

第3会場

(親子保健・学校保健、難病・障害の医療と福祉、精神保健福祉、産業保健)

No. 1 ~ 3 座長 高橋 司 (栃木県安足健康福祉センター所長)
 No. 4 ~ 6 座長 塚田 三夫 (栃木県県西健康福祉センター所長)
 No. 7 ~ 9 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	乳児家庭全戸訪問事業(赤ちゃん訪問)を通して 見えた母の実態 第2報	渡邊 利子	真岡市 健康増進課	親子保健・学校保健	93	13:35
2	養育に支援を要する妊産婦の把握と支援に関する調査について	谷崎 小有里	県北健康福祉センター	親子保健・学校保健	96	13:45
3	法定ストレスチェック1年目の実施状況報告	信夫 芳恵	(公財)栃木県保健衛生事業団	産業保健	99	13:55
4	筋萎縮性側索硬化症患者・家族会の取り組み	植木 麻美	県北健康福祉センター	難病・障害の医療と福祉	102	14:05
5	とちぎ難病相談支援センターにおける「難病ピア・サポート事業」展開への取り組み	平塚 英治	栃木県難病団体連絡協議会	難病・障害の医療と福祉	105	14:15
6	うつ病復職デイケア追跡調査の結果を振り返る	水沼 健太	精神保健福祉センター	精神保健福祉	108	14:25
7	F60.2非社会性人格障害、F07.0器質性人格障害、F10アルコール使用(飲酒)による精神および行動の障害者の一症例	鈴木 三夫	医療法人報徳会 宇都宮病院	精神保健福祉	111	14:35
8	栃木県県南健康福祉センター「精神障害サポート教室」の2年間の取り組みについての考察	湯澤 春香	県南健康福祉センター	精神保健福祉	112	14:45
9	精神科緊急措置通報の若年ケースから推察される今後の精神・母子保健対策について	金田 薫	県西健康福祉センター	精神保健福祉	115	14:55
⑩	栃木市における思春期保健事業の取り組みについて	橋本 麻希子	栃木市 健康増進課	親子保健・学校保健	118	
⑪	被災者、被害者に対する心理的支援について ～精神保健福祉センターの役割を考える～	江口 里香	精神保健福祉センター	精神保健福祉	121	
⑫	県東地区の自殺の現状と課題	遠山 明子	県東健康福祉センター	精神保健福祉	124	
⑬	精神障害者地域移行支援を通じた県北地区の相談支援体制づくり	梅山 典子	県北健康福祉センター	精神保健福祉	127	

乳児家庭全戸訪問事業（赤ちゃん訪問）を通して見えた母の実態 第2報
 -EPDS 陽性者の関連要因と地域継続支援-

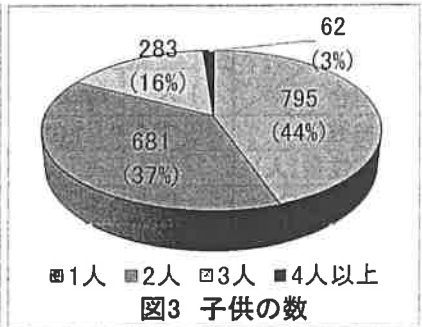
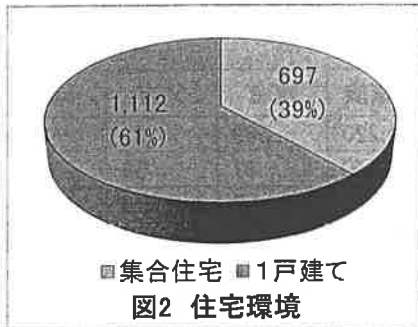
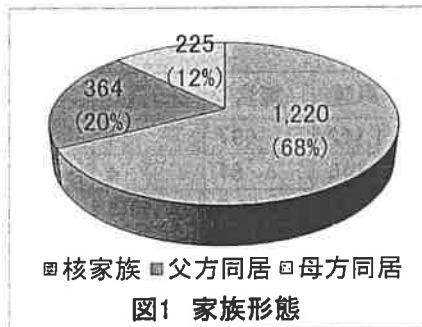
ワタナベ トシコ キクチ ミサコ ナバナ マユミ ホソシマ ヒロコ ミナカワ ケンイチ
 ○渡邊 利子 菊地 美砂子 那花 真弓 細島 弘子 皆川 賢一

はじめに

真岡市では平成 22 年度から常勤嘱託専門職（助産師）を専任担当者として乳児家庭訪問事業を開始し、昨年は 5 年間のまとめ「母親の持つ心配事の数の多さと多様さ」を第 1 報として報告した。平成 26 年度から、訪問面接時に「エジンバラ産後うつ自己評価表」（EPDS）を実施し、陽性者に対し継続的な支援を検討してきた。3 年間、1,809 戸の訪問から外国人の母親 94 人を除く 1,715 人の母親について、高点数因子を「家族背景など客観的要因」「母親の主観的要因」の 2 つのカテゴリーにし、客観的要因を 5 つのサブカテゴリーに主観的要因を 7 つのサブカテゴリーに分けて分析した。今回、地域の母親たちの育児リスクと EPDS 陽性者の状況を整理し、地域での継続支援について考察したので報告する。

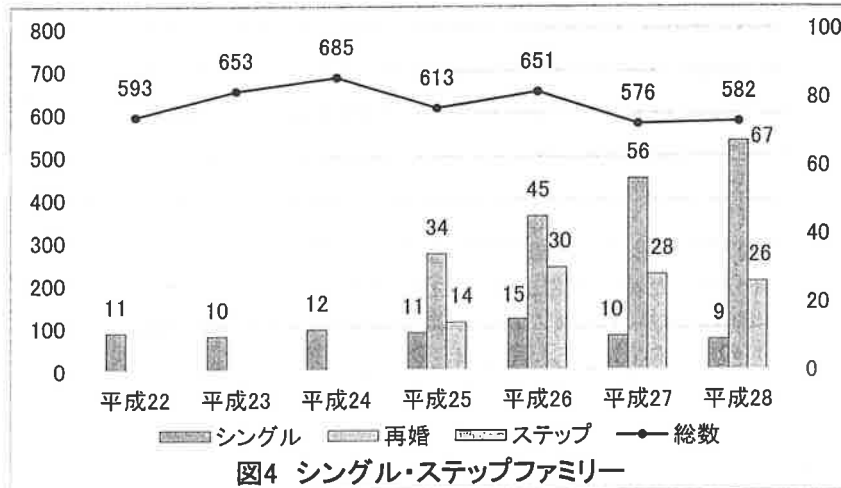
1. 訪問対象者の背景

(1) 家族体系・住宅環境・子供の人数及びその割合



平成 26 年度からの 3 年間の訪問数総数は 1,809 戸（児：1,821 人）であった。その内、核家族が 1,220 戸（68%）、複合家族が 589 戸（32%）で、内訳は父方同居 364 戸（20%）・母方同居 225 戸（12%）であった。（図 1）住宅環境では集合住宅が 697 戸（39%）、一戸建てが 1,112 戸（61%）であった。（図 2）訪問した児は第 1 子 795 人（44%）、第 2 子 681 人（37%）、第 3 子 283 人（16%）、第 4 子以上 62 人（3%）であった。（図 3）

(2) シングル・再婚・ステップファミリー



〈シングルマザー〉は年間訪問戸数 582～685 戸の中の 9～15 人・割合は 1.5～2.3%であり、訪問開始時から大きな変化は見られない。〈再婚〉は平成 25 年度 5.5%であったが、28 年度は 11.5%と毎年増加している。〈ステップファミリー〉は平成 25 年の 2.3%が 26 年度からは約 5%になっている。（図 4）データ上は表れていないが、離婚時に元配偶者が子供を引き取り、ステップとなっている家族も多くなっている。

2. EPDS 陽性者の状況

(1) 陽性者数と内訳

表1 陽性者と内訳

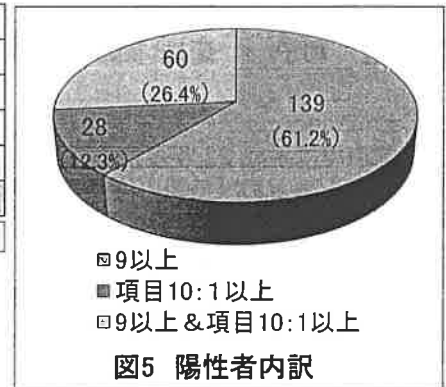
* 実施数 = 訪問戸数 - 外国人

年度	訪問戸数	実施人数	陽性者数	陽性者内訳(%)*		
			(%)	①	②	③
26	651	611	91(14.9)	54(8.8)	10(1.6)	27(4.4)
27	576	544	70(12.9)	47(8.6)	5(0.9)	18(3.3)
28	582	560	66(11.8)	38(6.8)	13(2.3)	15(2.7)
合計	1,809	1,715	227(13.2)	139(8.1)	28(1.6)	60(3.5)

※陽性者内訳:①9以上 ②項目10が1以上 ③9以上かつ項目10が1以上

全戸訪問は産後2か月前後で行っている。産後2か月の母親のEPDS陽性者は13.2%であった。(表1)

陽性者227人を100%としての内訳は<9以上>が61.2%、<項目10:1以上>が12.3%、<9以上&項目10:1以上>が26.4%であった。(図5)



(2) 陽性者の陽性要因

① 家族背景などの客観的要因

表2 客観的要因と陽性者

要因 数 割合	子の数		家族形態		複合家族		住宅環境		シングル・ステップ	
	1人	2人以上	核家族	複合	父方	母方	一戸建	集合	シングル	ステップ
総数(人)	795	1,014	1,220	589	364	225	1,112	697	34	84
陽性数(人)	141	86	140	87	56	31	146	81	4	2
割合(%)	17.7	8.5	11.5	14.7	15.4	13.8	13.1	11.6	11.8	2.4

産後2か月前後の<子の数>では初産婦で17.7%が陽性者であり、経産婦の2倍以上であった。

<家族形態>では複合家族が核家族よりも3.2ポイント高く、<複合家族>の中でも父方同居のほうが母方同居より1.6ポイント高かった。<住宅環境>では一戸建てに居住する母親のほうが集合住宅居住より1.5ポイント高かった。シングルやステップファミリーでは陽性者が多いと予測していたが、シングル11.8%、ステップファミリー2.4%であった。葛西氏ら¹⁾の調査では産後2か月での陽性者は初産婦9.4%経産婦6.7%と報告されており、当市の母親達のほうが高かった。(表2)

② 母親(家族)の訴えによる主観的要因

表3 主観的要因と陽性者

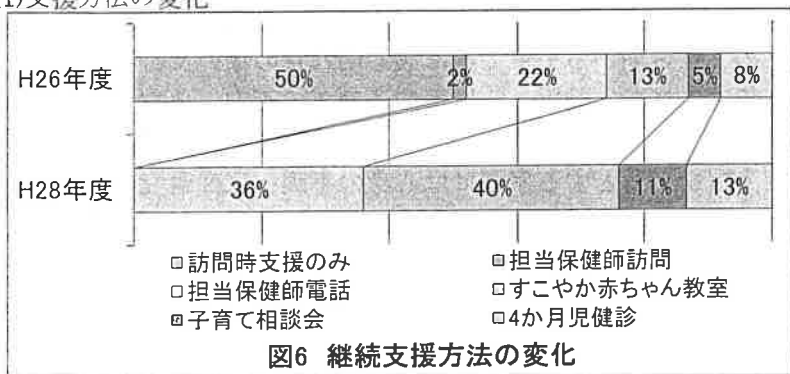
* 重複回答あり N239

要因 数 割合	性格的素地	家族背景	育児が上手くできない	子供数多い	協力者なし	子供に異常	体調不良
陽性数(人)	119	40	35	19	13	9	4
割合(%)	49.8	16.7	14.6	7.9	5.4	3.8	1.7

<性格的素地>は妊婦面接時にメンタルでの受診歴がある母親や訪問時のヒアリングで「もともと自分を責めるタイプなのです」「こうしなくてはいけないと思う性格なのです」と答えた母親たちで陽性者の約50%であった。<家族背景>では「実親・義親との関係(実母がいない・悪化)」「介護する人がいる」「夫の単身赴任」などである。<育児が上手くできない>での母親たちの訴えは「母乳を飲ませられなかった」「どうやっても泣き止まない」「母(義母)が抱けば泣き止むのに自分ではだめ。私は必要ない?」などであった。母乳分泌不足や直母不可など理由は多様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。9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・自己有用感・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、訪問では時間をかけて丁寧な対応をしている。<子供の数が多いい>では第2子出産で2人の子育てに翻弄している母親たちであり、単純に実際の子供数上の問題ではない。(表3)

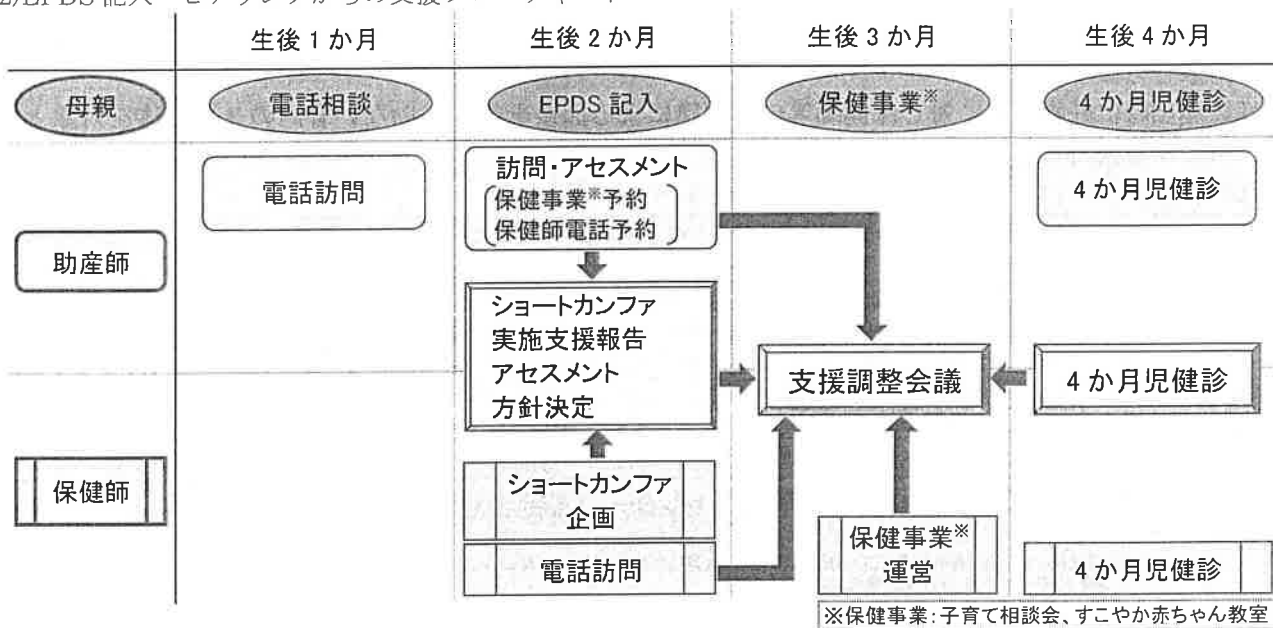
3. EPDS 陽性者への継続支援

(1) 支援方法の変化



陽性者に関しては、訪問者は即日、担当保健師とショートカンファレンスを行い、訪問時の支援内容を報告・その後の支援方法を決定している。陽性者の支援方法は、平成 26 年度「訪問時支援のみ」が 50 人と約半数であった。その後、支援調整会議などで望ましい支援方法の検討を重ね、28 年度からは訪問時のアセスメントで「すこやか赤ちゃん教室」「子育て相談」の予約をし、担当保健師が早期に必ず関わる体制とした。加えて「電話訪問はなくても大丈夫」と辞退する母親以外は必ず担当保健師による電話訪問で支援している。陽性者には 4 か月健診までに、母親の必要性に合わせて適切な時期に母親の希望する内容での支援ができています。

(2) EPDS 記入・ヒアリングからの支援フローチャート



おわりに

エジンバラ産後うつ病自己評価表を活用開始時は「産後 2 か月は母親が里帰りから戻り、児を迎えての生活にも慣れて児の生活リズムも整い、ぐずりのピークも過ぎる頃なので陽性者は少ないであろうと予測していた。しかし現実には初めての育児である事、実母が離婚・死亡、夫の単身赴任・家族との人間関係が悪い、相談できるはずの母方同居でも複合家族である事、母乳育児ができなかった事、ぐずり・泣かれること、第 1 子が第 1 反抗期、どう関わって良いか分からない等、多くの要因が見えてきた。結果を見ると、一戸建てが集合住宅よりポイントが高いなど、多くの他の要因が交差しての結果と考えられるものがあり、分析方法不足であり、今後の統計学的な分析が課題となった。

妊娠届出時の情報でリスクを持っている、初めての育児、実家が遠方などの母親には早めの電話訪問及び訪問を心がけているが、心配事の多岐多様さ（第 1 報報告）と EPDS 陽性者が多い事から、訪問中・後にタイムリーに早期継続支援方針を立て、実施することが重要である。

今後①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メリットを生かし、支援体制を更に高める②産後 EPDS 陽性者が少しでも減るよう、出産前からの関わり・産後早期の関わりについて検討し、より一層の子育て支援の充実に努力していきたい。

養育に支援を要する妊産婦の把握と支援に関する調査について

県北健康福祉センター ○谷崎小有里 梅山典子 高橋良子 栗野哲実

1 はじめに

「児童福祉法等の一部を改正する法律(平成28年法律第63号)」が平成28年6月3日に交付され、市町村においては児童虐待の発生予防のため、妊娠期から子育て期に渡る切れ目のない支援を提供する子育て世代包括支援センターを平成32年度末までに設置し、妊娠や子育ての不安、孤立等に対応することが求められている(図1)。

妊娠期から子育て期に渡り継続した養育支援を必要とする家庭には心身の不調、家庭環境の問題等のリスク要因があり、市町村では妊娠届出時の面接やアンケート、関係機関との情報共有等を活用し妊産婦の状況把握に努めている。

