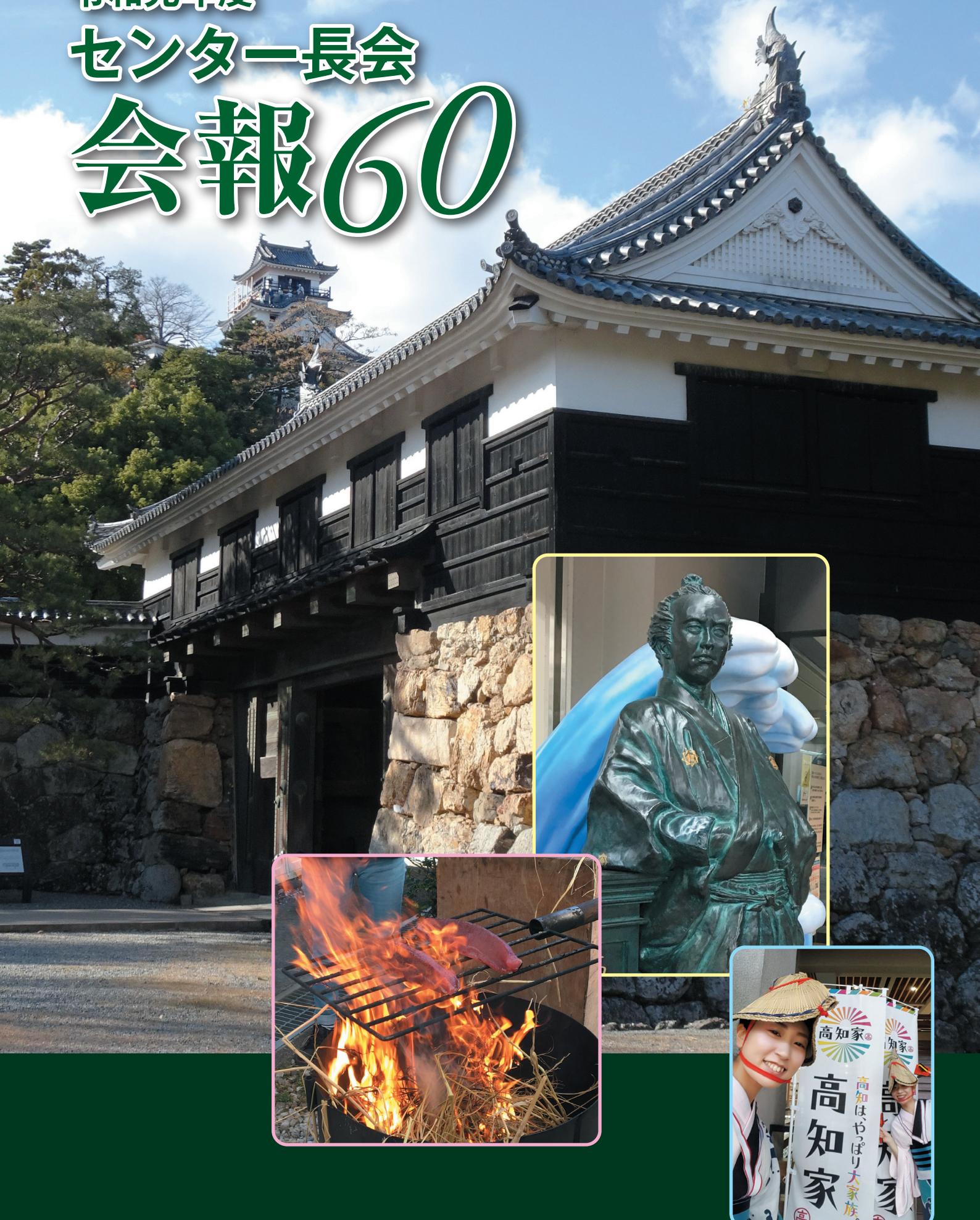


令和元年度 センター長会 会報60



全国精神保健福祉センター長会

巻頭言

皆様に、令和元(2019)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60号をお届けいたします。

平成から令和に元号が改まった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、継続・新規事業について論議されました。6月の第115回日本精神神経学術総会（新潟市内）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、東京竹芝で定期総会が開催され、厚労科研や地域保健総合推進事業の進捗状況、諸学会や精神医療審査会関係等の協議会での活動、広報等についての報告を受け、平成30年度事業報告、会計監査報告が承認され、令和元年度事業計画、予算も議決されました。役員改選にて小生が会長を続けることになり、従来の体制を継続し、委員会活動等、様々な事業の発展を目指すことになりました。

10月21日、22日と、第55回全国精神保健福祉センター研究協議会が、高知県立精神保健福祉センター所長 山崎正雄 大会長のもと、高知市内の城西館で開催されました。初日は厚生労働省精神・障害保健課佐々木孝治課長による「精神保健福祉行政の動向」の講演がありました。もう一つの開催地講演は、高知県立坂本龍馬記念館の三浦夏樹氏による「龍馬とジョン万から考える国際社会一本質を見抜く目一」で、太平洋に面する高知県ならではの広い視野と国際性を学ぶことができました。意見交換会では、カツオのたたきをはじめおいしい土佐料理をいただきながら、交流が和やかに進みました。二日目は、依存症対策、ひきこもり対策、予防・精神保健教育、高齢者精神医療・精神科救急・災害時精神医療、アウトリーチ・地域生活支援など多岐にわたる31演題の発表があり、活発な議論が交わされました。

令和2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。厚労省から精神保健医療福祉施策の動向について特別講演があり、弁護士代理人による退院等請求に関する調査結果や630調査に関する報告が続きました。シンポジウムは「代理人弁護士による退院請求等の審査をめぐる諸問題」という各センターに大きく関わるテーマで、現状把握や課題整理をすることができました。この間にも、地方での各ブロック会議・大都市部会、3月の地域保健総合推進事業報告会のほか、日頃の会員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。

国は「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」を軸とした政策を進めようとし、この年度の3月に「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」が開始されました。日々、地域で保健福祉活動を展開している側からすると、政策理念と現場感覚のギャップに苦慮する状況です。精神保健福祉法改正の動きはみられず、「措置入院運用」および「地方公共団体による退院後支援」の各ガイドラインも、十分活用されているとは言えません。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、精神科救急、触法精神障害者等、対応すべき課題は山積しております。2月後半以降は新型コロナウイルス感染症によって、相談支援や研修といった主要なセンター業務のみならず、精神障害者保健福祉手帳・自立支援医療（精神通院）の審査、精神医療審査会事務等の法定業務にも大きな影響が出ています。今後、災害時精神保健医療福祉の視点からも、対策を講じていく必要があると思います。

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、これまでに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、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

卷頭言

第Ⅰ部 会議

1. 令和元年度 全国精神保健福祉センター長会定期総会	1
2. 令和元年度 全国精神保健福祉センター長会議	19
3. 令和元年度 全国精神保健福祉センター長会常任理事会	20
4. 令和元年度 全国精神保健福祉センター長会理事会	24

第Ⅱ部 ブロック会議等

1. 東北・北海道ブロック	27
2. 関東甲信越ブロック	28
3. 中部・近畿ブロック	29
(1) 中部ブロック	30
(2) 近畿ブロック	31
(2) 北陸ブロック（中止）	32
4. 中国・四国ブロック	33
5. 九州ブロック	34
6. 大都市部会	35

第Ⅲ部 委員会活動

1. 手帳・自立支援医療検討委員会	37
2. 依存症対策委員会	38
3. 自殺対策委員会	39
4. 災害時等こころのケア推進委員会	40
5. 地域包括ケア委員会	41
6. ひきこもり対策委員会	42
7. 指定医・専門医制度委員会	43
8. データ分析・地域分析検討委員会	44

第Ⅳ部 調査研究

1. 令和元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、地域包括ケアシステムによる 中高年齢層のひきこもり支援に関する研修の開催と検討」	45
---	----

2. 厚労科研分担研究「災害派遣精神医療チーム（DPAT）と地域精神保健システムの連携手法に関する研究」	46
3. 厚労科研分担研究「精神障害者の権利擁護に関する研究」	50
4. 厚労科研分担研究「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に関する研究」	52
5. 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ついての研究」	54
6. 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」	56
7. 厚労科研分担研究「ギャンブル等依存症の治療・家族支援の推進のため研究」	57
8. 令和元年度障害者総合福祉推進事業「精神医療機関における外国人受入の現状と課題把握に関する調査」	58
9. 令和元年度開催全国こころのケア研究協議会	59

第V部 令和元年度（第55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」	66
厚生労働省 精神・障害保健課 課長 佐々木 孝治 氏	
「龍馬とジョン万から考える国際社会 - 本質を見抜く目 - 」	67
高知県立坂本龍馬記念館 三浦 夏樹 氏	
2. 一般演題 A	
1 相模原市精神保健福祉センターにおける依存症相談拠点としての取組 ～一次予防、二次予防、三次予防の連携がもたらす好循環～	72
2 熊本式依存症相談拠点とは～地域力を生かした依存症専門相談員事業～	74
3 地域包括支援センターにおける高齢者のアルコール問題について ～アンケート調査からわかったこと～	76
4 重複障がいのあるギャンブラー向け支援プログラムの開発と効果検証	78
5 当センターにおける依存症当事者支援プログラム（回復支援塾）実施の取り組み	80
6 薬物問題を持つ人の家族を対象としたワンデイ・セミナーの試み ～家族・当事者・関係者と展開した5年の振り返り～	82
7 精神科医療機関における依存症に対するニーズについての調査	84
3. 一般演題 B	
8 ひきこもり相談事例の継続支援における現状と課題	86
9 浜松市におけるひきこもり支援の状況～早期支援のための取組み～	88
10 大分県こころとからだの相談支援センターひきこもり相談における課題と役割 ～初回相談の現状分析から～	90
11 福岡市精神保健福祉センターにおけるひきこもり支援への取り組みと課題	92

4. 一般演題 C	
12 鳥取県におけるひきこもり者の社会参加・就労支援 ～ひきこもり職場体験事業の経過と現状から～	94
13 川崎市における広義のひきこもり支援ニーズ調査	96
14 中高年のひきこもりケースの実態と支援について ～相模原市ひきこもり支援ステーションの1年間の支援実績から～	98
15 地域包括支援センターにおける相談から見た中高年層ひきこもり者の課題 ～全国10地区の地域包括支援センターを対象とした個別調査結果から～	100
16 当事者の力をかりたひきこもり支援の状況	102
5. 一般演題 D	
17 「不安対処スキルアッププログラム」の開発と意義（第二報）	104
18 長崎県における高次脳機能障害の医療機関対応実態調査 ～医療機関一覧の改訂を通して～	106
19 うつ病対策における認知行動療法の普及と実践	108
20 神奈川県内の精神科医療機関における外国人の受信に関する調査から ～平成30年度及び令和元年度調査研究事業～	110
6. 一般演題 E	
21 東京都老人性認知症専門病棟入院患者の近年の傾向	112
22 平成30年7月豪雨災害後のこころのケア活動について	114
23 川崎市の精神科救急における警察官通報の実態分析	116
24 依存症により非自発的入院となつた症例の変遷～過去5年間の検証～	118
25 滋賀県における精神障害者保健福祉手帳の交付状況について ～審査判定方法の見直しからみえてきたこと～	120
26 兵庫県における医療保護入院の実態に関する調査 ～入院届、定期病状報告書等の分析から～	122
7. 一般演題 F	
27 京都府における「本人も家族もまるごと支援」の推進について	124
28 アウトリーチ支援事業における外部ピアサポーターと協働した事例検討会の試み ～ピアサポーターと一緒にアウトリーチ～	126
29 福島県精神障がい者アウトリーチ推進事業の現状と今後の課題 ～脳と生活、そして人生の支援を目指して～	128
30 ピアスタッフの視点を活かした病棟内地域移行普及啓発活動の実践報告	130
31 退院後支援事業利用者への聴き取り調査の結果について	132

第 I 部

会 議

令和元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

7月4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）」

(敬称略)

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】 14:10～15:10

「最近の精神保健医療福祉の動向」

講演 寺原 朋裕 先生（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課課長補佐）

座長 辻本 哲士（滋賀県）

15:10～15:25 (休憩)

【パネルディスカッション】 15:25～17:20

「新時代”令和”の精神保健福祉センター・全国センター長会のありかたについて」

座長 増茂 尚志（栃木県精神保健福祉センター）

15:30～15:50 演題1 「全国センター長会の活動と今後のありかた～2年間を振り返って」

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）

15:50～16:10 演題2 「研究所の経験から見た全国センター長会」

講演 竹島 正（川崎市精神保健福祉センター）

16:10～16:30 演題3 「保健所の経験から見た全国センター長会」

講演 竹之内直人（愛媛県心と体の健康センター）

16:30～16:50 演題4 「医療現場の経験から見た全国センター長会」

講演 籠本孝雄（大阪府こころの健康総合センター）

16:50～17:05 (休憩)

17:05～17:25 質疑 及び ディスカッション

17:25～17:40 関係団体からの情報提供

司会 平賀 正司（東京都立）

17:40 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）

令和元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

7月5日（金）

9:30～10:20 第1回理事会 13階「飛鳥（西）」（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」
(敬称略)

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）」

15:00～16:00 研究倫理審査委員会 15階「桜（3）」

15:30～16:15 令和元年度地域保健総合推進事業第2回研究班会議 13階「飛鳥（西）」

16:15～18:00 新しい指定医制度に基づく指定医講習会－講師予定者打合せ 13階「飛鳥（西）」

令和元年度 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 篤高
宮城県精神保健福祉センター	小原 聰子
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	畠 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	佐々木 恵美
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	林 健明
千葉市こころの健康センター	稻生 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 敦人
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	堀井 淳一
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	松井 麗樹
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 聰
名古屋市精神保健福祉センター	安井 祯
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
福井県総合福祉相談所	岸野 徹
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	籠本 孝雄
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	樋林 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30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21日（木） （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、畠哲信、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、宍倉久里江、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、竹之内薰、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、本田洋子、藤城聰.
- (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についての研究」：白川教人、研究協力者：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.
- (14) 厚労科研（障害者対策総合研究事業） 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」 研究分担者 松田 ひろし（全国精神医療審査会連絡協議会会長） 太田順一郎 白川 教人 辻本 哲士

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

「全国の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) 第40回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40回日本アルコール関連問題学会 京都大会ポスターセッション

「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2報」

白川教人、小泉典章、小原圭司.

(7) 第40回日本アルコール関連問題学会 京都大会ポスターセッション

「ギャンブル障害の相談支援にかかる支援従事者の態度の測定－J-GGPPQの作成(1)」

白川教人、小泉典章、小原圭司.

(8) 第38回 日本社会精神医学会シンポジウム「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを目指す時代における、地域移行・地域定着支援の現状と課題」 コーディネーター 田中治、熊谷直樹、太田順一郎、野口正行

(9) 第42回 日本自殺予防学会総会シンポジウム3

「自殺予防教育の方向性を探る－多様な取り組みの可能性と課題－」二宮貴至

平成30年度著書

(1) 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、池田千穂

⑤(2018年8月号) 静岡県が開設した継続相談が可能な電話相談「若者こころの悩み相談窓口～生きるのがつらくなったあなたへ～」について. 著者：大石 かおり 八百加菜江 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(2018年12月号) 東日本大震災後のメンタルヘルス支援. 著者：佐伯涼香 小堺幸 原田修一郎 林みづ穂(所長)

⑩(2019年1月号) 児童生徒の自殺対策のSOSの出し方教室. 著者：角田雅彦

- ⑪(2019年2月号) 精神障がい者アウトリーチ推進事業について 著者：後藤大介
- ⑫(2019年3月号) ギャンブル依存症当事者グループ支援 著者：館巖晶子
- (2) 精神保健医療福祉白書 2017・2018 精神保健福祉センター 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 隨時

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会 (年6回) (辻本哲士)
- (5) アルコール健康障害対策関係者会議 (年1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 アドバイザーコンference (年3回) (野口正行、佐藤浩司)
- (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、新畠敬子)
- (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)

12 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

13 課題別ワーキンググループ 各ワーキンググループ

14 その他

令和元年度 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 令和 元年 7月 4日（木）～ 5日（金）（東京都）

2 理 事 会 年3回

第1回 令和 元年 7月 5日（金） （東京都）
第2回 令和 元年 10月 21日（月） （高知県）
第3回 令和 2年 2月 22日（土） （東京都）

3 常任理事会 年4回

第1回 平成 31年 4月 21日（日） （東京都）
第2回 令和 元年 6月 15日（土） （東京都）
第3回 令和 元年 9月 29日（日） （東京都）
第4回 令和 2年 1月 25日（土） （東京都）

4 全国精神保健福祉センター長会会議

令和 元年 10月 21日（月） （高知県）

5 全国精神保健福祉センター研究協議会

令和 元年 10月 21日（月）～22日（火）（高知県）

6 全国精神医療審査長会・精神保健福祉センター所長会議（厚労省主催）

令和 2年 2月 21日（金） （東京都）

7 大都市部会 年2回

第1回 令和 元年 7月 4日（木） （東京都）
第2回 令和 2年 2月 20日（木） （東京都）

8 調査研究と学会発表等

令和元年度 調査研究

- 平成 31 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、地域包括ケアシステムによる中高年齢層のひきこもり支援に関する研修の開催と検討」
- 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）と地域精神保健システムの連携手法に関する研究」辻本哲士
- 厚労科研（障害者対策総合研究事業）「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」 分担研究「精神医療審査会のあり方に関する研究」太田順一郎、白川教人、辻本哲士
- 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、オブザーバー 太田順一郎
- 平成31年度厚生労働科学研究「再犯防止推進計画における薬物依存症者の地域支援を推進するための政策研究（19GC1401）松本研究班「薬物依存症者に対する地域支援体制の実態と均てん化に関する研究」分担研究者：白川教人、研究協力者：小泉典章、小原圭司、藤城聰、本田洋子、増茂尚志。
- 平成31年度厚生労働科学研究「再犯防止推進計画における薬物依存症者の地域支援を推進するための政策研究（19GC1014）研究代表者：松本俊彦 「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」分担研究者：松本俊彦、研究協力者：平賀正司、熊谷直樹、井上悟、白川教人、竹島正、宍倉久里江、山田正夫、本田洋子、南秀幸、楯林英晴、増茂尚志、楠本みちる、佐伯真由美、竹之内薰、井川大輔、籠本孝雄、辻本哲士
- 平成31年度AMED「ギャンブル等依存症の治療・家族支援の推進のための研究」(19GC1101)
松下班「精神保健福祉センターにおける回復プログラムの効果検証」分担研究者：白川教人、研究協力者：小泉典章、小原圭司、藤城聰、本田洋子、増茂尚志。

令和元年度 学会発表

- 第115回日本精神神経学会学術総会委員会シンポジウム 25
「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」
太田順一郎、二宮貴至、竹島正、原田豊、波床将材、鎌田隼輔、田中治
- 第115回日本精神神経学会学術総会委員会シンポジウム 23
「日常精神医療が自治体の自殺対策計画に貢献できること」
辻本哲士
- 第115回日本精神神経学会学術総会委員会シンポジウム 29
「オンライン精神医療：保険承認後の現状と課題」
辻本哲士

令和元年度著書

- 精神科治療学 34 (4) ;2019
「地域精神保健福祉におけるひきこもりへの取り組み」
辻本哲士、白川教人、原田豊、山崎正雄
- 公衆衛生情報
- ①(2019年4月号) 保健所機能を活用した地域以降の取り組み。 著者：山田正夫
 - ②(2019年5月号) ひきこもり支援。 著者：丹羽伸也
 - ③(2019年5月号) 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・支援の実践研修と対応マニュアルの作成に関する研究。 著者:原田豊著
 - ④(2019年6月号) ギャンブル依存症のプログラム。 著者：鹿野勉、飯田未依子
 - ⑤(2019年6月号) 平成30年7月豪雨 広島県立総合精神保健福祉センターの活動。 著者：
佐伯真由美
 - ⑥(2019年7月号) <テーマ調整中> 著者：辻本哲士
 - ⑦(2019年8月号) <テーマ調整中> 著者：佐藤浩司

9 厚生労働省精神・障害保健課等との意見交換 隨時

10 センター長会会報「第59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会 (年6回) (辻本哲士)
- (5) アルコール健康障害対策関係者会議 (年1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 アドバイザーハイブリッド会議 (年3回) (野口正行, 佐藤浩司)
- (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, *交渉中)
- (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)

12 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

13 課題別ワーキンググループ 各ワーキンググループ

(委員会活動とも称する)

14 その他

平成30年度決算・令和元年度予算

収入			科 目	支 出		
30年度予算	30年度決算	元年度予算		30年度予算	30年度決算	元年度予算
4,830,050	4,830,020	4,830,000	収 入			
4,830,000	4,830,000	4,830,000	会 費			
50	20	0	雑 収 入			
			事 務 費	1,350,000	967,790	1,130,000
			委託費／人件費	800,000	800,000	1,000,000
			消耗品費	50,000	73,440	30,000
			事務印刷費	500,000	94,350	100,000
			事 業 費	2,480,000	1,543,094	1,800,000
			旅 費	1,000,000	782,975	800,000
			通 信 費	80,000	50,566	50,000
			会報印刷費	400,000	281,437	300,000
			調査研究費	500,000	321,865	450,000
			広 報 費	500,000	106,251	200,000
			会 議 費	1,900,000	1,619,801	1,750,000
			総 会	800,000	837,078	900,000
			研究協議会	600,000	453,344	500,000
			役 員 会	500,000	329,379	350,000
			大都市部会	100,000	84,054	100,000
			精従懇分担金	50,000	50,000	50,000
			予 備 費	40,329	0	100,000
4,830,050	4,830,020	4,830,000	合 計	5,920,329	4,264,739	4,930,000
			单年度収支	△ 1,090,279	565,281	△ 100,000

1,090,279	1,090,279	1,655,560	前年度繰越金
△ 1,090,279	565,281	△ 100,000	单年度収支
0	1,655,560	1,555,560	次年度繰越金

注 釈

科目	30年度決算	元年度予算
会 費	7万×69センター	7万×69センター
雑収入	預金利息	預金利息
委託費／人件費	事務委託費（日本公衆衛生協会）	事務委託費（日本公衆衛生協会）
消耗品費		封筒代他
事務印刷費	プリンタ・コピ一代（日本公衆衛生協会）	プリンタ・コピ一代（日本公衆衛生協会）
旅 費		会議等出席旅費
通 信 費		振込手数料、資料発送料
会報印刷費	会報58(平成29年度)69センター×3部	会報59(平成30年度)69センター×3部
調査研究費	公募研究(24万/3件)、倫理審査費用(8万)	公募研究(10万×3件)、倫理審査委員会(15万)
広 報 費	メーリングリスト、HP管理費、更新手数料:株) カスティル	メーリングリスト、HP管理費、更新手数料:株) カスティル
総 会	定期総会	
研究協議会	福島県	高知県
役 員 会	常任理事会等会議室使用料他	常任理事会等会議室使用料他
大都市部会		
精従懇分担金		
予 備 費		

繰越金は、会費の入金が総会後であるため、それまでの支払いのため、最低100万円は必要です。

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こと
3. 精神保健福祉センター等の連携に関すること
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こと

(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(令和元年7月5日)

役 職	氏 名	所 屬
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	林 みづ穂	仙台市精神保健福祉総合センター
常任理事	増茂 尚志	栃木県精神保健福祉センター
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	宮川 治	沖縄県立総合精神保健福祉センター
理事	鎌田 隼輔	札幌市こころのセンター(札幌市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
理事	藤城 聰	愛知県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	楯林 英晴	福岡県精神保健福祉センター
監事	関口 隆一	埼玉県立精神保健福祉センター
監事	井川 大輔	堺市こころの健康センター

令和元年度全国精神保健福祉センター長会議

日時：令和元年 10月 21 日（月）13:00～14:35
会場：城西館 3階 日輪の間

次 第

開会 13:00 会長挨拶

（敬称略）

1 報告事項

- (1) 地域保健総合推進事業進捗状況について(原田)
- (2) 第116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)
- (3) 第39回日本社会精神医学会シンポジウム「依存症の取り組み」について(田中)
- (4) 令和元年度精神保健指定医研修会について(二宮)
- (5) 厚労科研:自治体班会議について(野口)
- (6) 厚労科研:精神医療機関における外国人患者の受入の現状と課題把握に関する調査について
(野口)
- (7) 全国こころのケア研究協議会について(林)
- (8) 研究倫理審査委員会規定の改正について(熊谷、太田ほか)
- (9) 保護観察中の薬物依存症者のコホート研究について(熊谷)
- (10) その他

2 協議事項

- (1) 自治体病院協会、公的病院精神科協会との連携について(辻本)
- (2) DPAT 受援研究事業について(辻本)
- (3) 「精神科医働き方改革」シンポジウムについて(辻本)
- (4) ホームページの運営と会報第59号作成について(熊谷)
- (5) その他

3 その他

閉会 14:20

ワーキンググループの時間(14:20～14:35)

平成 31 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 31 年 4 月 21 日(日)10:30～16:30
会場：AP 品川 10 階 F+G ルーム

次 第

開会 10:30 会長挨拶

(敬称略)

1 報告事項 (10:30～13:00)

- (1) 4 月異動等に伴う名簿・役員の変更について (井上)
- (2) 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」開催通知 (田中)
- (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・田中)
- (4) 平成 31 年度指定医研修会講師依頼について (二宮)
- (5) 地域保健医療福祉体制に様々に影響するオンライン活用状況と
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について (二宮)
- (6) 厚労科研自治体班報告について (野口)
- (7) 第 18 回アルコール健康障害対策関係者会議等について (白川)
- (8) その他

2 協議事項 (14:00～16:30)

- (1) 年間スケジュールについて (井上)
- (2) 全国精神保健福祉センター長会旅費等支給基準について (井上)
- (3) 事務委託費について (井上)
- (4) 事業報告・計画における会議一覧について (井上)
- (5) 倫理審査委員会委員の変更について (太田・井上・熊谷)
- (6) 倫理員会の開催予定について及び COI について (白川)
- (7) 全国センター長会ホームページの運営について (熊谷)
- (8) 2019 年度地域保健総合推進事業について (原田)
- (9) 令和元年度定期総会について (辻本)
- (10) 議事録について (辻本)
- (11) 来年度組織体制 (案) 等について (辻本)
- (12) その他

閉会 16:30

令和元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：令和元年6月15日(土)10:30～13:00
会場：AP品川 7階 T+Uルーム

次 第

開会 10:30 会長挨拶

(敬称略)

1 報告事項

- (1) 厚生労働省等との情報交換について（辻本）
- (2) 全国こころのケア研究協議会について（福島）
- (3) 精神保健指定医研修会について（二宮）
- (4) 厚労科研自治体班会議について（野口）
- (5) 役員名簿・会員異動名簿について（井上）
- (6) その他

2 協議事項

- (1) DPAT研究班について（辻本）
- (2) 来年度の理事会の「青写真」について（辻本）
- (3) ホームページの更新について（熊谷）資料6
- (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30年度事業報告（案）、令和元年度事業計画（案）について（井上）
- (6) 平成30年度収支決算（案）、令和元年度収支予算（案）について（井上）
- (7) その他

閉会 13:00

令和元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：令和元年9月29日(日)10:30～13:00
会場：AP品川 7階 U+Vルーム

次 第

開会 10:30 会長挨拶

(敬称略)

1 報告事項

- (1) 地域保健総合推進事業進捗状況について（原田）
- (2) 第116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）
- (3) 第39回日本社会精神医学会シンポジウム「依存症の取り組み」について（田中）
- (4) 第43回自殺予防学会自死遺族支援グループ調査ポスター発表について（白川）
- (5) 令和元年度精神保健指定医研修会について（二宮）
- (6) 厚労科研：自治体班会議について（野口）
- (7) 厚労科研：精神医療機関における外国人患者の受入の現状と課題把握に関する調査について
(野口)
- (8) 全国こころのケア研究協議会について（林）
- (9) その他

2 協議事項

- (1) 自治体病院協会、公的病院精神科協会との連携について（辻本）
- (2) DPAT受援研究事業について（辻本）
- (3) 「精神科医働き方改革」シンポジウムについて（辻本）
- (4) ホームページの運営と会報第59号作成について（熊谷）
- (5) 研究倫理審査委員会規定の改正について（熊谷）
- (6) その他

閉会 13:00

令和元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：令和2年1月25日(土)10:30～13:00
会場：AP品川 7階 U+Vルーム

次 第

開会 10:30 会長挨拶

(敬称略)

1 報告事項

- (1) 各委員会からの報告（辻本）
- (2) 地域保健総合推進事業令和元年度実施報告および来年度の計画について（原田）
- (3) 第116回日本精神神経学会シンポジウムのお知らせについて（田中）
- (4) 第39回日本社会精神医学学会シンポジウムのお知らせについて（田中）
- (5) 第20回アルコール健康障害対策関係者会議について（白川）
- (6) 令和元年度精神保健指定医研修会について（二宮）
- (7) その他

2 協議事項

- (1) 自治体病院協会との情報交換会について（辻本）
- (2) 会報59号作成の進捗およびホームページ更新について（熊谷）
- (3) 会則改正案について：テーマ別委員会活動の推進のために（熊谷）
- (4) 「脳死下臓器提供事例検証会議」委員会の委員について（増茂）
- (5) 協議事項・照会事項のデータベースについて（二宮）
- (6) その他

閉会 13:00

令和元年度全国精神保健福祉センター長会第1回理事会

日時：令和元年7月5日（金）
会場：アジュール竹芝「飛鳥（西）」

次 第

開会 9:30

1 総会議決事項について（9:30～10:20）

- (1) 平成30年度事業報告（案）・収支決算（案）、
令和元年度事業計画（案）・予算（案）について
- (2) 会員の異動について
- (3) 役員改選の手順について
- (4) 役員の役割分担について
- (5) 研究倫理審査委員会について
- (6) その他

閉会 10:20

令和元年度全国精神保健福祉センター長会第2回理事会

日時：令和元年10月21日(月)11:00～12:00

会場：城西館 3階 孔雀の間

次 第

開会 11:00 会長挨拶

(敬称略)

1 報告事項

- (1) 地域保健総合推進事業進捗状況について(原田)
- (2) 第116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)
- (3) 第39回日本社会精神医学会シンポジウム「依存症の取り組み」について(田中)
- (4) 令和元年度精神保健指定医研修会について(二宮)
- (5) 厚労科研:自治体班会議について(野口)
- (6) 厚労科研:精神医療機関における外国人患者の受入の現状と課題把握に関する
調査について(野口)
- (7) 全国こころのケア研究協議会について(林)
- (8) 研究倫理審査委員会規定の改正について(熊谷、太田ほか)
- (9) 保護観察中の薬物依存症者のコホート研究について(熊谷)
- (10) その他

2 協議事項

- (1) 自治体病院協会、公的病院精神科協会との連携について(辻本)
- (2) DPAT 受援研究事業について(辻本)
- (3) 「精神科医働き方改革」シンポジウムについて(辻本)
- (4) ホームページの運営と会報第59号作成について(熊谷)
- (5) その他

閉会 12:00

令和元年度全国精神保健福祉センター長会第3回理事会

日時：令和2年2月22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) 全国精神保健福祉センター長会ホームページ更新・会報59号作成について (熊谷)
- (2) 会則の改正案について：テーマ別委員会活動の推進のために (熊谷)
- (3) 各委員会報告について (辻本)
- (4) 地域保健総合推進事業令和元年度実施報告および来年度の計画について (原田)
- (5) 第116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)
- (6) 第39回日本社会精神医学会シンポジウム
「地域の様々な機関での依存への取り組み」について (田中)
- (7) 第20回アルコール健康障害対策関係者会議について (白川)
- (8) 令和元年度精神保健指定医研修会について (二宮)
- (9) 厚生労働省科学研究「自治体班」会議について (野口)
- (10) こころの科学：特集「ひきこもりに現場で向き合う」について (二宮)
- (11) その他

2 協議事項

- (1) 自治体病院協会との意見交換について (辻本)
- (2) 「脳死下臓器提供事例検証会議委員会」委員について (辻本)
- (3) 協議事項・照会事項のデータベースについて (二宮)
- (4) その他

閉会 12:00

第 II 部

ブロック会議等

【ブロック会議等】

(文中、敬称略)

令和元年度 東北・北海道ブロック精神保健福祉センター所長会・研究協議会

開催日時：令和元年6月6日（木）～6月7日（金）

開催会場：ホテル仙台ガーデンパレス

事務局：仙台市精神保健福祉総合センター

参加：北海道、札幌市、青森県、岩手県、秋田県、宮城県、
山形県、福島県、仙台市

◎ 所長会総会 令和元年6月6日（木）14:00-17:00

- ・あいさつ 仙台市健康福祉局長 舟山明夫
仙台市精神保健福祉総合センター所長 林みづ穂

・協議内容

- (1) 平成30年度事業報告及び収支決算報告（案）
事業報告及び収支決算報告と併せて原案通りに承認された
- (2) 会計監査報告
原案通りに承認された
- (3) 令和元年度事業計画（案）及び収支予算（案）
原案通りに承認された
- (4) 役員体制及び役員の改選について
東北・北海道ブロック：原案通りに承認された
全国（令和元年7月～）：常任理事 林みづ穂（仙台市） 理事 鎌田隼輔（札幌市）
- (5) 今後の開催担当道県市について
原案通りに承認された
令和2年度：青森県 3年度：秋田県 4年度：札幌市 5年度：岩手県
6年度：宮城県 7年度：山形県 8年度：福島県 H28-R2 抄録集：青森県

・意見交換

依存症対策、自殺対策、ひきこもり対策、自立支援医療、被災地での精神保健活動等に関する意見交換がなされた

◎ 事業情報交換会 令和元年6月6日（木）14:00-17:00 * 所長会総会と同時開催

「地域移行、相談支援、人材育成」「ひきこもり対策」「依存症対策」「災害対応」「自殺対策」「精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療関連」「精神医療審査会関連」「その他」の8つのテーマについて、意見交換がなされた

◎ 意見交換会 令和元年6月6日（木）18:00-20:00

◎ 研究協議会 令和元年6月7日（金）9:15-11:40

「北海道における自死遺族支援」「山形県における自殺死亡の推移と原因・動機別の関連」「精神障害者の地域移行支援について」（宮城県）「デイケア リワーク準備コース 修了者の復職状況について」（仙台市）「岩手県ひきこもり支援センターにおける実績報告」「中高年のひきこもり支援に関する一考察」（秋田県）「効果的な感染予防を目指した取り組みについて」（青森県）の発表がなされ、活発な質疑応答や意見交換が行われた

【ブロック会議等】

(文中、敬称略)

令和元年度 関東甲信越ブロック精神保健福祉センター連絡協議会 報告

日時：令和元年12月6日（金）10時～16時

場所：研究社英語センター 大会議室及び中会議室

担当：東京都立精神保健福祉センター

参加者：茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、さいたま市、千葉県、千葉市、東京（都立、中部、多摩）、神奈川県、川崎市、横浜市、相模原市、新潟県、新潟市、山梨県、長野県
(合計92名；うち東京36名)

<各分科会参加者>

第1分科会「精神保健福祉手帳・自立支援医療判定業務」	26名
第2分科会「依存症対策」	28名
第3分科会「人材育成・技術支援」	26名

開会挨拶 関東甲信越ブロック精神保健福祉連絡協議会 会長 平賀 正司

講演 「物質依存の理解と支援」

講師 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

薬物依存研究部 部長 松本 俊彦

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」

第2分科会「依存症対策」

第3分科会「人材育成・技術支援」

<概要>

【講演】講師から、薬物依存症に対する支援に関して、基本的内容から、精神保健福祉センターで実施されているVoice Bridges Projectについてもお話しいただいた。アンケートで、参加者の満足度が非常に高く、「依存症対策についての考え方方がよく理解できた」「センターで依存症対策を実施していく重要性を改めて実感できた」などの意見があった。

【第1分科会】精神保健福祉手帳及び自立支援医療の申請件数が増大する状況で、各センターの実績、取り組み、課題について共有し、判定方法、記録の保存やICTの活用等、具体的な取り組みについて情報交換した。時間が足りないことから後日に有志で連絡会を実施したいという意見も出た。

【第2分科会】精神保健福祉センターに様々な依存症への対応が求められ、各自治体の取り組みに関する情報交換を行った。各センターで実施されている依存症回復プログラムやギャンブル依存への対応に関する情報交換が行われた。各センターの特性に応じ、工夫されている点を聞くことができ参考になったという意見があった。

【第3分科会】精神保健福祉センターに求められる役割が広がる中で、関係諸機関との連携や人材育成、技術援助などの総合的技術センターとしての機能が果たされているか情報共有が行われた。「テーマが広く、内容を絞り切れない」という意見もあったが、「センター職員の専門性について考える機会となった」など役立てられるという意見もあった。

【分科会全体】参加人数が多くなったことで、机の配置を広くとることが必要になったため、一つの会場で実施した2分科会の間で隣の声が聞こえるということがあり、これに関する意見がいくつかあった。

【ブロック会議等】

(文中、敬称略)

令和元年度中部・近畿ブロックセンター長会議

開催日時：令和2年1月31日13時30分～17時10分

開催場所：滋賀県大津合同庁舎7-A会議室

事務局：滋賀県立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、
京都府、京都市、大阪府、大阪市、堺市、
兵庫県、神戸市、奈良県、和歌山県

(計34名)

1. 開会挨拶

2. 講演、質疑、意見交換

「ReMHRAD（リムラッド）の地域における活用について」

東洋大学大学院ライフデザイン学研究科 教授 吉田光爾

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

精神医療政策研究部 政策評価研究室 室長 白杵理人

川崎市精神保健福祉センター 所長 竹島正

3. 照会事項の検討

- 1) 精神障害者保健福祉手帳・自立支援医療について
- 2) 精神医療審査会について
- 3) 個人番号の情報連携について
- 4) 依存症対策について
- 5) 自殺対策について
- 6) ひきこもり対策について
- 7) 措置入院患者の移送について
- 8) ピアソポーターの活動支援について

4. その他

5. 閉会挨拶

【ブロック会議等】

(文中、敬称略)

令和元年度中部ブロック精神保健福祉センター長会及び連絡協議会

開催日時：令和元年7月26日（金） 13時～17時
会 場：三重県津庁舎6階 64会議室・63会議室
参 加 者：岐阜県・静岡県・静岡市・浜松市・愛知県・
名古屋市・富山県・石川県・福井県・三重県
(計22名)

1. あいさつ 三重県こころの健康センター所長 楠本みちる

2. 講演 「伊勢神道の成立」
皇學館大学 文学部長 国史学科教授 岡野友彦

3. 議事

照会事項（協議事項なし）

- ① 精神障害者保健福祉手帳の等級変更申請に対する対応について
- ② ひきこもり地域支援センターの市町相談窓口との役割分担や技術支援の在り方について
- ③ 精神医療審査会の委員確保、予備委員の退院請求・審査会への協力依頼の方法について
- ④ 依存症回復プログラムの運営方法工夫点について
- ⑤ ゲーム依存への対応と取組について
- ⑥ ひきこもりの現状と支援に関する実態調査について
- ⑦ 自殺未遂支援者支援対策の実施状況について
- ⑧ 「地域包括ケアシステムの構築の推進」にかかる研修体系等について
- ⑨ ReMHRAD（リムラッド）の活用等について
- ⑩ DPATとの関わりやDPAT研修の内容について
- ⑪ ひきこもりの長期・高齢化に対応する事業の実施状況、今後の展開について
- ⑫ 自殺未遂支援者支援に関する研修について、救急病院等向けの研修の実施状況や内容について
- ⑬ 依存症相談拠点に指定された後の相談体制や業務内容の変化について
- ⑭ 精神医療審査会における人権に関わる相談への対応について
- ⑮ 精神医療審査会の設置状況及び予備委員の導入状況について
- ⑯ 精神保健福祉センター主催の地域移行関連の研修会について
- ⑰ 退院請求等の精神医療審査会の審査結果に対する、病院管理者が講じた措置の確認について

4. 次回開催県挨拶 岐阜県精神保健福祉センター所長 丹羽伸也

【ブロック会議等】

(文中、敬称略)

令和元年度 近畿ブロック精神保健福祉センター長会

開催日時：令和元年9月6日（金）13：45～17：15

会場：京都府精神保健福祉総合センター 体育室

参加者：滋賀県、京都府、京都市、大阪府、大阪市、堺市、
兵庫県、神戸市、奈良県、和歌山県（計：20名 加えて
オブザーバーとして兵庫県こころのケアセンターから2名参加）

1 開会（あいさつ） 京都府精神保健福祉総合センター 所長 中村 佳永子

2 特別講演

（1）「発達障害専門プログラムを用いた発達障害者支援」

京都府精神保健福祉総合センター 医療福祉課長 中嶋 義幸

（2）「子どものための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）の実装」

京都府精神保健福祉総合センター 相談指導課長 村澤 孝子

3 災害時等対応連絡会議 災害時等の対応に関する意見交換

アドバイザー 兵庫県こころのケアセンター センター長 加藤 寛

4 照会事項

○一般

（1）依存症対策における各取組について（①遊技業組合等との連携、連絡会等実施、②今年度のギャンブル依存症啓発の取組み、③薬物依存症にかかる司法機関との連携、④薬物依存症当事者プログラム実施、について）

（2）精神保健福祉法第26条通報への対応について

（3）措置入院者等の退院後支援について

（4）こころの健康づくり推進事業における電話相談について

（5）障害年金の申請に係る精神障害者保健福祉手帳等診断書（写し）等の提供について

（6）自殺対策について（①人材養成研修、特に、ゲートキーパー養成研修実施時の効果測定のためのアンケート調査、②地域自殺対策推進センターについて）

（7）センターの業務時間及び精神医療審査会の電話受付時間について

（8）都道府県ギャンブル等依存症対策推進計画の策定予定について

（9）自立支援医療費支給認定申請に係る取り扱いについて

（10）ピアサポートの養成や活動支援の取組状況について

（11）医療事務に係る実施体制、事務要綱等について

○災害関連

（12）こころのケアチーム事業の実施根拠や実施状況について

（13）地震・津波等を想定とした災害時訓練について（DPATや災害時精神保健関連の訓練シナリオ作成について）

5 その他

（1）理事会報告 辻本 哲士（滋賀県）

（2）次回開催市あいさつ 井川 大輔（堺市）

※令和元年度から、近畿ブロック精神保健福祉センター長会に合わせて災害時等対応連絡会議を行うこととなった。

【ブロック会議等】

2019 年度 北陸ブロック精神保健福祉センター連絡協議会

2020 年 2 月 28 日に石川県こころの健康センター主管で開催予定であったが、新型コロナ
ウイルス感染症のため中止となった。

【ブロック会議等】

令和元年度 中国・四国精神保健福祉センター所長及び主管課担当者合同会議

1 日 時：令和元年8月29日（木）、30日（金）

2 場 所：サンポートホール高松（高松市サンポート2-1）

3 参加者：鳥取県、島根県、岡山県、岡山市、広島県、広島市、山口県、徳島県、愛媛県、高知県、香川県の各センター長、職員、及び各県・政令市担当課職員 49名

4 内 容：

<1日目>

□開催挨拶 香川県健康福祉部 障害福祉課 久保 幸司 課長

■ 講 演 「依存症の問題を持つ家族に対する効果的な援助」

講 師 藍里病院副院長

藍里病院依存症研究所 吉田 精次 所長

■ 全体会

議題①「都道府県ギャンブル等依存症対策推進計画の策定について」（高知県、山口県）

議題②「上記計画策定の進捗状況と薬物、ゲーム等についての策定予定について」（徳島県）

議題③「ネット・ゲーム依存対策について」（愛媛県、徳島県、香川県）

議題④「依存症関連相談について」（香川県）

議題⑤「依存症ネットワーク会議について」（香川県）

議題⑥「ギャンブル依存症対策のための自助グループ・家族会との連携及び活動支援について」（鳥取県）

<2日目>

■分科会1

議題①「依存症相談員の設置・業務内容等について」（愛媛県）

議題②「ギャンブル問題に関する相談支援の状況について」（山口県）

議題③「ひきこもりサポーターの養成、登録、活用状況等について」（愛媛県）

議題④「市町村自殺対策計画の策定後支援について」（高知県）

議題⑤「精神保健福祉手帳申請者への早期の結果通知について」（高知県）

議題⑥「精神保健福祉手帳の手続き中であるという証明等の書類の作成について」（山口県）

■分科会2

議題①「引きこもり対策事業について」（香川県）

議題②「精神保健福祉手帳のカード化について」（高知県）

議題③「地域生活支援促進事業、依存症民間団体支援事業について」（広島市）

議題④「精神保健指定医と行政との連携や情報共有の取り組みについて」（山口県）

議題⑤「小児高次脳機能障害への支援と連携について」（香川県）

議題⑥「自立支援医療機関の指定、変更について」（香川県）

議題⑦「精神保健福祉相談員認定講習について」（広島県）

【ブロック会議等】

(文中、敬称略)

