

演題5-26

群馬県精神科救急情報センターのアウトリーチ活動の実態
～訪問対象者の構成と活動結果の検討～

群馬県こころの健康センター・精神科救急情報センター

○ 赤田卓志朗 芦名孝一 神谷早絵子 相原雅子
勅使川原洋子 向田律子 吉田亜矢子

1 はじめに

群馬県の措置移送は、平成16年1月19日より当センターに一元化された。そのための人員拡充などを契機に、当センターは全県の各保健福祉事務所との連携下に、訪問・処遇検討会など、いわゆるアウトリーチ活動を体系化し始動した。この活動の展開において、特に訪問の対象とされた事例の中には、早急な対応を必要としながら対応の方針が定まらず、地域が苦慮している事例が多かった。そのため、これら訪問事例を検討することで、地域で救急的支援が必要となる事例の特徴・問題点が明確となり地域保健予防活動に反映されるものと考え、当センターにおける地域訪問活動の分析を行ったので、その結果を報告する。

2 対象と方法

全県に渡る訪問活動を積極的に始動した平成16年1月19日から平成20年3月31日までの約4年3ヶ月に当センター職員が訪問を実施した全304事例(男性187例、女性117例、訪問のべ回数574回)。

全訪問事例の初回訪問時の、年齢、性別、訪問回数、治療状況(未治療、治療中断、非告知投薬、通院中、退院直後、入院中、その他、に分類)、同居家族状況(単身者、同居家族全員が精神疾患(+)、同居家族の一部が精神疾患(+)、同居者に精神疾患(-)、に分類)、訪問結果などを当センターの記録より調査した。なお、調査内容については個人が特定できない範囲で集計を行った。

3 結果

年齢は、男性 40.6 ± 14.1 、女性 47.3 ± 15.2 (平均 \pm SD(歳))。1回のみで終わった事例が6割強を占めたが、15回以上と継続して定期的に訪問し見守りが必要な事例も3事例みられた(図1)。

診断はICD-10分類にてF2事例(疑いも含む)が64.5%と最も多かった(図2)。

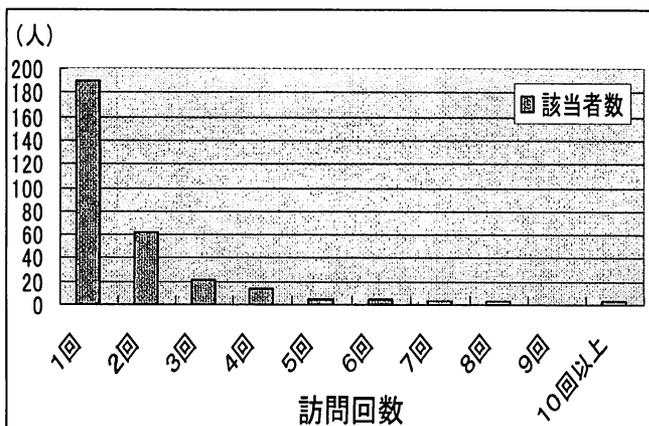


図1 各訪問事例に対する訪問回数

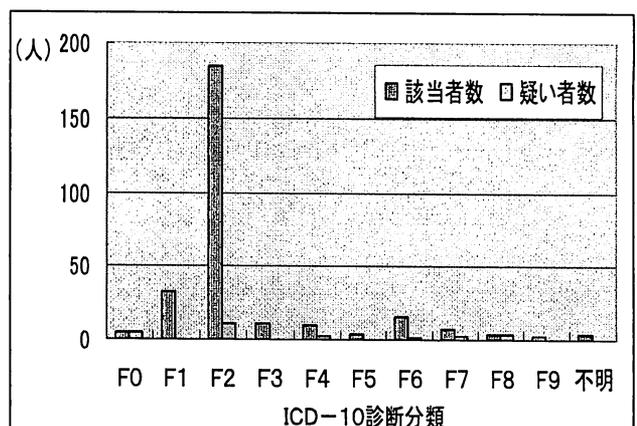


図2 訪問事例の診断別分類

初回訪問時の治療状況は、未治療事例と精神科病院治療中断者が高かった(図3)。同居家族状況では、単身者、および同居者すべてが精神障害(+)という病者のみの家庭が1/3強と、家庭内にキーパーソンとなりえる存在が乏しい事例が多かった(図4)。

演題5-26

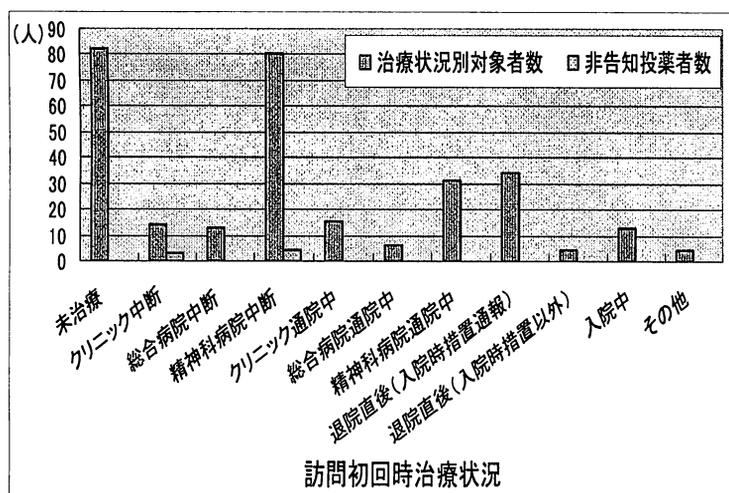


図3 訪問事例の初回訪問時における治療状況別分類

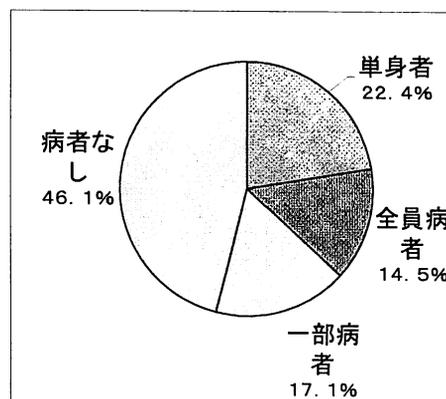


図4 訪問事例の同居家族の状況

表1 現在治療(-)群の訪問結果

医療対応優先	①受診・入院となる	56人(うち通報8人)
	②継続的対応で入院	38人(うち通報8人)
	③受診につながらず問題(-)	10人
	④受診につながらず問題(+)	10人
	⑤受診につながらず転居	3人
	⑥うまくいかず通報	10人
	⑦死亡	1人
対応指導優先	⑧緊急性乏しい	20人
	⑨対応指導で問題(-)	30人
	⑩対応指導で問題(+)	5人
	⑪司法対応	5人

表2 現在治療(+)群の訪問結果

①その後の問題連絡(-)	78人
②継続対応し問題連絡(-)	9人
③通報によらない入院	8人
④その後も不安定(+)	6人
⑤治療中断	3人
⑥不安定で通報となる	4人
⑦転居	1人
⑧司法対応	1人

