

浜松市障がい者自立支援協議会地域移行専門部会の取組みについて

浜松市精神保健福祉センター

○入手昭則 河合龍紀 二宮貴至

浜松市障害保健福祉課 浅野豪 岡本加寿子 宮崎俊典 青柳聖弥 柴田多美子

1 要旨

浜松市では、障がい者自立支援協議会の専門部会として、精神障害者に関する「入院医療から地域生活への移行促進」と「安心できる地域生活を支える仕組み」について協議する地域移行専門部会（以下「部会」）を平成 27 年 2 月に設置した。以降、5 回の部会と、その下部組織である企画会議を 15 回開催し（平成 28 年 7 月末現在）、課題解消に向けた手法の検討と体制支援の実践を進めてきた。

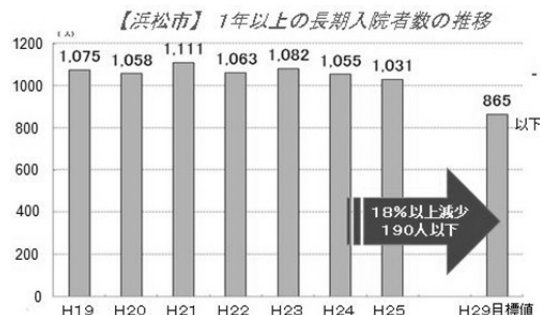
これまでの部会運営が、浜松市内の精神科医療機関、障害者相談支援機関、地域包括支援センター、大学教育機関等の協力によるものであったことを踏まえつつ、主な取組みを振り返る。

2 目的

平成 25 年の精神保健福祉法改正は、精神科病院に対し、医療保護入院者の早期退院支援に中心的な役割を果たす退院後生活環境相談員の配置や、入院者に対する地域援助事業者（障害者相談支援事業所など）の紹介努力を義務付けた。この制度を実質的な退院促進に結び付けていくには、病院の医療スタッフと地域の福祉支援者との連携強化が急務として認識されるようになった。

また、平成 27 年度から 29 年度の 3 ヶ年計画となる第 4 期静岡県障害福祉計画の成果目標においては、精神科病院の 1 年以上の長期入院者数を、平成 29 年には 18%以上減少（平成 24 年比）させることが盛り込まれた。これを浜松市にあてはめた場合、190 人以上の減となる。近年、1000 人程度でほぼ変動の無かった入院者数の減少を実現するには、これまでとは異なった地域へのアプローチが求められることとなった。

こうして、平成 27 年 2 月、浜松市障がい者自立支援協議会に、精神障害者の地域生活への移行に関する課題解消に向けた「手法の検討」と「支援の実践」を担う部会を設置するに至った。

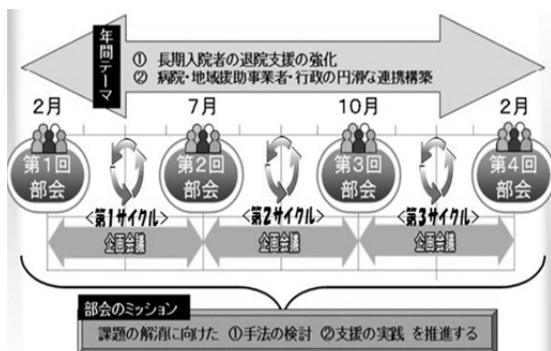


3 取組み

(1) 運営体制の構築

部会では、多角的な視点からの課題検討を可能にするため、医療職からは医師・看護師・精神保健福祉士・作業療法士を選任したほか、地域援助事業者からは障害者相談支援事業所の相談支援専門員のほか地域包括支援センターの主任介護支援専門員にも参画を依頼し承諾を得た。最終的に 9 名の構成員を選任した。

部会は概ね 4 ヶ月に 1 回の開催とし、下部組織として毎月開催の企画会議を設けることとした。企画会議には部会構成員のうちの 3 名に加え、行政職員 7 名（障害保健福祉課及び精神保健福祉センター）が参加し、部会開催に向けた課題論点の整理や資料作成を行った。部会開催の間の約 4 ヶ月を 1 サイクルとし、それぞれのサイクル期間ごとに企画会議の果たす役割を明確に位置づけた。



## (2) 病院との意見交換会の実施

平成27年5月から7月にかけて、部会構成員及び行政担当者が市内の精神科有床病院8箇所に出向き、それぞれ約1時間半、病院職員との意見交換会を行った。病院の退院促進や地域援助事業者との連携の状況、部会で取り上げてもらいたい意見などの聴取を行った。

## (3) 構成員の病棟訪問による退院意欲喚起の取組み

部会の要請を受けた協力病院にて、障害者相談支援事業所の相談員でもある構成員が、約2週間に1回、長期入院患者に対する病棟訪問を重ね、退院意欲の喚起をはかる取組みを進めた。

相談支援事業所へのアンケートでは、地域援助事業者にとって精神科病院は敷居が高く入りづらいとの声があった。当該構成員は患者本人との面談はもちろん、主治医、看護師、担当ワーカーとも情報交換を行いながら、病棟訪問を進め、課題や困難点も含めた経過の記録を作成している。今後、地域移行に携わった経験の少ない相談支援事業所職員が、病院職員との連携ノウハウも含めて学べる実践例として参考にできるよう、発表資料としてまとめていく予定である。

## (4) 部会審議の公開と部会だよりの発行

部会の協議や取組み状況について、広く地域に知ってもらうことが、今後の支援体制構築の入口となる。そこで、部会開催情報は事前に市ホームページに掲載し、事前申し込み不要の傍聴可能な会議とした(傍聴者数は第1回:8人、第2回:9人、第3回:9人、第4回:27人、第5回:18人)。会議録は後日ホームページに全文公開したほか、A4紙4ページからなる地域移行専門部会だよりを部会開催のつど作成し、精神科病院や地域援助事業者等に配布した。

## 4 結果

### (1) 円滑な連携の構築

8箇所の精神科病院との各意見交換会にて病院スタッフから出された意見の例は次のとおり。

- 援助事業者が病棟に入ることによって院内に違う風が入る期待がある。
- 援助事業者側の精神対応スキル向上を希望。
- 退院先検討施設の訪問は単なる見学ではなく、本人が交流の機会をもてるよう配慮している。
- 援助事業者が入るには医師との共通認識が必要。
- 他病院の取組みに関心はあるが情報が少ない。
- 報酬改定の減額が続き、職員体制の維持が困難。

いずれにおいても、医療機関・援助事業者側の双方に、相互への関心と連携の充実を望む意向があることが伺われる。継続した交流機会の創出に関するニーズが示されている。

### (2) 長期入院者の退院支援の強化

構成員の病棟訪問による退院意欲喚起のモデルの取組みは、未だ退院には至っていない。病棟訪問は入院患者へのアプローチであると同時に、病院職員への退院支援意欲の喚起の意義も有している。モデルの実践を通じて、医療福祉連携の確立と手法の公開、さらに他事業所への展開を目指していく。

