

## 第2会場

(親子保健・学校保健、ヘルスプロモーション、公衆栄養、精神保健福祉)

No. 1 ~ 3 座長 高橋 司 (安足健康福祉センター所長)  
 No. 4 ~ 6 座長 大橋 俊子 (参事兼県南健康福祉センター所長)  
 No. 7 ~ 8 座長 増茂 尚志 (参事兼精神保健福祉センター所長)

No.	演 題	発表者名	発表者所属	区 分	頁	予定時刻
1	要支援妊婦の評価と選定基準の統一化	三宅 志穂	小山市 健康増進課	親子保健・学校保健	51	13:35
2	乳児家庭全戸訪問事業(赤ちゃん訪問)を通して見えた母子の実態 第3報-EPDS陽性者減少に向けた地域継続支援の検討-	菊地 美砂子	真岡市 こども家庭課	親子保健・学校保健	54	13:45
3	地域全体が連携した健康づくり推進のための取組	国田 亜由美	安足健康福祉センター	ヘルスプロモーション	57	13:55
4	地域における「健康な食事」の普及啓発~高校生を対象とした食育教室の実施~	鈴木 優佳	安足健康福祉センター	公衆栄養	60	14:05
5	管内の給食施設関係施設における介護食の食形態統一化に向けた取り組み	伊藤 里織	県西健康福祉センター	公衆栄養	63	14:15
6	若い世代が主体となった食育の推進~高校・大学等との連携事業について~	枝 有紀	宇都宮市保健所	公衆栄養	66	14:25
7	精神科救急における身体合併症への対応に関する調査	中山 晴美	精神保健福祉センター	精神保健福祉	69	14:35
8	こころのセーフティネットワーク事業における10年間の取組	舟迫 香	烏山健康福祉センター	精神保健福祉	72	14:45
9	栃木県内精神科病院における栄養食事指導調査:男女・疾患・年齢・病院群別解析	荒山 麻子	特定医療法人恵会 皆藤病院	ヘルスプロモーション	75	14:55
⑩	管内の災害時における避難所での食物アレルギー対策の取り組みについて	池内 寛子	県西健康福祉センター	公衆栄養	78	
⑪	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(第2報)-精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築の視点から-	笹沼 友絵	県北健康福祉センター	精神保健福祉	81	
⑫	栃木県下野市中学生の生活習慣と精神的健康の実態	藤田 京子	国際医療福祉大学保健医療福祉学部	親子保健・学校保健	84	

國民小學校長 國民小學教職員  
 國民小學教職員 國民小學教職員  
 國民小學教職員 國民小學教職員

行政層級	行政系統	行政系統	行政系統	行政系統
第一級	國民小學校長	國民小學教職員	國民小學教職員	國民小學教職員
第二級	國民小學教職員	國民小學教職員	國民小學教職員	國民小學教職員
第三級	國民小學教職員	國民小學教職員	國民小學教職員	國民小學教職員
第四級	國民小學教職員	國民小學教職員	國民小學教職員	國民小學教職員
第五級	國民小學教職員	國民小學教職員	國民小學教職員	國民小學教職員
第六級	國民小學教職員	國民小學教職員	國民小學教職員	國民小學教職員
第七級	國民小學教職員	國民小學教職員	國民小學教職員	國民小學教職員
第八級	國民小學教職員	國民小學教職員	國民小學教職員	國民小學教職員
第九級	國民小學教職員	國民小學教職員	國民小學教職員	國民小學教職員
第十級	國民小學教職員	國民小學教職員	國民小學教職員	國民小學教職員

## 要支援妊婦の評価と選定基準の統一化

研究者：親松由佳（栃木市）、三宅志穂（小山市）、生井明美、横田亜樹子（下野市）、小池彩（上三川町）  
小野口沙紀（壬生町）、深津静枝（県南健康福祉センター）  
助言者：古城隆雄（元自治医科大学）、松原優里（自治医科大学）、工藤香織（県西健康福祉センター）  
大橋俊子（県南健康福祉センター）

### 1. 背景と目的

児童虐待の発生件数は増加傾向にあり、中でも0歳児の死亡事例が最も多く、月齢0か月が全体の43.3%を占めるとの報告もある。乳幼児の虐待予防のためには、早期に支援が必要な妊婦（要支援妊婦）を把握することが必要である。要支援妊婦は主に妊娠届時のアンケートにより把握されるが、その内容は県南管内の市町で異なり、要支援妊婦の定義も曖昧で、統一されていない現状にある。本研究では、妊娠届出時点で要支援妊婦を適切に把握し、早期に支援に繋げていくために、管内でアンケートを統一し、評価することを目的として実施した。

### 2. 方法

各市町の既存の要支援妊婦の評価項目を基に、「新妊娠届出時アンケート（案）」を作成した。全43項目のそれぞれに、1点から3点までの重みをつけ、点数化した（1点：一般項目、2点：重要項目、3点：最重要項目）（図1）。本研究では、平成28年度の各市町の妊娠届出書及びアンケートを用いて、計1,554件の妊婦の再評価を実施した。（図2）

《主要19項目(全43項目)》			
妊娠の状況	・ 届出週数	・ 妊婦の年齢	・ 胎児数
	・ 妊娠経緯	・ 不妊治療の有無	・ 妊娠の経過
妊婦の心身の状況	・ 妊娠発覚時の気持ち	・ 面接時の気持ち	・ 現病歴
	・ 既往歴	・ 心理相談の有無	・ 相談できる人の有無
	・ 不安や心配		
妊婦の生活状況	・ 婚姻状況	・ 飲酒・喫煙	・ 就労状況
	・ 経済面	・ 産後の協力者の有無	・ 生活保護

<図1>新妊娠届出時アンケート 主要項目

市町	件数	期間
下野市	463	平成28年4月～ 平成29年3月
壬生町	262	
上三川町	243	
小山市	298	平成28年 4月、8月、12月
栃木市	239	
野木町	49	平成29年1月、2月、3月

<図2>各市町 妊娠届出書及びアンケート再評価数

### 3. 結果

#### (1) 評価項目について

「新妊娠届出時アンケート（案）」全43項目のうち該当者が10%以上だった項目は、「体調不良の有無（17%）」で、次いで「現病歴・既往歴（15%）」「妊娠が分かったときの気持ち（14%）」「不安や心配事（上の子11%）（経済10%）」であった。「品胎（3つ子以上）」「過去に飛び込み分娩・自宅分娩」「産みたくない」「生活保護」の4項目については、全市町の中で該当者がみられなかった。「妊娠拒否」「何とも思わない」「産むかどうか迷っている」「産みたいが、育てる自信がない」「保険未加入」の5項目については、該当者が1～2名であった。（図3）

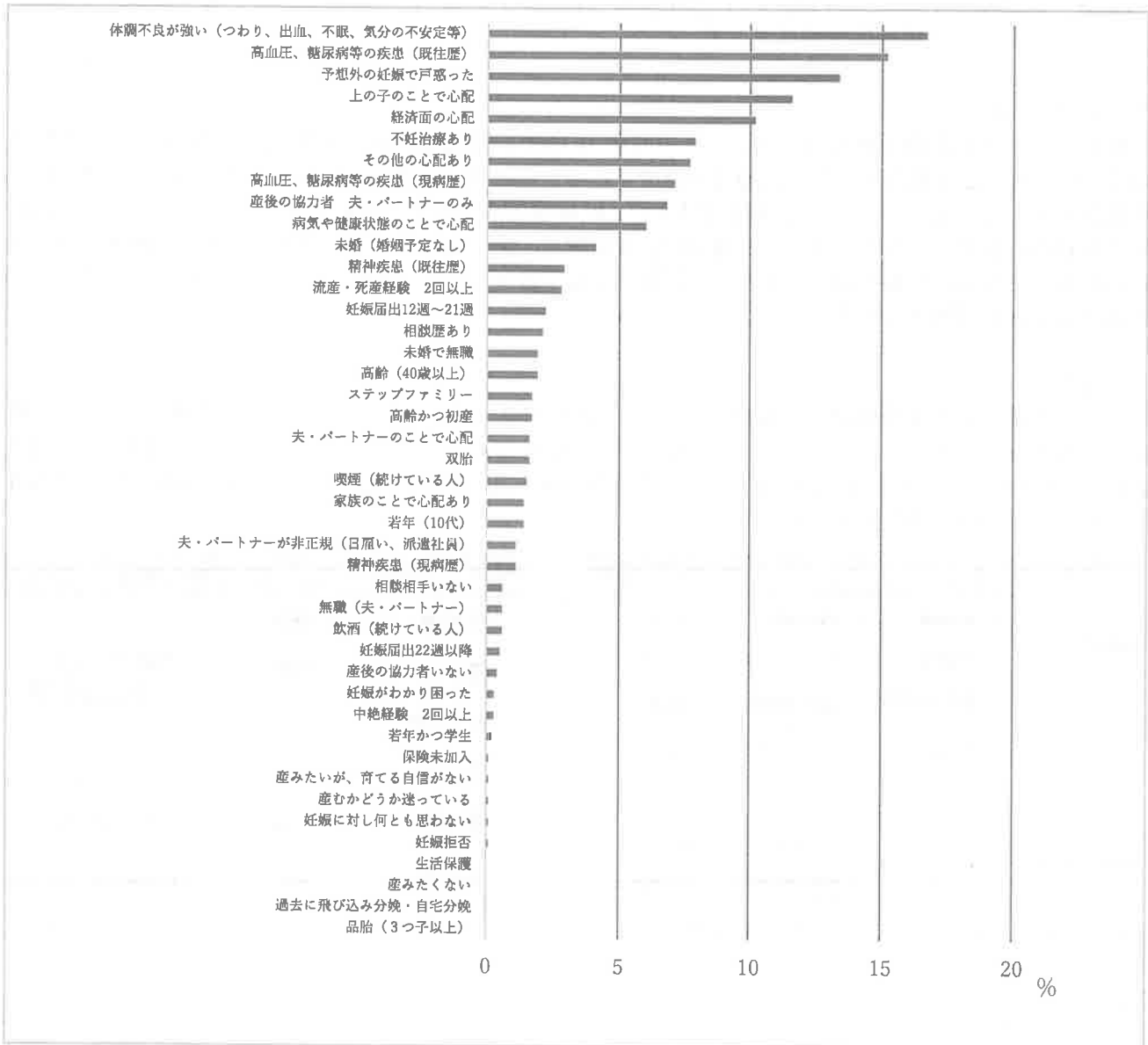
#### (2) 要支援妊婦の基準点について

合計点数のうち2点以上を要支援妊婦の判定基準とすると、栃木市、上三川町では要支援妊婦の割合が旧基準よりも10%以上増加した。4点以上を基準とすると上三川町を除く市町で大幅に要支援妊婦の割合が低下し、壬生町や野木町では、旧基準で把握していた要支援妊婦のうち9割以上が支援対象外となった。

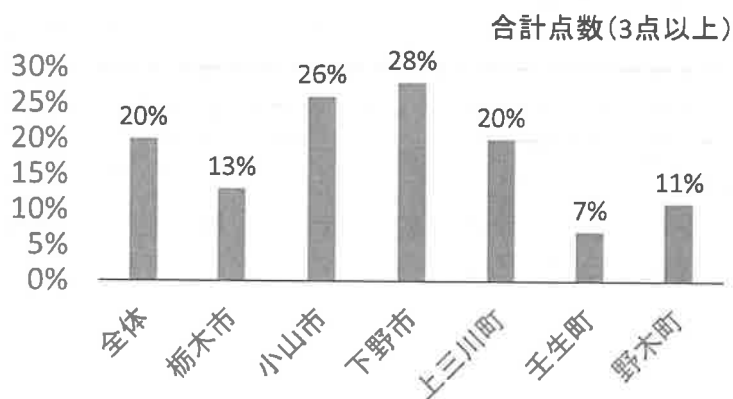
#### (3) 市町別の要支援妊婦の割合の違い

3点以上を基準点とすると、要支援妊婦の割合は7%～28%という結果であった。（図4）市町別の解析

では、下野市は「予想外で戸惑った」「未婚（婚姻予定なし）」等の項目が市町の平均より高値であった。小山市は「不妊治療あり」「産後の支援者が夫・パートナーのみ」、栃木市は「予想外で戸惑った」「未婚で無職」、壬生町は「高齢（40歳以上）」、上三川町は「若年（10代）」といった項目が市町全体の平均よりも高かった。



<図3> 「新妊娠届出時アンケート（案）」全43項目該当者内訳



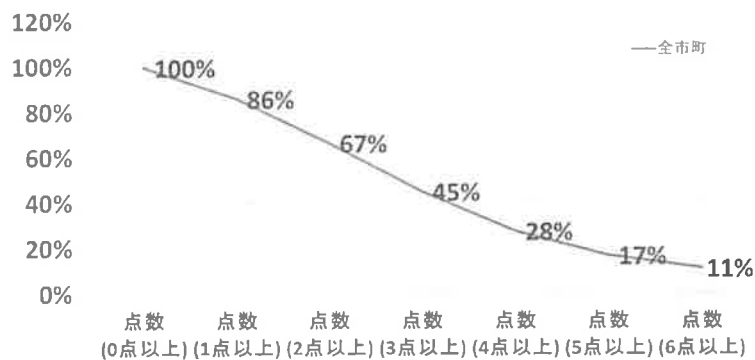
<図4> 3点以上を基準点とした場合の市町別要支援妊婦の割合

#### 4. 考察

該当者がいなかった項目や 1～2 名の該当者しかいなかった項目のうち、「過去に飛び込み分娩・自宅分娩」「産みたくない」「生活保護」「妊娠拒否」「何とも思わない」「産むかどうか迷っている」「産みたいが、育てる自信がない」「保険未加入」の 8 項目については、本人からのアンケートの記入では把握が困難である。そのため、アンケートからは削除することが妥当である。ただし、このような項目に該当する妊婦は、妊婦健診の受診が途絶えることや安定した日常生活を送れない可能性も予想されるため、アンケート以外の確認事項として今後検討していくことが必要である。

要支援妊婦の判定基準は、3 点以上とすることが適当である。なぜなら、2 点以上では 2 つの項目が該当になると要支援妊婦になるため、過大に評価する可能性が大きい。また 4 点では、該当者が 34% から 12% へ急激に低下し、過小評価により十分に要支援妊婦が把握できない可能性が大きいからである。(図 5)

市町によって要支援妊婦の割合が異なる理由は、各評価項目（婚姻状況、年齢、産後の支援者等）の該当者の割合を反映していたからであった。



※旧基準の要支援妊婦のうち、新しい判定基準では、2 点以上：33%が対象外、3 点以上：55%が対象外、4 点以上：72%が対象外

<図 5> 旧調査で要支援妊婦となっていた者を新基準で評価した際の該当者の割合

#### 5. 結論

「新妊娠届出時アンケート（案）」を用いて、平成 28 年度の妊婦 1554 人を再評価した。結果から、県南管内で 3 点以上を要支援妊婦（案）として評価することは、該当者の割合、市町の妊婦の特性の違いを明確にする観点から適切と思われた。なお、確定には、保健師等の面接が必要だが、配偶者間暴力（DV）、虐待等の養育的な背景や、生活保護等の経済的な問題、本人の理解力やコミュニケーション能力を把握する保健師等の知識や技術によって結果が左右されないよう研修等が必要と思われる。

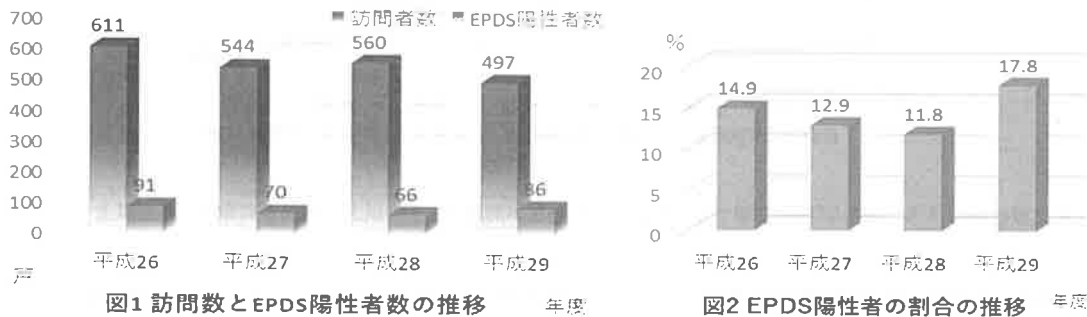
まぐち みさこ わたなべ としこ なはな まゆみ たかはし のぶこ やなぎた ともひろ  
 ○菊地 美砂子 渡邊 利子 那花 真弓 高橋 信子 柳田 友広

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全戸訪問事業（以下訪問）を開始し、平成28年度に「母親のもつ心配事の多さと多様さ」について第1報、翌29年度に「EPDS 陽性者の関連要因と継続支援」について第2報を報告した。出産後退院した病産院で1週または2週後に健診があり、子の体重増加・母乳育児等の確認がされている。1か月健診では母子の身体状況確認であり、看護職による相談等の関わりは少ない。当市では訪問後、継続支援者に保健師と連携を図り支援方法の検討・内容を共有化し継続支援実施してきた。しかし訪問でのEPDS 陽性者が多い、訪問の日程調整の際にうける相談も多いことから、①もう少し早く電話し母親の不安についての傾聴や助言をすればより早期に母親が安定した育児ができたのではないかと考え、平成29年の11月生から（平成30年1～3月訪問の3か月間はプレ実施、その後は継続実施）、出産後3週間目に母親への電話訪問を開始した。その結果をまとめたので報告する。

※広義環境：母子以外の家族関係や育児支援・経済・地域社会環境等を含む

1、訪問数とEPDS 陽性者数の推移



平成26年度から、訪問時「エジンバラ産後うつ自己評価表」（EPDS）を開始した。平成26年度から平成29年度までの年間の訪問数とEPDS 陽性者の推移をみると、訪問数は611戸から497戸と暫時減少した。訪問数から見たEPDS 陽性者数は平成26年度から平成28年度までは91人から66人と緩やかな減少となるが、平成29年度は86人に増加した。（図1）.図1より、訪問数の減少はあるが、EPDS 陽性者の割合の推移は11～18%の状況となっている。（図2）