訪問時の対応内容については、未治療、通院中断などの治療(-)群に対しては医療対応優先か否か判断を行い、医療対応優先事例の場合は本人・家族に受診必要性の説得、および精神科救急システムの利用法などを説明し問題解決を図った。また、対応指導優先と判断した事例に対しては、現在の問題に対する相談・整理を行い、問題解決を図った。非告知投薬、通院中、入院中、退院直後などの治療(+)群に対しては、現在の問題点の解決、もしくは今後、治療中断・症状増悪にならぬための予防的な介入を行った。それら訪問活動の結果は、治療(-)群(188事例)では受診・入院につながる(約50.0%)、問題行動がみられなくなる(約31.9%)など約81.9%が最終的に地域で問題であるという連絡が入らなくなった(表1)。治療(+)群(110例)では、約86.4%で入院治療に結びつく、問題が解決するなど、その後地域で問題ありとの連絡が入らなくなった(表2)。「その他」6事例は集計から除外)。

4 考察・まとめ

今回精神科救急情報センターにおける訪問事例の検討を行った。それらの事例は治療状況としては未治療者、治療中断者が中心であり、また、単身者、もしくは同居家族全員が精神科的病者の家庭など家庭内にキーパーソンが不在で、家族のみでの対応が難しいと考えられる事例が多かった。現在、訪問看護、ACTなど、地域で患者を支える医療体制が徐々に浸透しつつあるが、今回訪問事例の中心であった未治療者、治療中断者は制度上それらの対象として乗ることが難しい。これら医療・家族で対応困難な事例に対しては行政によるアウトリーチ活動は有効な地域サポート体制のひとつと考えられた。

群馬県の精神保健福祉法第26条通報における調査の実際と効果

群馬県こころの健康センター・精神科救急情報センター

○向田 律子 勅使川原 洋子 赤田 卓志朗

1 はじめに

群馬県では、H13年4月に精神保健福祉センター（現：こころの健康センター）内に精神科救急情報センター（以下、情報センター）が設置され、H16年1月からは、それまで保健所で行っていた精神保健福祉法（以下、法）24条から26条通報による通報・届け出に伴う調査・診察要否決定・移送・診察立ち会い等の業務を情報センターが県下を一括して対応することとなった。

今回はこの中で法26条通報に焦点を当て、現在群馬県が実施している「通報情報提供依頼書」を活用した通報の受理から調査の方法・調査の波及効果等について報告したい。

2 群馬県の通報等の実績

通報全数は図1のとおり増加傾向にあり、特に法26条の通報件数はH12年度2件からH19年度99件と増加している。また情報センターが現システムになったH16年度と比較してもH19年度は1.59倍の伸び率となっている。

	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19
通報総数	78	180	168	229	249	240	260	319
内訳	24条	67	140	114	164	189	188	205
	26条	2	2	3	37	39	67	99
	その他	9	38	51	28	21	17	15

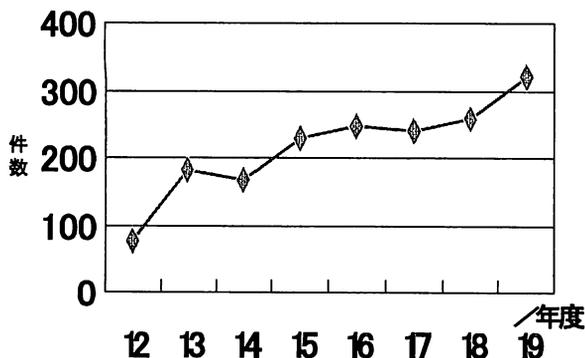


図1 平成12～19年度通報等件数

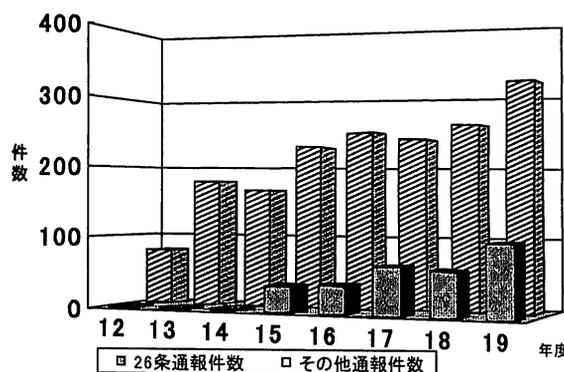


図2 平成12～19年度 26条通報件数

表1 通報等件数の推移 単位(人)

3 法第26条の通報～受理の流れ

群馬県では26条通報の受理に際し、県内矯正施設からの通報に関しては面接調査をおこなっており（H19年度は1例を除き全数実施）、県外矯正施設からの通報については電話による調査を詳細に行うこととしている。その際、図3による「通報情報提供依頼書」をあらかじめ送付又はFAXすることで係官からの聞き取り調査の効率化と最低限押さえない項目の聞き漏れ防止が可能となった。さらに、通報件数の最も多い地元M刑務所からの通報は「通報情報提供依頼書」を通報受理後にあらためて送付しなくても、通報時にあらかじめ回答書を添付して通報してもらえるまでになっており「通報情報提供依頼書」が浸透している。県外矯正施設については通報受理をした時点で「通報情報提供依頼書」を通報

演題5-27

元の矯正施設担当者に調査実施日に先駆けて郵送又は FAX し、情報センターからの電話調査に備えてもらい、回答を電話で聞き取るようにした。これにより事前調査の際に通報元では質問事項のたびに通報元が被通報者の簿冊のページを繰る必要がなく、効率よく聞き取りができるようになった。この流れをまとめたものが、図4の「26条通報の受理から調査・診察要否決定の流れ」である。

26条通報に際し下記の情報提供に御協力下さい。

△通報元様

1 精神科的な病状について 病名は _____

2 入院中、刑務している者がおられますか (はい / いいえ)
 ・退院している者の名前・人数・性別等 >

3 知的判定について △出申判定 △判定 相当

4 現在の問題行動はどんなことがありますか

5 担当医師の「判断(助言)」について
 (医師不要 通院が必要 入院が必要 医師の判断(助言)なし)

6 今回の入所に至った事件の経緯について
 (いたるところで発生している通院拒否・暴行・暴言等によるものか)

7 病状の発症に「受刑者(その刑務所)の通報書」の送附が、おおよそいつ
 頃()頃であったか(入所後の時期・発症・単位制維持の状況をお教え下さい)

