



# 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/soshiki/g12/>

埼玉県立精神医療センター <http://www.pref.saitama.lg.jp/soshiki/q05/>

〒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) FAX 048-723-1550

CONTENTS

1. 精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療費（精神通院医療）に関する意見書（診断書）様式の一部改正について …… 1  
埼玉県立精神保健福祉センター 精神保健福祉部 審査担当
2. 震災関連の報告
  - ①宮城県気仙沼市立病院への看護師派遣報告 …… 3
  - ②福島県へのこころのケアチーム派遣報告 …… 4
  - ③その他 支援報告 …… 5
3. 精神疾患治療法シリーズ「認知行動療法について」 …… 7  
埼玉県立精神保健福祉センター 精神保健福祉部長
4. リーフレット・新着ビデオの紹介 …… 8  
企画広報担当

# No.74

平成23年7月

※当たよりは、埼玉県立精神保健福祉センターのホームページから、全文ダウンロードできます。是非、ご利用ください。(http://www.pref.saitama.lg.jp/site/tayori/)

## 1. 精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療費(精神通院医療)に関する意見書(診断書)様式の一部改正について

埼玉県立精神保健福祉センター  
精神保健福祉部 審査担当

### 1. はじめに

平成23年3月15日付け障福推第1557-1,2号「自立支援医療費（精神通院医療）及び精神障害者保健福祉手帳に関する意見書（診断書）様式の一部改正について」を受け、平成23年4月1日から埼玉県内（さいたま市を除く）で使用する「診断書（精神障害者保健福祉手帳用）（以下、「診断書」と言う。）」及び「自立支援医療（精神通院医療）意見書（診断書）（以下、「意見書」と言う。）」の様式が変更されました。

### 2. 改正の趣旨

発達障害や高次脳機能障害については、以前から、精神障害として精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療（精神通院医療）の対象となってお

りました。しかし、これまでの診断書・意見書の様式では、これらについての病状や状態像等を適切に把握することが難しい場合がありました。このため、より適切な把握ができるよう、厚生労働省部長通知等により、これまでの様式が改正され、記載事項の変更や追加がなされました。これを受けて、埼玉県においても診断書・意見書を見直し、様式の改正を行いました。

### 3. 変更・追加された内容

ここでは、変更及び追加された事項について説明いたします。なお、「診断書」のみにかかる変更・追加事項については【診断書】、「意見書」のみにかかる変更・追加事項については【意見書】、両方に共通する変更・追加事項については、【共通】と記載します。



## (1) ICDコードを2ケタから

### 3ケタに変更【共通】

これまでICDコードについては2ケタで記載することとされており、このため、アルツハイマー型認知症も血管性認知症もICD10コードについては同じコード、すなわち「F0（症状性を含む器質性精神障害）」、統合失調症や持続性妄想性障害は「F2（統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害）」と記載し、ほかの分類についても同様に2ケタ記載とされていました。これを変更し、より詳細に確認できるよう3ケタ記載となりました。これにより、アルツハイマー型認知症であれば「F00」、血管性認知症であれば「F01」、また、統合失調症であれば「F20」、持続性妄想障害は「F22」と記載するようになりました。

## (2) 現在の病状、状態像等欄の項目追加

### ア てんかん発作等のタイプ別記載欄を追加

【手帳】

てんかんについては、厚労省通知により、てんかんの「発作区分と頻度、あるいは発作間欠期の精神神経症状・能力障害（活動制限）のいずれか一方のうち、より高い等級を障害等級とする。」とあり、発作のタイプが別表のとおり示されています。

別表「発作のタイプ」

分類	発作のタイプ
イ	意識障害はないが、随意運動が失われる発作
ロ	意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作
ハ	意識障害の有無を問わず、転倒する発作
ニ	意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作

このため、新様式では発作タイプを選択し、その頻度や最終発作を記載できるよう項目の追加を行いました。このことにより、てんかんを伴う障害者の等級認定が、滞ることなく円滑に手続きを進めることができるようになりました。

### イ 発達障害・高次脳機能障害関連項目の追加

【共通】

知能・記憶・学習・注意の障害、療育手帳の有無、広汎性発達障害関連症状の項目が追加されました。

## (5) 病状、状態像等の具体的程度、症状欄に検査所見等の追加

検査名、検査結果、検査時期【手帳（自立は「検査所見等」のみ）】の項目が追加されました。

## (6) 自立支援医療費を同時に申請する際の

### 記載欄を追加【手帳】及び追加用意見書の廃止

旧様式ではF00～F39及びG40以外で「重度かつ継続」に該当する場合には「追加用意見書」が必要でしたが、新様式では、自立支援医療に関する必要事項を直接診断書に記入いたしますので、「追加用意見書」の提出は不要となります。

