

こころの散歩道

Vol. 40
(通巻 232)

2017年3月発行

編集発行：栃木県精神保健福祉センター 〒329-1104 宇都宮市下岡本町2145-13 Tel 028 (673) 8785 Fax 028 (673) 6530

巻 頭 言

平成27年度に実施した当センターの研修やシンポジウムの内容を、「こころの散歩道」としてまとめお届けします。その他、当センターの事業についての簡単なご紹介も載せています。

平成27年2月14日に開催された「平成27年度栃木県精神科救急シンポジウム」のテーマ「高齢者の精神科救急」について、基調講演とパネルディスカッションを要約しました。今回の基調講演は、上都賀総合病院認知症疾患医療センターセンター長の衛藤進吉先生から、「精神科救急における高齢患者の精神症状をどう理解するか」と題するご講演をいただきました。続くパネルディスカッションでは、「関係機関における精神科救急対応の実際～高齢患者への対応を具体的に検討する～」というテーマで、身体医学科、精神科、それぞれの立場から意見をいただいた後、救急隊より具体的な事例を提示していただき、それについて検討を行いました。認知症対策の検討と共に精神科救急についての検討も併せて必要であること、身体科と精神科の連携、特に、地域ごとに連携の取り方を工夫することなどが挙げられました。当日は、多くの関係機関の方々にご参加いただき、ディスカッションでは多くの先生方からご意見いただ

いたことに深く感謝申し上げます。

次いで、当センターで、平成25年度から試行時期を経て開始した「スキルアップデイケア」について、その開設の意図や実施状況について簡単に紹介しました。このデイケアは、頻回の自傷を繰り返す方を対象に、感情のコントロール向上を目的とし、言葉を用いた内省よりも、スキルトレーニングを主とするショートケアです。興味関心のある方は、是非、当センターにお問い合わせいただければ幸いです。

さらに、これまで3年間にわたって研修を実施してきた「依存症関連相談技術研修会」による「動機づけ面接」について報告しました。また、平成27年度で終了した「思春期精神保健コンサルテーション事業」について、22年間にわたる実践をふり返ってみました。この間に、ご指導をいただいた、多くの先生方に、あらためてお礼申し上げます。

今後とも、当センターの事業に関して、皆様方のご理解とご協力が得られますよう、皆様方からご意見をいただければ幸いです。

栃木県精神保健福祉センター
所長 増茂 尚志

目 次

| | | | |
|--------|-----|--|----|
| 巻 報 | 頭 告 | 巻頭言…………… | 1 |
| | | 平成27年度精神科救急シンポジウムにおけるパネルディスカッションの実施結果について…………… | 2 |
| | | 自殺未遂者対策としてのスキルアップデイケア…………… | 5 |
| | | 精神保健福祉センターの4つのデイケア…………… | 6 |
| | | 依存症関連相談技術研修会を3年間実施して…………… | 7 |
| | | 思春期精神保健コンサルテーション事業を振り返って…………… | 8 |
| | | 平成27年度専門研修の実施結果…………… | 9 |
| 情報コーナー | | 精神保健福祉センター相談電話の紹介 ほか…………… | 10 |

平成27年度精神科救急シンポジウムにおける パネルディスカッションの実施結果について

当センターでは、精神科救急をめぐる関係機関同士の連携のあり方を様々な立場の方達と考える機会として、平成25年度から精神科救急シンポジウムを開催しています。平成27年度は、高齢者の精神科救急をテーマに、上都賀総合病院認知症医療疾患センター長の衛藤進吉先生から基調講演をいただいた後、衛藤先生をコーディネーターとして、4人の先生方をパネリストとしてディスカッションを実施しましたので、内容の一部を抜粋し、御報告いたします。

1 基調講演

『精神科救急における高齢患者の精神症状をどう理解するか』

(講師) 上都賀総合病院認知症疾患医療センター
センター長 衛藤 進吉 氏

高齢者に特徴的にみられる精神科的病態として、うつ病、認知症、せん妄、幻覚妄想があげられる。

高齢者のうつ病の背景には、心身機能の低下や、家庭内の孤立等があり、特徴としては回復しにくく自殺の危険性も高いとも言われている。高齢者は、抑うつ気分の訴えよりも意欲や集中力の低下が目立ち、不安・焦燥感が強い激越型のうつを示しやすい。また、精神症状よりも身体症状の訴えが強いことが多く、身体疾患との鑑別が難しい場合もある。

