

医療観察法対象者の地域移行における課題

～宿泊型自立訓練施設での経験から～

埼玉県立精神保健福祉センター

○保坂崇博 関口暁雄 鴻巣泰治 関口隆一

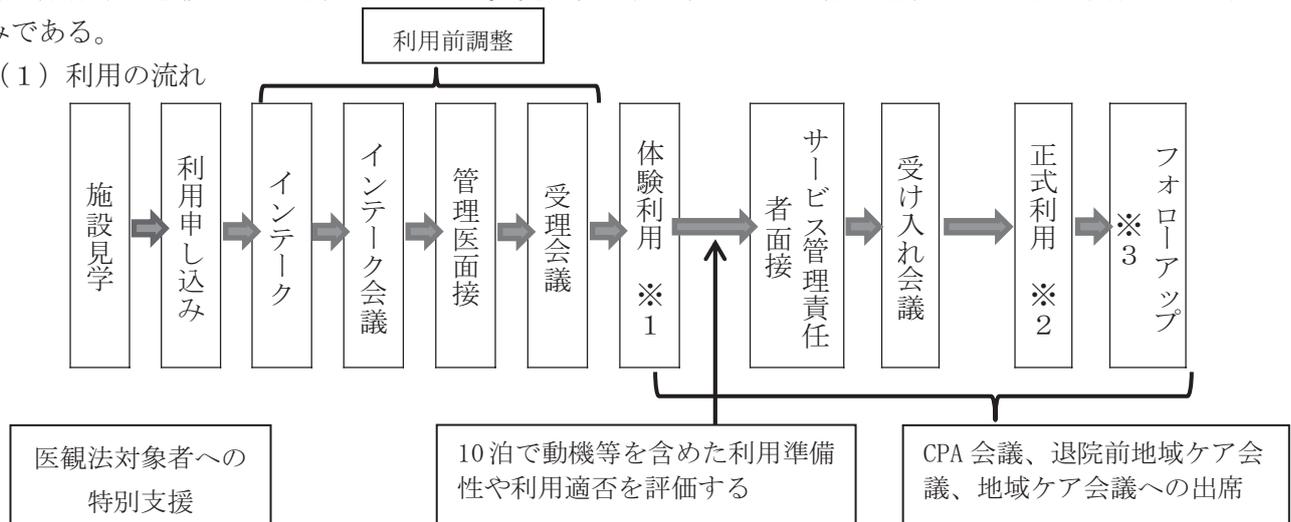
1 はじめに

宿泊型自立訓練施設けやき荘（以下、けやき荘と略）では、入院中の精神障害者を主たる対象として単身生活を目指した地域移行支援を行っている。平成19年度からは、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、医観法と略）対象者を受け入れ、平成26年7月末までに8か所の医観法指定入院医療機関から32名が見学に来訪し、全員から利用申込みがあった。今回は利用前調整中の3名を除く、29名の医観法対象者への支援を経験するなかで見えてきた地域移行における課題について報告する。

2 「けやき荘」について

平成2年、埼玉県立精神保健福祉センター社会復帰部に、精神保健福祉法に規定された生活訓練施設（援護寮）として設置された。平成23年10月からは障害者自立（現：総合）支援法が規定する自立訓練事業体系へと移行して運営されている。現在、公設公営にて同事業を運営している自治体は埼玉県のみである。