8 その出現症状等で病状の悪化が感じられる問題行動があったらお教え下さい

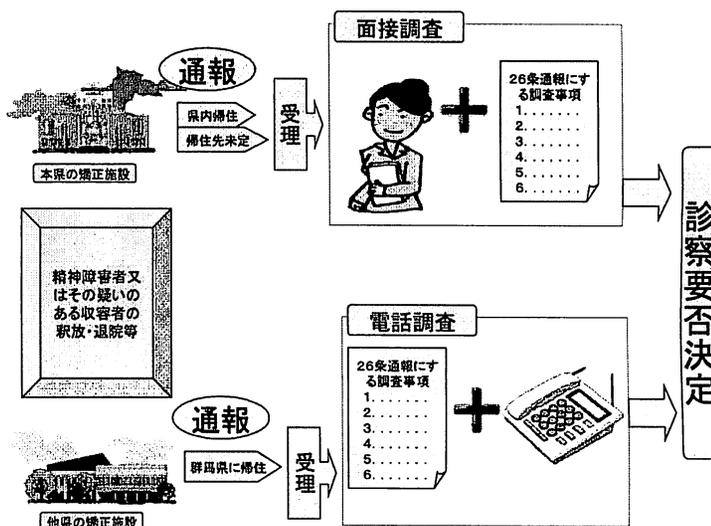


図3 「通報情報提供依頼書」

図4 「26条通報の受理から調査・診察要否決定の流れ」

平成19年度の法26条の「調査」の現状と効果

平成19年度の通報数26条通報(26条(2)を除く)は表1に示したとおり99件であった。このうち県内矯正施設からの通報が77件、県外からの通報が22件であった。調査に要した平均時間は電話調査が23分、面接調査が47分であった。通報情報提供依頼書を活用することにより、通報元に対し当センターが措置診察の要否決定を行うにあたってどんな情報を求めているかを予告することができ、かつ通報元は情報を整理して調査に応じてくれるようになったため電話の保留音を聞きながら情報が提供されるのを待たなくてすむようになった。

さらに、M刑務所のように通報時に通報書の添付資料として記入済の情報提供書を送付してもらえるようになると面接内容の焦点を絞ってより具体的な調査ができるようになった。

なお、最近ではM刑務所の対応として当初センターが依頼した情報に加え、担当刑務官が更に有用と思われる事項を追加項目として積極的に書き加えてもらえるようになり、刑務所での生活様式等を熟知する者でないと質問できないような情報も提供してもらえるようになった。

また、面接調査を積極的に行うことで、被通報者の出所後の生活不安を聞き出すことができた。これにより入院治療を要する程ではない精神症状の者を、安定して医療継続するための受診支援を行ったり、本人の承諾を得て帰住地の保健福祉関係者へ情報提供と支援依頼をするなど地域ネットワークにつながるきっかけとなっている。被通報者が家族を伴い当センターを訪ね、あらためて支援の方向を検討したいと相談希望をされる方も出てきている。

5 まとめ・考察

生活様式を想像しにくい被通報者の実態を調査することは非常に困難を要する。その中で通報元からの積極的協力が得られる通報情報提供依頼書を活用することは、より効率よく精度の高い事前調査を行うのに非常に有効であると考えられた。また被通報者との面接調査は対象者を理解し出所後の保健福祉的な生活支援への橋渡しとなっていることも大きな効果と考える。面接調査についてはさらに事例を重ねその効果について次回報告したい。

演題5-28

中越大震災被災者 IES-R (改訂版出来事インパクト尺度) 高値の関連要因について

新潟県精神保健福祉センター1) 新潟県精神保健福祉協会新潟こころのケアセンター2)
○阿部俊幸 大矢政昭 櫛谷晶子 1) 本間寛子 2)

1 はじめに

中越大震災後約2年の時点における IES-R 高値の関連要因について研究したので報告する。

2 方法

平成18年11月1日から25日にかけて旧長岡市など旧市町村単位で被災7市町村のエリアサンプリング法で抽出した2129世帯を訪問し、世帯主に対する質問紙留め置き法により調査を実施した。回収数は2107で、うち IES-R に関し全項目無回答であった者29人(1.4%)のみを分析から除外し、その他の者の無回答項目はすべて「全くなし(異常なし)」であったと仮定して IES-R を算出した。

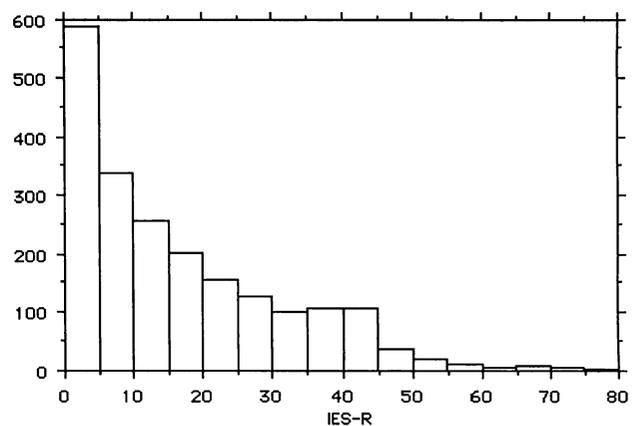
3 結果

(1) ヒストグラム(右図)

5点ごとに区切った IES-R のヒストグラムの形状は対数正規分布に類似し、35以上44未満の区間に小さなピークを持つ非正規形であった。

(2) 単変量解析

以下の13要因をそれぞれ適宜数値化し IES-R との関連について U 検定、Spearman の順位相関検定などを行った。



性別(男性を0、女性を1)、年齢、職業

(会社員等を0、会社員等以外を1)、死別・離別(未婚・既婚を0、死別・離別を1)、地震発生時誰かといいたか(「はい」を0、「いいえ」を1)、恐怖感(「全く」の0から「非常に」の3まで)、住家被害(「無し」の0から「全壊」の4まで)、避難先(「自宅」を0、「自宅」以外を1)、外傷(「外傷無し」を0、「外傷有り」を1)、疾病(「疾病無し」を0、「疾病有り」を1)、仮設居住(仮設以外を0、仮設を1)、現在の同居者の有無(「同居者有り」を0、「同居者無し」を1)、話したいが話せない(「話す」と「話さない」を0、「話したいが話せない」を1)

それぞれの要因のカテゴリーごとの対象者数および陽性者数(率)は次頁表の通りであった。

(3) 多変量ロジスティック解析

単変量解析の結果、上記13要因すべてが IES-R 陽性(25以上)と有意な関連を認め、各要因相互に強い相関を認める組み合わせも無かったため、13要因を強制投入し多変量ロジスティック解析を行い調整オッズ比とその95%信頼区間を求めた。性別、年齢(10才単位)、地震発生時誰かといいた、恐怖感、住家被害、疾病、仮設居住、話したいが話せないの8要因が有意となり、職業、死別・離別、避難先、外傷、現在の同居者有無の5要因は有意ではなかった(次頁表)。

4 考察

程度に応じ5、4段階のカテゴリーに分類される住家被害、恐怖感のオッズ比がいずれも特に大きく IES-R と関連する要因として意義が大きいことが推測された。なお、疾病に関しては受療科別に見ていないため、すでに PTSD 等により精神科を受診している者の存在がオッズ比を高めた可能性もある。

仮設居住のオッズ比が1を下回ったのは地域ごとに入居したため仮設でも従前の近隣の間人間関係が保たれたこと、近隣との距離が小さいこと、早期から仮設居住者をターゲットに様々な施策が行われたこと、等の寄与が考えられる。「地震発生時誰かといいたか」は一人であった者で、むしろオッズ比が1を下回ったのは元々一人暮らしに耐える精神的、肉体的により強い人が地震発生時も一人であった、という因果の逆転が考えら

