

平成23年度精神障害者アウトリーチ支援に係る調査事業報告 —精神保健福祉センターの役割と機能に関連させて—

神奈川県精神保健福祉センター

○小島伸一朗 野崎義一 三尾早苗 小笠原知子

1 はじめに

神奈川県では、精神障害者施策としてアウトリーチ支援について検討するため、「平成23年度精神障害者アウトリーチ支援に係る調査事業」（以下、「調査事業」という。）を単年度事業として実施した。サービスや支援が届きにくい精神科医療の未治療者や医療中断者に焦点を当て、「どんな背景を持つ人たちか」「どんな支援が効果的か」を調査し、新たな事業実施の基礎資料とした。

調査事業の概要を精神保健福祉センター（以下、「センター」という。）の役割と機能に関連させて報告する。

2 事業の目的・方法・結果

（1）目的

未治療や医療中断の精神障害者について基礎調査を行いアウトリーチ支援の方法を検討する。

（2）方法及び結果

県保健予防課が主体となり、県保健福祉事務所（保健所）、県センターの協力のもとに行われ、センターは事業の進行管理、技術支援、連絡調整等の役割を担った。

また、調査対象地域は政令市及び保健所設置市を除く神奈川県内の地域とした。

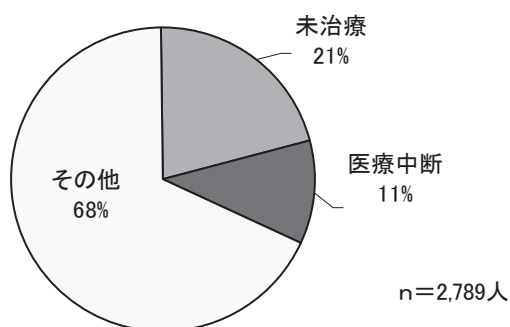
ア 地域の実態把握のための調査（図1）

保健福祉事務所等が保有する相談及び訪問データを分析した。平成22年度の相談及び訪問実件数2,789人のうちおよそ3割強に当たる891人の未治療者や医療中断者が対象地域に存在し、相談や訪問等で支援した後も4割弱が未治療や医療中断のままだいることなどがわかった。

また、当事者や家族へのアンケート調査を実施したところ、アウトリーチ支援に希望することとして、当事者の話を聴いて欲しいという希望が最も多かった。さらに、関係機関へのアンケート調査では、未治療者や医療中断者への訪問支援を実施する関係機関が少しずつ増えていく可能性が示唆される結果が得られた。

センターは、調査の設計、調査結果の集約や集計及び分析、保健福祉事務所や保健予防課との調整等を担当した。

図1 保健福祉事務所の相談及び訪問ケースに占める未治療及び医療中断者の割合



イ アウトリーチ支援のモデル的な実施（図2）

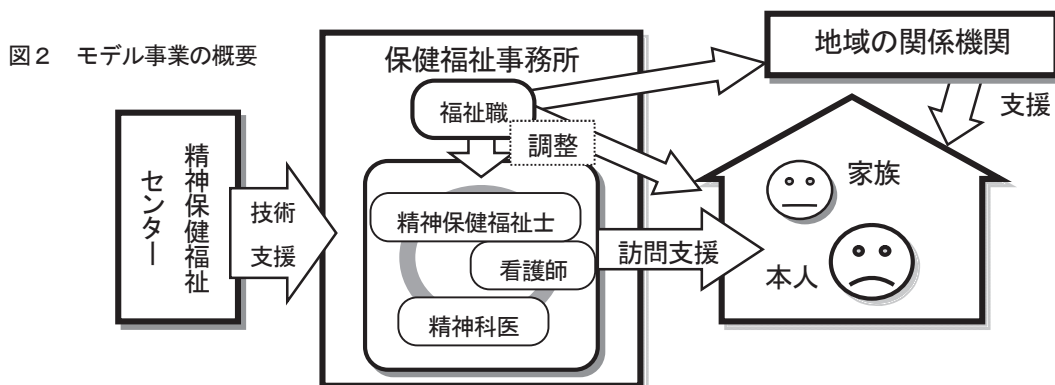
調査のほかモデル事業として3ヶ所の保健福祉事務所に合計7つの多職種支援チームを設け、

合計 8 事例への継続的な訪問支援を実施した。その結果、2 事例が精神科医療に、2 事例が福祉サービス等につながったほか、本人や家族の心理面や行動面で前向きの変化が見られるなど、様々な効果が認められた。

また、8 事例の傾向としては「若年、家族と同居、ひきこもり、接触困難」と「高齢、単身、近隣苦情、接触可能」のおよそ 2 つのパターンが認められた。

センターは、モデル事業実施保健福祉事務所の開催する 8 つの事例ごとのケースカンファレンスでアウトリーチ支援の視点や他の保健福祉事務所の支援状況等について助言や情報提供を行い、全体的な調整を図った。

なお、モデル事業を通して管内の地域自立支援協議会と連携して対象者支援のネットワーク作りの促進を図った保健福祉事務所もあり、センターもこれに協力した。



ウ アウトリーチ支援研修

関係機関を対象にアウトリーチ支援について理解や協力を得るための研修を実施し、98人が参加した。その結果、研修アンケート回答者の9割がアウトリーチ支援について理解が進んだと答え、6割強が今後アウトリーチ支援サービスの立ち上げや運営に協力したいと答えた。

研修では講義のほか障害保健福祉圏域別のグループ討議を取り入れ、圏域内での情報や意識の共有が促進されるようにした。

3 事業実施後の展開と考察

調査事業により、地域には一定の割合で未治療者や医療中断者が存在することや、そうした人たちへの多職種チームによる継続的な訪問支援の有効性が示唆されたため、神奈川県では平成24年度に「こころといのちの訪問支援（アウトリーチ）事業」を実施することとした。これは国の精神障害者アウトリーチ推進事業であり、1ヶ所の民間精神科病院に委託してアウトリーチチームを設置し、特定の障害保健福祉圏域で支援を始めている。

また、モデル事業を下敷きとして、同じく平成24年度に「保健福祉事務所訪問支援強化事業」を実施することとした。この事業では、3ヶ所の保健福祉事務所に多職種支援チームを設け、未治療者や医療中断者に限らず支援を要する対象者への継続的な訪問支援を行っている。

症状のために生活に困難をきたしている未治療や医療中断等の人たちを対象とする新たなサービスとしてアウトリーチ支援が神奈川県でも事業化された。

アウトリーチの概念は新しく、習得には意識の転換が必要となる。センターは神奈川県精神保健福祉の総合技術センターとしての役割から、企画立案、技術支援、人材育成等の機能を活用しつつ、今後も上記の新しい事業のケースカンファレンスや研修及び会議等を通して、アウトリーチの理念や技術を習得した人材の育成や地域のネットワーク作りの促進を目指していく予定である。

参照：調査事業報告書を以下に掲載中。 <http://www.pref.kanagawa.jp/cnt/f80125/p434430.html>

多摩総合精神保健福祉センターにおけるアウトリーチ支援事業のとりくみ

東京都立多摩総合精神保健福祉センター

地域支援科

○内山美根子 池田寿賀子 遠藤伊豆美 荻部春夫

中村敦子 小澤壽江 児玉佳代子

1 東京都のアウトリーチ支援事業、短期宿泊事業について

東京都立多摩総合精神保健福祉センター（以下当センターと記す）の地域支援科では、平成 23 年度より、都の要綱に基づいた単独事業であるアウトリーチ支援事業と短期宿泊事業を開始した。

都のアウトリーチ支援事業は、平成 22 年度実施のモデル事業を経て、23 年度からは都内 3 箇所の精神保健福祉センターに、専任の医師、保健師、福祉職、心理職、OT、看護師による多職種チームを配置し、都内全域でアウトリーチ支援事業を開始した。さらに、中部総合精神保健福祉センター及び多摩総合精神保健福祉センターでは、アウトリーチ支援事業の対象者を症状悪化する前に速やかに受け入れる短期宿泊事業（宿泊期間は最長 6 週間）も運営している。地域支援科が両事業を担当し、職員は宿泊施設の交替勤務と訪問支援の両方を担っている。

