

青森県における「こころの電話」の実施状況と課題

青森県立精神保健福祉センター

○鈴木早苗 中嶋聡子 齋藤千尋 星 敬子 田中 治

1 はじめに

青森県立精神保健福祉センター（以下「当センター」と記す）では平成6年の開設より、県民から寄せられる心の健康づくりや精神保健福祉に関する相談に対処するため「こころの電話」を設置している。当センターの精神保健福祉相談及び診療は、「こころの電話」、「精神保健福祉相談」、「精神科クリニック」を三位一体として実施しているところに特徴があり、相談・診療プロセスの導入部である「こころの電話」では、受容・傾聴を基本とした対応を行いつつ、必要時には当センターの来所相談や診療につなぐ機能も担っている。そこで、過去5年間における電話相談の傾向や、来談及び診療につなげた事例の状況を分析し、今後の課題も含めて報告する。

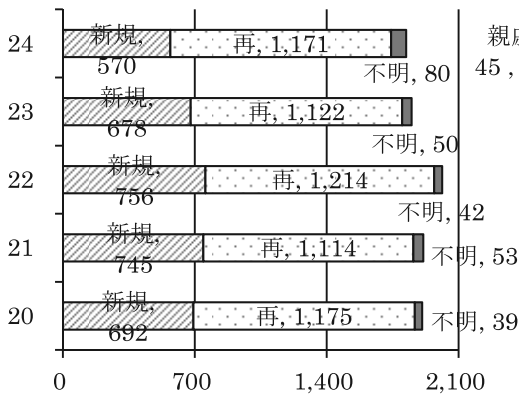
2 「こころの電話」の構造

専任の電話相談員2名（非常勤職員）を配置し、必要に応じて医師、心理士、保健師等の職員も相談を受けている。2台の専用電話で月曜～金曜（祝祭日は除く）午前9時から午後4時まで実施している。

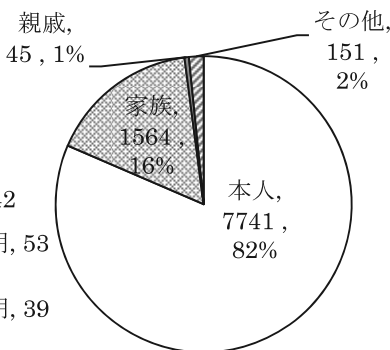
3 相談事例の属性について

対象は、平成20年4月から平成25年3月までに受電した9,501件である。年度ごとの件数は、22年度に2,000件を超えた以外は概ね1,800件～1,900件台で推移し、内訳は新規が30～40%、再来が60～70%である（表1）。なお、再来のうち68%を頻回通話者が占めている。男女比は男性が4,340件（46%）、女性が5,078件（53%）である。相談者内訳は、本人が7,741件と8割以上を占め、次いで家族1,564件（16%）となっている（表2）。相談内容は、頻回通話者による「日常生活の報告」が4,134件（44%）と最も多く、次いで「病気への不安・疑問・対応」が2,459件（26%）、「診療・相談等に関すること」が948件（10%）、「人間関係の問題」が672件（7%）である（表3）。このうち、再掲事項としてうつ病・うつ傾向関連は1,267件、自殺関連は488件、ひきこもり関連は146件、発達障害関連は122件（発達障害のみ21～24年度の集計）となっている（いずれも複数計上あり）。処遇状況は、傾聴・助言が8,700件（92%）、来所予約が289件（3%）、他機関紹介が224件（2%）である。

【表1：相談件数】



【表2：相談者内訳】



【表3：相談内容】

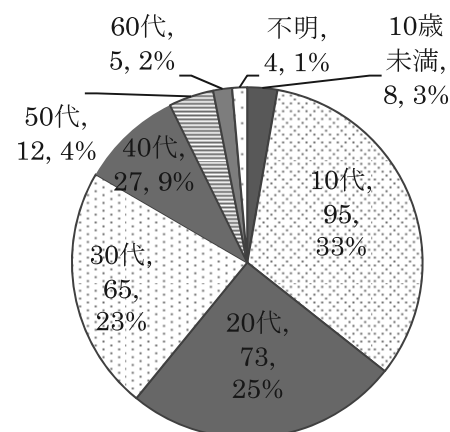
区分	件数	%
病気への不安・疑問・対応	2459	25.9%
診療・相談等に関すること	948	10.0%
リハビリテーション・就労	29	0.3%
子供の養育上の問題	82	0.9%
不登校	103	1.1%
家庭内暴力	52	0.5%
食行動の異常	31	0.3%
無気力・引きこもり	99	1.0%
社会的問題行動	93	1.0%
老人に関する問題	43	0.5%
アルコール等の問題	107	1.1%
自分の性格について	30	0.3%
人間関係の問題	672	7.1%
性の悩み	71	0.7%
法・制度	84	0.9%
ストレス障害	114	1.2%
日常生活の報告	4134	43.5%
無言電話	48	0.5%
犯罪被害	5	0.1%
その他	297	3.1%

4 来所予約に至った事例の状況

来所予約に至った289件について、男女比は男性が157件（54%）、女性が132件（46%）である。年代別では10代が95件（33%）と最多で、次いで20代が73件（25%）、30代が65件（23%）で

ある(表4)。相談経路については、電話帳や新聞、当センターのリーフレットや公式サイト等、広報によるものが69件(24%)と最も多く、続いて教育・福祉が60件(21%)、医療機関が32件(11%)となっている。相談内容は、診療・相談等に関するものが95件(33%)、病気への不安・疑問・対応が90件(31%)、無気力・引きこもりの問題が38件(13%)、不登校が29件(10%)の順に多い。このうち、再掲事項としてひきこもりに関する事例が50件(17%)、うつ病・うつ傾向、及び自殺関連の事例が39件(13%)、発達障害に関する事例が26件(9%)となっている。各事例の性別・年代別件数は表5~7のとおりである(いずれも複数計上あり)。相談・受療歴(精神科、心療内科、脳神経外科)については、現在受療・相談中が55件(19%)、過去にありが104件(36%)である。なお、この中で診断名が確認できた41件の内訳は、統合失調症が7件と最も多く、次いでうつ病が6件、双極性障害とてんかんが各5件、神経症が4件の順である。

【表4: 来所事例の年代別割合】



【表5: ひきこもり関連事例件数】 【表6: うつ・自殺関連事例件数】 【表7: 発達障害関連件数】

	男	女	計
10~19	6	5	11
20~29	16	9	25
30~39	8	4	12
40~49	1	1	2
計	31	19	50

	男	女	計
10~19	2	8	10
20~29	6	5	11
30~39	0	5	5
40~49	3	6	9
50~59	0	2	2
60~69	0	1	1
不明	0	1	1
計	11	28	39