(1) 利用の流れ

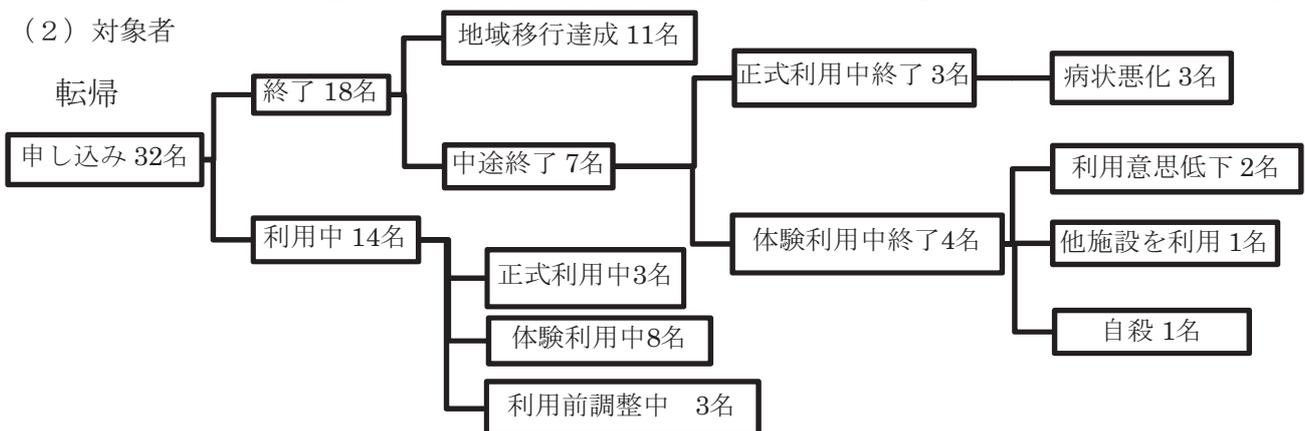


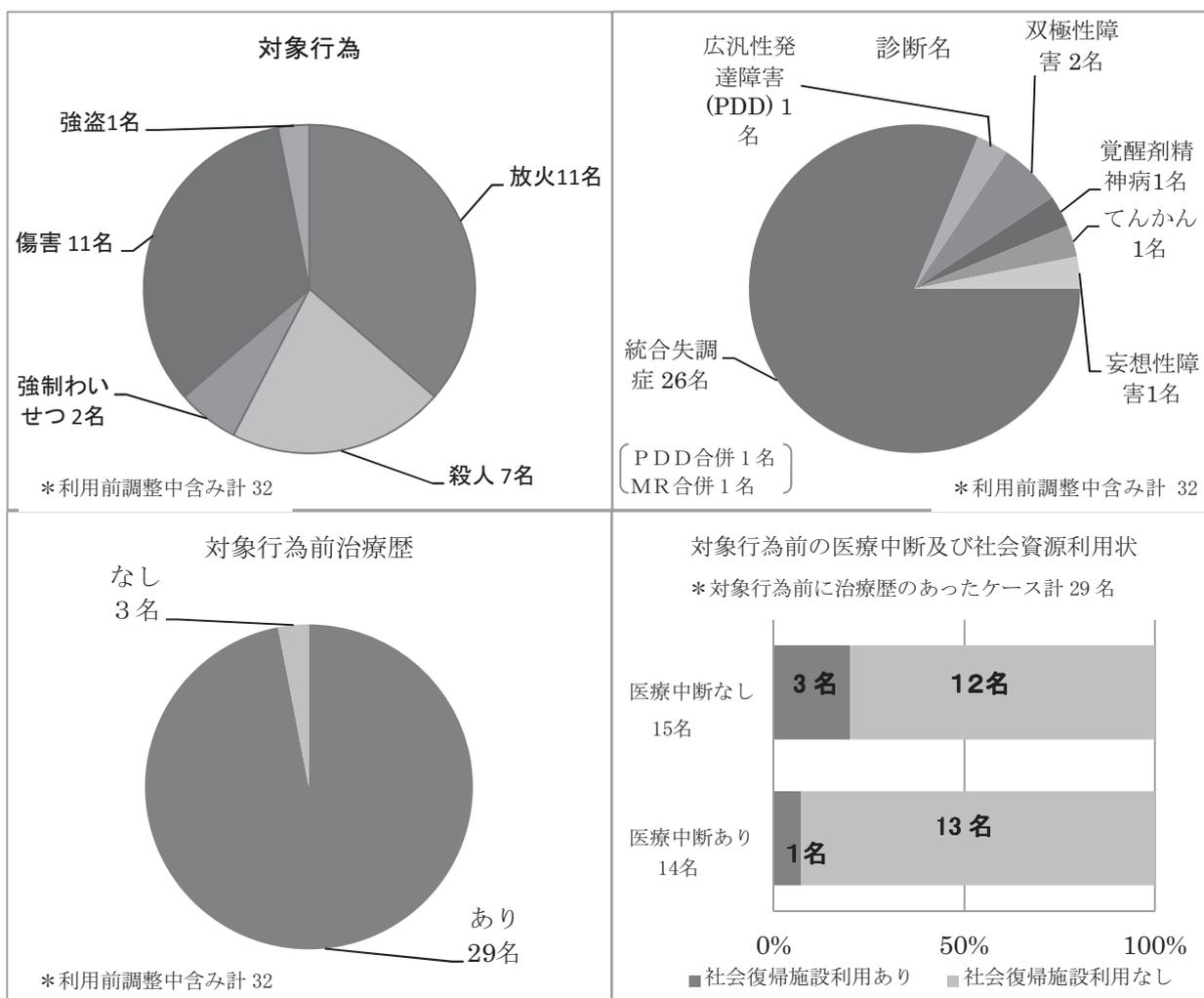
※1 体験利用 1泊～7泊の短期利用を重ね（計14泊以上）、本人の利用動機や訓練目的を確認しながら利用準備性の獲得状況や利用適否を評価する。

※2 正式利用 入所後おおむね1年間の自立訓練。原則として入所前後での通院先変更はない。

※3 フォローアップ 退荘後6カ月間、利用者居住先の事業所等とともに地域生活定着支援を行う。

(2) 対象者





3 地域移行における課題

けやき荘における医観法対象者への支援を通じて見えてきた、比較的重要と思われる課題を以下にあげる。

- ①生活技能の低さについて本人の認識が乏しいこと
- ②利用準備性獲得の程度に合わせて体験利用期間設定が困難であること
- ③医療の連続性が不確実であること
- ④本人の希望する居住地設定には、しばしば困難が伴うこと
- ⑤医観法による処遇からの離脱 など

①のような医観法対象者以外の利用者にもしばしば認められる課題や、②のようにけやき荘での利用場面に限られた課題もあり、経験された問題や処遇の難しさ等を、そのまま全ての医観法対象者に共通した地域移行における課題として一般化することには無理があろう。とはいえ、少なくとも退院後に単身生活が予定される医観法対象者への地域移行支援においては、これらの課題について認識しておくことがよいように思われる。

課題の詳細等については、発表当日に模擬的事例をあげながら報告する予定である。

東京都立中部総合精神保健福祉センター高齢者精神医療相談班で観察されたゴミ屋敷の検討

東京都立中部総合精神保健福祉センター

○久保直人 鈴木啓之 陶山満雄

菊地章人 益子 茂

1. はじめに

東京都立中部総合精神保健福祉センター高齢者精神医療相談班（以下、中部センター高齢者班）では区の高齢担当部署や地域包括支援センター等の依頼で、近隣苦情等が著しく、精神障害が疑われる高齢者の複雑困難事例について、医師、看護師または保健師のチームで訪問し、地域の対応や介護保険サービス導入等の助言を行い、精神症状が顕著で入院加療の必要性を認めた事例に対しては認知症専門病棟等の医療機関への紹介を行っている。事例の多くは認知症及びアルコール依存症や統合失調症等の精神障害であり、昨年度の訪問では約半数がゴミ屋敷だった。そこで、今回、昨年度一年間のゴミ屋敷事例を抽出して検討を加えた。

2. 方法

東京都の特別区 23 区のうち、中部センターが所管する西部 10 区で、平成 25 年 4 月～翌 26 年 3 月に高齢者班が訪問し、本人と会えなかった 6 例及び施設入所 6 例を除く 47 例について、その属性（性別・年齢）、生活状況（世帯構成・収入・介護申請の有無）、診断（ICD-10）、転帰を比較した。

3. 結果

対象とした 47 例のうち、不潔かつ不衛生による近隣苦情及び生活破綻等からゴミ屋敷と判断された事例（以下、ゴミ屋敷群）は 27 例（男性 13 例、女性 14 例）、非ゴミ屋敷群は 20 例（男性 6 例、女性 14 例）。男性の 2/3 はゴミ屋敷事例で（図 1）、75～84 歳に多かった（図 2）。世帯構成は、ゴミ屋敷群の半数以上が単身で、非ゴミ屋敷群は半数以上が同居世帯だが（図 3）、ゴミ屋敷群の同居世帯では家族に認知症や他の精神障害を認め、認知介護や認知介護と言ふべき事例が見られた。世帯収入は、ゴミ屋敷群及び非ゴミ屋敷群でともに年金が多かったが（図 4）、ゴミ屋敷群では年金や生活保護の受給を拒絶しライフラインが止まって、ホームレス同然の状態です路上生活を送る事例も見られた。介護申請の有無を見ると、ゴミ屋敷群及び非ゴミ屋敷群の約半数は未申請であり、介護認定を受けた事例では、ゴミ屋敷群で介護度の判定が重い事例が多かった（図 5）。非ゴミ屋敷群は生活の自立度が高く、介護サービスを必要としない事例及び要支援、要介護 1, 2 の介護認定が低い事例が多いが、ゴミ屋敷事例は申請自体を拒絶する事例、介護度の判定が重いにも関わらず、サービス導入を拒絶する事例が見られた。診断ではゴミ屋敷群及び非ゴミ屋敷群でともに約半数を認知症（F0）が占めるが、ゴミ屋敷群では、連続飲酒を繰り返すアルコール依存症（F1）、未治療・治療中断の統合失調症及び妄想性障害（F2）の占める割合が若干多い（図 6）。訪問後の転帰では、ゴミ屋敷群及び非ゴミ屋敷群でともに約半数が入院し、約半数は在宅生活を継続している（図 7）。介護申請の有無と同様に、非ゴミ屋敷群は自立度が高く、サービスの導入によって在宅生活の継続が可能な事例が多いが、ゴミ屋敷の不潔かつ不衛生な生活環境では、介護サービス等を導入しても在宅生活の継続が困難で、結果的に生活環境の立て直しに入院を要した事例も見られた。ゴミ屋敷群で、認知症や他の精神障害の病状の進行、増悪によって、本来は入院が必要だが医療に結びつけられなかった事例が含まれている。