表	カテゴリー	対象者数	陽性者数	陽性率	調整オッズ比	同 95%信頼区間		
						上限	-	下限
性別	男	1291	295	22.9%	1			
	女	783	239	30.5%	1.360	1.771	-	1.044
年齢(10才単位)					1.215	1.355	-	1.089
職業	会社員等	641	114	17.8%	1			
	それ以外	1430	420	29.4%	1.213	1.668	-	0.882
死別・離別	未婚・既婚	1812	437	24.1%	1			
	死別・離別	227	84	37.0%	1.044	1.581	-	0.690
地震発生時誰かといいたか	はい	1734	452	26.1%	1			
	いいえ	327	77	23.5%	0.674	0.956	-	0.475
恐怖感	全く	25	7	28.0%	1.592	2.053	-	1.235
	あまり感じない	86	7	8.1%				
	少し感じた	348	61	17.5%				
	非常に感じた	1604	456	28.4%				
住家被害	無し	60	5	8.3%	1.760	2.027	-	1.527
	少し	1090	178	16.3%				
	大	598	198	33.1%				
	ほぼ全壊	139	69	49.6%				
	全壊	178	80	44.9%				
避難先	自宅	322	50	15.5%	1			
	それ以外	1728	481	27.8%	1.321	1.896	-	0.920
外傷	無し	1449	463	32.0%	1			
	有り	80	59	73.8%	1.466	2.233	-	0.963
疾病	無し	1783	406	22.8%	1			
	有り	223	105	47.1%	1.750	2.456	-	1.247
仮設居住	仮設以外	1767	408	23.1%	1			
	仮設	303	123	40.6%	0.665	0.978	-	0.452
現在の同居者の有無	有り	1933	479	24.8%	1			
	無し	133	55	41.4%	1.637	2.807	-	0.955
話したいが話せない	話した等	1884	470	24.9%	1			
	話せなかった	61	35	57.4%	3.518	6.410	-	1.931

れる。

有意だった要因のうち話したいが話せない、疾病、仮設居住の3要因は被災後の PTSD 予防施策の方向を示唆するものと考えられる。すなわち話し相手を確保すること、疾病に関し適切に医療や相談につなげること、仮設以外に居住する被災者に精神保健対策を行うことの三点が被災住民の IES-R 低下、ひいては PTSD の軽減をもたらす可能性が考えられる。

5 結語 地震後約2年の時点における成人の IES-R 高値の関連要因として女性、加齢、地震発生時誰かといいた、地震時の恐怖の強さ、住家被害の大きさ、現時点での有病状況、仮設以外の居住、話したいが話せないの8要因が有意であった。

京都市における社会的ひきこもり支援とその連携について

京都市こころの健康増進センター

○村本智美, 前田えり子, 湯浅聡美,

三島美智子, 八木那奈子, 山下俊幸

1 はじめに

平成15年度に厚生労働省から『ひきこもり』をめぐる地域精神保健活動のガイドライン』が出されてから、社会的ひきこもりについての支援が各機関において取り組まれてきた。ひきこもり当事者のメンタルヘルス面での支援も重要であるが、就労にいたるまでには民間団体との協働が重要となる。しかし、民間団体等就労支援関係機関との連携がスムーズに行えているかどうかについては、まだ検討の余地があると考えられる。今回、京都市におけるひきこもり支援について取り上げ、ひきこもりに対する精神保健福祉センターの担う役割について考察する。

2 京都市こころの健康増進センターにおける社会的ひきこもり支援

- ① 「ひきこもり」について考える家族教室：年2回の募集。1クール5回シリーズ、クローズド。レクチャーの後、ミーティングを行う。(平成12年度から開始)
- ② ひきこもり家族ミーティング：月1回の開催。家族教室修了者対象。スタッフのもと、自由に思いを話し合う。(平成17年度から開始)
- ③ ひきこもり本人グループ「べんち」：月2回の開催。少人数のミーティングで、プログラムではなく、ゲームやフリートークなどを通して緩やかな交流を目指す。大人数の作業所に通いづらいが、同じ境遇にある仲間と話したいという当事者が集う。(平成16年度から開始)
- ④ 医師・相談員による診察・個別相談：随時実施。(平成9年度から開始)

また、京都市内にはひきこもり対象の作業所が3箇所、地域若者サポートステーション（サポステ）が1箇所存在する。

3 当センターにおける社会的ひきこもり相談状況

当センターにおける平成18年度・平成19年度の社会的ひきこもり相談件数を以下に示す。

	H18	H19
電話相談(ひきこもり)	155	97
来所相談(ひきこもり)	231	243
診察(ひきこもり)	84	187
全体相談件数	3912	3394
新規来所相談ケース	134	125
内、ひきこもり	54	40

また、当センターにおいては、平成17年度から「思春期・青年期精神保健ケースマネジメント事業」を実施している。この事業は、薬物依存、家庭内暴力、摂食障害、リストカット、ひきこもりなどの思春期・青年期の問題行動に対し、保健・医療・福祉・教育・司法等の関係機関の連携強化と相談・支援体制を充実させ、効果的な支援システムを目指すものである。

平成19年度は、社会的ひきこもりについて他機関との連携を強めるため、思春期・青年期精神保健ケースマネジメント事業の一環として、「第1回社会的ひきこもり支援検討会議」を実施した。構成機関は、京都市ユースサービス協会（若者サポートステーション）、京都オレンジの会及び京都市こころの健康増進センターである。

4 調査対象

他機関と連携した状況を調べるため、平成18年4月1日から平成20年3月31日までに新規に来所

演題5-29

したケースのうち、他機関から紹介のあったケース及び当センターから他機関に紹介したケース15件について取り上げた。

なお、「紹介先」とあるが、この中には初回面接で適切な機関に紹介したケースもある一方、継続面接を何度も重ねたあと、適切な機関へ紹介したケースもある。

1	10代後	男	本人	2年	あり	高校中退	なし	なし	あり	福祉事務所	サポステ
2	20代後	男	父	14年	あり	高校中退	あり	なし	なし	病院	センター
3	20代後	女	本人	15年	あり	中卒	なし	なし	なし	婦人相談所	作業所
4	20代前	男	本人	半年	あり	大学在籍中	あり	なし	なし	青少年センター	センター継続中
5	10代後	女	母	7年	あり	中卒	なし	あり	なし	教育相談	センター継続中
6	10代後	女	本人・母	8年	あり	高校在籍中	なし	なし	なし	教育相談	センター継続中
7	30代前	男	本人	3年	なし	高卒	あり	あり	あり	病院	作業所、ハローワーク
8	30代後	男	父母	1年	なし	大卒	あり	あり	なし	病院	センター継続中
9	30代前	男	母	2年	なし	大学院卒	あり	なし	あり	なし	作業所、サポステ
10	20代前	男	本人	6年	なし	高卒	なし	なし	なし	サポステ	サポステ
11	30代前	男	本人・母	5年	なし	高卒	あり	あり	なし	大学カウンセリング	作業所
12	20代後	男	本人	6年	なし	専門卒	あり	なし	なし	なし	作業所
13	30代前	男	母	10年	なし	高卒	あり	あり	なし	サポステ	センター継続中
14	20代後	男	本人	2年	なし	大学院卒	あり	あり	あり	診療所	病院デイケア
15	30代前	男	母	1年	なし	大卒	あり	あり	なし	病院	センター継続中

