

令和3年度
センター長会
会報62

令和3年度

センター長会会報
(全国精神保健福祉センター長会)

第62号

写真提供：東京タワー・東京スカイツリー®（写真提供 東京都）
多摩中央公園（写真提供 多摩市）
青ヶ島（写真提供 平賀正司）

全国精神保健福祉センター長会



卷頭言

皆様に、令和3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62号をお届けいたします。

令和2年度に引き続き、この年度も新型コロナウイルス感染症に翻弄されました。全国の精神保健福祉センターでは、対面相談や会議・研修会等はコロナ感染症患者数に応じて開催あるいは縮小・休止を余儀なくされ、難しい判断をくださなければならない状況もありました。コロナ禍対策として、一般・電話相談、病院・施設の感染者・支援者支援、リーフレット等の啓発資材作成等、自治体の状況に応じた様々な事業が継続されました。

センター長会事業は、オンライン・Webシステムに少しずつ慣れ、withコロナでも進められるようになってきました。年3回の理事会、年4回の常任理事会はオンラインもしくは集合とオンラインのハイブリッドで開催されました。職場からの会議参加は移動する必要がなく時間的にも効率的でした。しかし会議内容以外のやりとりができないこと、会議終了後の情報交換会も開けないことなど、寂しい側面もありました（夜のWeb情報交換会は何度も開催されました…）。

7月の総会も、センター長会会員によるオンライン開催となりました。当日は国立精神・神経医療研究センターや厚生労働省（厚労省）からのメッセージ、会員の異動報告、役員改選、議決事項として令和2年度事業報告、収支決算および会計監査報告、令和3年度事業報告案、収支予算案が承認されました（オンラインでの確認作業になりました）。

全国精神保健福祉センター研究協議会は9月27日（月）～28日（火）、東京都の京王プラザホテルでハイブリッドにて開催されました。東京都立中部総合精神保健福祉センター、東京都立多摩総合精神保健福祉センター、東京都立精神保健福祉センターの皆様には、コロナ禍の感染状況を勘案しつつ、予算・開催会場、会の持ち方をギリギリまで検討いただきました、深く感謝いたします。例年通りの厚労省による「精神保健福祉行政の動向」に引き続き、東京都健康長寿医療センターの稻松孝思氏による「渋沢栄一の社会事業と養育院」の講演がありました。令和3年に、渋沢を描いたNHK大河ドラマ「青天を衝け」があったこともあり、タイムリーで大変興味深い内容でした。渋沢栄一が、精神保健福祉にも広く深く関わっていたということを学ばせていただきました。コロナ禍でしかたないと思いつつ、顔を合わせた食事会を開けなかったのは残念でした…。全国から38もの演題が集った発表会は、会場とオンラインをテンポよく組み合せ、テレビ番組を見ているようでした。業者を活用した、見事な会となりました。コロナ禍においても、全国の精神保健福祉センターで先進的な取り組みが、数多く、実践されていました。

令和3年10月に厚労省により設置された「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」にセンター長会の代表として辻本が構成員として参加しました。この検討会の報告書は翌年6月に取りまとめられ、今回の精神保健福祉法等改正の下地になりました。各委員会のアンケート調査、他機関への研究協力、雑誌・書籍等への著作等の活動は維持されました（学会発表も少しずつ増えていきました）。ひきこもり対策、DPATを含む災害支援、依存症対策、自殺対策、調査研究等も委員会を中心に進められました。

顔を合わせる集会はまだまだ自由に開ける状況にありませんが、日頃からセンター長会MLを使って情報交換・自助グループ的な活動を続けることができました。精神保健福祉は大きな転換期を迎えます。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3年度 全国精神保健福祉センター長会定期総会	1
2.	令和3年度 全国精神保健福祉センター長会会議	24
3.	令和3年度 全国精神保健福祉センター長会常任理事会	25
4.	令和3年度 全国精神保健福祉センター長会理事会	31

第Ⅱ部 ブロック会議等

1.	ブロック会議・大都市部会の開催状況	35
2.	北海道・東北ブロック	36
3.	関東・甲信越ブロック	37
4.	中部・近畿ブロック	38
(1)	中部ブロック	39
(2)	近畿ブロック	40
(3)	北陸ブロック	41
5.	九州ブロック	42
6.	大都市部会	43

(注) 中国・四国ブロック会議については、中止されたため記事を掲載していない。

第Ⅲ部 委員会活動

1.	手帳・自立支援医療検討委員会	45
2.	依存症対策委員会	46
3.	自殺対策委員会	47
4.	災害時等こころのケア推進委員会	48
5.	地域包括ケア委員会	49
6.	ひきこもり者支援委員会	50
7.	指定医・専門医制度委員会	51
8.	データ分析・地域分析検討委員会	52

第IV部 調査研究

1.	令和3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、重層的支援体制をはじめとした地域包括ケアシステムによるひきこもり支援に関する研修の開催と検討」	53
2.	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」	55
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」	56
4.	厚労科研 分担研究「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」	58
5.	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」	60
6.	厚労科研 分担研究「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」	62
7.	厚労科研 分担研究「自治体からみた活動開始・終了基準、Local DPAT の役割検討」	64
8.	厚生労働省 令和3年度障害者総合福祉推進事業「自治体の災害時の精神保健医療福祉対策にかかる実態把握及び取り組みのあり方の検討」	66

第V部 令和3年度（第57回）全国精神保健福祉センター研究協議会

1.	一般演題A 新型コロナウイルス感染症対策、災害医療	
1.	1 沖縄県新型コロナウイルス感染症対策 ～DPAT を含めた精神保健活動について～	72
2.	2 新型コロナウイルス感染症クラスター発生施設及び宿泊療養こころのケア ～活動から見えてきたこと～	74
3.	3 新型コロナウイルス感染症軽症者等の宿泊療養施設における心のケアの取り組み	76
4.	4 新型コロナウイルス感染症に関する電話相談の分析	78
5.	5 令和2年7月豪雨災害後の熊本こころのケアチームの活動について	80
6.	6 平成30年7月豪雨災害後の「こころとからだの健康調査」の結果について ソーシャル・キャピタルと心理的苦痛の関連に注目して	82
7.	7 新型コロナウイルス感染症のクラスターが発生した医療機関職員を対象とした「こころのケア」の実施について ～アンケート結果からの考察～	84
8.	8 新型コロナウイルス感染症に係る「こころの電話相談」の利用状況と相談内容に関する調査・分析	86
9.	9 新型コロナウイルス感染症流行によるデイケア利用者への影響とデイケア運営について ～感染症に伴うデイケア休止に関連したアンケートの結果を踏まえて～	88
10.	10 札幌市の新型コロナウイルス感染症に係るこころのケアの取組について	90
2.	2 予防・精神保健教育、自殺対策	
11.	11 浜松市におけるがん遺族支援について	92
12.	12 「ふじのくにゲートキーパー講師養成研修」受講者の受講3カ月後における自己効力感の変化について（第2報）	94
13.	13 自殺未遂者再企図防止事業の現状と課題について ～新潟市における8年間の実績から見えること～	96
14.	14 抑うつ状態を対象とした復職リハビリテーション利用者の臨床的特徴 -東京都立中部総合精神保健福祉センターリワークの状況-	98
15.	15 発達障害者に対する集団認知行動療法（ASAP）の効果について	100
16.	16 鳥取県内高等学校を対象とした鳥取県精神障害者家族会連合会による普及啓発 ～若者向け精神疾患早期発見啓発リーフレット活用状況～	102

17	浜松市の自殺対策啓発事業「いのちをつなぐ手紙」における連携と展開について	104
3.	ひきこもり対策	
18	地域と連携したひきこもり支援体制づくりについて	106
19	堺市こころの健康センターのひきこもり相談の変遷について ～平成 18 年度から平成 30 年度までの相談受理事例より	108
20	中高年ひきこもり支援の取組みと今後の課題 ～生活や身体の問題があり、高齢の母が支える長期ひきこもり事例の報告から～	110
21	30 歳危機 ～中高年層ひきこもりの予防を考える～	112
22	広島県立総合精神保健福祉センターにおけるひきこもり家族支援のまとめと考察	114
23	ひきこもり地域支援センターにおける医療・心理社会的支援について	116
24	ひきこもり地域支援センターにおける電話相談のニーズの検討	118
4.	アウトリーチ、地域生活支援	
25	東京都立（総合）精神保健福祉センターのアウトリーチ支援事業を評価する試み	120
26	精神科病院看護職員を対象とした地域移行支援紙面研修の実践報告	122
27	群馬県こころの健康センターにおけるアウトリーチ活動の現状と今後の方向性に関する一考察 -治療中断者への支援をとおして-	124
28	平成 28 年度以降のアウトリーチ支援事業における支援前後の変化についての報告	126
29	ピア電話相談 10 年間の取り組みと相談員の思い	128
30	川崎市における措置入院者退院御支援の取り組み	131
5.	依存症対策	
31	ギャンブル等依存症支援プログラムの普及に向けた取り組み	133
32	薬物依存症家族教室における参加者の継続参加に向けた取組み	135
33	福岡市における専門相談移行からみられる傾向と効果 ～コロナ禍で見えてきたもの～	137
34	酒税課税状況に基づく都道府県別アルコール消費量の推計	139
35	ギャンブル障がい回復支援プログラム (C-GAP) の効果判定	141
6.	精神障害者保健福祉手帳、調査・統計	
36	精神障害者保健福祉手帳の診断書審査による新規交付の疾患の推移及びその傾向 ～平成 23 年度から令和元年度までの実績調査から～	143
37	長崎県における高次脳機能障害連携状況実態調査について（報告）	145
38	日常の精神医療・地域保健福祉業務で活用できる身近な統計情報・データ分析	147

第 I 部

会 議

令和3年度全国精神保健福祉センター長会定期総会

日時：令和3年7月2日（金）13:15～16:00

Web会議

議事次第

(敬称略)

開会 13:15

1 会長挨拶（13:15～13:35）

来賓ご挨拶

2 報告事項（13:35～13:45）

- (1) 会員の異動について
- (2) 役員の役割分担について
- (3) その他

3 議決事項（13:45～14:50）

議長団選任

- (1) 令和2年度事業報告案、令和2年度収支決算案、会計監査報告
- (2) 令和3年度事業計画案、令和3年度収支予算案
- (3) 役員改選（会長選出、副会長・常任理事、理事、監事、倫理審査委員選出）、役割分担
- (4) その他

議長団解任

4 協議ならびに報告事項（15:00～16:00）

(1) 報告事項

- ① 厚労省とのWeb意見交換について（辻本）
- ② 社会医学系専門医協会資格更新について（辻本）
- ③ 公衆衛生情報「精神保健福祉の日進月歩」について（辻本）
- ④ 厚生労働科学研究「DPATの活動期間及び質の高い活動内容に関する研究」について（福島）資料A
- ⑤ 全国こころのケア研究協議会について（佐伯・福島）資料B
- ⑥ 令和3年度地域保健総合推進事業（ひきこもり）（原田）資料C
- ⑦ 令和2～4年度厚生労働省ゲーム障害班研究事業（原田）資料D-①～④
- ⑧ 第117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」（田中）資料E
- ⑨ 照会事項・協議事項データベース（二宮）資料F-①、②
- ⑩ 厚労科研地域包括ケア分担班について（野口）資料G
- ⑪ 厚労科研薬物依存症分担班について（白川）資料H
- ⑫ 厚労科研ギャンブル依存分担班の進捗状況について（白川）資料I
- ⑬ 消費者庁・オンラインゲームに関する消費生活相談向け対応マニュアルについて（白川）
- ⑭ その他

(2) 協議事項

- ① コロナ禍のセンター活動について (辻本)
- ② 2021年度全国センター状況調査について (熊谷) 資料ア
- ③ ホームページ更新・レンタルサーバーコース変更について (熊谷) 資料イ
- ④ 研究協議会予算案 (熊谷) 資料ウ①～③
- ⑤ 2021年度総会用委員会活動報告 (熊谷) 資料エ
- ⑥ ダメゼッタイ運動、及びポスター取り扱いについて (白川) 資料オ-①～③
- ⑦ その他

「厚生労働科学研究「精神保健医療従事者による、新型コロナウイルス感染症や自然災害等に起因した心のケアに対する心理的アセスメント及び応急処置介入方法の適切な提供体制の構築と、それに伴うメンタルヘルスの維持向上に資する研究」厚生労働省 精神・障害保健課 田中裕記課長補佐 (15:50～)

閉会 16:00

各種委員会会議 (16:00～17:00)

令和3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	門脇 吉彦
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	天野 託
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	辻村 佳久
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
川崎市総合リハビリテーション推進センター	竹島 正
神奈川県精神保健福祉センター	山田 正夫
横浜市こころの健康相談センター	白川 教人
相模原市精神保健福祉センター	宍倉 久里江
新潟県精神保健福祉センター	阿部 俊幸
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	志田 博和
長野県精神保健福祉センター	矢崎 健彦

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	大久保 聰子
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	喜多村 祐里
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	山田 全啓
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	有岡 光子
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	藤田 浩介
福岡市精神保健福祉センター	川口 貴子
佐賀県精神保健福祉センター	永田 貴子
長崎県長崎こども・女性・障害者支援センター	加来 洋一
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	古閑 章浩
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

令和2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 令和 2年 7月 3日（金） オンラインで開催

※新型コロナウィルス感染症予防の観点から東京での集合会議開催（7月2, 3日）は中止。

2 理 事 会 年3回

第1回 令和 2年 7月 3日（金） オンラインで開催

第2回 令和 2年 10月 19日（月） オンラインで開催

第3回 令和 3年 3月 6日（土） オンラインで開催

※ 例年、第3回理事会は、全審連の翌日に開催していたが令和2年度は別途開催した

3 常任理事会 年4回

第1回 令和 2年 4月 27日（月）、28日（火）、30日（木）、
5月 7日（木）、8日（金）、12日（火）

※ 東京での会場開催を中止し、常任理事会MLで、数回に分けてメール会議を実施

臨 時 令和 2年 5月 24日（日） ※ オンラインで開催

第2回 令和 2年 6月 7日（日） ※ オンラインで開催

第3回 令和 2年 9月 26日（日） ※ 日本公衆衛生協会会議室と
オンラインのハイブリッド開催

第4回 令和 3年 1月 23日（土） ※ オンラインで開催

4 全国精神保健福祉センター長会会議

令和 2年 10月 19日（月） オンラインで開催

※京都会場の現地開催は中止

5 全国精神保健福祉センター研究協議会

令和 2年 10月 19日（月）～20日（火） （京都府）

※京都会議での現地開催は中止。研究協議会は紙面発表。

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）

令和 3年 2月 24日（水） （東京都）

※当初、2月 26日にグランパーク田町で開催予定であったが、日程変更しオンライン開催

7 大都市部会 年2回

第1回 令和 2年 7月 2日（木） （東京都） ※東京会議開催は中止し紙面会議

第2回 令和 3年 2月 25日（木） （東京都） ※東京会議開催は中止し紙面会議

8 調査研究と学会発表等

令和2年度 調査研究

- 令和2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8050問題に対応した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、(協力事業者) 原田豊、福島昇、平賀正司、熊谷直樹、井上悟、(研究協力者) 田中治、白川教人、二宮貴至、太田順一郎、林みづ穂、小野善郎、野口正行、宮川治、鎌田隼輔、宍倉久里江、小原圭司。竹之内直人、小泉典章、佐伯真由美、山崎正雄、本田洋子、(アドバイザー) 大館実穂
- 令和2年度厚労科研 (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」研究」(研究協力者) 太田順一郎、白川教人、辻本哲士
- 厚労科研「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
- 令和2年厚生科研 (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」分担研究者:辻本哲士、研究協力者:福島昇
- 厚労科研:再犯防止推進計画における薬物依存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、天野託、楠本みちる、佐伯真由美、宍倉久里江、藤田浩介、白川教人、橋林英晴、竹之内薰、井川大輔、籠本孝雄、辻本哲士、藤城聰、岡崎大介
- 厚労科研「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:天野託、小泉典章、小原圭司、藤城聰、本田洋子
- 厚労科研:「ギャンブル等依存症の治療・家族支援に関する研究」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」分担研究者:白川教人、研究協力者:天野託、小泉典章、小原圭司、藤城聰、本田洋子
- 厚労科研:「ゲーム障害の診断・治療法の確立に関する研究班 (研究代表者:松崎尊信/久里浜医療センター) 白川教人、原田豊
- 令和2年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「精神障害者の心理的危機に対する早期対応や危機介入方法の普及と教育効果に関する検討」(研究協力者) 小原圭司
- 令和2年度社会福祉推進事業「ひきこもりの多様性とその支援手法に関する調査研究事業」(事業検討委員) 辻本哲士、山崎正雄

令和2年度 学会発表

- 第79回日本公衆衛生学会総会公募シンポジウム

「今後の災害精神保健医療福祉活動のあり方」

辻本哲士、石元康仁、岡崎大介、佐伯真由美、竹之内直人

○第79回日本公衆衛生学会総会公募シンポジウム

「生きることの包括的支援と社会的協働—その未来づくりに向けて」

辻本哲士

○第116回日本精神神経学会 委員会指定シンポジウム

COVID-19（新型コロナウィルス感染症）がもたらす精神医療保健福祉への影響を考える

「COVID-19 の地域精神保健福祉に対する影響とその対策」藤城聰

○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」

太田順一郎、原田豊、白川教人、竹島正、二宮貴至、波床将材、鎌田隼輔

○第116回日本精神神経学会 精神保健に関する委員会シンポジウム

「子供の自殺を防ぐために精神科医ができること「学校コミュニティにおける自殺対策」」

二宮貴至

○第116回日本精神神経学会 精神保健に関する委員会シンポジウム

「発達障害と精神保健「発達障害に対する行政的支援」」二宮貴至

○第40回日本社会精神医学会 シンポジウム

「地域の依存の取り組み」

「島根県の精神保健福祉センターにおけるギャンブル障害支援に対する3層の人材育成の取り組みについて」小原圭司

「福岡市精神保健福祉センターにおける薬物依存の取り組みについて」本田洋子、松口和憲

令和2年度著書

○公衆衛生情報

①(2020年4月号) 「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～」. 著者：渡邊知子

②(2020年5月号) 「不安対処スキルアップセミナー～精神保健および共生社会実現への寄与を目指して～」. 著者：宍倉久里江

③(2020年6月号) 「川崎市における広義のひきこもり支援ニーズ調査」. 著者：家隆克行ほか

④(2020年6月号) 「中高年層のひきこもり支援に関する現状と課題～地域包括支援センターを対象としたアンケート調査から～」. 著者：原田豊

⑤(2020年7月号) 「滋賀県精神障害者の退院後支援に関するマニュアルの作成と評価、今後の展望について」中井皓太ほか

⑥(2020年8月号) 「東京都立精神保健福祉センターにおけるアウトリーチ支援事業でのピアソーターと協同した事例検討会の試み」. 著者：佐藤りか・平賀正司

⑦(2020年9月号) 「精神疾患のある外国人患者のスムーズな受診と治療のための取り組み

平成30年度調査研究報告および令和元年度人材養成研修から～」 石井 利樹 ほか

⑧(2020年10月号)「ギャンブル等依存症の当事者支援における3層に分けた人材育成の試み」著者：佐藤寛志・小原圭司

⑨(2020年11月号)「保健所が実施する企業向け『自殺予防メンタルヘルス出前講座』の実践と効果～講座後のアンケート調査から～」著者：原田豊

⑪(2021年1月号)「浜松市におけるがん患者遺族支援について」松尾 詩子 ほか

⑫(2021年2月号)「新型コロナウイルス感染症における こころのケアチームの活動について」西田 由美

⑬(2021年3月号)薬物依存に関する自助グループと連携した啓発活動—高校生への保健講話から一 著者：寺澤彩・我妻ひろみ・大類真嗣・小堺幸・林みづ穂

○地方公務員 健康と安全フォーラム

こころの応急処置 メンタルヘルス・ファーストエイド 第7回

「地域全体での取り組み・プログラム開発や効果検証」著者：小原圭司・浦田裕美・加藤隆弘

○精神医学 第63巻 第1号 「精神保健福祉センターにおける新型コロナウイルス感染症への取り組み」。著者：藤城聰・辻本哲士

○こころの科学 212号 (2020年7月)

特別企画「ひきこもりに現場で向き合う」著者：二宮貴至・小野義郎・辻本哲士・太田順一郎・原田豊・波床将材・山崎正雄・公文一也・山下倫明・池田千穂・金谷尚佳・井川大輔

9 厚生労働省精神・障害保健課との意見交換

令和2年11月19日 10:00～11:00 精神保健福祉センターの機能に関すること
依存症対策に関して

令和3年2月4日 13:30～15:00 精神保健指定医に関すること
精神障害にも関連した地域包括ケアシステム
に関すること

10 センター長会会報「第60号」発行 ホームページ等運営委員会

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, 熊谷直樹, 井上悟, 平賀正司)
- (5) アルコール健康障害対策関係者会議 (年6回) (白川教人)
- (6) 依存症相談員等全国会議 (年1回) (白川教人)

- (7) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援事業 アドバイザー合同会議
(年3回) (野口正行、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、宍倉久里江)
- (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、二宮貴至)
- (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4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、宍倉久里江、二宮貴至)
- (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、二宮貴至)
- (14) 厚生労働省 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る検討会
(年8回程度予定) (野口正行)
- (15) ギャンブル等依存症の実態に係る調査・研究事業企画委員会 (年6回) (白川教人)
- (16) 厚生労働省(委託) 新型コロナウイルス感染症に係るメンタルヘルスに関する調査・分析検討会 (年2回)
- (17) 厚労省 精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ (年4回) (辻本哲士)
- (18) いのちを支える自殺対策推進センター理事会 (年2回) (辻本哲士)
- (19) ゲーム依存症関係者連絡会議 (年1回) (白川教人)
- (20) 「依存症に関する調査研究事業」有識者会議 (年1回) (白川教人)
- (21) 消費者庁・オンラインゲームに関する消費生活相談員向けマニュアル作成に係るアドバイザーミーティング (年1回) (白川教人)

1.2 センター長会ホームページの運営 ホームページ運営委員会

年4回更新。新型コロナウイルス感染症や関連する精神保健福祉支援に関する資料やひきこもり支援研修の資料を掲載したほか、全国センター状況調査を実施し、結果を会員専用ページに掲載。

1.3 課題別委員会活動

※ 各委員会各委員会の活動に関しては、第3回理事会で情報共有実施

○ 手帳・自立支援医療検討委員会

R1 年度までに依存症、発達障害、高次脳機能障害、てんかんをテーマにミニシンポジウム実施。R2 年度は、コロナの関係でミニシンポジウム、ICD-11 導入に向けた情報交換等の企画が実施できず。2月の全審連で厚生労働省から提示された「アルコール依存症の方への手帳取得」に関して令和3年3月20日Webによるミーティングで議論し、センター長会MLにてその結果を会員に伝えた。

- 依存症対策委員会
 - ・依存症調査研究事業有識者会議に委員として参画。
 - ・依存症専門医療機関相談員等全国会議に協力。
 - ・アルコール健康障害対策関係者会議に委員として参画し、相談先としての精神保健福祉センターの明記と容器へアルコール量 g 数の明記を提案。
 - ・ゲーム障害の診断・治療法の確立に関する研究班（研究代表者：松崎尊信／久里浜医療センター）ゲーム依存症相談対応マニュアル作成に協力。
 - ・SAT-G 研修をウェブにて 4 回実施し、全精神保健福祉センターに SAT-G を普及。
 - ・SAT-G 研修実施状況および SAT-G 利用状況調査を実施。
 - ・生活保護担当者向け薬物依存症対応研修をウェブにて実施、テキストと研修DVDを都道府県生活保護担当課、および全精神保健福祉センターに配布。
 - ・「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」・「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」報告書 2 報作成,
 - ・消費者庁・オンラインゲームに関する消費生活相談員向けマニュアル作成に係るアドバイザーミーティングに委員として参画。
- 自殺対策委員会
 - ・第 116 回日本精神神経学会シンポジウムで報告、また第 117 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」の演題提出。辻本会長が「いのち支える自殺対策推進センター」の会議に参加している。
- 災害時等こころのケア推進委員会
 - ・令和 2 年度厚労科研「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」における「自治体の災害時精神保健医療福祉活動マニュアル」及び「災害後の自治体における中長期の精神保健福祉医療体制ガイドライン」の作成に協力した。
 - ・DPAT 運営協議会に会長が出席した。
 - ・第 116 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「人為災害における精神保健医療上の課題：東京オリンピック・パラリンピックに向けて」に協力した。
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム委員会
 - ・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参加し、また委員会内でコアグループでの検討を行った。精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る検討会の報告書が完成し、センターの役割等が書き込まれた。
- データ分析・地域分析検討委員会
 - ・令和 2 年度厚労科研「精神保健医療福祉施設におけるトラウマ（心的外傷）への対応の実態把握と指針開発のための研究」について（辻本）
 - ・第 117 回日本精神神経学会学術総会「地域精神科医療計画をめぐる諸問題（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）」シンポジウムについて：REMHRAD の活用の検討
 - ・令和 2 年度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）「持続可能で良

質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究」の分担研究「良質かつ適切な精神医療の提供の指標に関する研究」の開催する研究会等に参画し、都道府県の精神保健医療を概観する総括シート、基準病床算定式、指標例についての意見を述べた。(分担研究報告書：良質かつ適切な精神医療の提供の指標に関する研究)

○ ひきこもり対策委員会

- ・令和2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8050問題に対応したひきこもり支援に関する研修の開催と検討について」を実施
- ・全国ひきこもり地域支援センター連絡協議会（令和2年度は、開催なし）

○ 指定医・専門医制度委員会

- ・指定医研修については、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る予定であったが、COVID-19感染拡大により、更新講習は全て中止となり、新規研修のみの開催となった。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いつつ、新規研修前となる2月には講義シラバスをもとに講義内容についてのZoomミーティングを行った。
- ・精神科専門医については、令和2年12月に沖縄県立総合精神保健福祉センターで始めて精神科専攻医（後期研修医）を受け入れ、メーリングリストでその進捗を報告し情報共有した。

令和3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 3年 7月 2日（金） オンライン会議

2 理 事 会 年3回

第1回 令和 3年 7月 2日（金） オンライン会議
第2回 令和 3年 9月 27日（月） ハイブリッド会議（東京都）
第3回 令和 4年 2月 25日（土） オンライン会議

3 常任理事会 年4回

第1回 令和 3年 4月 17日（土） オンライン会議
第2回 令和 3年 6月 6日（土） オンライン会議
第3回 令和 3年 9月 4日（土） オンライン会議
第4回 令和 4年 1月 22日（土） ハイブリッド会議（東京都）

4 全国精神保健福祉センター長会会議

令和 3年 9月 27日（月） ハイブリッド会議（東京都）

5 全国精神保健福祉センター研究協議会

令和 3年 9月 27日（月）～28日（火）（東京都）

※集合（会場；五反田メッセ）およびオンライン会議で開催を検討中。

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）

令和 4年 2月 25日（金）（東京都）

7 大都市部会 年2回

第1回 新型コロナウイルスの影響を踏まえ当初の7月開催は見送り、
開催日（年度後半）、開催方法（書面会議及びオンライン会議）を検討中。
第2回 令和 4年 1月 14日（金）（東京都）

8 調査研究と学会発表等

令和3年度 調査研究

○令和3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、重層的支援体制をはじめとした地域包括ケアシステムによる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、統括者：原

田豊

- 厚労科研「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、林みづ穂
- 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」(研究協力者) 太田順一郎、白川教人、辻本哲士
- 厚労科研「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：天野託、川口貴子、小原圭司、藤城聰
- 厚労科研：「ギャンブル等依存症の治療・家族支援に関する研究」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」分担研究者：白川教人、研究協力者：天野託、川口貴子、小原圭司、藤城聰
- 厚労科研：災害派遣精神医療チーム (DPAT) の活動期間及び質の高い活動内容に関する研究。分担研究「自治体からみた DPAT 活動基準検討」分担研究者：辻本哲士、研究協力者：福島昇
- 令和 2 年度社会福祉推進事業「ひきこもりの多様性とその支援手法に関する調査研究事業」(事業検討委員) 辻本哲士、山崎正雄
- 令和 3 年度障害者総合福祉推進事業「精神科医療機関を対象とした感染対策研修に関する調査研究」(事業担当者) 藤城聰

令和 3 年度 学会発表

- 第 117 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、白川教人、波床将材、竹島正、喜多村祐里、楠本みちる、二宮貴至、鎌田隼輔、
- 第 117 回日本精神神経学会学術総会委員会シンポジウム
「地域精神科医療計画をめぐる諸問題」辻本哲士

令和 3 年度著書

- 公衆衛生情報
 - 1) 2021 年 7 月号特集「コロナ禍における自殺対策・メンタルヘルス対策」「自治体におけるコロナ関連メンタルヘルス対策協議会の活動について」佐々木恵美 (茨城県精神保健福祉センター)
 - 2) 2021 年 5 月号 「地域保健活動最前線第 72 回／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から」 原田豊
 - 3) 日進月歩
 - ①(2021 年 4 月号) 「依存症対策センターにおける電話相談の傾向を振り返る ~COVID-19

による生活の変化とその影響について～」 大塚晴美

②(2021年5月号) 「アルコール健康障害への早期介入について～県内事業所における実態調査と定期健診データとの関連付けから～」 原田豊

③(2021年6月号 (2021年6月号 「東京都立の3 (総合) 精神保健福祉センターのアウトリーチ支援事業と短期宿泊事業」 西いづみ・白井有美・熊谷直樹

④(2021年7月号) (掲載予定)

⑤(2021年8月号) (掲載予定)

○「メンタルヘルス・ファーストエイド こころの応急処置マニュアルとその活用」

編者：大塚耕太郎・加藤隆弘・小原圭司 講談社 (2021年6月出版予定)

○地方公務員 安全と健康フォーラム

(2021年4月号) こころの応急処置 メンタルヘルス・ファーストエイド

「コロナ禍におけるメンタルヘルス・ファーストエイド」 加藤隆弘・浦田裕美・小原圭司

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61号」発行 ホームページ等運営委員会

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, , 熊谷直樹, 井上悟, 平賀正司)

(5) アルコール健康障害対策関係者会議 (年2回) (白川教人)

(6) 依存症専門医療機関相談員等全国会議 (年1回) (白川教人、小原圭司)

(7) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援事業 アドバイザー合同会議 (年3回) (野口正行. 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、宍倉久里江)

(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6回) (太田順一郎、二宮貴至)

(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4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、宍倉久里江、二宮貴至)

(13) 日本精神神経学会 精神保健福祉法委員会 (年6回) (太田順一郎、二宮貴至)

- (14) ゲーム依存症関係者連絡会議（年1回）（白川教人）
- (15) いのちを支える自殺対策推進センター理事会（年2回）（辻本哲士）
- (16) 「依存症に関する調査研究事業」有識者会議（年1回）（白川教人）
- (17) 消費者庁・オンラインゲームに関する消費生活相談員向けマニュアル作成に係るアドバイザリー会議（年2回）（白川教人）

1 2 センター長会ホームページの運営 ホームページ運営委員会

- 時期に応じコンテンツの追加や整理など、年4回程度更新。全国センター状況調査を実施し、結果を会員専用ページに掲載。
- レンタルサーバのコース変更（スタンダードからプレミアムへ）を行い、メーリングリストを、前年度の10から上限20まで増設し、増加する容量に応じたホームページ機能の充実を検討。

1 3 課題別委員会活動 各委員会

- 手帳・自立支援医療検討委員会
Webを利用したミニシンポ等の開催
- 依存症対策委員会
 - ・依存症調査研究事業有識者会議に委員として参画
 - ・依存症専門医療機関相談員等全国会議に協力
 - ・アルコール健康障害対策関係者会議に委員として参画
 - ・SAT-G研修、SAT-Gライト研修をウェブにて4回実施
 - ・SAT-G研修実施状況およびSAT-G利用状況、コロナ禍の依存症事業への影響調査を実施
 - ・生活保護担当者向け薬物依存症対応研修をウェブにて2回実施
 - ・「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」、「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」報告書3報作成
 - ・消費者庁・オンラインゲームに関する消費生活相談員向けマニュアル作成に係るアドバイザリー会議に委員として参画
 - ・薬物乱用防止「ダメ、絶対」標語不使用の麻薬・覚せい剤乱用防止センターへの申し入れ。
- 自殺対策委員会
第117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」の演題提出。辻本会長が「いのち支える自殺対策推進センター」の会議に参加している。
- 災害時等こころのケア推進委員会
 - ・厚労科研「災害派遣精神医療チーム(DPAT)の活動期間及び質の高い活動内容に関する研究」に協力
 - ・全国こころのケア研究協議会の開催

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム委員会
 - ・報告書の作成を受け、厚労科研地域包括ケア班との情報共有を活発に行い、研究分担班での手引き作成に意見を出す。
- データ分析・地域分析検討委員会
 - ・令和3年度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）「持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究」の分担研究「良質かつ適切な精神医療の提供の指標に関する研究」において実施する都道府県等を対象にした基準病床裁定式や指標例に関する質問紙調査の企画・実施に協力する。また上記研究に関して、精神保健福祉センターの保有する情報や情報機能についての意見を述べる。
- ひきこもり対策委員会
 - ・令和3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、重層的支援体制をはじめとした地域包括ケアシステムによるひきこもり支援に関する研修の開催と検討について」を実施
 - ・全国ひきこもり地域支援センター連絡協議会（毎年2回、6～7月および12月ごろ、総会とシンポジウムや研修会などを行う）、令和3年度は、地域保健総合推進事業において、連携した研修会の開催を予定。
- 指定医・専門医制度委員会
 - ・指定医研修については、今年度の指定医研修会に加えて、中止となった昨年度ぶんの更新研修が回数上乗せとなるため、新規講習3回と更新講習14回を本委員会メンバーが講師を務める。
 - ・精神科専門医については、更に改善した研修メニューを作成したうえで研修医を迎えるため、専門医研修の様子を詳細に情報発信しながら、より良い若手精神科専門医の育成について検討したい。

14 その他

全国こころのケア研究協議会（広島県と共同開催） 令和3年8月18日（水）（広島県）

※ 集合およびオンラインで開催

令和2年度年度決算・令和3年度予算

収入			科 目	支 出		
2年度予算	2年度決算	3年度予算		2年度予算	2年度決算	3年度予算
4,830,000	4,830,034	4,830,000	収 入			
4,830,000	4,830,000	4,830,000	会 費			
0	34	0	雜 収 入			
			事 務 費	1,120,000	1,014,340	1,070,000
			委託費／人件費	1,000,000	1,000,000	1,000,000
			消耗品費	20,000	9,240	20,000
			事務印刷費	100,000	5,100	50,000
			事 業 費	1,580,000	639,515	1,410,000
			旅 費	630,000	0	200,000
			通 信 費	50,000	37,518	40,000
			会報印刷費	300,000	282,578	320,000
			調査研究費	400,000	145,200	400,000
			広 報 費	200,000	174,219	450,000
			会 議 費	1,980,000	765,325	2,200,000
			総 会	1,000,000	765,325	0
			研究協議会	500,000	0	2,000,000
			役 員 会	480,000	0	200,000
			大都市部会	100,000	0	100,000
			精従懇分担金	50,000	50,000	50,000
			予 備 費	100,000	0	100,000
4,830,000	4,830,034	4,830,000	合 計	4,930,000	2,469,180	4,930,000
			单年度収支	-100,000	2,360,854	-100,000

2,319,423	2,319,423	4,680,277	前年度繰越金
-100,000	2,360,854	-100,000	单年度収支
2,219,423	4,680,277	4,580,277	次年度繰越金

注 釈

科目	令和2年度決算	令和3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	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	会議等出席旅費
通 信 費	振込手数料、資料発送料	振込手数料、資料発送料
会報印刷費	会報60(令和元年度)69センター×3部	会報61(令和2年度)69センター×3部
調査研究費	公募研究(10万×3件)、倫理審査委員会	公募研究(10万×3件)、倫理審査委員会
広 報 費	メーリングリスト、HP管理費、更新手数料：株 ウエスタイル	メーリングリスト、HP管理費、更新手数料：株 ウエスタイル
総 会	定期総会：中止のため会場キャンセル料	定期総会：オンライン開催
研究協議会	京都府	東京都
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150万円は必要となります。

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。

(2) 委員会の運営に係る必要な事項については、常任理事会が定める。

(3) 委員会の活動状況は、総会に報告するものとする。

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
15. 令和 2年 7月 3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3年7月2日)

役 職	氏 名	所 属
会長	辻本 哲士	滋賀県立精神保健福祉センター
副会長	福島 昇	新潟市こころの健康センター
副会長	平賀 正司	東京都立精神保健福祉センター
副会長	熊谷 直樹	東京都立中部総合精神保健福祉センター
副会長	井上 悟	東京都立多摩総合精神保健福祉センター
副会長	原田 豊	鳥取県立精神保健福祉センター
常任理事	田中 治	青森県精神保健福祉センター
常任理事	白川 教人	横浜市こころの健康相談センター
常任理事	二宮 貴至	浜松市精神保健福祉センター
常任理事	太田 順一郎	岡山市こころの健康センター
常任理事	林 みづ穂	仙台市精神保健福祉総合センター
常任理事	宍倉 久里江	相模原市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
常任理事	波床 将材	京都市こころの健康増進センター
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	佐藤 浩司	群馬県こころの健康センター
理事	藤城 聰	愛知県精神保健福祉センター
理事	北村 登	神戸市精神保健福祉センター
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3年度全国精神保健福祉センター長会会議

日時：令和3年9月27日(月)13:00～14:35
会場：京王プラザホテルおよびWeb会議(zoom)

次 第

開会 13:00 会長挨拶 (敬称略)

1 報告事項

- (1) 厚労省ひきこもり支援委託事業（社会福祉推進事業）について
〔ひきこもり支援に関する関係府省横断会議関連〕（辻本）
- (2) 厚労省災害支援委託事業（障害者総合福祉推進事業）（辻本）
- (3) 厚労省「精神保健医療福祉制度に係る新たな検討会」について（辻本）
- (4) 公衆衛生雑誌「日進月歩」について（辻本）
- (5) 措置入院研修関連の調査について（辻本）
- (6) 地域保健総合推進事業について（原田）
- (7) 依存症対策委員会活動状況について（i-JANPシンポ、ワーカー向け薬物研修等）（白川）
- (8) 照会事項・協議事項データベース化（二宮）
- (9) 令和3年度精神保健指定医講習会（二宮）
- (10) 第117回日本精神神経学会 自殺対策シンポジウム（田中、太田）
- (11) その他

2 協議事項

- (1) 理事担当について（辻本）
- (2) 後援等のありかたについて（辻本）
- (3) 厚労省とのWEB会議（時期、テーマ等）について（辻本）
- (4) コロナ禍、豪雨、その他の支援について（辻本）
- (5) 全国センター長会HP更新及び会報61号の作成について（熊谷）
- (6) 研究倫理審査委員会活動の今後の方向性について（白川）
- (7) 倫理委員会の運営・構成について（太田）
- (8) 企業のホームページに依存症の相談先として精神保健福祉センターを掲載することについて
（白川）
- (9) 大塚製薬ウェブ講演会の後援名義（白川）
- (10) その他

閉会 14:35

令和3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：令和3年4月17日（土）13:30～17:30
オンライン会議（zoom）

次 第

13:30 開会 会長挨拶

（敬称略）

1 報告事項

- (1) 4月異動による会員の変更について（井上）
- (2) 令和3年度センター長会議・研究協議会について（井上）
- (3) 災害時等こころのケア推進委員会の活動について
(災害支援自治体災害時精神保健医療福祉活動マニュアルと厚労科研「R3年度災害派遣精神医療チーム（DPAT）の活動期間及び質の高い活動内容に関する研究」)（辻本）
- (4) 「障害者総合福祉推進事業：精神科医療機関における感染対策」について（辻本）
- (5) 全審連による要検討事例の分析・HPについて（辻本） 資料4
- (6) 公衆衛生情報7月号「コロナ禍における自殺対策・メンタルヘルス対策」（仮）について（辻本）
- (7) いのち支える自殺対策推進センターの活動について（辻本）
- (8) DPAT事務局の活動：「災害派遣精神医療チーム（DPAT）eラーニング研修テキスト」について
(辻本)
- (9) ひきこもり対策活動について（厚労省社会福祉推進事業「いわゆる国府台病院によるひきこもり対策事業」と国のひきこもり対策活動：自民党の動きを中心に）（辻本）
- (10) オンライン診療の初診に適さない薬について（辻本）
- (11) 「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」の制定について（辻本）
- (12) 令和3年度地域保健総合推進事業（ひきこもり）計画について（原田）
- (13) 令和3年度厚生労働省科学研究障害者政策総合研究事業（ゲーム依存：久里浜医療センター主催）
ゲーム障害の判断・治療法の確立に関する研究について（原田）
- (14) 第117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）
- (15) 2020年度依存症全国拠点運営協議会（R3.3.29）について（白川）
- (16) 令和3年度依存症治療拠点・相談員等全国会議（2022.1.28）について（白川）
- (17) 第二回オンラインゲームに関する消費生活相談員向けマニュアル作成に係るアドバイザーミーティング（R3.4.12）について（白川）
- (18) 令和3年度生保ワーカー向け薬物依存症対応基礎研修について（白川）
- (19) 令和3年度SAT-G研修について（白川）

2 協議事項

- (1) 令和2年度事業報告（案）、令和3年度事業計画（案）について（平賀）
- (2) 令和2年度収支決算（案）、令和3年度収支予算（案）について（井上）
- (3) 令和3年度（7月2日（金））の定期総会について（平賀）
- (4) 7月総会・委員改選について（辻本）
- (5) 7月大都市部会について（辻本）
- (6) 倫理委員会の委員変更について（辻本）
- (7) 次回厚労省とのWeb意見交換会について（辻本）
- (8) コロナ禍のセンター活動について（辻本）

- (9) ホームページの更新について (熊谷)
- (10) レンタルサーバのコース変更について (熊谷)
- (11) 全国センター長会の委員会の現状把握について (熊谷)
- (12) 照会・協議事項データベースについて (二宮)
- (13) 厚労科研地域包括ケア班研究分担者について (野口)

17:30 閉会

令和3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2年6月6日(日)13:00～15:50
Web会議

次 第

敬称略

開会 13:00 会長挨拶

1 報告事項

- (1) 厚労省とのWeb意見交換について（辻本）
- (2) 社会医学系専門医協会資格更新について（辻本）
- (3) 公衆衛生情報「精神保健福祉の日進月歩」について（辻本）
- (4) 厚生労働科学研究「DPAT の活動期間及び質の高い活動内容に関する研究」について（福島）
- (5) 令和2年度事業報告（案）、令和3年度事業計画（案）（平賀）
- (6) 令和3年度地域保健総合推進事業（ひきこもり）（原田）
- (7) 令和2～4年度厚生労働省ゲーム障害班研究事業（原田）
- (8) 第117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」（田中）
- (9) 照会事項・協議事項データベース（二宮）
- (10) 厚労科研地域包括ケア分担班について（野口）
- (11) 厚労科研薬物依存症分担班について（白川）
- (12) 厚労科研ギャンブル依存分担班の進捗状況について（白川）
- (13) 消費者庁・オンラインゲームに関する消費生活相談向け対応マニュアルについて（白川）
- (14) その他

2 協議事項

- (1) 7月総会・委員改選（常任理事[会長推薦、役割等]・監事・倫理審査委員）について（辻本）
- (2) コロナ禍のセンター活動について（辻本）
- (3) 全国こころのケア研究協議会について（福島）
- (4) 2021年度全国センター状況調査について（熊谷）
- (5) ホームページ更新・レンタルサーバーコース変更について（熊谷）
- (6) 予算案・補正予算案について（含む研究協議会の準備状況）（井上）
- (7) 研究協議会予算案（熊谷）
- (8) 令和3年度定期総会の進行に関して（平賀）
- (9) 2021年度総会用委員会活動報告（熊谷）
- (10) ダメゼッタイ運動、及びポスター取り扱いについて（白川）
- (11) その他

3 その他

- (1) 2020年度厚労科研松本班 VBPセンター長会議資料（熊谷）

閉会 15:50

令和3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3年9月4日(土)13:00～15:50
Web会議

次 第

敬称略

開会 13:00 会長挨拶

1 報告事項

- (1) 厚労省ひきこもり支援委託事業（社会福祉推進事業）について
〔ひきこもり支援に関する関係府省横断会議関連〕（辻本）
- (2) 厚労省災害支援委託事業（障害者総合福祉推進事業）（辻本）
- (3) 厚労省「精神保健医療福祉制度に係る新たな検討会」について（辻本）
- (4) 公衆衛生雑誌「日進月歩」について（辻本）
- (5) 措置入院研修関連の調査について（辻本）
- (6) 地域保健総合推進事業について（原田）
- (7) 依存症対策委員会活動状況について（i-JANPシンポ、ワーカー向け薬物研修等）（白川）
- (8) 照会事項・協議事項データベース化（二宮）
- (9) 令和3年度精神保健指定医講習会（二宮）
- (10) その他

2 協議事項

- (1) 理事担当について（辻本）
- (2) 後援等のありかたについて（辻本）
- (3) 厚労省とのWEB会議（時期、テーマ等）について（辻本）
- (4) コロナ禍、豪雨、その他の支援について（辻本）
- (5) 第57回全国センター研究協議会および理事会・センター長会議の開催について（熊谷、井上、平賀）
- (6) 全国センター長会HP更新及び会報61号の作成について（熊谷）
- (7) 研究倫理審査委員会活動の今後の方向性について（白川）
- (8) 倫理委員会の運営・構成について（太田）
- (9) 企業のホームページに依存症の相談先として精神保健福祉センターを掲載することについて（白川）
- (10) 大塚製薬ウェブ講演会の後援名義（白川）
- (11) その他

閉会 15:50

令和3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4年1月22日(土)10:00～13:00
オンライン会議：Zoom

次 第

開会 10:00 会長挨拶

(敬称略)

1 報告事項

- (1) 保健所・日本公衆衛生学会による「新型コロナウイルス感染症諸施策に関する意識調査」への調査協力について（辻本）
- (2) 災害支援・DPAT研究班活動等について（辻本）
- (3) 自殺対策の現状について（辻本）
精神保健福祉法委員会・自殺予防に関する委員会について（二宮）
- (4) 療育手帳のあり方検討について（辻本）
- (5) 研究協力の依頼：精神保健福祉センターの薬物回復プログラムを利用しているMSM
およびHIV陽性者にとってのプログラムの意義と効果 <杏林大学 大木先生>
(平賀・辻本)
- (6) 令和3年度地域保健総合推進事業（報告）（原田）
- (7) 薬物依存症スティグマ尺度開発調査について（白川）
- (8) 照会事項・協議事項のデータベース化について（二宮）
- (9) その他

2 協議事項

- (1) 2月25日の全審連・センター長会について（辻本）
- (2) 「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」の今までと
これからについて（辻本・二宮）
- (3) 現状のコロナ感染症対策の整理について（辻本）
- (4) 現状のひきこもり対策の整理について（辻本）
- (5) 第118回日本精神神経学会総会について（辻本）
第118回日本精神神経学会自殺対策シンポジウム（田中）
- (6) 国の啓発事業の整理について（辻本）
- (7) 会報第61号の進捗・ホームページ更新について（熊谷）
- (8) 令和3年度、4年度のセンター長会スケジュール（平賀・事務局）
- (9) その他

3 その他

閉会 13:00

令和3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3年7月2日（金）11:00～12:00
Web会議

次 第

開会 11:00

総会議決事項について

- (1) 令和2年度事業報告案、令和2年度収支決算案、会計監査報告
- (2) 令和3年度事業計画案、令和3年度収支予算案
- (3) 役員改選（会長選出、副会長・常任理事、理事、監事、倫理審査委員選出）、役割分担

第57回全国精神保健福祉センター研究協議会会場について

閉会 12:00

令和 2 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 3 年 9 月 27 日(月)10：30～11：30

会場:京王プラザホテルおよび Web 会議(zoom)

次 第

開会 10:30 会長挨拶

(敬称略)

1 報告事項

- (1) 厚労省ひきこもり支援委託事業（社会福祉推進事業）について
〔ひきこもり支援に関する関係府省横断会議関連〕（辻本）
- (2) 厚労省災害支援委託事業（障害者総合福祉推進事業）（辻本）
- (3) 厚労省「精神保健医療福祉制度に係る新たな検討会」について（辻本）
- (4) 公衆衛生雑誌「日進月歩」について（辻本）
- (5) 措置入院研修関連の調査について（辻本）
- (6) 地域保健総合推進事業について（原田）
- (7) 依存症対策委員会活動状況について（i-JANP シンポ、ワーカー向け薬物研修等）（白川）
- (8) 照会事項・協議事項データベース化（二宮）
- (9) 令和 3 年度精神保健指定医講習会（二宮）
- (10) 第 117 回日本精神神経学会 自殺対策シンポジウム（田中、太田）
- (11) その他

2 協議事項

- (1) 理事担当について（辻本）
- (2) 後援等のありかたについて（辻本）
- (3) 厚労省との WEB 会議（時期、テーマ等）について（辻本）
- (4) コロナ禍、豪雨、その他の支援について（辻本）
- (5) 全国センター長会 HP 更新及び会報 61 号の作成について（熊谷）
- (6) 研究倫理審査委員会活動の今後の方向性について（白川）
- (7) 倫理委員会の運営・構成について（太田）
- (8) 企業のホームページに依存症の相談先として精神保健福祉センターを掲載することについて
（白川）
- (9) 大塚製薬ウェブ講演会の後援名義（白川）
- (10) その他

閉会 11:30

令和3年度全国精神保健福祉センター長会理事会（第3回）

日時：令和4年2月25日(金)09:00～10:00
オンライン会議：Zoom

次 第

開会 09:00 会長挨拶

(敬称略)

1 報告事項

- (1) 保健所・日本公衆衛生学会による「新型コロナウイルス感染症諸施策に関する意識調査」への調査協力について（辻本）
- (2) 災害支援・DPAT研究班活動等について（辻本）
- (3) 自殺対策の現状について（辻本）
精神保健福祉法委員会・自殺予防に関する委員会について（二宮）
- (4) 療育手帳のあり方検討について（辻本）
- (5) 令和3年度地域保健総合推進事業（報告）（原田）
- (6) 薬物依存症スティグマ尺度開発調査について（白川）
- (7) 照会事項・協議事項のデータベース化について（二宮）
- (8) 令和3年度、4年度のセンター長会スケジュール（平賀）
- (9) 自治体に対する人権救済申立事件の勧告について（辻本）
- (10) DPAT運営協議会について（辻本）
- (11) 厚労R3年度障害者総合福祉事業「自治体の災害時の精神保健医療福祉対策にかかる実態把握及び取り組みのあり方の検討」（日本医療政策機構）について（辻本）
- (12) 「精神保健福祉センター職員向けRAPID-PFAマニュアル使用のための講習会」について（辻本）
- (13) R4年度精神保健指定医研修会の講師派遣について（辻本）
- (14) 精神障害者保健福祉手帳の申請書用及び診断書用チェックリストについて（辻本）
- (15) その他

