

精神保健福祉愛知

2022

愛知県精神保健福祉センター

巻頭言

所長 藤城 聡

今年度の最大のトピックは、やはり新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけが5類へと移行したことだろうか。今後のウイルスの変異や感染の拡大などから目を離すことができないというもの、街ではマスクをつけない人々も多く、海外からの旅行者の姿を見かけることも格段に増えた。また、忘年会や新年会を、久しぶりに開催する職場や仲間も多いことであろう。「コロナが明けた」という表現が象徴するように、市井には解放感が漂っている。それ自体は、危うさを抱えながらも、歓迎すべきことだと思う。

一方、精神保健福祉の分野に目を転じると、パンデミックが残した課題も山積している。自殺対策においては、昨年度、閣議決定された自殺総合対策大綱で、新型コロナウイルスパンデミックにおける自殺の動向も踏まえて、「子ども・若者の自殺対策の更なる推進・強化」、「女性に対する支援の強化」、「地域自殺対策の取組強化」、「新型コロナウイルス感染症拡大の影響を踏まえた対策の推進」などが従来の取り組みに加えられた。大綱を受けて、各自治体で地域の実情に合わせた自殺対策計画が策定されることになる。愛知県精神保健福祉センターでは、自殺防止地域力強化事業研修会を開催し、自殺対策計画策定に向けての市町村への支援を行っているが、令和4年度は研修に先立って、アンケートを実施した。各自治体が困難を感じている作業を抽出することで、今後の市町村支援の方向性を検討する材料とすることができたと考えている。

当センターの薬物依存症対策もパンデミックの影響を大きく受けた。物質依存症回復支援プログラム「あいまーぷ」は何とか継続することができたが、家族のグループ「薬物問題を考える家族のつどい」は、緊急事態宣言、まん延防止等重点措置の発出等の影響により開催できないことが多かった。家族教室も、従来集合形式で開催していたが、令和2年度からは新たな試みとしてYouTubeでのオンデマンド配信形式とした。双方向性のやりとりができない、参加者同士の分かち合いができない等の課題はあるものの、より多くの視聴者に薬物依存症についての知識を届けることができるなどメリットの大きさも感じている。今年度は4年ぶりとなる集合形式での開催を計画しているが、今後、オンラインの利点も活用する方策についても検討していきたい。

精神保健福祉センターの業務のうち、比較的知られていないものとして、市町村に対する障害福祉サービス利用に係る意見の提示がある。本来18歳以上の障害者を対象とする障害福祉サービスを、15歳以上18歳未満の精神障害を持つ児童へ支給するにあたり、その適否を含めセンターが意見を述べるものである。本文中でもその類型について触れているが、障害児の就労支援に関するもの、ひきこもり状態にある人の社会参加の選択肢の一つとしての障害福祉サービス利用に関するものが多数を占めてきた。しかし、近年の傾向として、家庭環境など複雑な背景を持ち、サービス提供にあたって多大な困難が予想される事例が増えている印象がある。当センターでは、当事者個人としての障害特性のみならず、さまざまな環境条件についても慎重に吟味した上で、障害福祉サービス提供にあたっての助言をま

とめ、意見に加えている。こうした助言が支援にあたっての参考となり、当事者が望む生活や将来的な希望の実現、さらには事業者側の困難の軽減につながることを願っている。

本号では、こうした愛知県精神保健福祉センターの取り組みについてまとめた。ご一読いただき、読者の皆様のご意見、ご批判を頂戴できれば幸いである。

目次

巻頭言

精神保健福祉センター所長 藤城聡

- I 障害福祉サービス利用に係る精神保健センターの意見の提示業務について・・・・・・・・・・ 1
管理課
杉谷哲史

- II 令和4年度自殺防止地域力強化事業研修会における事前アンケート結果について・・・・・・・・ 9
保健福祉課
成瀬茉莉 朝倉克郎 水野貴美子 勝見優子 阪東貞子 西川恵子

- III オンデマンド動画配信による薬物家族教室開催の試みーコロナ禍の影響と今後の展望ー・・・・ 17
企画支援課
角田玉青 今井祉織1) 村田修一2) 平出秋美 山下泰恵 (所長) 藤城聡

はじめに

精神保健福祉センターが行うこととされている業務のひとつに、市町村が障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下「障害者総合支援法」）に基づき障害福祉サービスの支給要否決定及び地域相談支援給付費等の給付要否決定を行うにあたり意見を述べるというものがある（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「精神保健福祉法」）第6条第2項第5号）。

本稿では、障害福祉サービス施策の概要と精神保健福祉センターが果たす役割について解説するとともに、愛知県精神保健福祉センター（以下「当センター」）における意見提示の状況について述べる。

1 障害福祉サービスと精神保健福祉センターの意見提示

（1）障害福祉サービス施策の概要

障害者総合支援法では、障害者等が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、必要な障害福祉サービス、相談支援及び地域生活支援事業の提供体制の確保に努めなければならないとしている。このうち地域生活支援事業は市町村が地域の特性や利用者の状況に応じ柔軟な形態により実施する事業であり、例として障害のある人が通い、創作的活動又は生産活動の提供、社会との交流の促進等の便宜を図るための地域活動支援センターや、住居を必要としている人に低額な料金で居室等を提供するとともに、日常生活に必要な支援を行う福祉ホームなどが挙げられる。

障害福祉サービス及び相談支援は、障害のある人に対し個別に支給決定が行われるものであり、支給決定は市町村が行う。市町村は障害のある人等からの申請に基づき、個々の障害程度や社会活動、介護者、居住等の状況などの勘案すべき事項を踏まえてサービス支給の要否（相談支援のうち地域相談支援については給付の要否）を決定する。この際市町村は、必要があると認めるときは、市町村審査会又は身体障害者更生相談所、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センター若しくは児童相談所等の意見を聴くことができるとされており（障害者総合支援法第22条第2項及び第51条の7第2項）、精神保健福祉法第6条第2項第5号に定める意見の提示業務は、この規定を受けたものである。

（2）障害福祉サービス利用の特例と精神保健福祉センターの意見提示

障害者総合支援法第22条第2項及び第51条の7第2項の規定は文言上「できる」規定であり、精神保健福祉センター等の意見を聴取しなくとも市町村によるサービスの支給要否決定は可能であるが、問題となるのは18歳未満の障害のある児童（以下「障害児」）が、18歳以上の障害者（以下「障害者」）を対象とするサービスを利用しようとする場合である。

障害福祉サービスには介護の支援を受ける「介護給付」と訓練等の支援を受ける「訓練等給付」とがあり、相談支援も含めた体系は別表1のとおりである。障害児と障害者とは利用できる障害福祉サービスの種類に違いがあり、特に訓練等給付については障害児が利用できるサービスはない。したがって、例えば障害児が将来の就労を見据えて就労移行支援を希望したり、自立した生活を営めるよう生活訓練を希望しても、18歳に到達するまではサービスを受給できないといった事態が生じることになる。すなわち、中学校や高校を卒業後に自立した生活や就労を希望している障害児が、その実現のために必要な障害福祉サービスを受給できないことになるわけである。

この点について、障害者総合支援法は附則第2条第1項で「児童福祉法第63条の2及び第63条の3の規定による通知に係る児童は、第19条から第25条まで、(中略)第51条の5から第51条の10まで、(中略)の規定の適用については、障害者とみなす。」として、18歳未満であっても障害者を対象とするサービスの給付を受けることができる特例を設けている。

児童福祉法第63条の2及び第63条の3は、同法第26条第1項に規定する児童、すなわち、要保護児童として児童相談所に通告された児童、市町村・福祉事務所・警察・家庭裁判所から児童相談所に送致された児童及び児童相談所が相談を受けた児童のうち15歳以上の者について、児童相談所が障害者支援施設に入所すること又は障害福祉サービスを利用することが適当であると認めるときは、その旨を支給決定を行う市町村の長に通知することができるとしている。要するに、児童相談所が関与している15歳以上の児童については、児童相談所が適当と認めて市町村に通知するならば、障害者を対象とするサービスの給付を受けることができる。

また、障害者総合支援法施行令附則第3条では、「当分の間、法(=障害者総合支援法)附則第2条の適用については、同条中「児童は、」とあるのは、「児童又は第22条第2項の規定による精神保健福祉センターの意見その他の事情を勘案して障害福祉サービス(障害者のみを対象とするものに限る。)を利用することが適当であると市町村が認めた精神障害者である児童は、」とする。」と規定している(なお、児童の年齢については、運用上、児童福祉法第63条の2及び第63条の3と同様に15歳以上18歳未満とされている)。児童相談所の通知がなくとも、精神障害者である児童については、精神保健福祉センターの意見をはじめとした諸々の事情を考え合わせて市町村が適当であると認めるのであれば、当該児童に障害者を対象とするサービスを給付することができる。

言い換えれば、児童相談所が関わっていない場合において、精神障害のある児童が障害者を対象とする障害福祉サービスを利用しようとするときには、市町村は精神保健福祉センターの意見の提示を受け、この意見とその他の事情を考え合わせてサービス支給の要否決定をする必要があり、この点において精神保健福祉センターの意見が重要な意味を帯びてくるといえる。

2 当センターにおける意見提示の状況

この項では、当センターにおける意見の提示の状況について、当センターに記録が保管されている平成29年度から令和4年度の事例をもとに解説する。

(1) 件数と意見提示の状況

当センターでは、市町村から意見の提示依頼があった際に障害福祉サービス検討委員会を随時開催し、児童の病状や成育歴、現在の状況、家族など周囲との関係、医療機関の受診状況等を考慮して、希望する障害福祉サービス利用の適否についての意見を提示している。

各年度における市町村からの意見提示依頼の件数は表1のとおりである。全体としてやや増加傾向にあるものの、大きく変動してはいない。

これらの意見提示依頼に対する当センターからの意見は、児童本人のサービス利用希望意思が確認できないため「適否判断は困難」とした1件以外はすべて「利用は適当と認める」となっている。また、サービスの実施にあたって児童の年齢及び障害の特性上留意すべき事項についても助言を付している。

表1 依頼件数の推移

年度	平成 29	平成 30	令和元	令和 2	令和 3	令和 4	合計
件数	9	14	7	13	10	17	70

(2) 対象児童の精神障害

対象児童の抱える精神障害については、表2のとおりである。各年度を通して自閉症、アスペルガー症候群などの心理的発達の障害が最も多く、次いで注意欠陥多動性障害などの小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害が多い。うつ病などの気分障害や統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害は精神障害者保健福祉手帳の所持者の中では多数を占めるが、障害福祉サービスの利用申請においては比較的少なく、不安障害や解離性障害などの神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害が比較的多い。症状性を含む器質性精神障害の2件については、いずれも脳出血等による高次脳機能障害であった。