事業の目的は、「専門職チームが、区市町村・保健所と連携して訪問型の支援を行い、精神障害者の地域生活の安定化を目指すとともに、区市町村、保健所、医療機関、福祉サービス事業所等の関係機関の職員に支援技法の普及を図り、地域における人材育成を推進すること」であり、アウトリーチの手法を用いたケースを通じた機関支援という位置づけである。そのため、支援期間を原則 6 ヶ月で区切り、保健所を中心にした地域関係機関に支援を引き継ぐ期間限定の支援活動となっている。ただし、必要時には支援期間を延長したり再度の支援開始も可能となっている。

対象者は、「精神障害者、もしくはその疑いのある者のうち、未治療・医療中断等のため地域社会での生活に困難をきたしており、通常の受診勧奨や福祉サービス等の利用の勧めに応じない者」であり、当センターでは、多摩地域の 7 カ所の保健所からの相談を中心に、通常の事例検討会だけでは問題解決が困難な事例に対応してきた。今回の発表では、23 年度実績をふりかえり、未治療・医療中断、その他の地域の処遇困難事例が、実際にどのような事例であり、どのような支援を行ったのかを報告する。

2 平成 23 年度実績…どのような依頼があったか

平成 23 年度実績は、保健所からの依頼が 38 件、退院促進コーディネート事業所からの依頼が 14 件であった。支援申し込み時の対象者の年齢と性別を表 1 に、受診状況と居住形態を表 2 に示す。

未治療・医療中断の事例は、長期間のひきこもりや近隣への迷惑行為（警察介入を含む例もあり）で事例化したもので、医師による診立てや訪問による生活状況の把握を行い、介入の緊急性を検討し、医療につなげるための働きかけを行った。

通院中の事例は、非自発的入院を繰り返している事例、通院が不定期だったり服薬できずにいるなど治療の継続が困難な事例、病状がゆれやすく生活が安定しない事例、家族との軋轢が強かったり、家庭

表 1 依頼時の年齢と性別

年 齢 \ 性 別	女	男	総 計
10 代	1	2	3
20 代	5	6	11
30 代	7	8	15
40 代	4	5	9
50 代	1	7	8
60 代	3	3	6
総 計	21	31	52

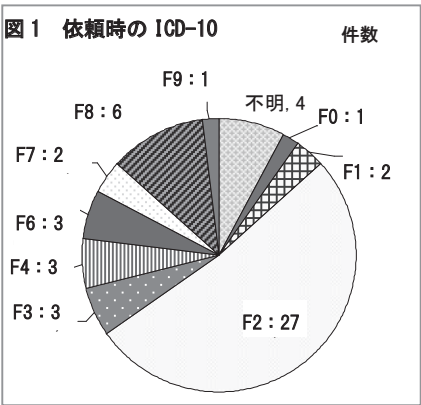
表 2 依頼時の受診状況と居住形態

依頼時の受診状況	グループホーム	家族同居	単身	総計
医療中断		5	3	8
通院中	1	13	13	27
入院中		5	4	9
未治療		4	4	8
総計	1	27	24	52

内に複数の障害者や要介護者が存在していたり、本人への虐待や暴力を認めたり、家族が治療に協力的でない等、家族支援も重要であった事例などであり、時には複数の問題を同時に抱え、いずれも地域定着に向けた介入が必要な事例であった。

依頼時の診断の ICD-10 は図 1 のとおりで、統合失調症圏は疑い例を含めて 51%、主診断が発達障害圏であるケースは 11%であった。また、主診断が統合失調症であっても、知的障害や発達障害の合併が判明していたり、疑いがある事例もあり、診断や対応方法の検討のために心理テストを実施した事例もあった。

治療を要する身体疾患の合併は 13 事例で、物質依存、摂食障害、買い物依存など、嗜癖関連問題がある事例は 9 事例であった。



4. 支援内容と成果

支援内容を表 3 にまとめた。表の「アウトリーチ」は保健所からの依頼で、訪問支援と短期宿泊を併用した事例が 14 件、短期宿泊を利用せず、訪問支援のみの事例が 24 件であった。「試行事業」とは、平成 24 年の 2 月と 3 月に実施した退院促進コーディネート事業所からの短期宿泊を中心にした事例である。

表 3 支援内容

	アウトリーチ		試行事業	総計
	短期宿泊あり	短期宿泊なし		
件数	14	24	14	52

アウトリーチ支援開始の際には、保健所を中心とした地域関係機関と事例検討会を持って情報と方針を共有した。支援中も連絡と相談を密に行い、必要時と終了前に事例検討会を行い、アウトリーチ支援期間終了後を視野に入れて対応した。支援開始時には情報が非常に少ない事例も少なくなく、支援を進める中で様々な事実が判明し支援方針の見直しを行うこともしばしばだった。

短期宿泊利用の目的は、単身生活の支援体制づくりにむけた生活機能の評価、家族との分離や本人の自立を促す支援、本人のレスパイト、強制退去等で住居を失ったための緊急の避難等であった。宿泊施設での 24 時間の観察により詳しい生活機能の評価が可能になり、その評価を関係機関と共有した。また、当センター職員と本人との関係性の構築にも役立ち、宿泊利用後に当センターアウトリーチチーム支援に対する受入れが円滑になった。

訪問支援は、保健所の地区担当保健師や地域関係機関職員との同行訪問とアウトリーチチームの単独訪問がある。支援内容としては、家庭訪問で家族や本人と面接し、助言や生活指導、心理社会的教育の関わりをするだけでなく、専門的な意見を参考にするために弁護士を招いての事例検討会の実施や障害年金や生活保護申請に向けての調整、公共機関等の手続き援助、生活環境を整える支援や通院同行、日中の活動場所への同行、など多岐に渡り、他職種チームの利点が発揮できたと考える。

表 4 受診状況の変化

依頼時の受診状況	転帰				
	未治療	医療中断	入院中	通院中	死亡
未治療	8	5		3	
医療中断	8		5	1	2
入院中	9		1		8
通院中	27			3	23
総計	52	5	6	4	36

※転帰の「死亡」は身体疾患の悪化による死亡

アウトリーチ支援の成果として「依頼時の受診状況と転帰」を表 4 に示す。未治療・医療中断事例のうち、医療につながったものは 6 件あった。これは本人や家族が「支援を受け入れる」ようになった結果の一つであると評価することができる。

生活環境の整備や諸手続きの同行などは、支援であると同時に、本人や家族が「支援を受けること」による生活の質の向上を経験する機会でもあり、さらに、支援者が事例の生活状況を理解し、ニーズにあった支援体制をつくるための評価の一環でもあった。他職種チームによる密度の高い支援を通して生活状況や生活機能を把握し、地域関係機関と情報共有し、支援方針を検討していくことで、地域定着に向けたニーズに応じた柔軟な支援を模索した取り組みであったと考える。

川崎市精神保健福祉センターにおける地域精神保健チームの機能と役割
～アウトリーチ活動の実践から～

川崎市精神保健福祉センター

森江信子 山田麻貴 川上賢太 伊藤真人

1 はじめに

川崎市は、S40年代の保健所への精神保健担当専門職（社会福祉職）の配置や、わが国初の精神科リハビリテーション施設の設置により、統合失調症を主な対象とした、精神科医療やリハビリテーション及び地域生活支援などの生活全般への重層的なケアを行う中で、積極的に困難事例への支援を展開し、退院支援や地域定着支援等の業務を行ってきた地域精神保健活動の歴史的な素地を持つ。もともと地域でのアウトリーチ活動は保健所業務の一環として担われ、訪問による地域生活支援等は行われていたが、H15年の保健所・福祉事務所機能の統合やH18年の障害者自立支援法の施行等による業務の多様化や増加を受けて、質・量ともに大きく変化し、更に新たな支援対象（発達障害、高次脳機能障害、思春期、ひきこもり等）に対する専門技術の確保の困難など、人的・質的な保健所機能の低下が否定できない状況の中、H18年の精神保健福祉センター組織改編、及びH20年の地域リハビリテーションセンター開設により「単一機関での対応が困難」として依頼される「複雑・多問題・支援困難対象者」へのアウトリーチ活動及び地域関係機関へのコンサルテーションを主な業務とした地域精神保健チームを編成し、区役所保健福祉センター（保健所機能）のアウトリーチ活動をバックアップする体制を整えた。

