

# 精神保健福祉愛知

2015

愛知県精神保健福祉センター

## はじめに

愛知県精神保健福祉センター 所長 藤城 聡

熊本地震で亡くなられた方に深く哀悼の意を表しますとともに、被災された方々に心からお見舞い申し上げます。被災者の皆様が一日も早く安心して暮らせるようになりますようにお祈りいたします。

愛知県精神保健福祉センターは平成 26 年度に薬物依存症本人向け支援プログラムを立ち上げた。われわれ精神保健福祉センターのスタッフが薬物依存症当事者と接することは、それまでほとんどなかった。プログラムを始め、彼らと接する機会が飛躍的に増えたことで、ネグレクトを含む虐待を受けていた人たちが彼らに多いことを知り、われわれは驚いた。もちろん、これまでも虐待が関係する相談はあったが、その数は決して多くはなく、虐待被害の当事者が目の前に現れるのはさらに稀なことであった。プログラム実施に当たっては県内のダルクの協力を得ており、ダルクのスタッフとの連携も深まった。彼らが抱えている問題には、生活保護など利用者の福祉的支援に関することが大きな割合を占めていることもわかった。

虐待の被害者は虐待の再演として DV の被害者になることがあると言われる。女性相談センターによると、一時保護された女性には、うつや自傷行為などメンタルヘルスの問題がある一方、貧困による生活の問題や身体疾患も多いという。校医を務める中学校で健康相談会を開いている女性医師の新聞記事があった。寄せられる相談の多くは不定愁訴だそうである。不定愁訴の背景には貧困やネグレクトがひそむ事例があるというが、日々の臨床でも実感することである。記事にはスクールソーシャルワーク論を専門とする桃山学院大学金沢准教授の「保護者自身が受診経験に乏しくわが子の病状に気づかない、医療費助成を知らないなどの理由で、受診させてもらえない子どもが大勢いる」との談話が紹介されていた（平成 28 年 2 月 23 日朝日新聞）。このような子どもが現在メンタルヘルスの問題を抱えている、あるいは将来的に抱えるリスクが高いことは想像に難くない。にもかかわらず、必ずしも彼らが精神保健サービスの場に現れるというわけではないということである。一般論としては、虐待や貧困の問題は解決されるべきである。メンタルヘルスサービスが必要な場合もあろう。しかし、それだけではなく、彼らにとってのレジリエンスが何であり、彼らにとっての回復とはどういうことであるか、彼らがその身を置いているコミュニティーの文化、慣習、規範、価値観、歴史性などといった社会的文脈の中で理解しようとしていかなければ、支援の方向性を誤るのではないだろうか。薬物依存症当事者と関わっていく中で感じることである。

刑の一部執行猶予制度の施行で薬物依存症者の地域での回復支援が求められており、薬物依存症対策は喫緊の課題である。また、自殺対策も未遂者支援や若者への介入に重点が置かれるようになってきており、虐待や家庭の経済問題を背景に持つケースへの対応も求められている。精神保健福祉センターの業務は今後ますます虐待・貧困などの福祉の要素が強い問題と関わるウェイトが大きくなっていくものと思われる。目の前の相談者のことのみならず、精神保健福祉サービスにつながっていない虐待・貧困問題を抱えた当事者・家族がいることを常に念頭に置いておく必要があると考えている。

今回発行する精神保健福祉愛知のうち、「Ⅰ 愛知県精神保健福祉センターの薬物依存症対策の取り組み」では、愛知県精神保健福祉センターの薬物依存対策のアウトラインを紹介する。「Ⅱ 自殺に傾いた人への地域支援を考える」では、自殺未遂事例、そして残念ながら既遂してしまった事例の支援経過を検討し、地域における自殺ハイリスク者への支援のあり方を考える。「Ⅲ 精神障害者地域移行・地域定着支援推進研修について」では、これまでの地域移行・地域定着推進研修と研修後のアンケートを振り返り、今後の地域移行・地域定着への取り組みについて考察する。薬物依存症等に対する認知行動療法プログラム SMARPP では、実施する医療従事者の当事者への態度がポジティブに変容するという研究がある。「Ⅳ SMARPP（依存症当事者回復プログラム）実施従事者の効果測定」では、精神保健福祉センターの職員にも同様の変化があったと推察されることを示した。

内容的には不十分なところも多々あるかと思うが、どうかご高覧いただきたい。ご意見・ご批判を頂戴できれば幸いである。

## 目次

### はじめに

精神保健福祉センター所長 藤城 聡

- I 愛知県精神保健福祉センターの薬物依存症対策への取り組み . . . . . 1  
所長 藤城 聡

- II 自殺に傾いた人への地域支援を考える  
～ICF等を活用した事例分析の試み～ . . . . . 11

保健福祉課

松本華子 幾田純代 山下泰恵 安藤誠治 澤田なぎさ 桑山陽子 後藤孝一

所長 藤城 聡

こころのあんしんみんなの研究所 円谷俊夫

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター 山内貴史

瀬戸保健所 田口良子

津島保健所 井戸勇佑

こころの健康推進室 石田洋子

- III 精神障害者地域移行・地域定着支援推進研修について . . . . . 33  
企画支援課

佐々木はるみ 新屋一郎 大口ひとみ

- IV SMARPP（依存症当事者回復プログラム）実施従事者の効果測定について . . . . . 44  
企画支援課

新屋一郎 伊東佑希子 小野寺望美 大口ひとみ 佐々木はるみ

保健福祉課

安藤誠治 山下泰恵

所長 藤城聡

藤田保健衛生大学 医療科学部看護学科 准教授 近藤千春

- 資料編 . . . . . 53

## I 愛知県精神保健福祉センターの薬物依存症対策への取り組み

所長 藤城 聡

### 1 はじめに

薬物依存症の問題は、薬物依存症からくる直接の健康障害そのものの重大さや中毒性精神病状態における自傷他害行為のみならず、薬物依存症者の高い自殺リスクを見ても、メンタルヘルスの重要課題であることは言うまでもない。しかし、薬物依存症は、治療が必要な、そして治癒することはないが回復できる慢性精神疾患であるという認識は薬物乱用防止対策の関係者になかなか浸透しないという実感がある。わが国は、「取り締まり（薬物供給の根絶）」こそ世界最高水準にあるものの、「治療（薬物需要の低減）」は世界的には3流の水準であると言われる。中毒性精神病の治療は精神科医療機関で受けられるものの、薬物依存症そのものの治療が受けられる医療機関は数えるくらいしかない。治療的関わりの多くは、自助グループであるNAや、ダルクなどの民間回復施設に大きく依存している。平成28年6月までに薬物事犯者等に対する刑の一部執行猶予制度が始まり、この制度により刑事施設から出所する薬物依存者に対し、社会の中で回復支援を行っていくことになる。しかし、薬物依存症に対する集団認知行動療法治療が保険点数化され、また薬物依存症者に対する治療プログラムを実施する医療機関や保健機関、司法機関が増えつつあるとはいうものの、薬物依存症者のための社会的受け皿が十分であるとはとても言えない。そういった状況のもとで、精神保健福祉センターが薬物依存症対策で一定の役割を果たすことが求められていると言えよう。

多岐にわたる精神保健福祉センターの業務のうち、精神保健福祉相談については複雑又は困難なものを行うことになっており、薬物の特定相談はこれに含まれる（精神保健福祉センター運営要領）。また、平成26年4月に策定された「精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」では、精神保健福祉センター（以下センターと略す。）は、精神疾患の患者像の多様化に伴い、アルコール・薬物の依存症に関する専門的な相談支援及び家族に対する支援を行うとされ、薬物依存症の当事者・家族支援におけるその役割が一層明確化された。

さらに、刑の一部執行猶予制度の施行をにらみ、平成27年11月に法務省と厚労省は連名で「薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン」を発出した。これを見ると薬物依存症支援におけるセンターへの期待が大きいことがわかる。センターに期待されている役割は、1）関係機関と民間支援機関の連携推進、2）支援対象者及びその家族に対する相談支援、3）必要な他の支援に結びつけるための調整、4）保護観察終了後の支援の調整、5）民間団体支援、6）啓発、7）人材育成、である。また、「ガイドラインを踏まえた薬物依存者に対する支援等の流れイメージ図（図1）」を見ると、社会内の支援として、薬物依存者（本人）に対しては、保護観察所による指導監督・補導援護・薬物乱用プログラムの他には、医療機関における治療、民間支援団体による支援に並んで、精神保健福祉センター等における援助が挙げられており、3本柱の一つとなっている。さらに、家族に対する支援では、保護観察所における個別相談・支援、家族会の開催の他に、民間支援団体による支援と並び、2本柱の一つとしてセンター等における援助が挙げられている。

しかし、愛知県精神保健福祉センターも含め、全国のセンターが直ちにこれらの期待に応えられる体制にあるわけではない。

## 2 薬物依存症対策におけるセンター・保健所の役割と現状

それでは、全国のセンターと保健所の薬物依存症への取り組みの現状はどうであろうか。平成 25 年度地域保健総合推進事業の調査<sup>1)</sup>によると、技術支援活動は、全国のセンターのうち 62.7%、教育研修活動は 64.2%、組織育成活動は 59.7%、普及啓発活動は 65.7%と、半数以上のセンターが実施していた。また、相談援助活動は 95.5%と、ほぼ全センターが実施していた。相談援助活動の実施内容は、個別来所相談が 89.1%を占めるほか、家族のサポートグループが 48.4%とほぼ半数のセンターで実施されていた。本人のサポートグループは 14.1%であり、前回（平成 21 年度）の同様の調査より倍増していることが示されている。何らかの治療回復プログラムを実施しているセンターは 13.4%、実施の計画があるセンターは 9.3%であった。

また、平成 27 年 1 月の調査<sup>2)</sup>では、全国 69 か所のセンターのうち、試行的に実施しているものも含め、薬物依存のための認知行動療法プログラムである、せりがや覚醒剤依存再発防止プログラム（SMARPP）等のマトリックスモデルを用いた回復支援を実施しているセンターは 14 センターで、SMARPP 等以外の方法（技法）による当事者支援を実施しているセンターとあわせると 19 センター（27.5%）となっている。この調査における「当事者支援」が平成 25 年度の調査における「何らかの治療回復プログラム」とほぼ同一のものであるとすれば、薬物依存症本人に対するプログラムを実施しているセンターは平成 25 年度の調査より倍増していると考えられる。さらに、当事者支援のための通所プログラムの実施を検討しているセンターは 12 センターであり、今後当事者の支援プログラムを実施するセンターが増えるものと期待される。しかし、一方で、実施に向けた課題として、「体制・人員が整わない」、「薬物の専門家がない」、「財源が確保されていない」、「すでに実施している機関がある」、「対象者が集まらない」などが挙げられており、これらの課題が解決しないと当事者支援プログラムを実施することが難しいというセンターもあることに留意すべきである。

一方、保健所の取り組みであるが、平成 26 年 12 月に全国の保健所を対象に行われた調査<sup>3)</sup>では、アンケートに回答した 317 保健所のうち、技術支援活動は 14.5%、教育研修活動は 26.2%、組織育成活動は 14.5%、普及啓発活動は 54.9%の保健所が実施している。相談援助活動は 77.0%と相当数の保健所が実施しているが、その実施内容は個別来所相談が 86.1%、本人のサポートグループは 1.6%、家族のサポートグループは 3.7%である。職員単独でできる個別相談は行っているものの、組織的に実施するグループ活動は難しいという現状が窺われる。

## 3 愛知県精神保健福祉センターの家族支援と当事者支援

### （1）薬物相談

愛知県精神保健福祉センターの薬物相談は電話相談と面接相談である。面接相談は予約制で、初回面接は毎週水曜日に実施している。後述の当事者支援プログラム実施に伴い、薬物依存症の当事者及

び家族の初回面接は、可能な限り、電話での相談を受けた日の直近の初回面接日に設定することになっている。思い切って相談のために来所しようと決意した、当事者の動機が弱まる前に介入したいと考えたためである。

図2は薬物相談件数の推移を主たる依存薬物種別も併せて示したものである。薬物種別の分類方法の変更に伴い、平成25年度までの「その他・不明（旧その他・不明」と表記）」が、平成26年度より「麻薬」、「大麻」、「向精神薬」、「脱法ドラッグ（危険ドラッグ）」、「処方薬」、「その他・不明」に分類されることになったことに留意されたい。平成24年度より、脱法ドラッグが含まれると思われる「旧その他・不明」が急増し、平成26年度には「脱法ドラッグ」単独で82件に達した。覚せい剤の相談件数も増加し、薬物相談件数の増加に寄与している。平成27年度に入ると脱法ドラッグは減少に転じている。

図3は本人家族別の相談件数の推移である。平成26年度より本人の相談件数が急増している。平成24年度から平成26年度までの本人の電話相談件数はいずれも12件と変化がないことから、面接相談の件数が劇的に増加したことによるものと考えられる。これは、危険ドラッグによる交通死亡事故や有名歌手の覚せい剤による逮捕のマスコミ報道によるところもあるが、当センターが当事者回復プログラムを始めたことと面接相談をタイムリーに受ける体制を整えたことも大きく関与していると考えている。

## (2) 家族教室

毎年、1クール4回構成の家族教室を実施している。図3は家族教室の延参加人数を示したものである。平成22年度以降、おおよそ延80人程度の家族が参加している（図4）。平成27年度の家族教室は夏・冬2クルールの1クール4回構成で、それぞれ精神科医、東海北陸厚生局麻薬取締部職員による講義、ダルク職員、ナラノンメンバーの体験談を聞いた後、グループワークを行った。家族教室は普及啓発活動であるとともに、家族相談への入り口であり、その意義は大きい。家族教室に参加した家族が、個別相談を受け、そこからナラノンや家族会に参加し、その後本人がダルクやセンターの当事者支援グループにつながった事例がある。

## (3) 家族のつどい

個別相談を継続している薬物依存症の家族を対象としたプログラムで、4月、8月、1月を除き、年9回実施している。参加者が自由に近況報告をした後、参加者からテーマを出して話し合ったり、「薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラム」教材の読み合わせをしたりしている。延参加人数と実人数を図5に示す。平成23年度以降、延60名前後、実人数としては10名前後の家族が参加している。

家族支援の目的の一つは、「薬物依存症者本人の治療への導入」であるが、その他にも「家族も治療に組み込むこと」「家族の生活の質の改善」も目的となる。個別相談でもその点に留意しているが、「つどい」ではグループの利点を活かし、より効果的に家族への相談援助活動が行えると考えている。

## (4) 当事者支援プログラム

平成26年度より、認知行動療法プログラム SMARPP を試行実施した。当初は SMARPP-16 のワー

クブックを使用した。並行して、他のセンターのプログラムを参考にしつつ、SMARPP に準拠した独自ワークブック作成を始めた。SMARPP-16 の2クール目を終了した時点から独自ワークブックに切り替えた。平成 27 年度からは正式に依存症当事者回復支援事業（愛称 AIMARPP あいまーぷ）として実施している。

AIMARPP は年末年始と祝日を除く毎週水曜日開催で、薬物依存症だけでなく、アルコール依存症、ギャンブル依存症（病的ギャンブリング）も対象としている。集団プログラムであるが、原則として、当センターのスタッフとの個別相談を併用している。尿検査は実施していない。センターのスタッフがファシリテーター・コファシリテーターを務め、ダルク職員を回復者スタッフとして迎えている。これにより、回復のモデルを示すとともに、グループの凝集性が高まること、参加者が NA やダルクへつながりやすくなることを期待している。協力してもらっているダルクの利用者も、ダルクのプログラムの一環として、プログラムに参加している。一般の利用者が AIMARPP に参加し、ダルクのスタッフやメンバーと親しくなり、NA などにつながるケースもある。

プログラムは 12 回で1クールであるが、クールの途中からでも参加可能であり、クール終了後も継続参加を推奨している。会場には飲み物やお菓子を用意し、明るく受容的な雰囲気重視している。参加スタンプを押し、クール終了時には修了証を渡すなど、継続への動機づけも行っている。グループの運営にあたっては水平な関係性を維持することに努めている。

また、当然のことであるが、グループでの発言内容の秘密は厳守され、違法薬物の使用を告白したとしても絶対に取り締機関への通報はしない。薬物依存症の回復にとって、「薬物を使いたい」、「薬物を使ってしまった」と正直に話しても批判されることがない、安全な場が必要である。AIMARPP ではそういった正直な発言はむしろ賞賛される。まだ NA やダルクにつながっていない参加者にとって、最初の「正直になれる場」を提供したいと考えている。

断薬間もない当事者にとって、1 時間半のプログラムに参加することは難しいことが多いため、途中で 10 分程度の休憩をとることにしている。この間に喫煙所に行くメンバーも多い。初回で緊張している参加者が休憩から帰ってくると、他のメンバーと打ち解けて、後半はリラックスしてグループに参加する姿も見られる。また、休憩の間に、薬物をはじめとする依存症の回復や NA、ダルクについての情報交換も行われているようであり、プログラムの外での有意義な時間となっているものと推察される。

図 6 に示すように平成 26 年度には延 78 名、実 13 名が参加し、平成 27 年度上半期には延 106 名、実 16 名が参加した。また、平成 27 年度上半期までの当事者支援プログラムへの参加経路を見てみると、協力してもらっているダルクからの参加者がもっとも多い。次いで家族からの参加が多く登録者 27 名中 7 名であり（図 7）、当事者支援の観点からも家族相談が果たす役割が大きいと言えよう。

#### 4 当事者支援プログラム導入によるスタッフのポジティブな変化

当センターでは当事者支援プログラムのファシリテーターとコファシリテーターを、精神保健福祉士等の精神保健福祉相談員と保健師が輪番で担当している。SMARPP を実施する医療従事者において、



患者と関わる際の態度がポジティブに変容することがわかっており<sup>4)</sup>、当センターのスタッフの態度もポジティブに変わることを期待した。

そこで実際に当事者支援プログラム(当時は SMARPP-16 を使用)運営にかかわったスタッフのうち、他施設の見学などをしたプログラム立ち上げのプロジェクトメンバーを除く、精神保健福祉相談員と保健師に、プログラム実施前と2クール実施後に、薬物依存症者と関わる際の態度の変化を調査した。詳しくは「IV SMARPP (依存症当事者回復プログラム) 実施従事者の効果測定について」をご覧ください。

結果、薬物依存症に対する知識やスキル、薬物依存症者と関わる際の態度に関する5項目で、ポジティブな方向に有意な偏りが認められ、スタッフの態度がポジティブに変化したものと推察された。これはスタッフの日常的な言動から感じ取られた変化の印象にも合致するものであった。

こうした変化はプログラムを実施したこと自体にもよるが、プログラム実施に伴い、ダルク職員との交流が深まったことや、これまで職員がほとんど接することがなかった薬物依存症者が毎週来所するのが当たり前になったというセンターの環境の変化も大きく関わっていると考えている。

当センターの職員は県職員であり、保健所や県立病院、児童相談所等の機関への異動はつきものである。これはプログラム運営に習熟したスタッフが定期的に替わってしまうことを意味する一方で、薬物依存症者に対する理解があり、ポジティブな態度を身につけた援助者を地域に送り出すという側面もある。センターが SMARPP などのプログラムを実施することで、地域保健福祉援助者の薬物依存症当事者への対応が好ましい方向に変化することも期待できる。

## 5 まとめ

薬物依存対策において、精神保健福祉センターが果たす役割への期待は大きい。また、薬物依存症関連事業として、半数以上のセンターが、技術支援活動、教育研修活動、組織育成活動及び普及啓発活動を行っており、ほとんどの精神保健福祉センターが相談援助活動を実施している。当事者支援のためのプログラムを実施するセンターは増えつつあるが、実施にあたっての多くの課題も指摘されている。また、相談援助活動は8割近くの保健所でも実施されている一方、本人や家族のサポートグループなど組織として行う支援は難しい現状が窺われる。

当センターでは当事者回復プログラム実施に伴い、薬物依存症本人の面接相談件数が増加した。また、実施後、プログラムを運営するセンターのスタッフに薬物依存症者に対する態度がポジティブに変容したと推察された。SMARPP 等のプログラムを精神保健福祉センターが実施することは、地域に保健福祉援助者を送り出すことにもなり、地域保健福祉援助者の薬物依存症当事者への対応を好ましいものに変化させる可能性がある。

—本稿は平成27年12月12日の第23回日本精神科救急学会学術総会におけるシンポジウム5「危険ドラッグ乱用の実態と乱用防止・再乱用防止に向けた取り組み」での発表「保健行政機関における再乱用防止と家族支援の取り組み」に加筆訂正したものである—

## 文献

- 1) 日本公衆衛生協会、分担事業者 田邊等：地域依存症対策における精神保健福祉センターの役割平成 25 年度地域保健総合推進事業 地域精神保健における精神保健福祉センターの役割とこれからのあり方に関する研究報告書,pp97-126, 2014
- 2) 二口之則、田辺等：精神保健福祉センターにおける薬物依存対策の現状と課題－アンケート調査から－ アルコール関連問題学会雑誌第 18 巻掲載予定
- 3) 小泉典章：薬物依存症支援における精神保健福祉センターと保健所の連携に関する研究 保健所の薬物関連事業実施状況調査, 厚生労働科学研究費補助金 様々な依存症の実態把握と回復プログラム策定・推進のための研究 (研究代表者 宮岡等) 平成 26 年度総括・分担研究報告書,pp135-139,2015
- 4) 高野歩：認知行動療法プログラムを実施する医療従事者における効果の検証、ならびに患者や仕事に対する態度の変化の検証,厚生労働科学研究費補助金 薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究 (研究代表者 松本俊彦) 平成 22 年度～平成 24 年度総合研究報告書,pp137-152,2013

