



平成30年度 センター長会 会報59

平成30年度
センター長会会報（全国精神保健福祉センター長会）

第58号

全国精神保健福祉センター長会

写真提供：福島県

巻頭言

皆様に、平成 30 年度における全国精神保健福祉センター長会（以下、センター長会）の活動を掲載した、会報第 59 号をお届けいたします。

この年度を振り返れば、まず 4 月と 6 月に常任理事会が開催され、新年度の会員の異動の確認や会議参加、調査研究、学会企画等のほか継続・新規事業について論議されたほか、新しい精神保健指定医研修・資格審査のあり方に関する研究について情報交換されました。

6 月、第 114 回日本精神神経学術総会（神戸市内）では、「精神保健福祉センターにおける自殺対策の取り組みについて」がセンター長会企画シンポジウムとして催され、充実した意見交換の場となりました。

7 月、東京都内竹芝で定期総会が開催され、厚労科研の政策研究や地域保健総合推進事業の進捗状況、さまざまな学会や精神医療審査会関係などの協議会での活動、広報活動等について報告されました。平成 29 年度事業報告、会計監査報告が承認され、続いて平成 30 年度事業計画、予算が議決されました。センター長として新しく就任された会員が約 2 割を占めた年度でもあり、ワーキンググループの活動報告を中心に精神保健福祉センターおよびセンター長会の全体像を見直す場を作りました。

10 月 23 日、24 日と、第 54 回全国精神保健福祉センター研究協議会が、福島県精神保健福祉センター所長 畑哲信 大会長のもと、福島市内で開催されました。初日の会津歴史考房の野口信一氏による講演「日本最初の年金制度、会津藩初代藩主保科正之公の社会政策」では、現在の年金制度につながる社会政策について、興味深くわかりやすくお話いただきました。二日目は、依存症対策、ひきこもり対策、デイケア・予防・精神保健教育、自殺対策、精神科救急・災害時精神保健医療・アウトリーチ・地域生活支援等、多岐にわたる 40 演題の発表があり、活発な議論が交わされました。意見交換会では、畑大会長の生ギターの演奏（ユニークな選曲でした）に、参加者は皆、聴き惚れました。

平成 31 年 2 月に、全国精神医療審査会連絡協議会総会が都内で開催されました。「身体拘束の縮減に向けて～精神医療審査会がなすべきこと～」をテーマに、民間病院、公立病院、弁護士、当事者が登壇するシンポジウムが開催されました。

この間にも、地方での各ブロック会議・大都市部会や 3 月の地域保健総合推進事業報告会、そのほか日常のセンター長会の連携を活かしたメールでの情報交換や調査等、69 センターにより全国各地の地域精神保健医療福祉活動を推進してきました。

この年度から、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」および「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制」の新たな政策理念に基づく第 5 期障害福祉計画・第 7 次医療計画が始まりました。しかし、措置入院者退院後支援や指定医指定の厳格化を含む精神保健福祉法改正案は前年に廃案となり、この年度は法改正の動きが見られませんでした。センター長会会員も協力した厚労科研を踏まえて、前年度末に現行法制下での「措置入院運用」および「地方公共団体による退院後支援」の各ガイドラインが国から示されました。このほか災害時精神保健医療、依存症対策（アルコール、薬物、ギャンブル等）、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（アウトリーチ、地域分析等）、自殺対策、指定医研修の見直し、ひきこもり支援、精神医療審査会と患者の人権擁護、精神障害者保健手帳・自立支援医療、精神科救急、触法精神障害者等、センター長会の対応すべき課題は山積しております。

終わりになりますが、今後も地域精神保健福祉の向上とセンターの機能充実に取り組んでまいりますので、これまでも増して会員の皆様のご助力をお願いするとともに、関係省庁および各自治体、関係機関・団体の皆様の一層のご理解とご支援をお願い申し上げます。

全国精神保健福祉センター長会 会長 辻本 哲士

目 次

巻頭言

第Ⅰ部 会議

1. 平成 30 年度 全国精神保健福祉センター長会定期総会 1
2. 平成 30 年度 全国精神保健福祉センター長会議 21
3. 平成 30 年度 全国精神保健福祉センター長会常任理事会 22
4. 平成 30 年度 全国精神保健福祉センター長会理事会 27

第Ⅱ部 各ブロック会議

1. 東北・北海道ブロック 31
2. 関東甲信越ブロック 32
3. 中部・近畿ブロック 33
 - (1) 中部ブロック 34
 - (2) 近畿ブロック 35
 - (2) 北陸ブロック 36
4. 中国・四国ブロック 37
5. 九州ブロック 38
6. 大都市部会 39

第Ⅲ部 調査研究

1. 地域保健総合推進事業「保健所、精神保健福祉センターの連携による、ひきこもりの精神保健相談・支援の実践研修と、中高年齢層のひきこもり支援に関する調査」 41
2. 厚労科研「災害派遣精神医療チーム（DPAT）の機能強化に関する研究」 42
3. 厚労科研 分担研究「新しい精神保健指定医研修・審査のあり方に関する研究」 . . . 43
4. 厚労科研 分担研究「措置入院及び退院後支援のあり方に関する研究」 44
5. 厚労科研 分担研究「医療計画のモニタリングに資する指標の検討
－ 4 府県における研究会をもとに－」 45
6. 厚労科研 分担研究「自治体による効果的な精神保健医療福祉体制構築に関する研究」 46
7. 厚労科研 分担研究「チームによる地域ケア体制研究」 47
8. 厚労科研 分担研究「保護観察の対象となった薬物依存症者のコホート調査
システムの開発とその転帰に関する研究」 48

9. 厚労科研 分担研究「自治体による薬物依存症支援のあり方と支援体制の構築に関する研究」	49
10. 厚労科研 分担研究「薬物乱用および依存症診療の標準化と専門医療連携に関する研究」	50
11. 日本医療研究開発機構「ギャンブル障害の保健・福祉的支援の在り方についての研究」	51
12. 日本医療研究開発機構 分担研究「ギャンブル依存症標準的治療プログラム作成と効果検証に関する分担研究」	52
13. 日本医療研究開発機構「社会的ひきこもり長期化打開のためのエビデンスに基づく家族向け教育支援モデル構築」	53
14. 厚労科研 分担研究「精神障害者の権利擁護に関する研究」	54

第IV部 平成30年度（第54回）全国精神保健福祉センター研究協議会

1. 講演

「精神保健福祉行政の動向」	56
厚生労働省 精神・障害保健課 課長 得津 馨 氏	
「日本最初の年金制度、会津藩初代藩主保科正之公の社会政策」	57
会津歴史考房 主宰 野口 信一 氏	

2. 一般演題 A

1 精神保健福祉センターにおけるギャンブル依存症相談の傾向と分析	62
2 ギャンブル障がい支援プログラムを活用した地域での実践	64
3 横浜市こころの健康相談センターにおける依存症対策事業への取り組みと地域連携について	66
4 北海道立精神保健福祉センターにおけるギャンブル依存症当事者グループ支援	68

3. 一般演題 B

5 アルコール依存症等の当事者と家族への具体的な支援方法についての調査研究	70
6 アルコール健康障害対策における県庁・県立病院・精神保健福祉センターの連携	72
7 大分県の依存症支援における課題と対策～地域の支援機関への実態調査より～	74
8 相模原市における依存症相談の傾向について	76
9 AIMARPP（依存症当事者回復プログラム）への保健所職員等のオブザーバー参加前後のDDPPQによる効果測定について	78

4. 一般演題 C

10 県境の過疎地域におけるひきこもり者の家族会育成の試み	80
11 青年期（ひきこもり）家族会の振り返りからの一考察	82
12 島根県版ひきこもり適応行動チェックリストの開発	84
13 中高年層ひきこもり者の現状と課題～40歳以上ひきこもり者の相談状況から～	86
14 静岡県ひきこもり支援センターの居場所支援について	88

5. 一般演題 D	
15 岐阜県のひきこもり支援体制づくりの取組みについて	90
16 ひきこもり3群の分類別に見たひきこもり支援策の傾向	92
6. 一般演題 E	
17 うつ病にひきこもり対応を加えたデイケア『リカバリーコース』の取組み	94
18 精神科デイケアにおける元気回復行動プラン(WRAP)導入の試み	96
19 成人の自閉症スペクトラム障害を対象とした精神科ショート・ケアの取組み	98
7. 一般演題 F	
20 子どもと大人のきずなを深めるための心理教育介入プログラム「CARE」教室の 効果検証	100
21 地域における簡易型認知行動療法の技法活用に向けての取組み(第2報)	102
22 小学校におけるメンタルヘルス予防教育プログラムの実装 ～未来を担う子どもたちの心の健やかな成長を目指して～	104
8. 一般演題 G	
23 浜松市における自殺未遂者支援事業の取組みと今後の展望	106
24 岩手県二戸地域自殺未遂者支援事業の取組報告	108
25 熊本県における自死遺族支援事業の歩み ～自死遺族グループミーティング「かたらんね」10年を中心に～	110
26 中小・小規模事業所におけるメンタルヘルス対策の現状と課題について	112
27 地域自殺対策推進センターにおける市町村自殺対策計画策定支援の取組み	114
9. 一般演題 H	
28 喪失(悲嘆)についての普及啓発の取組み	116
29 滋賀県における自殺未遂者支援体制の構築に向けた取組み	118
30 福岡市自殺対策推進センターにおける若年層、児童・生徒の自殺予防対策	120
31 群馬県における自傷のおそれによる警察官通報者と他害のおそれによる 警察官通報者の相違点	122
32 群馬県における自傷のおそれによる警察官通報者と自殺者の背景の比較	124
33 救急医療機関における自殺企図対応の現状と課題	126
10. 一般演題 I	
34 精神科病院の長期入院患者を退院支援につなぐためのしくみづくりに関する 研究	128
35 岡山市こころの健康センターにおける地域移行支援の取組み ～平成29年度精神科病院入院患者実態調査の活用について～	130
36 福島県精神障がい者アウトリーチ推進事業の立ち上げと活動について	132
37 妊産婦メンタルヘルス支援における地域連携システムの構築 ～周産期メンタルヘルス外来の開設～	134
38 精神科救急対応から地域支援への導入 ～地域包括ケアシステムの実現に向けて～	136
39 平成29年7月九州北部豪雨における福岡DPATの活動報告	138
40 鳥取県における措置入院解除後の経過(平成21～29年度)及び支援マニュアル 運用状況	140

第 I 部
会 議

平成30年度全国精神保健福祉センター長会定期総会 プログラム

会場：アジュール竹芝
(敬称略)

7月5日(木)

10:30～13:30 第1回大都市部会 13階「飛鳥(西)」(大都市部会構成会員)

13:30 受付開始 13階「飛鳥(東)」

14:00 開会 司会 井上 悟(東京都立多摩)

オリエンテーション

会長挨拶

来賓紹介

【特別講演1】 14:10～15:10

「最近の精神保健医療福祉の動向」

講演 武田 康久 先生(厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課 課長)

座長 辻本 哲士(滋賀県)

15:10～15:25 (休憩)

【特別講演2】 15:25～16:10

「全国精神保健福祉センター長会の組織とその取り組みについて」(仮称)

(第114回日本精神神経学会学術総会委員会シンポジウム7「地域精神科医療の視点からみた精神科医療計画」)

講演 辻本 哲士 先生(全国精神保健福祉センター長会会長 滋賀県立精神保健福祉センター所長)

座長 熊谷 直樹(東京都立中部)

16:10～16:25 (休憩)

【特別講演3】 16:25～17:10

「全国精神保健福祉センター長会ワーキンググループに関して」

手帳・自立支援医療ワーキンググループ/依存症対策ワーキンググループ/自殺対策ワーキンググループ/

事件・事故・災害時こころのケアワーキンググループ/アウトリーチワーキンググループ/思春期青年期

報告者 各WG担当のセンター長

司会 平賀 正司(東京都立)

17:10～17:30 関係団体から情報提供

司会 平賀 正司(東京都立)

17:30 閉会

18:00～20:00 情報交換会 13階「飛鳥(西)」

司会 井上 悟(東京都立多摩)、平賀 正司(東京都立)

平成 30 年度全国精神保健福祉センター長会定期総会 プログラム

会場：アジュール竹芝
(敬称略)

7月6日(金)

- 9:30～10:20 第1回理事会 16階「憩」 (常任理事・理事)
9:30～10:20 会計監査 13階「飛鳥(東)」 (監事、事務局)
- 10:00 受付開始 13階「飛鳥」
- 10:30 開会 司会 原田 豊(鳥取県)、熊谷 直樹(東京都立中部)
会長挨拶
- 10:30～11:00 報告事項
- 11:00～12:00 議決事項
- 12:00～13:00 (休憩・昼食) ～昼食は事務局で用意いたします～
- 13:00～15:00 協議ならびに報告事項
司会 井上 悟(東京都立多摩)、平賀 正司(東京都立)
- 15:00 閉会
- 15:00～15:30 ワーキンググループの時間 13階「飛鳥(東)」
- 15:30～16:45 平成30年度地域保健総合推進事業第2回研究班会議

平成30年度 センター長会（69）名簿

北海道・東北ブロック（9）

センター名	氏名
北海道立精神保健福祉センター	岡崎 大介
札幌こころのセンター（札幌市精神保健福祉センター）	鎌田 隼輔
青森県立精神保健福祉センター	田中 治
岩手県精神保健福祉センター	小泉 範高
宮城県精神保健福祉センター	小原 聡子
仙台市精神保健福祉総合センター	林 みづ穂
秋田県精神保健福祉センター	清水 徹男
山形県精神保健福祉センター	有海 清彦
福島県精神保健福祉センター	畑 哲信

関東・甲信越ブロック（18）

センター名	氏名
茨城県精神保健福祉センター	遠藤 憲一
栃木県精神保健福祉センター	増茂 尚志
群馬県こころの健康センター	佐藤 浩司
埼玉県立精神保健福祉センター	関口 隆一
さいたま市こころの健康センター	小山田 静枝
千葉県精神保健福祉センター	岡田 眞一
千葉市こころの健康センター	稲生 英俊
東京都立精神保健福祉センター	平賀 正司
東京都立中部総合精神保健福祉センター	熊谷 直樹
東京都立多摩総合精神保健福祉センター	井上 悟
川崎市精神保健福祉センター	竹島 正
神奈川県精神保健福祉センター	山田 正夫
横浜市こころの健康相談センター	白川 教人
相模原市精神保健福祉センター	宍倉 久里江
新潟県精神保健福祉センター	中山 均
新潟市こころの健康センター	福島 昇
山梨県立精神保健福祉センター	岩佐 敏
長野県精神保健福祉センター	小泉 典章

中部・近畿ブロック (20)

センター名	氏名
岐阜県精神保健福祉センター	丹羽 伸也
静岡県精神保健福祉センター	内田 勝久
静岡市こころの健康センター	松本 晃明
浜松市精神保健福祉センター	二宮 貴至
愛知県精神保健福祉センター	藤城 聡
名古屋市精神保健福祉センター	新畑 敬子
三重県こころの健康センター	楠本 みちる
滋賀県立精神保健福祉センター	辻本 哲士
富山県心の健康センター	麻生 光男
石川県こころの健康センター	角田 雅彦
福井県精神保健福祉センター	天谷 泰公
京都府精神保健福祉総合センター	中村 佳永子
京都市こころの健康増進センター	波床 将材
大阪府こころの健康総合センター	笹井 康典
大阪市こころの健康センター	吉野 祥一
堺市こころの健康センター	井川 大輔
兵庫県精神保健福祉センター	酒井 ルミ
神戸市こころの健康センター	北村 登
奈良県精神保健福祉センター	村井 孝行
和歌山県精神保健福祉センター	小野 善郎

中国・四国ブロック (11)

センター名	氏 名
鳥取県立精神保健福祉センター	原田 豊
島根県立心と体の相談センター	小原 圭司
岡山県精神保健福祉センター	野口 正行
岡山市こころの健康センター	太田 順一郎
広島県立総合精神保健福祉センター	佐伯 真由美
広島市精神保健福祉センター	皆川 英明
山口県精神保健福祉センター	河野 通英
徳島県精神保健福祉センター	石元 康仁
香川県精神保健福祉センター	岡崎 由起美
愛媛県心と体の健康センター	竹之内 直人
高知県立精神保健福祉センター	山崎 正雄

九州ブロック (11)

センター名	氏 名
福岡県精神保健福祉センター	楯林 英晴
北九州市立精神保健福祉センター	南 秀幸
福岡市精神保健福祉センター	本田 洋子
佐賀県精神保健福祉センター	野上 耕二郎
長崎県 長崎こども・女性・障害者支援センター	柿田 多佳子
熊本県精神保健福祉センター	富田 正徳
熊本市こころの健康センター	松倉 裕二
大分県こころとからだの相談支援センター	土山 幸之助
宮崎県精神保健福祉センター	直野 慶子
鹿児島県精神保健福祉センター	竹之内 薫
沖縄県立総合精神保健福祉センター	宮川 治

平成29年度 全国精神保健福祉センター長会 事業報告

1 総会

定期総会 平成29年 7月 6日(木)～ 7日(金)(東京都)

2 理事会 年3回

第1回 平成29年 7月 6日(木) (東京都)

第2回 平成29年10月30日(月) (鹿児島)

第3回 平成30年 2月24日(土) (東京都)

3 常任理事会 年4回

第1回 平成29年 4月22日(土) (東京都)

第2回 平成29年 6月17日(土) (東京都)

第3回 平成29年 9月 9日(土) (東京都)

第4回 平成30年 1月13日(土) (東京都)

4 全国精神保健福祉センター長会会議

平成29年10月30日(月) (鹿児島県)

5 全国精神保健福祉センター研究協議会

平成29年10月30日(月)～31日(火)(鹿児島県)

6 全国精神医療審査会長会・精神保健福祉センター所長会議 (厚労省主催)

平成30年 2月23日(金) (東京都)

7 大都市部会 年2回

第1回 平成29年 7月 6日(木) (東京都)

第2回 平成30年 2月23日(金) (東京都)

8 調査研究と学会発表等

平成29年度調査研究

- (1) 地域保健総合推進事業「保健所、精神保健福祉センター等の連携による、ひきこもりの地域生活支援の状況と課題に関する研究」 白川教人, 原田豊, 福島昇, 井上悟, 熊谷直樹, 田中治, 畑哲信, 小石誠二, 二宮貴至, 松本晃明, 辻本哲士, 太田順一郎, 野口正行, 林みづ穂, 増茂尚志, 新畑敬子, 小野善郎, 小原圭司, 土山幸之助, 竹之内直人.
- (2) 厚労科研 精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究(研究代表者藤井千代) 分担研究「自治体による効果的な精神保健医療福祉体制構築に関する研究」(分担研究者: 野口正行), 研究協力者: 熊谷直樹.
- (3) 厚労科研 精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究(研究代表者 藤井千代, アドバイザー 竹島正) 分担研究「措置入院患者の退院後における地域包括支援のあ

り方に関する研究」 研究協力者：太田順一郎，辻本哲士，野口正行，波床将材，増茂尚志。

A 1 班（措置入院運用に係るチェックポイント骨子作成） 実務者：太田順一郎。

A 2 班（措置入院患者の退院後継続支援に係るガイドライン骨子作成） 実務者：野口正行，辻本哲士。

B 班（措置入院に係る診療ガイドライン骨子作成），実務者：波床将材。

D 班（措置入院における退院後支援ニーズアセスメント骨子作成）実務者：浅見隆康，野口正行。

(4) 厚労科研 精神科救急および急性期医療の質向上に関する政策研究。

分担研究「精神科救急および急性期医療における薬物乱用および依存症診療の標準化と専門医療連携に関する研究」 実務者：増茂尚志。

(5) 厚労科研 刑の一部執行猶予制度下における薬物依存者の地域支援に関する政策研究。

分担研究「自治体による薬物依存者支援のあり方と支援体制構築に関する研究」
研究分担者：白川教人，研究協力者：小泉典章，小原圭司，増茂尚志。

(6) 厚労科研 刑の一部執行猶予制度下における薬物依存者の地域支援に関する政策研究。

分担研究「多機関連携による薬物依存症者地域支援の好事例に関する研究」研究
協力者：白川教人。

(7) 厚労科研 刑の一部執行猶予制度下における薬物依存者の地域支援に関する政策研究。

分担研究「保護観察の対象となった薬物依存症者のコホート調査システムの開発とその
転帰に関する研究」 研究協力者：竹島正，山田正夫，本田洋子，井上悟。

(8) 厚労科研 精神科救急および急性期医療の向上に関する政策研究。 分担研究「薬

物乱用および依存症診療の標準化と専門医療連携に関する研究」 研究協力者：増茂 尚
志

(9) 日本医療研究開発機構 ギャンブル障害の疫学調査，生物学的調査，医療・福祉・

社会的支援のありかたについての研究。「ギャンブル障害の保健・福祉的支援のあり方
についての研究」白川教人，小泉典章，小原圭司。

(10) 日本医療研究開発機構 ギャンブル障害の疫学調査，生物学的調査，医療・福祉・

社会的支援のありかたについての研究。「ギャンブル依存症標準的治療プログラム作成
と効果検証に関する分担研究」 小原圭司。

(11) 厚生労働行政推進調査 精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究。

分担研究班「新しい精神保健指定医研修・審査のあり方に関する研究」二宮貴至。

(12) 日本医療研究開発機構 社会的ひきこもりの長期化打開のためのエビデンスに基づく

家族向け教育支援モデル構築。 小原圭司，本田洋子。

(13) 文部科学省科学研究費助成事業 精神障害者による他害行為の予防に関する精神保健

医療福祉体制の整備に関する研究。 研究報告「全国 23 条通報受理機関に関するアンケ
ート調査～通報事例に対するケアマネジメント体制の構築に向けた検討～」 辻本哲士

平成 29 年度学会発表

(1) 日本精神神経学会第 113 回学術総会委員会シンポジウム 15「次回精神保健福祉法改正
に向けて－非自発的入院、とりわけ措置入院の現状と課題」 司会：太田順一郎，他。

(2) 日本精神神経学会第 113 回学術総会シンポジウム 23「精神障害にも対応した地域包
括ケアシステム」における医療と行政の役割」 S23-4：野口正行。

- (3) 日本精神神経学会第113回学術総会シンポジウム59「精神保健福祉センターにおける自殺対策の取り組み」 コーディネーター：田中治，他．コーディネーター／座長：太田順一郎．演者：角田雅彦，波床将材，辻本哲士，二宮貴至，小石誠二，伊東千絵子．
- (4) 第39回 日本アルコール関連問題学会．「ギャンブル障害の保健・福祉的支援のあり方についての研究（第一報）」 白川教人、小泉典章、小原圭司．
- (5) 公衆衛生情報（日本公衆衛生協会）
【連載「精神保健福祉の日進月歩」】
- ①(2017年4月号)市町村と連携してすすめる自殺対策
～ご当地・睡眠キャラクター「スーミン」～． 著者：原田豊
- ②(2017年7月号)ギャンブル依存症のプログラム． 著者：小原圭司
- ③(2017年8月号)摂食障害患者の家族支援について． 著者：二宮貴至、松尾詩子
- ④(2017年9月号)学生の視点を取り入れた自殺予防対策事業． 著者：高岡由美
- ⑤(2017年10月号)人権の視点からの自死遺族支援事業． 著者：白川教人
- ⑥(2017年11月号)精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム． 著者：竹島正、津田多佳子、柴崎聡子
- ⑦(2017年12月号)ひきこもりサポーター養成． 黒田安計
- ⑧(2018年1月号)平成29年7月九州北部豪雨の被害地域への大分県DPATによる支援について． 著者：小幡尚美・土山幸之助
- ⑨(2018年2月号)CRAFTプログラムを応用した相模原市「ひきこもりCRAFT家族教室」について． 著者：頼本鏡子 宍倉久里江
- ⑩(2018年3月号)小児高次脳機能障害に対する長崎県の取り組み．
著者：若松みちえ、浦田実

9 厚生労働省精神・障害保健課等との意見交換 随時

10 センター長会会報「第57号」発行 会報委員会

11 会議等への出席

- (1) 全国精神医療審査会連絡協議会（年2回）（白川教人（全審連副会長），太田順一郎）
- (2) 日本精神神経学会 災害支援委員会（年3回）（福島昇，山口喜久雄）
- (3) 日本精神神経学会 精神医療・保健福祉システム委員会（年5回）（太田順一郎）
- (4) 日本精神神経学会 精神科医・精神科医療の実態把握・将来計画に関する委員
（辻本哲士）
- (5) 日本精神神経学会 精神保健に関する委員（年2回）（太田順一郎）
- (6) 日本精神神経学会 精神保健福祉法委員会（年4回）（太田順一郎）
- (7) 精神保健従事者団体懇談会（年6回）（井上悟）
- (8) ひきこもり地域支援センター全国連絡協議会（年2回）（小野善郎，太田順一郎、山崎正雄、新畑敬子）
- (9) 公衆衛生情報編集委員会（隔月）（白川教人）
- (10) アルコール健康障害対策関係者会議（白川教人）

- (11) 日本社会福祉士会「自殺予防ソーシャルワークに関するテキスト開発およびリーダー養成研修事業」(年6回, 研修会2日間)(小石誠二)
- (12) 参議院厚生労働委員会 参考人「措置入院のフォローアップについて」(辻本哲士)
- (13) DPAT運営協議会(年一回) (辻本哲士)

1 2 センター長会ホームページの運営 ホームページ運営委員会
時期に応じコンテンツの追加や整理など, 年4回程度更新

1 3 課題別ワーキンググループ 各ワーキンググループ

1 4 その他

平成29年度 収支決算

収入の部

単位：円

科 目	29年度予算額	収入額	対予算増減(△)	備 考
会 費	4,830,000	4,830,000	0	70,000×69
収 入	50	17	△ 33	預金利息
繰越金	456,992	456,992	0	
計	5,287,042	5,287,009	△ 33	

支出の部

科 目	29年度予算額	支出額	対予算増減(△)	備 考
事務費	1,130,000	1,266,683	136,683	
委託費 / 人件費	800,000	800,000	0	事務委託費
消耗品	30,000	11,028	△ 18,972	
事務印刷費	300,000	455,655	155,655	プリンターコピー代
事業費	2,260,000	1,604,719	△ 655,281	
旅費	1,000,000	922,751	△ 77,249	
通信費	70,000	59,315	△ 10,685	
会報印刷費	350,000	283,370	△ 66,630	会報57(平成28年度) 69センター×3部
調査研究費	500,000	200,632	△ 299,368	公募研究(1件10万円×3件) 倫理審査費用
広報費	340,000	138,651	△ 201,349	メールリスト、HP管理費、 更新手数料((株)ネクスタイル)
会議費	1,700,000	1,174,114	△ 525,886	
総 会	700,000	716,555	16,555	
研究協議会	500,000	200,109	△ 299,891	鹿児島県
役員会	500,000	257,450	△ 242,550	常任理事会等会議室使用料他
大都市部会	100,000	93,054	△ 6,946	
精從懇分担金	50,000	50,000	0	
予備費	47,042	8,160	△ 38,882	
合 計	5,287,042	4,196,730	△ 1,090,312	

繰越額	収入額	支出額	繰越額	備 考
	5,287,009	4,196,730	1,090,279	

平成30年度 全国精神保健福祉センター長会 事業計画

1 総会

定期総会 平成30年 7月 5日(木)～ 6日(金) (東京都)

2 理事会 年3回

第1回 平成30年 7月 6日(金) (東京都)

第2回 平成30年10月23日(火) (福島県)

第3回 平成31年 2月23日(土) (東京都)

3 常任理事会 年4回

第1回 平成30年 4月21日(土) (東京都)

第2回 平成30年 6月 9日(土) (東京都)

第3回 平成30年 9月29日(土) (東京都)

第4回 平成31年 1月20日(日) (東京都)

4 全国精神保健福祉センター長会会議

平成30年10月23日(火) (福島県)

5 全国精神保健福祉センター研究協議会

平成30年10月23日(火)～24日(水) (福島県)

6 全国精神医療審査会長会・精神保健福祉センター所長会議 (厚労省主催)

平成31年 2月22日(金) (東京都)

7 大都市部会 年2回

第1回 平成30年 7月 5日(木) (東京都)

第2回 平成31年 2月22日(金) (東京都)

8 調査研究と学会発表等

平成30年度調査研究

- (1) 平成30年度地域保健総合推進事業 「保健所、精神保健福祉センターの連携による、ひきこもりの精神保健相談・支援の実践研修と、中高年齢層のひきこもり支援に関する調査」 辻本哲士、原田豊、福島昇、平賀正司、熊谷直樹、井上悟、田中治、白川教人、二宮貴至、太田順一郎、畑哲信、増茂尚志、小野善郎、野口正行、土山幸之助、鎌田隼輔、林みづ穂、穴倉久里江、小泉典章、小原圭司、竹之内直人、山崎正雄、本田洋子、宮川治、大館実穂
- (2) 厚労科研(障害者政策総合研究事業) 「災害派遣精神医療チーム(DPAT)の機能強化に関する研究」 辻本哲士.

- (3) 厚労科研 精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究. 分担研究「新しい精神保健指定医研修・審査のあり方に関する研究」二宮貴至、辻本哲士
- (4) 厚生労働行政推進調査事業費補助金[障害者政策総合研究事業 (精神障害分野)] 精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究. 分担研究「措置入院患者の退院後における地域包括支援のあり方に関する研究」 辻本哲士.
- (5) 平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究. 分担研究「医療計画のモニタリングに資する指標の検討」(研究分担者 竹島正) 笹井康典、竹之内直人、山田正夫、白川教人、宍倉久里江、辻本哲士.
- (6) 厚労科研 精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究. 分担研究「自治体による効果的な精神保健医療福祉体制構築に関する研究」(分担研究者 野口正行) 研究協力者 熊谷直樹.
- (7) 厚労科研 「重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究：チームによる地域ケア体制研究」 研究分担者：野口正行.
- (8) 厚労科研 刑の一部執行猶予制度下における薬物依存者の地域支援に関する政策研究. 分担研究「保護観察の対象となった薬物依存症者のコホート調査システムの開発とその転帰に関する研究」研究協力者：竹島正、山田正夫、本田洋子、井上悟、熊谷直樹、平賀正司、増茂尚志、楠本みちる、佐伯真由美、宍倉久里江.
- (9) 厚労科研 刑の一部執行猶予制度下における薬物依存者の地域支援に関する政策研究. 分担研究「自治体による薬物依存者支援のあり方と支援体制構築に関する研究」研究分担者：白川教人、研究協力者：小泉典章、小原圭司、増茂尚志.
- (10) 厚労科研 精神科救急および急性期医療の向上に関する政策研究. 分担研究「薬物乱用および依存症診療の標準化と専門医療連携に関する研究」研究協力者：増茂尚志
- (11) 日本医療研究開発機構 ギャンブル障害の疫学調査, 生物学的調査, 医療・福祉・社会的支援のありかたについての研究. 「ギャンブル障害の保健・福祉的支援のあり方についての研究」白川教人, 小泉典章, 小原圭司.
- (12) 日本医療研究開発機構 ギャンブル障害の疫学調査, 生物学的調査, 医療・福祉・社会的支援のありかたについての研究. 「ギャンブル依存症標準的治療プログラム作成と効果検証に関する分担研究」 小原圭司.
- (13) 日本医療研究開発機構 社会的ひきこもりの長期化打開のためのエビデンスに基づく家族向け教育支援モデル構築. 小原圭司, 本田洋子.

平成 30 年度学会発表

- (1) 第 114 回日本精神神経学会学術総会委員会シンポジウム 7
「精神科医療の将来計画に関する今後の課題」 辻本哲士.
- (2) 第 114 回日本精神神経学会学術総会委員会シンポジウム 20
「地域で暮らすために必要な資源とそのあり方」 太田順一郎、野口正行
- (3) 第 114 回日本精神神経学会学術総会委員会シンポジウム 25
「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて：多職種・多機関協働の推進とデータの活用」 野口正行.
- (4) 第 114 回日本精神神経学会学術総会委員会シンポジウム 66
「全国精神保健福祉センターにおける自殺予防対策の取り組み」

- 太田順一郎、角田雅彦、二宮貴至、土田英人、竹島正、原田豊、田中治
- (5) 日本アルコール関連問題学会 京都大会「依存症対策について保健所・精神保健福祉センターが担う役割と可能性」辻本哲士,太田順一郎.
- (6) 第 38 回 日本社会精神医学会シンポジウム「地域移行・地域定着支援の現状と課題(仮題)」 コーディネーター 田中治, 熊谷直樹.
- (7) 公衆衛生情報(日本公衆衛生協会)
- ・(2018年4月号)地域保健活動最前線第35回 「保健所、精神保健福祉センターの連携によるひきこもりの地域生活支援の状況と課題」 著者：原田豊
- 【連載「精神保健福祉の日進月歩」】
- ①(2018年4月号)産後うつ対策事業(こんにちは赤ちゃん訪問)への技術支援を通して. 著者：藤原美佳、平野美輪、檜垣裕子、戒能徳樹、竹之内直人
 - ②(2018年5月号)福岡市における専門相談移行から見られる傾向と効果. 著者：神前洋帆、宇佐美貴士、本田洋子
 - ③(2018年6月号)思春期の子ども・若者家族支援講座「ピュベル」の試行的実施. 著者：白尾直子、佐伯真由美
 - ④(2018年7月号)在住外国人のメンタルヘルス相談事業. 著者：二宮 貴至、池田
 - ⑤(2018年8月号)若者こころの悩み相談窓口. 著者：川田、内田 勝久
 - ⑥(2018年9月号)「元気回復行動プランクラス」参加について. 著者：山崎 正雄
 - ⑦(2018年10月号)ひきこもり当事者の準備グループワーク. 著者：金谷尚佳、井川大輔
 - ⑧(2018年11月号)横浜の措置入院者の退院後支援. 著者：白川教人

9 厚生労働省精神・障害保健課等との意見交換 随時

10 センター長会会報「第58号」発行 会報委員会

11 会議等への出席

- (1) 全国精神医療審査会連絡協議会(年2回)(辻本哲士(全審連副会長), 太田順一郎、白川教人)
- (2) 精神保健従事者団体懇談会(年6回)(井上悟)
- (3) DPAT 運営協議会(年2回)(辻本哲士)
- (4) 公衆衛生情報編集委員(隔月)(辻本哲士)
- (5) アルコール健康障害対策関係者会議(年2回)(白川教人)
- (6) 依存症相談員等全国会議(年1回)(白川教人)
- (7) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援事業 アドバイザー合同会議(年3回)(野口正行)
- (8) ひきこもり地域支援センター全国連絡協議会役員会(年2回)(小野善郎, 太田順一郎、山崎正雄、新畑敬子)
- (9) 日本精神神経学会 災害支援委員(年3回)(福島昇)
- (10) 日本精神神経学会 精神医療・保健福祉システム委員会(年5回)(太田順一郎)

- (11) 日本精神神経学会 精神科医・精神科医療の実態把握・将来計画に関する委員会
(年2回) (辻本哲士)
- (12) 日本精神神経学会 精神保健に関する委員会 (年2回) (太田順一郎)
- (13) 日本精神神経学会 精神保健福祉法委員会 (年4回) (太田順一郎)

1 2 センター長会ホームページの運営 ホームページ運営委員会
時期に応じコンテンツの追加や整理など, 年4回程度更新

1 3 課題別ワーキンググループ 各ワーキンググループ

1 4 その他

平成30年度 収支予算

収入の部

単位：円

科 目	30年度予算額	29年度予算額	対前年度予算増減	備 考
会 費	4,830,000	4,830,000	0	70,000×69
収 入	50	50	0	預金利息
繰越金	1,090,279	456,992	633,287	
計	5,920,329	5,287,042	633,287	

支出の部

単位：円

科 目	30年度予算額	29年度予算額	対前年度予算増減	備 考
事務費	1,350,000	1,130,000	220,000	
委託費 / 人件費	800,000	800,000	0	事務委託
消耗品	50,000	30,000	20,000	
事務印刷費	500,000	300,000	200,000	プリンター・コピー代
事業費	2,480,000	2,260,000	220,000	
旅費	1,000,000	1,000,000	0	
通信費	80,000	70,000	10,000	
会報印刷費	350,000	350,000	0	会報58(平成29年度) 69センター×3部
調査研究費	500,000	500,000	0	公募研究(1件10万円×3件) 倫理審査費用
広報費	550,000	340,000	210,000	メールリスト、HP管理費、 更新手数料((株)ネクスタイル)
会議費	1,900,000	1,700,000	200,000	
総 会	800,000	700,000	100,000	
研究協議会	500,000	500,000	0	福島県
役員会	600,000	500,000	100,000	常任理事会等会議室 借用料等
大都市部会	100,000	100,000	0	
精從懇分担金	50,000	50,000	0	
予備費	40,329	47,042	△ 6,713	
合 計	5,920,329	5,287,042	633,287	

全国精神保健福祉センター長会会則

(名称及び所在地)

第1条 本会は、全国精神保健福祉センター長会と称し、事務局を一般財団法人日本公衆衛生協会（東京都新宿区新宿1丁目29番8号）に置く。

(構成)

第2条 本会は、全国の精神保健福祉センターの長をもって構成する。

(目的及び事業)

第3条 本会は、地域精神保健福祉の向上を目的とし、次の事業を行う。

1. 全国精神保健福祉センター研究協議会を開催すること
2. 精神保健福祉センター等の事業及び運営の向上に関する事
3. 精神保健福祉センター等の連携に関する事
4. 地域精神保健福祉に関する調査研究
5. 会報の発行
6. その他本会の目的達成に必要な事

(役員)

第4条 本会に次の役員を置く。

会 長	1名
副会長	若干名
常任理事	ブロック選出5名、並びに会長指名若干名
理 事	ブロック選出6名、並びに会長指名若干名
監 事	2名

第5条 会長は、本会を代表し、会務を総理する。

副会長は、会長を補佐して会務を掌り、会長事故あるときはその職務を代理し、会長欠員のときはその職務を行う。

常任理事は、常務を掌る。

理事は、会務を掌る。

監事は、本会の会計を監査する。

第6条 役員の任期は、2年とする。但し、再任を妨げない。

第7条 会長は、総会において選出する。

副会長は、会長が指名し、総会において承認する。

各ブロック選出の常任理事及び理事は、各ブロックの会員が選出し、総会において承認する。ブロック選出常任理事は各ブロック1名、ブロック選出理事は中部・近畿ブロックは2名、他のブロックは1名とする。

監事は、以下のブロックの組み合わせ順で、ブロックから候補者を1名推薦し、総会において承認する。

北海道・東北ブロックと、中国・四国ブロック

関東・甲信越ブロックと九州ブロック

中部・近畿ブロックと北海道・東北ブロック

中部・近畿ブロックと関東・甲信越ブロック

九州ブロックと中部・近畿ブロック

第8条 役員に欠員を生じたときは、直近の役員会において臨時代行者を選出し、次の総会において承認する。任期は前任者の残期間とする。

第9条 削除

(会議)

第10条 会議は、総会、理事会及び常任理事会とする。

但し、常任理事会が必要と認めたときは、委員会を置くことができる。

第11条 総会は、会員をもって構成し、毎年1回以上会長が召集する。

第12条 次の事項は、総会の議決を経なければならない。

1. 収支予算
2. 収支決算
3. 会則の変更
4. 事業計画
5. 経費の収入方法
6. 重要な財産の管理方法及び処分

7. 解散に関する事項

8. その他重要な事項

(2) 会長は、総会において次のことを報告しなければならない。

1. 庶務及び会計報告

2. 事業報告

第13条 総会は、会員の過半数をもって成立し、出席者の過半数をもって議決する。

(2) 総会に出席できない会員は、委任状をもって出席にかえることができる。

第14条 総会の議長及び副議長は各1名とする。

第15条 理事会は、会長、副会長、理事及び常任理事をもって構成し、会長が召集する。

(2) 理事会は、理事会構成員の半数をもって成立し、出席者の過半数をもって議決する。

(3) 理事会に出席できない場合は、委任状をもって出席にかえることができる。

(4) 総会に提出すべき事項は、理事会の議決を要する。

第15条の2 常任理事会は、会長、副会長及び常任理事をもって構成し、会長が召集する。

(2) 常任理事会は、常任理事の半数をもって成立し、出席者の過半数をもって議決する。

(3) 常任理事会に出席できない場合は、委任状をもって、出席にかえることができる。

(4) 常任理事会は、本会の常務を掌るうえで、必要な事項を定めることができる。

第16条 経費は、会費及び寄付金その他の収入をもって充てる。

第17条 会費の額及びその徴収方法は、総会の議決を経て定める。なお、会費は平成29年度より年額70,000円とする。

第18条 本会の会計年度は毎年4月1日に始まり、翌年3月31日に終わる。

(雑則)

第19条 本会事務局の執務に関して必要な事項は、会長が定める。

(附則)

第20条 本会の会則は、昭和39年11月18日より施行する。

1. 昭和40年10月19日 一部改定
2. 昭和42年11月14日 一部改定
3. 昭和45年 6月 5日 一部改定
4. 昭和46年 5月19日 一部改定
5. 昭和54年 6月13日 一部改定
6. 昭和62年 6月25日 一部改定
7. 昭和62年11月16日 一部改定
8. 昭和63年 6月18日 一部改定
9. 平成 3年 6月26日 一部改定
10. 平成 5年 7月23日 一部改定
11. 平成 7年 7月20日 一部改定
12. 平成15年 7月25日 一部改定
13. 平成25年 4月 1日 一部改定
14. 平成28年 7月15日 一部改定

全国精神保健福祉センター長会役員名簿

H30.7.6

役 職	氏 名	所 属
会長	辻本 哲士	滋賀県立精神保健福祉センター
副会長	福島 昇	新潟市こころの健康センター
副会長	平賀 正司	東京都立精神保健福祉センター
副会長	熊谷 直樹	東京都立中部総合精神保健福祉センター
副会長	井上 悟	東京都立多摩総合精神保健福祉センター
副会長	原田 豊	鳥取県立精神保健福祉センター
常任理事	田中 治	青森県精神保健福祉センター
常任理事	白川 教人	横浜市こころの健康相談センター
常任理事	二宮 貴至	浜松市精神保健福祉センター
常任理事	太田 順一郎	岡山市こころの健康センター
常任理事	畑 哲信	福島県精神保健福祉センター
常任理事	小野 善郎	和歌山県精神保健福祉センター
常任理事	野口 正行	岡山県精神保健福祉センター
常任理事	土山 幸之助	大分県こころとからだの相談支援センター
常任理事	増茂 尚志	栃木県精神保健福祉センター
理事	林 みづ穂	仙台市精神保健福祉総合センター
理事	新畑 敬子	名古屋市精神保健福祉センター
理事	波床 将材	京都市こころの健康増進センター
理事	小原 圭司	島根県立心と体の相談センター
理事	竹之内 薫	鹿児島県精神保健福祉センター
理事	宍倉 久里江	相模原市精神保健福祉センター
監事	鎌田 隼輔	札幌こころのセンター(札幌市精神保健福祉センター)
監事	丹羽 伸也	岐阜県精神保健福祉センター

平成 30 年度全国精神保健福祉センター長会議

日時：平成 30 年 10 月 23 日(火)13:00～14:35

会場：ホテル福島グリーンパレス 2 階 西の間

次 第

開会 13:00 会長挨拶

(敬称略)

1 報告事項

- (1) 厚生労働省との情報交換会について (辻本)
- (2) 精神神経学会災害支援フォーラム (仮) について (福島)
- (3) 保護観察中の薬物依存症者に関するコホート調査について (熊谷)
- (4) 第 38 回日本社会精神医学会シンポジウムについて (熊谷・田中)
- (5) 第 115 回日本精神神経学会学術総会でのシンポジウム「全国精神保健福祉センターにおける自殺対策の取り組み」の企画進捗状況について (田中)
- (6) 平成 30 年度「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」分担研究班 I 新しい精神保健指定医研修・審査のあり方に関する研究について (二宮)
- (7) 子どものストレスマネジメント教室教材の公開について (二宮)
- (8) 厚労科研自治体班について (野口)
- (9) 重度かつ慢性研究地域ケア班 (野口)
- (10) 地域保健総合推進事業について (原田)
- (11) 依存症相談拠点機関全国会議の議事について (白川)
- (12) ギャンブル及び薬物依存の相談・治療に関する調査について (白川)
- (13) 生活保護担当ケースワーカー向け薬物依存症対応基礎研修について (白川)
- (14) その他

2 協議事項

- (1) 「精神科医療における身体拘束に関する意見書」について (辻本)
- (2) オンライン診療について (辻本)
- (3) こころのケアリーフレットのセンター長会サイトへの掲載について (福島)
- (4) 全国精神保健センター長会ホームページ更新・会報作成について (熊谷)
- (5) その他

3 その他

- (1) 厚生労働省科学研究費補助金障害者政策総合研究事業 (精神障害分野)
「精神科救急および急性期医療の質向上に関する政策研究」分担研究等について (辻本)
- (2) 県外避難者心のケア訪問事業について (福島県障がい福祉課)

閉会 14:20

ワーキンググループの時間 (14:20～14:35)

平成 30 年度全国精神保健福祉センター長会常任理事会（第 1 回）

日時：平成 30 年 4 月 21 日(土)10:30～16:30

会場：AP 品川 10 階 C ルーム

次 第

(敬称略)

開会 10:30 会長挨拶

1 報告事項 (10:30～12:30)

- (1) 4 月異動等に伴う名簿・役員の変更について (井上)
- (2) 精神神経学会災害支援シンポジウムについて (福島)
- (3) 保護観察中の薬物依存症者のコホート調査 (厚労科研) について (熊谷)
- (4) 第 38 回日本社会精神医学会での東京都のセンター長が中心となつてのシンポジウムの企画・運営について (田中)
- (5) 「地域自殺対策推進センターの現状と機能のあり方に関するアンケート」実施について (田中)
- (6) 「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」分担研究班 H：新しい精神保健指定医研修・審査のあり方に関する研究について (二宮)
- (7) 運営要領案、自治体好事例、重度かつ慢性、地域包括ケアシステムについて (野口)
- (8) H29 年度薬物依存分担研究班報告書、ギャンブル障害分担班報告書について (白川)
- (9) 第 17 回アルコール健康障害対策関係者会議 (H30 年 3 月 28 日開催) (白川)
- (10) 「精神障害者による他害行為の予防に関する精神保健医療福祉体制の整備に関する研究 (小池班)」について (辻本)
- (11) 630 調査における精神医療審査会関連個票の調査見直しについて (辻本)
- (12) 「地域精神科医療の視点からみた精神科医療計画アンケート」回収状況について (辻本)
- (13) 平成 31 年度全国精神保健福祉センター長会：10 月 21 日 22 日にする件について (辻本)
- (14) その他

2 協議事項 (13:30～16:30)

- (1) 年間スケジュールについて (井上)
- (2) 事業報告・計画における会議一覧について (福島)
- (3) 全国センター長会ホームページ更新について (熊谷)
- (4) 平成 30 年度定期総会プログラムについて (井上)
- (5) 平成 30 年度地域保健総合推進事業について (原田)
- (6) 全国の精神保健福祉センター長会における照会事項・協議事項のデータベース化について (二宮)
- (7) 依存症ワーキンググループに係わる調査、自死遺族支援グループ調査について (白川)
- (8) 久里浜医療センター樋口院長からのネット依存調査協力 (含む医療機関調査) について (白川)
- (9) アルコール啓発リーフレット等、山口県河野先生提案について (辻本)

- (10) 常任理事でない会員の常任理事会参加について（辻本）
- (11) NHK 問題について（辻本）
- (12) 全国センター長会メール環境について（辻本）
- (13) 全国センター長会会長、副会長、常任理事、理事、会員の役割について（辻本）
- (14) 波床先生提案について
- (15) 小原先生提案について
- (16) ジャパンマック岡崎理事からの依存症支援ガイドライン作成協力について（白川：説明岡崎）
- (17) その他 両全会事業について（説明鷺野）

閉会 16:30

平成 30 年度全国精神保健福祉センター長会常任理事会（第 2 回）

日時：平成 30 年 6 月 9 日(土) 10：30～13：00

会場：日本公衆衛生協会 1 階 会議室

次 第

開会 10:30 会長挨拶

1 報告事項

- (1) 厚生労働省・内閣府との情報交換報告について（辻本）
- (2) 兵庫県こころのケアセンターからの研究協力依頼について（辻本）
- (3) 厚生労働省ゲーム障害等に関する相談件数調査の協力依頼について（辻本）
- (4) 「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」分担研究班 H
新しい精神保健指定医研修・審査のあり方に関する研究について（二宮・辻本）
- (5) 全国の精神保健福祉センター長会における照会事項・協議事項のデータベース化について（二宮）
- (6) 事業報告・計画における会議一覧について（福島）
- (7) 日本精神神経学会シンポジウム
「精神保健福祉センターにおける自殺対策の取り組みについて」のお知らせ（田中）
- (8) その他
・ 久里浜のスマホ・インターネット依存調査のお礼（白川）

2 協議事項

- (1) センター長メールの使用状況に関して（辻本）
- (2) ホームページの運営について（熊谷）
- (3) 「薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラム」活用状況を把握するための調査（白川）
- (4) センター長会定期総会プログラム（案）、次第（案）について（井上）
- (5) 平成 29 年度事業報告（案）、平成 30 年度事業計画（案）について（井上）
- (6) 平成 29 年度収支決算（案）、平成 30 年度収支予算（案）について（井上）
- (7) その他
・ 31 年度 630 調査に向けて、精神医療審査会の審査状況調査票配布の際の
センター長会メーリングリスト使用について、長・事務の使用許可伺い（白川）

閉会 13:00

平成 30 年度全国精神保健福祉センター長会常任理事会（第 3 回）

日時：平成 30 年 9 月 29 日(土) 10：30～13：00

会場：日本公衆衛生協会 1 階 会議室

次 第

開会 10:30 会長挨拶

(敬称略)

1 報告事項

- (1) 厚生労働省との情報交換会について (辻本)
- (2) 保護観察中の薬物依存症者に関するコホート調査について (熊谷)
- (3) 第 38 回日本社会精神医学会シンポジウムについて (熊谷)
- (4) 平成 30 年度「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」分担研究班H
新しい精神保健指定医研修・審査のあり方に関する研究について (二宮)
- (5) 子どものストレスマネジメント教室教材の公開について (二宮)
- (6) その他

2 協議事項

- (1) 「精神科医療における身体拘束に関する意見書」について (辻本)
- (2) オンライン診療について (辻本)
- (3) こころのケアリーフレットのセンター長会サイトへの掲載について (福島)
- (4) 全国精神保健センター長会ホームページ更新・年俸作成について (熊谷)
- (5) 依存症相談拠点機関全国会議の議事について (白川)
- (6) その他