4. 考察

近年、ゴミ屋敷が社会問題化しているが、その背景の一端には高齢人口の増加に伴う認知症の増加が挙げられる。昨年度一年間の中部センター高齢者班による訪問では、ゴミ屋敷事例は、主に 75 歳以上の

男性の単身世帯で認められた。ゴミ屋敷の形成に関わる精神障害等の病態としては、認知症に伴う認知機能低下の進行と周辺症状による支援の拒否、アルコール依存症による身体合併症の増悪とアルコール関連認知症の顕在化、統合失調症に伴う陰性症状及び認知機能障害の進行が考えられた。訪問したゴミ屋敷事例は共通して生活機能障害が著しく、社会的に孤立しており、精神障害の増悪並びに生活破綻の契機として、配偶者や仕事等の喪失体験に根差した、高齢者特有の心理社会的状況の影響が窺われた。

認知症では早期発見・早期介入が重要課題とされるが、他の精神障害でも同様に、病状の増悪による生活破綻の前に、早期から介護サービスを導入する等の地域における積極的な介入が重要である。医療及び福祉による早期介入を頑なに拒み、適切な介護サービス等を導入できずに機会を逃せば、その後のサービス導入は益々困難となって、ゴミ屋敷形成に至る危険性が一層高まる。特に、複雑困難事例では多職種チームによる支援が効果的だろう。また、地域社会で高齢者の社会的役割に目を向け、高齢者が健在なうちから地域参加を進めておくことは、ゴミ屋敷形成の予防策として有効であると考えられた。

図 1. 対象者の内訳と性別比

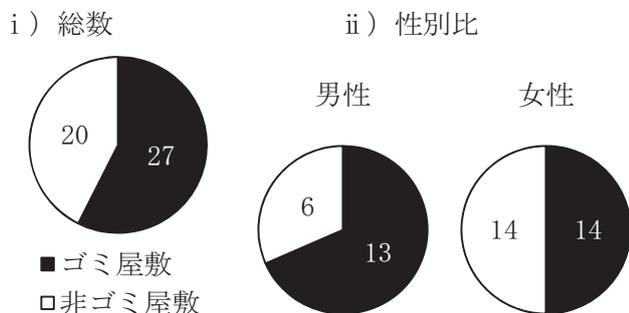


図 2. 対象者の年齢構成

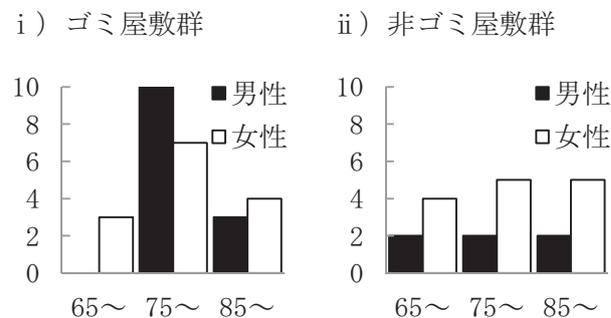


図 3. 世帯構成 (単身と同居の比率)



図 4. 世帯収入の状況



図 5. 介護申請の有無

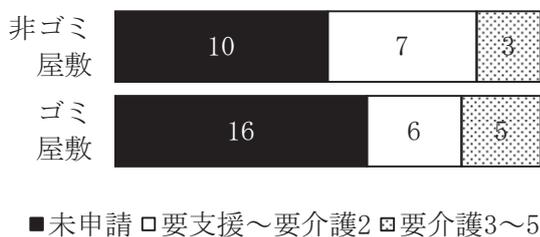


図 6. 診断の内訳 (ICD-10)

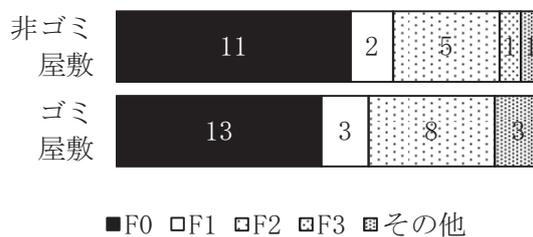


図 7. 転帰の内訳



多摩総合精神保健福祉センターのアウトリーチ支援事業・短期宿泊事業の利用実績に関する検討

東京都立多摩総合精神保健福祉センター 地域支援科
 ○大城望 飯島誠 内山美根子 赤平武
 小澤壽江 高倉信一 梅野充 野崎伸次

1. はじめに

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」）では、平成 23 年度から開始したアウトリーチ支援事業（以下、「支援事業」）と短期宿泊事業（以下、「宿泊事業」）が 4 年目を迎えた。平成 22 年度のモデル事業により精神障害者への訪問支援の有用性が期待できたため、平成 23 年度から支援事業を開始し、未治療や医療中断等のため地域生活の維持に困難が生じた者に対して、必要時には宿泊部門を活用した宿泊事業を併用しながら、医療や障害福祉サービスの導入等を支援してきた。

支援事業は、保健所からの依頼を受けて、アウトリーチ支援の目的や方針を検討する。その後、当センターの精神科医を始めとした多職種チームが訪問し、現状を評価してから必要な医療や障害福祉サービス等について助言し、同時に導入へ向けて支援する。また、宿泊事業として併設した宿泊施設を短期間に利用することで、当事者への危機介入や地域定着へ向けた段階的な支援も行っている。その後、原則 6 か月の期間内に市町村、保健所、障害福祉サービス事業所、医療機関等の関係機関（以下、「関係機関」）へ支援を引き継いでいる。

今回は、過去 3 年間の利用実績の概略を示し、主に典型的な事例を具体的に紹介することで、行政の担うべきアウトリーチ支援の意義について考察した。

なお、利用実績や事例に関しては、個人が特定できない様に配慮して記載した。

2. 事業利用者の属性

平成 23 年 4 月から平成 26 年 3 月までに支援を開始した支援事業の利用者は 137 件（男 86 件、女 51 件）であった。開始時の平均年齢は、39.5±11.5 歳（男性 39.6±7.3 歳、女性 39.4±4.4 歳）であった。支援終了までに把握できた診断（ICD-10）を図 1 に示す。

図 1 支援対象者の主病名（ICD-10） (人、%)

区分	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	不明	小計
人数	6	4	67	7	8	0	5	8	11	4	17	137
構成比	4.4%	2.9%	48.9%	5.1%	5.8%	0.0%	3.6%	5.8%	8.0%	2.9%	12.4%	100.0%

3. 支援開始前後の医療・居住状況の変化

開始時に未治療・医療中断中であった者は 35 件（25.5%）、終了時には 16 件（13.6%）で、支援の前後で医療へ繋がっていない者の割合が減少していた。開始時に単身者であった者は 58 件（42.3%）、終了時は 52 件（44.1%）で、支援の前後で居住状況の変化は乏しかった。

4. 事例提示

30 歳代の男性で、統合失調症と診断され、入院前まで姉と同居していた事例に対して、支援内容を時系列で整理して示した。

(1) 事例化から支援依頼までの期間

A 市内に家族と同居していたが、怠薬傾向から同居家族への被害妄想が顕在化したため、暴力行為を

契機に救急を利用してB病院へ医療保護入院となった。そこで家族が退院後の受け入れに不安を示し、拒否的なため、A市障害福祉課を通じてC保健所へ相談が入ったことで、家族との分離を図る方向性が検討され、当センターの支援事業へ依頼となった。