表2 対象児童の精神障害

年度	精神障害の 類型 (ICDコード)	症状性を含む 器質性精神 障害	精神作用物 質使用によ る精神及び 行動の障害	統合失調 症、統合失 調症型障害 及び妄想性 障害	気分(感情) 障害	神経症性障 害、ストレ ス関連障害 及び身体表 現性障害	生理的障害 及び身体的 要因に関連 した行動症 候群	成人のパー ソナリティ 及び行動の 障害	知的障害 (精神遅滞)	心理的発達 の障害	小児期及び 青年期に通 常発症する 行動及び情 緒の障害	てんかん	合計
		(F0)	(F1)	(F2)	(F3)	(F4)	(F5)	(F6)	(F7)	(F8)	(F9)	(G40)	
平成29		0	0	0	0	2	0	0	0	6	4	0	12
平成30		0	0	0	0	2	0	0	0	12	1	1	16
令和元		0	0	0	0	1	0	1	0	5	2	0	9
令和2		0	0	1	1	1	0	0	1	11	3	0	18
令和3		0	0	1	2	2	0	2	0	6	4	0	17
令和4		2	0	0	2	4	0	1	1	7	5	1	23
合計		2	0	2	5	12	0	4	2	47	19	2	95

注)1人の児童が複数の精神障害を有している事例があるため、年度ごとの合計と依頼件数とは必ずしも一致しない。

なお、障害児が障害者を対象とする障害福祉サービスの利用を希望するにあたっての意見提示依頼については、当該障害児に精神障害があれば足り、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けていることや自立支援医療費（精神通院）を受給していることは必ずしも必要ではない。平成 29 年度

から令和4年度に意見提示依頼のあった児童において、精神障害者保健福祉手帳を交付されている者は延べ41人、交付されていない者は延べ29人であった。

(3) 希望する障害福祉サービス

意見の提示依頼において、対象児童が希望する障害福祉サービスの種類については表3のとおりである。サービスの中で介護給付については各年度とも意見提示の依頼がないが、これは介護給付のうち居宅介護、同行援護、行動援護、重度障害者等包括支援及び短期入所（ショートステイ）については障害児でも利用できること、特に重度障害者等包括支援については複数のサービスを包括的に受けられることから、改めて特例を利用する必要がないためと思われる。

表3 希望する障害福祉サービス

		平成29	平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	合計
介護給付	居宅介護	0	0	0	0	0	0	0
	重度訪問介護	0	0	0	0	0	0	0
	同行援護	0	0	0	0	0	0	0
	行動援護	0	0	0	0	0	0	0
	重度障害者等包括支援	0	0	0	0	0	0	0
	短期入所 (ショートステイ)	0	0	0	0	0	0	0
	療養介護	0	0	0	0	0	0	0
	生活援護	0	0	0	0	0	0	0
	施設入所支援	0	0	0	0	0	0	0
訓練等給付	自立訓練（機能訓練）	0	0	0	0	0	2	2
	自立訓練（生活訓練）	2	5	2	1	1	6	17
	就労移行支援	4	7	2	5	4	3	25
	就労継続支援（A型）	0	1	1	3	1	1	7
	就労継続支援（B型）	4	2	0	2	6	1	15
	就労定着支援	0	0	0	0	0	0	0
	自立生活援助	0	0	0	0	0	0	0
	共同生活援助 (グループホーム)	0	0	3	5	1	4	13
合計	10	15	8	16	13	17	79	

注) 1人の児童が複数のサービスを希望している事例があるため、年度ごとの合計と依頼件数とは必ずしも一致しない。

訓練等給付については就労移行支援が各年度を通して多く、就労継続支援（A型）及び就労継続支援（B型）を合わせると就労関係のサービスで意見提示依頼の過半数を占めている。次いで多いのは自立訓練であるが、大部分は生活訓練であり、この中には宿泊型自立訓練も含まれる。次いで、共同生活援助（グループホーム）が多い。

就労移行支援の利用希望が多い理由としては、障害のある人が就労を希望する場合に特性や能力を最大限活かすことができるような支援を行っていくために就労移行支援事業所等によるアセスメントが求められていること、特に、就労経験のない者がB型就労継続支援事業所の利用を希望する場合には、就労移行支援事業所等がアセスメントを行い就労面の情報の把握を行うことが必須とされていることが挙げられる。このため、就労移行支援と就労継続支援を同時に利用申請する事例

もみられる。

(4) 障害福祉サービス利用の目的

障害児が障害者を対象とする障害福祉サービスを利用する目的については、大きく次の3種類に分類できるように思われる。当然ながら、利用の申請がこれらの目的で明確に分かれるわけではなく、共同生活援助（グループホーム）で生活について支援を受けつつ、就労を目指し就労継続支援事業所を利用することを希望する事例などもある。

ア 就労を希望しており、就労に向けた訓練等を受ける。

就労移行支援、就労継続支援等のサービス利用を希望する場合が典型的である。高等学校在学中の者、中学校卒業後就労したが退職した者、就労経験がないものと様子は様々であるが、就労を希望し、アセスメントにより適性や課題を確認して就労に向けた支援を受けようとするものである。従って就労移行支援の利用希望が多いが、就労移行支援と就労継続支援を同時に利用申請する事例、先に利用した就労移行支援でのアセスメントをもとに就労継続支援の利用のみ申請する事例もみられる。

年齢的には16歳から17歳の者が多いが、中学校3年在学中の15歳児童からの利用申請もみられる。

イ 生活リズムを整え、自立した日常生活・社会生活を送れるようにする。

対人関係や社会生活に不安を抱えていたり、ひきこもりやゲーム依存、昼夜逆転など日常生活に支障をきたしている場合において、生活能力の向上のために必要な訓練を受けるなどで自立した日常生活や社会生活を送れるようになることを目指すもので、自立訓練（生活訓練）の利用を希望する者が多いが、同様の目的で就労継続支援（B型）の利用を希望する事例もある。

ウ 家族関係の問題などから家族と同居することが困難な状況で、自立した生活に向けたサポートを得る。

共同生活援助（グループホーム）の利用を希望する事例に多い。親からの虐待、家族との不和による暴力、児童本人の行動による家族の疲弊など、家庭内の状況に問題があり家族と暮らすことが難しいが、アパート等での独居も困難な状況で、事業所のサポートを受けて自立した日常生活を目指すものである。同じ目的で宿泊型自立訓練を希望する事例もある。警察などが関与している事例もあり、児童養護施設等への措置が困難な状況で、代替案として選択されている側面があるように思われる。

おわりに

障害を持つ人が自立した生活を営むにあたって必要な支援を得られるよう、障害の特性や必要な配慮を把握することは重要である。18歳未満であっても、将来の自立した生活のため、就労を希望する者が就労アセスメントを利用したり、障害の特性や自身のおかれている環境に鑑みて必要な障害者の利用する障害福祉サービスによる支援を利用するというのであれば、障害者総合支援法の特例を利用することは有益であり、精神に障害を持つ児童による障害者を対象とする障害福祉サービスの利用

希望について、精神保健福祉センターの意見提示業務はより活用されるべきである。

一方、単に制度上の必要から形式的に精神保健福祉センターの意見提示を求めるのであれば、特例制度を生かしきれているとはいえない。当センターでは意見提示の際、サービスの実施にあたって児童の年齢及び障害の特性上留意すべき事項について助言を付していることは前述のとおりであるが、アセスメントの結果と同様、障害福祉サービスの実施について専門機関としての精神保健福祉センターからの助言が活用されるのであれば、意見提示業務の意義があるといえるだろう。

別表 障害福祉サービス及び相談支援の体系

障害福祉サービス

	サービスの種類	対象	サービスの内容
介護給付	居宅介護	者 児	自宅において入浴、排せつ又は食事の介護等を行う。
	重度訪問介護	者	重度の肢体不自由者又は重度の知的障害若しくは精神障害により行動上著しい困難を有する障害者であって常時介護を要する人に、自宅で入浴、排せつ又は食事の介護、外出時における移動支援、入院時の支援等を総合的に行う。
	同行援護	者 児	視覚障害により移動に著しい困難を有する人が外出する時、同行して移動に必要な情報の提供や介護を行う。
	行動援護	者 児	自己判断能力が制限されている人が行動するとき、危険を回避するために必要な支援、外出支援を行う。
	重度障害者等包括支援	者 児	介護の必要性がとて高い人について、居宅介護等複数のサービスを包括的に行う。
	短期入所（ショートステイ）	者 児	自宅で介護する人が病気の場合などに、短期間、夜間も含めた施設で、入浴、排せつ及び食事の介護等を行う。
	療養介護	者	医療と常時介護を必要とする人に、医療機関で機能訓練、療養上の管理、看護、介護及び日常生活の世話をを行う。
	生活援護	者	常時介護を必要とする人に、昼間、入浴、排せつ及び食事の介護等を行うとともに、創作的活動又は生産活動の機会を提供する。
	施設入所支援	者	施設に入所する人に、夜間や休日、入浴、排せつ又は食事の介護等を行う。
訓練等給付	自立訓練（機能訓練）	者	自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、身体機能の維持、向上のために必要な訓練を行う。
	自立訓練（生活訓練）	者	自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、生活能力の維持、向上のために必要な支援、訓練を行う。
	就労移行支援	者	一般企業等への就労を希望する人に、一定期間、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行う。
	就労継続支援（A型）	者	一般企業等での就労が困難な人に、雇用して就労の機会を提供するとともに、能力等の向上のために必要な訓練を行う。
	就労継続支援（B型）	者	一般企業等での就労が困難な人に、就労する機会を提供するとともに、能力等の向上のために必要な訓練を行う。
	就労定着支援	者	一般就労に移行した人に、就労に伴う生活面の課題に対応するための支援を行う。
	自立生活援助	者	一人暮らしに必要な理解力・生活力等を補うため、定期的な居宅訪問や随時の対応により、日常生活における課題を把握し、必要な支援を行う。
	共同生活援助（グループホーム）	者	夜間や休日、共同生活を行う住居で、相談、入浴、排せつ、食事の介護、日常生活上の援助を行う。

相談支援

相談支援	計画相談支援	者 児	サービス利用支援： 障害福祉サービス等の申請に係る支給決定前にサービス等利用計画案を作成し、支給決定後にサービス事業者等との連絡調整等を行うとともにサービス等利用計画の作成を行う。
			継続サービス利用支援： 支給決定されたサービス等の利用状況の検証（モニタリング）を行い、サービス事業者等との連絡調整などを行う。
	地域移行支援	者	障害者支援施設、精神科病院、保護施設、矯正施設等を退所する障害者や児童福祉施設を利用する18歳以上の者等を対象に、地域移行支援計画の作成、相談による不安解消、外出への同行支援、関係機関との調整等を行う。
地域定着支援	者	居宅において単身で生活している障害者等を対象に常時の連絡体制を確保し、緊急時には必要な支援を行う。	