2 協議事項

- (1) 「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」の今までとこれからについて（辻本・二宮）
- (2) 現状のコロナ感染症対策の整理について（辻本）
- (3) 現状のひきこもり対策の整理について（辻本）
- (4) 第118回日本精神神経学会総会について（辻本）
第118回日本精神神経学会自殺対策シンポジウム（田中）
- (5) 国の啓発事業の整理について（辻本）
- (6) 会報第61号の進捗・ホームページ更新について（熊谷）
- (7) その他

3 その他

閉会 10:00

第 II 部

ブロック会議等

【ブロック会議等】

2021 年度のブロック会議・大都市部会の開催状況

新型コロナウイルス感染症の影響により、開催されたブロック等ではすべてオンラインを用いたものであった。下表は、2021 年度の各ブロック会議及び大都市部会の開催状況についてまとめたものである。今号においては、中止のものを除いて、8 つの会議の報告を掲載する。

(表)

ブロック/部会	担当センタ ーの自治体	開催状況
東北・北海道	青森県	オンラインで開催
関東甲信越	千葉市	オンラインで開催
中部・近畿	名古屋市	オンラインで開催
中部	静岡県	オンラインで開催
近畿	奈良県	オンラインで開催
北陸	富山県	オンラインで開催
中国・四国		中止
九州	鹿児島県	所長会はオンライン、研究協議会は書面で開催
大都市部会 I	さいたま市	オンラインで開催

【ブロック会議等】

(文中、敬称略)

令和3年度 北海道・東北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3年6月4日（金）

開催会場：WEB開催

事務局：青森県立精神保健福祉センター

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3年6月4日（金）15:45-17:00

・あいさつ 青森県立精神保健福祉センター所長 田中治

・協議内容

(1) 令和2年度事業報告及び収支決算報告（案）

(2) 会計監査報告

事業報告及び収支決算報告と併せて原案通りに承認された

(3) 令和3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

北海道・東北ブロック：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

原案通り承認された

令和4年度：秋田県 5年度：札幌市 6年度：岩手県 7年度：宮城県

8年度：山形県 9年度：福島県 R4-R8抄録集：山形県

・意見交換

アルコール依存症の手帳判定、転倒予防のための身体拘束、新型コロナウイルス感染症対応に関する意見交換がなされた。

◎ 事業情報交換会、意見交換会、研究協議会

新型コロナウイルス感染拡大防止のため中止された。

【ブロック会議等】

令和3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

担当：千葉市こころの健康センター

日時：令和3年12月3日（金） 9時50分～15時30分

開催方法：ウェブ会議システムによるオンライン開催

参加状況：関東・甲信越ブロック所属の全18センター 計81名（テーマ1 53名、テーマ2 59名）

新型コロナウィルス感染予防のため、すべてウェブ会議方式とした。今回は、講演会は行わず、協議会は午前にテーマ1、午後テーマ2について討議する形式とした。

協議会：

【テーマ1】「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム構築に向けた取り組み」

この事業は、国より各自治体に実施が要請されているが、事業内容が多岐に及ぶこと、実施方法の自由度が高いことから、各地で現在どのような状況にあるのか把握しにくい。各地の実施状況について現状を報告してもらい、意見交換することを目的としてテーマとして設定した。協議の場はほとんどセンターが実施していた（一部準備中）。普及啓発、家族支援、アウトリーチは半分程で実施していた。もっとも一般市民に対する啓発活動は簡単ではないようである。ピアソポーターは多くの自治体で実施していた。一方、住まいの確保と構築推進サポート事業は実施している自治体は少なかった。その他の事業で、措置入院者の退院後支援などがあげられた。コロナ禍によって事業の縮小を余儀なくされた例も多かった。

【テーマ2】「依存症（回復プログラム、コロナ対応、ギャンブル・ゲーム）」

依存症相談拠点機関となっているセンターが多いが、依存症問題に対する取り組み状況（普及啓発、他機関との連携状況、問題点等を含む）、さらに新型コロナ感染の影響について各センターにおける状況の報告をしてもらった。依存症の中でも最近は行動嗜癖（ギャンブル、ゲーム等）に対する対策が新たに必要とされるようになり、対応できる医療機関も少ないなか、センターにおける相談支援も困難さも増していると思われる。情報共有と意見交換を目的としてテーマを設定した。すべてのセンターで、当事者または家族対象のアルコール・薬物のプログラムを実施していた。新型コロナ感染による緊急事態宣言で中止を余儀なくされたところが多いが、オンラインに切り替えて実施したセンターもあった。オンラインは、個人情報保護上の制約も大きいが、圏域の広い県センターでは有効性が期待できる。ギャンブルは、専門回復プログラムを実施しているところが約1/4、実施していないところが約1/2、アルコール・薬物のプログラムに参加させているところが約1/4であった。参加者が少ないという報告もいくつかあったが、平日開催では参加しにくいことが影響しているかもしれない。ゲームに関しては、プログラム実施はなく、今後の検討課題である。

【ブロック会議等】

令和3年度中部・近畿ブロック精神保健福祉センター長会

開催日時:令和4年1月28日(金)14 時~17 時 30 分

開催方法:Web 会議システム(Zoom)によるオンライン会議

事務局:名古屋市精神保健福祉センター

出席:(中部ブロック)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

(近畿ブロック)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

1 開会挨拶 名古屋市精神保健福祉センター 所長 安井 祐

2 照会事項

(1)【判定業務】都道府県をまたぐ施設入所者等に係る自立支援医療(精神通院医療)の実施主体(都道府県)の考え方について(福井県)

(2)【判定業務】精神障害者保健福祉手帳交付に係る年金受給状況調査の結果、年金支給事由は知的障害であるが、年金申請時の診断書に精神疾患名がある場合の、手帳交付の取扱いについて(岐阜県)

(3)【判定業務】精神障害者保健福祉手帳や自立支援医療(精神通院医療)の申請書として、住所や氏名、およびマイナンバーを事前に窓口側で印字したもの等の使用について(愛知県)

(4)【判定業務】18歳未満の自立支援受診者において、受診者とその保護者の居住地が異なる場合の申請窓口について(愛知県)

(5)【判定業務】自立支援医療(精神通院医療)の再認定時における、所得区分の判定の課税年度の基準について(愛知県)

(6)【判定業務】精神障害者保健福祉手帳の審査においての依存症病名の取扱いについて(神戸市)

(7)【精神医療審査会】精神医療審査会における医療保護入院届の『医療保護入院の必要性欄』への記載について(滋賀県)

(8)【相談業務】精神保健福祉センター等における精神保健相談のオンライン化の実施状況について(京都府)

(9)【相談業務】「こころの電話相談」について(堺市)

(10)【自殺対策】新型コロナウイルス感染症感染拡大の影響における若年層及び女性を対象とした自殺対策の取組について(静岡県)

(11)【依存症対策】アルコール問題に対する地域での身体科治療機関との連携や支援体制の構築・推進方法について(名古屋市)

(12)【にも包括】ピアソポーター加算研修の実施における現状での取り組みや実施の予定について(名古屋市)

3 情報交換 照会事項(6)と(11)について情報交換

4 情報提供 【判定業務】医療機関宛て照会システムの案内(資料提供)(愛知県)

5 講演 テーマ「ゲーム障害と電子スクリーン症候群(ESS)」

講師 予防医療研究所代表 藤田医科大学客員教授 磯村 毅(いそむら たけし)先生

6 次回開催地挨拶 福井県総合福祉相談所 所長 岸野 徹

7 閉会

8 懇談会 磯村先生を囲んでの懇談会(自由参加)

【ブロック会議等】

令和3年度中部ブロック精神保健福祉センター長会議・連絡協議会

開催日時 令和3年9月7日（火）午後1時30分から4時30分まで
開催場所（方法）Web会議システム Zoom
事務局センター 静岡県
参加センター 富山県、石川県、福井県、岐阜県、静岡市、浜松市、愛知県、名古屋市、三重県（10か所、25人）

次 第

1 開会

- (1) 挨拶
- (2) 出席者の自己紹介

2 講演

- (1) 「熱海市伊豆山地区土砂災害における静岡D P A Tの活動と課題」
講師 静岡県こころの医療センター 鈴木 健一 氏
- (2) 質疑応答

3 照会事項・協議事項の供覧及び意見交換

- | | |
|--|-----|
| (1) 電話相談の開設状況（相談内容別の電話番号設置状況） | 岐阜県 |
| (2) 電話相談の実施状況（リピーターへの対応・対策） | 岐阜県 |
| (3) 電話相談の実施状況（自殺のほのめかし電話への対応・連携） | 石川県 |
| (4) 若者の自殺予防対策の取組み状況・教育行政との連携 | 石川県 |
| (5) 自殺対策計画策定進捗状況の把握、保健所・市町支援 | 静岡県 |
| (6) 精神障害者保健福祉手帳・自立支援医療（精神通院）のデータ入力作業の省力化（市町と県の重複入力作業の工夫） | 福井県 |
| (7) 精神医療審査会及び合議体審査（審査員の業務負担軽減） | 富山県 |
| (8) ひきこもり支援センターの市町・家族会等への支援 | 静岡県 |
| (9) コロナ禍での依存症対策実施上の工夫 | 静岡県 |

【ブロック会議等】

(文中敬称略)

令和3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3年9月3日(金) 14:00~17:15

開催場所:奈良県橿原総合庁舎 101会議室 (Web開催)

出席者:滋賀県、京都府、京都市、大阪府、大阪市、堺市、兵庫県、神戸市、和歌山県、奈良県
(計:15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1名参加)

1)開会(挨拶) 奈良県精神保健福祉センター 所長 山田 全啓

2)照会事項

- ① 自殺対策の統計について
- ② 女性をターゲットにした自殺予防に関する具体的取組内容について
- ③ 自殺対策の若年層対策について
- ④ 依存症対策関連事業における、児童や教育部局との連携や共同事業について
- ⑤ ひきこもり支援における多職種専門チームの設置状況について
- ⑥ ひきこもり実態調査の実施状況とその影響について
- ⑦ 退院等請求(特に処遇改善請求)のうち、早急な対応を要すると判断される案件への対応について
- ⑧ 代理人弁護士による退院請求・処遇改善請求について
- ⑨ 精神障害者保健福祉手帳の判定可否基準について(定期的な外来通院が必要とされない発達障害の場合について)
- ⑩ 自立支援医療(精神通院)の医療機関変更申請及び受給者証申請受付における遡及処置について
- ⑪ 相談利用者の権利擁護にかかる弁護士等からの情報提供依頼について
- ⑫ 精神保健福祉法第26条通報において、申請受理後に診察不要となったケースへの支援の取り組みについて
- ⑬ Googleマイビジネスへの登録の有無、および、質問への対応について
- ⑭ 精神保健福祉センターのメールアドレスの公開の有無、および、メールでの個別相談への対応について
- ⑮ コロナ禍におけるゲートキーパー養成研修の工夫について
- ⑯ 新型コロナウイルス感染症の拡大とともに精神保健福祉センターの相談対応について

3)災害時等対応連絡会議(今年度は「新型コロナ感染症対応」に関する講演・話題提供と意見交換)

「新型コロナ感染症対策について」

奈良県中和保健所・精神保健福祉センター所長 山田 全啓

「精神科病院におけるコロナウイルスのクラスターへの対応について」

医療法人三幸会 第二北山病院 院長 土田 英人

「新型コロナウイルス感染症の心のケアへの対応について」

兵庫県こころのケアセンター センター長 加藤 寛

4) その他 次回開催県あいさつ 酒井 ルミ(兵庫県)

※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開催

【ブロック会議等】

(文中、敬称略)

令和3年度北陸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4年3月10日（木）10:00～11:30

開催方法：Web会議システム（Zoom）によるオンライン開催

担当：富山県心の健康センター

参加者：石川県、福井県、富山県

1 開会挨拶 富山県心の健康センター 所長 麻生 光男

2 各センターより自己紹介

3 照会事項（情報交換）

（1）精神保健福祉センターと保健所の連携・役割分担について（石川県）

（2）児童青年精神科医との関わりについて（富山県）

（3）精神保健福祉手帳の返戻について（福井県）

（4）自立支援医療における2か所以上の薬局の指定について（富山県）

（5）ひきこもり対策連絡協議会の運営状況と活用について（福井県）

（6）ひきこもり多職種専門チームの運営方法と活用状況について（富山県）

（7）精神医療審査会のオンライン実施について（福井県）

4 その他

5 閉会

【ブロック会議等】

令和3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

1 日 時：令和4年2月3日（木）13時30分～15時

2 場 所：オンライン（所長会議）

書面（研究協議会）

3 参加者：福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、沖縄県、福岡市、北九州市、熊本市、鹿児島県の各センター長（所長会議）

4 内 容

所長会議 協議事項

- 1, 新型コロナウィルス対策における精神保健福祉センターの今後のあり方について（鹿児島県提案）

研究協議会 情報交換事項

- 1, 業務の軽減について（佐賀県提案）
- 2, 精神障害者保健福祉手帳及び精神通院医療の判定件数等について（福岡県提案）
- 3, コロナウィルス感染症拡大防止のため、診断書提出猶予にて精神障害者保健福祉手帳を更新した者への対応について（北九州市提案）
- 4, ひきこもり未受診（または未診察）例の手帳判定について（佐賀県提案）
- 5, 精神障害者保健福祉手帳の等級判定の基準について（佐賀県提案）
- 6, 「精神障害者保健福祉手帳の障害等級判定基準の運用に当たっての留意事項」の「長期間の薬物治療下」について（大分県提案）
- 7, 障害者手帳申請書及び自立支援医療費（精神通院医療）支給認定書に添付される診断書の有効期限について（大分県提案）
- 8, 精神通院医療の医療機関変更について（福岡県提案）
- 9, メールによる退院等請求について（佐賀県提案）
- 10, 精神医療審査会における入院診療計画書の取り扱いについて（熊本県提案）
- 11, 50代のひきこもりの方への支援について（福岡県提案）
- 12, ひきこもりの訪問支援について（福岡県提案）
- 13, ひきこもり支援体制について（熊本県提案）
- 14, 自殺予防電話相談にかかる困難事例への対応について（北九州市提案）
- 15, 自殺予防対策にかかる若者や女性支援担当部署との連携について（北九州市提案）
- 16, 若年層、女性、生活困窮者等の自殺予防対策について（佐賀県提案）
- 17, 女性のアルコール問題への支援・アプローチについて（佐賀県提案）
 - ① 女性のアルコール問題に関する相談は増加傾向にあるか
 - ② 女性のアルコール問題についての普及啓発、研修会等を行っているか
 - ③ 他機関の女性相談窓口との連携はあるか
 - ④ 女性のアルコール関連問題に対して何か特別な支援を行っているか
- 18, 精神保健福祉センターにおける特別障害者手当の判定依頼について（佐賀県提案）

【ブロック会議等】

令和3年度全国精神保健福祉センター長会・大都市部会

参 加:札幌市、仙台市、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、京都市、大阪市、堺市、神戸市、岡山市、北九州市、福岡市、熊本市、センター長会会長(オブザーバー)(合計 25人)

事務局:さいたま市

開催日:令和4年1月14日(金) 13時30分～15時30分

令和3年度全国精神保健福祉センター長会・大都市部会につきましては、新型コロナウイルス感染症の拡大状況を鑑み、一堂に会しての開催を見送り、大都市部会としては初めてとなるウェブ会議を1回開催しました。また、照会回答業務にかかる各センターの負担軽減を図るため、議題を絞って情報の共有や意見交換を行いました。

照会事項

番号	照会事項	提案自治体名
1	自立支援医療(精神通院医療)、精神保健福祉手帳の判定における診断書の有効期限について	札幌市
2	センター事業におけるウェブ会議システム(ZOOM等)の活用について	さいたま市

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ついて、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）	運営に関する役員（会長、副会長、常任理事、理事） 宮川治（沖縄県）
構成 ：委員会委員 23 オブザーバー 1	
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 ：(前総会以後の活動の概要) 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：テーマは、子どもの手帳判定、てんかんの手帳判定、高次脳機能障害の手帳判定、ひきこもり状態で受診困難な事例の手帳判定、脳波検査のみのてんかんの自立支援医療、器質性精神疾患の自立支援医療の対象範囲、自閉症等の訪問看護の自立支援医療の対象範囲等。 ミニシンポジウムは、昨年度以来の新型コロナ感染症の蔓延の影響で開催できなかった。	

【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	運営に関する役員（会長、副会長、常任理事、理事） 太田順一郎、小原圭司、藤城聰
構成：委員会委員 18、オブザーバー 1	
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. 依存症に係る調査研究事業有識者会議 2. 依存症専門医療機関相談員等全国会議 3. アルコール健康障害対策関係者会議 4. 消費者庁・オンラインゲームに関する消費生活相談員向けマニュアル作成に係るアドバイザーミーティング 5. 厚労科研；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 6. 厚労科研；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 7. ゲーム障害の診断・治療法の確立に関する研究班（研究代表者：松崎尊信／久里浜医療センター） ゲーム依存症相談対応マニュアル作成 8. その他外部機関との協働	
活動状況： 1～4. 委員として参画。5. 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」 SAT-G 研修をウェブにて 3 回実施し、全精神保健福祉センターに SAT-G を普及。併せて SAT-G 研修実施状況および SAT-G 利用状況、コロナ化の依存症対策事業への影響調査を実施。「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」報告書 3 報及び R1～R3 年度分まとめ報告書並びに「精神保健福祉センターにおけるギャンブル等依存症の回復プログラム実施状況調査研究 報告書～東京都を例にして～」を作成した。 6. 生活保護担当者向け薬物依存症対応研修をウェブにて実施、テキストを作成。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」報告書 3 報及び R1～R3 年度分まとめ報告書、さらには「薬物を使用した人に対する意識・態度の調査 調査報告書」を作成した。 7. ゲーム障害の診断・治療法の確立に関する研究班（研究代表者：松崎尊信／久里浜医療センター） ゲーム依存症相談対応マニュアルを協力し作成した。	

【委員会活動】

委員会の名称：自殺対策委員会	
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検討することにより、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	運営に関与する役員 （会長、副会長、常任理事、理事）
構成： 会員 15, オブザーバー 1	
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： <p>毎年開催される日本精神神経学会学術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。2021年9月には、第117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ただき、関係者との活発な討論となった。今年度も、第118回日本精神神経学会学術総会において、シンポジウムを2022年6月17日に開催予定である。学会での発表内容は、学会誌に抄録を掲載し、その後、日本精神神経学会誌での論文化をはかっていくこととする。</p>	

【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	運営に関与する役員 （会長、副会長、常任理事、理事） 原田、白川、林、小野、宮川、佐藤、 藤城、野口
構成： 委員会委員 21人、オブザーバー2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. 令和3年度 厚生労働科学研究費補助金「災害派遣精神医療チーム（DPAT）の活動期間及び質の高い活動内容に関する研究」 2. 全国こころのケア研究協議会 3. DPAT 運営協議会 4. 日本精神神経学会災害支援委員会	
活動状況： 1. 令和3年度 厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）「災害派遣精神医療チーム（DPAT）の活動期間及び質の高い活動内容に関する研究」に協力し、全国の精神保健福祉センターを対象とする調査を行った。 2. 全国こころのケア研究協議会を広島県と共に開催し、ハイブリッド方式で開催した。 3. DPAT 運営協議会に辻本会長が出席した。 4. 第118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「新型コロナウイルス感染後の遷延する精神・神経症状への理解と対応」に企画協力した。	

【委員会活動】

委員会の名称：地域包括ケアシステム委員会

1. 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

関与役員（副会長、常任理事、理事）

熊谷直樹副会長、野口正行常任理事

構成：委員 27 人、オブザーバー19 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)

- 厚労省検討会の<にも包括>に関すること
- 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
- 厚生労働省精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援事業

活動状況：(前総会以後の活動の概要)

- 地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会の<にも包括>に関する項目の検討をコアメンバーで行った。
- 厚労科研地域包括ケア班に野口が研究分担者として、林仙台市センター長、熊谷東京都中部センター長が研究協力者として、太田岡山市センター長がオブザーバーとして参加した。
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援事業に広域アドバイザーとして、佐藤群馬県センター長と野口が参加した。

【委員会活動

委員会の名称 : ひきこもり者支援検討委員会	
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	運営に関与する役員 (会長、副会長、常任理事、理事) 副会長
構成 : 委員 25 人、オブザーバー4 人 ※地域保健総合推進事業の委員を計上	
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 : <p>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。令和3年度は、ひきこもり相談実践研修会1回（基礎編、応用編2回に分けてリモートにて開催）、地域包括ケアシステムにおけるひきこもり支援研修会1回、ひきこもり地域支援研修会（ひきこもり地域支援センターと連携したひきこもり支援研修会）、地域包括によるひきこもり相談支援リモート研修会1回を開催し、報告書を作成した。また、研修申込者を対象に、講義内容の録画配信を行い、講義資料は、全国精神保健福祉センター長会ホームページに公開している。</p> <p>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が運営されており、令和3年度は、地域保健総合推進事業と合同で研修会等を開催し、4年度も合同開催の予定である。</p>	

【委員会活動】

委員会の名称：指定医・専門医制度委員会	
<p>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、次の精神保健福祉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。</p>	
代表者 ：二宮貴至	運営に関与する役員（会長、副会長、常任理事、理事） 宮川治
<p>構成：委員 15 人、オブザーバー 1 人</p>	
<p>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) ・令和 4 年度精神保健指定医研修会（新規研修 3 回・更新研修 9 回）</p>	
<p>活動状況：(前総会以後の活動の概要)</p>	
<p>【指定医について】</p> <p>厚生労働省は令和 3 年 10 月から「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」を開始しており、次の精神保健福祉法改正も近いと思われる。本委員会では平成 29 年の「これから的精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」で全国精神保健福祉センター長会として提出した「地域精神保健医療福祉の機能強化と精神保健指定医の質の向上に向けての提言」をもとに、地域精神保健福祉に積極的に関与する「精神保健福祉指定医」を再提案した。</p> <p>令和 3 年度の精神保健指定医研修会については、例年の研修会に加えて、COVID-19 対応で令和 2 年度に中止となった前年度の更新研修が上乗せとなつたことから、新規講習 3 回と更新講習 11 回について「精神障害者の社会復帰及び精神障害者福祉」の科目を本委員会メンバーが講師を務めた。令和 4 年度については、例年どおり新規講習 3 回と更新講習 9 回となり、計 12 回を本委員会メンバーが講師を務める予定である。令和 4 年 4 月 3 日には Zoom ミーティングで研修資料に関する検討会を開き、講義目的の確認と内容の刷新を行っている。</p> <p>【精神科専門医について】</p> <p>令和 2 年 12 月に沖縄県立総合精神保健福祉センターで初めて精神科専攻医（後期研修医）を 1 名受け入れ、マーリングリストでその進捗を報告し情報共有した。令和 3 年度 2 名受け入れ、令和 4 年度は更に改善した研修メニューを作成したうえで研修医を迎える予定である。専門医研修の様子を詳細に情報発信しながら、精神保健福祉に親和性のある若手精神科専門医の育成について検討したい。</p>	

【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、その基盤と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需給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開発し、定着していくことを目的とする。

代表者： 辻本哲士	運営に関与する役員 (会長、副会長、常任理事、理事)
------------------	-----------------------------------

構成：委員 5 人、オブザーバー 3 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)

- ・令和 3 年度厚労科研「精神保健医療福祉施設におけるトラウマ（心的外傷）への対応の実態把握と指針開発のための研究」
- ・令和 3 年度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）「持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究」

活動状況：

令和 3 年度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）「持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究」の開催する研究会等に参画し、基準病床算定式、指標例についての意見を述べた。

第 IV 部

調査研究

【調査研究】

令和3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、重層的支援体制をはじめとした地域包括ケアシステムによる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　　滋賀県立精神保健福祉センター
統括者　原田　豊　　鳥取県立精神保健福祉センター

A. 目的

近年、保健所や精神保健福祉センターにおいて、ひきこもり者の精神保健相談が増加し、かつ、その内容がより複雑困難化しており、平成29年度から「ひきこもり相談支援実践研修会」等を開催している。令和3年度は、「(A)ひきこもり相談支援実践研修会」「(B)地域包括ケアシステムによるひきこもり支援研修会」に加えて、ひきこもり地域支援センター全国連絡協議会と連携した、「(C)ひきこもり地域支援研修会(ひきこもり地域支援センター全国連絡協議会と連携した研修会)」をハイブリッド形式で開催した。また、開催にあたって、コロナ感染拡大がひきこもり支援に与える影響について、全国のひきこもり地域支援センターを対象にアンケート調査を実施し、結果を報告した。一方、8050問題等で、地域包括支援センターや市町村が今後ひきこもり事例に対応する機会が増加すると考えられ、リモート形式にて、「(D)地域包括によるひきこもり相談支援リモート研修会」を新たに企画、開催した。いずれの研修会においても、事後アンケートを実施し、ひきこもり支援に関する現状と課題を把握し、ひきこもり支援の課題、今後の支援について検討を行った。また、研修会で行った講義の内容を、それぞれの研修会の参加者(申し込み多数で、参加できなかった申込者を含む)に、復習、研修等への利用ができるようにYouTubeによる録画配信を行った。

B. 結果

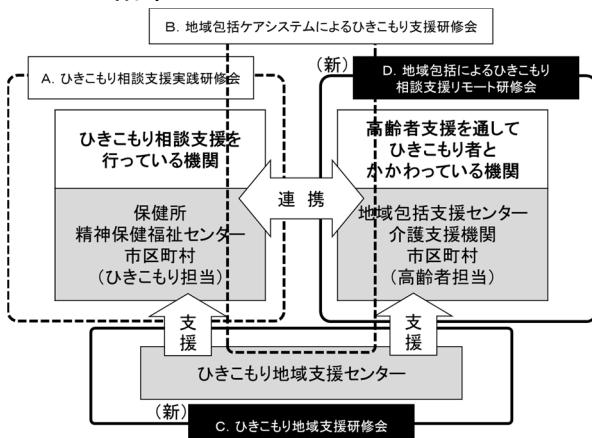


図1 令和3年度研修会の開催

1. 研修会の開催状況

(A) ひきこもりの相談支援実践研修会

第1回(基礎編)を令和3年10月4日、第2回(応用編)を11月28日に、リモート形式にて開催した。全国46都道府県より207人の参加を得た。参加機関は、保健所が101人(うち、保健所長の参加は13人)、精神保健福祉センター57人、市区町村34人など、職種は、医師18人、看護師・保健師102人、福祉職(精神保健福祉士等)43人、心理職26人などであった。

【開催内容】

第1回 ①講義A「ひきこもりの基礎理解」／「ひきこもり相談への対応と支援」／講義B「中高年層のひきこもりについて」「8050問題について」／講義C「発達障害の

理解と支援」、②質問・まとめ。第2回 ③講義D「30歳危機～ひきこもり予備軍への関わり～」、④ひきこもり支援活動の紹介(浜松市、滋賀県)、⑤事例紹介、⑥質問・まとめ。

(B) 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

令和3年12月3日、沖縄県医師会館(沖縄県那覇市)にて、沖縄県立総合精神保健福祉センターの協力を得て、講義形式にて開催した。参加者103人。機関は、市町村33人、地域包括支援センター23人、社会福祉協議会15人、生活困窮者支援相談窓口9人、保健所8人等であり、職種は、看護師7人、保健師22人、社会福祉士16人等であった。講義に加え、開催地より、沖縄県ひきこもり専門支援センターの実績、沖縄県におけるひきこもり支援の現状と今後、事例4例についての報告があった。

(C) ひきこもり地域支援研修会

令和3年12月10日、ホテルグランヴィア岡山(岡山市)にて、ハイブリッド形式にて開催した。参加者83人(会場21人、リモート62人)。講義に加え、厚生労働省より行政説明「ひきこもり支援施策の動向」が行われ、「コロナ禍のひきこもり支援～ひきこもり地域支援センターの活動報告」と題したシンポジウムでは、高知県、相模原市、岡山市より報告があった。また、「コロナ感染拡大におけるひきこもり支援に与える影響についてのアンケート調査」の報告が行われた。

(D) 地域包括によるひきこもり相談支援リモート研修会

令和3年12月13日、リモート形式にて開催した。参加者279人、15自治体の精神保健福祉センターより、各圏域の市町村、地域包括支援センター等に参加を依頼した。参加機関は、市町村63人、地域包括支援センター193人など、職種は、看護師10人、保健師85人、社会福祉士76人等であった。

なお、研修会(A)及び(D)の講義を、後日、研修会の参加者(申し込み多数で、参加できなかつた申込者を含む)に、復習、研修等への利用ができるYouTubeによる録画配信を行った。

C. 考察、結論

多くの参加者がすでにひきこもり相談を経験しており、アンケートでは、「ひきこもり支援は、月、年単位で長期に関わる必要がある」という共通認識が持たれるようになってきている。一方で、8050問題にみられる中高年層のひきこもり相談の増加や、市町村でのひきこもり相談が増加してきている。しかしながら、ひきこもり相談の内容は複雑化し、市町村のみで対応をすることは難しく、市町村や地域包括支援センターなどへの支援、各関係機関との連携、支援体制の充実が必要とされている。今後も、これらの課題を念頭に入れ、研修会を継続していく予定である。

【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

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

研究責任者： 藤井 千代（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

研究分担者： 野口 正行（岡山県精神保健福祉センター）

研究協力者： 熊谷直樹（東京都立中部総合精神保健福祉センター）

オブザーバー： 太田順一郎（岡山市こころの健康センター）

研究の背景と目的

令和2年度には厚生労働省主催の「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」が行われ、市町村を中心とし、保健所と精神保健福祉センターが重層的に市町村を支える体制の構築がこれからの自治体精神保健の中心的な課題とされた。この検討会でも明らかになったように、精神保健相談に関して困難を抱える市町村が半数近くに上る。このため、令和3年度の研究班では、市町村の精神保健の中心的な職種である保健師が、精神保健に関する相談業務に携わる際の基本的な手引きを作成するとともに、研修コンテンツの作成を行うことになった。

方法

研究班にて、手引き作成グループと研修コンテンツ作成グループに分けて作業を行った。手引き作成グループでは、手に取って読みやすいレイアウトで、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の基本的な考え方、精神保健相談の対応の基本、市町村の部署間連携（横串）の行い方、保健所や自治体など機関間の連携（縦串）の相談、地域課題の考え方などについて作成した。これを普及版とともに、上記の内容について考え方をより深く理解するための詳細版を作成した。

研修コンテンツ作成グループでは、全国精神保健福祉相談員会が行っているモデル市町村の保健師への研修を行い、意見をもらいながら、コンテンツ修正を行った。

結果／進捗

手引きの普及版と詳細版は「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援情報ポータル」(<https://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/ref.html#sec02>)に掲載されている。研修コンテンツは短い動画にするなど現在作成中である。

考察

今回の手引きでは、市町村の保健師が精神保健に関する課題を有する人たちの相談や訪問に当たっての基本的な考え方や支援方法を示したが、そこから地域課題を抽出し、それを協議の場で話し合い、支援体制を施策化するなど企画立案段階については、今後の検討を行うことになっている。また精神保健相談をどの部署がどのように受けるのか、ほかの部署が受けた相談をどのように専門的な部門が対応するのかなどの流れについても今後の検討が必要である。これらについては次年度以降の課題である。

【調査研究】

令和3年度（2021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」

（研究分担者 松田 ひろし）

（研究協力者 太田 順一郎、白川 教人、辻本 哲士）

【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、全国の精神医療審査会合議体委員および事務局を対象として、精神医療審査会制度の運用に関するアンケート調査を実施した。

【方法】(1) 令和2年度（2020年度）の精神保健福祉資料および衛生行政報告例から2019年度の精神医療審査会関連データを抜粋して集計・可視化し、審査会活動の動向を分析した。(2) 令和3年（2021年）7月から8月にかけて、全国67の精神医療審査会事務局を対象として、約20項目にわたる令和2年度の運用実績調査（事務局調査）、および合議体委員と事務局員（計1,892人）を対象として、審査会運用に関する約70項目にわたるアンケート調査（合議体委員調査）を実施した。

【結果】(1)衛生行政報告例によれば、書類審査件数は近年27万件台で微増しているのに対して、退院等の請求受理件数は2019年、2020年で10%以上増加している。精神保健福祉資料によれば、2019年度、退院請求は4,102件が新規に受理され（前年度は3,730件）、前年度からの繰り越し案件259件と併せて2,719件が審査に付された。その結果、93.6%が現状維持（請求棄却）となっていた。請求受理から結果通知までの審査期間は平均32.8日であった。処遇改善請求についても、649の審査案件の93.5%が棄却されていた。(2)①事務局調査には全国67の全審査会から回答があり、2020年度には222の合議体で1,888回の合議が開催されていた。合議体の構成員は予備委員を含めて1,571人で、医療委員が53.6%、法律家委員が22.4%、保健福祉委員が25.0%という比率であった。医療委員が2人の合議体は6審査会の10合議体（4.5%）であった。合議体の開催時間や書類の返戻率、審査様式には地域差が大きかった。退院請求の審査状況は前年度と同様であったが、代理人弁護士による請求では請求棄却となる比率が84%で、弁護士が付かない請求より9.8ポイント低かった。退院等の請求が1件もなかった病院が46.7%あった。現地意見聴取に赴く委員数や請求棄却以外の審査結果通知日数もばらついていた。②合議体委員調査では、609人（32.2%）から回答があった。回答した合議体委員の比率は、事務局調査の結果とほぼ同じであった。

虐待加害者が医療保護入院の同意者となることには9割近くが反対し、8割が首長同意を支持したが、首長同意については慎重意見も3割以上あった。公的保護者制度には過半数が賛同した。寝たきり状態の患者や依存症、パーソナリティ障害、発達障害、知的障害ないし認知症ケースの非自発的入院を精神病状態等の急性期に限定すべきとの意見には、医療委員の3~4割が反対したが、全体では賛同意見が多数派であった。14歳未満の未成年者の任意入院では親権者の同意を要するとする見解に8割以上が賛同した。文書作成者の同意などの条件付きで代理人弁護士への文書開示に賛同する意見が4分の3を超えたが、事務局員の8割が意見聴取報告書の開示に反対した。意見聴取時の弁護士の立ち合いについては、本人の同意があれば賛同する回答が7割以上あった。現地意見聴取に赴く委員については現状よりも多彩なパターンに賛同する意見が多くあった。オンライン面接での意見聴取には、コロナ感染症蔓延下に限定すれば75%、それ以外でも65%ほどが賛同した。処遇改善請求の対象を治療内容、職員の接遇、療養環境に拡張すべきかと問うたところ、賛同意見が反対を上回った

が、治療内容については医療委員と事務局員で賛否は逆転した。非自発的入院の審査を原則として面談とする見解には6割近くが反対したが、疑義事案に限定すれば4割ほどが賛同し、反対を上回った。審査会運営マニュアルの政省令への格上げ、審査会事務局を労働委員会並みに独立させる案については、賛同が3~4割あったが、保留意見が最多を占めた。全審連の相談事業については、事務局員でも半数程度の認知度にとどまっていたが、有用性に対する期待度は6割（事務局員では8割）に上った。精神医療審査会が病院内での虐待事案を防止する機能については、否定的意見が肯定派を上回った。虐待事案を把握した場合の行政当局への通知と緊急調査委員会の立ち上げ勧告、その委員会への審査会委員の参加、審査会事務局に内部告発を受理する窓口の設置という案には7割以上が賛同したが、虐待事案の疑われる病院に対する内部告発を促す案、虐待に関わった医師や管理者の精神保健指定医取り消し勧告については、賛同率は4割ほどにとどまった。急ぐべき対策として、弁護士会や法テラスの連絡先の掲示、病室内での退院等の請求権の掲示を提案したところ、6割以上が賛同したが、病院ごとの請求件数の公表については賛否両論した。

【考察】(1)近年の動向を総括した上で、審査会の医療現場からの独立性を高めるために非医療委員の増員を促すべきこと、退院等の請求審査におけるローカル・ルールを解消するために公式統計のモニタリングや代理人弁護士の関与が必要であること、請求の乏しい病院における透明性の低さは人権侵害の土壤となることを指摘した。(2)今回の全国調査の結果を踏まえて、①虐待事案防止のために審査会運営マニュアルを改定するとともに、障害者虐待防止法の対象に精神科病院を含める必要があること、②運営マニュアルを政省令に格上げし、その趣旨を徹底させて適正な手続きを確保する必要があること、③代理人弁護士の請求を拡大することなどを指摘した。また、法律家委員と保健福祉委員が審査会の理念を重視し、医療委員と事務局員は医療の現実と実務の現状を重視した回答をしていたが、理念重視が原則ながら、こうした差異が審査会に緊張感をもたらし、実効性のある改善の熱源ともなることを指摘した。(3)これまでの研究成果を踏まえて、精神医療審査会運営マニュアルを10年ぶりに改定することを提案した。

【結論】精神障害者の権利擁護に対する関係者の意識を高め、審査会活動を均霑化するためには、公式統計の分析や全国調査、事例検討などのモニタリング作業を継続することが不可欠と思われる。

(文責 岡山市こころの健康センター 太田順一郎)

【調査研究】

令和3年度 厚労科研「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」

「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」

研究分担者 白川 教人（横浜市こころの健康相談センター）

研究協力者 田辺 等（北星学園大学社会福祉学部教授）

小泉典章（長野大学）

小原圭司（島根県立心と体の相談センター所長）

藤城 聰（愛知県精神保健福祉センター所長）

川口貴子（福岡市精神保健福祉センター所長）

天野 託（栃木県精神保健福祉センター所長）

松浦良昭（特定非営利活動法人三河ダルク代表）

山田貴志（特定非営利法人横浜ダルクケアセンター施設長）

杉浦寛奈（横浜市こころの健康相談センター）

片山宗紀（横浜市こころの健康相談センター）

研究要旨

【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）、ステイグマ尺度の開発と自治体職員を対象とした薬物依存症に対する意識調査（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ケースワーカーに研修を実施した。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・直後に自記式アンケートと研修直後に感想の自由記述を用いて研修効果を測定した。

<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 4) 新型コロナウイルス感染症の影響 5) 関係機関との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> 文献レビューと当事者や家族へのインタビューを行い、ステイグマ尺度を開発した。全国の 2 つの自治体の生活保護担当ケースワーカーと、全国 69 の精神保健福祉センターで相談業務にあたる職員を対象に本尺度を用いて違法薬物使用に対する意識調査を実施した。また、研究①でも本尺度を使用し、研修によるステイグマの変化を解析した。

【結果】

<研究①> 令和 3 年 8 月 13 日および 10 月 29 日にウェブ形式の研修を実施した。研修にはそれぞれ 46 名と 34 名が参加し、アンケートの回収数はそれぞれ 33 名(71.7%)と 24 名(70.6%)であった。研修効果は J-DDPPQ 尺度上、合計得点で有意な変化が見られたが、8 ヶ月後は効果量の変動が小さかった。また、自由記述では、薬物依存症に関する基本的な知識を得られたという感想と当事者の体験談から当事者の環境や心境の理解が進んだという感想が目立った。実際の支援にすぐ役立つという意見や、失敗をしても伴走する支援を目指した

いという意見もあった。8月の研修は通信環境不良の意見が挙がったが、10月はオンライン形式は好評であり、更にブレイクアウトルーム機能などの活用で講師と参加者あるいは参加者同士の交流を希望する意見もあった。

<研究②>全国の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168.5件で、平成27年度（平均77.3件）から一貫して増加傾向にあった。薬物依存症を対象にした回復プログラムを45箇所で実施されていた。プログラムを実施していないセンターでは、人員がない、ノウハウがない、予算がつかないといった理由からプログラムの実施をしていない傾向にあった。家族教室などの家族向けプログラムを実施しているセンターは48で前年度よりも1減っていた。

コロナウィルス感染症の流行に伴うセンターの依存症事業への影響では、個別の相談では感染対策を実施して事業を実施しているセンターが多くいたが、本人プログラムでは19センターが、家族教室では26センターが感染症拡大時期に事業を中止していた。センターを訪れる相談者も、在宅時間の増加や自助グループが利用できることにより悪化したケースが34センターから報告された。管轄地域の民間団体も活動規模を縮小したり（57）中止した（51）グループが多くのセンターで報告されており、共催のイベントが開催できない（27）といった弊害も生じていた。

外部機関との連携では、ダルクや医療機関などの連携状況は前回調査（令和元年度）と大きく変わらなかったが、本年度では保護観察所との連携が多かったとする回答が多かった。専門医療機関が選定済みのセンターは53で、前回調査（39）よりも増加していた。

<研究③>文献レビューと、当事者や家族に対するインタビューから24項目による尺度原案が提案された。生活保護担当ケースワーカー58名と、精神保健福祉センターの相談員229名の回答より尺度の統計学的妥当性が示されたほか、ステigmaが高い要因として、生活保護担当ケースワーカーであること、薬物依存症の支援従事者であること、年齢が60代以上であること、ピアと連携して支援に当たった経験がないこと、支援の中で被暴力被害の体験があること、回復した薬物依存症者にあった経験がないこと、プログラムに参加した経験がないことといった要因が挙げられた。また、当事者の講演を聞く研究①の研修では本尺度に測定されるステigmaが有意に減少した。

【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、当事者が直接経験を共有する方法で研修を実施し効果を認めた。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が、コロナウィルス感染症の影響により相談事業や連携体制に影響が生じていることが分かった。さらに、ステigma尺度開発より、薬物依存症に対するステigmaを量的に測定することが可能となった。

総括

増加している薬物依存症に関する相談に対し、精神保健福祉センターや生活保護担当者がより効果的に支援できる体制が整ってきている。

【調査研究】

令和3年度厚生労働科学研究費補助金(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)

研究協力センター:北海道立精神保健福祉センター、栃木県精神保健福祉センター、東京都立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、東京都立多摩総合精神保健福祉センター、川崎市総合リハビリテーション推進センター、神奈川県精神保健福祉センター、横浜市こころの健康相談センター、相模原市精神保健福祉センター、愛知県精神保健福祉センター、三重県こころの健康センター、滋賀県立精神保健福祉センター、大阪府こころの健康総合センター、堺市こころの健康センター、島根県立心と体の相談センター、広島県立総合精神保健福祉センター、福岡県精神保健福祉センター、北九州市立精神保健福祉センター、福岡市精神保健福祉センター、鹿児島県精神保健福祉センター (全国センター一覧の順)

(要旨)

【目的】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。厚生労働科学研究としては、本件は 2016 年度以来の最終年度である。

【方法】Voice Bridge Project(VBP):保護観察所にて対象者をリクルートし、管轄の精神保健福祉センター (以下、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追跡を 3 年間実施するコホート研究のデザインで実施。

(研究 1) VBP の保護観察者コホート調査のデータ解析。対象者への初回調査で基本属性や薬物依存重症度等を、2 回目以降は薬物再使用の有無、生活状況 (就労、住居など)、調査時点で受けている治療プログラム、困りごと、相談相手などを調査。

法務省保護局観察課から調査実施地域における全薬物事犯保護観察者のデータを受け、調査参加者と非参加者の特徴 (保護観察の種類、保護観察終了時の転帰等) を比較。

(研究 2) VBP を通して見える薬物依存症地域支援体制における現状と課題の把握。VBP 実施地域のセンターに薬物依存症地域支援体制における現状と課題について質問紙調査。

【結果】(研究 1) 2017 年 3 月から 2021 年 12 月末までに、20 か所のセンターから計 642 人の保護観察対象者が参加。1 年後追跡完了者は 253 人 (追跡率 80.1%)、2 年後は 127 人 (同 76.5%)、3 年後は 63 人 (同 70.8%)。保護観察の種類では、仮釈放が 63.4% と最多。主たる使用薬物としては覚せい剤が 93.5%、逮捕時 DAST-20 の平均値は 11.0, 89.9% が中等度以上の薬物問題の重症度、治療プログラムを受けている人が 75.1% であった。追跡中の薬物再使用率は、3 か月後では 3.0%, 9 か月～1 年で 3.2%、1 年 6 か月～2 年では 3.2%、2 年 6 か月～3 年では 7.9% であった。累積断薬継続率は、1 年経過時点で 90%，2 年経過時点で 90%、3 年経過時点で 80% とであった。1 年以内に再使用した人の特徴は、初回調査時点での精神障害者保健福祉手帳・身体障害者福祉手帳所持者が多いこと、服役回数が多いことがみられた。

VBP 実施地域での薬物事犯保護観察対象の本調査同意率は 9.8% であった。保護観察の転帰では、期間満了者の割合が、同意群は 87.3%、非同意群は 73.6% であった。

(研究 2) これまでには支援につながっていなかった薬物依存症当事者が VBP を通してセンターにつながっており、調査という枠組みを通して年単位で関わる中で、潜在的な切実な支援ニーズが浮き彫りになった。また、センター職員が薬物依存症の当事者に対する

理解を深め、他の自治体の支援体制や状況を知る機会が増えるなど、VBP を通して支援者・支援組織に肯定的な変化が生じたことがうかがえた。一方、就労を開始するなどの生活の変化により、センターの業務時間（平日日中）に架電が難しくなり、VBP の調査が中断する人もあった。センター職員の負担の軽減や、調査・支援に対するアクセシビリティの向上、保護観察所によるリクルートの際の対象者への丁寧な説明など、プロジェクト全体で引き続き努力を重ねていく必要がある点も示された。

【結論】各地域の特徴を活かした薬物依存症地域支援の連携構築に向けて VBP はさらなる広がりを見せており、追跡終了者も徐々に増えている。足かけ 6 年間におよぶ研究活動のなかで、ようやく VBP が持つ 保護観察と精神保健福祉的支援との橋渡し機能が定着しつつあることが示唆される。

(厚生労働科学研究 研究分担報告書をもとに熊谷が作成)

【調査研究】

令和3年度 厚労科研「ギャンブル等依存症の治療・家族支援に関する研究」 「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」

研究分担者 白川 教人（横浜市こころの健康相談センター）

研究協力者 田辺 等（北星学園大学社会福祉学部教授）

小泉典章（長野大学）

天野 託（栃木県精神保健福祉センター所長）

藤城 聰（愛知県精神保健福祉センター所長）

小原圭司（島根県立心と体の相談センター所長）

川口貴子（福岡市精神保健福祉センター所長）

本田洋子（福岡市精神保健福祉センター前所長）

杉浦寛奈（横浜市こころの健康相談センター）

片山宗紀（横浜市こころの健康相談センター）

研究要旨

【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とする。

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回復プログラムの実施状況およびコロナウィルス感染症による影響をモニターする。

【方法】

<研究①>全国の精神保健福祉センター職員、保健所精神保健担当者、依存症拠点病職員等を対象に、ギャンブル障害の精神保健相談・支援の実践的技術の向上を目的に、認知行動療法プログラム「SAT-G（島根ギャンブル障がい回復トレーニングプログラム）」の使い方研修を実施した。研修形式は講義とロールプレイを対面もしくはオンラインで行った。効果測定のために、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(Gamble and Gambling Problem Perception Questionnaire)（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）」を測定した。また、本研修を受講することにより、受講者の所属施設でSAT-Gを施行することを許可することとした。

<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4)新型コロナウィルス感染症の影響を回答頂き、集計し、経年モニタリングを実施した。

【結果】

<研究①>令和元年11月1日（品川、対面式、19名が研修と効果測定）、12月6日（新大阪、対面式、109名が研修、104名が効果測定）、令和2年8月4日（オンライン形式、

26名が研修と効果測定）、12月1日（オンライン形式、15名が研修と効果測定）、令和3年1月12日（オンライン形式、50名が研修と効果測定）、令和3年2月9日（オンライン形式、34名が研修と効果測定）に研修を実施し、令和3年8月20日（オンライン形式、167名が研修と効果測定）、9月7日（オンライン形式260名が研修と効果測定）、令和4年1月11日（オンライン形式、107名が研修と効果測定）を実施した。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た。また、対面実施と今回のリモート実施の比較では、概ね同様の効果が得られ、GGPPQでは「相談と助言」、「仕事満足と自信」、「患者の役に立つこと」の項目において効果量が対面式よりもオンライン形式では低かったが、全体では高い効果を示した。また、参加者の感想として「実践的で分かりやすい」、「自信がついた」、「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」、「支援において自己を尊重できそうで良い」などが挙がった。令和3年度までに全国69すべての精神保健福祉センターが本研修を受講した。

＜研究②＞調査票を送付し、毎年全ての精神保健福祉センター（69箇所）より回答を受領した。平均相談件数は、平成27年度から一貫して増加傾向にあり、令和元年149.5件で、令和2年169.7件、令和3年232.8件であった。ギャンブル障害当事者向けプログラムの実施も増加しており、令和元年47センター、令和2年53センター、令和3年58センターであった。家族教室などの家族向けプログラムの実施も増加しており令和元年33センター、令和2年44センター、令和3年46センターであった。プログラムを実施していないセンターでは、人員がない、ノウハウがない、予算がつかない、近隣の医療施設が提供しているといった傾向にあった。コロナウィルス感染症流行はセンターの依存症事業に影響しており、プログラムの中止・延期・縮小、感染対策を行なっての対面プログラム、オンラインでのプログラム実施を認めた。会場の借用や他との連携の制限もプログラム運営に影響していた。募集はしたが感染危惧で希望者が集まらず中止とした事業もあった。これらの変化の結果、プログラムが実施されていないため利用者を紹介できなかったり、スリップした利用者も報告されたりした。また、外出自粛や勤務多忙在宅時間延長などで依存対象が変わったり症状が軽快したりした利用者、ワクチンの映像で欲求が高まった利用者なども報告された。

【考察と結論】

SAT-G使い方研修を実施することにより、高い研修効果が得られ、また全国の精神保健福祉センターでSAT-Gに基づいた回復支援を行う体制が整った。研修効果の中でも、特に、支援者が自信を持って支援に臨めること及び支援内容が相談者に伴走したものとなることは重要な点と考える。コロナウィルス感染症の蔓延にギャンブル回復事業も影響を受けつつも、現場では予防対策を積み重ねて事業は実施されている。

総括

本研究を通じ研修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、また支援実施のセンターも増え、ギャンブル障害の回復の一助になった。

【調査研究】

令和3年度厚生労働科学研究費補助金

「災害派遣精神医療チーム(DPAT)の活動期間及び質の高い活動内容に関する研究」

分担研究「自治体からみた活動開始・終了基準、Local DPAT の役割検討」

研究分担者 辻本 哲士（滋賀県立精神保健福祉センター）

研究協力者 福島 昇（新潟市こころの健康センター）

矢田部 裕介（医療法人信愛会玉名病院、公益社団法人熊本県精神科協会熊本
こころのケアセンター）

全国精神保健福祉センター長会：災害時等こころのケア推進委員会

A. 研究目的

本研究は、各自治体が DPAT の活動開始、及び活動終了の判断についてどのような手順を定めているか、また、それについてどのような判断基準を定めているかを明らかにすることを第一の目的、いわゆる Local DPAT (DPAT 先遣隊以外の DPAT) が行うべき、あるいは行うこと期待されている活動の内容を明らかにすることを第二の目的とした。これら目的を確認・補強・実践するために災害支援の研究協議会を開催した。