令和元年度 九州ブロック精神保健福祉センター所長会議及び研究協議会

開催日：令和元年1月30日（木）～31日（金）

会場：くまもと県民交流館パレア

開催県：熊本県

参加：福岡県、佐賀県、長崎県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県、北九州市、福岡市、熊本市

（合計：42人）

<1日目> 令和2年1月30日 くまもと県民交流館パレア

全体会 / 分科会 / 交流会（別会場：ダイニングカフェ 彩）

<2日目> 令和2年1月31日 社会医療法人ましき会 益城病院

視察研修および視察「熊本地震からの復興～精神科医療機関の歩み～」

講師 犬飼 邦明（益城病院 理事長）

小松 哉子（益城病院 公認心理師）

協議事項・情報交換事項

精神障害者保健福祉手帳及び精神通院医療判定員会での所長・常勤精神保健指定医の負担軽減のための工夫（沖縄県）

九州ブロックの幹事業務内容及び引き継ぎ（熊本県）

矢田部 裕介（熊本こころのケアセンター長）

1 「こころの電話相談」の実施状況 (長崎県)	1 1 若年層への自殺予防対策（佐賀県）
2 精神障害者保健福祉手帳の判定基準 (熊本市、福岡市)	1 2 自死遺族等に対する「わかちあいの会」の取り組み（大分県）
3 精神障害者保健福祉手帳、自立支援医療費（精神通院）受給者証の事務執行体制（福岡県）	1 3 インターネットやゲーム依存等への相談支援体制、取り組み（佐賀県、鹿児島県、熊本県）
4 精神障害者保健福祉手帳、自立支援医療に係る業務効率化の事例（大分県）	1 4 ギャンブル等依存症に関する予防教育（普及啓発）（長崎県）
5 自立支援医療（精神通院）訪問看護の指示書（佐賀県）	1 5 薬物依存症者支援における司法関係機関や民間団体との連携（長崎県）
6 精神医療審査会の退院請求等の各県の状況（熊本県）	1 6 依存症相談拠点の設置及び依存症相談員の配置状況（大分県）
7 精神医療審査会の結果通知（福岡県）	1 7 ひきこもり状態の方や家族に対する相談支援体制（熊本県）
8 精神医療審査会への司法修習生等の同席（長崎県）	1 8 ひきこもり支援におけるアウトリーチの対象（福岡市）
9 医療保護入院患者等の入院届及び定期病状報告書の記載内容の取扱い及び記載要領（佐賀県、宮崎県）	1 9 ひきこもり支援事業における継続支援（長崎県）
10 医療保護入院患者の入院届及び定期病状報告書等の記載（宮崎県）	

【ブロック会議等】

(文中、敬称略)

平成31年・令和元年度第1回全国精神保健福祉センター長会・大都市部会

日時：令和元年7月4日（木）午前10時半から午後1時まで

会場：東京都 アジュール竹芝

出席者：札幌市、仙台市、さいたま市、千葉市、横浜市、川崎市、
相模原市、新潟市、静岡市、浜松市、名古屋市、大阪市、
堺市、神戸市、岡山市、広島市、北九州市、熊本市

事務局：福岡市

1 開会 福岡市精神保健福祉センター 所長 本田 洋子

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 協議事項

40～64歳のひきこもりの方への具体的な取り組みについて（熊本市 提案）

4 照会事項

番号	照会事項	提案自治体名
1	精神障害者保健福祉手帳の申請に対する判定業務および自立支援医療(精神通院医療)の支給認定を行う判定業務について	名古屋市
2	自立支援医療(精神通院)を申請する場合に省略可能としている提出書類について	広島市
3	「措置入院者の定期病状報告書」の精神医療審査会での現在の入院形態継続の適否の判断について	広島市
4	精神保健福祉センターの議会対応について	北九州市
5	精神保健福祉センターの運営体制について	北九州市
6	「医療保護入院者の入院届」における記載について	北九州市
7	自立支援医療(精神通院医療)の承認範囲について	北九州市
8	精神障害者保健福祉手帳のカード化について	熊本市
9	ひきこもり地域支援センター設置運営事業における「市町村支援員」の加配の有無、役割、具体的な業務内容について	福岡市
10	ひきこもりサポート事業の実施内容について	福岡市
11	ピアサポーターの養成・活用及びその体制について	福岡市
12	いわゆる「ネット依存・ゲーム依存」の相談体制及び相談状況について	福岡市

5 その他

6 次回開催都市挨拶 熊本市こころの健康センター 所長 松倉裕二

【ブロック会議等】

(文中、敬称略)

令和元年度 第2回全国精神保健福祉センター長会・大都市部会

日時：令和2年（2020年）2月20日（木）

会場：都市センターホテル（東京都内）

出席者：札幌市、仙台市、さいたま市、千葉市、
横浜市、川崎市、相模原市、静岡市、浜松市、
名古屋市、京都市、大阪市、堺市、神戸市、岡山市、広島市、北九州市

事務局：熊本市

1 開会 熊本市こころの健康センター 所長 松倉 裕二

2 挨拶 全国精神保健福祉センター長会 会長
滋賀県精神保健福祉センター 所長 辻本 哲士

3 協議事項 なし

4 照会事項

番号	照会事項	提案都市名
1	幼児から精神障害者保健福祉手帳の申請があった場合の取り扱いについて	神戸市
2	精神保健福祉手帳申請（年金証書）での取り扱いについて	熊本市
3	精神障害者保健福祉手帳のカード化について	熊本市
4	転入者の自立支援医療（精神通院）の事務手続きについて	熊本市
5	任意入院者からの退院請求について	熊本市
6	「いのちの電話」と貴市の関係等下記について	神戸市
7	相談記録の保存とOA化について	熊本市
8	物質使用障害依存治療・回復プログラム（スマープ）の実施状況および医療機関等との協力・連携について	新潟市
9	依存症におけるインターネット・ゲーム・クレプトマニア等の相談について	相模原市
10	薬物依存症の相談に関する関係機関との連携について	熊本市
11	自殺未遂者支援事業の実施について	熊本市
12	ひきこもり相談の記録の保存について	相模原市
13	ひきこもり支援センターの運営について	熊本市
14	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における、ピアサポートの活用に係る事業について	福岡市
15	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	福岡市
16	災害受援時の自治体内での精神保健福祉センターの立ち位置、課題について	相模原市
17	G-Pネットの運用について	神戸市
18	精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築における精神保健福祉センターの役割等について	新潟市

5 その他

6 次回開催都市挨拶 札幌市精神保健福祉センター 所長 鎌田 隼輔

第 III 部

委員會活動

【委員会活動】

委員会の名称：手帳・自立支援医療検討委員会

目的： 精神障害者保健福祉手帳の障害等級判定、自立支援医療（精神通院）の支給認定等、手帳制度や通院医療費の公費負担制度に関して、自治体間の情報交換を行い、判定基準の整理・共通化やこれらの制度に伴う支援の充実を目指す。

代表者：波床将材（京都市）

関与役員（副会長、常任理事、理事）
宮川治常任理事（沖縄県）

構成員（17）人、オブザーバー*（1）人

*：全国精神保健福祉センター長会会員以外で委員会において参加が認められた人

所管事項：（厚生労働科学研究、AMED、地域保健総合推進事業、国設置検討会等）

精神障害者保健福祉手帳の判定マニュアルの作成及び実態把握に関する研究（平成24～26年度 厚生労働科学研究）

活動状況：（2019年度の活動の概要）

委員会のメーリングリストによる意見交換

メーリングリスト等を使用した会員向け情報発信

手帳・自立支援医療に関するミニシンポジウム（テーマ「てんかん」）の開催（令和2年3月7日 京都市こころの健康増進センター内研修室 19名参加）

【委員会活動】

委員会の名称：依存症対策委員会

目的：広く依存症に係る課題・提言を考える委員会として活動している。精神保健福祉センターの調査研究・全国研修を実施し依存症相談の実態や相談支援技術のスキルアップ、均霑化を図っている。

代表者：白川教人（横浜市）	関与役員（副会長、常任理事、理事） 太田順一郎常任理事（岡山市） 小原圭司理事（島根県）
---------------	---

構成員（17）人、オブザーバー*（1）人

*：全国精神保健福祉センター長会会員以外で委員会において参加が認められた人

所管事項：（厚生労働科学研究、AMED、地域保健総合推進事業、国設置検討会等）

1. 厚生労働科学研究、薬物依存症 「再犯防止推進計画における薬物依存症者の地域支援を推進するための政策研究」松本班 「薬物依存症者に対する地域支援体制の実態と均てん化に関する研究」分担 白川
2. 厚生労働科学研究、ギャンブル依存症 「ギャンブル等依存症の治療・家族支援の推進のための研究」 松下班 「精神保健福祉センターにおける回復プログラムの効果検証研究」分担 白川
3. アルコール健康障害対策関係者会議・委員 白川
4. ギャンブル等依存症対策推進関係者会議・委員 小泉
5. 令和2年度 依存症専門医療機関・依存症相談員等全国会議 小泉、小原、白川 協力

活動状況：（2019年度の活動の概要）

1. 生活保護担当ワーカー向け薬物依存症対応基礎研修；令和元年9月27日（品川）、11月15日（福岡）、令和2年2月3日（京都）に研修を実施、各64名、36名、21名が参加。支援者としての生活保護担当ワーカーの薬物依存症者への理解が進んだ。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、生活保護担当ケース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、全国で薬物相談の平均件数は平成30年度が126.8件で増加傾向にあった。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35（50.7%）がSMARPP類似のプログラムであった。
2. ギャンブル障害の認知行動療法プログラム(SAT-G)研修；令和元年11月1日（品川）、12月6日（新大阪）に研修を実施。前者では19名が研修と効果測定に参加し、後者では109名が研修に参加し104名が効果測定に参加。質問紙および尺度においても研修前後比較で向上した。ギャンブルに関する基礎知識、支援者としての相談技量とその自信、SAT-Gを活用できる自信のいずれも向上した。また、全国精神保健福祉センターにおけるギャンブル障害の相談状況やSMARPP類似回復プログラムの実施状況は、全センターがギャンブル障害の相談ができる状況になり、回復プログラムは、44センター（64%）が実施していた。なお、令和2年2月1日時点ではSAT-Gは、62センターに普及された。

【委員会活動】

委員会の名称：自殺対策ワーキンググループ

目的：全国の精神保健福祉センターにおける自殺対策活動の情報を共有し、また、国内外の自殺対策活動の情報を共有し、今後の有効性ある自殺対策の策定と実施を目的としてグループ活動を行う。

代表者：田中 治（青森県）

関与役員（副会長、常任理事、理事）

田中治常任理事（青森県）

構成員（12）人、オブザーバー*（0）人

*：全国精神保健福祉センター長会会員以外で委員会において参加が認められた人

所管事項：（厚生労働科学研究、AMED、地域保健総合推進事業、国設置検討会等）

厚生労働科学研究、地域保健総合推進事業、

活動状況：（2019年度の活動の概要）

毎年開催される日本精神神経学会総会でのシンポジウムを開催し、全国の精神保健福祉センターでの自殺対策活動を紹介することを行っている。2019年度は、第115回日本精神神経学会総会において、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」にて6名の先生から、各センターでの自殺対策活動を紹介していくだけ、関係者との活発な討論となつた。今後も、この学会におけるシンポジウム開催を継続する予定である。学会での発表内容は、学会誌に抄録を掲載し、その後、学術雑誌での論文化をはかっていくこととする。

【委員会活動】

委員会の名称：災害時等こころのケア推進委員会

目的：自然災害や事件・事故等の集団災害における精神保健医療福祉対策、いわゆる、こころのケア対策について調査・検討を行うとともに、関係機関・団体と連携・協議することで、こころのケア対策の充実を図る。

代表者：福島 昇（新潟市）

関与役員（副会長、常任理事、理事）

福島 昇副会長（新潟市）

構成員（19）人、オブザーバー*（4）人

*：全国精神保健福祉センター長会会員で委員ではないが下記研究に参加している人
及び 全国精神保健福祉センター長会会員以外で委員会において参加が認められた人

所管事項：（厚生労働科学研究、AMED、地域保健総合推進事業、国設置検討会等）

- ・障害者政策総合研究事業（厚生労働科学研究）（平成30年度～令和2年度）
災害派遣精神医療チーム（DPAT）と地域精神保健システムの連携手法に関する研究
- ・日本精神神経学会 災害支援委員会

活動状況：（2019年度の活動の概要）

2019年7月26日に仙台市において、災害後の子どものこころのケアをテーマに「全国こころのケア研究協議会」を開催した。

障害者政策総合研究事業「災害派遣精神医療チーム（DPAT）と地域精神保健システムの連携手法に関する研究」に参画し、「災害時の精神保健医療福祉体制のありかた検討のためのアンケート調査」の実施に協力した。

第115回日本精神神経学会学術総会における災害支援委員会シンポジウム「近年の自然災害から学ぶ精神保健医療支援の実際」の企画に協力し、2か所の精神保健福祉センターから災害支援活動について発表していただいた。

【委員会活動】

委員会の名称：精神障害にも対応した地域包括ケアシステム委員会

目的：

1. 地域支援に関する情報の共有を図るとともに、精神保健福祉センターの地域支援における役割を検討する。
2. 厚労省の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る検討会」や厚労科研地域包括ケアシステム班での議論や情報を共有し、議論をセンター長会内でも練り上げる場となり、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの充実に寄与する。

代表者：野口 正行（岡山県）	関与役員（副会長、常任理事、理事） 熊谷直樹副会長（東京中部） 野口正行常任理事（岡山県）
----------------	---

構成員（41）人、オブザーバー*（16）人

*：全国精神保健福祉センター長会会員以外で委員会において参加が認められた人

所管事項：（厚生労働科学研究、AMED、地域保健総合推進事業、国設置検討会等）

- 厚労省 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る検討会
- 厚生労働行政推進調査事業費補助金
障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））
地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究
A班：精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に関する研究

活動状況：（2019年度の活動の概要）

- 令和元年7月5日、全国精神保健福祉センター長会の時に集まって、現状を共有した。
- 令和元年10月21日、全国精神保健福祉センター長会時に協議、新しく委員を募集して、今後の厚労科研地域包括ケア班に意見を出していくことになった。
- 令和2年1月より、新メンバーを確定。
- 同月より、メールベースであるが、厚労科研地域包括ケア班の情報共有、福島県でのアウトリーチ事業、2月の全国精神保健福祉相談員会の報告、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る検討会についての情報共有を行った。

【委員会活動】

委員会の名称：ひきこもり対策支援委員会

目的：近年、相談件数が増加し、また、精神保健福祉センターによっては、ひきこもり地域支援センターを受けているところもあり、今後、ひきこもり対策支援は重要な課題であり、精神保健福祉センターとして、どのような対策、支援が必要であるかを検討していく。

代表者：	原田 豊（鳥取県）	関与役員（副会長、常任理事、理事） 原田豊副会長（鳥取県）
------	-----------	----------------------------------

構成員（25）人、オブザーバー*（4）人

*：人数は、地域保健総合推進事業の人数を計上

*：全国精神保健福祉センター長会会員以外で委員会において参加が認められた人

所管事項：(厚生労働科学研究、AMED、地域保健総合推進事業、国設置検討会等)

地域保健総合推進事業

活動状況：(2019年度の活動の概要)

委員会としての直接の活動はないが、地域保健総合推進事業として、ひきこもりに関する研究・研修会の開催を行っている。

また、ひきこもり地域支援センターが、各自治体に設置されており、精神保健福祉センターに併設されているところと、NPOなどに委託をしているところと、状況が異なるが、山崎所長（高知県）、太田所長（岡山市）が中心となって、全国ひきこもり地域支援センター連絡協議会において、研修会等を開催している。

【委員会活動】

委員会の名称：指定医・専門医制度委員会

目的： この委員会では精神保健指定医について厚生労働省が定める研修の内容や審査のあり方について検討を行い、次の法改正に向けて精神障害者の地域生活に積極的に関わる「精神保健福祉指定医」を提言していく。また、精神神経学会専門医の育成についても、研修プログラムの内容や専攻医の受け入れについて情報交換を行い、精神障害者の地域生活に積極的に関わる次世代の専門医育成を目指す。

代表者：二宮貴至（浜松市）	関与役員（副会長、常任理事、理事） 宮川治常任理事（沖縄県）
---------------	-----------------------------------

構成員（14）人、オブザーバー*（0）人

*：全国精神保健福祉センター長会会員以外で委員会において参加が認められた人

所管事項：（厚生労働科学研究、AMED、地域保健総合推進事業、国設置検討会等）

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」（平成29～30年度厚生労働科学研究）

活動状況：（2019年度の活動の概要）

【指定医関係】

令和元年度は、全11回の精神保健指定医研修会の「社会復帰」の講義について新規講習2時間×3回と更新講習1時間×8回を本委員会メンバーが講師を務めた。7月と10月には国立精神・神経医療センター精神保健研究所と作成した講義シラバスと講義スライドについてミーティングを行い、その後も講義の進め方等についてメーリングリストで意見交換を行った。また、10月には国立精研とともに、令和2年度以降に使用するシラバスの刷新について協議し、新しいシラバス案と追加スライドを提出した。

【専門医関係】

多くの精神保健福祉センターで精神科医師の確保に難渋しており、臨床経験しか無い精神科医師にとっても行政機関で働くイメージを持つことは難しい。そこでセンターにおいて専門医研修を行い、センターに親和性のある精神科医師を育てようというのがコンセプトとなる。令和2年度に沖縄県センターで初めての専攻医が研修を開始するため、今後その経験を元に議論を進めていく。令和元年度の全国精神保健福祉センター長会で、これらの内容を各センター長にアナウンスした。

【委員会活動】

委員会の名称：データ分析・地域分析検討委員会

目的：精神保健福祉センターは都道府県（政令指定都市）における精神保健福祉に関する技術的中枢機関としての役割が求められている。この役割を果たすには、精神保健福祉センターが精神保健福祉に係る情報センター機能を担う必要があるが、その実態は各センターによって多様である。本委員会は、全国精神保健福祉センター長会の横のつながりを活かし、国、研究機関、学術団体等と連携して、都道府県（政令指定都市）における精神医療や地域精神保健福祉サービスの提供とアンメットニーズの実態を明らかにすることのできる情報基盤と地域分析の方法を共有し、定着していくことを目的とする。

代表者：辻本哲士（滋賀県）	関与役員（副会長、常任理事、理事） 楯林英晴理事（福岡県）
---------------	----------------------------------

構成員（5）人、オブザーバー*（　　）人

*：全国精神保健福祉センター長会会員以外で委員会において参加が認められた人

所管事項：（厚生労働科学研究、AMED、地域保健総合推進事業、国設置検討会等）

厚生労働行政推進調査補助金「医療計画、障害福祉計画の効果的なモニタリング体制の構築のための研究」等

活動状況：（2019年度の活動の概要）

令和元年中部・近畿ブロック精神保健福祉センター長会にて、「ReMHRAD（リムラッド）の地域における活用について」をテーマに、厚労省研究班関係者と、講演・質疑・意見交換の場を持った。良質かつ適切な精神医療の提供の指標に関する研究を推し進めていく予定。

第 IV 部

調査研究

【調査研究】

令和元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、地域包括ケアシステムによる中高年齢層のひきこもり支援に関する研修の開催と検討」

分担事業者　辻本哲士（滋賀県精神保健福祉センター）
統括者　原田 豊（鳥取県精神保健福祉センター）

平成 29、30 年度に引き続き、ひきこもり実践研修会を開催した。また、8050 問題により高齢者支援とひきこもり者支援を並行して行う必要のある家族の増加が予想され、3 カ所において、地域包括支援センターをはじめ、保健所、市町村、関係機関職員を対象とした研修会を開催し、地域包括ケアシステムにおけるひきこもり者支援の在り方について検討した。

1. ひきこもりの精神保健相談・支援の実践研修会の開催

令和元年 8 月 22 日、横浜市において研修会を開催した。全国保健所長会に協力依頼をしたうえで、各保健所へ開催案内を送信、参加者を募集した。参加者 79 名、所属：保健所 37 名、精神保健福祉センター 25 名他。職種：保健師 36 名、医師 13 名他。

2. 地域包括ケアシステムによる中高年齢層のひきこもり支援研修会

【研修会の開催】第 1 回：令和元年 10 月 4 日、北九州市（参加者 107 名）。第 2 回：11 月 1 日、長野県（同 156 名）。第 3 回：11 月 22 日、愛媛県（同 90 名）。

【開催内容】●講義／「ひきこもり相談への対応と支援」「中高年層のひきこもりについて～当事者の特性とチームアプローチ～」●開催地報告 ●中高年ひきこもり事例検討
●地域連携の課題等の意見交換、各グループからの報告。

【研修前・後アンケートの実施】研修会開催の前後にアンケートを実施し、研修前 140 名（第 1 回 20 名、第 2 回 79 名、第 3 回 41 名）、研修後 261 名（第 1 回 67 名、第 2 回 115 名、第 3 回 79 名）より回答を得た。アンケートを通して、大きく 3 つの課題が示された。

- ① 相談窓口の明確化／「行政においてひきこもりの相談窓口が専門、一本化ができるない」等。ひきこもりは、求められている課題が、保健医療、福祉、就労、生活困窮等、それぞれ異なり、相談窓口の一本化、明確化が難しい。
- ② 機関同士の連携の強化／「8050 問題を見すえ、保健部内と福祉（包括）との連携をどう図っていくか」等。特に、8050 問題では、一つの家庭の中に、親への介護サービスと、当事者へのひきこもり支援と複数の支援が入ることとなり、連携は重要とされる。
- ③ 介入拒否、困難、会えない／「当事者たちの拒否があれば、介入は難しい」「介入拒否や困難の長期化事例」等。これらの事例は、当事者に強い対人・集団恐怖や易刺激性があることが多く、発達障害、二次障害を有している場合も少なくない。

3. 結論

相談窓口の明確化、機関同士の連携強化などのハード面は、今後、組織連携や制度の整備等が重要とされる。一方で、8050 問題を含め、個々の事例は複雑多様であり、個別事例における連携や、支援・介入困難事例への対応等のソフト面は、多機関・多職種を対象とした研修により、ひきこもりへの理解、相談支援技術の向上、連携強化が今後とも重要とされる。

【調査研究】

厚生労働省科学研究補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））
「災害派遣精神医療チーム（DPAT）と地域精神保健システムの連携手法に関する研究」
分担研究報告書

分担研究課題名 DPAT 支援後の地域精神保健体制の事例検討
都道府県・精神保健福祉センターの受援体制検討

研究分担者 辻本哲士（滋賀県立精神保健福祉センター 所長／全国精神保健福祉センター長会 会長）

研究協力者

石元康仁	(徳島県精神保健福祉センター 所長)
内田勝久	(静岡県精神保健福祉センター 所長)
小野善郎	(和歌山県精神保健福祉センター 所長)
岡崎大介	(北海道立精神保健福祉センター 所長)
小原聰子	(宮城県精神保健福祉センター 所長)
河野通英	(山口県精神保健福祉センター 所長)
楠本みちる	(三重県精神保健福祉センター 所長)
小泉典章	(長野県精神保健福祉センター 所長)
佐伯真由美	(広島県立総合精神保健福祉センター 所長)
佐々木恵美	(茨城県精神保健福祉センター 所長)
白川教人	(横浜市こころの健康相談センター 所長)
竹之内直人	(愛媛県心と体の健康センター 所長)
土山幸之助	(大分県こころとからだの相談支援センター 所長)
富田正徳	(熊本県精神保健福祉センター 所長)
野口正行	(メンタルセンター岡山 (岡山県精神保健福祉センター) 所長)
原田 豊	(鳥取県立精神保健福祉センター 所長)
林 みづ穂	(仙台市精神保健福祉総合センター 所長)
福島 昇	(新潟市こころの健康センター 所長)
宮川 治	(沖縄県立総合精神保健福祉センター 所長)
安井 穎	(名古屋市精神保健福祉センター 所長)
矢田部裕介	(熊本こころのケアセンター センター長)
山崎正雄	(高知県立精神保健福祉センター 所長)

研究要旨

【目的】都道府県・精神保健福祉センターの受援体制及びDPAT 支援後の地域精神保健体制を検討する。**【方法】**1) 災害時等こころのケア推進委員会の設立、2) 災害時の精神保健医療福祉体制のありかた検討のためのアンケート調査、3) 既存マニュアル等を用いた受援体制及び中長期支援の検討、4) 災害後中長期の被災者精神保健医療体制にかかる検討を実施した。

【結果】全国精神保健福祉センター長会定期総会にて事件・事故・災害時こころのケアワーキンググループから災害時等こころのケア推進委員会への格上げが承認され、全国こころのケア研究協議会を開催した。全国 69 カ所の精神保健福祉センターを対象としたアンケート

調査では、66 カ所のセンターから回答が得られ（回答率 95.7%）、DPAT 活動終結の判断は医療機関の意向や相談・支援ニーズ、地域保健医療福祉機能の回復が重要であること、中長期のこころのケアは、保健所や精神保健福祉センター、こころのケアセンター、市町村等が対応することが望ましいと考えられていることがわかった。自治体資料を用いて受援体制及び中長期支援に関する項目を検討した結果、受援期における支援活動、DPAT の派遣と派遣要請について、関係機関の役割と連携、中長期支援について等を整理していくことが重要であることがわかった。災害後中長期に被災者の精神保健医療支援に関わる機関としては、市町村保健センター、精神科医療機関、地域支え合いセンター、かかりつけ医・身体科医療機関、居宅介護支援事業所の順に多く、これらの機関の回復状況が DPAT 活動の終結を判断する材料になると考えられた。

【結論】今後、「災害時の精神保健医療福祉マニュアル（受援マニュアルを含む）」を策定していくことが望まれる。

A. 研究目的

2013 年に、災害後急性期からの精神科医療ニーズに組織的に対応するために設立された災害派遣精神医療チーム（DPAT）は、ほぼ全国の都道府県で組織され、災害時の精神科医療体制は定着しつつある。一方で被災地域自治体の DPAT 活動への理解度は未だ十分ではなく、DPAT にどのような役割を求めるか、どのような体制で受援するかといった受援側の方針や体制は未整備である。大規模災害時の支援と受援、ニーズとミスマッチや受援側の調整機能の混乱は、2011 年の東日本大震災の支援活動以降問題となっており、災害支援活動における受援側体制の整備は急務と思われる。さらに、DPAT 活動終了後、中長期のこころのケアに関わる地域精神保健福祉への移行時期や移行体制についても十分に確立されていない。

今回、都道府県・精神保健福祉センターの受援体制の検討と DPAT 支援後の地域精神保健体制の事例検討を行った。

B. 研究方法

1. 災害時等こころのケア推進委員会の設立

全国精神保健福祉センター長会において災害時等こころのケア推進委員会を設立し、都道府県・精神保健福祉センターにおける受援体制検討の基盤とした。

2. 災害時の精神保健医療福祉体制のありかた検討のためのアンケート調査

災害後急性期以降の精神医療から精神保健へ移行する時期における支援側、受援側の課題を明らかにし、移行を円滑に行うためのプロセスや DPAT 活動終了後の精神保健体制に関する技術開発を行うことを目的に、全国の精神保健福祉センターに対して「災害時の精神保健医療福祉体制のありかた検討のためのアンケート調査」を実施した。調査は全国 69 カ所の精神保健福祉センターを対象に、2019 年 12 月 1 日から同年 12 月 27 日にかけて実施した。同様の調査は、都道府県及び政令指定都市、保健所に対しても実施しており、これに準じた項目を電子メール回答にて調査した。

3. 既存マニュアル等を用いた受援体制及び中長期支援の検討

令和元年度精神保健福祉センター災害時支援研究班資料として、いくつかの自治体から既存の災害時マニュアルや資料が提出された。これを基に受援体制及び中長期支援に関する項目を抜粋し、その内容や課題について災害時等こころのケア推進委員会にて検討した。尚、検討に用いたマニュアル等は下記の通りである。

- ・『北海道胆振東部地震における災害時精神保健医療活動（第 115 回日本精神神経学会総会資料）』（北海道立精神保健福祉センター）
- ・『東日本大震災における心のケア～発災から 10 ヶ月の活動記録～』（宮城県精

- ・ 神保健福祉センター)
- ・ 『仙台市災害時地域精神保健福祉ガイドライン』(仙台市精神保健福祉総合センター)
- ・ 『「ひょうご DPAT」活動マニュアル』(兵庫県)
- ・ 『岡山県の豪雨災害における DPAT 活動について(第 115 回日本精神神経学会総会資料)』(岡山県精神保健福祉センター)
- ・ 『平成 30 年 7 月豪雨 広島県』(広島県立総合精神保健福祉センター)
- ・ 『DPAT (災害派遣精神医療チーム) 活動手順』(広島市健康福祉局)
- ・ 『愛媛県 DPAT 活動要領』(愛媛県)
- ・ 『大分県 急性期の DPAT 活動マニュアル 大分県被災時の対応』(大分県)

4. 災害後中長期の被災者精神保健医療体制にかかる検討

熊本こころのケアセンターが関わったケースを通して、災害後中長期の精神保健医療に関わる機関・事業の抽出・整理を試みた。2016 年 10 月から 2019 年 3 月の期間に、熊本こころのケアセンターがアウトリーチもしくは来所対応を行った連続 515 例の相談対応記録から、精神保健医療的な関わりが有ると判断される他の機関・事業を抽出した。

C. 研究結果

1. 災害時等こころのケア推進委員会の設立

2019 年 7 月 4 日の全国精神保健福祉センター長会定期総会にて、事件・事故・災害時ワーキンググループから災害時等こころのケア推進委員会への格上げが承認された。同年 7 月 26 日、全国こころのケア研究協議会(主催: 全国精神保健福祉センター長会、事務局: 仙台市精神保健福祉総合センター、宮城県精神保健福祉センター)が開催された。大波由美恵氏(神戸市養護教諭)、田中究氏(兵庫県立ひょうごこころの医療センター)の講演と、八木淳子氏(いわてこどもケアセンター)、木越研司氏(仙台市教育局)、鈴木由佳里氏(気仙沼市保健所)によるシン

ポジウムが行われ、全国から災害支援関係者が集った。

2. 災害時の精神保健医療福祉体制のありかた検討のためのアンケート調査

対象となった全国 69 カ所の精神保健福祉センター中 66 カ所から回答が得られた(回答率 95.7%)。調査の結果から「DPAT 活動終結の判断」は「医療機関の意向」や「相談・支援ニーズ」、「地域保健医療福祉機能の回復」が重要と考えられた。「心のケアの継続」は、「保健所」や「精神保健福祉センター」、

「こころのケアセンターの立ち上げ」、「市町村が対応することが望ましい」等、意見は様々であった。平時から災害時までの各フェーズで考え得る活動内容については、準備期や立ち上げ期、活動期、移行期まではイメージを持ちやすかったが、撤収期やフォローアップ期に関しては想定しづらいことが明らかとなった(その他の結果は太刀川班報告を参照)。

3. 既存マニュアル等を用いた受援体制及び中長期支援の検討

① 受援体制の検討

受援を要する支援活動として、医療機関や被災地における精神保健医療ニーズの把握、精神科病院被災に伴う患者搬送、避難所における支援、被災者宅訪問、支援者支援、被災者の健康調査とそのフォローアップ、避難所解消後の仮設住宅支援があげられた。どこまで外部支援を求めるかは被災地や災害の状況によって変わることや、医療支援から保健支援への移行は明確に分けられるわけではないこと等が指摘された。熊本地震では、病院支援からニーズの展開と関係機関との連携、さらには精神保健福祉センターへの引継ぎ等、コンパクトな期間で県外支援が県内のリソースに移行しており、今後の支援における良いモデルとなるとの意見も聞かれた。精神保健福祉センターや保健所、多分野チーム等関係機関の役割と連携を整理することの重要性、DPAT が殺到することで被災地が混乱する恐れ、外部支援を求めるもしくは受けるかどうかの決定

の重さ等も洗い出され、DPAT 統括者一人では、外部支援を受けるタイミングや量の判断は難しく、DPAT 事務局や関係機関と協議しながら決めた方が良いこともわかった。

② 中長期支援

まず重層的な支援体制（被災市町村一保健所一精神保健福祉センター）が求められた。ポイントは DPAT 等の外部支援が掘り起こしたニーズを適切な機関につなげるとの必要性、精神保健福祉対策を通常業務に移行させていく視点と災害対応として別建てで対応していく視点の兼ね合いの難しさであった。体制整備として、外部支援が少なくなる時期の実情に応じたマンパワーサポートの現実的な選択、メリット・デメリットを評価した上でのこころのケアセンター等の専門機関、部署の設置の検討が重要であった。

4. 災害後中長期の被災者精神保健医療体制にかかる検討

災害後中長期における精神保健医療的関わりがあった機関・事業として計 43 機関・事業が抽出され、市町村保健センター等

(N=267)、精神科医療機関 (N=158)、地域支え合いセンター (N=149)、かかりつけ医・身体科医療機関 (N=96)、居宅介護支援事業所 (N=49) の順に多かった。平時に地域精神保健の中核的役割を果たす精神保健福祉センター (N=28) や保健所 (N=17) の関わりは相対的に少なかった。

D. 考察

全国精神保健福祉センター長会において災害時等こころのケア推進委員会を設立したが、過去の災害で精神保健医療分野のカウンターパートとして、受援や支援を経験した委員も多く、実践的な受援体制の検討を進めることができた。

都道府県及び政令指定都市、保健所と並行して「災害時の精神保健医療福祉体制のありかた検討のためのアンケート調査」を全国の精神保健福祉センター対象に実施した。災害時の急性期以降の精神医療から精神保健への移行における支援側・受援側の

課題、移行を円滑に行うためのプロセス等に関する基礎資料を集めることができ、DPAT 活動終了後の精神保健体制に関する技術開発を進める下準備ができた。

自治体資料を用いて受援体制及び中長期支援に関する項目を検討した結果、受援期における支援活動、DPAT の派遣と派遣要請について、関係機関の役割と連携、中長期支援について等を整理していくことが重要であることがわかった。

また、災害後中長期の被災者精神保健医療体制について検討を行ったが、市町村保健センター、精神科医療機関、身体科医療機関、地域包括支援センター並びに居宅介護支援事業所等、既存の地域精神保健医療資源に加え、こころのケアセンターや地域支え合いセンター等の被災者支援専従機関が一定の役割を果たしている可能性が示唆された。併せて、1) 市町村保健センターの機能回復及び地域支え合いセンターによる機能補完、2) 精神科医療機関の機能回復及び身体科医療機関による機能補完、3) 地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等、高齢者の問題に対応する機関の機能回復という観点から点検することで、災害後急性期の DPAT 活動から中長期支援への移行判断がしやすくなると考えられた。

E. 結論

今年度の成果を活かし、「災害時の精神保健医療福祉マニュアル（受援マニュアルを含む）」を策定していくことが望まれる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし

【調査研究】

令和元年度（2019年度）厚生労働行政推進調査事業費補助金 障害者対策総合研究事業（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。今年度は弁護士代理人による退院請求活動等の実態調査に重点を置いた。

【方法】(1) 2018年度精神保健福祉資料（630調査）および衛生行政報告例から2017年度の精神医療審査会関連データを抜粋して集計し、審査会活動の動向を分析した。(2)全国の審査会事務局に対して弁護士代理人による退院等請求活動に関する実態をアンケート調査した。(3)全国精神医療審査会連絡協議会総会に繋げて精神医療審査会活動に関するシンポジウムを開催した。

【結果】(1) 630調査によれば、2017年度には、全国の67審査会の219合議体で1,759回の合議体が開催され、1合議体当たり平均207.2件の書類審査が行われていた。退院請求は3,869件が受理され、3,259件（84.2%）が審査終了、処遇改善については646件が受理され、511件（79.1%）が審査終了と報告されていたが、衛生行政報告例との間や自治体間で報告基準に齟齬があった。退院請求、処遇改善請求とも約94%が請求棄却という裁定であったが、滋賀県や大阪府、栃木県など、棄却率の低い自治体がいくつかあった。退院請求の受理から審査結果通知までの日数は平均33.2日。書類審査に対する請求審査の件数は平均1%未満であった。代理人による退院等の請求は24都道府県で312件（請求受理件数の6.9%）と報告され、代理人による請求審査のなかつた23自治体では、あつた24自治体に比べて請求の棄却率が有意に高かった。(2)全国67の精神医療審査会事務局に対して、「弁護士代理人による退院等請求活動に関する調査」を依頼したところ、60の審査会（89.6%）から回答を得た。弁護士による請求の利点（請求意図の明確化など）が欠点（日程調整の遅延など）をやや上回る回答があった。意見聴取に立ち会うための日程調整には弁護士に一定の配慮がなされている会もあった。主治医や家族への意見聴取への弁護士の立会については、意見が割れた。関連資料の弁護士への開示については、全面開示が20%あつたが、残りは一部非開示ないし条件付き開示で、非開示資料では合議体委員による意見聴取報告書、開示条件としては個人情報保護法令への準拠が最多であった。開示資料のマスキングを行わないとの回答も複数あつた。日本弁護士連合会による法律援助制度については過半数の委員に十分周知されてはいなかった。意見聴取時に弁護士の選任権を告知しているのは57%に留まり、半数では法律援助制度の告知は行われていなかった。審査会での請求者による意見陳述については、広く容認すべきとする回答が非容認を上回り、これを容易にするために入院先病院での審査会開催という回答もあった。医療委員を非医療委員に置き換えることについては64%が消極的であった。(3)「代理人弁護士による退院請求等の審査をめぐる諸問題」と題してシンポジウムを開催し、147名の参加を得た。今回のアンケート調査の結果に関する基調報告の後、研究協力者から精神医療審査会活動の動向や弁護士活動の意義と課題、弁護士代理人による請求の多い福岡県および大阪府の精神医療審査会事務局から審査会活動の実態と弁護士活動への所感が報告され、参加者を含めて活発な意見交換が行われた。

【考察】(1)増加し続ける書類審査や請求審査に対して審査会活動の限界がある中で、弁護士代理人による請求の増加は、国連原則や障害者権利条約の理念上は評価される。(2)しかし、弁護士による資料開示請求や主治医等への意見聴取機会の制限、弁護士選任権と法律援

助制度の告知の乏しさ、医療委員から非医療委員への置換に対する消極性など、いくつかの障壁も指摘しうる。これらを克服するためには、弁護士選任権の告知を請求受理の時点で行うべきであり、精神医療審査会運営マニュアルを現在の官房通知レベルから政省令へと格上げして、準司法機関としての精神医療審査会の機能に見合う権限を弁護士に付与するなど、抜本的な制度改革が必要である。ただし、これらの改革によって弁護士による請求事案が増えた場合に弁護士会が対応できるかなど、新たな課題が生ずる可能性もある。

【結論】弁護士代理人の活動が入院患者の権利擁護と適正な医療の提供という精神医療審査会の創設理念の実現に寄与することが示された。今後は、精神医療審査会運営マニュアルの法的格上げや内容の改定に向けた議論を集積すべきである。

(岡山市こころの健康センター 太田順一郎)

【調査研究】

厚生労働行政推進調査事業費補助金 障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究事業
(精神障害分野)) 地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究

A班：精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に関する研究

分担研究者 野口正行 研究協力者 熊谷直樹 オブザーバー 太田順一郎

A. 研究の背景と目的

平成28年度から30年度にかけて、「自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築に関する研究」を行い、自治体の業務に関して、市町村・保健所・精神保健福祉センターの業務運営要領の改定案を一体的な形で作成するとともに、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」(以下、「にも包括」)の構成要素をレベル1(地域移行支援、アウトリーチ支援)、レベル2(協議の場)、レベル3(包括的支援体制の推進)に分ける形で整理を行った。その上で、好事例の自治体の取組に基づき、それぞれの構成要素のガイド暫定版を作成した。

令和元年度は、これらの研究成果に基づき、ガイドの改訂方向の検討を行うとともに、「にも包括」の概念整理を行った。

B. 方法

研究方法（調査方法）

研究方法としては、これまでのガイド暫定版を振り返り、今年度以降に取り組むべき課題について、研究協力者による協議を行った。

期間

令和元年6月2日、8月18日、令和2年1月26日の3回、研究協力者およびオブザーバーに集まつていただき、検討を行った。それ以外にもメールによる協議を適宜行った。

統計解析／分析方法

ガイド暫定案の改訂にあたっては、前年度までの自治体班の分析方法を踏襲し、好事例の本質的要素と思われる、①対応すべき課題、②梃子となる対応、③背景となるリソース、④波及効果、⑤事業継続のポイント、⑥課題、注意点、⑦他の自治体が事業化を行う際のポイントに分けて、好事例の内容を分析した。

なお、本年度は、特に総論やレベル3包括的支援体制の推進について盛り込むべき要素についての検討を行った。

さらには、この検討作業には、「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」(以下、「構築支援事業」)の事務局を担当している、株式会社日本能率協会総合研究所からも職員にオブザーバーの参加を依頼した。それによって、本研究班のガイドと、「構築支援事業」の手引き(「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のための手引き」)が一体的なものとなることを狙った。

C. 結果／進捗

今年度は、総論およびレベル3包括的支援体制の概念整理についての議論を行った。レベル3については、そもそも精神障害にも対応した地域包括ケアシステムとは何かという、総論での検討事項と内容的にも重なる部分が多く、その切り分けの作業を行った。

それ以外では、レベル1アウトリーチ支援、レベル2協議の場の運営について、以下のようないくつかの検討を行った。

レベル1のアウトリーチ支援については、昨年度までの好事例分析に基づき、整理された形でパワーポイントを作成した。

レベル2の協議の場の運営については、昨年度までのガイド暫定版をより整理した形の

パワーポイントを作成した。

また手引きについても、若干の修正を行い、地域包括ケア班の議論を盛り込むこととした。

D. 考察

「にも包括」も、概念としては平成29年度に打ち出された。「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業」（以下、「構築推進事業」）ではメニュー事業としてアウトリーチ支援や協議の場の運営が含まれるもの、全体として「にも包括」はどのようなものなのか、というイメージ、またそれぞれの項目が「にも包括」全体の中でどのような位置を占めるのか、という項目間の関係が明確ではないため、縦割りの事業の単なる羅列として受け取られる恐れがある。しかし、本来は、本事業に含まれる各メニューは、それぞれの局面から、「にも包括」のジグソーパズルのピースのように組み合わさって全体を形づくるものである。この点では、ガイドの総論やレベル3包括的支援体制の推進ガイドによって

「にも包括」の全体像を把握した上で、レベル1の個別事業を企画することが望ましいと考えられる。ガイドの総論として、こうした明確化を行うことが今後の課題であることが確認された。

また、本ガイドの今後の方針性としては、社会保障制度改革国民会議報告書でも言われていることであるが、地域により、人口動態、医療や福祉の需要、資源が異なっており、「にも包括」のあり方も、地域ごとに考えていく「ご当地」支援が必要になる。そうなると、本ガイドも、単に各事業の方法を事細かに指図するマニュアルというよりも、それに基づいてそれぞれの地域での支援体制の在り方について考えるための大まかな方針や里程碑を示すものとなる。

また今後、「にも包括」も、単に精神障害者だけを取り扱う、それ自体が縦割り化したもう一つの「地域包括ケアシステム」を目指すのではなく、高齢者の地域包括ケアシステム、母子保健や妊娠期からの子育てを含む包括的支援にも開かれた、より包括的支援体制を見据えた形で検討する必要がある。

（岡山県精神保健福祉センター　野口正行）

【調査研究】

令和元年度 厚生労働科学研究「再犯防止推進計画における薬物依存症者の地域支援を推進するための政策研究」

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ついての研究」

【目的】 全国の市区町村における薬物依存症支援の理解向上・均てん化および地域連携・支援の円滑化および「生活保護担当ワーカー向け薬物依存症対応基礎研修テキスト」の最適化（研究①）、全国の精神保健福祉センターにおける薬物依存症・ギャンブル障害の相談件数および回復プログラム等の実施状況の把握（研究②）、薬物依存症専門医療機関を対象としたアンケート調査（研究③）を行った。

