

札幌市における市長同意による医療保護入院に関する調査  
～平成 19 年度、23 年度の新規事例の比較～

札幌市精神保健福祉センター

○金子亜紀子 松渕真由美 田辺祐子 鎌田隼輔

1 はじめに

札幌市は人口 190 万 6 千人（平成 22 年度統計）に対し、精神科病床を有する病院数は 38、病床数は 7,300 床であり政令市の中で病床数が最も多く、医療保護入院者数は年々増加している。また、本年 6 月には精神科病院の入院制度等の見直しは一定の議論の整理がなされ、医療保護入院の保護者の同意要件の撤廃や、早期の退院を目指した具体的指示などの精神医療審査会への権限の付与等が提案された。

今後自治体が、家族による支援の得られない患者に退院援助等の具体的な関与を行うこととなれば、業務量の著しい増加が見込まれることとなる。そこで、今後の本市の精神保健福祉業務の参考とするために、市町村長同意による医療保護入院者に関する調査を行ったので報告する。

2 方法

平成 19 年度と 23 年度に札幌市精神医療審査会の審査を受けた「医療保護入院者の入院届」のうち保護者が市町村長である届出、医療機関からの保護者同意依頼書及び本市の市長同意依頼聴取票により、以下の項目について集計し比較した。

- (1) 患者のプロフィール：性別、年齢、主たる精神障害、入院回数、保険区分
- (2) 保護者・扶養義務者の有無
- (3) 市長村町同意を要する理由

①選任手続き中、②連絡先不明、③関わり拒否、④責務を負えないの 4 項目に細分化した。

保護者が責務を負えない理由については 7 項目に細分化し、そのうち健康上の理由により保護者の責務を負えない場合について健康状態を 6 項目に、生活環境を 3 項目に分けて集計した。

3 結果

(1) 届出件数と市町村長同意件数の比較

平成 23 年度の医療保護入院者の入院届の数は、3,385 件であり平成 19 年度の 2,904 件に対して、16.6% 増であった。そのうち市町村長同意は平成 23 年度 290 件に対して平成 19 年度 238 件（22.9% 増）であり、入院届の増加割合を市町村長同意の増加割合が上回っている。（表 1）

ただし、入院時には市町村長同意を要しているものの、順位変更予定が 22 件、改任予定が 6 件、3 親等内の親族による扶養義務者の選任予定が 7 件あり、4 週間越えの保護者選任手続き中と合わせると 64 件（全体の 22.1%）については、審判までの期間の市町村長同意となる可能性がある。

(2) 患者のプロフィールの比較（表 2）

平成 23 年度は、性別は男性が 57.6%、年齢では 70 歳代以上が一番多く、次いで 60 歳代。50 歳代が最も多かった 19 年度に比べて高齢者が増えている。保険区分は、生活保護が 57.6%、国民健康保険と後期高齢者医療を合わせて 36.6%。19 年度と比較すると生活保護が減少して、国保及び後期高齢者が増加している。

主たる精神障害は、F2 が 43.8%、ついで F0 25.2%、F3 14.1%、F1 10.3% であり、19 年度と比較すると、F2 は減り、F0・F3 が増えている。

(3) 保護者・扶養義務者の有無の比較（表 3）

平成 23 年度では、法定の保護者ありが 11.0%、選任された保護者ありが 4.5%、扶養義務者ありが 67.9% で、合わせると 83.4% に家族がいる。扶養義務者なしは 9.7%。平成 19 年度と比較すると、扶養義務者なしの割合は減っているが、法定の保護者及び選任された保護者がいるにもかかわらず市町村長

演題 A 1

同意を要する者の割合は増加している（件数は 2.3 倍）。

（4）市町村長同意を要する理由の比較

保護者や扶養義務者がいても市町村長同意を要する理由は、いずれの年度も「連絡先不明・連絡不能」が最も多い。「保護者の責務を負えない」も増えており（19 年度比 1.6 倍）その理由のほとんどが健康上の理由であり、認知症で施設入所や入院中である状況であった。（表 4）

疾患別では、平成 23 年度は平成 19 年度と比較して、F0 は法定の保護者がいるにもかかわらず市長同意を要する事例が 4.4 倍に増えており、その理由の約 48% が責務を負えないことであった。（表 3）

平成 23 年度はすべての疾患で「扶養義務者あり」が最も多く、F0・F1 は扶養義務者はいるが連絡先不明・連絡不能、F2 は扶養義務者がいるが関わり拒否、F3 は、連絡先不明・連絡不能と関わり拒否が同数で多いという結果だった。

4 まとめ

本市に届出される医療保護入院者の入院届は年々増加し続けており、それを上回る割合で市町村長同意による医療保護入院が増加している。23 年度は届出の 8.6% が市町村長同意を要していた。

F0 疾患の高齢の患者が増え、配偶者はいても施設や病院で介護等を受ける状態にあり保護者の任を負えない者が増えていることが示唆された。扶養義務者のない者は増加していなかった（平成 19 年度 14.4%、平成 23 年度 9.7%）が、関わり拒否が増えている（平成 19 年度 47 件、平成 23 年度 86 件）現状は、保護者制度の限界を裏付けるものであった。

選任申立て中等の一時的に市町村長同意を要している事例を除き、1 年間に新規医療保護入院を必要とする者のうちの少なくとも 226 名が長期的に家族の援助を期待できず、退院時や退院後の地域関係者や自治体による支援が重要となる。今後はこの援助を効果的に行うためのシステム作りが大切になるであろう。

【表1】届出件数と市町村長同意件数

	H19 (件)	H23 (件)	増加率 (%)
医療保護入院者の入院届	2,904	3,385	16.6
市町村長同意件数	236	290	22.9
対届出率* (%)	8.1	8.6	0.5

\* 入院届数に対する市町村長同意数の比率。

【表2】患者のプロフィール

		H19 件/(%)	H23 件/(%)
性別	男性	136 (57.6)	167 (57.6)
	女性	100 (42.4)	123 (42.4)
年齢別	50代	60 (25.4)	65 (22.4)
	60代	54 (22.9)	69 (23.8)
	70歳以上	59 (25.0)	89 (30.7)
保険別	生活保護	165 (69.9)	167 (57.6)
	国保・後期高齢	57 (24.2)	106 (36.6)
疾患別	F0	45 (19.1)	73 (25.2)
	F1	28 (11.9)	30 (10.3)
	F2	128 (54.2)	127 (43.8)
	F3	23 (9.7)	41 (14.1)

【表3】保護者・扶養義務者の有無

	H19 件/(%)	H23 件/(%)	疾患別 (件)							
			F0		F1		F2		F3	
			H19	H23	H19	H23	H19	H23	H19	H23
法定保護者あり	12 (5.1)	32 (11.0)	5	22	1	1	5	5	1	4
選任保護者あり	8 (3.4)	13 (4.5)	0	2	0	0	8	10	0	0
扶養義務者あり*	149 (63.1)	197 (67.9)	21	33	17	26	89	92	16	28
扶養義務者なし	34 (14.4)	28 (9.7)	8	9	4	1	17	15	2	3
全く不明*	12 (5.1)	19 (6.6)	2	6	4	2	4	5	0	6
情報なし	21 (8.9)	1 (0.3)	9	1	2	0	5	0	4	0
合計	236 (100.0)	290 (100.0)	45	73	28	30	128	127	23	41
増加率 (%)		(22.9)		(62.2)		(7.1)		(-0.8)		(78.3)

\* 「全く不明」はもともと扶養義務者が存在するかさえ不明なもの。  
扶養義務者はいたが、現在は生死や連絡先が不明であるものについては「扶養義務者あり」とした。

【表4】市町村長同意を要する理由

	H19 (件)	H23 (件)
選任申立て中 (28日超え)	33	29
連絡先不明・ 連絡不能	68	95
関わり拒否	47	86
保護者の責務 を負えない	45	71
内 健康上の理由	36	68

保護者制度・入院制度の見直しについての緊急アンケートの報告と今後の課題

北海道立精神保健福祉センター  
○二口之則、渡邊千夏子、小島勝、田辺等

1 はじめに

厚生労働省の「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」の第3ラウンド「保護者制度・入院制度」について、平成24年4月、全国精神保健福祉センター長会は、全国の精神保健福祉センターを対象に、緊急アンケート調査を行なった。調査は、保護者制度の論点、特に、人権的観点からみた非任意入院の在り方、精神医療審査会事務の現状と問題点などについてであった。この緊急アンケートの作成、およびとりまとめを担当センター田辺が担当し、上記の厚生労働省検討チームでの全国センター長会へのヒアリングで活用したが、今回はこの調査結果と、その後厚生労働省が論点のまとめとして提示した6月28日付の「入院制度に関する議論の整理」(以下「6月整理案」)を概観し、精神医療審査会およびその事務局である精神保健福祉センターにとって課題となるものを考察した。