B. 研究方法

I. 全国的精神保健福祉センターを対象にした災害時精神保健医療活動調査

全国の 69 か所の精神保健福祉センターに質問紙を送付し調査を行った。全国精神保健福祉センター長会のメーリングリストを利用し、調査依頼文書と調査票を送付した。調査票の回収も、同じメーリングリストを利用し電子メールで行った。調査期間は令和 4 年 1 月 6 日から 1 月 28 日の 23 日間であった。調査票は A と B の 2 つに分かれており、調査 A では、各精神保健福祉センター(自治体)における災害時の精神保健医療福祉支援の体制について、①DPAT の派遣検討と派遣待機、②DPAT の活動を終了する際の意思決定、③DPAT に関する研修、の 3 点を調べた。調査 B では各精神保健福祉センターが過去に行った災害支援活動について、災害の種別や DPAT 派遣の有無などを調べた。さらに各精神保健福祉センターが過去におこなった支援活動から最も活動規模が大きかった災害を抽出し、支援活動の詳細について調査した。

調査に当たっては、全国精神保健福祉センター長会常任理事会の承認を得ている。

II. 全国こころのケア研究協議会の開催

「浸水害や土砂災害におけるこころのケアを考える」をテーマに、全国こころのケア研究協議会を開催した。西日本を中心に甚大な被害をもたらした「平成 30 年 7 月豪雨災害(西日本豪雨災害)」から 3 年が経過した。この間に各機関が実施してきた急性期から中長期のこころのケアの取組みを振り返り、今後のこころのケアの必要性や継続性について検討する機

会とした。主催は全国精神保健福祉センター長会、広島県立総合精神保健福祉センター、共催は広島市精神保健福祉センター。開催日時は令和3年10月25日（月）10時30分～16時で、オンライン開催（ZOOM ウェビナー使用）となった。対象及び対象者は 全国精神保健福祉センター長会会員、精神保健医療福祉関係者、教育関係者、被災者支援関係者（主に広島県内）とした。参加費無料、電子メールで受け付けた。

C. 結果及び考察

1. DPAT の活動開始について

DPAT の活動開始や待機について、明確な基準を定めている都道府県は少なかった。自由記載意見からも、活動開始を決定する際の、明確な基準や意思決定プロセスの必要性が示唆された。

2. DPAT の活動終了について

DPAT の活動終了について、精神保健福祉センターは、地域精神保健の担い手である保健所の判断を重視していることがわかった。

過去の災害支援では、DPAT 活動の終了にあたって、中長期における地域精神保健福祉体制の整備と地域の支援者への丁寧な引き継ぎが行われてきた。

しかし、DPAT が中長期支援をどこまで担うかが明確でなかったために活動終了時に混乱が見られたことや、DPAT がいったん活動を終了した後に住民支援のために活動を再開した事例もあり、DPAT 活動の終了にあたっては、地域の実情を踏まえた慎重な検討が必要であることがわかった。

3. 研修について

精神保健福祉センターでは、DPAT 本部活動、精神保健活動の支援、支援者支援に関する研修が必要であると考えていることがわかった。今後は、DPAT の基本的な機能や連携に関する研修に加えて、これらの領域における研修の充実が求められる。

4. 日頃の支援機関間のつながりの重要性

顔の見える関係性が危機的状況下ではさらに大きな力を発揮することとなる。日常業務の大切さを再認識することとなった。

【調査研究】

厚生労働省 令和3年度障害者総合福祉推進事業

「自治体の災害時の精神保健医療福祉対策にかかる実態把握及び取り組みのあり方の検討」

辻本哲士（滋賀県立精神保健福祉センター）

自治体の災害時における精神保健医療福祉対策をより実効性のあるものとすることを目的に、都道府県及び市町村並びに災害支援団体へ、災害直後から中長期の精神保健医療福祉体制に関するアンケート・ヒアリング調査を実施した。さらに調査結果の分析に加えて、メンタルヘルス当事者や当該分野における国内外の有識者へのヒアリング、専門家会合での議論を通じ、災害中長期対応の計画作成の方向性や課題を整理し、今後の災害時メンタルヘルス支援への備えに向けた提言を「自治体の災害後中長期に渡る精神保健医療福祉体制の構築に関する実例集～提言」という形で、取りまとめられた。

実例集の作成にあたり、有識者からは災害時精神保健医療福祉に関するマニュアル・ガイドラインの乱立を避け、各資料との言葉の統一や必要に応じた枠組みを拡充すべきであるといった意見が挙がった。本事業においては、災害時精神保健医療福祉における先行研究である、平成28年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））「災害時の精神保健医療に関する研究」（代表者：金吉晴 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 災害時こころの情報支援センター センター長・成人精神保健研究部 部長）において作成された「災害時精神保健活動ガイドライン：国内外の文献の検証と新たな包括的ガイドライン作成に向けての構想」、および令和2年度厚生労働科学研究費補助金（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」（研究代表者：太刀川弘和 筑波大学 医学医療系 教授）において作成された「自治体の災害時精神保健医療福祉活動マニュアル（ロングバージョン・ショートバージョン）」を踏まえて、調査項目の策定・分析を行った。分析整理の枠組みは、「総論」、「システム・原理」、「心理反応＋ハイリスク者対応」、「アセスメント」、「リスクコミュニケーション」、「準備＋訓練」、「機関連携」、「特殊事例」の8項目であった。

これらの分析結果を鑑み、自治体が災害中長期の精神保健医療福祉支援に取り組むためには、①各自治体における被災の経験や対応の結果を、自治体間、自治体内部署間で共有・連携し、平時から「顔の見える関係の構築」を意識する ②精神保健医療福祉専門職をマンパワーの面からも支えられる多領域間での協力体制の構築が必要であることが示された。そして何より、これらの取り組みを災害時被災者にハンズオンでケアを行う市町村保健師を中心進めることの重要性が示唆された。

第 V 部

令和 3 年度全国精神保健福祉センター長会
第 57 回全国精神保健福祉センター研究協議会

第57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：京王プラザホテル
所在地：東京都新宿区西新宿 2-2-1

第1日目 令和3年9月27日(月)

○ 全国精神保健福祉センター長会理事会

10:00 ~10:30	理事会受付	5階 こすもす
10:30 ~11:30	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	5階 こすもす
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（オンライン開催）

14:35 ~15:00	研究協議会受付	5階 コンコード ボールルームC
15:10 ~15:30	全国精神保健福祉センター研究協議会 開会式 ○会長挨拶 熊谷 直樹 ○来賓挨拶 ・東京都知事 (代読 東京都福祉保健局障害者施策推進部 部長 中川 一典) ・一般財団法人 公衆衛生協会 会長 松谷 有希雄 氏 ・国立精神・神経医療センター精神保健研究所 所長 金 吉晴 氏	
15:35 ~16:20	講演 「今後の精神保健医療福祉について」 厚生労働省 障害保健福祉部 精神・障害保健課 課長 林 修一郎 氏	
16:25 ~17:30	講演 「渋沢栄一の社会福祉事業と養育院」 東京都健康長寿医療センター 稲松 孝思 氏	

第2日目 令和3年9月28日(火)

○ 全国精神保健福祉センター研究協議会（ハイブリッド開催）

8:30 ~ 9:00	研究協議会受付	5階 コンコード ボールルームC
9:00 ~12:00	一般演題	
12:00 ~13:00	休憩	
13:00 ~15:30	一般演題	
15:30 ~15:40	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 林 修一郎 氏

【メモ】

講演

『渋沢栄一の社会事業と養育院』

東京都健康長寿医療センター 稲松 孝思 氏

【メモ】

第57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

A 新型コロナウィルス感染症対策、災害医療 9:05~10:15

座長 佐々木 恵美（茨城県精神保健福祉センター所長）

No	発表方法	演題	センター名	発表者	共同発表者
1	会場	沖縄県新型コロナウィルス感染症対策～DPATを含めた精神保健活動について～	沖縄県立総合精神保健福祉センター	宮川 治	宮里 豪、伊禮嘉宣、国頭ゆきみ、新城明美、仲里典子、儀保恵美子
2	オンライン	新型コロナウィルス感染症クラスター発生施設及び宿泊療養施設こころのケア～活動から見えてきたこと～	北海道立精神保健福祉センター	三宅高文	道立精神保健福祉センター：大山結加、山本志乃、杉橋桃子、土田愛、児玉愛美、安田浩子、田附美奈子、横山有里恵、川田由香里、正木慎也、松木亮、岡崎大介 上川総合振興局：小林里美 札幌市北区役所：齊藤久惠
3	会場	新型コロナウィルス感染症軽症者等の宿泊療養施設における心のケアの取り組み	兵庫県精神保健福祉センター	中谷恭子	酒井ルミ、高宣 良、川部博子、田中友己、松田一生、井場智恵、大塚晴美、秋山七海
4	オンライン	新型コロナウィルス感染症に関する電話相談の分析	茨城県精神保健福祉センター	高梨陽子	三田寺由希、椎名美幸、樽見宗幸、菊池智之、松崎容子、小松崎直人、佐々木恵美
5	オンライン	令和2年7月豪雨災害後の熊本こころのケアチームの活動について	熊本県精神保健福祉センター	甲木咲衣	富田正徳、西田 稔、宮本靖子
6	オンライン	平成30年7月豪雨災害後の「こころとからだの健康調査」の結果について ソーシャル・キャピタルと心理的苦痛の関連に注目して	岡山県精神保健福祉センター	岡崎 翼	佐藤俊介、大野鶴代、原田 嘉、野口正行
7	誌上	新型コロナウィルス感染症のクラスターが発生した医療機関職員を対象とした「こころのケア」の実施について～アンケート結果からの考察～	相模原市精神保健福祉センター	岸川康子	新井紘太郎、奥亜希子、頬本鏡子、宍倉久里江 医療法人社団清伸会ふじの温泉病院 不動田あけみ
8	誌上	新型コロナウィルス感染症に係る「こころの電話相談」の利用状況と相談内容に関する調査・分析	東京都立多摩総合精神保健福祉センター	古田靖子	林 いづみ、大塚志津子、山田俊隆、大海善弘、村山朋子、有安優子、山崎美重
9	誌上	新型コロナウィルス感染症流行によるデイケア利用者への影響とデイケア運営について～感染症に伴うデイケア休止に関連したアンケートの結果を踏まえて～	広島県立総合精神保健福祉センター	大西久美子	住吉秀予、原田康弘（研究時）、撰 香織、佐伯真由美
10	誌上	札幌市の新型コロナウィルス感染症に係るこころのケアの取組について	札幌市精神保健福祉センター	河口由幾	鎌田隼輔、關 靖子、小出奈津子、西方教晃、高野康羽
質疑応答及び座長のまとめ（10:15まで）					

座長 竹島 正（川崎市総合リハビリテーション推進センター所長）

No	発表方法	演題	センターメンバー	発表者	共同発表者
11	オンライン	浜松市におけるがん遺族支援について	浜松市精神保健福祉センター	松尾詩子	相曾晴香、鈴木夕衣、池田千穂、鈴木多美、二宮貴至
12	会場	「ふじのくにゲートキーパー講師養成研修」受講者の受講3ヵ月後における自己効力感の変化について（第2報）	静岡県精神保健福祉センター	川田典子	内田勝久、森 佳奈（静岡県精神保健福祉センター）久保田紗矢（静岡県中部健康福祉センター）
13	オンライン	自殺未遂者再企図防止事業の現状と課題について～新潟市における8年間の実績から見えること～	新潟市こころの健康センター	丸山光子	福島 昇、仁木悠子、北川千津子、本間千晴
14	会場	抑うつ状態を対象とした復職リハビリーション利用者の臨床的特徴～東京都立中部総合精神保健福祉センターりワークの状況～	東京都立中部総合精神保健福祉センター	川瀬 愛	前山文枝、岩崎幸男、菅原 誠、熊谷直樹
15	会場	発達障害者に対する集団認知行動療法(ASAP)の効果について	東京都立中部総合精神保健福祉センター	杉原 徹	辻 真基、佐藤 篤、中 祐子、菅原 誠、熊谷直樹
16	誌上	鳥取県内高等学校を対象とした鳥取県精神障害者家族会連合会による普及啓発～若者向け精神疾患早期発見啓発リーフレット活用状況～	鳥取県立精神保健福祉センター	田村有希	坪倉典子、松下詩乃、原田 豊、岡嶋千佳
17	誌上	浜松市の自殺対策啓発事業「いのちをつなぐ手紙」における連携と展開について	浜松市精神保健福祉センター	小林美穂	二宮貴至、鈴木多美、石川絢子、石野真理子
質疑応答及び座長のまとめ（11:10まで）					

座長 宍倉 久里江（相模原市精神保健福祉センター所長）

No	発表方法	演題	センターメンバー	発表者	共同発表者
18	オンライン	地域と連携したひきこもり支援体制づくりについて	福岡県精神保健福祉センター	田中有利子	宗 佳世、佐々木ちえみ、畠 農文、橋林英晴、樋口知恵美、梅本大地、山下弥恵、山本寿美江、清輔英則、井隈こずえ、俣野啓子、久保裕子、松田京子、重松隆一
19	オンライン	堺市こころの健康センターのひきこもり相談の変遷について 平成18年度から平成30年度までの相談受理事例より	堺市こころの健康センター	今津浩美	山根信子、井川大輔
20	オンライン	中高年ひきこもり支援の取組みと今後の課題～生活や身体の問題があり、高齢の母が支える長期ひきこもり事例の報告から～	さいたま市こころの健康センター	小林ゆり恵	小山田静枝、戸矢雅樹、上野玄輝、橋本優美、西本享司
21	オンライン	30歳危機～中高年層ひきこもりの予防を考える～	鳥取県立精神保健福祉センター	浜田千登勢	永見知沙、山岡圭一、松下由里子、原田 豊
22	誌上	広島県立総合精神保健福祉センターにおけるひきこもり家族支援のまとめと考察	広島県立総合精神保健福祉センター	熊井麻世	川村学子（研究時）、上原由記子（研究時）、桑原桃子、上領直子（研究時）、片良友美、井居美幸、佐伯真由美
23	誌上	ひきこもり地域支援センターにおける医療・心理社会的支援について	青森県立精神保健福祉センター	坂下雪音	田中 治、佐藤理恵
24	誌上	ひきこもり地域支援センターにおける電話相談のニーズの検討	山梨県立精神保健福祉センター	弘田恭子	野中映李、笠井海輝斗
質疑応答及び座長のまとめ（12:00まで）					

12:00～13:00 昼食・休憩

D アウトリーチ、地域生活支援 13:00～14:00

座長 林 健明（千葉県精神保健福祉センター所長）

No	発表方法	演題	センター名	発表者	共同発表者
25	会場	東京都立（総合）精神保健福祉センターのアウトリーチ支援事業を評価する試み	東京都立精神保健福祉センター	吉澤有香	東出 香、佐藤りか、菊池佐久良、植田さおり、白井有美、高倉信一、中村敦子、橋本直季、源田圭子、西 いづみ、井上 悟、熊谷直樹、平賀正司
26	会場	精神科病院看護職員を対象とした地域移行支援紙面研修の実践報告	仙台市精神保健福祉総合センター	下村瑞希	君市祐子、寺澤 彩、門田亜希子、小堺 幸、大類真嗣、原田修一郎、林 みづ穂
27	オンライン	群馬県こころの健康センターにおけるアウトリーチ活動の現状と今後の方向性に関する一考察 —治療中断者への支援をとおして—	群馬県こころの健康センター	丸山彩織	木藤陽香、牛込久美子、永井佳美、三浦侑乃、佐藤浩司
28	会場	平成28年度以降のアウトリーチ支援事業における支援前後の変化についての報告	東京都立多摩総合精神保健福祉センター	藤井悠紀子	苅部春夫、飯島 誠、菊池佐久良、植田さおり
29	会場	ピア電話相談10年間の取り組みと相談員の思い	神奈川県精神保健福祉センター	原 未典	大沼三那子、小杉敦子、進 香織、歳川由美、石井利樹、川本絵理、山田正夫
30	誌上	川崎市における措置入院者退院後支援の取り組み	川崎市総合リハビリテーション推進センター	石井美緒	竹島 正、柴崎聰子、小泉朋子、成島正浩
質疑応答及び座長のまとめ（14:00まで）					

E 依存症対策 14:00～14:50

座長 白川 教人（横浜市こころの健康相談センター所長）

No	発表方法	演題	センター名	発表者	共同発表者
31	オンライン	ギャンブル等依存症支援プログラムの普及に向けた取り組み	島根県立心と体の相談センター	佐藤寛志	小原圭司、花谷慶子、黒崎雅美
32	オンライン	薬物依存症家族教室における参加者の継続参加に向けた取組み	京都府精神保健福祉総合センター	菊池彰倫	田中由記美、八尾博士、高田 亮、南 紗音、中村佳永子
33	会場	福岡市における専門相談移行から見られる傾向と効果 ～コロナ禍で見えてきたもの～	福岡市精神保健福祉センター	家村智和	木下綾乃 川口貴子
34	オンライン	酒税課税状況に基づく都道府県別アルコール消費量の推計	新潟県精神保健福祉センター	阿部俊幸	
35	誌上	ギャンブル障害回復支援プログラム（C-GAP）の効果判定	東京都立中部総合精神保健福祉センター	菅原 誠	荒井 力、佐藤理恵、中村真弓、小澤壽江、熊谷直樹
質疑応答及び座長のまとめ（14:50まで）					

F 精神障害者保健福祉手帳、調査・統計 14:50~15:30

座長 佐藤 浩司（群馬県こころの健康センター所長）

No	発表方法	演題	センター名	発表者	共同発表者
36	会場	精神障害者保健福祉手帳の診断書審査による新規交付の疾患の推移及びその傾向～平成23年度から令和元年度までの実績調査から～	千葉県精神保健福祉センター	林 健明	松崎宗和、石津聰子、嶋田龍磨、五十嵐由香、大根田肇
37	オンライン	長崎県における高次脳機能障害連携状況実態調査について（報告）	長崎県長崎こども・女性・障害者支援センター	太田尾有美	兼俵敬太、矢野亮一、桑野真澄、福田邦子、田中洋子、加来洋一
38	会場	日常の精神医療・地域保健福祉業務で活用できる身近な統計情報・データ分析	滋賀県立精神保健福祉センター	辻本哲士	
質疑応答及び座長のまとめ（15:30まで）					

沖縄県新型コロナウイルス感染症対策報告 ～ DPAT を含めた精神保健活動について ～

沖縄県立総合精神保健福祉センター
○宮川治、宮里豪、伊禮嘉宣、国頭ゆきみ、
新城明美、仲里典子、儀保恵美子

1 はじめに

新型コロナウイルス感染症はパンデミックとなり、1年半以上にわたり世界に脅威をもたらし、現在も継続している。初期の段階からメンタルヘルス対策の重要性が認識され、沖縄県 DPAT 先遣隊もそれに呼応して、令和2年2月横浜港に停泊中のクルーズ船で活動を行った。そして沖縄県内でも独自の新型コロナウイルス感染症に対するメンタルヘルス対策を立てて実践した。沖縄県立総合精神保健福祉センター（以下センター）を中心に行った活動の報告とその中から見えてきたこと、更には提言を述べる。

2 経過

（1）活動の開始

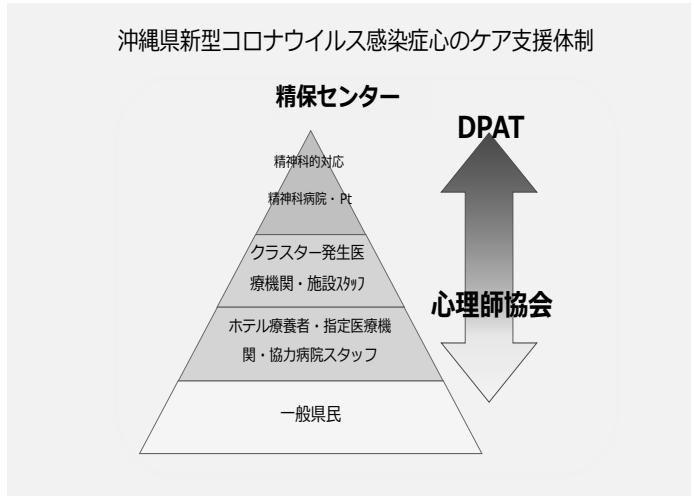
令和2年2月、沖縄県新型コロナウイルス感染症対策本部（以下県コロナ対策本部）が立ち上がる。DPAT 統括者（この時点でセンター長を含む4名）が精神科リエゾン医師として県支給のスマートフォンを持ち、24時間対応で、本部医療コーディネーターから、コロナ陽性者で精神疾患のある患者の処遇（自宅療養、ホテル療養、コロナ専門病床入院、精神科病院入院）の判断を求められた。

（2）継続・システム構築

リエゾン活動と並行して、週2回（スキーム完成後は1回）センター主催の「COVID-19 対応 実務者オンライン会議（以下実務者会議）」を開催した。そこで精神科医療等に関するスキームを作成した。スキームがある程度完成した段階で、実務者会議の上位の会議として「精神科領域における新型コロナ感染症対策会議」を県地域保健課主催で開催した。その結果「沖縄県新型コロナウイルス感染症心のケア支援体制」が確立した。

COVID-19対応 精神科分野の会議

①精神科領域における新型コロナ感染症対策会議	
開催日：不定期	実施主体：県地域保健課
参加者	精神科病院協会、国立病院、大学病院 DPAT統括者 公認心理師協会 他
内容	精神科COVID-19対応に関する県の方針を決定する会議
②COVID-19対応 実務者オンライン会議	
開催日：週1回（金）9:30～10:30	実施主体：県精神保健福祉センター
参加者	医療部門：県地域保健課、県コロナ本部 DPAT統括者 その他関係者 心のケア：精神保健福祉センター 公認心理師協会 その他関係者
内容	（全体で実施事項等共有後、各部門にて詳細協議） COVID-19対応方針の検討・資料作成、心のケア活動における情報共有・調整 上記①の会議への提出議題の検討



（3）DPAT 調整本部立ち上げ

令和3年1月、精神科病院でクラスターが発生したので、県コロナ対策本部内にDPAT調整本部を立ち上げた。その後2か所の精神科病院でクラスターが発生したので、それぞれの精神科病院に先遣隊を

派遣した。先遣隊が中心となり現地（院内）対策本部を立ち上げた。県コロナ対策本部、DPAT調整本部、現地対策本部が連携してコロナ対策に当たった。3病院のクラスター終息によりDPAT調整本部は終結した。

（4）その後の経過

実務者会議で、今後は精神科病院で一人でも陽性者が発生した場合はすぐさまDPAT調整本部を立ち上げDPAT先遣隊を派遣することとした。そしてDPAT統括者も2名増やし合計6名とした。その後、4か所の精神科病院を支援しクラスター化することなくそれぞれの病院でのコロナ感染が終了した。その頃にはDPAT先遣隊及びローカルDPAT隊がゾーニング等の感染症対策も担えるようになっていた。またそれらの経験をセンター主催のWEB研修で各精神科病院に配信した。

（5）メンタルヘルス対策

センターと県公認心理師協会と一緒にクラスター発生機関に赴き、ミニレクチャー・ストレスチェック・個別面接の3点セットを行った。発表者が当初から県コロナ対策本部の会議等で、発生初期からメンタルヘルス対策を行うことを伝え、DMATや感染症対策班がクラスター発生機関に始めて応援に入る時に、県コロナ対策のパッケージの中にメンタルヘルス対応もあることをアナウンスし、管理職のメンタルヘルス対応も含めて初期段階から介入した。離島の老健施設でクラスターが発生した時は、支援に入った全国DMATから当センターへ直接メンタルヘルス支援依頼があり、センターDPATとして県公認心理師協会とともに現地へ赴き、管理職の話を充分に聞いた後、3点セットを実施し、その後も継続支援を続けた。当該施設では入所者10名が亡くなっており、7名は施設内で死亡しその看取りを行った職員らの疲弊は大きなものがあった。支援を継続した結果、ほぼ全員のスタッフが職場復帰を果たしている。

3 他の活動

センター独自に心のケア活動としてコロナ相談の専用電話回線を増やして対応した。またチラシ、新聞やテレビでコロナ禍でのメンタルヘルス対応について情報を発信した。

4 まとめ

新型コロナウイルス感染症が蔓延して、その結果DPATとしての活動を1年間以上継続した。その中で発表者は、精神科医療支援、メンタルヘルスケア支援の統括者として動いた。全体として統括する作業はセンター所長としてあるべき姿であると考える。しかし、DPAT統括者として医療支援の中心として働くことはセンターの仕事としては違和感を持った。またDPAT統括者として短期間稼働することは可能であるが、年単位で活動することは不可能であると感じた。その中でDPAT統括者を増やしたこと正解であり、最終的に6名となったが、それでも長期戦には耐えられないと感じた。

5 今後に向けて

新型コロナウイルス感染症対応の精神保健対策にかかわった立場から今後への提言を行いたい。まず、センター長がDPAT統括者になるのを止める。むしろ精神保健全体のコーディネーター的な存在になる必要があると考える。今のDPAT活動は医療支援が中心であり、明らかに心のケア活動とは動き方自体が異なる。現在はDMATに対応するものとしてDPATが存在するといえる。DPAT研修でも心のケア活動についてはほとんど学ばない。DPATと違った次元で心のケア活動を行う必要があり、今回、DPATで精神科医療機関に対して行った活動と並行して行ったメンタルヘルス支援活動を有機的に結合する作業が必要になってくると考えられる。今後はDPAT支援が医療のみに偏らずにメンタルヘルス支援活動と両立させるのか、あるいは別の活動として位置付けるべきなのか考える機会となった。今回の沖縄県での活動は将来を考える上での試金石になったと考えられる。

新型コロナウィルス感染症クラスター発生施設及び宿泊療養施設こころのケア ～活動から見えてきたこと～

1) 北海道立精神保健福祉センター 2) 上川総合振興局 3) 札幌市北区役所
○三宅高文¹⁾ 小林里美²⁾ 齋藤久恵³⁾ 大山結加¹⁾ 山本志乃¹⁾ 杉橋桃子¹⁾ 土田愛¹⁾ 児玉愛美¹⁾
安田浩子¹⁾ 田附美奈子¹⁾ 横山有里恵¹⁾ 川田由香里¹⁾ 正木慎也¹⁾ 松木亮¹⁾ 岡崎大介¹⁾

1 はじめに

2019年（令和元年）度に発生した、新型コロナウィルス感染症（C O V I D – 1 9）の拡大によるストレスは、感染者のみならず、家族や対応する従事者などの周囲にも大きな影響を及ぼしている。

こうした状況を踏まえ、北海道立精神保健福祉センター（以下当センター）では、2020年（令和2年）度より、新型コロナウィルス感染症クラスター発生施設及び宿泊療養施設を対象としたこころのケア活

動を開始、2021年（令和3年）8月までに、札幌市を除く北海道内の、クラスター発生施設12、宿泊療養施設8においてこころのケア活動を実施した（図1）。今回、活動の概要を報告するとともに、これまでの活動から見えてきたことについて報告する。

2 クラスター発生施設こころのケア活動

（1）活動の概要

【支援開始】クラスター発生施設に管轄振興局により設置される現地対策本部（または保健所）が、こころのケア活動の必要性を判断、当該施設に意向確認のうえ当センターに要請。当センターにてこころのケアチーム（精神科医師1名、職員1名以上）を編成、速やかに日程調整し初回訪問を行う。

【初回訪問】原則、初回は現地訪問（指定されたグリーンゾーンとし状況によりZ o o m等を活用）。初回訪問は、顔合わせに加え、方針として組織的なメンタルヘルスケア体制整備（ラインケア）の支援を念頭に、管理的立場の職員が出席できるよう調整し、概ね、施設管理者（法人本部職員）、職員の健康管理担当者、現地対策本部、保健所、当センターが出席。労いとともに施設状況を把握。ストレスチェックリスト・匿名の電話相談番号等を載せたリーフレット等を提供、職員に届きやすい場所への掲示を提案。こころのケア活動の概要について説明し、施設の状況やニーズに合わせた活動を展開する。

【定期連絡】初回訪問後、施設の健康管理担当者（または法人本部職員）を主な窓口とし、定期的に電話連絡を行う（週1回程度）。希望に添った頻度・時間を定める等、多忙な施設側に配慮する。

電話では職員対応への助言に加え、気がかりな職員には、本人了承のもと予約制の個別電話相談を実施、施設側へフィードバックする。抵抗の強い職員には匿名の電話相談を勧める。個別相談に繋がった事例は、4施設7名（令和3年8月時点）。定期連絡相手である管理職員自身が、外部対応や内部の業務調整などを担いストレスが高く、定期連絡を通じて心理的支援を行う例が複数あった。

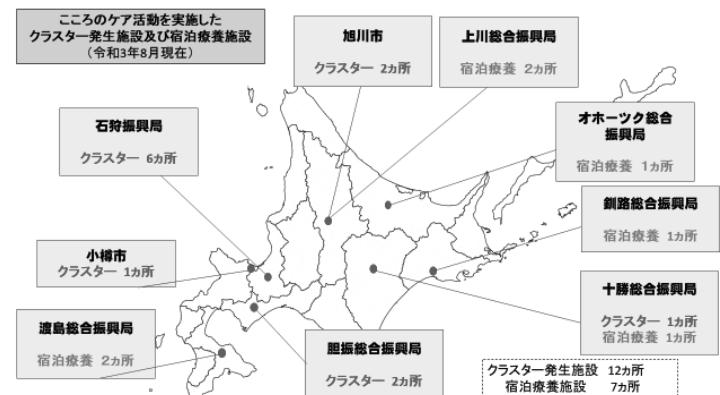
【終了に向けて】クラスターが収束し現地対策本部の撤退後は、施設の状況・要望に応じ、定期連絡のなかでこころのケア活動の撤退時期について柔軟に対応する。平均的に支援開始から5~6回の定期連絡（1. 5ヶ月程度）の中でクラスター収束とともに施設内安定化が見えてくることが多かった。

3 宿泊療養施設こころのケア活動

（1）活動の概要

【支援開始】新型コロナウィルス感染症の拡大状況に応じて管轄振興局により設置される宿泊療養施

図1 こころのケア活動を実施したクラスター発生施設及び宿泊療養施設



設の対策本部（現地事務局）の要請を受け、当センターにてこころのケアチーム（精神科医師1名、職員1名以上）を編成、速やかに日程調整し初回訪問を行う。

【初回訪問】原則、初回は現地訪問（同一振興局が担当する2棟目の場合、要否を現地事務局と検討）。初回訪問では施設担当看護師、対策本部、当センターが出席し、顔合わせ・労いとともに施設より状況把握。入所者から最初に話を聴く看護師には、メンタルヘルス支援のポイントの説明と、個別相談が必要な入所者に対するつなぎの説明を行う。ストレスチェックリスト・電話相談番号等を載せたリーフレット等は、北海道庁感染対策本部宿泊療養班を通じて、療養者受け入れ時に配布。こころのケアの概要について看護師、対策本部へ説明し、今後の方向性を話し合う。

【定期連絡】初回訪問後、看護師を窓口に、定期的に電話連絡を行う（週2回程度）。入居者対応への助言に加え、気がかりな入居者には、看護師と相談し本人了承のもと、電話相談を実施、必要時には看護師にフィードバックする。個別相談に繋がった事例は4施設12名（令和3年8月時点）。本人が拒否し個別相談に繋がらなかった例が複数あった。

【終了に向けて】宿泊療養施設の一時閉鎖とともにこころのケア活動は撤退。宿泊療養施設の再開時にはこころのケア活動も再開している。

4 結果

（1）介入の効果

こころのケア活動の介入後、クラスター発生施設では、目安箱の設置や管理職による個別面談、「陽性になった人の集い」等職員が施設内では言えない思いを吐露する場の設置、業務体制の再構築に取り組んだ施設等があった。宿泊療養施設では、療養者が電話相談に繋がり思いを吐露できる状況となり、精神科医療の経験の少ない担当看護師からは当センターのバックアップに「安心」との声が聞かれた。また療養者の個別状況や療養状況について担当看護師と当センターが情報を共有し、当センターがリスクアセスメントし担当看護師に注意喚起し、予防的な体制を整えることに繋がった。

（2）課題

クラスター発生施設では、施設の期待と、当センターのできることが一致しないことがあった（外部機関による個別相談等の職員への直接支援の期待が大きく、施設内のラインケアに意識が向かない等）。また、感染拡大防止の観点から直接的な介入が難しくコミュニケーションの機会や手段も限られアセスメントが難しいこと、感染状況だけでなく平常時から各施設が抱える課題等さまざまな背景がこころの問題に影響し各施設の状況にあわせた個別の柔軟な対応が必要とされること等があった。宿泊療養施設では、精神科医療の経験の少ない担当看護師との遠隔でのコミュニケーションとなるため丁寧な関わりが必要となること、また全道的な動きや情報が出先機関である当センターに届きにくく府内連携がとりづらいことがある。また、いずれの活動においても、こころのケア活動の存在や必要性が浸透しておらず、自発的な相談や適切な時期の介入となりにくいことがあった。

5 考察

クラスター発生施設のこころのケア活動の効果として、各施設の業務体制の再構築や取組などからみて、職員や管理職の心理的負担感の軽減や、個人や施設の心理社会的孤立の防止、産業保健やラインケアへの意識強化等に繋がったと考える。当センターと各施設窓口との定期連絡の中で、窓口担当者から聞かれた組織としての悩みや問題等をお互いに課題として共有し、解決に向けて丁寧に話し合いを繰り返した事が効果につながったといえる。宿泊療養施設へのこころのケア活動の効果として、担当看護師をバックアップする働きを行うなど、感染者や支援者の心理的負担感の軽減や、感染者の心理社会的孤立の防止、安心・安全な療養環境づくり等に繋がったと考える。

課題を踏まえ、関係者とのコミュニケーション（特に導入時）を丁寧に、支援と受援の方向性を擦り合わせていくこと、こころのケア活動の円滑な展開を図り府内外での普及啓発を促進すること、個人・組織が日常を取り戻す作業に加え、感染収束後同様な危機にあった場合にも持続可能となる施設運営に繋がるきっかけとなり得ることを心がけることが必要と考える。

兵庫県精神保健福祉センター

○中谷恭子 秋山七海 大塚晴美 松田一生 井場智恵 中村寛子 福原真紀 川部博子
田中友巳 高宣良 酒井ルミ 岸本和美¹⁾ 1) 芦屋健康福祉事務所

1 はじめに

新型コロナウィルス感染症の拡大に伴い、当センターでは令和2年5月から県内に開設された軽症者等の宿泊療養施設（以下施設）に、職員が出向いてメンタルヘルス電話相談を実施している。不安やストレスを軽減し円滑に療養生活が過ごせるよう宿泊療養者を支援するとともに、施設に従事している看護師等の精神的負担の軽減を図ることを目的とした。

2 方法

当センター職員が施設に週1回訪問し、宿泊療養者に内線電話を用いて架電する。睡眠・食欲・排泄の状況を尋ねることから対話を始め、感染後の不安やストレス等があれば傾聴する。当初は全員に架電していたが、施設数や宿泊療養者数が増加したため、優先順位【1）相談希望者、2）看護師からの依頼、3）15歳以下（保護者）、4）精神症状の自覚有り、5）身体症状の自覚有り、6）集団における第一感染者】をつけ、優先度の高い者から選定して架電することとした。また、看護師等から宿泊療養者への対応方法、療養環境や労働環境に関する相談を受けた場合は、必要に応じて助言し、関係各機関への連絡調整も行った。

3 感染者数等の変遷

兵庫県では当初は、感染者は入院後軽症と診断された人を施設での療養としていたが、感染者が爆発的に増えた第3波以降は、医療崩壊を回避するために軽症者は直接自宅から施設に搬送する事になった。当初は対象外であった高齢者や基礎疾患のある人も施設療養の対象となった為、入所後入院が必要な事例が増加した。感染者数の激増に伴い施設療養者数も激増したため、令和3年4月14日からは軽症者の自宅療養も実施された。



【第1波；R2.3/1～5/16】3月後半から感染者が激増し、第1回緊急事態宣言（R2.4/7～5/21）発令。ステイホーム、在宅ワーク、休校等の対策が奏功して感染者数は減少し施設は6月に一旦閉鎖となった。

【第2波；R2.6/19～10/31】※Go To トラベルキャンペーン（7/22開始）Go To Eat（9月下旬開始 11/24中断）などにより街に人が戻ると感染者数は増加。新しい生活習慣に適応出来ず、経済的に困窮して希望を失う人も増え、減少していた自殺者数が増加に転じ前年度数を大きく上回った。

【第3波；R2.11/1～R3.2/28】医療崩壊を回避するために、第2回緊急事態宣言 R3.2/3～3/7。

【第4波；R3.3/1～】感染力の強い変異種の拡大を受けてR3.4/2からまん延防止等重点措置。第3回緊急事態宣言 R3.4/25～6/20。まん延防止等重点措置は7/11まで延期された。

4 宿泊療養施設の開設状況について（表1）

宿泊施設	開設期間	推移												個別支援延べ件数	支援者支援延べ総数
		R2 5月 6月 7月 8月				R3 9月 10月 11月 12月									
A	R2. 5～ (一時閉所)	← 閉所	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	606	40
B	R2. 5～R3. 3 (一時閉所)	←	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	87	17
C	R2. 12～	↑	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	199	38
D	R2. 12～R3. 6	↑	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	70	20
E	R3. 2～	↑	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	64	15
F	R3. 4～	↑	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	24	17
G	R3. 5～	↑	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	7	9

※ : 1日の宿泊療養者が100人を越えた時期

※ : 1日の宿泊療養者が70人を越えた時期

5 感染状況に対応した宿泊療養施設の状況について（表2）

	退所時の状況	宿泊療養者の状況	看護師の状況
第1波	宿泊療養者の居室で週数回PCR検査を実施。2回連続陰性で退所となる。陰性が連続2回になるまで検査は続けられ、入所期間が長期となる事が多かった	入所期間が伸びると拘禁反応と考えられる抑うつや攻撃性、行動化が現れた。感染のスティグマに悩む、予後の不安、情報に対する不信感が募るという相談も多かった。	PCR検査業務の負担大。未知のウィルスに関する風評に翻弄され、直接関わる看護師自身も不安が大きい。宿泊療養者の多彩な愁訴にどう対処するか悩むとの相談が多い。
第2波	発症日 ^{注1)} から一定の日数が経過して、症状軽快 ^{注2)} 後72時間が経過した場合に退所可能とする。※有症状の程度は保健所により相違がある。	陰性を確認せずに退所する事について、「退所してから家族や職場への感染の可能性は本当に無いのか?」との問い合わせが多くあった。	不安定な雇用、不十分な待遇、長引くコロナ禍の働き方への不安が大きい。感染死や自殺者数の増加について話題にする機会が増えた。
第3波	注1) 症状が出始めた日。不明の場合は検体採取日 注2) 解熱剤を使用せず解熱し、呼吸器症状が改善傾向の場合	感染力の強い変異種が徐々に広がり、第1～2波の主症状(味覚や聴覚の異常)とは違う頭痛や倦怠感等の身体症状、感染症状によるストレスや後遺症への不安等、幅広い訴えが聽かれた。	施設を増設し看護師も増員されたが、慣れない業務に加えて重症化した宿泊療養者を逆搬送する業務も増えた。入院コーディネートセンターとの連携に悩む看護師の精神的負担の軽減を担う事もあった。
第4波	退所基準となる症状は、保健所毎に相違があり、看護師からの問い合わせが増えた。	在宅療養が増え、施設には単身者や家庭内・学校内クラスターの中高年、若年が増加。有症状の高齢者は施設適応に困難を抱えていた。	施設毎に異なる宿泊療養者への待遇や、保健所毎に異なる退所基準対応への迷いや看護師自身のワクチン接種に関する悩みの相談が増えた。

6 考察

我々は大規模感染症による健康危機と認識し、危機介入として待ちの姿勢ではなく定期的に施設を訪問し、宿泊療養者及び支援者の不安やストレスに積極的に対応してきた。看護師が毎日定時に定型句で行う健康観察電話では、宿泊療養者は質問に答えるだけだが、当センターの電話相談では、対話をきっかけに宿泊療養者が心に秘めた問題や不安を語る機会となった。一定期間を閉鎖空間で過ごす宿泊療養者の孤独を効い、安心出来る正確な情報を提供し、療養中に役立つセルフケアについて個別に話し合った事が奏功して、退所後も当センターに相談が寄せられ、家族の相談にも繋がる様になったと考える。

また看護師は、感染状況や宿泊療養者数の激変に翻弄され、正解の分からないまま不安や疑問を抱えながらも日々の業務に取り組んでいた。我々は毎回看護師の訴えや相談に耳を傾け、支援者支援及び育成に努めてきた。現場から提案された課題について関係各機関に情報提供を行い、宿泊療養者の処遇改善及び看護師の待遇改善の一助となった。

大規模感染症による健康危機への介入方法の一つとして、当センターが自発的に始めた宿泊療養施設でのメンタルヘルス電話相談は、1年2ヶ月の支援活動（アウトリーチ）を通じて事業化され、地域保健活動としてある程度定着してきた。今後この変幻自在なウィルスと共に存するため人々の安全と安心をどのように保障していくのか、そのために何を備えれば良いのか、前例のない事態に精神保健福祉センターが果たせる役割は何かについて考え、息の長い支援となるように検討したい。

新型コロナウイルス感染症に関する電話相談の分析

茨城県精神保健福祉センター

○高梨陽子 三田寺由希 椎名美幸 樽見宗幸
菊池智之 松崎容子 小松崎直人 佐々木恵美

1. はじめに

茨城県精神保健福祉センター（以下、当センター）と、県の運営する電話相談窓口『いばらきこころのホットライン』（以下、ホットライン）では、これまで新型コロナウイルス感染症に関する様々な電話相談に対応してきた。茨城県では感染者からの相談を茨城県コロナ関連メンタルヘルス調整本部と保健所等で受けしており、当センターとホットラインは感染者以外の相談が主である。

本調査では、令和2年2月から令和3年6月までの新型コロナウイルス感染症に関する電話相談（以下、コロナ相談）件数の推移と、相談内容の分類・分析を行い、新型コロナウイルス感染症が市民の精神的健康に与えた影響について考察する。

2. 当センターとホットラインの電話相談の概要

当センターでは、心の健康に関する悩みや依存症、思春期の相談に応じており、電話相談は随時受け付けている。新型コロナの感染状況により、対面相談は制限し、例年よりも電話相談対応件数が多く計上された。

ホットラインは、県民が心の問題について気軽に相談できるよう、平成4年6月に開設された。月～金曜日の運営を当センターが担っており、曜日ごとの相談員が電話対応を行っている（土日も開設しているが、運営は茨城県精神保健福祉協会によるものであり、本研究の対象から除いた）。ホットラインの受付時間は9時～12時、13時～16時。相談件数は増加傾向にあり、R2年6月からは、2回線に増設した。

コロナ相談対応が始まった令和2年2月から令和3年6月までの間に当センターとホットラインで受けた電話相談の総数と、コロナ相談の件数は表1のとおりである。

表1 電話相談の総数とコロナ相談件数

	当センター	ホットライン
電話相談総数	3626	7556
コロナ相談	157	344

3. 相談件数の推移

R2年2月からR3年6までのコロナ相談件数（当センターとホットラインの合計）の推移を図1に示した。なお、R2年春の大型連休中の祝日（4月29日と5月4日～6日）は、当センターにおいて臨時で電話相談を受け付けた（4日間で47件）。

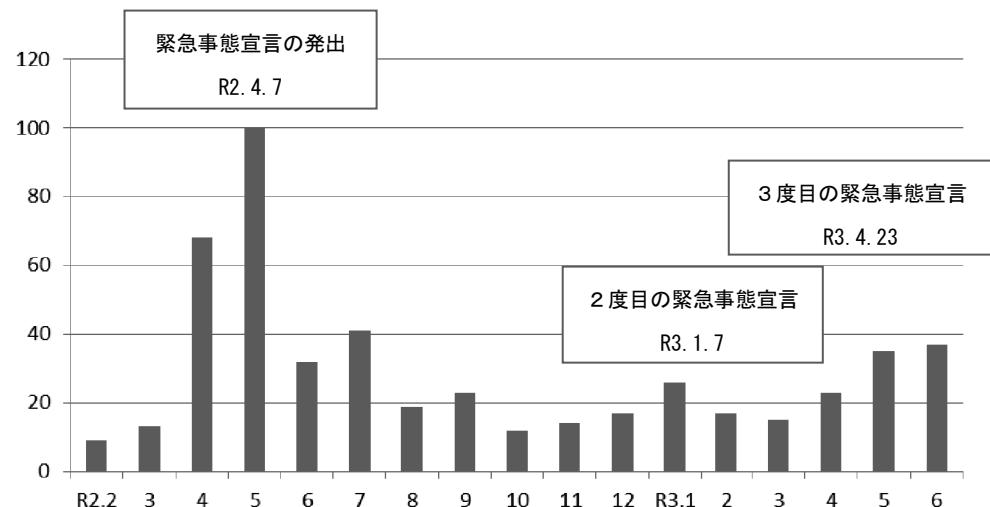
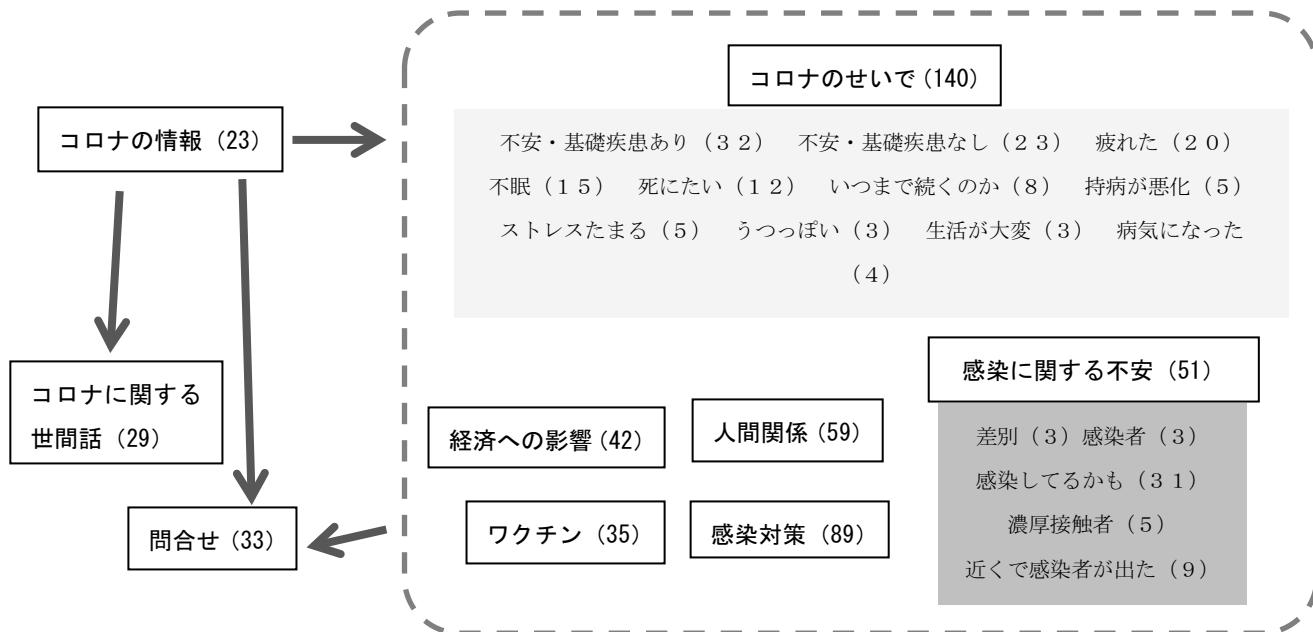


図1 R2年2月～R3年6月までの相談件数の推移

それらを除いた平日の対応件数はR2年4月が63件、5月は58件であり、はじめて緊急事態宣言が出された、いわゆる第一波の時期に相談件数が最も多かった。

4. 相談内容の分類と考察

当センターとホットラインで受けたコロナ相談、延べ 501 件の相談内容をカードにし、KJ 法によって分類した。結果は図 2 に示した。



『コロナのせいで』と『感染に関する不安』については、図 2 に小分類まで記載した。コロナによる不調を語る相談内容は実に多様であり、希死念慮を訴えるケースも 12 件あった。コロナ相談で最も多かったのは「不安」であった。『感染に関する不安』は、自らの感染や、身近な感染者の情報など、具体的な事実からくる不安とし、漠然とした不安感は『コロナのせいで』に分類した。本調査では、具体的な事実からくる不安の相談件数と、漠然とした不安感の相談件数は同程度であった。

『人間関係』は、コロナ禍における家族との関わりなど人間関係にまつわる悩み、『経済への影響』はコロナの影響による失職など経済的な問題、『感染対策』は、感染対策を続けることの疲れや、対策をとらない人への不満など、『ワクチン』は、ワクチン接種に関する相談である。『ワクチン』相談は R3 年 3 月末に初めての相談があり、以降急増した。

『コロナの情報』は、氾濫するコロナ情報に接することの疲れ、著名人死亡ニュースについての言及などである。本分析では、感染者や濃厚接触者による相談はごく一部で、多くの相談者とコロナとの接点は情報であることから、『コロナの情報』が他のすべての項目に影響を与えていたと思われた。

『コロナに関する世間話』は電話相談の中でコロナが話題として語られたものである。『問い合わせ』は、コロナ全般に関する問い合わせであり、精神保健領域とは関連しないものも多数あった。コロナ禍における情報混乱の表れと思われた。

5. まとめ

新型コロナウイルス感染症は、未感染者の精神的健康にも不安などの負の影響を及ぼすことが示唆された。感染対策であっても悩みの種となり、立場により様々な苦しさが生まれることも窺えた。ウイルスという脅威に対して不安が生じるのは自然な心理的反応であり、長期化するコロナ禍では意識的・日常的にリラクゼーション等の対処行動をとる必要があるという心理教育を広く行う必要性を感じられた。

コロナ禍はまだ終息しておらず、今後は、回復者からの電話相談も増えていく可能性がある。今後も引き続き、対応と分析を続けていきたい。

令和2年7月豪雨災害後の熊本こころのケアチームの活動について

熊本県神保健福祉センター

○甲木 咲衣 富田 正徳

西田 稔 宮本 靖子

1 はじめに

線状降水帯の長期停滞により、令和2年7月3日～8日にかけて九州地方の広範囲で大量の降水があった。特に7月3日～4日にかけて例年の7月降雨量の約1ヵ月分の雨が降り、熊本県南部地域（図1）は観測開始以来最大の雨量と水位を記録。広範囲に降った大量の雨が川に流れ込み、氾濫を起こすとともに、各地で土砂崩れや橋の流失などが発生した。

