

Ⅲ 学会発表資料

| 年度 | 学会名 | 演題名 | 参照ページ |
|-----|--|--|-------|
| H28 | 第112回日本精神神経学会学術総会 | 「放射線による健康不安対策の推進」への精神科医の関与 | 47 |
| | 第33回中四国アルコール関連問題研究会 徳島大会 | 職域と協働した依存症予備軍対策 ～「おいしくお酒を飲むための教室」～ | 57 |
| | International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions | Competency to consent to treatment in childhood and adolescence: National research in 2016 | 72 |
| | 第52回全国精神保健福祉センター研究協議会 | ひきこもり地域支援センターの支援により就労した事例の追跡調査 | 75 |
| | 第57回日本児童青年精神医学会 | 子どもの治療同意能力 －2016年全国調査から－ | 81 |
| | 精神医療審査会全国連絡協議会シンポジウム | 措置入院制度への提言 －日本精神神経学会における議論から－ | 86 |
| | 第36回日本社会精神医学会 | ひきこもり地域支援センターの支援により就労した事例の追跡調査 | 90 |
| H29 | 第113回日本精神神経学会学術総会 | 認知症初期集中支援チームの役割 | 96 |
| | 第34回中四国アルコール関連問題研究会 鳥取大会 | 一般医療機関とアルコール専門病院との連携について ～岡山アルコール依存症早期支援ネットワークの活動報告～ | 101 |
| | 第39回日本アルコール関連問題学会 | 医療機関を受診する患者の飲酒に対する内科医・外科医の意識調査 | 102 |
| | 第53回全国精神保健福祉センター研究協議会 | 岡山市内精神科医療機関を対象とした認知行動療法ニーズ調査およびうつ病集団認知行動療法プログラムの試験的取組 | 104 |

【抄録】

「放射線による健康不安対策の推進」への精神科医の関与

岡山市こころの健康センター

太田順一郎

環境省の実施している原子力災害影響調査等事業（放射線の健康影響に係る研究調査事業）において、平成24～26年度に実施された「放射線による健康不安対策の推進に関する研究」の1つである「福島県における放射線健康不安の実態把握と効果的な対策手法の開発に関する研究」は、福島県地域の住民を対象として「放射線による健康不安」を軽減することを目的として企画・実施された介入研究であり、多数の精神科医が専門家の立場で参画している。本論文は、このような介入研究に精神科医が関わる際には、放射線による健康被害について正しい認識を持って臨まなければならないことを論じたものである。具体的には、福島第一原発事故以降のわが国では、放射線被ばくによる発がんへの影響に関して、国際標準であるLNTモデル（放射線被ばくの線量と健康被害とは直線的な比例関係にあり、線量が増えれば被害のリスクは高まる。これ以下であれば安全という閾値を設けることはできない、とする考え方）の立場に立つのか、環境省や経済産業省が流布させている閾値モデル（100mSv以下の放射線被ばくは発がんに影響を与えない、与えたとしても認識できない、という考え方）の立場に立つのかを明確に自覚しておく必要がある。本論では、この研究が有する問題点を指摘し、併せて昭和47年に東京都下で起きた光化学スモッグ被害において精神科医が担った役割を振り返ることで、精神科医がこのような公的な施策に取り組むときに陥りやすい陥穽について検討した。善意をもって住民の不安を軽減する取り組みに関わることで、かえって「誤った安心」を拡げることに手を貸す結果となることがある、という自覚が私たち精神科医には必要である。

【本文】

1. はじめに

東日本大震災後に起きた福島第一原発事故による放射能汚染は、今日に至るまで広範囲の住民の身体的健康および精神的健康に甚大な影響を及ぼし続けている。状況を一層複雑にしているのは、何をもって危険とし何をもって安全とするかの科学的根拠が必ずしも確立されていないまま対策が進められる場合が少なくないことである。それどころか誤った根拠に基づいて対策が進められることすらあり、そうした場合の住民への影響は、より深刻なものになることが懸念される。

国際放射線防護協会は低線量被ばくに関しては LNT (linear non-threshold) モデルを採用している。それは、放射線被ばくの線量と健康被害とは直線的な比例関係にあり、線量が増えれば被害のリスクは高まるし、これ以下であれば安全という閾値を設けることはできず、100mSv 以下の低線量であっても発がんに影響を与えうるとする考え方である。この考え方は現時点での世界標準であり、それについては次章「2. 放射線の健康影響・因果関係・およびリスク」で詳述する。その一方で福島第一原発事故以降、環境省、経済産業省など、政府機関を中心として「100mSv 以下の放射線被ばくは発がんに影響を与えない、与えたとしても認識できない」という言説（以下、閾値モデルと表現する）がさまざまな場所で語られ、流布されている。筆者らは、このような言説が放射線による健康被害に関する考え方としては、科学的に誤ったものであると認識している。また、国内外からの数多くの指摘にもかかわらず政府が LNT モデルを採ろうとせず、明らかに誤った考え方である閾値モデルを否定しようとしなないことは大きな問題だと考えている。

ところで、環境省の実施している原子力災害影響調査等事業（放射線の健康影響に係る研究調査事業）において、平成 24～26 年度に実施された「放射線による健康不安対策の推進に関する研究」の 1 つである「福島県における放射線健康不安の実態把握と効果的な対策手法の開発に関する研究」（主任研究者川上憲人、以下川上研究とする）¹⁾ は、福島県地域の住民を対象として「放射線による健康不安」を軽減することを目的として企画・実施された介入研究であり、多数の精神科医も専門家の立場で参画している。

この研究の 24 年度研究報告書の研究結果には、「1. 住民調査」と「2. 放射線健康不安の改善に関するプログラムの開発」の 2 項目の結果が報告されているが、すでに予算化された住民参加型情報提供プログラムとして、例えば「放射線の理解促進」や「ただしくこわがろう」といった働きかけを行ったことが挙げられている¹⁾。「ただしくこわがろう」というタイトルに示されているように、これらは住民の放射線に対する過剰な不安を取り除こうとする働きかけである。同報告書の「放射線健康不安による心身不調モデル」の図中に示されている『放射線は体に悪い』という考え（スキーマ）の活性化」といった概念にも同様の「過剰な不安」という捉え方が見て取れる。これらの「放射線健康被害に対する過剰な不安の軽減」という考え方／取り組みは、先に述べた政府の「100mSv 以下の放射線被ばくは発がんに影響を与えない」という言説と容易に結びつくことが懸念される。

実際に、この研究の研究協力者が平成 26 年 11 月 24 日に東京で開催された第 4 回市民科学者国際会議の『リスクコミュニケーションとこころのケア』というセッションで、「放射線への恐怖感」や「危ない!」といった偏った考えが不安や抑うつをもたらし、偏った不安が悩みと健康状態（自己評価による）の不良をもたらす、と述べており、また「福島に住み続けることは非常に危険だ」という偏った考え」とも述べている¹⁾。これらの発言は、この研究が「放射線による身体健康への影響」については棚上げして、「放射線による身体健康への影響に対する不安」を介入の対象としている姿勢をそのまま反映している。また、この研究の主任研究者である川上憲人氏は平成 26 年 9 月 22 日に環境省が開催した「東京電力福島第一原子力発電所事故に伴う住民の健康管理のあり方に関する専門家会議」第 11 回のヒアリング講師を務め、そこでこの研究の概要を説明している

が9)、この会議の中で委員である中村尚司氏(東北大学名誉教授)は、「要するに、放射線が直接影響を与えるということよりは、むしろ、それによる放射線ストレスとか、健康不安とかが非常に重要で」、「甲状腺がんに関してもチェルノブイリの結果から言ったら、50mSvを超えない限りは起こらないということはわかっています。けれども、それ以外のメンタルな問題で影響が出るかもしれないということなので」などと述べており(10)、この研究と、環境省の主催する専門家会議が共通して、閾値モデルを背景として、実際の放射線による健康被害よりも、それに対する不安への対策を重視する立場に立っていることが窺われる。筆者らは、「放射線による健康被害に対する過剰な不安、偏った不安を軽減することにより、住民の健康度を改善する」ことを目指すこの研究が、「100mSv以下の放射線被ばくは発がんに影響を与えない」という政府機関によって発信され続けている誤った考え方と結びついたとき、地域住民に対して、きわめて危険な影響を及ぼすであろうことに重大な懸念を抱いている。

このように、政府機関によって喧伝されている科学的にみて誤った考え方と、容易に結びついて互いを強化しかねないプロジェクトにおいて、精神科医が「過剰な不安を軽減する専門家」としての役割を担うことは、たとえそれが善意によるとしても倫理上の問題があると言わざるを得ない。住民に「誤った安心」を広げる結果となるからである。

本論文では、この研究のベースにある「放射線による健康被害」の考え方について検討し、その科学的誤謬を指摘する。さらにこうした問題を抱える住民介入研究に精神医学・医療の専門家が参画することの倫理的問題について警鐘を鳴らすものである。

2. 放射線の健康影響・因果関係・およびリスク-100mSv問題における環境省といわゆる専門家の誤謬-

放射線による発がん影響は、国際放射線防護委員会 ICRP : International Commission on Radiological Protection、原子放射線の影響に関する国連科学委員会 UNSCEAR : United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation、欧州放射線リスク委員会 ECRP : European Committee on Radiation Risk、米国科学アカデミー研究審議会の電離放射線の影響に関する委員会 BEIR : Committee on the Biological Effects of Ionizing Radiation など、数多くの国際的あるいは国家レベルでの民間や行政の組織が、評価を行っている。しかし、フランスが発がん閾値を示唆している以外は、発がん影響に関しては、いずれも閾値を設定しておらず、低線量においても被ばく人数が多ければ発がん影響が明らかになる、という立場を示している。これは ICRP の前身である国際 X 線およびラジウム防護委員会 ICRP が 1949 年に放射線による発がんには閾値がないと結論づけて以来定着し、次々と 100mSv 以下での被ばくによる発がんが実証されてきている。今日、5-100mSv にかけての発がん影響も明らかになってきている (Brenner 2014) 2)。

放射線による人における発がん研究は古く、早くは 1956 年にイギリスの医師スチュワートが、当時、よく行われていた腹部 X 線撮影を妊婦に対して行うことにより胎児の状態を知るといふ診断方法に関して、胎児が出生した後、撮影していない胎児(妊婦)に比べて、出生後の様々ながんの発生率が高いことを示した (Stewart 1956) 17)。この有名な報告を受けて、1950 年代以降、欧米を中心に世界各地で検証のための疫学研究が行われ、結果はやはり、今日で言う放射線被ばくにより発がん影響を受けやすい臓器のがんが多発していたことが確認された (Doll 1997) 3)。小児がんに関するオックスフォード研究では、6mGy (以下、医学論文では吸収線量 mGy を単位に用いられることが多いので mGy で示す部分があるが、実効線量である mSv とほぼ同じと本稿では見なしていただきたい) の妊婦への被ばくで、小児がんが有意に増加することが示されている (Brenner 2014) 2)。また、オーストラリアで 68 万人の若年者を対象にした研究でも、CT 検査 (1 回あたりの平均実効線量 4.5mSv) を受けた人の発がん率が有意に増加することがわかっている (Mathews JD 2013)

1 4)。今日私たちが病院や診療所でしばしば目にする「妊娠の可能性がある方はレントゲン検査を受ける前に必ず撮影技師に申し出てください」というような掲示は、これらの数多くの研究を受けた結果である。1950年代半ばの X 線撮影による被ばくは 1 回に 5mGy を下回り、その後も下降し続けるが(Doll 1997) 3)、このような掲示は掲げられたままである。諸研究を定量的にまとめた Doll と Wakeford(1997)は、放射線撮影による子宮内被ばくは、10mGy 程度の被ばくにより出生後の小児がんのリスクの上昇を引き起こし、それは 6%程度の上昇であると結論づけている 3)。放射線による発がん影響は若い被ばく者ほど高く、全身のほとんどのがんを多発させるが、放射線による発がん影響の程度は臓器によってかなりの差が認められる。

この後も、診断放射線（特に CT スキャン）、航空機乗務、累積自然放射線量などの被ばくによるがんの増加が観察されてきており、研究例を挙げるには事欠かない。

WHO(2013)は前年におこなった線量評価に基づき、今回の事故後 1 歳から 89 歳までの年齢の人に、20km 圏外の福島県で、甲状腺がん、白血病、乳がん、その他の固形がんが多発することを予測し、その多発は被ばく時年齢が若いほど多発が目立つと定量的に予測している 1 8)。

そのような中、2000 年代、特に 2011 年 3 月以降の日本においてだけ、「100mSv 以下の被ばくでは、放射線によるがんは発生しない」あるいは「100mSv 以下の被ばくでは、放射線によるがんは発生しても（他のがんに隠れるなどして）分からない」という言説が現れてきた。例えば、「低線量被ばくのリスク管理に関するワーキンググループ報告書」（2011 年 12 月 22 日）は、「国際的な合意に基づく科学的知見によれば、放射線による発がんリスクの増加は、100 ミリシーベルト以下の低線量被ばくでは、他の要因による発がんの影響によって隠れてしまうほど小さく、放射線による発がんのリスクの明らかな増加を証明することは難しい」と述べ、経済産業省も「年間 20 ミリシーベルトの基準について」において、「広島・長崎の原爆被ばく者の疫学調査の結果からは、100mSv 以下の被ばくによる発がんリスクは他の要因による影響によって隠れてしまうほど小さいとされています」とし、日本国政府国連代表部も 2013 年 5 月 27 日付で、「国連特別報告者（アナン・グローバー氏）の報告書の誤りに対する日本政府の修正（提案）」の中で「広島と長崎の（被ばく）データに基づき、放射線被ばくによる健康への影響が 100mSv 以下の水準の被ばくであれば、他の原因による影響よりも顕著ではない、もしくは存在しないと信じられている」と述べている。これらの記述は、労働安全衛生法電離放射線障害防止規則に定められた労働者向けの規則等の法的規制にも違反することになる。職業被ばくの線量拘束値よりも一般人の公衆被ばくの線量拘束値は、ICRP でも 20 分の 1 に押さえられており、到底、公的機関が述べる内容ではない。

環境省と放射線医学総合研究所による「図説ハンドブック・放射線の基礎知識と健康影響」においても、100mSv 当たり 0.5%死亡の確率が増加するという ICRP 勧告の考え方が紹介されながらも、100mSv 以下は「検出不可能」と誤った書き方をした国立がんセンターの HP の記載をそのまま載せるなど、100mSv に何度も言及して閾値があるかのように見せている 8)。

そのような中で、原子力規制委員会「帰還に向けた安全・安心対策に関する検討チーム」（2013）も、「放射線による健康影響についての科学的知見（100mSv）について」の中で「100mSv までの被ばく線量でのがんのリスクは疫学的方法では直接明らかにすることは困難というのが国際的な合意であり、100mSv 以下の被ばくでは、他の要因による発がんの影響によって隠れてしまうほど小さく、放射線による発がんのリスクの明らかな増加を証明することは難しいとされている」と引用文献を付けている 6)。その引用文献の該当箇所が、ICRP2007 年勧告 (ICRP Pub.103) の中の (A86)「がんリスクの推定に用いる疫学的方法は、およそ 100mSv までの線量範囲でのがんのリスクを直接明らかにする力を持たないという一般的な合意がある」という記載である。この記載は、検討チームの表現とは異なり、単に、100mSv 以下においては、ICRP が基づいている広

島・長崎の被ばく者コホートデータ (LSS コホート) において、全がんを併せて、全年齢層を併せて、5%レベルで統計的有意差がないことに言及しているだけである。

しかしながら、第一に、研究者の任意に任せられている有意水準を 8%にすると、LSS コホートの 100mSv 以下の集団においても有意差が認められている (Brenner 2014) 2)。第二に、全年齢層の平均ではなく 20 歳以下に限定すると 100mGy 以下でも有意な上昇が見られる (Furukawa 2013) 5)。第三に、全がんの平均にせよ放射線被ばくにより発がん影響を受けやすい臓器のがん、例えば甲状腺がんに限ると LSS コホートでも有意な上昇が 100mGy 以下でも見られる (Furukawa 2013) 5)。さらに第四には、LSS コホートデータは、甲状腺がんを含む固形がんに関しては、原爆投下後 13 年後の 1958 年にコホートが定められたので、潜伏期間が短い時期に著しく増加していく甲状腺がんを捉え切れていないが、それでも有意な増加が見出されている。そのうえ第五には、放射性セシウム 137 で広島型原爆 168 発分が福島第一原子力発電所から放出された福島県では、LSS コホートの 100mGy 以下の被ばく者の数、68,470 人よりも、かなり多数の被ばく者が存在するとみられ、観察対象数がより小さい規模の研究での統計的有意差がないという結果を、それより大きい対象者の観察に、そのままあてはめることはできない。

以上等から、「100mGy (100mSv) 以下の被ばくでは、放射線によるがんが発生しない、あるいは発生してもわからない」、という説明は、科学的根拠に反する医学的に誤った言い方である。

なお、統計的有意差がないことを影響がないと取り違えることは、統計学では β エラー (第 2 種の過誤) の問題として医学界でも古くから警告がなされ (Freiman 1978) 4)、国際医学雑誌編集者委員会 ICMJE においても以前から今日に至るまで、このような混同を避けるため、論文執筆者である医学研究者に対して、統計的有意差の判断材料となる p-値のみを示すのではなく、指標を定めてその点推定値と区間推定値 (effect size and precision of estimates) を示すように勧告している (ICMJE 2015) 7)。

3. 放射線による健康不安対策と精神科医

平成 24 年度から環境省が実施している原子力災害影響調査等事業では、放射線の健康管理等に関する各種委託事業を実施している。この事業はいくつかのテーマに分かれているが、そのうちテーマⅢは「放射線による健康不安対策の推進に関する研究」であり、その 1 つとして川上らにより「福島県における放射線健康不安の実態と効果的な対策手法の開発に関する研究 (川上研究)」が実施された。

1) 川上研究の概要

川上研究 1) は平成 24~26 年度までの 3 年計画で、(1) 避難区域住民だけでなく、この他の福島県一般住民の放射線の健康影響に対する過度の不安 (放射線ストレス) の実態を明らかにする、(2) 福島県の避難区域住民および一般住民の放射線ストレスの改善のためのプログラムを開発し、評価し、実装する、の 2 点を目的としていた。

放射線ストレスの実態を明らかにするために、住民を対象として実施した調査の項目は、以下であった。

・心身の健康度；これは心理的ストレス (抑うつ・不安) について K6 調査票の 6 項目を用い、PTSD 症状については PTSD Checklist-specific (PCL-S) の 17 項目、抑うつについては Patient Health Questionnaire (PHQ-9) の 9 項目、そして身体症状については職業性ストレス簡易調査票から 10 項目を選び、スコアリングしたものをを用いている。

・放射線ストレス；オリジナルのスコアを用いている。平成 24 年度、福島県立医科大学放射線医学県民健康管理センターの職員 2 名へのインタビューと平成 23 年度の県民健康管理調査の欄外記載をもとに 7 項目からなる放射線健康不安の評価尺度を作成し、福島市一般住民を対象とした予備調査によりその信頼性を確認して

いる。次年度、これに項目を追加して 9 項目版と 14 項目版も作成し、これについても追加調査を実施してその信頼性、妥当性を確認している。

・震災後の活動変化；先行研究などを参考に作成した、オリジナルのスコアを用いている。9 つの日常活動について、震災後に活動が減ったかどうかを質問するものである。

・基本属性；性別、年齢、慢性疾患、身体活動、喫煙、毎日飲酒、震災のための被害の有無。

調査の結果としては、まず平成 24 年度調査によって、若年住民に抑うつ・不安、放射線健康不安などが多いことが明らかとなり、震災後の活動性の低下および身体症状によって、放射線健康不安と抑うつ・不安との関連性の大部分を説明できることが明らかとなった。また、平成 25 年度調査により、福島県の仮設住宅避難区域住民および一般住民では、関東地方住民に比べて放射線健康不安が高く、身体症状および精神症状が高いこと、特にこの傾向は福島県浜通りおよび中通りで顕著なことを見出した。そして、このような心身の不調の増加は放射線健康不安と震災後の活動性の低下が主な要因となっていた。これらの結果から、住民の心身の不調に対して、放射線健康不安を軽減することと活動性の低下を防ぐための対策が必要と考えられた。

実態調査と並行して、放射線ストレスの軽減のために、①住民向け「情報提供と話し合いプログラム」、②保健師向け「シアター（朗読と話し合い）プログラム」、③未就学児を持つ母親を対象とした「行動活性化プログラム」の 3 つのプログラムを開発した。これらのプログラムの試行により、「情報提供と話し合い」プログラムが住民の放射線ストレスを軽減する可能性、「行動活性化プログラム」が住民の心身の不調を改善する可能性が見出された。

2) 川上研究と精神科医

川上研究では、研究組織の中に数名の精神科医が参加しており、その中には当学会の災害対策委員会のメンバーも含まれている。彼らは、この研究において、住民向けプログラムの試行、保健師の実態把握とプログラムの試行などの領域を担当している。

3) 川上研究の問題点

筆者らが川上研究の内容を検討した過程で、この研究の有するいくつかの疑問点が明らかになった。例えば、平成 24 年度調査において放射線健康不安と精神健康の関連性を、活動性の低下によって 2~3 割、身体症状によって約 5 割説明できるとしているところなどであるが、本論文では論点をできるだけ明確にするため、これらの疑問点については詳述することは避ける。

筆者らが川上研究の最大の問題点と考えるのは、この研究が放射線による健康被害に関して、どのような考え方に依拠しているかである。現在のわが国では、誤った閾値モデルを政府機関が中心となって喧伝しているという状況にあるため、川上研究のような放射線による健康被害に関連する介入研究においては、LNT モデルの立場に立つことを明確にし、閾値モデルを否定することを明確に意識しなければ、研究の全体が閾値モデルという誤った考え方に影響されることとなりやすい。「1. はじめに」の章で挙げたように、川上研究の報告書や研究者の発表の中には、放射線による健康被害に対して住民が抱く不安を、「過剰な不安」、や「偏った考え」と捉えようとする傾向が認められる。もし研究に参加する者が、正しく LNT モデルに依拠した考え方を採っていれば、放射線による健康被害に対する住民の不安を当然と考えるであろうし、その不安を和らげるために寄り添うことはあっても、「間違ったスキーマを修正」しようとするアプローチとはならないはずである。

川上研究は、放射線に対する過剰な健康不安が、それによる活動性の低下と相俟って、住民の心身不調を招いていると考え、それに対して正しい情報を提供することにより過剰な不安を軽減し、それを通じて心身の不調を軽減すること、また活動性を上げるような働きかけをすることにより心身の不調を改善することを目指している。正しい情報の提供のために実施されるのが住民向け「情報提供と話し合い」プログラムであるが、こ