【方法】 <研究①> 「生活保護担当ワーカー向け薬物依存症対応基礎研修テキスト」を用いて市区町村生活保護担当者に研修を実施した。研修実施者に当事者が加わり、実体験を語ることが特徴である。研修前・中・直後・6か月後に自記式アンケート（J-DDPPQ：薬物依存症の支援従事者の態度を測定する心理尺度）と研修前・直後・6か月後に12の質問、研修直後に感想の自由記述を用いて研修効果を測定し、また基礎研修テキストの改定も行った。
<研究②> 全国精神保健福祉センター長会のメーリングリストを介して調査票を送付し、各精神保健福祉センターより 1) 薬物依存症・ギャンブル障害の相談件数 2) 指定相談機関の選定状況 3) 治療・回復プログラムの実施状況 3) 連携状況を回答頂いた。集計し、経年モニタリングを実施した。

<研究③> 平成31年4月22日時点において、専門医療機関（薬物依存症およびギャンブル等依存症）の指定を受けている46機関（うち、薬物依存症のみ13機関、ギャンブル依存症のみ8機関、薬物およびギャンブル依存症25機関）対象とし、郵送によるアンケート調査を実施した。

【結果】

<研究①> 令和元年9月27日（品川）、11月15日（福岡）および2月3日（京都）に研修を実施し、それぞれ64名と36名と21名が参加し、研修前・中・後にJ-DDPPQ、研修前・後に12の質問、研修後に感想の自由記述に回答した。J-DDPPQの解析（ボンフェロー二重解釈と効果量の解析）より、3の研修会全てで効果を認め、特に知識とスキルの項目で効果が大きかった。役割認識や仕事満足・自信では効果が少ないあるいは認めなかった。自由記述では「具体的な支援法を知ることができた、当事者の体験を聞いて「どういう経緯で依存物質に手を出してしまうのかについてある程度理解することができた」「（以前は）気持ちが理解できない所があったが、（今は）少し気持ちが分かる気がする」などが挙がり、支援者としての生活保護担当者の依存症者への理解が進んだと考える。今後、研修六ヶ月後の効果維持の測定を予定している。

<研究②> 全国的精神保健福祉センター69箇所に調査票を送付し、全ての精神保健福祉センターより回答を得た（回答率は100%）。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30年度が126.8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、平成29年度…98.2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35（50.7%）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33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11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18.4件であった（参考：平成29年度…4.3件）。薬物依存症者の支援における関係機関との連携状況では

医療機関とダルクと連携をしているケースが最も多く、支援における両機関の関係性が重要であることが分かった。専門医療機関との連携状況では、管内で薬物依存症の専門医療機関を選定済みのセンターは39で、うち37のセンターで同医療機関と様々な形での連携の実績があった。

＜研究③＞48の医療機関に調査票を送付し、38の機関から回答を得た。解析の対象となった30の薬物依存症専門医療機関において、平成30年度の薬物依存外来患者数は実人数の平均値が76.0人で、年間50人未満の医療機関が全体の6割を超えていた。延べ人数の平均値は928.4人で、年間500人未満の医療機関が全体の5割を超えていた。実人数の合計は2,281人、延べ人数の合計は26,924人であった。全ての医療機関で薬物依存症を対象にした手段ないし個別の回復プログラムが開催されており、そのうち8割がSMARPP類似のプログラムであった。一方、家族向けのプログラムを実施している医療機関は4割にとどまった。関係機関との連携では、ダルクとの連携機会が多いと答えた医療機関が最も多かった。一方、当事者の治療・回復のための課題で地域の関係機関との連携に課題を感じていると答えた医療機関が最も多かった。

【考察と結論】自治体の生活保護担当者の支援技術向上を目的として、「生活保護担当ワーカー向け薬物依存症対応基礎研修テキスト」を用い、また当事者が直接経験を共有する方法で研修を実施し実施直後の効果を認めた。今後、研修6ヶ月後の効果を測定するとともに、別の地域での研修実施と効果測定を予定している（全体の参加者数が増えると効果測定の解析精度が高まる）。これらを通じて研修プログラムのパッケージ化と全国への普及を促進し、生活保護担当ケースワーカーに対する継続的な支援技術の向上を目指したい。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件数が増加していること、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が分かった。全国の専門医療機関対象の調査では、全ての医療機関で回復プログラムが実施されており、ダルクとの連携機会が多いことが明らかになった。

(横浜市こころの健康相談センター 白川教人)

【調査研究】

2019年厚生労働科学研究(障害者政策総合研究事業)「再犯防止推進計画における薬物依存症者の地域支援を推進するための政策研究」

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」(研究分担者:松本俊彦<国立精神・神経医療研究センター・精神保健研究所 薬物依存研究部長>)

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】保護観察所と精神保健福祉センターなどの地域支援機関との橋渡しをしつつ、保護観察対象の薬物事犯者の長期転帰を調査する「Voice Bridges Project」を2017年3月より実施している。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。研究1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年間実施する計画で行っている。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、研究2では、対象地域の精神保健福祉センターを対象に質問紙調査を行い、調査参加にかかる変化や保護観察所との連携体制に関する質的情報を収集・整理した。

【結果】<研究1> 2017年3月から2019年12月末までに、17の精神保健福祉センター*から計354名の保護観察対象者が調査に参加し、最長2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45.6歳で、男性が74.9%、週4日以上就労の者が40.4%であった。主たる使用薬物が覚せい剤であった者が94.4%、逮捕時におけるDAST-20の平均値は10.8と中程度であった。追跡中の薬物再使用者は、開始～3か月後で5.7%、3～6か月後では6.0%、6～9か月後では4.9%、9か月～1年後では8.4%、1年後～1年半後では7.7%であった。カプランマイヤー分析による、薬物不使用に関する1年後の累積生存率は92.6%、2年後の累積生存率は84.2%であった。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11.5%であることが明らかになった。

<研究2> 精神保健福祉センター職員が薬物依存症者とかかわる機会が増え、それによってステigmaが解消されていることや、本プロジェクトを通して精神保健福祉センターと保護観察所の間で良好な連携が築かれつつあることが示唆された。その一方で、薬物事犯保護観察対象者全体におけるリクルート率が当初の計画に比べると低く、保護観察所における情報提供のあり方、参加希望から精神保健福祉センターでの面接実施に至る過程での脱落を防ぐ方策を検討する必要があった。

【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(中部)、東京(多摩)、神奈川県、栃木県、三重県、滋賀県、大阪府、広島県、福岡県、鹿児島県、横浜市、川崎市、相模原市、堺市、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】

令和元年度厚労科研「ギャンブル等依存症の治療・家族支援の推進のための研究」 精神保健福祉センターにおける回復プログラムの効果検証医療・福祉・社会的支援のありか たについての研究 第1報

【目的】 研究1：全国の精神保健福祉センター職員のギャンブル障害に対する理解を促進し、回復支援が円滑に進むようにする。研究2：全国精神保健福祉センターにおけるギャンブル障害の相談状況やSMARPP類似回復プログラムの実施状況をモニターする。

【方法】 研究1：全国各地で2～3回ほど精神保健福祉センター職員等向けに「ギャンブル障害の認知行動療法プログラム(SAT-G)」研修を実施し、研修前後で「ギャンブルおよびギャンブル障害に関する基礎知識（正誤を回答する方式の質問6問）」、「支援者として十分な知識・相談対応の技術を有していると感じるか（5段階のリッカート尺度）」、「GGPPQ（ギャンブル障害者に対して仕事をする際の従事者の態度を評価する質問紙）」、「SAT-Gの相談援助業務での活用可能性（4段階のリッカート尺度）」で研修効果を測定する。

研究2：各精神保健福祉センターより1) 薬物依存症・ギャンブル障害の相談件数 2) 指定相談機関の選定状況 3) 治療・回復プログラムの実施状況 3) 連携状況を回答頂く。集計し、経年モニタリングを実施する。

【結果】 研究1：令和元年11月1日（品川）および12月6日（新大阪）に研修を実施し、前者では19名が研修と効果測定に参加し、後者では109名が研修に参加し104名が効果測定に参加した。いずれの質問紙および尺度においても研修前後比較で向上が見られ、ギャンブルに関する基礎知識、支援者としての相談技量とその自信、SAT-Gを活用できる自信のいずれも向上したと考える。より詳細な解析を今後予定している。また、参加者の感想として「実践的で分かり易い」「自信がついた」「テキストに沿って取り組めそう」「コミュニケーション能力が必要そう」「場数・経験が必要」「グループ立ち上げが難しい」「支援において強制せずに自己を尊重できそうで良い」などが挙がった。

研究2：全センターでの平均相談件数は149.5件であり、増加傾向にあった。ギャンブル障害当事者向けプログラムは47のセンターで実施されており、昨年度（33センター）よりも増加していた。

【考察と結論】 考察：2回の研修会は実施し、69精神保健福祉センター中62センターにSAT-Gのプログラムを普及できた。これにより、ギャンブル障害の精神保健福祉相談のバックボーンとなる有効性のある回復プログラムの開発と普及ができ、行政の精神保健福祉相談においておけるギャンブル障害の精神保健福祉相談の技術支援に大いに役立っていると考える。さらに、全国の精神保健福祉センターの約半数がギャンブル障害の回復プログラムを実施できる状況に大きく貢献した。結論：本研究を継続し研修会を実施することで精神保健福祉センターにおけるギャンブル障害の精神保健福祉相談の技術支援向上に役立ち、ギャンブル障害の回復の一助になる。

（横浜市こころの健康相談センター 白川教人）

【調査研究】

厚生労働省課題 令和元年度 障害者総合福祉推進事業 「精神医療機関における外国人受入の現状と課題把握に関する調査」

事業統括者・研究者代表者 岸本 年史（日本精神神経学会 国際委員会）

事業担当者・研究実施者 山室 和彦、秋山 剛、兼子 幸一、加藤 隆弘（日本精神神経学会 国際委員会）桂川 修一、野口 正行（多文化間精神医学会） 神山 昭男（日本精神神経科診療所協会） 森 隆夫（日本精神科病院協会） 森川 将行（全国自治体病院協会） 林 健明（全国精神保健福祉センター長会） 根本 隆洋（日本精神保健・予防学会） 西村 勝治（日本総合病院精神医学会） 岸本 直子、岡崎 康輔（奈良県立医科大学） 伊藤トマス克男（サンタクルス病院兼サンパウロ大学病院） 中川柳田 卿子（カエルプロジェクト代表） 西国 幸四郎（サンタクルス病院）

事業要旨

【目的】精神医療機関を受診する外国人患者の現状を明らかにし、また現地調査を行うことによって外国人患者対応に係る課題を整理することとした。

【方法】（1）2019年11月から12月までの期間に、全国の精神医療機関に対して「精神医療機関における外国人患者受入れの現状と課題把握に関する調査」として郵送によるアンケートを行い、抽出した医療機関には現地調査を行った。加えて、教育現場における外国人の精神科医療にかかる課題を調査するために、特別支援学級に在籍しているブラジル人子女の発達や言語を多方面から調査した。（2）精神保健福祉法の公式の英文訳が無いため、専門用語についての英文訳を作成した。

【結果】（1）3,708医療機関中 1,018機関から回答があった（回答率 27.5%）。外国人の受診または相談があったと回答した機関は 562（55%）、うち困った経験があると回答したのは 205 機関（36%）で、「言語の違い」「社会的諸手続き」や「文化の違い」が主な要因であった。また「外国人患者に薬物療法を行ったことがある」と回答した 515 機関（81%）のうち、約 20%が向精神薬に関し「本邦で未発売」「用量の違い」もしくは「海外で未承認」で困った経験があると回答した。また外国人患者に入院治療を行ったのは 114 機関（20%）で、「言葉の違い」「文化の違い」「金銭問題（入院費など）」が困難、と回答した。多くの機関が「本邦で未発売の向精神薬」「向精神薬の用量の違い」や「海外で未承認の向精神薬」の一覧および、「入院にかかる同意書および告知文書」「行動制限にかかる同意書および告知文書」などの多言語版が必要であると回答した。

特別支援学級に在籍しているブラジル人子女の調査からは、精神医療機関のみならず、教育現場における外国人の精神科医療にかかる具体的な問題を明確にすることができた。

（2）日本精神神経学会国際委員会で用語の英文訳一覧を作成し、校閲を経て同学会精神保健福祉法委員会に諮った。

【考察と結論】本調査では、外国人患者の対応に多くの精神科医療機関が苦慮している現状が明らかになり、その背景として「言語」や「文化」の存在がうかがわれた。今後増加することが予想される外国人に対応すべく、「入院にかかる同意書および告知文書」や「行動制限にかかる同意書および告知文書」の多言語版を作成し、精神保健福祉法を早急に整備することが望まれる。また地域や機関による対応の差も明らかで、関係省庁や機関の協力の下、精神医療における外国人患者の受入れ環境を整備することが必要である。

（千葉県精神保健福祉センター 林健明）

【調査研究】

全国こころのケア研究協議会 開催報告

<開催日> 令和元年7月26日（金）
<場所> 仙台市福祉プラザ（宮城県仙台市）
<主催> 全国精神保健福祉センター長会
<事務局> 仙台市精神保健福祉総合センター
宮城県精神保健福祉センター



<参加申込者数> 106名 <参加者数> 97名

<プログラム> 別紙1の通り

◎ 講演

神戸市の養護教諭である大波由美恵先生が、阪神・淡路大震災後の子どもたちへの関わりを丁寧にお話しさり、ひょうごこころの医療センターの田中究先生からは、それを補足しながら、パーソナルな体験が積み上がって一つの記録を作り地域の姿や態度を作る、したがって語り継ぐことはとても大事だとお話をいただいた。

◎ シンポジウム

いわてこどもケアセンターの八木淳子先生から、東日本大震災後生まれの子どもとその家庭へのコホート研究の結果に基づいて、直接被災だけでなく震災後の混乱期に誕生した子どもと家族にも幅広く長期的な支援の継続が必要であるというお話をいただいた。

仙台市教育局の木越研司先生は、学校の先生方が、今や千手観音のようにさまざまな働きを求められるようになっている苦しい現状とともに、安心・安全な学校生活を保障するために様々な人の力が必要だと語られた。

気仙沼市の鈴木由佳里保健師からは、今後の地域保健に必要なこととして、地域包括的・世代横断的な視点で、地域との関係性や官民の協働を意識した保健活動が必要であることなどに関する、熱い語りをいただいた。

その後、田中究先生からの指定討論をいただきながら、フロアの参加者も交えて話を深め、子どもに限定することなく幅広い視野と連携による支援の必要性が再確認された。

◎ 全体を通して

今回は、地域柄、東日本大震災後の子どものケアについて取り扱ったが、テーマを問わず、学校と保健福祉との参加者が集って一つの事柄について学び深める機会は非常に貴重で、この研究協議会を続ける意味の大きさがあらためて感じられた。

<アンケート> 別紙2の通り 回収率78%

開催に際して御協力くださった諸先生方に、心より感謝申し上げます。

(文責：仙台市精神保健福祉総合センター 林みづ穂)

<別紙1>

令和元年度 全国こころのケア研究協議会

日 時：令和元年7月26日（金）10:30～16:00
会 場：仙台市福祉プラザ プラザホール

次 第



10:30 開 会
挨 拶：全国精神保健福祉センター長会 会長 辻本哲士

10:40 講 演
『阪神・淡路大震災 25年後の今 - 保健室から見つめてきたもの -』

講 師：兵庫県立ひょうごこころの医療センター 院長 田中究 先生
神戸市立井吹台中学校 大波由美恵 先生
司 会：仙台市精神保健福祉総合センター 所長 林みづ穂

13:30 シンポジウム 『 継続的な子どものこころのケアの必要性を考える 』
「震災後に誕生した子どもとその家庭への継続的支援研究から見えてくるもの」
岩手医科大学いわてこどもケアセンター 副センター長 八木淳子 先生
「児童生徒のこころのケアについての現状と課題」
仙台市教育局教育相談課 主幹兼主任指導主事 木越研司 先生
「地域保健活動からの気付き～地域包括的・世代横断的な支援の必要性」
気仙沼市地域包括ケア推進課 技術補佐兼地域包括ケア推進係長 鈴木由佳理 先生

指定討論：兵庫県立ひょうごこころの医療センター 院長 田中究 先生

座 長：宮城県精神保健福祉センター 所長 小原聰子
仙台市精神保健福祉総合センター 所長 林みづ穂

15:45 閉 会
挨 拶：事件・事故・災害時こころのケアワーキンググループリーダー 福島昇
(研修会終了後に、アンケートを回収しますので、ご協力をお願い致します。)

全国こころのケア研究協議会 アンケート集計(R1.7.26開催)

参加人数 97人 回収件数 76 回収率 78%

記入者内訳

性別

男性	13
女性	61
不明	3

年代

20歳未満	0
20~29歳	12
30~39歳	12
40~49歳	21
50~59歳	23
60歳以上	5
無回答	3

所属機関

精保センター	9
学校関係者	37
保健所・市町村	20
その他	10

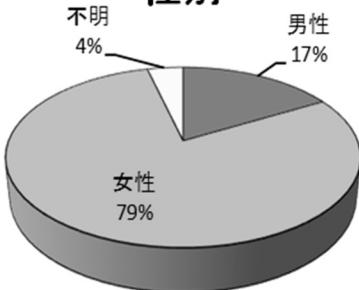
所属場所

宮城県内	55
宮城県外	15
無回答	6

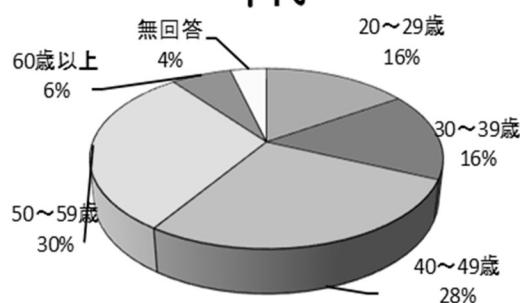
職名

教員	34
医師	6
保健師	22
心理士	4
精神保健福祉士	0
その他	5
無回答	5

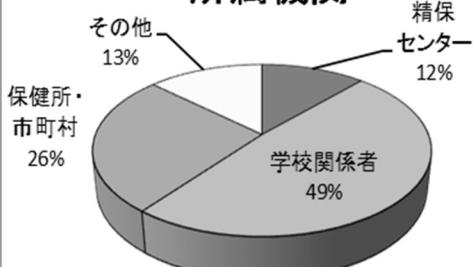
性別



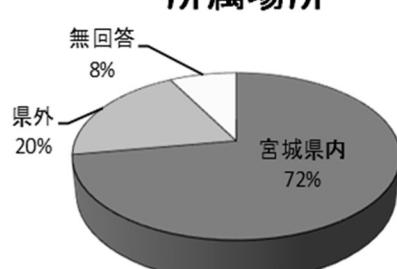
年代



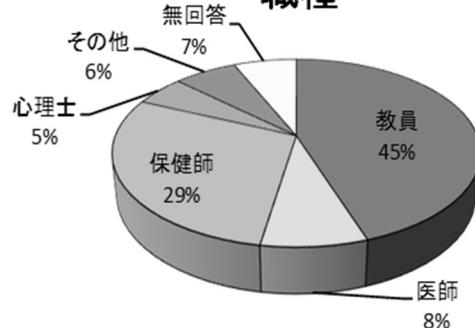
所属機関



所属場所



職種

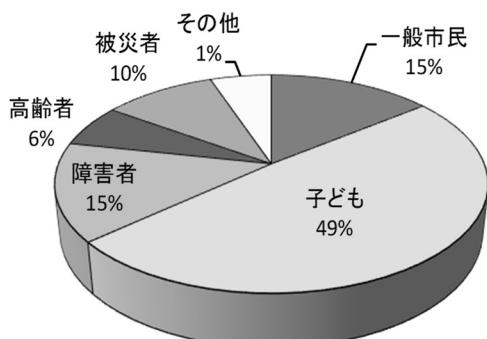


Q1:日々の業務で、主に対象としている方を教えてください。(複数回答可)

一般市民	16
子ども	54
障害者	16
高齢者	7
被災者	11
その他※	6

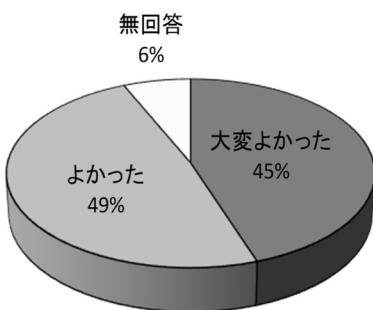
※その他回答 なし

Q1:日々の業務で対象としている方



Q2:講演「阪神・淡路大震災 25年後の今－保健室から見つめてきたもの-」への感想をお聞かせください。

Q2:講演の感想



大変よかった	34
よかったです	37
普通だった	0
あまりよくなかった	0
よくなかった	0
無回答	5

【理由】

<大変よかった>

* 宮城県・仙台市も東日本大震災から10年が経過します。学校における児童生徒の背景を知り、支援を続けていくことが改めて大切であることを知った。

* 震災から25年、正面から生徒さん達と向き合ってきた大波先生の取り組みを語る一言一言が心に響きました。田中先生の支えがあつてこそと思います。チームとしての力を感じ、励まされました。語り継ぐことで記憶をつくり、その記憶がコミュニティの態度をつくる、という田中先生のことばを大切にして子どもに向かっていきます。

- * 自分の学校で起きている現象と大波先生の学校で起きていることが重なっており、今自分がやれることは何なのだろうと考えました。
- * 現場で子どもたちにふれあってきたまなざしを丁寧にお話しいただき、自分の仕事の日々の小さなことを大切にしようという気持を改めて抱きました。
- * 地域での違いや、年数を経てからの影響など、とても参考になりました。語り合い、語り継ぐことの大切さを学ばせてもらいました。

<よかったです>

- * 震災直後から現在までの子ども達の状態変化、そして支援体制、必要な視点等、学ぶことができた。
- * 1つ1つの事例に、大変重みがあり、語りきれない背景があるのだなと思いました。その1つ1つに精一杯取り組むことなのだとと思われました。
- * 東日本大震災後の25年後は……これらの子どもたちの地域を考えるのにとても参考になりました。
- * 震災が影響しているかの有無に関わらず、子どもの行動、言動に寄り添って背景に共感することの大切さを改めて実感しました。
- * ずっと続けていくことの大切さ、大波先生が日々丁寧に子どもたちを見つけ関わってきたことが伝わりました。お話をから先生のお人柄が伝わってきました。

Q3:シンポジウム「継続的な子どものこころのケアの必要性を考える」への感想をお聞かせください。

大変よかったです	40
よかったです	32
普通だった	2
あまりよくなかった	0
よくなかった	0
無回答	2

【理由】

<大変よかったです>

- * 子どものメンタルヘルスと母親のメンタルヘルスの関連という視点を改めて大切に見取っていきたいと思います。しかし、親の病歴を探るのは学校では難しい。やはり専門機関との連携が大切になってきますね。
- * 他の方の意見を聞け、普段の業務に活かせると感じました。面接時、心がまえて注意しようと思いました。
- * 様々な立場の先生方のお話を伺うことができ、継続の大切さ、地域の力、信頼関係等、改めて必要なことを考えさせられました。
- * 研究で見えてきつつあることと、現場・地域の実感が繋がって、なるほどと思いました。自分の日常の仕事を新しい視点で見直すきっかけになると思いました。
- * 教育・保健福祉・医療と様々な視点から考えることができる貴重な時間でした。自分の見ている範囲だけで考えず、近くで繋がれる存在を探すという意識を持ちたいと考えました。
- * パネリストの先生方の話が多様で、すごく参考になりました。

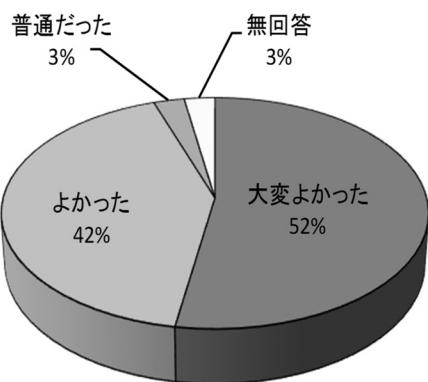
<よかったです>

- * 多角的な視点でみることができました。
- * 子どものこころのケアには親のケアも必要なんだと思いました。親のケア…学校現場ではなかなか介入することが難しいところですが、行政や関係機関と連携できるといいんだろうなと思っています。
- * 震災経験をしていない子どもでも、その家族の歴史を考えて支援が必要であると思いました。
- * 八木先生の研究、支援実践のお話しが興味深かったです。また、木越先生の教育現場の状況、鈴木先生の地域保健活動を聞き、子どもや保護者だけでなく、すべての住民を支えていくためには、横のつながりをしっかりと持ちながら情報共有し、今後の協働を検討していく必要性を痛感しました。
- * 気仙沼市の取り組みを知り、支援する者は、支援される側(住民)の力を伸ばしていくという視点に気づかされました。
- * 木越先生のお話は身につまされることが多く、現在の高校も同じで、先生方の疲れがとても多く、担任が大変で、疲れ果ててしまいそうだ。
- * 学校では今求められているものが多すぎて、本当にやりたいことができていないのは本当にそうであると思う。もっと知ってもらえたなら…と感じた。

Q4:子どものこころのケアなどに関して、ご自身や所属機関で取り組んでいきたいこと、取り組みにあたって課題を感じていることについて、ご記入ください。

- * SOSの出し方教育に取り組んでいきたい。
- * スクールカウンセラー業務の中で、震災の影響を受けている可能性がある親子と関わる場面があつても、きちんと受け止められる構造がない限り、安易に面接で扱えないと考えたケースがあった。学校内の共有・継続支援が課題です。
- * 子どもの行動から、その親の背景にまで迫るという考え方方がとても有用なものであると感じた。
- * 1つ1つのケースを丁寧に支援していきたい。
- * SOSの出し方教育について、子どもたちに教育していますが、先生方への教育(メンタルヘルス含め、子どもの気持ちを察することなど)も必要と思われます。
- * 日ごろ、発達障害の子と接していますが、子より、保護者との関係が課題と感じています。

Q3:シンポジウムの感想



- * 母子担当で地区を担当していますが、まだ地区特性の把握や地区コミュニティを支える、強みを見つけるところに至ってないということに課題を感じており、個のケースと関わりながら、地域の方とも関わりをもって活動を行っていきたいと思う。
- * 地域で生活する人(0歳から100歳まで)単独ではない。そう感じしていても所属機関と一部の関係機関で対応が終わっている。連携が大事と理解しているものの、壁が大きく、動けない。もう少し、がんばってみます！
- * 被災の予算の終わりが見える中で、被災者支援の必要性をどう残し、普段の業務に落とし込んで生かせるか。
- * 学校の先生方の負担を考えると、子どもを通してその世帯を支援したいと思うが、教育委員会との連携が難しい。教育現場、保育所、幼稚園、行政、地域が連携することが課題と感じています。
- * 目の前の子どもに日々、寄り添っていくことを続けていきます。
- * 学校だけでは限界がある。また、継続的に支援するためには、その地域で行うことが大事だと思います。どのように地域が主体となるかが課題だと感じます。

Q5:心のケアに関する研修会で、興味のあるテーマや受講したいテーマがあればご記入ください。

- * グリーフケアについて、より深く学びたい。
- * 家族相談の研修や資格のなどが取得できればありがたいです。
- * 不登校の子どもたちとこころのケアについて。
- * 虐待の連鎖について。
- * ゲーム依存について。
- * 子どものうつ病、大人のうつ病—その見取りと対応。学校現場でできることは何か。
- * 学校現場では愛着に関する課題を持つ子どもが増えてきているため、その社会情勢を含め学びたい。
- * 子どものこころのケアも大切ですが、多忙になってきている教員のこころのケアも大事かなと思っています。
- * 不登校、引きこもり、特に生涯にわたるひきこもり問題について、幼少期からどのように対応していくべきよいか。
- * 学校(養護教諭)として、児童・生徒が今後必要とされる支援機関への繋がり方・繋げ方。

第 V 部

令和元年度全国精神保健福祉センター長会
第 55 回全国精神保健福祉センター研究協議会

第55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：城西館

所在地：高知県高知市上町2丁目5-34

第1日目 令和元年10月21日(月)

○ 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	3階 孔雀の間
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	3階 日輪の間
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	3階 日輪の間
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 佐々木 孝治 氏	
16:10 ~17:00	講演 「龍馬とジョン万から考える国際社会 一本質を見抜く目」 高知県立坂本龍馬記念館 三浦 夏樹 氏	

○ 意見交換会

18:00 ~19:30	意見交換会	1階 太陽の間
--------------	-------	------------

第2日目 令和元年10月22日(火)

○ 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	3階 日輪の間
9:05 ~12:05	一般演題	
12:05 ~13:05	休憩	
13:05 ~14:50	一般演題	
14:50 ~15:05	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 佐々木 孝治 氏

【メモ】

講 演

『龍馬とジョン万から考える国際社会
－本質を見抜く目－』

高知県立坂本龍馬記念館 三浦 夏樹 氏

【メ モ】

第 55 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

令和元年 10 月 22 日 (火)

9 : 05～14 : 50

一般演題発表プログラム

A 依存症対策 9:05 ~ 9:50

座長：小原 圭司（島根県立心と体の相談センター 所長）

NO	誌上	演題	センター名	発表者	項
1		相模原市精神保健福祉センターにおける依存症相談拠点としての取組 ～一次予防、二次予防、三次予防の連携がもたらす好循環～	相模原市精神保健福祉センター	水野 奏	12
2		熊本式依存症相談拠点とは ～地域力を生かした依存症専門相談員事業～	熊本県精神保健福祉センター	渡邊 知子	14
3		地域包括支援センターにおける高齢者のアルコール問題について ～アンケート調査からわかったこと～	滋賀県立精神保健福祉センター	後藤 有加	16
4		重複障がいのあるギャンブラー向け支援プログラムの開発と効果検証	島根県立心と体の相談センター	佐藤 寛志	18
5		当センターにおける依存症当事者支援プログラム(回復支援塾)実施の取り組み	群馬県こころの健康センター	高山 泰一	20
6	○	薬物問題を持つ人の家族を対象にしたワンデイ・セミナーの試み ～家族・当事者・関係者と展開した5年の振り返り～	北海道立精神保健福祉センター	木村 瞳	22
7	○	精神科医療機関における依存症に対するニーズについての調査	山梨県立精神保健福祉センター	大内 誌	24
質疑及び座長のまとめ（9:50まで）					

B ひきこもり対策(1) 9:55 ~ 10:35

座長：原田 豊（鳥取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	項
8		ひきこもり相談事例の継続支援における現状と課題	福岡県精神保健福祉センター	田中 有利子	28
9		浜松市におけるひきこもり支援の状況 ～早期支援のための取組み～	浜松市精神保健福祉センター	相曾 晴香	30
10		大分県こころとからだの相談支援センターひきこもり相談における課題と役割 ～初回相談の現状分析から～	大分県こころとからだの相談支援センター	安東 真優	32
11		福岡市精神保健福祉センターにおけるひきこもり支援への取り組みと課題	福岡市精神保健福祉センター	山口 綾香	34
質疑及び座長のまとめ（10:35まで）					

C ひきこもり対策(2) 10:40 ~ 11:20

座長：佐伯 真由美（広島県立総合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	項
12		鳥取県におけるひきこもり者の社会参加・就労支援 ～ひきこもり職場体験事業の経過と現状から～	鳥取県立精神保健福祉センター	浜田 千登勢	38
13		川崎市における広義のひきこもり支援ニーズ調査	川崎市精神保健福祉センター	家高 克行	40
14		中高年のひきこもりケースの実態と支援について ～相模原市ひきこもり支援ステーションの1年間の支援実績から～	相模原市精神保健福祉センター	頬本 鏡子	42
15		地域包括支援センターにおける相談から見た中高年層ひきこもり者の課題 ～全国10地区の地域包括支援センターを対象とした個別調査結果から～	鳥取県立精神保健福祉センター	原田 豊	44
16	○	当事者の力をかけたひきこもり支援の状況	高知県立精神保健福祉センター	森木 裕子	46
質疑及び座長のまとめ（11:20まで）					

D 予防・精神保健教育・その他 11:25 ~ 12:05

座長：石元 康仁（徳島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	項
17		「不安対処スキルアッププログラム」の開発と意義(第二報)	相模原市精神保健福祉センター	宍倉 久里江	50
18		長崎県における高次脳機能障害の医療機関対応実態調査 ～医療機関一覧の改訂を通して～	長崎県長崎こども・女性・障害者支援センター	前田 隼	52
19		うつ病対策における認知行動療法の普及と実践	静岡市こころの健康センター	笠井 正一	54
20		神奈川県内の精神科医療機関における外国人の受診に関する調査から ～平成30年度及び令和元年度調査研究事業～	神奈川県精神保健福祉センター	石井 利樹	56
質疑及び座長のまとめ（12:05まで）					

12:05 ~ 13:05 昼食・休憩

E 高齢者精神医療・精神科救急・災害精神医療 他 13:05 ~14:00

座長 : 太田 順一郎 (岡山市こころの健康センター 所長)

NO	誌上	演題	センター名	発表者	項
21		東京都老人性認知症専門病棟入院患者の近年の傾向	東京都立中部総合精神保健福祉センター	佐藤 慈子	60
22		平成30年7月豪雨災害後のこころのケア活動について	愛媛県心と体の健康センター	武内 典子	62
23		川崎市の精神科救急における警察官通報の実態分析	川崎市精神保健福祉センター	金谷 有基	64
24		依存症により非自発的入院となった症例の変遷 ～過去5年間の検証～	北海道立精神保健福祉センター	石山 沙奈恵	66
25		滋賀県における精神障害者保健福祉手帳の交付状況について ～審査判定方法の見直しからみえてきたこと～	滋賀県立精神保健福祉センター	葛原 史博	68
26		兵庫県における医療保護入院の実態に関する調査 ～入院届、定期病状報告書等の分析から～	兵庫県精神保健福祉センター	鈴 道幸	70
質疑及び座長のまとめ (14:00まで)					

F アウトリーチ・地域生活支援・その他 14:05 ~14:50

座長 : 野口 正之 (メンタルセンター岡山 所長)

NO	誌上	演題	センター名	発表者	項
27		京都府における「本人も家族もまるごと支援」の推進について	京都府精神保健福祉総合センター	高田 亮	74
28		アウトリーチ支援事業における外部ピアサポートーと協働した事例検討会の試み —ピアサポートーと一緒にアウトリーチ—	東京都立精神保健福祉センター	佐藤 りか	76
29		福島県精神障がい者アウトリーチ推進事業の現状と今後の課題 —脳と生活、そして人生の支援を目指して—	福島県精神保健福祉センター	板橋 亮	78
30		ピアスタッフの視点を活かした病棟内地域移行普及啓発活動の実践報告	仙台市精神保健福祉総合センター	佐藤 喬二	80
31		退院後支援事業利用者への聴き取り調査の結果について	横浜市こころの健康相談センター	坪田 美弥子	82
質疑及び座長のまとめ (14:50まで)					

相模原市精神保健福祉センターにおける依存症相談拠点としての取組
～一次予防、二次予防、三次予防の連携がもたらす好循環～

相模原市精神保健福祉センター
○水野奏、小口祐典、平松さやか、新井紘太郎、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（以後、当センター）では、平成22年の開所当初より依存症対策に力を入れており、市民向けの健康教育や啓発、支援者向け研修、そして専門性の高い当事者回復支援プログラムなど、幅広い事業を実施してきた。令和元年度より依存症相談拠点としての役割を担うことになり、今後の取組をより充実させるため、各事業の経過をふりかえったところ、一次予防から三次予防まで一貫して取り組むことにより相互の発展や連携の拡がりなどの好循環が得られた可能性があると考えられたので報告し、今後の展望を述べる。また、本市の地域特性等を踏まえて行う依存症普及啓発の取組が、自殺予防や共生社会づくりなど関連する課題の実現に役立つ可能性について地域づくりの視点から考察する。

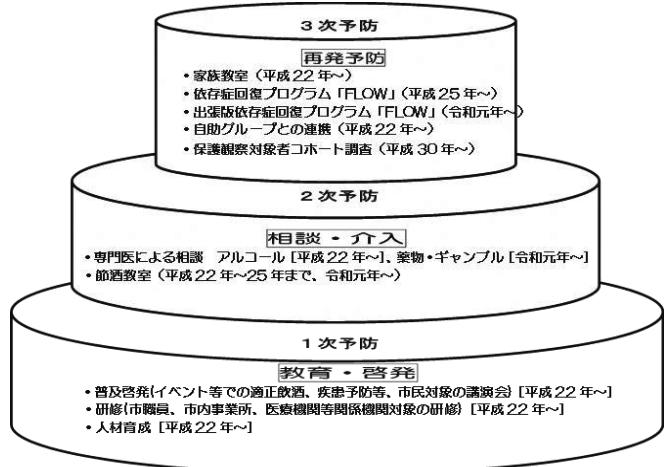
2 平成22年度から平成30年度までの取組

(1) 一次予防

毎年一回保健所主催で開催されている、心と体の健康づくりに役立つ情報を発信する「健康フェスタ」において、市民など来場者に対して適正飲酒に関する情報をクイズ形式で掲示し一次予防としての啓発を行っている。平成26年度からは、同フェスタやその他のイベント等において、相模原ダルクの協力により、当事者の体験談から依存症に関する市民の正しい理解を深める啓発をアンチスティグマと一次予防をかねて行っている。

また、平成24年度より賢く小粋にお酒を楽しむ人をスマートドリンカー、略して「スマドリ（商標法第4条第1項第6号に該当する標章（愛称）登録済み）」と称して『目指せ！スマドリ』をキャッチコピーとしたリーフレットの配布などの普及啓発活動を展開し、平成29年度からは市内の商店街組合や大学と連携し、地域活性化を目的とした料理とお酒を楽しむイベントにスマドリ活動をコラボレーションさせ、飲酒場面における普及啓発活動を実施してきた。

図 一次予防から三次予防の取組について



(2) 二次予防

支援者向け研修として、市職員や市内事業所等の職員を対象に依存症の疾病理解や対応方法について学ぶ研修を開催している。平成30年度は市薬剤師会と連携して、薬剤師を対象とした研修を実施した。

また、平成22年度から平成25年度まで、ハッピープログラムを用いた節酒支援を市内の企業等との連携により実施。令和元年度からは、アルコール関連問題を有し節酒支援を希望する人に対して同プログラムを個別面接により実施している。

また、平成22年度から月1回、専門医による“アルコール特定相談”を実施し、アルコール関連問題に悩む方を対象に、精神医学的な助言指導、医療機関や社会資源等の情報提供を行っている。

(3) 三次予防

平成22年度から、家庭内等にアルコール・薬物・ギャンブル・その他の嗜癖問題を持つ家族に、改善、再発防止に向けた正しい知識と理解を深め、背景にある問題を整理し、自ら解決できるよう援助することを目的に家族教室を毎月実施している。平成25年度からは、それぞれの依存・嗜癖の対象からの回復を促進することを目的として、当事者を対象とした依存症回復プログラムを、当センターの専門職（保健師、精神保健福祉士など）全員がファシリテーターを担える体制を整えて毎週実施している。なお、依存症回復プログラムでは、相模原ダルクの職員に当事者スタッフとして参加を依頼し、家族教室においては、年3回自助グループや家族会のメンバーを講師に招き、体験談を語ってもらう機会を作っているなど自助グループとの連携も行っている。

3 考察と今後について

(1) 一次予防、二次予防、三次予防まで一貫して取り組む意義

当センターにおける様々な事業の経過をふりかえって整理した結果、依存症に対する誤解を招かないような一次予防の啓発など、一次予防から三次予防まで、連続性のある一貫した取組を行うことができており、そのため、自然にそれらの取組の中に効果的で効率的な連携が生まれ、さらに連鎖的に地域の支援者や団体とのつながりも増えていくなど好循環が生じていた。

(2) 地域特性等をふまえた依存症普及啓発活動の意義

本市は、平成22年に政令指定都市となり、政令指定都市の中でも人口が少なく、市内中心部に行政機関や関係機関が集合していることも影響し、庁内職員間の連携が密であり、関係機関との顔が見える関係づくりも比較的容易である。平成29年度から市内の商店街組合や大学と連携できたことも、庁内職員連携がきっかけによるものである。このような本市の地域特性をふまえた人と人との繋がりによる普及啓発活動は、「孤立させずに地域で支える」という地域づくりにもつながる意義があると思われる。

(3) 精神保健福祉センターが依存症相談拠点を担う意義

精神保健福祉センターでは依存症対策のほかにも、自殺対策やひきこもり支援などにも取り組んでいる。いずれも生きづらさの解消という点で共通しており、同じ人にこれら全ての支援ニーズが認められることがある。依存症は「否認の病」とも言われるが、疾患別の縦割りではなく、その人自身の生きづらさに焦点をあてて支援していくことにより、結果として依存症からの回復促進や医療への動機付けにもつながっていくことが期待できる。

(4) 今後の展望

今後は、地域における依存症相談拠点としての役割を十分に担っていくため、これまでの取組全般について、支援対象の拡大（アルコール、薬物、ギャンブル）と、中山間地域も含めた中心部以外の実施地域の拡大にも努めたい。アウトリーチによる事業展開には実施方法や体制など検討を要する点もあるが、今まで培ってきた一次予防から三次予防までの一貫性や、「孤独の病」「否認の病」そして「生きづらさ」といった側面も含めて、依存症という誰にとっても身近で他人事ではない疾患について、当事者や専門医、地域の支援者とともに理解を深め、支援の輪を広げていきたい。地道な取組であるが、自殺予防やひきこもり支援などの取組とも連携し、誰も孤立へと追い詰めない地域づくりの一歩一歩を着実に進めていきたいと考えている。

熊本式依存症相談拠点とは —地域力を生かした依存症専門相談員事業—

熊本県精神保健福祉センター

○渡邊知子 富田正徳 宮本靖子 木原正司 源島照幸 庄司喜恵
高濱登志子 田邊忠司 西川綾乃 松尾文香 村上幸大

1 はじめに

熊本県精神保健福祉センター（以下、当センター）は、H29年11月から依存症専門相談員（以下、相談員）を配置し、依存症相談体制の充実を図ってきた。H31年3月に熊本県依存症相談拠点に指定されることを受け、今回、相談拠点としての役割を再考するとともに、本県に培われてきた地域力を生かした依存症専門相談員事業（以下、相談員事業）の展開について報告する。

2 本県における当センターの位置づけ

当センターにおける相談員のスムーズな配置と事業展開の成功には、長年培われてきた地域の依存症治療病院（以下、病院）と当センターとの協力関係、そして県精神科協会を通じて県事業が全精神科病院にオーソライズされやすい仕組みがすでにあったことが大きい。まず、当センターは、S50年代から入院中のアルコール依存症患者とスタッフそれぞれが、断酒会とスタッフミーティングに分かれて学び、仲間が集う交流の場として機能してきた。また、県立病院が依存症治療研修の場となり、本県の依存症治療を牽引する医師を輩出してきたことから、県の機関である当センターと病院のつながりが深かった。さらに、本県はアルコール関連問題学会を県単独で運営し、当センターを会場とした理事会などを通じ医師とスタッフが毎年顔を合わせる機会があり、当センターを含め病院間の関係が良好であった。

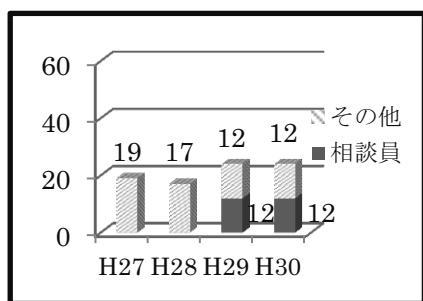
3 相談員配置のしくみ

相談員は、これらの関係性を生かし、県精神科協会を通じて病院スタッフの派遣を依頼したところ、事業への協力と共に、スタッフ育成をメリットとして病院スタッフ6名の派遣がスムーズに決定した。相談員の業務は「個別相談」と「プログラムの補助スタッフ」の兼務とした。プログラムの終了後に個別相談枠を設けることで、相談予約が入らないなど相談員の業務が空振りする事態を防いだ。なお、家族ミーティング、KUMAFT（家族の回復プログラム）、KUMARPP（依存症本人の回復プログラム）の3つのプログラムがあり、各1名ずつの相談員が参加している。