(2) 初動期間

B病院入院中に当センターへの体験入所を複数回実施した。体験入所を通じて、病識がなく、所持金の支出に計画性が乏しいことから、医療の継続や金銭管理において周囲の見守りが必要なことが判明した。退院前に当事者・家族と関係機関で今後の課題を共有した。そこで退院後、直ちに宿泊事業を利用して生活技能を評価し、障害福祉サービス等の必要性を判断し、並行して居住地の確保を図って、地域定着を目指す方針となった。本事業では、入院中の関与は支援開始に向けた初動期間と位置づけられていることから、約3か月間の初動期間を経て、退院日を以て支援開始となった。

(3) 第Ⅰ期短期宿泊期間（初期6週間）

当センター退所後の服薬管理の必要性の評価及び居住地の選定について支援した。前者については、職員による管理から段階的に自己管理へ移行し、見守りの下であれば通院や服薬が継続できることを確認した。また、後者については、A市障害福祉課と連携し、D市内に賃貸アパートを確保すると共にD市で生活保護を申請し、経済面の基盤を整えた。この間、家族が準備したアパート入居に必要な経費について当事者と支援事業の担当者が打ち合わせ、計画的な支出を予定した。

(4) 第Ⅱ期短期宿泊期間（中期6週間）

単身生活へ移行するために、当センターからアパートへの外泊を繰り返した。この間、自己管理していた生活費を予算外の家具等の購入で浪費したため、一時、資金不足に陥ったが、改めて当事者と話し合っただけで計画を修正した結果、乗り切ることができた。支援を通じて、周囲と十分な相談関係を築くことが難しく、しばしば単独行動へ至るといった当事者の障害特性を把握したことで、今後の障害福祉サービス導入の端緒をついた。なお、同時期に開催されたA市精神保健担当者会議においても、本事例の支援経過について振り返りを行った。

(5) 第Ⅲ期短期宿泊期間（後期6週間）から支援終了まで

障害福祉サービスの導入から定着を支援した。当事者の障害特性に配慮しながら、市役所や各事業所へ同行し、訪問看護ステーション・就労支援事業所・計画相談事業所からホームヘルプサービス、作業所への通所、自立支援法下の計画相談を導入し、保健所・D市生活福祉課を含む地域支援ネットワークを構築し、金銭管理面の課題も改めて共有し、地域生活の定着へ向けて支援を継続するよう方向づけた。

開始から6か月が経過した時点で、「家族との分離を図り、地域生活の定着へ向けて支援する」といった当初の目標を達成したため、期間満了で支援を終了した。なお、家族に対しては、関係者会議への参加要請、家族の居宅への訪問、夜間を含めた電話対応などを通じて支援の経過を逐次報告し、不安の軽減を図った。

5. 考察

支援開始前後の医療・居宅状況の変化からアウトリーチ支援の一定の有用性が示唆されたが、今後はいくつかの指標を用いて、中期から長期の転帰についても検討が必要である。

また、今回の紹介事例では、宿泊施設を利用して問題点を抽出しながら既存のサービスの導入を検討し、段階的に訪問支援へ移行することで、医療の継続性を維持し、円滑に家族との分離が図られた。このことから、地域定着にとってアウトリーチ支援と短期の宿泊利用の組み合わせが有用な一群が存在する可能性が推定された。

一方で支援事業により医療や障害福祉サービスの導入が図られたものの、地域生活の安定化まで至らなかった事例もあり、それらの事例の検証を通して、効果的な事業運営へ繋げることも課題である。

滋賀県障害者医療福祉相談モール ワンストップ相談における相談支援の実践報告

滋賀県立精神保健福祉センター障害者医療福祉相談モール担当

○小西 文子 加藤 基至 堀川 裕之 藤支 有理
萩尾 宏子 永田 格丈 杉原 輪 辻本 哲士

1 はじめに

平成 25 年 7 月「滋賀県知的障害者更生相談所」「滋賀県ひきこもり支援センター」「滋賀県発達障害者支援センター」「滋賀県高次脳機能障害支援センター」「滋賀県地域生活定着支援センター」を滋賀県立精神保健福祉センター（以下、「センター」）に集約して、「滋賀県障害者医療福祉相談モール」（以下、「モール」）として開設した。モール内各機関が連携して相談支援・地域支援を行うことで、障害の重複等による複雑困難な相談に対し、障害が特定されていない段階から一貫した対応を行うことを目的としている。モール内機関間の連携およびワンストップ相談窓口は、平成 25 年 4 月の組織改正によりセンターに配置された「障害者医療福祉相談モール担当（業務：知的障害者更生相談所、ひきこもり支援センター、モール連携推進業務）」が担っている。

本稿では、平成 25 年 7 月から平成 26 年 3 月末のワンストップ相談窓口で対応したケースの分析を行うことで、今後の相談支援・地域支援の有り方を考察する。

2 対象と方法

平成 25 年 7 月から平成 26 年 3 月末に、ワンストップ相談窓口で対応した 84 件のケース分析を行った。なお、データは個人が特定できないよう数値化した。

3 結果

(1) 相談件数

相談件数は、下表のとおりである。

	電話相談（実）	面接件数（実）	ケース会議（実）	延件数（含む調整）
H25、7～H26、3 末	84	22	16	309

(2) 初回相談者

初回相談者は、本人・家族 48（57.1%）、地域の支援機関 35（41.7%）である。

(3) 男女別

男女別では、男性 48（57.1%）、女性 35（41.7%）である。

(4) 年代別

年代別は、下表のとおりである。

年代	10 歳代	20 歳代	30 歳代	40 歳代	50 歳以上	不明
件数	21	18	21	10	9	5
割合（%）	25	21.4	25	12	10.7	

10 歳代の相談では、全てにおいて知的障害・発達障害・精神疾患のいずれかがある、また疑われる。また、複雑困難なもの、被虐待経験あり・疑いのある者が他の年代よりも多い。

(5) 障害確定の有無

年代	10 歳代	20 歳代	30 歳代	40 歳代	50 歳以上	計
障害未確定	7	6	9	7	4	33 (39.2%)
障害確定	14	12	12	4	4	46 (54.8%)

障害確定のうち、障害者手帳を有しているもの 25 (54.3%) である。

(6) 重複障害の有無

重複障害を有しているもの 18 (21.4%) である。

知的障害+発達障害 4、知的障害+身体障害 4、知的障害+精神障害 5、発達障害+身体障害 1、高次脳機能障害+身体 2、知的障害+発達障害+精神障害 3 である。