の取り組みに当たっては提供される情報が正しいものであるかどうか非常に重要な要素である。

しかし、これまで述べてきたように、川上研究においては閾値モデルの持つ非医学性に対する批判は示されていない。そればかりか、第 4 回市民科学者国際会議での共同研究者の発言で明らかのように、川上研究では、政府機関が喧伝してきた「100mSv 以下の被ばくは発がんに影響しない」という誤った考えの影響を受け、そのことを検討することなく「放射線による健康被害に対する過剰な不安を軽減することが肝要である」という考え方だけで住民への情報提供が実施されてきたのではないかと考えられる。このような状況のもとでなされた『情報提供』を『正しいもの』と評価することは困難である。住民の持つ健康不安を『過剰』と評価することは正当ではない。この研究は、『過剰』を強調することによって閾値モデルという非医学的言説を後ろ盾する役割を果たしている。「過剰な不安を軽減する」ために、誤った情報を提供すること、あるいは不安の対象の原因が健康に及ぼす影響に関する基本的知識なしに介入することは専門家として許されることではない。私たち精神科医は、患者の不安を軽減することを大切な仕事として毎日行っており、災害時などに一般住民の過剰な不安に取り組むことも我々にとって重要な仕事であるが、誤った情報をもとにして「誤った安心」をもたらすことは厳に慎まなければならない。

4. 「光化学スモッグ被害における災害神経症論」と精神科医

ここまで、福島原発事故後の放射線による健康不安対策への精神科医の関わり方について検討を進め、そこに含まれる問題点を明らかにしてきた。この章では、光化学スモッグ被害対策に参加した熊倉による「いわゆる光化学スモッグ被害において『心因論』のおわされた社会的役割」(12)と「神経症の精神病理」(13)という二つの資料に依拠して、昭和 47 年に東京都下で起きた光化学スモッグ被害で精神科医が果たした役割についての論考を、今回私たちが直面している問題にかかわる部分に焦点を当てて紹介したい。公害被害に直接関与した精神科医の貴重な考察は、川上研究で精神科医が果たそうとしている役割について、一層深い理解に貢献すると考えるからである。

まず、事実経過について簡単に紹介する。

昭和 45 年 7 月都内の高等学校で、生徒四十数人が、突然、はき気などを訴えて倒れ、病院に搬送された。これが、わが国における光化学スモッグ被害の最初の報告である。光化学スモッグ被害者の示す症状は、それのみでは説明できない重篤な全身症状を伴っているとされた。行政や医師らは、光化学スモッグ被害発生の当初から、これらの全身症状に心因性の要因の関与を疑っていた。その後、関東における光化学スモッグによる被害者数は急増し、昭和 46 年には、48,025 人を数えた。

このような状況を背景に、昭和 47 年 5 月に都内の中学校において、光化学スモッグによる集団被害が発生した。都衛生局は、都立豊島病院精神科スタッフを、この事態の対応のために派遣した。スタッフは熊倉も含めて、当初「被害者が苦しんでいるのは事実だから、少しでも楽になるように努力」するのが自らの責務と考えて、関与に踏み切った。

同校では同月 26 日、200 名前後が、光化学スモッグによる被害を訴えた。症状は、眼や鼻や喉のいわゆる粘膜刺激症状の他に、手足のしびれ、疼痛、けいれんなどの全身症状などであった。重症者 13 名が都立の病院に入院した。精神科医達は、これらの症状について「心因性」とであると診断した。同年 6 月 5 日には、東京都は、同校での被害について『「心因的要素」がかなり強い(中略)眼やノド、粘膜の刺激症状がほとんどなく、主として恐怖感と集団心理が作用した心因性によるもの』であるという趣旨の公式見解を初めて明らかにした。

その後の経過について、熊倉はこの「心因説」が「被害者たちが大気汚染を被っていたことを事実上、否定

する作用を持っていたのみならず、学内管理強化と、授業の強行と、被害者らに抗議の自主規制を要求する学校当局を正当化する論理となり、重症被害者を教育日程から取り残した。心因説は詐病視を正当化する役割を果たした」と総括している。

被害者の救済を目的とした精神科医の参加が、なぜ、被害者を「社会的に追い込む」結果につながったのか。熊倉は、公害や労災、交通事故などに起因するいわゆる社会神経症では、精神科医の関与は、治療行為であると同時に、その障害の責任を規定する役割も担っていると述べる。この種の障害の発生には、契機となる事象が存在する。精神科医による関与は、契機となる事象の責任を完全に否定するものではないが、障害が「精神的なもの」と診断されることで、それを相対的に軽んずる結果となる。光化学スモッグ被害では、身体症状に心因性説を持ち込むことで、精神科医の関与は、「反動的なものを人格的、意志的なものにすりかえ、個人外の責任を個人へと移す」社会的機能を果たしたと西山は指摘する(15)。熊倉は、「被害者の症状が心因であるか否かを問う以前に、そのように問うこと自体がいかにか被害者たちを社会的に追い込んだのかを知るべきである」という。熊倉論文に引用された、次の女子学生の発言は、精神科医の治療的介入が社会的に被害者を追い詰めて行く事情を端的に示している。「誰がこんな悩み分ってくれる。聞いているだけじゃない。ききのがすだけじゃない。でも、聞いてくれるうちに精神的なものになっちゃうんじゃない。もう、精神科では話さないよ」。

川上研究における精神科医の役割とは、放射線ストレスと心身の不調との関連を明らかにし、これらの軽減を目指すプログラムを作成し実施することである。被害者の身体症状に直接関与した光化学スモッグ被害の場合とは、精神科医の役割は少し異なっている。しかし放射線ストレスや、関連する心身の不調に、精神科医が治療的に関与する際には、これらを「過剰な不安によるもの」と規定することで不可避免的に生じる社会的影響について十分な配慮が必要である。関与する精神科医は、そのことに十分自覚的でなければならない。熊倉は光化学スモッグ患者に関わる中で「この状況では『精神的』という言葉すら、私たちが知らない形で『仮病』と同じ意味になってしまう」という自覚を経験しているが、川上研究に関与した精神科医にそのような自覚があったか否かが本論の持つ問題意識である。

5. 今後に向けて

これまで述べてきたように、福島原発事故後に住民を対象として平成 24 年度～26 年度に実施された「放射線による健康不安対策の推進に関する研究」は、「放射線による健康被害」と「放射線による健康不安」に対する認識において非常に大きな問題を孕んでいる。この研究は、心身の不調を抱えている住民に対して正しい情報を提供するプログラムの実施や、活動性を上げるように働きかけるプログラムの実施を含んでいるが、前者は当然提供する情報が「科学的に正しいもの」であることが大前提であり、また後者も科学的に正しい情報に基づいて「活動性を上げることが安全であること」が前提となっているはずである。

原子力安全委員会や放射線医学研究所は、原発事故以前から原発安全神話を論証し放射線防護にかかる費用を削減するため、LNT モデル否定を中軸に据えた言説を流布し、放射線ホルミシス研究(脚注1)等を推進してきた(16)。環境省、文部科学省等による低線量安全論はその流れによるものである。川上研究が環境省のプロジェクトの一環として位置づけられるのであるから、この研究は 100m Sv問題に明確な見解を示していない限りそのような流れの中でのリスクコミュニケーション(脚注2)とそれをベースにした介入研究と見なす他ないのである。すなわち「正しい情報提供」も LNT モデルの否定という国際的には受け容れられない見解によっていると考える他ない。

このような、放射能被曝の影響について明確な見解を示さない誤謬に基づくプログラムの実施は住民に「誤った安心」を与えることになる。このような取り組みに、「過剰な不安を軽減する専門家」とみなされている精

精神科医が参加することの危険性、非倫理性は非常に重大である。善意を持って住民の不安を軽減する取り組みに関わることが、かえって「誤った安心」を拡げることによって手を貸す結果となるのである。

また、昭和 47 年 4 月に東京都下で起きた光化学スモッグ被害においては、光化学スモッグに起因するさまざまな症状が心因論的なものとみなれ、あるいは心因論が撤回された後にも心身症概念をもって理解されるという非常に憂慮すべき事態が起きている。この事象においても、善意を持って被害者の症状軽減に取り組もうとした精神科医たちの関与が、結果として被害者を追い込んでいく状況を作り出すことになってしまった。

この 2 つの事象は、時代も異なり、内容的にも光化学スモッグと原子力発電所の事故という、かなり様相を異にするものではあるが、いずれの事象においても精神科医もしくは精神医学がなんらかの役割を求められ、それを担うことで、心ならずも有害な結果をもたらすことになるという共通点がある。私たち精神科医は、このような事態が今後も十分に起こりうるという認識のもとに、自らがコミットする取り組みが、どのような事実認識に基づいて作られているかを十分に検討したうえでコミットしなければならないだろう。公害であれ災害であれ、そこに公的施策としての対策が企画され実施される際には、それぞれの事象に対する事実認識と、それに基づく責任の所在、解決すべき問題点、解決の方法論がある。もともとなる事実認識に誤りがあれば、問題に対する取り組みが善意に基づくものであっても、そこにもたらされる結果は極めて有害なものとなる可能性がある。日本精神神経学会法委員会は、この 2 つの事象を私たち精神科医に対する警鐘として、会員である精神科医たちに周知することを私たちの委員会の役割と考え、この問題を検討して来た。本論文は、同委員会の委員数名によって作成されたものである。

脚注 1 放射線ホルミシスとは、大きな量（高線量）では有害な電離放射線が、小さな量（低線量）では生物活性を刺激したり、あるいは以後の高線量照射に対しての抵抗性をもたらす適応応答を起こすことである。

脚注 2 リスクコミュニケーションとは、個人、集団、機関の間における情報や意見のやりとりの相互作用過程である。それは、リスクの性質についての多様なメッセージと、その他の（厳密に言えばリスクについては限らない）リスク・メッセージやリスク・マネジメントのための法律や制度に対する、関心・意見・反応を表すメッセージとを含む。

【文献】

- 1) 秋山剛：第 4 回市民科学者国際会議 円卓会議 2
https://www.youtube.com/watch?v=5Z6Ej5Vo_44 (February 10, 2016, 閲覧)
- 2) Brenner BJ (2014) What we know and what we don't know about cancer risks associated with radiation doses from radiological imaging. *Br J Radiol.* 2014 Mar;87(1035):20130629. doi: 10.1259/bjr.20130629.
- 3) Doll R and Wakeford R: Risk of childhood cancer from fetal irradiation. *Br J Radiol* 1997; 70: 130-139.
- 4) Freiman JA, Chalmers TC, Smith H, Kueblers RR: The importance of beta, the type II error and sample size in the design and interpretation of the randomized control trial. *Survey Of 71 "Negative" trials.* *New Engl J Med* 1978; 299: 690-694.
- 5) Furukawa K, Preston D, Funamoto S, Yonehara S, Ito M, Tokuoka S, Sugiyama H, Soda M, Ozasa K, and Mabuchi K: Long-term trend of thyroid cancer risk among Japanese atomic-bomb survivors: 60 years after exposure. *Int J Cancer* 2013; 132: 1222-1226.
- 6) 原子力規制委員会・帰還に向けた安全・安心対策に関する検討チーム(2013)：線量水準に関連した考え方。

In: 第 1 回帰還に向けた安全・安心対策に関する検討チーム会議（平成 25 年 9 月 17 日 18:00～20:00）、会議資料・<https://www.nsr.go.jp/data/000049282.pdf>（February 19, 2015, 閲覧）

7) International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE): iii. Statistics, d. Methods, 3. Manuscript Sections, Preparing for Submission, Manuscript Preparation. In: Recommendations.

<http://www.icmje.org/recommendations/browse/manuscript-preparation/preparing-for-submission.html> (February 19, 2015, 閲覧)

8) 環境省放射線健康管理担当参事官室、放射線医学総合研究所：図説ハンドブック・放射線の基礎知識と健康影響—平成 25 年度版（改訂版）—。環境省・東京、放医研・千葉、2014.

9) 環境省HP 第 11 回東京電力福島第一原子力発電所事故に伴う住民の健康管理のあり方に関する専門家会議（平成 26 年 9 月 22 日）資料 川上憲人：福島県における放射線健康不安の実態把握と効果的な対策手法の開発に関する研究

<http://www.env.go.jp/chemi/rhm/conf/conf01-11/ext01.pdf>(February 10, 2016, 閲覧)

1 0) 環境省HP 東京電力福島第一原子力発電所事故に伴う住民の健康管理のあり方に関する専門家会議第 11 回議事録 <http://www.env.go.jp/chemi/rhm/conf/conf01-11b.html>(February 10, 2016, 閲覧)

1 1) 川上憲人、安村誠司、矢部博興、ほか：平成 24-26 年度環境省原子力災害影響調査等事業（放射線の健康影響に係る研究調査事業）、放射線による健康不安対策の推進に関する研究 福島県における放射線健康不安の実態把握と効果的な対策手法の開発に関する研究、2015

1 2) 熊倉伸宏：いわゆる光化学スモッグ被害において「心因論」のおわされた社会的役割、精神軽誌、77：475—488, 1975

1 3) 熊倉伸宏：神経症の臨床病理、新興医学出版社、東京、12-67、2015

1 4) Mathews JD, Forsythe AV, Brady Z, Butler MW, Goergen SK, Byrnes GB, Giles GG, Wallace AB, Anderson PR, Guiver TA, McGale P, Cain TM, Dowty JG, Bickerstaffe AC, Darby SC: BMJ. 2013 May 21;346:f2360. doi: 10.1136/bmj.f2360

1 5) 西山 詮「心因性の社会的意義とその基礎」、精神経誌、78（8）：529—554、1976

1 6) 島蘭進：つくられた放射線「安全」論—科学が道を踏みはずすとき—、河出書房新社、東京、101-237、2013

1 7) Stewart A, Webb J, Giles D, Hewitt D. Malignant disease in childhood and diagnostic irradiation in utero. Lancet 1956; 2: 447.

1 8) WHO: Health risk assessment from the nuclear accident after the 2011 Great East Japan Earthquake and Tsunami based on a preliminary dose estimation. Public Health and Environment Department, Health Security and Environment Cluster, World Health Organization, Geneva, 2013.

職域と協働した依存症予備軍対策 ～「おいしくお酒を飲むための教室」～

岡山市こころの健康センター
土器 悦子

アルコール依存症の多くは、長期間の習慣飲酒によって形成される。近年、若年の依存症者や女性のアルコール依存症者などの問題が注目を集めてはいるが、それでもその中核群は 40 代、50 代の中高年の男性である。彼らの中には長年の飲酒習慣の末、退職前には依存症発症寸前の状態となり、退職すると同時に朝から飲酒、昼から飲酒が可能な環境となり、アルコール依存症発症という者も少なくない。

一方、アルコール依存症は精神疾患の中でも確実に予防できる病気である。アルコール依存症を放置すれば、身体合併症はもちろん、家族崩壊、労働問題、飲酒運転、暴力など重大な社会問題をひき起こす。しかし、日本では近年、飲酒運転対策こそ厳罰化されたが、アルコール飲料の販売や広告に関する国の規制などは諸外国に比べると甘いのが現状である。また、企業の中でもまだまだ飲酒に寛容な文化が残っているし、2009 年度当センターが行った職域保健担当者を実施したアルコール関連問題意識調査からは、就業上の問題や、社会的トラブルがない限り、企業としてアルコール対策に積極的に取り組む動きが認められないのが現状である。このような背景の中で、産業保健を担う企業の保健師らは、従業員のアルコール問題に気づいていても、企業の中でそのアルコール問題に対して介入できないでいる現状がうかがえる。

本市では、2009 年に当センターが開設される以前の、2003 年に策定した「健康市民おかやま 21」の取組の中で「アルコール」分野を掲げ、多量飲酒者の割合の減少を目指した。当時、50 代～60 代の男性の多量飲酒者の割合が 4 割以上という現状があった。これに対して「多量飲酒者の割合を減少する」という目標を設定したものの、策定 5 年目の中間評価ではほとんど改善はみられておらず、アルコール関連問題は公衆衛生的課題とされるにも関わらず、保健対策としての取組はほとんどできていなかった。

そこで、当センターでは、2009 年から産業保健師やアルコール依存症専門医等の協力を得て、在職中の中高年の飲酒習慣に介入し、アルコール依存症予備軍が依存症に移行していくのを防ぐことを目的として、「職域依存症対策推進事業」を開始した。事業の中心は、当センターとアルコール依存症専門医、産業保健師等からなる検討委員会で独自に作成した依存症予防プログラム「おいしくお酒を飲むための教室」を企業に無料で出前実施するもので、参加者が自分の飲酒習慣を振り返り、今後の飲み方を再考するきっかけとし、その後フォローアップを行い、飲酒習慣の改善をねらうものである。

当センターがこの事業を開始して 7 年が経過した。今回はこれまでの取組を振り返り今後の課題を考察したい。

2016.9.3 第33回中四国アルコール関連問題研究会
徳島大会 市民公開講座

職域と協働した依存症予備軍対策 ～おいしくお酒を飲むための教室～



岡山市こころの健康センター
保健師 土器 悦子

岡山市こころの健康センターの主な依存症対策

1.5次予防

①職域依存症対策推進(モデル)事業(平成21年度より)
「一般企業におけるアルコール関連問題への早期介入」
「お酒の教室」の事業場への出前

②一般医療機関・アルコール専門病院(平成23年度より)
「アルコール関連問題への早期介入のための、一般医療機関と専門医療機関の連携」
「G-Pネット」の構築

職域依存症対策推進事業

目的

- 職域の依存症予備軍への早期介入、依存症発症予防
- 問題のない飲酒習慣の確立を目指し、退職後早期の依存症発症を防止する。

内容

- 職域のアルコール関連問題実態調査
- アルコール依存症予防プログラムの作成、実施

ねらいは1.5次予防

一次:未然に疾病発生を防ぐ } とすると
二次:早期発見・早期治療

既に飲酒習慣を有するハイリスク群
↓
「おいしくお酒を飲むための教室」
早期介入および疾病予防

「職域におけるアルコール関連問題実態調査」 (2010年. 2月)

- 岡山市内約2,000社の健康管理業務従事者の方を対象に実施
- 職域でのアルコール関連問題の実態を掴むことを目指し、20問の設問に答えて頂く。
- 同時に「おいしくお酒を飲むための教室」への参加を呼びかける内容とした。

調査結果1 アルコール問題の把握

把握している問題 (複数回答)

| | |
|----------|-----|
| 肝機能異常 | 82 |
| 各種疾患 | 107 |
| 遅刻・欠勤・早退 | 6 |
| 勤務中の飲酒 | 1 |
| 交通事故 | 1 |
| 病気休職 | 5 |
| 死亡 | 1 |
| 自殺 | 1 |

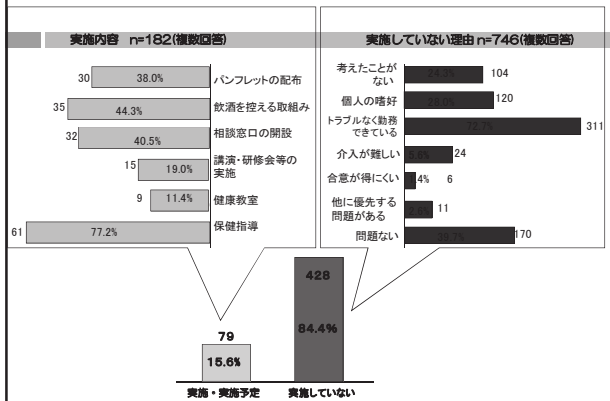
問題の把握と働きかけの必要性 n=213

| | | |
|--------------|-------|----|
| 無回答 | 22.1% | 47 |
| 思わない | 31.0% | 66 |
| どちらかといえば思わない | 17.4% | 37 |
| どちらかといえば思う | 16.4% | 35 |
| 思う | 19.1% | 28 |

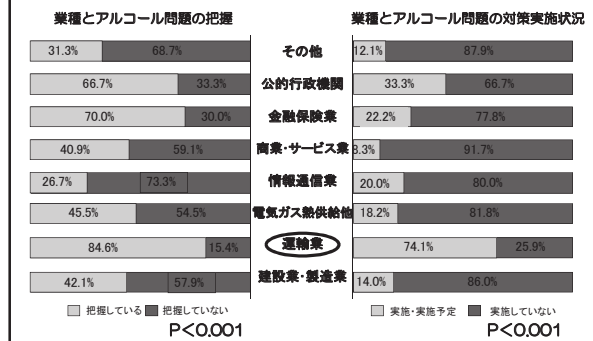
把握している事業場が4割

無回答 4.0%
把握していない 55.3% (259)
把握している 40.7% (213)

調査結果2 アルコール問題対策の実施状況



調査結果3 業種による関連



実態調査をとおして見えてきた課題

企業に向けてのアルコール関連問題の啓発

ポスターの作成・配布、管理職・産業医等の研修、会報誌への記事掲載

保健担当者(保健師)の人材育成と連携

研修会の開催、産業看護部会との連携

介入ツールの開発と技術的支援

おいしくお酒を飲むための教室

おいしくお酒を飲むための教室

プログラム A(基本プログラム)

①初期介入プログラム
 対象：事業場が健診データ等より教室対象者としてスクリーニングした者(γGTP値・飲酒習慣等)
 方法：講義(30分~45分)
 +
 グループセッション(30分~45分)

プログラム B

対象：①事業場の社員
 ②企業の管理者
 健康管理担当者等
 方法：講義(1時間弱)

事業者の希望で選択

約6か月後
 ②継続的介入プログラム(1回目)
 対象：初期介入プログラム参加者
 方法：グループセッション(30分~45分)

約6か月~1年後
 ③継続的介入プログラム(2回目)
 対象：初期介入プログラム参加者
 方法：グループセッション(30分~45分)

「おいしくお酒を飲むための教室」の内容 (プログラムA)

専門医による講義

- ① お酒の歴史と特性
- ② お酒の影響
- ③ 豆知識
- ④ おいしくお酒を飲むために

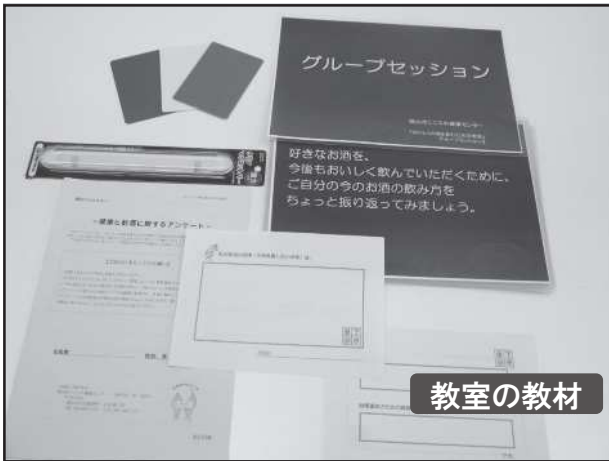


グループセッション

各自の飲酒状況を振り返り、アルコールの量・飲む回数・飲む時間などの低減を目指して、自分で目標設定する



教室案内チラシ



おいしくお酒を飲むための教室

おいしくお酒を飲み続けるために
酒は百薬の長か？百厄の長か？



岡山市こころの健康センター

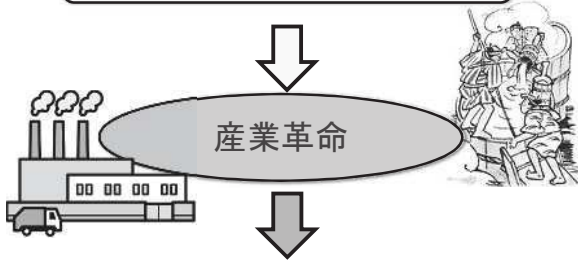
日本人とお酒の関係



たまにしか飲めない時代



産業革命



くせになりやすい飲み物が
毎日飲める時代

お酒のいいところ

- 酔って気持ち良くなる
- 気分が変わる
- ストレスが薄れる
- 寝つきが良くなる
- 一緒に飲む人と仲間意識が持てる
- 普段言えないことが言える

…などなど

お酒の悪いところ

- 酔って無茶をして人に迷惑をかける
- 暴力をふるったり暴言をはくことがある
- 二日酔いになり、仕事の能率が下がる
- 夜中に目が覚める
- 飲みすぎると体が悪くなる
- 酒代がかかる
- なかなかやめられなくなる

…などなど

実は、お酒で困った時にはなかなかやめにくい...

