



令和4年度 センター長会 会報63

令和4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63号

表紙写真

上：富士山
下左：武田信玄公像
下右：昇仙峡

写真提供：やまなし観光推進機構

全国精神保健福祉センター長会

巻頭言

皆様に、2022（令和4）年度における全国精神保健福祉センター長会の活動を掲載した会報第63号をお届けいたします。以下、2022年度を「この年度」といたします。

この年度になって、新型コロナウイルス感染症はワクチン接種の広がりにあわせ、感染を防ぎつつ社会生活を回していくウィズコロナの時期に移行していきました。たとえば、この年度の6月に第118回日本精神神経学会学術総会（福岡市内）が、会場とオンラインのハイブリッドで開催されました。本総会でのセンター長会企画シンポジウム「全国精神保健福祉センターにおける自殺対策の取り組みについて」は、充実した意見交換の場となりました。

この年度の全国精神保健福祉センター長会が行う行事等では、4月・6月の常任理事会がオンラインで開催され、新年度の会員の異動の確認や会議参加、調査研究、学会企画等、継続・新規事業について論議されました。7月の総会もオンライン開催になりました。当日は国立精神・神経医療研究センターや厚生労働省からのメッセージ、会員の異動報告、欠員補充の承認、議決事項として2021（令和3）年度事業報告、収支決算および会計監査報告、2022（令和4）年度事業報告案、収支予算案、会則改定案が承認されました。

そして、10月5～6日に第58回全国精神保健福祉センター研究協議会が、山梨県立精神保健福祉センター所長 志田博和 大会長のもと、ハイブリッド形式で開催されました。会場は、甲府駅近くのベルクラシック甲府で、西洋のお城のような格調高い建物の中、広くて立派なフロアで行われました。初日は、厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課 林修一郎課長による「精神保健福祉行政の動向」の講演がありました。開催地講演は、やまなし観光推進機構理事長（山梨県立大学特任教授）の仲田道弘氏による「山梨ワインの夜明け」でした。山梨ブドウの品種としての独自性、日本を代表する甲州ワインとして発展してきた歴史やご苦労を学ばせていただきました。二日目は、依存症対策、ひきこもり対策、自殺対策、アウトリーチ・地域生活支援、手帳・自立支援医療・人材確保、精神科救急・災害精神医療・新型コロナウイルス感染症対策等、多岐にわたる31演題の発表があり、活発な議論が交わされました。現地での会員間のやり取りもようやくできるようになり、観光や食事会（やはりワインは美味しかった！）を楽しむこともできました。現地集合を主にした開催を決断された大会長および、戸惑いながらも運営を見事に果たされた（オンラインシステムも完璧）山梨県立精神保健福祉センターの皆様に感謝申し上げます。

精神保健福祉の大きな動きでは、12月に第210回国会において、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）等の一部を改正する法律」が成立・公布されたことが挙げられます。これにより「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）」も一部改正されました。この改正法は、2021年10月からこの年度の6月まで行われた「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」（当会からも構成員として参加）の報告書を反映した内容です。2023（令和5）年2月に、厚生労働省主催で全国精神保健福祉センター所長・全国精神医療審査会長会議が開かれ、引き続いて全国精神医療審査会連絡協議会（全精審連）総会が、シンポジウム「精神医療審査会の機能強化に向けて～関連法制の改革～」を中心として行われました。

いよいよ2024年4月から改正精神保健福祉法が本格的に施行され、精神保健福祉センターの運営要領も見直されます。今後も地域精神保健福祉の向上とセンターの機能充実に取り組んでまいりますので、これまでにも増して会員の皆様のご助力をお願いするとともに、関係省庁、各自治体、関係機関・団体の皆様の一層のご理解とご支援をお願い申し上げます。

全国精神保健福祉センター長会 会長 辻本 哲士

目 次

巻頭言

第Ⅰ部 会議

1. 令和4年度 全国精神保健福祉センター長会定期総会 1
2. 令和4年度 全国精神保健福祉センター長会会議 23
3. 令和4年度 全国精神保健福祉センター長会常任理事会 24
4. 令和4年度 全国精神保健福祉センター長会理事会 29

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 33
2. 北海道・東北ブロック 34
3. 関東・甲信越ブロック 35
4. 中部・近畿ブロック 36
 - (1) 中部ブロック 37
 - (2) 近畿ブロック 38
 - (3) 北陸ブロック 39
5. 中国・四国ブロック 40
6. 九州ブロック 41
7. 大都市部会 42
 - (1) 第1回 42
 - (2) 第2回 43

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. 2022（令和4）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市区町村と連携したひきこもり支援に関する研修の開催と検討」・・・53
2. 2022（令和4）年度 地域医療研究事業「コロナ禍でのバーチャル・リアリティ（VR）・メソッドによる地域精神保健医療のシミュレーション手法のパイロット研究」・・・55
3. 2022（令和4）年度 依存症対策全国拠点 依存症に関する調査研究事業「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」・・・57
4. 2022（令和4）年度 厚生労働省依存症調査研究事業「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」・・・59
5. 2022（令和4）年度 厚生労働科学研究「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」・・・60
6. 2022（令和4）年度 厚生労働科学研究「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」・・・61
7. 厚生労働省 2022（令和4）年度 障害者総合福祉推進事業費「療育手帳その他関連諸施策の実態等に関する調査研究」・・・63
8. 2022（令和4）年度 厚生労働科学研究「効果的な集団精神療法の施行と普及および体制構築に資する研究」分担研究「全国精神保健福祉センターにおける集団プログラム（集団精神療法）の実態と課題に関する全国調査に関する研究」66

第Ⅴ部 第58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

A. 依存症対策

- 1 依存症メール相談の試み・・・76
- 2 相模原市における依存症回復プログラム“FLOW”の取り組み
～10年間の変遷とコロナ禍の影響～・・・78
- 3 「お酒を卒業したい人のつどい」について・・・80
- 4 コホート調査への協力から見てきた広島県の対象者の現状を踏まえた支援の
在り方・・・82
- 5 福岡エリアの薬物依存症の現状 VBPに参加してみえてきたこと・・・84

B. ひきこもり対策、デイケア・就労支援、社会参加支援、予防・精神保健教育、 高次脳機能障害

- 6 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みた8050問題の課題
～平成30年度に実施した調査との比較から～・・・86
- 7 うつ病患者への復職支援 ～デイケア「リワーク準備コース」での取り組み～88
- 8 新たなケアの視点としてのトラウマインフォームドケアの導入・・・90

9	行政機関が高次脳機能障害支援普及事業の支援拠点機関を担う上での役割について ～長崎県における高次脳機能障害支援普及事業の経緯を踏まえて～	92
10	ひきこもり支援専門家チーム事業について ～活動を通して見えてきたことと今後の展望～	94
11	職場不適応、短期間で退職を繰り返す相談事例への対応・支援 ～発達障害の診断、理解と支援を含む～	96
12	浜松市における相談者を対象としたスポーツプログラムの実施について	98
13	コロナ禍における不安対処プログラムの活用 ～セルフケアや人材育成に役立つ手法として～	100
C. 自殺対策		
14	令和3年度岡山市におけるこころの健康に関する市民意識調査について ～相談先の選択とストレスコーピングにおける性差～	102
15	堺市における令和3年度ゲートキーパー養成研修受講者アンケート調査	104
16	滋賀県ゲートキーパー養成プロジェクトチームの活動について	106
17	COVID-19 パンデミック前後の自殺統計の比較	108
18	静岡県自殺リスク行為者レジストリ：速報 ～精神科救急外来受診者の自損行為及び希死念慮に関する実態調査～	110
19	二次救急医療機関における自殺企図者等への対応に関する調査（報告）	112
D. アウトリーチ・地域生活支援		
20	東京特別区における東京都のアウトリーチ支援事業に対する家族の満足度について	114
21	福島県精神障がい者アウトリーチ推進事業の取組と評価 ～多機関ケース会議後に見立てたストレングス・支援計画の考察～	116
22	岡山市こころの健康センターの地域移行・地域定着支援における地域定着支援の現状 ～地域定着支援により対象者が主体性を取り戻していく事例から～	118
23	「会議室」から問題解決の糸口を探る ～静岡型支援者支援の実践報告～	120
E. 手帳・自立支援医療・精神医療審査会、人材確保		
24	自立支援医療の審査件数からみた岩手県における精神疾患の傾向と分析	122
25	川崎市における精神障害者保健福祉手帳の判定業務から見えてきたもの	124
26	処遇改善請求の対象拡大の取り組み	126
27	精神科専攻医受け入れ報告 ～センターが安定して精神科医師を確保するために～	128
F. 精神科救急・災害精神医療、新型コロナウイルス感染症対策		
28	精神保健福祉法第23条の未成年被通報者についての一考察	130
29	精神保健福祉法第23条通報処理状況 ～通報受理後の調査と結果に着目して～	132
30	大阪府こころの健康総合センターにおけるクリニック放火事件への対応（報告）	134
31	新型コロナウイルス感染症宿泊療養施設こころの健康相談の報告 ～第5波までと第6波における相談の変化について～	136

第 I 部
会 議

令和4年度全国精神保健福祉センター長会定期総会

日時：令和4年7月1日（金）14:30～17:00

Web会議

議 事 次 第

（敬称略）

開会 14:35

1 会長挨拶（14:35～14:55）

来賓ご挨拶

2 報告事項（14:55～15:00）

- （1）会員の異動について
- （2）その他

3 議決事項（15:00～16:10）

議長団選任

- （1）役員（監事）の欠員補充
 - （2）令和3年度事業報告案、令和3年度収支決算案、会計監査報告
 - （3）令和4年度事業計画案、令和4年度収支予算案
 - （4）その他重要な事項
 - ・全国精神保健福祉センター長会 研究倫理審査委員会規程の改定について（太田）ほか
- 議長団解任

4 協議ならびに報告事項（16:10～17:00）

（1）報告事項

- ① 心のサポーター養成事業について
国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 藤井千代先生より
- ② 心のサポーター養成事業企画・評価委員会について（辻本）
- ③ 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ついて（辻本）
- ④ 第118回日本精神神経学会学術総会について（辻本）
- ⑤ 第118回日本精神神経学会シンポジウム
「全国精神保健福祉センターにおける自殺対策の取り組み」（田中）
- ⑥ DPAT運営協議会について（辻本）
- ⑦ 厚労科研「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）
- ⑧ 全国精神保健福祉センター研究協議会（山梨大会）について（志田）
- ⑨ 厚労科研地域包括ケア班会議（野口）
- ⑩ 令和4年度地域保健総合推進事業（原田）
- ⑪ 照会事項・協議事項のデータベース化について（二宮）
- ⑫ 各委員会活動報告について（熊谷）
- ⑬ その他

(2) 協議事項

- ① 全国精神保健福祉センターOBOG会について (辻本)
- ② コロナ禍、ウクライナ難民の受け入れについて (辻本)
- ③ センター長会のホームページ更新について (熊谷)
- ④ ギャンブル障害のSAT-G研修会実施の研究費利用について (白川)
- ⑤ その他

(3) その他

- ① 保護観察の対象となった薬物依存者のコホート調査について
～2022.5.29 VBP会議資料を中心に～ (熊谷)

閉会 17:00

各種委員会会議 (17:00～18:00)

令和4年度 センター長会（69）名簿

北海道・東北ブロック（9）

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

関東・甲信越ブロック（18）

センター名	氏名
茨城県精神保健福祉センター	佐々木 恵美
栃木県精神保健福祉センター	島田 達洋
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	高橋 司
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 偉明
千葉市こころの健康センター	稲生 英俊
東京都立精神保健福祉センター	平賀 正司
東京都立中部総合精神保健福祉センター	熊谷 直樹
東京都立多摩総合精神保健福祉センター	井上 悟
川崎市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	奥村 佳子
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 聡子
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 聡
名古屋市精神保健福祉センター	安井 禎
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	西畑 陽介
兵庫県精神保健福祉センター	柿本 裕一
神戸市精神保健福祉センター	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 (メンタルセンター岡山)	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	朝枝 清子
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	泰田 邦宏
愛媛県心と体の健康センター	三木 優子
高知県立精神保健福祉センター	山崎 正雄

九州ブロック (11)

センター名	氏 名
福岡県精神保健福祉センター	楯林 英晴
北九州市立精神保健福祉センター	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	中島 賢三
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	春日井 基文
沖縄県立総合精神保健福祉センター	宮川 治

令和3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 3年 7月 2日 (金) オンラインで開催

2 理事会 年3回

第1回 令和 3年 7月 2日 (金) オンラインで開催

第2回 令和 3年 9月 27日 (月) (東京都)

第3回 令和 4年 2月 25日 (土) オンラインで開催

3 常任理事会 年4回

第1回 令和 3年 4月 17日 (土) オンラインで開催

第2回 令和 3年 6月 6日 (土) オンラインで開催

第3回 令和 3年 9月 4日 (土) オンラインで開催

第4回 令和 4年 1月 22日 (土) (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) (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)

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) オンラインで開催

7 大都市部会 年2回 (通常)

第1回 新型コロナウイルスの影響を踏まえ当初予定の7月開催は中止。

第2回 令和 4年 1月 14日 (金) (オンライン)

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、林みつ穂
- 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、藤城聡
- 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、藤城聡
- 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）藤城聡

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)

⑤(2021年8月号)

○「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 随時

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乘せとなるため、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入れるため、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4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 4年 7月1日(金) オンラインで開催

2 理事会 年3回

第1回 令和 4年 7月 1日(金) オンラインで開催

第2回 令和 4年10月 5日(水) (山梨県)

第3回 令和 5年 2月25日(土) オンラインで開催

3 常任理事会 年4回

第1回 令和 4年 4月10日(土) オンラインで開催

第2回 令和 4年 6月 4日(土) オンラインで開催

第3回 令和 4年 9月 3日(土) オンラインで開催

第4回 令和 5年 1月21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 4年10月 5日(水) (山梨県)

5 全国精神保健福祉センター研究協議会

令和 4年10月 5日(水)～6日(木) (山梨県)

6 全国精神医療審査会長会・精神保健福祉センター所長会議 (厚労省主催)

令和 5年 2月24日(金) (東京都)

7 大都市部会 年2回

第1回 令和 4年 7月 1日(金) オンラインで開催

第2回 令和 5年 3月 2日(木) オンラインで開催

8 調査研究と学会発表等

令和4年度 調査研究

- 令和4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
- 地域医療研究事業「コロナ禍でのバーチャル・リアリティ(VR)・メソッドによる地域精神保健医療のシミュレーション手法のパイロット研究」主任研究者：大塚耕太郎 小原

圭司

- 厚労省依存症治療・相談拠点設置事業 調査研究事業「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」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：島田達洋、川口貴子、小原圭司、藤城聡
- 厚労省依存症治療・相談拠点設置事業 調査研究事業「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」 研究代表者：松本俊彦 研究協力者：竹島正、山田正夫、川口貴子、井上悟、熊谷直樹、平賀正司、島田達洋、楠本みちる、佐伯真由美、宍倉久里江、藤田浩介、白川教人、楯林英晴、春日井基文、西畑陽介、籠本孝雄、辻本哲士、藤城聡、岡崎大介、佐藤浩司、山崎正雄、太田順一郎
- 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」（研究代表者：藤井千代）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：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4年度 学会発表

- 第118回日本精神神経学会学術総会シンポジウム 58
「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」辻本哲士、太田順一郎、白川教人、竹島正、宍倉久里江、大久保聡子、二宮貴至、鎌田隼輔、
- 第118回日本精神神経学会学術総会委員会シンポジウム 15
「新型コロナウイルス（COVID-19）感染後の遷延する精神・神経症状への理解と対応」
藤城聡
- 第118回日本精神神経学会学術総会委員会シンポジウム
「親子の支援において地域の保健・福祉・教育・医療をつなぐ精神科医の役割」
林みづ穂、二宮貴至
- 第118回日本精神神経学会学術総会シンポジウム
「市町村を中心とし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関する方向性と課題」 企画：太田順一郎、野口正行
- 第118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、辻本哲士、白川教人、二宮貴至、竹島正、宍倉久里江、大久保聡子、鎌田隼輔、田中治
- 第118回日本精神神経学会学術総会シンポジウム 5
「患者の突然の死をどのように減らし、いかに向きあうか」 辻本哲士
- 第118回日本精神神経学会学術総会委員会シンポジウム 25

- 「コロナ禍の自殺対策を振り返る：アフターコロナを見据えて」 辻本哲士
- 第 118 回日本精神神経学会学術総会委員会シンポジウム 24
『精神科医の数・地理的分布と勤務状況に関する実態調査』結果報告」 辻本哲士
 - 第 4 回日本在宅医療連合学会シンポジウム
「ひきこもり者の実態と課題」 辻本哲士
 - 第 44 回日本アルコール関連問題学会
「薬物使用者に対する支援者のスティグマ的態度に影響する要因 —全国の精神保健福祉センター職員に対する調査から—」 藤城聡、白川教人

令和 4 年度著書

○公衆衛生情報

- 1) 2022 年 4 月号特集「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」原田豊（鳥取県立精神保健福祉センター長）
- 2) 日進月歩
 - ①（2022 年 4 月号）「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」 兵庫県精神保健福祉センター 中谷恭子
 - ②（2022 年 5 月号）「札幌市の新型コロナウイルス 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 河口由畿
 - ③（2022 年 6 月号）「新型コロナ感染症に関する電話相談の分析」 高梨陽子、佐々木恵美（茨城県精神保健福祉センター）
 - ④（2022 年 7 月号）「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
 - ⑤（2022 年 8 月号）「新型コロナウイルス感染症クラスターが発生した医療機関職員に対するこころのケア」 宍倉久里江（相模原市精神保健福祉センター）（予定）
 - ⑥（2022 年 9 月号）「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」 大西久美子他（広島県立総合精神保健福祉センター）（予定）

○精神神経学雑誌

124 巻 5 号「学校コミュニティにおける自殺対策」二宮貴至

- 最新精神医学 27 巻 3 号 2022 年 5 月「コロナ禍における浜松市のブラジル人メンタルヘルス対策」二宮貴至

9 厚生労働省精神・障害保健課等との意見交換 随時

10 センター長会会報「第 6 2 号」発行 ホームページ等運営委員会

1 1 会議等への出席

- (1) 全国精神医療審査会連絡協議会 (年1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, 白川教人, 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 災害支援委員会 (年3回) (福島昇)
- (10) 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8回) (辻本哲士)
- (11) 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)
- (12) ゲーム依存症関係者連絡会議 (年1回) (白川教人)
- (13) 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)
- (14) 「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)
- (15) 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会議 (年2回) (白川教人)
- (16) 厚生労働省 新型コロナウイルス感染症に係るメンタルヘルスとその影響に関する調査検討会 (年2回) (藤城聡)
- (17) 日本精神神経学会 自殺対策委員会 (随時) (太田順一郎、二宮貴至)
- (18) 日本精神神経学会 親子・学校・女性に関する委員会 (年6回) (林みづ穂、二宮貴至)
- (19) 日本精神神経学会 小児精神医療委員会 (随時) (林みづ穂)
- (20) 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 (3回) (辻本哲士)

1 2 センター長会ホームページの運営 ホームページ運営委員会

時期に応じコンテンツの追加や整理など、年4回程度更新。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

- 手帳・自立支援医療検討委員会
オンラインでの情報交換、およびミニシンポジウム等の開催
- 依存症対策委員会

- ・依存症に係る調査研究事業有識者会議
 - ・依存症専門医療機関相談員等全国会議
 - ・アルコール健康障害対策関係者会議
 - ・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会議
 - ・センター長会研究費；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
 - ・厚労省依存症治療・相談拠点設置事業 調査研究事業；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
 - ・厚労省依存症治療・相談拠点設置事業 調査研究事業；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数調査協力
 - ・厚労省依存症治療・相談拠点設置事業 調査研究事業；V B P 研究班参加と参加の促し
 - ・その他外部機関との協働；Alcoholism に「MHWHC を中心にした連携について」を寄稿
- 自殺対策委員会
- 第 118 回日本精神神経学会シンポジウム「全国精神保健福祉センターにおける自殺対策の取り組み」の演題提出。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 4 年度厚労科研「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」に協力し、DPAT 活動の開始終了基準や都道府県 DPAT の活動内容について検討する。
 - ・辻本会長が DPAT 運営協議会に出席する。
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム委員会
- ・厚労科研地域包括ケア班に研究協力者等を出し、議論に参加。また構築支援事業の広域アドバイザーとして事業に参加。それらの議論を委員会でも共有し、センター長会としての議論の深化を図る。
- データ分析・地域分析検討委員会
- ・本委員会は、全国精神保健福祉センター長会の横のつながりを活かし、国、研究機関、学術団体等と連携して、都道府県（政令指定都市）における精神医療や地域精神保健福祉サービスの提供とアンメットニーズの実態を明らかにすることのできる情報基盤と地域分析の方法を共有し、定着していくことを目的とする。
 - ・630 調査、NDB 分析の公開資料等をもとに、都道府県等の精神保健医療福祉の課題検討を行う。また精神保健福祉センターの調査研究や情報機能について質問紙調査をおこない、センター長会会員に共有する。さらにデータ分析・地域分析の基礎的なウェブ勉強会を開催する。
- ひきこもり者支援検討委員会

- ・引き続き、地域保健総合推進事業にて、昨年度と同様に各種の検討会を開催するとともに、ひきこもり地域支援センター全国連絡協議会との共催での研修会も引き続き開催の予定としている。

○ 指定医・専門医制度委員会

- ・指定医については、令和4年度に開催される精神保健指定医講習会の新規講習3回と更新講習9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、沖縄県立総合精神保健福祉センター等における専門医研修の様子など情報共有しながら、より良い若手精神科専門医の育成について検討する。

令和3年度年度決算・令和4年度予算(案)

収 入			科 目	支 出		
3年度予算	3年度決算	4年度予算		3年度予算	3年度決算	4年度予算
4,830,000	4,830,039	4,830,000	収 入			
4,830,000	4,830,000	4,830,000	会 費			
0	39	0	雑収入			
			事務費	1,070,000	1,000,000	1,020,000
			委託費/人件費	1,000,000	1,000,000	1,000,000
			消耗品費	20,000	0	10,000
			事務印刷費	50,000	0	10,000
			事業費	1,410,000	936,584	960,000
			旅 費	200,000	0	50,000
			通 信 費	40,000	56,809	40,000
			会報印刷費	320,000	271,699	290,000
			調査研究費	400,000	433,332	400,000
			広 報 費	450,000	174,744	180,000
			会議費	2,200,000	3,214,179	2,700,000
			総 会	0	0	0
			研究協議会	2,000,000	2,925,910	2,500,000
			役員会	200,000	288,269	200,000
			大都市部会	100,000	0	100,000
			精從懇分担金	50,000	50,000	50,000
			予 備 費	100,000	0	100,000
4,830,000	4,830,039	4,830,000	合 計	4,930,000	5,200,763	4,930,000
			単年度収支	-100,000	-370,724	-100,000

4,680,277	4,680,277	4,309,553	前年度繰越金
-100,000	-370,724	-100,000	単年度収支
4,580,277	4,309,553	4,209,553	次年度繰越金

注 釈

科目	令和3年度決算	令和4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・コピー代（日本公衆衛生協会）	プリンタ・コピー代（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、資料送送料	振込手数料、資料送送料
会報印刷費	会報61(令和2年度)69センター×3部	会報62(令和3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	メールリスト、HP管理費、更新手数料:株)ネスタイル	メールリスト、HP管理費、更新手数料:株)ネスタイル
総 会	定期総会：オンライン開催	定期総会：オンライン開催
研究協議会	東京都	山梨県
役員会	常任理事会等会議室使用料他	常任理事会等会議室使用料他
大都市部会		
精從懇分担金		
予 備 費		

繰越金は、会費の入金が総会后であるため、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4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	穴倉 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 聡	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	高橋 司	埼玉県立精神保健福祉センター
監事	西畑 陽介	堺市こころの健康センター

令和4年度全国精神保健福祉センター長会センター長会議

日 時：令和4年10月5日(水)13:00～14:35

会 場：ベルクラシック甲府（山梨県）

※ハイブリット会議

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意見交換会について（辻本）
- (2) センター研究協議会（山梨、茨城）について（辻本）
- (3) 心のサポーター養成事業について（辻本）
- (4) 療育手帳見直しについて（辻本）
- (5) 自殺総合対策大綱案パブコメについて（辻本）
- (6) 精神保健研究所70周年座談会について（辻本）
- (7) 災害メンタルヘルスシンポジウムについて（辻本）
- (8) 世界メンタルヘルスデーメッセージについて（辻本）
- (9) 依存症対策委員会研修等進捗について（白川）
- (10) 第119回日本精神神経学会自殺対策シンポジウム（田中）
- (11) 令和4年度地域保健総合推進事業（原田）
- (12) その他

2 協議事項

- (1) 厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）「効果的な集団精神療法の施行と普及および体制構築に資する研究」への協力依頼について（熊谷）
- (2) 精神保健福祉センター業務運営要領見直しの進め方について（辻本）
- (3) 精神医療審査会運営マニュアル改正の進め方について（辻本）
- (4) コロナ禍、豪雨災害、ウクライナ避難民等への支援について（辻本）
- (5) 全国センター長会ホームページの運営と会報第62号作成について（熊谷）
- (6) 議事録作成について（二宮）
- (7) その他

閉会 14:35

令和4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10日（日）13:30～17:00
オンライン会議（zoom）

次 第

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) 藤城・辻本による「精神保健福祉センターにおける罹患後症状への対応状況、コロナ禍における自殺対策の状況」アンケート調査のお願いについて（辻本）
- (3) 自殺対策（JSCP等）について（辻本）
- (4) 災害支援（DPAT事務局、日本医療政策機構、厚労DPAT研究班）について（辻本）
- (5) 公衆衛生雑誌への投稿について（辻本）
- (6) 第118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）
- (7) 2022年3月24日 障害者政策委員会（第63回）での検討状況（熊谷）
- (8) 2022年3月31日 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（第8回）での
論点提示（熊谷）
- (9) 2022年度精神保健指定医研修講義について（二宮）
- (10) 照会事項・協議事項のデータベース化（アンケートフォームの利用について）（二宮）
- (11) 令和4年度地域保健総合推進事業について（原田）
- (12) 令和3年度依存症対策委員会活動報告及び令和4年度活動予定（白川）

2 協議事項

- (1) 令和3年度事業報告（案）、令和4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4年度の定期総会について（平賀）
- (4) 令和4年度センター長会山梨大会について（辻本）
- (5) センター長OB会・メーリングリストについて（辻本）
- (6) zmhwc-chou@メールに、「実質的な」センター長にも入っていただくことについて（辻本）
- (7) 監事、倫理委員会、その他役員変更について（辻本）
- (8) 「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」
（センター長会提言について）（辻本）
- (9) コロナ禍対策について（辻本）
- (10) ウクライナ難民支援について（辻本）
- (11) 委員会活動報告の依頼について（熊谷）
- (12) 全国センター長会HP運営・会報について（熊谷）
- (13) 令和3年度アルコール依存症普及啓発動画作成協力（白川）
※15:00 大塚製薬が説明予定です。

閉会

令和4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4年6月4日(土)10:30～13:00

Web会議

次 第

敬称略

開会 10:30 会長挨拶

1 報告事項

- (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について（辻本）
- (2) 第118回日本精神神経学会学術総会について（辻本）
- (3) 第118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）
- (4) DPAT 運営協議会について（辻本）
- (5) 全国精神保健福祉センター研究協議会（山梨大会）について（辻本）
- (6) 心のサポーター養成事業企画・評価委員会について（辻本）
- (7) 令和3年度事業報告（案）、令和4年度事業計画（案）（平賀）
- (8) 総会の議事進行について（平賀）
- (9) 総会資料について（平賀）
- (10) 倫理審査委員会規程について（平賀）
- (11) 委員会活動報告（総会資料用）について（熊谷）
- (12) 厚労科研「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）
- (13) 厚労科研 地域包括ケア班会議（野口）
- (14) ゲーム依存相談対応マニュアルなどについて（原田）
- (15) 令和4年度地域保健総合推進事業（原田）
- (16) 照会事項・協議事項のデータベース化について（二宮）
- (17) その他

2 協議事項

- (1) 全国精神保健福祉センターOBOG会について（辻本）
- (2) コロナ禍、ウクライナ難民の受け入れについて（辻本）
- (3) センター長会のホームページ更新について（熊谷）
- (4) ギャンブル障害のSAT-G研修会実施の研究費利用について（白川）
- (5) その他

3 その他

- (1) 保護観察の対象となった薬物依存者のコホート調査について
～2022.5.29 VBP 会議資料を中心に～（熊谷）

閉会 13:00

令和4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4年9月3日(土)10:30～13:00
Web会議

次 第

敬称略

開会 10:30 会長挨拶

1 報告事項

- (1) 厚労省とのWeb意見交換会について（辻本）
- (2) センター研究協議会（山梨、茨城）について（辻本）
- (3) 心のサポーター養成事業について（辻本）
- (4) 療育手帳見直しについて（辻本）
- (5) 自殺総合対策大綱案パブコメについて（辻本）
- (6) 精神保健研究所70周年座談会について（辻本）
- (7) 災害メンタルヘルスシンポジウムについて（辻本）
- (8) 世界メンタルヘルスデーメッセージについて（辻本）
- (9) 依存症対策委員会研修等進捗について（白川）
- (10) 第119回日本精神神経学会自殺対策シンポジウム（田中）
- (11) その他

2 協議事項

- (1) 厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）「効果的な集団精神療法の施行と普及および体制構築に資する研究」への協力依頼について（熊谷）

12:00～12:15

効果的な集団精神療法の施行と普及および体制構築に資する研究
藤澤大介先生（慶應義塾大学医学部准教授）

- (2) 精神保健福祉センター業務運営要領見直しの進め方について（辻本）
- (3) 精神医療審査会運営マニュアル改正の進め方について（辻本）
- (4) コロナ禍、豪雨災害、ウクライナ避難民等への支援について（辻本）
- (5) 全国センター長会ホームページの運営と会報第62号作成について（熊谷）
- (6) 議事録作成について（二宮）
- (7) その他

閉会 13:00

令和4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5年1月21日(土)10:30～13:00

Web会議

次 第

敬称略

開会 10:30 会長挨拶

1 報告事項

- (1) 参議院の厚生労働委員会での参考人質疑について（辻本）
- (2) 心のサポーター養成事業、メンタルヘルスファーストエイド・エイダー研修について（辻本）
- (3) 「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) DPAT 運営協議会について（辻本）
- (5) 第8次医療計画等について（辻本）
- (6) 「療育手帳その他関連諸施策の実態等に関する調査研究」（辻本）
- (7) 川崎市：竹島所長「精神保健福祉センターの調査研究等の体制及び取組に関する調査」について（辻本）
- (8) 市町村における精神保健に係る相談支援体制整備の推進に関する検討チーム委員について（辻本）
- (9) アルコール健康障害対策関係者会議委員について（辻本）
- (10) ギャンブル等依存症対策推進関係者会議委員について（辻本）
- (11) 来年度の全国精神保健福祉センター長会研究協議会（茨城大会）について（辻本）
- (12) ウクライナ避難民に対する心のケア（辻本）
- (13) 旧統一教会問題 - 相談対応（辻本）
- (14) 第119回日本精神神経学会自殺予防対策シンポジウム概要（田中）
- (15) 令和4年度地域保健総合推進事業報告（原田）
- (16) 倫理審査委員会について（二宮）
- (17) その他

2 協議事項

- (1) 精神保健福祉センター業務運営要領見直しに関する厚労省との意見交換について（辻本）
- (2) 全国精神保健福祉センター所長・全国精神医療審査会長会議、精神医療審査会運営マニュアル等の改定について（辻本）
- (3) 法改正への対応（熊谷）
- (4) 次期国民健康づくり運動プランについて（辻本）
- (5) 山口県：河野所長 HP 提案（「アルコールリーフレット」「ひきこもりリーフレット」等）について（辻本）
- (6) ホームページ更新・会報発行準備（熊谷）

- (7) アルコール健康障害対策関係者会議委員就任後の対応について（白川）
- (8) R4年度SAT—G活用状況調査について（白川）
- (9) 2月の理事会および令和5年度の会議スケジュールについて（平賀）
- (10) その他

閉会 13:00

令和4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4年7月1日（金）13:00～14:15
Web会議

次 第

開会 13:00

総会議決事項について

- (1) 令和3年度事業報告案、令和3年度収支決算案、会計監査報告
- (2) 令和4年度事業計画案、令和4年度収支予算案
- (3) 役員改選、役割分担など

閉会 14:15

令和4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4年10月5日(水)10:30～11:30

会 場：ベルクラシック甲府（山梨県）

※ハイブリット会議

次 第

敬称略

開会 10:30 会長挨拶

1 報告事項

- (1) 厚労省とのWeb意見交換会について（辻本）
- (2) センター研究協議会（山梨、茨城）について（辻本）
- (3) 心のサポーター養成事業について（辻本）
- (4) 療育手帳見直しについて（辻本）
- (5) 自殺総合対策大綱案パブコメについて（辻本）
- (6) 精神保健研究所70周年座談会について（辻本）
- (7) 災害メンタルヘルスシンポジウムについて（辻本）
- (8) 世界メンタルヘルスデーメッセージについて（辻本）
- (9) 依存症対策委員会研修等進捗について（白川）
- (10) 第119回日本精神神経学会自殺対策シンポジウム（田中）
- (11) 令和4年度地域保健総合推進事業（原田）
- (12) その他

2 協議事項

- (1) 厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）「効果的な集団精神療法の施行と普及および体制構築に資する研究」への協力依頼について（熊谷）
- (2) 精神保健福祉センター業務運営要領見直しの進め方について（辻本）
- (3) 精神医療審査会運営マニュアル改正の進め方について（辻本）
- (4) コロナ禍、豪雨災害、ウクライナ避難民等への支援について（辻本）
- (5) 全国センター長会ホームページの運営と会報第62号作成について（熊谷）
- (6) 議事録作成について（二宮）
- (7) その他

閉会 11:30

令和4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5年2月25日(土)14:00～16:00

Web会議

次 第

敬称略

開会 14:00 会長挨拶

1 報告事項

- (1) 参議院の厚生労働委員会での参考人質疑について（辻本）
- (2) 心のサポーター養成事業、メンタルヘルスファーストエイド・エイダー研修について（辻本）
- (3) 「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) DPAT 運営協議会について（辻本）
- (5) 第8次医療計画等について（辻本）
- (6) 「療育手帳その他関連諸施策の実態等に関する調査研究」（辻本）
- (7) 川崎市：竹島所長「精神保健福祉センターの調査研究等の体制及び取組に関する調査」について
(辻本)
- (8) 市町村における精神保健に係る相談支援体制整備の推進に関する検討チーム委員について（辻本）
- (9) アルコール健康障害対策関係者会議委員について（辻本）
- (10) ギャンブル等依存症対策推進関係者会議委員について（辻本）
- (11) 来年度の全国精神保健福祉センター長会研究協議会（茨城大会）について（辻本）
- (12) ウクライナ避難民に対する心のケア（辻本）
- (13) 旧統一教会問題 - 相談対応（辻本）
- (14) 厚労科研「効果的な集団精神療法の施行と普及および体制構築に資する研究」
(研究代表者：藤澤大介先生)への協力について（熊谷）
- (15) 第119回日本精神神経学会自殺予防対策シンポジウム概要（田中）
- (16) 令和4年度地域保健総合推進事業報告（原田）
- (17) 倫理審査委員会について（二宮）
- (18) その他

2 協議事項

- (1) 精神保健福祉センター業務運営要領見直しに関する厚労省との意見交換について（辻本）
- (2) 全国精神保健福祉センター所長・全国精神医療審査会長会議、精神医療審査会運営マニュアル等の改定について（辻本）
- (3) 改正精神保健福祉法施行準備に向けた対応（熊谷）
- (4) 次期国民健康づくり運動プランについて（辻本）
- (5) 山口県：河野所長 HP 提案（「アルコールリーフレット」「ひきこもりリーフレット」等）について
(辻本)

- (6) 全国センター長会 ホームページ更新・会報 62 号作成について (熊谷)
- (7) アルコール健康障害対策関係者会議委員就任後の対応について (白川)
- (8) R4 年度 SAT—G 活用状況調査について (白川)
- (9) 令和 5 年度の会議スケジュールについて (平賀)
- (10) その他

閉会 16 : 00

第Ⅱ部
ブロック会議等

【ブロック会議等】

2022 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会議等はすべてオンラインを用いたものであった。下表は、2022 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。

(表)

ブロック/部会	担当センターの自治体	開催状況
北海道・東北	秋田県	オンラインで開催
関東・甲信越	神奈川県	オンラインで開催
中部・近畿	福井県	オンラインで開催
中部	福井県	オンラインで開催
近畿	兵庫県	オンラインで開催
北陸	福井県	オンラインで開催
中国・四国	愛媛県	書面開催／講演はオンデマンド配信
九州	沖縄県	所長会はオンラインで開催／研究協議会は書面開催
大都市部会Ⅰ	千葉市	オンラインで開催
大都市部会Ⅱ	横浜市	オンラインで開催

※本節では、ブロック等の名称を、会則に準じた表記としています。

【ブロック会議等】

2022(令和4)年度北海道・東北精神保健福祉センター所長会総会及び研究協議会

日 時：2022(令和4)年6月2日(木) 13時30分～17時

担 当：秋田県精神保健福祉センター

方 法：オンライン開催

参加者：北海道、青森県、岩手県、宮城県、山形県、福島県、札幌市、仙台市、
秋田県の各センター長及び職員

【総会】

1 開会

2 あいさつ 秋田県健康福祉部次長 高橋 直樹

3 参加者自己紹介

4 協議

- (1)2021(令和3)年度事業報告及び収支決算報告(案)について
- (2)会計監査報告
- (3)2022(令和4)年度事業計画(案)及び収支予算(案)について
- (4)役員体制及び役員の改選について
- (5)今後の開催担当道県市について
- (6)その他

5 意見交換

- (1)web診療について(青森県)
- (2)新型コロナウイルス感染症対策に関するセンターとしての支援状況(秋田県)

6 閉会

【研究協議会】

1 開会

2 あいさつ 秋田県精神保健福祉センター所長 清水 徹男

3 研究発表

4 次回開催担当センターあいさつ 札幌市精神保健福祉センター所長 鎌田 隼輔

5 閉会

※「事業情報交換会」は書面開催

【ブロック会議等】

2022(令和4)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

日 時：2022（令和4）年12月2日（金） 10時～16時

方 法：Web 会議システム（ZOOM）によるオンライン開催

事務局：神奈川県精神保健福祉センター

出席者：東京都（都立、中部、多摩）、千葉県、茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、新潟県、長野県、山梨県、さいたま市、新潟市、千葉市、横浜市、川崎市、相模原市、神奈川県（18センター）

協議会内容：

＜午前の部＞講演会（参加者108名）

テーマ「依存症に潜む生きづらさ～10年先を見据えた支援を考える」

講 師 地方独立行政法人神奈川県立病院機構

神奈川県立精神医療センター 副院長 小林 桜児 氏

（要旨）

- ・ 依存症の支援に関わる人達には、治療のスパンは10年単位と考えてほしい。依存症は、否認や治療抵抗性、衝動性などの特徴から、治療導入や治療関係の維持が困難なため治療が難しく長い経過を辿る。
- ・ 依存症発症には小児期の逆境体験の影響が大きい。小児期の逆境体験で様々な負の心理状態に置かれた人は、他者との信頼関係を築きにくく、ストレスにさらされると自己治療的に依存物質に依存すると考えられる。（信頼障害仮説）
- ・ 依存症治療の目標は、初期は治療的愛着関係の獲得、その後感情を安全な形で言語化するスキルの獲得、さらに依存物質ではない信頼できる他者（支援者）との関係性の構築を経て、社会適応・居場所の確保であるといえる。

＜午後の部＞分科会2題（※Web 会議システム上で、2つに分かれて開催）

・ 第1分科会 依存症対策について（参加者53名）

助言者：神奈川県立精神医療センター依存症診療科

コ・メディカル部長 青山 久美 氏

依存症対策について、相談支援体制・連携会議・研修の視点から、各センターの対応状況を意見交換した。助言者として参加いただいた青山医師から、他機関との連携については「どの機関と何のために連携するのかを意識することが重要であり、依存症に対するポジティブな回復イメージを地域で共有することがポイントである」と助言をいただいた。

・ 第2分科会 精神医療審査会の運営について（参加者43名）

審査会委員の確保が困難な状況や、審査請求に係る意見聴取の日程調整に苦慮し処理日数に時間を要してしまうことなどについて、各センターの状況を共有するとともに、整備状況や対応策等を意見交換した。また、法改定により書類審査件数の増加が想定されることについて、その対応への懸念が話題となった。