さらに、投薬内容や精神療法等についても記載いただくことで、手帳と自立支援医療を同時申請する際の自立支援医療部分について、より詳細に判定ができるようになりました。

※旧様式でF00～F39及びG40以外で「重度かつ継続」に該当する場合には、今後も引き続き「追加用意見書」が必要です。詳細は各医療機関に通知済みです。





## 2.東日本大震災における支援報告

東日本大震災でお亡くなりになられた方々のご冥福を心よりお祈り申し上げますとともに、被災された方々には心からお見舞い申し上げます。

当センターでは大震災に関連して、被災地及び県内避難者支援を実施いたしました。その一部をご報告いたします。

### (1) 宮城県気仙沼病院への看護師派遣報告

埼玉県は、宮城県にある気仙沼市立病院から派遣要請を受け、県立4病院から4回にわたり総勢40名の看護師を現地に派遣しました。県立精神医療センターからは、第2陣と第4陣に5名ずつが招集され、救急外来を主として整形・小児外来、内科・外科病棟、被災地域の巡回訪問事業を対象に支援してきました。

私は最後のグループとして現地に入りましたが、気仙沼はすでに震災から1カ月以上が経っており、地域住民のたゆまぬ努力と、全国から送られた支援物資により、一歩ずつ復興へと向かっていました。

地震当時に気仙沼は震度6弱が計測されており、市内にあった数多くの医療機関が津波の被害を受けました。派遣先の気仙沼市立病院は、海から2kmほどしか離れていない立地でしたが、幸い高台にあったことで津波による被害は免れました。震災直後の混乱で、1カ月以上が経つ現在でも被災地の医療整備が追いつかず、救急外来には連日のように震災関連の事故や怪我といった数多くの患者さんが来ていました。受診に来た患者さん、入院中の患者さんから伺った被災当時の状況は、私たちが見た現地の凄惨な風景と共に、この世のものとは思えませんでした。

気仙沼市立病院の中では、直接的に被災しているスタッフと、ほぼ被害を受けていないスタッフが同じように働いています。津波により家が流されたり、交通手段を失ってしまったスタッフは、外来ロビーのソファや透析室で寝泊まりし、また次の勤務に備えるという不安な毎日を送っていました。大切な人を津波で奪われたスタッフは、一瞬でもそのことを忘れるため、死にたいくらい

の気持ちを抑えて懸命に働いていました。私たち精神科看護師が今回メンバーに入っていたことから、病院スタッフの数名から個別に相談にのってほしいと依頼がありました。一人の被災者としての苦悩やスタッフをどうフォローしていけば良いかという切実な内容でした。

スタッフ自身も「被災者」とであるという認識が、病院全体を通して薄く、直接的な震災の被害を受けたスタッフと、そうでないスタッフの間には心の溝があるように感じました。そして、その双方が震災の話題を持ち出せないでいる職場環境があり、不安や悩みを吐き出す場所、スタッフの心のケアについての支援やその機会は与えられていません。

ケアをする側の人々が心身ともに健康でいなければ、これだけ甚大な被害を受けた地域を支える中核病院としての機能は果たせるのだろうか。これは一病院だけの問題や責任ではなく、国全体で災害時精神医療支援を考えていく必要があると感じました。





## (2) こころのケアチーム派遣報告

埼玉県こころのケアチーム



### ①はじめに

埼玉県は、被災した福島県に「こころのケアチーム」として精神科医療チームを派遣しました。チームは、精神科医師、看護師、精神保健福祉士、事務職員の4名で構成され、4月12日から5月6日まで合計4チームが派遣されました。現地では、郡山市内のビジネスホテルに滞在し、1チーム7泊8日（最終のチームのみ6泊7日）の日程で活動しました。第1・3チームは三春町、第2・4チームは田村市で活動し、移動にはワンボックスカーを使用しました。

### ②三春町での活動

日本三大桜といわれる「滝桜」への観光客で賑わうはずの三春町は、桜のライトアップが中止されるなど、例年と異なり自粛ムードが漂っていました。

活動は、三春町保健センターを拠点とし、主に町内4ヵ所の避難所で支援を行いました。避難所には、津波や原発災害に遭った近隣町村の住民が避難しており、被災者でありながら住民の支援を続けている役場職員の姿もありました。避難者はいずれも、自宅のまわりを眺める間もなく、着の身着のまま避難している状態でした。避難する側も受け入れる側も多くの職員が疲弊していると感じられたため、職員と面接する機会を設け、必要な支援につながるようにメンタルヘルスについて職場の管理者への啓発も行いました。