お酒の依存性

- お酒は、麻薬や覚せい剤と同じように、強い依存性があります。
- 知らず知らずのうちに、飲むことを中心に考えて行動をしようとしてしまいます。
- 大切なものになりすぎて困ってもやめられません。

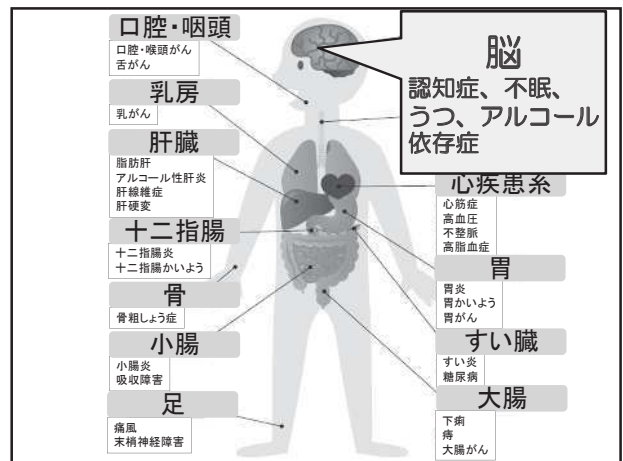
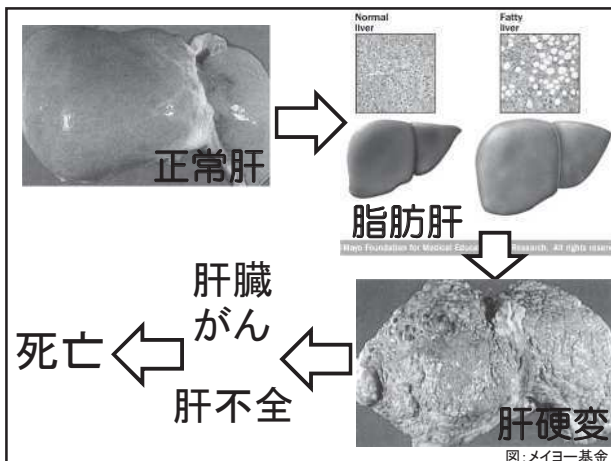
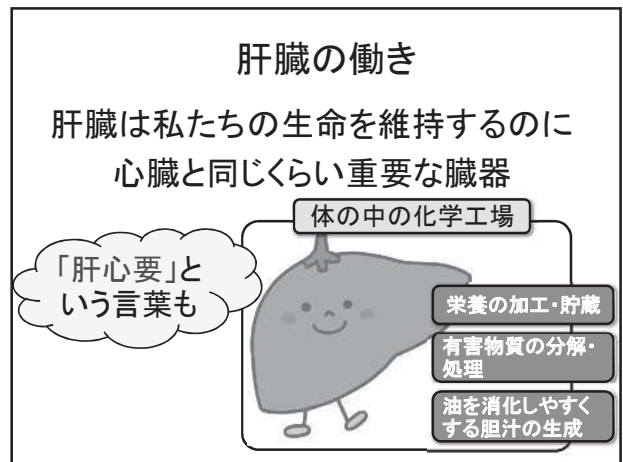
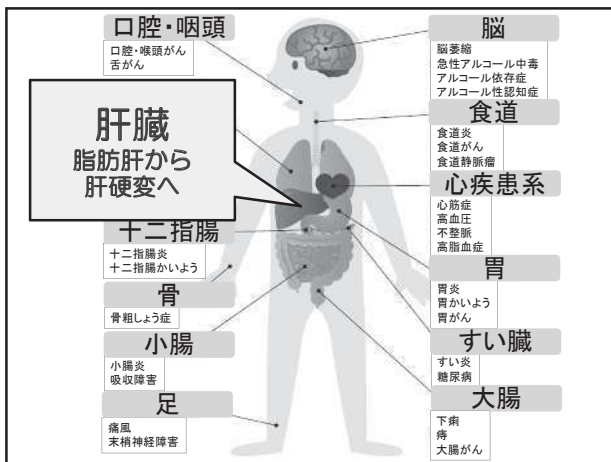


①導入：お酒の歴史と特性

- 日本人とお酒の関係の歴史で興味をひき、癖になりやすい飲み物という特性を伝える。
- お酒のよいところ、悪いところを考えさせ、癖になるとやめにくくなるということを伝える。
- それがお酒の依存性であることを説明する。

こんな言葉があります

酒は百薬の長、されど万病の元



脳の萎縮

思考、判断、
学習、意志など

記憶、言語、
コミュニケーションなど

正常

アルコール性認知症
萎縮した脳

(出典:岡山県精神科医療センター)

転倒・転落によるケガ

- ・アルコールが脳をマヒさせるため、酔って足が千鳥足になる ⇒ 転倒のもと!
- ・ホームでの人身傷害事故の約6割強が酔っていたというデータも...

慢性硬膜下血腫

たまった血腫

脳

頭蓋骨

アルコール依存症

たくさんのお酒を飲み続ける

お酒を飲まずにはいられない
離れられない状態になることも!

- ・「意思が弱い」ではない!
- ・不適切な飲酒習慣が続くと誰でもなる可能性がある病気
- ・悪い結果になることがわかってもお酒をやめることができない病気
- ・放置すれば死にいたることも...

お酒のいろんな影響

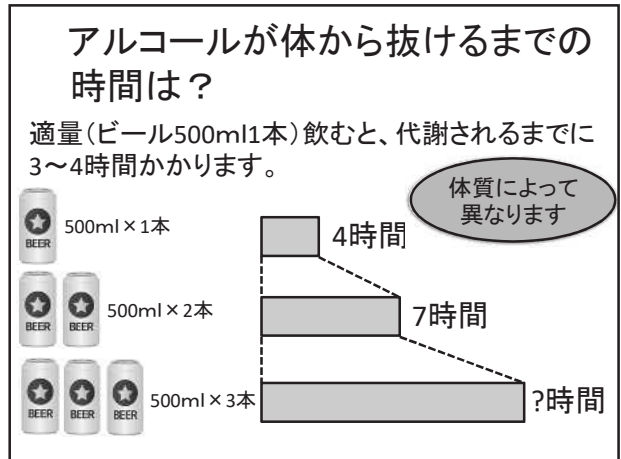
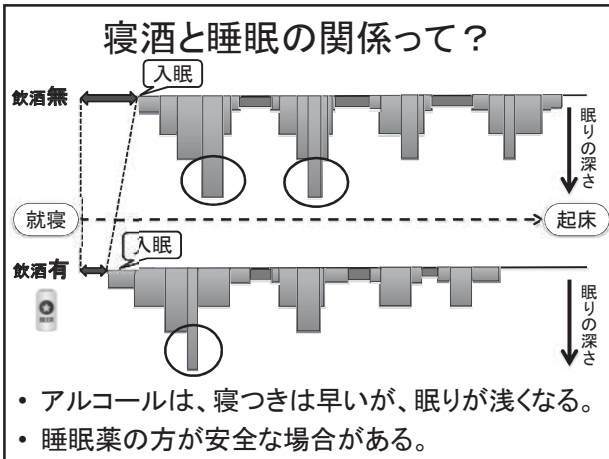
- からだ** 肝臓や脳など内臓全般の病気
- こころ** やめたくてもやめられない状態、不眠症、うつ病
- 社会** 暴力、離婚、家庭崩壊や解雇、飲酒運転

など

②お酒の影響

- アルコールの影響を、からだ、こころ、社会の3つに分けて解説する。
- 身体的な影響は肝臓だけではないことを強調し、特に脳萎縮など脳への影響を述べる。
- 精神的影響としてアルコール依存症を説明する。やめたくてもやめられない脳の病気であることを伝える。

ちよつと一息
～豆知識～



これって飲酒運転？

- 自宅で缶ビール(500ml)3本を飲んで深夜0時に就寝
- 翌朝、6時に起床し、7時に車で出勤
- 一時停止違反でパトカーに止められる

缶ビール(500ml)3本が体から抜けるには7時間+αが必要です！！

家計について考えよう

1日にビール500ml2本と焼酎2合を飲んで、月に2回飲み会に参加(6,000円/回)とすると...

| | |
|------------|-------|
| ビール 500ml | =300円 |
| 焼酎 1合 | =100円 |
| として、1日800円 | |

1ヶ月: 800円 × 30日 + 6,000円 × 2回 = 36,000円
 1年 : 36,000円 × 12ヶ月 = 432,000円
 10年 : 432,000円 × 10年 = 4,320,000円

いい車を買えるかも

③豆知識

- 寝酒とお酒の関係、アルコールが身体から抜けるまでの時間と飲酒運転の関係、お酒が家計にどのくらい影響しているかなどを豆知識として説明する。
- 時間により省略も可能

おいしくお酒を飲むために

適切なお酒の飲み方

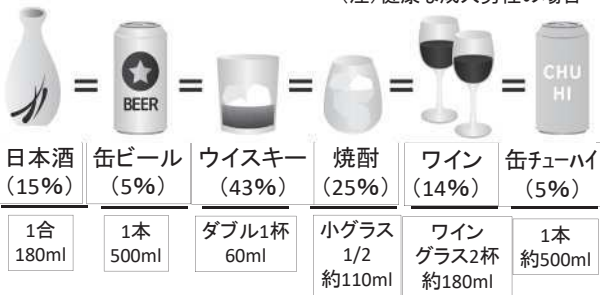
- お酒との適度な距離は重要！
- そのためには、量・飲み方が重要！

量について



適切な飲酒量

(注)健康な成人男性の場合



()内はアルコール度数

(出典:厚生労働省健康局生活習慣対策室)

節度ある適度な飲酒の留意点

- 女性は、男性よりも少ない量が適当です
- 飲酒後顔が赤くなる人はこれより少なくしましょう
- 65歳以上の高齢者においては、より少量の飲酒が適当です
- アルコール依存症の方は、適切な支援のもとに完全断酒が必要です
- 非飲酒者には飲酒をすすめないようにしましょう



(出典:厚生労働省健康局生活習慣対策室)

飲み方について



お酒の適切な飲み方

- 1) 談笑し 楽しく飲むのが基本です
- 2) 食べながら 適量範囲でゆっくりと
- 3) 強い酒 薄めて飲むのがおススメです
- 4) つくろうよ 週に2日は休肝日
- 5) やめようよ きりなく長い飲み続け
- 6) 許さない 他人(ひと)への無理強い・イッキ飲み
- 7) アルコール 薬と一緒に危険です
- 8) 飲まないで 妊娠中と授乳期は
- 9) 飲酒後の運動・入浴 要注意
- 10) 肝臓など定期検査を忘れずに

(アルコール健康医学協会 適正飲酒の10か条)

食べながら 適量範囲でゆっくりと

- 大切なのは「適切な飲酒量」を守ることです。
- お酒だけを飲むとついつい量が増えてしまうので、ゆっくり食事を味わいながら楽しんで飲みましょう。



つくろうよ 週に二日は休肝日

- 「休肝日」とは、お酒を飲まない日を作ることによって肝臓を休ませてあげることです。
- しかし、「休肝日」の本当の意味は「お酒のある・なしに左右されない自分」を確認する日です。



やめようよ きりなく長い飲み続け

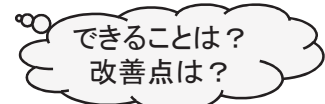
- 大切なのは「コントロール」ができています。
- 「コントロール」とは、飲み始め、飲む量、飲み終わりなどを自分で決めて守ることです。



⇔ コントロールできていない飲み方
例)「休みの日は朝から一杯」
「ついつい午前様」

おいしく長く飲み続けるために 大切なことは

- お酒と適度な距離を保つこと
- お酒を飲むことを最優先させる生活になっていないこと
- 自分の量や飲み方を振り返り、自分自身に問いかけてみること



この機会に皆さんも
振り返ってみましょう!



④おいしくお酒を飲むために

- アルコール依存症にならないお酒の量と飲み方を解説する。
- 量は厚労省の示した「適正飲酒量」を、飲み方はアルコール健康医学協会の「適正飲酒の10か条」を解説し、飲酒による被害低減を目指すための目安を伝える。
- 最後に、お酒と適度な距離が保てているか、お酒が生活の中心となっていないかをもう一度確認し、グループセッションにつなげる。

グループセッション

岡山市こころの健康センター
「おいしくお酒を飲むための教室」
グループセッションII

好きなお酒を、
今後もおいしく飲んでいただくために、
ご自分の今のお酒の飲み方を
ちょっと振り返ってみましょう。

ルール

- ◇匿名制です
Aさん・Bさん・Cさん・・・
- ◇各人の発言の後には拍手を

講義の感想は？

何が印象に残りました？

自分の飲酒習慣を振り返って
自己評価をしてみましょう。

まずは、

講義を聞く前の評価は

セーフ？
イエローカード？
レッドカード？

次に、

講義を聞いた後の評価は

セーフ？
イエローカード？
レッドカード？

なぜその色なのか、
理由を教えてください。

今はどのような飲み方を
していますか？

お酒の飲み方や量が変わったら
どんないいことがありますか？

自分の生活を想像してみましょう。

お酒を飲まない方は
生活習慣について考えてみましょう。

いいことがある飲み方に
変えますか？変えませんか？

変えたとしたら・・・

飲む時間？

飲む量？

飲む日数（休肝日）？

飲み方？

目標を立ててみましょう！

- ☆書いて目に見える
- ☆誰かに宣言する
- ☆ご自分が実現できそうな目標にする
- ☆なるべく具体的にたてる

がポイント！

紙とマグネットバーに書いてください。





目標を宣言しましょう



私の目標は、

です。

 **目標を宣言しましょう** 

その理由は、

です。

目標達成のための具体的な行動は、

です。

どんなことにも応用可能！

実際に自分の手で目標を書くのは
目標達成に効果的です。

元気で長生きのための準備を
今日からはじめて下さい！

グループセッションの解説

①自己の飲酒のふりかえりと評価

- 匿名化してなるべく自分のふりかえりをしやすくする。
- 講義前後の自己の飲酒に対する評価をしてもらい、自身の飲酒習慣を振り返る。
- 現在の飲み方をオープンにし、自己評価の根拠を考察してもらおう。その際できるだけ正直に話せるように、非難せず、支持的な姿勢で聞く。発言後は拍手を入れる。

②目標設定-1



- 飲み方を変えたメリットを想像させる。
- 今後の飲み方を具体的に決めて目標設定する。
- この際理想よりは実現可能であるかどうかを重視して目標設定するように伝える。
 - 飲酒量・飲酒時間・飲酒日数

例えば.....

量を減らす⇒1日2合までにする
早く切り上げる⇒10時までには切り上げる
休肝日をつくる⇒月曜日は休肝日にする

②目標設定-2



- その目標を立てた理由を考察させることで、より自分の課題を明らかにさせる。
- 目標を達成のためにどんな対処法をとるか考察することで、目標達成を阻害しそうな因子を考え、それを避けて実現に向かうことができることを期待する。

 **目標を宣言しましょう** 

私の目標は、

ビールの量を500ml缶から
350ml缶に減らす

です。

 **目標を宣言しましょう** 

その理由は、

健康のため

です。

目標達成のための具体的な行動は、

妻に350ml缶を買ってくるよう頼む

です。

③目標の可視化

- マグネットなどに目標を書き、家に持ち帰って目に見えるようにしてもらう。
- 自分以外の誰かに宣言することで、実践が可能になりやすいことを伝える。

教室参加者の反応

初回参加後の感想

- 「予想よりも楽しく参加できた。」
- 「酒を止めろというのかと思ったらそうではなかった。」
- 「専門の先生からの話は素直に聞いた。」

継続介入時の発言から

- 「3日しか続かなかった。」「最初の1か月は休肝日をつくって頑張った。」など自己評価は低くても、努力の跡がみられていた。
- 「用事を作って帰りを遅くすることで飲まないようにして量を減らした。」「コップを小さくした。」など具体的な実践方法で目標達成に向けて努力していた。
- 今後に向けて「風呂に入って早く寝る。」「その日飲む量だけ買う。」「飲んでいたら家族に注意してもらおう伝えておく。」「日勤の前日は飲まない。」などの対処法が参加者自身によって語られるようになった。

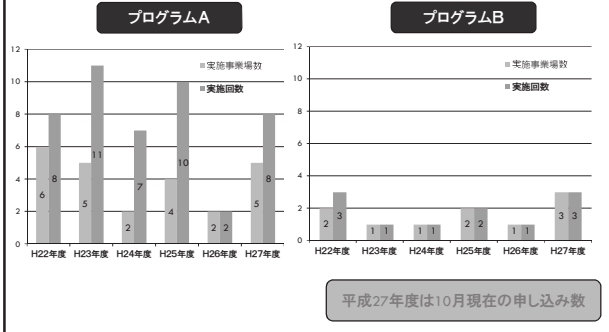
職域保健担当者の反応①

- これまで取り組もうとしてなかなか取り組めなかったがやっとスタートが切れた。
- 一人で取り組むのは難しいが専門家に支援してもらえたら取り組みやすい。
- 知識だけでなく、やり方について具体的方法を見て学ぶことができた。
- 使いやすい教材があれば自分たちでもやってみようかなと思えた。

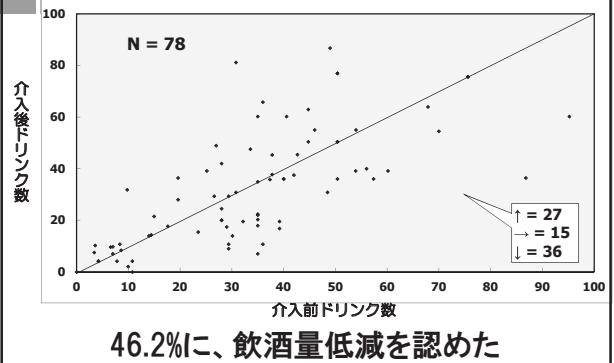
職域保健担当者の反応②

- 教室参加者が教室の中で出た話題を職場で話すことで、職場の中でお酒の話題がオープンにできるようになり、職場全体へプラスの波及効果があった。
- 職場上司の反応も「楽しそうだったのでビックリした。」「来年もしてもらいたい。」などの意見も聞いた。
- 「無料で対応してもらえ、日程・時間帯なども合わせてもらえて利用しやすかった。」という意見もあった。

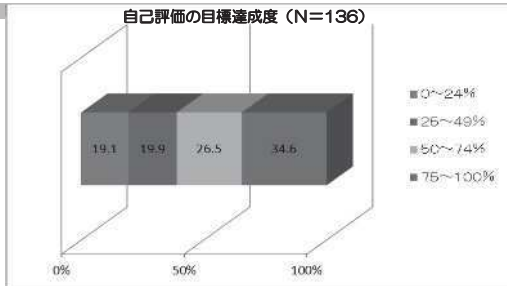
教室の実績



1回介入後の飲酒量の変化(週合計)



介入6か月～1年後の参加者の目標達成度



介入6か月～1年後に、61.1%が目標達成ができたと感じた

今後の課題

- 教室の普及、拡大(市内・市外)

現在

教室のチラシを企業に郵送配布(約500社)
労働基準協会会報誌にチラシを挟み込み
商工会議所会報誌への教室案内の掲載
岡山県産業看護部会の研修会で教室を紹介
検診機関や運輸業者に直接PR

- 職域の保健師さんとの連携強化と協働

今後の当面の予定

- 岡山市内での教室の普及
検診機関や運輸業界との協働
- 岡山市以外の地域での「教室」の実施
岡山県との協働や県外への普及
 - 岡山県精神保健福祉センター
 - 徳島県精神保健福祉センター
 - 高知県精神保健福祉センター
- 企業の保健師や保健所保健師への技術的支援

ご清聴ありがとうございました。



**Competency to consent to
treatment in childhood and
adolescence:
National research in 2016**

Japanese Society for Child and Adolescent
Psychiatry
The Ethics Committee
Junichiro Ota, Kazumasa Kimura, Satoshi
Tanaka, Yoshihiro Nakadoi, Kiwamu Tanaka

AIM

The aim of this research was to identify at what age children and adolescents understand the meaning of consent and are able to make the decision regarding whether to provide it. The age of the same competency to consent of treatment of the child as the adult has not been much researched.

Based on the results from a pilot study in 2015, we found that an index of a child's competency to consent is based on whether they are able to choose a specific treatment through a comparison of the effects of receiving the treatment compared with not receiving the treatment. This capacity requires the understanding of abstract concepts such as potential, probability, risk, merits and demerits. Children need to have this capacity for such types of critical thinking before they can be considered as having competency to consent.

In this study, we attempted to identify the age from which a child is able to think critically through an investigation of children who were seeing a child psychiatrist (psychiatry group) and children who were not (school group). We focused on whether a child makes a decision after considering multiple factors.

METHOD

The participants were child and adolescent patients attending eight psychiatric outpatient clinics throughout Japan. The target age groups were those aged 9 to 12 years, 13 to 15 years, and 16 to 20 years. Patients with mental retardation and those whose original disease or disorder was unstable were excluded. Control participants were children and adolescents attending elementary school, junior high school, high school and college.

All participants were asked to complete self-administered questionnaires about three conditions (influenza, appendicitis, and leukemia) and to answer hypothetical scenarios regarding treatment. The questionnaires included items designed to gauge the participants' understanding of the qualitative difference between psychiatric treatment and medical and/or surgical treatment. The questionnaires also included a section for free writing that would allow us to assess whether the participants had adequate understanding of consent and the intention to decide to provide it independently.