認知症は正常に発達した認知機能が持続的に低下し、生活に支障を来す状態をいう。中核症状は、記憶障害、見当識障害、理解・判断力の低下等であるが、周辺症状は、不安、抑うつ、徘徊、不眠、興奮、幻覚、妄想等、多彩な症状が見られる。身体的な原因疾患が存在する場合もあり、原疾患の治療で回復することもあるため、鑑別診断が重要となる。

せん妄は、意識レベルの低下に不安・焦燥・不眠を伴い、幻覚・妄想、興奮が生じる状態である。これらは夕方から夜間の時間帯に悪化することから、救急対応になることも少なくない。せん妄のタイプは過活動型の他に低活動型もあり、うつ病と間違われることもある。また、せん妄の発症因子として、脳血管障害や代謝性疾患等の脳機能を低下させる疾

患の存在（直接因子）や、環境変化や心身のストレス等の発症の引き金（誘発因子）、高齢による脳機能低下や脳血管障害の慢性期等（準備因子）があり、それらを含めたアセスメントが必要となる。

高齢者の幻覚・妄想は、元々の精神障害によるものと、高齢になって発症した場合のものに分けられる。統合失調症等の場合は、非現実的で荒唐無稽な妄想が多いが、認知症に伴う妄想は物取られ妄想を代表とする身近で現実的な妄想が多いのが特徴。

いずれにしても、高齢者の精神科救急問題は、心身の相関が強いため原因の特定が難しく、一般救急医療機関でも精神科医療機関でも対応が困難となることが多い。従って、各医療機関等の特徴を活かし、相互理解と信頼に基づいた連携体制作りが必要であり、二次医療圏ごとのルール作りが望まれる。

2 パネルディスカッション

関係機関における精神科救急対応の実際

～高齢患者への対応を具体的に検討する～

(パネリスト)

- ・ 栃木県医師会常任理事
(那須赤十字病院統括管理監) 宮原 保之 氏
- ・ 足利赤十字病院神経精神科部長 船山 道隆 氏
- ・ 烏山台病院長 杉浦 啓太 氏
- ・ 宇都宮市中央消防署消防司令補 手塚 照男 氏
(コーディネーター) 衛藤 進吉 氏

(1) パネリストからの発言

『身体科から見た精神科救急について』

宮原 保之 氏

栃木県では10の救急医療圏に分かれており、2次救急医療機関の他に3次救急として県内に5つの救命救急センターが設置されている。それに対して、精神科を併設している総合病院は上都賀総合、佐野厚生、足利赤十字の3カ所で、常時救急受入れ可能な精神科病院は、岡本台病院のみとなり、精神科救急と身体合併症精神科救急の医療資源は大きな差があり、地域格差も顕著である。

平成27年2月の消防庁・厚生労働省の統計資料によ

ると、栃木県の搬送困難事例（救急隊からの受入れ依頼に対し、医療機関で断られた回数4回以上又は現場到着から搬送開始までに30分以上を要した事例）の割合が、いずれも全国平均を上回っていた。また、平成26年度の消防署対象のアンケートによると、搬送先の選定が困難だった事例の類型として、「在宅独居や施設入所の高齢者」、「精神疾患患者」、「酩酊者」、「頻回利用者」等があげられた。

精神科救急の問題点の一つとして、精神科救急医療機関では精神科単科の病院がほとんどで、身体症状に対応してもらえないことがある。身体症状が重症な場合は、3次救急で受入れることが多いため搬送先はすぐに決まるが、身体症状が軽症であると、一般科救急医療機関は「まずは精神科疾患の医療機関での診察を」と、精神科では「身体的な症状には対応困難」と言われ、選定先決定までに時間がかかることが多い。また、精神疾患と身体疾患がどちらも重症な場合は、精神科併設の総合病院への搬送が望ましいが、栃木県の精神科併設総合病院は3カ所しかない現状である。結果として、身体症状が軽症でも救命救急センターに運ばれてくることがあり、そうすると、生命に危険を及ぼす重症な患者の処置にも影響が出てしまうことになる。