注) 表中「者」は障害者を、「児」は障害児を表す。

令和4年度自殺防止地域力強化事業研修会における事前アンケート結果について

保健福祉課 成瀬茉莉 朝倉克郎 水野貴美子 勝見優子 阪東貞子 西川恵子

1 はじめに

平成28年4月1日施行の改正自殺対策基本法により、市町村に自殺対策の計画策定が義務付けられた。同法の自殺対策は、生きることの包括的な支援としての社会的な取り組みや、精神保健的観点のみならず、各段階に応じた効果的な施策として、保健、医療、福祉、教育、労働その他の関連施策との有機的な連携のもとに、実施される必要があるとされている。自殺対策計画の策定は、自殺対策を全庁的に進めていくために必要かつ効果的なプロセスであり、首長や庁内外の関係機関を自殺対策に巻き込むための手段である。

市町村は地域自殺対策計画を策定し、地域の課題や実情に応じた事業に取り組まれている。保健所は、管内市町村の計画推進の支援とともに、保健所の自殺対策事業を評価し、管内の自殺対策の推進を図っており、保健所と市町村の連携が不可欠である。また、当センターは、あいち自殺対策推進センターとして、保健所支援を通して市町村の支援をしていくことが必要である。

令和4年10月14日には、国の新たな自殺総合対策大綱が示された。それに伴い地域自殺対策計画の改定作業が行われることになるが、新たな大綱では、子ども・若者の自殺対策の更なる推進や、女性に対する支援強化など、総合的な施策の更なる推進・強化が示されている。

今回は、令和4年度自殺防止地域力強化事業研修会の事前アンケート結果から、市町村の自殺対策計画の策定、改定状況及び、市町村が抱える課題について明らかになったことをまとめ、報告する。

2 自殺防止地域力強化事業研修会について

自殺の原因やその背景（年齢層、性別、産業構造等）は地域特性があることから、愛知県では、地域の実情に応じた効果的な自殺対策を推進し、ひいては自殺を防ぐ地域力の育成、強化を図ることを目的とし、平成20年度から自殺防止地域力強化事業を実施している。

当センターでは、市町村に対する市町村自殺対策計画の推進に関する研修等及び保健所への専門的・技術的支援として、市町村職員・保健所職員を対象に、自殺防止地域力強化事業研修会等を平成24年度から実施している。令和元年度から3年間の実施状況は表1のとおりである。なお、令和3年度については、新型コロナウイルス感染拡大予防の観点から、Cisco Webex Meetings によるオンラインでの開催とした。

表 1 自殺防止地域力強化事業研修会

年度	開催日	参加者	内容
令和元年度	7月18日 (木)	65人	講演及びグループワーク 「地域自殺対策の計画策定と事業の推進について ～地域の実情に応じた住民の生きる支援のために PART I～」 講師 南山大学社会倫理研究所 第一種研究所員 法学部 講師 森山花鈴氏
	11月11日 (月)	55人	講演及びグループワーク 「地域自殺対策の推進に向けて～連携に必要となる もの～」 講師 南山大学社会倫理研究所 第一種研究所員 法学部 准教授 森山花鈴氏
令和2年度	11月24日 (火)	48人	講演 「ゲートキーパー養成を考える」 講師 帝塚山大学 心理学部心理学科 教授 神澤創氏
令和3年度	10月1日 (金)	35人	講演及びグループワーク 「地域自殺対策の推進について～ポストベンション の視点から～」 講師 中京大学 心理学部 教授 川島大輔氏

令和4年度は地域自殺対策計画の見直しをテーマに自殺防止地域力強化事業研修会を開催した。開催にあたり、市町村の現状とニーズを把握するため、事前アンケートを実施した。

3 令和4年度自殺防止地域力強化事業研修会事前アンケート

(1) 対象及び方法

名古屋市を除く県内53市町村を対象とし、研修会通知に添付して令和4年9月15日にメールし、9月30日を期限とした。

(2) アンケート内容

自殺対策計画策定状況や今後の推進にあたり困難に感じることなどについて、項目内容の順位付けや自由記載とした。

(3) 回収状況

期日までに未回答の市町村にはリマインドを行い、回収率は100%であった。

(4) 結果

ア 自殺対策計画の策定状況

全ての市町村で令和3年度末までに自殺対策計画は策定済みであった。

イ 次期計画改定の着手開始時期

次期計画改定の着手開始時期を表2に示す。令和4年度中に計画改定に着手する市町村は5か所、令和5年度まででは28か所、52.8%であった。過半数の市町村で今後2年間中に改定作業に着手する予定となっていた。

表2 次期計画改定の着手開始時期

着手開始年度	市町村数	%
令和4年度	2	3.8
令和4年度、令和5年度	3	5.7
令和5年度	22	41.4
令和5年度、令和6年度	1	1.9
令和6年度	17	32.1
令和7年度	5	9.4
令和8年度以降	3	5.7
予定なし	0	0
合計	53	100

ウ 自殺対策計画の改定に向けて困難に感じていること

自殺対策計画の改定に向けて困難に感じていることを、上位1位から3位まで選択されたものを、表3及び図1として示す。上位1位から3位の合計では、計画の評価が37か所、自殺関係データの理解・活用方法が30か所、庁内他部署の理解・合意を得ることが25か所、計画の書き方・まとめ方が24か所であった。1位の項目は、庁内他部署の理解、合意を得ることが17か所、計画の評価が13か所であった。

1位の項目を人口規模別に見てみると、表4及び図2のとおり庁内他部署の理解、合意を得ることの割合は人口規模が小さくなるにつれて減少しているが、町村でも25%を占めた。評価についても人口規模が大きいほど全体に占める割合が大きく、町村では自殺関係データの理解、活用方法の割合が最大となった。

計画改定には、現計画の進捗状況を整理し、各事業の推進・達成状況等を総合的に評価することが必要である。しかし、新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、計画通りに事業が実施できていないため、評価に困難が生じていることがわかった。自殺関係データの理解・活用方法への困難感も多数挙げられた。また、全庁的に自殺対策を推進する必要があるが、庁内他

部署の理解を得て全庁的な取組みとしての意識を持ってもらうことや、各部署の担当者の交代がある中での切れ目ない計画推進に苦慮されていることがわかった。

表3 自殺対策計画の改定に向けて困難に感じていること上位3つ

	1位	2位	3位	合計
計画の評価	13	10	14	37
自殺関係データの理解、活用方法	11	10	9	30
庁内他部署の理解、合意を得ること	17	4	4	25
計画の書き方、まとめ方	3	9	12	24
会議体の設置、運営	2	9	6	17
庁外関係機関の理解、合意を得ること	4	8	3	15
棚卸し作業	3	2	2	7
未記入	0	1	3	4

図1 自殺対策計画の改定に向けて困難に感じていること上位3つ

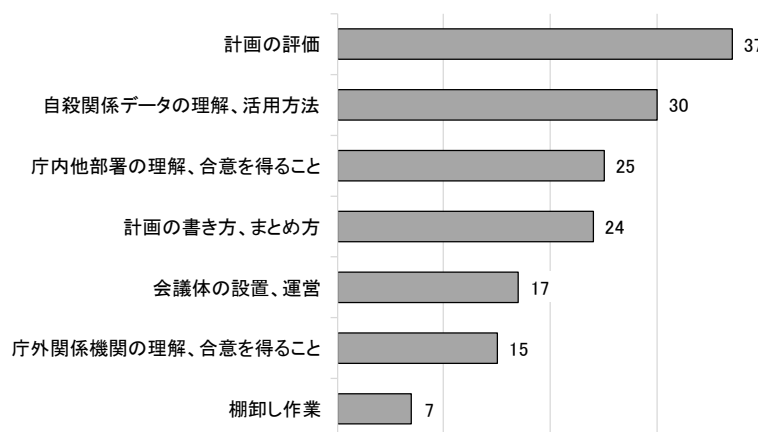
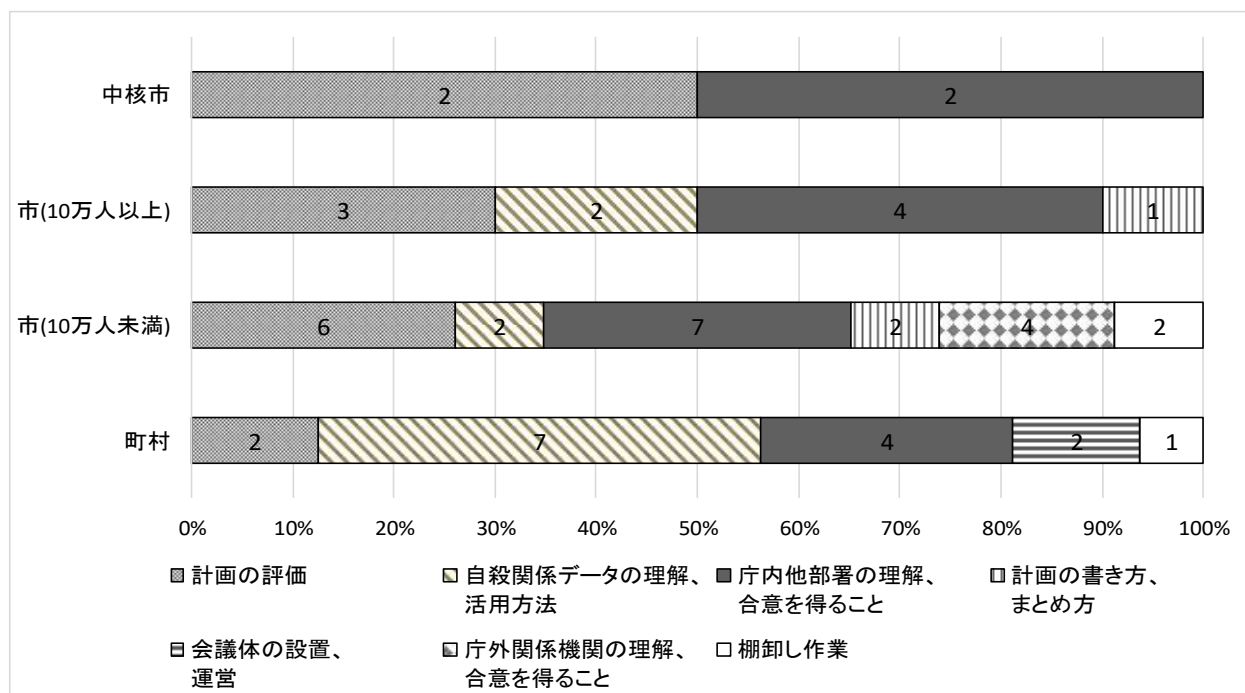


