

SAITAMA 精神保健福祉だより

埼玉県立精神保健福祉センター <http://www.pref.saitama.lg.jp/A03/BE02/top.htm>

埼玉県立精神医療センター <http://www.pref.saitama.lg.jp/A80/BA04/top.htm>

〒362-0806 埼玉県北足立郡伊奈町大字小室818番地2 TEL 048-723-1111(代表) FAX048-723-1550

CONTENTS

| | |
|-----------------------|----|
| 1. 障害者自立支援法について | |
| ①法の概要とサービスの実際 | 1 |
| ②自立支援医療費（精神通院）について | 4 |
| 2. 精神障害者の就労支援について | 6 |
| 3. 精神科救急情報センターについて | 8 |
| 4. うつ・自殺予防対策について | 10 |
| <地域精神保健指導者研修の報告> | |
| 5. 精神医療センター新病棟開設のお知らせ | 12 |

No. 58

平成18年3月

障害者自立支援法について

①法の概要とサービスの実際

障害者福祉課 精神福祉担当

地域で暮らす障害者の方々を支援するために、障害者自立支援法が成立し、平成18年4月1日から新しい制度が始まります。

1 障害者自立支援法のポイント

(1) 障害者施策のサービスの一元化

今まで、身体障害者・知的障害者・精神障害者といった障害種別ごとにサービスが提供されていました。また、精神障害者は、支援費制度の対象外でもありました。

この法律によって、障害の種別にかかわらず共通の制度によりサービスを提供します。

また、サービスの主体を市町村に一元化し、県はこれをバックアップすることになります。

(2) 利用者本位のサービス体系に再編

従来の制度は、施設や事業体系が複雑だったために分かりにくく利用しづらい制度でした。

今後は、サービス体系を、機能に注目して再編・強化します。また、規制緩和を進め、学校の空き教室を利用できるなど既存の社会資源の活用を図ります。

(3) 就労支援の抜本的強化

今までは、養護学校の卒業者の約5割の方々が福祉施設に入所しており、就労を理由として福祉施設を退所する方はわずか1%しかいませんでした。

これからは、新たな就労支援事業を創設するとともに、雇用施策との連携を強化して就労支援を強化します。

(4) 支給決定の透明化・明確化

従来の制度では、支援の必要度を判定する客観的な全国共通のルールがありませんでした。

この法律により障害程度区分を導入し、支援の必要度合いに応じてサービスが利用できるように利用に関する手続きや基準を明確化します。

(5) 安定的な財源の確保

増え続けるサービス利用のための財源を安定的に確保するため国と県の費用負担の責任を強化

します。

また、サービスを利用する方々もサービスの利用量と所得に応じ、原則1割の定率負担が導入されます。

2 サービスの実際

障害者自立支援法では、利用できるサービスとして「障害福祉サービス（介護給付・訓練等給付）」「自立支援医療」「補装具」「地域生活支援事業」があります。（図1参照）

(1) 障害福祉サービス

① サービスの強化

「障害福祉サービス」は、障害のある方々の障害程度や社会活動や介護者、住んでいる所の状況等を考慮しながら、サービスが提供されます。

介護の支援を受ける場合には「介護給付」、自立訓練や就労訓練などの支援を受ける場合は「訓練等給付」となり、それぞれ利用する場合の手続きが異なります。

また、サービスには期限のあるものと、ないものがありますが、期限のあるものでも、必要に応じて延長が可能な場合があります。

なお、施設サービスは、平成18年10月から始まります。ただし、サービスによっては平成24年3月までに徐々に移行します。

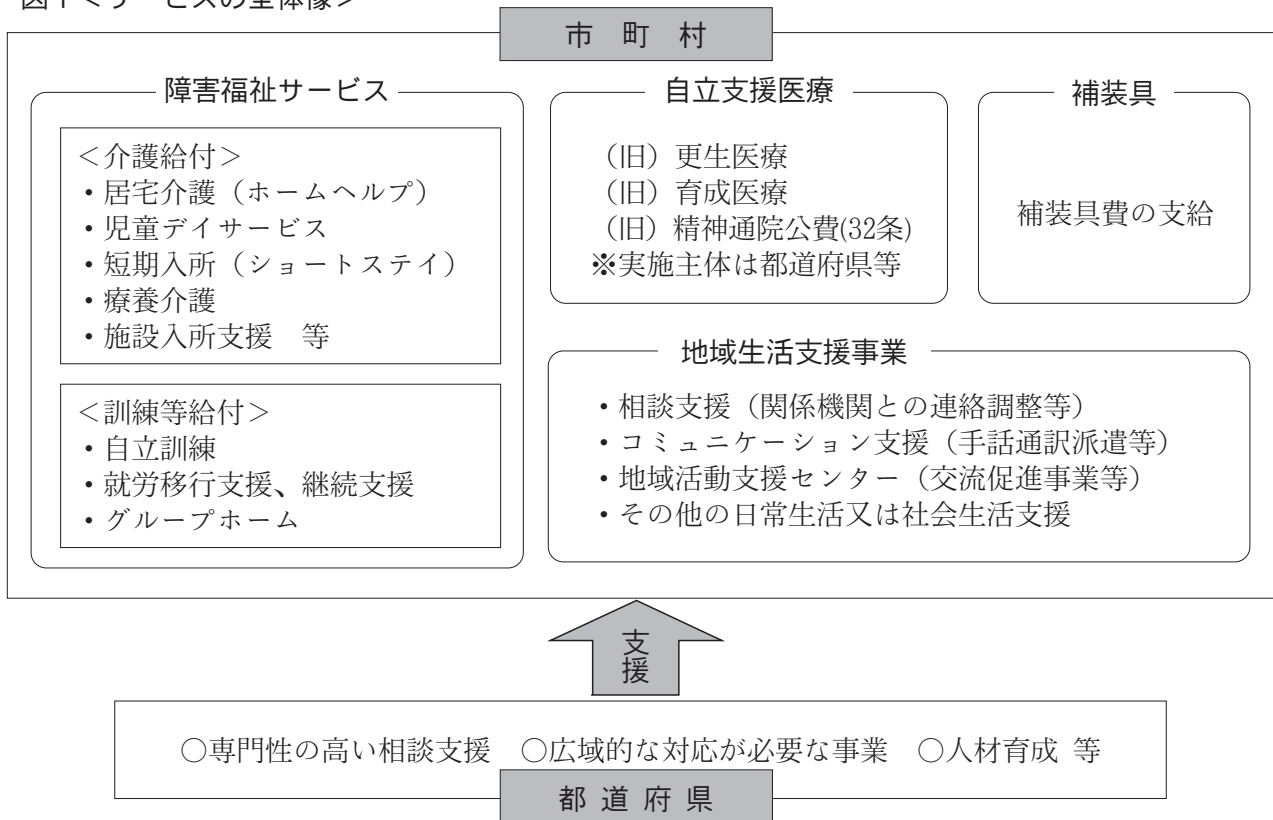