	男	女	計
0~9	0	4	4
10~19	8	0	8
20~29	8	3	11
30~39	0	2	2
40~49	1	0	1
計	17	9	26

5 考察及び今後の課題

今回の分析により、「こころの電話」の全般的状況とそこから来所予約に至った事例の概要を把握することができた。全般的状況については、受理した電話相談のうち来所予約に至ったものは3%(289件)と少なく、大半の相談は傾聴・助言といった電話相談の枠組みで完結していることが判明した。また、再相談の7割弱(3,796件)を頻回通話者が占めている。頻回通話者にはほぼ全員に精神科受療歴があり、精神面における恒常的な脆弱性を有する人々の心の安定に電話相談が寄与している可能性が考えられる。反面、電話相談によって病的な依存性を引き出すことや脆弱化を促進する危険性もあることから、受容的でありながらも明確で一貫した対応が重要である。

来所予約に至った事例については、年代別では10代が最も多く、当センターの「思春期精神保健相談」に対するニーズが窺える。同様に、ひきこもり状態にある当事者対象のグループやその家族を対象とした教室も開催していることから、ひきこもりに関する相談事例が多くなっているものと思われる。ただ、ひきこもりを主訴に来所した事例には発達障害圏の問題を感じさせるものも多く、発達上の問題が看過された結果、ひきこもりに至り事例化した可能性が考えられる。ひきこもり相談の年代は20代が最多ではあるものの、次いで30代が多く40代も散見されることから、高年齢化したひきこもり当事者やその家族に対する支援の必要性が感じられる。また、電話相談でうつ病・うつ傾向について触れる事例が少なくない(頻回通話者を除いたうちの約30%)ことが判明し、その延長上の問題とされる自殺についても同様の傾向である。企図を繰り返すケースや即時企図をほのめかすケースなど、緊急度や重症度が強まっている印象もある。このため、従事職員がうつや自殺に対する基本的対応方法の知識を身につけることはもちろんのこと、緊急介入の要否判断など電話相談の枠組みでできることとできないことの限界吟味や、職員間での連携が重要となる。所内研修やカンファレンスを活用し、従事職員のさらなる資質向上に取り組んでいくことが今後の課題と考える。

群馬県こころの健康センターにおけるメール相談事業について

群馬県こころの健康センター

○丹羽由香里 相原雅子
吉田正子 浅見隆康

1 はじめに

群馬県ではこころの健康センターにおいて、精神保健福祉相談の一環として、電話相談、来所相談、メール相談を行ってきた。

当所のメール相談の開始時期は H14 である。他の都道府県や政令指定都市の精神保健福祉センターにおいて、メール相談を行っているところはわずか数カ所である。メール相談は、遠方に住んでいる人、身体に障害のある人、対人不安が強い人などにとっては利用しやすい相談手段であるが、メール特有の課題も大きく、開始に踏み切れない自治体も多いと思われる。

ここでは、当センターの取り組みと経過について、またメール相談をきっかけに相談意欲を引き出した複数の事例について、個人が特定されないよう支障のない範囲で詳細は改変し、報告したい。

2 取り組み状況

目的：県民が気軽にこころの悩みを相談できるよう、電子メールによる相談を実施する。

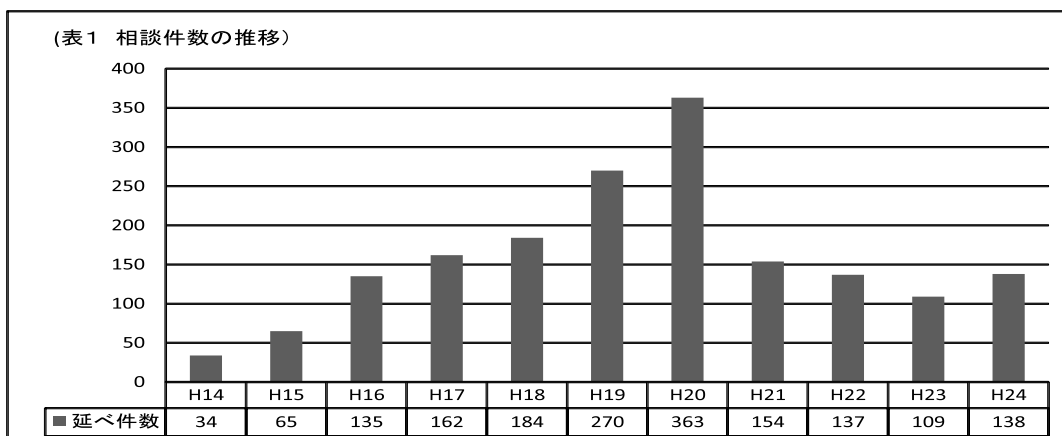
対象：群馬県内にお住まいの方。

方法：受信は 24 時間。受信チェックは日に 1～2 回行い、担当者（心理職）が返信案を起案、所内医師及び管理職の助言を参考とし、所長決裁後に返信。返信は平日日中に行っている。

広報：当所のホームページ、案内パンフレット、上毛新聞など。

利用の際の注意点：①原則一人 1 回、②緊急性のあるもの、継続的な相談、カウンセリングについては対応していない、③返信は 1 週間程度かかる、④返信先の設定によっては回答が着信できない場合もある、⑤1 週間経過しても返信がない場合、電話で問い合わせてくださいと記載。また送信の際には、①件名は「相談希望」、②返信先アドレス、③相談者のお住まいの市町村、年齢性別、④相談内容（具体的かつ簡潔にまとめてください）とするよう明記している。

件数：H14 から年々増加し、H20 は 363 件と最高になったが、最近では 100 件強となっている。件数減少の要因としては、原則 1 人 1 回のルールを徹底したことにより、リピーターが減少したことが考えられる。



3 H24 年度メール相談の実績

H24 の延べ件数（138 件）の利用者属性のうち、居住地は県内 47%、県外 6%、不明 46%、性別では男性 21%、女性 37%、不明 42%となっており、ともに不明の割合が高い。年齢区分については、不明が 60%と多くなっているほか、30 代 12%であるのに対して、60 代以上は 1%と世代差があるのが特徴的である。また、新規の別については、初回 62%、2 回目以降 38%となっている。

なお、相談者の利用状況による送信エラーについては 5%（7 件）となっている。

一方、相談内容については、精神保健福祉に関する相談全般にわたっている。当事者、家族、親族、地域や職場などの人から、病気や障害、医療機関や相談機関、制度などについての問い合わせの他、希死念慮、社会復帰、生活困窮、家庭内不和、職場内トラブルについての悩みも相談されている。

（表 2） H24の利用者内訳

	10代	20代	30代	40代	50代	60代	不明
男性 29	1	3	3	2	1	1	18
女性 51	6	10	8	6	3	0	18
不明 58	5	0	5	1	0	0	47
合計 138	12	13	16	9	4	1	83

※ 空メール、判読不能、相談ではない文章についてはカウントしていない。

4 事例の概要

（1）事例 A

社交不安が強くひきこもり状態の 10 代女性。当事者からメール相談。案内した当所の電話相談、来所相談に繋がった。1 回目の来所相談時、心理検査に同意し、複数回通うことができた。その後、心理検査のフィードバック及び助言、地元のサポートステーションの紹介を受け、現在も支援を受けながら働いている。