表4 人口規模別の計画改定に向けて困難に感じていること1位

人口規模	市町村数	計画改定に向けて困難に感じていること1位						
		計画の評価	自殺関係データの理解、活用方法	庁内他部署の理解、合意を得ること	計画の書き方、まとめ方	会議体の設置、運営	庁外関係機関の理解、合意を得ること	棚卸し作業
中核市	4	2		2				
市 (10万人以上)	10	3	2	4	1			
市 (10万人未満)	23	6	2	7	2		4	2
町村	16	2	7	4		2		1
計	53	13	11	17	3	2	4	3
割合(%)	100	24.5	20.8	32.1	5.7	3.8	7.5	5.7

図2 人口規模別の計画改定に向けて困難に感じていること1位の割合



エ 自殺対策の推進に取り組む中で困難に感じていること

自殺対策の推進に取り組む中で困難に感じていることを、上位1位から3位まで選択されたものを、表5及び図3として示す。上位1位から3位の合計では、担当部署のマンパワーの問題が30か所、事業（研修・教室・相談等）の実施が25か所、担当者の経験不足が23か所、計画の進行管理が20か所であった。1位の項目は、担当部署のマンパワーの問題が18か所、庁内他部署との連携が11か所であった。

1位の項目を人口規模別に見てみると、表6及び図4のとおり町村では特に担当部署のマンパワーの問題が占める割合が大きく10か所、62.5%であった。市では庁内他部署との連携が10か所、27%であった。

市町村によっては、自殺対策と他業務を兼任することもあり、自殺対策に取り組む時間を十分に確保できない状況や、研修会へ参加する時間の捻出が困難で情報を得づらい状況が伺われた。事業の実施については、新型コロナウイルス感染対策との兼ね合いの他、効果的な展開の方法がわからない等、各事業の進め方に悩んでいることがわかった。新たに自殺対策担当となり、知識が不十分な状態で、手探りで自殺対策に従事している状況も示唆された。

表5 自殺対策推進に取り組む中で困難に感じていること上位3つ

	1位	2位	3位	合計
担当部署のマンパワーの問題	18	9	3	30
事業（研修・教室・相談等）の実施	3	12	10	25
担当者の経験・知識不足	9	11	3	23
計画の進行管理	3	6	11	20
庁内他部署との連携	11	5	2	18
協議会等の設置、運営	1	5	9	15
庁外関係機関との連携	6	2	5	13
計画や対策取組の啓発	2	2	5	9
十分な予算の確保	0	0	3	3
未記入	0	1	2	3

図3 自殺対策推進の中で困難に感じていること上位3つ

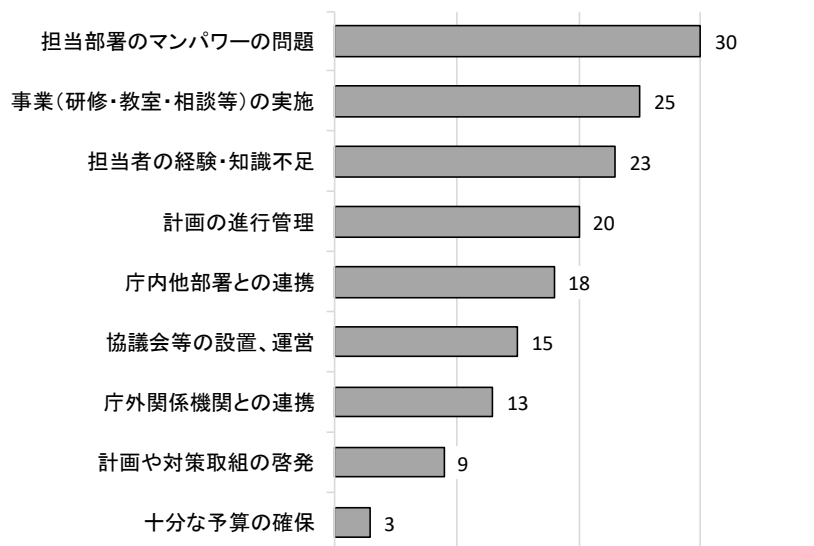
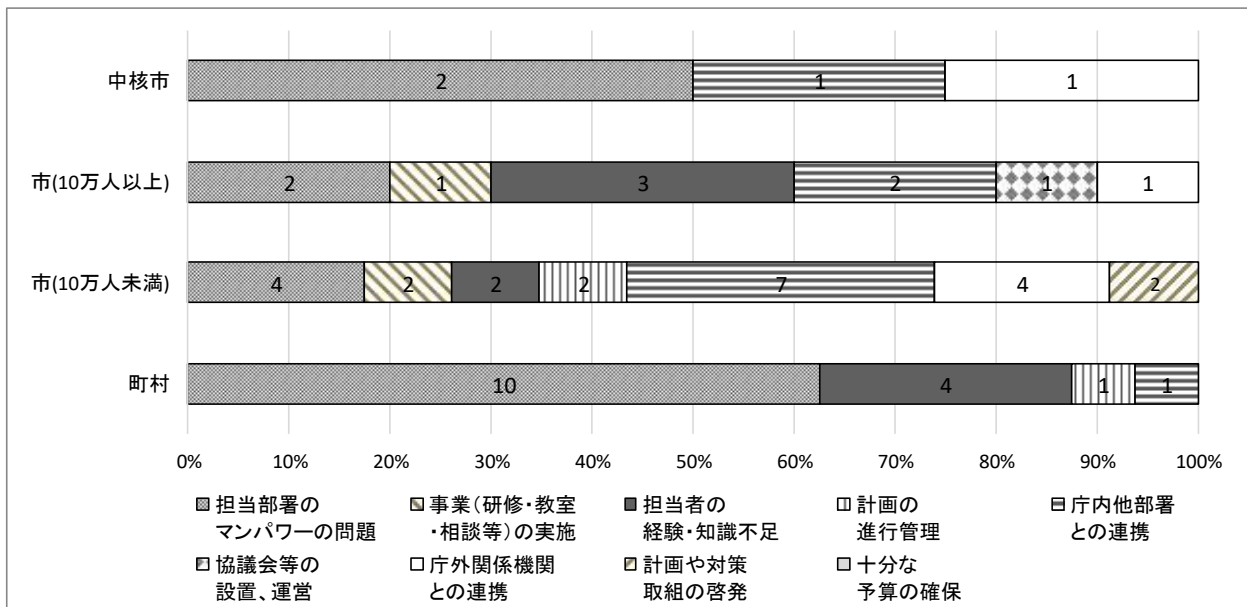


表6 人口規模別の自殺対策推進の中で困難に感じていること1位

人口規模	市町村数	自殺対策推進の中で困難に感じていること1位								
		担当部署のマンパワーの問題	事業（研修・教室・相談等）の実施	担当者の経験・知識不足	計画の進行管理	庁内他部署との連携	協議会等の設置、運営	庁外関係機関との連携	計画や対策取組の啓発	十分な予算の確保
中核市	4	2				1		1		
市 (10万人以上)	10	2	1	3		2	1	1		
市 (10万人未満)	23	4	2	2	2	7		4	2	
町村	16	10		4	1	1				
計	53	18	3	9	3	11	1	6	2	0
割合 (%)	100	34.0	5.7	17.0	5.7	20.8	1.9	11.3	3.8	0.0

図4 人口規模別の自殺対策推進の中で困難に感じていること1位の割合



4 まとめ

今回のアンケート結果では、市町村の担当者が自殺対策計画の改定に向けて、計画の評価や庁内他部署の理解、合意を得ること等について困難に感じていることがわかった。自殺対策推進の中では、担当者のマンパワーの問題や、庁内他部署との連携、事業の実施等について困難に感じていることが明らかになった。市町村の担当者の職種や経験等の背景は様々で、限られたマンパワーの中で自殺対策に取り組まれている。今回の事前アンケート結果を研修会の内容に反映させるとともに、市町村の担当者の背景にも考慮していくこととした。自殺対策計画の改定及び自殺対策推進において困難に感じていることとして、庁内他部署との連携が共通しているため、グループワークは庁内連携をテーマに実施した。参加者からは、今後の取組みとして、会議やワーキングの実施、庁内職員向けゲートキーパー研修の開催、日頃から各種事業を通して連携を図る等の意見が出された。講師より、庁内連携には地道な積み重ねが必要であり、自殺対策は特別な政策ではなく、既存の政策がどうすれば自殺対策と関連し得るかを伝えていく必要があるとの助言がされた。

保健所は管内市町村の実情に応じた支援が求められるが、コロナ禍の影響により、保健所における事業の実施が困難となり、管内市町村の状況を把握しにくくなっている状況もある。アンケートでは、今後必要と感じている自殺対策として、自殺未遂者や子ども・若者の支援に関する内容も挙げられている。保健所が市町村支援をしていくために、センターで実施する自殺未遂者支援等推進事業研修や若年層自殺対策相談対応人材育成事業研修等、自殺対策事業全体を通じ、自殺未遂者支援や若年層の自殺予防に関する理解を深め、支援者の基本姿勢や対応を学ぶ機会としていきたい。また、センターは市町村が抱える課題やニーズを保健所に還元し、研修会を市町村及び保健所の担当者が顔を合わせる機会とする等、保健所支援にも取り組んでいきたい。

企画支援課 角田玉青 今井祉織¹⁾ 村田修一²⁾ 平出秋美 山下泰恵
 所長 藤城聡

¹⁾退職 ²⁾現・愛知県医務部医務課こころの健康推進室

【要約】

当センターでは薬物問題当事者の家族を対象として、薬物依存に関わる知識を学ぶための「薬物問題に関する家族教室」（以下、「薬物家族教室」と言う。）を平成 12（2000）年度から連続して開催してきた。しかし令和元（2019）年度の家族教室開催後、この年に端を発する COVID-19 の世界的感染流行に対応するため、翌年以降の開催方法について検討を迫られることになった。

令和 2（2020）年度には、当センター主催の行事の多くが、オンライン開催または規模縮小ないし休止となった。そうした中で薬物家族教室の開催方法を検討し、研修動画のオンデマンド配信による開催を当センターとして初めて試みた。その後、令和 3（2021）年度の開催中止をはさみ、令和 4（2022）年度も令和 2 年度と同様の方法で開催した。

この間の経験を振り返り、オンデマンド形式の特徴を整理し、今後留意すべき点について提言を行った。

1 薬物家族教室について

当センターの薬物家族教室は、厚生省（当時）が定めた「薬物乱用防止対策事業実施要項」を踏まえて、平成 12 年度から始まった取組みである。

その後、内容や回数に変動はあるものの、依存症に関する医学的知識、家族として対応するための留意点、社会資源の紹介を柱に開催している点では共通している。参考として、開催初年度である平成 12 年度と、対面形式で開催した最後の年度である令和元年度の実施概要を表 1-1、1-2 に示す。