5 まとめ

友人との交流が「なし」のケースが15ケース中11ケースあった。これらについては、センターでの継続支援として関わっているケースが多い。逆に、友人との交流が「あり」の場合には、サポートステーションやハローワークなどに紹介している。

また、不登校経験が「あり」のケースは6件あった。そのほとんどがセンターでの継続支援となっている。反対に、不登校経験「なし」のケースにおいては、作業所などの紹介を行っているケースが多い。不登校経験の有無が、後の仲間作りや就労にいたるまでを左右していると考えられる。

病院からの紹介の場合、家族支援を当センターで行ってほしいという依頼が多くあった。社会的ひきこもりの相談を受けている病院や診療所は、以前と比べては増加したようであるが、家族教室を開いている病院は京都市内では存在しない。当センターで家族教室を行っているとの情報が病院・診療所で浸透し、紹介されるケースが増えたものと思われる。

以上より、社会的ひきこもり支援において精神保健福祉センターにおける役割としては、①グループによる家族支援、②メンタルヘルス面での本人及び家族のサポート、③就労支援にいたるまでのつなぎなどが考えられる。

6 考察

社会的ひきこもりは、当事者が支援機関につながるまでかなりの時間を要することが多い。さらに、やっとの思いで支援機関につながったとしても、そこで受けられるサービスが当事者の状態やニーズに適さない場合は、適切な他機関を紹介することになる。そのため、当然のことながら紹介の際は当事者の思いを伝える等の細かな連絡（連携）が必要である。

また、継続して面接しているケースを他機関に紹介する場合は、当事者が望めば見学などに同行することも、スムーズにケースを引き継ぐことになるとと思われる。継続ケースにおいては、紹介した後もしくはセンターでの支援を継続し、紹介先での不安や不満などを受け止め、現実適応していくようにサポートすることが望まれる。

さらに、今回数値に表すことはできなかったが、社会的ひきこもりの問題の特性上、センターにおける長年の継続的な支援（家族面接、個別面接、診察）を経た後、次の機関へつながったケースも多い。社会的ひきこもり当事者の社会参加には、長い時間をかけて自らの問題に向き合うということが必要であり、支援する側もその点に配慮し、次のステップを促す時期を見定める必要がある。

演題5-30

鳥取県における社会的ひきこもりの現状と社会参加促進ステップアップ事業の取り組みについて

鳥取県立精神保健福祉センター

○ 川口 栄 大塚月子 白岩有里
小谷由佳 原田 豊

1 はじめに

近年、自宅や自室にひきこもり、社会活動に参加せず、対人交流を避けて生活する「社会的ひきこもり（以下、ひきこもり）」の問題について社会的関心が高まっている。鳥取県では、県立精神保健福祉センター（以下、センター）において、個別相談や家族教室を行うとともに、県単独事業として、平成14年から「社会参加支援事業」を開始し、平成16年からは「社会的ひきこもり者の社会参加促進ステップアップ事業（以下、ステップアップ事業）」を実施している。この事業は、ひきこもり者を対象に、相談事業、共同生活体験、就労体験事業で構成されたもので、事業受託団体のNPO法人「鳥取青少年ピアサポート（以下、ピアサポート）」によって実施されており、センターは、適時連携をとっている。

今回、鳥取県で行っているステップアップ事業の取り組みとセンターの連携の経過をまとめ、ひきこもり者の社会参加促進と就労支援等の今後の課題について報告する。

2 ステップアップ事業の経過とピアサポートとセンターとの連携状況（表1）

（1）平成14年度： 県単独事業として、未就労でひきこもり状態にある人の社会参加支援を目的とした「社会参加支援事業」が開始され、10日間の自然体験活動（共同生活）と就労体験事業を行い、自然体験活動は年間9名の利用者があった。

（2）平成15年度： 県単独事業は、不登校等の不適応を経験し就労経験がなくひきこもりがちな青少年を対象に、共同生活体験と就労体験を通して、社会的スキルを向上させ自立した社会人として活躍できるよう支援する「社会参加訓練事業」となり、「ピアサポート」が事業受託し実施された。最長30日間、生活指導員2名との共同生活では年間15名が利用した。就労体験は、個別の希望に応じて指導員が探す個人事業所や農業公社、工芸品製作作業場や老人介護施設等で行った。年度後半では、地域との交流や事業成果がマスコミに取り上げられ、活動が知られることとなり、直接団体への問い合わせや相談が増加し、そのなかには精神疾患や発達障害を疑われるものがみられた。共同生活では、指導員が共同生活の規則や対人関係を巡るトラブルに介入する機会が増えた。月一回のピアサポートとの定例連絡会では、事業運営のほか、個別支援の経過報告や個別対応について助言を行った。

（3）平成16年度： 事業を「ステップアップ事業」とし、管轄保健所を申請窓口とし、体験申込書と誓約書を提出し、県が参加決定することとした。相談事業を共同生活体験と就労体験に加え、同年、NPO法人となったピアサポートがひき続き受託し実施された。就労体験では、利用者の希望や能力、適応状態に応じた事業所を探すことが難しく、ピアサポート内に就労体験の場として青少年就労体験施設「手づくりパン工房ピア」を開設し、パンの製造から販売を行った。共同生活体験は指導員の負担が大きく、規模を縮小し施設内に生活を移したが、利用者は2名にとどまった。月一回定例連絡会は保健所を加え、個別支援の経過報告や精神疾患や発達障害等の鑑別、他機関との連携等の助言を行った。

（4）平成17年度： 事業受託団体の公募・審査を行い、ひき続きピアサポートが受託し事業を行った。パンの販売促進と就労体験者の受入れの拡充のために、拠点施設を「パンの学校ピア」とし、市街地に近い場所へ移転した。共同生活体験は指導員の確保が難しく、かつ利用者がいないことから、同年度で終了した。相談事業は、自宅訪問や事業所への同伴訪問・事業所面接等の個別支援とハローワーク等関係機関との連携を行い、事例に応じては就労体験終了後も個別相談を行った。

（5）平成18年度： より一層の事業経営の安定化を計るために、市街地のスーパーマーケット駐車場

敷地内に、パン製造・外部販売、喫茶を集約した拠点施設「パンカフェののな」を移転開所し、相談事業、就労体験事業を行った。販売促進・経営が優先されると就労体験での細やかな個別支援の雰囲気は失われるという相反課題を解消するため、外部販売に有利な立地への移転であった。相談事業では、精神疾患のあるものや発達障害が疑われるものなど、個別面接や訪問などの個別対応が増えた。

