

第3会場 (疫学・保健医療情報、保健行動・健康教育、親子保健・学校保健、精神保健福祉、口腔保健)

No. 1～4 座長 塚田 三夫 (栃木県県西健康福祉センター所長)
 No. 5～8 座長 高橋 司 (栃木県安足健康福祉センター所長)
 No. 9～11 座長 増茂 尚志 (栃木県精神保健福祉センター参事兼所長)

No.	演 題	発表者名	発表者所属	区 分	頁	予定時刻
1	なすからすやま歯科保健行動計画策定にむけての実態把握	星 由美子	那須烏山市健康福祉課	口腔保健	93	13:35
2	大学生におけるアレルギー性疾患の発症と医薬品及びサプリメントの関与についての調査	高石 雅樹	国際医療福祉大学	疫学・保健医療情報	96	13:45
3	乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん訪問）を通して見えた母子の実態－母親の持つ心配ごとを中心に－第1報	渡邊 利子	真岡市健康増進課	親子保健・学校保健	99	13:55
4	「保育士の子育て訪問ガイドブック・改訂版」の作成について	金澤 由実	宇都宮市保健福祉総務課	親子保健・学校保健	102	14:05
5	栃木県宇都宮市中学生の生活習慣と精神的健康	藤田 京子	国際医療福祉大学	親子保健・学校保健	105	14:15
6	子どもの心の専門相談から見た地域における相談支援体制の課題についての一考察	菊地 幹	県西健康福祉センター	親子保健・学校保健	108	14:25
7	「子どもの心・スーパービジョン」からみえる相談支援体制強化に向けた取組と考察	二野屏 美佳	県南健康福祉センター	親子保健・学校保健	111	14:35
8	精神疾患患者に対する食生活支援、健康教育に関する取り組み報告	間庭 昭雄	医療法人宇都宮新直井病院	保健行動・健康教育	114	14:45
9	うつ病復職デイケア及びうつ病ショートケアのプログラム変更について～うつ病復職デイケアの取り組みを中心に～	水沼 健太	精神保健福祉センター	精神保健福祉	117	14:55
10	適切な精神科医療の確保に向けた県西保健所の役割に関する一考察	松村 晃道	県西健康福祉センター	精神保健福祉	120	15:05
11	救急病院における自殺未遂者実態調査を踏まえた自殺対策の取り組み	古内 雅也	宇都宮市保健所	精神保健福祉	123	15:15
⑫	中学生における認知の歪みと生活習慣に関する研究	藤田 京子	国際医療福祉大学	親子保健・学校保健	126	
⑬	矢板健康福祉センター管内における地域移行・地域定着支援のための取組について	菊地 友恵	矢板健康福祉センター	精神保健福祉	129	
⑭	栃木県精神科救急情報センターにおける相談受理状況と振分結果についてのまとめ	鈴木 祐美	精神保健福祉センター	精神保健福祉	132	

なすからすやま歯科保健行動計画策定にむけての実態把握

那須烏山市（健康福祉課） ○星由美子、海老原朋子、仲山直美、高野麻美、細島明希
（こども課） 野崎真理子、茂木真理、櫻井貴子
県北健康福祉センター 大橋俊子、齋藤美保子
自治医科大学 中村好一、栃木県立衛生福祉大 青山旬

1 研究の目的

本市では、2012年度末に「那須烏山市民の歯及び口腔の健康づくり推進条例」を制定した。本条例に基づき、「歯科保健行動計画」を策定するにあたり、2011年度に策定した「なすからすやま健康プラン」における歯科保健目標の達成度の評価及び新たな健康課題の把握を行うため、小中学生及び高校生・市民を対象に生活習慣に関する実態調査を、また、企業等に対し、歯科保健事業取り組み状況調査を行ったので報告する。

2 調査方法

【対象】

(1) 生活習慣に関する実態調査

①市内の小学4年生及び6年生(415人)、中学1年生及び3年生(440人)、高校1年～3年生(541人)の全員。

②2015年8月1日現在の住民基本台帳を基に18～79歳を性年齢階層別無作為抽出した市民1,300人。

(2) 歯科保健の取り組み状況調査（従業員向）

前回調査(2010年度実施)した18か所の企業及び市内全福祉施設(35か所)、幼稚園・保育園・小中学校・高校(16か所)。

(3) 歯科保健の取り組み状況調査（利用者向）

市内全福祉施設(35か所)。

【期間】

学校・企業等：2015年9月1日から9月16日まで

市民：2015年8月20日から9月4日まで

【方法】

学校：自記式無記名調査、学校を通じて配布し回収

市民：自記式無記名調査、郵送で配布し回収

保育・教育施設、企業、福祉施設：自記式記名調査、郵送で配布し回収

【調査項目】8種類の調査を実施

(1) 学校・市民：前回調査(2010年度実施)項目に加え、栃木県歯科保健計画等を参考にした内容

(2) 保育・教育施設、企業、福祉施設：職員(従業員)の歯科保健事業の取り組み状況

(3) 福祉施設：利用者の歯科保健の取り組み状況

3 調査結果

(1) 回収率

対 象	対象者	回収数	回収率
小学4・6年	415	410	98.8
中学1・3年	440	420	95.5
高校1年～3年	541	526	97.2
18～79歳の市民	1300	981	75.5
保育・教育施設	16	16	100.0
市内企業	18	18	100.0
福祉施設	35	34	97.1
福祉施設(利用者)	35	34	97.1

(2) 集計結果(抜粋)

[学校]

①歯みがき習慣

小中学生の7割以上が毎食後歯をみがいているが、高校生になると「日に2回」が最も多く、男子は5割を占めている。小学生の虫歯がある群とない群では、歯みがき回数に差は見られない。

②歯間清掃用具

小学生の3割がフロスを使用していたが、年代が上がる程、利用数が減る。

③歯周病

「診断されたことあり」は、小学生6.3%、中学生7.9%に対し、高校生では18.6%と2割弱である。

④歯科受診理由(複数回答)

小中学生は「歯が痛い時」が最も多く、半数を占めるが、高校生は「歯科健診後」が最も多い。

[市民]

①歯みがき習慣

毎食後みがく人の割合は3割で、日に2回が最も多く約4割であった。男性は日に1回が3割で、みがかない人の割合も女性に比べて高い。

②歯間清掃用具

未使用は24.5%で、前回34.2%より大幅に減少した。

③歯周病

「診断されたことあり」は3割で、50～60代では4割いた。

④歯科医院定期受診

定期的な歯科健診(歯石除去・歯面清掃)受診者は40代36%(2010年43.1%)、50代37.7%(2010年52.3%)、60代47.9%(2010年58.7%)であり、前回より各年代とも減少していた。

⑤24本以上の歯を有する者

40代、50代は前回それぞれ68.3%、51%より大きく減少しているが、60代は前回39.1%と同等であった。



〔保育・教育施設、企業、福祉施設〕

歯科健診実施割合は6%。実施しない理由は、「強制ではない」次いで「経費の問題」が多い。5か所の事業所で、歯の健康教育や健康相談事業を利用したいと回答している。利用者に関しては、口腔のケアに取り組んでいる施設が殆どだが、実施する上で困ったことがある施設は4割ある。

4 考 察

小中学生については、学校保健統計からも虫歯保有率は減少しており(小学生 2010年 79.4%→2015年 71.3%、中学生 2010年 80.5%→2015年 72.8%)、本調査からも歯みがき習慣の定着や、歯間清掃用具の使用も高まっていることが分かった。自己管理となってくる高校生では、各調査結果とも小中学生より減少していた。

市民では、40歳代から喪失歯が多く、特に女性に著明にみられた。

また、学校での歯科受診理由からも予防歯科の取り組みが課題として見えてきた。企業等においては、歯科保健の取り組みの課題が明確になった。

5 結 論

市民については、前回調査回収率 82.4%に至らなかったが、今回 8種類の調査を実施し、歯科保健に関する現状と問題点を把握することが出来た。

今後これらの調査結果を基に、「那須烏山市民の歯及び口腔の健康づくり推進条例」の基本理念に沿って、「歯科保健行動計画」を策定し、学校や地元歯科医師・歯科衛生士、企業等関係機関と連携を深め、ライフステージに応じた虫歯及び歯周病予防、咀嚼力強化のための事業を検討していきたい。

【目的】

近年、花粉症の患者数が小児～20代の若年者で増加しており、社会問題となっている。様々なアレルギー性疾患において、家族にアレルギー性疾患を持つ人では発症率が高いため、遺伝的要因が関与している。一方で、アレルゲンの曝露状況によりアレルギー性疾患の種類や発症率が異なるため、環境要因も大いに関与する。そこで本研究では、代表的なI型アレルギー性疾患であるアレルギー性鼻炎及び喘息を中心に、若年者におけるアレルギー性疾患の発症状況と症状を誘発する可能性のある環境要因、さらに症状を予防・緩和する医薬品、サプリメント及び食品の摂取とその効果についても解析した。

【方法】

平成24年4月に国際医療福祉大学薬学部1～6年生の計953人に対してアンケート用紙を配布した。アンケートでは、生活スタイルやアレルギー性疾患の状況や対策について質問し、若年者のアレルギー性疾患の実状と遺伝的及び環境要因の解析、さらに発症の予防・緩和方法について考察した。

【結果】

アンケートの回収率は74.1% (706/953人)であり、男性279人、女性427人であった。

何らかのアレルギー性疾患を発症している人は54.4%であり、そのうちアレルギー性鼻炎が40.7%で最も多く、アトピー性皮膚炎13.0%、喘息7.9%、その他のアレルギー性疾患13.3%であった。

アレルギー性疾患の発症数は、全体では単独38.8%、2種類11.3%、3種類3.0%、4種類0.7%であった(図1)。そしてアレルギー性鼻炎有症者では、単独での発症が最も多かった(図2)。一方で喘息有症者では、アレルギー性疾患をもう1種類併発している人が最も多かった。アトピー性皮膚炎有症者では、単独での発症が最も多いが、半数以上の人は何れかのアレルギー性疾患を併発していた。従って、アレルギー性疾患を単独発症している割合は、喘息及びアトピー性皮膚炎有症者では有意に低かった。

アレルギー性疾患有症者では、66.5%もの人が家族もアレルギー性疾患を持つが、アレルギー性疾患を持たない人においては、家族にアレルギー性疾患を持つ人は僅か19.5%であった。全てのアレルギー性疾患有症者で、父母及び兄弟・姉妹にアレルギー性疾患有症者が多かった。また、アレルギー性疾患の併発数の増加と共に家族にアレルギー性疾患を持たない割合は低下した。そして、兄弟・姉妹がアレルギー性疾患有症者である人では、アレルギー性疾患の発症・併発数が有意に多かった(図3)。

各アレルギー性疾患有症者のアレルゲンは、季節性アレルギー性鼻炎のみの人以外でハウスダストが50%以上であり、通年性アレルギー性鼻炎有症者においては90%を超えていた。その他に、通年性アレルギー性鼻炎有症者では動物が多かった。一方で、季節性アレルギー性鼻炎有症者ではスギが60%以上であった。喘息有症者では、ハウスダストに次いで、スギ、動物、卵、ブタクサ、ヒノキの順であった。

アレルギー性鼻炎有症者の初発時期は、全体では小学生時が最も多く、次いで中学生時、未就学時、高校生時、大学生時の順であった(図4)。そして、男性に対して女性は未就学時の割合が低く、高校生時及び大学生時の割合が高かった。また、症状改善を期待して摂取している食品はヨーグルトが最も多く、これらの食品摂取で症状改善を実感した人は39.0%のみであるが、悪化した人はいなかった。

喘息有症者において、アトピー性の人全体66.7%、女性83.3%で有意に多いが、男性は44.4%であった。またアトピー性喘息では、90%以上の人複数のアレルギー性疾患を併発しており、このうち3

種類併発している人が42.9%で最も多く、アレルギー性鼻炎が92.9%、アトピー性皮膚炎が50%いた。喘息有症者の初発時期は、全体では小学生時が最も多く、次いで未就学時、高校生時、大学生時、中学生時の順であった(図5)。そして、男性に比べて女性の方が未就学時の割合が約2倍であり、中学生時、高校生時及び大学生時も高かった。一方で、小学生時の割合は約0.4倍であり有意に低かった。自宅での1日の換気頻度は、喘息有症者と喘息非有症者の間に大きな違いは認められなかった。一方、自宅における1週間の掃除頻度は、喘息有症者で有意に高かった。

自宅でのペット飼育割合は、アレルギー性疾患の有無やアレルギー性疾患の種類での違いはなかった。一方で、体毛や羽を持つペットの飼育割合は、アレルギー性疾患を持たない人で有意に高かった。

アレルギー性疾患に対して医薬品を使用している人は、アトピー性皮膚炎有症者が89.8%で最も高く、次いでアレルギー性鼻炎74.8%、喘息71.4%、その他のアレルギー性疾患54.5%であった。そして、医薬品使用による症状改善を実感した人は90%以上であり、悪化したと感じた人はいなかった。

アレルギー性疾患の症状改善を期待してサプリメントを摂取した経験のある人では、最も割合の高いアトピー性皮膚炎有症者においても、現在使用している人が2.3%、過去に使用していた人が10.2%と僅かであった。このうち、症状改善を実感した人は58.3%であり、悪化したと感じた人はいなかった。

【考察】

大学生を対象とした本研究では、過半数の人が何らかのアレルギー性疾患を有することが明らかとなった。そして、喘息とアトピー性皮膚炎有症者では過半数の人が他のアレルギー性疾患を併発していた。

家族がアレルギー性疾患を持たない割合は、アレルギー性疾患を持たない人では80%以上であるが、アレルギー性疾患有症者は約30%のみで、アレルギー性疾患の発症に遺伝的要因が大きく関与することが示された。そして、父母や兄弟・姉妹の遺伝的に近い者で関連性はより強く、兄弟・姉妹がアレルギー性疾患有症者である場合、アレルギー性疾患を複数併発するリスクが高いことが明らかとなった。

アレルギー性鼻炎と喘息の初発時期は、男性は何れも小学生時が最も多くこれ以後の発症は少ないが、女性は男性に比べて中学生～大学生時の思春期以降での発症が多く、女性ホルモンの影響が示唆された。

喘息有症者のうちアトピー性の人、男性では半数以下であり、一方で女性では80%以上であった。そして、アトピー性喘息有症者では、他のアレルギー性疾患を併発するリスクが高いことが示唆された。

アレルギー性疾患を持たない人では体毛や羽のあるペットの飼育割合が高く、アレルギー性疾患を持つ人では、ペットの体毛や糞尿がアレルゲンと成り得るために飼育を避けている可能性が考えられる。このうち猫の飼育割合が特に低く、アレルゲンでは猫が特に多かった。アレルギー性鼻炎患者では、犬に比べて猫に感作されている割合が高く、ハウスダスト及びダニ抗原の陽性率との相関も知られている。

プロバイオティクスがアトピー性皮膚炎の発症を抑制することが報告されており、種々のアレルギー性疾患への抑制効果も期待されている。本研究では、アレルギー性鼻炎有症者が症状の改善を目的に摂取している食品ではヨーグルトが圧倒的に多く、プロバイオティクスによる症状改善効果を意識していることが伺えるものの、症状の改善を実感している人は半数以下であった。これは、効果を過剰に期待していることや、摂取方法が適切でないことに由来する可能性が考えられる。

アレルギー性疾患に対して、医薬品、サプリメント及び食品ではほとんどの場合症状の予防・緩和のみで、寛解させることは難しい。また、アレルギーの遺伝的要因を変えることはできないため、環境要因の影響を減らすことが発症予防に有意義といえる。アレルギー体質の獲得には幼児期までの環境が強く影響し、成人以降にこの体質を治すことはほぼ不可能である。そして、アレルゲンそのものだけでなく、アレルギー性疾患の発症や症状発現を促進する因子も多く存在する。従って、これらの因子を避ける適切な方法を明確にし、幼児期までのアレルギー性疾患の発症予防を推進することが重要である。

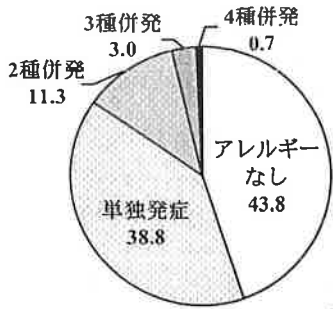


図1 アレルギー性疾患の併発数

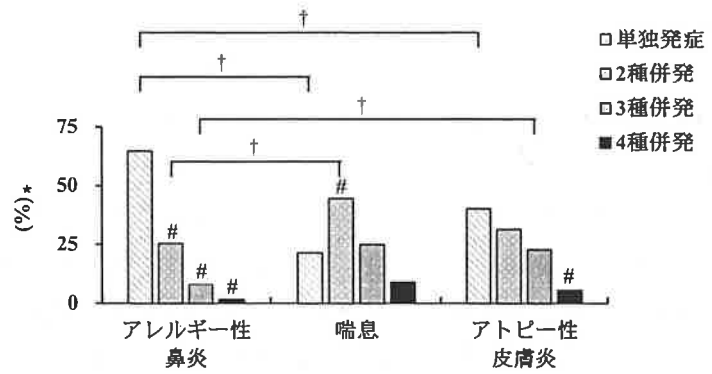
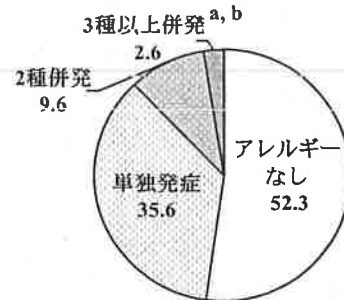
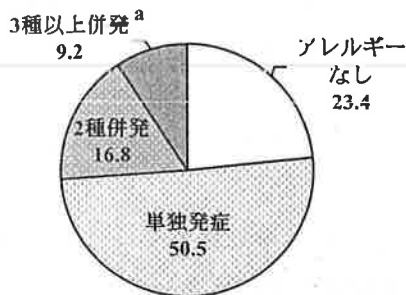


図2 アレルギー性疾患別の併発数

*: 対象のアレルギー性疾患有症者における割合
vs 単独発症, $p < 0.05$, † $p < 0.05$



<兄弟・姉妹がアレルギー性疾患有症者>

<兄弟・姉妹がアレルギー性疾患非有症者>

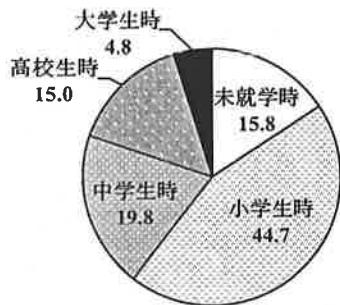
図3 兄弟・姉妹のアレルギー性疾患の有無に対する本人のアレルギー性疾患併発数

*: 各項目対象者における割合

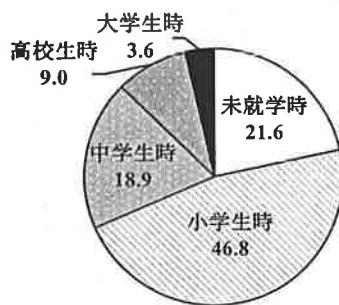
a: 4種類併発の人が少ないため、3種類以上併発とした

b: 兄弟・姉妹がアレルギー性疾患非有症者に「4種類併発」の人はいない

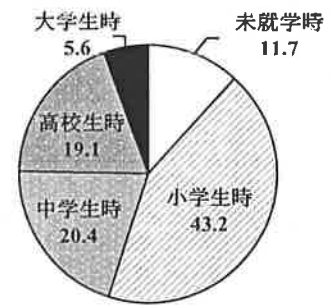
#アレルギー性疾患の発症・併発数, $p < 0.05$



<全体>



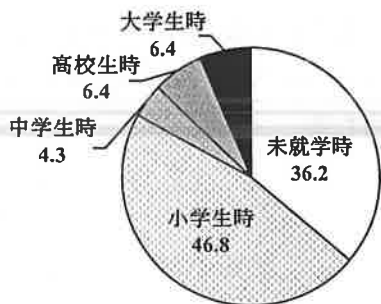
<男性>



<女性>

図4 アレルギー性鼻炎有症者の初発時期*

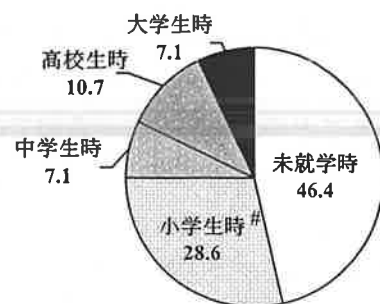
*: アレルギー性鼻炎有症者における割合



<全体>



<男性>



<女性>

図5 喘息有症者の初発時期*

*: 喘息有症者における割合

男性 vs 女性, $p < 0.05$

乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん訪問）を通して見えた母子の実態

第1報

－母親の持つ心配ごとを中心に－

真岡市健康増進課 ○渡邊利子* 菊地美砂子* 遠藤治子**
伊藤洋子 細島弘子 皆川賢一
（*全戸訪問専任常勤助産師 **現在宅助産師）

はじめに

真岡市では、平成22年度から常勤嘱託専門職を専任担当者として、乳児家庭全戸訪問事業（以下 全戸訪問と略）を開始し6年が経過した。産後1か月半頃に電話訪問をし、心配ごとについて訴えを聞きアセスメント・アドバイスをした上で母親のニーズに合わせて、2か月前後での訪問をしている。訪問を通し母親たちが持っている心配ごとの多さ、内容の概要が把握できた。