図 1

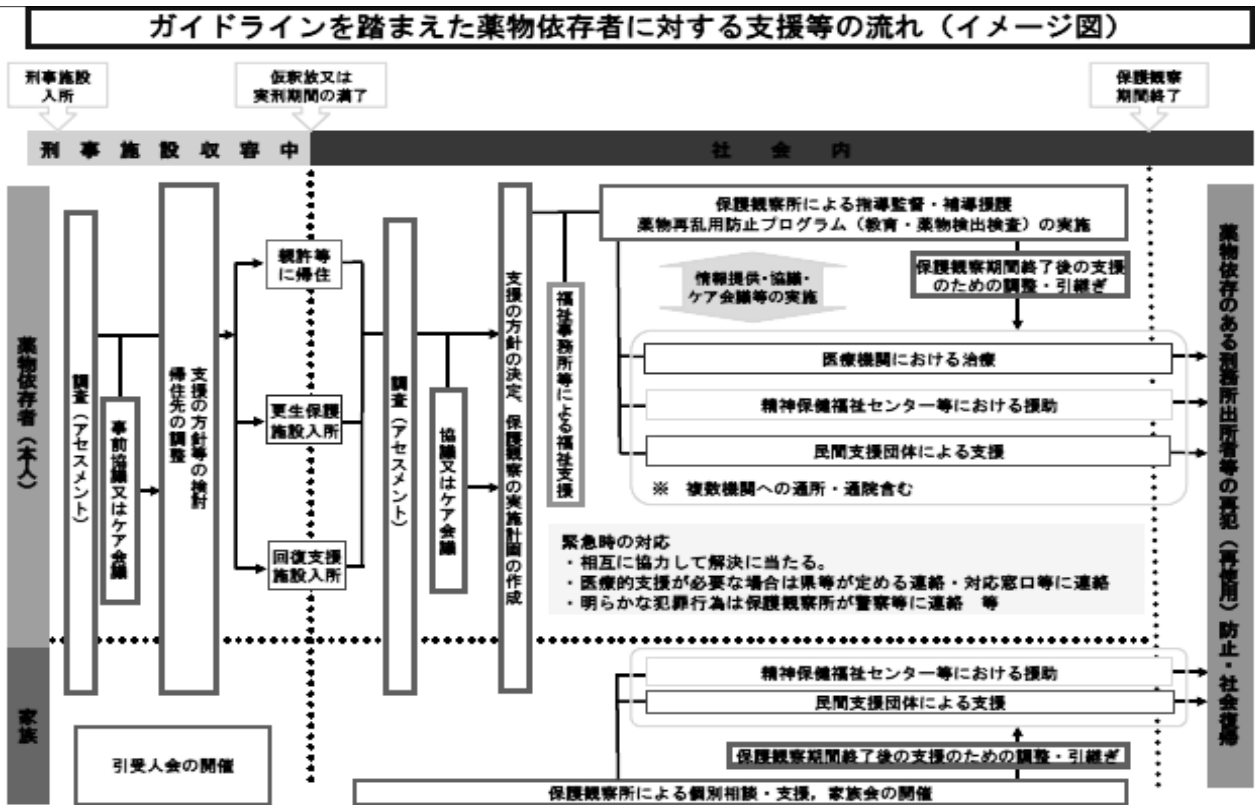


図 2 薬物相談延件数と主たる依存薬物

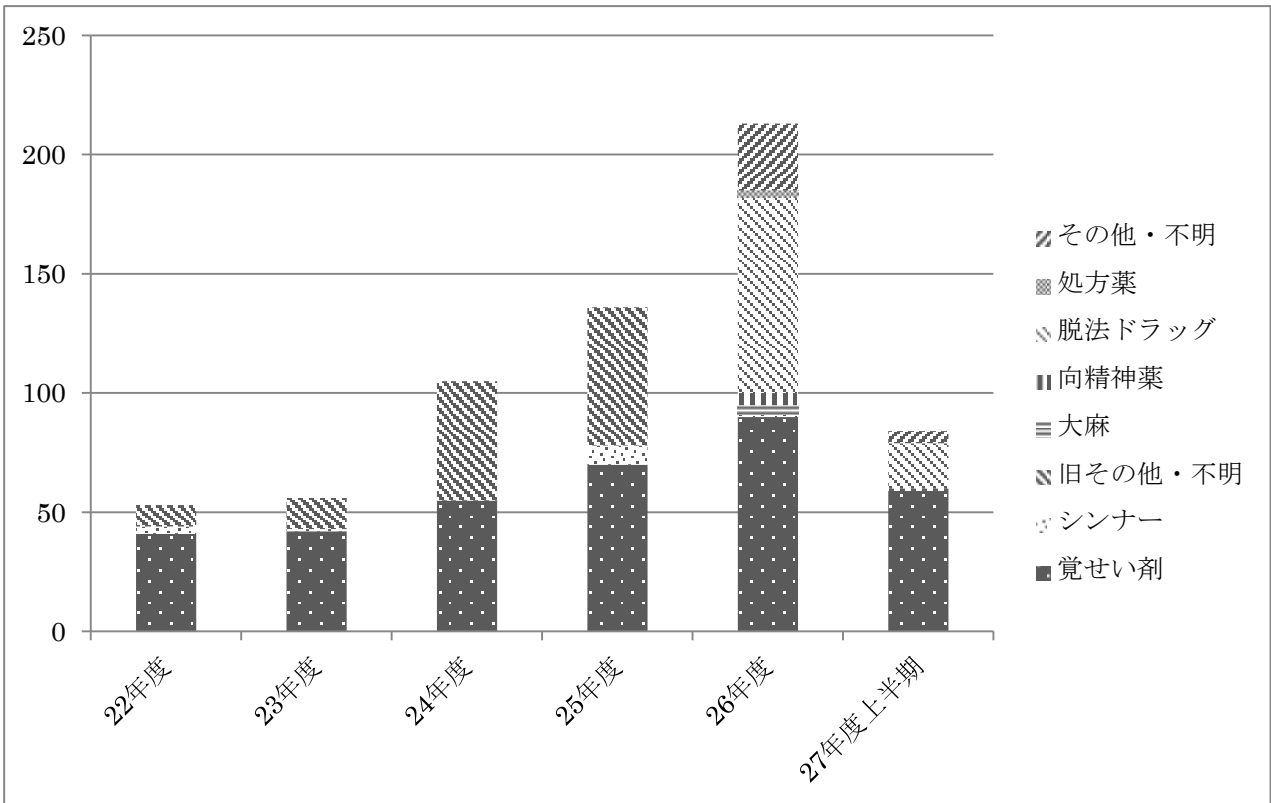


図3 相談者別薬物相談延件数

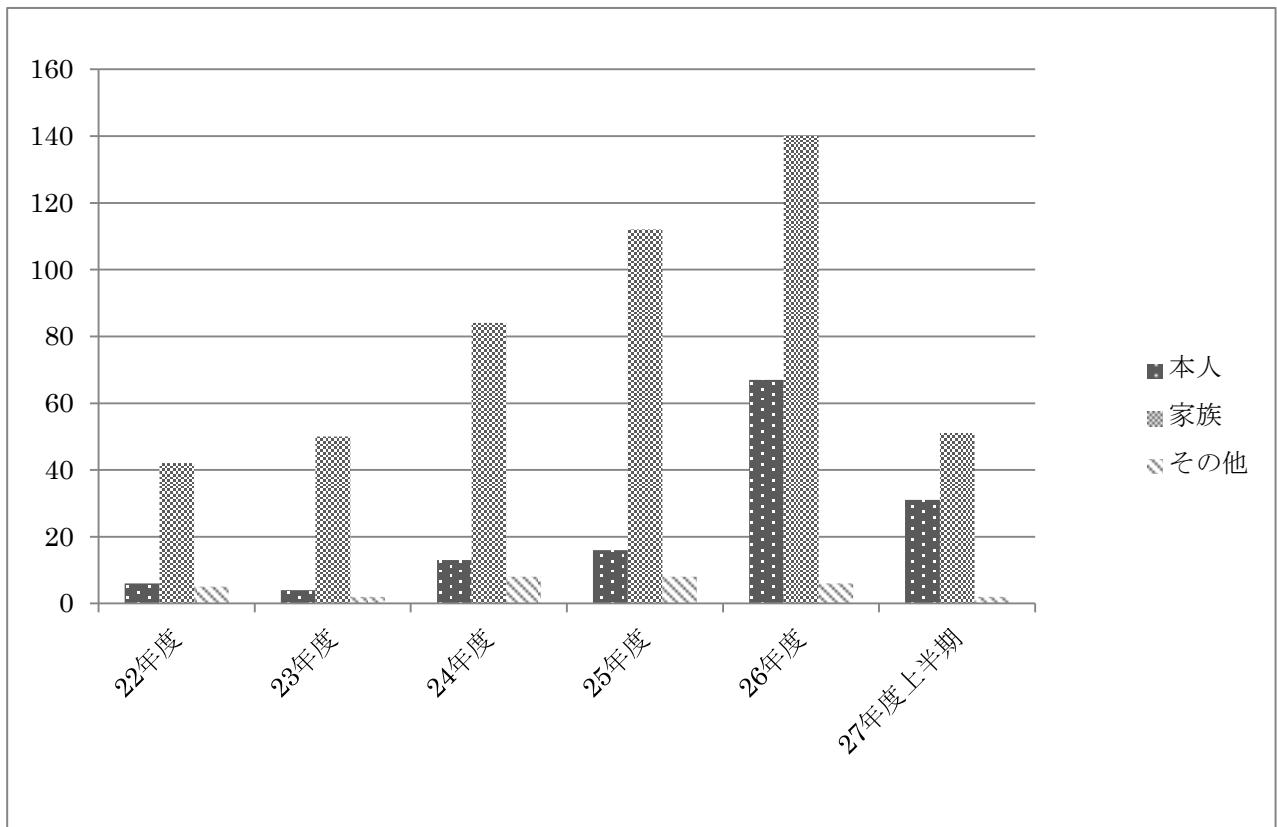


図4 家族教室の延参加人数

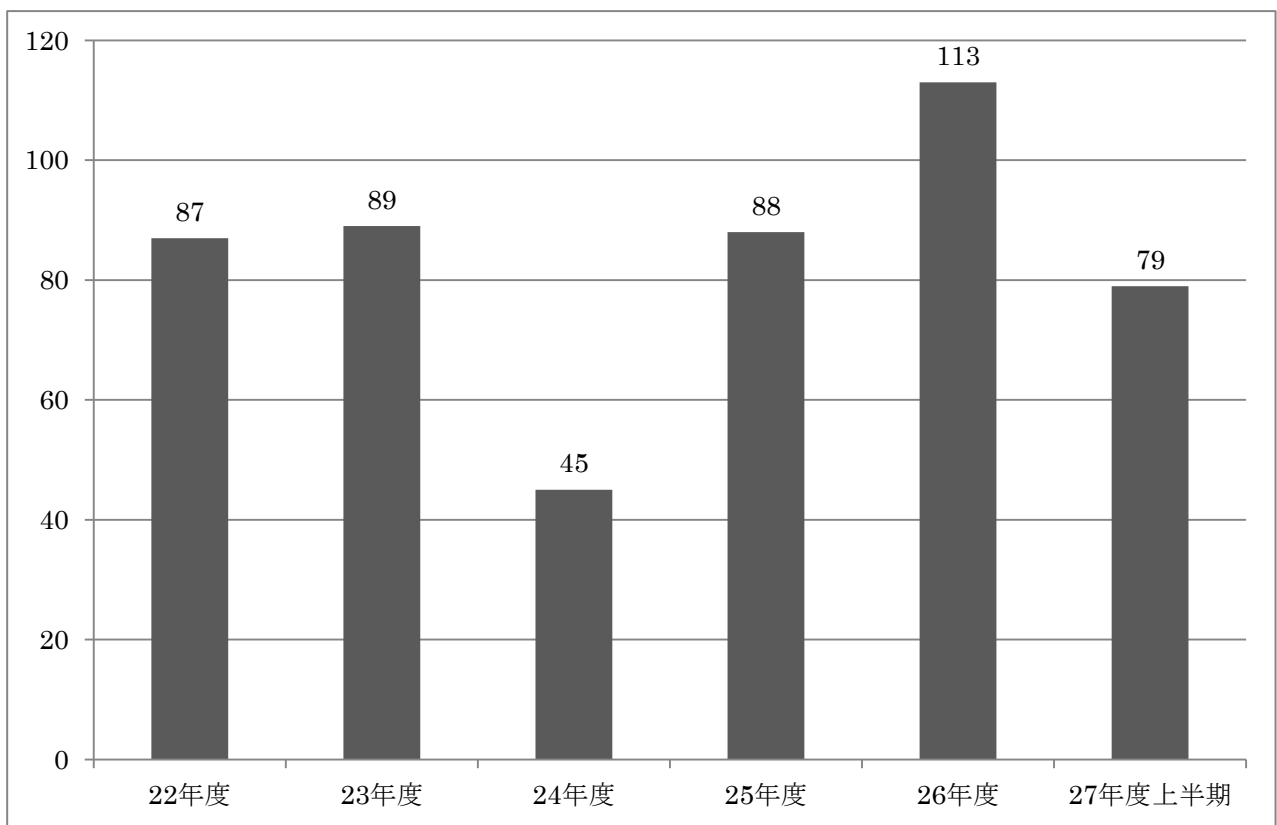


図5 家族のつどいの延参加人数と実人数

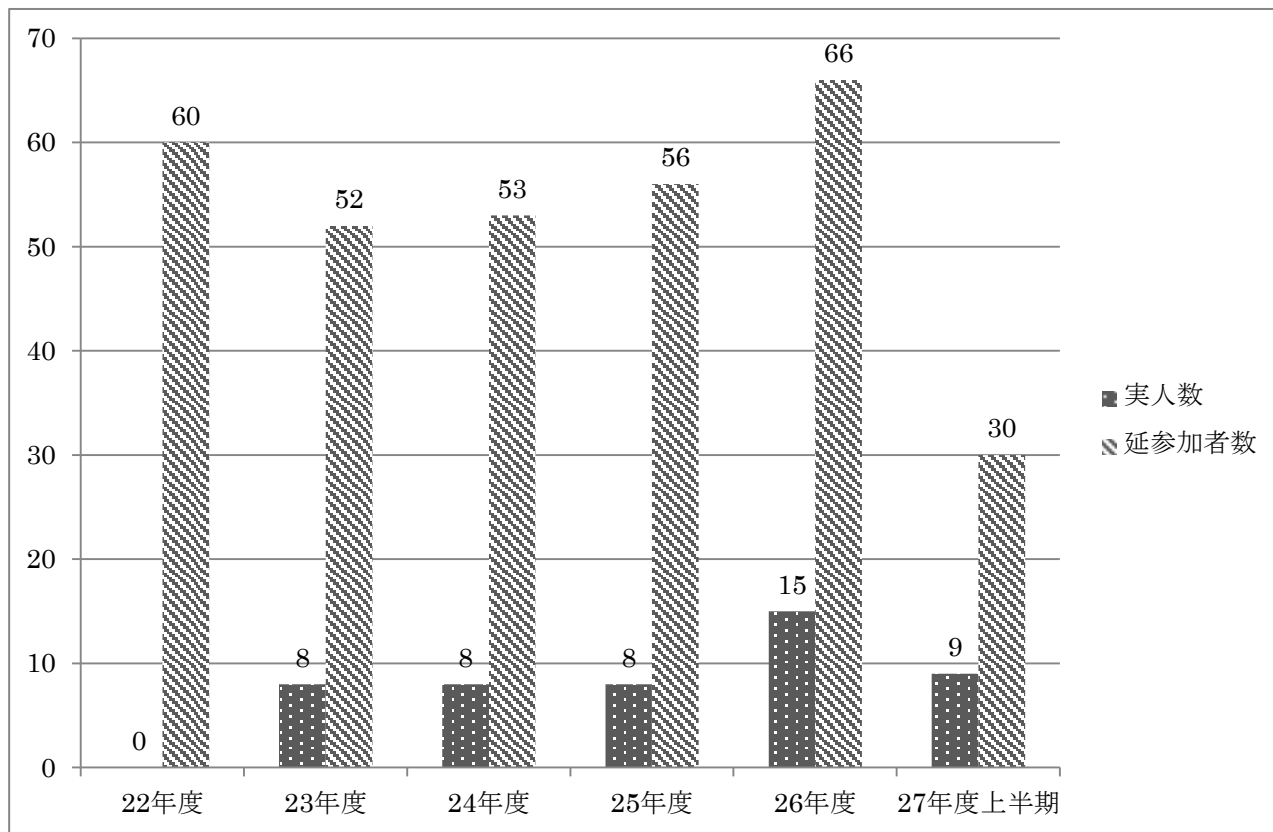


図6 当事者支援グループの延参加人数と実人数

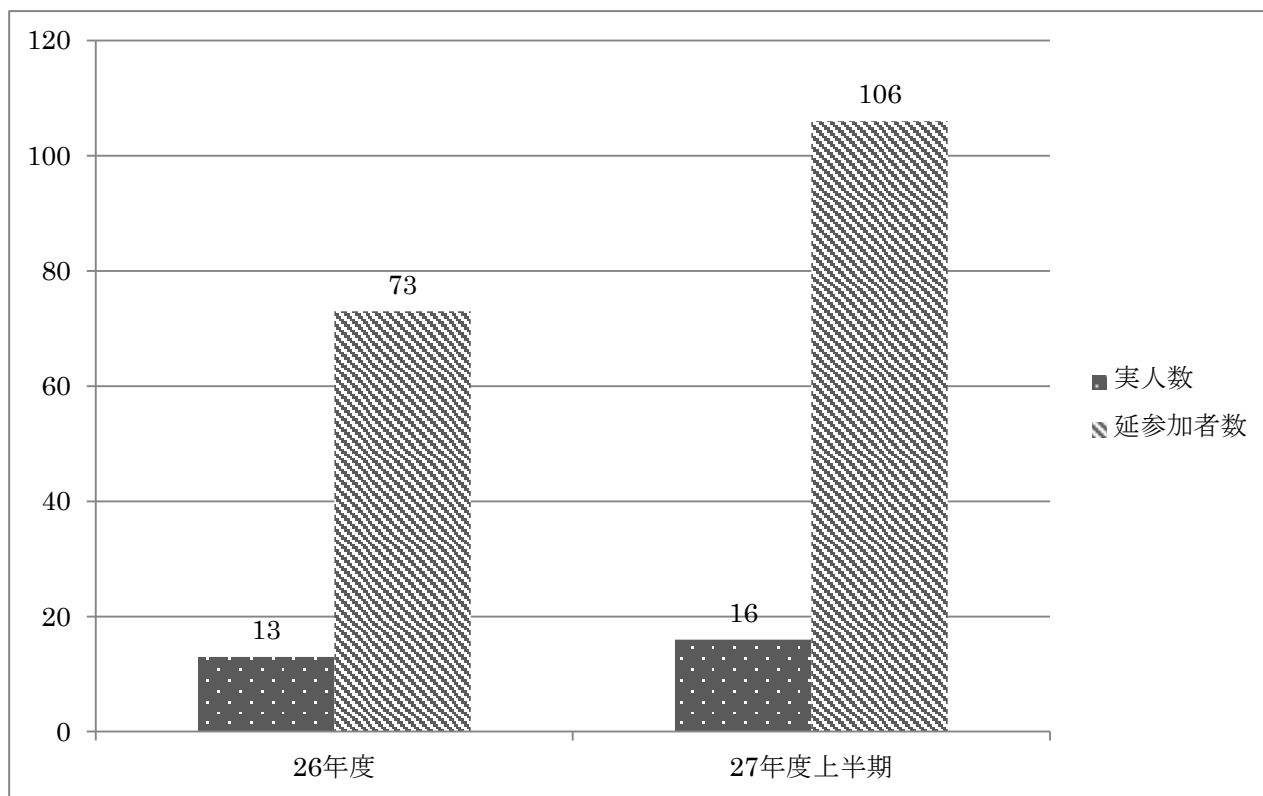
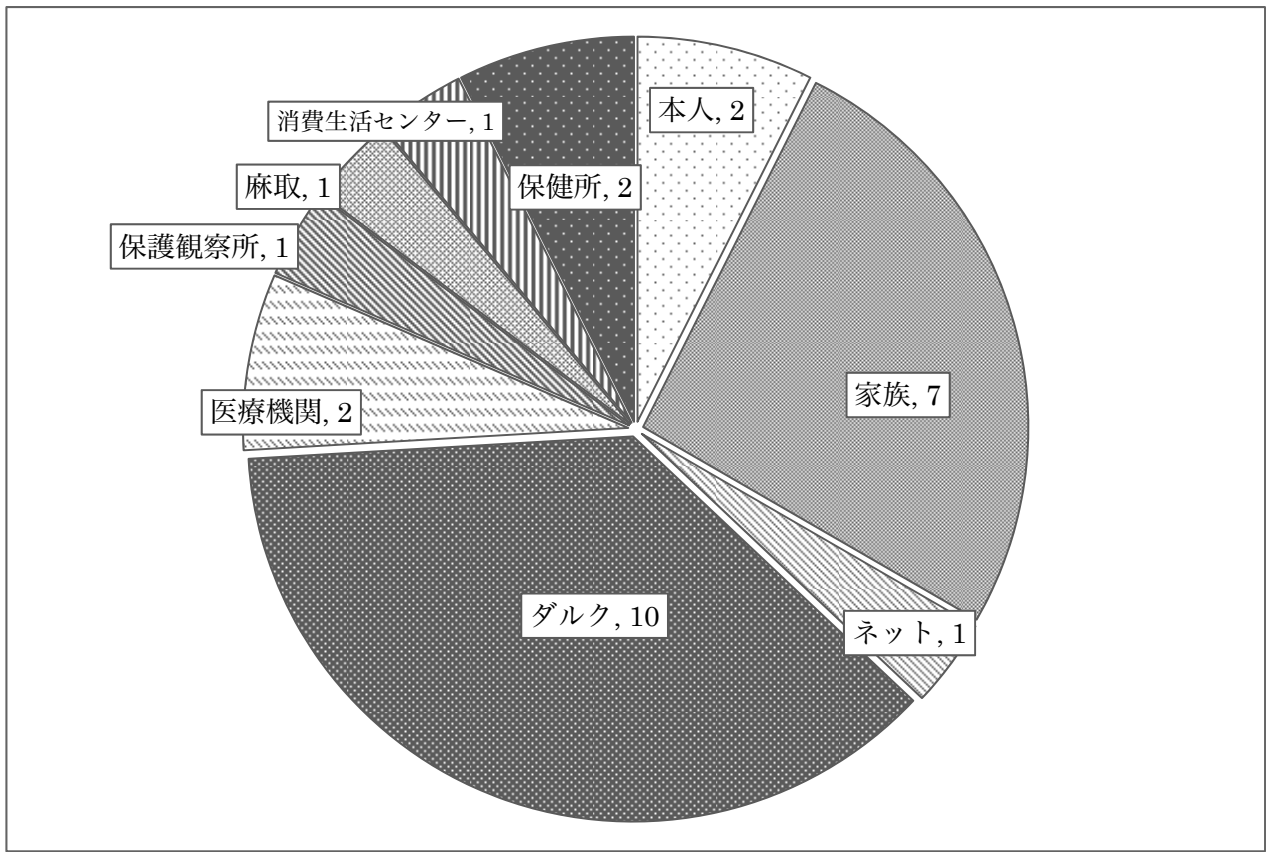