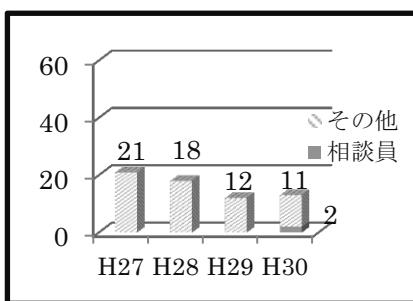
H30年度は事業を拡大し、熊本DARC、クレ・サラ被害をなくす会のスタッフも相談員として増員した。急増していたギャンブル相談には、依存症相談と借金相談の2名によるワンストップ相談とした。熊本DARCは、薬物相談の他、医療での受け入れ態勢の少ないネット・ゲーム依存相談に対応している。

4 相談員活動実績

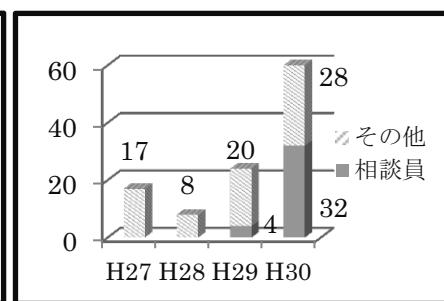
(1) 来所相談件数の推移



【図1】アルコール来所相談件数



【図2】薬物来所相談件数



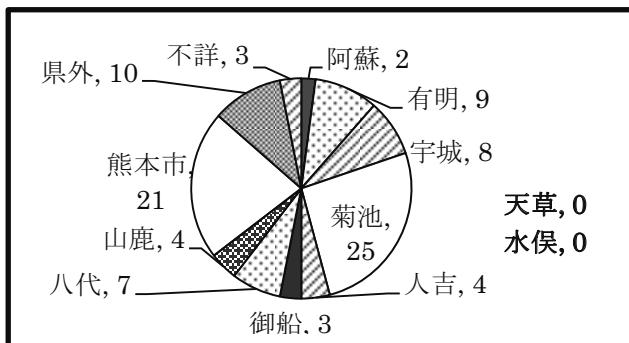
【図3】ギャンブル来所相談件数

相談種別に占める割合はギャンブル39%、アルコール28%、薬物13%の順で高かった。いずれの相談も熊本地震が発生したH28年度は少ない傾向であった。アルコール相談は20件前後で推移している(図1)。薬物相談は減少傾向に見えるが、H27、H28年度は関係機関からKUMARPPへの紹介ケース

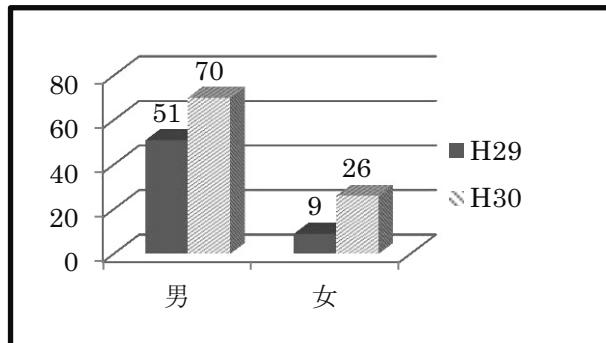
が大半を占めており、H29 年度以降は家族相談が増加しているものの、薬物相談は飛び込み相談が多く、相談員対応件数は 2 件であった（図 2）。ギャンブル相談は相談員事業開始前後で 3.5 倍に増加した。これは、従来、ギャンブル依存に伴う借金問題の相談に関しては、消費生活センターや法テラスを紹介すること多かったが、相談員の配置により当センターで対応できるケースが増えたためと考えられる（図 3）。

（2）来所相談内訳

居住地別（県内 10 圈域別）にみると、当センターからは車で 2 時間以上を要する、高速道路網が十分に整備されていない地域（天草、水俣）からの来所相談は 0 件であった（図 4）。男女比でみると、女性依存症者の割合が H29 年度 15%（9 名）から、H30 年度 27%（26 名）に増加した（図 5）。その他、来所者に占める割合別では親 35%、本人 33%、配偶者 12% の順で、年齢別では 20 代 28%、30 代 26%、40 代 20% の順で高く、20～30 代の 6 割がギャンブル相談であった。



【図 4】来所相談件数(居住地別)



【図 5】来所相談件数(男女別)

（3）相談後の経過

相談員と面談後、相談員の所属先医療機関の受診や DARC につながるなど、医療機関等の紹介までが当センターの役割であった従来に比べ、「つなぎ」が実現するケースが増加した。

5 効果と考察

（1）県内の依存症スタッフのスキルアップ機能

相談員からは、「地域に潜在しているケースの経験が自身のスキルアップになる」「DARC で出会うハードケースだけでなく、予備軍ケースにも自分たちの支援が通用することがわかり自信になった。DARC での相談の幅も広げていきたい」と前向きな意見が多く、相談員活動がスキルアップとなり、所属先の業務にも反映されていることがわかった。なお、相談員全員が本年度も活動を継続している。

（2）地元で受けられる相談体制の整備

来所困難な遠方の地域に対しては、「地域に出向き、地元保健師と連携していきたい」「当院のケースでなくても地域のケース会議などに参加し地域貢献したい」との相談員の声を受け、本年度から各保健所の依頼に応じた相談員派遣を事業に組み込んだ。以降、当センターには、依存症ケースの技術支援依頼が増加しており、保健所における依存症相談に対する意識に変化が生じていると考えられる。

（3）増加する女性の依存症相談への対応

本年度新規加入の相談員が、所属先で女性の依存症グループを担当していることから、当センターの家族ミーティングに「女性の日」を新たに設け、その講師を担うなど、女性特有の依存症理解の普及に加え、女性相談の体制づくり及び当センター職員の相談スキルアップに貢献している。

6 まとめ

以上のことから、相談員事業は、当センター職員と相談員双方にとってのスキルアップとなり、かつ双方の所属先にとっても機能充実の機会となっていると言える。また、病院や相談機関が当センターと顔なじみになることで、県下全域に潜在する依存症ケースへの支援充実の動きが活性化し、地域の相談体制の整備へと発展しつつある。今後、当センター・保健所・市町村・自助グループの関係構築を課題に掲げ、依存症相談拠点として、熊本ならではの地域力が生かせる事業展開を進めていきたい。

地域包括支援センターにおける高齢者のアルコール問題について
～アンケート調査からわかったこと～

滋賀県立精神保健福祉センター
○後藤 有加 平井 昭代 辻本 哲士

1. はじめに

平成26年6月の「アルコール健康障害対基本法」を受け、当県では平成30年3月末に滋賀県アルコール健康障害対策推進計画を策定した。

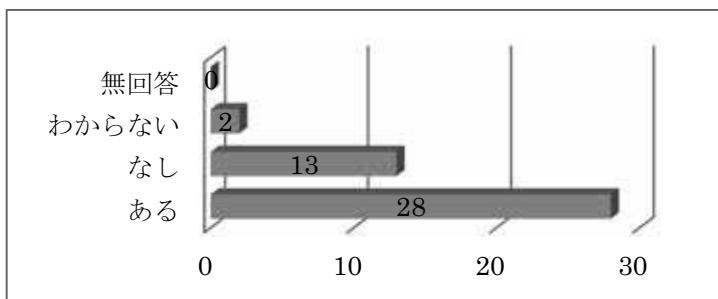
滋賀県アルコール健康障害対策推進計画の策定会議では、県内の課題のひとつとして中高年者のアルコール問題が共有され、地域包括支援センター等で相談に対応されている状況の中、その実態が把握できていない現状が明らかになった。そこで、高齢者のアルコール健康障害の支援の方向性と、併せて高齢福祉サービスと保健福祉サービスとの連携のあり方等について検討していくことを目的に、H30年度地域保健総合推進事業の「中高年層のひきこもり支援に関する調査」に併せて独自に調査票を追加しアンケートを実施した。

2. 調査概要

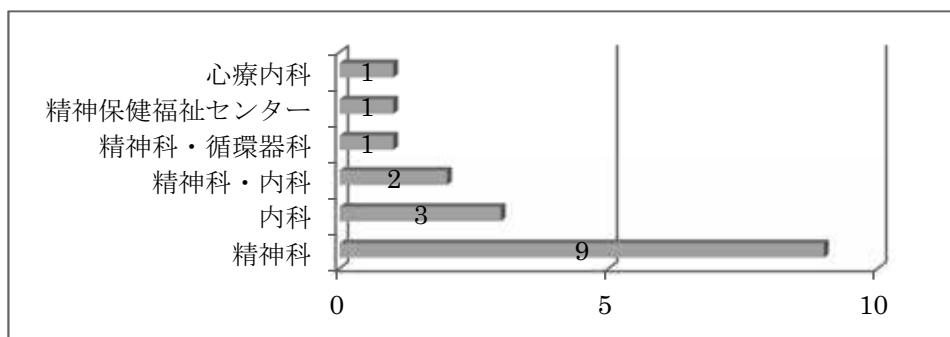
- (1) 実施主体：滋賀県立精神保健福祉センター
- (2) 調査対象：滋賀県内の地域包括支援センター57ヶ所
- (3) 調査時期：平成30年10月5日～平成30年10月29日
- (4) 調査方法：調査票を配布、回答者より郵送もしくはFAXにて回収
- (5) 回収結果：57ヶ所の内、35ヶ所より回答を回収。回収率60%

3. 調査結果

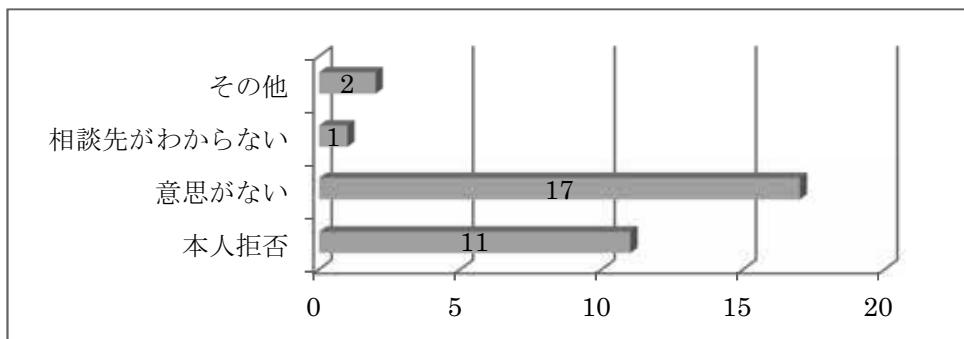
- (1) 平成29年度内に相談を受けた、もしくは、介護・福祉サービスを実施した対象者の中にアルコール問題を抱える方がいたという事例についての有無



- (2) アルコール問題で医療機関に通院している場合は、何科に通院されていますか。（重複回答）



(3) 医療・相談につながっていない理由について（重複回答）



4. アンケート結果まとめ

- 地域包括支援センターにおいて、アルコール問題を抱える方の相談、もしくは介護・福祉サービスを実施した対象者の方は65%の割合で事例が有った。
- 具体的な相談事例としては、多い機関では20件を超えていた。
- 医療機関に相談したことのある人、保健所（保健所機能を持つ窓口）へ相談したことのある人はいずれも31%であった。
- 通院されている方は、精神科とその他の診療科がほぼ同割合であった。
- 困難さを抱えている具体的な内容としては、「本人が支援を拒否する」「家族や環境に理解がない」等があげられた。
- 高齢者のアルコール問題の背景には孤立（支援につながりにくい、支援する家族がいない等）、楽しみや生きがいのなき、認知症の合併、直接的身体介護の必要性が低く高齢福祉サービスの対象外となってしまうなどの実態があることが分かった。

5. 考察

高齢者のアルコール問題においては、地域包括支援センターの支援においてアルコール問題に関わることが多い実態があり、医療機関や、保健所（保健所機能を持つ窓口）へ相談している人が多く、広く相談先として認知されている傾向にあることが分かった。このことから、相談先はあっても、支援を継続的に展開する上で、そこに途切れない支援体制の仕組みづくりが求められていることがわかる。そのためには、高齢福祉分野だけではなく、保健福祉分野との連携が不可欠であり、また、医療機関の受診先として、精神科以外の診療科を受診している割合も高いことから、精神科と他科との連携が必要であると言える。そこで、精神科専門医療機関と一般診療科をつなぐための連携体制づくりやアルコール依存症についての理解の普及を推進していく必要があると考える。

また、アルコール問題に関する支援者として、高齢者のアルコール問題にはどういう背景や課題がある、支援する際にはどんな視点が必要か等を支援者自身が共通理解しておく必要があると考える。そのためには、アルコール健康障害の理解や支援のポイントを幅広い関係者に理解してもらう場が不可欠であり、具体的には人材育成研修や、事例検討会、マニュアルや事例集等の作成も効果的と考えられる。

6. 今後の展望

最後に、高齢アルコール問題を持つ方を支えるということは、高齢福祉サービスだけではなく、医療、保健福祉等がつながり、社会全体として生きづらさを抱えた人への支援を展開する中で、解決策が見いだせてくるものなのではないかと考える。また、アルコール問題に限らず、社会全体で生きづらさを抱えた人を支援できる体制作りとして、住まいの地域の特性も踏まえて考えていくことができれば、アルコール問題を抱えた人も安心して地域生活を営んでいくことにつながるのではないかと考え、今後、地域包括ケアシステム構築の考え方のもと取り組んでいきたい。

重複障がいのあるギャンブルー向け支援プログラムの開発と効果検証

島根県立心と体の相談センター

○佐藤寛志 黒崎雅美 石川祐子 小原圭司

1 はじめに

当センターは、2015 年に認知行動療法を用いたギャンブル障がい支援プログラムである SAT-G を開発した¹⁾。SAT-G を導入してからギャンブル障がいの相談が飛躍的に増加した一方で、他機関からギャンブル障がいに加え他の疾患や障がいが併存している者（以下、重複障がい者）の紹介が急増した。重複障がい者へ SAT-G を実施していく中、「分かりやすいプログラム」でありかつ、依存症支援に不慣れな支援者でも「容易に実施できるプログラム」の開発が課題となったことから、2018 年 1 月に 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。本稿では SAT-G ライトの効果を検証し考察を加えていく。

2 SAT-G ライトの概要

- ・SAT-G を簡略化したプログラムで、ワークブックを用いて、全 3 回のセッションを月 1 回実施する。
- ・ワークブックの内容は、分かりやすい表現でまとめ、ワークブック内の課題は「記述式」より「選択式」を増やし、当事者と支援者双方が取り組みやすいものとなっている。
- ・プログラムの実施方法は、ワークブックの読み合わせと課題への取り組みが中心の構成的なプログラムで、専門性の有無を問わず実施可能なプログラムである。

3 調査の概要

(1) 対象 2018. 1～2018. 12 に SAT-G ライトを開始した者の内、以下①～③の全てに該当し、本調査の趣旨を説明し同意が得られた者。

- ①ギャンブルによって経済面又は生活面で問題が生じている
- ②ギャンブル障がい以外の精神疾患又は障がいの診断（又は判定）を受けている
(治療中の者は主治医の同意確認後、当センターで受理会議を開催し参加の可否を決定)
- ③地域の支援者がプログラムに同伴できる

(2) 調査内容

SAT-G ライトを地域支援者同席の上で個別面接にて実施し、以下について自記式調査を行った。

- ・プログラム開始前・終了時における直近 1 ヶ月のギャンブルの以下の状況：
頻度（1 ヶ月に通った回数）、時間（1 回あたりにかけた時間）・金額（1 ヶ月に費やした金額）
- ・プログラム開始前と終了時の心の健康状態：PHQ-9（※）を使用
(※) プライマリケア医が日常診療において遭遇する機会が多い 8 種類の精神疾患の診断・評価ができるようになっている PHQ の中から、大うつ病性障害に関わる 9 つの質問項目を抽出して作成された質問票。スコアの高さによって、症状レベルを評価するもので、認知行動療法の効果指標としても使用されている。²⁾
- ・プログラム終了時の感想：プログラムを受けて良かった点・悪かった点等

4 結果

(1) 対象者について

- ・対象者は 8 名で、ギャンブル障がいとの重複障がいは、知的障がい（3 名）、統合失調症（2 名）、物質使用障がい（2 名）、その他（3 名）であった。（複数の診断が重複している事例あり。）
- ・依存していたギャンブル種目は、全てパチンコ又はパチスロであった。
- ・プログラムに同伴した支援者は、病院相談員、相談支援専門相談員や生活困窮者支援担当者、生活保護担当者、入所施設職員、市の保健師と様々な職種であった。

(2) プログラム実施結果

- ・対象者全員がプログラムを中断せず終了し、ギャンブルの状況にも改善が見られた。(表1)
- ・心の健康状態は、6名から回答が得られ、4名は改善が見られ、悪化は2名であった。悪化した者の内、大うつ病性障がいが存在する可能性の閾値とされる10点以上のエリアで悪化が見られた者は1名であった。(表2)
- ・10点以上のエリアで悪化が見られた者と、そうでない者を比較すると、プログラム終了時に日中ギャンブル以外の新たな活動の場を見いだせたかどうかで違いが見られた。
- ・プログラム終了時の感想は、そのほとんどがプログラム受講に肯定的な意見であった。(表3)

5 考察

- ・SAT-Gライトは、ギャンブルへののめり込みの改善に寄与するものと考える。
- ・一方、ギャンブルから距離がとれた後も、併存する疾患や障がいに伴う生活のしづらさは残ることから、「ギャンブルから離れた後の過ごし方の整理」「プログラム終了後も引き続いた相談支援」といったケースワーク的な要素がプログラム実施に必要となってくると思われる。
- ・このことから、重複障がい者へケースワークで関わる機会がある、障がい者や生活困窮者の相談支援機関において、SAT-Gライトが実用的ではないかと考える。
- ・また、精神保健福祉センターでプログラムを実施するにあたっては、プログラム終了後の支援を見据え、地域の支援機関と協働でプログラムを実施していくことが望ましいと考える。

6 今後の課題と取り組み

- ・2019年4月に国からギャンブル等依存症対策推進基本計画が示され、今後は各機関の専門性を活かし、地域で連携してギャンブル障がい支援に当たることが求められている。
- ・当センターでは、ギャンブル障がい支援について関係機関からの紹介が増えている現状にあり、今後は、地域関係機関の対応力の向上が課題と言える。
- ・これに対し当センターでは昨年度より、①SAT-Gライトの使い方研修の開催と、②SAT-Gライトを地域の支援者と協働で実施するなど、SAT-Gライトの普及を図り、地域の対応力向上につとめており、今後更にこの取り組みを推し進めていくこととしている。

(参考文献)

- 1) 小原圭司・佐藤寛志、「ギャンブル依存症」に対する認知行動療法プログラム～島根県における取り組み～（公衆衛生情報 Vol.47, /No.4 2017 16-17）
- 2) 村松公美子, Patient Health Questionnaire (PHQ-9, PHQ-15) 日本語版および Generalized Anxiety Disorder-7 日本語版 -up to date- (新潟青陵大学大学院 臨床心理学研究 2014. vol. 7 35-39)

表1

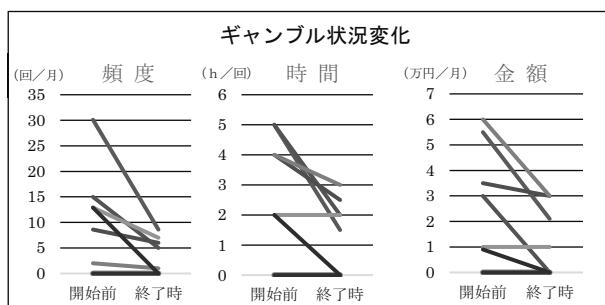


表2

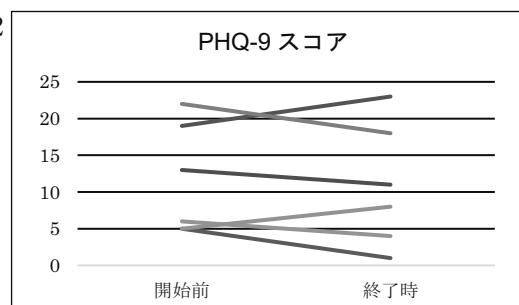


表3

プログラムを受けて良かったこと	プログラム終了時の感	プログラムを受けて悪かったこと
<ul style="list-style-type: none"> ・(プログラム期間中、相談員に)電話ができてこと ・カレンダーにギャンブルの記録をつけたことにより素直になれた ・あれはダメ、これはダメというような否定的な返事がなく、あるがままの自分をさらけ出すことができた ・ギャンブルについてとても深く話ができる、とても勉強になった ・ギャンブル問題が客観的に見えたこと ・パチンコに対しての無力さが分かった ・ギャンブルやお金にまつわる色々な価値観があると分かった ・より一層止める決意が強まった ・パチンコから意識が遠のいた 	<p>プログラム終了時の感</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・なし (6名) ・ギャンブルをした日がなくならなかつた ・ギャンブルにのめり込めないようになる不安

当センターにおける依存症当事者支援プログラム（回復支援塾）実施の取り組み

群馬県こころの健康センター

○高山泰一 山田行子 岡田三千恵 丹羽由香里 松元千明
今井航平 齊藤良 佐藤浩司

1 はじめに

当センターでは、平成 28 年 10 月から依存症者への支援として、国立精神・神経医療センターで作成された「物質使用障害治療プログラム SMARPP16」を一部改編し、「依存症からの回復支援塾（以下、回復支援塾）」を実施している。

開始から約 3 年が経過し、一定の効果が得られた一方で、参加者が増えない・定着しない等の課題があり、参加経路や中断・終了理由についてまとめた。

2 回復支援塾の概要

- (1) 参加者の依存対象：アルコール・薬物（平成 28 年 10 月～）、ギャンブル（平成 29 年 10 月～）
- (2) スタッフ：ダルクスタッフ 1 名（コファシリテーター）・当センター職員 3 名
- (3) 開催日：月 2 回（第 1・3 金）13：30～15：00（前後に 30 分スタッフミーティングを実施）
- (4) 内容

- ・10 回のプログラムを年 2 クール実施、どの回から参加しても可
- ・アノニマスネーム使用
- ・プログラム中の飲食、離席は自由
- ・プログラムに沿った自由発言、他メンバーへの前向きな感想等については推奨
- ・スタッフから依存症に対する認知を深める問い合わせ

3 現在までの経過（表 1）

年度	回復支援塾の過程	結果と課題
H28 年度	プログラムの作成、実施方法の検討 <ul style="list-style-type: none"> ・参加者は事前に医師面接を受け、プログラムに参加 ・スタッフとしてダルク、スーパーバイザーとして国立精神・神経医療研究センターに協力依頼 ・プログラムは、アルコール・薬物を対象に、1 クール 11 回で構成 	1 クール 11 回、実 8 人 延 26 人 <ul style="list-style-type: none"> ・平均参加人数 <u>2.4 人</u> ※スタッフの役割が固定されず、試行錯誤 ※自殺未遂を繰り返す者がおり、病院やダルクと連携した密接な関わりが必要となる
H29 年度	下半期より 1 クールを 11 回から 10 回とし、ギャンブル依存を加えたプログラムに再編。その他 2 回は医師の講話やフリーミーティングを実施。 <ul style="list-style-type: none"> ・飛び込み参加の受け入れ（精神科通院中の者は医師面接せず、当日のスタッフ面接等で対応） ・参加者に応じて、自助グループメンバーが参加 ・スタッフの役割を固定化し、安心感を与える ・欠席者等への電話連絡や訪問の実施 	2 クール 25 回（講話等含む）、実 11 人 延 65 人 <ul style="list-style-type: none"> ・平均参加人数 <u>2.6 人</u> ※ギャンブル及び薬物を対象とした者の参加が少なく（各 1 人）、個々の課題へのフォーカスとグループとしての共有や共感がより重要に ※独居の連続飲酒者への訪問 ※断酒目的以外（節酒希望者）の参加があり、ワークや他の参加者への影響を検討
H30 年度	他施設との連携強化のためスタッフ視察を実施 <ul style="list-style-type: none"> ・自助グループや回復施設の活動に参加 ・専門病院、保護観察所等のプログラムを見学 ・自助グループ、支援機関等との意見交換会開催 	2 クール 24 回（講話等含む）、実 15 人 延 64 人 <ul style="list-style-type: none"> ・平均参加人数 <u>2.7 人</u> ※ギャンブル及び市販薬の依存症者が増加 ※家族や弁護士等から勧奨されての参加が増加

4 結果

開始からの 1 回当たり参加者数は 3 人弱であり、多い時でも 6 名程度である。

参加の経路は、精神科主治医からの勧め、自助グループや当センターの電話相談から繋がり参加する者が多い。最近では、弁護士や家族から勧められ参加する者もいる。(図 1)

「節酒で何とかしたい」という者や、「参加しないと家族が崩壊する」「うつ症状で過量服薬を繰り返す」「独居者の連續飲酒」等、参加者は様々な課題を抱えている。警察官通報からの入院者、自殺未遂者、保釈中の者等が勧められて参加することもある。

1 人当たりの平均参加数は 6.5 回であった。1~2 回で中断・終了する者が 37% である一方、10 回以上参加した者は 17% であった。(図 2)

中断の理由は、就労や体調不良が多く、依存対象をやめる気がない・回復支援塾が合わない者もいる。全体の 38% が自助グループに繋がり終了となっている。(図 3)

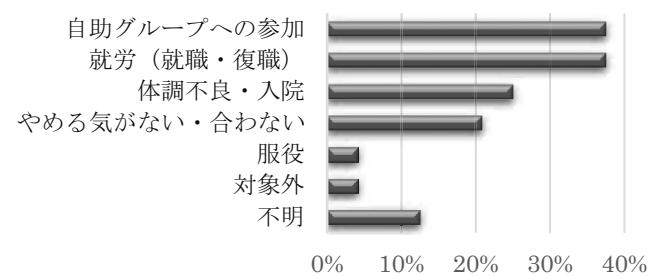
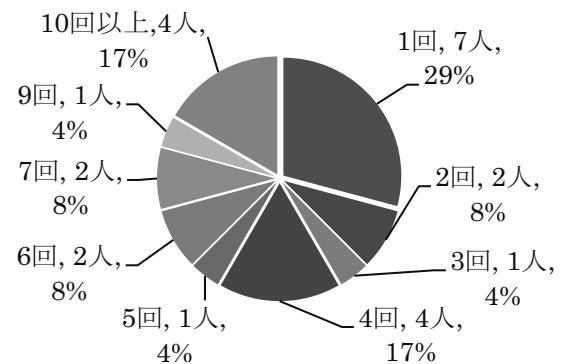
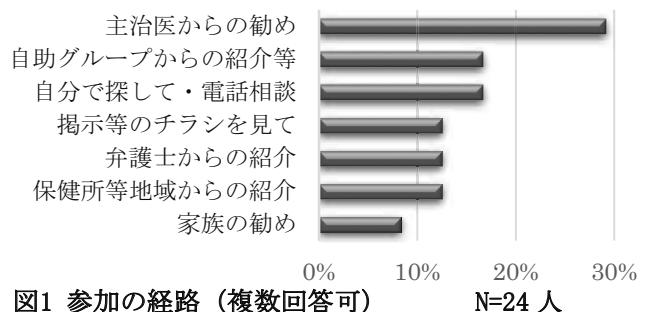
就労を希望する参加者には早い段階から自助グループメンバーとの顔合わせや自助グループへの連絡方法の確認を行っている。欠席者には電話連絡や自宅訪問で参加継続を促している。また、必要に応じて病院、自助グループ、回復施設、地域支援機関等に繋げながら支援している。家族に対しては当センターで開催している家族教室 (CRAFT を参考に当センター医師が作成した家族向けプログラム) への参加を促している。

5 考察

回復支援塾を開始し約 3 年が経過した。これまで運営していく中で、6 人を超えると参加者への関わりが薄くなりがちであると感じている。そのため参加者は 6 人程度が適当と考えている。現状は 3 人程度であり、参加者を増やしていきたい。参加者が増えない・定着しない理由としては、まず当センターへ繋がる人の少なさがあると考える。そのため、広報・啓発に努めると共に、今回の調査で判明した「参加の経路」(図 1) との関係を強化していきたいと思う。また、中断を減らすためには、「中断の理由」(図 3) であげられた「合わない」と答えた人に対して、どのあたりが合わなかったか、不満だったのか調査し、対応していきたいと考える。また、継続参加している者にも適宜改善点がないか聴取し対応していくと考える。

依存症が回復していく過程には様々な支援のあり方がある。今後も参加者を増やしていく取り組みは続けていくが、回復支援塾を継続する事だけが回復を進める事ではない。回復支援塾は「依存症者が初めて回復のために参加する場」「再度参加しても良いと思える場」「自助グループや支援者と繋がる場」等、それぞれの段階に応じた入り口と考えている。回復支援塾のみで支援を完結するのではなく、自助グループを含めた関係機関と連携し支援と広報・啓発をしていきたい。

今後は中断・終了者の経過を追跡調査し報告する予定である。また、経過不良者に対しては再度参加を勧めていきたい。



薬物問題を持つ人の家族を対象にしたワンデイ・セミナーの試み
— 家族・当事者・関係者と展開した5年の振り返り —

北海道立精神保健福祉センター

○木村睦 加藤真司 高澤加代子 館巖晶子

松木亮 東端萌李 岡崎大介 田辺等(北星学園大学)

はじめに

薬物問題、ことに違法薬物使用の場合、家族は相談先にも苦慮し、孤立状態で悩み、問題への対応に疲弊する。私たちは、平成15年から薬物問題に関する家族学習会を開催してきたが、平成26年度より、それまで3回に分けて年に2クール行っていた学習会を1日に集約し、「ワンデイ・セミナー」として、年に4回(初年度は2回)行うこととした。家族への心理教育とともに、家族同士の交流を深め、孤立感を軽減し、エンパワーすること、それにより、当事者の回復に向けた適切な関りを促進することがねらいだった。道内遠方から参加する家族にも、1日で集中的に学習、体験できることは効率的と考えた。構成は、かつて当センターで行った統合失調症家族へのグループを用いた心理教育¹⁾を参考にした。

5年の展開を振り返り、家族から得られた自由記載のアンケート結果などから、その効果を考察する。

ワンデイ・セミナーの概要

(1) プログラムの内容と流れ(表1)

医師の講義により薬物依存症について学び、回復当事者の話によりその体験を知り、各々の講義の後の小グループで家族同士が悩みを話し合って交流を深め、全体の大グループで体験を共有しながら、現在苦慮している問題への対応策などを皆で探る。最後に1日の体験を振り返って気持ちを分かち合い終了するという流れになる。

(2) 参加者の状況

定員は家族20名、当事者、関係者各5名とした。当初、家族が本音を話しくくなることを危惧して、当事者の参加は想えていなかったが、家族から当事者を同伴したいとの希望があり、当事者も、家族か関係者との同伴で参加可能とした。これまでの参加家族は、実109名(83家族)、延べ312名、1回平均17.3名である。当事者は延べ21名、関係者は延べ82名で、1回平均各々1.2名、4.6名であった。

家族の紹介元は、保護観察所(29%)やナラノン(11%)、ダルクなどの回復支援施設(7%)で全体の半数近くとなる。当センターの外来相談でセミナーを案内するケースも28%を占めるが、外来相談そのものが保護観察所や回復支援施設からの紹介が多いことを考えると、関係機関、自助グループとの連携が大切な役割を果たしているといえる。参加した関係機関も25機関にわたり、保護観察所や回復支援施設、医療機関のほか、当事者が通う福祉事業所スタッフや弁護士の参加もみられた。

109名の家族の参加回数は、1回が約半数、2~3回が1/4、残り1/4がそれ以上となっている。当事者との関係では、母親が60%を占め、父親が25%、配偶者(妻)が8%、残り7%が姉妹、娘、伯母などである。また、家族が共通理解をすることが重要と考え、夫婦や複数家族での参加を奨励しており、51名25家族は夫婦(両親)や親子(当事者の母と姉など)などの参加である。参加者の居住地域は、実人数では6割が札幌市内、4割がそれ以外の道内であり、延べ人数では、7割が札幌市内、3割がそれ以外となる。

運営上の留意・工夫、改善してきたこと

守秘には最も配慮した。スタッフに守秘義務があることを案内に明記し、参加者はアノニマスネームの名札をつける。会場掲示からは薬物の文言を外した。グループでは手元でメモは取らず、特記すべき

開会	
11:00	
11:00～12:10 講義1「薬物依存症の理解 一回復に向けて家族にできること」	
講師 北海道立精神保健福祉センター所長 岡崎 大介	
星食(会場で全員一緒に弁当をいただきます)	
13:00～13:40	
小グループ1 「講義1を聞いて一考えたこと・聞いてみたいことー」	
13:40～14:30	
講義2「薬物依存からの回復 一私の転機ー」 講師 北海道ダルク スタッフ2名	
コーヒータイム(15分)	
14:45～15:20	
小グループ2 「講義2を聞いてー考えたこと・聞いてみたいことー」	
休憩(10分)	
15:30～16:20	
大グループ「回復をどう助けられるか」 コンダクター 北星学園大学社会福祉学部教授 田辺 等	
16:20～17:00	
シェアリング コンダクター 北星学園大学社会福祉学部教授 田辺 等	
～17:15	
アンケート記入	

表1 平成30年度第4回のプログラム

発言は、A4紙にサインペンで参加者に見えるよう書き留める。毎回、冒頭で、話を外に持ち出さないルールを確認するようにした。守秘に関しては、家族からも指摘を受けることがあり、その都度改善した。

小グループは、7名程度とし、参加回数、男女などが偏らないよう予め設定した。配偶者や処方薬依存など、立場や使用薬物が異なる少数派の家族が孤立しないよう考え方配置した。

当事者に関しては、回復当事者との貴重な出会いの機会と考え、講師である回復当事者との小グループを作ったが、大グループの際に彼らの発言が家族の強い関心を引く場面を何度か体験する中で、当事者の意向を確認しつつ、当事者にも家族のグループに加わってもらう機会を作った。これにより、グループ内で家族と当事者とのより密で活発な交流が可能となった。

小グループでは、スタッフのグループ運営の力量が試される。時に家族から「職員が沢山話しそぎていた」「うまく交通整理してほしい」などの指摘も受け、力不足を痛感させられる。家族は休憩時間も惜しむように語り合うが、スタッフは、新しい参加者や逼迫した問題を抱えている家族など、必要な人に焦点が当たり、十分話せるよう、また、立場の違う家族などが取り残されないよう気を配る。

大グループは、グループサイコセラピーと依存症とともに専門とする講師にコンダクトを依頼している。スタッフが、各小グループの話題から取り上げてほしい課題をホワイトボードに挙げるなどしているが、家族自らアドバイスを求めて話し出すことも多い。コンダクターの促しで、ほかの家族はそれに関連する各自の体験、そこから学んだことなどを話し、これに当事者の意見が加わることで、より深い検討が可能になる。刑事施設や保護観察所など、現場を知る関係者からの正確な情報にも助けられる。

最後のシェアリングでは、1日の感想などを一巡するが、関係者には、何が役に立ったかを具体的に話してもらうようにし、スタッフは家族をエンパワーするリフレクションを心がけている。

セミナーは当初、平日の同じ曜日に実施していたが、多くの方に参加機会を提供する意図もあり、平成29年度からは開催曜日をなるべく変え、年1回は土曜日に開催することとした。

アンケートの自由記載から

アンケート(回収率75%)から、具体的な感想が書かれた記述を抜き出してみた。

医師の講義に関しては11の記載があり、「専門的知識が聞けて良かった」「家族としてどう向き合うか考えさせられた」など正しい知識が得られ、それにより改めて考えさせられたという内容であった。

当事者の講義については20の記載があり、「生の声」「リアルな体験」が聞け、「感動した」、「息子と重なり」「親としての対処に参考になった」という感想が、感謝とともに記載されている。「焦らず希望を持ちたい」と回復の可能性を感じたと思われる記述もみられた。

グループワークに関しては30の記載があり、「共通の悩み、問題を抱えている方々と」「隠さず話せ」「聞いてもらい」「一緒に考える」ことで、「心構えを確認でき」たり「具体的な関り方も知れて」役に立ったという回答が多い。また、「共感でき」「自分だけじゃないと実感」し、「励まされ」「希望につながるよう思った」、「自分で考えている時よりも心が安らげるようになった」など、希望や安堵を得たという記述が多くみられた。

セミナー全体を通しての感想は45あり、「色々なことを聞き目標が少しできた」「参加するごとに心が落ち着く」「気持ちの整理がつく」「希望があると感じる」「心が強くなれそう」「不安はあるが一つずつ勉強する」「自分のために参加する」など多様な表現で、希望や安堵感だけでなく、冷静に自分や状況を見つめる落ち着き、覚悟のようなものを感じさせる記述がみられた。

また、全体を通じ「回を重ねるごとに」などの言葉が多くみられ、複数回の参加の有効性が示唆される。

おわりに

5年を通し、家族同士が支えあい、当事者、スタッフを含めた関係者がともに薬物問題への対応を考える場に、グループが成長してきた実感がある。しかし、アンケートに書かれていない家族の声もある。特に、1回だけ参加した家族の今は、気になるところである。また、本セミナーが道全域をカバーしているとまでは言い難い状況があり、今後、道央圏以外での開催を検討することなどが課題と考える。

註1) 遠藤雅之・田辺等「心病む人への理解」星和書店(1994)

精神科医療機関における依存症に対するニーズについての調査

山梨県立精神保健福祉センター

○大内誌 中村桂輔 岩佐敏 小林豊子 木村由美 大船朋美 古川有希 芦澤孝太 広瀬ゆき

1 はじめに

アルコール、薬物、ギャンブルといった物質や行動に対してコントロールが困難な依存症という病は、健康や社会生活を阻害するとして、近年関心が高まっており、関係機関に対するニーズもより高まっていくことが想定される。今後依存症対策を実施するにあたり、その役割を明確にする必要がある。平成29年度に県内の各市町村、保健所、基幹相談支援事業所、地域包括支援センターといった地域の相談支援機関に依存症相談についての調査¹⁾を行ったところ、知識不足などを理由に依存症の対応に苦慮していることが示唆されたため、支援者向け研修会等を実施した。本調査では県内の精神科医療機関における依存症治療の実態や、地域にどのような支援や社会資源を求めているのか、また当センターに求めている役割等を把握し、今後の依存症対策の一助とすることを目的とした。

2 方法

県内の精神科受診が可能な医療機関23カ所を対象に、平成29年度の実績と依存症治療の実態とニーズ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こととした。倫理的配慮：倫理審査委員会の審査を経て承認された。

3 結果

回答率：対象23カ所のうち22カ所（95.7%）からの回答があった。

<依存症を治療対象としているか>

依存症の治療実績有りの医療機関は14機関、無しは8機関だった。治療対象と受診者数は、アルコールが最も多く14機関628人、薬物12機関294人、ギャンブル6機関21人、ゲーム4機関21人、インターネット6機関6人だった。

<治療の形態と内容について>

治療形態は外来のみが7機関、入院・外来療法が7機関で、治療内容は精神療法13機関、薬物療法11機関となっている。認知行動療法においてはSMART3機関、GTMAK1機関、CRAFT1機関が使用されている。

<課題と感じていること>

表1のとおり、依存症治療に精通した職員がいないとの回答が最も多かった。

<今後の依存症対策に必要なこと>

表2のとおり、依存症治療についての意見を求める設問には依存症に対する予防教育を求めるものや、関係機関の十分な連携や支援体制の推進に資する施策を県に求めるものがあった。また、既に自助グループに結びついている者に加え、広く県民に周知する形式で研修等の開催を求める声もあった。一方で、

身体合併疾患の悪化による一般科との連携の課題
や、高齢患者の増加も課題としてあげられていた。

表1 治療における課題

n=14

<治療の課題> (複数回答)	
精通した職員がいない	9
ハード面での問題	8
職員不足	7
病院以外のつなぎ先がわからない	2

表2 今後の依存症対策に必要なこと

n=22

<センターに求める役割>	
関係者向け研修会の実施	11
プログラムの実施	11
困難事例への助言	9
依存症家族教室	9
プログラムの開発	7
<依存症対策に必要なこと>	
専門医療機関	18
自助グループ	15
相談機関の体制強化	14
人員の確保	11
民間団体との連携	9
専門的研修	8
県による依存症対策計画の策定	7
地域住民の理解・普及啓発	6
<他機関との連携状況>	
特になし	10
AA	9
断酒会	8
DARC	5
グレイスロード	4
市町村	4
精神保健福祉センター	3
家族会	2
その他	2

民間団体と連携している医療機関においては、プログラムや家族支援を民間団体が担っていると考えられる。しかし連携先は、特になしという回答が最も多く、他機関と連携せずに病院のみで関わっていることも多いことがわかった。専門医療機関、自助グループ、相談機関の体制強化を求める回答も多く、これらのことから医療機関と地域との連携が十分でないことや、依存症を支援する地域の体制が十分でないことが考えられる。依存症者が安心して地域生活を送るために①県内で専門医療機関の設置を検討すること②地域支援者に対して専門的知識を学ぶ機会を作り人材を育成すること③地域支援者が適切にアセスメントをして医療機関につなぐことが出来る体制の構築が必要と考えられる。

5　まとめ

本調査で得られた結果と考察を基に、センターにおける認知行動療法を取り入れた依存症プログラムの実施や、困難事例への助言、医療機関につながる前段階での相談体制の強化、関係者向け研修会の開催等をとおして、県全体の依存症対策の底上げを目指していく必要がある。

(参考文献)

- 1) 中村桂輔, 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, 2018
- 2) 松下幸生, ギャンブル障害の疫学調査、生物学的評価、医療・福祉・社会的支援のありかたについて, 2018, 国立研究開発法人 日本医療研究開発機構（AMED）研究

4　考察

<依存症治療の実態について>

依存症の治療実績があった医療機関において、アルコールと薬物と比べてギャンブル、ゲーム、インターネットなどの行為に対する依存を対象としている医療機関は少なく、受診件数においても同様の傾向だった。松下²⁾は国内において生涯でギャンブル依存症が疑われる者の数を320万人と推定していることから、アルコールや薬物と比較して問題が生じていても受診に至っていないと考えられる。健康上の問題が生じにくい事も原因の一つと考えられるが、生活に問題が生じる程のギャンブル等の行為は依存症の疑いがあるという事と、相談・治療できるものである事を周知していく必要がある。

依存症治療における課題からは、依存症に対する職員の知識や治療プログラムの内容についての習得などが十分ではないことが分かり、依存症治療を困難にしている原因と考えられる。職員数の不足やハード面の問題という回答も多く、現状では、通常の業務以外にプログラム等を実施するマンパワーや設備が不足していることも原因として考えられる。

医療機関の連携先としては、薬物依存症者の自助グループであるDARCや匿名のアルコール依存症者の自助グループであるAA、ギャンブル依存症者の自助グループであるグレイス・ロードなどが挙がっていることから、

ひきこもり相談事例の継続支援における現状と課題

福岡県ひきこもり地域支援センター (福岡県精神保健福祉センター)
 ○田中有利子 奥田悦子 山下弥恵 清水千津子 岡島祐子 植林英晴

1はじめに

福岡県では、平成22年6月に県精神保健福祉センター内に「福岡県ひきこもり地域支援センター」(以下「支援センター」という)を設置した。ひきこもり状態が長く続くケースでは、本人だけでなく家族関係等、様々な問題を抱えていることが多く、継続的に支援することが求められる。今回、支援センターにおける継続相談及び支援の現状と課題について整理したので報告する。

2取り組み内容及び結果

(1)事業実施状況

当支援センターは、第一次相談窓口としてケースの状況を十分に理解し、適切な関係機関に繋ぐことが役割として求められるが、転帰を確認すると、1,2回の来所相談のみで、他機関へ繋がらないままとなっているケースが少なくないことがわかった。そこで平成30年度は対応内容や方法について検討、工夫を行い、継続的な相談、支援が行えるよう取り組み、その状況をまとめた。

(集計期間: 平成30年4月~12月)

(1)相談受理状況(表1~2)

来所相談の実件数は91件。相談者の内訳は、家族が89人で、続柄は両親(母57人、父16人)兄弟姉妹15人、親戚1人だった。本人の来所は17人だった。

(2)本人の背景(表3~5)

男女比は、男性の割合が高く、年代については、20代、30代、40代の順で多くなっている。ひきこもっている期間は、1~3年、10年以上が多くなっている。

(2)継続相談事例対応状況

来所相談91件のうち、前年度からの継続相談は36件、4月以降の新規来所相談は55件だった。55件中18件は初回相談にて対応が終了しており73件が継続相談の対象である。