今後の全戸訪問において、更に父母をエンパワーメントし、こどもの健やかな成長につながる支援とするため、「母親の持つ心配ごと」を中心に現状をまとめ若干の考察をしたので報告する。

1. 真岡市全戸訪問の状況

(1) 全戸訪問実施者

平成22年度～24年度は常勤嘱託保健師1名・助産師1名

平成25年度からは常勤嘱託助産師2名

(2) 訪問時期決定理由

- ①1か月健診後は4か月健診まで、専門職による支援が受けにくいこと
- ②行政の育児支援を早期から活用し、不安なく育児ができることが望ましいこと
- ③早期からの発達を促す関わりとアタッチメント形成ができるための働きかけが必要なこと
- ④里帰り出産から帰宅した母子と父にとっては、環境が大きく変化する時期であること
- ⑤予防接種は2か月デビューが望ましいこと

(3) 訪問対象家庭

養育支援・養育医療、他行政への依頼家庭を除き、転入家庭を含む。

(4) 全戸訪問実施数

表1 6年間の訪問数

年度	出生数*	対象戸数	訪問戸数	訪問率(%)	他行政依頼受数
22	734	656	593	90.4	0
23	726	668	653	97.8	6
24	746	697	685	98.3	11
25	713	616	613	99.5	15
26	717	651	651	100	18
27	639	576	576	100	12(13人)

*出生数は該当年2月～翌1月までの総数

平成27年度は出生数の減少に伴い訪問戸数も大きく減少したが、訪問率は年々上がり、26年度から100%である。当初は電話が繋がらないケースもいたが、妊婦面接時に紙面・口頭で説明する、郵送で通知するなど案内の回数・方法を改善した。加えて全戸訪問連絡票受理者が必要に応じて即時、訪問担当者に情報提供をし、訪問日決定に至るなどの係内連携が良く取れているためと考えられる。

2. 母親たちの背景

(1) 家族住宅環境

表2 家族、住宅環境（割合）

年度	シングル	再婚	子連再婚	核家族	父方同居	母方同居	集合住宅
22	1.8	/	/	69.1	20.4	10.5	37.6
23	1.5	/	/	65.8	22.5	11.6	36.9
24	1.8	/	/	64.5	23.6	11.8	41.5
25	1.8	/	/	66.7	19.7	13.5	41.8
26	2.3	6.9	66.7	65.0	21.7	13.4	41.8
27	1.7	9.7	50.0	68.2	18.6	13.2	34.9

シングルマザーの割合は変動がみられない。再婚者が多く感じ26年度から集計を始めた。27年度は約1割が父又は母が再婚であり、再々婚を含め複数回の婚姻をしている父母もあり、血縁のない親子と一緒に生活している戸数が増えている。核家族の割合に変化はないが、母方同居が増加している。「児の泣きが周囲に迷惑になる」と母たちが考える集合住宅の割合は27年度約3割と減っている。

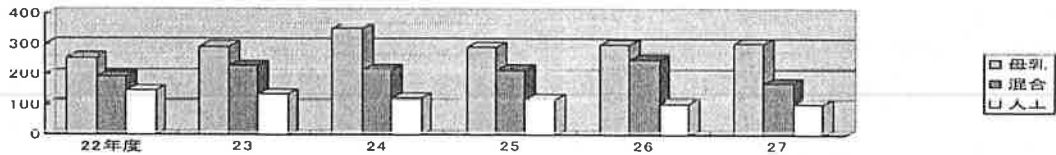
(2)精神的背景 (EPDS より)

表 3 高点数者数と割合

年度	9点以上	項目 10:点以上
26	81人(12.4%)	37人(5.7%)
27	65人(11.3%)	23人(4.0%)

26年度から開始した EPDS 質問票では 1 割以上の母親が 9 点以上であった。9 点以下の人も含めて、項目 3~6 の育児不安項目の点数が高かった。高い人の中には出産・入院体験、新生児期の保育上での辛さ・ストレスをそのまま持ち続けている人もいた。出産体験の振り返りを通して、自尊感情を高め自己効力感・達成感が持てるよう働きかけをすることが、育児の負担感を軽減し愛着行動の醸成になると考える。高点数者は 7 つの categories に分類した高点数因子をもとにアセスメントし、地区担当保健師に報告・カンファレンスを持ち、継続的な支援に繋げている。

(3) 栄養方法



母乳栄養率	42.8	44.6	50.9	46.6	45.6	52.4
-------	------	------	------	------	------	------

図 1 栄養方法 と母乳栄養率

母乳栄養率は 24 年度に 50% を超えた。23 年の東日本大震災による意識の変化と考えられる。人工栄養の母親の中に、分泌不足や直母不可など理由は複数であるが自責感が強い母親がおり、心のケアが必要である。

(4) 要継続者

表 4 要継続者数と内容 * 重複あり

年度	問題有数	赤ちゃんに関すること(人)			母親に関すること(人)			
		成長	発達	身体	身体	精神	環境	育児能力
22	64(10.8%)	12		29	0	6	13	5
23	128(19.6%)	57	25	23	6	3	11	3
24	79(11.5%)	16	8	30	6	8	9	2
25	69(11.3%)	11	10	26	8	7	5	3
26	102(15.7%)	18	13	31	6	24	16	3
27	117(20.3%)	27	5	24	4	60	4	2

23 年度は「子どもの成長」が 57 人と多かったが、訪問者間で問題とするスケールが異なっていたためと考えられる。26 年度から「母親の精神」が多くなったのは EPDS 質問票の記入を開始し、客観的に評価できたためと考えられる。26 年度は高点数でも「今回のみ」の人は継続者としなかったが、27 年度から、高点数者は何等かの形で「要継続として支援」の方針となり人数が増えた。

3. 母親の心配ごと

表 5 母親の心配ごと 赤ちゃん関連 件数 (訪問児数中割合%) 重複回答

年度	皮膚	ミルク関連	睡眠	排泄	吐乳	その他	相談総数
25	298(48.6)	151(24.6)	60(9.8)	83(13.5)	70(11.4)	859(140.1)	1,561(254.6)
26	269(41.3)	234(35.9)	39(6.0)	110(16.9)	71(10.9)	832(127.0)	1,548(237.8)
27	257(44.6)	244(42.4)	49(8.5)	39(6.8)	52(9.0)	428(73.3)	1,069(185.6)

身体器質的		身体機能的		育児	
内容	人	内容	人	内容	人
臍ヘルニア	48	鼻閉・鼻垢・鼻汁	31	ぐずり	58
頭変形(向き癖)	47	眼脂・流涙	24	排気	54
母斑・血管腫	34	喘鳴	22	生活リズム	49
臍(肉芽・滲出・色)	17	授乳時むせぐずり	17	体重の考え方	29
股関節開排不良	12	嘔	16	授乳意義(乳児食育)	22
驚口瘡・舌の色	8	うなり	16	沐浴・入浴	21
全 25 項目	207	全 31 項目	208	全 39 項目	417

赤ちゃんに関する相談・指導では乳児湿疹・皮膚の手入れ・体の洗い残し・乾燥が 4 割以上であった。総相談数は 25・26 年度と 1,500 件を超え、平均一人当たり 2~3 件の相談を受けている。26 年度の「その他」832 件では赤ちゃんの「身体器質的内容」は全 25 項目 207 人、「身体機能的 content」は全 31 項目 208 人、「育児」は全 39 項目と多岐・広範囲にわたり、母親たちの「心配ごと」となっていた。

育児」は全 39 項目と多岐・広範囲にわたり、母親たちの「心配ごと」となっていた。

表6 母親の心配事 母親関連 件数(割合%) 重複回答

年度	母乳	身体	精神	環境	上の子	パートナ	仕事両立	他	相談総数
25	298(48.6)	151(24.6)	25(4.1)	42(6.9)	183(29.9)	22(3.6)	123(20.1)	133(21.7)	977(159.4)
26	269(41.3)	92(14.1)	26(4.0)	38(5.8)	129(19.8)	26(4.0)	125(19.2)	78(12.0)	828(127.2)
27	370(64.2)	55(9.5)	85(14.8)	37(6.4)	196(34.0)	4(0.7)	50(8.7)	102(17.7)	899(156.1)

項目	人数
乳房トラブル	26
GDM	19
恥骨痛・腰痛・歪み取	7
腱鞘炎	7
再潮・出血・帯下	7
高血圧	5
偏食	2
全 22 項目	92 人

項目	人数
予防接種	43
関わり方	41
赤ちゃん返り	13
健診	9
発達・言葉	5
食事	4
トイレトレーニング	1
全 19 項目	129 人

項目	人数
子どもの預け先	10
就業	8
転居後健診・予防接種	7
復職後等の乳房管理	7
家人との人間関係	5
母乳と食事・アルコール	5
家族計画	2
全 18 項目	78 人

母親関連では母乳に関する相談を約半数の母親から受けている。2 か月では栄養方法は確立されていると思っていたが、「足りているのか」「混合だが母乳はどの位飲めているか」「保護キャップははずせるか」などの相談が多かった。児の吸啜のリズムと左右交換のタイミング、直母介助(抱き方・ニップシールドをはずしての授乳・ラッチオン・ポジショニング)、哺乳量測定など、実際に手を添えての指導が多く家庭訪問ならではの支援ができた。「身体」でも「乳房トラブル」が26人と「母乳について」が多かった。病産院では退院後、2週間健診等で相談は受けているが、1か月健診での母乳に関する情報の母子手帳記載は見られていないことから、1か月健診では医師による産褥健診のみが多く、看護職の関わりは「少ない」か「無い」と考えられる。このような現状から、母乳に関して考えれば訪問は早いほうが良い。新生児訪問と乳児全戸訪問の法的根拠は異なるが、母親にとっては医療施設からの支援が少なくなる時期から複数回の専門職による支援が必要と考えられる。相談総数は100%を超え、母親1人当たり1から2件の相談を受けている。相談内容は母子の身体から精神・家族関係・社会資源活用など多岐多様であった。

おわりに

6年間の訪問を通して、母親たちの家族・住宅環境、抱える精神的問題、心配事の多岐多様さが見えてきた。心配ごとの内容は①家族形態に関連する育児サポートや家族関係 ②乳児の生理・特徴 ③栄養方法 ④母親の精神心理的な状況に関連しており、継続した支援に繋げていく必要があるものも多い。全戸訪問専任助産師(以下 助産師と略)は、2年目から「子育て相談」も担当し、特に③④で継続支援が必要な母親に関し更にきめ細かい支援ができています。

訪問時期に関しては、電話訪問で母親のニーズに応じて日時決定することで、母親が直面している授乳行動やぐずり・寝かせ方などを実践・指導し問題解決に向けることができる。2か月前後訪問は、子育て支援事業や社会資源の活用、2か月での予防接種デビュー、児の成長発達の確認による母親への安心感の提供、父母子・家族関係形成や胎児・乳児の食育などの母親への教育的関わりの上で効果的である。また、母親が里帰りから戻り、父母の「育児の自立」に向けた時期であり、漠然としていた不安が具体的な心配事として対応に迫られてくるので、不安軽減のために適切な時期と実感している。

助産師が常勤職員であること、子育て支援に関するスタッフがワンフロアで協働できることは、①要継続者をタイムリーに地区担当保健師に報告・継続できる ②情報の共有と継続方法の検討をする「子育て支援担当者会議」が定期以外もタイムリーに臨時開催できる③助産師も妊婦面接ができる ④母乳育児関連の電話相談対応も可能など、より質の高い支援体制構築に有効である。

母親の「心を開き」「声を聴き」エモーショナルサポートをすることで、母親が自責感を無くすることができ、自己肯定感・効力感、達成感を持つことができる。それを更にエンパワーメントすることで母親の育児に「楽しさと充実感」が生まれる。児のレジリエンスを高めていくための愛着形成など、全戸訪問は父母と家族が安心して子育てをし、健やかなこどもの成長に繋げる大きな使命を持っている。

今後、専門職それぞれの専門分野の力を生かし、より一層の子育て支援事業の充実に努力していきたい。

「保育士の子育て訪問ガイドブック・改訂版」の作成について

宇都宮市保健福祉総務課 ○金澤 由実 石井 誠 加藤 多華子 黒崎 かおり
 上河内地域自治センター 小滝 礼子
 河内地域自治センター 齋藤 俊江
 子ども家庭課 若菜 教子
 保育課 豊田 真紀子 渡邊 千津

1 はじめに

国においては、少子化の進行並びに家庭及び地域を取り巻く環境の変化に鑑み、平成27年4月に子ども子育て支援法を施行し、市町村における幼児期の教育や保育、地域の実状に応じた子育て支援の量の拡充や質の向上を図ることとしている。

一方、本市においては、行政で働く保育士の専門性が求められる職域は保育園にとどまらず、子育てサロン、なかよしクラブ、子ども家庭支援室等、子育てで行政に関わる分野全般に渡ってきており、そのような流れの中で、平成16年度から子育て家庭の育児力を高め保護者の安定した養育など地域の子育て家庭を支援するため、保健福祉サービスを提供する地域の拠点施設に配置された保育士の役割も一層重要なものとなっている。

保育士配置と共に、地域における子育て支援業務の一つとして「保育士訪問指導事業」を展開したところであるが、開始当初は手探り状態であったものの、開始から10年以上が経過し、今では一定の成果を上げるまでになっている。

今回、本事業に携わる保育士の手引きとして作成した「保育士の子育て訪問ガイドブック」について、本事業の成果、事業を通じて得た経験を踏まえ、今後の「保育士訪問指導事業」を円滑に推進し、地域の子育て支援の更なる充実を図るため「保育士の子育て訪問ガイドブック・改訂版」を作成したので報告する。

2 作成目的

- (1) 地域における保育士の子育て支援活動を継承し、更なる充実を図る。
- (2) 担当者が変わっても精度が変わらない継続的な支援を実現する。
- (3) 保育士の更なる専門性の発揮、スキルの向上を図る。

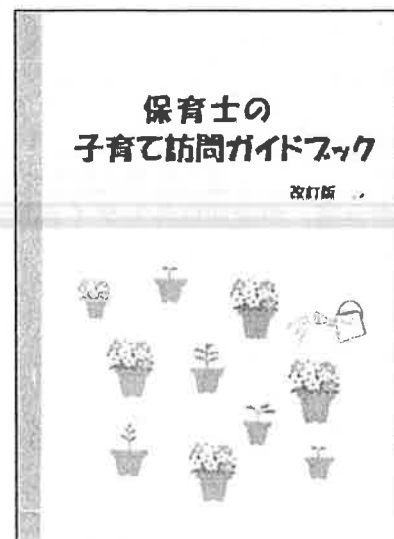
3 作成方法

- (1) 作成者 平成27年度 地域担当の保育士
- (2) 作成期間 平成27年5月から平成28年3月
- (3) 配布場所 地域拠点(6ヵ所)、保育課、公立保育園(10園)、子ども家庭支援室

4 内容

(1) 構成

- 1 保育士家庭訪問
 - (1) 家庭訪問の目的
 - (2) 家庭訪問時の保育士の役割
 - (3) 家庭訪問の流れと留意点
 - (4) 家庭訪問の心構え
 - 2 保育士家庭訪問の状況と効果
 - (1) 家庭訪問の子育て支援・実際の状況
 - (2) 家庭訪問の効果
 - 3 保育士家庭訪問の実際
 - (1) 事例検討方法
 - (2) 平成27年度ホワイトボードミーティング事例
 - (3) 平成26年度保育士による訪問指導状況
- 参照1 保育士訪問指導事業 フロー図
 参照2 母子保健事業「訪問指導」(保育指導の手引)
 参照3 保育士家庭訪問 打ち合わせ関係



(2) 本文例

初めて訪問指導事業にあたる保育士が安心して家庭訪問を実施できるよう、例示を多く盛り込み具体的で分かりやすい内容にした。内容の一部を明記する。

○ 訪問する

➤ 挨拶


- ・ 保護者に向けて穏やかな笑顔で丁寧に接し、ゆっくりはっきりした口調で自己紹介を行うとともに、子どもの目線になり優しく挨拶する。
初回訪問時は、状況により名刺を渡すこともある。

➤ 生活環境の確認

- ・ 住環境・生活の様子・衛生状況などについて確認する。
(例) 住宅周囲の状況、玄関の靴の並べ方、台所の様子、におい、物の増減や配置、掃除の状況、洗濯物の様子、保護者や子どもの髪や衣服等は清潔か、など

☆ 相手の気持ちを考えて、さりげなく不快に思われないよう配慮しよう。

➤ 子どもとの関わり

- ・ 興味を持ちそうな玩具を用意し、子どもの関心を惹いてみる。
- ・ 遊びながら発達などの確認をする。
子どもの様子、表情、性格、全般的な発達、遊び方、言葉など実年齢と比較してどうか。
⇒保育士が発達に対する正しい理解→判断→援助
(例) はめ板 ・積み木・描画の状況はどうか、ボール遊び・ジャンプはできるか、身体接触・ふれあいあそびへの反応はどうか、見立てあそびは楽しめるか、言われたことを理解して行動できるか(言語理解)など

☆ 初回訪問時など、すぐになじめない子どももいる。状況に合わせて様子を見ながら、無理をせずに近づいたり、徐々にあそびに誘ったりしよう。

☆ 保護者と関わる姿を見ることで安心する子どももいるので、好きなあそびを聞くなど、保護者とも言葉を交わそう。

☆ 保育園感覚で何かをやってみよう、教えようとするよりも、その子どもを受け入れるような関わり方を心がけよう。

➤ 保護者関係の把握

- ・ 保護者と子どもの様子から汲み取る。

☆ 遊んでいるところを見せることで、保護者の気づきにつなげていこう。

☆ 話の中で、保護者が知りたいと思っている関わり方の例を見せよう。

☆ 状況に合わせて保護者と子どもで関われるあそびに誘うことで、関わり方や関わって遊ぶことの楽しさを保護者が感じられるようにしよう。

(3) 事例検討の進め方を記載

「ホワイトボードミーティング」形式を用いた事例検討の手順等について記載した。

- ① ホワイトボードに「事例の概要」「家庭状況」「経過・現状(の中の事実)」を記載する。
- ② それらについて事例提供者が説明し、不明点や確認すべき情報を共有する。
- ③ グランドルールに基づいて、アセスメント、今後の方向性などミーティングをしていく。

全員がホワイトボードをみながら進行すること、グランドルールに基づいて行うことによって、経験や立場等に関係なく参加者全員が発言しやすい事例検討の場となるようにした。

事例検討の記録



グランドルール

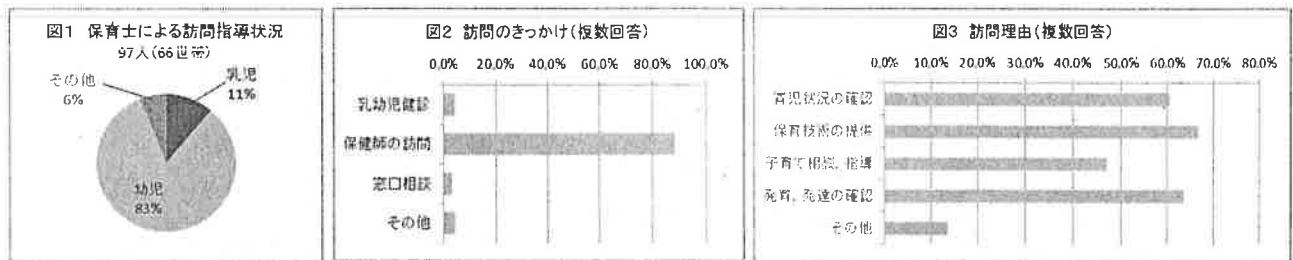
- * 事例はみんなで考え全員が発言する
- * 誰かを責める会にしない
- * 人の話はさげざらしない
- * 事例提供者の支援内容を否定/批判しない
- * ファシリテーターの指名には応える
- * 事例提供者をねぎらう

