

精神保健福祉愛知

2016

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

平成28年度は、精神保健福祉に大きなインパクトがある出来事がつづいた年度だった。まず熊本地震が起こった。全国からD P A Tが熊本に派遣され、活動した。全国規模でのD P A Tの活動ははじめてであり、病院支援もはじめてであった。特に転院支援は早くから脚光を浴び、災害医療関係者や市民に対するD P A Tの認知度は高まったが、同時に運営に関しては様々な課題も浮かび上がった。

相模原市の障害者施設における殺傷事件は精神保健福祉法改正の流れを一変させた。今回の改正案においては、措置入院者の退院後支援が大きく打ち出されており、精神障がい者の監視の強化につながるという批判も強い。改正案に新たに加えられた第2条には、「精神障害者に対する医療は病状の改善など精神的健康の保持増進が目的であり、精神障害者の人権を尊重し、地域移行の促進に十分配慮すべき」と謳われている。これを空文としないためには、措置入院か否かにかかわらず、精神障がい者の人権と福利を最優先とする地域精神保健福祉活動を実践することが必要不可欠である。特に精神保健福祉センターに求められている役割は、相談指導を実施し支援全体を調整する保健所等に対する支援を通じて、地域に暮らす精神障がい者の権利擁護を行い、その健康と福祉の向上に資することである。

さらに、I R法が可決され、ギャンブル依存等依存症対策に注目が集まった。厚労省はアルコール・薬物・ギャンブル等の依存症の相談拠点を精神保健福祉センター等に置くことを考えており、センターには依存症対策へのより一層の関与が求められている。愛知県精神保健福祉センターでは平成26年度より、依存症当事者への回復プログラムを実施している。薬物、アルコール、ギャンブルの問題を抱えた当事者を対象としてきたが、28年度は刑の一部執行猶予制度の施行に伴い、保護観察所から当センターのプログラムにつながるが増えたこともあり、最近のグループ参加者は薬物依存症者がほとんどである。当センターは、刑の一部執行猶予をにらんでプログラムを導入したという経緯があり、当初の目的に合った流れになってはいるが、今後センターに期待されている役割を考えた場合、アルコール依存症とギャンブル依存症への対応が課題となっている。

このところL G B Tについての記事や放送がよく見られるようになった。ソーシャルインクルージョンやダイバーシティといった言葉も新聞紙面で見かけるようになり、遅まきながら社会的マイノリティへの理解が進むかに見える。しかし、相模原市の事件や、事件に対する一部のインターネット上での反応を見ると、その背景には社会的に異質なものを排除しようとする意識が存在するようである。また最近の欧米の状況をもみても排外主義が席卷している。精神保健福祉センターは、マイノリティである精神障がい者の人権と利益をその業務の中心に置く機関である。身体障がい者、知的障がい者、性的マイノリティ、外国人、その他さまざまなマイノリティの側に、われわれの身を置くのでなければ、われわれは真の意味において精神障がい者の側にも立てないと考えている。排除の論理に基づくのではなく、多様性を最大限に尊重するという立場で、日々の業務に当たっていききたい。

目次

はじめに

精神保健福祉センター所長 藤城 聡

I 精神保健福祉法改正後の精神医療審査会における審査状況・・・・・・・・・・ 1
管理課 梶田英之（精神医療審査会事務局）

II 熊本地震と愛知県D P A Tについて・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4
企画支援課
大口ひとみ 佐々木はるみ 小野寺望美 原直人 中村恵美子

III ひきこもり面接相談事例の分析について
—相談の転帰からみた相談の現状と支援における課題について—・・・・・・ 19
保健福祉課
山下泰恵 水野貴美子 田中恵美 野崎由美子 澤田なぎさ 桑山陽子 後藤孝一
愛知淑徳大学 諏訪真美

資料編

I 精神保健福祉法改正後の精神医療審査会における審査状況

管理課 梶田英之（精神医療審査会事務局）

1 はじめに

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「精神保健福祉法」）が、「精神障害者の地域生活への移行を促進するため、入院医療から地域生活を支える精神医療への転換を目指す」という理念のもと、平成25年6月19日に改正され、翌26年4月1日に施行された。

この改正により精神医療審査会の審査状況にも少なからず影響が生じている。

2 精神保健福祉法の主な改正内容

（1）精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定

「入院医療から地域生活を支える精神医療への転換」という理念のもと、精神科医療の目指す方向性としての指針が策定された。

この指針においては「人材と財源の再配分による精神科病床の機能分化」「地域と医療の連携」「訪問支援の強化」等の施策により早期の退院支援を目指すことが強調されている。

（2）保護者制度の廃止

今回の法改正において最も重要な変更点である。

従来の法制度における保護者においては、「患者への監督義務」、「財産保護等の義務」が課せられていたが、今回の改正により保護者制度が廃止されたことに伴い、こうした義務が一切なくなっている。

但し医療保護入院の同意者としての「家族等」が新たに規定されたが、この家族等は退院請求権を除き、一切の権利義務が伴わないという点で従来の保護者とは大きく異なっている。

（3）医療保護入院の見直し

「入院の際の要件の緩和」が行われた。

具体的には家族等（「配偶者」、「親権を行う者」、「扶養義務者」）及び「後見人又は保佐人」のうち誰か一人の同意があれば医療保護入院が可能になっている。又この改正とバランスを取るために、精神科病院の管理者に「医療保護入院者の退院促進措置を取る」ことが新たな責務として課せられている。

この退院促進措置を具体的に列挙すると、

- ・退院後生活環境相談員の選任
- ・地域援助事業者との連携
- ・退院支援委員会の開催

である。

(4) 精神医療審査会に関する見直し

従来の規定では審査会の委員として「精神保健指定医」、「法律に関する学識経験者」に加え、「その他の学識経験者」と規定されていたが、この部分が「精神障害者の保健又は福祉に関し学識経験を有する者」と変更された。

又従来退院請求権者が本人及び保護者とされていたが、これが「本人及び家族等」と規定され、請求権者の範囲が広がった。

3 改正による審査会の審査状況への影響

平成26年4月1日の改正以降大幅に増加したのが、退院請求等の審査件数である。

「表1 精神医療審査会における審査件数」で見ると平成25年度では45件／年であったのが平成26年度で72件／年となり、翌平成27年度には更に増加し83件／年となり、平成28年度も73件と高い水準で推移した。

退院請求の増加の要因としては、本改正において患者の人権擁護の推進の視点から新たに必置となった「医療保護入院者退院支援委員会」及び「退院後生活環境相談員」の活動等により、「入院患者に、早い時点から退院への意識が形成される」状況があるのではないかと考えられる。

各審査会においては、退院等の請求について1件当たり概ね20分程度の審査時間を要するため、このように退院請求数が増えてくれば、当然審査時間は長くなる。加えて26年度から医療保護入院者の入院届に「入院診療計画書の写し」、医療保護入院者の定期病状報告書に「直近に開催した退院支援委員会議事録の写し」の添付が義務づけられ、審査の種類が増すことにより、書類審査1件当たりの所要審査時間も長くなっている。

このような要因により、各審査会1回当たりの平均審査時間については、平成25年度では1時間58分であったのが平成26年度には2時間25分、更に翌平成27年度では2時間44分となっている。

こうして審査委員に過重な負担をかけているにもかかわらず、書類審査の遅延が長く続く状況であったため、従前の4合議体×年8回の年32回の審査会の体制を見直す必要が生じた。

そのため、平成27年度後半に新たに第5合議体を発足させ、審査会機能の強化を行った。ちなみに平成27年度については4合議体×年8回の32回に加えて、第5合議体を1月と3月の2回開催し、計34回開催した。平成28年度からは5合議体×年7回の年35回に臨時開催の1回を加えた年36回の開催数とした。

こうした開催数の増加により一時期かなりの遅延が生じていた書類審査だが、現在ほぼ遅延のない状態となっている。

今後も状況を見ながら、必要に応じて精神医療審査会の開催数の増加等を検討していく必要があると考えている。

表1 精神医療審査会における審査件数（平成23年度から平成28年度まで）

年 度		23	24	25	26	27	28
開 催 回 数		32	32	32	32	34	36
審 査 件 数	医療保護入院届	3,740	3,780	4,036	3,952	4,728	4,995
	措置入院者定期病状報告書	79	68	63	55	86	79
	医療保護入院者定期病状報告書	1,606	1,622	1,584	1,480	1,583	1,549
	退院等の請求	52	49	45	72	83	73
計		5,477	5,519	5,728	5,559	6,480	6,696
審査会1回当たりの平均審査件数		171.2	172.5	179.0	173.7	190.6	186.0
審査会1回当たりの平均所要時間		1時間 41分	2時間 6分	1時間 58分	2時間 25分	2時間 44分	2時間 48分
退院等請求における請求受理から結果通知までの平均処理日数		34.0日	31.1日	26.1日	38.3日	31.2日	27.8日

II 熊本地震と愛知県DPATについて

企画支援課 大口ひとみ 佐々木はるみ 小野寺望美 原直人 中村恵美子

1 はじめに

これまで、広島の中豪雨による土砂災害、御嶽山噴火による火山被害、関東・東北豪雨には、被災地のDPATがそれぞれ支援活動をしてきたが、今回の熊本地震では初めて全国的に派遣要請が出された。

DPATについては、平成25年度から厚生労働省の委託でDPAT事務局が設立され、DPATの体制整備や活動マニュアル作成等を含め、DPAT養成のため統括者や先遣隊を対象にした研修や様々な訓練の場への参加をすすめている中で、愛知県も平成26年度から研修参加や、統括者・先遣隊の登録等をすすめてきており、今回の熊本地震への派遣となった。この派遣での課題やその後の研修等の取り組み等を振り返ることで、今後のDPAT体制整備への一助とする。

2 DPATとは

自然災害や航空機・列車事故、犯罪事件などの大規模災害等の後に被災者及び支援者に対して、被災地域の都道府県の派遣要請により被災地域に入り、精神科医療及び精神保健活動の支援を行うための専門的な精神医療チームのことをDPAT (Disaster Psychiatric Assistance) という。

災害医療体制の中の位置づけやフェイズごとの連携体制は図1、図2が示す通り。

図1 災害医療体制の中のDPAT

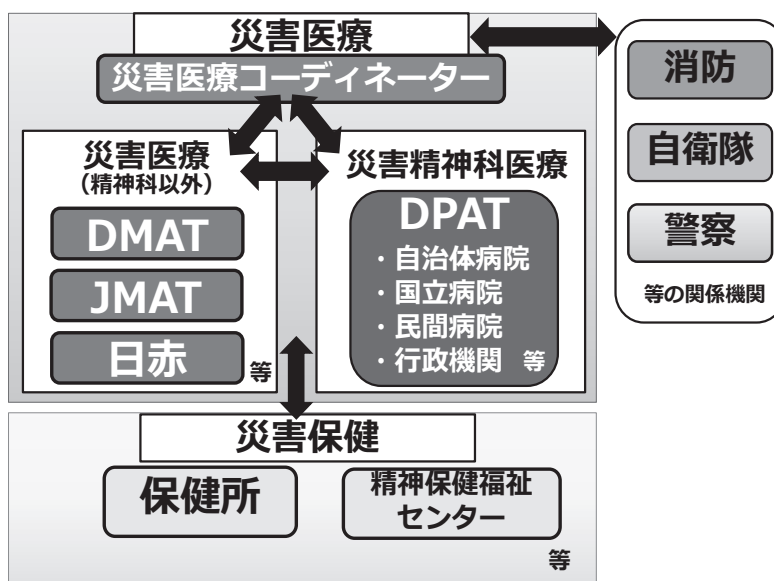
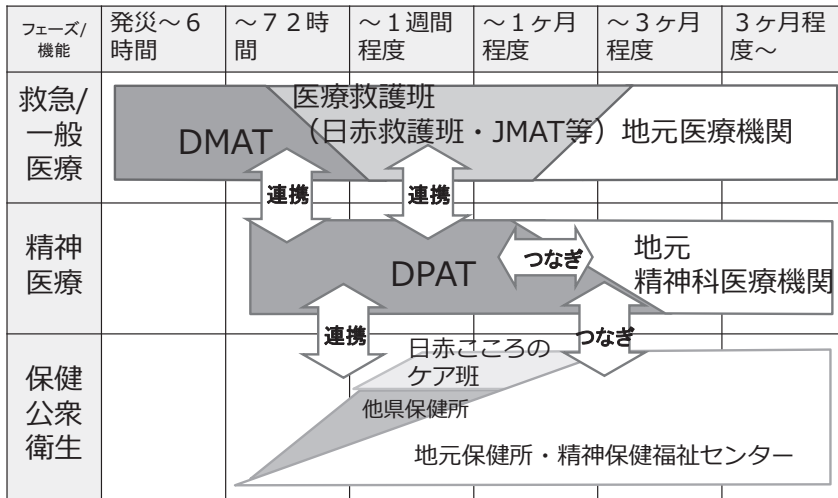