表 1-1 薬物家族教室の概要（平成 12 年度）

回	日にち	内容	講師	参加者数
第 1 回	11 月 1 日	薬物依存とは	精神保健福祉センター・医師	19 人
第 2 回	11 月 29 日	薬物依存からの回復―医療機関の援助―	クリニック・ソーシャルワーカー	23 人
第 3 回	12 月 18 日	薬物依存にまつわる法律的諸問題	弁護士	13 人
第 4 回	1 月 17 日	家族の役割	クリニック・ソーシャルワーカー	16 人
第 5 回	2 月 7 日	薬物依存からの回復―社会復帰施設の支援―	ダルク・スタッフ、メンバー	17 人
第 6 回	2 月 21 日	先輩家族からのメッセージ	ナラノン・メンバー	18 人

（注）時間はいずれも 13:30～14:30。その後 14:45～15:45 に家族交流会を実施。

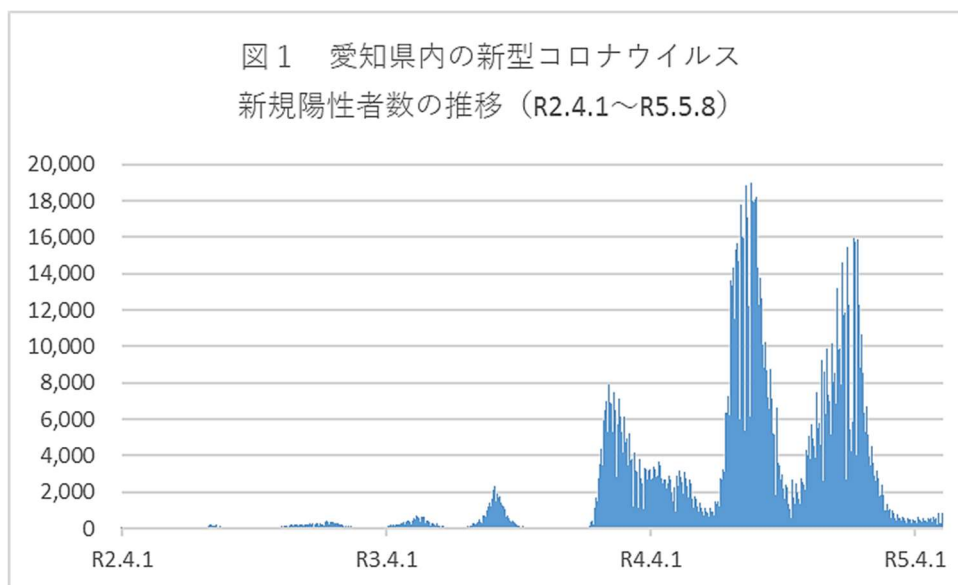
表 1-2 同 (令和元年度)

回	日にち	内容 (※)	講師	参加者数
第1回	7月8日	「本人に何が起きているのでしょうか?～家族が知っておきたいこと～」	精神保健福祉センター・医師	10人
第2回	8月1日	「ダルクの活動と依存症からの回復 (体験談)」	名古屋ダルク・スタッフ	8人
第3回	9月6日	「依存症と家族～困っているのは誰?～」	西山クリニック精神保健福祉士	13人
第4回	10月1日	「家族の回復のために～家族の体験談をきいてみよう～」	NPO 法人愛知家族会・メンバー	12人
第5回	11月1日	「ダルクの活動と依存症からの回復 (体験談)」	三河ダルク・スタッフ	9人

(注) 時間は講演後の家族同士によるグループワークも含めて、いずれも 13:30～15:30。

2 コロナ禍が当センターの行事に及ぼした影響

令和2年(2020)1月に、ダイヤモンド・プリンセス号の船内で、新型コロナウイルスの陽性患者が確認されて以降、コロナ禍が日本全土を席卷し、愛知県内でも図1のような推移を経て、新規陽性者数の急増が見られた。



(厚生労働省「データからわかるー新型コロナウイルス感染症情報ー」(<https://covid19.mhlw.go.jp/>))

掲載のオープンデータを元に作成)

コロナ禍の影響がまだ明瞭に現れていなかった令和元年度から、感染拡大期に当たる令和2年度から4年度にかけて、当センターが主催した対外的な研修・講座・つどいの開催状況を表2にまとめた(当センター主催行事には他にも各種の会議があるが、本稿の趣旨に照らしてデータから割愛した)。また、当該期間における開催形式の年次変化を図2に示す。

令和元年度には全31メニューを全て集合(対面)形式で開催していたが、令和2年度になると、

全 32 メニュー中 13 メニューと、全体の 4 割にまでその割合が減少した。それを補うため、13 メニューをオンライン形式で開催したが、結果的に全体の約 2 割に当たる 6 メニューは開催中止とせざるを得なかった。また集合形式で開催したのものも、開催回数や参加人数を大幅に絞るなど、その影響は甚大であった。

その後、令和 3 年度になると新型コロナウイルスはさらに猖獗を極め、集合形式による開催は 9 メニューと一層減少した。ただし、オンラインでの開催がこれを補ったことで、開催中止は 3 メニューにとどまった。

続く令和 4 年度は、第 6 波の減少フェーズで幕を開け、第 7 波・第 8 波の急速な拡大がそれに続いたが、同時に新型コロナの軽症化が指摘された時期でもある。こうした状況の下、感染症対策の徹底を図ることで、集合形式は 11 メニューと若干増加し、また従来のオンライン開催に加えて「集合+オンライン」のような新たな方式を採用することで、開催中止を 1 メニューにまで抑えることに成功した（なお、ここでいう「集合+オンライン」とは、いわゆるハイブリッド開催ではなく、複数日にまたがる研修の一部を集合形式、一部をオンライン形式で開催したものを指す）。