【ブロック会議等】

(文中、敬称略)

2022(令和4)年度中部・近畿ブロック精神保健福祉センター長会議

開催日時：2023(令和5)年1月27日13時30分～17時

開催方法：MicrosoftTeamsによるオンライン会議

事務局：福井県総合福祉相談所

出席：富山県、石川県、福井県、岐阜県、静岡県、浜松市、愛知県、名古屋市、三重県、滋賀県、京都府、京都市、大阪府、大阪市、堺市、養護件、神戸市、和歌山県(計39名)

内容：

1. 開会あいさつ 福井県総合福祉相談所所長 岸野 徹
2. 講演 「ウェルビーイングと地域づくり」
講師 福井県立大学地域経済研究所 准教授 高野 翔
3. 照会事項(協議事項なし)
 - 1 ①審査業務の時間短縮や効率化に向けた工夫
②審査会書類が増大する令和6年度以降の体制整備の方向性(静岡県)
 - 2 医療保護入院者の入院届の「初回入院期間、前回入院期間、初回から前回までの入院回数」欄の記載について(滋賀県)
 - 3 医療保護入院者の入院届の「医療保護入院の必要性」欄の記載について(滋賀県)
 - 4 医療保護入院者の入院届に添付された入院診療計画書の審査について(堺市)
 - 5 退院請求等の意見聴取について(神戸市)
 - 6 ひきこもり地域支援センターが行う「サポーター養成講座」の開催について(滋賀県)
 - 7 ひきこもり地域支援センターにおける当事者の居場所について(滋賀県)
 - 8 「こころのサポーター」、「ゲートキーパー」、「ひきこもりサポーター」の養成状況について(三重県)
 - 9 自殺対策研修について(滋賀県)
 - 10 SOSの出し方教育の実施状況について(大阪府)
 - 11 外国人向けのこころの相談窓口について(滋賀県)
 - 12 子ども・若者総合相談窓口の設置状況について(滋賀県)
 - 13 電話相談・来所相談記録管理について(福井県)
 - 14 精神保健福祉センターで行われている家族交流会・学習会について(滋賀県)
 - 15 災害時拠点精神科病院との平常時の連携内容、DPAT運営委員会における検討内容について(大阪府)
 - 16 衛星携帯電話の保有状況について(大阪府)
 - 17 矯正施設収監中の薬物事犯者からの支援および情報提供を求める手紙について(兵庫県)
 - 18 薬物依存症における保護観察所との連携について(兵庫県)
 - 19 自立支援医療及び精神障害者保健福祉手帳における居住地特例について(兵庫県)
 - 20 自立支援医療居住地特例の取り扱いについて(和歌山県)
 - 21 精神障害者保健福祉手帳の判定について(神戸市)
 - 22 自立支援医療変更認定の取り扱いについて(和歌山県)
 - 23 自立支援医療変更申請の添付書類について(和歌山県)
 - 24 自立支援医療認定処理マニュアル、市町村受付処理マニュアルについて(和歌山県)
4. 次回開催市挨拶 神戸市精神保健福祉センター所長 北村 登

2022(令和4)年度中部ブロック精神保健福祉センター長会議

開催日時：2022(令和4)年10月21日13時00分～16時

開催方法：Web会議システム「Zoom」を用いたオンライン開催

事務局：福井県総合福祉相談所

出席：富山県、石川県、福井県、岐阜県、静岡県、浜松市、愛知県、名古屋市、三重県
(計22名)

内容：

1. 開会あいさつ 福井県総合福祉相談所所長 岸野 徹

2. 講演 「明智光秀と越前朝倉家の葉・生蘇散(せいそさん)」
講師 福井県一乗谷朝倉氏遺跡博物館 石川 美咲 学芸員

3. 照会事項の検討及び意見交換(協議事項なし)

1 自殺対策 市町村の自殺対策計画の見直しにおける、「自殺対策推進状況調査」や「地域自殺対策の進捗管理における確認シート」の活用について (岐阜県)

2 手帳 精神障害者保健福祉手帳の交付台帳に、記載している事項について (愛知県)

3 ひきこもり ひきこもり支援の対象について、政令市との住み分けの実態や今後の方針 (静岡県)

4 依存症 ゲーム障害、性依存の相談対応について、ゲーム障害、性依存の治療を行っている病院等の情報 (静岡県)

5 緊急支援 こころの緊急支援活動についての対象や活動内容の現状を御教示ください (静岡県)

6 審査会 「審査会の運営に関して必要な事項は、審査会が定める(精神保健福祉法施行令第2条)」に基づいて定めた具体的な内容や合議の手順・方法及び要領や手引き等への反映等について (静岡県)

7 人員体制 心の健康相談に対応する人員体制の状況について (岐阜県)

4. 次回開催県挨拶 富山県心の健康センター所長 麻生 光男

【ブロック会議等】

2022(令和4)年度近畿ブロック精神保健福祉センター長会

(同時開催：災害時等対応連絡会議)

日時：2022(令和4)年9月2日(金) 13:30～16:45

場所：兵庫県精神保健福祉センター (Web 開催)

参加者：滋賀県、京都府、京都市、大阪府、大阪市、堺市、神戸市、奈良県、和歌山県、
兵庫県 (計：18人)

1 開会

2 照会事項(一般)・意見交換

- ・精神保健福祉センターの組織体制について
- ・電話相談における調査集計項目及び集計方法について
- ・依存症家族教室運営上の留意事項について
- ・普及啓発等におけるメンタルヘルスファーストエイド(MHFA)の考え方を活用した具体的な取り組みについて
- ・自立支援医療(精神通院)事務における近畿ブロックのローカルルール作成の是非について

(※協議事項はなし)

3 災害時等対応連絡会議(同時開催)

① 講演「災害時における支援者支援」

講師：兵庫県こころのケアセンター 上席研究主幹 大澤智子氏

② 照会事項(災害対応)・意見交換

- ・近畿府県でのDPAT研修会開催の進捗状況について

(※協議事項はなし)

アドバイザー：兵庫県こころのケアセンター センター長 加藤 寛氏

4 閉会

- ・次回開催地(和歌山県)から挨拶

2022(令和4)年度北陸ブロック精神保健センター連絡協議会

開催日時：2023(令和5)年3月8日(水) 13時00分～

開催方法：Web会議システムMicrosoftTeamsを用いたオンライン会議

事務局：福井県総合福祉相談所

出席：富山県、石川県、福井県(計14名)

内容：

1 開会

- (1) あいさつ 福井県総合福祉相談所所長 岸野 徹
- (2) 出席者自己紹介

2 情報交換

- (1) 精神障害者手帳の交付事務における年金照会について、マイナンバーを活用した情報連携システムを通じたメール調査を行っているかどうか (石川県)
- (2) 精神障害者手帳の判定会議において、勤務状況を勘案しているか (石川県)
- (3) 電話相談における頻回通話者(対応に苦慮している人)への対応をどうしているか (石川県)
- (4) 相談事例の低年齢化における対応について (富山県)
- (5) 電話相談・来所相談記録管理について (富山県)
- (6) 依存症相談の体制について (福井県)
- (7) 災害が起きた際の精神保健福祉センター内のマニュアル作成について (福井県)

3 次回開催県挨拶 石川県こころの健康センター所長 角田 雅彦

4 閉会

【ブロック会議等】

2022(令和4)年度中国・四国ブロック精神保健福祉センター長会及び同主管課担当者合同会議

開催日時 2022(令和4)年9月
開催方法 書面開催(講演のみオンデマンド配信)
事務局 愛媛県心と体の健康センター
参加者 鳥取県、島根県、岡山県、岡山市、広島県、広島市、
山口県、徳島県、香川県、高知県、愛媛県

1 開会挨拶 愛媛県心と体の健康センター 所長 三木優子

2 議題

- (1) 代表電話と各種相談電話の取り扱いについて (岡山県)
- (2) 頻回架電者への対応、電話相談利用規約等について (岡山県)(香川県)(愛媛県)
- (3) 相談者と相談対象者の居住地が違う場合の対応について (岡山県)
- (4) 一般精神保健福祉相談におけるオンライン相談の導入について (愛媛県)
- (5) 精神保健福祉相談員認定講習の受講割合及び今後の開催予定について (広島県)
- (6) 研修会のオンラインやオンデマンド開催について (香川県)
- (7) 各県市の精神保健福祉センターで特に力を入れている取組について (愛媛県)
- (8) 妊産婦メンタルヘルス対策・支援への取組状況について (高知県)
- (9) コロナ禍における自殺予防の普及啓発について (鳥取県)
- (10) SNS相談の実施状況について (香川県・愛媛県)
- (11) 自殺統計の分析について (愛媛県)
- (12) 未遂者支援事業について (鳥取県)
- (13) ひきこもり地域支援センター及び精神保健福祉センターの協力体制等 (愛媛県)
- (14) ひきこもりサポート事業の実施状況及び精神保健福祉センターの支援等について (愛媛県)
- (15) ギャンブル等依存症に関する対策連携会議の開催状況について (愛媛県)
- (16) 計画の策定・改定について (山口県)
- (17) 口頭による退院請求の受理状況について (愛媛県)
- (18) 任意入院者からの退院請求時における対応について (愛媛県)
- (19) 家族からの退院請求に対する意見聴取について (愛媛県)
- (20) 退院請求に係る精神医療審査会委員の面接による意見聴取回数及び方法等について (愛媛県)
- (21) 医療保護入院届及び措置・医療保護入院者の定期病状報告書に係る報告書料について (徳島県)
- (22) 精神科病院の実地指導における院内巡視について (徳島県)
- (23) 精神科救急における患者の搬送について (愛媛県)
- (24) 受診援助での搬送方法 (愛媛県)
- (25) 精神保健福祉法第22条に基づく申請の取り扱いについて (愛媛県)

3 講演「精神科病院における新型コロナウイルス感染症を経験して+その後」

講師 愛媛大学大学院医学系研究科精神神経科学 教授 上野 修一

【ブロック会議等】

2022(令和4)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

センター長会（開催日：2023(令和5)年2月17日 開催方法：web開催 開催県：沖縄県）

研究協議会：書面開催

以下協議事項と提案県

令和4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 議題一覧		
所長会協議事項		
No	協議事項	提案県
1	九州ブロック精神保健福祉センター所長会議等の開催について	宮崎県
情報交換事項		
No	協議事項	提案県
1	精神障害者保健福祉手帳の更新申請等の判定結果により等級が変わる場合の対応について	大分県
2	認知症の精神障害者保健福祉手帳の等級判定について	北九州市
3	診断書添付による精神障害者保健福祉手帳の判定内容にかかる問合せ対応	大分県
4	自立支援医療費（精神通院医療）と精神障害者保健福祉手帳の同時申請について	大分県
5	精神保健福祉手帳及び自立支援医療（精神通院医療）の申請証明について	宮崎県
6	精神科入院患者からの自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請について	福岡県
7	精神医療審査会の開催方法及び退院請求の迅速な審査について	宮崎県
8	医療保護入院の同意者が後見人、保佐人等で家庭裁判所より選任された者の場合の確認について	北九州市
9	オンライン資格確認の導入について	宮崎県
10	ひきこもり相談における対応・市町村の後方支援について	宮崎県
11	ひきこもり対策に係る市町村支援について	福岡県
12	支援者対象のひきこもり支援に関する研修の実施について	熊本県
13	自助グループ（家族の会）の立ち上げに関する支援の在り方について	佐賀県
14	新型コロナ禍における精神保健福祉に係る対象者への個別支援の充実について （①新任期～中堅期の人材育成、②ひきこもり支援等の関係機関との連携促進方策）	大分県
15	自死遺族のつどいに係る周知、参加案内等の方法について	大分県
16	「働く世代」を対象とした自殺対策事業の進め方について	佐賀県
17	小・中・高校生の相談状況について	熊本市
18	当事者向け依存症回復プログラムについて	佐賀県
19	災害派遣精神科医療チーム（DPAT）体制確保に向けた取り組みについて	長崎県
20	精神保健福祉連合会（精神障害者家族会）の育成支援について	佐賀県

【ブロック会議等】

2022（令和4）年度 第1回 全国精神保健福祉センター長会 大都市部会

日時：2022（令和4）年7月1日（金）10:00～11:30
オンライン開催

出席者：札幌市、仙台市、さいたま市、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、広島市、北九州市、福岡市、熊本市

事務局：千葉市

- 1 開会 千葉市こころの健康センター所長 稲生 英俊
- 2 挨拶 全国精神保健福祉センター長会会長
滋賀県立精神保健福祉センター所長 辻本 哲士
- 3 協議事項 ※【】内は提案市
 - (1) 大都市部会の運営について【千葉市】
 - ・大都市部会の運営について、今後の開催頻度（年2回あるいは年1回）及び方式（対面あるいはオンライン）等について、協議を行った。
 - ・現行どおり（年2回・原則対面）とする、との結論を得た。
- 4 照会事項 ※【】内は提案市
 - (1) 区役所における精神保健福祉業務担当職員の配置について【新潟市】
 - (2) 精神医療審査会における精神障害者の保健又は福祉に関し学識経験を有する者（以下、「保健福祉委員」）の選定状況について【新潟市】
 - (3) LINEを活用した相談の実施状況について【大阪市】
 - (4) 自立支援医療（精神通院医療）の診断書の疑義照会について【堺市】
 - (5) 精神障害者保健福祉手帳または自立支援医療（精神通院医療）の認定業務について【北九州市】
 - (6) 精神医療審査会や退院請求意見聴取への司法修習生等の同席について【福岡市】
 - (7) 常勤医師の確保及び病院等での診療等の従事について【熊本市】
 - (8) ひきこもり支援センターの運営について【熊本市】
 - (9) 組織と職員の体制について【熊本市】
- 5 その他
- 6 次回開催都市挨拶 横浜市こころの健康センター長 白川 教人

【ブロック会議等】

2022(令和4)年度 第2回 全国精神保健福祉センター長会 大都市部会

開催日 2023(令和5)年3月2日(木)

会場 横浜市こころの健康相談センター WEB開催

1 開会 横浜市こころの健康相談センター センター長 白川 教人

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

3 協議事項 + 各都市挨拶

(1) 退院請求等の意見聴取について【神戸市】

4 照会事項

(1) 精神障害者保健福祉手帳の判定について【神戸市】

(2) 小・中・高校生の相談状況について【熊本市】

(3) 過去の相談歴の検索方法について【川崎市】

(4) 障害者更生相談所との統合予定について【川崎市】

5 その他

6 次回開催都市挨拶 川崎市総合リハビリテーション推進センター所長 竹島正

第Ⅲ部
委員会活動

【委員会活動】

委員会の名称：手帳・自立支援医療検討委員会	
目的：精神障害者保健福祉手帳の障害等級判定、自立支援医療（精神通院）の支給認定等、手帳制度や通院医療費の公費負担制度に関して、自治体間の情報交換を行い、判定基準の整理・共通化やこれらの制度に伴う支援の充実を目指す。	
代表者：波床将材（京都市）	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 21 人、オブザーバー 1 人	
所管事項：（厚生労働科学研究、AMED、地域保健総合推進事業、国設置検討会等）精神障害者保健福祉手帳の判定マニュアルの作成及び実態把握に関する研究（2012(平成 24)～2014(平成 26)年度厚生労働科学研究）	
活動状況： 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、高次脳機能障害の手帳判定、発達障害の初診日の扱い、手帳審査請求について、手帳判定における治療継続の判断、年金による手帳申請、飲酒中の手帳申請、睡眠中の発作の扱い、手帳の年齢の下限、自立支援医療における複数医療機関指定の扱い、てんかんの自立支援医療、認知症の自立支援医療の範囲、重度かつ継続を判定する医師の資格確認等 新型コロナウイルス感染症の蔓延の影響で、ミニシンポジウムをしばらく開催できなかったが、2022 年度は 2023(令和 5)年 3 月 18 日に「事務処理」に関する研究会をハイブリッド形式で開催（20 自治体参加）	

【委員会活動】

委員会の名称：依存症対策委員会	
目的：広く依存症に係る課題・提言を考える委員会として活動している。精神保健福祉センターの調査研究・全国研修を実施し依存症相談の実態や相談支援技術のスキルアップ、均てん化を図っている。	
代表者：白川教人（横浜市）	運営に関与する役員（会長、副会長、常任理事、理事） 太田順一郎（岡山市）、小原圭司（島根県）、藤城聡（愛知県）
構成：委員会委員 20 人、オブザーバー1 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. 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. 2022(令和4)全国依存症拠点調査研究事業；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、 5. 全国精神保健福祉センター長会研究事業費にて SAT-G 研修を実施、 6. その他外部機関との協働	
活動状況： 1～3. 委員として参画。 4. 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、テキストを作成配布し研修実施。「2022(令和4)年度 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」報告書を作成、さらには「薬物を使用した人に対する医療従事者の意識・態度の調査」調査報告書を作成した。 5. SAT-G 研修をウェブにて1回実施し、全国のセンターに SAT-G を普及。併せて SAT-G 研修実施状況および SAT-G 利用状況を調査し報告した。また、2022(令和2)年に研究協力したギャンブル等依存症調査の精神保健福祉センターに係る部分の調査結果の発表を第 118 回日本精神神経学会総会のシンポジウムで行っている。	

【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（青森県）	運営に関する役員（会長、副会長、常任理事、理事）
構成：委員会委員 16 人、オブザーバー 1 人	
所管事項：（厚生労働科学研究、AMED, 地域保健総合推進事業、国設置検討会等） 厚生労働科学研究、地域保健総合推進事業	
活動状況： 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。2022 年 6 月には、第 118 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 7 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 119 回日本精神神経学会学術総会において、シンポジウムを 2023 年 6 月 24 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。	

【委員会活動】

委員会の名称：災害時等こころのケア推進委員会	
目的：自然災害や事件・事故等の集団災害における精神保健医療福祉対策、いわゆる、こころのケア対策について調査・検討を行うとともに、関係機関・団体と連携・協議することで、こころのケア対策の充実を図る。	
代表者：福島 昇（新潟市）	代表者以外で運営に関与する役員（会長、副会長、常任理事、理事） 原田（副会長）、白川（常任理事）、林（常任理事）、野口（常任理事）、宮川（常任理事）、佐藤（理事）、藤城（理事）
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. 2022(令和4)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：（前総会以後の活動の概要<主に令和4(2022)年度の活動>） 1. 2022(令和4)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、災害支援を経験した精神保健福祉センターを中心として聞き取り調査を実施しました。 2. DPAT 運営協議会に辻本会長が出席した。 3. 第118回日本精神神経学会学術総会での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」において、藤城委員が「新型コロナウイルス感染症罹患後症状に対する精神保健福祉センターの取り組み」の発表を行った。	

【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（岡山県）	関与役員（副会長、常任理事、理事） 熊谷（副会長）、林（常任理事）
構成：委員会委員 29 人、オブザーバー 17 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： ● 運営要領改訂案の相談支援、組織、普及啓発等の個所について委員会の検討チームにて検討を行い、常任理事会に提出した。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、ひきこもり者支援は重要な課題である。また、8050 問題など、地域包括支援センターや市町村等への連携、支援も求められ、精神保健福祉センターとして、どのような対策、支援が必要であるかを検討していく。	
代表者：原田豊（鳥取県）	代表者以外で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：委員会委員 23 人、オブザーバー 4 人	
所管事項：（厚生労働科学研究、AMED, 地域保健総合推進事業、国設置検討会等） 地域保健総合推進事業	
活動状況：（前総会以後の活動の概要<主に令和 4(2022)年度の活動>） 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。2022(令和 4)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（青森県）、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ひきこもり支援研修会）1 回（岡山市、ハイブリッド形式）、地域包括によるひきこもり相談支援リモート研修会 2 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。これに加えて、全国の地域包括支援センター等を対象に地域包括によるひきこもり相談支援リモート研修会の講義 2 本の録画配信を行い、視聴回数は合わせて 1,000 回を超えている。 また、ひきこもり地域支援センターが、各自治体に設置されており、精神保健福祉センターに併設されているところと、NPO などに委託をしているところと、状況が異なるが、山崎所長（高知県）、太田所長（岡山市）が中心となって、全国ひきこもり地域支援センター連絡協議会が運営されており、2021(令和 3)年度より、地域保健総合推進事業と合同で研修会等を開催し、2023(令和 5)年度も合同開催の予定（高知県）である。	

【委員会活動】

委員会の名称：指定医・専門医制度委員会	
目的：この委員会では精神保健指定医について厚生労働省が定める研修の内容や審査のあり方について検討を行い、次の法改正に向けて精神障害者の地域生活に積極的に関わる「精神保健福祉指定医」を提言していく。また、精神神経学会専門医の育成についても、研修プログラムの内容や専攻医の受け入れについて情報交換を行い、精神障害者の地域生活に積極的に関わる次世代の専門医育成を目指す。	
代表者：二宮貴至（浜松市）	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、常任理事）
構成：委員会委員 14 人	
所管事項：（厚生労働科学研究、AMED, 地域保健総合推進事業、国設置検討会等） 精神保健指定医研修については 2017(平成 29)年度及び 2018(平成 30)年度に開催された、厚生労働科学研究「新しい精神保健指定医研修・審査のあり方に関する研究」によって作成されたシラバスに基づき内容を定められている。	
活動状況： 【指定医について】 2022(令和 4)年度の精神保健指定医研修会は新規講習 3 回と更新講習 12 回を本委員会メンバーが講師を務めた。2023(令和 5)年度については、新規講習 3 回と更新講習 9 回を本委員会メンバーが講師を務める。また、Zoom ミーティングで研修内容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。 【精神科専門医について】 沖縄県立総合精神保健福祉センターで 2020(令和 2)年 12 月に始めて精神科専攻医（後期研修医）1 名を受け入れて以降、メーリングリストで専攻医研修の進捗を報告し、情報共有している。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医の育成について検討している。	

【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	
<p>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核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。</p>	
<p>代表者：辻本哲士（滋賀県）</p>	<p>代表者以外で運営に関与する役員（会長、副会長、常任理事、理事）（〈役職名〉）</p>
<p>構成：委員会委員 6 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） 精神保健福祉センター運営要領改訂に関連する情報収集</p>	
<p>活動状況： 精神保健福祉センターは都道府県（指定都市）の精神保健福祉に関する技術的中核機関として、知識の普及、精神保健福祉に関する調査研究、複雑困難な相談指導、精神医療審査会の事務局の役割等を担うこととされている（精神保健福祉法第6条）。このうち調査研究については、精神保健福祉に関する企画立案、人材育成、組織育成等とも密接に関係することから、今後さらに重要性が高まると考えられる。精神保健福祉センターにおける調査研究等の体制及び取組を把握すること、精神保健福祉センター業務運営要領改訂の検討の基礎資料とすることを目的として、すべての精神保健福祉センターを対象に、精神保健福祉センターの調査研究等の体制及び取組に関する調査を行った。本調査の結果、精神保健福祉センターの調査研究体制は脆弱であると考えられた。調査研究の隘路になっている問題をみると、内部体制（人材、時間確保、機器・スペース、文献検索）は困難が一層大きかった。それにもかかわらず、コロナ下のメンタルヘルス、依存症、ひきこもり等の政策課題に取り組み、精神保健福祉の現状把握を行っていた。調査結果をもとに、精神保健福祉センター運営要領改訂の提案を行った。</p>	

第 IV 部
調 査 研 究

【調査研究】

2022(令和4)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市区町村と連携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 (滋賀県精神保健福祉センター)
統括者 原田 豊 (鳥取県精神保健福祉センター)

I. 目的、対象と方法

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福祉相談が増加し、かつ多様化、複雑困難化している。このため、2017(平成29)年度から2021(令和3)年度の5年間に計8回、「A.ひきこもり相談支援実践研修会」を開催した。また、8050問題をはじめとした中高年のひきこもり者の増加が重要な課題となっており、2020(令和2)、2021(令和3)年度に、地域包括支援センターや高齢者支援施設等のスタッフを含めた「B.地域包括ケアシステムによるひきこもり支援研修会」を開催した。これに加え、2021(令和3)年度は、「ひきこもり地域支援センター全国連絡協議会」と連携して「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)」、全国の15自治体の市町村、地域包括支援センターを対象に、「D.地域包括におけるひきこもり相談支援リモート研修会」を企画した。2021(令和3)年度の研修は、いずれも好評であり、2022(令和4)年度は昨年度に引き続き研修会を開催した。

II. 研修会の開催

A. ひきこもり相談支援実践研修会

第1回(基礎編)を2022(令和4)年9月30日、第2回(応用編)を同年10月28日に、リモート形式にて開催した。全国から131人の参加を得た。参加機関は、保健所が73人と半数以上を占め、職種は、医師12人、看護師・保健師70人等であった。

【開催内容】

第1回(基礎編)

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」

第2回(応用編)

講義D「30歳危機～ひきこもり予備軍への関わり～」

講義E ひきこもり支援活動(ひきこもり地域支援センター活動を含む)紹介

「浜松市のひきこもり支援について／浜松市精神保健福祉センター」

「高知県ひきこもり地域支援センター支援の取り組み」

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

2022(令和4)年11月29日、青森県精神保健福祉センターの協力を得て、青森県観光物産館アスパム(青森市)にて集合形式にて開催。参加者は、市町村役場、地域包括支援センター、社会福祉協議会等から43人。

【開催内容】

講義「ひきこもりの基礎と回復過程」「ひきこもりの長期化と8050問題」
講義「相談の受け方」、事例検討、事例を用いたグループワーク／質疑応答

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）

2022(令和4)年11月1日、ANAクラウンプラザホテル岡山（岡山市）にて、ハイブリッド形式で開催した。参加者131人（会場31人、リモート100人）。

【開催内容】

行政説明「ひきこもり支援施策の動向」（厚生労働省社会・援護局地域福祉課）

講義「家族相談を中心としたひきこもり支援～様々な事例を通して～」

シンポジウム「ひきこもり支援における家族相談」報告

横浜市こども青少年局青少年相談センター

高知県ひきこもり地域支援センター

D. 地域包括におけるひきこもり相談支援リモート研修会

第1回：2022(令和4)年11月7日、第2回：同年12月5日、リモート形式にて開催した。参加者計497人。参加機関は、市区町村161人、地域包括支援センター直営83人、同委託198人等、職種は、看護師26人、保健師177人、社会福祉士144人等であった。

【開催内容】

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」。

Ⅲ. 考察、結論、今後の方向性

これまでの保健所や精神保健福祉センター等への相談に加え、市区町村、社会福祉協議会、地域包括支援センター等においても8050問題をはじめとしたひきこもり相談が増加してきている。厚生労働省は、2022(令和4)年度より、より住民に身近なところで相談ができるように、「ひきこもり地域支援センター」の設置主体を市町村に拡充するとともに、「ひきこもり支援ステーション事業」を実施し、都道府県が市町村をバックアップ、連携し、市町村のひきこもり支援体制の整備をしていくこととしている。一方で、相談・支援内容は複雑化し市区町村のみで対応をすることは難しく、特に、保健医療に関する理解や対応に関する研修の場が少なく、今後、より一層の市区町村や地域包括支援センター等への支援、各関係機関との連携、支援体制の充実が必要とされる。引き続き、対象に応じた、ひきこもりの理解、本人や家族の相談技術、家族支援の在り方、発達障害や精神疾患等の保健医療に関する課題、連携の在り方等をテーマに、多機関多職種を交えた研修会の開催を行う必要がある。

【調査研究】

2022(令和 4)年度 地域医療研究事業「コロナ禍でのバーチャル・リアリティ(VR)・メソッドによる地域精神保健医療のシミュレーション手法のパイロット研究」

主任研究者:岩手医科大学医学部神経精神科学講座 主任教授 大塚耕太郎

受託機関:岩手医科大学医学部神経精神科学講座

【研究の概要】

VRに関する実際の運用や精神保健医療領域での活用に関する検討を専門家で行った。そのうえで、事業の実施にあたり、コロナ禍での感染対策を取り入れたこころの健康づくり事業の方法論を構築した。また、双方向性のメンタルヘルスに関する教育アプローチの方法論として以下の1-3について開発した。

1. ストレスチェッカー(アイリラックス)によるストレス反応のセルフチェック
参加者はストレスチェッカーによる反応度を確認する。
2. クリッカーシステムを活用した心理教育的アプローチ
双方向性のメンタルヘルスに関する健康教育として、クリッカーシステムを活用して、教育達成課題と関連する質問と回答を設定した体験型教育プログラムを実施する。合わせて、パネルやリーフレットなども、参加者の理解を促す補助教材として用いる。
3. それぞれの生活状況に合わせたコロナ禍のストレスコーピングの教育
1) リラクゼーション、2) こころの健康に関する望ましい健康習慣、3) リスクを抱えた場合の相談など主要なストレスコーピングを取り上げ体験型で教育を行う。また、教育アプローチの主要評価項目としてはメンタルヘルスに関する知識や意識の変化をもって、プログラムの有用性の検証を行った。

【結果】

参加者は、矢巾町自殺対策事業働き盛り世代対象こころの健康教室、岩手医科大学災害看護研修受講者、消防職員警防科消防職員幹部教育初・中級幹部科、お金とこころの安心支援ネットワーク、遠野市傾聴ボランティア養成講座の計378名である。また、アイリラックスによるストレスチェッカーの利用は、台数に限りがあり、10名以内で行われる研修会での利用なり、7名であった。

参加者は個別に前後に教育効果に関する質問票とクリッカーシステムでの回答により、メンタルヘルスに関する知識や意識、プログラムの受容度を評価し、教育効果を判定した。参加者は当初60名を目標としたが、市町村や関係機関と連携し、本事業の取り組みは全17回、378名となった。各事業において、コロナ禍での感染対策を取り入れた事業を実施した。そのうえで、クリッカーシステムを活用した、健康づくりの効果検証は以下の通りであった。

「ゲートキーパーについて知っていますか?」では、69.2%が知っていると回答し、「地域の取り組みで自殺は減らせると思いますか?」では、68.0%がそう思うと回答、「コロナ関連の相談が増えていますか?」では62.2%が増えていると回答し、「ストレス反応について知っていますか?」では67.9%が知っていると回答し、「職場においてメンタルヘルス対策は重要だと思いますか?」では97.7%が重要だと思うと回答した。また、クリッカーによる質問形式の研修会については、87.7%が役立ったという結果だった。

コロナ禍での健康づくり事業が求められる中、事業体制と具体的教育アプローチの方法論を開発し、効果検証を行った。また、コロナ禍での感染対策を並行して取り入れる方法論について専門誌で発表した。

【研究成果】

(論文1件、学会発表等0件)

1. 大塚 耕太郎(岩手医科大学 医学部神経精神科学講座), 赤平 美津子, 松下 祐, 土方 真吾, 山岡 春花, 柿坂 佳菜恵, 小泉 文人, 三田 俊成, 三條 克巳, 八木 淳子, 酒井 明夫. 自殺予防と危機介入 (1883-6046)41 巻2号 Page7-11

医療機関等との連携の状況

岩手県の保健医療機関である岩手医科大学、岩手県こころのケアセンターや、協力可能な市町村の健康づくり事業、消防学校の講義、ボランティア活動と連携して事業を実施した。地域のメンタルヘルス関連ボランティアによって構成される地域の支援団体とも連携した。

【研究期間】

2022年4月1日から2023年3月31日

【調査研究】

2022(令和4)年度 依存症対策全国拠点 依存症に関する調査研究事業
「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」

(事業担当者 白川教人)

研究協力者：島田達洋，川口貴子，小原圭司，藤城聡，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），大森史子（横浜市健康福祉局生活支援課），小西潤（横浜市こころの健康相談センター），松本俊彦（国立精神・神経医療研究センター），稲田健（北里大学医学部精神科学），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（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）、医療機関における薬物使用に対するスティグマ実態把握（研究③）。

【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。研修実施者は精神科医1名・ダルクで支援に従事する当事者2名・生活保護の実務を担当しているケースワーカー1名の計4名の担当者によって実施された。研修前後の自記式アンケートと研修直後の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についての回答を得た。集計し、経年モニタリングを実施した。

<研究③>2021(令和3)年度に開発された薬物使用者に対するスティグマ尺度を用いて、全国5か所の依存症専門医療機関に対して意識調査を実施した。

【結果】<研究①>2022(令和4)年9月2日および11月11日にウェブ形式の研修を実施した。41の都道府県政令市から合計251名が研修に参加した。事前事後のアンケート結果に関する統計学的解析より、参加者の支援態度およびスティグマについて有意な改善を認めた。参加者の自由記述からも「知識を得られたことや当事者・生活保護担当ケースワーカーの体験談を聞いたことが有意義であった」というコメントがあった。

<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これまで増加傾向にあった。2020(令和2)年の168.5件が、2021(令和3)年度は126.9件に減少した。薬物依存症を対象にした回復プログラムは46センターであり、前年度よりも1増加していた。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51センターであり、前年度よりも3増加していた。新型コロナウイ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、9月1日時点で個別相談は全センターで実施されていたが、本人プログラムや家族教室は依然として中止していたセンターがあった。また、感染症の拡大によって相談者の依存症が悪化や、機関連携でも民間機関の動向把握が難しくなったとの回答もあった。外部機関との連携では、昨年同様ダルクなどと連携機会が多かった。

<研究③>3 都県の 5 依存症専門医療機関に所属する 218 名の回答データより自身ないし近親者の薬物使用の事で相談した経験がある事と、回復した支援者と協働して支援を行った経験がスティグマの軽減要因であることが示された。また、2021(令和 3)年度に実施した調査データとの比較より、医療従事者は自治体の支援者と比較して薬物依存症に対して高いレベルでのスティグマを有していることが分かった。

【考察と結論】全国から多くの生活保護担当ケースワーカーが本研修に参加し、全国における薬物依存症に対する地域支援の均てん化が進展した。また、相談件数調査より薬物依存症の支援状況と新型コロナウイルス感染症の影響の把握が進んだ。スティグマ調査より、精神科医療機関における薬物依存症に対するスティグマへの対処の必要性が示された。今後も支援状況のモニタリングと課題抽出、エビデンスに基づく啓発活動や教育機会の提供などを継続して、薬物依存症からの回復を効果的に支援していくことが重要となる。

【調査研究】

2022(令和4)年度厚生労働省依存症調査研究事業

「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」

研究代表者：松本俊彦(国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 薬物依存研究部)

研究責任者：松本俊彦

研究に参加した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、福岡市精神保健福祉センター、神奈川県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、東京都立精神保健福祉センター、栃木県精神保健福祉センター、広島県立総合精神保健福祉センター、三重県こころの健康センター、相模原市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、横浜市こころの健康相談センター、福岡県精神保健福祉センター、鹿児島県精神保健福祉センター、堺市こころの健康センター、大阪府こころの健康総合センター、滋賀県立精神保健福祉センター、愛知県精神保健福祉センター、北海道立精神保健福祉センター、島根県立心と体の相談センター、群馬県こころの健康センター、岡山市こころの健康センター、高知県立精神保健福祉センター

【目的】2016(平成28)年6月からの「刑の一部執行猶予制度」の施行により、薬物事犯保護観察対象者を保護観察所と地域支援機関とが連携して支援する必要性が高まっている。本研究の目的は、薬物事犯保護観察対象者の転帰および転帰に影響する要因を明らかにすること、保護観察から地域の任意の社会資源への連携を促進するシステムを構築することである。

【方法】保護観察所と精神保健福祉センターなどの地域支援機関との橋渡しをし、保護観察の対象となった薬物事犯者の長期転帰を調査する、「Voice Bridges Project (VBP) : 「声」の架け橋プロジェクト」を2017(平成29)年3月より実施している。これは、保護観察所で対象者をリクルートし、管轄の精神保健福祉センターで研究参加の同意を得、対面又は電話による追跡を3年間実施するコホート研究で実施されている。初回調査で、基本属性や薬物依存重症度などを調査し、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・悩みごとや相談相手などを調査した。

【結果】2017(平成29)年3月から2022(令和4)年12月末までに、23の精神保健福祉センターから計753名の保護観察対象者が調査に参加した。1年後追跡完了者は319名、2年後の追跡完了者は182名、3年後の追跡完了者は98名だった。初回調査時での対象者の平均年齢は46.2歳で、男性が75.2%、週4日以上働く者が39.2%であり、保護観察の種類では、仮釈放の者が62.0%と最多であった。主たる使用薬物としては覚醒剤が94.0%、逮捕時DAST-20得点の平均値は10.9と中程度で、90.1%が中等症以上の薬物問題の重症度を示し、治療プログラムを受けている者が74.5%(多くは保護観察所)であった。

追跡中の各調査期間における違法薬物再使用率は、3か月後では2.6%、9か月～1年では5.3%、1年6か月～2年では1.6%、2年6か月～3年では6.1%であった。治療プログラム参加率は1年後には43.6%に減少し、2年後36.8%、3年後22.4%と年々低下した。1年以内に再使用した者の特徴としては、初回調査時点で社会保障制度の利用者が多く、なかでも身体障害者手帳所持者が多いことが確認された。3年以内に使用した者の特徴としては、初回調査時点で未婚の割合が多い傾向がみられた。

【結論】薬物依存症地域支援の連携構築に向けて、「Voice Bridges Project」はさらなる広がりを見せており、また少しずつ追跡終了者も増えている。6年間の研究を通じて、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と考えられる。

【調査研究】

2022(令和4)年度 厚生労働科学研究「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」

研究代表者：藤井千代

分担研究者：野口正行（岡山県精神保健福祉センター）

2022(令和4)年度は、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」(以下、「にも包括」)構築において、市町村が第一次窓口となるという方向性を受けて、それにかかわる課題の整理と調査を行った。具体的には、①保健師へのヒアリング、②精神科病院の精神科医師へのヒアリング調査の実施、③都道府県による市町村への縦断的支援体制のあり方についての検討、④厚労省主催の市町村セミナーへの協力、⑤厚労省主催の「第1回市町村における精神保健に係る相談支援体制整備の推進に関する検討チーム」の資料作成、⑥精神保健業務に関する市町村調査などを実施した。

以下に上記について順番に説明する。

- ① 前年度作成した『「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」構築のための手引』を用いて、2022(令和4)年8月2日に保健師の研究協力者に対して、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの周知状況や手引きに関する評価などについてヒアリングを行った。特に保健師としては、協議の場の運営を手引きなどで詳しく知りたいという要望が出された。
- ② 精神科病院の研究協力者に対して、2022(令和4)年9月20日、精神科病院と自治体との連携体制についてのヒアリングを行った。精神科病院と市町村の協力関係は地域によりかなり差があることが窺われた。今後、精神科病院と市町村との連携体制ができている好事例地域の調査が必要と考えられた。
- ③ 精神保健福祉法において、市町村を中心とした精神保健相談支援体制の構築およびそれを支援する都道府県による重層的支援体制が含まれることを踏まえて、市町村に対する都道府県の縦断的支援体制の検討を通年に行った。これは、市町村が中心＝都道府県の関与は不要という短絡的な解釈を防ぐためである。「にも包括」構築にあたっては、精神科医療との関係が深い保健所や精神保健福祉センターによる支援を、市町村と一体的に整備することが重要であることを指摘した。また都道府県の役割としては、精神保健相談を行える人材育成の支援、精神科医療機関との連携調整など体制構築の支援、専門的対応を要する事例への個別支援の協力、協議の場の開催への協力などの広域での体制づくりなどが整理された。
- ④ 2023(令和5)年1月20日、厚生労働省による「第163回市町村職員を対象とするセミナー」に協力し、「にも包括」に対する市町村の理解促進に努めた。ここでは、福祉部門と保健部門がしっかりと連携を行いながら、庁内の横断的連携体制を構築していくことが重要であることを説明した。
- ⑤ 以上の議論を踏まえつつ、市町村の相談支援体制の構築を図るために、2023(令和5)年2月8日に厚生労働省主催の「第1回市町村における精神保健に係る相談支援体制整備の推進に関する検討チーム」の構成員を研究班からも派遣した。この検討チームにおいて、市町村における相談支援体制整備の課題に関する資料を作成提示した。論点としては、保健と福祉の連携のあり方について、市町村の実態をある程度ふまえながら、保健部門中心から福祉部門中心を両極とした体制の連携のあり方についてモデルを提示した。
- ⑥ 上記⑤の市町村の実態把握と資料作成のために、2023(令和5)年2月から3月にかけて精神保健業務に関する市町村調査を行った。令和5年度はこれらの成果を踏まえ、市町村調査結果を踏まえた精神保健福祉相談員養成講習会の検討、個別支援から協議の場の運営まで含めた手引きの改訂、研修コンテンツの開発などを行う予定である。