3 その他

閉会 13:00

平成 30 年度全国精神保健福祉センター長会常任理事会（第 4 回）

日時：平成 31 年 1 月 20 日（日）10:30～13:00

会場：AP 品川 9 階 P+Q ルーム

次 第

（敬称略）

開会 10:30

会長挨拶

1 報告事項

- (1) 第 115 回日本精神神経学会シンポジウム
「全国の精神保健福祉センターにおける自殺対策の取り組みについて」（田中）
- (2) 自殺対策における人材育成とネットワークに関する調査（二宮）
- (3) 厚生労働省科学研究「自治体班」について（野口）
- (4) 厚生労働省科学研究「重度かつ慢性研究 地域ケア班」について（野口）
- (5) 「第 2 回 生活保護担当ケースワーカー向け薬物依存症対応基礎研修」（白川）
- (6) その他

2 協議事項

- (1) 外国人に対する公的文書について（辻本）
- (2) オンライン診療等に関するアンケート調査について（辻本）
- (3) 平成 31 年度全国こころのケアチーム連絡協議会（仮称）について（福島）
- (4) 全国センター長会ホームページ更新・会報 58 号作成について（熊谷）
- (5) 平成 30 年度「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」 分担研究班 I：
新しい精神保健指定医研修・審査のあり方に関する研究について（二宮）
- (6) その他

閉会 14:00

平成30年度全国精神保健福祉センター長会第1回理事会

日時：平成30年7月6日（金）
会場：アジュール竹芝 16階「憩」

次 第

開会 9:30

1. 総会議決事項について（9:30～10:20）
 - (1) 平成29年度事業報告案、決算案について
 - (2) 平成30年度事業計画案、予算案について
 - (3) 会員の異動について
 - (4) 役員の欠員補充および承認について
 - (5) その他

閉会 10:20

平成 30 年度全国精神保健福祉センター長会第 2 回理事会

日時：平成 30 年 10 月 23 日(火)11:00～12:00

会場：ホテル福島グリーンパレス 2 階 葵の間

次 第

開会 11:00 会長挨拶

(敬称略)

1 報告事項

- (1) 厚生労働省との情報交換会について (辻本)
- (2) 精神神経学会災害支援フォーラム (仮) について (福島)
- (3) 保護観察中の薬物依存症者に関するコホート調査について (熊谷)
- (4) 第 38 回日本社会精神医学会シンポジウムについて (熊谷・田中)
- (5) 第 115 回日本精神神経学会学術総会でのシンポジウム「全国の精神保健福祉センターにおける自殺対策の取り組み」の企画進捗状況について (田中)
- (6) 平成 30 年度「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」分担研究班 I 新しい精神保健指定医研修・審査のあり方に関する研究について (二宮)
- (7) 子どものストレスマネジメント教室教材の公開について (二宮)
- (8) 厚労科研自治体班について (野口)
- (9) 重度かつ慢性研究地域ケア班 (野口)
- (10) 地域保健総合推進事業について
- (11) 依存症相談拠点機関全国会議の議事について (白川)
- (12) ギャンブル及び薬物依存の相談・治療に関する調査について (白川)
- (13) 生活保護担当ケースワーカー向け薬物依存症対応基礎研修について (白川)
- (14) その他

2 協議事項

- (1) 「精神科医療における身体拘束に関する意見書」について (辻本)
- (2) オンライン診療について (辻本)
- (3) こころのケアリーフレットのセンター長会サイトへの掲載について (福島)
- (4) 全国精神保健センター長会ホームページ更新・会報作成について (熊谷)
- (5) その他

3 その他

- (1) 厚生労働省科学研究費補助金障害者政策総合研究事業 (精神障害分野)
「精神科救急および急性期医療の質向上に関する政策研究」分担研究等について (辻本)

平成 30 年度全国精神保健福祉センター長会第 3 回理事会

日時：平成 31 年 2 月 23 日(土) 10:30～12:00

会場：アルカディア市ヶ谷 4 階 飛鳥の間

次 第

開会 10:30 会長挨拶

(敬称略)

1 報告事項

- (1) 第 115 回日本精神神経学会シンポジウム
「全国の精神保健福祉センターにおける自殺対策の取り組みについて」(田中)
- (2) オンライン精神科診療および自殺対策に関する調査(辻本・二宮)
- (3) 厚生労働省科学研究「自治体班」および
「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援事業」について(野口)
- (4) 厚生労働省科学研究「重度かつ慢性研究 地域ケア班」について(野口)
- (5) 厚生労働省科学研究「保護観察中の薬物依存症者のコホート調査」の進捗について(熊谷)
- (6) 「第 2 回 生活保護担当ケースワーカー向け薬物依存症対応基礎研修」について(白川)
- (7) 依存症対策調査研究部会の外部有識者会議(調査研究会) H31 年 2 月 11 日開催について(白川)
- (8) H31 年 3 月 29 日第 18 回アルコール健康障害対策関係者会議の開催及び委員就任について(白川)
- (9) その他

2 協議事項

- (1) 外国人に対する公的文書について(辻本)
- (2) 平成 31 年度全国こころのケアチーム連絡協議会(仮称)について(林)
- (3) 全国センター長会ホームページ更新・会報 58 号作成について(熊谷)
- (4) 平成 30 年度「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」 分担研究班 I :
新しい精神保健指定医研修・審査のあり方に関する研究について(二宮)
- (5) その他

閉会 12:00

第 II 部

各ブロック会議

【東北・北海道ブロック】

平成 30 年度 東北・北海道ブロック精神保健福祉センター所長会

開催日時:平成 30 年 6 月 14 日 (木) ～ 6 月 15 日 (金)

開催会場:ホテル札幌ガーデンパレス (札幌市中央区北 1 条西 6 丁目)

参 加:青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県、札幌市、仙台市、北海道の
各センター所長

○所長会総会 (6 月 14 日 14:00～17:00)

- ・あいさつ 東北・北海道精神保健福祉センター所長会会長 岡崎 大介 氏
北海道保健福祉部技監 竹内 徳男 氏
- ・協議内容
 - (1) 平成 29 年度事業報告及び収支決算報告 (案)
 - (2) 会計監査報告
 - ・事業報告及び収支決算報告と併せて原案どおりに承認された。
 - (3) 平成 30 年度事業計画 (案) 及び収支予算 (案)
 - ・原案を一部修正して承認された。
 - (4) 役員体制及び役員の改選について
 - ・原案どおりに承認された。
 - (5) 今後の開催担当道県市について
 - ・原案どおりに承認された。

○事業情報交換会 (6 月 14 日 14:00～17:00) ※総会と同時進行

- ・ 5 つのテーマを設け「精神医療審査会事務関連」、「自立支援医療関連」、「自殺 (自死) 対策」、「依存症対策」、「ひきこもり対策」について、各センターの現況について意見交換をした。

◇意見交換会

○事業情報交換会 (6 月 15 日 9:00～11:30)

- ・ 各精神保健福祉センターから演題が提出され、8 名の方々が日頃の業務を研究し、まとめた内容を発表した。

【関東甲信越ブロック】

平成 30 年度関東甲信越ブロック精神保健福祉センター連絡協議会

担当：新潟県精神保健福祉センター

開催日時：平成 30 年 12 月 7 日(金) 13 時 30 分～16 時 45 分

会場：新潟ユニゾンプラザ 新潟市中央区上所 2-2-2

参加：東京都 神奈川県 千葉県 茨城県 栃木県 群馬県 埼玉県
長野県 山梨県 横浜市 川崎市 千葉市 さいたま市 新潟市
相模原市 新潟県(事務局) 計 61 名

1 幹事県あいさつ

新潟県精神保健福祉センター所長 中山 均

2 講演

「措置入院者の退院支援～ガイドライン運用における精神保健福祉センターの役割と関係機関との連携のあり方について」

医療法人立川メディカルセンター柏崎厚生病院 院長 松田ひろし氏

3 分科会

○第 1 分科会：精神保健福祉手帳・自立支援医療判定業務 参加 18 名

「精神保健福祉手帳・自立支援医療判定」に係る具体的な取り扱いについて意見交換を行った。

○第 2 分科会：依存症対策 参加 18 名

「依存症対策」における各自治体の現状と課題について情報交換を行った。

○第 3 分科会：措置ガイドライン 参加 24 名

措置ガイドラインを受け、運用状況の説明及び今後の課題について協議を行った。

4 全体会

各分科会からの報告

5 閉会

平成 31 年度開催地挨拶

東京都立精神保健福祉センター所長 平賀 正司 氏

【中部・近畿ブロック】

平成 30 年度中部・近畿ブロックセンター長会議

開催日時：平成 31 年 1 月 25 日（金）13:30～17:00

開催場所：和歌山県 J Aビル 11-C

事務局：和歌山県精神保健福祉センター

出席：富山県、石川県、福井県、岐阜県、静岡県、静岡市、浜松市、愛知県、名古屋市、三重県、滋賀県、京都府、京都市、大阪府、大阪市、堺市、兵庫県、神戸市、和歌山県

挨拶（13:30～）

1 講演 1. 基調講演

「悩んでいる人に寄り添う」

講師：特定非営利法人 白浜レスキューネットワーク理事長 藤藪庸一氏

2 各センターの現状と課題

3 協議・照会事項の検討

【照会事項】

- 1) ひきこもり実態調査について 滋賀県
- 2) 自治体職員（保健師および精神保健福祉士等）の人材育成について 滋賀県
- 3) 「てんかん（従たる精神障害は存在しない条件）」の病名に対する精神障害者保健福祉手帳の障害等級判定基準について 奈良県
- 4) 精神障害者保健福祉手帳の偽造・変造が発覚した場合の対応及び偽造・変造の防止策について 奈良県
- 5) 自立支援医療費（精神通院医療）について 奈良県
- 6) 精神保健福祉センターが主のアウトリーチについて 富山県
- 7) ギャンブル依存やゲーム・ネット依存への相談対応について
DV加害男性抑止支援にかかる相談対応について
DV加害女性抑止支援について
厚生労働省「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業実施要綱」に定められた「（3）ピアサポートの活用に係る事業」について 石川県
- 8) 「SOSの出し方教育」の実施にむけた、地域自殺対策推進センターとしての市町村と教育委員会との連携について 岐阜県
- 9) 精神医療審査会審査書類：医療保護入院届における法人の同意者署名について 岐阜県
- 1 0) 依存症相談拠点としての業務・役割について 静岡県
- 1 1) 依存症対策事業を実施するに当たり、保健所と精神保健福祉センターの役割分担について 静岡県
- 1 2) ひきこもりサポーター養成研修会の実施内容と養成したサポーターの登録状況と名簿の管理・活用方法について 静岡県

4 その他

閉会

【中部ブロック】

平成 30 年度中部ブロック精神保健福祉センター長会・連絡協議会

日 時：平成 30 年 7 月 27 日(金)
13:00～17:00

会 場：静岡県浜松総合庁舎 4 階
浜松市精神保健福祉センター 会議室 2

※ 連絡協議会は次の隣接会場に移動して開催
市民協働センター 3 階
浜松市若者コミュニティプラザ

次第

時 間	内 容	会 場
12:30～13:00	受付	会議室 2
13:00～14:30	講演 『天竜・中山間地域でこつこつ取り組んでいる精神医療と支援サービスの報告 and やまあいの大規模障害者施設についての心配』 講師 天竜厚生会第二診療所 所長 永山建次 氏 精神相談支援事業所ほくえん 職員	会議室 2
14:30～14:45	休憩	
14:45～17:00	センター長会 連絡協議会	会議室 2 コミュニティプラザ

照会事項

No.	区分	項目	提案
1	技術指導	所内ケースカンファレンス（事例検討）の実施状況	福井県
2	人材育成	地域生活支援事業にもとづく研修会の実施方法	三重県
3	情報収集	医療機関の診療対応状況の情報集積とその利用法	愛知県
4	社会復帰	「退院後支援ガイドライン」に係る自治体の取組状況	愛知県
5	社会復帰	地域移行に関するピアサポーターの養成及び活用方法	愛知県
6	ひきこもり	ひきこもりに関するピアサポーターの養成及び活用方法	愛知県
7	依存症	ギャンブル依存に関する相談及び関係者会議	愛知県
8	自殺対策	自死遺児支援の取組み	岐阜県
9	審査会	退院等請求審査における精神科病院の管理者からの意見聴取	名古屋市
10	審査会	入院届及び定期病状報告書の審査方法	名古屋市
11	審査会	予備委員が意見聴取した場合の合議体への参画状況	浜松市

【近畿ブロック】

平成 30 年度近畿ブロック精神保健福祉センター長会

開催日時：平成 30 年 9 月 7 日（金）14 時～17 時 30 分

会場：大阪府こころの健康総合センター 4 階 研修室

参加者：滋賀県・京都府・京都市・大阪府・大阪市・堺市・神戸市・奈良県・和歌山県・
兵庫県・横浜市（計：17 名）

<開会>

挨拶 大阪府こころの健康総合センター 所長 笹井 康典

<第1部>

特別講演 「大阪府での精神保健医療福祉の軌跡」

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪精神医療センター
院長 籠本 孝雄 氏

<第2部>

(1)照会事項

- ①依存症治療拠点機関について
- ②依存症相談拠点機関について
- ③薬物依存症当事者を相談に繋げるために、保護観察所や自助グループとの連携についての工夫について
- ④依存症対策について（依存症総合支援事業の状況、ギャンブル等依存症の研修会、依存症の専門医療機関名）
- ⑤自殺対策について（市町村自殺対策指針策定への支援・保健所や市町村職員等への支援や研修）
- ⑥精神障害者保健福祉手帳診断書の別紙の取り扱いについて
- ⑦自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書への世帯員のマイナンバーの記載及び入力について
- ⑧障害年金による精神障害者保健福祉手帳の障害等級の認定事務について
- ⑨精神科病院実地指導について（任意入院同意・医療保護入院同意における病院職員の代筆等）
- ⑩ひきこもりの実態調査について
- ⑪自治体職員の人材養成について
- ⑫心の健康相談事業の実施状況について（政令指定都市を除く）
- ⑬精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療（精神通院医療）業務の事務効率化について

(2)連絡事項

○辻本会長より情報提供

<第3部>

(1)災害時の対応について

- ①大阪北部地震への対応

大阪府こころの健康総合センター 医療審査課長 平山 照美

- ②各センターからの報告

(2)講演

「災害後の精神科医療および精神保健活動の今後 ―地域ネットワークの確立に向けて―」

公益財団法人ひょうご震災記念 21 世紀研究機構

兵庫県こころのケアセンター センター長 加藤 寛 氏

(3)災害時の対応に関する意見交換

○近畿ブロックでの災害時対応の今後について

<閉会> 次回開催地：京都府

【北陸ブロック】

平成30年度北陸ブロック精神保健福祉センター連絡協議会

日 時:平成31年3月1日(金)

14:00～17:00

場 所:福井県総合福祉相談所 大会議室

参 加:富山県、石川県、福井県

1 開 会

2 あいさつ

福井県総合福祉相談所 所長 天谷 泰公

3 協議・情報交換事項(協議事項なし)

情報交換

1. 精神保健福祉センターの事務職と技術職の役割分担について(富山県)
2. 精神保健福祉センターの職種・人数について(福井県)
3. 精神医療審査会(「医療保護入院者の入院届」における「医療保護入院の必要性」の記述内容)について(富山県)
4. 精神医療審査会の合議体についての照会(福井県)
5. 頻回に退院請求のある方等への対応について(福井県)
6. 自立支援(精神通院)等判定会議の委員、判定件数等について(石川県)
7. 自立支援(精神通院)等判定会議の委員体制について(福井県)
8. 自立支援(精神通院)等判定会議での疑義照会について(富山県)
9. 精神保健福祉手帳判定において、主たる精神障害以外に知的障害、身体障害がある場合の生活能力障害の判定について(富山県)
10. 自立支援医療(精神通院)、精神保健福祉手帳の市町受付から交付までの期間について(福井県)
 11. 精神保健福祉相談にかかる、県外者の対応状況について(石川県)
 12. 「依存症対策総合支援事業実施要綱」に基づく事業に係る実施の有無や詳細について(石川県)
 13. 保護観察所から紹介された方の依存症回復プログラムへの受け入れについて(福井県)
 14. 遠方の市町や当事者へのひきこもり地域支援センターの支援と連携について(福井県)

4 その他

5 閉 会

【中国・四国ブロック】

平成 30 年度中国・四国精神保健センター所長及び同主管課担当者合同会議

日時：平成 30 年 8 月 30 日（木）14：00～17：40

平成 30 年 8 月 31 日（金） 9：30～11：55

場所：ピュアリティまきび 3 階会議室（岡山市北区）

概要

- ・中国・四国ブロックでは、年 1 回の合同会議（2 日間）を持ち回りで行っている。平成 30 年度は岡山市が担当した。参加者は 58 名（鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県、徳島県、香川県、愛媛県、高知県、岡山市、広島市）。岡山市を除くと 45 名。
- ・1 日目は午後からの開始で、開会、講演、全体会議①、意見交換会。
- ・2 日目は、全体会議②、分科会（Ⅰ・Ⅱ）で、午前中で終了。
- ・全体会議①のテーマを依存症対策に設定した。
- ・平成 30 年 7 月豪雨の発災により、急遽、全体会議②を設定し、被災自治体の担当者から対応状況等を報告してもらうこととした。

講演「自治体における効果的な依存症対策」

- ・講師；埼玉県立精神医療センター 副病院長 成瀬 暢也 先生
- ・アルコール関連問題をめぐる状況変化の中で、どのような点に留意して支援を行っていくべきか等について、2 時間に亘ってご講演をいただいた。

全体会議①「依存症対策について」

- ・依存症対策について、各自治体の回答をもとに、情報交換、質疑応答を行った。

全体会議②「平成 30 年 7 月豪雨への対応状況について」

- ・平成 30 年 7 月豪雨の被災自治体のうち、特に、被災規模が大きかった岡山県、広島県、愛媛県の精神保健福祉センターから、被災の状況、DPAT・こころのケアチームの活動実績等について報告をいただき、質疑応答、情報交換を行った。

分科会Ⅰ（精神保健福祉センター提案議題）

- ・次のテーマについて情報交換；自立支援医療、手帳、ひきこもり支援、ピアサポーター、災害時対応マニュアル等。

分科会Ⅱ（主管課提案議題）

- ・次のテーマについて情報交換；相談員認定講習、退院後支援、措置入院、精神障害者支援体制加算、自殺対策推進計画等

【九州ブロック】

平成30年度九州ブロック精神保健福祉センター所長会及び研究協議会

日 時:平成31年2月7日(木)～8日(金)

場 所:ホテルセントヒル長崎

開催県:長崎県

1 参加:福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県、福岡市、北九州市、熊本市(参加者:41名)

2 開催内容

(1) 【1日目】平成31年2月7日(木)

○開会挨拶:長崎県福祉保健部次長 上田 彰二氏

○研究協議会:協議事項3題、情報交換事項20題

○所長会議

(2) 【2日目】平成31年2月8日(金)

○講話:「長崎県地域生活定着支援センターの取り組みについて」

講師:長崎県地域生活定着支援センター所長 伊豆丸 剛史氏

3 所長会及び研究協議会協議事項、情報交換事項一覧

(1) 所長会協議事項

1) (沖縄県) 研修医(初期研修及び専門医研修)受け入れについて

(2) 研究協議会協議事項

1) (佐賀県) 自殺未遂者への支援体制について

2) (大分県) 自立支援医療(精神通院)申請における添付書類の省略(①保険証、②県外からの転入者の所得確認書類)及び情報連携サーバの使用状況について

3) (大分県) 精神障害者保健福祉手帳交付及び自立支援医療(精神通院)の事務処理体制の見直しについて

(3) 情報交換事項

1) (宮崎県) ①精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療(精神通院)申請窓口について

②自立支援医療(精神通院)で所得区分が生活保護から中間所得以上の重度かつ継続に該当する場合の認定方法について

2) (佐賀県) 自立支援医療(精神通院)診断書の投薬内容について

3) (長崎県) 自立支援医療(精神通院)支給認定における複数の医療機関の認定について

4) (福岡県) 精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療受給者証の審査を行う嘱託医の報酬額について

5) (福岡県) 審査結果通知の理由について

6) (福岡県) 退院請求代理人弁護士への資料提供について

7) (熊本県) ひきこもり対策の事業内容について(現状及び今後の見通し)

8) (熊本市) 中学校卒業後の途切れないひきこもり支援について

9) (鹿児島県) ひきこもり支援事業(本人・家族)の対象について

10) (佐賀県) 市町自殺対策計画策定への支援状況について

11) (北九州市) 自殺対策を目的としたSNSを活用した相談事業の実施状況と今後の予定について

12) (福岡市) 精神障害者の地域移行関係職員に対する研修における計画相談支援の精神障害者支援体制加算の運用について

13) (佐賀県) ピアサポーターの養成、活用・活動状況について

14) (福岡市) 精神障がい者のピアサポート活動について

15) (長崎県) 依存症専門相談員の配置の有無及び業務内容について

16) (鹿児島県) 関係団体への活動支援の在り方について

17) (福岡市) 地域生活支援事業費等補助金(地域生活支援促進事業)の活用状況

18) (佐賀県) 薬物依存症に対する当事者プログラム(SMARPP)の実施について

19) (福岡県) 発達障害を対象としたデイケアプログラムについて

20) (長崎県) 学校におけるこころの緊急支援について

【大都市部会】

平成 30 年度 第 1 回全国精神保健福祉センター長会・大都市部会

開催日：平成 30 年 7 月 5 日（木）

会 場：アジュール竹芝

- 1 開 会 広島市精神保健福祉センター所長
- 2 挨拶 全国精神保健福祉センター長会 会長
滋賀県立精神保健福祉センター所長 辻本 哲士

3 各都市挨拶

4 照会事項（協議事項なし）

番号	照会事項	提案自治体名
1	インターネットを活用しての精神保健福祉に関する普及啓発活動の実施状況について	横浜市
2	1、災害時従事する職員に対し、住民及び職員のこころのケアに関するハンドブック（リーフレットやマニュアル等含む）の発行状況について 2、職員を対象とした災害時こころのケアに関する研修実施状況について	横浜市
3	職員研修や講演会の講師謝礼について	名古屋市
4	退院または処遇改善請求の審査結果通知日までの日数縮減のために貴センターで工夫していることについて	名古屋市
5	心の健康相談事業の実施状況について	堺市
6	アルコール問題、薬物依存症に関する問題、ギャンブル等依存症に関する問題に取り組む民間団体支援事業について	北九州市
7	医療保護入院の入院届に添付する同意書の取り扱いについて	北九州市
8	精神通院医療の承認される医療の範囲について	北九州市
9	依存症専門医療機関の選定及び相談拠点の設置について	福岡市
10	精神保健福祉センターに勤務する精神科医師の病院での診療従事について	福岡市
11	精神障害者保健福祉手帳の判定に係る診断書について	広島市
12	精神保健福祉センターの組織について	広島市
13	精神保健福祉相談員の配置及び職種、精神保健福祉相談員資格取得講習会開催計画等について	広島市

5 その他

- 6 次回開催都市挨拶 北九州市立精神保健福祉センター所長 南 秀幸

【大都市部会】

平成30年度 第2回 全国精神保健福祉センター長会・大都市部会

開催日:平成31年2月21日(木)

会場:都市センターホテル (東京都内)

- 1 開会 北九州市立精神保健福祉センター所長 南 秀幸
- 2 挨拶 全国精神保健福祉センター長会会長 辻本 哲士
(滋賀県立精神保健福祉センター所長)

3 照会事項 (協議事項なし)

No.	提案都市名	照会内容
1	仙台市	精神医療審査会委員の任期及び予備的な委員の職務について
2	静岡市	精神保健福祉手帳及び自立支援医療費支給認定判定会の開催状況について
3	静岡市	精神障害者保健福祉手帳様式について
4	静岡市	ギャンブル依存症支援において、相談者の犯罪行為を把握した際の対応について
5	静岡市	精神医療審査会報告書料の単価設定の考え方について
6	堺市	精神医療審査会における議決について
7	堺市	医療保護入院の事実が不確かであるにもかかわらず退院請求を行った家族への対応について
8	堺市	医療保護入院の同意者が後見人又は保佐人の場合の確認書類について
9	堺市	ひきこもり相談利用者の健康状態把握について
10	岡山市	自立支援医療費(精神通院医療)制度における薬局の認定方法について
11	北九州市	自殺対策を目的としたSNSを活用した相談事業の実施状況と今後の予定や考え方について
12	北九州市	保健所長を経由することとされている事務の取り扱いについて
13	北九州市	薬物事犯者等に対する再犯防止の取り組みについて
14	北九州市	措置入院から間がなく退院請求があった場合の審査について
15	横浜市	自立支援医療費(精神通院医療)制度における医療機関の認定について

4 その他(事務連絡)

※次回担当市・・・福岡市精神保健福祉センター

第Ⅲ部
調査研究

【調査研究】

平成 30 年度地域保健総合推進事業「保健所、精神保健福祉センターの連携による、ひきこもりの精神保健相談・支援の実践研修と、中高年齢層のひきこもり支援に関する調査」

A. 目的

近年、保健所や精神保健福祉センター（以下、センター）において、ひきこもり者の精神保健相談が増加し、かつ、その内容がより複雑困難化しており、平成 29 年度に引き続き、実践研修会を開催した。一方、地域包括支援センターが福祉サービスを行っている家族の中に、支援を必要とする中高年齢層のひきこもり者が同居している事例が散見されてきており、その実態を知るために、全国 15 か所の地域において、地域包括支援センターを対象としたアンケート調査を実施した。

B. ひきこもりの精神保健相談・支援の実践研修会の開催

第 1 回：平成 30 年 7 月 20 日、福岡市（参加者 45 名）。第 2 回：10 月 5 日、相模原市（68 名）。第 3 回：12 月 10 日、仙台市（46 名）。参加者所属：保健所 45 名、センター 66 名他。職種：保健師 59 名、医師 28 名他。

＜開催内容＞①講義：「ひきこもりの基礎理解」「保健所におけるひきこもり相談への対応と支援」「発達障害を背景とするひきこもりへの関わり」。②中高年齢層のひきこもりに関する調査報告。③先進地報告、開催地報告。④事例検討：若年層 1 例、中高年齢層 1 例。⑤意見交換：課題・取り組み等意見交換。

C. 地域包括支援センターを対象としたアンケート

全国の精神保健福祉センターのうち 15 か所にある地域包括支援センター（各圏内全域もしくは一部区域）617 か所を対象にアンケート調査を実施、回収数は 410 か所、有効回収率は 66.5%であった。

＜結果＞

平成 29 年度内に相談もしくは介護・福祉サービスを実施した家族の中に、ひきこもり者がいたと回答した地域包括支援センターは、247 か所（60.2%）であった。状況の把握できる 378 人のうち約 6 割が、現在、相談・支援を受けていなかった。ひきこもり者の介護・福祉サービスの介入に対する立場は、協力的である 18.1%、無関心である 34.5%、不都合が生じている 24.2%（介護サービス介入への拒否が大半を占めるが、その他、経済的問題、過度の要求、虐待・介護放棄など）であり、連携した機関としては、自治体（高齢者担当部署、障害担当部署）、生活保護窓口、医療機関などがあげられている。

D. 結論

「高齢化の課題（自立、親の介護サービスとの連携）」「支援の長期化」「発達障害や精神症状に対する対応の困難さ」「支援の拒否、介入困難」などの問題があげられた。「発達障害や精神症状に対する対応の困難さ」に対しては、ひきこもり者支援が広がるにつれ、多くの支援者が感じることであるが、受診を拒否するという本人・家族側の課題と、充分に対応できる医療機関がまだまだ不足しているという支援者側の課題がある。ひきこもり者の多くが、早急に医療機関を受診したり、治療や支援を受けたりすることが難しい状況にあり、支援者自身も、今後「発達障害」などについての知識や対応の仕方などを学ぶことも重要と考えられる。「支援の拒否、介入困難」は、今後、大きな課題となると考えられ、医療機関や障害者支援サービス機関と連携しながら、継続的な支援を行っていくことが必要とされる。

（鳥取県立精神保健福祉センター 原田豊）

【調査研究】

平成 30 年厚生労働科学研究(障害者政策総合研究)「災害派遣精神医療チーム (DPAT) の機能強化に関する研究」

本研究は DPAT 活動を通じ、災害時の精神保健医療体制の経時的な評価や、DPAT と既存の地域精神保健体制との連携について検討し、政策へのフィードバックを行うことが目的である。これまで、過去の DPAT 活動実績を分析し、災害時に必要とされる情報を抽出、個票データセットを開発し、その情報を集積するための新たな情報支援システム (J-SPEED) を提案した。また、熊本地震において DPAT 隊員への調査や、精神保健福祉センターにおける中長期の活動を検証することにより、超急性期から中長期への連続した災害時精神保健医療体制を検討した。同時に熊本地震でその必要性が示唆され、平成 30 年度より医療計画に盛り込まれた災害拠点精神科病院の機能について検証した。一方、医療と心理社会的支援の連携については日赤こころのケアチームとの連携モデルを検証した上で、支援者支援に関するマニュアル作成を進めてきた。

これらの成果より、情報支援システム (J-SPEED) の運用が開始されるとともに、厚生労働省による DPAT 活動要領の改訂、および DPAT 事務局による DPAT 活動マニュアルの改定が行われ、全国の DPAT 統括者・自治体職員を対象とした研修、DPAT 先遣隊研修、自治体における DPAT 研修等で周知された。また、本研究班として、厚生労働省医政局「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」において、災害拠点精神科病院の指定要件等に関して提言を行った。

最終年度である平成 30 年度は、本研究実施中に起こった災害で情報支援システム (J-SPEED) の実用性を検証した。また中長期、心理社会的支援との連携については、DPAT から中長期支援への移行期間の精神保健福祉センターの役割を明確化し、支援者支援に関するマニュアルを完成させた。そして、昨年度実施した全精神科病院に対する災害拠点病院機能の調査および東日本大震災や熊本地震のレビューから、精神科医療機関の現状を踏まえた上で、災害拠点精神科病院に必要とされる具体的機能を提示した。

(滋賀県立精神保健福祉センター 辻本哲士)

【調査研究】

平成 30 年度厚生労働科学研究(障害者政策総合研究事業(精神障害分野))「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究総括研究」

分担研究「新しい精神保健指定医研修・審査のあり方に関する研究」

研究要旨

目的：精神保健指定医の資格審査及び研修制度を見直し、新しい精神保健指定医の研修・審査のあり方について提言する。

研究方法：精神医学、法律等の専門家による計 10 回の会議にて、1 新しい評価基準と評価方法、2 ケースレポートの要件、3 新しいケースレポートの様式、4 口頭試問の方法、5 指定医研修会において教授すべき内容、6 研修の質を向上させる仕組み等を検討しエキスパートコンセンサスによる提言を取りまとめた。

研究結果：①新しい審査制度においてより均一性の高い審査を行うため、法律に関わる知識及び技能をより評価するためのケースレポートと口頭試問に共通する新しい評価基準の案を新規に作成した。また、ケースレポート症例のうち満たすことが「望ましい」要件を定め、望ましいとされるケースレポートを提出していない場合は口頭試問で当該症例において留意すべき事柄を問い、指定医として必要な知識及び技能を確認することを提案した。さらに、口頭試問は原則として全申請者に行うべきではないかとの議論もなされた。②ケースレポートの要件に係る検討においては、非自発的入院となる症例数が少ないと指摘される一方で重要性の高い【児童・思春期症例】、多様な精神科医療のニーズに対応するうえで重要と考えられる【地域移行後に外来診療している症例】、及び【任意入院に入院形態を移行した症例】については、前述の提出されることが「望ましい」症例として取り扱う提案がなされた。③ケースレポートの様式についても見直しを行い、形式的な手続きについての記載はチェックリストとして区別する、論述部分における論点を明示する等の工夫により、指定医として必要な知識及び技能をより明確に評価できるよう新しい様式を作成した。なお、文字数については専門家間の見解の相違もみられたが、最終的に現行の 1200~2000 字を維持する合意に至った。④口頭試問については、指定医として必要な知識及び技能を確認するために、法的判断の根拠や事例固有の留意点等を確認する重要性が議論された。一方、口頭試問における審査委員の評価を均質にするために、評価基準に基づいた質問リスト等を作成することも検討された。⑤指定医研修会の研修内容を見直し、科目ごとに教授すべき内容が議論された。特に、精神保健指定医としての業務及び精神保健福祉法についての理解の促進、医療観察法、児童思春期症例、患者の社会復帰促進に係る事項については入念に検討された。⑥教授者が参考にできるよう研修で取り扱うことが望ましい事柄をシラバスにまとめる等、研修の質を向上させる仕組みを検討した。また、シラバスに記載された話題のうち特に重要と考えられる内容は、参考資料として研修用キースライド等の研修補助資材にまとめられた。

(浜松市精神保健福祉センター 二宮貴至)

【調査研究】

平成 30 年度厚生労働科学研究(障害者政策総合研究(精神障害分野))「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」

分担研究「措置入院及び退院後支援のあり方に関する研究」

従前から、医療で対応すべきか司法で対応すべきか明確に分けることができない事例への対応について、現場レベルでは課題認識がされていた。相模原事件の報告書で、国が初めてグレーゾーンの存在について言及したことの意義は大きい。ただし、国が考えるグレーゾーン事例と、研究班のエキスパートが考えるグレーゾーン事例とは定義が異なっている。保健・医療・福祉による支援のみでは対応が難しい者については、医療と司法のどちらかのみで対応するのではなく、協働で支援を行う必要がある場合もしばしばある。

グレーゾーン事例への対応について、立場の違いを超えて議論を深めるため、エキスパートが実際に経験した事例を匿名化のうえ二重に改変し、32の模擬事例からなるグレーゾーン事例集を作成した。指定医を対象としたアンケート調査を実施し、提示した事例の診断、措置入院の対象か、非自発的医療の対象か、医療外の資源との連携が必要かについて意見を集めた。また、医療外資源との連携に関する苦労や、連携に関する工夫などについても質問した。

連携に関する苦労については、警察に対しては「入院を強く求められる」「情報提供してくれない」、保健所に対しては「措置診察に回してくれない」、児童相談所等に対しては「動きが悪い」等、感情的な意見も散見され、種々の不満が寄せられた。他方、連携に関する工夫についての意見も多数寄せられており、患者のことを第一に考える姿勢を保つことや、カウンターパートに対しては誠実・協力的な姿勢で臨むこと、コミュニケーションを絶やさず顔の見える関係を維持すること、医療の限界を示し他機関に理解を求めること、個人情報取り扱いに留意することなどが挙げられた。医療外資源との連携に苦労しつつも尽力する姿勢がうかがわれた。

(滋賀県立精神保健福祉センター 辻本哲士)

【調査研究】

平成 30 年度厚生労働科学研究(障害者政策総合研究事業)「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」

分担研究「医療計画のモニタリングに資する指標の検討－4 府県における研究会をもとに－」

【研究目的】平成 33 年度の医療計画見直しに向けて、都道府県の医療計画策定に係る効果的プロセスを提示することを目的とした。また、計画のモニタリングに資する効果的かつ実践可能な指標案を提示することを目的とした。

【研究方法】神奈川県、滋賀県、大阪府、鹿児島県の 4 府県において、行政と精神医療の組織トップ層等の参加による研究会を開催し、精神医療マップ、「『平成 29 年度 新精神保健福祉資料』の全国一覧（平成 28 年度 NDB ベース）」（以下、NDB データという）、行政職員への体感アンケート等の利用可能性、医療計画策定に係る効果的プロセス、及び計画のモニタリングに資する指標案の検討を行った。

【結果及び考察】精神医療マップ、NDB データ、行政職員への体感アンケート等は、医療計画の検討に活用可能であることが示された。NDB データについては、特に外来患者数の過大または過少の可能性があるものの、その精査によって利用価値は高まるものと思われた。アウトカム一覧表については、入院に関係しないもの、特に人口減少社会における、多様な精神疾患等に対応した医療連携体制の確保に関する事項を挙げることが望まれる。都道府県の医療計画策定に係る効果的プロセスとしては、（1）精神医療マップを持続可能なものにする、（2）NDB データの外来患者数の利用可能性を高めること、（3）満たされていないニーズを含めての精神医療ニーズについての「体感アンケート」のボトムアップのプロセスへの活用が考えられた。また、指標に利用可能な資料類を整備するという観点から、（1）都道府県ごとの精神医療マップを作成し、その分析を文章化し、公表すること、（2）NDB データの診断分類の集計表について、人口万対または十万対数を、第一四分位数以下、四分位範囲、第三四分位数以上を明示し、複数年にわたって第一四分位数以下の場合に医療供給の不足の有無を検討すること、（3）人口減少社会における医療確保の指標あるいは注意喚起情報を組み込み、モニタリング可能にすること、（4）精神医療圏の設定状況と、介護、一般医療（救急を含む）との連携状況、（5）地域精神医療の充実に向けてのボトムアッププロセスの存在、（6）地域ネットワークの可視化と数値化、（7）協議の場の存在、をまとめた。

【結論】医療計画の策定には、日常的な協議の場を持つこと、それに利用可能な資料類を整備することが何より大切であり、4 府県における研究会を発展させた、ボトムアップのプロセスを含む、精神医療関係者、一般医療、介護保険、障害保健福祉、行政、研究者等による協議の場の普及が望まれる。

（川崎市精神保健福祉センター 竹島正）

【調査研究】

平成30年度厚生労働科学研究(障害者政策総合研究(精神障害分野))「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」

分担研究「自治体による効果的な精神保健医療福祉体制構築に関する研究」

本研究班では、前年度までに検討を行った、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構成要素と好事例を基にして、ガイド暫定版を作成した。

ガイド暫定版は、総論、レベル1アウトリーチ、レベル1地域移行、レベル2協議の場、レベル3包括的支援体制の推進についてそれぞれ作成した。時間の制約の中で収集できた好事例の数が少ないこと、またガイドについても練り上げる時間が限られていることなどから、ガイドも暫定版として留保つきのものとした。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムについては、高齢者に対する地域包括ケアシステムが先行しているが、これには精神障害が含まれていない。このため、精神障害については、地域包括ケアに非常に親和性があるにもかかわらず、このシステムに向けた動きが乏しいのが現状である。しかし、今後は、精神障害においても、地域包括ケアシステムの構築に向けた動きを具体的に明確にし、それを継続する必要がある。いずれは、高齢者の地域包括ケアシステムとも連動、あるいは整合性を持った形ができていくことを目指すべきであろう。

(岡山県精神保健福祉センター 野口正行)

【調査研究】

**平成 30 年厚生労働科学研究(障害者政策総合研究(精神障害分野))「重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究」
分担研究「チームによる地域ケア体制研究」**

本研究班では、班で取り上げた 14 地域・施設へのヒアリング調査により抽出された項目を基にして、質問紙を作成した。そして、全国の病院から、6 施設を好事例として、先に作成したインタビュー項目を用いて、それぞれの好事例のポイントを明確にすることを試みた。そしてそれらの結果をガイドとしてまとめた。

重度かつ慢性の精神障害者の退院支援も、地域移行支援と重なるところが多いが、より重症な分、精神科病院と地域支援機関とのより密接な連携と相互協力が必要と考えられる。これも、上述の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築の骨格から検討することが可能であると思われる。

(岡山県精神保健福祉センター 野口正行)

【調査研究】

平成 30 年厚生労働科学研究(障害者政策総合研究事業)「刑の一部執行猶予制度下における薬物依存者の地域支援に関する政策研究」

分担研究「保護観察の対象となった薬物依存症者のコホート調査システムの開発とその転帰に関する研究」

研究要旨:

【目的】本研究の目的は、保護観察の対象となった薬物事犯者の転帰を明らかにし、転帰に影響する要因を明らかにするとともに、保護観察から地域の任意の社会資源への連携を促進するシステムを構築することである。

【方法】研究は、保護観察対象者コホート調査を行う定量的研究のセクション(研究 1)と、同調査を進めるにあたっての地域支援体制に関する定性的研究のセクション(研究 2)に分けて展開された。前者では、保護観察所にて保護観察対象者をリクルートし、管轄の精神保健福祉センターにて研究参加の同意を得て、対面もしくは電話による調査を 3 年間実施する計画とした。また、法務省から調査実施地域における全保護観察対象者のデータの提供を受け、調査に参加した者としなかった者の特徴を比較した。一方、後者の研究セクションでは、研究者が対象地域の精神保健福祉センターに赴き、調査実施状況の進捗や課題、保護観察所との連携体制に関するヒアリングを実施した。

【結果】研究 1「保護観察対象者コホート調査」では、平成 29 年 3 月から平成 30 年 12 月末までに、11 の精神保健福祉センター*から計 209 名の保護観察対象者が調査に参加し、最長 1 年半後までの追跡調査が行われた。初回調査時における対象者の平均年齢は 45.3 歳で、男性が 76.1%、就労している者が 47.4%であった。主たる使用薬物が覚せい剤であった者が 95.2%、逮捕時における DAST-20 の平均値は 11.2 と中程度であった。1 年後調査では、保護観察終了している者が 78.3%で、就労している者が 73.9%まで増加した一方で、生活保護などの社会保障制度の使用が増加した。保精神保健福祉センターで実施するプログラムに参加する者が 8.7%に増加した。対象者の困りごとの内容は、初回調査・1 年後調査ともに、経済的問題や仕事に関するものが多かった。薬物再使用率は時間経過とともに増加する傾向にあったが、1 年後・1 年半後の調査の回答者が少なく、データを蓄積する必要があったと考えられた。なお、法務省保護局観察課から提供されたデータを分析した結果、調査実施地域における保護観察対象における本調査同意率は 22.1%であることが明らかになった。

一方、研究 2「調査実施地区ヒアリング調査」からは、精神保健福祉センターと保護観察所の間で、本プロジェクトを通して良好な連携が築かれつつあることが示唆された。地域ごとに具体的な課題を解決しながら順調にプロジェクトが展開している様子がうかがわれた。また、現在、精神保健福祉センター同士の横のつながりの中で本プロジェクトの経験が肯定的なものとして伝わっており、それによって、今後、対象地域の拡大に発展することが期待される。

【結論】本プロジェクトを通して各地域での取り組みを共有することにより、他の地域にも保護観察対象者を地域で支える体制構築が広がることが期待される。また、調査の結果を共有しながら、地域支援のあり方を各現場と共に検討し、有効な支援の実践へとつなげていくための基盤が出来上がりつつある。

*参加センターは、東京都立、東京都(中部)、東京都(多摩)、神奈川県、栃木県、三重県、広島県、川崎市、相模原市、北九州市、福岡市の各精神保健福祉センター。

(東京都立中部総合精神保健福祉センター 熊谷直樹)

【調査研究】

平成30年厚生労働科学研究(障害者政策総合研究)「刑の一部執行猶予制度下における薬物依存者の地域支援に関する政策研究」

分担研究「自治体による薬物依存症支援のあり方と支援体制の構築に関する研究」

研究要旨：

【目的】本研究では、わが国の自治体における、生活保護担当ワーカーの薬物依存症を有する生活保護受給者に対する支援の技術の向上を目的とした研修の開催（研究①）と、全国の精神保健福祉センターにおける薬物に関する相談の概況を明らかにすることを目的とした調査（研究②）を行った。

【方法】

<研究①>研修会は平成30年12月17日の横浜会場（第一回）と、平成31年2月4日の名古屋会場（第二回）の計2回実施した。愛知県精神保健福祉センターの藤城聡、特定非営利法人横浜ダルクケアセンターの山田貴志、特定非営利活動法人三河ダルクの松浦良昭の計3名を講師とし、薬物依存症や支援の基礎知識と、ダルクによる生活保護担当ワーカーとの支援の事例についての紹介を行った。研修の前後でアンケートを実施し、研修の効果測定を同時に行った。

<研究②>全国69の精神保健福祉センターに対して調査票を送付し、薬物に関する相談の概況を調査した。

【結果】

<調査①>第一回研修会は、全国9の自治体から36名が参加した。アンケートからは、薬物依存症の支援についての正しい知識を得ることの重要性を記述していた参加者が多かった。また、研修前後で実施した薬物依存症の支援従事者の態度を測定する心理尺度からは、「知識とスキル（ $p<0.01$ 効果量 $d=0.82$ ）」「仕事への満足感と自信（ $p<0.01$ 効果量 $d=0.89$ ）」「患者の役に立っている感覚（ $p<0.01$ 効果量 $d=0.73$ ）」といった項目で有意差を認め、研修後に得点が上昇していた。第二回研修は2月4日に実施予定である。

<調査②>回答率は100%であった。全国の精神保健福祉センターでの薬物相談の平均件数は平成29年度が98.2件であった（参考：平成26年度…104.8件、平成27年度…77.3件、平成28年度…90.1件）。36（52.2%）のセンターで薬物依存症を対象にした集団の回復プログラムが実施されており、そのうち34（49.3%）がSMARPP類似のプログラムであった。また、集団の回復プログラムを実施していない35のセンターの中には、個別で回復プログラムを実施しているセンターが6あった。また、平成29年度中の刑の一部執行猶予中の薬物依存症当事者による相談の延べ件数の平均は4.3件であった。

【考察と結論】本研究では、自治体の生活保護担当ワーカーに対して薬物依存症を有する生活保護受給者への支援の技術の向上を目的とした研修の効果が確認された。今後は研修プログラムのパッケージ化と全国への普及を促進することで、生活保護担当ワーカーに対する継続的な研修開催による支援技術の向上が求められる。また、精神保健福祉センター対象の調査により、全国で薬物依存症の相談が増加傾向にあることと、薬物依存症からの回復プログラムの普及が進んでいることを明らかにした。

（横浜市こころの健康相談センター 白川教人）

【調査研究】

平成 30 年度厚生労働科学研究(障害者政策総合研究(精神障害分野))「精神科救急および急性期医療の質向上に関する政策研究」

分担研究「薬物乱用および依存症診療の標準化と専門医療連携に関する研究」

平成 30 年度の報告

研究目的

精神科急性期医療における患者の薬物問題への対応を、司法対応と依存症への介入のあり方の 2 つのパートから検討し、精神科救急における患者の薬物問題への対応ガイドライン案を開発する。

研究方法

「精神科救急医療における患者の違法薬物使用に関する司法対応のあり方」と、「精神科救急医療における薬物問題への介入のあり方」の2つの項目に対し、専門領域のエキスパートと関連団体の合意形成を得る。このため、精神科救急医療、薬物依存症治療、法律家、地域精神保健福祉行政関係者に加え、精神科病院協会、精神科診療所協会からも研究協力者を募り意見交換により論点を整理した。平成 30 年度の分担研究班会議は、平成 30 年 7 月 22 日に開催された。

主な検討事項

1. 司法対応のあり方

「守秘義務と犯罪告発義務(医療者が患者の薬物使用を知った時場合の対応)」

「麻向法 58 条の 2 麻薬中毒者の届け出に係る診断(麻薬中毒者の定義と診断のポイント)」

2. 精神科救急医療における薬物問題への介入のあり方

昨年度作成の「精神科救急医療において薬物乱用・依存患者に行うべき介入ガイドライン案」に基づき、①患者本人の医療 ②簡易再発防止プログラムの開発と効果検証。

介入ガイドライン案の骨子

I 患者本人への医療：1. 精神医学的評価 2. 簡易再発防止プログラムの実施 3. 退院後の関係機関との調整

II 家族に対する介入・支援

III 地域の関係機関との調整

(栃木県精神保健福祉センター 増茂尚志)

【調査研究】

平成30年度日本医療開発研究機構(AMED)(障害者対策総合研究開発事業)「ギャンブル障害の保健・福祉的支援の在り方についての研究」

H30年度は、H29年度に引き続き、精神保健福祉センターにおけるギャンブル障害の相談体制に関する調査を実施した。さらにギャンブル障害の対する相談従事者の態度を評価する質問紙 (Gamble and Gambling Problems Perception Questionnaire: GGPPQ) の標準化を試みた。

ギャンブル障害の相談体制に関する調査は、全国 69 ヶ所の精神保健福祉センターにアンケートを送付し、100%の回収率を得た。ギャンブル関連の相談件数は、平成 25 年には平均で 40.6 件、26 年 51.3 件、27 年 60.7 件、28 年 67.1 件と 4 年連続で増加していたが (昨年度調査)、平成 29 年度は平均 97 件と引き続き増加傾向にあることが示された。ギャンブル障害を対象とした専門回復プログラムを実施しているセンターは 36 か所と、昨年度の 26 か所から 10 か所増加していた。

SAT-G 研修には全国の自治体から 112 名が参加した。研修前後でギャンブル障害に関する基礎知識について質問したところ、正答率が向上していた。さらに、GGPPQ を用いてギャンブル障害に対する相談従事者の態度を評価したところ、全項目で有意に数値が上昇しており、研修後にはギャンブル障害に対して肯定的な態度をとるようになったと評価された。また、SAT-G に対する評価について、実施可能と回答した者が 90%と昨年度と同等の高い割合であった。

GGPPQ の標準化では、探索的因子分析とクロンバッハのアルファ係数を解析した。探索的因子分析では 5 因子による安定した因子構造を示し、アルファ係数も 0.93 と内的一貫性を有していることが確認された。

(横浜市こころの健康相談センター 白川教人)

【調査研究】

平成 30 年度日本医療研究開発機構(AMED)(障害者対策総合研究開発事業)
「ギャンブル障害の疫学調査, 生物学的調査, 医療・福祉・社会的支援のありかた
についての研究」

分担研究「ギャンブル依存症標準的治療プログラム作成と効果検証に関する
分担研究」

H30 年度は、上記の研究に参加し、前年度に久里浜医療センターを中心とする研究班が作成したギャンブル依存症標準治療プログラム（プログラムの作成、プログラムの使い方研修のいずれにも当センターが協力を行った）を用いて、RCT（ランダム化比較試験）が行われた。当センターは、研究班の一員として RCT にも参加し、合計 3 例の被験者の割当を受け、プログラムの施行を行った。この RCT の効果に関しては、久里浜医療センターを中心にまとめられており、近く論文として発表予定である。また、効果の検証ののち、診療報酬化も目指されている。

(島根県立心と体の相談センター 小原圭司)

【調査研究】

平成 30 年度日本医療研究開発機構 (AMED) (障害者対策総合研究開発事業) 「社会的ひきこもり長期化打開のためのエビデンスに基づく家族向け教育支援モデル構築」

H30 年度は、島根県立心と体の相談センター、福岡市精神保健福祉センターにおいて、全体の研究の一環として、それぞれひきこもり当事者の家族に対する効果的な支援のあり方に関して研究を行った。それぞれのセンターで行った研究は以下のとおりである。

【島根県立心と体の相談センター】

今年度は、昨年度に引き続き、ひきこもり相談に訪れたひきこもり者家族に対して「島根県版適応行動チェックリスト」の検証を行い、ひきこもり当事者の適応行動が、「コミュニケーション」、「日常生活スキル」、「家庭外の活動」の順に広がっていき、その際に「本人の楽しみ」が豊かにあればあるほど回復のスピードが早まる、という仮説の検証を行った。