（2）事例 B

精神障害の 40 代男性。県外在住の別居家族からメールで複数回相談。服薬拒否、治療中断で同居家族はキーパーソンになり得ない状態であった。メール及び電話でその都度助言を行い、地元保健所に連絡を取り、家族相談に参加することができた。

（3）事例 C

精神障害の女性。保護者からメール相談。受診について助言を求め、その後、案内した当所の電話相談から、地元保健所に繋がっている。

5 考察

これらの事例は、様々な理由から電話相談や来所相談を利用しにくい方々が、メールを用いた相談をきっかけに当所との関わりが生じ、相談意欲を高めることに繋がったものである。

メール相談は今後の活用が期待される面もあるが、メールのもつ特性も強い。当所が留意している点としては、①回答送信までに複数職員の目を通す。②大切に読ませて貰ったことを伝え、限りある情報の中から、利用者の言葉を使って主訴を確認する。③長文にならないよう、できるだけ分かりやすい言葉を用いて具体的な助言を行う。④メールだけで終わらないように、今回相談できたことを支持し、次のステップ（当所の電話相談、他の相談機関など）を案内する。

今後の課題としては、相談フォームの作成、原則 1 人 1 回ルールの見直し、希死念慮・メール依存・継続的なやりとりを希望するケースへの対応、運営体制の見直しなどが考えられる。

集団認知行動療法を用いた「うつ病デイケア」の有効性とその普及方法について

長崎県長崎こども・女性・障害者支援センター

○廣重次郎、渡邊尚子、木口富士枝、本村眞壽美、浦田 実

1 はじめに

当センターでは、平成 22 年度から自殺対策事業の一環として、うつ病治療に効果的な認知行動療法を県内の精神科医療機関等に普及することを目的に「うつ病デイケア」を実施している。

今回、「うつ病デイケア」の有効性について報告すると共に、県内の精神科医療機関に対して「うつ病支援（認知行動療法）に関するアンケート」を実施し、その普及方法について考察したので報告する。

2 うつ病デイケアの概要と評価結果

(1) 対象者

うつ病と診断（ICD-10 の診断基準を満たす）され、通院治療を受けている概ね 25 歳から 55 歳までの者で、通所について主治医の同意が得られており、当センターの面接評価によって参加に支障がないと認められた者。

(2) 実施内容

週に 1 回、午前に作業療法（ヨガ・軽スポーツ・調理実習・創作活動など）、午後に集団認知行動療法を精神科デイケアとして行い、合計 12 回を 1 クールとして、年に 2 回実施。

(3) 評価方法

① うつ症状

HAM-D（ハミルトンうつ病評価尺度）：初回面接時、デイケアの最終回

BDI（ベックのうつ病調査表）：初回面接時、デイケアの初回・4 回目・8 回目・最終回

② QOL

WHO/QOL26：デイケアの初回・最終回

③ 就労状況

平成 22 年度から 24 年度までの修了者 24 名に対して、平成 25 年 3 月 1 日時点での就労状況に関するアンケートを郵送調査にて実施。

(4) 修了者 24 名の開始時プロフィール

男性 18 名・女性 6 名、年齢は 40.0 ± 8.3 歳、罹患期間は 63 ± 48 ヶ月、治療期間は 53 ± 48 ヶ月、ICD-10 による診断名は、F31：1 名、F32：9 名、F33：13 名、F34：1 名。

(5) 評価結果

① HAM-D：開始前平均値が 11.0 ± 4.8 に対して、修了時平均値は 8.3 ± 4.1 となり、t 検定にて有意に低下していた ($P < 0.001$)。

② BDI：開始前平均値が 20.4 ± 9.0 に対して、修了時平均値は 12.5 ± 10.0 となり、t 検定にて有意に低下していた ($P < 0.001$)。

③ WHO/QOL26：開始時平均値が 2.72 ± 0.3 に対して、修了時平均値は 2.96 ± 0.4 となり、t 検定にて有意に上昇していた ($P < 0.01$)。

④ 就労状況（回答数 15 名、回答率 62.5%）

回答者 15 名の開始前就労状況は、就労中 13.3%・求職中 0%・休職中 26.7%・無職 46.7%・主婦主夫 13.3%・その他 0%だったものが、平成 25 年 3 月 1 日現在では、就労中 66.7%・求職中 13.3%・休職中 0%・無職 6.7%・主婦主夫 6.7%・その他 6.7%であった。

3 「うつ病支援（認知行動療法）に関するアンケート」の概要と調査結果

(1) 対象機関数と回答率：精神科病院（38ヶ所・55.3%）、精神科診療所（52ヶ所・38.5%）

(2) 調査内容

① 期間：平成25年7月1日（月）～平成25年7月19日（金）

② 方法：対象機関にアンケートを郵送し、記入後FAXにて回答してもらう郵送調査法

(3) アンケート結果

	精神科病院 (N=21)	精神科診療所 (N=20)
①：「認知療法・認知行動療法」で診療報酬請求していますか？	A：している（0%） B：したりしなかったり（0%） C：していない（100%）	A：している（0%） B：したりしなかったり（5%） C：していない（95%）
①-ア：診療報酬請求しない・していない理由は何ですか？	A：実施していない（63%） B：請求要件を満たさない（21%） C：他の方法で請求（16%）	A：実施していない（50%） B：請求要件を満たさない（41%） C：他の方法で請求（9%）
①-イ：「認知療法・認知行動療法」を行っているが、他の方法で請求している場合、どのような方法で診療報酬請求をしていますか？	A：精神療法（33%） B：精神科デイケア（17%） C：精神科ショートケア（17%） D：精神科作業療法（33%）	A：精神療法（100%） B：精神科デイケア（0%） C：精神科ショートケア（0%） D：精神科作業療法（0%）
②：「認知療法・認知行動療法」等を用いた治療予定の有無	A：予定あり（39%） B：予定なし（61%）	A：予定あり（47%） B：予定なし（53%）
②-ア：どれで診療報酬請求を予定していますか？	A：「認知療法・認知行動療法」（18%） B：「認知療法・認知行動療法」を行うが精神療法（27%） C：精神科デイケア（9%） D：精神科ショートケア（9%） E：精神科作業療法（36%）	A：「認知療法・認知行動療法」（18%） B：「認知療法・認知行動療法」を行うが精神療法（82%） C：精神科デイケア（0%） D：精神科ショートケア（0%） E：精神科作業療法（0%）
③：当センター「うつ病デイケア」の見学について	A：見学したい（42%） B：見学したくない（0%） C：わからない（58%）	A：見学したい（50%） B：見学したくない（15%） C：わからない（35%）
④：「認知行動療法」の普及方策（自由記載）	研修会の開催（5） 当センターへの見学者の増加（3） 診療報酬の要件緩和（4）	研修会の開催（1） 当センターへの見学者の増加（2） 診療報酬の要件緩和（3）