【調査研究】

2022(令和4)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

【研究目的】

2021（令和3）年度災害時精神保健医療活動調査の結果を踏まえ、「自治体の災害時精神保健福祉活動マニュアル」等について災害支援を経験した精神保健福祉センターを中心として聞き取り調査を実施し、自治体からみた活動開始・終了基準、災害時精神保健医療福祉支援に関し量的・質的な検討を進めた。

【研究方法】

過去に災害支援を経験した災害時等こころのケア推進委員会の委員、オブザーバーに、2021（令和3）年度に行った災害時精神保健医療活動調査をもとに聞き取り項目を選定し、オンラインによるインタビュー調査を実施し調査内容を分析した。

【研究結果】

2023（令和5）年1月4日から16日にかけて、被災経験のある精神保健福祉センター所長6人にインタビュー調査（1人約1時間）を行った。マニュアル、DPAT 活動開始・終了基準案については「よい～ややよい」の評価が多かった。課題等については以下の通り。

1. DPAT 活動開始について

- ・ 地震等の大規模災害と降雨等の局地災害の違い
- ・ 平時からの連携、意思疎通、準備の重要性。災害に際して行政・組織を動かす根拠（通知やマニュアル）を準備しておくこと。シミュレーションの必要性
- ・ 行政事務職員等の知識・技量・体制の維持
- ・ 被災地のニーズ把握や派遣のタイミング、必要な支援チーム数等の判断が難しいこと

2. DPAT 活動終了について

- ・ 目安がないと活動を終わりにくい。終了基準案を参考に、各自治体でどのように現実化するかが大切
- ・ 終了の決定は災害救助法の適用期間、経済的側面等の外部要因等が関わってくる
- ・ 支援側と受援側で終了判断のずれが生じると調整に難航するので、地域の政治的了解・納得が必要
- ・ 市町村が健康調査等を行い、保健所・精神保健福祉センターが把握し、その動向をもとに終了を検討する
- ・ 終了の際は、継続させる支援と終結させていく支援を整理し、平時の支援に落とし込む
- ・ 終了後に「こころのケアセンター」ができる等で安心感があれば、それに合わせて終了できる。しかし、「こころのケアセンター」開設には、組織の在り方、期限、職員集め等の課題があり、「こころのケアセンター」はなくてもよいという視点も必要

3. 先遣隊以外の DPAT 活動について

- ・ 精神科以外の医療が行われている救護所での活動、自宅訪問、診療、短期間の向精神薬

処方・薬剤管理を行う。身体支援のチームとの連携が大切

- ・ 保健所・市町村職員、避難所配置の保健師・現場支援者への助言ー専門医療が必要か、相談レベルで対応できるかなどーを行う。実際の面接なしでの見極めが求められる
- ・ 医療支援者のからの相談に対応する。他の医療救護班等は、不眠等があれば、多くを精神科診療に回してくる
- ・ DPAT と保健師との連携が重要。DHEAT や DWAT とも連携する
- ・ 日中活動時に、訪問宅に住民が、避難所に避難者がいない場合もあり柔軟に対応する
- ・ 被災者・支援者、市町村へのメンタルヘルスに関する健康教育・知識教授。DPAT 研修プログラムの中で健康教育的役割の意識付けが必要
- ・ 支援者支援は既存の組織の中での相談を利用する。支援者支援の相談窓口は大切だが被災時にはあまり利用されない
- ・ 一部職員に負担が集中しないよう自治体トップが組織として休養をとらせる配慮が必要
- ・ 事例の「掘り起こし」は、潜在的に問題を抱えていた人が支援につながるきっかけになるため一概に悪いとは言えない。しかし、本来「掘り起こし」は被災地の支援者が行うべきで、外部支援者による掘り起こしには賛否あり
- ・ この10年で心のケアという言葉は広がった。今一度、あるべき形を定義することが重要
- ・ 地域によって医療体制や精神医療のリソースは異なる。全国的共通の方針を示しながら、地域の特性に合わせて柔軟に変えられる活動マニュアル・資料等が必要

【考察および結論】

DPAT 活動開始・終了案についての評価は「よい～ややよい」が多かった。今後、このマニュアル・基準案を参考に、具体案を各自治体が考えていく必要がある。

1. DPAT 活動開始、2. DPAT 活動終了、3. 先遣隊以外の DPAT の活動、4. その他 どの項目においても、以下の①から⑨が共通していた。

- ①事前の準備、シミュレーション、訓練の重要性
- ②DPAT 活動等、災害支援の普及啓発・意識付けの重要性
- ③情報収集（現場ニーズの拾い上げ）、関係機関内での情報共有、被災地域から情報発信の課題
- ④支援側と受援側、自都道府県と他都道府県の立場の違い等、被災地支援に対する基本的な考え方
- ⑤被災のフェーズの違い、移行を踏まえた支援のつながりの検討
- ⑥支援者支援を含む量的質的な人材サポート、ハード面としての保健医療福祉資源の確保
- ⑦DMAT 等の身体医療支援者との連携の必要性
- ⑧医療と行政との「文化の壁」を打ち壊し、被災者支援として協働していく方向性の共有
- ⑨日頃の都道府県・政令市、市町村、保健所、精神保健福祉センターの関係性や大学、病院、診療所、各団体との人脈・信頼感が重要で、顔の見える連携、意思疎通・意見交換が大切

【調査研究】

厚生労働省 2022(令和 4) 年度 障害者総合福祉推進事業費「療育手帳その他関連諸施策の実態等に関する調査研究」

検討委員会：委員長 大塚晃（上智大学）。委員として辻本哲士所長（滋賀県立精神保健福祉センター）が参加。

厚生事務次官通知に基づいて運用されている療育手帳制度は、各自治体で判定方法や認定基準等にばらつきがあり、運用における統一化の必要性が指摘されてきた。本調査研究事業は、国内の療育手帳の交付状況等と国内外の知的障害児者への支援の実態を把握・整理し、今後の支援の在り方や、療育手帳の運用の統一化に向けての提言等を取りまとめ、今後の施策検討における基礎的な資料を提供することを目的に実施された。

本調査研究事業では、(1) 各地域における療育手帳の判定・交付状況、及び知的障害児者への支援等の実態を把握することを目的としたアンケート調査、(2) 諸外国における知的障害児者に対する支援等に関する文献調査が行われた。

(1) のアンケート調査では、療育手帳の判定・交付状況に関しては、都道府県市が定めている交付対象や判定基準・ツール等の状況、児童相談所・知的障害者更生相談所に対して、使用ツールや判定方法、交付業務の状況、知的境界域の方への判定状況等について調査した。知的障害児者への支援に関しても都道府県・市区町村・相談支援事業所における療育手帳と紐づくサービス等の状況や、療育手帳のニーズ・活用状況等について情報を収集した。あわせて、精神保健福祉センターに対して、精神障害者保健福祉手帳の交付状況等について調査を行った。

(2) の文献調査によってアメリカ合衆国、イギリス、フランス、オランダの 4 か国における知的障害児者への支援状況（知的障害を含む障害の定義、支援等の決定プロセス、障害に関するアセスメント状況）等について整理された。検討委員会として今後の療育手帳制度の在り方について検討された。

結果として、次の 3 点が挙げられた。

①療育手帳の対象として知的障害を主としつつも、その定義と判定方法は各自治体に裁量があった。今後は国際的な基準を踏まえた療育手帳制度の対象についての整理と、当該定義に即した判定ツールの開発・普及が急がれる。

②療育手帳の目的として、自治体独自のサービスを発展させてきた療育手帳は意義深い制度である一方、判定プロセスにおけるアセスメントなどの情報が関係機関まで届いておらず、本人のサービス等利用計画の作成に必ずしも活かされていなかった。療育手帳制度の目的、アセスメントを行う目的を整理し、当該目的に基づく制度運用が求められる。

③療育手帳の判定・運用に係る統一化を求める意見が共通して見られた一方で、統一化による多方面への影響・懸念も見られた。統一化が必要な理由・目的と、議論の範囲を明確にした丁寧な対応が求められる。

今後の検討事項として、①判定ツールを除く判定方法に関する事、②知的障害児者や知的境界域等の方への支援の在り方に関する事、③療育手帳の判定・運用に係る統一化に向けたプロセスに関する事等が残された。

【調査研究】

2022(令和4)年度厚生労働科学研究費補助金

「効果的な集団精神療法の施行と普及および体制構築に資する研究」

分担研究「全国精神保健福祉センターにおける集団プログラム(集団精神療法)の実態と課題に関する全国調査に関する研究」

研究代表者：藤澤大介（慶應義塾大学医学部）

研究分担者：藤澤大介

研究協力者（全国精神保健福祉センター長会関係）：熊谷直樹、辻本哲士

【目的】精神保健福祉センター（以下、センター）における集団精神療法の実施状況、各施設のニーズや課題を明らかにする。

【対象と方法】全国のセンター69施設に、2022年11月～1月に調査票を郵送し、集団プログラム（集団精神療法）の実施状況、ニーズや課題を調査し、回答は匿名、回答をもって研究同意と見なした。

【結果】58か所から回答が得られ（回答率84.1%）、そのうち54か所（93.1%）において集団精神療法を用いたプログラムが実施されていた。プログラムの総数は257で、中央値で見ると1センター当たり4、1セッションの時間は120分であった。利用者負担は無料が約3/4で、診療報酬算定は約20%であった。プログラムの対象は、約半数が当事者であり、約45%が家族のみであった。特定の精神疾患を対象とするものでは、対象者の精神疾患はギャンブル障害等の行動嗜癖、うつ病、アルコール使用障害、その他の物質使用障害が各30%以上で、発達障害と双極性障害が約25%、統合失調症は約20%であった。テーマとなる特定の悩みや問題では、「ひきこもり」が最も多かった（35%）。目的は「知識の向上」が約80%を占め、次いで「自己の振り返り」「ピアサポート」「居場所づくり」であった。頻度の高いアプローチは、心理教育と認知行動療法であった。導入時のアセスメントおよびプログラム中の効果測定はいずれも約70%で実施されていた。センターでの集団精神療法が充足しているとの回答は25%に留まり、課題としては、「人員の不足」、「従事する時間がない」、「スキルをもった職員がいない」などが多く挙げられ、「場所やスペースが足りない」「法令・診療報酬上の問題」も指摘された。なお、集団精神療法実施を見合わせているセンターでは、その理由として「人員の不足」「スキルをもった職員がいない」「場所やスペースが足りない」ことが挙げられていた。

【考察】今回の結果から、センターでは、医療機関では対象になりにくい家族や未受診者も対象としたプログラムが実施されていること、近年の施策動向を背景に、医療機関や保健所等に比べて、依存症相談、自殺対策、ひきこもり相談支援に関連した対象者やテーマが多く取り組まれていることが示された。またセンターなど地域で集団精神療法を普及するうえで、担い手不足、研修やスーパービジョン等の機会が少ないことが明らかになり、研修受講に対する支援体制も課題と考えられた。そのため望まれることとして、活用しやすいプログラムの開発、診療報酬の対象の拡充、診療報酬によらず自治体の事業として行う行政機関でも実施しやすくするための財政措置が考えられた。

第 V 部

令和 4 年度全国精神保健福祉センター長会 第 58 回全国精神保健福祉センター研究協議会

※ 65 ページから 137 ページは、第 58 回全国精神保健福祉センター研究協議会で配布されたプログラム・抄録集から、関連箇所をそのまま掲載しています。 ページ番号は会報第 63 号作成時に付番しました。

令和4年度全国精神保健福祉センター長会
第58回全国精神保健福祉センター研究協議会

プログラム・抄録集

開催日 令和4年10月5日(水)・6日(木)

会場 ベルクラシック甲府(山梨県甲府市丸の内1-1-17)

全国精神保健福祉センター長会

《事務局》一般財団法人 日本公衆衛生協会

第58回全国精神保健福祉センター研究協議会

《事務局》山梨県立精神保健福祉センター

第58回全国精神保健福祉センター研究協議会

プログラム・抄録集 目次

第58回全国精神保健福祉センター研究協議会プログラム	67
特別演題	68
「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	
「山梨ワインの夜明け」	
やまなし観光推進機構理事長／前・山梨県観光部長 仲田 道弘 氏	
一般演題	71
一般演題発表プログラム	72
A 依存症対策	76
B ひきこもり対策、デイケア・就労支援・社会参加支援、 予防・精神保健教育、高次脳機能障害	86
C 自殺対策	102
D アウトリーチ・地域生活支援	114
E 手帳・自立支援医療・精神医療審査会、人材確保	122
F 精神科救急・災害精神医療、新型コロナウイルス感染症対策	128

第58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：ベルクラシック甲府
所在地：山梨県甲府市丸の内1-1-17

第1日目 令和4年10月5日(水)

○ 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	3階 ユージェニー
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	3階 エリザベート
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

14:35 ~15:00	研究協議会受付	3階 エリザベート
15:10 ~15:30	全国精神保健福祉センター研究協議会 開会式	
15:35 ~16:20	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	
16:25 ~17:30	講演 「山梨ワインの夜明け」 やまなし観光推進機構理事長／前・山梨県観光部長 仲田 道弘 氏	

第2日目 令和4年10月6日(木)

○ 全国精神保健福祉センター研究協議会

8:30 ~ 9:00	研究協議会受付	3階 エリザベート
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

『山梨ワインの夜明け』

やまなし観光推進機構理事長／前・山梨県観光部長 仲田 道弘 氏

【メ モ】

第58回全国精神保健福祉センター研究協議会
一般演題

令和4年10月6日（木）

9：00～15：30

第58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 依存症対策 9:05~10:05

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	頁
1	会場	依存症メール相談の試み	茨城県精神保健福祉センター	菊池 智之	椎名美幸 平賀千帆里 小松崎直人 佐々木恵美	10
2	会場	相模原市における依存症回復プログラム“FLOW”の取り組み —10年間の変遷とコロナ禍の影響—	相模原市精神保健福祉センター	宮本 耀介	新井鑑太郎 平松さやか 赤枝めぐみ 奥亜希子 頼本鏡子 穴倉久里江	12
3	会場	「お酒を卒業したい人のつどい」について	浜松市精神保健福祉センター	鈴木 夕衣	杉本宝成 池田千穂 鈴木多美 二宮貴至	14
4	会場	コホート調査への協力から見えてきた広島県の対象者の現状を踏まえた支援の在り方	広島県立総合精神保健福祉センター	新宅 葉月	岡野純子 熊井麻世 西本春香 山岡令奈 山口恵 撰香織 佐伯真由美	16
5	Web	福岡エリアの薬物依存症の現状 VBPに参加してみえてきたこと	北九州市立精神保健福祉センター	宇佐美 貴士	赤須奈津子1) 宮成祐輔1) 藤田萌1) 用松敏子1) 土屋達郎1) 中尾美佐子1) 藤田浩介1) 家村智和2) 川口貴子2) 池田朋子3) 楯林英晴3) 1) 北九州市立精神保健福祉センター 2) 福岡市精神保健福祉センター 3) 福岡県精神保健福祉センター	18
質疑応答及び座長のまとめ（10:05まで）						

B ひきこもり対策、デイケア・就労支援、社会参加支援、予防・精神保健教育、高次脳機能障害 10:05~10:55

座長 井上 悟（東京都立多摩総合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	頁
6	Web	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みた8050問題の課題 ～平成30年度に実施した調査との比較から～	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	20
7	Web	うつ病患者への復職支援 ～デイケア「リワーク準備コース」での取り組み～	仙台市精神保健福祉総合センター	野田 承美	千田由美 高橋由里 相原幸 大類真嗣 原田修一郎 林みづ穂	22
8	会場	新たなケアの視点としてのトラウマインフォームドケアの導入	佐賀県精神保健福祉センター	永田 貴子	山口玲子 大谷美和 吉田由美	24

9	Web	行政機関が高次脳機能障害支援普及事業の支援拠点機関を担う上での役割について ー長崎県における高次脳機能障害支援普及事業の経緯を踏まえてー	長崎県長崎こども・女性・障害者支援センター	兼俣 敬太	太田尾有美 中村美穂 桑野真澄 一ノ瀬由紀子 稗圃砂千子 加来洋一	26
10	誌上	ひきこもり支援専門家チーム事業について ～活動を通して見えてきたことと今後の展望～	滋賀県立精神保健福祉センター	平井 昭代	西田由美 萩尾宏子 辻本哲士	28
11	誌上	職場不適合、短期間で退職を繰り返す相談事例への対応・支援 ～発達障害の診断、理解と支援を含む～	鳥取県立精神保健福祉センター	山岡 圭一	永美知沙 田村有希 坪倉典子 官能愛 浜田千登勢 松下由里子 原田豊	30
12	誌上	浜松市における相談者を対象としたスポーツプログラムの実施について	浜松市精神保健福祉センター	鈴木 多美	池田千穂 松尾詩子 石川紘子 二宮貴至	32
13	誌上	コロナ禍における不安対処プログラムの活用 ーセルフケアや人材育成に役立つ手法としてー	相模原市精神保健福祉センター	新井 敏太郎	奥亜希子 岸川康子 穴倉久里江	34
質疑応答及び座長のまとめ (10:55まで)						

C 自殺対策 10:55～11:55

座長 田中 治 (青森県立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	頁
14	会場	令和3年度岡山市におけるこころの健康に関する市民意識調査について ー相談先の選択とストレスコーピングにおける性差ー	岡山市こころの健康センター	奥平 菜穂子	太田順一郎	36
15	Web	堺市における令和3年度ゲートキーパー養成研修受講者アンケート調査	堺市こころの健康センター	高田 真吾	狩谷敏之 西畑陽介	38
16	会場	滋賀県ゲートキーパー養成プロジェクトチームの活動について	滋賀県立精神保健福祉センター	曾羽 久恵	小西亮 西田由美 平井昭代 辻本哲士	40
17	Web	COVID-19パンデミック前後の自殺統計の比較	新潟県精神保健福祉センター	阿部俊幸	保科志貴子 清野美佐緒 山元奈々江	42
18	会場	静岡県自殺リスク行為者レジストリ：速報 ～精神科救急外来受診者の自損行為及び希死念慮に関する実態調査～	静岡県精神保健福祉センター	大関 貴充	森佳奈 木村裕美 藤田登志美 内田勝久 地域自殺対策推進センター 宮本紀子	44
19	誌上	二次救急医療機関における自殺企図者等への対応に関する調査 (報告)	山梨県立精神保健福祉センター	三神 恭子	木村由美 石原準子 森脇梨奈 長澤佳代 志田博和	46
質疑応答及び座長のまとめ (11:55まで)						

12:00～13:00 昼食・休憩

D アウトリーチ・地域生活支援 13:00～13:50

座長 平賀 正司（東京都立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	頁
20	Web	東京特別区における東京都のアウトリーチ支援事業に対する家族の満足度について	東京都立精神保健福祉センター	吉澤 有香*1*3	白井有美*2*3 佐藤りか*1 東出香*2*3（研究時） 飯嶋祐*1（研究時） 高倉信一*2 中村敦子*1 川上洋史*2 内山美根子*2 西いづみ*2 鮎田栄治*1 糸川昌成*3 平賀正司*1*3 熊谷直樹*2*3 東京都立精神保健福祉センター*1 東京都立中部総合精神保健福祉センター*2 東京都医学総合研究所*3	48
21	会場	福島県精神障がい者アウトリーチ推進事業の取組と評価—多機関ケース会議後に見立てたストレングス・支援計画の考察—	福島県精神保健福祉センター	舟田 莉佳	照井稔宏*1 鈴木清香 三井郁映 畑哲信 *1福島県立矢吹病院	50
22	会場	岡山市こころの健康センターの地域移行・地域定着支援における地域定着支援の現状～地域定着支援により対象者が主体性を取り戻していく事例から～	岡山市こころの健康センター	山口 智絵	藤井真弥 平山晶子 松本奈乙美 小林和子 妹尾忍 佐藤江子 太田順一郎	52
23	Web	「会議室」から問題解決の糸口を探る～静岡型支援者支援の実践報告～	静岡市こころの健康センター	鹿子 恵美	小野田きよ子 小泉麻由 藪田尚二郎 大久保聡子	54
質疑応答及び座長のまとめ（13:50まで）						

E 手帳・自立支援医療・精神医療審査会、人材確保 13:50～14:40

座長 熊谷 直樹（東京都立中部総合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	頁
24	会場	自立支援医療の審査件数からみた岩手県における精神疾患の傾向と分析	岩手県精神保健福祉センター	清川 将太	小井田潤一 原勝雄 大森美紀	56
25	Web	川崎市における精神障害者保健福祉手帳の判定業務から見てきたもの	川崎市総合リハビリテーション推進センター	柴崎 聡子	清水寛之 河野稔明 藤野雅人 田所由紀子 石井美緒 竹島正	58
26	Web	処遇改善請求の対象拡大の取り組み	北海道立精神保健福祉センター	金正 博	田附美奈子 原田幸治 東端萌李 松木亮 岡崎大介	60
27	会場	精神科専攻医受け入れ報告～センターが安定して精神科医師を確保するために～	沖縄県立総合精神保健福祉センター	宮川 治	仲里典子 赤嶺清美	62
質疑応答及び座長のまとめ（14:40まで）						

座長 福島 昇（新潟市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	頁
28	会場	精神保健福祉法第23条の未成年被通報者についての一考察	埼玉県立精神保健福祉センター	山崎 彰彦	河本次生 石川雅久 井元玲子 木村健太郎 大沼理奈 矢尾茜 泉佑実 齋藤真哉 永添晋平 広沢昇 森雅紀 高橋司	64
29	Web	精神保健福祉法第23条通報処理状況 ～通報受理後の調査と結果に着目して～	京都府精神保健福祉総合センター	高田 亮*1	中村佳永子 八尾博士 熊取谷晶*2 山口徹*2 *1 京都府庁障害者支援課兼務 *2 京都府庁障害者支援課	66
30	Web	大阪府こころの健康総合センターにおけるクリニック放火 事件への対応（報告）	大阪府こころの健康総合センター	平山 照美	南由美 松川祥恵 原るみ子 籠本孝雄	68
31	Web	新型コロナウイルス 感染症宿泊療養施設こころの健康相談 の報告 ～第5波までと第6波における相談の変化について～	福岡県精神保健福祉センター	米倉 由貴	真子美和 楯林英晴	70
質疑応答及び座長のまとめ（15:30まで）						

依存症メール相談の試み

茨城県精神保健福祉センター
 ○菊池智之 椎名美幸 平賀千帆里
 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）では平成30年11月より「依存症メール相談」を行っている。従来の電話・面接相談では家族の利用が主で当事者からの相談が少なかったため、当事者も気軽にアクセスできるよう、また時間外でも相談を送ることができるよう、開始したものである。

今回、令和4年6月までのメール相談について、依存対象別の相談件数や相談者の属性、相談内容等について調査した。メール相談の特徴や課題に関し若干の考察を加え報告する。

2. 対象と方法

平成30年11月から令和4年6月までの間に受理したメール相談について、相談件数（年度推移、依存症別）、相談者の属性、相談内容等について調査した。

3. 結果

(1) メール相談全体の概要

平成30年11月から令和4年6月までの間に対応したメール相談件数は、のべ355件であった。

相談件数は年々増加しており、令和2年度からは特に「アルコール」の相談が増加していた（図1）。相談者は「本人」が最も多く、次いで「親」「子」の順であった（図2）。

依存対象別の相談件数は、「アルコール」「ネット・ゲーム」「ギャンブル」の順が多かった（図3）。

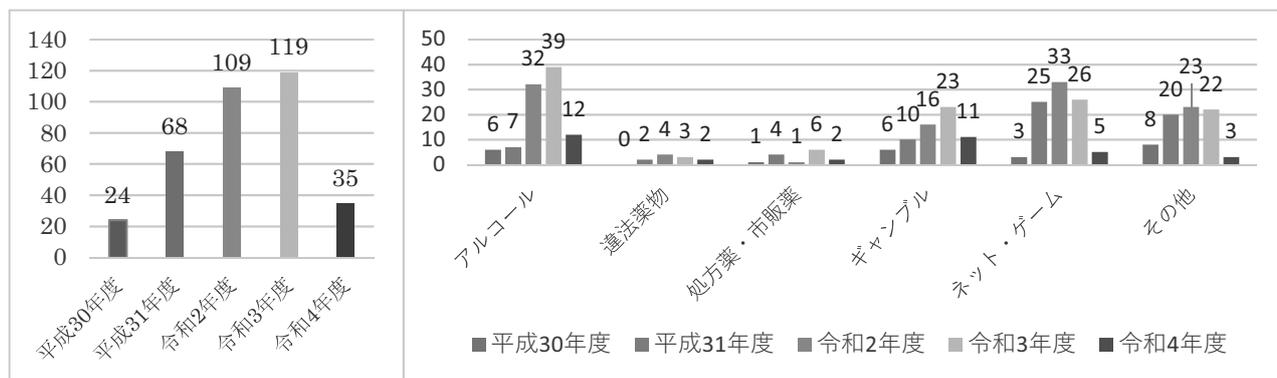


図1 年度別相談件数

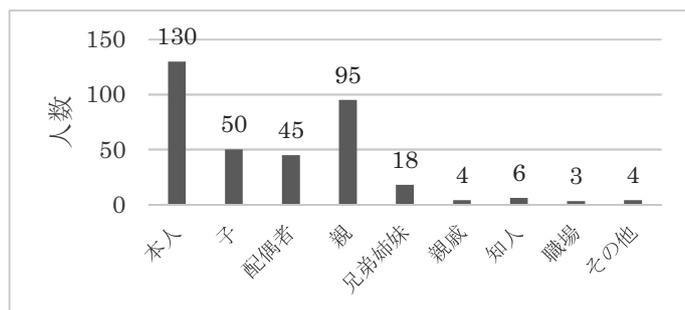


図2 相談者の属性

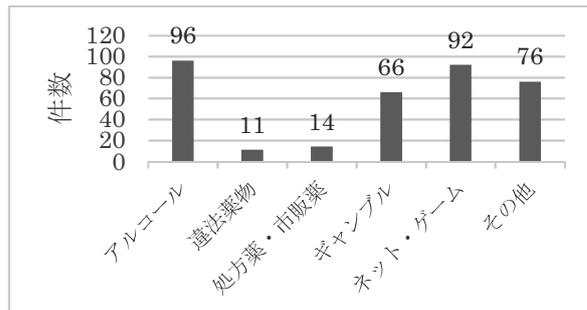


図3 依存対象別相談件数

(2) 依存対象別の相談者属性と相談内容について (図 4)

「アルコール」は、子からの相談が多く、内容は当事者への関わり方や専門医療機関に関するものが多数を占めた。「違法薬物」は、親からの相談が多く、当事者への関わり方についての相談が多かった。一方、「処方薬・市販薬」は、本人からの相談が半数を占め、治療や支援について助言を求める内容が大半を占めた。「ギャンブル」は、本人からの相談が最も多く、内容は借金等の金銭問題が多かった。「ネット・ゲーム」は、親からの相談が最多であり、当事者への関わり方や学校・職場での不適應に関する相談が多かった。「その他(買物、窃盗、性、等)」は、本人からの相談が多く、内容は多岐にわたっていた。

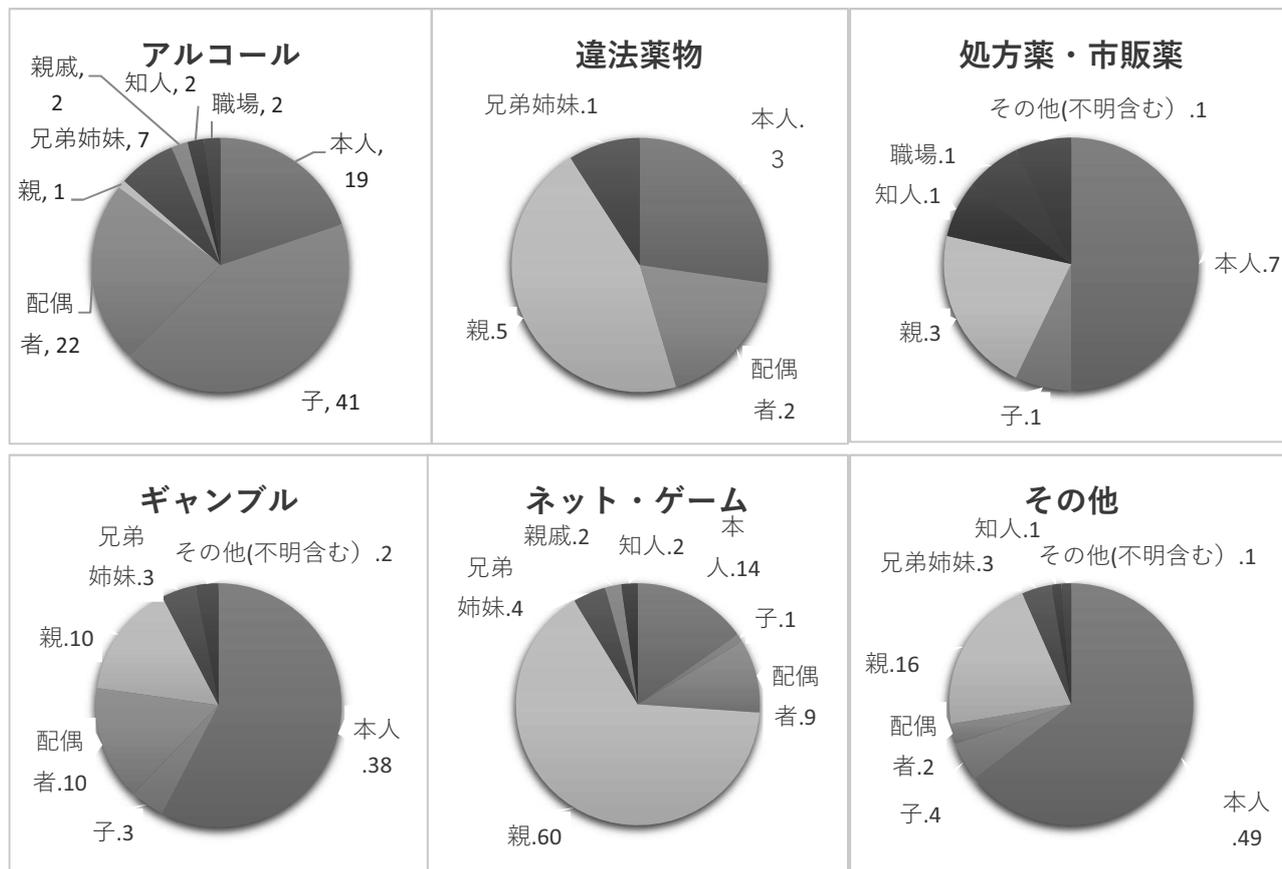


図 4 依存対象別相談者の属性 (重複あり)

4. 考察

否認の病とされる依存症では、家族相談から対応が始まるのが一般的であり、当センターでの電話・対面相談も同様であった。しかし、メール相談を開始したところ、当事者からの相談も多く、特に「ギャンブル」「市販薬・処方薬」「その他」が目立っていた。これらの依存では、メール相談が利用しやすく、当事者の困り感や支援希求も強いことが伺われた。一方、「アルコール」は当事者の否認や高齢化もあり、電話・面接相談と同様、家族からの相談が主となった。令和2年度からの「アルコール」相談の増加については、メールのみならず電話相談件数も増加しており、コロナ禍による影響が推察された。「違法薬物」では、司法との関係もあり文字に残るメールは利用しにくいことが考えられた。

メール相談のみで問題が解決することは稀で、メール相談を入口として支援や回復プログラム、医療に繋げることが目的となる。メールから得られる情報は限られているが、当センターからは相談者の心情にできるだけ寄り添い、依存症の説明や対応の助言、医療機関や社会資源の案内等、複数の職員で検討した上で返信している。しかし、多くは単発もしくは数回の相談で終わってしまい、その後のフォローアップまでは実施できていない。メール相談の有用性や継続的支援への繋ぎ方については、今後対応を重ね検討していきたい。

相模原市における依存症回復プログラム“FLOW”の取り組み

— 10年間の変遷とコロナ禍の影響 —

相模原市精神保健福祉センター

○宮本耀介 新井紘太郎 平松さやか
赤枝めぐみ 奥亜希子 頼本鏡子 宍倉久里江

1 はじめに

相模原市精神保健福祉センターでは、平成25年10月から依存症回復プログラム“FLOW”（以下“FLOW”）を毎週一回実施し続けてきた。開始当初は薬物依存または乱用者のみを対象としていたが、依存症相談拠点機能の設置に伴い現在はアルコール・ギャンブル依存（または乱用）とする人も受け入れて依存対象の種類に関わらず一つのグループ・一つのプログラムで運営している。令和4年10月で、プログラム開始から10年目に入る節目として、実施状況、利用者やプログラムの変遷をたどり、今後のプログラムの在り方や課題について考察する。

2 “FLOW”の開催スタイルと10年間の変遷

(1) 開催スタイル

先行実施されていたプログラム（東京都立多摩総合精神保健福祉センターで実施していた「TAMARPP」、東京都立中部総合精神保健福祉センターで実施していた「OPEN」）を参考に作成したプログラム“FLOW”を開始した。毎週1回90分×1クール10回の集団プログラムで定員8名とした。従事者は精神保健福祉センター（以下、センター）職員2名と回復者スタッフ（相模原 DARC 職員）1名～2名で、センター職員についてはセンターに配置されている専門職（保健師、医師、福祉職）全員がローテーションで務めている。インテーク面接を経た後は、どの回からでも参加可能とし、全ての回に出席すると修了証を授与している。なお1クール修了後も希望者は参加を継続できる。未受診の人や依存症と診断されていない人も対象としている。

(2) 依存対象の拡大

開始当初は薬物依存・乱用者のみを対象としていたが、『引き金を同定し対策する』『自分の感情や思考の偏りに目を向ける』『コミュニケーションを見直す』などといった点は依存症回復支援全般で共通していること、クロスアディクションがあること、ギャンブル依存の回復者スタッフが先行的に入っていたことなどから、徐々に対象を拡大しており、平成28年度からはアルコール依存（または乱用）、平成29年度からはギャンブル依存（または乱用）も試行的に受け入れ始めた。当センターが依存症相談拠点設置となった令和元年度からは、プログラム名を『薬物再乱用防止プログラム』から『依存症回復プログラム』に変更して正式にアルコールおよびギャンブルへの依存に悩む人も対象とした。

(3) プログラム内容の拡大および地域へのアウトリーチ

対象拡大に合わせて、テキスト改訂も行ってきた。依存対象を増やして記載するだけでなく、セッション内容についても見直した。利用者の具体的な目標設定やフォローの仕組みを明確にすることが必要と考え、令和元年度からは、島根県立心と体の相談センターで実施されているギャンブル障がい回復トレーニングプログラム「SAT-G」を参考に目標設定のためのオリエンテーション回を追加して全11回のプログラムとした（右図）。また、1クール修了毎に面接設定をし、プログラム参加状況や今後の目標等について、確認することとした。また、体験参加や各区で支援を担う人材の育成を目的とし市内の別会場で出張開催した。図. 現在のFLOWのプログラム

プログラム	
初回(注)	あなたの依存について整理してみましょう
第1回	依存の仕組み/引き金と渴望
第2回	外的な引き金と内的な引き金/思考停止法
第3回	回復の地図/回復初期によく起きる問題とその解決方法
第4回	自助グループと12ステップ
第5回	思考・感情・行動/考え方のクセ
第6回	コミュニケーションスキルアップ-その1-(アサーション)
第7回	コミュニケーションスキルアップ-その2-(Noというべき場面、断り方)
第8回	スリップを防ぐために-その1-(再発のサインと対応) スリップを防ぐために-その2-(危険な状況を察知する)
第9回	スリップを防ぐために-その3-(再発の正当化に気付く)
第10回	強くなるより賢くなる

(4) コロナ禍から現在

新型コロナウイルス感染拡大により、プログラム開催に大きく影響を及ぼしている。令和2年度から現在までは、感染防止のためメインテーマを簡略化した資料を用いてプログラム時間を短縮して実施する一方、孤立防止のためチェックイン・チェックアウトに重点を置いて実施している。また、緊急事態宣言等発令中は開催中止としたが、その間も手紙や電話での個別フォローを実施した。

3 利用者の推移

平成25年10月から令和4年7月末時点までに計83人がプログラムを利用した。うち43人(52%)に修了証を授与している。

年度毎の利用者数の推移をみると、開始から令和元年度までは利用者数は増加傾向であったが、令和2年度及び令和3年度は令和元年度の半数程度の参加人数となっている。また、依存対象の推移では、受入対象を拡大した平成28年度以降、徐々に薬物依存の割合が減少し、アルコールおよびギャンブル依存の割合が増加していた(グラフ1)。

利用者の参加回数は10回を超える利用者が47人(57%)、10回未満の利用者が36人(43%)であった。(グラフ2)。

4 考察

(1) 開催スタイルがもたらす影響

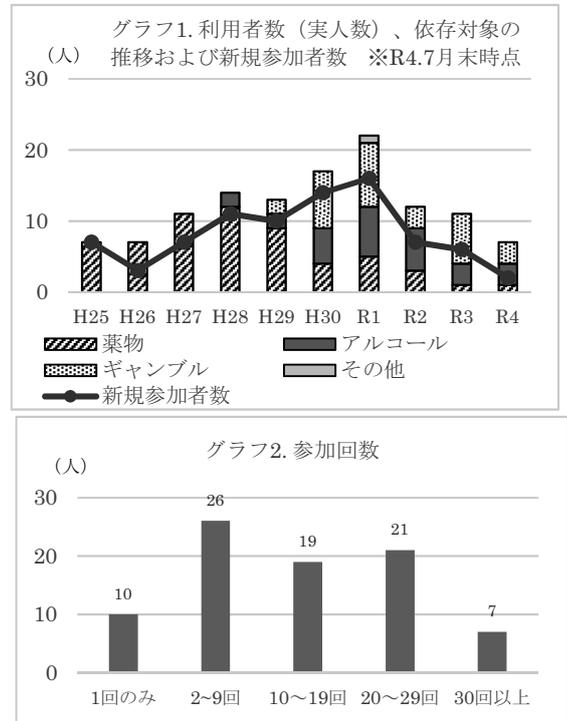
参加回数が10回を超える利用者が過半数であり、受講し続けることで理解が深まることや、複数クール受講している参加者が新規の参加者にとってロールモデルとなっていることなどが期待される。一方、10回未満の利用者も少なくなく、平日日中開催であることも要因と考えられる。さらに、ここ数年の参加者の低下については、新型コロナウイルス感染拡大のため開催が不規則となってしまったことに加え、コロナ禍の生活面の困難も関与している可能性があり、依存に関するインテークやプログラム参加の動機付けに加えて、必要に応じて生活困窮者相談窓口の紹介など、より丁寧な対応に努めていきたい。

(2) 依存対象の拡大による影響

薬物依存を対象に作成したプログラムであるが、アルコールやギャンブル依存にも対応できるように一部改訂を行った。依存対象を拡大する前から参加者の中にはクロスアデクションを認める人も含まれており、彼らにとっては依存対象の拡大とプログラムの改訂はメリットであったと思われる。また、参加者が依存対象の枠を超えて、互いの生きづらさを分かち合い、励まし合う姿がみられ、クロスアデクションを認めない参加者にとっても、依存対象の拡大は理解の深まりや孤立解消などに役立っている可能性がある。

(3) 今後の展望：依存症相談拠点として

本市内では依存症治療拠点として位置付けられた北里大学病院においても依存症回復プログラムが実施されるようになり、センターが依存症相談拠点としてプログラムを実施することの意義をふまえて発展させていくことが大切であると考えられる。センターで実施する依存症回復プログラム“FLOW”は、未受診の人や依存症と診断されていない人も対象としていることが医療機関が実施するプログラムと最も大きく異なる特徴である。診断の有無や障害の重さ、依存対象の種類に関係なく、依存行動の悪循環がもたらす心の苦悩や生活への支障から抜け出すことを目標として共有できる人同士が集い、共に学び、実践し、分かち合う場となっている。これは治療を目的とする医療機関ではなく精神保健福祉センターで実施する大きなメリットだと考えている。今後のプログラムの発展について検討を重ねていきたい。



「お酒を卒業したい人のつどい」について

浜松市精神保健福祉センター ○鈴木夕衣 杉本宝成 池田千穂
鈴木多美 二宮貴至

1 要旨

浜松市精神保健福祉センター（以下センター）では、平成21年度より依存問題の普及啓発、当事者及び家族の依存問題への適切な対応等を目的として依存症対策事業に取り組んでいる。当初より個別相談を開始し、当事者支援としては平成23年度から、アルコール・薬物再発予防プログラム「HAMARPP」、平成31年度よりギャンブル依存症者回復トレーニングプログラム「HAT-G」を施行し、家族支援については平成25年度から家族教育プログラムを用いた、家族勉強会を開催している。令和2年10月から新たな取り組みとして、市内の断酒会やアルコールクス・アノニマス（以下AA）と連携しアルコール問題を持つ当事者とその家族を対象に、「お酒を卒業したい人のつどい（以下つどい）」を開催した。今回は、この取り組みについて報告する。