また、ひきこもり家族教室（全 3 回）に参加した家族に対して、家族教室の施行前後で PHQ-9 (患者さんの健康に関する質問票) を実施し、ひきこもり当事者、ひきこもり家族の属性と、家族教室実施による家族のこころの健康度の変化との関連について検討を行った。

(文責 島根県立心と体の相談センター 小原圭司)

【福岡市精神保健福祉センター】

H30 年度より、ひきこもり家族教室の参加者を対象に、導入時と 5 回のプログラム終了時の 2 回、「島根版ひきこもり適応的行動チェックリスト」を福岡市の実情に即して改変したチェックリストに回答してもらい、家族教室プログラム参加の前後の本人の状況変化を数値化した。「コミュニケーション」「日常生活」「家庭外での活動」「本人の楽しみ」の全 100 項目の達成度をパーセンテージで算出し、参加者ごとの達成度の総点を比較検討したところ、70%に上昇が見られた。

また、市民の啓発と九大の家族プログラムの対象者の掘り起こしを目的として、九大の加藤隆弘先生による「ひきこもり長期化打開のために家族ができる事」をテーマにひきこもり市民講演会を 5 月に主催した。参加者のアンケートでは 50～70 代の家族が最も多く、10 年以上ひきこもっている方が 2 割以上であるという実態を把握できた。

(文責 福岡市精神保健福祉センター 本田洋子)

上記 2 つの研究について、H31 年 2 月 15 日、九州大学病院キャンパス コラボステーション II において、研究班会議席上の発表を行った。

【調査研究】

平成30年度厚生労働科学(障害者政策総合研究事業(精神障害分野)) 「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」

分担研究「精神障害者の権利擁護に関する研究」

【目的】精神医療審査会の活動状況をモニタリングし、精神障害者の権利擁護に関する制度的改革を提案すること。今年度は身体拘束の実態と審査状況の把握に重点を置いた。

【方法】(1) 全国の精神医療審査会事務局に対して、処遇改善(特に隔離・拘束の解除)請求の審査状況を中心にアンケート調査した。(2) 審査過程で問題となった事例を収集した。(3) 全国の精神科有床医療施設に対して、平成24年6月末と平成29年6月末の隔離・拘束患者数をアンケート調査した。(4) 精神医療審査会活動に関するシンポジウムを2回企画した。

【結果】(1) 平成29年度には、全国の精神医療審査会で755件の処遇改善請求が受理され、576件が審査された。隔離解除の請求は165件、拘束解除の請求は36件が審査されたが、不審査の比率および請求却下の比率が平均より高かった。意見聴取時の隔離事例の比率は平均より高く、拘束事例の比率は低かった。電話相談については、処遇改善請求としての受理要件を隔離・拘束に限定する自治体から広く拡張する自治体まで、ばらついた。職員の暴力や接遇に関する電話相談では3分の2が審査対象もしくは関係機関への通知対象とする一方で、医療内容や療養環境に関する相談では審査対象とする比率が減じた。また、退院請求と抱き合わせならば受理するという回答が2~3割あった。過去の隔離・拘束の妥当性については、半数が審査対象としないと回答した。(2) 17の審査会から23件(33事例)の報告があった。いくつかの問題が類型化されたが、詳細な分析や還元の方法は次年度に検討することとした。(3) 隔離・拘束患者数を平成24年6月末と5年後とで比較すると、隔離・拘束とも患者数・比率が増加していた。(4) 平成30年度は、10月に京都市において、「精神障害者の権利擁護の現状と課題～今後のあり方について考える」と題したシンポジウム、平成31年2月に東京都において、「身体拘束の縮減に向けて～精神医療審査会がなすべきこと」と題したシンポジウムを開催した。

【考察】(1) 電話相談は、退院や処遇改善の請求審査の起点となるものであり、精神医療審査会運用マニュアルにも合議体への報告が求められているが、その取り扱いに関する一定の指針が必要である。(2) 現在行われている身体拘束は、臨床的には急性期患者の行動障害への対応、身体管理上の安全確保、認知症や知的障害患者の行動障害への対応の3パターンに類型化されるが、今回の調査からはこれらのいずれのパターンの身体拘束が増加しているかを推察することは困難であり、拘束の実施期間を調査項目に加える等、さらなる調査が必要であると考えられた。(3) 身体拘束の縮減のためには、関係者の意識改革と制度改革が必要であり、拘束期間の上限と施設条件の設定、長期間の拘束事例に報告義務を課し精神医療審査会の審査に付すこと等を検討すべきである。

【結論】隔離・拘束を含む処遇改善請求審査の実態および精神科医療施設における隔離・拘束の実態調査を通じて、身体拘束の縮減に向けた法整備と精神医療審査会の機能強化を提案した。

(岡山市こころの健康センター 太田順一郎)

第 IV 部

平成 30 年度全国精神保健福祉センター長会
第 54 回全国精神保健福祉センター研究協議会

第54回全国精神保健福祉センター研究協議会開催プログラム

会 場：ホテル福島グリーンパレス
所在地：福島市太田町13番53号

第1日目 平成30年10月23日（火）

○ 全国精神保健福祉センター長会理事会

10：00～11：00	理事会受付	2階 葵の間
11：00～12：00	全国精神保健福祉センター長会理事会	

○ 全国精神保健福祉センター長会会議

12：30～13：00	センター長会受付	2階 西の間
13：00～14：35	全国精神保健福祉センター長会会議	

○ 全国精神保健福祉センター研究協議会

12：30～14：30	研究協議会受付	2階 西の間
14：40～15：05	全国精神保健福祉センター研究協議会 開会式	
15：15～16：00	講 演 「精神保健福祉行政の動向」 厚生労働省 精神・障害保健課 課長 得津 馨 氏	
16：10～17：00	講 演 「日本最初の年金制度、会津藩初代藩主保科正之公の社会政策」 会津歴史考房 主宰 野口 信一 氏	

○ 意見交換会

18：00～19：30	意見交換会	2階 東の間
-------------	-------	-----------

第2日目 平成30年10月24日（水）

○ 全国精神保健福祉センター研究協議会

8：45～ 9：05	研究協議会受付	2階 西の間
9：05～12：00	一般演題	
12：00～13：00	休 憩	
13：00～15：45	一般演題	
15：45～15：55	全国精神保健福祉センター研究協議会 閉会式	

講 演

『精神保健福祉行政の動向』

厚生労働省 精神・障害保健課 課長 得津 馨 氏

【メモ】

講 演

『日本最初の年金制度、会津藩初代藩主
保科正之公の社会政策』

会津歴史考房 主宰 野口 信一 氏

【メ モ】

第54回全国精神保健福祉センター研究協議会
一般演題発表プログラム

平成30年10月23日(火)
9:00~15:45

一般演題発表プログラム（案）

A 依存症対策（1） 9:05～9:40 座長 鎌田 隼 輔（札幌市精神保健福祉センター 所長）

NO	誌上	演 題	センター名	発表者	共同発表者	頁
1		精神保健福祉センターにおけるギャンブル依存症相談の傾向と分析	大阪府こころの健康総合センター	高橋宏史	武部紘幸、池田美香、飯田未依子、道崎真知子、仙波由美、鹿野 勉、平山照美、原るみ子、笹井康典	12
2		ギャンブル障がい支援プログラムを活用した地域での実践	鳥根県立心と体の相談センター	小原圭司	齋藤浩美、石川祐子、佐藤寛志	14
3		横浜市こころの健康相談センターにおける依存症対策事業への取り組みと地域連携について	横浜市こころの健康相談センター	古川秀樹	新海隆生、永田幸子、片山宗紀、相澤香織、新妻達生、白川教人	16
4		北海道立精神保健福祉センターにおけるギャンブル依存症当事者グループ支援	北海道立精神保健福祉センター	館巖晶子	加藤真司、高澤加代子、木村睦、二口之則、東端萌李、岡崎大介、田辺等（北星学園大学）	18
質疑及び座長のまとめ（9:40まで）						

B 依存症対策（2） 9:45～10:30 座長 有海 清 彦（山形県精神保健福祉センター 所長）

NO	誌上	演 題	センター名	発表者	共同発表者	頁
5		アルコール依存症等の当事者と家族への具体的な支援方法についての調査研究	山梨県立精神保健福祉センター	中村桂輔		22
6		アルコール健康障害対策における県庁・県立病院・精神保健福祉センターの連携	滋賀県立精神保健福祉センター	平井昭代	後藤有加、辻本哲士	24
7		大分県の依存症支援における課題と対策～地域の支援機関への実態調査より～	大分県こころとからだの相談支援センター	桑畑葉月	阿南恵理香、宇都宮仁美、土山幸之助	26
8		相模原市における依存症相談の傾向について	相模原市精神保健福祉センター	平松さやか	小口祐典、新井紘太郎、水野奏、落合万智子、宍倉久里江	28
9		AIMARPP（依存症当事者回復プログラム）への保健所職員等のオブザーバー参加前後のDDPPQによる効果測定について	愛知県精神保健福祉センター	辰田紘崇	佐々木はるみ、山崎千佳、清水美和、原直人、伊藤多恵、藤城 聡、藤田保健衛生大学医療科学部看護学科准教授 近藤千春	30
質疑及び座長のまとめ（10:30まで）						

C ひきこもり対策（1） 10:35～11:20 座長 小泉 範 高（岩手県精神保健福祉センター 所長）

NO	誌上	演 題	センター名	発表者	共同発表者	頁
10		県境の過疎地域におけるひきこもり者の家族会育成の試み	和歌山県精神保健福祉センター	小野善郎	佐伯明子	34
11		青年期（ひきこもり）家族会の振り返りからの一考察	宮城県精神保健福祉センター	武者 恵	小原聡子、水本有紀、松田祐子、石濱かおり、岩崎みゆき、加塩涼子、粕谷祐子、川村典子、熱海怜子	36
12		鳥根県版ひきこもり適応行動チェックリストの開発	鳥根県立心と体の相談センター	福岡祐介	藤井早希子、眞田美紀、石川祐子、小原圭司	38
13		中高年層ひきこもり者の現状と課題～40歳以上ひきこもり者の相談状況から～	鳥取県立精神保健福祉センター	浜田千登勢	馬淵伊津美、加藤美由紀、山下倫明、森明美、原田豊 とっとりひきこもり生活支援センター 山本恵子	40
14		静岡県ひきこもり支援センターの居場所支援について	静岡県精神保健福祉センター	川田典子	山本奈津紀、増田桃子、内田勝久	42
質疑及び座長のまとめ（11:20まで）						

D ひきこもり対策（2） 11:25～12:00 座長 林 み づ 穂（仙台市精神保健福祉総合センター 所長）

NO	誌上	演 題	センター名	発表者	共同発表者	頁
15		岐阜県のひきこもり支援体制づくりの取り組みについて	岐阜県精神保健福祉センター	安田照美	若園優、富田孝子、丹羽伸也	46
16	○	ひきこもり3群の分類別に見たひきこもり支援策の傾向	山梨県立精神保健福祉センター	芦澤孝太	小石誠二、小林豊子、木村由美、大船朋美、大内 誌、古川有希、窪田薫、中村桂輔、野中映李	48

E デイケア・予防・精神保健教育

NO	誌上	演 題	センター名	発表者	共同発表者	頁
17		うつ病にひきこもり対応を加えたデイケア『リカバリーコース』の取組み	広島県立総合精神保健福祉センター	坪井陽子	大西久美子、横川洋子、井居美幸、撰 香織、佐伯真由美	52
18		精神科デイケアにおける元気回復行動プラン（WRAP）導入の試み	福岡県精神保健福祉センター	山本慶子	桑野真澄、片山康子、井上寛之、佐々木ちえみ、安在晴美、橋本英晴	54
19		成人の自閉症スペクトラム障害を対象とした精神科ショート・ケアの取組み	青森県立精神保健福祉センター	浜田和法	松坂律代、館山久子、星 敬子、田中治	56
質疑及び座長のまとめ（12:00まで）						

F 予防・精神保健教育 13:00~13:55 座長 岡崎大介(北海道立精神保健福祉センター 所長)

NO	誌上	演題	センター名	発表者	共同発表者	頁
20		子どもと大人のきずなを深めるための心理教育介入プログラム「CARE」教室の効果検証	さいたま市保健福祉局保健部こころの健康センター	砂川友美	加藤郁子、西尾美恵子、本名良江、糸田憲史、久保田恵、高橋可奈子、小林麻衣子、小山田静枝	60
21		地域における簡易型認知行動療法の技法活用に向けての取り組み(第2報)	愛媛県心と体の健康センター	越智幸枝	平野美輪、檜垣裕子、戒能 徳樹、竹之内 直人	62
22		小学校におけるメンタルヘルス予防教育プログラムの実装～未来を担う子どもたちの心の健やかな成長を目指して～	京都府精神保健福祉総合センター	村澤孝子	中村佳永子、高田亮、吉村理世、小園真由子	64

G 自殺対策(1)

NO	誌上	演題	センター名	発表者	共同発表者	頁
23		浜松市における自殺未遂者支援事業の取組みと今後の展望	浜松市精神保健福祉センター	高林智子	相曾春香、池田千穂、入手昭則、二宮貴至	68
24		岩手県二戸地域自殺未遂者支援事業の取組報告	岩手県精神保健福祉センター	小田島香奈	上田光世、菊田誠子、長澤裕美子、小泉範高	70
25		熊本県における自死遺族支援事業の歩み～自死遺族グループミーティング「かたらんね」10年を中心に～	熊本県精神保健福祉センター	勝屋朗子	梅崎陽子、渡邊知子、広田本子、宮本靖子、富田正徳	72
26	○	中小・小規模事業所におけるメンタルヘルス対策の現状と課題について	山梨県立精神保健福祉センター	大船朋美	小石誠二、小林豊子	74
27	○	地域自殺対策推進センターにおける市町村自殺対策計画策定支援の取り組み	福島県精神保健福祉センター	松田幾久子	梅津直美、畑哲信	76
質疑及び座長のまとめ(13:55まで)						

H 自殺対策(2) 14:00~14:50 座長 田中 治(青森県立精神保健福祉センター 所長)

NO	誌上	演題	センター名	発表者	共同発表者	頁
28		喪失(悲嘆)についての普及啓発の取り組み	埼玉県立精神保健福祉センター	神前まい子	塚本哲司、関口 隆一	80
29		滋賀県における自殺未遂者支援体制の構築に向けた取り組み	滋賀県立精神保健福祉センター	池田健太郎	平井昭代、辻本 哲士	82
30		福岡市自殺対策推進センターにおける若年層、児童・生徒の自殺予防対策	福岡市自殺対策推進センター(福岡市精神保健福祉センター)	甲斐留里子	古里百合子、牛島芽衣、江口智之、本田洋子	84
31		群馬県における自傷のおそれによる警察官通報者と他害のおそれによる警察官通報者の相違点	群馬県こころの健康センター	山崎雄高	入澤美幸、鈴木紋子、佐藤浩司	86
32		群馬県における自傷のおそれによる警察官通報者と自殺者の背景の比較	群馬県こころの健康センター	入澤美幸	鈴木紋子、山崎雄高、佐藤浩司	88
33	○	救急医療機関における自殺企図対応の現状と課題	福島県精神保健福祉センター	松田幾久子	梅津直美、畑哲信、木幡智子(元福島県精神保健福祉センター)	90
質疑及び座長のまとめ(14:50まで)						

I 精神科救急・災害精神医療・アウトリーチ・地域生活支援 14:55~15:45 座長 小原 聡子(宮城県精神保健福祉センター 所長)

NO	誌上	演題	センター名	発表者	共同発表者	頁
34		精神科病院の長期入院患者を退院支援につなぐためのしくみづくりに関する研究	神奈川県精神保健福祉センター	鈴木圭子	山田正夫、星野美保、石井利樹、川本総理(神奈川県精神保健福祉センター)、玉置司(神奈川県がん・疾病対策課)	94
35		岡山市こころの健康センターにおける地域移行支援の取り組み	岡山市こころの健康センター	木本達男	作野祐子、太田順一郎	96
36		福島県精神障がい者アウトリーチ推進事業の立ち上げと活動について	福島県精神保健福祉センター	後藤大介	板橋亮、我妻沙織、鈴木清香、三井郁映	98
37		妊産婦メンタルヘルス支援における地域連携システムの構築～周産期メンタルヘルス外来の開設～	静岡市こころの健康センター	小長井好美	伊藤萌、松本晃明	100
38		精神科救急対応から地域支援への導入～地域包括ケアシステムの実現に向けて～	川崎市健康福祉局障害保健福祉部精神保健福祉センター	斉藤 礼	富田守克、反町裕、鈴木辰義、金谷有基、柴崎聡子、津田多佳子、熊倉陽介、竹島正	102
39	○	平成29年7月九州北部豪雨における福岡DPATの活動報告	福岡県精神保健福祉センター	楯林英晴	岡島祐子、山本慶子、児玉三千恵	104
40	○	鳥取県における措置入院解除後の経過(平成21~29年度)及び支援マニュアル運用状況	鳥取県立精神保健福祉センター	原田 豊	元木順子、田村有希、松下詩乃(鳥取県立精神保健福祉センター)、南家希伊子(鳥取県福祉保健部障がい福祉課)	106
質疑及び座長のまとめ(15:45まで)						

精神保健福祉センターにおけるギャンブル依存症相談の傾向と分析

大阪府こころの健康総合センター

○高橋宏史 武部紘幸 池田美香 飯田未依子 道崎真知子
仙波由美 鹿野勉 平山照美 原るみ子 笹井康典

1 はじめに

依存症対策が進む大阪において、当センターではギャンブル依存症に関する相談が増えている。当センターでの平成29年度のギャンブル依存症に関する相談における当事者本人の性、年齢、生活状況、精神疾患の合併の有無、転帰等について分析し、今後の取り組みを検討したので報告する。

2 方法

平成29年度に初めて当センターに来所したギャンブル依存症相談者の面談記録を調査した。そのうち本人が来所した事例についてより詳細な調査を行った。

3 結果

(1) ギャンブルに関する相談全体の概要

平成29年度のギャンブルに関する相談件数は207件で、そのうち来所事例は54件であった。そのうち当事者本人が来所した事例は26件で家族のみの事例は28件であった。当センターの相談を知ったきっかけはインターネットが最多であった。(図1) ギャンブルの種類(重複回答有り)はパチンコが最多次いでスロットであった。(図2) 精神疾患の合併は54件中17件であった。

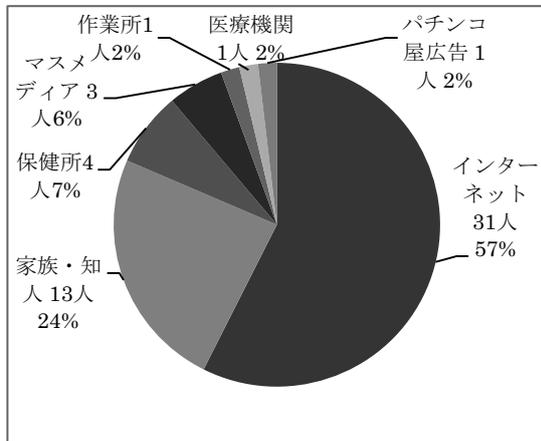


図1 当センターの相談を知ったきっかけ

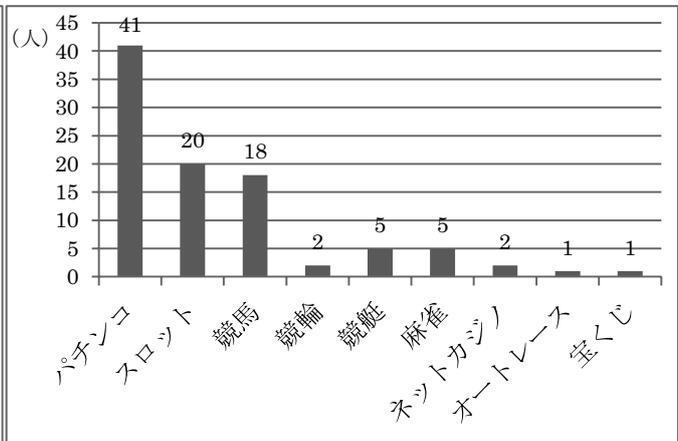


図2 ギャンブルの種類

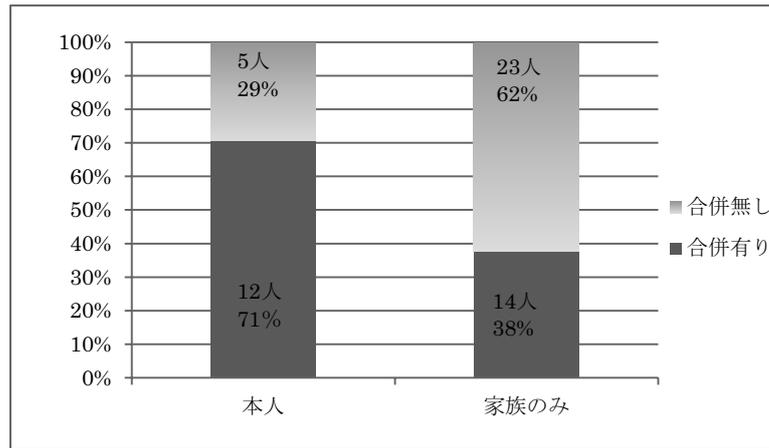
(2) 本人来所の事例について

本人が来所した事例では、男性が23名女性が3名で男性が約9割を占めた。年代に関しては20代から40代が大部分を占めた。(図3) 来所の経緯については当事者本人の意思で来所した事例が14名、家族の勧めが8名、関係機関(医療機関、保健所、作業所等)の勧めが4名であった。来所時に借金が有る事例は22名、無い事例は4名であった。来所時にDSM-5のギャンブル障害の診断基準を満たす事例は23名であったが、そのうち「ギャンブル依存は病気である」という自覚を持っている人は11名であった。26名中22名に同居家族がおり、就労状況に関しては就労中が22名、無職が4名であった。精神疾患の合併は12名であり気分障害5名、神経症5名、統合失調症2名であった。本人来所の事例では家族のみ来所の事例に比べて精神疾患の合併率が高かった。(図4)

図3 本人の性別と年齢分布

	男性	女性
10代	0	0
20代	7	0
30代	8	1
40代	6	1
50代	2	0
60代	0	1
合計	23	3

図4 精神疾患合併の有無



転帰については相談継続が13名、終了が10名、連絡無く予約日に来所しなかった事例が2名、相談継続予定であったが途中で連絡が取れなくなった事例が1名であった。相談継続の13名のうち6名が現在も相談を継続しているが、残りの7名は相談継続の意志はあるものの仕事で予定が立たず来所できない状況であった。(図5) 終了10名については自助グループやクリニックへ通う予定が6名、心理教育や情報提供のみが3名、転居が1名であった。相談回数については1回が最も多かったが、4～5回も7名あった。

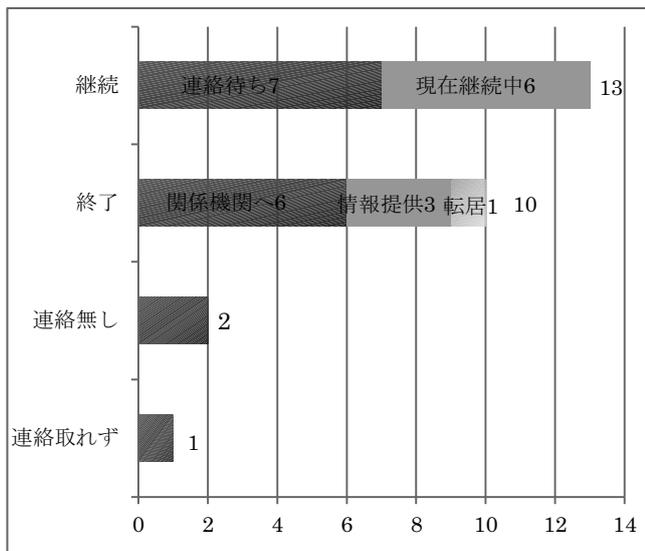


図5 転帰

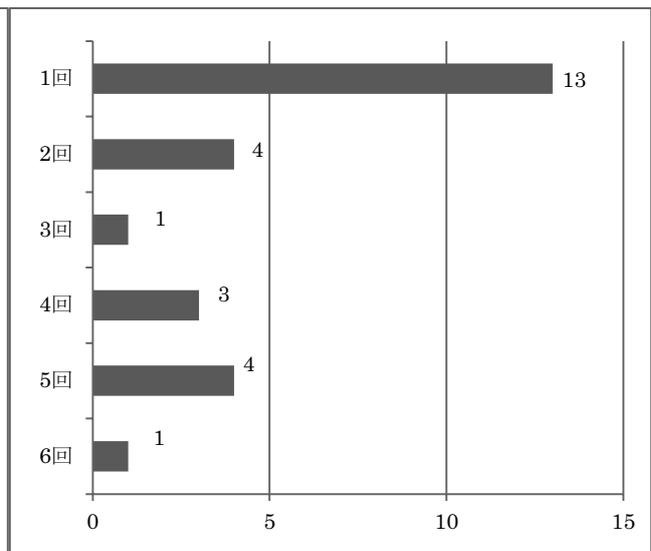


図6 相談回数

4 考察

本人来所の事例のうちギャンブル障害への病識がある人は半数以下であり、早期介入の点でも更なる啓発は必要であると考え。精神疾患を合併している場合、主治医の勧めや作業所等関係機関の勧め等普段から支援者が本人の近くにおり相談の場を持ちやすい可能性が考えられた。病識が無いと医療機関への受診は難しいが、借金等を理由に相談に至る事例も多く当センター等の身近な相談機関も必要であると考え。本調査では同居家族がいたり仕事がある人が大部分を占めていた。離婚あるいは別居している人や経済状況が良くない人はギャンブル問題が多いといわれており、支援に繋がらない事例も多いのではないかと考えられる。また、ギャンブル問題は本人の内省等により専門的な治療に繋がらなくても回復していく場合もあるといわれおり、今後も更なる調査が必要であると考え。

ギャンブル障がい支援プログラムを活用した地域での実践

島根県立心と体の相談センター

○小原圭司、齋藤浩美、石川祐子、佐藤寛志

1 はじめに

当センターは、近年相談が増加傾向にあるギャンブル障がいに対しより効果的な支援を行っていくことを目的に、ギャンブル障がいに特化した認知行動療法プログラムである「島根ギャンブル障がい回復トレーニングプログラム（通称 SAT-G）」を開発し、平成 27 年 11 月から運用を開始している。運用を開始して以降、当事者への実践に加え、本プログラムの普及に積極的に取り組んでいるところであり、本稿では SAT-G を用いた地域実践を報告し、今後求められる地域でのギャンブル障がい支援の在り方について考察を加えていく。

2 SAT-G を活用した地域実践（平成 30 年 3 月末時点の状況）

(1) 当センターでの実践

①SAT-G の実施

- ・SAT-G 集団プログラムの実施（毎月 1 回 2 時間実施）。必要に応じて、個別プログラムで対応。
- ・これまで 57 名がプログラムを利用、内 8 名が利用中。

②SAT-G の広報と普及

- ・ホームページとチラシで積極的に普及
- ・各種業界誌を通じてのプログラムの広報
- ・SAT-G の使い方研修の開催による普及（平成 28 年度と平成 29 年度に開催し、延べ 129 名が参加）
- ・外部研修への講師派遣及び学会発表による普及（平成 28 年度と平成 29 年度で、合計 32 件に対応）

③実践の結果

- ・プログラムを開始し、積極的に広報と普及を試みたことで、相談件数が飛躍的に増加した。（表 1）
- ・プログラム導入前後の実績を比較したところ、他機関からの紹介による来所相談が約 10 倍に増加していることが分かった。（表 2）
- ・他の精神疾患や障がいを重複している事例が急増した。（表 3）
- ・SAT-G のプログラムテキストが、平成 29 年度に開催された全国の精神保健福祉センターを対象とした「ギャンブル障害の精神保健福祉相談・支援の実践研修」の標準テキストとして採用された。
- ・SAT-G 実施用のツールキットを県内 11 機関、県外精神保健福祉センター 37 機関へ提供した。

(2) 益田保健所と連携しての実践

益田保健所が主催した圏域内のスキルアップを目的とした下記の研修会に対し講師として協力した。

①基礎研修

平成 29 年 9 月 7 日開催「SAT-G を活用したギャンブル依存への支援（基礎編）」

参加：精神科医療機関、社会福祉協議会、障がい福祉施設、市町村（54 名）

②SAT-G の使い方研修

平成 29 年 12 月 16 日開催「SAT-G を用いたギャンブル依存への支援（実践編）」

参加：精神科病院・クリニック、社会福祉協議会、障がい福祉施設、市町村（45 名）

③実践の結果

- ・圏域内の医療機関で、ギャンブル障がいの受け入れ可能な医療機関が誕生した。

3 考察

- ・具体的な支援プログラムを実施し、それをしっかり広報していくことで相談ニーズを掘り起こすきっかけになる。
- ・国の研究班の調査によると、過去1年以内でギャンブル障がい疑われる状態にあった方は、成人の0.8%（※1）とされている。これを島根県の人口に当てはめると、3,490人（※2）いることとなり、当センターにつながっている層はごく一部にすぎないと思われる。
- ・ギャンブル障がいは、経済問題から表面化することが多く、債務問題や生活困窮問題の相談機関において初期介入が求められ、更には、初期介入後のつなぎ先となる専門医療機関や相談機関、自助グループが必要となってくる。これに対し、「2-(2)」の実践のように、精神保健福祉センターと保健所が連携して地域の社会資源づくりに取り組む形は、今後のギャンブル障がい支援施策の一つのモデルになると考える。

（※1）久里浜医療センターホームページ公表「国内のギャンブル等依存に関する疫学調査

（全国調査の中間まとめ：http://www.kurihama-med.jp/news/20180126_tyousa.pdf）」より。

（※2）しまね統計データベース 2017年「2 統計表（速報）第4表市町村・年齢（5歳階級）別人口」20歳～74歳人口から算出（<http://pref.shimane-toukei.jp/index.php?view=20168>）

4 今後の課題と取り組み

- ・当センターへの紹介ケースが増えているが、当センターのみで対応できるものには限りがある。
- ・ギャンブル障がいは、医療・福祉はもとより、債務問題や生活困窮などの幅広い分野で相談につながるきっかけはあるが、ギャンブル障がいに気付かれず各窓口で対応されている事例は多く存在すると思われる。そのため、ギャンブル障がいに関わるであろう関係者が一定程度の知識を持った上で対応でき、必要があればより専門的な機関へつなぐ仕組みが必要になってくると考える。
- ・そこで、今後ギャンブル障がいへの支援経験がない支援者でも実践可能な簡易介入ツールであり、加えて、重複障がいがある方への実施も可能なプログラムが必要と考え、平成29年度にSAT-Gの簡略版である「SAT-G ライト」を開発し、運用を開始したところである。
- ・さらに、SAT-G ライトを活用できる相談員の人材を増やしていくことも課題となる。
これについて、当センターへギャンブル障がい支援の紹介元である地域の支援機関と協同してSAT-G ライトを実施していることに加え、平成30年度は、「SAT-G ライトの使い方研修」を開催し、更なる普及を図っていくことを予定している。

表1

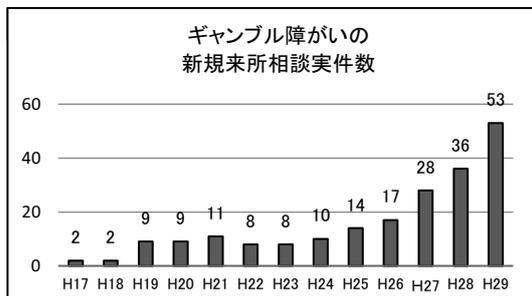


表2

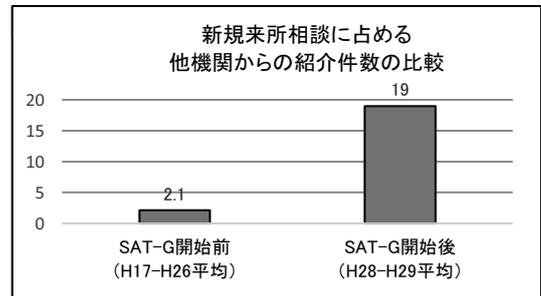
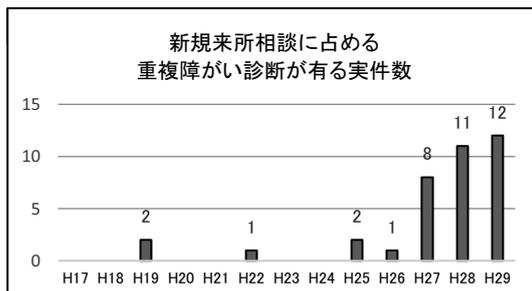


表3



横浜市こころの健康相談センターにおける依存症対策事業への取り組みと地域連携について

横浜市こころの健康相談センター

○古川秀樹 新海隆生 永田幸子 片山宗紀
相澤香織 新妻達生 白川教人

1 はじめに

依存症対策において、先行研究が指摘するように、包括的に地域のニーズを満たすために、関係機関の連携強化は不可欠であり、精神保健福祉センターはその重要な基となる役割を求められている。しかし、横浜市こころの健康相談センター（以下、当センター）も含め、地域連携を課題にしているセンターも多い。本研究では、依存症対策事業における当センターの取り組みや今後の課題を報告し、精神保健福祉センターにおける地域連携強化について検討する。

2 調査方法

平成 29 年度の当センター依存症対策事業における地域連携に関わる取り組みを職員間で振り返り、他センターとの比較で特徴的と思われる事業のピックアップ、今後の課題の検討を行った。

3 結果

(1) 庁内連携

- ① 福祉保健センター（他都市における保健所支所・福祉事務所に相当）に対するヒアリングの実施：市内全 18 区にある福祉保健センターへ訪問し、連携強化を目的としたヒアリング（依存症事業の概況、家族教室や本人支援の取り組み状況、各区で抱えている課題、連携先として捉えているその地域の社会資源の抽出等）を行った。なお、いくつかの区では自区主催の依存症家族教室が行われているが、支援者の技術向上や参加者の確保に課題があることもわかった。区と自助グループの独自のつながりなど、当センターが新しく得る地域情報や連携も確認できた一方、「依存症の社会資源提供に自信が持てない」といった声も散見された。
- ② ソーシャルワーカー（SW）への事業説明：連携強化のため、SW 担当者会議で、各区福祉保健センターで相談援助業務にあたっている SW に対して当センターの事業説明を行った。
- ③ 区で実施しているアクション家族教室への技術支援：多くの区で課題となっていたアクション家族教室の運営について、講師を当センター職員が務め、その様子を区の家族教室担当者に見学してもらうことで方法を学んでもらい、区でのアクション家族教室の運営を援助した。
- ④ 生活保護ワーカーを対象とした依存症対応研修の開催：横浜市の中でも特に多くの依存症の困難事例を抱える中区役所の生活保護担当ワーカーを対象に、依存症に関する基礎知識と基本的な関わり方のロールプレイなど依存症についての研修を行った。
- ⑤ 生活保護受給中の依存症事例のフォロー：④で実施した研修の際に当センターと連携を取りたいと感じているケースを募集し、対象者と面接をするなどして当センター事業につなげる取り組みを行った。

(2) 団体支援

- ① 家族会への後援活動：地域で活動をしている家族会や回復施設が主催している事業開催への協力を行った。また、当センターより当センターの事業紹介を実施した。
- ② 市庁舎でのパネル展の開催：11 月のアルコール問題啓発週間に合わせ、依存症に対する知識を深めるためのパネル展と行い、合わせて市内の回復施設や自助グループのパンフレットを配架した。

(3) 地域の社会資源との連携

- ① 依存症対応研修の実施：庁内の相談援助業務担当者や二次相談機関を対象とした依存症対応研修を2回（8月・9月）実施した。8月には依存症の基本的知識についての講義を行い、9月には実際に参加者が相談業務の中で実際に体験した事例を取り上げ、事例検討を行った。
- ② 依存症に対応している診療所への訪問：横浜市中区の、依存症の診療を行っている精神科診療所へ訪問し、診療所の受け入れ体制（依存症患者の受け入れ実績や受け入れ可能な具体的疾患について）についてヒアリングを実施し、同時に当センターの事業説明を行った。
- ③ 医療機関との連携：当センターで実施している依存症回復プログラム WAI-Y の参加者に心理検査を実施した。その所見をプログラム中の本人の発言や参加しての感想、今後のケースワークの指針などと併せて「参加報告書」を作成し、本人の同意のもと、支援者へ情報提供を行った。
- ④ 精神科医療機関入院中の患者のプログラム受け入れ：市内の精神科病院に依存症の診断を受けて入院加療している患者のプログラムへの受け入れを行った。また、③の所見を主治医に報告することで本人の治療の進行状況について報告し、当該患者の退院支援を行った。
- ⑤ 市内の一般精神科病院との連携構築：市内の精神科病院に対して、アルコール離脱せん妄状態など、緊急に加療が必要と判断された当事者より当センターに相談があった場合に、当該相談者が受け入れ可能であるかの調査や、受け入れの際の手続きについて確認を行った。併せて、当センターの事業を説明し、④の退院促進事例などを紹介しながら今後の連携について提案を行った。
- ⑥ 市保護観察所との連絡会議参加：市保護観察所が主催している連絡会議に参加し、当センターの相談実績と、保護観察所と当センターとが連携を行った事例を報告した。

4 考察と課題

上記取り組みを行い、依存症事業本格実施1年目として、ある程度の相談件数を確保したことなど、一定の成果を感じている一方、以下のような課題も確認された。

(1) 地域連携の目的の再考

当センターでは既に地域連携に関わる様々な取り組みを行っているが、依存症対策事業における地域連携の目的を再考・共有することが大切である。

(2) 庁内の情報共有の在り方

本市には自助グループや回復施設など、当事者・家族が活用できる社会資源は多いが、庁内で情報共有が十分になされていない現状が明らかになった。庁内連携強化のために、当センターと区役所の両者が持つ既存の情報整理・共有を行うことが課題として挙げられた。

(3) 市職員の技術向上

区の家族教室の後援や職員向けの依存症対応研修を継続し、本市における支援者の更なる技術向上に努める必要がある。

(4) より質の高い包括的な個別ケアの実現

個別ケースは依存症だけの問題ではなく、家族や生活面のケアが必要になる場合も多く、区とのさらなる連携と機能分担を明確にしていくことが求められる。

(5) 依存症回復の入口及び‘つなぎの機関’としての機能強化

当センターは、依存症回復の入口及び‘つなぎの機関’であることを再確認した。これまで多くの当事者・家族に対して、より適切な治療や社会資源の情報提供を行ってきたが、支援目標の設定や支援の線引きを明確化する重要性が明らかになった。また、情報提供のみに留まらず、今後つなぎ先である各支援機関の機能を把握した上で、つなぎ方を検討及び検証していくことが必要である。

北海道立精神保健福祉センターにおけるギャンブル依存症当事者グループ支援

北海道立精神保健福祉センター

○館巖晶子 加藤真司 高澤加代子 木村睦 二口之則
東端萌李 岡崎大介 田辺等 (北星学園大学)

1 はじめに

依存症からの回復には、当事者によるグループミーティングが有効であるといわれている。また、認知行動療法を用いたプログラムによる個別・グループ支援も注目されているところである。

当センターでは、ギャンブル問題を抱える当事者に対し、平成3年から相談援助グループ「ギャンブル研究会(通称G研)」(以下、G研)を行っている。グループでの話題の中心は、自分の体験を正直に話すことであり、ギャンブルの問題に取り組み始めた人から、ギャンブルをやめ10年以上の人もいる。

当センターの特徴の一つに、長くグループに通うメンバーが定着していることがあるが、このようなメンバー構成が、グループにどのような影響をもたらしているのかを考察し、今後のグループを活用した支援についてまとめた。

2 G研概要及び参加状況

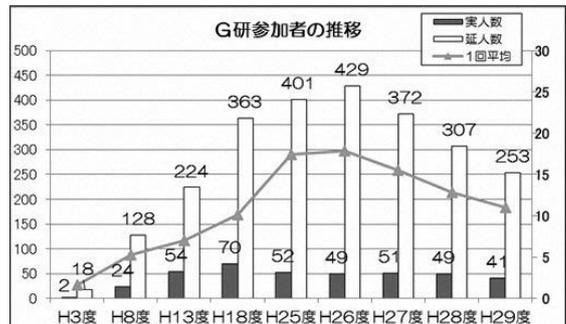
グループのルールとして2点、「自分の体験を振り返り、今思うことを率直に話すこと」「ここで話したことは口外しない」を確認して開始する。グループの枠組みは表1のとおりである。

表1 グループの枠組

<ul style="list-style-type: none"> ・医師等がファシリテーターを行う集団精神療法 ・対象は原則当事者だが、初回に限り家族参加も認める ・月2回、夜間90分、当センター内で実施 ・匿名可 ・進行に沿って自由発言だが、心理教育対応も含む ・他医との個別治療と併用が可能

平成29年度は23回開催し、参加者数は、実人数41人、延人数253人で、1回当たりの平均参加人数は11人であった。詳細は図1に示す。

図1 G研参加者の推移



3 分析対象

平成29年度に参加した41名のグループ記録から、発言を内容別に分類し分析した。

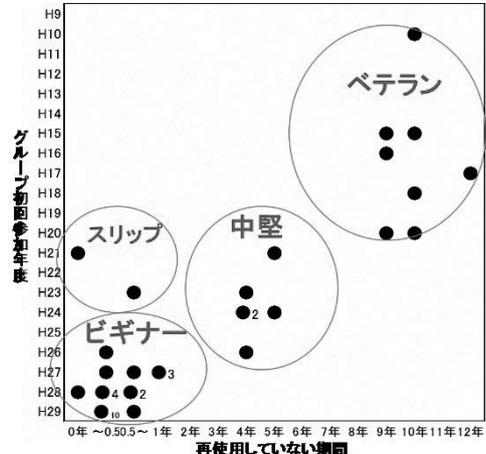
4 グループの中で話されていたこと

田辺による「依存を標的とした精神療法に必要な構成要素」¹⁾を中心に発言を分類した。また、メンバーはギャンブルを使用していない期間で、6年以上をベテラン、2~5年を中堅、1年以内をビギナーとした。(図2)

(1) これまでの行動や心理を振り返る(疾病理解)

体験に関する発言は、グループ経験を問わず話題として一番多くを占めていた。「サラ金に一度借りたら抵抗がなくなり、500万の借金、数年おきに繰り返した」「いつも自転車操業。退職金も子どもの預金も返済に当てた」など『ギャンブルにとらわれた生活』や、「このお金が倍になれば楽になると思った」「借金を返すにはパチンコしかない」「ギャンブル依存なんて病気は親が自分を受診させるための嘘だと思っていたし、自分でやめられると思っていた」など、『依存症者に特徴的な思考』が語られた。

図2 グループ参加歴と再使用していない期間



また、ビギナーから「(ベテランのスリップ談を聞いて)自分がそんなに深刻だとは思わなかった」「10年来ている人の話を聞きびっくりした。何回か通えば良いと思っていた」、一方ベテランからは「長くや

めていて治ったと勘違いしていた。今日は来て良かった」など、メンバーの話から内省し『病気に対する自分の考えの変化』が語られた。

(2) 対人関係に与えていた問題や影響を具体的に理解する (対人関係の理解)

対人関係には、家族や職場の人間関係が挙げられたが、家族との関係が一番多くを占めていた。「もう家族に嘘はつきたくない」「彼女に自分が『依存症』だと言うのは難しい」「家族からG研の出席を確認されるが、家族は安心がほしいのだと思う。これ以上傷つけない」など家族の立場になって考え、『家族への申し訳なさ』『家族に頭が上がらない』などが、中堅やベテランを中心に話された。

(3) 渴望や再使用の衝動に対抗する具体的な知恵や工夫 (再使用しないノウハウ)

ビギナーから「パチンコの夢を見て、目が覚めてお金を探してしまった」「パチンコがやめられない」といった発言の後、中堅から「時間の過ごし方とか、最初の1年がキツかった」と『回復の過程で起こること』を共感、中堅やベテランから「お金は持たない方が良い」など『再燃防止の知恵』が語られた。

またベテランから、「ここで色々聞くのは糧になる、じわじわ効く。しゃべっているうちに自分の愚かさに気づく」「病気は治らない、自分も止まっているだけ。スリップしてもここに来た方が良い」など『グループに通う意味』が話された。

(4) 依存症に親和性のある自分の”脆弱性”を自分なりに考察し納得する (自己の脆弱性への自己洞察)

グループ経験を問わず「小さいことで悩む性格、ストレスをかわせない」「ミスをかくしてしまう」「人間関係がうまくいなくなる」など、はまった経緯やスリップのきっかけと重ねて語られた。

(5) 依存対象を必要としない生き方、人生について改めて学ぶ (人生への考察)

ベテランを中心に、ゴルフや碁、山菜採りが楽しみといったギャンブル以外の楽しみや「先生に繋がって今の自分がある。ご飯が美味しいだけで感謝。人に対する自分の考え方が変わった」「嘘をつかずにいれる事が本当に楽」など、『やめた生活の良さや人生を生き直す』発言がしみじみ語れた。

(6) メンバーがメンバーを支える

上記の5主題に加え、ベテランからビギナーに、「よく来たね」などのねぎらいや、発言に対する静かなうなずき、「最初から比べると顔色が良くなっているよ」など関心を寄せる発言がされた。また「競馬は想像でやれる。それを乗り越えているのは尊敬する」などメンバーを認める発言、他者の体験を自分に置き換えて考えるなど、「凝集性」「分かち合い」「思いやり」が『グループの空気』としてあった。

5 考察

メンバーの発言は、「疾病理解」「対人関係の理解」「再使用しないノウハウ」「自己の脆弱性への自己洞察」「人生への考察」の話題にまとめられたが、それらが、ねぎらいや新しい参加者を受け入れる雰囲気、メンバーへの気遣いなど「グループとしてのまとまり感」や「分かち合い」の空気の中で展開されていた。このようなグループとなっているメンバー側の要因には、ベテランや中堅の自己開示が、ビギナーにとって場の安心感を高め、否認や防衛的な心理をやわらげ、自己理解を促す機会として影響していると考えられる。また、ベテランが語る、「人生への考察」は、ギャンブルをやめたあとの生活や人としての成長といった回復のイメージを広げるモデルとなっている。

一方、ベテランや中堅にとっても、ビギナーの苦しく生々しい体験は、当時の自分を想起して、自分の問題として再認識するという、体験の共有を通じた学び合いがあった。

当センターのグループにおいて、多様な回復段階のメンバーの参加があることが、グループが効果的に運営できる要因の一つといえ、ベテランメンバーの存在は人的資源ともなっている。

6 今後に向けて

当センターのグループメンバー構成は、グループ及び個別相談における治療的アプローチにより、長い年月をかけて作られてきた。しかし新規G研参加者が数回で来なくなることも少なくない。また当センターの継続支援数は年々減少傾向にある。メンバーには何度かの失敗を経て、G研に長く繋がっている人もおり、2回目相談の敷居を下げるなど、継続に向けた工夫をしていくことが今後の課題である。

参考文献 1) 田辺等 (2011) ギャンブル依存症(病的賭博)の治療的アプローチ-臨床経験から-, 日本アルコール関連問題学会雑誌, 13

山梨県立精神保健福祉センター

演者氏名 ○中村 桂輔

1 はじめに

平成 25 年 12 月に制定された「アルコール健康障害対策基本法」の中で、国、地方公共団体は、アルコール関連問題に関する実態調査、その他の調査研究を推進するために必要な施策を講ずることが求められている。当センターでは平成 26 年度に地域における依存症に関する相談実績の把握を目的に保健所、市町村を対象にアンケート調査を行ったが、どのような支援を行えば良いのか分からないとの答えが多くを占めていた為、アルコール依存症者に対する支援技術向上に資することを目的として今回の調査を実施することとした。今回は地域の実態調査を目的とすることから、基幹相談支援事業所(以下「基幹」という)と地域包括支援センター(以下「包括」という)も調査対象とした。

2 方法

(1)対象：対象は山梨県各市町村担当部署 27 ヲ所、各保健所 5 ヲ所、各基幹相談支援事業所 10 ヲ所、各地域包括支援センター 35 ヲ所、合計 77 ヲ所とした。

(2)調査方法：平成 29 年 4 月～6 月の相談実績について相談の有無、人数、依存対象、相談手段や支援の中での困難性等についての調査票を研究担当者より郵送にて配布し、調査票は記入後、返信用封筒にて郵送してもらう。

(3)倫理的配慮：対象には、調査で得られたデータは本研究のみに使用し、全て統計的に処理し、個人や回答した施設、部署を特定できるような情報は一切公表しないことを書面にて説明した上で、調査を依頼した。なお本研究は、当センター倫理審査委員会の承認を得て行った。(2017 年 11 月 30 日承認)

3 結果

回答率：対象 77 ヲ所のうち 60 ヲ所(77.9%)からの回答があった。

(1)依存症に関する窓口設置の有無：依存症相談窓口の設置「有」13 ヲ所、「無」47 ヲ所だった。

(2)依存症に関する相談実績について：依存症の相談実績「有」14 ヲ所、「無」46 ヲ所、相談実数は 117 人、延べ人数は 358 人だった。相談当事者の性別については男性 89 人、女性 23 人、不明・記載無しが 5 人だった。当事者の年齢層は 10 代が 1 人(0.9%)20～30 代が 20 人(17.1%)40～50 代が 48 人(41.0%)、60～70 代が 36 人(30.8%)、80 代以上が 5 人(4.3%)不明・記載無しが 9 人(7.7%)だった。

相談者内訳は、本人のみが 26 人(22.2%)、家族のみが 18 人(15.4%)、本人と家族が 47 人(40.2%)、その他が 26 人(22.2%)だった。

(3)依存物質等について：アルコールが 91 人(76.5%)、薬物が 16 人(13.4%)、ギャンブルが 5 人(4.2%)、買い物 3 人(2.5%)、食べ物(過食、拒食、嘔吐を伴う過食等)が 2 人(1.7%)、ゲームが 1 人(0.8%)だった。

(4)相談手段の内訳：「手紙・メール」3 件、「電話」156 件、「面接」122 件だった。

(5)初回相談後の対応：「助言指導で終了」は 7.8%「単独で継続相談」が 10.4%「他機関と共同して継続」が 65.2%「他機関を紹介」13.9%「その他」が 2.6%だった。