② 支給決定

障害者の心身の状況や社会活動や居住等の状況、サービスの利用意向、また訓練や就労に関する評価を把握し、福祉サービスの必要性を総合的に判断して支給決定を行います。支給決定にあたっては、障害の程度などを調査するとともに、審査会を行い障害福祉に関する有識者の方々の意見を伺って決定します。

③ 利用者負担

平成18年4月1日からサービス費用の原則1割の定率負担となりますが、以下の軽減措置がとられています。

図1 <サービスの全体像>



ア 月額負担上限額

世帯の所得に応じて月額負担上限額が設定され、利用したサービス量にかかわらず、それ以上の負担は生じません。

- ①市町村民税課税世帯の方 37,200円
- ②市町村民税非課税世帯で下記に該当しない方 24,600円
- ③市町村民税非課税世帯で年収80万円以下の方 15,000円
- ④生活保護世帯の方 0円

イ 個別減免

入所施設（20歳以上）やグループホームを利用する場合、市町村民税非課税世帯で、自家用の資産以外の資産がなく、預金等が350万円以下の方などは上記月額上限額がさらに減額されます。

ウ 社会福祉法人減免

ホームヘルプやデイサービスなどの在宅サービスや通所施設を利用されている方、20歳未満の施設に入所されている方が社会福祉法人等が提供するサービスを利用した場合、市町村民税非課税世帯で収入及び預金等が一定額以下の世帯の方には、月額上限負担額が減額になる場合があります。

エ 高額障害者福祉サービス費

同じ世帯の中で障害福祉サービスを利用する人が複数いる場合や、障害福祉サービスを利用している人が介護保険のサービスを利用した場合でも、アの月額負担上限額は変わりません。これを超えて利用された分については、高額障害者福祉サービス費として支払われます。（償還払い方式によります。）

オ 食費等実費負担の軽減措置

市町村民税非課税世帯の方が通所施設やデイサービス、ショートステイなどを利用した場合、食費・光熱費の実費負担について、軽減措置が講じられています。

カ 生活保護への移行防止

上記のアからオによる負担軽減措置を講じても、自己負担額を負担することにより生活保護の対象

となる場合には、生活保護の対象とならない額まで自己負担額が引き下げられます。

(2) 自立支援医療

現在の身体障害者福祉法に基づく更生医療、児童福祉法に基づく育成医療、そして精神保健福祉法に基づく精神通院医療費公費負担制度を新しい制度に一元化し、共通の仕組みでみんなで費用を支えあうことを目的として、平成18年4月1日から自立支援医療の制度が始まります。

（詳細は、4ページの②「自立支援医療について」をお読みください。）

(3) 補装具

障害者の方々の身体機能を補完し、又は代替し、かつ長時間にわたり継続して使用される義肢、装具、車いすなどの補装具費も大きく変わります。利用者負担についても平成18年10月1日から1割を利用者が負担することとなります。ただし、所得に応じて一定の負担上限が設定されます。

(4) 地域生活支援事業

市町村の創意工夫により、利用される方々の状況に応じて柔軟にサービスを行うことができる「地域生活支援事業」が平成18年10月から始まります。

主な事業として、相談支援事業、訪問入浴サービス事業、コミュニケーション支援事業（手話通訳等の派遣）、社会参加促進事業（地域活動支援センター）、日常生活用具の給付又は貸与、福祉ホーム事業、移動支援事業などがありますが、市町村によって事業内容は異なります。

障害者自立支援法は、障害のある方が地域で安心して暮らせる社会の実現を目指します。詳細については、お住まいの市区町村の窓口にお問い合わせください。

②自立支援医療（精神通院）について

精神保健福祉センター 精神医療福祉審査担当

障害者自立支援法による医療給付が平成18年4月1日から開始され、それに先立つ移行作業（みなし申請）が平成18年1月から各都道府県で若干の時間差、方法差はあるものの一斉に開始されています。