図7 当事者支援プログラムへの参加経路（平成26年度から平成27年度上半期）



## Ⅱ 自殺に傾いた人への地域支援を考える ～ I C F 等を活用した事例分析の試み～

保健福祉課 松本華子 幾田純代 山下泰恵 安藤誠治 澤田なぎさ 桑山陽子  
後藤孝一  
所長 藤城聡  
こころのあんしんみんなの研究所 円谷俊夫  
国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター 山内貴史  
瀬戸保健所 田口良子  
津島保健所 井戸勇佑  
こころの健康推進室 石田洋子

### 1 はじめに

愛知県では「自殺未遂者」への取組としては、平成 26 年度から 3 年計画で、各保健所において、「自殺未遂者支援地域連携づくり推進事業」を実施し、自殺未遂者が医療機関で身体的治療を終え、地域に戻った後も、本人や家族に必要なケアが提供されるよう地域の実情に合った支援体制の整備に取り組んでいる。

当センターにおいては、平成 26 年度に自殺未遂者調査事業検討会議を開催し、地域における取組の側面的な支援として、センターができることを検討した。そこでの議論を踏まえ、平成 27 年度、自殺未遂・既遂事例や地域の自殺対策の好取組事例から学び、未遂者支援に必要な視点や再企図防止の方策等について示唆を得ることを目的に自殺未遂者等調査事業を実施し、その結果を平成 28 年 3 月に「自殺に傾いた人への地域支援を考える～ I C F 等を活用した事例分析の試み～」としてまとめた。今回はその報告書から I C F (International Classification of Functioning, Disability and Health 国際生活機能分類) の概念(参考資料 1)を取り入れて、地域の関係者と共に検討を行った自殺未遂者等事例の分析・検討を中心に一部抜粋し、報告する。

### 2 事業の目的

自殺未遂等について、その背景要因となっている危険因子を減らし、保護因子を高めるという観点から、個別事例及び自殺対策の好取組事例を参考にして、自殺未遂者対策を推進していくうえでの課題を明らかにするとともに、その解決に必要な視点とその方策を検討した。

### 3 方法

#### (1) 自殺未遂等事例の分析・検討

##### ア 対象

保健所・市町村を通して把握した自殺未遂・既遂事例のうち、主に関わった機関の同意を得られた4事例を分析・検討の対象とした。

##### イ 事例検討会における事例分析・検討

対象の保健所・市町村において、事例に関わった関係機関で出席可能な関係者、助言者、精神保健福祉センター（以下、「センター」という。）職員を構成員とした事例検討会を開催し、下表のとおり事例を分析・検討した。

#### ＜事例検討会の流れ＞

- ① 事例提供者から事例の概要、関係機関の関わり・支援状況を報告
- ② ①の情報及び各機関からの情報から、エコマップ・タイムラインを作成
- ③ 危険因子・保護因子チェックリスト（参考資料2）を用いて事例の因子を確認
- ④ ①～③を基にICF整理シートを用いて事例の全体像を整理・検討
- ⑤ 事例検討を通じた学び、課題、感想等を参加者間で共有

##### ウ 事例検討会後の事例分析・検討

事例検討会後、各事例の検討結果を整理し、ICF整理シートの各因子間の関係とそこから見出せる自殺予防策について分析・検討した。

#### (2) 自殺対策の好取組事例の検討

保健所等から把握した市町村の自殺対策等の取組のうち、自殺未遂者対策推進において他の市町村の参考となる取組を選定し、(1)の事例分析・検討と併せて考察した。

#### (3) 自殺未遂者等調査事業検討会議

保健所、こころの健康推進室職員、助言者、センター職員を構成員とした自殺未遂者等調査事業検討会議を開催し、本事業の方向性、自殺未遂等事例及び好取組事例の分析・検討等を行った。

なお、当事業の自殺に関する用語の定義は下記のとおりに定めた。

希死念慮：死を願う気持ちのことだが、自殺までは考えていない状態

自殺念慮：自殺という能動的な行為で人生を終わらせようという考え

自殺企図：自殺を意図して行った行為

自殺未遂：自殺企図の結果生存している状態

自殺既遂：自殺企図の結果死に至った場合

自傷行為：衝動的・反復的に起こす自殺念慮以外の欲求に伴う行為

自殺念慮とは区別されるが、結果として自殺既遂に至ることもある



#### 4 事例検討（事例については特定されないための配慮として、論旨に影響がない範囲での事実の改変を行っている）

##### （1）事例A

###### ＜事例の概要＞

Aさん 70歳代 男性

家族構成：単身

病名：うつ病、前立腺がん

経緯：

詳細な成育歴は不明。結婚歴はあるが妻とは約15年前に死別。3人子どもがいるが長男以外は他市に住んでおり、本人とは音信不通。長男も本人が60歳頃から関係が悪くなり疎遠になる。

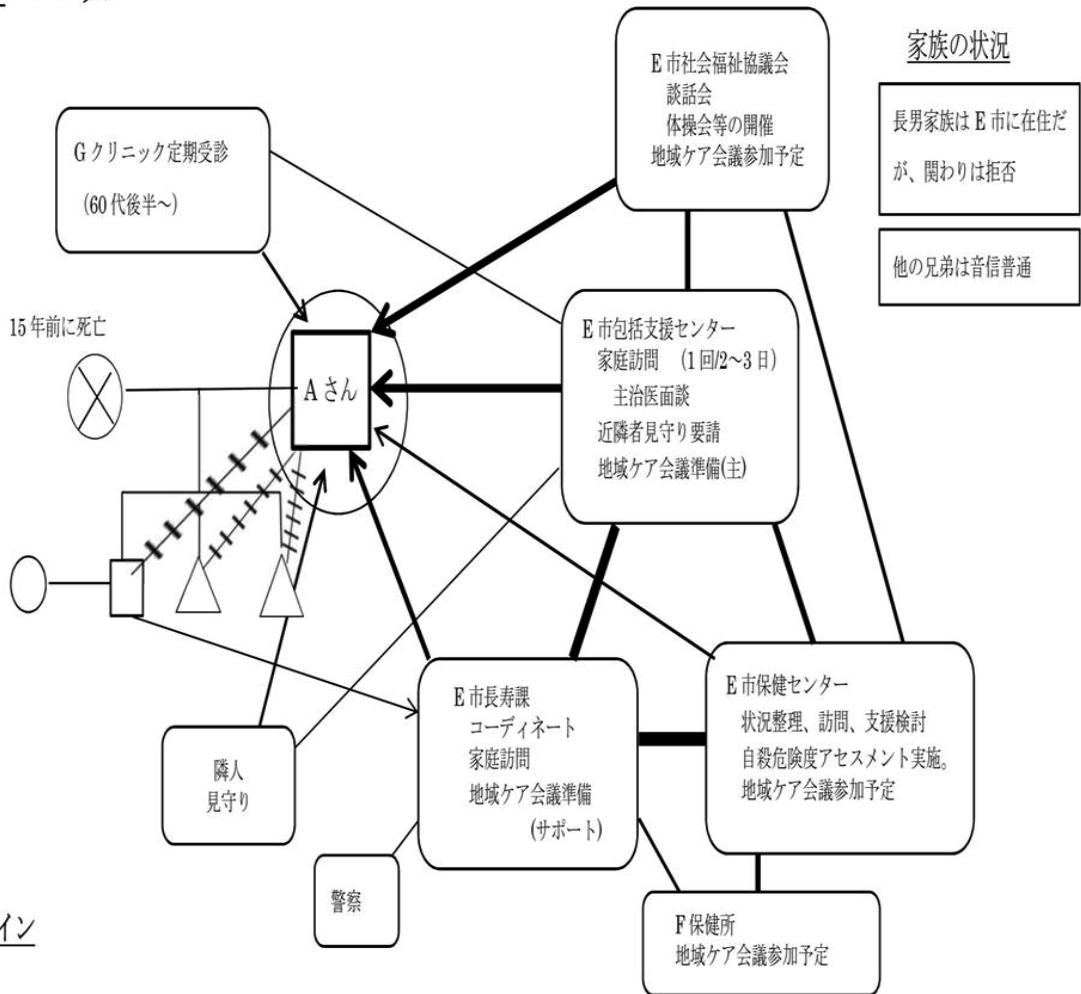
60代後半にうつ病になり、精神科クリニック受診。以降定期的な受診を継続している。また受診開始の翌年には前立腺がんになり、手術のため入院となる。疎遠だった長男が入退院の手続きと介護保険の申請をしてくれたものの、本人は介護サービスを利用しなかった。

70代になり、本人の自殺念慮出現。近隣の人に死にたいと漏らし、心配した近隣者から長男に連絡入るも長男は本人との関わりを拒否し、長男からE市役所の長寿課に支援を要請。E市社会福祉協議会やE市包括支援センターが見守り訪問を開始する。本人は家庭訪問の受け入れはしたが、今まで利用していた高齢者サービス（談話会、体操会等）をすべて断り身辺整理を始める。また、職員訪問時には「明日死にます」と言ったり、ゴミの処理を依頼したりした。自殺の計画がかなり具体的となったため、訪問担当職員がE市保健センターの精神保健担当に相談し、自殺危険度のアセスメントを実施したところ重度と判定される。役所内の関係部署で随時支援方法の見直しや主治医連絡を実施していたが、早急な地域ケア会議の必要性があると判断し、管轄のF保健所と共に準備を進めているさなか自死される。（ケースの把握から死亡まで約3週間）

支援機関の動き：

初めて相談を受けた長寿課を中心に、E市包括支援センターやE市社会福祉協議会の職員と共に本人に直接的な支援を実施。E市保健センターが、本人の状況やその支援状況を一元的にまとめ自殺危険度のアセスメントや支援方法の検討、直接支援に入る職員の精神的な支えを担った。また、状況に応じて関係機関が各々の役割の基、地域住民や管轄するF保健所の精神保健福祉担当、警察等に相談し地域ケア会議開催に向けた準備を行った。

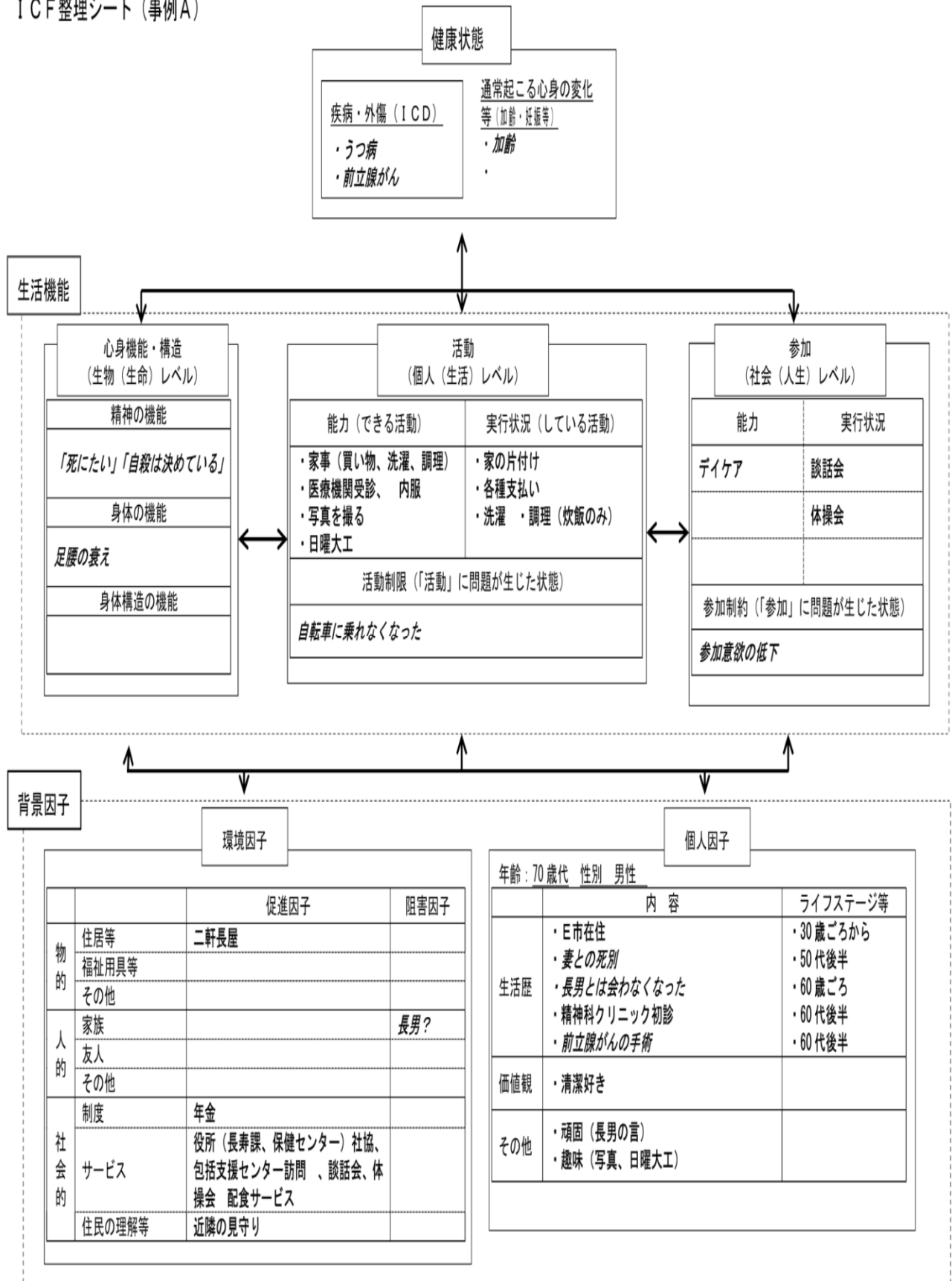
# Aさんエコマップ



凡例

- ：男性    ○：女性    △：不明    =：結婚    /：離婚    ×：死亡
- ：普通の関係    - - - - -：弱い関係    = = = = =：強い関係
- |||||：ストレスや葛藤がある関係    →：支援者の働きかけの方向

ICF整理シート（事例A）



## ICF整理シートの各因子間の関係から自殺企図の予防方策を考える（事例A）

	「保護因子」と「危険因子」の観点から	健康危機管理と支援方法
「心身機能・構造」と「活動」と「参加」の関係	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家事はほとんど本人がやっていたが、60代後半の精神科クリニック受診の頃から徐々に炊事も炊飯のみになっていった。</li> <li>・同じ頃デイケアもお金がないからとやめた。</li> <li>・半年前から、周囲へ「希死念慮」を洩らすようになり、「活動」の低下傾向を示し、外でのサービス利用に消極的になる。</li> <li>・足腰の衰えが「活動」と「参加」の低下傾向につながったことも考えられる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・活動と参加の状況の変化に気づき、その背景を探り「活動制限」や「参加制約」の解消策を図る。</li> </ul>
「健康状態」と「心身機能・構造」・「活動」・「参加」の関係	<ul style="list-style-type: none"> <li>・うつ病治療のきっかけは不明であるが、その頃より「活動」が低下傾向を示す。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・単身であることや、長男との関係が悪いこともあり、周囲の気づきが遅れたことが推測できる。利用していたサービス機関でのチェックと対応が望まれる。</li> </ul>
「環境因子」と「心身機能・構造」・「活動」・「参加」の関係	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身内との関わりが薄い、公的サービス等の利用は図られていた。</li> <li>・介護サービスの利用状況に比べ、私的な人間関係が少ない。</li> <li>・「明日死にます。」の発言から既遂が約1週間後にまで延びたことは、公的支援の影響かもしれない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護サービス提供機関と、保健・医療機関との日頃の連携体制の構築が望まれる。</li> <li>・本人が参加しやすい公私の社会資源の開拓と創造が望まれる。</li> </ul>
「個人因子」と「心身機能・構造」・「活動」・「参加」の関係	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の頑固さ（長男の言）が、活動の幅を狭めているか。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・写真や日曜大工が好きだったので、これらを接点にした支援も考えられる。</li> <li>・趣味にあう地域のサークルなどへの参加も選択肢の一つになるか。</li> </ul>
本事例からの学びと課題	<p>妻と約15年前に死別し、長男とも疎遠な状況のなかで、気丈に単身生活を送ってきた様子うかがえる。</p> <p>約5年前に、どのようないきさつかは明らかではないが、精神科クリニック受診につながった。現状での精神科受診はだれにとっても気楽にできることではないので、その背景に何が合ったのか、医療機関は自分で探したのか、等々疑問のまま残っている。その後、前立腺がんの手術や「参加」と「活動」の低下が続き、自死へと強く傾斜していったと思われる。本人は、身内との関わりが薄い反面、公的なサービス等の活用は図られており、自殺念慮もそのような関わりのある人に洩らしていた。そのことが表面化した後も、包括や役所、社協、保健センターが連携して本人の見守りに当たった。さらに、市での対応が限界であることを確認して、保健所の技術支援を要請している。</p> <p>結果的に既遂に終わったが、具体的な自殺計画が延びたことは支援の影響があったと思われる。</p> <p>課題として、強い希死念慮のある人をどのタイミングでどのように支援していけばいいのかを考えていく必要性を強く感じる事例であった。</p>	

## (2) 事例B

### <事例の概要>

Bさん 30歳代 女性

家族構成：妹（対人関係が苦手） 両親はすでに他界

病名：統合失調症

経緯：

高校卒業後、地方の教育大学に進学するも、大学2年次に退学。そのころ幻聴出現し、統合失調症と診断される。就職するが統合失調症の悪化で精神科病院入院となり失職。退院後はアルバイトを転々とするが、病状が安定せず、また男性関係の問題もあり、たびたび自殺企図をして、入退院を繰り返す。

両親の年金と本人の障害年金、妹のアルバイト代で生活していたが、両親が次々と他界した後は経済的に苦しくなる。妹は仕事先で人間関係に躓き、さらに身体的病気を発症してからはアルバイトができなくなり、ますます経済的困窮に陥った。本人は生活保護の申請をしたかったが調子が悪く手続きができず、妹に依頼するも妹は対人関係が苦手なため申請に出向くことができなかった。近隣者は心配して見守っていたが、本人は近隣者が「見下している」と感じていた。本人は将来を悲観して、投身自殺を図る。しかし通行人に発見され、未遂に終わる。