検討した事例

	テーマ	児の年齢	対象者の状況
ア	育児支援を受けられない母親への支援	5歳	未入籍、シングルマザー、生活保護受給中
イ	育児能力がない母親への支援	3歳・1歳	特定妊婦、第1子に対するネグレクト
ウ	育児のできない母親をどう子育てに向き合わせるか	3歳	不妊治療を経て出産、母親41歳、産後うつ
エ	子育て意欲がなく適切な養育ができない母親への支援	3歳・2歳	理解力が低い、食事を作らない
オ	保育園入園後の親との関わり方	1歳	不妊治療を経て双子を出産、母親38歳
カ	外国人の母親への支援	1歳	母親が中国人、日本語で会話をする事ができる

(4) 訪問指導状況

平成26年度に訪問した計66件の状況を載せている。ケースの概要や訪問のきっかけ、理由、支援内容等の集計により、要支援となる家庭がどのような状況かが明らかになった。



5 考察・まとめ

(1) 保育士訪問指導事業について

訪問指導の目的や役割等を明確化するにあたり保育士の経験等が様々なため、色々な視点から事業を捉え課題や疑問を表出するなど、見直しを通して事業の共通理解が図られ、地区で活動を行う保育士が今後共通した意識のもと支援の質を高めていくことができると思われる。訪問支援を実施していく中で困難等を感じた時には、ガイドブックで事業に関する基本的事項を再確認し方向性を見失うことなく取り組んでいきたい。

(2) 事例検討の進め方及び訪問指導状況について

事例検討は以前から行っていたが意見があまりでなかった。方法を変更したことにより、参加者の発言が増え活発なやりとりが行われ踏み込んだ事例検討となっている。各人が事例提供者となり事例検討をすることは、自分自身が実施した家庭訪問における支援について保健師を交えた参加者と検証する良い機会となり、新たな課題の発見や解決法への導き、支援に対する評価等を得るという成果となった。

訪問指導状況については、訪問のきっかけの多くは保健師の訪問であることから、それぞれの専門性を活かして役割分担をしながら、保健師との連携を強化し事業に取り組んでいくことが重要と考える。どのようなケースに訪問したのか、また支援方法や成果など現状を把握することで、今後の事業の分析や改善に繋がっていききたい。

(3) 「保育士の子育て訪問ガイドブック・改訂版」について

家庭訪問や事例検討の実施と並行して改訂版の作成をすすめてきたことが、訪問を通しての気づきの整理やガイドブックに載せる内容の検討をしやすくし、理解したことや話し合いの結果を実践し振り返りながら検討できたことは効果的だった。また、作成過程は自己啓発となり一冊を作り上げたという達成感が得られ、それぞれのスキルアップにも繋がっている。

「子ども・子育て支援新制度」の実施(施行)、平成29年度からの「子育て世代包括支援センター」の本格稼働を控え、地域担当保育士はますます子どもや子育て世代の状況に応じたさまざまな支援を行っていくことが求められている。今後も、「保育士の子育て訪問ガイドブック・改訂版」を活用しながら、地域の子育て支援の更なる充実に向け、積極的に「保育士訪問指導事業」を推進していきたい。

栃木県宇都宮市中学生の生活習慣と精神的健康

国際医療福祉大学保健医療福祉学部 ○藤田京子、岸 浩一郎

I. はじめに

小・中学校における不登校者は年々増加しており、不登校者の割合は中学生に多いことが報告されている（総務省，2014）。生活環境の変化が著しい現代社会において、早い時期からのストレスに対処する力の育成は、その後の人生をよりよく生きていくために重要な支援課題となっている。対象の特性に応じたこころの健康教育を行うためには、精神的健康の実態把握が不可欠である。筆者らは、これまで栃木県県北地域の中学生の精神的健康について調査を行った。しかし、生活環境の異なる地域の中学生の精神的健康状態には相違があると思われる。そこで、メンタルヘルス支援の手がかりを得るために、宇都宮市中学生の生活習慣と精神的健康についての実態を明らかにすることを目的として調査を行ったので報告する。

II. 研究方法

1. 調査対象：栃木県宇都宮市立中学校の2年生4458人
2. 調査期間：平成26年10月～11月
3. 調査方法：自記式アンケートを用いた集合調査とし、郵送回収した。調査項目は（1）生活習慣、（2）ストレス反応、学校ストレス、ソーシャルサポートの3つの下位尺度からなる岡安ら（1999）による「メンタルヘルスチェックリスト中学生用簡易版」を用い測定した。
4. 分析方法：記述統計量を算出し、有意差の検定にはt検定を用いた。
5. 倫理的配慮：当該教育委員会および学校長に、研究の趣旨と方法について口頭と文書にて説明して調査への協力を依頼し承認を得た。調査対象者およびその保護者には、研究の趣旨と方法、協力の任意性、回答をもって同意とみなすこと、回答は無記名とし、プライバシーの保護に努めること、得られたデータは研究の目的以外には使用しないこと等を書面にて説明した。国際医療福祉大学倫理審査委員会の承認を得た。

III. 結果

25校に研究協力を依頼し、9校1240名から回答が得られた（回収率27.8%）。尺度に関する欠損のある回答を除外した結果、有効回答数は1138名（有効回答率86%）であった。

1. 属性

性別では、男子50.7%、女子49.3%であった。家族形態については、祖父母と同居している生徒は27.6%、父親と同居していない生徒は16.6%、母親と同居していない生徒は6.2%であった。

2. 生活習慣について

部活動については、運動部（67.4%）、文化部（23.1%）、両方（0.1%）を合わせると、90.6%が所属していた。塾に通っている生徒は、44.4%であった。

朝食については、「毎朝食べている」生徒は9割（90.6%）おり、約1割弱（8.8%）の生徒は「食べない」・「時々食べる」と回答していた。また、約7割の生徒は家族とともに夕食をとっているが、夕食をひとりで食べることが「よくある」・「時々ある」生徒は3割近く（28.7%）と少なくない。

睡眠に関しては、7割を超える生徒（73.1%）は「23時以後の就寝」であり、「23時前に就寝する」生徒は26.5%であった。6割（60.3%）の生徒は「6～8時間の睡眠」をとっており、「8～10時間の睡眠」をとっている生徒は約3割（32.6%）で、多くの生徒の睡眠時間は比較的保たれていることが示された。しかしながら、「6時間未満」（5.1%）と睡眠時間が少ない生徒や、「10時間以上」の過眠傾向の生徒（1.5%）もあり、メンタルヘルスへの影響が懸念される生徒も少なからずいた。

一方、携帯電話やスマートフォン、パソコンなどのインターネット使用状況については、約7割（82.9%）

の生徒が「毎日」または「時々使用」している。全体としては約半数の生徒が一日2時間以上のインターネットを利用していた。アクセス時間別にみると、「1時間未満」の生徒は約1割(11.2%)、「1~2時間/日」使用する生徒は3割強(34.7%)、「2~5時間」使用する生徒は約4割(39.5%)、中には「5時間以上使用する」生徒が9.1%を占めており、インターネット依存症予備軍を懸念させる生徒も少なからずいた。保健室の利用状況については、約半数の生徒は5回以下(52.6%)、4割近くの生徒(37.8%)は保健室を利用することなく学校生活を送っている。6回以上の生徒は6.4%を占めていた。

表1. ストレス反応平均得点(生活習慣別)

		不機嫌・怒り			抑うつ・不安			無気力			身体的反応			ストレス反応合計得点					
		人数	平均値	標準偏差	人数	平均値	標準偏差	人数	平均値	標準偏差	人数	平均値	標準偏差						
総数		1138	1.99	2.93	1138	1.32	2.27	1138	2.56	2.53	1138	2.46	2.56	8.33					
基本的属性性別	男子	577	1.90	3.06	577	0.89	1.75	**	577	2.43	2.47	577	2.16	2.44	**	7.38			
	女子	561	2.09	2.80	561	1.77	2.63		561	2.69	2.59	561	2.76	2.66		9.32			
生活習慣 部活動	運動部	767	1.91	2.93	767	1.14	2.13	**	767	2.43	2.52	767	2.25	2.53	**	7.72			
	文化部	263	2.05	2.77	263	1.71	2.48		263	2.84	2.55	263	2.81	2.43		9.40			
	両方ない	2	4.00	2.83	2	1.50	0.71		2	2.50	0.71	2	6.00	4.24		14.00			
	なし	95	2.53	3.31	95	1.77	2.59		95	2.89	2.52	95	3.16	2.84		10.35			
塾	有	505	1.88	2.86	505	1.17	2.14	*	505	2.44	2.53	505	2.34	2.51		7.83			
	無	617	2.10	2.99	617	1.47	2.38		617	2.67	2.55	617	2.55	2.60		8.78			
朝食	毎朝食食べる	1031	1.87	2.83	**	1031	1.25	2.18	**	1031	2.41	2.46	**	1031	2.35	2.48	**	7.88	
	時々食べる	84	3.15	3.64		84	2.26	3.10		84	3.99	2.89		84	3.55	3.19		12.95	
	毎朝食食べない	16	3.88	3.79		16	1.69	2.12		16	4.19	2.14		16	3.44	2.53		13.19	
夕食一人	よくある	86	2.26	3.23		86	1.71	2.57	**	86	3.37	2.80	**	86	3.01	2.92	**	10.35	
	時々ある	240	2.38	3.11		240	1.82	2.67		240	2.96	2.61		240	3.02	2.86		10.18	
	あまりない	361	1.90	2.90		361	1.15	2.07		361	2.45	2.35		361	2.43	2.41		7.93	
	全くない	442	1.82	2.79		442	1.13	2.09		442	2.27	2.54		442	2.07	2.36		7.7	
睡眠	就寝時間	23時未満	302	1.65	2.85	*	302	1.00	1.86	**	302	2.19	2.32	**	302	1.92	2.24	**	6.9
		23時以後	832	2.12	2.95		832	1.44	2.39		832	2.70	2.59		832	2.66	2.64		8.92
	睡眠時間	6時間未満	58	3.91	3.82	**	58	2.26	3.30	**	58	3.66	3.27	**	58	4.29	3.33	**	14.12
		8時間以上8時間未満	686	2.02	2.86		686	1.38	2.29		686	2.60	2.51		686	2.51	2.52		8.52
	10時間以上10時間未満	371	1.67	2.82		371	1.11	2.03		371	2.29	2.41		371	2.11	2.36		7.17	
	10時間以上	17	1.35	2.37		17	0.76	1.35		17	3.53	1.81		17	2.24	2.46		7.88	
インターネット	使用頻度	毎日使う	695	2.08	2.97		695	1.41	2.36		695	2.81	2.67	**	695	2.63	2.64	*	8.93
		時々使う	248	1.96	2.91		248	1.40	2.37		248	2.12	2.25		248	2.42	2.55		7.90
		あまり使わない	63	1.17	2.25		63	0.84	1.58		63	2.13	2.25		63	2.13	2.53		6.27
		ほとんど使わない	114	2.15	3.13		114	1.05	1.87		114	2.30	2.35		114	1.89	2.14		7.39
	アクセス時間	10時間未満	124	1.98	3.01	**	124	1.16	2.24	**	124	2.35	2.41	**	124	2.15	2.33	**	7.64
	1時間未満	3	0.67	1.15		3	1.33	2.31		3	1.67	1.15		3	0.33	0.58		4.00	
	1時間以上2時間未満	395	1.57	2.63		395	1.05	1.96		395	2.01	2.33		395	2.05	2.25		6.68	
	2時間以上5時間未満	449	2.25	3.03		449	1.58	2.50		449	2.81	2.49		449	2.73	2.65		9.37	
	5時間以上10時間未満	93	3.08	3.52		93	1.84	2.64		93	4.30	3.08		93	3.99	3.13		13.20	
	10時間以上	10	1.90	2.88		10	2.00	2.05		10	2.50	2.07		10	2.60	3.86		9.00	
保健室利用状況	回数	0回	430	1.66	2.64	**	430	0.93	1.79	**	430	2.21	2.38	**	430	1.96	2.19	**	6.75
		5回以下	599	2.12	3.05		599	1.42	2.30		599	2.66	2.55		599	2.61	2.65		8.82
		6回以上	73	2.79	3.26		73	2.53	3.34		73	3.33	2.64		73	3.85	3.08		12.51

*p<0.05, **p<0.01

3. 属性、生活習慣からみたストレス反応について

ストレス反応合計得点の全体平均は 8.33 と標準範囲内で、他県および県北の中学生と比較し、当該中学生の精神的健康状態は総じて良好であった。女子(9.32)は男子生徒(7.38)と比較するとストレス得点が高く、先行研究と同様に性差が確認された。

以下では、生活習慣との関係において有意差があったものについて述べる。

(1) 部活動：運動部に所属している生徒(ストレス反応得点 7.7)は精神的健康度が高く、文化部運に所属している生徒(9.4)は「抑うつ・不安」「身体反応」が有意に高かった(p<0.01)。両方の部活動に所属している生徒は、ストレス得点が 14.0 と最も高かった。

(2) 食事：朝食を毎朝食食べる習慣がない生徒(ストレス反応得点 13.1)は、毎朝食べている生徒(7.88)と比較し「不機嫌・怒り」「抑うつ・不安」「無気力」「身体反応」のすべての項目でストレス得点が高かった(p<0.01)。また、夕食を一人で食べることがある(「よくある」「時々ある」と回答した)生徒(10.3)ほど、ストレス得点が高かった(p<0.01)。

(3) 睡眠：23時以後に就寝する生徒(ストレス得点 8.9)、および睡眠時間6時間未満の生徒(14.1)は、4項目の全てにおいてストレス得点が高かった(p<0.01)。また、睡眠時間が10時間以上の生徒は、「無気力」が高かった(p<0.01)。

(4) インターネットメディア：インターネットの使用頻度別にみると、「ほとんど使わない」「あまり使わない」生徒に比べ、「時々使う」「毎日使う」生徒の方がストレス得点は高かった(p<0.01)。また利用時間では、1~2時間使用する生徒(ストレス反応得点 5.34)と比較し、2時間以上使用する生徒(11.3)はいずれの項目においても高く、使用時間が長いほどストレス得点は高くなる傾向が認められ

た ($p < 0.01$)。

4. 学校ストレスの特徴

(1) 性差：女子は学業、友人関係のストレスが高く、男子は教師との関係にストレスが高い ($p < 0.01$)。

(2) 部活動：運動の生徒は教師との関係においてストレスが高く、文化部の生徒は学業、友人関係のストレスが高い ($p < 0.01$)。

(3) 食事：朝食を毎日食べる習慣がない生徒は、そうでない生徒と比較して学業、友人関係、教師との関係の全ての項目においてストレスが高い ($p < 0.01$)。また、夕食を一人で食べることの多い生徒も同様に、全ての項目においてストレスが高い ($p < 0.01$) ことが示された。

(4) 睡眠：23時以降に就寝する生徒、および睡眠時間6時間未満の生徒は、学業、友人関係、教師との関係全ての項目においてストレスが高く、10時間以上の過眠傾向のある生徒は、学業へのストレスが高い ($p < 0.01$)。

(5) インターネットを2~10時間使用している生徒は、学業、友人関係、教師との関係の全てにストレスを感じていた。利用時間が長いほど、その傾向は強いことが示された ($p < 0.01$)。

5. ソーシャルサポート

ソーシャルサポートの全体平均得点は49.17と高く、メンタルヘルスが良好である背景要因のひとつとしてとらえることができる。以下に、有意差 ($p < 0.01$) が確認されたものについて述べる。

(1) 男子は父親と教師からのサポートを、女子は母親と友人からのサポートを高く認識していた。

(2) 運動部は文化部に較べて、父親、母親、教師、友人のいずれにおいてもサポート得点は高かった。

(3) 食習慣については、朝食を毎朝食べる習慣がある生徒は父親、母親、教師、友人のいずれからもサポートされていると感じており、夕食を一人で食べる傾向のある生徒は、父、母、教師、友人いずれのサポート感も低かった。

(4) 睡眠：23時以降に就寝する生徒は、すべての項目が総じて低く、睡眠時間が確保されている生徒ほど父、母、教師、友人のいずれからもサポートされていると強く認識していた。

(5) インターネット：使用時間が長くなるほど、周囲（父、母、教師、友人）からのサポート感はい低い傾向が示された。インターネット利用時間が長くなればなるほど、現実的な人との相互交流は少なく、対人関係の希薄さが浮き彫りになった。

IV. 考察

今回調査の対象となった中学校の規模は、1学年の生徒数100名未満の学校が2校、100~200名未満が3校、200名以上は4校であった。宇都宮市中心部や農業と工業が混在する地域で生活している生徒であり、本調査で得られた結果は、宇都宮市の平均的な中学生の実態ととらえることができる。

ストレス症状が低い生徒の特徴は、運動習慣がある、毎朝朝食を食べる、家族とともに夕食をとる、インターネットの利用が2時間以下であった。毎朝朝食を摂取する習慣がある生徒、家族とともに夕食をとる生徒は、親や友人、教師からサポートされていると感じており、精神的健康度が高いことが推察された。朝朝食をとる生徒ほど学力調査の得点が高い傾向にある（文部科学省、2015）ことが報告されているように、毎日の基本的な生活習慣のありかたが、成長期にある子どもの精神的健康や発達に影響を与えることから、望ましい基本的な生活習慣の形成および維持に向けて多職種が連携し、生徒のみならず保護者に対し、エビデンスと具体的方策を含めた教育的支援が求められる。

本研究は、文部科学省基盤研究（C）の助成による調査の一部である。ご協力いただきました宇都宮市教育委員会、宇都宮市立中学校校長および先生方、生徒のみなさまに心より感謝申し上げます。

子どもの心の専門相談から見た地域における相談支援体制の課題についての一考察

栃木県西健康福祉センター ○菊地 幹 稲葉真里永 渡邊悦子 塚田三夫
大原智子 (県東健康福祉センター)

1. はじめに

子どもを取り巻く社会環境が大きく変化する中で、心の問題を持つ子どもが増え、心のケアや相談支援体制の充実が求められている。栃木県では、平成27年度から全県域で「子どもの心の相談支援体制強化事業」を開始、「子どもの心の相談窓口」が県内5カ所の広域健康福祉センターに設置された。

当センター管内では、これまでの精神保健福祉相談において、精神疾患や発達障害などを背景に子どもの頃から不登校・ひきこもり・問題行動等の心の問題があった成人事例への関わりから、県内に先駆け対応を開始してきた。本事業の目的は『様々な心の問題を持つ事例に早期介入し、適切な支援を行うことで二次障害を軽減し社会適応に繋げる。相談支援に携わる関係者の資質向上と関係機関の連携強化を通して地域における子どもの心の問題の早期発見から適切な対応につなげる相談支援体制を構築する。』とされている。

事業に取り組む中から見えてきた地域の現状と、相談等実績から浮かび上がってきた当地域の子育てや子どもの心の健康に影響を与える環境要因・支援体制等の課題を明らかにすると共に、教育・保健・福祉・医療等の支援体制の現状を踏まえた今後の改善策・望まれる地域支援体制について考察したので報告する。

2. 子どもの心の相談支援体制強化事業の内容と実施状況

(1) 専門医・心理職等による「子どもの心の専門相談」

心の問題を持つ子ども・保護者・支援関係者等を対象に、専門医・心理職等による専門相談を行い、疾患・障害・治療の必要性等を見立て、対応等の助言を行った。ケースに応じて訪問支援等により早期介入を行った。

年度	実施回数	対象	相談者	相談ケースの来所経路内訳 (実人数)						主 訴
		実人数	延人数	家族	小学校	中学校	特別支援学校	市役所	事業所	
27	14	17	55	3	4	6	2	1	1	暴言や暴力・不登校・ひきこもり 朝起きられない・学校不適應 身体症状・ゲームやスマホ依存 衝動的行動・非行行動など

相談結果内訳 (重複あり)						対象者の診断等 (重複あり)	
今回のみ	相談時対応	継続支援	医療機関紹介	支援機関紹介	その他		
0	0	17	9	8	11	自閉スペクトラム症 (疑い含む) 12 適応障害 7・知的障害 3・睡眠リズム障害 2 強迫症状疑い 2・パニック症状疑い 1 気分変調症疑い 1・人格発達の問題 1・その他 3	

〔相談者〕 本人・家族・支援関係者 (学校教諭・市保健師及び家庭相談員・NPO 法人事業所職員等)

〔担当者の職種〕 精神科医・小児科医・精神保健福祉士・心理職 (精神科病院・法務少年支援センター等)

〔結果〕 学校不適應、不登校や行きしぶりがあるケースは生育歴に発達障害を疑う状況があり、就学前や小学校の段階では発達障害等の課題を発見できなかった事例や、乳幼児期に発達の偏りなどに気づいても専門相談・医療・療育に繋がる機会がなかった事例があった。また、関係者やスクールカウンセラー等が苦慮していた事例に対して、保健・医療という第三者の専門的な立場で関わられたことで、保護者の信頼感が得られスムーズな対応に繋がった。