熊本県内の被害状況（令和3年8月2日時点）は、人的被害計119人（死者67人・行方不明者2人、負傷者50人）、住家被害7,402棟（全壊1,493棟、半壊3,114棟、一部損壊～床下浸水2,795棟）となっている。この死者数は熊本地震による直接死の数に匹敵するほどの災害であった。

2 DPATの活動開始から熊本こころのケアチーム立ち上げまで

土砂崩れや洪水により自宅を失った住民が多く、道路の寸断や土砂崩れ、ライフラインの途絶により住民が孤立する状況もあった。そのため、災害発生当初の7月4日熊本県災害対策本部内にDPAT調整本部を設置し、7月5日には熊本県精神保健福祉センターのDPAT先遣隊が中心となり、球磨川下流域に当たる八代圏域（1市1町）に最初のDPAT活動拠点本部を設置した。以後、熊本県内のDPAT先遣隊6チームに沖縄県、佐賀県、山口県のDPAT、熊本県内のDPATが順次加わり、被害の大きい人吉球磨圏域（1市4町5村）と水俣芦北圏域（1市2町）を加えた計3か所に活動拠点本部を置いて現地活動を行った。

今回の災害は新型コロナウイルス感染症蔓延下であったため、隊員を派遣している精神科医療機関への影響等も考慮し、DPATの活動期間はDPAT統括者の判断により7月4日～7月28日の25日間という早期に終結させることとした。

しかしながら、被災住民および被災市町村の精神医療・保健分野のニーズは続いている、DPAT活動の中止は被災地の混乱や支援者の疲弊につながる事が予想された。精神保健福祉センターで何かしらの対応を行わなければならぬ状況であったが、所長を含めた専門職の配置は5名しかなく、通常業務をしながら高速道路を利用して片道1時間以上かかる遠隔地の被災地のニーズに単独で対応していくことは難しかった。そのため、熊本県障がい者支援課が厚生労働省や熊本県精神科協会と協議し、平成28年熊本地震後に設置された熊本こころのケアセンターに精神保健福祉センターと共に被災地へ継続した対応ができるよう協力依頼し、DPAT活動を引き継ぐ支援を行う「熊本こころのケアチーム」を立ち上げることになった。

3 熊本こころのケアチームの活動

熊本こころのケアチームの巡回は、現地のニーズと精神保健福祉センター職員の業務状況等の兼ね合いから、令和2年8月は各圏域を週に1回ずつ、同9月以降は各圏域を月に1～3回ずつ、令和3年以降は2か月に1回程度行い、継続した支援活動を行っている。

DPAT活動を引き継いで約2ヶ月間は避難所の要支援ケースの個別面接や診察、避難所運営をしている役場職員の困り感への対応、役場職員のメンタル不調者の個別面接や診察等を中心に活動を行った。

DPAT活動の引き継ぎから3ヶ月経過する頃には、避難所からムービングハウス・仮設住宅へ被災者の移転が進み、各被災地に地域支え合いセンターが立ち上がる話が具体的になつた。そこで、住民への直

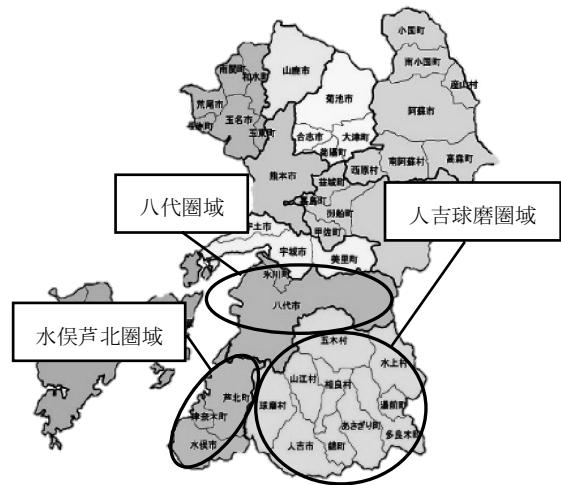


図1 熊本県市町村地図

接支援に当たる地域支え合いセンターの困りごとや不安感等に早期に手を打つことが地域力を高める活動になると想え、地域支え合いセンターも支援対象とした。また、災害対応をしている市町村役場全体の疲弊やメンタルヘルス問題に関する相談が上がり始めたのもこの時期である。対応については労務管理を含めた産業保健分野の問題か被災の影響かの見極めを要し、そのようなケースに対応している市町村保健師への助言が必要な場面もあった。

DPAT 活動の引継ぎから約 6 ヶ月経過する頃には被災住民へ直接支援を行う人材への支援を考え、地域支え合いセンターや被災市町村職員に対してゲートキーパー養成研修時に「話の聴き方」、熊本地震の事例を交えた「事例報告」、地域支え合いセンターに求められている支援と地域の精神保健医療体制について話をする研修会を開催し、これから起こりうるメンタルヘルスへの予備知識と対処法等について伝達する場を設けた。また、雑談形式の巡回相談会を希望する地域支え合いセンターにて開催し、いま困っている事例の検討を行うなど、対応方法への不安を解消できるよう、被災地のニーズに合わせた中長期的なケアを現在まで実践している。

地域保健福祉の力を生かした支援として、市町村→保健所→熊本こころのケアチーム（精神保健福祉センター）の相談ルート（図 2）の周知を行って活動し、保健所が自圏域の市町村の状況を把握できるようにした。また、熊本こころのケアチームへ相談するケースの調整を保健所が実施することにより、優先度の高い相談ケースを保健所が取りこぼすことがないよう機能させることができた。

個別相談だけでなく支援者への技術支援にも視点を置き、地域保健の力を生かした活動を行ったことで、平時の地域支援者の技術レベルの向上が期待できると考えている。

4 課題

今までの災害は、災害発生直後より人的・物的支援がいかに早く行われるかという課題があったが、今回のような新興感染症蔓延下においては援助希求の範囲や隊の派遣等について考慮すべき事項が増えた。熊本県精神保健福祉センターと同じ建物内に熊本こころのケアセンターが設置されており、今回の災害時には緊急事態時にすぐに対応できる DPAT 統括者が複数いたことで判断や対処方法にも幅を持たせて考えることが出来たが、その体制を今後も常時確保できるわけではない。

また、被災時に必ず発生する自治体職員のメンタルヘルス問題について災害支援に関する知識だけでなく、産業保健分野、地域保健福祉分野など幅広い知見から現地支援者への的確な助言ができる隊員の育成が必要である。

熊本こころのケアチームを立ち上げた際、各圏域の保健所、市町村、地域支え合いセンターへ活動内容や対応等についての周知を広く行ってきたが、上手く活用する自治体とそうでない自治体が生じたことで、支援に偏りが生じていることも課題と感じている。

5 まとめ

近年、毎年のように何かしらの災害が発生している中、熊本県では平成 28 年の熊本地震後に DPAT 先遣隊の養成を進めてきた。県内の 6 つの精神科医療機関が DPAT 先遣隊の機能を持っていて、新興感染症蔓延下に県外からの支援を最小限にした活動ができた。

令和 2 年 7 月豪雨災害の検証を行う中、保健所から出て来た意見に「DPAT の地域活動拠点が撤退した後も精神保健福祉センターの職員を含む熊本こころのケアチームの巡回が継続されたことで、被災者及び支援者のこころのケア対策が実施できた」という意見が挙がっており、先手での支援や支援者への技術支援を手厚く行うことで、被災地域の混乱を最小限にできる可能性を感じた。

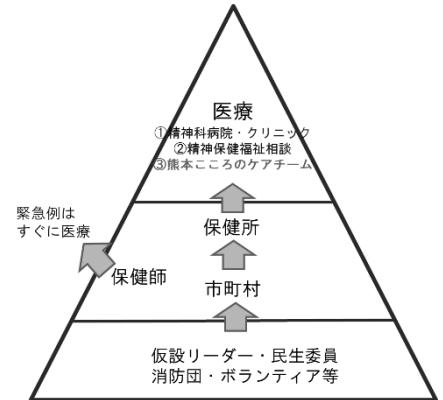


図 2 中長期的な熊本県の精神保健医療体制

平成 30 年 7 月豪雨災害後の「こころとからだの健康調査」の結果について
ソーシャル・キャピタルと心理的苦痛の関連に注目して

岡山県精神保健福祉センター

○岡崎翼、佐藤俊介、大野鶴代、原田瞳、野口正行

1 はじめに

平成 30 年 7 月豪雨災害で、岡山県は倉敷市や総社市の一部を中心に広範囲に被災し、多くの人々が自宅の全半壊により仮設住宅への入居を余儀なくされた。仮設住宅への入居は災害後のメンタルヘルスの課題のリスク因子であると考えられたため、入居者に対する支援策を立てることを目的として全数調査を行った。岡山県ではこれを「こころとからだの健康調査」として平成 31 年 1 月～2 月、令和 2 年 1 月～2 月の 2 回行った。今回報告するのは第 2 回調査の結果である。

近年地域保健の分野では住民のソーシャル・キャピタルと健康の関連に関心が高まっている¹⁾。このような関連が災害の場面でも該当するかどうかは、被災地支援を考える際に重要な課題である。今回は、ソーシャル・キャピタルの指標としてよく使われる近隣コミュニティへの信頼とうつ状態などメンタルヘルスの問題との関係について報告する。調査を行うにあたっての仮説は、「近隣のコミュニティへの信頼の高い人は、その後のうつ状態などメンタルヘルスの問題の発症が少ない」である。

2 方法

仮設住宅（民間賃貸住宅借上げ住宅：借上型、または建設型仮設住宅：建設型）に入居する倉敷市及び総社市で被災した 18 歳以上の者 1,991 世帯を対象とした。調査方法は、質問紙による郵送自記入とし、世帯ごとに記載する質問紙を用いた。調査期間は令和 2 年 1 月 16 日から 2 月 14 日とした。回収率は 51.7%（回収世帯数 1,029 世帯／配布世帯数 1,991 世帯）、有効回答人数は 1,925 名であった。仮設住宅の種類は、借上型が 83.2%（1,550 人）、建設型が 8.6%（160 人）、それ以外が 8.2%（153 人）であった。

質問項目のうち、うつ状態などメンタルヘルスの問題を調べるために K6 を実施した。また、ソーシャル・キャピタルの指標として、近隣コミュニティへの信頼の程度を用いた。これを調べるため、一般に質問で用いられる「一般的に言って、たいていの人は信頼できますか？」という質問を採用した。年齢、性別、自宅の損害について調整を行った上で、信頼の程度を曝露とし、強い心理的苦痛をアウトカムとして、両者の関連についてのロジスティック回帰分析によりオッズ比を求めた。

統計解析ソフトは Stata14 を使用した。なお、解析にあたっては匿名性の保持に十分配慮した。

3 結果

K6 の合計得点が 13 点未満の人（以下、「強い心理的苦痛なし」）は全体の 90.7%、13 点以上（以下、「強い心理的苦痛あり」）は 9.3% であった（表 1）。

表 1 強い心理的苦痛の有無

	人数	%
なし（K6：13 点未満）	1629	90.7
あり（K6：13 点以上）	168	9.3

「一般的に言って、たいていの人は信頼できますか？」に対して、「信頼できる」と回答した人は全体

の 24.9%、「やや信頼できる」は 26.6%、「どちらともいえない」は 34.8%、「あまり信頼できない」は 9.4%、「信頼できない」は 4.3%であった（表 2）。

表 2 「一般的に言って、たいていの人は信頼できますか？」

	人数	%
信頼できる	458	24.9
やや信頼できる	490	26.6
どちらともいえない	640	34.8
あまり信頼できない	172	9.4
信頼できない	79	4.3

強い心理的苦痛の有無と信頼の程度は有意に関連しており、人を信頼する程度の低い群ほど強い心理的苦痛ありとなるオッズ比が大きいことが示された（表 3）。

表 3 “信頼の程度” の “強い心理的苦痛” に対するオッズ比

	調整オッズ比 (95%信頼区間)
信頼できる	1.00
やや信頼できる	6.70 (2.58-17.4)
どちらともいえない	8.22 (3.24-20.9)
あまり信頼できない	33.2 (12.7-86.9)
信頼できない	84.7 (30.4-236)

4 考察

今回の結果は、地域の人々を信頼していない人達ほど災害後に強い心理的苦痛を呈しやすいということを概ね意味している。逆に言えば、地域の人々を信頼している人達は災害後に強い心理的苦痛を呈しにくいということであり、平時からの地域における互いの信頼感の醸成が災害後のメンタルヘルスに良い影響を与える可能性が示唆された。また災害とは異なるが、平成 22 年の岡山県高齢者こころの健康調査においても、地域に対する人々の信頼の程度と希死念慮の程度が関連することが報告^{2,3)}されている。他にも、信頼感が良好なメンタルヘルスと強い関連を持つことについてはこれまでに多数報告¹⁾されており、被災者の暮らす地域における互いの信頼感の醸成が被災者のメンタルヘルスの問題の改善につながると考えられる。ただし、今回の調査は横断的調査であり、その結果から因果関係を断定することが困難であることには留意が必要である。

5 参考文献

- 1) バークマン, L., カワチ：第 8 章ソーシャル・キャピタルと健康. バークマン, L., カワチ, I., & グリモール, M.M.: 社会疫学. P.339-383, 大修館書店, 2017
- 2) 岡山県・岡山大学：岡山県高齢者こころの健康に関する調査. 平成 22 年 8 月
- 3) Noguchi M, Kobayashi T, Iwase T, et al.: Social capital and suicidal ideation in community-dwelling older residents: a multilevel analysis of 10,094 subjects in Japan. American Journal of Geriatric Psychiatry, 2017; 25: 37-47. DOI: 10.1016/j.jagp.2016.10.014

新型コロナウイルス感染症のクラスターが発生した医療機関職員を対象とした「こころのケア」の実施について～アンケート結果からの考察～

相模原市精神保健福祉センター

○岸川康子 新井紘太郎 奥亜希子 頼本鏡子 宮倉久里江

医療法人社団 清伸会 ふじの温泉病院

不動田 あけみ

1 はじめに

新型コロナウイルス感染症の拡大により、医療機関の従事者は感染リスク、業務のストレスや過負荷にさらされており、そこに周囲の差別や偏見、自責感等の様々な要因が加わることで、さらなる心理的負担が増すことが懸念されている。

今般、新型コロナウイルス感染症のクラスターが発生した管内医療機関の医療従事者等職員（以下、職員）を対象に、相模原市精神保健福祉センター（以下、当センター）が実施した「こころのケア」の支援結果と、同医療機関が実施した「こころのケア」支援に対する職員アンケートの結果から、円滑な支援のために必要な視点や方法等の示唆が得られたため、その結果を報告する。

2 支援開始までの経過

令和2年10月、本市管内の医療機関において新型コロナウイルス感染症の院内クラスターが発生し、本市保健所等による感染拡大防止のための支援が開始された。概ね2週間経過以降、転院していた患者の帰院や、感染し休職していた職員が復職はじめたが、陽性患者の発生は続いており、現地における市保健所の医療機関支援は継続となった。

院内の感染拡大防止体制が整う一方、この頃から職員の疲労感とともに、感染者が発生した病棟の勤務者、欠員の生じた病棟へ応援職員を派遣した病棟の勤務者等、立場の違いから生じる感情のずれ違い等、メンタルヘルス面の課題が見られ始め、その状況を把握した市保健所から当センターへ「職員のこころのケア」支援の打診があった。また、医療機関側からも、職員のこころのケアのための取組が必要との意向が示されたことから、市保健所仲介のもと同年11月の現地調査を経て同月より当センターの支援開始に至る。

3 支援内容及び結果

(1) 当センターの支援内容

①チラシの配布

こころの健康に関する啓発や、相談先の周知を目的として当センター及び神奈川県が作成したチラシを現地調査時に提供し、職員への配布や休憩室等院内で職員が共有する場所への掲示を依頼した。

②啓発資料の提供

感染症拡大状況下で起こりやすいストレス反応や、こころの健康の維持及び回復を助けるための啓発を目的に、当センターが作成した以下の資料を同年12月に医療機関へ提供した。

資料	内容等
新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対策に奮闘しながら勤務されているみなさまへ	音声付きスライドショーで視聴するように作成した約15分間の動画（DVD）。各スライドのノートに、音声のセリフと同じ内容を記載し、印刷して紙資料としても利用できるようにした。

メンタルヘルス・チェックリスト	診断のためではなく、自分の調子の変化に気づいてセルフケアに役立てるため、起こりやすいストレス反応等の例を記したチェックリスト。
わかつ合いの会ルールシート・進行シート	職場等でお互いの気持ちを語り合う「わかつ合いの会」の勧めと、会の進め方や、否定しないで互いの感情を認め合う等、会の運営上のコツをまとめた資料。

③電話相談対応

当センター職員（医師、保健師）による電話相談を実施した結果、同年11月～12月に看護師ら職員12名の相談利用があった。実施にあたっては、相談希望者の勤務シフトを考慮し、事前に確認していた希望日時に当センター職員から電話した。後日「心の整理ができた」「話を聞いてもらってよかったです」との利用者の感想が医療機関より報告された。

（2）医療機関の取組

電話相談の利用については、チラシの配布等による周知の他、メンタルヘルスの不調が懸念される職員には直接声をかけて利用を促し、意向を確認、相談希望者の取りまとめを行った。

こころの健康に関する啓発については、同年12月にクラスターが収束した後の令和3年1月中旬から2月にかけ、当センターが提供した啓発動画を全職員が視聴した。また、各部署にて「わかつ合いの会」を実施した後、会に参加した印象や、会の継続の意向等についてアンケートを行い、141名の有効回答を得た。

会の印象（複数回答）について、半数近くが「類似した悩みなどを抱えていることがわかった（49.6%）」「メンバーと悩みや苦痛が共感できた（43.3%）」「自己の振り返りができた（41.1%）」と回答した。

会の継続の意向（単数回答）については「非常に思う」「まあ思う」が43.2%で、「あまり思わない」「全く思わない」の19.9%を上回った。

その他、自由記述として「お互い気持ちを話すことで不安が解消されたように思った」「気持ちが軽くなった」「会を実施した時期がコロナ収束から時間が経ってしまった」「時間に追われて余裕がない」「必要としている人が集まればよい」等、会に対するポジティブ・ネガティブ双方の感想が出された。

4 考察

クラスター発生時、当センターから市保健所へあらかじめ支援の申し出をしていたことから、医療機関の状況を踏まえた適切な時期に当センターへ声がかかった。また、医療機関との関係が構築されていた市保健所の仲介に加え、医療機関においては、職員のこころのケア支援に熱意があったこと、支援開始に向けた調整に全面的な協力が得られたことが、円滑な支援の導入につながった。

当初、当センター職員が医療機関に赴いて啓発活動、個別相談を行うことを検討したが、院内の感染拡大が収束していない中で、万が一にもこころのケア活動が感染拡大に加担してしまうことのないよう、対面によらない手法を選択した。結果、資料提供や電話相談としたことで、都合のよい時間に利用してもらう等、職員の負担軽減につながり、活用しやすいものとなった。

わかつ合いの会については、アンケート結果が概ね好評だったことから、一定程度職員の心理的負担の軽減に役立ったと思われる。一方、クラスター発生当初の勤務を経験したか否か等、立場によって受け止め方に違いが生じている可能性があり、会の実施にあたっては、開催時期やグループ構成等に配慮が必要であること、業務多忙であっても必要性が高まった時に実施できるような職場の基盤作りが課題となることがわかった。

今回の支援を通して得られた示唆を踏まえ、今後同様の案件があった際の取組につなげていきたい。

新型コロナウイルス感染症に係る「こころの電話相談」の利用状況と相談内容に関する調査・分析

東京都立多摩総合精神保健福祉センター
○古田靖子 林いづみ 大塚志津子 山田俊隆
大海善弘 村山朋子 有安優子 山崎美重

1. はじめに

当センターの「こころの電話相談」は、住民の精神保健福祉に関する相談窓口として位置づけられ、精神保健福祉全般の相談に対応している。相談は、精神的不調、不適応や発達の問題、病気・障害に関する悩み、診療機関、リハビリ、就労等に関する問い合わせ等多岐にわたる。

新型コロナウイルス感染症が社会問題化して以降の当センター「こころの電話相談」に寄せられた新型コロナウイルス感染症に係る電話相談の利用状況(性別、年齢等の属性や相談件数)及び相談内容について調査し、時系列的な変化や属性との関連、相談内容について分析を行った。

社会に多大な影響を与えていた感染症問題が人々のこころにどのような影響を及ぼすか、「こころの電話相談」からその特徴や傾向を把握し、有効な対策について考察することを目的とする。

2. 方法

2020年2月から12月に受けた「こころの電話相談」全8267件のうち、新型コロナウイルス感染症に係る相談407件を抽出した。さらに、頻回相談者によるデータの重複を避けるため、新規相談158件を調査対象とした。相談内容の分類に関しては、職員3名で実施した。

3. 結果

新型コロナウイルス感染症に係る相談は全相談件数の約5%であった。また、新型コロナウイルス感染症に係る新規相談の男女比はおよそ1:3であった。年代をみると30代以降の方の利用が多かった(表1)。これは、「こころの電話相談」全体でも同様の傾向である。

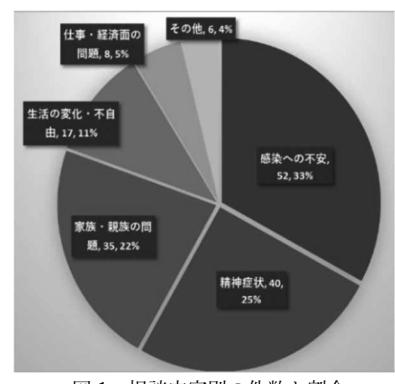
新型コロナウイルス感染症に係る新規相談経路としてはインターネットが半数を占めるが、4~6月にTVのテロップで番号を見て知ったという人が多かった(表2)。

相談内容を精査した結果、おもに6種類に分類された。件数が多い順に①感染への不安、②精神症状、③家族関係の問題、④生活の変化・不自由、⑤仕事・経済面の不安、⑥その他である。(表3、図1)

表3 相談内容の分類と内容	
内容	詳細
感染への不安	感染への漠然とした不安・身体症状(発熱)の相談
精神症状	強迫的な消毒、抑うつ症状や不眠などにより日常生活に支障をきたしている、元々の病状の悪化
家族・親族の問題	家族の精神症状に関する相談、同居の親・配偶者・子供との関係の悪化や不満
生活の変化・不自由	親戚や友人と会えずさみしい、地域との交流減少による孤立感
仕事・経済面の問題	新型コロナウイルス感染症の影響により失業、収入不安定
その他	社会情勢への不満等

表1 新規相談者の属性			
年代 \ 性別	男性	女性	計
20代以下	1	2	3
30代	5	7	12
40代	2	17	19
50代	4	12	16
60代	1	14	15
70代	2	15	17
80代以上	6	4	10
不明	16	50	66
計	37	121	158

表2 相談経路(月別)											
	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
公的機関	0	2	1	0	1	3	0	0	0	1	1
インターネット	1	0	3	7	6	5	2	2	3	1	6
TV・新聞・本・雑誌	0	0	39	44	7	1	1	0	0	0	0
知人・友人	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0
広報・便利帳・パンフレット類	0	0	0	3	1	0	2	0	1	2	0
家族	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
不明・その他	0	0	1	1	1	2	1	0	0	0	1



相談内容を性別で分け件数の経過を見たところ、男女ともに、新規相談のピークは5月であった。男女間の違いとしては、男性が感染への不安等、自身の相談が主となるのに対し、女性では自身の不安だけでなく家族や親族の問題で相談をする傾向が見られた。(図2、図3)

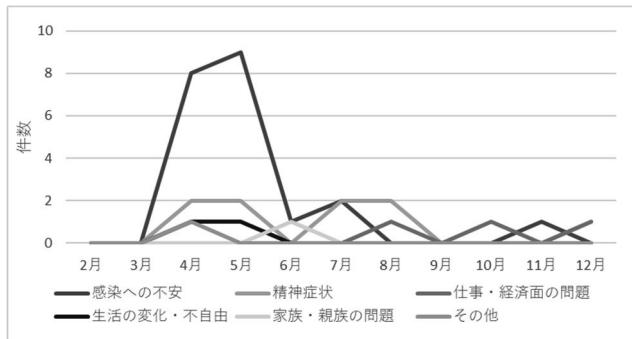


図2 相談内容別の推移(男性)

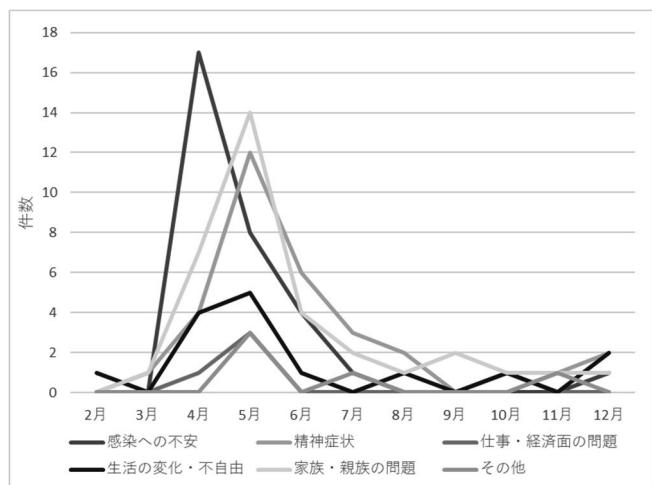


図3 相談内容別の推移(女性)

4. 考察

相談件数について、令和2年4~6月にTVがきっかけの相談件数が急増しており、令和2年5月の緊急事態宣言中にTVのテロップで当センターの番号が表示された影響が大きく、相談先を知る手立てとなったことが伺えた。

本調査で分類された相談内容については、西村(2021)の相談内容分類においても「1仕事（失業）経済問題 2家庭問題 3生活の変化 4精神悪化 5コロナ症状 6感染への不安(身体症状なし)」と、同様の分類内容となっている。これは、当センターにおける電話相談内容も新型コロナウイルス感染症がもたらした心理・社会的問題を表していると言える。

感染への不安・心配には発熱等身体症状から感染したのではないかという内容もあり、保健所等の専門機関に電話が繋がりにくい事や、発熱外来等を受診してもぬぐえない感染への不安や体調の心配に対しての相談ニーズが高かったことが伺える。

本調査では、相談内容が男女間において異なる傾向が見いだされた。これは、在宅勤務や学校の登校制限など、新しい生活様式に変化する中で家族間のストレスが増加し、夫婦関係の不和や子供の学校適応の問題等が発生したことにより女性の負担が増大した影響が考えられる。

新型コロナウイルス感染症を取り巻く社会情勢は現在も様々な影響を与え続けている。今後もマスク着用やテレワークの普及等、新たな生活様式の中で精神保健福祉関連の相談の需要は継続すると考えられる。

「こころの電話相談」は、感染リスクを心配することなく精神保健のあらゆる問題について相談できる方法の一つと言える。よって、家族関係や精神症状に関する問題が深刻化する前に相談を受けられる体制を維持することが必要であると考えられる。

参考文献：西村由紀(2021)電話相談の現場から見た新型コロナウイルス感染症の影響. こころの健康だより No. 129 p. 6-7

新型コロナウイルス感染症流行によるデイケア利用者への影響とデイケア運営について ～感染症に伴うデイケア休止に関するアンケートの結果を踏まえて～

広島県立総合精神保健福祉センター（パレアモア広島）
○大西久美子，住吉秀予，原田康弘（研究時）
撰香織，佐伯真由美

1 はじめに

新型コロナウイルス感染症は、令和2年1月16日に国内で初めて感染者が確認された後急速に拡大し、同年4月7日に日本政府は緊急事態宣言を発令した。広島県は4月13日に感染拡大警戒宣言を行い、それに伴い広島県立総合精神保健福祉センター（以下、当センターと表記）では集団で行う事業の停止を決定し、精神科デイケアも4月16日～5月22日まで休止した。

感染症流行下のデイケア休止は利用者もデイケアスタッフも初めての経験であり、戸惑いの中でその期間を過ごした。利用者へのよりよい対応・支援を継続して行えるよう、新型コロナウイルス感染症に伴う生活の変化やデイケアの休止・再開が利用者にどのような影響を及ぼしているのか、どのような体験だったのかアンケート調査を通じ知り、感染症を踏まえたデイケア運営について考察する。

2 研究の目的と方法

今回の研究では、自記式の「新型コロナウイルス感染症とデイケアに関するアンケート」を実施し、その結果からコロナ禍でデイケア運営をするための示唆を得ることを目的としている。

感染拡大防止に伴うデイケア休止期間中の利用者及び体験者のうち、アンケート実施期間（令和2年12月9日～12月18日）に在籍している、10代～40代の男性11名、女性6名を対象とした。

アンケート項目は、新型コロナウイルス感染症に伴うデイケア休止の影響を尋ねた先行調査で使用されたアンケート項目を参考にし、利用者にデイケア休止がどのように影響したか、再開後のデイケアをどのように感じているかを知ることができる項目を、複数のスタッフで検討した。

3 アンケート結果と考察

13名からアンケートを回収した（回収率76.5%）。主な項目についての結果と考察を示す。

（1）新型コロナウイルス感染症に伴う生活の変化

睡眠については、「リズムが崩れた」が53.8%、「特に変化がない」は38.5%であった。日中の過ごし方については、「外出の機会、活動量、人と会う機会が減った」と回答する利用者が多い中で、「特に変化はない」と感じている利用者も一定数いた。また「新しいことを始めた」など、前向きな行動をとった利用者もいた。

（2）デイケア休止期間中について

デイケア休止の連絡を受けた時どのように感じたかについては、「仕方がない」が61.5%であった。同時に、「いつまで休止なのだろうか」と見通しの持てなさを感じた割合も多かった。「他の施設を利用したい」という希望を持った利用者はいなかつた。

デイケア休止の期間は、「適切」が61.5%であったが、「長かった」「非常に長かった」を合わせると、30.8%であった。休止期間中の自宅での過ごし方の困りごとについては23.1%が「ある」、61.5%が「ない」であった。休止期間中の生活リズムの変化は53.8%が「ある」、46.2%が「ない」と回答し、自由記述では「体調がよくない時が増えた」、「昼夜逆転」などの回答が見られ、デイケア参加者が生活リズムを整えるきっかけとなっていることが推測された。

（3）デイケア休止期間中のサポートについて

休止中は各担当スタッフから利用者へ、週1回程度の電話を中心とした定期的な連絡を実施した。

のことに関して、92.3%が「安心した」と回答し、電話の頻度は、92.3%から「適切」との回答が得られたが、「多かった」の回答も少數あった。連絡方法については「手紙がよかったです」が23.1%であったものの、「何もない方がよかったです」はなかった。これらから休止中の支援は概ね適切であったと考えられるが、方法や頻度については各利用者と話し合う必要性が示唆される。

定期的な連絡により、スタッフは利用者の近況を知ることができ、利用者は再開時期などを事前に知り見通しを持つことができたことで、スムーズな再開に至ったと考える。

(4) デイケア再開について

再開時期については84.6%から「適切」の回答が得られたが、「遅かった」の回答もあり、その理由は、「(何も) することがない」であった。再開の連絡を受けた時にどのように感じたかについては、「ホッとした」が53.8%、「やっとみんなに会える」、「外出する場所ができた」がそれぞれ38.5%、「活動が楽しみだ」が30.8%，など肯定的な回答割合が多い中、「外出するのがおっくうだ」も23.1%であった。このような思いを持つ利用者がいることを念頭に、寄り添っていく必要性がある。

再開時の取り組みとして、デイケア再開初日は活動内容に「デイケア休止中のことについて語り合う」時間を組み込んだ。これはデイケアが休止になっただけではなく、新型コロナウイルス感染症という誰もが経験をしたことがない状況への不安な気持ちなどをグループとして共有できるよい機会となった。併せて各利用者の通所初日に、担当スタッフとの面談の時間を持ったことも重要であったと考える。

通所することでの感染の不安が「非常にある」、「少しある」を合わせて53.9%が選択しながらも、感染拡大前後で参加人数の変化はほとんどなかった。このことは多くの利用者にとって通所により感染する不安よりもデイケアに参加したい気持ちの方が上回った結果ではないかと考える。

4 今後の課題

新型コロナウイルス感染症の収束の見通しが立たない中、インターネットなどでは「withコロナ」という表現も散見され、以前とは異なる生活様式が求められている。デイケアも「新しい生活様式」へと変化させつつ、集団を基本とした機能は維持していかなくてはならない。フィジカルディスタンスの徹底が言われているが、物理的距離が心理的距離に影響し、さらには集団力動にも影響する可能性は高い。活動の中で対人交流を促すペアワーク・グループワークも採り入れにくくなっている。

アンケート実施以降も、2度のデイケア休止を行った。その際アンケート結果を踏まえ、電話に加えスタッフからのメッセージを込めてデイケア通信を送付した。「デイケア再開時にスムーズに利用者が通所できるためのツール」として位置づけ、一方向ではなく利用者からのメッセージも掲載する双方向の通信と変化させたところ個性豊かな返信があり、またその数も回を重ねるごとに増えていき、グループとしてつながっている感覚を持つことに役立った。

また、例年行っていたクリスマス行事はデイケア休止により中止となつたが、再開後発表中心の行事を企画した。各プログラムの発表に加え、個人でも特技などの披露を希望した利用者が予想以上に多く、人前で発表する体験の場として、通常の活動中とは異なる一面を互いに知り認め合うよい機会となった。

生活が以前の状態に戻る目途は立たず、デイケア活動への制限も続いている。感染防止の安全や安心感は担保しつつもデイケア本来の目的を損なわないよう、試行錯誤しながらも活動を継続していく必要がある。

<参考・引用文献、研究>

- 1) 内閣府／政策統括官 経済社会システム担当 (2002. 6. 21)
『新型コロナウイルス感染症の影響における生活意識・行動の変化に関する調査』
- 2) 太刀川弘和 (2020. 12. 31) 『新型コロナウイルス感染症に関わるメンタルヘルス全国調査』
- 3) 日本デイケア学会編集 (2016) 『新・精神科デイケアQ&A』

札幌市の新型コロナウイルス感染症に係るこころのケアの取組について

札幌市精神保健福祉センター

○河口 由幾 鎌田 隼輔 關 靖子
小出 奈津子 西方 教晃 高野 康羽

1 はじめに

札幌市においては令和2年2月14日に1例目の新型コロナウイルス感染者が確認されて以降、令和3年8月22日現在まで累計33,154人の感染者が発生している（表1）。長期にわたる感染症の流行は、身体的健康への直接的なリスクのみならず、仕事・学校・家庭等の私たちの日常生活の多くの面に甚大な影響と変化を及ぼす。先行きの見えない慣れない生活によって蓄積するストレスは、心身の様々な不調へと繋がり、うつ病等の精神疾患へ発展するおそれもあり、長期の感染症の流行下におけるメンタルヘルスの対策は極めて重要である。本稿では、新型コロナウイルス感染症に関して当センターが実施しているこころのケアの取組について報告する。

2 当センターが実施するこころのケアの取組

（1）市民・支援者に向けた周知・啓発

道内では、令和2年2月中旬から新規感染者数が増加し、感染の第一波が形成された。同月、北海道は「新型コロナウイルス緊急事態宣言」を出し、不要不急の外出自粛が要請され、公共施設等の臨時休館や一般開放の休止、小中高校・特別支援学校の休校となった。これを受け、同年3月から、当センターホームページ内に「新型コロナウイルス流行とこころの健康に関する」（※）を立ち上げ、メンタルヘルスに関する情報提供・チラシの掲載、当センターが実施している「心の健康づくり電話相談」の案内を実施している。また、当センター公式Twitterなどをを利用して情報発信も行っている。

（※札幌市HP <https://www.city.sapporo.jp/eisei/gyomu/seisin/coronavirus.html>）

（2）心の健康づくり電話相談

当センターでは、従来より市民からのメンタルヘルスに関する相談を「心の健康づくり電話相談」（平日9～17時、17～21時、土日祝10～16時）において受け付けているが、新型コロナウイルス感染症に関わる不安や心の不調に関する相談についても、当該電話相談の中で対応している。相談内容としては、「感染するのではないか」「外出が怖い」といった感染への不安や、「コロナで生活リズムが乱れた」といった生活への影響、また外出制限や自宅療養に伴う心身の不調や今後の仕事・生活への不安等があり、電話相談員が丁寧に傾聴し、不安等の軽減を行っている。

（3）宿泊療養施設入所者に対するこころのケア

北海道と札幌市では、令和2年4月から軽症者・無症状者の宿泊施設での療養が開始された。宿泊療養施設入所者は活動制限や生活環境の変化等により大きな心理的ストレスを受けることとなり、療養中に精神面の不調をきたす入所者も出てくることが予想されたため宿泊療養の開始に合わせ以下のような取組を実施している。

- ①入所時資料への周知チラシ（図1）の同封及び施設内での周知ポスター（図1と同内容）の掲示を行い、メンタルヘルスのセルフケアや当センターの「心の健康づくり電話相談」を周知する。
- ②入所者や現地の従事職員（主に看護師）から相談があった場合、当センター職員が電話により相談を実施する。実施結果は必要に応じて札幌市及び北海道の宿泊療養チームと情報共有を行う。
- ③概ね週1回程度の頻度で、当センター職員が各宿泊療養施設へ電話による聞き取りを行い、現地従事職員からの相談に対応する。
- ④早期対応を要するケースの場合は、札幌市感染症対策室・現地従事職員・当センターで連絡を取り合い

表1 札幌市内の感染者数と内訳 2021/8/22現在 (人)

感染者（累計）	現在患者数			死者 (累計)	退院 療養終了 (累計)
		軽症	重症		
33,154	2,686	2,680	6	824	29,644

対応について検討する。

相談対応件数は延べ 49 件(実数 32 人)、内訳は本人 24 件、現地従事職員等 25 件(令和3年7月末日現在)となっている。本人からの相談は、現地看護師が毎日の健康観察聴取の中から必要性を感じ、依頼していくことが多く、1回の電話時間は体調を配慮しつつ 30~40 分程度で、2~3回継続する場合もある。主訴は「眠れない」等の不調、入所生活や今後への不安、「退所したい」「市の対応が不満」といったもので、傾聴し安心する言葉がけを行い、必要に応じ電話相談の継続や退所後の様子確認等を実施している。また、過酷な労働環境に置かれている現地看護師等従事職員のメンタルヘルスについても必要時に相談に乗ることが出来る体制としている。

(4) 自宅療養者へのこころのケア

令和 2 年 11 月から、自宅療養者の精神的な負担への対応として、保健所から発送されている自宅療養セット(食料品や日用品等)の中にチラシ(図 1)を封入している。相談件数は月 1~2 件ほどの頻度だが、感染拡大による自宅療養者の増加がみられることから継続した取組が必要である。

(5) クラスター発生施設・医療機関等の従事者に対するこころのケア

クラスター発生施設等の職員は、感染者への対応や外部との隔離等の慣れない業務に従事し、極めて高ストレスな状態にかれている。令和2年5月より職員のメンタルヘルスの不調を防ぐため、以下の取組を実施している。

①職員向けチラシの配布(図2)、施設内の周知ポスター(図 2と同内容)の掲示等を行い、メンタルヘルスのセルフケアや「心の健康づくり電話相談」について周知する。

②職員からの電話相談では、現在の不調の状況や不安感を傾聴し対応方法の助言や受診先の調整等を実施している。

③施設管理者からは、不調が見られる職員への対応や組織としての対応について相談を受ける事があり、職員のメンタルヘルスを把握するためのチェックリスト資料等の提供、施設管理者等へのコンサルテーション、職員向けにセルフケアや相談先の周知等を目的としたミニ講座を実施している。

個別の電話相談対応件数は延べ 4 件、施設へのコンサルテーション件数は 6 件、ミニ講座開催回数は1回(参加者 12 名)(令和 3 年 7 月末日現在)となっている。

3 まとめ

新型コロナウイルス感染者数は新たな変異株が出現するたびに拡大傾向にあり、収束の見通しは立たず、なおも長期化することが予測される。流行長期化の影響により非日常的な生活が、新しい日常生活の一部分になってきている中で、メンタルヘルスへの影響がより深刻化していくことも考えられる。感染者やその家族、対策に従事する支援者への寄り添った対応を行うとともに、今後は感染症の終息後も見据え、感染流行の長期化や外出自粛等で多大なストレスを抱えている一般市民のこころのケアについても、関係機関と連携した対応を行う必要がある。

図 1

療養中の皆さまへ

新型コロナウイルス感染により、つらく苦しい状況にいらっしゃると思います。
普段と異なる環境の中で過ごしていると、ここにもさまざまな変化があらわれることがあります。

こんな変化が現れることがあります
・気分が落ち込む
・物事に集中できない
・イライラしたり、すぐに腹が立つ
・緊張感がつづく
・感染を広めたのではという不安を感じる
・孤立感やさみしさを感じる
・疲れやすいなど

気持ちを誰かに話したり、相談したりすることで、不安やつらさが和らぐことがあります。

『心の健康づくり電話相談』のご案内

札幌市精神保健福祉センター(札幌こころのセンター)では、ここのお悩みに関する相談に下記の電話で応じています。

札幌こころのセンター 心の健康づくり電話相談
011-622-0556 (平日 9 時~17 時)

電話番号を教えていただければ、札幌こころのセンターから、おり返し、お電話することもできます。

北海道新型コロナウイルス感染症対策チーム 宿泊療養班
札幌市感染症対策室 宿泊療養班
札幌市精神保健福祉センター(札幌こころのセンター)

図 2

従事者の皆さまへ
～こころの健康を保つためにできること～

困難な環境下で日々、最前線で従事されている医療従事者の皆様へ心から感謝申し上げます。
慣れない業務・感染のリスク・見通しの立たなさなどにより、これまで経験したことのないストレスを感じられていると思います。
しかし、大切な支援や対策を行なうためには、ご自身の健康管理にも十分な注意を払うこと大切です。

慣れない環境や強いストレスを感じながら業務に従事していると、職種や経験年数を問わず、多くの方にこころやからだの変化や不調が現れます。

・気分が落ち込む
・物事に集中できない
・イライラする
・すぐに腹が立つ
・何をしても楽しくない
・緊張感がつづく
・感染を広めてしまったのではないかという不安を感じる
・疲れやすい
・よく眠れない
・早く目が覚める
・ミスや物忘れが増えるなど

このような変化は、今までにない持続的な強いストレスを受けたときに多くの方に起こりうる『正常な反応』ですので、多くの場合は時間の経過とともに自然に回復していきます。
こころの健康を保つため、以下のことを心がけてみましょう。

○呼吸強っている自分を責めていませんか。
○仲間に感謝の言葉をかけてあげましょう。
○休みのときには、趣味や日課を楽しんでリラックスしましょう。
○できるだけ毎日のリズムを保ち、十分な休養とバランスのいい食事を心がけましょう。
○業務の合間に、安全な場所で息抜きや気分転換をしましょう。

札幌こころのセンターではこころの相談をお受けします

札幌こころのセンター(札幌市精神保健福祉センター)では、従事者の皆様のこころのお悩みに関する相談に応じています。お一人で不安な気持ちを抱えす、どうぞ、私たちにお話ください。秘密は守られます。

相談をご希望の方は、FAX・メール・電話のいずれかでご連絡ください。
FAX: 011-622-5244 (裏面の事項を記入の上送付してください)
メール: kokoro-c@city.sapporo.jp (裏面の事項をメールに入力して送付してください)
電話: 011-622-5190 (裏面の事項を電話口でお伝えください)

浜松市におけるがん遺族支援の取組み

浜松市精神保健福祉センター

○松尾詩子 二宮貴至 鈴木多美

池田千穂 相曾晴香 鈴木夕衣

1. はじめに

浜松市ではがんの家族・遺族支援を平成21年から開始し、今年度で13年目となる。大切な家族との死別は、遺された家族に耐え難い悲しみと大きな不安をもたらす。「あの人にもう会えない」という受け入れ難い現実や、「あの人がいてくれる」安心感のある世界とは異なる未来には、心身ともに憔悴することで、うつ病や心疾患の発症リスクが高まるという指摘もある。一方で、こうした心情を安心して話せる場所やケアを受けられる場は身近には多くはない。それは、死別は誰もが経験し、心身の変化があったとしても自然な回復がみられるということもあるからかもしれない。死別が遺された家族の健康や将来などに大きな影響を与え、自分の生き方がわからなくなってしまうなど大きな混乱をきたした時に、誰かにSOSを出せるかというと簡単なことではない。まるでSOSを出すことが悪いことのように思ってしまう遺族もいる。グリーフケアは、病気に対する治療ではなく、大切な対象を失うこと（喪失）によって引き起こされる苦しい心の状態や反応を示す方に理解を示し回復をサポートしていくことである。遺された方の戸惑いとこのサポートが自然な形で出会える仕組みを作っていくことが、当センターが目指しているところである。

今回、地域におけるがん患者の家族や遺族のグリーフケアについて、センターの取り組みを報告し、地域で取り組むことの意義について考察する。

2. 浜松市精神保健福祉センターの取り組み

(1) がん患者家族・遺族個別相談

保健師、精神保健福祉士、臨床心理士（公認心理師）による個別相談を行っている。個別相談は平成19年度から行っており、令和3年度現在までに計60名が来所されている。日常に心のやり場がなく戸惑われる遺族の思いを受け止め、少しでも穏やかに過ごしていただけるような場・時間の提供が大きな目的である。経過や体験を時間をかけてお話しやすく中で、気持ちや考えが整理されたり、悲嘆反応とは何かを知るだけでも安心される方もいる。抑うつや混乱が強かったり、持病の悪化など深刻な状況が確認されれば医療機関と連携する。スタッフはアセスメントや対応について学ぶために外部講師よりグリーフスーパーバイズを受けている。

(2) がん遺族会 ーがんで大切な人を亡くされた方のつどいー

① 内容

遺族会は年に4回開催している。周知は市広報への掲載、センターのホームページへの掲載、関係機関へチラシを郵送しており、多くの参加者は広報を見たことが参加動機となっている。スタッフは保健師、精神保健福祉士、臨床心理士（公認心理師）で、ファシリテートする。会の約束やトーキングスティックを用いるなど、参加者が安心してお話しやすく配慮を心掛けている。休憩時間は、ざっくばらんに参加者同士でお話しいただける時間となっており、交流されている様子をみて時間を調整している。

② 参加者の状況

平成21年から令和3年度（7月まで）の参加者数は166名（男性39名、女性127名）、延べ人数は406名であった（図1参照）。故人の続柄は配偶者が約7割と最も多く、次いで親、子どもとなる（図2参照）。1人あたりの参加回数は、6割の方が1回のみの参加で、6回以上継続して参加している方は1割程度となる。最も参加された方で19回の参加があった。また、相談と遺族会を併用されている方は少ないとや、単発利用と長期利用のばらつきは大きいのがこの遺族会の特徴である。10回以上の参加の方は6名で、内4名は男性であった。この特徴が、遺族会のグループの雰囲気にも様々な形で現れる。ある程度日常生活を取り戻されている方とやっとの思いで来所された方と、参加者間で状況が乖離している印象をうける会もあった。会を運営していて、男性参加者の場への影響力というのは感じるものがあり、特に過半数を占めたり、継続参加によりある程度の発言力があると、「いまどうすればいいか」の具体的な対処や問題解決に焦点が当たりやすく、故人に想いを馳せるなど情緒的な交流は薄れることもあった。「考えたら暗くなる」「前向きに」という思いから、「参加者で

パーティや外出ができたらしい」など、会を自身の活動範囲を広げるきっかけ作りやそういう場にしたいというニーズが声として大きかった時期もあった。一方で、普段家庭内でも話せない胸の内を話せる場所として、故人に思いを馳せ、死別に向き合うことを目的として参加される方もおり、参加者間でわかつあうことの難しさを感じとしていただくこともある。終了後のアンケートによる参加者の声を参考にしながら、スタッフで課題を振り返り、会の目的や在り方を検討して参加者とも共有している。

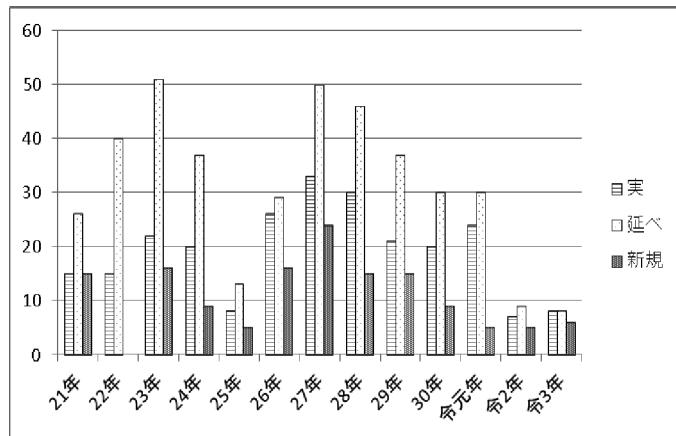


図1 がん遺族会参加者数

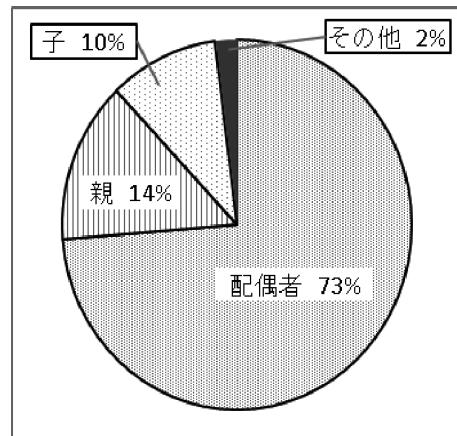


図2 参加者故人との続柄内訳

3. 考察 一事業を通してみえてきたものー

新規参加者が「会の存在は知っていた。でも参加する勇気がでなかった」とよく話される。一步踏み出せないことには、知らない場所に行く不安や緊張、どんな言葉をかけられるかわからない恐怖感、そして、周囲と比較して傷が癒えない自身に引け目を感じてしまうという複雑な心理状態もあるようである。周囲や家族に秘密で参加される方もいる。そして多くの方が「早く踏み出せばよかった」と笑顔まじりに感想を残され、少し軽くなつた足取りで会場を後にされる。知らない場所に行く不安は誰もが体験する感情であるが、どんな言葉をかけられるかわからない恐怖感や引け目は、悲嘆反応が複雑化した遺族特有のものと考えることができる。「立ち直った?」「あなたが頑張らないと」と日常で叱咤激励を受け傷ついてきた人も少なくない。会では、「皆同じ気持ちって思うとほっとする」と孤立感が和らぐ様子がみられる。また、新規者の語りに続いて、継続者がどん底だった当時の様子から現在に至る体験を振り返る語りのつながりは、新規者を優しく包むようなもので回復への希望にもなっている。継続者は自身の変化(回復の過程)に気づく。遺族の心情に深く共感し、理解しようとするつながりは、遺族が再び安心感をもって生活ができるようになるための足場としての重要な役割を果たせるようと思う。