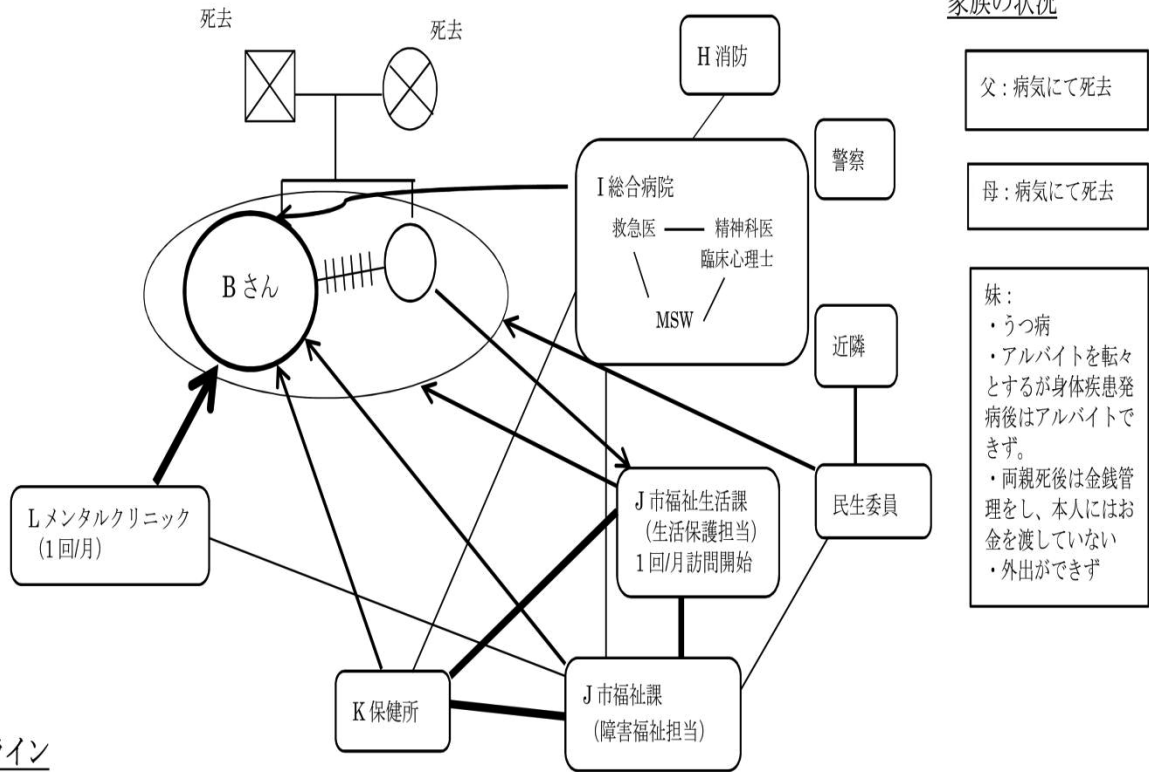
自殺未遂後、I総合病院（一般の救急医療機関）に搬送。救急外来での処置後、救急医から、精神科医師の診察と今後の支援のためMSWに介入の依頼あり。身体的処置は不要、精神科医師からは主治医や地域のK保健所等相談機関へ相談するよう言われ、2日後に退院。MSWから妹に、本人の状況説明と生活保護申請について説明した。

本人の退院当日、妹がJ市役所福祉生活課（保護担当）へ出向き、職員の支援を受けながら生活保護の申請をした。

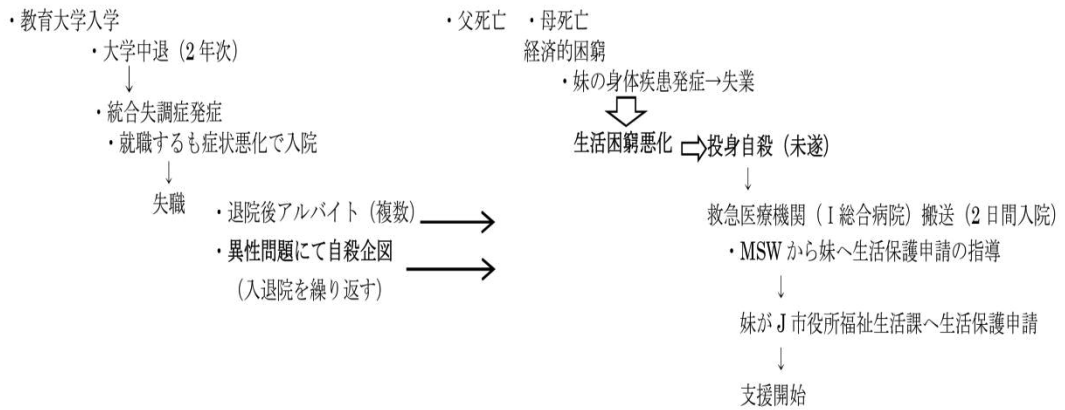
支援機関の動き：

J市役所福祉生活課から同役所福祉課及び管轄のK保健所精神保健担当へケース連絡と支援について相談。J市役所福祉生活課と保健所職員が家庭訪問にて本人の話を聞いたのち、本人の精神科主治医及びI総合病院MSWを交えた個別ケア会議を開催し支援方針を検討した。

# Bさんエコマップ



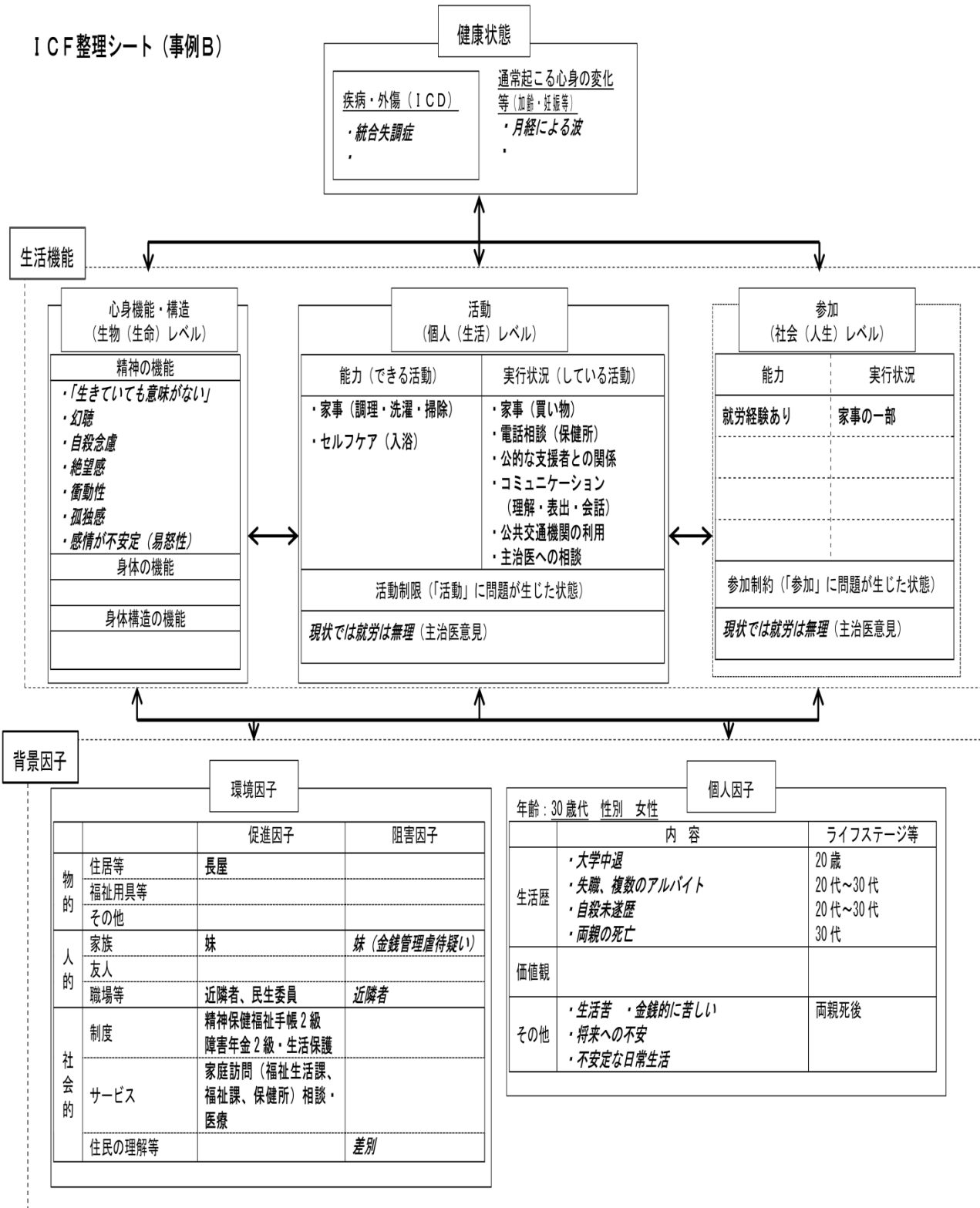
## タイムライン



凡例

- ・□：男性    ・○：女性    ・△：不明    ・＝：結婚    ・／：離婚    ・×：死亡
- ：普通の関係    - - - - -：弱い関係    = = = = =：強い関係
- |||||：ストレスや葛藤がある関係    →：支援者の働きかけの方向

ICF整理シート(事例B)



## ICF整理シートの各因子間の関係から自殺企図の予防方策を考える（事例B）

	「保護因子」と「危険因子」の観点から	健康危機管理と支援方法
「心身機能・構造」と「活動」と「参加」の関係	<ul style="list-style-type: none"> <li>不安定な精神的状態から当面の就労は難しい。</li> <li>家事は、同居の妹と分担してやっているが、掃除・洗濯・入浴など十分やれていない様子。</li> <li>コミュニケーション能力の低下は見られないので、支援者とのコミュニケーションは有効か。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>日常生活の状況を具体的に把握し、やれているところを評価し、やれていないところは一緒に対応方策を考えていく。</li> <li>安全衛生面の確保についても折を見て話し合っていく。</li> <li>家事を中心に、やれる範囲で活動の幅を広げていけるといいが、必要なサポートの提供も考慮。「参加」については、本人の意向を尊重しつつ一緒に考えていく。</li> </ul>
「健康状態」と「心身機能・構造」・「活動」・「参加」の関係	<ul style="list-style-type: none"> <li>統合失調症の治療を受けている主治医（15年以上替わっていない）から、現状での就労は無理だといわれている。病状を考えると、家庭内のことでそれなりに役割を果たしている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人のストレングスに着目して、やれていることを評価。</li> </ul>
「環境因子」と「心身機能・構造」・「活動」・「参加」の関係	<ul style="list-style-type: none"> <li>母親は大事な相談相手だった（本人の言）が、ここ2年くらいの間に両親が亡くなっており、それまでの物心両面での支えを一気に失った。</li> <li>生活保護を受給できるようになったことは、大きなプラス要因。</li> <li>同居の妹との関係で、家事の分担ができている反面、妹から本人への虐待の疑いもある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活保護費を生活の質の向上に結び付けられるように一緒に考える。</li> <li>虐待については、「障害者虐待」の視点からのサポートも必要。</li> </ul>
「個人因子」と「心身機能・構造」・「活動」・「参加」の関係	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活歴のなかで、大学の中退がその後の発病や職を転々とすることや自殺企図の背景の一つになっていないか。</li> <li>本人が楽しく参加したエピソード等が見当たらない。就労時の職場でのトラブルの記録がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>無理に話を聞き出すことは避けなければならないが、本人がつらかった思いなどを信頼できる人に話すことは有意義では。</li> <li>長いスパンでのつかず離れずの支援が望ましいのではないか。</li> <li>「参加」については、本人の意向を尊重しつつ一緒に考えていく。</li> </ul>
本事例からの学びと課題	<p>本人は、高校を卒業後、大学に入学して、教師になる日を夢見ていたのだろうと推測できる。そのいきさつが分からないので、発病が退学の前なのか後なのかも分からない。いずれにしても、その後のエピソードは、発病や失職や自殺企図などつらく苦しいことが続いている。さらに、立て続けに起こった両親の死は、精神面へのダメージにとどまらず、一家の収入源であった両親の年金収入までも絶ってしまった。残された本人と妹は、二人とも社会的支援が必要な状況である。幸い生活保護の受給が開始されたので、本人を中心に、妹も支援の必要な部分があることを踏まえながら、市と保健所が連携して継続した支援を提供していくことが望まれる。</p>	



### (3) 事例C

#### <事例の概要>

Cさん 20歳代 女性

家族構成：夫と子どもの3人暮らしだったが、現在はCさんだけ、Cさんの実家で実母と2人で生活している。

病名：統合失調症

経緯：

同胞2名中第2子。双子の姉がいる。高校卒業後、商業施設に就職するも人間関係に悩み自殺願望出現。その後、結婚を機に退職し夫の実家近くで夫と生活。妊娠が判明すると出産と育児に強い不安を抱き、出産後も不安継続。Q産科医療機関からの連絡で居住地のP市保健センターの保健師が訪問を開始した。また3人の近くに住む夫の両親が何かと心配して支援していた。

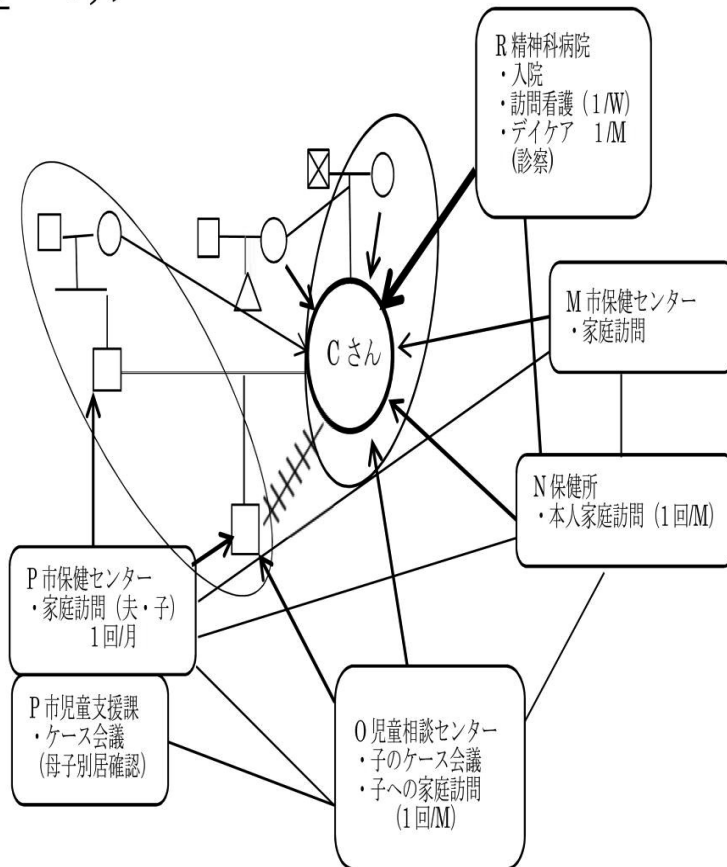
ある時、子どもを抱きかかえて、衝動的に投身自殺を図る。しかしたまたま通りかかった通行人に発見され未遂に終わる。本人と子どもは一般の救急医療機関に搬送された。子どもは打撲程度で1週間で退院し、その後は夫と夫の実家で両親と同居することになった。本人は大腿骨骨折で2か月入院となる。しかし、自殺念慮が強く継続するため、一般の救急医療機関からR精神科病院へ転院となる。精神科病院転院後、奇妙な言動が続き、統合失調症と診断される。精神科病院退院後は、周りの様々な意向や判断があり、本人はM市の実家に戻り母親と2人暮らしとなった。実家では実母と姉の支援を受けながら生活している。また、休日には夫が本人の実家を訪問している。夫の両親も協力的で本人の実家を訪問しては本人外出支援や話し相手になっている。

関係機関の動き：

Q産科医療機関より居住地のP市保健センターへ訪問依頼。その後M市の実家に戻ったところでP市保健センターからM市の保健センターへケース連絡され、支援がつながる。また、P市保健センターから実家のあるN保健所にもケース支援の相談があり、本人と家族の同意のもとN保健所も家庭訪問を開始する。さらにR精神科病院退院後にはRより訪問看護も開始された。

子どもについてはO児童相談センターが保護を視野に入れてケース会議にて方針を検討したが、夫及び夫の両親で育児にあたっていくことを確認し保護はせず、月1回の家庭訪問を実施していくこととなった。

## 事例C エコマップ



## 家族の状況

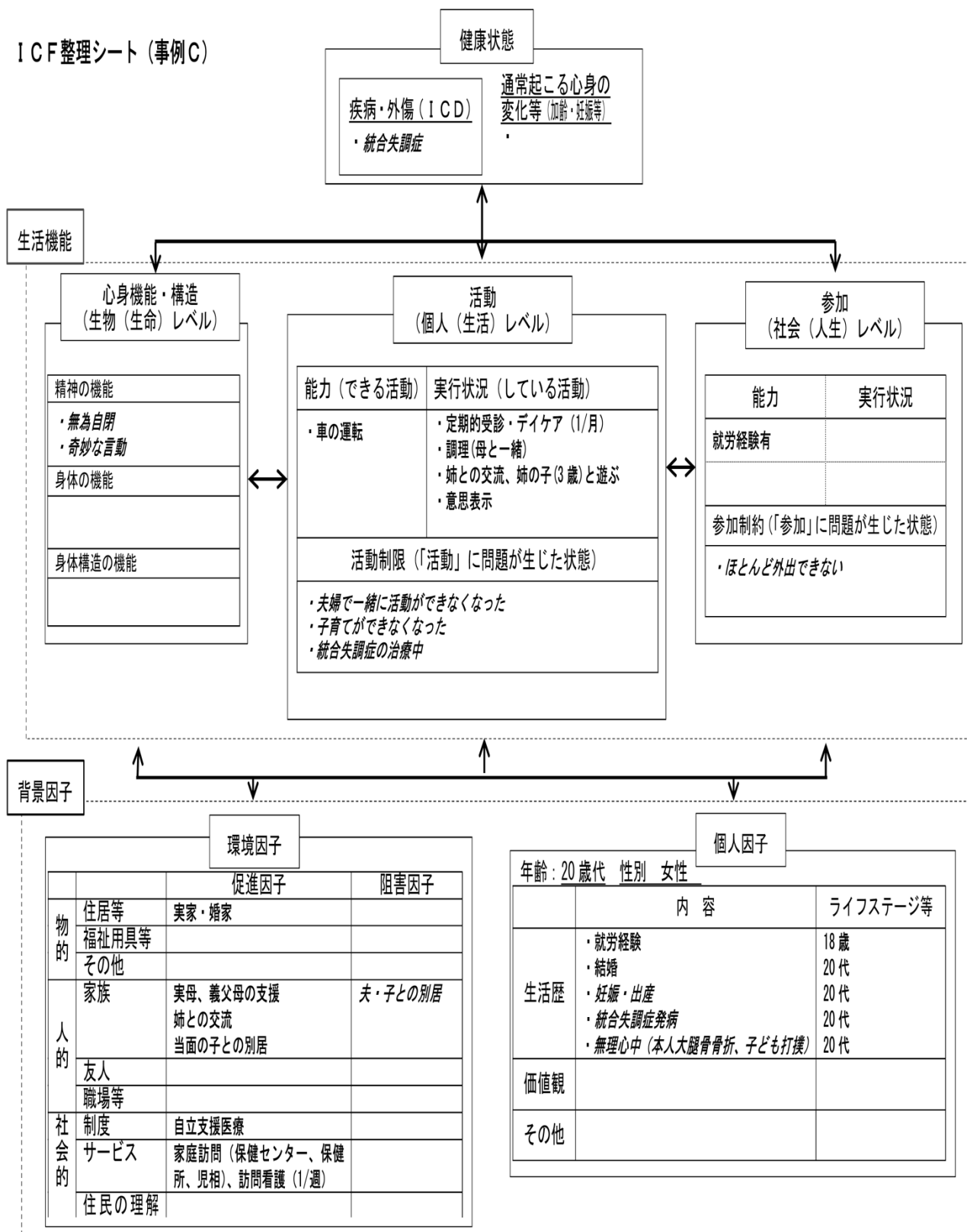
- 夫:30 歳代  
・製造業に勤務
- 子 (8 か月)  
・発達発育良好
- 実母 (60 歳代)
- 義母(50 歳代)  
・子の育児支援のため退職
- 義父(60 歳代前半)  
・本人の通院支援

## タイムライン

出生	18 歳	20 歳代前半	20 歳代半ば	現在	
就学前	小・中・高校	就職	結婚	妊娠・出産	自殺未遂
双子の次女として出生	・商業施設就職 会社のことで悩み自殺願望出現 「死んでしまった方がいい」	・結婚、退職	・出産後育児不安を訴える 「生みたくなかった、子育てしたくない」 Q市Q産婦人科 ↓ P市保健センターへ連絡 家庭訪問開始 義父母の育児支援	・自殺未遂 (子どもと無理心中) →O 児童相談センター介入 (ケース会議開催) ↓ 自殺念慮持続 2か月後 一般病院退院後、R 精神科病院へ入院「統合失調症」 数か月後 R 精神科病院退院後本人のみ実家へ戻る ・R 精神科病院へ通院・デイケア参加 (1回/月) ・訪問看護開始 (1回/週) ↓ ・P 市保健センターから実家のある M 市保健センターと管轄の N 保健所へケース連絡と家庭訪問による支援依頼あり →P 市保健センター、N 保健所の訪問開始	