(2) アウトリーチ (訪問支援)

精神疾患や発達障害等の二次障害等の可能性がある事例 (概ね20歳程度まで) で、アウトリーチ支援の必要性があると判断され家族の同意が得られた事例に対して、学校や家庭等に出向いて支援を行った。また、疾病や障害等を早期に発見し治療の必要性の見立て等を行い、適切な治療・対応につなげた。

年度	回数	対象	訪問先内訳 (延回数)						アウトリーチ支援従事者	支援内容等
		実人数 (延人数)	家庭	小学校	中学校	高校	特別支援学校	その他		
27	12	12 (16)	4	2	6	1	2	1	専門医 (小児科・精神科) 心理職 (法務少年支援センター等) 精神保健福祉士 学校教諭・保健師 (県・市)	家庭訪問による本人面接 学校訪問による面接 (本人・家族・教諭等) 支援者へのコンサルテーション

〔結果〕 様々な問題を抱える家庭・キーパーソンがいない家庭・困っていても相談や行動化が難しい家族・子

子どもの課題について理解が薄く受診勧奨等が困難家族・子どもがひきこもりで外出が困難な場合等においては、今まで相談を受ける機会ほとんどなかった。身近な所属機関や家庭へ専門家が出向いて気軽に無料で相談が受けられたことで、早い段階で支援介入ができた。

(3) 事例検討（支援機関へのコンサルテーション）

処遇困難事例や専門相談事例（アウトリーチ対象事例を含む）について、関係機関で事例の共有・支援の検討を行い、専門家による助言を受け支援関係者のスキルアップを図った。

年度	実施回数	事例 事案件数	参加 延人数	参加者の所属機関内訳（延人数）							
				小学校	中学校	高校(高等部含む)	市役所	事業所	病院	健康福祉センター	助言者
26	3	3	30	—	2	3	10	—	2	9	4
27	19	17	108	7	33	7	11	3	1	27	19

〔助言者〕精神科医・小児科医・精神保健福祉士・心理職（精神科病院・法務少年支援センター等）

〔結果〕子どもの発達特性に周囲が気づけなかったり、本人に合わせた対応ができず問題行動を起こしている事例が多く、支援者が本人・家族への具体的な対応について学べる機会が少ないことがわかった。事例を多角的・専門的にアセスメントし援助方針を共有することで、支援者の不安・負担が軽減した。

(4) 支援関係者研修会

子どもの心の相談支援に関わる関係者を対象にスキルアップ・人材育成を目的に研修を開催した。

年度	実施回数	参加延人数	内 容
26	2	① 55 ② 92	①思春期特有の心の病気や障害について ②学齢期の発達障害～理解と対応～
27	5	① 22 ② 53 ③ 62 ④ 60 ⑤ 102	①子どもの心の問題への早期介入から相談支援の充実に向けた取り組み ②子どもの心の問題への対応のポイント～早期介入の大切さ～ ③家族と支援者とのコミュニケーション～家族の思いを理解し支えるために～ ④若年者の自殺対策～教師や保護者に伝えたいメッセージ～ ⑤発達特性を持つ子どもと親のストレスマネジメント講座

〔参加者〕家族、幼稚園・保育園・医療機関・学校等教育機関・サービス事業所・行政機関等の支援関係者等

〔結果〕参加者へのアンケート、専門相談や事例検討の支援関係者から「発達障害や心の問題にどう対応すればよいかわからない」「家族の理解がなく対応に困っている」等の意見が多く、発達障害や子どもの心の問題への対応・早期介入の必要性等について、地域の支援者や保護者に対する啓発に力を入れた。

(5) 地域ネットワーク会議（アウトリーチ検討会）

管内における子どもの心の問題・課題について関係機関の支援関係者と協議し、早期発見から適切な支援等に至る連携体制を構築した。また、アウトリーチ事業を効率的に実施するための検討を行った。

年度	実施回数	参加延人数 (参加機関数)	内 容
26	3	36 (17 機関)	*各機関における子どもの心の問題に関する取り組みについて *子どもの心の診療等支援事業アウトリーチ事業について *子どもの心の問題に関する支援体制・課題等についての検討 *アウトリーチ事業の検討(実施体制・媒体・周知・対象事例等) 2回
27	1	21 (17 機関)	管内母子保健関係機関連絡会議として実施 *子どもの心の相談支援体制強化事業及び乳幼児健全育成事業（発達障害児支援事業）の実施状況と支援体制の課題 *発達障害や心の問題を持つ子どもへの支援体制・課題等の検討

〔参加機関〕保育園等・療育機関・医師会・病院・学校や教育委員会・サービス事業所・行政・相談機関等

〔結果〕家族や周囲の理解が得られず子どもに対して早期に適切な療育が行われない現状、個人情報から関係機関の境界で支援が途切れてしまい情報の引継ぎが円滑に行われていない現状、学校でのスクールカウンセラー対応の限界や、地域の相談支援関係者も時間的・人力的余裕がなく家族や家庭生活への支援には限界があること等がわかった。『家族支援を併せた早期介入・個別特性に応じた支援・二次障害防止の必要性』などについて関係機関と共有し、改善に向けた各機関の役割を確認することができた。

3. 事業を通して見えてきた現状と課題

- (1) 啓発について（地域において発達障害等に対する理解を広げ、安心できる場を保証することが必要）
 - ・家族の理解不足や周囲の偏見等により、療育につながらないケースがあった。
 - ・環境の変化や集団生活の困難さ、対人コミュニケーションの問題から不適応となっていることが多い。
- (2) 早期発見・早期療育について（子どもの課題を早期発見できるようにシステムとして備えることが必要）
 - ・学校入学後に問題が顕在化してくる子どもも多く、介入が遅くなるケースがあった。
 - ・乳幼児期に発達の偏りなどに気づいていても、専門機関の不足や保護者とのコミュニケーションの難しさから、診断や訓練・療育等に繋がらなかったケースがあった。
- (3) 個別支援について（発達特性に配慮した支援スキルと保護者支援力をアップすることが求められる）
 - ・子どもの発達特性に周囲が気づかず、本人に合わせた対応ができず問題行動を起こしていた。
 - ・支援者が、発達障害等への具体的な対応について学べる機会が少なかった。
 - ・保護者自身も発達特性があったり、子どもの問題で強いストレスを受けており、子どもの現状を受け入れられない、認めたくないという思いがあり、保護者の理解が得られなかった。
 - ・ひとり親、精神不安定、知的障害、経済的困難など様々な問題を抱え、子育てが不安定な家庭への支援が求められていた。
- (4) 社会資源について（あらゆる機会・人材・資源等を動員して地域の支援力を向上させることが必要）
 - ・時間的、人力的余裕がなく、家族への支援や家庭生活への支援を行うには限界があった。
 - ・スクールカウンセラーが来校する回数が少なく、相談対応に限界があった。
- (5) 連携体制について（ライフサイクルを通じた多機関多職種連携による支援への期待）
 - ・学校不適応、不登校や行きしぶりがあるケースは生育歴に発達障害を疑う事例が多いが、就学前・小・中・高校への情報の引継ぎが円滑に行われていない現状があった。
 - ・医療、福祉、教育機関の境界で支援が途切れてしまうケースがあった。
 - ・子どもの問題等の情報について、個人情報観点から関係機関との連携が取りにくい現状があった。
 - ・中学校卒業後や高校中退後、支援機関の介入がなく、青年期・中高年になってから問題行動や社会不適応等の問題が浮上するケースがあった。

4. 考察

支援機関・関係団体等への事業周知、専門相談や事例検討を行う中で、処遇困難事例を抱え学校等の支援機関が対応に苦慮している実態や困難事例の現状・背景等が把握できた。

まず、地域で発達障害等に対する理解がすすんでいないことから家族や周囲の理解が得られない等、子どもに対して早期に適切な療育が行われない等の現状があることがわかった。発達障害等に対する地域の理解が進み、早い段階から子どもの健やかな成長発達が保証されるよう、住民や関係者への啓発機会を多く持つ必要がある。

次に、個別支援を通して、支援者のスキル不足や保護者支援の難しさが課題としてあることがわかり、発達障害について学ぶ機会の情報提供や、学校等において専門相談専門職（医師・心理等）による事例検討（コンサルテーション）を実施してきた。今後は、学校外の地域関係者を含めたカンファレンスの開催や支援者のスキルアップ（保護者支援の方法等）のための研修・コンサルテーション機能を更に充実させ、保護者に対するカウンセリングや子どもの心の理解・子どもへの接し方についての教育・親の会などの保護者に対するサポート体制についても検討していく必要がある。

また、乳幼児期から一貫した支援が保障されるよう、ライフサイクルを通じた連携・多機関他職種による連携が課題であることがわかった。障害児や子どもの心の問題に対する支援体制については、各市ごとに所管課は様々なながら多様な連携会議が運営されている他、市民活動も活発になっているところである。今後、それらの活動が有機的につながり、地域全体で子どもの健全な成長発達を見守ると共に、子どもの発達課題や心の問題が早期に発見され適切に対応されるよう、地域のトータルサポート体制を構築していくことが必要と考える。

今後は、専門相談を利用した事例や事例検討を行った事例が、専門職の助言等によりどのように変化したか、医療や支援機関につながったり、周囲の支援者が本人の特性に応じた対応ができたことで、行動・症状・適応等がどう変化したか等、事業の効果についても評価していきたい。

5. おわりに

将来の社会適応に影響を与える心の問題を持つ子どもは、顕在化していない者も含め多く存在すると思われる。当センターとしては、引き続き地域の専門相談の窓口として、母子保健業務を通じた地域の子育て環境整備に努めたい。心の問題を持つ子どもや家族が早い時期から地域の人々や支援関係者による適切な支援介入がされ、二次障害が予防・軽減できるよう関係機関と協働しながら地域の相談支援体制を構築していきたい。

「子どもの心・スーパービジョン」からみえる相談支援体制強化に向けた取組と考察

県南健康福祉センター ○二野屏美佳 湯澤春香 中河原幸子 星野眞有美 深津静枝
 関田恵三子 大橋俊子

1. はじめに

近年、核家族化や少子化の進行など社会情勢が日々変化する中で、子どもの心の問題は、年々多様化し複雑化している。そこで、平成27年度から、栃木県では子どもの心の相談支援体制強化事業が開始となり、各広域健康福祉センターに「子どもの心の相談窓口」が設置され、地域課題の抽出、関係機関の連携強化を目的としたネットワーク会議が位置づけられた。

県南健康福祉センター(以下、「当センター」)では、子どもの心の問題に携わる支援者の資質向上と保健・医療・福祉・教育などの立場の異なる関係機関の連携強化を目的として、平成27年度から子どもの心・スーパービジョン(以下、「本事業」)を開催している。

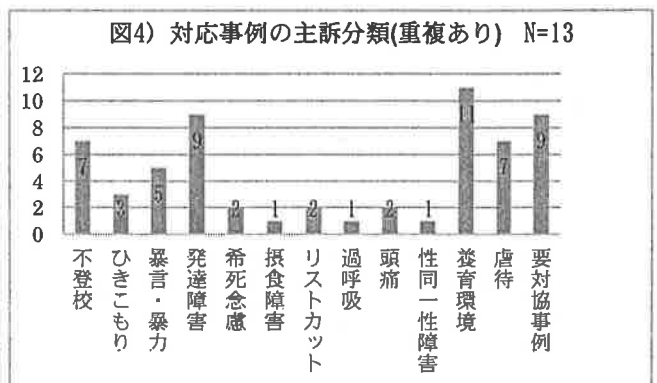
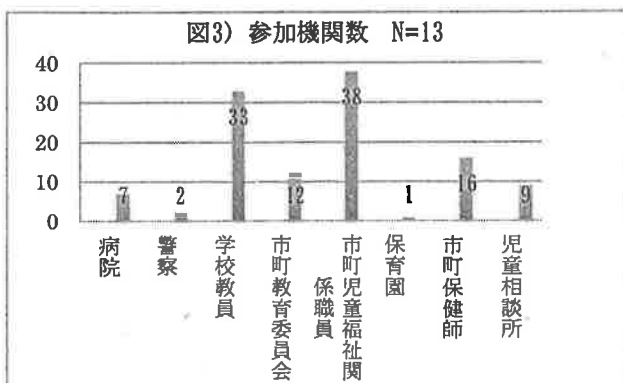
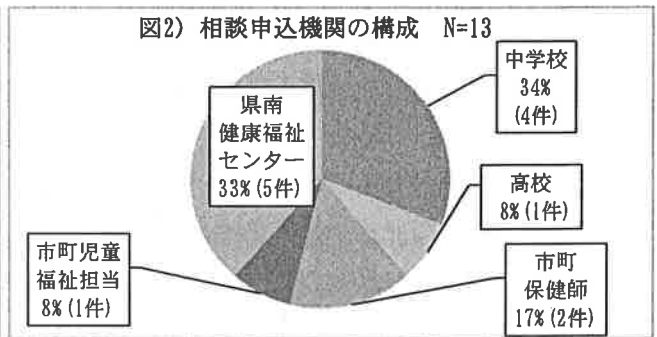
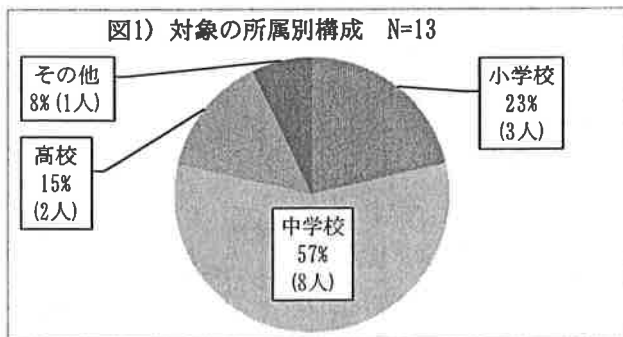
今回、1年間の取組とアンケート調査結果をもとに、本事業を振り返り、当センター管内における相談支援体制強化に向けた当センターの役割について考察したので報告する。

2. 子どもの心の相談支援体制強化事業の概要

(1) 事業状況(平成27年度実績)

- ①事業内容：関係機関の支援者を集めた事例検討および講師によるスーパーバイズ
- ②対象者：管内市町、教育機関、児童相談所、健康福祉センター、その他関係機関等の子どもの心の問題に携わる支援者
- ③周知方法：管内市町母子保健・児童福祉主管課、教育機関、児童相談所などに周知
 教育機関は、教育事務所を通して各学校へ周知するとともに、養護教諭部会内での周知も実施
- ④利用方法：事例提出機関は、所定の事例検討用紙の提出により申込み
- ⑤講師：9回のうち、7回は臨床心理士のみ、2回は精神科医・臨床心理士の2名体制

(2) 実績：開催回数9回 13事例



3. アンケート調査

(1) 目的

事業評価の効果的な実施及び当センター管内における思春期保健の課題抽出並びに当センターに求められる役割を明確にする。

(2) 対象及び方法

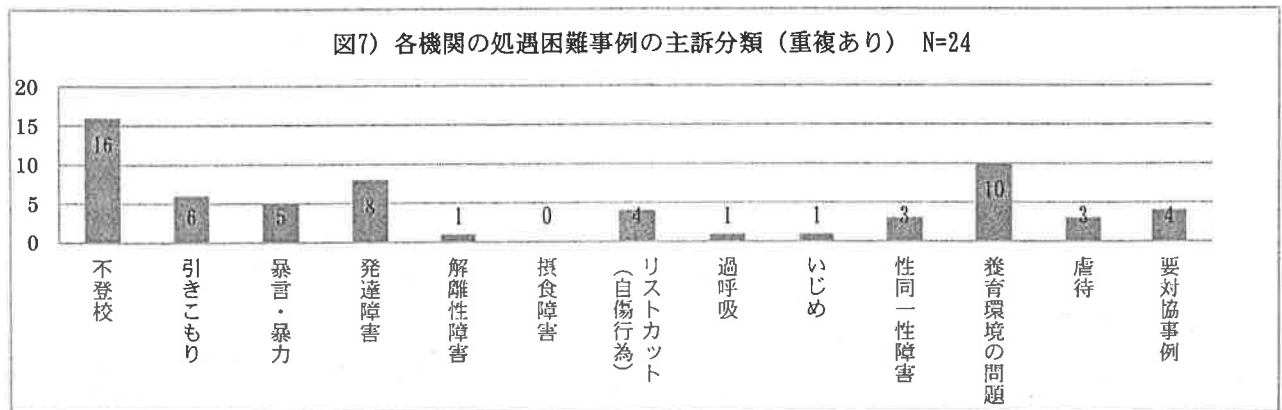
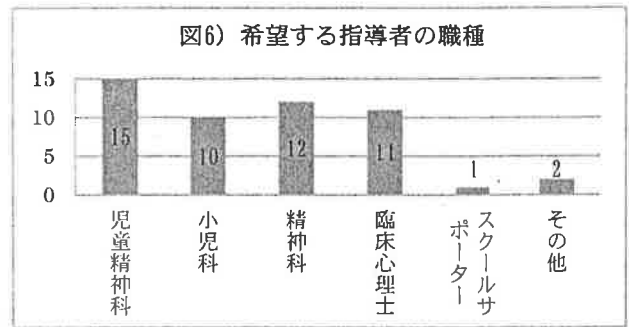
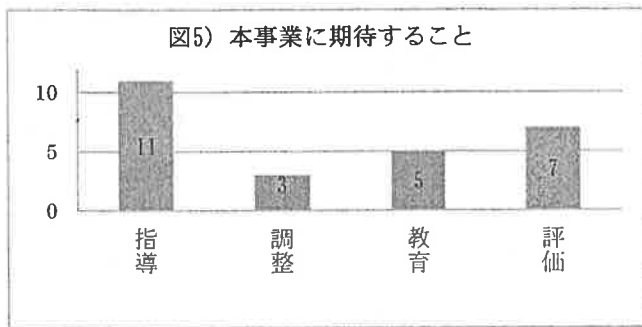
子どもの心の相談支援体制強化事業ネットワーク会議の構成機関(医療・保健・福祉・教育関係など計30機関)を対象に平成28年2月に郵送にてアンケート調査を実施。

また、関係機関が抱える事例の傾向を把握するため、各機関の処遇困難事例についても調査の対象とした。

アンケート内容：①本事業の活用の有無②本事業に期待すること③本事業の成果と関係機関との連携について④家族アセスメントの理解⑤支援の質やモチベーションの変化⑥活用後の満足度⑦希望するスーパーバイザーの職種⑧次年度の活用希望の8項目を設定した。

(3) 結果

- ・ 回答機関は30機関、内訳は当センター管内の行政機関57%(17機関)、県20%(6機関)、学校20%(6機関)、病院3%(1機関)であった。
- ・ 本事業の活用については、関係機関の43%(13機関)が活用し、57%(17機関)が活用していなかった。
- ・ 活用しなかった理由は、「市の相談窓口を活用している」33%(5機関)、「該当事例なし」27%(4機関)、「日程調整がつかなかった」13%(2機関)、「スクールカウンセラー(SC)に相談」13%(2機関)、「いじめ・不登校対策チーム(スクールサポーター)やスクールソーシャルワーカー(SSW)を利用」7%(1機関)、その他の代替機能を利用7%(1機関)であった。
- ・ 本事業へ期待する内容として、指導、調整、教育、評価の4つのうち、期待が高かった順に指導、評価、教育、調整であった(図5)。
- ・ 本事業の成果として、「支援内容を振り返ることができた」、「情報共有の必要性」、「客観的で専門的な助言と見立てが得られた」、「今後の方向性と関わり方・役割分担を検討できた」、「医療機関への橋渡しができた」、「他部署とのつながりや相談機関を支援者が知ることができた」という意見が得られた。
- ・ 関係機関との連携について、「役割分担が明確になり連携がしやすくなった」、「会議で顔を合わせているため依頼や連絡がしやすくなった」、「方針を共有できたことで同じ方向性で支援がしやすくなった」という意見が得られた。
- ・ 本事業において「家族アセスメントの理解」、「支援の質やモチベーション」、「満足度」については、それぞれ高く評価される傾向がみられた。
- ・ 希望するスーパーバイザーは、多い順に児童精神科医、精神科医、臨床心理士、小児科医、スクールサポーター、スクールカウンセラー(SC)であった(図6)。
- ・ 次年度の希望としては、「積極的に活用したい」7%(2機関)、「活用したい」19%(5機関)、「機会があれば活用したい」74%(20機関)であった。
- ・ 各機関が抱える処遇困難事例について、問題行動では、「不登校」「引きこもり」「暴言・暴力」「自傷行為」の順に多く、その背景要因とし「養育環境の問題」「発達障害」が多くあげられた(図7)。



4. 考察

昨年度の実績やアンケート調査結果から、不登校や引きこもりなどの問題行動を背景に、発達障害といった子どもの特性や機能不全家族などの養育環境の問題を抱える事例を多く認めた。また、養育者の精神疾患や経済問題など、子どものみならず家族全体への支援を要する多問題事例においては、多機関による包括的な援助を要する事例が多かったが、多くの機関は、そうした援助体制を構築するための調整や進行管理をしていくことに困難さを抱えていた。その中で本事業は、様々な情報から多面的に家族をとらえることで家族アセスメントの理解を深め、支援者が家族全体の援助を可能にするための支援方針や他機関との具体的な連携方法を、検討するための一助になっていると考える。

さらに、関係機関だけでは処理できない多問題事例に対し、本事業が支援に関する専門的助言や客観的な評価の場として期待されていることが分かった。しかし、その一方で、児童精神科医や臨床心理士などの人材の確保が難しく、処遇困難事例に対するコンサルテーションが、地域で機能していないといった課題や機能不全家族を背景にもつ不登校や虐待問題を抱える事例が多く認めたことから、小中学校における相談支援体制や関係機関との連携体制の充実を図り、不登校や虐待問題への早期対応、早期解決に向けた総合的な連携体制の構築も課題として明らかになった。また、そうした事例は、家庭内の子育て機能が十分に働かないことで、子どもに発達障害が生じ問題行動へ発展していたことから、子育て支援を充実させる取組も必要であると考えられる。

以上のことから、本事業のコンサルテーション機能を充実させるとともに、当センター管内の母子保健の充実を図ることが、ひいては、子どもの心の相談支援体制の強化に寄与することを期待して、今後も関係機関と協働して本事業を実施していきたい。

<参考文献>

齊藤万比古, 宇佐美政英, 岡田耕三, 他; 対応・連携システムの設置および運用に関する全国調査. 厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業) 「児童思春期精神医療・保健・福祉の介入対象としての行為障害の診断及び治療・援助に関する研究」平成 18 年度総括・分担研究報告書, pp9-18, 2007.