2 開催のきっかけ

これまでは個別相談の中で自助グループを紹介する、HAMARPP・HAT-Gで自助グループの紹介を行い、家族勉強会の中で自助グループに繋がっている家族に体験発表を依頼するなどの取り組みを行ってきたが、アルコール依存相談を利用している当事者、家族の中で自助グループに繋がっている件数は、令和元年度時点で当事者4件、家族3件であった。各々の自助グループと連携した様々な取り組みも実施しながら、それでも自助グループに足が向かない現状であった。このような中で、令和元年、浜松断酒会から、「断酒会を知らない人や繋がりにくい人を繋げていくきっかけ作りとして、プレつどい（後の「つどい」）の開催を検討できないか」との提案があった。センターでは更なる連携が必要であると考えプレつどいの実施を決定した。

3 目的

アルコール問題を持つ当事者やその家族が不安や悩みを共有し、交流を深めることによって不安感を軽減し、自助グループへの顔繋ぎの促進によって当事者や家族の社会的孤立を防ぎ、依存症の再発を予防することを目的とした。また、浜松市内には、複数の自助グループが活動しており、自助グループ同士の交流はそれほど多くなかったため、自助グループ同士の横の繋ぎの強化も狙いとした。

4 事前準備

市内には浜松断酒会の他に浜北断酒会、AAが活動している。つどいを開催するにあたり、浜松断酒会以外のグループにも運営実施に加わって頂きたいと協力を依頼した。結果、つどいの実行メンバー（以下メンバー）として、浜松断酒会から1名、浜北断酒会から2名、AAから3名に加わって頂くことができた。また、事前打ち合わせを行いメンバーの顔合わせとイメージの共有を図り、つどいの内容や体験談のテーマ、周知先、アンケートの内容、つどいの名称などを取り決めた。名称には、様々な意見や案が出され、「お酒を卒業したい」はどうかとの意見が採用された。

5 周知の工夫

周知対象は、アルコール問題をかかえる当事者、家族のみならず、支援者や興味関心のある方も対象にした。センターから各関係機関に周知する以外に、メンバーも自主的にスーパーや内科などにチ

ラシの配架を依頼してもらった。コロナ禍ではチラシを手に取りにくいことも考え、QRコードを載せたポスターを作製し、手に取らなくても詳細が確認できるよう工夫した。

6 実施状況

令和2年度は2回、令和3年度は3回開催した。令和4年度は3回開催予定で第1回は開催済みである。センターを会場とし、13:30～15:00の90分間実施した。参加者は、名札の着用や自己紹介などはせず匿名でも参加しやすい工夫をした。前半は参加者が体験談を話し、休憩後、後半は自助グループの紹介と意見交換を行った。参加者やメンバーが安心して参加できるよう参加のルールをもうけ（図1）、最後に参加者はアンケートを記入し終了とした。つどい終了後は、メンバーで振り返りを行った。

参加者数は、令和2年度は当事者3名、家族6名、支援者8名（計17名）。令和3年度は、当事者9名、家族6名、支援者4名（計19名）。（図2）

図1

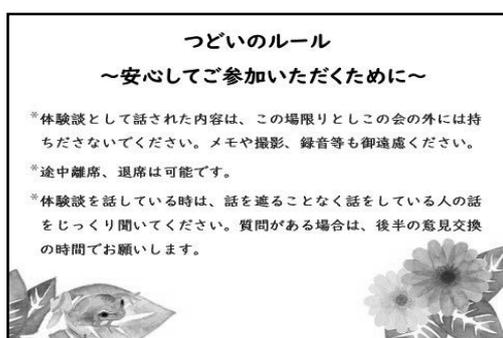
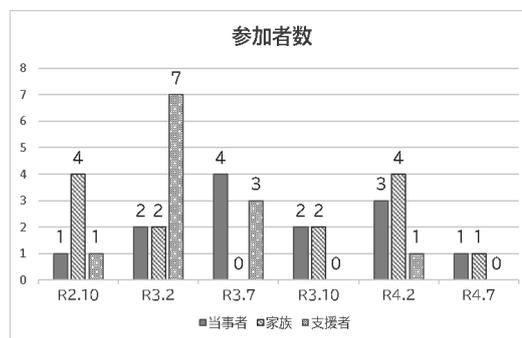


図2



7 考察

近年は依存症早期治療への効果的な対策として、医療機関などで活用されている「^{エスバート}SBIRT」の最後に「S（セルフヘルプ）」が加えられ自助グループ紹介の重要性が強調されている。当事者や家族が自助グループに繋がることは、回復の一つの選択肢であり、仲間が存在が依存症からの回復に大きな力を持つ。一方で、依存症の特徴として「繋がりづらさ」という問題があり、自ら支援を求めていくことが困難な人も多い。センターでも自助グループに早い段階で繋がることのできるよう、様々な工夫をおこなってきたが、実際に自助グループに参加している当事者・家族はごく少数であった。当事者や家族からすれば、センターの相談へ来ることさえも勇気がいることであり、さらに新しい場所に足をのぼすことはよりハードルの高いことである。そのため、メンバーとセンターが共同でつどいを運営することで、当事者・家族が感じるハードルを下げ、安心して自助グループメンバーと出会い、じかに活動の様子や体験を聞くことができる貴重な場となっている。参加者のアンケートでも、「会の紹介があり、知らないことが聞けて参考になった。」「一人じゃないと感じられて良かった」などの声を聞くことができた。その後、つどいに参加した人のうち3名が自助グループに足を運んでいる。

つどいでは複数の自助グループがメンバーとして加わったことで、自助グループ同士の繋がりが強化された点が、大きな成果であった。所属する自助グループは違っても、「今もお酒の問題を抱え苦しんでいる方に自分の体験が力になればいい」という共通した思いが一体感となってつどいの原動力になっている。実際に、メンバーからも「断酒会とAAと一緒にひとつのことを運営できることは素晴らしいし、なにより嬉しい。」という声が聞かれており、自助グループ同士の関係がより強固なものとなることで、当事者だからこそできる支援に厚みが生まれ、活かされていると実感している。

今後もセンターでは、つどいがアルコール問題を抱える当事者や家族が自助グループに繋がり続けるための布石になると信じて、自助グループメンバーという強力なパートナーとともに支援を続けていきたい。

広島県立総合精神保健福祉センター 地域支援課

○新宅葉月, 岡野純子, 熊井麻世, 西本春香
山岡令奈, 山口恵, 撰香織, 佐伯真由美

1 背景と目的

広島県立総合精神保健福祉センター（以下当センター）は、平成30年2月から国立精神・神経医療研究センターの松本俊彦研究班による「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」（以下コホート調査）の協力機関となり、調査を実施している。コホート調査は、20歳以上の規制薬物の使用または所持である者について、保護観察所にて対象者をリクルートし、研究参加の同意を得て、対面もしくは電話による追跡調査を3年間実施するものである。なお、コホート調査実施中に2回連続して連絡がとれなければ打ち切りケースとすることになっている。

本研究では、広島県の対象者の特性を分析し、当センターの今後の支援の在り方を検討することを目的とする。

2 方法

(1) 調査対象

コホート調査の事務局より広島県で調査を実施した対象者のデータ（平成30年2月から令和3年12月末まで）を得た。このデータについて初回調査結果と1年後調査の変化について比較検討した。なお、第6回調査以降のデータが少ないため、第5回調査（1年後調査）までのデータを分析対象とした。全項目のデータが得られ、且つ、1年後調査時点で調査を継続できている対象者を「調査継続群」とした。

(2) 調査内容

コホート調査で聞き取る内容は表1のとおりである。

表1 コホート調査における質問内容

1) 生物学的性別	10) アルコールや薬物の問題を持つ家族の有無・関係	20) 過去の薬物に関連しない犯罪での逮捕回数
2) 生年月日	11) 生涯における自殺念慮と自殺企図	21) 少年院の入院回数
3) 住居	12) 過去1年間における自殺念慮と自殺企図	22) 刑務所の服役回数
4) 同居者	13) 今回の逮捕までに最もよく使っていた/逮捕のきっかけになった薬物	23) 現在受けている、薬物乱用・依存に関する治療プログラムの有無・場所
5) 現在の就労	14) これまで使用したことのある薬物	24) 過去に受けていた薬物乱用・依存に関する治療プログラムの有無・場所
6) 最終学歴	15) 初めて薬物を使用した年齢	25) 困り事・悩み事の有無・種類
7) 現在の婚姻状況	16) 前回の調査から今日までの薬物の使用について	26) ところを聞いて相談できる相手の有無・種類
8) 社会保障制度の利用の有無・種類	17) 今回の保護観察の種類	27) 薬物のことを含めて悩みや困りごとを相談している相手の種類
9) 現在治療中の病気・病名	18) 「アルコールを飲まない」という保護観察中の遵守事項の有無	28) 過去2週間の自分の生活の質の評価
	19) 過去の薬物に関連した犯罪での逮捕回数	29) 過去2週間の自分の健康状態への満足度

3 結果と考察

(1) 対象者の基本状況

初回調査の対象者は137人であった。主な使用薬物は覚醒剤131人（95.6%）で、初使用年齢は最小12歳最大48歳であった。住居別でみると更生保護施設が79人（57.7%）と最も多く、次いで自宅41人（29.9%）であった。就労状況は、無職が74人（54.0%）、週4日以上働いている人は45人（32.8%）であった。社会保障制度を利用していない人は90人（65.7%）と最も多く、生活保護の受給者は21人（15.3%）であった。治療中の精神疾患がある者は52人（38.0%）であり、家族にアルコールや薬物の問題がある者は32人（23.4%）であった。自殺念慮があったことがある者は33人（24.1%）、自殺企図があったことがある者は26人（19.0%）であった。「薬物のことを含めて相談できる相手がいる」と回答した者は94人（68.6%）で、友人57人（41.6%）、配偶者15人（10.9%）、きょうだい13人（9.5%）であった。困り事や悩み事を抱えている者は81人（59.1%）で、困り事・悩み事の内容の内訳は、経済的問題37人（27.0%）、健康面29人（21.2%）、家族のこと28人（20.4%）、仕事のこと27人（19.7%）、薬物のこと13人（9.5%）、恋人のこと6人（4.4%）であった。生活の質については「ふつう」が60人（43.8%）、「良い」32人（23.4%）、「非常に良い」19人（13.9%）であった。

これらの結果より、薬物使用や薬物依存症の対象者の中には、就労や経済的な問題を抱えている人が多く、自身や家族に精神的な問題の背景がある人を一定数含むことが窺われる。また、薬物のことを含めて相談できる相手がいる人は半数以上だが、支援者に相談している人は非常に少ないことも明らかになった。相談できる相手として友人や家族を挙げる人の割合が高いことから、身内で問題や悩み事を抱えてしまい、適切な相談機関に繋がりにくい可能性が示唆された。

(2) 初回調査と1年後調査における変化

1年後調査の対象者は48人であった。初回調査と1年後調査での割合の変化については、「合法含む薬物使用あり」が5.8%-6.7% [初回-1年後] で初回調査時に比べて1年後調査時点での使用割合がやや高くなっていた。「健康状態」は不満40.2%-31.2%，どちらでもない25.5%-35.4%，満足32.1%-33.3%であった。「生活の質の評価」では、悪い16.7%-17.1%，普通43.8%-39.6%，良い37.3%-33.4%であり、初回調査時に比べて1年後調査時点で不良になる対象者の割合が増えていることが明らかになった。

また、「相談できる相手がいる」は68.6%-95.8%，そのうち友人41.6%-31.3%，保健機関関係者5.8%-18.8%であった(図1)。なお、コホート調査から当センターの定期的な相談に繋がったケースは11件である。対象者の多くは保護観察開始当初は保護観察所で実施される薬物乱用防止プログラムのみを受けている。今回の結果より、初回調査時に比べると当センター職員が含まれている保健機関関係者を「相談できる相手」と回答した者が増えていることは、調査で対象者に定期的に連絡をする過程で、精神保健福祉センターを含む保健機関に薬物の渴望やしんどさ等を相談できる関係性が構築されている可能性がある。

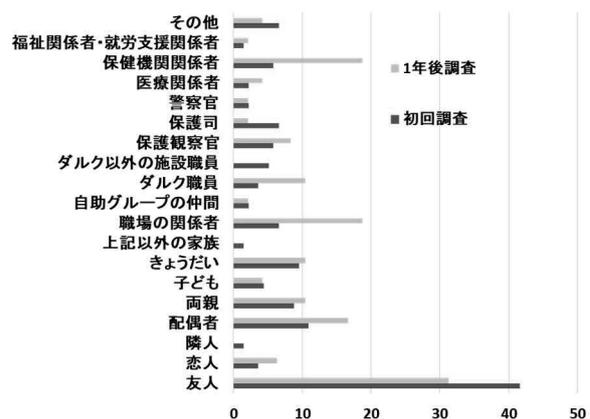


図1 初回調査と1年後調査における相談相手に関する割合の変化(%)

(3) 1年後調査における関連性の検討

1年後調査時点での乱用目的の薬物使用の有無(有6名、無42名)と各項目との関連性の検討を行った(カイ二乗検定)。その結果、薬物の再使用の有無に関して、「自殺念慮・企図がないこと」と「自殺念慮があること」の間に有意差が認められた($p < .05$)。つまり、生涯において死にたい気持ちがなかった人は再使用する可能性も低くなることが示唆された。過去や現在において自殺を考えるほど苦痛を感じている人は再使用の可能性が高いことや、再使用したことで死にたい気持ちが生じる可能性が推察される。なお、QOL(不良13名、良好35名)についてはすべての項目について統計的に有意な関連性はみられなかった。

4 本研究の課題

上記の結果について、初回調査と1年後調査とでn数に偏りがあるという課題がある。今後は、調査継続群と打ち切りケース群との比較検討を行い、支援の在り方を考えていきたい。

5 まとめ

本研究により自殺念慮と薬物再使用に関連があることが示唆された。依存症の回復には安心して正直になれる場所が必要だとされている。必要に応じて医療的介入や生活支援を受け、依存症者が社会から孤立せず、地域で安心して生活していくための基盤を整えるためにも、早期に安定して相談できる支援機関に繋がることが必要だと考えられる。当センターにおいては自殺念慮を含めた辛い気持ちや薬物への思い等を相談できる関係性を大切にして支援を継続していくとともに、身近な地域で支援が受けられるよう支援体制を拡充していくことが課題である。依存症者への理解を深めるために支援者への研修を継続していくことや、支援者間のネットワークを構築していくことが求められる。

1) 松本俊彦, 人はなぜ薬物依存症になるのか, 行動医学研究 vol.25, No.2, 94-99, 2020(98).

福岡エリアの薬物依存症の現状 VBPに参加してみえてきたこと

北九州市立精神保健福祉センター

○宇佐美 貴士、赤須 奈津子、宮成 祐輔、藤田 萌、用松 敏子、土屋 達郎、
中尾 美佐子、藤田 浩介

福岡市精神保健福祉センター 家村 智和、川口 貴子

福岡県精神保健福祉センター 池田 朋子、楯林 英晴

1. はじめに

2017年3月より「Voice Bridges Project (VBP)」が開始され、福岡市が2017年3月、北九州市が2018年7月、福岡県が2019年7月からそれぞれ参加している。VBPとは、保護観察の対象となった薬物事犯者の転帰と、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を目的としており、コホート調査に加えアクションリサーチの側面も有している。実際に精神保健福祉センターは調査と並行し相談や支援を行い、また保護観察所とケア会議を実施するなど、地域での支援体制の構築が進んでいる。

VBP調査開始から5年間が経過し、北九州市と福岡市と福岡県の3者の共同で福岡エリアのデータについて解析を行った。薬物依存症の現状について、考察を交え紹介する。

2. 対象と方法

(1) 対象

本発表における対象者は、成人し福岡県内に居住し、指標犯罪が規制薬物の使用または所持で保護観察を受けた者である。

(2) 調査方法

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にて研究参加の同意を得て、対面もしくは電話により3年間追跡調査を行う。追跡調査のタイミングは、1年目は3か月毎に行い、2年目以降は半年毎である。初回調査の調査項目は、人口動態変数、教育歴、犯罪歴（逮捕歴・矯正施設入所歴）、身体疾患・精神疾患の有無、アルコール・薬物依存症の家族歴、薬物依存症に対する治療歴、治療プログラム利用の有無と種類、自殺念慮・自殺企図（生涯・過去1年）、保護観察の種類（全部執行猶予、仮釈放、一部執行猶予）、薬物のことも含めて相談できる人の有無と種類、困りごとや悩みごとの有無と種類、逮捕時における薬物問題の重症度（日本語版DAST-20得点）、QOLである。2回目以降の調査項目は簡素化している。

(3) 統計学的解析

本稿では、2017年3月の調査開始から2021年12月末までに収集した122名について、調査開始時点及びそれぞれの経過時点での属性等について記述統計を行った。1年後調査に回答した31名について、初回調査時と1年後調査時点と比較し、対応のあるノンパラメトリック検定を行うべく、ウィルコクソンの符号順位検定を実施した。

3. 結果

(1) ベースライン及び縦断解析

122名の対象者は、平均年齢が47.2歳で、男性が87名（71.3%）であった。薬物の初使用平均年齢が18.6歳、主たる薬物は覚せい剤が115名（94.3%）、受けている保護観察の種類は仮釈放が97名（79.5%）であった。薬物事犯による逮捕回数平均は2.8回で、刑務所の入所回数平均は2.9回であった。ベースライン及び各調査時点での属性等について主なものを表1に示す。住居が自宅である者

の割合が増え、無職者の割合が減少していた。表2に薬物の再使用状況について示す。12か月以降は回答者に違法薬物使用者はいなかった。

表1 福岡エリア 3年後調査時点までの生活状況および心身の状態の変化

		T1 (初回) (n=122)		T3 (6か月) (n=55)		T5 (12か月) (n=31)		T6 (18か月) (n=23)		T7 (24か月) (n=20)		T9 (36か月) (n=6)	
		N/Mean	%/SD	N/Mean	%/SD	N/Mean	%/SD	N/Mean	%/SD	N/Mean	%/SD	N/Mean	%/SD
性別	男性	87	71.3	41	74.5	27	87.1	20	87.0	18	90.0	5	83.3
住居	自宅	63	51.6	50	90.9	28	90.3	21	91.3	18	90.0	6	100.0
	更生保護施設	43	35.2	1	1.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
同居者	家族と同居	54	44.3	31	56.4	22	71.0	16	69.6	15	75.0	4	66.7
	単身	21	17.2	18	32.7	6	19.4	5	21.7	3	15.0	2	33.3
就労状況	週4日以上働いている	45	36.9	32	58.2	22	71.0	16	69.6	14	70.0	4	66.7
	無職	63	51.6	14	25.5	5	16.1	3	13.0	1	5.0	0	0.0
社会保障制度の利用	利用あり	26	21.3	—	—	12	38.7	—	—	6	30.0	2	33.3
	生活保護	12	9.8	—	—	5	16.1	—	—	2	10.0	0	0.0
	年金	4	3.3	—	—	4	12.9	—	—	1	5.0	2	33.3
治療中の身体疾患	あり	58	47.5	—	—	10	32.3	—	—	5	25.0	1	16.7
治療中の精神疾患	あり	26	21.3	—	—	8	25.8	—	—	4	20.0	3	50.0
自殺念慮・企図：過去1年	なし	45	36.9	—	—	30	96.8	—	—	17	85.0	6	100.0
	念慮	12	9.8	—	—	1	3.2	—	—	3	15.0	0	0.0
治療プログラム：現在	あり	71	58.2	21	38.2	6	12.5	2	8.7	3	15.0	0	0.0
	司法関連機関	65	53.3	14	25.5	3	6.3	1	4.3	1	5.0	0	0.0

表2 福岡エリア 薬物再使用状況 (2021年12月末時点、正式同意者122名)

	n	T1-T2	T2-T3	T3-T4	T4-T5	T5-T6	T6-T7	T7-T8	T8-T9									
		開始～3か月	3～6か月	6～9か月	9～12か月	12～18か月	18～24か月	24～30か月	30～36か月									
使用あり (全薬物)	8	10.0%	6	10.9%	2	4.9%	3	9.7%	2	8.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
違法薬物	1	1.3%	2	3.6%	0	0.0%	2	6.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
違法薬物以外	7	8.8%	4	7.3%	2	4.9%	1	3.2%	2	8.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
その他薬物 (詳細不明)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

※違法薬物：覚せい剤、大麻、危険ドラッグ、その他違法薬物

※違法薬物以外：処方薬、市販薬

(2) 1年後調査に回答した31名のベースラインとの比較

1年後調査に回答した31名について、ベースラインとの比較について表3に示す。1年経過すると、

表3 福岡エリア 初回調査時および1年後調査時の対象者の属性及び生活の状況 (N=31)

		初回調査時		1年後調査時		p値 ^a
		N/Mean	%/SD	N/Mean	%/SD	
住居	自宅	25	80.6	28	90.3	0.102
就労状況	週4日以上働いている	11	35.5	22	71.0	0.001
	週4日未満働いている	3	9.7	3	9.7	
	無職	17	54.8	5	16.1	
社会保障制度の利用	利用なし	27	87.1	19	61.3	0.011
	利用あり	4	12.9	12	38.7	
	生活保護 年金	3 0	9.7 0.0	5 4	16.1 12.9	0.317 0.046
治療中の身体疾患	あり	12	38.7	10	32.3	0.317
治療中の精神疾患	あり	4	12.9	8	25.8	0.102
治療プログラム：現在	あり	17	54.8	6	19.4	0.008
	司法関連機関	17	54.8	3	9.7	<0.001
	ダルク	0	0.0	0	0.0	1.000

a: Wilcoxon の符号付き順位検定

有職者が有意に増加し (p=0.001)、社会保障制度の利用者が有意に増加した (p=0.011)。社会保障制度の利用者では年金を利用する者が有意に増加していた (p=0.046)。治療プログラムを利用する者は有意に減少し (p=0.008)、中でも司法関連機関は有意に減少していた (p<0.001)。

4. 考察

(1) 特徴

対象者は時間経過で無職者が減少し、社会保障制度の利用者が増加する傾向にある。これは職に就き社会で生活がうまくいっている多数派と、社会保障制度を利用し生活をせざるを得ない (社会生活から取り残されている) 少数派に分かれることを示しているのかもしれない。

(2) 今後の課題

時間経過で脱落率が高くなり、データの信頼性に限界がある。時間経過で治療から離れていくことが分かっており、治療ニーズがないのかもしれないが、対象者が利用しやすい治療環境を作り、普及していくことは課題と考える。また、少数派への支援も検討が必要である。

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みた8050問題の課題
～平成30年度に実施した調査との比較から～

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

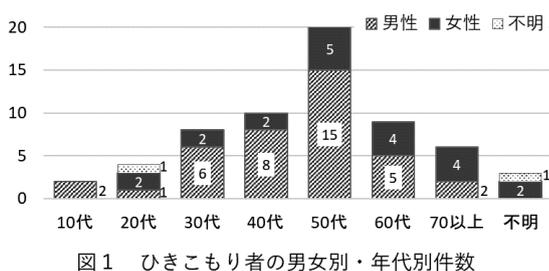
近年、ひきこもり支援では、いわゆる「8050問題」が大きな課題とされ、高齢者の相談・支援を行う地域包括支援センター(以下、包括センター)の相談・支援事例の家族の中に、ひきこもり状態にある者が認められることが増えてきている。今回、包括センターにおける相談からみたひきこもり者の実態について調査を行い、また平成30年度に実施した同様の調査¹⁾と比較し、支援のあり方について検討を加えた。

2 対象と方法

鳥取県内にある全ての包括センター39か所を対象に、令和3年度に相談・支援を行った事例のうちで、同居するひきこもり者を認めた事例の有無、事例のひきこもり者の年齢、支援における問題点、今後の課題等についてアンケート調査を実施し、全ての包括センターより回答を得た。また、平成30年度に実施した同様の調査(鳥取県内の全33包括センターを対象)と比較検討した。

3 結果

1) ひきこもり者を認めた事例の有無、及び、年代別、男女別件数 ※ ()内は平成30年度の調査結果



令和3年度に相談を受けた、もしくは、介護・福祉サービスを実施した対象者の家族(子ども、孫など)の中に、ひきこもり者がいた事例の有無について、「ある」17か所、43.6%(平成30年度、15か所、45.5%)、「ない」17か所、43.6%(13か所、39.4%)、「わからない」5か所(5か所)であった。「ある」と回答した17か所における事例の件数は計62件、男39件、女21件、不明2件(計49件、男33件、女15件)であり、50代が20件、32.3%(16件、33.3%)と最も多く、次いで40代10件、16.1%(19件、39.6%)、60代9件(7件)、30代8件(2件)で、年代は幅広くみられた(図1)。

2) ひきこもり者の支援の有無、支援状況

ひきこもり者の支援の有無について「何らかの相談・支援を受けている」25件、40.3%(17件、35.4%)、「過去に受けていたが、今は受けていない」11件、17.7%(6件、12.5%)、「相談・支援は受けていない」・無回答26件、41.9%(25件、52.1%)であり、現在相談・支援を受けているのは、約4割である。具体的には、病院受診、精神科訪問看護や訪問介護、継続的な見守り、市町村健康対策担当保健師、福祉担当が対応等、医療機関や訪問看護、訪問介護、ひきこもり地域支援センター、庁内の関係部署等との連携による支援が行われていた。

3) ひきこもり者の状況

ひきこもり者が、親への介護・福祉サービスの介入に対して、どのような立場にあったかについては、「協力的である」12件、19.4%(11件、22.9%)、「無関心である」10件、16.1%(15件、31.3%)、「不都合が生じている」15件、24.2%(6件、12.5%)、「その他・何とも言えない」・無回答25件(16件)である。具体的な不都合の内容では、自宅への電話・訪問拒否、支援者への過度な要求・細かすぎる指示、受診拒否、ひきこもり者と主介護者との不和(暴言)等であった。

4) 今後の課題

今後の包括センターにおけるひきこもり者のいる家族への相談・支援件数について、「増加してくると思う」26か所、66.7%(24か所、72.7%)、「同じくらい」1か所(1か所)、「何とも言えない」・無回



図2 ひきこもり者のいる家族の現在および今後の課題

な世帯が増えていると思われる」「包括センターへの相談件数も増えており、関わる中で明らかとなってくることも多い」等、今後包括センターの相談対応の中でひきこもり相談が顕在化していく可能性や、世帯全体への支援の必要性が考えられる。一方、何とも言えないと回答した理由としては、現在の該当ケースが少なく、傾向の予測が難しい等であった。

今後、ひきこもり者がいる家族のひきこもり者に関する内容について、31か所、79.5% (27か所、81.8%) が「複雑な事例、対応困難な事例が増えてくると思う」との回答であり、その支援についても、32か所、82.1% (29か所、87.9%) が「ますます重要な課題となると思う」との回答だった。

ひきこもり者がいる家族のひきこもり者の問題・状況について、「現在、相談場面でよく感じる」と回答があった内容として「経済的問題、将来の不安がある」が18か所 (10か所) と最も多く、次いで「会うことができない、本人への支援が困難」15か所 (11か所)、「家族亡き後が心配、自立ができない」「医療機関への受診の必要性が感じられるが、受診につなげることが困難」それぞれ13か所 (11か所、13か所) である (図2)。一方、「今後、可能性が高いと感じる」と回答があった内容として「経済的問題、将来の不安がある」が25か所 (18か所) と最も多く、次いで「家族亡き後が心配、自立ができない」24か所 (16か所)、「会うことができない、本人への支援が困難」22か所 (12か所)、「医療機関への受診の必要もあるも受診につなげることが困難」20か所 (14か所) であった。

5) 平成30年度調査との比較

前回調査と比較すると、包括センターが県内で新たに6か所開設、再編された。ひきこもり者がいた事例の有無については、概ね同様の割合であったが、ひきこもり者の年代別では50代、30代が増加していた。ひきこもり者の支援について、「相談・支援を受けている」が、4.9%増加し約4割となった一方で、親への介護・福祉サービスの介入に対して「不都合が生じている」が11.7%増加し、具体的な内容は自宅への電話・訪問拒否、支援者への過度な要求・細かすぎる指示等であった。

4 考察

鳥取県内の39か所のうち17か所、43.6%と、半数近くの包括センターが、令和3年度内の相談等において、家族の中にひきこもり者がいた事例があると回答し、ひきこもり者の年代は幅広く、最多は50代、32.3%であった。ひきこもり者が相談・支援を受けている事例の割合は、前回調査と比較して増加したものの依然約4割にとどまり、一方で自宅への電話・訪問拒否、ひきこもり者と主介護者との不和など、不都合が生じているとの回答が増加した。ひきこもり者への支援は今後も重要な課題である。現在、相談場面でよく感じる内容として、経済的問題、将来の不安が25か所で最多となり、これは平成30年度の調査で今後、可能性が高いと感じる内容として最も多く回答のあったものである。また、今後の問題としては、経済的問題、家族亡き後の自立が挙げられ、今後も複合的に課題を抱えているケースについて、市町村、包括センターと連携して地道に対応できる相談支援体制が求められている。

5 文献

1) 原田豊, 他. 地域包括支援センターにおける相談からみた中高年層ひきこもり者の課題～鳥取県内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～. 鳥取医学雑誌 47: 58-64: 2019

うつ病患者への復職支援
～デイケア「リワーク準備コース」での取り組み～

仙台市精神保健福祉総合センター

○野田承美、千田由美、高橋由里、相原幸
大類真嗣、原田修一郎、林みづ穂

1. はじめに

精神保健福祉総合センター（以下「当センター」）は、昭和 58 年度にデイケアセンターとして開所して以来、回復途上にある精神障害者が自立した生活を送れることを目的とし、生活習慣の確立や社会参加・社会復帰促進のための生活指導及び作業指導を実施している。

平成 21 年度以降、うつ病で休職中のデイケア利用希望者が増えてきたが、既存のデイケア通所者と比較して疾患や年齢、利用目的、背景などが異なるため、対象者を限定し集団としての凝集性を高め復職準備性を向上させることをねらいとし、平成 22 年 7 月から、うつ病で休職中の方を対象に新たにリワーク準備コースを開始した。

通所者の中には、長期的かつ慢性的なストレス状況に晒され心身の不調に陥る者が少なくない。ストレス対処方法を持ち合わせてはいながらも、適切なタイミングで対処行動を取ることが難しく、個人に合ったストレス対処方法の整理をどう行うかが課題となっていた。そこで、水害等の進行型災害に用いられる防災計画「マイ・タイムライン」に着目し、ストレス状況を災害と捉えたセルフケアプログラムの活用を試みた。今回は、再発・再休職予防を主な目的としたセルフケアプログラムの中で新たに取入れた、“マイ・タイムライン”について、プログラムの実践や関わりの中で得た知見を報告する。

2. プログラム概要・流れ

（1）マイ・タイムラインの応用

マイ・タイムライン（表 1）とは、国土交通省が作成した、洪水のような進行型災害が発生した際の個人の防災行動計画である。台風の接近などによって、河川の水位が上昇した場合などに、一人一人がとる防災行動を時系列に整理し、あらかじめとりまとめておく。それにより急な判断が迫られる災害時に、自分自身の行動チェック、判断サポートツールとして役立てるものである。

我々は慢性的なストレス状況を災害になぞらえ、日頃から自身の心身の状態を把握し、ストレス状況が高まった場合、心身の不調をきたし悪化する前に適切な判断ができ、予防的な対処行動に繋がることを期待し、マイ・タイムラインを応用した新たなセルフケアプログラムを行った。

（2）セルフケア版マイ・タイムラインの作成に向けた検討と共有

セルフケア版マイ・タイムライン（表 2）では、職場での対人関係のようなセルフケアにおける進行型災害が発生した際に、いつ、何をするのかを整理した個人の防災計画（セルフケア計画）と位置付け実施した。

ストレスの蓄積などによって負担感が上昇した場合、状態悪化のサインの警戒レベルを 6 段階に分け、そのレベル毎に一人一人がとる防災行動を時系列に整理し、あらかじめとりまとめ、日ごろから備えておく。そして、ストレス状況の高まる場面が発生し急な判断が迫られた際に、自分自身の体調と行動チェック、判断サポートツールとしてセルフケアに役立てる。

（3）作成に必要な項目の検討（グループワーク）

自身の体調や、調子を崩す際のサイン（以下「注意サイン」）を把握するために必要な情報をペアで検討する。検討した注意サインをレベル分けし、レベル毎の状況に見合うストレス対処方法の検討をさらに行い全体で共有する。

(4) マイ・タイムラインの作成

(3)で検討した項目を参考に、レベルに応じた対処方法（避難行動）を整理した個人のセルフケア計画（表2）を個人で作成し全体で共有する。

表1. マイ・タイムライン（国土交通省作成）

警戒レベル	気象庁等の情報	避難行動（とるべき行動）
1	<input type="checkbox"/> 早期注意情報（警報級の可能性）	災害への心構えを高める
2	<input type="checkbox"/> 大雨注意報・洪水注意報 <input type="checkbox"/> 高潮注意報 <input type="checkbox"/> 注意（注意報級） <input type="checkbox"/> はん濫注意情報	ハザードマップ等で避難行動を確認
3	<input type="checkbox"/> 大雨警報・洪水警報 <input type="checkbox"/> 高潮警報に切り替える可能性が高い注意報 <input type="checkbox"/> 警戒（警報級） <input type="checkbox"/> はん濫警戒情報	土砂災害警戒区域や急激な水位上昇のおそれがある河川沿いにお住まいの方は避難準備が整い次第、避難開始 高齢者等は速やかに避難
4	<input type="checkbox"/> 土砂災害警戒情報 <input type="checkbox"/> 高潮警報・高潮特別警報 <input type="checkbox"/> 非常に・極めて危険 <input type="checkbox"/> はん濫危険情報	速やかに避難 避難を完了
5	<input type="checkbox"/> 大雨特別警報 <input type="checkbox"/> はん濫発生情報	災害がすでに発生しており、命を守るための最善の行動をとる

表2. セルフケア版マイ・タイムライン

警戒レベル	情報（チェックリスト）	避難行動（とるべき行動）
0	<input type="checkbox"/> 睡眠時間 <input type="checkbox"/> 勤務時間	・深呼吸 ・今日やることの書き出し
1	<input type="checkbox"/> ため息が出る <input type="checkbox"/> 優先順位がつけられない	・自分の状況を周りにアピールする ・飲み物を飲んで落ち着く
2	<input type="checkbox"/> イライラする <input type="checkbox"/> 会話が減る	・体を休める→ダメなら病院へ ・服薬の確認
3	<input type="checkbox"/> 眠れなくなってくる <input type="checkbox"/> 疲れがとれない <input type="checkbox"/> 些細なことで怒りやすくなる	・眠剤を飲む ・プチ贅沢をする
4	<input type="checkbox"/> 誰とも話したくない <input type="checkbox"/> 吐気	・病院へ行く
5	<input type="checkbox"/> 自殺について調べる・準備する <input type="checkbox"/> 散財したがる	・病院へ行く

(5) プログラム実施後の感想

通所者からは、「段階に分けて整理することで気持ちや体調の変化が分かり整理ができた」、「避難行動が参考になる」、「レベル分けをするという考え方が面白くわかりやすかった」、「チェックリストにすることでわかりやすかった」「今後も続けていきたい」等の感想が聞かれた。

スタッフとしては、プログラムを実施し、体調の振り返りに乏しい通所者が予防的対処行動を考える目安になることや、他者に遠慮し援助希求行動がとれない通所者が、自身の行動を促す判断材料になること等が期待できると感じた。

3. 考察

通所者は、ストレス対処方法がある程度持ち合わせていながら、適切な状況・タイミングで適用ができないことが一因となり、職場不適応に陥っている場合が多い。マイ・タイムラインを取り入れ、ストレス状況をレベル分けやチェックリストを活用しその対応を見える化することで、通所者にとってイメージがしやすく、注意サインの整理と把握をすることができた。それにより適切なタイミングで心身の状態を認識でき、悪化する前に自身に合った対処行動を確認し備えることが可能となることがわかった。また、集団で実施しながらも、個人に合ったコーピングプランの検討が可能であり、再発予防等にも効果が期待できる。一方、記入内容を誤認する参加者もみられたため、実施に当たって、より詳細な説明が必要と感じた。

当センターを利用する休職中のうつ病患者は、不調となる自覚が乏しい、適切なタイミングでストレス対処行動を取ることが難しいことが課題のひとつであった。マイ・タイムラインを応用しセルフケアプログラムに取り入れることで、不調の目安となる注意サインの整理や把握ができ、いざという時に適切な対処行動が取れる可能性が高くなったと言える。そのことにより再発予防の効果が期待でき、うつ病患者への復職支援のツールとして役立つと考えられる。

4. 終わりに

通常、防災行動計画は、1つの災害で基本的な逃げ方を考えることから始まり、異なる状況毎の複数の逃げ方を考えることへ進んでいく。今後、セルフケア版マイ・タイムラインにおいても、プログラムで1つの対処方法を考えることを契機とし、通所者自らが複数の対処行動を考え実施できるよう、プログラム内容の向上に努めたい。

佐賀県精神保健福祉センター

○永田貴子 山口玲子
大谷美和 吉田由美

1 はじめに

幼少期に逆境的小児期体験（Adverse childhood experiences, ACE）や心的トラウマを体験すると、その後の精神保健に多大な影響がもたらされることが明らかになっている。逆境体験の存在は、アルコール乱用、違法薬物使用、危険な性行動、対人暴力、自傷などのリスクを高めると報告されている。また、一生涯のうち何らかのトラウマを経験するものは約6割にのぼるといわれ、「多くのひとがトラウマを抱えている」という考えをもって対人援助にあたることは公衆衛生学的な観点からも重要である。

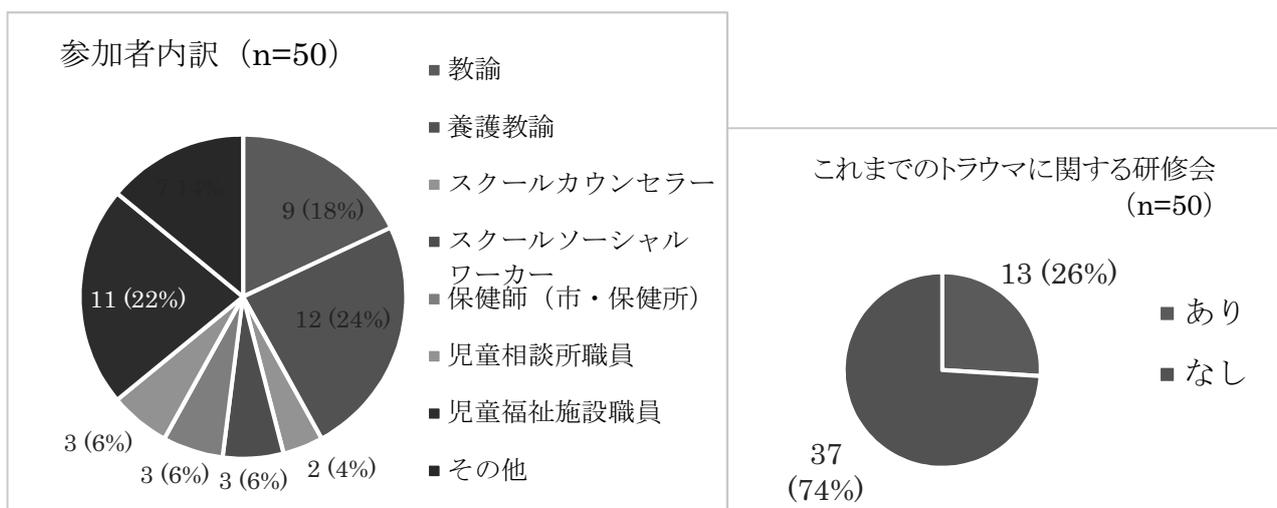
逆境体験を持つものは、その体験が深く重いがゆえに自らの症状や体験をうまく言語化できずに暴言や暴力、衝動的な行動として表すことがある。支援者が繰り返す問題行動の背景にあるメカニズムに無自覚であると無力感や陰性感情から適切なケアを提供できず、当事者を一層孤立させてしまうことになりかねない。こうした悪循環に陥ることを予防し当事者を適切な医療やケアにつなぐためには、支援者が見えないトラウマに関心を持ち、初期の段階からその存在を理解して対応に当たる必要がある。