図2 フェイズごとのDPATの連携体制



主な活動内容については

- (1) 情報収集とアセスメント、情報発信
- (2) 災害によって障害された地域精神科医療機関の機能の補完
- (3) 避難所及び在宅等の精神疾患を有する被災者への対応
- (4) 災害のストレスによって新たに生じた精神的問題を抱える被災住民への対応
- (5) 被災者支援を行っている者（地域の医療従事者、救急隊員、行政職、保健職等）の支援
- (6) その他災害時のこころのケア活動等

編成は、精神科医師をリーダーとして、1チーム3～5名による編成を基本とする。構成員は精神科医師、看護師、業務調整員（ロジスティクス）等で現地のニーズに合わせて、児童精神科医、薬剤師、保健師、精神保健福祉士や臨床心理技術者等を含めて適宜構成する。

（詳細は、DPAT活動マニュアル参照）

3 熊本地震のDPAT先遣隊の活動について

熊本地震では、多くの精神科病院が被災し建物の倒壊による患者の転院のための支援活動が必要とされ、多くの派遣されたDPATが支援活動を行った。

<熊本地震での先遣隊による病院搬送支援について>

平成28年4月14日（木）午後9時26分熊本地方で震度7（M6.5）の地震

4月15日（金）午前5時15分熊本県庁にDPAT調整本部設置

午前8時熊本赤十字病院にDPAT活動拠点本部設置

佐賀、沖縄、岡山、広島、山口D P A T先遣隊熊本入り
 県内病院患者転院搬送開始

4月16日（土）午前1時25分震度7（M7.3）本震
 県外搬送連絡等開始

表1 熊本県内の精神科病院の状況（4月18日時点の概要）

病院名	被災状況	対応
希望ヶ丘病院（上益城郡）	建物倒壊	入院患者164名搬送済（熊本県内）
益城病院（上益城郡）	建物崩壊	入院患者149名搬送済（熊本県内）
あおば病院（宇城市）	建物倒壊	入院患者143名搬送済（鹿児島112名、福岡31名）
菊池病院（合志市）	重症心身障害者病棟倒壊	重心患者11名転院済（佐賀） 残重心患者69名
小柳病院（熊本市）	建物一部倒壊	入院患者46名転院済（熊本2名、佐賀44名）
城南病院（熊本市）	建物一部倒壊、 ライフライン断絶	人工呼吸器患者4名転送済（熊本）67名の転院検討中、 倒壊リスク、ライフライン復旧の見込み把握

4月21日には、阿蘇やまなみ病院（倒壊の恐れあり）76名を宮崎へ転院し、合計病院7施設で、4月16日から21日にかけて595人に対して、県内321人、県外（鹿児島、福岡、佐賀、宮崎）274人を近隣県精神科病院協会に受け入れ調整してもらい、D M A T、自衛隊と協働して搬送した。

（1）愛知D P A T先遣隊について

愛知県では、過去、阪神・淡路大震災、東日本大震災と、精神科救護所や避難所等で心のケアチームとしての避難所巡回相談など活動してきたが、愛知D P A Tとしては、今回が初回の派遣となった。

先遣隊の構成準備及び活動内容は以下のとおり。

- ・ チーム編成は、精神科医師をリーダーとして、看護師2人、保健師、事務職員の5名
- ・ 活動期間は7日間（移動日2日間、活動日5日間）

熊本地震での第1班（先遣隊）出発は、チームメンバー（県立精神医療センター、精神保健福祉センター、心の健康推進室）の各職場での不在中の仕事の調整や、こころの健康推進室担当者らによる宿泊先の確保や現地での交通網・気象情報収集等をし、派遣決定翌日の4月17日午前9時に出発した。

先遣隊は4月18日熊本日赤病院のD P A T活動拠点本部に午後11時到着し、登録後、拠点本部で待機となった。

拠点本部では派遣で到着するチームの把握と医療機関支援に向いているD P A Tからの情報の収集等を行った。集合している各県D P A Tは、定期的なD M A Tとの合同ミーティングにも参加し情報収集に努めていた。

医療支援の活動班が阿蘇地域を除いて患者搬送への対応中でその情報をクロノロジー*等で確認を行い、その後、病院の転院支援は完了となり、愛知DPATは、夜間の緊急搬送担当として活動拠点本部のある熊本日赤病院にて待機となった。翌日、4月19日よりDMATからの情報を受け、活動拠点本部の指示により、避難所でのメンタルヘルス支援として西原村へのアセスメントを実施した。



西原村は人口7,070人、2,530世帯の市町村である。4月18日の時点で避難者1,148人、家屋の全半壊は全体の約6～7割、死者5人、避難所6か所、内科クリニック2軒、歯科医院あるが、精神科医療機関はない。避難所6か所を巡回し、精神面での相談対象が徐々に増えているとの情報があり、その結果を踏まえ、西原村へのDPAT隊の継続支援は必要という意見報告を拠点本部に伝達する。翌日、西原村からの継続要望もあり西原村内の巡回相談を開始。22日午前まで活動し、午後は名古屋市に引継を行った。

4月21日、熊本日赤病院でのDMAT拠点本部終了に伴い、DPATの拠点本部は熊本日赤病院から熊本県精神保健福祉センターと一の宮保健センターに変更となった。

*) クロノロジー 過去の出来事を時系列に従って並べたもの。DPATでは、ホワイトボードなどに入ってきた情報を、入ってきた内容のまま、入ってきた順番で記入する。

表2 西原村での支援活動予定表

項目	時間	場所	備考
関係者ミーティング	9:00ー	役場ロビー	村・保健所保健師、派遣保健師、行政職員（医師、事務）、災害ナース、DPAT等
巡回相談	西原中学校 (体育館)	10:00ー 11:30	体育館救護所奥 武道場、中学校運動場（車）、改善センター、保育園は巡回 ※保育園に日赤救護所
	河原小学校 (体育館)	13:30ー 14:30	救護所、保健室等 体育館内、各教室、車等を巡回
	山西小学校 (体育館)	15:00ー 16:00	救護所、相談室等 体育館内、車等を巡回
関係者ミーティング	17:00ー	役場ロビー	村・保健所保健師、派遣保健師、行政職員（医師、事務）、災害ナース、DPAT等

西原村役場待合にて村・保健所・派遣保健師等と合同ミーティング



表3 活動状況		愛知1班 5人	名古屋1班 4人	愛知2班 4人	愛知3班 4人	愛知4班 5人	愛知5班 4人	愛知6班 4人	愛知7班 3人	愛知8班 4人
チーム構成	精神科医をリーダーとして看護師、相談担当、事務職員等で構成	精神医療センター 精神保健福祉センター 障害福祉課	名古屋市 精神保健福祉センター	精神医療センター 障害福祉課	精神保健福祉センター 心身障害者フリースペース 障害福祉課	国立病院機構 東尾張病院	藤田保健衛生大学病院	名古屋市立大学病院	愛知医科大学病院	一般社団法人 愛知県精神科病院協会 (緑二病院)
日程		4/17-4/23	4/22-4/28	4/27-5/3	5/2-5/8	5/7-5/13	5/12-5/18	5/17-5/23	5/22-5/28	5/27-6/2
愛知DPAT 活動場所	西原村避難所 西原中学校、村民体育館、構造回線センター、 河原小学校、山西小学校	活動日 4/20-4/22AM 避難者数 4/18:1,398 人	4/24-4/26-4/27	4/28-5/1 4/27:1,225人	5/6-5/7	5/8-5/12 5/10:731人 5/9避難所統廃合にて 保育園巡回終了	5/13-5/17 5/15:669人	5/18-5/19/5/21-5/22 5/22:660人	5/23-5/27 5/27:625人 5/24以降、仮設入居抽 選開始	5/28-6/1 5/31:565人
	阿蘇村避難所 南阿蘇中学校、南阿蘇小学校、旅館朝原、 本田技研体育館	4/18-4/19熊本日赤に て夜間対応担当	4/25熊本県調整本部	5/2	5/3-5/5					
診察相談等の状況	診察相談内容等 ※別紙1参照	不眠、急性ストレス障 害、認知症、処方薬不足 等		不安、不眠、認知症		家族相談、ストレス反 応、傷、腹痛等	不眠、ADS、てんかん、 認知症疑い、怪我 による虐待疑い、不眠、認 知症等	てんかん、手の震え(薬 の副作用の心配)、妻に よる虐待疑い、不眠、認 知症等	認知症、ストレス反応、 不安等	認知症、不安、不眠等
	調整本部	熊本県庁医療調整室	5/1 熊本県精神保健福祉センター							
DPAT本部	活動拠点本部	4/15-4/20熊本赤十字 病院 4/21熊本県精神保健福 祉センター 4/22熊本県精神保健セ ンター、こころの医療セ ンター	4/26熊本県精神保健福 祉センター、阿蘇市一の 宮保健センター	5/2 阿蘇市保健セ ンター	5/5熊本県精神保健福祉 センター、南阿蘇村白水庁舎 阿蘇保健所、南阿蘇村白 水庁舎	5/26熊本県精神保健福祉 センター、阿蘇市一の 宮保健センター	5/14熊本県精神保健福 祉センターに調整本部、 拠点本部集約			

(2) 愛知D P A T（1班から8班）活動の全体について

ア 熊本地震へのD P A T派遣状況（H28. 4. 17～H28. 6. 1）

愛知D P A T 1班（先遣隊）からは4月17日から23日まで、名古屋市D P A Tは4月22日から4月27日まで。以後6月2日まで愛知県から計8班を派遣した。活動状況は表3のとおり。

イ 主な活動内容

- (ア) 避難所又は自宅において治療中断となっている精神疾患患者に対する診察治療
- (イ) 避難所におけるメンタル不調者に対する診察、相談、必要に応じ薬の処方等

対応件数は表4のとおり。

表4 診察・相談対応件数

	年齢	0～9	10～19	20～29	30～39	40～49	50～59	60～69	70～79	80以上	不明	計
延件数	男	2		3		2	5		1	18		31
	女	3	1		5	5	6	3	6	10	2	41
	計	5	1	3	5	7	11	3	7	28	2	72
実人員	男	2		1		2	3		1	10		19
	女	2	1		2	3	3	3	5	4	2	25
	計	4	1	1	2	5	6	3	6	14	2	44

- ・対応総数72件のうち、診察・相談時の症状としては「睡眠の問題」が17件で最も多く、次いで「不安症状」が12件であった。
- ・相談者は男性が31人（43.1%）、女性が41人（56.9%）と女性が多く、年齢内訳では男性の80歳以上の相談者が多かった。

4 熊本地震での愛知D P A T活動の報告及び研修会について

愛知D P A Tの派遣状況については、随時、県のホームページのこころの健康推進室に掲載された。

熊本地震へのD P A T派遣終了後、今後のD P A T派遣に向けての課題等整理のため、派遣された各関係機関（者）を対象に、こころの健康推進室がアンケート調査を実施した。その結果を11月4日に「熊本地震のD P A Tの報告と振り返り」として「愛知D P A T活動に関する研修会」で還元し、派遣された職員等で意見交換を行った。

また、愛知県では活動拠点が保健所となっており、保健所職員等への周知も目的として開催した。

(1) 愛知D P A Tに関する研修会

日 時：平成28年11月4日（金）午後1時30分から午後4時30分まで

場 所：精神保健福祉センター 地下大会議室

出席者：D P A T派遣者、その他精神科病院協会の病院医師、看護師、事務職等、保健所職員 合計43名

内 容：表5のとおり

表5 内容及び講師等

内容	講師等
第Ⅰ部 講義「災害時におけるD P A T活動について ～平成28年熊本地震でのD P A T活動から～」	講師 厚生労働省委託事業D P A T事務局 次長 渡路子氏
報告「愛知D P A T各班からの活動について」	各班の活動の状況と課題等について 各班のリーダーより
第Ⅱ部 「意見交換会 ～平成28年熊本地震愛知D P A T 活動を振り返って～」	愛知D P A T活動についての意見交換会 助言者 渡路子氏