凡例 ・□：男性 ・○：女性 ・△：不明 ・＝：結婚 ・／：離婚 ・×：死亡  
 —————：普通の関係 ————：弱い関係 —————：強い関係  
 //////////////：ストレスや葛藤がある関係 —————→：支援者の働きかけの方向

ICF整理シート（事例C）



ICF整理シートの各因子間の関係から自殺企図の予防方策を考える (事例C)

	「保護因子」と「危険因子」の観点から	健康危機管理と支援方法
「心身機能・構造」と「活動」と「参加」の関係	<ul style="list-style-type: none"> <li>・定期受診とデイケア参加が、家族や支援者以外の第三者との数少ない活動の場となっている。</li> <li>・実家での実母や姉、姉の子との関わりは保護因子と考えられるが、活動や参加の機会が減少され、活動制限と参加制約が生じていた。</li> <li>・無為自閉な状況や奇妙な言動は、活動や参加にマイナスに作用する可能性がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・定期受診とデイケア参加等、現在できている活動が継続できるよう本人を励まし、継続できないようであれば本人と一緒に対応方策を考えていく。</li> </ul>
「健康状態」と「心身機能・構造」・「活動」・「参加」の関係	<ul style="list-style-type: none"> <li>・統合失調症の病状により、家族との活動や社会参加の機会に制約が生じている可能性がある。</li> <li>・受動的かつ限定的な「活動」や「参加」ではあるが、統合失調症の病状改善にもつながるものと思われる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病状の安定が活動や参加の機会にも影響するため、医療機関とも連携し適切な医療の継続を支援することが望まれる。</li> </ul>
「環境因子」と「心身機能・構造」・「活動」・「参加」の関係	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族（実母、義父母）やサービス提供機関の支援に恵まれていることで、「活動」の機会が部分的ではあるが確保されている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族が本人を継続して支援できるよう、支援者は家族に対する精神的支援を継続するとともに、利用できる公的サービスの調整も望まれる。</li> <li>・本人が参加しやすい公私の社会資源の開拓と創造が望まれる。</li> </ul>
「個人因子」と「心身機能・構造」・「活動」・「参加」の関係	<ul style="list-style-type: none"> <li>・把握している生活歴のなかで、「危険因子」となるような出来事が多かったことも、現状の自発的な「活動」の少なさに間接的に影響しているのではないかと。</li> <li>・本人の生活歴（生活状況）や価値観等が不詳であるため、評価は難しい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の「こうしてみたい」という気持ちを、関係づくりの中で確認できると良い。</li> <li>・養育支援の視点で事例に関わっている機関とも情報共有と支援方針の検討を行うことで、本人の「生きること」への支援の具体化につながると良い。</li> </ul>
本事例からの学びと課題	<p>本事例で特徴的なのは、「環境因子」の中の家族の育児支援を中心とした献身的な生活支援の存在である。現状ではこれが大きな「保護因子」になっていると思われる。一方、本事例が無理心中未遂という大きな出来事を中心に動いてきた経緯があり、家族が別居せざるをえなかった。結果として、支援者の視点も事件の再発予防を中心に注がれていると思われる。</p> <p>ICFの「生きることの全体像」の考えに沿えば、本人の「どう生きたい」のかを、再発予防としても大きなテーマにする必要がある。具体的には、徐々に本人の希望に沿った「活動」や「参加」を増やしていくことで、本人の「生きること」の具体化を支援し、その先に「親子三人の生活」を家族で考える機会を想定しておくことも大事である。そのプロセスを長い目で見守ることが「保護因子」になると考える。</p>	

#### (4) 事例D

##### <事例の概要>

Dさん 50歳代 女性

家族構成：単身

病名：身体疾患で医療機関受診中（病名不明）

経緯：

同胞7人中6番目の長女として出生。高校卒業後、県外で就職したが、実家に戻り一男一女を出産。結婚・離婚歴は不明。その後の生活歴の詳細も不明。息子とは音信不通。40代後半に理由は不明だが本人の自殺未遂歴あり。娘が結婚、出産を機に重度のうつ病を発症したため、V町に住む娘宅に同居して孫の子育てを手伝う。娘宅にはV町保健師が家庭訪問をしており、V町保健師は本人とも会っていた。

50代半ばに実母の介護のためT市にある本人の実家へ戻ったが、まもなく母死亡。その後、感情のもつれで兄弟げんかとなり、実父を連れて実家を出てアパートに住み、父の年金で生活。50代後半に父死亡。本人はそのまま単身でアパート住まいを続けていたが、父の年金が無くなり経済的に困窮していた。隣市に住む弟が時折本人宅を訪問していたが、弟も経済的に苦しく本人への経済的支援はなかった。また、他の兄たちは一切関わりを持っていなかった。

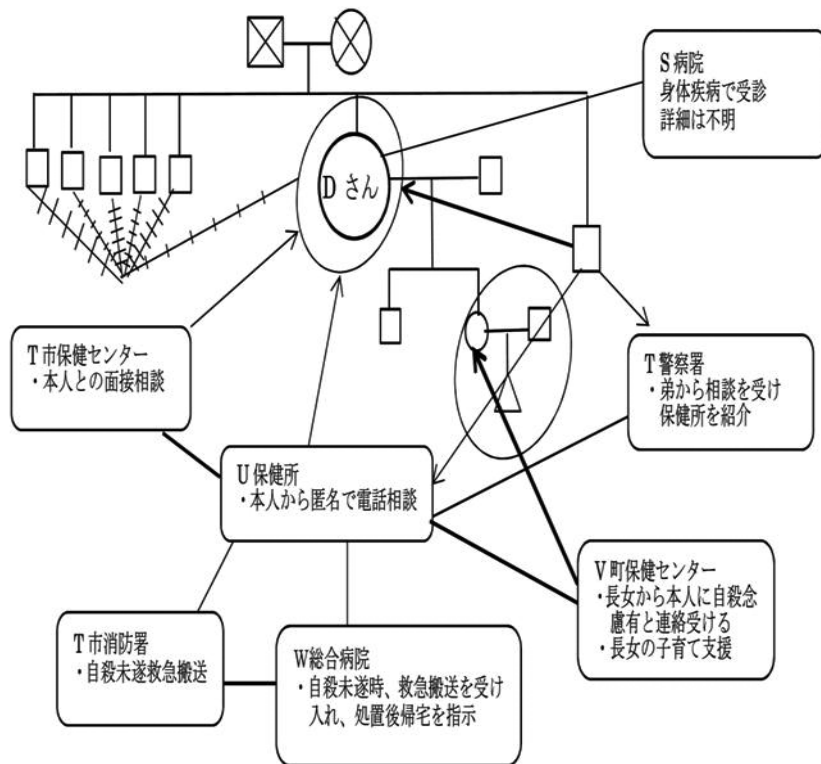
ほどなく、アパートの家主からアパートの老朽化に伴いアパート経営を辞めると言われたことに腹を立て、家主に自殺をほのめかし身辺整理を始めた。

本人から直接聞いたのか、娘から本人が自殺を計画しており「母親が心配」とV町保健センターに電話があったが、娘の意向により詳細は語られなかった。数回の電話相談を経て本人の氏名や住所が判明し、V町保健センターから本人の住所を管轄するU保健所に情報提供があった。また、家主から連絡をもらった弟はT警察署に相談し、警察からU保健所を紹介された。保健所は弟に本人への働きかけを依頼。弟の働きかけにより、本人はU保健所に匿名で電話相談をし、翌日にはT市保健センターで面接相談も受けたが、1週間後、練炭自殺を図った。W総合病院に搬送され処置後に帰宅したが、再度自殺企図し死亡した。（公的機関が事例を把握してから死亡まで約4週間）

支援機関の動き：

娘の居住地であるV町保健センターと本人の居住地を管轄するU保健所で情報を共有し、娘の本人への関わりの可否について検討した。また、保健所は、本人と関わった関係機関（T市保健センター、T市消防署、T警察署、W総合病院）が把握している情報と弟からの情報を集積、整理し、本人への介入方法と今後利用可能な福祉サービスを検討していたところの自殺既遂であった。

# Dさんエコマップ



## 家族の状況

夫( ? 歳)  
・別居中 離婚? 死別? 情報なし

長女 (30 歳代)  
・V町在住  
・出産後、重度のうつ病を発症  
本人と同居し子育てを支援してもらった。  
・T町保健センターより子育て支援をうけていた。

長男 (30 歳代)  
・音信不明

兄 5 名 (60 歳代)  
・本人が母を介護したことを認めていない。  
・本人と仲たがひし、一切の関わりをもっていない。

弟(50 歳代)  
・隣市在住  
・時折本人を訪問していた。  
・経済的に苦しく、本人への経済的支援はなかった。  
・家主から連絡をもらい、警察・保健所に相談。  
・本人へ保健所・保健センターへの相談を勧めた。

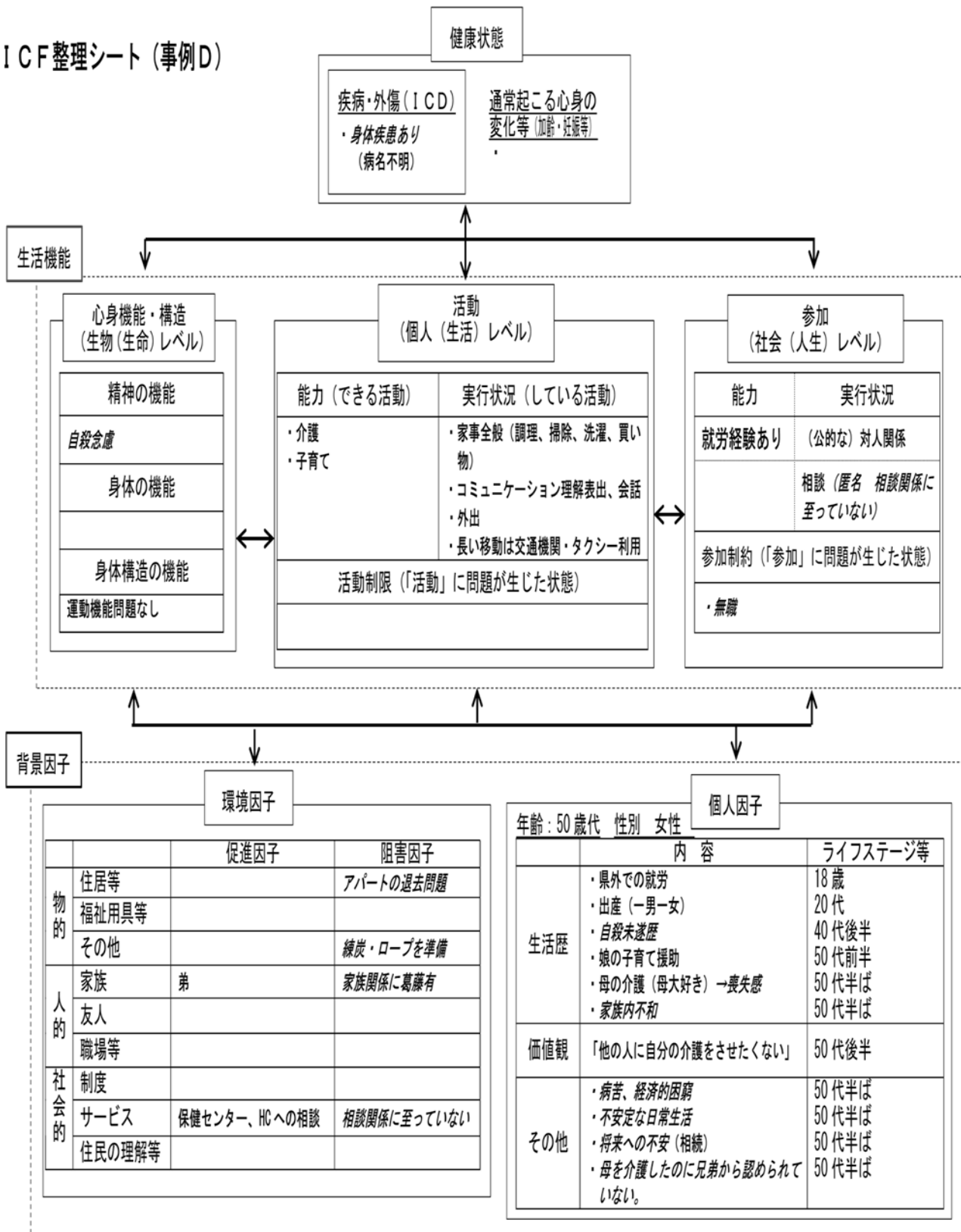
## タイムライン

出生	20代	40代後半	50代前	50代半ば	50代後半			
就学前	小中高等学校	就職	妊娠・出産	自殺未遂	母死亡	父死亡	自殺未遂	既遂
同胞7人中 6番目の長 女として 出生	高校卒業・県外に 就職	退職後実家に 戻る ・出産	退職後実家に 戻る ・出産	自殺未遂 (原因不明) ・娘が結婚、出産を 機に重度のうつ 病発症 V町で娘と同居 し子育て支援	・T市実家で母の介護 ・母死亡後、兄弟と 不仲になる ↓ ・父を連れてアパー トへ転居	・父死亡 単身生活と なる ↓ 経済的困窮	・アパート立ち退き話 家主に自殺をほのめかす ・家主→弟→警察、 ↓ U保健所 ・娘→V町保健センター →U保健所へ相談	・弟→本人へ相談するよう 働きかけ ・本人→U保健所電話相談(匿名) ↓ T市保健センター面接 相談 ↓ 自殺未遂(練炭)→W総合病院搬送 ↓(帰宅後) 自殺既遂

ケースの把握から死亡まで約4週間

- 凡例
- : 男性
  - : 女性
  - △ : 不明
  - = : 結婚
  - / : 離婚
  - × : 死亡
  - : 普通の関係
  - : 弱い関係
  - : 強い関係
  - ||||| : ストレスや葛藤がある関係
  - : 支援者の働きかけの方向

# ICF整理シート (事例D)



## ICF整理シートの各因子間の関係から自殺企図の予防方策を考える（事例D）

	「保護因子」と「危険因子」の観点から	健康危機管理と支援方法
「心身機能・構造」と「活動」と「参加」の関係	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人は、高校卒業後に就労経験があるものの、自宅に戻った後、「活動」や「参加」は、娘の長女の子育て支援や実母の介護など家族に関する支援にとどまっている。</li> <li>・個人的な「活動」や「参加」の状況については把握がない。</li> <li>・精神機能が内向きで孤立傾向にあれば、「活動」や「参加」の幅も制約されると推測されるが実態は把握されていない。</li> <li>・一方、「参加」の場が家庭内に限られていることで「心身機能」に与える刺激も少なく、「活動」も不活発になっているとも考えられる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・心身機能及び活動と参加の状況の変化に気づき、その背景を探り「活動制限」や「参加制約」の解消を図る。</li> <li>・本人のやれていたこと（育児支援、実母の介護等）を評価しつつ、今までの個人的な活動や参加を把握しながら、これからの楽しみや役割について、本人の意向を尊重しつつ一緒に考えていく。</li> </ul>
「健康状態」と「心身機能・構造」・「活動」・「参加」の関係	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体疾患について詳細は把握されておらず、「心身機能」、「活動」、「参加」にどのように影響していたかは不明。疾患によっては、「心身機能」や「活動」への影響も考えられる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体疾患とその治療状況を把握し、支援においては、その状況を考慮する必要がある。</li> </ul>
「環境因子」と「心身機能・構造」・「活動」・「参加」の関係	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実母の介護について兄弟から評価や感謝がないことを不満に思っていたことが把握されていた。兄弟が保護因子より危険因子としての関与が大きかったことが推定できる。実父母の死亡は、介護や家事など家庭内での役割の喪失となった。</li> <li>・アパート撤去の問題は本人の「心身機能」、さらには「活動」に大きな影響を与えたと推測する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保護因子となる家族や親族以外の第三者の支援が必要である。</li> </ul>
「個人因子」と「心身機能・構造」・「活動」・「参加」の関係	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族への支援に対し、兄弟から成果や評価を得られておらず、本人の大きな不満となったと推察され、兄弟が保護因子になることは難しかったと思われる。</li> <li>・「子どもに迷惑をかけたくない」、「他の人に自分の介護をさせたくない」という本人の考えから、娘からの支援は困難だったと思われる。</li> <li>・父亡き後経済困窮となり、兄弟からも支援が無く活動参加に大きく影響を及ぼしたと思われる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人のつらかった思いなどを家族・親族以外の信頼できる人に話をすることは有意義ではないか。</li> <li>・支援者との協働により本人の自己肯定感、自己効力感の高まる体験の機会を探る。それには、本人の生活歴や価値観、趣味等を具体的に把握し本人と共に考える必要がある。</li> <li>・安心して生活できる経済的基盤を整えるため、福祉サービスの導入も視野に入れた支援が必要である。</li> </ul>
本事例からの学びと課題	<p>本事例では、本人の結婚・離婚(?)を含めた生活歴や日常生活の様子がほとんど把握されておらず、本人と家族や親族との間でなぜ葛藤が生じやすく、自殺企図まで結びついてしまうのかを理解するのは難しい。特に40代半ばの1回目の自殺未遂の経緯は把握したいところである。</p> <p>娘や実母への支援を頑張ったことは「保護因子」として考えられる。ただし、その頑張りは、周りとの協働ではなく本人本位の行為だったと考えられ、周りからの評価と感謝ではなく、時として本人への非難として向けられることになり、本人にとっては許しがたい仕打ちと感じられ「危険因子」になったと考えられる。さらに、アパート撤去の問題は重大な「危険因子」と考えられるが、公的相談機関への本人のアクセスは、相談機関が「保護因子」となれる可能性もあったと思われる。</p>	



## 5 事例検討会からの学び

### (1) 事例の理解に基づいた支援

#### ア 事例の全体像の理解

今回の事例検討会では、参加者それぞれが把握している事例の情報を、エコマップ、タイムラインのシートに整理し、危険因子・保護因子をチェックリストで確認し、その後これら情報を、ICF整理シートを用いて6つのカテゴリーに整理して事例の全体像を把握した。ICF整理シートを使うことにより、当事者のマイナスの側面だけでなく、当事者が「できること」と「していること」といったプラス面にも視点を置くことができた。また、当事者の生活歴や価値観からも支援の糸口や方向性を考えることができたこともわかった。さらに情報を整理していく中で、不足している情報も一目瞭然となり今後の支援を展開していくうえで、必要な情報収集のポイントも明確になった。

#### イ 当事者の役割に着目した支援

日頃は当事者支援を考える際、支援者は当事者ができないこと、不足していることに注目しがちで、それに基づいてアセスメントを実施し、支援計画を立てることが多い。しかし当事者は日常的に家庭内での役割を持って生活している（いた）ことがICF整理シートを使用することで見えてきた。親の介護、子育て、家族のための調理等の役割は本人の「負担」になるが、一方で「生きがい」や「帰属感」となり、自己肯定感や自己効力感を高め、さらに「生きる」希望につながることに気づいた。

事例の全体像を理解し、そこから見えてきた当事者の生き様や価値観、当事者のストレングスに着目して支援を行うことは事例の「生きる」希望を見出し、保護因子を高めることにつながると考えられた。

- ・事例の全体像を把握し、事例の強み、その人の価値観、役割に着目した支援が保護因子を高めることにつながる。
- ・事例の全体像の把握にはICFの概念の活用が有効。

### (2) 地域連携による事例に対する重層的な相談支援体制

#### ア 日常的な地域連携に基づいた相談支援体制

##### (ア) 事例の情報の共有

事例Aでは、地域で最初に相談を受けた職員が気になる事例と感じたときに、精神保健を担当する部署の職員に気軽に相談ができていた。相談を受けた精神保健を担当する職員は、Aが利用しているサービス提供施設の担当職員にすぐに連絡し、短期間で情報を収集し、早期の事例アセスメント、支援方針の検討、支援の開始に結び付いていた。この地域では、日頃から業務を通じて又は業務以外の場面でもお互いを知り、業務を理解する努力がなされており、日常的に事例についてちょっと相談してみよう、情報提供しようというように、何でも話ができる関係や雰囲気できていた。こうした日常的な連携が緊急性の

高い自殺に傾いた人への支援においても活かされることが明らかになった。

一方、事例C、Dは、当事者やその家族に関わっている支援機関が複数の保健所や市町村を跨いでいた。さらに事例Cでは、子どもの養育について児童相談所等が関わっていた。これらの事例では情報共有に時間を要したり、情報共有が十分に行われていない状況も見受けられた。

こうした複数の関係機関が支援に関わるときに、それぞれの機関の日頃の活動圏域が異なる場合や、それぞれが別ルートで関わっている場合には、特に意識的に事例の全体像を把握するための情報共有や連携が必要である。