私が勤務する那須赤十字病院は、身体科の3次救急を担っているが、精神科は併設していないため、近隣の精神科医療機関との連携体制を構築してきた。これは、精神疾患を有する救急症例が増加したことから、精神科医療機関に支援を求め、精神科医療機関から承諾をしてもらったのが始まりである。必要に応じ月1～2回くらい精神科専門医が当院に来て、入院中の精神疾患がある患者さんを診察してくれるようになり、担当医が精神科専門医から指示を受けて治療を行い、身体の状態が落ち着けば精神科の専門病院へ送るという仕組みを作った。こうして、身体科医師と精神科専門医の信頼関係に基づく連携関係を結んだ。さらに、平成20年には、病院同士で精神疾患診療支援協定を結び、現在は、週1回、定期的に精神科の医師に来院してもらい、精神的に問題のある入院患者を診察してもらっている。精神科と身体科の連携には様々な方法があり、また、地域によって医療資源も異なることから、医療圏毎に連携の取り方を考えていく必要があると考える。

『精神科単科医療機関における高齢患者への対応』

杉浦 啓太 氏

烏山台病院は、平成11年に認知症医療疾患センターの指定を受けており、1日1名程度の割合で、認知症の新規患者が来院している。認知症関連疾患の中では、全国の傾向と同様、アルツハイマー型認知症が半数以上を占め、程度は中等度が多い。

専門医療相談では、ソーシャルワーカーが相談を受け、医師が診断をしたうえで、患者さんのニーズに応じて社会資源を紹介している。その他、認知症や高齢者に関する一般市民を対象とした講演などを行い、情報発信にも努めている。

認知症疾患医療センターでは、かかりつけ医、市町の保健センター、民生委員等と連携を図りながら業務を行っている。特に近くにある二次救急病院を中心に身体科の医療機関とは密に連携を図っている。当院では身体の状態が安定した後で、精神科のフォローが必要な場合は、すぐに引き受けるように心がけている。具体的には「内科入院中に夜間せん妄を起こしたケース」、「認知症で徘徊、健忘、興奮があり、一般科では対応できないというケース」等の相談があり、できるだけ優先して受け入れるよう心がけている。相互の信頼関係を保つことが、スムーズな連携につながるものと考えている。

『精神科併設総合病院における精神科救急の実態』

船山 道隆 氏

県内の3次救急医療機関で、精神科病棟を持っているのは当院のみ。また、隣接している群馬県では精神科を併設する総合病院がないため、栃木県と群馬県の両県から、多くの身体合併症の患者を受け入れている。さらに、岡本台病院の措置入院患者で、精神科単科では対応できない合併症を抱える患者の受入れも行っている。これらの患者に対応していると、医師や医療スタッフの意識改革が必要であると感じる。そもそも、身体疾患と精神疾患は分けられるものではない。高齢者の脱水や熱中症の患者にも認知症を合併している場合は少なくなく、逆に精神疾患患者に誤嚥性肺炎や肺血栓塞栓症を合併する場合も多い。

一方で、臨床現場での医師の医療技術は専門分野に偏ってきた。背景には、60年代の学生運動のためにインターン制度が廃止されたことがある。臨床研修があ

くまで努力規定にとどまったため、専門に偏った医師が多く育成された。近年は臨床研修が必須化されたために、徐々に状況は改善されていく可能性が高い。精神疾患と身体疾患の対応は、常に一体であることを認識しなければならないと考える。

(2) 事例に基づくディスカッション

①事例紹介 手塚 照男 氏

【通報内容】 午前4時過ぎに、通行人から「高齢男性が路上で怪我をしている」と119番通報あり。

【救急隊の観察結果】 推定70歳の男性が路上に座っていた。周囲の状況等から交通事故の可能性は低い。左頬部打撲擦過傷、左臀部打撲擦過傷、左膝部打撲擦過傷あり。主訴は外傷部位の痛みのみで、意識レベルはJCS 1-2（刺激しないで覚醒しているが見当識障害が見られる状態）。その他のバイタルサインは異常なし。

【認知の状態】 本人は「デイサービスへ行こうとして家を出た」と言うが、受傷時の状況は確認できず。自分の名前や生年月日は言えるが、日付や住所、自宅の電話番号、既往症等は言えない。

【救急隊の活動内容】 警察官に協力依頼し身元確認に努める。脳血管障害、その他の内因性疾患による意識障害からの転倒、認知症の老人が徘徊中の転倒等を念頭に活動。

【結果】 現場到着してから45分後に身元が判明。妻の話から、うつ病で市内の精神科病院に受診中で、認知症とは診断されていないが、日頃から物忘れ等があると確認。妻と連絡が取れた後、医療機関への問い合わせを開始するが、6件の医療機関から「処置中」「処置困難」「専門外」との理由で断られ7件目で受入れ可能な病院が決まった。病院問合せ開始から病院決定までに要した時間は40分間。初診時の診断名は、顔面打撲擦過傷、左下肢打撲擦過傷で、いずれも軽傷。