【演題】精神疾患患者に対する食生活支援、健康教育に関する取り組み報告

【精神障害者の食生活向上検討会】○間庭昭雄（新直井病院）、宇賀神裕美（森病院）、荒山麻子（皆藤病院）、江花裕子（鹿沼病院）、櫛田映子（青木病院）、阿久津里美、中村真弓（岡本台病院）、若林奈々恵（県南健康福祉センター）、池内寛子（県西健康福祉センター）、

1. はじめに

精神科医療では薬物治療の向上により、精神疾患患者の日常生活動作が長期にわたって良好に維持されるようになり、通院治療を継続することで、地域の中で自立して生活を送る患者が増加した。しかし、食生活に対しては十分な支援が行われているとは言えず、食欲増進の副作用をもつ薬剤の内服による過食や、身体活動の低い生活習慣により、肥満や脂質異常症、糖尿病等の生活習慣病を発症しやすい状況であり、疾病の理解と合わせて健康的な生活習慣の定着支援を行うことは、長期で患者が地域の中で日常生活を送るために重要である。

しかし、精神疾患患者の身体状況に合わせた、食生活支援の手法に関する報告はほとんどないため、平成 26 年度に「栃木県内精神科病院における栄養食事指導の実態調査」を実施し、その結果から、精神疾患患者の食生活支援には、男女の特質に配慮しながら、生活習慣病を未然に防ぐための、肥満予防という早期の栄養食事指導導入と、既に合併症を併発している患者に対しての継続的指導が重要であることを理解した。今回は調査結果をもとに実施した、精神疾患患者用の支援資料作成についての取り組みを報告する。

2. 取り組み内容

(1) 取り組みの目的

精神疾患患者の健康づくりには、一般的な栄養学情報の食教育だけではなく、精神疾患の理解と合わせ、患者の状態、ライフスタイルにあった継続的な支援が必要であるが、精神疾患患者に対応した参考資料がほとんどなかった。よって、支援者が精神疾患患者にあった、効果的な食生活支援を行うことができるための参考資料作成に取り組んだ。

(2) 取り組み期間

平成 27 年 4 月～平成 28 年 3 月（1 回/月）

(3) 作成資料の概要

① 支援者用ガイド

「精神疾患患者のための食事指導ガイド」として、支援者が知っておくべき主な精神疾患、薬剤、精神疾患患者の栄養食事指導の進め方、指導時の病態別ポイントなどの内容で作成。

② 患者用

「健康に自立した食生活を送るための支援ガイド」として、健康面、経済面、調理技術を考慮した簡単な調理法、コンビニ活用術などの内容で作成。

「生涯の健康なからだづくりのために」として、患者自身の自己管理を支援するためのリーフレットを作成。

(4) 精神疾患患者の生活習慣病予防を行うための評価項目の抽出

精神疾患患者の健康維持には、継続した食生活支援や指導が重要である。しかし、課題は食生活だけではなく、精神症状、生活全般（服薬管理、早寝早起き、運動習慣、口腔ケアなど）、生活環境、経済面と多岐にわたる。そのため、繰り返し、支援した内容について評価を行うことで、患者の課題が明確になり、多職種における効果的な支援が可能となる。図1に患者の健康維持に必要な評価項目を示した。

図 1	【評価項目】		【評価項目】		【評価項目】		
	生活障害	<ul style="list-style-type: none"> 食事 生活リズム 保清 金銭管理 服薬管理 	自己健康度	<ul style="list-style-type: none"> 主観的健康度 自己効力感 	身体状況管理	<ul style="list-style-type: none"> 身長・体重・BMI (適正値) 体重測定 体重減少 (1か月3%kg以上の減) 体重増加 (1か月3%kg以上の増) 手術や入院 身体合併症 	生活習慣
食生活習慣	<ul style="list-style-type: none"> 栄養摂取状況 (栄養バランス) 主食 (炭水化物) の摂取量 肉・魚・卵・大豆 (たんぱく質) の摂取量 野菜の摂取量 乳製品の摂取量 果物の摂取量 	食生活習慣	<ul style="list-style-type: none"> 水分の摂取量 油・脂の摂取量 エネルギーのある飲み物の摂取量 食塩の摂取量 間食の摂取量 (1日当たりの摂取エネルギー) 	身体活動	<ul style="list-style-type: none"> 生活活動強度 運動: 有酸素運動 運動: レジスタンス運動 身体活動総合評価 身体活動の理解 	喫煙 口腔服薬	<ul style="list-style-type: none"> 喫煙 歯磨き 歯科受診 (定期) 服薬
						その他	<ul style="list-style-type: none"> 周囲の環境 調理技術 運動支援

(5) 精神疾患患者の生活習慣を多職種で評価するための評価表と評価基準の設定

図2は、図1の評価項目をシートにした食事指導計画・評価表（食生活編）である。繰り返し指導・評価を行動変容で行うことができるよう、図3に示す、標準的な健診・保険プログラムの行動変容ステージモデルを精神疾患患者用に6段階で数値を設定した。評価を数値化することで、患者の改善状況、理解度や実行力、課題、そして、栄養士が生活習慣改善に対して何を目標に取り組んでいるかなどを多職種と情報共有する基礎資料としても活用できるよう作成した。

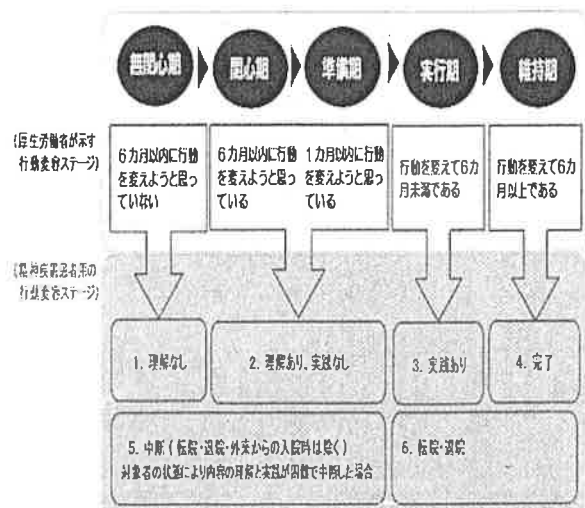
図2：【精神疾患患者のための食事指導ガイド (P.37) より】

食事指導計画・評価表(食生活編)

ID: XXXX 氏名: ○●● 生年月日: x.x月x.x日 身長: 160 cm

項目	指導内容	月日	合算値					
			28-4-1	28-5-3	28-6-2	28-7-4	28-8-3	+
生活障害	1 食事		2	2	2	2	2	
	2 生活リズム(睡眠含む)		4	3	3	2	3	
	3 保清		2	2	2	2	2	
	4 金銭管理		2	2	2	2	2	
	5 服薬管理		2	2	2	2	2	
自己健康度	6 主観的健康度 1:良い 2:まあ良い 3:あまりよくない 4:良くない		3	3	2	3	3	
	7 自己効力感 1:ある 2:どちらかといえばある 3:どちらかといえばない 4:ない		3	3	2	3	3	
身体状況管理	8 体重		65	65	62	61	63	
	~ BMI		33.2	33.2	32	31.6	32.4	
	9 体重自己管理		1	2	3	3	3	
	10 体重減少(低体重)							
	11 体重増加(過体重)							
	13 身体合併症の自己管理(疾患名:)							
生活習慣病の理解	14 生活習慣病の理解		3	3	4			
	15 ①生活習慣(起床・就寝・睡眠リズム) ②生活習慣(食事傾向)		2	2	3	3	2	

図3：【精神疾患患者のための食事指導ガイド (P.26) より】



(6) 作成した指導資料の活用による効果

現在は作成した資料を利用し、精神疾患患者の食生活向上検討会のメンバーが各病院で栄養食事指導に取り組んでいる。成果としては、繰り返し指導・評価を行い、課題が明確となり、的を絞った指導を行うことができるようになった。その結果、指導時間の短縮につながり、栄養食事指導件数を増やすことができています。

他にも、栃木県精神科病院栄養士協議会研修において、支援資料の活用方法などの研修を行ったことで、資料の使用を検討している病院もでてきている。

(7) 精神疾患患者への食生活支援の課題

現在は、積極的に入院から外来への継続指導があまり行われていないとはあまり言えない。その理由としては、①退院後の食生活に対する優先度が低いこと、②予防では栄養食事指導加算が発生しないこともあり、入院中からの健康教育が不十分であること、③栄養士と他職種との連携が十分でないなどが考えられる。今後は、①～③の課題を解決できる方法を検討し、入院から外来へと食生活支援をつなげていく必要がある。

3. 今後の取り組み

作成した資料をもとに、現在の精神疾患患者への食生活支援の課題解決方法、継続支援、有効な指導につながる技術等の検討を行い、ともに食生活支援できる仲間のネットワーク作りをしていく。

今年度は、平成 28 年度栃木県主催の調査研究支援研修に参加し、昨年は単純集計にとどまっていた実態調査の解析をすすめ、精神疾患患者の食生活支援における優先課題を明確にし、今以上の効果的な栄養食事指導方法を習得し、精神疾患患者の生涯の健康づくり支援と、地域への啓発をしていきたいと考えている。

4. 謝辞

本研究にあたり、多大な御指導、御助言をくださいました自治医科大学地域医療学センター公衆衛生学部門中村好一教授、同部門の阿江竜介助教、国立精神医療研究センター阿部裕二栄養主任、栃木県県南健康福祉センター小林雅與所長、同センター工藤香織副主幹の先生方には深く感謝申し上げます。

うつ病復職デイケア及びうつ病ショートケアのプログラム変更について
～うつ病復職デイケアの取り組みを中心に～

栃木県精神保健福祉センター ○水沼健太 石黒恵 小豆島沙木子 小貫泰広
黒崎道 増茂尚志
栃木県県北健康福祉センター 高橋良子

1. はじめに

当センターでは、平成9年10月に精神科リハビリテーション事業として小規模デイケアを開始。紹介されるケースについて長期療養中のうつ病患者が徐々に増えたことにより、県内では他の民間医療機関での実施が少なかった時期である平成21年10月からうつ病に特化したプログラム（うつ病復職デイケア。以下、うつデイ）を開始。認知行動療法（以下、CBT）の要素と作業療法を組み合わせた内容として構造化した。次いで、うつデイの半日のプログラムとして平成22年3月からうつ病ショートケア（以下、うつショート）を開始した。

その後の経過の中で、週1日のデイケア参加で復職できる参加者がいる一方、2年間のプログラムを修了しても復職できない事例や失職した状態で復職というより求職支援を必要とする事例が増えたことから、平成27年度より各プログラムの期間を3ヶ月から2ヶ月に、利用期間を2年から1年に変更した。そこで、今回は構造を変更するに至った経緯や経過等についてうつデイを中心に報告する。

2. 平成26年度までの取り組み及び構造を変更するに至った経緯

表1は、平成26年度までのうつデイ及びうつショートの構造である。それらを3ヶ月1クールで年2クールずつ行うことにより、1年間を通して切れ目なくプログラムを提供することが可能であった。うつデイに関しては、平成26年度第2期までに全11クールを終え、実人数102名、そのうち88名がプログラムを終了し、31名が復職に至った。

表1 平成26年度までのうつデイ及びうつショートの構造

名称	うつデイ	うつショート
対象者	慢性期のうつ病と診断され、休職中で年齢は原則30歳以上55歳未満(定員10名)	慢性期のうつ病と診断され、年齢は原則30歳以上55歳未満。就労の有無は問わない(定員10名)
参加スタイル	途中参加不可(開始時メンバー固定制) 年間2クール。第1期：5月～7月(3ヶ月間) 第2期：11月～1月(3ヶ月間)	期間中随時参加可能 年間2クール。第1期：8月～10月(3ヶ月間) 第2期：2月～4月(3ヶ月間)
特徴	週1回 9:00～16:00 全12回のプログラム AMは作業療法 PMは隔週で「CBTとグループミーティング」「ホームワークチェックとActivity」の組み合わせで実施	週1回 9:30～12:30 全10回のプログラム 前半は作業療法 後半はCBTとホームワークチェック
利用期間	2年	2年
主な目標	復職を目標	自分の思考や気分の特徴に気付くことを目標

年間を通してプログラムを行うことで、CBTの考え方を繰り返し学習する機会となったが、その一方で、切れ目がないことによるデメリットも散見されるようになった。利用期間が2年あることにより、復職の時期を2年後まで先延ばししてしまい、それまでの間は復職できないことへの葛藤を示さない者や、うつデイ開始時にも関わらず、次期うつショートへの参加希望を示す者がみられた。また、継続参加を繰り返す中でメンバーが固定化し、新規メンバーが入りにくいような雰囲気も認められた。これらにより本来「復職」を目標とするうつデイが「居場所」的な要素を強める結果となり、ミーティング等で復職をテーマに話し合う際にも復職を目指して取り組んでいるメンバーの意見が霞んでしまい、本来のグループミーティングの効果を得にくい印象を受けた。

3. 平成27年度からのプログラム変更点

表2のとおり、うつデイに関して、変更点を下線部で示した。各クールを3ヶ月間（全12回）から2ヶ月間（全8回）に変更した。回数減少に伴い、CBTに関しては、『気分が及ぼす対人関係』及び『目標を立てる』の内容を削除した。具体的には対人関係において必要とされるスキル（自己主張することや断ること、自分の長所に気付くこと等）や行動面からアプローチすることで気分を変える項目について削減した。

このため、『気分を把握すること』や『マイナス思考を修正すること』に焦点を絞ったプログラムとなった。また、元々、うつデイに関しては回を重ねるごとにCBTの内容が増えていく構造のため、参加スタイルとして開始時メンバー固定制としていたが、プログラムの変更により比較的途中からでも参加しやすくした。復職等、次のステップの動機づけを高めるため、利用期間を2年から1年に短縮した。

表2 うつデイにおけるプログラム変更点

名称	変更前	変更後
対象者	慢性期のうつ病と診断され、休職中で年齢は原則30歳以上55歳未満(定員10名)	慢性期のうつ病と診断され、休職中で年齢は原則30歳以上55歳未満(定員10名)
参加スタイル	途中参加不可(開始時メンバー固定制) 年間2クール。第1期： <u>5月～7月(3ヶ月間)</u> 第2期： <u>11月～1月(3ヶ月間)</u>	参加のタイミングによっては随時検討 年間2クール。第1期： <u>5月～6月(2ヶ月間)</u> 第2期： <u>11月～12月(2ヶ月間)</u>
特徴	週1回 9:00～16:00 <u>全12回</u> のプログラム AMは作業療法 PMは隔週で「CBTとグループミーティング」「ホームワークチェックとActivity」 【CBTの内容】 (1) 目的と概要、気分をつかむ (2) 考えと気分の関係 (3) 考えを変える方法 (4) <u>気分が及ぼす行動</u> (5) <u>気分が及ぼす対人関係</u> (6) <u>目標を立てる</u>	週1回 9:00～16:00 <u>全8回</u> のプログラム AMは作業療法 PMは隔週で「CBTとグループミーティング」「ホームワークチェックとActivity」 【CBTの内容】 (1) 目的と概要、気分をつかむ (2) 考えと気分の関係 (3) 考えを変える方法 (4) <u>気分が及ぼす行動</u>
利用期間	<u>2年</u>	<u>1年</u>
主な目標	復職を目標	復職を目標

4. プログラム変更後の経過

平成 27 年度からプログラム変更を行い、これまで 2 クールを終了した。実人数は 9 名(全て休職者)、うち 7 名がプログラムを終了し、そのうち 5 名が復職に至った。復職に至らなかった 2 名中 1 名は復職に向けて他機関のプログラムに参加している。また、実人数 9 名のうち、2 名は途中参加者であった(2 及び 3 回目からの参加)。一方、参加者数については平成 27 年度第 1 期 4 名、平成 27 年度第 2 期 5 名の参加で、いずれも 10 名の定員には達していない。

5. 考察

プログラムを変更して 2 クールのみの実施のため、効果判定として統計的な数値は算出していないが、プログラム変更と関連する特徴的变化について考察する。

まず初めに、変更の前後で復職の割合に変化が認められる。変更前はうつデイ終了後の復職者は約 3 割であったが、平成 27 年度は約 5 割の方が復職した。この理由として、グループミーティングの内容や取り組む姿勢に変化をみることができる。生活をベースに自身のことを振り返ることができており、復職を考えた際に具体的に生じる不安や焦り等、その都度課題を共有し、お互いに共感を示すことができていた。これはミーティングのテーマを「復職」に絞ることができたため、参加者で同じ目標のもと取り組むことができ、適度な凝集性が生じたことによるものと思われる。

次に、2 ヶ月 1 クールとしたことで、プログラムにメリハリをつけることができた。それまでは 3 ヶ月 1 クールという長さゆえに、次第に慣れが生じて緊張感が緩んでしまうような状況であり、ホームワークの取り組みや参加態度を見ると復職へのモチベーションが維持されにくい様子であった。しかし、2 ヶ月に短縮したことでモチベーションが維持されやすくなったことに加え、次のプログラムであるうつショートに移行するまで約 1 ヶ月の期間が開くために、うつデイ終了後すぐに復職しない者においては自分を振り替える期間に充てられたように感じられる。また、利用期間を 2 年から 1 年に短縮したことで「居場所化」を防ぎ、早い段階で先の見通しを立てて必要な関係機関につないでいくことが可能になったと思われる。

一方、参加者数が減少したことについては、近年、民間の医療機関においてもリワークプログラムを実施している機関が増えたことが挙げられる。今後は行政機関としての当センターの役割を模索しながら、有効なプログラムを提供していきたい。

6. まとめ

今回は、うつデイを中心に構造を変更するに至った経緯や変更後の様子、うつショートとの関連等について報告した。うつ病者が休職に至る原因には対人的な問題が含まれることも大いに考えられるため、対人関係項目を削減した点については慎重に評価を進めていく必要がある。そのような視点を補うためにも、プログラムの午前中に行っている作業療法場面やミーティング、雑談時の対人関係の持ち方を観察していき、適宜フィードバックしていきたい。また、全体として利用できる期間が短くなる分、これまで以上に関係機関との連携が欠かせなくなる。デイケア終了後はその者の状態に合わせて職業リハビリテーション分野でのリワークプログラムにつなげる等、うつ病患者の復職支援ネットワークの中の一部として、当センターの役割を果たしていきたい。

適切な精神科医療の確保に向けた県西保健所の役割に関する一考察

栃木県県西健康福祉センター ○松村晃道 金田薫 横塚太郎 川俣麻子 渡邊宣子
 渡邊悦子 塚田三夫
 村上浩美（今市健康福祉センター）
 大原智子（県東健康福祉センター）