2 全国精神保健福祉センター「保護者制度に関する緊急アンケート調査」(2012年4月)の概要  
(別添 資料1)

3 「入院制度に関する議論の整理」(2012年6月28日)(別添 資料2)

4 今後検討されるべき課題

1) 新たな入院制度の法的正当性の確認

6月整理案は、精神保健指定医の判断に、地域支援関係者(PSWの想定と思われる)の判断を加えて入院の必要性を決定する案が有力である。現行法33条から想定すると、“精神科病院の管理者は、以下の者について、入院の必要性について精神保健指定医の診断と地域支援関係者の意見を得たときは、本人の同意がなくてもその者を入院させることができる”という類の内容となるのか。

現行法33条は、保護者の同意を要件としており、“同意が欠落すれば不法監禁罪もある”と法的に解釈され、保護者との合意は民法上の契約の一種と解されている。また前提として、医療の必要性を判断できない本人に代わって、適切な医療保護を保証するために保護者があり、その選任に家庭裁判所が関与するという構造となっている。

これにたいし6月整理案は、保護者同意は不要で、病院管理者が入院決定の主体になる印象である。6月整理案から新制度を展望すると、入院必要性の判断は精神保健指定医、審査会は届を審査し知事に答申、知事は承認できないときは退院命令を出す、という形式に変化はなさそうである。とすれば、強制入院の一種である医療保護入院を、一義的に治療側が決定し、届出る制度と読める。精神医療審査会を簡易な裁判所機能と読み替え、人権擁護の国際的批判はクリアーできるとの解釈がでたが、そうならば現行も人権擁護の問題はなかった事になる。全国センター4月調査で懸念された「国や知事の命令以外での強制入院がありうるのか」「入院の同意者/意思決定者は誰か」などの疑問を払拭しうる法解釈の提示がほしい。

2) 訴訟リスク、訴えに対応する事務の負担

仮に、新制度で入院に同意しない患者が、自らを措置入院者と比較し、「自分はどこも異常がないので入院する意志はない。あのような他害行為をなした者でさえ、2名の専門医の一致がないと入院にならないのに、何もしていない自分が、一人の医師の判断(さらにPSWの判断)で入院させられた。自分は(家族も)納得できない。訴えたい」と主張することは、十分予想できる。

現行の医療保護入院では、知事は入院届を受理したとき、その妥当性を審査会に審査させ、必要がないときには病院管理者に退院を命じることができ、この命令は行政処分であるため事前に弁明の機会を付与する。処分に不服があるときは厚生労働大臣に申し立てできる。また措置入院では、入院決

定への不服は厚生労働大臣に申し立てができる。

第3ラウンドのヒアリングでは、医療機関団体から「病院管理者が入院決定した」として訴訟リスクを負うのではないかと懸念が寄せられた。申し立てる場合を考えると、それは病院管理者が対象なのか？届を受理承認した知事が対象なのか？知事の決定への不服を厚生労働大臣に申し立てる形式なのか？いろいろ疑問がある。実際の訴訟のリスクという意味では、殆どの審査に正当性があるはずで、概ね訴えを棄却できると思うが、このような訴えの案件では、精神医療審査会の審査等々に関する情報開示請求などが必ずや伴う。筆者らの経験では、開示請求などの法的訴えを適正に処理する担当者のストレス、事務量は相当なものである。現在、年間14万件、入院の40%を占める医療保護入院がある。この減少は新制度で期待できるが、他方で民法上の契約同意がないことで、訴訟志向性が高まる可能性もあり、審査会事務局の負担が増加することも危惧される。

### 3) 医療費支払い拒否のリスクとその影響

「医療費は本人または扶養義務者の負担で問題がない」というのが6月整理案の見解だが、実際は「納得していない入院への支払い拒否」があるのでは？と医療機関は懸念する。また仮に新制度で、審査会が入院の必要性を認めなかった場合は、たとえ短期間の入院でも、そもそも非同意の患者は入院医療の支払いを拒否して訴えを起こす可能性があり、経費のロスが生じる可能性もある。

「本人・扶養義務者の入院治療の同意がなくても医療費支払いの義務はある」という制度は、早期の退院請求、さらに入院決定無効の申し立てなどの増加を招くかもしれない。また、こうしたトラブルの可能性を想定して、医療機関が、リスクを回避して、扶養義務者と合意できる事例のみを入院加療する傾向も考えられる。そうなれば、新制度は“潜在化した家族同意入院”に過ぎなくなる。

### 4) 地域精神保健の問題は改善するか

2) 3) で言及したように、仮に、病院管理者が、扶養義務者の承諾しない入院治療を受け入れなくなれば、“本来、入院加療が必要な人”へのアクセスの改善はあまり期待できなくなる。未治療の当事者周辺で問題性が顕在化して、地域精神保健の立場から保健所等が介入しても、入院の決定はし易くなっても、入院先確保の困難性は変わらない可能性もある。

### 5) 入院届の審査事務の負担増と委員の補充強化

想定される新制度では、入院届には、医師以外の退院支援チームからも治療計画書が出される。審査会には、この内容吟味が、質的にも量的にも新たな作業課題になる。内容の専門的なチェックも必要であることから、審査委員、特に地域支援関係の審査委員を増加する対応が必要になるろう。

### 6) 継続入院者の実地審査の体制強化が必要

6月整理案では、12ヶ月以後の退院継続をより慎重にチェックする必要性から、病院に出向いての審査が謳われている。現行での長期医療保護入院者には、認知症を伴う統合失調症者や高齢統合失調症者なども多い。北海道では、入院届対定期病状報告の比は、おおよそ2~3対1であり、12ヶ月以上の入院報告は年間2000件以上あり、決して少なくない。現在の審査委員会体制で、これらを全て、病院にて面接審査することは不可能である。現在実施している精神病院実地指導における実地審査委員との強力な連携、ないしは実地審査委員との組織的統合などの検討が必要になるろう。

## 5 終わりに

センター長会の4月調査と厚生労働省の6月整理案を検討したところ、予想される新制度では、センター長会調査でも期待されていた「患者の権利擁護の促進」「長期入院の防止」「家族の負担軽減」については問題点の改善は大いに期待できるが、他方で、法解釈の明証性に不安が残り、派生する懸念事項も数点考えられた。また、4月のアンケート調査で、作業の負担が課題であった精神医療審査会に、さらなる事務作業の負担が生じる可能性もある。精神医療審査会事務局を持つ精神保健福祉センターは、今後の具体的に提示される改正案をシュミレーションし、精神医療審査会の事務局としての立場と、地域精神保健の技術センターとしての立場から、適切な制度構築にむけて、必要な点を発言し貢献していくべきであろうと思われる。

## 精神障害者保健福祉手帳用診断書の適切な記載への取り組みについて

相模原市精神保健福祉センター

○坪井輝護 関峻也 西村誠 奥亜希子

小池尚志 鈴木勇一 鈴木志麻子

**1 はじめに**

精神障害者保健福祉手帳の判定は、書面審査の形式をとっており、診断書に記載された内容だけが審査の対象となるが、その判定業務にはいくつかの面で苦慮している。一つに、診断書に記載漏れがあったり、記載内容に整合性がないなどで、判定に支障が生じることが度々あり、その背景には、国通知の精神障害者保健福祉手帳の診断書の記入に当たって留意すべき事項（以下「国通知」という）を知らずに記入している医師が多いことが挙げられる。二つ目に障害福祉サービス等の受給が等級によって異なる場合も出てくるため、判定は関係する法律、国通知等に基づき適切に行う必要があるが、身体障害者手帳、療育手帳と比較し判定基準が明確でなく、判定に苦慮している現状がある。

そこで相模原市では、医師に対して診断書の適切な記載を促し、かつ判定会側の整合性・一貫性のある等級判定のための基礎資料作りを行っており、今回、これらの取り組みについて考察を加えて報告する。

**2 診断書の適切な記載への取り組み**

診断書の記載内容は作成医師により差異があるため、記載不備等により判定に支障をきたすものも少なからずあり、平成 22 年 4 月 1 日から平成 24 年 3 月 31 日までの期間に、文書による疑義照会を 333 件行った（判定総数 2,633 件）。