(6)各機関の対応方法：各機関の対応方法はメールが 7 ヲ所、電話が 31 ヲ所、面接が 28 ヲ所、訪問が 33 ヲ所、SNS の活用はなかった。

(7)相談の経過で相談者をつないだ機関：相談の経過でつなぐ機関として医療機関が 26 件、市町村が 12 件、保健所が 16 件、警察が 7 件だった。

(8)対応の中で困ること：「どう対応したらいいかわからない」34 ヲ所、「相談できるところがない」9

カ所、「その他」24カ所だった。

(9) 困ることに対して何があれば解決できるか：「支援内容について相談できる機関」57カ所、「専門的な学習の機会」47カ所、「スーパーヴィジョン」38カ所、「自助グループ」26カ所、「体系的な実践を積む機会」35カ所、「組織として処置を決定する場」25カ所、「支援者の時間的余裕」25カ所だった。

(10) 当センターにおける依存症家族教室について：「知っている」21カ所、「知っているが関わりが無い」15カ所、「知らない」24カ所となっている。

(11) 本県の依存症支援についての意見、要望：＜市町村＞「場所的に近い所で教室があると良い。家族会なども含め、センターにはどういったケースを相談・支援してくれるのかよくわからない部分がある」＜保健所＞「包括、基幹など、地域の関係機関が増えている中、各機関の役割、機能を共有し、支援方法等について協議する場として連絡会などを設置し連携しやすい仕組みを作してほしい」＜地域包括＞「わかりやすいパンフレットなど有れば是非頂きたい。ケアマネにも周知したい。地域には精神科の病院がないため専門医が外向いて教室、相談会等をする機会をつくってほしい」

4 考察

(1) 依存症の相談受付について：窓口についての回答から、保健所以外は窓口を設置していない所の方が多く、特に包括は1カ所を除いて窓口の設置はなかった。しかし窓口がない機関でも相談実績はあることから、窓口がない中での対応が行われていることがわかる。保健所は相談実数に対して延べ人数が多く、重篤なケースに繰り返し対応していると考えられる。相談者内訳では、基幹や市町村、包括の相談では半数以上のケースで本人か本人と家族が相談に訪れている。これらの機関は依存症の専門機関ではなく、依存症以外の生活上の課題について相談を受ける割合が高く、相談の中でアルコールを始めとする依存症の問題が現れてくるケースがあるためではないかと考えられる。

(2) 初回相談後の対応について：全ての機関で初回相談後に継続するケースの半数以上が他機関と共同で継続している。依存症支援は心身の問題以外にも経済的、法的な問題も絡むことが多く、単独の機関での支援継続が困難であるからではないかと考えられる。特に包括と基幹ではその割合が高く、連携して依存症支援を行っていく必要があることが示唆された。

(3) 平成26年度調査との比較：平成26年度の調査との比較では、機関や依存物質別の相談実績に大きな変化は認められなかった。

(4) 対応の中で困ること：いずれの機関も依存症支援に際して「どう対応したらいいのかわからない」と答える割合が高く、共通して当事者の病識の欠如を困難の原因と捉えている。依存症は「否認の病」といわれており、本人の問題意識が低い中で本人と家族をどのように支援していくかが依存症支援の中で大きな課題となる。しかし、専門的な知識も実績も不足する中でその対応を迫られていることが自由記載からも読み取れる。各機関の担当者が支援に当たるための知識や技能を身に付ける場の提供が必要であると考えられる。家族教室がマンパワーや距離的な問題で円滑に進まないことについては、保健所ごとに当センター職員が出張する形で家族教室を開催する等、実施方法の見直しが必要である。

5 まとめ

本研究では地域の関係者に具体的な支援方法等を提示することで、支援技術向上に資することを目的にアンケート調査を実施した。地域で行われる依存症支援について相談する機会やスーパーヴィジョン、専門的知識を得る機会が求められていることが分かった。地域で依存症支援を行っている担当者の課題解消を念頭に置いた事業等を行うために取組を行っていく必要がある。

(参考文献)

1. 芦沢茂喜, 地域における依存症家族支援の課題 2015
2. 吉田精次, CRAFT 依存症家族のためのハンドブック, 2015 金剛出版
3. 石井裕正, アルコールと健康に関する保健指導マニュアル 2010

アルコール健康障害対策における県庁・県立病院・精神保健福祉センターの連携

滋賀県立精神保健福祉センター

○平井 昭代 後藤 有加 辻本 哲士

1. はじめに

滋賀県では、アルコール健康障害対策基本法の制定を受けて、平成27年度に本県の対策推進に向けてアルコール健康障害対策推進会議を設置し、庁内の関係部局と、民間団体、各関係者が集まり、県内の現状と課題の共有を通して、平成29年度に県計画を策定した。

計画には、重点課題のひとつに「アルコール健康障害に関する予防および相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制の整備」を掲げ、5つの目標を設定した。ここでは「県立精神医療センターを依存症治療拠点機関として位置づけ、アルコール依存症の治療のしくみを作る」「精神保健福祉センター、保健所を相談拠点機関として位置づけ広く周知を行う」という目標に向けて、その効果的な推進に向けた取り組みについて報告する。

【重点課題2】

アルコール健康障害に関する予防および相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制の整備

- ①早期介入
- ②相談拠点の明確化
- ③アルコール依存症の治療等の拠点となる専門医療機関の明確化
- ④アルコール健康障害を有しているものとその家族を、相談、治療、回復支援につなぐための連携の推進

【目標設定】

- ①一般医療機関や産業医等とアルコール専門医療機関等との連携の強化により、早期介入のための連携のしくみをつくる
- ②精神保健福祉センター・保健所を相談拠点機関として位置づけ、広く周知を行う
- ③精神医療センターを依存症治療拠点機関として位置づけ、アルコール依存症の治療のしくみをつくる
- ④市町や医療機関、当事者団体と連携した相談支援のしくみをつくる
- ⑤飲酒運転による処分対象者のうち、背景にアルコール問題があると考えられる人を相談支援機関に紹介するしくみをつくる

2. 方法

平成30年度からの施策の推進に向けて、治療拠点機関である県立病院（精神医療センター）と相談拠点機関である精神保健福祉センター・保健所の連携方策や役割分担を協議する場が必要であると考え、平成29年度より県庁が主体となり検討の場を持った。

この場は、本年も継続して「拠点機関連絡会議(以下、「連絡会議」という。)」として、県庁障害福祉課から担当係長と担当保健師および精神保健福祉士が、県立病院からは依存症担当医と心理士が、精神保健福祉センターからは所長と担当係長と担当精神保健福祉士が参画して検討・企画の場を持つこととなった。

県庁障害福祉課からは全国的な動向、他自治体の情報等タイムリーに提供され、県の方向性を共有しながら検討を進めた。県立病院からは、院内プログラムの見直しや、地域連携に係る医療機関を対象とした研修等について提示があった。精神保健福祉センターからは、飲酒運転者等に対応する警察との連携や相談拠点である保健所職員の人材育成等について提示した。

3 結果

県庁と治療拠点機関である県立病院と、相談拠点機関である精神保健福祉センターが集まったの定期的な検討をとおして、誰を対象に、何を指して、どこが何をするのかの役割分担について整理し共有した。当県には専門プログラムを有する医療機関が県立病院の他になく、三次機能を担う医療機関が核となるよう連携を図りながら、精神科病院において依存症治療への適切な介入や治療ができる「協力病院」として圏域ごとに養成をしていく方向性とした。医療機関を対象とした研修企画は、連絡会議のなかでも大枠を検討することとした。

精神保健福祉センターでは、県庁と圏域保健所とともに、各地域の警察署の生活安全課を巡回し、県計画の説明と、計画に基づいた取り組みとして相談拠点機関につないでもらうためのリーフレットを配布し活用の仕方を説明した。また、相談拠点となる機関を対象とした研修会を企画することとした。

実施機関と取組内容	対象機関（対象者の特徴）	治療拠点機関	精神科医療機関		一般科医療機関（病院・診療所）
			病院	診療所	
期待する医療		専門プログラム 困難事例対応	離脱症状・精神症状治療 解毒入院	精神症状治療	多量飲酒者（高齢者）／妊婦
				SBIRT（節酒・断酒指導）	
依存症治療拠点機関	医療体制の整備				
	○協力病院の養成		圏域毎に協力病院を養成 圏域毎に指導者養成		
	○一般科・精神科の医療連携モデルの構築 ・産業医研修 ・地域医師会定例会等 ・かかりつけ医うつ病対応力向上研修 ・認知症相談医養成研修 等		北部の三次医療機関との連携		南部の三次医療機関 （県立総合病院）との連携
			【医師対象研修】 SBIRT（簡易介入法）の技術の普及・節酒指導・断酒指導		
			事例検討・事例学習 / 既存研修の場を活用した研修会の開催		
○相談拠点（精保セ・保健所）との連携構築		【窓口担当者会議】 【コメディカル対象研修】 連携のあり方検討			
○（仮）アルコール診療連絡会の開催					
相談拠点機関	相談支援体制の整備				
	○相談支援従事者の人材育成		○相談支援従事者研修会・事例検討会の開催		
	○家族支援		○アディクションセミナー・家族交流会の開催		
	○警察への啓発・協力依頼 （県庁・圏域保健所との協働）		○県警本部・各警察署生活安全課への啓発 （県計画の説明／リーフレット活用の協力依頼（スクリーニング・相談窓口の周知））		

4 考察

県計画に基づく方向性を根拠に計画の進捗管理を行う県庁が主導し、施策推進に向けて治療拠点である県立病院と相談拠点である精神保健福祉センターが集まる連絡会議は、医療現場と保健福祉の現場を突合させて実情を共有しながら、ともに夢や思いを語り発展につなげるために具体策を講じる意義ある場となっている。計画策定に向けてこれまで一緒に悩み作り上げてきたプロセスをとおしてのつながりは、施策推進においても強いネットワークであり、大きな原動力となった。

5 今後の課題

治療拠点機関では、三次医療機関と連携に向けた話し合いをとおして、介入や治療に関する研修の要望を受け、具体的な取り組みを進めていく。また、病院で行う家族教室やプログラム入院の見直し、地域連携パスに活用できるツールについても検討する。

相談拠点機関では、地域の相談拠点である主に保健所職員の対応力の向上に向けて、アルコール健康障害に焦点を当てた従事者研修会を企画予定であるが、今後は、相談支援体制に相談支援事業所も巻き込んでいくことと、うつ病対策と連動させた取組を検討する。

大分県の依存症支援における課題と対策
～ 地域の支援機関への実態調査より～

大分県こころとからだの相談支援センター

○桑畑葉月 阿南恵理香

宇都宮仁美 土山幸之助

1 はじめに

当センターでは、平成 27 年度から依存症対策を重点課題として取り組んでいるが、大分県の依存症支援体制は十分とは言えず、本人や家族が適切な支援につながりにくい現状がある。平成 28 年度の県内の保健所への聴き取り調査では、依存症の相談は少なく、特にギャンブルや薬物に関してはほとんどなかった。今回は、地域の支援機関における依存症支援の現状を把握し今後の対策を考えるため、アンケート調査を実施したので報告する。

2 調査方法・回収率

平成 30 年 2 月に、県内で依存症関連問題の相談があると考えられる 219 機関へ依存症の支援状況に関するアンケート調査票を送付し、FAX により回答してもらった。その結果、142 機関（表 1）から回答が得られ、回収率は 65%であった。

3 調査結果

- (1) 全体の 67.6%が平成 29 年 1 月から 12 月に依存症相談を受けていた。特に、生活困窮者自立相談機関（以下、生活困窮支援）、地域包括支援センター（以下、地域包括）は、ほとんどの機関が相談を受けていた（表 1）。
- (2) これまでに対応した依存症の種別では、アルコール、ギャンブル、ゲーム・ネット、薬物、買物の順で多く、多様な依存症への対応を行っていた。また、依存症種別によって相談を受ける機関に違いがあった（表 1）。
- (3) 対応内容は、半数以上の機関が医療、保健、福祉に関する情報提供と橋渡し（連絡、受入れ調整、相談同行）を行っていたが、自助グループへの橋渡しをしている機関は少なかった（16.1%）。
- (4) 支援上感じる困難（依存症関連）は、「本人が依存症を認めない」、「迷惑行為への対応が難しい」が多かった。特に、本人へ直接支援することの多い地域包括、生活困窮支援、市町村の福祉担当課は、より困難感が強かった（表 2）。
- (5) 支援上感じる困難（地域資源関連）は、「地域に対応可能な医療・相談機関がない」、「自助グループがないまたは遠い」が多かった。依存症種別では、特に薬物で地域資源関連のものが多かった。

表 1 回答機関及び依存症相談受付状況（H29.1～12に依存症相談を受けた機関数、各依存症の相談受付状況）

所属機関	回答機関数 (a)	H29.1～12に 相談受付状況		これまでに対応した依存症種別									
		相談受付状況		アルコール		ギャンブル		薬物		ゲーム・ネット		買物	
		機関数 (b)	割合 (b/a)	機関数 (c)	割合 (c/a)	機関数 (d)	割合 (d/a)	機関数 (e)	割合 (e/a)	機関数 (f)	割合 (f/a)	機関数 (g)	割合 (g/a)
市町村(子育て支援担当課)	13	7	53.8%	6	46.2%	6	46.2%	0	0.0%	5	38.5%	0	0.0%
市町村(生活保護担当課)	12	8	66.7%	10	83.3%	4	33.3%	2	16.7%	2	16.7%	0	0.0%
市町村(障害福祉担当課)	13	8	61.5%	7	53.8%	4	30.8%	4	30.8%	1	7.7%	2	15.4%
市町村(健康増進担当課)	11	7	63.6%	10	90.9%	1	9.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
市町村(兼務)	2	2	100.0%	2	100.0%	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
指定相談支援事業所	47	28	59.6%	28	59.6%	12	25.5%	13	27.7%	16	34.0%	7	14.9%
障害児相談支援事業所	3	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
地域包括支援センター	32	28	87.5%	31	96.9%	11	34.4%	4	12.5%	4	12.5%	8	25.0%
生活困窮者自立支援機関	8	8	100.0%	8	100.0%	4	50.0%	2	25.0%	2	25.0%	2	25.0%
その他(居宅介護施設)	1	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
合計	142	96	67.6%	102	71.8%	43	30.3%	25	17.6%	30	21.1%	19	13.4%

- (6) 支援上感じる困難は地域資源に関することよりも、依存症の症状による否認や迷惑行為に対しての方が高かった。
- (7) 課題解決に必要なこととしては、「具体的な支援スキルに関する研修」、「専門医療機関等の情報共有」、「内科医療機関と依存症専門機関との連携」の順で多かった。
- (8) 地域連携のためのネットワークは、全体の47.9%の機関が持っていたが、地域包括は21.9%しか持っていなかった。
- (9) 他機関と共同で支援したことのある機関は全体の64.8%であった。共同した機関として最も多いのは医療機関だったが、地域包括や生活困窮支援は他機関に比べて医療機関をあげた機関が少なかった。市町村担当課、保健所と共同した機関は約5割であった。一方、生活困窮者支援と地域包括をあげた機関は少なかった(表3)。(8)、(9)の結果から、連携機関に偏りがあり、包括的なネットワークが築けていない状況にあることが窺われた。

表2 支援上感じる困難(依存症に関すること) [129機関が複数回答]

	全体 (N=129)		市町村 子育て (N=13)		市町村 生活保護 (N=12)		市町村 障害福祉 (N=13)		市町村 健康増進 (N=11)		相談支援 (N=47)		地域包括 (N=32)		生活困窮 自立支援 (N=8)	
	機関数	割合	機関数	割合	機関数	割合	機関数	割合	機関数	割合	機関数	割合	機関数	割合	機関数	割合
本人が依存症問題をみとめない	77	59.7%	6	46.2%	7	58.3%	8	61.5%	6	54.5%	22	46.8%	23	71.9%	4	50.0%
迷惑行為への対応が難しい	68	52.7%	5	38.5%	6	50.0%	7	53.8%	6	54.5%	21	44.7%	18	56.3%	4	50.0%
相談内容についての知識やスキルの不足	60	46.5%	4	30.8%	6	50.0%	5	38.5%	6	54.5%	15	31.9%	18	56.3%	3	37.5%

表3 共同で支援にあたった機関 [92機関が複数回答]

	全体 (N=129)		市町村 子育て (N=13)		市町村 生活保護 (N=12)		市町村 障害福祉 (N=13)		市町村 健康増進 (N=11)		相談支援 (N=47)		地域包括 (N=32)		生活困窮自立 支援 (N=8)	
	機関数	割合	機関数	割合	機関数	割合	機関数	割合	機関数	割合	機関数	割合	機関数	割合	機関数	割合
医療機関	58	63.0%	4	30.8%	7	58.3%	5	38.5%	6	54.5%	21	44.7%	11	34.4%	2	25.0%
市町村担当課	51	55.4%	5	38.5%	3	25.0%	3	23.1%	3	27.3%	19	40.4%	15	46.9%	2	25.0%
保健所	43	46.7%	5	38.5%	3	25.0%	4	30.8%	6	54.5%	11	23.4%	12	37.5%	1	12.5%
相談支援事業所	24	26.1%	2	15.4%	3	25.0%	6	46.2%	4	36.4%	5	10.6%	1	3.1%	2	25.0%
生活困窮者自立相談機関	14	15.2%	0	0.0%	0	0.0%	1	7.7%	1	9.1%	2	4.3%	2	6.3%	1	12.5%
地域包括支援センター	3	3.3%	1	7.7%	3	25.0%	1	7.7%	2	18.2%	5	10.6%	1	3.1%	0	0.0%

4 今後必要な対策について

保健所への依存症相談は少ないとのことだったが、地域の支援機関の約7割が依存症相談を受け、アルコールだけでなく、ギャンブルや薬物、ネット等、多様な依存症の対応していることが明らかになった。また、支援者は、依存症の症状による否認や迷惑行為に対する困難感が高く、具体的なスキルの向上を必要としていることが明らかになった。さらに、依存症は問題が重複し包括的で継続的な支援が必要なため支援機関のネットワークが重要だが、調査結果からは、地域のネットワークが円滑に機能していないことが窺われた。そこで、当センターとして今後、必要な対策について下記のとおり提案する。

(1) 相談支援機能強化

- ・支援者が、依存症の当事者の言動を病気として理解し、対応の基本を知っておくことは困難感軽減につながると考える。そこで、支援者向けに「依存症とその対応に関する基礎知識」についてまとめる。併せて、各依存症の専門医療機関、相談窓口、自助グループ等のリストを作成し、保健所、市町村健康増進課へ伝え、地域の関係機関に情報発信してもらう。また、必要な情報にいつでもアクセスできるようホームページにも掲載する。
- ・個別ケースの理解や対応力向上を目的に、事例検討や演習を取り入れた研修会を開催する。

(2) 包括的なネットワーク構築

- ・保健所及び市町村へ、今回明らかになった支援機関の現状を、さらに、地域ごとに整理して伝えることで、精神保健福祉に関する既存の事業(研修会や連絡会等)に依存症も組み込んでもらうよう仕掛けていく。特に困難感が強く、連携ネットワークの乏しい地域包括に焦点を当て、実態に合わせた連携のあり方を考える契機とする。

相模原市における依存症相談の傾向について

相模原市精神保健福祉センター

○平松さやか 小口祐典 新井紘太郎 水野奏
落合万智子 宍倉久里江

1 はじめに

相模原市精神保健福祉センターは平成 22 年度に設置され、依存症に関する事業としては専門医によるアルコール特定相談、家族教室、当事者回復プログラムを実施している。相談件数の増加や相談内容の多様化を実感していることから、今回これまでの相談の傾向について分析し今後どのように対応すべきか考察する。

2 結果

(1) 相談件数および内容について

①平成 22 年度から平成 29 年度まで

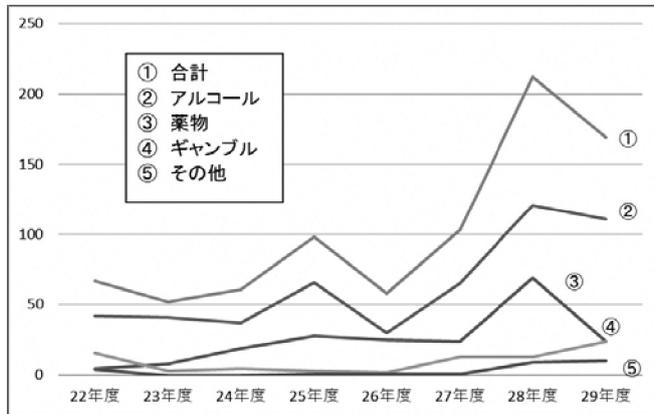
本市精神保健福祉センターが設置されてから昨年度（平成 22 年度～平成 29 年度）までの相談件数、内容を表 1 と図 1 に示す。

表 1 平成 22 年度～平成 29 年度 依存症相談件数

	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度
アルコール	42	41	37	66	30	94	148	109
薬物	5	8	19	28	25	25	69	25
ギャンブル	16	3	5	3	2	10	13	22
その他	4	0	0	1	1	3	9	13
合計	67	52	61	98	58	132	239	169

平成 22 年度から数年間は年間 60 件前後であったが、平成 27 年度から 100 件を超え続け、昨年度の相談件数は前年度よりも少ないものの、平成 22 年度と比較すると約 2.5 倍となっている。

図 1



相談内容の傾向としては、全ての年度においてアルコールが最も多く、次いで薬物、ギャンブルとなっている。その他の内容は、平成 22 年度は万引き、平成 25 年度以降はインターネット、買い物、携帯・PC ゲーム、のぞき、性依存（ホスト、風俗、性的逸脱行為）、占い、整形手術、摂食障害、浪費など年々多彩になっている。また、薬物の相談が平成 28 年度だけ突出して多かったのが目立った。

②平成 30 年度について

表 2 平成 30 年度相談件数（4 月～7 月）

■相談件数	アルコール	薬物	ギャンブル	その他	合計
	33	12	19	4	68

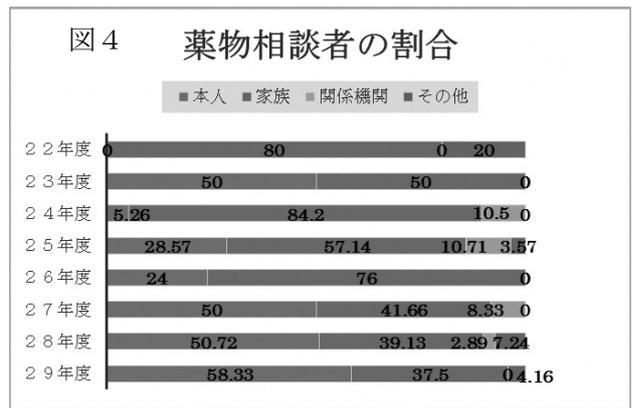
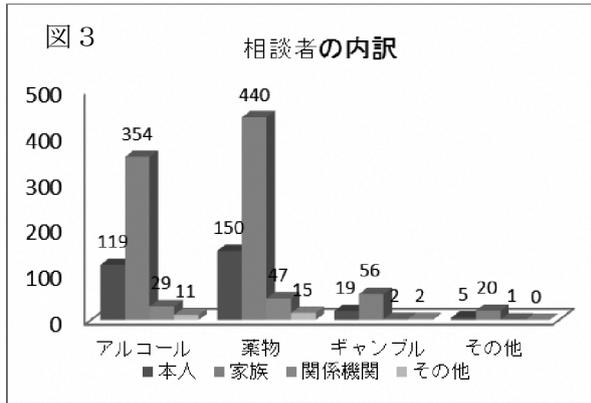
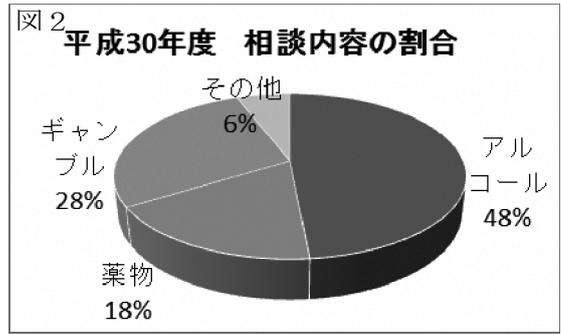
平成 30 年度 4 月～7 月までの相談件数を表 2 と図 2 に示す。

平成 30 年度は 7 月末時点で 68 件。このままのペースと考え単純計算すると、年間 200 件を超える。相談内容は、例年に比べギャンブルの割合が多くなっている。

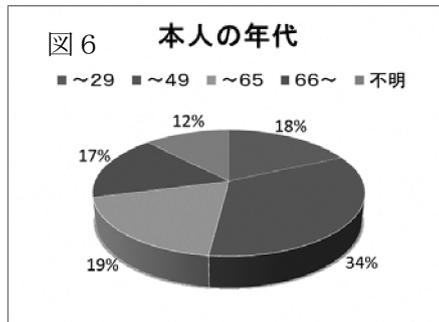
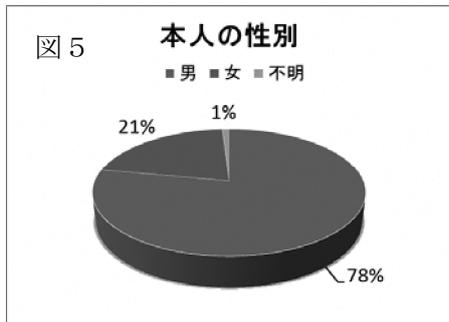
(2) 相談者について

平成22年度～平成29年度の相談者の内訳を次の図3、4に示す。

依存症全体の傾向としては、家族が最も多く、次いで本人、関係機関、その他の順となっている。薬物は平成27年度以降本人が家族を上回っている。ギャンブル・その他はもともと件数が少ないが、家族の割合が多い。



(3) 本人について



本人の性別、年代を図5、6に示す。

男女別で見ると、男性が約8割女性が約2割となっている。年齢層は、30代～40代が最も多い結果となった。

3 考察

平成22年度から依存症に関して相談支援を実施してきたが、相談件数は年々増加傾向にある。否認の病と言われているように家族からの相談が多いが、家族相談を経て本人が医療機関や施設、本市の事業に繋がるケースも見られ、家族相談の大切さが感じられる。本人の傾向からは働き盛りの男性が多いと考えられるが、依存の問題が生活にも直結し、本人だけでなく家族も経済的・精神的に追い詰められている状況が相談の場で語られている。

依存症の相談傾向は、近年の社会的な問題の影響を少なからず受けていると実感している。例えば、平成28年度に薬物についての相談件数が多かった背景には、有名人の薬物による逮捕等、薬物に絡んだ犯罪の報道が影響した可能性が考えられる。今年7月に「ギャンブル等依存症対策基本法」が成立したが、IR推進法が制定された平成28年度頃からギャンブルへの依存について世間にも知られることとなった。ギャンブルの相談件数がここ2、3年で増加傾向にあるのは、そうした影響も考えられる。

依存症相談支援における精神保健福祉センターの役割としては、専門的な回復支援だけでなく、本人が抱える社会での生きづらさを理解し、普及啓発などを通して地域へ働きかけることも必要であると考えられる。現在、依存症の相談拠点の設置に向けて準備を進めており、これらの課題も含めて相談支援体制の充実を図っていきたい。

AIMARPP (依存症当事者回復プログラム) への保健所職員等のオブザーバー参加前後の DDPPQ による効果測定について

愛知県精神保健福祉センター

○辰田紘崇 佐々木はるみ 山崎千佳 清水美和 原直人 伊藤多恵 藤城聡
藤田保健衛生大学医療科学部看護学科准教授 近藤千春

1 はじめに

保健所職員の相談知識と技術の向上を図ることは、当センターの柱となる業務である。薬物依存の相談については、知識や技術の前に、薬物依存症者への陰性感情が相談関係を結びにくくしていると言われている。

薬物依存症治療のための認知行動療法プログラムである、せりがや覚せい剤依存再発防止プログラム SMARPP は薬物・アルコール依存症当事者（以下当事者）の回復のみならず、プログラム実施従事者の知識やスキルの向上及び当事者への理解と支援の意欲が深まり、治療態度が変化し治療効果に影響を与えるとの研究文献がある。

そこで、当センターで実施している AIMARPP（「SMARPP」を基に作成）に、県内保健所職員（名古屋市を除く）及び愛知県精神医療センター職員がオブザーバーとして参加・体験する機会を提供し、AIMARPP がオブザーバー参加者へ与える影響を測定した。

2 AIMARPP とは

愛知県では、SMARPP や回復支援プログラムを先行実施している他の精神保健福祉センターなどのワークブックをもとに、愛知県版ワークブック「AIMARPP あいまーぶ」を作成し、平成 27 年 1 月より使用している。「危険ドラッグへの対応」などを追加しているのが特徴で、1 クール 12 回の構成となっている。

セッションは毎週水曜日（祝日及び年末年始は休み）の午後 2 時から 3 時半で、セッションには 3 名の職員が従事した。精神科医 1 名がほとんどのセッションに入り、ファシリテーター、コ・ファシリテーターは保健師及び精神保健福祉相談員 12 名が持ち回りで担当した。

AIMARPP はチェックイン→プログラム→チェックアウトの流れで進行する。チェックインでは、カレンダーに依存物質を使ったかどうかシールを貼り、この一週間をどのように過ごしたか参加者で話す。プログラムではテキストを輪読し、テキスト内のワークに皆で取り組み話しをする。チェックアウトでは、プログラムの感想やこれからの一週間の過ごし方について皆で話しをする。

3 効果測定の実施概要

(1) 対象者

AIMARPP 未経験者である各保健所（名古屋市除く）職員（26 名）及び愛知県精神医療センター職員（13 名）。

(2) 調査期間

平成 28 年 1 月 6 日から平成 29 年 11 月 22 日まで

(3) 調査方法

オブザーバー参加者については各回定員を 1~2 名として、県内保健所職員（名古屋市を除く）及び愛知県精神医療センター職員を対象に募集した。当日参加したオブザーバー参加者に対し、プログラム参加前後で DDPPQ の調査票を用い調査を実施し、オブザーバー参加者へ与える効果を測定した。

オブザーバーは参加者と同じテーブルに着き、テキストの輪読に加わり、状況に応じてワークにも参加する。チェックインとチェックアウトでも発言する。

(4) 調査票（調査に用いる使用測定尺度）

Drug and Drug problems Perception Questionnaire (DDPPQ)

(薬物問題を持つ患者に対する仕事をする際の医療従事者の態度を測定する尺度)

4 結果

オブザーバー参加者 39 名に対し参加前と参加後に DDPPQ による効果測定を実施した。そのうち無回答、欠損値のあるものを除き、前後比較が可能な 31 名についてオブザーバー参加前と参加後の各項目を比較し、Wilcoxon の符号付順位和検定を行った。その結果、以下の項目に有意な偏りが認められた。

表 1. AIMARPP 参加前後で有意な偏りがあった項目

	項目	P値
Q2	薬物関連問題の原因について、自分の職務を果たすのに十分な知識がある。	0.035
Q6	薬物使用者に対して、長期にわたって相談にのり助言する方法を知っている。	0.014
Q7	薬物とその影響について、患者に適切にアドバイスできる。	0.011
Q9	薬物関連問題に関するどのような情報でも、患者に尋ねてよい。	0.039
Q10	薬物使用者と関わる中で必要と感じたなら、自分が困ったことについて何でも話し合える人を、容易に見つけることができる。	0.01
Q11	薬物使用者と関わる中で必要と感じたなら、専門職としての責務を明確にできるように助けてくれる人を、容易に見つけることができる。	0.048
Q12	薬物使用者と関わる中で必要と感じたなら、薬物使用者への最善の関わり方を考えるのを助けてくれる人を、容易に見つけることができる。	0.011
Q13	薬物使用者に自分が援助できることはほとんどない。	0.015
Q14	薬物を使用していない人に対してと同じように、薬物使用者に対する仕事ができる。	0.001
Q16	仕事に関わるそのほかの患者に比べて、薬物使用者を尊重できない。	0.03
Q17	薬物使用者に対する仕事をする時に、しばしば不快な気持ちになる。	0.044
Q20	薬物使用者のことを理解できる。	0.001

※注Q13, Q16, Q17は逆転項目（逆転項目は得点が小さい方がポジティブ）

5 考察

DDPPQ で有意な偏りが認められた項目は、以下の因子に分類される。

表 2. 因子分類表

	因子名	該当項目
因子 1	相談と助言	Q10, Q11, Q12
因子 2	知識とスキル	Q2, Q6, Q7
因子 3	仕事満足と自信	Q14, Q20
因子 4	患者の役に立つこと	Q13, Q16, Q17
因子 5	役割意識	Q9

「相談と助言」の因子 Q10、Q11、Q12 で有意な偏りが見られたことから、AIMARPP が薬物相談において、相談者が当センターやダルク等相談できるところを見つけることにも役立つと推察された。

「知識とスキル」の因子 Q2、Q6、Q7 で有意な偏りが見られたことから、AIMARPP が薬物相談のスキルを得ることに役立つと推察された。

「仕事満足と自信」の因子 Q14、Q20、「患者の役に立つこと」の因子 Q13、Q16、Q17 で有意な偏りが見られたことから、AIMARPP に参加することで薬物相談に対する自信を得ることができ、薬物相談に対する忌避感情が緩和され、相談に対する心理的障壁が下がると推察された。

特に Q14、Q20 では明らかな偏りが推察された。AIMARPP に参加することによって、薬物依存症者への陰性感情、偏見が是正される効果が高いことがうかがえる。

これらの結果は、オブザーバー参加者の参加後の感想の内容とよく合致した印象を受けるものであった。

6 結論

DDPPQ において有意な偏りが見られた項目から、AIMARPP へのオブザーバー参加により、保健所等職員の薬物依存症者に対する態度がポジティブに変化したと推察された。よって、AIMARPP が薬物依存症者の相談業務を行う上でプラスの効果があると考えられる。

AIMARPP へのオブザーバー参加により、薬物依存症の支援に理解のある援助者が増え、地域における薬物依存症回復支援体制づくりに貢献できる可能性があると考えられる。

県境の過疎地域におけるひきこもり者の家族会育成の試み

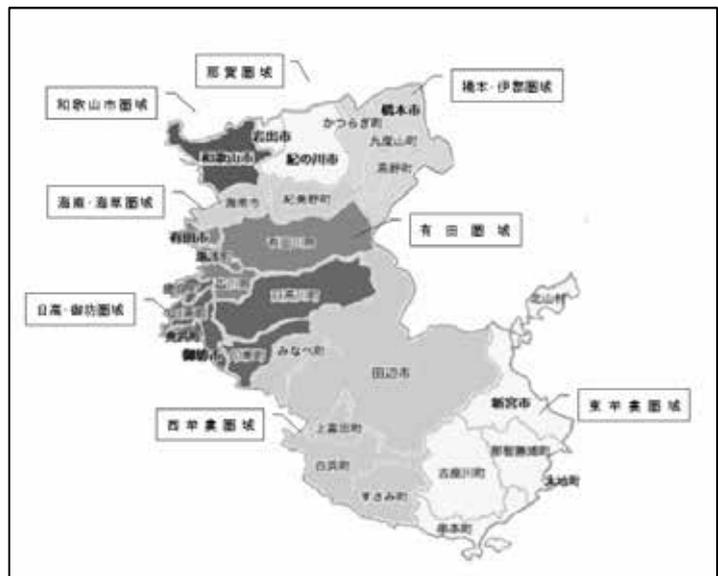
和歌山県精神保健福祉センター

○小野 善郎 佐伯 明子

1 はじめに

和歌山県は、紀伊半島の西側に位置し、海と山に恵まれた南北に長い県である。人口の約7割は県北部に集中し、県中南部は過疎化が進んでいる。精神保健福祉関連の社会資源についても、県北部に集中しており、県南部の東牟婁地域には少なく、ひきこもり支援に関しても同様の状況だった。

和歌山県精神保健福祉センター（以下、当センターとする）では、和歌山県ひきこもり地域支援センター事業を行っており、この事業の一環として、従来より、東牟婁地域において、ひきこもり問題に関する啓発や家族会の育成に取り組んできた。平成29年度は、東牟婁地域の中心都市である新宮市で定期的に家族会を開催し、この地域で家族会を定着させることを目指した。



東牟婁地域は三重県南牟婁郡紀宝町や熊野市と隣接しており、地域住民の県境を越えての行き来が盛んである。三重県も和歌山県と同様に県南部に支援が届きにくい状況があり、今回、東牟婁地域で家族会を実施するにあたり、行政単位を超えた連携の必要性を感じた。本論では、支援が届きにくい県境の過疎地域への支援の在り方について検討したい。

2 東牟婁地域においてこれまで当センターが行ったひきこもり支援

当センターにおける和歌山県ひきこもり地域支援センター事業は、平成21年に開始した。東牟婁地域では、平成23年度に家族教室を3回実施したところ、参加者は5名前後だった。平成28年度に、和歌山県の委託により、ひきこもり者やその家族の相談面接や社会参加支援を行う機関である「ひきこもり者社会参加支援センターあずまプラッツ」が新宮市に新設された。これに合わせて、平成28年度に当センターが月1回の間隔で家族教室を計3回開催したところ、第1回には15名、第2回には23名、第3回には14名の支援者、家族、当事者が参加した。

3 東牟婁地域において、当センターが平成29年度に開催した家族会

平成29年度は、7月以降、概ね毎月1回、計7回家族会を実施した。初回は、家族会の前に講演会を開催した。「ひきこもりに向き合って一家族のつどいに参加してみませんか」という演題で、和歌山県内で活動している家族会の代表に講師を依頼した。参加者8名のうち3名が家族であり、うち2名は、ひきこもり関連の講演会に参加するのは初めてで、講演会中もその後の家族会でもほぼ泣き通しだった。この会の終了後、この3名は、講師とともに喫茶に行き、連絡先を交換し、毎月、互いに連絡を取り合っている家族会に参加していた。

8月以降の参加者数、居住地については、別表のとおりとなった。

4 考察

本家族会を企画した当初は、行政単位を超えた参加者を想定していなかったが、2月まで、参加家族の中に和歌山県在住者は1人もいなかった。これまでに別の地域で開催した家族教室においても、当事者や家族については、当該地域居住者だけでなく、かなりの数の周辺地域居住者が参加していた。本家族会の参加者は、「家族がひきこもっていることを居住地の人に知られて噂されたくない。」「居住地の集まりに行くと支援者や参加者に知り合いがいたら嫌。」「当事者が周囲に知られたいと思っており、居住地のサービスを使うことを嫌がる。かといって、三重県北部は遠すぎて、継続的に通うことは難しい。新宮市は、距離的に都合がよい。」等と話していた。人口が少なく、人口の流動も少ない地域では、地域住民のつながりが強いために互いの状況が知れ渡りやすいこと、役所や支援者に顔見知りが多いことから、ひきこもり関連の支援は居住地ではなく近隣地域で受けたいと考える家族が多いと考えられる。

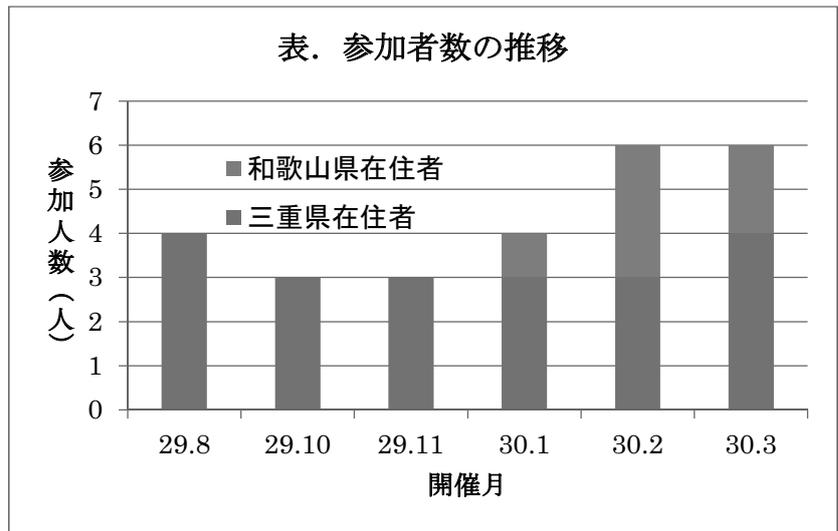
また、新宮市と南牟婁郡は生活圏が同一で、当該地域の居住者にとって、新宮市と南牟婁郡を行き来することは日常的であり、この地域で他にひきこもりの家族会やそれに類する社会資源が少ないことから、この地域においてひきこもり者の家族会を実施すれば両県からの参加申し込みがあることは自然であると言える。また、三重県在住者が定着したからこそ毎回参加者がいる状態で家族会を継続的・安定的に開催できた面もあった。これらのことから、対象者を行政単位で定めることは実情に即しておらず、行政単位を超えた連携の必要性を感じた。

ただ、居住地の支援者は、地域の社会資源に関するリアルタイムな情報を把握しているおり、サービスも提供しやすいが、居住地外の支援者が、継続的・直接的に支援し続けることは難しい。この点は、居住地を離れて社会資源を利用する際のデメリットであると言える。居住地のサービスにもアクセスできるように方向づけることに意識を向けながら、他地域の居住者を受け入れることが必要であると考えられる。

また、行政単位を超えて受け入れる場合、情報提供の際に、サービスの対象が和歌山県在住者のみ、あるいは三重県在住者のみなのか、それとも居住地に関わらないのかについて把握し、参加者に正確に伝えることも必要だった。さらに、サービスに関する情報提供を行う際、わらをもすがる気持ちの参加者に対し、魅力的であるのに利用できないサービスを紹介してストレスを与えかねず、情報の伝え方には十分な配慮が必要であると言える。

5 おわりに

本家族会育成を通して、人口の少ない県境地域において家族会を安定的・継続的に運営するためには、行政単位を超えた受け入れが重要であることを認識した。このことを受け、当センターは、三重県精神保健福祉センターに対して、互いの県の情報を提供しあい、両県の在住者が両県のサービスを利用できるように配慮してほしい点を依頼した。本家族会は、平成30年度から東牟婁地域を管轄する新宮保健所が主催し、現在も、月1回、開催されている。今後も、より地域の実情に即した方法を模索しながら家族会を育成・支援していきたいと考えている。



青年期（ひきこもり）家族会の振り返りからの一考察

宮城県精神保健福祉センター

○武者 恵 小原聡子 水本有紀 松田祐子 石濱かおり
岩崎みゆき 加塩涼子 粕谷祐子 川村典子 熱海怜子

1 はじめに

宮城県では平成 25 年度に精神保健福祉センター内に「宮城県ひきこもり地域支援センター」（以下、「センター」という。）を設置し、ひきこもりに関する支援に取り組んでいる。その中で、平成 25 年度から平成 28 年度に実施したひきこもり家族会を振り返り、これまで家族会を利用した 52 名のひきこもり当事者の状況やその家族の参加状況等を分析し、センターの家族会の特徴と県内のひきこもり支援体制の充実に向けた今後の方向性について考察したので報告する。

2 平成 25 年度から平成 28 年度に実施した家族会の振り返り

(1) センターにおける「ひきこもり支援」体制

センターは、総勢 9 名の精神保健福祉センター職員が兼務して運営しており、精神科医と相談診療班と生活支援班の 2 班が連携し、相談診療班は本人・家族の個別相談を中心に、生活支援班は家族会の運営をそれぞれ担っている。センターにおけるひきこもり支援は、個別相談と家族会の両面で支え、情報共有しながら連携して行うことを基本としている。

(2) 実施内容の推移

平成 25 年度から平成 27 年度までは、毎回前半（90 分）は講義、後半（90 分）は、グループに分かれての情報交換の二部構成とし、外部講師の協力を得て運営していた。平成 27 年度に家族会登録者が増加し、参加者の増加が見込まれたことから、限られた職員では質を担保した家族会の運営が難しくなると判断し、平成 28 年度の後半から、新しく家族会に参加するようになった家族は心理教育やひきこもりの理解の場としての『家族教室』と、家族会に長期間参加している家族は、自助グループ的フリースペースを主とした『家族の集い』に分けての運営を試みた。しかし、『家族の集い』メンバーより、「年数に関係なく勉強の機会は繰り返し必要」との要望や会が分かれたことへの不満の声が出され、参加人数も減少したことから、平成 29 年度は会を 1 グループに統合し、参加者全員が講義を受けられるように、講義（90 分）と振り返りの時間（30 分）を設け実施するように変更している。また、グループでの振り返りの時間短縮に伴い、家族同士の自主的な交流の時間を設けるため、家族向けに会場を開放し、家族同士の自由な交流を促すよう変更している。平成 25 年度から 27 年度までは、1 年 1 クール（12 回）で講義を行っていたが、年度途中から家族会参加を開始する家族も多いことから、平成 28 年度から 6 ヶ月 1 クール（6 回）で、同様の内容を年間 2 クール行うように変更している。講義内容は、『ひきこもりの理解と支援』『家族(当事者)の体験談』『かかわり方(工夫の仕方)』『コミュニケーションについて(2回)』『お楽しみプログラム』の 6 つのテーマで、センター職員が講師を務めた。

(3) 家族会参加者の状況

家族会の参加状況は、平成 25 年度から平成 28 年度までに実 52 家族が参加した。年度毎にみえてみると、実参加家族は 23 から 31 家族、1 回平均参加者数は 13.1 から 17.8 名と幅があった。新規参加者は、平成 25 年度は 17 名、平成 26 年度は 18 名、平成 27 年は 17 名と増加したが、平成 28 年度は 2 名であった。参加者内訳としては、母親の参加が約 70% を占め、父親の参加は約 25% であった。兄弟姉妹の参加もあり、夫婦での参加も年間 3 から 7 組あった。平成 25 年度から平成 28 年度までの 4 年間で 48 回家族会を実施しているが、52 家族の参加回数は、最大 46 回、最小 1 回である。平成 28 年度末の時点で、21 家族（40.4%）が家族会を継続しており、31 家族（59.6%）が終了している。

(4) 家族会の継続・終了別参加者の特徴

52 家族の居住地は図 1 のとおりである。24 家族 (46.2%) が北部 (大崎) である。継続している 21 家族の居住地は 13 家族が北部 (大崎), 東部 (登米)・北部 (栗原)・仙台 (黒川)・仙台 (塩釜) が 2 家族ずつである。センターから比較的遠方の東部 (石巻)・仙台 (岩沼)・気仙沼の方は, 家族会利用が継続されていない。

終了した 31 家族のうち 13 家族 (41.9%) が見学のみ (1 回) で終了している (図 2)。5 回未満で終了しているのが 17 家族 (54.8%), 10 回未満で終了しているのが 28 家族 (90.3%) である。31 家族の終了理由は, 表のとおりである。就労・就学によって終了した 6 名の特徴は, ひきこもり年数も短く, 若年の方が多い。不登校歴があっても, 高卒後であったり, 就労経験があったりと多少の社会経験がある。また精神症状が認められない方が多い。家族は平均 6 回参加し終了している。

当事者のひきこもり年数で見ると, 継続している 21 家族では, 15 年以上の方が 9 名 (42.8%), 終了した 31 家族では 6 名 (19.3%) であり, ひきこもり年数が長い方が継続している。

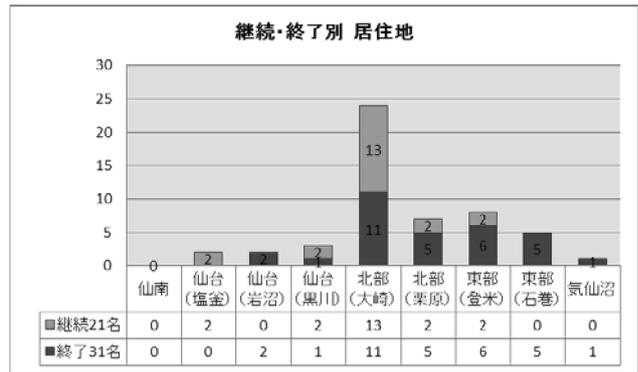


図 1 継続・終了別家族会参加者の居住地

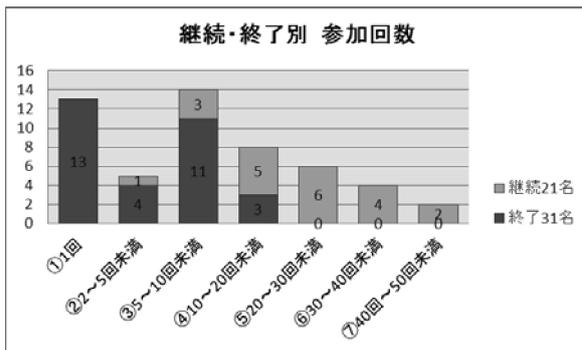


図 2 継続・終了別家族会参加者の参加回数

表 家族会終了理由

家族会終了理由分類	度数	%
就労・就学	6	19.4%
本人が支援に繋がった	1	3.2%
他機関の支援を受ける	2	6.5%
家族の体調不良	5	16.1%
遠くて通えない	1	3.2%
参加する気力がない	1	3.2%
イメージと違う	2	6.5%
必要性を感じない	1	3.2%
本人の状態が悪く行けるような状態じゃない	1	3.2%
相談(診察)で十分	1	3.2%
不明	10	32.3%
合計	31	

3 考察 (センターの家族会の特徴と今後の方向性)

センターの家族会は, 講義を通じて本人の(思春期の)心の特性や本人の気持ちを想像することの重要性, ひきこもりからの回復の過程, 家族の工夫(言語・非言語)の仕方, 本人との関係や関わり方を振り返ることの重要性等を伝える心理教育の場とし, 個別相談と連動した支援を実施している点が家族会の特徴と思われる。参加回数の期限を設けずに支援をしていることから, 家族同士が顔なじみになりやすく, 経過の長い家族が参加し, ひきこもりが長期化している家族のエンパワメントの場になっていると思われる。一方で, 段階やニーズの違う家族が共に集う場となっており, 家族会が安心・安全な場となるよう枠組みを整理しながら運営してはいるが, 見学のみで終了してしまい継続参加に至らない方も多い状況である。ひきこもり経験の長い家族がいることで, 新しく参加する家族の方にとっては, 参加のハードルが高い可能性もあるが, 継続参加に至らない方への対応については, 今後の検討課題である。

センターは宮城県北部にあり, 継続参加している方は近隣の圏域の方が中心となっていることから, 今後は, ひきこもり家族が継続参加しやすい, より身近な地域で学べる機会を確保できるよう, 地域の実情を把握しながら, 三次機関としてセンターが実施したプログラムを活用しつつ, 地域の支援者の技術支援に力を入れていきたいと考える。

島根県版ひきこもり適応行動チェックリストの開発

島根県立心と体の相談センター

○福間 祐介 藤井 早希子 眞田 美紀
石川 祐子 小原 圭司

1 はじめに

平成 27 年 4 月に、島根県立心と体の相談センター内に島根県ひきこもり支援センター（以降“当センター”と表記）を設置した。設置前の平成 26 年度のひきこもり相談件数は延べ 44 件（実 22 人）であったが、平成 27 年度以降相談件数が急増し平成 29 年度の相談件数は延べ 532 件（実 112 人）であった。