(7) ワンストップ相談窓口へのニーズ

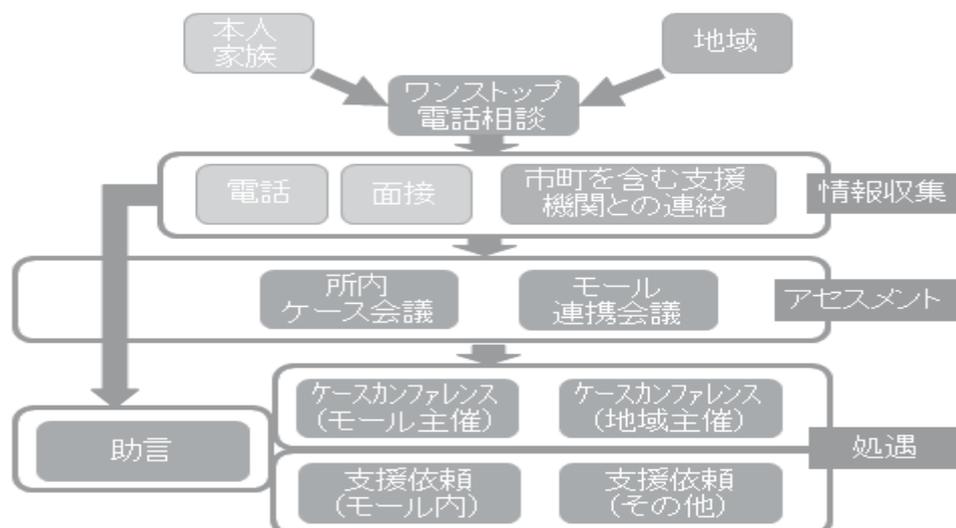
モールの役割として、複雑困難な相談、複合する障害の相談、障害未確定の相談への対応が挙げられる。複雑困難なケースは {多問題家族/家族が障害・疾患を有している/家族内にキーパーソンとなる人がいない/虐待ハイリスクの世帯/被虐待経験があり行動化している/複合する障害を有している} といった要因が重なっているものである。

(8) 支援の方法

本人・家族への面接 22 (45.8%)、支援機関との面接 23 (65.7%)、支援機関とのケース会議 16 (45.7%) である。

(9) 支援の流れ

ワンストップ相談窓口における支援の流れは、下記のとおりである。



4 考察

支援機関への支援を行ったケースでは複雑困難な相談が多いことから、潜在的なニーズがあることが示唆された。

また、支援の流れに示したように、複合する障害の相談や複雑困難な相談に、障害が特定されていない段階から対応するためには、市町をはじめとした地域の相談機関との連携が欠かせない。

支援機関に対しての支援方法は、支援機関との面接、ケース会議が主となることから、地域へのアウトリーチによる地域支援を実践していくことが必要である。

さらに、地域において 10 歳代から 30 歳代で生活のしづらさを抱えながらも当事者や家族が SOS を発することができないまま埋もれている可能性も推測された。

今後、地域における潜在的なニーズの早期把握・早期支援ができる県全体の相談支援の機能の充実に向けて、モール内各機関の専門性の向上に加え、地域へのアウトリーチにより、市町をはじめとした地域の相談機関とより連携し相談支援・地域支援を実践していくことが必要である。

精神障害者ピアサポーターの育成支援及び活動の可能性について

～兵庫県精神保健福祉センターの取り組みを通じて～

兵庫県精神保健福祉センター

○太田翔吾 鈴道幸 藤田 忍

藤田昌子 高宜良 酒井ルミ

1. はじめに

兵庫県精神保健福祉センターでは、精神障害当事者（以降“当事者”）、障害福祉サービス事業所（以降“事業所”）、保健所、市町、精神科病院等に対し、ピアサポーターに関する支援を継続して展開してきた。モデル地域（阪神地域）での連絡協議会設置や養成講座開催に加え、モデル地域の実践を県内に啓発してきた取り組みについて、概要及び成果を報告する。

2. 実施概要と経過

【ニーズ把握】平成 22 年度

- ・ピアサポーター勉強会

【土台づくりと養成】平成 23 年度

- ・啓発研修会
- ・連絡協議会（5 回）
- ・ピアサポーター養成講座（4 日間 表 1）

【養成とフォローアップ】平成 24 年度

- ・連絡協議会（3 回）
- ・ピアサポーター養成講座（3 日間）
- ・ピアサポータースキルアップ研修会
- ・支援者研修会

【仲間づくりと支援者支援】平成 25 年度

- ・支援者研修会
- ・ピアサポーター育成研修・交流会

表1 平成23年度精神障害者ピアサポーター養成講座 カリキュラム

	内容
1 日 目	『知る』～ピアサポーターってなんだろう？～ ・ピアサポーターの活動とは？ ・バウンダリーやストレングス視点について ・実践発表
2 日 目	『自分に目を向ける①』～自分のストーリーをふりかえろう～ ・リカバリーやエンパワメント ・リカバリーストーリー
3 日 目	『自分に目を向ける②』～リカバリープランを作ろう～ ・リカバリーストーリーを語ろう ・リカバリープランを作ろう
4 日 目	『体験する』～やってみよう！グループピアカウンセリング！～ ・グループピアカウンセリング ・ピアサポーター活動を広げるために

3. 実施にあたっての工夫

(1) 連絡協議会の設置

ピアサポーターによる活動（以降“ピア活動”）を地域に根ざしたものにするため、連絡協議会を設置した。連絡協議会が主体となって養成講座やスキルアップ研修を行うことで、将来的に地域が主体となって活動を継続していく、準備・意識づくりを行ってきた。

(2) 連絡協議会構成員に当事者を加えた

構成員は、モデル地域内の当事者、事業所、保健所、市町、精神科病院等であった。当事者を加えたことで、現場・当事者のニーズを把握するとともに、支援者だけでは見落とししがちな部分へも配慮することができた。

(3) モデル地域での実践に止まらず、県内への拡大を狙った支援の展開

活動をモデル地域以外にも広げるため、平成 24 年の支援者研修会からは参加募集を県内全域に拡大した。またモデル地域以外の保健所にも積極的な参加を促し、事業所と保健所が協力してピアサポーターへの支援を行っていきける下地づくりを行った。

4. 成果

数年前までは県内の限られた地域で展開されるだけだったピア活動は、これらの取り組みによって県内に広がった。モデル地域での連絡協議会が現場のニーズに基づいた研修会開催等の実践を重ねてきたこと、その実践を広く県下に啓発したことが、その要因である。

(1) 当事者の変化

当初は、ピア活動への高い興味・関心を持つ一方で、知識・実践経験の不足からくる不安も高かった。

しかし、養成講座や育成研修・交流会に参加したことで、知識を獲得し、ピア活動の具体的なイメージを持つことができた。それによって不安が軽減され、活動への前向きな気持ちが芽生え、実際に活動を始めた方も多かった。また、活動にはつながらなくとも「学ぶことが楽しかった」と、参加すること自体に大きな意義を感じている方もいた。

(2) 支援者の変化

当初は、終日・連日となる養成講座やピア活動による負担に、当事者が耐えられるのかと不安に思っていた。また、ピア活動や支援者の役割の具体的なイメージがないことによる不安もあった。

しかし、養成講座や支援者研修会を通して、ピアサポーターの持つ可能性や熱意を体感し、支援する上で必要な知識やピア活動の具体的なイメージを持つことで、実際の支援につながっていった。

(3) 活動の拡大と多様化

①事業所での活動の多様化

支援者研修後、複数の事業所でピアサポーター養成が実施されるようになった。養成されたピアサポーターは、地域移行・地域定着支援での外出支援や家庭訪問、福祉系大学、専門学校、高等学校や医療機関等での体験談発表、入院患者への地域生活紹介パンフレットの発行、当事者研究会の開催、市町・事業所の枠を超えた合同勉強会の開催等、それぞれの特徴を活かした多様な活動を展開し続けている。

