理的、情緒的要因、身体的あるいは社会的要因・背景により、児童生徒が登校しないあるいはしたくともできない状況にあるため年間 30 日以上の欠席した者のうち、病気や経済的な理由による者を除いたもの」と定義している。

2017（平成 29）年度「児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査」によれば、小・中学校における、不登校児童生徒数は **144,031** 人であり、不登校児童生徒の在籍児童生徒数に占める割合は **1.5%**である。このうち、小学校 **35,032** 人、中学校 **108,999** 人となっている。不登校の要因を「本人に係る要因」で見ると、「**不安の傾向がある**」では、「家庭に係る状況」31.2%、「いじめを除く友人関係をめぐる問題」28.2%、「**無気力の傾向がある**」では、「家庭に係る状況」45.0%、「学業の不振」28.9%、「**学校における人間関係に課題を抱えている**」では、「いじめを除く友人関係をめぐる問題」69.7%が多くなっている。

また、高等学校における、不登校生徒数は **49,643** 人であり、不登校生徒の在籍生徒数に占める割合は **1.5%**である。不登校の要因を「本人に係る要因」で見ると、「**無気力の傾向がある**」では、「学業の不振」27.5%、「入学、転編入学、進級時の不適応」15.9%、「**不安の傾向がある**」では、「進路に係る不安」20.5%、「学業の不振」20.4%、「**学校における人間関係に課題を抱えている**」では、「いじめを除く友人関係をめぐる問題」67.1%が多くなっている。

2. いじめ

2017（平成 29）年度「児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査」によれば、小・中・高等学校および特別支援学校における、いじめの認知件数は **414,378** 件であり、児童生徒 1,000 人当たりの認知件数は **30.9** 件である。**小学校**が **317,121** 件と最も多く、学校 **80,424** 件、高等学校 **14,789** 件、特別支援学校 **2,044** 件となっている。また、いじめの発見のきっかけは、「**アンケート調査など学校の取組により発見**」が **52.8%**で最も多く、次いで「本人からの訴え」**18.0%**、「学級担任が発見」**11.1%**となっている。さらに、いじめの態様は、「**冷やかしやからかい、悪口や脅し文句、嫌なことを言われる。**」**62.3%**で最も多く、「軽くぶつかられたり、遊ぶふりをして叩かれたり、蹴られたりする。」**21.0%**、「仲間はずれ、集団による無視をされる。」**14.1%**の順となっている。「パソコンや携帯電話等で、ひぼう・中傷や嫌なことをされる。」**3.0%**であった。

全国でいじめをめぐる問題が深刻化したことを受け、2013（平成 25）年 6 月 28 日、**いじめ防止対策推進法**が公布された。本法は、いじめを禁止し、国および学校に対し、いじめ防止基本方針の策定を義務づけるとともに（**地方公共団体は努力義務**）、いじめが犯罪行為として取り扱われると認められるときの所管警察署との連携、いじめの重大事態に対処するための学校等の下に設置される組織および調査、インターネットを通じて行われるいじめに対する対策の推進等が規定された。

法第 2 条では、**いじめ**を「児童等に対して、当該児童等が在籍する学校に在籍している等当該児童等と一定の人的関係にある他の児童等が行う心理的又は物理的な影響を与える行為（**インターネットを通じて行われるもの**を含む。）」であって、当該行為の対象となった児童等が心身の苦痛を感じているもの」と定義している。また、法第 3 条では、「いじめの防止等のための対策は、いじめが全ての児童等に関係する問題であることに鑑み、児童等が安心して学習その他の活動に取り組むことができるよう、**学校の内外を問わず**いじめが行われなくなるようにすることを旨として行われなければならない」と規定しており、**学校外で生じた児童生徒同士のトラブルもいじめに該当する。**