ここでは市内の南中部、北部にそれぞれ1チームが配置されたH20年～H23年の4年間の実践を踏まえ、チームの概要、支援の現状、地域精神保健チームの特徴等を報告すると共に、今後の望ましい地域リハビリテーションと地域精神保健体制についての考察を試みる。

2 地域精神保健チームの概要

（1）体制

医師、保健師、看護師、作業療法士、心理職、社会福祉職の多職種で構成される専門チーム（当初は5名1チームでスタートし、現在は医師を除く3名・4名の2チームが活動）を編成。医師は必要に応じ随時チームに入る。また当センターは診療所機能を有する。

（2）支援対象

①疾患、障害の種別なく、精神保健福祉の一次相談機関（区役所保健福祉センター、相談支援事務所等地域関係機関）が支援介入を行う上で困難と感じる複雑多問題事例 ②治療支援関係未成立、未治療精神障害者及び治療中断者 ③医療観察法対象者及び処遇終了者

（3）機能

①一次相談機関のアウトリーチ機能を補完するための、個別事例への同行訪問によるアセスメント、支援方針検討等の直接支援介入機能
②一次相談機関への心理・社会的な技術援助・技術指導等の間接支援介入機能
③一次相談機関への支持的・教育的・管理的なスーパーバイズ及び人材育成機能
④自立支援協議会・要保護児童対策会議等、関係機関連携のためのコーディネート及び地域連携ネットワーク強化機能

（4）支援実績・支援内容・支援事例

①支援者数：H20年158人（医療観察法対象者10人）、H21年172人（同14人）、H22年176人（同15人）、H23年208人（同15人）4年間のケースロードは1スタッフ平均25人で、上限に近い状況となっている。

②支援内容・割合：23年度集計分（H22年度センター長会発表演題の支援内容項目による分類）

- 1) 受療支援（未治療・医療中断・近隣苦情等への対応） 28%（H22年度26%）
- 2) 既存の精神保健システムにあてはまりにくい場合への支援
（高次脳機能障害・発達障害・依存症） 15%（同19%）
- 3) 医療・福祉の継続支援やコーディネート（医療観察法対象者や処遇終了者への支援を含む）
31%（同32%）
- 4) 家庭全体への支援
（虐待・家庭内複数障害者・要介護高齢者等）
26%（同23%）

H22年度の割合とほぼ同様だが1) 受療支援
4) 家庭全体への支援が微増となっている。

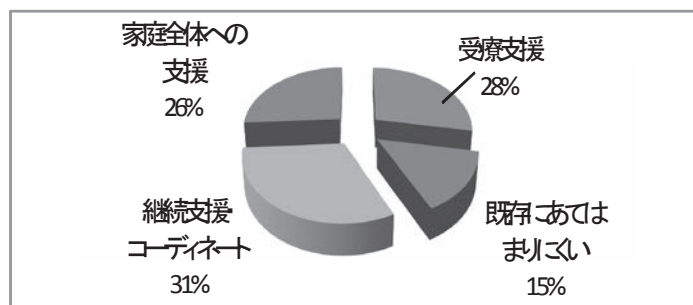


図1 支援内容別（割合）

③支援事例

- 1) 措置入院を繰り返す医療中断者への関係構築、重複障害（知的障害）も伴う重度精神障害者リハビリテーションへの取り組み事例

妄想対象者への他害行為により24条通報、措置入院、措置解除と同時に退院、怠薬、生活破綻、医療中断等から再他害・通報・措置入院を過去4年間で3回繰り返し、地域生活が殆どできなかった。支援スタッフと一緒に入院中からの支援介入及び継続訪問、外出支援等による関係性の構築。社会資源・福祉サービスの組織化（ショートステイ、地域生活支援センター、相談支援事業所）、家族との調整・支援等の継続性を図り、1年以上の時間をかけて新たな居住地への退院支援を実施し、地域定着支援を継続中（退院直前より現在までほぼ週3回以上の直接支援が必要）。

- 2) 医療・保健福祉・児童福祉・教育連携による、こどもと家庭の精神保健への危機介入取り組み事例

未治療のまま10数年経過した父子家庭。父（統合失調症）の病状に影響された養育環境の悪化、身体的虐待やネグレクト疑い等により子の統合失調症前駆期状態が出現。児童福祉機関（児童相談所、区役所こども支援室）教育機関（県立高校）、医療機関（民間精神科病院）、保健福祉機関（区役所保健福祉センター）及び当センターによる多機関・多職種連携ネットワークを形成し、支援方針・支援計画を作成。支援スタッフとの同行訪問の継続、支援スタッフへのスーパーバイズと同時に、複数機関による関係機関協議や支援状況管理の必要から事例管理的なスーパーバイズを実施。子は児童福祉法による措置対応により入院治療につながり、在籍校との連携で病院からの通学も確保することができた。父は約半年間の支援介入で医療への導入及び治療継続、訪問看護の導入（民間訪問看護ステーション）に結び付いた。

- 3 地域精神保健チームの特徴と地域リハビリテーション並びに地域精神保健システムの構築
～考察にかえて～

チームの特徴として①複雑多様化、家庭・学校等での精神保健ニーズへの組織的、予防的対応②精神科救急医療対応システムとの連動による緊急性のある事例への早期支援介入に対応③自立支援協議会、児童福祉機関、高齢者福祉機関等の会議や事例検討会等への参加による障害枠を超えた相談支援体制及び相談機関ネットワークを形成④医療観察法対象者（処遇終了者も含む）への体系化された支援の実施によるスキルの蓄積⑤状況に応じ、公的機関中心の支援体制から公民協働支援体制を形成⑥一次（区役所保健福祉センター）、二次（地域リハビリテーションセンター）、三次（精神保健福祉センター）の三層（多層）構造による相談支援体制（支援期間、採算性にはとらわれない）などが挙げられる。

現在、上記の特徴を持って機能的な多機関組織連携が進み、地域リハビリテーションや地域精神保健システムが動き始めているところである。今後システムが構築されることで災害時や自殺予防、更にはG I Dなどのマイノリティ層等へのメンタルヘルス対策にも貢献できるものと考えられる。

触法行為による処遇歴のある広汎性発達障害者へのアウトリーチ支援
—多機関連携と危機介入：その効果と問題点—

東京都立多摩総合精神保健福祉センター¹⁾生活訓練科²⁾広報援助課³⁾地域支援科⁴⁾所長
○熊代奈津子¹⁾ 荏部春夫²⁾ 内山美根子²⁾ 大城望²⁾
星名仁¹⁾ 源田圭子²⁾ 青木信子³⁾ 野津真⁴⁾

1 はじめに

広汎性発達障害をもつ青少年は、その特性からくる社会性の障害の修正は困難である。一般的には医療観察法の対象とならないため、重大な行為を起こした場合は、社会復帰への過程にはさまざまなリスクがあり、支援には専門性が高く要求される。当センターにおいて、施設処遇後の二十代男性事例に対して、地域生活定着を目的としたアウトリーチ支援を行った。連携、障害特性ゆえの支援困難などの課題や効果について言及したい。なお、この報告にあたり本人から同意を得るとともに、センター倫理委員会で承認を受けた。また個人情報の匿名化に最大限の配慮を行った。

2 症例 20 歳代 男性

診断： # 1 特定不能の広汎性発達障害 # 2 双極 I 型障害（躁病エピソード） # 3 強迫性障害

3 生育歴、生活歴、現病歴

幼児期での発達の異常は特に指摘がなかった。父母が学童期に離婚別居し、同居者は祖父母、父、同胞。小学4年生ごろより、クラス内で孤立しいじめを受け続けた。X-10 年中学1年12歳時より触法行為を繰り返し A 児童相談所が関与。その後不登校のまま中学卒業、高校へ進学。再び不登校出現（16歳）、引きこもりと再々度の触法行為があり逮捕、鑑別所にて心理検査等施行し、こだわりと心理的な未熟さを指摘される。保護観察中に再犯、X-6 年から B 施設に1年間入所。