4 考察

HAM-D 及び BDI の結果から、集団認知行動療法と作業療法を組み合わせた「うつ病デイケア」が、治療として有効であることや、WHO/QOL26 の結果から、QOL を向上させることが示唆された。さらに、修了者の追跡調査の結果から、就労状況の改善をさせることも示唆された。

自殺者の半数は、「うつ病等の健康問題」が原因であることや「無職者」である状況から考えると、「うつ病デイケア」は、自殺対策の観点から重要な取り組みの一つと考えられる。

「うつ病支援（認知行動療法）に関するアンケート」の結果から、病院・診療所共に「認知療法・認知行動療法」を診療報酬請求している機関はないに等しい。要件を満たさないため、精神療法や精神科作業療法にて行われていることがわかった。今後の普及方法に関しては、認知行動療法に関する研修会の開催や当センター「うつ病デイケア」への見学者増加に向けた取り組みを積極的に行っていきたい。

福岡市精神保健福祉センターにおける高次脳機能障害者の就業プログラムの取り組みについて

福岡市精神保健福祉センター¹⁾ 国際医療福祉大学²⁾

福岡市障がい者就労支援センター³⁾

○安部 大和¹⁾ 大坪万里沙¹⁾ 日高ともみ¹⁾ 原 麻里子²⁾

堂園 文³⁾ 高上 京子³⁾ 桂木 彩¹⁾ 渡邊 理恵¹⁾ 河野 亨¹⁾

1 はじめに

高次脳機能障害者は、脳の損傷部位によって症状が多様であり、自覚が難しく、身体障害がない場合には外見上わかりにくいいため周囲からの理解が得られず、就労に関する問題を抱え支援を要する場合も少なくない。

福岡市精神保健福祉センター（以下「当センター」）は、H19年4月から「高次脳機能障がい者の就業プログラム」（以下「プログラム」）を開催しており、このプログラム概要及び結果に考察を加え報告する。

2 プログラム概要

《目的》 個々の特性に応じた対応方法や代償手段を確立し、就業を目標に社会復帰を支援する。

《対象者》 定員は5名で、以下の条件を満たす者

- ① 医学的リハビリテーションを修了した15歳～概ね50歳位の就業を目的とする者
- ② 原則として福岡市在住で、就業に至る準備段階の単身通所することができる者

《内容》 就労の実践的な支援を行う「ビジネススキル」、障害特性の理解を深める「障がいの認識」の2本柱。（表1）週1回、3ヶ月間を1クールとし、家族交流会も含め、繰り返し実施している。高次脳機能障害では記憶力障害が出現するため、プログラムを繰り返すことで学習効果を高めるねらいがある。プログラムでは、利用者が責任を持って司会や書記などの役割を担当し、作業能力や対人交流技能の向上を図っている。障害を自己認識することを目的にH24年度より1週間の出来事の振り返りに加え、1週間の目標達成度の発表を実施している。

表1 プログラム内容

	内 容		内 容		内 容
第1週	障がいの認識① 「高次脳機能障がいとは」 (精神科医師が担当)	第5週	障がいの認識③ 「自分の障害を理解する」 (作業療法士が担当)	第9週	障がいの認識⑤ (家族交流会) ～自分の障害特性を相手に伝える～ (作業療法士が担当)
第2週	コミュニケーション 職場での会話の実践練習など (臨床心理士が担当)	第6週	障がいの認識④ 「代償手段を考える」 (作業療法士が担当)	第10週	障がいの認識⑥ (個別面談) 「作業評価」 (精神保健福祉士が担当)
第3週	障がいの認識② 「就労に必要なことを学ぶ」 目標設定 (保健師が担当)	第7週	施設見学 ハローワークや特例子会社など を見学し、社会資源を学ぶ	第11週	ビジネススキル③ 「履歴書の書き方、添削」
第4週	ビジネススキル① 「ビジネスマナー、お茶の入れ方」 方を練習」	第8週	ビジネススキル② 「電話対応のマナー、伝言やメモの取り方を学ぶ」	第12週	ビジネススキル④ 「訪問時のマナー、就職面接の練習」

注) ビジネススキルは福岡市就労支援センターが担当し、その他は当センターが担当している。

3 結果

H24年度、4クール（計46回）のプログラムを開催し、9名が在籍した。1回の平均参加人数は3.0名であった。

原因疾患では脳血管障害、頭部外傷が多く、30代が最も多かった。（表2）

転帰としては2名がスキルアップを目的とした就労支援機関利用となり、4名がプログラム継続、3名が新規就労に至った。3名共に障害者枠での就労にて継続中である。（表3）仕事内容は仕入れやPC入力、電話対応、商品管理等。

表2 高次脳機能障害の原因疾患及び年代、性別の内訳

	脳血管障害		頭部外傷		脳炎		脳腫瘍		低酸素脳症		合計
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	
10代											0
20代					1					1	2
30代		1	2				1				4
40代	1	1	1								3
50代											0
合計	3		3		1		1		1		9

表3 就業した者の状況（※H25年7月 現在）

症例	就労形態	職種	定着状況※
A氏(男, 20代)	障害者就労	事務	継続(13ヵ月)
B氏(男, 40代)	障害者就労	事務	継続(7ヵ月)
C氏(女, 40代)	障害者就労	商品管理	継続(4ヵ月)

4 考察

当センターのプログラムは、週1回の開催頻度であり、実施時間中の学習のみでは十分な効果が得られにくい。普段の生活も訓練場面と捉え、プログラムで学んだ内容を個人の生活上の課題に応用させ1週間の目標とすることで理解を深める取り組みを実施した。その結果、個人差異はあるものの障害の認識や受容が進み、日常的にメモを活用する等の代償手段の確立や職業準備性の基礎となる日常生活管理や健康管理能力の向上が図られ、就労後の定着要因の一つとしても効果が得られたと考える。少数グループにより参加者同士が共に支え合い、就労を目標としていく貴重な場となり、対人関係能力や就労意欲の向上に繋がった。家族交流会は当事者家族の交流や情報交換の場として主に機能し、家族が本人の障害を理解し受容していくための重要な場となった。又、家族も就労支援者としての認識を持てるようになった。就業した者（表3）の内2名がプログラムと並行し、他の就労支援機関を利用していた。プログラムは講義形式の座学中心であるため、作業訓練を主とする就労支援機関を併せて利用することで、基本的労働習慣の確立や職業適性を把握する機会が得られたと考える。

5 おわりに

プログラムが開始して今年で7年目を迎え、22名が修了（内14名が就労）した。高次脳機能障害者を対象にした就労支援機関は広がりを見せる一方、地域における連携体制は十分とは言えない。高次脳機能障害者への就労支援にあたっては様々な立場からの支援が必要である。当センターとしてはプログラム内容の工夫や就労支援のあり方について今後さらに検討していくとともに、支援拠点（協力）機関を中心に各機関の機能や役割の明確化を図り、精神保健福祉の専門機関として関わっていきたい。