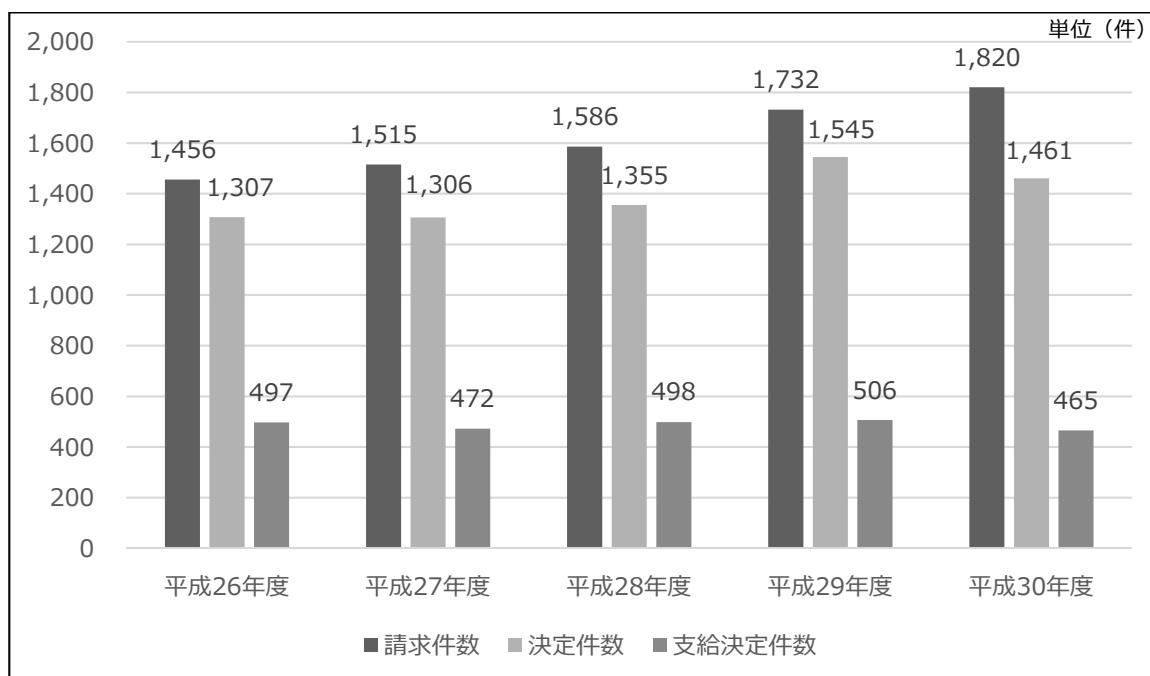
3. 自殺

2017(平成29)年度「児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査」によれば、小・中・高等学校から報告のあった自殺した児童生徒数は**250**人である。このうち、小学校**6**人、中学校**84**人、**高等学校 160**人となっている。

III. 精神保健の視点から見た勤労者の課題とアプローチ

労働者の仕事に対するストレスは増加傾向にあり、仕事に関して強い不安やストレスを感じている労働者が半数を超える状況にある。また、精神障害等に係る労災補償状況をみると、近年、請求件数は増加傾向にある(図2)。

図2 精神障害の請求、決定及び支給決定件数の推移



資料：厚生労働省(2019)『2018(平成30)年度 過労死等の労災補償状況』より作図

心の健康問題は、労働者だけでなく、その家族、事業場および社会に与える影響が大きい。事業場において、より積極的に心の健康の保持・増進を図ることは、労働者とその家族の幸せを確保するとともに、日本社会の健全な発展という観点からも非常に重要な課題となっている。

近年、日本において過労死等が頻発しきな社会問題となっている。過労死等は、本人はもちろんその家族だけでなく社会にとっても大きな損失である。そのような中、過労死等の防止のための対策を推進し、過労死等がなく仕事と生活を調和させ、健康で充実して働き続けることのできる社会の実現に寄与することを目的として、2014(平成26)年に**過労死等防止対策推進法**が施行された。