診断書を適切に記載してもらうため、相模原市では、国通知を補完するものとして、平成 23 年 9 月に「精神障害者保健福祉手帳用診断書記入に当たっての留意点について」を作成し、市内及び近隣 165 の医療機関に配布すると共に、市ホームページにも掲載し、必要に応じて疑義照会文の送付時に参考資料として同封している。また、市内で診断書作成医が最も多く所属している大学病院の精神科医師を対象に、平成 23 年 11 月 10 日に上記資料を教材として「診断書記載の留意点」に関する研修会を実施した。さらに、疑義等のあった診断書の傾向を把握するため、文書による疑義照会を行った医療機関、医師、照会内容等のデータを蓄積しているところである。

**3 精神障害者保健福祉手帳の判定結果の状況****(1) ICD コードと等級との関係**

平成 22 年 4 月 1 日から平成 24 年 3 月 31 日までに判定を行った、精神障害者保健福祉手帳用診断書 2,633 件のうち、不承認とした 33 件及びデータが不十分な 11 件を除外した 2,589 件のデータを使用し、主たる精神障害の ICD コードと等級との関係を示した（表 1）。

表 1 ICD コードと等級との関係

決定等級	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F8	F9	G40	計
1 級	104	2	108	18	0	0	1	2	0	20	255
2 級	114	18	561	304	40	3	5	30	6	33	1,114
3 級	32	32	387	559	126	1	21	34	2	26	1,220
計	250	52	1,056	881	166	4	27	66	8	79	2,589

## (2) 「日常生活能力の判定」及び「日常生活能力の程度」と等級との関係

(1) の「ICD コードと等級との関係」の対象から、主たる精神障害または従たる精神障害がてんかん (G40) に該当する 118 件を除いた 2,471 件のデータを用い、診断書の項目のうち「日常生活能力の判定」および「日常生活能力の程度」を得点と記号に置き換える作業を試みた。

具体的には、「日常生活能力の判定」の 8 項目は、「自発的 (適切) にできる」から「できない」の 4 段階評価となっているため、これらを 1 点から 4 点と置き換え、その合計点を縦軸とし、「日常生活能力の程度」は、「精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる」から「精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない」までの 5 段階評価であるため、これらをアからオまでの記号に置き換え、記号ごとに決定等級を加えて横軸としたものに、該当する診断書の件数を表示させた図を作成し、手帳判定時の参考資料として使用している。(なお、本図については発表当日お示しする。)

なお、本図の作成については、平成 21 年度に神奈川県が集計分析した方法を参考とし行っているものであり、相模原市は、政令指定都市移行に伴う事務移譲を期に、その集計・分析方法を継承しているものである。

## 4 考察

診断書の適切な記載への取り組みを行ってはいるが、医療機関では毎年医師の入れ替わりがあるなどの事情もあり、改善がされてきたとの実感は大きくはない。疑義照会をしてもその意が伝わらないことや十分な追記が得られないことも多く、適切な診断書の記載、判定への取り組みに限界を感じることもしばしばである。しかし、記載の留意点に関する資料を作成したことで、不十分な記載が認められた際に、医師に対する説明資料として提示することで働きかけがやりやすくなってきている。さらに、疑義照会事例を積み上げて記載不備の傾向を把握することにより、より具体的に記載の注意点を示していくことが可能になると考えており、今後も記載の留意点に関する資料の配布や、研修会の開催等は継続していきたい。

精神障害者保健福祉手帳の等級は、「日常生活能力の判定」及び「日常生活能力の程度」に関する項目のみで判定するものではなく、診断書全体の記載から総合的に判定するものとされている。さらに診断書の作成医師によって同項目の評価基準に差異があることを前提としたものではあるが、判定実績を 3 の (1)、(2) のような形で把握していくことは、相模原市における等級判定の整合性・一貫性を評価する上で意義があると考えている。

しかしながら、このような取り組みをもってしても、より等級判定の妥当性・信頼性を高めるには十分とは言えず、これには診断書書式の問題が大きいものと考えている。一つに、診断書がどの疾患であっても共通の様式であるため、その障害特有の病状、状態像の記載が十分にできず、能力障害 (活動制限) の状態の重症度との整合性に疑問が生じる診断書も少なくない。さらに、評価基準がなく医師ごとの裁量に任せられる現在の書式では、妥当性・信頼性の向上には限界がある。

このようなことから、診断書の作成医師が申請者の病状等を適切かつ簡潔に記載することができ、判定機関においても判定をより公正かつ公平に行うことが可能となるような、疾患別とした診断書の様式や、より能力障害 (活動制限) の具体的な状態を反映できる評価項目の設置と共に、明確な評価基準を示した作成の手引き等が不可欠であると考えている。

群馬県における高次脳機能障害者の支援体制について  
—地域支援ネットワーク構築に向けての取り組みと課題—

- 1) 群馬県こころの健康センター 2) 利根沼田保健福祉事務所  
○大友由香 1) 吉田亜矢子 2) 丹羽由香里 1)  
吉田正子 1) 津田早百合 1) 浅見隆康 1)

## 1 はじめに

平成 18 年に施行された障害者自立支援法では都道府県が実施する地域生活支援事業の一環として高次脳機能障害に関する専門性の高い相談支援体制の整備が位置づけられた。

本県ではそれに先行し、平成 14 年 10 月から当センターにおいて高次脳機能障害者の社会復帰を目的に当事者と家族の教室及び個別定期相談を開始している。さらに平成 22 年 6 月に高次脳機能障害支援拠点機関が前橋赤十字病院に設置されたところである。そこで、本県における高次脳機能障害者支援に関する地域支援体制の拡充を目指して、日中活動を支援する施設の現況に関する調査を行い、今後の支援体制整備の課題を明らかにすることとした。

## 2 対象と方法

平成 23 年 2 月現在把握している自立支援法等で定められた県内の日中活動施設（短期入所事業・精神障害者通所授産施設・生活介護事業・精神障害者小規模通所授産施設・就労移行支援事業・障害者福祉作業所・就労継続支援事業・地域活動支援センター・身体障害者授産施設・在宅重度心身障害者デイサービスセンター）270 ヶ所を対象とした。

調査票を郵送し、回答は FAX により回収した。（調査対象期間：平成 23 年 3 月 11 日～同年 3 月 28 日）調査票内容は次に示す 9 項目である。①高次脳機能障害者の受入れ状況 ②具体的な支援内容 ③今後の受入れ可否 ④受入れ条件 ⑤サービスを提供する上での不足・問題点 ⑥必要な地域の支援体制 ⑦対応に困っていること ⑧知りたいこと ⑨その他の意見

## 3 結果

### （1）回収状況

調査票を送付した 270 施設中、90 施設から回答があった（回収率 33.3%）。その内訳は自立支援法における指定障害福祉サービス事業所 50 施設（56%）、地域活動支援センター 21 施設（23%）、障害者福祉作業所 11 施設（12%）、その他 8 施設（9%）であった。

### （2）高次脳機能障害者の受け入れ状況および支援内容

高次脳機能障害者を現在受け入れている施設は 14 ヶ所（16%）、過去に受け入れていた施設は 20 ヶ所（22%）であり、受け入れ実績のある施設は約 4 割であった（表 1）。受け入れ実績のある施設についてサービス別の内訳は短期入所事業 14 施設、生活介護事業 9 施設、地域活動支援センター 7 施設であった。実施した支援内容は、リハビリ訓練 20 ヶ所、憩いの場の提供 14 ヶ所、就労支援及び家族支援がそれぞれ 9 ヶ所であった。

### （3）今後の受け入れおよびその条件

今後の受け入れについて無条件で可能とした施設 6 ヶ所（7%）、条件により可能 34 ヶ所（38%）、受け入れ困難 10 ヶ所（11%）、わからない 36 ヶ所（40%）、無回答 4 ヶ所（4%）であった。受け入れ実績のない施設については受け入れ困難、わからないとの回答が半数以上である一方、受け入れ実績のある施設については受け入れ困難の回答はなかった（表 2）。