4. 最後に

センターでがん家族・遺族支援を開始して13年目となる。参加者が低迷し、存続が危ぶまれた時期もあった。しかし、久しぶりに参加された方から「広報はみていた。開催されているなって、ホッとしていた」と言われることが実は多い。地域支援では、在り続けるということが特別ではないというメッセージとなり、求めた時にそこに変わらないものが在ることが安心感につながるのではないかと考えている。

著者は民間病院の緩和ケアチームに所属していたことがあり、かかわってきた患者や家族のことを思い出す。患者の状態を常に気にかけ、葛藤しながら日常の変化に対応する家族が抱える重圧は並大抵のものではないことは想像できた。その一方で、負担感や辛さを主訴に来院される家族はほとんどおらず、ずっと気がかりであった。患者が慣れ親しんだ生活環境に戻るにあたって、身体的なサポートの準備や環境調整が自然に入るよう、家族、そして遺族にも精神的サポートも提案(選択)できるような、浜松市のがん対策の取り組みで包括的な支援を提供していくと考える。

大切な人を亡くし「悲しい」という感情は変わらない。悲しみで全てが覆われる時、どうしたらいいのかわからなくなることがある。そこから徐々にその悲しみが抱えられる形と変化し、故人への思いとともに生きができるよう、その人らしさが發揮されるための安心感が得られるよう、地域でサポートしていくと考えている。

静岡県精神保健福祉センター ○川田典子 森佳奈 内田勝久
静岡県中部健康福祉センター 久保田 紗矢

1 要旨

令和元年度ふじのくにゲートキーパー（以下、GK）講師養成研修受講者に対し、自己効力感についての調査を受講前、後及び3か月後で行い、自己評価に関する調査を受講後3ヶ月後に行った。その結果、3ヶ月後において講師経験の有無により、自殺に関する知識定着度に差を認めないものの自己評価に差が見られた。研修受講後、速やかに講師として活動する大切さが示唆されたので報告する。

2 目的

GK講師養成研修受講後に、受講者が実際に講師を経験することによって生じる自身の意識、態度、行動の変化を明らかにすることで、さらにGK講師養成研修を充実させることを目的とした。

3 方法

令和元年度GK講師養成研修受講者に対し、「自殺予防におけるGK-自己効力感尺度⁽¹⁾」（以下、GKSES、表1）を用いた質問紙調査を受講前、後と3か月後、活動を通しての自分自身の変化⁽²⁾（以下、自己評価、表2）に対する質問紙調査を受講3ヶ月後に行い、研修終了後の講師経験の有無による自己効力感の変化の違いを調べた。GKSESでは9項目の質問を「絶対自信がある」から「ぜんぜん自信がない」の7段階で測定した。自己評価では、意識面・態度面・行動面の3つの大項目に分け、それぞれの小項目の中であてはまるものを複数回答で選択してもらった。評価方法は、GKSESの7段階評価を点数として扱い、各質問項目それぞれの平均値と標準偏差及び質問の合計得点に対する平均値と標準偏差を算出した。また、自己評価では、受講者を講師経験の有無で2群に分け、カイ二乗検定を行った。

調査対象者は令和元年5月24日に開催されたGK講師養成研修受講者43人である。

4 結果

質問紙調査の回収率は76.7%であった（43人中33人回答）。

GKSESの各質問項目及び合計得点の平均値と標準偏差を受講直後と3か月後を比較したが、講師経験の有無に関わらず有為な差は見られなかった。自己評価の項目では、講師経験あり群は、意識面で、「自殺やこころの健康問題について関心を持つ」「人とのつながりの大切さを知った」、態度面で、「困っている人に声をかけるなど関心を示すようになった」「考え方の多様性を認め、相手の状況を受容できるようになった」、行動面で、「困っている人からの相談回数が増えた」、「研修を受けるなどスキルアップを図っている」等と答える人が講師経験なし群に比べて多くなっていた。

5 考察

受講3か月後のGKSESの結果を受講直後と比較したところ、講師経験の有無にかかわらず有為な差がなかったことから、研修から3か月経過しても自殺に関する知識や自殺リスクのある人への対応方法等、全体的に定着していることが分かった。

しかし講師経験の有無で自己評価に関する項目を比較したところ、経験がある群は「自殺やこころの健康問題について関心を持つ」、「研修を受けるなどスキルアップを図っている」様になっていた。さらに「考え方の多様性を認め、相手の状況を受容できるようになった」等、相談者に視点を置いた項目を選択している

人が多く、より相手に关心を持って支援するよう変化していた。これらは研修の講師として自身の知識をアウトプットする機会に促された結果と推察した。

以上の結果から、研修受講後、速やかに講師としての実践を積むことの大切さが示唆され、講師を務めることでGKないし支援者として成長することができ、よりスムースに講師として新たなGKを養成することができるようになるものと期待された。

GK講師養成研修を受講後、講師を務めることは、自殺に関する知識や傾聴のスキルを身につけるだけでなく、GKの役割を果たすことに対する自己効力感を高めることにつながることから、今後は講師養成研修受講者が講師として速やかにGKの養成に取り組むよう働きかけていきたい。また今回の調査では標本数が、講師経験あり群はn=10、講師経験なし群はn=23と少なく、標本数が増えることで今回と異なる結果が出てくることも予想されるため、今後、標本数を増やし変動の有無を確認していきたい。

6 謝辞

本報告に御協力くださいました、「令和元年度ふじのくにゲートキーパー講師養成研修」の受講者の皆様に心より感謝申し上げます。

7 参考・引用文献

- (1) 森田展彰、太刀川弘和・他：自殺予防におけるゲートキーパー自己効力感尺度（Gatekeeper self-efficacy scale, GKSES）の開発. 臨床精神医学 44 (2) : 287-299, 2015
- (2) 播磨優子、佐々木久長：メンタルヘルスサポーターの自己効力感と活動による意識・態度・行動の変化に関する自己評価. 秋田大学保健学専攻紀要 26 (1) : 79-85, 2018

表1. 質問項目

問1	自殺を行う人の心理について説明できる
問2	うつ病に関する基本的な知識について知っている
問3	自殺の可能性のある人に接する上で適切な態度について知っている
問4	自殺やうつのサインについてわかる
問5	自殺の可能性のある人の話を傾聴することができる
問6	「死にたい気持ち」や自殺計画を落ち着いて尋ねることができる
問7	自殺衝動のある人の相談を受ける場合、落ち着いた対応ができる
問8	自殺の可能性のある人が用いることができる社会資源を知っている
問9	自殺の可能性のある人について必要な紹介先につなげることができる

表2. 活動を通しての自分自身の変化（複数回答）

<意識の変化>

- 問1 自分のこれまでの生き方を振り返る
- 問2 自分の内面と向き合う
- 問3 自殺やこころの健康問題について関心を持つ
- 問4 人とのつながりの大切さを知った
- 問5 地域の大切さを知った

<態度の変化>

- 問6 困っている人に声をかけるなど関心を示すようになった
- 問7 自分に正直になった
- 問8 本音で相手と接するようになった
- 問9 個人情報の管理に注意している
- 問10 (相談相手として) 相手の状況に合わせて話をするようになった
- 問11 傾聴できるようになった
- 問12 考え方の多様性を認め、相手の状況を受容できるようになった

<行動の変化>

- 問13 専門機関につなぐことができる
- 問14 つながれる先として対応回数が増えた
- 問15 困っている人からの相談回数が増えた
- 問16 様々な対象の相談に関わっている
- 問17 講師として地域でゲートキーパー養成研修を実施した（実施予定である）
- 問18 研修を受けるなどスキルアップを図っている
- 問19 自分自身の健康に気をつけている

自殺未遂者再企図防止事業の現状と課題について — 新潟市における8年間の実績から見えること —

新潟市こころの健康センター

○丸山 光子 福島 昇 仁木 悠子
北川 千津子 本間 千晴

1 はじめに

人口動態統計によると、新潟市の令和元年の自殺者数は124名、自殺死亡率は15.6で、減少傾向にあるが、依然として政令市の中では高い水準にある。

自殺未遂は、自殺の大きなリスク要因と言われており、自殺未遂者を支援し再企図を防止することで、自殺者数の減少につなげるため、平成24年10月から『新潟市ころといのちの寄り添い支援事業（自殺未遂者再企図防止事業）』を開始し、令和3年3月までに、217名を支援してきた。その8年間の実績から、事業の現状と課題について報告する。

2 対象者

新潟市に居住する自殺未遂者で、本人又は家族等が支援を受けることに同意し、次のいずれかに該当する者。（1）救命救急センター等に搬送され、医師等が支援を必要と認めた者（2）救急隊員や警察官が臨場し、支援を必要と認めた者（3）生活保護の受給者で、ケースワーカーが支援を必要と認めた者（4）その他、市長が認めた者

3 支援方法

（1）訪問・面接・電話等による相談支援（2）関係機関との連絡調整（3）個別支援会議

4 実績

平成24年10月から令和3年3月末までの被支援者は217名（男性101名/女性116名）であった。（表1）男性は50代が最も多く、次いで20代、30代、女性は20代が最も多く、次いで30代、40代が多かった。（図1）近年は、若年層が増えており、令和2年度は、被支援者の約半数を10代、20代が占めている。また、医師等から事業を紹介されたが支援につながらなかった者は、84名（男性35名/女性48名/不明1名）であった。

相談支援は延5,477件であり、電話での相談が3,560件（65%）と最も多く、次いで、訪問が1,368件であった。また、関係機関との連絡調整は4,900件であり、そのうち医療機関を除くと生活保護担当部署との連絡が758件と一番多かった。（表1）

原因動機は男女とも「健康問題」が最も多く、次いで男性は「経済・生活問題」、女性は「家庭問題」が多かった。（図2）職業別では、男女とも無職者が多く、全体の72.4%を占めていた。手段別でみると、男性は「薬物」が36.6%、「刃物」が24.9%であり、女性は「薬物」が57.8%と過半数を占めていた。（図3）

被支援者のうち182名（83.9%）に「精神及び行動の障害」があり、男性では「適応障害」「うつ病」、女性では「うつ病」「パーソナリティ障害」が多かった。また、自殺企図前に精神科受診歴がある者は149名（68.7%）であったが、そのうちの32名（21.5%）が企図時点で受診を中断もしくは終了していた。

また、過去の自殺未遂歴では、男性の未遂歴ありが37.6%であるのに対し、女性は、54.3%となっていたり、そのうち自殺未遂を3回以上繰り返している者が38.1%であった。（図4）

支援の結果、217名のうち173名（79.7%）が支援終了となった。終了者における支援期間は、6か月以上～12か月未満が63名（36.4%）と最も多かった。支援終了理由は、「自殺念慮の消失もしくは減退」「地域における安定した支援の確保」「安定した医療の確保」が上位であった。近年、精神科に通院していても希死念慮が持続していたり、医療機関以外に支援のつなぎ先がなかったりなど、支援が長期

化するケースが増えている。

表1 相談支援実績

ケース 実人数		相談件数 (延べ)	相談延べ件数内訳				関係機関 調整	カンファ レンス	単発相談	継続支援 終了
			訪問	来所	電話	その他				
217	件数	5,477	1,368	495	3,560	54	4,900	148	1,474	173

図1 被支援者の男女別・年齢別

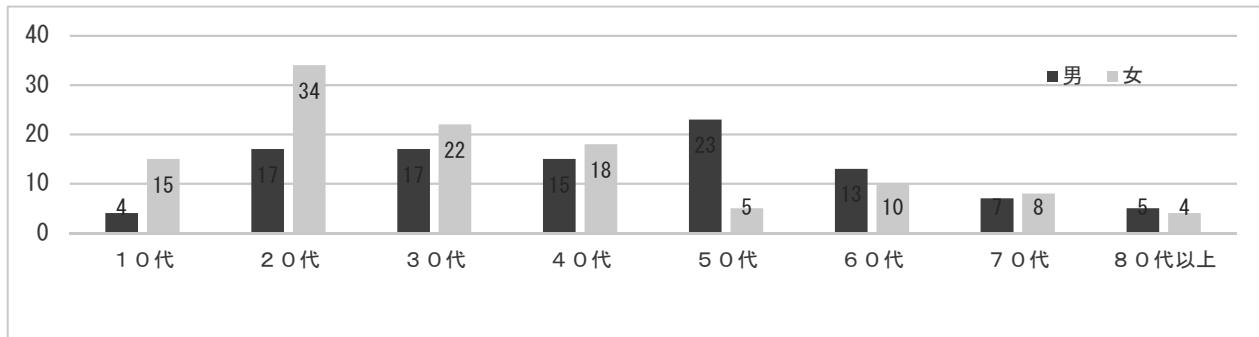
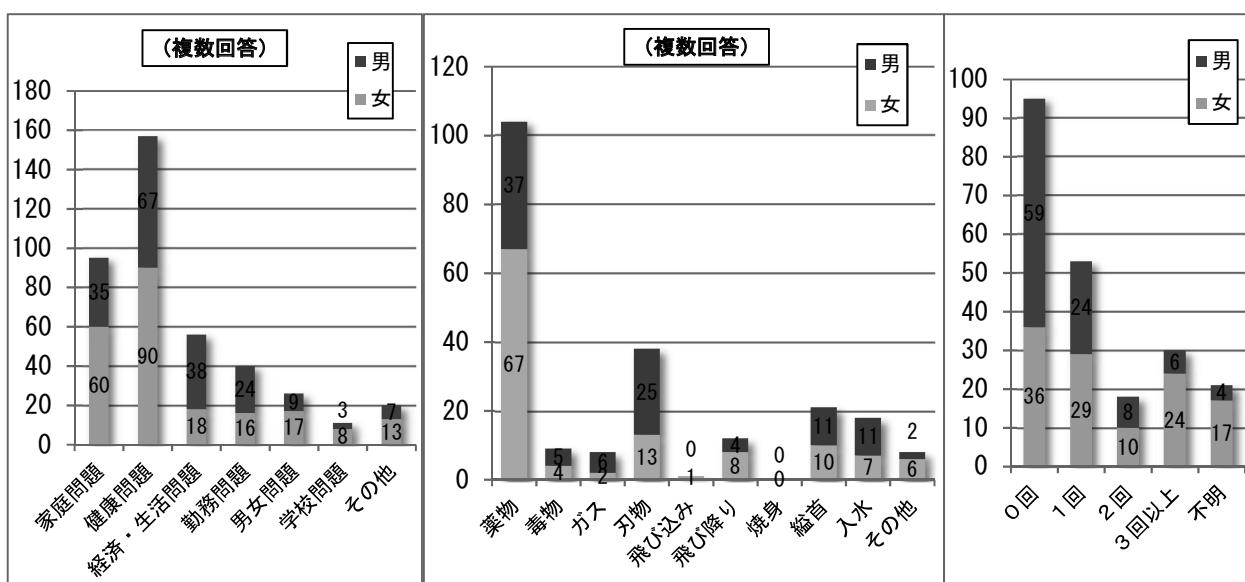


図2 自殺未遂の原因動機別内訳

図3 自殺未遂の手段

図4 過去の自殺未遂の有無・回数



5 考察

8年6か月での被支援者は217名となったが、令和元年の新潟市自殺者数が124名、自殺未遂による救急搬送者数が258名であることから、本事業の支援につながった者はごく一部である。また、支援開始後に連絡が途絶える場合もある。支援を希望せず支援につながらないケースや支援が継続しないケースについては、自殺未遂の原因や周囲の環境が改善されないままで再企図に至る可能性が高いのではないかと危惧している。

また、事業実施においては、支援者となる相談員の専門性の確保やチーム対応が欠かせない状況である。

6 今後の課題と方針

地域や家庭で孤立している者をいかに必要な支援につなげられるか、また、10代の被支援者が増加していることから、教育機関や若者支援機関など、新たなつなぎ先の確保が課題である。

今後、地域の身近な支援者と連携できるネットワークを構築し、市民が問題を抱えて追いつめられる前に医療・相談機関等とつながることのできる環境づくりが重要と考える。

抑うつ状態による休職者を対象とした復職リハビリテーション利用者の臨床的特徴 -東京都立中部総合精神保健福祉センターりワークの状況-

東京都立中部総合精神保健福祉センター

○川瀬 愛, 前山 文枝, 岩崎 幸男, 菅原 誠, 熊谷 直樹

1. はじめに

東京都立中部総合精神保健福祉センター(以下「当センター」という)では1972年の事業開始以来、精神科リハビリテーションを行ってきた。休職者の復職支援を行う作業訓練部門では、2005年度に主に気分障害の休職者を対象に復職支援を行う「うつ病リターンワークコース(以下「DRW(Depression Return Work)」といふ)」を設立した。その後、統合失調症の休職者を対象としたコース、神経発達症の休職者を対象としたコース、高次脳機能障害の休職者を対象としたコースを設置し、疾患の特性に合わせた復職リハビリテーション(以下「ワーク」といふ)を実施するという特徴を持つ。DRWは主治医からの診療情報提供書による診断がICD-10診断による「F3(気分障害)」「F4(神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害)」および「抑うつ状態」の休職者を対象としている。これまでも利用者の状況に合わせて、プログラム内容の修正や新規手法の導入を行ってきており、現在では利用者個人の状況に応じた個別作業と協調性及び規律を重視した共同作業を併せた職業能力回復訓練、認知行動療法や弁証法的行動療法の技法を用いたマインドフルネス・感情調整・ストレスコーピング、対人関係スキル向上を目指した各種心理教育、復職に向けた社会生活技能訓練等を、3-4か月で1クールとして実施し、6か月以内での復職を目標に設定している。

2. 目的

DRW利用者の臨床的特徴を把握し、当センターにおける抑うつ状態による休職者のニーズの把握、関係機関への情報提供、プログラム内容の検討に役立てる。

3. 方法

DRWを利用した842名の診療記録の二次的データ解析を実施した。対象者は2005年4月から2021年3月の間に、同コースを開始した利用者である。調査項目は、性別、利用開始時年齢、利用期間、生活歴(婚姻歴、最終学歴)、病歴(初発年齢、罹病期間、入院歴)、職歴(職種、休職歴)、退所時転帰、主治医による主診断、当センターでの主診断、当センターでの併存診断、BDI-II(ベック抑うつ調査票)、SASS-J(自記式社会適応度評価尺度)のスコアである。診断はICD-10に準じて行った。退所時に復職が決定している場合を復職群(737人)、それ以外の場合を非復職群(105人)とした群間比較および性別(男性622人、女性220人)による群間比較を行った。正規分布をとる連続変数はt検定、非正規分布をとる連続変数はWilcoxon順位和検定、カテゴリー変数はFisher正確性検定で、両側P値で0.05未満を統計的有意差ありと判断して解析を行った。

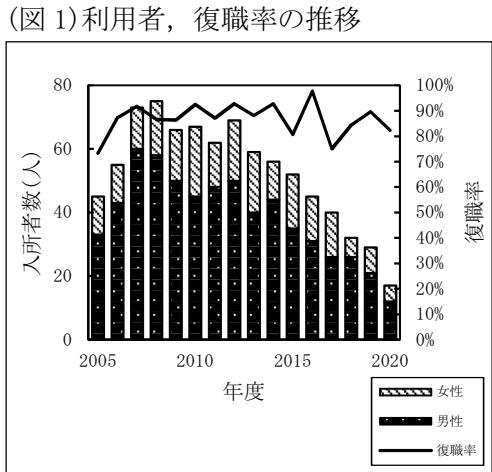
4. 結果

(1) 全体の基本属性

年度毎の利用開始者数および復職率の推移を図1に、利用者の基本属性を表1に示した。16年間の平均復職率は87.5%であった。非復職群105人の転帰は自宅療養34人(32.4%)、自主退所30人(28.6%)、転職・就学19人(18.1%)、病状悪化・事故7人(6.7%)、他施設移行7人(6.7%)、退職3人(2.8%)、不明5人(4.7%)であった。

(2) 基本属性の群間比較

基本属性に関する復職者と非復職者との群間比較では、平均



利用期間[SD]が復職群 158.3[50.4]日, 非復職群 145.7[56.9]日と非復職者で短かった($p < .05$)以外には有意差を認めなかった。性別による群間比較で有意差を認めた結果を表2に示す。

(3) 全体の診断

全利用者の主治医診断はF3 675人(80.2%), F4 108人(12.8%), 抑うつ状態 59人(7%)であった。当センターでの主診断はF3 548人(65.1%), F4 263人(31.2%), F6(パーソナリティおよび行動の障害) 16人(1.9%), F2(統合失調症) 13人(1.5%)であった。主治医診断と当センターの主診断が一致したのは全体で559人(66.4%)であった。当センターの併存症診断を有しているのは全体で220人(26.1%)であった。

(5) 診断の群間比較

主治医診断と当センターの主診断の一致率は復職者499人(67.7%), 非復職者60人(57.1%)と非復職者で低かった($p < .05$)。その他診断に関して群間比較で統計学的な有意差を認めなかった。

(6) 各検査の結果、群間比較

群間比較の結果を表3に示す。各群における同一利用者内の比較結果は、BDI-IIは全群において退所時は入所時と比較して有意な改善を認めた(いずれも $p < .001$)。J-SASSは非復職者での改善は有意ではなかったが($p = 0.06$), それ以外の群では退所時は入所時に比して有意な改善を認めた(いずれも $p < .001$)。

5. 考察

非復職者の利用期間が復職者より短いのは、自主退所や病状悪化によるプログラムの中止が影響していると推察される。プログラム継続や病状管理に対する個別支援、主治医との適切な連携等を行うことで、プログラム継続率を向上できるよう取り組む必要がある。今後、自主退所や病状悪化によってプログラム中止した利用者の特徴についても調査し継続しやすい環境を検討したい。性別による群間比較で、女性と男性とでは基本属性に関して異なる特徴が見られたが、性別による復職率の差は認めなかった。心理検査では、BDI-IIの点数は非復職者が復職者より、女性が男性よりも有意に高く、より自覚的な抑うつ症状が重いと考えられた。J-SASSの点数は復職者が非復職者より有意に高く、復職者はより社会適応が良好であると考えられた。本調査では対象者が抑うつ状態による休職者のみであり、項目によりデータの欠損も見られ、結果の一般化には注意を要する。本調査では復職の可否に影響する要因の同定はできなかったが、性別により基本属性や自覚的な抑うつ症状、社会適応のレベルに関して違いがあることが示唆された。今後の支援において、本調査の結果をどのように反映できるかの検討が課題となる。

(表1) 全体の基本属性

項目	項目
男性(%)	622人(73.9)
復職(%)	737人(87.5)
利用開始時年齢[SD]	40.9歳[8.5]
利用期間[SD]	156.8日[51.4]
婚姻歴(欠損数=6)	
未婚(%)	361人(43.2)
既婚(%)	413人(49.4)
離婚/別居(%)	62人(7.4)
最終学歴(欠損数=2)	
高校卒(%)	118人(14.0)
短大・専門・高専卒(%)	112人(13.3)
大学卒(%)	526人(62.6)
大学院卒(%)	84人(10.0)
病歴	
初発年齢[SD]	35.3歳[8.5]
罹病期間[SD]	5.6年[5.3]
入院歴有(%)	171人(26.2)
職種(欠損数=6)	
事務職(%)	602人(72.0)
技術職(%)	163人(19.5)
技能職(%)	42人(5.0)
現業職(%)	29人(3.5)
公務員(%)	246人(29.2)
休職歴	
複数回の休職歴有(%)	451人(60.2)
休職回数[SD]	2.2回[1.5]
休職期間[SD]	18.8カ月[13.6]

(表2) 基本属性の性差

	女性	男性	p
年齢	38.9[9.2]	41.6[8.1]	<0.001
発症年齢	33.8[9.0]	35.8[8.2]	<0.01
休職回数	2.0[1.4]	2.3[1.5]	<0.01
婚姻歴			<0.001
未婚	138(63.0)	223(36.1)	
既婚	65(29.7)	348(56.4)	
離婚/別居	16(7.3)	46(7.5)	
職種			<0.001
事務職(%)	164(75.2)	438(70.9)	
技術職(%)	22(10.1)	141(22.8)	
技能職(%)	27(12.4)	15(2.4)	
現業職(%)	5(2.3)	24(3.9)	
公務員(%)	78(35.6)	174(26.9)	<0.05
学歴			<0.001
高校卒(%)	31(14.1)	87(14.0)	
短大・専門・高専卒(%)	58(26.4)	54(8.7)	
大学卒(%)	119(54.1)	407(65.6)	
大学院卒(%)	12(5.5)	72(11.6)	

(表3) 心理検査点数の群間比較

	全体		復職		非復職		p	女性		男性		p
	mean	SD	mean	SD	mean	SD		mean	SD	mean	SD	
入所時BDI-II	13.9	8.7	13.6	8.7	16.1	8.4	<0.05	15.7	9.3	13.3	8.4	<0.01
退所時BDI-II	7.2	6.8	7.0	6.7	9.2	8.1	<0.05	8.6	7.5	6.7	6.5	<0.01
入所時J-SASS	32.0	7.4	32.4	7.3	28.1	6.9	<0.001	32.8	7.7	31.7	7.2	>0.05
退所時J-SASS	36.3	7.2	36.8	6.9	31.3	7.7	<0.001	37.0	7.2	36.0	7.2	>0.05

発達障害者に対する集団認知行動療法（ASAP-CBT）の効果について

東京都立中部総合精神保健福祉センター 生活訓練科⁽¹⁾ 東京都立松沢病院 精神科⁽²⁾
○杉原 徹^{(1), (2)}辻 真基⁽¹⁾ 佐藤 篤⁽¹⁾
中 祐子⁽¹⁾ 菅原 誠⁽¹⁾ 熊谷直樹⁽¹⁾

1 はじめに

東京都立中部総合精神保健福祉センター(以下、当センター)では、発達障害(自閉スペクトラム症:以下 ASD、注意欠如・多動症:以下 ADHD)の診断を有する利用者への専門プログラム ASAP(Autism Spectrum disorder Assistance Program:以下 ASAP)を実施している。ASAP はパッケージ型の心理・行動療法で CBT や SST などから構成されている。本発表では、ASAP-CBT について、その効果を報告する。

2 対象と方法

(1) 対象

本研究は、2017 年 7 月から 2021 年 3 月までに ASAP-CBT に参加した 46 名のうち、当センター医師に基づく主な診断が、ASD、ADHD のいずれかであり、かつ参加前後のデータが確認できた 27 名(ASD23 名、ADHD12 名、その他の精神疾患との重複例 7 名)を対象とした。参加者の性別は男性 23 名、女性 4 名、年齢は 32.9 ± 8.9 歳(平均 \pm 1SD)であった。なおデイケア利用にあたり、匿名性に十分配慮の上、学術研究目的でデータを使用することの同意を本人から得た。

(2) 方法

① ASAP-CBT の概要

ASAP-CBT は、3 か月で 1 クールとし、週に 1 回実施した。各クールは固定のメンバーで行い、1 クールの参加人数は 3~8 名、スタッフは精神科医師、心理職を含む 3~4 名であった。プログラム内容は表 1 のとおりである。各 Session では、様々な社会的場面で発達障害にしばしばみられる行動パターンや認知傾向などの特性を振り返るよう促した。また、集団での話し合いにより、他者視点を取り入れる体験をし、自分の認知と折り合いがつく行動や対処法を学習することを目指した。

② 効果測定の手続き

自己受容尺度¹⁾と WHO/QOL26²⁾(以下、QOL26)を用いた。いずれも自己式の検査である自己受容尺度は、評価的側面(良い(5)-悪い(1))、感覚的側面(好き(5)-嫌い(1))の 2 次元から自己受容を調べるものである。QOL26 は、身体的領域、心理的領域、社会的関係、環境の 4 つの領域と全体を問う 2 項目から生活の質を調べるものである。全対象者について参加前後で評価し、比較した(対応のある t 検定)。さらに、対象者について診断名による違い、また、参加クール数で分け、それぞれの変化を分析した。

表 1 ASAP-CBT の内容

内容	
Session1	オリエンテーション
Session2	挨拶、お礼、雑談する場面を振り返る
Session3~4	頼む、断る、注意をうけ謝る場面を振り返る
Session5~8	感情のコントロール
Session9	特性を知る
Session10	特性への対処方法を考える
Session11	援助を求める
Session12	自分なりの生き方

3 結果

(1) 全体の変化

全対象者の第 1 クール参加前後の数値を比較したところ、自己受容尺度の両次元及び QOL26 の全ての領域で有為な上昇がみられた(t 検定、 $p < 0.05$)。(図 1、図 2)。

(2) 診断による違い

対象者を発達障害のみと診断された群と他の精神疾患との重複のある群とに分けて、個人内の変化

を比較した。発達障害群は自己受容尺度の両次元、QOL26 の全領域で有為に上昇していた (t 検定、 $p < 0.05$)。重複群では自己受容尺度両次元及び QOL26 の社会的領域のみ有為に上昇した (t 検定、 $p < 0.05$)。

(3) 参加クール数で見た変化

参加期間の影響を調べるために、複数クール参加者について、1 クール参加前後と 2 クール参加前後の数値の変化を比較した。1 クール終了時点では自己受容尺度の評価・感覚両次元及び、QOL26 の心理的領域が有為に上昇していた (t 検定、 $p < 0.05$)。2 クール終了時点では、自己受容尺度の伸びは下がるもの、QOL26 の社会的領域及び環境が有為に上昇していた (t 検定、 $p < 0.05$)。

4 考察

(1) プログラム参加の効果

ASAP-CBT への参加により、一定の効果が得られた。自らの特性の理解を深め、客観的視点を持つようになると、対処法を知ることで発達障害による生きづらさが払拭され、自己受容および生活の質が向上したものと考えられた。

(2) 診断名と効果

発達障害群では両尺度とも上昇しており、ASAP-CBT は特に発達障害のみの診断を受けている対象者に対して有効であった。一方、重複群でも自己受容尺度の両次元で上昇がみられることから、参加により自己理解が深まり、自己をより肯定的に捉えられるようになっていると考えられた。また QOL26 の変化からは、他者の視点に触れ、社会とのつながりがより感じられるようになった可能性が示唆された。

(3) 参加期間の長さと効果

自己受容尺度の評価次元・感覚次元の上昇は、自分をより良く、好ましく捉えていることである。また、QOL26 の心理的領域は、自分自身への満足感を示している。結果、1 クール終了者では自己肯定感が増し、2 クール終了者では QOL26 の社会的領域及び環境が上昇した。社会的領域は対人関係や社会的支えを、また環境は居住環境の他、経済面や余暇活動等広義の環境を問うものである。これらの結果から、プログラムへの参加により他者や社会とのつながりや支えに対する満足感が向上したと考えられた。向上的過程においては、まず肯定的に自分を捉えるようになる「自己理解」の変容が生じ、その後他者とのつながりや社会的な支えに対する認知が改善するというように、効果が段階的に起きていることが考えられた。

(4) 本研究の限界と今後の課題

本研究は参加後の評価結果を得られた者のみを対象にしている。今後、中断例についての検討が必要である。また、参加者は他プログラムにも参加しているため、他プログラムとの併用による効果についてもさらに検討したい。

5 引用文献

- 1) 伊藤美奈子 自己受容尺度の作成と青年期自己受容の発達的変化—2 次元から見た自己受容発達プロセス— 発達心理学研究, 2(2), 70-77, 1991
- 2) 田嶋美弥子, 中根允文 WHO/QOL26 手引改訂版 金子書房, 2007

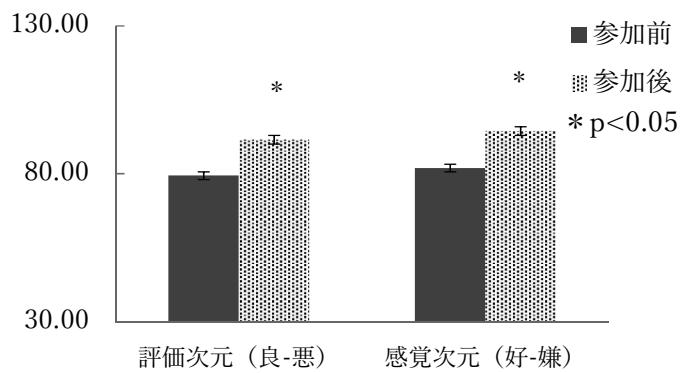


図 1 自己受容尺度

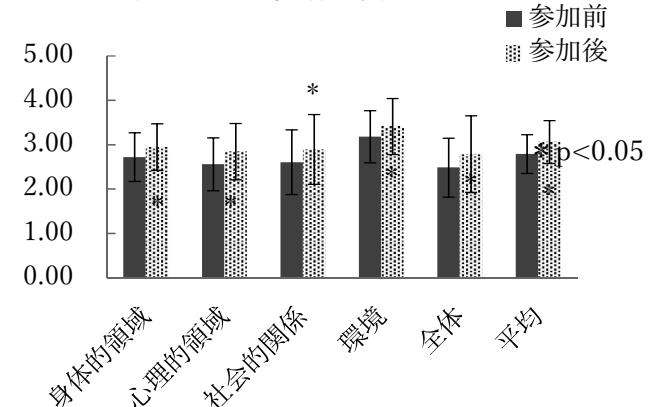


図 2 WHO/QOL26

鳥取県内高等学校を対象とした鳥取県精神障害者家族会連合会による普及啓発 －若者向け精神疾患早期発見啓発リーフレット活用状況－

鳥取県立精神保健福祉センター

○ 田村有希 坪倉典子 松下詩乃 原田豊
鳥取県精神障害者家族会連合会 岡嶋千佳

1 はじめに

令和4年度より、高校の保健体育の授業において精神疾患教育が実施されることとなっているが、鳥取県精神障害者家族会連合会（以下、県家連）では、平成21年度より、若年層への精神障害への正しい理解を深めてもらい、早期相談につながるように、県内高等学校を中心に「若者向け精神疾患早期発見啓発リーフレット（以下、啓発リーフレット）」の配布を毎年行っている。その実施及び利用状況について、考察を加え報告する。

2 対象と方法

県家連で製作した啓発リーフレット（図1）を、事前に県教育委員会の承知を得たうえで、令和3年7月、県内高等学校等36か所に、各校生徒数30パーセントにあたる枚数を送付した。あわせて、啓発リーフレット活用調査票を配布し、活用方法、内容についての意見等について調査し、同年8月24日までに10か所（27.8%）より、FAXにて回答を得た。

（1）活用方法について

活用場面は、校内に配置して自由配布が7か所ともっとも多く、配置場所は、保健室もしくは相談室であった。また、一律に配布したところは4か所あり、配布対象は、1か所が1年生、3か所が教職員であった。教職員への配布を行った理由としては、「生徒、職員への啓発のため」「リーフレットがあることをまず周知し、必要とする生徒・保護者があれば渡せるようにするため」としている。4か所が、本人や保護者から相談があったときに配布、その理由として、「相談を受ける初期段階で使うことが有効だと考えられる」「何か気になることがあった時、必要性を感じた時に、対象者に情報が届くことが大切」などの回答があった。また、生徒の個別指導、PTA懇談で配布するという学校は、「授業では話しやすいが、個別で渡すにはとてもデリケートな内容で、タイミングや時期を考えてしまう」との回答もあった。その他にも、各クラス、教室に掲示するなどの回答もみられた。

（2）リーフレットについて

リーフレットの内容については、7か所から「高校生でも理解しやすい」、5か所から「生徒・保護者に配布しやすい」との回答が見られた。

3 結果と考察

県家連では、会員相互の話し合い、情報交換、学習会等の活動に加え、精神障害者家族相談事業として、家族相談援助研修会や「精神障害者家族相談ダイヤル」を実施している。また、平成21年度より、若年層向けに精神障害に関する正しい理解を深めてもらうためのリーフレットの作成、配布を行っている。県内の高等学校に配布したリーフレットは、毎年、県内すべての高等学校に配布し、これまでにも、保健室や相談室で自由配布、懇談時に個別配布などの利用を行ってもらっている¹⁾。令和4年度より、高校の保健体育の授業において精神疾患教育が実施されることとなっており、家族会によるこのような活動は、より重要となると考えられる。

参考

- 1) 原田豊、田中茂子、臼井知子他. 鳥取県精神障害者家族会連合会による普及啓発活動～若者向け精神疾患早期発見啓発リーフレット活用状況～. 第58回鳥取県公衆衛生学会発表集. 58 : 31-33, 2015.

あなたのことこのSOS
気づいてますか?

若者向け精神疾患早期発見啓発リーフレット2

ご家族・先生方・身近な人へのお願い

あなたのごころのSOS

こんなことが続いたら、ごろのSOSのサインかも？

こころのサイン 集中できない 不安や緊張で イライラしたり 怒りっぽくなる 好きだった事が 楽しくない 気分が落ち込んで やる気が出ない 自分には 価値が無いと

からだのサイン

食欲が乏しく

寝ても疲れが頭が痛いお眩が悪く眠れない

頭が痛い

このような体験の一つは、生活の変化や日常のストレスで誰にでも起る可能性があります。でも、最も新しい「つらい」なうならひとりで悩まないで…。
「（ひどい）…」こんな一言でもいいです。あなたの SOS を身近な誰かに伝えてみましょう。

まず、ここでのSOSに早く気付いてあげましょう。大切にしてほしいのは本人の気持ちです。“周りの人の心配”と“本人の気持ち”が混ざり合っては、かえって回復を遠らせてしまいかねません。

健康の回復には、早く気付いて行動しなくてはいけません。答えが見出せなくて、解決しないでいると、自分たちをいつづく間にいてあげましょう。

SOS! 気づかいたち
対応のポイント

ここでの病に対して正しい知識を持ち、理解を深めて本人に寄り添った対応を心がけましょう。

本人と閨蜜の人が回復へ向けて一緒に考えていきましょう。

卷之三

16

鳥取県精神障害者家族会連合会とは…
当会は、鳥取県内各地にある精神障害者の家族会で構成されています。
精神障害がいたりやその家族が、社会活動をしていきたいと喜ばせる社会を目指して活動しています。

【編集・発行】鳥取県精神障害者家族会連合会
〒680-0901 鳥取市丸津318-1 鳥取県立精神保健福祉センター内
Tel 0857-21-3031 Fax 0857-21-3034

浜松市の自殺対策啓発事業「いのちをつなぐ手紙」における連携と展開について

浜松市精神保健福祉センター

○小林美穂 二宮貴至 鈴木多美 生田望
佐藤弥恵 石川絢子 石野真理子 井上洋子

1 要旨

浜松市では、第一次浜松市自殺対策推進計画策定時に実施した市民アンケートの自由記載欄に数多くの「いのち」に関する思いがよせられたことをきっかけに、平成21年「世界自殺予防デー」の9月10日から手紙による相談事業「いのちをつなぐ手紙」を開始した。そして、この事業を端緒として「いのち」をテーマとした小学生からのメッセージやポスターの募集、それらを広く市民に紹介するための冊子の発行、ラジオ放送、ホームページへの掲載、パネル展等、様々な啓発活動へと展開してきた。本報告では、いのちをつなぐ手紙事業における自殺対策普及啓発活動としての広がりについて紹介し、今後の課題について考察する。

2 事業の概要

浜松市自殺対策推進計画に位置付けられた事業の一つである「いのちをつなぐ手紙」は、専用の便箋を用いてこころの悩みに関する相談やメッセージを受け付けるものである。また、児童における自他の尊重への意識や他者を思いやる気持ちの育みを目的とし、小学生高学年に対し「いのち」をテーマとしたメッセージやポスターを募集し、「いのち」について考え、学ぶ機会としていただいている。これらのメッセージは子どもたちが抱く「いのち」に対する内省的な思いであるが、公開することにより、多くの市民もまた「いのち」の大切さを想起し、あるいは共感し、啓発されることを企図しており、以下のような様々な媒体で発信することにより啓発活動を展開しているところである。

(1) 児童によるメッセージ及びポスターの募集

これまでに「いのちをつなぐ手紙」に寄せられた相談やメッセージの総数は、令和2年度末時点で7,300件を超えた。その内、児童によるメッセージとポスターは6,600件以上となっている。応募数に増減はあるものの、浜松市内の4割から5割の小学校が夏季休暇中の課題として事業を利用し、定着した学校もみられる。

児童のメッセージの内容としては生死に関わるような事件や話題等で時勢を反映しているものが多いが、いじめや自殺、家族や生き物の命、自身の誕生、戦争、災害、海外情勢、地球環境等、

多岐にわたり、子どもたちの目があらゆる「いのち」に対し向けられていることがわかる。これらの内、保護者及び児童本人から公開の承諾を得たものについては、個人が特定されやすい情報を編集した上ですべての応募メッセージを冊子やホームページ上に公開し、一部をラジオ放送で紹介している。また、ポスターについても公開の承諾を得たすべての作品を冊子に掲載し紹介している。

(2) 教育委員会との連携及び展開

児童のメッセージの中には、自身に対するいじめ行為や自身が抱える孤立感、喪失感等、「SOS」と受け取れる内容が含まれていることがある。そこで、平成30年度から市教育委員会の協力を仰ぎ、児童が

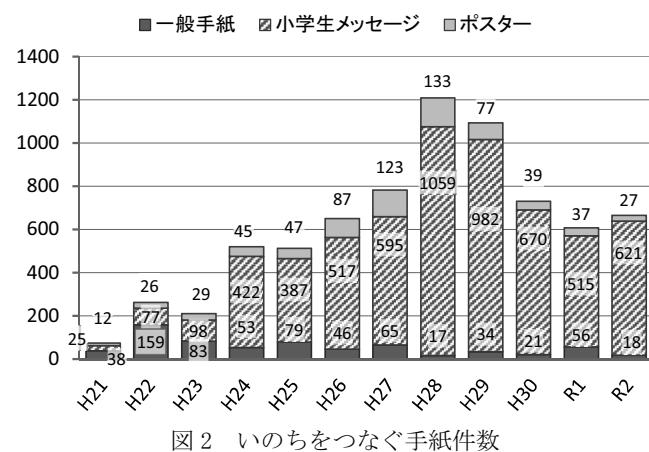


図2 いのちをつなぐ手紙件数

問題を抱えていると読みとれる内容についてはすべて教育委員会指導課相談グループへ情報伝達を行い、学校への連絡及び対応を依頼している。児童からの「SOS」について教育委員会や学校現場と情報の共有化を行い、支援体制を整えたことにより、「いのちをつなぐ手紙」は「SOS」の発信と受信の場にもなつており、教育委員会との連携強化にもつながっている。

(3) 図書館との連携及び展開

浜松市内には24の市立図書館（内、1館は分室）が存在する。平成27年度以降、自殺対策強化月間では半数程度の図書館の協力を得て、「いのちをつなぐ手紙展」と題しメッセージとポスターの展示を行っている。図書館を会場に啓発事業を展開することにおいては、市民のアクセスという点で利便性が高く、様々な年齢層、多様な客層への周知が可能となる。また、児童とその家族や知人らが一緒に展示を観覧する機会も多く、会場での写真撮影や和やかに感想を語らう様子からは、家族が日常生活の中で再度「いのち」について考える機会につながっていると感じる。

浜松市立図書館は、館内に医療情報コーナーを設け、日頃から健康やメンタルヘルスに関する優良な図書の紹介や情報発信に努めていることから、自殺対策の啓発事業に対しても積極的だ。「いのちをつなぐ手紙展」の他、自殺予防週間及び自殺対策強化月間においては各館で関連図書の展示やメンタルヘルスに関する市民向け講座を開催しており、自殺対策啓発事業の大きな助力となっている。

(4) イベント開催での連携及び展開

自殺対策強化月間では「いのちをつなぐ手紙」を冠したイベントを開催し、平成22年度から講演会やミュージカル、ラジオの公開生放送等を実施してきた。平成24年度以降はショッピングセンターを会場に児童のメッセージやポスターを展示し、応募者への記念品贈呈式や児童によるメッセージの朗読へと展開してきた。子どもたちが各自向き合った「いのち」に対する思いを自身の言葉で語り、家族だけでなく来場者すべての前で発表することは、多くの市民に対する「いのち」の啓発となっている。

ショッピングセンターは図書館同様に日頃から多様な人々が訪れ、図書館以上に集客のある場所だ。イベントを行政から「出前」することで、普段、自殺対策の情報に接する機会の少ない市民に対しても、視覚的に聴覚的に情報を伝え、「いのち」の大切さにふれていただくことが重要と考える。

4 考察

子どもたちのメッセージには、この事業をきっかけに「初めていのちについて考えた」と書いてあるものが散見される。子どもたちの目は身近な家族から世界の国々の子どもたちにまで、微小な生き物から宇宙の広がりにまで、遠い祖先から未来に出会う自分の子孫にまで幅広く注がれ、その視野の広さに驚嘆する。子どもたちはあらゆる場所から自ずと情報を吸収し、「いのち」について率直に感じ、個々の判断で「いのち」を考えている。そして着実に、自他を意識し、出会ったことのない他者にまで思いを馳せ、他を思いやる力を育んでいる。また、辛い経験や悲しい体験との遭遇を「書く」ことで真剣に自ら向き合い、こころを立ち直らせ、自己の立て直しを図ろうとしている。

このように多くの児童が真摯にいのちの大切さに向き合い、言葉を紡いできた積み重ねが、「いのちをつなぐ手紙」の継続と定着に繋がってきた。その折り重なりを可能な限り多くの市民に向けて広げることが自殺対策を担う行政の責務である。地道ではあるが、子どもたちの思いを多くの人が共有し、当たり前の「いのちの大切さ」について改めて向き合う契機となることが、確実な啓発につながる。そして、児童に対しては家庭や学校、地域社会、行政機関、メディア等、あらゆる関わりから適切な見守りや情報発信が常になされ、健やかなこころが育まれるよう環境を用意する必要がある。これまで事業を通じて様々な連携を図り自殺対策の普及啓発を行ってきたが、関係機関との横のつながりだけでなく、今後も分野や職種を越え、縦のつながりを含めた縦横に連携を広げ、「いのち」の大切さを感じられる輪となって、あらゆる方法で「いのちをつなぐ手紙」事業を展開することを模索していきたい。

地域と連携したひきこもり支援体制作りについて

福岡県精神保健福祉センター（福岡県ひきこもり地域支援センター）、筑豊サテライトオフィス、筑後サテライトオフィス、福岡県保健医療介護部健康増進課こころの健康づくり推進室

○田中有利子 宗佳世 佐々木ちえみ 畑農文 植林英晴 橋口知恵美 梅本大地 山下弥恵 山本寿美江 清輔英則 井隈こずえ 俣野啓子 久保裕子 松田京子 重松隆一

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10年が経過した。相談は年々増加し、相談件数は令和元年度は約1,800件、令和2年度は約2,700件となっている。内閣府の実態調査から本県のひきこもり者は約4.2万人に上ると推計され、ひきこもりの長期化や高齢化の問題も指摘されている。ひきこもり支援やその家族にとって身近な市町村での相談窓口が整備され、対策の充実が求められていることから、地域の支援体制を構築するために令和2年度に取り組んだことを報告する。

2 福岡県のひきこもり支援体制について

支援センターでひきこもり支援の地域との連携のために取組みを拡充した点は以下の3点である。

(1) サテライトオフィスの設置

身近な地域で相談対応するとともに、市町村への専門的な助言や地域のネットワーク構築を促進することで、市町村における相談支援の充実を図るために、令和2年7月に、田川市に筑豊サテライトオフィス、久留米市に筑後サテライトオフィスを設置した。

支援センターの相談件数は、令和2年度当初は新型コロナウィルス感染症の影響もあり前年度を下回っていたが、サテライトオフィス開設の周知のため新聞掲載やチラシ配布等の周知により、相談件数は前年度の1.5倍となった。

【令和元度、令和2年度の月別延べ件数の推移】

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
R1年度	電話	103	103	189	121	131	97	98	119	103	101	82	82	1,329
	来所	28	30	46	39	34	34	29	35	36	41	29	19	400
	訪問・同行	10	3	5	1	3	0	1	2	4	2	0	0	31
R2年度	電話	95	88	70	198	235	178	188	233	221	212	215	242	2,175
	来所	9	13	20	30	43	42	45	51	57	41	49	72	472
	訪問・同行	1	0	2	3	9	4	5	8	11	4	10	15	72

※R2年6月まで支援センターのみ。7月以降はサテライトも含む。

来所相談件数は、昨年度と同水準であり、人との接触を控えていることが影響していると考えられる。そのため令和2年11月から継続相談者についてはオンラインで相談できる環境を整備し、2名の利用があった。

(2) ひきこもり支援者研修及び地域ネットワーク会議の開催

市町村をはじめとした関係機関の支援者の資質向上やネットワーク構築のために、保健所圏域9か所で実施した。この保健所圏域毎のネットワーク会議を「就職氷河期世代の地域プラットホーム」（※1）と位置付け、身近な市町村でひきこもり相談を着実に受け止め、社会参加に向けた適切な支援ができる体制づくりを目指している。

<参加者>全9回 計210名

内訳は、市町村(26.7%)、地域包括支援センター(19.5%)、保健所(13.3%)、社協(13.3%)などである。

<内容>

ひきこもり支援者研修会を午前中に、当日の午後に地域ネットワーク会議を実施した。研修では、県

※1「就職氷河期世代の地域プラットホーム」
現在30代半ばから40代半ばの雇用環境が厳しい時期に就職活動を行った世代は、無業や不安定な就職形態にあるなど様々な問題に直面しており、社会参加に向けて支援が必要なひきこもり者も対象とされている。令和元年6月、国はこの世代への支援策を打ち出し、取り組みのひとつとして市町村レベルのプラットホームを整備することとしている。

や国の施策の説明とひきこもりに関する基本知識を理解する内容とした。会議では、家族相談について専門家による講話をを行い、後半は各地域での市町村等の取組みの発表をもとに意見交換を行った。9回中4回は、新型コロナウィルス感染拡大防止のため、オンラインで開催した。

＜参加者の感想等＞

アンケートでは、参加者の9割は「よく理解できた」「理解できた」と回答し満足度が高かった。【支援において、困難に感じたこと】としては「本人や家族に困り感がないこと」「本人に会えないこと」「ひきこもりと同居する高齢者の介護の問題」「どこに繋ぐか知識がない」などが挙げられた。【支援の中で連携をとるために必要なこと】としては「支援者同士の顔の見える関係作り」「事例を抱え込まないこと」「ひきこもり相談の周知」などが挙げられた。その他に、次回開催の希望、関係機関間でのグループワークによる情報交換や事例検討などの要望が寄せられ、意見交換できる場の必要性を改めて感じた。

(3) 県内の全市町村を訪問

市町村の相談支援体制の現状や課題を把握し、地域との連携を充実させるために県内の政令市以外の58市町村を訪問した。

＜結果＞

- 相談窓口は市町村により異なる。ひきこもりの問題は多岐に渡り、複数課が関わるため、窓口を明確に出来ていない市町村も少なくなく、取組みに差がある。
- 相談体制として、高齢者、障がい者、教育等部門の連携の必要性は理解されており、相談支援を行っている市町村では事例毎に実務者で連携していることが多い。