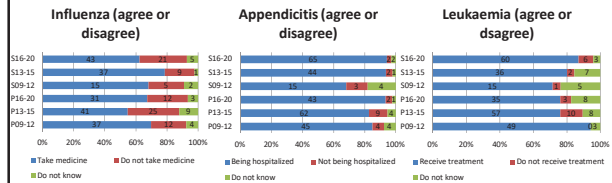
HYPHOTHESES

1. One factor of competency to consent to treatment is making a decision in consideration of multiple factors
2. Competency increases with age in childhood and adolescence
3. Adolescents aged 13 to 15 years are able to provide the same level of consent as adults (those aged 16 to 20 years)
4. There are no observable differences between the psychiatry and school groups

RESULT 1

agreement and disagreement for each age group

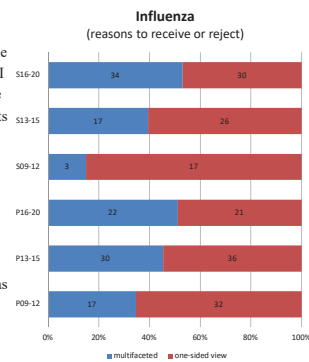
- Regarding “Influenza”, 60 to 70 percent of all three age groups and both the psychiatry and school group chose “Yes” for “Take medicine”.
- Regarding “Appendicitis”, the most frequent answer for “Being hospitalized” was also “Yes”. The highest proportion of “Do not know” answers was for “Leukemia



RESULT 2 (Influenza)

reasons to receive or reject recommended treatment

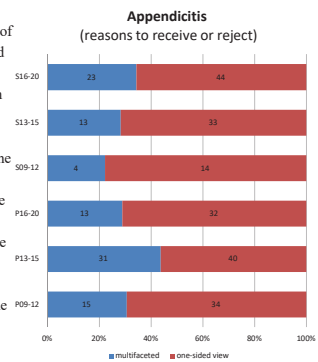
- The ratio of children and adolescents who decided after considering multiple factors (“Likely to be cured although I may experience side effects” in “Take medicine”, “More afraid of side effects than of not being cured soon” in “Do not take medicine”, and free writing) increased with age in both the psychiatry and school groups.
- In school group those aged 13 to 15 years were able to provide consent at about the same level as those aged 16 to 20 years. However, a difference was observed between those aged 9 to 12 years and those aged 16 to 20 years.



RESULT 3 (appendicitis)

reasons to receive or reject recommended treatment

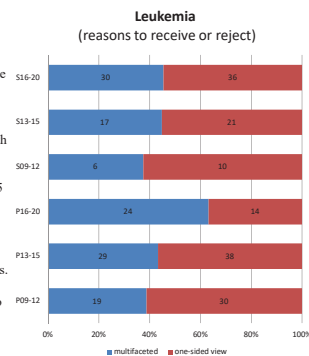
- Regarding “Appendicitis”, the ratio of children and adolescents who decided after considering multiple factors (“Likely to avoid having an operation although I don’t want to be hospitalized” in “Hospitalized”, “Likely to be cured by taking medicine at home” in “Not hospitalized”, and free writing) increased with age in the school group. However, unlike for “Influenza”, no clear differences were observed between the three age groups.
- No particular trends were seen in the psychiatry like in school groups.



RESULT 4 (Leukaemia)

reasons to receive or reject recommended treatment

- The ratio of children and adolescents who decided in consideration of plural factors (“Want to do anything that prevents me from dying even though the side effects are hard on me” in “Receive this treatment”, “Likely to die even though I receive treatment” in “Do not receive this treatment”, and free writing) increased with age in both the psychiatry and school groups.
- Similar to “Influenza”, those aged 13 to 15 years were able to provide consent in school group at about the same level as those aged 16 to 20 years, however, some differences were apparent between those aged 9 to 12 years and the other age groups.
- A marked difference was observed in the psychiatry group between those aged 13 to 15 years and those aged 16 to 20 years.



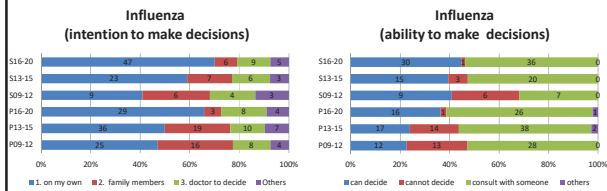
Competency to consent

- Focusing on whether a child makes a decision after considering multiple factors, those aged 13 to 15 years are able to provide consent at approximately the same level as adults aged 16 to 20 years.
- There are differences between the psychiatry and school groups. Prior treatment and hospitalization experiences, as well as disease severity, may affect the competency to consent to treatment among children and adolescents.

RESULT 5

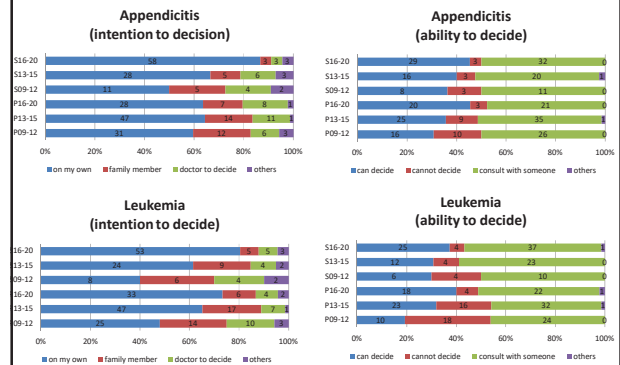
intention and ability to make decisions (1)

- Forty seven and 41 percent of those aged 9 to 12 years in the psychiatry and school groups, respectively, wanted to make the decision on their own.
- In the children aged 9 to 12 years, 75% and 73% in the psychiatry and school groups, respectively, thought that they could decide on their own or after consulting with someone.



RESULT 6

intention and ability to make decisions (2)



- The same questionnaire results and trends were seen for “Appendicitis” and “Leukemia” as those for “Influenza” More than 60 percent of children aged 9 to 12 years wanted to make their own decisions regarding treatment for “Appendicitis”, while more than 40 percent felt the same about treatment for “Leukemia”.
- Comparing “Influenza”, “Appendicitis”, and “Leukemia”, children and adolescents may find it easier to decide on their own whether they want to be hospitalized compared with whether they want to take medicine.

Conclusion

- Those aged 13 to 15 years are able to provide consent at approximately the same level as adults aged 16 to 20 years.
- Prior treatment and hospitalization experiences, as well as disease severity, may affect the competency to consent to treatment among children and adolescents.
- Many children and adolescents want to make their own decisions regarding treatment.
- The majority of children think that they can do so independently or after consulting with someone. These findings all underscore the importance of informed assent.

ひきこもり地域支援センターの支援により就労した事例の追跡調査

岡山市こころの健康センター

○田中 美妃 神田かおり
土器 悦子 太田順一郎

1 目的

岡山市では、平成 22 年 7 月にひきこもり地域支援センター（以下当センター）を開設し、平成 27 年度末まで 286 名に支援を行ってきた。支援内容としては、対象者の状況やニーズに合わせた同行訪問や自宅訪問、面接、集団活動、関係機関との調整等である。その 286 名のうち、就労につながった対象者は 49 名であり、就労後は必要に応じてフォローアップを行っていた。本調査では、現在の就労継続状況や当センターを利用している感想、就労を目指したきっかけ等を調査することで、就労支援および就労後のフォローのあり方について検討する。

2 方法

対象は、家族および本人と面接し、平成 28 年 3 月末時点で就労につながっていた 49 名とした。本人と面接できた場合には本人に、家族とのみ面接した場合は家族に、電話による聞き取り調査を行った。

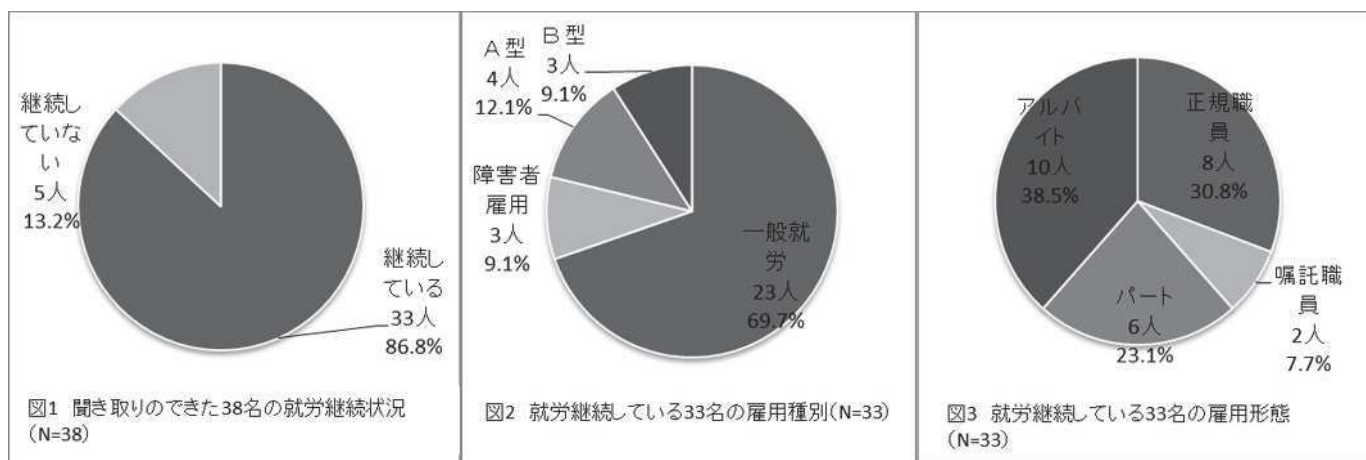
3 結果

対象者 49 名の性別は、男性 37 名 (75.5%)、女性 12 名 (24.5%) であり、年代は 10 代 2 名 (4.1%)、20 代 19 名 (38.8%)、30 代 16 名 (32.7%)、40 代 11 名 (22.4%)、50 代 1 名 (2.0%) であった。雇用種別としては、一般就労 39 名 (79.6%)、障害者雇用 3 名 (6.1%)、就労継続 A 型 4 名 (8.2%)、就労継続 B 型 3 名 (6.1%) となっていた。ひきこもり期間は、1 年未満 5 名 (10.2%)、1 年以上 5 年未満 20 名 (40.8%)、5 年以上 10 年未満 14 名 (28.6%)、10 年以上 20 年未満 5 名 (10.2%)、20 年以上 4 名 (8.2%)、不明 1 名 (2.0%) であり、最短で 3 か月、最長は 37 年であった。支援期間は、1 年未満 9 名 (18.4%)、1 年以上 2 年未満 11 名 (22.4%)、2 年以上 3 年未満 14 名 (28.6%)、3 年以上 4 年未満 6 名 (12.2%)、4 年以上 5 年未満 4 名 (8.2%)、5 年以上 6 年未満 5 名 (10.2%) であり、最短で 3 か月、最長では 5 年 6 か月であった。不登校の有無をみると、有 32 名 (65.3%)、無 17 名 (34.7%) であり、精神科受診歴の有無では、有 25 名 (51.0%)、無 24 名 (49.0%) であった。受診歴有の者のうち、診断のついている者は 24 名であり、その主たる診断名は、F0 (脳器質性精神障害) : 1 名 (4.2%)、F3 (気分障害) : 4 名 (16.7%)、F4 (神経症性障害) : 9 名 (37.5%)、F7 (知的障害) : 1 名 (4.2%)、F8 (広汎性発達障害) : 8 名 (33.3%)、F9 (多動性障害) : 1 名 (4.2%) となっていた。

対象者 49 名のうち、電話で聞き取りができた者は 38 名 (77.6%) であった。そのうち、平成 28 年 6 月末時点で就労継続している者は 33 名 (86.8%)、就労継続していない者は 5 名 (13.2%) であり、ほとんどの者が就労継続していた。(図 1) 就労継続している者 33 名の雇用種別は、一般就労 23 名 (69.7%)、障害者雇用 3 名 (9.1%)、就労継続 A 型 4 名 (12.1%)、就労継続 B 型 3 名 (9.1%) であった。(図 2) 一般就労 23 名と障害者雇用 3 名を合わせた 26 名の雇用形態は、正規職員 8 名 (30.8%)、嘱託職員 2 名 (7.7%)、パート 6 名 (23.1%)、アルバイト 10 名 (38.5%) であった。(図 3) 一方、就労継続していない者 5 名をみると、全員が一般就労であったが、非正規職員であった。辞めた理由を尋ねると、契約期間満了のためが 2 名、部署がつぶれたためが 1 名、もっと条件の良い仕事に就きたいためが 2 名であった。さらに、診断の有無と就労継続状況をみると、診断有の 20 名のうち、半数の 10 名は一般就労していた。診断有で一般就労している 10 名のうち、2 名は正規職員であり、調査時点で就労継続している者は 8 名であった。

また、本人に聞き取りができた 32 名を対象に、相談のきっかけを尋ねると、本人は相談に対して積極的ではなかったが、家族からの勧めがきっかけになった者が 15 名と多かった。その中には、訪問を勧められて受けてみると意外と話せたという意見もあった。自ら現状を変えようと思い、インターネット等で調べて相談した人は 3 名であった。初回相談時の目標を尋ねると、就労 10 名、考えていない 8 名、人と接すること 3 名、現状を変えたい 2 名、コミュニケーション力をあげたい 2 名、その他 4 名、不明 3 名となっていた。このうち、初回相談時の目標と就労継続状況をあわせてみてみると、考えていないと回答した 8 名のうち 7 名、不明と回答した 3 名全員が就労継続していた。

当センターに相談して良かったことを尋ねると、就労できたこと 14 名、定期的な訪問・面接 14 名（気持ちが整理できた、人とつながっている安心感があつた等）、家族の本人に対する対応の変化 1 名、コミュニケーションがとれた 1 名、なし 2 名であった。



4 考察

今回の調査では、就労につながった者の現時点での就労継続状況を調査した。結果は、聞き取りができた 38 名のうち、33 名という、予想していた以上に多くの者が就労継続できていた。

就労継続していなかった 5 名についてみると、全員雇用形態が非正規であり、辞めた理由は期間満了やもっと条件の良い仕事に就きたい等の希望によるものであった。このことから、非正規雇用の場合、正規雇用に比べて退職や転職が必要になる者や自ら考える者もでてくるため、就労後も本人のニーズに沿いながら本人とのつながりを保ち続ける必要があると考える。

また、診断の有無と雇用種別をみると、診断有の者のうち、半数が一般就労できており、2 名が正規職員であった。このことから、適切な支援があれば、診断がついているからといって必ずしも福祉的就労ではなく、一般就労の継続が可能であると考えられた。

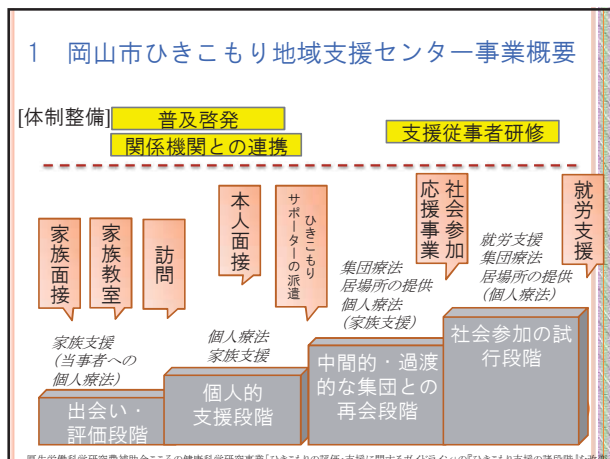
相談のきっかけおよび初回相談時の目標についてみてみると、家族から勧められて仕方なく相談した者や、初めは目標や就労について考えていない者も少なくなかったが、そのような場合でも就労することができていた。このことから、まずは、相談につながるということが重要であるということを確認した。

当センターに相談して良かったことについては、就労できたことと定期的な訪問・面接を挙げていた者が多かった。定期的な訪問・面接は、支援者側としては基本的な支援ではあるが、そのことが本人にとっては好評価となっていた。このことは、多くの場合支援期間が長かったことを踏まえても、基本的な支援を継続することの重要性を再確認することができた。今回の調査で得られた示唆を活かし、今後のより良い支援に努めていきたい。

第52回全国精神保健福祉センター研究協議会 H28.10.26

ひきこもり地域支援センターの支援により就労した事例の追跡調査

岡山市こころの健康センター
 田中 美妃 神田 かおり
 土器 悦子 太田 順一郎



2 調査概要

○目的

- ひきこもり地域支援センターへのニーズ ⇒ 「就労」を挙げた人が多かった (平成23年度 ひきこもり地域支援センター全国調査より)
- 当センターを開設して7年、就労した人は増加しかし、就労後の状況把握ができていなかった

↓

就労支援および就労後のフォローのあり方について検討することを目的に調査実施

○対象

平成22年7月～平成28年3月末までに支援した286名のうち、就労した49名

○方法

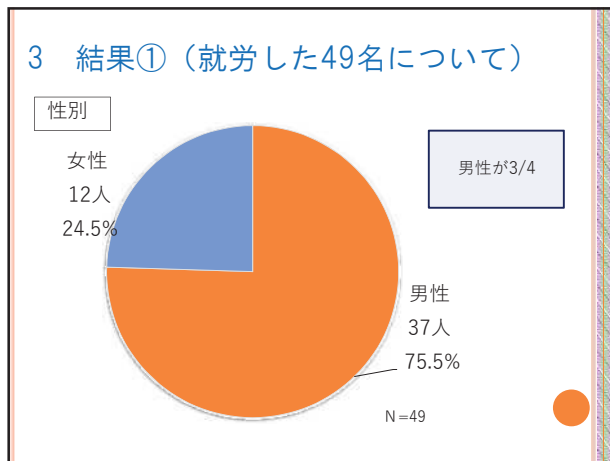
電話による聞き取り
 本人と面接できた場合には本人に、家族とのみ面接した場合は家族に行った

○聞き取り項目

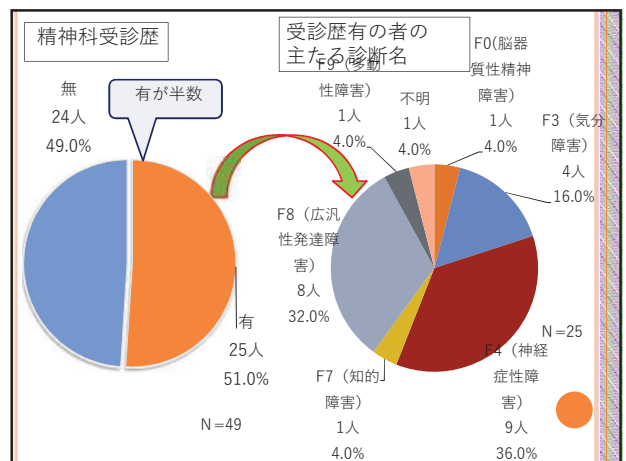
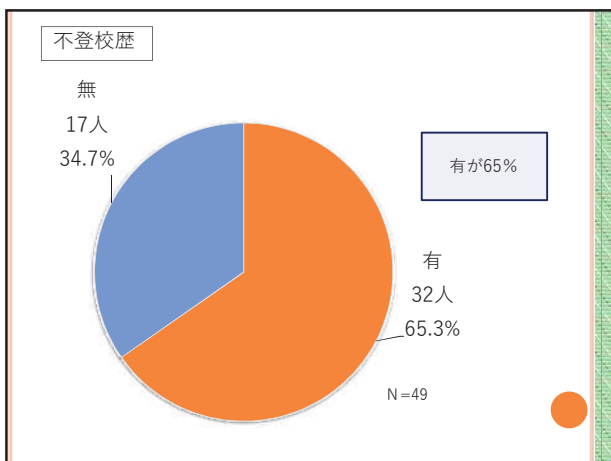
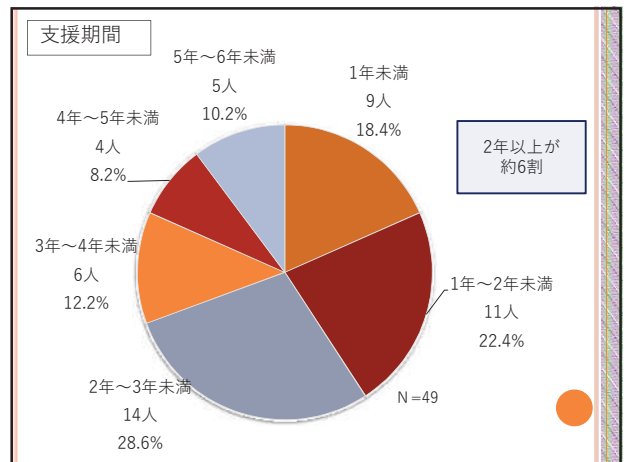
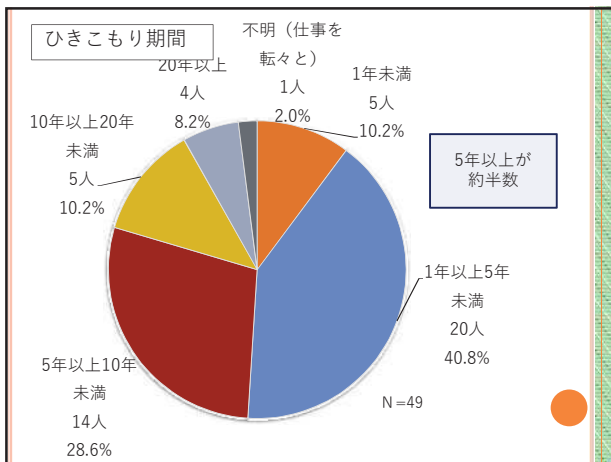
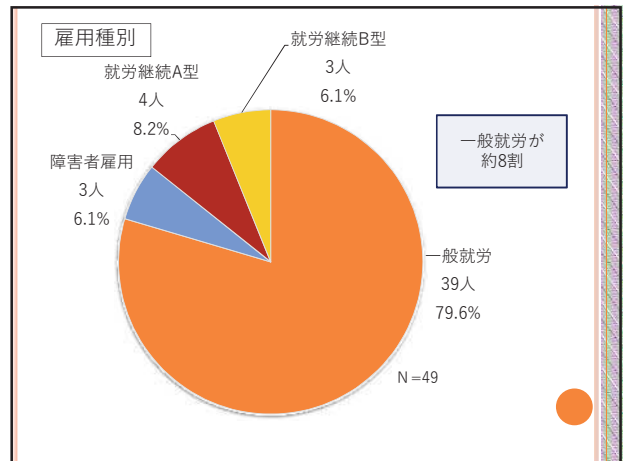
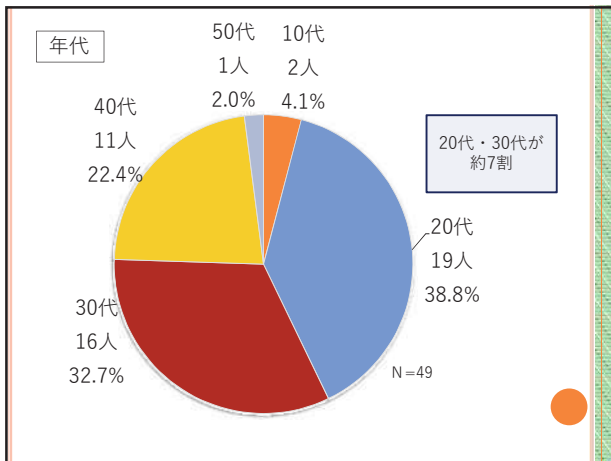
- 就労継続状況
- 雇用種別
- 雇用形態
- 当センターへ相談したきっかけ
- 初回相談時の目標
- 当センターへ相談して良かったことなど