(2) 研修講師の話から（熊本地震全体から出された意見）

- ・ E M I S 入力についての意識が薄い。D M A T は医療情報を基に見えない状況を判断。声なきところに被災想定有り。他の機関の動き方も知り、平常の中で意識付けが必要。
- ・ 身体合併の患者さんへの取り組み（日常の中で既に言われていることである）が、高齢者の増加に伴いより一層必要になってくる。
- ・ D P A T（精神科）とD M A T のトリアージが違う。基本は、身体の状態、生命優先であるが、精神面では身体に障害はないが、措置症状のある人の優先順位が高い。すり合わせが必要となる。
- ・ 電子カルテ等情報の共有の仕方について。病院から出す情報と受け取る側でほしい情報が多少異なる。紙が無いと、電子カルテで全てが出せない。この問題は、全ての疾患で同様。優先順位の付け方、情報の紙ベースによる更新やバックアップデータの確保など平常時からの準備が必要。
- ・ D P A T の研修を各県ごとに開催し、養成や質の確保及び向上に努めてほしい。

(3) D P A T 派遣者へのアンケート調査のまとめより

ア 現地での活動内容について

(ア) 指揮命令系統について

D P A Tの搬送支援・病院支援と避難所・地域支援の活動内容は違うため調整本部―活動拠点本部―D P A T隊の同一指揮命令系統では対応に無理が生じるのではないかと、それぞれの枠組みが必要。また、D P A T隊からの活動拠点本部への活動報告が電話連絡のみで、顔が見えない状況であったため、活動拠点本部に愛知D P A Tの活動内容が十分把握されていなかった。

(イ) 相談環境

避難所によっては、相談に適した場所の確保ができなかった。プライバシーに配慮した場の設定が必要である。精神科というキーワードを知られたくないと言う抵抗があるように感じた。

(ウ) 報告様式・記録

現場での活動中、看護師は報告書の作成に忙殺されることが多かった。(当日分の報告書の作成時刻が決まっているため) 様々な報告様式があり対応作業に追われた。必要な記録類を整理していただけるとよい。

(エ) 他のチーム・職種との連携の必要性

現地での保健所・役場・他チームとの連携が、朝・夕のミーティングでは十分伝わらず、被災地以外での支援チームとの情報共有が難しかった。

患者支援において他の自治体との引継時に、患者情報を紙ベースで保存しているため詳しく把握できていない患者が引継後に再診した場合など、処方歴などがうまく伝達できず混乱した。地域のデータとして患者情報を保管したほうがよいかもしい。再診者には同じIDで新しい情報のみ入力できるようにしてほしい。

(オ) 支援者支援

支援者は休みにくい構造にあるため支援者支援ができるような環境を整えておく必要がある。支援所向けの指導や教育はどの時点でどこがすすめるのか情報があるとよかった。

(カ) 活動時間帯

避難者の多くは、日中は仕事や学校のため避難所にいないことが多く、避難者が避難所に戻る時間帯(夕方～夜間)に活動することが必要ではないかと思われた。

イ 愛知D P A T派遣体制について

(ア) 装備の充実・管理について

ビブスに職名など印字されているものがなくて大変困った。服装をチームで統一し、はたから見てチームだと分かるようにすることが必要。本部の仕事をするために、様々な文具類や電子機器などの準備が必要である。装備品を物品の系統ごとにボックスに詰めるなど、取り出しや補充について誰でもわかるように整理してほしい。

(イ) 引継方法

引継様式を作成して、概況や支援内容、課題等を引き継いでいくことが重要。個人情報以外紙面で隊員に配布できるとよい。

(ウ) チーム編成

同一施設職員によるチーム編成が望ましい。

(エ) 派遣体制

ロジスティックの能力を強化する必要がある。

ウ DPATとして、事前に学んでおいたほうがよいこと

- ・ DPATの活動原則や活動マニュアル、PFAなど基礎知識
- ・ 調整本部・活動拠点本部の役割・活動（本部に配属される可能性もあるので）
- ・ 業務調整員（ロジ）の仕事内容
- ・ 病院側から受け取る情報と受け入れ病院から必要とされる情報など（DMAT隊等と協力して搬送するため、DMAT隊との情報の共有や連携も必要）の知識
- ・ 各職種の役割：保健師の活動含め被災現場にくる支援者の活動と連携の仕方等
- ・ 現場での自己完結型での動きのため、訓練や研修等の経験

エ 本県被災時に備えた体制整備について

(ア) 調整本部やDPAT活動拠点本部機能について

- ・ 調整本部や活動拠点本部を運営できるDPATチームを養成していく。
- ・ DPAT隊を受け入れる場所等の環境（寝床にできる部屋や駐車場の確保など）を整備しておくことが必要である。
- ・ 複数の県による合同チームの編成も一つの方法。今回の活動拠点B（三重県、福島県、宮崎県）も活動内容、方法に学ぶところが多かった。活動拠点として3県が合同でチームを編成し、臨機応変に柔軟に動いており、機動力高く、士気も保たれていた。
- ・ 他の職種（保健師や区役所職員）にも災害精神医療や災害マネジメントの研修などを受けてもらい、支援の質をお互いに上げていく。
- ・ 情報収集について情報収集チームがあるとよいかもしれない。電話だけでは現場の状況把握ができない。

(イ) DPAT活動について

- ・ 各施設で多くのDPAT人員が確保できるように複数回の研修会を開催する必要がある。
- ・ 本県において災害時に精神保健医療の体制をどのように維持していくのか、またDPATを含む支援をどのように受援するのか、DPAT隊、DPAT登録病院・関係機関に周知する必要がある。
- ・ 中部・東海地区として合同訓練や混成チームの訓練など様々なシュミレーションをす

ることが重要である。

・今後の南海トラフ地震を考えると愛知、岐阜、三重、静岡との連携をすすめることができるとうい。

・本県が被災した際に招集する派遣者のリストアップをしておく。

・支援者支援として、休養が精神的安定を図るうえで重要と説明し、支援者が休みをとるうえで引け目を感じないように、早期にマニュアルを提案、構築していくことが必要である。

などの意見があった。

5 平成28年度大規模地震時医療活動訓練の参加について

平成28年8月6日（土）に内閣府主催による南海トラフの地震を想定し、愛知県を含む中部4県において災害派遣医療チームの参集、活動、広域医療搬送等の図上・実動訓練を実施する総合防災訓練がDMA Tを中心に行われた。その訓練にD P A T調整本部の役割を理解し災害時の連絡体制等についてその手順と方法に関する検証を行う目的で、D P A T事務局（厚生労働省）、愛知県精神科病院協会、精神医療センター、半田保健所（管内精神科病院等）、愛知県障害福祉課、こころの健康推進室、精神保健福祉センターが参加した。

（1）訓練の想定等

8月5日正午、南海トラフ地震発生。知多半島が被災し、1病院が浸水被害による籠城、2病院が被災し患者搬送（転院調整）が必要。

半田保健所は、各病院のEM I S入力等実施。

（2）災害情報センターでの調整本部訓練

- ・精神保健福祉センター所長をD P A Tの統括者として調整本部を設置し、各スタッフに役割を与えて訓練を開始した。
- ・連絡による情報の発受は全てホワイトボードにクロノロで記録し、それをパソコンに入力した。時間経過とともに定期的にミーティングを設け漏れのないように状況確認のうえ、指示を出した。
- ・D P A Tの受け入れ、D P A Tの派遣、患者受け入れ調整を行った。
- ・籠城施設へ薬の提供の調整を行った。
- ・患者搬送時のバスの手配を依頼する場合の流れや患者転送時の病院での必要な情報の確認を行った。
- ・市町村の被災状況や気象情報、道路情報等のそれぞれの情報通信機器等を利用しての入手や報告（ホワイトボードに記載など）を行った。

(3) 訓練後の振り返り（「HeLP-SCREAM」にそって）

・Hello（災害対策本部へのあいさつ）

→ 少しもたついた。言われてから行った。

・Location（DPAT調整本部の場所の確保）

→ 本来は別室で行うことになる。連絡要員を2人くらい置くことになる。

・Part（初期本部人員の役割分担）

→ できたが、最初、ごたごたした。

・Safety（安全確認）

→ 改めて確認はしてない。

・Communication（連絡手段の確保）

→ 庁舎のライフラインの確認はできていた。

・Report（上位本部へ本部立ち上げの連絡等）

→ 上への報告はできていない。抜けやすいので注意。

・Equipment（本部機材の確保）

→ できていた。足りない場合は補充が必要であった。インターネットの利用端末が複数必要であった。

・Assessment（アセスメント）

→ 情報を地図上に貼っていくと把握しやすい。

・METHANE（状況の評価と情報発信）

→ 定期的にミーティングをすることで、情報の把握と共有を図った。役割分担がしっかりできていた。自分の役割をこなすことが大切。どの部署がどんな役割を担っているか他の部署との情報交換も重要となる。

6 愛知DPAT研修について

研修内容については、DPAT事務局より、各県で実施するDPAT研修内容について①自治体の防災計画の体制、精神保健医療サービスの体制②災害医療概論③DPAT活動の意義④災害現場における指揮命令・安全確保・情報伝達⑤災害現場における諸機関との連携（机上演習等を含む演習を含む）を考慮した内容とするよう周知があり、内容を検討し開催した。

(1) 愛知DPAT研修会

日時 平成29年2月27日（月）午前9時30分から午後4時30分まで

場所 自治センター 602、災害情報センター

参加者 医師、看護師、事務等の3から5名程度のチームで参加。 8チーム 合計37人

受講修了証を発行し、障害福祉課こころの健康推進室で登録管理していくこととした。

内容 表6のとおり

表6 内容及び講師等

内 容	講 師 等
1 愛知県における災害体制と災害情報センターについて 精神保健福祉サービスについて	災害対策課（福西主任主査） こころの健康推進室（鷹野主査）
2 D P A Tの活動意義	県精神医療センター（平澤医師）
3 関係機関の活動	
（1）DMA Tの活動について	DMA T（中川医師）
（2）日赤の活動について	日本赤十字社愛知県支部（菊地氏）
（3）保健活動について	医療福祉計画課（土山課長補佐）
4 災害医療概論	D P A T事務局（渡医師）
5 災害時のロジスティクス	D P A T事務局（吉田氏）
6 災害演習 （災害想定※に基づく机上訓練）	D P A T事務局 （渡医師、河寫医師、吉田氏）
※災害想定	愛知県精神医療センター職員
・震度7の東海地震。知多半島の被災。4か所の病院から 80名の転院依頼。	（平澤医師、村瀬医師、看護師羽田
※主な演習	野氏・星井氏・宮澤氏5名）
・活動拠点本部の立ち上げとD P A T隊の必要物品と登録 手続き	
・活動拠点本部として、患者を搬出するために必要な情報	
・効率的な搬出の手順と受入先との調整	
・患者を搬出するために必要な情報	
・受け入れ先の病院へ、どのようにして患者の情報を伝えるか	

(2) 受講後のアンケートから

アンケートでは、内容について「よく理解できた」「理解できた」を合わせると94%が回答し、その内容についても「満足であった」「今後活用できる内容であった」との回答も97%と高い評価であった。

また、記載された意見は以下のとおりであった。

- ・院内上層部が参加できるとよかった。
- ・DMAT、DPATともに患者搬送の用紙様式はJIS規格のように統一規格で配布いただけるとありがたい。院内のスタッフ、全ての医療管理者が今日の情報を少しでも知っていただければと思った。
- ・院内でのマニュアル作りなども大切だと感じた。
- ・演習だけでも何をしているかよくわからないことがあったので、実際はもっと混乱するのではないかと思った。普段から、もっと災害を意識して業務にあたりたい。
- ・定期的にこのような研修会があるとよい。
- ・電子カルテがダウンした場合の対処法など、自分の病院が被災した時のシュミレーションはしておかなければならないと思った。
- ・病院搬送になった場合の連絡方法について悩む。活動拠点本部と被災病院との連絡をどうとればよいかが課題になってくると思った。
- ・実践的な内容で勉強になった。名古屋市としてDPATをどのように取り組むか、愛知県との関係について整理が必要。
- ・被災地支援に入った経験はあるが、本部機能の経験はなく今回の演習は大変貴重だった。広い視野を持ち、各所に情報収集、指示を出すことは難しいことがわかった。また機会があれば参加したい。
- ・非常に有益な研修でした。ロジは奥が深いと思うので、別途ロジに特化した研修があると良い。