2 目的と研修方法

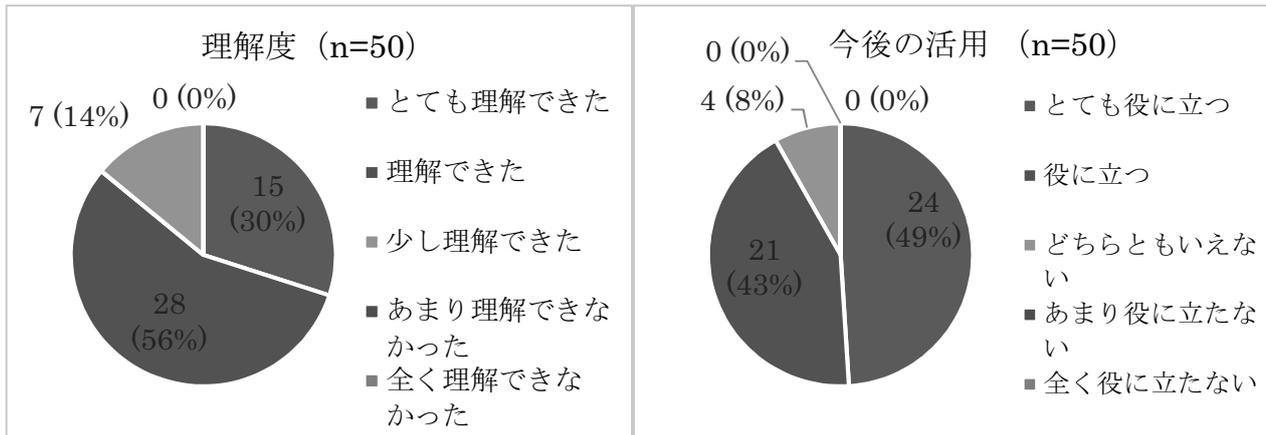
幼少期の逆境体験がその後の精神保健に与える影響とその対応について学ぶことを目的に「トラウマインフォームドケア」をテーマとした研修会を実施した。講師は日本のトラウマ支援・治療に造詣の深い兵庫県こころのケアセンター・副センター長の亀岡智美氏に依頼した。福祉、教育、行政機関など複数の領域の支援者が同じ研修を受講し共通のケアの視点を持つこと、さらに支援者同士が領域を跨いだ連携を意識することによりシームレスな支援体制が構築されることも目的とした。

研修は、新型コロナウイルス感染症の流行を鑑みオンラインで実施した。

3 参加者の内訳



参加者はオンライン聴講のため、実際には画面上で確認できた100人以上が受講していたと考えられる。学校関係者のほか、行政の保健師、児童相談所、児童福祉施設職員など様々な立場の者が受講された。また、これまでにトラウマに関する研修会を受けた経験は、7割以上の者が「ない」と回答した。



「とても理解できた」「理解できた」を合わせると 50 人中 43 人 (86%) の者が良好な理解を示した。また、今後この研修内容がどれくらい役に立つと思うかという設問には、「とても役に立つ」「役に立つ」と答えたものが併せて 92%であった。

上記より、受講者には初めての内容の研修会となったものが多かったが、講師の丁寧な説明により基本的なトラウマの性質とトラウマインフォームドケアについて知識の習得が進んだことがわかった。

4 参加者の感想

参加者のアンケート調査から寄せられた感想は、以下のようないくつかの類型に分けられた。

【支援や対応におけるトラウマ視点の欠如】ならびに【新たな視点の獲得】

- ・トラウマを体験している人が自分の想像以上に多く、自身のトラウマについての認識を変える必要があることがわかった。
- ・トラウマについて今まで講習等を受けたことがなかった。
- ・単なる問題行動と見えている事案でもトラウマの視点をもって関わる必要があることを学んだ。
- ・「トラウマ眼鏡」を携えて支援にあたりたい (複数)。

【発達障害との異同】

- ・発達障害との判別が難しいと感じた。
- ・子どもたちの中には、発達障害なのかわからない状態の児童がいて困惑することがある。

【つながりや連携の難しさ】

- ・過去の体験からどうせ相談しても意味がないと思っている子どもも多く、医療機関や支援につなぎたいが難しい。まず、本人の信頼関係の構築が難しい。

【支援者自身のケア・エンパワメント】

- ・支援者もトラウマ体験を共有するため自分の気持ちのコントロールが必要だと感じた。
- ・講義では支援者側の苦悩も汲んでもらえた。
- ・異なる領域でも同様の悩みを抱えていることがわかった。トラウマという共通言語をもつことができたと感じた。

5 考察

トラウマインフォームドケアは受講者にとって新たな知識や視点であるため、受講への抵抗感や無関心な反応が懸念されたが、受講希望者の数や研修後の感想からは、支援者に当たるものの関心が高く、よく内容を吸収されたことが伺えた。これは現場での対応に困難や行き詰まりを感じていたところに新たな視点をもたらされ、これまでの視点の欠如を認識されるとともに、現場での感覚と合致した「腑に落ちた」感じや「自分にも何かできそうだ」という手応えがあったためではないかと考えられた。

行政機関が高次脳機能障害支援普及事業の支援拠点機関を担う上での役割について
 ―長崎県における高次脳機能障害支援普及事業の経緯を踏まえて―

長崎県長崎こども・女性・障害者支援センター
 （長崎県高次脳機能障害支援センター）
 ○兼依敬太 太田尾有美 中村美穂 桑野真澄
 一ノ瀬由紀子 稗圃砂千子 加来洋一

1 はじめに

高次脳機能障害支援事業は、平成 13 年に国のモデル事業として始まった。長崎県においては、平成 17 年度に関係機関の協力を得て、急性期医療機関、理学療法士/作業療法士/言語聴覚士が所属する施設、及び家族を対象に高次脳機能障害の支援状況等に関する実態調査を行った。結果、高次脳機能障害の認知が医療福祉関係者で低い、身近に相談窓口や支援者が少ない、復職新規就労のための支援や社会参加の場が少ない、等というものであった。そこで、県内の支援体制整備の推進を図るため、県は平成 19 年度に長崎県高次脳機能障害支援センターを開設し、当センターが県内唯一の高次脳機能障害支援拠点機関として現在業務にあたっている。今回は、これまで取り組んできた事業を振り返るとともに今後の方向性について報告する。

2 これまでに取り組んできた事業

	平成19年	平成23年	平成27年	平成30年	令和2年	令和3年
関係者会議 技術支援等		・ 支援会議	・ 連絡協議会		・ 保健所担当学会議等	
調査研究	—	・ 就労支援の実態	・ 小児支援の実態	—	・ 医療と福祉の連携	—
研修会	—	・ 就労支援(医療/福祉) ・ 事例検討	・ 小児の高次脳 (医療/教育/母子保健) ・ グループワーク	・ 社会的行動障害 ・ 事例検討		・ 医療と福祉の連携 ・ 多職種事例検討
組織育成	・ 家族会(成人)発足	・ ピアサポート相談会 ・ ピアサポーター養成	・ 小児家族会発足に向けた支援 ・ 家族会(成人)活動終了(R1)			
普及啓発 (資源マップ)	診断可能：28機関 * 診断困難な圏域が3か所			3~4年毎に改定	診断可能：38機関 * 条件付きで診断可能：34機関（総数：72機関）	

本県は 8 医療圏域中 4 圏域が離島という地域性があるため、各圏域の保健所に対して、地域住民からの相談への対応や、支援の組み立て方などに関する技術支援を行うと共に、関係者会議や担当者会議を開催してきた。また、県内の支援連携状況等に関する実情を把握するため数年毎に調査研究を行い、その中で浮き彫りになったテーマに焦点を当てた研修会を行うことで普及啓発に努めてきた。調査研究の中では、当事者同士の繋がりや家族会が必要との意見があり、組織育成の支援を実施し結果、県内 2 か所でピアサポートが開設し、令和 4 年度には小児家族会の発足へと繋げることができた。

資源マップは、県内の支援体制状況を把握する目的で「診断」「精神障害者保健福祉手帳や障害年金の診断書作成」の対応可否について県内医療機関へ調査を実施し、結果をまとめたものになる。平成 19 年度に作成した初版は診断可能は 28 機関で、診断する上で参考となる神経心理学的検査等を実施する医療機関は限られていた。当初はその状況を踏まえ当センターにて評価を行いその結果をもって医療機関で診断を仰ぐ流れをとっていたが、相談から支援までを各圏域レベルで行える地域完結型へ舵を取り事業展開してきたことが一助となり、平成 30 年度版では診断可能な機関が 38 機関、加えて条件付きであれば可能な機関が 34 と診断可能な機関数が徐々に増加している。また、初版は対応困難な圏域が 3 か所あったが、最新版では全圏域で対応可能な医療機関が存在する状況となった。

3 現状と今後の取り組み

当センターへの相談者の内訳としては、平成28年頃までは当事者家族からの相談割合が高かったが、その後は、支援者を含めた関係者からの相談割合が多くなってきている。また、通所事業は当所へ直接相談に来られた方がそのまま事業利用に繋がっていたが、平成30年頃からは医療機関からの紹介で事業に繋がる方の割合が多くなってきている。これらの背景には、医療と地域の支援機関の連携が深まりセンターや保健所を通さずともケース支援できる地域が作り上げられてきていることが推測される。

		平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和1年	令和2年	令和3年	令和4年	
相談(延べ)	当事者家族	308	401	183	174	174	135	166	71	
	関係者	169	325	213	313	280	205	212	95	
	(診断未実施)	33%	37%	35%	23%	31%	22%	22%	—	
通所事業	参加者数	8	5	3	5	5	2	3	5	
	事業利用に至るまでの経緯	センターへの直接相談	(5)	(3)	(2)	(1)	0	0	0	0
		医療機関からの紹介	(3)	(2)	(1)	(3)	(5)	(1)	(3)	(4)

令和2年の調査研究で、当事者が医療機関との関わりがない場合、症状対応等についてどこに相談すればいいかわからないという相談支援事業所職員の声があったことから、令和4年度は医療職と地域の支援者の顔の見える関係性構築を目的に、多職種連携事例検討会を計画中である。加えて、今まで当事者を支援した経験がないという声もあり、事業所職員が相談場面で活用できるフローチャート(相談から社会資源の活用までの流れを提示したもの)を作成中である。

資源マップは、現在改訂版を作成するため医療機関へ調査を行っており、今回は自動車運転再開支援に関する地域の支援状況についても併せて調査中である。今後は、集計結果を踏まえ各圏域の特性や課題を見極め対応策を検討していく。

年々、医療職の方々の高次脳機能障害に関する認知度は高まってきているが、一般の方々においては、高次脳機能障害の名前を知らないという方も多い印象を受ける。今後も調査研究を行い、各地域の支援者を育成するための研修会の企画運営、通所事業を活用した当所職員のスキル向上/支援者同士の繋がりを作り、ホームページ等を活用した普及啓発活動を継続的にやっていく。

4 まとめ

これまで県内の実情を把握するため各種調査研究を行い、それぞれ潜在していた問題点に焦点を当てた研修会を企画運営するとともに、継続的に自助組織育成支援を行ってきた。これまでに主催した研修会の参加者総数は2,000名を超え医療職の方々への普及は深まりつつあるとともに、診断可能な医療機関が増加し地域の相談支援体制の基盤が整いつつある。

行政機関である当センターが、高次脳機能障害支援普及事業の支援拠点機関を担う強みは、調査研究→問題点の整理→研修会等の開催と「連続性」を持った事業が展開できること。転勤による担当職員の入れ替わりで多少の方向性の変更があったとしても「継続性」を持って事業に取り組むことができること。同じ行政機関である保健所や教育関係機関等との「横の繋がり」を活用することで各圏域の支援体制整備を進めることができること、だと考える。また、当センター担当職員の相談スキルを向上させ関係機関との連携を図っていくには、日頃の電話相談業務や単発のケース会議への参加のみでは限界を感じるところだが、当センターには県内唯一の高次脳機能障害に特化した通所事業がある。本事業を通して、当事者家族、関係機関と関わることで障害特性に応じた対応や支援方法等についてより深く学ぶことができ、かつ職員が本事業を通して体験したことを研修会等で報告することで普及啓発に結びつけることも行政機関である当センターが支援拠点機関を担う強みの1つだと考える。

しかし、直近の組織再編により当該事業に従事する職員は専従から兼任になり、加えて職員数は3名から2名へ削減され厳しい状況にある。組織体制は厳しい状況にはあるが、今後も「連続性」「継続性」「横の繋がり」をもった事業を展開し、高次脳機能障害の支援普及啓発に努めていきたいと考える。

ひきこもり支援専門家チーム事業について
～活動を通して見えてきたことと今後の展望～

滋賀県立精神保健福祉センター

○平井 昭代、西田 由美、萩尾 宏子、辻本 哲士

1. はじめに

滋賀県では、平成 22 年に滋賀県立精神保健福祉センター内に滋賀県ひきこもり支援センター（以下「センター」という。）を開設し、従来からひきこもり支援施策を担っていた保健所とともに役割分担を行いながら施策の推進を図ってきた。また、「ひきこもり者と家族に学ぶ公私協働事業」の県社協委託事業の実施と合わせて、ひきこもり者と家族が必要な時に必要な支援を受け地域社会とのつながりを持ちながら、孤立することなく安心して生活することができる、ひきこもり支援体制の構築を目指してきた。

ひきこもり者及び家族に対する相談支援はセンターや保健所だけではなく、市町や地域支援者も多数関わっている中、困難事例対応への助言、支援者の資質向上の機会が求められている。そのため、多職種による専門的視点から助言を行うことにより支援体制の構築や支援者の資質向上を図ることを目指し、令和 2 年 4 月にひきこもり支援専門家チーム（以下、「専門家チーム」という。）を設置したため、ここにその取り組みについて報告する。

2. 活動内容

（1）構成員

チーム員は、医療・保健・福祉・教育・就労・法律分野の専門職で構成され、社会状況の変化に対応できるように毎年メンバー構成の見直しを行っている。令和 4 年度の具体的な機関や職種等に関しては図 1 に示す。

図 1

分野	職種・専門・所属機関等
医療	精神科医師（医療機関）
	臨床心理士
法律	弁護士（法律事務所）
福祉	ひきこもり支援実施事業所理事長（相談支援事業所）
教育	教員（教育委員会）
就労	キャリアコンサルタント（地域若者サポートステーション）
	働き・暮らし応援センター
生活困窮	ファイナンシャルプランナー（社会福祉協議会）

（2）事例検討

保健所や市町等に地域支援者から相談のあった困難事例についてセンターが事例を把握したうえで、事例に応じた分野の専門家チーム員の派遣要請を行い、事例検討の場にて多角的な見地から専門的な助言を行っている。

令和 2 年度と令和 3 年度の派遣回数は、それぞれ 4 回であった。困難事例として挙がってくるケースの特徴としては、医療的なことを含む見立てが困難なケース、支援者が孤立しているケース、支援のゴールが見えにくいケース、支援が継続しないケースなどが見られた。

（3）同行支援

保健所や市町等が支援する、ひきこもり状態にある方やその家族への訪問や面接に、必要に応じて同行することにより支援者支援を行っており、令和 2 年度は 1 件、令和 3 年度は 0 件であった。事例検討

ケースの特徴と重複する部分があるが、ここでも見立てに苦慮しているケースが挙がってきている。同行支援も事例検討と同じく、ケースにより同行する専門家チーム員の選定を行い直接支援している支援者へ適切な助言が届くようにしている。

事例検討会および同行支援の分野ごとの支援回数について、年度毎の実績を図2に示す。

図2

		医療	法律	福祉	教育	就労	生活困窮	その他
令和2年度	事例検討	2	1	3	1		1	1
	同行支援			1	1			1
令和3年度	事例検討	2	1	1		1		1
	同行支援							

(4) 全体会議

年に1回～2回、専門家チーム員が全て参集し、事例検討と同行支援を通じて見えてくるひきこもり支援の課題の整理を行い、必要な施策の検討や県全体としての体制整備に向けての課題提起が行える場を設けている。令和2年度は8月と3月に計2回、令和3年度は3月に1回開催した。全体会議の中での意見としては、ひきこもり支援体制の構築に向けた主な課題について以下の通りであった。

- ①年代や分野で途切れない相談支援体制づくり
- ②ひきこもりながらも豊かに生活できる地域づくり
- ③支援者の資質向上の機会
- ④支援者を孤立させない支援体制づくり
- ⑤地域支援ネットワークチームの構築

3. 考察

「ひきこもり」は疾患でもなく障害でもなく状態像であることから、障害福祉制度や医療に乗りきらず、家族は本人への関わり方に、支援者は支援の方向性に戸惑っている場面が多くみられる。しかしながら「ひきこもり」の背景には精神疾患や障害が潜んでいる可能性があるがゆえに支援者としても、見立ての難しさを感じているところである。

ひきこもり支援は長期にわたることが多く、支援のゴールは就労や福祉制度サービス利用等に限らず、その人なりの一步を進める場合もある。長期的な支援においては、本人の変化は見えにくく、支援のゴールや目指すべきところが共有しにくいいため、他機関との連携が難しく単独部署で抱え込んでしまい、ひきこもり支援者が精神的に孤立しがちになる。しかし、地域で多機関によるチーム支援が実現することはその解決につながると考える。

専門家チーム事業では、支援者が困難に感じているひきこもり事例を共有し、多職種による専門家チームと一緒に考えることにより、支援者の孤立を防ぐとともに資質向上の機会に繋がり、ひいては地域支援におけるチームづくりから始まる支援体制づくり、その先にはひきこもり当事者、家族の支援の充実に繋がっていくと考えられる。

4. 今後の展望

ひきこもり者と家族が孤立せずに、地域社会とつながり、必要な支援につながりながら生活できるためには、障害や疾患の有無、年代や所属等で分断されることのない支援が必要だと感じる。当事者や家族が必要としている支援に、様々な立場の様々な人々が手を差し伸べることができる支援体制を構築するために、支援者の人材育成や資質向上、ネットワークの構築が重要であると同時に地域住民のひきこもり者等への見守りも必要であると考え。専門家チームを効果的に活用しながら、誰もが安心して暮らせる地域づくりを目指していきたい。

職場不適応、短期間で退職を繰り返す相談事例への対応・支援 ～発達障害の診断、理解と支援を含む～

鳥取県立精神保健福祉センター

○ 山岡圭一 永美知沙 田村有希 坪倉典子 官能愛
浜田千登勢 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 4 年 1 月から 7 月までの期間に受理した新規相談来所者のうち、20 歳以上 39 歳以下で就労に関する相談のあった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 4 年 1 月 1 日から令和 4 年 7 月 31 日までの 7 か月間に、当センターが新規に精神保健福祉相談（来所）で就労に関する相談を受理したもののうち、20 歳以上 39 歳以下の 18 人（男 10 人、女 8 人）である。対象者の症状、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

現在就労中のものは、15 人（83.3%）であり、その多くは人間関係や仕事がこなせない（仕事でのミスが重なる等）などが原因で不適応の状態を呈しており、退職を勧められている、あるいは本人が退職を考えているというものだった。就労していないものは 3 人（16.7%）であり、いずれも、相談直前に同様の不適応で退職していた。

これまで転職の経験があったものは 11 人（61.1%）、転職の経験がなかったものは 5 人（27.8%）、不明は 2 人（11.1%）であり、職場不適応となり、転職を繰り返す事例がいくつか見られた。

過去の精神科等への治療歴については、治療歴ありが 6 人（33.3%）、治療歴なしが 11 人（61.1%）、不明が 1 人（5.6%）だった。自閉スペクトラム症などの発達障害に関しては、その疑いも含めて 10 人（55.6%）が該当したが、大半が当センター来所に至るまでは未診断であり、当センターにおいて、WAIS、AQ などの諸検査を実施するとともに、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。また、医療機関や当所での診断により、うつ病や適応障害などの精神疾患があったものが 12 人（66.7%）あった。

相談後の当センターの支援については、8 人が、すでに適応障害、抑うつ状態を呈しており当センターの診断書により病気休養とし、5 人が、抑うつ状態の改善のために精神科医療機関への紹介を行った。

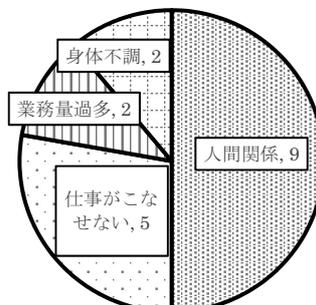


図 1. 職場不適応の主な要因 (n=18)

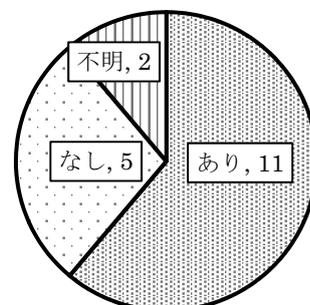


図 2. 転職歴の有無 (n=18)

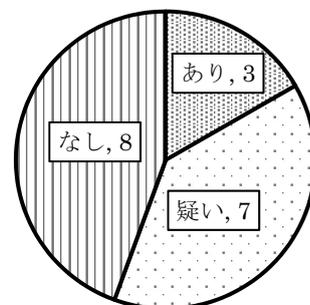


図 3. 発達障害診断の有無 (n=18)

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、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もあり、この状況を30歳危機と報告^{2, 3)}している。

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、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。

<参考>

- 1) 山下倫明、浜田千登勢、馬淵伊津美他. 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—. 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.
- 3) 浜田千登勢、永美知沙、山岡圭一他. 30歳危機～中高年層ひきこもりの予防を考える～. 第57回全国精神保健福祉センター研究協議会抄録集. 50-51, 2021.

浜松市における相談者を対象としたスポーツプログラムの実施について

浜松市精神保健福祉センター

○鈴木多美 池田千穂 松尾詩子 石川紘子 二宮貴至

1 要旨

浜松市精神保健福祉センター（以下、「センター」）では、平成19年の開設以降、様々な事業の中で当事者支援を行ってきた。ひきこもり対策事業では、本人の居場所（ゆきかき）事業を行い、ひきこもり地域支援センターを立ち上げてからは、委託先にコミュニティスペースを開設し、当事者支援の場としてきた。また、依存症対策では、平成23年度からHAMARPP（当事者向け再発予防プログラム）の実施、平成30年度からはHAT-G（ギャンブル依存再発予防プログラム）の実施も行ってきた。

そのような当事者向けプログラムへの参加に少なからず抵抗を示す方もいることから、当事者同士がゆるやかにつながることのできる場の提供として、相談種別に関わらず参加ができる自由度の高い、スポーツプログラムを企画し、令和2年度に試行実施して参加者の反応を確認したうえで、令和3年度から本格実施している。今回は、その実施内容と効果、今後の展望について報告する。

2 令和2年度の試行実施内容

令和2年7月に、コロナ禍ではあったが、希望者には手袋を用意するなど感染防止策を行い、初回実施した。内容は、①ウォーミングアップを兼ねたレクリエーションを2種目、②風船バレー等軽スポーツを2種目、③リラクゼーションを90分で実施した。参加者は5名で、当初は依存問題を持つ方（以下、「依存」）の参加を想定していたが、うち4名がひきこもり当事者（以下、「ひきこもり」）であり、他の



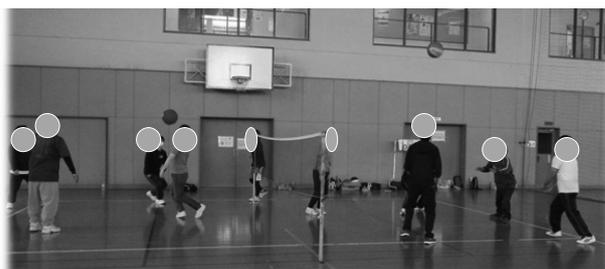
ひきこもりグループへ参加、見学等をしたものの、定着しなかった人であった。2回目となる8月実施では参加者が11名となり、4名が依存、7名がひきこもりという構成であった。

8月実施が11名参加と多人数となったため、密を避けるためにも体育館での実施を検討した。センターから離れた場を会場にすることにより参加者数の減少が懸念されたが、体育館での実施の方がよりスポーツ性を持ったプログラムの実施ができるということもあり、体育館実施に踏み切った。

体育館での開催にも5～8名と安定した参加があり、内容も会議室での実施内容に加えて、ストレッチを行った上で、ミニバスケット、ソフトバレー、フットサルなどの競技性の高いスポーツも行うようになった。また、参加者の声により、テニスなどのみのプログラムも実施した。

3 令和3年度の実施内容

令和2年度の試行において、3回以上の継続参加者が6割を超えており、今後も開催があれば参加したいという声が多かった。また、相談を担当しているスタッフからも、個別相談では見られない当事者の様子を見ることができた、話題づくりにもなっている、という感想があったことから、令和3年度には予算計上し、本格実施をすることとなった。



緊急事態宣言下での中止が2回あったため、6回実施し、参加者は平均8名程度となっている。前年度は体育館の半面利用としていたが、隣の団体が気になる当事者もいることから全面利用とした。スペースが広がったため、前半は前年度と同様の進行としたが、後半にはフリータイムを設け、ミニバスケット、卓球、バドミントンなどに参加者が自ら選択して参加してもらっている。また、テニスプログラムも2面（当該施設の全面）使用で、計3回実施している。テニスコーチを招聘したレッスン形式のコートとフリーコートに分けて実施し、参加者は平均10名で初めて女性の参加もあった。テニスであれば参加できるという参加者もある。



4 考察及び今後の展望

令和3年度までにテニスプログラムを含めて17回実施しており、実参加者数は26名、延参加者数は129名である（図1）。参加者の属性に関しては、性別はテニスに1回参加した女性以外は全て男性であり、ひきこもりが約5割（図2）、年代構成では30代以下が約6割となっている（図3）。当初は、依存の参加が多いことを想定していたが、ひきこもりの参加が多かったことは、うれしい誤算と言える。

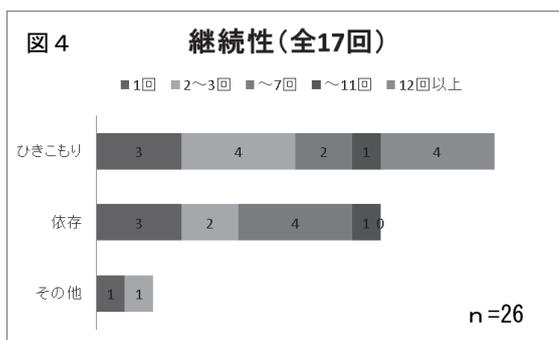
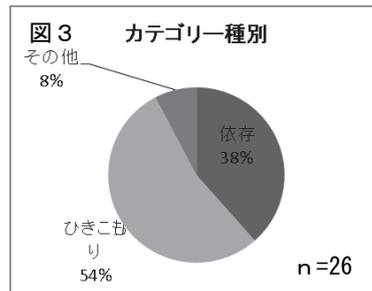
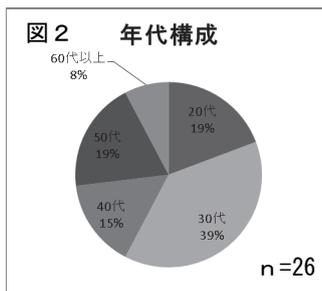
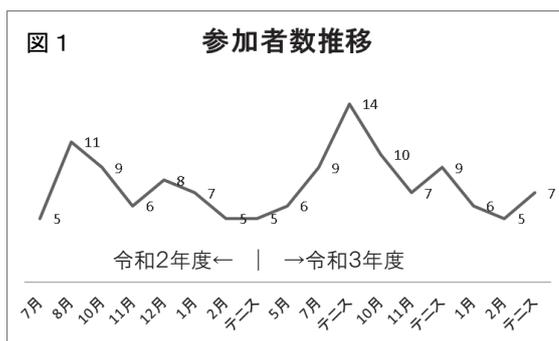
センターでは、ひきこもり向けの居場所等グループ活動の充実を図ってきたが、そこにマッチしない人が、今回のスポーツプログラムには参加することができたようである。

スポーツの効果として、悩み、孤独感、不安感が軽減される、外出頻度が多くなる、自信、意欲が向上するなど挙げられているが、実際に

今回のプログラム実施を通して、普段関りの少ない人たちが、スポーツの時に自然に声を掛け合い、笑い合っている様子を見ることができている。また、プログラム中の肯定的な声掛けによって、自信を持ち、意欲向上につながった人もおり、就労体験などに向かった人もいる。令和3年度のアンケートでの特徴としては、参加動機として「利用者同士の集まりだから」、今後の参加についても「ぜひ参加したい」という回答が増えている。このことは、プログラムが参加者にとって安心して参加できる場となっていることを示していると考えられる（図4）。

また、このプログラム実施に際しては、スポーツに関する資格を持つ方からの指導の下行っており、ただ集まってスポーツをするだけではなく、他者との関りを多くしたり、向上心を持って取り組めたりするようなメニューとなっている。当事者の多くは学校や社会で指導されながら、「できなかった」、「怒られた」という体験を持っているが、今回のプログラムでは理解のある指導者からの指導を受けながら、常に肯定的に評価されるという体験にもなっており、単に身体を動かすこと以上の効果を上げていると考えられる。

就労体験などの次のステップに進もうと模索して一度はプログラムから卒業しながらも、また参加者になる人もいるが、ゆるやかなつながりを大切にして、少しずつ力を蓄えられるように今後もプログラムを継続していきたいと考えている。



コロナ禍における不安対処プログラムの活用
— セルフケアや人材育成に役立つ手法として —

相模原市精神保健福祉センター

○新井紘太郎 奥亜希子

岸川康子 宍倉久里江

1 はじめに

相模原市精神保健福祉センターでは、認知行動療法の考え方を取り入れた不安対処についての心理教育プログラム（以下、不安対処プログラム）を開発・実施しており、内容や開催実績について、平成 29 年度および令和元年度の本研究協議会において報告した。今回は、コロナ禍における不安対処プログラムの活用について報告する。

2 コロナ禍における不安対処プログラムの活用状況

1) 従来から定期開催しているプログラム：『不安対処スキルアップセミナー』

令和 2 年度と 3 年度は感染拡大防止の観点から、従来どおりの集団対面開催を控え、オンデマンド動画配信により開催とすることもあった。内容の理解をサポートするため、事前に資料を配布した。また、個別セッションが実施できない状況下においては電話でのフォローアップを行った。

2) 不安対処プログラムを活用した講演依頼等

これまでの講演依頼は精神疾患（統合失調症、うつ病、依存症など）や、薬物療法についてといったものが多かったが、令和 2 年度および 3 年度については、コロナ禍による不安やストレス対処を中心としたこころの健康についての依頼が目立った。

① 市民団体からの講演依頼：コロナ禍のストレス対処

コロナ禍で生じる様々な感情や行動の変化について理解を深め適切に向き合うために、支援者としてはサイコロジカル・ファーストエイド（以下 PFA）の原則で、不安対処プログラムの要素を取り入れた構成とし、講義とグループワークを行った。

② 教育機関からの研修依頼：オンライン授業と社交不安

オンライン授業が増え、画面上で注視されることへの不安、恐怖感を抱えている生徒が少なくないということで、社交不安についての研修依頼であった。メンタルヘルス・ファーストエイド（以下 MHFA）および家族等支援者向けに再構成して実施している不安対処プログラムに基づき、社交不安症をはじめとした不安症群・強迫症の解説と、支援のポイントについて講義した。支援のポイントについては『先回りの不安』の理解、『不安の巻き込み』への対応、『不安を外在化する方法』、『受容・共感・ポジティブフィードバック』等について盛り込んでいる。

③ 障害福祉サービス事業所からの研修依頼：コロナ禍における職員のストレス対処とセルフケア

ストレスやストレス反応といった一般的な講義に加えて、不安対処プログラムに基づき、ストレスの『認知的評価』について解説し、最後にリラクゼーション法を体験してもらった。

④ 医療機関からの依頼：コロナ対応におけるこころのケア

クラスターが発生した医療機関の職員向けに、心理教育教材の提供および電話相談を行った。PFA と不安対処プログラム、更にゲートキーパー研修の内容に基づき、パンデミックで医療従事者が感じる感情や行動の変化、不安対処やストレス・マネジメント、職員同士での傾聴や分かち合い

といった要素を盛り込んだ（令和3年度の本研究協議会にて誌上発表）。

3 考察

1) コロナ禍のメンタルヘルス対策と不安対処スキル

これまで、メンタルヘルスに関する研修や講演の依頼に対応する際には主にPFA、MHFAおよびゲートキーパー研修の内容に基づいて講義することが多かった。しかし、コロナ禍の研修や講演依頼においては、不安やストレス負荷の高い状況でのセルフケアというテーマから、不安対処に焦点をあてる必要があり、従来から実施していた不安対処プログラムを活用することが非常に役立った。いずれの対象においても、講義内容は『不安をはじめとした感情の基礎知識』、『過剰な不安解消や徹底的な回避による悪循環の促進』、『具体的な目標設定とスモールステップでの取り組み』、『自身への労いと適切な休養・リラクゼーション』といった点で共通しており、元のプログラムと概ね同様の構成で実施できた。

2) 精神保健福祉センターで不安対処プログラムを実施する意義

①一次予防から三次予防

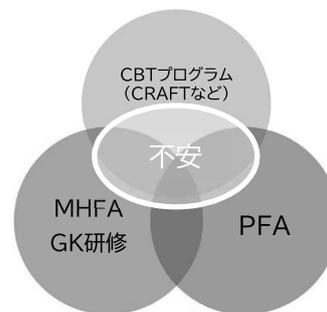
不安対処プログラムは、不安症群や強迫症といった精神疾患の疾病教育に特化したものでなく、一次予防すなわちこころの健康づくりとしてセルフケアや生活向上に役立てることを目標としている。また、不安対処スキルアップセミナー利用者の多くは精神科通院歴があり、こころの健康づくりと同時に、療養生活の改善や社会参加促進にもつながる取組ともなり得ることから、一次予防から三次予防まで幅広く対応する精神保健福祉センターで実施する意義は大きいと考えている。

②人材育成

不安対処プログラムはMHFAの『り・は・あ・さ・る』で言えば『あ（安心につながる支援と情報）』および『る（セルフヘルプ）』に注目した内容と言える。また、PFAにもストレス反応の心理教育やリラクゼーション、PFA提供者のケアおよびセルフケアといった項目がある。不安をはじめとした不快感情への対処について学ぶことで、このような既存のメンタルヘルス・プログラムの理解の深まりや内容の充実につながるのではないだろうか。

同様に、本人の自己治療的な取組を受容しつつ、より健全な方法へスモールステップで置き換えていくという視点は、精神保健福祉センターが担う依存症支援やひきこもり支援でも重要である。認知行動療法に基づく対処を学ぶことで、依存症回復プログラムや家族プログラム（CRAFT）を実施する際にも、ファシリテートの幅が広がると考えている。

（右記イメージ）



今回、様々な対象に実施する中で得られたものは、元である不安対処スキルアップセミナーにも反映させるようにしている。不安対処プログラムの取組が、利用者や支援者にとってどのような効果をもたらしているか、その上でどのように活用していくことが出来るか、検証を続けていきたい。

令和3年度岡山市におけるこころの健康に関する市民意識調査について
 —相談先の選択とストレスコーピングにおける性差—

岡山市こころの健康センター

○奥平菜穂子 太田順一郎

1 目的

岡山市民がこころの健康についてどのように受け止めているのか現状を知り、自殺予防対策を含む総合的なこころの健康づくりを進める基礎資料とすることを調査目的とした。

COVID-19 感染拡大以降女性の自殺率の上昇があり、その要因の一つとして以下のような仮説を立てた。①ストレスの解消・悩みの解決法に性差が存在し、②COVID-19 によって女性が多く用いる対処法が阻害されているのではないかと、そのため③女性の方がより抑うつ傾向が高いのではないかと。この仮説についての検証を行った。

2 対象

岡山市内在住の15歳～89歳の範囲で無作為抽出した3,000名。

3 方法

調査対象者に郵送で調査票を配布。調査期間は令和3年9月6日～同年10月31日。回答は調査票記入後の返送又は、調査票に記載のURLからアンケートフォームのWEB回答のどちらかとした。

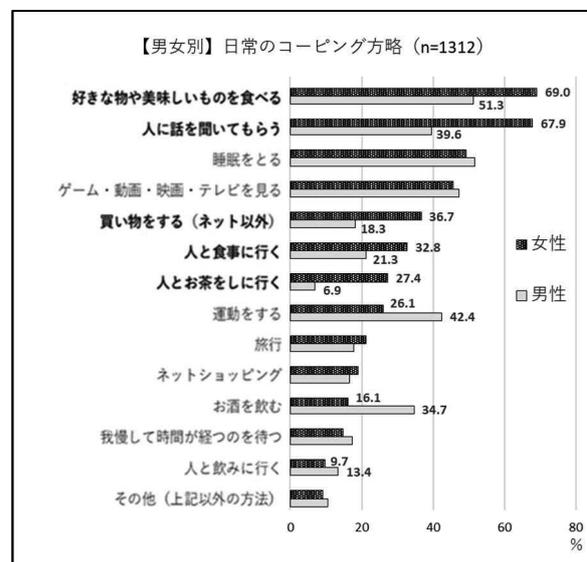
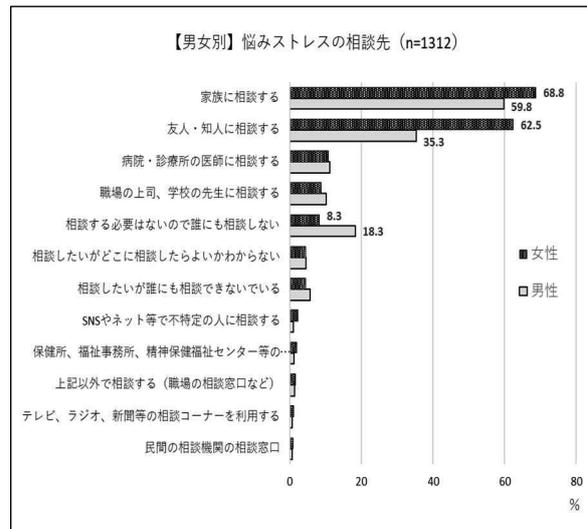
4 結果

3,000名に対し、1,312名（男性493名、女性775名、その他3名、性別未回答41名）の回答を得た（回収率43.7%）。その内WEB回答数は314名（23.9%）であった。

基本属性：性別の比率は6:4で女性が多かった。年齢は「40代」が最多で「10代」が最も少なく、次に「20代」「80代以上」が少なかった。居住年数は「20年以上」が7割を超えている。家族構成は「二世帯（親と子）」が4割、「夫婦のみ」が3割と全体の7割。職業は「正規職員・従業員」が3割、「無職」が2割、「パート・アルバイト」「専業主婦主夫」がほぼ並び全体の1割であった。

【男女別】悩みストレスの相談先：男女ともに「家族」に相談すると回答した人が最多（女性68.8%男性59.8%）であった。次いで「友人・知人」（女性62.5%男性35.3%）に相談すると回答した人が多かった。次に女性は「病院・診療所の医師に相談する」（10.7%）と回答した人が多く、男性は「相談する必要はないので誰にも相談しない」（18.3%）と回答した人が多かった。

【男女別】日常のコーピング方略：女性が優位に多く回答している方略は「好きな物や美味し



いものを食べる」(女性 69.0%男性 51.3%)「人に話を聞いてもらう」(女性 67.9%男性 39.6%)「買い物をする(ネット以外)」(女性 36.7%男性 18.3%)「人と食事に行く」(女性 32.8%男性 21.3%)「人とお茶をしに行く」(女性 27.4%男性 21.3%)であった。

男性が優位に多く回答している方略は「運動をする」(女性 26.1%男性 42.4%)「お酒を飲む」(女性 16.1%男性 34.7%)「人と飲みに行く」(女性 9.7%男性 13.4%)であった。

5 考察

今回の調査結果では、悩みストレスの相談先について女性の方が多くの相談先を持っていた。また相談する相手については、「家族に相談する」「友人・知人に相談する」は女性の方が優位に多く、「相談する必要はないので、誰にも相談しない」は男性に優位に多かった。このことから女性の方が相談行動を積極的に取る傾向があると言える。

日常におけるストレス対処方略の選択肢についても男性よりも女性の方が多く持っていた。どのようなストレス対処方略を用いるかについて性差が認められ、「人に話を聞いてもらう」「人と食事に行く」「人とお茶をしに行く」「買い物をする(ネットショッピング以外)」は優位に女性の方が多かった。一方「運動をする」「お酒を飲む」「人と飲みに行く」は優位に男性の方が多かった。COVID-19 拡大後に減少したストレス対処方略は、多い方から順に「人と食事に行く」「旅行」「人とお茶をしに行く」「人と飲みに行く」「買い物をする(ネット以外)」「人に話を聞いてもらう」「運動する」であった。COVID-19 の感染拡大防止の観点から対人接触を避けること、行動を抑制することの推奨により、女性が優位に行っていたストレス対処方略が使用しにくくなったと推測される。ストレス対処において多くの選択肢を持つことは対処方略が限定されず、場合によって代替できるという点において望ましいことと思われる。日常的な対処方略数は女性の方が多く持っていたものの、その多くは COVID-19 によって制限を受けたと考えられる。ストレス対処において COVID-19 の影響をより多く受けたのは女性と言えるのではないかと考える。

