

演題 5-27

群馬県こころの健康センターにおける医療観察法対象者支援の取り組み
～アウトリーチ活動のしくみで地域支援を行う～群馬県こころの健康センター・精神科救急情報センター
○田仲 富美子、浅見 隆康、芦名 孝一、後藤 清乃

1 はじめに

群馬県では、こころの健康センターに精神科救急情報センター(以下「情報センター」という。)が併設されて以来、関係機関から通報事例や精神障害が疑われ問題行為を行ったり、治療中断している事例等の相談が寄せられるようになったため、各保健福祉事務所(以下「保健所」という。)と連携し、これらの事例に対してアウトリーチ活動を展開して問題解決に取り組んできた。その結果、受診や治療につながった事例も多い。この取り組みは、早期介入、再燃予防の観点だけでなく精神障害者の社会復帰や地域の受け入れに欠くことはできないものと思われる。

さらに平成 17 年 7 月に心神喪失者等医療観察法(以下「医療観察法」という。)が施行されてからは、当センターで行ってきたアウトリーチ活動のしくみを利用し、医療観察法の対象者に対しても保護観察所や指定医療機関と連携し、保健所や市町村と情報を共有化して地域の支援を実施しているので、その取り組みについて報告したい。

2 取り組みと方法

アウトリーチ活動は、県内の 11 か所の保健所毎に当センターの医師と保健師を地区担当制とし、配置している。関係機関からの相談は地区担当保健師が窓口となっている。

保護観察所から、県を通じて保健所と当センターあてに医療観察法対象者の協力等依頼書が送付されると、対象者毎に担当医師と保健師を決め、CPA・ケア会議に出席して情報を共有化し、処遇計画策定時や援助のあり方についての助言や保健所と市町村が行う日常生活に関する援助や家族関係の調整にも助言や協力を行っている。

通院処遇中の対象者の問題行動や病状悪化の際には、保護観察所や関係機関と協議し、当センターが協力して訪問し、病状の見立てや受診説明等を行い早期に受診や治療に結びつけられる支援体制を整えている。情報センターは、精神保健福祉法第 24 条から 26 条の通報等受理・事前調査・診察要否決定・移送・診察立会・措置決定までの一連の業務を担っているため、日頃から保護観察所や地域の関係機関との連携や情報共有が不可欠となっている。

3 現状と課題

(1) 医療観察法の対象者

平成 22 年 5 月末現在

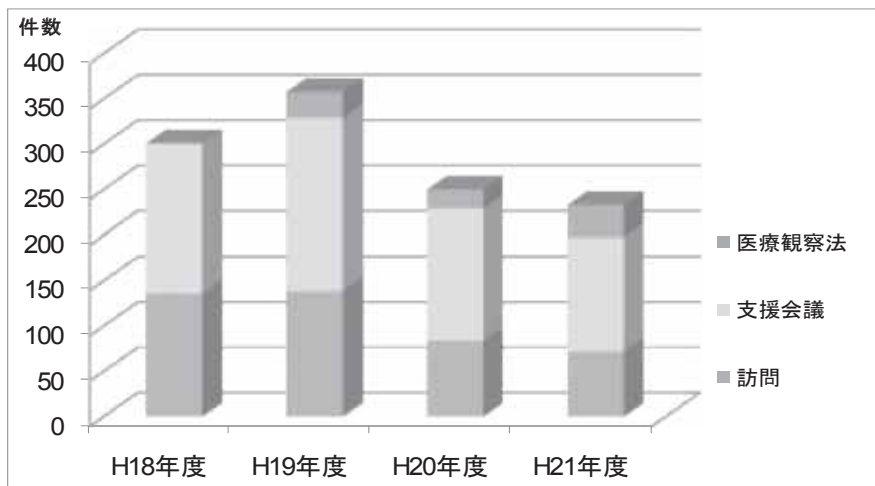
No	性別	年齢	診断名	対象行為	決定内容	処遇の状況及び経過
1	男	20代	統合失調症	放火(自宅)	入院	終了：自宅(家族同居)
2	男	30代	統合失調症	放火(自宅)	入院	終了：自宅(家族同居)
3	女	40代	統合失調症	殺人(親族)	入院	通院：自宅(単身)
4	男	40代	統合失調症	殺人未遂(親族)	入院	通院：援護寮→GH入所
5	男	30代	中毒性精神病	放火(自宅外)	入院	通院：自宅(家族同居)
6	女	20代	統合失調症	放火(自宅)	通院	終了：自宅(家族同居)
7	男	50代	統合失調症	傷害(親族)	入院	通院：援護寮入所
8	女	50代	妄想性障害	殺人未遂(親族)	入院	入院処遇中(CPA会議開催)

演題 5-27

9	男	50代	うつ病	殺人(親族)	入院	入院処遇中(CPA会議開催)
10	男	40代	統合失調症	傷害(親族外)	入院	通院：援護寮→アパート(単身)
11	男	70代	多発性脳梗塞認知症	殺人未遂(同居人)	通院	通院：任意入院→介護施設入所
12	男	20代	広汎性発達障害	傷害(親族外)	入院	終了：自宅(家族同居)
13	男	30代	統合失調症	傷害(親族外)	入院	入院処遇中(CPA会議開催)

上記13名の他に入院処遇中の対象者が9名(男6名、女3名)いる。内訳は、年齢30代5名、40代1名、50代1名、60代2名。診断名は統合失調症6名、器質性精神障害2名、情緒不安性人格障害1名。対象行為は傷害6名(親族3名、親族外3名)、放火2名、殺人未遂1名となっている。

(2) アウトリーチ活動の推移



《医療観察法》
CPA・ケア会議に出席し、助言を行う。
《支援会議》
本人家族が参加している。
《訪問》
本人家族の依頼で行う。

従来の通報・処遇困難事例へのアウトリーチ活動を続けた結果、支援会議や訪問件数が減ってきたが、医療観察法対象者への支援回数が増えてきている。

(3) 事例3への支援内容(概要)

入院処遇中に関係者のみの状況説明と支援体制を確認し、CPA会議から参画し、退院後はケア会議に出席して情報の共有化と助言を行って来た。

通院処遇後月1回開催されるケア会議の4か月目に、幻聴再燃等の病状悪化が明確になってきたため、社会復帰調整官(以下「調整官」と言う。)が精神保健福祉法の入院を勧めようと受診日に病院で待つか、本人から病院に「受診できない」と入電後来院せず。単身者のためそれ以上の情報は得られなかった。調整官からの相談を受け、地域機関と協力して直ちに自宅への訪問実施。自宅玄関は開けてくれたが、受診説得には応じず拒否。2階に上がりこもってしまうが、病状悪化のため受診が必要と判断し、調整官が親族(選任保護者)の了解を得て、地元の警察署へ受診協力を要請。警察官立ち会いの元、調整官が2階に行き受診説得したところ応じたため、保護観察所の車に当センター医師が同乗して病院に搬送。主治医の診察を受けて医療保護入院となった。

医療保護入院中にもケア会議は継続し、退院後の地域支援の見直しや、病状悪化した時の対応を本人も含めて取り決め、計画書を提示し納得してもらった。

4 まとめ

医療観察法における当センターの役割は、入院処遇中から対象者の情報を関係機関と共有し、通院処遇中に病状悪化した際に各機関の対応を、本人や家族も含めて具体的な段取りまで明確にし、安心して精神保健福祉法に移行できるよう支援していくことである。さらに処遇終了後は、地域の関係機関からの相談や助言が強く求められているため、当センターのアウトリーチ活動によるフォロー体制をより整備していきたい。

演題 5-28

精神科長期入院患者の退院に関わる要因について

新潟県精神保健福祉センター ○阿部俊幸

1 はじめに

新潟県が新潟県精神科病院協会の協力を得て実施した平成 18 年度新潟県精神科病院入院患者調査について、その後 2 年間の退院に関連する要因を分析した。

2 方法

調査から 2 年後である平成 20 年 6 月 30 日の時点における転帰情報が得られた 4453 人のうち、未成年者 (7 人)、平成 18 年度調査時点ですでに退院していた可能性がある者 (37 人)、患者数がいずれも全体の 1 パーセントに満たない F5 等と診断された者 (計 66 人)、入院形態が措置入院 (6 人) またはその他の入院の者 (4 人)、死亡 (408 人) または転院 (181 人) した者、以上のいずれかに該当する 683 人 (15.3%) を除く 3770 人 (平均年齢 ± 標準偏差、62.4 ± 13.1 歳、男女比 1 : 0.95) について、各要因と退院率との関連を分析した後、多変量解析を行った。