これにより精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）第32条による通院医療費公費負担制度は昭和40年に誕生してからの長い歴史に終止符を打ち、自立支援医療に移行していくこととなります。

現在、通院医療費公費負担制度を利用されている方は、3月中に自立支援医療制度への変更手続き（みなし申請）を行う必要があります。3月末のみなし申請期限までに申請を行わなかった場合、有効期限の表記されている患者票（現行の公費負担制度）を医療機関等の窓口で提示しても、使用できなくなりますので、ご注意ください。

以下に自立支援医療（精神通院）の主な点を解説します。

<対象>

精神保健福祉法第5条に定める精神障害者（現行のまま）

<有効期間>

1年間（現行は2年間）

<申請に必要な書類>

- ・申請書
- ・意見書
（申請書、意見書の用紙は医療機関、市町村役場にあります。）
- ・保険証
- ・市町村民税の課税、非課税証明書類
（保険証に記載されている者全員）

<受給者証>

従来の患者票に代わって、「自立支援医療受給

者証」が発行されます。原則として利用者が管理します。

<自己負担>

原則として医療費総額の10%（現行は5%）

ただし、「世帯」の所得状況や「重度かつ継続」に該当する疾病の場合には、負担上限月額が設定され、月の上限額を超えた額は、支払う必要はありません。また、一定所得以上の場合は対象外となることがあります。（図1参照）

自立支援医療での「世帯」とは、受給者と同じ保険証に記載されている方を単位とするもので、この単位の所得状況等に応じて負担上限月額が決定されます。

「世帯」の状況の変化（結婚、離婚、死亡等）により負担上限月額の変更を求める申請を行うことができます。

また、「重度かつ継続」とは、計画的、集中的な治療を継続して行う必要があると認められた疾病に対して負担上限月額が設定されるものです。

負担上限月額が設定された方には管理票が交付されるので、医療機関などでの受診の際、毎回窓口で提示し、証明を受けることとなります。月の途中で紛失等すると再発行されないの、注意が必要です。

<指定医療機関>

自立支援医療は一定の基準を満たした指定医療機関で受けることができます。ここでいう医療機関は病院、診療所のほかに薬局、訪問看護ステーションを含みます。申請に基づき受給者証に記載された医療機関で医療を受けることとなります。