継続相談ケースの約3分の2(40件)の家族が家族教室または家族サロンを利用している。

表6は、平成30年4月~12月に会うことができた29人の背景

できた29人の本人について転帰等をまとめたものである。相談対応を終了した11人のうち5人は、面接時の様子や生育歴等から障がいが疑われたため、検査を勧め、障がいが判明した。現在継続中の18人のうち14人は若者サポートステーションや自立相談支援事業所と連携をとりながら支援を行っている。

本人の来所が難しい場合は、本人の了解を得たうえで家庭訪問を実施し、状況の把握やコミュニケーションの練習などを行い、どのような機関と連携を図っていくのかを検討しながら支援している。

表1 相談件数 (延件数(実件数))

	電話	来所	訪問※1	計
件数	835(280)	274(91)	28(17)	1137(388)

表2 初回来所相談者内訳 実人数

家族	89
本人	17
関係機関	3
その他	3
不明	0
計	112

表3 性別 (実件数)

	電話	来所	訪問	計
男性	189	72	14	275
女性	70	19	3	92
不明	21	0	0	21
計	280	91	17	388

※複数人の来所により来所実数と異なる。

表4 年代

	電話	来所	訪問	計
18歳以上 ~20歳未満	18	7	0	25
20歳代	75	36	9	120
30歳代	68	27	5	100
40歳代	47	17	2	66
50歳以上	10	4	1	15
不明	38	0	0	38

表5 ひきこもっている期間 (実件数)

	電話	来所	訪問
6か月未満	21	3	0
6か月~1年	17	4	0
1年~3年	44	25	4
3年~5年	25	13	3
5年~7年	14	7	1
7年~9年	5	7	2
10年以上	67	27	7
不明	87	5	0
合計	280	91	17

表6 平成30年4月~12月に本人と会うことができた29人の背景

性別	男性:19人 女性:10人	年齢(現在)	20代15人、30代8人、40代5人、50代1人
ひきこもり期間	1年未満 1人、1~3年未満 8人、3~5年未満 5人、5~7年未満 1人、7~9年 3人、10年以上 11人		
転帰	終了11名	発達障がい4人、知的障がい1人、医療機関に繋がる2人、本人の希望2人、対象外1人就職1人	
	継続18名	連携している関係機関と一緒に引き続き支援を行なうケース(サポステ、自立相談支援事業所、医療機関など)14人(内知的障がい判明1人、疑い1人、発達障がい疑い1人) 連携している関係機関がなく、支援センターが訪問を行なっているケース4人(内精神疾患疑1人)	

(3) 対応の工夫と効果

対象	内容
家族	<p>① 来所相談に母親（父親）や兄弟姉妹ひとりが来所している場合は、他の家族も来所するよう促し、家族全体を支援するよう努めた。</p> <p>② 定期的な相談と教室参加をセットで実施した。</p> <p>③ 家族教室開催前に、各家庭に電話をかけ、教室案内と状況の把握を行った。</p> <p>④ 家族教室では、懇談会を設け、家族同士の支えの場となるように努めた。</p> <p>⑤ 本人との面接の準備を一緒に行ない、本人の面談と平行して家族の面接も行った。</p>
本人	<p>① 面談時の緊張が高い人に対しては、雰囲気を和らげるために近所の公園を散歩しながら世間話等の会話をしたり、本人の興味のあるものを取り入れる工夫を行った。</p> <p>② 面談が安定してきたら、集団になれるため、フリースペースに誘った。参加ができない人は、面談の時間を利用して体験参加を促した。</p> <p>③ 同行支援では、相談機関の窓口に同行しその後の相談が継続されるよう支援したり、本人が興味を持つ体験教室などに同行し、外出についての体験と自信の積み重ねができるを目指した。一緒に体験することで、その後の面談もスムーズに行えるようになった。</p> <p>④ ひきこもりの原因を知るために心理検査を希望した場合、医療機関の受診を勧めた。</p>
体制等	<p>① ほとんどの相談は電話相談から始まるが、状況を確認し社会的ひきこもり（疑いを含む）の場合は来所相談を勧め、継続的に対応できるようにした。</p> <p>② 電話相談や関係機関からの連絡で、遠方のため来所が難しい事例に対しては、関係機関と連携して出張相談を実施したり、地域で行なわれているケース検討に参加した。</p> <p>③ 他機関に行く前の準備を本人と行うことで、支援機関に繋がりやすくなかった。他機関の支援者と連携を取ることで、相談の中断を防ぎ、支援者同士のエンパワメントが行なえた。</p> <p>④ 精神疾患や障がいが疑われる方は、受診や発達障がいや知的障がいの検査を勧め、適した窓口など繋がった事例もあった。</p> <p>⑤ 定期的に所内ケース会議を実施し対応について検討した。必要に応じ関係機関にも参加を呼びかけ、情報の共有や今後の方針などを検討した。</p>

3 今後の方針と課題

(1) 家族への支援の充実を図る

- ・家族に対する相談、支援を継続し、家族だけで抱え込まず、困ったことを相談し合えるような環境づくり、情報提供の場について取り組む必要がある。今後も、家族教室や家族サロン、情報提供などをより、充実するよう取り組んで行く。

(2) 本人の状態に応じた適切な対応を行なう。

- ・家族だけの相談が続いているケースについては、手紙や電話、家庭訪問などを状況に合わせ取り入れ、本人の状況、ニーズを把握できるよう努める。対応については、所内及び関係機関を含めた検討会を適宜実施し、ケースにとって適切なものとなるよう努める。
- ・ひきこもりからの回復の目標を「就労」だけに定めるのではなく、その人らしく生活していための支援を心がける必要がある。
- ・精神疾患や発達障がい等が疑われる場合も多いため、状況を正確に把握し、適切な医療や専門機関に繋げる必要がある。

(3) 関係機関とのネットワークの強化

- ・関係機関と共にケースに対応することで、お互いの役割について理解が深まり、連携が取りやすくなった。今後も連携を図りながら対応し、ひきこもりネットワーク会議やひきこもり対策連絡調整会議などの関連事業を通し、関係機関のネットワークを強化していく。

浜松市におけるひきこもり支援の状況 －早期支援のための取組み－

浜松市精神保健福祉センター

○相曾晴香 池田千穂 鈴木多美 二宮貴至

1 要旨

浜松市では平成19年度の精神保健福祉センター（以下、センター）開設当初からひきこもりの支援を開始し、平成21年度には浜松市ひきこもり地域支援センター（以下、ひきセン）を開設した。近年相談件数が増加し、10代の相談が占める割合が増加していたため、『早期支援』の必要性を感じ、平成30年度「10代の不登校・ひきこもりに悩むご家族のための教室（以下、教室）」の開催と、若者支援団体との連携の強化する事業を企画した。本報告ではこれらの取組みと今後の課題について考察する。

2 浜松市のひきこもり支援体制について

浜松市では、ひきセンをセンターとNPO法人遠州精神保健福祉をすすめる市民の会（以下、E-JAN）との官民協働で運営している。図1のとおりセンターでは家族および当事者の相談や家族教室、支援者研修等を実施し、E-JANでは「ひきこもりサポートセンターこだま」として当事者の訪問支援や居場所支援等を実施している。

3 事業実施状況

当事者および家族の相談や居場所への来所等の相談支援件数は年々増加し、平成30年度には延べ5,500件を超えていている。（表1）

図1 浜松市のひきこもり支援のイメージ

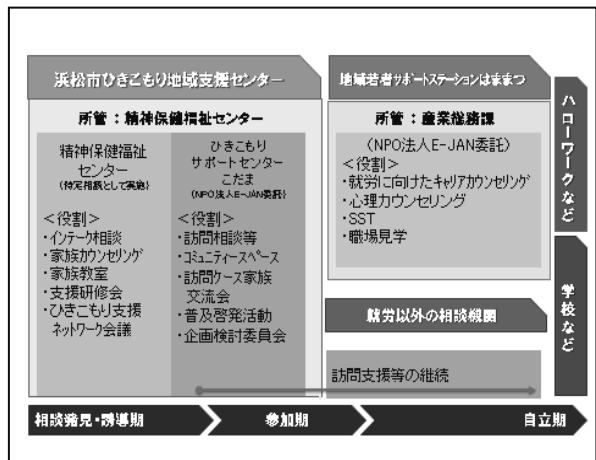
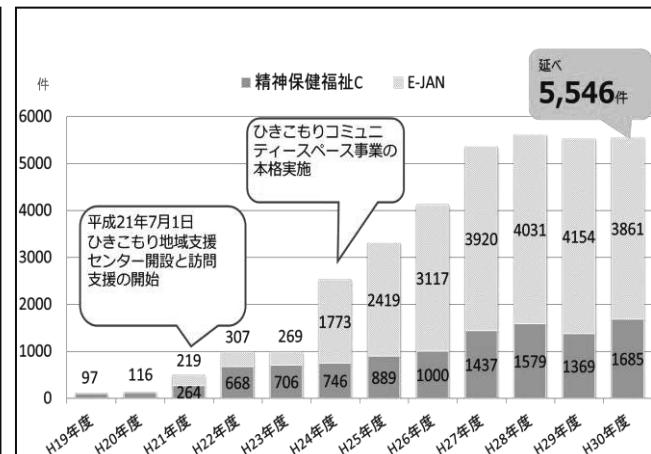


表1 ひきこもり相談支援件数の推移



4 早期支援の取組み

（1）背景

近年、10代のひきこもりに関する相談が増加傾向にあり、平成29年度には相談全体の20%を占めていた。これら相談の多くは“学校を休み始めた”“学校を休みがち”といった段階で、親は焦り、疲弊し、子育てに対する自信をも失ってしまった状態であった。一方、中学卒業後に不登校や中退となった場合、本人や家族が継続して相談できる場所は限られている。加えて、ひきセンの看板では不登校などひきこもりの初期段階で相談できることがイメージできず、相談にはつながりにくい。多くのひきこもりは不登校を経験し、10代から20代前半に生じていることから、ひきこもりの初期段階に「本人が安心してひきこもることができること」を親が見守るためのサポートを行い、本人が再び動き始めたいと

思った時、親が適切な後押しをする自信が持てるような「10代の不登校」と題した教室を開催し、親自身のエンパワメントに主軸を置いた支援を展開する必要があると考えた。また、こうした相談対象者に早期の相談を促すためにも、若者支援団体との連携を強化する事業を企画した。

(2) 取組み

① 連携

若者支援団体との連携を強化するため、県教育委員会が行っている「不登校やニート、ひきこもり等の悩みに個別に応じる合同相談会」において、通信制高校等や不登校・ひきこもり支援を行う他団体との情報交換会を開催することを提案し、実現できた。その結果、参加団体へセンターの事業周知と早期支援につなぐための連携を求めることができた。

② 10代の不登校・ひきこもりに悩むご家族のための教室

中学校卒業後、不登校やひきこもりの状態にある10代の子を持つ両親を対象とした。教育委員会や現場のスクールカウンセラー、スクールソーシャルワーカー、前記①の取り組みによって繋がりを得た通信制高校等の団体に周知を依頼し、また市広報により周知したところ、定員20組のところ18組の申込みがあった。その内16名が不登校の状態であった。

教室の内容及び各回の目的は表2のとおりである。また全3回を通して参加者のわからかいの時間を設けた。さらに教室終了後、「修了者のつどい」を開催し、センターの相談を利用して不登校・ひきこもり状態から回復した10代の子をもつ親御さんに自らの経験をお話しいただいた。

表2 10代の不登校・ひきこもりに悩むご家族のための教室 内容

	内容	講師	目的
第1回	○講義 不登校やひきこもりを知ろう —状態について理解しよう— ○わからかいの時間	精神保健福祉センター所長 精神科医師	ひきこもりの心理状態を理解する。 思春期に起きたがちな精神疾患や、 ひきこもりの背景因子として考慮すべき発達障害について基本的な情報を知っておく。
第2回	○講義 その時家族はどうしたらいいの? —家族の接し方について— ○わからかいの時間	精神保健福祉センター 臨床心理士	親の関わり方について理解する。 回復に対するイメージを持てる。
第3回	○情報提供地域の社会資源について ○わからかいの時間	精神保健福祉センター 保健師 青少年育成センター 職員	回復段階で利用することができる通 信制高校やサポート校の情報を得 る。

5 結果および考察

「10代の不登校」にスポットを当てた教室の開催により、これまでひきセンの看板では繋がりにくかった、ひきこもり初期段階の家族がひきセンにアクセスしやすくなったと考えられ、教室開催が早期支援の入り口になったと判断できる。家族教室では、親の「このまま学校に行けなくなってしまうのでは」という漠然とした不安から「どう対応していったらいいか」という解決志向の新たなニーズを引き出し、参加者18組中14組が個別相談に繋がった。また、参加された家族の9割以上が学校での相談を利用しながら、さらに正しい知識や接し方について知りたい、対応に困った時にタイムリーに相談したい、学校関係者以外の第三者の意見が聞きたいというニーズを持っていた。ひきセンでは学校の枠組みにとらわれず、本人と家族の在り方や将来の幅広い選択肢を考慮した支援を行うことが可能である。

昨今、中高年のひきこもりが問題となっているが、ひきこもりの長期化・高年齢化を防ぐためにも、不登校からひきこもりに至る前の早い段階での支援をシステム化したうえで、関連機関にもひきセンを10代の親が安心して相談できる場所として周知し、重層的で連続した支援を受けられる連携体制を充実させている。

大分県こころとからだの相談支援センターひきこもり相談における課題と役割 －初回相談の現状分析から－

大分県こころとからだの相談支援センター
○安東 真優、児玉 朋子、河面 文
阿南 恵理香、宇都宮 仁美、土山 幸之助

1 はじめに

大分県では、ひきこもり対策を所管する青少年部門が、ひきこもり地域支援センターを開設しており、当センターでは、精神保健福祉相談の一環としてひきこもり相談を実施している。ひきこもり相談はその特性から長期化することが多く、相談件数も増加傾向にあり、関係機関の連携と個々のニーズに応じた支援が鍵となる。今回、当センターでのこれまでのひきこもり相談の現状分析を行い、課題と役割を考察したので報告する。

2 方法

平成11年度から平成30年度までに当センターひきこもり専門相談を利用した226人を対象とした。初回相談の相談記録から必要な項目を抽出し、統計処理した。なお、本研究での初回相談とは、初回から概ね3回までを指す。

3 結果・考察

(1) 当センター初回相談までの状況

- ①ひきこもり開始時の本人の状況：ひきこもり開始年齢（平均）は21.0歳であった（7-47歳）。「無職」が111人（49%）と最多であったが、残りの約半数は、「小・中学校」（32人, 14%）、「高等学校」（26人, 12%）「大学・専門学校」（41人, 18%）等に所属していた。
- ②最終学歴：「高等学校」が73人（32%）と最多、次いで「大学（4年制）」が62人（27%）であった。
- ③不登校歴：「あり」が124人（55%）であった。開始時期は、「小・中学校」76人、「高等学校」22人、「大学・専門学校」が20人の順で多かった。
- ④職歴：「あり」が116人（52%）であった。うち、「就労期間（通算）」は、「1年以上3年未満」32人（14%）が最も多かった。さらに「転職経験」は、「なし」51人（44%）が最も多かった。

表1 最終学歴※中途退学を含む	
中学校	27人(12%)
高等学校	73人(32%)
高等学校(通信制・定時制)	22人(10%)
専門学校	26人(12%)
短期大学	11人(5%)
大学(4年制)	62人(27%)
大学院	5人(2%)

表2 就労期間(通算)※職歴あり112人中	
1か月未満	14人(6%)
1か月以上3か月未満	9人(4%)
3か月以上6か月未満	14人(6%)
6か月以上1年未満	13人(6%)
1年以上3年未満	32人(14%)
3年以上5年未満	15人(7%)
5年以上	15人(7%)
期間不明	8人(3%)

表3 転職経験※職歴あり112人中	
なし	51人(44%)
1回	20人(17%)
2~3回	26人(22%)
4~6回	10人(9%)
7回以上	3人(3%)
不明	6人(2%)

- ⑤来所前の他機関の利用状況（複数回答）：「あり」が183人（81%）であった。内訳は、「精神科医療機関」が125人（55%）と最も多く、次いで「青少年自立支援センター（ひきこもり地域支援センター）」が33人（15%）、「就労支援機関」が31人（14%）、「教育機関」が30人（13%）の順であった。
- ⑥精神科医療機関での診断の有無と告知内容：精神科医療機関を利用した125人のうち、「診断あり」は68人（54%）であった。主な内訳としては、「抑うつ障害群」19人、神経発達症群／神経発達障害群12人、不安症群／不安障害群10人であった。

以上より、学籍がある頃からひきこもりが開始した者がいることから、所属がなくなる際の教育から福祉等への支援の連続性が必要と考える。また、20代前半にひきこもり始めた者が多いこと、半数以上に職歴があること、ある程度の職歴（3年以上が14%）がある者でもひきこもり状態になっていることから、就労継続の過程においてもサポートが必要であったと考えられる。また、8割がいずれかの機関

を利用しており、その半数は精神科医療機関だが、診断がない者が半数弱いることから、医療から福祉等への支援の連続性も必要であったことが考えられる。

(2) 当センター初回相談時の状況

①本人の平均年齢：26.5歳であった（13—58歳）。

②来所者：家族や親戚のみが148人（65%）、本人は1人または家族等と78人（35%）が来所した。

③家族構成、居住地域：家族とともに生活をしている者は211人（93%）であった。中部地域の中でも大分市（センター所在市）に135人（60%）が居住していた。

④本人の活動状況（行動範囲）：条件付外出を含め、外出可能な者は74%であった。自宅内では自由に動ける者は18%、自宅内でも活動が限定的な者は6%、不明が2%であった。

⑤来所者からみた本人、家族のニーズ（重複回答）：本人のニーズは、「不明」が最多（133人、59%）であった。「ニーズあり」の内訳は「就労」（43人）、「他者との交流」（17人）、「精神的健康」（16人）の順に多かった。一方、家族は「ニーズあり」が205人（93%）で、その内訳は、「本人の就労」（73人）、「本人の精神的健康」（71人）、「家族の対応」（64人）の順に多くなっていた。

以上より、本人と家族が同居している家庭が多いが、ひきこもり開始（平均21.0歳）から当センター初回相談（平均26.5歳）まで5.5年を要していることから、本人や家族が速やかに相談に行くことが難しいと考えられる。また、外出自体は約7割が可能であるものの、他者との交流や社会参加が難しい状況であること、本人はニーズ自体が持ちにくい、または周囲がそのニーズを把握しにくいこと等が考えられる。一方、家族の大半は「本人の就労」等の明確なニーズを持って来所していることから、本人のひきこもり状態が続く中で、困りごとや心配ごとが増えた、または深刻になった等から相談に至った可能性が考えられる。

4まとめ

以上をまとめると、以下の点が求められる。

（1）相談窓口の周知と明確化：初回相談の多くは家族等が来所することから、家族支援が要点と言える。困りごとや心配ごとが生じた際に早期に相談へ繋がるよう、相談窓口の周知と明確化が必要である。しかし、ひきこもり開始から支援に繋がるまでには時間を要することがわかつた。ニーズはあるが相談先がわからなかつた可能性も考えられる。

（2）社会への過渡的場所の活用：本人は、外出可能であるが、ニーズが不明である者が多かった。“相談”よりも、“居場所”という位置づけのほうが来所しやすい者もいると思われること、個別相談からのステップとして集団体験ができる場も必要であることから、過渡的場所の活用が求められる。

（3）他機関との更なる連携強化：当センター来所以前に、医療・教育・就労相談等の機関を利用した者が多い。他機関との有機的な連携が必要である。

（4）地域で本人や家族を支える人材の育成：当センター所在市からの来所が多いが、遠方であっても同様に相談できるよう、地域の人材育成が必要である。

（5）県内のひきこもり支援体制の整備：横断的な体制整備が必要である。H30年度からひきこもり地域支援センターの受託先が替わる等の動きもあったため、引き続き、ひきこもり対策所管課等と全県レベルでの体制整備の検討を行っていきたい。

特に当センターの役割としては、1つは当センター資源の活用がある。個別相談のほか、家族向けの学習会、居場所としての当事者自助グループ、精神科治療の一環となるが、コミュニケーション力の向上や就労支援に力を入れた精神科デイケア事業を実施している。これらが活用しやすいよう、広報にも力を入れていきたい。また、2つめに、地域の人材育成である。これまでにも、研修会や事例検討会、ひきこもり対応初任者向けマニュアル作成等を行ってきたが、本人や家族が孤立したり、支援が途切れたりすることを防ぐために、ひきこもりの基本的な理解や対応、福祉的サービスに関する情報提供を広く行うこと、事業実践から得られたノウハウや今回の調査結果等を、地域を支える支援者へ積極的にフィードバックしていくことも役立つと考える。

福岡市精神保健福祉センターにおけるひきこもり支援への取り組みと課題

福岡市精神保健福祉センター
○山口 綾香 小河 慶子 徳永 弥生 牛島 芽衣 木下 彩乃
鶴田 奈穂子 弓削 なおみ 本田 洋子

1. はじめに

福岡市におけるひきこもり対策は、福岡市精神保健福祉センター（以下、「当センター」という）が成年期を所管し、未成年期を子ども総合相談センター「えがお館」が所管し、実施している。当センターにおけるひきこもり対策は、平成12年の開設当初より、相談事業及び心の健康づくり事業としてひきこもり支援を開始し、国が平成21年度に「ひきこもり対策推進事業」を創設した事により、平成22年度にひきこもり成年地域支援センター「よかよかルーム」（以下よかよかルームとする）を開設、また、平成27年度には相談体制等を見直し、家族教室はCRAFTをベースにした内容に変更するなど、社会情勢や国の施策に合わせて充実を図ってきた。当センターにおけるひきこもり対策事業の実施から見えてきた傾向と課題より、今後の方向性を検討したので報告する。

2. 当センターにおける、ひきこもり対策推進事業

当センターにおける対策は、上記のとおりで（図1参照）、特徴として、当センターとよかよかルームが同じ事務所内にあり連携しやすい体制にある。また、各区に設置されている保健福祉センター（保健所）での精神保健福祉相談には、当センターから精神科医による技術支援を行うなど実施体制が整っている。事業開始から16年が経過し、ひきこもりに関する相談窓口など受け皿の拡充や支援ノウハウが蓄積されつつある。

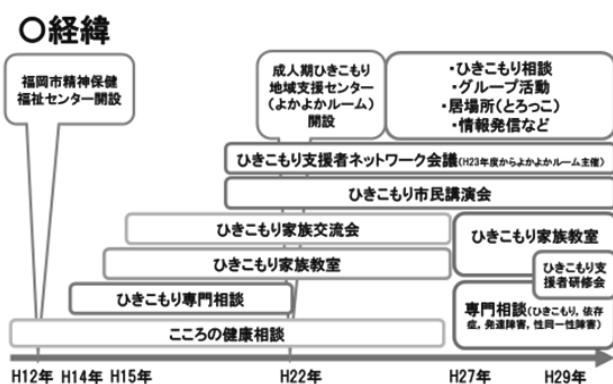


図1 ひきこもり対策推進事業の変遷

3. ひきこもり支援の現状

(1) ひきこもり成年地域支援センター「よかよかルーム」

福岡市内に居住する概ね20歳以上のひきこもり本人又は家族などを対象として電話、面接、訪問相談を実施しており、毎年2000件以上の相談に対応している。その他、グループ活動、居場所の提供、情報発信、ネットワーク構築等を行っている。

(2) 専門相談

電話相談は、週2回（火・木10時～13時）、専門医師面接は月1回実施している。

家族からの相談が7割であり、相談内容としては対応方法についてが約9割を占める。よかよかルームからの紹介等で本人からの相談も約3割ある。

(3) 家族教室、家族交流会

家族教室は、オリジナルワークブックを活用し、認知行動療法を用いた講話、ロールプレイを実施している（1クール5回、年2クール）。参加者のモチベーションは高く出席率もよい。参加者（親）と本人の平均年齢は共に少しづつ上昇している。また家族交流会を年2回実施している。

(4) 普及啓発

ひきこもりに関する現状や知識の普及を目的に、ひきこもり市民啓発講演会を実施している。また、相談窓口等での支援充実を図るための家族向けひきこもり支援ガイドブックの作成を計画中である。

(5) 人材育成

ひきこもり支援者研修会を、相談機関や民生委員・児童委員、行政等を対象に実施している。2か月に1回、医療機関、よかよかルーム、当センターで事例検討会や情報交換を行っている。

(6) 連携・会議

ひきこもり支援者ネットワーク会議を実施しており、医療・保健・福祉・教育・就労等関係機関と事例検討や情報共有を通して連携強化を図っている。

(7) 実態把握

平成30年度は地域包括支援センターを対象に中高年のひきこもりに関する調査を実施した。今年度は、民生委員・児童委員を対象としたひきこもり支援に関するアンケートを実施予定である。

表1 H27～H30 事業実績

年 度	精神保健福祉センター							よかよかルーム						
	専門電話	専門面接	家族教室	家族交流会 (実施回数)	市民啓発講演会	支援者研修会	連携会議	電話	来所 (延人数)	訪問	その他	合計	グループ支援	
													実施回数	延人数
平成27年度	155	70	105	/	67	/	/	869	951	128	12	1,960	110	619
平成28年度	102	82	138	/	72	/	3回延42団体 (79名)	1,136	1,071	131	4	2,342	106	843
平成29年度	82	116	142	23(1回)	80	115	1回14団体 (27名)	1,135	1,109	103	5	2,352	105	751
平成30年度	75	70	95	30(2回)	144	84	1回15団体 (29名)	1,062	1,089	70	13	2,234	108	713

4. 事業を通して見えてきた傾向と課題

当センターではひきこもりに関する様々な支援に取り組んできたが、家族教室においては、家族が高齢化し、より即効性やステップアップを求める傾向がみられる。今後、開催回数・頻度等、より参加しやすい教室構成を考えていくとともに、ワープラックの改良や気軽な交流の場の設定も必要と思われる。

ひきこもり問題を抱える本人家族の高齢化に伴い、ひきこもり支援の関係機関も、就労支援機関から地域包括支援センターなど高齢者支援機関へと変化してきている。支援機関との連携においては、よかよかルームを中心に支援機関同士が繋がり、ケースを通して連携が深まりつつある。生活困窮者自立支援法に基づく自立相談支援機関、障がい者基幹相談支援センターなども連携会議のメンバーとして新たに加わっている。

当センターにおける課題としては、今までひきこもり対策として様々な取り組みを行ってきたが、実態の把握やその効果、妥当性の評価に難しさを感じている。また、市のひきこもり対策全体としてみた場合は、市民に身近な相談窓口でもひきこもりに関する相談が見受けられ、ひきこもり支援に関する知識や対応スキル不足、関係機関の役割分担が不明瞭などの課題が生じている。また、ひきこもりの背景要因が複雑多様化しており、支援者の技術向上が課題となっている。

5. まとめ

このような状況と課題を踏まえ、当センターとしては、精神保健福祉分野の専門的中枢機関としての強みを活かし、事例検討の企画などを重ね各機関の役割の明確化やアセスメント機能を高め、繋がっているものに有機性を持たせる仕組みづくりや医学的な視点からの支援機関へのバックアップの充実等を図っていきたいと考えている。また、中高年のひきこもり問題が顕在化する中、それぞれの支援機関だけでは対応に限界があるので、連携機関を広げながら社会全体でひきこもり問題に対して取り組んでいける共生社会の実現を目指したい。

鳥取県におけるひきこもり者の社会参加・就労支援
～ひきこもり職場体験事業の経過と現状から～

鳥取県立精神保健福祉センター
○浜田千登勢 山下倫明 永美知沙 井上智美 原田豊
とつとりひきこもり生活支援センター 山本恵子

1 はじめに

鳥取県では、県立精神保健福祉センター（以下、当センター）、鳥取市保健所及び中部・西部福祉保健局（以下、福祉保健局等）において、ひきこもりの個別相談や家族教室等を行っている。また、平成14年度から「社会参加支援事業」（共同生活体験、職場体験等）（NPO法人鳥取青少年ピアサポートに委託）を実施してきた。平成21年度からは厚生労働省ひきこもり地域支援センター設置運営事業により、「とつ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）（NPO法人鳥取青少年ピアサポートに委託）を開設し、当センター等と連携をとりながら、相談、情報発信等とともに、県単独事業の「職場体験事業」を実施している。職場体験事業利用者の概要、実施状況、経過について3期（平成16～20年度、21～25年度、26～30年度）に分けて調査しひきこもり支援について考察を加え報告する。

2 職場体験事業の概要

職場体験事業（県単独事業）の概要は、表1のとおりである。

表1 職場体験事業の概要（とつとりひきこもり生活支援センター事業実施要綱から抜粋）

- | | |
|----------|--|
| 1 事業の内容 | ひきこもり状態にある者が事業を通じ、社会参加できるように支援を実施する。 |
| 2 対象者の要件 | (ア) 6ヶ月以上、自宅にひきこもって社会参加しない状態が持続している者
(イ) 精神疾患に罹患していないと考えられる者
(ウ) 原則として県内在住者 (エ) 事業実施年度の4月1日時点で満15歳以上である者 |
| 3 実施期間 | 1人当たり30日間を原則とし、状況に応じて延長できるものとする。ただし、1人当たりの総実施期間は90日間を限度とする。 |
| 4 実施体制 | ひきこもり支援コーディネーター 2名以上 |

3 調査対象と方法

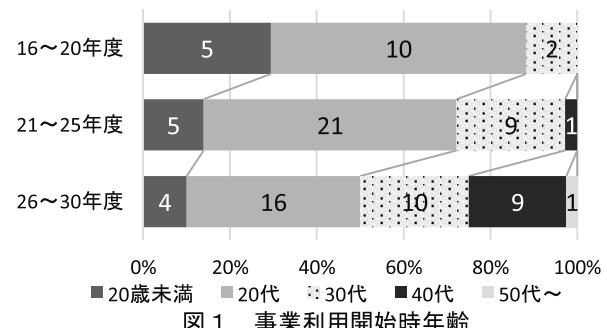
対象は、平成16～20年度の職場体験事業利用者（以下、利用者）17名（男10名、女7名）、21～25年度の利用者36名（男23名、女13名）、26～30年度の利用者40名（男28名、女12名）である。利用者の状況、経過について当センター及びひきこもりセンターの相談記録等により調査し比較した。

4 結果

(1) 利用者の状況

事業利用開始時年齢は、平成16～20年度が平均 22.1 ± 5.2 歳（16～36歳）、21～25年度が平均 26.2 ± 6.5 歳（17～40歳）、26～30年度が平均 31.0 ± 9.5 歳（17～55歳）であった（図1）。16～20年度は20代以下が約9割であったが、21～25年度は30代以上が約3割、26～30年度は30代以上が半数、40代以上が25%であった。

ひきこもり年数は、16～20年度には3年以上5年未満が7名で最も多かったが、21～25年度には1年以上2年未満が11名、5年以上10年未満が8名で、10年以上が5名であった。26～30年度では10年以上が16名で最も多かった。（図2）



(2) 事業の実施状況及び経過

①支援の方針

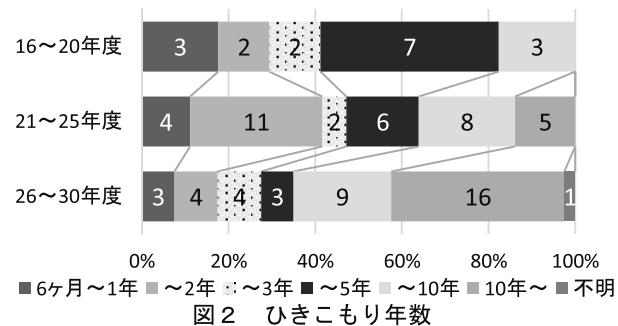
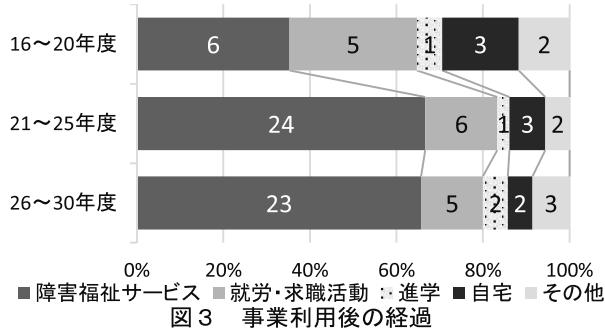
職場体験の申込みは、住所地を管轄する福祉保健局等に行い、担当者が面接の上利用決定している。職場体験事業はひきこもりセンターが実施し、ひきこもりセンター、当センター、福祉保健局等による連絡会を毎月開催して相互に連携し、必要に応じて保健・医療機関等との連携も行っている。

②利用期間と利用日数

職場体験事業の利用期間は、平成16～20年度には不明の2名を除き全て12ヶ月以内であった。その後は、利用期間12ヶ月以内が70%以上を占めたが、2年以上に及ぶ者もあった。

③事業利用後の経過

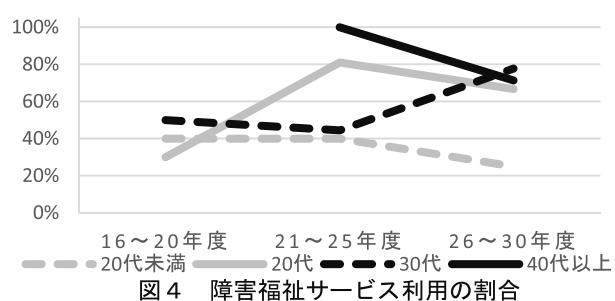
事業終了後、障害福祉サービス(就労移行、就労継続支援)を利用した者は、平成16～20年度が6名、21～25年度が24名、26～30年度が23名であった。(図3)年代別にみた障害福祉サービス利用割合は、16～20年度には20代未満が40%、20代が30%、30代が50%であった。21～25年度には20代未満と30代は40%台の一方、20代と40代では80%を超えていた。26～30年度には、20代未満は25%、20代以上はいずれも2/3を超える割合であった。(図4)



■6ヶ月～1年 ■～2年 ■～3年 ■～5年 ■～10年 ■10年～ ■不明

図2 ひきこもり年数

0% 20% 40% 60% 80% 100%



5 考察

平成14年度に社会参加支援事業として始まったひきこもり者の職場体験事業について、16～20年度、21～25年度、26～30年度の3期に分けて比較し振り返った。

事業利用者数は、全体として増加傾向にあり、利用者の年齢は幅広くかつ全体では高年齢化の傾向が進んでいた。ひきこもり年数は二極化の後長期化傾向にあった。これは、ひきこもりセンターをはじめ、地道な相談、連携、情報発信等を継続することで、これまで支援につながりにくかったひきこもり者への支援の取り組みが進んできている結果と考えられる。また、年齢が高く、ひきこもり年数が長い場合も社会参加に向けた支援が可能であることを示唆している。

事業利用後の経過は、16～20年度には35%だった障害福祉サービスの利用割合が、その後はおよそ倍増し2/3を超えていた。ひきこもり者の多くが発達障がい等を有している可能性があり、職場体験の過程で、当事者、家族、支援者ともに利用者の職業適性や状態を理解、判断し、必要な支援につながりやすくなっていること。また、当事者と家族にとって、支援を受けながら就労する具体的なイメージを持つことが可能となっていることがうかがえる。一概に年齢が上がるほど障害福祉サービス利用割合が増えるというわけではなく、年代にかかわらず一人ひとりのニーズに応じて個別の支援が求められている。

このような状況から、職場体験事業の実施においてもニーズに応じてより慎重かつ継続的な支援が行われており、利用期間は長い期間を要するケースもある。今後も、ひきこもり支援については、職場体験を含めて、相談、連携及び情報発信等を継続的に行っていくことが重要と考えられる。

川崎市における広義のひきこもり支援ニーズ調査

1) 川崎市精神保健福祉センター 2) 国立精神・神経医療研究センター
 ○家高克行¹⁾ 河西将一¹⁾ 立森久照²⁾ 津田多佳子¹⁾ 竹島正¹⁾

1 目的

広くひきこもり状態にあり、川崎市内の相談機関、医療機関等へ繋がっている方の相談状況、支援ニーズ等を明らかにして、本市におけるひきこもり施策の方向性の基礎資料とする目的とした。

2 対象

「広義のひきこもり」を「15歳（中学卒業後）以上64歳以下で、3か月以上、学校や仕事などに行っておらず、家族や援助者・医療者以外の人との交流が無く、主に自宅で過ごしている者」と定義し、精神障害の有無については問わないこととした。

3 方法

- (1) 2018年12月から2019年1月までの間に、本市内678機関（医療機関445、相談機関222、市立高等学校9、家族会2）に質問紙調査を行った。調査票は組織用と個別票で構成され、有効回答数は組織票210件、個別票445件であった。倫理面の配慮として川崎市精神保健福祉センター倫理等懇談会に諮った。
- (2) 2019年4月から2019年5月までの間に、(1)の回答機関のうち不明を除いた全機関および行政内部の部署、市立高校の214機関に質問紙調査を行った。(1)の考察を基に9つの項目を策定し、各項目について「必要性」と「現在の整備状況」の2種類の質問を用意し、「どちらともいえない」を4として、1~7のうち最も近い数字を1つずつ選択する回答を求めた。なお、「必要性」と「現在の整備状況」に対する7つの尺度は、前者は「必要である」と「不要である」の対、後者は「完備している」と「欠如している」の対を用いた。有効回答数は62件であった。

4 結果

- (1) 組織票：ひきもこりについての相談・診療を業務として掲げている施設は42件（20.0%）であった。1年間にひきこもりに関する相談・診療があったと回答した施設は113件（53.8%）であり、標榜している施設数を大きく上回った。広義のひきこもりの相談・受診を行う機関への支援として重要と思うもの（複数回答可）は、支援機関のネットワーク157件（74.8%）、支援者向け研修会132件（62.9%）、個別事例のコンサルテーション・スーパーバイズ128（61.0%）等であった。個別票：445名のうち少なくとも70名（15.7%）が知的障害、254名（57.1%）が精神障害を有しており、広義のひきこもりのうち社会的ひきこもり（明らかな精神障害のないひきこもり）が占める割合は109件（24.4%）であった。本人がどこかの時期で不登校を経験している場合が232件（52.1%）であり、これを「10代・20代」に限ると127件（83.0%）であった。本人へ実際に提供した支援と、支援の中で重要なものの差を比較すると、差が最も大きかったのがカウンセリングで42.0ポイント、次に居場所・フリースペースの提供で31.3ポイントであった。
- (2) 必要性と現在の整備状況のそれぞれの平均値の差（絶対値）は、9項目あるが最大で4.0の開きがあり、最小でも3.4であった。

5 考察

ひきこもりは多様であり、状態や背景により必要とする支援も多様であること、いわゆる社会的ひきこもりに限定せず、広くひきこもり状態にある方への支援が必要であることが明らかになった。また市内の相談機関・医療機関等から見ても、9項目についてその必要性に対して整備状況が不足しているという認識を持っていると考えられ、現場の意向と捉えることができる。

6 結論

広くひきこもり状態の相談を受ける相談窓口の設置、適切な専門機関へ繋げるアセスメント機能の設置、不登校への早期支援と、満たされていないニーズのカウンセリングや居場所機能の充実、上記機能を持つ機関と専門機関同士をつなぐネットワーク構築の4点が重要と考えられる。なお、ひきこもりは人間関係での傷つき体験や社会での挫折体験等の対処行動としても起こり得ることであり、支援は本人の意向を尊重することが基本と考えられるため、ひきこもりへの理解に関する啓発も同時に進めることが望まれる。

また、本市の南北に細長い地理環境を鑑みると、市内全域にバランスの取れた相談支援体制を構築することが望まれる。

今後も各専門機関や本市各局との連携を強化し、隙間のない相談支援体制を構築していきたい。

表1 ひきこもりの相談・診療を業務に

	度数	%	有効%
掲げていない	161	76.7	79.3
掲げている	42	20.0	20.7
有効回答合計	203	96.7	100.0
システム欠損値	7	3.3	
合計	210	100.0	

表2 広義のひきこもりに関する相談・診療が

	度数	%	有効%
なかった	94	44.8	45.4
あった	113	53.8	54.6
有効回答合計	207	98.6	100.0
システム欠損値	3	1.4	
合計	210	100.0	

表3 本人の知的障害

	度数	%	有効%
知的障害あり	70	15.7	16.1
知的障害なし	302	67.9	69.6
わからない	62	13.9	14.3
有効回答合計	434	97.5	100.0
欠損値	11	2.5	
合計	445	100.0	

表4 本人の精神障害

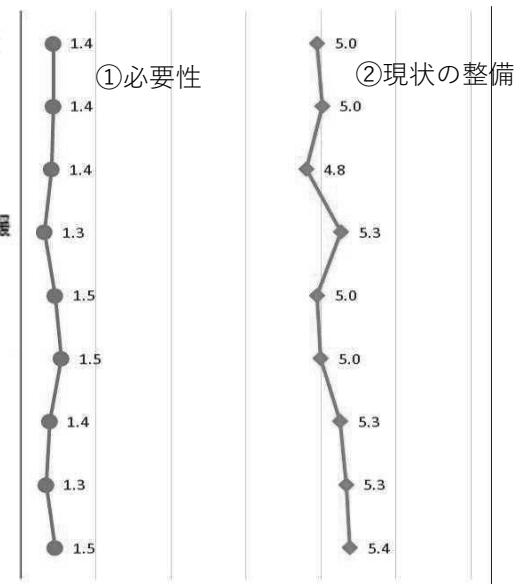
	度数	%	有効%
精神障害あり	254	57.1	58.1
精神障害なし	83	18.7	19.0
わからない	100	22.5	22.9
合計	437	98.2	100.0
欠損値	8	1.8	
合計	445	100.0	

表5 本人の不登校の時期（複数回答）

N=445	度数	%
保育園・幼稚園	1	0.2%
小学校	60	13.5%
中学校	137	30.8%
高校	95	21.3%
専門学校・短大・大学	40	9.0%
あつたけど、時期は不明	16	3.6%
ない	117	26.3%
わからない	96	21.6%

図1 ①必要性と②現状の整備との乖離状況

- a. 広くひきこもり相談を受ける窓口の設置
- b. aが適切な機関に切れ目なく繋げる体制
- c. aのアセスメント機能
- d. ひきこもり状態の不登校の切れ目ない支援
- e. 当事者へのカウンセリング機関の充実
- f. 当事者の居場所機能
- g. 支援機関ネットワークの構築
- h. 支援機関の資源マップ
- i. 支援者で共有できる支援の手引き



中高年のひきこもりケースの実態と支援について
～相模原市ひきこもり支援ステーションの1年間の支援実績から～

相模原市精神保健福祉センター

○頼本鏡子、新井紘太郎、水野奏、中村綾子、奥亜希子、落合万智子、宍倉久里江

1 はじめに

内閣府が子ども・若者を対象としたひきこもりに関する調査を実施したところ、ひきこもりの長期化傾向が明らかになった。近年はひきこもりが長期化して本人が高齢化するとともに、80代の親が50代の子を養う「8050問題」が注目されている。

相模原市では平成30年4月にひきこもり支援ステーション（ひきこもり地域支援センター）を精神保健福祉センター内に開設し、18歳から64歳を支援の対象としている。開設して1年が経過したところで平成30年度の相談実績を39歳以下と40歳以上で比較して分析したので報告する。

2 調査方法

平成30年4月1日から平成31年3月31日までに相模原市ひきこもり支援ステーション（以下、当ステーション）で直接支援した109人について39歳以下と40歳以上の2群に分けて、ひきこもりのタイプや就労経験、不登校の経験、そして生活範囲について比較した。

3 結果

109人の年代別の内訳は10代12人（11%）、20代33人（30%）、30代27人（25%）、40代31人（28%）、50代4人（4%）、60代2人（2%）で、39歳以下は72人（66%）、40歳以上は37人（34%）であった。40歳以上の群は39歳以下と比べると、生来の特性が関係しているBタイプが少ない一方、様々なことをきっかけに社会参加を避け始めたCタイプが多かった。また、40歳以上の群は不登校経験が少なく、一旦正規就労など社会参加したものとの様々なことがきっかけでひきこもりの状態になった人が多かった。また、40歳以上の群は生活範囲が自室内や家庭内に留まっている人の割合は少なく、必要最小限の外出が可能な人の割合が多かった。

		39歳以下 (n=72) 人数(%)	40歳以上 (n=37) 人数(%)
性別	男 性	51(71%)	26(70%)
	女 性	21(29%)	11(30%)
タイプ <small>（重複有）</small>	A（精神疾患の精神病状としてひきこもっている状態）	22(22%)	9(19%)
	B（生来の特性が関係して、社会参加に行き詰まり、ひきこもっている状態）	38(37%)	11(23%)
	C（様々なことをきっかけで社会参加を避け始め、次第に元気や自信をなくし、ひきこもり状態から抜け出しあくても抜け出せなくなっている状態）	33(33%)	23(49%)
	分類保留	8(8%)	4(9%)
就労経験あり		41(59%)	35(95%)
正規就労経験あり		12(17%)	21(57%)
不登校経験あり		46(64%)	9(24%)
①自室内		1(1%)	0(0%)

活動範囲	②家庭内	18(25%)	5(13%)
	③夜間・近所など条件付きで外出	25(35%)	14(38%)
	④趣味の用事などあれば外出	12(16%)	11(30%)
	⑤友人関係の外出や地域活動	7(10%)	1(3%)
	⑥自由に外出	7(10%)	5(13%)
	不明	2(3%)	1(3%)

4 考察

(1) 中高年齢層に対するひきこもり支援について

40歳以上の群の特徴として、生来の特性よりも職場環境などの社会的要因から社会参加を避けているが必要最小限の外出は可能な人の割合が多い。このことから、家族に対しては本人とのコミュニケーションなど家族関係を回復し本人が相談機関につながるような支援が有用であると考えられる。本人に対する支援内容は個々に必要に応じた多面的な支援を関係機関と連携して提供していくという点では39歳以下と共通しているが、40歳以上の人については、これまでの本人の社会経験を活かすことや、できるだけスマールステップで成功体験を積んで自信を回復させる支援が効果的であると考えられる。

(2) 神奈川県や内閣府が実施した調査との比較

神奈川県が実施した「ひきこもりの現状と支援に関する調査（平成29年度実績。対象年齢は15歳～64歳：以下、神奈川県の調査）」では40歳以上の割合は約3割で当ステーションもほぼ同様の結果となっている。年代別の割合も神奈川県の調査は40代21.0%、50代6.4%、60代1.1%であり当ステーションと大差ない。一方、平成31年3月に内閣府が公表した「生活状況に関する調査（対象年齢は40歳～64歳）」では広義のひきこもり群の40代は38.3%、50代は36.2%、60代が25.5%であった。当ステーションの40歳以上の群を年代別割合にしてみると40代84%、50代11%、60代5%となった。このことから、中高年齢層では相談につながっているのは40代が大半を占め、相談につながらない50代、60代が潜在していると推測される。

(3) いわゆる「8050問題」について

上述したように潜在している50代、60代のひきこもり状態の人への支援については重要な課題であると思われる。親が80代、子が50代となると子の孤立だけでなく、心身の機能が低下することで親も孤立しやすく、世帯が社会から孤立した状態に陥りやすい。高齢者を対象にした地域包括ケアシステムが既に構築されており、精神障害者にも対応した包括ケアシステムも構築へ取り組みが進んでいるところであるが、ひきこもりについても対応していくことが望まれる。

平成30年度地域保健総合推進事業「地域包括支援センターの相談における中高年齢層のひきこもり支援に関する調査：以下、中高年齢層の調査」によると、今後のひきこもり者支援の課題として①高齢化、②長期化、③発達障害、精神症状の存在、④支援拒否の4つのキーワードがあげられている。

潜在している中高年齢層のひきこもり状態の人への支援は、これら4つのキーワードに対応した支援であると考えられる。今後はこれらに対応した支援体制の構築と相談援助技術の向上を目指した取り組みが必要と考えられる。

参考・引用文献

- 1) 神奈川県福祉子どもみらい局子どもみらい部青少年課・福祉部地域福祉課：「ひきこもりの現状と支援に関する調査」報告書. 令和元年.
- 2) 内閣府政策統括官（共生社会政策担当）：生活状況に関する調査報告書. 平成31年.
- 3) 境泉洋・野中俊介：CRAFTひきこもりの家族支援ワークブック 若者がやる気になるために家族ができること. 金剛出版, 2013.
- 4) 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（分担事業者：辻本哲士、総括者：原田豊）報告書. 平成31年.