今回、ひきこもり相談窓口において、継続相談に用いるためのツールとして島根県版ひきこもり適応行動チェックリスト（以降“チェックリスト”と表記）を開発したので報告する。

2 島根県版ひきこもり適応行動チェックリストの開発について

(1) 作成の背景

ひきこもり相談では最初から当事者が相談に来所することは少なく、最初に来所するのは家族であることが多い。厚生労働省（2010）が示している「ひきこもり支援の諸段階」からも、第一段階として家族支援が挙げられ、継続的な家族相談が重要視されている。

家族相談に関しては、堺・野中(2013)が CRAFT (Community Reinforcement and Family Training : コミュニティ強化と家族訓練) をひきこもり問題に応用し、家族が当事者のできていることへ目を向けることの重要性に触れている。本人のできているところに家族が注目することで、家族と当事者のコミュニケーションがとりやすくなり、両者の関係性にもよい影響を与える。このように、従来であれば家族のひきこもり相談で話題にされることが多かった「本人にしてほしいこと」「困った行動」に注目するのではなく、「現在本人のできていること」を家族から聞き取り、本人の特徴や変化に家族が気づいていくことがひきこもり相談を進めていく上で重要であると考え。しかしながら、家族の中には、「できていない」「変化がなく相談に行っても話すことがない」と当事者のできていることに目が向きにくく、継続して相談する意欲が低くなる方がいることが課題として挙げられている。また、支援者からは、「相談が継続しない」「どういった点に注目して話を聞いたらよいか分からない」といった声を聞くことが多い。

そういった中、今後のひきこもり相談対応に役立てることを目的とし、当事者の具体的な行動の内容を記し当事者のできていることに焦点を当てたチェックリストの開発を行った。

(2) 方法

①チェックリストの作成

当センターの相談員と当センターで開催しているひきこもり家族教室参加者から“本人のできていること”を自由記述で回答を求め、KJ法を用いてチェックリストを作成した。まず、当センター相談員（臨床心理士）4名が「ひきこもり状態の方ができていること」を書き出し 64 項目を集めた。あわせて平成 29 年 10 月に県内 4 会場にて行った、第 3 回ひきこもり家族教室の参加者 37 名から「本人ができていないこと」という内容で回答を求め 261 項目を集めた。その後、当センター職員 7 名（精神科医 1 名、臨床心理士 6 名）が 3 回に分けてグループ編成を実施し、集めた項目を分類してそれぞれを中カテゴリに分けた。次に、その中カテゴリを 3 つの大カテゴリに分け、厚生労働省（2010）の示している「ひきこもり支援の段階」に沿った 4 段階と事前段階に分けた。大カテゴリに分類されないものは別でまとめた。

②チェックリストの効果測定

当センターが開催している、ひきこもり圏域支援ネットワーク研修会（以降、“ひきこもり NW 研修会”と表記）で本チェックリストの使い方研修を行い、研修の前後で参加者のひきこもり相談に関する自信

中高年層ひきこもり者の現状と課題
～40歳以上ひきこもり者の相談状況から～

鳥取県立精神保健福祉センター ころの健康増進課

○浜田千登勢 馬淵伊津美 加藤美由紀

山下倫明 森明美 原田豊

とっとりひきこもり生活支援センター 山本恵子

1 はじめに

近年ひきこもりの高齢化や長期化は社会問題として認識されており、平成 29 年度 KHJ 全国ひきこもり家族連合会において、ひきこもりの長期高齢化の実態把握 1)が行われ、平成 30 年度には内閣府において 40 歳以上を対象にした初の実態調査を行うことが予定されている。鳥取県立精神保健福祉センター（以下、当センター）でも、同様の問題を実感しており、中高年層ひきこもり者の実態把握を目的に調査し、現状分析と今後の課題を検討し、考察を加え報告する。なお、本調査では、とっとりひきこもり生活支援センター（以下、ひきこもりセンター）にも協力を依頼した。

2 調査対象と方法

対象者は、当センターとひきこもりセンターに相談歴のある方で、平成 25 年度から平成 29 年度までの 5 年間の受理事例のうち、最終受理時点で 40 歳以上かつ現在ひきこもり状態にある者 52 人（以下、現ひきこもり者）及び過去 40 歳以上でひきこもり経験が有り、現在はひきこもりでは無い者 35 人（以下、過去ひきこもり者）の計 87 人（男 70 人、女 17 人）である。調査方法は、アンケート用紙への記載、担当者からの聴取や相談記録の参照等により調査した。分析項目は、人数、性別、年齢（最終受理時点）、ひきこもり期間（最終受理年度までの間の合計）、きっかけ、就労歴、適応状況、収入の有無、生活状況、支援の受け入れ、精神症状とした。なお、ひきこもり状態の定義として、ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン 2)より、「様々な要因の結果として社会的参加（義務教育を含む就学，非常勤職を含む就労，家庭外での交遊など）を回避し、原則的には6か月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態（他者と交わらない形での外出をしてもよい）」を基本とした。

3 結果

(1) 平均年齢、ひきこもり開始年齢、及び、ひきこもり期間

対象者は 87 人の平均年齢は 44.8±4.4 歳（現ひきこもり者：44.6±4.3 歳、過去ひきこもり者：45.2±4.6 歳）であり、ひきこもり平均開始年齢は 28.7±9.2 歳

（同 29.8±8.8 歳、28.1±9.6 歳）、ひきこもり平均期間は 15.5±8.9 年（同 15.3±9.0 年、15.8±8.7 年）であった。現ひきこもり者のうち、ひきこもり期間が 10 年以上の者が 33 人(63%)に対し、過去ひきこもり者では 25 人(71%)であった(図 1)。また、ひきこもりセンターの過去ひきこもり者のひきこもり期間は、20 年未満 8 人、20 年以上 10 人、計 18 人であり、うち 14 人(78%)、が「職場体験事業」3)を利用していた。

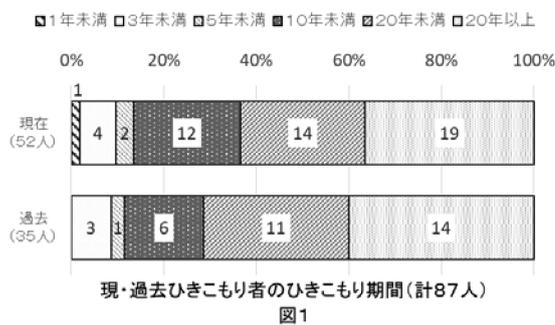
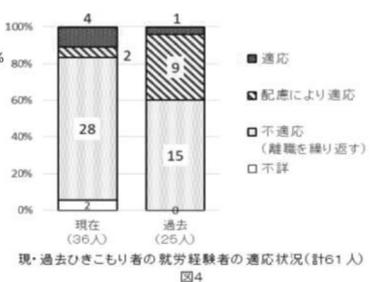
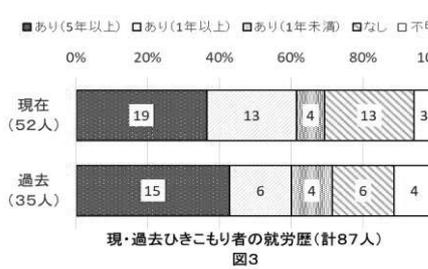
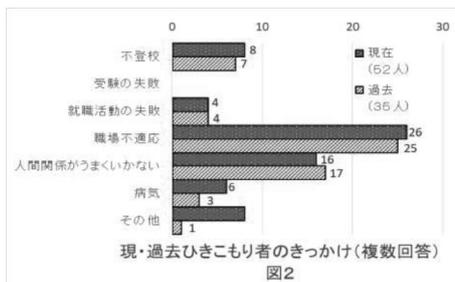


図1

(2) 現・過去ひきこもり者のきっかけ (図 2)・就労歴 (図 3)・適応状況 (図 4)

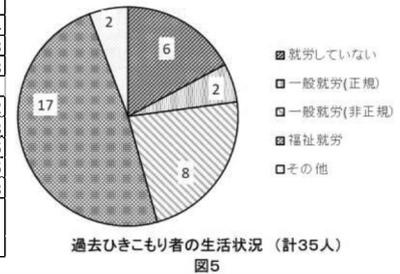
現・過去ひきこもり者とも、職場不適応がきっかけになることが一番多かった。就労歴は現ひきこもり者のうち、5年以上が 19 人(37%)と最も多く、就労経験がある者は 36 人(69%)であった。しかし、現ひきこもり者の就労経験者の適応状況は、離職を繰り返す等の不適応が 28 人(78%)であった。



(3) 現・過去ひきこもりの収入の有無(表1)・過去ひきこもりの生活状況(図5)

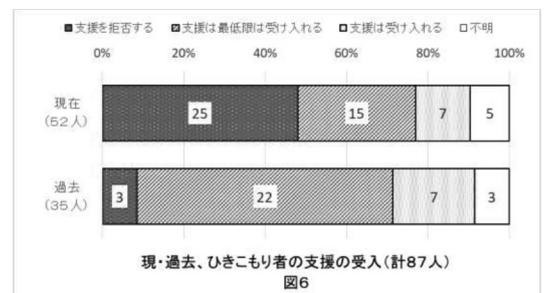
現ひきこもりの収入は、無し32人、有り15人で、内訳は障害年金13人、その他2人だった。過去ひきこもりの生活状況は、就労していない6人、一般就労(正規)2人、一般就労(非正規)8人、福祉就労17人、その他2人であった。

収入	現在	過去
なし	32	4
あり	15	23
不明	5	8
障害年金	13	2
年金+工賃	8	2
給料	5	8
工賃	5	3
その他	2	3



(4) 現・過去ひきこもりの支援の受け入れ(図6)・精神症状

現ひきこもりの支援の受け入れは、支援を拒否する25人、支援は最低限受け入れる15人、支援は受け入れる7人、不詳5人であった。そのうち、支援を拒否する25人中21人(うち、強16人、中3人、弱2人)、84%に対人緊張を認めていた。また支援を拒否する群の方が、こだわりや家庭内暴力等の精神症状が出現する割合が高い結果であった。



4 考察

現ひきこもりに関して、ひきこもり期間は10年以上が約6割、きっかけは職場不応が半数と最も多かった。就労歴は5年以上が19人(37%)と最も多く、就労経験があるものは36人と約7割にのぼるが、就労中の職場適応は、離職を繰り返す等の不応が28人(78%)であり、職場不応の段階で支援や相談ができれば、予後が変わっていた可能性も考えられる。収入は、無しが32人、有りが15人で15人中14人が障害年金を受給していたことから、現ひきこもりに向けた経済支援は、障害年金も中心になると考えられる。しかし、現ひきこもり者の中には、支援を拒否する人が約半数おり、収入無し32人に対して支援を拒否する人が22人(69%)と、介入が難しい状況にある。更に、対人緊張、こだわり等の精神症状は、過去ひきこもりに比べて相対的に高いことから、本人への支援は慎重を要する。

過去ひきこもりに関して、ひきこもり期間は10年以上が約7割で、うち鳥取県独自の事業である「職場体験事業」を利用した者は56%、ひきこもりセンター単体では18人中14人、78%であった。ひきこもりが長期になっても回復の可能性を示唆する結果であり、職場体験事業の役割は有用である。就労状況は、49%が就労系事業のサービス利用であることから、就労継続支援事業所等の福祉サービス利用が選択肢の中心になることが考えられる。

最後に、提供できるサービスがあっても本人が支援を拒否し、精神症状が強い時は、かえって反発を招く恐れもある。一方で長期間ひきこもったとしても、支援につながる人もいるが、タイミングはそれぞれである。本人や家族等に対して可能な支援内容を情報提供し、本人が動いたときに提供できる支援体制の構築と、在宅支援を中心に考えていく視点も重要と考える。

参考文献

- 1) KHJ 全国ひきこもり家族連合会：ひきこもりの実態に関するアンケート調査報告書. 2018
- 2) 齊藤万比古他：ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン. 2010
- 3) 川口栄, 上原俊平, 原田豊他. ひきこもり者を対象とした就労支援の取組について－. 平成23年度全国精神保健福祉センター会報. 52:64-65. 2012.

静岡県ひきこもり支援センターの居場所支援について

静岡県精神保健福祉センター

○川田典子 山本奈津妃、
増田桃子 内田勝久

1 はじめに

静岡県は平成 25 年に静岡県ひきこもり支援センター（以下「センター」という）を設置し、電話相談、来所相談等の支援を行ってきた。さらに、ひきこもりに悩む本人への支援として居場所を平成 28 年 9 月から 4 か所に開設し、平成 30 年 5 月からは 5 か所に拡大した。今回居場所における支援について、開設当初からの利用者の変化についても触れながら報告する。

2 居場所について

ひきこもり支援における「居場所」とは、ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン⁽¹⁾によると「中間的・過渡的な集団との再会段階」、「社会参加の試行段階」と位置付けられ、ひきこもりに悩む本人同士の交流を図るなど、家庭以外で他者と安心して過ごすことができる場とされている。よってひきこもり支援では、電話相談や来所相談などの個別支援から集団支援へと移行していく過程において、本人の社会参加に向けての準備段階として居場所の提供が望まれる。

(1) センターにおける居場所運営

センターではこれまでの支援に加え、本人がより身近な地域で過ごすことができるよう、センターの機能の一部として県内 5 か所に居場所を開設している。居場所の運営は、ひきこもり支援の実績がある NPO 法人や社会福祉法人に委託し、センターと連携を図りながら行っている。居場所は週 1 回程度定例の曜日に開催しており、それぞれにスタッフが 2 人以上配置されている。

利用に当たっては、居場所の利用が本人にとって適切な支援か確認するため、センター職員が家族や本人と面接し、状況や意向を聞き取っている。また、居場所の利用を開始した後も居場所を利用する本人（以下「利用者」という）の状態を確認するため、個別面接を定期的に行っている。センター職員と居場所スタッフは利用者について密接に連絡を取りあい、居場所の運営状況についてもセンターが定期的に訪問して支援を行っている。

(2) 居場所の活動内容

居場所スタッフは、利用者がただそこにいるだけでも許され、空間を心地よく共有できることを目指して支援をしている。活動内容は各所によって異なるが、カードゲームやボードゲーム等複数のメンバーで行うゲームのほか、工作・料理・運動など利用者の要望に応じることができるように複数のメニューを用意している。メニューへの参加の判断は利用者任せられ、参加を望まない場合は、各自思い思いに過ごすことができる。

居場所近くの商業施設と一緒に買い物に出かけたり、近くに公園や運動ができる場所があれば屋外でバスケットボールやバドミントン等をしたりしている。また、利用者が自ら企画して観光地に出かけたり、牧場体験ができる施設が併設されているなど、それぞれ特色を持った運営を行っている。

3 居場所利用者の状況

(1) 利用実績

平成 28 年 9 月～平成 30 年 3 月末までの利用延べ人数は 543 人、実人数は 23 人であり、実人員では全体の 7 割を 20 代、2 割を 30 代が占めている（図 1）。

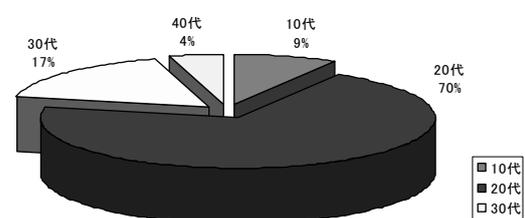


図 1 利用者の年齢別割合(実人数)

(2) 利用者の変化

家族と本人の状態像の変化を見るため、静岡式ひきこもり評定尺度(表1)⁽²⁾を用いて、面接の初回時から終結まで半年に一度、家族や本人の状態を確認している。居場所利用開始時から利用終了又は平成30年3月末時点の各項目に該当した人数を図2及び3に示した。利用後、親はP2、P9、P10、本人はS6～S10で該当する人数が顕著に増えていた。居場所利用期間の平均は、12.4か月であった。

評定尺度の該当項目の変化から、親は子どものひきこもりを受け入れることができ、本人は居場所に行く回数を重ねることで継続的に社会参加していると意識できることがうかがわれた。

4 まとめ

居場所利用開始以降に見られた変化は、利用者が個人的支援段階から中間的・過渡的な集団との再会段階、そして社会参加の試行段階へと移行していることを示している。これは居場所の利用が一定の効果を発揮しているものと推測されるが、社会参加を目指す中で、居場所における支援は、ひきこもり支援全体の中の通過点として機能することが望ましい。

そのためには居場所における本人の状況だけではなく、並行するセンターでの個別面接や家族支援の状況を居場所スタッフと共有しながら、より望ましい支援を模索していくことが大切である。

引き続き、センターは居場所スタッフと緊密な連携を図りながら、利用者の増加など居場所の環境も変わっていく中でひきこもり支援における居場所の在り方について検討していきたい。

表1 静岡式ひきこもり評定尺度

親得点 /10	本人得点 /10
P1 家族が継続的に相談機関に出向く	S1 自室から出てくる
P2 家庭内で焦り・不安が和らいでいる	S2 暴力・暴言が減った(元々ない)
P3 家庭内で本人の対応について協力する体制にある	S3 口論・喧嘩が減った(元々ない)
P4 家庭内で本人が追い詰められない	S4 本人が家族と雑談できる
P5 家庭内で本人と緊張せずにいられる	S5 本人が他者と交流がない場に外出できる
P6 家庭内で本人と話すことができる	S6 本人が他者と関わりあう場に外出できる
P7 家庭内で本人に相談機関に行っていることを話せる	S7 社会参加に向けて話題にできる
P8 家庭内で本人と将来のことについて話せる	S8 社会参加に向けて具体的に行動している
P9 家庭内でひきこもり状態を受け入れられている	S9 継続的な社会参加をしている
P10 家庭内で本人にこだわらず家族の生活を楽しめる	S10 就労・就学(パート・アルバイト)している

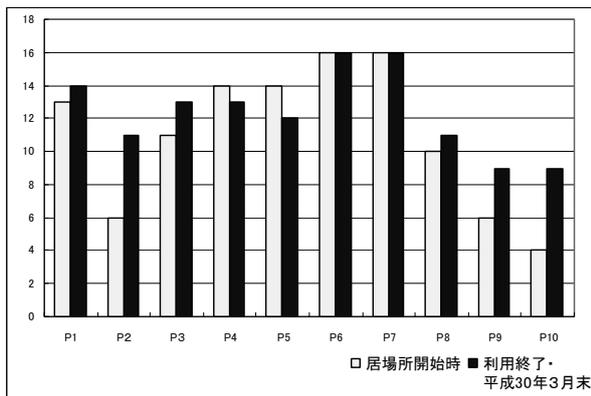


図2 静岡式ひきこもり評定尺度の変化 (親) (n=17)

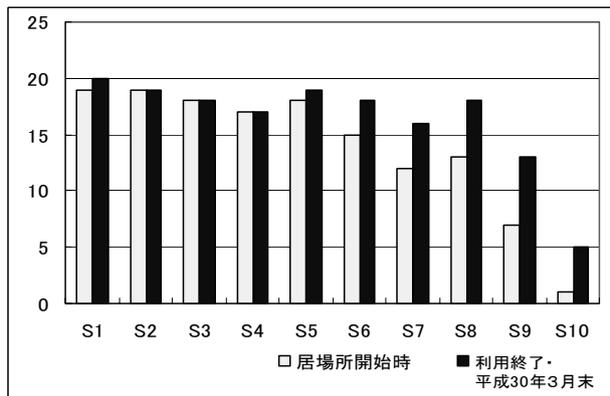


図3 静岡式ひきこもり評定尺度の変化 (本人) (n=20)

引用文献

- (1) 厚生労働省：ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン (2010年5月)
- (2) 草野ら：静岡式ひきこもり評定尺度を用いたひきこもり支援の効果判定について 静岡福祉大学紀要 第13号 (2017年2月) p 1～4

岐阜県のひきこもり支援体制づくりの取組みについて

岐阜県精神保健福祉センター

(岐阜県ひきこもり地域支援センター)

○安田照美 若園 優 富田孝子 丹羽伸也

1 はじめに

岐阜県は平成 28 年 6 月に県内唯一の公的ひきこもり相談機関として、岐阜県精神保健福祉センター内にひきこもり地域支援センター（以下センターとする）を開設した。コーディネーターとして、保健師、社会福祉士の 2 名が配置された。開設年度に、支援機関を対象とした「ひきこもり支援の現状と課題に関する実態調査」を実施した。調査結果を基にセンターは地域の支援機関のサポートを行い、県全体の支援の底上げを図る役割を担い活動するという方向性を確認した。具体的な活動として、従来の個別支援に加えて、地域を対象に他機関と連携した支援体制づくりの活動に取り組んだので報告する。

2 平成 28 年度ひきこもり支援の現状と課題に関する実態調査について

(1)目的：センター開設にあたり、県内のひきこもり支援の現状と課題を把握し今後の支援の在り方を検討する。また、その結果をもとに当センターの活動の方向性を明らかにする。

(2)対象：市町村、社会福祉協議会、保健所、子ども相談センター、NPO 等民間支援団体等

(3)調査のまとめ：1) 身近な市町村福祉等窓口、本人及び家族から生活福祉の問題として多くのひきこもり相談が寄せられていた。2)相談窓口の周知とひきこもりの理解や普及啓発の必要性があった。3)支援者は不安を持ちながらひきこもり相談の対応をしていた。4)継続支援のためには、関係機関の連携による支援体制づくりが求められていた。

上記実態調査の結果から当センターは、当事者家族の相談の充実を図りひきこもり相談支援者への支援の役割を果たすために、ニーズに対応できるような事業を具体的に計画した。

3 事業内容 <センター開設から平成 29 年度まで（2 年間）の取組み>

精神保健福祉センターでは 28 年度以前から相談事業として、所内でひきこもり個別相談と集団支援は行っていたが、実態調査の結果を基に 4 つの柱で事業を実施した。

(1) 相談支援事業

28 年度からは遠方の圏域で巡回相談会を開催し、より広く県民の相談機会の確保に努めた。精神科医によるひきこもり医療アセスメント事業を実施し専門的な相談支援を行った。また、ひきこもり当事者は図書館と親和性が高いことから、県図書館居場所事業（フリースペース）を実施した。そこでは居場所の提供だけでなくセンター職員が来館者の相談にも対応できるようにした。さらにライフプラン学習会及び相談会を開催して、ひきこもりが長期化した際の家族の経済的不安の軽減に努めた。センター開設前は個別と集団支援に限定されていた相談事業を、地域に出向き活動し、図書館との連携を図ったり、ライフプラン相談など課題別の取組みも行いながら相談支援の充実に取り組んだ。同時に効果的な普及啓発も行ったことで、相談件数は平成 27 年度と比べ 29 年度は 4.5 倍に増加した。

(2) 普及啓発事業

ひきこもりの長期化を予防するためには早期の相談が必要であることから、県内の相談支援窓口の情報を集約して一覧できるガイドブックを作成し情報発信を行った。また、名刺大の啓発カードを作成配布する際、関係機関以外に当事者の外出先として多いコンビニや図書館に協力を依頼して啓発カードを配布した。さらに県民を対象としたひきこもり講座では広くひきこもりの関心や理解を深められるよう

に開催した。これらの啓発事業は、インターネットを含め様々な媒体と機会を捉えて周知を図った。

(3) 人材養成事業

実態調査では、ひきこもりは市町村等に生活福祉相談として相談が寄せられているものの、窓口担当者は、相談支援に不安を抱きながら対応にあたっていた。そのため市町村等の担当者や関係機関職員を対象にした支援者研修会を開催し、ひきこもりの基礎知識や相談支援の在り方を学ぶ機会を作った。また圏域相談会と併せて学習会や事例検討会等を開催し、支援の底上げを図ることを目指した。圏域相談会や家族教室は、保健所や地域活動支援センターと協働して実施し、本人や家族が抱える悩みを地域の関係者が共有して支援の理解を深めることができた。

(4) 地域支援体制整備事業

「岐阜県ひきこもり地域支援連携会議」を県内の関係機関の代表者会として年1～2回開催した。出席委員の構成は、保健・医療・福祉・教育・就労・経済問題等、多面的なライフステージとニーズに応じた支援を担う関係団体とした。初年度はひきこもり支援の目指す姿を関係者で共有し、支援の在り方を確認した。当会議では、現場の活動の現状や課題、関係機関による協力体制づくりを協議し、県内のひきこもり支援機関の連携方法や支援の在り方を検討した。その他には保健所担当者会議を開催し、ひきこもりの理解や課題を話し合い、保健所とセンターが連携した支援の必要性を共有した。

4 考察

センター開設以降、普及啓発により相談窓口の周知につながったことで相談件数が大幅に増加した。センターが行う県民への直接支援は、精神保健福祉センターの機能を生かした医療アセスメント事業の実施や、長期化による経済的不安の支援としてライフプラン相談会、相談居場所事業として県図書館との連携など、当事者や家族のニーズに応じた相談支援が充実してきた。一方で、来談できない当事者及び家族が早期相談につながるように、今後も継続して普及啓発を行う必要がある。

また、センターは支援者へのサポートを行い県内全体のひきこもり支援の底上げの役割があることから、地域の支援体制づくりを意識して、保健所や地域活動支援センターとの巡回相談会や家族教室の開催、学習会や事例検討会等の技術援助を行った。それにより保健所や市町村、社会福祉協議会等関係者と顔の見える関係づくりができ、ひきこもりの理解者を増やし支援の共通認識を図ることができた。これらはセンターが地域に出向き、支援機関とつながりながら、県内の体制づくりを意図した取組である。

ひきこもりの個別の問題を地域全体の問題と捉えてひきこもり対策を行うためには、「岐阜県ひきこもり地域支援連携会議」による関係機関での協議や広域的な連携を図りながら、当センターが支援機関のサポートの役割を積極的に果たす必要がある。そのためには個々の相談を地域につなぎ、地域で精神保健福祉の中核を担う保健所との連携を図りながら、身近な市町村で支援が受けられるような、人材養成及び支援体制づくりを一層強化していく必要がある。

ひきこもり 3 群の分類別に見たひきこもり支援策の傾向

山梨県立精神保健福祉センター

○芦澤孝太 小石誠二 小林豊子 木村由美 大船朋美
大内誌 古川有希 窪田薫 中村桂輔 野中映李

1 はじめに

ひきこもり支援は、停滞・長期化しやすく、支援段階に応じ、多様なメニューが必要になる¹⁾が、当センターでは、家族支援や個別支援、集団支援〔レクリエーションや作業体験等の集団活動を実施するアクティビティグループ活動（以下、AG）や社会生活技能訓練（以下、SST）〕、思春期コンサルタント事業（以下、医師相談）の利用等、バリエーションを工夫している。また、当センターの【不登校・ひきこもり相談】事例のうち、初回相談時、精神科医療機関につながっていた事例は約 50%であった²⁾が、精神医学的診断はアセスメント上も重要である。そこで、本研究では、ひきこもりを 3 群に分類することを試みた研究³⁾を参考に、直近 2 年間の相談事例について、ひきこもり 3 群への分類を試み³⁾、群別の特徴を把握し、当センターにおけるひきこもり支援策の傾向を探ることを目的とし、調査を行った。

2 方法

対象は、平成 27・28 年度の新規精神保健福祉相談のうち、相談内容の主訴を【不登校・ひきこもり相談】とする 34 事例（本人が来所していない事例も含む）とした。まず、診断会議³⁾に基づく、ひきこもりの分類を試みた。診断会議は、精神科医 1 名を含む精神保健福祉専門職 3~4 名以上から構成される。相談担当者（精神保健福祉士、心理士、保健師等）からの報告や知能・心理検査所見等をもとに、ICD-10（精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン—）に基づいて、合議により、診断を決定した。分類の内容としては、『第 1 群』が、統合失調症、気分障害、不安障害等を主診断とする群。『第 2 群』は、広汎性発達障害や精神遅滞等の発達障害を主診断とする群。『第 3 群』は、パーソナリティ障害（傾向を含む）や適応障害等を主診断とする群。ひきこもり 3 群いずれに分類するのも適当ではないと思われる事例は『その他』、情報不足のために確定診断に至らなかった事例は、『診断保留群』とした。分類後、アンケート調査項目⁴⁾を参考に、39 項目から構成される調査表を作成し、各事例の特徴の把握を試みた。

3 結果

1) 診断会議結果 ①【性別】は、男性 22 名 (64.7%)、女性 12 名 (35.3%)。分類別では、『第 1 群』が 11 名 (32.4%)、そのうち、男性が 8 名 (72.7%)、『第 2 群』は、11 名 (32.4%)、そのうち、男性が 10 名 (90.9%) と男性の比率が高かった。『第 3 群』は、8 名 (23.5%)、そのうち、女性が 6 名 (75%) と高い割合であった。②確定した【診断名】については、『第 1 群』では、統合失調症・強迫性障害・躁うつ病等、『第 2 群』では、広汎性発達障害、アスペルガー障害等、『第 3 群』では、適応障害・不安障害等であった。

2) 調査項目結果 ①【初回相談時点の本人年齢】については、10 代が 9 名 (26.4%)、20 代が 14 名 (41%) と約 70%が若年層であった。②【不登校歴あり】との回答は、全体で 13 名 (38.2%)であった。『第 3 群』については、5 名 (62.5%) と高い割合であった。③【これまでの本人来所あり】は、16 名 (47.1%)、そのうち「1~5 ヶ月以内」に来所した事例が 15 名 (93.8%) と高く、『第 2 群』が 8 名 (50%)、『第 1 群』が 4 名 (25%)、『第 3 群』が 2 名 (12.5%)であった。④【AG 参加経験者】は 9 名 (56.3%)、【SST 参加経験者】は 7 名 (43.8%)であった。『第 2 群』のうち、5 名 (45.5%)は、AG・SST の両方に参加経験があった。【AG 参加経験者】のうち【現在の相談内容】として「コミュニケーションの問題」が共有してあった。また、「雇用・アルバイト」まで活動範囲が拡大した 7 名のうち、5 名 (71.4%)が【AG 参加経験者】であった。

4 考察

1) ひきこもり 3 群の特徴 ①『第 1 群』: 医療的ケアの必要性を把握し、精神科医療に結びつける¹⁾必要があるが、精神科医療機関への相談歴は約 45%であった。当センターでは、医師相談を活用している

が、約 20%の利用にとどまっている。医学的な見立てを行うために、今後活用の仕方を工夫する必要がある。②『第 2 群』: 発達特性により対人関係が苦手な人が多く、男性の割合が高くなったと思われる。また、AG・SST 両方への参加者も見られたことも特徴であった。活動への参加に意味があり、集団の中に紛れられる AG という居場所への参加を通じて、本人がコミュニケーションの苦手さを認識し、改善したい気持ちが出てくることで、SST への参加を促しやすくなった。つまり、安心感や成功体験を積み重ねながら、集団支援を活用することで、社会参加支援へのステップアップにつなげやすい群と推測される。③『第 3 群』: 女性の割合が高く、【不登校歴あり】が 62.5%、【初回相談時の相談内容】のうち「社会不安・対人恐怖」が 75%と高いこと等が、主な特徴である。いじめ等の出来事を契機に不登校に至り、不安障害等を発症した可能性がある。恐怖心の強さが、来所へのつながりにくさに影響していると思われるが、一旦来所すると集団支援につながっており、来所へのつながりの支援が重要な群と考えられる。

2) ひきこもり 3 群の特徴から見た支援策の傾向 ①**家族支援・個別支援を通じた基盤作り**: 本人が来所した事例のうち、約 90%が早期に来所できていた。特に、『第 2 群』では、50%が本人来所に至っていた。支援者側の工夫として、個別面接では、侵襲的でない受容的な態度を心掛けたり、ゲーム等の仲介物を介して、信頼関係の構築を目指した。また、集団プログラムについて、面接の中で具体的に家族や本人に紹介できるため、本人が興味を示したり、好きなものを選択できる等の方法を試みた結果、早期来所につながったと考えられた。一方、『第 1 群』『第 3 群』は来所率が低かったが、本人が来所できない家庭は、問題を抱えきれず、不適切な関わりや恐怖心から、家族機能が低下している可能性がある。家族支援を通じて家族の関わりを改善を目指し、本人の状況改善につなげるために、家族支援の充実をはかる等の土台作りを行う必要がある。②**AG や SST といった集団支援の活用**: 平成 27 年から、AG は、回数や内容のバリエーションの充実化をはかり、SST についても見学を通して参加しやすい体制整備に取り組んできた。その結果、平成 25・26 年時点での【AG 参加経験者】は約 25%、【SST 参加経験者】は約 10%であった²⁾が、今回の調査では、それぞれ約 50%、約 40%に上昇しており、先の見通しをもった支援の展開が図りやすくなった。本人は、自己感覚が過敏になる思春期特有の発達課題に問題が生じていることが多く、集団生活の枠組みがある学校等では、仲間集団から脱落することの不安を抱きやすい。一方、AG や SST は緩やかな枠組みの中で活動でき、途中で参加できなくても、いつでも再開可能な環境を保障することで、挫折感を感じにくいと推測される。また、AG を通して小さな成功体験を積み重ね、認められることで、自己肯定感を持つことができる。その後、コミュニケーションスキルの必要性を本人が感じると、SST 参加につながりやすく、実際の生活に近い場面で練習できることにより、不安が解消され、安心感の獲得につながる。こういった AG から SST への参加の流れが、特に『第 2 群』では見られた。③**事例のフォローアップ**: AG 参加後、社会参加(アルバイトやボランティア)につながる事例も多く見られた。その際にも、家族支援や個別支援を継続し、慣れるまで同行支援を行い、本人の特性を丁寧に伝えるフォローアップを続けることで、失敗体験になりにくく、継続した社会参加につながりやすい。

5 まとめ・今後の課題

ひきこもり 3 群への機械的な群分けは難しく、何らかの精神障害の症状として現れたり、ひきこもり状態の維持により、精神障害の発症を防いでいる場合もある。そのため、特に停滞化・長期化している事例では、アセスメントを繰り返し、精神医学的診断を検討しつつ、支援していく必要がある。また、本研究は、対象数が少なく、全体的な傾向までは見れたが、量的な効果検証まではできていない。今後は、群ごとに事例の経過等を詳細に把握し、効果的なひきこもり支援策について検討していきたい。

(引用文献・参考文献) 1. ひきこもりケースに対する地域支援・近藤直司ら・2015

2. 精神保健福祉センターにおける【不登校・ひきこもり相談】から見た効果的支援の検討・山梨県福祉専門職研究発表会・2015

3. 思春期ひきこもりにおける精神医学的障害の実態把握に関する研究・近藤直司ら・2010

4. 「地域におけるひきこもり支援に関する調査・研究事業」報告書・ひきこもり地域支援センター全国協議会・2013

うつ病にひきこもり対応を加えたデイケア「リカバリーコース」の取り組み

広島県立総合精神保健福祉センター
 ○坪井陽子 大西久美子 横川洋子
 井居美幸 撰香織 佐伯真由美

I はじめに

当センターでは、精神科デイケア（リカバリーコース／青年期コース）の他、ひきこもり相談、家族教室および少人数のグループ療法等が実施されている。平成 20 年度から開始した「うつ病デイケア」は、うつ病の病状回復と社会復帰を目的に実施してきたが、近年うつ病に対する社会資源や就労支援が整備される中、平成 29 年 4 月にリカバリーコースとして改定し、高齢化しているひきこもりにも対応できるようにした。今回は利用者アンケートの結果も参考に、取り組みの現状と課題について報告する。

II リカバリーコースの取り組み

改定には社会的な背景を考慮し、①うつの多様化、②30 代後半以上の長期ひきこもり者に対応していく事に主軸を置いた。①への対応としては、対応策をデイケア参加のプロセス毎に留意点を整理し、スタッフ間で共有しながら実施することとした。②への対応については、「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」を参考に、個人相談を中心とする段階から集団支援を行う段階への対応を意識して実施する事とした。

デイケアの運営方法は従来の「うつ病デイケア」とほぼ同じだが、変更点として、状態把握と方向性決定のため体験期間を十分とるようにした。また、登録後の利用方法を、従来の「ステップアップ式」から、本人の利用目的に合わせ、ステップアップにこだわらない柔軟性を持たせる方法とし、正式な登録利用の期限も 1 年から 2 年に変更した。

デイケア利用を 4 つのプロセスに分けて考え、留意した点は表 1 のとおりである。

表 1 各プロセスとそれぞれの留意点

プロセス	留意点
問い合わせから見学・体験まで ～出会う時期～	<ul style="list-style-type: none"> ・不安の軽減→同じような人がいる できそうな事から始め通所のハードルを下げる 本人が安心できる場の提供 スタッフからの声かけ ・焦りの緩和→ゆっくり、着実に ・目的に合わせて説明や見学プログラムを変える
体験から登録まで ～なじむ時期～	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の居場所と感じられるような安心感の促進 ・集団やプログラムへの入り方を段階的に（スモールステップ） ・無理をしないように活動量をセーブ
継続利用の時期 ～もまれる時期～	<ul style="list-style-type: none"> ・何にどう参加するかスタッフと調整 ・存在価値を認め合うような体験を積む ・まずは成功体験を、そして安心して失敗体験をできるように ・さらに、他の場所でもできるように ・対人距離の急接近、トラブルには再び注意
次のステップへ移行する時期 ～外へつながる時期～	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の思いに合わせた移行を ・移行に必要な社会資源の使い方も ・細やかな連携によるバックアップ体制作り

III 利用状況

利用者数は、変更前 H29 年 3 月末からの継続利用者 4 人に体験利用者が次々登録に加わる形で増え、半年後の 9 月末には 16 名（4 名）、1 年経過後の H30 年 3 月末は 15 名（4 名）、H30 年 7 月現在は 12 名（3 名）と推移している。（うち、（ ）はひきこもり経験者数）

IV アンケートについて

1 アンケート実施の方法と対象者

デイケアの各プロセス毎に、スタッフが留意した対応策を利用者がどう捉えているかを質問項目にして、自記入式アンケートを作成し、平成 29 年 12 月に実施した。

対象は、平成 29 年 4 月の変更時から平成 29 年 12 月末までデイケア・リカバリーコースを登録利用した全員（計 16 名、終了者 3 人は郵送で依頼）とし、14 名から回答を得た。

2 アンケートの結果

アンケート結果では、スタッフが留意した安心を感じてもらふ工夫が利用者に伝わっている様子が伺えた。さらに「ゆっくり」「無理しなくていい」と思える感覚は、見学から体験、利用時まで全過程に渡って変わらずプラスのイメージで利用者に表現される事が多かった。

また、グループの中に入ることには、ひきこもり経験者に限らず、半数以上の者が「怖さ」や「苦手意識」を感じているが、そのような利用者がグループに入りやすさを感じたのは「スタッフの声かけ」（14 人）と「メンバー（利用者）からの声かけがあった」（10 人）と回答する者が圧倒的に多く、「声かけ」という一見当たり前の行動が不安を緩和している事が明らかになった。

V まとめ

1 全体の効果について

改定直後は、うつ病以外の疾患を交える事で集団に混乱が生じるのではと危惧し、利用者同士の接近を抑える働きかけが必要となると考えた。実際は、程よい距離を保ちながら対人交流をし、目的を共有し凝集する社会的集団とは異なる、緩やかで侵襲性の低い安心できる場を生み出す事ができ、結果として相互に良い影響を与え合っている。一例を挙げると、安心できる集団の中で「遊び」のような場を介し、復職に不安を抱える社会人は、ひきこもりの人の少しずつ変わろうとする姿勢に勇気づけられたり、ひきこもりの人は、社会人のさりげない配慮やマナーに社会性を学んだり、スタッフが予想しなかった関係が作られピアサポート的な交流が見られているといった事である。

2 今後の展望と課題

利用者に対して、集団の力を利用した支援ができることがデイケアの大きな強みであり、ひきこもり経験者の集団への適応向上のひとつとして、デイケアは一定の役割を果たすと考えられる。

その反面、デイケアはあくまで集団支援が主となり、通所できる段階の人しか対象とならない。ひきこもり経験者にとっては、デイケア利用開始前の個別の支援が不可欠である。さらに、次のステップにつなげていく事について、本人を支援する家族、地域、学校、就労支援機関等、デイケア以外の機関・支援者とのネットワーク作りも今後の課題である。

利用者の背景はより多様化してきており、デイケアの治療的効果を生むには、ひとりひとりの経過を丁寧に追い、それぞれに合った対応方法やプログラムを柔軟に運営していくことが、これまで以上に求められる。一定の評価指標を用いた評価を行いながら、当センターにおけるひきこもり支援のノウハウの蓄積が必要である。

<参考・引用文献>

○窪田 彰著（2004）「精神科デイケアの始め方、進め方」 金剛出版

○齊藤万比古（2007）「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン 厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業」厚生労働省

精神科デイケアにおける元気回復行動プラン（WRAP）導入の試み

福岡県精神保健福祉センター

○山本慶子 桑野真澄 片山康子 井上寛之
佐々木ちえみ 安在晴美 楯林英晴

1 はじめに

福岡県精神保健福祉センター（以下「当センター」という）では、精神障がい者の社会復帰を目的として精神科デイケア事業を実施しており、その中で、デイケア利用者（以下「利用者」という）の社会参加を目的に、日常生活に役立つプログラムの「生活向上セミナー」を実施している。平成28年度「生活向上セミナー」において、当事者の WRAP ファシリテーターを講師として元気回復行動プラン（以下、「WRAP」という）を2回シリーズで学ぶ講座を開催した。その結果「WRAPを通して具体的に回復する行動を身につけたい」と希望する利用者が多かったため、平成29年度デイケアプログラムに通年で WRAP を導入することを試みたので、その取り組みについて報告する。

2 WRAP とは

Wellness 元気（いい感じの自分） Recovery 回復（そこに向かう） Action 行動（そのために行動する） Plan プラン（計画を立てる）の頭文字をとったものである。WRAP は毎日を元気で豊かに生活すること、気分を乱すような状況への気づきや調子が乱れたときに元気に向かうことを促してくれる、自分でつくる、自分のための行動プランである。

3 方法

目的	デイケア利用者がWRAPを学ぶことを通して毎日を元気で豊かに生きることや、自分で行動リストを作る、実践することを促し、自己管理能力の向上を目指す。
対象者	WRAPを希望する利用者
プログラム内容	平成29年4月より月1～2回の頻度。木曜午後1～2回あたり90分間、グループワーク形式で通年開催。初回オリエンテーション後に「基礎知識」・「心理教育」・「振り返り」の3つを組合せ、全13回。
周知方法	開催1か月前からチラシをデイルーム内に掲示。月間プログラムに掲載。各曜日のデイケア利用者に対し、朝ミーティング時にプログラム開設の案内を実施。
スタッフ	当センター職員（精神科医師、保健師、作業療法士、心理士）。基本は主担当と副担当の2名で行うが、内容により職員を補助的に配置し2～4名で実施。
進行方法	①本日のテーマ周知②ウォーミングアップ③本日のテーマ④終了後アンケートの流れで運営。途中で休憩を入れる。
参加環境	グループワークでの発言をスタッフが模造紙に書き出して全体で共有しやすくし、次回以降も活用。「振り返り」では、リラックスした雰囲気作りのためウォーミングアップ時にストレッチを導入。
主体性の育成	資料と参加カードを個人毎にファイリングし、自分で参加スタンプを押す方式を導入。
運営方法	各回の前後にスタッフミーティングを実施。「オリエンテーション」では、DVDを上映し、WRAPを学ぶ意義・活動の雰囲気・希望を持つことの大切さを伝えた。「基礎知識」は、WRAPファシリテーターの当事者へ講師依頼しWRAPの基礎知識を学ぶ講座を4回実施。また事前に「講師自身の病気やリカバリーの話を書いて教えて欲しい。」と依頼。「心理教育」は、所内精神科医師が担当し3回実施。利用者が質問したい項目を事前に把握し、テーマの参考にした。「自分の体調の良し悪しに気づく」、「心の健康と睡眠」、「自分のための時間」をテーマとして開催し、質問の時間を確保し一問一答式で回答。「振り返り」は、スタッフが担当し5回実施。振り返りの時間に、「元気に役立つ道具箱」と「希望」を語り会った後、自分の「道具箱」と「希望」を書く色用紙を配り利用者へ記入を勧めた。「注意サイン」、「調子の悪い時の対応」、「いい感じの時の自分」についても共有した。
評価方法	①利用者の参加状況（参加者数、参加回数）、②毎回の終了後アンケート（「役に立ったか」、「理解出来たか」）を4件法で回答し、感想を自由筆記するアンケートを実施。

4 結果

(1) 参加状況：参加実人数21名（平均年齢40.0歳）、参加延人数175名、平均参加人数13.5名、利用者毎の平均参加回数8.3回、全ての回の参加者は5名であった。（表1、表2）

(2) 利用者の変化：WRAP はグループの相互作用により、主体的な体調管理を学ぶものであるが、当初は利用者に WRAP の手法が理解されていなかった。利用者の多くは「何か良いことを教えてくれるらしい」と興味を持ち参加していたが、自分の事を話すのに抵抗があり、グループワークで殆ど発言せず他者の発言を待つ態度をとった。そのためスタッフが WRAP の意義を繰り返し説明し、発言が保障される雰囲気作りと利用者から発言を引き出すための声かけを続けた。その結果「自分も次は発言したい」と意

見が聴かれるようになり、プログラム後半の7回目以降から徐々に発言者が増えた。「振り返り」で、「WRAPに期待すること」を利用者へ尋ねると、「元気になるヒントを得る」、「悪い状態の時の回復法を知る」、「自分の状態を客観的に振り返る」、「安心できる場」、「皆の意見を参考に取り入れる」等の言葉が聴かれた。グループワークを重ねて「自分の工具箱」、「自分の希望」の用紙にそれぞれ書ける者が増え、「工具箱」の道具を追加し、日常生活で試みた道具の意見交換を行うようになった。また「リカバリー」や「クライシス」の言葉の意味を理解しづらい利用者がいたため、スタッフが分かりやすく説明を加えた後、「クライシスプラン」の用紙に「いい感じの時の自分」について客観的な言葉で書く時間を設けたところ、各自、自分を客観視して書くことが出来た。しかし「希望」を語り合う機会が不足していたため、「自分の希望」のイメージが難しい利用者がいた。最終回では「いい感じの自分がどのような時か考えるようになった」と自分の変化に気づく発言や、「振り返りの時間が良く、客観的に自分のことを知ることが出来た」等の感想が聴かれた。

(3) アンケート結果：「基礎知識」で「講師のリカバリーの過程を聴けて自分にも当てはまる所があり参考になった」と感想が聴かれた。「基礎知識」の内容が「役立った」と回答した者の割合は高かったが、「理解できた」と答えた者の割合は増えず、「クライシスプラン」では特に低かった。一方「心理教育」は「役立った」・「理解できた」の両方に「はい」と答えた者の割合が3回とも高かった。(表3)

5 考察

年間を通したWRAPの取り組みは初めてで、試行錯誤の運営であった。プログラム後半になると利用者は「WRAPは自分の体調管理のために、グループワークで学びを共有することが大事だ」と理解した。自分のことを発言する

表1 疾患別

病名	人数
統合失調症	12
感情障害	3
発達障害	2
神経症	3
その他	1
合計	21

表2 年代・性別

年齢	男	女
20歳代	2	1
30歳代	6	3
40歳代	4	2
50歳代	0	2
60歳代	0	1
合計	12	9

表3 アンケート結果

回数	期日	人数	内容(講師)	テーマ	役立った(%)	理解できた(%)
1	4/13	12	オリエンテーション	・主旨説明、WRAPを学ぶ意義、DVD上映	6名(50)	8名(66.7)
2	6/8	16	心理教育1	・自分の体調のよし悪しのサインに気づく	12名(75)	13名(81.3)
3	7/13	15	基礎知識1	・WRAP概要、安心のための同意・約束ごと、元気に役立つ工具箱、希望		
4	8/10	12	基礎知識2	・責任、学び、権利擁護、サポート	11名(91.7)	8名(66.7)
5	8/24	14	基礎知識3	・日常生活管理プラン、引き金、注意サイン、調子が悪くなってきているときのサインに気づき対応するための行動プラン	10名(71.4)	9名(64.3)
6	9/28	16	基礎知識4	・クライシスプラン、脱クライシスプラン	10名(62.5)	9名(56.3)
7	10/26	15	振り返り1	・工具箱や希望	13名(86.7)	11名(73.3)
8	11/9	13	心理教育2	・心の健康と睡眠	11名(84.6)	11名(84.6)
9	1/11	12	振り返り2	・工具箱・希望・サポート	9名(75)	7名(58.3)
10	1/25	14	心理教育3	・自分のための時間	11名(78.6)	10名(71.4)
11	2/8	12	振り返り3	・普段の自分、注意サインと対応	8名(66.7)	7名(58.3)
12	2/22	11	振り返り4	・クライシスプラン	7名(63.6)	6名(54.5)
13	3/1	13	振り返り5	・全体を通した感想を共有し、意見交換	9名(69.2)	7名(53.8)

者が増えたことで、各人が自分の体調管理の具体的な行動を考えることに繋がった。他のプログラムに比べて参加者数が一定して多かった理由として、①当事者の外部講師という回復モデルとの出会いがあり、自分の問題を主体的に考え、希望を感じる機会を得た。②主治医以外の精神科医師へ自分の病気について気軽に相談し、丁寧な助言が受けられた。③安心して話せる場の雰囲気がある。④定期的にグループワークを重ねて自分を客観視し、主体的に体調管理することの意義を利用者が理解し始めたことが考えられる。他者の意見を聴き自分も発言することで、相互作用による体験の分かち合いや学びが可能となることから、このような利用者の主体性が育まれる場の提供は今後も必要であると考えられる。

6 課題

WRAPは繰り返し学ぶことで理解が進むものであるため、次年度もデイケアで通年での定期的開催が望ましい。その際、WRAPの用語(英語)は理解しにくいいため、利用者理解しやすい表現に置き換え理解を助ける等のスタッフの配慮が今後必要である。今後のグループワークでは、利用者が実践した行動プランの話題を皆で共有して、他の利用者にも参考にしてもらったり、行動プランを自分で作ることが難しい利用者への個別支援をスタッフが行うことが必要と考える。

参考文献：マリー・エレン・ユープランド著、久野恵理翻訳、「元気回復行動プランWRAP Wellness Recovery Action Plan」、工具箱、2009

成人の自閉症スペクトラム障害を対象とした精神科ショート・ケアの取り組み

青森県立精神保健福祉センター

○浜田和法 松坂律代 舘山久子 星敬子 田中治

1 はじめに

近年、障害者の定義の中で、精神障害者には発達障害も含まれる旨が明記されたことにより、成人の自閉症スペクトラム障害（以下「ASD」）に対する支援が広がりつつある。これらの動向を踏まえて当センターでは、平成25年度から成人のASDを対象とした精神科ショート・ケア（以下「SC」）を実施している。