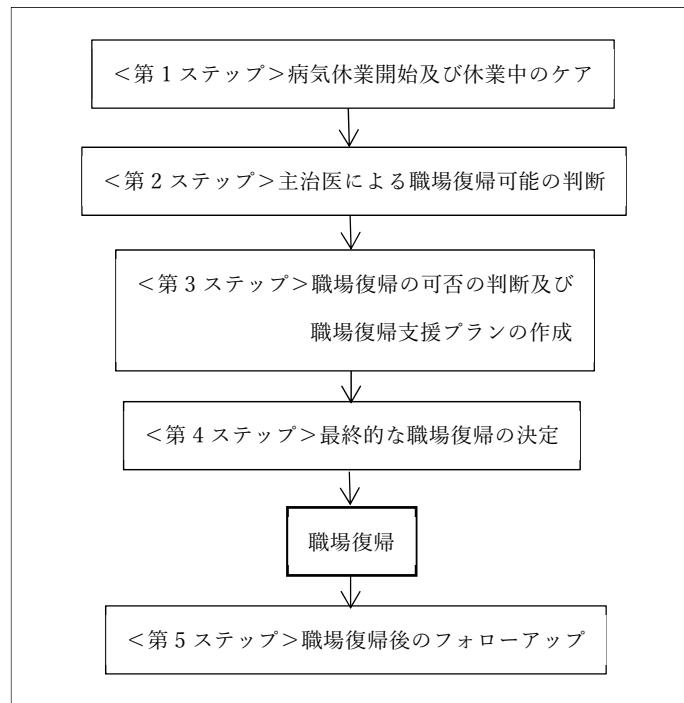
また、2015(平成27)年、本法に基づき**過労死等の防止のための対策に関する大綱**が閣議決定された。本大綱では、過労死等の防止のための①調査研究等、②啓発、③相談体制の整備等、④民間団体の活動に対する支援の4つの対策を効果的に推進するための取組みが定められている。

2014(平成26)年6月25日、労働安全衛生法の一部を改正する法律が公布され、労働者のメンタルヘルス不調の未然防止や労働者自身のストレスへの気づきの促進、ストレスの原因となる職場環境の改善等を目的に、**ストレスチェック制度**が創設された(2015(平成27)年12月1日施行)。本制度

では、事業者の義務として、①常時使用する労働者に対して、医師、保健師等による心理的な負担の程度を把握するための検査（**ストレスチェック**）を実施すること（**労働者数 50 人未満**の事業場は当分の間努力義務）、②検査の結果、一定の要件に該当する労働者から申出があった場合、医師による面接指導を実施すること、③面接指導の結果に基づき、医師の意見を聴き、必要に応じ就業上の措置を講じることが規定されている。なお、医師、保健師のほか、厚生労働大臣が定める研修を修了した看護師もしくは精神保健福祉士がストレスチェックを実施できる。

2004（平成 16）年、厚生労働省は、職場復帰支援に関するルールづくりの手引きとして、**心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き**を発表した。本手引きでは、個々の事業場における**職場復帰支援プログラム**は、①職場復帰支援の標準的な流れを明らかにするとともに、それに対応する手順、内容及び関係者の役割等について定める、②プログラムを円滑に実施するために必要な関連規程等や体制の整備を行う、③プログラム、関連規程等および体制については、労働者、管理監督者および事業場内産業保健スタッフ等に対し、教育研修の実施等により十分周知する、という要領で策定される。職場復帰支援の具体的な進め方としては、5つのステップに分けて、事業場にあった復職支援制度を策定する（図3）。

図3 職場復帰支援の流れ



資料：厚生労働省（2012）『心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き 改訂版』より作図

2014（平成 26）年、労働安全衛生法の一部改正に伴い、**労働者の心の健康の保持増進のための指針**（2006（平成 18）年 3 月 31 日）の改正が行われた（2015（平成 27）年 11 月 30 日）。本指針によれば、労働者の受けるストレスは拡大傾向にあり、仕事に関して強い不安やストレスを感じている労働者が半数を超える、精神障害等に係る労災補償状況が請求件数、認定件数とも近年増加傾向にある。そのため事業者は、各事業場の実態に即したかたちで、**ストレスチェック制度**を含めたメンタルヘルスケアの実施に積極的に取り組むことが推奨された。また、本指針の基本的な考え方として、「心の健康づくり計画」を策定・実施するにあたり、ストレスチェック制度の活用や職場環境等の改善を通じて、メンタルヘルス不調を未然に防止する**一次予防**、メンタルヘルス不調を早期に発見し、適切な措置を行なう**二次予防**およびメンタルヘルス不調となった労働者の職場復帰の支援等を行う**三次予防**が円滑に行われる必要があることを掲げている。これらの取組においては、4つのメンタルヘルスケア（**セルフケア、ラインによるケア、事業場内産業保健スタッフ等によるケア、事業場外資源によるケア**）が継続的かつ計画的に行われるようになることが重要であるとしている。