移行期間のため、4月1日現在継続して利用している医療機関は、みなし指定医療機関として引き続き医療を受けることができます。

なお、医療機関は厚生労働省令で告示された条

件を満たした上で、1年以内に指定の申請を行う必要があります。

<記載内容変更の申請・届出>

受給者証の記載内容のうち、指定医療機関及び負担上限月額を変更する場合は、県知事への申請に基づく新しい受給者証の交付を受ける必要があります。

その他の記載事項の変更の場合は、市町村の窓口への届出による受給者証の訂正が必要になります。

<手帳との関係>

精神障害者保健福祉手帳については、これまで通り有効期限は2年です。自立支援医療と有効期間が異なるため、従来可能であった同時申請が、

一部出来ない場合があります。

<申請・相談の窓口>

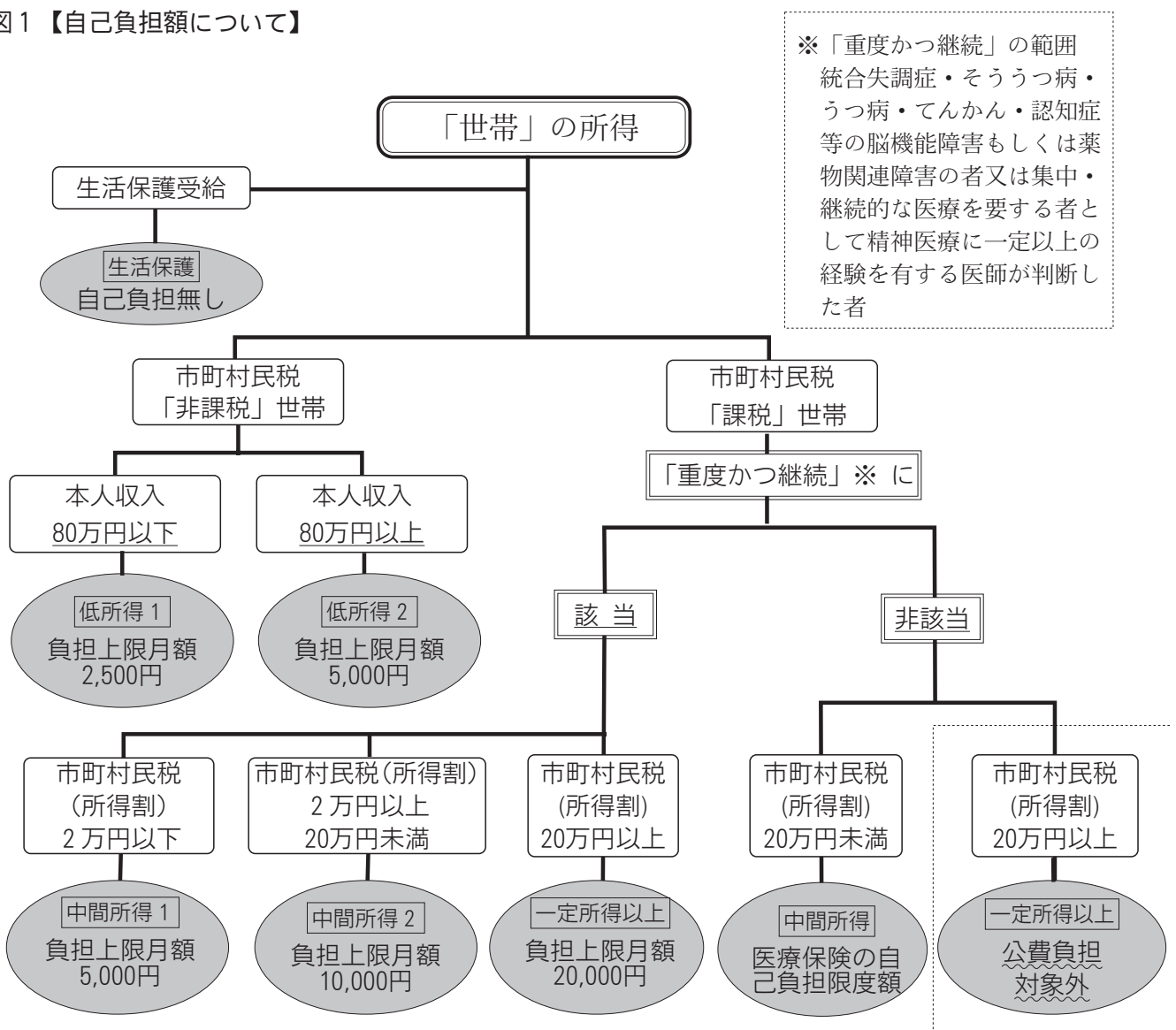
窓口はお住まいの市町村になります。

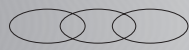
<その他>

今回の自立支援医療への移行については準備期間が短く、2月末現在でようやく厚生労働省令が示された段階です。様々な通知がこれ以降、示されるものと思われます。埼玉県では埼玉県障害者自立支援法施行細則を公布し、様々な様式が定められます。

自立支援医療（精神通院）の情報は当センターホームページにも掲載しておりますので、随時ご覧ください。

図1 【自己負担額について】





精神障害者の就労支援について



精神保健福祉センター 就労支援担当

はじめに

平成18年4月から障害者の雇用の促進等に関する法律（以下、障害者雇用促進法）の改正に伴い、いよいよ精神障害者も障害者雇用率の算定対象となります。また、障害者自立支援法の成立により、就労移行支援事業等が創設されるなど、障害者保健福祉の分野においても就労支援の抜本的強化が進められています。

多くの精神障害者の「働きたい」という切なる願いを実現させるために、今まさに我々支援者の支援力の質と量が問われています。

1. 障害者雇用促進法の改正について

主な改正の内容は、

- ①精神障害者（精神障害者保健福祉手帳所持者）を雇用率の算定対象とする。
また、短時間労働（20時間以上30時間未満）の精神障害者についても0.5人分とカウントし、雇用率に算定する。
- ②在宅就業障害者等に仕事を発注した企業に対して、特例調整金・特例報奨金を支給する。
- ③障害者雇用促進施策と障害者福祉保健施策の有機的な連携を図る。
となっています。

2. 「働きたい」を「働ける」にするために

精神障害者の求職登録数は年々増加していますが、就職件数は他の障害者に比べかなり少なく、障害者試行雇用（トライアル雇用）事業や職場適応援助者（ジョブコーチ）支援など、精神障害者の障害特性に適した支援制度がうまく活用されていない状況です。

「働きたい」というニーズが、「働ける」につながる理由を考えると、

- ①企業等の精神障害者に対する理解と雇用管理のノウハウが充分普及していないこと。
- ②雇用支援機関が精神障害者に対する就労支援の経験が少なく、支援技術が確立されていないこと。

③精神保健福祉関係職員の就労支援に対する意識や知識が乏しく、一般就労を目指した訓練を行っている施設が少ないこと。

④精神障害者自身の就労準備が充分できていないこと。
などがあげられます。

3. 精神保健福祉センターのデイケア（就労準備コース）について

精神保健福祉センターのデイケアは、利用期間を定め、各利用者の目標にそった課題を立て、多少の負荷（ストレス）をかけながらセルフケア能力を高める訓練型のデイケアです。平成2年開設当初より、就労に力を入れており、内職作業などの「センター内就労訓練」や実際の職場で職員とともに働く「職場体験プログラム」（年2回、20日間程度）、4週間の職場実習を含む「就労援助特別プログラム」（8週間）などを経て、平成9年より、現在の就労準備コースができました。

コースの目的は、仕事に必要な知識・情報を得ること、現在の自分の状態を知り、自己の就労能力にあった仕事を選ぶことです。

通所日数は週4～5日、時間は9：30～15：30です。対象は、本人が働くことを希望しており、週4日は安定して8割以上参加することが可能な方です。プログラムの内容は、作業・役割遂行能力を身に付ける軽作業・パソコン、身体的持久力を養う体力づくり・スポーツ、職場のルール・人間関係を学ぶ学習会・職場実習です。