②市町での活動の広がり

モデル地域の『養成講座修了者名簿（希望者のみ掲載）』を作成。市町に情報提供することで、市町が開催する民生委員研修での講師や、市町から委託を受けた地域生活支援センター等でのピア電話相談に活用されるようになった。また、当事者交流会の開催にもつながった。

③精神科病院へのピアによる働きかけ

ピアサポーターが作業療法、デイケア、夏祭り等の院内イベントに参加することで、医療機関と地域の交流を生み出している。また、院内で開催する地域生活報告会で自身の体験や現在の生活を紹介することで、入院患者だけでなく病院職員も、退院後の地域生活がイメージできるようになり、長期入院患者退院への意欲を高めることにつながっている。

5. おわりに

ピアサポーターが持つ可能性は大きく、今後より多様な場所で、多彩な活躍が見込まれるマンパワーである。また、ピアサポーターが地域で活躍することで、精神障害者に対する偏見・差別の軽減と地位向上等の更なる地域福祉の充実が期待できる。当センターではこれからも、その発展に協力していきたい。

岡山県における精神障害者アウトリーチ推進事業について

～平成 23 年 10 月から平成 26 年 3 月までの取り組みから見てきたもの～

岡山県精神保健福祉センター

○西村裕樹 立花圭世 東内良恵 畑井亜衣 水澤俊恵
武田未央 荒木佳子 山内泰彦 佐藤俊介 野口正行

1 はじめに

岡山県では、従前から精神保健福祉センターと保健所が連携した形で、アウトリーチ支援を行っていたが、国の事業化（試行事業）に伴い、平成 23 年 10 月から、あらためて「精神障害者アウトリーチ推進事業」として取り組んだ。県内に 3 カ所のモデル地域を定め、各地域で、医師、保健師、精神保健福祉士等の多職種チームが活動したが、今回は、平成 26 年 3 月までの取り組みを通じて見てきたことについて報告したい。

2 事業の概要と支援の状況

当該事業は 3 つのチームによって行われた。それぞれのチーム、担当地域の状況は図 1、表 1 に示す通りである。

図 1 モデル地域の概要とチームの設置

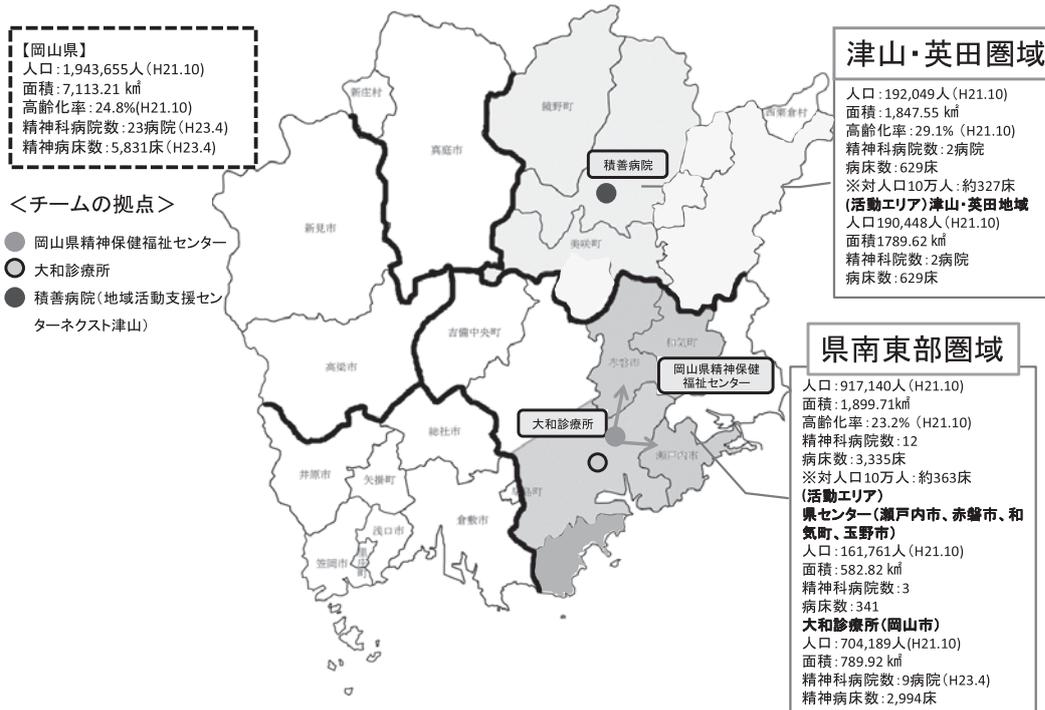


表 1 各チームの状況

チーム	法人属性	スタッフの状況	担当保健所等
ACTおかやま	岡山県精神保健福祉センター	常勤兼務 (Dr 2, PSW 2, PHN 1)、非常勤兼務 (PSW 3, Ns 1)	備前保健所、東備支所
ACT-Zero 岡山	大和診療所、訪問看護ステーション宙	兼務 (Dr 1, PSW 4, OT 3, CP 1, PHN 1, Ns 4, 事務 1)	岡山市こころの健康センター
地域生活支援センターネクスト津山	積善病院	兼務 (Dr 1, PSW 1, CP 1, 事務等 2, Ns 4, 相談支援専門員 1)	美作保健所、勝英支所

表2 各チームの支援結果（平成26年3月末時点）

チーム	支援者数	支援結果			
		入院	支援目標 達成	地域支援 へ移行	その他
ACTおかやま	17名	1名	5名	7名	4名（入所1、死亡3）
ACT-Zero岡山	6名	0名	2名	4名	0名
地域生活支援センター ネクスト津山	8名	1名	4名	3名	0名
合計	31名	2名	11名	14名	4名

表2に、岡山県全体の支援結果の概要を記した。

全ケースのうち74%は統合失調症が占めた。対象者の受診状況では、治療中断者が55%、未受診者が16%だった。ひきこもりとあわせると医療につながない者が87%と大多数を占めた。長期入院後退院者や病状不安定者は13%と数は多くなかった。

紹介機関は市町村と保健所が最多で64%であった。病院からの紹介は23%、家族からの依頼も13%とそれぞれあまり多くはなく、市町村、保健所など公的機関がゲートキーパーの役割を果たしていた。

支援の結果は表2に示す通りで、支援目標達成・36%および地域支援に移行・45%の計81%は地域生活が維持できていた。入院は6%だった。

支援期間の平均は391.6日で、支援期間6カ月で終了できるケースは少なかった。

支援開始前と支援後6カ月のGAFスコア、SBSスコア（n=27）はともに有意な改善が得られ、多職種チームによるアウトリーチ支援が事例の状態改善に役立ったことが示された。