2、出産から子育ての対応・支援

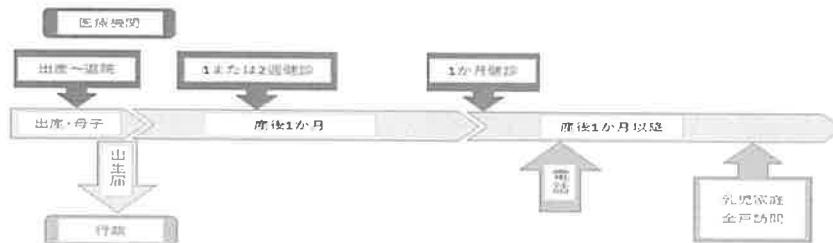


図3 出産から子育てまでの対応・支援

要支援・養育支援等の継続ケースであれば、医療機関と行政の連携が図られ地区担当保健師（時に助産師同行）が新生児訪問等の支援を実施する。当市の場合、図3のように出産後1か月以降から4か月の間に訪問を実施している。しかし、生後1か月前後の時期は母親が実際に育児を開始する時期であり、母親の出産後の疲労・ホルモンバランスの

変化による不調や育児での不眠となること、育児不安が出現することから育児支援が必要な時期である。

### 3、電話訪問の実施

実施の背景 1)葛西氏ら<sup>1)</sup>の調査で産後2か月におけるEPDS陽性者は全体の8.0% (初産9.4%、経産6.7%)、当市

では産後1か月健診後～2か月前後の期間で14.3%(平成26～29年度の平均)とEPDS陽性者が多い。

2)訪問日程調整の電話の際に受ける相談が多い。

3)一昨年第1報で述べた母子に関連した心配事の多さがある。

背景より①もう少し早く電話し母親の不安についての傾聴や助言をすれば早期に母親が安定した育児ができたか。

②1か月健診前に状況把握できれば、必要時1か月健診で小児科医に相談・確認するよう助言できたか。

⇒支援調整会議で検討し、出産後3週間目の母親に助産師の電話訪問を実施する事とした。(図4)

#### 助産師電話訪問

【目的】 母親が心身ともに安定した状態で育児することができるよう電話訪問により支援する。

【対象者】 出産後3週目の母親 (養育支援等で保健師が介入した者を除く)

【実施方法】 助産師の電話訪問による相談 (平成29年11月生から、平成30年1～3月訪問まではプレ実施)

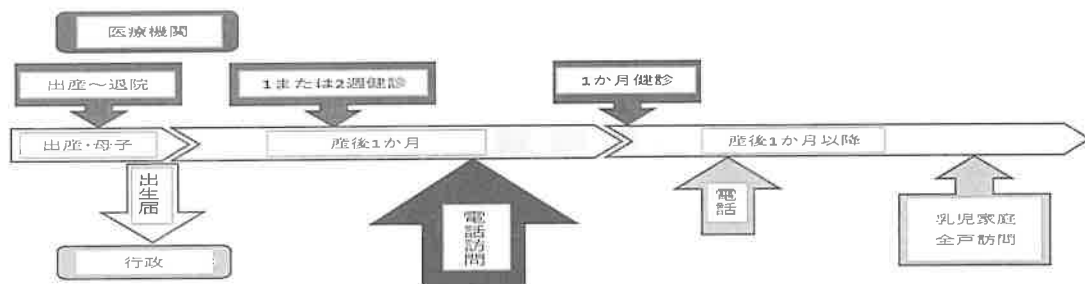


図4 助産師電話訪問

### 4、電話訪問開始後の結果



図5 平成29年度のEPDS陽性者の割合

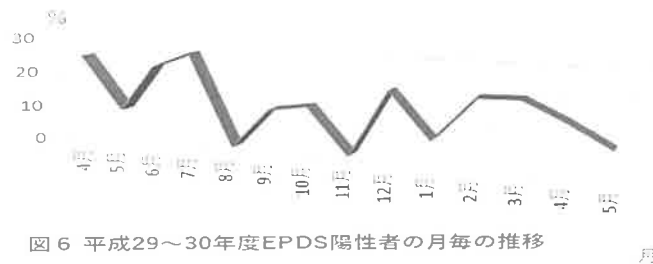


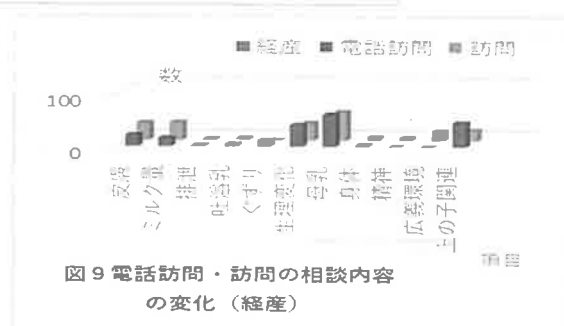
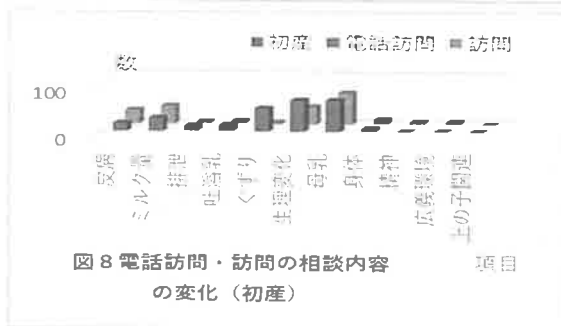
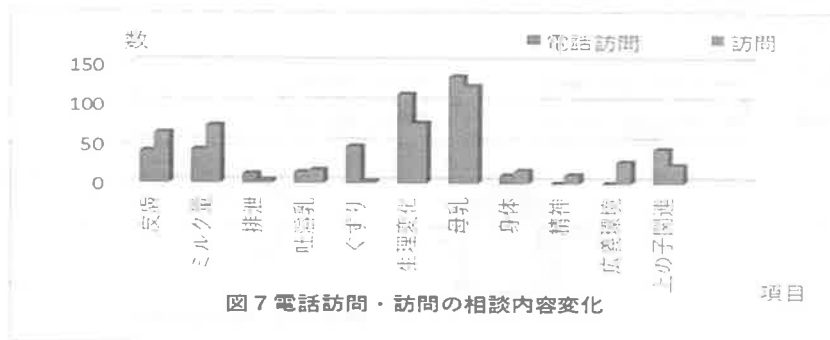
図6 平成29～30年度EPDS陽性者の月毎の推移

平成29年4月～10月までの電話訪問実施前と11月～翌30年3月の電話訪問実施後のEPDS陽性者の割合の比較で、18.4%から15.8%と減少していることから、母親の不安軽減の一助につなげられたと考え、4月以降も電話訪問を継続とした。(図5) 電話訪問実施後の月毎のEPDS陽性者の割合は、平成29年4月から翌30年5月までの電話訪問・訪問後の結果、月毎の変動はあるが2月のピーク後、3月以降増加なく徐々に減少傾向となっている。(図6)

電話訪問相談内容は、一昨年の第1報より、子の生理や状況についての不安、母親の育児に関する幅広い心配事を基に、不安や心配事を確認し相談を受けた。電話訪問での限界(相手が見えない等)はあるが、電話訪問時に把握した不安や心配事の子のぐずりや生理的变化、上の子関連等について、訪問では減少していた。これは電話訪問で、子の生理的变化や上の子退行時の対応について説明し支援につなげられたと考える。訪問時増加となった電話訪問時期以降に多く出現する乳児湿疹、子の栄養であるミルクや母乳については、訪問時現状を確認し、湿疹には洗浄と保湿、子の個々の成長に応じた具体的な栄養方法について説明し理解を確認した。(図7) 初産・経産の比較をみると、初産では、電話訪問時、ぐずりや子の生理的变化の不安が多かった。初産は子の成長による生理的变化が解らずに不安や心配事となっていたため、子の成長による生理的变化について具体的に説明し対応したことで理

解が図れ不安の軽減となった。経産は、皮膚・生理的变化・上の子関連の不安が多かった。電話訪問では、皮膚・生理的变化について経産として解っていることは、省きながら説明することを心掛けた。上の子関連では、上の子の退行、2人以上の育児の大変さ、それに加え育児支援不足等が関連した心配事となっていた。初産・経産ともに多かったのは、子の今後の成長に応じたミルク・母乳の増量や授乳方法についての心配事であり、広義環境は、家族・家庭関係、育児支援不足、経済状況等様々な要因が関連している心配事であった。電話訪問では表出されないが、母親の精神的な面はEPDS陽性者として訪問時に確認される。そこでは、母親の思いを傾聴し、その母親の頑張りやを労い、支援できる事業の紹介や保健師及び他職種との連携を図る事を実施した。電話訪問を出産後3週目の時期とした事で、心配事について1か月健診で小児科医師に確認することを助言できた。母親達は様々な不安・心配事を抱えながら、日々育児を実践している。(図7・8・9) 電話訪問実施後に訪問となる事で、訪問の際に不安・心配事の経過が見え、母親と訪問者との間で不安・心配事の確認をしながら、やりとりできる環境になったといえる。

実施期間の短さはあるが、EPDS陽性者の減少傾向となった事は、母の不安・心配事を確認し相談を受けた事で、受診行動までではないが、専門職(助産師)に確認し安心につなげたい母の思いに答えられたのではないかと。また、様々な不安・心配事を抱える母への産後のサポートとして切れ目ない支援として必要であることを確認できた。



おわりに

助産師電話訪問実施後、訪問することで、EPDS陽性者の減少傾向となった事は、母親が心身ともに安定した状態で育児できる支援につながられた。病産院を退院した母親が育児を開始し、様々な不安・心配事を抱えた時、電話訪問によって、専門職(助産師)に確認し相談できた事は、母親の不安・心配事の軽減に向けられたと考える。

母親の育児に関する不安・心配事については、一人一人に違いがあること、母親を取り巻く家庭・地域社会環境の複雑化があつて、一概に軽減・改善に向けられない広義環境、精神的なものがあつて、EPDS陽性者につながりやすい。その中で、母親として少しでも安心して子育てできる支援について、母親と一緒に考え、母親自身が考える育児の実践に向けられるよう支援をしていきたい。

参考・引用文献：1) 母児訪問助産師が捉えた産後早期における初産婦のメンタルヘルス状況 葛西圭子



地域全体が連携した健康づくり推進のための取組

○国田 亜由美<sup>1)</sup> 鈴木 優佳<sup>1)</sup> 石下 友基<sup>1)</sup> 富田 倫子<sup>1)</sup> 関口 昌代<sup>1)</sup> 長野 泰恵<sup>2)</sup>  
 都丸 美枝子<sup>3)</sup> 荒井 勝浩<sup>1)</sup> 高橋 司<sup>1)</sup>

1) 栃木県安足健康福祉センター 2) 栃木県保健福祉部障害福祉課 3) 栃木県県南健康福祉センター

1 はじめに

管内の健康づくりについては、平成 18 年度から安足健康福祉センター協議会地域・職域連携推進部会を設置し、地域保健と職域保健の広域的連携を図り、働く世代を主な対象とした健康管理の支援体制の整備について協議してきた。

しかし、依然として安足健康福祉センター管内では「脳血管疾患」「心疾患」「胃がん」等による標準化死亡比が高く、その要因となる「塩分の摂取量が多い」「高血圧者の割合が高い」「がん検診の受診率が低い」等の課題があると考えられている。

これらの健康課題解決のためには、幼少期から高齢期まで、世代を超えた健康づくりの取組を実践できるような環境整備を図ることが必要であるという観点から、安足健康福祉センター協議会地域・職域連携推進部会を平成 28 年度から「安足健康福祉センター健康づくり推進部会」に改編し、地域保健や職域保健、教育機関、健康づくり関係団体等の様々な機関との連携強化による地域特性に応じた健康管理の支援体制の整備について協議してきた。今回、その取組状況を整理し今後の方向性について考察したので報告する。

2 取組内容および結果

(1) 「安足健康福祉センター協議会健康づくり推進部会」の設置

健康づくりは世代を問わないことから、職域保健に限定した取組でなく、地域保健関係機関、教育関係機関、健康増進に係る団体、市等の様々な機関・関係者と連携し健康づくりや生活習慣病予防対策を効果的に推進していけるよう、平成 28 年に「安足健康福祉センター健康づくり推進部会」に改編を行った(図 1)。

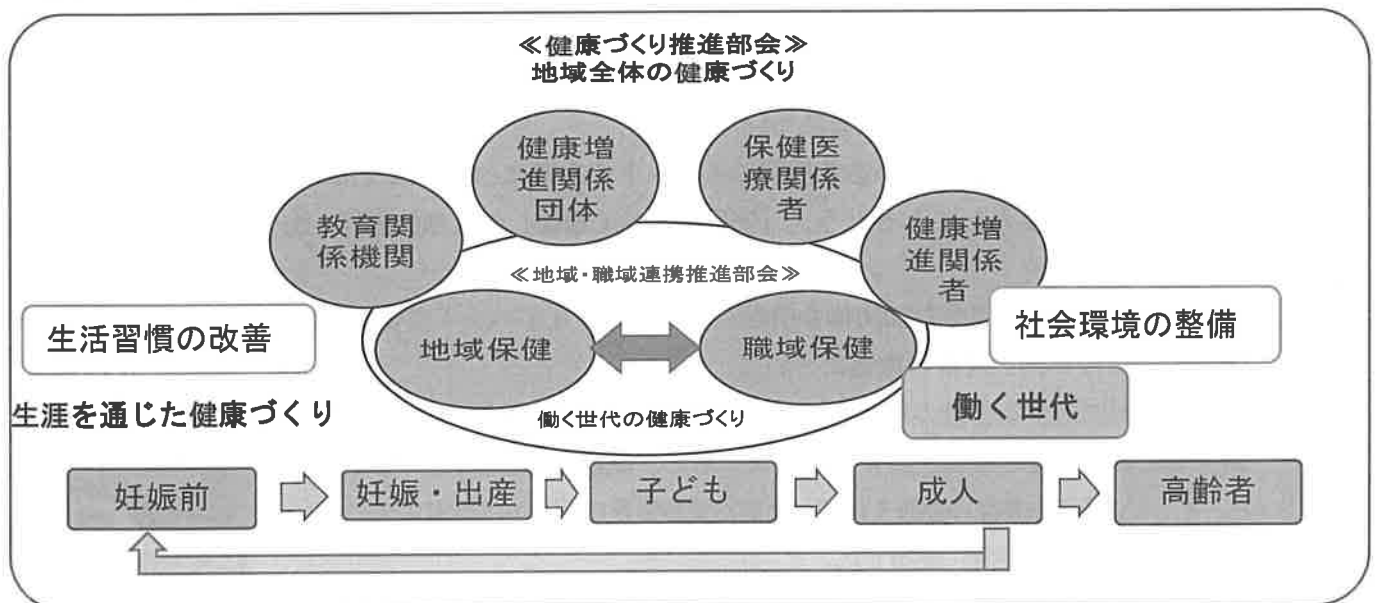


図 1 地域全体の健康づくり体制図

地域全体として一体的に取り組む重点取組を明確にし、それに対し各機関が連携して取り組むことができるようなネットワークの構築を目指しており、「各機関の取組状況共有→地域における課題の明確化・

重点取組検討→各機関で取組検討・実施」といった好循環を確立していくこととしている。

(2) 部会での検討の状況

① 各機関の取組状況共有・地域課題の検討

各機関において、表1に示すとおり、対象者や課題とそれに対する取組の違いがある中で、部会が中心となり、各機関の課題や取組状況内容について情報交換・共有を行った。

表1 各機関における主な取組や課題

職域保健	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診の受診勧奨・事業者健診データ取得・被扶養者対象のオプション健診の実施拡大により受診率向上を図る。</li> <li>・全事業所を対象とした健康診断の実施</li> <li>・健康バランスシートによる健康度の提示等による事業所への健康経営実践のための働きかけ</li> <li>・中小企業が多くを占め、事業所における健康づくりは経営者の方針によって左右されやすい。</li> </ul>
学校保健	<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬物乱用防止教室の中での喫煙の健康への影響についての授業の実施。</li> <li>・保健だよりにより家庭への波及を図る。</li> <li>・保護者の喫煙率の高さ、保護者への指導方法</li> </ul>
地域保健	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊娠届出や新生児訪問、母親学級等に併せた禁煙に関するアンケート調査の実施</li> <li>・母親学級での喫煙の影響についての説明</li> <li>・子どもの頃からの望ましい生活習慣の確立に向けた料理教室等の開催</li> <li>・子育て中の母親の喫煙率の高さ</li> <li>・食生活に関する若い世代への普及啓発が必要</li> <li>・特定健診受診率向上を目指した人工知能の活用やのぼり旗の作成、受診勧奨通知のための工夫</li> <li>・医療情報の共有</li> <li>・健康づくりイベント等での健康づくり情報に関する情報提供</li> <li>・市民公開講座の開催や健康に関する講演会の実施</li> <li>・特定保健指導の際における禁煙指導</li> <li>・料理教室の開催、減塩チェック</li> <li>・健診受診率向上に向けた各種施策を行っているが、めざましい向上に繋がらない。</li> </ul>

② 課題の明確化と重点取組の検討

各機関の取組状況や課題等から、管内共通の課題として「健診受診率向上対策」「喫煙対策」「望ましい食生活の普及啓発」の3つがあげられた。

さらに、各機関のネットワークを強化し、地域全体への健康に関する情報を発信する取組を加え、『4つの重点取組』を設定した。

(3) 重点取組の実施

① ネットワーク構築、情報共有について

それぞれの機関が行っている各機関のイベントや事業について広く周知し、事業によっては各機関が連携・協力をできるよう、「安足健康 Net 通信」の定期的発行・配信をH29年5月から開始した。

また、年に1回、部会参加団体を中心に、健康づくりイベントを実施することとした。

② 健診受診率向上対策の推進について

健診受診に対する住民の理解を深めるためには、住民参加型の啓発活動を展開することが重要と考え、広く管内住民に対し、健診受診促進標語の募集を行った。そして、最優秀作品の標語を掲載した健診受診促進を呼びかけるポスターを作成し、関係各機関・団体等に配布した。

標語は、部会のみではなく、管内他機関等の啓発活動にも広く活用されている(図2)。

③ 喫煙対策について

「世界禁煙デー及び禁煙週間」における普及啓発や禁煙外来の概要・安足地区禁煙外来実施医

図2



療機関の一覧を作成し、管内関係機関および団体等へ配布した。また、未成年者への喫煙防止対策として他事業との連携により、児童・生徒・教員及び保護者への喫煙影響に対する健康教育を実施した。受動喫煙防止に向けた環境づくりについては、禁煙分煙を実施済みである店舗に対して通知をし、禁煙分煙推進店の登録の推奨、申請受付・登録・情報管理を行った。