○分析方法

単純集計およびクロス集計

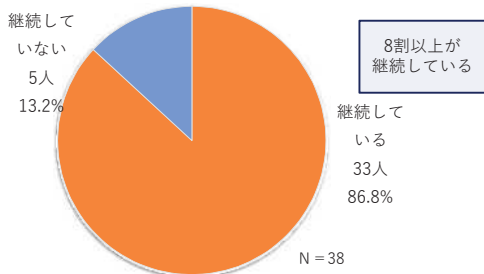


第52回全国精神保健福祉センター研究協議会

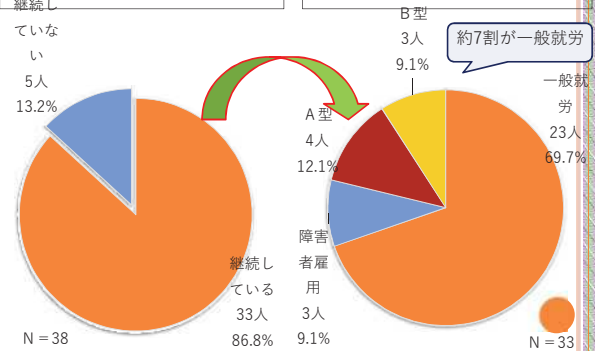


3 結果②（聞き取りできた38名について）

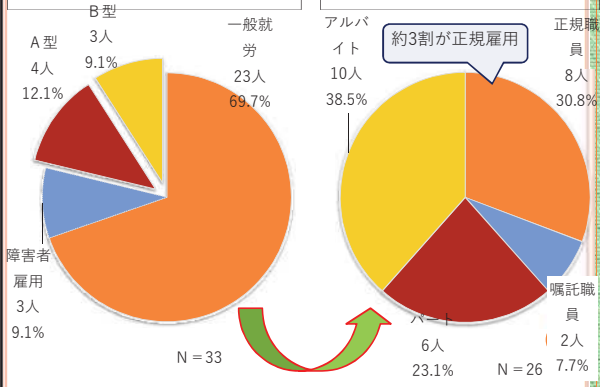
聞き取りできた38名の就労継続状況



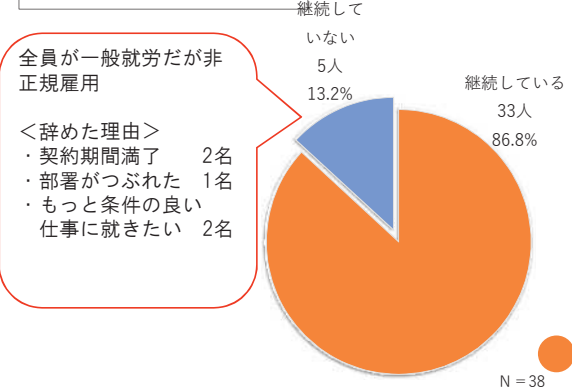
聞き取りできた38名の就労継続状況



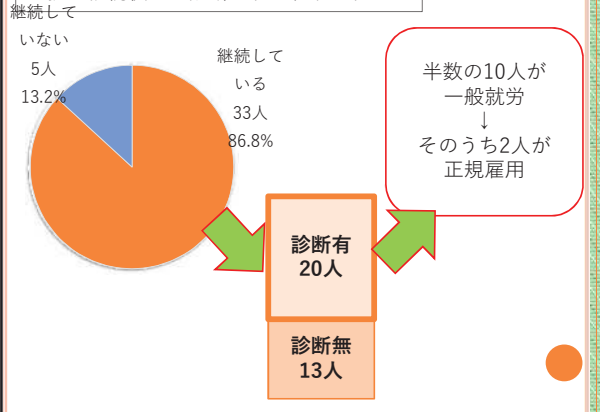
就労継続している33名の雇用種別



就労継続していない5名の状況



就労継続状況と診断の有無、雇用種別



3 結果③（本人に聞き取りできた32名について）

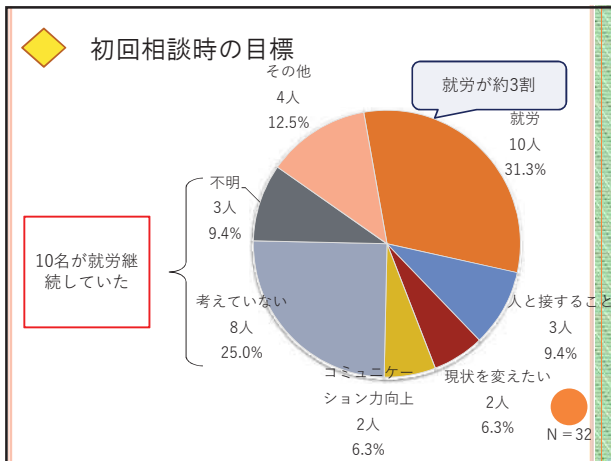
◆ 相談のきっかけ

- ・家族からの勧め 15名
(本人は相談に対して積極的ではなかった)
- ・現状を変えたい 3名
- ・その他 14名

訪問を勧められて受けてみると意外に話せた!

例)

- ・主治医に勧められた
- ・インターネットを見て
- ・覚えていない
- ・ない



- ◆ 相談して良かったこと (N=32)
- ・ 就労できた 14名
 - ・ 定期的な訪問・面接 14名
 - ・ 家族の本人に対する対応の変化 1名
 - ・ コミュニケーションがとれた 1名
 - ・ なし 2名
- 気持ちが整理できた
- 人とつながっている安心感があった
- 一人で悩むことがなくなった

4 考察

○聞き取りできた38名中33名が就労継続できていたのは、予想を超える継続状況であった。

○非正規雇用の場合は、退職や転職をやむなくされたり、正規職員を目指す可能性もあるので、就労後も本人のニーズに沿いながら本人とのつながりを保ち続ける必要がある。

○適切な支援があれば、診断がついているからといって必ずしも福祉的就労ではなく、一般就労の継続が可能である。

○家族から勧められて仕方なく相談した者、はじめは目標や就労について考えていない者も少なかつたが、就労することができていたため、まずは、相談につながる事が重要である。

○相談してよかったこととして、就労できたことと、定期的な訪問・面接を挙げている者が多かった。

定期的な訪問・面接は、支援者側としては基本的な支援ではあるが、本人にとっては好評価となっていた。

多くの場合、支援期間が長かったことを踏まえても、基本的な支援を継続することが重要である。

継続は力なり

子どもの治療同意能力
—2016年全国調査から—

日本児童青年精神医学会・倫理委員会

太田順一郎、安保千秋、生地新、大倉勇史、木村一優、児玉祥子、坂後恒久、田中究、田中哲、中島洋子、中土井芳弘、羽間京子、廣常秀人

日本児童青年精神医学会
COI開示

発表者名：太田順一郎

演題発表に関連し、開示すべきCOI
関係にある企業などはありません

調査目的

子どもが何歳から大人と同様の治療同意能力を獲得するかについては、まだ十分な臨床研究が行われていない。われわれは昨年予備調査を実施し、治療同意能力に関してどのような要素が重要であるのかを検討した。その上で、今年是全国の医療機関と学校において、本調査を実施した。本調査では、意志決定に際して複数の要素を比較検討しているかを注目点とし、この点が明らかになるような選択肢を設定した。

Schererの研究(1991)

- 9歳～10歳の40人の子ども、14歳～15歳の40人の青年、21歳～25歳の47人の成人を対象とした研究
- 扁桃腺の切除、疣贅の切除、腎臓の提供に関する、それぞれにジレンマのあるストーリーを聞かせて、治療を選択させる
- その後で、親に被験者が選択したのと別の選択をするような介入をさせて、改めてどちらを選択するのかを訊ねる



9歳から10歳のグループは、他の2つのグループに比べ、親の介入によって選択した治療を変えた

昨年度の予備調査・概要

- わが国においても、疾患・年代による治療同意能力の実態を把握したいと考えた。
- 自記式のアンケート調査の調査デザイン(主に選択肢の設定)を検討するための、面接調査を実施した。
- 対象：平成27年8月3日～14日に東京都立小児総合医療センターの児童思春期精神科外来および腎臓内科外来を受診した患者のうちで、本人及び家族が調査に同意した人。
- 内容：インフルエンザ、虫垂炎、白血病の3つの疾患と治療についての説明を提示し、治療への(架空の)同意・不同意および治療によって得られる利益、予想される有害事象、代替治療などについて尋ねた。

インフルエンザ

「あなたはインフルエンザという病気です。原因はインフルエンザウィルスで、今高い熱が出て、咳や頭痛もひどくて、体がだるくて体の節々が痛いです。1～2週間で自然に治ることもありますが、放っておくとこじらせて死んでしまうこともあります。この薬を毎日飲めば、症状は軽くなる可能性が高いし、こじらせてしまう可能性は低くなります。ただし、この薬を飲むと副作用と言って、自分の知らないうちに外に出て行ってウロウロするようなおかしい行動を取ってしまうことがときに起こります。それ以外にも、嫌な副作用が起きるかもしれません。この薬を飲まない場合、水分と栄養を補給して、安静にしていることとなります。この薬以外の熱を下げる薬を飲むこともできますが、期待できる効果は弱くなります。」

設問

- 主治医の勧めるこの薬を飲みますか？
①飲む ②飲まない ③分からない
- この薬を飲むと、どんな効き目があると書いてありましたか？
()
- この薬を飲むと、どんな嫌なことが起きる可能性があるか書いてありましたか？()
- この薬を飲まない場合、どんな治療をすることになると書いてありましたか？()

※追加した質問

- 1) 問1. の回答の理由を問うた。「嫌な副作用があっても治療を受けることにしたのはどうして？」や「飲むメリットがあることが分かっているのに飲まない決断をしたのはなぜ？」
- 2) 数人には「自分で決めたいかどうか」も問うた。

予備調査(32人へのインタビュー)

【選択決定における情報の相対化】

- 「治療を受ける」ことにより予想される結果と、「治療を受けない」ことにより予想される結果を相対化して選択できるかどうか、が同意能力として重要
- 起こることの「確率」を考慮することができるかどうか。2つの嫌なことから、よりましな方を選ぶことのできる客観性が重要
- 「可能性」、「確率」、「リスク」、「メリット、デメリット」といった抽象的概念の現実的な理解
- 「死ぬこと」さえも相対化して、絶対的なものとししないで済むかどうか
- 1つの効果、1つの副作用に強く影響されて、それだけで決定してしまうといった短絡的な選択を避けられるか

今回の調査方法

- 精神科通院群は、全国9か所の精神科外来に通院する患者。対象年齢は、低年齢(9~12歳)、中年齢(13歳~15歳)、高年齢(16歳~20歳)の3群とし、知的障害がある者は除外した。学校群は、全国数校の小、中、高校及び大学に在籍中の同年齢層の児童・生徒。調査は質問紙法。内容は、想定された3つの疾患(インフルエンザ・虫垂炎・白血病)について、各疾患の説明とそれぞれの治療に関する説明、および選択肢を○で囲む方法で回答ができる質問から構成されている。質問は治療を受けるか受けないか、およびその理由を問うている。また見かけ上の一面的な理解を排除するために、その選択肢を決定した理由を自由記述できる項目を設定した。また、回答者の自己決定志向を問う設問も設定した。

われわれの仮説

- (1) 治療同意能力の要素としては、意志決定に際して複数の要素を比較検討しているか、が重要
- (2) そのような能力は、年齢が高くなるにしたがって向上する
- (3) 13~15歳になれば、すでに大人(16~20歳)に近い治療同意能力を獲得している
- (4) 精神科外来通院群と学校群では差はない

設問

- 問1. お医者さんのすすめるこの薬を飲みますか？
- 1) 飲む (→問2. へ)
 - 2) 飲まない (→問3. へ)
 - 3) 分からない(→問4. へ)
- 問2. 「飲む」を選んだ理由として、一番ふさわしいものを1つ選んでください。
- 1) 熱や咳や頭痛を治したいから。
 - 2) こじらせて死んでしまうのが嫌だから。
 - 3) 副作用が出るかもしれないけれど、治る可能性が高いから。
 - 4) 副作用はときどきしか起きないから。
 - 5) お医者さんが勧めるから。
 - 6) その他(くわしく書いてください;)
- ※もしよければ、なぜそれを選んだかを書いてください()

設問

- 問3. 「飲まない」を選んだ理由として、一番ふさわしいものを1つ選んでください。
- 1) ウロウロするようなおかしな行動を取ることが嫌だから。
 - 2) 湿疹が出るのが嫌だから。
 - 3) 薬を飲まないでも治るかもしれないから。
 - 4) なかなか治らないのも嫌だけど、副作用の方が怖いから。
 - 5) その他(くわしく書いてください;)
- ※もしよければ、なぜそれを選んだかを書いてください()
- 問4. 「分からない」を選んだ理由を簡単に書いてください。()

設問

問5. この薬を飲むかどうかを自分で決めたいですか？以下から1つ選んでください。

- 1) 自分で決めたい。
- 2) 親や家族に決めてもらいたい。
- 3) お医者さんに決めてもらいたい。
- 4) その他(くわしく書いてください))

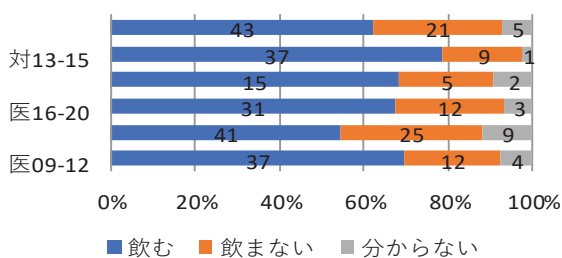
問6. この薬を飲むかどうかを自分で決められると思いますか？以下から1つ選んでください。

- 1) 自分で決められる
- 2) 自分では決められない
- 3) 誰かに相談しながらだったら自分で決められる
- 4) その他(くわしく書いてください))

結果

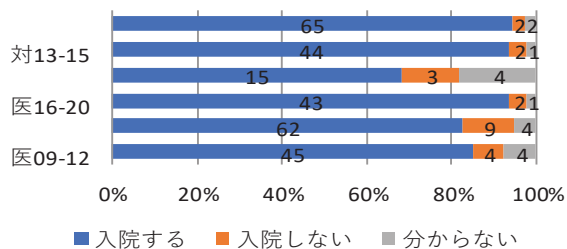
- 平成28年2月の1か月間で、全国9か所の医療機関(児童精神科)と、1か所の小学校、1か所の中学校、1か所の高校、2か所の大学を対象として調査を実施した。
- アンケート配布数は医療機関が580、学校が830。回収数はそれぞれ174、138、であり、回収率は、約30%、約17%であった。

インフルエンザ・諾否



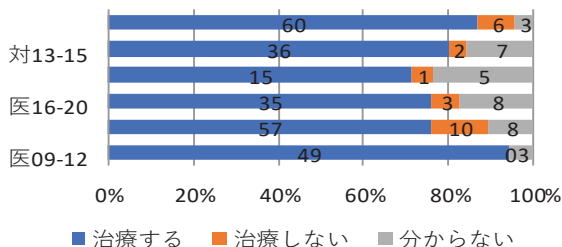
インフルエンザでは、いずれの群でも概ね6,7割が「飲む」と回答。

虫垂炎・諾否



インフルエンザに比べて虫垂炎では、「入院する」という回答が圧倒的に多かった。

白血病・諾否

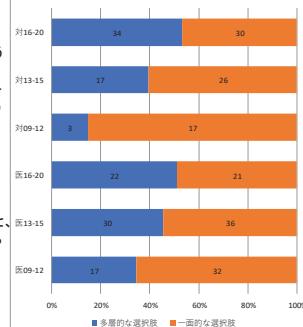


白血病では他の2者に比べて「分からない」が比較的多かった。

調査結果2 同意・不同意の理由；インフルエンザ

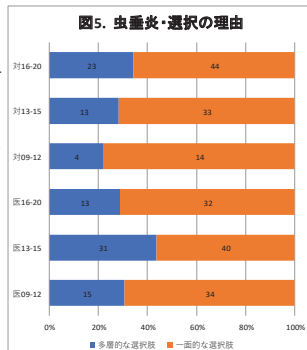
- 多層的な理由を選択した者(「飲む」者のうち「副作用が出るかもしれないけれど、治る可能性が高いから」という理由を選んだ者、「飲まない」者のうち「なかなか治らないのも嫌だけど、副作用の方が怖いから」という理由を選んだ者、および記述回答した者)の割合は、学校群においても通院群においても年齢が高くなるほど高くなる傾向があった。
- 学校群においては、13~15歳は16~20歳とほぼ同程度の同意能力を有するとみなされる一方で、9~12歳と16~20歳の間には一定の差が認められた。

図4. インフルエンザ・選択の理由



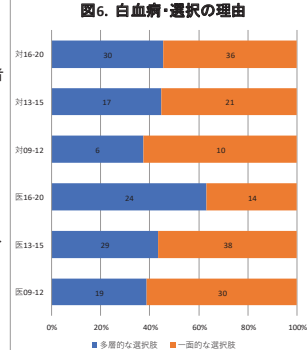
調査結果3 同意・不同意の理由;虫垂炎

- 多層的な理由を選択した者(「入院する」者のうち「入院は嫌だけど、そうすれば手術しなくて済むだろうから」という理由を選んだ者、「入院しない」者のうち「家で薬を飲んでいられるだけでも治る可能性があるから」という理由を選んだ者、および記述回答した者)の割合は、学校群においては、インフルエンザと同様に年齢が高くなるほど高くなる傾向があった。しかし3つの年齢層の間で、インフルエンザのようなはっきりした境界は見出しにくかった。
- 通院群においては、学校群のような傾向を認めなかった。



調査結果4 同意・不同意の理由;白血病

- 多層的な理由を選択した者(「治療する」者のうち「副作用が強くて、死なないようにできることをしたいから」という理由を選んだ者、「治療しない」者のうち「つらい治療を受けても死んでしまう可能性があるから」という理由を選んだ者、および記述回答した者)の割合は、学校群においても通院群においても年齢が高くなるほど高くなる傾向があった。
- 学校群ではインフルエンザと同様に13~15歳群は16~20歳と同様の同意能力を有し、9~12歳との間には幾分の差が認められた。
- 通院群においては、13~15歳群と16~20歳群の間に差が認められた。

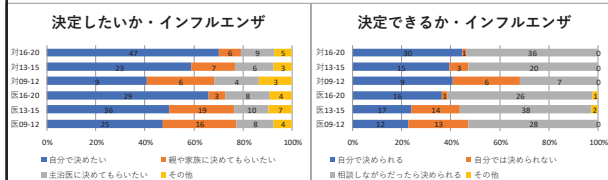


同意能力について

- 治療同意能力の要素として、「意志決定に際して複数の要素を比較検討しているか」に着目した場合、概ね13~15歳になれば、すでに大人(16~20歳)に近い治療同意能力を獲得しているものと考えられた。
- 外来通院群と学校群ではこの傾向に違いがあった。この違いに寄与している要素としては、通院群の持つ治療経験、入院経験、例示された疾患の重症度、等が関与しているものと推測された。

調査結果5 決定の意志と能力1(インフル)

- 低年齢層(9歳~12歳)であっても、通院群で47%が、学校群で41%が自分で決定したいと考えている。
- また、低年齢層(9歳~12歳)であっても、通院群で75%が、学校群で73%が、誰かと相談しながらであれば自分で決定できると考えている。



調査結果5 決定の意志と能力2(虫垂炎)

- 虫垂炎、においてもインフルエンザ同様の傾向が認められた。低年齢層であっても、治療を自分自身で決定したいという回答が60%以上であった。



調査結果5 決定の意志と能力3(白血病)

- 白血病においてもインフルエンザ同様の傾向が認められた。低年齢層であっても、治療を自分自身で決定したいという回答が白血病でも40%以上であった。
- また、インフルエンザ、虫垂炎、白血病の3者を比較すると、子どもにとっては薬物療法に比べ入院方が自分自身で決定しやすい可能性がある。



結論

- 概ね13～15歳になれば、すでに大人(16～20歳)に近い治療同意能力を獲得しているものと考えられた。
- 子どもの治療同意能力は、彼らの治療経験、入院経験、疾患の重症度などによって影響を受ける可能性がある。
- 多くの子どもが、自分自身で治療を決定したいと考えている。
- また、大部分の子どもが、援助を受けながらであれば自分自身で治療を決定できると考えており、インフォームド・アセントの重要性が確認された。

感謝いたします

- 世田谷区立中里小学校
- 岡山市立高島中学校
- 横浜共立学園高等学校
- 白百合女子大学
- 大正大学
- 旭川児童院
- 地方独立行政法人岡山県精神科医療センター
- なのはなクリニック
- 医療法人豊仁会まな星クリニック
- 医療法人横田会向陽台病院
- 東京都立小児総合医療センター
- 医療法人社団新新会多摩あおば病院
- 兵庫県立光風病院
- 独立行政法人国立病院機構四国こどもとおとなの医療センター

措置入院制度への提言 —日本精神神経学会における議論から—

2016. 10. 29
岡山市こころの健康センター
太田順一郎

本日の内容

- (1)相模原事件に関する日本精神神経学会(法委員会、理事会)における議論
- (2)精神保健福祉法に関する日本精神神経学会(精神保健福祉法特別委員会、理事会)における議論
- (3)措置入院および非自発的入院全般に関する個人的意見

相模原事件 「委員会見解」; 2016・08・29発出

二 措置入院制度は、精神症状によって自傷他害のおそれのある者に対する非自発的入院であり、都道府県知事または政令市長によってなされる行政措置である。入院の際にも退院の際にも、精神保健指定医の診断に基づいて、当該自治体の首長によって決定されるものである。措置入院の要件である「自傷他害のおそれ」とは、現在及び比較的近い将来に見込まれる精神症状の範囲で「おそれ」が診断されるものであり、今回の事件のように、措置入院が解除されて数か月後の犯罪を予測することまでを要求されてはいない。そもそもそのような予測は医学的に不可能である。したがって、この事件が措置入院制度の不備によって起きたと断することはできない。

相模原事件 「委員会見解」; 2016・08・29発出

五 措置入院患者の退院後の支援体制が不十分であることが従来から指摘されており、この点については異論がない。報道によれば、治安的な観点に基づく保護観察制度ないし強制通院制度の導入を提起する向きもあるが、これには断固として反対する。
措置入院の経験者は、治安対策の対象者では断じてなく、地域社会の一員として平穩に生活する権利を持つ市民である。その支援策は治安的観点ではなく、医療による支援と住民福祉の考えに基づいて講じられるべきである。

相模原事件 「中間報告に対する意見」; 検討中

- (1)中間報告が、措置入院制度とその運用に焦点を当てたものとなっていることへの懸念。事件が措置入院制度の問題にのみ矮小化されることへの懸念。
- (2)措置入院制度の問題点は、この事件との関連ではなく、障害者差別禁止の文脈の中で検討されるべきである、という方向性。
- (3)措置入院が、実は低規格基準で行われているという実態への言及。

精神保健福祉法改正 H16年学会見解

- 【措置入院】
- 23条の見直し
 - 「通報」→「診療要請」に用語変更
 - 事前調査の適正化
 - 「自傷他害のおそれ」→「自傷他害の差し迫ったおそれ」への変更
 - 入院要件の追加(診断、判断能力、治療可能性)
 - 指定病院の基準の見直し(看護基準、PSWとCP)
 - 指定病床の偏在の見直し
 - 措置解除後の医療や支援の明確化