(6) 平成19年度： 就労体験では、問い合わせを含め事業利用者は少ないが、利用者は確実に就労体験を重ね、最長90日の限度まで継続した後、施設ボランティアとして通所し、各自の希望で就労、就学へと進む事例がみられた。相談事業では、10年以上の長期ひきこもりなどの相談がみられた。発達障害や精神疾患が疑われるが、相談機関や医療は未受診で、本人、家族は障害の理解と受容がないなど、障害者福祉との連携が必要で、就労体験以前の個別対応と家族面接をする事例が増える傾向がみられた。

(7) 平成20年度： 事業名、事業概要は前年度と同じだが、自立支援医療法就労継続支援事業所(A型、B型)として「まちの広場ののなファクトリー」を申請し、拠点施設を「パンカフェののな」と合わせて二か所で事業を展開している。身体障害者、知的障害者、精神障害者の就労継続支援事業の中に、「ステップアップ事業」が展開され、ひきこもりだけでなく、障害福祉事業を受け皿として、事業を展開している。また、ひきこもり事業の利用終了者が後に指導員として働く等、指導員と利用者との間で、ピアサポート的な動きがみられる。

表1 鳥取県におけるひきこもり者の社会参加事業とピアサポートとセンターとの連携の経過

<p>平成14年度 事業名：社会参加支援事業 事業概要：①自然体験活動（10日間共同生活） ②就労体験事業</p> <p>平成15年度 事業名：社会参加訓練事業 事業概要：①共同生活体験：施設「セミナーハウスうらどめ」で、最長30日間、指導員のもとで共同生活を行う。 ②就労体験：個人事業所等において、最長90日。職場・就労体験を行う。 →センターは、個別相談、体験先の調整等を必要に応じて助言する。</p> <p>平成16年度 事業名：社会的ひきこもり者の社会参加促進ステップアップ事業 事業概要：①相談事業：事業委託団体先で、電話相談や個別相談を行う。→相談内容に応じて、随時センターと連携する。 ②共同生活体験（前年度と同じ） ③就労体験（前年度と同じ）、事業申請窓口を保健所とし、 →申込書、誓約書を提出し、県が事業利用・参加決定を行う。</p> <p>平成17年度 事業名、事業概要：前年度と同じ。事業受託団体は公募・審査とする。</p> <p>平成18年度 事業名：前年度と同じ 事業概要：前年度①相談事業、③就労体験を実施。 ②共同生活体験は中止。</p> <p>平成19年度 事業名、事業概要：前年度と同じ。</p> <p>平成20年度 事業名、事業概要：前年度と同じ。自立支援医療法就労継続支援事業所として「ののなファクトリー」を申請。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ピアサポートが事業委託を受ける。 ・ピアサポートとセンターとの連絡会（月一回） ・ピアサポートがNPO法人認可 ・NPO法人付帯施設「手づくりパン工房ピア」「喫茶ののな」開設 ・「手づくりパン工房ピア」施設内で共同生活体験、就労体験を実施。 ・ピアサポートとセンター、東部福祉保健局（保健所）本庁事業担当課を加えての連絡会（月一回）を開催する。 ・NPO法人付帯施設「パンの学校ピア」を開所 ・「パンカフェののな」を開所。パン作りと喫茶スペースを行う。 ・NPO法人新役員体制 ・「ののなファクトリー（就労継続支援事業所 A型・B型併設）」開所。 ・「パンカフェののな」と「まちの広場ののなファクトリー」の二か所を拠点施設とする。
---	--

3 考察

当初、ひきこもり対応としてスタートした事業であったが、ひきこもりを取り巻く環境やひきこもり相談内容の変化に応じて、NPO法人団体は事業内容と支援方法を変えて事業を行ってきた。

センターでは、月一回の定例連絡会を通じて、個別ケース連絡・助言や関係機関との連携、障害福祉行政との連携などを助言し、事業申請や公募団体制など事業の整備などを検討するなど、ひきこもりを巡る状況の変化に応じて支援を行った。今後、NPO団体の事業内容に応じて、障害者就労支援や発達障害者支援など障害者福祉施策と連携して、ひきこもり支援を捉える必要があると考えられる。

ひきこもり家族への心理教育 ～グループワークの効果と家族の変化～

さいたま市こころの健康センター

○ 永井 めぐみ 石井 さやか 半田 清美
岩瀬 真澄 岡崎 直人 黒田 安計

1 はじめに

さいたま市こころの健康センターでは、平成 15 年度より、ひきこもりをはじめとするさまざまな問題を呈した子を持つ親たちを対象に、家族心理教育グループ「思春期青年期親の会」を開催している。なかなか本人に会うことが叶わず、長期化しがちなひきこもり相談において、家族の不安や負担を軽減し、家族をエンパワメントしていくことは非常に重要だと考えられる。今回はグループワークを通して得られた家族の変化や効果について検討し、考察したい。

2 グループの概要

(1) 対象

思春期・青年期(16 歳～35 歳)にある子どもの問題について、当センターあるいは保健センター等の関係機関において継続的に個別相談を行っている方。社会的ひきこもりをはじめ、家庭内暴力、自傷行為など、家族の巻き込まれ・距離のとり方等がテーマとなるようなケース。

(2) 内容

グループ開始当初は1クール8～10回、年1回の開催であったが、平成17年度からは参加者の分ち合いを主な目的としたグループが別に開催されることとなったため、より心理教育的な部分に重点を置いたグループへと移行し、現在は1クール6回、1回2時間、年間2クルールの開催となっている。現在実施しているプログラム内容は(表1)のとおりである。平成18年度からは日本版GHQ60及びFIT(Family Image Test:後述)を第1回・第6回に実施し、自己紹介やグループの振り返り、今後に向けてのまとめの際にFITを用いたグループワークを行っている。

(3) 参加状況

7～9 名程度のクローズドグループであり、平成 19 年度後期までに 66 名(のべ 292 名)、1 クール平均 8.3 名が参加している。そのうち両親そろっての参加は 10 組、父親のみの参加は 4 名であり、父親はスポット的な参加が多かった。参加者の平均年齢は 54.6 歳、対象となる子の平均年齢は 22.9 歳であった。

表 1 プログラム内容

	内 容	話題提供者
第 1 回	オリエンテーション 『今起きている問題について考えてみよう』	臨床心理士
第 2 回	思春期・青年期に現れる問題の背景－精神医学的視点から	精神科医
第 3 回	思春期・青年期問題の社会的背景	精神保健福祉士
第 4 回	家族の対応 『家族の関係を振り返ってみよう』	保健師
第 5 回	ひきこもり体験者の発表	ひきこもり体験者本人
第 6 回	まとめ 『家族のコミュニケーションを考えてみよう』	臨床心理士

3 グループの評価

平成 18 年度より、グループの効果測定を目的として日本版 GHQ60 及び FIT を実施している。

(1) 日本版 GHQ60(精神健康調査票)