うつ病復職支援プログラムにおける成果と課題

千葉県精神保健福祉センター

○野々村菜穂 須田 美和 田代 浩二
山本 史子 林 偉明 岡田 眞一

1. はじめに

近年、精神疾患の患者数と精神疾患罹患により休職する労働者数の増加に伴い、職場復帰と再発予防を目的としたリハビリテーションのニーズが高まっている。

当センターでは、統合失調症等の回復途上の者の社会復帰を目的とした精神科デイケアを従来実施してきたが、平成 22 年 10 月にうつ病復職支援プログラムを新設した。従来の精神科デイケアは平成 24 年 9 月で閉鎖し、現在はうつ病復職支援プログラム（以下、デイケア）に一本化している。

開設から平成 25 年 7 月末までに 39 名がデイケアを終了し、うち 27 名（69.3%）が復職に至った（デイケア終了時の転帰）。

本発表では、通所期間が 333 日と最長であり、一旦は復職を試みたものの退職という転帰を辿った困難症例を取り上げ、デイケアの成果と課題を考察する。症例は、プライバシー保護のため、個人が特定できないよう匿名性に配慮して記載した。

2. デイケアの概要

① 対象者

うつ病等により休職しており、週 2 日以上通所ができるまで回復し、精神科主治医より通所許可を得られた者。定員は 15 名。

② 実施日時

週 4 日、9 時 30 分から 15 時 30 分まで。通所期限は 3 ヶ月までだが、必要と認められた場合はさらに 3 ヶ月延長することも可能。

③ プログラム内容

主に、午前中は個別プログラム、午後は集団プログラムを実施している。個別プログラムでは、通所者の状態に合わせて、脳トレ、漢検、ぬりえ、読書、資格取得の勉強、パソコンを用いて書類作成などを行っている。集団プログラムでは、認知行動療法、うつ病や復職に関する講義、テーマトーク、太極拳、ヨーガ、作業療法などを行っている。

3. 症例

30 歳代、男性、公務員

① 現病歴

高校卒業後、公務員試験を受け、A 行政機関に入職した。X-5 年 4 月、B 行政機関に異動となった。同年 12 月頃より、朝起きられず、出勤できなくなったため、C 病院精神科受診。適応障害と診断され、翌 X-4 年 2 月より 1 ヶ月間休職した。復職後、出勤時に気分が重くなり出勤できず、不眠、希死念慮も出現したため、X-3 年 3 月、D クリニック受診。うつ病と診断され、同年 10 月より休職となった。約 2 年半後の X 年 3 月、主治医、上司から復職支援プログラムの利用を勧められ、通所開始となった。薬剤調整のため、X 年 4 月、当センターに転医。

② 経過

○第 I 期（X 年 3 月～9 月）

当初より緊張感が強く、発言や行動にぎこちなさが目立ち、他参加者との交流が乏しい様子が見られた。認知行動療法では、対処に困った出来事や、自分の考えや気持ちなどを具体的に表現できない様子が目立った。個別プログラムでは、業務に関係する本を読むが、集中力が続かないため、趣味に関する文章作成、読書、資格取得の勉強と段階的に負荷を上げていった。生活リズムは、デイケアのない日の起床・就寝時間が遅くなる、日中に眠気があり昼寝をしてしまう等の問題点が見られたが、本人の自覚は乏しく、「問題はない」と捉えていた。活動記録表は機械的に毎日同じ内容を記載しており、本人に細かく尋ねていかないと生活の具体像や日々の変化を把握できなかった。最終日に、女性スタッフの靴箱に個人的な手紙を入れるという逸脱行動があった。

○第Ⅱ期（X年10月～X+1年3月）

通所の目的については、業務に必要な資格の勉強と、コミュニケーションスキルの改善を挙げるものの、デイケア内でどのように取り組むかという具体性には乏しかった。ミーティングで自分の好きなアイドルやスポーツチームについて長々と話したり、他参加者を外部のイベントに誘うなどの場違いな行動や、無断で外出する、書類の提出期限を守らない、休憩時間に待合室のソファで昼寝をしたり、漫画を読みふけて、プログラムに遅刻する、などの逸脱行動が頻繁に見られるようになった。また、テーマトークや認知行動療法では、他参加者の話を聞かないで、自分の意見を一方的に述べる様子も見られた。本人の行動や対人交流の特徴より背景に発達障害が疑われ、WAIS-Ⅲ実施したところ、IQは平均以上であったが、項目間のばらつきが顕著であり、得手・不得手の差が大きいと思われた。休職期限がX+1年4月までであったため、3月中旬でデイケアを終了した。

○デイケア終了後（X+1年3月～4月）

1週間の通勤訓練の後、リハビリ出勤を開始したが、業務内容についていけず、「地獄に行くような気持ち」で出勤していた。欠勤はなかったが、早朝覚醒が出現。とても仕事を続けられる状態ではないことを自覚しつつも、「仕事を辞めるのは死ぬようなもの」という思いも強く、自身で進退を決断することはできなかった。職場で定められた検診命令で主治医より「回復が十分とは言い難い」旨の診断書が出され、最終的に自主退職に至った。

4. 考察

休職に至った要因の一つに、コミュニケーションスキルの低さが考えられた。本人の特性として、語彙は豊富なものの、適切な言葉を適切な場面で用いることが苦手なため、自身の感情や考えを他者に伝わるように説明することが困難であった。また認知行動療法においては、対処困難であった出来事を具体的に挙げることや、その時の感情を説明することがなかなかできないため、本人は効果を実感しにくかったものと思われる。

デイケアの対象者を「うつ病等により休職している者」と限定しているため、集団の凝集性は高い。しかし社会経験があるが故に、他参加者たちは本人の行動や言動から受ける不快感や困惑に対して「大人の対応」をしがちであった。そのため、他参加者からのフィードバックによって本人の行動変容を促すことも困難であった。

復職の希望は強かったが、復職に向けての課題や目標、自身の強みと弱みについて、スタッフとの面談時に繰り返し取り上げても深まらず、本人と共有することは困難であった。プログラムの内容を「好き／嫌い」で判断する傾向もあり、特に第Ⅱ期では、逸脱行動やモチベーションの低下が著しかった。

本症例は、その特性から現行のプログラムに乗れず、復職準備性を高めることが困難であった。プログラムに乗れない参加者に対する現プログラムの限界と個々への対応法は、今後の検討課題の一つと考えられる。

精神保健福祉相談の相談支援体制について
 — 精神保健福祉センターにおける専門相談化への移行 —

三重県こころの健康センター技術指導課

○羽根正樹 三上政和 出口理恵 中井 芳 山崎 恵 橋本晴美

1 現状

三重県では、県の役割を踏まえた精神保健福祉センターの相談支援体制のあり方について、精神保健福祉センターに求められている「複雑又は困難な相談」に対応するため、これまでの相談支援体制を全面的に見直して、専門相談を中心とした新たな相談支援体制を構築し、平成 23 年度から実施している。