現状ではマンパワー等の問題から、最初の接点となる妊娠届出時の面接やアンケートの回収を保健師等の専門職が行っていない市町村もあり、工夫を重ねながらリスク要因をもつ妊産婦を把握し、支援を要する妊産婦や特定妊婦を抽出した上で支援を行っている(図2)。

そこで、管内市町が養育に支援を要する妊産婦を早期に把握し妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を遂行できるよう、管内市町の一部を対象に妊産婦の把握と支援における現状や課題について調査を行ったので報告する。

2 対象と方法

妊娠届出時に妊婦全数に対し保健師等の専門職による面接を行っていない管内の3自治体を対象とし、母子保健担当者にヒアリングを実施した。

なお、本調査における用語の定義は下表のとおりとする。

特定妊婦	出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦(児童福祉法第6条の3第5項)
養育に支援を要するリスク要因	平成28年12月16日付け厚労省児童家庭局総務課長・母子保健課長通知「要支援児童等(特定妊婦を含む)の情報提供に係る保健・医療・福祉・教育等の連携の一層の推進について 別表1 出産後の養育について出産前から支援が必要と認められる妊婦の様子や状況例」に準拠した。
要保護児童対策地域協議会	要保護児童若しくは要支援児童及びその保護者又は特定妊婦に関する情報その他要保護児童の適切な保護又は要支援児童若しくは特定妊婦への適切な支援を図るために必要な情報の交換を行うとともに、要保護児童等に対する支援の内容に関する協議を行う。(児童福祉法第25条の2第2項)

子育て世代包括支援センターの法定化・全国展開

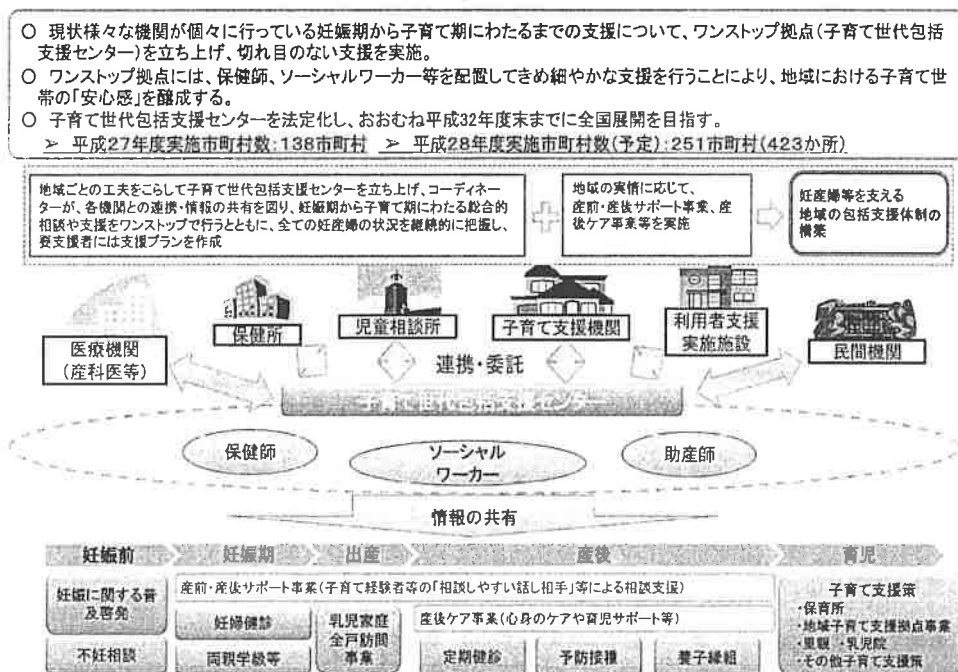
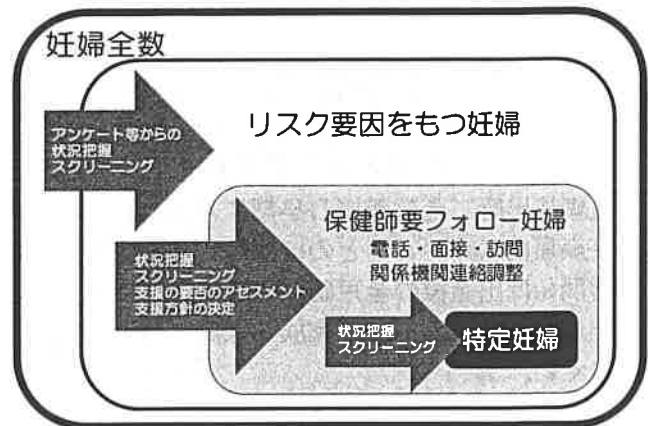


図1 出典：厚生労働省雇用均等・児童家庭局ホームページ

3 調査内容

- (1) 養育支援が必要となりうるリスク要因をもつ妊産婦の把握について
- (2) リスク要因をもつ妊産婦のうち、支援を要する妊産婦の抽出及び支援方針の検討について
- (3) 支援の進行管理について
- (4) (1)～(3)を行う上での課題



4 結果

図2

- (1) 養育支援が必要となりうるリスク要因をもつ妊産婦の把握について

A 妊娠届出時アンケート受付から母子保健担当課に引き継がれるまでの流れ

アンケートが母子保健担当課に届くまでの期間は、即時～1カ月後とばらつきがみられた。専門職以外の受付担当者がアンケートの内容を確認しその場で保健師に引き継いでいたのは1自治体であり、その他の自治体では受付担当者がアンケートの内容を確認していなかった。窓口に来所した様子から気になった妊婦をその場で母子保健担当に連絡している自治体もあった。当日中に母子保健担当に引き継ぐハイリスク妊婦の基準を作成しているのは1自治体であった。

B リスク要因別の主な把握方法・把握時期について

リスク要因のうち、「出産への準備状況（妊娠の自覚がない・知識がない、出産の準備をしていない、育児への不安が強い）」、「妊婦の被虐待歴・虐待歴」、「妊婦の気になる行動（理解力、突発的な出来事への対処、コミュニケーション）」、「家族の介護等（親族の介護等を行っている）」については妊娠届出時アンケートで把握されず、医療機関からの情報提供もしくは出産後の乳児家庭全戸訪問時に把握されていた。

「母子健康手帳未交付」については医療機関からの情報提供、民生委員からの情報、きょうだいの学校や保育園からの情報提供により把握されていた。

医療機関からの情報提供は電話連絡が多く、医療機関から自治体に送付される妊婦健康診査の結果連絡票は身体面の内容が主でありリスク要因の把握には活用されていなかった。また、妊娠中の母親学級や両親学級の参加人数が減少している自治体もあり、リスク要因の把握に活用しているのは1自治体であった。

- (2) リスク要因をもつ妊産婦のうち、支援を要する妊産婦の抽出及び支援方針の検討について

A 保健師等の支援を要する妊婦の抽出について

担当保健師の判断または母子保健担当内で随時話し合いをして支援を要する妊婦を抽出していた。抽出する基準を作成している自治体はなかった。

B 特定妊婦の抽出について

母子保健担当内もしくは要保護児童対策地域協議会（以下、要対協）担当部署を含め話し合いをして抽出していた。特定妊婦を抽出する基準があるのは1自治体であった。特定妊婦の全数を要対協で進行管理していたのは1自治体であり、2自治体では特定妊婦として抽出した妊婦の一部を要対協で進行管理していた。

C 保健師等の支援の必要性や支援方針の検討について

3自治体いずれも支援の必要性や支援方針を検討する場があり、開催頻度は随時であった。参加機関は母子保健担当だけでなく、必要に応じて子育て支援や要対協の担当者、生活保護担当者、障害福祉担当者などを加えていた。要対協の受理会議や個別支援会議を活用し、児童福祉部門や関係機関との情報共有や連携を図っている自治体もあった。

(3) 支援の進行管理について

個別の支援プラン等を作成している自治体はなかった。妊産婦の台帳はすべての自治体で作成されており、妊婦全数の妊娠届の情報や妊婦健康診査の受診状況を管理していた。

(4) (1)～(3)を行う上での課題

- ・ 妊娠届出時に全数面接し早期に対応したいが、人員や体制として難しい。
- ・ 妊娠届出以降の妊婦との接点は母親学級や妊産婦医療費助成の申請時のみであり、状況把握や支援開始は出産後の全戸訪問がきっかけになることが多い。
- ・ 出産・育児への不安や家族・家庭の状況といった妊娠経過の中で変化しうるリスク要因を把握しにくい。
- ・ 医療機関によって自治体に情報提供するケースの判断基準が異なり、連絡がないまま出産後の訪問で初めて把握した要支援者がいた。
- ・ 支援の要否や支援方針は担当内で随時相談しているが、担当保健師の経験によって要支援妊婦・特定妊婦の抽出に差が生じる恐れがある。

5 考察

市町が要支援妊産婦を早期に把握し、妊娠期から子育て期に渡る切れ目のない支援を行うために以下の3点が必要と考える。

(1) 妊婦全数の状況把握

支援を要する妊婦を把握するためには、妊婦全数の状況把握ができる機会を妊娠前期から後期に渡り、複数回作ることが必要と考える。妊娠前期の状況把握として、妊娠届出時アンケートの項目の充実や専門職による全数面接は重要である。また、妊娠経過の中で変化するリスク要因を把握するために、妊娠中期から後期にも全数把握の機会があることが望ましい。医療機関から市町に送付される妊婦健診の受診結果についても、妊婦全数の状況を把握する上で活用が可能と思われる。参考となる取り組みとして、那須塩原市では28週以降の妊婦全数に専門職が電話や訪問を行い新たに支援が必要な妊婦を把握する妊娠後期相談を実施している。

(2) 要支援妊婦・特定妊婦を抽出するスクリーニング基準

アンケート受付担当者や担当保健師の経験により支援の要否の判断や支援の開始時期の差が生じないようにするため、共通したスクリーニング基準が必要と考える。アセスメントシートやハイリスク妊婦の基準が具体的に明確化されていることにより、誰が対応しても支援を要する妊婦を取りこぼさず、早期の支援につながる。また、市町が把握しにくいリスク要因について医療機関から情報提供を受けて把握するためにも、スクリーニング基準は市町の内部だけでなく医療機関と共通認識を持つことも必要となる。

(3) 支援方針・支援方法の合意形成、進行管理

母子保健担当内で検討したアセスメントや支援方針を可視化し、組織として支援の必要性や支援方針の合意を形成する場合は重要である。また、支援を開始したケースの進行管理をする場を定例的に設けることが必要である。そのような場に健康福祉センターを含む関係機関が参加することによってアセスメントが深まり、連携した支援方針が立てやすくなることが期待される。また、検討した結果を支援プランや台帳に記載することによって、支援経過が共有しやすくなる。

6 おわりに

今回の調査を通して、管内市町における要支援妊産婦の把握から支援までの過程における現状や課題を把握することができた。管内市町が地域の特性に応じて子育て世代包括支援センターを設置し、妊娠期から子育て期に渡る切れ目のない支援を提供する体制を整えられるよう、県北健康福祉センターでは引き続き管内市町の体制や取り組み、課題を把握するとともに、先行事例や管内市町の取り組みを情報交換する場を設定していきたい。また、養育支援関係機関連絡会議や母子保健推進部会を通して、管内市町に共通する課題の解決に向けた関係機関との広域的な調整を行うことが求められる。最後に、本調査にご協力いただいた市町の担当者様に心より御礼申し上げます。

法定ストレスチェック 1年目の実施状況報告

公益財団法人 栃木県保健衛生事業団

○信夫 芳恵

宇賀神 典子

永井 充洋

猪瀬 順

植木 恵二

1 背景及び目的

当事業団では、ストレスチェック義務化を見据え、平成 20 年 4 月からメンタルヘルスサポートセンターを発足させ、ストレス調査、カウンセリング、研修等の事業を実施してきた。

平成 27 年 12 月の改正労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度の義務化に伴い、当事業団におけるストレスチェックの仕組みを再構築した。平成 28 年 4 月から新制度に基づくストレスチェックを開始し 1 年が経過したため、コースの特徴及び実施状況について報告する。

2 ストレスチェックのコース及び特徴

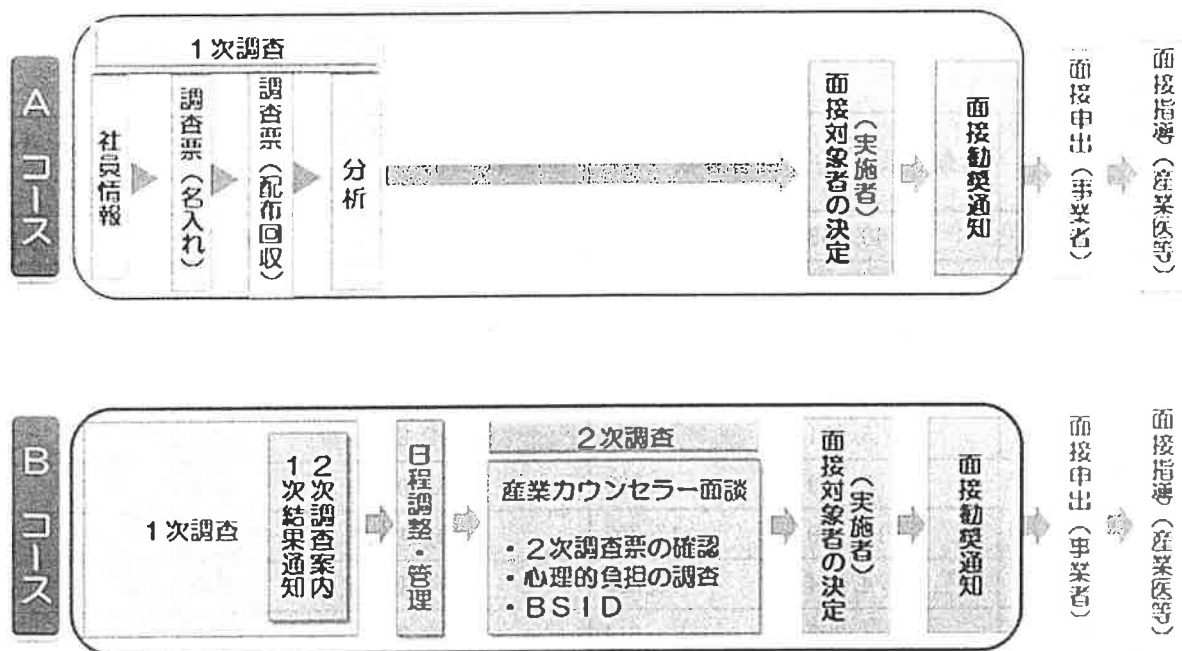


図 1 当事業団のストレスチェック・コース

(1) Aコース

職業性ストレス簡易調査票 (57 項目) を労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアルの評価基準に準拠した方法で高ストレス者を抽出する。

(2) Bコース

職業性ストレス簡易調査票 (57 項目) の 1 次調査に加え、2 次調査として 1 次調査の高ストレス者を対象に産業カウンセラーによる面談 (補足的な面談) を実施する。

2 次調査では、1 次調査の個人結果書と産業カウンセラー面談専用の調査票を基に対象者の状況を確認する。構造化面接法により心理的負担の状況と BSID の調査を一人 20 分で実施し、高ストレス者を抽出する。

【Bコースの特徴】

産業カウンセラー面談を実施することで、

- ① ストレスチェックの機械的な評価だけでなく、時間経過を踏まえた細やかな評価が実施できる。
- ② 自らのストレス状況への「気づき」を促し、ストレス軽減に向けたセルフケアに取り組めるよう働きかけることで1次予防対策を強化できる。
- ③ 医師面接対象者の決定に必要な情報の収集及び評価データを提供し、医師面接対象者の絞り込みができる。
- ④ 2次調査の高ストレス者に対して医師面接の必要性を説明し、勧奨することができる。

3 実施状況報告

(1) 対象

平成28年4月1日～平成29年3月31日までに当事業団でストレスチェックを実施した40,853名
(男性21,424名、女性19,429名)

(2) 結果

①性年齢別実施状況

回答率は91.5%（男性91.9%、女性91.1%）で男女とも40歳代が高く、30歳代が低かった。

高ストレス率は11.5%（男性10.5%、女性12.6%）で女性の30歳未満（16.1%）で最も高く、次いで男性30歳代（13.6%）、女性30歳代（13.3%）の順に高かった。

表1 性年齢別実施状況

	対象者数 (人)	回答者数 (人)	回答率 (%)	高ストレス者数 (人)	高ストレス率 (%)
全体	40,853	37,385	91.5	4,303	11.5
男性	21,424	19,678	91.9	2,072	10.5
30歳未満	3,118	2,849	91.4	344	12.1
30歳代	4,482	4,064	90.7	552	13.6
40歳代	5,351	4,966	92.8	624	12.6
50歳以上	8,473	7,799	92.0	552	7.1
女性	19,429	17,707	91.1	2,231	12.6
30歳未満	4,014	3,655	91.1	589	16.1
30歳代	4,293	3,814	88.8	508	13.3
40歳代	5,441	5,080	93.4	609	12.0
50歳以上	5,681	5,158	90.8	525	10.2

②コース別実施状況

AコースはBコースより対象者数は多いが、回答率が低く、高ストレス率が高かった。

表2 コース別実施状況

	対象者数 (人)	回答者数 (人)	回答率 (%)	高ストレス者数 (人)	高ストレス率 (%)
Aコース	22,936	20,277	88.4	2,715	13.4
Bコース	17,917	17,108	95.5	1,592	9.3
総計	40,853	37,385	91.5	4,303	11.5

③ Bコースの実施状況

1次調査で高ストレスと判定された1,592名(9.3%)のうち、2次調査を実施したのは897名(56.3%)であった。高ストレス判定となったのは、505名(56.3%)であった。