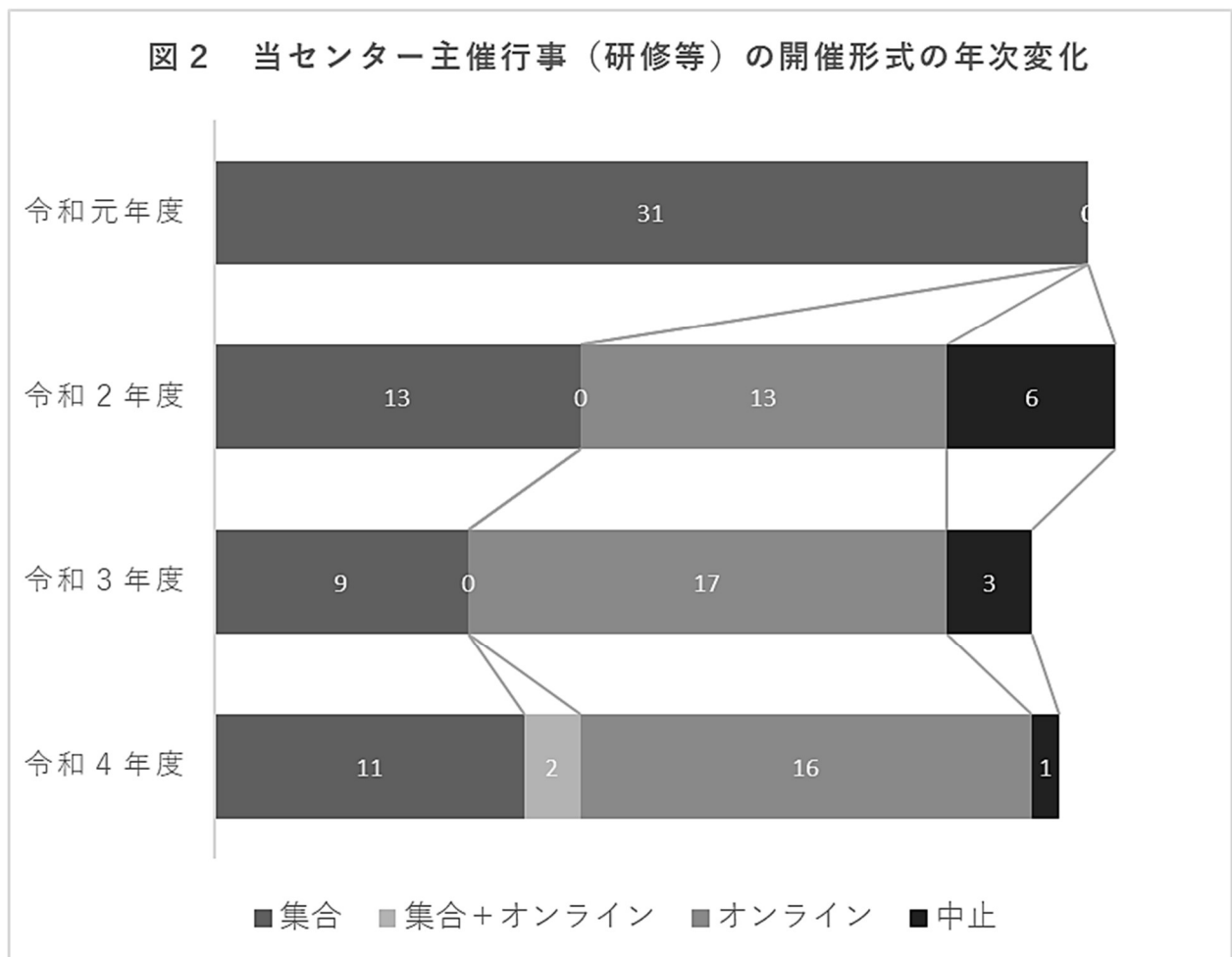


表2 当センター主催行事（研修等）の開催状況（令和元年度～4年度）

事業種別	事業名称（注1）	対象者（注2）	開催方法（注3）			
			令和元年度	2年度	3年度	4年度
研修	ギャンブル等依存症研修	支援者	集合	オンライン	オンライン	オンライン
研修	ギャンブル依存症回復プログラム従事者養成研修	支援者	(R2年度新規)	オンライン	オンライン	オンライン
研修	アルコール健康障害研修	支援者	集合	中止	オンライン	(廃止)
研修	自殺防止地域力強化事業研修	支援者	集合	集合	オンライン	集合
研修	自殺予防のための家族支援スキルアップ研修	支援者	集合	中止	(廃止)	
研修	自死遺族相談対応研修	支援者	集合	オンライン	オンライン	オンライン
研修	若年層自殺対策相談対応人材育成事業研修	支援者	集合	集合	オンライン	集合
研修	自殺未遂者支援等推進事業研修	支援者	集合	中止	オンライン	オンライン
研修	大学生等向け自殺予防啓発事業（出前講座）	学生、教職員	集合	集合	集合	集合
研修	大学生等向け自殺予防啓発事業研修	教職員	(R4年度新規)			オンライン
研修	自殺ハイリスク者地域支援事例検討会	支援者	集合	集合	集合	集合
研修	精神障害者地域移行・地域定着推進研修（地域の核となる支援者対象研修）	支援者	集合	オンライン	オンライン	オンライン
研修	精神障害者地域移行・地域定着推進研修（医療と福祉の連携合同研修）	支援者	集合	オンライン	オンライン	オンライン
研修	精神障害者ピアサポーター養成研修	当事者、支援者	集合	オンライン	オンライン	オンライン
研修	精神障害者ピアサポーターフォローアップ研修	ピアサポーター、支援者	集合	オンライン（併催）	中止	オンライン（併催）
研修	地域精神保健福祉業務基礎研修	支援者（新任）	集合	中止	オンライン	オンライン
研修	保健所職員等基礎研修	保健所職員（新任）	集合	オンライン	オンライン	オンライン
研修	保健所精神保健福祉担当職員業務研修	保健所職員	集合	オンライン	オンライン	中止
研修	措置入院者退院後支援評価研修	保健所職員	集合	オンライン	中止	オンライン
研修	性的マイノリティ相談対応研修	支援者	集合	集合	(廃止)	
研修	災害時メンタルヘルス研修（DPAT研修）	医療関係者等	集合	オンライン	オンライン	集合+オンライン
研修	災害時メンタルヘルス研修（PFA研修）	支援者	集合	オンライン	オンライン	オンライン
研修	ひきこもり対応者研修	支援者	集合	集合	オンライン	集合+オンライン
研修	ひきこもり支援サポーター養成研修	一般	集合	集合	オンライン	オンライン
研修	ひきこもり支援サポーターフォローアップ研修	支援サポーター	集合	集合（併催）	集合	集合
講座	ギャンブル等依存症の家族に向けた講演会	家族	集合	中止	集合	集合
講座	薬物問題に関する家族教室	家族	集合	オンライン	中止	オンライン
講座	ひきこもり家族教室	家族	(R4年度新規)			オンライン
つどい	薬物問題を考える家族のつどい	家族	集合	集合	集合	集合
つどい	精神障害者当事者活動交流会	当事者	集合	中止	(廃止)	
つどい	ひきこもり家族のつどい	家族	集合	集合	集合	集合
グループプログラム	薬物等依存症回復プログラム「あいまーぶ」	当事者	集合	集合	集合	集合
グループプログラム	ギャンブル等依存症回復プログラム「ART-G」	当事者	集合	集合	集合	集合
グループプログラム	ひきこもり当事者のグループワーク「東大手きぼうクラブ」	当事者	集合	集合	集合	集合

（注1）事業名称は一部年度によって変遷があるが、令和4年度（又は最終開催時）の名称に統一した。

（注2）「支援者」には相談担当者以外の関係行政職員等も含む。

（注3）「集合」には受講者が1か所に参集し、講師が遠方からオンラインで講義したものも含む。

「併催」とは、各種「養成研修」を「フォローアップ研修」と兼ねて同時開催したものを指す。

「集合+オンライン」とは、複数日にまたがる研修の一部を集合形式、一部をオンライン形式で開催したものを指す。

3 薬物家族教室のオンライン開催にあたって

(1) オンライン開催にあたって考慮した点

上記のような状況の中、令和2年度は薬物家族教室もオンラインで開催することが検討されたが、その際、以下のような点が議論された。

① テーマの特殊性：

薬物依存症がテーマであることから、必然的に対象ケースの多くに違法薬物が絡む。事柄の性質上、家族としては匿名で受講したいニーズが大きいのではないかと。

② 潜在的受講希望者の存在：

若年層への大麻の広がりに関連報道の増加により、明確に事例化する以前から、身近な家族等の薬物問題に焦慮や不安を感じるケースも増えていると思われる。そうした人々に広く学習の機会を提供することは、社会への啓発という観点からもきわめて重要であろう。

③ 学習内容の複雑性：

薬物家族教室のカリキュラムは、薬物そのものに関する知識に始まり、薬物依存症に関する医学的理解と治療的アプローチ、回復のための社会資源と自助活動、家族の役割、そして家族自身のケアに至るまで、内容が多岐にわたる。そのため、従来の家族教室は講義だけで5～6時間を費やしていたが、これを平日の日中にライブ配信した場合、受講可能な人はごく一部に限られてしまい、オンライン開催のメリットが減殺されてしまう。

(2) オンデマンド配信方式の採用

オンラインでのセミナー開催については、近年、表3のように様々な方法が試みられている。

表3 オンライン開催の分類

配信方式による分類		公開方法による分類	
	主なアプリ／サービス		
ライブ配信 (生配信。リアルタイムで双方向のやりとりが可。集合形式とライブ配信を併用するハイブリッド開催もある)	Zoom、Cisco Webex、YouTube Live、ツイキャス、インスタライブ、Vimeo等	公開 (URLを知らない人でも、検索機能や「おすすめ動画」の表示をたどることで視聴可能)	限定公開 (URLを知っている人のみ視聴可能。検索結果や「おすすめ動画」には非表示)
オンデマンド配信 (アップロードされた録画済みコンテンツを視聴する方式)	YouTube、Vimeo等		
ライブ配信とオンデマンド配信の併用 (ライブ配信後に、その内容をアーカイブ化してオンデマンド配信する方式)	上記単独またはその組合せ		

オンラインの特質を活かすことによって、前節で挙げた問題に答えられないかを課内で検討した結果、令和2年度の薬物家族教室は、事前に作成した動画をYouTube上にアップし、誰でも自由に視聴できる「オンデマンド配信＋公開」の形を採ることとした。オンデマンド方式とすることで、以下のようなメリットがあると考えられたためである（なお、それまで当センターがオンラインで開催した行事は、すべてCisco WebexのWeb会議システムを利用したライブ配信形式である）。

- ① URLさえ分かれば、誰でも匿名で受講することができる。
- ② 「家族教室」と銘打っていても、関心のある人は誰でも受講できる。
- ③ 自分のペースに合わせて、いつでも、どこでも、何度でも繰り返し学習することができるため、十分な学習効果が期待できる。

（3）具体的な開催方法について

令和2年度は全体の講演テーマを「薬物依存症の基礎と家族が知っておきたいこと」とし、プログラムは3回シリーズで構成した。資料作成及び講師は各回とも当センターの医師（所長）が行った。

コンテンツはすべてPowerPointで作成し、スライドショーに音声を録音したものをmp4形式に変換し、YouTube上にアップロードした。その他、講演の細目等、動画の内容は表4に示したとおりである。

なお、参考として令和2年度第3回薬物家族教室の冒頭8スライドと解説ナレーションの内容を、サンプルイメージとして末尾に掲げた。

トータル再生時間は約63分間と、従来の薬物家族教室よりも大幅に短縮した。これは動画作成労力という実際上の問題に加え、スライドショー形式の動画に集中できる時間的上限や、繰り返し視聴するにはコンパクトな内容の方が好適である点を考慮した結果である。


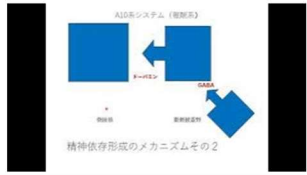
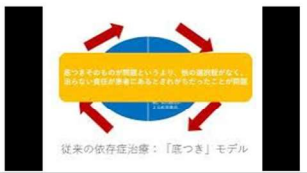


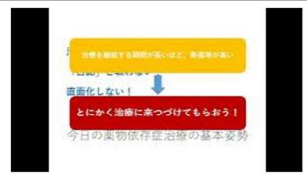
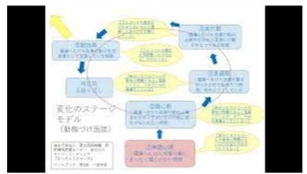
薬物家族教室の周知方法としては、県のホームページの新着情報欄や当センターのWEBサイトに報を掲載したほか、保健所・市町村・関係団体にメールやチラシ（図3）を送付し、対象者に周知を図るよう依頼した。

（4）令和3年度の薬物家族教室中止と令和4年度の薬物家族教室の開催

令和3年度は上述のように、当センターが新型コロナ対応を最も求められた時期に当たる。そのため、他の行事との兼ね合いから薬物家族教室の開催は見送り、他の行事に注力することとなった。

続く令和4年度は、これを補うために優先的に開催準備を進め、4回シリーズに再構成した動画を新たに作成し、トータル再生時間も約72分間と内容にも厚みを加えた。その他、講師や周知方法については令和2年度とほぼ同様である（以下、令和2年度と4年度の家族教室を総称して「今回の薬物家族教室」と言う）。

表4 YouTubeで配信した動画の概要（令和2年度、4年度）

年度	回	テーマ・タイトル	YouTubeサムネイル	タイトルを含むスライド総枚数	再生時間	再生回数	公開期間
令和2年度	第1回	薬物依存症とは？薬物依存症を取り巻く現状		45	16分27秒	436	91日間 (R3.3.26～ R3.6.25)
	第2回	慢性精神疾患としての薬物依存症		15	22分16秒	232	
	第3回	薬物依存症の治療と支援		20	24分55秒	252	
	小計			80枚	63分38秒	920回	
令和4年度	第1回	薬物依存症とは？薬物依存症を取り巻く現状		45	15分20秒	145	112日間 (R5.3.10～ R5.6.30)
	第2回	慢性精神疾患としての薬物依存症		15	23分3秒	83	
	第3回	薬物依存症の治療と支援		29	19分47秒	76	
	第4回	家族の対応で気を付けること		18	13分49秒	90	
	小計			107枚	71分59秒	394回	

愛知県精神保健福祉センター


薬物問題に関する家族教室


覚醒剤や大麻、市販薬、処方薬などの薬物乱用は、深刻な社会問題の一つとなっています。そして、それが依存症となると、家族の方々も問題の対応に日々追われ、「本人に振り回されてつらい」「どう接していいかわからない」ものの、相談することもできず、途方に暮れてしまうことも少なくありません。この度、このような悩みを持つ家族の方に、薬物問題についての正しい知識や対応方法を学んでいただける動画を YouTube にて配信します。ご家族を対象としておりますが、一般の方にも参考にしていただける内容となっております。ぜひご視聴ください。


「薬物依存症の基礎と家族が知っておきたいこと」

講師 愛知県精神保健福祉センター 所長 藤城聡 (精神科医師) **YouTubeにて 期間限定配信**

公開期間 令和3年3月26日(金)～6月25日(金)

第1回 薬物依存症とは？薬物依存症を取り巻く現状 
<https://youtube.com/tAiShlfGtrw>

第2回 慢性精神疾患としての薬物依存症 
<https://youtube.com/xr85PBX2FUw>

第3回 薬物依存症の治療と支援 
<https://youtube.com/gwhwLJMTReo>

※掲載している内容について、著作権法上認められた場合を除き、無断での複製・転用はご遠慮ください。

当センターでは、名古屋市を除く愛知県にお住まいの方を対象に、ご本人及びご家族からの薬物依存症に関するご相談を電話・面接にてお受けしているほか、ご本人向けの回復プログラム等も実施しています。まずは下記へお電話にてお問合せください。