EAP (Employee Assistance Program; 従業員援助プログラム)は、1940 年代からアメリカにおいて、職場におけるメンタルヘルスの問題を解決するために開発・発展してきたプログラムである。

IV. 精神保健の視点から見た現代社会の課題とアプローチ

1. 災害被災者の精神保健

災害時における精神保健の課題は、災害発生以前から精神保健の課題を抱えていた被災者の問題と、被災により生じた被災者の精神保健の問題の2つである。発災後には、**急性ストレス反応（ASR）**や**心的外傷後ストレス障害（PTSD）**、うつ状態等に陥る被災者が少なくない。災害時における精神保健対策（ケア）の対象は、①災害前より精神疾患などを抱えていた者、②被災により新たにメンタルヘルス課題を抱えることになった者、③被災地支援を担っている支援者の3者である。

近年、**DMAT（Disaster Medical Assistance Team；災害派遣医療チーム）**や**DPAT（Disaster Psychiatric Assistance Team；災害派遣精神医療チーム）**、DHEAT（Disaster Health Emergency Assistance Team；災害時健康危機管理支援チーム）（「平成30年7月豪雨」において初めて被災地へ派遣された）など、大規模災害等が発生した場合に迅速に被災地に入り、医療および保健活動の支援を行うための専門的なチームの体制整備が進められている。

災害発生時の心理的応急処置については、**PFA（Psychological First Aid；サイコロジカル・ファーストエイド）**が活用されている。PFAは、災害やテロの直後に子ども、思春期の人、大人、その家族に対して行う心理的支援の技法である。災害やテロの影響によるトラウマ的出来事によって引き起こされる初期の苦痛を軽減するために、短期・長期的な適応機能と対処行動を促進することを目的としている。

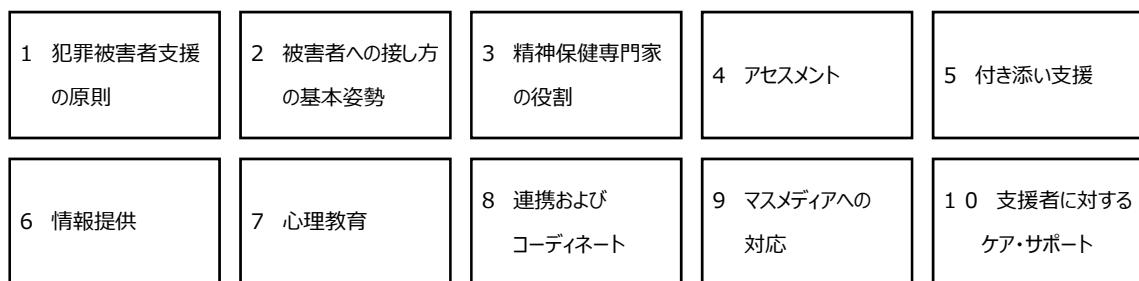
2. 犯罪被害者の精神保健

事件後、犯罪被害者に生じる問題としては、心身の不調、生活上の問題、周囲の人の言動による傷つき（二次被害）など、様々なことがある。特に、心身の不調としての精神的ショックは非常に大きく、**急性ストレス障害（ASD）**、**心的外傷後ストレス障害（PTSD）**、うつ病等、精神疾患の発症につながることもある。

日本では、犯罪被害者やその家族に対する社会的な支援がない時代が永らく続いていたが、2004（平成16）年、**犯罪被害者等基本法**が成立し、様々な施策が講じられることとなった。本法では、国や地方自治体、国民のそれぞれに犯罪被害者を支援する責任があると規定している。犯罪の被害に遭った人の窓口として、各都道府県・政令指定都市に犯罪被害者等相談窓口、各都道府県警察の被害者相談窓口、検察庁の被害者支援員制度、法テラス被害者支援ダイヤル、民間被害者支援団体がある。