表3 Bコースの実施状況

	対象者数(人)	1次調査				2次調査			
		回答者数(人)	回答率(%)	高ストレス者数(人)	高ストレス率(%)	実施者数(人)	実施率(%)	高ストレス者数(人)	高ストレス率(%)
全体	17,917	17,108	95.5	1,592	9.3	897	56.3	505	56.3
男性	10,499	10,104	96.2	949	9.4	510	53.7	290	56.9
30歳未満	1,376	1,332	96.8	122	9.2	67	54.9	31	46.3
30歳代	1,978	1,921	97.1	228	11.9	126	55.3	74	58.7
40歳代	2,729	2,629	96.3	319	12.1	167	52.4	100	59.9
50歳以上	4,416	4,222	95.6	280	6.6	150	53.6	85	56.7
女性	7,418	7,004	94.4	643	9.2	387	60.2	215	55.6
30歳未満	1,305	1,240	95.0	106	8.5	61	57.5	32	52.5
30歳代	1,625	1,500	92.3	155	10.3	92	59.4	43	46.7
40歳代	2,347	2,249	95.8	212	9.4	137	64.6	79	57.7
50歳以上	2,141	2,015	94.1	170	8.4	97	57.1	61	62.9

4 考察

①厚生労働省の基準では、受検者の約10%が高ストレスとなるように選定基準が設定されているが、同じ基準で行った当事業団の高ストレス率は、11.5%と国の想定値をやや上回る結果であった。また、性年齢、コース別で異なる結果が得られた。今回は1年目の結果であるため、今後経年的に変化を見ていく必要がある。

②Bコースにおける2次調査(カウンセラー面談)で、実施者の56.3%が高ストレス判定となった。面談で得られた情報により、より細やかな評価が行えたことで、医師面接対象者の絞り込みができたと考えられる。

しかし、2次調査(カウンセラー面談)の実施率が56.3%で低いことから、ストレスチェック制度への理解を深めることや面談実施率向上のための環境づくり、面談未実施者へのフォローアップ等について依頼団体と更に連携を図り、実施率向上に取り組む必要がある。

5 まとめ

ストレスチェックが施行され、高ストレス者の状況が明らかになりつつある。ストレスチェックの目的は、労働者自身のストレスへの気づきを促すとともに、職場改善につなげ、働きやすい職場づくりを進めることによって、労働者がメンタルヘルス不調となることを未然に防止すること(一次予防)である。ストレスチェックの結果やカウンセラー面談の結果等をさらに分析し、職場環境改善やカウンセリング、メンタルヘルス研修等のメンタルヘルス対策に役立てるよう、今後も検討を続けていきたい。

筋萎縮性側索硬化症患者・家族会の取り組み

○植木麻美¹⁾ 清野敬子¹⁾ 齋藤雅美¹⁾ 佐山由美子¹⁾
 福田亮人²⁾ 小林由典¹⁾ 栗野哲実¹⁾
 1) 栃木県北健康福祉センター 2) 栃木県今市健康福祉センター

1 はじめに

神経筋系難病は、疾病の進行やそれに伴うADL（日常生活動作）やQOL（生活の質）低下、余命宣告、延命処置への決定等多数の問題が生じ、医療や看護、介護等の様々な処置や支援が必要になる。特に在宅療養においては、24時間365日患者の介護を行う家族の身体的・精神的・経済的な負担が大きく、患者本人だけでなく家族への支援も重要である。

栃木県北健康福祉センターでは、神経筋系難病の中でも、特に症状の進行が早い先を見ての意思決定や介護の調整が必要となる筋萎縮性側索硬化症の患者・家族会を平成27年度から実施している。この会は、筋萎縮性側索硬化症の患者及び家族が疾患に対する不安や葛藤、介護等の悩みを共有し、お互いに共感し、助言をし合うことで、「新しい知識の習得」や「孤独感の解消」及び「介護意欲の向上」を図ることを目的としている。この患者・家族会が、患者・家族にとって病気に対する考え方や治療についての情報交換だけでなく、患者が自分の生き方について考えることができる貴重な機会となっていたと考えられる。そこで、これまでの患者・家族交流会の取り組みについてまとめたので報告する。

2 患者・家族会の内容

当センターでは、H21年度から筋萎縮性側索硬化症の家族を対象に家族会を開催してきた。当初は、家族が普段言えない悩みや辛さを出し表す機会として企画されたが、患者本人も参加したいとの希望があり、患者も対象としている。家族だけでなく患者も対象とする意義として、患者と家族が抱える不安や葛藤等だけでなく、病気があっても前向きに生活する様子や家族・支援者への感謝の気持ちを共有することで、患者がその人らしい生き方を選択する一助とするとともに、家族の介護意欲の向上につなげる機会となることをねらった。H27年度、H28年度の患者・家族会の結果詳細について下の表に示す。

開催日	平成27年11月	平成28年6月	平成28年11月
参加者	9名（患者3名、家族6名）	9名（患者3名、家族6名）	5名（患者2名、家族3名）
内容	患者及び家族による情報交換・話し合い、専門家からの助言	患者及び家族による情報交換・話し合い、研修医によるミニ講話	患者及び家族による情報交換・話し合い、専門家からの助言
助言者	訪問看護師、病院医療相談員	訪問看護師、病院医療相談員、医師	訪問看護師、言語聴覚士
保健師の 関わり	<ul style="list-style-type: none"> ・より共通の話題で話ができるよう疾患毎の開催を企画する。 ・患者も家族も普段の生活では表出できない不安・思い・葛藤について話ができる場面を設ける。 ・患者や家族から療養生活に対する具体的な相談があった場合には、訪問看護師や病院医療相談員から助言を得る。 	<ul style="list-style-type: none"> ・前回の会で、患者・家族が互いに励まし合う関係になった。症状が進行している中で、不安や葛藤も多いと考えられ、昨年度の良い関係から療養生活の活力に繋げる。 ・新たに診断された患者・家族にとって、他の患者が病気とどのように向きあっているかの参考や新たな患者も互いに励まし合う関係の機会をつくる。 ・医師から病気に関する最新のトピックスについて情報提供をしてもらい話題を広げた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・前回まで参加していた患者が亡くなった。亡くなることは避けられないことであるが、その事実に向け、それぞれの患者・家族がどのような最期を迎えたいか、そのために何ができるか・何をしたいか考える機会とする。 ・食事や会話を生活の中での楽しみとしている患者が多いため、それを少しでも継続できる工夫について言語聴覚士から助言をもらう。
結果	<p>普段、患者や家族がどのように過ごしているのかについての話題が中心であった。服薬状況や自宅でのリハビリの方法・工夫といった治療に関する話題から、おいしいものや楽しいことを考え“難病である”ということに囚われないように生活していたりなど、日常生活で心がけていることなどの話で盛り上がった。</p> <p>最近診断されたばかりの患者・家族から、この先どうなるのかという不安も聞かれた際は、他の参加者から「自身の場合は」と提案形での助言がなされた。</p>	<p>参加者9名のうち、前年度参加者は7名であった。参加者の状態は、昨年度に比べ症状の進行がみられ、それに対する不安を表出していた。一方で、生活の工夫や楽しみなどの意見も交換していた。今回初めての参加者からは、同じ疾患だからこそそれぞれの患者・家族の状態や気持ちが参考になったとの発言があった。</p> <p>胃瘻造設について悩む患者が、造設をしている患者からの話を聞いて、胃瘻を造設する覚悟を持つことができた。</p>	<p>前回まで継続して参加していた患者の訃報にショックを受けていたが、避けられないことだからこそ、しなくなった患者の最期を知り、改めて今の生活を振り返りながら、今後の生活をどのようにしていきたいか、どう生きていきたいかという話を、家族や支援者への感謝の気持ちも交え話をしていた。</p> <p>身体の状態により途中で退席する患者・家族や、折角の機会だからと頑張って参加している患者の様子が伺えた。</p>

3 患者・家族会の影響

1) それぞれの患者・家族への影響

○自分の生き方を考える

ある患者は、本疾患と診断されてから、ADLは自立していたものの外出の機会が減少していた。患者が話す内容は、治療薬への期待が強く、新薬や治験の話が多かった。それに対し、他の患者や家族の話が参考になればと、患者・家族会に声をかけたことを機に参加するようになった。

初めて参加した際、患者は新薬の期待について話をしていたが、会での他の患者の前向きな考え方、生き方に影響を受けていた。会に参加後は、疾患に対する不安な気持ちを表出するようになり、会に参加していた患者と連絡を取ったり、他の患者が話していた生活を参考に家族と外出や食事を楽しんだりすることができるようになった。ADLが徐々に低下し立てなくなる、起き上がりが難しくなるなど、その度不安の表出は見られたが、最期まで出来る範囲で楽しみを見出しながら生活をする事ができた。

○家族を思う

患者・家族会に参加してから、患者が家族への感謝の気持ちを話すことが増えていった。また、家族を思う気持ちから、胃瘻や人工呼吸器などの医療処置は受けないとの意思表示を強くしていた。これは、家族の介護量が増えたり、病状の進行に伴い意思が固まってきたりしたことも影響しただろうが、患者・家族会で他の患者・家族の意見から“自分はどう生きていくか”、“家族とどう過ごしていきたいか”を考える機会となり、家族への感謝の気持ちも生じるようになったと考えられる。

一方、家族は本疾患と診断されてから、“自分ができる限りのことはやろう”と病気について調べたり、身体に良いとされるものを食事に取り入れたり奮闘してきたが、患者・家族会への参加によって少しでも前向きに頑張っている患者の姿に励まされていた。患者の胃瘻や人工呼吸器などの医療処置は受けないという患者の意思についても、会を通して改めて患者の意思を確認する機会となっていた。そして、それは家族を思っただけの患者の選択であることを理解し、患者の意志を尊重していた。患者・家族会に参加してから“家族として出来る限りのことはやりたい”と、より積極的に患者の支えとなっていた。

○在宅サービス利用の拡大

ADLの低下に伴い日常生活の不便が生じていたが、患者・家族会に参加するまでは病気に対する不安が大きく療養生活への目を向ける事ができていなかった。会に参加したことで、患者が療養生活に目が向くようになった。他の患者が訪問看護やリハビリなどのサービスを利用していることを聞いて、それぞれのサービスの実際を知り、サービス利用の拡大に繋がった。更に、サービス利用が始まると様々な関係者が関わることになり、不安や大変さを表出する機会ができ、患者・家族にとって安心に繋がっていった。

○活動の広がり

ある患者は、主治医から“行きたいところに行って、美味しいものを食べて、なるべく楽しい事を考えてやった方がいい”と言われたことを機に、旅行に行ったり、色んな人と会ったり、美味しいものを食べたり、生活に楽しみを見出して過ごすようになった。

生活に楽しみを見出すという考え方は、患者・家族会の中で他の患者の参考になった。また、この患者には在宅難病患者支援従事者研修会^{*}の講師として活躍していただき、病気があっても楽しみを設けて生活している事や、病気に対する思いや意思決定についてなど話をしていただいた。患者自身も様々な場面で話すことが、自分の生き方や考え方の自信や生きがいに繋がっていたと考えられる。患者が自分の役割とは何かを考え、自分が出来る限りのことはやろう、楽しもうとしており、自分の考えや気持ちを整理する場になっていたと考えられる。

また、様々な場面で活躍する患者の姿を見ることや話を聞くことは、家族にとっても誇りであったと思われる。様々な場面に出向くことは大変であっただろうが、患者が自分の生き方を貫くこと、楽しむことを支えるということは、患者としてではなく一人の家族員がその人らしく生きていくことを支える

ことに繋がっていた。また、患者は、会で在宅療養の関係者だけでなく家族への感謝の気持ちも表出しており、その言葉は家族にとって介護意欲の向上に繋がっていたと考えられる。

2) 他の患者・家族、関係者への影響

生活に楽しみを見出すという考え方は、患者・家族会でも他の患者の参考になっており、その患者の前向きな姿勢の話の影響は大きいものであった。更に、在宅難病患者支援従事者研修会*の講師としても活躍した。この研修会では、病気があっても楽しみを設けて生活している事や、病気に対する思いや意思決定についてなど話をしていただいた。参加者からは、普段聞くことが少ない実際の患者・家族の生の声を聞くことができ参考になったとの意見が多かった。

※在宅難病患者支援従事者研修会：支援にあたる者の在宅難病患者支援に必要な知識及び技術の習得を図ることを目的とした研修会

4 考察

筋萎縮性側索硬化症は希少で症状の進行が早く、ADL の低下及び胃瘻増設や人工呼吸器の装着など患者や家族の人生に大きく関わる意思決定を求められ、誰もが様々な不安や葛藤を抱えている。しかし、この会はとても和やかな雰囲気のある会である。他の患者・家族の話がロールモデルとなり病気がありながらもその人らしい生き方を考える機会となっていた。また、この会の関係性は、患者・家族会の場だけでなく、個人的な交遊にも発展するなど参加者にとって患者・家族会は楽しみであり心のよりどころになっていた。

患者・家族を繋ぐこの会の役割を活かすためには、保健師が日々の個別支援で各患者の個性を見極めることが必要となる。また、リーダー的な存在の患者には研修の講師を依頼することで病気を持っている自分に生きる意義を見出し、喜びにもなっていた。保健師は、個別支援と集団支援をうまく繋げより効果的な患者・家族支援を行っていく必要がある。

また、この会は患者と家族も両方を対象としている。通常は、患者と家族がそれぞれで集まり、普段言えない事を言えるようにするということが一般的である。しかし、病気に対する不安は患者も家族も抱えるものである。この会で普段表出することがない不安や葛藤等を患者も家族も表出する事で、患者と家族が抱えるわだかまりが小さくなり、患者と家族とが共に病気と闘いながら生活することができると考えられる。患者と家族それぞれの思いがきちんと伝わるのが大切であり、保健師はその様な話が表出できるようなきっかけづくりを行ってきた。

この患者・家族会を通して、患者・家族は決して支えられるだけの対象ではないと感じる。患者・家族が考えたこと経験してきたことは私たち支援者にとっても学ばされることが多くあり、実際に患者・家族に前述の研修会の講師にもなっていた。支援する側、支援される側と区切るのではなく、それを超え患者・家族も含め関係者全員で同じ目的をもってつくり上げることが大切である。そして、それができるのがこの患者・家族会であると考えられる。

5 終わりに

県北健康福祉センターでのこの患者・家族会は、活気ある開催が続いていたが、患者や家族が続けて亡くなったことで開催が難しくなっている。しかし、参加者数が減ってはいるが、希少な疾患だからこそ、このような場で話ができる機会は貴重であると考えられる。筋萎縮性側索硬化症の患者の新規申請自体が減っているわけではないので、引き続き、患者・家族の反応やタイミングをみながら会を開催し、支援の一助として活かしていきたい。

また、当センターの筋萎縮性側索硬化症の患者の多くは、管内の大学病院が主治医であるため、受診の際に気軽に立ち寄れる交流の場として大学病院の協力を得るなど、これまでの開催とは異なる方法も検討が必要であると考えられる。

とちぎ難病相談支援センターにおける『難病ピア・サポート事業』展開への取り組み

平塚英治^{1) 2)}、豊田省子¹⁾、小松 明¹⁾、高橋和子¹⁾、伊東紀枝¹⁾

1) とちぎ難病相談支援センター とちぎ難病ピア・サポーター

2) 栃木県難病団体連絡協議会

【はじめに】

厚生労働省の指導の下に、全都道府県に難病相談支援センターが設置された。栃木県にも、平成16年5月に『とちぎ難病相談支援センター（以下「センター」と略す）』が設置され、医療職などの難病相談支援員が配置された。また難病の専門医や栄養士などが相談を受ける『医療相談』も定期的に実施されるようになった。以来、難病患者やその家族が抱える日常生活上の悩みや不安の相談窓口として機能し、安定した療養生活の実現をめざした支援活動がなされてきた。

平成27年1月に『難病新法』が施行され、対象疾患が、56疾患から306疾患に拡大され、新たな医療費助成制度が始まり、難病相談支援センターの充実強化が求められた。こうして難病患者を取り巻く療養環境は大きな変革期を迎えている。本県においても同年10月に、「第1回とちぎ難病ピア・サポーター養成研修」が実施された。ピア(peer)とは、「仲間」という意味であり、ピア・サポート活動は、当事者が相互に支援し合う活動一般をいう¹⁾。筆者らを含む10名のとちぎ難病ピア・サポーターがその課程を修了した。ピア・サポーター誕生後の12月から『難病ピア・サポート事業』が開始された。これにより難病患者や家族が、難病患者に相談したいと思った時に相談ができる体制が整えられた。この難病ピア・サポート事業は、4か月間の導入期を経た平成28年度から栃木県難病団体連絡協議会（難病連）へ業務委託された。これによって当事業は、患者同士のセルフヘルプ機能を有する活動形態となって新たな一歩を踏み出した。

こうして難病連が手探り状態で開始した『難病ピア・サポート事業』は、初年度がゆえの戸惑いや未熟さもあったように思う。そこで委託初年度における『難病ピア・サポート事業』を振り返り、その運営上の課題を明らかにすることと、次年度における事業展開の指針を得ることを目的としてまとめたので報告する。

【方法と結果】

1. 『難病ピア・サポーターによる相談事業』について

センターの運営形態は、都道府県によって直接運営されている場合と他に委託されている場合とがあり、前者が約3割（14件）、後者が約7割（33件）を占めている。委託先として最も多いのは「患者団体（18件・38%）」、次いで「病院（8件・17%）」などとなっている²⁾。

センターの中心的な活動は、保健師などによる相談である。その一翼を担うために本県においても、平成27年12月から難病ピア・サポーターが配置されるようになった。ここで言う『難病ピア・サポーター』とは、難病患者またはその家族であり、かつ所定の養成研修課程を修了した者を意味している。ピア・サポーターの役割は、患者や家族の悩み、不安、心配事などに寄り添い共に考えることである。そのために土日祝日を除く平日の10時から16時に、センターに、難病ピア・サポーターが1名ずつ配置された。さらにその後、『医療相談日』にも配置されるようになった。これによって平成28年度には、「243日に延べ330名」の難病ピア・サポーターが配置され、その相談件数は「84件」となった（「表1・表2」参照）。

保健師が受けた電話相談の中から、必要に応じてピア・サポーターへと引き継がれることが多かった。この場合には、同じ疾患系統の難病を持つ者に繋ぐなどの配慮がなされるため後日の予約となるが、予約なしで面談となることもあった。相談者の疾患名は、ピア・サポーターと同一の疾患名とは限らず、むしろ異なる場合の方が多かった。病状が日常生活に与える影響は大きく深刻な相談も少なくなかったが、相談後には、「同じ難病患者と話ができて良かった。」などの声が多く聞かれた。