また、町内の保育園を訪問し、子どものストレスと対応法について助言しながら、保育士や保護者からの相談にも応じました。

### ③田村市での活動

田村市は、阿武隈山系が南北に走り、丘陵起伏の中にいくつもの川が流れるような自然豊かな町です。ここでは、廃校となった旧春山小学校を中心に市内3ヵ所の避難所で支援を行いました。旧春山小学校は、市内からの避難者のみのため、避難前に住んでいた地区ごとに部屋割りされ、生活の場となった教室は段ボールで世帯ごとに仕切られていました。そのような居室を巡回しながら話をきくと、多くの人が高血圧や不眠のつらさを訴えていました。しかし、睡眠導入剤等を服薬することに不安を感じ、我慢し続けている人が数多く見受けられました。そのため、こころのケアは前面に出さず、すでに現れている身体的な不調と関連づけながらメンタルヘルスの問題についても伝え、必要に応じて医師の診察につなげていきました。

また、市保健センターの保健師による家庭訪問への同行や小・中学校への訪問、公民館での健康相談なども実施し、避難所以外で生活している市民へのサポートも行いました。

### ④まとめ

活動した場所は、地震による倒壊などの被害をほとんど受けておらず、避難所に避難している人の大半は原発災害により、市内や近隣町村から避難してきた人たちでした。そして、その避難者は口をそろえて、「自分の家に帰りたい」と話していました。避難所から少し離れると、表面的には日常が戻っており、避難所で生活せざるを得ない人々の不幸を一層強く感じました。

派遣中は、少しも先が見通せない避難者にかけて言葉が見つからず、やり切れない気持ちになることばかりでした。そのため、とにかく避難している人の話をきき、これまでの苦労を少しでもねぎらうことができればと考えて活動を続けました。被災地を目の当たりにし、まずは、「自分だ



けは被災しないだろう」という幻想を捨て、災害時にも対応できるように日頃の業務を積み重ね、備えをしておくことが大切であると感じました。

最後になりましたが、被災地の1日も早い復興をお祈りしております。

### (3) その他支援の報告

#### ①被災地の患者受入について

東日本大震災後、厚生労働省を経て福島県から埼玉県に、被災地の精神科病院に入院中の患者さんの転院の打診があり、精神医療センターに受け入れの可否について照会がありました。精神医療センターとしては積極的な受け入れを行う方針を固め、夜間休日の転院も可能であると返答し、受け入れ体制を整えました。

埼玉県は、同一日に多数の患者さんを県内複数の精神科病院で受け入れることになり、当日は福島県から患者さんを乗せた大型バスが県内を巡回して各病院に患者さんを送り届けました。精神医療センターの到着時間は午後9時を回っていましたが、疲労困憊し、着の身着のままの状態の患者さんを待機職員総出で対応しました。

今回の被災地の患者さんの受け入れによって我々が経験したことを、今後の日々の業務に活かすとともに、一日も早い被災地復興に寄与できればと思っています。

#### ②さいたまスーパーアリーナ・旧騎西高校（避難所支援）

精神医療センターは、東日本大震災後に避難所となったさいたまスーパーアリーナに、平成23年3月22日から3月31日まで毎日、精神科医師1名と精神保健福祉士1名を派遣し、スーパーアリーナ内に設置された心のケアブースにおいて、来所する避難者の診察や相談、スーパーアリーナ内の巡回に当たりました。双葉町の保健師と協議し、双葉町職員の面接も実施しました。

3月31日に避難所がさいたまスーパーアリーナから加須市内の旧騎西高校に移転した後も、精神医療センターから週に2回・半日、精神科医師を派遣しました。避難者の個別の相談だけでなく避

難所の各部屋のリーダーを集めてメンタルヘルス講演会を実施した他、双葉町職員の面接も行いました。

5月末で精神医療センターとしての精神科医の派遣は終了しましたが、6月以降は精神保健福祉センターとして精神科医の技術協力を継続する予定です。

#### ③伊奈町への支援

3月29日に、福島県からの避難受け入れ先の伊奈町からの依頼で、精神保健福祉センターでは、職員を派遣し、被災者支援を行いました。数日前から急に気持ちが高ぶったり、泣き出したりするという60代女性の面接で、お会いした時はほぼ落ち着いており、現在の生活や今後のことなど、ご心配な点などを伺いました。これはむしろ、被災者支援をしている伊奈町の職員の方に、ホッとしていただけたように思います。すぐに駆けつけることの大切さを実感しました。