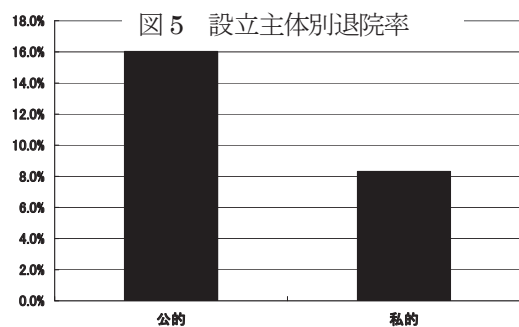
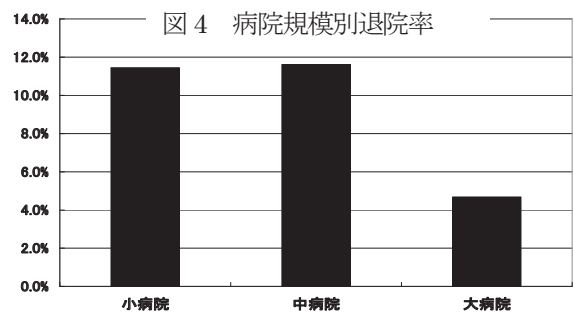
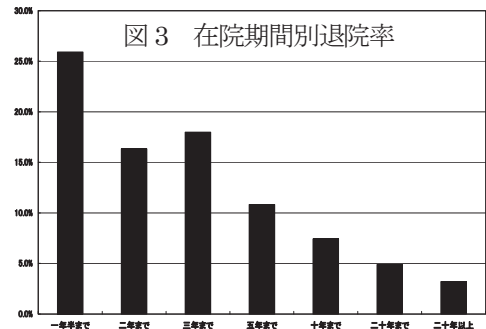
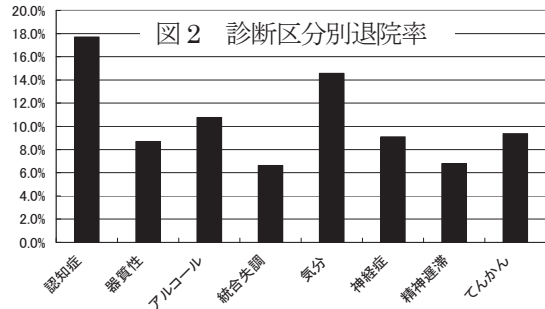
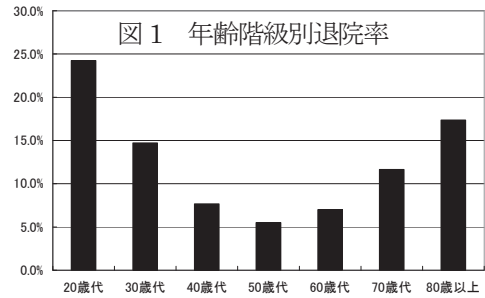
3 結果

(1) 各要因と退院率との関連

- ① 性別 男女合計した退院率は 9.1%であった。性別では有意差は認めない。
- ② 年齢 年齢階級別では 50 歳代が最も低い U 字型のカーブを描く (図 1)。
- ③ 入院形態 入院形態別では有意差を認めない。
- ④ 診断区分 統合失調症、精神遅滞で低く、認知症、気分障害、アルコール依存症等で高い (図 2)。
- ⑤ 在院期間 一部の例外を除き、長くなるほど低下する (図 3、U 検定、 $p < 0.0001$)。
- ⑥ 病院規模 入院している病院を許可精神病床数により小病院 (200 床未満)、中病院 (200 床以上 400 床未満)、大病院 (400 床以上) に分類し比較すると、大病院が最も低い (図 4)。
- ⑦ 設置主体 入院している病院が私的病院だと公的病院に比べて低い (図 5、 χ^2 乗検定 $p < 0.0001$)。

(2) 多変量解析 (ロジスティック回帰分析)

加齢に関し退院に及ぼす効果が異なると考えられる 60 歳以上と未満の二群に分け分析した。退院を目的変数とし、患者側の要因として性別、年齢、診断名、在院期間、病院側の要因として病院規模 (400 床未満、400 床以上)、設置主体 (公的か否か) 以上 6 要因を説明変数として強制投入してロジスティック回帰分析を行ない、調整オッズ比とその 95% 信頼区間を求めた。なお診断名は F2 (統合失調症) を、在院期間は在院 20 年以上を、病床数は 400 床以上をそれぞれ参照カテゴリーに設定した。結果



演題 5-28

は下表のとおりであった。

表 関連要因別退院率、調整オッズ比および95%信頼区間

(60歳未満群の診断名「器質性」は省略、 $p < 0.05$ を有意とし○印で示した。)

(1) 60歳未満群

(2) 60歳以上群

	対象者数	退院数	退院率	調整オッズ比	上限	下限	有意
女性	982	79	8.00%				
男性	611	37	6.10%	1.52	2.336	0.989	
年齢(10歳単位)				0.692	0.864	0.554	○
統合失調症	1301	89	6.80%				
認知症	36	2	5.60%	1.306	18.542	0.092	
アルコール	14	3	21.40%	3.914	52.901	0.29	
気分	63	10	15.90%	3.088	34.579	0.276	
神経症	14	1	7.10%	1.528	29.744	0.078	
精神遅滞	116	10	8.60%	2.812	31.329	0.252	
てんかん	35	1	2.90%	0.762	14.392	0.04	
20年以上	378	9	2.40%	1			
1年半未満	120	29	24.20%	2.482	3.951	1.56	○
2年未満	78	10	12.80%	1.622	3.003	0.876	
3年未満	120	18	15.00%	1.778	2.92	1.082	○
5年未満	190	17	8.90%	1.049	1.695	0.649	
10年未満	335	21	6.30%	0.822	1.275	0.53	
20年未満	371	12	3.20%	0.42	0.73	0.25	
大病院(400床以上)	634	33	5.20%				
中小病院(400床未満)	959	83	8.70%	1.877	2.95	1.194	○
私的病院	1367	81	5.90%				
公的病院	226	35	15.50%	2.152	3.578	1.294	○

	対象者数	退院数	退院率	調整オッズ比	上限	下限	有意
女性	1229	138	11.20%	1			
男性	948	88	9.30%	1.083	1.473	0.796	
年齢(10歳単位)				1.17	1.424	0.962	
統合失調症	1203	77	6.40%	1			
認知症	591	109	18.40%	1.425	2.111	0.961	
器質性	32	4	12.50%	0.942	2.529	0.351	
アルコール	51	4	7.80%	0.564	1.48	0.214	
気分	136	19	14.00%	1.181	2.015	0.692	
神経症	30	3	10.00%	1.146	3.443	0.382	
精神遅滞	105	5	4.80%	0.656	1.539	0.28	
てんかん	29	5	17.20%	1.93	4.854	0.768	
20年以上	620	23	3.70%	1			
1年半未満	181	49	27.10%	2.252	3.149	1.61	○
2年未満	130	24	18.50%	1.478	2.248	0.972	
3年未満	186	37	19.90%	1.649	2.341	1.161	○
5年未満	290	35	12.10%	0.906	1.277	0.643	
10年未満	405	34	8.40%	0.754	1.06	0.536	
20年未満	364	24	6.60%	0.644	0.956	0.433	
大病院(400床以上)	732	31	4.20%	1			
中小病院(400床未満)	1445	195	13.50%	2.845	4.251	1.905	○
私的病院	2035	202	9.90%	1			
公的病院	142	24	16.90%	1.734	3.002	1.001	○