## 5 考察

部会の構成員は多機関多職種で構成されているため、構成員がそれぞれの出身分野における発信者の役割を果たす例が多く生まれている。障害者相談支援事業所の構成員は事業所連絡会で、包括の構成員は地域ケア会議で、それぞれ精神障害者の地域移行をテーマにした研修会を企画開催するに至った。また、医療機関の構成員は市内精神科病院の連絡会を立ち上げた。これらはいずれも部会設立当初に企図したものではなかったが、部会が触媒となって化学反応的に生じた動きである。

今後も、部会だより等を通じて協議情報をオープンに発信し、医療・福祉・行政が一体となって地域移行の潮流を確かなものにしていきたい。

## 地域移行に関する看護職の意識調査について

大分県こころとからだの相談支援センター

○小幡尚美、佐田貴美江、中西信代、佐藤元治、土山幸之助  
梶原美佐（南部保健所）江藤聖美（西部保健所）庭瀬朋美（中部保健所）

### 1 はじめに

「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づき、精神科病院の入院患者に対する退院促進及び地域定着に向けた事業が実施されてきた。その結果、全国の精神科病院の平均在院日数は、H15年から一貫して減少を続けている。

大分県においても、地域移行・地域定着事業を実施してきたが、平均在院日数の推移は、横ばい状態であり、H26年は、400.1日と全国平均の281.2日を大きく上回っている。

そこで、退院可能な精神障がい者の最も身近な医療スタッフである看護職を対象に、日頃の看護を振り返るきっかけとなるのではないかと考え地域移行に関する意識調査を実施した。その結果明らかになった課題及び今後の取り組みについて検討したので報告する。

### 2 調査方法

県下の有床精神科医療機関 29カ所（28病院、1診療所）で、基準日に日勤であった看護職を対象に、自記式無記名質問紙票により行った。大分県精神科病院協会主催の研修会にて調査の依頼と調査票の配布を行い、郵送にて回収した。

### 3 結果

27医療機関の677人から回答があった。（有効回答 673人）年齢構成は図1に示すとおり、40歳代と50歳代で60%を占めた。性別は、男性160人（23.8%）、女性507人（75.2%）、未記入6人（1%）であった。また、回答者のうち管理職が111名（17%）、スタッフが548名（81%）だった。

（1）日頃の看護ケアに関する17項目について、「できている」

「だいたいできている」「あまりできていない」「まったくできていない」の4段階で回答。

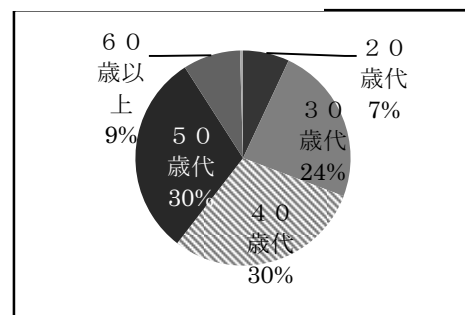
「できている」「だいたいできている」と回答したものが多項目は、多い順に「安全で安心でできる療養生活の提供」「行動制限を最小限とする努力」「敬称で呼び、丁寧な言葉遣いでの対応」「看護スタッフ間での看護方針の相互理解」であり、いずれも70%を超えていた。

反対に「あまりできていない」「まったくできていない」と回答したものが多かった項目は、多い順に「家族に対する、疾患の理解や患者との関わりについての指導・教育」「患者自身が病気の理解を深めるための看護」「外来やデイケア等と連携した継続的な看護」であった。

（2）地域移行を推進するために重要と考えられる11項目について、自分自身の看護が「できている」「だいたいできている」「あまりできていない」「まったくできていない」「行方立場にない」の5段階で回答。（図2）

「できている」「だいたいできている」と回答したものが多項目は、多い順に「患者自身の自己管理のための訓練」（35%）「患者の退院に向けた意欲の喚起」（33%）「退院後の生活準備に向けた支援」（27%）であった。反対に「あまりできていない」「まったくできていない」と回答したものが多かった項目は「退院意欲が低い患者への支援」（51%）、「患者の退院に向けた意欲の喚起」（48%）であった。また、「ピアサポートの活用」、「既存の福祉サービスを利用した訓練」、「院外での訓練実施への関わり」の項目は、「行方立場にない」と回答したものが40%を超えていた。

図1 年代別内訳



(3) 院内スタッフ向けの地域移行研修の参加について、「なし」「あり」「研修がない」の3択で質問した。研修への参加が「あり」と回答したのは177人(26%)だった。

研修への参加の有無と地域移行の実施との関連では、研修参加「あり」と回答したものは、研修未受講者に比べて「できている」「だいたいできている」と回答したものが全項目とも多かった。

(4) 患者の退院に必要な条件について、11項目から最も重要と思う3つを選択。多い順に、「精神症状の安定」「家族の理解」「身の回りの世話を支援してくれる人の存在」であった。

#### 4 考察

(1) 自由記載欄の「退院可能患者の退院を阻む理由」には、本人・家族が退院に積極的ではないという記載が多かった。また、退院に必要な条件として「精神症状の安定」「家族の理解」が選択されていた。しかし、それらを深めるための日頃の看護ケアに関する設問では、「家族に対する、疾患の理解や患者との関わりについての指導・教育」「患者自身が病気の理解を深めるための看護」ができていないとあげられていた。本人・家族の意欲の必要性は理解しているものの、日常の看護には十分に反映できていない事が示唆された。本人・家族に対して、入院早期から退院後の生活を想定した支援が必要と考える。

(2) 看護スタッフ間での方針の相互理解は行えているものの、外来やデイケア等と連携した継続的な看護は行えていないと考えている看護職は多かった。退院後も一貫した支援をするためには、外来や、デイケア等の看護職との連携、相互理解が不可欠であると考えます。

(3) 地域移行に関する項目に関しては、「退院に向けた意欲の喚起」や、「自己管理のための訓練」といった内容にも、「行う立場にない」という回答が多かった。地域移行の働きかけは、日頃の看護と直接結びつきにくいと考えられた可能性がある様だ。看護師が行う日頃のケアと連動させるような意識付けが大切だと考える。