今回、平成28年度から平成29年度において実施したSCのプログラムの取り組みから、通所者（以下「メンバー」）の転帰状況等について考察し報告する。また、プログラム実施前後の自閉症スペクトラム指数日本語版（以下「AQ-J」）の結果も併せて提示する。

2 精神科SCの概要

概要は表1のとおりである。

表1

目的	相互の悩みを共有し、自己の障害特性の理解を促す。コミュニケーション能力及び社会性の向上を図り、就労することを中心的な目標とする。
日時	原則第2・4木曜日の月2回、13時から16時において実施。
対象	15歳から50歳で、ASDの診断を受け、且つ主治医の同意を得た者。言語的コミュニケーションを中心とした活動であるため、十分な言語理解力を有する者、就労を目指す者。
内容	ロールプレイを取り入れたグループ活動を通してコミュニケーション法の練習、生活及び職場上での悩みに対する問題解決技法の修得、ASDの障害特性の自己理解を促す学習会、就労に関する情報提供とする。

3 平成28年度及び平成29年度のSCの取り組み

平成28年度から平成29年度に参加したメンバーは延べ14名、男性が10名、女性は4名であった。参加者の平均年齢は、31.7歳であった。

平成28年度と平成29年度の活動内容は表2と表3のとおりである。

表2

平成28年度（全21回）	実施結果（1回平均参加者数：4.7名）
<ul style="list-style-type: none"> 昭和大学発達障害専門プログラムを活用。 自己紹介、コミュニケーションとは、挨拶/会話を始める、障害理解/発達障害とは、会話を続ける、会話を終える、ピアサポート、感情のコントロール（不安・怒り）、頼む/断る、社会資源の利用、相手への気遣い、アサーション、ストレスについて、自分の特徴を伝える、感謝する/褒める、各セッション毎の振り返りを実施。 	<ul style="list-style-type: none"> メンバーはワークブックを参考にし、テーマ毎の課題を日常生活において実践した。 テーマが各メンバーの具体的な生活上の課題にそわないため、日常生活に当てはめにくいことが認められた。 自己の障害特性の十分な理解と対処法修得までには至らないメンバーが多く認められた。

表3

平成29年度（全21回）	実施結果（1回平均参加者数：4.3名）
<ul style="list-style-type: none"> コミュニケーションについての学習会 	<ul style="list-style-type: none"> ピアサポートの回数を多くし、実際の生活上で

<ul style="list-style-type: none"> ・ピアサポート ・自己取扱説明書の作成（ナビゲーションブックの活用） ・新聞プレゼン ・疾患及び障害の学習会 ・障害者雇用に関する情報提供 	<p>のより具体的な困り事をテーマに取り上げた。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自己取扱説明書は、当初未記入部分が多く、自己を客観視出来ない傾向が認められたが、最終的には未記入部分がなくなり、自己取扱説明書を完成させる事ができた。
--	---

いずれのプログラムにおいても、集団内で相手の状況に関心を持ちながら自分の意見や考えを述べる機会が多くなり、会話量が増えた。また、ロールプレイや問題解決技法を実施していく中で、相手の良い所を見つける、自分の過去の経験に基づいた改善策を表出できた。さらに、障害者雇用の情報提供をすることで、メンバー間で情報を共有し、自分も就労にチャレンジしてみたいという者が認められた。

4 AQ-Jの実施及び結果

参加メンバー延べ14名に対し、プログラムの開始前と終了時にAQ-Jを実施した。その結果を対応のあるt検定を行い、有意水準は $p < 0.05$ とした。AQ-Jの結果は、表4のとおりである。プログラム開始前後で下位尺度の「社会的スキル」に有意差が認められた。

表4

	n=14	介入前		介入後			対応のある t検定
		平均値	± 標準偏差	平均値	±	標準偏差	
総得点		33.2	± 7.3	31.2	± 7.8		0.137
社会的スキル		7.1	± 2.9	6.2	± 2.8		* 0.037
注意の切替		7.7	± 1.7	7.4	± 2.0		0.292
細部への注意		5.1	± 2.1	5.6	± 1.7		0.104
コミュニケーション		7.1	± 2.2	6.4	± 3.2		0.260
想像力		6.2	± 1.9	5.6	± 1.2		0.241

5 メンバーの転帰状況

表5

一般オープン就労：3名	A型就労：2名	B型就労：1名	中断者：4名
-------------	---------	---------	--------

10名がSC終了、残り4名はSC継続中である。就職した6名は、障害者職業センターにも通所し職業準備訓練を受け、ハローワーク、相談支援事業所等、他機関と連携を図ることで就労へ結びついた。中断した4名は話す事が辛い、人の中にいるだけで疲れる等の理由で継続が困難だった。

6 考察

今回、SCに参加したメンバーの約4割が就労に結びついた。これは、コミュニケーションスキルの練習や生活のしづらさに対する対処法を身に付けられたこと、自己取扱説明書を作成することにより、障害特性を客観的に捉えることが可能になったことが強く影響している。また、就労に結びついたメンバーを見て、「あの人が出来るなら自分も出来る」という雰囲気がSC内に醸成され、自分に適した場所での訓練を実際に行うことでより現実的な自己理解が促されたこと、複数の支援機関との連携が得られたことが就労に繋がったと考えられる。さらに、少人数で固定化したグループであったため、メンバーの中に安心感や帰属感が生まれ、お互いを認め合うことで自己肯定感が高まったことが強く影響していると考えられる。

AQ-Jの結果からは、下位尺度の「社会的スキル」に変化が見られた。これは、プログラム実施により、他者への関心が深まり相手のコミュニケーションサインを意識化できるようになったことによると考えられる。

7 おわりに

今回、ASDの診断を受けた均等のグループを対象として集団療法プログラムを実施したことで、全体の4割の人が就労に結びついたことは有意義な成果を得られたと考えられる。今後も症例数を増やしSCの活動内容に検討を加え、その成果を調べる必要があると考えられる。

子どもと大人のきずなを深めるための心理教育介入プログラム「CARE」教室の効果検証

さいたま市保健福祉局保健部こころの健康センター
○砂川友美・加藤郁子・西尾美恵子・本名良江・糸田憲史
久保田恵・高橋可奈子・小林麻衣子・小山田静枝

1. はじめに

近年、虐待相談対応件数は増加し、不適切な養育をする親への支援や虐待予防の重要性が高まっている。そのような背景の中、精神保健分野においても、虐待に関する相談が増え、虐待予防を視野に入れた支援が求められている。

本市こころの健康センター内にある「子どもの精神保健相談室」においても、虐待を受けた子どもの相談は多い。虐待予防教育の観点から、当センターでは、平成 25 年度より、市内保健センターと協働で、乳幼児を持つ保護者を対象に、「Parent-Child Interactoin Therapy:以下 PCIT」などのエビデンスに基づいた心理療法や心理教育プログラムをベースに、アメリカのシンシナティ子ども病院にあるトラウマ・トリートメント・トレーニングセンターで開発された、子どもと大人のきずなを深めるための心理教育介入プログラム「Child-Adult Relationship Enhancement:以下 CARE」を集団で学ぶ教室を実施している。今回そのプログラムの効果について検証したので報告する。参加者には、研究協力についての同意を得て実施し、結果は個人を特定できない形で収集され、解析された。開示すべき利益相反はない。

2. 方法

教室は、市内 2 か所の保健センターにて、3 クール行い、1 クールは、全 3 回、1 回 1 時間 30 分で実施した。参加者は、実施保健センターで支援している子どもとの関わり方に悩む保護者を対象に、募集を行った。教室開始前、終了後、教室終了約 3 ヶ月後に、質問紙 Eyberg Child Behavior Inventory (アイバーク子どもの行動評価尺度:以下 ECBI)、Parenting Stress Index - Short Form (育児ストレスインデックス:以下 PSI-SF) を実施した。統計解析は SPSS ver. 20.0.0 により、対応のある t 検定および分散分析と多重比較による検討を行った。

3. 結果

教室参加者数は 18 名、すべて母親であり、平均年齢は 35.8 ± 4.2 (30 から 44) 歳。対象となる児の平均年齢は 3.4 ± 1.6 歳、性別は、男の子 11 人 (61.1%)、女の子 7 人 (38.9%)、対象児を含めた子どもの数の平均は 1.9 ± 0.5 人であった。質問紙はプログラム開始前 (以下開始前)、プログラム終了後 (以下終了後)、終了後 3 ヶ月後 (以下 3 ヶ月後) に自記式で実施。子どもの問題行動の重症度判定に用いられる ECBI の強度スコア平均値は開始前 129.4 ± 23.0 、終了後 129.8 ± 24.5 、3 ヶ月後 113.1 ± 24.5 と低下傾向が認められた。ECBI の問題スコアは子どもの行動の問題に親が悩まされていることを有意に特定するが、その平均値は、開始前 11.7 ± 4.7 、終了後 13.4 ± 5.5 、3 ヶ月後 8.6 ± 6.1 と 3 ヶ月後には低下傾向が確認された。育児ストレスインデックスにおいても、総得点、下位項目の親の育児ストレス、難しい子ども、では 3 ヶ月後の低下が確認された。プログラム受講後の養育者の感想では、「自分ばかりがうまく子どもと関わっていない感じだったので、みんな悩んでいるのだなと気が楽になった」や「子どもとの関係も良くなりお互い笑顔になる時間が増えました」などの意見が確認された。

4. 考察

子ども虐待対応の手引きの中では、虐待発生予防の対応内容として、養育方法の改善等による育児負担軽減、保護者の抱える問題を改善する支援、親子関係改善に向けた支援があげられている。今回の教

室においては、子どもの行動を問題と思う頻度が低下し、子どもの行動に親が悩まされる状況の改善が見られ、母の育児ストレスや育児困難感は下がる傾向が示唆された。CARE 自体が親子関係改善に対する心理教育介入プログラムであることから、養育者の教室参加を通じて、親子関係の改善が見られ、子どもの問題行動が改善、子どもの行動を問題と捉えていた養育者のストレス軽減が得られると考えられる。また、グループで行うことにより、参加者同士の情報交換や分かち合いによるエンパワメントの効果も得られることが示唆された。これらのことは、保護者の精神的不調や虐待の予防にもつながると考えられる。

育児は、保護者である大人の心と身体に多大な負担を及ぼすものである。滝川（そだちの科学 no. 27. OCT. 2016 p2~8）は、親に十分な力とゆとりがあるかぎり、自由で手厚い子育てを可能としてくれるが、なんらかの事情で親に力やゆとりがなかったり失われたりすると、子育ては一気に困難化する。そして現代の子育ての失調の大半は、この構造をもっていると述べている。

今回の教室は、CARE プログラムを用いた 3 回の関わりの中で、子どもの行動の改善と養育者の育児困難感の軽減の効果が示唆された。また、3 回全 4.5 時間という一定の短い時間で、複数の対象者に対してアプローチ可能なグループ・プログラムは、地域における支援方法の一つとしても有用であると考えられる。今後、対象者がより適切な時期に受講できるように、関係機関と連携しながら、開催場所や回数を増やすとともに、プログラムファシリテーターとなる職員の増加も視野に入れた取り組みを行っていきたい。

地域における簡易型認知行動療法の技法活用に向けての取り組み（第2報）

愛媛県心と体の健康センター

○越智 幸枝 平野 美輪 檜垣 裕子
戒能 徳樹 竹之内直人

1 はじめに

認知行動療法は、自分が抱えている問題に対処できる力を、自分で気づき伸ばせるように手助けする問題解決志向のアプローチである。愛媛県心と体の健康センターでは、自殺予防対策の一環として、平成23年度から認知行動療法に着目し、医療現場や地域の様々な場面において活用することを目的とした支援者向けの研修会を実施している。平成26年に行った実態調査で、知識の普及が図れ、医療機関では実践が進んでいる一方で、地域の現場ではうまく活用できていない現状が明らかになった。研修で学んでも実践が難しいという声を踏まえ、実践したことがない者に対しては、「まずはやってみよう」と思えるよう、相談場面を想定したロールプレイを研修に取り入れている。精神保健福祉に携わる支援者のみならず、産後のメンタルヘルス支援や健康教育等、様々な場面での簡易型認知行動療法の活用について、ロールプレイを用いた研修を展開しているので、その取り組みについて報告したい。

2 支援内容

(1) 当センター主催の認知行動療法研修会

当センターで行っている研修会では、地域の支援者が、認知行動療法の現場での活用の仕方について学び、相談内容等に応じて適切な支援を行うことができる人材を育成することを目的としている。

平成28年度の認知行動療法基礎研修、平成29年度の簡易型認知行動療法研修、平成30年度の相談対応スキルアップ研修の中で、具体的な相談場面を想定したロールプレイを取り入れた。

(2) 市町への技術支援

当センターでは、平成28年度から、松山市保健所への産後うつ病対策への技術支援を行っている。松山市での取り組みをきっかけに、平成29年度には、愛媛県四国中央市、高知県南国市からも同様の依頼をいただき、研修会を行った。いずれの研修会においても、保健師がいつもの訪問場面で簡易型認知行動療法の技法を用いて介入できるよう、具体的なやりとりを交えたロールプレイを行った。

表1 平成29年度の市町への技術援助

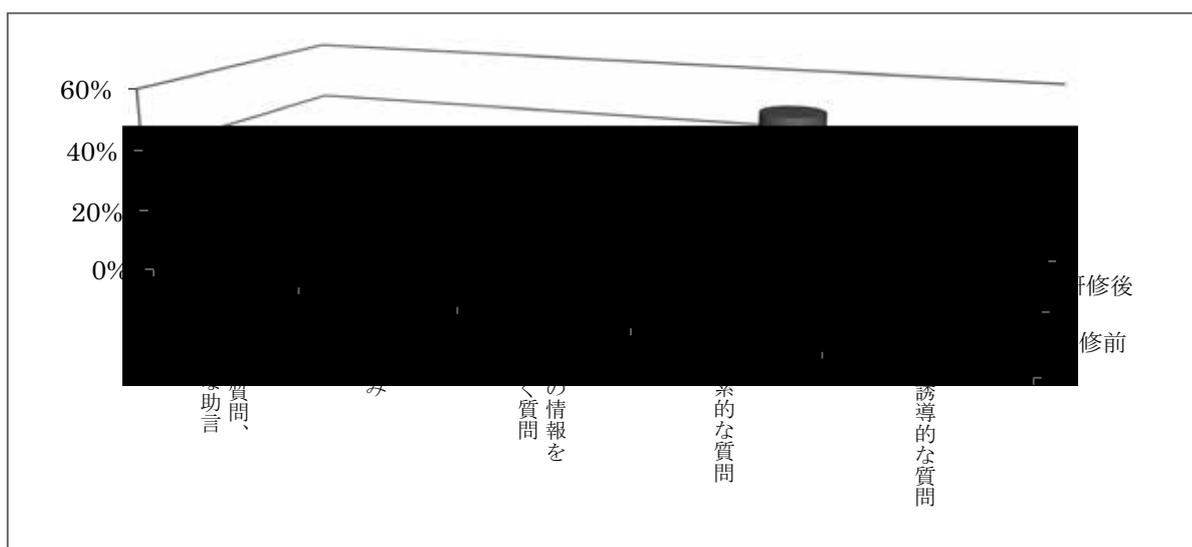
実施年月日	内容	タイトル	参加人数
H29. 6. 6	講義・演習	松山市保健所 簡易型認知行動療法研修会その① 認知再構成の技法を学ぶ	41
H29. 8. 17	講義・演習	松山市保健所 簡易型認知行動療法研修会その② アサーション、問題解決技法を学ぶ	30
H29. 8. 30	講義・演習	四国中央市保健センター 簡易型認知行動療法の実際～ワンランクUPの訪問面接を目指して～	12
H29. 10. 24	講義・演習	松山市保健所 簡易型認知行動療法研修会その③ これまでの振り返りと行動活性化技法を学ぶ	26
H30. 2. 9	講義	松山市保健所 産後うつ病と産後メンタルヘルス援助の重要性	24
H30. 2. 23	講義・演習	南国市保健福祉センター 訪問場面における認知行動療法的関わり方	30

3 結果

上記のいずれの研修会でも、ロールプレイでの演習が有意義であったという声はいただいていたが、研修会の直接的な効果を調べるため、平成 30 年 6 月に行った相談対応スキルアップ研修において、アンケートを行った。相談場面を想定したやりとりに続けて、話が進んでいくように支援者のセリフを記入してもらうもので、同じ設問を研修会の前後に行った。

「共感」は、研修会の前でも後でも、ほとんどの人が行っていた。共感に続くセリフについて、研修会の前後で回答を比較したところ、研修後に、相談者の話を受けて、その問題を解決に向けて方向づける「誘導的な質問」が増加した(図1)。また、「『自分は先に答えを出しているな』と気づいた」「何に悩んでいるのかポイントを絞って質問をすることで、解決方法を見つけやすくなることが分かった」といった感想が聞かれた。

図1 研修会前後の回答の変化



4 考察

「傾聴・共感」の対応は、相談の現場に浸透していると言える。しかし、「相手の気持ちに共感した後の言葉が出て来ないことがあった」「これまで相談を受けても、解決策が見つからず、しっかりとした返答もできずに終わってしまっていた」という感想にもある通り、現場での相談には「共感」だけでは解決できない問題が多い。問題を明確にし、相談者自身が持っている解決のためのヒントを引き出す質問をすることで、共感止まりだった話を解決の方向に動かすことができる。「共感や傾聴を大切にした上で、次につながる質問が効果的にできるようにしたい」「解決できそうなことから一つ一つ絞って話を聞いていきたい」との声も聞かれた。相談場面を想定したロールプレイを用いる研修により、問題解決志向のケアの有効性を実感し、技法を身につける一定の効果があったと言える。

5 おわりに

当センターでは、平成 30 年度も主催の研修会に加え、市町における取り組みを継続することとしている。今後も引き続き、「問題解決志向」である簡易型認知行動療法の地域での活用を広め、支援者のスキルアップを図っていきたい。

小学校におけるメンタルヘルス予防教育プログラムの実装
～未来を担う子どもたちの心の健やかな成長を目指して～

京都府精神保健福祉総合センター
○村澤 孝子 中村 佳永子
高田 亮 吉村 理世
小國 真由子

1. はじめに

ここ数年、職場におけるストレスチェックの導入など、こころの不調に早期に気づくための施策が広がりを見せているが、心の問題への対応には、「問題が顕在化してからの対応」ではなく、幼少期（小学校中～高学年）からの「早期予防」の観点が必要不可欠であると言える。

今回のプロジェクトは、小学生を対象として、教師が使用可能な「メンタルヘルス予防教育プログラム（リジリエンスプログラム）」を社会実装することによって、ストレス社会を生き抜いていくために必要な知識と技術である「心理的リジリエンス」を備えた市民を広く育成することを目指すものである。

2. 戦略的創造研究推進事業について

京都府精神保健福祉総合センターは、同志社大学との協働により、平成29年10月より、国立研究開発法人（JST）の社会技術研究開発センター（RISTEX）の研究助成を受け、RISTEXの戦略的創造研究推進事業として、3年間に渡って、下記プログラムの社会実装を行うことになった。

3. 社会実装とは

社会実装とは、「社会の具体的な問題を解決するために、研究開発から得られる具体的な成果（研究結果）を、研究者だけでなく、現場の状況に詳しい様々な立場の関与者（ステークホルダー）と連携し、社会に還元し、実用化していくこと」をいう。

4. リジリエンスプログラム（up2d2）について

(1) プログラムの目的

心の危機は自分で乗り越えることが出来る事を知り、さらには、集団活動を通じて学ぶことにより、メンタルな問題で悩んでいる人に援助する方法や、自身からのSOSの出し方について学習すること。また、症状のある子と無い子が共に学ぶことにより、精神的な症状や病気に対する偏見（スティグマ）を無くしていくことも、本プログラムの目的の1つである。

(2) プログラム内容

● 授業内容

Universal Unified Prevention Program for Diverse Disorders: Up2d2

	ねらい	主な構成要素	概要
1	プログラムの導入を行う	心理教育	プログラム導入、心の教育について触れる
2	快活動を探る	行動活性化	自分が楽しめる活動や、落ち込んだ時に出来る活動を見つける
3	あたたかい言葉かけを身につける	社会的スキル訓練	友達にあたたかい言葉かけを練習を行う
4	適切な主張性を身につける	社会的スキル訓練	自分と相手を大切に主張の練習を行う
5	リラクゼーションを身につける	漸進的筋弛緩法	リラクゼーションの方法について学ぶ
6	自分の強みを同定する	ストレングス	自分と他者の良いところが見つかる
7	自分の考えに気づく	認知再構成法	自分の考え方のくせに気づく
8	自分の考えに挑戦する	認知再構成法	より適応的な考え方を見つけ出す
9	段階的な行動形成を行う	エクスポージャー	苦手なことについて挑戦する準備を行う
10	段階的な行動形成を行う	エクスポージャー	苦手だったことに段階的に挑戦する
11	問題解決的な技法を学習する	問題解決療法	これからの問題に対処する方法を学ぶ
12	これまでの技法をまとめる	まとめ	これまでのまとめと復習を行う

- 参加者 小学校4～6年生
- 授業担当者 担任教師等
- 実施回数 全12回（1回45分授業）
- 教材 ワークシート、指導案（研究組織側で準備）
- プログラムの実施方法
メンタルヘルス予防教育プログラム（リジリエンシープログラム）は、学校の授業の様なレクチャー形式と、小グループによるグループワークの組み合わせによって行なう。
- プログラムの特徴
マンガによる導入
登場人物による症状の例示
魔法アイテムの登場

(3) パイロットスタディーの結果について

<効果検証>

対象者 小学校4～6年生 715名（内313名が全データ利用可能）
 プログラム メンタルヘルス予防教育プログラム（リジリエンシープログラム）全12回
 実施者 担任教師 24名（3府県5自治体で実施）

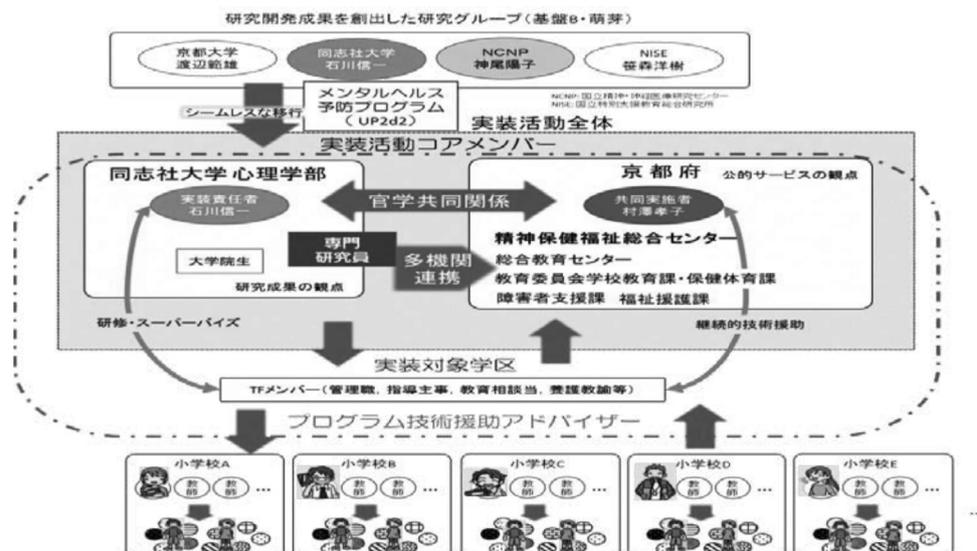
<研究デザイン>

効果指標 自己効力感：児童用一般性セルフ・エフィカシー尺度（GSESC-R）児童
 心理的問題：子どもの強さと困難さアンケート（SDQ）児童・保護者・教師
 社会的スキル：児童用社会的スキル評定尺度（TSSS）教師
 アセスメント時期（プログラム実施の）事前・事後 及び 3か月後・6か月後

<研究成果>

児童の自己効力感の向上
 児童と親の評価による心理的問題の改善
 教師評価による児童の社会性の向上

(4) 実装組織図



(6) 活動計画

- 平成29年度 実装組織の構築と教員対象研修会の実施。実装希望校の募集。
- 平成30年度 実装予定校への個別研修会の実施とプログラム授業の開始
- 平成31年度 本格的実装を開始。タスクフォース（TF）の養成と長距離スーパーバイズシステムの構築
- 平成32年度 全国都道府県での実装に向けて準備

浜松市における自殺未遂者支援事業の取組みと今後の展望

浜松市精神保健福祉センター

○高林智子 相曽晴香 池田千穂

入手昭則 二宮貴至

1 はじめに

自殺者の約半数は、自殺未遂歴があると言われており、また自殺の4分の1には、1年以内に自殺未遂があると言われている。特に自殺未遂から1年以内が危険とされている。そのため、自殺未遂者に対する支援は、自殺予防において重要である。

浜松市精神保健福祉センターでは、平成22年度から、自殺未遂者支援体制整備を目指し、「自殺未遂者支援事業」を調査研究事業の一環として実施してきた。これまでの事業実施状況と課題、今後の展望について報告する。

2 事業実施状況

(1) 計画期：調査による実態把握

①救急医療・精神科医療現場における現状把握

平成22～23年度に、消防局職員、身体科救急医療機関の医師や看護師、精神科医療機関の医師を対象にアンケート・ヒアリング調査を実施した。消防局では、全救急出動の約1%にあたる自損行為出動に対して、搬送先の選定や自殺未遂者・家族への対応に困難感を抱えている状況であった。また、医療機関からは、精神科医療へのコンサルテーション、自殺未遂患者への対応、救急外来と精神科医との連携、再発防止に向けた退院後のケアの必要性の声が多く聞かれた。

②消防局救急出動に関するデータ集計分析

毎年、消防局より自損事故の救急出動データを頂き、集計分析を行っている。自損事故による救急出動件数は、近年は減少傾向で、平成29年は260件であった。年代別では、未成年者は5%を占め、男性は40代、女性は30代が最も多く、手段では、服薬と縊首が約3割で、10～40代は服薬、50代以上は縊首が多かった。25%は死亡事例であり、手段は縊首が最も多く、現場対応及び搬送後死亡となっていた。

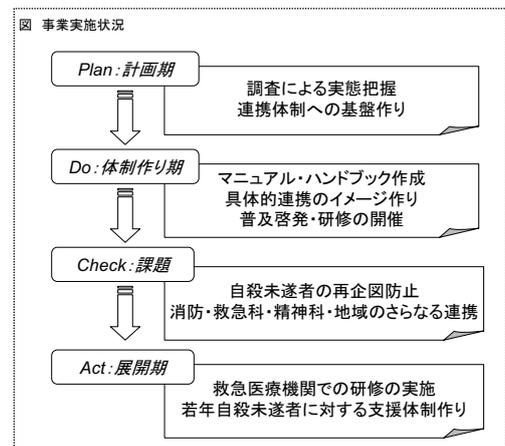
(2) 計画期：連携体制への基盤作り

①医療連携検討会議

平成23年度から毎年度実施し、支援体制・連携のあり方を検討するため、救急科医師、精神科医師、消防局、行政が参加している。それぞれの専門性や治療に対する時間軸の違い等で課題共有や検討に時間を要したが、相互理解が進む中で、顔の見える関係作りができるようになった。救急現場での精神科メディカルコントロールの課題が挙げられ、平成26年度から静岡県精神科救急システムに相談機能を追加した。

②自殺未遂者支援体制検討会議

平成24年度から毎年度実施し、救急科医療機関看護師・相談員、精神科医療機関看護師・相談員、障害者相談支援事業所相談員、消防局、行政が参加し、研修の企画運営、事例検討を行った。事例検討では、救急医療分野と精神科医療分野のスタッフがペアとなり、事例を共有し検討する事で、互いの専門性や自殺未遂者支援に対する役割の理解につながった。この会議委員には、後述する「自殺未遂者支援研修会」の企画運営にご協力頂き、グループワークのファシリテーターを担当していただいている。



(3) 体制作り期：**①自殺未遂者支援研修会の実施**

平成 24 年度から、関係機関職員を対象に初期対応研修を開始した。参加者は、医療機関看護師・相談員、福祉施設相談員、消防局職員等であった。内容は、自殺未遂者・自死遺族へのケアの講義とした。

②自殺未遂患者支援マニュアル・精神症状ハンドブックの作成

関係機関対象に「自殺未遂患者支援マニュアル」を作成した。特徴は、各機関の役割を実際の対応事例をもとに掲載したことである。これにより、その機関が具体的に行う治療・支援をイメージしやすくなっている。また、消防局職員は、患者対応の不安、医療機関照会時に戸惑いが見られ、調査においても知識や情報を希望する声も多かったため、精神症状の解説や対応のポイント、自殺関連行動チェックリスト、自殺のリスク評価について掲載した「精神症状ハンドブック」を作成した。

③普及啓発

作成した「自殺未遂者支援マニュアル」「精神症状ハンドブック」の配布と共に研修を行った。関係機関は、救急・精神科医療機関、障害者相談支援事業所、地域包括支援センター、消防局、行政保健師・ケースワーカー等であった。これらの普及啓発からそれぞれの所属団体からの研修依頼へとつながった。

(4) 展開期：**①救急医療機関での自殺未遂者支援研修会の実施**

平成 28 年度からの新たな取組みとして、市内の 2 次・3 次救急医療機関において、院内スタッフを対象に支援体制検討会議委員が出張して研修会を実施している。内容は、自殺未遂者ケアの講義、自殺未遂者事例のリスクアセスメントを行うものである。事前に、その医療機関の特徴、スタッフの困難感などを伺い、研修内容に反映させた。いわゆるオーダーメイド研修である。医師、看護師、相談員、事務職員などが参加し、「自殺未遂者の治療では身体処置のみで終わることが多く、“死にたい気持ち”を聴くことが治療にとって重要だとわかった」等のご意見を頂いている。医療機関で研修を開催することは、院内で関心や共通認識を持ち、自殺未遂者への適切なケアが実施されることにつながり、有効であると考えている。また、今年度から、研修会を実施した身体科救急医療機関が検討会議委員とし新たに参画している。

②若年自殺未遂者への支援体制づくり

今年度は、未成年の自殺未遂者への早期介入、アウトリーチを対象とした継続支援のモデル実施を行う。消防局や医療機関で困難感や無力感を感じやすい事例は、再度の自殺企図者へのケアではないだろうか。再企図リスク評価を行い、適切な医療・相談機関へのつながりが必要となるが、現在の連携体制の中では、この点が課題となっている。救急搬送された未成年の自殺未遂者のうち、本人及び家族の同意が得られた場合、支援者が病棟訪問し、入院中から関わりを持ち、退院後も継続的にフォローアップしていく仕組みである。

3 考察及び今後の展望

救急現場・救急科・精神科が滞りなく連携できることを目標に、自殺未遂者ケアの理解を促し、患者の自殺企図や精神症状のアセスメントツールを活用する体制作りを進めてきた。当初は、事業展開に行き詰まり感があったことは否めないが、継続して実施していくなかで、お互いの役割を理解し、主体的に事業へ参画し、新たに参画する医療機関も増えるなど、自殺未遂者支援に理解・関心のある医療機関の連携が広がっている。今後、救急医療機関での研修を継続することで、支援体制検討会議への参加と共に、さらに連携の輪が広がっていくことが予測される。また、研修を含めたマニュアル等の配布から研修依頼が増加している。こうした活動の広がりにより、自殺未遂者対応の基礎を理解し、適切な関わりができる関係機関職員が増えることで、地域での包括的な支援体制の構築につながるのではないかと考える。

今年度から始めた未成年自殺未遂者への支援については、今後の彼らの人生で、絶望や悩みがあった時には SOS を出しても良いという経験、すなわち生きる力につながることを期待したい。また、この支援を通じ、新たなニーズが明らかになると考えられ、それらも含め、今後の事業内容の検討につなげていきたい。

岩手県二戸地域自殺未遂者支援事業の取組報告

岩手県精神保健福祉センター

○小田島 香奈 上田 光世 菊田 誠子 長澤 裕美子 小泉 範高

1. はじめに

自殺未遂歴は自殺既遂の強力な予測因子であり、支援の充実は自殺予防に大きな効果をもたらすと考えられる。岩手県精神保健福祉センターでは、平成21年度より自殺死亡率が高率で推移してきた二戸地域で本事業に取り組んできた。特に平成24年以降、救急外来を受診した未遂者へのケアマネジメントを行っており、本稿ではその成果を報告したい。

2. 事業内容等

(1) 目標 自殺未遂者の再企図率及び自殺率の減少

(2) 対象者 二戸医療圏3救急基幹病院（一戸、二戸、軽米）の救急外来受診者

(3) 内容

①自殺企図の有無を確認し、未遂者へ相談勧奨リーフレットを配布した。

②当センター職員が、同意者へサポートコール等による支援（ケアマネジメント等）を行った。

③当センター職員を調整員として岩手県立一戸病院に定期的に配置した。

(4) 事業の工夫点

・二戸地域には救急基幹病院は3つある。身体重症度の高い患者は、総合病院である県立二戸病院に搬送され、身体の回復後は精神科病棟をもつ一戸病院へ転院となる場合がある。その際、ケアマネジメント対象者として把握漏れとなるケースが認められた。対応として、自殺企図の有無の確認及び対象者への同意は病院関係者より随時行われているが、これに加えて月1回一戸病院内で調整員が看護当直記録を参照し対象者の転記作業を行い、対象者の把握漏れがないか確認を行った。また、未遂者支援に関わる地域連携会議で話題にし、具体的な解決策を協議した。

・人事異動等で担当者がかわる際、これまでの継続してきた支援体制やその方法が、一時的に途切れ、対象者への支援が遅くなることがある。そのため、各協力医療機関の新規対応車向け研修会を継続開催した。また、年度始めに毎年協力市町村・医療機関を訪問し、事業内容と協力事項を周知し事業の定着を図った。加えて、当センター内での調整員のスキルやノウハウ、仕組みの定着のために、前任者と現担当者が協働して事業に携わる期間を設けた。

・ケアマネジメントの質を担保するため、地域ケア会議、保健所でのネットワーク会議での事例検討及び研修会の開催等支援を行うとともに、地域支援者の支援スキルの向上及び連携強化を図った。困難ケースについては、当センター主催の地域ケア検討会等により、多職種による検討の機会を設ける他、所内でも別途ケースカンファレンスの機会を設けた。また、市町村連絡会を開催し、ケース検討を通じてケアマネジメントを推進し、さらに未遂者支援に係る地域連携会議を継続開催して支援ネットワークを構築した。

3. 結果

平成24年から平成29年12月までの事業対象者の転帰は表1のとおりである。

ケアマネジメント利用者（以下、介入群とする）91名中、6年以内の再企図は13名（14%）であった。一方、ケアマネジメント未利用者（以下、非介入群）57名中、再企図は10名（18%）であり、割合をみると非介入群の方が再企図が多かった。

また、生存状況については、介入群は72名（79%）の生存が確認されているのに対し、非介入群は37名（65%）であり、非介入群の方が生存の割合が低かった。

表1 自殺未遂者 転帰等 (H24-H29.12)

		ケアマネジメント利用者 (91人)	ケアマネジメント未利用者 (57人)	
6年以内 の再企図	有	13 (14%)	10 (18%)	
	無	67 (74%)	29 (51%)	
	不明	11 (12%)	18 (32%)	
生存状況	生存		72 (79%)	37 (65%)
	死亡等	自殺	4 (4%)	2 (4%)
		その他の死亡	3 (3%)	0 (0%)
	不明		12 (13%)	18 (32%)

注：()内の割合は小数点以下四捨五入して算出

4. まとめ

本事業により、救急基幹病院、精神保健福祉センター、行政との連携による自殺未遂者への相談勧奨とケアマネジメントの実施が可能となった。本事業を取組む上でみえてきた課題と対応について述べる。

(1) 県内各地域での未遂者支援の取組の推進について

課題としてマンパワーや支援者のスキル不足があげられる。この課題への対応として、本事業で得られたアウトカムを随時本庁主管課へ報告し、本庁主管課の理解・協力が得られるよう働きかける。本庁主管課の協力が得られることにより、全県レベルでの取組が加速することが期待される。

また、二戸地域以外の保健所を中心とした未遂者支援体制に係る検討会等へ参加し、本事業の取組み成果を伝え、具体的な自殺未遂者支援事業推進のための技術的な助言を行い、取組を促進させる。

(2) 本事業が与えた影響について

本事業の成果は表1のとおりである。本事業が病院関係者や地域の自殺対策担当者に与えたインパクトは大きい。当初、圏域市町村の自殺対策への取組は、現在ほど包括的には実践されていなかった。このことについては、ネットワークを設置することで解決が図られると考え、設置の為に当センターの所長や調整員が講師として出向き、研修会を開催したり、外部講師による首長への働きかけを行った。結果として、二戸管内の市町村のネットワークの設置が増加した(表2)。

表2 二戸地域市町村 久慈モデルネットワークの設置状況 (n=4)

ネットワーク	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
自殺対策推進協議会の設置	2	2	2	3	3	3	3
実務者レベルの連絡会等設置	0	1	3	3	4	4	4
内部組織間の庁内連絡会の設置	0	1	2	3	3	3	3

熊本県における自死遺族支援事業の歩み
—自死遺族グループミーティング「かたらんね」10年を中心に—

熊本県精神保健福祉センター

○勝屋 朗子 梅崎 陽子 渡邊 知子
広田 本子 宮本 靖子 富田 正徳

1. はじめに

平成19年自殺総合対策大綱制定を受け、熊本県精神保健福祉センター（以下、当センター）では、平成20年度より自死遺族グループミーティング「かたらんね」（以下、遺族会）の開催および自死遺族個別相談（以下、個別相談）など、自死遺族支援事業を実施してきた。本発表では、事業開始後10年の歩みを振り返り、参加者の特徴を調査したので報告する。また、遺族会および個別相談のニーズの違いについて考察する。

2. 事業内容

（1）自死遺族会「かたらんね」

「かたらんね」とは、大切な人を自死でなくした遺族のためのグループミーティングである。平成20年度より開始し、毎奇数月に一度、2時間の枠組みで開催している。遺族会は臨床心理士である筆者がファシリテーターとなり、その他保健師や臨床心理士など随時1-3名のスタッフが参加し、自死遺族を対象としたオープン・グループ形式で行っている。

（2）自死遺族個別相談

遺族会と並行して、偶数月に二度、奇数月に一度、予約制の個別相談を開催している。個別相談は1回約50分の枠組みで筆者が担当し、ケースの状態や希望に応じて遺族会を紹介している。

（3）自死遺族会「かたらんね」圏域開催

平成25年度より、当センターでの開催に加えて、年5回、各圏域での遺族会も開催することとなった。それにより、熊本市内に設置された当センターまで赴くことのできない遠方在住の遺族も、遺族会に参加することが可能となった。

（4）啓発等その他活動

啓発のためのリーフレット作成、参加者の声や関連情報を掲載したお便りの発送（現在第41号）などの他、年1-2回の自死遺族支援に関する講演会および交流会をこれまでに計12回開催している。

3. 調査方法

平成20年4月から平成30年3月まで、遺族会および個別相談への参加者を対象として、実参加人数、延べ参加人数、性別、年代、亡くした対象を調査した。

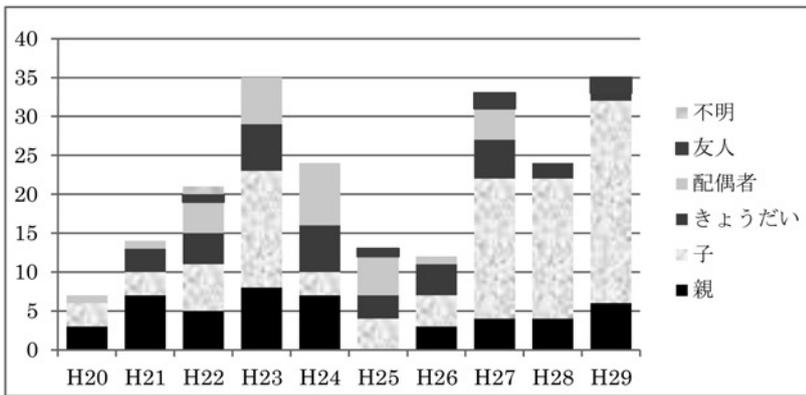
4. 結果

（1）遺族会参加者の属性

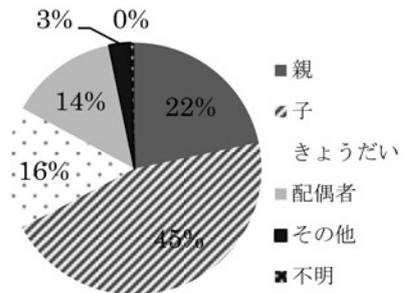
遺族会の参加者の属性は表1および図1・2のとおりであった。遺族会は会の特性上、属性が不明のことも多く、正確な情報を得ることの難しさがあったが、そうした中でも、女性が男性の2.5倍であり、子を亡くした親がもっとも多く参加していることがわかった。特に近年は、子を亡くした親の占める割合が高くなっていった。

【表1】遺族会参加者の属性

実参加人数（人）	85
延べ参加人数（人）	210
男：女（人）	59：151
30代以下：40代：50代：60代以上：不明（人）	16：20：23：56：95



【図1】遺族会参加者数の推移 (年別、延べ人数)



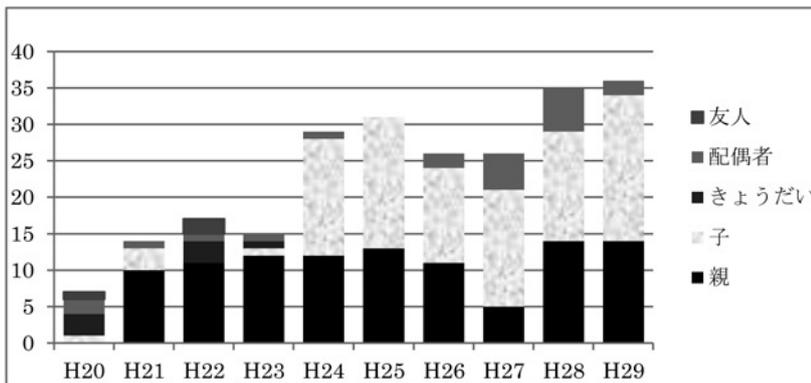
【図2】亡くした対象の割合 (全体)

(2) 個別相談参加者の属性

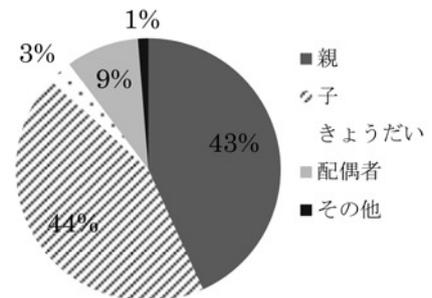
個別相談の参加者の属性は表2および図3・4のとおりであった。個別相談の場合、男女比では女性が圧倒的に多く、特に親を亡くした30代女性からの継続相談が多いことが特徴的であった。遺族会では16%ほどあったきょうだい対象の遺族は、個別相談では3%と少ないこともわかった。

【表2】個別相談参加者の属性

実参加人数 (人)	34
延べ参加人数 (人)	236
男:女 (人)	4:232
30代以下:40代:50代:60代以上:不明 (人)	76:37:79:28:11



【図3】個別相談参加者数の推移 (年別、延べ人数)



【図4】亡くした対象の割合 (全体)

5. 考察

(1) 参加者の特徴

遺族会に参加する人は、子を亡くした60代以上の参加者がもっとも多かった。理由として、遺族会が平日開催であるため、育児や仕事が一段落し、経済的・時間的余裕が付きやすい世代に参加が多くなったことが考えられる。男女差については、開催時間の問題に加え、男性よりも女性の方が他者との分かち合いへの抵抗が少ないことなどが推察される。一方、個別相談ではより若い世代の人の利用も多く、集団よりも個別を好む傾向が高いことが示唆された。全体を通して、子を亡くした母親の参加がもっとも多く、子を亡くした母親は自責感や喪失感が強い傾向にあることが推察される。

(2) 遺族会と個別相談のニーズの違い

遺族会では、個人的体験の振り返りや整理よりも、同じ体験をした者同士で安心して語り合えることが重要視され、そうした場の提供こそ、当センターの重要な役割であると考えられる。一方で、個別相談はより秘匿性の高い場であり、公開されることへの抵抗や他者と関わることでの侵襲感が高い人は、個別相談が望ましいであろう。親を亡くした遺族の場合、生き方のモデルを失うことで、自身の存在や今後の生き方に対する揺らぎが出やすく、個別かつ継続的な相談を希望すること多いのかもしれない。このように、遺族会と個別相談では、参加者のニーズが異なることが示唆された。

今後は、継続相談のあった人と一度のみで終了した人の背景要因を検討したり、個別相談から遺族会へつながったケースなどについての考察を加えていきたい。

中小・小規模事業所におけるメンタルヘルス対策の現状と課題について

山梨県立精神保健福祉センター

○大船朋美 小石誠二 小林豊子

1 はじめに

近年、我が国の自殺者数の状況を見ると、働き盛り世代の中小企業等の従事者が一定の割合を占めている。この年代は家庭、職場の両方で重要な役割を占めていることから、心理的な負担を抱えることがあり、特に長時間労働や職場の人間関係等を原因とする不安やストレスを感じている従事者が多いと言われている。このため、経営や労働等の問題に対する相談体制の充実や、孤立を防ぐ取組、心の健康を保つための取組、ワーク・ライフ・バランスを推進する取組などが重要だといわれている。

また、平成 28 年度には労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 号）に基づくストレスチェック制度が開始されたが、現状では 50 人未満の事業所は努力義務とされ、実情がつかめていない。

そこで、働き盛り世代に必要な自殺対策を検討するための基礎資料として、中小・小規模事業所のメンタルヘルス対策の現状と課題について明らかにすることを目的とした。

2 方法

(1) 対象と方法：10 人以上 49 人以下の事業所のうち、無作為に抽出した 1,061 事業所（平成 29 年 7 月時点）を対象に無記名自記式アンケート調査を実施した。調査用紙は事業所宛てに郵送し、返信用封筒で回収をした。

(2) 期間：平成 29 年 8 月 15 日～8 月 31 日

(3) 項目：メンタルヘルス不調者の有無、休職・退職者の有無、メンタルヘルス不調者の原因、メンタルヘルス対策への取組状況、ストレスチェック制度の取り組み状況等

（倫理面への配慮）「個人情報保護に関する法律」を遵守し、対象者の匿名性を確保した。対象者には目的及び不利益を生じさせない旨を文書で伝えた。調査は「臨床研究に関する倫理指針」に準拠し、精神保健福祉センター倫理審査委員会の審査を経て実施した。

3 結果

(1) 回収・回答率：対象事業所 1,061 カ所のうち有効回答数 362 カ所（34.1%）であった。

(2) 事業所の概要 ①全従事者数：従事者数 10～19 人が 48.1%で半数を占め最も多かった。

②全従事者数中の正規従事者割合：70～100%未満が 58.6%を占め最も多かった。

③産業別事業所数：製造業 19.1%で最も多かった。

(3) 事業所におけるメンタルヘルス対策の実態

①メンタルヘルス不調者：有 17.1%、無 76.0%、②メンタルヘルス不調者からの相談：有 11.9%、無 80.9%、③メンタルヘルス不調者の休職・退職：有 9.1%、無 84.0%、④メンタルヘルス不調の原因（複数回答）：職場の人間関係 59.7%、本人の性格の問題 56.6%、家庭の問題 31.1%、⑤メンタルヘルス不調者のその後の状況：休職を経て復職 19.9%、休職せず退職 14.6%、復職・退職のパターンを事業所の規模別にみところ、関連はみられなかった。

(4) メンタルヘルス対策の取組（複数回答）

①実施した取り組み：相談にのる 34.0%、ストレス状況の把握 24.0%、実務担当者の配置 13.0%、

②必要だと思う取組：相談対応窓口 39.0%、職場復帰支援 26.8%、ストレス調査 24.6%、医療機関の活用 24.6%

(5) ストレスチェック制度

①制度の理解：知っている 71.0%、知らない 27.1%、メンタルヘルス不調者の有無、メンタルヘルス

不調者からの相談の有無、メンタルヘルス不調者の退職、休職の有無の違いによる有意な差はなかった。②実施の有無：有 30.4%、無 68.0%、メンタルヘルス不調者の有無、メンタルヘルス不調者からの相談の有無、メンタルヘルス不調者の退職、休職の有無の違いによる有意な差はなかった。③実施した事務担当者：事業主 48.2%、事業主以外 45.5%、④実施者：健診機関以外の業者 37.3%、健診機関 27.3%、⑤実施しない理由（n=246）（複数回答）：取り組み方が分からない 43.9%、専門スタッフがいない 24.0%、必要性を感じない 22.0%

4 考察

(1) 事業所におけるメンタルヘルス対策の実態について

①メンタルヘルス不調者の有無について：事業所内の従事者数が多い程、メンタルヘルス不調者「有」の事業所の割合が高くなる。郡司ら¹⁾の調査によると、メンタルヘルス不調者「有」の占める割合は 30 人未満が 52.3%に対し、1,000 人以上だと 72.6%になる。派遣労働者のみだと 13.5%になる。今回は対象が非正規従事者も含めて 10~49 人未満の小規模事業所であり、メンタルヘルス不調者の割合が低かったと推察される。②メンタルヘルス不調者からの相談の有無、休職・退職の有無の割合について：相談の有無と規模は関連していない。また、メンタルヘルス不調者の休職・退職有の割合は事業所の規模に関係していない。③メンタルヘルス不調者の原因：規模別にみると 10~19 人は職場の人間関係が最も多かったが、規模が大きい事業所程、本人の性格の問題とされていた。④メンタルヘルス不調者のその後の状況、休職者が復職する際に問題になったこと：どの程度仕事ができるか分からない、本人の医学的な情報が得られないという回答が多かった。理由として 49 人以下の事業所は産業医を設置する義務がなく、制度として本人の客観的な診断等に関する情報が得られにくいため、本人の主観によることが多いことが推察された。

(2) メンタルヘルス対策の取組について

メンタルヘルス不調者「有」の事業所のうち取組で最も多かったのは「相談にのる」であったが、「無」の事業所の場合、「取組の実施なし」が多かった。

必要だと思ふ取組としては相談対応窓口の設置、職場復帰支援、ストレス調査、医療機関の活用があげられていたが、不調者「無」の事業所においては従事者等への研修もあげられていた。

(3) ストレスチェック制度について

ストレスチェック制度は約 7 割の事業所が知っていたが、実施したのは約 3 割だった。実施しない理由は取り組み方が分からない等があげられていた。ストレスチェック制度は、人事に関して直接の権限を持つ監督的地位にある者が従事できない事務がある。しかし、人事にも関わる立場にある雇用主が事務担当者になっていることも多いため、ストレスチェック制度の目的も踏まえた研修等を雇用主対象に行うことが必要であると示唆された。小規模事業所の場合は人事担当者とメンタルヘルス担当者の役割を分けた実施体制についても課題であると考えられた。