4 考察

60歳未満で加齢に伴い有意に退院率が低下したが、就労困難、家族の高齢化による支援機能の低下等により地域生活が難しくなるためと考えられる。これに対し、60歳以上では有意ではなかったものの逆の効果を強く疑わせる結果となった。これは多くの職業で一般に定年とされる60歳を境に就労に対する社会的圧力から解放されるとともに、制度上各種高齢者施設への入所や介護保険の利用が可能になること等が退院を促す、という説明が可能である。入院期間に関しては両群とも在院期間が長くなるほど退院率が低下する傾向が認められたが、例外として2年以上3年未満の退院率は1年半以上2年未満の退院率より若干高くなっていた。藤田らの報告でも在院期間が3年以上4年未満の群が2年以上3年未満の群より退院率が若干高くなる現象が認められており、在院期間に応じ退院率が二峰性に分布する可能性が示唆された。病院に関係する要因では両群ともに規模、設立主体が退院と有意に関連していた。ただし、本人、家族、地域等のさまざまな要因が入院時の病院の選択に関与していると考えられるため、必ずしも病院側の要因のみに帰することはできない。すなわち長期の社会的入院を望む患者や家族が特定の病院に集中し、結果として病院もその期待された役割を果たそうとするということである。また、今回の調査では転帰に関し施設への入所も「退院」に含まれており、精神障害者の一般住宅への退院と区別できないことも留意すべきである。しかし、結果的に性、年齢、診断名、在院期間という患者側の要因を調整してもなお、入院している病院の規模や設立主体が退院と有意に関連していたことは、より効果的に長期入院者の地域移行を進めるために、県内各病院をはじめ関係者が共通に認識しておくべきことと思われる。

5 まとめ 新潟県精神科病院入院患者調査の結果、在院期間1年半未満、同2年以上3年未満、入院している病院が中小病院、公的病院であること、60歳未満群では年齢を減ずることが退院と有意な関連を認めた。本研究のとりまとめに当たっては新潟大学大学院医歯学総合研究科感覚統合医学講座(精神医学分野) 染矢俊幸教授よりご指導を頂いた。

文献 藤田利治、竹島 正: 精神障害者の退院曲線と長期在院のリスク要因についての患者調査に基づく検討。精神神経学雑誌,108; 9, 891-905,2006

演題 5-29

地域移行・地域定着支援事業 ～退院意欲向上をめざした、精神科病院との協働した取り組み～

岡山市こころの健康センター

○能勢 睦 江 川上 真紀

太田 順一郎 岩本 真弓

1 はじめに

平成 21 年 4 月に岡山市が政令市に移行し、「岡山市こころの健康センター」(以下「センター」)が開設され、岡山市では、「精神障害者地域支援システム」(以下、「支援システム」)の構築を目指し、センターが市内の精神科病院と協働で退院支援を実施してきた。その特徴として、従来の個別支援を中心とした退院支援から、新たにグループを対象にした退院支援を実施したのでその実践方法と効果について報告する。

2 退院意欲向上事業

(1) 退院支援メニュー

支援内容 (対象者)	方 法
ピアサポーター交流会 (入院患者)	・ 地域生活の現状や病気との付き合い方、服薬管理、福祉サービスの利用、家族との関係等を話し合う
ピアサポーター交流会 (入院患者の家族)	・ 退院後の生活、家族の役割、福祉サービスの利用等について話し合う
個別相談支援 (入院患者とその家族)	・ 継続して入院患者や家族の相談を受ける
外出支援・外泊体験 (入院患者)	・ 地域資源の見学や外出支援、外泊体験を行う。

(2) 退院支援を開始するまでの経過

- ① 岡山市内の精神科病床を有する 9 病院のうち、認知症専門病院等を除く 7 つの病院を訪問し、院長をはじめ、病院職員と各病院における退院支援の実状や課題について話し合った。
- ② 病院からは、「退院支援のグループ活動を実施している」「保健センターや地域移行推進員等、院外の支援者と連携することで病院職員に活気が生まれた」「病院と市の考える支援対象者がちがう」「通院困難な人への支援がほしい」等の意見があった。
- ③ センターから退院支援メニューを示し、協働できる実践について話し合いを行い、効果的な支援を明らかにした。
- ④ 「病院以外の職員とチームを組んで病棟活動を実施したい」「院内だけの支援で行き詰まりを感じているケースの支援をしてほしい」等、4 病院からセンター職員と協働して退院支援を実施したいと申し出があり支援を開始した。

(3) 各病院への支援内容

病院名	対象者・活動期間	活 動 内 容	活 動 の 特 徴
A 病院	入院期間 1~2 年の入院患者 5~6 名 H21.9~現在	週 1 回のグループ活動 ・ 退院に向けたグループ討議 ・ 施設見学 (保健所、クリニック) ・ ピアサポーターとの交流 ・ 居宅支援事業所職員との交流 ・ 体力測定、調理実習等	・ 病院が実施していたグループ活動に参加 ・ プログラムは半構造化し、自主的な部分は参加者の意向を重視した ・ 当初は、「参加者のエンパワーメントを高める」ことを目標としたが「退院」に変更 ・ O B (退院者) の参加を認めた
	・ 長期入院者 H22.6~現在	月 2 回の個別訪問 ・ 面接や外出支援	病院職員以外の継続訪問で関係が改善

演題 5-29

B 病院	Dr,OT,Ns.PSW H21.9~22.3	月 1 回の担当職員との話し合い	・ 退院支援に向けた入院患者と病院ニーズの把握 ・ 病院が退院する対象者を決定
	入院期間 5 年 以上の 6 名 H22.4~6	週 1 回のグループ活動 ・ 退院に向けた話し合い ・ 公共交通機関を使った外出等	・ 院外の生活に目を向けるためグループ活動を実施
	入院期間 2~3 年の 3 名追加 H22.7~現在	週 1 回のグループ活動	・ 病院が新たに退院する対象者を決定
C 病院	Dr,OT,Ns.PSW	月 1 回 担当職員との話し合い ・ 病棟 O T 活動への参加 ・ 担当職員との話し合い	・ 退院支援に向けた入院患者と病院ニーズの把握 ・ 病院が退院する対象者を決定 ・ 退院支援を病棟活動として実践するため、病棟職員への説明会を実施した。
	入院期間 5 年以 上 4 名 H22.7~現在	週 1 回のグループ活動 ・ 退院に向けた話し合い	・ 退院に向けた仲間づくりを行う
D 病院	措置入院患者 H22.5~現在	月 1 ~ 2 回の個別支援 ・ 本人、家族への訪問ケース会議	家族・病院職員以外の継続訪問

4 結果

(1) 病院職員の变化

- ・ センター職員と協働することで、院外の支援者、支援機関との協働活動が増えた。
- ・ センター職員が病院のニーズに合わせて話し合いを行い、共同して活動したことで、院内の支援状況や病院職員の役割が明確になった。
- ・ 普段の生活では見られなかった入院患者の一面を発見し、本人が持つ力の再評価につながった。
- ・ 職員が新たに退院する対象者を決定し、退院後も病棟職員が継続して支援を行う等、職員の意識や行動に変化があった。

(2) 入院患者の变化

- ・ グループ活動や外出での言動が職員から評価されたことで、普段から化粧し、グループ活動以外での交流が増える等患者自身の生活が活発になった。
- ・ グループ活動の目標を「退院」にしたことで、一人ひとりが自分自身の退院について、職員と相談するようになった。
- ・ 入院中からピアサポーターと交流し福祉サービスの情報を得たことで、病気の理解が深まり、福祉サービスを利用して生活するイメージが描きやすくなった。

5 考察

- ① 入院患者の状況や退院支援の取り組みは、病院によって異なるため、センター職員の主導ではなく、病院の意見を尊重した柔軟な取り組みが重要である。
- ② 職員との話し合いやグループ活動を実施することで、病棟全体で退院支援を考え、病院の中から退院後の安心した地域生活を考える契機となった。
- ③ グループ活動で入院患者の退院意欲が向上したことと合わせ、グループでの動きを病棟スタッフにも伝え情報を共有したため、個別支援の動きが進み、退院に結びつく事例があった。

6 おわりに

今回の実践を通して、病棟内に積極的に退院支援に取り組む姿勢がみられ、センター職員と病棟職員で協働して退院支援を実施したことの効果がみられた。今後、さらに、病院全体での取り組みとなるよう院内研修会を協働で企画する等、継続した働きかけが必要である。