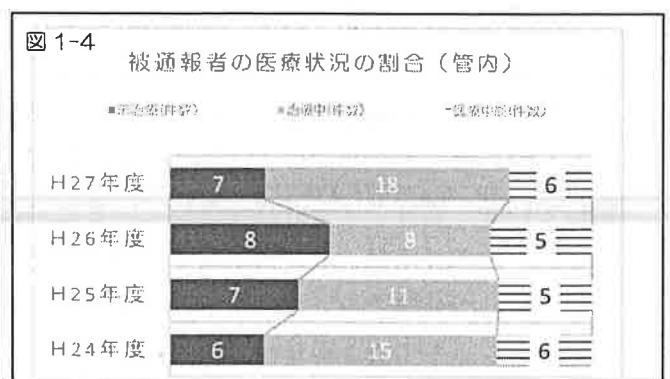
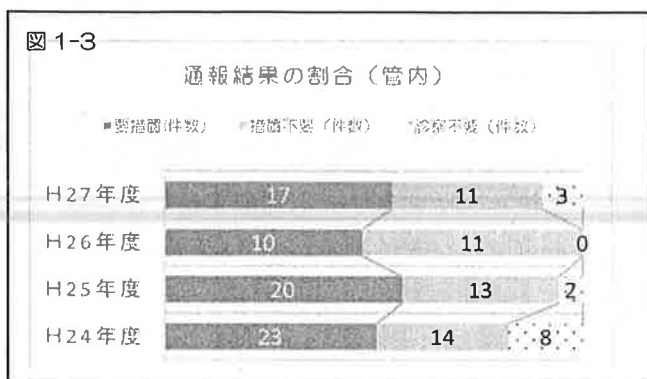
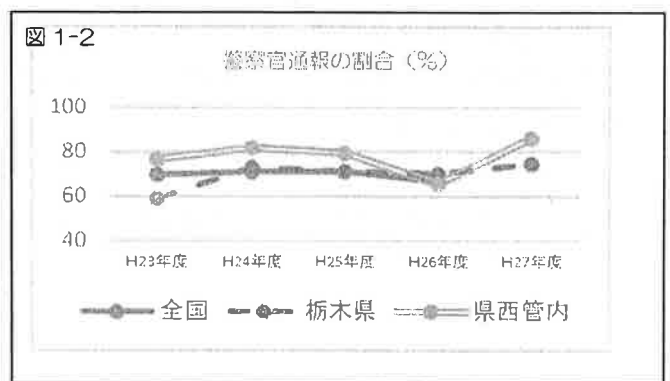
<はじめに>

精神科の医療を受けている人の数は年々増加し、患者調査（厚生労働省）によれば、全国では平成23年度からの3年間で76.4万人の増加が見られる。（図1-1）栃木県内の自立支援医療（精神通院）受給者数においても平成23年度の853人（人口10万対）から平成26年度は1,027人（人口10万対）と増加しており、当センター管内においても精神疾患患者は年々増加傾向にある。

このような状況の中、「入院医療中心から地域生活中心へ」との精神保健施策基本的方策の実現に向け、平成26年4月に改正精神保健福祉法が施行され、長期入院者の地域への移行や在宅での急性増悪時に対応できる精神科救急医療体制を整備する等、適切な医療確保が求められることとなった。

当センターには保健所が設置され精神保健福祉法に基づく業務の1つとして措置入院（知事の命令に基づく強制入院）のための申請・通報業務がある。当センターにおける平成27年度の申請・通報に占める警察官からの通報件数は36件中31件（86.1%）であり、過去5年間のデータでは警察官通報の割合が全国・県全体よりも高い傾向にある。（図1-2）また、通報ケースの治療状況を見ると、「治療中」または「医療中断」の医療機関受診歴のあるケースが半数以上を占め、一度は医療に繋がっているケースが通報となることが多い状況である。（図1-4）

そこで、平成27年度の警察官通報の詳細を分析し、精神科救急医療を含む地域精神保健福祉対策に求められる今後の課題を考察した。

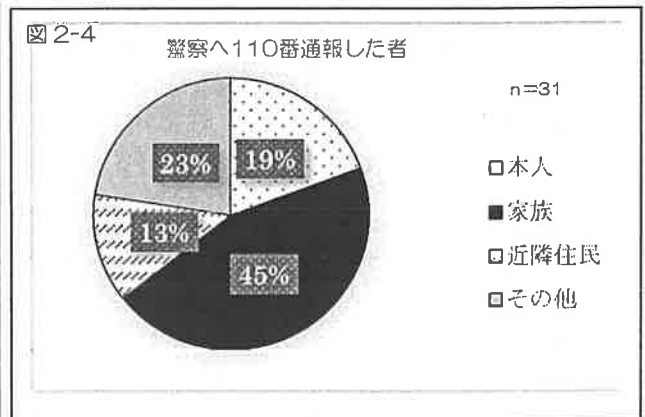
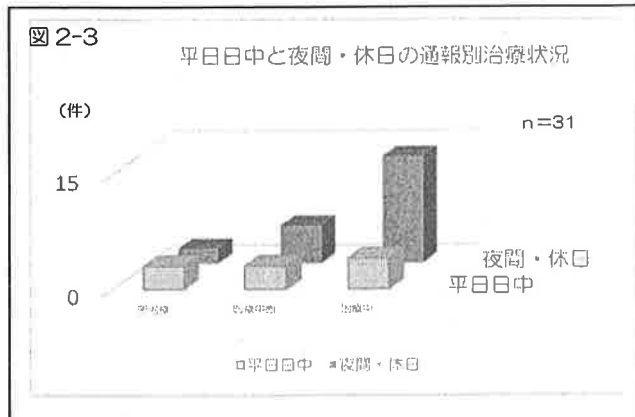
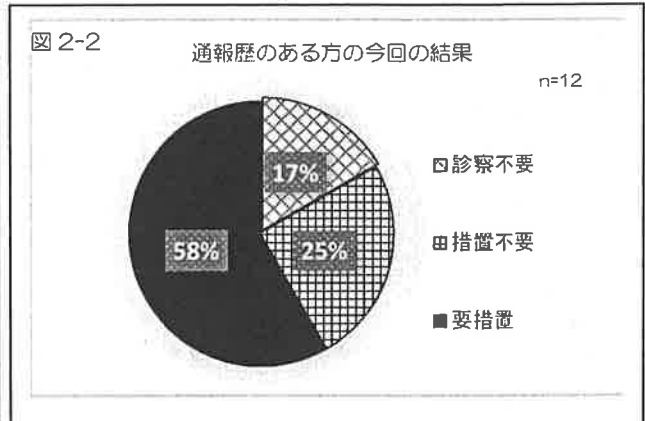
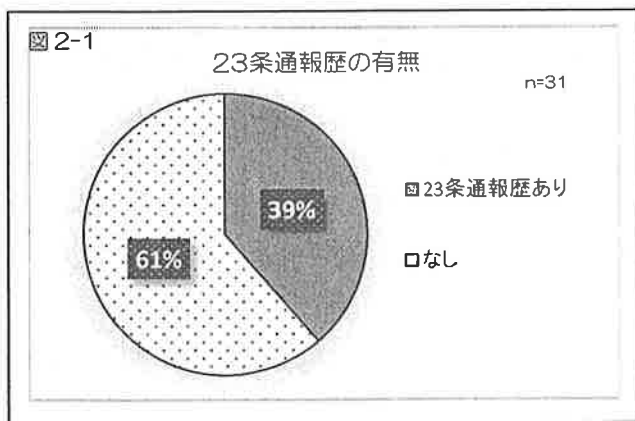


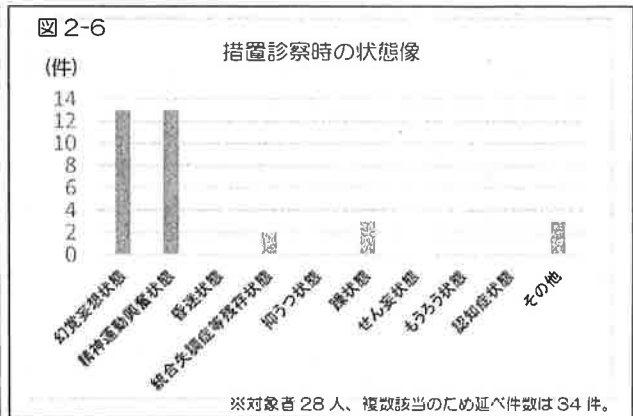
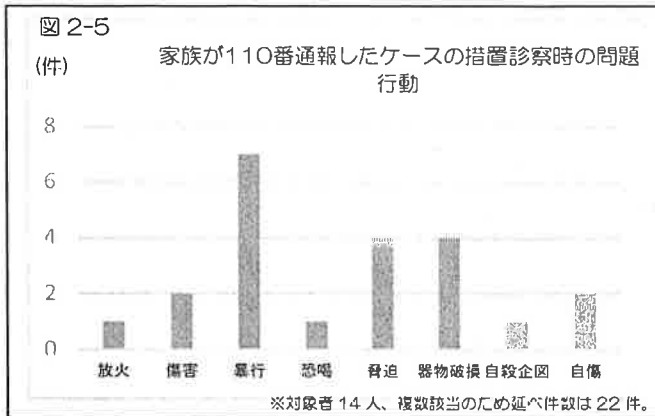
<調査方法>

- (1) 対象者：平成 27 年度に警察官通報となった 31 名
- (2) 電話口頭受理及び調査票、調査書、措置入院に関する診断書から以下の項目を集計
- (3) 集計に用いた項目
 - ①性別 ②年齢 ③住所地 ④家族構成 ⑤就労状況 ⑥通報時間帯
 - ⑦通報者 ⑧通報時の問題行動 ⑨精神科治療歴 ⑩精神科入院歴 ⑪通報、措置入院歴
 - ⑫診察結果 ⑬診断病名 他

<結果>

- ・ 通報ケースの性別、年齢別の件数及び割合は、以下のとおりであった。
 男性:13 人 (41%) 女性:18 人 (58%)
 10 代:1 人 (3%) 20 代:4 人 (12%) 30 代:8 人 (26%) 40 代:5 名 (16%) 50 代:4 人 (13%)
 60 代以上:8 人 (26%)
- ・ 通報ケースで過去に警察官通報歴のあるケースが 39%を占め、そのうち 58%のケースが措置入院となっている。(図 2-1) (図 2-2)
- ・ 通報された時間帯は、夜間休日が 24 人と圧倒的に多く、そのうち治療中のケースが 14 人(62%)、医療中断しているケースが 5 人 (24%) であった。(図 2-3) 措置診察の結果、措置入院になったケースの主な診断名は「統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害」、措置入院にならなかったケースの主な診断名は「精神作用物資使用による精神および行動の障害」「成人のパーソナリティおよび行動の障害」であり、どちらの場合も大半が医療に繋がったことがあるケースが通報となった。
- ・ 警察へ 110 番通報した通報者内訳は 31 件中 14 人が「家族」であり約半数を占めていた。(図 2-4)
- ・ 家族が 110 番通報したケース(14 人)の措置診察時にみられた問題行動は 22 件中 7 件(31.8%)が「暴行」で最も多かった。(図 2-5)
- ・ 措置診察時の状態像は「幻覚妄想状態・精神運動興奮状態」であった。(図 2-6)





<考察>

1. ケース支援について

通報のうち通報歴のあるものが 39%を占め、再発・再燃時に医療が確保できる体制づくりが必要と考える。医療に繋がっているケースが措置入院となることを防ぐためには、病状悪化時の相談先・対応方法等を明確にしておくクライシスプランを備えることや、普段から仲間・家族をはじめ近隣者等地域の多様な人々とつながり合うなどの地域参加、困ったときには適切な相談先にSOSを発信すること等への支援が求められる。

2. 精神科緊急医療システム（救急医療体制）について

夜間・休日の時間帯に通報となる割合が高いのは、通報ケースが治療中であっても、かかりつけ医の外来診療時間外となるためと考える。現状では、管内病院における診療時間外の受入れ体制にも限りがあるため、県全体の精神科救急医療システムについての充実が望まれる。また、既に県が開設している夜間・休日の精神医療相談窓口である精神科救急医療相談電話の更なる周知・啓発が必要である。

3. 家族支援について

家族が 110 番通報したケースの問題行動として「暴行」が多く見られた。ケースを支える家族の高齢化や近隣からの孤立等、家族がどこにも相談できず警察を頼っている現状がある。医療中断・内服中断による措置入院を減少させるためには、本人のみならず家族が治療の必要性や有効性を認識できるような「家族教育」や、家族が心理的に安定してケースと関われるよう「心理社会的ケア」を行うことが重要である。また、家族支援に関する様々な情報に必要時アクセスできるような情報提供の仕組みづくりが必要である。

<おわりに>

今回、平成 27 年度単年の警察官通報の調査分析であったものの、地域的な特性や傾向を把握すると共に地域精神保健福祉対策として強化すべき方向性を考察することができた。

今後は、措置入院や病状悪化を繰り返すことなく、地域において発病から回復までの医学的・心理社会的ケアが適切に確保されるよう、精神科救急医療体制及び医療とケアの包括的な支援体制について関係者等と検討を進めたい。また、適切な精神疾患への対処方法や回復に求められる支援について等、地域住民へ理解を求めていきたい。

【演題】救急病院における自殺未遂者実態調査を踏まえた自殺対策の取り組み

【所属】宇都宮市保健所 保健予防課

【氏名】○古内雅也, 日露宏恵, 戸室恵美子, 平石恭子, 深谷明子, 杉山佐千子, 鈴木信晴, 田谷浩行, 上原里程

1. はじめに

国が平成 18 年に自殺対策基本法を制定し, 平成 19 年に自殺総合対策大綱を策定した中, 本市においても, 市医師会精神科医会等関係機関・団体からなる「宇都宮市自殺対策ネットワーク会議」を設置し, 地域全体で自殺対策に取り組んできた。そのような中, 平成 24 年 8 月に自殺総合対策大綱が見直され, 自殺未遂者支援の必要性が示されたことから, 本市における自殺未遂者の実態を把握し, 有効な自殺対策を検討するために, 平成 25 年度から約 2 年間, 救急医療機関に搬送された患者を対象とした自殺未遂者実態調査を実施した。調査結果の一部は平成 26 年度の本学会で発表した。今回, 一連の調査結果を踏まえて, 本市の実態に即した自殺対策を検討し, 新たな取り組みを実施することから, その状況について報告する。

2. 自殺未遂者実態調査について

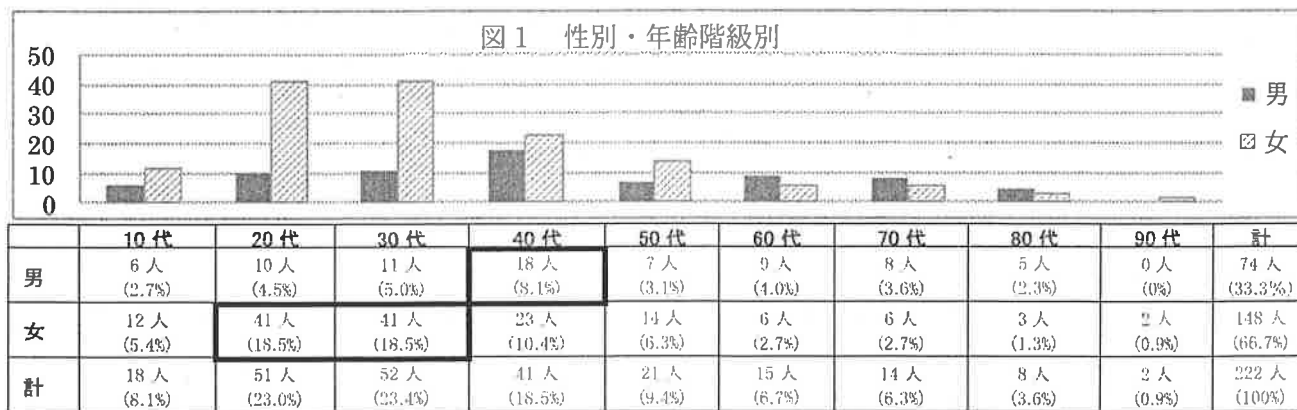
(1) 概要

平成 25 年 7 月 1 日から平成 27 年 3 月 31 日の間, 市内の三次救急を担う救急医療機関に搬送された患者のうち, 自殺企図を行った者について, カルテから情報収集を行う基礎調査 (222 名) と, そのうち同意が得られた者へ面接調査 (18 名: 自殺未遂者の 8.1%) を行った。自殺企図の定義は, 状況から自損行為と判断したものをすべてとした。

(2) 結果

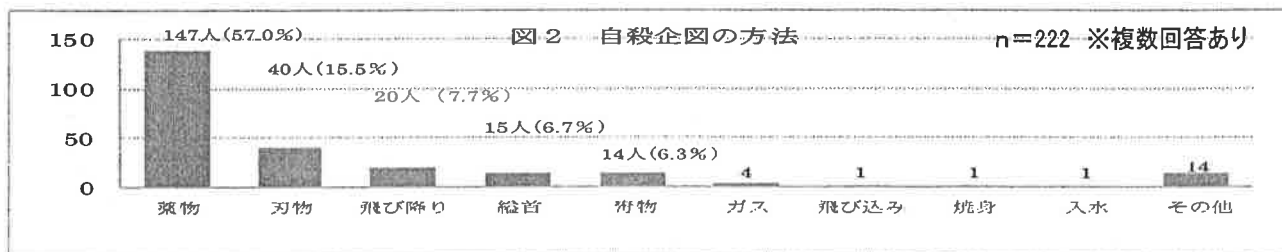
1) 自殺未遂者の属性について

性別は男性が 74 名 (33.3%), 女性が 148 名 (66.7%) で, 年齢は 18 歳から 98 歳までと幅広く, 40 歳未満が 121 名 (54.5%) で全体の半数を占めた。(図 1) 男性は 40 歳代, 女性では 20 歳代・30 歳代が多かった。



2) 自殺企図の状況について

自殺企図の主な方法は, 薬物の服用 147 名 (57.0%), 刃物 40 名 (15.5%), 飛び降り 20 名 (7.7%) だった。(図 2) 薬物を用いた自殺未遂者のうち向精神薬使用が 116 名 (78.9%) であり, 医療機関で処方された薬物を用いたものが 115 名 (78.2%) だった。



精神科受診歴については、受診中が136名(61.3%)、受診中断が9名(4.0%)、受診なしが41名(18.5%)、不明が36名(16.2%)だった。(図3) 精神科受診歴がある人に関して、病名で多いものは、うつ病76名(55.9%)、統合失調症26名(19.1%)、躁うつ病9名(6.6%)、パニック障害9名(6.6%)だった。

転帰は、入院が111名(50.0%)、救急外来のみで帰宅が85名(38.3%)、死亡退院が14名(6.3%)、転院が9名(4.0%)だった。(図4)

自殺未遂者のうち病院職員から相談機関に案内することができたのは6名(2.7%)だった。(図5)

精神科受診状況とその後の連絡については、自殺未遂者全体では75名(33.8%)が精神科への紹介や連絡などの情報提供は行われておらず、精神科受診中の者では35名(25.7%)、精神科受診歴のない者は19名(46.3%)、受診歴不明の者では18名(50.0%)が精神科への連絡が行われていなかった。

(図6)