#### ④ 望ましい食生活の普及について

減塩を意識した食事で、主食・主菜・副菜を組み合わせたバランスのよい「健康な食事」の普及啓発資料を作成し、地域に広く配布するとともに、管内高等学校を対象に「高校生の食育教室事業」を実施した。

### 3 考察

地域の健康課題改善を行っていくためには、あらゆる世代を対象としたアプローチが有効である。そのためにはより多くの関係機関が連携をし、健康づくりの取組を展開していくことが必要である。

健康福祉センターが設置した健康づくり推進部会を通じて、地域保健、職域保健、学校保健、その他健康づくり関係団体等多くの機関と連携・協働し、生涯を通じた効果的な健康づくり施策の推進について検討、実践する場を構築することができた。今後は、重点取組の実施後の評価やさらなる課題の検討を進め、地域全体の健康づくり体制をより有効に機能させていくことが重要となる。

### 4 終わりに

地域の健康づくり推進のために、職域保健に限定せず地域保健、教育機関、健康づくり関係団体等と連携しながら取組を展開してきた。今後も地域の健康課題改善のために、健康福祉センターの役割として、地域保健関係機関・教育関係機関・健康増進に係る団体、市等の様々な機関・関係者と連携・協働しながら、県民一人ひとりが健康づくりを実践できるような支援や社会環境の整備を図っていきたい。

## 地域における「健康な食事」の普及啓発～高校生を対象とした食育教室の実施～

○鈴木 優佳<sup>1)</sup> 国田 亜由美<sup>1)</sup> 石下 友基<sup>1)</sup> 富田 倫子<sup>1)</sup> 関口 昌代<sup>1)</sup>  
 長野 泰恵<sup>2)</sup> 都丸 美枝子<sup>3)</sup> 荒井 勝浩<sup>1)</sup> 高橋 司<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> 栃木県安足健康福祉センター <sup>2)</sup> 栃木県保健福祉部障害福祉課 <sup>3)</sup> 栃木県県南健康福祉センター

### 1. はじめに

安足地域は、脳血管疾患による標準化死亡比（SMR）が高く、食塩摂取量も多い。また、若い世代においては野菜摂取量の不足や朝食の欠食等が課題となっている。

そこで、減塩を意識した食事、主食・主菜・副菜を組み合わせたバランスのよい「健康な食事」の普及啓発を図るために、地域の栄養・食生活に関わる関係者によるワーキンググループを設置し、住民にわかりやすい「健康な食事」の普及啓発資料を作成した。更に作成した資料を活用し、高校生を対象に食育教室を実施した。

今回、その取組状況と今後の方向性について考察したので報告する。

### 2. 取組内容

#### (1) 地域の食育・健康づくりワーキンググループの設置（平成 28 年度）

地域保健、学校保健分野の他、栄養・食生活に関わる人材育成を担う機関の有識者等をメンバーとした。

#### (2) 「健康な食事」普及啓発資料の作成

ワーキングメンバーからの、「ライフステージを問わず活用できるものがよい」「様々な機会でも活用できるように、わかりやすく簡単な資料がよい」等の意見を踏まえ、3種の普及啓発資料を作成した。



#### (3) 「健康な食事」普及啓発資料の活用

##### ①方法

ア 安足健康福祉センターでの活用

管内給食施設や食生活改善推進員を対象とした研修会、食育教室、健康づくりイベント等の機会に活用した。

イ ワーキングメンバーによる活用

健康教室、健診結果説明会、乳幼児健診、給食献立表・園だよりへの掲載、園児への食育等の機会に活用いただいた。

## ②結果

「主食・主菜・副菜を揃えよう～健康な食事は3つの器から～」リーフレット約6,300部、「減塩に取り組んでみませんか？」リーフレット約5,500部、「やってみよう！食生活チェック☆」シート約2,300部を配布し、「健康な食事」の普及啓発を行った。

資料の活用後、ワーキングメンバーを対象にヒアリング調査を実施した結果、「食事バランスガイドと比較すると3つの器の資料を用いた事により食事の摂り方が伝えやすかった。」「住民の方からも食事の組み合わせ方が分かりやすく実践したいとの声があった。」「カラー印刷なので説明しやすく、子どもたちにわかりやすかった。」「子どもたちの好みは味の濃いものが多く、今回の資料で減塩の大切さを知らせることで、家庭へも浸透させていきたい。」「家庭でも主食・主菜・副菜をしっかりと取り入れて食事を作るのが難しいという声も聞くため、こういった資料があると説明しやすく助かった。」等の意見があった。

## (4) 高校生の食育教室の実施

### ①方法

#### ア 実施対象校

管内高等学校 16校

#### イ 周知方法

管内高等学校養護教諭部会の機会に周知し、併せて各学校長宛て事業実施の通知を行った。

#### ウ 講話内容

BMI（適正体重）と必要エネルギー量、1日3食食べる大切さ、主食・主菜・副菜を揃えたバランスのよい食事、減塩を意識した食事のポイント、外食や中食の際の注意点等の内容とした。

なお、事前に学校担当者から、身体測定結果の状況や生徒の栄養・食事に関する知識レベル、昼食の喫食状況、学校周辺の食環境等の実態を聞き取り、より効果的な教室が実施できるよう講話内容を検討した。

#### エ 評価

講話終了後のアンケートにより評価を行った。

## ②結果

### ア 実施数

計7校（延べ928名）に実施した。特徴的な4校の概要を下表に示す。

実施校	学校の特徴	工夫した点
A	対象者：普通科及び生活デザイン科1～3学年 346名（男女） 時 間：45分 形 式：集会形式	カリキュラムが異なる多数の生徒に同時に講話を行うことから、簡単なクイズや食生活チェック等を実施し、生徒とコミュニケーションを取りながら講話を行った。
B	対象者：特別支援学校高等部1年16名（男女） 時 間：55分 形 式：授業形式	対象が特別支援学校の生徒であったことから、言葉の言い回しや表現を分かりやすく変え、スライドにもイラストを多く入れるなどした。

C	対象者：普通コース1学年167名（男女） 時 間：30分 形 式：集会形式 その他：生徒のほとんどが運動部に所属	生徒のほとんどが運動部に所属していたことから、食生活の基本となる内容に加え、補食や試合前後の食事の注意点などについても講話を行った。
D	対象者：フードデザイン専攻3学年10名（女子） 時 間：120分 形 式：授業形式	講話時間が長く、フードデザインを専攻していたことから、「3つの器組み合わせシート」を使用し、自分の食生活を振り返り、適正な食生活となっているか、具体的にどのように食事を組み合わせ、改善したらよいかを考える時間を設けた。

### イ アンケート結果

受講した生徒全員から回収したアンケートによると、講話の内容を理解できた者の割合は96%、講話が参考になった者の割合は95%、朝食の大切さが分かった者の割合は97%、主食・主菜・副菜を揃える大切さが分かった者の割合は96%、今後食生活を見直そうと思った者の割合は89%であった。

自由意見では、「休日は朝食を食べない時があるので、これからはきちんと食べていこうと思った。」「毎朝副菜をとることがなかったので、次の朝食のときは主食、主菜、副菜をそろえていこうと思った。」「食塩の量はほとんど意識していなかったので今後は意識していきたい」「副菜をたくさんとれていなかったので今度は少しでも多く食べるよう心がけたい。」等の声があった。

### 3. 考察

地域の健康課題を踏まえ、減塩を意識した食事、主食・主菜・副菜を組み合わせたバランスのよい「健康な食事」の普及啓発を推進するために、地域の栄養・食生活に関わる関係者で各々の取組や課題を共有し、普及啓発資料を作成した。このことは、様々な機会幅広い世代に普及するための手段として効果的なものであったと考える。

また、高校生の食育教室の実施は学校からの要望も多く、生徒のアンケート結果からは、主食・主菜・副菜を揃えた食事を摂る大切さ、1日3食食べることの大切さが理解できた等の回答も多く見られ、高校生の食に対する意識や知識が深まったと考える。その背景としては、事前に学校担当者から対象者の生活状況等を把握し、講話内容を工夫したうえで教室を実施したことが有効であったと考えられる。

### 4. まとめ

地域の健康づくり関係者と地域の健康課題を共有し、課題解決のために取り組む内容を明確にして多方面からアプローチすることは、効果的な健康づくりの推進に繋がると考える。

今後も引き続きワーキンググループを活用し、地域の栄養・食生活に関わる関係者等と協力しながら管内の健康課題の解決を図るとともに、生涯を通じた健康づくりを継続的に支援するための方策を講じる場へと発展させていきたい。

## 管内の給食施設関係施設における介護食の食形態統一化に向けた取り組み

○伊藤 里織<sup>1)</sup> 池内 寛子<sup>1)</sup> 一色 ミユキ<sup>1)</sup>  
塚田 三夫<sup>1)</sup> 工藤 香織<sup>2)</sup> 横田 綾敦<sup>3)</sup>

1) 栃木県県西健康福祉センター 2) 栃木県保健福祉部医療政策課 3) 上都賀総合病院栄養課

### 1 はじめに

高齢者の栄養管理について退院促進や在宅医療が求められる中、病院内のNST（栄養サポートチーム）や退院時の栄養ケアマネジメントの重要性が理解され、その取り組みが進められている。さらに、対象者の健康寿命の延伸、自己実現や生活機能の向上のために、医療と介護の連携を強化することにより効果的・効率的な医療・介護サービスの提供が求められる。その一方で、医療機関や関係機関同士の関わりが少なく、栄養ケアに関する情報共有が不足しているなど課題も浮上している。

そこで、県西健康福祉センター（以下、当センター）は、高齢者の栄養管理に係わる地域の課題を整理し、適切な支援方法を検討するために、給食施設指導事業を基盤に地域連携栄養ケア研究会（以下、研究会）を立ち上げ、関係機関の連携強化と介護食の食形態統一化に向けた取り組みを実施したので報告する。

### 2 取組内容

#### (1) 研究会の立ち上げ（平成 27 年度）

上都賀総合病院栄養課とともに地域における栄養ケアの実態について協議・検討し、研究会を立ち上げた。地域連携栄養ケア体制研究会の運営について、把握した実態や情報を地域に還元し地域連携を推進する方向性を明確化するため、当センターと上都賀総合病院栄養課の役割を整理した。

#### (2) 研究会における地域課題の抽出（平成 28 年度）

地域課題を整理するために会議を開催し、各施設の糖尿病対策及び低栄養対策の現状と課題について話し合い、今後の研究会の方向性を検討した。

#### (3) 研究会の事業（平成 29 年度）

関係機関における介護食の食形態統一化を図るために、食形態調整表及び経腸栄養剤一覧表の作成について検討した。

### 3 結果

#### (1) 研究会の立ち上げ（平成 27 年度）

当センターの給食施設事業の一環として研究会を発足し、県西支部栄養士会や他機関と連携しながら事業を行うことができた。なお、研究会の内容や研修、具体的な取り組みについては、研究会構成員自身を中心となって進めることができた。

本研究会の構成員は、鹿沼市及び日光市の病院、老人保健施設（その他老人福祉施設含む）、社会福祉施設のうち、研究会に登録し、地域連携栄養ケア体制整備に協力の意思を示した施設に所属する管理栄養士及び栄養士とした（平成 30 年 4 月 1 日時点で 30 施設 32 名が登録）。

(2) 研究会における地域課題の抽出（平成 28 年度）

会議を 1 回開催し、26 施設 30 名（事務局含む）が出席した。会議の結果、糖尿病対策については、個別の栄養食事指導や糖尿病教室を実施しているものの、改善が見込めなかったり中断したりするケースが多いことから、効果的な指導方法を地域で統一し、他機関が連携して指導できる体制が必要であるという意見があった。また、低栄養対策については、嚥下障害者は摂取量の減少により低栄養になりやすく、誤嚥を防ぐ適切な食形態と栄養量を確保した食事の提供が必要であるが、利用者が他施設へ移動する際に、食事や栄養管理の情報連携の必要性が高いものの、他施設の食形態や使用している栄養剤の種類などを判断する材料がなく、施設同士の連携に苦慮しているという意見があがった。

これらの地域で抱える課題を受けて、施設にて提供している食事の形態や形状等を他施設へも情報提供できるようなシートの作成検討会を行った。

(3) 介護食の食形態統一化に向けた取り組み（平成 29 年度）

平成 28 年度の会議結果を踏まえ、23 施設で食形態調整表（表 1）及び経腸栄養剤一覧表（表 2）を作成した。

食形態調整表は、「日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食 2013」のコード 0～4 を食形態（レベル区分）ごとに分類し、各施設での名称（食種）、栄養価、主食の状態を記載して、水分の対応（あり・なしに加えて、ゼリー・トロミ・液体）を情報提供できるようにした。実際の提供状況をわかりやすく示すために、各施設の食形態（刻みのタイプ）の写真を掲載した。

経腸栄養剤一覧表は、成分栄養剤・消化態栄養剤・半消化態栄養剤・半固形化栄養剤（トロミ付き栄養剤）・病態別栄養剤・経口用栄養剤の 6 つに分類し、施設での対応状況（可・不可）、使用する栄養剤名、水分の対応（白湯・とろみ水・市販品）を情報提供できるようにした。

平成 27 年度からこれまでの取り組みを行った結果、当センターとしては、地域課題を整理するための会議を開催し、地域連携ケア事業としての取り組みの方向性を示すことができた。

表 1 食形態調整表（記載例）






レベル別 食形態調整表		施設名( )			病院・看護・特養・その他	
レベル区分	レベル1 訓練食	レベル2 ミキサーペースト	レベル3 嚥下対応	レベル4 嚥下対応	レベル5 常食	
嚥下調整食 字番号コード	0j・0k・1j	2-1・2-2	3	4		
食形態	ゼリー <small>経口用調整食のみのゼリー</small>	ムース状・ペースト状 <small>刻みサイズにかけぬるらかさ、高粘性を追加したもの</small>	舌と口蓋間の押しつぶし容易なもの <small>粉があるが押しつぶし易い状態の状態で咀嚼困難時にはあかささないもの</small>	5mm～3cm程度にカットのもの <small>きざんだり、ある程度やわらかくするなど咀嚼が困難な方に対応したもの</small>	一般食 一品の常食	
施設での名称(食種)	嗜好 食	ペースト 食	全粥刻み 食	全粥刻み 食	常 食	
栄養価	1食(1個)あたり・1日あたり	1食(1個)あたり・1日あたり	1食(1個)あたり・1日あたり	1食(1個)あたり・1日あたり	1食(1個)あたり・1日あたり	
エネルギー	80 kcal	1300 kcal	1500 kcal	1500 kcal	1700 kcal	
たんぱく質	6.2 g	55 g	60 g	60 g	65 g	
脂 質	0 g	30 g	37 g	37 g	43 g	
糖 質	13.8 g	200 g	230 g	230 g	260 g	
主 食	—	ペースト粥	三分・五分・七分粥・全粥	三分・五分・七分粥・全粥・米飯	米飯	
写 真						
水分の対応 (水分の種類)	あり・なし ゼリー・トロミ・液体	あり・なし ゼリー・トロミ・液体	あり・なし ゼリー・トロミ・液体	あり・なし ゼリー・トロミ・液体	あり・なし ゼリー・トロミ・液体	



表2 経腸栄養剤一覧表（記載例）

経腸栄養剤一覧表		施設名( )				病院・老健・特老・その他	
分類	成分栄養剤	消化型栄養剤	半消化型栄養剤	半固形化栄養剤 (orトロミ付栄養剤)	病態別栄養剤		経口用栄養剤
標準タイプ	エレンタール	ツイライン	メイバランスHP1.0 ラコール	300kcalタイプ PGソフト F2ライト	肝不全用	アミノレバニエン	標準タイプ
					腎不全用	リーナレンLP リーナレンMP	
高濃度タイプ		ペプタメンスタンダード	エンシュアH	400kcalタイプ PGソフト F2ライト	腫瘍病用	インスロー	高濃度タイプ エンジョイクリミール
低濃度 水分入りタイプ		ハイネイーゲル			呼吸不全用	ブルモケアEX	セリータイプ エンジョイゼリー マイワンスソフトゼリー
施設での対応	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可
水分の対応	白湯・ろみ水・市販品	白湯・ろみ水・市販品	白湯・ろみ水・市販品	白湯・ろみ水・市販品	白湯・ろみ水・市販品	白湯・ろみ水・市販品	

### 3 考察

今回作成した食形態調整表や経腸栄養剤一覧表を情報共有できる施設は、地域連携栄養ケア研究会に登録している施設に限られているが、これらの取り組みは、地域の高齢者が利用する施設の食事形態統一化に向けた体制づくりの一助になったと考えられる。

また、各施設の食事のレベル区分や形態を写真で標記することにより、食事を提供する側も受ける側も同じ情報を共有できるため、転院時や在宅での療養生活を行うにあたって安全な食生活を送るための有益な資料となり得る。今後、施設ごとに資料内容を毎年更新し、他施設と連携した事例の検討等を行いながら地域の実態に合わせた資料提供に努める必要がある。また、食支援は管理栄養士・栄養士だけでなく、対象者の生活支援等を行っている他職種との連携も重要であると考えられる。

さらに、各種一覧表は災害時の物資受け入れや提供等、受援・支援を迅速にすすめるために活用出来ると考えられる。

### 4 まとめ

当センターは、機能として①中心的な機能を発掘する役割 ②地域の人材を育成する役割 ③各職種の連携を強化する役割 ④組織を強化する役割 を担っていることから、本研究会を通して地域の施設における栄養ケアに係わる課題について把握するとともに、地域の栄養ケア体制を構築する基盤づくりを行うことができた。また、各施設の食形態調整表及び経腸栄養剤一覧表を作成することができたので、これらの取り組みを啓発し、高齢者が地域で安心して暮らせるよう、自宅や利用する病院・施設など、どこにいても食べる機能にあった食事を提供する地域の体制づくりを推進していきたい。当センターでは、引き続き給食施設指導事業等で取り組みを進め、今後管理栄養士・栄養士による組織体制が整い次第、介護支援専門員等にも参加を促して、多職種が連携した栄養ケア体制づくりを目指すこととしている。

## 若い世代が主体となった食育の推進 ～高校・大学等との連携事業について～

宇都宮市保健福祉部 保健所健康増進課

○ 枝 有紀

吉田 琴・荒井 登志子・野澤 美紅

### 1 はじめに

本市の食育の現状や課題については、平成28年度に実施した食育に関する意識調査によると、「食育の認知度」は向上しているが、特に、20歳代や30歳代の若い世代では、他の世代と比較し、朝食の欠食、女性の痩せ、栄養バランスのよい食事の実践などの点で課題があり、これからの未来を担う若い世代が、食に関する知識や取組を次世代につなげていくためにも、健全な食生活の実践に向けた取組が必要である。