また、これらの取り組みによって、「退院したい」と考える入院患者の個別支援を充実するために、地域移行推進員の拡充や退院後の地域定着支援を支える「地域精神保健危機介入・継続支援体制整備モデル事業」の推進等、精神障害者を地域で支えるシステムの構築が必要である。

演題 5-30

群馬県こころの健康センターにおける家族支援の取り組み
～家族教室と家族会活動による家族支援～

群馬県こころの健康センター

○ 依田裕子 浅見隆康 相原雅子
上村純江 丹羽由香里 後藤清乃

1 はじめに

平成 22 年 5 月のこころの健康政策構想会議提言書において、家族も当事者と共に社会の中で孤立せず安心して生活できるように、家族への支援体制整備の必要性が唱えられている。さらに家族は、こころの健康問題に対して、専門家とは別に大きな力を発揮できる面があるともいわれている。

当センターは、県内唯一の精神保健福祉センターとして、地域で支援の手がさしのべられていない新たな問題に対して専門相談を行い、その家族の教室や交流会を事業化し、当事者や家族へ支援をしてきた。現在は、依存症関連、高次脳機能障害、ひきこもり、若年認知症、自死遺族の家族の教室や交流会を開催している。また、当センターはじめ、県内の関係機関が支援して設立した家族会活動の支援も行っているため、それらの取り組みについて報告したい。

2 家族支援の経緯と内容

(1) 家族教室の運営

当センターは、開設当初から当事者の家族のつどいを重要視し、家族教室として事業化してきた。家族教室の概要と経緯は表 1、2 のとおりである。当センターの職員が教室を担当し、外部講師や自助グループ、ボランティア、サポーターなどの協力を得て運営している。

教室のプログラムは、疾患や治療、福祉制度、支援機関などの知識や情報を得るためのミニ講話であり、これは外部講師も含めた専門職が担当する。さらに、参加家族がお互いに経験を語り合うことで問題への対処方法を学び、家族自身の健康の重要性が認識できるようにミーティングを行っている。

自死遺族に対しては交流会を設定し、運営は当センターの職員が行い、参加者は名前を名乗らず、それぞれが話したいことを語り合う気持ちの分かち合いの場としている。

(2) 家族会支援

平成 15 年 10 月に会を立ち上げた「高次脳機能障害者とその家族と支援者の会」は、会の活動支援を継続してきた結果、平成 19 年 4 月に NPO 法人として認可され、さらに自主的な活動を広げている。当センターでは、引き続き会の活動に協力をしている。

若年認知症の家族への支援では、平成 18 年 6 月に家族会を設立し、その後も定例会での勉強会や会報発行などを支援し、平成 19 年度にはセンターの事業として家族教室を開始した。若年認知症の家族教室は、発症で混乱している家族が、疾病や利用可能な制度などの知識や情報を得たり、相互に支えたりすることで孤立や介護疲れを予防することを目的としている。一方家族会は、会員の勉強会や相互の交流、制度改善などを訴える活動を目的としているおり、家族教室と家族会は役割分担をしている。家族会へは自主的な活動を促している。

統合失調症を中心とする精神障害者家族会は、保健所や市町村の保健師、また病院のスタッフ等が支援して県内に 20 の会が設立された。現在は統廃合し 17 の家族会が活動している。その連合会の事務局が当センター内にあり、活動の拠点となっている。

3 まとめと今後の取り組み

当センターでは、これまで家族教室運営、家族会の立ち上げ、会の自主的な活動支援等をとおし、家族支援を行ってきた。今後さらに、保健福祉事務所（保健所）や市町村、病院等と連携を図り家族支援を推進するとともに、今まで研鑽を積んできた精神障害者等の家族が、新たに同じ悩み

演題 5-30

を持つ精神障害者等の家族からの相談を受ける体制（家族による家族相談支援事業）の整備について検討していきたい。

表 1 平成 21 年度家族教室開催状況

家族教室名	開始年	開催回数	スタッフ	プログラムの概要	H21参加人数 実人数(延人数)
薬物依存症者の家族教室	H 4	1 回/月	医師、保健師 心理職	・ミニ講話「依存症とは」「当事者からのメッセージ」「家族の対応」 ・ミーティング	2 9 (8 9)
高次脳機能障害者と家族の教室	H14	2 回/月	医師、保健師 臨床心理士 *作業療法士 *ボランティア	・ミニ講話「高次脳機能障害 Q & A」 「家庭でできるリハビリ」など ・認知リハビリテーション ・家族ミーティング ・お楽しみ会	2 9 (1 6 9)
ひきこもりの家族教室	H16	1 回/月	医師、保健師 心理職	・ミニ講話「親と子どものこころの健康を考える」など ・ミーティング	2 0 (7 2)
若年認知症家族教室	H18	1 回/月	医師、保健師 *サポーター	・ミニ講話「福祉制度について」など ・グループミーティング	2 5 (1 3 9)
自死遺族交流会	H20	1 回/月	医師、保健師 臨床心理士	・気持ちの分かち合い (フリートーク)	1 7 (4 4)

表 2 専門相談、家族教室、家族会活動支援

		S61	H2	3	4	8	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
精神障害者	精神保健福祉相談	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	障害者のデイケア	○	○	○	○	○	○	○								
	家族のつどい	◎	◎													
	家族会活動支援		●	●	●	●										
依存症関連	アルコール相談			○	○	○	○	○								
	酒害関連ミーティング				○	○	○	○	○	○	○					
	薬物依存症相談								○	○	○	○	○	○	○	○
	薬物依存症者の家族の教室								◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
高次脳機能障害	相談								○	○	○	○	○	○	○	○
	障害者と家族の教室								◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	家族会活動支援								●	●	●	●	●	●	●	●
ひきこもり	相談									○	○	○	○	○	○	○
	家族教室									◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
若年認知症	相談													○	○	○
	家族教室													◎	◎	◎
	家族会支援												●	●	●	●
遺族自死	相談														○	○
	交流会														◎	◎

○相談、◎家族教室、●家族会立ち上げ、活動支援

参考文献

- 1) 群馬県こころの健康センター：「こころの健康センター所報」2006～2008 年度
- 2) 群馬県精神保健福祉センター：「群馬県精神保健福祉ガイドブック」1998 年
- 3) 群馬県精神障害者家族連合会：「結成 20 周年記念誌」2007 年

演題5-31

神奈川県と神戸市の措置診察の地域差について

神奈川県精神保健福祉センター

○三好彩・海野匡・玉置彰宏・鳥海薫・山田正夫・桑原寛

神戸市こころの健康センター 高石敬子・柿本裕一

兵庫県立光風病院 岩尾俊一郎

1. はじめに

措置診察の運用及び措置入院者数に地域差があることはこれまでも指摘されてきた。岩尾の報告によれば「平成11年度の人口万対新規措置入院者数の最大値は栃木県の0.84、最小値は富山県の0.05でその格差は16.8倍となった。また、措置入院期間も、3か月未満のものが62%である東京都と、10年以上のものが62%を占める富山県とで大きな地域差がみとめられた。これらの地域差の成因として、「措置解除の徹底」「精神科救急システムの整備」が考えられた。」とある。そこで、今回、筆者が勤務した神奈川県と神戸市の措置診察の地域差について、その要因と措置判断の差の整理を行い検討を試みた。

2. 調査方法

(1) 統計上の地域差：厚生労働省「衛生行政業務報告」、国立精神神経センター精神保健研究所、精神・障害保健課調べ（数値は暫定値）による「平成19年度6月30日調査（暫定値）」（以下、630調査）を用いて、近年の措置入院の実態を整理・把握した。

(2) 通報等件数、措置診察の件数及び診察結果の推移

(3) 措置制度運用の歴史と概要

(4) 精神保健指定医に対する予備的な「措置判定に関するアンケート調査」

3. 結果

(1) 統計上の地域差

政令市である横浜市と川崎市を除いた神奈川県域（以下、神奈川県）は人口386.2万人、神戸市は人口150.3万人と、両自治体ともに都市型である。「衛生行政業務報告」から平成19年度末措置入院患者数をみると、神奈川県は27人、神戸市は下位より2番目の4人であった。630調査による人口万対病床数は、神奈川県が18.6で下位より9番目、神戸市は全国平均27.7より若干少ない24.3である。