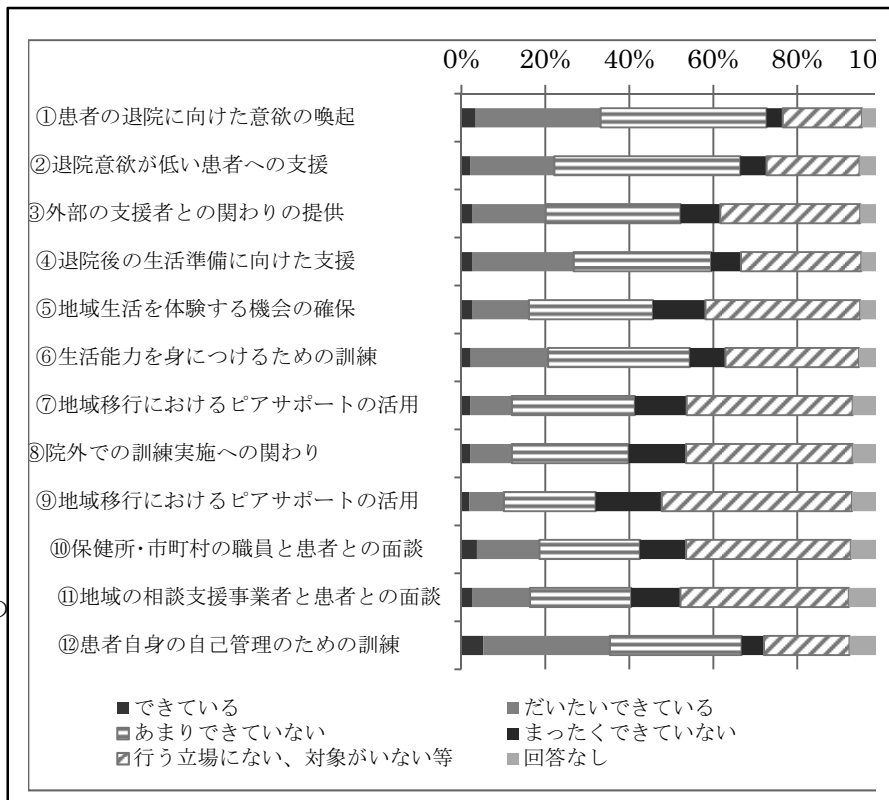
(4) 院内の地域移行に関する研修に参加したことのある看護職は、地域移行に関する自分自身の看護について肯定的に回答したものが多く傾向にあった。研修参加により、地域移行に、より意識的に取り組めるようになったのではないかとと思われる。したがって、より多くの職員が参加できるように、身近なところで研修を受ける機会の確保が必要であると考えます。

#### 5 おわりに

自由記載の中で、「病院は生活の場ではない」「患者自身が退院後の生活をイメージできるように支援する。」等退院支援に果たす役割を自覚している看護職は多いことがわかったが、理想通りにいかない現実も把握することができた。

今後も医療機関と連携しながら退院可能な患者が、地域で生活できるように取り組んでいきたい。

図2 地域移行への自身の取りへの自身の関わり組み



全市民を対象とした地域包括ケアシステムにおける精神保健福祉センターのあり方

川崎市精神保健福祉センター<sup>1)</sup> 川崎市中部リハビリテーションセンター<sup>2)</sup>  
 川崎市北部リハビリテーションセンター<sup>3)</sup> 川崎市更生相談所南部地域支援室<sup>4)</sup> 川崎市更生相談所<sup>5)</sup>  
 ○津田多佳子<sup>1)</sup> 竹島正<sup>1)</sup> 岡部健<sup>2)</sup> 森江信子<sup>3)</sup> 野木岳<sup>4)</sup> 廣政稔<sup>5)</sup>

1. はじめに

川崎市では、平成 27 年 3 月に、少子高齢化社会の進展に向けて、「誰もが住み慣れた地域や自らが望む場で安心して暮らし続けることができる地域の実現」を目指し、高齢者のみならず、障害者や子ども、子育て中の親などに加え、現時点で他者からのケアを必要としない方々を含めた「全ての地域住民」を対象とした川崎らしい都市型の地域包括ケアシステムを構築していく「地域包括ケア推進ビジョン」を策定した。平成 28 年 4 月には、区役所保健福祉センターの組織を再編して、「個別支援の強化」と「地域力の向上」を図るために「地域みまもり支援センター」を設置した。川崎市の地域包括ケアシステムには障害保健福祉分野も密接に関連するので、それに対応した活動を模索している。

2. 川崎市における地域包括ケアシステムと地域リハビリテーション

川崎市は東京と横浜に挟まれた南東から北西に細長い都市で人口 146 万人、高齢化率 18.9%（平成 26 年 10 月 1 日現在）と大都市の中では最も若い都市であって、人口増が続いているが、今後は急速に高齢化が進むことが予測されている。

障害保健福祉分野では、障害のある方の重度・重複化、高齢化、ニーズの多様化等を踏まえ、すべての障害者が住み慣れた地域で最適な自立生活ができるようにするため、総合的なリハビリテーションシステム整備の必要性を掲げて、行政と学識経験者等による検討を重ね、平成 12 年 10 月に「川崎市における総合的な地域リハビリテーションシステム構想についてーリハビリテーションシステム基本構想（案）検討報告書ー」をまとめ、「地域性・総合性・専門性」という方向性を示した。そして平成 20 年 4 月に精神保健福祉センターと知的・身体障害者更生相談所の分室機能を包含した官民協働複合施設である北部リハビリテーションセンターを開設した。さらに平成 28 年 4 月には、中部リハビリテーションセンター、障害者南部地域支援室（以下、「南部地域支援室」とする）を開設した（図 1）。南部地域支援室は平成 32 年に南部リハビリテーションセンターとして整備する前段として、精神保健福祉センターと更生相談所の分室機能という行政部門を担う部署として設置された。

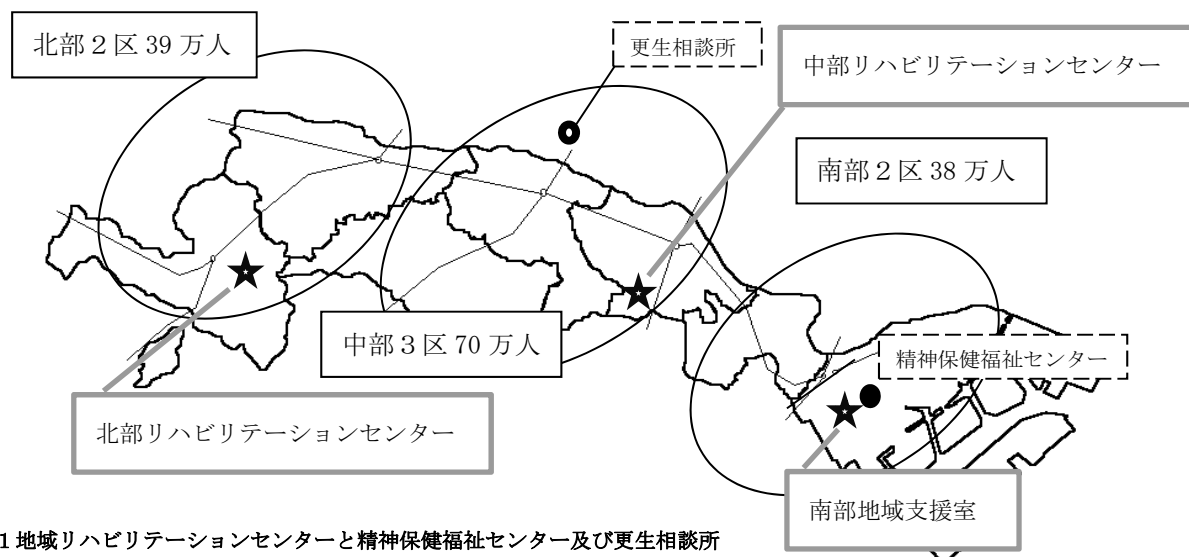


図 1 地域リハビリテーションセンターと精神保健福祉センター及び更生相談所

### 3. 地域リハビリテーションセンターと精神保健福祉センターのあり方

地域リハビリテーションセンターは、市民の身近な相談窓口である区役所保健福祉センターの地域みまもり支援センター、高齢・障害課などと連携し、地域包括ケアシステムを推進する役割を担う(図2)。