3 対象者への支援経験から得られた知見

- (1) 多職種チームによる包括的なアウトリーチ支援は有効である。
- (2) 保健所をゲートキーパーとすることは、アウトリーチチームが地域で機能するために必要である。
- (3) 地域での普及啓発等の活動は、インフォーマル資源を掘り起こし、アウトリーチ支援をさらに有効にする。
- (4) アウトリーチチーム、医療機関、保健所、市町村、相談支援事業所、法律関係者などがネットワークをつくり拡大アウトリーチチームとして機能することが、複雑困難事例への対応に有効である。
- (5) 入院が切迫している急性期精神病状態への危機介入には多職種アウトリーチチームによる丁寧で頻回な支援が必要である。
- (6) 上記のネットワークに参加する各機関が、継続する支援の中で成功体験を共有できることが地域での支援力の向上に役立つ。
- (7) 定期的なケース会議や自立支援協議会などは支援の仕組み作りに必要である。
- (8) 身体科医療機関への啓蒙・連携で、精神科医療の地域格差は減少しうる。

4 今後の課題

- (1) 民間アウトリーチチームの更なる活用
- (2) 未受診者に対するアウトリーチの体制整備
- (3) 地域支援者、アウトリーチチーム、医療機関や相談機関の力量形成、資質向上
- (4) ネットワーク型アウトリーチ（拡大アウトリーチチーム）支援の推進
- (5) 地域住民に対する普及啓発活動の推進

神奈川県精神保健福祉センターピア電話相談の取り組み

神奈川県精神保健福祉センター

○原井智美 田島光明 歳川由美 中込昌也
赤池敏夫 川本絵理 黒沢 亨 山田正夫

1 はじめに

神奈川県精神保健福祉センターでは、精神障害のある電話相談員による「ピア電話相談」を実施している。この電話相談は、当事者が相談を受けることで、相談者に共感と安心とを提供することを目的にするとともに、当センター自らが当事者の就労の場ともなるべく、平成 22 年 9 月に開設した。

昨今、ピアカウンセリングは広がりを見せており、神奈川県内でも、一部の地域活動支援センター、障害者相談支援事業所などで当事者による電話相談の取り組みはすでに行われていたが、それぞれが独自に行っていて、そのノウハウや内容、実績について系統だった報告は見出せないのが当時の実情であった。

当センターの「ピア電話相談」では、相談員への支援と事業評価とを目的に、「ピア電話相談あり方検討会」を実施している。本報告では、ピア電話相談の事業内容や実施状況を報告し、「ピア電話相談あり方検討会」の中で見えてきた課題やその対応についても取り上げる。

2 事業内容及び実施状況

本事業は、毎週金曜日の 13 時 30 分から 16 時 30 分まで、1 回線を相談員 2 名が交替で対応し、主に統合失調症の方を対象としている。

相談員は、①所属している事業所等があり、そこからの推薦を受けている②定期的な通院をしており、その主治医の了解を得ている③過去 1 年以上入院がないことの三点を要件に募集し、採用後に 5 回の養成研修を実施した上で実務を開始した。当初、8 名で稼動したが、現在は 6 名で、勤務状況は安定している。

相談日には、その開始前に体調の確認を、終了後に対応等についての振り返りを、主管している相談課の職員と共に行っている。相談員には、県の基準に則って定められた当センターの基準により、報償費を支払っている。

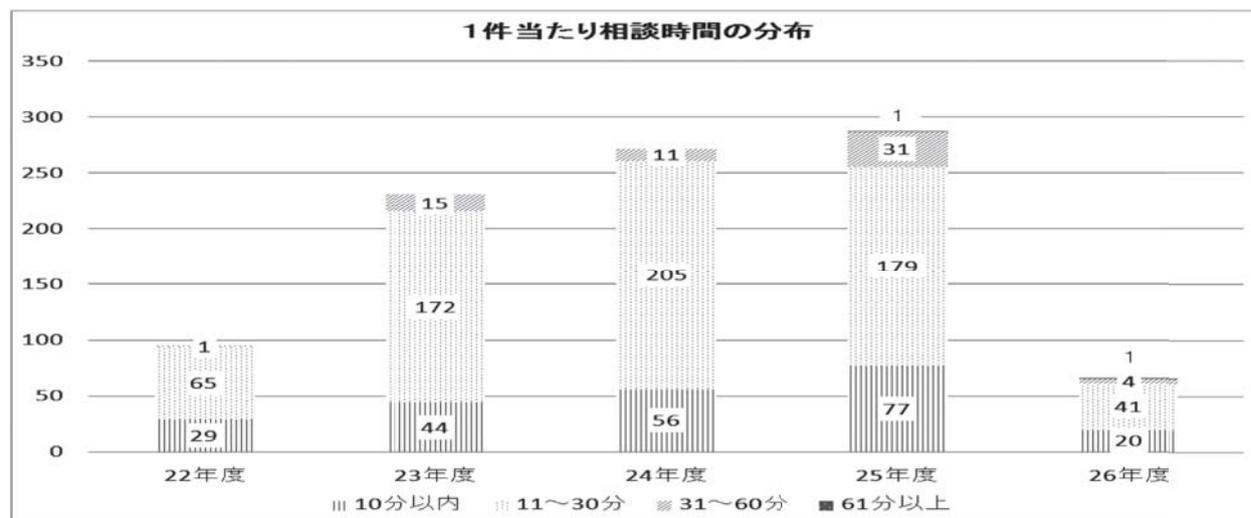
相談件数は、平成 22 年度は 9 月からの開設で 95 件、23 年度 231 件、24 年度 272 件、25 年度 288 件、26 年度（6 月末現在）66 件であった。対応日数はそれぞれ、24 日、49 日、50 日、49 日、13 日であり、1 日の平均相談件数はそれぞれ 4.0 件、4.7 件、5.4 件、5.9 件、5.1 件と増加傾向にある（表 1）。また、1 件あたりの相談時間の分布については図 1 のとおりである。1 件の相談は 30 分までを基本とし、長時間に亘らないよう留意している。

相談者の性別に大きな偏りはなく、年齢は、10 歳代から 60 歳代まで分布しており、40 歳代が約 3 割で最も多く、次いで 50 歳代が多くなっている。また、相談内容については本人からの生活に関する相談が多く、対応は傾聴が主となっており、再相談が 7 割程度となっている。

表 1

	22 年度	23 年度	24 年度	25 年度	26 年度 (6 月末現在)
対応日数 (日)	24	49	50	49	13
相談件数 (件)	95	231	272	288	66
平均相談件数 (件)	4.0	4.7	5.4	5.9	5.1

図 1



3 「ピア電話相談あり方検討会」の取り組みと変遷

相談をより円滑に行えるように「ピア電話相談あり方検討会」（以下、あり方検討会）を、2ヶ月に1回実施している。相談の振り返りや、相談を受ける中で感じた疑問や気にかかる点などを共有し検討を行っている。

疾患や服薬に関する話題にも対応できるよう、開始当初は当センター医師もしばしばこれに加わった。取り上げられる議題は、相談を受けた感想や個別の相談対応の確認の他、医師に対しては、症状や服薬などの相談員自身の問題に質問が及ぶ傾向が見られた。