また、平成19年度中の新規措置入院患者数をみると、神奈川県は232人と全国第5位、神戸市は18人と下位より7番目、万対人口比で換算すると、神奈川県は0.86と第6位、神戸市は0.12と下位より5番目であり、神奈川県との格差は7.17倍である。

措置入院患者数は、全国で平成元年度は13843人から平成19年度は1774人となっていることから、措置入院者数は年々減少しつつあるものの、依然として地域格差は大きく、措置入院者数の多い神奈川県と最小数に近い神戸では、大きな格差があることが分かった。

(2) 通報等件数、措置診察の件数及び診察結果の推移

神奈川県の平成14年より平成21年までの年間の平均を見ると、通報等件数は438件であり、診察数が326件で通報等件数の74.4%、措置入院数227人で診察数に対する措置の該当率は71%と高く、この8年間でこれらの値の変動は少なく、通報等の多くが措置診察実施になり、さらに措置入院になる率も高いことがわかる。

神戸市では、同期間の年間の通報等件数の平均は181件、診察数が66件で36.5%、措置入院数は15.1件で措置の該当率は24%と神奈川県と比して全て低値である。平成16年以降警察官通報が激増しているが、診察数や措置数に大きな変化はなく、通報があっても診察実施になりにくく、さらに措置入院になりにくいと言える。

(3) 措置制度の運用の歴史と運用状況

(ア) 神奈川県：神奈川県は、平成11年の法改正に伴う、移送体制の確立と24時間救急システム整備の

演題5-31

ための検討会が平成12年度に開催され、行政、精神病院協会、医師会、基幹病院、オブザーバーとしての県警の5者間で協議が行われ、現在の救急システムの整備が行われた。その結果、平成14年度に救急情報課が精神保健福祉センター内に設置され、以後24時間対応の措置制度運用専門業務を行っている。

救急情報課は職員数が11名（医師1名を含む専門職10名、事務職1名）、非常勤の移送補助職員が18名、夜間休日対応の非常勤医師20名を擁する。

事前調査の結果、措置診察が決定すると27条に基づき、職員1名と指定医1名と移送補助職員3名のチームが警察署へ出向き、本人（及び家族）が同乗した上で診察のための搬送が行われる。24条、25条は受け入れ病院指定医との同時診察が行われる。また、夜間休日は政令3市と合同体制となる。夜間休日に本診察が行われている自治体は調査した中では他にはなく大きな特徴といえる。

（イ）神戸市：神戸市は大都市でありながら古くからの輪番制を取っている。神戸市の精神科救急制度に関与してきた元職員は、「阪神淡路大震災を契機に兵庫県と共に輪番制の精神科救急窓口を設置したことが始まりである。そこで神戸市の指定医2名が措置診察に当たったことで、行政指定医主導の判断基準となり、さらに警察署内での措置診察を通じて警察との話し合いが行われ、措置の判断基準が警察にも浸透し、民間病院と警察との連携が活発となり、医療保護入院が多用されることになり、措置判断の基準は厳しくなっていく。」と語っている。

平成13年度の神戸市こころの健康センター（以下、センター）の設置以降は、職員1名が措置診察を他業務と兼務担当している。措置診察は立会職員2名と医師（センター医師）が警察署に出向き1次診察を行う場合や受け入れ病院で同時診察を行う場合など状況に応じた対応となり、搬送は警察の協力を仰いでいる。夜間休日は兵庫県と合同となり、受け入れ病院での緊急措置診察のみである。

（4）「措置判定に関するアンケート調査（予備調査）」

措置診察の判断基準の違いでは、判断の差は出にくいと先行報告されている軽犯罪の統合失調症例について、神奈川県と神戸市で指定医による措置判断を行いその差を把握することを目的に、予備調査として、神奈川県及び神戸市で活動している、過去5年以内に措置診察経験のある、精神保健指定医各8名、計16名の協力を呼びかけ、模擬症例提示により措置判定を行う記入式のアンケート調査を試みた。その結果、神奈川県では指定医8名中4名が要措置、4名が不要措置の判断であり、模擬症例に対する要措置率は50%となった。一方、神戸市では指定医8名中要措置はなく、全員が不要措置の判断であった。

4. 考察

神奈川県と神戸市では措置入院者数に大きな差が認められたが、これには両地域の歴史的背景と救急システムの違いが関与しているものと思われる。すなわち、神奈川県では医療主導型の救急システムと2割に留まる警察搬送から、措置診察を通じて、受け入れ病院で医療に繋げるといふ措置制度の利用のしやすさがあり、このことが措置入院の多い要因の一つになっていると推察された。

一方、神戸市では行政主導型の輪番制から、警察と民間病院の距離感が近く、神奈川県で措置入院のケースが医療保護入院として扱われているケースがあると考えられる。磯村らの地域格差の研究での「措置入院に対する精神科医の距離感」が神奈川県では近く、神戸市では遠いのではないだろうか。

指定医の判断基準の差について、吉住らは、措置入院判定ガイドライン案研究と、各地域における指定医の判断の標準化を目的とする指定医会の調査を行い地域差の格差是正に取り組んでいる。この点に関しては、両自治体ともに、指定医会の適正な開催はされておらず、措置判断の地域差から生じる精神医療不信を防ぐ為にも、ガイドライン案の周知や指定医会の開催を行うことが望ましいと思われた。

参考文献

- 1) 岩尾俊一郎；「地域差からみた措置入院」精神科治療学, 2001
- 2) 磯村大他；「新規措置入院の現状」精神経誌, 1999
- 3) 吉住昭他；「措置入院にあたっての精神保健指定医の判断の標準化に関する研究」
厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉事業, 平成17年度総括・分担研究報告

演題 5-32

デイケア導入におけるプレグループの取り組みについて

広島県総合精神保健福祉センター

○西谷 忠 坪井陽子 菊池麻衣子 松村裕江
小橋牧子 横川洋子 佐伯真由美

1 はじめに

新規ケースをデイケアへ導入していると、プログラム場面の見学をただで緊張と不安のために、参加することをためらったり、参加に至らず中断となるケースがよくある。ひきこもっていた人や発病後に殆ど対人関係を持たずに療養してきた人にとって、人の集まりであるデイケアに参加することは、大変な緊張と不安を強いることに違いない。

このようなケースに対し、個別対応と小人数のグループ参加から緩やかにデイケアに入ることを目指したプレグループ（ウォーミングアップグループ、以下「WUG」という）を創り、デイケア導入をすすめてきた。その取り組みを報告したい。

2 WUG の変遷

(1) I 期：平成 14～15 年度 [ケース担当スタッフとの個別対応やデイケアプログラムへの同伴参加]

デイケアのグループ再編成に合わせて、30 歳未満の青年期グループの中に、グループに入る前段階としてより個別的サポートを行いながら緩やかに青年期グループへの導入をすすめる、WUG を創った。この時期は、ケース担当スタッフとの個別対応（音楽を聴く、TV ゲームをする、お喋りをするなど）やデイケアプログラム（園芸、内職作業など）へ同伴参加することでスタッフとの援助関係を作り、その関係性により、グループに入る緊張と不安の軽減を図ることで、青年期グループへの緩やかな移行を目指したものであった。したがって、グループというより個別的サポートを行ったケースの一群といった方が実態には合っている。

対象は、ひきこもりケースに限定せず、より個別的サポートが必要なケースとした。

(2) II 期：平成 16～18 年度 [週 1 日のグループ活動]

受け入れケースが増えてきたことから、週 1 日（毎週火曜日）、WUG 対象者だけで行うグループ活動を行った。スポーツ、創作、料理、ゲームといった活動の大枠はスタッフが決めたが、内容は参加メンバーの希望により実施した。対象は、I 期と同じである。

	午 前	午 後
第 1 週	スポーツ	手 芸
第 2 週	スポーツ	お菓子作り
第 3 週	料 理	手 芸
第 4 週	スポーツ	ゲ ー ム

(3) III 期：平成 19～22 年度 [週 1 回のショートケアとしてのグループ活動]

デイケア全体の再編の中で、週 1 回（毎週金曜日／午後）グループ活動をショートケアで行っている。実施時間帯に青年期グループの活動が行われているため、ロビーや廊下などでの WUG メンバーとの接点や、部屋は違うがお互いのグループが見える状況ができた。対象は、I 期と同じである。