5 まとめ

事業所の従事者数が多くなる程、メンタルヘルス不調者「有」の割合は高く、メンタルヘルス不調の原因として、本人の性格の問題としている割合が高かった。メンタルヘルス不調者は休職を経て復職が最も多いものの、どの程度仕事ができるか分からないことが多いため復帰の見通しを含む本人の医学的な情報を得られる仕組みが必要であると考えられた。メンタルヘルス対策のうち必要性のある取組として、従事者からの相談窓口の整備等が最も多くあげられていた。その中でもメンタルヘルス不調者「無」の事業所では従事者対象の研修もあげられていたことやストレスチェック制度が実施できない理由として取り組み方が分からないという事業所が多かったことなどからメンタルヘルス対策に対する正しい知識の理解が得られるような啓発も重要だと考えられる。

6 おわりに

今後は産業保健及び商工労働の関係機関と連携しながら、雇用主に対して従事者のストレス状況把握の必要性、方法（気づき方、傾聴の仕方等）や専門機関へのつなぎ方について普及啓発に努めていきたい。

地域自殺対策推進センターにおける市町村自殺対策計画策定支援の取り組み

福島県精神保健福祉センター
松田幾久子 梅津直美 畑哲信

1 はじめに

平成28年改正の自殺対策基本法において、全ての市町村で自殺対策計画の策定が義務化された。

また、自殺総合対策大綱において、地域自殺対策推進センターは、「管内のエリアマネージャーとして、管内市町村の地域自殺対策計画の策定・進捗管理・検証等への支援を行う」とされている。

そこで、策定支援方針を作成し、市町村への支援及び情報提供等の取り組みについて報告する。

2 市町村自殺対策計画策定に係る支援方針について～保健福祉事務所との役割分担

平成30年5月に「市町村への計画策定支援方針」を作成し、各保健福祉事務所と役割分担を行い協力しながら、計画策定に向けた市町村支援を開始した。

(1) 地域自殺対策推進センター（以下、「センター」という。）が行う支援内容は、① 計画策定に関する市町村調査、② モデル市町村への策定支援、③ 市町村への研修及び情報提供、④ 各保健福祉事務所への技術支援及び情報提供とした。

(2) 各保健福祉事務所が行う支援内容は、① センターが行うモデル市町村への策定支援への協力、② 管轄市町村への直接的支援 とした。

3 計画策定に関する市町村調査結果

平成30年5月にセンターが実施した市町村の計画策定状況調査結果では、厚労省作成の『市町村自殺対策計画策定の手引き』に準じた計画が整備されている市町村は、59市町村中4市町村のみであった（図1）。55市町村が計画未策定だが、そのうち40市町村（72.7%）が平成30年度に計画策定を予定している。また、計画未策定の55市町村中49市町村（89.1%）が県の支援を希望している。希望する支援内容としては、表1のとおりだった。

図1：市町村における計画策定状況

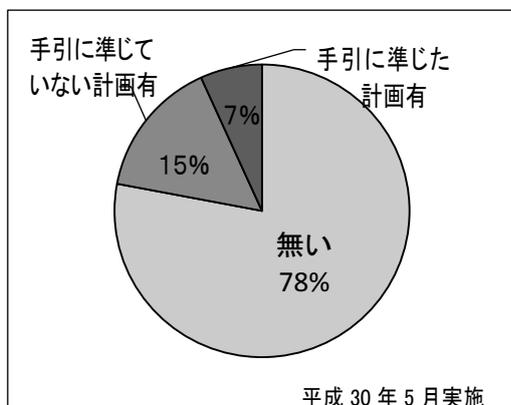


表1：希望する支援内容（複数回答）

支援希望項目	市町村数	%
庁内作業チームの設置	2	4.1
庁外機関を含めた策定委員会の設置	12	24.5
計画策定目的等の明確化と庁内共有	14	28.6
策定スケジュール作成	9	18.4
実態把握・課題分析	25	51.0
庁内関連事業の把握（棚卸し）	7	14.3
計画目標、施策の検討	31	63.3
評価方法と推進体制の検討	22	44.9
その他	9	18.4

4 モデル市町村への策定支援

市町村調査結果を基に、「計画策定が進んでいない」「県の支援を求めている」「全国の自殺率に比べ高

い状況」等の理由により、各保健福祉事務所から1市町村を選定し、了解の得られた4市町村をモデル市町村とした。センターが市町村に出向きながら支援を実施しており、支援を開始するにあたっては、市町村の現状や支援希望を確認しながら、市町村の負担が大きくなるよう留意している。

5 市町村への研修及び情報提供・相談対応（保健福祉事務所への技術支援及び情報提供を含む）

（1）市町村への研修

平成30年6月5日に市町村自殺対策主管課長・担当者研修会を開催し、「市町村自殺対策計画の策定のポイント・具体的進め方」をテーマとして、講義と演習を行った。演習では、「計画策定スケジュールの作成」と「事業棚卸し作業」を実際に体験してもらった。計画策定や事業棚卸しのイメージがついたとの感想が多かった。

平成30年11月頃には、市町村からの希望が多かった計画策定の進捗状況や課題等の情報交換の場とするため、2回目の研修会を予定している。

（2）情報提供・随時の相談

自殺対策においては各市町村に対する精神保健福祉センターからの直接的な支援も重要と考え、平成24年度から市町村と各保健福祉事務所への「自殺対策のための情報交換メール（以下、JJメールという。）」を設置している。①定期的にテーマごとの情報を提供するとともに、②随時、各市町村からの相談に応じている。計画策定に必要な情報の提供及び市町村や保健福祉事務所からの相談の場となっており、市町村からは「担当者一人で悩むことが多く、JJメールで相談できるのは、気軽でありがたい。」等の意見がある。

自殺対策に関する電話・JJメールによる情報提供・相談件数のうち、計画策定に関する内容は、平成30年4月～7月末の時点で延べ37件（29.3%）で平成29年度の17.0%を越えている。

また、モデル市町村からの意見を基に、首長や会議、庁内各課への説明資料として「計画策定の概要」「計画に盛り込む内容」「事業棚卸し作業のしかた」の3種類の資料を作成し、市町村及び保健福祉事務所にJJメールにて提供した。

6 考察

（1）計画策定支援体制について

平成30年度初めに「市町村への計画策定支援方針」を作成し、全市町村及び保健福祉事務所に周知したことで、県における計画策定支援方針について共有することができた。また、保健福祉事務所の役割を明確化したことで、保健福祉事務所が主体的に管内市町村への策定支援に取り組むことができていく。

このように、センターと保健福祉事務所が役割分担し重層的に支援していく体制を構築したことで、保健福祉事務所を通して圏域毎に支援を広げることにつながっている。

（2）モデル市町村支援

精神保健福祉センターが県内の全市町村にきめ細かな支援を提供することは難しく、モデル市町村を設けて重点的に支援することとした。その際、保健福祉事務所にモデル市町村への支援に入ってもらったことで、モデル市町村への支援内容が管内市町村への支援の参考となっており、保健福祉事務所への技術支援の一つとなっている。

（3）専用メールを用いた情報提供・相談

開設して7年目となるJJメールは全市町村に浸透しており、市町村がセンターに相談しやすい体制につながり、計画策定支援において大きな役割を果たしている。

今後、計画策定にとどまらず、計画策定後の計画の自己評価及び検証、計画に基づいた実践的な取組を市町村がPDCAサイクルを回しながら全庁的に推進していけるよう支援を考えていきたい。

喪失（悲嘆）についての普及啓発の取り組み

埼玉県立精神保健福祉センター

○神前 まい子 塚本 哲司 関口 隆一

1 はじめに

精神保健福祉センター運営要領では、目標の一つとして「地域住民の精神的健康の増進」が挙げられており、精神保健福祉センターには一次予防への取り組みが求められていると言えよう。

埼玉県立精神保健福祉センター（以下、当センターと略）ではこの5年ほど、「喪失（悲嘆）」に着目した事業を中心として一次予防への取り組みを行ってきた。誰しもが「喪失（悲嘆）」を体験するものの、自身や周囲の喪失体験に気づくことなく喪失と適切に向き合えずにいる人が少なくないこと¹⁾、「喪失（悲嘆）」は全年齢層に共通した外傷性ストレスであること等から、「喪失（悲嘆）」はメンタルヘルス一次予防の切り口として適切なテーマであると考えている。

本研究協議会では、当センターにおける「喪失（悲嘆）」をテーマとした普及啓発等の事業について報告したい。

2 相談体制づくり

「喪失（悲嘆）」に関する普及啓発事業を展開するにあたっては、その前提として「喪失（悲嘆）」に関連した相談に適切に対応できる体制を整える必要があることから、悲嘆反応とその対応についての資料「大切な人を失うということ～まわりの人が知っておきたいこと～（支援者の対応）」を作成し、相談を担当する職員間で、これを用いた改めでの勉強会を行った。

3 普及啓発媒体の作成

以下のような普及啓発媒体を作成した。

- ①喪失（悲嘆）を抱えた人の周囲がとるべき対応を記したリーフレット『大切な人を失うということ』（監修：埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科 大西秀樹教授）
- ②様々な喪失体験とそれらへの対処についてまとめたハンドブック『大切な存在を失うということ』（監修：国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター 新明一星流動研究員）

また、当センター広報誌『SAITAMA精神保健福祉だより』に『大切な人を亡くすこと』に伴う悲嘆反応についての普及啓発事業」との標題で本事業の概要を紹介した。

4 普及啓発媒体の配布

喪失（悲嘆）と直面している人々が普及啓発媒体を手にする経路として、従前からの関係機関を通じた配布のみでは不十分と考え、県内の公営斎場や葬祭業者へ媒体配布について協力を依頼し、「大切な人を失うということ」を配布した（平成28年度配布数：5200部）。

葬祭業者においては、遺族へのリーフレットの手渡しや、自社斎場でリーフレットを配布していただいた。また、当該葬祭業者が発行しているフリーマガジン（発行部数22万部）に「大切な人を失った方の心のケア」と題した当センター職員のインタビュー記事を掲載していただいた。当該業界においては、「しばしば遺族の『喪失（悲嘆）』に関連するような対応を必要とする場面も多く、当センターの事業への協力に意義を感じている」とのことであった。

平成30年度からは、健康保険組合連合会埼玉連合会の協力が得られることとなっている。

5 講演会の開催

以下のとおり、講演会を開催した。

(1) 県民向け

①テーマ「大切な人を失うということ～知っておきたい心と体の変化とその対応～」

講師：埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科 大西秀樹教授

②テーマ「ペットロス いつかは必ずくるその日」

講師：菊池臨床心理オフィス 菊池礼子先生

一般社団法人ちよだニャンとなる会 香取章子副代表理事

(2) 対人支援職向け

①テーマ：「子どもの悲嘆について～大切な人を失った子供への対応と周囲への働きかけについて～」

講師：国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター 新明一星流動
研究員

②テーマ：「高齢者の喪失について～こころに寄り添う支援のために～」

講師：国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター 新明一星流動
研究員

③テーマ：「対人援助職の喪失」

講師：Healing and Recovery Institute、アスク・ヒューマン・ケア研修相談センター
水澤都加佐所長

6 考察

普及啓発媒体を手取るのみでは、喪失（悲嘆）を抱えている県民が自身の喪失（悲嘆）に気づくことは困難かもしれない。対人支援職やある種の事業者においては、解決されない喪失（悲嘆）を抱えている人と関わる場合も多い。支援職等が喪失（悲嘆）についての情報を得ておくことで、より多くの人に必要な情報が届く可能性が高まるものと期待される。また、支援職等が対象者の喪失（悲嘆）に目を向けることで、普及啓発にとどまらずより質の高い支援活動等が行えるかもしれない。県民に対し広報物の配布等を行うと同時に、対人支援職等にも喪失（悲嘆）についての知識の普及啓発を行ったことは有効だったと考えたい。

参考文献

1)大西秀樹:大切な人を失うということ～知っておきたい心と体の変化とその対応～,こころの衛生,平成23・24年度合併号,公益社団法人埼玉県精神保健福祉協会,46-56,2013

滋賀県における自殺未遂者支援体制の構築に向けた取り組み

滋賀県立精神保健福祉センター

○池田 健太郎 平井 昭代 辻本 哲士

1. はじめに

平成 29 年 7 月に新たな自殺総合対策大綱が閣議決定され、重点施策の 1 つに、「自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ」ことが引き続き明記されている。自殺対策において自殺未遂は自殺の最大のリスク要因であることから、自殺未遂者支援の充実は急務の課題と言える。

滋賀県では平成 25 年度に自殺予防情報センター（平成 29 年度から自殺対策推進センターに改組）を設置し取り組んできた。滋賀県における平成 29 年の自殺者数は 211 人であり、そのうち自殺未遂歴ありは 52 人と、24.6%を占めている。滋賀県立精神保健福祉センター（以下「当センター」という。）が平成 24 年度に県内 13 か所の救急告示病院に実施した調査では、自殺未遂者は一か月あたり約 50 人が受診し、そのうち 45.8%がその日のうちに帰宅していること、47.2%に過去に自殺未遂歴がある事がわかった。また精神科受診中が半数を占め、精神科を受診しても自殺未遂に至る人が多かったことが明らかとなった。滋賀県は、精神科病床のある救急告示病院が 2 か所と少なく、救急告示病院と精神科病院をはじめとした関係機関の連携による再企図防止支援事業がより重要と考えられる。

そこで当センターでは、全圏域の救急告示病院等と精神科病院、保健所・市町の連携で自殺未遂者支援を行う体制を構築することを目標に、モデル事業や技術支援、体制検討会議などの取り組みを行ってきた。2017 年 12 月には県内すべての 2 次医療圏域で自殺未遂者支援体制を構築し支援を行うに至った（図 1）ので、その取組について報告する。

図 1 滋賀県における自殺未遂者支援体制構築の流れ

年・月	圏域	実施主体	事業名
2011.4	彦根	彦根市	自殺未遂者対策ネットワーク事業
2013.6	大津	大津市保健所	いのちをつなぐ相談員派遣事業
2014.4	東近江	東近江保健所	東近江圏域自殺未遂者支援事業
2014.8	草津	精神保健福祉センター →草津保健所(2018.4~)	湖南いのちサポート相談事業
2015.1	甲賀	甲賀保健所	甲賀圏域における自殺未遂者支援事業
2017.1	高島	高島保健所	高島のちサポート事業
2017.4	長浜	長浜保健所	湖北いのちサポート事業
2017.12	彦根	彦根保健所	湖東圏域自殺未遂者支援事業

2. 体制構築に向けた取り組み内容と結果

(1) モデル事業の実施（湖南いのちサポート相談事業）

2014 年 8 月～2018 年 3 月までの 3 年 8 ヶ月間、湖南圏域（人口約 35 万人）において自殺未遂者支援事業を当センターが実施主体となり実施し、2018 年 4 月より、草津保健所に事業の実施主体を引き継いだ。事業内容は、救急告示病院に搬送された自殺未遂者に対して、病院職員が事業による支援の同意をとり、当センターに連絡。当センター職員（保健師、精神保健福祉士、看護師など）が、本人または家族に連絡を取り初回面接後、保健所や市、関係機関など、必要な機関との連携により継続支援を行う。また定期的な事例検討や、湖南圏域自殺未遂者支援体制検討会議において事業内容や結果を報告して評価を行う。3 年 8 か月で 118 件の支援同意を得て当センターに連絡があり、関係機関と連携して支援を行い、結果については救急告示病院へ支援内容をフィードバックし、事業についての意見交換も行った。救急告示病院が院内救急部看護職員向けに行った調査では、自殺未遂者への関わりで困ることとして、「忙しい時の対応に困る」「人間関係もできていないのに自殺の動機を聞いていいものか、予防的な関わりがわからない」「死にたいと言われると命を救う場なのに複雑」などの意見があった。しかし自殺未遂者支援事業の取組から、「聴くことの関わりの重要性を認識できた」「連携先がわかる事でストレス・不安全感が減り、安心感・達成感へと変わってきた」と現場では認識も変化してきた。また事業を実施した効果として「再企図で運ばれてきていない。」「繰り返しのケースが減った。」などの声が聞かれている。

(2) 技術支援

①体制検討会議への参画

県内で先行して自殺未遂者支援事業を実施している彦根市、大津市、東近江保健所などに対しては、検討会議や事例検討会に参加し、事業の運営方法、個別ケースへの助言を行い体制の強化に向けて支援を行った。

②研修会の企画・実施への協力

自殺未遂者支援事業が未実施の圏域においては、圏域内救急告示病院向けの研修会や保健所市町の支援担当者向けの研修会などの企画・実施に協力し、先行している圏域の情報提供や講師派遣などを行い、体制整備に向けて支援を行った。

③個別の事例検討会への参加

新たに自殺未遂者再企図防止支援事業に取り組み始めた圏域を中心として、個別の事例検討に参加し、支援従事者の質の向上に向けて支援を行った。

(3) 滋賀県自殺未遂者支援体制検討会議

2015年2月より県内7圏域が連携を取りながら自殺未遂者再企図防止支援事業を実施できるように検討会議を年2回程度実施。構成メンバーは、精神科病院代表、精神科・心療内科診療所代表、警察、消防、二次医療圏域(7圏域)毎に、保健所、市町代表、救急告示病院代表1ヶ所ずつ、県庁障害福祉課と当センターとなっている。会議で情報共有を通じた検討において共通課題となったのは、①救急告示病院における事業同意率の向上②圏域間の連携③自死遺族に対する支援などである。救急告示病院における事業同意率については、同意率の高い救急告示病院の実践について、情報提供や、研修会などで講演してもらうことを通じて、他の救急告示病院のスキルアップを図っている。圏域間の連携については、圏域をまたぐケースは住所地の保健所を窓口とすることで合意し、支援がスムーズに開始される体制の整備につながった。自死遺族支援については、研修会やケース検討の機会を通じて技術協力を行なっている。

4. 考察

(1) 全圏域で事業を実施するに至った要因と今後の事業継続について

新たに事業を立ち上げる圏域では、救急告示病院で自殺未遂者支援に取り組む意義や救急告示病院のスタッフの意識変化を丁寧に伝えることも重要なことであった。また、実際に救急告示病院から保健所や市町に未遂者の事例をつないでもらった後も、保健所・市町での対応結果について、救急告示病院にフィードバックすることも事業継続において重要なことであると思われる。

(2) 全圏域で実施することの効果

圏域毎に、地域の状況に応じた自殺未遂者再企図防止支援事業が実施されているが、圏域間の情報を定期的に共有できる会議の場があることで、県内の自殺未遂者支援体制の質の均霑化につながっていると考えられる。なにより最大の効果は、様々な要因から自殺未遂をせざるを得ない状況に追い込まれ救急告示病院に搬送された際に、今までは体の処置だけされて帰宅していた方が、保健所・市町につながる仕組みが、県内どこに住んでいる方でも対象となったことだと考える。

5. 今後の課題

自殺未遂者支援は自殺ハイリスク者への支援であり、自死遺族支援や支援者のメンタルケア等も同時に考えていく必要がある為、それらを含んだ未遂者支援における支援技術の理解や質の向上については課題と言える。また、自殺未遂者支援体制は全圏域で構築されているが、体制が形骸化しないように、個別支援や体制検討会議などを通じて、有機的な連携体制を継続していくことも課題と言える。これらの課題に対して当センターが今後行う支援が、滋賀県の自殺対策の推進につながり、自殺者の減少に寄与すると考える。

福岡市自殺対策推進センターにおける若年層，児童・生徒の自殺予防対策

福岡市自殺対策推進センター（福岡市精神保健福祉センター）

○甲斐 留里子 古里 百合子 牛島 芽衣
江口 智之 本田 洋子

1 はじめに

福岡市では，平成 20 年度に「福岡市自殺対策総合計画」を策定し，関係機関と協力して自殺対策に取り組んできた。

平成 25 年度に自殺対策の中心的な役割を担う組織として，福岡市精神保健福祉センター内に福岡市自殺予防情報センターを設置し，その後，名称を福岡市自殺対策推進センター（以下，自殺予防情報センターも含めて「当センター」という。）へと変更した。

また，平成 25 年度からは「若年層，児童・生徒への自殺予防に資する教育の推進」を重点施策に挙げ，福岡市立小・中学校の教職員等を対象とした「学校における自殺予防」研修媒体制作などに取り組んだ。この取り組みについては，第 51 回全国精神保健福祉センター研究協議会において発表している。

平成 28 年度に「学校における自殺予防」研修が本格的に学校ごとに実施されるようになり，当センターと学校，教育委員会との連携が進んだ。今回は，当センターにおける若年層，児童・生徒の自殺予防対策について，これまでの取り組みの成果及び今後の課題について報告する。

2 学校における自殺予防事業

(1) 概要

福岡市教育委員会，福岡市スクールカウンセラー，当センターとで構成する「学校における自殺予防検討会」で検討を重ね，教職員対象研修の媒体を制作し，平成 27 年度に福岡市立小・中・特別支援学校・高校に配布した。

平成 28 年度より，スクールカウンセラーや当センター職員等が講師となり，各学校において研修を実施し，実施状況を当センターでまとめ，教育委員会へ報告している。

(2) 研修内容

自傷行為の理解と対応，学校における自殺予防の視点に加え，Q・U アンケートを活用した児童・生徒の理解を入れていることが特徴としてあげられる。

※Q-U アンケートとは，学校生活における生徒個々の意欲や満足度、学級集団を測定する質問紙で，児童・生徒個々の学級生活における満足感と意欲、それに関する児童・生徒の学級における相対的な位置、学級集団の雰囲気や成熟状態について情報を得ることができ、支援が必要な児童・生徒等について把握することが可能とされている。

(3) 実施状況

福岡市立学校での実施状況は以下の通りである。

	小学校	中学校	特別支援学校	高校
H28 年度実施校	67	34	5	0
H29 年度実施校 (再掲 2 回目校数)	69 (36)	29 (15)	2 (1)	1
参考 H29.5.1 現在学校数	144	69	8	4
1 回以上実施校割合	69.4%	69.6%	75.0%	25.0%

(4) 成果

①終了後アンケートより，自殺予防の視点から Q・U アンケートを活用することは，学校での自殺予防の取り組みとして 91.4%が有効と思うと答えている。

②自殺未遂者等の支援における学校との連携

「学校における自殺予防」研修を協力して行うことで、相談機関である当センターと教育委員会及び学校との連携が強化され、学校から当センターへの個別事例の相談数は平成 28 年度に急増した。学校で開催される児童・生徒についてのカンファレンスに当センター職員が出席を依頼される様にもなり、自殺未遂や希死念慮のある児童・生徒を学校と連携して継続支援する事例もでてきた。

10 代事例の自殺予防相談のうち、学校教職員等からの児童・生徒の相談状況

年度	10 代事例の自殺予防相談数	再掲 学校教職員等からの相談
H26 年度	7	2
H27 年度	25	10
H28 年度	91	33
H29 年度	90	23

●事例：自殺未遂者支援体制構築のため、全救急病院を訪問し連携に努めているが、ある救急病院より、搬送された 10 代の自殺企図者について相談を受けた。救急病院から当センターへの相談を勧められた保護者が相談に来られ、保護者の了解のもと、児童相談所、学校と連携し、継続支援している。

3 その他の若年層、児童・生徒の自殺予防対策

(1) 普及啓発

若年層、児童・生徒の自殺予防として、普及啓発に努めている。

学校と協力し、新入生の健診時や就職活動セミナー等で、相談窓口の情報を記載したリーフレット類を配布している。進学就職という環境が変化し、ストレスに直面しやすい時期に、相談窓口の情報を提供することで、自ら助けを求める若い世代が増えることが期待できる。カードは、毎年 2 万枚程度配布している。

また、9 月の自殺予防週間にあわせた福岡市自殺予防キャンペーンで、平成 29 年度に「子どもの自殺の現状と課題」をテーマにフォーラムを開催し、教育、医療、保健、福祉の各領域からの取り組みが紹介された。一般市民だけでなく、教師、保護司、民生委員・児童委員、行政職員等様々な立場の方が参加され、質疑応答も活発になされ関心の高さがうかがえた。

(2) 人材養成

私立大学において、初めて学部生を対象としたゲートキーパー養成研修を実施した。「話を聞くことがいかに大切かがわかった」、「専門家だけでなく、私たちにもできることがある」などの感想が得られた。

また、児童相談所や子育て支援に携わる行政職員を対象としたゲートキーパー養成研修を、児童虐待対応研修の一環として開催した。心中は究極の虐待であることや、希死念慮を持つ 10 代の多くがネグレクトや心理的虐待を受けている現状を踏まえて、開催したものである。児童虐待の支援者と、今後さらなる連携強化の必要性を共有できた。

4 今後の課題

市立小・中学校教職員の研修については、今年度までにほとんどの学校で研修が実施される。その後は、新規採用教職員等を対象とした研修企画なども検討していく。また、高校・大学・専門学校等の教職員や生徒・学生を対象としたゲートキーパー養成研修についても、研修開催を進めていく。

研修を協力して開催することで、個別事例支援においても、学校との連携が強化されることを期待している。

また、学校に所属しない、もしくは就労中の若年層については、今後、関係機関と協議を進めていく。

群馬県における自傷のおそれによる警察官通報者と他害のおそれによる警察官通報者の相違点

群馬県こころの健康センター

○山崎雄高 入澤美幸

鈴木紋子 佐藤浩司

【目的】

群馬県こころの健康センターには、群馬県内の措置通報を一元的に扱う群馬県精神科救急情報センターが設置されており、2004年1月に現行体制が開始されてから14年が経過した。自傷のおそれによる警察官通報者（以下、自傷群）と他害のおそれによる警察官通報者（以下、他害群）に相違がある印象を受けたため、自傷群と他害群のデータを比較検討した。

【方法】

対象は県内の2004年4月から2018年3月までの全警察官通報3527件である。自傷群（n=678）と他害群（n=2849）に分類し、年次推移（件数）、年次推移（比率）、疾患別構成比（ICD-10）、転帰別構成比を比較検討した。疾患別構成比（ICD-10）、転帰別構成比は χ^2 検定を行った。有意水準は1%未満とした。

当検討は調査・研究上の倫理原則に則って行い、プライバシーに関する守秘義務を遵守し匿名性の保持に十分な配慮をした。

【結果】

警察官通報は2004年度の189件に対し、2017年度には278件と約1.5倍へ増加していた（図1）。

自傷群は、総数に占める比率が年々増加傾向にあり、2011年度以降は20%を越えており、2017年度は24.8%だった（図2）。

図1 警察官通報の年次推移

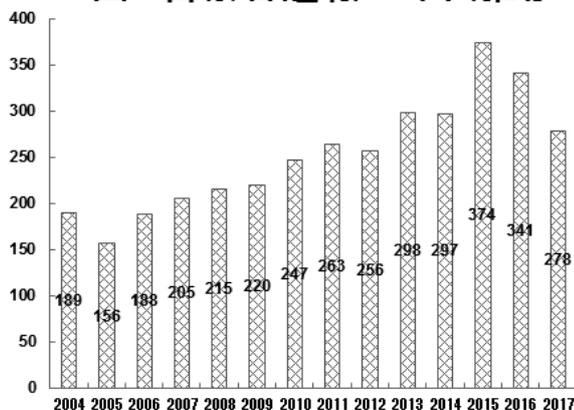
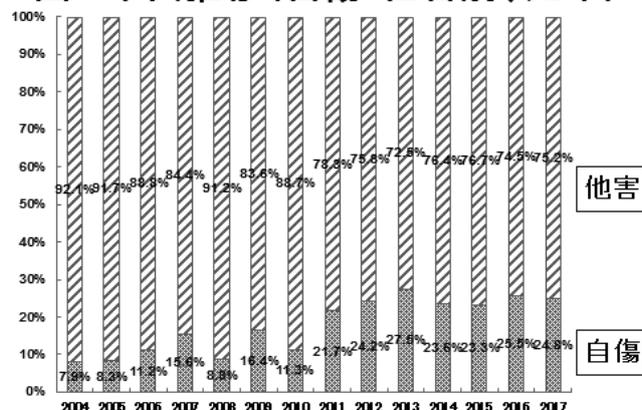


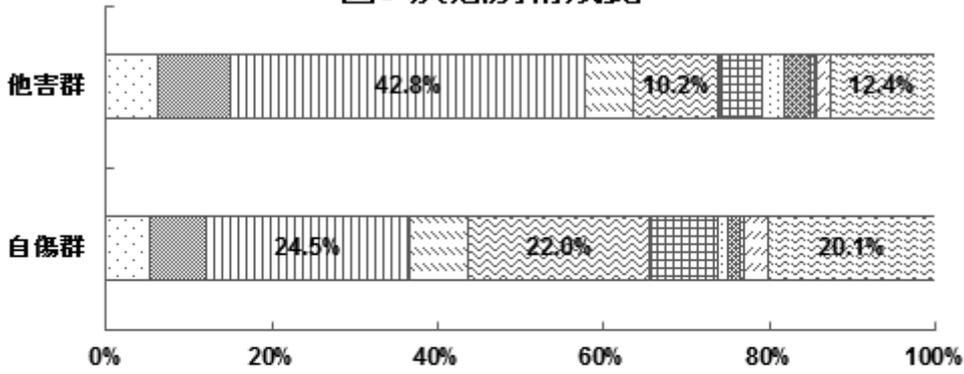
図2 年次推移（自傷・他害別、比率）



疾患別構成比（抄録ではF2・F4・診察不実施（通報取下げを含む）を抜粋して表記）は自傷群 F2 24.5%・F4 22.0%・診察不実施 20.1%など、他害群 F2 42.8%・F4 10.2%・診察不実施 12.4%など（ $\chi^2=158.554$ 、 $P<0.001$ ）と有意差を認めた（図3）。

転帰別構成比（抄録では措置入院・医療保護入院・要通院・診察不実施（通報取下げを含む）を抜粋して表記）は自傷群 要通院 28.8%・医療保護入院 26.8%・診察不実施 20.1%・措置入院 17.6%など、他害群 医療保護入院 33.0%・措置入院 31.9%・要通院 18.4%・診察不実施 12.4%など（ $\chi^2=105.087$ 、 $P<0.001$ ）と有意差を認めた（図4）。

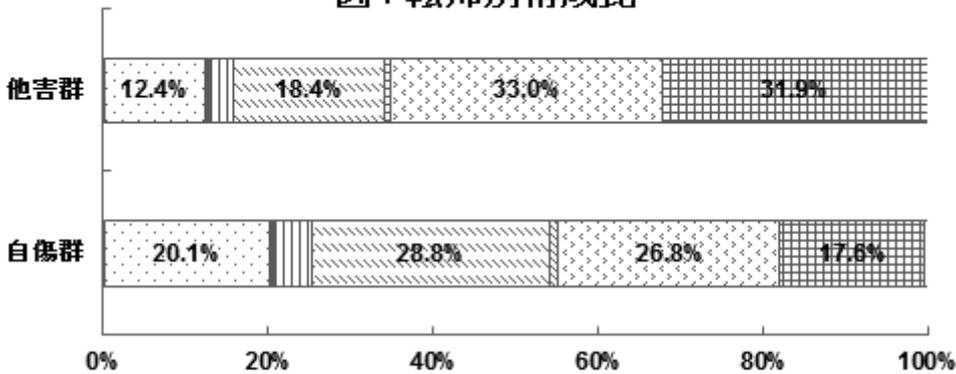
図3 疾患別構成比



□F0 □F1 □F2 □F3 □F4 □F5 □F6 □F7 □F8 □F9 □G40 □その他 □診察不実施
通報取下げ

χ^2 158.554、 p 値<0.001

図4 転帰別構成比



□診察不実施 通報取下げ □その他 □司法対応 □医療不要 □要通院
□任意入院 □医療保護入院 □措置入院 □応急入院

χ^2 105.087、 p 値<0.001

【考察】

今回の検討を通して、自傷群と他害群の相違が明らかになった。この相違を理解しておくことは、より質の高い警察官通報対応へつながるだろう（例 自傷群は要通院・診察不実施が多い⇒帰宅後の支援を計画 など）。一方で、相違ある対象者に対して画一的な対応を続けていくのか？という命題もあるだろう。

尚、2017年4月1日、群馬県こころの健康センターに群馬県自殺対策推進センターが設置された。今後、群馬県精神科救急情報センターと群馬県自殺対策推進センターをうまく連動させることが、質の高い自殺対策につながると考える。

群馬県における自傷のおそれによる警察官通報者と自殺者の背景の比較

群馬県こころの健康センター

○入澤美幸 鈴木紋子

山崎雄高 佐藤浩司

1 はじめに

群馬県こころの健康センターは、県内の措置通報を一元的に扱う群馬県精神科救急情報センターを設置しており、さらに平成 29 年 4 月からは自殺対策推進センターも設置している。自殺対策として重点的な取組が求められる自殺未遂者の実態把握のため、精神科救急情報センターが受理した自傷のおそれによる警察官通報者（以下「自傷群」という。）の背景を調査し、さらに県内の自殺者（以下「自殺群」という。）の背景と比較検討した。

2 方法

自傷群は、平成 27 年度から 29 年度の精神保健福祉法第 23 条に基づく警察官通報のうち自傷のおそれのある 243 件について、事前調査から得られた情報を基にした。また、自殺群については、平成 27 年から 29 年の地域における自殺の基礎資料（群馬県、自殺日、居住地）の 1,200 件を基にした。

比較項目は、地域における自殺の基礎資料で公表されている集計項目を参考に、①性別、②年齢、③同居人の有無、④職業、⑤手段、⑥原因・動機、⑦自殺未遂歴の 7 項目とした。

自傷群の⑤手段については、自傷のおそれと判断した行動（手段）と定義した。また、自傷群の⑥原因・動機については、警察官通報者の事前調査を行った職員もしくは事前調査票の記載をもとに別の職員が判断し、3 つまで計上した。

当検討は調査・研究上の倫理原則に則って行い、プライバシーに関する守秘義務を遵守し匿名性の保持に十分な配慮をした。

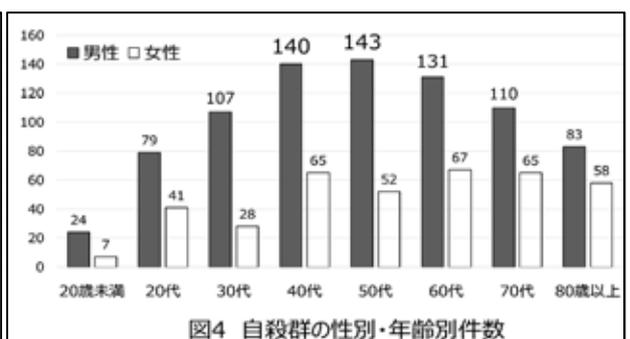
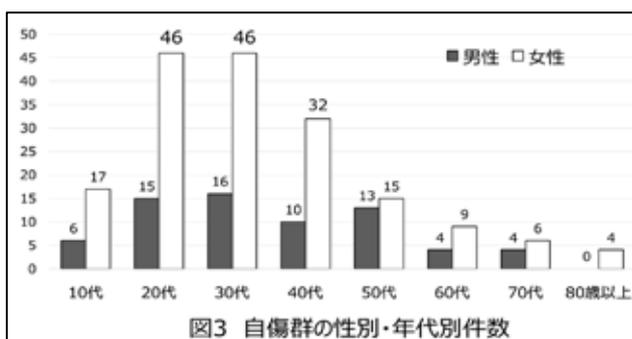
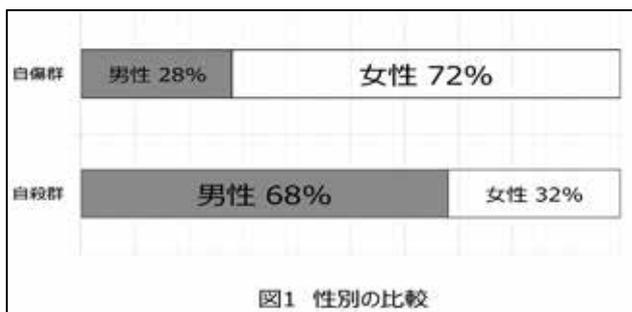
3 結果

① 性別の比較

自傷群の男女比が約 3 : 7 であるのに対し、自殺群では約 7 : 3 だった（図 1）。

② 年代別の比較

自傷群では 20 代と 30 代で約半数を占め、自殺群では 40～60 代で約半数を占めた。（図 2）。



③ 性別及び年代別のクロス集計比較

自傷群では10～30代の女性が全体の44.9%を占めたが、自殺群では40～60代の男性が全体の34.5%を占めた。また、自傷群は全ての年代で男性より女性が多く、自殺群では全ての年代で女性より男性が多かった。(図3・4)

④ 同居人の有無及び職業の比較

同居人の有無では自傷群、自殺群ともに約3：7で同居人ありの方が多かった。

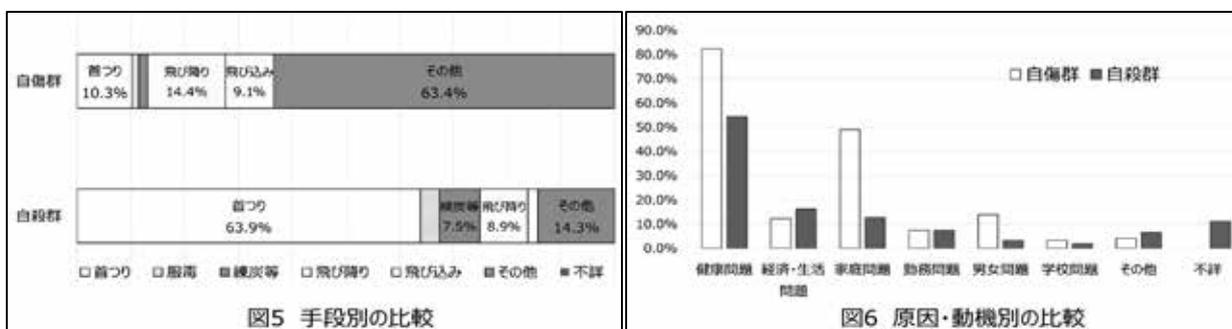
また、職業別では、「その他の無職者」が自傷群34%、自殺群39%と最も多く、次いで「被雇用・勤め人」が自傷群、自殺群ともに29%と多かった。

⑤ 手段の比較

自殺群では「首つり」が63.9%を占めるのに対し、自傷群では「その他」が63.4%を占めた(図5)。自傷群の「その他」の内訳としては、「刃物(リストカットを含む)」が26.3%と最も多く、次いで「希死念慮」11.5%、「過量服薬」6.2%だった。

⑥ 原因・動機の比較(3つまで計上可)

「健康問題」が最も多く、自傷群の82.7%、自殺群の55.4%のケースで計上された。さらに、自傷群の48.9%のケースで「家庭問題」が計上された。(図6)



⑦ 自殺未遂歴の比較

「未遂歴あり」は自傷群で54.3%であるのに対し、自殺群で23.2%だった。また、「未遂歴なし」は、自傷群で14.8%であるのに対し、自殺群は70.7%だった。

⑧ 補足

自傷群のうち、「精神科・心療内科受診歴あり」は79.4%だった。

4 考察

自傷群の特徴は、自殺群に比べて若年の女性が多く、手段については、刃物を使った自傷行為が最も多かった。原因・動機別では、健康問題に次いで家庭問題が半数と多く、自殺未遂歴は半数にあった。

松本らの研究によれば、精神科通院中の女性自傷患者のうち、18.9%が1年以内に医療機関で治療が必要なほど重篤な過量服薬を行っており⁽¹⁾、22.4%が3年以内にきわめて致死性の高い手段・方法で自殺企図におよんでいることが明らかにされている⁽²⁾。

さらに、山崎が述べたとおり、自傷群は措置診察不実施や要通院と判断されるなど入院せず帰宅することが多い⁽³⁾。よって、帰宅前の本人や家族に対して、相談先の情報提供や死にたいほど辛くなったときの対処方法について具体的に指導することで、自殺者の減少に繋げていきたい。

また、自傷群の約8割が精神科・心療内科受診歴があることから、医療機関や地域の支援者との自殺未遂者支援のネットワークづくりにも引き続き取り組んでいきたい。

参考文献：(1)松本俊彦ら(2006a)、自傷患者の治療経過中における「故意に自分の健康を害する行為」：1年間の追跡調査によるリスク要因の分析、精神医学 48:1207-1216 (2)松本俊彦ら(2008)、自己切傷患者における致死的な「故意に自分の健康を害する行為」のリスク要因：3年間の追跡調査、精神神経学雑誌 110:475-487 (3)山崎雄高ら(2018)、群馬県における自傷のおそれによる警察官通報者と他害のおそれのある警察官通報者の相違点、第54回全国精神保健福祉センター研究協議会抄録から

救急医療機関における自殺企図対応の現状と課題

福島県精神保健福祉センター (* 元 福島県精神保健福祉センター)
 松田幾久子 梅津直美 *木幡智子 畑哲信

1 はじめに

福島県における自殺企図の再発防止施策等自殺対策推進を図るため、平成21年度に続き平成28年度に救急医療機関における自殺企図者への対応について、救急医療機関を対象に「自殺企図対応体制アンケート」と「自殺企図者個別調査」を実施した。今回、平成21年度調査結果との比較において、自殺企図者の実態、搬送、処遇についてまとめたので報告する。

2 調査の概要

平成21年度調査及び平成28年度調査の概要については表1のとおり。

平成28年度調査未回答の機関については、平成21年度調査の自殺企図受診患者数の実績をもとに補正を行った。また、調査期間についても各年度とも365/調査日数によって年間推計を行った。

表1：調査の概要

	H21調査	H28調査
調査期間	2か月	1か月
対象機関	84	73
回答機関(回答率)	83 (99%)	59 (81%)
回答機関中、精神科標榜あり	24 (29%)	20 (34%)
救急搬送総数	37897	11396
自殺企図による搬送	138	35
該当期間の自殺既遂者(警察データ)	77	33

3 結果

(1) 自殺企図による搬送者数について

調査対象期間の実数からの年間推計では、自殺企図救急搬送者数は、平成21年度調査は822人、平成28年度は672人と減少した。重い手段による自殺企図はほぼ変わらず、自傷・服薬等の軽い手段による自殺企図は、平成28年度は429人で、平成21年度の582人より26%減少した。

図1：平成21年度自殺企図者の実情

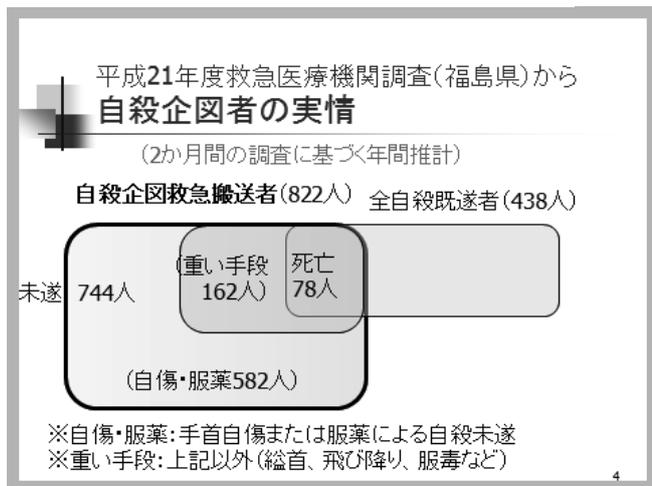
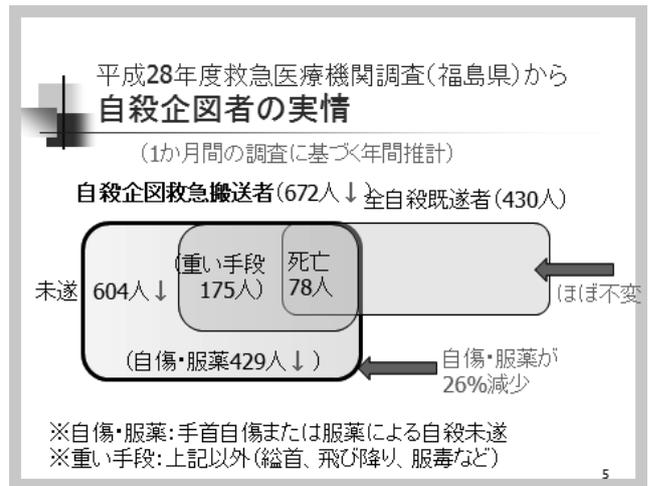


図2：平成28年度調査自殺企図者の実情



(2) 救急受診患者中の自殺企図者の割合について

救急医療機関のうち精神科標榜のある機関と標榜のない機関で比較すると、救急搬送者全体に占める自殺企図者の割合は、平成28年度調査は精神科標榜のある機関が0.48%、標榜のない機関が0.11%であり、平成21年度は、精神科標榜のある医療機関は0.35%、標榜のない医療機関は0.39%であった。すな

わち、図3のとおり精神科標榜のある医療機関で増加し、標榜のない医療機関で減少していた。

(3) 自殺リスクの評価について

救急受診した自殺企図患者のリスク評価が行われているかどうかについて、「過去の救急受診歴」「飲酒状況」「精神科通院歴」「精神科診断」「現在の希死念慮」について、不明・未確認と回答した割合と比較した。その結果は、図4のとおりである。

「過去の救急受診歴」以外の項目で、精神科標榜のある医療機関では、標榜のない医療機関と比べ、いずれも半分以下と低く抑えられており、精神科標榜のある医療機関は、標榜のない医療機関よりしっかりと患者の自殺リスク評価がなされていた。

図3：救急受診患者中の自殺企図者の割合

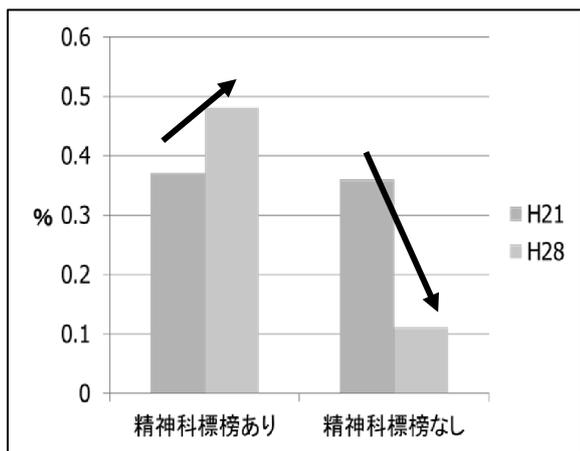
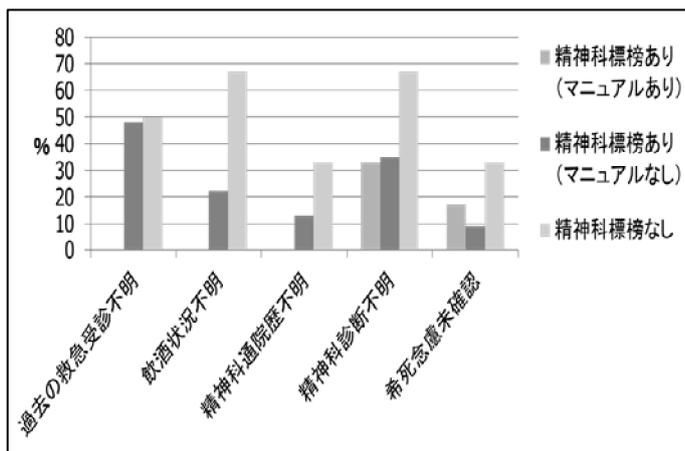


図4：自殺リスクの評価（平成28年度調査）



4 考察

(1) 自傷・服薬による救急搬送者の減少

自傷・服薬による救急搬送者の多くは精神科等に通院中の患者である。これらの患者の救急搬送者数が減った点については、向精神薬の適正使用の推進など、精神科医療の向上が寄与している可能性がある。一方、より致死性の高い手段による自殺企図者の救急搬送者数は横ばいで、受診中でない者の自殺対策をさらに推進させることが必要である。

(2) 救急搬送先の選択

平成28年度調査では自殺企図者が精神科標榜のある医療機関に搬送される傾向があり、その傾向は平成21年度調査では認められなかったことである。自殺企図者には精神的関わりが望ましいと考えるが、その一方で、自殺企図者が精神科標榜のある医療機関にしか搬送されないという事態となってしまうと、搬送先の確保が難しくなる懸念もある。したがって、今後、搬送の実態について調査し、どのように搬送先を選択することが最も患者の不利益にならないか検討する必要がある。

(3) 救急医療機関受診後のケア

精神科標榜のある救急医療機関と精神科標榜のない救急医療機関で、リスク評価という点で対応の差が見られた。自殺企図者の再企図予防には、企図直後からのケアマネジメントが有効であることが示されている。多くの救急医療機関がケアマネジメント介入を実施できれば望ましいことであるが、容易ではない。精神科医が配置されていない機関では困難であろうし、他の医療機関に通院中の患者である場合にどこまで救急医療機関が関わるかという問題もある。提唱されているケアマネジメントの実施が難しくても、少なくとも、受診した自殺企図者を適切に評価したうえで、初期の心理教育を実施し、通院中の場合には通院先と連携するといった介入は必要と思われる。今回、精神科標榜のある救急医療機関と精神科標榜のない救急医療機関で対応の差が見られたことから、今後、救急受診患者の予後調査を実施することができれば、こうした介入の予防効果について明らかにすることができるだろう。

精神科病院の長期入院患者を退院支援につなぐためのしくみづくりに関する研究

神奈川県精神保健福祉センター

○鈴木 圭子、山田 正夫、星野 美保、石井 利樹、川本 絵理
玉置 司（神奈川県がん・疾病対策課）

1 背景

神奈川県では平成 16 年度に退院促進支援事業を開始し、ピアサポーターの養成、ピアサポーターによる病院訪問等の活動を行い、精神障害者の地域移行の促進を図っている。しかし、地域移行・地域定着支援の個別給付件数は伸びておらず、長期入院患者数の削減につながる取組に発展していないのが現状である。また、平成 24 年度に、地域移行支援と地域定着支援が市町村の障害福祉サービスとして個別給付化されたことに伴い、県保健福祉事務所がこれにどう関わればよいのか等の役割が見えにくくなったことも、地域における地域移行の取組が進まない要因のひとつと考えられた。

2 目的

当所では、精神保健福祉分野での広域調整の役割を果たす県保健福祉事務所の機能を活用し、地域移行の促進のための取組を行うことが有効ではないかとの仮説のもと、ひとつの障害保健福祉圏域の関係機関の協力を得て、実際に長期入院患者を地域移行支援につなげる取組を「地域につなげようプロジェクト」として立ち上げた。そのプロセスを評価・検証していき、今後、他地域においても地域移行支援の取組が進められるよう地域支援体制のあり方について考察していくことを目的とした。