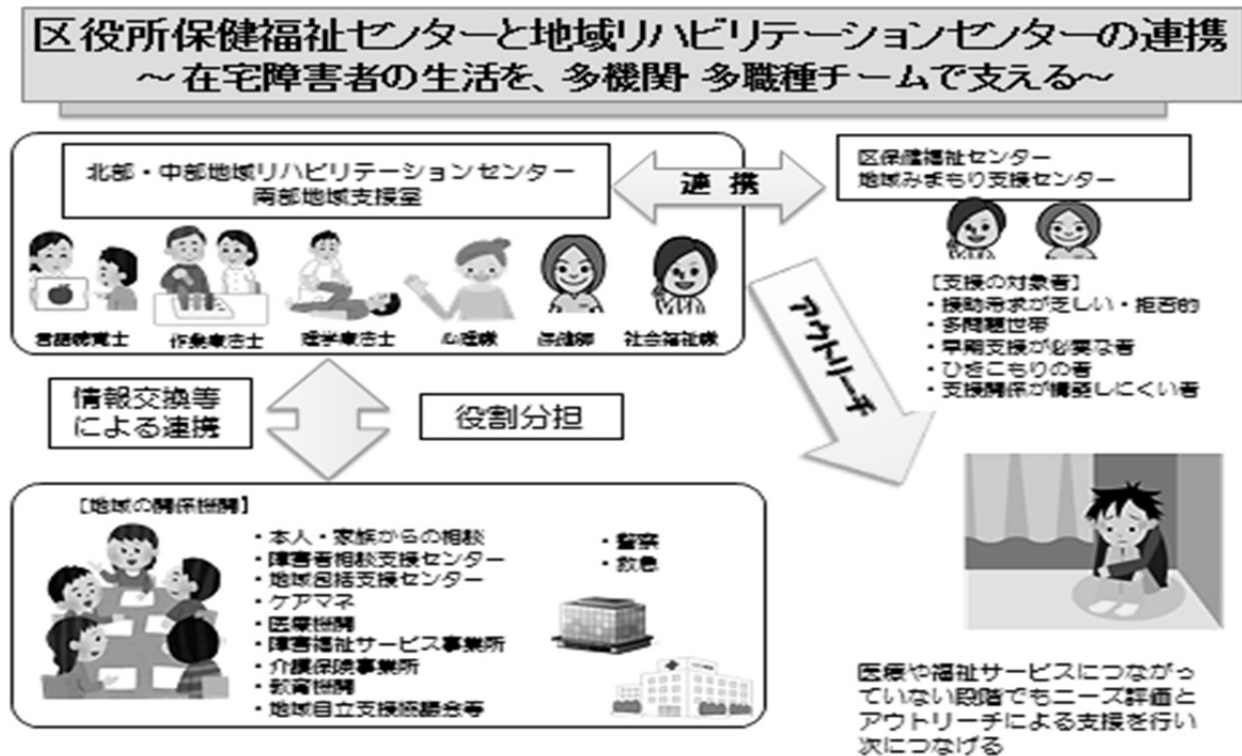


図2 活動イメージ図

すでに活動を開始している北部リハビリテーションセンターは、川崎市北部地域で実践を重ね、平成27年度に本研究協議会でその活動の一端を報告した。今後、新たに開設された中部リハビリテーションセンター、南部地域支援室も川崎市中部、南部地域において活動を発展させていくことになる。川崎市は北部、中部、南部で地域性が異なるため、その特性に対応した活動を創っていくことが重要となる。そのためには、精神保健福祉センターの調査研究及び企画調整力の強化が併せて必要となる。

その試みとして、精神保健福祉センターでは、南部地域支援室、区役所保健福祉センターと連携しながら、精神科救急事例の本人・家庭・地域等へのフォローアップ支援についての実践的な検討を開始した。また中部リハビリテーションセンターとは、管内にある三次救急医療機関と連携し、自損事故で救急搬送された自殺未遂事例の地域ケア構築を試みようとしている。南部・中部・北部それぞれの地域の特性や強みを活かした取組を各リハビリテーションセンターが推進していくための基盤となる調査研究、その成果を全市的に調整し展開していくのが精神保健福祉センターの今後の重要な役割となる。

### 4. まとめ

平成32年4月には南・中・北の3地域リハビリテーションセンター体制が整う見込みである。精神保健福祉センターは自立支援医療や精神保健福祉審議会等の全市的な業務だけでなく、「全ての地域住民」を対象とした地域包括ケアシステム構築に対応した精神保健医療福祉の開発に取り組むとともに、区役所保健福祉センターと地域リハビリテーションセンターの活動をバックアップする役割がある。そのためには、更生相談所と共に、調査研究、企画調整の機能の充実を図ることが必要である。

都立精神保健福祉センターにおける法律相談の現状と必要性

都立精神保健福祉センター

○源田圭子

大場伸 飯嶋祐 邑口紀子 風間優子 五十嵐陽子 佐藤りか 鈴木信人 大杉章友  
川上礼子 東出香 井上悟

1. はじめに

精神保健福祉センターが行う地域関係機関への技術援助には、法的な問題が含まれることが多々あり、精神保健福祉的側面からの支援だけでは解決困難なことがある。また支援の際、行政機関職員としての法的根拠の下に行動することが求められる。そのため、地域関係機関やセンター職員からの事例について、精神保健分野に詳しい複数の弁護士に依頼し助言を得る法律相談を定期的に行っている。これまでに集積された事例を分析し、その傾向と意義について考察する。

2. 法律相談の現状について

平成 16 年度から開始。通常のカ開催回数は年 4 回、また、アウトリーチ支援事業ケースに関し緊急開催を行う場合があり、可能な限り多数の関係者に参加してもらう目的で依頼先の区役所にて開催した例も 1 件あった。通常のカ開催時間は 3 時間で、1 回につき数ケースが検討される。

〈会の進行〉

- ① センター職員または関係機関（保健所・学校・福祉等）の職員がケースのプレゼンテーションを行う。
- ② 弁護士から、検討事項について法令資料などに基づいたコメントをもらう。
- ③ 引き続き、それぞれの立場から意見交換を行う。

3. 5 年間の実績と傾向

平成 23 年 4 月から平成 28 年 3 月までに 22 回開催、計 59 事例の相談があった。

相談機関別件数を表 1、相談内容別件数を表 2 に示す。相談機関の内訳においては精神保健福祉センターの職員、特にアウトリーチ支援事業に関連する相談が最も多く、次いで保健所、保健センターの職員による相談が多かった。

また、相談内容としては危機介入時対応のコンプライアンスに関するものが最も多く、次いで、独居となったケースの相続問題や、非自発的入院時の金銭管理など成年後見制度につながる財産・金銭管理に関するものが多かった。また、関係機関連携時や薬物乱用者対応時の守秘義務について、近隣苦情発生時における個人情報の取り扱いに関して、適切な相談記録記載のあり方についての相談が行われた。