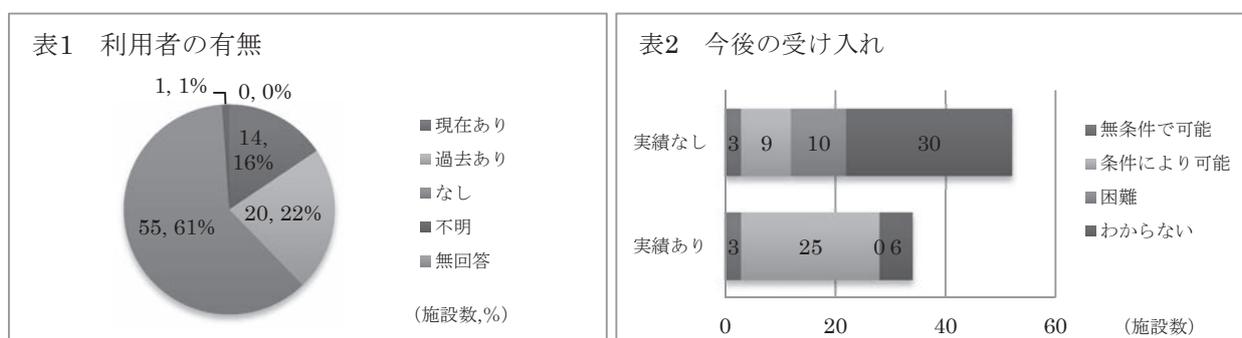
受け入れの条件については 35 ヶ所から回答が得られ、受け入れ実績のある施設からの回答が半数以上を占めた。そのうち、本人の自立度・症状の程度による 17 ヶ所、障害区分認定・手帳所持等 7 ヶ所、施設のソフト面（人的措置等）6 ヶ所、施設のハード面（施設改善等）3 ヶ所、医師の指示がある 3 ヶ所、通所方法が確立している 3 ヶ所、家族の協力が得られる 2 ヶ

所であった。

(4) サービス提供する上での課題と必要な支援体制

サービスを提供する上での課題については207件の回答が得られ(重複あり)、スタッフの知識及び情報不足を挙げている施設が62カ所と多く、次いでスタッフ不足が49カ所、施設・設備不足が35カ所と施設のソフト面及びハード面の問題が多数挙げられた。その他にも関係機関の連携不足が19カ所、研修会の情報不足17カ所であった。高次脳機能障害者への対応に苦慮する点としては障害特性に応じた支援方法12ヶ所、社会資源の不足4カ所、家族への支援3カ所、施設のソフト面3カ所であった。

今後、地域で必要な支援体制については、239件の回答が得られ(重複あり)、本人や家族の相談機関が52カ所、施設が相談できる場所が37カ所、医療機関が33カ所、デイケア及びスタッフの研修会がそれぞれ28カ所であり、多くの施設が本人や家族、または施設が相談できる機関を望んでいた。高次脳機能障害について知りたいことについては具体的な支援方法14カ所、障害特性5カ所、利用できる社会資源3カ所であった。



4 考察

本調査は総じて回収率が低く、言い換えれば、高次脳機能障害に対する関心があまり高くない、あるいは認識があまり高くない状況がうかがえる。その上で回答が得られた施設のなかでも高次脳機能障害者の受け入れ実績のある施設は約4割と半数に満たず、今後の受け入れについては施設の定めた条件を満たすこと、わからないと答える施設が大半を占め高次脳機能障害者の地域の受け皿が限られていることが浮き彫りになった。

また、高次脳機能障害に対する施設職員の知識や情報不足、その中でも個別で様々に異なる症状やそれに応じた支援方法について苦慮していることが明らかになり、本人や家族だけでなく施設スタッフが相談できる機関を望む声も多かった。施設が事例を抱え込まないために、さらに高次脳機能障害者が受傷後から社会復帰に至るまで切れ目のない支援が提供されるために地域支援ネットワークの構築が必要である。

5 今後の課題と取り組み

高次脳機能障害者の地域の受け皿の拡大とともに個別の支援ニーズに対応できる専門的な知識や支援の質の向上が求められる。平成23年度は実態調査の結果を受け、支援拠点機関コーディネーターとともに高次脳機能障害者を受け入れている施設へ訪問を行った。地域支援機関の顔の見えるつながりをつくり、施設が抱えている事例を通して支援体制の課題を共有することができた。また、訪問先の施設が蓄積している支援のノウハウを支援者に還元するために、施設スタッフや支援拠点機関職員を講師に招き、専門研修を開催した。事例発表を通して参加者が具体的な支援方法や関係機関との連携方法について理解が深まったと考える。

今後も施設訪問を継続し社会資源の開拓を行うとともに研修会の開催を通して支援の質の向上と地域支援ネットワーク構築を目指したい。さらには地域ごとの支援ネットワークづくりを推進するために核となる施設を中心に支援体制が拡充され、当センターと支援拠点機関がバックアップするような体制づくりが必要であると考えます。

高次脳機能障害の相談支援体制の確立に向けた取り組み  
 —高次脳機能障害者支援担当者会議の立ち上げから見てきたこと—

川崎市百合丘障害者センター  
 根岸葉子 原島淳 鶴岡佐和  
 伊藤佳子 糊澤直美

1 はじめに (背景)

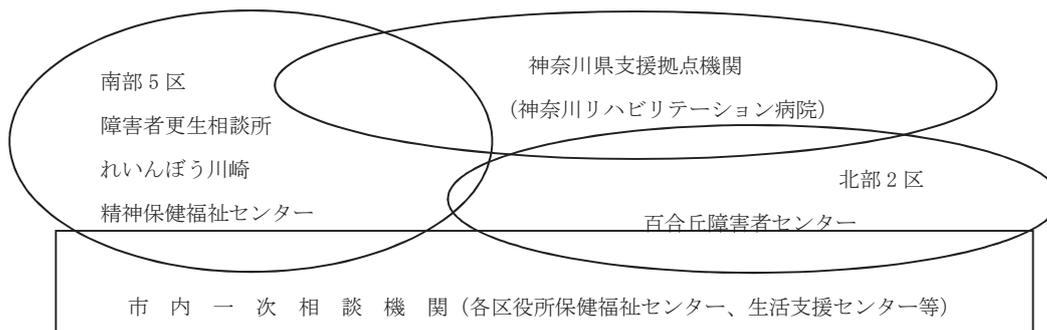
高次脳機能障害者はその特性のため「非常にわかりにくい」障害と言われてきた。川崎市（以下、当市）では、これまで各区保健福祉センターを一次相談機関として相談支援を行ってきた。相談に来た人が「高次脳機能障害」であることを伝えられている場合は、県の支援拠点機関や精神保健福祉センター等の二次相談機関に評価や支援の依頼をすることが可能であった。しかし一方で、相談者が障害名を告げない限り、相談を受けた支援者が社会生活上の制限に高次脳機能障害が関連しているかもしれないことを認識しているか否かで適切な支援に繋がらなかつたり、一次相談機関と二次相談機関の役割についても整理がされないままとなっていた。

平成 20 年 4 月市の北部地域に、百合丘障害者センター（以下当センター）が開設し、その中に行政機関として『障害者更生相談所及び精神保健福祉センター』の分室機能が付与された。加えて、これまで市内で身体障害者の在宅リハビリテーションを展開していた民間の旧身体障害者療護施設『れいんぼう川崎』の在宅支援室の機能も入ることになり、障害種別を問わず、官民協働で、横断的かつ重層的に相談支援を行う二次相談機関として位置付けられることになった。当センターは、そのキャッチメントエリアを市内 7 区中、北部の 2 区に限定しながらも、高次脳機能障害の相談支援においては、市内全域の二次相談支援機関としての役割を担い、未整備だった相談支援体制作りを中心的に担うことになる。

開設当初の取り組みとして、まず啓発と相談体制の基盤整備の構築が課題となった。市民向けチラシやリーフレットを作成し、その配布にあたり、身近な相談窓口を記載する必要があった。

今回は、相談体制作りへの取り組みとして立ち上げた高次脳機能障害者支援担当者会議とその経過及び意義について報告する。

当市の高次脳機能障害支援体制図



2 高次脳機能障害者支援担当者会議の概要

<目的> 前述のように、これまで高次脳機能障害者への支援は、各区役所の相談窓口である保健福祉センターで個別的な支援を実施してきたが、その専門的・技術的バックアップ体制が不明確であった。そのため、本会議を障害者支援担当職員からの困難性や課題の指摘を受け止める関係機関調整の場と位置づけ、川崎市全体での支援体制を明確にし、具体的支援事例を共有することにより、支援技術の共有化と向上を図ることを目的とした。具体的には、一次相談機関として各保健福祉センターの障害者支援担当が相談支援を行う上で、障害像や支援の流れを理解してもらい、職場内でスーパーバイザー的役割が持てる力量を身につけてもらうことでの市内全体の相談体制の強化を目指した。