精神保健福祉法改正
H16年学会見解

【医療保護入院】

- (1) 保護者規定の見直し
- ・ 保護者の義務規定の削除(権利擁護以外)
 - ・ 市町村長同意を補完する「公的代理人」制度の提案
 - ・ 保護者の権利擁護機能の強化
- (2) 医療保護入院の見直し
- ・ 入院後6か月毎のチェック(指定医2名)
 - ・ 市町村長同意における「公的代理人」制度
 - ・ 入院6か月以降の入院における転院調整機関(機能)
 - ・ 施設基準の見直し(措置と同等)
 - ・ 入院要件の明確化(診断、判断能力、治療可能性)

精神保健福祉法改正
H25年5月学会見解

【医療保護入院】

- ・ 保護者制度の廃止
- ・ 強制入院における国・自治体の責任の明確化
- ・ 「家族等同意」制度
- ・ 退院促進担当のPSWの設置、地域援助事業者との連携については、実効性に関する懸念

【措置入院】

(一)

精神保健福祉法改正
H26年7月学会見解

法41条に関する意見であったため、措置入院に関しては全く触れていない。

精神保健福祉法改正
H28年3月学会見解(5項目)

(2) 非自発的入院制度の見直し

平成25年の精神保健福祉法改正において保護者制度を廃止したものの、家族の同意によって強制力の発動が有効であるかのような曖昧さが放置されたことの問題点は、平成25年見解に指摘した通りである。本学会は改めて、医療保護入院に関する国と公的機関の役割を明確化することを強く求める。

また、医療保護入院においては入院要件の規定が曖昧であり、厳密化する必要がある。**措置入院においては運用に自治体間格差があり、統一することが求められる。**

入院要件の厳正化、明確化により非自発的入院の入院数を減らすことを前提として、将来的には、**現在の措置入院と医療保護入院を一本化した非自発的入院制度の検討が必要である。**

精神保健福祉法改正
H28年3月委員会見解(15項目)

【措置入院】

- 1) 通報制度等の見直し
- ① 第22条の見直し
 - ② 「通報」→「診療要請」
 - ③ 事前調査の適正化
- 2) 措置要件の厳正化と指定医診察の適正化
- ① 「差し迫ったおそれ」
 - ② 判定基準(診断、判断能力、治療可能性)
- 3) 指定病院の基準の見直し
医師(16:1)、看護師(15:1)およびPSWの必置
- 4) 措置解除後の医療や支援の明確化;保健所の関わり**
の義務付け

精神保健福祉法改正
H28年3月委員会見解(15項目)

【医療保護入院】

- 1) 同意者の要件:「医療保護入院は強制入院の一形態であり、その強制性の根拠はポリス・パワーまたはパレンス・パトリエに求められる。したがって、その強制性は国および自治体によって発動されるものであり、このため国および自治体は、強制入院中の者に対して実質的な保護義務を負うことになる。」
- 2) 医療保護入院の継続妥当性の審査
- 3) 医療保護入院対応の施設基準の設定;措置入院と同等基準)
- 4) 医療保護入院の要件の明確化(診断、判断能力、治療可能性)

理事会での議論

- 医療法施行規則5条
- 入院における人員体制
- こころの健康

H28年6月緊急要望

- 「これからの精神保健福祉のあり方に関する検討会」に対して
- 医療保護入院の責任主体と、家族等同意の廃止を求めたもの
- 措置入院には触れていない

委員会での議論

- 国や自治体が強制入院を行うことは危険なことではないのか
- 家族と病院の契約で行われている入院に対して、国や自治体が関与してくることは問題ではないのか
- 公権力が強制入院に責任を持つべきであるとしても、入院の決定は、行政でなく司法によって行われるべきではないのか

理事会での議論

- 医療保護入院は家族の関与する「契約」による入院ではないのか
- もっとも近くで本人を支えている家族が、入院決定に関わることに問題があるのか
～「医療保護入院」と「措置入院」の違い

個人的意見1.

- 障害者権利条約14条;1 締約国は、障害者に対し、他の者との平等を基礎として、次のことを確保する。
 - (a) 身体の自由及び安全についての権利を享有すること。
 - (b) 不法に又は恣意的に自由を奪われないこと、いかなる自由の剥奪も法律に従って行われること及びいかなる場合においても自由の剥奪が障害の存在によって正当化されないこと。

精神保健福祉法上の非自発的入院部分において「障害」を「疾病」に変更し、「医療と保護のため」の「保護」を削除することが必要

個人的意見2.

- 障害者権利条約14条に従うと、保安処分はありえない
- これまで精神科医療が保安的役割を背負ってきたことは否定できないが、やはり医療は「社会のため」よりは「患者さんのため」に機能するのが本来である
- 「強制性」の根拠は「治療の必要性」に尽きることになる

非自発的入院の根拠は、ポリスパワーではなく、パレンスパトリエに置かざるを得ない。パレンスパトリエに拠る非自発的入院のみとするべき。

個人的意見3.

- わが国の医療保護入院は、パレンスパトリエを根拠とする非自発的入院の短所が典型的に顕れた制度となっている。
- そのため、医療保護入院者数が非常に多い。社会的入院の存在。

「間口の狭いパレンスパトリエ」とするための、法文自体の改正と、運用上の努力(政省令、通知レベル)が必要。例えば「入院以外の方法では症状の改善が見込めず云々…」

【抄録】

ひきこもり地域支援センターの支援により就労した事例の追跡調査

岡山市こころの健康センター

○田中 美妃 神田かおり

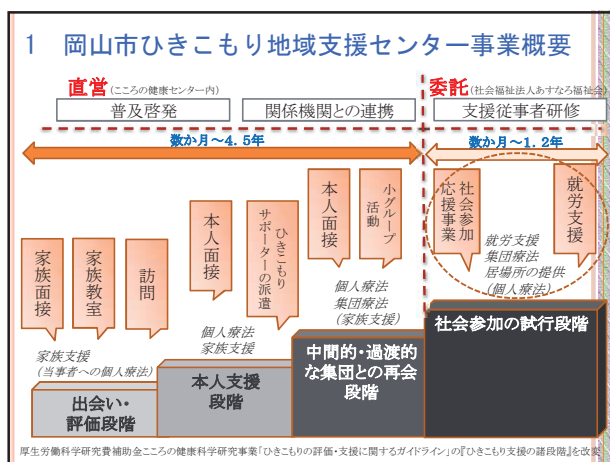
土器 悦子 太田順一郎

【目的】平成 23 年度に実施したひきこもり地域支援センター全国調査では、支援者へのニーズとして多くの人が「就労」を挙げている。岡山市こころの健康センターでは、ひきこもり地域支援センター（以下、当センター）を開設して 7 年が経過し、当センターでも全国調査と同様の傾向がみられている。これまで、就労した者の追跡調査は行われていないため、本調査では、就労継続状況等を把握し、ひきこもり者への就労支援および就労後のフォローのあり方について検討する。【方法】平成 22 年 7 月から平成 28 年 3 月末までに支援した 286 名のうち、就労した 49 名を対象とし、就労継続状況、雇用種別、当センターへ相談して良かったことなどについて電話による聞き取りを行った。発表に際しては、プライバシーに関する守秘義務を遵守し匿名性の保持に十分配慮する。【結果】家族および本人に聞き取りができたのは 38 名(77.6%)、そのうち、本人に聞き取りができたのは 32 名(84.2%)であった。就労継続状況は、聞き取りができた 38 名中、33 名(86.8%)が継続しており、継続していないのは 5 名(13.2%)であった。雇用種別と診断の有無をみると、診断有の 20 名のうち半数の 10 名は一般就労していた。また、当センターに相談して良かったこととしては、「就労できたこと」(14 名)、「定期的な訪問・面接」(14 名)が挙げられていた。【結論】今回の調査では、予想していた以上に多くの者が就労継続できていた。診断の有無と雇用種別では、適切な支援があれば診断がついているからといって必ずしも福祉的就労ではなく、一般就労の継続が可能であると考えられた。さらに、行われる支援のうち、定期的な訪問・面接は支援者側としては基本的な支援ではあるが、本人にとっては好評価となっていた。このことは、多くの場合支援期間が長かったことを踏まえても、基本的な支援を継続することの重要性を再確認することができた。

第36回 日本社会精神医学会 H29. 3. 3

ひきこもり地域支援センターの支援により就労した事例の追跡調査

岡山市こころの健康センター
 田中 美紀 神田 かおり
 土器 悦子 太田 順一郎



2 調査概要

○目的

- ひきこもり地域支援センターへのニーズ ⇒ 「就労」を挙げた人が多かった (平成23年度 ひきこもり地域支援センター全国調査より)
- 当センターを開設して7年、就労した人は増加 就労した者の追跡調査は行われていない

↓

就労支援および就労後のフォローのあり方について検討することを目的に調査実施

○対象

平成22年7月～平成28年3月末までに支援した284名のうち、就労した49名

○方法

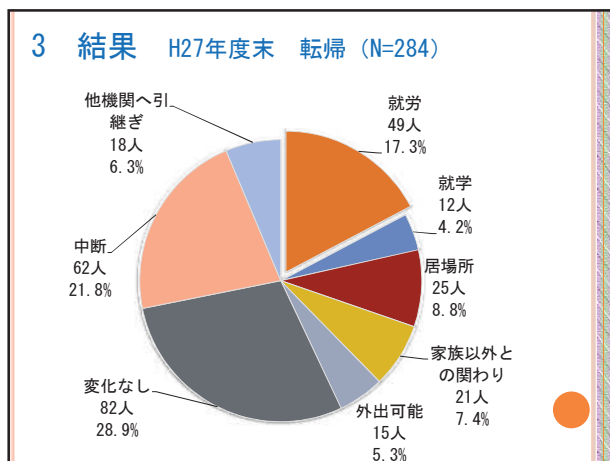
電話による聞き取り
 本人と面接できた場合には本人に、家族とのみ面接した場合は家族に行った

○聞き取り項目

- 就労継続状況
- 雇用種別
- 雇用形態
- 当センターへ相談したきっかけ
- 初回相談時の目標
- 当センターへ相談して良かったことなど

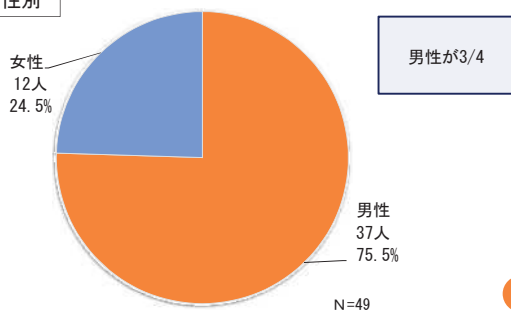
○分析方法

単純集計

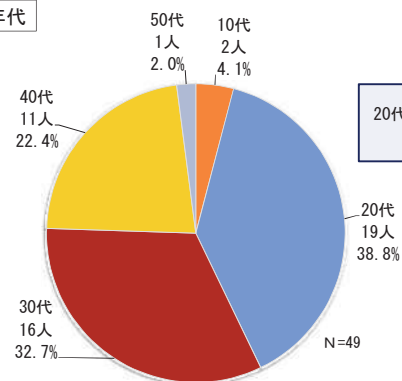


3 結果①（就労した49名について）

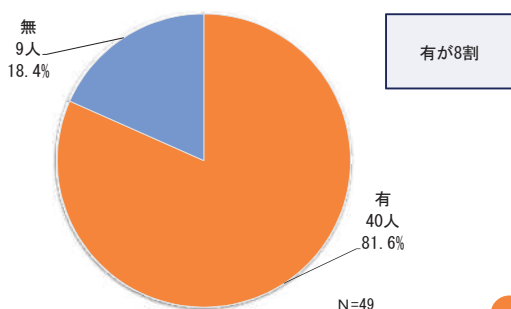
性別



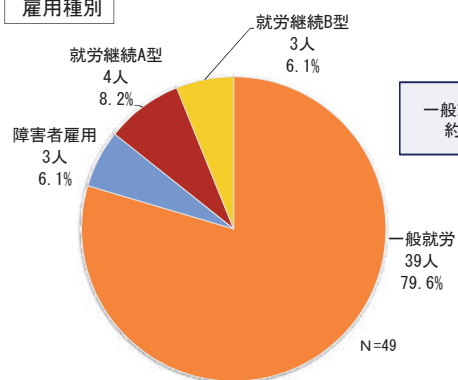
年代



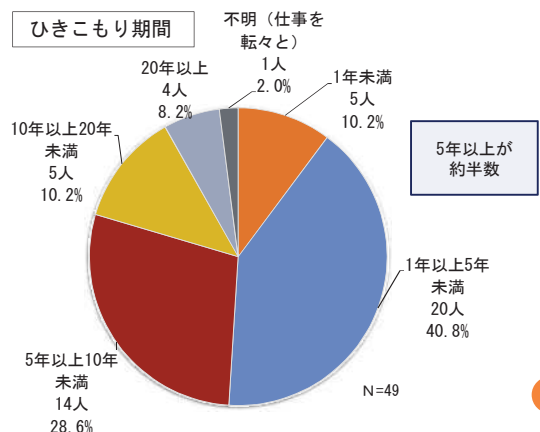
本人来談の有無



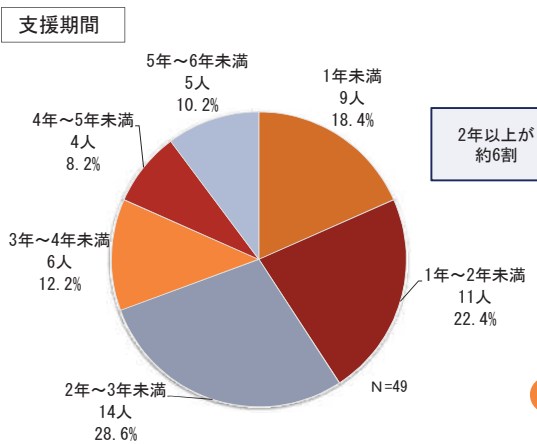
雇用種別

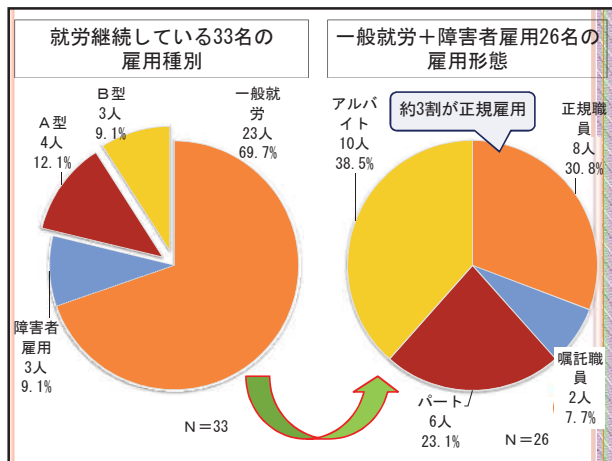
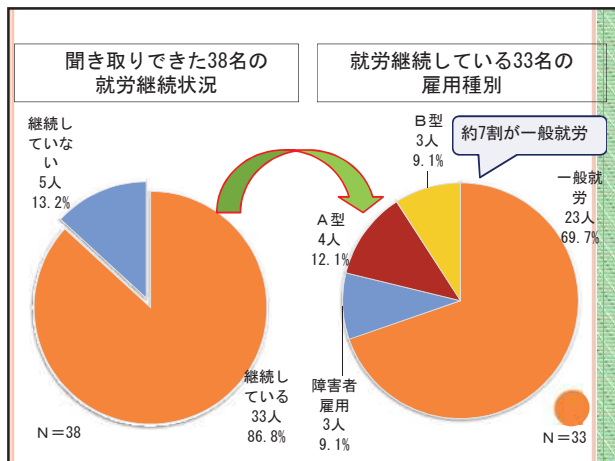
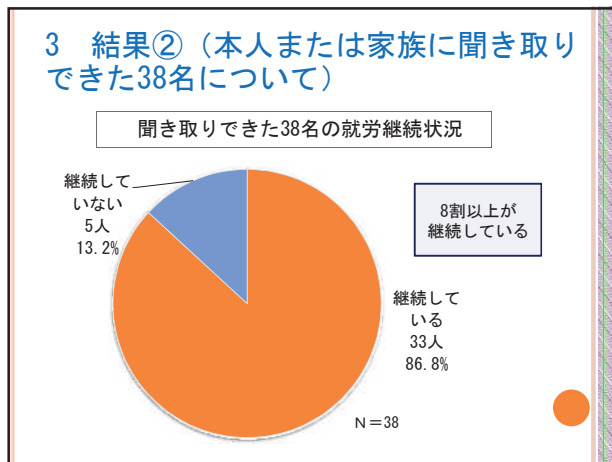
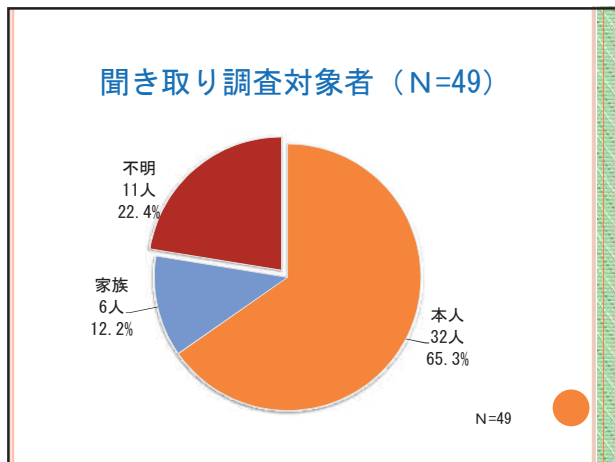
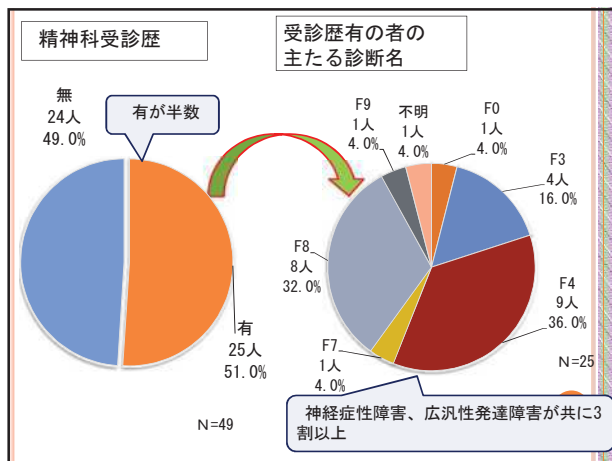
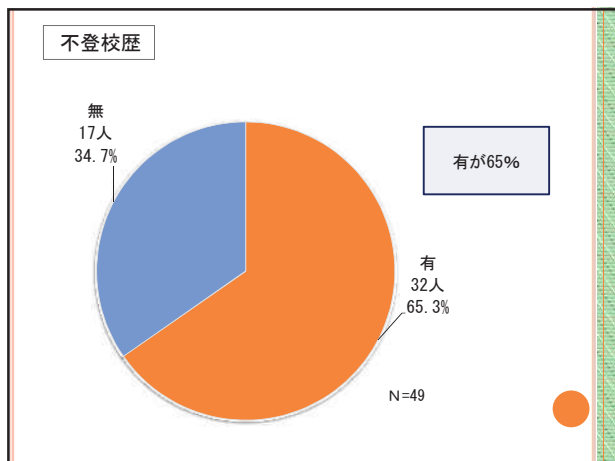


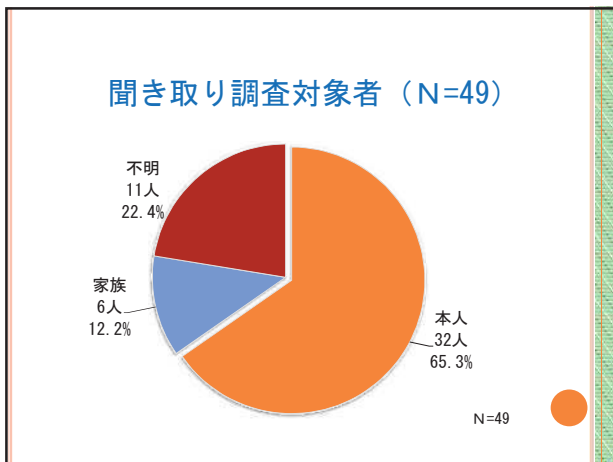
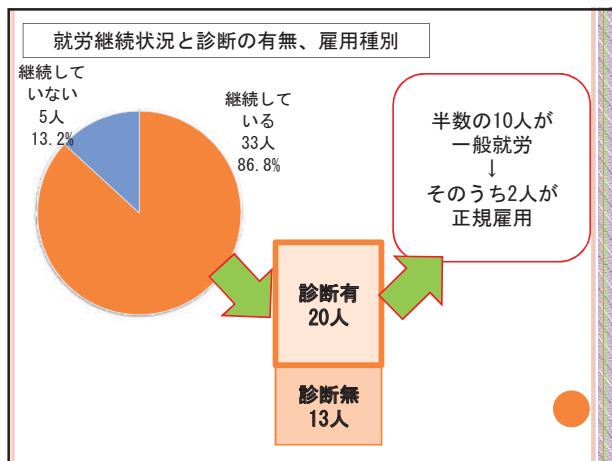
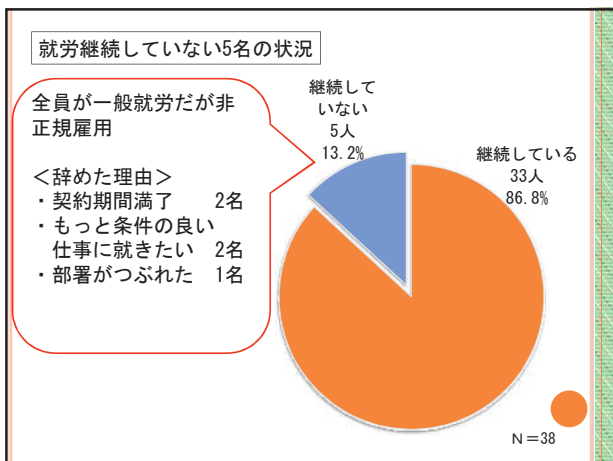
ひきこもり期間



支援期間







3 結果③ (本人に聞き取りできた32名について)

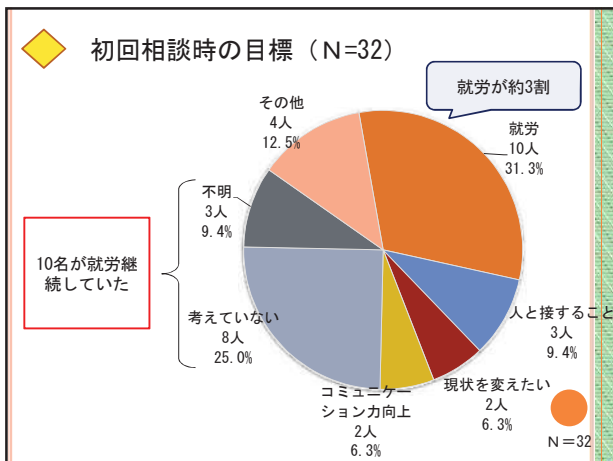
◆ 相談のきっかけ (N=32)

- ・家族からの勧め 15名 (本人は相談に対して積極的ではなかった)
- ・現状を変えたい 3名
- ・その他 14名

訪問を勧められて受けてみると意外に話せた!