相談者の居住地は、県内全域に分散していた（「図1」参照）が、宇都宮市が「35件」と最も多く、以下4市2町が「3～4件」と続いている（「表3」参照）。その一方で、「栃木市」「下野市」「那須塩原市」などの3市7町は、相談件数が「0件」であった（「表4」参照）。

表1 ピア・サポーターへの相談手段

区分	件数 (件)
電話	16
面接	68
合計	84

表2 ピア・サポーターへの相談者

相談者	人数 (名)
本人	71
家族	12
その他	1
合計	84

図1 相談者の居住地

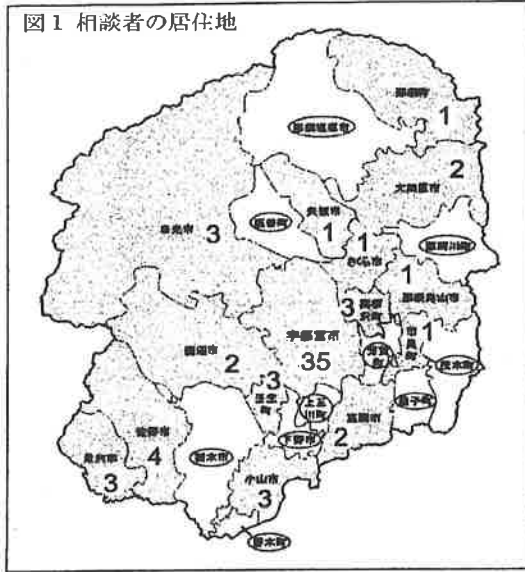


表3 居住地別相談件数

宇都宮市	35
佐野市	4
小山市	3
足利市	3
日光市	3
壬生町	3
高根沢町	3
鹿沼市	2
真岡市	2
大田原市	2
矢板市	1
さくら市	1
那須烏山市	1
市貝町	1
那須町	1
匿名希望者	2
合計	65

表4 相談件数「0件」の市町名

栃木市
下野市
那須塩原市
上三川町
益子町
茂木町
芳賀町
野木町
塩谷町
那珂川町

2. 『難病ピア・サポーター養成研修事業』について

(1) 養成研修について

第1回「養成研修」を受講した筆者らピア・サポーターによって、第2回「養成研修」を実施した（「表5」参照）。前年同様3回シリーズで構成したが、担当講師の変更を試みた。前年には他センターの講師に依頼していた初日の「基礎知識」を自前の当センター職員に、3日目の演習担当を、臨床心理士に変更した。受講者10名のうち男性はわずか1名と少なかった（「図2」参照）が、その年代は幅広いものだった（「図3」参照）。3回全てを履修できた10名全員に、栃木県難病団体連絡協議会名義の修了証明書が交付された。終了後のアンケート結果より、研修内容について「おおむね良かった」との回答が得られた。

表5 とちぎ難病ピア・サポーター養成研修の概要

平成27年度	第1回	講義	ピア・サポートの基礎知識 難病相談支援センターの活動	群馬県難病相談支援センター 難病相談支援員	川尻洋美氏
	第2回	講義	相談の受け方 ～相談員の心がまえ～	社会福祉法人 栃木のいのちの電話 常任理事	大橋房子氏
	第3回	演習	事例検討会	群馬県難病相談支援センター 難病相談支援員	川尻洋美氏
平成28年度	第1回	講義	ピア・サポートの基礎知識 患者会活動とピア・サポーター 難病相談支援センターの活動	栃木県難病団体連絡協議会 会長 栃木県難病相談支援センター 難病相談支援員	平塚英治氏 入江孝子氏
	第2回	講義	相談の受け方 ～相談員の心がまえ～	社会福祉法人 栃木のいのちの電話 常任理事兼事務局長	大橋房子氏
	第3回	体験講習	ピア・サポートの体験講習 ～『ピアならではの』相談活動とは？～	昭和大学横浜市北部病院こどもセンター 臨床心理士	谷口須美恵氏

図2 養成研修受講者の性別割合 N=10



図3 養成研修受講者の年代 N=10



(2) フォローアップ研修について

平成27年度修了生11名と28年度修了生10名を対象とした「第1回 フォローアップ研修」

を実施した（「表 6」参照）。当初、「難病ピア・サポーター」の実践者を探し求めたが達成できなかった。そこで「がんピア・サポーター」に活路を求め、県立がんセンターのご協力を得て、道が拓けた。「がん」と「難病」とでは病は異なるが、病気への不安や辛さは同じであると考えたのである。フォローアップ研修の受講者数は 20 名であり、その出席率は 95%であった。

表6 フォローアップ研修の概要

日時	平成29年1月30日(月)13時30分～15時30分
場所	とちぎ健康の森 小会議室
テーマ	「がんピア・サポーターの実践体験を通して、難病ピア・サポーターへ伝えたいこと」
講師	「がん患者と家族の会 ピアサポート那須」会長 並木邦憲氏

【考察】

1. 『難病ピア・サポーターによる相談事業』について

平成 26 年 12 月に実施された調査²⁾によるとピア・サポーターが配置されている運営主体は、11 都道府県（23%）である。相談者の話を聴いている中で、「私も難病患者なのですよ」「同じ薬を使っています」という一言で、相談者の表情が一変することがある。「この人と話をしたい」「この人ならわかってくれる」という仲間意識である。今という同じ時間空間に、難病を持った生活者として、解りあえる仲間と話ができることの安堵の表情である。これがピア・サポーターの「ちから」である。相談者とピア・サポーターの疾患名は異なっても、難病患者であるというその特性を活かしピアならではの寄り添いが可能であった。医療職や福祉職である難病相談支援員とは異なる「当事者」という立場からの支援が可能となる。この意味において患者同士の支え合い活動として、難病ピア・サポート事業を難病連が委託を受けた意義は大きい。

また相談者の居住地に「相談件数 0 件」の地域も見られたことから、「なぜ 0 件だったのか」その理由を探り、それを解消することが必要である。今後は県内外も、がん・難病も問わず、ピア・サポーター同志で横の連携を図りつつ、共に学びあっていくことも重要である。

2. 『難病ピア・サポーター養成研修事業』について

(1) 養成研修について

本研修に応募してきた受講者の応募動機を見ると、「難病患者の役に立ちたい」という回答が多く、それを反映するように熱心に学ばれていた。応募者が 10 名と少なかった要因の一つに、広報・周知期間が充分でなかったことがあげられる。これは、研修内容の検討に時間を要したためと考えられる。今後は、研修実施要項の早期立案に努め、募集期間の延長・確保を図りたいと考える。また男性が 1 名と少なかったことから、より多くの人々が受講できるようにするための工夫として、「平日開催」と「週末開催」の隔年実施などが考えられた。

(2) フォローアップ研修について

がんピア・サポーターである並木氏から、「ピアサポート那須」の立ち上げ、街中サロン「ひなたぼっこ」や遺族の心のケアとして「分かちあいの会 in 那須」の開設、ピア通信「病み甲斐」の発行などの話などを伺い、多くの知見を得ることができた。病と共に歩む姿に感動を覚えた。

この研修は、今後の道を模索している私達にとって示唆に富む内容であった。ピアだからこそできることを大切にすること、病気になっても夢を諦めないことなどを学んだ。また違いを見るよりも共通点を見ることで、見たいものが見えてくることもあることも学んだ。今後は受講生の学習ニーズを把握し、それに応えるテーマなども企画できるよう心がけたい。

【まとめ】

難病連が『難病ピア・サポート事業』を展開した平成 28 年度を振り返り、運営上の課題を明らかにした。これらの緩和や解決めざして 2 年目の指針としたい。さらに先進地に学びながら横の連携を図り、とちぎの難病患者やその家族が笑顔で暮らせるような活動をめざしたい。

引用文献

- 1) 大島 巖：「ピアサポート」というチャレンジ、精神科医療サービス、13 (1)、p6-10、2013。
- 2) 平成 26-27 年度厚生労働科学研究費補助金「難病相談支援センター」に関する分担研究：「難病相談支援センターの役割に関する研究報告書」、平成 28 年 (http://www.nanbyou.or.jp/upload_files/kenkyui.pdf) (参照 2017-5-30)。

うつ病復職デイケア追跡調査の結果を振り返る

栃木県精神保健福祉センター ○水沼健太 米山輝美 小栗友美子 黒崎道
齋藤久雄 増茂尚志

1. はじめに

当センターではうつ病で休職中の者が、自分への対処法等を身につけスムーズに職場に復帰できることを目的に平成 21 年 10 月から、認知行動療法（以下、「CBT」という。）の要素を取り入れたうつ病デイケア(平成 22 年度からは名称を「うつ病復職デイケア(以下、「うつデイ」という。))に変更を、週 1 回、2ヶ月間（年 2クール）実施している。また、うつデイ修了者には復職の有無を含めた生活状況の把握のため調査にも協力をいただいている。

今回は、平成 22 年度から平成 27 年度第 1 期までの調査の結果を振り返ることで、就労等の傾向やうつデイで実施したプログラムの生活への活用状況の把握、そこから推察されるうつデイに求められる役割について、考察したので報告する。

2. 追跡調査の対象及び内容等

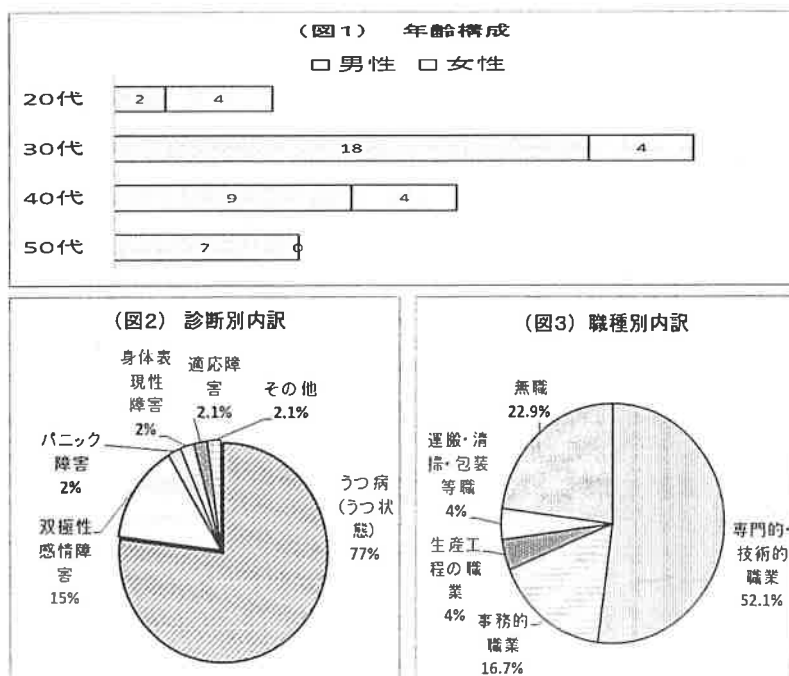
- 1) 調査対象者 平成 22 年度～平成 27 年度第 1 期修了者 57 名中、協力の得られた 48 名。
うつデイの中断者には実施していない。
- 2) 調査時期 うつデイ終了後 4ヶ月後及び 1年 4ヶ月後。
- 3) 調査内容 A 4 用紙 1 枚の質問紙に選択及び自由記載で回答してもらう形で実施。項目は以下の 3 部で構成されている。
 - (1) うつデイ終了後の状況（『職場復帰した』、『職場の復帰プログラムに参加中』、『他支援機関利用中』、『休職継続中』、『退職した』、『その他(転職等)』から選択）
 - (2) うつデイで学んだことの取り組み状況やそれに関係する出来事について（思考、気分、行動の視点で自由記載）
 - (3) 自由意見・要望
- 4) 調査方法 返信用封筒を同封し、郵送による調査。追跡調査の協力依頼に対して返信がなかった場合には、再依頼した。

3. 追跡調査の結果

回答者数 48 名のうち、男性は 36 名、女性は 12 名で、年齢構成（図 1）は 30 代が最も多く、平均年齢は男性 40.3 歳、女性 34.9 歳であった。

診断別（図 2）では、9 割以上がうつ病（うつ状態）又は双極性感情障害であった。

職種別（図 3）では、「専門的・技術的職業」が 25 名（52.1%）、「事務的職業」8 名（16.7%）、「生産工程の職業」2 名（4.0%）、「運搬・清掃・梱包等職」2 名（4.0%）であった。また、「無職」は 11 名（22.9%）であった。



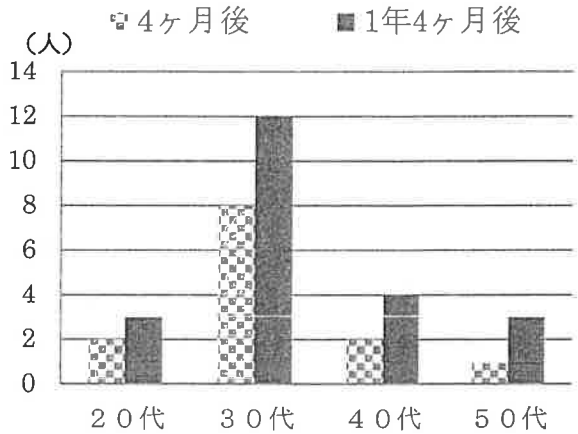
1) うつデイ終了後の状況について

48名のうち4ヶ月後の復職者数は13名(27.1%)、1年4ヶ月後は22名(45.8%)であった。年代別(表1)にみると、1年4ヶ月後には30代が22名中12名(54.5%)、20代が6名中3名(50.0%)、50代が7名中3名(42.9%)であった。職業別(表2)にみると、「専門的・技術的職業」では25名のうち15名(60.0%)、「事務的職業」では8名のうち5名(62.5%)であった。

(表1) 年代別復職状況

n = 48

	20代		30代		40代		50代		計	
	4ヶ月後	1年4ヶ月後	4ヶ月後	1年4ヶ月後	4ヶ月後	1年4ヶ月後	4ヶ月後	1年4ヶ月後	4ヶ月後	1年4ヶ月後
復職	2	3	8	12	2	4	1	3	13	22
復職率	33.3%	50.0%	36.4%	54.5%	15.5%	30.8%	10.4%	42.9%	27.1%	45.8%
対象者総数	6	6	22	22	13	13	7	7	48	48



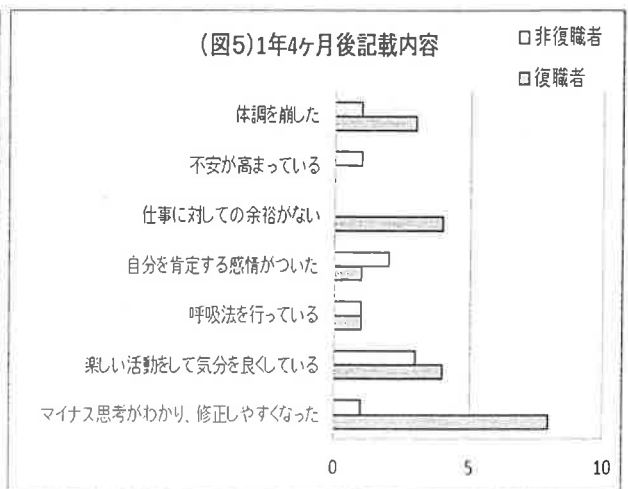
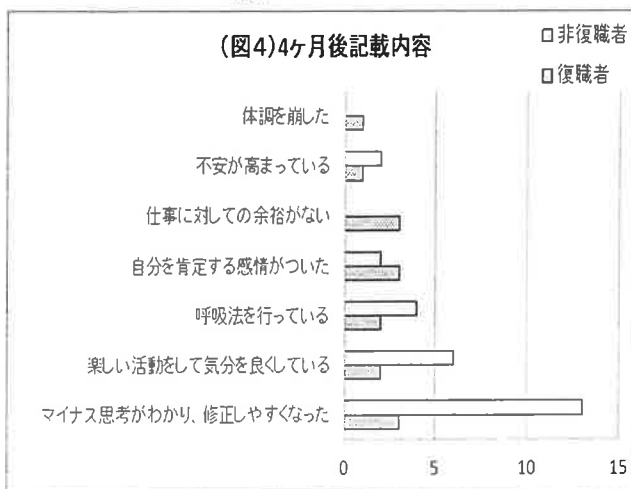
(表2) 職業別

n = 48

	4ヶ月後転帰					1年4ヶ月後転帰					
	復職	休職 (復帰プログラム)	休職	転職	無職	復職	休職 (復帰プログラム)	休職	転職	無職	返信なし
専門的・技術的職業	9	3	12	0	1	15	0	4	1	1	4
事務的職業	3	0	5	0	0	5	0	1	0	1	1
生産工程の職業	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1
運搬・清掃・包装等職	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0
無職	0	0	0	1	10	0	0	0	3	6	2
総計	13 (27.1%)	3 (6.3%)	19 (39.6%)	2 (4.2%)	11 (22.9%)	22 (45.8%)	0 (0.0%)	5 (10.4%)	5 (10.4%)	8 (16.7%)	8 (16.7%)

2) うつデイで学んだことの取り組み状況やそれに関する出来事について

4ヶ月後及び1年4ヶ月後の記載内容では(図4及び図5)、復職の有無に関係なく、「マイナス思考(考え方のくせ)がわかり、修正しやすくなった」、「楽しい活動をして気分を良くしている」との回答が多かった。復職者に関しては、4ヶ月後に比べて1年4ヶ月後では「仕事に対する余裕がない」、「体調を崩した」との回答が増加していた。



3) 自由記載・要望について

「週1回だから気軽に参加出来た」、「週1回継続参加して、少し自信がついた」、「(1クールのうち)半分しか参加できなかったため、体調が十分に回復できていないことがわかった」、「デイケア参加は復職への第一歩としてはいいが、デイケアだけでは復職へのハードルをこえるのは難しい」、「(デイケアで)学んだことは元気になってから理解できるし、実行できると思った」等のデイケアへの感想も見られた。また、要望については「全体的に取り組んでほしい」、「メンバー同士で話し合って、プログラムを決めてもいいのでは」等の意見があった。