本市では、これまで、若い世代に対する食育の事業として、出前講座や情報提供、学生食堂を活用した啓発活動などを中心に取り組んできたところであるが、さらなる効果的な食育の推進を図るため、高校・大学等との連携事業として、若い世代である学生自身に、主体的に自ら企画から取り組む、新たな課題解決のための啓発事業を実施したので報告する。また、本事業は、宇都宮大学の太森教授の協力を得て実施したものである。

### 2 経緯

本事業については、食育に興味関心を持たない若い世代でも、食育のイベントならば、会場に足を運びやすいことから、「うつのみや食育フェア」という多くの人が集まる食育イベントの場を活用し、食育に興味を持ってもらえるよう、啓発事業を実施することとした。

協力の得られた学生に対して、本市の現状や課題を踏まえ、テーマと内容についてのワークショップを実施した。若い世代の食に関する課題の洗い出しを行う中で、自分たちを含む同世代の食生活に関する問題点へ改めて気づいた様子も見られ、個々人が食生活を振り返る機会にもなった。最終的に、若い世代は食に関する知識や意識、実践状況等の面で、他の世代より課題が多くみられることから、若い世代の正しい食習慣定着のためにも、朝食の欠食率が高い現状を踏まえ、「若い世代の朝食欠食改善」をテーマとすることとした。

次に、「若い世代の朝食欠食改善」というテーマでは、どのような啓発方法が有効かについて、各々がアイデアを出し合い、KJ法を用いて、具体的な若い世代に向けた効果的な啓発方法について検討した。より効果が見込まれる内容を選択し、学生自身が主体的にステージ・出展ブースの企画から運営を担う形で、同世代に向けた啓発活動を実施するという方向で進めていくことに決まった。

新たに取り組んだ本事業では、宇都宮大学の学生14名（教育学部家政教育専攻・地域デザインコミュニティデザイン科）が結成した「あさごはん食べ隊」が主体的に企画・実施した、若い世代が主体となった食育の推進を図るための連携事業を実施することとなった。

### 3 事業内容

#### (1) 第11回うつのみや食育フェアの開催

- ① 日 時 平成28年10月2日（日）午前10時～午後3時
- ② 会 場 宇都宮城址公園・オリオンスクエア
- ③ 来場者数 約43,000人

④ 実施内容

(ア) 簡単朝食のレシピの考案，試食提供，レシピの配布

米飯とおかずを準備しなくても，手軽に栄養を摂取することができ，包丁やまな板を極力使用しない，誰でも簡単に準備ができる炊き込みごはんのレシピを考案し，試食提供，レシピの配布を行う。



(イ) 実態調査の実施

朝食には何を食べるかについて，米食，粉食，その他（主食を食べない，朝食を食べないも含む）の三項目について年代別に実態調査を実施し，次年度の本イベントにつなげられるような課題を見出す。

(ウ) 体験型ゲーム（野菜クイズ）

箱の中の野菜を当てるゲームや野菜カードの神経衰弱を行うことで，小さい子供から大人まで，世代を超えて食に興味を持ってもらう。

(エ) ステージ実演

配布したレシピの調理を実演することで，その簡単さ，手軽さを実感してもらい，家庭での実践に繋げる。

⑤ 実施結果

今回，レシピを考案し，配布するだけではなく，実際に作って試食提供することで，来場者に自分たちの考案したレシピを知ってもらうことができた。

次年度は、もっと若い世代にスポットを当て、朝食だけでなく、日々の食生活へと視野を広げて企画を作りあげるなど、若い世代の来場者がより足を運びたいくなるようなステージ企画を取り入れられればよいと感じた。

(ア) 簡単朝食レシピの配布，試食提供

洋風，和風，中華風の3種類の試食提供とそれぞれのレシピ配布を行った。学生や若い世代には、チーズの入った洋風が人気だった。試食後の感想では、家庭で実践しやすいという言葉が多く見られた。

(イ) 実態調査の実施

性別，年代別で，来場者にボードにシールを貼る形式で調査を実施した。10歳代から40歳代までは、米よりもパンを食べている人が多かった。

(ウ) 体験型ゲーム（野菜クイズ）

ゲームやクイズを通し，野菜の名前や含まれる栄養素などを理解することができた。

(エ) ステージ実演

学生がステージで，調理実演することで，普段あまり調理をしない学生でも作れるという手軽さを強調できた。

#### 4 考察

行政と大学とが連携することにより，イベントにおいて，学生自身が主体的な企画や取組を行うことができた。食育への関心が低いとされる若い世代である学生が，イベントの企画，運営に関わったことで，若い世代を含む多くの来場者の興味を引くことが出来，また，出展者側の学生自身の食生活を見直すきっかけにもなった。

イベント終了後，学生達は，自主的にリフレクションを実施し，今回の反省を踏まえ，次年度に向けて，若い世代により効果的なブース内容の検討を進めていた。

今回のイベントへの参加を契機とし，学生自身が様々な場において，継続的な活動を行い，若い世代の正しい食習慣の定着に繋がるよう，イベント参加への働きかけや，別の場における具体的な啓発方法の提案など，行政として支援していく必要がある。

#### 5 まとめ

今回，学生が，食育の現状と課題から，ワークショップを実施する中で，若い世代に食習慣を見直すきっかけとなる啓発が必要であると考え，学生自身がイベントで，朝食欠食に焦点を当て，自らが企画・実施し，啓発を行ったことは，朝食を毎日食べる食習慣を定着させるために効果的であり，若い世代である学生が，自分自身の食生活を見直すきっかけになるなど，双方にとって効果的な取組になった。

平成29年度においても，同イベントにおいて「あさごはん食べ隊」が主体的に参加し，若い世代へ食育の啓発を実施するなど，若い世代が主体的に同世代に継続して食育の啓発を行うことに繋がっている。

今後は，さらに，自主的な取組による食育の推進が図れ，各学校のニーズを把握したうえで，取組が継続していけるよう，学校の状況に応じた連携事業について検討をしていきたい。

## 精神科救急における身体合併症への対応に関する調査

○中山晴美<sup>1)</sup> 小久保麻紀<sup>1)</sup> 大塚一弘<sup>2)</sup> 野口和幸<sup>3)</sup> 池田美智雄<sup>4)</sup>  
鈴木祐美<sup>5)</sup> 鈴木浩<sup>1)</sup> 宇賀神透<sup>2)</sup> 齋藤久雄<sup>1)</sup> 増茂尚志<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> 栃木県精神保健福祉センター <sup>2)</sup> 栃木県立岡本台病院 <sup>3)</sup> 栃木県立足利中央特別支援学校  
<sup>4)</sup> 栃木県県北健康福祉センター <sup>5)</sup> 栃木県医療政策課

指導助言者：自治医科大学地域医療学センター公衆衛生学部門 柳川洋 阿江竜介  
栃木県県北健康福祉センター 栗野哲実  
栃木県保健環境センター 増田明子

### 【はじめに】

精神科救急における身体合併症患者への対応には、救急告示医療機関と精神科医療機関の円滑な連携が欠かせない。

しかし、精神科では身体の急変に対応できるような十分な設備等がないことから、ほとんどが身体科での治療を優先するように判断されている。一方、救急告示医療機関からは、精神症状への対応に苦慮することが多く、精神科でのフォローアップを望む意見が聞かれている。

栃木県では、両者の円滑な連携促進のため、「栃木県精神科救急医療システム連絡調整委員会」に「身体合併症部会課題検討部会」を設置している。本部会では、身体合併症患者対応に関する関係者の共通理解を図り、連携のあり方について協議しているところであるが、今後、具体的な連携体制を整備する上では、対象患者の実態を明らかにすることが必要である。

そこで、救急医療の対象となる身体合併症患者の対応状況や体制、連携の実態を把握し、救急告示医療機関と精神科医療機関の円滑な連携推進に寄与するため、県内の救急告示医療機関及び精神科病院を対象にアンケート調査を実施したので報告する。

### 【調査概要】

- 1 対象：救急告示医療機関 57病院  
精神科医療機関 27病院（精神科単科22病院、総合5病院）
- 2 期間：平成29年10月1日～31日（1ヶ月間）
- 3 方法：郵送調査
- 4 アンケート内容  
〈救急告示医療機関〉
  - ・精神科救急の対象となる身体合併症の対応件数及び症状
  - ・精神科医療機関との連携体制〈精神科医療機関〉
  - ・休日及び夜間帯における身体合併症患者の受け入れ体制
  - ・身体合併症患者の受け入れ件数及び症状
  - ・救急告示医療機関との連携体制
- 5 追加調査  
調査を補完するため、救急告示医療機関（12病院）に聞き取り調査、精神科医療機関（27病院）に電話調査を実施した。

（聞き取り調査内容）処遇困難事例、精神科医療機関との連携、身体合併症対応についての要望等  
 （電話調査内容）精神科救急のために常時確保している保護室数（精神科救急の輪番時対応外の数）

【結果】

1 回収状況 84病院（回収率100%）

2 救急告示医療機関からの回答結果

① 精神症状があり対応に苦慮した件数：92件 ※精神科疾患のある患者の救急搬送数の20%

	精神症状	希死念慮	治療抵抗	酩酊	過量服薬	自傷	自殺企図
件数	32	23	10	30	27	7	7

（内訳）重複あり

② 精神科への転科転院数

精神科への転科転院の必要な事例49件に対し、実際に転科転院した件数は19件（39%）

③ 連携方法

（内訳）重複あり

	連絡会議参加	医師同士相談	情報センター相談	精神科紹介	精神科案内	その他
件数	5	23	6	46	18	5

※普段から精神科医療機関と連携していると回答したのは25病院（44%）、県北圏域の精神科医療機関との連携が15病院と多かった。

④ 精神症状のある患者への対応で普段から困っていること

精神症状や問題行動への対応困難14病院、精神症状に対応できる体制が整っていない11病院、精神症状があると受け入れ困難8病院 等。

3 精神科医療機関からの回答結果

① 身体合併症のある患者に対応した件数：49件

（内訳）重複あり

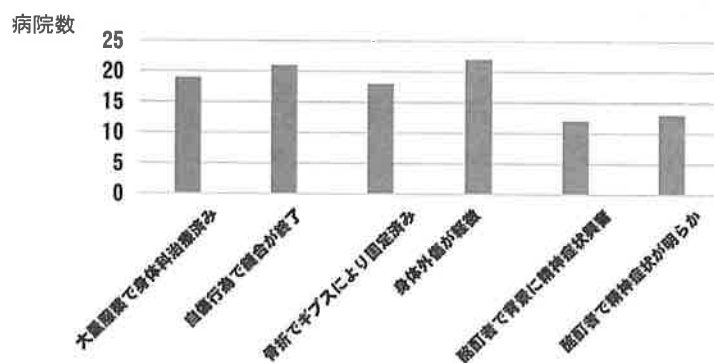
	自院 通院	他院 通院	精神 症状	希死 念慮	治療 抵抗	酩酊	過量 服薬	自傷	自殺 企図
件数	32	10	28	12	4	2	9	3	5

② 休日夜間の体制及び対応可能な処置

休日は6病院で精神科医師が不在となることがある。夜間においては9病院で精神科医師が不在となることがあり、うち3病院では休日夜間は精神科医師が常に不在である。

精神科単科22病院の休日夜間に対応可能な処置は、レントゲン1病院、CT対応可能病院なし、心電図11病院、血液検査3病院、輸液13病院、縫合6病院、胃洗浄3病院であった。

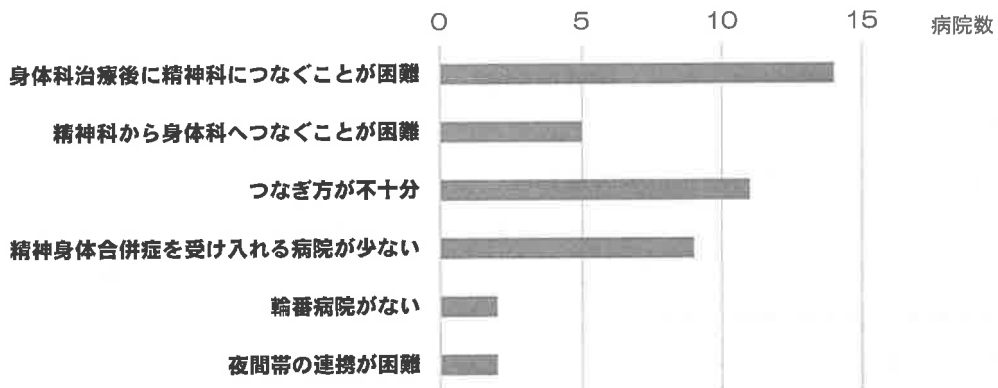
③ 「傷病者搬送に関する考え方」（※栃木県身体合併症課題検討部会作成）での受け入れ可能病院数



④ 身体合併症のある患者への対応について普段から困っていること

身体症状があると受け入れ困難 7 病院、身体症状に対応できる体制設備がない 7 病院 等

4 連携の課題



5 聞き取り調査結果

連携について困難・不十分等の意見が多い中、「月に数回地域の精神科医師の診察日が設けられている」「地域の精神科病院と連携し、身体的治療が必要などときには患者を引き受け、精神科治療が必要などときには依頼できる関係にある」といった、ローカルネットワークの構築が確認できた。

6 電話調査結果

栃木県内保護室 183 床中、精神科救急のために常時確保している保護室は 4 床であった。

【考察】

救急告示医療機関で身体科治療後、精神科に転科転院が必要なもののうち実際に精神科に転科転院した者は 39%、普段から精神科医療機関と連携している救急告示医療機関は 44% に留まっていることから、身体科から精神科への円滑な連携体制の構築が求められる。また、精神科救急情報センターへの相談数が少なく、情報センターの振り分け機能を生かすためには輪番病院の確保と病院や消防機関への継続周知が必要である。

精神科医療機関では設備や体制が不十分なことから、身体合併症の受け入れには限界がある。特に保護室確保数が少ないこと、精神科医師が不在の時間帯があることについては、精神科救急の推進のための大きな壁となっていると思われる。

【まとめ】

県身体合併症課題検討部会で課題となっていた救急告示医療機関と精神科医療機関の連携について、今回の調査から、地域ネットワークという基盤作りが重要であることが分かった。精神科救急情報センターや常時対応施設である岡本台病院の機能を最大限に発揮するためにはローカルネットワークを大切にしながら、精神科救急医療の基礎となる（かかりつけ医を中心とした）地域ネットワークを構築することが必要である。また、保護室不足や精神科医師不在の時間帯があることは、輪番病院の確保や精神科治療が必要な患者の転科転院に影響を及ぼしている可能性もあり、地域の医療機関とともに検討していく必要がある。

今後は地域ネットワークの構築のため、二次保健医療圏域ごとの研修等を開催し、基盤作りから始めると共に、調査結果についても広く共有・活用したい。

※調査にあたり、御協力いただきました栃木県医師会及び栃木県精神衛生協会に深く感謝申し上げます。

## こころのセーフティネットワーク事業における10年間の取組

烏山健康福祉センター 保健衛生課 ○舟迫 香、須藤 涼子、桜井 万弓、手塚 素子  
 衛生福祉大学校 保健看護学部 保健学科 石塚 三奈子  
 前 烏山健康福祉センター 保健衛生課 武井 尚枝

### 1 目的

全国及び県内における自殺死亡率の推移は、平成9（1997）年ごろをピークとして年々減少傾向であるが、横ばいになりつつある（図1）。こうした自殺者の現状から、平成29（2017）年7月に自殺総合対策大綱が改定され、自殺死亡率を平成38（2026）年までに平成27（2015）年と比較し30%以上減少させることが目標となった。

一方、烏山健康福祉センター（以下、当センター）管内における平成28（2016）年の自殺死亡率は男性では27.5（人口10万人対）、女性では10.0（同）であり、県内に比して高い割合で推移してきた（図2）。このような現状から当センターでは、関係機関の連携により地域住民のこころの健康の保持増進を図るとともに、こころの問題を抱える人を早期に相談や治療に結びつけるため、平成19年度より「こころのセーフティネットワーク事業」を開始した。今後の取組のさらなる充実を図り、地域における計画的な自殺対策推進のため、過去10年間の取組を報告する。

### 2 事業概要

こころのセーフティネットワーク事業は、平成19年度より開始された。事業の概要は表1に示す。

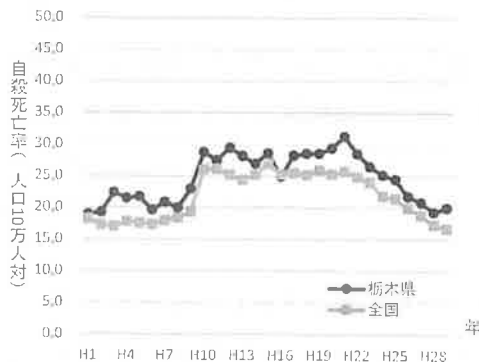


図1 国及び県内の自殺死亡率の推移（警察庁統計）

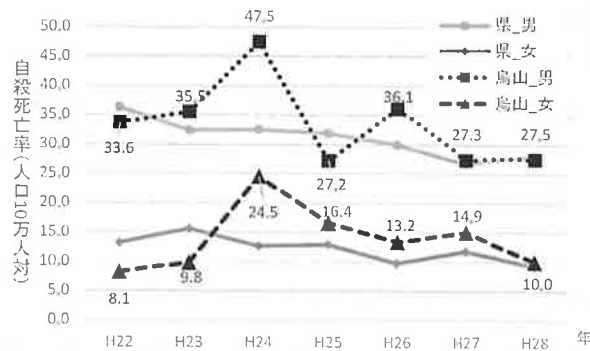


図2 当センター管内の性別自殺死亡率（栃木県保健統計年報）

表1 事業の概要

STAGE	取り組むべき課題（大綱より）	ネットワークの目的	ネットワークの機能
STAGE1：予防 プリベンション  こころのセーフティネットワーク会議	1) 調査研究の推進 2) 教育活動、広報活動等を通じた県民の理解 3) 人材の確保 4) 職域、学校、地域等におけるこころの健康の保持に係る体制の整備	(1) 各団体の相互理解と共有化（機能、実態及びこころの健康に関する取組と課題） (2) 連携により対策を効果的に実施、進捗管理 (3) 提案・報告・評価・実践	(1) 自殺やこころの健康等に関する基本認識を標準化する場 (2) 機関相互の情報提供・情報共有、機能の活用、協力、支援等 (3) 研修、啓発資料の提供 (4) データ集積・分析 (5) その他必要事項
STAGE2：介入 インターベンション  こころのセーフティネットワークプロジェクト会議	5) 医療提供体制の整備 6) 自殺発生回避のための体制の整備等 7) 自殺未遂者に対する支援 8) 自殺者の親族等に対する支援	(1) うつ病などの問題を抱える人の把握システムの構築 (2) 自殺未遂者等の把握と介入についてのシステムの構築	(1) 事例の報告、協議 (2) 把握システムの検討等
STAGE3：事後 ポストベンション	9) 民間団体の活動に対する支援	(1) 遺族支援についての方策	