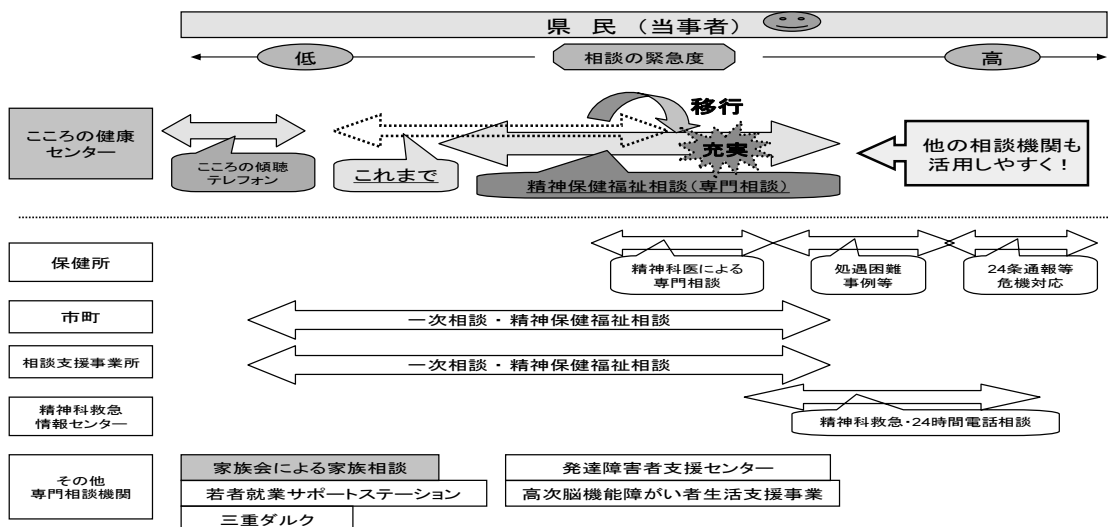
平成 22 年度までは、センター職員（保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者）が、平日 13 時～16 時に電話を受ける「精神保健福祉相談（電話）」と、センター職員および非常勤医師にて来所相談を受ける「精神保健福祉相談（来所）」という体制で実施してきたが、電話相談の大部分は他の相談機関でも対応が容易な「一次的な相談」で占められており、精神保健福祉センターの専門性を活かした機能・役割が十分に発揮されているとは言い難い状況であった。

2 内容

平成22年度に県の役割を踏まえた精神保健福祉センターの相談支援体制のあり方について所内に検討会を設置し、他県の精神保健福祉センターの視察や県内の関係機関にアンケート調査を実施するなど、1年間に及ぶ検討を行った。その結果、精神保健福祉センターに求められている「複雑又は困難な相談」に対応するため、これまでの相談支援体制を全面的に見直して「専門相談を中心とした新たな相談支援体制」を構築した。

平成23年度より、電話相談を専門相談とし、毎週月曜日13時～16時を「自殺予防・自死遺族電話相談」、毎週水曜日13時～16時を「ひきこもり、依存症専門電話相談」としてそれぞれ職員が対応する体制を整備した。また家族会における家族相談を新設した。面接相談においても「自殺関連」「ひきこもり」「依存症」と、それぞれ専門相談とし、あらかじめ相談日を設定したうえで実施することとした。

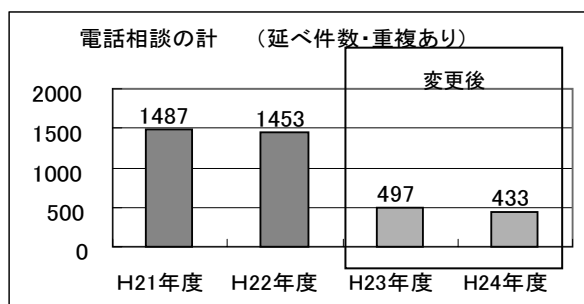
三重県における精神保健福祉相談の対応機関 イメージ図



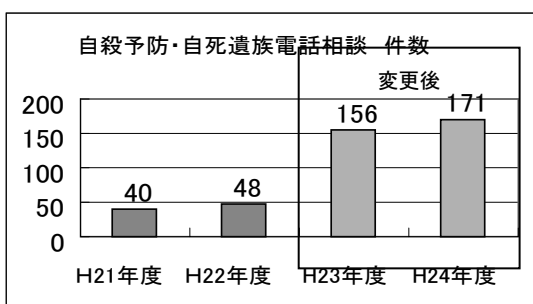
3 結果

電話相談の総件数は、専門相談を開始した平成23年度から大幅に減少している。(別表1) 一方で自殺予防・自死遺族相談は大幅に増加しており、専門相談化されたこと、平成23年4月よりセンター内に「自殺対策情報センター」が設置されたことにより、相談機関として周知がされ相談件数の増加に繋がったと推測される。(別表2)

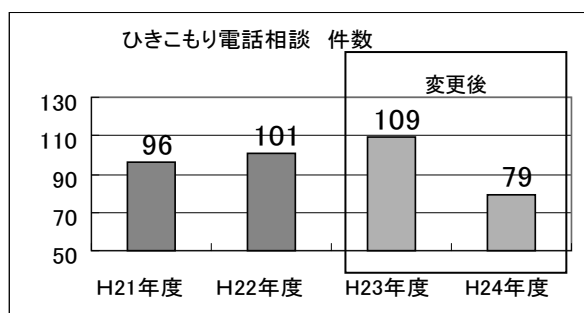
また、ひきこもり及び依存症電話相談は別表 3、4 のとおりである。ひきこもり相談については、平成 25 年 4 月よりセンター内に「ひきこもり地域支援センター」が設置されたことにより、今後の相談件数の増加が見込まれる。



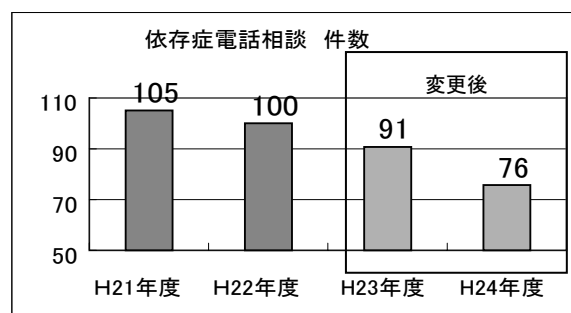
別表1



別表2



別表3



別表4

4 考察

精神保健福祉法では、精神保健福祉センターにおいて、「精神保健及び精神障害者の福祉に関する相談及び指導のうち複雑又は困難なものを行うこと」と明記されている。三重県においては、保健所、市町、相談支援事業所などにおいて一次相談を受ける体制が構築されていること、ダルクや若者就業サポートセンターなどの専門相談や家族会における家族相談を実施することにより、センターにおける相談業務を専門相談として位置付けすることが出来た。今後、三重県における相談体制を充実させていくためにも、センターの専門相談機能と関係機関との役割を確認しながら、利用者への確かな支援を行っていく必要があると思われる。