2013（平成25）年、犯罪被害者に対して、犯罪被害者に対応する警察官、民間被害者支援機関の相談員、精神科医師や臨床心理士、精神保健福祉士などの精神保健の専門家等がこころのケアを提供できるようになることを目的に、**犯罪被害者に対する急性期心理社会支援ガイドライン**が作成された。以下は、犯罪被害者の支援経験者および被害者の意見を集約したものである（図4）。

図4 犯罪被害者に対する急性期心理社会支援ガイドラインの内容



資料：独立行政法人国立精神・神経医療研究センター（2013）『犯罪被害者に対する急性期心理社会支援ガイドライン』より作図

V. 精神保健に関する対策と精神保健福祉士の役割

1. アルコール問題に対する対策

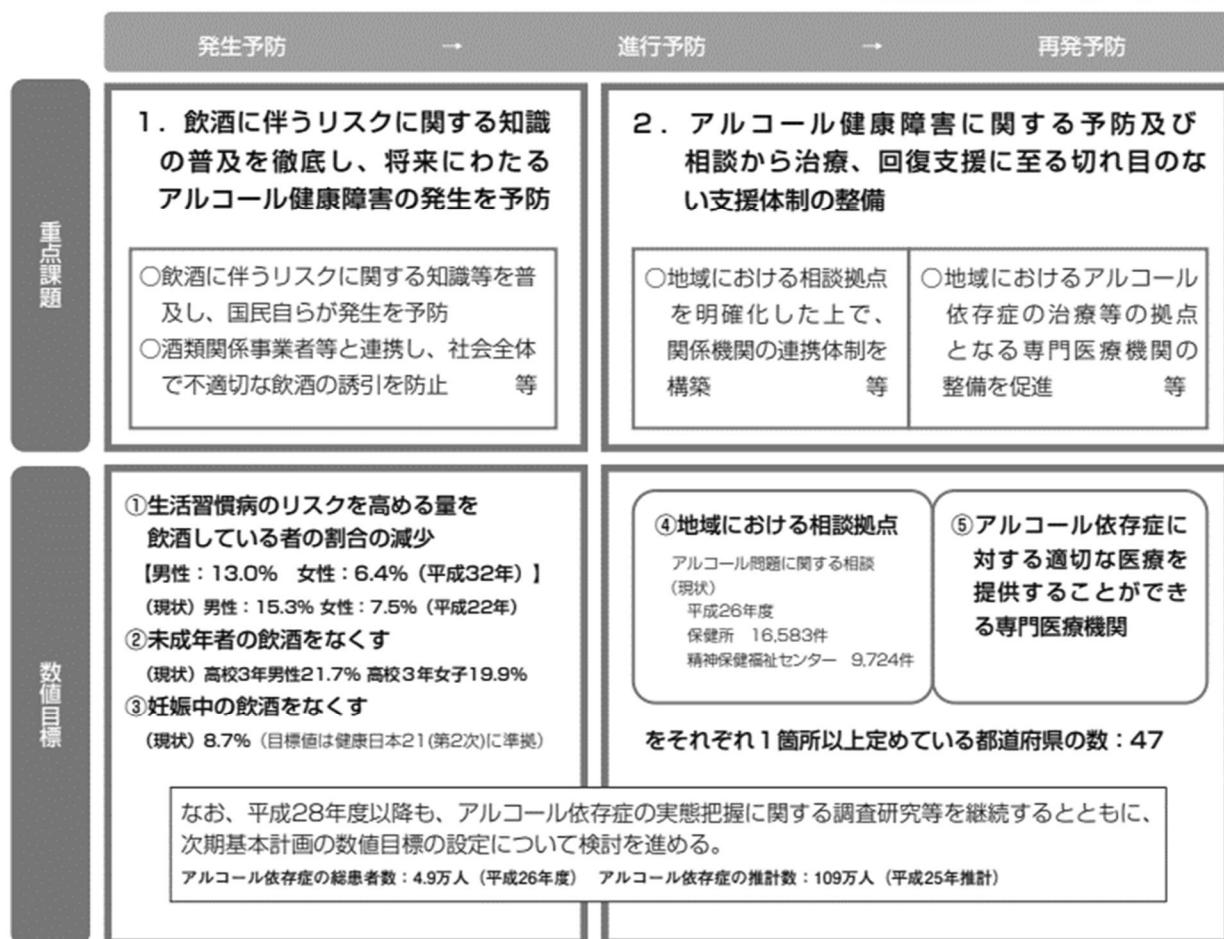
2017（平成 29）年患者調査によると、「アルコール使用＜飲酒＞による精神・行動障害」の患者は 54,000 人（男性 44,000 人、女性 10,000 人）であった。アルコールによる健康障害には、**アルコール精神病やアルコール依存症**のほか、肝疾患、膵疾患、循環器疾患、悪性新生物（がん）などの身体疾患がある。