<会議参加者> 7 区の障害者支援係のうち、身体障害者担当 1 名、精神障害者担当 1 名とした。毎回

## 演題 A 5

異なる職員が出席することとなると障害像や支援体制の理解について内容が深まっていかない可能性があるため、一年を通じ、同じ担当者に参加してもらうこととした。また、バックアップ機関として、専門機関職員（精神保健課 精神保健福祉センター 生活訓練支援センター 障害者更生相談所 れいんぼう川崎）にも参加を募り、顔が見える関係作りを意識した運営を心がけた。

### 3 高次脳機能障害者支援担当者会議の経過

年度	回数	参加者数	内容	会議の状況
H20	1回	① 25名	①高次脳機能障害者支援の流れ 高次脳機能障害ポスター、パンフレットについて	支援の流れを共有 主催者主体
H21	2回	① 25名 ② 23名	①高次脳機能障害者支援体制整備について 高次脳機能障害者支援担当者会議について 高次脳機能障害者支援者研修会について ②高次脳機能障害者支援について 事例検討9事例	別日で全5回の研修を実施。社会資源について出し合う。 後半は事例検討を各区から出してもらい、様々な障害像を学びあう。
H22	3回	① 24名 ② 24名 ③ 21名	①高次脳機能障害者の相談及び支援体制の整備について 高次脳機能障害者支援担当者会議について 高次脳機能障害者支援者講演会について ②研修：高次脳機能障害について－総論－ ③高次脳機能障害者支援について 事例検討4事例	社会資源についてまとめる。 担当者会議の必要性を理解してもらうための時間をまだ確保した。会議の中に基礎知識を得るための研修を取り入れる。
H23	3回	① 29名 ② 29名 ③ 29名	①高次脳機能障害者の相談及び支援体制の整備について 昨年度からの継続事例検討4事例 高次脳機能障害者支援者出前研修について ②研修：高次脳機能障害について－総論－ ③高次脳機能障害者支援について 事例検討4事例＋小児	社会資源について確認。 担当者会議の案内を電話でも確認していて、その反応から会議への理解が得られてきたため、事例検討の時間を増やした。勉強になるとの意見。
H24	1回	① 29名	①高次脳機能障害者の相談及び支援体制の整備について 高次脳機能障害地域活動支援センターの開所について 昨年度からの継続事例検討3事例	初参加者から、参考になる、勉強になるとの意見あり。困難事例検討会になっている。

### 4 考察

担当者会議を一年（中には数年担当になる人もいたが）同じメンバーで知識を深めていったことで意見交換がしやすくなり、議論も活発になった。具体的事例を通じた検討を行うことにより、高次脳機能障害への知識、相談のきっかけ作りになり、区の相談窓口で「あれ?」「もしかして?」と気づき、相談につなげるケースが増えた。また、本会議は専門知識の部分で民間の『在宅支援室』に講師を担当してもらうなど、地域型リハビリテーションの先駆的な官民一体での取り組みを行った。そのことで、その後の顔が見える関係づくりができ、一次相談機関から二次相談機関へのつながりがスムーズになった。区担当者からは、二次相談機関への相談がしやすくなったという評価を得ている。

区担当者は、毎年異動により変わることで一次相談機関における相談支援が継続して行われなくなる可能性がある。支援者が十分な支援技術や支援体制が担保されないまま支援の第一線に立たされることが無いように、同じような内容でも担当者会議は継続して実施していく必要があると考える。その継続が、高次脳機能障害に関する相談の垣根を低くし、相談しやすい街づくりに繋がっていくと思われる。

高次脳機能障害の支援体制の確立に向け取り組んできているが市内推定 5600 人の高次脳機能障害者が自らの障害も不明なまま日常生活の困難さを感じながら生活を送っていると考えると、まだまだ社会資源の少なさや障害の理解が十分とは言えず、今後も支援の広がり必要性を感じている。

## 集団認知行動療法を取り入れたうつ病デイケアの取り組み

広島県立総合精神保健福祉センター

○中保子, 佐伯真由美, 岡田幸枝, 綿岡明子, 中津完

### 1 はじめに

うつ病等精神疾患で休職した労働者が回復期に利用できるリハビリテーション施設や職場復帰に向けての支援の場が少ない状況がある。当センターでは、うつ病デイケアを平成19年から試行し、平成20年度から正式開始しているが、生活リズムを整える段階からの利用者や失職者も対象に実施しており、県内にある他の復職支援施設への橋渡しと位置づけている。これまで、体制・内容の見直しを行いながら現在に至っておりその変遷について報告する。

### 2 うつ病デイケアの変遷

#### (1) 試行期：平成19年9月～平成20年3月

先進県（沖縄県立総合精神保健福祉センターと東京都立中部総合精神保健福祉センター）の視察や広島大学病院精神科のうつ病の認知行動療法グループセミナーへの参加により研修を行い試行的にスタートした。3ヵ月期限の週1回実施し、午前は楽しい活動やリラクゼーションといったグループ活動、午後からは集団認知行動療法を行った。

#### (2) I期：平成20年5月～平成23年3月

試行期の3ヵ月期限の週1回の参加では、復職するには不十分な状態で、デイケア終了後には元の状態に戻ってしまう人も見られた。生活リズムを整える目的で開催日数を増やし、3ヵ月期限週1回の基礎コースと、その後の1年期限週3回の社会参加支援コースを開始した。また、更に復職をイメージした復職プログラム内容を順次取り入れ、充実させていった。

##### ① 基礎コース（年3回：5月 9月 1月開始）

インテイク時に認知行動療法のワークシート記入への見極めを目的にスクリーニング用の日記を新たに導入し、これによりドロップアウトが減少した。対象者、定員及びプログラム内容は試行期と同じ。

##### ② 社会参加支援コース

ア 対象者

基礎コースを終了し、復職や社会復帰に向けてさらにフォローアップが必要な人

イ 定員 14名

ウ プログラム

	月	木	金
午前	朝ミーティング (気分調べ)		復職プログラム 職場実習 (ベツトメイク)
	グループ活動 (スポーツ, 手芸, お茶会, 所外活動等)	第1,3週: 料理又は料理の話し合い 第2,4週:セミナー(心理教育等)	
午後	第1週:作業 第2週:陶芸 第3週:G活動	第4週:書道 第5週:G活動	復職プログラム 職場実習 (テニスコート清掃)
	第1週:茶道 第2~5週:ヨーガ		
	夕ミーティング (気分調べ)		

月・木曜日はグループ活動や講師プログラム、病気の理解や対人関係について学ぶ心理教育を中心としたセミナーを実施した。金曜日は、月・木曜日が安定通所できている人を対象に復職プログラムを実施した。復職プログラムでは、当初、職場実習や漢字検定ドリル、100マス計算を実施した。復職するためにはさらに職場に近い環境での取り組みが必要であり、障害者職業センターの協力を得て、リワーク事業と同様の職業リハビリテーションツールを使つての作業やパソコン演習問

## 演題 A 6

題集に加え、模擬授業等復職する職種に近い作業をする個別の課題と、復職・就職をテーマとしたグループワークを取り入れた。また、通常のデイケアとは別の部屋を使用し、メンバー同士は同僚、スタッフは上司で、休憩時間も厳密にするなど職場の枠組みに近い設定で実施した。

### ③ 家族懇談会

家族支援を目的に、本人の通所期間と終了後半年間を利用期間として、年9回実施。

### ④ OB会

復職後のフォローを目的に、終了後から期限なしで、年2回実施。

## (3) II期：平成23年4月～現在

利用開始時期の定まったコース制では、申し込みから通所開始までに数ヶ月を要する場合がありますため、コースを廃止した。プログラム内容はI期とほぼ同じで、平成24年度からは、朝ミーティングの前にラジオ体操と大人の計算・漢字ドリルやマンダラ塗り絵、読書等10分間集中する作業を新たに取り入れた。また、定員は15名（ただし、認知行動療法は5名）と変更した。

### ① プログラム

	月	火	木	金
午前	朝ミーティング（気分調べ） グループ活動 （スポーツ、手芸、お茶会、 所外活動等）	/	朝ミーティング（気分調べ） 第1,3週： 料理又は料理の話し合い 第2,4週： セミナー（心理教育等）	復職プログラム 個別課題 グループワーク 職場実習 （ベツトメイク）
午後	第1週：作業 第4週：書道 第2週：陶芸 第5週：G活動 第3週：G活動 夕ミーティング（気分調べ）		認知行動 療法	第1～4週：ヨーガ 第5週：G活動 夕ミーティング（気分調べ）