表 1. 相談機関別件数

相談機関	件数
精神保健福祉センター	33
保健所・保健センター	17
公的機関	7
医療機関	1
その他	1
合計	59

表 2. 相談内容別件数

相談内容	件数
危機介入	24
財産・金銭管理	17
支援者の守秘義務	6
記録のあり方	4
近隣苦情	4
虐待	2
その他	2
合計	58

さらに、相談内容としてもっとも多かった「危機介入」の詳細内訳を表3に示す。

表3. 「危機介入」の内訳

内容	件数
同意なしの自宅訪問（立ち入り）	7
非自発的入院のあり方	6
暴力行為・脅しへの対応	7
家族分離への働きかけ	3
他機関（警察、消防庁）との連携	1
計	24

表3に示すように、「危機介入」に関する相談の中でもっとも多数を占めるのは同意を得られない中での訪問、または非自発的入院への導入に関する問題である。次に典型的な事例（複数の事例を合成）と質疑応答について例示する。

事例：40代未治療男性と70代母親

近隣での大声や奇異な行動が最近さらに増加してきた男性。一方、母親には認知症の兆しがあり、心身ともに弱ってきているのを近隣住人は懸念している。生保担当、保健師が何度訪問しても両者から罵声を浴びせられ介入できずにいる。

Q1：要医療状態であると思われる未治療患者に対して、本人や同居の家族が拒否している場合でも、自宅に入り本人の状態を確認することが行政職員としてできるか。  
Q2：本人が拒否している場合、自宅から医療機関までの搬送手段はどのようにしたらよいか（公的役割と限界）

A1 訪問の際の留意点：本人の同意がないまま自宅に入ることの違法性に関しては、個別具体的な状況判断に基づく。周辺事実から、心身にかかわる急迫した事態にある蓋然性が高いなら踏み込むことは可能。ただし、複数者による判断の一致を前提とする等の慎重さは要される。家族の先導を促す体裁を講じることが常に望まれる。

A2 搬送にかかわるコンプライアンスの基本：原則として、対象者本人の人権を制限する行為には本人の同意が必要。本人の意に反する室内への立ち入りなどは不可。これに反すれば、刑法上は住居侵入罪・不退去罪、逮捕罪・監禁罪などに該当。民法上は、不法行為として損害賠償義務が発生。例外として、正当行為、正当防衛、緊急避難の場合は違法性が阻却され、責任を負う必要がない。

## 5. 考察

「社会の常態は、人権の対立と衝突である。」（石黒清子弁護士）

精神症状のゆえに地域で安定した生活を営むことができないケースに、地域関係機関とともに関わる時、我々の介入や援助に常に生じてくるのは、当事者の思いや望みを大切にすると、家族を含む周囲の関係者の苦悩への関わりとの狭間に立つことの難しさだ。行政機関として中立性を求められる中で、それぞれの援助者が関わりに関して共通の根拠を得ることで積極的な支援ができ、必要な場合には当事者にも周囲の関係者にも自身の援助の根拠が法に基づいた中立的なものであることを示すことができる。

また、精神科医療において長く当事者の権利が無視されてきた歴史がある中で、援助者は自分の関わりが法的に正当な、他者の権利を侵害するものでないことを確認しておく必要がある。

上記のような観点から、適正な技術援助やアウトリーチ支援を行う上で、常にコンプライアンスを意識することが必要である。アウトリーチ支援が地域においてさらに広範に行われるために、コンプライアンスを担保するものとしての法律相談は重要な役割を担っているといえる。

参考・引用文献：「法律事例検討会事例集」東京都立精神保健福祉センター

「搬送にかかわる法的コンプライアンス」都立精神保健福祉センター 井上悟



## 福岡市における精神障害者保健福祉手帳等級判定均一化への取組み

福岡市精神保健福祉センター

○澤田朋香 寺山愛 平川正一 山方哲 江口智之 河野亨

### 1. はじめに

本市精神障害者保健福祉手帳・通院医療費公費負担審査委員会においては、平成27年度4,715件の精神障害者保健福祉手帳の審査が行われた。申請件数は年々増加傾向にあり、所持者についても、児童期から老年期までと幅広く、増加傾向である。また平成27年度精神障害者保健福祉手帳の審査に対する異議申し立て件数は、49件と多い件数となった。

この結果を受け、平成28年1月より本市精神障害者保健福祉手帳・通院医療費公費負担審査委員会では障害等級判定均一化に向けた取組として、平成25年度作成「精神障害者保健福祉手帳の等級判定のための参考症例集」を用いた症例検討会の開催、及び「等級判定方法の一部改訂」を行った。

その取組と結果について報告し、そこから見える今後の課題について考察する。

### 2. 本市精神障害者保健福祉手帳・通院医療費公費負担審査委員会の概要

本市審査委員会は、月に2回、年間で合計24回実施され、精神科医5名の委員にて構成されている。

平成27年度における精神障害者保健福祉手帳の交付状況を表1、また、平成27年度の異議申し立て件数を表2に示す。

交付件数については年々増加傾向にあり、平成27年度承認件数だけをみても前年度比10%増で推移している。また、表2にあるように、異議申し立て件数については前述のように平成27年度が多い件数となっている。その結果についても、各年度約45%が承認となり、審査結果が覆っている割合が高い結果となった。

表1 平成27年度精神障害者保健福祉手帳交付状況

		件数
承認	1級	311
	2級	2,195
	3級	2,068
	計	4,574
不承認		33
保留		108
計		4,715

表2 平成27年度異議申し立て状況

	平成27年度	(%)
申し立て件数	49	100.0%
うち承認	22	44.9%
うち却下	27	55.1%

### 3. 取組方法

以下に示す取組について、平成28年1月から開始した。

#### (1) 症例検討

平成25年度作成の「精神障害者保健福祉手帳の等級判定のための参考症例集」より審査会開催時に毎回2例を提示し、5名の委員各自で実際に判定した後、討議をしてもらうようにした。

#### (2) 等級判定方法の一部改訂

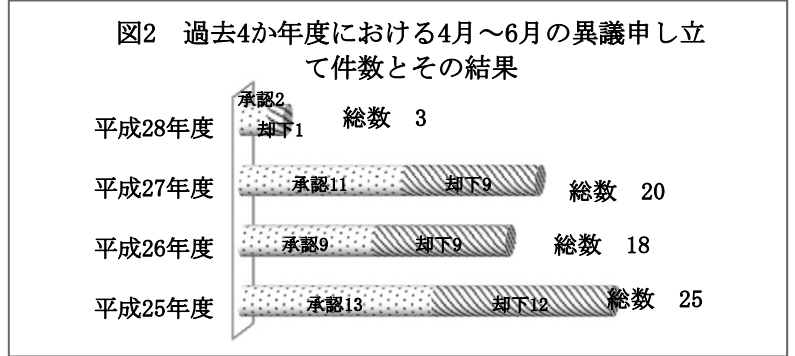
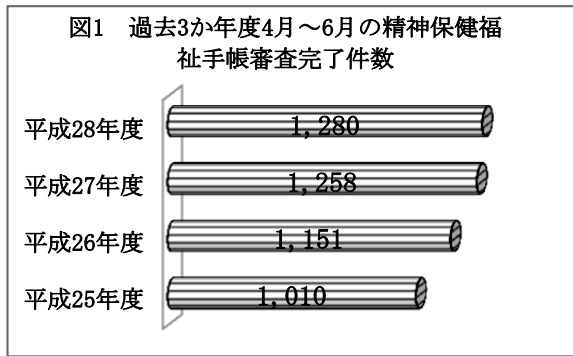
これまで更新申請の等級判定の際、従来の等級を変更すると判断された場合、委員間にて議論を交わす機会は設けておらず、審査を行った委員個人の決定に委ねられていた。