アルコールに関する心身の障害だけでなく、飲酒運転・暴力・虐待・自殺などの様々な社会問題を背景として、2013（平成 25）年 12 月に**アルコール健康障害対策基本法**が成立し、2014（平成 26）年 6 月に施行された。本法第 2 条では、アルコール健康障害を「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をいう」と定義している。

2016（平成 28）年 5 月、本法に基づき、**アルコール健康障害対策推進基本計画**が策定された（図 5）。本計画は、法第 12 条 1 に基づき、アルコール健康障害対策の総合的かつ計画的な推進を図るために策定されるものであり、政府が講ずるアルコール健康障害対策の最も基本的な計画として位置づけられている。本計画の対象期間は、2016（平成 28）年度から 2020（令和 2）年度までの概ね 5 年間である。

図 5 アルコール健康障害対策推進基本計画（第 1 期）のポイント

〔計画対象期間：平成28年度～平成32年度〕



資料：内閣府（2016）『アルコール健康障害対策推進ガイドブック（平成 28 年度版）』

2. 薬物依存対策

薬物乱用とは、医薬品を医療目的以外に使用すること、または医薬品でない薬物を不正に使用すること、法規制にふれるものを使用することをいう。

薬物依存とは、依存性薬物の乱用を繰り返すうちに薬物を止めようとしても容易に止められない状態であり、精神依存と身体依存の2つのタイプがある。精神依存では、薬物の効果が脆弱、消失しても手の震え等の不調は現れないが、薬物への強い摂取意欲が生じる。また、身体依存では、手のふるえや下痢等の離脱症状が発現する。薬物依存の本質である精神依存を強める効果がある。薬物探索行動は、何としても薬物を手に入れたいという固執する行動をいい、例として、喫煙者が常にタバコを切らさないよう振舞う等が挙げられる。各種薬物の精神依存性と身体依存性に関する特性を表3に示した。