参加者 24 名(男性 7 名、女性 17 名)の GHQ 平均得点は初回:11.7、第 6 回:8.1 であった。初回の得点分布は 0～34 点、13 点以上が 11 名、内 6 名が 20 点以上の高得点であるという結果からも、家族が疲労している様子がうかがわれた(表 2)。特に、「不安と不眠」の項目では、中等度以上の症状を示す者が 7 名、軽度の症状を持つものを含めると、半数以上が不安や不眠の問題を抱えていることが示されていた。また、軽度ではあるが、「社会的活動障害」を示す者も多く、家族自身も社会的にひきこもりがちになってしまう様子がうかがわれた。

一方、グループ終了時(第 6 回)には、20 点以上の高得点者は 1 名に減少し、「不安と不眠」の項目についても、中

演題 5 - 3 1

等度以上の症状を示す者は1名のみとなっているなど、全体的に家族の精神健康度が改善していることが示されている(表 3)。このことからグループへの参加が、参加者の不安を軽減し、家族自身が健康的な生活を取り戻すことに役立っていると考えられる。

表 2 GHQ 得点分布

GHQ 得点	初回	第 6 回
0~6	12	13
7~12	1	5
13~19	5	5
20 点以上	6	1
計	24	

表 3 GHQ 得点からみる症状と重症度

症状 重症度	(A)身体的症状		(B)不安と不眠		(C)社会的活動障害		(D)うつ傾向	
	初回	第 6 回	初回	第 6 回	初回	第 6 回	初回	第 6 回
中等度以上	4	4	7	1	1	1	2	2
軽度	6	6	6	7	10	7	3	1
計	10	10	13	8	11	8	5	3

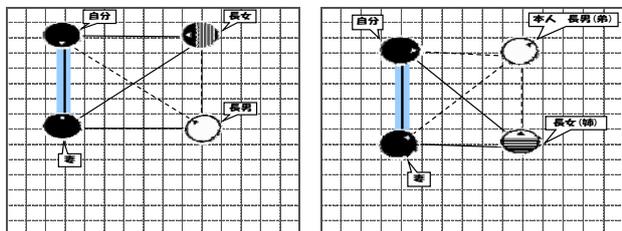
N=24

(2) FIT (Family Image Test : 家族イメージ法)

FIT (Family Image Test) は個人の持つ家族イメージや家族システムをアセスメントすることができる心理査定の手法の一つであり、グループを通した家族イメージの変化を視覚的に捉えるのに有効であった。また、当初はアセスメントを目的として導入したが、グループの自己紹介場面に使用したことで「語り」を促進し、早期にグループの凝集性が高まるという効果を経験した。各個人が作業を通して家族関係のパワーや結びつきの強弱を視覚化し、家族イメージを外在化することで、改めて客観的に自身の家族関係を振り返る機会となり、自己理解が促進されたほか、複雑な家族関係を説明する言葉を視覚的に補完できることから、お互いの家族状況や抱えている問題について、非言語的にも「伝わった」「理解できた」という体験がもたらされるなど、グループの相互作用と相まって、さまざまな気づきを促す効果が得られた。また、職種の異なるスタッフ間でケースを理解し、変化を共有する際にも役立った。

【FIT の一例】 <母(妻)がエンパワメントされ、家族関係が変化。夫婦間の結びつきが強まり、世代間境界が生まれた>

図 1 父(夫)の家族イメージ図

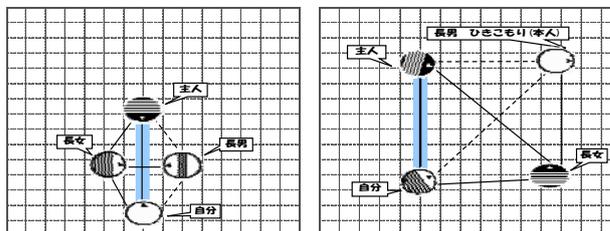


初回
GHQ18



第6回
GHQ6

図 2 母(妻)の家族イメージ図



初回
GHQ5



第6回
GHQ9

4 考察

「思春期青年期親の会」では対象を 16 歳～35 歳としているため、10 代と 30 代の親にギャップが生じるなど、グループ運営に困難を感じることも多かったが、できるだけ共通点を取り上げ、FIT を用いるなどの工夫を重ねるなかで、グループの凝集性が高まり、結果的にはよい方向へと展開していった。

グループにおいては、「問題を呈している子ども (IP)」を変えることだけに目を向けるのではなく、家族自身が力をつけていくことで、家族の関係性、家族システムが変化していくことや、問題に巻き込まれ、捉われがちな家族が、自分自身の生活を取り戻していくことの重要性を繰り返し伝えている。6 回という限られた時間のなかで、「ひきこもりが完全に解決する」といった変化を望むことは難しいが、家族自身の主体性を取り戻し、行動や変化のヒントを得る機会としての役割は果たしているのではないかとと思われる。グループワークを通して何らかの糸口をつかみ、その後、並行して継続した個別相談を続けていくなかで、家族関係や状況に変化が生じてくるケースも多い。家族に対する長期支援群(1 年以上)においても、本人に動きが生じるケースがたびたび見受けられることを考えても、援助者側も根気強く支援を続けていくことは大切であると感じている。

ひきこもりへの支援—この 10 年の取り組みから—

大阪府こころの健康総合センター

○上野千佳 亀岡智美 平山照美 荒井貴史 清野百合(金子クリニック)
木村美加(大阪府教育委員会) 木口祥孝 住田佑子 漆葉成彦(佛教大学)

1 はじめに

大阪府こころの健康総合センターでは、10 年にわたり専門相談、診療、当事者グループ、家族教室など様々な方法でひきこもり関連問題に取り組んできた。「ひきこもり」というのは単一の病気を指すのではなく、状態像であり、その背景や課題は多様で、対応も様々である。センターでは支援を行う中で、ひきこもりについての理解を深め、より良い支援方策について模索し、構築してきた。今回この 10 年の取り組みを振り返り、特にひきこもり青年当事者グループを中心に、その中から得たひきこもりへの支援について検討したので報告する。

2 ひきこもり青年当事者グループの経過

グループは、個別相談や診療をするなかで求める声が高まり、平成 10 年度から実施した。当事者の気持を大切に、抵抗なく参加しやすいよう、自由度の高い居場所型のグループとして運営した。その結果、家以外の居場所を得られた安心感やグループへの所属感などが効果として認められた。しかしその一方で、参加者同士のトラブルやスタッフに対する批判などが頻発するなどの対人関係上の問題や、参加者が固定化し、次のステップにつながらないなどの問題がでてきた。

センターでは従来より「ひきこもりは状態像であり、背景にあるものを見極めることが重要」との視点に立ち、個別評価を重視してきた。その視点から、平成 17 年度に改めて参加者の個別評価(個別面接・心理検査の実施)を行った。一人ひとりのタイプやニーズを把握することで、スタッフ・本人共に次の目標を立てやすくなり、参加者の固定化を防ぎ、次のステップへの移行が進んだ。対人関係上の問題についても、例えば広汎性発達障がいと診断された人についてその視点から見直すと、トラブルは社会的ルールや相手の感情の読み取りが困難であったことに起因するとわかるなどの理解が進み、事前にトラブルを回避する工夫ができるようになった。以上のような経過から、グループのあり方を再検討して見直した。期限や必要なルールを事前に定め、明確な構造化を行い、個別面接は定期的に設定し、1年ごとに目標の再確認・評価を行った。見直し前後のグループの違いは表の通りである。