＜課題＞

- 本人や家族に困り感がなく、介入が困難。
- 専門職が配置されておらず、ノウハウが不足している。
- 相談できる機関の情報が不足し、多機関ネットワークが不十分。
- 本人に会えず、家族支援にとどまっている。ゴール設定が難しく長期化しやすい。(支援の行き詰まり)

3 今後の方針

(1) 市町村の相談体制の支援

ひきこもり相談の窓口は、市町村の福祉部門や委託している生活困窮者自立支援窓口を中心となっていることが多かった。

市町村訪問では、高齢の親の介護が必要になった段階で長期のひきこもり者の問題が明らかになる8050問題への対応が問題となっており、高齢者の窓口、状況によっては障がい者や生活困窮者の窓口等様々な部署の連携が必要となる。支援センターで支援者研修会やネットワーク会議を重ね、多分野の関係者に対しひきこもりへの理解、対応技術の向上を図っていきたい。

また、ひきこもり者の実態把握を行うため、民生委員の協力のもと実態調査を行う予定である。

(2) アウトリーチの推進及びサポーターの養成

サテライトオフィスの設置に伴い、地域に出向いた個別相談、家庭訪問や同行支援等を行い、ひきこもりに悩む本人や家族の相談にきめ細かく対応するとともに、地域の関係機関と事例検討を行うなど、幅広い関係者とネットワークを図っていきたい。

また、ひきこもりの経験者やその家族、ひきこもり支援に関心のある方を対象にしたサポーターを養成し、ひきこもり者を温かく見守り、伴走者として支援できる体制も進めていく予定である。

(3) 地域のネットワークの構築

就職氷河期世代の地域のプラットホームとして位置づけているひきこもり地域支援者等ネットワーク会議を、引き続き保健所圏域毎に開催し、事例検討等を通じ関係機関との事例検討や支援者会議、ネットワークを充実させ、体制構築を加速化させていきたい。

(4) ひきこもりに対する周知と理解

ひきこもりのために社会生活の再開が困難となり、悩みや不安を抱える本人や家族への支援は引き続き重要である。また、地域の様々な課題の中に、ひきこもりの問題が隠れているかもしれないという視点での周知も重要である。一方で、本人や家族が何らかの理由で「ひきこもり」という生き方を受容し支援を必要としていない場合もある。ひきこもって生活する人も地域社会の一員として自分らしく生活していくような関わり、地域における理解が促進されるように取り組んでいきたい。

堺市こころの健康センターのひきこもり相談の変遷について 平成 18 年度から平成 30 年度までの相談受理事例より

堺市こころの健康センター
○今津 浩美 山根 信子、井川 大輔

1 はじめに

堺市では、平成 18 年 4 月の政令指定都市移行にともない、精神保健福祉センターとして堺市こころの健康センターを開設(以下センターと称する)、当初からひきこもり専門相談を実施してきた。平成 23 年度からはひきこもり地域支援センター成人期を併設し、専門相談電話を開設して、より市民が相談しやすい体制を整えている。

近年、いわゆる「8050 問題」といわれるような、ひきこもりの長期化、高年齢化がクローズアップされ、日々の相談業務においても、相談者の抱える状況や課題の変化を実感していたところである。当センターでのひきこもり専門相談も開始から 10 年以上を経過したことから、平成 18 年度から平成 30 年度までの相談受理事例を後方視的に分析したので報告する。

2 方法

当センターにおいて、平成 18 年度から平成 30 年度までにひきこもり専門相談として相談受理事例を対象に、受理時の年齢と平均年齢、ひきこもり期間、支援の継続状況について、解析を行った。受理時の年齢と平均年齢、ひきこもり期間、支援の継続状況については受理年度別の解析を行い、ひきこもり期間については、さらに受理時年齢別に解析を行った。

3 結果

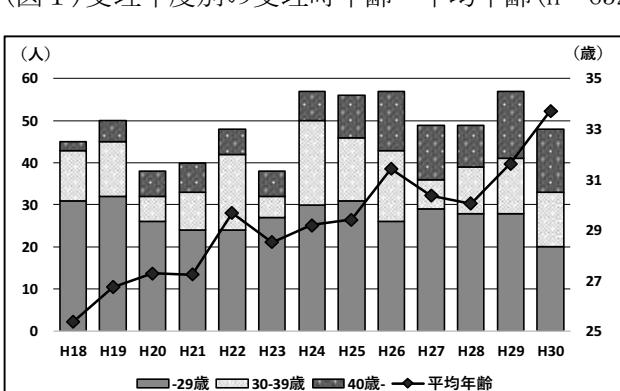
(1) 受理年度別の受理時年齢・平均年齢

年齢を確認できた 632 事例を解析の対象とした。受理時の平均年齢は平成 18 年度受理事例で 25.4 歳、平成 30 年度の受理事例で 33.7 歳となっており、受理が近年になるにつれて上昇している(図 1)。

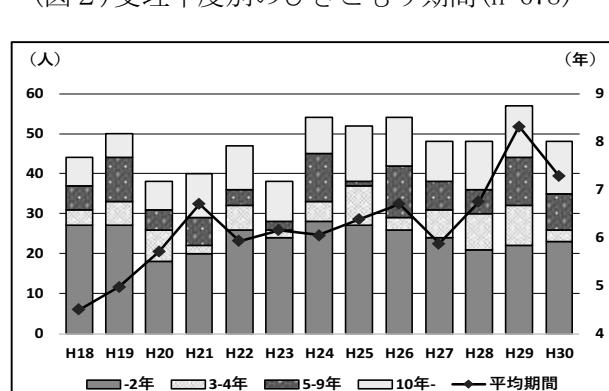
(2) 受理年度別のひきこもり期間

受理時の平均ひきこもり期間は、平成 18 年度受理事例で 4.5 年、平成 30 年度受理事例で 7.3 年となっており、受理が近年になるにつれて長期化している(図 2)。

(図 1) 受理年度別の受理時年齢・平均年齢(n=632)



(図 2) 受理年度別のひきこもり期間(n=678)



(3) 受理時年齢別のひきこもり期間

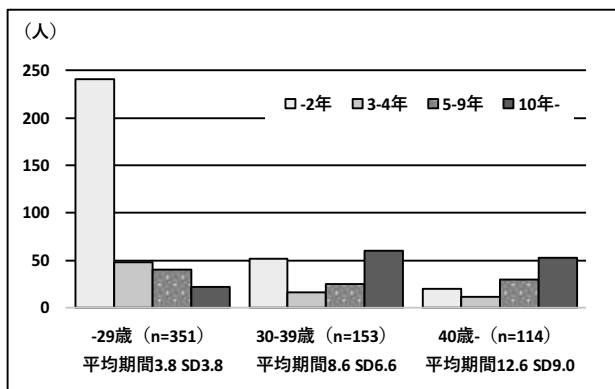
受理時年齢とひきこもり期間を確認できた 618 事例を解析の対象とした。受理時年齢が 29 歳までの当事者では、ひきこもり期間が 2 年までの者が 241 人(68.2%) と最も多かった。受理時年齢が 30 歳代の当事者では、ひきこもり期間が 10 年以上の者が 60 人(39.2%) と最も多く、次に 2 年目までの者

が 52 人(34.0%)となっている。40 歳以上の対象者では、ひきこもり期間が 10 年以上の者が 40 人(46.5%)と最も多く、次に 5 年から 9 年までの者が 30 人(26.3%)となっている(図 3)。

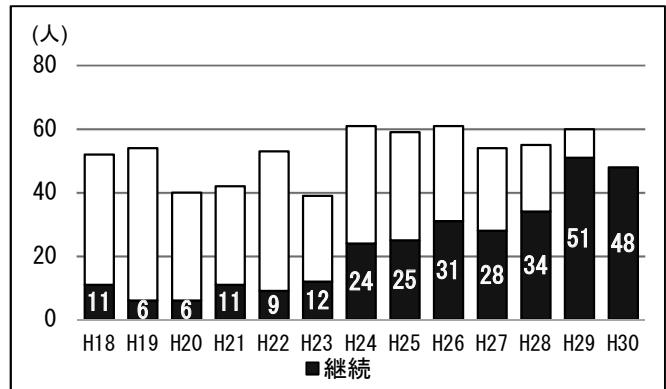
(4) 受理年度別の支援継続状況

平成 30 年度時点で支援を継続している 296 事例について受理年度別に集計した。平成 30 年度時点で支援が 10 年を経過しているもの(平成 18 年度～平成 20 年度受理)は 23 事例あり、5 年から 9 年を経過しているもの(平成 21 年度～平成 25 年度受理)は 81 事例、3 年から 4 年を経過しているもの(平成 26 年度～平成 27 年度受理)は 59 事例、1 年から 2 年を経過しているもの(平成 28 年度から平成 29 年度受理)は 85 事例あった(図 4)。

(図 3) 受理時年齢別のひきこもり期間(n=618)



(図 4) 受理年度別の継続支援状況(n=296)



4 考察

(1) 相談現場におけるひきこもりの長期高齢化

平成 18 年度から平成 30 年度の相談受理事例の解析からは、受理時の当事者の平均年齢は 8.03 歳の上昇、平均ひきこもり期間は 2.8 年の上昇が認められた。新規相談者の属性は、年々長期高齢化が進行しており、この実態は、8050 問題を見聞きする昨今の状況の傍証と考えられた。

また、相談受理時の平均年齢が 29 歳以下の若年の事例では、ひきこもり期間が 1～2 年のものが最も多いのに対し、30 歳以上の事例では 10 年以上が最も多く、40 歳以上の事例では半数近くが 10 年以上のひきこもり状態を経て相談につながっており、高齢化と長期化が密接に関係している可能性がある。高齢のひきこもり者は、家族以外の他者との接点が長く途絶え、家族も長年支援につながらず、家族だけで問題を抱えてより孤立化しやすい傾向があるのかもしれない。こうした世帯にどうアプローチをしていくかは、専門機関だけでなく、地域全体で考えていく必要性が示唆される。一方で、ようやく相談につながった当事者や家族に対しては、就学や就労よりもまず、当事者や家族の孤立をどう防ぐか、そして当事者が安心して生活できる状況をいかに整えるかが、支援の目標となるものと考えられる。継続的な支援においても、地域も含めたネットワークでの対応が必要となるのではないかと思われる。

(2) 長期化する継続支援

当センターにおける平成 30 年度の継続支援事例の解析からは、5 年以上相談を継続している事例が 3 割余りあった。長期の相談支援が必要な事例が少なくないことが示された。これは、地域などより身近な場所に、安心できる居場所や相談先が不足している現状を示している可能性がある。ひきこもり問題の解決には、世帯も含めた多面的な視点と長期にわたる伴走的な支援が必要であり、一つの専門機関で完結するものではない。地域全体がひきこもりを正しく理解し、様々な役割を持つ機関や人がつながりながら支えていくような仕組みの構築を進めていく必要がある。

中高年ひきこもり支援の取組みと今後の課題 ～生活や身体の問題があり、高齢の母が支える長期ひきこもり事例の報告から～

さいたま市こころの健康センター
○小林 ゆり恵 上野 玄輝 橋本 優美
西本 享司 戸矢 雅樹 小山田 静枝

1はじめに

国が行った40-64歳を対象とした実態調査では、40歳以上のひきこもりが推計61万人いると報告がされた（内閣府, 2019）。そのうち、ひきこもり状態の期間が7年以上の者は半数以上との結果が示されており、長期化した中高年のひきこもりの実態が明らかとなった。ひきこもり状態が長期化すると、親は高齢になり、本人や親も加齢による複合的な生活課題を抱えることが多い。本人や家族が、早い段階で然るべき相談機関に繋がることができれば良いが、そもそも本人は相談の意欲が低いことが多く、一方、家族は世間体による相談への抵抗感を抱えていたり、一度どこかへ相談したとしても「本人が来ないと始まらない。」「親の育て方悪い。」などを言われてしまい、相談機関へ足が遠のいてしまっている事例も少なくないことが全国ひきこもり家族会連合会（KHJ）の調査で明らかとなっている。複合的な生活課題を抱えた本人や家族が彼らのニーズを自ら表現することは難しいため、対象者側が声を出しやすいニーズに関する介入から徐々に実施していくようなアプローチも求められる（川北, 2020）。

本発表では、当センターで支援した高齢の母親が支えている長期化した中高年のひきこもり事例を報告するとともに、社会的孤立を防ぐためにも、長期化する中高年層のひきこもり支援について検討する。なお、本発表では、中高年を40-64歳とし、ひきこもり状態については厚生労働省の定義を用いた。

2当センターにおける中高年ひきこもり支援

当センターでは、ひきこもり相談センターを設置し、専用電話によるひきこもりの相談対応を行っている他、精神保健福祉相談でもひきこもりの相談を受けている。特に対象年齢は定めず、ケースバイケースで相談に対応しており、必要に応じて、家族や本人に対して面接や訪問支援を行っている。更に、精神保健福祉士が市内10カ所にある区役所へ定期的に出向き、福祉課や高齢介護課、支援課等への技術支援の一環として、ひきこもり支援を行っている。当センター及びひきこもり相談センターに入ったひきこもりに関する電話相談の年齢内訳を図1に示す。40歳未満が約8割を占め、40歳以上は2割程度である。相談経路を図2、図3に示す。40歳未満はインターネットが多いのに対し、40歳以上は区役所や相談機関、医療機関からの紹介で繋がったケースが多い。次に、区役所の技術支援で対応したひきこもりケースの実件数の年齢内訳（図4）を調べると、40歳以上が多いことがわかる。これらの結果から、若者のひきこもり相談は、自分で調べて相談に繋がったケースが多いが、他方、中高年のひきこもり相談は、関係機関の依頼で相談に繋がったケースが多いことがわかる。

3特徴的な3事例の報告

当センターで支援した特徴的な3事例を表1にまとめた。なお、趣旨を変えない範囲で一部表現等を変更している。

図1 電話相談 年齢割合

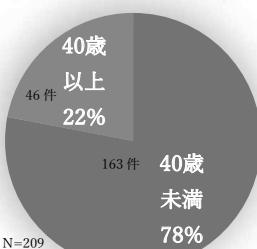


図3 40歳以上の相談経路

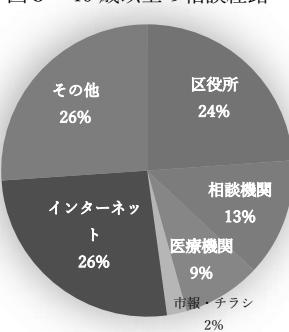


図2 40歳未満の相談経路

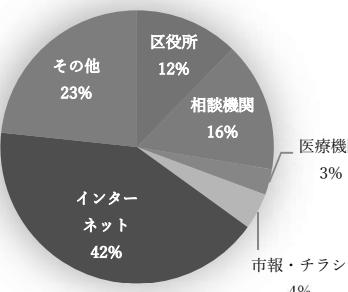
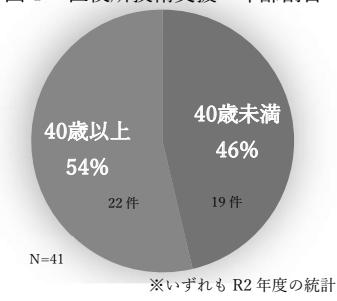


図4 区役所技術支援 年齢割合



いずれのケースもひきこもり期間は長く、関係機関から相談に繋がった。高齢の母親が本人の世話をを行い、自宅からはほとんど出られていない。こだわりの強さが共通してみられた。特にケースA及びBは、身体的に著しい問題があり、歩行が困難となっていた。それに伴って、食事の準備や排泄の介助までも高齢の母親が行っていた。一方、このような社会とは切り離された生活状況にも関わらず、3ケースとも社会との接点となるような外への興味があった。ケースAは新聞を読み、世の中の情勢や好きなスポーツについて詳しく、ケースBはタブレットを使ってネットで調べものを作ったり、ゲームをしたりしていた。ケースCはある芸能人のファンクラブに加入し、商品の発売情報を得ると母親に買い物を依頼していた。本人たちは、決して社会への興味や繋がりが失われていないことが伺えた。

表1 当センターで支援した中高年ひきこもりの特徴的な3事例

ケース	A	B	C
相談経路	母のケアマネージャー	福祉課（生活保護CW）	総合病院医療福祉相談室
年齢	50代	50代	50代
最終学歴	高卒	高卒	高校中退
世帯状況	要介護2の母（80代）と同居	母（70代）と同居	母（80代）と同居
経済状況	親の年金	生活保護	親の年金、不動産収入
ひきこもり歴	30年以上	5年～10年	20年以上
ひきこもりの状態	自室から出るが自宅からはでない	自室から出ない	まれに母付き添いで床屋へ散髪に行く、それ以外の外出なし
ひきこもりのきっかけ	受験の失敗	失職	不明
交友関係	なし	なし	なし
精神症状	なし	なし	トイレ・入浴に時間がかかる、食事の順番のこだわり有
身体状況	足が拘縮し立位・歩行不可・発語不可（はい・いいえのみ）	立位・座位保持困難・歩行不可・会話可能	弱視あり、行動の制限あり
移動方法	膝行移動	移動できない	歩行可能
食事	母が用意・偏食あり	母が用意・LINEで母へリクエストする	母が用意・本人がメニューや食べる順番を指定、3～4時間かかる
排泄	尿器に排尿、トイレ又は新聞紙上に排便	ペットボトルに排尿、母が助けて自室内で排便	トイレに毎回3～4時間要する、就寝時ボーダルトイレ使用
整容	数年以上入浴していない、ボロボロの衣服を着用、着替えを拒否 髪は腰まで伸びている、爪は10cm以上伸びている	2年間以上着替え、入浴をしていない 皮膚浸出液が乾いてズボンが皮膚に張り付いている、異臭あり	外出の機会がある時のみ入浴 手袋を着用、母に触れてしまうと衣服を着替える
本人の特徴	新聞を毎日読み、世の中の状況に詳しい、コロナの状況に詳しい スポーツが好きで結果をチェックしている	タブレットを使用し、ネット検索をしている ホームページはゲームキャラの画像を設定	時刻表、城が好き、お酒の銘柄に興味がある 好きな芸能人のファンクラブに加入、CDをまとめ買いしている
主な関わり	X-2年2月に母のケアマネの紹介で当センターへ繋がる。同年3月から月2回訪問支援開始。同年6月より本人に会えるようになる。医療機関の受診は拒否していた。X-1年夏、熱中症の症状がみられ、救急車を呼ぶと話し合ったが頭なに拒否、折衷案として訪問診療に同意、同年9月往診開始。同年10月訪問看護導入。X年2月訪問介護導入。	X-2年9月より福祉課から相談を受け訪問に同行。その後、月1回の定期訪問支援を開始。医療機関への受診を勧めるも拒否していた。X年1月に訪問診療を受け入れる。同年1月に医療機関受診し、入院した。現在は入所施設でリハビリを行っている。	本人のかかりつけ医療機関からの紹介で当センターへ繋がる。X-1年12月に区役所にて母と面接。同月に定期訪問開始。初めは本人の部屋の隣で話をし、本人への声掛けと握手手紙をしたが反応はなかった。X年4月から本人と会えるようになる。定期訪問を継続。

4 支援の考察

2つの視点から3事例の支援を整理した。1つ目は、相談のプロセスである。いずれも長期化したひきこもり状態で、どこにも相談ができていなかった。相談意欲は低く、特に本人は長年固定化した状況から自ら相談するエネルギーが低下していた。いずれの事例も、本人及び家族の関係機関から当センターに連絡が入り、支援に繋がった。まずは、本人や家族の生活の困りごとに介入できる医療福祉機関が関わり、そこから当センターに繋げたことが有効的だった。そして、繋がった後も、最初は今のが困りごとを中心に聴きながら、信頼関係を築き、少しづつ潜在化した困りごとに焦点があたるよう関わることができた。また、長期間継続的に関わる中で、少しづつ本人の持つ力や興味関心を引き出すことができた。2つ目は、相談に繋がった後の危機的状況へのアプローチである。ケースA及びBは、身体面の危機的状況がみられ、医療の介入が必要と考えられた。しかし、いずれも本人が自宅から出ることを嫌がり、受診を拒否した。そのため、複数の職員で時間をかけて本人と話し合い、心配していること、身体の治療が必要であると考えていることを伝え、本人がどのように捉えているかを聞き、それに対して応答するという対話を繰り返し行った。結果、ケースAは最後まで外に出ることを拒否したため、在宅でできる支援やサービスを導入することとなった。一方、ケースBは、最終的に医療機関を受診し入院治療に繋がることができた。それぞれの結果は異なったが、どちらも支援者と被支援者が一緒に方向性を生み出し、共にその決定と責任を負うプロセスを経ることができた。

5 今後の課題

中高年層の長年固定化したひきこもり支援において、地域の関係機関との一層の連携が求められる。初めは身近な相談機関が本人や家族の困りごとを中心とした介入のしやすいアプローチや動機付けから始め、それから基幹相談センターへ繋がり、そしてまた必要時に、地域の機関へ繋ぎ、多機関で本人と家族を支える体制を強化していくと良いと考える。そのためには、地域の多機関が、医療機関や専門相談機関に繋げれば終わりという短期的な視野ではなく、本人と家族の生活を支えていくという長期的な視野に立つ必要がある。精神保健福祉センターや地域ひきこもり相談センターは地域の関係機関に対して、そのような広い視野を養う技術支援も担っていくことが求められると考える。

また、対人援助専門職の倫理綱領では、当事者の利益に資する与益原則と、当事者の自己決定を推進する自律原則が対立するというジレンマが存在する（石川, 2014）。特に、援助希求能力の乏しい長期ひきこもり事例では、これらのジレンマが起こりやすい。その際に、互いに考えていることを伝え合い、最終決定とその責任を本人と複数の支援者で共有することが重要であると3事例から学んだ。そのプロセスには時間を要することが多いが、長期ひきこもり支援において避けて通れないジレンマの克服であり、対話的実践が求められる。

6 参考文献

- ・内閣府（2019）.生活状況に関する調査（平成30年度）
- ・KHJ 全国ひきこもり家族会連合会（2017）.長期高齢化したひきこもり者とその家族への効果的な支援及び長期高齢化に至るプロセス調査・研究事業報告書
- ・石川時子、他(2014).社会福祉研究のフロンティア.有斐閣
- ・川北稔(2020).長期化するひきこもり事例の親のメンタルヘルスと支援.精神科治療学 35(4), 349-353

30歳危機

～中高年層ひきこもりの予防を考える～

鳥取県立精神保健福祉センター

○ 浜田千登勢 永美知沙 山岡圭一
松下由里子 原田豊

1 はじめに

近年、ひきこもり支援では、8050問題に認められるような中高年層ひきこもり者への支援が課題となっている。当センターで行った中高年層のひきこもり者の調査では、ひきこもり開始平均年齢がおよそ30歳であり、8割近くが就労を経験しているが、うち7割が職場不適応を認めていたと報告している¹⁾。これらのことから、中高年層のひきこもり予防、あるいは長期化の予防には、退職を繰り返しひきこもり状態になった時、あるいはその前段の状態での積極的な介入が必要と考えられるが、残念ながら、その状態において相談できる機関は、まだまだ十分に存在しない。今回、当センターで令和3年4月から8月までの期間に受理した新規相談来所者のうち、15歳以上39歳以下のものについて調査し、ひきこもり予防、早期の支援の介入について考察を加え報告する。

2 対象と方法

対象は、令和3年4月1日から8月末までの5か月間に、当センターが新規に精神保健福祉相談（来所）を受理したもののうち、15歳以上39歳以下の47人（男25人、女22人）である。対象者の職業、症状、診断、その後の経過等について、精神保健福祉相談記録等を参考に調査を行った。

3 結果

学生は9人（高校生3人、専門学校・大学生6人）である。専門学校・大学生のうち2人は休学中であり復学の目途はなく、ひきこもり状態にある。1人は、在学中における人間関係にすでに不適応の既往があり、自ら発達障害の診断を希望し、卒業後は障害者雇用による就労を検討している。

就労中のものは、福祉的就労5人、一般就労16人である。16人中5人は抑うつ不安状態が強く、精神科医療機関への紹介としている。また、6人は、背景に自閉スペクトラム症を有し、不適応状態にあり、既に休職、退職、障害者雇用を検討している。

無職のものは17人であり、うち2人（いずれも、自閉スペクトラム症）は学校卒業後、就労経験なく、ひきこもり状態が続いている。残り15人は、就労経験があり、大半が人間関係のストレスなどをきっかけに退職に至っている。うち12人は、背景に自閉スペクトラム症を有し、診断、継続面接を経て障害者雇用を検討しているものもある。この17人の紹介・来所に至る経過としては、医療機関（2人）、知人・家族（6人）、センター広報・ネット（4人）、市町村（3人）、ハローワーク等（2人）とさまざまである。

診断に関して、統合失調症、双極性障害と考えられるものは認めなかつた。なお、自閉スペクトラム症に関しては、多くの事例で診断の既往はないが、諸検査（WAIS、AQなど）を実施し、これまでの生育歴、現在の症状・状態から診断したものである。

4 考察

ひきこもりに至る経過として、①不登校・退学後にひきこもりに至る、②学校は卒業するが、就職することなくひきこもりに至る（卒後1年未満）、③同（卒後1年以上）、④就職・退職を繰り返し、ひきこもりに至るなどが考えられる（図1）。中高年層のひきこもり者は、この④にあたるものが多く、年齢的にも20代から30代にかけてひきこもりの状態が始まることがあり、ここではこの状況を30歳危機と述べることとする²⁾。

①及び②の場合、当初は教育機関（学校等）が関わりを持っており、退学・卒業後、いち早く、「ひきこもり支援」に繋ぐことによって、支援が途切れることを防ぐことが可能である。一方で、③及び④

の場合、就職せず、あるいは仕事の退職を繰り返し、ひきこもりに至るが、就労期間中からひきこもり支援につながることはまれである。一方で、退職後、再就職ができない状態が長期に続くと、ひきこもりに至ることがあるが、この場合、直ぐにひきこもり支援にはつながりにくく、これらのことことがひきこもりの長期化に至る誘因となる。また、④の場合は、就労期間中のパワハラや仕事の失敗・不適応状態が、より対人不安・緊張などを高め、ひきこもり状態の改善に時間と時間を要することも少なくない。

仕事を退職し、ひきこもりの状態となると、社会の中に所属する場所がなくなり、周囲から本人へ関わりを持つことが困難となる。そのため、本人もしくは家族自らが、相談を行うことが必要となるが、現実に、この状態で相談を受けることができる機関はまだ少なくて、また、背景に発達障害を有する場合もあり、相談機関は、精神疾患や発達障害等の診断が考慮できること（連携ができる機関があればよい）も求められる。一方で、本人は、度重なる就労への失敗やパワーハラスメントなどにより、対人緊張が高まっており、自ら相談の動機付けが不十分なことも少なくない。このような状況で、どこにも相談できぬまま数年来が経過し、ひきこもりの状態が長期化し、近年の8050問題が起きていると考えられる。

ひきこもりの予防には、30歳前後にひきこもりが始まる時期（30歳危機）の時に、相談できる機関、適切に介入のできる支援が、今後、重要とされる。

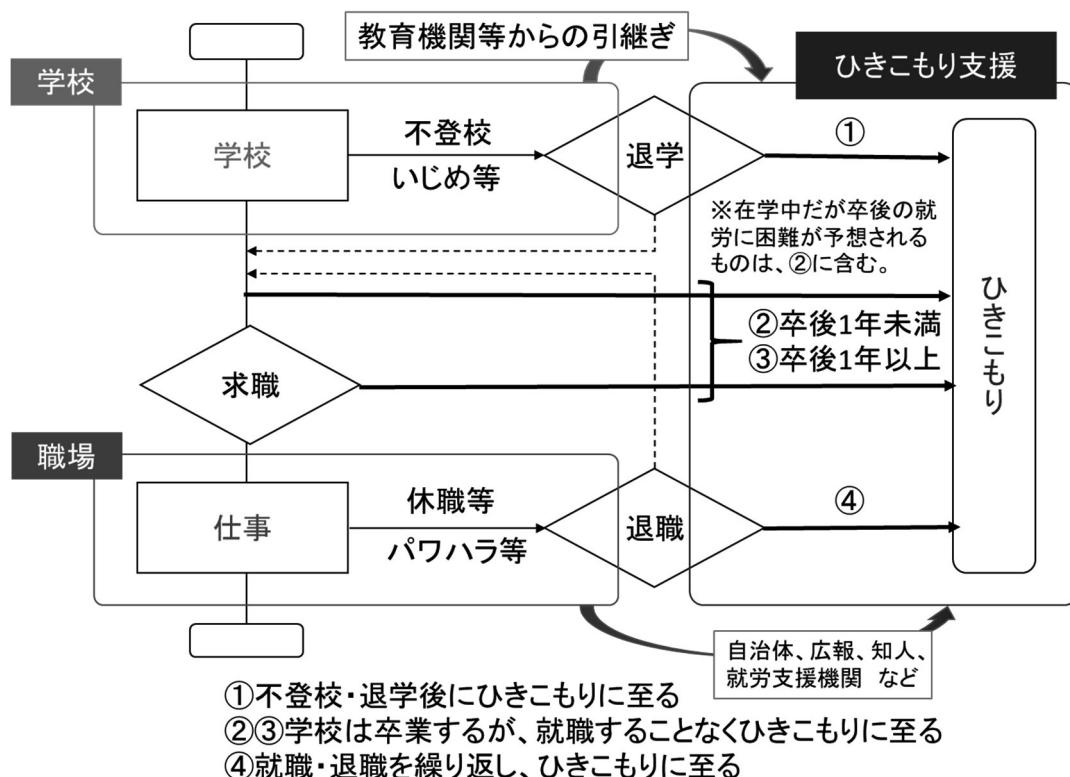


図1 ひきこもりに至る経過

<参考>

- 1) 山下倫明、浜田千登勢、馬渕伊津美他. 中高年層ひきこもり者の現状と課題—40歳以上ひきこもり者の相談状況からー. 精神科治療学. 34 : 699-706, 2019.
- 2) 原田豊. 支援者・家族のためのひきこもり相談支援実践ガイドブック. P118-120. 福村出版. 2020.

広島県立総合精神保健福祉センター

○熊井麻世, 川村学子 (研究時), 上原由記子 (研究時), 桑原桃子,
上領直子 (研究時), 片良友美, 井居美幸, 佐伯真由美

1 研究背景と目的

当センターでは、ひきこもりに関する家族支援として、定期的な個別相談に加え、H12 年度から開始したひきこもり家族教室や、フォローアップの親の会を継続的に実施してきた。また、H30 年度からは、個別支援をベースにしつつ、フリーディスカッションと心理教育的な講座を融合させた家族支援グループを試行的に実施している。「家族として今できることを共に考える」ことを中心に、グループ支援や個別相談を行うなかで、家族と本人の状態像や家族関係が変化していくケースを多く経験してきた。

本研究は、当センターにおける相談事例の質的データを分析し、適切なアセスメントや効果的な支援について考察することで、地域へ還元することを目的とする。

2 方法

H12 年度から H30 年度までに当センターの家族支援グループに参加した事例のうち、相談記録から後方視的にデータを収集できるケース（62 件：家族・本人の継続支援期間の平均は 59.7 か月＝約 5 年間 [1 か月—15 年 9 か月]）を対象とし、まずは次の（ア）～（エ）の項目について集計を行った。

- (ア) 本人がひきこもり始めてから家族が相談を開始するまでの期間
- (イ) 家族相談開始から本人が来談するなど社会参加に向けて行動を始めるまでの期間
- (ウ) 本人が行動開始してからデイケア等の中間的集団参加を開始するまでの期間
- (エ) 本人がひきこもり始めてから就労・就学するまでの期間

加えて、この集計に基づき、本人の行動変容を次の 5 群に分類した。

- (A 群) 社会参加に向けた行動開始：相談や受診など個別に支援メニューを利用する
 - (B 群) 中間的集団参加：小集団やデイケアなどに参加している
 - (C 群) 就労・就学：福祉就労も含め、継続的に社会復帰している
 - (D 群) 行動変容なし：一定期間※（2 年 4 か月）以上、家族支援を継続しているケース
 - (E 群) 行動変容なし：家族支援が一定期間※（2 年 4 か月）未満のケース
- ※（イ）家族来談から本人行動開始までの期間の全ケースの平均値が 27.6 か月であったこと
から、28 か月（2 年 4 か月）以上と未満で分類した。

上記の集計・分類に加えて、静岡式ひきこもり評定尺度〔表 1〕（菅沼・内田・杉森・草野, 2016）を借用し、本人や家族の状態像、支援メニュー及び利用期間等の情報を数値化することにより、本人と家族の状態像の分析を行った。

表 1 静岡式ひきこもり評定尺度

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

3 結果・考察

(1) 本人の行動変容と支援経過

表2 本人の行動変容による分類と支援経過の関係

支援経過	本人の行動変容による分類	全62件 平均	A群12件 平均	B群10件 平均	C群20件 平均	D群7件 平均
支援開始時の本人年齢	25.1歳	26.3歳	27.4歳	22.7歳	28.1歳	
(ア) ひきこもり始めから家族来談までの期間	4年6か月	5年1か月	5年9か月	2年9か月	6年9か月	
(イ) 家族来談から本人行動開始までの期間	2年4か月	3年7か月	1年7か月	1年10か月		
(ウ) 本人行動開始から中間的集団参加までの期間	10か月		1年7か月	7か月		
(エ) ひきこもり始めから就労（就学）までの期間	6年2か月			6年2か月		

全ケースの支援開始時の本人平均年齢は25.1歳、本人がひきこもり始めてから家族が来談するまでの期間は平均4年6か月、家族来談開始から本人の行動開始（個別支援につながる）までは平均2年4か月、本人行動開始から中間的集団参加までは平均10か月、ひきこもり始めから就労・就学等の社会復帰までは平均6年2か月であった。（ア）～（エ）の4分類のうち、家族面接を一定期間（2年4か月）以上継続しているが、本人の明確な行動変容が見られないケース（D群）7件は、支援開始時の平均年齢が28.1歳、ひきこもり始めから家族来談までの期間の平均が6年9か月と比較的時間を要していた。

(2) 本人及び家族の状態像の評価（表1 静岡式ひきこもり評定尺度）

親の状態像の得点は、全ケース平均が初回面接時2.7点（10点満点）から最新面接時の平均6.4点に、本人の状態像の得点は、全ケース平均が初回面接時3.1点（10点満点）から5.8点に上昇しており、全般的に改善が見られた。また、初回面接時と最新状態像における親項目と本人項目のそれぞれの合計得点を、ウィルコクソン符号付順位和検定により比較した結果、個別支援につながったA群、中間的集団参加のB群、就労・就学等のC群はもとより、行動変容の見られないD群についても有意に増加していた（ $p < 0.05$ ）。このうち、コミュニケーションに関する項目として、明確かつ重要と思われるP7「家族内で本人に相談機関に行ってすることを話せる」及びS4「本人が家族と雑談できる」の2項目を抜粋して、初回面接時と最新状態像における該当者の割合を比較したところ、項目P7はA群、B群、C群では有意な増加（ $p < 0.05$ ）が見られた。D群では割合は増加したもの、有意な差はなかった。また、項目S4については、集団参加に至っていないA群、D群では有意差が見られなかったものの、集団参加を開始したB群、就労・就学等の社会参加しているC群の割合は有意に増加していた（ $p < 0.05$ ）。

以上の結果から、本人に行動変容、特に就労を含む集団参加が見られたケースでは、ひきこもり始めから家族が相談を開始するまでの期間が比較的短く、家庭内のコミュニケーションに関する項目に変化があったケースが有意に多いことが分かった。一方で、一定期間以上、家族支援を継続しても本人の社会参加に向け具体的な行動変容がみられないケースでは、家族が相談機関につながるまでにより多くの時間を要しており、家庭内のコミュニケーションの困難さも窺われた。よって、家族支援を通じ、ひきこもりの段階や本人の状況に応じて家庭内のコミュニケーションの内容や手段を工夫していくことが、肯定的な変化につながることが示唆される。

4 まとめ

本研究結果からは、ひきこもり問題の解決のためには、まずは家族が早期に相談につながることが大切であるといえる。そのうえで支援者には、本人に急激な改善がなくても、焦らず家族支援を続けることが求められる。また、本人に適切な支援を届ける方策を探るためにも、支援者と家族がつながり続け、長期に亘る伴走型支援を行っていくことが理想と考えられる。今後は、当センターの役割を整理し、ケース連携のみならず家族支援グループ等により培ってきた支援スキル等の地域還元の方法も検討したい。

5 引用文献

菅沼 文・内田 勝久・杉森 加代子・草野 智洋（2016）. 静岡県ひきこもり支援センターの来所相談における支援経過の考察 平成28年度全国精神保健福祉センター研究協議会発表抄録、88-89.

ひきこもり地域支援センターにおける医療・心理社会的支援について

青森県立精神保健福祉センター

○坂下雪音 佐藤理恵

工藤雄一 田中 治

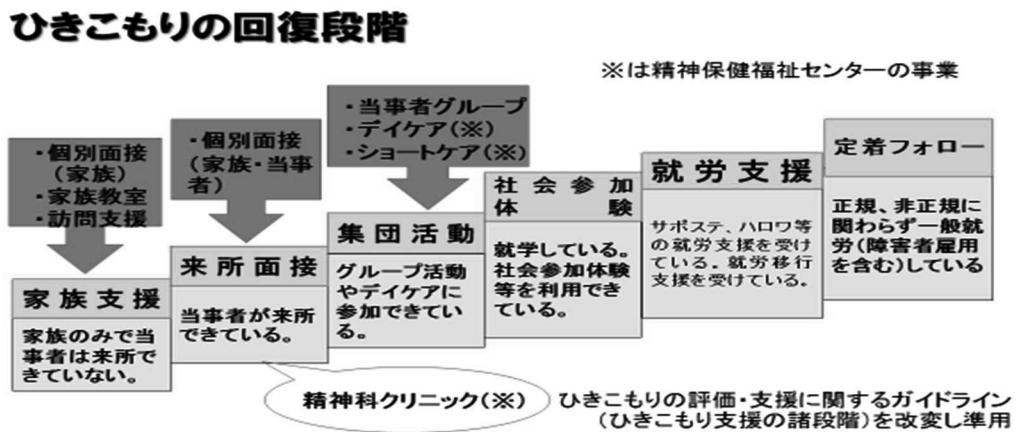
1 はじめに

青森県ひきこもり地域支援センターは、平成28年6月青森県立精神保健福祉センター（以下当センター）内に開設され、当センターが運営している。青森県ひきこもり地域支援センター（以下ひきセン）は、電話相談、来所相談、訪問支援、地域相談会やケース検討会議、ひきこもり当事者の居場所としての当事者グループ、家族の不安軽減を図る場としての家族教室を開催している。ひきセンは、ひきこもりの第一次相談機関であるが社会情勢の変化とともに国の施策も見直され、ひきセンの機能強化や体制強化、専門性の強化が求められている。こうした中、当センターは、医師や看護師、精神保健福祉士の他、作業療法士、公認心理師等の多職種が配置され、精神科クリニック、精神科デイ・ケア、精神科ショート・ケア（大人の発達障害に特化した支援プログラム）等、精神保健福祉における多くのニーズに対応した多種の事業を展開している。ひきこもり支援は、ひきこもりの特性を理解した専門的な支援に加え、社会復帰を目指し様々な社会資源を活用していくことが求められる。当ひきセンでは、当センター事業との組み合わせで、ひきこもりの回復段階、あるいは当事者の特性に応じた様々な支援が提供できることが強みである。本文では、その特色を生かしたひきこもり支援について紹介するとともに、今後の課題についても考察したい。

2 事業を活用した支援体制

『ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン』では、ひきこもりの回復段階に応じた支援方法が示されているが、これに当センターやひきセンの事業を当てはめると、図1のようなイメージになると考える。

図1 青森県ひきこもり地域支援センターにおけるひきこもり支援体制のイメージ



支援の現場では、最初は個別相談やアウトリーチ、ひきこもり家族教室等で家族を支援することが多い。そして当事者に会える段階に進むと当事者への個別面接を継続しつつ、時期を見て当事者グループへの参加を促している。またこの時、必要であれば精神科クリニックの利用も勧めている。ひきこもりの相談では背景に精神疾患や発達障害を有する方が少なくないが、相談と併せて精神科クリニックも利用できるため、受診することへの負担が軽減される。また発達障害の診断を有する場合は、当事者グ

ループに加え精神科ショート・ケアも紹介する。当センターの精神科ショート・ケアは大人の発達障害に特化したコミュニケーショングループであり、小グループで同じような経験や悩みを持つ参加者同士が特性理解を深め就労につながるよう支援している。グループ支援により小グループで良好なコミュニケーションがとれるようになった場合には、さらに大きな集団で慣れること、活動日数や内容を増やすことを目的に精神科デイ・ケアを紹介している。精神科デイ・ケアでは専門スタッフが本人の課題をサポートし希望者には就労支援や職場体験を経験させるなど社会参加の準備段階を支援している。

3. 初回相談から事業へのつながりについて

令和2年度ひきセンへの初回相談では、ひきこもり当事者が来所できたのは42%（図2 47件中20件）に留まるが、その後、当センター事業（当事者・家族グループ、クリニック等）につながったのが68%（図3 47件中32件）にも上っている。また、「当事者が来所できるようになる」「居場所以外に参加できるようになる」「福祉サービスや医療機関へつながる」「一般就労できるようになる」など、初回相談前と比べ良好な変化がみられたケースが49%（図4 47件中23件）にも上っている。

初回相談後、継続通所率が高くなっている背景には、当センターという同じ場で多くの事業が展開されているため、当事者の状態像や特性に適した支援につながりやすいこと、担当職員同士で当事者の情報を共有しやすいことが挙げられると推察される。

図2 初回相談の来所者

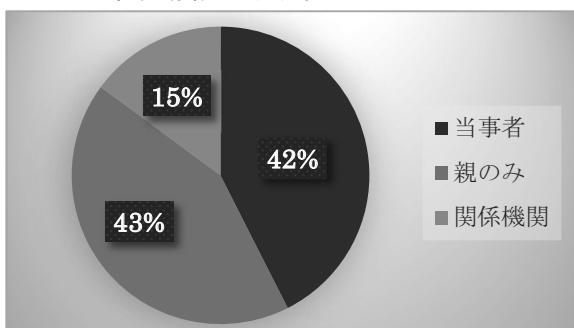


図3 初回相談後の当センター事業へのつながり

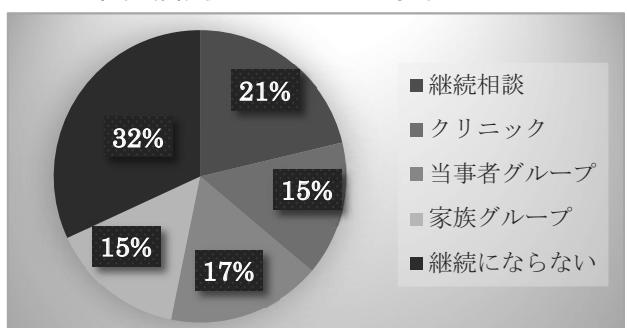
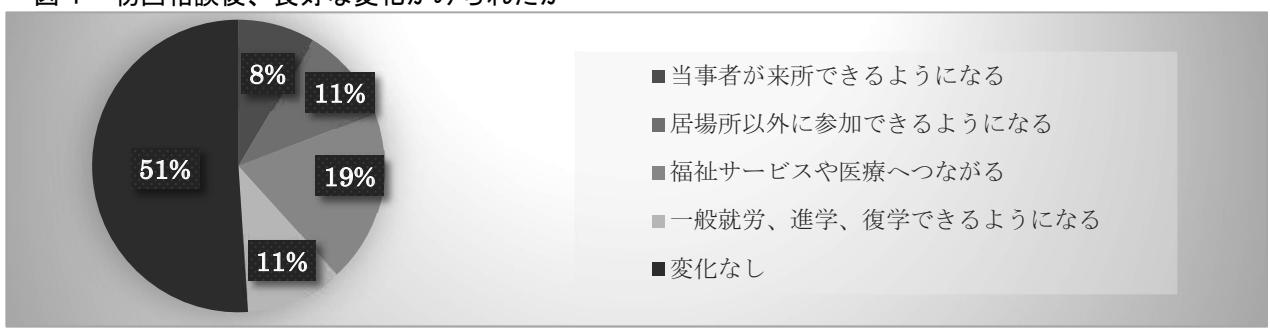


図4 初回相談後、良好な変化がみられたか



4 考察及び今後の課題

様々な機関が支援に参加することは、ひきこもり当事者の社会参加を広げる上で重要であるが、新規場面への不安が強いケースが多く、次の支援機関につながることに躊躇し足踏みをしてしまう場合も多い。その点、慣れた場所で顔見知りのスタッフが様々な支援段階を提供できる体制はひきこもり支援には有効と考えられる。また支援者側としてもケース情報を共有しやすく、当事者にあった適切な支援を提供できるというメリットがある。当事者は同じ場で段階的に支援を得ることにより、対人能力や生活能力がある程度高められた状態から他機関につながっていくこととなり、支援機関の移行、またその後の社会参加につながりやすいと考えられる。

今後も調査を重ね、有効なひきこもり支援について考えていくとともに、得られた調査結果や知見を地域に還元し、地域全体でひきこもり支援に取り組んでいけるよう尽力したい。

ひきこもり地域支援センターにおける電話相談のニーズの検討

山梨県立精神保健福祉センター

○弘田恭子 野中映李 笠井海輝斗

I はじめに

2018 年の全国ひきこもり家族会連合会の全国調査では、ひきこもり当事者と家族の高齢化、ひきこもり期間の長期化が報告されている。

中村ら¹⁾は、ひきこもり当事者を支える家族の受療行動を調査し、電話相談による相談が利用しやすいことを述べている。また、精神保健福祉センターなどの公的機関は、具体的な支援内容の不明瞭さから利用しにくいということも指摘している。そのため、家族や当事者が相談機関へ電話相談する際のニーズを的確に理解し、相談への不安を低減させていく必要がある。

廣瀬²⁾は、ひきこもり期間と相談ニーズの関連性を検討した結果、ひきこもり期間が 6か月から 1 年程度の群は、当事者への対応方法や行動の理解に関する内容が多い。一方で 10 年以上の群は、当事者の問題行動や精神症状への対応、就労や金銭的な問題に関する内容が多く語られ、ひきこもりが長期化するに伴い、段階的に状態像が変化していた。

そこで、山梨県内でひきこもり相談を中心的に行う機関であるひきこもり地域支援センターの電話相談に着目し、当事者の年齢と相談ニーズを整理し、関連性について検討した。

II 方法

分析対象：平成 28 年 4 月から令和 2 年 10 月までの間に、ひきこもり地域支援センターに電話相談のあった新規ケース 346 件の記録を対象とした。各記録から、当事者（相談対象者）の年齢、性別、相談者のニーズ（「当事者への対応」、「就労（自立）」、「受診」、「居場所」、「障害等の福祉」、「復学」、「その他」）の情報にそれぞれ分類した（表 1）。分類は、業務マニュアルに基づき実施した。ニーズは複数選択が可能であり、電話対応をした職員が選択した（総計 402 件）。

分析方法：廣瀬²⁾を参考にし、ひきこもり当事者の年齢および性別ごとの、ニーズの関連性をコレスポンデンス分析およびクラスター分析（ウォード法）で解析した。分析のソフトウェアは、R (4.0.3) および RStudio を使用した。

III 結果

電話相談の相談者は、当事者が 152 件（19.9%）、家族（妻、両親、兄弟姉妹、祖父母）が 237 件（68.5%）、その他（友人、関係性が不明な人物）が 40 件（11.6%）であった。ニーズは「当事者への対応」が 195 件と最も多く、「就労（自立）」が 89 件と次に多かった（表 2）。相談対象の性別では、男性が 307 件（76.4%）、女性が 95 件（23.6%）であった。

表 1 ひきこもり地域支援センターにおけるニーズの分類と内容

ニーズの種類	ニーズの内容
当事者への対応	ひきこもりの当事者とのコミュニケーションの取り方や行動の理解に対する助言を求める相談。
就労（自立）	就労に関する相談機関や就労先に関する情報を求める相談。独り暮らしなどの親や親族からの自立も含まれている。
受診	精神科医療機関の受診もしくは紹介を希望する相談。
居場所	当事者が自宅以外で参加できる活動や団体についての紹介の相談。
障害等の福祉	障害福祉サービスの制度や窓口に関する情報を求める相談。
復学	高等学校、専門学校、大学、大学院などの学術機関の不登校および復学方法についての助言や相談機関の情報を求める相談。
その他	上記の分類に該当しない、明確なニーズの把握ができなかった相談。 (例：話を聞いて欲しい、精神保健福祉センターはどんな場所か)

表 2 年齢と性別ごとのニーズの結果 (N=346)

相談ニーズ (性別)	10代		20代		30代		40代		50代		60代以上		合計
	男性	女性	男性	女性									
当事者への対応	26	9	44	14	37	13	26	11	4	6	4	1	195
就労（自立）	6	1	24	9	24	2	14	2	7	0	0	0	89
受診	3	2	9	3	4	0	8	4	2	0	0	0	35
居場所	1	0	1	0	1	1	3	0	0	0	1	0	8
障害等の福祉	0	1	1	0	2	0	3	0	2	0	0	0	9
復学	7	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
その他	6	0	5	2	14	2	10	4	5	5	1	2	56

コレスポンデンス分析を実施した結果を図 1 に示した。クラスター分析の結果から、青年期男性群（10 代から 40 代の男性）、青年期女性群（10 代から 40 代女性）、中年期男女群（50 代、60 代以上の男女）の 3 つの群に分けられた。

青年期男性群と青年期女性群には、ニーズとして「当事者への対応」、「就労（自立）」、「受診」、「居場所」が布置していた。青年期における相談のニーズは男女で共通していた。特に「当事者への対応」「就労（自立）」は相談件数が多く、青年期の相談では中心的なニーズであった。また、「就労（自立）」と「受診」は近くに布置しており、ニーズ同士の関連が示唆された。

青年期男性群と青年期女性群との最も大きな差異は、10 代男性であり、10 代女性よりも「復学」に近く布置しており、不登校や復学の相談と関連していた。

中年期男女群には、「その他」「障害等の福祉」のニーズが布置していた。50 代以上のひきこもりの相談は、「その他」のようにニーズの把握が困難な内容であった。また、50 代男性は「障害等の福祉」の近くに布置しており、障害福祉サービスの相談と関連していた。

結果をまとめると、男性は女性よりも10代から不登校などの相談と関連しやすい。20代から40代までの青年期のニーズは、当事者への関わり方、社会的な自立、医療機関への受診、自宅外の居場所の情報提供など共通していた。50代以上になると、電話相談ではニーズの把握が困難になりやすく、50代男性では特に障害福祉サービスの相談と関連していた。

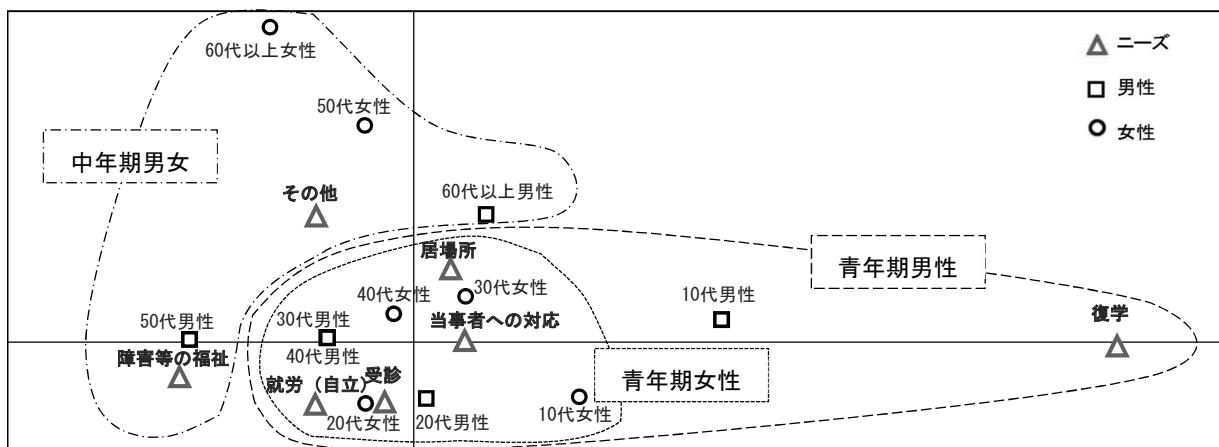


図1 ひきこもり当事者の年齢、性別と相談ニーズの関連

IV 考察

電話相談は、青年期（青年期男性群・青年期女性群）と中年期（中年期男女群）でニーズの傾向が異なっていた。青年期の中心的なニーズは「当事者への対応」など、家族が当事者をどのように理解し、関わる必要があるのか、専門家によるアドバイスを求めるニーズであると推察した。また、「居場所」のニーズとも近接していた。青年期の当事者や家族は、自宅以外の場所を求め、社会的な孤立の解消を希望していると考えられた。廣瀬²⁾では、家族が当事者への対応方法や居場所の情報を求めるケースは、家族主体の相談であった。家族が当事者を理解し、当事者に適した環境に調整しようとする姿勢がニーズに反映された可能性がある。

さらに、青年期は「就労（自立）」と「受診」のニーズが近接していた。実際の相談は、職場内での不適応がきっかけでひきこもり状態となったケース、うつ病などの精神症状により受診を希望するケースだった。廣瀬²⁾においても医療支援のニーズのあるケースは、仕事を辞めた後にひきこもるなどのエピソードが含まれていた。職場の不適応により離職し、精神症状を示すなどの経過が、ひきこもり状態に影響をおよぼすと推察される。青年期は学校での職業選択への支援、就職後の不適応や精神的な不調に対する支援が重要である。

10代男性は女性に比べ不登校や休学によって相談機関につながりやすいと推察した。男児は親から男性としての伝統的ライフコースを期待されやすく、不登校によりライフコースから離れることに親が不安を感じやすい（青田³⁾）。本研究でも「復学」の相談は主に家族からの相談であり、ひきこもりの長期化を防止するために、学校や家族と連携した早期介入が必要である。

中年期男女群は、「その他」「障害等の福祉」と近接していた。50代以上の「その他」の相談は、身体機能の低下や生活基盤の不安定に伴う生活の困難さを訴える内容であった。50代以上になると、ひきこもりだけでなく、身体機能や認知機能の低下、精神症状の増悪、失業、両親との死別、経済的な困窮など、問題が複雑化すると推察された。よって、問題が複雑化することにより、電話による相談では対応が困難になると考えた。支援者は情報を整理し、助言や情報提供を行い、ニーズに沿ったサービスへの丁寧なつなぎを行う関わりが求められる。

以上のことから、青年期と中高年期によってニーズの特徴が異なっているなど、加齢によるニーズの変化が見られた。全国ひきこもり家族会連合会の全国調査（2018）では、40歳未満以上では、外出の有無や医療機関への継続的な相談状況は異なっていた。40代は青年期から中年期へと、ひきこもりの状態像が変化する転換点であると考えられる。

本研究には残された課題がある。ニーズの分類基準に家庭内暴力や自傷行為などの緊急性の高いニーズが含まれておらず、「当事者への対応」として問題が矮小化されていることが考えられる。今後はより詳細の記録を確認した上で、ニーズの分類基準を明確化していく必要がある。

ひきこもりの電話相談のニーズを検討した結果、年齢によってニーズが変化することが明らかとなつた。今後は電話相談をきっかけに来所相談につながったケースに注目し、どのようにニーズが変化し、ケースが展開していくのかを縦断的に追跡して検討したい。

V 参考文献

- 1) 中村光, 岩永可奈子, 境泉洋, 下津咲絵, 井上敦子, 植田健太, 鳴田洋徳, 坂野雄二, 金沢吉展 (2006). ひきこもり状態にある人を持つ家族の受療行動の実態, こころの健康, 21, 26-34.
- 2) 廣瀬眞理子 (2018). ひきこもり電話相談における家族ニーズの多元的分析: 混合研究法によるアプローチ, コミュニティ心理学研究, 22(1), 25-41.
- 3) 青田泰明 (2006). 不登校現象にみられるジェンダー問題—経験者の「語り」から, 12, 3-14.