K6 得点の「心に何らかの負担を抱えている状態」に該当する割合は男性(42.0%)よりも女性(47.1%)の方がやや高い傾向を示した。平成 28 年に実施された厚労省の調査結果(224,208 世帯回収)における該当の割合は男性(29.7%)、女性(34.8%)であり、同様に女性の方がやや高い結果が出ている。COVID-19 感染拡大以前から女性の方が男性よりも K6 得点の該当割合は高く、COVID-19 の感染拡大以降、該当割合は男女ともに上昇しており、女性に優位にストレス負荷がかかったとは言えなかった。

6 まとめ

調査結果から悩みやストレスの対処方略は男性よりも女性が多く持っており、その多くは COVID-19 感染拡大によって阻害されるものであったことは確認できた。しかしながら COVID-19 感染拡大以降の女性の自殺率の上昇の要因と言えるものは見つけられなかった。COVID-19 感染拡大と女性の自殺率の上昇の関連については更なる調査が求められる。

COVID-19感染拡大後に減少したコーピング方略

	総数	%
人と食事に行く	787	60.0
旅行	677	51.6
人とお茶をしに行く	555	42.3
人と飲みに行く	434	33.1
買い物をする(ネット以外)	389	29.7
人に話を聞いてもらう	269	20.5
運動をする	266	20.3
好きな物や美味しいものを食べる	208	15.9
お酒を飲む	137	10.4
ゲームをする、動画、映画、テレビを見る	63	4.8
我慢して時間が経つのを待つ	63	4.8
睡眠をとる	62	4.7
その他(上位以外の方法)	62	4.7
ネットショッピング	23	1.8

堺市における令和3年度ゲートキーパー養成研修受講者アンケート調査

堺市こころの健康センター
○高田 真吾 狩谷 敏之
西畑 陽介

1. はじめに

堺市では平成10年以降、毎年200人前後の市民が自ら命を絶つという憂慮すべき状況が続いている。これを踏まえ、国が策定した「自殺総合対策大綱」の考え方にに基づき、平成21年3月に市が「堺市自殺対策推進計画」を策定した。この取り組みを強化するため、堺市の精神保健福祉センターである堺市こころの健康センター内に「いのちの応援係」が設置されている。いのちの応援係では、自殺のハイリスク者である自殺未遂者への直接的な相談支援にくわえて、自殺のサインの早期対応を図るため、ゲートキーパーの役割を担う人材の養成（ゲートキーパー養成研修）も進めている。

新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け、令和3年度はゲートキーパー養成研修を動画配信形式で実施した。令和2年度に堺市自殺対策推進計画の一環で行った市民意識調査と同様の調査を令和3年度ゲートキーパー養成研修受講者対象に行った。様々な事業の効果検証が求められる中で、ゲートキーパー養成研修の効果や繰り返し受講することの意義などについて考察した。

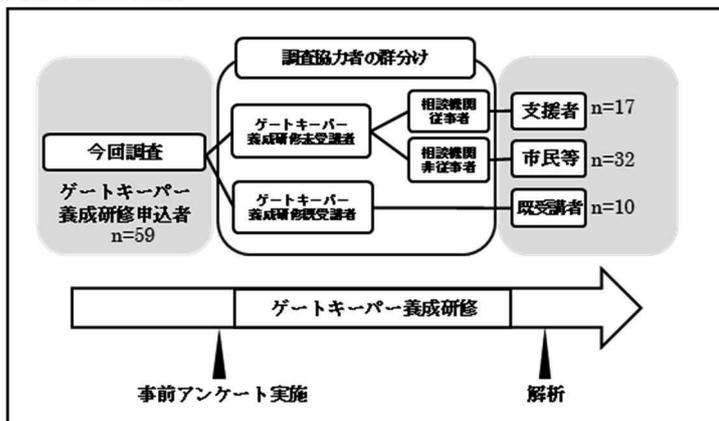
2. 目的

令和3年度ゲートキーパー養成研修受講者アンケート調査（以下：今回調査）の受講者を支援者、市民等、既受講者の3群に群分けし、自殺に関連する各項目の差異を示した。その結果を踏まえて、今後の同研修を充実化させるための考察を行う。

3. 方法

今回調査（令和3年9月1日～9月30日、令和3年9月に動画形式で実施したゲートキーパー養成研修受講者、有効回答数59件）の結果を対象とした。性別、年齢、居住区、相談支援機関に従事しているかの有無、自殺（自死）についての考え・ストレスや悩み事に関する質問（全16問）について回答を得て、市民等・支援者・既受講者の3群比較を行った（図1）。解析にはMicrosoft社のExcel2019を使用した。なお、今回調査では、個人名や生年月日等の個人の特定につながる情報は収集していない。

図1. 本調査の概要

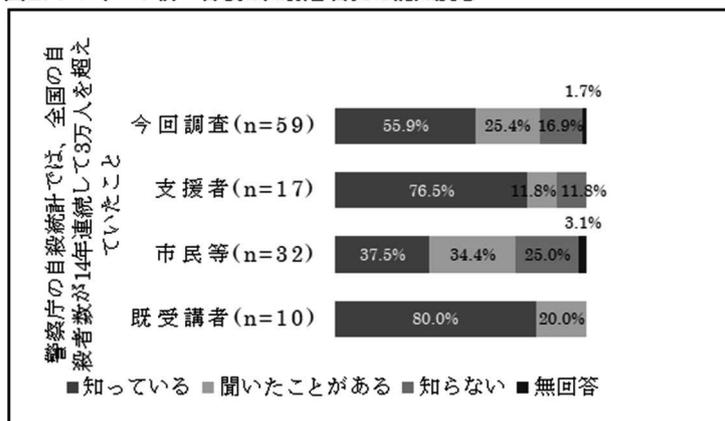


4. 結果

① 自殺について

自殺の知識と啓発に関しては、5項目中5項目で既受講者群の理解度が最も高い結果を得た（図2）。そのことから、研修の受講が自殺対策について幅広く認知してもらう上で重要と考えられた。また自殺に対する考えに関して、既受講者は過去の研修で取り上げた内容を熟知していることが分かった。そのため自殺対策の普及啓発においては、研修を繰り返し受講してもらうことが目標となると示唆された。また、既受講者は、多くの物事が自死遺族の支えになり得ると考えていると分かり、研修の繰り返しの受講は“つなぐ”役割を果たす上で重要であると考えられた。

図2. アンケート例：自殺の知識と啓発の認知度①



② 他人の自殺念慮に触れた経験の有無と、その際の対応方法

「死にたい」と打ち明けられた経験は既受講者が最も多く、身近に困難を抱えた方がいることが、研修受講のきっかけになるとも推測された。また対応として、傾聴する割合が既受講者で最も高く、これまでの研修で、“話を聴く（傾聴）”を強調していることが反映された結果と考えられた。

③ 自殺念慮の有無と相談方法

1年以内の自殺念慮の経験は既受講者や支援者で割合が高く、身近な人の相談に応じる姿勢は、強い心理的ストレスや悩みの要因になると推測される。また、相談へのためらいは支援者で最も高く、自身が相談支援に従事していることで反対に他者へ相談をしにくい現状があると考えられた。一方既受講者では最も割合が低く、研修の繰り返しの受講は相談支援の敷居を低くする効果があると示唆された。

5. 結語

ゲートキーパー養成研修の受講は、精神疾患や自殺対策の啓発の理解や各相談機関の認知度の向上、精神科等の専門の医療機関受診の向上に寄与し、研修を複数回受講することでその知識を深めることが明らかになった。一方で、ゲートキーパーに関心がある群は自殺念慮を感じる機会も多く、特に相談支援に従事していると他者に相談しにくく、1人で抱え込むことが多いと考えられた。また、多くの調査協力者がゲートキーパーの役割を自然と理解している一方で、同時に実際の対応に悩んでいる者が一定数存在することも明らかになった。

本調査を踏まえ、今後の研修では、相談を受けた際の不安感の低減のために“気づく”、“話を聴く”、“つなぐ”、“見守る”というゲートキーパーとしての役割を軸に現場でも役立つ知識を伝えることが重要と考えられた。また市民向けの研修では、一般的なところの健康の知識に加え、日常生活との関連性を踏まえ「うつ病」だけではなく、精神疾患やアルコール等の依存症、各種福祉制度等の幅広い知識を伝えること、支援者向けの研修では、相談へのためらいを低減させる取り組みや支援者の負担の低減のため、支援者への支援としてセルフケアやメンタルヘルス対策、また、ケースカンファレンス等の内容を盛り込むことが重要であると考えられた。

滋賀県ゲートキーパー養成プロジェクトチームの活動について

滋賀県立精神保健福祉センター

○曾羽 久恵、小西 亮、西田 由美、平井 昭代
辻本 哲士

1. はじめに

滋賀県では、身近な地域でゲートキーパーを養成できる人材確保を目指して、H30年度に「滋賀県版ゲートキーパー研修テキスト」を作成し、地域での研修開催とテキストの活用にむけて支援をしてきた。また、当テキストを活用して実施した研修の実施結果の共有と、評価および改善を行い、社会情勢の変化に合わせた効率的かつ効果的なゲートキーパー研修が実施できるよう「滋賀県ゲートキーパー養成プロジェクトチーム（以下、チームという）」を設置し、検討を重ねた。

R3年度に開催したチーム会議では、テキスト活用に併せて活用できる「滋賀県版ゲートキーパーテキストの簡易版リーフレットの作成」と当県でも課題となっている「若年層を対象としたゲートキーパー研修の基盤作り」について検討を行った。ここでは、これまでのチーム会議での取組の成果と今後の展開について報告する。

2. 取組内容と結果

チーム会議の開催にあたって、会議での具体的検討方針等の協議をおこなう「コア会議」を合わせて設置し、構成員は「コア会議」構成員に県内の主要な医療機関の精神看護専門看護師2名を依頼。「チーム会議」は、コア会議構成員2名を含む13名で構成し、職種は、県保健所・市町の自殺対策担当保健師およびセンタースタッフ（保健師、精神保健福祉士、心理職）で構成した。

<R3年度 実施結果>

会議名・開催日	内容	検討結果
R3年5月20日 第1回コア会議	◎ 県内自殺者の状況と課題 ◎ 地域におけるゲートキーパー養成研修の現状と課題 上記議題を共有し、今後必要な取組について協議 主な意見は検討結果のとおり	【簡易版リーフレット作成について】 ・テキストを活用する市町の意見聴取が重要 ・県民にゲートキーパーの役割の周知が必要 ・コロナ禍対策として動画配信による研修会の開催 【若年層への関わりについて】 ・若年には信頼できる大人へ相談する大切さを伝える ・教員向けに受け止め方教育の実施（気づきと受け止め） ・教育現場の取組を理解し連携を図る
R3年6月17日 教育委員会事務局 訪問	◎ 課題認識の共有 若年層への関わりについて、教育現場での取組状況や課題を把握するため情報交換	【若年層への関わり～教育現場では～】 ・不登校とひきこもり対策に重点を置く必要がある ・本人・保護者の孤立予防に取り組んでいる ・居場所作り・自尊感情を高める取組重視している ・個別事例の支援体制に学校外部機関との連携希望 ・教職員のスキルアップ（変化を捉える力）が必要
R3年12月2日 第1回プロジェクト 会議 同日第2回コア会議	◎ リーフレットを活用したゲートキーパー養成研修の取組と学校との連携 上記議題より、今後の展開の可能性や方向性について協議	【簡易版リーフレット活用について】 ・対面研修以外の教育用資材として有効活用できる ・地道な草の根活動として発信していくツールになる ・身近な相談先を掲載。孤立を防ぎ行動化抑制につながるもの、リーフレット活用し広く県民への周知が必要 【若年層への関わり～教育現場との連携～】 ・学校との連携に苦慮する現状がある

		<ul style="list-style-type: none"> ・未遂者支援を通じた連携なら可能ではないか ・教員が孤立しない支援も必要ではないか ・教育現場が困っている点や不足点を補う支援が必要 ・子どもの発達特性を含んだ「滋賀県版テキスト」「ロールプレイングシナリオ(学校編)」等の啓発資材の開発が必要
R4年3月17日発信 第2回プロジェクト 会議【書面会議】	「滋賀県版ゲートキーパー 研修テキスト」を元にA4両 面で「簡易版リーフレット」素 案を作成し意見聴取	【簡易版リーフレットについて及び全体】 <ul style="list-style-type: none"> ・リーフレットの情報は適当、相談窓口につながる資料となる ・県民に「ゲートキーパー」自体の存在を周知 ・メディアを活用した周知も取り入れてはどうか ・リーフレット以外にも啓発資材の開発(ポスター・ステッカー)が必要

3. 考察

地域においてゲートキーパーの役割を担う人材育成に携わるのは、市町自殺対策担当者であることから、簡易版リーフレットの作成にあたり直接担当者からの意見を聴取し反映できたことで、地域の実情を共有する機会になったとともに現場で使える実用的な啓発資材の開発につながった。

このように、地域自殺対策推進センターは、保健所・市町の自殺対策担当者が効果的に自殺対策事業を行えるように適切に情報提供をすることや利用できる啓発資材の作成・提供などの支援をおこなうことも役割の一つであると考えます。

また、積年の課題であった教育分野との連携については、コア会議等での意見を受け、教育機関と保健福祉機関とのつながり方を見直す気づきになり、県教育委員会事務局を訪問し課題認識を共有することで連携のきっかけとなった。

若年層への関わりにおいては、子ども若者向けの取組について、地域現場の声としても必要性が大きく地域でのニーズがあることが確認できた。また、子ども若者向けに啓発や教育を取組むにあたり、対象となる思春期を含む若年層の特性に関する知識やスキルがないとの声を聴き、センターの役割として従事者を対象に知識の提供や学ぶ機会を設けることが求められているとの認識も新たにしました。

滋賀県ゲートキーパー養成プロジェクトチームを設置し、それぞれの現場で取組を進める構成員から生の声を聴けたことで、現場と乖離のない意義ある取組につなげることができ、市町や保健所との協働の強化や教育機関との連携の一步となった。

4. おわりに

滋賀県自殺対策計画に基づく具体的取組では「自殺対策に係る人材の確保、養成および資質の向上を図る」とし、そのなかで様々な分野において生きることの包括的な支援に関わっている関係者等を自殺対策に係る人材として養成することが重要であると記されている。これに基づき、センターの役割として幅広い分野で自殺対策等に関わる人材育成を行うとともに自殺に関する正しい知識を普及していきたい。

今後は、その取組のひとつとして、思春期の特性を理解したうえで地域において研修を開催できる人材を育成するため、「子ども若者向け滋賀県版ゲートキーパーテキスト」(仮称)を作成し、地域の自殺対策担当者や教員を含めた若年層に関わる関係者を対象にゲートキーパーの「指導者養成」のための研修会の開催を目指したい。

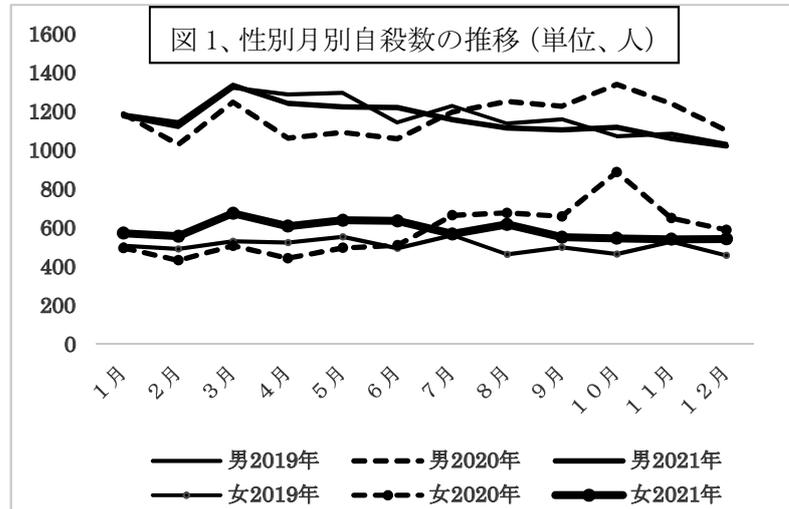
COVID-19 パンデミック前後の自殺統計の比較

新潟県精神保健福祉センター

○阿部俊幸 保科志貴子 清野美佐緒 山元奈々江

1 はじめに COVID-19 パンデミック（以下、パンデミック）前後の警察庁自殺統計（以下、自殺統計）各表について性、年齢階級、職業等属性ごとの増減を観察した。

2 方法 自殺統計による全国の性別月別自殺数は、女性は2020年7月から2021年12月まで18か月間、男性は2020年8月から同年11月まで4か月間、2019年より高く推移した(図1)。そこでパンデミック前を2019年、後を2020年とし、「地域における自殺の基礎資料」のA1, 3, 4, 5表の各セルを



2020年の対前年比の値に応じExcelの条件付書式機能を用いて7色に塗り分け、各属性別のパンデミック前後の増減について記述した。あわせて自殺率、自殺数、増減を一覧で表示する性別年齢階級別自殺率バブルチャート(図2)を作成し概況の把握を試みた。

3 結果

(1) A1表、職業・性別・10歳年齢階級別自殺数（以下、%表記は対前年比、人数は2020年の自殺数）

- ① 女性は20歳未満(144.7%)が最も高く若年を中心に全年齢階級で増加し、合計では115.5%であった。男性は30歳未満で増加したが30-69歳で減少し、合計では横ばい(99.9%)であった。
- ② 自営業・家族従業者は女性で増加(113.3%)したが、男性で減少(87.3%)し、男女計では減少(90.1%)した。年齢階級別では30-59歳の飲食店主、土木・建築業で減少した。70代は7業種中その他を除く6業種(農林、販売、飲食、土木・建築、不動産、製造)で減少した。
- ③ 農林漁業は女性で増加(119.0%)、男性は微減(98.9%)、男女計で微増(101.7%)であった。男女計の年齢階級別では30歳未満と70歳以上で減少し、40-59歳で増加した。
- ④ 被雇用者・勤め人は増加(109.0%)し、性別では女性が134.6%、男性は103.2%と女性の増加が顕著であった。年齢階級別では男女とも20代の対前年比が最も高かった。
- ⑤ 専門・技術職は女性で急増(151.3%)、男性で微増(102.3%)、男女計では増加(116.2%)した。女性のピークは20代(200.0%、76人)、次いで30代(190.6%、61人)であった。
- ⑥ 事務職の女性は増加(129.8%)し、若年ほど対前年比が高かった。男性は微減(97.9%)であった。
- ⑦ 販売従事者は女性で急増し(158.3%)、男性も増加(120.7%)した。女性は年齢階級別で20代から50代で増加しておりピークは50代(190.5%、40人)であった。
- ⑧ サービス従事者の女性は増加(140.9%)し、おおむね若年ほど対前年比が高いがピークは例外的に70代(216.7%、13人)であった。男性は微減(98.2%)であった。
- ⑨ 技能工は女性の30-69歳、男性の20-49歳で増加し、男女計でも増加(108.2%)した。
- ⑩ 通信運輸従事者の男女計は20-69歳で増加し、ピークは60代(164.0%、41人)であった。
- ⑪ 学生・生徒等は小学生(200.0%、14人)、中学生(132.7%、146人)、専修学校生徒等(125.3%、124

人)、高校生(121.5%、339人)、大学生(106.7%、415人)の順におおむね若年ほど対前年比が高い。性別では女性(111.2%)が小学生以外で男性より対前年比が高く、男性は横ばい(100.0%)であった。

⑫ 無職者(年金等生活者、主婦等)は女性が増加(109.2%)、男性は横ばい(99.5%)であった。

(2) A3表、原因・動機(6区分)、10歳年齢階級別自殺数

① 20歳未満と20代は男女問題を除く原因・動機がいずれも増加しており、20歳未満は経済・生活問題(145.5%)、20代は家庭問題(135.8%)がそれぞれ最も対前年比が高かった。

② 経済・生活問題、勤務問題は40歳以上で減少し、一方で男女問題が30歳以上で増加した。

(3) A4表、職業(5区分)、男女、原因・動機(6区分)別自殺数

① 女性は全ての原因・動機が増加し、最も対前年比が高いのは学校問題(176.7%、335人)であった。一方、男性は多くの原因・動機が減少し、最も増加した「その他」でも105.9%であった。

② 自営業・家族従業者で経済・生活問題は男性(73.3%)、女性(84.8%)のいずれも減少した。一方、男女問題が女性で急増(166.7%、10人)し、男性でも増加(108.6%、38人)した。

③ 被雇用者・勤め人の女性はすべての原因・動機が増加し、その他(181.6%)、勤務問題(149.7%)が急増した。なお、学校問題の対前年比は300%だが2020年の自殺数は3人で増減の評価は難しい。

④ 無職の女性で学校問題が急増(175.3%、149人)した。

(4) A5表、都道府県別集計(性・年齢階級・職業別)

① 女性は若年ほど対前年比が高く、50歳未満の複数の年齢階級が200%を超える府県も多い。

② 男性は多くの都道府県・年齢階級で減少したが、一部の都道府県で30歳未満の増加が見られる。ただしその増加に明確な地域的集積は認めない。

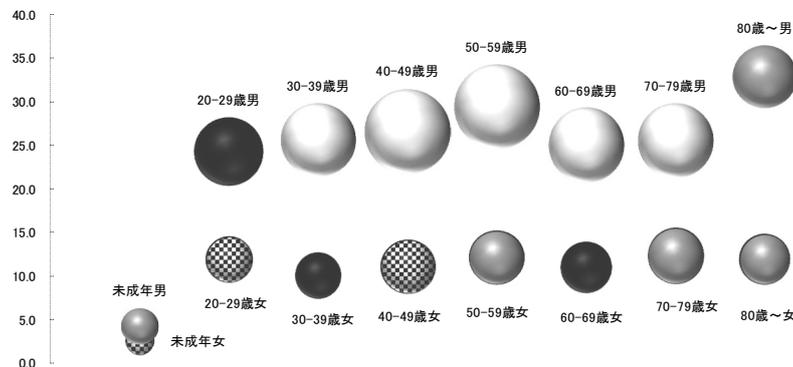
③ 女性の被雇用者・勤め人は都市部を中心に33都道府県で増加した。

(5) 性別年齢階級別自殺率バブルチャート(図2)

男性は数、率とも女性の2倍以上だが、若年を中心に女性の増加が顕著であった。

図2 性別年齢階級別自殺率バブルチャート

令和元～2年自殺数(円の面積)、同人口十万対自殺率(縦軸)、同2年の対元増加率(市松模様は120%以上、濃い色は110%以上、薄い色は100%以上、白は減少)



4 考察とまとめ

自殺統計は人口動態統計と異なり外国人を含む、職業、原因・動機、同居人の有無、自殺場所・手段・時間帯の情報を含む、公表までの期間が比較的に短いという特徴がある。パンデミック後とした2020年の対前年比に応じ各集計表を7色に塗り分け自殺者の属性との関連を観察したところ、自殺率はパンデミック前と同様に男性、高齢者で高いが、自営業者・家族従業者の男性は減少、女性の被雇用者が増加、学生・生徒等は女性、若年で増加、原因・動機については40歳以上の経済・生活、勤務問題の減少と30歳以上の男女問題の増加等の傾向を把握できた。ただし自殺には多くの要因が関係し、増減の原因をパンデミックのみに帰すことはできない。また、塗り分けの色数や境界値により表の印象が変わる、表のどの部分に注目するかは観察者の主観が関わる、自殺数が少ない項目は偶然変動の影響が大きい等限界も多いが、属性別の増減は対前年比による表の塗り分け、性・年齢階級別の概況は性別年齢階級別自殺率バブルチャートがそれぞれ簡便かつ有用な観察方法と考えられた。

資料

「地域における自殺の基礎資料」 厚生労働省自殺対策推進室 調査分析・広報係

「令和〇年中における自殺の状況」 厚生労働省自殺対策推進室、警察庁生活安全局生活安全企画課

静岡県自殺リスク行為者レジストリ：速報
～精神科救急外来受診者の自損行為及び希死念慮に関する実態調査～

静岡県精神保健福祉センター
○大関貴充 森佳奈 木村裕美
藤田登志美 内田勝久
地域自殺対策推進センター
宮本紀子

1 はじめに

全国の自殺者数の推移⁽¹⁾と同様、当県においても平成22年以降、減少傾向にあった自殺者数は令和2年に増加に転じた⁽¹⁾。厚生労働省は（以下、厚労省）、年間自殺者数が依然として2万人を超える現状を捉えて「非常事態はいまだ続いている」として「自殺総合対策大綱⁽²⁾」を示し、自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐための対策を強化することを当面の重点施策の一つに挙げている。又、厚労省は今年度から自殺未遂で救急搬送された患者の情報を匿名データベース化する「自殺未遂者レジストリ（症例登録）制度」の構築に取組み、自殺未遂者の情報を分析し対策に生かす方針を示している⁽³⁾。

そこで今回、自殺の高リスク者である自殺未遂者の実態把握を目的に、夜間・休日の精神科救急外来を受診した者（以下、受診者）のうち自損行為が認められた者（以下、自損者）と希死念慮が認められた者（以下、希死念慮者）について「精神科救急月報」のデータを基に分析を行なったので報告する。

2 方法

令和元年4月1日から令和4年3月31日の期間の受診者のうち、静岡県内の精神科救急指定病院から静岡県に提出された「精神科救急月報」の個票上のデータを、まず「自損者かつ希死念慮者の群（A群）」、「自損者かつ非希死念慮者の群（B群）」、「非自損者かつ希死念慮者の群（C群）」、「非自損者かつ非希死念慮者の群（D群）」の4群に区分した。次に、自損者又は希死念慮者839人を自殺リスク行為者と捉えこれを調査対象として、年度、群、性別、基礎精神疾患名（診断カテゴリー）、自損手段について記述統計分析した。なお、倫理的配慮として、個人が特定できないデータを使用した。

3 結果

（1）年度性別リスク群別精神科救急外来受診者数・割合

全受診者数は、令和元年度（以下、R1）1,331人、2年度（以下、R2）1,101人、3年度（以下、R3）1,097人で減少傾向であった。群別には、全年度においてD群が70%以上で最も多かった。男女比では、全年度の全ての群について女性が多かった。自殺リスク行為者の男女比は、R1で約1.9倍、R2で約1.7倍、R3で約2.0倍であった。年度推移では、A群は徐々に減少、B群は増加傾向にありR3にはA群を超え、C群はほぼ横ばい、D群では数は横ばいに見えるが割合では増加傾向であった。

（2）年度別リスク群別の基礎精神疾患（診断カテゴリー）区分の人数

自殺リスク行為者（A群+B群+C群）839人のうち基礎精神疾患があった者（複数疾患あり）は833人（99.3%）で、年度では、R1に315人（101.3%）、R2に283人（97.3%）、R3に235人（99.2%）であった。自殺リスク行為者の診断カテゴリー別の人数は、全年度の全てのリスク群において、F2（統合失調症）、F3（気分障害圏）、F4（不安障害圏）の3つの診断カテゴリーに集中して多かった。R1からR3の合計では、F2が139人（16.7%）、F3が332人（39.9%）、F4が193人（23.2%）であった。リスク群別人数を診断カテゴリーの別によらずR1からR3で合計すると、A群316人（37.9%）、B群147人（17.6%）、C群370人（44.4%）であった。

（3）自損者の希死念慮の有無別の自損手段

全年度のいずれのリスク群においても、過量服薬者の割合が最も高かった。希死念慮の有無別に

過量服薬者のR 1からR 3の合計をみると、希死念慮者は119人(39.7%)、非希死念慮者は54人(18.0%)であった。又、過量服薬の次に割合が高かった手段はリストカットで、希死念慮者77人(15.7%)、非希死念慮者23人(7.7%)、その次に高かった手段は縊首で、希死念慮者73人(24.3%)、非希死念慮者11人(3.7%)であった。

年度及び自損手段ごとに、希死念慮者と非希死念慮者の2群間の差の比較をMann-Whitney U検定で行った結果、縊首、入水、服毒の自損手段において有意差があった。

4 考察及び今後の課題

(1) 本調査と同時期(ただし年次)の全国の自殺者数の男女比は男性が女性の約2.1倍多いが⁽¹⁾、本調査の受診者数は、全年度の全リスク群において女性が多く、かつ自殺リスク行為者は女性が男性の約2倍であったため、女性は救急受診で未然に救命される傾向にあると考えられる。このため、男女別に自殺予防対策のアプローチを検討することが有効であろうと考える。一方、自損行為も希死念慮も認められなかった受診者が7割を超えていたことから、これを準リスク者と捉え精神科救急受診をした誰も見落とされることのない踏み込んだ自殺対策の仕組みが必要であると考え。

年度推移について、A群の減少傾向とB群の増加傾向の経緯を経てR 3にA群とB群が逆転したことや、D群の割合が増加傾向にあることが明らかになったものの、その要因は本調査において明確ではない。今後、継続的にデータ観察する必要があると考える。

(2) 年度別リスク群別の基礎精神疾患は、F 3(気分障害圏)の割合が最も高かった。自殺者の原因・動機別統計でも健康問題に関する原因・動機の中ではうつ病が最も多い⁽¹⁾ため、既存のうつ病対策の継続及び充実は自殺対策に有効であると考え。特に、ゲートキーパーの養成数を目標とした次のステップとして、ゲートキーパーの有効活用などを地域の計画で検討する余地があると考え。

(3) 自損の手段では、実数として過量服薬、リストカット、縊首が多い実態が明らかとなり、希死念慮者群と非希死念慮者の群間差検定では、縊首、入水、服毒の手段において有意差が認められた。これらの結果を、今後の自殺対策や精神科救急現場でどのように生かせるか、どのような関係機関間のネットワークの構築が有用か、などを検討することが求められると考える。

(4) 本調査の精神科基礎疾患の結果及び自損手段の結果は、先行研究である熊本県における精神科初診時の自殺未遂者の実態調査研究⁽⁴⁾の結果とも矛盾しなかったことから、信頼性のある結果であると考え。その他の先行研究としては、救命救急センターにおける自殺未遂者の実態調査研究が多くみられるので、今後は、本調査のような精神科救急外来での調査研究との比較検討などによって自殺未遂者の全容把握をすることが、対策強化に先立って必要であると考え。そのため、本調査のような実態把握を広く行うことは意義があると考え。その意味において、現在、厚生労働省で進められている「自傷・自殺未遂者レジストリ(症例登録システム)⁽³⁾」の導入及び活用については、今後に期待したい。

本調査においては年度集計を採用したため、年次集計である自殺統計との比較検討が十分でないことが研究の限界である。また、性別や年代に関するデータ分析や、要因の分析までは実施できなかったため、今後、本調査で得られたデータをどのように分析し、業務に反映する形で生かせるかを課題として、引き続き調査・分析を継続する必要があると考えている。

5 参考・引用文献

(1) 警察庁,自殺者数

<https://www.npa.go.jp/publications/statistics/safetylife/jisatsu.html> (令和4年8月17日確認)

(2) 厚生労働省,自殺総合対策大綱 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/taikou_h290725.html (令和4年8月17日確認)

(3) 令和4年度厚生労働省予算案の概要 <https://www.mhlw.go.jp/wp/yosan/yosan/22syokanyosan/index.html> (令和4年8月17日確認)

(4) 公益財団法人熊本県精神保健福祉協会付) 熊本県自殺未遂者実態調査研究2019プロジェクト 報告書(令和4年8月17日確認)

二次救急医療機関における自殺企図者等への対応に関する調査（報告）

山梨県立精神保健福祉センター

○三神恭子 木村由美 石原準子 森脇梨奈
長澤佳代 志田博和

1 はじめに

一般的に自殺者の約20%は自殺未遂歴があり、未遂者が再企図した際は既遂（自殺）する可能性が高いと言われている。本県においても自殺者のうち過去に自殺未遂歴のある者の割合は17.1%（いのち支える自殺対策推進センターによる地域自殺実態プロファイル2020）であることがわかっており、このことから自殺のハイリスク者である自殺未遂者への支援は、自殺対策の中で重要な施策であると言える。

平成30年度に当センターが、県内消防本部を対象として実施した調査結果では、自殺企図者の搬送先医療機関は県立中央病院（三次救急）が約38.8%と最も多くを占めていたが、二次救急医療機関でも相当数の対応をしていることが明らかになっている。

そこで、今回、より具体的な自殺未遂者支援施策を検討する資料とするため、二次救急医療機関における自殺企図者等への対応に関する調査を実施し、結果についてまとめたので報告する。

2 調査方法

県内32カ所の二次救急医療機関を対象とし、調査票を郵送、返信用封筒にて回収した。（調査期間：令和3年11月～令和4年3月）調査項目は、精神科医の有無、二次救急外来における対応状況、対応マニュアルの有無、精神科との連携の有無、退院調整のマネジメントを主に行う職種、退院時のパンフレット等の活用、県作成携帯型カードの認知度・活用度、過去3年間の研修受講状況、支援強化に必要な取組、対応上の課題の10項目とし、当センター倫理審査委員会の審査において承認を受けている。

3 結果

○回答率93.8%（30/32医療機関）

N=30

設問	内容	結果
問1	精神科医の有無	いる：9（30.0%） いない：21（70.0%） 複数の精神科医がいる医療機関：3（10%）
問2	1年間の受入状況及び対応状況（令和3年1月～12月）	受入あり 17（56.7%） 受入なし：11（36.7%） 不明：2（6.6%） 受入状況：17病院246件（100件以上：1、10件以上50件未満：5、10件未満：11、不明：2） 精神科へのつなぎ（N=246）：有：169件（68.7%）、無：45件（18.3%）、死亡：32件（13.0%） つなぎ先の精神科（N=169）（複数回答）：院内：95件（56.8%）、院外：137件（81.1%） 精神科につなげなかった場合の対応（N=45）：院外その他機関（行政機関、精神科以外の医療）：15件（33.3%）、対応なく帰宅：21件（46.7%）、その他・不明：9件（20.0%） *「対応なく帰宅、その他・不明（計30件）」が全体（246件）に占める割合：12.2%
問3	対応マニュアルの有無	あり：4（13.3%） なし：26（86.7%） マニュアルに記載されている自殺企図者の評価項目：精神科受診の有無、自殺未遂歴の有無、希死念慮の有無、自殺企図の計画性の有無、自殺企図に至る理由：3、支援者（家族等）の有無：2、社会資源・制度の利用状況：1
問4	精神科との連携の有無	院内・院外またはその両方と連携あり：16（54.6%） 院内のみ連携あり：5（16.7%） 連携なし：9（30.0%）
問5	主にマネジメントを行う職種	決まっている：18（60.0%） 決まっていない（役割分担なし）：11（36.7%） 未回答：1（3.3%） 決まっている場合（N=18）の職種：ソーシャルワーカー業務従事者：12（66.7%）、院内精神科医師：4（22.2%）、神経内科医師（救急担当）：1（5.6%）、看護師（救急担当）：1（5.6%）
問6	退院時パンフレット等の活用	あり：2（6.7%） なし：28（93.3%） 活用している場合（N=2）、パンフレット等に自殺再企図相談窓口が記載されている割合：100%
問7	県作成カードの認知度 県作成カードの活用度（N=13）	知っている：13（43.3%） 知らない：17（56.7%） 活用している：5（38.5%） 活用していない：8（61.5%） *全体（N=30）における活用度：16.7%
問8	過去3年間の院内研修の実施・ 院外研修受講状況	あり：10（33.3%） なし：20（66.7%） 院内研修実施状況：毎年度実施：2（6.7%）、毎年度ではないが実施：4（13.3%）、実施していない：24（80.0%） 院外研修受講状況：受講させている：7（23.3%）、受講させていない：23（76.7%）
問9	支援強化に必要な取組（複数回答） *上位項目のみ記載	精神科との連携の仕組みづくり（83.3%）、本人・家族の退院後支援（43.3%）、対応・手順マニュアルの作成（40.0%）
問10	対応上の課題 *上位項目のみ記載	精神科医がいない（63.3%）、十分な人員が確保できない（56.7%）、精神保健に専門に関わる職種がいない（36.7%）、自殺企図者等に対する精神症状の評価方法がわからない（36.7%）

4 考察

調査に協力いただいた二次救急医療機関のうち、自殺企図者等の受入実績があり、かつ退院調整に至るまでの精神的マネジメントを行う職種が明確であると回答した 11 医療機関中、6 医療機関の協力を得て結果分析ワーキングを行った。ワーキングで出された意見を踏まえ、考察する。

(1) 二次救急医療機関における支援体制について

全体の 56.6%の医療機関で自殺企図者の受入をしているが、18.8%は精神科へのつながりはなく、また全体の 12.2%は他機関へのつながり等の対応もなく帰宅しているとの結果であった。その背景には、精神科医がいない (70.0%)、対応マニュアルがない (86.7%)、精神科との連携をしていない (30.0%)、マネジメントを主に行う職種が明確になっていない (36.7%)、といったことが影響を及ぼしていると考えられた。また、支援強化に必要な取組として「自殺企図者等への対応・手順マニュアルの作成」とした医療機関が 40.0%であり、ワーキングにおいても対応マニュアルがない、自殺企図者等への対応の経験が少なく不安が大きい、二次救急医療機関としてどこまでやればよいのかという限界設定がわからない、といった意見が出されていたことから、自殺未遂者等への対応手順を検討、共有する必要がある。

また、退院時に再企図防止相談窓口が掲載されているパンフレット等を渡している医療機関は 6.7%であり、また、再企図防止目的の携帯型カードの活用度も 16.7%と低いという実態が明らかとなった。活用されない理由の一つとして認知度が 43.3%と低いことが挙げられるため、再度周知を図るとともに、掲載内容についての二次救急医療機関の意見を反映させたものに見直すことも検討していく必要がある。

さらに、研修の機会について、院内研修も実施できておらず、院外研修も受講させていない医療機関が 66.7%であった。また、対応上の課題として「自殺企図者等に対する精神症状の評価方法がわからない」を挙げた医療機関が 36.7%を占めた。これらのことから二次救急医療機関を対象とした自殺企図者のリスクアセスメントや対応に関する研修会の開催や、日本精神科救急学会や日本臨床救急医学会が開催する研修についての情報提供が円滑にできるような仕組みづくりも必要である。

(2) 地域における支援体制について

支援強化に必要な取組として、「本人・家族の退院後の支援」を挙げた医療機関は 43.3%であった。また、ワーキングでは、児童相談所等との連携が必要な事例がある、県外在住者の支援者との連携が難しい、生活困窮や経済問題等疾病に起因しない困り事に対する対応が難しい、支援を拒否するケース・若年者の保護者へのアプローチが難しい、といった意見が出されていた。当センター他、保健所や市町村での支援等活用できる地域資源について情報提供を行うとともに、二次救急医療機関が安心して地域につなぐことができるよう地域の関係職種のスキルアップを図っていく必要がある。

(3) 精神科との連携の仕組みづくりについて

支援強化に必要な取組として、「精神科との連携の仕組みづくり」を挙げた医療機関は 83.3%であり、ニーズの高さが窺えた。またワーキングでも、長期的には精神科医師の充足の必要性がある、リスクアセスメントができる人材を増やす必要がある、スーパーバイズ機能や複数の医療機関によるケース検討会の開催を望む、といった意見が出されていた。当面の対応として、精神科救急受診相談センターの適切な活用について再度周知を行っていくとともに、県全体としての取り組みにつながるよう当センターとしても発信していく必要がある。

5 まとめ

調査結果及びワーキングで出された意見を踏まえ、今後必要な取組として、①県作成のパンフレットやカードの活用促進を図る②二次救急医療機関間の情報交換の促進、情報提供の体制整備（メーリングリストの作成等）、③二次救急医療機関における対応手順に関する検討、④人材確保・育成（事例検討や研修会の開催）、⑤スーパーバイズ機能を含む精神科との連携の仕組みづくり、の 5 点を整理した。

また、令和 4 年度からは県のセーフティネット連絡協議会に「自殺未遂者支援見守り支援部会」を設置し、初年度は前述の③の取組を開始した。この取組が、関係機関の理解促進と連携強化につながり、自殺未遂者支援の一助となるよう取り組んでいきたい。