問合せ：愛知県精神保健福祉センター 企画支援課
 電話：052-962-5377 (相談時間：平日 9:00～12:00、13:00～16:30)

図3 令和2年度開催時の広報用チラシ

薬物問題 理解に動画

県精神保健福祉センターは薬物問題の当事者やその家族向けに、薬物依存症などについての説明動画を作成し、動画投稿サイト「ユーチューブ」で公開している。六月二十五日まで。毎年、講演会を開催しているが、新型コロナウイルスの感染拡大を受け、

県精神保健福祉センター 当事者や家族向けに作成

藤城所長は動画で「薬物依存症は誰にとっても身近な問題で、長く治療を続けることが大切だ」と説明。「薬物使用の結果の後始末を家族が肩代わりしない」など、家族の対応方法も解説している。センターのホームページからも見ることができる。

けてオンライン化した。精神科医でもある藤城聡所長が三回に分けて、薬物依存症の基礎知識や家族のかわり方などを説明している。

図4 中日新聞 R3. 4. 9 付「県内総合」面

4 開催結果と考察

(1) 参加状況と受講者の反応

今回の薬物家族教室ではアンケート等を特に実施しなかった。また YouTube 上で、動画に対するコメントを書き込み可能な設定としたが、結果的にコメントは寄せられなかったため、受講者の直接的な反応を知ることは残念ながらできていない。

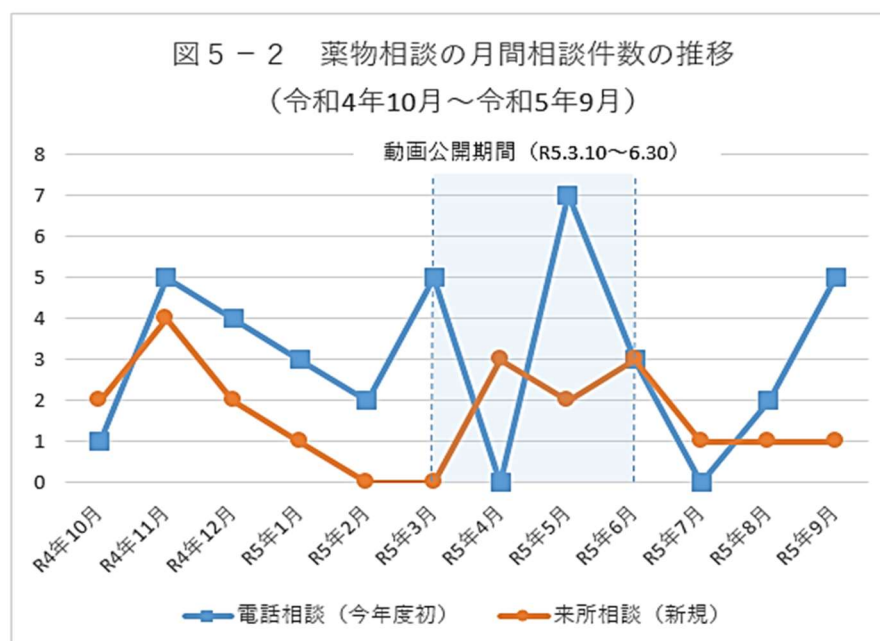
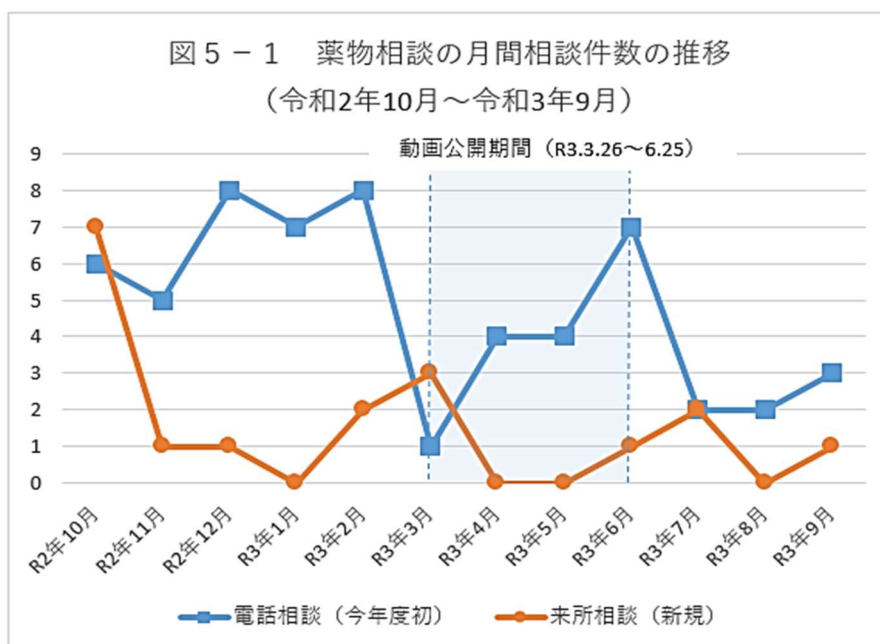
ここで量的指標として動画再生回数に注目すると、表3に示したように、令和2年度は総再生回数が920回(1動画あたり平均307回)、また令和4年度は総再生回数394回(1動画あたり平均99回)であった。実際の視聴人数は不明であるが、10人～20人規模で開催してきた従来の薬物家族教室よりも、受講者数は当然多いものと推測され、この点はオンデマンド配信のメリットが十分生かされたと考える。

なお、令和2年度と4年度で視聴回数に大きな差が生じているが、令和2年度には地元紙である「中日新聞」で報じられた(図4)ことが大きいと推定している。社の公式サイトによれば、同紙は東海3県での購読者率が52%を超え、愛知県内では発行部数121万部余りを誇る有力紙であり、その影響はきわめて大きい。

以上のことは、薬物家族教室に対する潜在的需要の大きさを示すと同時に、それを必要とする人に情報を届ける体制がきわめて重要であることを示唆している。

また、薬物家族教室の開催とその後の相談行動との関係を見るために、動画公開期間前後の当センターの薬物相談件数の推移を図5-1と図5-2に示した。

令和4年度の電話相談件数が、動画公開期間内に最高値を記録するなど、動画視聴が相談行動を促したと解釈できる余地も残されてはいるが、全体として明瞭な傾向は見出しがたかった（なお、令和3年度の来所相談件数は、新型コロナ対応として新規の受付を絞っていた時期があるため、指標として不備な点があることに留意が必要である）。



(2) 動画研修のメリット・デメリット

現在、企業等でも社員を対象にした動画研修が広く活用されるようになってきている。そうした動画配信による研修のメリット・デメリットとして挙げられていることを、各種のネット情報を参照してまとめたのが表5である。

表5 動画配信型研修のメリット・デメリット

	受講者側	主催者側
メリット	<ul style="list-style-type: none"> ・参加の心理的ハードルが低い ・参加コストが抑えられる ・いつでもどこでも自分のペースで学べる ・理解が難しい箇所は繰り返し視聴したり、速度調節したりすることで知識が定着しやすい ・講師による質のばらつきがない。 ・映像と音で理解しやすい 	<ul style="list-style-type: none"> ・会場確保や講師旅費等のコストを削減できる。 ・講師や受講者のスケジュール調整が不要 ・大人数の参加者に対応しやすい。 ・研修の質や内容を統一できる。
デメリット	<ul style="list-style-type: none"> ・ユーザー任せにすると受講が進まない ・緊張感を保ちにくい。熱心に取り組まなければ知識が定着しにくい ・「動画をじっくり視聴するのが苦手」という人には不向き。 ・講師とコミュニケーションがとれない。その場で質疑応答ができないため、不明点がそのままになりやすい ・他の受講生との関係づくりが難しい ・通信環境・視聴環境の整備が必要 ・通信（回線）状況の影響を受ける 	<ul style="list-style-type: none"> ・双方向のやりとりが必要な講義には向かない。 ・受講管理が煩雑になりがち。 ・通信（回線）状況の影響を受ける。

表5は主に企業が社員に受講を義務付けた研修を想定した場合のメリット、デメリットなので、希望者が自発的に受講する家族教室とは事情の異なる部分もあるが、共通する部分も当然多い。

具体的に今回の薬物家族教室に当てはめてみると、薬物問題では匿名性がきわめて重要であることから、参加のハードルを下げる上では有効に作用しただろう。また、「いつでも・どこでも・何度でも」学べるオンデマンド配信は、基本的な知識を得るためには非常に有効だったと思われる。

他方、一方的な情報発信にとどまり双方向性に欠けることは、講義の場で質問ができないため、内容理解の面でマイナス面も大きい。また従来の家族教室では、講義以外にもグループワークや分かち合いの機会を設けることで、孤立しがちな家族への心理的サポートと、自助グループにつなぐ機会を提供していたが、オンデマンド配信ではそれが原理的に不可能であることは、大きなデメリットである。

(3) 今後に向けて

今回の薬物家族教室は、少なからず試行的色彩を帯びたものであったが、2回の開催結果から今後に向けて以下のような示唆が得られた。

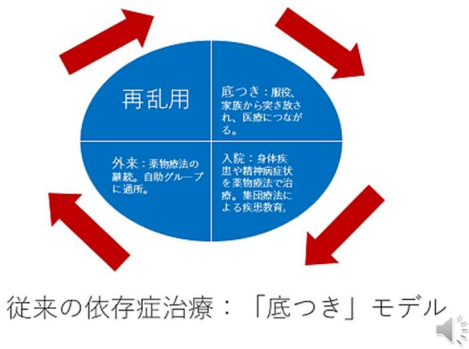
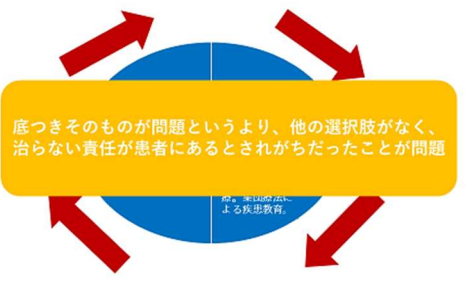
まずオンライン開催することで、既存の集合形式による開催よりも多くの参加者を得られた。これがオンライン開催の最大のメリットともいえるが、同時にアクセス数が広報次第で大きく変わることも経験した。今後はネット媒体も含めた広報の充実に力を注ぐことが重要となる。

また開催方式として、今回はオンデマンド方式を採用したが、そこには当然メリットもデメリットもあり、今後はメリットを最大化するとともに、デメリットを最小化するための工夫が求められる。これは家族教室以外の行事にも共通していえることだが、内容や対象に応じてその開催形式は表3に示した枠組みを参照して、慎重に検討されるべきである。薬物家族教室の場合でいえば、オンデマンド配信に加えライブ配信を併用すること、あるいは集合形式も加えたハイブリッド開催を検討することが必要だろう。ただし、開催方式の複雑化に伴い主催者側の労力も増大するため、開催・運営のスキルとノウハウを、当センターとしても十分蓄積していく必要がある。