#### (イ) 医療機関内外の連携

事例Bが搬送された一般の救急医療機関内では、救急医から精神科医の診察と医療ソーシャルワーカーへの支援依頼があった。当事者は応急処置を受けた後、そのまま自宅に戻ることが多い中、院内における自殺未遂者への対応が救急医やその他スタッフにも周知され、適切なスーパービジョンも受けられる体制が整備されていた。

しかし、退院時に病院スタッフから当事者に対して、主治医への受診勧奨と地域の支援機関窓口の紹介はあったものの、医療機関から地域の関係機関への直接的なつながりはなかった。この事例では妹が医療機関からの情報提供に応じ役所の窓口に行ったことで、役所においても事例が把握され、支援ルートに乗ったことは幸いであったが、家族が支援を求めない場合や、自らSOSを発信する力がない場合は、地域の支援機関は事例を把握することができない可能性もあるので救急医療機関等と地域の各種支援機関との連携は重要である。

#### イ 事例の継続支援

事例B、Cは、当事者だけでなく、家族にも社会的支援が必要な事例であった。事例Bは妹も疾患を抱えており、妹の調子や活動の制限が当事者の危険因子になりうることもあり、妹への支援が当事者への支援にもつながることが明らかになった。また事例Cでは、2つの家族が当事者を支えていたが、家族が疲弊してしまうと当事者へも影響を及ぼすことが考えられた。危険因子はひとつひとつ問題が独立しているものではなく、また当事者の問題だけでなく、いろいろな背景要因が複雑に絡みあっていることが多い。それゆえに簡単に問題が解決できるものではない。再企図防止のためには本人及び家族等本人を支える身近な人への継続的な支援が必要であることが示唆された。

#### ウ 緊急事例の危機介入

事例A、Dは当事者自身が家族や支援者に自殺をほのめかしており、当事者に直接関わった職員は不安と見守り支援の限界を感じていた。しかし、医療に繋がったほうが良い対象なのか、繋げるのであればどのタイミングだったのか、わからなかったとの声が事例検討会で聞かれた。精神保健福祉法第29条では「自傷のおそれ」についても入院措置がうたわれているが、どのような状況で自殺企図者をその対象と捉え保護に結び付けていくことができるのか、その判断に

については今後担当部署とも議論を重ね、検討していくことが必要である。

- ・ **日常的な精神保健福祉活動による関係機関間の役割の理解と連携の促進が自殺に傾いた人へのより良い支援につながる。**
- ・ **自殺未遂者支援においては、医療機関と地域の各種関係機関の連携は重要**

### (3) 支援者への支援

#### ア 支援者のバックアップ体制

直接事例に関わる支援者は、刻々と変わる当事者の状況や自殺の危険度が高まることに対し大きな不安とストレスを感じている。また、何もできないのではないかとという無力感を感じることがあるかもしれない。しかし事例Aのように、直接の支援者が孤立しないよう、不安や困っていることを表出し、適切なスーパービジョンが受けられることは直接の支援者には大きな強みであるとする。特に精神保健を業務の中心においていない支援者であれば、より専門的な助言や、時にはともに面接をしてくれたり、家庭訪問等を行ってくれたりする体制があるとさらに安心して関わることができるのではないだろうか。

#### イ 既遂後の支援者のためのこころのケア

支援していた事例が自殺既遂に至った時は、支援者に大きな衝撃をもたらす。

事例1のE市では密な当事者支援を行っていたが、自殺既遂に至ったため、その数日後、直接当事者を支援していた関係者の「これだけやったけどだめだった」という発言を聞いた保健センター職員から、保健所と精神保健福祉センター職員に、関わりや関係機関との連携について検証が必要であるとの提案と、支援に関わった関係者が傷ついていることについての相談があり、精神保健福祉センターは関係者のこころのケアとして管轄の保健所と共にわかちあいの会を企画し運営した。

わかちあいの会では、一定のルールのもと、参加者に思いを発言してもらい、他の参加者は批判することなく聴くことに徹した。そして最後には参加者全員で、故人の冥福を祈り、慈しみの瞑想を行った。さらに後日、同様の事例を繰り返さないために、今後できることを学ぶ目的で事例検討会を開催した。

- ・ **自殺に傾いた人への支援者には組織的なバックアップ体制が不可欠**
- ・ **自殺既遂後の支援者のこころのケア：「わかちあい」と「事例検討」の2段階で！**

### (4) 今後の課題

ア 精神保健福祉センターや保健所が実施する研修会・事例検討会において、「事例のプラスの面を中心にその全体像を理解して支援する」というICFの概念（ICF整理シート等）の支援活動への活用と普及が必要である。

イ 事例の支援者への支援の重要性について、保健所や市町村等に周知し、各組織において、さら

に組織を越えた重層的な支援者への支援体制整備を技術面から支援する必要がある。

**参考資料1 ICFの用語の定義**

関係用語	用語の定義
健康状態	疾病・外傷についてICDの分類に基づく
生活機能 (functioning)	心身機能、身体構造、活動及び参加の全てを含む包括用語
障害 (disability)	機能障害、活動制限、参加制約の全てを含む包括用語
心身機能 (body functions)	身体系の生理的機能 (心理的機能を含む)
身体構造 (body structures)	器官・肢体とその構成部分など、身体の解剖学的部分
機能障害 (構造障害を含む) (impairments)	著しい変異や喪失などといった、心身機能または身体構造上の問題
活動 (activity)	課題や行為の個人による遂行のことであり、個人的な観点からとらえた生活機能を表す
参加 (participation)	生活・人生場面 (life situation) への関わりのことであり、社会的な観点からとらえた生活機能を表す
活動制限 (activity limitations)	個人が活動を行うときに生じる難しさ
参加制約 (participation restrictions)	個人が何らかの生活・人生場面に関わるときに経験する難しさ
背景因子 (contextual factors)	個人の人生と生活に関する背景全体 (構成要素は環境因子と個人因子)
環境因子 (environmental factors)	人々が生活し、人生を送っている物的な環境や社会的環境、人々の社会的な態度による環境を構成する因子
個人因子 (personal factors)	個人の人生や生活の特別な背景

**参考資料2 危険因子・保護因子チェックリスト** (チェック内容についてICF整理シートに具体的に転記する)

分類	項目	非該当	不明	左記の項目で危険因子になる要因		どちらともいえない		左記の項目で保護因子になる要因		
				あり	なし	あり	なし	あり	なし	
健康状態	精神の健康状態									
	身体の健康状態									
生活機能	心身機能・構造	精神の機能								
		身体の機能								
		身体構造上の機能								
	活動									
	参加									
背景因子	環境因子	物的な環境	住居等							
			人的な環境	家庭・家族・親族						
		友人・仲間								
		学校								
		社会的な環境	職場・仕事・事業経営等							
			社会保障制度							
			保健・医療・福祉サービス							
			地域社会とのかかわり							
			不特定の間人間関係							
			その他の社会的環境							
	個人因子		基本事項 (年齢・性別等)							
			成育歴・生活歴							
			就労に関する問題							
			経済的な問題							
		安定した日常生活								
		価値観(生き方)								
		ストレングス・レジリエンス								
	男女問題									
		その他の被害体験等								
合計										

### Ⅲ 精神障害者地域移行・地域定着支援推進研修について

企画支援課 佐々木はるみ 新屋一郎 大口ひとみ

はじめに

精神障害者の地域移行支援については、平成19年度から平成23年度までは県の委託を受けた相談支援事業者を中心にすすめられていたが、平成24年度以降、個別給付として一般制度化された。しかし、制度の仕組みが複雑でわかりにくいことなどから支援実績があがらないまま推移してきた。

一方、平成25年の精神保健福祉法改正に伴い、病院における地域移行促進が求められることが予想され、平成25年度から当センターの人材育成研修として地域の障害保健医療福祉関係者を対象に研修会を開催してきた。

今回は、平成25年度から平成27年度に開催した研修内容を振り返り、今後の取組みにむけた一助としたい。

#### 1 平成25年度

研修の企画に際して、県から委託を受け、相談支援従事者の専門研修として「地域移行・地域定着支援研修」を開催している愛知県相談支援専門員協会と打ち合わせを行った。打ち合わせでは、相談支援専門員協会開催の研修には医療機関のPSWの参加が少ない。医療機関の人に地域の仕組みを説明する機会がほしい。センターの研修で医療機関の人に声をかけてもらえたらありがたいとの要望がだされた。

研修プログラム、対象、参加結果は表1のとおりである。

アンケートで「地域移行をすすめるうえで課題と思われること」の記載で多かった内容は ①居住の場の確保 ②各機関との連携 ③地域住民の理解 ④地域の受け皿が不十分 ⑤家族の理解 ⑥医師の理解 ⑦相談支援体制の不足 などがあげられた。

アンケート「その他の意見・感想」の記載では ①事例の多い話で参考になった ②制度についての説明を具体的に知りたかった ③講義よりもグループワークを取り入れては ④地域の受け皿や継続した関わりなど課題が多いことを実感 ⑤地域移行・地域定着の個別給付を得ている地域の実践を具体的に知りたい ⑥自分の地域でも連携しやすく相談しやすい関係をつくってほしい ⑦勉強不足と識見の低さを実感。こういう研修を各圏域で定期的で開催してほしい ⑧保健所との情報共有不足、連携不足を改めて感じた ⑨本人のペース、思いで支援することが基本、焦らずに、ゆっくり丁寧にやっていきたいと思った ⑩医療職には医療的な観点があり、それを知りながら連携していくことが大切と思った ⑪お互いの状態、機能、特徴をよく理解しながら、誰かが背負いこまず、つぶれたりしないように、様々な機関で助け合い、支え合いながら支援していきたいと思うなどの意見がみられた。

表1 平成25年度研修内容と参加状況

会場	東大手庁舎 (平成25年11月26日)	西三河総合庁舎 (平成25年12月10日)
プログラム	ア 愛知県における精神障害者地域移行支援事業の取組みについて こころの健康推進室職員	ア 愛知県における精神障害者地域移行支援事業の取組みについて こころの健康推進室職員
	イ 支援活動紹介 「本人・家族とともに歩む支援」 ～無理せずみんなでやりましょう～ 可知病院 精神保健福祉士 生活支援センターさざなみ 相談支援専門員	イ 支援活動紹介 「自ら支援が必要と言わない人への支援」 ワーキングスペースおおぶ 管理者 大府市障がい者相談支援センター 相談支援専門員
	ウ 退院支援の現状と課題 ～関係者と考える地域移行支援・地域定着支援～ 可知病院 精神保健福祉士	ウ 医療機関の立場からみた退院支援について ケアホームあしび 管理者
参加者	相談支援事業所 29名 病院 11名 市町村 11名 保健所 6名 合計 57名	相談支援事業所 17名 病院 10名 市町村 15名 保健所 7名 合計 49名

## 2 平成26年度

都道府県の官民協働の仕組みづくりと人材育成を推進するための研修をすでに実施しており、「地域移行・地域定着支援のための実践ガイドライン」や「医療と福祉の連携が見えるBook」を作成するなどノウハウや経験のある一般社団法人支援の三角点設置研究会の協力を得て研修会を開催することとなった。

まず、中央研修に愛知県・名古屋市の主管課、各精神保健福祉センター、病院、相談支援事業所の職員がチームで参加した。以後、このチームを「チームNA」と名付け、愛知県における研修の企画を行った。

プレ研修は表2のとおり、全体研修は表3のとおりである。

プレ研修については、保健所が管内関係者に声をかけ、チームで参加してもらうこととしたことが工夫した点である。チームでの参加は中央研修で「チームNA」が作成したアクションプランでだされた案でもあった。参加者からも、「チームを組んでの参加は共通認識を持ちやすく、課題にも取り組みやすい」と良い感触が得られたが、地域の課題検討の

表2 平成26年10月6日プレ研修日程及び内容

時 間	内 容
10:00～10:05	あいさつ 愛知県精神保健福祉センター 企画支援課長 安藤 誠治
10:05～10:10	オリエンテーション
10:10～10:30	講義1 「愛知県全体の地域移行の現状」 講師：愛知県健康福祉部障害福祉課 こころの健康推進室 精神保健グループ 主任主査 角田 玉青氏
10:30～11:35	講義2 「保健と医療と福祉の連携と地域移行」 講師：一般社団法人 支援の三角点設置研究会 金川 洋輔氏
11:35～12:35	休憩
12:35～12:55	講義3 「官民協働の意義」 講師：一般社団法人 支援の三角点設置研究会 武田 牧子氏
12:55～13:15	講義4 「ファシリテーションのポイント」 講師：一般社団法人 支援の三角点設置研究会 金川 洋輔氏
13:15～15:30	演習1 「地域課題も見える事例検討」 講師：一般社団法人 支援の三角点設置研究会 武田 牧子氏
15:30～16:10	演習2 「グループワーク」 講師：一般社団法人 支援の三角点設置研究会 金川 洋輔氏
16:10～16:30	まとめ
参 加 者	7保健所チーム（名古屋市2、愛知県3、中核市2）計29名 内訳：保健所7名、相談支援事業所9名、病院9名、行政4名 その他：地域アドバイザー4名 ファシリテーター（相談支援専門員協会）5名 オブザーバー 1名

表3 全体研修 日程及び内容

1日目（平成27年1月21日）研修プログラム			
開始	終了	時間	科 目
9:30	9:40	10分	開講式・オリエンテーション
9:40	11:30	110分	[講義1] 精神保健・福祉・医療の現状 [講義2] 精神保健福祉法改正と地域移行支援 講師：金川洋輔氏
11:30	11:50	20分	[講義3] 愛知県・名古屋市の相談支援・地域移行の現状 講師：角田玉青氏
11:50	12:50	60分	休憩
12:50	13:20	30分	[講義4] なぜ地域移行支援を利用するのか 講師：徳山 勝氏
13:20	14:00	40分	[演習1] 現状把握・課題抽出（個人ワークと共有） 講師：徳山 勝氏
14:00	14:15	15分	休憩
14:15	15:45	90分	[講義5] 自立支援協議会・地域づくりの実践と課題解決へ 向けて 講師：新井在慶氏
15:45	15:55	10分	休憩
15:55	16:25	30分	[座談会・まとめ] 進行：新井在慶氏
16:25	16:30	5分	事務連絡

2日目（平成27年1月22日）研修プログラム			
開始	終了	時間	科 目
9:30	9:45	15分	挨拶・オリエンテーション
9:45	10:45	60分	[演習2] 事例の共有 進行：徳山 勝氏
10:45	11:35	50分	[演習3] サービス等利用計画の作成 進行：徳山 勝氏
11:35	12:00	25分	[演習4] 本人・家族ニーズと解決策のための課題 進行：徳山 勝氏
12:00	13:00	60分	休憩
13:00	14:00	60分	[演習5] 地域移行計画の作成 進行：徳山 勝氏
14:00	14:15	15分	演習5のグループ発表
14:15	14:25	10分	休憩
14:25	15:25	60分	[演習6] 各圏域の課題と今後を考える 進行：徳山 勝氏
15:25	15:40	15分	休憩
15:40	16:00	20分	[2日間の研修のまとめ] 担当：新井在慶氏



頭だしから、全体研修にうまく引き継げなかったことが大きな反省点として残った。

一方、研修2か月後の事後アンケートでは、「来年早々に、関係機関で集まり、地域移行について話し合う予定」「各機関で何ができるのかを軸に、重なり合う支援をどのように実現していくのか話し合う場を定期的で開催していく」「自立支援協議会で関係機関と共に地域での課題や支援策について検討していきたい」「市障害福祉計画策定に際し、3度集まり地域移行について議論の場を持った」などの報告があり、各地域において具体的な動きにつながる期待を持つことができた。

なお、全体研修は名古屋市と愛知県（委託：特定非営利活動法人愛知県相談支援専門員協会）の共催で実施された。

また、支援の三角点設置研究会が申請していた助成金がおりになかったことから、各機関の予算をやり繰りしての研修運営となったことも付記しておきたい。

### 3 平成27年度

年度初めに、昨年度の「チームNA」に新たに担当となった職員も加え、愛知県・名古屋市それぞれ、研修企画案を持ち寄り、支援の三角点設置研究会の研修体系にのることで合意が得られた。中央研修には、精神科看護協会からも代表が参加し、「チームNA」に加わった。

名古屋市は守山区をモデル区として、守山区で研修を実施し、実際の活動につなげ、そこから得られるノウハウや課題を抽出し、順次、全域へ拡大していく計画ですすめられた。

愛知県では、地域移行・地域定着を推進する中核的機関（人材）として、保健所・地域アドバイザー・基幹相談支援センターを位置づけ、中核を担う人材を対象にプレ研修（表4）を行うこととし、2月に全体研修（表5）を名古屋市との共催で行った。

プレ研修の内容は中央研修で「チームNA」が受けたものをほぼ落とし込んだものであるが、保健所・地域アドバイザー・基幹相談支援センターそれぞれの役割を互いに認識し連携強化につなげることを狙いとした。

全体研修では、さらに対象者を市町村、病院、委託相談支援事業所まで広げ、病院からは看護の取組み、地域からは実際に取り組んだ事例報告がされた。

最後の演習では各圏域ごとに現状と課題の共有・整理、ビジョンの共有と具体的手立て、さらに工程表の作成まで話し合われた。

現状と課題の共有で、複数の圏域からだされた項目を表6に、具体的手立てを表7にさらに各圏域のビジョンを表8にまとめた。

表4 平成27年10月研修日程及び内容

時 間		内 容
10:00～10:10	10	あいさつ 愛知県精神保健福祉センター所長 藤城 聡 オリエンテーション
10:10～10:30	20	講義1 《精神障害者地域移行に関するこれまでの経過と状況》 講師：こころの健康推進室 角田主任主査
10:30～11:30	60	講義2 《精神保健・福祉・医療の現状と地域移行支援について》 講師：支援の三角点 有野 哲章氏
11:30～11:40	10	質疑応答
11:40～12:00	20	講義3 《人材育成研修の意義》 講師：支援の三角点 平良 幸司氏
12:00～13:00	60	休 憩
13:00～13:15	15	講義4 《3機関の役割について》 講師：こころの健康推進室 大野主事
13:15～13:30	15	講義5 《演習ガイダンス》 講師：支援の三角点 徳山 勝氏
13:30～14:20	50	演習1 《愛知県で今やれていることは何か、どんなストレングスがあるか》 講師：支援の三角点 平良 幸司氏
14:20～14:30	10	休 憩
14:30～15:20	50	演習2 《愛知県で人材育成を推進するためには》 講師：支援の三角点 平良 幸司氏
15:25～15:50	25	演習の振り返りと全体共有 講師：支援の三角点 平良 幸司氏
15:50～16:00	10	まとめ
参加者		保健所 13名 基幹相談支援センター 22名 地域アドバイザー 6名

表5 2月研修日程及び内容

時 間	内 容	
1 日目		
10:00～10:10	10	あいさつ
10:10～11:00	50	講義1 地域移行の歴史・動向、関わる各機関の役割 担当：支援の三角点 平良幸司氏
11:00～11:30	30	講義2 県内の地域移行に関するこれまでの経過と現状 担当：愛知県障害福祉課 角田玉青氏 名古屋市障害企画課 杉浦哲也氏
11:30～12:00	30	ウォーミングアップ 担当：支援の三角点 有野哲章氏 一言チェックイン 講義1・講義2の感想 研修参加の意気込み（自圏域アピール）
12:00～13:00	60	昼休憩
13:00～13:40	40	講義3 看護における取組 担当：桶狭間病院藤田こころケアセンター 野中英雄氏
13:40～14:30	50	講義4 地域相談支援の実際、医療と福祉の連携（実践を踏まえて） 担当：支援の三角点 徳山勝氏
14:30～14:45	15	休憩
14:45～16:00	75	演習ガイダンス&進行 支援の三角点 有野哲章氏
		演習1 各職域での地域移行の取り組みについて（県、名古屋市） ～現状と課題の共有～ ～自身の職域（役割）でできそうなこと～
16:00～16:30	30	エキジビション：連携を見える化する 担当：支援の三角点 有野哲章氏
2 日目		
10:00～10:10	10	主旨説明
10:10～11:00	50	講義5 栃木県の取組み 担当：支援の三角点 遠藤真史氏
11:00～11:10	10	休憩
11:10～12:10	60	実践報告 報告者：名古屋市 豊田市
12:10～13:10	60	昼休憩
13:10～15:20	130	演習ガイダンス&進行 支援の三角点 有野哲章氏
		演習2 圏域で地域移行を進めるためには

		～現状と課題の共有（整理）～ ～ビジョンの共有と具体的手立てを考え、工程表作成～
15:20～15:30	10	まとめ（クロージング）
参加者		1日目：134名　2日目：130名 内訳：保健所 24名　基幹相談支援センター 38名 委託相談支援事業所 21名　病院 37名 行政 12名

表6 各圏域から出された地域移行・地域定着の現状と課題

<ul style="list-style-type: none"> <li>・社会資源少ない（受け皿、人材）</li> <li>・アパート契約に難がある</li> <li>・日々の業務に追われている</li> <li>・支援者のスキル不足</li> <li>・1件に時間がかかる</li> <li>・タイミングがわからない</li> <li>・対象者の把握ができない</li> <li>・制度理解（本人・家族・病院）</li> <li>・保健所の立ち位置がよくわからない</li> </ul>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