4. 考察

追跡調査をまとめた結果、終了後4ヶ月時点では約3割の者が、1年4ヶ月時点では約5割の者が復職をしていた。この結果からは、週1回のプログラム参加でも一定数の者は復職できていることがわかった。週1回という構造については、自由記載(デイケアへの感想部分)からは毎日通所することが困難な段階において、職業的リハビリテーションよりも医学的リハビリテーションが必要な者にとってのニーズがあると考えられる。職業別(「専門的・技術的職業」と「事務的職業」)に同程度の割合で復職者がみられたことに関しては、CBTの内容が考え方のくせ等、本人の受け止め方に焦点を当てて扱うため、業務の専門性等に大きく影響されなかったためと考えられる。

うつデイで学んだことの取り組み状況では、復職の有無に関係なくCBTで学んだことを生活に活用できていることがわかった。これは、プログラム開始時から毎回ホームワークを出しており、これを基にホームワークチェックやミーティングを行うため、繰り返し学習することで理解が深まったためと考えられる。また、1年4ヶ月後では「マイナス思考(考え方のくせ)がわかり、修正しやすくなった」、「楽しい活動をして気分を良くしている」という項目に復職者の回答が増えていることや「学んだことは元気になってから理解できるし、実行できると思った」という感想からも、仕事とCBTで学んだ内容を活かして勤務できていることが推測された。その一方で、体調を崩しながら勤務をしている者も少なからずいるため、勤務を継続しながら受けられる支援や当センターが実施しているうつデイ修了者の集い(うつデイ修了者を対象とした情報交換の場 年1~2回実施)等が必要であるとされる。

5. まとめ

今回は、うつデイ終了後の追跡調査の結果を振り返ることで、うつデイ終了後の就労や生活状況、プログラムの生活への活用状況について報告した。その中で、一定数の者が復職できている一方、再発予防の視点からも勤務を継続しながら支援の必要な者がいることがわかった。

そこで、当センターでは平成29年度からうつデイの週1回という特徴を活かして、頻回欠勤者についても主治医及び職場の理解があれば受け入れを可能とした。これは、頻回欠勤者にとって勤務を継続しながら症状の軽減が期待されるとともに、休職中の参加者にとっては復職した者の話を聞くことのできる貴重な機会と考えられる。参加者にとっての相乗効果を期待し、経過をみていきたい。

栃木県県南健康福祉センター「精神障害サポート教室」の2年間の取り組みについての考察

栃木県県南健康福祉センター ○湯澤春香 中河原幸子 飯田健太郎 児玉みどり
 深津静枝 関田恵三子 大橋俊子
 栃木県県北健康福祉センター 増渕悠

1 はじめに

精神保健福祉施策において地域移行・地域生活支援が進められる中、誰もが人格や個性を尊重し互いに支え合い、安心して自分らしく生活していくためには、精神障害がある当事者や当事者家族、支援者も含めた地域住民が精神疾患や精神障害者について正しく理解することが重要である。

栃木県県南健康福祉センター（以下、当センター）では従来家族支援として実施してきた統合失調症の家族を対象とした「精神保健福祉家族教室」（以下、家族教室）を、普及啓発を目的として平成27年度より新たに「精神障害サポート教室」（以下、サポート教室）として、対象を支援者を含む一般住民に拡大し実施している。そこで本事業を開始してから2年間の取り組みについて検討したので報告する。

2 事業の概要

○目的

地域住民、家族、支援者等が、精神疾患や精神障害者への理解を深めると共に、相談機関や家族会等の社会資源に関する知識を習得し活用できることにより、当事者・家族が安心して生活できる地域づくりを目指す。一般住民に対しての普及啓発の促進と、家族支援として地区家族会（小山地区精神保健福祉会、以下家族会）の周知及び活動促進を図る。

○共催機関：栃木県栃木健康福祉センター、小山地区精神保健福祉会（小山地区やしお会）

○周知方法：管内市町広報紙、関係機関への通知・周知依頼、ホームページにチラシを掲載

○事業内容

【平成27・28年度精神障害サポート教室】

参考【平成26年度精神保健福祉家族教室】※3

○対象者：一般住民（関心のある方はどなたでも） ○対象者：統合失調症の家族 ※事前に面接

○実施回数：8回（学習会を4回1コース×年2回） ○実施回数：11回（交流会6回と学習会5回）

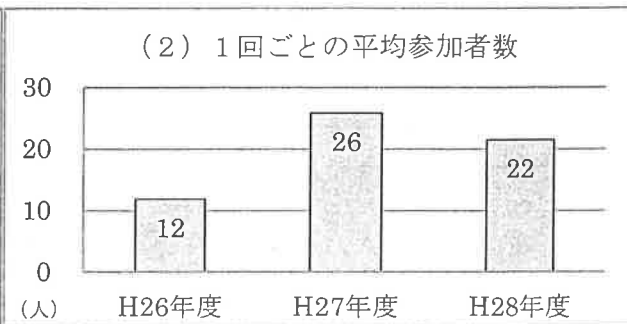
年間コース	内容	講師
第Ⅰ期／第Ⅱ期	① 統合失調症と薬の基礎知識	精神科医
	② 社会資源・サービス	相談支援専門員 小山やしお会員
	③ 精神保健福祉の変遷と周囲の対応（※1、2）	保健師
	④ 当事者の体験から学ぶ	ピアサポーター 精神保健福祉士

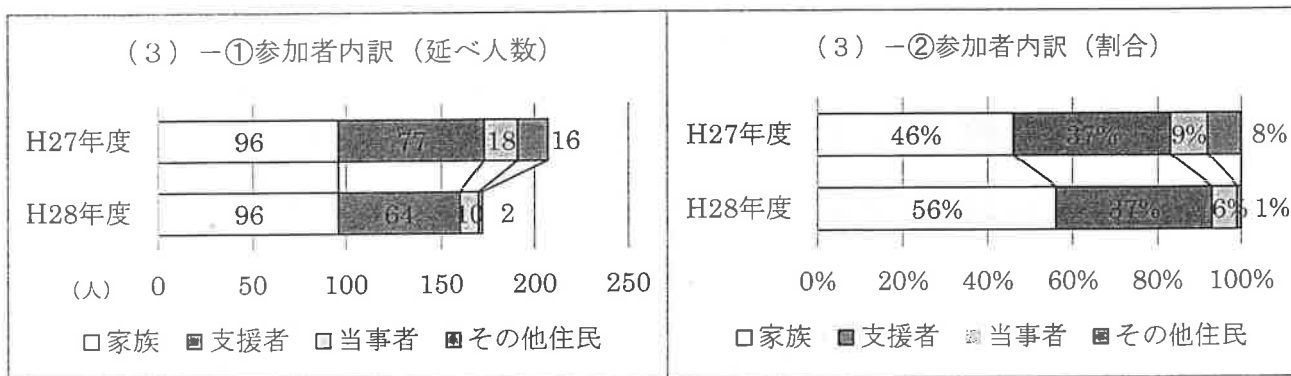
年間回数	内容	講師
6回	交流会	—
5回	学習会 ・統合失調症と薬の基礎知識 ・家族の回復について学ぶ ・社会資源・サービス ・家族の対応についてのSST ・当事者の体験発表	精神科医 他家族会員 相談支援専門員 精神保健福祉士 ピアサポーター

※1 H27年度「③周囲の対応についてのSST」作業療法士
 ※2 周囲の対応については講話＋映像資料を活用

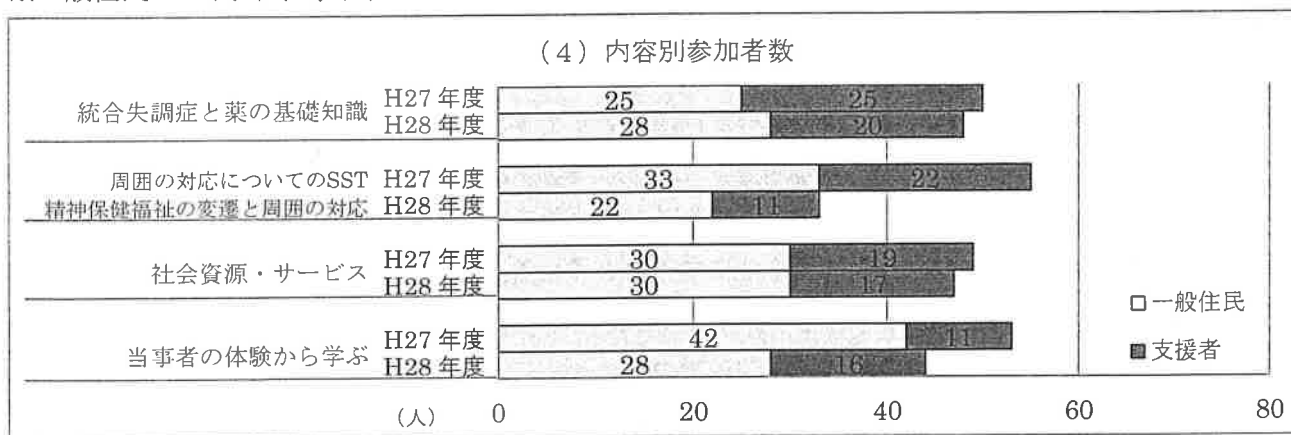
※3 H27年度以降は家族会を通して家族支援を実施

3 結果

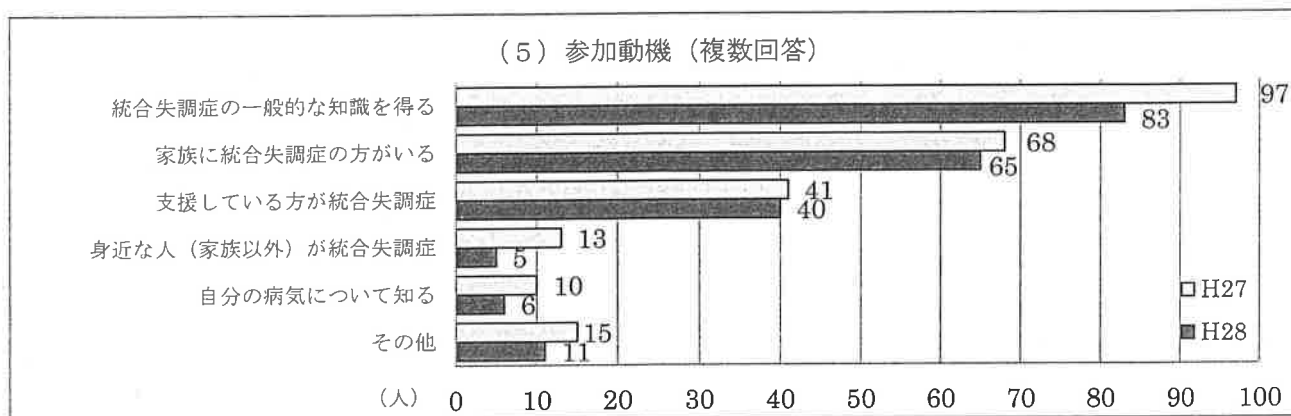




※一般住民…当事者、家族、知人等 支援者…医療機関、教育機関、行政、相談支援機関等



以下、終了後アンケート結果より ※H27年度 n=185(回収率 89.4%)、H28年度 n=148(回収率 86.0%)



(6) 自由意見 (抜粋)

- 「今まで何も知らなかったので話を聞いて不安がだいぶ減った。」
- 「家族が病気を理解することが大切だと思う。」
- 「精神疾患と聞くと気負ってしまう自分がいたが目から鱗だった。心のバリアフリーだと思った。」
- 「精神障害者の方への支援方法の研修を広く数多くして欲しい。」
- 「口頭・資料での説明に加え、VTR を観ながら色々なシチュエーションでの本人への対応について学ぶことができ、とても分かりやすく最後まで関心を持って参加できた。」
- 「本人への対応は理解はできても思うようにいかないことも多い。」
- 「上から目線の対応をされることがある。回復力を高める会話力については親よりも支援者に勉強をしてほしいと思う。」
- 「当事者の話を聞く機会は貴重で参考になった。」「ピアサポーターの活躍を行政として支えて欲しい。」
- 「自分は当事者であるが、この病気のことがわかる仲間が欲しい。」

4 まとめ

- ・従来の家族教室では参加者が固定化していたが、サポート教室では参加者が増加し、1回ごとの平均参加者数をみると平成26年度よりほぼ倍になった。
- ・参加者内訳では、平成26年度までは参加できなかった支援者、当事者、一般住民が約半数となった。
- ・内容別参加者数は、おおむねどの回も同じであった。
- ・参加動機は、平成27・28年度ともに、「統合失調症の一般的な知識を得るため」が最多で、次に「家族に統合失調症の方がいる」「支援している方が統合失調症」の順に多かった。

5 考察

〈事業の効果〉

- ・サポート教室に変更後は、精神疾患や精神障害者への理解について広く普及啓発ができたと考える。特に支援者の参加が増加し、支援者からはこのような研修の機会をもっと作って欲しいとの意見もあり、支援者の理解を深め、資質向上につなげることができた。
- ・一般住民で関心のある方は誰でも参加可としたことで参加のハードルを低くでき、また教室参加により家族が徐々に心を開き、医療機関や支援機関に相談することや社会資源をうまく活用すること、他の家族とつながることのきっかけづくりになったと考える。
- ・共催機関である家族会の活動の周知により、家族会の交流会に新規で参加する家族等、メンバーの固定化の課題があった家族会活動促進につながった。

〈内容について〉

- ・平成27年度に作業療法士を講師として実施した「周囲の対応についてとSST」を、平成28年度は「精神保健福祉の変遷と周囲の対応」として当センターの保健師が講話を行ったが、家族の関わり方について映像資料（DVD）を活用して説明を行ったことは、参加者にとっては具体的でわかりやすく、実践できる知識として役に立ったと思われる。
- ・国は地域移行・地域生活支援に向けて、当事者の視点を重視した支援を充実させる観点からピアサポーターの活用を推進しているが、当センターでもピアサポーターの育成や研修を実施している中、ピアサポーターの体験発表は、参加者にとっては当事者との交流から当事者を身近に感じ、当事者への理解が深まる機会となり、ピアサポーターにとっては活躍できる場となった。

6 今後の方向性

サポート教室の形式にしたことで普及啓発効果、支援者の資質向上効果、家族支援の効果、家族会の活動促進効果、ピアサポーターの活動促進効果を認めたので、当センターとしては、精神障害がある当事者や周りの住民誰もが自分らしく生活できる地域になることを目指して、本事業がさらに効果的になるよう実施方法や内容について検討していきたい。

7 参考文献

- ・厚生労働省（2004）「心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会報告書」

精神科緊急措置通報の若年ケースから推察される今後の精神・母子保健対策について

栃木県県西健康福祉センター

○金田薫 川俣麻子 石田恵理 江連淑和 星野奈津希

松澤里美 渡邊宣子 渡邊悦子 飯田良雄 塚田三夫

1. はじめに

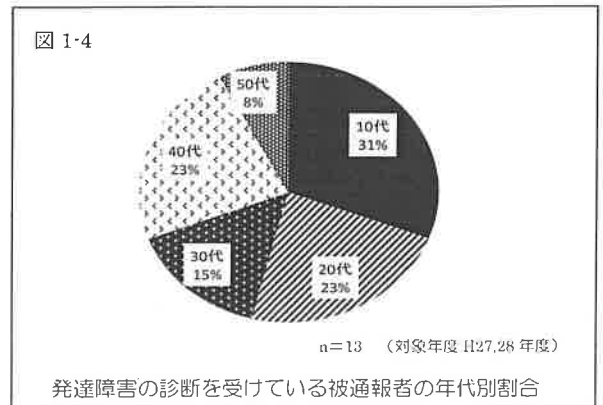
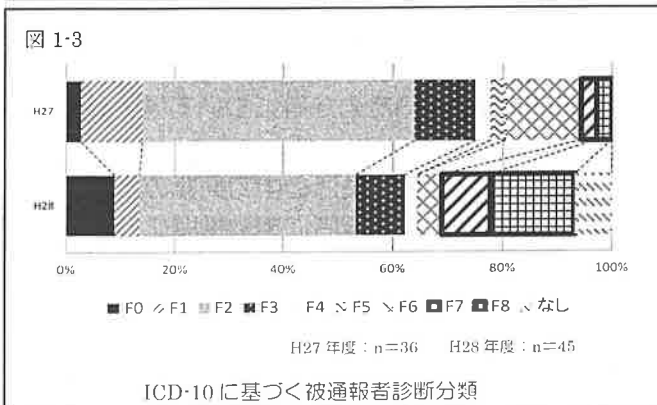
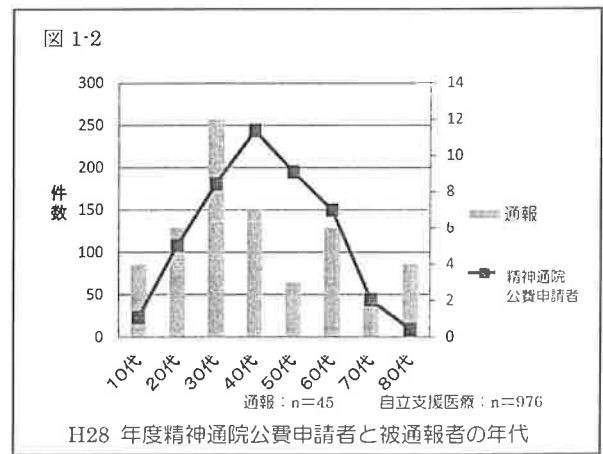
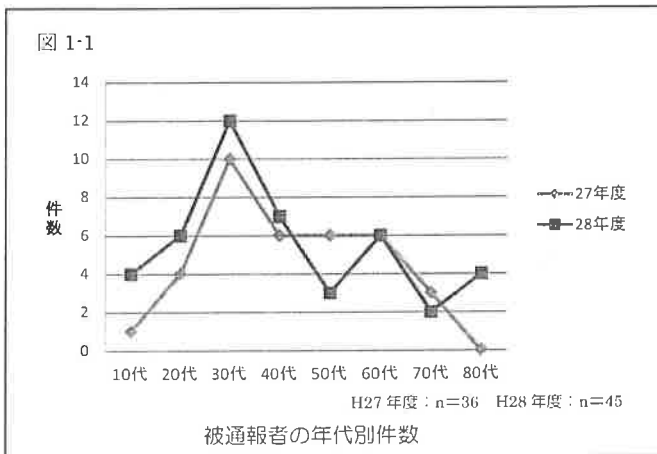
近年の県西地区の精神科緊急措置業務において、発達障害等の対人関係の課題を持つ事例で、青年期以降に社会生活上の危機が顕在化し、通報に至るケースが少なくない。