	金 曜 日
午 前	【青年期デイケア】 2つの選択プログラム (SST/園芸)
午 後	【青年期デイケア】 青年期グループ活動 WUG 活動

※平成 22 年度

演題 5-32

3 各年度末の転帰

実施年度末での転帰は、次のとおりであった。

		WUG で受け入れ ケース数 <small>※前年度からの参加継続 ケース数含む</small>	青年期グルー プへ導入でき たケース数	WUG への 参加継続ケ ース数	中断したケ ース数	見学のみで 終わったケ ース数
I 期	14 年度	4	2	2	0	0
	15 年度	12	2	4	5	1
II 期	16 年度	14	2	5	2	5
	17 年度	10	4	2	4	0
	18 年度	8	3	1	3	1
III 期	19 年度	7	5	1	1	0
	20 年度	3	1	2	0	0
	21 年度	8	4	3	0	1
	22 年度 (H22.7.31 現在)	6	2	3	1	0
合 計		72 (100.0%)	25 (34.7%)	23 (32.0%)	16 (22.2%)	8 (11.1%)

4 考察

(1) I 期は、ケースへの個別対応を行った時期である。1 回以上複数回参加したものの、継続参加できずに中断したケースが 15 年度では 5 件と比較的多かった。対象者が、個別対応による参加をしたものの、スタッフとの 1 対 1 の関係維持が保てなくなったことが考えられる。逆に関係が維持できたケースは WUG への参加継続を含め、次への展開が可能となってくる。

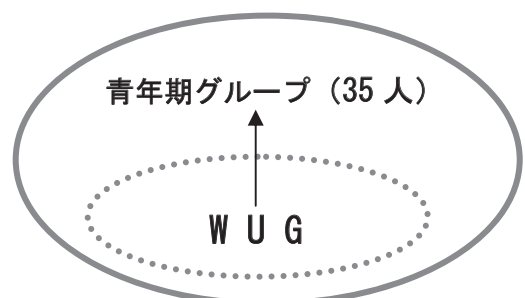
援助側のかかわる時間に比して対応できるケースは限られ、効率が悪い難点がある。

(2) II 期は、毎週 1 日を WUG の活動にあてた時期である。受け入れケースは多かったが、見学だけで終わったケースと中断したケースの合算は半数近くに及んだ。元々緊張と不安のためグループに馴染みにくいケースは、小人数のグループとはいえスタートからグループへの導入は非常に難しいと考えられる。

(3) III 期は、2 の(3)でも述べたが、WUG 活動と同じ時間帯に青年期グループの活動が行われている。このため WUG は別のグループという見方が薄まり、青年期グループ活動と小人数の WUG 活動のどちらかの選択となり、緊張と不安が強いから WUG から始めたいと希望するケースが増えた。

また、並行した時間なので、ロビーや廊下などでの青年期グループのメンバーと WUG メンバーとの接点生まれ、また活動する部屋はそれぞれ違うがお互いのグループが見える状況ができた。このことから、青年期グループへの移行が I・II 期に比べスムーズに行われるようになった。WUG へ参加継続できれば青年期グループへの移行率が高くなっている。

(4) 現在 III 期のグループ構造は右図のようなイメージである。メイングループとプレグループの活動が時間と場所の同時並行で実施されていることで、より効果的なグループ導入が行えていると考えられる。その他幾つかの効果的な状況も考察してみたい。



演題 5-33

地域薬局と連携した服薬支援の 2 例 —薬局を介した援助—

中部総合精神保健福祉センターリハビリテーション部

○倉本敦夫 佐藤りか 渋川真由美 石黒雅浩 小川一夫

1. はじめに

精神障害者の地域生活を支える社会資源として、一般に診療所、保健所、訪問看護、ホームヘルプなどが挙げられるが、薬局が精神保健福祉の社会資源として取り上げられることはほとんどない。しかしながら、精神障害者の多くは服薬しており、服薬は地域生活を支える上で重要なものである。そして、地域の薬局と連携することで、服薬状況の改善に結びつける援助が期待できる場合がある。

当センターでは入所による生活訓練後、地域での自立生活を目指し、外来診察にてその状況を評価し、地域医療機関への外来移行を行なっている。今回、服薬状況が地域生活に大きな影響があった症例に対し、そのニーズを見極め、地域薬局と連携することにより、効果的な援助につなげた 2 例について報告する。

2. 事例提示

I. 薬を多くのみ過ぎる傾向がある事例

(概要) Mさんはアスペルガー症候群にて、平成 13 年 8 月～15 年 2 月当センターで生活訓練を受けた後、単身生活を開始するとともに、当センター外来に通院している。これまで、調子を崩すと、年 1～2 回程度の休息入院がある。趣味の読書に熱中するなど昼夜逆転し、生活のリズムを崩して、就眠のために薬を多く飲んでしまう傾向がある。現在の処方箋は 15 種 36 錠(胃薬と下剤 2 種以外の 13 種は精神科薬)/日と頓服 4 種(いずれも精神科薬)で、手元に薬があると、焦燥感から決められた量以上に薬をのんでしまうため、外来診察は毎週、処方箋は 1 週間分ずつとしていた。しかし、それでものんでしまうことがあり、不足による追加処方箋のため、週 1.5 回程度の受診があった。地域の診療所への外来変更も試みたが、上記の理由により結局ほぼ 8 年間当センター外来でフォローアップしている。

平成 21 年の総処方箋日数は 408 日分で、入院中の 33 日を除く自己管理下の 332 日で 375 日分内服(平均 1.13 日分内服)していた。昼間起きることができずに受診時間に間に合わないことも多かった。

(問題点) 薬を多くのみ過ぎてしまう傾向から、生活のリズムが乱れている上、月 6～8 回受診するような生活では、日々の予定が組みにくく、さらに生活が乱れる悪循環となっている。薬の管理が課題であるが、自己管理では困難である。さらに、過量服薬対策のために、院内調剤を続けていても、他科受診での処方箋チェックも十分に対応できず、Mさん本人が医薬分業恩恵にあずかることができない。

(対応) 地域の病院・診療所への移行も視野に入れつつ、まず、「院外薬局への移行」を考えた。Mさんに地域の薬局で薬の「1 日分渡し」を受けることを提案し、これを希望されたため、居住地の薬局を訪問し、複数の対応可能な薬局を確認した。その中から Mさんの希望の受入先薬局を決め、この薬局と援助の詳細(現処方箋の内容、1 日分のセットのケース、受渡帳の用意、来なかったときの対応など)について打ち合わせた。院外処方箋の初回提出時に、「Mさんの依頼」により「1 日分渡し」をしてもらうことを Mさんと薬局とで確認してもらい、Mさんは毎日薬局へ受け取りに行くこととなった。

(援助の効果) 院外処方箋開始後、Mさんの服薬は規則正しくなり、開始から 7 月末日までの半年余り経過しても過量服薬は無く、生活リズムが確保されて毎晩 10 時頃には就寝し、朝も起きることが出来るようになった。また、Mさん自身、毎日行って、声をかけてもらうところ(薬局)ができて、生活にもリズムをつけやすくなった。援助開始前後の各 2 ヶ月間の作業所の通所状況では、到着時間が平均 17 分早くなり、通所日数は 7.6%の増加、平均滞在時間も約 1 時間増加した。

さらに、臨時外来受診が無くなり、規則正しく 2 週毎になったことで、外来回数が 1/3 に減少した。

演題 5-33

受診料・薬剤費等の医療費の抑制効果、受診にかかる交通費(生保)もかなりのものになると推定される。

II. 薬の自己管理ができず、生活破綻した事例

(概要) Tさんは統合失調症にて、平成17年に当センター入所、1年半の訓練後、地域で2年余り自立した生活を送っていた。高血圧症にて近医に受診していたが、平成21年10月に糖尿病が指摘され、糖尿病薬(1日3回食前)開始、これに対応し、精神科薬も変更となった。H22年1月調子を崩し、当センターに休息入院となった。