東京特別区における東京都のアウトリーチ支援事業に対する家族の満足度について

東京都立精神保健福祉センター*1 東京都立中部総合精神保健福祉センター*2 東京都医学総合研究所*3

○吉澤有香*1*3 白井有美*2*3 佐藤りか*1 東出香*2*3 (研究時) 飯嶋祐*1 (研究時) 高倉信一*2 中村敦子*1
川上洋史*2 内山美根子*2 西いつみ*2 鮎田栄治*1 糸川昌成*3 平賀正司*1*3 熊谷直樹*2*3

1. はじめに

東京都では2011年度から、未治療や治療中断等のため、地域社会での生活に困難をきたしている人に対して、保健所等からの紹介により、都内3か所の精神保健福祉センター（以下、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、地域を分担して原則として6か月間の訪問支援などを行う、アウトリーチ支援事業（以下、本事業）を実施している。本事業の支援対象者（以下、本人）に身近に関与する親族（以下、家族）がいる場合には、可能な限り家族へ心理教育などの支援を行う。今回の目的は、本事業の効果や課題を明らかにし、行政機関の行う取組としてより良いものとするため、本事業への家族の満足度調査の結果を報告し考察を行うことである。

2. 対象と方法

対象：2018年4月以降に支援を開始し、2021年9月末までに支援を終了した、東京特別区（2センターで分担）のアウトリーチ支援対象者本人（111人）の家族のうち、センターの支援担当職員（以下、職員）からみて、本人と最も関わりが深い各1名の中で、調査が支援の支障にならないと職員が判断し、文書と口頭で説明を行い、書面での同意が得られた人である。

方法：アウトリーチ支援の終了時に、職員が、上記の同意取得を行い、次の2項目について、文言を職員間で定め、聞き取りを行った。終了に際して、本人や家族、保健所職員等とともに、支援内容や経過、成果等を振り返る会合を開催した機会などを活用した、

①項目1：本事業への概括的な満足度

「本人あるいは家族の役に立てたか。どの程度満足のものだったか」の旨を問い、(i)十分満足している、(ii)やや満足している、(iii)どちらともいえない、(iv)あまり満足していない、(v)満足していない、の5段階から選択してもらった。

②項目2：本事業への感想

「本事業を利用した感想や意見等はいかがか。」の旨を質問し、家族等の言葉をできるだけそのままの表現で記した。

倫理的配慮等：東京都医学総合研究所との共同研究であり、東京都医学総合研究所人対象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関係のある企業等はない。

3. 結果

1) 対象者について

対象となる家族は84人で、このうち10人(12%)から同意が得られ調査を実施した。本人からみた続柄は母3名、父5名、配偶者1名、兄弟姉妹1名、性別は男性6名、女性4名であった。

2) 概括的満足度

(i)十分満足している9人(90%)、(ii)やや満足している1人(10%)で、他の選択肢を選んだ人はなかった。

3) 本事業の支援への感想

支援に対して、好意的な感想7件、好意的な感想と批判的な感想の混ざったもの1件、批判的な感想1件、感想なし1件であった。感想の概要を表で示す。

(表)

好意的なもの	批判・要望を伴うもの
①家庭の中に社会の風が吹いてきて風通しがよくなった。②来てくれて、話を聞いて、	①大変だと思うけど、もっと

<p>方針が見えてよかった。③明るい人たちが自然体で家に入って来てよかった。④子供が自分の病を認めず、医療とつながりができず、家の中が暗い状態が続き悩んでいた時に専門の方に相談できることを知り、幾度も訪問していただいたことにより得ること、気づかされるものははっきりした。こういう環境に感謝している。⑤病院につながったことが良かった。親が健在のうちに子供の進路が決まって安心した。⑥ノートや資料は参考になった。⑦以前に比べてすごく成長しており大変満足している。⑧寄り添っていただきありがたい。来てもらえる日は嬉しそうに報告してくれた。</p>	<p>面倒を見てほしい。 ②同じような事例を本人に言うのもよかったのでは。病気のことも専門的なことを言ってくれたらいくらか自覚できたかもしれない。</p>
--	---

4. 考察

対象となった家族は本事業について、何らかの満足を表明し、感想では訪問やよりそいがよかったという意見が多かった。書面同意が得られなかった家族からも同様の感想を職員がいただくことは多く、本事業への家族の満足度は概ね高いと考えられた。

1) 本事業の家族にとっての意義

本事業の対象となる本人や家族は地域で孤立して困難を伴う生活を送っていることが多い。リカバリーの視点をもって積極的な訪問により支援にあたる本事業の、よりそいによる情緒的支援や問題解決のための地域資源への橋渡し、心理教育等での情報提供が、家族の孤立感や困難を抱えた閉塞状況の軽減につながったことが考えられる。

2) 家族支援における課題

もっと面倒を見てほしい、という意見や、本人への自覚の促しの希望などの要望もあった。支援は本人の希望にそって概ね行われるため、必ずしも家族の希望と一致しないことがある。また、本人が困難を抱えるだけでなく、家族も自身の問題を抱えていることも多い。そのため、家族の負担感が大きく、このような要望につながったと思われる。支援においては、本人の希望に沿いつつも、家族の希望も理解し、寄り添うことも重要であろう。

3) 方法論上の課題

①今回の結果のバイアスについて

本調査の回答率は12%に留まった。質問項目を減らし、内容も答えやすいものとするなど工夫をしたが、支援終了時点で調査の説明を理解し書面で同意できるような家族からの聞き取りに限られた可能性があり、今回の結果にはバイアスがある可能性が高い。

②今回の調査方法に馴染まない家族について

このバイアスの背景として、支援現場での経験から、今回の調査方法では満足度等の把握が難しい次のような家族の存在が考えられる。まず、本人と家族をセットで支援することが難しい家族である。例えば、本人との関係が著しく悪く、いずれかが分離を望む事案や、虐待問題などから関係者が分離を進める事案である。これらでは、職員が家族と連絡が取れなくなったり、本人支援と家族支援の役割を関係者で分けたりせざるを得ず、職員チームは本人のみに関わることも少なくない。次に、本事業での支援の終了を適切に理解しづらい家族である。見捨てられる不安が強かったり、家族の精神疾患等で理解力に限りがあったりする場合、事業の終了時の調査であるとの説明が、実際には保健所等の支援は続くにせよ、地域サービス全ての終了と誤解されるのではないかと、職員が危惧し調査の依頼を見送り説明に至らないことも珍しくなかった。

③その他の課題

本調査は本人への支援の中で行われ、支援終了時に家族と会えないことも少なくない。その場合、調査の依頼が不能であった。また、支援を行う職員が調査も行っており、支援に支障のない範囲での調査であったため、支援を行いながら評価を行うことは困難であった。

5. おわりに

今回は本事業への家族の満足度が概ね高いとの結果であったが、満足度をより偏りなく評価するためには、書面同意を要する調査方法ではなく、支援経過の中で聞き取ることと、本人の支援に添える形ではなく、極力家族自身のニーズを考慮し聞き取ることが重要であると考えられる。

福島県精神障がい者アウトリーチ推進事業の取組と評価
—多機関ケース会議後に見立てたストレングス・支援計画の考察—

福島県精神保健福祉センター

*1 福島県立矢吹病院

○ 舟田 莉佳 照井 稔宏*1 鈴木 清香
三井 郁映 畑 哲信

1. はじめに

福島県精神障がい者アウトリーチ推進事業は、精神保健福祉センター（以下センター）に保健型のアウトリーチチームを設置し、県内各保健所圏域へのアウトリーチおよび地域連携構築を推進するものとして計画され、平成30年7月1日から運用が開始された。対象者は、受療中断、精神障害が疑われるも未受診、病状不安定のいずれかの者とし、基本的な支援方針は、地域生活を維持し「自分らしく生きることができる」よう関わっていくこととしている。センターアウトリーチチームは、保健所や市町村、障害福祉サービス事業所や医療機関等の関係機関職員と同行訪問し対象者の医学的な評価を含め生活機能全般をアセスメントするほか、ケース会議での助言、保健所による地域の精神保健福祉資源の連携構築の支援などの役割を担う。

当事業の運用を開始して5年目となり、本年7月末日現在までに県内9つの圏域全てから事例相談を含め62件の依頼を受け活動してきた。現在までの活動の中で、当事業による成果を可視化していくことが課題として挙げられた。本事業の評価として、センターアウトリーチチームと支援者が協同で作成したアセスメントシートの内容を、計量テキスト分析を用いて検討したので報告する。

2. 調査の方法

(1) 分析対象

平成30年7月から令和3年8月までの当事業支援対象者53名のうち、センターが初回アセスメントシートを提出した28名。なお、本分析はアウトリーチ推進事業評価の一環として行い、データは個人が特定されないよう匿名化を経て集計・分析した。

(2) データ

初回アセスメントシート中にまとめた対象者のストレングス及び支援計画(目標)・支援内容。

(3) 分析方法

計量テキスト分析用のソフトウェア「KH Corder」を使用し、当事業にて支援者と協同で作成する初回アセスメントシートの分析を行う。

3. 結果

(1) ストレングス

①抽出語リストおよびKWICコンコーダンス【表1、図1】

頻出語のカウントでは、「好き」の出現回数が最も多く、続いて「経験」「支援」「話」「家族」「就労」「穏やか」「協力」「得意」「家事」「作る」「人当たり」「良い」の出現回数が多かった。

KWICコンコーダンスにより前後の語を確認すると、「好き」の前には、「コーヒー」「マンガ」「絵」といった様々な「好きなこと」と考えられる語が並べられていた。

②共起ネットワーク【図2】

サブグラフの数が多く、一語々々のバブルが小さかった。

(2) 支援計画(目標)・支援内容【表2】

①抽出語リストおよびKWICコンコーダンス

頻出語のカウントでは、「関係」の出現回数が最も多く、続いて「訪問」「支援」「本人」「継続」「構築」「信頼」「実施」「家族」「生活」「築く」「共有」「傾聴」といった語の出現回数が多かった。

KWIC コンコーダンスにより前後の語を確認すると、「本人」「家族」「支援者」といった様々な関係者の記載が確認された。

②共起ネットワーク【図3】

「関係」という語が強い中心性を持ち、「構築」「信頼」といった語との共起が強かった。

4. 考察

これらの結果から、当事業において、支援者が対象者のストレングスを画一的・形式的に抽出するのではなく、一人ひとり様々な角度から、多様な「好き」なことを引き出している可能性が窺えた。さらに、本人に限らず家族や支援者との連携・支援を見据えた「関係」づくりの構築が垣間見えた。このことから、本人の「好き」なことに焦点を当てた多様な評価ができたこと、本人に留まらない家族や支援者との「関係」づくりを目指せたことが考えられた。

今後は当事業を継続しながら、これらの連携や評価が対象者および支援者へどのような変化をもたらしたのかを量的・質的に評価していくことが重要である。

表1 ストレングスにおける頻出語

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
好き	18	協力	6
経験	9	得意	6
支援	9	家事	5
話	8	作る	4
家族	7	人当たり	4
就労	7	良い	4
穏やか	6		

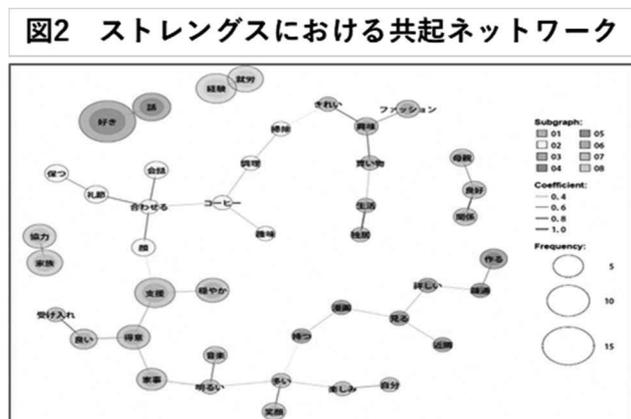
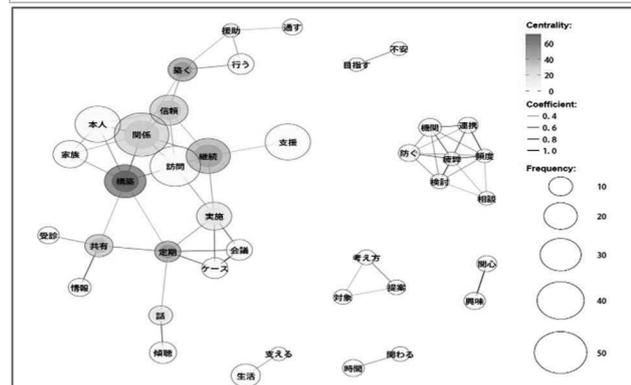


表2 支援計画（目標）・支援内容における頻出語

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
関係	54	実施	22
訪問	46	家族	21
支援	37	生活	15
本人	37	築く	15
継続	35	共有	14
構築	31	傾聴	13
信頼	26		

図3 支援計画（目標）・支援内容における共起ネットワーク



岡山市こころの健康センターの地域移行・地域定着支援における地域定着支援の現状 ～地域定着支援により対象者が主体性を取り戻していく事例から～

岡山市こころの健康センター

○山口智絵、藤井真弥、平山晶子、松本奈乙美
小林和子、妹尾忍、佐藤佐江子、太田順一郎

1. はじめに

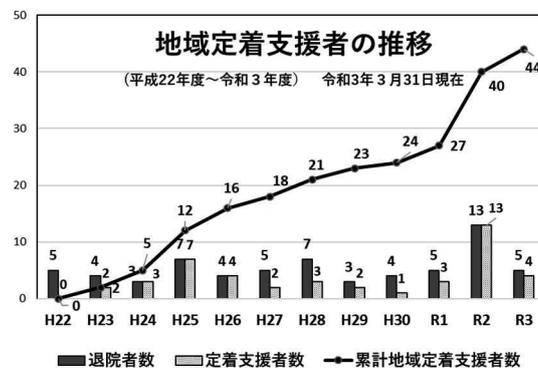
岡山市こころの健康センターでは「入院医療中心から地域生活中心へ」という方策を進めるため、地域の支援者と協働し障害福祉サービスとは異なる独自事業として、長期入院者の地域生活を支える地域移行支援・定着支援事業に取り組んでいる。本発表では、地域定着支援により、退院者が主体性を取り戻していく支援過程を分析し省察、地域定着支援の現状について事例を通して報告する。

2. 事業概要

平成 21 年の開設初年度から、地域移行支援事業に取り組み、当初は市内の精神科病院の病棟活動やカンファレンスへの参加、ピアサポーターと入院患者の交流活動など病棟全体への働きかけを中心に行った。平成 22 年度から地域定着支援事業も開始した。平成 23 年度からは市生活保護担当課及び医療保護入院の市長同意担当課の行う入院患者面接に同行し、継続的な地域移行支援に繋げた。平成 29 年度以降は市内の精神科病床を有するすべての病院の協力を得て長期入院者の実態調査を行い、新たな支援対象者への地域移行支援事業に取り組んだ。 1)

当センターが実施する地域移行支援事業は、退院意欲向上を目指し、ピアサポーターや障害福祉サービス事業者等との交流活動や面接、外出支援、家族調整や帰住先の環境調整を実施する。一方、地域定着支援では、家庭訪問や地域生活を支える関係機関との連絡調整など実施している。

平成 22 年度から令和 3 年度までに地域移行支援を利用した退院者は 65 人で、そのうち地域定着支援の利用者は 44 人である。令和 3 年度は、地域移行支援対象者 73 人のうち退院者は 5 人、地域定着支援利用者は 4 人である。近年は入退院を繰り返す人に対し、地域定着支援を見据えた地域移行支援の依頼が増加しており、地域定着支援の期間は通常 6 か月だが、1 年以上の割合が増加している。



3. 地域定着支援の事例

(1) 事例概要

【Aさん、50代男性】大学卒業後から奇妙な言動が出現しはじめ、精神科を受診し統合失調症と診断されるが、治療は継続しなかった。30代の初回入院以後、短期入院が4回ある。今回の入院は、前回入院中に離院し治療中断後、措置入院となった。病院には疾病への理解がない家族がいる自宅への帰住を避けたい思いがあり、保護的な環境下で生活できるように施設移行を目指して取り組んだが、離院歴や陰性症状が強く本人の状態が掴めないことを理由に施設側に断られた。医療側だけで退院を思案することに苦慮し、入院から2年目に当センターへ地域移行支援依頼がある。

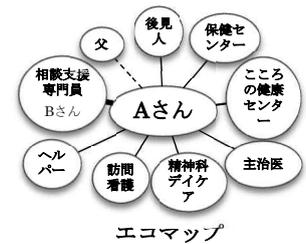
(2) 地域移行支援の状況

X-1年3月の初回面接時は、自閉的で対人緊張や陰性症状が強かった。言葉数は極めて少なく、自らの意思を表明することはほとんどなく、入院生活全般が受動的で、自己決定が難しい状況だった。当センターは、当初からケア会議において单身生活を提案。以降、退院後の生活がイメージできるよう体験を重ね、関係機関と協働し社会資源や支援体制を調整した。支援関係を構築することに困難はあった

が、退院の前に「死にてー」が本人にとっての援助希求の言葉であることを本人・関係者間で共有することができた。

(3) 地域定着支援の経過

X年3月、病院近くのアパートに単身で退院。服薬管理の必要性、突発的に自宅に戻ってしまわないかという支援者側の不安、また、本人が困りごとや要求を自発的に表出することの難しさも考えられたため、ヘルパーや訪問看護などエコマップに示したメンバーで支援チームを構成し週6日訪問した。



当センターの地域定着支援の役割は、生活状況を丁寧に聴きとり、退院後に新たに加わった支援者と本人が関係構築できているかや、困りごとが解消できているかを確認することであった。“死にてー”気持ちになった時には、“支援者Bさんに連絡する”ことを訪問の度に確認して、自ら相談するよう声掛けをした。知らない土地で生活を始めたためか、臥床して過ごすことが多かったため、退院翌月のX年4月、活動範囲が広がることを期待して、近所のスーパーや公園に印をつけた地図を提供し外出支援を提案した。X年6月、まだ臥床して過ごすことが多かったが、スーパーのチラシを読むことが日課となっていた。ケア会議で体重増加が共有されたこともあり、散歩を提案したところ、支援者訪問時には散歩をするようになった。Aさんが興味を示した飲食店や、スーパーの惣菜売り場を目的地とする散歩が多かった。X年7月、「死にてー、実家に帰りたい。」と初めてBさんに連絡が入り対応する。X年10月、臥床して過ごすことに変わらないが、「好きなものが食べられる日を増やしたい。」との希望を話してくれる。次のケア会議の時に、Aさん自身に上記の希望を述べてもらい。それまでの弁当を止めて好きなものをAさん自身が買いに行ける日を増やした。X+1年4月、「ぴかっとしたご飯が食べたい。昔県外で食べたスペアリブがおいしかった。食べたい。」と昔の思い出としたいことを表出できた。食事の質を上げたいとも話され、一緒に調理ができないか計画することにした。X+1年6月、支援者とスペアリブを調理した。本人が台所で準備を行い、盛り付けもできた。「うまい。材料はどこで買えるの？」とAさん一人でもできそうな様子だった。さらに、「フランス料理を食べたい。昔、魚料理が上手に食べられなくて、悔しかったんだ。」と過去の思い出と感情を表出した。X+1年7月、Bさんの長期不在時に、「靴に穴が開いた。買い物に行きたいけど、Bさんに会えない。困っている。」「もっと自分のペースで生活がしたい。支援者の訪問日を少し減らしてほしい。そのことをケア会議で相談したい。」と困りごとや希望を表出できるようになった。支援者の訪問日には、事前に部屋の空気の入替えをしていたことも教えてくれた。

4. 事例を通しての考察

当初は、服薬管理の必要性、突発的に自宅に戻ってしまわないか、本人が困りごとや要求を自発的に表出することができるかを懸念していた。そのため、重層的な支援体制を組み支援メンバーで週6日訪問したが、退院直後の本人は、入院中と変わらず日常生活全般が受動的であった。

当センターは、本人の希望などが聴けるように寄り添いながらゆっくり関係を作っていった。また、Aさんが、徐々に自分の要求を表出できるようになり、支援者がそれにできるだけ応えることで、Aさんは考えや希望、情緒的な言葉を発するようになった。初めは一部の支援者に限られたAさんの意思表示が、他の支援者にもみられるようになった。

地域移行支援が導入され、環境が変わる中で、主体性を取り戻しながら自らの生活に見通しを持ち、生活を自己決定するというAさんの回復の過程に関わることで、当センターが長期入院者への地域移行支援を促進する、重要な使命を実感した。一人でも多く、長期入院者が地域で生活できる様に、当センターならではの取り組みを継続していく必要があると考える。

参考文献 1) 太田順一郎、木本達夫、作野祐子：岡山市こころの健康センターにおける地域移行支援の取り組み 日本社会精神医学雑誌 V o 1. 28 N o. 4 (2019)

「会議室」から問題解決の糸口を探る
～静岡型支援者支援の実践報告～

静岡市こころの健康センター

○鹿子恵美 小野田きよ子 小泉麻由 藪田尚二郎 大久保聡子

1 はじめに

静岡市では、平成30年度より地域の医療・障害福祉・介護・困窮に関わる支援者への技術援助としてアウトリーチ支援事業を開始した。この事業は、支援依頼時にセンター職員がケースの詳細な聞き取りを行い概要を把握し、それに合わせて精神科医師、精神保健福祉士、心理技術者、保健師などを構成メンバーとする多職種チームを編成し、関わっている複数の支援機関と事例検討を行う。本事業は、支援機関の抱える複雑・困難事例へのスーパーバイズと、それによる人材育成や多機関支援ネットワークの構築による地域ケアの充実を図ることを目的としたものであり、現場に直接出向く直接支援とは異なり、間接的な介入に留まる。

今回、本事業で扱った事例の分析と参加した支援者からのアンケート調査により、対象者および支援者らにどのような影響を与えたのかを検証し、間接支援の意義とその将来的な展望につき考察を交えて報告する。

2 対象と方法

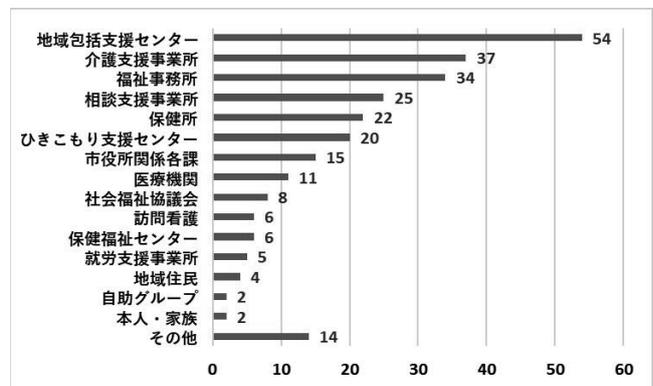
平成30年4月から令和3年3月末までの4年間に支援した175事例中、詳細な記録のある163事例について分析を行った。また、事例に関わった98機関の中で参加者が明確であった79機関へ令和4年7月にアンケートを依頼し、回収できた32機関（回収率41%）67人のアンケートを分析した。

3 結果

(1) 本事業対象機関（図1）

支援機関数については、1事例に対し複数の機関が関わっているものも多く、支援機関の延べ数は265機関となった。支援実施回数の上位機関としては、地域包括支援センター54件（20%）、次いで介護支援事業所37件（14%）、福祉事務所34件（13%）の順となっている。

(図1) 対象機関 (265機関)



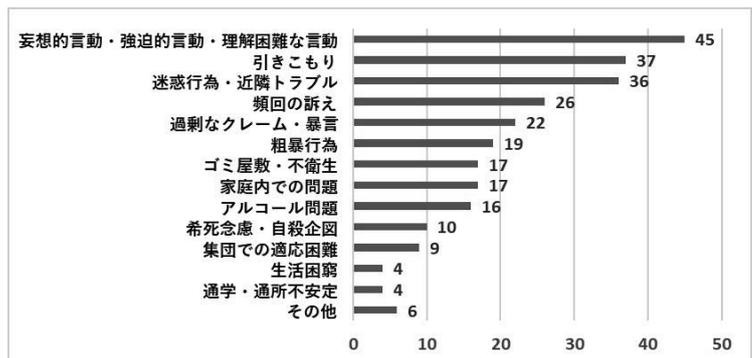
(2) 対象者の精神科介入歴

精神科介入歴なし・治療中断者・治療終了者96人（59%）、介入歴不明者13人（8%）が全体の2/3を占める一方で、全体の1/3にあたる54人（33%）は継続した精神科介入が行われている対象者に対する相談であった。

(3) 事例の抱える問題について（図2）

事例に係る問題については、1事例につき複数の問題を抱えるものもあり、総件数は268件となった。分類別の件数では、妄想的言動・強迫的言動・理解困難な言動が45件（17%）と最も多く、次いで引きこもりが37件（14%）、迷惑行為・近隣トラブルが36件（13%）となった。

(図2) 事例の抱える問題

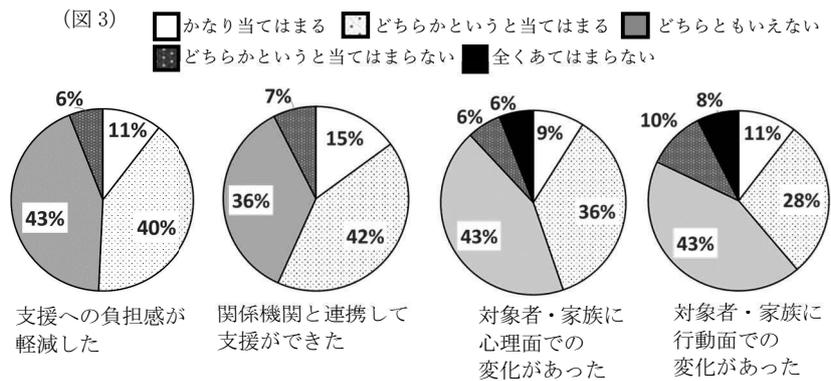


(4) アンケート結果

①本事業利用前後での変化

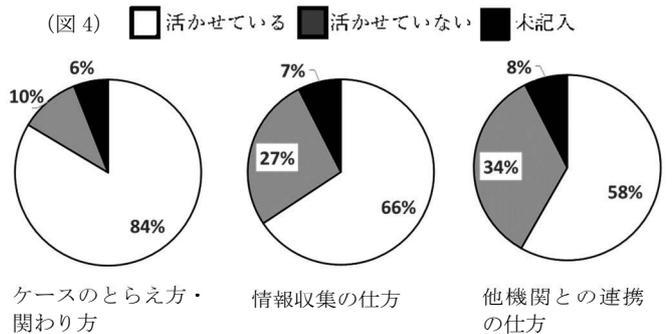
(図3)

『支援への負担感が軽減した』が34人(51%)、『関係機関と連携して支援ができた』が38人(57%)、『対象者・家族に心理面での変化があった』が30人(45%)、『対象者・家族に行動面での変化があった』が26人(39%)であった。



②本事業を利用したことで、日常の業務に活かしていることがあるか (図4)

『ケースのとらえ方・関わり方に活かしている』が56人(84%)、『情報収集の仕方に活かしている』が44人(66%)、『他機関との連携の仕方に活かしている』が39人(58%)という結果であった。



関連自由記載では、「いろいろな視点でケースをみるように心がけている」「多職種との連携がケースのより深い理解につながった」「他機関を集め、情報共有をし、支援の方向性を決めることの重要さに気づいた」「関係機関と連携することで対象者自身の安心感につながった」などの記載があった。

4 考察

本事業で取り扱う事例は、介入時にはすでに複雑化しており、支援者との関係性すら悪化していることが多い。また、すでに医療が介入している事例も多く、必ずしも医療や既存の支援制度のみで解決するものばかりではない。そのような中、複数の支援機関が関わっているにも関わらず、支援機関同士での情報共有や役割分担、支援方針の検討、支援計画の立案が十分になされておらず、方針が曖昧であったり、ばらついていることが多い。その様な状態で、対象者にとっての大切な生活の場である「現場」に介入することは、問題をより一層複雑化してしまう恐れもある。支援において欠かせないこととして、現場に介入する前に「会議室」で支援者同士が情報共有や課題の抽出を行い、支援における意思統一を図ることが重要であり、これは本事業の担う大切な役割の一つでもある。今回のアンケート調査からは、本事業をとおり、支援者個々の負担感が軽減するとともに、対象者を取り巻く環境を多角的に捉え、支援機関同士が顔の見える関係を作ることによって随時連携しながらケースワークに臨めるようになってきていることがうかがえる。そのことによって対象者やその家族にも変化が見られ、膠着した状況から徐々に様々な社会資源につながる可能性を高めていると考えられる。

「アウトリーチ」と聞くと、多くの支援機関から専門職チームが直接対象者の元に出向き、適切なアセスメントや診療を行ってくれるものと期待されることが多い。しかし、当センターが行っているのはあくまでも間接的な支援であり、かつて『事件は会議室で起こっているんじゃない。現場で起こっているのだ。』と言うフレーズが流行したとおり、本事業の開始当初は「直接現場を見てもらわないとわからない」「会議室で話し合いだけ行っても机上の空論ではないか」といった負のイメージを支援者から抱かれることもあった。しかし、実際の支援依頼は年々増加し、令和3年度は平成30年度の2倍以上となっている。そのことから、本事業をとおり筆者が感じたのは、必ずしも問題は現場だけで解決できるわけではなく、『問題解決の鍵は会議室が握っている。』のかもしれないということである。

今後も、当センターが前線で活躍する支援者にとっての「後方支援基地」となり、地域ケアに携わる支援者の人材育成を強化していきたい。

自立支援医療の審査件数からみた岩手県における精神疾患の傾向と分析

岩手県精神保健福祉センター

○清川将太 小井田潤一 原勝雄 大森美紀

1 はじめに

岩手県自立支援医療（精神通院）等審査会における、令和2年度の自立支援医療の審査件数は6,823件であり、新型コロナウイルス感染症に係る特例措置により少ない件数にとどまったが、毎年増加傾向にある。今回は、岩手県における精神疾患の傾向と背景を明らかにするため、自立支援医療の各精神障害の分類をもとに分析を行ったので報告する。

2 方法

平成23年度から令和2年度までの過去10年間における、岩手県自立支援医療等審査会の審査状況と、岩手県の精神障害者把握数のデータを用い、F0～F9、G4圏の精神疾患それぞれの傾向について分析を行った。

3 結果

(1) 審査件数

自立支援医療審査件数は以下の通りである。

図1 自立支援医療の審査件数 ※令和2年度は新型コロナウイルス感染症特例措置のため件数が少ない。

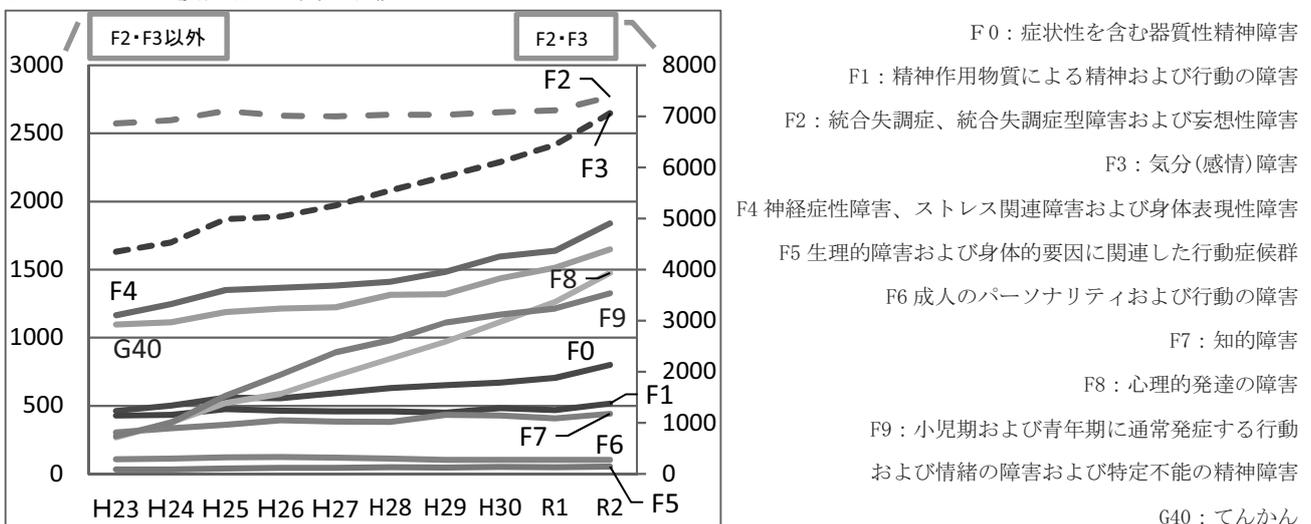
年度	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2
件数(件)	10,803	7,366	10,284	8,696	10,875	9,306	12,153	10,430	12,604	6,823

(2) 精神疾患の傾向

① 10年前との比較

年度ごとに多少の増減の変化はあるものの、すべての精神疾患が増加傾向にある。平成23年度と令和2年度の総数の比較では、特に、心理的発達の障害（以下、F8圏）と、小児期および青年期に通常発症する行動、情緒、および精神障害（以下、F9圏）の増加率が顕著である（F8:448.3%、F9:378.7%）。次いで、器質性精神障害（以下、F0圏）と、気分障害（以下、F3圏）の増加率が高い（F0:73.0%、F3:62.3%）。

図2 自立支援医療 年次推移



② 近年の傾向

総数において、各年度の増加率は3～4%であるのに対し、令和1年度と令和2年度の増加率は8.2%と高かった。精神疾患別で見た場合、精神作用物質使用による精神および行動の障害（以下、F1 圏）、F3 圏、神経症性障害（以下、F4 圏）において、令和1、2年度の増加率が高い。

③ 年度別の比較

平成24年度から平成25年度、令和1年から令和2年度の間は、他年度に比べ、F1、F3、F4 圏の増加率が高かった。

4 考察

(1) 自立支援医療の審査件数の増加の理由として、自立支援医療制度の普及に加え、精神疾患に対する県民の認識の変化が考えられる。本県は自殺死亡率が高いという健康課題から、包括的な自殺対策プログラムを推進し、一次予防、二次予防に力を入れてきた背景がある。また、テレビ・インターネットの記事で精神疾患について取り上げられることが増え、県民の理解が広まってきていることから、精神科病院・クリニック等受診への抵抗感や偏見をもつ人が減り、医療へつながりやすくなったといえるのではないかと。

(2) 平成23年度と令和2年度の比較では、F8、F9 圏の増加率が顕著だった。理由として、発達障害の概念の認知度が近年高くなってきたこと、医療・教育・福祉の幅広い分野において、支援のニーズが増加したことが考えられる。

また、現在は、DSM-5 や ICD-10 のように、診断基準の枠組みが定まっていることから、以前と比べても診断が付きやすい状況だと捉えることができる。発達障害だけに限らず、精神疾患に対する理解の浸透と診断基準の明確化が、自立支援医療の申請数の増加につながっているとも言える。

一方で、診断基準の考え方が緩和されてきたことや、多くの教育現場や家庭などから診断を求められるようになったことによる増加、という指摘もあり注視していく必要がある。

(3) F1、F3、F4 圏の増加は、平成24年度から平成25年度、令和1年度から令和2年度の間で伸びが見られた。これは、東日本大震災や新型コロナウイルス感染症など、多くの県民が困難を感じたことが理由であると考えられる。両年度とも、社会的に危機的な状況に置かれ、うつや不安症状、依存の悩みを抱える人が増えた可能性がある。コロナウイルスと精神障害の関連性については、今後も注視していく必要がある。

(4) F0 の増加の背景には、高齢化の進展が考えられる。現在は、認知症の相談窓口や支援拠点が幅広く設置されるようになり、地域の支援を受けやすい体制が強化されている。高齢化社会が進むことから、今後も増加していくことが見込まれる。

5 まとめ

岩手県における精神疾患は増加傾向にあり、様々な要因が考えられるが、精神疾患に対する県民の認知度の向上は大きな要因の一つであると考えられる。治療を受けるメリットの理解が浸透し、支援体制が強化されてきたことが、医療へつながりやすい環境をつくりだしているといえる。

今後は、新型コロナウイルスの影響もあり、増加がより顕著になっていくことが見込まれる。それに伴い、自立支援医療等審査会の審査件数が増えていくことから、審査の負担が大きくなることが予想され、審査の効率化や審査医の確保が課題である。

参考文献

アラン・シュワルツ著、黒田章史・市毛裕子訳（2022）『ADHD 大国アメリカ つくられた流行病』誠信書房。

小谷俊博（2018）「発達障害の過剰診断について」木更津工業高等専門学校紀要第51号

川崎市における精神障害者保健福祉手帳の判定業務から見てきたもの

川崎市総合リハビリテーション推進センター

○柴崎聡子 清水寛之（現 多摩区役所 高齢・障害課）

河野稔明 藤野雅人 田所由紀子 石井美緒 竹島正

1. はじめに

本市の精神障害者保健福祉手帳（以下“手帳”とする）の所持者数は、令和2年度末で14,105名である。判定機関である川崎市総合リハビリテーション推進センターでは、令和2年度の一定期間に、手帳申請時に添付された手帳用診断書（以下“診断書”とする）について、(A)「等級判定の実態に関する調査」、(B)「手帳の保有者における特徴の分析」を行っており、診断書各項目の集計結果と等級判定結果の実態把握ができた。今回は（A）を中心に、診断書の分析の取組から見てきたことを報告する。

2. (A)「等級判定の実態に関する調査」について

(1) 調査の目的

本市では、手帳の取得者は年々増加しており、診断書での判定も増加している。それにより、判定にかかる時間も相応に延長してきている。また、等級の決定結果に対して申請者より疑問を寄せられることもある。こうしたことから、各都道府県知事あて厚生労働省通知「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準について」¹⁾及び「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準の運用に当たって留意すべき事項について」²⁾に基づく本市の等級判定について、その判定結果の実態の調査を行った。

(2) 調査方法

令和2年7月～9月に判定を行った診断書による新規申請305件（不承認を含む）を対象とした。診断書の項目のうち精神障害、現在の病状、現在の生活環境、日常生活能力の判定、日常生活能力の程度、現在の障害福祉等のサービスの利用状況を、また判定医の判定結果、決定された障害等級を収集し、Microsoft Access 2016を用いて入力した。その際、個人を特定できる情報は除外し、さらにデータの復元ができないよう非識別加工情報として分析用データセットを作成した。分析には統計解析ソフトSPSS ver.28及びMicrosoft Excel 2016を使用した。

本研究は、川崎市総合リハビリテーション推進センター研究倫理及び利益相反に関する懇談会に意見を聴いたうえで、同センター長の承認のもと実施した。

(3) 結果と考察

申請者の年代は、新規申請ということもあり、男女とも20代が最も多く、30代及び40代がほぼ同数で次いだ（表1）。また、年代別の手帳取得の事由となった精神障害は、20代、30代では気分（感情）障害（ICDコード：F3）、60代以上では症状性を含む器質性精神障害（ICDコード：F0）が中心であった。また、20代以下では発達障害圏（ICDコード：F8・F9）が一定数あり、発達障害を手帳取得の事由とした新規申請がなされてい

表1 年代別にみた主たる精神障害及び性別

年代	主たる精神障害（ICD-10コード）												性別		合計
	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	G4	男	女		
10歳未満	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	2	
10代	0	0	2	4	3	0	0	1	8	6	0	16	8	24	
20代	1	0	5	31	11	0	0	4	12	10	2	32	44	76	
30代	0	0	6	34	2	1	0	1	4	7	2	29	28	57	
40代	3	0	15	27	5	0	0	3	2	2	2	31	28	59	
50代	5	3	0	22	3	0	0	0	1	0	2	22	14	36	
60代	7	0	1	8	1	0	0	1	0	0	0	7	11	18	
70代	7	0	2	4	1	0	0	0	0	1	0	7	8	15	
80代	8	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3	7	10	
90歳以上	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	4	
合計	35	3	32	131	26	1	0	10	28	27	8	148	153	301	

ると言える（表1）。

日常生活能力の程度は、決定した等級が3級であれば（イ）及び（ウ）、2級であれば（ウ）及び（エ）が大半を占めた（表2）。

複数の判定医の判定結果が完全に一致した率は94.7%（285/301件）であり、判定した医師の人数（件数）/完全一致件数・不一致件数は、順に2人（2件）/2件・0件、3人（82件）/81件・1件、4人（172件）/161件・11件、5人（45件）/41件・4件であった。

（4）結論

本市における手帳の等級判定に関する実態としては、判定医によって判定が割れることは少なく、おおむね障害等級に係る認識は一致しているといえる。本市では国が示す判定基準¹⁾よりもやや等級が軽く判定される傾向であったが、平成24～26年度に厚生労働省科学研究班（宮岡等研究代表者）で示された判定基準³⁾とはほぼ合致しており、本市の判定の実態としては宮岡研究班の判定基準を支持する結果となった。