【課題と感ずる点】 傷病者搬送・受入実施基準に精神科の観察基準が明記されることで円滑な搬送につながるのではないかと。

②意見交換の内容

○宮原氏

転倒し頬部に打撲痕があり、頭部打撲の可能性も否定できない。もともとある認知症の症状か、身体的に頭蓋内損傷による症状なのかの区別は難しい。高齢者の場合、衝撃が小さくても頭蓋内損傷が残りやすいので、まずは身体科の治療をする必要がある。

ただ、身体科では処置後の対応が困難となりやすく、受入れを断られることにつながるのだろう。

○杉浦氏

本ケースは、まず身体科を優先し、その後、認知症やうつ病があれば、精神科で引き受けるということになるだろう。精神科が協力することで、身体科からの協力も得られ、連携が円滑になると考える。

○船山氏

精神科救急の場合、患者によっては他害等の危険性が高いこともあり、警察の介入についても検討する必要があるだろう。また、医療では対応できない問題が生じた場合の福祉との連携も重要になる。

○手塚氏

救急隊は要請に応じて少しでも早く病院へ運ぶということを大前提に活動している。しかし、精神症状があると受け入れてくれる病院がなかなか見つからないというのが現状。救急医療機関への搬送した後に精神科との連携が構築されれば、救急業務もスムーズになるのではないかと期待する。

～会場からの意見～

○身体科医師

当院では、同様の事例を多く受け入れている。その中で感じる問題は大きく分けてふたつある。ひとつは、軽症で入院は必要がないが、身元が分からない人という場合、処置が終わっても長時間救急外来で対応せざるを得ず、中には、暴れたり大声を出したりする場合もあり、スタッフがその対応に追われて通常の救急機能が保てなくなること。ふたつ目は、精神症状や意識障害で十分に症状等を訴えられない患者の診断は難しく、安易に軽傷と判断してしまうと急変することもあるということ。このような問題が、医療機関側の受け入れ拒否の心理を助長する。

○大学病院医師

仮に、身元が判明しないような場合は、応急入院の対象としての検討も必要になるのではないかと。ただし、

本県で応急入院の指定医療機関は岡本台病院だけであり、対応には限界がある。措置入院の受入れ先や指定病院の見直しを考える時期ではないか。

○精神科医師

強制入院が妥当と判断されるような精神症状があれば応急入院に踏み切れるが、軽症事例で単に身元不明というだけでは応急入院は難しい。

精神科でも身体科でも、コミュニケーションが困難な患者の診察は慎重に行う必要があり、身元が不明な場合は、警察や行政のサポートも重要と考える。

○精神科医師

身体科と精神科の連携体制が構築されていけば、搬送困難事例は減少するだろう。今後、精神科救急医療システムを検討して行く中で、総合病院、単科精神科病院、一般の救急病院の信頼関係を構築するための検討を行わなければならないと改めて痛感する。

○県障害福祉課職員

栃木県では、精神科救急医療システム連絡調整委員会の下部組織として身体合併症課題検討部会を設置し、一般科救急での患者受入れと、その後の精神

科との連携のルールについて検討しているところです。

精神障害を持つ方の早期退院を推進するために、地域移行・地域定着支援事業を実施しているが、精神障害者の地域生活には、精神科救急体制の構築も必要な条件であると考えている。

3 まとめ

【衛藤氏及びパネリストからのコメント】

- ・超高齢社会を迎えるにあたり、地域包括ケアシステムや認知症対策について検討されているが、精神科救急についても併せて検討する必要がある。
- ・身体科と精神科が同じ目標を持ち、信頼関係に基づく連携強化を図ることが今後の課題である。
- ・医療資源にアンバランスがあるという現状を踏まえ、地域毎に連携の取り方を検討する必要がある。
- ・身体合併症対策は、身体科、精神科それぞれに医療事故のリスクも高いため、各病院の安全対策委員会の機能を十分に整える必要がある。
- ・医療では対応できない問題に対しては、地域との協力体制についても考えて行く必要がある。

自殺未遂者対策としてのスキルアップデイケア

1 はじめに

スキルアップデイケアは、平成25年度から試行期間を経て開始された、自殺未遂者対策としてのプログラムである。慢性的な希死念慮を有し、自傷行為、自殺未遂等の経過を持っている方を対象に、心理教育やミーティング、スキルトレーニングを通してストレス対処技術を学ぶ内容で実施している。今回は、スキルアップデイケアを行う上での基本的な考え方及び平成27年度の実施状況について報告します。