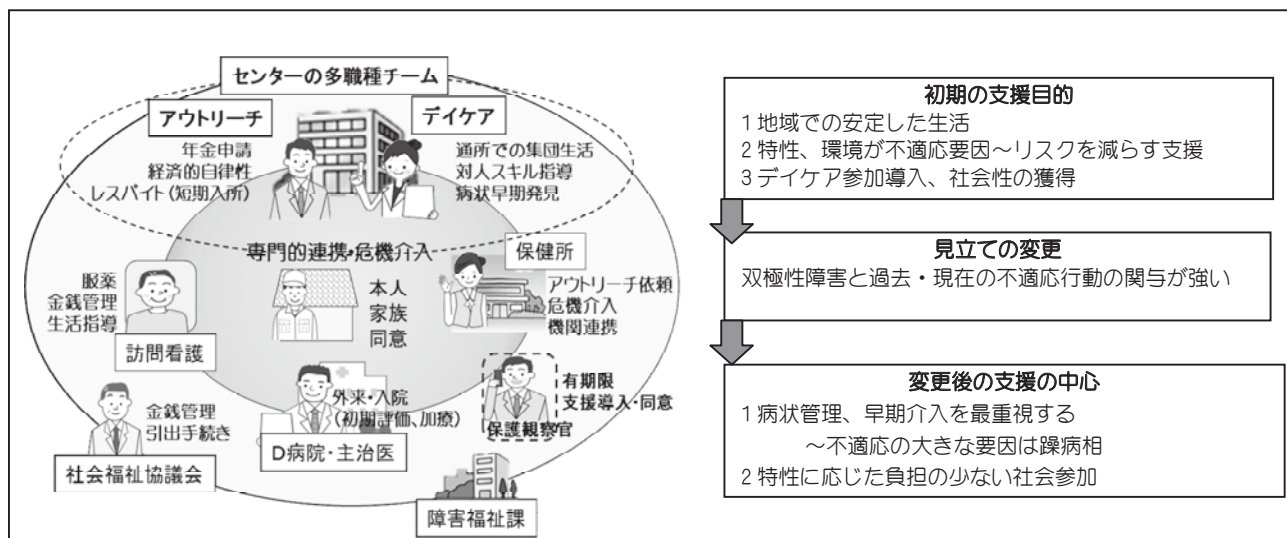
退所後、高校復帰するも不登校となる。そのころ、民間診療所を受診、「社交不安障害疑い」と診断されるが短期で中断。X-4 年、転校した高校を卒業後も就労せず、祖父母への金銭要求と暴力、複数の女性へのトラブルが頻回となる。X-3 年1月、イベントで出会った女性とのトラブル後、周囲の敵意が増幅。家族への金銭要求が激化し、暴力的空想をもち大型ナイフを複数購入。同年5月、家族へ激しい暴行あり通報され、駆け付けた警官への傷害行為あり。C 施設に入所するが、暴言暴力、拒食等で処遇困難として B 施設に処遇。その後、X-2 から X 年まで医療、指導を受ける。対人的未熟さ、社会規範の理解に偏りがあり、「特定不能の広汎性発達障害」の診断のもと、退所後の支援が求められていた。

4 支援経過

- 1) **アウトリーチ開始**：X 年、B 施設退所前より保健所、多摩総が援助開始。施設精神科の紹介にて精神科 D 病院へ医療保護入院。入院中の行動はおとなしく、問題行動は見られなかった。心理検査では WAIS-III：VIQ76、PIQ60、FIQ65 であり軽度の知的障害を伴っていた。病棟では行動制限を緩めつつ、特性（対人面、身辺自立能力）と病状を評価し、地域との関係者会議で退院後の方針を話し合っていた。一方、家族の理解は希薄であり、経済的困難があったため、支援への説明を保健所、保護監察官と共同で行う。アウトリーチチームは家族への暴力行為の再発予防を考え、多摩総の短期宿泊（ショートステイ）をレスパイトに使う提案をし、本人も試泊を体験。さらに金銭面の衝突回避と自律性の獲得を考えて、年金の申請をする方針を立てた。保護観察期間も終了し、退院後のデイケア利用の方針が決定され、X+1 年3月 D 病院退院。
- 2) **中間経過**：X+1 年5月デイケア開始当初、対人緊張が強く集団になじめなかったが、3 か月ほどで利用者と交流できるようになる。宿泊も数日利用。4 か月目、次第に深夜帰宅、浪費などの問題が浮上。

出費が増え、訪問看護やアウトリーチ職員への説明が一致しないことが増えた。年金支給が決まり、管理について社会福祉協議会支援の利用を検討。親戚のキーパーソンに働きかけ、理解、協力への同意をとっていった。一方、浪費や服薬の不規則の問題が次第に悪化を辿っていった。

3) 危機介入と支援終了：本人の生活態度に関しチームの「本来の性格、特性」との見立てがあったが、デイケア担当医からは睡眠欲の否定、食欲亢進、多弁、話題転導性、活動亢進が見られていたため、双極性障害による躁状態を疑われた。行動のまとまりがなくなり、父との衝突や易怒性顕著となったため、主治医へ病状の連絡をし、センターと保健所の受診同行あり、X+2年12月医療保護入院となる。炭酸リチウム投与追加開始し、X+3年1月退院。直後は焦燥、多弁が続いたが、1か月後病識も得られた。生活の建て直しのため、チームから「①再発予防のための治療継続、②デイケア利用のルール遵守 ③お金の使い方」の支援目標を提案し、年金管理について社会福祉協議会の契約支援と、家族の了解を取っていった。方針について保健所、障害福祉課、訪問看護と主治医が共有し、X+3年3月アウトリーチ支援は終了となった。



4 考察：効果と問題点

触法の発達障害者の支援は様々な手法で取り組みが始まっており、更生プログラムを含む包括的支援プログラム、福祉施設の提案が専門的な調査研究等でなされている。当センターではデイケアに発達障害者の利用が多く、臨床経験の蓄積があったが、触法の発達障害者の支援に対しての専門知識や危機回避の予測にまだ努力の余地があるだろう。

また本ケースの触法行為が、施設から「生育環境」「特性による不適応行動」として紹介され、発達障害に併存率の高い双極性障害が存在した事は思いもよらないリスクであった。当初は障害特性と、躁病エピソード症状の境界は不明瞭で、デイケアとアウトリーチ双方の機能、保健所、訪問看護との密な連携なしでは判断、介入が遅れた可能性も考えられ、この点は成果と思われる。しかし、当人の対人スキル獲得や社会参加の継続安定、再発予防の病状管理には、なお支援が必要と予想され、中・長期の専門的支援の継続が今後の課題として残っている。

5 参考文献

- 1) 大塚俊弘(2011):触法行為等を起こした高機能広汎性発達障害児者の地域移行に向けた支援のあり方について. 児童青年精神医学とその近接領域,52,:526-531
- 2) 十一元三(2008):アスペルガー障害の司法事例に見られる社会的行動の混乱. 精神医学,50,:681-688
- 3) 熊代奈津子(2012):地域定着支援期間で明らかになった躁病エピソードから触法行為歴への双極性障害の関与が疑われる広汎性発達障害 20 歳代男性の一例. 第 8 回日本司法精神医学会大会抄録:39

東京都立中部総合精神保健福祉センターにおける 危機対応型短期宿泊事業（クライシスユニット）の実際

東京都立中部総合精神保健福祉センター 地域支援科

○阿部敏幸 石黒雅浩 西いづみ 宮崎裕美子 久保直人 江口孝文
佐藤りか 水野佳子 鹿野 朗 渋谷真由美 益子 茂

1 はじめに

近年アウトリーチ支援を実践している機関が増えてきている。背景として、精神障害者の地域定着支援が進む中で、未治療や医療中断ケースなど本当に医療の必要な人たちが受診しない、いわゆる「サービスの必要性が高いほどサービスが届きにくい」（「こころの健康政策構想会議提言集」より）現状がある。東京都においても、平成23年4月より都の単独事業として、都内3ヶ所の精神保健福祉センターにおいて「アウトリーチ支援事業」を開始し、2年目を迎えた。当事業は医師、看護師、福祉、心理、保健師等の多職種チームが、地域生活継続に困難をきたしている精神障害者に対し、主に保健所の依頼を受けて支援を行うものである。東京都の特徴は、アウトリーチ支援を補完する「危機対応型短期宿泊施設（クライシスユニット）」を中部と多摩の2センターに20室ずつ備えている点である。ここではアウトリーチ支援対象者のうち、病状悪化や生活の危機的状況を回避し、24時間体制で短期集中的に医療や心理・社会的支援、生活面の評価などを必要とするものに対し、入所型の支援を行うことで強制入院に至る程の病状悪化を防ぎ、生活の立て直しを図ることを目的としており、本人の了解があれば必要に応じ医師による投薬等も行う。今回は事業開始から平成24年6月末までの中部総合精神保健福祉センターにおける実際の状況について、特にクライシスユニットに焦点をあてて報告する。