県西健康福祉センターにおいて、精神保健福祉法に基づく申請・通報・届出（以下通報）件数の経年変化は横ばいであり、平成 27 年度・28 年度の被通報者は、年代別にみると、20 代、30 代が多く全体の 4 割を占めている（図 1-1）。一方、精神科通院医療費の公費申請において、平成 28 年度年代別件数は 40 代がピークとなっている（図 1-2）。

被措置通報者のうち、「発達障害(F7,F8)」の診断を受けている者は、平成 27 年度は 36 件中 2 件(6%)、平成 28 年度は 45 件中 11 件 (25%) と大幅に増加しており、その年代は 10 代～30 代が 69%であった（図 1-3,1-4）。

一方、発達障害者等に対しては、母子保健対策として、乳幼児期から学童期・思春期・青年期を経て就労自立までの切れ目のない一貫した支援体制をめざし、市町では子育て包括支援センターやこども総合サポートセンター、県では子どもの心の専門窓口設置等相談支援体制の充実に向けた事業等が展開されている。

ここでは、県西地区の精神科緊急措置業務における 10 代～30 代の発達障害のある方につき、乳幼児期からの発育発達・医療・養育・相談状況等を分析し、現在実施されている事業や、今後の発達障害の二次障害予防並びに障害者の豊かな地域生活に資するような地域づくりに向けた対策について考察したので報告する。



(1) 対象者：平成 27 年度、28 年度の被通報者のうち「10 代～30 代」かつ「発達障害の診断を受けていた者（措置診察の診断結果が発達障害の者、及び措置診察不要の者で既に発達障害の診断を受けていた者）」9 名を抽出。

(2) 抽出したケースについて調査書等から以下の項目についてデータベースを作成した。

(3) 集計に用いた項目

- ・乳幼児期の発育発達状況（家族から聴取した内容）
- ・不登校経験
- ・いじめ
- ・暴力出現時期
- ・対人トラブル
- ・非行
- ・就労経験
- ・発達障害診断時期
- ・精神科入院歴

3. 結果

図 2

ケースNo. (年代)	社会的所属						所属集団の有無	通報時の有無	診断結果	措置及対応	治療時の精神科治療状況	自立支援医療	精神保健福祉手帳	療育手帳	相談期間との繋がり		療育の有無	
	保育園 幼稚園等	小学校		中学校	高校	大学・ 専門学校									職退等	過去		現在
		低学年	高学年															
1 (10代)			□いじめ ◆暴力出現	■非行 △こたわり	○中途 ■通報			×	診察不要	治療不要	×	×	×	×	×	×	×	
2 (10代)		◎多動 □いじめ		◆暴力出現 ★不登校	■非行 ○就職 ▲対人トラブル			△(不安定)	診察不要	未治療		×	×	×	○	×	×	
3 (10代)		*退席有難		◆暴力出現 ■診断	▲対人トラブル ★不登校			△(不安定)	診察不要	治療中	○	×	×	×	○	○	×	
4 (10代)			◎多動 ◆暴力出現 ★不登校 ■非行		○就職 ○中途 ■通報			×	要措置	治療中	○	×	×	×	○	○	×	
5 (20代)				★不登校 ◆暴力出現		→ ○就職		×	要措置	治療中断	○	○	×	×	○	○	×	
6 (20代)					★不登校	▲対人トラブル ○中途		×	措置不要	治療中断	○	○	×	×	○	○	×	
7 (20代)	△こたわり		□いじめ ★不登校		→	▲対人トラブル ◆暴力出現		○(大学生)	措置不要	治療不要		×	×	×	×	×	×	
8 (30代)					□いじめ ★不登校	○中途		×	診察不要	治療中		×	×	×	×	×	×	
9 (30代)	◎多動			☆幻覚妄想	◆暴力出現			×	要措置	治療中		×	×	○	○	×	×	

→精神科入院

9 事例の調査結果

調査の結果は図 2 のとおり。対象のすべてのケースがさまざまな社会的所属集団を経験している。その経過中に何らかの特性に気づかれ、診断され、問題行動を発現していたと思われることに対して、その保護者や関係者がどのような関わりをどれくらいの期間継続していたのか等については情報に限りがあった。また、相談利用歴があっても療育の利用経験は無かった。

通報時の精神科治療状況では、対象のすべての 9 ケースが、家庭や集団生活の中で発達の課題が明らかとなり診断されていた。通報時治療中だったのは 4 ケースであった。通報時に相談機関につながりがあったのは 4 ケースで、医療にも相談機関にもつながりを無くしていたのは 3 ケースであった。

また、学校中途退学者が 4 ケース、不安定な在学者が 2 ケースと通報時に社会的集団に帰属していない者の通報が多く、通報時に帰属先があるのは 1 ケースだった。

4. 考察

今回調査対象とした9事例の分析結果からみえた課題と、今後の対策の可能性について考察する。

【課題】

ライフサイクル		出生前	乳幼児期	学童期	青年期	成人期					
所属		出生前	保育園・幼稚園等	小学校・中学校・高校・専門学校・大学等		職場等					
課題	本人		発達特性 愛着形成	過剰適応 チック	学校不応 いじめ	不登校 学業不振	暴力出現 診断	非行 病識の欠如	就労不安定 治療中断	ひきこもり 対人トラブル	通報
	家族		育児困難感 相談先や社会資源を知らない	孤立感	不安感	家庭内暴力			対応に疲弊		
9事例に関わりのあった周囲のサポート		母子保健事業 (行政保健師の関わり)		学校保健 医療 相談機関							

<早期発見・早期療育・発達特性に配慮した支援プログラムの開発と普及>

今回の調査では対象者の乳幼児健診結果までの調査には至っていないが、すべてのケースが義務教育中に診断を受けている。保育担当者や保健師が気づいていた発達特性はあったのではないかと考える。早期診断や早期療育につながっていない背景には、家族への働きかけの困難さや、支援者側のスキルの課題が想定される。関係者へのコンサルテーション機能を強化し、本人・家族が相談支援の効果を感じることができるような相談支援体制の整備が必要である。また、困った時に安心して相談できる場や支援プログラム等を整備していくと共に、それらの情報を広く啓発していくことが求められる。

<保健・医療・福祉・教育・職域の連携強化>

成長に伴い様々な機関等を利用していく本人や家族に対し、関係機関の見立てや方針を共有し、相互連携を図りつつライフサイクルを通じた総合的な支援が提供されるような引き継ぎを密に行う必要がある。また、本人・家族・地域の現状から各部門間のつながりとその不具合などを客観的に観察し広域的調整を図ることが求められている。

5. 終わりに

今回、精神科措置業務で関わった発達障害等の対人関係に課題を持つ若年者の通報ケースについて、調査書等から支援経過の振り返りを行った。限られた情報ではあるが、乳幼児期からこどもの発達支援に関わる母子保健や集団生活や教育の場、医療や相談機関等からこどもや保護者に向けた支援がさまざま提供されていたことが明らかになった一方、支援の継続性が今後の課題であることも再認識できた。

本年4月から、管内市において、こどもの総合的な支援体制をめざしたサポートセンターが開設され、妊娠・乳幼児期から就学就労までの切れ目ないワンストップの支援体制づくりが始動している。

早期療育や継続支援が困難となる事例には、保護者が精神的な疾患を抱えていたり、問題解決能力が低いなどの家族の環境要因も影響している場合も多く、障害受容・発達特性を抱える当事者が長所を活かして自己実現していけるようなトータルな地域づくりが必要であり、その構築を目指すことが県保健所の使命であると考えます。

引き続き管内市と共に関係機関と協働し、豊かな地域づくりにあたりたい。

栃木市における思春期保健事業の取組みについて

栃木市健康増進課

○橋本麻希子 向山絢香 茂呂恵子 亀山奏代香

塚本由紀子 松長幸子 渡邊澄子

栃木県南健康福祉センター 深津静枝

はじめに

本市には小学校が30校、中学校は14校あり、当課への性に関する講話依頼は例年5校～10校となっている。10代の妊娠・出産は年間20～30件で、その多くが様々な支援を必要としていることから、思春期保健に関する現状を把握し今後の取組みを検討したので報告する。

実施方法

平成28年9月に小中学校の養護教諭を対象にアンケートを実施し、各学校の性に関する指導の内容や対象学年、担当教員、指導にあたり感じている課題や問題、健康増進課への要望などを意見収集した。

アンケート結果

44校すべてから回答が得られた。

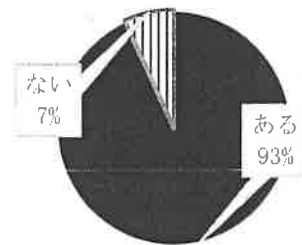
課題や問題を感じているか

感じている：41校（小学校29、中学校12）93%

特に感じていない：

3校（小学校1、中学校2）7%

【図1】 性に関する取組で、課題や問題だと感じていることはありますか。



性教育の担当

養護教諭：28校（小学校25、中学校3）41%

学級担任：25校（小学校24、中学校1）36%

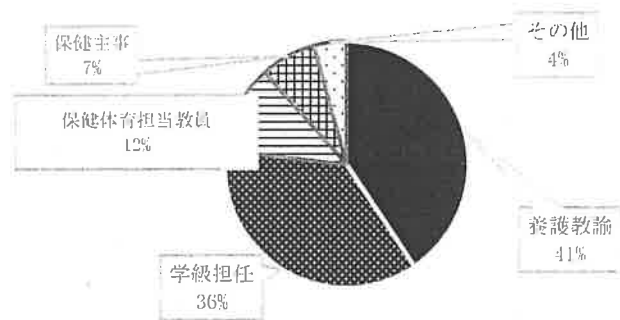
保健体育担当教員：8校（中学校8）12%

保健主事：5校（小学校2、中学校3）7%

その他：3校（小学校2、中学校1）

総合病院の小児科医、助産師に依頼

【図2】 性教育の取組はどなたが担当ですか。



課題や問題に感じること

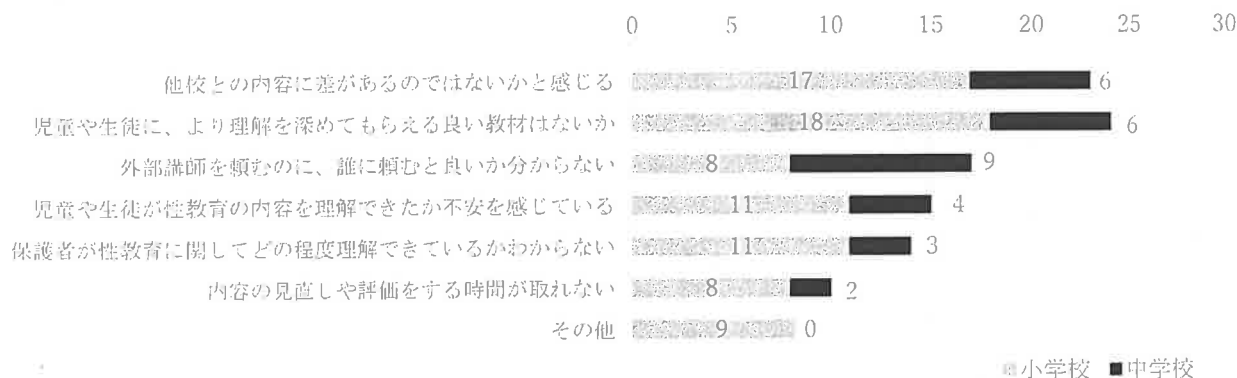
児童や生徒に、より理解を深めてもらえる教材：24校（小学校18、中学校6）

他校と内容に差があるのではないか：23校（小学校17、中学校6）

外部講師を誰に頼むと良いか：17校（小学校8、中学校9）

児童や生徒が内容を理解できたか：15校（小学校11、中学校4）

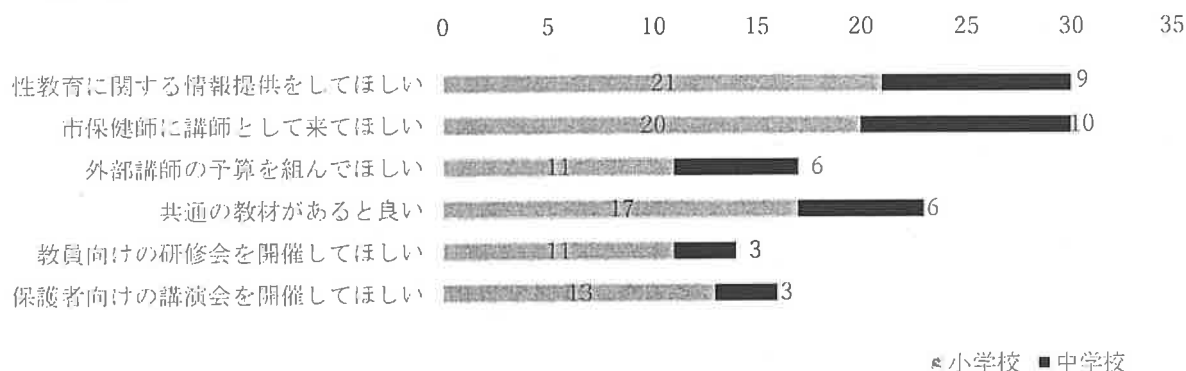
【図 3】 課題や問題に感じることは何ですか。



健康増進課への要望

性教育に関する情報提供： 30校（小学校21、中学校9）
 保健師に講師として来てほしい：30校（小学校20、中学校10）
 共通の教材があると良い： 23校（小学校17、中学校6）

【図 4】 健康増進課への要望はどのようなものですか



アンケートのまとめ

性に関する指導は養護教諭や学級担任が担当している学校が多く、指導内容や教材、外部講師等について課題や問題を感じていることや、保健師の派遣要望があることが分かった。

検討会の開催

参加機関

獨協医科大学病院産婦人科助産師 2人、栃木県県南健康福祉センター1人、養護部会 2人、小学校教諭 1人、中学校教諭 1人、学校教育課 1人、保健給食課 1人

検討内容

アンケート結果及び各関係機関の現状を踏まえ、今後の性に関する取組み方法について検討した。

1 対象に合った保健指導教材の作成

- 1) 養護教諭と協議しながら既存の教材を生かし、学年に応じた基本的な教材を作成し、必要に応じ各学校が活用できるようにする。

- 2) 教育教材の所在、借用の可否、購入先、講師等の情報リストを作成し効率化を図る。
- 3) 性に関する正しい知識が得られるサイトや相談機関、妊娠届に関する情報等、中学生向けのリーフレットを作成し配布する。

2 性に関する保健指導の積極的実施

- 1) 養護教諭部会や学校保健会研修会において、健康増進課の取組みや学校への協力体制の情報提供を行う。
- 2) 準備から実施までを円滑に進めるため、スケジュールをパターン化し計画書を作成する。

3 研修会の開催

- 1) 担当者（養護教諭、保健体育教諭、保健師等）向けの研修会を開催しスキルアップを図る。
- 2) 保護者向けの研修会の開催し知識の普及を図る。

4 栃木市思春期保健事業検討会の開催

- 1) 事業の評価と次年度計画及び指導内容・教材の検討
（産婦人科医師・助産師・栃木県県南健康福祉センター・小中学校教職員・小中学校養護教諭・教育部保健給食課、健康増進課）

まとめ

各学校の養護教諭の協力により貴重なご意見を頂き、性に関する取組みは学校によって違いはあるが、学年毎に授業の一環として実施されていることがわかり、また、関係機関の方々と意見交換ができたことは大きな収穫であり感謝申し上げたい。

今後はこの結果を生かし関係機関との連携を深め、目標や目指すべき施策について話し合いを持ち、思春期保健の向上のための活動をさらに進めていきたい。

被災者、被害者に対する心理的支援について～精神保健福祉センターの役割を考える～

栃木県精神保健福祉センター

江口里香 小久保麻紀 小栗友美子 黒崎道

齋藤久雄 増茂尚志

1 はじめに

これまでの精神保健福祉センターの業務は、地域で生活する統合失調症などの精神障害者及びその家族を対象とした精神保健活動が中心であったが、近年は、ひきこもりなど明確な疾病とは受けとめにくい者なども対象となってきている。また、災害及び事故後の被害に対する支援などの依頼も散見されるようになった。このように、対象者が疾患を抱える方から、事故や災害などの理由で心身の健康状態が脅かされた可能性のある方への支援に変化してきている。そのため、ここでは、事故や災害者支援として当センターで対応した3事案を振り返り、その後の支援のあり方について検討したので報告する。

2 事案について

2- (1) 支援の概要

		事案 A	事案 B	事案 C
初 回 依 頼 者		事業所責任者	健康福祉センター	団体担当課
依 頼 内 容		・事業所内事故を目撃した従業員への対応	・施設利用中の利用者事故における他利用者への対応と職員のケア	・活動中の被災における被災者・職員・支援者への対応
支 援 内 容	ストレス状況の把握	・急性ストレス障害の診断基準に準じたチェック表	・急性ストレス障害の診断基準に準じたチェック表	・出来事インパクト尺度 (IES-R) ・こころの健康チェック表 (K-6)
	個別相談実施状況	実施	実施	実施
	心理教育	・責任者に対して面接内で実施 ・個人にはリーフレット A 配布により実施	・責任者に対して面接内で実施 ・個人にはリーフレット B 配布により実施	・支援者全体に対して研修会形式で実施 ・個人にはリーフレット C 配布により実施
	備 考	・チェック表は個人別封筒にて回収	・チェック表は個人別封筒にて回収	・チェック表は個人別封筒にて回収及び結果通知 ・当事者・家族への支援は他支援機関で実施