2 基本的な考え方

感情のコントロールが難しく、自傷行為や自殺未遂等のように衝動的に行動してしまうことを「感情調節困難」として捉えている。平常時には、状況に応じた感情で理性的に対応できるが、感情調節が困難になるなど危機的な状況下では、理性的に対応す

ることが難しく(危機的な状況が繰り返されると、さほど危険とは感じないようなことでも危機反応を呈しやすい)なり、感情に押された衝動行動をしやすくなることが、脳機能のレベルで理解されるようになってきている。これには、生物学的な傾向として感情的傷付きやすさがあることや環境的影響(虐待のような非承認体験)があるとされている。

ここで、関わる際に大切になるのが「承認(対象者の衝動行動も含めた様々な反応は現在の生活の文脈と状況では理解可能であることを伝えること)」という、周囲の態度である。この承認的関わりが感情調節困難になっている脳の状態に対して「安全感」として作用することが期待されている。こうした作用等により危機的な状況に圧倒されずに、自傷行為や自殺未遂以外のストレス対処技術を選択できることを目標の一つとしている。

また、座学のみで終わらずにスキルとして実際の生活に般化できるよう、マインドフルネススキルや苦悩耐性スキル、感情調節スキル、対人関係スキルを組み合わせて、スキルトレーニングとして実施している。

3 平成27年度の実施状況

平成26年度から課題の一つとなっていた「対象者の募集方法」であるが、今年度は自殺未遂者対策の一環として、自傷行為に悩む本人又はその家族、支援関係者向けのチラシを作成し、関係機関への配布及び一部医療機関には直接出向いての説明を行った。また、栃木県精神保健福祉センターのホームページにも同チラシを掲載した。

次に、プログラムであるが、昨年度は、参加者の負担が少なくリラックスして参加ができるように、細かく休憩をはさみ、軽スポーツ等楽しめる活動を加えた構成としたが、本来の感情調整に焦点を当てた「ストレス対処技術を学ぶ」という視点が薄れてしまった印象を受けた。そのため、今年度はスキル

トレーニングの時間を増やし、参加者の病状や行為など実情に合わせた柔軟なプログラムで実施した。

参加者数はあまりふるわない状況にあるが、昨年度は参加者の半数がプログラムを中断したのに対し、今年度は4回1クールを終えた者が多く、「継続性」という点では改善傾向にあると考えた。

4 まとめ

昨年度に引き続き、対象者の募集方法については課題が残る。これまで募集先としていたのは医療機関が中心であったため、今後は、地域を管轄している保健所や市町との情報共有、連絡をとりながら、ルートの拡大に努めたい。

また、一連の未遂者対策として、次年度は、新規事業「頻回自傷・未遂者及び家族等特定相談」及び「頻回自傷・未遂者家族教室」を実施する予定である。自傷行為に悩む本人を抱える家族も疲弊、困惑している場合が多い。特定相談や家族教室を通して、家族支援から本人支援に繋げていけるよう、取り組んでいきたい。

事業の紹介



精神保健福祉センターの4つのデイケアをご紹介します

| 名 称 | うつ病ショートケア (通称) うつショート | うつ病復職デイケア (通称) うつデイ | 精神科デイケア (通称) P-デイ | スキルアップ デイケア |
|-----|--|--|-------------------------|--|
| 募 集 | 期間中随時参加可能 | 開始時メンバー固定制 | 随時参加可能 | 随時参加可能 |
| 対象者 | ・慢性期のうつ病と診断され、長期に生活障害を持つ方で、年齢は原則30歳以上55歳未満の方 | ・慢性期のうつ病と診断され、休職中の方で、年齢は原則30歳以上55歳未満の方 | ・精神疾患がある方で、年齢は原則18歳以上の方 | ・慢性的な希死念慮があり、自傷行為、自殺未遂の経験がある方で、年齢は原則15歳以上50歳未満の方 |

※デイケアの御利用を希望される場合、主治医の承諾と当センターでの面接が必要となります。

依存症関連相談技術研修会を3年間実施して

1 はじめに

依存症の支援方法として、本人を「底つき」に至らせて自助グループ等につなぐという方法があります。それは、依存症の特徴にあるとされる「否認」を打ち破るために、本人を突き放して問題に直面させ依存対象を手放さないとうにもならない状況（＝「底つき」）を作ることです。この支援方法で支援の場につながる本人もいますが、なかなかつながらない場合もあります。つながらない状況が長引くに連れ、本人や周りの家族は疲弊していきます。