地域包括支援センターにおける相談から見た中高年層ひきこもり者の課題 ～全国 10 地区の地域包括支援センターを対象とした個別調査結果から～

鳥取県立精神保健福祉センター

○ 原田 豊

この調査は、全国 10 か所(横浜市、群馬県、新潟市、浜松市、鳥取県、岡山市、愛媛県、高知県、福岡市、北九州市)の精神保健福祉センターのご協力を得てアンケート調査を実施し、全国精神保健福祉センター長会の調査研究費をもとに集計を行いました。

1. はじめに

ひきこもり者への支援は、これまで、若者層を中心として実施されてきたが、中高年層のひきこもり者に関しては、十分な支援体制が見いだせないのが現状である。ここ数年、地域包括支援センターの相談事例の中に適切な支援を受けないままひきこもり状態にある家族を有しているものが認められているが、個々の対応に関する状況に対しては不明瞭な状態にある。今回、地域包括支援センターにおける相談からみたひきこもり者の個別の実態について調査を行い、考察を加え報告する。

2. 対象と方法

10 地域にある 248 か所の地域包括支援センターより、平成 29 年度の相談事例のうちで、対象者の家族の中にひきこもり者の事例を認めた場合、その事例の生活状況や今後の課題について、アンケート調査を実施し、278 事例（総合相談 173 例、権利擁護相談 62 例、その他 43 例）に聞す回答を得た。

3. 結 果

(1) 男女別、年代別人数

相談者（地域包括支援センターの対象者）278 人（男 69 人、女 163 人、不詳 46 人）の平均年齢は 77.6 ± 9.8 歳であった。

また、対象となるひきこもり者 278 人（男 172 人、女 74 人、不詳 32 人）の平均年齢は 47.1 ± 12.6 歳であった。うち、30 代 35 人、40 代 65 人、50 代 111 人、60 代 34 人である（図 1）。

(2) ひきこもり期間

ひきこもりの期間（ひきこもり開始から現在までの期間）は、5 年未満 29 人、5 年以上 10 人未満 27 人、10 年以上 20 年未満 37 人、20 年以上 90 人、無回答 95 人であり、無回答を除く平均は 17.3 ± 11.7 年である（図 2）。ひきこもり開始平均年齢は、 28.5 ± 14.2 歳であった。

(3) 不登校歴、就労歴、通院歴

不登校歴は、不登校歴あり（長期）29 人、不登校歴あり（一時）16 人、不登校歴なし 29 人であった（図 3）。就労歴は、あり（5 年以上）58 人、あり（1 年以上）41 人、あり（1 年未満）30 人、なし 35 人、不明・記載なし 114 人であったが（図 4）、就労歴のあるもののうち 72 人の就労状況は、適応 7 人、配慮により適応 8 人、不適応（離職を繰り返す）57 人であった。

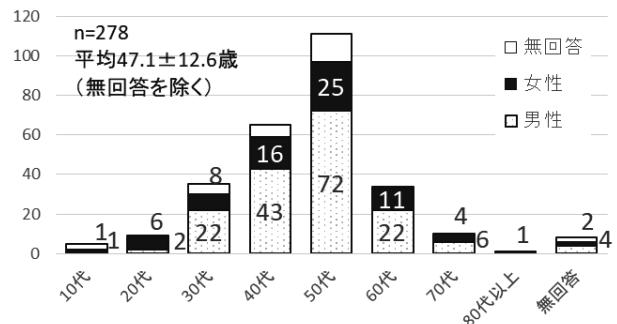


図1 ひきこもり者の男女別・世代別人数



図2 ひきこもり者の世代別・ひきこもり期間別人数

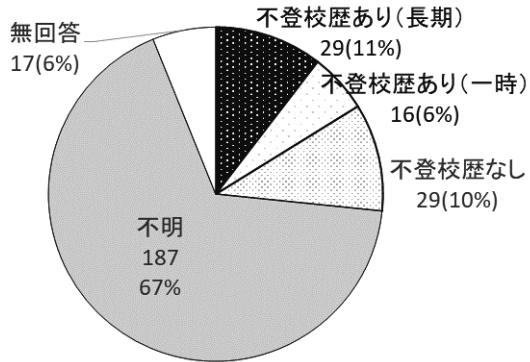


図3 不登校歴の有無

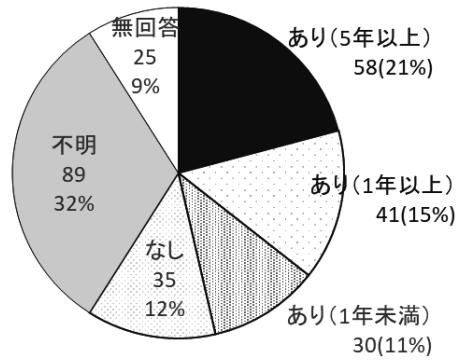


図4 就労歴の有無

ひきこもりに対する相談・支援歴は、本人は、相談・支援を受けている 42 人(15%)、過去に受けたことがある 24 人(9%)、相談・支援を受けていない 130 人(47%)、不明・無回答 82 人である。通院歴は、通院中 54 人、過去に定期通院歴あり 33 人、数回、受診したことがある 27 人、受診歴なし 111 人、無回答 53 人であった。

(4) ひきこもり者の生活状況

外出は、ほとんど外出しない 68 人(25%)、まれに外出(月 1 回以下) 37 人(13%)、たまに外出(月 2 回以上) 137 人(49%)、不明 36 人。家族との会話は、ない・ほとんどない 43 人(19%)、必要な要求程度 91 人(33%)、会話はできるが少ない 71 人(16%)、普通に会話(多) 24 人(9%)、その他 49 人である。日常の家事は、ほとんど何もしない 41 人、自分の身の回り程度 105 人、たまに家事を手伝う 38 人、家事を手伝う・日常の家事等は自立できる 61 人、不明 33 人である。

(5) 精神症状

精神症状について、あり(日常生活に大きな支障) 69 人、あり(軽い) 60 人、目立たない 45 人、不明・無回答 104 人である。

6) 福祉サービス対象者への支援の受け入れに対する、ひきこもり者の反応

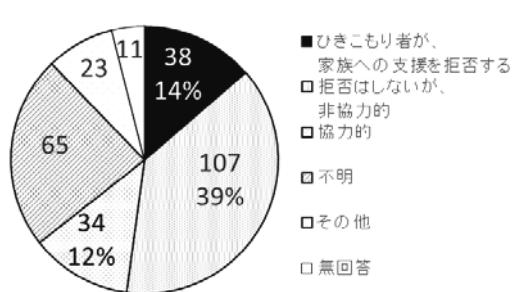


図6 ひきこもり者の家族支援の受け入れの状況

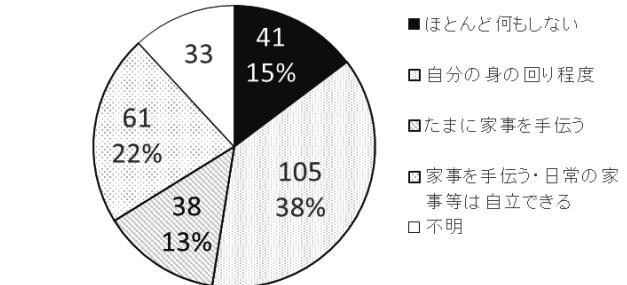


図5 ひきこもり者の生活状況(家事・身の回りのこと)

ひきこもり者の福祉サービス対象者への支援に対する反応は、拒否する 38 人(14%)、拒否はしないが非協力的 107 人(39%)が過半数を占める(図 6)。本人の改善は、ここ数年の改善は難しいが 137 人(49%)である。ひきこもり者自身の支援の受け入れは、拒否する 64 人(23%)、最低限は受け入れる 54 人(19%)、受け入れる 30 人(11%)、不明など 130 人である。身の回りの自立は、難しい 27 人、ある程度支援があれば可能 72 人、概ね自立できる(収入があれば) 91 人、その他・不明 88 人である。

4. 考 察

中高年層のひきこもり支援には、さまざまな課題があり、支援機関の充実・連携、ひきこもり者への支援のスキルの向上、研修の実施などが重要とされる。

当事者の力をかりたひきこもり支援の状況

高知県立精神保健福祉センター

○森木 裕子 安藤 里恵子 乾 飛鳥 武石 彩乃 山崎 正雄

1 はじめに

当県のひきこもり地域支援センター（以下：センター）が平成 21 年度に精神保健福祉センター内に開設されて 10 年が経過し、来所相談をはじめとする相談件数も増加傾向が続いている（平成 30 年度 来所相談：延 954 件、実 151 件）。開設年度からはじめた当事者の集いも多くの当事者が利用し、通過的な利用を経て、社会参加をしたり、社会的なつながりを増やしていった卒業生も多い。事業としても、一般企業等で仕事経験をする社会体験事業や、当事者のピアメンバーと面接場面で交流をするピア交流事業など、新たな事業も加わり、相談者がセンター内で利用できる資源も増えている。

近年は元気になった当事者が、先に述べたピアメンバーとしてやセンターの各研修や講演の場で話題提供をする立場として、また、当事者の声を集めた広報誌への協力など、さまざまな形で参画してくれている。当事者の力をかりたひきこもり支援について、振り返り、今後の取り組みについて考察する。

2. 当事者に協力を得た事業実施状況（H23～30）

	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30
支援者連絡会				ひきこもり当事者の報告（3）				
普及啓発					ひきこもり当事者体験等（4）・対談（2）	不登校・ひきこもり体験発表（2）	ひきこもり当事者話題提供（2）・ファシリテーター（3）	広報誌作成（12）ひきこもり当事者
青年期の集い	不登校経験者の体験談（1）	不登校経験者の体験談（1）	ひきこもり当事者の報告（1）			拡大交流会に当事者の話題提供（1）ファシリテーター（4）	ひきこもり経験者の体験談（県外：2）	ひきこもり当事者のファシリテーター（4）・講演講師（県外：1）
ピア交流事業							1名利用	2名利用

上記のように、体験、活動報告 17 名（延べ）、ファシリテート 11 名（延べ）、ピア交流 3 名（実）、誌面協力 12 名（実）の当事者（県内のみ計上）に参画いただき、上記以外にも、会の司会（アナウンス）や、特技を生かしたショーの披露を事業で参画してもらうなどの活動実績がある。平成 25 年度までは、他団体から紹介された当事者に体験発表していただいたが、平成 26 年度以降は、センターの相談利用経験者を中心に参画してもらった。普及啓発や、当事者の集いの場で、ひきこもり体験者の声を届ける機会を多くもってきている。

3. 実施の工夫

ひきこもり状態にいる方の思いや背景、現状は多様で、一人や、数人の体験発表が多くのひきこもりを代表するものではなく、あくまでもその人の場合という前提でお伝えする場の設定をしている。また、

ファシリテートなど、流動的なやりとりが必要な場については、応援体制と、終了後のフォローアップの場をもっている。ピア交流事業は、いわゆるピアサポートー事業の簡易版のようなもので、センターで養成し、センター内の相談で協力してもらっている事業である。ピアメンバー（サポートー）としての登録手続きを簡易化し、センター内で完結できることから、対象者のタイミングに合わせて、面接の場を持ちやすい。

啓発の場で当事者が体験発表等できると、支援につながっていない家族等にも声を届けることができるが、不特定多数の場で話ができる当事者が多くはないという現状もある。そのため、相談、研修の場面、さまざまな場面で当事者の声を届ける手段として、「つながる voice」と題して、センターの相談利用者の声を集めた広報誌も作成し、多くの場面で配布している。

4. 事業の評価

以下に、平成 26 年～30 年度実施の啓発の場で当事者の体験を聞いた人の感想をピックアップする。

支援者の感想：「各々の時間軸があるのだなと感じ、そこを理解し、尊重しながら関わっていくことが大切と思った」、「ひきこもりの過程で、どの段階で誰に出会うかが動きはじめるきっかけになっている」、「当事者の人たちにもぜひ聞いてほしいと思う」、「当事者の話は本当に深く伝わってきてよかったです」、「希望をもらえたような気持ちになりました」

家族の感想：「経験者からお話を聞き、現在の子供の心境がわかつてきました」、「経験者の話はなかなか聞けないのでよかったです」、「支援につながった人の話を聞いて、本当にうらやましく思いました」、「娘をおいこんでいたなと反省しました」、「なぜがんばれないか、子供をいやになっていましたが、少し気持ちがやわらぎました」

当事者（経験者）の感想：「自分と重なる部分があり、共感できることがずいぶんたくさんありました」、「似たような感覚をもっているなと思うことが少なくなかった」

当事者の体験談を自分の体験（支援、関わりも含め）を振り返る機会として聞き、「気づく」、「希望をもつ」、「共感する」といった心の反応がうかがえる意見が多かった。また、何より、当事者の話が聞けたことに、感謝や、話してくれた当事者へのねぎらいの言葉、そして、また聞きたいとの声が多かった。

また、ファシリテーターとして協力いただく当事者には、他のファシリテーターや主催者との打ち合わせ、打ち上げの場にも参加してもらうその経験が、行動のバリエーションを増やすことや、新たな人と出会い、仲間からのフィードバックを受ける機会ともなり、日々の生活や次の生活への意欲にもつながっている。

5. 今後の取り組み

当事者の声を直接届けることは、家族や支援者の大きな学びや気づき、希望の場になっているが、直接届くことができる当事者は、そういった場に出てくることができる人に限られる。また、センターの事業以外にも外部からの講師依頼として、当事者との話題提供の依頼も増えている状況があり、ひきこもりについて学習したい人のニーズとして「当事者の思いを直接知る」ということが高まっていることも感じている。

そのため、より、さまざまな状況にいる人たちに、当事者の声を届ける手段としては、昨年度作成した広報誌が柔軟に使えるものだと考える。広報誌の続編も作成を続けたい。また、高知県内各地の地域性により、当事者、家族にとって役立つことも異なる。これまでの中央部を中心とした当事者以外の声も届けていくために、平成 29 年度に地域の福祉保健所の利用者と支援者に協力いただいたように各地域の機関と連携した発信の場も広げていきたい。少し元気になってきた時点で、何かひきこもり支援に役立つことをしたいと言われる相談者もいる。それぞれの当事者にあったかたちで、希望する人にひきこもり支援に参画してもらう方法を増やしていくことで、よりさまざまな状態のひきこもり当事者に届くと考える。

「不安対処スキルアッププログラム」の開発と意義（第二報）

相模原市精神保健福祉センター

○宗倉久里江、頬本鏡子、新井紘太郎、水野奏、小口祐典、本間優子、落合万智子

1 はじめに

相模原市精神保健福祉センター（以後、当センター）では平成27年度より“不安対処スキルアップセミナー（旧「不安・強迫性障害相談」）”を実施しており、平成29年度の本協議会にて報告したが、その後も参加者のアンケート等をもとに改良を重ねており第二報として報告する。また、ひきこもりや依存症などセンターが取り組む課題の多くに不安が関与することから、本プログラムの意義や活用についても考察して展望を述べる。

2 「不安対処スキルアップセミナー」について

(1) 概要

不安や強迫症状への健康的な対処法を学ぶ心理教育プログラムであり、健康な方から、不安障害や強迫性障害の発症が疑われる方、そして不安障害や強迫性障害と診断されて治療中という方まで、幅広く役立つ一般的かつ基本的な内容である。不安障害や強迫性障害に有効な認知行動療法の考え方（行動理論等）を取り入れた基礎知識編と、曝露反応妨害法を取り入れた実践編から構成され、治療を目的に治療行為として行うものではなく健康づくりと生活の質の向上に寄与する健康教育として行うものである。特に実践編については、症状を改善することを直接的に目指すものではなく、「本当はやりたいが不安のためにやらずにいたことに取り組む」あるいは「本当はやめたいが不安のためにやっていたことをやめる」ことを本人のニーズにもとづいて目標として設定し、本人にできる範囲のペースや難易度で段階的に取り組むことにより、よりよい生活や自信の回復を目指すものである。

(2) 改良点

①実施形態および費用負担

以前は基礎知識編と実践編を通して全6回の個人セッションを有料（各回2000円）で行っていたが、参加者のアンケートなどから以下の表のように基礎知識編を集団セッション（各回定員8名）かつ無料で行うスタイルへと変更し、基礎知識編だけに参加することも可とした。

これらの変更により、より多くの方に本プログラムを利用していただくことが可能となり、また費用面の負担を軽減することができた。

	対象	形態
基礎知識編（全2回）	相模原市在住、在勤、在学で、不安や強迫的心配により日常生活で何らかの不便を感じている方 ※精神疾患の有無や診断名は問わない	集団
実践編（インテークを含む全5回）	基礎知識講座を受講した方のうちの希望者	個別
フォローアップセッション	基礎知識編および実践編に参加した方	集団

②内容

基礎知識編を集団セッションで開催することにより、簡単なグループワークを講義に取り入れることが可能になった。また、延べ参加者数が増えるにつれて質問や感想をもとに講義内容の修正を重ねることができた。さらに、強い不安を感じる課題に無理に挑戦したために自信をなくしたり調子を崩したりすることがないよう、課題の選び方や挑戦するときのコツについてわかりやすい解説を盛り込んだ。

③人材育成およびテキストやマニュアルの作成

基礎知識編を集団セッションで開催するために運営スタッフの人数も増えたことから、結果として人材育成につながった。また、運営に参加した多職種スタッフで本プログラムのよりよい運営などについて多角的な意見交換を行うことができ、参加者向けテキストおよび担当者向けマニュアルの作成が進んだ。

3 考察と展望

(1) 「不安対処スキルアップセミナー」を精神保健福祉センターで実施する意義

精神保健福祉センターではひきこもりや依存症、行動嗜癖などに関する相談支援を行っており、いずれも不安や心配に対する不健全な対処行動が招く悪循環により生活の質が低下する点で共通点がある。このため本プログラムはセンターで支援を行っている本人にとって役立つ可能性があるだけでなく、センターや関係機関の職員などの人材育成という点でも意義があると思われる。

(2) 効果や注意点について

本プログラムは特定の疾患の治療として行うものではないことから、効果について科学的に検証することは難しいと思われる。このため、ある程度の期間をかけて、精神保健に精通している多職種の職員によって運営しながら改良を重ねることや、参加者をある程度の長期間フォローアップすることにより、心の健康や生活の質に対する影響について評価していくことが大切であると思われる。

(3) 今後の展望とまとめ

本プログラムを効果的かつ安全なものとするため上述の取組を継続していく一方、当事者の生活を支える家族や支援者にも活用していただくことを計画している。

精神保健における一次予防は特定の疾患を予防するものではなく、当事者や家族そして支援者にも役立つような素朴で本質的なものであるべきと考える。現時点で精神保健において不安への健康的な対処に関する一次予防が充分に普及しているとはいえないため、本プログラムの改良および普及に引き続き力をいれていきたい。

長崎県における高次脳機能障害の医療機関対応実態調査
—医療機関一覧の改訂を通して—

長崎県長崎こども・女性・障害者支援センター
○前田 隼 太田尾有美 矢野亮一 桑野真澄
寺崎秀子 加来洋一 柿田多佳子

1 はじめに

長崎県の高次脳機能障害（以下、高次脳）者支援は長崎県高次脳機能障害支援センター（以下、当所）を支援拠点機関とし、地域支援ネットワーク構築事業として圏域単位の地域支援体制整備を保健所と共に図っている。そのためには各圏域で保健所が医療機関に関する情報を知り、連携を図ることや県民への相談窓口の周知が非常に重要である。

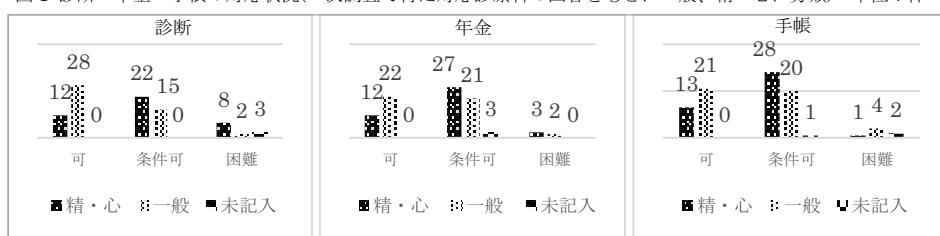
当所では、相談内容として最も多い診断等医療に関する相談に保健所等の相談機関が対応できるよう、支援ツールとして、平成19年度に「高次脳機能障害支援のための医療機関一覧」（以下、一覧）を作成し、26年度を最後にこれまで3回改訂した。ところが近年、医療機能情報が不足していることが課題となっており、今回の改訂で脳画像撮影や神経心理学的検査などの附帯条件の確認などを調査項目に追加した。それによって、「何らかの対応が可能」と回答した医療機関を多数把握することができた。

今回の調査では、1次・2次調査の結果から医療機関（以下、機関）の対応状況をまとめ、診療科の専門性により比較分析し、いくつかの知見を得た。3次調査の結果と併せ、これらを考察し報告する。

2 調査方法（表1）

	一次調査	二次調査	三次調査
目的	一覧の掲載機関の把握	実績把握 (情報は一覧に掲載せず)	詳細を聴取し、保健所への情報提供 及び県内における医療体制整備に活かす
対象	168 医療機関（精神科・心療内科標榜機関 79 他診療科機関 78、複合の機関 11） ・現行の掲載機関 ・当所が連携した機関(H25~29) ・保健所が連携した機関(H27~29) ・長崎市内精神科・心療内科及び回復期機関 ・離島部における機関	90 機関 1次調査にていざれかの項目に「可」または「条件可」と回答した機関	43 機関 ・診断及びリハビリテーションの新規受入が「条件可」と回答した機関及び診断等実績がある機関(中核的役割を担っていると推測される機関) ・新規の掲載機関で、実績等を確認する必要がある機関、離島の医療機関
方法	アンケート調査（郵送） 診断、年金・手帳診断書作成の可・否・条件可、対応診療科等 (条件：複数回答) 診断：脳画像、検査 年金：診断、他、診断に準ずる 手帳：障害年金に準ずる	アンケート調査（郵送） 期間内(H30.4.1~8.31)、過去の診断、年金・手帳診断書の対応実績、画像検査実施の可否、不可の場合は依頼先の有無、リハビリテーション・検査の実績及び実施している検査の種類、ケースの受け入れ等	訪問調査（保健所担当同伴） ・新規患者受入の条件等 ・院内外連携状況 ・機関の対応状況に関する実態 ・ケースの実態
手帳：精神障害者保健福祉手帳 年金：障害年金 検査：神経心理学的検査 条件可：条件が揃えば対応可能			

図1 診断・年金・手帳の対応状況(一次調査で得た対応診療科の回答をもとに一般、精・心に分類) 単位：件



は現行を36上回った（掲載数計82）。回答90機関のうち、対応診療科は精神科・心療内科（以下、精・心）42、精・心以外（脳神経外科、神経内科、外科、内科等）（以下、一般）45、未記入3であった。診断・年金・手帳（以下、3項目）ともに対応可である機関は一般が多いものの、条件可は両群共に一定数見られ、年金・手帳については可を上回り、3項目ともに精・心が一般を上回った。（図1）。

3 結果

- (1) 1次調査 回答144機関（回収率85.7%）。
- 対応可・条件可と回答した機関は90（63.0%）あり、うち、一覧への掲載に同意が得られた機関

診断の条件として脳画像検査を求める機関が多く、精・心が一般を上回った。年金・手帳共に診断があれば対応可である機関を多く認めた（図2）

図2 条件可の必要条件（複数回答）

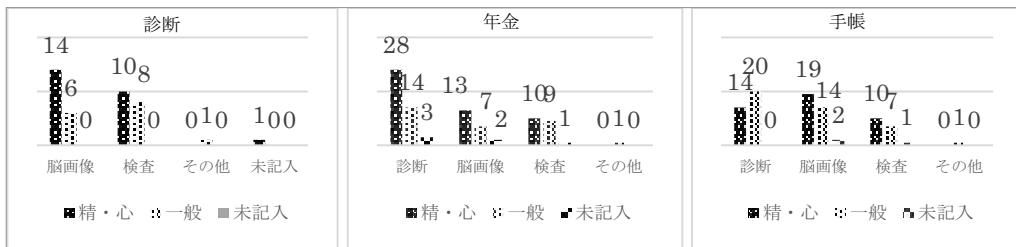
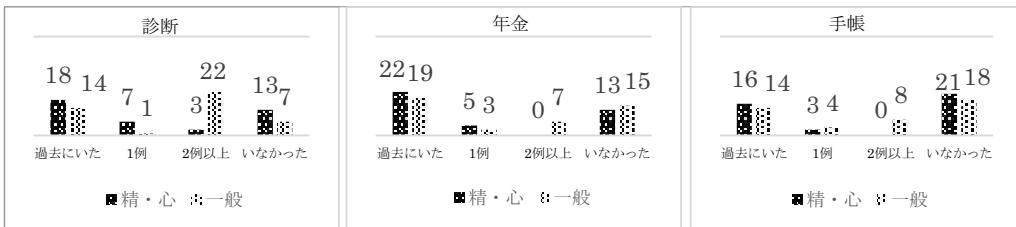


図3 診断・年金・手帳の実績



(2) 2次調査

回答 88 機関（回収率 97.8%）。3 項目共に、2 例以上の対応をしている機関は一般が多かった。両群共に過去には対応実績があり、3 項目共に精・心が一般を上回った（図3）

(3) 3次調査

結果の一例として、地域医療を掲げる機関は専門性を有しておらずともまずは対応し、専門の機関に紹介する役割を果たしていた。新規患者の受け入れは多くの機関において診療情報提供書が必要であった。対応可との回答を得たが医師が限定されていた。島嶼部では県外に搬送され、回復期を経て帰島しているケースを認めた。

3 結果のまとめ

①条件を附帯することで、一覧の掲載数が 36 増加した。②3 項目において対応可は一般が、条件可は精・心が多かった③精・心は診断に脳画像を求める場合が多かった④診断は対応不可だが、他機関で診断がついた方の年金・手帳診断書作成対応可である機関を多く認めた⑤直近の対応実績は一般が多く、両群においては過去の実績を認めた⑥3 項目全てに対応可であり、実績を有し、新規患者の受け入れ、画像検査、検査全てにおいて何らかの対応が可能である機関が 20 有り（精・心：5 一般：15）、全ての圏域に存在した。⑦圏域における機関の機能分化や対応状況、連携状況の詳細な情報を得た。

4 考察

精・心においては社会的行動障害や二次的に生じる精神症状に対応する傾向にあること、また、調査対象機関の過半数はクリニックであり、患者自体が少ないことが直近の実績に反映していると思われる。

今回、保健所や当所が相談を受けた際に、全てに対応可である機関に繋げることで各圏域において医療に関する主訴が解消できる可能性があることが示唆された。また、それらの機関と情報を共有することで圏域の高次脳者の動向や傾向が分かるとともに、機関を通して後に高次脳が顕在化する可能性がある方への相談窓口の周知を行うことで認知度が向上すると推測される。そのきっかけ作りとしても保健所担当同行のもと、訪問調査を実施したことは有意義であったと思われる。しかし、ケースによっては新規機関への受診に不安を抱える方、遠方までの移動が困難な方、精神症状が顕著であり、投薬治療が必要と推測される方など状況が様々である。支援者は全てに対応可である機関があることを念頭に置きながらも、状況を見ながら調査結果をもとに各機関の機能に応じて連携先を選択する必要がある。特に精・心の場合、新規患者でも他機関で撮影した脳画像があれば診断が可能、或いは他機関で診断がついていれば年金・手帳の作成が可能な機関があることは選択の手がかりになると思われる。また、診断がその後の年金・手帳診断書対応に影響することから高次脳を見逃すことなく、診断がなされる必要がある。そのために保健所担当へ今回の調査結果を共有し、20 機関を中心とした各圏域の医療体制整備の構築を期待したい。

うつ病対策における認知行動療法の普及と実践

静岡市こころの健康センター
○笠井正一 酒井芸子 松本晃明

1 はじめに

うつ病治療には薬物療法や認知行動療法が有効とされるが、現状では認知行動療法（C B T）を実施する機関は限られており、その普及は遅れている。当センターでは、センター設立時（平成 17 年度）からうつ病の集団認知行動療法に取り組み始めるなど、薬物療法以外のうつ病対策の推進をセンターの中心事業としてきた。さらに、平成 28 年度から普及啓発や研修会等の見直しを始めて事業強化するなど、うつ病対策における認知行動療法の普及と実践を図ったので、その報告をしたい。

2 実施状況

静岡市における認知行動療法の普及と実践について

（1）開設時（平成 17 年度）から平成 27 年度までと（2）平成 28 年度以降にわけ、さらに（2）については、①診療相談事業、②普及・啓発、③人材育成の 3 つの領域別に報告する。

（1）開設時（平成 17 年度）から平成 27 年度まで

集団回復プログラムを主軸としてうつ病対策を実施

【対象】うつ病で概ね 6 か月以上薬物療法を受けており、主治医が参加を必要と認めた方

【定員】10 名

【頻度】年間 3 クール 1 クールは 6 時間×週 3 日を約 3 か月間

【内容】集団 C B T 心理教育 ミーティング リラックス体操 創作活動等

【スタッフ】精神科医 保健師・看護師 心理職 精神保健福祉士

集団プログラム事業は継続実施していたが、平成 27 年度には財政サイドから集団回復プログラムの廃止を提案されたことをきっかけに、平成 28 年度から全面見直しを行うことになった。

（2）平成 28 年度以降

① 診療相談事業

ア. うつ病集団回復プログラム

平成 28 年度から浜松医科大学精神科と連携を図り、同年度の第 3 クールから同大学の臨床心理士リーダーを講師に招き、また平成 29 年度には浜松医科大学の認知行動療法エキスパート心理職を職員採用するなどして質の向上を図った。従来は認知再構成法が中心であったが、平成 28 年度の第 3 クールから行動活性化療法を導入しており、参加者のアンケート結果からもプログラムへの評価はさらに高まった。

イ. 認知行動療法外来の新設（平成 29 年 12 月～）

集団回復プログラムはうつ病で休職中の方の復職支援として有効であったが、プログラム修了者のフォローができず、また、就労継続中の人気が認知行動療法を受けられない課題を抱えていた。それらの解決のため、平成 29 年 12 月から認知行動療法（個別カウンセリング）外来を開設し、市民が認知行動療法を受けられる機会を拡大した。開設時は週 1 回の外来であったが、平成 30 年 6 月からは非常勤医師を増やし、週 2 回の外来となった。対象は、うつ病で概ね 6 か月間薬物療法を受けており、主治医の同意が得られている方である。周知方法としては、開設前には市内の

精神科クリニック・病院をすべて訪問して、外来の説明を行った。また、毎年、市内の精神科クリニック・病院にチラシを配布している。

表1 認知行動療法外来件数

	初診	再診	合計	月平均	
				初診	再診
H29 (12~3月)	6	16	22	1.5	4.0
H30 (4~3月)	23	135	158	1.9	11.3
R元 (4~7月)	12	66	78	3.0	16.5

② 市民向け普及・啓発

以前は芸能人等によるメンタルヘルス講演会を年1回実施していたが、市民への認知行動療法の理解促進を目的として、平成29年からは認知行動療法研修開発センター理事長による講座を毎年実施することとし、平成29年度は698名、平成30年度は530名の参加者が得られた。講座に引き続いて、当センターにおける集団回復プログラムおよび認知行動療法外来の事業を紹介する時間を設け、対象者が治療につながるように工夫している。

③ 人材育成

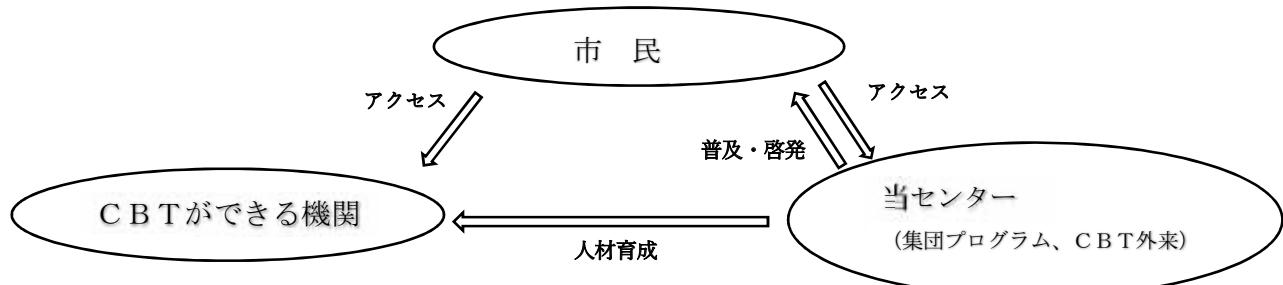
以前から毎年、支援者向けの研修会を開催していたが、市内で認知行動療法を実施している医療機関は当センター以外では1か所にとどまっていた。このため、平成28年度に見直しを行い、平成29年度から国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター長を毎年まねいて研修の質の向上を図っている。

3 考察

当センターでは、平成28年度から認知行動療法関連事業の強化を総合的に図ってきた（図1）。市民向けの講演会等を通じた普及・啓発により市民の認知行動療法に対する関心が高まるとともに、受け皿としての集団プログラムの質の向上や認知行動療法外来の新設によって、静岡市内で認知行動療法を必要としている人がアクセスできる体制は整えられつつある。さらに、支援者の人材育成には平成17年度から取り組んできたが、平成29年度からは計画的にステップアップが図れるように研修内容を見直している。一方で、静岡市内に認知行動療法を実施する医療機関はまだ限られている状況にある。こうした背景には、認知行動療法を保険診療として算定できる職種が限定されていることが考えられる。

なお、診療相談事業については、基本的にはうつ病の方を対象としているが、当センター受診後に発達障害特性が判明するケースが増加している点が課題となっている。その対応として、平成30年度から個別に心理検査を実施するなどして自己理解を深める機会を提供し、当センターの担当医師から紹介元の主治医に発達特性について情報提供を開始した。今後、発達障害特性を踏まえたプログラムの新設を検討していく必要性を感じている。

図1 認知行動療法関連事業の総合的な取り組み



神奈川県内の精神科医療機関における外国人の受診に関する調査から
— 平成30年度及び令和元年度調査研究事業 —

神奈川県精神保健福祉センター
○石井利樹 西山和江 川本絵理
鈴木松子 星野美保 山田正夫

1 はじめに

神奈川県における在留外国人数は平成30年末で21.2万人（住民基本台帳）と全国4番目で、インバウンド等の来県者数も増加している。これに伴い外国人の精神科受診が増えていくと思われるが、一方、アクセスや制度面での不都合も懸念される。こうした観点から現状把握を目的として平成30年度に実施した調査の概要、及びそこから見えてきた課題や今後のあるべき取組みについて報告する。

2 調査デザイン

今回、神奈川県内の精神科医療機関における外国人の受診に関する調査を行った。神奈川県の人口は令和元年6月1日現在、約920万人で、精神科の10万対病床数は152.1と全国最少である（H29病院施設調査）。調査対象は、精神科病院及び精神科病床のある病院（A群70箇所）、精神科病床はないが診療科目がある病院（B群79箇所）、精神科診療所（C群174箇所）の計323箇所で、調査対象期間は平成28年4月1日から平成30年3月31日までの2年間とし、調査事項は（1）受入れ実績（2）対応や受入れ体制（3）その他（4）個別状況を柱とした。併せて、各種制度や支援団体等の情報収集を、訪問、電話やインターネットにより行った。また、学識経験者等の7名による調査研究委員会を2回開催した。

3 調査結果

回答が得られたのは185箇所（回収率57.3%）で、A群が47箇所（67.1%）、B群が41箇所（51.9%）、C群が97箇所（55.7%）であった。この調査において外国人とは、日本国籍がなく、旅行や就労、留学などで日本に滞在中の訪日外国人、及び日本に居住する在留外国人と定義した。

（1）外国人患者の受入れ実績について

全体では102箇所（55.1%）において受入れがあり、受入れ人数の合計は823人であった。受入れが難しいと考える理由を選択式で尋ねたところ、多い順に「言葉の問題」「対応に時間がかかる」「支払いの心配」「家族がいない」となっており、その他として「文化・習慣の違い」等の記載が見られた。

（2）外国人患者への対応、受入体制について

外国语を話せるスタッフがいる機関は47箇所（25.4%）で、職種は医師、看護師、精神保健福祉士、言語は多い順に英語、中国語、韓国語であった。「通訳ボランティアの活用」は21箇所（11.4%）で、言語は多い順に中国語、英語、スペイン語であった。「翻訳機等の利用」は19箇所（10.3%）、「院内に外国语の案内図等」は11箇所（5.9%）、「翻訳された文書の用意あり」は12箇所（6.5%）であった。

（3）その他

「支払いの問題あり」は14箇所（7.6%）、「生活習慣・文化の違いが課題」は35箇所（18.9%）だった。

（4）精神科を受診した外国人患者の個別状況

個別状況への回答は83箇所（44.9%）からあり、患者数は合計500人であった。国籍は多い順に中国、フィリピン、アメリカ、在日目的では居住、就労、留学の順であった。家族の所在は日本が約50%、母国が約25%であった。日本語が話せた人は約50%、会話困難時の対応については、「日本語を話せる家族等の同行」「外国语を話せる職員で対応」「身振り手振り」の順であった。医療形態では入院が87人（17.4%）、外来が378人（75.6%）で、外来は男女共に30～40代、入院は男性が20代、女性は40代の割合が高かった。入院形態では任意が21人（24.1%）、医療保護が40人（45.9%）、措置・緊急措置が22人（25.3%）であり、医療保護入院の同意者は、日本在住の家族等34人（85%）、母国在住の家族等と市町村長が各3人（7.5%）であった。疾患名はF3（気分障害）が最多で約30%、次いでF2（統合

失調症圏)とF4(神経症圏)が共に約20%であり、外来ではF3(約36%)、入院ではF2(約60%)が最多であった。医療保険等あるいは約60%、なしが約17%で、「支払いの問題あり」が約5%であった。

(5) 考察

外国人患者の受入れが難しいと考える理由に沿って、個別状況の結果も踏まえ考察した。

まず「言葉の問題」については、「日本語が話せた人」は約半数であったが、医療的なことまで理解して話せる人はこれより少ないと考えられた。また家族等の同行で意思疎通を図った場合、本人の意向がどこまで表出されているかという疑問の声もあげられていた。通訳が必要と135箇所(73%)から回答があつたが、神奈川県の医療通訳派遣システムを知らないとの回答も112箇所(61%)からあり、周知の必要性が感じられた。外国語を話せるスタッフがいる機関は約25%であったが、通常業務以外の対応をする余裕がないことが伺われた。そのため翻訳機や翻訳された問診票等はその場ですぐ活用でき双方の負担を軽減する方法と考えられた。また、医療機関のスタッフが、やさしい日本語の使用で患者の理解を補うなどの対応も有効と思われた。

「対応に時間がかかる」については、診察以外にも受付等に時間がかかることが受入れの困難さにつながっていると推測された。院内での整備として、多言語での標記、色別の案内表示やピクトグラムの利用、精神保健福祉法関連の翻訳文等により、対応時間の短縮化に繋がる可能性があると考えられた。

「支払いの問題」については、保険等があつても問題が多いという状況が見られた。未収にならないために活用できる制度等の周知が必要と感じられた。また、日本の保険診療の理解・了解が得られにくい場合があり、言語への対応に加え、文化の違いを認識する事も必要と考えられた。

「家族がいない」については、医療費の支払いや母国の家族との連絡等は受入れ病院のスタッフが対応していると思われる。家族や支援者がいない場合に支援団体や相談機関との連携が必要と考えられた。

「生活習慣、文化の違い」については、病気の受け止め方の違い、症状か性格か判断がつきにくいなどがあげられており、対応としては、スタッフの語学力や多文化対応力向上の研修等が必要と考えられた。また言語や文化に造詣がある外国人医師やスタッフの活用も有効と思われた。関連する学会や文献、必要とされる制度やツール等を社会資源の章に掲載し、調査結果と併せ周知を目的に報告書を作成した。

4 まとめ

今回の調査により、神奈川県内の精神科医療機関における外国人受入れの現状が明らかになり、まだまだ十分ではない状況が分かった。これからも外国人の在留は増加していくと思われ、円滑に精神科に受診できる体制整備は喫緊の課題であり、そのために必要と思われる項目をまとめ、提言とした。