2 方法

平成23年4月から平成24年6月末までに「危機対応型短期宿泊施設（以下「クライシスユニット」とする）」を利用した延べ64名に対して、全事例の支援記録の内容を分析した。（重複回答、複数回の利用を含む。）なお、1回の利用期間は原則的に最大6週間としている。

3 対象者の内訳と特徴

- (1) 対象者：東京都23区民、島しょに住所地のあるもの
- (2) 男女比：男性33名（51.6%） 女性31名（48.4%）
- (3) 年齢： 10代 3名（4.7%） 20代 13名（20.3%） 30代 9名（14.1%）
40代 15名（23.4%） 50代 13名（20.3%） 60代 9名（14.1%）
70代 2名（3.1%）
- (4) 依頼先：グループホームや地域生活支援センターなどからもあるが、82.8%の53件が23区の保健所から依頼
- (5) 治療状況：治療中ではあるが服薬などが不安定 51名（78.5%） 医療中断 8名（12.3%） 未治療 5名（7.7%）
- (6) 疾患名：統合失調症53名（82.8%） その他10名（15.6%） 不明1名（1.6%）
- (7) 入所件数：当センターのアウトリーチ支援者72名中52件の利用（72.2%）のうち、下谷センター管轄の利用者は12名（下谷センターはクライシスユニットの機能がないため）、全体で64名の入所件数があった。

演題 E 5

(8) 利用日数：2日～89日（平均34.9日間の利用）

(9) 投薬など医師による医療的ケアを利用した実数：延べ413回、

服薬指導、服薬管理、受診同行、その他の医療的ケアの延べ実数：2714回

4 結果

クライシスユニットの利用理由で一番多いのは生活の立て直しであるが、病状悪化を伴う医療的ケアも求められる。その他家族関係の悪化、近隣苦情による危機回避もあった。また自宅がなく、居場所がないという理由の入所もあった。本来はアウトリーチ支援をして、事例検討を行ってから入所が理想的だが、自宅訪問をしたところ、入院をするほどではないものの、（精神的にも身体的にも）緊急性の高い状態の場合、早期の危機介入が必要との判断で、対象者のことを十分に把握できないままの即日入所という、クライシスユニットならではのケースもよくみられた。

転帰は、本人の病状が安定して、生活破綻の危機状態が改善して地域に戻ることができた例が56名（87.5%）、不変ならびに悪化が8名（12.5%）であった。

5 考察

クライシスユニットは、地域生活の危機的状況に対して、アウトリーチ支援をしてきたチームがタイムリーに介入し、生活破綻を防ぎやすい点で効果的である。

また本人の意思や生活を尊重し、短期間に集中して支援を行うことができる。さらに病状悪化の背景にはいろいろな要因が複雑にからみあっているため、多職種が関わることで多角的な介入ができる。

クライシスユニットは医療施設のように管理的な空間ではなく、また入院ではないので、限りなく自由度の高い、地域生活に近い環境でアプローチができる。その為、地域生活を再開しやすいと考える。

一方で、利用者を夜間帯を含めた24時間体制で見守り、支援することで、日中のみのアウトリーチ支援では見えなかった利用者の精神症状や生活の実状がはじめてわかることもある。特に未治療や医療中断で服薬をしていない状態で入所した利用者では病状が不安定で、時に夜間帯でのトラブルやハイリスクな状況になることが稀にはあるが、みられた。

クライシスユニットの最大の利点は、24時間多角的に利用者の状態をきめ細かく把握し、支援できる点ではないだろうか。特に当センターでは、同じアウトリーチ担当職員がクライシスユニットでも支援を行うため、利用者に安心感を与え、再び地域へ戻ったときも支援の一貫性・連続性が確保できるという強みがある。地域関係者とも連携をとりやすく、入所中に行った評価や支援内容に基づき、地域関係者とケア会議を行い退所後の支援体制の整備ができる。クライシスユニットに入所中の支援や評価は、精神・身体・生活面等多岐にわたるため、多職種による総合的視点が、病状悪化の予防、改善に有効である。

6 おわりに

全国的にアウトリーチ事業の展開は益々活発になっていくと思われる。その中で、強制入院の予防的観点からも当センターのようなクライシスユニットの需要はさらに増加していくと思われる。

7 参考文献、引用文献

江口孝文他：精神障害者の地域生活を支える新たな支援サービス～危機対応型短期入所事業（クライシスユニット）の実践、第31回日本社会精神医学会、P102、2012年3月15日

地域で当事者と家族を支えるネットワークづくりについて
ー地域で孤立していた困難事例を通してー

岡山県精神保健福祉センター

○二井内裕子 野口正行 近藤卓

1. はじめに

岡山県精神保健福祉センターでは、平成17年より ACT (Assertive Community Treatment) チーム(「ACTーおかやま」)を設置している。ACT は、重度の精神障害者の地域生活を支援するための一つ方法であり、24 時間体制であること、医療・保健・福祉・就労支援を含めた包括的なサービスを提供すること、多職種スタッフによるチームアプローチであること、訪問(アウトリーチ)という形態によるサービス提供であることが大きな特徴である。

「ACTーおかやま」では、病識がなく治療への拒絶等がある複雑、困難事例を対象に、主に長期入院の回避及び孤立を防ぐことを目的として事業を実施している。アウトリーチサービスを中心に活動を行う一方で、県全域(岡山市を除く)が対象圏域であり、キャッチメントエリアを決めて集中的な支援を行うことが困難な場合もあることが1つの課題である。そのため「ACTーおかやま」では、チーム内での連携・支援に留まらず地域の多機関でネットワークを構築し、ネットワーク型のアウトリーチチームとしてケースを支援することを目指している。

本報告では、未治療のまま地域で孤立していたケースを通じ、地域・病院・ACTーおかやま(精神保健福祉センター)で支援ネットワークを構築し、当事者やその家族への地域生活支援の継続、地域住民の安心へとつながった事例について紹介する。なお、記載の詳細は、個人が特定されないように、支障のない範囲で改変した。

2. 事例紹介

A さん 50 歳代 女性 統合失調症 父、娘の3人暮らし

夫も無職で貯金を切り崩しながらの生活。A さんも夫も A さん本人への支援介入へ拒否的。

(1) 事例の経過

X-28 年ごろより近隣への被害妄想による大声などの迷惑行為が出始める。近隣が裁判を起し、賠償命令が下ったこともあった。裁判後迷惑行為はストップするが、数年後に再開。警察官通報が何度か上がるが、いずれも措置不要。X 年4月近隣とのトラブルにより措置入院となるが、1ヶ月して落ち着いていたため措置解除、その後夫が家に連れ帰り退院となる。その後は一度も通院せず。

(2) 現在までの関わり

X 年8月保健所より当センターへ訪問依頼。保健師と当センターによるアセスメントの結果、本人に病識がなく、医療にも相談機関にも全くつながらなかったため、アウトリーチ支援を開始することとなった。その後 ACTーおかやまチームより医師、PSW2 名、地域の保健師で週1～2回のペースで訪問を継続するが、本人、家族共に拒否が強くほとんど会えなかった。

X+1 年には、市保健師、県保健師、警察等関係機関とも協議を頻回に重ね、訪問継続したが状況は変わらず。住民もエスカレートする A さんの迷惑行為に疲弊しきっており、住民の不安や不満の訴えに対して地域住民説明会を開催、また保健師が中心となり住民への訪問と毎日の電話対応等を継続した。