この従来の判定方法を以下の様に改訂した。

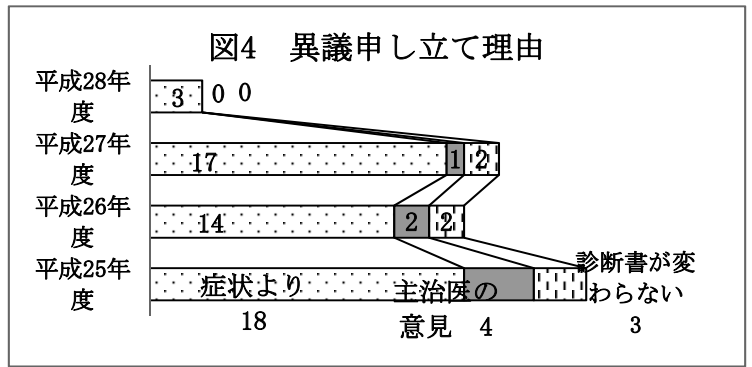
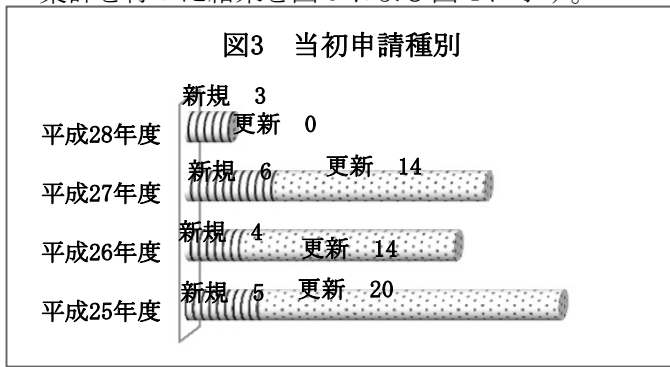
等級変更が必要だと判断した場合、その案件について抜き出す。全ての審査が終了した後、今回提出の診断書と前回提出の診断書を相対的に比較することを含め、委員会全体にて討議を行い、最終的な等級の判定を行うこととした。

4. 結果

今年度及び過去3カ年度における4月から6月までの精神障害者保健福祉手帳の審査完了件数を図1に、また、異議申し立て件数及びその審査結果についても図2に示す。



加えて、異議申し立てケースについて、当初申請の種別と提出の理由書の記載内容についてそれぞれ集計を行った結果を図3および図4に示す。



5. 考察

各年度4月～6月までの審査完了件数をみても増加傾向であった。特に今年度について、審査完了件数は前年度と比較してほぼ横ばい傾向だった。一方、異議申し立て件数は前年度比85%減だった。年間総数の比較では無い為、取組結果の確定的な効果の判断には至らないが、審査完了件数が前年度とほぼ同等数あったにも関わらず、異議申し立て件数の前年度比が減少していることは、今回の取り組みの効果が出て来ていると期待できるだろう。

また、各年度異議申し立ての当初申請時の申請種別については、今年度については3件とも新規申請であり、一方他年度については、いずれの年度も更新申請の割合が高い結果であった。また、理由書に書かれている記述内容についても「前回提出の診断書と比較して記載内容の変わらない」との理由が、各年度約1割程度見られた。今年度の異議申し立てについて、当初申請が新規のみであること、また「前回の診断書と比較して変わらない」との理由が6月末時点において0件であることから、前回提出の診断書と比較することは一定の効果があると思われる。

しかし、当初新規申請の異議申し立ては、今年度3ヶ月の期間に3件上がっている。これは依然として多い件数である。このことについては、やはり根本的な問題があるように思料されるが、このような問題について情報を集め分析・検討していく事も当センターの今後の大きな課題と言えるだろう。

6. おわりに

今回実施を開始した取組については、今後も継続し、さらに、その効果を随時分析していく必要がある。等級判定における質の向上・均一化を図り、精神障がい者への適切なサービス提供へ繋げていくことも、本市精神保健福祉センターとしての重要な責務と考える。

平成 28 年熊本地震「東京都こころのケアチーム」派遣からの学び

○鈴木朋恵<sup>1)</sup>、菅原誠<sup>1)</sup>、野津眞<sup>1)</sup>、熊谷直樹<sup>2)</sup>、井上悟<sup>3)</sup>、平賀正司<sup>4)</sup>

1) 東京都立中部総合精神保健福祉センター 2) 東京都立多摩総合精神保健福祉センター

3) 東京都立精神保健福祉センター 4) 東京都福祉保健局障害者施策推進部

1. はじめに

平成 28 年熊本地震において、東京都は「東京都こころのケアチーム」（以下、本チームという。）を派遣し、筆頭演者ら都立の 3 精神保健福祉センター職員も参加した。ここでは本チームの活動を報告し、その振り返りを通じて、都内発災時の体制整備も視野に入れ、課題等について考察を行う。

2. 派遣の概要

(1) 派遣までの経緯

4 月 16 日に DPAT 事務局より、加えて 4 月 19 日に厚生労働省より全国に向け、災害派遣精神医療チーム (DPAT) の派遣要請依頼が出された。これを受け、東京都では 4 月 20 日から派遣活動を行った。

(2) 派遣スケジュールとチーム編成

現地での活動期間は第 1 班が 4 名体制で 6 日間、第 2 班以降は 3 名体制で 5 日間であり、4 月 20 日から 5 月 30 日までの 41 日間にわたった。東京都福祉保健局障害者施策推進部精神保健医療課によって派遣準備が行われ、本チームは東京都の 3 ヶ所の精神保健福祉センター、都立松沢病院、都立小児総合医療センター、精神保健医療課の職員により構成された。精神科医師、看護師または保健師が各班に必ず参加し、事務職等がロジスティクス役割を担い、1 日は前後 2 班が重なるようにした。

(3) 各班の活動地域等

第 1 班は 4 月 20 日より DPAT 調整本部・DPAT 活動拠点本部における調整業務補助及び阿蘇市と宇土市の避難所巡回診察等を行った。第 2 班以降、4 月 26 日からは菊池保健所圏域の菊池市を中心に、市職員や保健医療福祉機関等と連携しながら精神保健医療活動を行い、5 月 30 日に第 8 班が県立菊池保健所、菊池市で京都 DPAT、佐賀 DPAT にケースの引継ぎをし、支援を終えた。