避難所となった「ふれあい活動センター『ゆめくる』」は、3月12日～4月30日まで開設していましたが、入所していた方々がすべて移転先が決まり、閉所しました。その後も伊奈町内には、親戚を頼って居住しておられる方が30名ほどいらっしゃるとのことでした。

#### ④ラジオ出演について

3月22日(火)にラジオNACK5の番組「Fresh Up9」に当センターの精神科医、関口隆一副センター長が「被災者・支援者の心のケア」をテーマで、ラジオ出演しました。首都圏に暮らす住民の視点で心の健康で注意すべき点や「日常」に戻すために、心がけたほうが良いことについて、インタビューにお答えしました。



埼玉県マスコット「コバトン」

### 3. 精神疾患治療法シリーズ

## 認知行動療法について

埼玉県立精神保健福祉センター  
精神保健福祉部長

#### 1. 認知行動療法

(CBT : Cognitive Behavioral Therapy) とは

認知行動療法 (CBT) とは、「人間の気分や行動が、認知 (ものごとの考え方) の影響を受ける」との理論に基づき、認知の偏りを修正し、問題の解決を図るサポートをすることによって、精神疾患の治療を目的とした精神療法のひとつです。

CBTは1970年代にアメリカで開発され、1980年代後半に日本でも注目されるようになってきました。(初めのうちは、「認知療法」の名称で紹介されていますが、実践においては、CBTとほぼ同じものです。)

その後徐々にその治療効果が日本においても検証され、2010年4月から診療報酬の対象となりました。

入院中以外の患者に対して、認知療法・認知行動療法に習熟した医師が一連の計画を作成し、患者に説明を行った上でその計画に沿って30分以上認知療法・認知行動療法を行った場合に1日につき420点を請求できる。一連の治療について16回に限り算定する。

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」から抜粋

#### 2 CBTの基本的な考え方

##### (1) 認知の二つのレベル

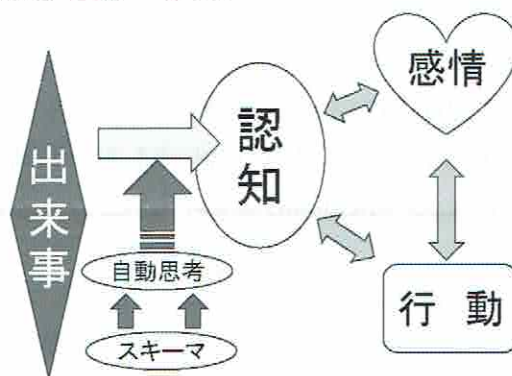
認知には、その状況の影響を受けて、瞬間的に自然に思い浮かぶ思考やイメージがあります。これを「自動思考」といいます。

また、心のさらに奥には、そうした考え方のクセともいえる個人的な価値観、信念があると考えられます。これを「スキーマ」といいます。

例：「自分はだめな人間」というスキーマ

→何かをやらなければならない状況では「どうせ失敗する」「がんばっても無駄」というような自動思考が浮かんでくる。

#### 認知行動理論の考え方



#### (2) 精神療法としてのCBT

心の病気の治療法であるCBTは、ほかの治療と同じく、患者さんの気持ちを受け止めるところから始まります。そうしてさらに、認知のあり方に注目しながら、問題の解決策を探していく実際的な方法でもあります。

#### 3 CBTの治療の流れ

(1) うつ病を例にとると、大まかな治療の流れは次のようになります。セッションの回数は、個人によって異なります。

##### ① 1~4セッション：

治療者は、患者さんの話をよく聞きとり、どのような人なのか理解に努める  
その人の直面している問題を洗い出し、治療方針を立てる

##### ② 5~12セッション：

自動思考に焦点を当て、認知のゆがみを修正する  
\*うつ病では、自分自身や環境、将来に関して否定的・悲観的な認知が特徴

##### ③ 13~14セッション：

より深い部分にあるスキーマに焦点を当てる  
\*「自分はだめな人間」などの後ろ向きのスキーマは、非現実的で柔軟性がない

##### ④ 15~16セッション：



## 治療の終結

### (2) 治療上の技法

CBTの経過で、治療をすすめるためにさまざまな技法が用いられます。患者さんの主体性を尊重し、自ら答えを見つけ出しやすくするために問いかけを重ねる「ソクラテス的問答」はその代表的なものです。また、認知や行動を変えるための「コラム法」もよく用いられます。ほかにも、「不安階層表」を使うものや、「アサーション」、「呼吸法」など、さまざまな方法を治療者は提案します。