集団認知行動療法を取り入れたリワーク支援プログラムの取り組み

名古屋市精神保健福祉センター

○宮田明美 万田奈穂美 森下昌祐
兼原 強 沢出新吾 新畑敬子

1. はじめに

当センターでは、平成 24 年度以降それまでの精神科デイケアから通院集団精神療法へと枠組みをかえて、うつ状態により離職または休職している方を対象とした集団認知行動療法を取り入れたリワーク支援プログラムを実施している。平成 24 年度から平成 25 年度までの変遷と現状について報告する。

2. 平成 24 年度リワーク支援プログラム

対象者	気分障害等により精神科通院治療中で、本人に復職・再就職の意欲があり、主治医がプログラム参加に同意している者	
コース	コース A	コース B
内容	仕事に必要なとされる基礎能力の確認と向上を目的とした心理教育、個人作業など	自己認識を深め、再発予防に取り組むことを目的とした、集団認知行動療法、SST、アサーション、ミーティングなど
実施時間及び期間	平成 24 年 7 月～平成 25 年 3 月 午後 1 時 30 分～3 時、週 2 回 (随時、最大 6 ヶ月)	I 期 平成 24 年 8 月～10 月 II 期 平成 24 年 12 月～平成 25 年 2 月 午前 9 時 30 分～11 時 30 分、週 2 回 (コース A 修了者で、いずれか I 期のみ)
定員	10 名	
評価	BDI-II、参加状況、長所、課題等を記載した評価シートを配布。	

3. 初年度における課題

- 随時参加のコース A はメンバーにより進み具合が異なり、フォローが複雑になった。
- 集団認知行動療法へのニーズが高く、待機者を少なくする工夫が必要となった。
- プログラム修了時、主治医や会社が復職を判断するのに役立つ客観的評価を求められた。

以上の課題を精査し、次年度に向けて再編した。

4. 平成 25 年度リワーク支援プログラム

(1) プログラムの効率化

コースを 1 つに統合し、実施期間を 3 ヶ月とした。

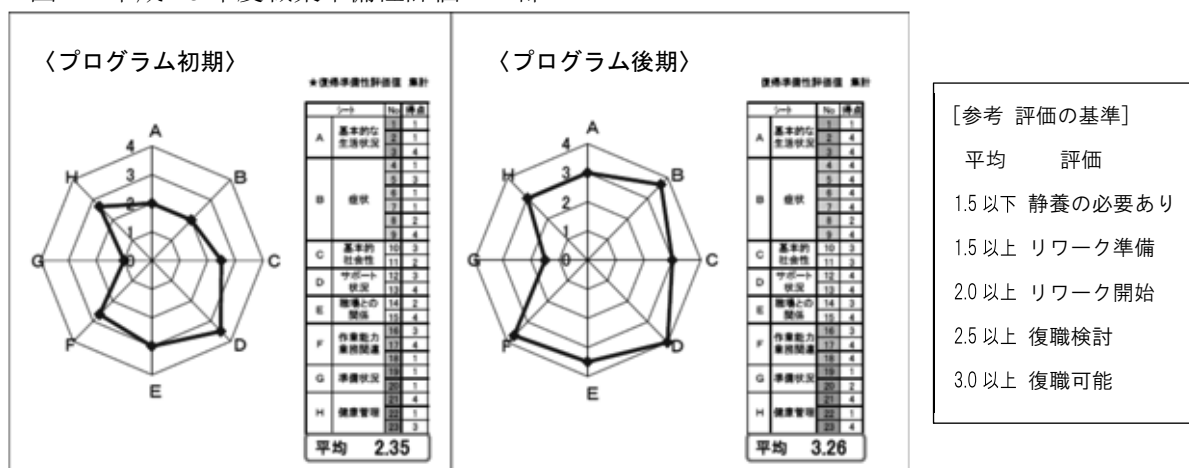
(2) 内容の充実

自己分析や疾患理解を深めるレポート課題をプログラム時間内で行う個人作業から自宅課題へ変更し、自己管理能力や作業能力などの職業準備性を高める工夫をした。プログラム全体での集団認知行動療法の時間数と割合を増やし、より体系的にきめ細かく学べるようにした。

(3) 客観的評価の導入

「リワーク研究会」の職場復帰準備性評価シートを参考に職業準備性を評価した(図 1)。うつ症状の評価尺度に HAM-D と SASS を追加した。修了基準を出席率 8 割以上とした。

図 1 平成 25 年度職業準備性評価の一部



5. 結果と考察

平成 24 年度及び平成 25 年度における参加者の概要を表 1 に示した。BDI-II でみると平成 24 年度 22.7 → 20.4、平成 25 年度 16.5 → 11.6 とプログラム前後で抑うつ症状の改善がみられた（全体平均）。また、平成 25 年度より新たに導入した職業準備性評価ではプログラム前後で 2.7 → 3.1 と改善がみられた（全体平均）。以上から、リワーク支援プログラムは有効であったと考える。また、平成 25 年度の再編によって参加者が一斉にプログラムを開始することができるようになり集団の凝集性がより高まったことで、復職・再就職を目指す仲間としてお互いに刺激しながら支えあう関係が自然に醸成されていった。

多くの医療機関ではデイケアやショートケアの枠でプログラムを実施しているが、当センターの通院集団精神療法でも「職場に近い緊張感があり、復職・再就職に向けた練習と再発予防に取り組むことができた」との声があり、限られた時間内でプログラムを提供するひとつの形が提案できたと考える。

表 1 参加者の概要

		性別		種別		平均年齢 (標準偏差)	主たる診断名						
		男	女	離職	休職		F31 (双極性感情障害)	F32 (うつ病)	F33 (気鬱性うつ病)	F41 (パニック障害)	F43 (適応障害)	F45 (身体表現性障害)	
H24	コース A	23	6	13	16	40.6(±9.10)	4	9	13	0	1	1	
	コース B	I 期 (6 名)	6	0	2	4	41.7(±8.79)	1	3	1	0	0	1
		II 期 (10 名)	8	2	5	5	39.6(±7.31)	0	3	7	0	0	0
H25	I 期 (10 名)	7	3	0	10	42.9(±5.92)	3	3	3	1	0	0	

6. まとめ

気分障害圏においても散歩や図書館などの個人リハビリテーションだけでなく、集団リハビリテーションとしてのリワーク支援プログラムが有効であることを実感した。平成 25 年度は途中経過であるが、昨年度以上の手ごたえを感じており、機会があれば再度経過を報告したい。今後は注意やワーキングメモリ、視覚処理などの様々な認知機能が反映される Wisconsin Card Sorting Test (WCST) を作業能力の客観的評価として導入し、参加者の復職・再就職率の調査やその後のフォローアップについても検討するなど、より効果的なリワーク支援プログラムの運営方法について研究開発を行う予定である。