2- (2) 支援依頼について

事案 A は、就労中に重傷を負った従業員がいる事業所の責任者から、事故現場を目撃した従業員を心配して「責任者として何かできることはないか」という相談であった。

事案 B は、施設で利用者の事故が発生し、それを管轄する市町から相談を受けた県健康福祉センターから、「施設職員等へのケア」に関しての相談であった。

事案 C は、団体担当課から、活動中災害が発生したことによる「被災者や現場で対応した職員への

ケア」に関しての相談であった。

2-(3) 支援内容について

3事案とも、支援実施の流れは、①個々のストレス反応の強度を判定するためにスクリーニングテストを行う、②ストレス反応が強くみられる方に相談等を勧める、③急性ストレス反応についての理解や対応、急性ストレス反応が場合によって遷延し後遺障害となる可能性があることを理解してもらうである。

まず、ストレス反応の把握について、チェックリストは事案の性質や対象者の立場に応じて選択し、急性ストレス障害の診断項目に準じたチェック表、出来事インパクト尺度 (IES-R)、こころの健康チェック表 (K6) を用いた。事案 A ではストレスチェックは1回のみだったが、被災後1ヶ月程度経過した後、ストレス反応が高い場合は医療を勧める必要があることから、事案 B、C では、概ね1ヶ月程度経過後に再度ストレスチェックを行うことにした。対象者のほとんどは、被災、被害の当事者ではなく、被災、被害の支援者やその現場等の目撃者となった。

また、事案 A、B ではストレスチェックの結果を全員にはフィードバックせず、高いストレス反応があった者のみに面接で対応した。しかし、より支援を求められやすくするため、事案 C では、結果に応じた文書を作り、支援を必要とする対象者には相談を促す内容の文面を加えて、全員に個別通知とした。さらに、希望者には、3事案とも面接を実施した。

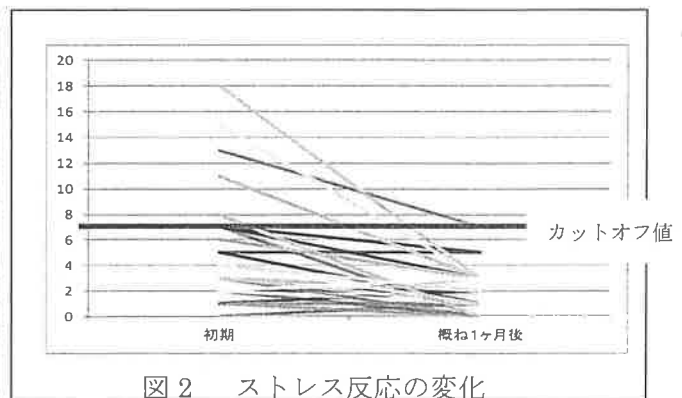
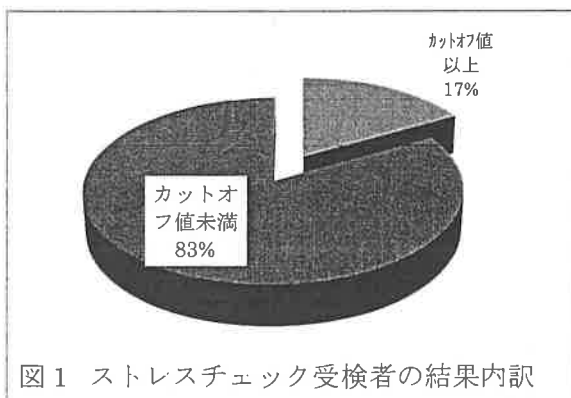
心理教育としては、事案 A、B は責任者に対して面接を通して心理教育を行い、責任者以外の支援者や対象者には、症状や対応など心理教育的な内容を掲載したリーフレットを配布した。事案 C では、支援者や関係者全体に対して研修会方式で心理教育を実施した。

最後に、他機関との連携では、事案 B では市町担当及び健康福祉センターと連携をして支援を進めた。その結果、身近な機関との密な連絡等により、相談等スムーズにつながられたことから、事案 C では複数の健康福祉センターや他の支援機関 (県臨床心理会等) にも協力を依頼した。また、依頼直後に関係する機関で打ち合わせを行った。

2-(4) ストレスチェックの結果について

ストレスチェック受検者のうち、17%がそれぞれのチェックリストのカットオフ値 (支援が必要かどうかの基準点) を超えた。これらのチェックリストは、自己記入式のため、強いストレス下で一時的に判断能力が低下し、該当しても選択をしないことは考えられるが、少なくとも17%の受検者は何らかの心理的支援の介入が望ましい状態であったと言える。(図1)

また、図2には、急性ストレス反応の診断項目に準じたチェック表による事故直後と概ね1ヶ月後の2回施行した一つの事案の結果を示した。初期にストレス反応が強かった受検者も概ね1ヶ月後には数値が下がっていた。



3 考察

被害者及び被災者に対する心理的支援については、これまで当センターの業務の一つとして明確な位置づけがされておらず、確立された支援の方法論もないため依頼内容にあわせて対応してきた状況にある。事故や災害に直面した後、当事者（受傷者や被災者）が自身の心身の状況の変化に気づき自ら支援を求めることは、周囲からの理解が得られやすい。しかし、これらの事案のように当事者以外の者にも、被害者同様のストレス反応が2次的に生じることは、まだ広く知られているとは言い難く、被害者の家族や支援にあたった者が他者に支援を求めることが難しいということは容易に想像できる。

今回は、東日本大震災のように大規模な事故や災害ではなかったことから、全対象者にストレスチェックをしてもらい、相談や受診が必要な人に勧奨するきっかけを作ることを念頭に置いた。しかし、支援の要請を受けた早期の時点では、その対象者の人数等が正確に把握できない状況であったことから、新たな対象者には概ね1ヶ月後のみストレスチェックを実施した。

また、一般的には図2のとおり時間の経過とともにストレス反応は弱くなっていく傾向にあるが、それは、個々の持っているレジリエンス（ストレスや外傷的体験を跳ね返す力）のみならず、被害の内容、その後の経過にも影響されるものである。そのため、長期にわたってストレス反応が残遺するいわゆるPTSDになる場合もあることから、それを防ぐためにも早期に介入し、相談または診察に結びつけていくことが重要と考える。

なお、発災後迅速な対応をするために、心のケアに関するリーフレットの準備や当事者及び支援者双方に対する心理教育は必要と考えられた。

さらに、身近な地域の関係機関との連携は、地域の特性を踏まえた支援や、顔の見える関係での連絡や情報共有・収集など、本事業をすすめる上で有益に動けた一因であった。

4 まとめ

今回報告した3事案は、これまで殆ど依頼のなかった県内の事故や災害による被害者・被災者支援であり、要請を受けたのち、被害者支援に加えて危機対応時の支援者への支援も含め応じた事案である。

今回の支援等とおして、心のケアのためのストレスチェックの選択法や、心理的教育を行うためのリーフレットの準備、事故・災害時に身近な機関が対応できるような人材の育成を目的とした研修会などについては、今後検討していくことが重要と思われる。

また、このような被災・被害者支援は、当センターのみで支援できるものではなく、地域での精神保健福祉活動の一貫として、健康福祉センターや関係機関も含め支援を行うことが有効であったことから、今後も連携のあり方や役割を検討しながら業務にあたっていきたい。

県東地区の自殺の現状と課題

栃木県県東健康福祉センター ○遠山明子 塚田裕子 田沼かおり
伊東利枝 小林智子 大原智子
栃木県安足健康福祉センター 石下友基
栃木県保健福祉部医療政策課 鈴木悦子

1 はじめに

自殺対策基本法の制定から 10 年が経過し、各自治体で様々な対策が講じられるようになり、自殺者数は年々減少傾向にあるが、平成 27 年の自殺者数は未だに全国では 24,025 人、栃木県では 413 人である。そのような状況のなか、県東地区における自殺の状況とその傾向について既存の資料を用いて調査・分析を行い、自殺の実態を明らかにした。今後、自殺対策の基礎資料とし、効果的な自殺対策の実施に活用する。

2 方法

今回の各種データは、以下の統計を基に作成した。厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数」、栃木県保健環境センター「SMR」、厚生労働省「人口動態統計」、栃木県「年齢別人口調査結果」、「栃木県保健統計年報」より、平成 21 年から 27 年の県東地区の自殺の状況を把握した。

今回使用した「地域における自殺の基礎資料」は、発見日・発見地のデータを使用しているが、単年かつ市町別で比較できるものが平成 21 年からであったため、平成 21 年からのデータを使用している。また、自殺者総数の数値が 1 又は 2 の場合は、自殺の年月、曜日、時間帯、男女別、年齢別、同居人の有無別の内訳のみ公表されているが、数値が 1 又は 2 でない場合でも、数値を表示することによって、他の 1 又は 2 の数値が明らかになる場合は数値が記載されていないため、平成 21 年の口二宮町、平成 23 年の市貝町、平成 24 年の益子町・市貝町、平成 25 年の市貝町、平成 26 年芳賀町、平成 27 年の芳賀町はデータが欠如している。

数値目標については、平成 24 年 8 月に閣議決定された自殺総合対策大綱の数値目標で示されている全国の自殺者数が厚生労働省「人口動態統計」のデータであり、住所地を基に死亡時点で計上しているため、栃木県・県東地区・市町のデータも同様とした。また、全国は日本人人口で算出しているが、栃木県、管内、市町については総人口で算出している。

3 結果

(1) 自殺者数

全国・栃木県と同様に県東地区（以下、管内）においても減少しており、管内では最も多かった平成 22 年と 27 年を比較すると、56.1%減少している。男女別では、男性は 51.3%、女性は 66.7%減少しているが、全ての年において男性が女性の 1.3 倍から 4.2 倍多い。（図 1）

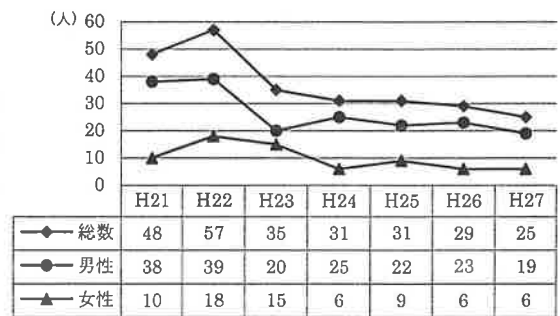


図 1 自殺者数の推移（管内）
厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」より作成

(2) 自殺死亡率（人口 10 万対）

① 市町別年次推移

全国・栃木県と同様に管内も減少しており、管内では最も高率であった平成 22 年と 27 年を比較すると、55.8%減少している。平成 23 年以降は全国・栃木県より低率である。市町別では、真岡市と芳賀町は減少している。最も高率であった平成 22 年と 27 年を比較すると、真岡市は 61.0%、芳賀町は 76.9%減少しており、平成 27 年は全国・栃木県より低率である。益子町は、平成 25 年より横ばいであり、全国・栃木県より高率である。茂木町と市貝町は、各年で変動が大きいが、平成 27 年は全国・栃木県より高率である。（図 2）

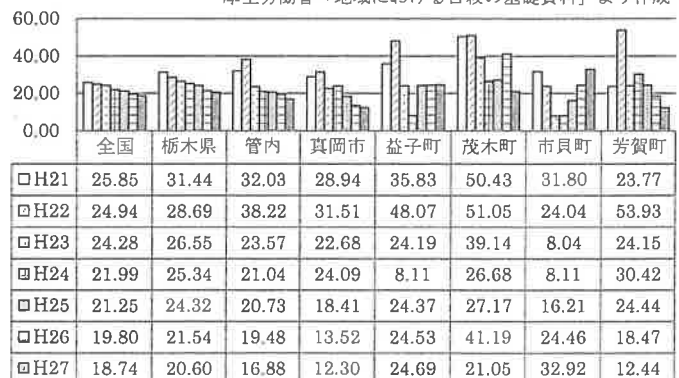


図 2 自殺死亡率の推移
厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」より作成

② 年齢階級別状況

全国・栃木県では、20歳未満で横ばいである。管内は、20歳未満、40歳代から80歳以上では減少しており、40歳代から80歳以上では、平成21年と27年を比較しても12.4%から69.4%減少している。20歳未満では、平成27年は0である。20歳代では、平成21年と27年と比較して83.3%減少しているが、各年で数値の変動が大きい。30歳代では、平成21年と27年を比較して6.8%増加しており、経年でみても横ばいである。(図3) 平成21年から27年の平均を全国・栃木県と比較すると、管内は40歳代と60歳代以上で全国・栃木県より高率である。また、高率の年齢階級は、全国・栃木県では、40歳代から60歳代と80歳以上であるが、管内では、40歳代と60歳代以上である。(図4) 男女別では全国・栃木県と同様、男性では40歳代から60歳代までと80歳以上が高率であるのに対し、女性は60歳代以上が高率である。

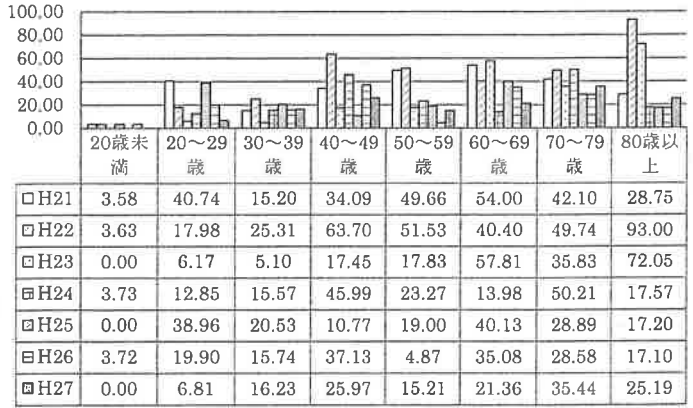


図3 年齢階級別自殺死亡率の推移(管内)

厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」、
総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」より作成

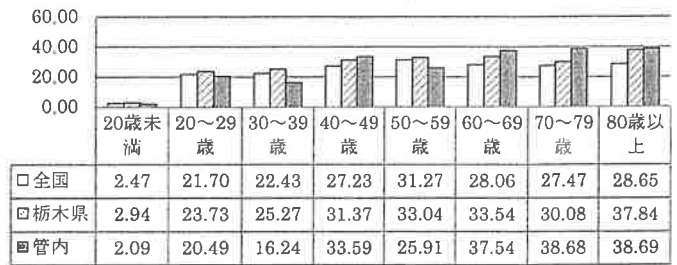


図4 年齢階級別自殺死亡率の比較(7年平均: H21～27)(管内)

厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」、
総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」より作成

(3) SMR

SMRでも数の変動が大きく影響してしまうため、平成21年から27年までを平均したものを比較した。管内は、全国より高いが、栃木県より低い。真岡市と市貝町は全国・栃木県より低い。益子町、茂木町、芳賀町は全国・栃木県より高い。(図5)

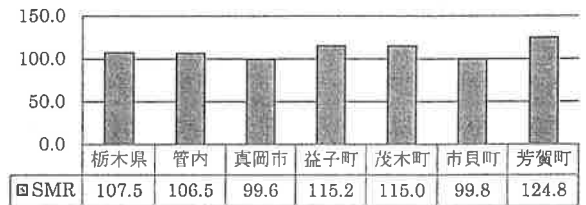


図5 SMRの比較(7年平均: H21～27)

栃木県保健環境センター「SMR」より作成

(4) 職業別状況

全国・栃木県と同様に、無職が最も多いが、全国・栃木県では、自営業・家族従業者、無職(学生・生徒等、無職者:主婦、失業者、年金・雇用保険等生活者、その他無職者)が減少しており、被雇用・勤め人は全国では減少、栃木県では横ばいである。管内は、自営業・家族従業者と無職が減少しており、平成21年と27年を比較して、自営業・家族従業者は85.7%、無職は44.8%減少している。被雇用・勤め人は、33.3%の減少はみられるが、横ばいである。(図6)

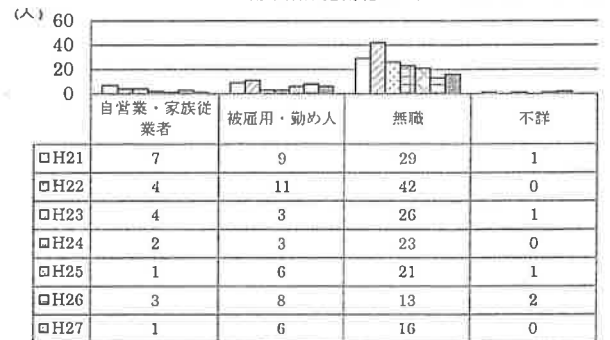


図6 職業別自殺者数の推移(管内)

厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」より作成

(5) 原因・動機別状況 ※3つまで計上可能。

全国・栃木県と同様に、健康問題が最も多い。全国では学校問題では横ばい、栃木県では勤務問題、男女問題、学校問題で横ばいである。管内は、平成21年と27年を比較すると家庭問題で72.7%、健康問題で55.6%、経済・生活問題で36.4%減少している。学校問題は平成25年から0となっており、勤務問題、男女問題で横ばいである。(図7)

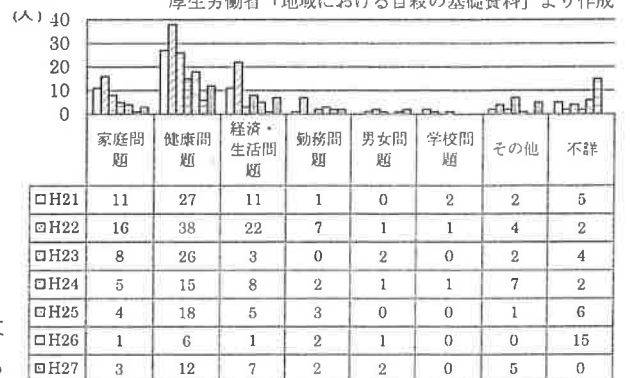


図7 原因・動機別自殺者数の推移(管内)

厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」より作成

(6) 自殺未遂歴の有無別状況

全国・栃木県と同様に未遂歴なしが多いが、全国はあり・なしともに減少している。栃木県・管内は、ありが横ばいである。管内の未遂歴なしは、最も多かつ

た平成22年と27年を比較すると、77.6%減少している。全国・栃木県はなしがありがりの2.2倍から4.5倍多いが、管内では各年で変動が大きく、2.2倍から10.0倍多い。(図8)平成27年は、ありが20.0%、なしが44.0%、不詳(欠如しているデータを含む)が36.0%であった。