X+2 年3月末、保健師と警察が訪問時に A さんが保健師に暴力行為があり、B 病院に措置入院、投薬治療開始となる。入院後も週1回の訪問継続。当初は医療にも ACT の訪問にも拒否的であったが、徐々に軟化。また入院を機に夫とも話ができる機会が増え、A さんやその家族への支援について仕切りなおしがなされた。病院も含めた関係機関での協議も月1～3回ほどの頻度で随時行った。また本人や家族を含めたケア会議も2～3ヶ月に1回程度開催。さらに、A さん宅の経済的な支援として病院が中

心となり障害年金を申請、受給が可能となった。

X+2年9月頃よりAさんの強い希望もあり、外出や外泊を月1回程度で実施。その都度病院、保健所、警察、ACT-おかやまで連携し、外出同行、外泊時の訪問等による見守り支援を行った。また外出等本人が地域に戻ることに住民の不安が増したことから、保健師が中心となり、住民へのフォローを行った。

X+2年12月、Aさんの退院の話が出る。住民の強い不安もあったため、退院前には住民説明会を開催、支援スタッフが本人も住民もしっかりサポートすることを約束した。また退院に際して、病院が中心になり、定期的な通院や服薬、近隣への攻撃は避けること、保健師の訪問を受け入れること等をAさん夫婦と約束。Aさん夫婦としては地域生活への介入はやや拒否的であったが、約束には同意してくれた。通院に関しては、夫の希望で家族の負担軽減のため2回に1回の通院をACT-おかやまで同行することとなった。

X+3年8月現在Aさんは月1回の通院を継続している。通院同行時には慣れたスタッフとの外出が良い気分転換になっている様子も伺える。また住民への迷惑行為もなくなり、住民も安心して生活を送ることができている。Aさん自身の近隣への被害妄想は消えず、Aさんから警察へ被害を訴える電話は頻回にあるが、警察でうまくAさんの話を傾聴し対応してくれることで、今のところ落ち着いている。現在ではAさん一家の支援の中心を保健師と警察が担っており、その都度お互いに密に連携、ACT-おかやまを含めた関係機関への連絡、協議の呼びかけも随時行っている。

3. 考察（まとめ）

本事例は未治療のまま地域で孤立していたケースに対して、地域、病院、当センターACT チームが、地域から入院、退院後の支援を役割分担し密に連携しながら進めていった。その結果本人の継続的な通院治療と地域住民の安心につながったと考えられる。また複数のスタッフに関わることにについて、本人や家族、住民に対してそれぞれの役割を分かりやすく伝え、その都度確認していく作業を積み重ねていった。そのことは本人や家族がそれぞれの機関スタッフの介入に対する拒否感の緩和、受け入れへとつながったと考えられる。住民にとっても、何かあったときはすぐに対応してくれるという安心感も持ってもらえることができた。さらに、本人や家族及び住民支援を担う機関やスタッフを分担することで、特に本人にとっては「味方」がいることの安心感を持ってもらえることができた。

公的機関によるネットワーク型のアウトリーチ支援の大きな意義として2つ挙げられる。1つは直接支援に関わる支援機関・スタッフの調整の役割を担うことである。1つのケースに病院や保健所を初めとした地域の支援機関に関わることは、当事者や住民の安心した地域生活の維持のためには欠かせない。その一方で、それぞれの立場から意見の食い違いやズレが生じることも少なくない。医療と保健福祉を併せ持った公的機関として、そうした病院と地域との関係をうまく調整し、お互いの連携をスムーズに行うためのサポートをする役割を当センターでは担っていく必要がある。また2つめの意義として、直接支援での連携を介して地域力の育成・向上を目指すことである。地域の支援機関との1つのケースを通じたネットワークは、今後別のケースにも生きてくる。さらに、ケースを積み重ねていく中で、ネットワークも広がると共に地域の支援機関・スタッフの自信にもつながってくる。

地域での複雑困難事例の支援にあたる際、なかなか介入の見通しもたらず支援機関が疲弊してしまいがちである。また多機関で支援するにあたって、それぞれの機関でお互いがどんな支援をしているかが見えにくい場合、そのことがかえって機関、スタッフ同士での壁や亀裂を生んでしまうこともある。かと言って、1つの機関で支援を担うことも結果的に支援スタッフの疲弊により支援が途切れたり、バーンアウトも招きやすい。精神保健福祉センターにおけるネットワーク型のアウトリーチによる支援は、地域の支援機関の支援者がそれぞれの持ち味を生かしながら継続的に関わることをバックアップすることで、当事者への直接支援を効果的に行うとともに、支援者の疲弊を防ぎ、ひいては地域の支援力育成にも役立つことが期待される。

鳥取県職員におけるメンタルヘルス対策及び睡眠調査
～知事部局全職員を対象とした「睡眠と疲労に関する調査」から～

鳥取県立精神保健福祉センター
鳥取県行財政改革局福利厚生課
東京医科大学睡眠学講座

○ 原田 豊
渡部一恵
井上雄一、駒田陽子

鳥取県職員のメンタルヘルス相談

鳥取県では、以前より、定期的なメンタルヘルス相談を実施していたが、平成12年度より、県職員（知事部局）全員を対象に、ストレス度自己診断チェック表を活用したストレスチェックを開始（15年からは、庁内LANにて実施）。このチェック表の結果、にて、

- ・自己診断チェック表によるハイリスク者（高得点者）
- ・ストレスチェック時に、面接希望者

などを対象に、積極的にメンタルヘルス相談を実施している。

面接相談は、県福利厚生課（当初は、福利厚生室）保健師が、本人と面接を行い、適時、精神科医（精神保健福祉センター長）が面接を実施する。

また、

- ・身体疾患を除いた休暇が1か月を超える者

についても、全例に対して、メンタルヘルス相談（保健師、及び精神科医）を実施。休職に至る前に、早期から介入を行うこととしている。

本人の了解を得て、職場の上司、通院中の医療機関とも必要に応じ連携を取ることをとした。なお、本人の了解を得て、人事サイドとも、情報交換を行うこともある。

メンタルヘルス相談を実施するまでは

上司を話ししても、



・とにかく、うちの部署は困っている。さっさと、配置転換をするか、辞めさせて欲しい。
・精神科の医者が、十分に働けないのに、簡単に「就労可能」という診断書を書くので、困っている。
（そういってから、仕事ができないことをあまり表面化させずに、配置転換を画策している）

医療機関も、



…と言う返事が返ってくるだけで、十分に職場の協力を得ることもむずかしかった。

・本人のプライバシーの問題もあるので、本人の病状については、話しはできません。

…となかなか、連携をとることもむずかしかった。

早期に、「医療的側面」「環境的側面（本人の能力上の課題も含む）」の両面から見立て、対応をして行くことが重要。



並行して、復職のシステムも再検討

休職期間中も、定期的に福利保健課保健師が面接（時々、精神科医も）、状況に応じて、職場や主治医とも連携を取る。

復職が可能な状況になれば…

1	職場リハビリの申請	「職場リハビリ実施願」「診断書」を所属長に提出
2	職場リハビリの実施計画	「リハビリ検討会」の開催（本人、所属長、福利厚生課、主治医等）、「実施計画書」の作成
3	職場リハビリの開始	原則、4週間、所属する職場にて実施
4	職場リハビリの終了	職場リハビリ訓練実施記録」を福利厚生室に提出
5	職員健康管理審査会にて「復職審査の実施」	精神疾患審査会（年4回）—精神科医4名、産業医1名、職員課長、福利厚生課長
6	「復職」決定	健康管理区分の変更申請

復職後も、状況に応じて、福利保健課保健師が面接（時々、精神科医も）。復職6か月後に、復職後の状況を、「健康管理審査会」に報告、検討もする。

本人の能力・資質上、業務が十分にこなせない場合は、メンタルヘルス相談として対応するのではなく、教育改善プログラムとして、人事評価担当が対応する。（メンタルヘルスの問題と能力不足の問題を明確に分けて、対応することが重要）

本人や職場への支援が行われていくことが、経験的に広がっていくと、

- ・本人や上司も早期に相談され、
 - ・医療機関も協力的、
- になってきた。

休職期間も短縮されてきた。



支援体制が、整ってくると。

- ・本人への支援が行われること
- ・本人にどのような援助が職場として必要かが理解できるようになること
- ・適時、本人と面接を福利厚生課が実施すること
- ・必要に応じて、人事サイドも状況を把握し、対処も検討されること
- ・職場の上司や医療機関とも連携を、適時とって行くこと
- ・…などから、