(4) 主な活動地域の状況

第 2 班以降の活動地域となった菊池市は、人口 49,751 人、世帯数 18,717 世帯の規模で、市内に精神科病院が 1 ヶ所あった。活動開始当初、市保健師と佐賀県・栃木県保健師チーム（後に長崎県保健師チームに交代）で地域保健活動を行っていたが、DPAT については認識されていなかった。地震による被害は 4 月 26 日午前 9 時現在の発表で重傷者 3 名、軽傷者 7 名、住家全壊 2 棟・半壊 12 棟、市内一部地域に避難勧告指示あり（5 月 2 日解除）、避難所数 7 ヶ所、避難者数 325 名であった。3,000 戸が断水し、給水していた（5 月 5 日給水終了）。

3. 活動経過と活動内容

(1) DPAT 調整本部・活動拠点本部における調整業務活動

4 月 19 日の時点で被災精神科病院の転院作業はほぼ終了されていた。第 1 班は 4 月 20 日から DPAT 調整本部と DPAT 活動拠点本部での派遣調整業務に夜勤シフト含め 3 日間携わった。調整本部では県災害対策本部との連絡調整、転院時の受入病院の確保や搬送手段の調整等を行った。活動拠点本部では被災地域からの要請へのチーム差対応や派遣継続の判断、翌日の配置調整を担った。また、その間に阿蘇市と宇土市での避難所巡回診察等を行ったが、診察件数は多くはなかった。本震 4 日目だったためか活動拠点本部機能に若干の混乱を生じていた部分もあった。活動場所は定まらず日替わりであった。

(2) 支援地域の状況把握とニーズアセスメント

4 月 26 日からの第 2 班は活動初日の DPAT 調整本部・活動拠点本部とのミーティングで、活動地域を固定し、地域に密着した精神保健ニーズへの継続支援が必要なフェーズにシフトしたことを確認した。そこで、DPAT チームが入っていなかった菊池保健所圏域の県立菊池保健所等とミーティングを行い、

ニーズが確認できたため菊池市に連絡し、精神保健活動を中心とした支援を開始した。菊池市健康推進課、高齢福祉課、他県保健師チーム等の個別の活動に対し、被害の大きかった地域への全戸訪問の合同実施や合同ミーティング開催、要支援者リスト作成等を提案し、保健師活動と連動した支援活動を行った。幸い、市内の精神科病院は機能が維持されており、処方をするような医療ニーズは高くなかった。

(3) 避難所、家庭訪問での診療及び啓発活動

第2班から第8班まで、保健師等によりリストアップされた避難所要フォロー者やその後の要継続フォロー者への巡回診療、避難所縮小等に合わせ、保健師による全戸健康調査と連動した家庭訪問診療等も行った。今回の震災は余震が長期間に及んだため、自宅で夜間過ごすことへの不安が強く、夜間のみ避難所や車等に避難する者が多かった。PTSD予防に向けたチラシを作成し、早期から避難所避難者等に保健師と配布し、安心して相談できる環境づくり等にも努めた。

(4) 小児の保護者や支援者への対応

支援開始時から小児精神科チームの派遣（第7班）を見据え、スクールカウンセラーに学校再開後のニーズ集約の協力要請を行った。また、保護者から離れるとパニックや不穏になる、退行や体重減少が著明な小児事例等、乳幼児・児童の保護者や関係者からの相談も多く、相談件数の17%を占めた（表1参照）。乳幼児健診時の個別相談やミニ講座の実施、保育所や小学校での保育士や教諭等との個別相談やミーティングの実施、保育士のメンタルヘルス相談等支援者支援も行った。

**表1 4/20～5/30における相談実施状況(延)**

活動時期	乳幼児	妊産婦	児童	成人	高齢者	精神障害者	合計	継続支援者(再掲)
第1班	0	0	0	2	0	0	2	0
第2班	0	0	5	44	18	0	67	12
第3班	0	0	4	8	9	2	23	6
第4班	1	0	1	40	10	0	52	20
第5班	2	1	0	9	7	0	19	5
第6班	0	0	1	10	7	0	18	4
第7班	20	0	5	2	2	0	29	6
第8班	0	0	0	10	9	0	19	15
合計	23	1	16	125	62	2	229	68

4. 考察とまとめ

(1) 発災直後の超急性期から中長期への継続した支援

今回の熊本地震における超急性期の活動として、DPAT先遣隊により、被災精神科病院の転院支援が行われ、避難所等での急性憎悪事例に対応するなど医療ニーズが高いことが確認された。発災直後の超急性期から中長期にわたる精神科診療及び精神保健活動ニーズに対する継続的な体制を確保できるよう、今後、都内発災時の体制整備においても具体的な検討が急務であることを認識した。

(2) 支援地域におけるニーズアセスメントと調整機能

第2班が県立菊池保健所を介して菊池市に支援に入ったのは本震10日目であったが、それ以前の段階では電話による被害状況等の確認から、市内の精神科病院の機能は維持されており、DPAT活動拠点本部において、医療ニーズは高くないと判断されたのではないかと考える。しかし、本チームが地域に出向いて市職員等から情報収集すると精神保健活動のニーズは高かった。被災地域の状況は刻々と変化するため、常に最新の情報を収集し、ニーズアセスメントを行い、他チームや他機関等との調整が重要となる。都内発災時においても地域に密着した細やかな情報連絡体制等の仕組みづくりが必要である。

(3) フェーズに応じた編成チームの特徴を生かした支援活動

これまで東京都では新潟県中越地震や東日本大震災等においても「こころのケアチーム」として被災地支援の経験を積み重ねてきた。その経験に基づき、変化するニーズに対応するために全体の編成についてはセンターチームを軸に小児精神科チーム等をまじえ派遣することとした。そのため、菊池市における本チームの支援活動は刻々と変化する状況に各班が迅速かつ柔軟に対応し、班毎の特徴を生かした一連の活動として効果的に展開できたのではないかと考える。DPAT活動においてもフェーズで変化する精神医療や精神保健ニーズ等に対し、精神医療チームと精神保健チーム等それぞれの構成員の特徴や得意分野を生かしたチーム編成で対応することにより、効率的な支援活動が期待できると思われる。

(4) 他機関チームと連携した精神保健活動の支援

本チームは菊池市において、市や他県保健師等の保健師活動と連動した支援活動を展開してきたが、現在検討されているDHEAT等他機関チームとの連携体制については今後の課題である。

被災地の速やかな復興を願うとともに、今回の支援の経験も参考にし、都内発災時にも円滑かつ迅速に対応できるよう、災害時こころのケア体制の整備に取り組んでいきたい。

群馬県こころの健康センターにおける業務連絡会議について

－ 課題解決のための精神保健福祉業務連絡会議 －

群馬県こころの健康センター

- 白石 成美      白井 久美子
- 狩野 恵理      田仲 富美子
- 浅見 隆康

1 はじめに

群馬県では平成 17 年 4 月から精神保健福祉センターと精神科救急情報センターが一体化し、24 時間・3 交代勤務体制で措置移送を行う新体制が開始されるに伴い、両センター（以下、当センターと記載）に保健師を増員（傾斜配置）した。このことから、保健福祉事務所（県保健所）の保健師数は大きく減員し、精神保健福祉業務担当が感染症や難病対策等の業務も併せて対応しなければならない状況となり、以前に増して関係機関との情報共有、意見交換の場が必要となったため、業務連絡会議を開催することとなった。