### 3 取組結果

事業における10年間の取組を表2に示す。

#### (1) 関係機関との連携強化

平成19年度より、市町・医療機関・警察・消防・学校・企業・商工会等40名に会議構成員を依頼し、年1回こころのセーフティネットワーク会議を開催した。また、活動の核となる構成員（市町・医療機関・警察・消防）とともに、自殺企図者の置かれた状況を踏まえた抜本的な対策を検討するため、年2回こころのセーフティネットワークプロジェクト会議（以下、プロジェクト会議）を開催した。会議では、80歳以上の高年層に多い等、管内自殺者の特徴を統計から把握するとともに、自殺企図者の早期支援を行うため平成20年度よりハイリスク者把握システムによる情報共有体制を構築した。

#### (2) 普及啓発

学校や企業、商工会の協力を得て、健康まつりや健康診断等、住民の生活の場に出向き、こころの相談窓口に関するリーフレットの配布を行った。また、事業の取組等を掲載したA4のリーフレット「こころのセーフティネットワークニュースレター」を毎年発行し、当センターホームページに掲載するとともに県民や関係機関に広く配布した。

#### (3) 研修会の開催等による人材育成

住民やこころのセーフティネットワーク構成員を対象として、公衆衛生・精神保健分野の専門家、寺の住職、いのちの電話事務局長等を講師として研修会を開催した。また理美容関係者や民生委員、児童委員、介護支援専門員等を対象としたゲートキーパー研修を実施した。

### 4 考察

#### (1) 当センター管内における課題

##### ア 自殺企図歴のあるハイリスク者への支援

自殺ハイリスク者の多くは支援者の介入に抵抗があり、支援の同意を得ることが困難である。生きづらさを抱える自殺ハイリスク者が相談機関とつながることができるようにするため、相談窓口のPRを継続するとともにゲートキーパー等住民同士の気づきを活かした包括的な支援体制の構築が重要である。

##### イ 高年層への支援

管内自殺者の特徴として80歳以上の高年層に自殺者が多いことが挙げられる。本人の周りにいる家族、介護保険等サービス提供者、かかりつけ医等の支援者が、本人の変化に気づくことが早期対応の要となると考える。

#### (2) 今後の事業の方向性

こころのセーフティネットワーク事業では、これまで官民一体となった自殺対策の展開により、正しい知識の普及啓発やハイリスク者支援等一定の効果があつたところである。その一方で、平成29(2017)年神奈川県座間市で起きた事件では、若年層への支援の課題が顕在化した。身近な人に相談できない若者が適切な相談機関とつながることができるよう、教育機関との連携により「SOSの出し方教育」を進めて行く必要があると考える。

今後は当センター管内の地域特性を踏まえながら全国的な課題となっている若年層へのアプローチ等、実効性の高い対策の推進により、誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指したい。

表2 こころのセキテイネットワーク事業 10年間の取組

年度	社会背景	経過及び取組	ネットワーク会議	プロジェクト会議	普及啓発	研修会等	人材育成及び関係機関の取組
H18	・自殺対策基本法成立(国) ・自殺対策大綱閣議決定(国)	・現状把握のため、管内中学生保護者(壮年期)を対象にアンケート調査(調査結果の課題として) ・健康福祉センターが相談窓口として認識されていない。 ・0割がストレスを感じ、死について考えることがある。 ・30関係機関の協力の下セキテイネットワーク構築	・H18.12設立 ・この年の各関係団体、向上及び自殺者の減少に向け、各関係団体の連携の強化を図り込み ・メンタルヘルスや自殺対策に関して、身近で起きていることについて自分たちで行う ・「生きていることがつらい」と感じている方とその「支援へ」 ・「大切な人を自死で亡くされた方」に ・福祉まつりでの啓発	・H20.12設立 ・美園内の活動を果たした活動開始、未送信に関する現状把握、課題の洗い出しと対応 ・「生きていることがつらい」と感じている方とその「支援へ」 ・「大切な人を自死で亡くされた方」に ・福祉まつりでの啓発	・管内のこころの健康づくりイメージキャラクター「ココロ」誕生 ・福祉まつりでの啓発	・こころのセキテイネットワーク、ひとりひとりにできること～公衆衛生の立場からみた自殺～ 講師 自治医科大学公衆衛生学教室教授 37名参加 ・市県連携における自殺予防対策の現状 講師 精神保健福祉センター教育推進部長 38名参加 ・民間ボランティアとの共同での「のんびりくちびる」開設	
H19		・ハイリスク者への対応について検討 ・多量債務者(壮年期)への支援(中高生に多い自殺の原因として、経済・生活問題が多い) ・アルコール依存に関する認知が薄い(アルコールに関する関係支援の増加)	・多量債務者の相談窓口からの情報共有 ・ハイリスク者(未送信)支援について検討 ・自己支援啓蒙啓報	・ハイリスク者把握システムの内容修正(審判によるリーフレット配布) ・ハイリスク者把握システムの認識統一 ・質向上のための研修会開催 ・福祉まつりでの啓発	・ニューズレター-N01 ・リーフレット作成 ・「生きていることがつらい」と感じている方とその「支援へ」 ・「大切な人を自死で亡くされた方」に ・福祉まつりでの啓発	・「アルコール問題の理解と介入のポイントについて」 講師 さいたま市こころの健康センター所長補佐 26名参加	
H20	・地域自殺緊急強化交付金(国) ・自殺包括相談支援事業(県)	・3年間の活動に関する振り返り、取り組み評価 ・不況の影響から失業、無職者や働き世代(40～50歳代)の自殺が多い ・支援者の質向上(知識不足であるため対応に困っている現状をグループワークにより把握)	・各機関の取り組み状況と課題の共有 ・支援者の質向上 ・不況の影響から失業、無職者や働き世代(40～50歳代)の自殺が多い ・支援者の質向上(知識不足であるため対応に困っている現状をグループワークにより把握)	・ハイリスク者把握システムの再構築 ・ハイリスク者(未送信)支援について検討 ・自己支援啓蒙啓報	・ニューズレター-N02 ・リーフレット作成 ・「生きていることがつらい」と感じている方とその「支援へ」 ・「大切な人を自死で亡くされた方」に ・福祉まつりでの啓発	・「心と体のことを考える～前をさげなく一杯のコーヒー～」講師 月宗 寺 住職 76名参加 ・自殺のコンサルテーション(事例検討)	・那須高山市において2月22日を「こころ元氣にする日」と制定(以後講演会等継続) ・「みんなのこころを元気にし隊」講座
H21		・管内の活動を振り返るため、管内中学生保護者を対象にアンケート調査(調査結果の課題として) ・うつ病やアルコール依存に関する理解が薄く、正しい、潜在的なストレスを抱える方が多い	・調査結果の共有 ・ハイリスク者(未送信)支援について検討 ・自己支援啓蒙啓報	・ハイリスク者把握システムの再構築 ・ハイリスク者(未送信)支援について検討 ・自己支援啓蒙啓報	・ニューズレター-N03 ・福祉まつりでの啓発	・「心と体のことを考える～前をさげなく一杯のコーヒー～」講師 月宗 寺 住職 76名参加 ・自殺のコンサルテーション(事例検討)	・那須高山市において2月22日を「こころ元氣にする日」と制定(以後講演会等継続) ・「みんなのこころを元気にし隊」講座
H22	・自殺対策大綱(国)	・未送信支援として、本人または家族の対応 ・「大切な人を失ったこと」について検討 ・自己支援啓蒙啓報	・調査結果の共有 ・ハイリスク者(未送信)支援について検討 ・自己支援啓蒙啓報	・ハイリスク者把握システムの再構築 ・ハイリスク者(未送信)支援について検討 ・自己支援啓蒙啓報	・ニューズレター-N04 ・福祉まつりでの啓発	・「心と体のことを考える～前をさげなく一杯のコーヒー～」講師 月宗 寺 住職 76名参加 ・自殺のコンサルテーション(事例検討)	・那須高山市において2月22日を「こころ元氣にする日」と制定(以後講演会等継続) ・「みんなのこころを元気にし隊」講座
H23		・未送信支援として、本人または家族の対応 ・「大切な人を失ったこと」について検討 ・自己支援啓蒙啓報	・調査結果の共有 ・ハイリスク者(未送信)支援について検討 ・自己支援啓蒙啓報	・ハイリスク者把握システムの再構築 ・ハイリスク者(未送信)支援について検討 ・自己支援啓蒙啓報	・ニューズレター-N05 ・福祉まつりでの啓発	・「心と体のことを考える～前をさげなく一杯のコーヒー～」講師 月宗 寺 住職 76名参加 ・自殺のコンサルテーション(事例検討)	・那須高山市において2月22日を「こころ元氣にする日」と制定(以後講演会等継続) ・「みんなのこころを元気にし隊」講座
H24		・未送信支援として、本人または家族の対応 ・「大切な人を失ったこと」について検討 ・自己支援啓蒙啓報	・調査結果の共有 ・ハイリスク者(未送信)支援について検討 ・自己支援啓蒙啓報	・ハイリスク者把握システムの再構築 ・ハイリスク者(未送信)支援について検討 ・自己支援啓蒙啓報	・ニューズレター-N06 ・福祉まつりでの啓発	・「心と体のことを考える～前をさげなく一杯のコーヒー～」講師 月宗 寺 住職 76名参加 ・自殺のコンサルテーション(事例検討)	・那須高山市において2月22日を「こころ元氣にする日」と制定(以後講演会等継続) ・「みんなのこころを元気にし隊」講座
H25		・未送信支援として、本人または家族の対応 ・「大切な人を失ったこと」について検討 ・自己支援啓蒙啓報	・調査結果の共有 ・ハイリスク者(未送信)支援について検討 ・自己支援啓蒙啓報	・ハイリスク者把握システムの再構築 ・ハイリスク者(未送信)支援について検討 ・自己支援啓蒙啓報	・ニューズレター-N07 ・福祉まつりでの啓発	・「心と体のことを考える～前をさげなく一杯のコーヒー～」講師 月宗 寺 住職 76名参加 ・自殺のコンサルテーション(事例検討)	・那須高山市において2月22日を「こころ元氣にする日」と制定(以後講演会等継続) ・「みんなのこころを元気にし隊」講座
H26	・若者自殺対策に関する緊急要請(国) ・若年層向け普及啓発事業(県)	・未送信の同意を得る事が難しい中で、支援方針検討 ・若者層向け普及啓発事業(県)	・調査結果の共有 ・ハイリスク者(未送信)支援について検討 ・自己支援啓蒙啓報	・ハイリスク者把握システムの再構築 ・ハイリスク者(未送信)支援について検討 ・自己支援啓蒙啓報	・ニューズレター-N08 ・福祉まつりでの啓発	・「心と体のことを考える～前をさげなく一杯のコーヒー～」講師 月宗 寺 住職 76名参加 ・自殺のコンサルテーション(事例検討)	・那須高山市において2月22日を「こころ元氣にする日」と制定(以後講演会等継続) ・「みんなのこころを元気にし隊」講座
H27		・自殺の原因は様々な要因が絡んでいることから、様々な相談に対する窓口の明確化について検討 ・医師会、薬剤師会との協力関係構築	・調査結果の共有 ・ハイリスク者(未送信)支援について検討 ・自己支援啓蒙啓報	・ハイリスク者把握システムの再構築 ・ハイリスク者(未送信)支援について検討 ・自己支援啓蒙啓報	・ニューズレター-N09 ・福祉まつりでの啓発	・「心と体のことを考える～前をさげなく一杯のコーヒー～」講師 月宗 寺 住職 76名参加 ・自殺のコンサルテーション(事例検討)	・那須高山市において2月22日を「こころ元氣にする日」と制定(以後講演会等継続) ・「みんなのこころを元気にし隊」講座
H28	・自殺対策基本法の一部改正(国) ・自殺包括相談支援事業(県、終了)	・10年間の活動を振り返り、今後の方針の検討	・調査結果の共有 ・ハイリスク者(未送信)支援について検討 ・自己支援啓蒙啓報	・ハイリスク者把握システムの再構築 ・ハイリスク者(未送信)支援について検討 ・自己支援啓蒙啓報	・ニューズレター-N10 ・福祉まつりでの啓発	・「心と体のことを考える～前をさげなく一杯のコーヒー～」講師 月宗 寺 住職 76名参加 ・自殺のコンサルテーション(事例検討)	・那須高山市において2月22日を「こころ元氣にする日」と制定(以後講演会等継続) ・「みんなのこころを元気にし隊」講座

# 栃木県内精神科病院における栄養食事指導調査：男女・疾患・年齢・病院群別解析

精神障害者の食生活向上検討会：○荒山麻子（皆藤病院）、櫛田映子（青木病院）、宇賀神裕美（森病院）

指導助言者：自治医科大学公衆衛生学教室 教授 中村好一、講師 阿江竜介、自治医科大学看護学部講師 関山友子、栃木県保健環境センター主任研究員 水越文徳、県西健康福祉センター主査 池内寛子

**表1 対象者の基本情報（性別）** (N=442)

	男 (n=188)		女 (n=254)	
	回答数	(%)	回答数	(%)
<b>利用区分</b>				
入院	57	(30.3)	107	(42.1) *
外来	116	(61.7) *	130	(51.2)
入院および外来	15	(8.0)	16	(6.3)
<b>年齢区分</b>				
10歳代	3	(1.6)	6	(2.4)
20歳代	13	(6.9)	27	(10.6)
30歳代	23	(12.2)	44	(17.3)
40歳代	34	(18.1)	44	(17.3)
50歳代	36	(19.1)	47	(18.5)
60歳代	55	(29.3) *	37	(14.6)
70歳代	19	(10.1)	32	(12.6)
80歳代	5	(2.7)	17	(6.7)
<b>BMI (kg/m<sup>2</sup>)</b>				
15未満	0	0.0	19	(7.5) *
15-18.5未満	10	(5.3)	19	(7.5)
18.5-25未満	87	(46.3) *	81	(31.9)
25.0-30未満	47	(25.0)	59	(23.2)
30.0以上	42	(22.3)	73	(28.7)
*1 BMI = body mass index				
<b>既往の精神科疾患（複数回答）</b>				
統合失調症	107	(56.9)	127	(50.0)
気分障害	23	(12.2)	60	(23.6) *
神経症	10	(5.3)	16	(6.3)
摂食障害	1	(0.5)	16	(6.3) *
上記の疾患以外	36	(19.1) *	21	(8.3)
<b>生活習慣病に関する栄養食事指導の状況（複数回答）<sup>*1</sup></b>				
糖質食	85	(45.2) *	73	(28.7)
脂質異常症食	68	(36.2)	81	(31.9)
肥満（高度肥満を含む）	46	(24.5)	86	(33.9) *
摂食障害	1	(0.5)	27	(10.6)
その他	81	(43.1)	74	(29.1)
<b>指導状況</b>				
継続	58	(30.9)	75	(29.5)
中断	85	(45.2) *	75	(29.5)
終了（改善）	6	(3.2)	10	(3.9)
終了（転院・退院）	38	(20.2)	79	(31.1) *
*1 カイ2乗検定				
*2 欠損値がある項目は合計がn=442とならない				

**表2 栄養食事指導後の行動変容の变化に伴う性別の状況（男女別）**

	男性 (n=188)		女性 (n=254)	
	行動変容あり群 (n=57)	行動変容なし群 (n=82)	行動変容あり群 (n=99)	行動変容なし群 (n=104)
<b>年齢</b>				
10・20	6	(10.5)	4	(4.9)
30・40	25	(43.9) *	16	(19.5)
50・60	24	(42.1)	47	(57.3)
70・80	2	(3.5)	15	(18.3) *
<b>指導状況<sup>*1</sup></b>				
継続	27	(64.3) *	16	(21.3)
中断	15	(35.7)	59	(78.7)
<b>指導効果</b>				
改善	34	(59.6) *	4	(4.0)
不変	19	(33.3)	68	(82.0)
悪化	4	(7.0)	10	(12.2)
*1 無回答を除外して集計した				
*2 カイ2乗検定				

(64.3%)、女(71.4%)に継続性が見られ、行動変容のある群の男(59.6%)、女(53.5%)に指導後の改善があった。男は野菜不足や塩分の過剰摂取、女は間食などによる過剰な食事回数やエネルギー摂取といった性別により嗜好や食行動に違いが見られた(表3)。男性は他調査と比べると軽度肥満(25.0%)の対象者の割合が低く、介入が必要な対象者の抽出が十分でないことが推察された。

II. 疾患別の比較：統合失調症 236名(53.4%)、気分障害 86名(19.5%)、神経症 30名(6.8%)、摂食障害 17名(3.8%)であった。表4、表5に示すとおり、疾患別の特徴として、統

1 背景と目的 現在の精神科医療では入院から外来への移行により、精神科疾患患者への日常の生活支援の重要性は増している。一方、新しい抗精神病薬による食欲増進、体重増加等の副作用による生活習慣病発症が課題となる中で、精神科疾患患者が自立したQOLの高い生活を維持する為に適切な栄養食事指導を行うことは、重要な支援である。そこで本研究では、平成26年度調査研究支援研修実施した栃木県内精神科病院における栄養食事指導の調査を基に、実態の把握と効果的な指導方法を検討するために解析を行う。

2 方法 2014年度の「調査研究支援研修」に参加して実施した「栃木県内精神科病院における栄養食事指導に関する調査」を基礎資料とし、I男女別、II疾患別、III年齢別、IV総合病院・単科病院別に比較した。

3 結果 回収率は100%、個別指導件数は442件、内訳は、総合病院75件、精神科単科病院367件、解析対象は442件とした。

I. 男女別の比較(表1)：男188名(42.5%)で、女254名(57.5%)、主疾患は男女ともに統合失調症が半数を占め、性別の特徴は女が気分障害(23.6%)、摂食障害(6.3%)が有意に多かった。年齢や体格の特徴では男は60歳代(29.3%)、栄養食事指導の状況は糖尿食(45.2%)や脂質異常症食(36.2%)の指導が中心で、