東京都立（総合）精神保健福祉センターのアウトリーチ支援事業を評価する試み

東京都立 精神保健福祉センター^{*1} 中部総合精神保健福祉センター^{*2} 多摩総合精神保健福祉センター^{*3}
○吉澤有香^{*1} 東出香^{*2} 佐藤りか^{*1} 菊池佐久良^{*3} 植田さおり^{*3} 白井有美^{*2} 高倉信一^{*2}
中村敦子^{*1} 橋本直季^{*3} 源田圭子^{*1} 西いづみ^{*2} 井上悟^{*3} 熊谷直樹^{*2} 平賀正司^{*1}

1. はじめに

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築が我が国における精神保健福祉の施策の中心となり、アウトリーチ支援が重要とされ、各地の実践も徐々に増加している。我々も、特に支援困難度の高い、未治療や治療中断等で地域生活が困難なケースへのアウトリーチ支援事業（以下、本事業）を実施し、その効果を実感することは少なくない。しかし、本事業の評価は十分なされておらず、事業の効果や課題が明らかとなっていない。そこで、本事業を行政機関の行う取組としてより良いものとするため、本事業の支援対象者への評価方法を検討し、適切な尺度を選び業務に取り入れる試みを行ってきたので、ここにその経過を報告し考察を行う。

倫理的配慮等：本報告は業務の進め方に関する試行的取組の実践報告であり、今回の発表では個人情報の使用はなかった。また、開示すべき COI 関係はない。

2. 東京都のアウトリーチ支援事業の概要

東京都には3つの精神保健福祉センター（以下、センター）があり、都立センターが東京特別区（23区）の東部13区と島しょ部、中部総合センターが西南部10区、多摩総合センターが多摩地域をそれぞれ所管している。3センターでは平成23年度から、本事業において、精神障害者の地域生活の安定および地域関係機関における人材育成の推進を目的として、未治療や医療中断等のため、地域社会での生活に困難をきたしているケースに、保健所等からの紹介により、センターの医師、看護師、保健師、精神保健福祉士、心理職等の多職種チームが、概ね6か月間の訪問支援などを行っている。対象者は、支援開始当初において、①統合失調症が多いが他の疾患圏も少なくない②支援を拒否し面会や調査票記入自体が困難③病状関連で周囲への問題行動が出現し、地域で事例化④非自発入院等強制的な対応の経験から支援への不信感を持つ、等の傾向がみられる。

3. 本事業評価への取り組みの経過

1) ワーキンググループ（以下、WG）の設置と評価尺度選定の方法

平成29年10月、3センターの関係管理職の合意と発案に基づき、各センターの本事業に従事する職員からメンバーを決め、本事業における3センター共通の評価方法を検討し、業務において導入・運用する検討を目的として3センター横断的なWGの設置を行った。WGを通じて、評価方法として、対象者に関する評価尺度の利用、センターに事例を紹介する保健師の満足度調査、対象者の家族の満足度調査などが挙がったが、ここでは対象者に関する評価尺度の検討について述べる。WGでは、①メンバーの業務を踏まえた合議②国モデル事業や内外の公的機関の行うアウトリーチ支援の評価に関する文献の検討③東京都医学総合研究所の専門家へのヒアリング④評価尺度採用後の問題の解決、等を行ってきた。

2) 採用すべき評価尺度の等の条件

WGでの検討の結果、評価尺度に望まれる条件として、本事業の対象者や支援チームの特徴を踏まえ、①対象者との面接が必須でない②職種を問わず評点付けができる③簡便さ④対象は統合失調症のある人に限らない⑤症状だけでなく生活機能や満足度が反映できる⑥支援とのつながりを評価できる⑦評価尺度の数が多すぎない、ことが挙げられた。

3) 評価尺度の選択～SBSとSES～

Modified-GAF、WHODAS、Social Behaviour Schedule¹⁾（以下、SBS）、Service Engagement Scale²⁾（以下、SES）、BPRS、（いずれも日本語版）が候補として絞り込まれ、最終的にSBSとSESが選定され

た。いずれも翻訳者から使用の許諾があり、SESは翻訳者を通して原作者から使用許諾を得た。

	SBS	SES
概要	症状を背景とした行動の評価。国のアウトリーチ推進事業の研究で使用。 全21項目（会話内容の一貫性、社会との適切な接触、自殺・自傷の企図と行動、妄想の行動化、身だしなみ・清潔度、社会適応を妨げる行動、など）	ケースと支援との関係性を評価する尺度としてイギリスの国民保健サービス(NHS)での評価で利用。 全14項目 面会の可能性（3項目）、○協働（3項目）、○援助希求（4項目）、○治療アドヒアランス（4項目）
評価	点が高いほど症状や行動障害が重い。	点が高いほど、支援者や治療との関係がとれていない。

4) 評価尺度の採用と実施

WGでの検討を踏まえ、平成30年度から、SBS, SESを用いて、支援開始6か月前（情報のあるケースのみ）、支援開始時、支援開始後6ヶ月時、終了時の評価を行うことを各センターで決定した。WGは①導入と評価に向けた職員への説明②導入後における評価に際し生じやすいミスや疑惑等についての検討と対応方法の職員への周知③事業評価に向けた情報交換・進捗管理等を行っており、今後結果の分析に取り組む予定である。令和2年度末までに169件（支援中を含む）の評価を実施した。

4. 考察

1) SBS、SESによる評価の導入の意義

これらの評価尺度を導入したことにより、次のような好ましい影響が考えられる。まず、支援において対象者の理解を深め、支援効果を認識しやすくなつたことである。これらにより、より適切な支援が可能になったと考えられる。職員からは、「評価尺度の使用により、ケースの状態を客観的にとらえられるようになり、アセスメントが容易になり、その結果、適切な支援ができるようになった」、「ケースと地域との結びつきが安定することで、生活が改善するように漠然と感じていたが、尺度を付けることによりそのことが裏付けられた」などの声も聞かれる。また、3センターで共通の評価尺度を用いることにより、地域特性の異なる各センター間の相互理解の促進にもつながったと考える。

2) 実施における課題

両尺度を用いた評価の実施における課題として①評価者間信頼性の確保、②評点付けに困難を伴ったり、判断に迷ったりしがちな状況（例：SBSでは、対象者の疾患が統合失調症でない場合；SESでは、対象者の病院や施設への入所、また両尺度ともコロナ禍においてケースが入院し面会困難な場合）への対応、などが挙げられる。これらに対しては、ケースを知る職員同士がすり合わせ、チームの医師とも確認することや、定期的にWGで疑惑について検討し、評点付けのずれがないことなどを確認する等の取り組みを行っている。

3) 今後の展望

今後、事業評価においてこれらの尺度を活用するため、2つの取組を考えている。まず、尺度を職員間で統一した方法で使用するためのマニュアルの作成である。現状はどちらも使用にあたってのマニュアルがなく、人事異動もある中ルールの継承を確保するうえでも、これまで決めたことの周知も含めマニュアルが必要である。次に、本事業の効果をより明確に示すことである。情報収集が可能なケースについては、支援開始前6か月前についてもSBS、SESによる評価を行っているが、本事業の支援がなかつた場合との比較にも活用できると考えられる。これらを通じて、継続的な信頼性のあるデータ収集を続け、得られた結果を分析することで、本事業の支援効果の検証を行っていきたい。

5. 文献

- 1) Wykes, T., Sturt, E.: The measurement of social behaviour in psychiatric patients: an assessment of the reliability and validity of the SBS schedule. Br J Psychiatry, 148(1);1-11,1986
- 2) Tait, L.Birchwood, M., Trower, : A new scale (SES) to measure engagement with community mental health services Service engagement scale. JMent Health, 11(2); 191-198,2002

精神科病院看護師を対象とした地域移行支援紙面研修の実践報告

仙台市精神保健福祉総合センター
○下村瑞希 君市祐子 寺澤彩 門田亜希子
小堺幸 大類真嗣 原田修一郎 林みづ穂

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関係機関との協働により行っている。これまでの取り組みの中で、長期入院者の地域移行を実現するためには、精神科病院に従事する看護師との協働が重要であると考え、日本精神科看護協会宮城県支部との共催研修会や精神科病院での院内研修会を実施してきた。令和2年度は、新型コロナ感染症の流行により、従来実施してきた集合型の研修や多職種交流会の開催が困難な状況であった。このことから、令和2年度は精神科病院の看護師を対象とした紙面研修を実施することとした。本稿では、令和2年度に実施した、看護師を対象とした地域移行支援紙面研修の取り組みについて報告する。

2. 実施内容

- (1) 対象 実施病院：仙台市内精神科病院A病院に勤務する看護師 120名
- (2) 方法

研修は、受講者に資料を読んでもらう形式で実施した。研修実施前と実施後にアンケートの記入を求め、研修の効果を測った。病院看護部の協力のもと、全看護師に研修資料及びアンケートの配布、回収を行った。実施時期は、令和3年1月5日～1月22日とした。

- (3) 内容

研修資料は、下記5点を盛り込んだ内容とし、先行研究等¹⁾²⁾を参考に作成した。長期入院者の地域移行を実現するために必要となる「知識・情報」を盛り込んだ。また、「知識・情報」を獲得することで、長期入院者の地域移行支援に携わる「意欲」の向上をねらいとした。

①精神障害者の地域移行をめぐる動向 ②地域移行を阻む課題とそれを解決するための効果的な取り組み ③地域相談支援「地域移行支援」について ④ピアスタッフと協働する病棟内地域移行支援普及啓発活動について ⑤長期入院者の地域移行支援事例

事前と事後アンケートは、下記8項目について5段階（「そう思わない」～「そう思う」）で回答を求めた。①精神障害者の長期入院の現状について説明できる ②精神障害者の長期入院に係る課題について説明できる ③長期入院者の退院支援のプロセス（流れ）について説明できる ④地域相談支援（地域移行支援）について理解している ⑤長期入院者の退院支援に関わる職種や機関について説明できる ⑥地域の関係機関との連携の重要性を理解している ⑦長期入院者の退院支援において看護師の役割の重要性を理解している ⑧長期入院者の退院支援に携わりたい

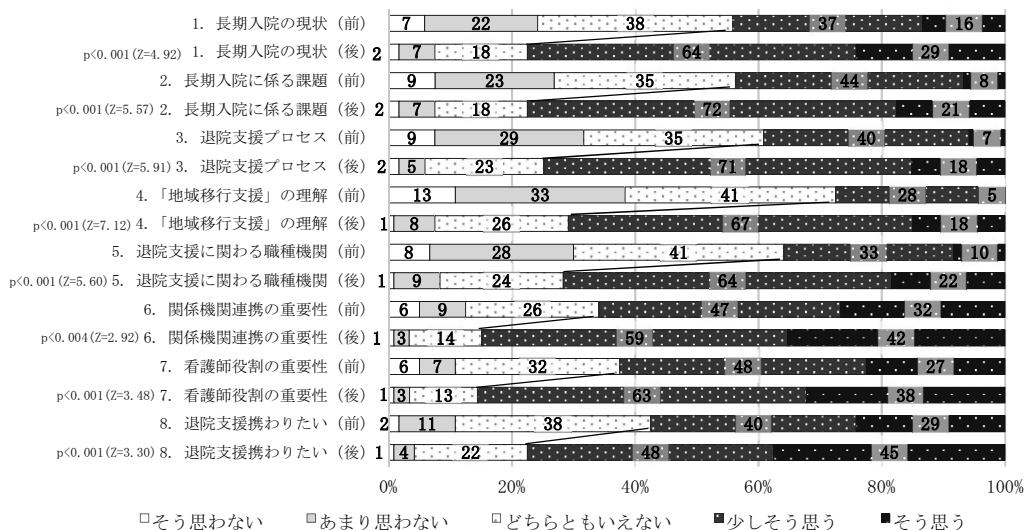
更に、事後アンケートでは、資料を読んだ感想についても自由記述で回答を求めた。

3. 研修アンケートの結果

- (1) アンケート回収結果 120名（回収率100%）
- (2) 事前アンケートと事後アンケートの比較（図1）

研修の前後の比較において、研修後はすべての項目において「そう思う」「少しそう思う」が有意に増加した（Mann-WhitneyのU検定、有意水準5%未満）。その中でも、「地域相談支援（地域移行支援）の理解」の変化の度合いが最も大きかった。

図1. アンケート結果（事前事後の比較）



(3) 表1 受講者から得られたアンケートの自由記載（紙面の都合上一部のみ抜粋、原文まま）

《長期入院の課題に関すること》
・長期入院者は、退院の不安を訴えるため、看護師もあまり刺激しないように対応しており、なかなか事を進められないことがある。
・地域に帰したい気持ちはあるが、家族関係だったり、地域の受け入れであったり課題が多いと思う。
・病院としてのあり方や主治医の考え方、病院経営の観点からすると、一職員には分かりかねる部分もある。
《関係機関連携・多職種連携について》
・本人の思いをきちんと聞いて多職種で話し合い、目標達成に向けてあきらめずに考えていくことが大切だと感じた。
・医療側のアプローチだけでは限界があり、退院が延びて患者の意欲も落ちていってしまうことがあった。地域移行支援の情報や相談ができれば、退院に向けた具体的な活動をより高められると思う。
《看護師役割の重要性に関すること》
・日常の会話の中での、何気ない言葉を看護師としてくみ取って発信することで退院支援につなげられることもあるのだと思った。
・できないと決めつけず、患者の日々の生活状況や ADL、思いなどを把握し、必要な支援につなげる役割が看護師にはあることを自覚し関わらなければならないと感じた。
《病棟内地域移行支援普及啓発活動・ピアサポーターの活用について》
・ピアサポーターーや地域スタッフと関わる機会が持てる病棟内活動は、心に良い刺激を与えるものと期待する。
・病棟内活動することで新たな患者の思いを聞ければ、私たちの思いも違ってくると思う。

4. 考察及び今後の展望

アンケート結果から、研修前後の比較で、すべての項目において「そう思う」「少しそう思う」が有意に増加している。地域移行を実現するために必要となる「知識・情報」を獲得し、支援に携わる「意欲」を高めることができた。特に「地域相談支援（地域移行支援）の理解」の変化の度合いが最も大きい結果となった。自由記載では「長期入院者の退院支援において看護師が果たす役割の意味について再考した」という感想もあったことから、普段看護師に届きにくい「知識・情報」が伝わり、地域移行支援について考えるきっかけを提供できたことによって「理解」が進んだと考える。

今回は、新型コロナ感染症の流行により、紙面による研修形式に切り替え、A病院看護部の全面的な協力のもと、看護師全員を対象に実施できた。紙面研修は集合型の研修に比べて、多くの対象者に資料を配布することができる一方、受講者同士で感想をシェアしにくいといったデメリットがある。今後はより多くの人に伝わりやすい研修動画を作成し、チャット形式で意見交換や感想をシェアできる「e-learning」による研修体系の構築を検討したい。

今後は、研修で共有した情報や理念を、具体的な支援の実践につなげていくことが課題である。研修実施に際しては、A病院看護部と、課題や院内の研修体制など様々な意見交換ができ、A病院とセンターの連携協働体制を深める一助にもなったため、引き続き協働を進めていきたい。また、他の精神科病院にも取り組みを広げ、当市における地域移行支援の取り組みを推進していきたいと考える。

【文献】

- 一般社団法人支援の三角点設置研究会：医療と福祉の連携が見える Book—ニューロング シイを生まないために—. 2014
- 公益社団法人日本精神保健福祉士協会：指定一般相談支援事業所（地域相談）と精神科病院の職員が協働して地域移行に向けた支援を行うための研修カリキュラム及びガイドライン等の開発報告書. 2017

群馬県こころの健康センターにおけるアウトリーチ活動の現状と今後の方向性に関する一考察 —治療中断者への支援をとおして—

群馬県こころの健康センター
○丸山彩織 木藤陽香 牛込久美子
永井佳美 三浦侑乃 佐藤浩司

1 はじめに

群馬県こころの健康センターでは、平成 16 年 1 月、従来保健所が担っていた措置移送業務を精神科救急情報センターと名付けて一元化し、県内すべての精神保健福祉法に基づく通報対応を開始した。この組織改編にあたって各保健所から当センターに保健師・事務が集約されたことから、当センターでは保健所と密接な関係を保ちつつ、バックアップ機関としての役割を果たしてきている。保健所への支援として、改編後まもなく、当センターの医師と保健師が 12 か所の保健所を分担して担当し、通報事例にかかる連携はもとより、地域の処遇困難者等に対し、必要に応じて関係者との協働による「相談」「家庭訪問」「支援会議」等のアウトリーチ活動により地域ケアを充実させ、疾病の再燃・悪化の防止等を図っている。

これらの活動のうち、今回、アウトリーチ（家庭訪問）活動の直近 3 年間をまとめ、治療中断者への支援内容（結果）を抽出、分析し、今後の方向性を考察したので報告する。

2 方法

平成 30 年度から令和 2 年度までの間に、当センターにおけるアウトリーチ活動を行った 121 事例（延 183 件）のうち、治療中断のために家庭訪問を行った 28 事例（延 47 件）の属性、診断名（未確定含む）とともに、支援内容（結果）等について考察した。

3 結果

（1）これまでのアウトリーチ実績（延件数）

保健所からの依頼により、当センター地区担当の医師と保健師（時には医師のみ、保健師のみ）が、主に保健所・市町村の保健師等とともに実施している。

① 年間延件数の推移

平成 19 年度までは年間 100 件超であったが、医師等の減員や人事異動、通報数増加等の影響により、近年は減少しているものの、令和 2 年度は 100 件であった。（図 1）

② 過去 3 年間（平成 30 年度～令和 2 年度）延件数の実績概要

総延件数は 183 件（退院後支援事業に係る訪問を除く）であり、主訴（対象者の状態）としてはフォローアップ・退院後や治療中断が多く、支援内容（結果）としては見守り、助言が多かった。（表 1）

図 1 アウトリーチ件数の年次推移

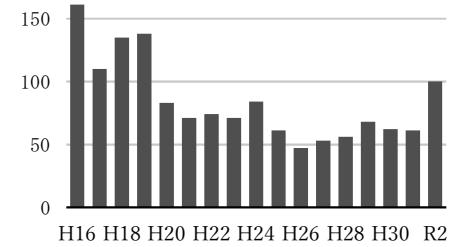


表 1 過去 3 年間（H30～R2）アウトリーチ時の主訴（対象者の状態）と支援内容（結果）
(件数)

支援 状態	治療中断	未治療	処遇困難	ひきこもり	フォローアップ ・退院後	入院中	コロナ関連	合計
受診開始・再開	11	2	1	1	2			17
受診勧奨	12	5			5			22
本人・家族への助言	5	4	10	6	17	1	3	46
保健所等への助言	6	5	7	1	5	1		25
見守り	13	1	4	1	51	2	1	73
合計	47	17	22	9	80	4	4	183

(2) 過去3年間のアウトリーチのうち治療中断者の状況

治療中断者28名の性別は、男性16名、女性12名であった。年代別では、男女とも50代が最多であり、全体の約4割を占め、次いで40代と続いた。(図2)また、ICD-10による疾患分類別にみると(未確定含む)と、F2(統合失調症及び妄想性障害)が全体の4分の3を占め、次いでF1(精神作用物質使用による精神及び行動の障害)であった。(図3)

次に、支援内容(結果)をみると、受診再開と見守りが約3割ずつ(図4)となっており、訪問回数との関係をみると複数回以上では、受診再開や見守りを継続している割合が高かった。(図5)

さらに、アウトリーチ開始時点で警察官通報(精神保健福祉法23条)歴があった20人に対する支援の内容(結果)をみると、見守りが9人で最多であり、受診勧奨、受診再開へと続いた。(図6)

なお、中断者全員がアウトリーチ開始後、警察官通報には至っていない状況であった。

図2 性別と年代

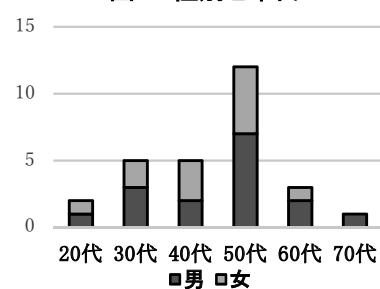


図3 疾患別

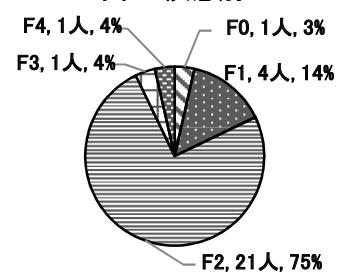


図4 支援内容(結果)

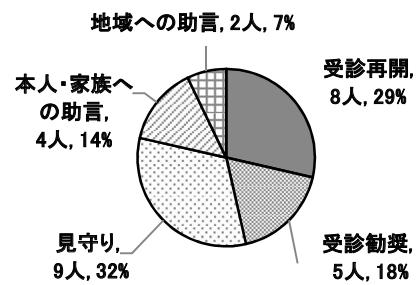


図5 訪問回数と支援内容(結果)の割合

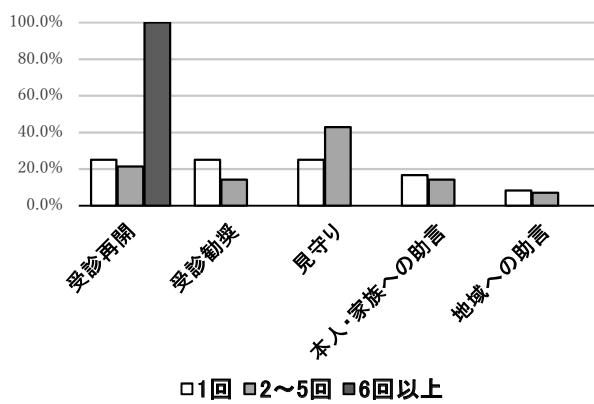
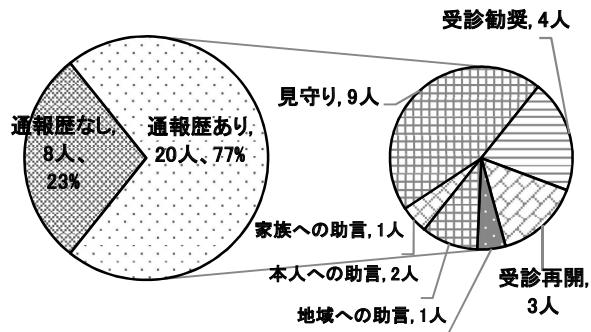


図6 開始時の通報歴と支援内容(結果)



4 考察・まとめ

今回まとめた治療中断者については、性・年齢、疾病や家族状況等をみると、最も多いのは50代の統合失調症であり、男性は単身者、女性は家族がいるものの関係が良好でない場合が多く、保健所等の地域による支援のみでは改善が期待できない対象となった場合が多いと考えられた。

支援の結果、受診再開が約3割に至っており、事例によっては保健所とともに入院の段取りを整えて受診援助を行った場合もあった。一方で、精神科医師の判断により見守りや受診勧奨、助言にとどめ、地域主体での支援を継続している事例が約7割であった。地域での支援においては、精神疾患を抱えていても地域の一員として自分らしい暮らしをすることができるよう、本人の意向を尊重し、病状を見守りながら、危機的状況にならないよう医療にアクセスできるような支援体制の構築が重要である。その際、行政職員である精神科医師の見立てや助言等の支援は、本人・家族の安心感につながるだけでなく、特に支援者への支援、人材育成に非常に重要な役割を果たしている。また、コロナ禍において保健所の精神保健福祉活動が困難な中、日頃の当センターの重層的な活動が生かされる状況となっている。今後、当センターが精神保健福祉センターと精神科救急情報センターの両機能を有している強みを生かし、地域包括ケアシステム構築を視野に支援体制充実のための効果的なアウトリーチ活動を推進していきたい。

平成 28 年度以降のアウトリーチ支援事業における支援前後の変化についての報告

東京都立多摩総合精神保健福祉センター

○藤井悠紀子 莢部春夫 飯島誠

菊池佐久良 植田さおり

1. はじめに・目的

当センターでは、旧来、社会復帰病室と生活訓練施設（ホステル）を擁する入所訓練事業を実施していたが、平成 23 年度にこれらが廃止され、アウトリーチ支援事業および短期宿泊事業が開始された。平成 28 年度には当センターでの短期宿泊事業は終了となり、以降訪問型の支援を行っている。アウトリーチ支援事業では、多職種チームが、保健所から支援依頼を受け連携して訪問型の支援を行い、精神障害者の地域生活の維持と安定を目指している。支援対象者は、未治療・医療中断等のため地域生活に困難が生じ、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又はその疑いのある者で、支援期間は原則 6 カ月を目安としている。

本調査研究では、平成 28 年度から令和 2 年度までの 5 年間の支援状況についてまとめ、本事業の効果と課題について検討する。

2. 対象・方法

平成 28 年 4 月から令和 2 年 3 月までにアウトリーチを開始し終了したケース 106 件を対象とした。業務統計とケース記録から、対象者属性、開始時状況、支援内容、支援前後の変化についてまとめ、分析を行った。

3. 結果・考察

(1) 対象者属性

平均年齢は 41.7 歳で、男性 64 名、女性 42 名であった。終了時の当センター医師による主診断は F2 が 59% で最も多く、次に F8 が 16% であった（図 1）。主診断と従診断を合わせると、自閉症スペクトラム障害や注意欠如・多動性障害などの発達障害が 24% に認められた。

(2) 開始時状況

開始時の医療状況は「退院直後」が 56%（59 件）で最も多かった。4 カ月以上受診していない「医療中断」と 4 カ月未満受診していないもしくは家族が代理受診している「不安定受診」が合計で 21%（22 件）、通院が 17%（18 件）、未治療が 7%（7 件）であった。また、開始時に医療拒否（受診・服薬を拒否している、またはその可能性が高い）が見られるケースは 66 件であった。

依頼理由は、保健所から受ける依頼内容を 8 項目に分類し、集計を行った（図 2）。心理社会面の評価、特に生活能力評価が依頼理由とし

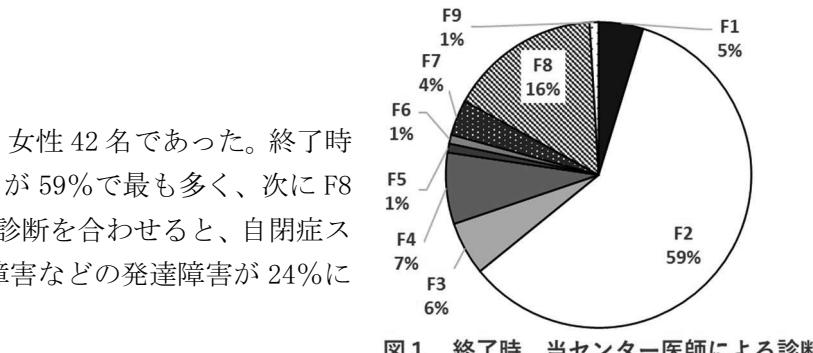


図 1 終了時、当センター医師による診断

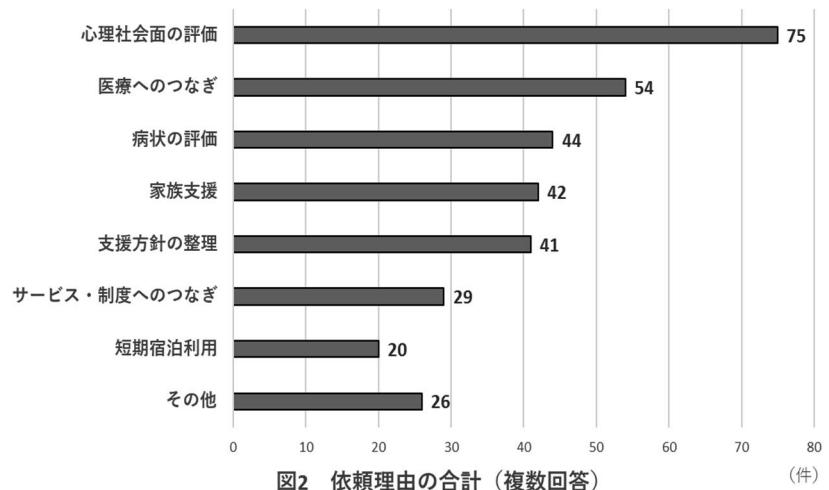


図 2 依頼理由の合計（複数回答）

て最も多いことから、本人や家族の生活状況などの情報が少なく、地域の支援機関とのつながりが薄いケースが多いことがうかがわれる。

(3) 支援内容

支援期間と支援回数は、全体の傾向から大きく離れた数値が見られたため中央値（四分位範囲）を算出した。支援期間は 183.0 (180.0–235.5) 日、1 ケースあたりの支援回数はケア会議が 4.0 (2.3–5.0) 回、本人支援が 24.0 (11.0–37.8) 回、家族支援が 9.5 (2.0–26.0) 回、関係機関調整が 55.0 (33.3–88.8) 回であった。本人への支援とともに、関係機関間における支援方針の共有や役割分担にかかる調整に多くの時間を要していることが示された。

(4) 支援前後の変化

① 支援機関数の変化

開始時の平均支援機関数は 3.4 であったが、終了時には 4.1 になり、有意差が見られた ($t(105) = -7.18, p < .001$)。支援機関別にみると、訪問看護が 19 ケースで、日中活動系が 12 ケースで、相談支援事業所が 9 ケースで増加した。

② 医療状況の変化

表 1 に医療状況の変化を示した。開始時に「未治療」であったケースの 43% は通院や訪問診療につながり、平均支援期間は 309 日であった。本事業による支援が開始される前に地域の支援機関が訪問を重ね、さらに開始後も 1 年間訪問を重ねることで、安定した相談関係が築かれたため医療への抵抗も低くなつたと思われる。開始時に「医療中断・不安定受診」のケースでは、77% が何らかの形（非自発的入院を含む）で医療につながった。開始時に「通院中」のケースは、生活面の課題から地域生活が困難であった群であるが、終了時 89% は通院し地域生活を継続できていた。そのうち支援前後で GAF（機能の全体的評価）による評定が可能であったケース 10 件について、ウィルコクソンの符号付順位検定を行つた結果、開始時より終了時の GAF の値が有意に大きく、社会機能の向上が見られた ($T=0, p < 0.05$)。開始時に「退院直後」のケースは、終了時に 63% が通院し地域生活を継続できていた。そのうち 92% のケースで定期的な訪問が可能であり、病状や生活安定のための幅広い支援を行うことができ、地域生活の継続につながつたと思われる。

表 1 医療状況の変化

開始時の医療状況	終了時の医療状況				
	未治療	医療中断・ 不安定受診	通院・ 訪問診療	任意入院	非自発的 入院
未治療 (7件)	43% (3件)	14% (1件)	43% (3件)		
医療中断・不安定受診 (22件)		23% (5件)	18% (4件)	9% (2件)	50% (11件)
通院 (18件)			89% (16件)	6% (1件)	6% (1件)
退院直後 (59件)		8% (5件)	63% (37件)	7% (4件)	19% (11件) 3% (2件)

4.まとめ・課題

支援期間が原則 6 カ月という本事業では、短期集中的な支援を通して多面的なアセスメントを行い、地域の支援者につないでいくことが求められる。本調査において終了時には支援機関数が増加しており、支援体制の構築・強化という本事業の役割の一つが示されたと言える。一方、「未治療」の 43%、「医療中断・不安定受診」の 23% は医療状況に変化はなく、「退院直後」の 25% は入院（任意、非自発的入院の合計）し地域生活継続とならなかった。しかし、以上の転帰となったケースでも、本人が不調や困り事を支援者に表出するようになつたり、非自発的入院を繰り返していた経過から自ら休息入院を選択するようになつたりと変化は見られる。今後の課題として、このような質的な変化を測れる指標によって、アウトリーチ支援事業の効果を分析していくことが必要である。

ピア電話相談 10 年間の取り組みと相談員の思い

神奈川県精神保健福祉センター

○原未典 大沼三那子 歳川由美 進香織

小杉敦子 石井利樹 川本絵理 山田正夫

1 はじめに

神奈川県精神保健福祉センター（以下、当所）では、平成 22 年度より、精神障害のある電話相談員による「ピア電話相談」を開始し、昨年度で 10 年目を迎えた。ピア（peer）とは、日本語で「仲間」や「同輩」と訳すことが多く、同じような立場や境遇、経験等を共にする人たちを表す言葉である。今回、相談内容の報告やピア電話相談員（以下、相談員）へのアンケート調査（以下、アンケート）を通して、ピア電話相談の意義やサポート体制について考察したので報告する。

2 研究デザイン

10 年間の事業統計の傾向や相談内容の変化のまとめと、相談員の思いや体験を聞き取るためのアンケートを、研究デザインとした。

3 事業統計及び相談内容について

ピア電話相談は、毎週金曜日の午後、相談員 2 名体制で行っている。相談員は作業所からの推薦を受け、当所で面接の上、採用している。相談者は、初年度は統合失調症の方を対象としていたが、他の精神疾患の方からも相談があり、現在は、対象疾患を限定せず相談を受けている。開始時から令和 2 年度までの統計から概括する。

相談件数を表 1 に示した。平成 30 年度で最多となり、令和 1 年度は減少、2 年度は緊急事態宣言中の休止もあり 185 件であった。不明には「無言」も含んでいる。

表 1 相談件数 *H22 年度は 9 月～H23.3 月末までの統計

	H22*	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2
相談総件数	95	231	272	288	310	333	348	334	371	297	185
新規件数	68	74	61	42	47	29	33	33	37	28	23
再相談件数	27	157	207	218	239	263	268	222	201	178	116
不明	0	0	4	28	24	41	47	79	133	91	46

事業統計は開始以来のデータの平均で算出した。相談者の男女比は男性 3 割、女性 5 割強、不明 1 割強である。相談者の続柄は「本人」が最も多く 8 割を占めており、次いで、こども、親、兄弟（姉妹）の順である。年齢は、40 歳代、50 歳代を併せて約 5 割を占めており、次いで 30 歳代、60 歳代前半の順である。対応は「傾聴」が約 6 割で、次いで「助言」が約 3 割である。

相談内容は、開始した H22 年度と H23 年度以降で傾向の違いが見られる。H22 年度は「生活について」が一番多く 5 割程度、「話がしたい」が 3 割であったが、H23～R2 年度では、「話がしたい」が一番多く、2 番目が「生活について」であった。H22 年度は新規件数が再相談件数より多く、初回の相談では、「話をすることより「生活について」等の困りごとを相談することが主だったためではないかと推測される。再相談は約 7 割であり、相談員との会話を楽しみにされている方も多い。毎週電話をかけ相談員と対話を重ねることで、その人なりの対処方法を見つけたり、受診をしたりするという変化もある。また、新規の相談では、相談時間が長くなることもあり、相談員と職員とで対応に困ったことがなかったか丁寧に振り返りを行っている。

4 相談員へのアンケートについて

アンケートは、当所が主催している『ピア電話相談あり方検討会』（以下、あり方検討会）内で行った。

あり方検討会は、2か月に1回、相談の振り返りや、相談を受ける中で感じた疑問や気にかかる点などを共有し検討する場である。メンバーは相談員と担当職員で行い、必要に応じて医師が助言に入っている。アンケートは、8名の相談員全員から協力の同意を得た。質問項目は自由記述式であり表2に示した。このうち質問項目①②への記載から、ピア電話相談で経験したことについて、意味のまとまりごとに分け、カテゴリー名をつけたものを表3に示した。

表2 質問項目

①	ピア電話相談員をやってよかったこと、大変だったことを教えてください。
②	電話相談員を続けて印象に残ったエピソードを教えてください。(相談を受けた中で印象的だったこと、自分のこと等)
③	ピア電話相談員を続けていくために必要だと感じるサポートについて、教えてください。

表3 経験したこと

	カテゴリー	アンケートの記載（一部抜粋）
よかつたこと	喜びを感じる（やりがい） 【抽出した数：13件】	・相手が喜んでくれるとやってよかったと思う。 ・笑い声が聞けるととっても嬉しい。
	自信につながる【12件】	・“自分にもできる”という嬉しさが自信になる。
	学びがある【10件】	・ピアのメンバーと職員との関わりは学べることが多い。
	自分の回復になる【9件】	・自分の悩みも整理でき、回復につながった。
	スキルアップ【7件】	・相手の言っていることの整理が上手くなかった。
	安心感【5件】	・自分の居場所となった。 ・相談員同士の関わりが頼もしさを感じた。
大変なこと	相談者に関すること 【10件】	・支離滅裂や妄想ばかりの相談は頭を抱えてしまう。 ・知っている人からかかってきて困った。
	相談員に関する事【8件】	・毎回緊張する。
	対応方法【7件】	・自分のかける言葉や態度がよかったんだろうかと悩む。

ピア電話相談の経験を、よかつたことと大変なことに分けることができた。カテゴリーは上から順に登場回数が多かったものである。よかつたことでは、「喜びを感じる（やりがい）」が最も多く、相談員は相談者との会話を楽しみ、有意義に感じていることがわかった。これは、ピアであるからこそ過去の経験が役立ったり、思いが届いたりすることが喜びにつながっているとアンケートから読み取れた。“楽しい”“やってよかった”という思いは、相談員継続の一番の動機付けだと感じる。経験を積むことで「自信」や「学び」となり、相談員が「スキルアップ」していくことにつながると思われる。

大変なことは、3つのカテゴリーに分けた。「相談者に関すること」と「対応方法」とでは、電話相談が匿名性、声のみの情報、相談者主導という特性があり、困難な場面もあることを再認識した。さらに、大変なことがよかつたことに変わっていることも、様々な経験が自信につながっていることから読み取れた。ポジティブな体験に変えることができたのは、相談後の振り返りやあり方検討会の開催が相談員にとってよいサポートになっているようである。アンケートの質問項目③では、あり方検討会が大きなサポートになっているという回答が多かった。

5 まとめ及び考察

今回、アンケートを通して、ピア電話相談が相談者のためになるだけでなく、相談員にもよい影響を与えていたことがわかった。相談員が安心感をもって相談を受けられるために、我々職員のサポートはもちろん必要だが、相談員同士のつながりから生まれる効果も大きい。定期的に開催してきたあり方検討会において、ほかの相談員と情報や状況を共有でき、ピア同士のつながりを持てることが相談員のサポートになっていると考えた。今後も、あり方検討会の開催を工夫していき、相談員と職員とで作り上げていきたい。

川崎市における措置入院者退院後支援の取り組み

川崎市総合リハビリテーション推進センターこころの健康課

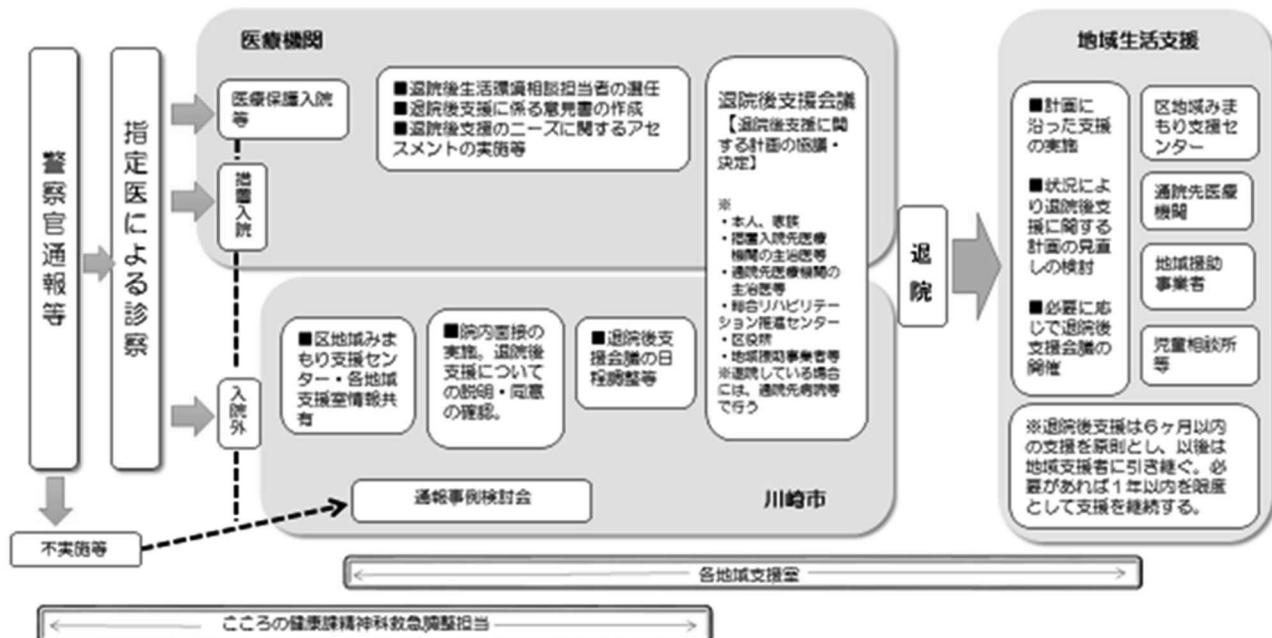
○石井 美緒 小泉 朋子 成島 正浩 柴崎 聰子 竹島 正

川崎市では、令和3年4月に総合リハビリテーション推進センターを開設し、精神保健福祉センター機能はその中に内包された。それに伴い、精神科救急医療及び退院後支援の体制は、同センター内こころの健康課精神科救急調整担当と市内3か所に設置された地域支援室とが協働で運営することとなった。

平成31年の厚生労働省「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」は、措置入院等となった精神障害者が退院後にどこの地域で生活することになんでも、医療、福祉、介護、就労支援などの包括的な支援を継続的かつ確実に受けられるようにすることを目的として、自治体を中心となり支援を行う必要を示した。川崎市では、従来、精神障害分野でも地域リハビリテーションの概念に基づいた継続支援を行っており、措置入院をはじめとする精神科入院後の当事者に対しても、行政が地域の事業者と協力して地域生活支援を構築してきた経緯がある。川崎市が進めてきた地域リハビリテーションは、地域性、総合性、専門性、連続性の4つの理念を踏まえ、障害等を抱え困難な状況にある人々が自分らしく生きていけるよう専門機関や市民が協力しつつ支援していく地域ぐるみの取り組みであり、全世代・全対象型の地域包括ケアシステムの構築を支えるものだ。現在我々は、この従来の理念と実績を土台とし、川崎市ならではの退院後支援を構築、発展させるべく、取り組みを進めている。

川崎市では、精神保健福祉法による通報事例について、精神科救急調整担当が毎月「通報事例検討会」を主催し、全事例のレビューを行っている。検討会では、センター内の福祉職・心理職・保健師・精神科医師ら、スーパーバイザーとして外部精神科医師らが参加し、被通報者の病態や退院後に必要となる支援についてディスカッションをする。救急対応を担った職員と地域支援を担う職員とが一堂に会し、医学的なアセスメントも含めた専門性の高い意見交換することで、連続性を保つつゝ、救急対応から地域で生活するための継続支援へとシフトするために有意義な機会でもある。ディスカッションでは、今回通報の経緯を振り返りながら、入院者の生活背景（家族状況、経済、居住先や就労先の問題など）を把握し、地域性も考慮しつつ、支援の可能性を検討していく。その後、ここで話し合われた大まかな支援方針、入院中の本人及び家族等との面接による意向確認、医療機関のアセスメントなどを総合し、実際の退院後支援を構築する。

川崎市における措置入院者退院後支援の流れ



令和2年度の実績では、川崎市内に退院となった措置入院者165人のうち、110人(66.7%)では行政による何らかの支援が導入された。支援内容の内訳は、退院後支援(計画作成を伴うもの)が30人、通常支援(計画作成を伴わない、精神保健福祉法第47条に伴う継続相談支援)が59人、行政内他部署(高齢や知的、身体障害担当、児童相談所など)中心の支援が21人であった。今後は、転帰調査による現行の体制の効果測定を含めた検証と見直しを行い、より良い体制構築に努めることとしている。

ギャンブル等依存症支援プログラムの普及に向けた取り組み

島根県立心と体の相談センター

○佐藤寛志 黒崎雅美 花谷慶子 小原圭司

1 はじめに

当センターでは、平成 27 年度に島根ギャンブル障がい回復トレーニングプログラム（通称：SAT-G）を開発し、平成 29 年度には SAT-G の簡略版である SAT-G ライトを開発した。現在は相談支援での活用に加え、県内外に向けて、支援プログラムの普及にも精力的に取り組んでいる。プログラム開発の経緯及びその効果等については、平成 28 年度以降毎年「全国精神保健福祉センター研究協議会」において報告してきたところである。本稿では、これまでの取り組みの総まとめとして、支援プログラム普及の取り組みとその結果について報告する。

2 取り組みの概要（平成 28 年度～令和 2 年度の取り組み）

（1）島根県内での普及の取り組み

- ・当センター主催で平成 28 年度より、SAT-G の使い方を学ぶ研修（SAT-G 研修）を開催した。研修ニーズや対象によって、SAT-G の簡略版である SAT-G ライトの使い方を中心に学べる内容にする等、研修内容にも工夫を加えた。
- ・上記に加え、保健所等関係機関からの依頼に応じて、SAT-G 研修への講師派遣をした。
- ・また、SAT-G 導入を検討している関係機関からの視察にも応じた。

（2）全国へ向けた普及の取り組み

- ・平成 29 年度から厚生労働科学研究等のギャンブル等依存症対策にかかる国の研究班に協力し、全国の精神保健福祉センターを対象に SAT-G 研修を開催し、支援プログラムの普及に取り組んだ。
- ・上記に加え、他県主催の SAT-G 研修へ講師を派遣した。
- ・また、他県からの視察の受け入れや関連学会での研究発表により、SAT-G の普及に努めた。