表7 各圏域から出された具体的手立て

<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院で交流会を開催</li> <li>・リーフレットを作成し、情報を届ける</li> <li>・制度勉強（自立支援協議会や既存の検討会で）</li> <li>・相談支援専門員が地域移行に詳しくなる</li> <li>・地域移行支援計画様式の統一化</li> <li>・ワーキンググループを作る</li> <li>・共同作業を通じて、お互いの役割を知る（役割の明確化）</li> <li>・まず、1ケースやってみる</li> <li>・保健所と行政が合同で研修会を開催</li> <li>・圏域会議で共通認識を持つ</li> </ul>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

表8 各圏域の目指すビジョン

海部	「退院したい」と希望する人は応援したい住みやすい地域づくり
尾張東部	電話1本で動けるチームづくり
尾張西部	職域なきOS団～ひとりひとりが主体的・主役に～
尾張北部 I	誰でも安心して地域に戻れる尾張北部
II	あなたが困っても助けてくれる尾張北部
知多	どこに住んでも同じサービスを受けられる、誰もが住み慣れた地域で生活する
西三北部	地域移行を考えるチームで地域移行がすすむ
西三南東	みんなが協力するチームづくり、専門職以外も加わるチームづくり 入院患者さんからもう一度地域で生活したいと思わせることのできるチーム
西三南西	当事者に制度を知ってもらう→課題がみえる→誰にでも使える制度になるためのスタートとして
東三北部	「安心してください。チーム浅尾がいます。」The・アンシン
東三南部	その人にあたり前の支援ができる圏域

研修後のアンケートで今後の実践に役立てるかとの問いには、94名（愛知県分）中、とてもそう思う40名、どちらかというと思う41名と合わせて86%を占めた。地域で実践するうえでポイントになったことの記載を表9にまとめた。

表9 実践するうえでのポイント

まずは実践の取組みをはじめることからしていこうと地域に働きかけたいと思う。
やることの明確化（いつ、誰が、どこで）は分かりやすく、グループで共有化しやすいと思った。
知っている人どうしからはじめて仲間を増やす。
実際にどのように動いていけばいいか、具体的にイメージできた。
各機関の現状や思いが共有できたため、一歩すすめていけるのではないかと感じた。
顔が見える関係はできているので、各機関が主体的になることで、連携が深まり進めていけるのではないかと考えた。
強み、できることに目を向ける。お互いの状況を肯定的に受け止める。ともに意外と難しいことと思った。「地域が」「病院が」と言わずに1つずつお互いに“いち”社会資源として連携するスタートラインに立てればすすめると思う。
チームとして取り組む大切さの再認識・チームの団結・圏域内のチームづくりが大切
他地域の実情を知れて、取り組み方の参考になった。
ピアを活用していきたい

既存の会議の活用
自分だけ病院だけで奮闘せず、他の病院と連携したり、NPO法人と連携したり、行政に関わってもらったり、そうしたチームを作り上げてもいいんだということが知れただけでも大いに役立った。
情報が関係者（医療機関、利用者、利用者家族）に行きわたり理解が得られること。つながりが大事。まずやってみること。

#### 4 今後に向けて

改正精神保健福祉法が施行された平成26年をはさんで、平成25年度と平成27年度で研修参加者からだされた課題はほとんど変わらない。社会資源が不足しているとの課題に対して、県では障害福祉計画のもと地域の受け皿としてグループホームの整備が積極的に進められ、一定の成果があがっている。既設・新設を含め、現にあるグループホームのうち、実質的に精神障害者が利用できる施設がどの程度あるのかを把握し、計画に対する実績の評価が求められる。また、地域で生活するのに必要な社会資源として、グループホーム以外に何があるといいのか、何が不足しているのかも洗い出しをする必要があるであろう。

次に、相談支援体制の不足という課題に対して、国は相談支援の充実のために、計画相談（ケアマネジメント）や地域相談を個別給付として創設した。計画相談は、これまでは実績をあげることに追われてきたが、これからは質の向上を図る必要がある。地域相談は、制度の仕組みが複雑なこと、制度の周知が不十分なことなどから、行政・支援者が制度を知り、本人や家族、病院に情報を届けることから始めたい。

今回の研修で、関係者がそろわなかった圏域がある一方で、すでに10月のプレ研修で人材がそろい、圏域を単位とした話し合いができたところもあった。圏域により、関係者の意識や体制に違いがあり、今後は圏域の実情に合わせて取り組みがすすめられるような体制が求められる。

地域移行・地域定着支援を進めていくには、精神保健福祉のもと業務を行う関係者と総合支援法のもと業務を行う関係者の連携が重要であることから、県の関係部署（精神保健福祉を所管する部署と総合支援法を所管する部署）は連携は必須である。今後は県の連携をつなぐ場として、「チームNA」が県自立支援協議会の傘下に属する作業部会などに位置づけられることが望ましいと考える。

この2年間「チームNA」で研修企画・準備に取り組んできたが、民間の機関の方には旅費など自己負担で集まってくださった。あらためて、関係者の方々に感謝したい。

参考

精神障害者地域移行・地域定着支援推進研修（2月16日～17日）企画関係者名簿

No.	所属	役割/職名（職種）	氏名
1	一般社団法人 支援の三角点設置研究会	講師兼進行助言者	平良 幸司
2			有野 哲章
3			徳山 勝
4			遠藤 真史
5		進行助言者	中野 直哉
チーム NA			
1	愛知県精神保健福祉士協会 (医療法人八誠会 守山荘病院)	進行助言者	田野 慶太
2	愛知県相談支援専門員協会 (蒲郡市障がい者相談支援センター)	進行助言者	中川 学
3	日本精神科看護協会 愛知県支部 (桶狭間病院藤田こころケアセンター)	進行助言者	野中 英雄
4	名古屋市障害企画課 精神保健福祉係	主事	下村 洋平
5	名古屋市精神保健福祉センター 支援係	主事	森下 昌祐
6	愛知県障害福祉課 相談支援グループ	主査	亀山 千夏子
7	愛知県障害福祉課 こころの健康推進室精神保健グループ	主任主査	角田 玉青
8		主事	大野 美子
9	愛知県精神保健福祉センター 企画支援課	課長	佐々木 はるみ
10		課長補佐	大口 ひとみ
11		主任	新屋 一郎

#### IV SMARPP（依存症当事者回復プログラム）実施従事者の効果測定について

企画支援課 新屋一郎 伊東佑希子 小野寺望美 大口ひとみ 佐々木はるみ  
保健福祉課 安藤誠治 山下泰恵  
所長 藤城聡  
藤田保健衛生大学 医療科学部看護学科 准教授 近藤千春

##### 1 はじめに

SMARPP（依存症当事者回復プログラム）は薬物・アルコール依存症当事者（以下当事者）の回復のみならず、プログラム実施従事者の知識やスキルの向上及び当事者への理解と支援の意欲が深まり、治療態度が変化し治療効果に影響を与えるとの研究報告がある<sup>1)</sup>。

愛知県精神保健福祉センター（以下センターとする）では、平成26年より試行的にSMARPPを導入し、職員が輪番で実施、1年半が経過した。

本稿では、プログラム従事者及びプログラム従事者以外の県保健所相談担当職員に対し、2つの測定尺度を使用して効果測定を実施し、プログラムが従事者に与える影響を考察することとした。

##### 2 SMARPP（Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program）とは

SMARPPとは米国の覚せい剤依存症外来治療プログラムMatrix Modelを参考に開発された認知行動療法的内容のワークブックとマニュアルにもとづく依存症治療プログラムである。参考にされたMatrix Modelは米国西海岸を中心に広く実施されており、コカイン、覚せい剤などの中枢刺激薬依存を中心的な標的とする統合的外来治療プログラムで、アルコール、ヘロインの依存症者を対象とした従来の「底つき」モデルで治療脱落するコカイン・覚せい剤使用者に対しても対応できるよう開発された。直面化を避け、否認と戦わず、温かい雰囲気セッションなどが特徴で、外来治療継続率が高い。

平成26年度、依存症当事者回復支援事業を実施するにあたりワークブックは国立精神・神経医療研究センターの松本俊彦医師の助言のもと、1クール16回のSMARPP-16（認知行動療法）を導入した。

また、依存症当事者回復支援事業の実施と同時に愛知県版ワークブックを、SMARPPや回復支援プログラムを先行実施している他の精神保健福祉センターなどのワークブックをもとに作成し、「AIMARPP あいまーぷ」として平成27年1月より試行的に使用している。「危険ドラッグへの対応」などを追加しているのが特徴で、1クール12回となっている。

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



### 3 効果測定の実施概要

#### (1) 対象者

精神保健福祉センター職員（平成26年6月末まで SMARPP 未経験者）及び各保健所こころの健康推進グループ職員。なお、保健所の職員については、精神保健福祉センターの職員の効果測定の参考とするために実施した。

#### (2) 調査期間

平成26年7月1日から平成27年1月30日まで

#### (3) 調査票（調査に用いる使用測定尺度）

##### ア Drug and Drug problems Perception Questionnaire(DDPPQ)

（薬物問題を持つ患者に対する仕事をする際の医療従事者の態度を測定する尺度）

##### イ Alcohol and Alcohol problems Perception Questionnaire(AAPPQ)

（アルコール関連問題を持つ患者に対する仕事をする際の医療従事者の態度を測定する尺度）

#### ※ 測定尺度について

AAPPQは1980年に Cartwright らによって作成された、アルコール関連問題を持つ者に対する医療従事者の態度を測定する尺度で、日本語版は得点が高いほどアルコール関連問題を持つ者に対する医療従事者の態度がポジティブであることを示す。

DDPPQは2007年に Watson らによって AAPPQ をもとに作成された、薬物問題を持つ者に対する医療従事者の態度を測定する尺度で、日本語版は得点が高いほど薬物問題を持つ者に対する医療従事者の態度がポジティブであることを示す。

この2つの測定尺度は、いずれも東京大学大学院医学系研究科精神看護学分野の高野歩氏が日本語版を作成し、信頼性や妥当性について検証されたものである。今回の調査にあたり高野歩氏の承諾を得たうえで、調査票をアレンジすることなく使用した。

使用した尺度の質問項目を文末に掲載する。

#### (4) 調査方法

調査には無記名自記式調査票を用い、記入後の調査票は封をしたうえ、差出人欄は無記名で精神保健福祉センターに送付してもらった。

調査は同一の調査票により、SMARPPの導入前と、導入半年後の2回にわたり実施した。

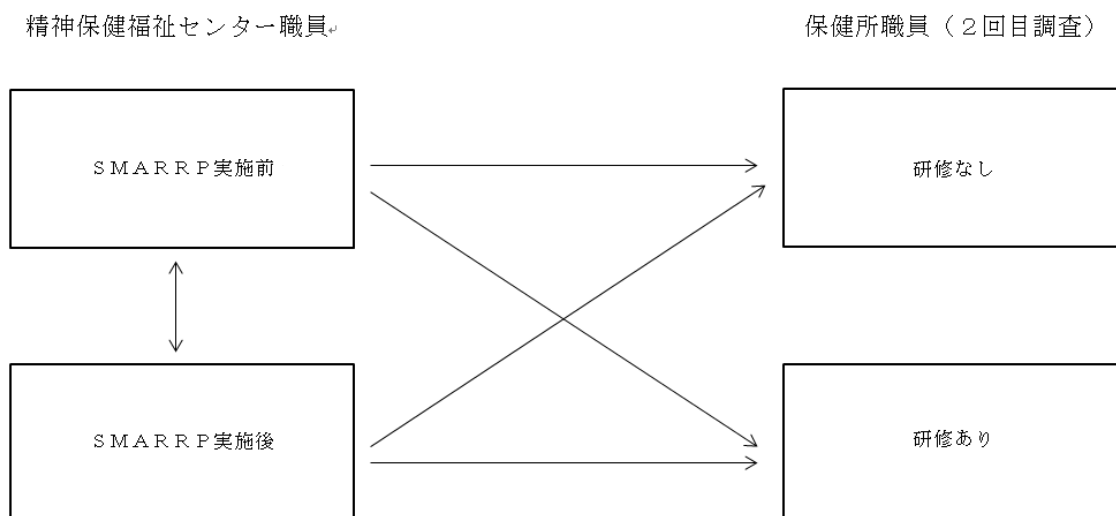
#### (5) その他

センター職員と同時期に測定した保健所職員の DDPPQ、AAPPQ は、1回目の対象者と2回目の対象者の対応が確認できないものが多いため、1回目と2回目の比較は行っていない。

### 4 結果

センター及び県保健所の56名に対し調査票を配布し、33名から回収することができた(59%)。このうち、欠損値を除いた29名を解析の対象とした。解析のイメージを図1に示す。

図 1.解析イメージ



半年間相談業務を経験したことにより、知識と技術が向上した可能性があると考え、保健所職員については、精神保健福祉センター職員のスマーブ導入後と近似したと思われる2回目を採用した。また、研修受講経験の有無によっても知識と技術に差があると考えられたため、比較の際に保健所職員を研修を受けた群と受けていない群に分けた。

(1) センター職員の SMARPP 導入前後の比較

センター職員 (8 名) の SMARPP 導入前と、導入半年後の DDPPQ (以下 DQ) と AAPPQ (以下 AQ) の各項目を比較し、Wilcoxon の符号付順位検定 (有意水準 5%) を行った結果、DDPPQ の以下の 5 項目に有意な偏りが認められた。2 群間の傾きを示す記号として、「<」もしくは、「>」を使用した。(A< : A が低い、A> : A が高い)

**【SMARPP 導入前後で有意な偏りのあった項目】**

DQ 7 薬物とその影響について、患者に適切にアドバイスできる。(P=.046)	実施前<実施後
DQ 8 必要な時は、患者に薬物使用について尋ねてよい。(P=.046)	実施前<実施後
DQ 14 薬物を使用していない人に対してと同じように、薬物使用者に対する仕事ができる。(P=.046)	実施前<実施後
※DQ 16 仕事で関わるそのほかの患者に比べて、薬物使用者を尊重できない。(P=.039)	実施前>実施後
※DQ 17 薬物使用者に対する仕事をする時に、しばしば不快な気持ちになる。(P=.024)	実施前>実施後
※注 DQ 16 及び DQ 17 は逆転項目 (逆転項目は得点が小さい方がポジティブ)	

なお、センター職員のセッションへの平均参加回数は 3.4 回であった。

(2) 保健所職員との比較

SMARPP 導入後半年 (2 回目調査) の保健所職員の DDPPQ および AAPPQ の値を基準にし、SMARPP 導入前後のセンター職員の DDPPQ および AAPPQ の値とを Wilcoxon 順位和検定 (有意水準 5%) により比較した。比較にあたっては、保健所職員を依存症の研修を受講したことがある者

(11名)と、受講したことがない者(10名)の2群に分け検定を実施した。

有意な偏りがみられた項目を以下に示した。2群間の傾きを示す記号として、「<」もしくは「>」を使用した。(A< : Aが低い、A> : Aが高い)

ア 研修を受講した保健所職員の群

①何らかの依存症の研修を受講したことがある保健所職員と、SMARPP導入前のセンターの職員とを比較した結果AAPPQの2項目(AQ-8,AQ-17)、DDPPQの1項目(DQ-16)に有意な偏りが認められた。(表1)

表1.研修受講者と導入前との比較

項目		P値	得点の偏り
AQ-8	飲酒やその影響について、患者に適切にアドバイスできる。	.021	センター<保健所
AQ-17	飲酒者に対する仕事がしたい。	.034	センター<保健所
DQ-16	仕事で関わるそのほかの患者に比べて、薬物使用者を尊重できない。※	.021	センター>保健所

※注 DQ-16 は逆転項目 (得点が小さい方がポジティブ)

②何らかの依存症の研修を受講したことがある保健所職員と、SMARPP導入後のセンターの職員とを比較した結果AAPPQの2項目(AQ-16,AQ-28)に有意な偏りが認められた。(表2)

表2.研修受講者と導入後の比較

項目		P値	得点の偏り
AQ-16	アルコール関連問題の原因やこの問題に対する対応に、関心がある。	.027	センター<保健所
AQ-28	一般的に、飲酒者に対する仕事から満足を得ることができる。	.034	センター<保健所

イ 研修の未受講の保健所職員の群

①依存症の研修を受けたことがない保健所職員と、SMARPP導入前のセンターの職員とを比較した結果AAPPQの1項目(AQ-18)、DDPPQの1項目(DQ-16)に有意な偏りが認められた。(表3)

表3.研修の未受講者と導入前との比較

項目		P値	得点の偏り
AQ-18	飲酒者に対して自分ができる最善のことは、ほかの機関や人に紹介することだ。※	.010	センター>保健所
DQ-16	仕事で関わるそのほかの患者に比べて、薬物使用者を尊重できない。※	.025	センター>保健所

※注 AQ-18,DQ-16 は逆転項目 (得点が小さい方がポジティブ)

②依存症の研修を受けたことがない保健所職員と、SMARPP導入後のセンターの職員とを比較した結果AAPPQの2項目(AQ-18、AQ-25)、DDPPQの5項目(DQ-5、DQ-6、DQ-10、DQ-11、DQ-16)に有意な偏りが認められた。(表4)

表 4.研修の未受講者と導入後との比較

項 目		P 値	得点の偏り
AQ-18	飲酒者に対して自分ができる最善のことは、ほかの機関や人に紹介することだ。※	.010	センター<保健所
AQ-25	飲酒者に対して、全くうまくかかわれないと感じる。※	.047	センター<保健所
DQ-5	薬物関連問題を生じさせるリスク因子について、自分の職務を果たすのに十分な知識がある。	.031	センター>保健所
DQ-6	薬物使用者に対して、長期にわたって相談にのり助言する方法を知っている。	.039	センター>保健所
DQ-10	薬物使用者と関わる中で必要と感じたなら、自分が困ったことについて何でも話し合える人を、容易に見つけることができる。	.007	センター>保健所
DQ-11	薬物使用者と関わる中で必要と感じたなら、専門職としての責務を明確にできるよ うに助けてくれる人を、容易に見つけることができる。	.039	センター>保健所
DQ-15	薬物使用者に対して、役立てないと感じてしまう。※	.031	センター<保健所

※注 AQ-18,AQ-25,DQ-15 は逆転項目（得点が小さい方がポジティブ）

## 5 考察

### (1) センター職員の SMARPP 導入による変化

SMARPP 導入前と導入後半年のセンター職員の DDPPQ を比較し、5項目で有意な偏りが認められたことで、センター職員の薬物依存症に対する知識やスキル、薬物依存症者に関わる際の態度がポジティブに変容したことが推察された。これは、医療従事者に対する高野<sup>1)</sup>の研究の結果とも矛盾がなく、スタッフの日常的な言動から感じ取られた変化の印象にも合致するものであった。

この変化には、SMARPP に参加することで、職員がワークブックの学習的側面やセッション中の薬物依存症者の発言から学んだこともあるが、SMARPP 実施に当たり協力を仰いでいるダルク職員との交流が深まったことや、薬物依存症者が毎週センターを訪れ、SMARPP に参加することで、センター職員が薬物依存症者と接することが日常的になったというセンターの環境の変化も大きいと考えられる。

### (2) 保健所職員との比較

#### ア 依存症の研修を受講した保健所職員との比較

SMARPP 導入前のセンターの職員の AAPPQ の2項目 (AQ8、AQ17.)、DDPPQ 1項目 (DQ16) は、依存症の研修を受けたことのある保健所職員よりネガティブな偏りがみられていた。保健所の職員の中には、依存症者への相談業務を行っている者も含まれており、研修や日常の相談業務によって、依存症者の支援に関する知識やスキルを身に付けている者が複数いると思われる。これにより、これまで依存症の支援に関わったことがない SMARPP 導入前のセンター職員との間でこれら 3項目に有意な偏りがみられたことが推察される。ところが、SMARPP 導入後にはいずれの項目にも有意な偏りがなくなっており、SMARPP を実施することによって、センター職員の依存症者への支援に必要な知識や態度が向上していくことが推測される。

一方、SMARPP 導入後に AAPPQ の 2 項目 (AQ16、AQ28) が、保健所職員よりネガティブな傾向であったことについては、アルコール依存症の対象者が少なかったうえに、その対象者も途中で参加できなくなったことにより、職員の支援することへの満足感が得られなかったことなどが考えられる。

#### イ 依存症の研修を受講していない保健所職員との比較

SMARPP 導入前のセンターの職員の AAPPQ の 1 項目 (AQ18) と DDPPQ の 1 項目 (DQ16) は、保健所職員よりネガティブな偏りがみられていた。ところが、SMARPP 導入後には偏りはなくなり、改善傾向がうかがえた。さらには、スマープ導入後には AAPPQ の 2 項目 (AQ18 と AQ25)、DDPPQ の 5 項目 (DQ5、DQ6、DQ10、DQ11、DQ15) も、保健所職員よりもセンターの職員の方にポジティブな偏りがみられていた。これらのことから、SMARPP の導入は、今まで援助者として薬物依存症者にかかわったことがない職員であっても、薬物依存症者への支援に必要な知識やスキル、態度等の習得が期待できるものであることが示唆されていると考える。