今回は、業務連絡会議発足の背景を含め、その果たしてきた役割及び成果などについて報告する。

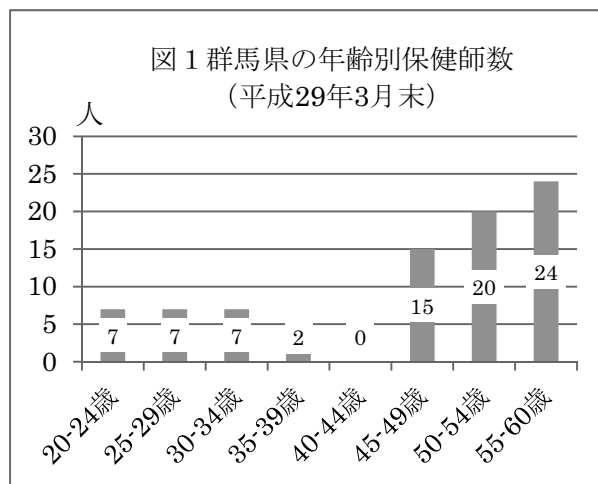
2 群馬県の現状

(1) 精神科救急情報センターの現状

群馬県では平成 16 年 1 月から当センターが県内の警察官通報や検察官通報等の通報・届出を一括して受理し対応している。（警察官通報においては 24 時間対応）警察官通報数は、増加の一途を辿っている。

(2) 保健師配置状況

当県の 1 保健所あたり保健師数は全国 1 少ない状況であり、年齢構成の偏りが著しいため、人材育成に課題を抱えている。（図 1、表 1 参照）。



3 精神保健福祉業務連絡会議

(1) 発足経過

精神保健業務連絡会議の前身として、平成 16～23 年度に業務検討会（参加機関：こころの健康センター、各保健福祉事務所、障害政策課精神保健室）が開催された。

精神保健福祉業務連絡会議は、当初、精神保健福祉業務検討会として当センターの課題について検討するため、平成 17 年度から開始した。平成 24 年度には新たに発達障害者支援センター、各児童相談所、中核市を参加者として追加し、精神保健福祉業務連絡会議と名称を改めた。

現在の精神保健福祉業務連絡会議は主に精神保健福祉相談業務における課題の検討・解決のために活用され、その内容は警察官通報への対応、自殺対策、ひきこもり、発達障害等多岐に渡っている。

(2) 目的

関係機関が一堂に会し、各機関業務及び連携等について相互理解を深めるとともに、精神保健福祉業務における課題等を検討し、地域精神保健福祉業務の充実及び円滑な推進を図る。

表 1 所属別保健師設置数

所属	保健師数	うち管理職
こころの健康センター	11	1
保健福祉事務所(10カ所)	37	7
児童相談所(4カ所)	7	0
発達支援センター	2	0
上記以外の所属	26	—

(3) 開催回数

平成 16 年度から定期的かつ継続的に年 3 回以上開催している。

(4) 参加機関

こころの健康センター、10 保健福祉事務所（保健所）、2 中核市、3 児童相談所、発達障害者支援センター、障害政策課精神保健室・・・計 18 機関

(5) 内容

各種事業報告、事業検討・協議のほか、講義・研修の場としても活用している。

近年については表 2 のとおり。

(6) 成果

①研修報告、各種事業報告により情報共有の機会となった。

・同じ業務を担当する職員が一堂に集まることで、精する機会となっている。神保健福祉業務にかかる問題等について話し合い抽出した。

②検討協議により、問題解決を図った。

・各機関の現状報告による課題の共有・解決方法へのアプローチを行った。

・ひきこもり、発達障害等の処遇困難事例について検討した。（参加各機関の機能を共有・理解し、対応できることを協議した）

・相談対応等スキルアップ・人材育成を目的に精神保健福祉ガイドブックを作成した。

・指導内容の均てん化を図るため、自殺予防ゲートキーパー手帳を見直し、改訂を行った。

③処遇困難事例、通報事例フォロー事例について、保健福祉事務所の依頼を受け、当センターからアウトリーチ活動を開始した。これにより、保健福祉事務所だけでなく、医療機関、支援機関の担当者から継続の要望もあり事業化に至った。

表 2 精神保健福祉業務連絡会

年度	回	主な議事事項
H24	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各機関の児童思春期関連業務</li> <li>・事例の対応及び連携</li> <li>・障害者虐待防止、権利擁護（研修）</li> <li>・児童思春期事例の対応及び連携</li> <li>・通報事例等の継続支援方法</li> <li>・自殺対策（ゲートキーパー養成研修等）</li> <li>・ひきこもり対策</li> <li>・24 条通報事例の対応と連携、継続支援</li> </ul>
H25	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・群馬県子ども・若者計画について</li> <li>・ひきこもり対応困難事例</li> <li>・インテークとアセスメント（発達障害）</li> <li>・ゲートキーパー養成研修の振り返り</li> </ul>
H26	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神保健福祉法の改正（講義）</li> <li>・引きこもり支援センターについて</li> <li>・ゲートキーパー手帳の見直し</li> <li>※別途ワーキンググループ実施</li> <li>・アルコール依存症家族教室について</li> <li>・高次脳機能障害研修参加報告</li> <li>・発達障害者の地域支援</li> <li>・インターネット依存について</li> <li>・自殺予防学会参加報告</li> </ul>
H27	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自傷のおそれによる警察官通報について</li> <li>・自死遺族支援事業説明</li> <li>・ゲートキーパー研修について</li> <li>・ひきこもり支援センター活動について</li> <li>・アウトリーチの活用について</li> <li>・業務実施ガイドブック作成</li> <li>※別途ワーキンググループ実施</li> </ul>

4 課題

(1) 人員不足の中で各機関担当者が集まり業務時間内に会議を開催するのは、通常の業務への負担が大きい。しかし、3 (6) 成果に示したとおり、今後とも情報共有、検討協議による問題解決にかかる対応のため、継続して開催していく必要がある。

(2) 他機関の連携が必須の自殺対策、発達障害及びひきこもり対応に加え、新たな課題への対応策も検討しなければならない。

(3) 当センター業務の肥大化・通報業務の増加の中、アウトリーチ活動が減少しているため、当センターが業務の質を保持し、どう事業展開していくか、また地域関係機関と連携していくかが大きな課題となっている。

5 おわりに

連絡会議は担当職員が少ない中で、互いに相談し課題を共有し解決に導くための機会となっており、精神保健福祉センターの「保健所及び市町村が行う精神保健福祉業務が効果的に展開されるように」という目標の一翼を担っている。様々な状況や前項の課題を踏まえつつ、今後とも業務改善のため取り組んでいきたい。