7 今後に向けて

先遣隊としてDPAT活動に参加して、先遣隊は、あらゆる場合に対応して活動していく必要があり、その活動のために日頃から様々な準備や訓練等が必要であると強く感じた。また、活動の報告が確実に伝わるように様々な情報機器や行動等をつなげて行けるよう努めていかなければならないと思った。

派遣後の各班のDPAT活動での課題及び研修での結果等から、DPATの研修や訓練等への参加、必要物品の充実が望まれていた。このことに対して、センターとしては、より多くのDPATの養成を含め、物品の充実をさせ、DPAT隊員の質の維持向上に向けて研修等をすすめていきたいと思う。

また、調整本部、拠点本部活動については派遣された先でその役割を担う場合があることや、今後被災した場合には、支援してもらう側になることから、それぞれの立場で支援や援助を受

けることを想定し、今後の研修に訓練も取り入れるなど検討していきたいと思う。

その他、災害時の知識普及に向けて、災害時のメンタルヘルス研修の実施や啓発パンフレット・資料整備、作成等も平時においてすすめて行かなければならない。

今回、様々な後方支援を得ての貴重な被災地支援を経験したことを踏まえて、今後の被災地支援活動だけでなく被災時の支援の受け入れなどにも活かしていきたいと思う。

Ⅲ ひきこもり面接相談事例の分析について

－相談の転帰からみた相談の現状と支援における課題について－

保健福祉課 山下泰恵 水野貴美子 田中恵美 野崎由美子 澤田なぎさ 桑山陽子 後藤孝一
愛知淑徳大学 諏訪真美

1 はじめに

内閣府が平成22年に15歳から39歳の若者を対象に実施した「若者の意識に関する調査（ひきこもりに関する実態調査）」によると、「ふだんは家にいるが、近所のコンビニなどには出かける」、「自室からは出るが、家からは出ない」、「自室からほとんど出ない」に該当する「狭義のひきこもり」が23万6千人。「ふだんは家にいるが、自分の趣味に関する用事の時だけ外出する」に該当する「準ひきこもり」が46万人。両者を合わせた「広義のひきこもり」は69万6千人と推測されている。平成28年9月に内閣府は「狭義のひきこもり」は17万6千人、「広義のひきこもり」は54万1千人という推計値を発表している。ひきこもりの人の割合は前回は前回を下回ったが、ひきこもり期間は「7年以上」が34.7%で前回から倍増したと報道されている。

ひきこもりについては、教育と福祉の連携、福祉と労働の連携、学校間の連携、医療機関と福祉相談機関の連携等、様々な切り口や視点で、連携の重要性が示されている。地域に生きづらさを抱えた当事者が安心して過ごせる居場所、能力を活かすことができる場所、中間就労などのステップを踏める場所が必要であり、継続的な支援があることが望まれている。

また、境らは「ひきこもり支援においては当事者へのアプローチが難しいため、まずは支援の実現可能性の高い家族、特に親への支援も重要である」（境ら，2013，p14）と述べている。ひきこもり当事者が相談の場に現れることが少なく、ひきこもりが長期に渡ることが多く、その過程でひきこもり当事者と家族の間に共依存関係が形成され、家族を巻き込む問題となるため、途切れのないように家族の支援をすることが重要となる。

精神保健福祉センター（以下、センター）では、平成6年頃からうつや神経症の症状がないのに家庭内にひきこもっている青年についての相談が見かけられるようになり、平成8年からひきこもりを抱える家族を対象にした親グループ、平成10年からひきこもりなど対人関係の苦手な人を対象にした当事者グループ活動を実施している。

しかし、センターのインテーク面接を受けた家族が当事者のひきこもり問題が解決しないのに、途中で相談に来られなくなることが少なくない現状がある。今回の調査では、センターでひきこもり相談のインテーク面接を受けた家族について、家族の来所相談の現状を調査し、家族の相談が途切れた理由を検討することにより、センターのひきこもり支援において改善できることは何かという視点に立って、考察を行った。

2 対象及び方法

(1) 目的

ひきこもりを主訴とする家族の来所相談の転帰を調査し、中断・終了した理由から、適切な支援方法を明らかにし、相談員の技量の向上を目的とする。

(2) 対象

平成22年4月1日から平成27年3月31日までの期間で、ひきこもりを含む全てのインテーク面接を実施した相談300事例のうち、ひきこもりを主訴とした105事例を調査対象とする。ただし、センターで扱うひきこもり相談は、「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」におけるひきこもりの定義一様な要因として社会的参加（義務教育を含む就学、非常勤職を含む就労、家庭外での交遊など）を回避し、原則的に6カ月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態（他者と交わらない形での外出をしてもよい）を指す現象概念（齊藤，2010，P2）に該当しない相談も含む。相談者が「ひきこもり」を主訴としている場合にはひきこもり期間や当事者の状態にかかわらず、センターではひきこもり相談の対象としている。

(3) 方法

105事例を「継続群」と「中断・終了群」に分類する。平成27年7月1日以降28年3月31日の期間にセンターでの面接を実施している事例（22事例）を「継続群」とする。平成28年4月1日の時点で相談者から「中断あるいは終了」の意向をセンターに伝えられ中断・終了した事例及び平成27年7月1日以降28年3月31日の期間にセンターでの面接を実施していない事例（83事例）を「中断・終了群」とする。「中断・終了群」については、その事例の相談診療録から、「相談回数」、「処遇方針」、「当事者の状態の変化」についての情報を読み取り、その組み合わせから1群、2群、3群、4群、5群、6群に分類を行った。

センターでは、インテーク面接で相談員が相談者から相談内容を聞き取り、アセスメントを実施、精神科医を含む多職種の合議により、処遇方針を立て処遇決定を行っている。処遇方針には、①「センターでの継続相談（①-1 家族に継続相談の意向があれば相談を行う、①-2 センターの方針として継続相談を勧める）」、②「他機関相談を勧める」、③「主治医相談を勧める」、④「助言を行い終了」がある。

そのうち、①-1「家族に継続相談の意向があれば相談を行う」、②「他機関相談を勧める」、③「主治医相談を勧める」、④「助言を行い終了」のいずれかの処遇方針であり、かつ、相談回数がインテーク面接のみで終了した群を1群とした。①-1の処遇方針は、「センターとしては継続相談の必要はないと判断するが、家族が継続相談を希望される場合にはセンターは相談に応じる」というものである。①-1を1群にした理由は、家族の自主性、主体性を重視し、センターは相談の積極的な必要性を認めなかったためである。

また、合議を行った結果、①-2「センターの方針として継続相談を勧める」場合で、インテーク面接のみ、あるいはインテーク面接を含む面接が2回の場合には2群とした。インテーク面接を含む面接回数が3回、4回で、当事者の状態が悪化、変化がない場合には3群とし、

当事者の状態が改善している場合には4群とした。インテーク面接を含む面接回数が5回以上で、当事者の状態が悪化、変化がない場合には5群、当事者の状態が改善している場合には6群とした。(表1)

表1 相談回数、処遇方針、当事者の状態の変化による群の分類

	相談回数	処遇方針及び当事者の状態の変化	群	人数
中断・終了群	インテーク面接のみ インテーク面接を含む面接 2回	センターの処遇方針がインテーク面接のみ	1群	16
		センターの処遇方針が継続であるのに、インテーク面接のみ又はインテーク面接を含む面接2回	2群	37
	インテーク面接を含む面接 3回、4回	当事者の状態が悪化・変化がない	3群	5
		当事者の状態が改善した	4群	2
	インテーク面接を含む面接 5回以上	当事者の状態が悪化・変化がない	5群	11
		当事者の状態が改善した	6群	12
継続群				22
全体				105

各群のインテーク面接時における、相談者の内訳、相談者の年齢、当事者のひきこもり期間、当事者の年齢、当事者の性別、父母の生活状況、家族の相談動機、家族の親グループ等の参加経験等について着目し、相談診療録から情報を読み取り、分類を行った。

また、中断・終了群において、各群の特徴的と思われる事例について事例検討を行った。事例について行ったセンターの関わり、考えられる中断・終了の理由、有効な支援について検討を行い、考察を行った。

3 結果及び考察

(1) 調査結果

ア 群別におけるインテーク面接時の相談者の内訳

表2にインテーク面接時の相談者の内訳を示す。

(ア) 中断群では、「母」が最も多く37人(44.6%)、次いで「父母」26人(31.3%)、「父」7人(8.4%)の順に多かった。

(イ) 継続群では、「母」が最も多く12人(54.5%)、次いで「父」5人(22.7%)、「父母」3人(13.6%)の順に多かった。

(ウ) 当事者が母とともにインテーク面接に来所した1例は継続相談になった。

(エ) 兄弟姉妹、祖母が父母を伴うか、あるいは単独で来所したことをきっかけに、父母の相談につながる事例があった。

表2 群別におけるインテーク面接時の相談者の内訳

群		1群	2群	3群	4群	5群	6群	中断群 全体	継続群	全体
対象者との 続柄 (内訳)	母	6(37.5)	13(35.1)	2(40.0)	0(0)	9(81.8)	7(58.3)	37(44.6)	12(54.5)	49(46.7)
	父母※	5(31.3)	11(29.7)	2(40.0)	1(50.0)	2(18.2)	5(41.7)	26(31.3)	3(13.6)	29(27.6)
	父	2(12.5)	5(13.5)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	7(8.4)	5(22.7)	12(11.4)
	姉	1(6.3)	4(10.8)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	5(6.0)	0(0)	5(4.8)
	弟	0(0)	1(2.7)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(1.2)	0(0)	1(1.0)
	祖母	0(0)	1(2.7)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(1.2)	0(0)	1(1.0)
	母と兄	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(4.5)	1(1.0)
	母と姉	0(0)	1(2.7)	0(0)	1(50.0)	0(0)	0(0)	2(2.4)	0(0)	2(1.9)
	母と弟	0(0)	0(0)	1(20.0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(1.2)	0(0)	1(1.0)
	母と妹	1(6.3)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(1.2)	0(0)	1(1.0)
	父と妹	1(6.3)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(1.2)	0(0)	1(1.0)
	父母姉弟	0(0)	1(2.7)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(1.2)	0(0)	1(1.0)
対象者と母	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(4.5)	1(1.0)	
計	16(100)	37(100)	5(100)	2(100)	11(100)	12(100)	83(100)	22(100)	105(100)	

※ 父母には継親も含む。

イ 群別におけるインテーク面接時の相談者の年齢

表3に群別におけるインテーク面接時の相談者の年齢を示す。なお、複数人で来所した場合には、主たる相談者を示す。

(ア) 24歳から75歳まで(20歳代から70歳代まで)の相談者からの相談があった。

(イ) 中断群では「50歳代」36人(43.4%)、「60歳代」17人(20.5%)、「70歳代」12人(14.5%)の順に多かった。

(ウ) 継続群では「50歳代」13人(59.1%)、「60歳代」4人(18.2%)、「40歳代」3人(13.6%)の順に多かった。

(エ) 中断群、継続群とも「50歳代」、「60歳代」が多かった。

(オ) 6群(改善の見られた群)では相談者の平均年齢が低かった。

表3 群別におけるインテーク面接時の相談者の年齢

群	1群 2群 3群 4群 5群 6群						中断群 全体	継続群	全体
	1群	2群	3群	4群	5群	6群			
20歳代	0(0)	3(8.1)	0(0)	1(50.0)	0(0)	0(0)	4(4.8)	0(0)	4(3.8)
30歳代	2(12.5)	1(2.7)	0(0)	0(0)	1(9.1)	0(0)	4(4.8)	1(4.5)	5(4.8)
40歳代	2(12.5)	3(8.1)	0(0)	0(0)	1(9.1)	4(33.3)	10(12.0)	3(13.6)	13(12.4)
50歳代	8(50.0)	16(43.2)	2(40.0)	0(0)	3(27.2)	7(58.3)	36(43.4)	13(59.1)	49(46.7)
60歳代	2(12.5)	8(21.6)	1(20.0)	1(50.0)	5(45.5)	0(0)	17(20.5)	4(18.2)	21(20.0)
70歳代	2(12.5)	6(16.2)	2(40.0)	0(0)	1(9.1)	1(8.3)	12(14.4)	1(4.5)	13(12.4)
計	16(100)	37(100)	5(100)	2(100)	11(100)	12(100)	83(100)	22(100)	105(100)
平均年齢(歳)	54.3	56.4	63.6	42.5	58.8	53.4	56.1	54.7	55.9
最小(歳)	34	24	56	25	38	48	24	36	24
最大(歳)	74	72	75	60	73	70	75	73	75