一方、近年の依存症の領域で普及している支援方法に本人の底つきを待たずに積極的に本人に関わり支援の場につなごうとする考えがあります。たとえば、本人が持っている変わりたい動機を引き出して強めていく「動機づけ面接法(以下、MIという。)」であり、認知行動療法をベースに本人を支援の場につなぐ方法がプログラム化されている「CRAFT」等です。当センターにおいてもこのような依存症支援の潮流の変化を踏まえ、平成25年度から新たに「依存症関連相談技術研修会」と題して「MI」をテーマに研修会を実施いたしました。

2 MIって？

皆さんは、「覚せい剤を辞めたいのだけど辞めたくない！」と相談を受けたらどのように対応されますか？たとえば「覚せい剤？体にも悪いし何より違法。早くやめてダルクに入った方がいい」等と説得をする方法もあるでしょうし、あるいは「覚せい剤？しんどい状況があって使わなきゃやっていられない状況にあるのだろう。とすると辞めたくないですよ」と傾聴を中心に対応する場合もあると思います。ただ、難しいのは「変わりたいけれども変わりがたくない」という両価的な状態に変わることを前面に出して関わると反発を生む傾向がありますし、傾聴等の受容を中心に関わると逆に変わりがたくない部分に焦点が当たり行動変容の方向に進まない……というジレンマがあることです。つまり、相談を受ける側に「受容」と「変化」のバランスが求められるのですが、こうした状態から変化への動機を高める方法に「MI」があります。MIは「良い方向に向いて行きそうなちょっとした言葉に、特に注意を払

うことによって、変わろうか変わるまいかというように、どうしようか迷っているアンビバレントな状態に対処するための、来談者中心のカウンセリングスタイル（MINF HPより引用）」です。

3 研修会を実施して

(1) 内容

MIの説明を見ると「何だ、そんなことか」と思われる方も多いかもしれません。MIの考えはシンプルですが、一方で実践するには楽器の演奏と同じように繰り返しの練習が必要です。そのため、MIのトレーナー資格を取られ、各地でMIのワークショップ形式の研修を実施されていた加濃正人先生（新中川病院 医師/臨床心理士）を始めとしたMIに習熟した方々に講師をお願いしました。担当者の期待どおり研修会はMIを段階的に学べるように配慮されたものであり、ふんだんにロールプレイを盛り込んだ実践的な内容になりました。

(2) 実績

平成25年度…2回実施 1回3h 参加者86名（累計）
平成26年度…2回実施 1回6h 参加者69名（累計）
平成27年度…2回実施 1回6h 参加者48名（累計）

(3) 参加者の感想

参加者の感想は概ね好評で、「聞くだけではなく集中的なトレーニングで良かった」という意見や「使えるためにはより継続的な学習が必要」などと継続的なMIの学習に意欲を示す方もいらっしゃいました。

4 最後に

依存症関連相談技術研修会は、一つの支援法を集中的に学ぶというスタイルです。これは、精神保健の専門機関としての当センターの役割に合うものだとも思っています。MIについては、依存症のみならず問題認識に乏しいケースに関わることも多い行政機関の職員に特に必要な技術と思っています。

また、3年間MIをテーマに本研修を実施してきましたが、今後も依存症の回復支援に有効な技術に関する研修会を企画していきたいと思っています。

思春期精神保健コンサルテーション事業を振り返って

1 はじめに

思春期にまつわる問題は、第二次性徴の発現に同期して表面化される親からの自立やアイデンティティ、自己愛といった思春期心性の問題に加え、破瓜型（解体型）統合失調症等この時期に好発する精神疾患の問題と合わせて、従来から精神保健分野において着目されてきたテーマの一つです。

こうした思春期の問題について、当センターでは専門教育や技術援助を実施してきました。

このうち専門教育としては、教育、医療、保健福祉等の各分野で思春期の相談援助等に携わる関係者の資質向上を図ることを目的に、「思春期事例研究会」や「思春期関連問題研修会」を実施しております。また、技術援助としては、当初は学校精神保健活動の機能向上を目的として学校関係者を対象に、その後、学校現場以外でも思春期に関わる機会の多い児童福祉や精神保健福祉分野の相談担当職員等を対象に広げ、「思春期精神保健コンサルテーション」を実施してきたところです。