(7) 同居人の有無別状況

全国・栃木県と同様に同居人ありが多く、あり・なしともに減少している。管内は、最も多かった平成22年と27年を比較すると、ありは56.5%、なしは63.6%減少している。全国・栃木県は、ありがなしの2.2倍から3.5倍多いが、管内は2.9倍から5.0倍多い。(図9)平成27年は、ありが80.0%、なしが16.0%、不詳が4.0%であった。

(8) 数値目標との比較(平成27年と比較)

平成24年に閣議決定された自殺総合対策大綱の数値目標は、平成28年までに平成17年と比べて20%以上減少させることである。全国・栃木県と同様に管内全体では数値目標以下となっており、全国・栃木県と比較しても低い。真岡市・茂木町・芳賀町は数値目標以下となっているが、益子町・市貝町は数値目標より増加している。(図10)

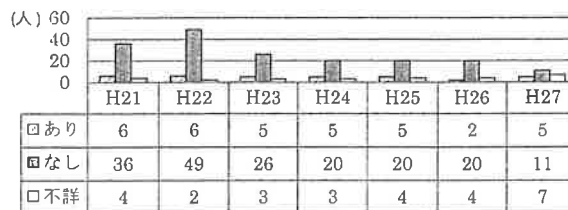


図8 自殺未遂歴の有無別自殺者数の推移(管内)
厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」より作成

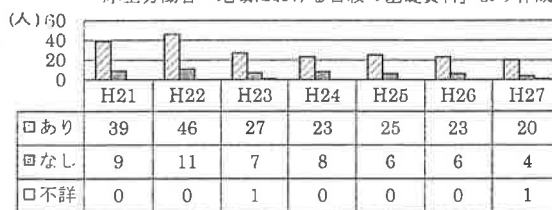


図9 同居人の有無別自殺者数の推移(管内)
厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」より作成

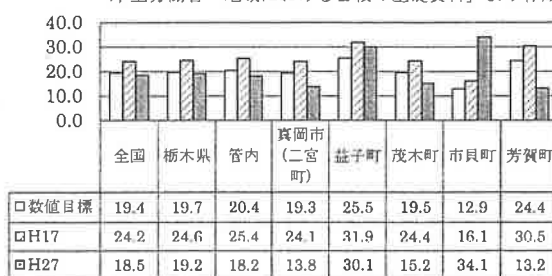


図10 数値目標(自殺死亡率)との比較
厚生労働省「人口動態統計」、栃木県「年齢別人口調査結果」、
「栃木県保健統計年報」より作成

4 考察

管内の自殺者数は、全国・栃木県と同様に減少しているが、年齢階級別や市町別等の管内の課題は以下のとおりである。

- (1) 市町別年次推移：管内・真岡市・芳賀町で減少、平成27年には全国や栃木県より低率、益子町では平成25年から横ばい、茂木町・市貝町では各年で変動が大きいが、平成27年は全国や栃木県より高率という状況である。しかし、管内市町では数値の変動が大きく影響してしまう傾向があるため、評価が難しい。そのため、管内全体を広域的にとらえ、対策していくことも重要である。
- (2) 年齢階級別：全国や栃木県は20歳未満が横ばいであるが、管内は30歳代が横ばいであり、20歳代は数値の変動が大きいが、減少しているとはいえない。また、高率の年齢階級は、全国や栃木県では40歳代から60歳代と80歳以上であるのに対し、管内では40歳代と60歳代以上であり、かつ全国や栃木県よりも高率である。以上のことから、年齢階級別では、20歳代、30歳代、40歳代、60歳代以上が課題である。
- (3) SMR：管内は106.5であり栃木県より低い。管内でも益子町・茂木町・芳賀町では栃木県より高い状況である。市町により状況が異なるため、各市町との連携が求められる。
- (4) 職業別、原因・動機別：無職者が全国・栃木県と同様に最も多く、被雇用・勤め人は全国では減少しているが、栃木県と管内は横ばいである。また、勤務問題は全国では減少しているが、栃木県と管内は勤務問題が横ばいである。これらのことから、職域と連携が有効といえる。無職者については、経済や社会情勢も影響すると考えられ、生活困窮者自立支援等とも連携することで状況改善の可能性はある。
- (5) 自殺未遂歴、同居人の有無：全国・栃木県と同様に未遂歴なしが多いが、未遂歴ありが横ばいという特徴がある。また、全国・栃木県と同様に同居人ありが多い。そのため、周囲の気づきや対応の理解を深めることや、消防や警察との連携も自殺対策に有用である。
- (6) 数値目標：管内市町においては数値の変動が大きく影響してしまう傾向があることや、平成17年の段階ですでに低率で数値目標の達成に至らないことも考慮に入れていかなければならない。単年ではなく、経年等多角的に判断することや、個々の事例を通して検証していくことでより地域に即した自殺対策につながると思われる。

5 まとめ

今回、県東地区の自殺の現状と課題を把握したが、今後は地域の状況をふまえ、関係機関と連携を図りながら、効果的な自殺対策を実施していく必要がある。

精神障害者地域移行支援を通じた県北地区の相談支援体制づくり

○梅山典子¹⁾ 笹沼友絵¹⁾ 深谷香織¹⁾ 高橋良子¹⁾ 佐山由美子¹⁾ 栗野哲実¹⁾ 大橋俊子²⁾

1) 県北健康福祉センター 2) 県南健康福祉センター

【はじめに】

県北地区（大田原市、那須塩原市、那須町）において、精神科病院に1年以上入院している者のうち、条件が整えば退院可能な者（以下、地域移行可能者という）は41名おり¹⁾、うち半数は「家族から反対がある」状態で、家族との関係調整や住まいの確保など、退院する権利を守る働きかけが必要であることが明らかになった。また、地域移行可能者が退院に結びつきにくい背景として本人の「現実認識の乏しさ」「退院意欲の乏しさ」が多く挙げられているが¹⁾、入院中に地域の支援者との接点を持つことにより現実検討が促され、退院意欲を引き出す余地のあることが示唆されている。また退院後の住まいの確保や障害福祉サービスの利用手続きが困難な場合、障害者総合支援法に基づく地域移行支援を申請し、相談支援事業所による支援を受けることが可能である。

一方で、管内の相談支援事業所のほとんどは未だ精神障害者の退院支援の経験がない。県の広域健康福祉センターは地域体制整備コーディネータとして位置付けられ²⁾、各機関が退院支援に取り組みやすい体制の整備が求められている。

そこで、管内の精神科病院から地域移行可能者を抽出し、病院・相談支援事業所・市町がチームを組んで退院支援を行った。また、退院支援の経過報告及び成果と課題の検討を行う協議の場（以下、情報交換会という）を通し「関係機関が安心して退院支援できるしくみづくり」に取り組んだので報告する。

【方法】

平成27年度に精神科病院の協力を得て地域移行可能者7事例を選定し、事例ごとに精神科病院、計画相談支援を担当する指定特定相談支援事業所、地域相談支援を担当する指定一般支援事業所、地域移行支援の申請窓口となる市町担当課、保健所がチームとなって、平成28年度にかけて退院支援を行った。事例の概要は表1のとおりである。

情報交換会の開催状況を表2に示す。情報交換会は、支援の進捗状況を互いに確認するとともに、①未だ地域相談支援の経験のない相談支援事業所が支援に携わるイメージを持ち、サービス等利用計画・個別支援計画の作成や、地域相談支援の申請手続き等のノウハウを共有する②支援者相互の振り返りの機会を確保することにより、支援の質の均てん化を図るの2つをねらって開催した。

【結果】

平成28年9月末現在、7事例すべてが退院となった。事例により退院までの経過は異なるが、退院に至った要因として支援者の関わりに共通していたのは表3の内容であった。また、7事例への退院支援の取組を通して得られた成果（気づき）と課題について、精神科病院・相談支援事業所・市町各々の立場から振り返り整理した（表4）。

表1 事例の概要

年齢(歳)	性別	入院期間	退院先	支援内容
A 57	男	7年2ヵ月	グループホーム	<ul style="list-style-type: none"> ・退院意欲を取り戻す働きかけ ・不安の軽減 ・服薬自己管理 ・生活能力の評価
B 63	男	3年4ヵ月		
C 62	男	4年3ヵ月		
D 49	女	4年3ヵ月	自宅	<ul style="list-style-type: none"> ・地域生活を念頭に置いたプログラムの実施 ・家族が退院を受け入れやすい環境整備 ・障害福祉サービス(介護保険サービス)等の利用手続き ・居住の場の確保 ・体験外出・外泊、体験利用 ・日中活動先の同行支援 等
E 38	男	3年4ヵ月		
F 63	女	2年0ヵ月		
G 50	男	9年3ヵ月		
			アパート	

※年齢、入院期間は平成28年9月現在

表2 県北地区の精神障害者地域移行支援事業情報交換会の開催状況

(1) 関係機関が地域移行支援の経験を共有し申請手続き等のノウハウを学ぶ、支援の質の均てん化を図る

時期	内容	参加者
H27年5月	管内3病院との事前打合せ(事例選定)	病院、市町委託相談支援事業所、保健所
H27年7月	27年度の活動方針の確認 事例のリストップと相談支援事業所とのマッチング	病院、相談支援事業所、協働コーディネータ、市町、保健所(33名)
H27年9月	地域移行可能者7事例の支援の進捗状況報告 地域相談を進めるにあたっての困難事項の共有 対象者のストレンスを地域生活につなげる支援について	病院、相談支援事業所、協働コーディネータ、市町、保健所(33名)
H27年11月	地域移行可能者7事例の支援の進捗状況報告 地域相談を進めるにあたっての困難事項の共有	病院、相談支援事業所、協働コーディネータ、市町、保健所(27名)
H28年1月	地域移行可能者7事例の支援の進捗状況報告 地域相談を進めるにあたっての困難事項の共有 今年度の振り返りと次年度の取組について	病院、相談支援事業所、協働コーディネータ、市町、保健所(24名)
H28年6月	活動方針の確認 地域移行可能者7事例への支援の進捗状況報告 相談支援専門員が「地域移行支援」から得たもの(一般相談支援事業所、委託相談支援事業所からの話題提供)	病院、相談支援事業所、協働コーディネータ、市町、保健所(33名)
H28年12月	・地域移行した7事例の振り返り(病院、相談支援事業所、行政、それぞれの立場から)	病院、相談支援事業所、協働コーディネータ、市町、保健所(27名)

(2) 関係機関が地域相談に安心して取り組むために必要な情報を得る(社会資源の見学、当事者の体験から学ぶ、地区全体の状況を知る)

時期	内容	参加者
H27年8月	障害福祉サービス事業所の見学(那須塩原市) (病院、相談支援事業所が地域の社会資源を把握するために①)	病院、相談支援事業所、民生委員児童委員、地域包括支援センター、市町等(29名)
H27年11月	各市町自立支援協議会相談支援部会での検討状況について	病院、相談支援事業所、協働コーディネータ、市町、保健所(27名)
H28年9月	障害福祉サービス事業所、精神科病院の見学と交流(那須町) (病院、相談支援事業所等が地域の社会資源を把握するために②)	病院、相談支援事業所、民生委員児童委員、地域包括支援センター、市町等(34名)
H28年10月	長期入院を経て退院した当事者の体験談を聴く (相談支援専門員が地域相談に気負いなく携われるよう、退院後の生活のイメージを持てるために)	相談支援事業所、グループホーム管理者等(6名)
H28年12月	・県北地区の地域移行・地域定着支援事業の申請状況 ・県北地区における長期入院者の状況 ・ピアサポーターの育成と支援について	病院、相談支援事業所、協働コーディネータ、市町、保健所(27名)
H29年3月	県北地区における退院支援と地域移行・地域定着支援について 退院支援におけるピアサポートについて	病院、相談支援事業所(委託3、一般3)、協働コーディネータ、市町、保健所(16名)

表3 地域移行可能者7事例が退院に至った要因(支援者のかかわり)

時期	支援者のかかわり(配慮していたこと)
導入期	本人が退院希望をし、地域相談支援のサービス申請をするまで (退院意欲の喚起) ・病院は、本人の退院意欲を取り戻すため、月～年単位でねばり強く働きかけていた (気づきと軌道修正) ・病院は、支援過程で生じる本人の気持ちの揺れを院内でタイムリーに捉え、必要に応じて話し合いの場を設け、支援方針の軌道修正を行っていた
初期	本人が地域移行支援の申請をして支給決定されるまで(地域移行支援計画作成、具体的な方針を立てる) (本人像の捉え方の積極的共有) ・病院は、相談支援専門員を院内に迎え入れ、本人の状況に合わせて工夫した出会いの場を設定していた(スタッフ同席、レクリエーション導入など) ・相談支援事業所(計画相談担当)は、本人との出会いで得た気づきや判断を積極的に病院と情報交換していた
中期・後期	地域移行支援計画に沿って、本人が居住の場や日中の活動先、通院先を決める (目標の共有と再確認) ・病院と相談支援事業所(計画相談担当、地域相談担当)との間で、院内活動(作業療法、ソーシャルスキルトレーニング等)と、院外での活動(外出・外泊、退院に向けた買い物、各種手続き等)とに共通した目標を設定し、具体的な働きかけ方も丁寧にすり合わせていた (本人との振り返りと体験の意味づけ) ・相談支援専門員(地域相談担当)は、退院に向けた院外活動を本人と共にし、体験の振り返りを行っていた ・本人が失敗と捉えた体験についてもプラスのフィードバック(前向きなメッセージ)を送り続けた

表4 地域移行可能者7事例への退院支援を通して得られた成果と課題(情報交換会参加者の意見まとめ)

	得られた成果(気づき)	今後の課題
病院	<p>病院の退院支援計画と地域移行支援計画との運動</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の支援者とのつながりを通し、退院後をイメージして、入院中の活動を具体的に組み立てることにつながった。院内での作業療法やソーシャルスキルトレーニングを、訓練の場だけで終わらせず、生活の場である病棟(看護)でもつなげて実践することの意義を再確認した。 <p>病状の寛化か、環境変化に伴う心理的反応を見極めて関わる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域移行支援が進んでくると、それまで安心だったことが不満になったり、本人が不安な気持ちをスタッフにぶつけてくることもある。 	<p>病院内の足並みをそろえること</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病棟看護師、医師が地域の相談支援専門員と直接顔を合わせ、コミュニケーションをとれる機会づくりをしよう(退院支援の取組みが病院全体に広まるように)。
相談支援事業所	<p>支援過程の説明責任</p> <ul style="list-style-type: none"> ・何度も役所に足を運び、制度や申請手続きを勉強した。地域相談(地域移行支援)の申請手続きを通して、退院支援における相談支援専門員の責任の明確化につながると再認識した。 <p>チームを組んで支援する過程は、相談支援専門員や病院スタッフの人材育成の観点からも有効。実際に病棟に入り、精神障害者の入院生活の実態、医師や看護師の役割を知ることができた。「再入院=失敗ではない」との医師の説明を聞き、相談支援専門員としての考え方も変わった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院支援には家族の理解が不可欠。そのため、相談支援専門員の説明力や調整力が問われる。 	<p>制度の理解と活用促進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域移行から地域定着へのつなぎや切り替えの方法を含め、わからない点は市町や委託相談支援事業所へ積極的に相談しよう。
市町	<p>必要な社会資源の整備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院後、家族との適切な距離を保てるための支援として、短期入所や日中活動の場などの社会資源の整備が必要。 <p>相談支援事業所のバックアップ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・申請前支援は、相談支援専門員が無報酬で行うには大変な労力である。どのタイミングで申請してもらった方がいいのか、事例に応じて行政が助言する力が求められる。 <p>当該市町における精神障害者や家族の生活実態把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事例を通し、家族が退院に反対している背景の一つに情報不足があることがわかった(例:入院前のイメージのまま本人像が固定している)。回復後の本人の姿、熱心に支援している病棟スタッフや相談支援専門員の姿も家族の意思を動かすことを目の当たりにした。事例を通して実態を把握することが必要。 	<p>退院が円滑に進むためのコーディネート</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域と病院との橋渡しとなるべく、市町として相談にのれる力、助言できる力をつけよう。 <p>自立支援協議会における課題の共有と整理</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院している精神障害者の地域移行への取組みを地域課題化し、検討する場へ動きかけよう。

【考察】

情報交換会における支援経過の振り返りにより、各機関が地域移行支援における互いの立場を理解し、退院支援に初めて取り組む相談支援事業所が助言を得たり、多様な視点から退院支援のアイデアを得たりする機会となった。また、市町の自立支援協議会相談支援部会の中でも地域移行支援の現状を地域課題として取り上げるよう働きかけを行ったり、社会資源(日中一時支援、就労移行支援等の障害福祉サービスを行う事業所等)の見学会を実施するなど、各機関同士の相互理解を促進する試みにもつながった。

なお、今回退院した7事例のうち3事例は退院から半年以内に再入院となった。退院後の地域定着支援については課題が残る。地域でSOSをキャッチしたときのネットワークづくり、病院だけで抱えない退院後支援のあり方を検証したいとの声もあり、引き続き情報交換会で検討していく予定である。

【まとめ】

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたり「保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置」は必須である⁴⁾。情報交換会は県北地区における精神障害者の退院促進に関する協議の場として、退院支援の経験の少ない相談支援事業所の不安を払拭する機会の一つとなった。今後も地域移行支援に携わる相談支援事業所の拡大を図り、さらなる相談支援体制の充実につなげたい。

【文献】

- 1) 平成26年度栃木県精神科病院入院患者調査。栃木県障害福祉課、平成27年9月
- 2) 栃木県地域移行・地域生活支援事業実施要綱。平成26年4月
- 3) 指定一般相談支援事業所(地域相談支援)と精神科病院の職員が協働して地域移行に向けた支援を行うための研修カリキュラム及びガイドライン等の開発報告書。公益社団法人日本精神保健福祉士協会、平成29年3月
- 4) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業実施要綱。厚生労働省、平成29年4月