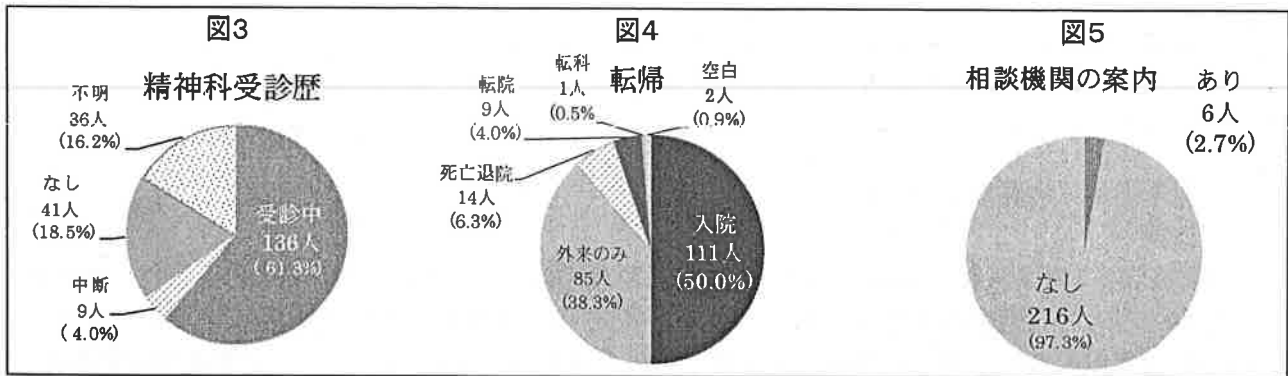
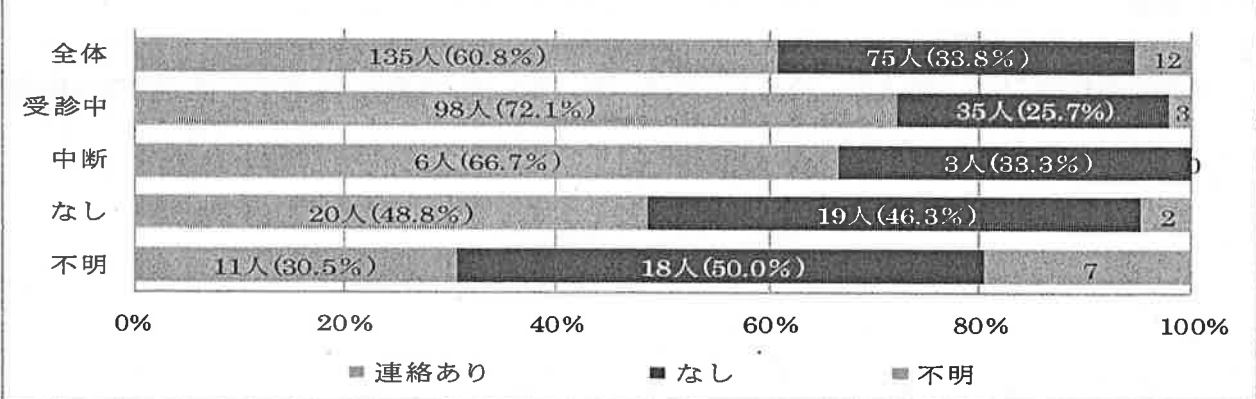


図6 精神科受診状況とその後の精神科への連絡



(3) 考察

- ① 自殺未遂者の半数は40歳未満であることから、若年層への自殺防止の支援が重要である。
- ② 処方薬を含む薬物による自殺未遂が約6割であり、医療機関や薬剤師との連携による自殺防止の支援が必要である。
- ③ 基礎調査後に面接調査を行えた者は、18名(8.1%)であり、自殺未遂者が相談機関の介入に抵抗を感じていることが推察された。また、救急医療機関の治療終了後に紹介状等何らかの方法で精神科への連絡が行われていない人が、全体では75名(33.8%)であり、病院職員から相談機関の案内を行えたものは、6名(2.7%)となっていることから、救急医療機関から精神科や相談窓口につながる仕組み作りが必要である。
- ④ 自殺未遂者と接する機会がある警察や消防、医療機関の医療従事者に加え、各種窓口で相談業務にあたる行政職員等などの支援者が、自殺未遂者等の自殺ハイリスク者の支援について対応を学び、支えていくことが重要である。

3. 調査を踏まえた自殺対策への取り組み

栃木県精神保健福祉センターが平成25年3月に実施した、「救急告示医療機関における自傷・自殺未遂者に関わる実態調査」において、以下の考察が述べられている。

- ・ 自殺未遂者の対応についてのマニュアルを整備している医療機関が少なかった。
- ・ 「相談機関が何をしてくれるかわからない」「どこにどんな相談機関があるかわからない」という意見が医療機関から出ていたことから、相談機関の具体的な活動内容について周知していくことが求められる。

この考察や、本市の自殺未遂者実態調査結果から、検討・実施した自殺対策の取り組みを紹介する。

(1) 若年者向けのこころの健康教育の実施及び、リーフレットの作成・配布

若者が自身の抱えるストレスに気づき、ストレスとうまく付き合うためのコツやこころの病気を理解するとともに、若年者の抱えやすい悩みに関する相談窓口を案内し、一人で抱えこまないことなどを目的に実施していく。

健康教育は、高校生や大学、専門学校生等を対象に実施し、リーフレットはA3両面二つ折りで、大学、専門学校等の1年生を対象に学校を通して配布していく。

(2) 薬剤師を対象としたゲートキーパー養成講座を開催

処方薬による自殺未遂が約6割であることから、自殺に傾く者の早期発見及び早期対応を実践できるよう、処方薬を直接手渡す機会の多い薬剤師の方々を対象に、自殺予防ゲートキーパー養成講座を開催する。

(3) 救急医療機関における対応カードの作成（市内の救急医療機関に配布）

自殺未遂者が緊急搬送されてきた場合、救急医療機関における医療従事者が、自殺未遂者に適切に対応できるよう、救急搬送時からの具体的な対応方法や関係機関・各種相談窓口へつなぐためのフロー図等をA4両面で4枚にまとめた。ラミネート加工し、医療機関で必要時にすぐ見られるように、紐で吊り下げて保管し、忙しい現場でも利用できるようにした。

(4) 自殺未遂者のためのリーフレットの作成（医療機関や各種窓口で配布）

自殺未遂者本人やその家族などが支援を求められるよう、各種相談窓口やメッセージ等を掲載し、A4両面1枚三つ折りで作成した。名刺サイズの切り取れるカードをつけ、携帯ししやすいようにした。

(5) 自殺未遂者支援のためのマニュアルの作成（警察や消防、医療従事者、保健師や精神保健福祉士、行政関係職員、弁護士等法律専門家など、自殺未遂者の支援を行う者へ配布）

支援を行う者が、自殺未遂者に対して適切に対応できるよう、本人及び家族への対応の仕方や専門機関へのつなぎ方、実践例を基にした具体的な支援方法や相談窓口などの情報をA4両面52ページにまとめた。

4. まとめ

今回、自殺未遂者実態調査からみえた自殺未遂者の傾向に加え、関係機関が実施した調査結果から、実態に即した自殺対策への取り組みを検討することができた。今後は、作成したマニュアルやリーフレットの効果的な活用を図るとともに、自殺未遂者が個々の状況に応じた必要な支援が受けられ、再度の自殺を企図することのないよう、医療や行政、福祉等の関係機関・団体と、より一層連携・協力し、自殺対策に取り組むことが重要である。

最後に、自殺未遂者実態調査や自殺未遂者支援のためのマニュアル等の作成にご協力いただいた、関係機関・団体の皆様に御礼申し上げます。

I. はじめに

思春期は、認知機能の発達に伴い、親や友達と異なる自分の内面世界に気づき、自意識と客観的事実との違いに悩んだり、様々な葛藤を体験しながら自らの生き方を模索しはじめる時期である。また、大人との関係よりも友人関係に強い意味を見いだしたり、仲間同士の評価を強く意識する反面、他者との交流に消極的になったり、加えて親に対する反抗期を迎えることによるストレスを抱えることが少なくない。ラザルスは、刺激に対するその人の認知的評価がストレスになるかならないかを左右すると述べている。このような刺激に対する1次的評価には、個人の価値観やものの見方、考え方が強く影響しているといわれている。現実と認知する内容のギャップが大きいほど、つまり、認知の歪みが大きいほど精神的苦痛は大きくなると考えられる。しかし、認知の偏りが生じやすいと考えられる思春期にある中学生の認知の歪みについての報告はなく、また認知の歪みと生活習慣との関係についての知見は見当たらない。

そこで、本研究は思春期のヘルスプロモーション支援の示唆を得るために、中学生の認知の歪みと生活習慣についての実態を明らかにすることを目的とする。

II. 研究方法

1. 調査対象：栃木県宇都宮市立中学校（25校）の2年生4458人
2. 調査期間：平成26年10月～11月
3. 調査方法：自記式アンケートを用いた集合調査とし、郵送回収した。(1)生活習慣、(2)「メンタルヘルスチェックリスト中学生用簡易版」(岡安, 1999)、(3)認知の歪みについては中学生用の尺度が開発されておらず、中学生は青年前期ととらえ「青年期の対人関係場面における認知の歪み尺度」(岡安, 2009)を用い、4因子のうちの説明力の高い3因子(「自己卑下」、「自身欠如」、「他者排除」)を測定項目として採用した。質問項目については、表1に示す。回答は各項目に対し、「まったく当てはまらない」「少しあてはまる」「かなりあてはまる」「非常に当てはまる」の4段階で評価を行い、総得点を算出した。
4. 分析方法：記述統計量を算出し、有意差の検定にはt検定を用いた。
5. 倫理的配慮：当該教育委員会および学校長に、研究の趣旨と方法について口頭と文書にて説明して調査への協力を依頼し承認を得た。調査対象者およびその保護者には、研究の趣旨と方法、協力の任意性、回答をもって同意とみなすこと、回答は無記名とし、プライバシーの保護に努めること、得られたデータは研究の目的以外には使用しないこと等を書面にて説明した。国際医療福祉大学倫理審査委員会の承認を得た。

表1. 認知の歪みの項目一覧

自信欠如	1. 自分と他の人の友だちの数を比べてしまう 2. 友だちの一人に無視されると、みんなに無視されているように感じる 3. 自分がつまらない人間だと思われぬように、無理して話をするべきだ 4. 誰かからいやなことを言われたら、一日中そのことばかり気になる
自己卑下	5. 自分はクラスの中で人望がない方だ 6. クラスメイトは、私と話していても面白くないと思っているはずだ 7. 私は人からほめられるよりも、けなされることの方が多い 8. 自分よりも他の人の方が、友だちとうまくつきあえていると思う
他者排除	9. 好きな人以外とは関わりたくない 10. クラスメイトは、私のことが好きか嫌いかのどちらかだ 11. 誰かとけんかすると、みんなが自分の敵のように感じる 12. 友だちに頼みごとを断られたとすれば、それは私が友だちに嫌われているからだ

III. 結果

9 中学校 1,240 名から回答が得られた (回収率 27.8%)。尺度に関する欠損のある回答を除外し、1138 名を分析の対象とした (有効回答率 86%)。対象の属性は、男子 576 人 (50.7%)、女子 560 人 (49.3%) であった。

1. ストレス反応

対象の精神的健康度を把握するために、表 2 にストレス反応平均得点を示した。ストレス反応合計得点は、8.33 と標準的な集団であった。

表2. ストレス反応平均得点

項目		満点	平均	標準偏差	注意を要する点数	得点が高い場合に考えられる症状
ストレス反応	不機嫌・怒り	12	1.99	2.935	4.0以下	イライラしている、些細なことで怒ったり反発する
	抑うつ・不安	12	1.32	2.268	3.0以下	気分が落ち込んでいる、心配や不安が強い
	無気力	12	2.56	2.533	4.0以下	意欲の減退、やる気のなさ、あきらめ気分
	身体反応	12	2.46	2.564	4.0以下	頭痛や疲労感、腹痛などの身体症状がある
合計得点			8.33			

2. 認知の歪みについて

認知の歪みに関する項目別平均得点を表3に示した。「自信欠如」6.13、「自己卑下」6.40、「他者排除」5.80で、注意を要する点数は、「自信欠如」、「自己卑下」ともに8.0以上、「他者排除」7.以上であり、認知の歪みは比較的認められない集団であった。性別では、「自信欠如」「自己卑下」「他者排除」のいずれも女子の方が得点が高かった ($p<0.01$)。

表3. 認知の歪み平均得点(属性・生活習慣別)

基本的属性	性別	人数	自信欠如			自己卑下			他者排除			認知の歪み 総得点			
			平均値	標準偏差		人数	平均値	標準偏差	人数	平均値	標準偏差				
総数		1136	6.13	2.66		1136	6.40	2.57		1136	5.80	2.31	18.32		
生活習慣	男子	576	5.53	2.22	**	576	6.17	2.48	**	576	5.60	2.13	**	17.30	
	女子	560	6.75	2.93		560	6.63	2.63		560	5.99	2.47		19.38	
部活動	運動部	767	5.86	2.47	**	767	6.10	2.43	**	767	5.60	2.13	**	17.56	
	文化部	263	6.77	2.91		263	6.84	2.60		263	6.13	2.51		19.75	
	両方	2	5.00	1.41		2	7.50	0.71		2	5.50	2.12		18.00	
	なし	93	6.72	3.17		93	7.57	3.10		93	6.42	2.92		20.71	
塾	有	505	6.02	2.64		505	6.30	2.60		505	5.69	2.25		18.02	
	無	615	6.22	2.68		615	6.47	2.55		615	5.87	2.35		18.56	
朝食	毎朝食べる	1030	6.10	2.63		1030	6.33	2.51	*	1030	5.73	2.26		18.16	
	時々食べる	83	6.43	3.00		83	7.10	2.99		83	6.30	2.73		19.83	
	毎朝食べない	16	6.50	3.01		16	6.94	3.32		16	6.44	2.71		19.88	
夕食一人	よくある	86	6.24	2.71	**	86	6.85	2.97	**	86	6.12	2.67	**	19.21	
	時々ある	239	6.64	3.22		239	7.00	3.03		239	6.26	2.58		19.90	
	あまりない	361	5.89	2.32		361	6.14	2.24		361	5.71	2.14		17.73	
	全くない	441	6.00	2.53		441	6.17	2.40		441	5.52	2.14		17.69	
睡眠	就寝時間	23時未満	301	5.70	2.24	**	301	6.17	2.48		301	5.50	2.06	**	17.37
		23時以後	831	6.29	2.79		831	6.48	2.59		831	5.90	2.39		18.67
	睡眠時間	~6時間	58	7.16	3.67	*	58	7.33	3.10	*	58	7.07	3.03	**	21.55
		6~8時間	685	6.12	2.59		685	6.42	2.58		685	5.76	2.29		18.31
		8~10時間	370	5.98	2.59		370	6.22	2.45		370	5.66	2.17		17.86
	10時間~	17	6.59	3.04		17	6.29	1.79		17	5.71	2.28		18.59	
インターネット 使用頻度	毎日使う	693	6.20	2.73		693	6.36	2.56		693	5.83	2.37		18.39	
	時々使う	248	6.04	2.57		248	6.42	2.48		248	5.72	2.23		18.18	
	あまり使わない	63	5.94	1.99		63	6.30	2.44		63	5.57	1.91		17.81	
	ほとんど使わない	114	6.26	2.87		114	6.87	2.92		114	6.06	2.41		19.19	
アクセス時間	0時間	124	6.21	2.99	**	124	6.64	2.93	**	124	5.92	2.48	**	18.77	
	~1時間	3	5.00	1.00		3	5.00	1.00		3	4.33	0.58		14.33	
	1~2時間	395	5.72	2.33		395	5.96	2.18		395	5.43	1.97		17.12	
	2~5時間	448	6.26	2.67		448	6.60	2.67		448	5.87	2.31		18.74	
	5~10時間	93	7.04	3.27		93	7.06	2.84		93	6.97	2.97		21.08	
	10時間~	10	6.40	2.84		10	7.20	2.82		10	6.30	2.83		19.90	
保健室利用 回数 状況	0回	430	5.73	2.31	**	430	6.01	2.29	**	430	5.45	2.09	**	17.19	
	1~5回	598	6.33	2.78		598	6.52	2.59		598	5.90	2.29		18.74	
	6回~	73	6.67	3.10		73	7.49	3.15		73	6.77	2.94		20.93	

* $p<0.05$, ** $p<0.01$

以下では、生活習慣との関係において特徴があったものについて述べる。

(1) 部活動：運動部に所属している生徒は、文化部運に所属している生徒と比較し、「自信欠如」、「自己卑下」、「他者排除」のすべての項目において、認知の歪み得点は低かった ($p<0.01$)。

(2) 食事：朝食を毎朝食べる習慣がある生徒は、毎朝食べる習慣がない (時々食べる・毎朝食べない) 生徒と比較し、「自己卑下」の得点が低かった ($p<0.05$)。

(3) 夕食：夕食を一人で食べる習慣がある (時々ある・よくある) 生徒は、そうでない (あまりない・全くない) 生徒と比べ、「自信欠如」、「自己卑下」、「他者排除」のいずれも認知の歪み得点が高かった

($p < 0.01$)。

(4) 睡眠：23時以後に就寝する生徒は、すべての項目において認知の歪み得点が高かった ($p < 0.01$)。また、睡眠時間が8～10時間とれている生徒は、すべての項目において認知の歪み得点が低かった。睡眠時間が短くなるほど、認知の歪み得点が高くなることが示された ($p < 0.05$)。

(5) インターネットメディアとのつきあい：インターネットの使用頻度別では有意差は認められなかったが、アクセス時間の違いにより特徴が確認された。認知の歪み得点はアクセス時間1時間未満が最も低く、利用時間が長くなるほど得点が高くなる傾向が示された ($p < 0.01$)。

(6) 保健室の利用回数が多い生徒ほど、「自信欠如」、「自己卑下」、「他者排除」のいずれも認知の歪み得点は高かった ($p < 0.01$)。

IV. 考察

本研究は、中学生の認知の歪みと生活習慣の実態を把握することを目的として行われた。その結果、男子は女子に比べてすべての項目において認知の歪みは低い傾向にあることが明らかになった。このことは、男女の脳梁の生物学的性差が指摘されているように、一般的に女子のストレス反応が高いことと関連し、女子の認知傾向の特有さを反映するものと思われる。

生活習慣については、朝食を毎朝食べる習慣がある生徒は「自己卑下」が低く、部活動による運動習慣がある生徒、および家族とともに夕食をとる習慣がある生徒は、「自信欠如」、「自己卑下」、「他者排除」のいずれにおいても認知の歪みが低いことが示された。規則的な毎朝の栄養摂取は日々の活動の源となる栄養学的に重要な意味をもつものであり、また夕食を通して家族団らんの時間をもつことは、1日を振り返り家族がその日の出来事を共有したり、そのことについての対話をもち、考えを深めたり安心を得る機会になるなど、思春期の生徒にとって心理社会的に重要な意味をもつと考える。また、運動は、ドーパミン、セロトニン、ノルアドレナリンの分泌を増やし、脳の働きを活性化させる。運動習慣をもつことによって、身体を鍛錬したり、エネルギー発散によるカタルシス効果、競技を通して自己や他者と向き合い努力する体験を積むことにつながり、これらが成長期にある生徒の精神活動を高め、ひいては認知の歪みを低減させる効果につながるのではないかと推測される。

睡眠との関係においては、就寝時間が23時以降の生徒、また睡眠時間が少ない生徒ほど認知の歪みが高い傾向が確認された。このことは、中学生の就寝時刻が遅くなるほど、不安・抑うつも大きく、次の学年でも不安・抑うつが引き続き高いとの股村(2013)報告と類似している。睡眠休息による健全な細胞の新陳代謝を保つためにも、適切な睡眠習慣の獲得に向けたアプローチを強化する必要がある。

インターネットについては、使用時間が長くなるほど「自己卑下」「自信欠如」「他者排除」のすべての項目において認知の歪みが高くなることが示された。本調査では、2時間を超えて使用する生徒は48.5%と約半数を占めていた。長時間のインターネット使用により、現実的世界の対人関係の希薄化や、発達段階における自身のタスクに取り組む時間や専心が阻害される可能性がある。加えて、山崎(2012)がネット依存と摂食障害傾向や自傷傾向との間に正の相関があることを指摘していることから、認知の歪みと精神的健康との関連について早急な検討が求められる。

以上のことから、不適切な生活習慣の生徒ほど、「自己卑下」「自信欠如」「他者排除」が高い傾向にあることが明らかになった。認知の歪みが強いほど、日常の些細な出来事にストレスを感じやすく、精神的不調をきたしやすくなる可能性がある。そのため、中学生に対し基本的な生活習慣の生物学的・心理社会的影響についての具体的な教育とともに、中学生用の認知行動療法セルフヘルプ法を開発し生徒が自身の認知傾向について把握し、ストレスにならない考え方を獲得するための支援が必要と考える。

今後の課題

本研究は、学校における対人ストレス場面に限定した尺度を用いているため、学業ストレス場面や家庭におけるストレス場面にまでは一般化できないことが限界といえる。今回は中学生の実態を中心に報告したが、今後は男女の性差の特徴や、認知の歪みとストレス反応、生活習慣との関連性について検討していきたい。さらに、対象者を蓄積し比較検討することや、発達に伴う認知の歪みの変容についても調査が必要と考える。

本研究は、文部科学省基盤研究(C)の助成による調査の一部である。ご協力いただきました宇都宮市教育委員会、宇都宮市立中学校校長および先生方、生徒のみなさまに心より感謝申し上げます。