このような言動（苦情？）は、ほとんど無くなってきた。



- ・本人が、比較的抵抗なく、相談を申し込むようになってきた。
- ・上司も、早期に、福利厚生課への相談を勧めてくれたり、
- ・上司自身も、部下などの問題に、相談に来てくれるようになった。

- ・早期の介入により、早期に、職場や本人の課題を、把握し、状況に応じて、職場環境の調整や本人の治療導入を行うなどにより、
- ・休職に至らないように対応、あるいは、休職に至っても早期に復職が可能になってきた。

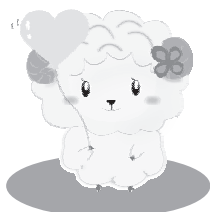
仕事ができないと言っても、

- ・メンタル上の問題でできないのか、
- ・能力上の問題でできないのか、

を区別して対応することが重要。

能力上の問題は、人事サイドでキチッと対応してもらうことが重要。

近年の傾向としては、発達障害の要素を持った人の不適応反応も少なくない。明確な診断はついていなくても、それを念頭に、上司などへの介入（本人への関わり方など）が効果的になる。



【参考】

- 1) 地方公務員安全と健康F o r u m. 特集「ストレスチェックを有効活用するために」. 地方公務員安全衛生推進協会発行. 83:p19-23.2012.
- 2) 地方公務員月報. 「鳥取県職員のメンタルヘルス対策～早期発見・早期対応により重症化・長期化の予防を目指す～」. 566:グラビア.2010(9).

このような状況の中、今年度は、うつ病や睡眠障害に対する理解を深めるとともに、睡眠や疲労度の状況を把握し、関連を知ることがを目的に、「睡眠と疲労に関する調査」を知事部局全員を対象に実施した。

今年度は、ストレスチェック表に加えて、「睡眠と疲労に関する調査」を実施

鳥取県職員（知事部局）全員を対象に、
・今回の調査の目的、統計のために外部（東京医科大学）の協力を得ること、
・個人情報、守られることなどを説明の上、
「睡眠と疲労に関する調査」を実施した。

調査対象：鳥取県知事部局職員 3,722 名
回収数 2,645名（2,511名：庁内LAN、134名：紙ベース）
回収率 71 %

実施期間：平成24年6月1日～15日

実施方法：庁内LANにて実施。各自、パソコンからデータベースに打ち込む方法をとった（20分程度で完了）。

調査項目：

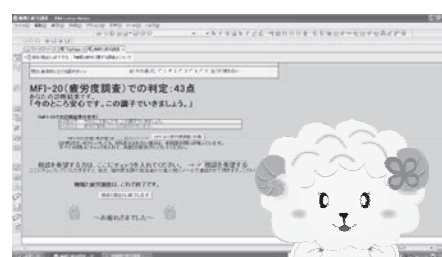
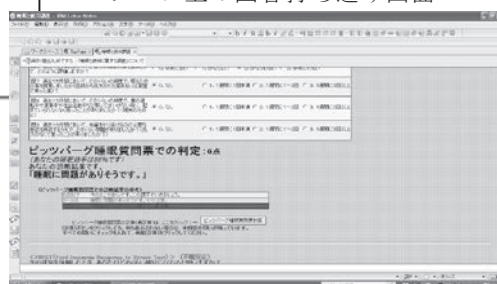
- ① ビッツバーク睡眠質問票
- ② FIRST(睡眠反応)
- ③ CES-D-12(抑うつ尺度)
- ④ MFI-20(疲労度調査)

※各調査ごとに、チェック後、パソコン上に点数が明示され、診断結果が判定されるので、チェックした本人自身もその時点で結果が分かるようになっている。
※調査の最終項目に、「相談の希望の有無」のチェック項目も設けている。

（相談希望者は、21 名で、回答直後から適時、相談を開始している）

結果の解析について：調査項目に加え、一般的な生活習慣、時間外勤務時間などとの関連を含めた解析を、東京医科大学睡眠学講座に依頼した。

パソコン上の回答打ち込み画面



解析中

H24.8.17 現在)



ハイレスク者（高得点者）、面談希望者には、回答後より、適時、保健師及び精神科医による面接を実施。

平成24年10月26日に、県管理職員を対象に、東京医科大学睡眠学講座井上雄一教授より、調査の報告会を兼ねたメンタルヘルス研修会を開催予定。

浜松市在住外国人メンタルヘルス相談の実施について

浜松市精神保健福祉センター

○益井多美子 二宮貴至

高林智子

1 はじめに

浜松市は、自動車工業を産業基盤とした外国人集住都市であり、外国人の約半数をブラジル人が占めている。平成20年度後半から深刻化した経済状況の悪化に伴う外国人へのメンタルヘルスの実情や傾向を把握するため、浜松市精神保健福祉センターでは、平成21年度に浜松市在住のブラジル人を対象にした大規模な実態調査を行った。結果は以下のとおりである。

(1) 質問紙調査

- ① 対 象：浜松市在住16歳以上のブラジル人のうち、無作為抽出された5,000人
- ② 調査内容：個人属性・健康に関すること・自殺に関する意識・自由記載
- ③ 結 果
 - ア 回 答 率：17.6%（うち日本語版での回答率9.7%）
 - イ 抑うつ状態：抑うつ状態が疑われる（CES-D16点以上）30%
 - ウ 相 談 相 手：誰もいない5.7%、親族76.8%、知人46.6%、外部機関18.5%
 - エ 自殺念慮の有無：あり8.6%、なし91.4%

(2) 個別面接調査結果（ブラジル人のメンタルヘルス専門家による60～120分の面接調査）

- ① 対 象：質問紙調査で個別面接調査に同意した者
- ② 調査内容：全生活史を中心に、来日の経緯、家族構成、経済危機前後の仕事と家族生活に関する変化、子どものこと、人間関係・団体・行事への参加、アイデンティティ、日本語学習、多文化ストレス等

この結果を得て、平成22年7月1日より全国の自治体で初めて、浜松市多文化共生センター内に、ブラジルの母国語でメンタルヘルス相談ができる常設の「外国人メンタルヘルス相談窓口」を開設した。今回は、その実施状況及び課題について報告する。

2 事業報告

(1) 浜松市在住外国人メンタルヘルス相談

- ① 開始時期：平成22年7月
- ② 場 所：浜松市多文化共生センター
（公益財団法人国際交流協会（HICE）内）
- ③ 相 談 員：1名（平成23年4月より相談員2名）



(2) 精神科医療通訳派遣

- ① 目 的：精神科医療機関における円滑な診療と医師患者関係の促進
- ② 開始時期：平成23年7月
- ③ 内 容：
 - ・精神科外来通訳派遣事業

演題 E 8

- ア 対象：精神科受診や専門相談機関への紹介が必要な外国人
- イ 期間：原則として3ヶ月程度
(継続相談や治療が必要な場合は民間通訳者へ引き継ぐ)
- ウ 機関：浜松市内の精神科医療機関、専門相談機関
 - ・ 精神科病院通訳派遣事業
- ア 対象：浜松市内精神科病院に入院中の外国人
- イ 方法：病院内の公衆電話からHICE専用回線にて相談



3 事業実績

ブラジルの心理士資格を有した相談員による無料のメンタルヘルス相談は、平成22年度の相談件数が697件と想定をはるかに超えたため、平成23年4月から精神科医療機関で通訳経験のある心理相談員を1名増員。平成23年度の件数は、923件となっている。浜松市外や県外からの相談も見られ、外国語によるメンタルヘルス相談の必要性を実証するものとなった。

開設場所となった多文化共生センターは、雇用・労働相談や教育相談などワンストップ相談窓口となっており、その中にメンタルヘルス相談が追加されたことはメンタルヘルス不調者の早期発見という観点においても意義深いものとなっている。

平成23年7月からは、メンタルヘルス相談窓口に精神科医療機関で通訳経験のある心理相談員を増員し、言葉の問題で受診に困難を抱える相談者や医療機関を支援する体制を整えた。