病気と障害を併せ持つ精神障害者が安定して働き続けるためには、疾病・障害管理や日常生活を安定させるセルフケア能力と職業生活能力が必要です。プログラムに主体的な課題を持って参加しながら、自分の病気や障害を理解し、体力や日常生活リズムを確立します。仕事に必要なスキルを身につけ、職場実習により現実の職場の体験を踏まえ、障害を開示するか、しないかを含めて自分で自分の職業選択をします。就職が必ずしもゴールではなく、自尊心を回復して、できないことは

諦めながらも受容し、新たな生活設計をするというリカバリーの支援をしていくのです。

4. 精神障害者が就労していく意義

精神障害者の病気や障害は目に見えにくく、一般の人はもちろん、本人や家族にとっても理解しづらい面があります。そして、病気を隠して無理な就労をしたために仕事が続けられず、就職と離職を繰り返している人もいます。また、ストレスに弱いなどの特性があり、再発のリスクを避けるために働くことを敬遠する考えもあります。しかし、実際に働く方の中には、働くことにより、日常生活リズムが整い、身体的な調整と体力の増強により、むしろ病状がより安定する方もいます。自分の役割や存在意義を確かめ、自尊心を満たすことで、満足感が生まれ、生きる喜びにつながります。社会の中で自分の位置を確認し、仕事を通じた人間関係や人格形成をしていくことこそが真の社会的復権であり、精神障害者が職業生活にお

いて自立することの意義は大きいです。

本人の労働意欲を尊重し、支援があれば働けるという支援者自身の意識改革と精神障害者が病気を隠すことなく、働き続けられるための仕掛けを社会に作っていくことが支援者の役割です。

5. おわりに

今後、障害者の「働きたい」の願いを実現させていくためには、各地域における雇用、福祉、医療、教育等の分野が連携してネットワークを構築し、障害者に対して一般雇用移行のきっかけづくりや意識啓発を行うとともに、就業支援、職場定着のフォローアップ、離職後の再就職支援等の一連の支援の充実を図ることが重要です。そして、精神障害者の雇用事例を地道に積み重ねることが、企業等への最大の普及啓発活動にもなり、精神障害者も共に働くことがあたりまえの社会への近道になると考えます。

<就労準備コース プログラム>

時間 9:30~15:15まで

| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
|----|----------------|-----------|-----------|-----------|-------------------|
| 午前 | ミーティング | | | | |
| | 軽作業 | 体力作りプログラム | 就労実践プログラム | パソコン(軽作業) | パソコン(軽作業) |
| | 給食 | | | | |
| 午後 | 軽作業(マイクロタワーなど) | 学習プログラム | 軽作業自主活動 | クラブ | 和田スポーツ(ソフトバレーボール) |
| | ミーティング | | | | |

*週4日は、月・火・木・金曜日の参加。

*クラブ、和田スポーツは社会参加コースと共通プログラム。

*マイクロタワー……ワークサンプル法という作業能力評価法の一つ。

「精神科救急情報センターについて」

精神保健福祉センター 精神科救急情報センター担当

1 精神科救急情報センターの開設から

埼玉県とさいたま市の共同で、平成15年11月に精神科救急情報センターが開設されてから3年目になりました。

精神科救急情報センターは、平日の夜間と、土曜・休日に開設していますが、一日あたり12件前後の電話が寄せられています。

平成18年1月末には、累計で9970件を数えました。さらに2月初旬には1万件を突破しています。日夜電話に対応する中で、精神科分野における救急医療に対する期待の大きさが伺えます。

なお、精神科救急医療のこれまでの変遷については、平成16年4月号のこの紙面に報告させていただきましたので省略いたします。(SAITAMA精神保健福祉だより52号平成16年3月をご参照ください。)

2 精神科救急電話の相談内容について

今回は、開設から2年間の電話の内容より、県民等から寄せられた相談内容の傾向と結果について、平成15年11月開設時から平成17年10月末日までの統計を基に報告します。

(1) 相談者 (グラフ1)

合計で8,796件の相談が寄せられ、本人が3,791件(43.1%)、家族が3,220件(36.6%)を占めています。

(2) 相談内容 (グラフ2)

内容について見ると、すぐに診察や入院・受診希望3,697件(42.0%)、翌日以降受診できる医療機関を紹介希望が967件(11.0%)、病状や薬についての相談296件(3.4%)、対応方法に関する相談1,558件(17.7%)、話を聞いて欲しいというものが1,474件(16.8%)という内容でした。

(3) 対応結果 (グラフ3)

電話相談のみで終了したのが7,552件(85.9%)、何らかの形で医療機関を紹介したのが765件(8.7%)、警察・消防等を紹介したのが479件(5.4%)となっています。

3 入電した電話の傾向 (グラフ4)

入電した相談から、精神科の治療歴に着目して整理をしてみました。

精神科救急電話に寄せられた相談対象者の中で精神科治療歴がある方は6,400件(72.8%)で、そのうち現在も精神科通院を続けている方(現在通院中)は、「治療歴あり」の中で5,175件(80.9%)を占めています。治療を中断している方(治療中断)は、「治療歴あり」の中で1,225件(19.1%)でした。

一方、精神科治療歴が無い方は1,439件(16.3%)で、精神科治療歴が未確認・不明の方は957件(10.9%)でした。

現在通院中の方が電話をかけてくる中で、半数以上を本人からの電話が占めました。反面、治療歴の無い方からの電話は本人からの入電は少なく、家族や友人等の第三者からの入電が多くなっていました。