ウ 群別におけるインテーク面接時の当事者のひきこもり期間

表4に群別におけるインテーク面接時の当事者のひきこもり期間を示す。当事者が就学、就労等の社会生活を避け、家庭での生活が主となった時点からインテーク面接までの期間とした。

- (ア) ひきこもり期間が「なし」の事例は、インテーク面接予約時には当事者が外出を渋っていたがインテーク面接時には通学できるようになった事例、インテーク面接後には休学したがインテーク面接時には通学していた事例、インテーク面接予約時もインテーク面接時においても外出はしていたが就労しなかったり、就労しても続かなかったりした事例であった。
- (イ) 中断群では、「1年以上4年未満」28人(33.7%)、「4年以上7年未満」17人(20.5%)、「10年以上」14人(16.9%)の順で多かった。
- (ウ) 継続群では、「1年以上4年未満」10人(45.4%)、「10年以上」6人(27.3%)、「4年以上7年未満」4人(18.1%)の順で多かった。
- (エ) 3群は事例が少ないため考察は難しいが、相談者の年齢が高く、当事者のひきこもり期間が長かった。
- (オ) 4群、6群(改善の見られた群)では他群に比較して当事者のひきこもり期間が短かった。

表4 群別における当事者のインテーク面接時のひきこもり期間

群	1群	2群	3群	4群	5群	6群	中断群 全体	継続群	全体	
なし	2(12.5)	2(5.4)	0(0)	0(0)	0(0)	1(8.3)	5(6.0)	1(4.5)	6(5.7)	
あり	6か月未満	2(12.5)	3(8.1)	0(0)	0(0)	0(0)	1(8.3)	6(7.2)	0(0)	6(5.7)
	6か月以上 1年未満	3(18.8)	2(5.4)	0(0)	0(0)	1(9.1)	0(0)	6(7.2)	0(0)	6(5.7)
	1年以上 4 年未満	0(0)	13(35.1)	0(0)	2(100)	5(45.5)	8(66.7)	28(33.7)	10(45.5)	38(36.2)
	4年以上 7 年未満	3(18.8)	8(21.6)	2(40.0)	0(0)	2(18.2)	2(16.7)	17(20.5)	4(18.1)	21(20.0)
	7年以上10 年未満	3(18.8)	2(5.4)	2(40.0)	0(0)	0(0)	0(0)	7(8.4)	1(4.5)	8(7.6)
	10年以上	3(18.8)	7(18.9)	1(20.0)	0(0)	3(27.3)	0(0)	14(16.9)	6(27.3)	20(19.0)
計	16(100)	37(100)	5(100)	2(100)	11(100)	12(100)	83(100)	22(100)	105(100)	
平均期間	4y9m	4y7m	8y4m	1y6m	6y9m	1y11m	4y8m	5y4m	4y10m	
最小(年)	0	0	4	4	0.5	0	0	0	0	
最大(年)	13	20	20	2	20	6	20	20	20	

エ 群別におけるインテーク面接時の当事者の年齢

表5に群別におけるインテーク面接時の当事者の年齢を示す。

(ア) 14歳から47歳まで(10歳代から40歳代まで)の当事者に関する相談があった。

(イ) 中断群では、「20歳代」49人(59.0%)、「30歳代」22人(26.5%)、「40歳代」7人(8.4%)の順で多かった。

(ウ) 継続群では、「20歳代」13人(59.1%)、「30歳代」5人(22.7%)、「10歳代」3人(13.6%)の順で多かった。

(エ) 4群、6群(改善の見られた群)では、他群に比較して当事者の年齢が低かった。当事者の年齢が低く、当事者のひきこもり期間は平均2年以内(表4)で、インテーク面接に来所した。

(オ) 継続群でも、他群に比較して当事者の年齢が低かったが、当事者のひきこもり期間が平均5年を超えて(表4)、インテーク面接に来所した。

表5 群別におけるインテーク面接時の当事者の年齢

							中断群 全体	継続群	全体
	1群	2群	3群	4群	5群	6群			
10歳代	2(12.5)	2(5.4)	0(0)	0(0)	1(9.1)	0(0)	5(6.0)	3(13.6)	8(7.6)
20歳代	10(62.5)	19(51.4)	2(40.0)	2(100)	5(45.5)	11(91.7)	49(59.0)	13(59.1)	62(59.0)
30歳代	3(18.8)	12(32.4)	2(40.0)	0(0)	4(36.4)	1(8.3)	22(26.5)	5(22.7)	27(25.7)
40歳代	1(6.3)	4(10.8)	0(0)	0(0)	1(9.1)	0(0)	7(8.4)	1(4.5)	8(7.6)
計	16(100)	37(100)	5(100)	2(100)	11(100)	12(100)	83(100)	22(100)	105(100)
平均年齢(歳)	27.6	29.3	34.4	24.5	30.1	24.7	29.2	25.6	28.5
最小(歳)	18	19	27	23	14	20	18	18	14
最大(歳)	40	47	42	26	42	38	47	40	47

オ 群別における当事者の性別

表6に群別における当事者の性別を示す。

中断群、継続群とも「男性」が多かった。

表6 群別における当事者の性別

群							中断群 全体	継続群	全体
	1群	2群	3群	4群	5群	6群			
男性	13(81.3)	31(83.8)	4(80.0)	1(50.0)	10(90.9)	11(91.7)	70(84.3)	20(90.9)	90(85.7)
女性	3(18.8)	6(16.2)	1(20.0)	1(50.0)	1(9.1)	1(8.3)	13(15.7)	2(9.1)	15(14.3)
計	16(100)	37(100)	5(100)	2(100)	11(100)	12(100)	83(100)	22(100)	105(100)

カ 群別におけるインテーク面接時の父母の生活状況

表7に群別における父母のインテーク面接時の生活状況を示す。父母の婚姻形態（法律婚か事実婚か）にかかわらず、父母が同居している場合は同居か（「同居」）、再婚しているか（「再婚」）、父母が別居をしている場合は単身赴任による別居か（「単身赴任」、）単身赴任以外の理由による別居か（「それ以外」、）父母のどちらかが死別しているか（「死別」、）父母が離婚、離別しているか（「離別」）によって分類をした。

(ア) 単身赴任以外の別居は、父母の夫婦仲が悪く別居する事例、経済的な理由や当事者以外の家庭の理由で父母が別居している事例、当事者の暴力から父母のどちらかが避難する事例であった。

(イ) 中断群では、「同居」55事例（66.3%）、「死別」9事例（10.8%）、「単身赴任以外の別居」8事例（9.6%）、「単身赴任による別居」5事例（6.0%）、「再婚」3事例（3.6%）、「離別」3事例（3.6%）の順で多かった。

(ウ) 継続群では、「同居」16事例（72.7%）、「死別」3事例（13.6%）、「離別」2事例（9.1%）、「再婚」1事例（4.5%）の順で多かった。

(エ) 中断群における「死別」及び「離別」は12事例（14.4%）で、継続群における「死別」及び「離別」は5事例（22.7%）であった。

表7 群別におけるインテーク面接時の父母の生活状況

群			1群	2群	3群	4群	5群	6群	中断群 全体	継続群	全体
婚姻 中	同	同居	10(62.5)	25(67.6)	3(60.0)	1(50.0)	8(72.7)	8(66.7)	55(66.3)	16(72.7)	71(67.6)
	居	再婚	1(6.3)	1(2.7)	0(0)	0(0)	1(9.1)	0(0)	3(3.6)	1(4.5)	4(3.8)
	別	専任	2(12.5)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	3(25.0)	5(6.0)	0(0)	5(4.8)
	居	それ以外	0(0)	5(13.5)	0(0)	1(50.0)	1(9.1)	1(8.3)	8(9.6)	0(0)	8(7.6)
死別			3(18.8)	4(10.8)	1(20.0)	0(0)	1(9.1)	0(0)	9(10.8)	3(13.6)	12(11.4)
離別			0(0)	2(5.4)	1(20.0)	0(0)	0(0)	0(0)	3(3.6)	2(9.1)	5(4.8)
計			16(100)	37(100)	5(100)	2(100)	11(100)	12(100)	83(100)	22(100)	105(100)

キ 群別におけるインテーク面接時の相談者の相談動機

表8に群別におけるインテーク面接時の相談者の相談動機を示す。インテーク面接で相談員が聞き取りを行った相談者の相談動機について、相談者が「主体的」に来所したか、あるいは、「人の勧め」で来所したかについて、相談診療録の記載から分類をした。動機について記載がない場合には、「不明」に分類をした。

中断群では50人（60.2%）、継続群では12人（54.5%）が「主体的」に来所した。

表8 群別におけるインテーク面接時の相談者の相談動機

群	1群	2群	3群	4群	5群	6群	中断群 全体	継続群	全体
主体的	11(68.8)	22(59.5)	2(40.0)	1(50.0)	5(45.5)	9(75.0)	50(60.2)	12(54.5)	62(59.0)
人の勧め	3(18.8)	12(32.4)	2(40.0)	0(0)	5(45.5)	2(16.7)	24(28.9)	2(9.1)	26(24.8)
不明	2(12.5)	3(8.1)	1(20.0)	1(50.0)	1(9.1)	1(8.3)	9(10.8)	8(36.4)	17(16.2)
計	16(100)	37(100)	5(100)	2(100)	11(100)	12(100)	83(100)	22(100)	105(100)

ク 群別におけるインテーク面接時の相談者の親グループ等への参加経験

表9に群別におけるインテーク面接時の相談者の親グループ等への参加経験の有無を示す。ただし、「センターの親グループ（表9中、親G）の参加経験」はインテーク面接時からセンターでの相談を実施している経過中での参加経験を示す。

継続群では、12人（54.5%）がセンターの親グループに参加し、2人（9.1%）が他機関の

親グループ（親の会）に参加した。親グループ等への参加は継続相談を促し、また、継続相談を行うことによって親グループ等への参加が促進されることが推測された。

表9 群別における相談者の親グループの参加経験の有無

群							中断群 全体	継続群	全体
	1群	2群	3群	4群	5群	6群			
センター親G経験あり	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	2(18.2)	3(25.0)	5(6.0)	12(54.5)	17(16.2)
他機関での経験あり	1(6.3) ※1	0(0)	0(0)	0(0)	1(9.1) ※2	1(8.3) ※3	3(3.6)	2(9.1)	5(4.8)
いずれも経験なし	15(93.8)	37(100)	5(100)	2(100)	8(72.7)	8(66.7)	75(90.4)	8(36.4)	83(79.0)
計	16(100)	37(100)	5(100)	2(100)	11(100)	12(100)	83(100)	22(100)	105(100)

※1 中核市保健所の「親の会」に月1回参加。※2 県保健所の「家族教室」に参加経験あり。※3 民間支援団体の「親の会」に1回のみ参加経験あり。

(2) 事例検討

事例数の多かった1群、2群、5群、6群から特徴的と思われる事例の事例検討を行なったので以下に紹介する。

ア 1群（センターが継続相談不要と判断した事例）

相談者：50歳代母、50歳代父

当事者：20歳代後半男性

ひきこもり期間：約10年

相談回数：1回

家族構成：父、母、妹、当事者

インテーク面接時の主訴：家から一步も出ない。家族と顔をあわせない。親も歳をとってきているので今後のことが心配。この状態から一步踏み出せる機会があればと思う。家族は医療機関の家族相談に行ったり、保健所に継続相談をしているが、この度、保健所の担当者が変更になった。現在の担当者はひきこもり相談は初めてと言い、話を聞くだけなので心配になった。