このような中、本県においても関係機関によるネットワークを活用した相談支援体制の強化が必要とされ、平成27年度から各広域健康福祉センターを中心にコンサルテーション機能と各地域の関係機関の連携強化機能を併せ持つ「子どもの心の相談支援体制強化事業」が展開し始めました。これを受け、当センターで実施してきた思春期コンサルテーション事業については一定の役割を果たしたものと考え、平成27年度をもって長い歴史に幕を下ろすことといたしました。

2 経過及び成果等

このコンサルテーション事業は、平成6年度から22年間に及んで実施してきたもので、思春期問題に造詣の深いコンサルタントを招いて、主に精神医学的な側面から事例の的確な見立てや具体的な助言をいただきました。事業開始当初は不登校事例が圧倒的に多かったものの、その後は強迫症状や食行動問題、他害行為等、学校現場や家庭・地域で問題が顕在化している事例が散見され始めました。また、最近では、こだわりが強く対人関係を保つのが困難な発達上の問題を抱えた子どもが、思春期に入って生活上の新たな問題に直面している事例や、リストカット等の自傷行為や自殺願望がみられる事例が多く取り上げられる傾向にあります。この他、家庭環

境に問題がある事例や、中には保護者の側に精神疾患等の問題を抱えている事例もあり、対象となる思春期自身の問題と併せて、家族要因や社会的要因といった背景の問題も多様な広がりを見せております。

本コンサルテーション事業を通して感じたこととして、現場で思春期の問題と直接関わっている支援者、とりわけ学校関係者や児童福祉関係者においては、精神保健の専門的知識による裏付けを持ちにくい中で複雑困難な思春期問題に孤軍奮闘していることも多く、本事業による精神医学的な状態像の見立てや治療の必要性、治療導入した場合に見込まれる服薬の効果等に関する専門的な助言が、非常に有用で支援者側が安心を得る機会になることが確認できました。

これまで多くの関係機関に活用いただき、事業開始当初に目的に据えていた学校精神保健活動の機能向上という点においては、一定の効果を上げた本コンサルテーション事業ですが、昨今の少子核家族化の進行や家族の生活スタイルの変化、高度情報化社会による各種メディアの浸透等、思春期を取り巻く社会環境はめまぐるしく変化し、思春期に生じる問題が多様化・複雑化しております。また、思春期に生じる問題といっても、それ以前の児童期あるいは乳幼児期の不適切な環境に起因する場合も珍しくなく、さらには世代間連鎖による虐待や子どもの貧困問題までもがクローズアップされている最近の状況において、思春期より早い段階まで含めた子どもの問題の早期発見・早期対応が求められております。

3 最後に

今後、当センターでは思春期に関する事例検討会や研修会を継続しますが、各健康福祉センターを始め、地域の関係機関と連携を図りつつ、思春期の対応困難事例等に積極的に取り組んでいきたいと考えておりますので、引き続き御理解・御協力の程よろしくお願いたします。

末筆になりますが、本事業のコンサルタントとして、平成6年の事業開始時から2年間お世話になりました宇都宮大学の吉野啓子先生、その後6年間お世話になりました湘南病院の大滝紀宏先生、そして平成14年度以降14年という長期に及んで多くの専門医を派遣くださいました自治医科大学精神医学教室の皆様方には、御多用の中多大なる御協力をいただきました。改めまして、この場を借りて心から感謝申し上げます。