相談内容では「診察入院希望」や「医療機関紹介希望」など緊急度の高い相談が、治療歴の無い方への入電に際だっています。

現在通院中の方がかけてくる電話の中には、緊急度の低い「話を聞いて欲しい」や「対応方法に関する相談」が多くを占めていました。その結果、相談を受けた中の約8割が電話対応のみで終了しており、医療機関紹介をした割合も低いという結果が出ています。

治療歴の無い方に関する相談ほど、医療機関を紹介する割合が高く、その後の治療に結びつけるために、保健所や近隣医療機関をアナウンスすることも多いという結果が見られました。

4 まとめ

様々な制約がある中で動き出したシステムであり、現在通院中の方に対しては、個々の通院先医療機関での救急対応を補完・支援することを原則としています。しかし、病状の変調から通院先医療機関に連絡してはみたものの、時間が遅かった

ため受診や相談について受け入れられず、「夜間は精神科救急情報センターに相談するように」と紹介され入電してくることが散見されています。

(1) 通院中の方への対応

本人以外の方からの電話である場合、何らかの問題により精神科への緊急的な受診の必要性が高いものと予測されます。一方、本人からの電話は、緊急度が低いと思われる「話を聞いて欲しい」「対応方法を教えて欲しい」という内容が多く、結果として約8割が「電話対応のみ」で終了しています。

このような電話は、外来時に主治医との間で病状の変化時の対応方法や薬の飲み方等について相談ができていない事が多いため、「どのように対処するよう指示されているか」「同様な状態の時に以前はどう対処したか」等を確認しています。

さらに、翌日以降に主治医へ連絡し、薬の飲み方等の対処方法について相談するようにも促しています。

(2) 通院先での医療

本人や家族が「緊急に受診させたい」と精神科救急情報センターに電話をする場合、日常の通院先との治療関係がうまくいっていない場合もある

かもしれません。「主治医とうまく話ができない」「薬の事をうまく伝えられない」「緊急時にどうしたらいいのか相談していない」等初めて相談されることが多く、主治医へ自分の状態をきちんと伝えられる関係が希薄な場合も考えられます。

地域生活を送る中では自分の病気を理解し、セルフケア能力を高められる工夫や、病気とのつきあい方等の日常場面での疑問を解消して行くことが求められるのです。

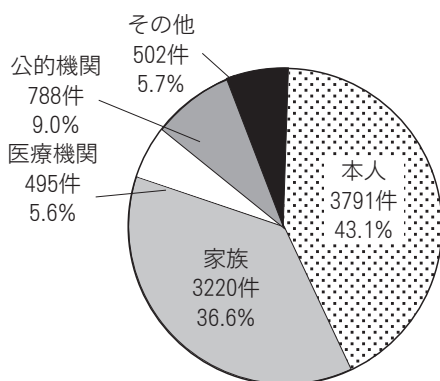
5 終わりに

精神科救急情報センターへ電話することで対応方法を再認識し、入院等を回避できた事例もあるかもしれません。

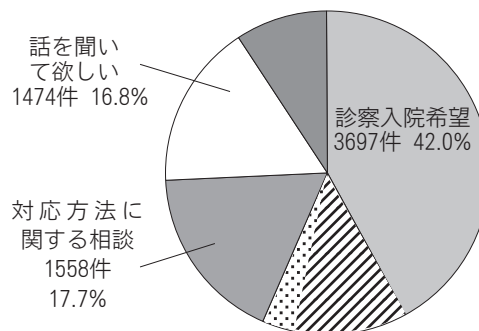
しかし、緊急的な医療以外の入電がかなり多く、本人や家族は積極的に病気や対処方法について日頃から主治医や精神保健福祉士等に相談をすることが必要だと思われます。

精神科救急情報センターを運営する中で、様々な側面から地域生活を送る上での問題点が見えて来ます。今後も精神科救急情報センターの活動を通して見えてくることから、より良い精神科救急医療システムについて検討を重ねて行きたいと考えています。

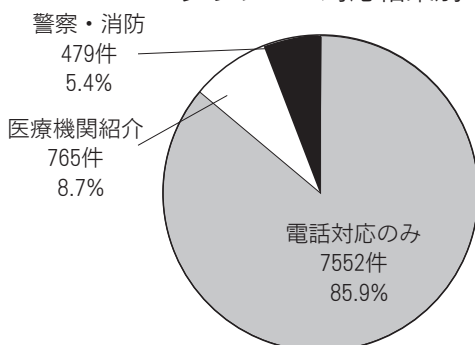
グラフ1 相談者別



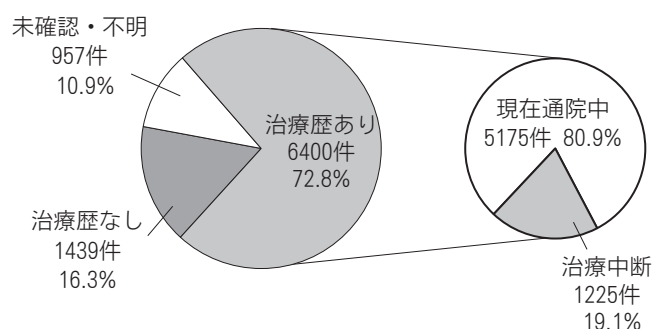
グラフ2 相談内容別



グラフ3 対応結果別



グラフ4 治療歴別



うつ・自殺予防対策について

<地域精神保健指導者研修の報告>

精神保健福祉センター 精神保健福祉相談担当

平成18年2月に行われた国立保健医療科学院での研修について概略の御報告と、あわせて埼玉県における今後の方針を考えてみたいと思います。

1 統計からみた自殺の実情

平成10年から、全国の自殺者数は3万人を超え、特に男性が急増しています。ここ2年ほどは、いわゆる「都市型」が変化してきたと言われ、人口が集中している地域での自殺率は低下しています。埼玉県でも、この「都市型」と同じような動きで、全体の自殺率はここ2年ほど全国水準を下回っています。しかし、女性（特に高齢者）の自殺率は全国水準を上回り、埼玉県においても、地域によって差がみられます。（表参照）