3 調査概要

(1) 対象地域

県西障害保健福祉圏域
・ 2 保健福祉事務所
・ 2 市、8 町

(2) 実施時期

平成 28 年 9 月
～平成 30 年 3 月

(3) 実施内容

① 会議の開催

○県西圏域・地域移行のための医療と福祉の連携会議

県西障害福祉圏域における 20 機関（事務局含む）を構成員とした会議の開催

○部会

小田原保健福祉事務所管内における 13 機関（事務局含む）を構成員とした会議の開催

② 長期入院者の実態調査

県西障害保健福祉圏域における精神科病院 3 ヶ所を対象に聞き取り調査

③ 個別支援

地域移行支援（個別給付）の開始を目指し、聞き取り調査の中から選出した入院患者に面会

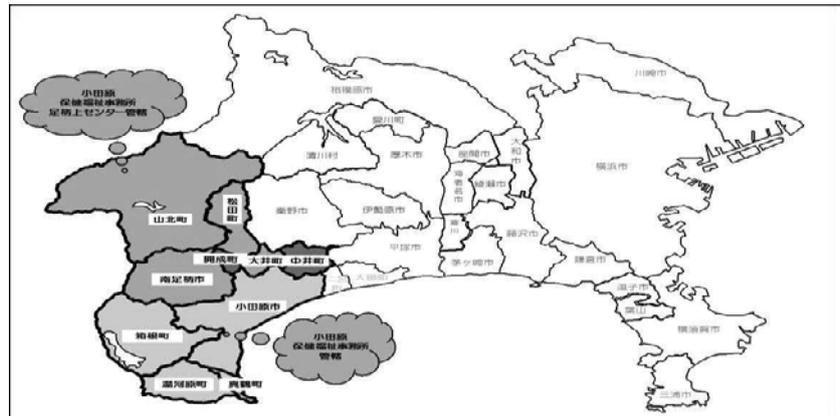
④ 人材育成

平成 28 年度は、精神障害者への理解の促進を図るための研修会の開催

平成 29 年度は、連携の強化を図るための研修会の開催

⑤ 地域診断

県西障害福祉圏域の社会資源を把握し、基礎資料の作成



4 結果概要

地域で具体的な取組について協議するためには、地域の長期入院者の実態把握が必要不可欠であり、県保健福祉事務所が所管域の精神科病院とのつながりの中で、精神科病院の長期入院患者数の把握を行うことは有効であることがわかった。具体的に市町ごとの人数を調査し、その中から地域移行支援（個別給付）の対象者をいかに選出していくかについては、関係機関と協議しながら可能な形を模索した。

病院内の調整、各機関の役割の整理や調整等、時間を要する事柄が多く、長期入院患者との面接までは実施したものの、期間内で長期入院患者を地域移行支援（個別給付）につなぐことはできなかった。しかし、長期入院患者が希望する生活が送れるように地域の関係機関が一体となって支援体制づくりを継続していくことの意義については関係機関と確認できた。

5 考察

この調査研究では、当所が県保健福祉事務所の機能をモデル的に代替し、精神科病院における精神障害者の長期入院患者の実態を明らかにし、関係機関と協議しながら取組を行った。その結果、出席した関係機関職員の意識の変化がみられた。当初は地域移行支援（個別給付）は難しいという発言が各関係機関からあがったが、研修会を通しての理解の促進、ピアサポーターの発信による意識の変化もあり、取組後半は前向きな意見交換が出来るようになった。「県西圏域・地域移行のための医療と福祉の連携会議」の最後の会議開催にあたり、構成員にこれまでの取組を振り返るアンケートを実施し、各関係機関からの意見、感想をまとめ、会議で共有した。アンケートでは、期間内でできなかった課題解決に向けた具体的な取組についての意見が出たが、取組については概ね評価された。各機関から、精神障害者の地域移行をテーマとしつつ、精神障害者が暮らしやすい地域づくりに視点をあてた継続的な取組の必要性について意見があがっており、2年間にわたる今回の取組は、県西圏域の関係機関が精神障害者の地域移行の課題を一緒に考え、それぞれが出来る役割を意識し動き出すための土壌作りとなった。

6 今後に向けて

今後の各地域での精神障害者の地域移行の促進の参考となるよう、本取組を基にパッケージ案を作成した。地域移行支援（個別給付）につなげるためには、病院と地域の協力体制の確立と各関係機関の役割分担が必要であること、また、ピアサポーターの協議の場への参画や長期入院者との交流が取組において有効であることを今後も発信していきたい。

取組の進め方の提案（おすすめレシピ）

- 1 事前の調整を行う
 - ・関係機関に取組目的やスケジュール等の説明
 - ・会議出席者の調整
- 2 会議を開催する
 - ・取組方法の検討や共有
- 3 地域の特性や課題の共有を行う
 - 3-1 即時に解決するものでない課題は今後の地域での取組に引き継ぐ
 - 3-2 地域生活ナビゲーションセンターの出席を求め、精神保健福祉分野での地域課題を圏域自立支援協議会に伝えていく
 - 3-3 病院訪問の実績のあるピアサポーターからの意見発信に、支援者が耳を傾けて意見交換する
- 4 地域移行支援（個別給付）に向けた取組についての合意を図る
- 5 支援者みんなが連携して取組めるような体制づくりを図る
 - ・病院内の支援チームと地域の関係機関の連携体制
- 6 地域移行支援（個別給付）対象者選出をする
 - ・長期入院患者の市町村ごとの人数を明確にする
 - ・その方たちをリスト化する
 - ・具体的な検討を行う
- 7 対象者支援の中から見えた課題を地域課題とする
- 8 地域移行支援対象者を選出できたら成果を共有する
 - ・プロセスをフロー図にする
- 9 担当者レベルから組織レベルへの合意を図る

岡山市こころの健康センターにおける地域移行支援の取り組み
 —平成 29 年度精神科病院入院患者実態調査の活用について—

岡山市こころの健康センター

○木本 達男 作野 祐子 太田 順一郎

1 はじめに

岡山市こころの健康センターでは、平成 22 年度から精神障害者地域支援システム整備事業として長期精神科病院入院患者（以下、長期入院者）への地域移行支援を行っている。支援の対象者は、岡山市が実施する生活保護累積金調査への同行、市長同意入院者の現状調査への同行や病院からの支援相談で把握をしてきた。しかし、この方法で把握のできる長期入院者は一部であった。そこで、平成 29 年度に岡山市内の精神科病院に対して長期入院者の全数調査を行い、受け入れ条件が整えば退院可能な長期入院者を把握した。また、平成 30 年度からは把握した情報に基づいて支援を開始している。本発表では平成 29 年度に実施した長期入院者の全数調査の概要及びその結果を活用した支援状況について報告する。

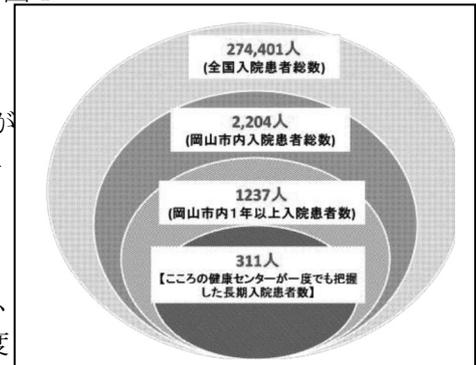
2 平成 29 年度の長期入院者の全数調査実施までの経過

当センターで平成 22 年度から前述のとおり、生活保護累積金調査への同行等で対象者を把握し、平成 28 年度末までに 311 人の長期入院者へ支援を行った。支援内容としては、個別面接、外出やグループ活動等を行い、35 人が退院することができた。

しかし、平成 27 年度の 630 調査の結果によると、岡山市内の精神科病院入院患者総数は 2,204 人で、1 年以上入院患者数は 1,237 人となっていた。その結果からすると、当センターで把握が
 出来ている長期入院者は全数の 25%程度にとどまっており、ニーズのある長期入院者に支援が出来ていないと考えた。（図 1）

そこで、岡山市内の長期入院者の実情を把握し、当市における地域移行支援事業のさらなる推進のための基礎資料とするため、岡山市精神科病院入院患者実態調査（以下、調査）を平成 29 年度に実施した。

図 1



3 調査の概要

(1) 調査対象

岡山市内精神科病院に1年以上入院している患者（平成 29 年 10 月 31 日時点）

(2) 調査期間

平成 29 年 12 月 1 日～平成 29 年 12 月 31 日

(3) 調査方法

岡山市内の 8 病院に調査項目を配布し回収

(4) 調査項目

- ①氏名 ②性別 ③生年月日 ④疾患名
- ⑤日常生活に支障をきたしている身体疾患
- ⑥日常生活における介助の必要性
- ⑦入院形態 ⑧在院期間 ⑨生保受給の有無
- ⑩主治医から見た現時点での退院可能性
- ⑪退院阻害要件

(5) 調査結果

岡山市内の精神科病院に1年以上の長期入院者は1,126人であり、市内の精神科入院患者全数の約半数であった。長期入院者の内訳として、年代別には「60代」が最も多く287人(25%)、次いで「70代」が多く285人であった。(図2) 在院期間別では「5年～10年未満」が最も多く251人(22%)、次いで「20年以上」が多く202人(18%)であった。(図3) 主治医から見た退院可能性別では、「症状残存で入院継続」が最も多く392人(35%)であった。一方、「寛解だが社会的入院」が114人(10%)、「症状残存だが支援により退院可能」が209人(18%)で、受け入れ条件が整えば退院可能と判断された長期入院者が計323人(28%)であった。(図4) なお、323人の内、60歳以下の入院者は54人であった。

図2

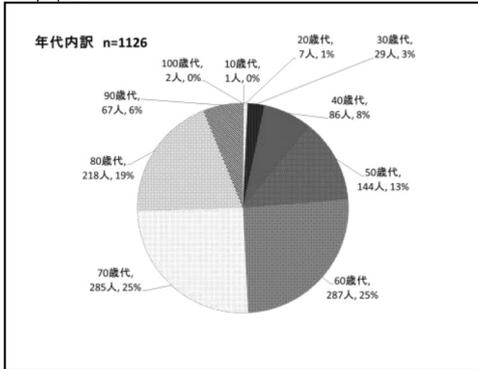


図3

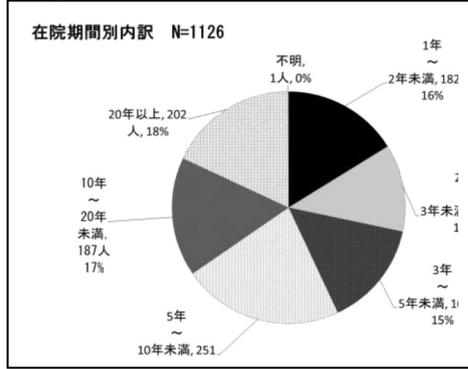
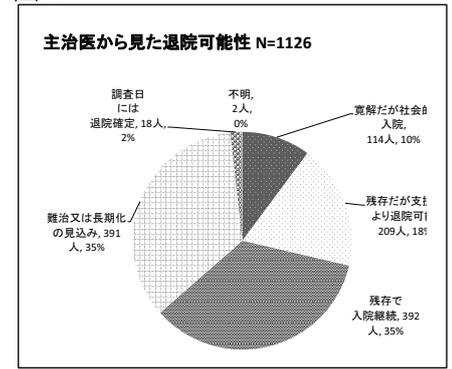


図4



4 調査結果の活用状況

この調査により、岡山市内の精神科病院に1年以上の長期入院者すべてを把握することができた。そのデータには、主治医から見た退院可能性及び、退院阻害要因も含まれている。我々が既に発表したように、主治医を含む病院職員と我々のような地域支援者の間には、同一の入院患者の退院可能性の見込み方に差がある。しかし、現時点では、我々は今回の調査における主治医から見た退院可能性を目安として、入院患者との面接・支援の計画を立てつつある。

まず、60歳以下の長期入院者54人をリストアップし、平成30年4月に市内の各精神科病院に当センター職員が支援を開始したい旨を伝えた。そして、各精神科病院内で検討された結果、24人に対して支援依頼があったため、平成30年7月から個別支援を開始した。

また、地域移行支援を推進するためには、地域支援事業所と精神科病院の連携の強化が必要であると考へ、意見交換の場として、地域移行支援連絡会を今年度から開催している。

新たに支援を開始した入院者は従来の、生活保護累積金調査への同行等では把握できておらず、今回の調査を行ったことは大変意義があったと考へる。また、障害福祉サービスの地域移行支援の利用実績が低調である現状において、意見交換の場として地域移行支援連絡会を開催することは、地域移行支援の促進につながると考へている。

今後も調査結果を活用し、一人でも多くの長期入院者の地域移行を実現させたい。

<引用文献>

川上真紀 土器悦子 太田順一郎 岡山市の退院支援～退院意欲の低い入院患者との協働～ 病院・地域精神医学 59 (2) : 185, 2017

福島県精神障がい者アウトリーチ推進事業の立ち上げと活動について

福島県精神保健福祉センター

○後藤 大介 板橋 亮 我妻 沙織 鈴木 清香 三井 郁映

1. はじめに

わが国における精神科医療は、長らく入院中心が一般的であったが、治療法の進歩や地域精神保健福祉資源の拡充により、入院治療の必要性は低下してきている。平成 16 年には精神保健医療福祉の改革ビジョンが示され、従来の入院医療中心から地域生活中心へ国が示す方針は大きく舵が切られた。これにより、精神障がい者を地域で支える体制の整備が進められてきた。さらに、近年においては、当事者から発信されたリカバリーの考え方が拡がりを見せ、治療者側の視点も症状の抑制と自己管理への取り組みを経てストレングスモデルが重視されつつあり、社会全体として主観的ウェルビーイングやパーソナル・リカバリーへの関心が高まりつつある。

当事者のリカバリーを支援するにあたっては、当事者や家族のニーズに寄り添い、権利を擁護し、制度を調整するといった社会的準備が前提となる。その上で、これまでに積み重ねられた研究知見や経験から、包括的生活支援、個別就労支援、家族心理教育、さらにオープンダイアログや治療の共同意思決定といった実践が、効果的とされている。

リカバリー支援の基本的な姿勢は、当事者主体であること、支援者が協働し、当事者が力を引き出せる工夫をすること、などがあげられる。従って、当事者への支援には個別的で柔軟かつ効果的な対応が求められるため、支援者の姿勢は、待ちの姿勢ではなく当事者のもとへ出かけていく、つまりアウトリーチを基本に据えることになる。すなわち、リカバリー支援とアウトリーチは不可分の関係にあると言える。

国は、精神障害者アウトリーチ推進事業（平成 23 年度－平成 25 年度）を経て、医療機関への未受診者やひきこもり状態の者に対する支援を、都道府県主体で地域生活支援事業のアウトリーチ事業により行うこととした。このような対象者は、一般に医療や福祉上の契約を取り付けることが困難なことが多く、契約を前提としない行政型アウトリーチの役割が期待される。行政型アウトリーチの役割としては、医療導入の必要性や可能性の検討、障害福祉サービスへのつなぎ、地域で支える連携構築などがあげられる。

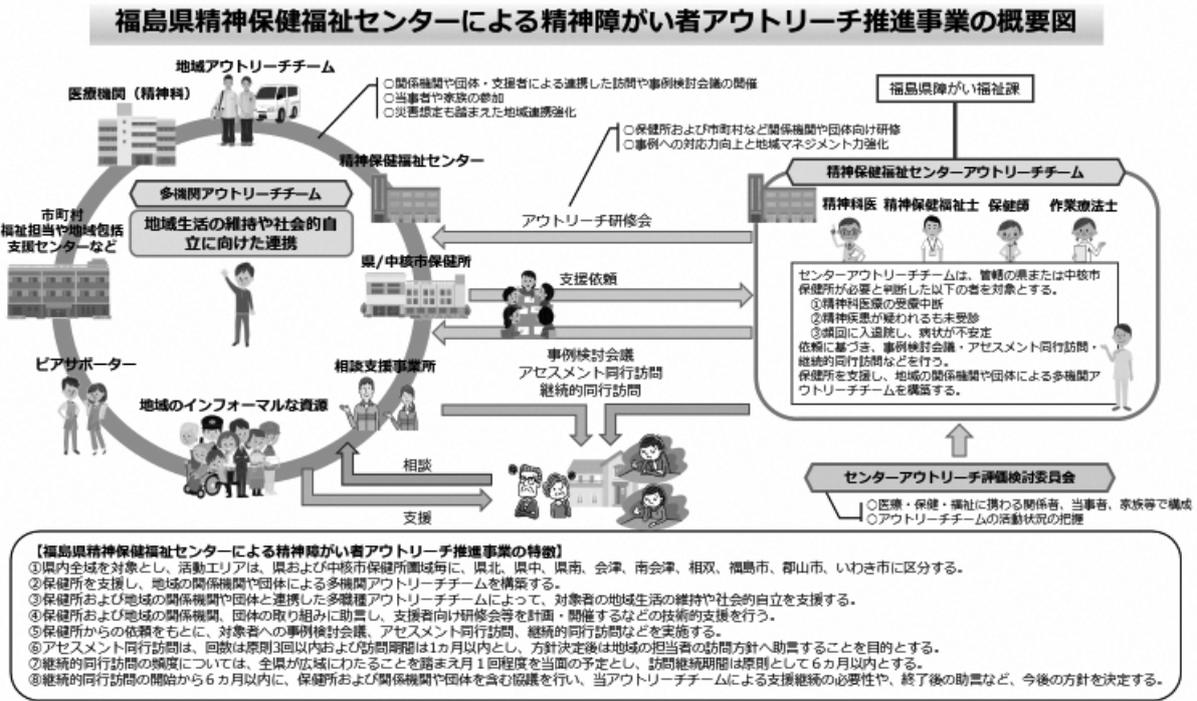
以上を背景に福島県において新たに始まった精神保健福祉センターによる精神障がい者アウトリーチ推進事業について報告したい。

2. 福島県精神障がい者アウトリーチ推進事業

本事業は、精神保健福祉センター（以下センター）に行政型のアウトリーチチームを設置し、県内各保健所圏域へのアウトリーチおよび地域連携構築を推進するものとして計画され、平成 30 年 7 月 1 日から運用が開始された。対象者は、医療中断、精神障害が疑われるも未受診、病状不安定のいずれかの者とし、基本的な支援方針は、地域生活を維持し社会的な自立に向かえるようかかわっていくこととしている。アウトリーチチームは、保健所や市町村職員などと同行訪問し対象者の医学的評価を含め生活機能全般をアセスメントするほか、事例検討会に参加し助言する、保健所による地域の精神保健福祉資源の連携構築を支援する、などの役割を担う。

本県のアウトリーチ推進事業は、岡山県精神保健福祉センターによるネットワーク型アウトリーチチーム方式（岡山モデル）を参考とした。岡山モデルを参考とした主な理由は、同モデルによるアウトリーチが精神保健福祉センター単独によるのではなく保健所や市町村をはじめとした地域資源との連携と協働を前提としているためである。人的そして財政資源において制約のある行政機関がアウトリーチ活動を実践するうえで、関係機関や団体との連携や協働は重要である。われわれは、このような多機関に

よる連携協働体を多機関アウトリーチチームと呼んでいる。また、同モデルにおいては、保健所による地域連携マネジメントを前提とし、その連携を精神保健福祉センターが支援するシステムであることも理由にあげられる。保健所の地域連携マネジメントには、圏域ごとに差があるのが実情ではないだろうか。われわれは、多機関アウトリーチチームの要になるのは保健所と考えており、県内全ての圏域で保健所が役割を担えるよう支援する方針である。さらに、本事業を通して構築される地域や機関のつながりが、災害想定を踏まえた地域連携強化、すなわち、有事対応の平時化にも役立つと考えられる。



3. 事業開始後の経過

まだ運用後間もない本事業だが、われわれは、9月現在までに全県9つの圏域中7圏域から事例相談を含め16件の依頼を受け、アウトリーチ活動を行っている。事例を担当する保健所や市町村の保健師にはこれまで以上に柔軟性と連携の視点が求められ、戸惑いが少なくないのが実情である。さらに、精神保健福祉資源の地域による偏在もあり、多機関アウトリーチチームメンバーやつなぎ先の確保が難しいことも感じている。一方、実際のかかわりを通して当事者の多様な変化を経験し、自治体の福祉担当部門や地域の資源との連携を図るなど、われわれも地域の保健師も多くの学びを得ているところである。

また、われわれのアウトリーチ活動は、地域で連携する文化を作っていくという役割が大きく、生活に関わる支援は、センターを含む地元の機関による多機関アウトリーチチームで担う方針である。このため、われわれのアウトリーチチームについて、地域精神保健福祉連携支援チーム (Regional Mental Health and Welfare Cooperative Assistance Team ; ReMWCAT) という呼称も考えている。

4. 今後に向けて

現在提供できるサービスの多くが医療につながらないと利用できないため、受診ありきでは特に本事業の対象となるような方々は、不利な状況にあると言えるだろう。アウトリーチを推進していくには、わが国の精神保健医療福祉制度上の改善や改革も望まれる。われわれは本事業を通しより多くの知見を蓄積させ、今後とも経験と学びを報告していきたい。

最後に、われわれは、本事業を通し、当事者の権利と意思と能力が尊重されコ・プロダクションとリカバリーを実現する地域システムの構築に、少しでも貢献できるよう努めていきたい。

妊産婦メンタルヘルス支援における地域連携システムの構築 ～周産期メンタルヘルス外来の開設～

静岡市こころの健康センター
○小長井好美、伊藤萌、松本晃明

1 はじめに

当市では、平成 20 年より新生児訪問でエジンバラ産後うつ病質問票とボンディング質問票を活用する等、妊産婦メンタルヘルス支援に力を入れてきた。平成 31 年 1 月には産婦健康診査を開始予定であり、今後さらに支援が必要な妊産婦が把握されることが考えられる。そこで当センターでは、支援が必要な妊産婦の対応の一環として、平成 30 年 1 月より周産期メンタルヘルス外来を開設した。開設までの経過と、今後の取り組みについて報告する。

2 取り組みの経過

(1) 地域のニーズ把握

当市は人口 696,465 人(平成 30 年 5 月末)、年間出生数 5,140 人(平成 27 年度)である。

当センターでは、平成 28 年度に地域保健活動におけるメンタルヘルス課題の把握のため、保健福祉センターや子育て世代包括支援センター等の保健師が所属する相談支援機関 29 か所にアンケートを実施した。その結果、母子保健分野の支援において①保健師が自分の実施している支援内容が妥当なのか悩んでいること、②精神分野で協働できている支援機関が少ないという現状がわかった。

(2) 背景～国の動き

平成 13 年から開始された「健やか親子 21(第1次)」において、産後うつ病の発生率の減少が目標の一つとされ、平成 27 年度より始まっている「健やか親子 21(第2次)」においても、切れ目のない妊産婦・乳幼児への保健対策のなかに産後うつ病対策があげられた。平成 29 年 1 月に開かれた「第3回新たな自殺総合対策大綱の在り方に関する検討会」では、妊産婦の自殺数が一般女性の自殺数の3分の2に及ぶと報告された。同年7月に閣議決定した自殺総合対策大綱のなかの重点施策「社会全体の自殺リスクを低下させる」において、妊産婦への支援の充実として①産後うつ症状の早期発見、②乳幼児健診を通じた育児の悩みを抱える母(家族)支援など、関連する施策との連携の必要性が指摘された。

平成 29 年3月に厚生労働省より産婦健康診査事業の実施にあたっての留意事項についての文書が出され、精神科と産科、地域支援機関との連携について提示された。これらを受けて、当センターで周産期メンタルヘルス外来開設の検討を行うこととなった。

(3) 連携を目指したシステム作り

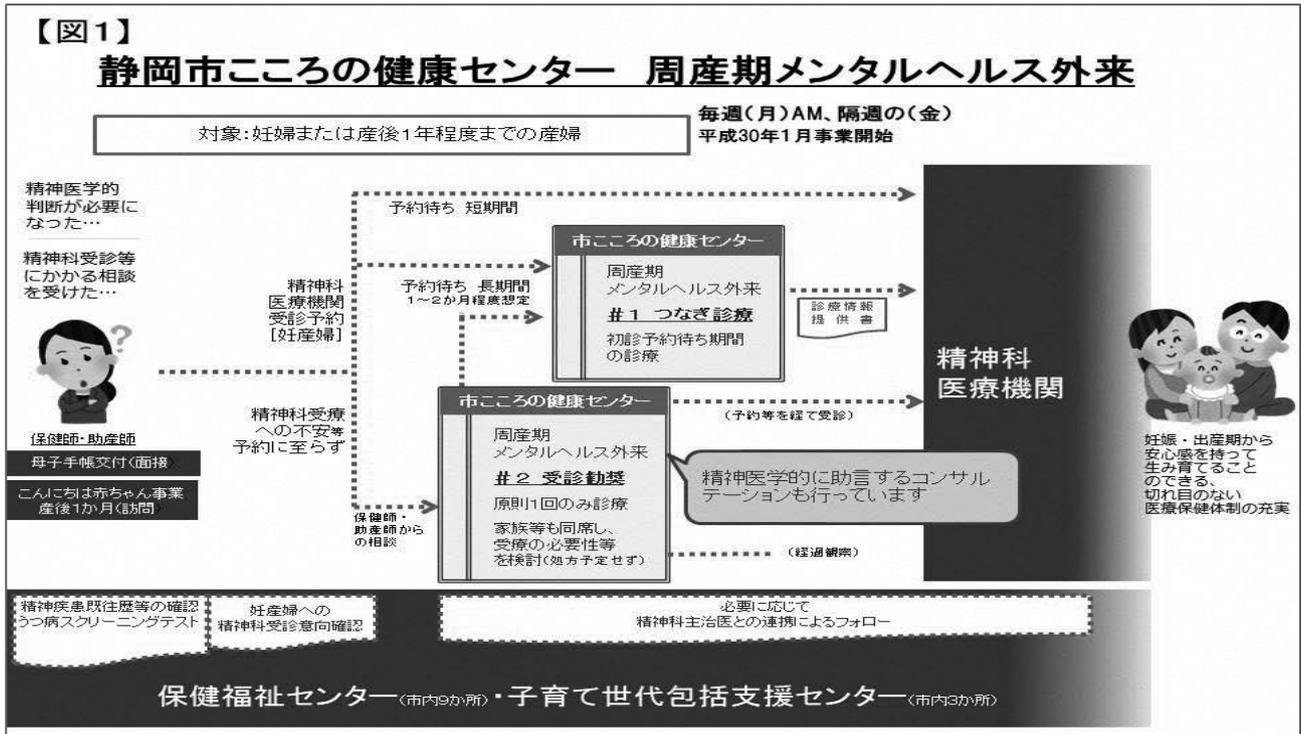
当事業開始にあたり平成 29 年8月に、地域の母子保健分野でメンタルヘルス問題を抱えた妊産婦がどの程度存在するのか把握するため、市内9か所にある保健福祉センターを対象に調査した。その結果、保健師が医師に相談したいケースが年間30人ほど、医師に診察を依頼したいケースも同程度いる状況が把握された。また、受診させたいケースのうち実際に医療につながられたのは66.7%であることがわかった。

当市では精神科初診予約の待ち期間が1～2か月と長い傾向にあることが長年課題となっていた。産後うつ病の早期治療と重症化予防のためにも、治療が必要な妊産婦を速やかに医療につなげる必要があると考え、当センターでは、予約期間が長いケースの予約日までのつなぎ診療と支援者へのコンサルテーションを目的に周産期メンタルヘルス外来(図1)を開始した。

(4) 普及のための活動と今後の取り組み

当事業の周知のため、平成 29 年 11 月～12 月に市内 5 か所の精神科病院と 18 か所の精神科クリニックを訪問、6 か所の精神科クリニックに電話等で事業を説明した。また平成 30 年 1 月、地域医療においてのうつ病の発見力と対応力の向上を目的に、妊産婦メンタルヘルスをテーマに「かかりつけ医心の健康対応力向上研修会」を開催した。研修会では市内総合病院の産婦人科医師を講師とし、地域医療におけるクリニックと総合病院の連携強化を目指し、48 名が参加した。

さらに平成 30 年 8 月に、当事業の従事医師と地域支援機関（保健福祉センター、児童相談所等）との顔つなぎを目的に地域の活動現場の視察を実施し、平成 30 年度末には市内産婦人科医会にて、事業説明をする予定である。



3 実績(平成 30 年 1 月～7 月末)

- ・直接支援 外来 2件、面接 2件
- ・支援機関へのコンサルテーション

支援機関(市職員)から支援内容の相談 20 件、医療機関からの相談 1 件、ケース会議 3 件

※外来については、産婦健診開始後に利用者が増加することが予想されるが、現在はコンサルテーションの利用者が多い。コンサルテーションを実施することで、支援者の対応力向上が見込まれる。

4 考察及び今後の展開

当市では母子手帳交付時から支援を始め、新生児訪問、育児相談や幼児健診等の一連の事業をとおして、生まれる前から就学までの切れ目のない支援を提供できるように取り組んでいる。今後産婦健診が始まることで産科医と精神科医の連携が強まり、地域保健だけではなく地域医療も加わったメンタルヘルス支援が展開していくことが予想される。そのなかで、精神疾患の既往があるまたは精神疾患患者が妊娠した際に、精神科・産科・地域支援機関がなめらかに連携して支援できるような体制を整備することが望まれる。そのためには、支援者がお互いに気軽に相談できる関係を構築することで、妊産婦の精神症状だけでなく家庭環境の調整やサービス調整等を含めた包括的な支援が実践できると考えられる。

当センターでは、周産期メンタルヘルス外来の利用をきっかけに、対象者が適切に医療につながることに加え、各支援者が協働して支援ができるよう、事業の充実を目指していきたい。

精神科救急対応から地域支援への導入
～地域包括ケアシステムの実現に向けて～

川崎市精神保健福祉センター

○斉藤礼、富田守克、反町裕、鈴木辰義、金谷有基
柴崎聡子、津田多佳子、熊倉陽介、竹島正

1 背景・目的

近年、精神保健福祉法第 23 条等による通報件数の増加という形で市民のクライシスコールが発信されることが増加し、通報対応から退院後の保健・医療・福祉的支援に至る支援の連続性を確保することの必要性が高まっている。そこで、個別支援が必要な事例では、より効果的な支援を行うことを目的として、平成 29 年 4 月から精神保健福祉センターと 3 障害者センターの間で、職員同士が顔を合わせての通報のあった事例の情報共有と今後の支援方針策定のための「精神保健福祉センター・障害者センター等事例検討会議」（以下「検討会議」とする）を定期的に開催しているので報告する。なお、障害者センターとは精神保健福祉センターの分室機能を持ち、複雑困難な対象者に対してアウトリーチを含めた相談支援を行っている機関であり、通報事例における地域支援の調整及び実施の重要な役割を果たしている。

2 対象・方法

検討会議の参加者は、センター所長、担当課長、医師、精神科救急職員、各障害者センター係長、職員等で、警察官通報（法 23 条）に限らず、法 22 条から 26 条までの全通報事例を対象とし、措置診察要否判断から診察結果までの一連の過程を振り返り、個別の事例について支援介入の必要性を検討している。また、区役所で対応した経緯がある場合は、各地域で既に得られている情報も集約し、今後の支援方針に反映している。なお、今回の報告では平成 29 年 4 月 1 日から平成 30 年 3 月 31 日までの通報事例について分析した。分析の対象は、措置診察を実施しなかった事例及び、措置診察の結果、措置不要となった事例も含む。

3 結果

平成 29 年度は全 361 件であった。性別は男性 211 件（58%）、女性 150 件（42%）であった。年齢階級別では、20 歳未満 23 件（6%）、20 歳以上 40 歳未満 143 件（40%）、40 歳以上 70 歳未満 163 件（45%）、70 歳以上 32 件（9%）であった。

措置診察実施は 282 件（78%）、不実施は 79 件（22%）であった。措置診察実施の診断名は、F2(統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害)126 件（45%）、F3(気分[感情]障害)48 件（17%）、F4(神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害)29 件（10%）等であった。

検討会議における、今後の支援方針は、「連携支援」（連携支援が必要と判断した、あるいは会議の時点で既に連携支援が開始されていた）58 件（16%）、「アプローチ探索」（何らかの地域支援構築が必要と考えられるが、情報が不足しており、入手の必要がある）109 件（30%）、「相談時対応」（積極的な対応は取らない。取るとしても区役所等に事実情報の提供にとどまる）150 件（42%）、「その他」（いずれにも該当しない）44 件（12%）であった。

4 考察

川崎市では、精神保健福祉センターが通報受理後の診察要否判断から被通報者移送、診察立ち合い、措置消退届受理までの中心を担っているため、被通報者については精神保健福祉センター精神科救急担当に様々な情報が集まる。これまで区役所の関係部署に情報の引継ぎを行うものの、それを統合して地域支援に役立てることは行われていなかった。検討会議の実施によって、実際に通報の際に関わった精神科救急担当の職員と、今後支援に携わる職員が情報共有を行い、従来は支援が必要だが届かなかったケースに対しても役割分担を明確にして支援方針を策定できるようになり、退院後の保健・医療・

福祉的支援の連続性の確保は進みつつある。会議を開催する中で、公民の連携支援の在り方や要対協との連携の課題が挙げられているが、これらの取組を持続可能なものとするためには、月1回の検討会議におけるレビュー以外の迅速な情報共有や、障害者センターや区役所保健福祉センターにおける支援の状況を共有して適切な対応を促していく情報システムの導入、業務負荷を踏まえての業務体制の整備、情報の扱いも含めて関係機関との連携支援を可能にする仕組みの構築が求められる。

5 結語

検討会議の実施により、通報からの一連の対応を地域生活支援に効果的につなぐことができるようになった。これらの取組は、川崎市における全ての地域住民を対象にした地域包括ケアシステムの構築にも貢献するものである。

平成 29 年 7 月九州北部豪雨における福岡 DPAT の活動報告

福岡県精神保健福祉センター

○楯林英晴、岡島祐子、山本慶子、児玉三千恵

1. はじめに

平成 29 年 7 月 5 日、福岡県から大分県にかけて観測史上最も多い豪雨を観測。朝倉市や東峰村及び大分県日田市に甚大な被害が生じた。福岡県は、朝倉市では 7 月 10 日～9 月 15 日、東峰村では 7 月 11 日～7 月 26 日の間、合計 13 班の DPAT を派遣した。

今回は、この派遣の活動概要を報告し、成果及び課題について検討する。

2. 被災地の概要

1 豪雨による被害状況

福岡県の被害は、死者 35 名、重傷者 7 名、軽傷 9 名、行方不明者 3 名、家屋被害 2505 件（全壊 270、半壊 832）、道路被害 640 件、橋梁被害 95 件、河川被害 474 件、土砂被害 221 件（がけ崩れ 219 件、地滑り 2 件）だった（平成 29 年 12 月 21 日時点）。

2 精神科医療機関、医療機関、保健所の被災状況

地域の精神科医療機関の被害はほとんどなく、通常通りの診療が行われた。

3 避難所の状況

避難所の数及び避難者数は、7 月 9 日時点で、10 か所 1068 人（朝倉市）、10 か所 288 人（東峰村）だった。

3. DPAT 派遣の経緯

7 月 7 日健康管理支援チーム第 1 陣に DPAT 統括が同行。7 月 9 日 DPAT 調整本部を立ち上げ、避難所における精神障がい者のケアと避難所運営支援及び在宅精神障がい者の通院支援を目的に、こころの健康づくり推進室と協議して DPAT 派遣を決定した。

4. DPAT 活動の概要

1 DPAT 調整本部

調整本部は健康増進課こころの健康づくり推進室に置き、①DPAT 活動の方針策定②DPAT 事務局との連絡調整③福岡県災害対策本部への情報提供など県庁内の連絡調整④隊員への出動依頼⑤福岡県健康管理支援チームの日報分析等被災地の情報収集、整理を行った。統括は精神保健福祉センターにおり調整本部の活動を行うとともに、保健所や市、村の保健師等との連絡、調整、各隊が使用する資料の作成及び各隊への助言、指導など精神保健福祉センターが行った活動拠点本部的役割の指揮を執った。

2 現地での DPAT 活動

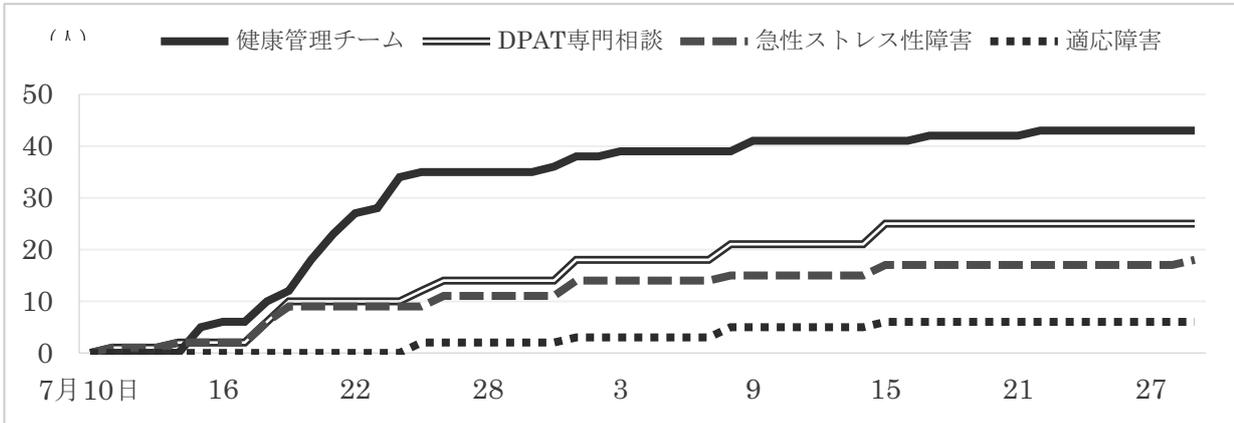
	7/10	7/11	7/14	7/18	7/19	7/25	7/26	8/1	8/8	8/15	8/22	8/29	9/15
医師	県	県	県	太	県	福	県	福	太	北	県	太	県
保	県	県	県		県	県	県	県	県	北	県	県	県
看				太									
ロジ	県	県	県	県太	県	県	県	県	県太	北	県	県	県

7 月 10 日（朝倉市）及び 11 日（東峰村）にニーズのアセスメントを行い、ひとまずそれぞれの地区で 1 チームが週一回活動することとした。チーム構成は上記の表に示す（福岡県（県）、北九州市（北）、福岡市（福）、県立精神医療センター太宰府病院（太））。

活動内容を下記表にまとめた。毎日活動する健康管理支援チーム及び北筑後保健所と密に連携をとり、必要時には緊急に出動することになっていたが、緊急出動は 7 月 14 日の 1 回のみだった。

内容		日にち								
		第1週 7/5-11	2週 7/12-18	3週 7/19-25	4週 7/26-8/1	5週 8/2-8	6週 8/9-15	7週 8/16-22	8週 8/23-29	9週~ 8/30-9/15
出動	朝倉市	↑	↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑	↑	↑	↑	↑
	東峰村	↑		↑	↑					
避難所巡回		●	●	●	●	●	●	●		
こころの相談				●	●	●	●		●	
相談者数		45	34	16	18	11	13	8(6)	8	6(6)
診療相談数		1	4	8	10	7	9	8(6)	5	6(6)
啓発	住民			●						
	子ども			●	●					
	支援者				●					
市・村と協議					↑				↑	
支援者支援								●		●
マスコミ取材		●	●	●	●●●	●			●	●
健康管理支援活動	朝倉市								~9/1	
	東峰村				~7/29					

(注) ()内の数字は、朝倉市職員の面談数を再掲



上記図に健康管理支援チームがメンタル面で心配であると日報で挙げた人の累計と、DPAT で診療相談を受けた被災住民の累計、及びそのうち急性ストレス反応及び適応障害の数を示す。

5. 活動の終結

DPAT 派遣の終了時期は、避難所の被災者ニーズが減少したこと及び健康管理支援チームの活動終了時期を勘案し、DPAT 調整本部が北筑後保健所と協議して、決定した。

6. まとめ

今回の豪雨によって福岡県においては朝倉市及び東峰村の全域にわたり同時多発的に山崩れが生じ甚大な被害をもたらされた。役場、管轄保健所及び災害拠点病院をはじめとする医療機関の機能は被害を免れており、発災後速やかに保健所長が指揮を執り地域の災害支援体制が敷かれた。多種多様な支援団体が入ることによる地域の混乱も目立つことがなかった。そんな中で DPAT は地域の災害時精神保健活動の補完及び下支えを行った。また、活動後期には行政職員に対する面談を行った。地域においては、遺族訪問など住民への支援、行政職員への面談等による支援が引き続き行われており、精神保健福祉センターはその活動に協力している。

7. 活動を通じての課題

- 1 広域災害、局所災害いずれでも、地域における DPAT 活動の仕組みを構築する必要があり、そのためには、県、政令市、太宰府病院、大学病院、民間病院等の協力が必要である。
- 2 県の災害対策本部が立ち上がった時に速やかに DPAT 統括に情報が伝わる体制及び DPAT 隊員間での DPAT 活動の情報の共有など、県内情報ネットワークの充実が必要である。

鳥取県における措置入院解除後の経過(平成21~29年度) 及び 支援マニュアル運用状況

鳥取県立精神保健福祉センター ○原田 豊、元木順子
田村有希、松下詩乃
鳥取県福祉保健部障がい福祉課 南家希伊子

1 はじめに

平成30年3月、厚生労働省は、精神障害者が退院後にどこの地域で生活することになっても医療、福祉、介護、就労支援などの包括的な支援を継続的かつ確実に受けられることを目的に、「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」を作成した。これに先立ち、鳥取県では、措置入院患者が、退院後、地域で安心して生活できる支援体制を構築することを目的に、「鳥取県措置入院解除後の支援体制に係るマニュアル」を作成した。このマニュアルに基づき、本人、家族、支援者等で話し合いながら、県(保健所)が、退院後支援計画を作成、対応することとなった。今回、措置入院が解除されるときに提出される措置消退届をもとに、鳥取県の措置入院解除後の経過について調査を行うとともに、平成29年度の鳥取県マニュアルに基づく支援状況について報告する。

2 鳥取県における措置入院解除後の経過(平成21~29年度)

(1) 対象と方法

平成21~29年の9年間に、措置消退届が提出された170人(男113人、女57人)を対象に調査を行った。年齢は、46.0±17.6歳(平均±標準偏差)であった。男46.0±16.4歳、女45.1±20.0歳と、男女差は認めない(図1)。

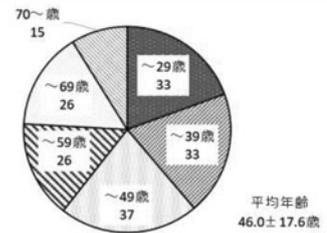


図1 平成21~29年度、措置入院者の消退届からみた年齢割合

(2) 結果

① 対象者の主たる疾患ICD-10コード別の主たる疾患(図2)

F2(統合失調症等)が92人(54%)、F3(気分障害)が39人(23%)と、全体の4分の3以上を占めていた。170人中56人(33%)は他害行為を認めず、F3では、39人中25人とおよそ3分の2が、他害行為はなく、自殺企図等によるものであった。

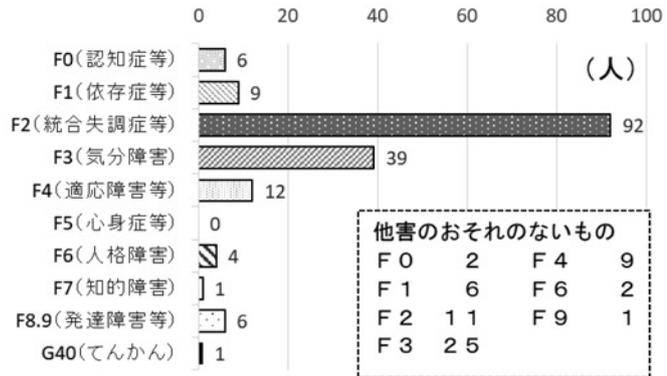


図2 平成21~29年度、措置入院者の消退届からみた主たる病名 (n=170)

② 対象者の年代別、入院期間対象者の主たる疾患(図3)

170人中62人と、3分の1以上が1か月以内に措置消退、3か月以内にはおよそ4分の3に措置消退が行われている。年齢が高くなるほど、長期の入院期間の割合が高くなっている。統合失調症等の場合は、およそ4分の1が1か月以内に、70%が3か月以内に措置消退が行われている(図4)。



図3 平成21~29年度、措置入院者の消退届からみた年代別・在院期間(全数)

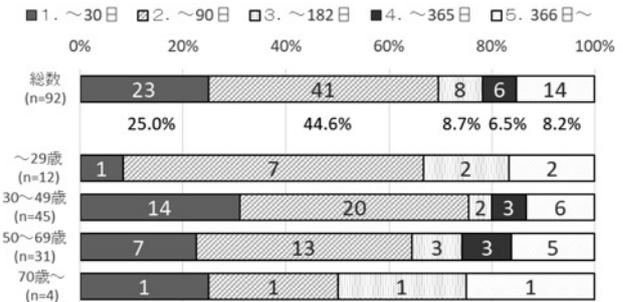
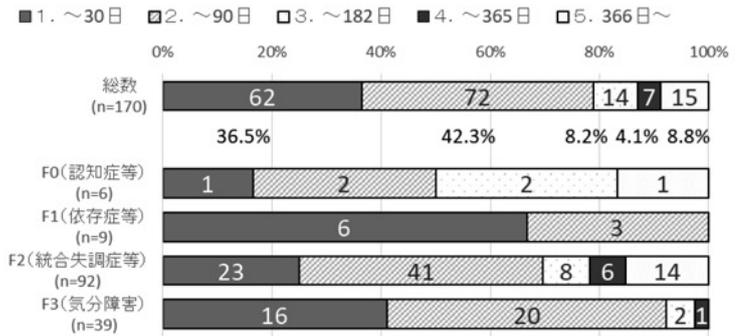


図4 平成21~29年度、措置入院者の消退届からみた年代別・在院期間(F2:統合失調症圏)

③ 疾患別入院期間(図 5)

1 年以上の入院期間のものは、全体で 15 人であったが、このうち 14 人は、主たる疾患が、ICD-10コード、F2(統合失調症等)であった。なお、残りの 1 名(1 年以上)の主たる疾患は、F0(認知症等)である。15 人中 13 人が、消退後、医療保護入院に移行しており、残りの 1 人は死亡、1 人は転医であった。



④ 措置消退後の経過(図 6)

措置消退後、170 人中、82 人が医療保護入院、54 人が任意入院等、計 137 人とおよそ 4 分の 3 以上が入院継続であるが、一方、24 人が通院医療となっている。この 24 人中 20 人は退院後の帰住先に移動なく、一方、4 人が移動あり、うち 2 人が県外への移動である。

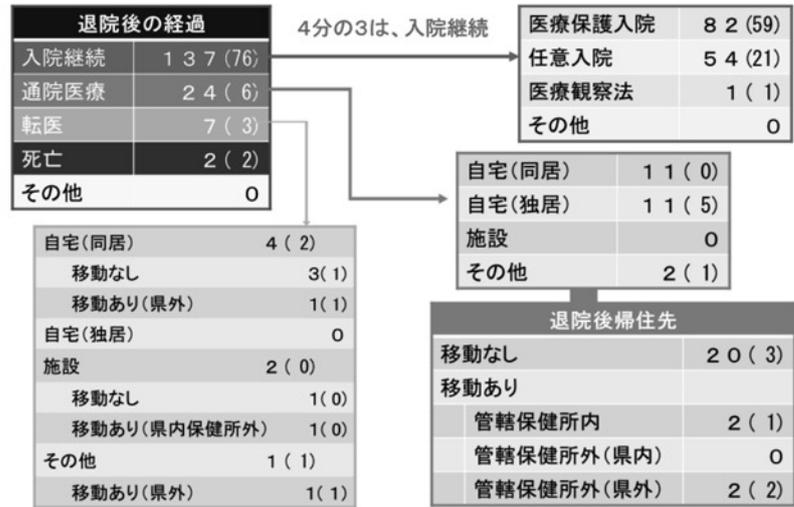


図6 措置消退後の経過 (n=170)
()内は、F2(統合失調症等)の数

3 支援マニュアル運用状況

鳥取県では、平成 29 年 4 月より、「鳥取県措置入院解除後の支援体制に係るマニュアル」が運用され、29 年度内の退院支援対象件数は、全県で 15 件であるが、同一事例の年度内 2 回の措置入院者が 1 例、退院後支援計画の作成を拒否した事例が 1 例あり、結果として、13 人に対して、同マニュアルに基づく支援計画が作成、対応されている。うち、9 人に対して計画を作成した鳥取市保健所の報告¹⁾によれば、いずれの事例も、措置解除後、任意入院もしくは医療保護入院に継続入院されている。この 9 人の疾病別内訳は、F2(統合失調症等)2 人、F3(気分障害)6 人、F8(発達障害)1 人であった。入院期間中の支援では、保健所が複数回の面接を行い、本人及び家族のニーズを把握した上で、計画作成をきっかけに、保健所の関りが増え、医療機関と連携することで、これまで以上に手厚く継続的な支援体制を構築することができるようになったと考えられる。また、退院後の支援も、措置入院前後を比較すると支援の幅が広がり、治療継続や生活状況等を立て直す好機となっている。

一方で、近年、措置入院者の中には、発達障害を有するものもみられ、マニュアル通りの対応が困難な事例、うつ病等で症状が改善されれば、それ程他機関による支援を必ずしも必要としない事例も散見され、今後、事例を重ねていく中で、さまざまな状況に対応した支援のあり方を検討していく必要性も認められる。

一方、近年、措置入院者の中には、発達障害を有するものもみられ、マニュアル通りの対応が困難な事例、うつ病等で症状が改善されれば、それ程他機関による支援を必ずしも必要としない事例も散見され、今後、事例を重ねていく中で、さまざまな状況に対応した支援のあり方を検討していく必要性も認められる。

4 おわりに

措置消退後の経過について、報告を行った。今後、措置入院解除後も、地域の中で、適切な支援を受けることができるよう検討を重ねていきたい。

<文献>

1 木村満代, 雁長悦子, 酒嶋里美他. 鳥取県東部圏域における措置入院解除後の退院支援を振り返って. 第 61 回鳥取県公衆衛生学会発表集. 61-63. 2018.

発行年月 令和2年3月
発行者 辻本 哲士
発行所 全国精神保健福祉センター長会
(事務局) 東京都新宿区新宿1丁目29-8
一般財団法人日本公衆衛生協会
TEL 03-3352-4281
FAX 03-3352-4605
編集者 熊谷 直樹 会報編集委員