### (3) 薬物療法との併用について

患者さんの状態に応じて、薬物療法を併用したり使い分けたりします。特に激しい症状（自殺願望が強い、焦燥感が著しい 等）がある場合には、薬物療法などほかの治療法が選択されます。

### (4) いろいろな治療の形式

「ひとりでできる自習書やホームページの活用」という最も手軽なものから、「熟練した治療者に個人精神療法を受ける」というものまで、さまざまな形があります。たとえば、セミナーや心理教育の講義の活用、集団形式のCBTなど。個人CBTがもっとも治療効果が高く、治療の実証効果の対象となっているものです。

### (5) うつ病以外の精神疾患の場合

CBTでは、主たる治療対象となるうつ病・不安障害のほか、摂食障害やパーソナリティ障害などさまざまな疾患への適用が可能とされています。それぞれの病態に応じて、それに合わせた技法が用いられます。たとえばパニック障害では、「破局的な誤解（身体感覚の過大評価から来る不安）」に注目し、回避行動を元通りにし、発作が起きやすい状況に慣れていくため「エクスポージャー」などの技法を用います。

## 4 CBTの現状

### (1) どこに行けば受けられるか

うつ病や不安障害などの治療は、まず精神科医療機関を受診し、自分の状態を診断してもらうことから始まります。そのうえでCBTに関してアドバイスしてもらうのが実際的です。しかし、CBTは日本では、まだまだ普及途中の治療法です。県内で治療を受ける際の情報も、ほんのわずかしかなかったりありません。今後については、資料の関連団体・厚生労働省ホームページを参考にしてください。

### (2) その他の領域への適用

CBTは医療にとどまらず、多くの場面で活用可能であると考えられています。復職支援プログラムや、社員のうつ病予防対策で活用し始めている企業もあります。厚生科学研究「自殺対策のための戦略研究」では地域で相談活動を行う人々のスキルのひとつとして利用することが提言されています。

個人精神療法としてのCBTは、熟練したセラピストが治療を行う必要があるとされています。（千葉認知行動療法トレーニングコース；千葉大学、東京認知行動療法アカデミー 等）一方、認知行動理論やその治療技法の広汎な応用もまた、さまざまに行われてきています。こうした理論や実践のあることを知っておくことが、私たちの臨床を深めていくことでもあります。

### (3) 参考資料、ホームページなど

- ・ 認知療法・認知行動療法治療者用マニュアルガイド（大野裕；星和書店）
- ・ 認知行動療法のすべてがわかる本（清水栄司；講談社）
- ・ 厚生労働省：障害者福祉：心の健康  
(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/kokoro/index.html>)
- ・ うつ・不安ネット（大野裕監修）  
(<http://www.cbtjp.net/>)
- ・ 「ここれん」心の練習5分間（千葉大学監修）  
(<http://www.brainway.jp/kokoren/index.html>)

# メンタルヘルスリーフレット・広報用ビデオ(DVD)の紹介

## (1) 「大切な人を失うということ～まわりの人が知っておきたいこと～」



「大切な人を失った方」に出会ったとき、どのように声をかけて良いか戸惑ったことはありませんか。何を話してよいかわからず、つい、励ましの言葉をかけてしまったことはありませんか。このリーフレットは、遺族の方の気持ちを理解する助けになることを願って作られました。是非、多くの方に読んでいただきたい内容です。リーフレットをご希望の方は、企画広報担当までお申し込みください。



## (2) 広報用ビデオ(DVD)をリニューアルしました

当センターでは広報用ビデオを用意しています。今回、新たに、「専門職向け・学習用」、「SST(社会生活技能訓練)」、「働く人のメンタルヘルス」などカテゴリーを追加し、リニューアルいたしました。詳細については精神保健福祉センターホームページ(<http://www.pref.saitama.lg.jp/soshiki/g12/>)をご覧ください。

地域における健康まつりや精神保健福祉に関する啓発活動、精神障害者家族教室、関係機関職員の研修等を行う際にぜひご利用ください。

貸出し状況について、下記までお問い合わせのうえ、お申し込み下さい。貸出し・返却については郵送等によるトラブルを防ぐため、来所いただき直接の受け渡しとしております。ご協力をお願いいたします。なお、県外及び個人への貸出しは行っていません。

電話：048-723-1111 (代表電話)  
 メール：n2314451@pref.saitama.lg.jp