表：埼玉県内の二次医療圏ごとの自殺率

（全国を100.0とする）

| | 男 | 女 |
|------|-------|-------|
| 県全体 | 82.0 | 103.0 |
| 東部 | 83.1 | 108.8 |
| 中央 | 77.8 | 95.7 |
| 西部第一 | 78.1 | 100.3 |
| 西部第二 | 91.7 | 114.9 |
| 比企 | 86.4 | 119.5 |
| 秩父 | 102.1 | 107.9 |
| 児玉 | 100.1 | 97.3 |
| 大里 | 95.1 | 110.2 |
| 利根 | 87.4 | 96.3 |

2 自殺予防への取り組みの必要性

「自殺は、個人的な事情だから行政が介入することではない」「そもそも予防できるものなのか」「精神保健の専門機関がしっかりやればよいことではないか」等々、取り組みの必要性についての疑問は多く聞かれます。

それに対して、自殺対策省庁連絡会議及び総務

省通知において『自殺には、様々な社会的要因が複雑に関係しており、多角的な検討が必要なこと・本人のみならず家族や周囲に大きな困難と悲しみをもたらすもの』とされているように、交通事故などと同じく「防ぎうる死」であるといえます。また、以前の単なる「うつ病対策」のみでは、全体の自殺率を下げるのが殆ど出来ませんでした。1. の実情で述べたように、自殺者数は3万人を下ることなく、それだからこそ、精神保健福祉領域だけではなく、広く危機感を共有する動きが改めておこりつつあるのです。

3 ヘルスプロモーションの視点

では一体、自殺予防への取り組みはどのようなものでしょうか？それはまず第一に「心の健康問題に関する正しい理解の普及」「ハイリスクアプローチとしてのうつ病対策」「自殺未遂者や遺族に対する相談・支援」という、総合的長期的な取り組みの視点と実行が必要です。

また、そのためにはバックグラウンドとして、地域における実態の正確な把握と分析は欠かすことが出来ません。さらに、その結果による地区の絞り込みと、該当する地区での具体的な各領域の連携が必要になります。実際、このような視点に立つと、自殺予防はどんな領域とも無縁でないことが分かります。研修では、産業保健・精神科救急・行政担当はもとより、地域保健の領域での積極的な取り組みの報告がありました。

4 自殺予防における精神保健福祉活動

ではいったい、このような自殺予防の対策において、精神保健福祉の立場からは、なにができるのでしょうか？今まで述べたように、このことを契機として、まず精神保健福祉の現場の活動と、地域活動を見直して、特に「社会への危機介入としての精神保健（福祉）活動」（『自殺死亡数3万人時代の精神保健』より）へと再構成していく必要があります。そうした前提の上で、検討すべ

き点について考えてみます。

(1) うつ病への介入について

もとより精神保健福祉においては、先述したように、うつ病への対策は中心に行われてきたはずのものです。しかしうつ病の「気づかれにくさ」「受診をためらうことが多い」「受診しても中断してしまう」などの特徴については、改善すべき点が多くあります。実際、相談にきた人に受診を勧めた後のフォローに苦慮しているとの声を研修でも多く聞きました。また、診察場面でも、医師が知っておくべき多くの症状について、患者が自ら語らないことが非常に多いとのデータも示されました。

(2) 関係機関との連携について

どんな形での連携がよいのか、これは地域によってさまざまであろうと思われます。実際の取り組みでは、まず中心となる連絡協議会を発足させるというところや、地区を絞り込んでから顔の見える者同士で話し合い、具体的な役割分担をしたというところもありました。