② 家族懇談会は、I期と対象者は同じで、年6回実施。

③ OB会は、I期と同じ。

### ④ 事業所等関係機関情報交換会

利用者の了解の得られた事業所人事担当者等を対象に、スムーズな復職支援を目的に情報交換を年1回実施。

## 3 結果と考察

I期は、基礎コース終了後に希望者は社会参加支援コースにすすむという方式をとった。3ヵ月一緒に過ごした小集団でまとまって、新たな大集団へ移行するためメンバーに安心感があり、スタッフとしてもグループの運営がしやすかった。一方、開始時期が限られているため、通所開始までに数ヶ月を要する場合があります、はじめから利用を諦める人も多かった。また、基礎コースのみで終了するメンバーが多いと社会参加支援コースの人数が非常に少なくなる期間もあった。このため、II期では、コースを廃止し一本化した。メリットとしては、開始時期が限られていないため、タイムリーな利用が出来た。また、体力や生活リズムが不十分な人は、半日通所から徐々に通所時間や日数を増やしていくことが出来た。認知行動療法は、体調が整った段階で併用していくため、行動活性化への取り組みが効果的に行えた。また、スタッフ側としては、集団場面での行動観察を通して、各メンバーの認知行動療法で取り組む課題（利用者の問題点）の理解に役立てることができた。一方、デメリットとしては、いきなり活気のある大集団に一人で参加するため、賑やかさに疲れや焦りを感じ落ち込み、グループに馴染み難いメンバーがいた。

今後の課題としては、就労を希望するメンバーの中には、復職準備性をより高めるため、当センターのうつ病デイケアだけでなく、より復職支援に特化した機関の併用や移行が望ましいと思われるが、休職期限の問題や利用者の環境変化への抵抗感等により、他の機関へ繋げることが十分に出来ていない状況がある。

うつ病デイケアの試み（第2報）

福岡県精神保健福祉センター

○ 阿部安莉 木山美咲 橋本達 田實千世 松岡美香  
長沼明子 山下珠美 櫻木初美 平野千恵子 下野正健

1. はじめに

うつ病の外来受診者数は年々増加の傾向にあり、WHO の予測によると、わが国では 2030 年にはうつ病が健康な生活をもっとも阻害する要因になるといわれており、うつ病に対する効果的な治療・リハビリプログラムの開発が求められている。このような状況を鑑み、当センターではうつ病に罹患した人の復職を支援するため、集団認知行動療法的アプローチ（以下 CBT）を用いたうつ病デイケアを平成 21 年度より実施している。今回は、復職率などの実績を加え第 2 報として、プログラム概要とその有用性について報告する。

2. デイケアの概要

(1) 対象者及び通所期間

対象者はうつ病と診断され、復職（就労）を目指している概ね 55 歳以下の方で、精神科通院治療中の者とした。週 1 回・計 12 週を 1 クールとして実施し、通所期間は 3 か月間とした。

(2) プログラムの内容

① 午前のプログラム

参加者の多くが気分の日内変動を示すと考えられたため、ゆったりしたペースで行え、楽しみながら取り組める内容となるよう編成した。クール前半は心身のリラックスを図るリラクセーション（筋弛緩法）や、集中力を養うと同時に達成感を得られる内容として陶芸を実施し、集団の凝集性の高まるクール後半に音楽療法、表現活動、アサーション・トレーニングなど、コミュニケーション能力の向上を目的とした活動を取り入れて実施した。

② 午後のプログラム

日常生活の振り返りや、復職に向けた問題点や課題を明確にし意識を高めることを目的に、担当スタッフによる個人面談の時間を設け毎回実施した。その後、集団 CBT のプログラムを実施した。

集団 CBT においては、行動面のアプローチとして、セルフモニタリングのため生活リズムチェック表をホームワークに導入し、「楽しい活動予定表」を取り入れるとともに、4 回目以降は「生活リズムチェック表」に活動に対する快の度合いの評価を追加し、行動活性化を図った。さらに「目標シート」を用い、目標に対する定期的な評価と見直しを行った。

また、認知面のアプローチでは、コラム法を用いた認知再構成法を実践した。思考チェックシートなどを通して自動思考を分析・検討し、バランスの取れた妥当な考えを案出し、考え方の幅を広げることを目指した。グループディスカッションの時間を設け、参加者同士で色々な考えを出し合う時間を設けたり、ホームワークチェックの時間を設け、スタッフとの対話（ソクラテ斯的質問）を通じて参加者各自が自問することを通じ、より効果的に学習できるような構成とした。

(3) 参加者（表 1）

平成 21 年 8 月～平成 23 年 11 月までの間に 7 クール実施し、39 名が参加した。そのうち 2 名は参加直後の病状悪化により、中断している。

表 1 参加者のプロフィール

参加者: 39名	
期間: 平成21年8月～平成23年11月	
全7クール	
性別	男:女=21:18
年齢	平均 41.3歳±7.6歳
発病期間	平均 7.6±6.8年
治療期間	平均 6.6年±6.8年
診断	F31 双極性障害 F32 うつ病エピソード F33 反復性うつ病性障害 F43 重度ストレス反応および適応障害

3. 結果

(1) 心理検査等による評価

修了者 35 名について、うつ症状の推移を、客観的評価として Hamilton 構造化面接 (HAM-D)、自己評価として Zung の SDS 尺度、BDI-II を用いて症状の推移を評価した。また、社会適応の様相の推移を SASS 尺度を用い評価した (全てクール開始時・終了時に実施。なお、2 名は体調不良などにより実施せず)。

その結果、全ての参加者においていずれかの尺度で改善が見られた。また、t 検定による検討の結果、全ての尺度において統計的に有意な差が見られた (HAM-D :  $t(34)=8.16, p<.01$  ; BDI-II :  $t(34)=5.98, p<.01$  ; SDS :  $t(34)=5.18, p<.01$  ; SASS :  $t(34)=3.52, p<.01$ )。

(2) 復職率による評価 (図 1・2)

復職に対するデイケアの効果を評価するため、修了者の同意のもと、デイケア修了後約半年後と約 1 年後にフォローアップ調査を実施した。

平成 21 年第 1 期～平成 22 年第 2 期の修了者 22 人を対象に調査を行った結果、約半年後に復職していた人は 14 名 (63.6%)、休職中の人は 8 名 (36.4%) であった。また、約 1 年後に復職していた人は 17 名 (77.3%)、休職中の人は 5 名 (22.7%) であった。

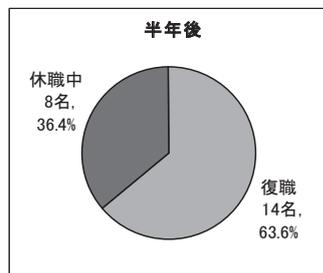


図 1 約半年後の復職率

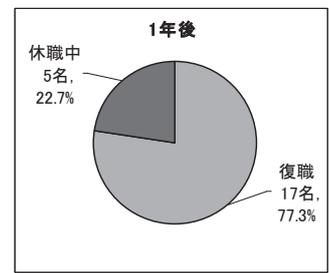


図 2 約 1 年後の復職率

4. 考察

以上の結果より、当デイケアのプログラムは、症状の改善、復職支援、復職後の就労状態の安定に一定の効果があると考えられた。以下にその要因として考えられることを記述したい。

- (1) 午前のプログラムにおいて、集中力の向上や達成感の獲得などを目的とした集団活動を取り入れることにより、復職準備性の向上に重要な意欲や活動性の向上、集中力・自信の回復につながった。また、アサーション・トレーニングをはじめとする活動やデイケア内での対人交流を通じ、自らの対人関係上の課題について振り返り、復職準備性の向上に重要であると思われるコミュニケーション能力の向上を図ることができた。
- (2) 午前のプログラムで集団の凝集性が高まったのち、午後に集団 CBT を実施したことで、行動と認知の両側面に効果的にアプローチすることができた。また、CBT を集団実施したことで、参加者間の情緒的な支えあいや助言により、各参加者が CBT を効果的に習得することが可能となった。また、復職に関する課題への直面化を回避しがちな参加者が、課題に向き合う他の参加者との交流を通じ、徐々に自らの課題に向き合うようになるなどの変化が見られ、復職への動機付けを高めるといった側面からも、集団による CBT の実施は有用であった。
- (3) 個別的なフォローとして担当スタッフによる個別面接を毎回継続的に実施した。日常生活の振り返りを行い、復職に対する課題の明確化や具体的な対処方法を共に考えたことで、各参加者が復職に向けて主体的に行動するなどの変化につながり復職の一助となったと考えられる。

5. おわりに

デイケアの機能を生かし、集団活動と集団認知行動療法を組み合わせ実施することで、復職支援に一定の効果を得られた。今後はより効率的な運営方法の検討・開発も必要と考えられる。