例)

- ・主治医に勧められた
- ・インターネットを見て
- ・覚えていない
- ・ない



◆ 相談して良かったこと (N=32)

- ・就労できた 14名
- ・定期的な訪問・面接 14名
- ・家族の本人に対する対応の変化 1名
- ・コミュニケーションがとれた 1名
- ・なし 2名

気持ちが整理できた

人とつながっている安心感があった

一人で悩むことがなくなった

4 考察

○土岐ら（2011）の精神保健福祉センターを受診した「ひきこもり」の実態調査によると、就労・就学などの社会参加に至った割合は16.5%と報告されていた。今回の調査では、就労49名と就学12名をあわせると21.5%であり、やや高い結果であった。この結果に影響する要素としては、支援期間や相談機関の性質の違いなどが考えられた。

○本人または家族に聞き取りできた38名中33名が就労継続できていたことは、予想を超える継続状況であった。

○就労継続していない5名の辞めた理由は、契約期間満了やもっと良い仕事に就きたいなどであった。非正規雇用の場合は、退職や転職をやむなくされたり、正規職員を目指す可能性もある。次の就労に向けての支援が必要となる場合もあるため、就労後の継続的支援が重要である。

○診断がついている者の半数が一般就労できていたことから考えても、適切な支援があれば診断がついているからといって必ずしも福祉的就労ではなく、一般就労の継続が可能である。

○家族から勧められて仕方なく相談した者やはじめは目標や就労について考えていない者も少なくなかったが、支援により就労することが可能であった。このことから、相談することに対して消極的であったり将来の目標が考えられていなくてもまずは、相談につながる事が重要である。

○相談してよかったこととして、就労できたことと、定期的な訪問・面接を挙げている者が多かった。このような定期的な訪問・面接は、支援者側としては基本的な支援ではあるが、本人にとっては好評価となっていた。

ひきこもりの支援においては、特別な技法が必要なのではなく、相談する場が確保されていることが重要であり、基本的な支援を継続することが重要である。

認知症初期集中支援チームの役割

岡山市こころの健康センター
太田順一郎
2017. June.22

日本精神神経学会
利益相反(COI)開示
発表者名：太田順一郎

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

認知症初期支援チーム

- オレンジプラン/新オレンジプランの中心的施策の1つとして実施されてきた事業。
- 平成24年度～平成26年度、モデル事業として実施。平成24年度3か所、平成25年度14か所、平成26年度109か所。
- 平成27年度からは地域支援事業として、全国自治体で実施。
- 平成30年度には全ての市町村での実施を目指している。

認知症初期集中支援チーム創設の背景

- 1) 早期対応の遅れから認知症の症状が悪化し、行動・心理症状等が生じてから、医療機関を受診している例が散見される。
- 2) ケアの現場での継続的なアセスメントが不十分であり、適切な認知症のケアが提供できていない。
- 3) これまでの医療・ケアは、認知症の人に「危機」が生じてからの「事後的な対応」が主眼となっていた。

認知症初期集中支援チーム

複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的(おおむね6ヶ月)に行い、自立生活のサポートを行うチーム

認知症初期集中支援チームのメンバー



活動場所 地域包括支援センター等
訪問先、高齢、認知症高齢者センター、市町村の庁舎

【対象者】

- 40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で以下のいずれかの基準に該当する人
- ◆ 医療・介護サービスを受けていない人、または中断している人で以下のいずれかに該当する人
 - (ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない人
 - (イ) 継続的な医療サービスを受けていない人
 - (ウ) 認知症初期集中支援チームが介入していない人
 - (エ) 診断されたが介護サービスが中断している人
- ◆ 医療・介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している

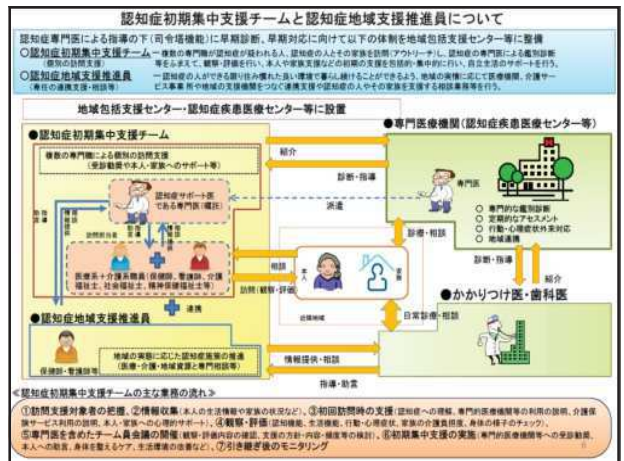
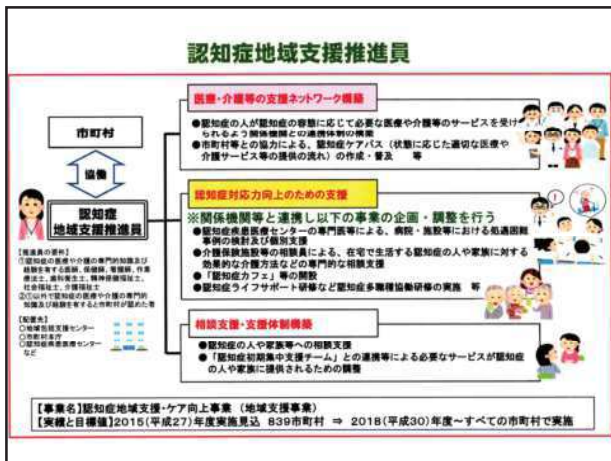
認知症高齢者等にやさしい地域づくりのための厚労省関連概算要求について (資料3)

- 現在、65歳以上高齢者の約4人に1人が認知症の人又は予備群と言われ、更に増加することが見込まれる中で、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるよう環境整備を行っていくことが必要。
- 「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」に基づき、早期診断・早期対応を軸とした、認知症の容態に応じた切れ目のない適時・適切な医療・介護等の提供が図られる仕組みを構築するなど、認知症高齢者等にやさしい地域づくりを推進する。

①②③の合計額 平成27年度予算額 約48億円 → 平成28年度要求額 約67億円
主な認知症施策関連予算

| | |
|--|--|
| <p>①認知症に係る地域支援事業 (専従要員*)</p> <p>認知症初期集中支援チームの設置 認知症地域支援推進員の設置等</p> <p>②認知症施策推進総合支援事業 約13億円(前16億円)</p> <p>認知症施策推進センターの設置(26か所→43か所) 認知症急きょ介護連携の促進のためのモデル事業(新規) 若年性認知症支援コーディネーターの設置の推進 認知症高齢者等の権利擁護に関する取組の推進 等</p> <p>③認知症政策研究・研究開発 約7億円(前12億円)</p> <p>コホート研究の企画展開と推進(登録)に基づくデータ等を活用して、有効な予防法、革新的な診断・治療法の開発を進めるとともに、臨床研究の実施を支援する体制の整備を推進</p> | <p>④地域医療介護総合確保基金事業(介護分) 専従要員*</p> <p>(27予算額483億円(公費744億円)の内訳)</p> <p>・介護サービス基盤の整備 ・介護・権利擁護等に関する人材の確保 ・資料提供・薬剤師・看護職員の認知症対応力向上研修(医師)の実施(新規) ・認知症介護基礎研修(医師)の実施(新規)</p> <p>⑤医療・介護保険制度等</p> <p>・医療・介護保険制度による医療・介護給付費等</p> |
|--|--|

* 平成28年度の「社会保険の充実」は単年度で検討し、予算編成過程で検討するため、概算要求段階では、機械的に前年度実績を要する。
※ 厚生労働省では、上記の医療・介護分野以外でも、介護者の仕事と介護の両立支援、ハローワークによる就労参加支援などにより、認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりを推進。
※ ②に、障害者に対しては、生活の支援(ノン・プロ)と、生活しやすい環境(ハード面)の整備、教育・社会参加支援、安全確保等の観点から、認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりのための施策が行われている。

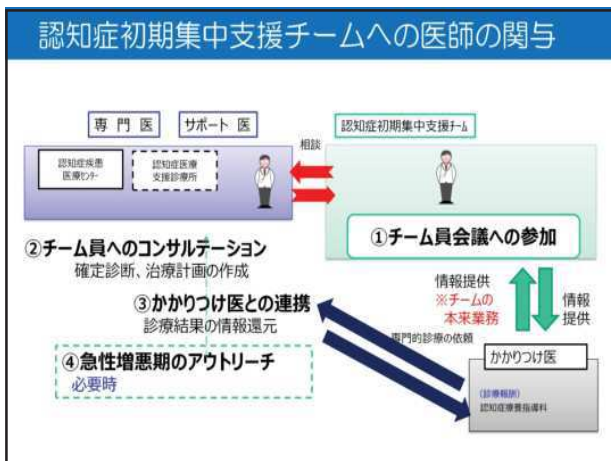


認知症初期集中支援チーム設置の要件

- **事業の実施主体** 市町村
- **チームの設置場所** 市町村
 ただし、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、診療所等に委託可能
- **設備要件**
 対象者やその家族による緊急時の連絡体制の確保ができる施設

認知症初期集中支援チーム設置の要件（2）

- **チーム員の人員配置要件**
 チーム員は以下の3項目をすべて満たす者とし、複数の専門職（具体的な人数は地域の実情に応じて設定する）にて構成する。
 - 1 保健師、看護師、作業療法士、介護福祉士など医療福祉に関する国家資格を有する者
 - 2 認知症ケア実務経験3年以上又は在宅ケア実務経験3年以上を有する者
 - 3 認知症初期集中支援チームで従事するために必要な研修を受講し、試験に合格した者
- **チームの活動体制**
 - アウトリーチを行う場合、チーム員の人数は2名以上を原則とし、医療系職員*1と介護系職員*2それぞれ1名以上で訪問する。
 - 専門医は必要に応じてチーム員とともにアウトリーチを行い相談に必需する。
 - チーム員会議はチーム員（認知症専門医を含む）及び対象者の居住する地区を管轄する地域包括支援センター職員との参加を原則必須とし、その他関係者も必要に応じて参加可能とする。
 *1 保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等 *2 介護福祉士、社会福祉士等



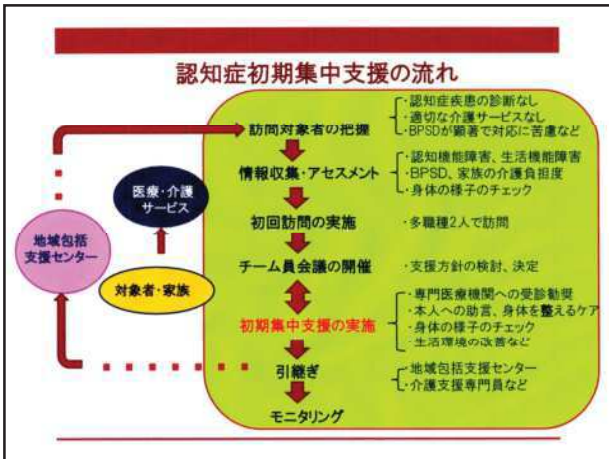
モデル事業との変更点チーム員医師の要件について

日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師のいずれかに該当し、かつ認知症サポート医である医師1名とする。

ただし、上記医師の確保が困難な場合には、当分の間、以下の医師も認めることとする。

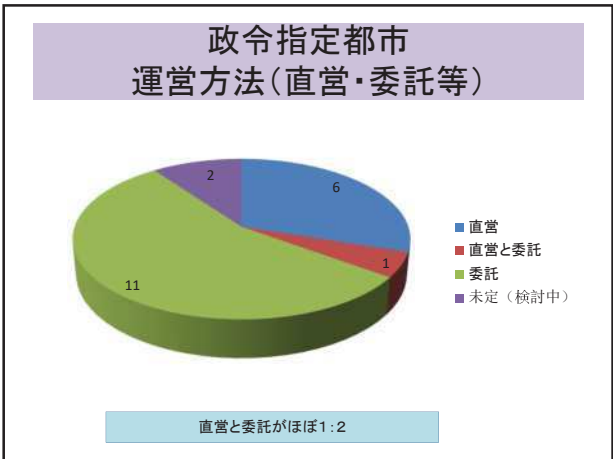
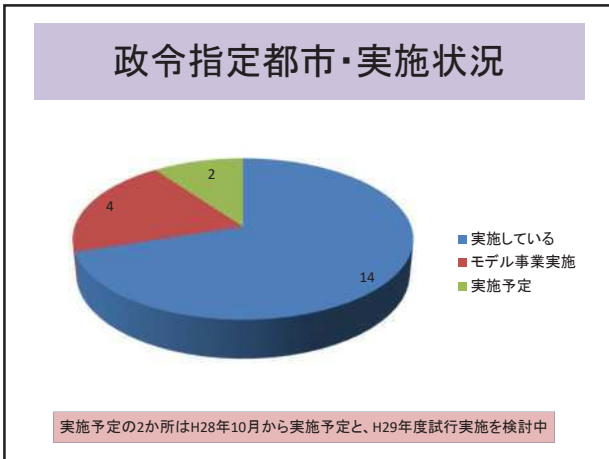
・日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師であって、今後5年間で認知症サポート医研修を受講する予定のあるもの
 ・認知症サポート医であって、認知症疾患の診断・治療に5年以上従事した経験を有するもの（認知症疾患医療センター等の専門医と連携を図っている場合に限る。）

日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師のいずれかに該当し、かつ認知症サポート医である医師1名とする。



例として; 政令指定都市の状況
 (20か所)

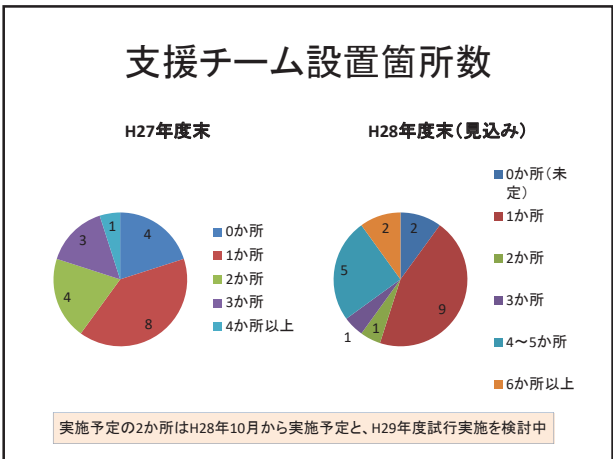
平成28年7月現在



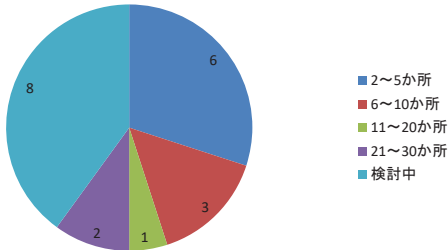
実施方法(例)

| | |
|----|---|
| 委託 | 認知症患者医療センター |
| 委託 | 診療所、病院の運営法人 |
| 委託 | 医療機関 |
| 委託 | 精神科病院協会(4病院) |
| 委託 | 地域包括支援センター運営事業受託法人 |
| 委託 | 委託先は検討中 |
| 委託 | 社会福祉法人あるいは医療法人を想定 |
| 直営 | 直営だが、チーム員の業務の一部を地域包括支援センター、認知症サポートチーム医に委託 |
| 直営 | 基幹型認知症支援チーム、地域ケア総合推進センター |

認知症患者医療センターへの委託が、比較的多い



最終目標設置箇所数



岡山市の特徴

- ・岡山市地域包括支援センターは岡山市ふれあい公社内にある。(委託事業)
- ・移転した岡山市市民病院内に岡山市地域ケア総合推進センターを設置した。(保健福祉局医療政策推進課管轄): ①総合相談、②在宅医療推進・医療と介護の連携強化、③地域包括支援センターの医療連携強化・認知症支援など
- ・認知症支援チームを、基幹型(地域ケア総合推進センター内)、地域型(地域包括支援センター内)に分けて、センターとプラザと云うイメージで開始した。
- ・認知症地域支援推進員を、各包括支援センターにまず1名ずつ配置した。

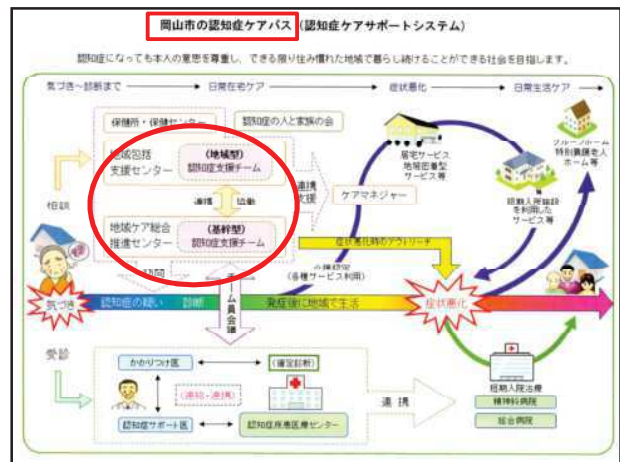
岡山県内の認知症疾患医療センター

- ・岡山大学病院、神経内科・精神神経科
- ・慈恵病院(岡山市)
- ・川崎医科大学病院・神経内科
- ・倉敷平成病院
- ・積善病院(津山市)
- ・たいようの丘ホスピタル(高梁市)
- ・きのこエスポール病院(笠岡市)

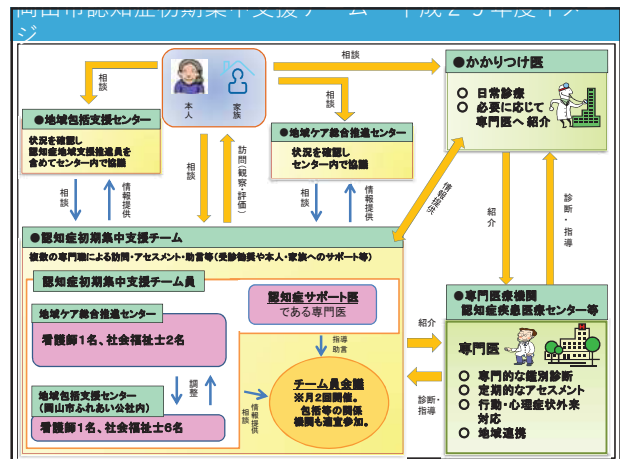
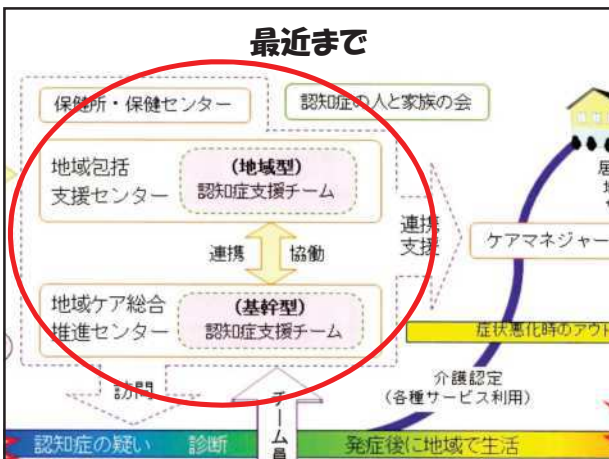
県指定

- ・岡山赤十字病院(岡山市)

市指定

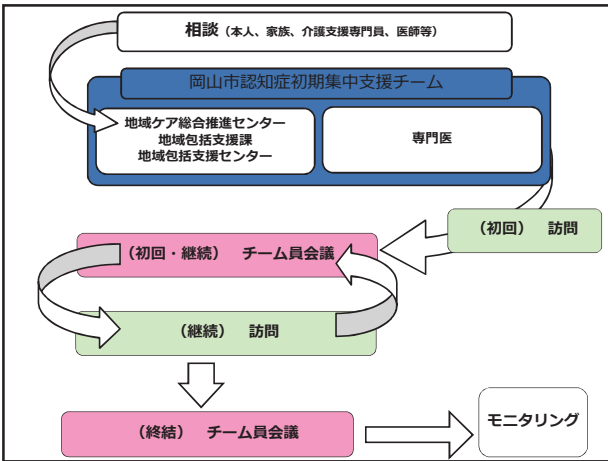
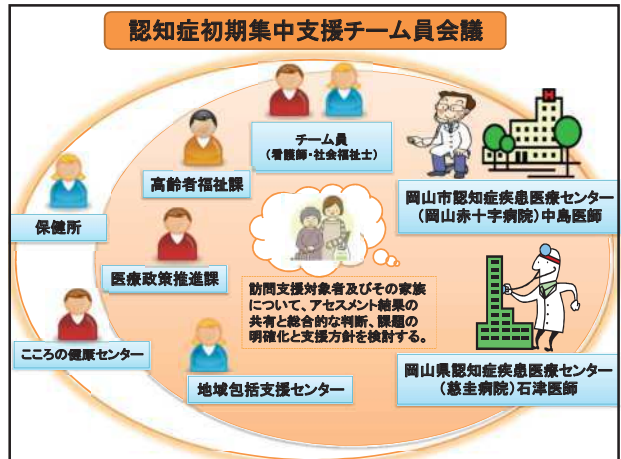


最近まで



岡山市認知症初期集中支援チーム 支援の流れ

- (1) 訪問支援対象者の把握
- (2) 情報収集
- (3) アセスメント
- (4) 初回家庭訪問の実施
- (5) チーム員会議の開催
- (6) 支援の実施
- (7) チームでの訪問活動等における関係機関等との連携
- (8) 支援の終了とその後のモニタリング
- (9) 支援に関する記録



認知症初期集中支援チーム実績

集計対象 各年度内に認知症初期集中支援チームが対応した件数

| 全体 | | | |
|----|-----|-----|-----|
| 年度 | 対象者 | 訪問 | 会議 |
| 26 | 7 | 10 | 16 |
| 27 | 40 | 127 | 114 |
| 28 | 38 | 141 | 107 |
| 累計 | 85 | 278 | 237 |

(再掲)

| 地域ケア総合推進センター | | | |
|--------------|-----|-----|-----|
| 年度 | 対象者 | 訪問 | 会議 |
| 26 | 7 | 10 | 16 |
| 27 | 24 | 73 | 83 |
| 28 | 18 | 65 | 69 |
| 累計 | 49 | 148 | 168 |

| 地域包括支援課、地域包括支援センター | | | |
|--------------------|-----|-----|----|
| 年度 | 対象者 | 訪問 | 会議 |
| 27 | 16 | 54 | 31 |
| 28 | 20 | 76 | 38 |
| 累計 | 36 | 130 | 69 |

※平成26年度は地域型チームが無かったため活動無し

岡山市認知症初期集中支援チームの現状と課題

- ・ 行政が作ったチームで対象者宅で受け入れがスムーズ。
- ・ 包括支援センターとの連携もスムーズ。
- ・ 対象者も上がってきやすく、背景の調査もしやすい。
- ・ 先に器を作ってしまったので、サポート医の敷居が高い？
- ・ 認知症患者医療センターである慈恵病院と岡山赤十字病院が関わっているので、診断や入院対応が行いやすい。
- ・ 会議を重ねることで関係者のスキルが上がっている実感
 - ・ 周知、広報
 - ・ 再び1センター6プランチ制へ？
 - ・ サポート医の参画