女は20~70歳代の幅広い年齢を対象に体格はBMIが15未満(7.5%)の低体重、BMIが25以上(51.9%)の肥満が多く、栄養食事指導の内容は肥満と高度肥満を合わせた肥満指導(33.9%)が多かった。行動変容ありは男で30~40歳代(43.9%)、女で30~40歳代(51.5%)次いで10~20歳代(20.2%)であり、50歳以上に比べて50歳未満は行動変容ありが多かった(表2)。また行動変容のある群の男

**表3 栄養食事指導の指示内容（男女別）** (N=442)

	男性 (n=188)		女性 (n=254)	
	件数	(%)	件数	(%)
生活習慣病の改善	30	(16.0)	38	(15.4)
生活習慣(睡眠リズム)	25	(13.3)	27	(10.6)
薬飲・薬食	23	(12.2)	35	(13.8)
一日の食事回数(朝・昼・夕・間食)	29	(15.4)	72	(28.3)
栄養摂取状況(栄養バランス)	80	(42.6)	121	(47.6)
主食(炭水化物)のとり方	55	(29.3)	60	(23.6)
肉・魚・卵・大豆(たんぱく質)のとり方	41	(21.8)	55	(21.7)
野菜のとり方	62	(33.0) *	49	(19.3)
乳製品のとり方	10	(5.3)	23	(9.1)
果物のとり方	10	(5.3)	10	(3.9)
水分のとり方	11	(5.9)	15	(5.9)
油・脂のとり方	26	(13.8)	36	(14.2)
エネルギーのある飲み物のとり方	63	(33.5)	63	(24.8)
食塩のとり方	36	(19.1) *	22	(8.7)
間食のとり方	87	(46.3)	143	(56.3)
運動支援全般(自宅内外・技術指導の合計)	55	(29.3)	84	(33.1)
*1 複数回答の項目は百分率の合計が100%を超える(性別の件数で除した値)				
*2 カイ2乗検定				

表4 対象者の基本情報(疾患別) (N=442)

病院の特色	統合失調症 (n=236)	気分障害 (n=88)	神経症 (n=30)	摂食障害 (n=17)
	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)
総合病院	16 (6.8)	22 (25.0)	14 (46.7)	15 (88.2)
単科病院	220 (93.2)	64 (72.4)	16 (53.3)	2 (11.8)
利用区分				
入院	73 (30.9)	40 (45.5)	17 (56.7)	8 (47.1)
外来	151 (64.0)	39 (44.3)	10 (33.3)	5 (29.4)
入院および外来	17 (7.1)	7 (7.9)	3 (10.0)	3 (17.8)
性別				
男	107 (45.3)	24 (27.3)	11 (36.7)	1 (5.9)
女	129 (54.7)	64 (72.7)	19 (63.3)	16 (94.1)
年齢				
10~20	18 (7.6)	5 (5.7)	7 (23.3)	15 (88.2)
30~40	88 (37.3)	24 (27.3)	14 (46.7)	2 (11.8)
50~60	89 (41.8)	35 (40.7)	6 (20.0)	0 (0.0)
70以上	31 (13.1)	22 (25.0)	3 (10.0)	0 (0.0)
BMI (kg/m <sup>2</sup> )				
15未満	0 (0.0)	2 (2.3)	8 (26.7)	6 (35.3)
15~18.5未満	11 (4.7)	6 (7.0)	0 (0.0)	1 (5.9)
18.5~25未満	92 (39.0)	30 (34.1)	12 (40.0)	1 (5.9)
25.0~30未満	66 (28.0)	18 (20.5)	4 (13.3)	0 (0.0)
30.0以上	48 (20.3)	20 (23.3)	2 (6.7)	0 (0.0)
25以上	17 (7.2)	9 (10.2)	4 (13.3)	0 (0.0)

補註) BMI = body mass index

表5 栄養食事指導の具体的状況(疾患別) (N=442)

生活習慣病に関する栄養食事指導の状況(複数回答)*1	統合失調症 (n=236)	気分障害 (n=88)	神経症 (n=30)	摂食障害 (n=17)
	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)
脂質異常症	86 (36.4)	28 (31.8)	13 (43.3)	0 (0.0)
肥満(高度肥満を含む)	90 (38.1)	35 (39.8)	9 (30.0)	0 (0.0)
糖尿病	85 (36.1)	26 (29.5)	8 (26.7)	1 (5.9)
摂食障害	1 (0.4)	4 (4.5)	7 (23.3)	16 (94.1)
生活習慣・食生活習慣改善	15 (6.4)	4 (4.5)	2 (6.7)	0 (0.0)
栄養食事指導の指示内容(複数回答)*1				
低体重	4 (1.7)	0 (0.0)	2 (6.7)	2 (11.8)
過体重	93 (39.4)	24 (27.3)	7 (23.3)	0 (0.0)
生活習慣病の改善	54 (22.9)	10 (11.4)	5 (16.7)	0 (0.0)
生活習慣指導	145 (61.4)	41 (46.7)	20 (66.7)	7 (41.2)
栄養摂取状況(栄養バランス)	139 (58.9)	57 (64.8)	20 (66.7)	16 (94.1)
食品類などの単体の食品の指導	348 (147.5)	181 (205.7)	80 (266.7)	20 (117.6)
間食・飲み物の指導	258 (109.3)	72 (81.8)	26 (86.7)	1 (5.9)
運動指導	34 (14.4)	24 (27.3)	9 (30.0)	0 (0.0)
継続性				
継続	82 (34.7)	19 (21.7)	11 (36.7)	0 (0.0)
中断	95 (40.3)	18 (20.5)	10 (33.3)	3 (17.6)
終了(改善)	8 (3.4)	5 (5.7)	1 (3.3)	0 (0.0)
終了(転院・退院等)	41 (17.4)	39 (44.3)	8 (26.7)	14 (82.4)
行動変容				
行動変容あり	98 (41.5)	36 (40.9)	16 (53.3)	7 (41.2)
行動変容なし	117 (49.4)	32 (36.4)	12 (40.0)	5 (29.4)

\*1 複数回答の項目では百分率の合計が100を超える

表6 対象者の基本情報(年齢別) (N=425)

性別	50歳未満 (n=177)	50歳以上 (n=248)
	回答数 (%)	回答数 (%)
男	72 (40.7)	115 (46.4)
女	105 (59.3)	133 (53.6)
BMI (kg/m <sup>2</sup> )		
18.5未満	11 (6.2)	22 (8.9)
18.5~25未満	36 (20.3)	131 (52.8)*
25.0~30未満	44 (24.9)	62 (25.0)
30.0以上	83 (46.9)*	32 (12.9)
補註) BMI = body mass index		
生活習慣病に関する栄養食事指導の状況(複数回答)*1		
脂質異常症	49 (27.7)	109 (44.0)*
肥満(高度肥満を含む)	82 (46.3)	67 (27.0)
糖尿病	96 (54.2)*	35 (14.1)

\*1 複数回答の項目では百分率の合計が100を超える  
\* カイ2乗検定

表7 指導回数と行動変容の関係(年齢別) (N=425)

指導回数	50歳未満 (n=177)	50歳以上 (n=248)
	回答数 (%)	回答数 (%)
1回	80 (45.2)	158 (63.7)*
2回以上	95 (54.2)*	88 (35.5)
指導後の変化(行動変容)*1	n=131	n=194
行動変容あり	95 (69.9)*	54 (27.8)
行動変容なし	41 (30.1)	140 (72.2)*
指導回数1回**	n=56	n=130
行動変容あり	28 (50.0)	18 (13.8)
行動変容なし	28 (50.0)	112 (86.2)*
指導回数2回以上**	n=82	n=63
行動変容あり	69 (84.1)*	35 (55.6)
行動変容なし	13 (15.9)	28 (44.4)

\*1 (1)内は、それぞれの年齢区分の行動変容あり・なしの合計を母数とした  
\*2 (1)内は、それぞれの年齢区分の指導回数1回の合計を母数とした  
\*3 (1)内は、それぞれの年齢区分の指導回数2回以上の合計を母数とした  
\* カイ2乗検定

合失調症は単科病院(93.2%)、外来(64.0%)が多く、栄養食事指導内容では間食・飲み物(108.5%)、運動(39.8%)が多く、行動変容なし(54.4%)が多かった。栄養食事指導の状況は脂質異常症食(38.1%)、糖尿食(36.4%)、肥満(36.1%)がほぼ同数で行われていた。気分障害は50~60歳代(40.7%)、女への指導(72.1%)が多く、継続性は終了(退院・終了)(45.3%)が多かった。栄養食事指導の状況は脂質異常症食(40.7%)、糖尿食(33.7%)、肥満(30.3%)の順で多く行われていた。神経症は30~40歳代(46.7%)、入院(56.7%)、女(63.3%)への指導が多く、体格はBMI=18.5~24.9(40%)とBMI=15未満(26.7%)が多かった。また栄養食事指導の状況も糖尿食

(43.3%)、脂質異常症食(30.0%)、肥満(26.7%)といった生活習慣病疾患と摂食障害(23.3%)と多岐に渡っていた。摂食障害は総合病院(88.2%)において10~20歳代(88.2%)、女(94.1%)、入院(47.1%)での指導が多く、行動変容あり(58.3%)が多く、終了(転院・退院等)(82.4%)が多かった。栄養食事指導の状況は摂食障害(94.1%)とほぼ全数を占めた。III. 年齢別の比較: BMIが25~29と30以上を合わせた肥満者は、50歳以上(37.9%)に比べて、50歳未満(71.8%)に多かった(表6)。栄養食事指導の状況は50歳未満では肥満(54.2%)が多く、50歳以上では糖尿食(44.0%)、次いで脂質異常症食(27.0%)と生活習慣病に関する栄養食事指導が多かった。指導回数は50歳以上では1回のみ(63.7%)が多

く、50歳未満では2回以上(54.2%)が多かった(表7)。指導後の変化は50歳未満では行動変容あり(69.9%)、50歳以上では行動変容なし(72.2%)が多かった。指導回数と行動変容の関係から指導回数1回の行動変容ありは50歳未満(50%)で、50歳以上(13.8%)であるが、指導回数2回以上では50歳未満(84.1%)、50歳以上(55.6%)であり、指導回数1回と比較して行動変容ありが増えていることが明らかとなった。

IV. 総合病院・単科病院別の比較: 年齢や体格の特徴では、総合病院で入院(52.0%)が多く、20歳代(17.3%)、10歳代(10.7%)が多く、BMIが15未満(20.2%)、15~18.4(14.7%)が多かった(表8)。単科病院では外来(58.6%)が多く、80歳代(6.0%)、BMIが18.5~24.9(41.1%)が多かった。既往の精神疾患は総合病院では気分障害(28.0%)、統合失調症(21.3%)、摂食障害(20.0%)の順で多かった(表9)。単科病院は統合失調症(59.4%)が最も多かった。栄養食事指導の状況は総合病院で摂食障害(29.3%)、単科病院で脂質異常症食(37.1%)が多かった。指導状況では総合病院は終了(転院・退院)(57.3%)、終了(改善)(10.7%)の順で多かった。単科病院は中断(38.7%)、継続(34.6%)の順で多かった。

4 考察 男女別の比較から、男は60歳代、糖尿食の指導が多く、中断者が多かった。女は幅広い年齢層に対して指導が行われ摂食障害や肥満への指導が多かった。食嗜

表8 対象者の基本情報（総合・単科別） (N=425)

	総合病院 (n=75)		単科病院 (n=367)	
	回答数	(%)	回答数	(%)
利用区分				
入院	39	(52.0) *	125	(34.1)
外来	31	(41.3)	215	(58.6) *
入院及び外来	4	(5.3)	27	(7.4)
年齢区分				
10歳代	8	(10.7) *	1	(0.3)
20歳代	13	(17.3) *	27	(7.4)
30歳代	11	(14.7)	56	(15.3)
40歳代	17	(22.7)	61	(16.6)
50歳代	10	(13.3)	73	(19.9)
60歳代	12	(16.0)	80	(21.8)
70歳代	4	(5.3)	47	(12.8)
80歳代	0	0.0	22	(6.0) *
BMI (Kg/m <sup>2</sup> )				
15未満	15	(20.0) *	4	(1.1)
15-18.5未満	11	(14.7) *	18	(4.9)
18.5-25未満	17	(22.7)	151	(41.1) *
25.0-30未満	14	(18.7)	92	(25.1)
30.0以上	17	(22.7)	98	(26.7)

略語) BMI = body mass index  
\*1 カイ2乗検定

表9 対象者の基本情報（総合・単科別） (N=425)

	総合病院 (n=75)		単科病院 (n=367)	
	回答数	(%)	回答数	(%)
既往の精神科疾患				
統合失調症	16	(21.3)	218	(59.4) *
気分障害	21	(28.0) *	62	(16.9)
神経症	13	(17.3) *	13	(3.5)
摂食障害	15	(20.0) *	2	(0.5)
上記の疾患以外	9	(12.0)	46	(13.1)
生活習慣病に関する栄養食事指導の状況(複数回答) <sup>*1</sup>				
糖尿病	25	(33.3)	133	(36.2)
脂質異常症	13	(17.3)	136	(37.1) *
肥満(高度肥満を含む)	16	(21.0)	116	(32.0)
摂食障害	22	(29.3) *	6	(1.6)
生活習慣・食生活習慣改善	4	(5.3)	23	(6.3)
その他	11	(14.7)	117	(31.9) *
指導回数				
1回	57	(76.0) *	194	(52.9)
2回以上	18	(24.0)	170	(46.3) *
指導状況				
継続	6	(8.0)	127	(34.6) *
中断	18	(24.0)	142	(38.7) *
終了(改善)	8	(10.7) *	8	(2.2)
終了(転院・退院)	43	(57.3) *	74	(20.2)

\*1 複数回答の項目は百分率の合計が100%を超える  
\* カイ2乗検定

好や食行動は一般成人と同様の傾向を示していることから、一般成人の指導技術を取り入れることが可能であるといえる。しかし精神科疾患の特有の症状に配慮するため精神科疾患患者への適切な指導手法の検討も必要である。男では生活習慣病発症前の軽度肥満からの介入が少なかったと推察され、早期介入システムの検討と生活習慣病対策を中断させずに継続する方法の検討が必要である。女に対しては若年層の肥満指導の継続的な指導と行動変容の改善へと導く指導方法の検討が必要と考えられた。疾患別の比較から、いずれの疾患についても中断や終了の割合が高かったため、継続した栄養食事指導が行われる必要性が示唆された。継続を目指した指導を行う為に、それぞれの疾患の特徴を把握し、精神科疾患患者の背景把握が重要であると推察され、他職種との連携も必要である。年齢別の比較から、50歳未満ではBMIが25以上の肥満が多く、その実態に即した肥満指導が行われており、生活習慣の改善などの行動変容が見られる。しかし50歳以上では糖尿病や脂質異常症等の生活習慣病発症後の指導が多く、長く食生活の管理が必要とされる疾患にも関わらず、指導が継続されない現状が明らかとなった。また、指導回数が増えると行動変容を起こすものが年齢に関わらず多くなることから、精神科疾患患者の栄養食事指導や食生活支援に有用性はあることが示唆された。栄養食事指導などの開始時期と継続するための手法などが重要であり、それぞれの年齢区分の特徴を理解し、生活習慣病の予防と重症化予防を年齢に応じて変えていく必要がある。総合病院・単科病院の比較から、総合病院に終了(転院・退院)、中断が多いことから、急性期治療が終了し、総合病院からの転院等が推察される。その際に、栄養情報提供書等で情報を共有するなどの連携をとることが継続した支援へと繋がると考えられる。単科病院に統合失調症が多く、統合失調症患者は高血糖、脂質代謝異常、肥満のリスクを有するため、統合失調症患者の生活の背景を把握し、生活習慣や理解力に合わせた栄養食事指導を中断されることなく長期に渡り行う必要がある。そのため

には外来や地域での他職種協働による継続した食生活サポートが必要である。また総合病院・単科病院ともに入院から外来へと継続した指導の対象者が少ないことから、入院から外来や地域との連携は今後の重要な課題といえる。

4項目の解析から、精神科における栄養食事指導は、対象となる疾患だけでなく、精神科疾患の特徴や対象者個人の特徴を把握し行う必要があることが判明した。しかし、対象者の生活の背景や生活習慣、理解力などの把握と継続した食生活支援を行うことは栄養士だけでは困難である。医師や看護師、ケースワーカー、作業療法士等との連携や他病院や地域との連携が今後の精神障害者の健康維持のために必要といえる。

## 管内の災害時における避難所での食物アレルギー対策の取り組みについて

池内寛子、伊藤里織、一色ミユキ、塚田三夫（県西健康福祉センター）、工藤香織（医療政策課）、高橋紀美子、長嶋成美（鹿沼市健康課）、石塚知恵子（前鹿沼市保育課）、鈴木彩子（鹿沼市教育委員会）、清水知恵子、藤井美穂（日光市健康課）、八木澤有美子（日光市子育て支援課）

### 1 はじめに

大規模災害の発生により、食物アレルギーをもつ子どもたちへの避難支援が十分でなく、食料の不足や症状の悪化、生命の危険にさらされた実態が報告され、食物アレルギー等の特別な食糧支援が必要となる避難者の課題が明らかになった。また、「アレルギー疾患対策基本法」が施行され、地方公共団体においては、基本理念にのっとり、アレルギー疾患対策に関し、国と連携を図りつつ、自主的かつ主体的にその地域の特性に応じた施策や実施が求められている。このことから、平成29年度県西健康福祉センター市町栄養業務担当者会議において、食物アレルギーをもつ住民に対する災害発生時の迅速な食糧支援の在り方や地域の体制整備の推進について検討した取り組みを報告する。

### 2 目的

避難所において特別な食糧支援が必要な住民に対する災害対策の課題整理や災害発生時に迅速な食物アレルギー支援が実施できる体制の検討、避難所支援に係る資料を作成する。また、地域の食物アレルギー対策を推進する研修会を開催する。