矢板健康福祉センター管内における地域移行・地域定着支援のための取組について

栃木県矢板健康福祉センター ○菊地友恵・利府弥生・川崎晃・樋山光子・齋藤久雄・菊地孝宏
 高根沢町 健康福祉課 鈴木基朗
 塩谷町 保健福祉課 菅原敬志

1 はじめに

精神科を取り巻く状況として、平成25年に改正精神保健福祉法が成立した。保護者制度の廃止と、病院の管理者に退院後生活環境相談員の設置等の義務が課されることとなったことが大きな変更点であり、長期入院から地域生活への移行を促進することを目指した改正である。それに伴い、地域では退院した精神障がい者を支えるための緊急時の相談支援体制の整備や医療・福祉サービスの確保等がより求められることとなった。精神障がい者が地域で生活していくためには地域住民の理解を深めることが不可欠である。その第一歩として、より身近な支援者の見守り体制の確保と専門職への繋ぎの役割を担う人材の掘り起こしという着眼点から、地域で活動する民生委員・児童委員に対し、精神障がいの理解に関する研修会を実施した。その取組について報告する。

2 経過及び研修会の実施

本県では地域移行支援に関する取組の推進を目的として、各地域での課題整理と行動計画作成を行うための研修会を平成25年度より開催してきた。併せて、当センターでは管内の精神科病院・市町担当課・相談支援専門員・障害者相談支援協働コーディネーターで構成された矢板健康福祉センター管内地域移行支援連絡会を設置し、支援者間の顔の見える関係を作り、地域相談の促進についての検討を行ってきた。その中で、患者支援の一環として、精神障がいに関する普及啓発のため、研修会を実施することとした。

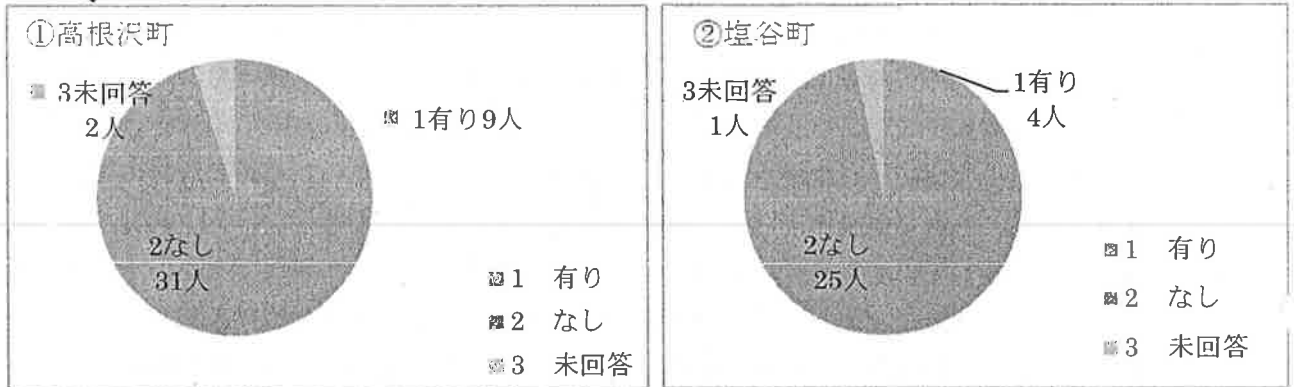
H27年6月19日 精神障害者地域移行中核人材育成研修にて行動計画作成		
H27年7月17日 矢板健康福祉センター管内地域移行支援連絡会開催 研修目的・内容等について検討を実施		
	①高根沢町	②塩谷町
事前準備	H27年8月12日 研修打ち合わせ	H27年8月18日 研修打ち合わせ
	H27年8月18日 講師打ち合わせ	H27年8月27日 講師打ち合わせ
目的	精神障がい者に対する基本的な理解と地域支援体制の理解を得ることで、地域の支援力の強化を目指す	
対象	民生委員・児童委員	
日時	H28年9月11日 13:30~15:30	H27年9月18日 13:30~15:30
場所	高根沢町図書館中央館アートホール	塩谷町生涯学習センター2F 研修室
内容	民生児童委員協議会定例会議の中で研修を実施 ①精神障がいの理解に関する講話（精神科看護師）②地域での支援事例紹介（相談支援専門員・民生委員）③意見交換 ④アンケート記入	
参加者	50名	40名

3 結果

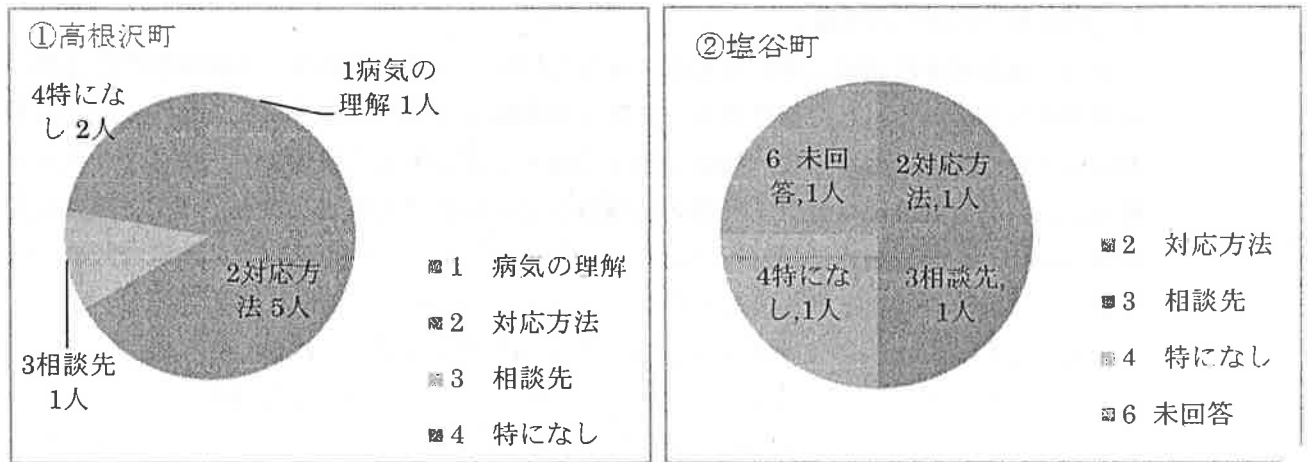
研修会終了後実施したアンケートの結果と、意見交換の場において出された意見には以下のとおりである。

1 アンケート結果

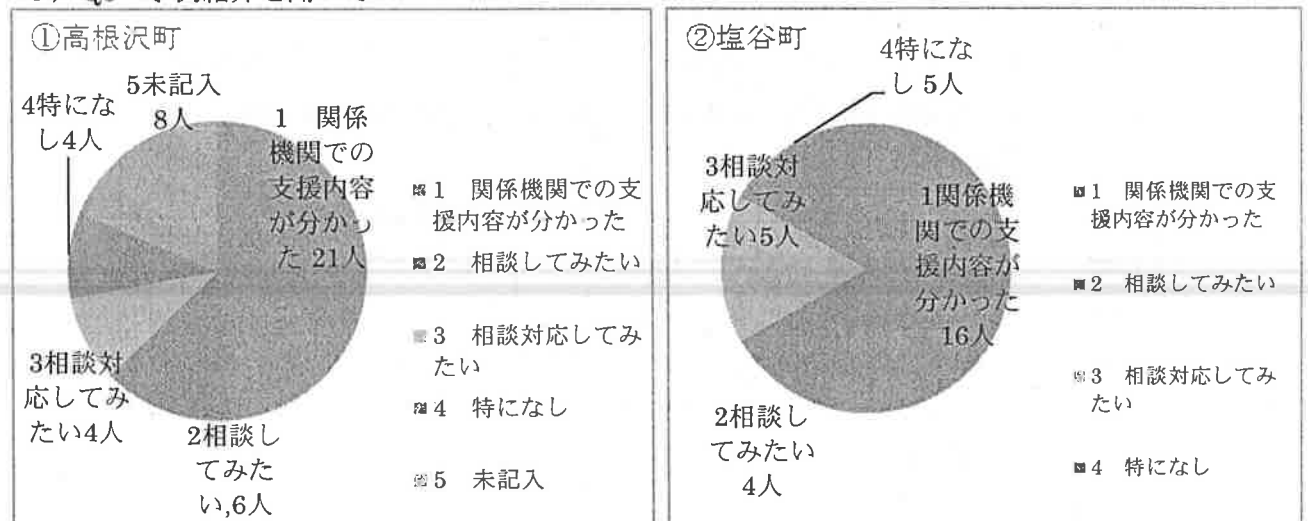
1) Q1 精神障がい者に対する支援経験の有無



2) Q2 支援の際に困ったことについて (Q1で支援経験ありと回答した者に対して)



3) Q3 事例紹介を聞いて



意見交換で出された意見

- ・近隣者からの相談を受けるが、どう支援していいか分からないで困っている。
- ・依存されてしまい対応が困難。
- ・病気がよく分からないので、相手とどう付き合っていたらいいのか考えてしまう。
- ・民生委員として出来ることが分からない。

4 考察

Q1 のアンケートの結果では「支援経験有り」と回答した者は両町でも13人であり、少なかった。一方、意見交換の場では、「近隣者からの相談を受けるがどう支援していいか分からないで困っている」、「自分に出来ることはないと思っていた」との話が多く聞かれた。また直接的な支援経験は無いが、身近な障がい者については把握しており、近隣から情報も入ってくると話す者もいることから、民生委員に情報は入ってくるが支援には結びついていないと思われる。

Q2 について、民生委員が精神障がい者の支援で困難に感じていることとしては、主に対処方法や相談先が分からないということであった。適切な対応方法を身につけられるような研修内容等の検討や、困難ケースに限らず適時情報共有しつつ、必要時にはバックアップできるような体制を整えることが出来れば、民生委員の負担軽減に繋がると考えられる。

Q3 では地域で暮らす障がい者に対し、関係機関と協力しながら支援している事例の紹介を聞き、具体的な支援内容を知ることが出来たと回答した者が半数以上いたことや、把握しているケースについて改めて対応を相談したいと回答した方もいたことから民生委員自身として出来る支援を考えてもらう契機になったと思われる。実際の生活状況等の把握や専門職への繋ぎも重要な支援であることを認識してもらう事も大切であることが分かった。

5 まとめ

精神障がいを持つ者の療養の場は、長期入院から在宅への流れとなっている。しかし現状として、一部の支援者や、既存の制度利用だけでは、本当にその人が希望する生活(QOL)を実現していくための対応としては不十分であることが多い。今後はインフォーマルな支援を含めて、地域全体としての仕組みが求められている。民生児童委員は、住民の福祉の増進を図る活動をしているが、その活動の中で得られた情報を、必要に応じて専門職へ繋いでいくという橋渡しの役割が重要となる。支援の担い手となり得る人材の掘り起こしや、精神障がいに関する理解の普及啓発について、各市町の自立支援協議会と連携しながら継続して取り組み、精神障がい者が地域に退院して普通に生活することが出来る支援体制を整えていきたい。

栃木県精神科救急情報センターにおける相談受理状況と振分結果についてのまとめ

栃木県精神保健福祉センター ○鈴木 祐美 棚橋 一哉 黒崎 道
 宇賀神 透 増茂 尚志
 栃木県監査委員事務局監査課 五月女 修

1 はじめに

本県では、民間精神科医療機関の協力の下、平成 25 年 4 月から精神科救急医療の輪番制を開始した。併せて、精神科救急情報センター（以下、「情報センター」）の運営及び管理を精神保健福祉センターで所管することとなり、一般県民からの相談に応じる相談電話が設置された。

このような本県の精神科救急医療システムの改正から 3 年間が経過したが、精神科救急の課題については現在も関係機関から意見を聞きながら、検討を重ねているところである。そこで、精神科救急の課題分析の一助となるよう、情報センターにおける平成 25 年度～27 年度の相談状況や振り分けの推移を分析し報告する。

2 情報センターの概要

	相談電話（非常勤嘱託員が対応）	振分電話（看護師が対応）
業務内容	本人、家族等からの電話による緊急的な精神医療相談の対応	医療機関、消防隊等からの診察依頼等に対する対応医療機関の振り分け等
稼働時間	平日 17:00～22:00	平日 17:00～翌 8:30
	休日（土・日・祝日） 10:00～22:00	休日（土・日・祝日） 8:30～翌 8:30

・相談電話は一般県民に広報しているが、振分電話は関係機関のみに周知している。

3 相談実績

(1) 件数・性別・依頼元別件

年度	種別	件数	性別			依頼元							
			男	女	不明	本人	家族	知人	医療機関	救急隊	警察署	保健所	その他
25	相談	548	244	291	13	221	281	19	8	2	2	2	13
	振分	348	179	162	7	4	4	0	41	87	13	198	1
	合計	896	423	453	20	225	285	19	49	89	15	200	14
	%	100	47.2	50.6	2.2	25.1	31.8	2.1	5.5	9.9	1.7	22.3	1.6
26	相談	500	192	300	8	215	235	24	2	4	0	1	19
	振分	408	227	175	6	2	9	1	53	83	27	232	1
	合計	908	419	475	14	217	244	25	55	87	27	233	20
	%	100	46.1	52.3	1.5	23.9	26.9	2.8	6.1	9.6	3.0	25.7	2.2
27	相談	631	219	400	12	314	256	24	6	1	4	2	24
	振分	436	194	238	4	7	9	0	39	106	26	243	6
	合計	1067	413	638	16	321	265	24	45	107	30	245	30
	%	100	38.7	59.8	1.5	30.1	24.8	2.2	4.2	10.0	2.8	23.0	2.8

- ・相談電話、振分電話共に、相談数は増加傾向。
- ・依頼元（関係機関）は、救急隊及び保健所からの相談数が増加傾向。（女性、本人の増加は、頻回相談者を反映した結果である）

(2) 相談対象者年齢階層別件数

年度	種別	～9	10～19	20～29	30～39	40～49	50～59	60～69	70～79	80～89	90～	不明	合計
25	相談	1	19	127	114	73	46	49	19	19	2	79	548
	振分	0	12	59	90	69	45	31	17	7	2	16	348
	合計	1	31	186	204	142	91	80	36	26	4	95	896
	%	0.1	3.5	20.8	22.8	15.8	10.2	8.9	4.0	2.9	0.4	10.6	100.0
26	相談	1	28	65	88	65	68	82	12	10	3	78	500
	振分	0	22	70	94	81	51	42	19	7	0	22	408
	合計	1	50	135	182	146	119	124	31	17	3	100	908
	%	0.1	5.5	14.9	20.0	16.1	13.1	13.7	3.4	1.9	0.3	11.0	100.0
27	相談	0	15	94	105	109	60	107	27	22	2	90	631
	振分	0	20	72	97	99	56	36	22	6	2	26	436
	合計	0	35	166	202	208	116	143	49	28	4	116	1067
	%	0.0	3.3	15.6	18.9	19.5	10.9	13.4	4.6	2.6	0.4	10.9	100.0

- ・年齢は若年層～高齢者まで幅広い。
- ・年齢階層別では40歳代の相談が増加傾向。
- (20～30歳代の減少は、頻回相談者からの相談減少を反映した結果である)
- (60歳代の増加は、相談電話への頻回相談者を反映した結果である)

(3) 主訴別件数

年度	種別	相談	診察依頼	入院依頼	緊急措置 診察依頼	その他	合計
25	相談	285	215	29	-	19	548
	振分	32	96	23	197	0	348
	合計	317	311	52	197	19	896
	%	35.4	34.7	5.8	22.0	2.1	100.0
26	相談	264	179	29	-	28	500
	振分	45	108	19	231	5	408
	合計	309	287	48	231	33	908
	%	34.0	31.6	5.3	25.4	3.6	100.0
27	相談	345	215	44	-	27	631
	振分	67	117	8	242	2	436
	合計	412	332	52	242	29	1067
	%	38.6	31.1	4.9	22.7	2.7	100.0

- ・相談及び緊急措置診察依頼は増加傾向。
- ・相談に次いで、診察依頼が多い。
- ・入院依頼は変化なし。

(4) 転帰別件数

年度	種別	一般医救急	精神科併設	受診歴機関	精神科救急医療	緊急医療等	相談	その他	合計
25	相談	17	0	27	95	-	373	36	548
	振分	20	0	7	74	189	48	10	348
	合計	37	0	34	169	189	421	46	896
	%	4.1	0.0	3.8	18.9	21.1	47.0	5.1	100.0
26	相談	13	0	45	67	-	331	44	500
	振分	17	0	7	67	221	71	25	408
	合計	30	0	52	134	221	402	69	908
	%	3.3	0.0	5.7	14.8	24.3	44.3	7.6	100.0
27	相談	16	2	70	56	-	434	53	631
	振分	22	1	22	54	228	84	25	436
	合計	38	3	92	110	228	518	78	1067
	%	3.6	0.3	8.6	10.3	21.4	48.5	7.3	100.0

- ・精神科救急医療（情報センターが受診調整し、精神科救急医療機関につなげたもの）は減少傾向。
- ・緊急医療（保健所からの緊急措置診察依頼で、岡本台病院の緊急措置診察につなげたもの）は増加傾向。
- ・受診歴機関（6月以内に受診した精神科医療機関への相談や診察を勧めたもの）は増加傾向。

(5) 精神科救急医療機関への振り分け状況と診察結果

	診察につなげたものの件数	% (振分先の割合)	診察結果内訳									
			精神科救急医療							緊急医療		
			外来	任意	医療保護	応急	来院せず	小計	緊急措置	不要措置	小計	
25	岡本台病院	316	88.3	98	0	26	0	3	127	106	83	189
	輪番病院	42	11.7	20	1	18	-	3	42	-	-	-
	合計	358	100.0	118	1	44	0	6	169	106	83	189
	%			69.8	0.6	26.0	0.0	3.6	100.0	56.1	43.9	100.0
26	岡本台病院	312	87.9	74	0	14	1	2	91	112	109	221
	輪番病院	43	12.1	30	4	8	-	1	43	-	-	-
	合計	355	100.0	104	4	22	1	3	134	112	109	221
	%			77.6	3.0	16.4	0.7	2.2	100.0	50.7	49.3	100.0
27	岡本台病院	304	89.9	67	0	9	0	0	76	120	108	228
	輪番病院	34	10.1	21	3	8	-	2	34	-	-	-
	合計	338	100.0	88	3	17	0	2	110	120	108	228
	%			80.2	2.7	15.3	0.0	1.8	100.0	52.9	47.1	100.0

- ・診察につなげたもののうち、岡本台病院と輪番病院への振分の割合に大きな変化は見られない。
- ・精神科救急医療として診察につなげたのは減少傾向。中でも岡本台病院への振分の減少が顕著。
- ・緊急医療として診察につなげたものは増加傾向。

4 考察

情報センターへの相談件数は、相談電話、振分電話共に増加しており、休日夜間の精神科救急窓口として周知されつつあることが分かる。また、対象者の年齢層が幅広いことから、背景因子や状態像が多岐に渡ることも推察される。このような状況を踏まえ、情報センターでは対象者の緊急性を的確に判断することが求められるため、相談担当者のスキルアップを目指した研修機会等を実施している。

また、実際の相談対応では、主訴が診察依頼であるものの件数に大きな変化はないが、精神科救急医療として診察につなげたものが大きく減少しており、とりわけ岡本台病院への振分の減少が顕著に見られる。反面、岡本台病院と輪番病院への振分の割合には変化がみられていないことから、緊急医療対応の増加が岡本台病院における精神科救急医療の受入れに影響した可能性も示唆される。本県においては、緊急措置診察を岡本台病院のみが行うこととなっているが、精神科救急の常時対応型施設も岡本台病院のみである。そのため、精神科救急医療システムの円滑な運用のためには、緊急医療システムの見直し（緊急医療に民間病院の協力を得るなど）も同時に行う必要があるものと考えられる。

なお、受診歴機関への振り分けが増加しているものの、振り分け後のそれぞれの医療機関における自院患者への救急対応の状況は不明である。県内の精神科救急医療全体の課題を把握し、今後の対策を講じていくためには、かかりつけ医療機関としての救急対応の状況を把握するとともに、精神科救急に関する理解と協力を得て行く必要があるものと思われる。

5 まとめ

精神科救急の輪番体制が開始されてから3年が経過し、それ以前と比較して精神科救急対応の円滑化が図られてきたものと思われる。しかし、未だに圏域毎の輪番病院確保に至ってはおらず、医療機関までの距離や交通手段等を理由に、輪番病院への振分が行えない事例も見られ、輪番体制のより一層の充実が重要な課題であると考えられる。その他にも、精神科救急をめぐる「緊急医療対応可能な医療機関の確保」、「身体科との連携による身体合併症患者への対応」、「地域精神保健活動との連携」等、様々な課題を抱えている。情報センターは精神科救急医療の入り口として、多くの相談を受けていることから、今後も必要に応じて相談データの詳細分析を行い、精神科救急医療体制整備に資する情報提供に努めたい。