Tさんには自分の問題点が自覚できず、人に相談することできない。また、混乱してしまうと投げ出してしまふなどの特性がある。内科薬は近所の薬局で1包化を言い出せず、ヒートでもらっていたが、1日1回朝食後(降圧剤)だけの内服から、糖尿病剤が1日3回食前に追加され、1日の内服が6回(朝食前後、昼前、夕食前後、就寝前)となったこと、多くなった内科薬が1包化されておらずバラバラになり、それがストレスとなり、調子をくずしたことが判明した。食前3回の糖尿病薬がのめずに内科薬は余っており、血糖コントロールも十分でなかった。

Tさんの内服薬



また、自立支援の薬局の指定が変更できず、精神科薬はセンター近辺の薬局で受け、内科薬は自宅の近くで受けており、それぞれの薬局にそのことを言っていない(のみ合わせのチェックなどもできていない)こともわかった。

(対応・効果) Tさんの退院に合わせ、内科薬をもらっている自宅近く薬局に訪問し、Tさんの「かかりつけ薬局」になって①精神科薬、内科薬を一緒に完全1包化での対応、②そのための処方日のずれの対処、③相互作用等のチェック、④Tさんの病状見守りと相談、悪化の場合の連絡をお願いし、快諾を得た。また、関係者会議にて、薬局で病状悪化の傾向を感知した場合には地域の保健師に連絡するルートも確保した。

現在、上記薬局ではTさんの処方日の異なる内科、精神科の受診日を確認しつつ、内服薬を完全1包化し提供している。また、衛生材料やOTC薬の相談も受けている。

3. 考察・まとめ

服薬に関しては、一般的には拒薬・怠薬・忘薬などのまないことが問題となることが多いが、精神科とりわけアスペルガー症候群などでは事例1のような薬のみすきが問題となるケースが、また、認知機能低下がある場合では、外来通院が上手くいっているように見えても、潜在的に援助を必要としているケースが少なくない。そのために、私たちは一人ひとり丁寧な評価を行い、適切な援助に繋げるように対応している。

精神障害者では、「服薬で問題になる場合」もあるが、その薬の供給元である「地域の薬局」との連携により、良好な地域生活に結び付けられることを紹介した。今回の2事例での方法を適用できるようなケースは少なくなく、現在、同様な方法でセンター近辺の薬局との連携を取っている方も数名いる。

精神障害者が地域生活を行なうための薬に関する課題は少なくないと思われ、今後もより効果的な援助を実践していきたいと考えている。

演題 5-34

島しょにおける精神障害者の就労
～社会適応訓練事業を通して～東京都立精神保健福祉センター
大杉 章友

1 はじめに

東京都立精神保健福祉センターは、23特別区の東部13区及び島しょを担当地域としている。今回は、社会適応訓練事業を通じた島しょにおける精神障害者の就労に向けた取り組みについて報告する。

2 島しょの精神保健福祉対策

島しょにおける精神科専門診療は、大島町と三宅村及び八丈町が月2～3回程度、その地の地域では年間3～6回程度であり、急な病状悪化や入院治療が必要な場合等への対応が極めて困難となる現状がある。

また、精神障害者の社会復帰の手段としては、保健所デイケア等の限られたものとなっている。その他の事業としては、共同作業所が大島町と八丈町の2ヶ所に、そして八丈町にケアホームとグループホームが設置されているだけとなっている。

そういう状況の中で、日中訓練場所としての社会適応訓練事業が、社会復帰を目指す精神障害者にとって再評価されることになった。

当センターでは、島しょ保健所各出張所及び支所の要望に添って、医師と相談員が直接出向く「島しょ精神保健福祉巡廻相談・援助」を定期的実施し、専門相談や普及・啓発活動を行い、島しょにおける精神保健福祉活動の充実を図ってきた。

3 社会適応訓練事業とは

当事業は、通常の企業等に雇用されることが困難な精神障害者を一定期間事業所に通わせ、集中力、対人能力、仕事に対する持久力、環境適応能力等の向上のために社会適応訓練を行い、再発防止と社会的自立を促進し、もって通院を継続している在宅の精神障害者の社会復帰を図るものである。

東京都では、協力事業所に委託する訓練期間は6ヶ月間であり、必要に応じて6ヶ月を単位に最長3年まで更新できることとしている。また、訓練中は、東京都から協力事業所に訓練委託料が支払われ、その一部が訓練手当として訓練者に支払われる。

当センターの役割は、保健所と協力し社会適応訓練を希望する精神障害者及び協力事業について調査及び支援を行うものである。

4 島しょの社会適応訓練事業の実績

「地域で共に生活するために」の障害者基本法の理念のもと、島しょ地域の精神障害者も生まれた地域での社会復帰を目指すこととなった。しかし、島しょでは社会復帰施設が限られていることや、一般就労先としての商店等の企業が乏しいことから、日中活動の場がないために家に閉じこもる傾向となり、再発を引き起こす問題が指摘されてきた。

そこで、保健所と当センターが長年、普及・啓発活動に取り組んできたところ、地元の商店等が精神障害者の社会復帰の必要性に理解を示し、訓練の場を提供して頂けるようになった結果、当事業が地域での自立の重要な手段の一つとなってきた。

平成18年に自立支援法が施行されたが、島しょ地域では精神障害者が少ないこともあり同法による施設の設置が難しく、逆に、当事業がさらに貴重なものとして積極的に利用されるにこととなった。

演題 5-34

表1は、島しょ地域の協力事業所の概要である。協力事業所の開拓は保健師が中心となり、その後も年々増えている。また、図1は最近5年間の協力事業所数であり、図2は訓練者数の推移である。

当センターの具体的な取組としては、地域の関係機関等からの社会復帰についての相談があった場合等、機会ある度に制度の説明をし、必要な場合は直接地域に出向いて説明を行い、事業の浸透を図ってきたことである。

表1 島しょ地域の協力事業所の概要

地域名	承認年月日	協力事業所の形態	従業員数	訓練内容	訓練者数
大島町	昭和48年	個人経営	8	椿の栽培補助	1
	平成5年	個人経営	3	民宿の掃除等	1
	平成8年	社会福祉法人	74	高齢者の介護	1
	平成15年	個人経営	4	花の生産管理等	1
	平成18年	法人	4	電話番号等	1
	平成21年	社会福祉法人	40	食事配膳	0
		社会福祉法人	54	洗濯物干・庭の掃除	2
新島村	平成18年	個人経営	2	タオル洗い等	1
		個人経営	2	芋の甘納豆作り	2
三宅村	平成20年	株式会社	121	ビンのラベル貼り	0
		個人経営	2	部屋や庭の掃除	2
八丈町	平成20年	有限会社	8	店内清掃	1
		株式会社	6	乳製品の製造補助	0

図1 協力事業所数の推移

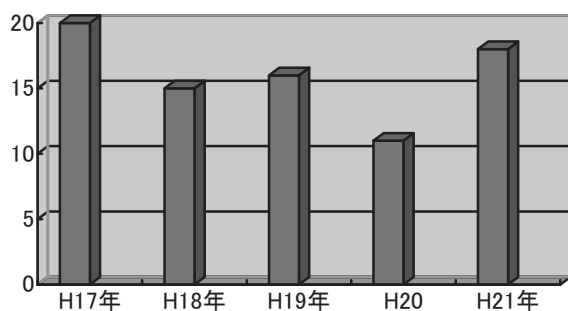
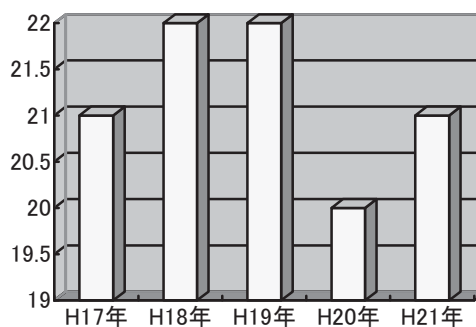


図2 訓練者数の推移



5 今後の課題

協力事業所で訓練をすることにより訓練者の就労への意欲は高まってくるが、訓練終了後は必ずしも当該協力事業所の雇用には結びつかないことがある。特に島しょにおいては、協力事業所は零細企業が多く、地域住民の就労の場ともなっているため、精神障害者雇用にまで拡大することが難しい事情がある。

そこで、社会復帰施設が少なく、就労場所も限られた島しょ地域においては、社会適応訓練を希望する精神障害者が速やかに当制度を利用できるように、今後とも協力事業所を拡大していく必要がある。さらに、社会適応訓練終了後は、就労に結び付けられるようこれまで以上に公共職業安定所や関係諸機関と連携を図っていく必要がある。