### 3 方法

#### (1) 検討会の開催

目的：食物アレルギーをもつ住民の災害時の課題を整理する。

避難所で行う食物アレルギー対策支援資料を作成する。

検討会：栄養改善業務担当者会議（年4回）

構成員：管内健康づくり主管課、保育主管課、教育委員会（鹿沼市のみ）、県西健康福祉センター職員

#### (2) 研修会

目的：災害時の食物アレルギー対策の取り組みを推進する。

研修会内容：

講話「災害時の食物アレルギー対策の必要性」

講師 獨協医科大学小児科学講座 主任教授 吉原重美氏

講話「災害発生時の食物アレルギーをもつ住民に対する迅速な食糧支援の在り方～作成資料の概要説明」

講師「管内栄養業務担当者」

参集者：管内防災担当課、健康づくり主管課、保育主管課、教育委員会（鹿沼市のみ）、県西健康福祉センター職員

### 4 結果

表1 災害時の食物アレルギー対策推進様式集（暫定版）一覧表

資料	資料名	用途	使用場所			支援区分	
			本部等	避難所	集配所	体制	支援
①	食物アレルギー個人調査票	避難者個人の食物アレルギー状況を把握する調査票を作成する。	●	●		●	
②	食物アレルギー台帳(乳児用・幼児以上用)	個人調査票(資料①)を集約して、食物アレルギー患者の台帳を作成する。	●	●		●	
③	食物アレルギー患者集計表	台帳(資料②)を集約して、必要物資を把握する集計表を作成する。また、物資支援依頼を行う時に使用する。	●	●	●	●	
④	食物アレルギー物資配達表(乳児用・幼児以上用)	物資提供者が避難所に配達する際に配達表として作成する。	●	●	●	●	
⑤	対象者把握(避難所掲示)	避難所内の食物アレルギー患者への啓発資料		●			●
⑥	食物アレルギーミルクの情報	食物アレルギー用ミルクの啓発資料		●			●
⑦	食物アレルギーサインプレート着用啓発	食物アレルギーサインプレート(ワッペン)着用の啓発資料		●			●
⑧	炊き出し情報	炊き出し情報の啓発資料		●			●
⑨	物資撤去情報	必要のない物資の撤去資料		●			●
⑩	食物アレルギー疾患情報	食物アレルギー疾患の啓発資料		●			●
⑪	アトピー性皮膚炎情報	アトピー性皮膚炎の啓発資料		●			●
⑫	平常時の啓発資料	乳幼児健診の際に配布する					●

(1) 検討会

検討会では食物アレルギーをもつ住民の避難所生活の課題を整理し、安全な避難所生活を提供するために必要な支援を具現化した資料を作成した。作成した資料の概要を表1「災害時の食物アレルギー対策推進様式集(暫定版)一覧表」に示し、支援区分として体制整備に必要な資料①～④、平常時の啓発資料として必要な資料⑤を図1～5に示した。災害時の食物アレルギー対策推進様式集を作成する作業を通して、食物アレルギーなどの特別な食糧支援が必要な住民に対する支援体制の在り方を検討することができた。

資料①(食物アレルギー個人調査票)個人の食生活状況等の把握に使用します。(No. )

### 食物アレルギー個人調査票

避難所名 ●●●● 避難所

●避難所で食事を提供するために必要な情報を問わせてください。  
症状や食糧支援の状況等により、対応できないこともあります。

お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 ヶ月 性別 \_\_\_\_\_

※保護者(避難所同行者)

食形態:ミルク 離乳食(初期・中期・後期) 幼児食以上

1 現在医師から除去するように指示されている食品にチェックしてください(□→■)。

<input type="checkbox"/> 7品目(特定原材料)	<input type="checkbox"/> 豚肉	<input type="checkbox"/> ごま	<input type="checkbox"/> 醤油/みそ/味噌(原材料:小麦)
<input type="checkbox"/> たまご	<input type="checkbox"/> 牛肉	<input type="checkbox"/> カシューナッツ	<input type="checkbox"/> 大豆油/みそ/醤油(原材料:大豆)
<input type="checkbox"/> 乳	<input type="checkbox"/> さけ	<input type="checkbox"/> オレンジ	
<input type="checkbox"/> 小麦	<input type="checkbox"/> さば	<input type="checkbox"/> キウイフルーツ	
<input type="checkbox"/> えび	<input type="checkbox"/> あわび	<input type="checkbox"/> パナナ	<input type="checkbox"/> 魚だし(佃煮/かつお)
<input type="checkbox"/> かにか	<input type="checkbox"/> いか	<input type="checkbox"/> もも	<input type="checkbox"/> 肉エキス
<input type="checkbox"/> そば	<input type="checkbox"/> いくら	<input type="checkbox"/> りんご	<input type="checkbox"/> ごま油
<input type="checkbox"/> ビーナッツ(落花生)	<input type="checkbox"/> まつたけ	<input type="checkbox"/> セラチン	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 大豆	<input type="checkbox"/> やまいも	<input type="checkbox"/> 卵殻カルシウム	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 鶏肉	<input type="checkbox"/> くるみ	<input type="checkbox"/> 乳糖	<input type="checkbox"/>

2 現在使用しているアレルギー用ミルクにチェックしてください。

<input type="checkbox"/> ミルクイー	<input type="checkbox"/> ペプディエット	<input type="checkbox"/> MA-mi
<input type="checkbox"/> ニューMA1	<input type="checkbox"/> エレメンタルフォーミュラ	

3 該当する項目にチェックしてください。

<input type="checkbox"/> アナフィラキシー歴がある	<input type="checkbox"/> エピベンが処方されている
<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎がある	<input type="checkbox"/> 持っている <input type="checkbox"/> 持っていない
<input type="checkbox"/> 喘息がある	<input type="checkbox"/> アレルギー薬が処方されている
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 塗布薬

【担当者記入欄】必要な物品にチェックする

<input type="checkbox"/> ミルク用品一式	<input type="checkbox"/> アレルギーワッペン
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

図1 食物アレルギー個人調査表(資料①)

資料②-1 (食物アレルギー一覧表) 避難所(食生活) 個人(食生活) 個人(食生活) 個人(食生活) 個人(食生活) (No. )

### 食物アレルギー台帳 乳児用

避難所名 ●●●● 避難所

#### 乳児(ミルク・離乳食別)

No.	名前	月齢(か月)	エピベン		アレルギー薬		アレルギー薬		アレルギー用シロップの摂取		7品目アレルギー用(卵/乳/小麦/大豆/そば/ピーナッツ)		7品目以外のアレルギー		必要物品
			処方	持	処方	持	処方	持	処方	持	処方	持			
			有	無	有	無	有	無	有	無	有	無			
			有	無	有	無	有	無	有	無	有	無			
			有	無	有	無	有	無	有	無	有	無			
			有	無	有	無	有	無	有	無	有	無			
			有	無	有	無	有	無	有	無	有	無			
			有	無	有	無	有	無	有	無	有	無			
			有	無	有	無	有	無	有	無	有	無			
			有	無	有	無	有	無	有	無	有	無			
			有	無	有	無	有	無	有	無	有	無			
			有	無	有	無	有	無	有	無	有	無			
			有	無	有	無	有	無	有	無	有	無			
			有	無	有	無	有	無	有	無	有	無			
			有	無	有	無	有	無	有	無	有	無			
			有	無	有	無	有	無	有	無	有	無			

図2 食物アレルギー台帳(資料②)

資料③(食物アレルギー患者集計表)資料の食物アレルギー一覧表台帳から患者集計表を作成します。

### 食物アレルギー患者集計表 (月日)

避難所名 ●●●● 避難所

●アレルギー用ミルク及び必要物品

個人買収によるミルク使用状況	人数	食糧支援に要するミルクの種類	人数	必要物品	人数
ミルクイー		左記4種類のミルクはニューMA1で代用		ミルク用品一式	
ペプディエット			アレルギーサインプレート		
MA-mi					
ニューMA1					
エレメンタルフォーミュラ		エレメンタルフォーミュラ			
合計人数					

【特記事項】

●離乳食

アレルギー除去食品	人数	人数	人数
	5-6ヶ月	7-9ヶ月	10-11ヶ月
7品目のアレルギー除去食で対応可能な患者(7品目:卵/乳/小麦/大豆/そば/ピーナッツ)			

【特記事項】 上記以外のアレルギー除去食が必要な場合は、アレルギーと人数をご記載ください。

●幼児食以上

アレルギー除去食品	人数
7品目のアレルギー除去食で対応可能な患者(7品目:卵/乳/小麦/大豆/そば/ピーナッツ)	

【特記事項】

●エピベン及びアレルギー薬

薬剤	処方人数	処方者のうち所持していない人数
エピベン④	0.15mg	
	0.3mg	
アレルギー薬		

図3 食物アレルギー患者集計表(資料③)

資料④-1 (食物アレルギー物資配送表) 食物アレルギー一覧表(資料②)を基に物資配送表を作成します。物資の種類や数量等の把握に活用します。

### 医薬品扱い

食物アレルギー物資配送表: 乳児用 (月日)

配送先 ●●●● 避難所 配送元 ●●●● 市役所

ミルク及び物品	個数	離乳食(中期)	食品名	個数
ミルク				
ニューMA1				
エレメンタルフォーミュラ				
ミルク用品一式		7品目の除去食(卵/乳/小麦/大豆/そば/ピーナッツ)		
アレルギーサインプレート				

【特記事項】

梱包箱に貼付してください。★必ずアレルギー表示を確認して利用してください。

図4 食物アレルギー物資配送表(資料④)

(作成資料の活用方法)

図1資料①は、避難所内の食物アレルギー対応食が必要な住民の把握を行う際に使用するものであり、本人またはその家族が記載をし、避難所責任者等へ提出する。除去する食品については、各種ガイドライン(「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン(日本学校保健会)」、「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン(厚生労働省)」)に基づく内容で作成しており、資料②の平常時の啓発資料の内容とリンクしている。

図2資料②は、避難所責任者等が資料①の内容を集約し台帳として活用する。資料は乳幼児用と幼児以上の様式がある。

図3資料③は、資料②に基づき、必要な物資を依頼する内容を集約し、必要物品の依頼表として活用する。

**(表面)**

災害発生時避難の対応方法

○生命を守るための備用と安全な行動をとる。

○必要な食糧、物品等を準備する。  
「アレルギーっ子の防災用品」で所産品を確保する（避難時の食糧も忘れず）

○安全を確認して避難所へ移動する

避難所などの緊急生活での備え

○食物アレルギーのあるお子さんの場合は、お子さんの状態をよく把握していることに加え、災害発生時には避難以外の緊急時が避難所に移行する機会もあります。避難所内での情報共有し、周囲への理解や対応を求めらるようお願いします。

○他にも食物アレルギーをもつ子どもがいる場合は、協力して行動することも必要です。

避難所生活にむける注意点

○正しい情報を提供する  
情報提供資料の準備  
避難所責任者への情報提供  
申請書から読み取れている情報シートなど  
を準備する。

○食糧を確保する  
食物アレルギー支援対応の申請  
避難所、災害対策本部、避難所等の関係機関  
と連絡を取り、対応を待つ

○周囲への理解・協力依頼をする  
アレルギーっ子の防災用品の活用  
（防災・防災防止対策、周囲への理解促進）

○子どもの健康状態を把握する  
水分や栄養の確保  
食事に際する相談

○「トビ」性皮膚炎や喘息の併発予防をする  
皮膚対策、ほこり対策

○避難所でアナフィラキシーを起こさない  
炊き出し料理の注意  
知らない人から食物をもらわない  
捨てるなど、アレルギーを心配しない

**(裏面)**

食物アレルギーっ子の防災用品

★避難する場所を確認しておきましょう  
(災害発生時避難用の避難所がある場合はその場所を把握しておきましょう)

★緊急時の食物アレルギー対応品を準備しましょう

○おむつや紙おむつ

○おむつ交換場所（必要に応じて）

○食物アレルギー専用対応品

○避難所のコミュニケーション（避難所管理員）

○避難所（防災用品、避難所）

○防災用品準備センター

★災害が発生した時に避難所や家族との連絡がとれるよう  
防災用品を揃えましょう。

○保護者（母子手帳を含む）  
○現金（小銭も含む）  
○避難所での食料の取り分け  
○避難所での食料の取り分け

○おくすり手帳  
○現金（小銭も含む）  
○避難所での食料の取り分け  
○避難所での食料の取り分け

★災害時に備えてアレルギーっ子の防災用品を準備しておきましょう  
(5歳未満の子供や高齢者の対応については専門機関に相談しましょう)

アレルギーっ子の防災用品	アレルギーっ子の防災用品	アレルギーっ子の防災用品	アレルギーっ子の防災用品
アレルギーっ子の防災用品	アレルギーっ子の防災用品	アレルギーっ子の防災用品	アレルギーっ子の防災用品

★準備しているアレルギーっ子の防災用品を準備しましょう

○アレルギーっ子の防災用品  
○アレルギーっ子の防災用品  
○アレルギーっ子の防災用品  
○アレルギーっ子の防災用品

図5 平常時の啓発資料（資料⑫）

図4資料④は、避難所から依頼を受けた物資(資料③)を準備し、的確に避難所に配送し、避難所での適切な受け取り、保管や配布を行う際に活用する。図5資料⑫は、平常時から食物アレルギーをもつ住民が自ら災害発生時の防災対策を行うことを推奨する資料としている。活用方法としては、食物アレルギーは乳幼児に多いため、乳幼児健診等に配布できるように作成した。学童期まで食物アレルギーが残る場合は、教育委員会等を通じた自助の防災対策を進める啓発としても活用できる。裏面、右の表は災害発生時に使用する資料①とリンクしている。

(2) 研修会

研修会では災害発生時等の危機管理体制の調整や保健活動の調整を行う担当課や関係機関、関係職種を参集した研修会が実施でき、災害発生時の食物アレルギー対策の必要性と行政機関が今後取り組むべき対策について情報共有することができた。また、管内の食物アレルギー対策を推進するに当たり各市の課題を共有でき、管内の食物アレルギー対策を推進する機会になった。

情報交換では、乳アレルギー用のミルクや27品目除去のα化米の備蓄を行っている市の取組や食物アレルギー食のような特殊食品を備蓄するための予算確保は難しいと感じている市、また、実際に大きな災害が起きたときは、現在の市の体制では十分なマンパワーがなく食物アレルギーの災害対策まで及ばない状況などが話し合われた。さらに、現状では職員の食物アレルギーに対する知識は十分とは言えず、物資の配送作業を市の職員が行うことは困難な状況であることから、平常時から職員への食物アレルギーに対する知識の啓発事業も必要であることを協議した。また、食物アレルギーなどの特殊食品の配送や保管体制については、特別な段ボール箱などに梱包して注意喚起を行うことも重要であるとの意見もあった。

当事業を通して各市の食物アレルギーに係る災害時の支援体制を共有でき、当センターの広域的な災害支援を推進する役割と今後の取り組みの方向性を明らかにすることができた。

5 今後の取組

今後は、各市防災担当課と連携した避難所設置担当者らへの食物アレルギーの基礎知識やエピペン対応に係わる研修の企画、作成した資料の実用化に向けた追加修正の検討、エピペン不所持者への対策を進めていくことが必要である。さらに、食物アレルギーアナフィラキシーショックで死亡する8割がアレルギー疾患の一つでもある喘息に罹患していることから、アレルギー疾患全般に係わる災害時の対策も必要と言える。特別な食糧支援が必要な支援体制については、受援体制などを明確にする必要があると考えられるので、災害時の食物アレルギー対策を推進するための情報共有を進め、各市の対策推進を図ると共に、広域的な支援体制の構築に取り組んでいきたい。



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（第2報）  
 —精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築の視点から—

○笹沼友絵<sup>1)</sup> 中川小有里<sup>1)</sup> 深谷香織<sup>1)</sup> 小嶋倫子<sup>1)</sup> 梅山典子<sup>2)</sup> 高橋良子<sup>1)</sup> 栗野哲実<sup>1)</sup>  
 1) 県北健康福祉センター 2) 医療政策課

【はじめに】

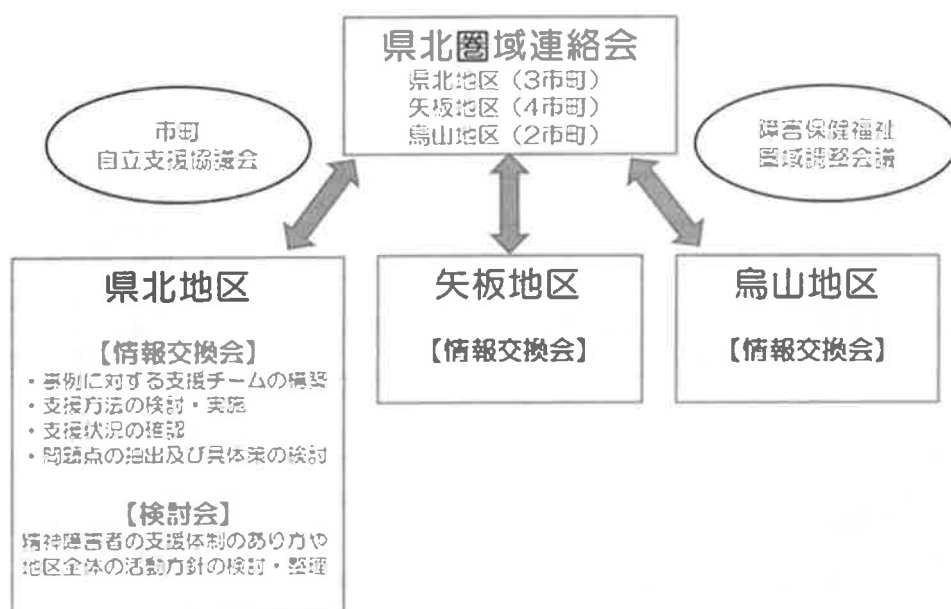
県北地区（大田原市、那須塩原市、那須町）において、精神科病院に1年以上入院している者のうち、条件を整えば退院可能な者（以下、地域移行可能者という）は41名おり<sup>1)</sup>、うち半数は「家族から反対がある」状態で、家族との関係調整や住まいの確保など、退院する権利を守る働きかけが必要であることが明らかになった。また、地域移行可能者が退院に結びつきにくい背景として本人の「現実認識の乏しさ」、「退院意欲の乏しさ」が多く挙げられているが<sup>1)</sup>、入院中に地域の支援者との接点を持つことにより現実見当が促され、退院意欲を引き出す余地のあることが示唆されている。また退院後の住ま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することで、相談支援事業所による支援を受けることが可能となる。

一方で、管内の全ての相談支援事業所に精神障害者の退院支援の経験があるわけではない。また、県の健康福祉センターには、「管内の市町、病院、地域援助事業所等の関係機関との連携体制整備に向けた調整等」の役割があり<sup>2)</sup>、各機関が退院支援に取組みやすい体制の整備が求められている。