- (1) 医療通訳者や、通訳ボランティアの育成
- (2) 外国人の診察や入院に対応できるコーディネーターとなる人材の配置
- (3) 外国人受入れにかかる対応に見合う加算
- (4) 外国人が入国する際の日本の医療保険制度についての説明や、外国人向け医療保険加入の促進
- (5) 医療機関や保健所へのアクセスが円滑になるような相談支援機関の機能の充実
- (6) 医療従事者が文化・習慣の違いに対して、多文化対応力を身につけるための研修の場
- (7) 精神保健福祉法関連の翻訳文書の整備

5 できることから

今年度から3年計画で事業化していくためのプロセスを調査研究とするスタイルとした。コンセプトは「多文化にも対応した精神保健福祉医療を目指して」とし、具体的な目標には、人材育成、精神科医療機関で必要とされるコミュニケーションボード等ツールの発案、地域に役立つノウハウの発信、の3つを柱に据えた。現在は人材育成として研修の企画調整を進めている。これには精神保健福祉医療のノウハウのみならず、通訳及び多文化理解・対応力(カルチュラルコンピテンス)のノウハウが求められることから、かながわ国際交流財団等に御協力いただいている。また、研修会場として県内の精神科病院に御協力をお願いしている。このように、精神保健医療福祉分野と国際交流分野及び公と民による連携を積み重ねていき、多様なネットワーク構築を進めていくことも意図するものである。

東京都老人性認知症専門病棟入院患者の近年の傾向

東京都立中部総合精神保健福祉センター

○佐藤 慶子、鹿野 朗、鈴木 啓之、菅原 誠、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

東京都立精神保健福祉センター 平賀 正司

1 はじめに

東京都では、昭和 63 年度より、顕著な行動・心理症状（以下「BPSD」）を伴う認知症高齢者に対し、東京都老人性認知症専門病棟（以下「専門病棟」）の整備（都内 9 病院 552 床）を行い、3箇所の都立（総合）精神保健福祉センターに高齢者精神医療相談班を設置し、①専門病棟入院対象者への訪問診察、②在宅ケアを支える家族等への専門的医療相談及び介護指導、③必要に応じ入院紹介を行う「東京都老人性認知症医療専門医療事業」を実施してきたが、平成 30 年 3 月、認知症初期集中支援チームが都内全区市町村に整備されたことを踏まえ、平成 30 年度をもって本事業は終了となった。

今回、専門病棟入院患者の特徴について、平成 26 年度と平成 30 年度の比較（検討 1）及び直近 3 年度（検討 2）について詳細な分析を行ったので報告する。

2 方法

各専門病棟から毎月報告を受けた入院患者報告書及び退院患者報告書に沿ってデータ集計を行った。なお、発表にあたっては、集計結果のみを利用し匿名化した上で利用するよう、倫理的配慮を行った。

- ・入院患者報告書から利用した項目：氏名、性別、生年月日、入院日、病名、入院形態、入院回数、入院紹介元、要介護度、精神症状・行動障害、入院の要件
- ・退院患者報告書から利用した項目：氏名、性別、入院日、退院日、転帰

3 (検討 1)

(1) 調査対象

平成 26 年度に専門病棟に入院した患者 1,619 名と平成 30 年度に入院した患者 1,830 名を対象とした。

(2) 結果

26 年度の男女比は、男性 47%、女性 53%、平均年齢は、男性 79 歳、女性 81 歳、30 年度は男性 44%、女性 56%、平均年齢は男性 80.1 歳、女性 82.2 歳であった。

26 年度と 30 年度を比較すると、入院紹介経路について、26 年度は在宅から直接入院が 40% であったが、30 年度は 29.2% であった。さらに、精神科病院からの転院が、7.8% であったが、30 年度は 11.3% と増加した。（図 1）

また、入院理由となった BPSD のうち、入院総数に対する行動障害の割合が 26 年度は 16.4% に対し、30 年度は 26% と増加した。

4 (検討 2)

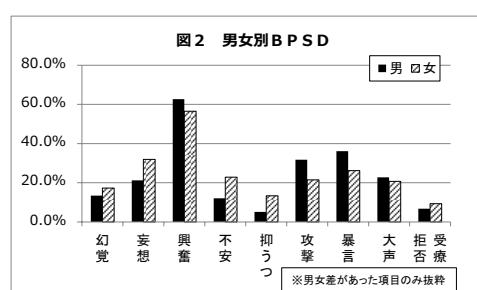
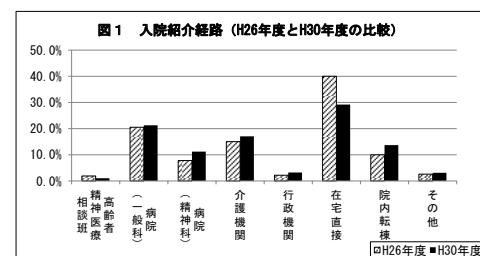
(1) 調査対象

平成 28 年 4 月から平成 31 年 3 月までに専門病棟に入院した患者 5,213 名を対象とした。

(2) 結果

入院患者の属性として、男女比は男性 44%、女性 56% であり、平均年齢は男性 79.7 歳、女性 81.8 歳であった。

診断は、アルツハイマー型が 60%、レビー小体型が 9%、血管性が 9%、前頭側頭型が 3% であった。



BPSDについて、男女（図2）や要介護度（図3）ごとに比較したところ、それぞれに特徴がみられた。

診断名と入院要件となるBPSDとの比較では、どの疾患にも共通して興奮・不穏が多く見られたが、前頭側頭型は行動障害が他の疾患より多く、レビー小体型は、幻覚・妄想が、他の疾患に比べ、顕著であった。（図4）

在院日数と診断名の比較では、レビー小体型と前頭側頭型が長期化する傾向があった（図5）。

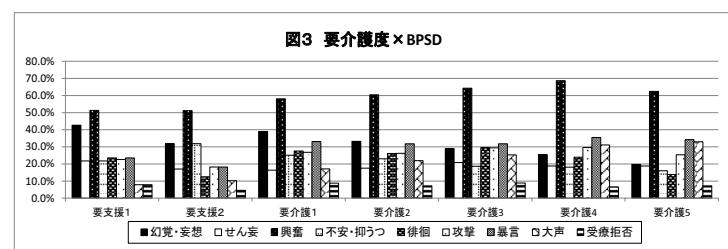


図4 診断別入院要件(BPSD)

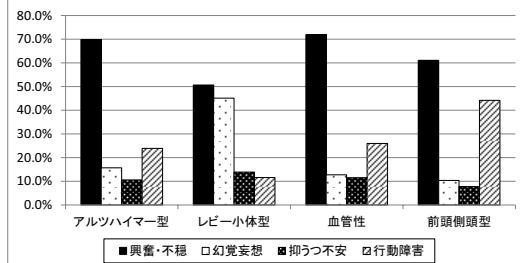
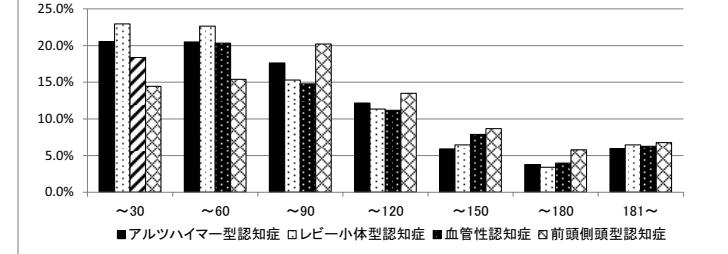


図5 在院日数と診断



5 考察

検討1ではこの5年間で専門病棟入院患者の変化を比較した。26年度では在宅経由での入院が多かつたが、30年度では介護機関や他精神科病院からの転院、あるいは転棟が増えていた。これは、核家族化の進行や共働き家族の増加等により、自宅介護が困難になって施設介護になる患者が増えているという社会的背景に加えて、診療報酬の改訂により、一般精神科病床への3ヶ月を超える入院が難しくなり、療養病棟への転院や転棟が一般的になってきていることなどがあると考察された。

入院要件の比較では、BPSDのうち不穏や興奮状態や幻覚妄想については大きな差は認められなかつたが、暴言や暴力、徘徊や抑うつ、介護抵抗などに代表される行動障害を主たる原因とする入院の割合が26年度と比較して30年度には大幅に増加していました。行動障害が目立つ場合、在宅での介護や施設入所や一般科への転院という選択肢が難しいため、専門病棟への入院が選択されたと考えられた。

検討2では最近3年間の専門病棟入院患者について詳細に検討した。この結果、BPSDの項目別の出現率では、興奮や徘徊、攻撃、暴言、大声は男性に多く、一方で幻覚・妄想、不安や抑うつ、受療拒否は女性に多い傾向が見られた。また、介護度とBPSDの比較では、せん妄、興奮、攻撃、暴言、受療拒否は介護度間の差はほとんど見られず、幻覚・妄想、不安・抑うつ、徘徊では要介護1～2の方が4～5に比べてむしろ高い結果となった。介護度が低いからBPSDの程度も軽いとはいえない事例が多く含まれることは、退院後の帰住先を考える上で問題になることが多いと考えられ、よりBPSDの症状も加味した介護度の判定が望まれる。

疾患別の入院要件では、特に前頭側頭型では行動障害が、レビー小体型では幻覚・妄想の割合が多くみられた。特に行動障害は、先にも触れたように、その程度が退院後の帰住先に大きな影響を与えると考えられ、その結果が在院日数と診断名の比較の結果に表れたと考えられた。前頭側頭型は比較的発症年齢がはやく、記憶や失見当識などの中核症状は目立たないが、社会性の欠如や性格変化、暴言・暴力や攻撃性などのBPSDが目立つ特徴があり、介護度が低く判定されてしまう事例も少なくないことがから、退院先の選択が難しいために入院が長期化しやすくなっていると推察された。

東京都における精神科病床への長期入院の割合は年々減少してきているが、65歳以上についてはまだ改善の余地が大きい。BPSDのために入院が長期化している事例について、従来の「地域包括ケアシステム」に加えて、アウトリーチ支援や地域移行支援などの様々な「精神障害にも対応した地域包括ケア」の事業を組み合わせた支援が必要である。今回得られた知見を基に、認知症病棟に入院している患者の地域移行支援が進むことを期待したい。

平成 30 年 7 月豪雨災害後のこころのケア活動について

愛媛県心と体の健康センター

○ 武内 典子 越智 幸枝 森 蓉子

戒能 徳樹 竹之内直人

1 はじめに

平成 30 年 7 豪雨災害では、梅雨前線の停滞や線状降水帯の発生により、7 月 5 日（木）から 8 日（日）の 4 日間で 7 月の平均雨量を大幅に超える集中豪雨となり、県下各地に甚大な被害が発生した。特に、宇和島市、大洲市、西予市、松山市及び今治市では、土砂災害や河川の氾濫による大きな被害を受け災害関連死を含む死者 27 名（H31 年 4 月 1 日現在）の甚大な被害となった。

このような中、愛媛県内の災害では初めての D P A T 派遣活動となり、D P A T 派遣と並行して取り組んだ心のケア体制についてその成果と今後の課題について報告する。

表 1 愛媛県の被災状況

平成 31 年 4 月 1 日現在

人的被害		住家被害					
死者	重傷者	全壊	半壊	一部損壊	床上浸水	床下浸水	
32 名	35 名	627 件	3,116 件	149 件	190 件	2,575 件	

【死者】宇和島市：13 名、西予市：6 名、大洲市：5 名、松山市 5 名、今治市：2 名、鬼北町：1 名

2 D P A T の立ち上げ

県内の被災状況を把握する中、病院職員が被災して出勤困難であることや、道路が寸断されて通院は困難な状況等、被災地の精神保健医療機能の低下が予測され、今後長期的な対応が必要と判断し、7 月 9 日に D P A T 調整本部を立ち上げ、情報の集約と調整を開始した。

7 月 10 日に災害本部の DMA T から派遣要請があり、被災地支援のアセスメントのため D P A T 先遣隊（医師 1 名、保健師 2 名、事務職 1 名）を派遣し、宇和島保健所及び八幡浜保健所で情報収集を実施する。アセスメントの結果、原則毎週木曜日に愛媛県チームを編成し、宇和島市・大洲市・西予市の 3 市を対象に派遣を決定する。

3 D P A T の活動状況 （表 2 D P A T の活動状況）

	相談対象者												相談対応者			派遣地域	
	男	女	計	年齢									医師	保健師	事務		
				10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80歳以上					
計（延入数）	1 2	2 9	4 1	1	0	0	6	8	1 1	2	4	4	5	1 2	2 2	3	アセスメント 1 回 宇和島市 3 回、西予市 3 回、大洲市 5 回
7月10日														1	2	1	宇和島、八幡浜へ情報収集
7月12日	1	1	2	1									1	1	2		大洲市
7月17日	1	4	5					1	1				3	1	2		大洲市
7月23日		4	4						1	1	1	1		1	1	1	宇和島市吉田
7月26日	4		4					2	1	1				1	2		西予市野村
7月30日		1	1					1						1	1	1	大洲市
8月2日	1	7	8				3	1	4					1	2		大洲市
8月7日	1	2	3								1	2					宇和島市吉田
8月9日	1	4	5				2	2	1					1	2		西予市明浜、野村
8月28日	1	1	2								2			1	2		宇和島市吉田
9月7日	1	4	5				1	1	3					1	2		大洲市
9月11日	1	1	2									1	1	1	2		西予市野村

4 被災者専用こころのダイヤル

平成30年7月12日～8月31日の間、平日9時～17時の間、「被災者専用こころのダイヤル」を中心と体の健康センターに開設し、センター職員が対応する。

5 被災地こころのケア体制整備事業の実施

被災市町が機能を回復し、地域を支えられるようになるまでの間、被災地域のこころのケアを支援することを目的に次の事業を実施した。

(1) 被災地こころの保健室の開設

被害の大きかった南予地域（宇和島市・大洲市・西予市）の3市を対象に、被災者に身近な場所で、こころの相談に応じるとともに、支援者である市町職員等の心のケアを行う。

*（一社）日本精神科看護協会愛媛県支部、（一社）愛媛県精神保健福祉士会に委託

(2) こころのケアチームの派遣

被災地からの個別ケース（こどもから高齢者まで）や保健、福祉、教育等職員からの相談をとりまとめ、定期的に被災地を巡回する。

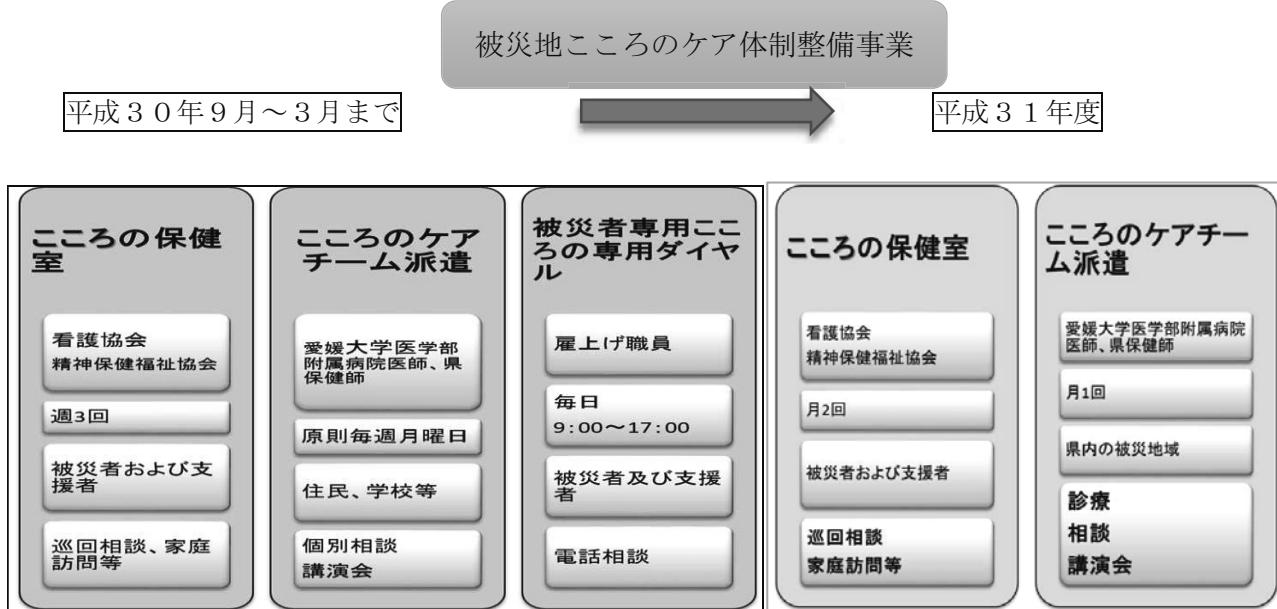
小学校、中学校、高等学校への個別相談のほか、幼稚園保護者むけ講演会も実施

*愛媛大学医学部精神科に委託し、D P A T医師と県保健師による支援を実施

平成30年10月1日から、祝日を除いた毎週月曜日実施

(3) 被災者専用こころの相談ダイヤル

9月以降は相談員を雇上げし、土日も含め毎日（9:00～17:00）開設する。（H31年3月末終了）



6まとめ

豪雨災害の被害の大きかった南予地域は、住民と保健師のつながりが強く、さらに市と保健所が密接に連携しているという特性の地域であり、住民の情報や市町のニーズ等を保健所も把握しており、D P A T先遣隊の情報収集や活動は、保健所と調整しながら地域のニーズに沿った活動となつた。

また、D P A Tへの相談は、災害のストレスによって新たに生じた精神的な不調への対応のほか、支援者から対応について助言を求める内容の相談も多く、支援者の累積したストレス軽減につながる役割を再認識できた。

7 今後に向けて

今回の災害で活動したD P A Tは県チームだけとなつたが、今後は医療機関を含めた県内のチーム間で速やかな情報共有等のネットワークや活動の仕組み作りに加え、大規模災害時の支援体制の確立に向けての検討が必要である。

川崎市の精神科救急における警察官通報の実態分析

1)川崎市精神保健福祉センター 2)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
 ○金谷有基¹⁾ 小池純子²⁾ 河野稔明²⁾ 反町裕¹⁾ 沢口裕樹¹⁾ 今井雄大¹⁾ 鈴木辰義¹⁾
 津田多佳子¹⁾ 柴崎聰子¹⁾ 熊倉陽介¹⁾ 大塚俊弘¹⁾ 竹島正¹⁾

1 背景・目的

平成 30 年 4 月にまとめられた「川崎市における措置入院制度運用の手引き」には、川崎市精神保健福祉センターは、措置入院制度の運用実態のモニタリングを行い、適正な運用と個別支援の充実に努めることとされている。精神保健福祉法第 23 条に基づく警察官通報の分析を行い、精神科救急等の運用改善の基礎資料を得ることを目的とした。

2 対象・方法

国立精神・神経医療研究センターの協力を得て、平成 27 年 4 月 1 日から平成 30 年 3 月 31 日までの 3 年間に通報となった 748 人の系統的分析を行った。分析にあたっては、川崎市精神保健福祉センター研究倫理及び利益相反に関する懇談会に諮るとともに、川崎市情報公開運営審議会の承認を得た。

3 結果

3 年間の延べ通報人数 748 人のうち、診察実施は 562 人(75.5%)、診察不実施は 161 人(21.5%)、取り下げは 25 人(3.3%)であった。診察実施 562 人のうち、189 人(33.6%)が緊急措置診察となり、要緊急措置入院は 124 人(65.6%)であった。そのうち再診察を経て措置入院となったのは 88 人(71.0%)であった。(図 1)また、措置診察実施 562 人の通報日時別の緊急措置診察の割合は、平日日中は 58/165 件(33.6%)、休日日中は 61/65 件(93.8%)、夜間 26/154 件(16.9%)、深夜は 44/178 件(24.7%)であった。

措置診察は 373 人に実施、措置入院 255 人(68.4%)、措置入院不要 118 人(31.6%)で、緊急措置入院からの措置入院と合わせた措置入院患者数は 343 人であった。

措置入院先は、第 1 ブロック(川崎市)は 77 人(22.4%)、第 2 ブロック(横浜市等)は 211 人(61.5%)、第 3 ブロック(相模原市・厚木市等)は 35 人(10.2%)、第 4 ブロック(小田原市等)は 20 人(5.8%)であった。(図 2)

4 考察

診察状況からは、診察実施 562 人のうち、189 人(33.6%)が緊急措置診察となっていた。通報の受理日時別では、特に休日日中の緊急措置診察の割合が高く、ほとんどが緊急措置診察となっていた。緊急措置診察は、急速を要し、通常の措置診察の手続きを取ることができない場合に、また、緊急措置入院は精神障害のために自傷他害のおそれがある場合に適用されるとしている。緊急措置診察の割合がきわめて高い背景には、休日日中における措置診察にあたる精神保健指定医の確保困難があり、その確保体制を整備することが急務であることが示された。

措置入院の状況からは、第 1 ブロック(川崎市)に入院となったのは 22.4% であり、川崎市以外が 8 割近くを占める。この背景には、川崎市内の指定病院数や病床数が少ないとことや、神奈川県においては、神奈川県、横浜市、川崎市、相模原市の四県市協調による精神科救急体制が構築され、当番病院が決まっていることの影響が考えられる。特に夜間・深夜・休日は当番病院が県内全域で 1~4 か所となるため、多くが居住地域以外の病院への入院となる。措置入院者の退院後の円滑な治療継続を含めて、退院後支援の充実が求められる。

今回は平成 27 年度から 30 年度の 3 年間の警察官通報の分析を行ったが、今後も分析を継続し、措置入院制度の運用実態のモニタリングと、精神科救急等の運用の改善に活かしていく。また、今回は警察官通報の全体について基本的な分析を行ったが、今後は未成年、高齢者、複数回通報事例の分析等を行い、それぞれの対象に応じた地域支援の検討にも役立てていきたい。

図1 樹形図

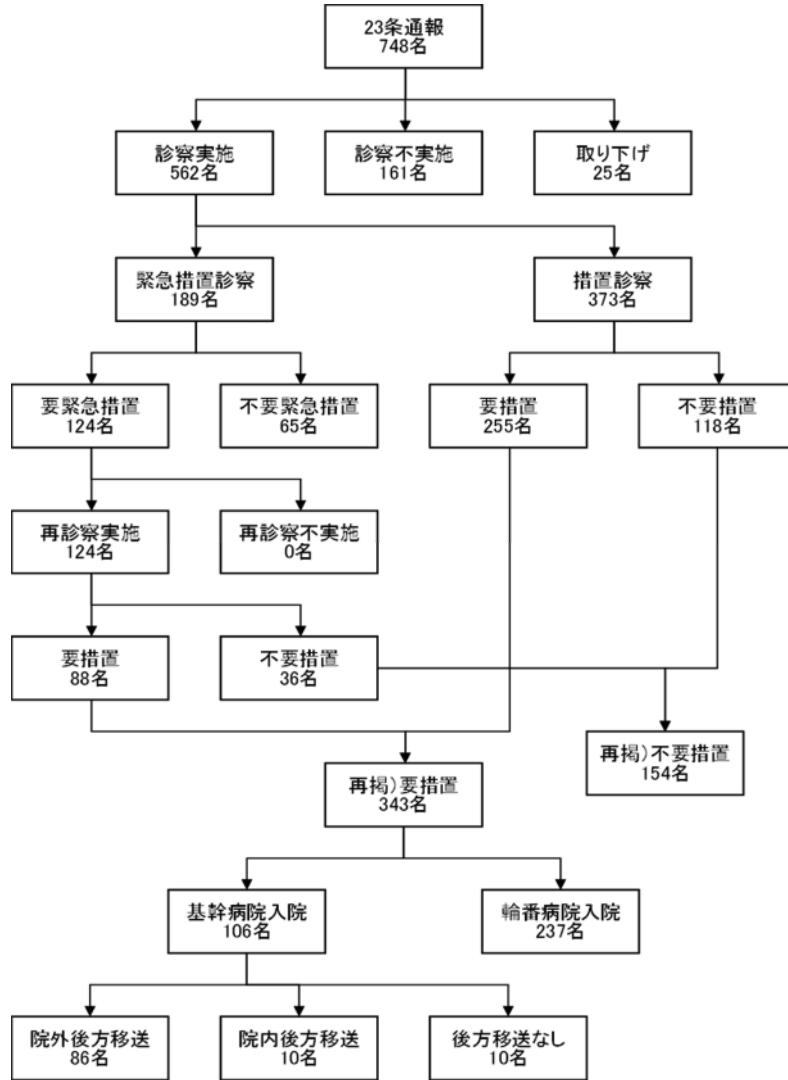
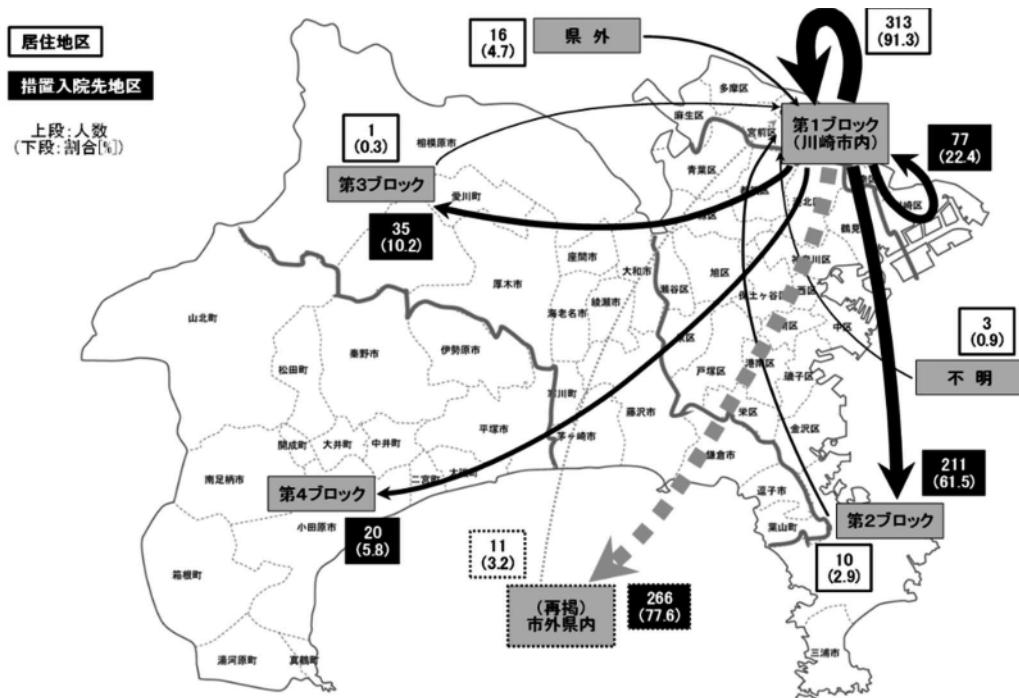


図2 措置入院者の居住地区と入院先



依存症により非自発的入院となった症例の変遷
～過去 5 年間の検証～

北海道立精神保健福祉センター

○石山沙奈恵 柳瀬忍 原田幸治 細道亮文 射水英郎 東端萌李 岡崎大介

1. はじめに

平成 26 年施行のアルコール健康障害対策基本法をはじめ、ここ数年で複数の依存症関連施策が施行されている。平成 28 年には刑法等の一部を改正する法律及び薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部執行猶予に関する法律が、平成 30 年にはギャンブル等依存症対策基本法が施行され、アルコール・薬物・ギャンブル等の依存症に対する関心はますます高まっており、今後、依存症の診療件数増加が予想される。このことに伴い、北海道における依存症症例の変遷を検証すべく、精神医療審査会で扱った入院届のうち、過去 5 年間に依存症で非自発的入院となった症例について調査した。調査結果及び考察について報告する。

2. 方法

平成 26 年度から平成 30 年度までの 5 年間（平成 26 年 4 月～平成 31 年 3 月）に北海道の精神医療審査会で扱った医療保護入院者の入院届（以下、入院届）を対象とした。そのうち、主たる精神障害（以下、主病名）が依存症（ICD-10 における依存症候群 F1x.2 及び病的賭博 F63.0）で医療保護入院となった症例の件数、医療保護入院が必要と判断された理由（以下、入院要件）、従たる精神障害（以下、従病名）の有無等について調査した。

3. 結果

主病名が依存症で医療保護入院となった症例の件数は表 1 の通りである。表 1 の () 内は、従病名が無く依存症のみで医療保護入院となった症例数を示している。どの年度も F10.2（アルコール依存症）が圧倒的に多く、酩酊やせん妄等による興奮状態のため医療及び保護を要すが、本人の同意が得られず医療保護入院となった症例が多かった。5 年間を通して見ると F10.2 に次いで多いのは F13.2 であり、その大半はベンゾジアゼピン系薬物（主に睡眠薬）依存症であった。F15.2 は全て覚せい剤依存症で、平成 26 年に 2 件認める F16.2 はいずれも危険ドラッグ依存症であり、F18.2 は概ねシンナー依存症、F63.0 は概ねパチンコ依存症であった。その他の依存対象は、F11.2 が麻薬、F12.2 が大麻、F14.2 がコカインであり、いずれも調査期間の 5 年間に 1 件ずつしか認めなかつた。F17.2 と F19.2 が主病名のものは 0 件であった。

表 1：入院届のうち主病名が依存症の件数

	H26	H27	H28	H29	H30
F10.2	102(59)	117(62)	100(50)	107(51)	94(44)
F11.2	0	0	0	1(0)	0
F12.2	1(1)	0	0	0	0
F13.2	4(1)	0	4(1)	3(2)	1(1)
F14.2	0	0	1(0)	0	0
F15.2	0	1(1)	1(1)	0	1(0)
F16.2	2(1)	0	0	0	0
F17.2	0	0	0	0	0
F18.2	1(1)	1(0)	1(0)	3(1)	1(1)
F19.2	0	0	0	0	0
F63.0	1(1)	1(0)	1(1)	1(0)	1(0)
計	111(64)	120(63)	108(53)	115(54)	98(46)
入院届総数	4739	4937	4974	5199	4788

入院届全体のうち主病名が依存症の割合を算出した結果、概ね 2%程度で推移していた（図 1）。依存症で医療保護入院となった症例の従病名の有無は概ね半数ずつであり、従病名の内訳は他の F1 疾患、認知症、気分障害、知的障害が多かった（図 2）。他の F1 疾患としては、F1x.3（離脱状態）、F1x.4（せん妄を伴う離脱状態）、F1x.0（急性中毒）が多く、認知症と気分障害は、それぞれ F00（アルツハイマー型認知症）、F32（うつ病）が大半であった。図 2 の「その他」には、F2 や F4 等、様々な疾患が含まれるが、どの年度においても認められたのは F60.3（情緒不安定性パーソナリティ障害）であった。

4. 考察及び今後の課題

主病名が依存症で医療保護入院となった症例の90%以上はF10.2であり、他の依存症で非自発的入院となる症例は少数であることが明らかとなった。

従病名を有する症例の入院要件を見ると、概ね従病名に対する医療及び保護のための入院であると考えられた（例：従病名がF1x.7で、幻覚妄想状態で入院治療が必要と判断されたが、本人の同意が得られず医療保護入院）。従病名が無い症例においても、入院要件を含め診断書全体の記載を見ると、精神運動興奮状態やせん妄状態で入院治療が必要と判断されているものが多く、総じて、入院要件は従病名を有する症例と同様の傾向であった。しかし、従病名が無い症例の中には、少数ながら依存状態のみが入院要件となっている症例も見受けられた。

依存状態のみが入院要件の症例では、依存状態からの脱却のために入院治療が必要と判断され、本人がその必要性を理解できず同意が得られなかったため医療保護入院となっているが、このような症例の非自発的入院の是非については賛否あり、議論の余地がある。そもそも「依存状態」は、非自発的入院の要件として認められるかという点だが、「依存」も精神症状の一つと考えれば、幻覚妄想や興奮等の精神症状を有する症例と同様に、非自発的入院の要件とする考え方もある。一方、依存状態からの脱却のための入院治療は、本人の入院治療に対する意欲（=入院治療への同意）があって成立するものであり、非自発的入院は不適切である、という考え方もある。

北海道の精神医療審査会では、主病名がF1x.2かつ従病名が無い症例でも非自発的入院を認めているが、東北・北海道精神保健福祉センター所長会等で、北海道とは異なる基準を設けている精神医療審査会の情報を得た。例えば、重大な健康障害が起きているため依存状態を放置できないと判断されれば、主病名がF1x.2での非自発的入院を認めているところがある。この場合は、身体合併症の記載を含め、診断書全体からその内容が読み取れることが条件とされるが、これはプロセス依存であるF63.0には適応しにくいと考えられる。また、主病名がF1x.2のみでは非自発的入院を認めず、従病名の記載を必須としているところもある。他の都府県・市の精神医療審査会における判定基準を踏まえて、北海道でも基準等について検討し、整理することが今後の課題の一つと言える。

入院届全体のうち主病名が依存症の件数や割合は、ここ5年間で増加していなかったが、平成30年に統合型リゾート施設実施法が成立し、北海道はカジノ誘致の候補地となっており、今後、F63.0を中心に件数が増えていく可能性がある。また、今回は調査対象としなかったが、年齢、性別、居住地を調査することで更に検証できることがあると考えられ、今後も今回のようなデータの集積・調査を継続していきたい。

図1：入院届全体のうち主病名が依存症の割合(%)

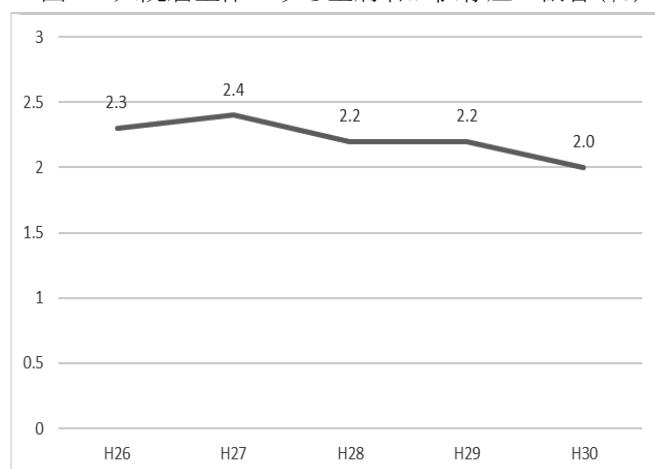
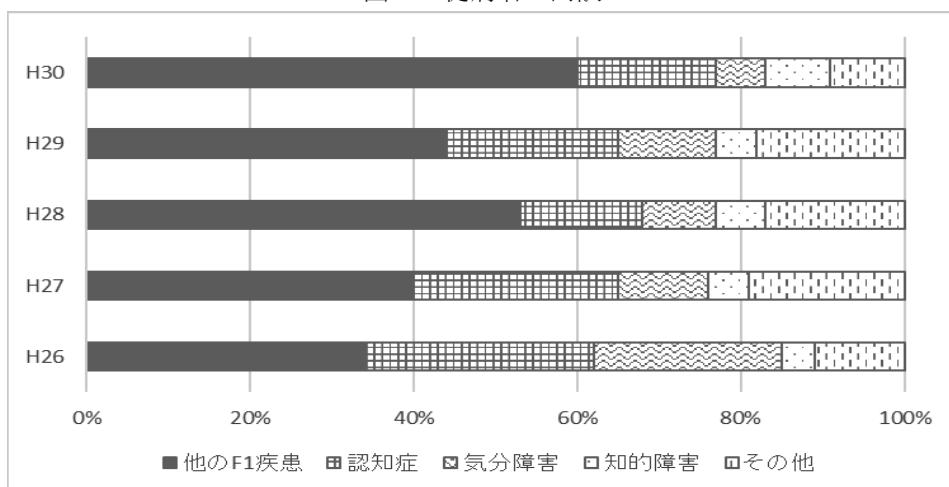


図2：従病名の内訳



滋賀県における精神障害者保健福祉手帳の交付状況について
～審査判定方法の見直しからみえてきたこと～

滋賀県立精神保健福祉センター
○葛原 史博、物部 和樹、山本 茂美、辻本 哲士

1. はじめに

滋賀県では、精神障害者保健福祉手帳（以下、手帳）・自立支援医療受給者証（精神通院医療）（以下、自立）の交付者数は手帳 10,449 人、自立 19,740 人（2019 年 3 月末現在）である。毎年、手帳は約 600 人、自立は約 800 人の交付者数の増加が続いている。精神障害者にとって、手帳・自立の制度は身近な制度として位置づけられていることから、メンタルヘルスの問題を抱える人々の増加ならびに制度の認知が進んできていることが示唆される。

また、手帳の有効期限が平成 30 年 4 月末から令和 2 年 2 月末までに交付（手帳用診断書分）された 5,695 人の実態調査を実施し、障害等級の判定結果は 1 級が 400 件（7%）、2 級が 2,959 件（52%）、3 級が 2,336 件（41%）であった。

精神保健福祉センターの業務として、手帳の交付の際の判定を行う役割がある。本県では平成 30 年度末までは、個別審査を行っており、審査判定において審査医師の意見が分れた場合は多数決で認定していたため、等級判定にバラつきが生じていた。平成 31 年度より個別審査から合議制（審査医師による協議の場の設置）へ審査判定方法を見直し、審査見直し後の状況や判定結果を集計し考察したので報告する。

	旧体制		新体制	
	審査医師	特徴	審査医師	特徴
新規・障害等級変更	3名（多数決）		2名	職員（PSW）が同席し、疑義があれば審査医師に確認する
更新			※1名	

※前回障害等級から変更があった場合は、もう1名の審査医師にも判定を依頼する

2. 調査対象と方法

(1) 対象

手帳交付者のうち、平成 31 年 4 月 10 日から令和元 6 月 25 日の計 6 回（約 3 か月分）の合議制審査で手帳用診断書により審査判定した 954 人（障害年金等による申請分は除く）。

(2) 方法

精神障害者手帳等発行システムの台帳管理情報から、市町、年齢、申請種別、障害等級、主・従たる病名（IDC-10 分類）、自立支援医療同時申請の有無、他障害者手帳所持の有無の項目を抽出し集計を行った。

3. 結果

(1) 対象者の状況

954 人の申請区分は、新規が 314 件（33%）、更新が 627 件（66%）、障害等級変更が 13 件（1%）

であった（表 1 参照）。年齢は、多い順に 40 代が 189 件（20%）、50 代が 171 件

表1 手帳申請の状況

	件数	手帳のみ	自立同時
新規	314	33%	152 44% 162 27%
更新	627	66%	178 52% 449 73%
障害等級変更	13	1%	13 4% 0 0%
計	954	100%	343 100% 611 100%

（18%）、30 代が 162 件（17%）で全体の約 5 割を占めた。主たる病名は、多い順に F3 が 315 件（33%）、F2 が 226 件（24%）で全体の約 6 割を占めた。従たる病名の有無は、有りが 308 件（32%）、無しが 646 件（68%）であった。

(2) 審査判定結果の状況

障害等級の審査判定結果は、1 級が 75 件（8%）、2 級が 461 件（48%）、3 級が 411 件（43%）、非該当 7 件（1%）であった（表 2 参照）。

表2 審査判定結果の状況

	1級	2級	3級	非該当
新規	18 6%	130 41%	159 51%	7 2%
更新	55 9%	323 52%	249 40%	0 0%
障害等級変更	2 15%	8 62%	3 23%	0 0%
計	75 8%	461 48%	411 43%	7 1%

前回の障害等級からの変更については、有りが 32 件 (5%)、無しが 608 件 (95%) であった。変更の内訳は、「上がった」が 30 件 (5%)、「下がった」が 2 件 (0%) であった (図 1 参照)。

障害等級が上がった主たる病名は、F3 が 10 件 (34%)、F2 が 7 件 (23%)、G40 が 5 件 (17%)、F0 が 4 件 (13%) で全体の約 9 割を占めた。(図 2 参照)。下がった主たる病名は、F2、G40 が各 1 件であった。

非該当の病名の割合は、F3 が 5 件 (71%)、F1、G40 が各 1 件 (14%) であった。また、非該当の理由としては、「生活能力が高いため」が 6 件 (86%)、「てんかん発作のコントロールが良好」が 1 件 (14%) であった。

2 名の審査医師の障害等級等の判定結果が異なったことで合議が必要となった件数は、2 件であった。2 件の審議内容については、表 3 のとおりであった。

図1 申請種別毎の障害等級の変動結果

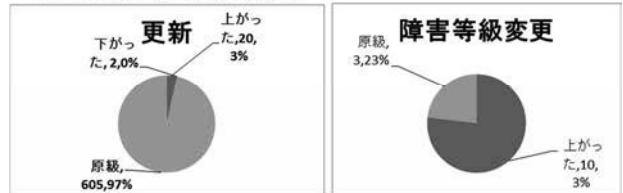


図2 障害等級が上がった病名

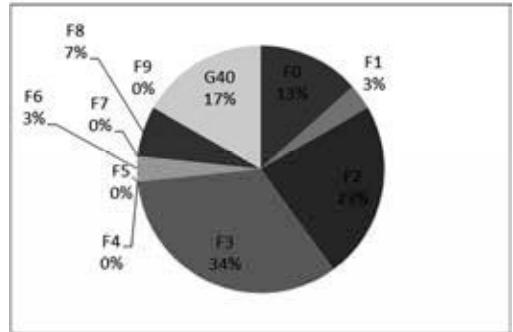


表3 合議が必要となった案件

申請種別	年齢	病名	障害等級	判定	審議内容	最終判定
1 新規	20代	F3	-	①2級②3級	生活能力が重い	2級
2 更新	60代	F3	2級	①3級②2級	改善傾向だが意欲低下が続いている	2級

4. 考察

(1) 対象者の状況からみえてきたこと

主たる病名については、以前の実態調査ⁱの結果と比較しても大きな変化はみられなかった。そのため、F2、F3 で 6 割を占めたことから、精神障害の中核な病名である統合失調症、気分感情障害の認知度が浸透したことで増えていることが予測される。また、F0 が 10%、F8 が 14% と 1 割を占めており、最近の精神医療でクローズアップされている認知症や発達障害の病名が手帳の交付者数にも影響を与えているように思われる。

(2) 審査判定結果の状況からみえてきたこと

障害等級の判定結果をみると、最多数を占める等級が新規申請では 3 級(51%)、更新申請では 2 級 (52%) と逆転していることから、新規は更新より障害等級が低く認定されていた。非該当となった 7 件は、すべて新規申請であったことから、手帳が一旦交付されると継続して認定されていく傾向が伺えた。

申請種別毎の障害等級の変動については、更新は前回の障害等級と同級が 97% を占めたことから、診断書に大きな変更点等がないと障害等級は変わりにくい結果といえる。一方で障害等級変更は前回の障害等級から「上がった」が 10 件 (77%) を占め、うち 8 件が 3 級から 2 級へ上がっていることから、滋賀県では手帳 1、2 級を所持すると、自立支援医療費の自己負担分の助成制度の対象となるため、2 級以上の手帳を取得するために障害等級変更申請に繋がっているものと予測される。

非該当の病名については、F3 が 71% を占めたことから、うつ病等の罹患と交付手帳の対象とは必ずしも一致せず、生活能力の状態が「普通にできる」と判断されると、機能障害の状態だけでは障害者手帳の対象には該当しない結果になったものと思われる。

合議が必要となったのは、全体の僅か 2 件であった。主な理由としては、個別審査から審査判定方法を見直したことで、①PSW が同席し疑義等があれば審査医師へ質問を投げかける②ペアの審査医師の判定がわかる状況でもう一方の審査医師が判定を行うといった審査の構造上の要因が考えられ、これによって等級判定のバラつきが是正されてきているものと考えられる。

ⁱ 葛原 史博：滋賀県の精神障害者保健福祉手帳交付者状況の実態からみえてきたこと、日本精神保健福祉士協会誌、2019

兵庫県における医療保護入院の実態に関する調査
～入院届、定期病状報告書等の分析から～

兵庫県精神保健福祉センター

○鈴 道幸、松田一生、宮脇直子
藤田昌子、福原真紀、酒井ルミ

1 はじめに

平成 25 年の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、法）の改正により、精神科病院の管理者には退院促進に関する措置を講ずる義務が課せられることになった。今回、改正法施行後の 5 年間に兵庫県精神医療審査会（以下、審査会）が受理した各種届を集計し、兵庫県（以下、当県）の医療保護入院の実態を調査したので報告する。

2 方法

平成 26 年 4 月 1 日から 31 年 3 月 31 日までの 5 年間に審査会が受理した医療保護入院届（以下、入院届）、医療保護入院定期病状報告書（以下、定病届）及び退院届の計 66,921 枚を調査対象として、集計分析を行った。なお、個人情報保護の観点から個人が特定されないよう量的なデータとして処理した。