当初、オンライン開催は感染症対策の一環として導入されたが、オンライン開催には集合形式にはない独自のメリットもあり、コロナ禍が終息後も引き続き多用されると思われる。今回の結果を今後の実践に積極的に活かしていきたい。

【参考】薬物家族教室の動画内容サンプル（令和2年度第3回、全20スライド中の冒頭8スライド）

No.	パワーポイントスライド	解説ナレーション
1	<p style="text-align: center;">薬物依存症の基礎と 家族が知っておきたいこと</p> <p style="text-align: center;">第3回 薬物依存症の治療と支援</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">愛知県精神保健福祉センター 所長 精神科医師 藤城 聡</p>	<p>こんにちは。愛知県精神保健福祉センターの藤城です。薬物依存症家族教室「薬物依存症の基礎と家族が知っておきたいこと」第3回の今回は、薬物依存症の治療と支援についてのお話をしたいと思います。</p>
2	<ul style="list-style-type: none"> • 司法的対応より治療的対応 • 「底つき」を待たないで介入 • できるだけ長く介入 • 無理にでも介入 • 多様な選択肢が必要 • 包括的な支援が必要 <p style="text-align: center;">薬物依存症治療の 新しい考え方</p>	<p>まず、現在の薬物依存症の治療の考え方をご説明したいと思います。</p> <p>まず、司法的介入より治療的対応です。第1回の刑の一部執行猶予でもお話ししましたように、覚せい剤で逮捕された人のうち、約3分の2は以前にも覚せい剤で逮捕されたことがある人です。このように、刑罰だけでは薬物の問題は解決しないということは司法関係者との間でも共有されるようになってきており、新しい制度も生まれました。</p> <p>底つきというのは、自分は薬物を使用しながら生きていくことはできないと深く自覚することをいいます。以前は底つきをしないと治療が始まらないと考えられていました。私たちのセンターでも、保釈されて、執行猶予など有利な判決を勝ち取るための材料として、回復プログラムに参加される方も少なくありません。そういった人は執行猶予判決ができれば、目的を果たしたわけですので、プログラムに参加する必要もなくなると思うのですが、実は判決後も参加し続ける人が多いです。これは、そういう人たちが、最初の動機はどうであれ、プログラムに参加するうちに自分の薬物の問題を自覚するようになり、治療が必要だと考え始めるようになるからだと思います。つまり、プログラムに参加する中で、底つきを体験するわけです。これを支援の中で底つきといえます。はじめは底をついていなくても、支援を受ける中で、底をついていけば良いのです。</p> <p>また、様々な研究の結果、治療を長く継続すればするほど、薬を止められる可能性が高くなるということもわかっています。専門的な治療を短期間集中的に受けても、時間がたつと効果が薄れてしまい、どのような治療であっても、とにかく継続することの方が重要だということを示す調査もあります。</p> <p>アメリカの一部の州やオーストラリアなどの国では、ドラッグコートという制度があります。これは、薬物の問題で逮捕された人が治療を受ける意志がある場合に裁判所などの決定により、刑務所ではなく、治療施設で治療を受けるという制度です。つまり、裁判所に言われたから、しぶしぶ治療を受けるわけです。こういう人たちを、自分の意志で治療を受けに来ている人との治療の成績を比べた研究があるのですが、さすがに自発的に治療を受けている人たちより、よい結果とまではいきませんが、遜色ないといえる程度に効果があることがわかっています。つまり、しぶしぶでも治療を受ければ効果はあるということです。</p> <p>そして、自分に合った治療を選ぶように選択肢がたくさんあることが必要です。いやいや受ける治療は長続きしませんが、自分で選んだ治療はつづきますので、薬物を止められる可能性が高くなります。</p> <p>また、特に服役経験がある人などは、仕事を失っていたり、住むところを見つけるのに苦労をしたり、経済的に困窮したりすることも多く、だんだんと家族とも疎遠になっていき、支援を受けることも難しくなります。女性の場合は、子育ての問題や移動の問題を抱えたり、トラウマの治療が必要なこともあります。そのために薬物依存症の治療だけではなく、様々な形での総合的な支援が必要です。</p>

<p>3</p>	 <p>従来の依存症治療：「底つき」モデル</p>	<p>ここで、これまでの治療について、振り返ってみましょう。</p> <p>これまででは、服薬や入院などによって、自分はもう薬物を使いきら生きていけないと底をついてから、治療につながります。</p> <p>入院での治療になることが多く、大体3か月ほどの入院の間、必要に応じて、離脱症状や精神病的症状、身体症状の治療を行い、さらに依存症についての心理教育やミーティング、集団療法などを行います。</p> <p>そして、退院すると、通院では薬物療法を行い、自助グループへの参加を促すこととなります。</p> <p>通院や自助グループへの参加が途絶え、再び乱用が始まると、また底をつくの待つというサイクルを繰り返すという治療を行っていました。</p> <p>このモデルの問題は治療が途絶えてから、底つきを待って、ふたたび治療につながるまでの間に、自殺や事故、身体の問題などの危険性があることと治療がうまくいかない原因が、治療側ではなく患者側の問題とされがちなところでした。自分自身に薬物の問題があることを自覚する底つきは、治療を受け、自分の問題に取り組み上でとても重要なものです。</p>
<p>4</p>	 <p>従来の依存症治療：「底つき」モデル</p>	<p>つまり、底つきそのものが問題というわけではなく、他の選択肢がなく、良くならない責任を患者に押し付けがちだったことが問題なのです。</p>
<p>5</p>	<p>治療へようこそ！</p> <p>「否認」と戦わない！</p> <p>直面化しない！</p> <p>今日の薬物依存症治療の基本姿勢</p>	<p>現在の治療の姿勢は、まずは病院や精神保健福祉センターに来てくれたこと自体をねぎらい、ようこそという感じで歓迎します。</p> <p>以前の治療では「否認の打破」といって、「私は薬物依存症ではない」という人に、「あなたは依存症です。それを認めて治療を受けなさい。認められないなら、認められるようになってから来なさい」というように患者さんと対決するような姿勢でした。これでは治療がつながっていきません。また、直面化といって、たとえば、「誰にも迷惑をかけていない」という患者さんに、「いや、家族は困っているでしょう。こんなことを続けているとまた刑務所だよ」と言って説き伏せようとしていました。こういった対応では、診察室は険悪なムードになり、治療はつながっていきません。</p> <p>現在ではこういった対応はなくなってきています。自分が依存症であると認めていないとしても、病院など治療の場に現れるということは、自分には何か問題があって、それを何とかしたいという気持ちがあるからです。ですから「病院やあるいはセンターに来るのは、嫌だっただろうけど、よく来てくれました、ありがとう」ですし、「あなたが依存症かどうかはともかくとして、今困っていることを何とかしましょう、もしよかったら、グループも見学してみない？」といった対応です。こういった姿勢で患者さんに接することで、険悪なムードになることが避けられ、治療がつながっていきやすくなります。</p>

<p>6</p>	<p>治療を継続する期間が長いほど、断薬率が高い</p> <p>「自覚」を維持する</p> <p>直面化しない！</p> <p>今日の薬物依存症治療の基本姿勢</p>	<p>先ほども、ご説明しましたように、治療を続ければ続けるほど、薬はやめられるようになるのです。</p>
<p>7</p>	<p>治療を継続する期間が長いほど、断薬率が高い</p> <p>「自覚」を維持する</p> <p>直面化しない！</p> <p>とにかく治療に来つづけてもらおう！</p> <p>今日の薬物依存症治療の基本姿勢</p>	<p>ですから、現在の治療の姿勢では、とにかく治療に来つづけてもらおうということを最優先に考えています。</p>
<p>8</p>	<p>認知</p> <ul style="list-style-type: none"> ・嗜癖行動が本人にとって役に立っていた面と害になっていた面を客観的に把握してもらう <p>行動</p> <ul style="list-style-type: none"> ・引き金を確認し、対処行動を学んでもらう ・スケジュールリングで暇時間をなくす <p>受容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・すぐに嗜癖行動が止まらなくてもOK！病識が不十分でも争わず、通院継続をねがらう <p>新しい依存症治療の進め方</p>	<p>具体的な進め方としては、まず薬物を使用することが、本人にとって役に立っていた面と害になっていた面を書き出して、客観的に把握してもらいます。</p> <p>そして、第2回でご説明した引き金を特定します。引き金がわかったら、その引き金への対処を学びます。</p> <p>退屈は、かなり強力な引き金になりますので、スケジュールを埋めて、退屈な時間をなくしていきます。この際、よりストレスの少ないスケジュールを選ぶことが大切です。</p> <p>この次が、一番抵抗感があるところだと思いますが、すぐに嗜癖行動が止まらなくてもOKというのは、すぐに薬物使用が止まらなくてもOKということです。</p> <p>もちろん、使っても良いよと積極的に奨励するわけではありませんが、「使ってしまったも仕方がないけど、それでも治療には来てね」ということです。</p> <p>皆さんが抵抗感を抱かれたとしても無理はないと思いますが、第2回で薬物依存症は病気だというお話をしました。</p> <p>たとえば、インフルエンザを例にとると、インフルエンザの症状は熱とどの痛みなどです。インフルエンザになって、病院にかかると抗インフルエンザウイルス薬が処方されます。この薬を使うと高熱やどの痛みがすぐになくなってしまいかといえば、そうではなく、徐々に熱が下がり、どの痛みも軽くなっていくという経過をたどります。</p> <p>病気だという以上、薬物依存症も同じなのです。薬物依存症の症状は薬物を使用することです。病院にかかって治療を受けたからといって、その場で薬物使用が止まることの方が少ないのです。そこで、「もう絶対に薬物を使ってはダメだ」などという話をすれば、運悪く、また使用してしまった時には病院にはかかれなくなります。先ほどもお話ししましたように、治療を長く続けられ続けるほど、薬物がやめられるようになるのですからですから、これではなんにもなりません。そこで「使ってしまうことがあっても仕方がない。でも病院には来てね」ということになるのです。そして、病院に来て、薬物を使用したことを話してくれたら、「とにかく来てくれてありがとう。来にくかったですよ、よく勇気を出して、話してくれてありがとう。次に使わないようにどうしたら良いか、一緒に考えましょう」という形になると治療もつづいていきますし、実際に薬物もやめられていくようになるのです。薬物依存症を持つ人にとっては、病院にくること自体、大変な努力がいることです。依存症ということを認めるかどうかにかかわらず、とにかく通院してくれていることを、感謝し、称賛することが大切です。</p>

精神保健福祉愛知

2022

発行・編集 2024年3月

愛知県精神保健福祉センター

名古屋市中区三の丸3-2-1

TEL 052-962-5377