そこで医師の参加頻度を減らし、あり方検討会の回数を重ねていくと、相談員の様子にも変化が見られるようになり、相談を受けて感じた改善点や課題を相談員自らが提案し、工夫や対応を検討する場面が増えてきた。具体的には、相談員の組み合わせを同性としていたが、全員がペアを組めるよう変更する提案がなされたり、統合失調症以外の人から相談を受けた場合の対応や、再利用の相談者への対応について、相談員同士で共有したり、意見交換を行うなどして、実際の電話相談に活かそうと努めるようになっていく。

このようなあり方検討会の変遷は、ピア電話相談員として、相談者の力になっていると感じられることが、自己効力感につながり、ピア電話相談をさらに充実したものにしていきたいと願う相談員の動機づけを高めていると考えられる。すなわち、ピア電話相談が、当事者である相談員のエンパワメントに大きな役割を果たしているものと言えよう。

4 今後の課題

ピア電話相談は、相談員が自らの体験を伝えることによって、相談者の生活に関する困難や不安を軽減させるということに大きな意味がある。その一方で、自らの体験を話すということは、相談員の匿名性の確保や相談者との距離を保つことを困難にする場面がある。

このバランスを相談員がいかに保つかということは、ピア電話相談が抱える大きな課題であると思われる。われわれもこれに向き合い、ともに検討して解決策を見出して行くことが、今後の重要な課題であるものと考えている。

県内社会資源情報の提供とセンターホームページの活用について

～「こころのケアガイドブック」の発行～

三重県こころの健康センター

○三上政和 松月昭二 橋本晴美 出口理恵
中井 芳 山崎 恵 四方谷典子

1 はじめに

三重県こころの健康センター（以下、「当センター」）では、「県民や支援機関から利用・活用されるセンター」を目指し、平成23年度から県民や支援機関に向けた情報の提供・発信に力を入れて取り組んできた。

提供する情報は、県内の社会資源情報を集約してまとめ、支援機関で活用してもらえる内容とすることを柱とした。また、情報を得るために多くの方がインターネットを活用している現状から、「当センターホームページ（以下、「HP」）を、県民に向けた啓発や情報発信の中核として充実させる」という方向性を定め、改善を図ることとした。

2 取り組み内容

(1) こころのケアガイドブックの作成・配付

支援機関が日々の業務で活用していただけるよう、精神保健福祉の社会資源情報を掲載した「こころのケアガイドブック」を作成して配付を行った。また、毎年内容を見直して更新している。

掲載内容は、「Ⅰ 診療機関編」「Ⅱ 相談窓口編」「Ⅲ 専門相談編」「Ⅳ 社会資源編」の4編で構成されている。

「Ⅰ 診療機関編」では、県内全ての精神科病院・精神科クリニックに調査票を送付して診療等の情報を回答いただき、内容を取りまとめている。特に、支援機関や県民から問い合わせが多く、ニーズの高い情報（心理相談、依存症、発達障害、セカンドオピニオン、認知行動療法等への対応可否）を掲載するようにした。

「Ⅳ 社会資源編」では、福祉サービス事業所の一覧を中心に、当事者・家族が利用できる居場所、サロン、セルフヘルプグループ等を幅広く紹介し、それぞれの当事者会からはPRコメントも取り寄せて掲載した。



(2) ホームページの充実

平成23年度に当センター内で「ホームページ検討会」を立ち上げた。利用者がセンターHPに求めるニーズを把握するため、まず外部機関に、全国の精神保健福祉センターのHP掲載内容等の調査を依頼。その結果をもとに当センターHPの改善提案をいただいた。

そこで、外部からの改善提案を踏まえ、「情報貯金箱」という当センターHPの方向性を定めた。掲載している情報やページを充実させ、よりアクセスしやすいうように整理した。当センター主催の研修会資料は基本的にHPにも掲載すること、そのデータは翌年度以降も削除せずに貯えていくこととした。過去に開催した研修会の情報が簡単に取り出せるようになった。

また「当センターのHPを見たのですが」と問い合わせのある利用者はかなり多い。そこで、当センターHPをページごとのアクセス数を調査した。その結果、アクセスが最も多いのは（当センター事業の情報ではなく）、外部の情報＝ 社会資源情報 のページであることがわかった。

そのため、アクセス数の調査結果を踏まえ「こころのケアガイドブック」情報の掲載を充実させた。PDF ファイルを添付するのではなく、各機関のホームページへのリンク設定やチラシの掲載、PR 紹介などにも対応できるようにし、利用者の利便性を向上させた。

3 結果

(1) こころのケアガイドブック配付の効果

平成 25 年度版は支援機関を中心に 1,500 部を配付した。配付先の支援機関からは好評の声をいただいている。当センターから支援機関への年 1 回の恒例の「プレゼント」となっている。

また、掲載内容の確認のために毎年関係機関に連絡を取る必要が生じたが、これが関係機関との連携・繋がりのお機会にもなった。

(2) ホームページ充実の効果

「情報貯金箱」の取り組み開始から 4 年目となり、多くの情報の「貯金」ができた。年数を重ねるごとに自然に情報量が増えていく仕組みとなっている。

また、情報に関する問い合わせへの対応もスムーズに行えるようになり、相手によっては「HPを見て下さい」と伝えるだけでよかった。

他にも、研修会に不参加でも HP に掲載された資料で研修内容を確認できることや、掲載資料を活用して、病院 PSW が講師を務め、院内勉強会を実施した等、支援者のスキルアップにつながる新たな効果も得られている。

これらの取り組みの結果、当センターHPへのアクセス数（全ページトータル）は、毎年度順調に増加して過去最多を更新し続けており、より多くの県民に利用されている状況にある。

4 まとめ

普及啓発・情報提供の手法としては、さまざまな方法が考えられるが、当事者や家族、支援機関など利用者が求めている情報を提供することが重要であること、利用者の利便性を考慮すればホームページを活用することが最も効果的であると感じている。

また、社会資源情報を支援機関に提供して日頃の業務に活用してもらうということは、単に情報提供を行うことに留まらず、センター運営要領の「積極的な技術指導・技術援助」の効果を同時にもたらすものとする。

今後も「県民や支援機関から利用・活用されるセンター」を目指し、さらに工夫しながら、情報の貯金だけでなく信頼の貯金にも努めていきたい。



三重県内の社会資源情報

三重県内の精神診療機関・相談窓口・社会資源等の情報をご案内しています。各機関のホームページへのリンクも対応しています。

社会資源情報 ⇒ [こころのケアガイドブック](#)

I 診療機関編	(1) 精神科病院・クリニックの情報 詳細情報 (2) 認知症・デイケア・訪問看護 (3) 発達障がい・認知行動療法・セカンドオピニオン・女性医師対応
II 相談窓口編	(1) 障がい者総合相談支援センター、指定特定相談・指定一般相談支援事業所、市町、社会福祉協議会、地域包括支援センター (2) 保健所、精神保健福祉センター、三重県精神科救急情報センター、カウンセリಂಗールーム、その他の相談窓口
III 専門相談編	(1) ひきこもり専門相談 (2) 依存症専門相談（薬物依存症・アルコール依存症・ギャンブル依存症・その他の依存症） (3) 自殺予兆・自死遺族相談
IV 社会資源編	(1) 精神障がい者 障がい福祉サービス事業所等 (2) 居場所機能、セルフヘルプグループ、精神保健福祉ボランティアグループ、各種活動団体・関係機関等