3 結果

(1) 届出の現状

年度ごとの各届の受理件数を表 1 に示した。入院届及び退院届は年々増加しているが、定病届は減少しており、病床回転率は上がっていることがわかった。また、調査期間中の当県における医療保護入院者の 1 年時点退院率は 84.7% で、国の「精神保健福祉資料」の平成 29 年度数値(83.3%)をやや上回っていた。

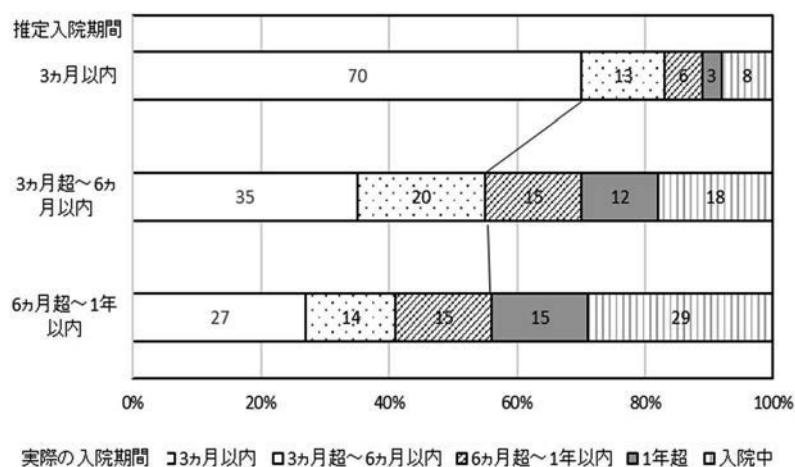
(表 1) 受理件数

年度	入院届	定病届 (医療保護)	退院届	計
H26	4,568	2,384	5,874	12,826
H27	4,870	2,262	6,208	13,340
H28	5,110	2,234	6,427	13,771
H29	5,357	2,216	6,426	13,999
H30	5,364	2,282	5,339	12,985
計	25,269	11,378	30,274	66,921

(2) 推定入院期間と実際の入院期間

入院届に添付される入院診療計画書に記載された「推定される入院期間」と実際の医療保護入院期間との相関を図 1 に示した。推定入院期間が「3 カ月以内」の患者群の 70% は予定された入院期間内に退院に至っていたが、推定入院期間が「6 カ月超～1 年以内」の患者群では 56% となっており、推定入院期間が短いほどその期間内で退院となる割合が高いことがわかった。なお、病院ごとに精査すると、推定入院期間欄に一律の月数を記載している病院も複数みられた。

(図 1) 推定入院期間と実際の入院期間



(3) 疾患別入院期間

入院届の「主たる精神障害」欄に記載された疾患名を ICD-10 カテゴリーごとに分類し、入院期間との相関を図 2 に示した。F1 及び F3 の患者の 80% 近くが「3 カ月未満」で退院に至っていたのに対し、F0 及び F2 の患者では入院期間がやや長期化の傾向にあった。

(4) 退院支援委員会

定病届に添付されている退院支援委員会審議記録の添付状況及び参加者状況を表 2 に示した。審議記録については、平成 27 年度には添付対象となる定病届の 95% に添付があったが、平成 30 年度には 74% に低下していた。同委員会の参加者に関しては、患者本人の出席率が各年度 40% 前後で推移していたのに対し、その他地域支援者の出席率は常に 10% を下回る状況であった。「出席」の捉え方に差異があり単純比較できないが、国の「精神保健福祉資料」の数値（本人出席 47.7%、その他地域支援者出席 12.5%）と概ね似た傾向であった。また、病院ごとに精査すると、地域支援者の出席を必須と位置づけて同委員会を開催している病院がある一方で、明らかに形式的な開催に終始していると思われる病院もあった。

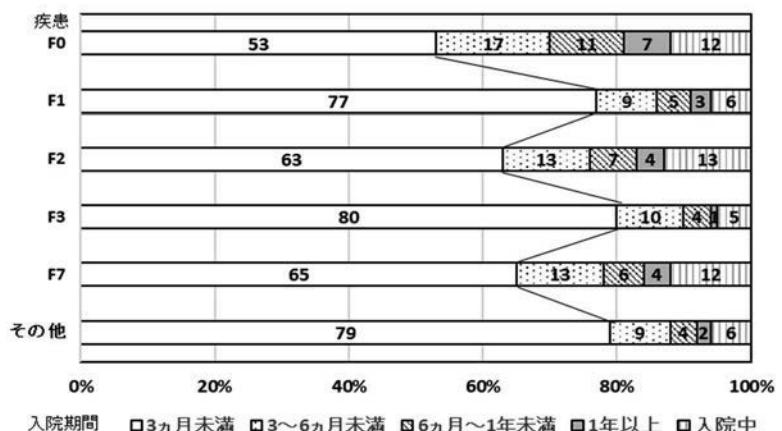
(5) 地域移行の状況

退院届に記載された退院先と入院期間との相関を図 3 に示した。「自宅(同居、単身)」と「施設」への退院を「地域移行」群とすると、入院期間が「3 カ月未満」の患者では、全体の 65% が地域移行していたが、入院期間が「1 年以上」になると地域移行の割合は 33% まで低下し、かわりに死亡退院や他科転医が増加した。

4 考察

1 年時点退院率や、退院支援委員会開催状況、退院時状況等からみた当県全体での医療保護入院の状況は、国の「精神保健福祉資料」と同様の傾向を示していた。入院期間が長くなるにつれ死亡や他科転医の割合が増え、本当の意味での退院が減少しており、地域移行の促進には入院後できるだけ早期から退院に向けた働きかけを行うべきであることを改めて認識した。また、各病院ごとに集計することで、それぞれの病院の医療保護入院者への取組には格差や特徴があることがわかった。今後、地域移行支援や実地指導を所管する保健所への情報提供等の有効活用を図っていきたい。

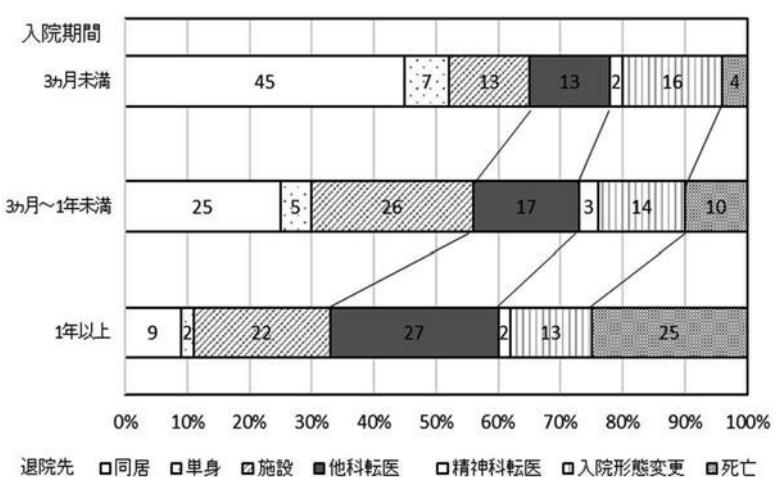
(図 2) 疾患別入院期間



(表 2) 退院支援委員会の開催状況

年度	定病届 (医療保護)	左のうち、H26.4 以降に作成され た定病届	審議記録 添付件数	退院支援委員会参加者状況		
				本人出席	家族等出席	その他出席
H27	2,262	490	466(95%)	180(39%)	150(32%)	47(10%)
H28	2,234	834	730(88%)	289(40%)	281(38%)	44(6%)
H29	2,216	1,076	885(82%)	362(41%)	347(39%)	67(8%)
H30	2,282	1,319	976(74%)	350(36%)	328(34%)	57(6%)

(図 3) 退院時状況



京都府における「本人も家族もまるごと支援」の推進について

京都府精神保健福祉総合センター

○高田 亮 村澤 孝子

金子 和夫 田中 由記美

中村 佳永子 熊取谷 晶

1 はじめに

京都府では、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたり、精神障害のある方の家族にも対応した支援体制の構築を進めているところである。その背景の1つに、公益社団法人京都精神保健福祉推進家族会連合会（以下、京家連）が実施した「家族による家族研究事業」¹⁾の2010年度調査結果がある。この調査によると、発病から初診までに平均1年10ヶ月、さらに病状が安定するまで平均13年8ヶ月かかっており、その間、多くの家族が孤立無援の中で、なんとか本人を支えていることが明らかになった。また、様々な社会資源が整ってきてているとはいえる、それらの多くは精神障害のある方本人に対するもので、家族を支援対象としたものではないと言つてよい。そこで京都府では平成30年度にイギリスへ先進地視察を行い、「メリデン版訪問家族支援」を府の事業として実施することとなった。また、精神障害のある方の家族が悩みを抱え込むことなく、相談機関につながるためのケアラーアセスメント票の作成も同時にすすめている。これらに加え、平成27年度から行っているアウトリーチによる支援事業を組み合わせて、「本人も家族もまるごと支援する」地域包括ケアシステムの構築を目指している。本稿では、各事業の取組状況を報告し、今後の展望について述べたい。

2 各事業の状況

（1）家族支援について

①精神障害者家族等専門支援事業

平成30年度にイギリスのバーミンガムへ先進地視察を行った。バーミンガムは、Meriden Family Programm（以下、メリデン版訪問家族支援とする）という行動療法的家族療法を導入し、イギリスにおいても訪問による支援システムの先進的地域である。このメリデン版訪問家族支援は「イギリスを中心に世界各国で普及しているBFT（Behavioral Family Therapy=行動療法的家族療法）と呼ばれる家族支援の方法で、行動療法的といわれる一方で、単家族への家族心理教育という表現を使われる」²⁾こともある。ここで使われる手法は本人と家族の双方のニーズを踏まえたアセスメントを基にSSTや心理教育、問題解決技法等であり、それによって本人、家族のコミュニケーションスキルを高めていくものである。

現在は、本人や家族に来所してもらい、それぞれに対して支援を提供することが多いが、メリデン版訪問家族支援は「本人や家族のもとへ訪問し、複数回のセッションを通して、本人と家族が支援者とともに話し合い、学びあうことによって、病気の症状の対処や家族内での困りごとなどが支援者抜きでもできるようになっていくことを目指すもの」²⁾である。

このメリデン版訪問家族支援の研修（一般社団法人ジャパンファミリーワークプロジェクト主催）に府内の精神保健福祉相談員等を派遣し、順次実践しているところである。

②ケアラーアセスメント票の開発及び普及啓発

平成30年度に京家連への委託事業として、ケアラーアセスメント票の開発及び普及啓発を行っている。この票は、1. 家族が自身の悩みに気づき、相談につながるきっかけとする、2. 支援者が家族自身にも支援ニーズがあることを把握してもらうといったことを目的としている。

また、京家連の会員に対して、アンケート調査を実施し、その結果をもとに家族が抱えこみやすい困りごとを抽出し、ケアラーアセスメント票を作成した。今年度はこのケアラーアセスメント票を活用す

るための支援者向けガイドラインづくりを行っており、そのガイドラインを使って府内の支援者向けの説明会も検討している。

(2) アウトリーチ関連事業について

①長期入院患者等退院後支援事業

平成23年度から同25年度及び平成27年度から同29年度まで、アウトリーチ推進事業を実施した。この事業は医療機関に委託し、多職種チームによる訪問支援で対象者の地域移行及び地域生活を支えるものであった。平成30年度は長期入院患者等退院後支援事業として、府内の相談支援事業所への委託により実施している。この事業は対象を「長期入院患者や未受診・受療中断者等、地域で安定して生活をしていくために手厚い支援が必要と考えられる者」として、対象者の状態像に合わせて、地域の他機関と連携し対応するネットワーク型のアウトリーチ支援である。また、この事業はピアサポートーの力も借りている。平成30年度は計8名がこの事業を利用し、未治療・医療中断者4名は保健所や医療機関とともに支援を実施し、長期入院者4名についてはピアサポートーが対象者に関わり、地域移行の一助となっている。

また、アウトリーチ支援に関する研修会として、前半は大学教授を講師として招き、「アウトリーチ支援で大切な視点とスキル」と題した講演を、後半はこの事業の委託先事業所に加えて、府内の訪問看護ステーションと市役所のそれぞれの実践報告を行った。実践報告では、高齢の親と精神障害のある方の同居している状況は、よく遭遇するケースの1つとして報告された。令和元年版高齢社会白書によると京都府の高齢化率が平成30年は28.9%であるが、令和27年は37.8%となる見込み³⁾となつており、この実践報告のようなケースは更に増加すると考えられる。

②ピアサポートについて

平成30年度に障害福祉サービス事業所に委託し、ピアサポートに関する研修会を実施した。当初は、府内にはピアサポートの「文化」がないとの認識から、新たにピアサポートーを養成し、まずは地域移行をすすめる中で活躍の場を持つてもらい、そこからピアサポート活動を拡げていくというイメージであった。しかし、ピアサポートに関する研修を行ったところ43名の参加があり、そのうちの3割近くが精神障害のある方やすでにピア活動を行っている方々であった。さらには、その方々の3割~4割が、病院や自宅への訪問から自身の体験発表までといった形でのピアサポート活動をしたい、あるいはしてみたいという意見があり、また、多くではないがすでに地道にピアサポート活動をしている、あるいはピアサポート活動に関心の高い精神障害のある方々がいることがわかった。そこで今年度は、府内のピアサポート活動の現状把握に焦点をあて、すでに活動されている方々の意見を踏まえながら、府内でのピアサポート活動の充実を図ることとしている。

3 今後の展望（考察）

各事業の取組状況について述べたが、地域包括ケアシステムを構築するためには、これらの事業をそれぞれで実施するだけでなく、うまく融合させていくことが必要であると思われる。そのためには各事業の強みと課題を整理しながら、一定の客観的根拠を持たせた上で、各地域でも使える汎用性の高い1つのパッケージとしてまとめていくことが今後当センターの役割である感じている。

【参考文献】

- 1) 公益社団法人京都精神保健福祉推進家族会連合会・研究チーム (2017)『本人の発病から病状が安定するまでに体験する家族の困難と必要な支援』
- 2) 一般社団法人ジャパンファミリーワークプロジェクト <https://meridenjapan.jimdo.com/> 2019年7月31日アクセス
- 3) 内閣府 (2019) 令和元年版高齢社会白書

アウトリーチ支援事業における外部ピアサポーターと協働した事例検討会の試み —ピアサポーターと一緒にアウトリーチ—

東京都立精神保健福祉センター

○佐藤りか 飯嶋祐 鈴木信人 氏家典子 加藤恵子

五十嵐陽子 川上礼子 吉澤有香 源田圭子 平賀正司

1 はじめに

東京都では、平成 23 年度より地域生活に困難を来し、通常の受診勧奨や福祉サービス等の利用の勧めに応じることができない状態にある精神障害者、もしくはその疑いのある方に対し、都内 3 カ所の（総合）精神保健福祉センターにおいて、専門職チームでアウトリーチ支援を展開している。

東京都立精神保健福祉センター（以下、当センターとする）では、保健所等の関係機関からの依頼に基づき、孤立している対象者の立場に立った支援に努めてきた。しかし、訪問に対する拒否がみられたり、支援関係が構築しにくいなど、関わることが難しい対象者の支援について検討を要していた。

一方で、国が整備を進めている広域調整等事業「アウトリーチ事業」では、望ましい配置職種としてピアサポーターも挙げられており、昨今は当事者と専門職の協働による支援が重要視されている。

当センターのアウトリーチチームでも、当事者の意見や関わりを支援に取り入れることができるピアサポート体制の導入を模索していた。その中で、平成 29 年度からピアサポーターと共にを行う事例検討会を開始した。今回はその「ピアサポーターと協働した事例検討会」の取り組みについて報告したい。

2 言葉の定義

ピアサポーター	精神疾患および精神障害がある方が、同様の疾患・障害のある方へ支援を行うことで雇用契約し、最低賃金以上の報酬を得ている者とする。
ピアサポート専門員	一般社団法人 日本メンタルヘルス ピアサポート専門員研修機構の精神障がい者ピアサポート専門員養成研修を受け、ピアサポート専門員認定を受けた者とする。

3 取り組み経過

(1) ピアサポーター導入までの経過

当センターのアウトリーチ支援事業におけるピアサポート体制の導入に関して、ピアサポーターが在籍している相談支援事業所で情報収集を行った。しかし、ピアサポーターに訪問同行などを依頼するには、保障や安全面の配慮など、様々な検討すべき課題があった。

まず初めに、アウトリーチ事例について、ピアサポーターから助言を受け、支援に取り入れることが出来るように、ピアサポーターと共に事例検討会を行うこととした。ピアサポーターを助言者とし、その派遣については、ピアサポーターとの協働を実践している地域活動支援センターに依頼した。

(2) ピアサポーター依頼後の経過

①平成 28 年度 職員間の理念共有	<ul style="list-style-type: none"> ・ピアサポーターと協働してアウトリーチ支援をする必要性について意識の共有を図る。 ・ピアサポーターが配置されているアウトリーチチームのリーダーと、チームのピアサポーターを講師として職場内研修を実施した。
②平成 29 年度 事例検討会の 方法を模索	<ul style="list-style-type: none"> ・助言者にピアサポーターを招き、参加者全員での事例検討会方式での職員研修を実施した。 ・ファシリテーターは、ピアサポーターの勤務先法人の専門職員に依頼し、中心的な役割を担った。 ・ピアサポーターが 1 名入りグループワークにて意見交換し発表したが、支援者数が多いために、ピアサポーターが発言しにくく、支援者中心のアセスメントとなってしまった。
③平成 30 年度 ピアサポーターと 協働した 事例検討会を実施	<ul style="list-style-type: none"> ・アウトリーチ支援研修の一環として、ピアサポーター講師と共に検討する事例検討会を開催した。 ・参加者はセンター職員の他、提出事例に関わる支援者に拡大。 ・グループワークは、支援者グループと、ピアサポーターグループと分けた。 ・支援者グループとピアサポーターグループ発表では、ケース理解や支援に対しての相違があった。 ・ピアサポーターそれぞれの意見が異なること、ケースの立場を考えた多様なケース理解ができた。

4 実施状況

(1) 事例検討会概要

目的	ピアサポートーと事例検討することで、アウトリーチ支援技法の更なる向上を図り、ケース支援に生かす。
会場	都立精神保健福祉センター会議室
事例提出者	アウトリーチ支援担当職員
参加対象者	(総合)精神保健福祉センターアウトリーチ職員、事例に関わる地域支援者 20 名前後
講師	・ピアサポート専門員が所属する相談支援事業所へ事例の概要を伝え講師派遣を依頼する。 ・ファシリテーター1名、ピアサポートー3名程度。その他、事例に応じたピアサポートーを紹介して頂く。
事例検討会の進め方	・方法:ホワイトボード 2 枚を利用しての野中式事例検討会(2 時間程度) ①事例の共有:ファシリテーターが事例提供者や参加者に質問しながらホワイトボードに記入し全体像を共有 ②グループワーク:ピアサポートーのグループの他、参加者 3 名~4 名でグループワークし発表 ③まとめ:ファシリテーター、事例提出者がアセスメント、支援目標、計画についてまとめる
振り返り	公開事例検討会終了後、アウトリーチ職員と講師と、事例検討会の運用振り返りと今後について検討

(2) 実施内容

平成 30 年 4 月から令和元年 6 月までの事例検討会の内容は以下の表 1 のとおりである。意見交換の際にピアサポートーからは、支援をする側とされる側の気持ちの違いや、フラットな関係性を積み上げる工夫などの助言があった。例として、ケースの自尊心を高めるための方法について「自尊心は促され出るものではなく沸いてくるものであり、ケースのペースに寄り添ってほしい」という内容である。

また、参加者のアンケートでは、ピアサポートーの当事者に寄り添う発言により、視野が広がったといいの内容が多かった。例えば「訪問支援に対する当事者の受け止め方を考えさせられた。」「本人・家族への深い理解、それぞれの立場に立った意見が聞けたことが貴重だった」というものだった。

表 1) ピアサポートーとの事例検討会の内容

講 師	一般社団法人ソラティオ 相談支援センターあらかわ:相談支援専門員 1 名、ピアサポート専門員 2 名 上記ピアサポート専門員より紹介していただいたピアサポートー 2 名	
実 施 内 容	H	①「過去の入院により医療不信、支援者を拒絶しているケース」 参加者:18 名(センター職員)
	30	②「手厚い支援がある中、治療を中断し入退院を繰り返すケース」 参加者:13 名(センター職員、相談支援事業所職員)
	R	③「結婚、出産希望のため治療中断を繰り返すケース」 参加者:12 名(センター職員、担当保健師)
	元	①「医療中断中で、趣味の荷物で居宅スペースなく、高齢の両親と揉めているケース」 参加者:15 名(センター職員、担当保健師)

5 考察

今回、ピアサポートーと一緒に事例を検討することで、体験者ならではの視点と、多くの示唆に富んだ助言を得ることができた。こうした助言に基づき、気づくことができなかつた視点を持って、対象者へ関わることができた。支援を拒否する対象者へ出向くアウトリーチ支援では、対象者の立場に寄り添うような関係づくりが欠かせない。国の推進するアウトリーチ事業においても、ピアサポートーとの協働の必要性が記載されている。ピアサポートーの経験者視点は、対象者の心情に共感し、対象者の目指す生活を理解する手立てとなり、関係づくりに有効と言われている。更に、ピアサポートーの存在は対象者に一つのリカバリー・モデルを示し、リカバリーに向う気持ちを喚起することも期待されており、ピアサポートーと共にアウトリーチ支援を行うことが望まれている。東京都では、地域移行体制整備支援事業や、当センターの依存症事業においてピアの協力を仰ぎながら事業を実施してきた経緯がある。だが、保健所等の依頼に基づき支援する、本人との同意が取りにくい未治療医療中断者を対象とするアウトリーチ支援においては、雇用形態や安全性の確保、ピアサポートーへのフォローアップなど多様な課題がある。更に、公的機関の人員や体制を変更することも容易ではない。今後は、こうした課題もふまえ、ピアサポート体制を備えたアウトリーチ支援の実現に向けて検討を重ねていきたい。

福島県精神障がい者アウトリーチ推進事業の現状と今後の課題 －脳と生活、そして人生の支援を目指して－

福島県精神保健福祉センター

*1 公立大学法人福島県立医科大学医学部神経精神医学講座 *2 福島県県南保健福祉事務所

○板橋 亮 後藤 大介^{*1} 三瓶 真美 我妻 沙織^{*2}
鈴木 清香 三井 郁映 畑 哲信

1. はじめに

わが国の精神科医療は、従来の入院治療中心から地域生活中心へと大きな転換期を迎えており、平成16年に示された精神保健医療福祉の改革ビジョンによって、国は地域生活中心への移行を明確化し、精神障がい者を地域で支えていくための制度設計や検討が行われてきた。また、地域の種々の取り組みでは、実践の中で支援効果のエビデンスが蓄積されてきた。さらに、主観的リカバリーやストレンジスモデルの考え方方が広がりを見せ、当事者目線の個別的で柔軟かつ効果的な支援方法の研究も進められている。地域生活ができるだけ維持し回復を目指していくために必要とされる支援のあり方として、かねてよりアウトリーチが注目されてきた。アウトリーチは、当事者の個別性や状態に応じた柔軟なサービス提供のための基本システムとも言え、多くの当事者や支援者がこれを用いている。医療福祉型アウトリーチは、訪問型支援サービスとして当事者との契約に基づき行われ、対価として報酬が支払われる。しかし、本人の精神症状やセルフスティグマなど種々の要因によって受診し契約する手続きが困難な当事者の場合はこれを利用できない状況にある。契約を図れない当事者へは、保健型アウトリーチが提供されることが望ましい。保健型アウトリーチの役割としては、精神状態や症状の評価など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、地域で支える連携支援などがあげられる。

以上のような背景のもと、当県において平成30年度より「福島県精神障がい者アウトリーチ推進事業」を開始した。県内全圏域を対象とした保健型アウトリーチ事業であるが、以下に概要を報告する。

2. 福島県精神障がい者アウトリーチ推進事業

当事業は、精神保健福祉センター（以下センター）に保健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、受療中断、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関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、障害福祉サービス事業所や医療機関等の関係機関職員と同行訪問し対象者の医学的な評価を含め生活機能全般をアセスメントするほか、ケース会議に参加し助言する、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。

当事業において、センターアウトリーチチームは、Assertive Community Treatment (ACT) のように地域に密着した包括的生活支援を行うことを前提としていない。センターアウトリーチチームの役割として、保健所をはじめとした地域の支援者を支援する、つまり支援者支援に重点が置かれている。

センターアウトリーチチームの主たる機能を支援者支援とした根拠は、県内全圏域くまなくアウトリーチ支援を行うためである。このシステムを作るにあたり、当県の実情や効率性を勘案しつつ、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）を参考にした。

岡山モデルにおけるアウトリーチは、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既存の地域資源との連携と協働を前提としている。人的および財政資源につ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と協働は不可欠といえよう。このような関係機関や団体による地域連携チームを、私たちは「多機関アウトリーチチーム」と呼んでいる。さらに同モデルは、保健所による地域連携マネジメントを前提とし、これを精神保健福祉センターが支援するシステムである。保健所の地域連携マネジメントは、圏域ごとに異なるのが実情であろう。

センターアウトリーチチームは、各圏域保健所が多機関アウトリーチチームの要として役割を担えるようそれぞれの実情を踏まえながら支援する方針である。そして当事業が目指す圏域単位でのアウトリーチ支援力の向上、さらに当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ている。

このように、私たちのアウトリーチ活動は、地域の支援者を支援する、そして地域の連携を支援する役割が大きい。このため、私たちは、チームを地域精神保健福祉連携支援チーム (Regional Mental Health and Welfare Cooperative Assistance Team ; ReMWCAT) と呼称している。

3. 現状と課題

当事業の運用を開始して1年が経過し、私たちは、本年7月末日現在までに県内9つの圏域全てから事例相談を含め29件の依頼を受け活動してきたが、この間に多くの気づきや課題を得ることができた。

まず、当事者への対応力の向上があげられる。地域の保健所や市町村の担当保健師にはこれまで以上に柔軟な視点が求められ、戸惑いが少なからずあるように見える。これは、従来の訪問支援が、ともすると受診または入院勧奨中心であったのに対し、当事業によって掲げられた方針が、医療へのつなぎを必ずしも主な目的とせず、症状自己管理、生きがいや役割を見つける、さらに自己実現を考えるといったリカバリー志向であるためであろう。私たちは、当事者目線になる、当事者のストレングスを見つけ生活に活かしてもらう工夫などを、研修会や実践を重ね今後とも学び続ける必要がある。また、アウトリーチ活動の手段や、多機関アウトリーチチーム間での情報共有のあり方について議論が必要を感じている。具体的には、当事業へのICT（情報通信技術）の導入である。当然ながら、個人情報の取り扱いと保護、堅牢な情報通信セキュリティの確保などが課題になるだろうが、私たちは関係部署との議論を少しづつ進めてきている。さらに、支援を継続していく体制作りが課題である。当事業は、保健型アウトリーチを地域の関係機関や団体が連携協働して実践するという枠組みである。多機関アウトリーチチーム内で、保健所や市町村は公的サービスとしてアウトリーチを行う立ち位置であるが、関係する民間の機関や団体の場合はボランティアとしての参加にならざるを得ない。何らかのインセンティブがなければ彼らは継続的な支援には参加できない。また、精神保健福祉資源の少ない地域では、そもそも民間の参加が期待できないこともある。全圏域で普遍的に保健型アウトリーチの支援継続力を確保、維持するため、例えば、二次医療圏単位の自治体による広域連合で英国NHSにおけるCommunity Mental Health Team (CMHT) に準ずるチームを設置運用できるようになると良いかも知れない。これらは、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムとの関連もあり、施策化の多様な議論がなされることを期待している。そのほか、当事業による成果を可視化していくことが望まれる。これについて、現状はケースのデータベースを作成し、版の更新を重ねている。今後について当事者や支援者への支援状況や成果に関する質的量的検討を行い公表していきたい。

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」では特に当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。本人の不本意な体験やセルフ/ソーシャルステイグマなどから社会的に孤立し、医療や福祉またはインフォーマルなサービスに繋がっていない方が多く存在する。彼らには育ちの問題、脳の機能障害、そして生活上の不幸な経験や学びが多分にあると考えられる。アウトリーチ支援は、そのような彼らの脳と生活と人生をかけて培ってきたものを受け止めようとする人間への興味と理解なしに成立しないであろう。私たちは、アウトリーチ活動を通し、これが当事者のこれまでの学びの体験を少しづつ塗り替える作業でもあることに気づけている。その意味では、アウトリーチ支援に粘り強さと時間が要求されることは自明と言える。最後に、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、私たちのアウトリーチ活動が少しでも貢献できるよう努力を重ねていきたい。

ピアスタッフの視点を活かした病棟内地域移行普及啓発活動の実践報告

仙台市精神保健福祉総合センター

○佐藤喬二 田中愛 寺澤彩 君市祐子 小堺幸 大類真嗣 原田修一郎 林みづ穂
 仙台市健康福祉局障害者支援課 山田裕子 花山千枝 野呂雅人 佐藤大介 高橋聰

1 はじめに

仙台市精神保健福祉総合センター(以下「センター」)では平成18年度より精神科病院における長期入院者の退院支援を行っている。平成25年には地域移行推進連絡会を立ち上げ、医療・福祉・行政等の関係機関の連携強化を図ってきた。それらの取組の中から上がった声(図1)を契機に、精神科病棟内における地域移行普及啓発活動を実施している。なお、仙台市では平成28年3月より健康福祉局障害者支援課にて2名のピアスタッフを雇用しており、地域移行普及啓発活動にも参加している。本稿では、ピアスタッフの視点を活かした病棟内地域移行普及啓発活動における平成30年度の取組について報告する。

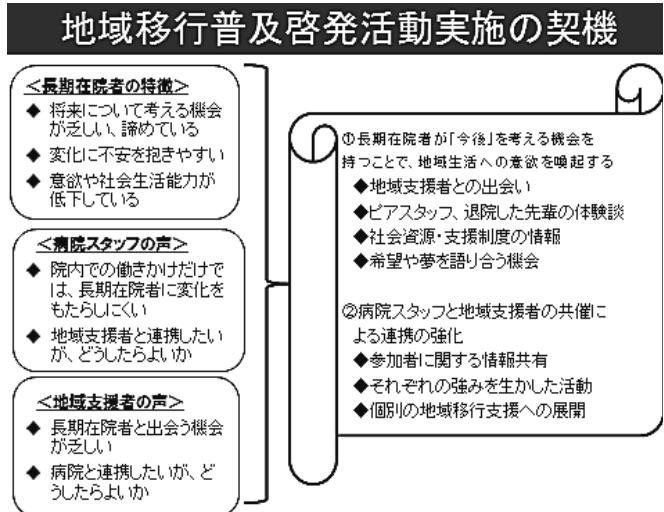


図1 地域移行推進連絡会にて集約された声

2 病棟内普及啓発活動

【実施した病棟の特色】閉鎖病棟(56床)。男女混合で慢性期の統合失調症患者が多い。

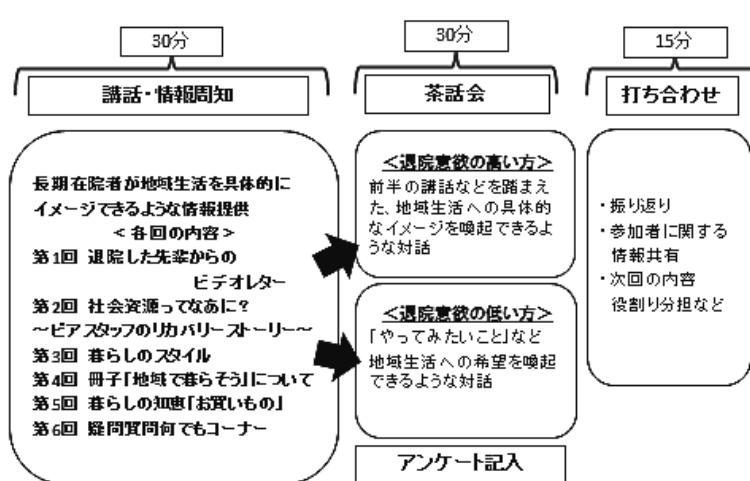
【目的】入院患者が自身の地域生活について改めて考える機会を提供し、退院意欲の喚起を促すこと。

【回数/期間】全6回/平成30年7月～同年12月

【参加人数】: 参加延べ人数93名 平均参加人数15.5名 ※全回通じて参加したのは2名

病棟スタッフ平均参加人数5名 地域支援者(ピアスタッフ・センター職員等)平均参加人数5.3名

【内容】図2参照。



【ピアスタッフの役割・工夫点】

- ①病気により経験した葛藤や思いを、実感のこもった自身のリカバリーストーリーとして言語化する。
- ②茶話会では退院意欲の高低によりグループ分けをし、それぞれのグループに1名ずつピアスタッフを配置し、共感的に傾聴することで参加者の自己開示や気づきを促す。
- ③事後ミーティングで、ピアスタッフが気づいたことや、自分だったらどう感じるかなどを病棟スタッフに伝える。

図2 地域普及啓発活動の内容

3 活動の効果

最終回の参加者に実施したアンケート結果(図3。14名参加。回収率100%)と得られた感想(表1)を以下に示す。地域での暮らしに対する興味や、退院後の生活へのイメージや希望・目標などポジティブなイメージにつながった参加者は半数程度であり、退院に対する不安の軽減につながった参加者は約1/3程度であり、普及啓発活動は退院意欲の喚起等においては効果があるが、具体的な不安の軽減等は個別支援で補っていけるとよいと考えられた。また、「退院に向けての地域支援者による手伝いを希望する」参加者は8名おり、病棟看護師から見てピアスタッフの介入が今後有効と思われる1名が個別支援につながった。なお、残りの7名はすでに支援者が関わっている方・市外の方であった。

図3 最終回アンケート結果

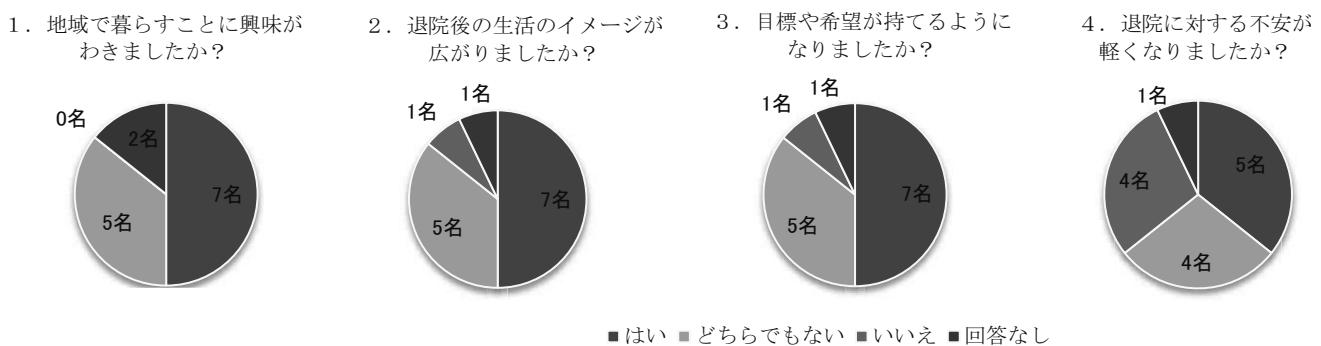


表1 各立場から得られた感想

参加者	「10年間入院していた人が退院して頑張っていることを知れて心強かった」 「ピアスタッフのリカバリーストーリーに勇気づけられた」
病棟看護師	「患者が普段話さないようなことを話していて驚いた」「当事者の体験談に励まされた」
ピアスタッフ	「自分の生きた経験を開示することで参加者の変化することへの抵抗感を和らげたいと思い話した」「回を重ねて話を聞く事でより発展した内容の自己開示を参加者がしてくれた」「茶話会では対象者が多いため個別支援よりも個々の対話は深まらないが、その反面他の参加者の意見を聞いたり、考えの幅が広がるチャンスにつながると思った」

4 考察及び今後の展望

病棟内地域移行普及啓発活動にピアスタッフを導入することによるメリットを以下に挙げる。

- ①入院患者にとってピアスタッフがリカバリーを実践するモデルとなるため、自身の地域生活をイメージするきっかけとなり、地域生活への意欲が活性化されたり、自己開示が促進されやすい。特にリカバリーストーリーで「診断を受けた時の心情」「入院中の苦悩」「治療への葛藤」「支援者との出会い」「リカバリーしていく中での喜び・生きがい・自分の再発見」等を言語化できることは、ピアスタッフならではの役割であり、入院患者が自身の内に秘めている葛藤的な感情や思いを再認識するきっかけとなりやすく、入院患者を「外側」からではなく「内側」から勇気づけていく効果があると感じた。
- ②企画段階から事後ミーティングまでピアスタッフも含め病棟スタッフと協働で行い、入院患者を良く知る病棟スタッフにピアスタッフの経験自体を有効な資源として理解してもらうことで、ピアスタッフの介入がより有効な患者の選定が促進されやすく、個別支援への介入の幅が広がると考えられた。
- ③個別支援とは異なり、患者との心理的距離が一定程度保たれやすく、ピアスタッフにとっても比較的境界(バウンダリー)の問題が生じにくく、複数の参加者にポジティブな感情の喚起を促しやすい。

今後の課題としては、①ピアスタッフの役割をより明確にしていくことやリカバリーストーリーの効果的な示し方について模索していくこと、②病棟との連携を強化・継続し、普及啓発活動後に個別支援を要する患者に対してスムーズに個別支援を展開できるよう体制を整えていくことが挙げられる。

退院後支援事業利用者への聴き取り調査の結果について

横浜市こころの健康相談センター

○坪田 美弥子 伊藤 良太 大森 史子 大和田 奈津子 佐々木 正茂
白川 教人 山崎 三七子 新海 隆生 山本 いづみ

1. はじめに

横浜市では、平成 29 年 4 月に本市退院後支援ガイドラインを策定して、同年 5 月からのモデル事業を経て平成 30 年 4 月から事業を本実施し、措置入院となった全件の方に事業説明と計画作成申込の意向確認を行っています。

退院後支援事業では、「措置入院者が退院後非自発的入院（措置入院・医療保護入院）ではなく、自分で方向性を決めたうえで地域での安定した生活が継続できる状態に至ること」を目指しています。具体的には、同意が得られた方に、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よう「退院後支援計画」を作成し、計画に基づき支援を行っています。計画には、「支援担当機関・本人のニーズ・家族等の意見・支援内容」などが記載されます。原則 6 か月の退院後支援計画期間は、「本人が希望する地域生活に円滑に移行できるための確認期間」と捉えて支援を行っています。

より多くの方に事業を利用してもらえるよう、これまで事業説明から計画作成までの手順などで工夫や改善できるところは、隨時見直しを行ってきました。そのうえで、実際に事業を利用した方たちから意見を聴き取り、支援者の視点のみでは気づけないようなところも含めて事業を検証する必要があると考えました。

【横浜市の実績：実数】 ※入院先医療機関には、事前に事業への協力が可能かを確認しています。

措置件数	計画作成の意向 確認できた件数	計画作成申込有			申込率	計画作成 した件数
		計画作成申込有	計画作成申込無	申込率		
H29 年度	443	172	97	75	56.4%	63
H30 年度	437	323	170	153	52.6%	136

2. 聽き取り調査の実施目的

「本事業を利用しての意見・感想」及び「計画を作成した意見・感想」を事業利用者の経験に基づき把握することを目的として、聞き取り調査を実施しました。その結果から「計画作成は、本人にとって自分の方向性を決めるのに役立っているか」等を検証し、今後の事業実施に役立てていきます。

3. 調査方法

(1) 対象者

事業対象者で平成 30 年 5 月 1 日以降に退院後支援期間を終了した者（居所不明等除く）のうち、調査への協力の同意が得られた人。

(2) 調査方法

① インタビュー用紙を作成し、「退院後支援」「退院後支援計画作成」に対する調査対象者の意見及びその理由を聴き取りました。理由については、小項目（社会的役割遂行、生活課題遂行、問題行動、治療の困難性、経済的な問題、家族・支援者状況、計画内容と作成手順）も参考にして聴き取りました。回答は任意で、項目にないことについても自由に話せる設定としました。聴き取った内容は、本人の同意を得てインタビュー用紙にメモを残しました。

② 計画に基づく支援期間終了時に、当センター相談援助係の職員が電話にて 20 分程度の聴き取り

調査を実施しました。

③倫理面への配慮として、本研究では聴き取った意見等は匿名化し、個人を特定されないようにしました。また、資料は責任を持って保管し流失しないようにしています。

④作成したメモをもとに、手順・感想などについて、当センター相談援助係の複数の職員で「ラベル付け」及び「カテゴリー別の分類」を行いました。

4. 調査結果

(1) 回答数

調査対象者 45 名のうち、25 名から回答が得られました。

(2) 分類

①ラベル付け：「本人の同意・計画の理解・再入院予防効果・支援の実感あり・変化なし」など

②カテゴリー分類：「介入のプロセス・作成申込・環境の変化・気づき・気持ちの変化・行動化」

(3) 主な意見・感想（抜粋）

①介入のプロセス（本人の同意、介入のタイミング等）

「事業の説明を受ける時期がもっと早かったら、計画のことは理解できなかつたです。」

②作成申込（計画作成、計画の理解等）

「計画書をもとに話し合いができました。」「通院服薬をしっかりと、というところは残っています。」

③環境の変化（再入院予防効果、環境の改善等）

「訪問看護が関わってくれたから、退院後再入院にならなかつたです。」

「まわりに支援してくれる人ができたおかげで、家族が一人暮らしを許してくれました。」

④気づき（支援の実感あり、忘れた等）

「現実的なことを考えられました。」「自分を見つめなおすにはよいです。」

「退院後、計画をみることはなかつたです。」

⑤気持ちの変化（負担感の軽減、変化なし等）

「退院後の支援が入ったおかげで、社会とつながっているという気持ちになれました。」

「まわりの人に支援してもらい、前向きになりました。」「本音で相談することはできませんでした。」

⑥行動化（自発的行動）

「支援者には、歯がゆいことも話せました。」

「計画の連絡先一覧をみて、自分で電話して相談することができました。」

(4) 調査の限界

「担当者や計画のことを全く覚えていなかつた。」「本人は関わり拒否で、連絡が取れたのは家族等のみだった。」などの理由で、聴き取り困難な者がいたことについては、本調査の限界と言えます。様々な理由で聴き取りできなかつた人たちの意見・感想は重要で、その把握等は今後の課題です。しかしながら、実際に事業を利用した人たちから可能な限り直接意見を聴き取り、手順などを見直すことは、本人等の意向を十分ふまえた計画となるよう工夫していくためには有用であると考えています。

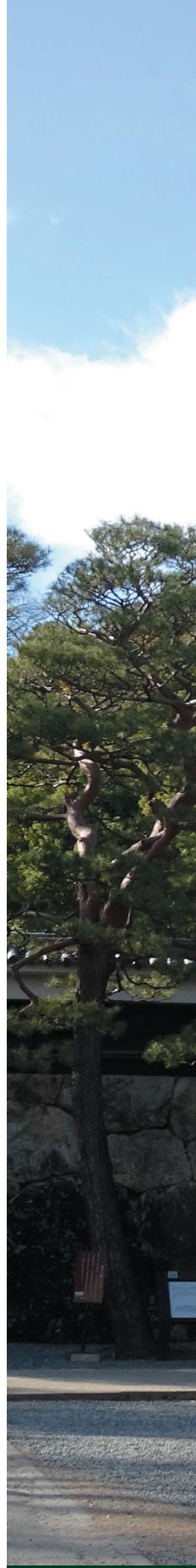
5. 退院後支援事業及び聴き取り調査を実施して

(1) 退院後支援計画の手続き及びその支援については、概ね満足との結果が得られました。調査結果をまとめたものについては、聴き取り調査の協力者に郵送し報告しました。

(2) 計画書には本人から同意が得られた内容を記載しています。本人が納得せず、結果として課題が残り、支援内容として不足しているのではないかと思うこともあります。しかし、本人の同意のもと、その後の継続的支援によって次の介入の機会につながることを意識して計画作成しています。

(3) 計画の作成工程では「本人の望む生活」を本人と一緒に考えることができます。本事業の仕組みを活用することで、「従来からの必要な支援の漏れを防ぐことにつながる」と改めて感じました。

発行年月 令和3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 副会長（会報編集担当）



写真提供：高知県