感謝いたします

- ・ 岡山赤十字病院 中島 誠先生
- ・ 慈恵病院 石津秀樹先生
- ・ 岡山市保健福祉局高齢者福祉課 岡 ひとみ先生
- ・ 厚生労働省HP
- ・ 国立長寿医療研究センターHP

一般医療機関とアルコール専門病院との連携について ～岡山アルコール依存症早期支援ネットワークの活動報告～

岡山市こころの健康センター

○留田 範子 長友 美妃

作野 祐子 太田順一郎

アルコール依存症（以下、ア症）患者数は全国で約 107 万人と推計されているが、そのうち専門医療を受診している患者は 4.3 万人、受診率はわずか 4%である。岡山市におけるア症患者数は約 6,300 人と推計され、その多くが専門病院や支援につながっていない現状にある。そして、アルコールの身体合併障害による内科疾患や事故による外傷等により一般医療機関を受診し、内科及び外科治療の経過から飲酒問題が浮上してくることが少なくない。

そこで、当センターでは平成 23 年度から一般医療機関・アルコール専門病院ネットワーク化事業を単市事業として開始し、「岡山アルコール依存症早期支援ネットワーク」（以下、岡山アルネット）を立ち上げた。岡山アルネットでは、一般医療機関を受診するア症者を早期にアルコール専門病院につなぎ、依存症治療の動機づけや治療介入を円滑に行うことを目的に、一般医療機関とアルコール専門病院の間のネットワークシステムの構築を目指している。活動内容は年 4 回の研修会の企画及び運営、啓発活動を主としており、総合病院内科医やクリニック内科医、精神科病院精神科医、精神科クリニック精神科医、総合病院医療ソーシャルワーカー、精神科病院精神保健福祉士等の多職種でメンバーを構成している。

岡山アルネットが発足して 7 年が経過するが、岡山市内におけるネットワークの周知はまだまだ十分とはいええず、本市の実状に即した取り組みが求められている。現状把握の一貫として、一般医療機関からアルコール専門病院への紹介率の検証や、一般医療機関に勤める医師のア症患者に対する認識について意識調査を行うなど、ネットワークシステムの充実に向けて課題の抽出を行っている。また、これまでに岡山市が取り組んできたネットワークシステムを他の地域でも活用してもらえるように、「ネットワークづくりのための 10 か条」を作成し、岡山市以外でも同様のネットワークができるような試みを始めようとしているところである。

本発表では、岡山アルネット設立から現在に至るまでの取り組みや今後の課題について報告し、一般医療機関とアルコール専門病院との連携について意見交換を行いたいと考えている。

【抄録】

医療機関を受診する患者の飲酒に対する内科医・外科医の意識調査

岡山市こころの健康センター

留田範子 太田順一郎 土器悦子

作野祐子 岸倫衣 長友美妃

【目的】アルコール依存症者（以下、ア症者）は内科的・外科的治療の経過から飲酒問題が浮上してくることが少なくないが、その多くが専門医療や支援につながっていない現状にある。当センターでは、「岡山アルコール依存症早期支援ネットワーク」（以下、岡山アルネット）を立ち上げ、一般医療機関を受診したア症者を早期にアルコール専門病院につなぐことで、依存症治療の動機づけや治療介入を円滑に行うためのネットワークシステムを構築することを目的に、研修会や啓発活動を行っている。しかし、岡山アルネットの周知はまだまだ十分とはいえず、岡山市の実状に即した取り組みが求められる。そこで、本研究では一般医療機関に勤める医師がア症患者に対しどのような認識をもっているかを把握し、ネットワークシステム構築に反映させることを目的に調査を実施した。

【方法】岡山市に届出をしている内科・外科を標榜する医療機関に所属する医師 1,072 名を対象に、無記名自記式によるアンケート調査を郵送にて行った。調査内容は飲酒問題のある患者の把握及び対応、飲酒問題への関心等とした。設問は単純集計を行い、クロス集計、Pearson の χ^2 検定にて分析を行った。結果は統計的に処理され個人が特定されることがないように十分にプライバシーに配慮した。

【結果】回収票は 565 名（回収率 52.7%）であった。主疾患に飲酒問題が大きく影響している患者が「いる」と回答した医師は 50.3%であった。飲酒問題がある患者の対応に困ったことが「ある」と回答した医師は 74.2%であった。飲酒問題がある患者を専門医療につなげたいかについて「思う」と回答した医師は 92.4%、飲酒問題への対応に関心が「ある」と回答した医師は 72.9%にのぼった。

【考察】我々は、ア症者がネットワークシステムにつながらない要因の一つに内科医・外科医は飲酒問題への関心が低く、依存症者に対して忌避感があるのではないかと予測していた。しかし、調査の結果多くの内科医・外科医が飲酒問題のある患者の対応に困りながらも、飲酒問題に関心をもち、前向きに関わろうとする姿勢があることがわかった。今後のネットワーク構築の基礎資料として、有益な示唆を得ることができた。

背景

当センターでは、岡山アルコール依存症早期支援ネットワークを立ち上げ、一般医療機関を受診するアルコール依存症者を早期にアルコール専門医療機関へつなぐ、依存症治療の転機づけや治療介入を円滑に行うことを目的に、一般医療機関とアルコール専門医療機関の間のネットワークシステムの構築を目指している。

同ネットワークは、平成23年から定期会議の開催や研修会の企画及び運営、啓発活動を主に取り組んできた。しかし、研修会の定着化や参加者の増加など願った見えない関係づくりが進む一方で、ネットワークシステムが十分に活用されず、アルコール依存症者が専門治療につながらない状況が依然として続いている。

目的

岡山市内の医療機関を受診するアルコール依存症が疑われる患者に対する内科・外科医の認識を調査し、現状を分析するとともに今後のネットワークシステムの構築に向けた課題を抽出する。

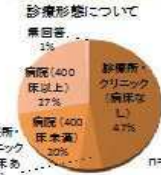
方法

【調査対象】
 ◆岡山市に届出をしており、内科・外科のいずれかを標榜する医療機関に所属する医師1,072名(病院576名、診療所496名)
 ◆回収票566名分(回収率52.7%)
 【調査期間】平成28年 9月 1日～11月24日
 【調査方法】無記名自記式郵送法によるアンケート調査
 【分析方法】記述統計(Excel)、χ²検定(SPSS)

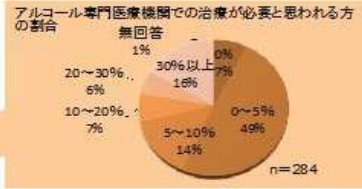
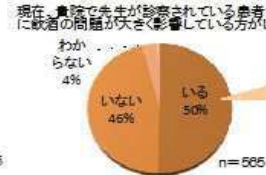
結果

<アンケート調査の記述統計>

調査結果①



調査結果②



調査結果③

主疾患の症状に飲酒の問題が大きく影響していると思われる場合、主にどのような対応をしていますか。

- 原則継続的な診療はない
- 原則継続的な診療はないが、パンフレット等による情報提供はしている
- 原則継続的な診療はせず、アルコール専門医療機関を紹介する
- あまり飲酒の問題に触れず診療を継続する
- 診療を継続し、禁酒や節酒を勧める
- 診療を継続し、禁酒や節酒を勧めたうえで、アルコール専門医療機関を紹介する
- その他

28% 2% 2% 4% 10% 1% 51%

n=566

調査結果④



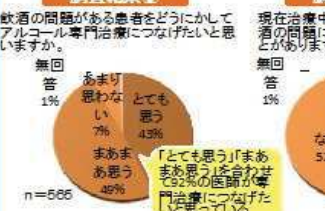
調査結果⑤



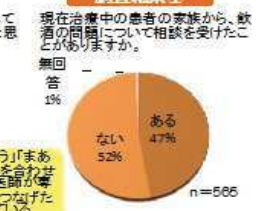
調査結果⑥



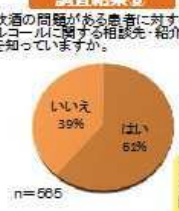
調査結果⑦



調査結果⑧



調査結果⑨



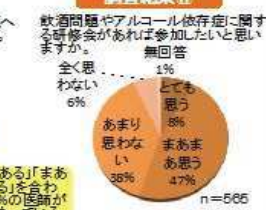
調査結果⑩



調査結果⑪



調査結果⑫



<アンケート調査のクロス集計>

| 診療所・クリニック | 飲酒問題対応への関心 | | 合計 | 診療所・クリニック | 飲酒問題の研修会への参加希望 | | 合計 |
|-----------|------------|--------|--------|-----------|----------------|--------|----|
| | ある | ない | | | ある | ない | |
| 医師 | 228 | 86 | 294 | 179 | 114 | 293 | |
| 医師 (%) | (41.0) | (11.9) | (52.9) | 32.3 | (20.5) | (52.8) | |
| 病院 | 181 | 81 | 262 | 130 | 132 | 262 | |
| 医師 (%) | (32.6) | (14.5) | (47.1) | 23.4 | (23.8) | (47.2) | |
| 合計 | 409 | 147 | 556 | 309 | 246 | 555 | |
| 合計 (%) | (73.6) | (26.4) | (100) | 55.7 | (44.3) | (100) | |

p<0.05

診療所・クリニックの医師の方が飲酒問題の対応に関心が高い傾向がある

診療所・クリニックの医師の方が飲酒問題に関する研修会の参加を希望している

| 診療所・クリニック | 飲酒問題対応への関心 | | 合計 | 診療所・クリニック | 飲酒問題の研修会への参加希望 | | 合計 |
|-----------|------------|--------|--------|-----------|----------------|--------|----|
| | ある | ない | | | ある | ない | |
| 継続的な診療はない | 49 | 30 | 79 | 97 | 17 | 114 | |
| 医師 (%) | (9.3) | (5.7) | (15.0) | 17.3 | (3.0) | (20.3) | |
| 診療を継続する | 342 | 107 | 449 | 315 | 132 | 447 | |
| 医師 (%) | (64.8) | (20.2) | (85.0) | 56.1 | (23.6) | (73.7) | |
| 合計 | 391 | 137 | 528 | 412 | 149 | 561 | |
| 合計 (%) | (74.1) | (25.9) | (100) | 73.4 | (26.6) | (100) | |

p<0.01

診療を継続する医師ほど飲酒問題の対応に関心が高い


飲酒問題への対応に関心があるのにネットワークの研修会を知らない

考察

- 本調査では、ネットワークシステムが活用されていない要因の一つに、内科医・外科医は飲酒問題への関心が低いことや、アルコール依存症者に対して忌避感をもっていることが影響しているのではないかと予測していた。しかし、調査の結果、多くの内科医・外科医が飲酒問題のある患者の対応に困りながらも、飲酒問題に高い関心をもち、専門医療につなげたいという前向きな姿勢があることがわかった。
- 回答した医師が診療を行っている患者で、飲酒問題が大きく影響している患者は半数にのぼり、さらに診療を継続すると答えた医師の約8割が、患者に対して禁酒や節酒等の指導を試みている現状がわかった。患者の飲酒問題に医師が気づいている場合、どのようにネットワークにつなげるか、また、患者の飲酒問題に気づいていない医師に対しては、どのように働きかけるか、具体的な取り組みが必要と考えられる。
- 飲酒問題に対して約7割の医師が関心をもち、飲酒問題に関する研修会に対して約5割の医師が参加を希望していることがわかった。しかし、岡山アルコール依存症早期支援ネットワークが主催する研修会は十分に周知されておらず、実際に参加した医師は1割に満たなかった。このような、飲酒問題に関心があるにもかかわらずネットワークにつながらない医師に対して、アプローチの方法を検討する必要がある。
- 診療所・クリニックに所属する医師は、病院に所属する医師に比べて飲酒問題への関心が高く、飲酒問題に関する研修会への参加希望も多くあることから、まずは患者が身近に利用する診療所・クリニックに焦点をあてた周知方法の強化等を検討したいと考える。
- 岡山アルコール依存症早期支援ネットワークでは、事例検討会や講演会を定期的に開催し、年々参加者が増加しているところであるが、より多くの医師に関心をもってもらえるような、現場のニーズに沿った研修内容の充実が必要と考える。

第53回全国精神保健福祉センター長会研究協議会
平成29年10月31日

岡山市内精神科医療機関を対象とした認知行動療法ニーズ調査 およびうつ病集団認知行動療法プログラムの試験的取組



岡山市こころの健康センター
神田かおり

岡山市における自殺対策

平成21年度～ 自殺対策開始
平成24年度～ 自殺未遂者等の自殺リスクの高い方への相談支援開始


- ①自殺リスクの高い方への相談支援
自殺未遂者等への支援
- ②機関連携
救急病院、精神科病院等との連携
- ③自死遺族支援
- ④人材育成

課題：うつ病対策

うつ病対策を開始するにあたって

- 先行研究
 - うつ病治療には、認知行動療法が有効
 - うつ病患者を対象とした集団認知行動療法プログラムを実施してはどうか？

参加者はいる？



すでに病院で行われている？

まずは、ニーズ調査を実施することに

1. 岡山市内精神科医療機関を対象とした認知行動療法ニーズ調査

- (1) 目的
当センターで、うつ病患者を対象とした集団認知行動療法プログラムを実施した場合の利用ニーズを把握する。
- (2) 方法
岡山市内の精神科・心療内科を有する65医療機関に調査票を送付し、FAXまたは郵送により回答を得た。
◆調査期間：平成27年11月6日～11月27日

1. 岡山市内精神科医療機関を対象とした認知行動療法ニーズ調査

◆調査項目：

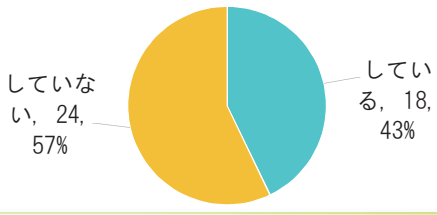
- ①認知行動療法の導入状況
- ②導入している場合：実施形態（個別、集団）
- ③個別実施している場合：診療報酬請求マニュアルが示す方法での実施状況
- ④導入していない場合：理由
(※8つの選択肢から選択、複数回答可)
- ⑤当センターにおいて、うつ病集団認知行動療法プログラムを実施した場合の紹介可能な患者の有無
- ⑥紹介可能な場合：人数（年間の概数を自由記述）

1. 岡山市内精神科医療機関を対象とした認知行動療法ニーズ調査

(3) 結果

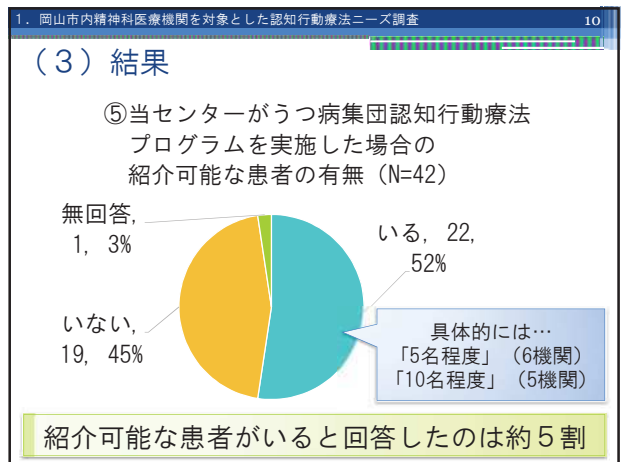
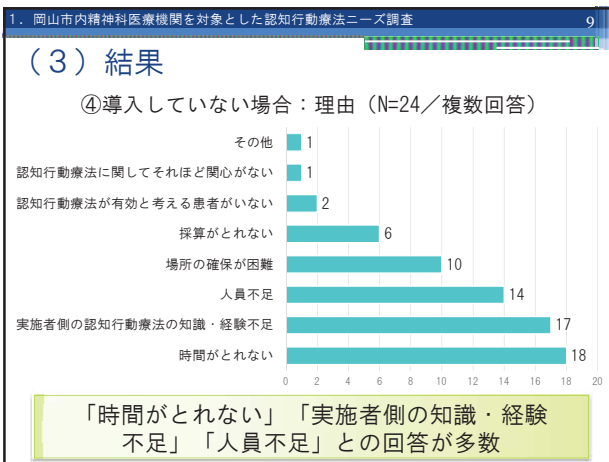
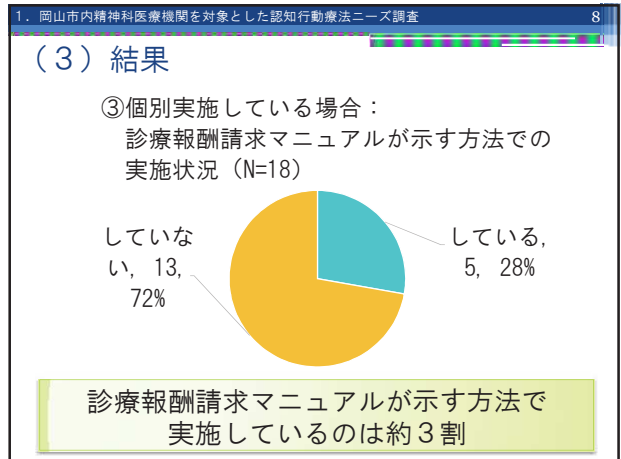
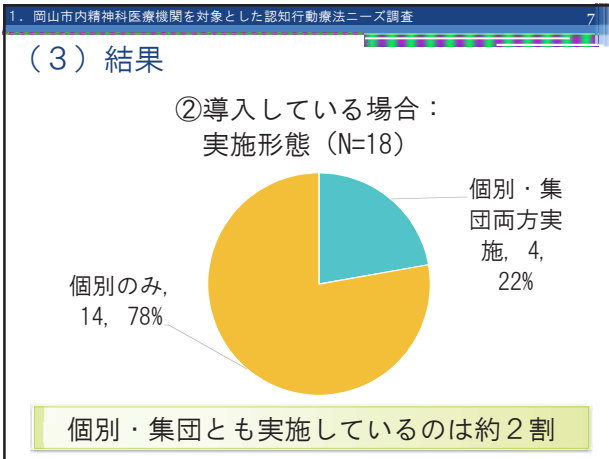
➤42医療機関から回答あり（回収率：64.6%）

①認知行動療法の導入状況（N=42）



| 導入状況 | 人数 | 割合 |
|-------|----|-----|
| している | 18 | 43% |
| していない | 24 | 57% |

約4割の医療機関で導入



1. 岡山市内精神科医療機関を対象とした認知行動療法ニーズ調査 11

(4) まとめ

- 約4割、18機関において、認知行動療法が治療に導入されていた。
- ただし、集団認知行動療法を実施していたのは、そのうち4機関のみ。
- 約5割の機関から、当センターでうつ病集団認知行動療法プログラムを実施した場合に紹介可能な患者がいるとの回答を得た。

プログラム実施に対し、一定のニーズがあることが判明

1. 岡山市内精神科医療機関を対象とした認知行動療法ニーズ調査 12

2. うつ病集団認知行動療法プログラムの試験的取組

(1) 目的
ニーズ調査の結果を受け、平成28年度にうつ病集団認知行動療法プログラムを試験的に実施した。その内容と結果について報告する。

(2) 方法

- ◆参加対象者：次の条件をすべて満たす方
- ①うつ病またはうつ病に類する疾患により精神科・心療内科に通院中の人（統合失調症・双極Ⅰ型障害によるうつ状態は除く）
- ②継続した参加ができる程度に病状や生活リズムが安定している方
- ③主治医が当プログラムへの参加に同意している方

2. うつ病集団認知行動療法プログラムの試験的取組 13

◆参加者選定方法：

- ①プログラム実施を広報
精神科医療機関へチラシ送付、市広報誌に掲載
- ②参加希望者は当センターへ電話
→参加に必要な書類を希望者に郵送
- ③希望者は必要書類を郵送または持参で提出
 - ・申込書 (参加動機 等)
 - ・主治医意見書 (参加の可否・注意点 等)
 - ・活動記録表 (1週間分の生活記録)
- ④事前面接
- ⑤所内カンファレンスにより、参加者決定
→参加の可否を通知

2. うつ病集団認知行動療法プログラムの試験的取組 14

- ◆プログラム：全8回（週1回、90分／回）
- ◆内容：アサーション、うつ病についての学習、行動活性化、認知再構成、問題解決技法
- ◆評価：プログラム前後にBDI-II およびHAM-Dを実施

2. うつ病集団認知行動療法プログラムの試験的取組 15

(3) 結果

- ・参加人数：7名
- ・性別：男性2名、女性5名
- ・初回時平均年齢：49歳（30代～60代）
- ・通院先病院種別：総合病院3名、クリニック3名、単科精神科病院1名
- ・参加者7名全員、過去に希死念慮を抱いたことがあり、1名は自殺企図歴があった。
- ・プログラムの参加状況：全8回参加が4名、7回参加が1名、6回参加が1名、3回参加が1名

2. うつ病集団認知行動療法プログラムの試験的取組 16

(3) 結果

- ◆BDI-II およびHAM-D：7名中5名、プログラム前後で実施できた。

BDI-II 平均値

| プログラム前 | プログラム後 |
|--------|--------|
| 24.2 | 12.8 |

5名全員得点が低下

HAM-D平均値

| プログラム前 | プログラム後 |
|--------|--------|
| 14.8 | 9 |

5名中4名は得点が低下

2. うつ病集団認知行動療法プログラムの試験的取組 17

(4) まとめ

- ・参加者の通院先は、総合病院とクリニックが多かった。
- ・プログラム前後で抑うつ状態を比較したところ、比較できた5名中4名は病状の改善がみられ、概ねプログラムの効果はあったと考える。

2. うつ病集団認知行動療法プログラムの試験的取組 18

3. 総合考察

- ◆ニーズ調査と試験的に取り組んだプログラムの結果から、自殺対策の一環として、精神保健福祉センターでうつ病集団認知行動療法プログラムを実施する意義について検討した。
- ・調査において、約5割の医療機関から当センターでのプログラム実施にニーズがあることが判明し、試験的にプログラムを実施した。
- ・調査では病院種別は質問項目に入っていなかったが、プログラム参加者の通院先は総合病院やクリニックが多かった。

3. 総合考察

- この結果と、調査において認知行動療法を実施していない理由として「時間がとれない」、「実施者側の認知行動療法の知識・経験不足」、「人員不足」が多かったことをあわせて考えると、総合病院やクリニックでは人員等が限られており、集団認知行動療法の導入が難しい状況があるのではないかと推察された。

精神保健福祉センターがうつ病集団認知行動療法プログラムを実施することは、地域の精神科医療をより充実させるという意味で、意義はあるのではないかと推察された。

3. 総合考察

- 試験的に取り組んだプログラムでは、参加者全員、過去に希死念慮を抱いたことがあった。
- 先行研究：
『自殺対策において、うつ病対策は重要』
『うつ病の増悪・再燃予防には、認知行動療法が有効』
- 今回、プログラムの効果が概ね認められた。

地域の自殺対策として、うつ病集団認知行動療法プログラムは有効ではないかと推察された。

ご清聴ありがとうございました。

- ニーズ調査においては静岡県精神保健福祉センター様に、プログラム実施においては名古屋市精神保健福祉センター様に、事前にご教授いただきました。本当にありがとうございました。