4 考察

メンタルヘルス実態調査では、経済危機下での失業や収入減を背景に、複合的な要因による精神的なストレスを負っているブラジル人の実態が明らかになった。ブラジルへの帰国も現実的には困難である場合が多く、これまで以上に閉塞感や絶望感を感じている状況も認められた。抑うつ状態の評価及び自殺念慮については、平成20年度の日本人市民意識調査と同様の結果となった。ブラジル人の自殺率は日本に比べて低く、人口動態統計による平成22年の在日ブラジル人の自殺者数も9人である。しかし、今回の調査結果から、在日ブラジル人は日本人と同様、あるいはそれ以上に精神的に追い込まれながら、主には宗教的あるいは文化的自殺の抑止力のもとで日本での窮状を生き抜いていることがわかった。ポルトガル語によるメンタルヘルス相談窓口開設直後から相談件数は想定を超えて急激に増加し、相談の質を確保するために時間枠の設定等で対応する必要も生じた。このことこそ、その実態を如実に表しているものと考えたい。また、この調査結果で自殺の抑止力としてあげられた「生まれてきたからには、自分にも何か使命があるはずである」と考えるブラジル人の心理は、日本人のメンタルヘルス対策や自殺対策の方向性に一石を投じる新たな視点となるかもしれない。メンタルヘルス相談窓口における相談内容は、小児・児童は発達障害や教育上の問題、成人は家族関係の問題から性の問題までと多岐にわたっている。通訳を介さないブラジルで生まれ育った相談員によるカウンセリングにおいては、心理的にも文化的にも受容・共感が容易であり、さらには、精神病状態が疑われ、文化的背景を理解していなければ妄想か否かの判断が困難な場合においても、評価が適正にできるなど、多文化診療の視点で重要な役割を担うことが可能である。精神科医療通訳派遣は、メンタルヘルス相談と両輪をなす役割を担うものだが、メンタルヘルス実態調査における精神科医療機関の受診者は0.6%と少なく、今後もそのニーズは増していくものと思われる。2人の相談員は相談支援ばかりではなく、総合的ブラジル人メンタルヘルス対策という広い視点で普及啓発、人材育成支援も精力的に行っており、今後もさらなる活躍が期待される。浜松市在住のブラジル人は経済危機の影響により、平成19年時点で最多の1万9千人強から、平成24年7月1日時点で1万2千人へと激減している。コミュニティ構成人数の減少は人的ネットワークの断絶を加速しているとも考えられ、昨今の経済不況の再燃も考え合わせれば、今後とも外国人のメンタルヘルス支援を継続・強化していくことが求められている。

地域依存症対策推進モデル事業を実施して

山口県精神保健福祉センター
○岩本 浩子 河野 通英

1 はじめに

本県では、平成 21 年度から平成 23 年度まで、国の地域依存症対策推進モデル事業（以下モデル事業）の指定を受け、各種事業に取り組んできた。昨年度で事業は終了となったが、モデル事業を実施しての成果、今後の課題と展開について考察したい。

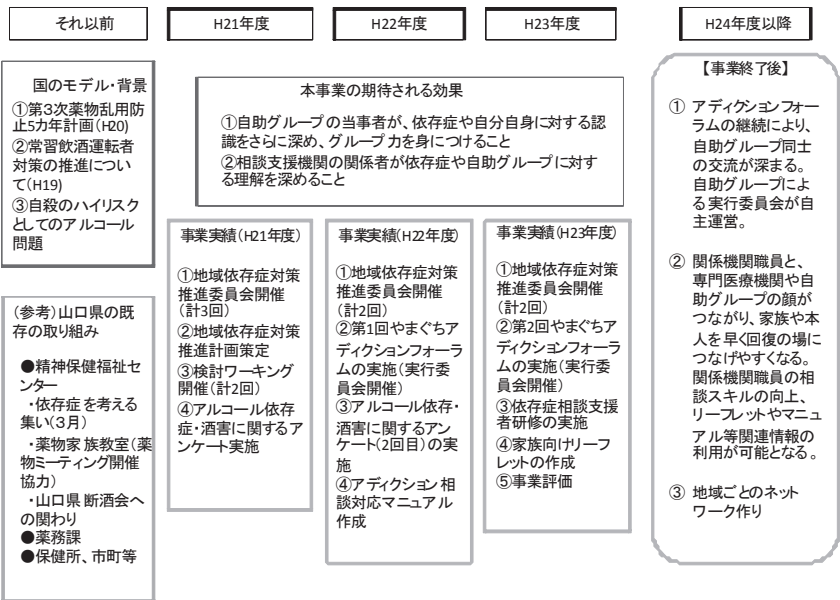
2 モデル事業の目的

山口県における薬物・アルコール等依存症対策の現状を踏まえ、地域の実情に即した事業の実施及び検証により、相談支援体制の充実や連携強化について検討し、依存症患者及びその家族に対する支援の充実を図ることを目的とした。特に、回復の場である自助グループの活性化を対策の中心とした。

また、本事業の期待される効果を（１）当事者が依存症や自分自身に対する認識をさらに深め、グループ力を身につけること、（２）

相談支援機関の関係者が依存症や自助グループに対する理解を深めることとした。

図1 地域依存症対策推進モデル事業イメージ図



3 主な事業内容と成果について

(ア) 地域依存症対策推進委員会の開催

専門医療機関、依存症対応施設、依存症本人及び家族（自助グループ）、学識経験者、行政等の関係者が集まり、依存症について協議する場を設けた。関係者が一堂に会する機会を初めて実現できた。ここで培われた関係が今後の依存症対策を考えていく上で基盤になると考えられる。

(イ) やまぐちアディクションフォーラムの開催

自助グループのメンバーが、アディクションという共通基盤のもとに、協力し合い、エンパワメントされることを目的として開催した。県内の自助グループメンバー、専門医療機関職員、行政機関職員で構成された実行委員会を毎月開催し、企画・運営にあたった。フォーラムの準備プロセス等を通じ、ア

アルコールや薬物、ギャンブルといった枠を超え、一緒にやっ払いこうという機運が高まった。そして、モデル事業終了後も自助グループによる実行委員会が主体となり、自主運営でフォーラムを継続していくことになった。

このような動きが生まれたことは、大きな成果である。これまでみられなかった自助グループ同士の交流や連帯感も生まれ、今後につながる動きが出てきている。

(ウ) 依存症相談支援者研修の実施

アディクションについて正しい知識を身につけてもらうために、保健所圏域ごと（県内8ヵ所）で研修会を開催した。このようなアディクションに特化した研修を地域で開催したことがなかったこともあり、幅広い相談機関からの参加がみられ、関心の高さがうかがえた。さらに、講師として地域の精神科医の協力が得られた。

講義や体験発表を通し、アディクションや自助グループについて、参加者が一定の理解を深めることができたことは成果である。

(エ) アディクション相談対応マニュアル・家族向けリーフレットの作成

図2 アルコール家族向けリーフレット（表面）



アディクションに関する相談があったときに相談支援者が対応できるよう、マニュアルを作成し、関係機関に配布した。

また、相談窓口の周知を図るために、アルコール、薬物、ギャンブル依存症の家族向けリーフレットを作成し、幅広い機関に配布した。

支援者がこれらのツールを使用することで、相談に來られた方が、アディクションに関する正しい知識や社会資源を知ることが期待できる。

4 今後の課題と展開について

モデル事業の実施により、自助グループ同士の交流が生まれるとともに、個々の自助グループの活性化にも一定の効果があつた。しかし、新しいメンバーの定着やグループの変化には時間がかかるため、自助グループに対する継続した支援が必要となる。

また、相談支援者に対してはマニュアルやリーフレットを活用し、引き続き研修等を実施することにより、関係機関職員と専門医療機関や自助グループと顔がつながり、回復の場に本人や家族がつながりやすくする必要がある。さらに、支援者の専門性を高めるための研修も行っていく必要がある。

最後に、山口県は人口が分散しているため、全県ではなく、地域ごとのネットワーク構築が重要となる。専門医療機関以外の地域の精神科医療機関や保健所等にアプローチをしながら、地域でどのようにネットワークを作っていくかが今後の課題である。

このように、モデル事業で生まれた動きや関係者同士のつながりを生かし、ニーズを把握しながら、継続性のある依存症対策を展開していくことが求められる。