おそらく実情を検討した上で、特定の地区内で

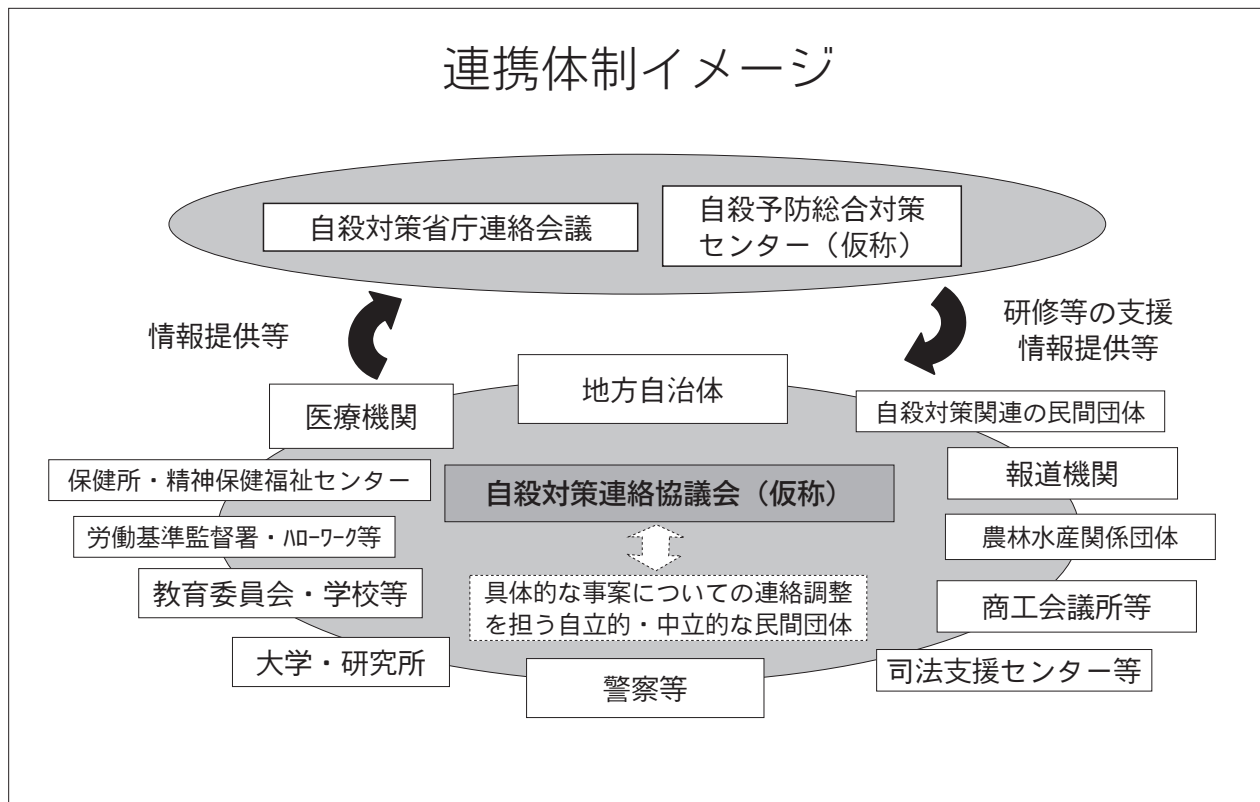
の連携の方が实际的であろうとの印象ですが、はっきりとした数値で危機状況が示されていない場合、中央での方針決定が先になる場合もあると思います。

(3) 評価について

方針と対策が示された後は、目標数値と評価方法の設定が必要になります。これは自殺予防に限らないことですが、特に広い領域での活動の際には、評価方法を注意深く検討します。

5 まとめ

「埼玉県では何ができるか」について、現場の一担当としてまだ明確な考えがあるわけではありません。しかし今回の研修の大きな収穫の一つとして、「他領域との具体的な協同」を自覚して自分の仕事を考え直すということがあったと思います。個別の相談事例が、以前に比べて複雑な社会的背景を持つようになってきていると感じていたことと、これは無関係ではないのでしょうか。どのような形にせよ、この問題への取り組みを、少しずつ、長く続けていきたいと思います。



(研修資料より)

精神医療センター新病棟開設の お知らせ

「精神保健総合センター」は平成2年に開設され、相談、診療、社会復帰の3部門で構成され、診療部門は県内唯一の公立病院として精神疾患患者の入院治療を担ってきました。開設以来、合併症病棟30床、依存症病棟40床、急性期病棟50床で運営してきましたが、平成14年に組織分離し、診療部門は「精神医療センター」と名称変更しました。

しかし、病状の重い患者を受け入れる病室が少ないため、緊急の入院要請に十分に応じにくい状況でした。また、精神医療センターには児童・思春期専門の精神科医がいなかったため、児童・思春期の子どもへの対応が出来ないこと、さらに県内には子どもを対象とした精神科入院施設がない



行われます。2つの院内学級と運動療法室、多目的室を用意し、多様な授業が可能です。また、病状によっては、主治医の判断で病室で教育を受けることができます。中学卒業以後は成人の外来・病棟で対応します。

急性期病棟は、主に緊急に入院治療が必要な精神疾患患者のための病棟で、集中的な治療を行い、早期に退院できるようにします。これは精神科救急医療システム整備事業の補完的役割を担うもので、夜10時以降の措置、緊急措置、応急入院などの緊急に入院対応が必要な患者を対象とします。また、退院後は地域の医療機関で治療を継続することを原則としています。

新病棟開設により合計200床になったので、それぞれの病棟の機能と役割を明確にして、精神医療センター全体が効率的に運営できるように計画をしています。



ため、県外の公立病院に頼っていた状況でした。

このような状況に対し、平成8年の埼玉県地方精神保健福祉審議会は、児童・思春期病棟と急性期病棟の拡充が必要であると意見具申し、それに従って増床計画を進めてきた結果、平成18年4月にオープンすることになりました。

新館は、1階に児童・思春期の外来（第2外来）、2階に個室30床で児童・思春期の子どものための病棟（第5病棟）、3階に個室50床の急性期の成人のための病棟（第6病棟）が配置されます。

児童・思春期の外来・病棟の対象は、小・中学生で、医療機関や教育関係機関からの紹介を必要とし、予約制です。また、入院中の義務教育を確保するため、県立岩槻養護学校からの訪問教育が