仙台市精神保健福祉総合センターデイケア  
「リワーク準備コース」の立ち上げと経過

仙台市精神保健福祉総合センター  
○森谷郁子 長谷川淳子 高橋由里 本庄谷奈央  
原田修一郎 林 みづ穂

1. はじめに

当センターは、昭和 58 年度に仙台市デイケアセンターとして開所して以来、独立型で週 4 日の大規模精神科デイケアを実施してきた。開所当初は統合失調症で寛解状態にある方を対象にスタートしたが、その後は実情に合わせて対象者の幅や活動内容を広げながら柔軟に対応してきた。特にここ数年は、統合失調症の方が減少し、うつ病や神経症、発達障害の方の割合が増えてきている。プログラムでは積極的に SST や心理教育を取り入れるなどの工夫を凝らしてきた。

H19 年度には長期入院者を対象に退院後の生活能力向上と地域定着を目指した「生活自立コース」を立ち上げ、既存のデイケア「就労支援・社会参加コース」とはプログラムを別にした。更に H22 年度にはうつ病で休職中の方を対象とした「リワーク準備コース」を開始し、他のコースと並行して実施してきた。以下「リワーク準備コース」の立ち上げと経過について報告する。

2. 「リワーク準備コース」の立ち上げ

H21 年度以降、従来実施してきたデイケアにうつ病で休職中の方の利用希望が増えてきた。既存のデイケアでは、疾患、年齢、利用目的、背景（教育歴、就労歴）などが異なり、休職中の方の復職に対するモチベーションが保てず、より効果的な支援が提供しにくいのではと考え、対象者を限定することで集団としての凝集性を高めることをねらいとして、H22 年 7 月に、うつ病で休職中の方を対象に復職準備性を高める「リワーク準備コース」を開始した。「リワークコース」ではなく、「リワーク準備コース」としたのは、このコースを経てストレートにフル勤務に至るイメージではなく、コース利用中から緩やかに慣らし勤務へ向かい、終了時には慣らし勤務が問題なくできるようになること、あるいは、利用日数が多い障害者職業センターの「リワーク支援」に移行していくことを想定したためである。（図 1）

「リワーク準備コース」の概要は以下のとおりである（表 1）。開始にあたっては、医療機関への周知と、広報で当事者向け説明会の実施案内を出した。

活動内容は、復職準備性を高める目的以外に、復職後の再休職（再発）防止も念頭に置いたプログラムとした。体力づくり、集中力を高めるためのプログラムも取り入れた。

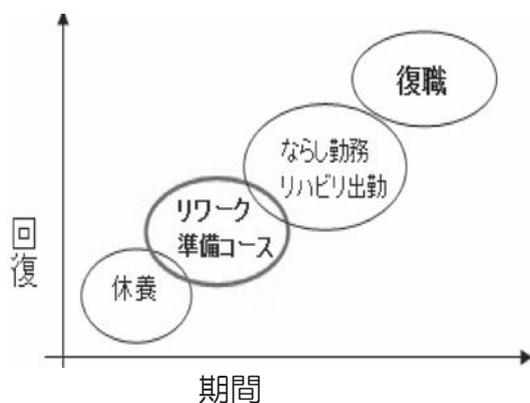


図 1 リワーク準備コースの位置づけ

対象者	仙台市在住 うつ病（精神科・心療内科通院中）で休職中の方
定員	10 名
実施日時	週 1 回 月曜日（H22.7 月～H23.1 月） ↓ 後に変更 週 2 回 月・木曜日（H23.2 月～現在）
活動内容	9 時 30 分～15 時 30 分 心理教育 認知行動療法 アサーション 復職プラン作り 個別面接 セルフケア（H23.2 月～） スポーツ 書道 パソコン 他
通所期間	4 ヶ月（更新なし）

表 1 コース概要

3. 経過

【対象者】 H22年7月の開始当初は、対象をうつ病による休職者としてスタートした。その後も基本は同様であるが、状況に応じて適応障害や双極性障害、離職者や慣らし勤務中の方も受け入れている。

在籍者は、随時受け入れ・終了のため、おおよそ7~8名前後で推移していたが、最近では障害者職業センターからの紹介も含め、問い合わせや利用希望者が増加しており、今後定員を超える状況が予想されている。随時受け入れ・終了は、スタッフ側としてはプログラムの運営等工夫を要する部分は大いだが、通所者にとっては、一歩先のモデルがいることで励みにもなり、今後のイメージもつきやすいようである。H22年7月からH24年7月までの通所者総数は40名（男29人、女11人）で、当初男性のほうが多かったが、最近では女性の利用者も増えている。

【実施回数】 開始当初は週1回だったが、1回では生活のリズムがつきにくく、また、必要なプログラムの提供ができず効果が上がりにくかったことから、6ヶ月後のH23年2月からは週2回へと増やし、「セルフケア」のプログラムを加えるとともに、「就労支援・社会参加コース」との合同プログラム（クラブ活動）も設けた。以降実施回数やプログラム自体の大きな改変はないが、H24年度からは、段階を経て継続して流れをつくることや、自己洞察を深める機会を増やし、セルフコントロールのスキルアップを図るなど、プログラムの進め方や内容を工夫している。

【終了者】 H24年7月までの終了者は32名（男25人、女7人）である。終了者の通所開始時状況と終了時の転帰は、図2のとおりであるが、H24年4月から現在までの終了時転帰では、ほぼ100%の方に改善が見られた。

H24年4月以降の終了者7人の内訳は、慣らし勤務→フルタイム勤務1人、休職中→フルタイム勤務1人、休職中→慣らし勤務2人、休職中→再就職1人、離職中→再就職1人であり、離職中1人も、引きこもりの状態から自営業を適宜こなしつつ求職活動ができるまでに回復している。

また、終了時のアンケートでは、ほぼ100%の方がプログラム内容に満足していると答えており、開始時と終了時の状況が大きく変わらない方でも、行動、気分、生活面で何らかの効果を感じていたことが伺われた。通所後の変化では、「規則正しい生活が送れるようになった」「活動量が増えた」と生活面での変化を感じている方が一番多く、ついで「気持ち前向きになった」「同じ病気の仲間と知り合えた」などと

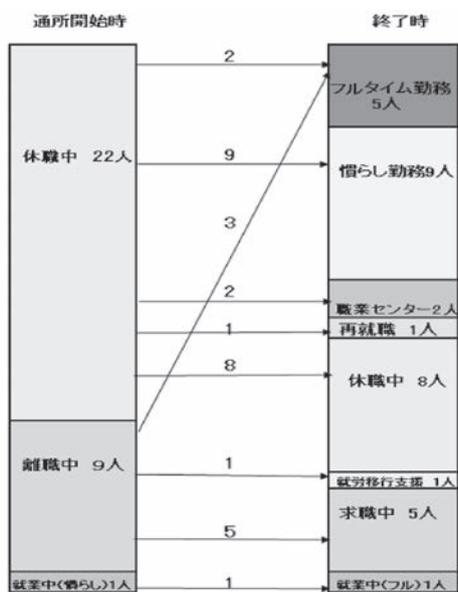


図2 終了者の開始時状況と終了時転帰

続いた。「仕事について考える機会となった」「病気についての理解がすすんだ」「考え方の幅が広がった」などもあった。プログラム自体の効果はもちろんであるが、同じ病気の仲間がいることでお互い共感し励ましあい、時には刺激となり、そのことが通所、ひいては復職等への活力へつながっていったことは見逃せない点である。

終了者のアフターケアとしては、終了後の状況把握と終了者同士の交流を図る目的で、H23年度に2回（1月、3月）OB会を実施した。今年度も10月と3月に実施予定である。

4. 終わりに

「リワーク準備コース」を立ち上げて2年が経過した。この間、問い合わせや利用申込者は増加傾向にあり、復職支援の必要性をじかに感じる機会が多くあった。仙台市内では、「うつ病」「休職中」「リワーク」と特化して行っているデイケアは現在当センターのみである。今後は、「リワーク準備コース」の内容をさらに充実させ、公設のデイケアとして、他のデイケアへ向けて実践報告等広く発信していきたい。そのためには、終了者の動向を把握する中で、「リワーク準備コース」のプログラムの効果、特に再休職（再発）防止効果について検証することが、今後の課題になっていくと考える。