7. 謝辞

当リワーク支援プログラムを実施するにあたり、ウィメンズカウンセリング名古屋 YWCA カウンセラーの具ゆり先生、椙山女学園大学人間関係学部准教授の中野有美先生にご協力いただいた。

高次脳機能障害支援普及事業における精神保健福祉センターの役割

長崎県長崎こども・女性・障害者支援センター

○井戸裕彦 脇屋 光宏 喜々津裕美
渡邊尚子 本村眞壽美 浦田 実

1 はじめに

精神保健福祉センターは、都道府県（指定都市）の精神保健福祉に関する技術的中核機関であり、その機能は、企画立案・技術指導及び技術援助・教育研修・普及啓発・調査研究・精神保健福祉相談・組織育成など多様である。

今回、4つの離島を持つ当県において、高次脳機能障害者に対する医療から福祉、就労までの連続したケアの提供体制の整備を図るため、精神保健福祉センター機能を活用した当県の取り組みについて紹介する。

2 高次脳機能障害支援普及事業について

高次脳機能障害の症状は多様で、症状の多くは外見からはわかりにくく、本人も自覚していないことが多いため、周囲からの理解が得られにくく適切な配慮がされにくいという特徴がある。高次脳機能障害支援普及事業は、『高次脳機能障害者に対し適切な支援が提供される体制の整備を行う』ことを目的に、平成18年10月より障害者自立支援法に基づく都道府県地域生活支援事業の位置づけで、開始された。当県では平成17年、県内の高次脳機能障害の実態に関するデータがないことから、関係機関の協力を得て実態把握調査を行ない、平成19年に当センター内に精神科医、作業療法士、言語聴覚士、理学療法士の専門職による「高次脳機能障害支援センター」が設置された。

3 平成17年度の高次脳機能障害者実態把握調査の結果について

本調査は、①救急医療機関からの追跡調査、②家族に対するアンケート調査、③リハビリテーション医療スタッフに対するアンケート調査という3部構成で実施した。調査結果から、高次脳機能障害を取り巻く多くの問題点が明らかとなった。

【問題点】

- ・高次脳機能障害の認知が医療・福祉関係者で低い
- ・相談窓口が身近にない
- ・社会復帰や生活再建のための支援者が少ない
- ・復職、新規就労のための支援が少ない
- ・社会参加の場がない
- ・家族の心理的負担は大きく、身近に家族会がない
- ・医療・保健・福祉機関に対する支援体制が整備されていない

4 長崎県高次脳機能障害支援センターの相談状況と取組みについて

(1) 相談状況

単位：件

- ・相談は、年々増加傾向にある。

	H19年度	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度
実人数	73	74	87	101	134	109
延人数	163	187	201	274	312	510

- ・毎年、男女比は、

7：3で男性が多く、平均年齢は、45～46歳である。

- ・内容は、就労に関する相談が最も多く、次いで診断、福祉サービス、社会保障の順である。
- ・平成23年度以降は、受傷発症から10年以上を経過した方からの相談が増えている。

(2) 当センターの取組みについて

平成17年の調査結果を受けて、事業目標に対する精神保健福祉センター機能を活用した当センターの取り組みについて紹介する。

- ① 企画立案…高次脳機能障害支援連絡協議会（年2回、事業の検討及び調整）
- ② 精神保健福祉相談…電話、来所、訪問。復職・新規就労や生活支援などニーズに応じて、地域就労支援機関や相談支援事業所、通所サービス事業所、保健所、市町と連携し、また医療機関へも参加を呼びかけて個別支援会議を開催。
- ③ 通所リハビリテーション事業…県内に高次脳機能障害専門のリハビリ訓練施設は無く、「精神科ショートケア」としてモデル的に実施。定員5名。1クール：48回（2回/週）実施したプログラムの内、障害福祉サービス事業所で活用できると思われるものを冊子にまとめ、県内の障害福祉サービス事業所へ配布し説明会を開催。その他、家族教室（1回/年）、家族懇談会（2回/年）を開催。
- ④ 普及啓発…高次脳機能障害の正しい理解を普及促進するため、リーフレットの作成・配布
また市町広報誌への掲載やテレビ・ラジオ等のメディアの活用。研修会の開催。
・高次脳機能障害リーフレット・退院時指導用リーフレット・「資源マップ」（相談受診受入れ可能な医療機関一覧）を医療機関、保健所、市町、福祉サービス事業所等へ配布。
・県政出前講座による一般住民等を対象とした研修会の開催
- ⑤ 教育研修…高次脳機能障害の支援手法等に関する研修会の開催
・管内市町障害者福祉担当職員研修会・保健所高次脳機能障害支援担当職員研修会
・高次脳機能障害者就労支援研修会
（共催：長崎障害者職業センター、対象：回復期リハビリテーション医療機関）
・研修会等への講師派遣（対象：従事者等関係者・随時対応）など
- ⑥ 技術指導及び技術援助…保健所主催の支援体制整備会議及び事例検討会への参加・助言
- ⑦ 調査研究…高次脳機能障害者就労支援実態調査事業（H22年度）
- ⑧ 組織育成…脳外傷『ぷらむ』長崎のピアサポート相談事業、当事者ピアサポーターの育成事業、ボランティア養成事業への支援

5 まとめ

・高次脳機能障害者に対する医療から福祉、就労までの連続したケアの提供体制の整備を図るため、精神保健福祉センター機能を活用した当県の取り組みについて紹介した。

相談支援を通して明らかとなった様々な地域課題。具体的には、高次脳機能障害者に対する周囲の障害理解、対応方法、相談支援技術、関係機関間の連携不足、退院後に高次脳機能障害と気づかずに長期に亘って生活のしづらさを抱えていた方など様々である。これらに対し当センターでは、課題の整理と対策を検討し、更に、「高次脳機能障害支援連絡協議会」で協議し、事業を実施してきた。

事業を効果的に推進するためには、地域の実態の把握、関係機関の連携確保、効果的な支援手法、普及啓発の方法等を、総合的に検討を行ない進めていく必要がある。

そこで、精神保健福祉センター機能である「企画立案・技術指導及び技術援助・教育研修・普及啓発・調査研究・相談・組織育成など」それぞれの機能を、相互に関連させながら活用することで、事業全体の実施状況が総合的に分析され、効果的に事業を進めていくことができた。

これらから、高次脳機能障害支援普及事業の事業目標を達成するために、精神保健福祉センターの機能を活用することで、有機的かつ効果的に、事業を進めていくことが出来たと考える。

その他、事業推進の要因として、当県は、地域リハビリテーションへの取り組みの歴史は長く、地域リハビリテーションに対する理解を示す機関・団体が多いことから、当センター事業に対しても理解協力が得られやすく、関係機関や団体へのアプローチも比較的円滑に行うことが出来たと考える。また当センターは行政機関であり、県立保健所と連携して取り組んできたことも事業推進の大きな要因であったと思う。今後は、精神保健福祉センター機能を活用し、より身近なところで支援が行なえる支援体制整備に努めていきたい。