## 6 結論

愛知県精神保健福祉センターにおける SMARPP 導入前と半年後にセンター職員に対して、DDPPQ 及び AAPPQ を実施したところ、DDPPQ において 5 項目に、有意な偏りが認められ、センター職員の薬物依存症に対する知識やスキル、薬物依存症者に関わる際の態度及びアルコール依存症に対する知識とスキルがポジティブな方向に変容したことが推察された。

- 1) 高野歩：認知行動療法プログラムを実施する医療従事者における効果の検証、ならびに患者や仕事に対する態度の変化の検証。厚生労働科学研究費補助金 薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究 (研究代表者 松本俊彦) 平成 22 年度～平成 24 年度総合研究報告書,PP137-152, 2013

## DDPPQ(Drug and Drug problems Perception Questionnaire)

以下の各質問に対して、「1. まったくそう思わない」～「7. とてもそう思う」の7段階で回答をしてもらった。

- 1 薬物や薬物関連問題に関する仕事上の知識がある。
- 2 薬物関連問題の原因について、自分の職務を果たすのに十分な知識がある。
- 3 薬物使用が及ぼす身体的な影響について、自分の職務を果たすのに十分な知識がある。
- 4 薬物使用が及ぼす心理的な影響について、自分の職務を果たすのに十分な知識がある。
- 5 薬物関連問題を生じさせるリスク因子について、自分の職務を果たすのに十分な知識がある。
- 6 薬物使用者に対して、長期にわたって相談にのり、助言する方法を知っている。
- 7 薬物とその影響について、患者に適切にアドバイスできる。
- 8 必要な時は、患者に薬物使用について尋ねてよい。
- 9 薬物関連問題に関するどのような情報でも、患者に尋ねてよい。
- 10 薬物使用者と関わる中で必要と感じたなら、自分が困ったことについて何でも話し合える人を、容易に見つけることができる。
- 11 薬物使用者と関わる中で必要と感じたなら、専門職としての責務を明確にできるように助けてくれる人を、容易に見つけることができる。
- 12 薬物使用者と関わる中で必要と感じたなら、薬物使用者への最善の関わり方を考えるのを助けてくれる人を、容易に見つけることができる。
- ※13 薬物使用者に自分が援助できることはほとんどない。
- 14 薬物を使用していない人に対してと同じように、薬物使用者に対する仕事ができる。
- ※15 薬物使用者に対して、役立てないと感じてしまう。
- ※16 仕事で関わるそのほかの患者に比べて、薬物使用者を尊重できない。
- ※17 薬物使用者に対する仕事をする時に、しばしば不快な気持ちになる。
- 18 一般的に、薬物使用者に対する仕事から満足を得ることができる。
- 19 一般的に、薬物使用者に対する仕事は働きがいがある。
- 20 薬物使用者のことを理解できる。

※は逆転項目

## AAPPQ(Alcohol and Alcohol problems Perception Questionnaire)

以下の各質問に対して、「1. まったくそう思わない」～「7. とてもそう思う」の7段階で回答をしてもらった。

- 1 アルコールやアルコール関連問題に関する仕事上の知識がある。
- 2 飲酒問題の原因について、自分の職務を果たすのに十分な知識がある。
- 3 アルコール依存症について、自分の職務を果たすのに十分な知識がある。
- 4 アルコールが及ぼす身体的な影響について、自分の職務を果たすのに十分な知識がある。
- 5 アルコールが及ぼす心理的な影響について、自分の職務を果たすのに十分な知識がある。
- 6 飲酒問題を生じさせるリスク因子について、自分の職務を果たすのに十分な知識がある。
- 7 飲酒者に対して、長期にわたって相談にのり助言する方法を知っている。
- 8 飲酒やその影響について、患者に適切にアドバイスできる。
- 9 飲酒者を援助する責務をしっかりと認識している。
- 10 必要な時は、患者に飲酒について尋ねてよい。
- 11 必要な時は、飲酒について尋ねてよいと患者は考えている。
- 12 アルコール関連問題に関するどのような情報でも、患者に尋ねてよい。
- 13 飲酒者と関わる中で必要と感じたなら、自分が困ったことについて何でも話し合える人を、容易に見つけることができる。
- 14 飲酒者と関わる中で必要と感じたなら、専門職としての責務を明確にできるように助けてくれる人を、容易に見つけることができる。
- 15 隠喩者と関わる中で必要と感じたなら、飲酒者への最善の関わり方を考えるのを助けてくれる人を、容易に見つけることができる。
- 16 アルコール関連問題の原因やこの問題に対する対応に、関心がある。
- 17 飲酒者に対する仕事がしたい。
- ※18 飲酒者に対して自分ができる最善のことは、ほかの機関や人に紹介することだ。
- ※19 飲酒者に自分が援助できることはほとんどない。
- ※20 飲酒者に対する態度として、一番ありがたいのは、悲観的になることだ。
- 21 それほど飲酒しない人に対してと同じように、飲酒者に対する仕事ができる。
- ※22 飲酒者に対して、役立てないと感じてしまう。
- 23 飲酒者に対する自分の仕事を、もっと重視したい。
- ※24 飲酒者に対する仕事をしている時に、誇りに思えることはあまりない。
- ※25 飲酒者に対して、全くうまくかかわれないと感じる。
- 26 飲酒者に対する自分の仕事のやり方に、満足している。
- ※27 飲酒者に対する仕事をする時に、しばしば不快な気持ちになる。
- 28 一般的に、飲酒者に対する仕事から満足を得ることができる。
- 29 一般的に、飲酒者に対する仕事は働きがいがある。

30 飲酒者のことを理解できる。

31 飲酒者に好感を持っている。

※は逆転項目



# 資料編

630調査愛知県分抜粋(名古屋市分含む)

精神科病院数

各年6月30日現在

H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25
55	54	54	53	53	53	51	51	52	52

精神科病床数

各年6月30日現在

H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25
13,731	13,626	13,401	13,224	13,293	13,270	12,848	12,892	12,678	12,636

疾患別在院患者数

各年6月30日現在

		H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25
器質性 精神障 害	アルツハイマー型 認知症	242	306	307	361	360	383	395	423	490	566
	血管性認知症	307	267	227	208	204	218	178	175	197	136
	その他	589	604	571	547	630	593	735	774	751	751
精神作 用物質 による精 神及び 行動の 障害	アルコール	668	661	736	807	774	772	702	655	611	569
	覚せい剤	33	56	57	58	59	59	58	65	68	41
	上記以外	48	99	139	50	65	79	47	50	37	45
統合失調症及び妄想性障害		8,643	8,579	8,281	8,124	8,040	8,053	7,639	7,687	7,498	7,504
気分(感情)障害		1,019	993	1,035	1,031	1,026	1,082	1,112	1,160	1,037	1,111
神経症性障害、ストレス関連障害		217	196	236	231	251	229	207	238	245	220
生理的障害及び身体的要因に 関連した行動症候群		9	17	20	36	32	32	39	32	28	25
成人のパーソナリティ及び行動 の障害		103	98	95	76	98	82	72	60	81	55
精神遅滞(知的障害)		460	434	389	383	365	376	360	179	173	185
心理的発達の障害		27	38	34	16	28	26	25	39	47	54
小児期及び青年期に発症す る行動の障害及び情緒の障 害及び特定不能の精神障害		12	32	19	7	7	16	9	12	18	20
てんかん		239	197	172	166	135	112	97	85	67	76
その他		137	83	97	163	186	123	119	131	115	119
合 計		12,753	12,660	12,415	12,264	12,260	12,235	11,794	11,765	11,463	11,391

入院形態別在院患者数

各年6月30日現在

	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25
措置入院患者数	115	96	92	89	82	86	78	75	70	54
医療保護入院患者数	4,014	4,140	3,960	3,969	4,082	4,115	4,092	4,240	4,156	3,233
任意入院患者数	8,444	8,247	8,161	8,003	7,890	7,834	7,426	7,415	7,206	7,066

前年6月入院患者の入院形態別

	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25
措置入院	6	6	6	5	6	5	6	7	8	9
医療保護入院	308	357	403	394	421	425	438	477	446	448
任意入院	727	779	822	810	854	893	871	920	821	837
その他の入院	5	8	6	5	7	14	9	10	20	19

前年6月入院患者の年齢別

	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25
20歳未満	39	34	38	46	36	36	46	50	49	41
20歳～40歳未満	325	371	412	392	407	437	370	405	353	348
40歳～65歳未満	452	474	504	487	541	526	579	577	483	562
65歳～75歳未満	134	142	159	162	170	177	180	198	204	168
75歳以上	96	129	124	127	134	161	149	184	206	194

前年6月入院患者のその後1年の退院先別

	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25
家庭復帰	737	864	915	871	948	976	994	1,062	934	973
グループホーム、社会復帰施設等	41	55	50	53	70	79	62	78	99	84
転院・院内転科	105	109	106	90	106	106	103	111	102	99
死亡	4	4	19	30	22	27	25	27	38	25

各年6月退院患者数(在院期間別)

	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25
3ヶ月未満	995	1,010	1,004	818	829	865	841	870	861	905
3ヶ月～1年未満				224	274	316	271	282	341	261
1年～5年未満	90	87	113	101	103	97	96	102	88	79
5年～10年未満	22	33	26	33	27	28	22	19	23	30
10年～20年未満	10	14	15	19	22	19	15	24	19	8
20年以上	11	14	23	10	14	20	8	12	6	11
合計	1,128	1,158	1,181	1,205	1,269	1,345	1,253	1,309	1,338	1,294

各年6月退院患者数(退院先別)

	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25
家庭復帰	847	869	864	862	956	1,019	947	977	1,004	950
グループホーム・施設等	55	63	86	38	51	55	42	51	58	43
高齢者福祉施設	—	—	—	61	51	47	51	58	58	74
転院・院内転科	190	172	185	185	163	169	143	143	149	161
死亡	36	54	46	39	46	51	45	56	53	53
その他	—	—	—	20	2	4	25	24	16	13
合計	1,128	1,158	1,181	1,205	1,269	1,345	1,253	1,309	1,338	1,294

精神科診療所の外来受診患者数(各年6月30日)

	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25
主たる病名が法第5条の「精神障害者」である者	3,494	4,008	4,539	4,785	5,513	5,767	5,211	5,833	8,068	5,915
「精神障害者」以外の者	1,522	1,218	1,579	1,869	1,697	2,500	1,466	1,317	1,585	1,813

精神科診療所の各年6月1ヶ月間の診療状況

	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25
外来受診患者数										
実人員	—	—	—	93,985	93,387	95,194	92,851	98,252	100,505	113,755
延べ人数	107,568	114,848	131,009	156,864	155,851	162,097	156,681	160,008	164,230	183,761
訪問診療										
実人員	—	—	—	—	12	8	35	77	123	123
延べ人数	—	—	—	—	20	8	71	120	218	200
往診										
実人員	83	524	89	295	70	126	150	61	19	73
延べ人数	205	776	133	429	105	186	292	112	25	117
訪問看護										
実人員	13	37	49	51	103	64	91	79	90	114
延べ人数	17	100	122	135	235	122	169	154	140	179

精神科デイ・ケア等の利用患者数(各年6月30日あるいは直前のサービス実施日)

	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25
20歳未満	40	41	49	39	43	86	52	47	50	45
20歳～40歳未満	269	675	734	710	716	731	729	767	616	526
40歳～65歳未満	160	924	937	988	1,068	1,125	1,203	1,282	1,234	893
65歳～75歳未満	10	103	128	114	164	166	193	197	198	225
75歳以上	4	9	23	12	19	21	23	22	21	33
合計	421	1,752	1,871	1,863	2,010	2,129	2,200	2,315	2,119	2,142

精神保健福祉法各種届出件数(平成25年度・26年度)

保健所		医療保護 入院届 法33条1項	医療保護 入院届 法33条2項	医療保護 入院届 法33条3項	応急入院届 法第33条4	措置入院者数
一宮	H25年度	592	175		-	3
	H26年度	576		20	-	3
瀬戸	H25年度	749	214		46	4
	H26年度	882		28	33	4
春日井	H25年度	288	39		-	5
	H26年度	298		2	-	8
江南	H25年度	168	64		-	1
	H26年度	161		3	-	4
清須	H25年度	-	-		-	1
	H26年度	-		-	-	2
津島	H25年度	118	37		-	4
	H26年度	142		6	-	5
半田	H25年度	207	75		-	6
	H26年度	186		4	1	7
知多	H25年度	183	54		32	2
	H26年度	264		6	16	7
衣浦東部	H25年度	330	93		40	5
	H26年度	347		17	27	12
西尾	H25年度	286	90		65	9
	H26年度	391		24	48	2
新城	H25年度	-	-		-	1
	H26年度	-		-	-	3
豊川	H25年度	133	43		-	2
	H26年度	100		4	-	4
豊橋市	H25年度	466	145		4	3
	H26年度	488		25	2	5
豊田市	H25年度	405	126		3	6
	H26年度	439		5	12	9
岡崎市	H25年度	43	23		-	1
	H26年度	43		-	-	3
計	H25年度	3,968	1,178		190	53
	H26年度	4,317		144	139	78

扶養義務者の同意 市町村長同意

保健所別申請・通報届出状況

保健所	各年度内受理										診察不要										要措置										措置不要									
	22年	23年	24年	25年	26年	26年の1/1	26年の2	26年の3/1	26年の2	計	22年	23年	24年	25年	26年	26年の2	計	22年	23年	24年	25年	26年	26年の1/1	26年の2	計	22年	23年	24年	25年	26年	26年の1/1	26年の2	計							
一宮	19	1	28	7	4	-	-	-	40	25	3	-	31	-	3	-	31	2	2	-	2	1	-	-	2	1	-	-	1	-	-	2								
	21	1	30	7	6	-	-	-	44	26	6	-	39	5	5	-	39	2	1	-	2	1	-	-	5	1	-	-	-	-	1									
	24	1	32	4	-	9	-	-	46	28	1	-	41	8	8	-	41	4	4	-	4	4	-	-	9	1	-	-	-	-	1									
	25	1	53	3	11	-	-	-	68	1	51	1	-	65	12	12	-	65	1	2	-	2	1	-	-	3	1	-	-	-	1									
	26	-	85	5	10	-	-	-	100	-	79	5	-	93	-	9	-	93	-	3	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-								
	19	-	10	-	4	-	-	-	14	10	-	-	-	13	3	3	-	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-								
瀬戸	21	-	4	-	8	-	-	12	4	-	-	-	8	8	8	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
	24	-	34	2	4	-	-	40	32	1	-	4	37	2	2	-	37	2	1	-	2	1	-	-	3	1	-	-	-	-	-									
	25	-	20	7	7	-	-	-	34	19	4	-	7	34	7	7	-	34	-	1	3	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-								
	26	-	36	3	6	-	-	-	45	29	3	-	6	38	6	6	-	38	4	4	-	4	2	-	-	2	-	-	-	-	-	-								
	19	-	16	4	5	-	-	-	25	17	2	-	5	24	5	5	-	24	2	2	-	2	2	-	-	2	-	-	-	-	-	-								
	21	-	15	2	-	17	-	-	12	17	-	-	-	12	-	-	-	12	2	2	-	2	1	-	-	3	1	-	-	-	-	-								
春日井	24	-	39	5	4	-	-	48	38	2	-	4	44	4	4	-	44	2	1	-	2	1	-	-	3	1	-	-	-	-	-									
	25	-	47	5	8	-	-	60	46	2	-	7	55	7	7	-	55	1	3	-	3	1	-	-	5	1	-	-	-	-	-	-								
	26	1	29	9	14	-	-	-	52	24	4	-	14	42	-	14	-	42	-	3	5	-	-	-	8	1	-	-	-	-	-	-	-							
	19	-	18	1	2	-	-	21	18	-	-	-	21	18	-	-	-	18	-	1	1	-	-	2	-	3	-	-	-	-	-	-	-							
	21	-	8	2	-	2	-	-	12	8	1	-	1	10	1	1	-	10	-	-	-	-	-	2	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-						
	25	-	5	1	2	24	-	-	8	5	-	-	2	7	2	2	-	7	-	1	1	-	-	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-						
江南	25	-	8	-	5	-	-	13	8	-	-	-	13	5	5	-	13	7	7	-	7	1	-	-	12	1	-	-	-	-	-	-	-							
	26	-	34	2	4	-	-	40	30	1	-	4	35	4	4	-	35	4	4	-	4	4	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-							
	19	-	5	-	1	-	-	6	4	-	-	-	5	4	4	-	4	-	1	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
	21	-	4	1	-	4	-	-	5	4	1	-	-	5	-	-	-	5	-	4	1	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-						
	24	-	12	2	1	-	-	15	12	1	-	-	1	17	1	1	-	17	-	1	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
	25	-	13	2	5	-	-	20	13	1	-	-	5	20	1	1	-	20	-	1	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
清須	26	-	12	3	-	-	-	18	11	1	-	3	15	3	3	-	15	1	1	-	1	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
	19	-	11	1	2	-	-	14	9	1	-	2	12	2	2	-	12	-	1	1	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
	21	-	8	1	-	2	-	-	11	8	-	-	1	14	1	1	-	14	-	1	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
	24	2	27	1	4	-	-	34	2	24	2	-	4	30	4	4	-	30	5	1	-	5	1	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
	25	1	45	3	8	-	-	57	1	39	2	-	8	50	-	8	-	50	-	3	1	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
	26	1	32	5	9	-	-	47	1	27	4	-	9	41	5	5	-	41	5	5	-	5	1	-	-	5	1	-	-	-	-	-	-	-	-					
半田	19	-	11	3	-	-	-	15	8	-	-	-	8	-	-	-	8	-	2	3	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
	21	-	8	1	-	2	-	12	6	-	-	-	6	-	-	-	6	-	1	1	-	-	1	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
	24	1	6	2	-	6	-	-	15	1	5	-	5	12	5	5	-	12	2	1	-	2	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
	25	-	12	1	-	5	-	-	19	5	1	-	5	11	5	5	-	11	5	1	-	5	1	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	26	1	17	1	-	6	-	-	25	7	-	-	6	13	6	6	-	13	7	1	-	7	1	-	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	19	-	8	1	1	1	-	-	11	5	-	-	5	10	1	1	-	10	-	5	1	-	-	6	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
知多	21	1	8	-	1	2	-	12	6	-	-	2	16	2	2	-	16	6	1	-	4	1	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
	24	-	5	4	-	2	-	11	4	1	-	2	12	4	4	-	12	-	3	1	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	25	1	9	-	6	-	-	16	8	-	-	-	8	13	6	6	-	13	1	2	-	2	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	26	2	12	2	6	1	-	23	1	9	-	-	5	13	1	1	-	13	1	2	2	2	2	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
	19	3	16	3	55	-	-	77	1	11	1	-	54	67	2	2	-	67	2	4	2	4	2	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	21	-	41	-	68	-	-	110	-	36	-	-	65	101	-	8	-	101	-	5	2	-	-	3	-	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
衣浦東部	24	2	66	12	102	-	-	182	53	4	-	99	182	2	2	-	182	2	11	7	7	3	-	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
	25	2	76	7	114	-	-	199	2	64	6	-	113	185	1	1	-	185	1	1	-	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	26	3	77	10	106	-	-	196	-	59	6	-	98	163	3	3	-	163	3	13	3	3	2	-	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	19	-	25	3	58	1	-	87	-	27	1	-	50	78	-	78	-	78	-	2	1	-	-	4	-	5	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	21	-	39	1	97	-	-	157	-	58	1	-	77	136	1	1	-	136	-	1	2	-	-	12	-	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	24	-	30	7	75	-	-	112	-	24	2	-	54	80	2	2	-	80	-	5	4	-	-	8	-	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
西尾	25	-	30	2	72	-	-	104	26	1	-	59	86	-	86	-	86	-	2	1	-	-	8	-	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	26	1	21	1	61	-	-	84	1	16	1	-	70	88	-	88	-	4	1	-	4	1	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	19	1	4	1	-	-	-	6	6	-	-	-	6	11	4	4	-	11	-	1	1	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	21	-	2	-	1	-	-	3	3	-	-	-	1	6	-	6	-	6	-	5	1	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
	24	-	5	1	-	1	-	7	6	-	5	-	-	11	-	11	-	11	-	6	1	-	-	6	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
	25	-	9	1	-	-	-	10	-	8	1	-	-	9	-	9	-	9	-	8	1	-	-	2	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
豊川	19	5	30	11	4	-	-	50	3	30	8	-	44	1	1	-	44	1	2	3	3	1	-	1	-	5	1	-	-	-	-	-	-	-	-					
	21	4	24	6	12	-	-	46	2	24	3	-	11	40	1	1	-	40	1	2	3	1	-	1	-	7	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	24	1	27	9	10	-	-	47	-	21	6	-	10	37	-	37	-	4	2	-	4	2	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
	25	-	38	9	13	-	-	58	1	36	9	-	13	59	1	1	-	59	1	3	5	5	-	2	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
	26	2	28	8	20	-	-	58	1	22	4	-	19	46																										

精神保健福祉愛知

2015

発行・編集 2016年7月

愛知県精神保健福祉センター

名古屋市中区三の丸3-2-1

TEL 052-962-5377