3 取り組みの結果（平成 28 年度～令和 2 年度の実績）

（1）島根県での広がり状況

- ・SAT-G 研修を 11 回（当センター 5 回、保健所等の関係機関主催で 6 回）開催した。
- ・ギャンブル等依存症専門医療機関等 9 団体の視察を受け入れた。
- ・これらの取り組みにより、県内 3ヶ所ある全てのギャンブル等依存症専門医療機関において、SAT-G が活用されるに至った。
- ・SAT-G を通じて司法分野との連携が深まり、松江保護観察所からは 5 年間で 29 名のギャンブル問題がある保護観察対象者の紹介があり、この内 25 名が SAT-G につながった。この松江保護観察所と連携した取り組みが、内閣府の令和元年度再犯防止推進白書の中で紹介され、更には島根県再犯防止推進計画の中で SAT-G の活用及びその普及が盛り込まれた。

（2）全国での広がり状況

- ・平成 28 年度から令和 2 年度の間に、厚生労働科学研究等の研究班及び県外関係団体主催の SAT-G 研修が 36 回開催され講師を派遣した。（図 1） この取り組みにより、全国 69ヶ所ある全ての精神保健福祉センターが SAT-G 研修を受講済みとなった。なお、厚生労働科学研究のギャンブル等依存症対策の研究班により、SAT-G 研修は受講者の知識や支援スキル向上に効果があることが確認されている。¹⁾
- ・これらの取り組みにより令和 3 年 1 月 1 日時点で、全国 69ヶ所の精神保健福祉センターの内 58ヶ所（84%）のセンターにおいて SAT-G が活用されていることが確認された。（図 2）

- 内閣官房をはじめ、県外 14 団体からの視察を受け入れた。加え、令和元年 9 月には内閣官房主催のギャンブル等依存症対策都道府県説明会において、当県の SAT-G を活用したギャンブル等依存症対策について説明した。

これにより、各都道府県のギャンブル等依存症対策推進計画において、令和 3 年 3 月末の時点で確認できた範囲でも、7 県（秋田県、神奈川県、石川県、岐阜県、愛知県、徳島県、愛媛県）の計画において「SAT-G」が明記されており、今後各自治体の施策においても活かされていく方針であることが確認された。

4まとめ

- 平成 28 年度以降の取り組みにより、県内外において SAT-G の普及が飛躍的に進んだ。
- 中でも、全国の精神保健福祉センター及び県内専門医療機関といった依存症専門機関を中心に SAT-G の普及が進んだことで、省内はもとより全国のギャンブル等依存症支援の質の均てん化に寄与した。
- 加えて、都道府県が策定するギャンブル等依存症対策推進計画にも盛り込まれており、施策にも活かされていくことが期待される。

5 今後の取り組みと課題

- ギャンブル等依存症について、SAT-G の普及に伴い専門機関での支援の質の均てん化は図られつつある。
- 今後は、ギャンブル等依存症により起こる社会生活問題に関わる関係機関のスキルアップにより力を入れ、ギャンブル等依存症でお困りの方に地域で重層的に支援していく体制づくりが必要になってくると考える。
- この課題に対して当センターでは、「SAT-G ライトの使い方を学ぶ研修」や「初期介入を学べる研修」など、関係機関の機能に応じて研修内容に工夫を加えながら関係機関のスキルアップに取り組んでいくところである。

(参考文献)

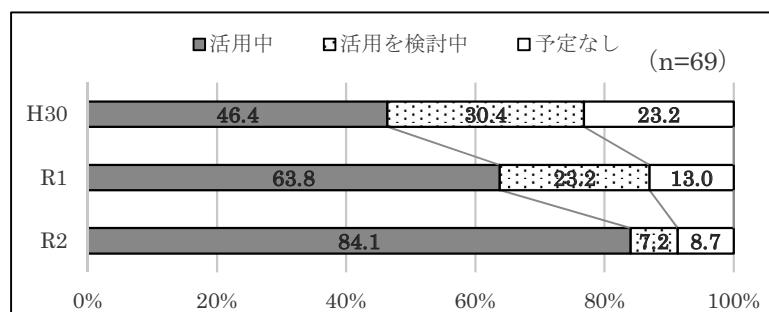
- 小原圭司、片山宗紀、佐藤寛志、白川教人、田辺等、小泉典章、本田洋子、馬場俊明:J-GGPPQ (Japanese Version of the Gambling and Gambling Problems Perception Questionnaire) を用いたギャンブル障害支援者研修の効果測定、日本アルコール関連問題学会雑誌 第 21 卷第 1 号 2019 年度

図 1: 県外での SAT-G 研修開催状況

厚生労働科学研究など国的研究班主催		県外関係団体主催	
開催年度	会場	開催年度	会場
H29	神奈川 福岡	H28	鳥取
H30	東京 福岡	H29	香川 愛媛
R1	東京 大阪	R30	栃木 高知 長崎 愛知 島根 (中四国PSW)
R2	宮城県(web) 全国(web) 全国(web) 全国(web)	R1	秋田 東京 和歌山 香川 高知 愛媛 長崎 沖縄
		R2	山形 茨城(web) 富山 石川 静岡 愛知(web) 滋賀 和歌山 鳥取 島根 (中四国地域定着支援センター)

図 2: 全国の精神保健福祉センターにおける SAT-G 活用状況

(平成 30 年度～令和 2 年度「SAT-G 活用状況に関する調査」より)



薬物依存症家族教室における参加者の継続参加に向けた取組み

京都府精神保健福祉総合センター

○菊池彰倫 田中由記美 八尾博士
高田亮 南紗音 中村佳永子

1 はじめに

京都府における薬物依存症対策は、本人に対する支援を京都府健康福祉部薬務課が担当し、家族に対する支援を京都府精神保健福祉総合センターが担当し、通院・入院治療は京都府立洛南病院が担当する分業体制で成り立っている。京都府精神保健福祉総合センター（以下、当センター）では、平成27年に第1回薬物依存症家族教室を開催し、平成28年度以降「大切な人の薬物問題で悩んでいる方の家族教室」（以下、薬物依存症家族教室）と題し、家族教室を開催している。当センターにて開催している依存症セミナーへの参加も含め、年に8回程度の頻度で薬物依存症家族教室を開催していた。参加者の継続した参加率が低い状況が続いており、平成28年から令和元年までの1回あたりの参加者数は2.3人であった。そこで、これまでの家族教室運営を見直し、参加継続率の向上を目指すこととした。

2 方法

これまで当センター開催の薬物依存症家族教室は、依存症セミナーとの併催、外部講師を招聘しての開催以外は、当センター同一職員で、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発行の「薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラム」を用い、職員と家族がテキストを読み合わせる形でプログラムを実施していた。そこで令和2年度においては、各单元毎にその分野に明るい職員が講師となってプログラムを進め、主・副担当職員はファシリテータとして全ての回に参加する形を取った。また、当センター職員から積極的に声をかけて家族教室の終了後や当日に個別面接を行い、薬物依存症問題以外の家族自身の相談も積極的に受けるように努めた。なお、薬物依存症家族教室参加に当たって事前に個別面接を行い参加の可否について検討し、感染症対策の一環として定員を5名として実施した。

表1 プログラム内容と講師の属性

回数	月	タイトル・テーマ	講師	所属
1	6月	オリエンテーション 薬物依存症とは	CP/PSW	当所職員
2	7月	家族のセルフケア (～家族が薬物問題へ対処できるよう準備をする～)	CP	当所職員
3	9月	コミュニケーション・スキルの練習 ～本人への関わり方①～	PSW	当所職員
4	10月	コミュニケーション・スキルの練習 ～本人への関わり方②～	PSW	当所職員
5	11月	依存症の治療と回復～入院治療の実際～	CP	洛南病院職員
6	12月	依存症の治療と回復～地域医療機関での実践～	CP/PSW	民間クリニック職員
7	2月	全体まとめ・振り返り	CP/PSW	当所職員

3 結果

過去4年間の1回あたりの平均参加人数が2.3人であったのに対し、令和2年度が1回あたりの平均参加人数が4.5人に増加した。また、同一参加者の全7回の参加率は、表2の通りとなった。

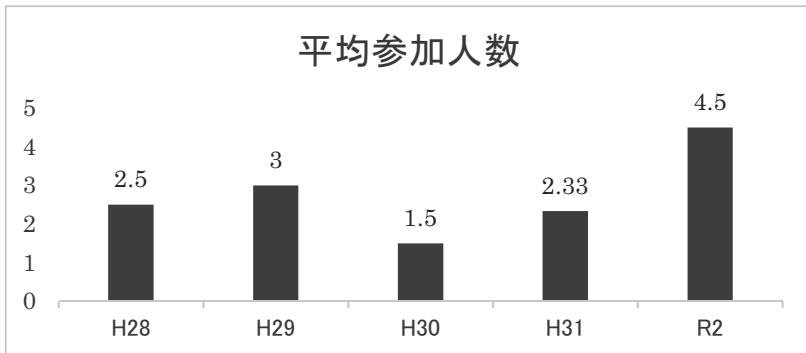


図1 各年度毎の1回あたりの平均参加人数

表2 令和2年度参加者の参加状況

	1回	2回	3回	4回	5回	6回	7回	合計参加回数	参加率
A氏	0	0	0	0	1	1	1	3	42.9%
B氏	0	1	0	0	0	0	0	1	14.3%
C氏	1	1	1	1	1	0	0	5	71.4%
D氏	1	1	1	1	1	1	1	7	100.0%
E氏	1	1	1	1	1	1	1	7	100.0%
F氏	1	1	1	0	1	1	0	5	71.4%
G氏	0	0	1	1	1	0	0	3	42.9%
H氏	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
I氏	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%

(※年度初頭に電話連絡で開催の通知を行い、参加の意思を示された方の参加状況)

(※C、G氏は、欠席時事前に連絡が有った)

4 考察

令和2年度は、年度当初から緊急事態宣言が発出されていたこともあり、薬物依存症家族教室を開催できるか当センター内で検討を行った。しかし、開催しない場合の家族に与える影響を考慮し、緊急事態宣言終了後から徐々に他事業を再開するのに併せて、何とか開催にこぎ着けた。途中、再度の緊急事態宣言の発出、他事業との兼ね合いもあり1ヶ月期間が空いた時期の直後において、参加人数が減少したことを考慮すると、どの様な形（例えばオンライン開催や、人数を絞り同内容複数回行う等）であっても開催を継続した方が、参加率が下がらないと推測される。

5 今後に向けて

参加率が上がりグループとしての凝集性が高まり、家族同士でアドバイスしあうなどの変化が見られた。一方で、残念ながら令和2年度新規参加者はいなかった。本事業を幅広く周知し困っている家族を支援につなげるため、今年度、教育機関の周知箇所を増やしたが、新規参加には繋がっていない。昨今の薬物依存症の主たる依存薬物が、違法薬物から処方箋薬依存に変化していることを考慮すると、精神科以外の医療機関や京都市内の医療機関にも周知範囲を広げる必要性を感じる。

福岡市における専門相談移行から見られる傾向と効果
～コロナ禍で見えてきたもの～

福岡市精神保健福祉センター
○家村 智和 木下 綾乃
川口 貴子

1 はじめに

福岡市精神保健福祉センター(以下、当センターという)は、平成27年度より専門相談へ移行した。当センターでは、平成12年の開所と同時に「こころの健康相談」として電話及び面接相談を実施していたが、各区保健福祉センター(保健所)でも「精神保健福祉相談」として一般的な心の相談に応じており、区別化が難しい現状があった。

専門相談への移行は、これまでの相談支援体制を見直し、他の相談機関等と相談内容の区別化とともに、新たな専門支援体制を構築することで、精神保健福祉センターとしての役割を果たすことを目的としている。

専門相談を開始し6年が経過したがデータを収集・分析したところ、様々な特色が見えてきた。またコロナ禍において面談の制限や相談者の減少など支援の方法の変更を余儀なくされている。
そこで本稿では、専門相談の傾向や得られた効果のうち依存症について報告する。

2 専門相談について

毎週火曜・木曜日10時～13時に「アルコール・薬物・ギャンブルなどの依存症」「ひきこもり」に関する相談、第1・第3水曜日10時～13時に「発達障がい」「性同一性障がい」に関する相談を、センター職員(精神科医、臨床心理士、精神保健福祉士)が電話にて実施している。また、「専門医師面接相談」として、市内の医療機関から専門の医師を派遣してもらい、「アルコール・薬物・ギャンブルなどの依存症」「ひきこもり」に関する面接相談を実施している。

3 相談件数の傾向と

専門相談に関しての直近4年の相談件数(平成29年度～令和2年度)を表1に示す。

表1 平成29年度～令和2年度 依存症等相談件数

区分	合計	専門相談								その他	
		小計	依存症					ひきこもり	発達障がい	性同一性障がい	
			アルコール	薬物	ギャンブル	その他	計				
面接	123	114	24	36	4	1	65	44	5	0	9
電話	687	359	98	33	44	57	232	86	36	5	328
R2年計	810	473	122	69	48	58	297	130	41	5	337
面接	251	231	44	65	41	12	162	65	3	1	20
電話	745	423	99	48	82	61	290	83	41	9	322
R1年計	996	654	143	113	123	73	452	148	44	10	342
面接	276	239	59	83	18	5	165	70	4	0	37

電話	1,072	460	111	114	67	35	327	75	42	16	612
H30年計	1,348	699	170	197	85	40	492	145	46	16	649
面接	346	307	58	93	19	11	181	116	9	1	39
電話	879	484	127	68	93	46	334	82	60	8	395
H29ND計	1,225	791	185	161	112	57	515	198	69	9	434

専門相談の相談件数は、平成29年(電話)879件(面接)346件、平成30年(電話)1072件(面接)276件、令和1年(電話)745件(面接)251件、令和2年(電話)687件(面接)123件であった。

全体として専門相談移行前から徐々に依存症等の各種相談は増加している。これは、相談ニーズが高まっていることとともに、専門相談へ移行したことで当センターにおける相談種別の明確化が図られ、市民に周知がしやすくなつたことで利用者が増加したと考えられる。しかし令和2年度はCOVID-19感染の影響もあり、相談件数は減少した。面接数減少に関しては緊急事態宣言により外出を控える動きが見られたと考えられた。また電話相談の件数減少は、市民への啓発活動の減少によって周知が及ばなかつたことが原因と考えられる。

4 コロナ禍における取組

COVID-19の影響によって緊急事態宣言中は特に相談者の方が対面での面談を控える時期があった。そのような経験を踏まえて当センターは令和2年の12月より依存症の専門相談に関して一部相談について実験的にオンラインでの相談を開始した。

相談の方法としてはまず相談者の方は当センターまで来所していただき、当センターが管理しているパソコンを利用したうえで相談を行い、ネット環境に不安がある方でも利用しやすい環境を作った。COVID-19の影響により、対面での専門相談の相談件数は例年に比べて減少傾向である。その中で感染を恐れて相談に繋がらないという状況を多少は補える可能性はあると考える。しかし直接対面で話せることでの「安心感」「あたたかみ」が薄くなる傾向もありまだ課題もある。感染対策を行いながら、相談の機会が減らないように努めていきたい。

4 まとめ

当センターが専門相談へ移行して6年が経過した。開始当初は、保健所や市内医療機関などに理解を求め、協力を仰ぎ思ふような形に中々ならなかつた。移行後、センター内外でのカンファレンスや職種に応じた適切な研修の受講を積極的に行い、資質向上に努めた。また、専門相談として相談を細分化することで相談対象となるような市民への周知がしやすくなつた。また、相談を細分化することで、相談の経由先や紹介先との結びつきが強化された。前章で挙げた保護観察所や更生保護施設以外にも、依存症・ひきこもり・発達障がい・性同一性障がいを診ている医療機関や相談機関の担当者と顔を合わせ、密に連携がとれるようになった。

現在はコロナ禍であり、自宅で過ごす時間も増えアルコールの問題やひきこもりの問題が表面化しやすい時期とも言える。感染対策を行いながら、少しでも支援の機会を提供できるように引き続き依存症などに取り組む専門機関・自助グループ等の社会資源の開拓や、技術支援を行い、地域精神保健福祉に尽力したいと考える。

酒税課税状況に基づく都道府県別アルコール消費量の推計

新潟県精神保健福祉センター

○阿部俊幸 細野純子 中沢麻有子
山元奈々江 佐藤恵子

1 目的

酒類消費について各都道府県の特徴を把握する目的で、酒類別販売（消費）数量と人口動態統計の成人人口を元に算出した成人1人あたりアルコール推定消費量について都道府県別に比較した。

2 方法

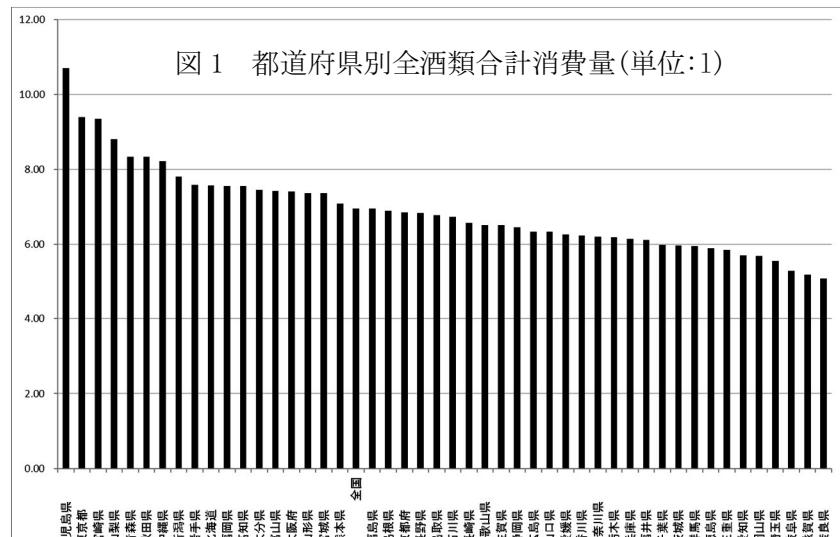
令和元年度国税庁統計情報の4販売(消費)数量、(3)都道府県別の販売(消費)数量¹⁾に、「酒税関係総括表」²⁾の課税数量および税額、酒造各社の代表的な製品の度数などを参考に8分類した酒類ごとの推定度数(表)を乗じ、酒類別および合計のアルコール推定消費量を算出した。それを同年10月1日現在推計成人人口³⁾で除し、都道府県別の成人1人当たりアルコール換算酒類推定消費量(以下「消費量」、単位1)を算出した。さらに47都道府県内の相対的な位置を示すため酒類別に消費量上位、下位各10都道府県を塗り分けた表及び、都道府県酒類別消費量偏差値表を作成した。

表 酒類別推定度数	推定度数
清酒（含む合成）	15%
焼酎	24%
ビール	5%
果実酒（含む甘味果実酒）	12%
ウイスキー・ブランデー	43%
発泡酒	5%
リキュール・その他	5%
スピリッツ	10%

3 結果

(1) 都道府県別全酒類合計消費量 (図 1)

全酒類を合計した消費量の上位10都道県は順に鹿児島県、東京都、宮崎県、山梨県、青森県、秋田県、沖縄県、新潟県、岩手県、北海道であった。東京都は通勤者や旅行客による越境消費が考えられるが、それ以外は九州・沖縄地方の焼酎多消費地域と、本州日本海側・東北地方の清酒多消費地域、地元で生産される酒類の消費が多いと思われる道県(ビールとリキュー・その他が多い北海



道、果実酒とウイスキー・ブランデー消費が多い山梨県)におおむね3分類された。一方、下位10県は少ない順に奈良県、滋賀県、岐阜県、埼玉県、岡山県、愛知県、三重県、徳島県、群馬県、茨城県で、愛知県を除き近隣の都府県での越境消費が多いと思われるベッドタウンを有する県が多数含まれていた。最も多い鹿児島県は10.71で、最も少ない奈良県5.11の2倍を上回っていた。

(2) 全国アルコール換算酒類推定消費割合（図2、図中酒類名は略称）

焼酎の割合が最も多く全体の 25.2%を占めた。以下リキュール・その他 (19.6%)、ビール (15.4%)、ウイスキー・ブランデー (11.4%)、清酒 (合成含む) (9.8%)、スピリット・原料用アルコール (8.6%)、果実酒 (甘味果実酒含む) (6.0%)、発泡酒 (4.1%) の順であった。以下、消費割合上位 3 酒類について概況を記述した。

(3) 上位 3 酒類消費量の概況

① 焼酎

鹿児島県、宮崎県の 2 県が際だって多く、大分県、沖縄県、熊本県が続き、九州ではほかに 8 位と 9 位に福岡県、長崎県が入った。九州以外では 6 位青森県、7 位山梨県、10 位秋田県の 3 県が 10 位以内であった。

② リキュール・その他

1 位は沖縄県で 2 位から 10 位までの都道府県間の差は小さく、青森県、秋田県、宮崎県、大阪府、北海道、高知県、岩手県、新潟県、東京都の順であった。上位 10 位以内には大都市部と国土の北端、南端付近の道県が多く含まれていた。

③ ビール

東京都が際だって多く大阪府、京都府が続き、大都市における越境消費が多い酒類と考えられた。ほかに北海道、富山県、高知県、山梨県、石川県、新潟県、岩手県も上位 10 位以内であった。

4 考察

酒類消費には気候、人口構成、遺伝素因、産業、雇用、所得、食生活、娯楽・社交、酒造所・酒類販売（提供）店舗密度、冠婚葬祭等での伝統的な飲酒習慣、アルコール関連問題に対する寛容度、保健知識、関連する生活習慣病の有病率、断酒（節酒）者の割合など様々な要因が関わると考えられる。一般に飲料、食料品やそれに含まれる栄養素の摂取量についての調査は、飲酒に関する既存のものも含め母集団から抽出された少数の対象者の、しかも申告に基づく推計であるのに対し、酒類販売（消費）数量は酒税法に基づき国税庁が酒類別都道府県別に全量を毎年度把握し、k1 単位で公表もされるという特徴がある。すなわち、酒税課税状況はアルコール消費量に関する、いわば全数調査の統計であり、酒類の度数は推定、性・年齢階級など属性別の消費は不明、越境消費や廃棄は把握できないなど摂取量調査の代用とするには限界はあるものの、全都道府県のアルコール消費を経年的に把握できる利点がある。ちなみに全酒類合計の消費量にエチルアルコールの比重 0.8 を乗じ 365 で除すると、成人 1 人 1 日当たり推定アルコール消費量（単位 g）が算出できる。その全国平均は 15.2g で、鹿児島県（同 24.1g）、宮崎県（同 20.9g）、東京都（同 20.8g）の 3 都県は「健康日本 21（第二次）」⁴⁾が通常のアルコール代謝能を有する日本人において「節度ある適度な飲酒」とする 1 日平均純アルコールで約 20g を超えていた。

5まとめ

国税令和元年度酒税課税状況をもとに、各都道府県の酒類消費の特徴について記述し考察を加えた。酒類消費は、都道府県間の差が大きく population approach の観点からアルコール健康障害対策を進めるにあたり酒税課税状況は継続して活用すべき統計と考えられた。

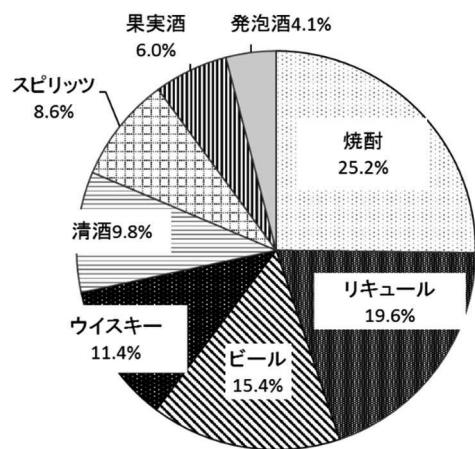
参考文献

阿部俊幸：酒税課税状況に基づく都道府県別アルコール消費量の推計、日本アルコール関連問題学会雑誌（投稿中）

参照統計情報・計画

- 1) 国税庁：統計情報令和元年度 3 間接税、酒税、4 販売（消費）数量. 2021
- 2) 国税庁：統計情報令和元年度 3 間接税、8-1 酒税関係総括表. 2021
- 3) 総務省統計局：人口動態統計（政府統計の総合窓口「e-Stat」）. 2020
- 4) 厚生労働省：健康日本 21（第二次）（アルコール）. 2012

図 2 全国アルコール換算酒類推定消費割合



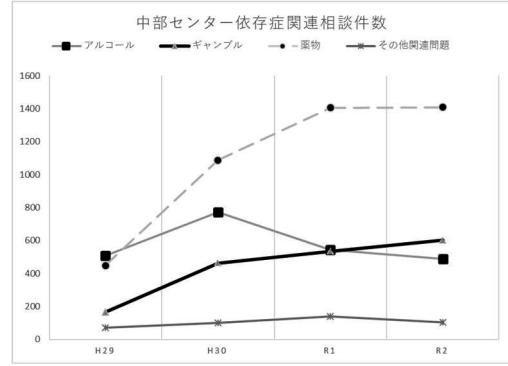
ギャンブル障害回復支援プログラム（C-GAP）の効果判定

東京都立中部総合精神保健福祉センター
○菅原 誠 荒井 力 佐藤 理恵
中村 真弓 小澤 壽江 熊谷 直樹

1 はじめに

東京都立中部総合精神保健福祉センター相談担当では、以前より依存症家族向けの家族講座、薬物依存症本人向け再乱用防止プログラム（OPEN）を実施してきた。平成31年4月より東京都依存症相談支援拠点に都立3（総合）精神保健福祉センターが指定され、相談件数は増加傾向である。特にギャンブル関連の相談件数はここ数年右肩上がりに増加している。一方で、都内でギャンブル障害の回復支援プログラムを実施している機関が少ないとから、ギャンブルに特化した回復支援プログラム（C-GAP: Chubu Gambling disorder Assistance Program）を作成し、令和2年3月より開始した。今回は、本格実施後1年5ヶ月を経た時点での、C-GAP利用者の特徴、プログラムの効果について、相談記録に基づき調査しその効果を考察することを目的としている。

なお、本研究は東京都立（総合）精神保健福祉センター研究倫理審査委員会での審査により承認されている。開示すべきCOIはない。



2 プログラムについて

1) 作成方法

すでに国内で先行実施している他県精神保健福祉センターや精神科医療機関のプログラム、当センターで実施しているOPEN、英国やカナダ等の海外のプログラム内容を参考に、認知行動療法の手法を取り入れて精神科医、精神保健福祉士、公認心理師、看護師等多職種のスタッフで作成した。課金型ゲームや投機的投資などにも対応できる内容とした。

2) 対象

原則として当センター担当地域である東京都特別区西南部10区（港区、新宿区、品川区、目黒区、大田区、世田谷区、渋谷区、中野区、杉並区、練馬区）に在住もしくは在勤、在学の義務教育を修了した方で、ギャンブル等に関する問題からの回復を目指したい方で、当センターでの面接相談を経てC-GAPの利用が適切と判断され、本人からの同意が得られた人である。

3) プログラム内容

現在C-GAPは、月2回1回90分のグループワーク形式で開催している。全8回のセッションで構成され、全てのセッションに出席すると修了証が授与される。

各セッションの内容は以下の通り。

セッション1 あなたのギャンブル・ゲームについて確認してみましょう

自らのギャンブルについて客観的に振り返り、メリットとデメリットを確認し、目標を設定する

セッション2 ギャンブル障害・ゲーム障害とは

ギャンブル障害の特徴を理解し、脳内報酬系回路などについても学ぶ

セッション3 あなたの引き金と渴望

引き金と渴望、外的な引き金と内的な引き金について理解し、その対処法を考える

セッション4 バランスのよいライフスタイルを考える

これまでの生活（健康・人間関係・経済）を見直し新たなライフスタイルを考える

セッション5 ギャンブルから抜け出すための対処法 その1

自分の考え方のクセ・傾向に気づき、対応を考える（認知行動療法基礎編）

セッション6 ギャンブルから抜け出すための対処法 その2

ギャンブル以外の行動に導く新しい考え方を実践する（認知行動療法実践編）

セッション7 ギャンブルの再開を予防する

リスクサインを知り、対処を考える

セッション8 あなたの問題を解決するために

問題解決技法を学び、新しい生活のスケジュールを立てる、全体を振り返る

3 結果

1) 参加者の状況

令和2年3月から令和3年7月までのC-GAP利用者14名（延べ参加者数70名）であった。利用者のプログラム開始当初の状況は以下の通り。

【年齢幅】24～55歳（平均値35.9歳 標準偏差値8.35） 【性別】男性のみ

【婚姻歴】既婚 7名、未婚 7名

【就労状況】正社員 10名、契約社員 1名、アルバイト 1名、生活保護 2名

【現在の借金】あり 12名 清算済み 2名

【相談経路】インターネット 4名、生活サポート基金 3名、保健所・GA・家族・知人 各1名、その他 3名

【対象ギャンブル】パチスロ 7名、競馬 6名、カジノ 1名

【経験ギャンブル】（複数回答）

パチスロ 16名、競馬 10名、競艇 2名、カジノ 2名、競輪 1名

【相談支援機関】（重複あり）

精神科受診 7名、GA 3名、弁護士等 4名、福祉事務所 2名、多重債務・自立支援 2名

保健所 1名、依存症施設 1名、相談機関なし 6名

プログラム参加状況は、修了4名、途中中断（時々参加し、その後参加しなくなった場合も含む）5名、実施中5名

2) プログラムに関連した参加者の評価

【開始時 SOGS】 9～21点（平均値14.1 カットオフ値5以上 14名）

プログラムを修了した4名の結果は以下の通り（修了者のみ）

【GSAS - J】 開始時平均 3.5点 修了時平均 0.25点

【WHO - QOL26】 開始時 平均3.2（身体2.3、心理3.0、社会3.3、環境3.2、全体2.9）

修了時 平均3.8（身体3.8、心理3.8、社会4.1、環境3.8、全体2.8）

4 考察

以上から、プログラム参加者は、男性、有職者、現在も借金があり、半数は精神科医療機関を受診していた。プログラム開始時病的ギャンブリングの水準を満たしており、GSAS-Jの平均点は3.5点、WHO-QOL26平均は健常者の一般的な数値であった。プログラム修了時は、GSAS-Jの平均点は0.25点、WHO-QOL26は心理面や社会面の項目で上昇がみられた。プログラムの参加後の各検査値の改善が示唆された。まだC-GAPはCOVID-19の影響もあって利用者が少ないため、その有効性を判断できる段階はないが、いくつかの検査項目の改善や、プログラム修了後利用者の面接からはその効果が実感されている。早期の治療介入のためにはC-GAPの普及啓発がより必要であり、対象となる方が参加しやすい開催時刻・曜日、広報のあり方など検討し、より多くの参加を得てプログラムの充実を目指したい。

精神障害者保健福祉手帳の診断書による新規交付例の疾患の推移及びその傾向 ～平成 23 年度から令和元年度までの実績調査から～

○林偉明・嶋田龍磨・五十嵐由香・大根田肇（千葉県精神保健福祉センター）
松崎宗和（千葉県健康福祉部障害者福祉推進課）・石津聰子（野田保健所）

はじめに

障害福祉サービスの受給や就労支援等を受ける際等を目的として申請される精神障害者保健福祉手帳の制度が開始されて四半世紀が経過したが、近年診断書による新規申請例では疾患の傾向に大きな変化が見られている。

今回は千葉県（千葉市を除く）における平成 23 年度から令和元年度までの精神障害者保健福祉手帳の新規交付のうち、診断書審査によって交付を受けた例の年度末集計値から、疾患別の推移及び傾向を報告する。

○ 新規交付数の推移（表 1）

平成 23 年度に 2685 人であった新規交付数は、令和元年度には 4332 人と約 61% 増加していた。

前年度比では、増加の幅は一定していないものの、平成 23 年度以降の 9 年間は一貫して増加している。

○ 新規交付者の疾患別の推移及び傾向（表 2）

令和元年度にもっとも申請が多くかったのは気分（感情）障害圈（F3）で、平成 23 年度に比べ 743 人増（+71.1%）であった。また心理的発達の障害圈（F8）は 481 人増（+378.7%）、小児期・青年期の行動・情緒障害圈（F9）は 320 人増（+914.3%）となっていたのが特筆される。

その一方で、統合失調症圈（F2）は、155 人減（-18.0%）となり、依然として新規交付数は多いが、平成 23 年度と比較すると減少していた。

その他の疾患の結果は表に示す通りである。

表 2：令和元年新規交付者の平成 23 年度比の疾患別増加

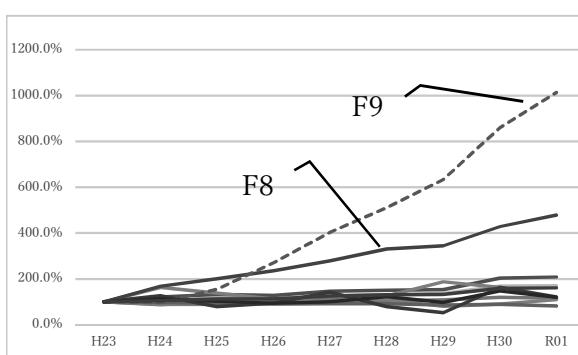
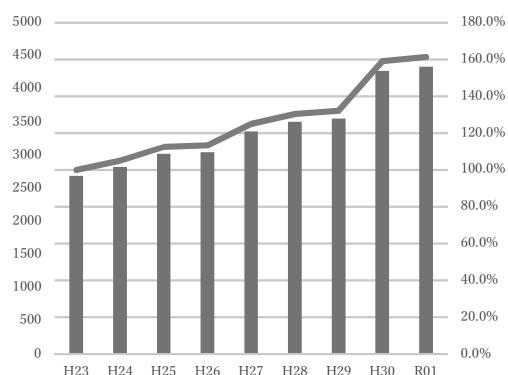


表 1 新規交付数の推移



H23→R1 新規交付各疾患別増減(増加率)

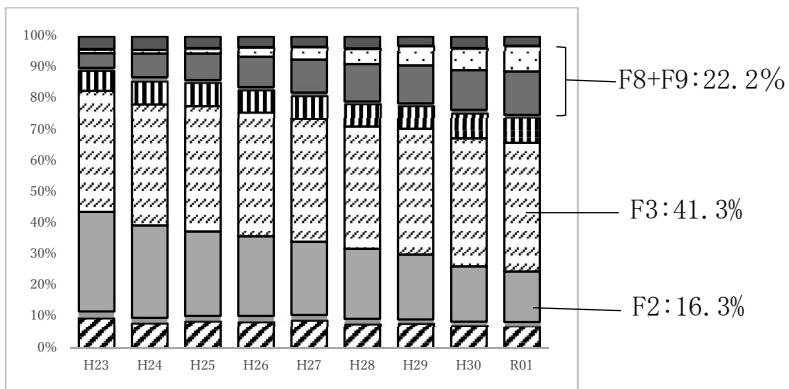
F0: +42 (+15.9%)	F5: +1 (+12.5%)
F1: +5 (+9.6%)	F6: +4 (+21.1%)
F2: -155 (-18%)	F8: +481 (+378.7%)
F3: +743 (+71.1%)	F9: +320 (+914.3%)
F4: +185 (+100.8%)	G40: +21 (+19.8%)
(全体では+1647 人、+61.3%)	

次に疾患別の構成比をみると、平成 23 年には 38.9% であった気分（感情）障害圈（F3）は、令和元年度には 41.3% と微増であった。しかし 4.7% であった心理的発達の障害圈（F8）は 14.0% に増加し、わずか 1.3% でしかなかった小児期・青年期の行動・情緒障害圈（F9）は 8.2% に増加した。

一方、統合失調症圈（F2）は平成 23 年度には新規交付の 32% を占めていたが、令和元年度には 16.3% と半減した。発達障害者支援法が対象とする心理的発達の障害圈（F8）と小児期及び青年期の行動・情緒障害圈（F9）を合わせると、令和元年度は 22.2% となり、統合失調症の構成比を上回った。

その他の疾患は次のとおりであった。器質性精神障害圈（F0）: 9.8% → 7.0%。精神作用物質関連（F1）: 1.9% → 1.3%。神経症性障害圈（F4）: 6.3% → 8.2%。生理的・身体的行動障害圈（F5）: 0.3% → 0.2%。成人のパーソナリティ障害圈（F6）: 0.7% → 0.5%。てんかん（G40）: 3.9% → 2.9%。

表3 新規交付者の年度別疾患別構成比



【考察】

気分（感情）障害圈（F3）の増加は、平成18年に施行された自殺対策基本法やその後のうつ自殺対策にかかる各種計画に基づき、行政にとどまらず民間事業者等もうつ病の理解や早期受診の促進の活動を積極的に展開したことなどが影響していると考えられる。また、精神科を標榜するクリニックは増えており、住民が身近な医療機関で相談や治療を受けられるようになったことも要因として考えられる。

発達障害圈（F8及びF9）の急激な増加については、この障害を対象とした平成16年施行の発達障害者支援法やその後の関連法令の改正や制度の拡充が大きく影響したと考えられる。具体的には、発達障害者支援法を基にして文部科学省を中心に教育面での支援が始まったことと、平成22年に障害者自立支援法（現障害者総合支援法）改正で、発達障害者も同法の対象とすることが明記されたこと、さらに平成23年には、精神障害者保健福祉手帳の診断書に発達障害関連の項目が追加される等の要綱改正があったこと、さらに平成25年の障害者雇用促進法の改正によって、各地に就労支援事業所が立ち上がり、さらには平成30年4月から精神障害者も雇用義務の対象になることが規定されたこともあり、これまで支援を受ける手立てが少なかった発達障害圈の方に対し、本手帳が教育や就労の面にも利活用できることになったことが、申請が増加した要因となったと考えられる。

精神障害者保健福祉手帳は、平成7年の精神保健法改正により創設されて以降、主に精神障害者福祉サービスや税・公共料金の減免などのために利活用されてきた。しかし、今回の調査結果は、本手帳の取得（利活用）目的が、保健福祉にとどまらず、教育や雇用・労働領域に拡大されたことの影響を大きく受けていることを示している。換言すると、学校（教育）・職場・地域において、本手帳を利活用することで適切な配慮や支援を受けながら自立や社会参加を望む障害者が増加しているともいえる。

精神障害者保健福祉手帳は、取得する目的や利活用の方法の転換期にあると考えられる。

長崎県における高次脳機能障害連携状況実態調査について（報告）

長崎県長崎こども・女性・障害者支援センター
○太田尾有美 兼俵敬太 矢野亮一 桑野真澄
福田邦子 田中洋子 加来洋一

1 はじめに

高次脳機能障害は原因疾患や損傷部位によって症状の現れ方が異なるため、対応方法も個別性が高い。また、「見え難い」障害のため、周囲の理解も得られにくく、また本人における障害認識も低いことが特徴である。よって、障害特性を踏まえた支援をしていくためには、支援者間で医療機関からの情報を共有していくことが重要である。

今回、高次脳機能障害者（以下、高次脳者）に対する支援において、支援者間で障害特性等の医療機関からの情報が十分共有されていないと思われた事例を経験したため、県内相談支援事業所（以下、事業所）に対して医療機関との連携状況について調査を実施した。その結果に考察を加えて報告する。

2 調査の概要

医療機関と事業所との連携状況を調査するために、長崎県高次脳機能障害支援連絡協議会の下に「専門部会」を設置。調査票の検討作成及び調査結果に対する意見交換、報告書の作成を行った。調査方法は以下の通り。

	1次調査		2次調査
	事業所アンケート	個人アンケート	
目的	支援経験がある事業所、支援員を抽出し支援状況を把握する		医療機関との連携状況、課題、今後のニーズについて把握する
対象	約150事業所 ・管理者へ回答を依頼	・事業所アンケートにて高次脳者の支援経験があると回答した場合、対象職員に対し個人アンケートの回答を依頼	7事業所（相談支援専門員9名） ・事業所アンケートにて高次脳者の支援経験があると回答 ・個人アンケートにて①事業所への紹介元は医療機関であるが症状改善に向けた取り組み方がわからぬ。②事業所への紹介元は当事者・家族であり支援に困った時に医療機関に相談していない。のいずれかに該当
方法	アンケート形式		訪問形式（保健所担当同伴）
内容	・相談に従事する職員数、職種 ・支援経験の有無、人数 ・今後の支援の可否、理由	・職種、支援経験年数、人数 ・ケース情報（年代、性別、原因疾患、診断の有無） ・医療機関からの情報収集の有無、内容、時期、手段、困った事	・ケース情報（受傷発症から相談に繋がるまでの流れ） ・医療機関からの情報収集の有無、内容、手段、理解度

3 結果

（1）1次調査

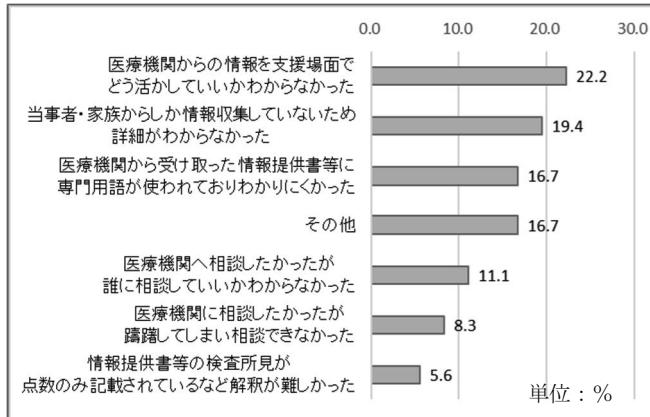
①事業所アンケート（68事業所より回答）

今後の高次脳者の支援受け入れについて、「要検討」や「困難」と回答したのは51.4%であり、その理由は「相談自体がない」「取り組み方が分からぬ」「マンパワー不足」などであった。

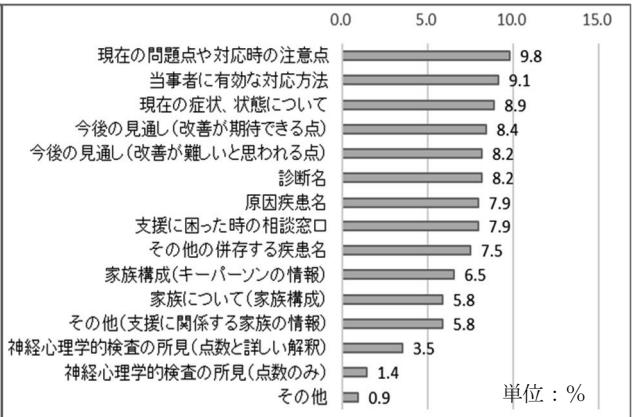
②個人アンケート（59名より回答）

事業所への紹介元は、「当事者・家族から」が33.7%、「医療機関から」が28.8%であった。支援にあたり約60%が医療機関からの情報を収集していた。具体的には診断名や原因疾患、現在の症状・状態について当事者・家族への聞き取りや医療機関への電話確認、カンファレンス出席などを通じて行っていた。しかしながら、「収集した医療機関からの情報を支援場面でどう活かしていいか分からぬかった」が22.2%であった（図1）

また、「支援がうまくいかなかった経験がある」と回答したのは 61.0%であり、具体的には記憶障害や失語症がある方との意思疎通、社会的行動障害がある方や病識が乏しい方への対応に苦慮していることが原因であった。困った時の対処方法としては、「事業所内で相談・検討する」が 23.7%であった。今後の支援場面で必要な情報としては、当事者への対応方法が上位を占め、神経心理学的検査所見の必要性を感じているとの回答は少なかった（図2）。



＜図1：情報収集の際、困ったこと＞



＜図2：今後の支援場面で必要な情報＞

(2) 2次調査 (7事業所、相談支援専門員9名より回答)

事業所が相談対応した時点で「当事者が医療機関と何らかの形で関わりがあった」のは 73.3%だったが、その内「医療機関からの情報を収集できなかった」と回答したのは 46.7%であった。収集できなかった理由は、「当事者が受傷発症時にかかっていた医療機関との繋がりが途切れていた」「支援者が医療機関からの情報を収集する必要性を感じなかった」「病院からの情報提供がなかった」であった。

4 結果のまとめ

- (1) 支援にあたり医療機関からの情報は収集しているが、高次脳機能障害の具体的な症状よりも基礎情報（診断名、原因疾患、持病など）を共有している場合が多くあった。
- (2) 事業所の多くが、神経心理学的検査結果よりも支援場面ですぐ活かせるような情報（当事者に有効な対応方法など）を求める傾向を認めた。
- (3) 高次脳者の症状対応に困った場合、事業所内での相談・検討に留まっている場合が多くあった。

5 考察

今回の調査結果より、医療機関と事業所は概ね連携が図られており、事業所は医療機関からある程度情報収集できていることが分かった。しかし、収集した医療機関からの情報を支援の場面で十分活用できていない現状も窺えた。個別性が高い高次脳者を支援していく上では、多職種間で当事者に関わる情報を更新しながら共有し、総合的に対応することが望ましいと言える。そのためには、神経心理学的検査の所見を記載する立場にある医療従事者に対して今回の調査結果を共有したり、具体的な記載の仕方の工夫について検討する機会を設けていくことが必要と考える。また、相談支援専門員についても、疾患や神経心理学的検査の意義について理解を深め、医療機関との連携強化につながるようなサポートが必要と思われる。

滋賀県立精神保健福祉センター

○辻本哲士

1. はじめに

国は健康・医療・介護分野における膨大な ICT 情報を用いた施策を立案・実行しようとしている。精神医療や地域保健福祉の分野でも、様々な統計情報・データが存在する。

平成 29 年 3 月、厚労省から出された通知「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」では、各都道府県に対し、医療提供体制の確保を目的に医療法の規定に基づいて「(精神疾患を含む) 5 疾病・5 事業及び在宅医療」について、医療計画への記載を求めていた。令和 2 年 4 月、「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」の一部改正があり、見直しの方向性と指標例の見直し(表)が打ち出された。現状把握の参考調査項目として、地域精神保健医療福祉資源分析データベース(ReMHRAD)が追加されることになった。

従来から患者調査や 630 調査、自殺者数等の統計情報・データも数多く存在する。現状、これらのオープンデータ・資料は身近にあるものの、日常の行政・医療業務でうまく活用されているとは言い難い。

2. 方法

日常、行政・臨床現場で勤務する一精神科医が、滋賀県をモデルに医療計画の一部改正・見直しの私案作りを試みた。その過程で、現場感覚と統計データ・情報との解離はどうして起こるのか、現場で活用できる資料を作るために、どのように分析を進めればいいか等を考えた。

3. 結果

滋賀県の医療計画の見直しには、前・現医療計画、ReMHRAD、ReMHRAD 内の医療計画等説明資料、精神疾患の医療計画の策定についての関連資料、地域医療ビジョン/地域医療計画ガイドライン等を活用した。ReMHRAD は地域の精神保健医療福祉資源の活用実態状況を網羅的に把握でき、医療計画の国の定める指針に関して多くの統計情報・データを得ることができた。滋賀県は精神科関連の病院・病床、診療所、精神科医師、看護事業所の数等、ハード面はいずれも全国平均を大きく下回っていた。摂食障害やてんかん、身体合併症、災害精神医療に関しては、まだ十分に整備できていなかった。精神科救急や自殺対策に関する指標や、新たに指標として取り入れられた精神障害者の精神病床から退院後 1 年以内の地域での平均生活日数(地域平均生活日数)は全国平均を超えていた。

医療計画を作るには、その背景を知ることが重要で、作成には行政と精神医療の専門性の両方の知識が必要であった。全国・他自治体との比較、他の疾病・事業との比較、過去の計画との比較、他の計画との関係性・整合性、PDCA サイクルの意識が重要になる。現場感覚と統計情報・データとのバランス、「何のための計画か、自治体としてどのような地域精神保健医療福祉を目指す計画か」が軸になることがわかった。

精神疾患は他の疾病と異なり、医療のみならず保健福祉、社会的要因を組み入れた評価が求められる。精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に関する資料、自殺対策、依存症対策、発達障害対策、それらの計画・目標値、その他の施策に関連した統計情報・データ、指標を包括的に活用し、日常の行政・臨床現場の精神保健医療福祉事業を充実させることが重要である。精神保健医療福祉全般を評価・総括できる実用的で明瞭な統計情報・データ、指標は見いだせなかった。

4. 考察

医療計画は、厚労省医政局が担当部局であるため、医療の視点での指標・評価が求められる。近年、精神疾患の患者数は全国的に大幅に増加し、医療計画に記載される5疾病の中で最多になっている。精神疾患としてひとくくりにされ、多数の障害・疾病群が対象となり、それぞれの特徴を踏まえた医療提供が求められるが、障害・疾病的多様化・専門化が進んでいるためアウトカム指標は限られる。精神疾患が医療計画へ盛り込まれるようになって間もないことからPDCAサイクル評価も困難である。「地域の現状・課題に対する認識と取り組むべき施策（あるいは指標）が一致させにくい」「複数の精神疾患を対象としているため、計画を作成するのが複雑」「実施・評価プロセスの設定が難しい」「データの収集・分析が困難」等、課題が多い。

R2年度に持たれた「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」資料でも示されたように、精神保健福祉センターは精神保健福祉資料の分析や障害福祉計画の企画立案等の役割も期待されている。データ分析・地域分析検討委員会では、引き続き、「持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究」等を活用し、情報センター機能としての情報基盤と地域分析の方法を共有し、定着させる活動を続ける。

5. その他

第117回日本精神神経学会学術総会では「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」にて「地域精神科医療計画をめぐる諸問題」をテーマに委員会シンポジウムが企画された。上記筆者の「日常の精神医療・地域保健福祉業務で活用できる身近な統計情報・データ分析」以外に、吉田光爾先生（東洋大学）「ReMHRADと地域精神科医療計画」、来住由樹先生（岡山県精神科医療センター）「精神疾患領域の医療計画：特に地域包括医療システムと他の4疾病5事業・在宅医療との連携構築に焦点をあてて」、齊藤卓弥先生（北海道大学大学病院）「児童思春期精神科医療における地域精神科医療計画をめぐる諸問題」、根本康先生（さいたま市立病院）「地域における身体合併症医療の問題」の発表があった。

表 第7次医療計画の中間見直し：精神疾患に関する医療提供体制について（指標例）

- ・依存症専門医療等機関（依存症専門医療等機関、依存症治療拠点機関）数の追加
- ・摂食障害治療支援センター数の追加
- ・てんかん診療拠点機関数の追加
- ・精神科救急入院料を算定した病院数の追加
- ・精神科救急医療施設（病院群輪番型、常時対応型）数、外来対応施設数及び身体合併症対応施設数の追加
- ・精神科救急医療体制整備事業における受診件数の追加
- ・精神科救急医療体制整備事業における入院件数の追加
- ・地域平均生活日数へ変更
（現行）精神病床における退院後3・6・12ヶ月時点の再入院率
- ・深夜・休日に初診後に精神科入院した病院数の削除
- ・深夜・休日に初診後に精神科入院した患者数の削除
- ・重点指標を各疾患の精神保健医療体制の高度化に資する指標及び拠点医療機関等の指標に変更
（現行）各疾患の入院及び外来診療している医療機関数

発行年月 令和5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）