当事者の生育歴：出生時、幼児期、小学校では特に問題はなかった。中学入学当初の成績はよかった。中1では長距離走の選手に選ばれ、サッカー部と両立できず、体を壊す。自分から長距離走をやめることを先生に言えず、母から伝えてもらった。その後、1週間休み、別室登校を始め、卒業まで続いた。中2頃から食事が細くなり痩せていった。2、3か月通院治療するも改善せず、強引に入院させると暴れ、翌日には退院する。卒業時には状態は落ち着いたが高校には進学しなかった。20歳代前半に親の前に包丁を持ち出して自分の手首に向けるトラブルがあった。「死のう」と思って起こしたとのことであった。

インテーク面接時の当事者の状況：自宅の1階を自室として使用し他の家族を中に入れず、

テレビ、DVDを見て過ごす。偏食があり、母の作ったものは食べない。買物は母に依頼する。

家族の相談歴：中学時には臨床心理士相談、不登校親の会に参加、20歳代前半にはひきこもり民間支援団体の訪問支援。その後、家族が医療機関、保健所に相談。保健所は継続相談中。

合議の方針：複雑困難事例。保健所には記録や蓄積があり、元の相談機関である保健所に戻すのが原則。センターでも異動に伴う相談員の変更があり、家族の期待するレベルの対応ができるかどうかはわからない。方針を伝えた上で、両親にセンターで継続相談に来るかどうかの判断をしてもらう。

家族の反応：継続相談にするかどうか結論は出されず、後日両親から返事をもらうことになるが、連絡はなかった。

イ 2群（センターは継続相談を勧めたが、継続相談にはならなかった事例）

相談者：40歳代父、40歳代母

当事者：20歳代前半男性

ひきこもり期間：約3年

相談回数：1回

家族構成：父、母、当事者

インテーク面接時の主訴：市の保健センターで相談したが変化なく、センターの相談を勧められた。昨年途中から暴力的になり、母が家を出て避難している。第三者から息子に話をしてもらいたい。何をしても状況が改善しない。

当事者の生育歴：幼児期に頭痛等の訴えあり、数年間、経過観察したが、異常はなかった。小学校高学年にいじめにあい保健室登校をする。中学は不登校。母は不登校の親の会に参加し、当事者は居場所に通うが、3年間学校には行けなかった。高校受験に失敗し、1年ひきこもる。その後1年、アルバイトをしたが、アルバイト先でかわいがってくれた先輩がやめると仕事をやめる。専門学校に入るも半年で休学。その後、アルバイトをするが続かなかった。

インテーク面接時の当事者の状況：1年前から目つきが険しくなり、母に「小遣いよこせ」とメールを頻繁に送り、渡さないと母を殴り、父の前でも母を殴るようになった。危険を感じ母は避難、別居をする。その後、当事者は父と二人で生活。父にも金銭の要求が始まる。体の痛みを訴え医療機関を転々と受診する。専門学校は休学扱いであったため、父が退学を提案すると、当事者の強い抵抗にあい、結局、休学のままとする。父が帰宅すると家が荒らされ、父にも攻撃的な態度が増した。

家族の相談歴：不登校の親の会、カウンセラー、市の保健センター、ひきこもりの民間支援団体。

合議の方針：市からの紹介だが、複雑困難事例。センターでの継続相談を勧める。

家族の反応：母「息子を変化させるために他の場所を紹介してくれるかと思っていた。『センターと一緒に考えましょう』と言われても、それでは今までと同じ。話すだけならどこでも同じ。10年やってきたが何も変わらず、時間の無駄。介入してくれるところがほしい。親が何をやっても無理。家族以外の人と接点をもたないと何も変わらない。」と言う。父「息子が親族以外のところに出るべき。そういう場所、団体の場所がないかと思ってきた。希望の光がなくなった。」と帰られ、以降連絡はなかった。

ウ 5群（継続相談を実施したが、当事者に変化がなかった事例）

相談者：50歳代母、60歳代父

当事者：30歳代後半

ひきこもり期間：約20年

相談回数：25回

家族構成：父、母、当事者

インテーク面接時の主訴：母「約20年間ひきこもり、様々な機関に行ったが、変化がない。何とかしたい」、父「いまさら仕事はできない、生活できるようにしたい」

当事者の生育歴：小学校では明るい子であったが、中学で仲のよい友人から嫌がらせを受け、それ以降親と話さなくなる。大学受験に失敗し、住み込みで働くが、半年で退職し、自宅にひきこもる。

インテーク面接時の当事者の状況：午前10時頃起床し、食事は父母の不在時に取る。小遣いは月1万円でその中から理髪代等を払う。部屋の掃除は自分で行き、買物は親と一緒に行く。

家族の相談歴：地域の家族会、親の会、市の保健センター、市役所、医療機関、ひきこもり支援団体、保健所。

合議の方針：多くの相談機関に相談しており、センターもその一つである。母は自分の対応を変える必要を理解しているが、当事者に変化がないので母の対応が不適切かもしれない。母に親の関わり方を説明し、適切な関わり方を身につけてもらうことを目的に継続相談とする。

家族の反応：母「もう自分には時間がない。他の相談機関で対応を責められ辛かった」と泣く。父「親亡き後、息子はどのように生きるのだろう。自分が死ぬときに一緒に死のうと思う」と言う。

継続相談中の当事者の変化：インテーク面接後、当事者と母はますます互いを避けるようになるが、インテーク面接から2年後、母が腰の手術を受けることになった時には手伝いが増え、母を毛嫌いするような言動が少なくなった。

継続相談中の家族の変化：インテーク面接後、保健所の個別相談は継続していたが、新たな

相談先として、保健所の家族教室・医師相談、市保健センターの医師相談・保健師訪問、当事者のボランティア先にならないかと母が見学した福祉施設や事業所、大学教員が増加した。他機関の相談内容について「他機関で〇〇と言われたがどうか」と相談することもあった。母の手術が決まった後の当事者の変化に母は気付いていない。インテーク面接から2年6か月後、母は面接を突然キャンセルし、しばらく音信普通になる。インテーク面接から4年後、母から「体調が悪く、センターに行けない。新聞で見つけた民間相談機関に相談する」と電話があった。

センターでの支援：月1回個別面接を実施した。母に、センターの親グループ、当事者グループを紹介したが来所しなくなったため結局、不参加であった。

エ 6群（継続相談を実施して、当事者に変化があった事例）

（ア） 相談が中断した事例

相談者：50歳代母

当事者：20歳代前半男性

ひきこもり期間：約1カ月

相談回数：47回

家族構成：父、母、当事者

インテーク面接時の主訴：外に出ない息子にどう対応したらよいか。息子に医療機関についてアドバイスをしてよいか、昼夜逆転を治せるか、社会との接点をどうすればよいか、母は見守るだけでよいのか確認したい。

当事者の生育歴：小、中学時は成績もよく人気者であった。高校は進学校に進み、部活動で活躍。卒業後は東京の有名大学に入学し、サークルやアルバイトも行ってた。大学3年時に3か月のみ就職活動し、1年留年の後、卒業。卒業後も下宿先で寝てばかりだったので、インテーク面接の2週間前に父が実家に連れ戻した。

インテーク面接時の当事者の状況：昼夜逆転の生活で、夜コンビニに行く程度。お酒が好きで誘われればお酒を飲みに行くことはある。

合議の方針：母が当事者を見守ることよりも、母が当事者を理解すること、当事者に「No」を言わせないことが大切であり、医療機関を安易に紹介できない。当事者が望めばセンターで医師面接は可能。母に当事者の気持ちを聞き、理解を深めることを目的として継続相談とする。

家族の相談歴：大学在学中にかかった他県の保健所、卒業大学の医師、地元の医師。

継続相談中の当事者の変化：インテーク面接の1週間後、当事者がイライラと吐き気を訴え、センターの医師面接を受ける。インテーク面接から2年後、「母がセンターで言っていることを訂正したい」と当事者がセンターに来所し、「自分は就労相談機関に通い、アドバイスをもらい、親の愚痴をきいてもらっている。母が自分を急かしたり、不安を煽る

ようなことを言わないでほしい」と親への不満や要望を相談員に話す。その後、アルバイトを始めた。

継続相談中の家族の変化：母は医師より病状を聞き安心する一方で、「息子はなぜよくなるのか」という思いが解消できなかったが、少しずつ「息子に余計なことを言わないようにしよう」と考えるようになった。インテーク面接から1年後、母は親グループに参加。「親の気持は共通で、気持ちを分かち合え、ありがたい」と感想を話す。インテーク面接から4年後、相談員の変更と親グループのグループ異動があった。経過の長い子どもの状態を知ること、悲観的になり、インテーク面接から4年半後には親グループの参加、個別面談とも途絶えた。インテーク面接から5年後、次年度の親グループの参加意向を電話で確認したところ、当事者のアルバイトは継続中であったが、「親の介護で行けなくなった。息子に変化がなく、親グループに参加するのも辛い」と母は言い、参加は希望されなかった。個別相談については「また、電話する」と言われたが、以降、連絡はなかった。

センターでの支援：母に当事者がどのように考えているかを確認し、自身で気づきを得てもらうことを目的に個別面接を行い、母の希望でセンター医師から病状を聞く機会を得た。親グループに参加した。

(イ) 相談が終了した事例

相談者：50歳代母

当事者：20歳代前半男性

ひきこもり期間：約4年

相談回数：17回

家族構成：祖父、父、母、当事者

インテーク面接時の主訴：息子が高校の頃からひきこもっている。何とか外に出てほしい。

当事者の生育歴：他県にて出生。幼児期、学童期は問題なし。中学校では勉強も運動もできた。高校受験では県内のトップ高校を目指したが失敗し、第2希望の高校に進学する。高1時は成績が良かったが、耳鳴りや動悸がするようになり、高2時に学校に行くことができず中退する。通信制高校に入り、卒業したが、その後ひきこもるようになり、インテーク面接の2年前に愛知県内に転居した。

インテーク時の当事者の状況：規則正しい生活をしている。耳鳴りや動悸はなくなったが、外出はできなかった。大学進学を希望していたが、「高校で頑張ったのにダメだった。」と勉強をする気はなく、アルバイトも就職活動もできない。

合議の方針：当事者が動き出すのを母が見守り、タイミングをはかることができるように継続相談とする。母の気持ちに折り合いをつけるのが当面の目標。

家族の相談歴：他県（転居前）の保健所。

継続相談中の当事者の変化：インテーク面接後に母が就労し、当事者が食事を作るように

なり、一人で買い物に出るようになった。母が仕事をやめると当事者も食事作りをやめてしまった。インテーク面接から1年後、当事者が体調不良で2週間入院した。入院中、母に「アルバイトをしたい」、「大学に行きたい」と自分の気持ちを話せるようになり、退院後アルバイトを始めた。

継続相談中の家族の変化：インテーク面接時には、母は進学を望んでいたが、当事者にその気がないと難しいと思い、「待つようにしたいけど、待っていたらずっとこの状態が続くのではないかと不安に感じていた。母の就労を機に当事者が家事をするようになったことに母は喜び、母の退職を機に当事者が家事をやめたことに落胆していたが、「当事者に役割を担ってもらおう」、「母が相談に行くことを伝える」というセンターからの助言を実行した。母は当事者の「アルバイトをしたい」という変化に驚きながらも落ち着いて受けとめ、アルバイトを始めるのを見守った。インテーク面接から1年6か月後、「息子の気持ちがわかったので心配ない」と母は終結を希望され、終了となった。

センターでの支援：月1回の個別面接実施。丁寧に聞き取り、日々のエピソードをポジティブに意味づけし、急激な変化の時も冷静に経過を見守ることができるよう母に寄り添った。

(3) 推測される中断、終了理由及び有効な支援

前項の事例検討を踏まえ、表10に推測される中断、終了理由及び有効な支援（センターで提供するとよかった支援、センター等で提供した支援）を示す。

表10 推測される中断、終了理由及び有効な支援

群	推測される中断、終了理由	有効な支援	
		センターで提供するとよかった支援	センター等で提供できた支援
1	・家族の職業や家族が他の相談機関に相談していることを理由に、センターが積極的に介入しなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・センターでの継続相談 ・他の相談機関との並行相談 ・センターと保健所との協働での相談 ・ひきこもり経過を記したチラシによる説明 	—
2	・センターが相談者の役割期待に応えなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・センターでの継続相談 ・デマンドへの丁寧な対応 ・デマンドをニーズに変える相談員の技量 ・ひきこもり経過を記したチラシによる説明 ・複雑困難性のスクリーニング技術 	—
5	・相談者が多くの相談機関に相談していた。相談に行き詰まりがあった。	<ul style="list-style-type: none"> ・事例検討による処遇方針の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> ・センターでの個別継続相談 ・親グループへの参加