平成27年度専門研修の実施結果

| 事業名 | 実施日 | 内 容 | 人数 | 講師等 |
|-------------------|-----------|--|-----|--|
| 新任精神保健福祉担当職員研修会 | H27.4.24 | 講義 ①精神疾患の基礎知識～理解と対応～ ②精神科救急情報センター及び精神医療審査会について ③精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療の事務手続きについて | 46 | 精神保健福祉センター職員 |
| 障害者支援施設等職員研修 | H27.11.9 | 講義、情報交換 「精神疾患についての基礎知識」 | 54 | 精神保健福祉センター職員 |
| 精神保健福祉ボランティア関連研修会 | H28.1.7 | 講演 「ボランティア活動における傾聴の大切さ」 | 21 | 話の聴き方（傾聴）教室 傾聴ハピネス 代表 渡邊 純子 氏 |
| 薬物依存症相談担当者専門研修会 | H27.7.18 | 講話 「依存症支援の新たな取り組みについて～始まりのSMARPP、そしてSCOPへ～」 | 31 | 神奈川県立精神医療センター 臨床心理士 早坂 透 氏 |
| | H27.11.7 | 講話 「家族間コミュニケーションの改善 ベターコミュニケーション・グループ～CRAFTに基づいた応用の試み～」 | 34 | さいたま市こころの医療センター 所長 岡崎 直人 氏 (精神保健福祉士) |
| | H28.3.12 | 講話 「感情の病としての依存症」 | 40 | こころとからだ・光の花クリニック 精神科医 院長 白川 美也子 氏 |
| 依存症関連相談技術研修会 | H27.10.15 | 講義・演習 「依存症相談に役立つ動機付け面接法」 | 24 | 新中川病院 医師・臨床心理士 加濃 正人 氏 |
| | H27.10.29 | | 24 | 国立成育医療研究センター 保健師 三瓶 舞紀子 氏 |
| 思春期事例研究会 | H27.9.17 | ・17歳女性の事例 ・15歳男性の事例 | 11 | 湘南病院 院長 大滝 紀宏 氏 |
| | H28.2.8 | ・19歳男性の事例 | 23 | 関東中央病院 精神科医長 中 康 氏 |
| 思春期関連問題研修会 | H28.1.29 | 講話 「思春期のストレス対処力と健康支援－Sense of coherence (SOC) が導くwell-being－」 | 126 | 人間総合科学大学 人間科学部人間科学科 助教 朴峠 周子 氏 |
| 電話相談員研修会 | H28.2.18 | 講演・演習 「電話相談の特異性～頻回相談の背景とその対応」 | 43 | 作新学院小学部 八島 禎宏 氏 |
| 森田療法専門講座 | H28.3.3 | 講演 「森田療法の基礎と思春期症例への応用」 | 87 | 東京慈恵会医科大学附属第三病院 精神神経科 医師 石山 菜奈子 氏 |

| 事業名 | 実施日 | 内 容 | 人数 | 講師等 |
|------------|----------|---|-----|---|
| 自殺対策担当者研修会 | H27.9.15 | 基礎講義 「若年者の自殺の傾向について」 ～近年のデータを参考に～ 講演 「心の居場所を持ってない若者の支援」 ～星の家での体験から～ | 107 | 精神保健福祉センター職員 自立援助ホーム星の家 ホーム長 星 俊彦 氏 |
| | H28.1.21 | 講義・演習 「感情調節困難への弁証法的行動療法を 活用した支援の概要」 ～感情調節困難支援研修より～ 講義 「自殺に傾いた人のリスクアセスメント と地域支援」 ～心理職自殺予防研修 より～ | 24 | 精神保健福祉センター職員 |

情報コーナー

電話により相談をご希望の方は・・・

こころのダイヤル

☎ 028-673-8341

受付時間 平日9:00～17:00
(祝祭日、年末年始を除く)

夜間休日の精神科救急医療に関する相談は・・・

精神科救急医療相談電話

☎ 0570-666-990

受付時間 平日17:00～22:00
土日祝日10:00～22:00

●栃木県精神保健福祉会（やしお会）●

家族だけで悩んでいませんか？

やしお会は、こころに病を持つ人たちを抱える家族の会です。その家族による悩み相談と本音で包み隠さず話し合う家族同士の交流会を通して、八方塞がりの状態から一歩踏み出しませんか。相談及び交流会ご希望の方は、どうぞお気軽にお申し込みください。相談は無料です。

本部相談会

日 時：毎週水曜日 10:00～15:00

会 場：栃木県精神保健福祉センター2F やしお会事務局

お問い合わせ：028-673-8404

【各地区やしお会のご案内】

- | | | | |
|-----------|--------------------------------|-----------------|-------------------|
| ・宇都宮やしお会 | TEL 028-626-1114 (宇都宮市保健所内) | ・佐野やしお会 | TEL 0283-24-9880 |
| ・日光地区やしお会 | TEL 0288-27-7438 | ・鹿沼やしお会 | TEL 080-6748-9199 |
| ・小山地区やしお会 | TEL 0280-57-2673 | ・クローバーハーツ癒しの夢工房 | TEL 0287-45-2299 |
| ・足利やしお会 | TEL 0284-64-9770 | ・ほっとスペースひだまり家族会 | TEL 028-666-8693 |
| | | ・ピアサポートやしお | TEL 028-673-8404 |