表3 薬物の依存性と主な作用の特徴

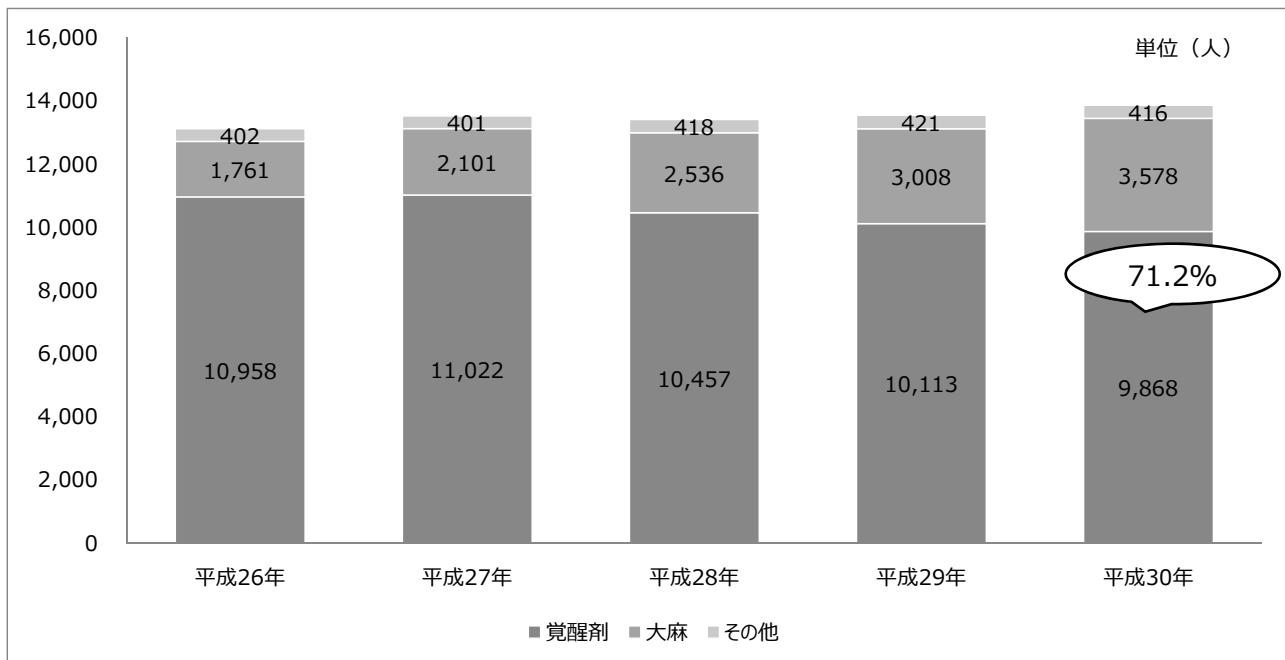
法律上の分類	中枢作用	薬物のタイプ	精神依存	身体依存	乱用時の主な症状
麻薬 (麻薬及び向精神薬取締法：麻向法)	抑制	あへん類（ヘロイン・モルヒネ等）	+++	+++	鎮痛、縮瞳、便秘、呼吸抑制、血圧低下
	興奮	コカイン、合成麻薬(MDMA)等	+++	-	瞳孔散大、血圧上昇、興奮、不眠、食欲低下
覚せい剤 (覚せい剤取締法)	興奮	アンフェタミン類（メタンフェタミン等）	+++	-	瞳孔散大、血圧上昇、興奮、不眠、食欲低下
大麻 (大麻取締法)	抑制	大麻（マリファナ、ハシッシュ等）	+	±	眼球充血、感覚変容、情動の変化
毒物劇物 (毒物及び劇物取締法)	抑制	有機溶剤（トルエン、シンナー等）	+	±	酩酊、運動失調
-	興奮	ニコチン（たばこ）	++	±	発揚、食欲低下
-	抑制	アルコール（酒類）	++	++	酩酊、運動失調
指定薬物 (違法ドラッグ)	抑制	セロトニン系、フェネチルアミン系化合物（麻薬や覚せい剤の類縁化合物）	+	±	幻覚、筋弛緩、運動失調

+-：有無及び相対的な強さを表す

資料：内閣府（2010）『ユースアドバイザー養成プログラム（改訂版）』より作表・一部改変

「平成30年における組織犯罪の情勢」（警察庁）によれば、2018（平成30）年の全薬物事犯（覚醒剤事犯、大麻事犯、麻薬及び向精神薬事犯及びあへん事犯をいう。）の検挙人員は**13,862**人と、近年横ばいが続いている。うち**覚醒剤**事犯の検挙人員は**9,868**人であり、大麻事犯の検挙人員は**3,578**人であった。覚醒剤事犯の検挙人員は、薬物事犯の検挙人員の**71.2%**を占めている。また、大麻事犯の検挙人員は、薬物事犯の検挙人員の**25.8%**を占めており、その割合は2013（平成25）年以降増加している（図6）。大麻事犯の特徴としては、**初犯者率が高いこと**、特に**20歳未満、20歳代および30歳代**の人口10万人当たりの検挙人員がそれぞれ増加しており、**若年層**を中心に乱用傾向が増大していることが挙げられる。

図6 薬物事犯検挙人員の推移



資料：警察庁（2019）『平成30年における組織犯罪の情勢』より作図

3. うつ病と自殺防止対策

1) 自殺の現状（参照：厚生労働省（2019）『2019（令和元）年版自殺対策白書』）

日本の自殺者数は、1998（平成10）年に急増、以後14年連続して**3万人**を超える状態が続いていたが、2010（平成22）年以降は減少を続けており、2012（平成24）年に15年ぶりに3万人を下回った。2018（平成30）年は**20,840**人となった。性別では、男性**14,290**人、女性**6,550**人であり、男女差では**2倍以上で男性**に多い。