6	<ul style="list-style-type: none"> ・相談者側の理由（親の介護） ・親グループのグループ異動 ・相談員の変更 ・当事者のポジティブな変化 	—	<ul style="list-style-type: none"> ・センターの個別継続相談 ・親グループへの参加 ・当事者のセンター医師面接 ・当事者の他相談機関への相談 ・当事者の医療機関受診
---	---	---	--

ア 1群として挙げた事例は複雑困難事例であるのかかわらず、他機関に相談しているということから、相談に対するセンターの積極性がなかった。一般的に、他機関との並行相談は、相談者が自分の都合のよいところだけを取ってしまったり、複数の相談機関で方針に食い違いがある場合に相談者が混乱したりすることがあり、当事者への対応が一貫せず効果があがりにくいなどの問題があるとされている。

事例検討によって振り返ると、「他機関で相談している事例は継続相談をしない」と原則どおりに判断したのは適切でなく、保健所と協働して並行相談を行うことが必要な事例であった。複雑困難事例であるがゆえに原則どおりにいかない難しさがあった。

イ 2群として挙げた事例も複雑困難事例であったが、相談員が相談者の役割期待に応えなかったため、相談者との間に相談援助関係（ラポール）を形成することができなかった。長谷川は支援者の基本的態度として「親の共感共苦の伴走者になること」が重要であると述べている（長谷川，2014）。この事例では相談員が「親の共感共苦の伴走者」として相談者の気持ちに寄り添うことができていたかどうかと振り返ることができた。

ウ 5群として挙げた事例では個別相談で支援を行ったが、相談者が他に様々な相談機関に相談しており、センターの相談でも当事者の変化がないことに行き詰まりを感じていた。相談の進展がない場合には事例検討を行い、中断を含め処遇方針を見直しする必要があった。

エ 6群として挙げた事例のうち中断事例では相談者に個別相談、親グループ等の支援を行い、当事者は他機関で親以外の第三者と出会い、自身の内面を語るできるようになり、アルバイトを始めた。相談員は当事者の状態を改善ととらえていたが、家族は期待するほどに当事者の状況がよくならないと感じ、相談が中断した。

また、終了事例では、相談員が丁寧な個別面接により相談者を支え、当事者は体調を崩したことをきっかけに医療機関に繋がり、進路に迷いながらアルバイトを始めた。相談者の目的であった「当事者が外に出ること」が達成され、母は「息子の気持ちがわかったので心配ない」と終結を希望したため、相談が終了となった。

この二つの事例では当事者が親以外の第三者との出会いによって自分の内面を話せるようになったこと、当事者に若さや潜在的な力などのストレングスがあったことが共通していた。

4 課題

(1) センターの役割について

センターは精神保健福祉法第6条に基づき、都道府県に設置が義務づけられた保健機関、相談機関である。相談業務は「精神保健及び精神障害者の福祉に関する相談及び指導のうち複雑又は困難なもの」について行うことを原則としている。

「複雑困難事例」とは、精神保健福祉上の多様な問題を有しており、その問題解決に結びつく明確な対応策が確立されておらず、一般の相談機関で対応することが困難であるか、または、一つの機関で対応するのが困難で多機関が関わる必要性のある事例と考えることができる。事例の「複雑困難性」の視点から、複雑困難事例であればセンターで受け、そうでない事例の場合には他機関（保健所、医療機関、民間支援団体、教育機関等）での相談を受けるように、インテーク面接の予約時及びインテーク面接後の合議でスクリーニングを行っている。

相談者の主訴は多様であった。「ひきこもりを改善できる施設を紹介してほしい」、「自宅訪問をして本人を連れ出してほしい」、「他の子ども（兄弟姉妹）の披露宴に出席してほしい」、「病院に受診をさせたいが受診を嫌がってさせられない」、「暴力があるがどうしたらいいか」等の相談者が解決したいと思っている具体的な悩みや切羽詰まる困りごとから、「専門家としてのアドバイスを聞きたい」、「専門家に状況を見極めてもらい、適切な方向に導いてほしい」、「家族が本人にどのように接したらよいか」、「本人の将来はどうなるのか心配」、「妻の相談先にしたい」という内容までであった。デマンド（demands）－すぐに満たして欲しいと相談者が感じている要求－と、ニーズ（needs）－ある状態が、一定の基準からみて問題があり、その状態の改善などを行う必要があると認められる要求－に分類すると、デマンドと思われる主訴も少なくなかった。

相談者が相談員に抱く役割期待－相手に対して想定している役割－があり、相談員の役割意識－自分に対して想定している役割－があり、相談者の役割期待と相談員の役割意識にズレや食い違いのある要求はデマンドであることが多く、相談がうまくいかない要因や相談が中断する要因であった。

相談員は相談者のデマンドを否定せず受けとめ、デマンドが前面に出されている場合には背後にあるニーズや事例の複雑困難性も適切に把握することが望まれる。相談員が把握したデマンドをニーズに転換する相談援助技術を用いて、相談者に希望や展望を与えることができないと相談者が継続相談に来所する動機づけができず、相談が中断する要因になる。まずは、家族に相談の土俵にのってもらわなければならない。相談員が「デマンドではなくて真のニーズに対応しなくてはならない」あるいは、「デマンドに即応してはならない」という役割意識に拘泥せず、柔軟に対応することが必要である場合もある。

(2) 当事者及び家族のアセスメント

家族は「何かのちょっとしたきっかけで出られるようになる」と思っていることが多く、ひきこもりやその経過について、十分理解していないこともあった。家族の話から、当事者の現在の状況がひきこもりの過程のどのような位置にあるのか、どのような心理状況にあるのか当事者のアセスメントを行い、家族がどのように理解しているのか、家族が当事者のひきこもり

を受け入れる段階のどの段階にあるのか家族のアセスメントを行う必要があった。

両者をアセスメントした上で、家族が解決したいと思っている悩みや困りごとをどのようにすると解決できるのか、家族の望みが当事者にとって要求になっていないかどうかという視点から、相談員は家族自身に振り返りを促していた。当事者の小さな変化に相談員が焦点を当て、「当事者は何も変わらない」という家族の陥りがちな見方を是正していた。

外部からの訪問支援や相談員の助言による働きかけ等の外的なきっかけが、直接に作用してひきこもりの解決に至る訳ではない。外的なきっかけが当事者の内面に触れ、揺り動かした時に当事者の内面に変化が起こり、自身の力で自分の課題を乗り越えていくことにつながると考えられる。当事者が自身の力を信じて課題を乗り越える気持ちになるには、当事者がありのままの自分を家族や第三者によって受け入れてもらう経験が役に立つのではないだろうか。家族がありのままの当事者を理解し、受け入れられるように相談員は働き掛けていた。

(3) 家族との相談援助関係の構築

船越は「家族は、問題なのはひきこもっている当事者であって、自分が支援の対象であるとは考えていないことがほとんどである」（船越，2015，p104）と述べている。家族の多くは当事者の変化を望み、「家族自身が変わる必要があること」やそのために「家族が専門家によって支えられることの必要性があること」の視点を持っていないようであった。

相談においては、共感、傾聴、寄り添うことを基本として、相談員は家族の焦燥感や怒りや不安を受容し支えていた。一方、家族のデマンドが当事者の利益や福祉にそぐわない場合には、家族に「なぜそうしたいのか」、「当事者のためか、家族自身の安心のためか」、「それが起こった場合、当事者の受けとめはどうか」と投げかけ、家族と当事者との関係を振り返ってもらうこともあった。

継続群では、家族は当事者の状態を「よし」とは思っていないが、当事者を受け入れざるを得ない状況や気持ちにあるように推測された。家族がひきこもる当事者と接してきたことで家族自身が変わったなど自分の人生や子育てを振り返る話、当事者のひきこもりは問題として残しつつも一旦括弧にくくって、自分の残りの人生をどう生きるか、具体的にはライフワークや生きがいなどの話が面接の話題になることもあった。家族が自身と当事者の関係を俯瞰して語るのを感じた。家族は「センターに来て話すことで安心できる。自分自身がほっとする」と感じていた。家族は相談員を自分の「鏡」として映し照らし、自分自身を振り返っているように思われた。

(4) 親グループ

継続群の家族の半数がセンターの親グループを経験していた。家族から、他の家族の話聞いてみたいと希望があり、相談員が家族グループに参加すると家族自身の視点が広がるのではないかと判断した場合には、センターの親グループを紹介している。クローズドで、1年間9回のグループであり、継続相談をしていることを参加の条件にしている。「他の家庭でも共通の悩みがあることがわかり、ほっとした」という感想もある一方、「他の子どもとうちの子どもは

違う」、「他の親の話を聞いて、その深刻さにショックを受けた」という反応もあった。

しかしながら、同じ経験をしている家族同士が出会い、気持ちを分かち合うことは個別面接では提供し難い支援である。家族同士が交流する場として、また、ひきこもりに関する的確な情報提供の場としても親グループが機能することが望ましい。個別面接と親グループが相談の両輪として、家族を支援できるといいと思う。

5 おわりに

精神保健福祉センターという専門機関で、デマンズの背後にある複雑困難性を看過せず、事例の「複雑困難性」の視点から、事例のスクリーニングを行うこと、相談の場に登場した家族に継続して相談に来てもらうよう、困りごとやデマンズに丁寧に応じ、家族のデマンズをニーズに転換させるよう働きかける相談員の技術が必要だということが示すことができたかと思われる。

センターは常勤の精神科医がいるという恵まれた環境であり、地域の手本となるよう専門的な相談業務を行い、地域に知見や知識を還元し、相談員が転勤した後には相談員がセンターで培った専門性を地域で発揮し、県の精神保健福祉相談のレベルアップを図ることがセンターとしての役割であると考えている。

引用文献

- 船越明子（2015） ひきこもり－親の歩みと子どもの変化－ 新曜社
- 長谷川俊雄（2014） ひきこもりの理解と支援サポーターの役割～信頼関係を育み伴走することが、本人の自信と意欲を育む～. 愛知県精神保健福祉センター主催平成26年度ひきこもり支援サポーター養成研修
- 境 泉洋・野中俊介（2013） C R A F T ひきこもりの家族支援ワークブック～若者がやる気になるために家族ができること～. 金剛出版
- 齊藤万比古（2010） ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン. 厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究」

参考資料

- 愛知県精神保健福祉センター（2011） 相談窓口担当者のための相談対応の手引き
- 愛知県精神保健福祉センター（2013） ひきこもり来所相談の分析. 精神保健福祉愛知2012
- 愛知県精神保健福祉センター（2015） ひきこもり来所相談事例の分析について－35歳以上の長期化したひきこもりの支援を考える－. 精神保健福祉愛知2014
- 厚生労働省（2016） 社会的孤立に対する施策について～ひきこもり施策を中心に～
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12000000-Shakaiengokyoku-Shakai/0000147785.pdf>

内閣府（2010） 若者の意識に関する調査（ひきこもりに関する実態調査）報告書．

http://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/hikikomori/pdf_gaiyo_index.htm

内閣府（2014） 平成26年版子ども・若者白書（全体版）第2節若年無業者，フリーター，ひきこ

もり． http://www8.cao.go.jp/youth/whitepaper/h26honpen/b1_04_02.html

内閣府（2016） 若者の生活に関する調査報告書（PDF版）．

<http://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/hikikomori/h27/pdf-index.html>

資料編

630調査愛知県分抜粋(名古屋市分含む)

表1 精神科病院数

各年6月30日現在

H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26
54	54	53	53	53	51	51	52	52	52

表2 精神科病床数

各年6月30日現在

H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26
13,626	13,401	13,224	13,293	13,270	12,848	12,892	12,678	12,636	12,535