そこで、平成27(2015)年度より管内の精神科病院から地域移行可能者を抽出し、経験が少ない地域援助事業所も含めた病院・相談支援事業所・行政がチームを組んで退院支援を行っており、第1報では7事例の取組みを中心に報告した。今回は、平成29(2017)年度から新たな4事例の支援を行い、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仕組みづくりに取組んだので報告する。

また、県北地区における精神科病院・委託相談支援事業所・行政など、退院支援を進める上で核となるメンバーが、支援体制のあり方や地区全体の活動方針の検討・整理を行う場（以下、検討会という）や、県北地区だけでなく二次保健医療圏域で実施している協議の場（以下、連絡会という）についても併せて報告する（図1）。

図1 県北地区における取組み概要



## 【方法】

平成29(2017)年度に精神科病院の協力を得て地域移行可能者4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相談支援事業所、委託相談支援事業所、地域移行支援の申請窓口となる市町担当課、健康福祉センターがチームとなって退院支援を行った。事例の概要は表1のとおりである。

表1 情報交換会における4事例の概要

年齢(歳)	性別	入院期間	退院希望先	支援内容	
A	61	男	1年8か月	グループホーム	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院意欲喚起</li> <li>・不安の軽減</li> <li>・服薬自己管理</li> <li>・生活能力の評価</li> <li>・地域生活を念頭に置いたプログラムの実施</li> <li>・家族が退院を受け入れやすい環境整備</li> <li>・障害福祉サービス等の利用手続き</li> <li>・住まいの確保</li> <li>・体験外出・外泊、体験利用</li> <li>・日中活動先の同行支援 等</li> </ul>
B	41	男	1年0か月		
C	62	女	13年9か月	自宅	
D	42	女	8年10か月		

※年齢、入院期間は平成30(2018)年3月末現在

情報交換会は、4事例の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、申請手続きや計画の作成のノウハウを共有する、②支援の質の均てん化を図るという2点を目的に開催した。

また、検討会は、退院支援を進めていく中で情報交換会で抽出された課題に対する取組みなど、長期入院患者を減らすための仕組みづくりや、核となる地域支援者の足並みをそろえることを目的として開催した。

そして、連絡会は、圏域全体として職域を超えたネットワーク体制を構築し、共通理解のもと連携を図っていくことを目的に開催した。

情報交換会、検討会、連絡会の開催状況を表2に示す。

表2 県北地区の精神障害者地域移行支援事業の開催状況

### (1) 情報交換会

時期	内容	参加者
H29(2017)年6月	管内2病院との事前打合せ(事例選定)	病院、委託相談支援事業所、保健所
H29(2017)年6月	<b>情報交換会①</b> ・今年度の活動方針の確認 ・事例のリストア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ー、市町、保健所(34名)
H29(2017)年11月	<b>情報交換会②</b> ・地域移行可能者4事例の支援の進捗状況報告 ・県北地区における精神障害者の地域生活支援について	病院、相談支援事業所、協働コーディネーター、市町、保健所(32名)

### (2) 検討会

時期	内容	参加者
H29(2017)年5月	<b>検討会①</b> ・県北地区における退院支援と地域移行・地域定着支援 ・今年度の取組みについて	病院、相談支援事業所、協働コーディネーター、市町、保健所(19名)
H30(2018)年3月	<b>検討会②</b> ・県北地区における退院支援と地域移行・地域定着支援 ・今年度の振り返り及び次年度の取組みについて	病院、相談支援事業所、協働コーディネーター、市町、保健所(20名)

### (3) 連絡会

時期	内容	参加者
H29(2017)年12月	<b>連絡会</b> ・県北圏域における長期入院患者の状況について ・精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムを読み解く	病院、相談支援事業所、協働コーディネーター、市町、保健所(51名)

## 【結果】

平成 30(2018)年 3 月末現在、情報交換会における 4 事例については、退院に至っていない。4 事例への退院支援の取組みを通して得られた成果と課題について、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 3)。

表 3 情報交換会における4事例への退院支援を通して得られた成果と今後の課題

	得られた成果	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連動 地域移行支援計画に基づいた振り返りを繰り返したことで、病院内で地域の視点を踏まえたアセスメントを共有でき、支援の終着点についても改めて検討できた。</p> <p>病院内での役割認識の芽生え 退院意欲喚起や地域移行を意識した上で、病院内スタッフ一人一人が役割を持つよう意識するようになってきている。</p>	<p>「事例から学び、実践を積む」 多面的アセスメントと支援強化を目的に、今後も事例を積み重ねていく必要がある。</p> <p>「住まいの確保支援の充実強化」 新たな住宅セーフティネット法の施行を受け、住宅関連部署との連携を図ることができるとよい。</p>
相談支援事業所	<p>苦手意識や支援の限界を設定しない 相談支援専門員として退院支援ができるのかという不安が大きかったが、やってみると意外とできると気づけた。本人自身も「実際に暮らしてみるとできるな」という経験を積むことができた。</p>	<p>「地域資源の理解と相互交流」 地域生活支援拠点・基幹相談支援センターについて、関係機関で意見交換し地域ビジョンの明確化が図れるとよい。</p>
市町	<p>相談支援事業所のバックアップ 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うことがいいのか、事例に応じて行政が助言する力が求められる。サービスの支給決定担当者の立場では、極力サービスの趣旨を広く解釈するよう努め、利用促進を図っていくスタンスも求められる。</p>	<p>「市町ごとの退院支援の目標設定」 市町単位で、人口規模や地域課題に応じた基盤整備の目標を設定できるとよい。</p>

## 【考察】

情報交換会における支援経過の振り返りにより、各機関が精神障害者の退院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、退院支援における仕組みづくりの機会として検討会を設置したことで、地域としての方向性をそろえ、各機関同士の相互理解を促進する試みにもつながった。連絡会において、全体で協議する機会があったことも、今後の連携強化につながった。

なお、支援継続中の 4 事例については、引き続き情報交換会で検討していく予定である。

そして、情報交換会における退院支援事例の積み重ねにより抽出された、「事例から学び、実践を積む」、「住まいの確保支援の充実強化」、「地域資源の理解と相互交流」、「市町ごとの退院支援の目標設定」という県北地区として取り組むべき 4 つの課題については、検討会などを利用して今後検討していきたい。

## 【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<sup>3)</sup>。情報交換会・検討会・連絡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。今後も個別支援と仕組みづくりに関するそれぞれの観点から、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(2014)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(2015)年 9 月
- 2) 栃木県地域移行・地域生活支援事業実施要領、栃木県障害福祉課、平成 30(2018)年 5 月
- 3) 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(2017)年 4 月

## 栃木県下野市中学生の生活習慣と精神的健康の実態

国際医療福祉大学保健医療福祉学部 ○藤田京子、松本 政人、堀井 さやか  
下野市健康増進課 江連 正子

### I. はじめに

平成 28 年度の小・中学校における不登校者は 133,683 名であり、その数は年々増加している。不登校者の割合は中学生に多く、栃木県の中学校における不登校者は 15.3%であり、全国平均を上回っている(文科省, 2016)。筆者はこれまで、栃木県北および県央の中学生の生活習慣と精神的健康についての調査(2013, 2014)を行い、不適切な生活習慣が精神的健康に影響を与えることを報告してきた。

しかし、生活環境の異なる県南地域の中学生の精神的健康については明らかになっていない。そこで、メンタルヘルス支援の基礎的資料を得るために、下野市中学生の生活習慣と精神的健康について調査を行ったので報告する。

### II. 研究方法

1. 栃木県下野市立中学校の 2 年生を対象に、平成 30 年 1 月～2 月に自記式調査票を用い、集合法により調査を実施し、郵送回収した。
2. 調査項目
  - (1) 属性：性別、生活習慣(部活動加入状況、食事、睡眠、インターネット利用状況)
  - (2) メンタルヘルス：岡安ら(1999)の「メンタルヘルスチェックリスト 中学生用簡易版」(32項目)を用いた。①ストレス反応尺度、②学校ストレス尺度、③ソーシャルサポート、の3つの下位尺度からなり、回答形式は、「全くあてはまらない」「少しあてはまる」「かなりあてはまる」「非常にあてはまる」の4件法(0～3点)で尋ねた。
3. 分析方法：それぞれの項目ごとに記述統計量を算出し、データが正規分布することをShapiro-Wilk検定で確認し、標本数に合わせてMann-Whitney検定とKruskal-Wallis検定を用いた。
4. 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。(承認番号：13-Io-86)。

### III. 結果

4校に研究協力を依頼し、3校 492名から回答が得られた(回収率 85.4%)。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 324名(有効回答率 77.6%)であった。

#### 1. 生活習慣

部活については、運動部(76.2%)、文化部(16.4%)、両方(0.3%)を合わせると 92.9%が所属していた。塾に通っている生徒は、58.6%であった。

朝食については、「毎朝食べている」生徒は、9割(91.6%)おり、約1割弱(8.4%)の生徒は「食べない」・「時々食べる」と回答していた。また約6割(62.4%)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4割弱(37.6%)であった。

睡眠に関しては、7割を超える生徒(75.3%)は「23時以降の就寝」であり、「23時前に就寝をする」生徒は24.7%であった。6割(68.2%)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2割(25.9%)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」(5.2%)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(0.6%)もおり、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。

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の使用状況については、約8割(85.4%)

を超える生徒が「毎日」または「時々使用」している。全体としては約半数（51.3%）の生徒が1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、「0時間」の生徒は約1割（10.2%）、「1～2時間/日使用する」生徒は3割強（38.6%）「2～5時間/日使用する」生徒は約4割（45.7%）、「5時間以上/日使用する」生徒は5.6%であり、インターネット依存症予備軍を懸念させる生徒が少なからずいた。

表1. ストレス反応平均得意（生活習慣別）

		不機嫌・怒り			抑うつ・不安			無気力			身体反応			全体平均	
		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		324	1.66	2.62	324	1.16	2.11	324	2.25	2.56	324	2.25	2.56	7.17	
基本属性	性別														
	男	167	1.40	2.47	167	0.81	1.59	167	2.05	2.49	167	1.83	2.28	6.11	
	女	157	1.94	2.76 *	157	1.52	2.51 *	157	2.46	2.62	157	2.36	2.49	8.29 **	
生活習慣	部活動	運動部	247	1.56	2.47 *	247	0.91	1.77 **	247	2.06	2.45 *	247	1.82	2.25 **	6.30 **
		文化部	53	2.43	3.00	53	2.18	2.99	53	3.09	2.76	53	3.11	2.51	10.83
		両方	1	4.00		1	4.00		1	1.00		1	4.00		13.00
		なし	23	1.52	3.13	23	1.34	2.38	23	2.43	2.95	23	2.52	3.04	7.82
	塾	有	190	1.76	2.68	190	1.24	2.18	190	2.10	2.39	190	2.23	2.46	7.35
		無	134	1.52	2.54	134	1.03	2.02	134	2.46	2.77	134	1.89	2.30	6.91
	朝食	毎朝食べる	297	1.66	2.61	297	1.09	2.07	297	2.20	2.54	297	2.02	2.34	7.00
		時々食べる	21	1.38	2.85	21	1.04	2.06	21	1.95	2.35	21	2.28	3.00	6.66
		毎朝食べない	6	2.66	2.65	6	4.66	1.75 **	6	5.50	2.25 **	6	4.66	1.50 *	17.50 **
	夕食一人	よくある	35	1.80	2.54	35	2.28	3.43 *	35	2.74	2.79	35	2.77	2.76 **	9.60
時々ある		87	1.71	2.46	87	1.27	2.11	87	1.27	2.11	87	2.36	2.63	7.75	
あまりない		100	1.60	2.75	100	0.98	1.78	100	2.22	2.64	100	2.25	2.38	7.05	
全くない		102	1.64	2.69	102	0.85	1.68	102	1.99	2.37	102	1.47	1.92	5.96	
睡眠	就寝時間	23時未満	80	1.55	2.34	80	0.86	1.58	80	1.93	2.26	80	1.65	1.98	6.00
		23時以降	244	1.70	2.71	244	1.25	2.25	244	2.35	2.65	244	2.23	2.50 *	7.55
	睡眠時間	6時間未満	17	3.11	3.60	17	2.70	2.86 *	17	3.82	3.67 *	17	4.64	2.89 **	14.29 **
		6時間以上8時間未満	221	1.61	2.58	221	1.19	2.23	221	2.30	2.59	221	2.13	2.41	7.24
8時間以上10時間未満		84	1.50	2.47	84	0.73	1.29	84	1.73	2.03	84	1.44	1.87	5.41	
10時間以上		2	1.50	2.12	2	2.50	3.53	2	4.50	2.12	2	3.50	0.70	12.00	
インターネット使用頻度	毎日使う	205	1.86	2.90	205	1.31	2.33	205	2.37	2.71	205	2.25	2.48	7.80	
	時々使う	68	1.19	1.74	68	0.95	1.75	68	2.08	2.10	68	1.88	2.28	6.11	
	あまり使わない	22	0.86	1.58	22	0.72	1.07	22	1.72	2.39	22	2.13	2.16	5.45	
	ほとんど使わない	29	2.00	2.79	29	0.89	1.79	29	2.20	2.59	29	1.41	2.16	6.51	
	アクセス時間	0時間	33	1.75	2.53	33	1.03	1.97	33	2.27	2.89	33	1.81	2.73	6.87
		1時間以上2時間未満	125	1.24	2.02	125	0.87	1.84	125	1.79	2.22	125	1.72	1.93	5.64
		2時間以上5時間未満	148	1.85	2.91	148	1.32	2.18	148	2.53	2.68	148	2.34	2.52	8.05
5時間以上		18	2.88	3.54	18	2.05	3.11	18	3.11	2.74 *	18	3.05	3.24	11.11 *	
保健室利用状況回数	0回	121	1.34	2.46	121	0.80	1.59	121	1.90	2.52	121	1.38	1.85	5.41	
	5回以下	162	1.70	2.48	162	1.14	1.92	162	2.27	2.33	162	2.25	2.32	7.38	
	6回以上	41	2.53	3.38 *	41	2.24	3.47 *	41	3.19	3.27 *	41	3.53	3.27 **	11.51 **	

\* p<0.05 \*\* p<0.01

## 2. 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 7.17 で、県北や県央と比較して中学生の精神健康状態は総じて良好であった。女子の平均得点（8.29）は、男子（6.11）と比較してもストレス反応得点が高く、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は（ストレス反応得点 6.3）は精神健康度が高く、文化部などに比べて「不機嫌・怒り」「抑うつ・不安」「無気力」「身体反応」といったストレス反応得点が有意に低いことがわかった（ $p<0.01$ ）。

2) 食事：朝食を毎朝食べる習慣がない生徒（ストレス反応得点 17.5）は、毎朝食べている生徒（ストレス反応得点 7.0）と比較し「抑うつ・不安」「無気力」「身体反応」のストレス得点有意に高かった（ $p<0.05$ 、 $p<0.01$ ）。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）生徒ほど「抑うつ・不安」「身体反応」のストレス得点有意に高かった（ $p<0.05$ 、 $p<0.01$ ）。

3) 睡眠：23時以降に就寝する生徒（ストレス得点 7.55）は、「身体反応」でストレス得点が23時前

に就寝する生徒に比べ有意に高かった ( $p < 0.05$ )。また睡眠時間が6時間未満の生徒(ストレス反応得点14.29)は、ストレス得点が高い ( $p < 0.01$ )、「抑うつ・不安」「無気力」「身体反応」で有意にストレス得点が高かった ( $p < 0.05$ ,  $p < 0.01$ )。

4) インターネットメディア：インターネットの利用時間では、5時間以上を使用する生徒(ストレス反応得点11.1)は、他の利用時間に比べ有意にストレス得点が高く ( $p < 0.05$ )、「無気力」のストレス得点が高い ( $p < 0.05$ )。

### 3. 学校ストレスの特徴

1) 性差：女子(8.64)は、男子(7.20)に比べストレス得点が高く、友人関係で女子は有意にストレス得点が高かった ( $p < 0.01$ )。

2) 睡眠時間：睡眠時間が6時間未満の生徒(12.29)は、学業、教師との関係で有意にストレス得点が高かった ( $p < 0.05$ ,  $p < 0.01$ )。

### 4. 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49.75であった。男子は教師からのサポートを、女子は友人からのサポートを高く認識していた ( $p < 0.05$ )。夕食をいつも家族ととる生徒(51.82)は、周囲からのサポートを高く認識していた ( $P < 0.01$ )。

## IV. 考察

今回の調査は、栃木県の県北、県央に続き県南の調査であり、栃木県全体を捉える調査として有益であったと考える。また県南(7.17)は、県北(9.30)や県央(8.33)に比べてストレス平均得点が低い特徴も把握することができた。

これまでの栃木県内の調査と同様に、ストレス症状が低い生徒の特徴は、運動習慣がある、朝食を毎朝食べる、家族とともに夕食をとる、睡眠時間を6時間以上とる、インターネットの利用時間が2時間以下であった。文部科学省の調査(2013)によると、規則正しい生活習慣と学力調査の平均正答率の高さに相関があり、インターネット使用時間が長くなるほど学力調査の平均正答率が低下することが報告されている。また毎日同じ時間に寝起きする、毎日朝食をとる生徒ほど学力が高い傾向にあることが報告(文部科学省, 2015)されているように、毎日の基本的な生活習慣の在り方が、成長期にある子どもの心身の健康や発達に改めて重要であることが示唆された。

いつも家族とともに夕食をとる生徒は、親や友人、教師など周囲にサポートされていると感じており、食卓を囲み家族にその日の出来事を話すことで考えが整理されたり、受け止めてもらう経験が精神的な安心感をもたらし、精神的健康度の高さにつながることを推察された。

中学生は、自意識と客観的事実との違いに悩み、様々な葛藤の中で、自らの生き方を模索し始める時期である。思春期にある生徒が心身の健康を育み、将来の社会的自立に備えるためには、エビデンスにもとづきストレス症状と生活習慣の関係性を理解し、自らの生活習慣について振り返り、主体的に生活習慣をコントロールする力を身につけることが必要であろう。加えて、突発的に心が傷つくようなライフイベントが生じて、心の病に発展することなく、速やかに元の安定した状態や日常生活に戻れるためには、認知的柔軟性を高めるための教育や、感情調整力への働きかけ、多様な選択肢を用いた問題解決法、また能動的コーピングを拡大していけるような教育的支援が必要と考える。

そのためには、大学と学校現場との協働により、科学的な知見にもとづくレジリエンスを高める教育的アプローチが、生徒および生徒を支える教育を実践する立場にある教師にも必要と考える。

本研究は、国際医療福祉大学学内研究費助成による調査の一部である。ご協力いただきました下野市健康増進課、下野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。