2018（平成30）年中の年齢階級別（10歳階級）の自殺者数をみると、**50代（3,575人）**が最も多く、次いで**40代（3,498人）**、**60代（3,079人）**となっている。近年は20歳代から60歳代までの各年齢階級において減少傾向にある。一方、日本における**若い世代**の自殺は深刻な状況にあり、15～39歳の各年代の死因の第1位は自殺となっている。

2018（平成30）年中の職業別の自殺者数をみると、**無職者（11,776人）**が最も多く、次いで被雇用者・勤め人（**6,447人**）、自営業・家族従業者（**1,483人**）、学生・生徒等（**812人**）となっている。無職者、被雇用者・勤め人、自営業・家族従業者は少傾向にあるが、**学生・生徒等**は概ね横ばいである。

2018（平成30）年中の原因・動機別の自殺者数をみると、**健康問題（15,402人）**が最も多く、次いで**経済・生活問題（6,969人）**、**家庭問題（2,960人）**、**勤務問題（1,919人）**となっている。健康問題や経済・生活問題は、ピーク時からの減少が大きいものの、勤務問題や家庭問題については他の原因・動機と比べてピーク時からの減少が小さい。

2) 自殺対策

2006（平成18）年、**自殺対策基本法**が施行された。本法は、誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して対処することを重視し、2016（平成28年）より一部改正施行されている。

都道府県は、自殺総合対策大綱および地域の実情を勘案して、**都道府県自殺対策計画を定めるもの**とされた（法第13条1）。また、市町村は、自殺総合対策大綱および都道府県自殺対策計画ならびに地域の実情を勘案して、**市町村自殺対策計画を定めるもの**とされた（法第13条2）。

自殺総合対策大綱は、自殺対策基本法に基づき、政府が推進すべき自殺対策の指針として定めるものであり、2007（平成19）年に初めて策定された。2016（平成28）年の自殺対策基本法改正の趣旨や日本の自殺の実態を踏まえ、2017（平成29）年「自殺総合対策大綱～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～」が閣議決定された（表4）。

表4 自殺総合対策における当面の重点施策

- | |
|---------------------------------------|
| 1. 地域レベルの実践的な取組への支援を強化する |
| 2. 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す |
| 3. 自殺総合対策の推進に資する調査研究等を推進する |
| 4. 自殺対策に係る人材の確保、養成及び資質の向上を図る |
| 5. 心の健康を支援する環境の整備と心の健康づくりを推進する |
| 6. 適切な 精神保健医療福祉サービス を受けられるようする |
| 7. 社会全体の自殺リスクを低下させる |
| 8. 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ |
| 9. 遺された人への支援を充実する |
| 10. 民間団体との連携を強化する |
| 11. 子ども・若者の自殺対策を更に推進する |
| 12. 勤務問題による自殺対策を更に推進する |

資料：厚生労働省（2017）『自殺総合対策大綱の概要』より作表

VI. 諸外国の精神保健活動の現状および対策

1. 世界の精神保健の実情

ハーバード大学のマレー（Murray, C.）らは、新たな健康被害指標となる **DALY (Disability-Adjusted Life Years ; 障害調整生存年)** を開発した。DALY は、YLL (Years of Life Lost ; 損失生存年数) と YLD (Years lost due to disability ; 障害生存年数) の合計で表される。

$$\triangleright \text{ DALY (障害調整生存年)} = \text{YLL (損失生存年数)} + \text{YLD (障害生存年数)}$$

精神疾患は必ずしも死に至らないが、障害とともに生きていかなければならない。これらの指標により、疾患負荷の大きさが可視化されるようになり、関心を集めた。WHOの報告によると2030年には、精神疾患のうち、うつ病単独でも DALY の首位を占めると推定されている。

2. 世界保健機関（WHO）などの国際機関の活動

2013年、第66回WHO総会において、**メンタルヘルスアクションプラン 2013-2020**が採択された。サービス、政策、法令、計画、戦略、プログラムを含む包括的なアクションプランである。“**No health without mental health (メンタルヘルスなしに健康なし)**”を原則とし、「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」を目標としている。また、2020年までに世界の自殺死亡率を **10%少なくする**という達成目標を示している。