表3 疾患別在院患者数

各年6月30日現在

		H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26
精 神 質 障 害	アルツハイマー 型認知症	306	307	361	360	383	395	423	490	566	557
	血管性認知症	267	227	208	204	218	178	175	197	136	108
	その他	604	571	547	630	593	735	774	751	751	788
びに精 行よ神 動る作 の精用 障神物 害及質	アルコール	661	736	807	774	772	702	655	611	569	461
	覚せい剤	56	57	58	59	59	58	65	68	41	54
	上記以外	99	139	50	65	79	47	50	37	45	35
統合失調症及び妄想性 障害		8,579	8,281	8,124	8,040	8,053	7,639	7,687	7,498	7,504	7,229
気分(感情)障害		993	1,035	1,031	1,026	1,082	1,112	1,160	1,037	1,111	1,166
神経症性障害、ストレス関 連障害		196	236	231	251	229	207	238	245	220	256
生理的障害及び身体的要 因に関連した行動症候群		17	20	36	32	32	39	32	28	25	32
成人のパーソナリティ及び 行動の障害		98	95	76	98	82	72	60	81	55	50
精神遅滞(知的障害)		434	389	383	365	376	360	179	173	185	155
心理的発達の障害		38	34	16	28	26	25	39	47	54	68
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		32	19	7	7	16	9	12	18	20	16
てんかん		197	172	166	135	112	97	85	67	76	68
その他		83	97	163	186	123	119	131	115	119	59
合 計		12,660	12,415	12,264	12,260	12,235	11,794	11,765	11,463	11,391	11,102

表4 入院形態別在院患者数

各年6月30日現在

	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26
措置入院患者数	96	92	89	82	86	78	75	70	54	49
医療保護入院患者数	4,140	3,960	3,969	4,082	4,115	4,092	4,240	4,156	3,233	4,081
任意入院患者数	8,247	8,161	8,003	7,890	7,834	7,426	7,415	7,206	7,066	6,939

表5 前年6月入院患者の入院形態別

	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26
措置入院	6	6	5	6	5	6	7	8	9	3
医療保護入院	357	403	394	421	425	438	477	446	448	478
任意入院	779	822	810	854	893	871	920	821	837	800
その他の入院	8	6	5	7	14	9	10	20	19	32

表6 前年6月入院患者の年齢別

	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26
20歳未満	34	38	46	36	36	46	50	49	41	33
20歳～40歳未満	371	412	392	407	437	370	405	353	348	330
40歳～65歳未満	474	504	487	541	526	579	577	483	562	544
65歳～75歳未満	142	159	162	170	177	180	198	204	168	179
75歳以上	129	124	127	134	161	149	184	206	194	227

表7 前年6月入院患者のその後1年の退院先別

	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26
家庭復帰	864	915	871	948	976	994	1,062	934	973	904
グループホーム、社会復帰施設	55	50	53	70	79	62	78	99	84	124
転院・院内転科	109	106	90	106	106	103	111	102	99	101
死亡	4	19	30	22	27	25	27	38	25	49

表8 各年6月退院患者数(在院期間別)

	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26
3ヶ月未満	1,010	1,004	818	829	865	841	870	861	905	963
3ヶ月～1年未満			224	274	316	271	282	341	261	302
1年～5年未満	87	113	101	103	97	96	102	88	79	87
5年～10年未満	33	26	33	27	28	22	19	23	30	19
10年～20年未満	14	15	19	22	19	15	24	19	8	12
20年以上	14	23	10	14	20	8	12	6	11	13
合計	1,158	1,181	1,205	1,269	1,345	1,253	1,309	1,338	1,294	1,396

表9 各年6月退院患者数(退院先別)

	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26
家庭復帰	869	864	862	956	1,019	947	977	1,004	950	1,018
グループホーム・施設等	63	86	38	51	55	42	51	58	43	58
高齢者福祉施設	—	—	61	51	47	51	58	58	74	84
転院・院内転科	172	185	185	163	169	143	143	149	161	168
死亡	54	46	39	46	51	45	56	53	53	54
その他	—	—	20	2	4	25	24	16	13	14
合計	1,158	1,181	1,205	1,269	1,345	1,253	1,309	1,338	1,294	1,396

精神保健福祉法各種届出件数(平成26年度・平成27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3項	応急入院届 法第33条4	措置入院者数
一宮	H26年度	576	20	0	3
	H27年度	489	18	0	12
瀬戸	H26年度	882	28	33	4
	H27年度	927	39	27	9
春日井	H26年度	298	2	0	8
	H27年度	324	1	0	9
江南	H26年度	161	3	0	4
	H27年度	180	2	0	2
清須	H26年度				2
	H27年度				1
津島	H26年度	142	6	0	5
	H27年度	163	6	0	8
半田	H26年度	186	4	1	7
	H27年度	179	1	1	14
知多	H26年度	264	6	16	7
	H27年度	247	2	19	6
衣浦東部	H26年度	347	17	27	12
	H27年度	417	20	30	14
西尾	H26年度	391	24	48	2
	H27年度	311	16	38	2
新城	H26年度				3
	H27年度				0
豊川	H26年度	100	4	0	4
	H27年度	127	6	0	2
豊橋市	H26年度	488	25	2	5
	H27年度	487	10	2	5
豊田市	H26年度	439	5	12	9
	H27年度	464	14	14	10
岡崎市	H26年度	43	0	0	3
	H27年度	68	2	0	8
計	H26年度	4,317	144	139	78
	H27年度	4,383	137	131	102

家族等の同意 市町村長の同意

保健所別申請・通報届出状況

保健所	年度	各年度内受理										計	要措置										計	措置不要										計
		22条	23条	24条	25条	26条	26条の2	26条の3	27条の2	計	22条		23条	24条	25条	26条	26条の2	計	22条	23条	24条	25条		26条	26条の2	計	22条	23条	24条	25条	26条	26条の2	計	
一宮	21	1	30	7	-	6	-	-	-	44	-	28	6	-	5	-	39	-	1	2	1	-	1	-	5	-	-	-	-	-	-			
	25	1	53	3	-	11	-	-	-	68	1	51	1	-	12	-	65	-	1	2	-	-	-	-	3	-	1	-	-	-	-			
	26	-	85	5	-	10	-	-	-	100	-	79	5	-	9	-	83	-	-	3	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-			
	27	-	98	6	-	7	-	-	-	111	-	96	1	-	7	-	104	-	-	6	5	-	1	-	12	-	-	-	-	-	-			
瀬戸	21	-	4	-	-	8	-	-	-	12	-	4	-	-	8	-	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
	25	-	20	7	-	7	-	-	-	34	-	19	4	-	7	-	30	-	-	1	3	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-			
	26	-	36	3	-	6	-	-	-	45	-	29	3	-	6	-	38	-	-	4	-	-	-	-	4	-	2	-	-	-	-			
	27	1	45	4	-	6	3	-	-	59	-	39	1	-	3	-	43	1	2	2	2	-	1	3	-	9	1	-	1	-	-			
春日井	21	-	15	2	-	-	-	-	-	17	-	12	-	-	-	-	12	-	2	1	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-			
	25	-	47	5	-	8	-	-	-	60	-	46	2	-	7	-	55	-	-	1	3	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-			
	26	1	28	9	-	14	-	-	-	52	-	24	4	-	14	-	42	-	-	3	5	-	-	-	8	1	-	-	-	-	-			
	27	-	40	9	-	8	-	-	-	57	-	35	4	-	8	-	47	-	-	4	5	-	-	-	9	-	-	-	-	-	-			
江南	21	-	8	2	-	2	-	-	-	12	-	8	1	-	1	-	10	-	-	1	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-			
	25	-	8	-	-	5	-	-	-	13	-	7	-	-	5	-	12	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
	26	-	34	2	-	4	-	-	-	40	-	30	1	-	4	-	35	-	-	4	-	-	-	-	4	-	1	-	-	-	-			
	27	-	28	2	-	3	-	-	-	33	-	28	1	-	3	-	32	-	-	1	1	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-			
清須	21	-	4	1	-	-	-	-	-	5	-	4	1	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
	25	-	13	2	-	5	-	-	-	20	-	13	1	-	5	-	19	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
	26	-	12	3	-	3	-	-	-	18	-	11	1	-	3	-	15	-	-	1	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-			
	27	-	19	3	-	3	-	-	-	25	-	19	2	-	3	-	24	-	-	2	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-			
津島	21	1	13	1	-	3	-	-	-	18	-	13	1	-	3	-	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
	25	1	45	3	-	8	-	-	-	57	1	39	2	-	8	-	50	-	3	1	-	-	-	-	4	-	1	-	-	-	-			
	26	1	32	5	-	9	-	-	-	47	1	27	4	-	9	41	50	-	-	5	-	-	-	-	5	-	1	1	-	-	-			
	27	4	37	3	-	5	-	-	-	49	2	34	-	-	-	-	41	2	3	3	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-			
半田	21	-	8	1	-	1	2	-	-	12	-	6	-	-	-	-	6	-	1	1	-	-	-	-	4	-	1	-	-	-	-			
	25	-	12	1	-	5	1	-	-	19	-	5	1	-	5	-	11	-	-	5	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-			
	26	1	17	1	-	6	-	-	-	25	-	7	-	-	6	-	13	-	-	7	1	-	-	-	8	-	2	-	-	-	-			
	27	1	41	1	-	6	-	-	-	49	-	28	-	-	5	-	34	-	-	12	1	-	-	-	14	-	1	-	-	-	-			
知多	21	1	8	-	-	1	2	-	-	12	-	4	-	-	2	-	6	-	1	4	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-			
	25	1	9	-	-	6	-	-	-	16	-	8	-	-	5	-	13	-	-	1	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-			
	26	2	12	2	-	6	1	-	-	23	1	9	-	-	5	-	15	1	2	2	-	-	-	-	7	-	1	-	-	-	-			
	27	-	32	-	-	3	-	-	-	35	-	24	-	-	2	-	26	-	-	5	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-			
衣浦東部	21	-	41	-	-	68	-	-	-	110	-	36	-	-	65	-	101	-	-	5	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-			
	25	2	76	7	-	114	-	-	-	199	2	64	6	-	113	-	185	-	-	1	-	-	-	-	11	-	2	-	-	-	-			
	26	3	77	10	-	106	-	-	-	196	-	59	6	-	98	-	163	3	13	3	-	-	-	21	-	5	1	-	-	-	-			
	27	1	73	9	-	78	-	-	-	161	-	44	8	-	77	-	129	1	20	1	-	-	-	24	-	4	-	-	-	-	-			
西尾	21	-	39	1	-	97	-	-	-	157	-	58	1	-	77	-	136	-	-	1	-	-	-	-	13	-	-	-	-	-	-			
	25	-	30	2	-	72	-	-	-	104	-	26	1	-	59	-	86	-	2	1	-	-	-	-	11	-	-	-	-	-	-			
	26	1	21	1	-	61	-	-	-	84	1	16	1	-	70	-	88	-	4	-	-	-	-	-	5	-	2	-	-	-	-			
	27	-	22	5	-	54	-	-	-	81	-	15	1	-	48	-	64	-	3	4	-	-	-	-	10	-	3	-	-	-	-			
新城	21	-	2	-	-	1	-	-	-	3	-	-	-	-	1	-	1	-	-	2	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-			
	25	-	9	1	-	1	-	-	-	10	-	8	1	-	-	-	9	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-			
	26	-	4	1	-	1	-	-	-	5	-	2	-	-	-	-	2	-	2	1	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-			
	27	-	-	-	-	2	-	-	-	2	-	-	-	-	2	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
豊川	21	4	24	6	-	12	-	-	-	46	2	24	3	-	11	-	40	1	2	3	-	-	-	-	7	-	1	-	-	-	-			
	25	-	36	9	-	13	-	-	-	58	1	36	5	-	13	-	55	-	-	2	3	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-			
	26	2	28	8	-	20	-	-	-	58	1	22	4	-	19	-	46	1	5	2	-	-	-	-	9	-	1	2	-	-	-			
	27	-	44	9	-	17	-	-	-	70	-	36	4	-	17	-	57	-	4	3	-	-	-	-	7	-	2	1	-	-	-			
合計	21	7	196	21	-	200	2	0	1	448	3	197	13	0	173	0	386	3	19	7	1	18	2	1	51	0	2	0	0	3	0			
	25	5	358	40	0	254	1	0	0	658	5	322	24	0	239	0	590	0	18	15	0	10	1	0	54	0	7	1	0	1	0			
	26	11	386	50	0	245	1	0	0	693	4	315	29	0	243	41	600	5	53	15	0	5	1	0	79	1	14	6	0	3	0			
	27	7	479	51	0	192	3	0	0	732	3	398	22	0	180	0	603	4	60	26	0	9	3	0	102	1	11	2	0	0	14			

精神保健福祉愛知

2016

発行・編集 2017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