3. (B)「手帳の保有者における特徴の分析」について

本市における手帳取得者の特徴を分析することにより、医療・福祉サービスへのアクセス状況の把握、福祉サービス有効利用の促進、地域特性に応じた支援体制の構築に取り組むための基礎データを得ることを目的として、令和2年8月に診断書による新規・更新申請において判定及び等級決定された387名について、診断書から自由記載欄以外の集計可能な項目の集計、分析を行っている。

4. 今後について

手帳判定業務から、(A)の調査により本市の等級判定の実態が明らかになった。また(B)の調査では、年代、地域による診断名、症状の特徴の分析を進めていく。

謝辞：分析用データセット作成にあたり、多大なご協力を頂いた、川崎市総合リハビリテーション推進センター元職員の藤原仁氏に、深く感謝申し上げます。

<文献>

- 1) 「精神障害者保健福祉手帳の判定基準について」（平成7年9月12日健医発第1133号厚生省保健医療局長通知）
- 2) 「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準の運用にあたって留意すべき事項について」（平成7年9月12日健医精発第46号）
- 3) 厚生労働省科学研究費補助金 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（研究代表者：宮岡等）平成24～26年度総合研究報告書

表2 障害等級と日常生活能力の程度との関連

障害等級	日常生活能力の程度				合計
	イ	ウ	エ	オ	
1級	1 5.6%	2 11.1%	2 11.1%	13 72.2%	18 100%
2級	3 2.4%	56 44.1%	68 53.5%	0 0.0%	127 100%
3級	77 49.4%	79 50.6%	0 0.0%	0 0.0%	156 100%
合計	81 26.9%	137 45.5%	70 23.3%	13 4.3%	301 100%

上段：度数

下段：等級に占める割合

日常生活能力の程度の評価基準

- ア：精神障害を認めるが、日常生活および社会生活に制限を受けない
→該当者なし。原則として手帳不承認
- イ：精神障害を認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける
- ウ：精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする
- エ：精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする
- オ：精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない

処遇改善請求の対象拡大の取り組み

北海道立精神保健福祉センター

○金正 博 田附 美奈子 原田 幸治
東端 萌李 松木 亮 岡崎 大介

1 緒言

処遇改善請求は、精神科病院に入院中の患者又はその家族等が、その処遇に不満がある場合、都道府県知事に対して、精神科病院の管理者にその患者の処遇の改善のために必要な措置を採ることを命じるよう求める制度であり、入院患者の人権を保障する上で重要な制度の1つである。その主要な対象は、隔離や身体拘束などの行動制限であるが、近年は、対象範囲を拡大すべきとの議論がある。

北海道精神医療審査会では、処遇改善請求の対象拡大について令和元年度から検討を開始し、令和3年度からはあらゆる請求を受理する形で運用を行っている。その経過について報告する。

2 背景

北海道精神医療審査会では、従来、「隔離」「身体的拘束」「通信・面会制限」「外出・外泊制限」「閉鎖病棟使用」の項目についてのみ、処遇改善請求として受理し審査を実施してきた。

しかし、令和元年7月に実施した意見聴取の際、インターネットの使用を希望する患者がいたことから、これを処遇改善請求として受理すべきかどうか議論となった。これを契機として、処遇改善請求の対象範囲について協議していくこととなった。

3 現状と課題

処遇改善請求の範囲に関して、例えば『精神保健福祉法の最新知識（日本精神科病院協会監修、2015、中央法規）』においては、「処遇改善請求の内容は、外出や外泊の請求、身体的拘束や隔離室入室への不満、任意入院への変更請求、開放病棟への転棟要求、投薬や注射に対する不満、アメニティに対する不満、携帯電話やたばこやライターに関することなどが多い」と記述されている。

また、日本精神神経学会・精神保健福祉法特別委員会（2016年）の委員長見解においては、「精神医療審査会の機能強化」として「処遇改善請求の審査範囲を、隔離・拘束等の行動制限、通信・面会等の制限、任意入院患者の不当な閉鎖処遇に加えて、不当な使役・搾取や患者の尊厳を傷つける処遇等とする」と提言されている。

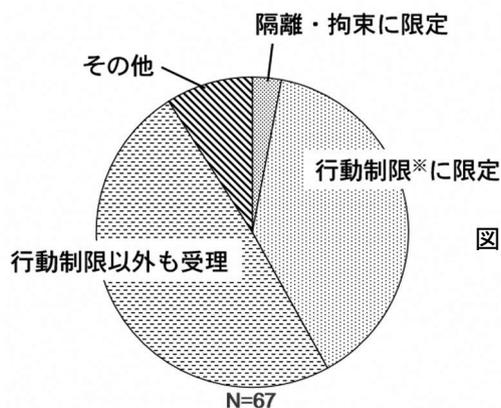


図1 2017年度の処遇改善請求審査 事務局アンケート結果
(平成30年度全国精神医療審査会連絡協議会総会シンポジウム資料より)

[※の内容: 身体的拘束、保護室等への隔離、閉鎖病棟使用、
外出・外泊制限、通信・面会制限]

一方、現状としては、全国精神医療審査会を対象とした平成29年度（2017年度）の処遇改善請求

審査に係るアンケート調査結果（図 1）によると、処遇改善請求に関して「行動制限以外も受理」との回答が約半数を占めている。

以上より、入院患者の人権を保障する観点からは、処遇改善請求の対象範囲を拡大することが望ましいと言える。既に全国の約半数の精神医療審査会において行動制限以外の処遇改善請求を審査対象としている現状を踏まえ、北海道精神医療審査会でも対象範囲拡大に取り組むべきと考えた。

しかしながら、入院患者からの様々な訴えに対し、その一つ一つを処遇改善請求として受理するかどうかの判断は容易ではなく、審査会内での統一した取り決めが必要であるため検討期間を設けることとなった。

4 検討経過

令和 2 年度は試行期間とし、審査会で全ての処遇改善請求を検討することとした。

当該年度の定形外の処遇改善請求例としては、以下のようなものがあった（全て退院請求と併せての処遇改善請求）：「スマートフォンの使用制限解除」「喫煙制限の解除」「病院食の質の改善」「職員の対応の改善」「金銭管理を自分で行えないことの改善」。

この結果を踏まえ、令和 2 年度北海道精神医療審査会研修会（令和 2 年 12 月）で協議した結果、「処遇改善請求は全件を受理し審査会で審査することが適切」「審査の対象とならないと判断したものについては、理由を付して通知する」との方向性が定まった。

そこで、令和 3 年度より下記方針で運用することとした。

- (1) 処遇改善請求として実際に請求があったもの（原則として書類）については、全件を受理する。
- (2) 原則として意見聴取を実施するが、必要に応じて直近の審査会に意見聴取実施の必要性を諮るものとする。
- (3) 審査会において審査の対象とならないと判断したものについては、「審査の対象外であるため」との理由を付記する。また、他機関での審査対象になりうるものは、その旨も付記する。

5 運用結果

平成 30 年度から令和 3 年度までの処遇改善請求件数の推移を表 1 に示す。令和 3 年度の処遇改善請求は 32 件であり、それらのうち、処遇は不相当とされたものは 1 件（外出制限）だった。結果として、令和 3 年度からの対象拡大によって処遇改善請求への対応が増えている傾向は認められなかった。

表 1 北海道医療審査会における処遇改善請求件数の推移

年度	H30	R1	R2	R3
件数	29	35	21	32

6 結言

北海道精神医療審査会では、令和 3 年度から処遇改善請求の対象範囲を従来よりも拡大し、全件を受理して審査を実施することとした。その上で、判断できるものは判断し、判断できないものは「審査の対象外」として通知する運用とした。

この新たな運用によって、処遇改善請求への対応が急増するような事態は起きておらず、審査会の業務を圧迫する状況とはなっていない。

今後も患者の人権を保護する観点から、処遇改善請求への対応の改善に取り組んでいく。

精神科専攻医受け入れ報告

～ センターが安定して精神科医師を確保するために ～

沖縄県立総合精神保健福祉センター

○宮川治、仲里典子、赤嶺清美

1 はじめに

多くの精神保健福祉センター（以下センター）では精神科医師の確保に難渋している。また臨床経験しかない精神科医師にとっても行政機関で働くイメージを持つことは難しい。そこでセンターにおいて精神科専門医研修を行い、センターに親和性のある精神科医師を育て、安定的に精神科医師をセンターに供給することが出来るようにしようと考えた。令和2年度に最初の精神科専攻医1名、令和3年度に2名の精神科専攻医を受け入れたのでその報告を行う。

2 当センターが研修機関になった経緯

精神科領域においては、平成16年度より学会認定専門医制度が開始された。更に平成30年度より新しい専門医制度がスタートした。沖縄県では4つの基幹病院を中心とする精神科専門医研修病院グループが立ち上がった。制度開始前発表者は県立精神科病院に勤務しており、県立病院を中心とする研修病院群を作ることに尽力した。その時に、当時のセンター所長に頼み込んで、センターも県立病院精神科研修群に加わってもらった。当時から、地域精神保健福祉も研修すべきだと考えており、また県立病院群だからこそセンターも加わって、地域精神医療・保健福祉の研修が出来ると思ったからである。

3 沖縄県の精神科専門医研修体制

沖縄県で立ち上がった精神科専門医研修病院群は、国立大学を中心とするグループ、国立病院を中心とするグループ、民間精神科病院を中心とするグループ、それに県立精神科病院を中心とするグループの4つであった。当初当センターは県立病院グループだけに参加していたが、県立病院群で研修する専攻医が集まらず積極的に研修を行っている民間病院グループ（平安病院を基幹病院とするグループ）にも加わった。その結果、最初の専攻医1名を令和2年度に、更に2名を令和3年度に受け入れた。

4 事前に準備したことと解決できなかったこと

- ・ 予算獲得ができなかった。専攻医に給料を支払えないため、基幹病院からの出向という形にした。最終的には基幹病院に籍を置き、週2～3回センターに出勤してもらった。
- ・ 指導医が所長一人だけなので、所長の勤務時間内に研修医対応の時間を作ることに難渋した。そのため基本的に所長と行動を共にしてもらい所長と同じ仕事を行った。
- ・ 審査会や判定委員会参加については事前に委員に提案して、専攻医の見学参加の同意を得た。法律委員からは法律的なアドバイスももらい、今後は司法修習生も見学参加可能とした。
- ・ ショートケア（ひきこもり、依存症）参加調整が出来なかった。依存症ショートケアに大きなハードルはなかったが、ひきこもりショートケアは参加者の同意が難しく断念した。

5 研修内容（最初の専攻医の場合：医師歴7年目、精神科研修3年目）

所長の日程に合わせて週2回程度来所してもらい研修を行った。なお火曜日は基幹病院で外来を担当していたため当センターには来所出来なかった。

令和2年12月に行った研修内容である。

(月曜日)

- ・ 7日 9時30分精神科コロナ対策会議 (WEB)、精神鑑定予習、午後拘置所 (精神鑑定)
- ・ 14日 同上

(水曜日)

- ・ 16日 午前中自立支援診断書事前判定、午後DPAT研修 (WEB)

(木曜日)

- ・ 3日 10時30分センター長会「にも包括会議」(WEB)、午後ひきこもり研修 (WEB)
- ・ 10日 午前中自立支援診断書事前判定、午後精神科救急システム責任者会議 (所外)
- ・ 24日 午前中自立支援診断書事前判定、午後自立支援・精神障害者福祉手帳判定委員会

(金曜日)

- ・ 11日 9時30分精神科コロナ対策会議 (WEB)、自立支援診断書事前判定、午後自立支援・精神障害者福祉手帳判定委員会
- ・ 18日 9時30分精神科コロナ対策会議 (WEB)、自立支援診断書事前判定、午後北部地区ひきこもり地域連絡会議 (所外)

6 感想

専攻医 : 「精神科医にこんな仕事があるのかとびっくりした。全く違った仕事なので興味深かった。すぐにセンターに勤めようとは思わないが、判定委員会の仕事はしてもいいと思った。(精神保健指定医になったら判定委員になると約束してくれた)」

所長 : 「時間的にはかなりきつかったが、若い精神科医と行動を共にして、私自身が刺激を受けて楽しかった。まだまだ研修システムを構築する段階ではなく、見学に毛が生えた程度だとは思う。少しずつ歩を進めていきたい。今回の成果としては、専攻医の先生が指定医取得後には自立支援判定委員会委員になる約束をしてくれたことである。」

7 今後に向けて

現在のセンターの多忙状況を鑑みるに、新たに専攻医を受け入れて研修プログラムを立てて研修させることは困難である。またきちんと給料を支払うことになると予算も獲得しなければならず至難の業である。しかしそのような状況の中でも、精神科医療に加えて精神保健福祉を研修期間中に研修した精神科医が増えることによって、将来の精神保健福祉センターの精神科医師を安定的に配置できる基礎ができると考える。今回の報告はまだ入り口の入り口に過ぎないが、興味を持ったセンターやセンター長が研修医を受け入れる試みをして下さればありがたい。

現在、センター長会の委員会で「指定医・専門医制度委員会」があり、構成員が16名ですが、その中で専門医関係の構成員は発表者一人だけです。昨年度さいたま市センターの医師がオブザーバーとして参加してくれたが、せめてあと一人、二人加入してくださり、共通の話題で議論できることを楽しみにしております。

精神保健福祉法第 23 条の未成年被通報者についての一考察

埼玉県立精神保健福祉センター

○山崎 彰彦、河本 次生、石川 雅久、井元 玲子、木村 健太郎、大沼 理奈、矢尾 茜、泉 佑実、齋藤 真哉、永添 晋平、広沢 昇、森 雅紀、高橋 司

1 はじめに

埼玉県精神科救急情報センター(以下「当センター」)は、平日夜間(17:00～翌 8:30)と土日祝日(8:30～翌 8:30)に①精神科救急医療電話相談窓口としての相談対応(トリアージと救急受診調整)業務及び②精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 23 条に規定される通報(以下「23 条通報」)に基づく措置関連業務を行っている。近年、23 条通報の対象として未成年者が散見されている。そこで、当センターで対応した未成年者の 23 条通報事例について調査を行い、若干の考察を加えて報告したい。

2 対象と方法

当センターが対応した過去 5 年間(平成 29 年 4 月～令和 4 年 3 月)の 23 条通報事例のうち、18 歳未満の者(以下「未成年被通報者」)を対象とし、成年に達した者(以下「成年被通報者」)への対応と比較、分析を行った。データの収集においては匿名性を確保し、個人情報管理に配慮した。発表に関連して開示すべき利益相反はない。

3 結果

当センターで過去 5 年間に対応した 23 条通報は 2,405 件であり、未成年被通報者数は 85 件(平均 17 件、標準偏差 6.69)であった。未成年被通報者の最低年齢は、10 歳であった(表 1)。

平成 29 年度における成年被通報者と未成年被通報者の措置診察不要率を比較すると、未成年被通報者が高く、その差は 11.9 ポイントであった。令和 3 年度でも未成年被通報者の措置診察不要率は同様に高く、その差は 30.9 ポイントと広がっていた(表 2)。

過去 5 年間の未成年被通報者の精神科医療機関受診率(受診 1 回以上)は、平成 29 年度の 70.0%から令和 3 年度は 91.7%となっており、成年被通報者と比べて高い割合で推移した。

措置診察不要と判断した事例は、本人と家族の関係性に課題があることや、本人の問題対処能力の低さがきっかけとなった暴力などが通報の要因となっていた。一方、措置診察実施事例は、家族への傷害、自殺未遂や希死念慮の修正不能等が確認できた。未成年被通報者の多くは、家族関係、学校での友人関係や勉強に悩みを抱えていた。

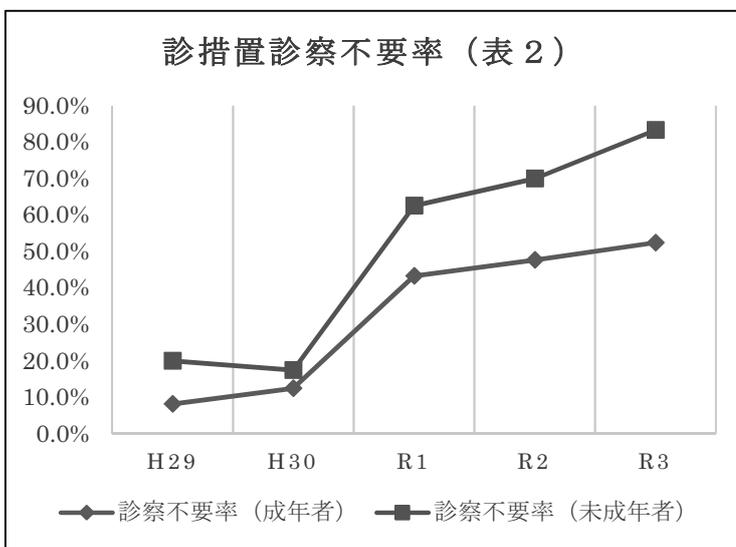
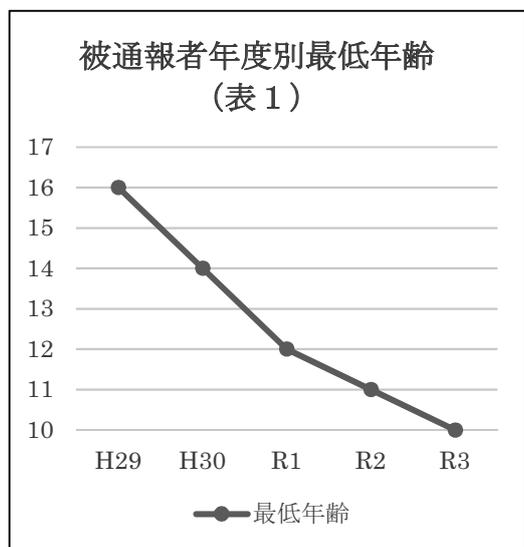
4 考察

23 条通報を受理した場合、精神保健診察の有無を判断するために事前調査を行う。当センターが稼働している夜間や休日の時間帯は、診療情報を取得しづらいことから、通報に至った事象が、精神症状に起因する、もしくは、精神発達上の課題であるか否かが判然としない場合が多い。被通報者の低年齢化も進んでおり、非自発的な入院の可能性を含む措置診察実施の判断は、より慎重を期すべきである。

今回の調査により、未成年被通報者の多くに精神科医療機関受診歴があることから、23 条通報を行うか否かの警察官の判断が疾病性を重視していると示唆された。加えて、未成年通報者は成年被通報者と比較し、措置診察不要と判断される傾向にあることがわかった。これは、事前調査者による措置診察不要の判断が、未成年被通報者の特性や事例化に至る背景を重視した結果であると考えられた。

未成年被通報者の多くは、精神保健課題を抱えていることから、地域での早期支援の確保、医療機関や関係機関との連携、被通報者のセルフケアや疾病教育等、多岐にわたる対応が必要となる。当センターでは、受理

した 23 条通報の全事例を対面にて調査している。今後もその利点を生かし、措置診察実施の有無に留まらず、未成年被通報者をとりまく家族、学校や地域に対する丁寧なアセスメント、地域支援機関への適切な橋渡しに取り組んでいきたい。



精神保健福祉法第23条通報処理状況
～通報受理後の調査と結果に着目して～

京都府精神保健福祉総合センター

○高田亮*1 中村佳永子 八尾 博士
熊取谷 晶*2 山口 徹*2

* 1 京都府庁障害者支援課兼務

* 2 京都府庁障害者支援課

1 はじめに

京都府（京都市を除く、以下同じ）では、日中、夜間休日を問わず、精神保健福祉法第23条通報（以下、23条通報とする）の処理（通報受理、調査、措置診察の依頼、立会、告知）は、各圏域の保健所が対応している。その処理結果報告は、所管課である障害者支援課に対して行われる。ただ実務上は、障害者支援課兼務職員である発表者が事務処理担当であるため、書類一式は精神保健福祉総合センターに送付されてくる。

そこで、発表者が取りまとめている23条通報処理のうち、調査と結果に焦点をあてて、京都府の現状について整理してみたい。

2 方法

平成31年度（令和元年度）～令和3年度において、23条通報のあった264件すべての調査書及び診断書を取りまとめ、それぞれを①、②の方法によって検討データとして加工した。また全件の鑑定不要後あるいは措置不要後の転帰についても集計した。

①調査書

調査の際に情報収集した家族状況や通院状況、関係機関の有無等を集計の上、整理した。さらにそれらと措置診察の要否判断の関係性を見るためにそれぞれでクロス集計を行った。

②診断書

緊急措置及び措置にかかる診断書に記載されている「主たる精神障害」のICDコードを要措置、措置不要に分けて集計した。

3 結果

（1）調査書から見えたこと

まず年齢別でみると、通報のあった者のうち多かった年代は40代（73名）、30代（60名）、50代（40名）の順であった（全て延べ人数）。最も低かった年齢は14歳で、最も高かった年齢は87歳であった。また、年齢不詳が1名おり、年齢、住所等全てが調査時においては不明であった。

次に、措置診察の実施状況について、全通報件数のうち78%は要診察としている。そのうち平日日中帯（平日の8:30～17:15）にあった通報（77件）のうち70%を、そして夜間休日帯（休日及び平日の17:15～翌8:30）にあった通報（187件）のうち81%を要診察としており、夜間休日帯の方が措置診察を行う率が高かった。

家族の有無については、調査時に家族がいない、あるいは所在がわからなかったケースは全体の10%ほどであり、90%近くに家族がいた。夜間休日帯の方が日中平日帯よりも家族状況が不明という割合が高く、夜間休日の方が家族状況の情報を得にくいと思われた。また、時間帯や診察要否に関わらず、家族同居ケースの割合が高いが、特に平日日中帯においては、鑑定不要（30%）に比べ、要診察（66%）の割合は高かった。家族の有無が診察要否にどのような影響を与えているかははっきりしないが、家族からの情報は診察要否判断の一つとして活用されていることは感じる。

関係機関の有無については、延べ件数296件のうち、25%ほど（73件）が保健所と何らかの関わりを持つケースであったが、その一方で半数以上（152件）は関係機関がないかあるいは不明であった。ま

た、要診察としたケースのうち保健所の関与があったのは21%であり、関係機関が不明・なしであったのは58%であった。それに対し鑑定不要となったケースではそれぞれ、39%、29%であった。

通院先については、全体の約50%（140件）は通院先があった。要診察となったケースの約50%は通院先があったものの、通院先がない、あるいは医療中断といったケースもそれぞれ20%弱ほどあった。対して鑑定不要としたケースの72%は通院先があったことから、鑑定不要とする場合は、主治医の意見が大きいと推定される。

家族、関係機関、通院先と診察要否を見た時、要診察となったケースは多い順に「家族同居、関係機関不明、通院先あり」（20件）、「家族同居、保健所関与あり、通院先あり」（17件）、「家族同居、関係機関及び通院先不明」（15件）であった。診察不要となったケースは多い順に「家族同居、保健所関与あり、通院先あり」（7件）、「家族別居、保健所関与あり、通院先あり」（7件）「家族同居、市役所（生活保護担当課除く）関与あり、通院先あり」（5件）であった。

また、通報時の診断名はF2が73件（27%）、不明が58件（21%）、なしが48件（18%）の順で多かった。この3つで全体の約3分の2を占めている。また平日日中帯ではF2が40%を占め、診断なし、F8と続いている。夜間休日は不明と診断なしで約半数（46%）を占め、F2は2番目に多いものの22%であった。さらに診察要否別で見ると、要診察とした診断名の上位3つは順にF2、不明、なしであったのに対し、鑑定不要はF2、F8、不明であった。通報時診断がついているケースはF2が多いが、半数は診断がないか不明である。とくに夜間休日は診断がないか不明である割合が高い。

（2）診断書から見えたこと

緊急措置診察については、全165件のうち要緊急措置となったケースは35%だった。要措置となった45件のうち77%がF2であった。措置不要となった107件のうち38%がF2で最も多く、他はF0、F1、F3、F4、F6～F9と要措置ケースより多様な診断がついた。また、措置不要ケースのうち4件診断なしであった。

措置診察（一人目）については、全99件のうち要措置となったケースは48%だった。要措置となった48件のうち、78%がF2であった。措置不要となった51件のうち55%がF2で最も多かった。措置診察（二人目）については全48件が要措置となり、77%がF2であった。

（3）転帰

調査の結果、鑑定不要としたケース（58件）のうち、27件は受診してもらい、4件は医療保護入院（応急含む、以下同じ）となっていた。通報対応後も保健所で受診勧奨や同行を行っているケースもあった。診察の結果、（緊急）措置不要となったケースの約半数および、（緊急）措置解除後の多くが医療保護入院となっていた。また、鑑定不要や緊急措置不要となった者の半数が帰宅となっていた。

4 考察

全通報件数のうち70%が休日夜間帯であった。被通報者の多くに連絡の取れる家族は存在し、休日夜間においては難しいときがあるが、一定程度は家族からの情報は収集できていることがわかった。また保健所を含む関係機関の関与がない場合は措置診察を行う傾向があり、通院先がある場合は主治医の意見に基づいて鑑定不要とする場合があることが示唆された。家族や関係機関、通院先の有無が直接的に診察要否との関係性は明らかではないが、各所からの情報は診察要否判断に有用であることは感じられた。

診断名があるケースはF2が多いが、半数は不明や診断がないケースとなっており、休日夜間帯は不明や診断がないケースが、より多くなっていた。措置診察については要措置となるのは緊急措置診察、措置診察関わらず80%近くがF2であった。

転帰からは鑑定不要や（緊急）措置不要となった場合でも何らかの医療は必要であるケースが半数ほどあり、通院や入院となる場合がある一方で、ほぼ同数が帰宅となっており、二極化していた。（緊急）措置入院となった場合は、F2が多いためか、措置解除後もそのまま医療保護入院等で入院継続されているケースが多かった。

大阪府こころの健康総合センターにおけるクリニック放火事件への対応（報告）

大阪府こころの健康総合センター

○平山照美 南由美 松川祥恵 原るみ子 籠本孝雄

1 はじめに

令和3年12月17日心療内科クリニックで放火による火災が発生し、通院患者とスタッフなど27人が亡くなった。大阪府こころの健康総合センターでは、通院患者の治療継続に関する支援、被害者とその家族、事件の衝撃に影響を受けた住民へのこころのケアなど、関係団体と連携しながら対応を行った。この事件における当センターでの取り組みと、専用の電話相談窓口として設置した「こころのホットライン」の相談概要等について報告する。

2 情報収集・連絡調整

被害状況等を把握するために情報を収集するとともに、ホームページや相談電話対応での情報提供などのため、関係機関等からの情報収集と連絡調整を行った。報道等により被害を受けた診療所での診療継続が難しいことが予想され、影響を受ける患者の概数を把握するため、当該クリニックを自立支援医療（精神通院医療）の医療機関として登録している患者の数を近隣府県及び政令市を含めて照会した。その結果、少なくとも800人以上の患者に影響があると推測されたため、転院先としての医療機関の情報や、制度・サービスに関する手続等を中心に情報収集を行うとともに、提供する情報の内容や伝え方等について調整した。

3 情報提供

当センターのホームページ「こころのオアシス」に、「大阪市北区の火災に関するこころのケアについて」のページを作成し、「こころとからだをケアするために」「火災の影響で医療機関をお探しの方へ」「自立支援医療（精神通院）等について」「精神障害者保健福祉手帳について」「電話相談こころのホットラインについて」「こころの健康に関する相談窓口について」「被害にあわれた方やその家族の方へ」等について情報提供を行った。

4 専用電話相談窓口「こころのホットライン」の設置

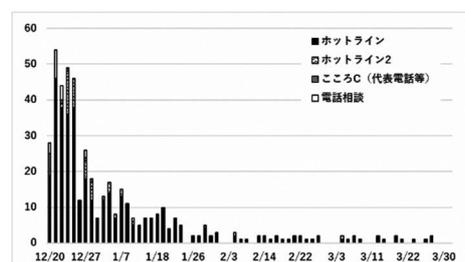
令和3年12月20日に、本事件に関連して当該クリニックに通院中の患者やこころのケアが必要な府民（医療従事者を含む）を対象に専用の電話相談窓口「こころのホットライン」を設置し、当センター常勤のケースワーカー、心理士、精神科医等で対応した。相談件数が多いことから、12月22日から1月7日まではもう1回線増やして大阪府健康医療部保健医療室地域保健課でも対応することとした。その後、相談件数が少なくなってきたことから、3月31日で専用相談窓口としては終了しつつ、架電があれば対応する体制へと移行した。

5 電話相談の概要

（1）相談件数

12月20日（月）から3月31日（木）までの、土日祝日（12月25日、29日以外）を除く68日間で、「こころのホットライン」、常設の「こころの健康相談統一ダイヤル」「こころの電話相談」及び代表電話をあわせて、合計460件の相談があった（図1）。

【図1】相談件数



(2) 相談者の続柄

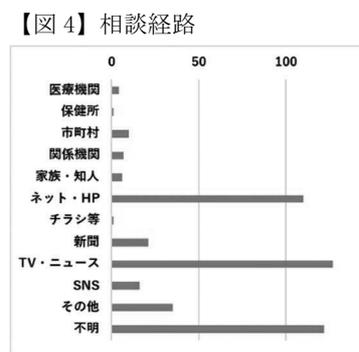
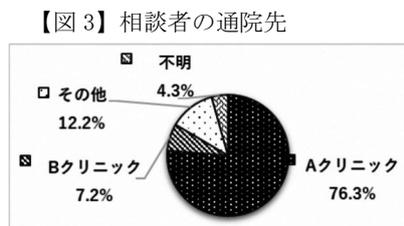
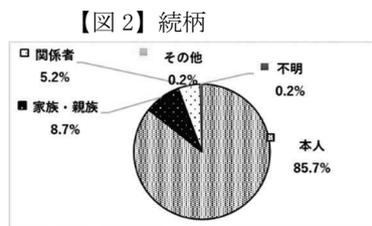
本人が394件(85.7%)で最も多く、次いで家族・親族、関係者であった(図2)。

(3) 相談者の通院先

被害を受けたAクリニックが351件(76.3%)、亡くなった医師が他に診療していたBクリニックが33件(7.2%)であった(図3)。

(4) 相談経路

テレビ・ニュースが127件(27.6%)で最も多く、ネット・ホームページが110件(23.9%)であった(図4)。



(5) 相談内容

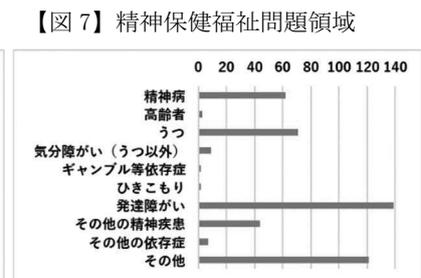
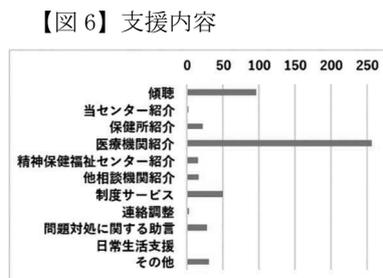
全相談460件のうち、受療・治療等に関する相談が、303件(65.9%)で、そのうち259件(56.3%)が転院先の情報を求めるものであった。また、自立支援医療(精神通院医療)、精神障害者保健福祉手帳、障害年金等、制度やサービスに関わる相談が68件(14.8%)、こころの健康に関する相談が70件(15.2%)であった(図5)。

(6) 支援内容

全相談460件のうち、医療機関の紹介が257件(55.9%)で最も多く、次いで傾聴が96件(20.9%)、制度・サービスに関する助言が50件(10.9%)であった(図6)。

(7) 精神保健福祉問題領域

「発達障がい」が139件(30.2%)で最も多く、「うつ」が71件(15.4%)であった(図7)。



6 まとめ

相談者の多くが、被害を受けたクリニックに通院する患者本人で、医療機関の転院に関する相談が最も多かった。支援内容は、医療機関の紹介や探し方に関する情報提供が最も多く、次いで傾聴、制度・サービスに関する助言であった。成人の発達障がいの患者が多いことやリワークプログラムを実施していたことから、転院先の発達障がいへの対応、メチルフェニデートの処方、リワークプログラム等についての情報が求められた。また、転院に伴う診断書や意見書の取り扱い等についての不安も一定数みられた。電話相談窓口では、様々な思いに耳を傾け、相談者に寄り添いながら、転院に向けての段取りや見通しに役立つような、具体的かつ現実的な情報が特に有用であった。災害や事件により被災者(被害者)の背景や、困っていること、求めていることは、異なるものであり、その時々ニーズを見極め、必要に応じて柔軟に対応していくことが重要であると改めて認識した。

新型コロナウイルス感染症宿泊療養施設こころの健康相談の報告
 ～第5波までと第6波における相談の変化について～

福岡県精神保健福祉センター
 ○米倉由貴 真子美和 楯林英晴

1. はじめに

新型コロナウイルス感染者は、新規かつ重症化の可能性のある感染症にかかったという不安に加えて個々の状況によるストレスを抱える。なかでも宿泊療養者においては慣れない環境で療養するストレスが加わるため、身体症状だけでなく精神面での支援を必要とする。

福岡県では、「新型コロナウイルス感染症宿泊療養施設こころの健康相談事業」を令和2年5月から開始し、現在まで継続している。コロナウイルス感染症流行の第5波に相当する期間までの取組については、令和4年3月に共同研究（厚生労働省 令和3年度障害者総合福祉推進事業 研究代表者 九州大学 中尾智博教授）を行った。その結果と合わせ、新たに第6波以降の相談における変化を報告する。

2. こころの健康相談について

相談は各宿泊療養施設へ週一回定期的に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の3機関）の相談員が訪問し、館内から客室へ電話して行い、傾聴や助言など行い個票を作成している。宿泊療養者にはあらかじめ当相談が周知された上で、相談日前日に相談の希望の聞き取りと、高ストレス状態の者（K6 \geq 9点等）への相談の勧奨が宿泊療養施設保健医療班看護師から行われ、相談対象者がリストアップされる。

3. 共同研究と今回の調査

共同研究では調査期間を令和2年5月～令和3年9月とし、第5波までの様相を表している。今回は調査期間を令和3年10月～令和4年6月とし、第6波に相当する期間と考えた。どちらも個票データをもとに年齢、性別、K6、相談内容等の調査を行った。なかでも不安が主な訴えの場合には、その内容についての内訳も調査した。

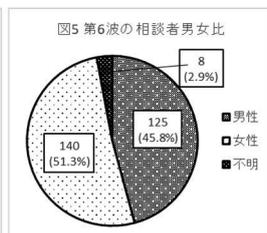
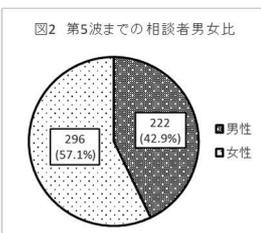
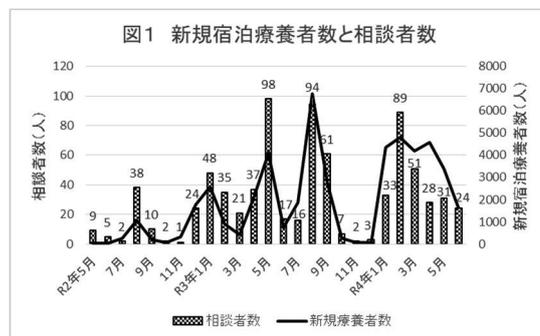
今回の調査においては、年齢、性別、K6は3機関で対応した268件を対象とし、相談内容については福岡県精神保健福祉センターが担当した140のみを対象とした。

4. 結果

調査期間における月毎の新規宿泊療養者数と相談者数の推移を図1に示す。

第5波までの期間に宿泊療養施設に新規入所となった総人数は26,071名（同時期の福岡県下の感染者は約74,000人）で、相談件数は518件（男性222名、女性296名）であった。男性の割合は42.9%（図2）、平均年齢は45.2歳、K6の平均は11.5点であった。主な相談内容（図3,4）は、不安（59.5%）が最も多く、次に隔離に対するストレス（10.1%）が多かった。不安の内容としては自身の体調について（42.9%）、仕事に関して（22.1%）、家族に関して（18.7%）の順であった。

第6波における宿泊療養施設に新規入所となった総人数は23,306名（同時期の福岡県下の感染者は約375,000人）で、相談件数は273件（男性125名、女性140名、データ欠損8名）であった。男性の割合は45.8%（図5）、平均年齢は46.4歳、K6の平均は10.8点であった。



主な相談内容（図3,4）は、不安（42.9%）が最も多く、次に隔離に対するストレス（14.3%）、仕事について（12.1%）であった。不安の内容としては自分の体調に関して（28.3%）、罹患者への偏見に関して（26.7%）、仕事に関して（20.0%）の順であった。

5. 考察

（1）相談の件数について

福岡県において第5波の途中令和3年7月まで、感染者は基本的に入院又は宿泊療養となる時期であった。その中で約2%の相談を受けており、感染者全体では約0.7%と、感染者に対して高率に支援が届いたと言える。一方で第6波では、宿泊療養者は感染者全体の約6.5%で、それ以外の多くが自宅療養しており、相談は感染者全体の約0.07%とわずかだった。

男女比については、どちらも女性からの相談が多いものの、第6波ではやや男性の割合が増え半数に近い数となった。普段は支援へと結びつきにくい男性にも、精神的支援の周知が行き届き、時間的・物理的障壁のない相談の機会になったと考えられる。

（2）相談の内容について

第5波までは突出していた不安の訴えが第6波では減り、仕事についての相談や隔離のストレス、自責感を訴える割合が増えた。未知の感染症に対する不安から、より具体的に生活に関する悩みへと変化していると考えられた。また、感染者数が急増する中では、無症状又は軽症者の多くが自宅療養する状況であり、第6波での調査対象者は自ら宿泊療養を希望するか、重症化リスクの高い者に絞られていると思われるが、隔離によるストレスの訴えは多く、「自分が思っていたより隔離が辛い」と感じるようだった。

不安の内容について、自身の体調への不安が減っていることは、オミクロン株になり重症化率の低減が大きく影響していると思われる。相談ではコロナに直接関連する訴えだけでなく普段の生活における悩みや心配事を語る相談者もいるが、特に軽症者が多い宿泊療養施設では相談者はほぼ無症状という人も多く、大きな体調変化もない状態で隔離生活が続くことで、いつもは棚上げしている問題に対して本人が好まずとも向き合う機会となったと考えられる。

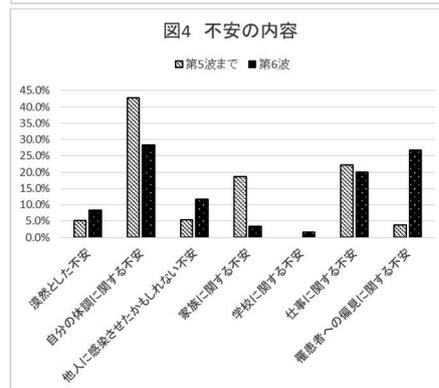
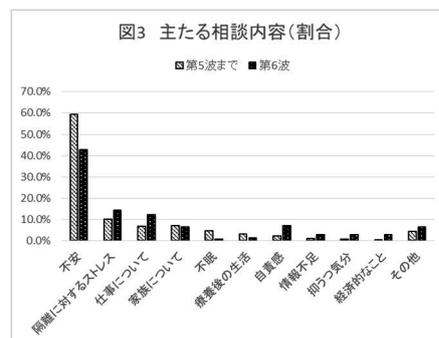
また、オミクロン株の流行を背景とした第6波において、感染力が強く「いつ誰が感染してもおかしくない」状況にありつつも、罹患者への偏見に関する不安や他人に感染させたかもしれない不安の割合が増加しており、ウィズコロナと叫ばれる中で未だ人々が偏見や差別に苦しみ、仕事で迷惑をかけることなど自責に苛まれていることが分かった。

6. まとめ

新型コロナウイルスの感染流行が繰り返される中で、身体的な影響は流行するウイルス株やその時の医療体制により違いが見られるようだが、罹患により引き起こされる偏見や差別を背景とした精神的苦痛は減っていないようである。隔離という環境のストレスが大きいことも考え合わせると、宿泊療養者へのメンタルヘルスに関わる相談は引き続き重要である。それに加えて、在宅療養者への何らかのサポートも必要である可能性がある。

7. 謝辞

この「新型コロナウイルス感染症宿泊療養施設こころの健康相談事業」及び研究はともに、北九州市立精神保健福祉センター及び福岡市精神保健福祉センターと共同で行っている。当調査も同様であり、北九州市立精神保健福祉センター 藤田浩介所長及び福岡市精神保健福祉センター 川口貴子所長の御協力に感謝申し上げます。



発行年月 令和6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)