演題 5-35

公設精神科デイケアの新たな可能性 — 高次脳機能障害者への専門支援 —

東京都立中部総合精神保健福祉センター

○川田深志、菅原 誠、市田典子
水柿美恵子、川関和俊

1. はじめに

頭部外傷、脳血管障害などによる脳損傷の後、高次脳機能障害のために、社会復帰に長期間を要する事例は少なくなく、社会復帰のためのリハビリテーションが重要である。高次脳機能障害の症状には記憶障害、注意障害、失語症、行動と感情の障害、遂行機能障害などがあるが、平成 20 年 1 月に東京都が実施した高次脳機能障害者実態調査の通院患者調査の結果では、行動と感情の障害を持つ人の割合が 44.5%と最も多く、次いで記憶障害、注意障害、失語症の順であった。

高次脳機能障害者のリハビリは、身体的医療リハビリとして、失語症や、合併する身体障害などに対する個別リハビリを中心に、医療機関や福祉施設などで行なわれてきたが、行動と感情の障害に対して、専門的なプログラムで集団でのリハビリを実施している施設はごく少ない。身体障害が目立たないために身体的リハビリの対象となりにくい事例や、身体的リハビリ終了後も、行動と感情の障害のために社会復帰が困難な事例など、精神科領域で積極的に対応すべき事例、精神科リハビリテーションの手法が活かせる事例は多いと考えられるが、その手法に対する研究や検討は十分とは言えない。

当センターでは、これまで、精神科デイケアにて、①うつ病や統合失調症などの精神障害者の就労・復職支援を行なう「トライワークプロジェクト」、②思春期青年期の精神障害者や発達障害者の自立を支援する「ユースプロジェクト」を実施してきた。これらに加え、新たな試みとして、思春期青年期の高次脳機能障害者の就労・復職・復学などを目的とするデイケア「ユース CODY プロジェクト」を平成 19 年 12 月に開設した。社会復帰を目指す高次脳機能障害者にとって選択肢は少なく、精神保健福祉センターが高次脳機能障害者のためのリハビリを行う意義は大きいと考えられる。

2. ユース CODY プロジェクトの取り組み

<対象>東京都内在住の 15-40 歳の高次脳機能障害者で、身体的リハビリが概ね終了し、就労・復職・就学を希望しており、単独で通所可能で、介助者なしで安全にプログラムに参加できる方を対象とした。

<方法>週 4 日、午前 9 時から午後 4 時までの精神科デイケアとして、グループプログラムを実施した。通所開始から概ね 2 ヶ月間は「トライアル通所」として通所し、プログラムへの参加に加えて心理検査などを行なって状態を評価し、通所適応やリハビリ目標の検討を行なった。リハビリ効果が望めると判断された方は、①一般就労や休職中の職場への復帰を目標とする「一般就労・復職コース」、②就学や復学、作業所や授産施設への定着などを目標とする「就学・福祉的就労コース」、のいずれかに所属して、その後の通所を行なった。通所期間は最長で 1 年間とし、利用開始時と利用終了時に、精神障害者社会生活評価尺度（LASMI）による評価を行なった。

プログラムには、トライワークプロジェクトやユースプロジェクトと合同で行なうプログラムと、高次脳機能障害グループプログラム（CODY-G）があり、参加するプログラムは、個別の状態や目的に応じて決定した。CODY-G は高次脳機能障害者のみが参加するプログラムであり、記憶障害に対する対処法の改善、注意障害の改善、障害受容の促進、適応的な社会生活技能の獲得などを目的とするリハビリを行なった。

一般就労・復職コース及び、就学・福祉的就労コースの週間予定の例を、それぞれ、表 1、表 2 に示す。

演題 5-35

	月	火	木	金
午前	工作、 オフィスワ ーク	ジョブ ガイダンス	共同作業	工作、 オフィスワ ーク
午後	CODY-G	集中力 養成講座	パソコン	CODY-G

表1.「一般就労・復職コース」週間予定(例)

	月	火	木	金
午前	社会生活 技能訓練	ヨーガ	クッキング	スポーツ
午後	CODY-G	集中力 養成講座	アート	CODY-G

表2.「就学・福祉的就労コース」週間予定(例)

3. 結果

平成 19 年 12 月から平成 21 年度末までの 2 年 4 ヶ月間に、17 名が当プロジェクトを利用した。

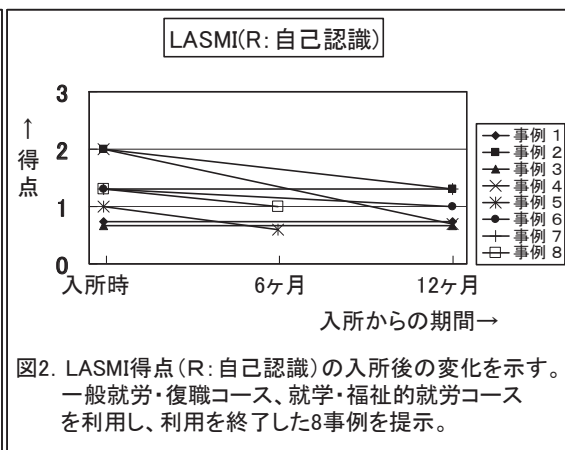
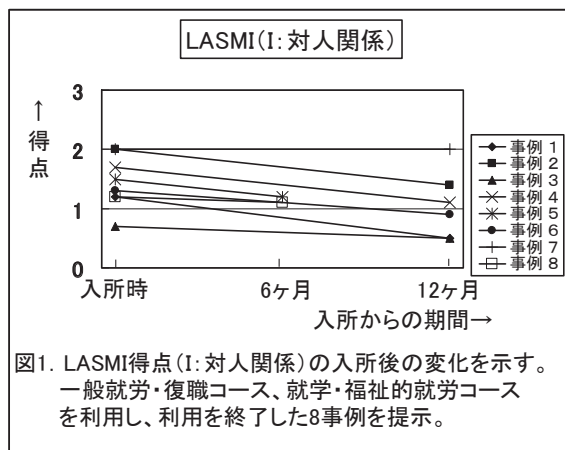
原因疾患は、頭部外傷が 11 名と最も多く、脳腫瘍手術後が 2 名で、脳血管障害、脳炎、低酸素脳症、神経疾患がそれぞれ 1 名であった。

17 名全員に、行動と感情の障害を認めた。そのうち、最も多かったのは、意欲・自発性の低下 (14 名) であり、次いで、感情コントロールの障害 (11 名) であった。

知能検査では、人数が多かったのは、FIQ : 50~69 (6 名) および、FIQ : 70~84 (6 名) の範囲であった。17 名のうち 16 名に、記憶障害を認めた。注意障害の検査である、かなひろいテストを 15 名に実施し、7 名が正常範囲を下回る得点であった。

全利用者のうち、トライアル通所で終了となった方は 2 名のみで、15 名がその後の通所に進み、平成 21 年度末までに 15 名のうち 8 名が利用を終了した。終了者のコース内訳は、一般就労・復職コースが 5 名、就学・福祉的就労コースが 3 名であった。一般就労・復職コース終了者 5 名のうち、一般就労達成が 2 名、パート就労達成が 1 名、職業訓練校への進学者が 2 名であった。就学・福祉的就労コース終了者 3 名は、全員が福祉的就労 (作業所または通所授産施設) を達成した。

LASMI での評価では、通所により、対人関係および自己認識が改善する傾向を認めた (図 1、図 2)。



4. 考察

当センターでは、高次脳機能障害者を対象として、精神科デイケアにて、グループプログラムを実施した。その結果、通所によって、対人関係や自己認識が改善する傾向が認められた。高次脳機能障害者を対象とする精神科デイケアを実施している施設は少なく、社会復帰を目指す高次脳機能障害者にとって選択肢が少ないのが現状であり、高次脳機能障害者の社会復帰支援の充実が望まれている。当センターの取り組みの結果、高次脳機能障害者の社会復帰を支援する方法として、精神科デイケア手法が有効であることが示唆されており、精神科デイケアの新たな可能性を示唆するものと考えられる。