メンタル疾患で休職した復職者とその上司へのアンケート調査  
 ー 復職支援に関する認識の実態把握と支援策についての一考察 ー

岡山県精神保健福祉センター  
 ○加藤 一葉 熊丸 都香  
 黒川 明宏

1 目的

岡山県精神保健福祉センター(以下、当センター)は県職員の復職支援の一部を担っており、所属の医師がメンタル健康管理医として、休職中の職員より復職希望が出た段階から、診察等を通じた支援を行っている。しかしながら、復職後の職場定着が困難な職員、あるいは再度休職してしまう職員が少なからずいることから、現在の支援体制の見直し、および有効かつ実践可能な支援を再検討する必要性を感じている。全国的にも近年、地方公務員においてメンタル疾患による休職者は増加しており(地方公務員安全推進協会 2008)、復職者を対象とした調査も増えてきている。塩崎ら(2010)の調査では、有効な復職支援として『試し出勤、業務内容・業務量への配慮、上司の共感』が挙げられている。これらの支援には職場や上司の理解と協力が必要であると思われるが、上司側の復職支援に対する認識を調査した研究は少ない。そこで本研究では、メンタル疾患による休職後に復職した職員とその上司にアンケート調査を行い、双方の認識の実態を把握し、有効かつ実践可能な復職支援について考察した。

2 方法

**調査対象者** 岡山県職員でメンタル疾患による休職後、復職した職員(復職後3ヵ月以上経過した者;以下、「復職者」とする)40名、復職者の上司73名で、回収率は復職者77.5%、上司78.1%であった。なお、調査票の発送および回収にあたっては総務部人事課の協力を得た。

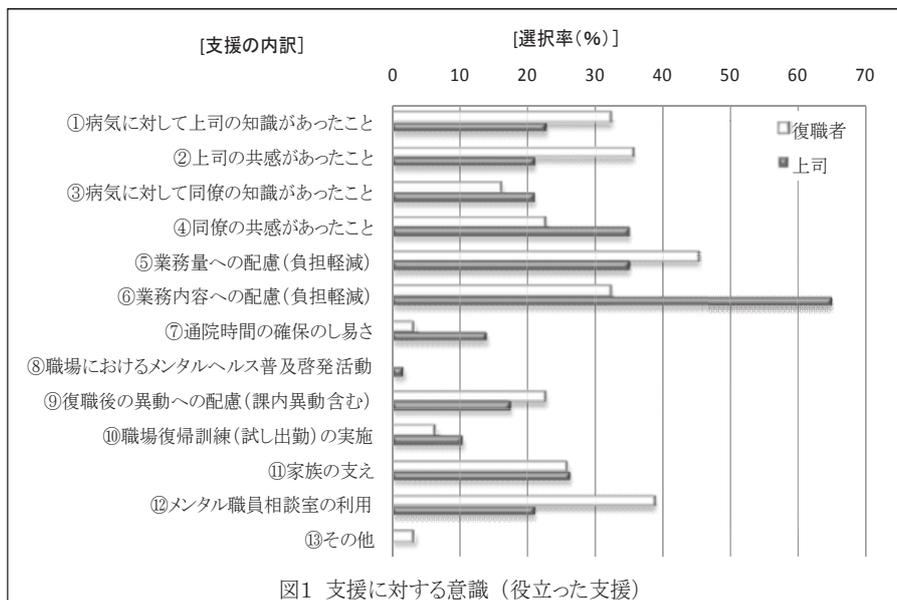
**調査用紙** アンケートは塩崎ら(2010)の調査票を基に作成した。内容は「支援に対する意識」と「職場環境」からなり、「支援に対する意識」については、復職者には「復職前に望んでいた支援」と「復職後に役立った支援」を、上司には「役立った支援」と「必要と思うが難しい支援」を、それぞれ選択項目から3つずつ選んでもらった。また、「職場環境」は休職前と復職後に分け、「上司の共感」、「業務量への配慮」等について十分な状態を100、最も不足している状態を0とし、それぞれ5段階評価で回答を求めた(集計では最高が5、最低が1とした)。さらに、「復職に必要と思う支援」について自由記述を求め、KJ法により分類した。

3 結果

図1に「支援に対する意識」のうち「役立った支援」を、表1に「職場環境」のうち「復職後」の結果を示す。

(1) 図1の通り「支援に対する意識」のうち「役立った支援」として、復職者では「業務量への配慮」(45.2%)が、上司では「業務内容への配慮」(64.9%)が多く選択された。

(2) また、「メンタル職員相談室の利用」は復職者では38.7%、上司では21.1%が役立った支援として選択された。



## 演題 A 9

(3) さらに、「上司の知識」は復職者では 32.3%、上司では 22.8%が役立った支援として選択され、「上司の共感」は復職者では 35.5%、上司では 21.1%が役立った支援として選択された。

表1 復職後における職場環境(復職者と上司の比較)

	復職者		上司		t値
	M	SD	M	SD	
病気に対する上司の知識	3.77	1.07	3.36	0.73	2.05*
上司の共感	3.81	1.22	3.55	0.81	1.19,n.s.
病気に対する同僚の知識	2.97	1.35	2.98	0.76	0.06,n.s.
同僚の共感	3.29	1.40	3.29	0.94	0.00,n.s.
業務量への配慮	3.90	1.16	4.33	0.64	2.20*
業務内容への配慮	3.90	1.16	4.36	0.62	2.41*
休暇取得への配慮	4.10	1.11	4.53	0.60	2.34*
通院時間の確保のしやすさ	4.00	1.15	4.49	0.63	2.55*
上司との相談時間の確保のしやすさ	3.61	1.09	3.84	0.86	1.05,n.s.
メンタル職員相談室への相談時間の確保のしやすさ	4.00	1.10	4.28	0.76	1.37,n.s.

(4) 「職場環境」では「業務量・業務内容への配慮」について、復職者、上司ともに休職前に比べて復職後では改善されたと評価された( $p<.05$ )。しかし、復職者と上司を比較すると、表1に示すように、復職者は上司ほど軽減されたと認識していなかった( $p<.05$ )。

(5) また、「上司による共感や病気の知識」は、復職者、上司ともに休職前に比べて復職後は改善されたと評価された( $p<.05$ )が、表1の通り、上司よりも復職者の方が役立ったという認識が高かった( $p<.05$ )。

(6) 自由記述では、「休職中の訓練・ケア」を求める意見が復職者、上司に共通して見られた(復職者 14.3%、上司 25.9%)。

## 4 考察

(1) 「業務量・業務内容への配慮」に対する復職者と上司の間の認識のズレは、復職者の「たとえ内容が容易であっても業務が変わることに心理的負担を要し、休職前と同じ業務内容で量が減る方が安心である」という認識と、上司側の「その業務を行う中で不調をきたし休職となったので、より負担の少ない業務内容に変えた方がよいであろう」という認識によって生じた可能性がある。業務に関して、復職者の頑張りや上司の配慮が好循環となるためには、これらのズレが拡大しないよう、上司と復職者の間で面談などを行い、業務について適宜検討していく必要がある。

(2) 「メンタル職員相談室(以下、相談室)の利用」を復職者が上司よりも役立ったと認識したのは、実際に利用した復職者の方が効果を実感しやすい立場にあったためと考えられる。復職者が職場復帰の際に感じる戸惑いや困難さを、本人に寄り添って支援する場が、復職支援の重要な一部を担っていると見える。これを踏まえると、予防的な観点からも上司が相談室の有効性を理解することは重要である。相談室の存在を上司が積極的に職場に周知することで部下は相談室を利用しやすくなり、復職者の再休職の予防、さらには職員全体のメンタルヘルスの維持につながると思われる。

(3) 「上司の共感や病気の知識」については、上司は自身の復職者に与えるプラスの影響力を過小評価している傾向があるが、実際は復職者にとってそれらは「役立った支援」として多く選択されている有効な支援である。上司が復職者の病気に対する知識を持ち、復職者に共感する態度がモデルとなり、同僚や職場全体の対応の変化にもつながっていく可能性があると思われる。

(4) 「休職中の訓練・ケア」については、現在、職場復帰訓練(試し出勤)の制度があるが、復職後のスムーズな職場定着のために、専門家による手厚い訓練やケアの必要性を復職者、上司ともに感じている。しかし、現在、岡山県においては復職支援に力を入れている施設はまだ少なく、地域障害者職業センターにおける職場復帰支援も公務員を対象としていない。そこで、当センター自らが、「休職中の訓練・ケア」を担うこととし、現在行っている復職支援とは別に、新たな復職支援プログラムを開発している。このプログラムでは、医師と心理士がチームを組み、認知行動療法を中心とした支援を行う予定であり、復職後の職場定着だけでなく再発予防にも高い効果が得られるのではないかと期待している。