表 ひきこもり青年当事者グループの比較

	見直し前 (H13~17.8)	見直し後 (H17.11~H19)
目的	自宅以外の居場所づくり	・社会参加の場を提供し、集団生活を通して対人関係の改善を図る ・次のステップを探す
期限	特に設けない	3年(終了を意識してもらう)
形態	毎週1回	月2回
構造化	特に行わず	事前に必要なルールは定め、明確にする
個別面接	必要に応じて実施	定期的に実施
プログラム	ミーティングでメンバーが決定	メンバーの希望を聞き、スタッフより提案

3 グループの状況

参加者は 10 年間で 53 名で、参加時の年齢は 25~29 歳が 20 人(37.7%)で 1 番多く、次は 20~24 歳が 14 人(26.4%)だった。参加時までのひきこもり年数は 5~9 年が 18 人(34.0%)で 1 番多く、2~4 年が 17 人(32.1%)だった。参加後は、アルバイトも含めて就労 9 人、復学や進学、予備校などが 5 人、若者の就労準備講座利用 4 人、障がいの者の就労訓練利用 1 人、地域のひきこもり支援の居場所を利用 3 人、デイケア利用 5 人、当センターの広汎性発達障がいのグループ利用 3 人となっている(重複あり)。次のステップに進んだの

演題5-32

は、平成17年以前の利用者は、39人中15人と半数以下であったが、平成17年度時点、あるいはそれ以降にグループを利用したものは14人中10人で約3分の2となっている。これは、この時点で個別評価を重視し、背景を見極め、ニードや目標にあった次のステップを用意していった結果といえる。

3 考察

生地(2007)によると、ひきこもり支援におけるグループ活動の機能として、空間提供機能、治療的機能、媒介機能の3つの機能があると考えられている。この考えに沿ってセンターのグループ機能を考えてみる。

当センターのグループは当初空間提供機能が中心で、目的を「自宅以外の居場所づくり」としていた。対人関係が苦手な家族以外と話をする機会のない人が、グループに参加することで、自分の話を他参加者に振ったり意見を聞いたりできるようになり、後には互いに連絡を取って一緒に出かけるまでになった。しかし、その場がただ居場所だけを目的としたものであると、居心地がよいほどそこに来ること自体が目的になってしまい、その結果、本来の目標を見失ったり、次へのステップへの妨げになったりする恐れがある。

そのため、見直し後は目的や期限、ルールを明確化することで、治療的機能を加えた。また次のステップを考えるために、意識的にハローワークや就労相談機関等の見学をメニューに入れることで媒介機能も加えた。ただ、次のステップとして必要とされる場合は参加者個々により様々であり、一律に行っても本人に合わない場合もある。媒介機能については、グループの中で行うというよりはむしろ、必要な時期に必要な機関を紹介、橋渡しをしていくことが大切であると考えられる。

このようにひきこもり青年当事者グループを実施した経験から、次のような結果が得られた。

- ・ グループを実施する際は、参加者の個別評価が重要である。また、グループの構造を明確にすることで、参加者が安心できる場を提供し、グループの機能的な運営が可能になる。
- ・ 自由度が高いグループは居場所として大きな効果を得たが、直接的には次のステップにつながりにくい。個別支援を併用し、一人ひとりのニードや目標にあった次のステップを探し、用意することが必要である。

次に、広汎性発達障がいとの関係について述べる。平成17年度にあらためて参加者を個別に評価(個別面接・心理検査の実施)すると、9人中7人が広汎性発達障がいと診断され、その特性を考えると、それまでのきっちりしたルールを定めない、自由度の高い居場所型のグループはかえって混乱を招き、トラブルの原因ともなっていることがわかった。そのため見直し後は、事前にルールを定め、明確な構造化を図ることとした。その結果、どの参加者にとっても安心して参加できる場の保障をすることができるようになった。

最後に、医療との関係について述べる。センターは、1つの課の中に相談と診療の機能を併せ持っているので、2つの機能が密に連携することができる。グループ来所者を見てみると、ひきこもりの背景としての疾患や障がい、あるいは長期にひきこもっていた結果二次的に引き起こされた症状を持つものが多い。医療と連携することで、ひきこもりの背景の見極めを的確に行うことができるようになるとともに、背景となる疾病、あるいは二次的に引き起こされた精神症状をコントロールすることで、社会的機能が高まり、次へのステップへの目標が立てやすくなり自信も深まる。このように医療との連携により、より良い支援が可能になると考えられる。

4 おわりに

センターがひきこもり支援の核として実績を積んで10年が経とうとしている。この10年で構築した支援のノウハウを生かしつつ、今後も引き続き、ひきこもりに対しての理解を深め有効的な支援方策の構築すること、支援のためのシステムの整備を行っていくことが、今後のセンターの重要な課題であると考えている。

【参考文献】

井上洋一ほか:平成18年度こころの健康科学研究事業『思春期・青年期の「ひきこもり」に関する精神医学的研究』総括分担研究報告書,2007

CRTの標準化について（誌上発表）

山口県精神保健福祉センター 長崎県長崎こども・女性・障害者支援センター 静岡県精神保健福祉センター 和歌山県精神保健福祉センター
河野 通英 大塚 俊弘 松本 晃明 北端 裕司

はじめに

山口県、長崎県、静岡県、和歌山県のCRTは、相互に良いところを採り入れ、スタイルをそろえる「標準化」に取り組んできたので、誌上発表する。

標準化の取り組み

標準化の目に見えるところでは(1)～(4)にまとめることができる。

- (1)研修を中心に積極的な相互交流を行った。
- (2)2006年より全国CRT連絡協議会を毎年開催した。
- (3)実際の出動に際しては、各県CRT間で助言等の協力を行った(2008年度は隊員の派遣も)。
- (4)2008年にCRTを定義し、その要件をまとめた。

標準化の利点

(1)～(3)の取り組みにより、CRTの標準化には以下の利点があることが明らかとなった。

- ①後発チームの取組が容易になる。
- ②研修が共通化できる。
- ③出動時の相互支援が容易になる。

CRTの定義と要件

これらを踏まえ、2008年にはCRTを定義し、その要件をまとめた。CRTとは、「**コミュニティの危機に際し、支援者への支援を中心に、期間限定で精神保健サービスを提供する多職種の専門家チーム**」であり、中核事業として要件を満たす「学校CRT」を有していることとした。学校CRTの要件を以下の通りとした。

1) 初期対応に特化

- ①派遣期間は原則最大3日間 [連続3日間でもなくとも良い]
- ②初期対応の期間 [発生日から数えて数日目まで] に撤収
- ③撤収後の対応の責務を持たない
- ④常に応需可能 [365日24時間]
- ⑤原則として即日出動可能 [5時間以内に出発]

2) 学校コミュニティの中規模危機に対応

- ⑥対象校は公立小中高校を含み、かつ、明確であること
- ⑦個人ではなく学校コミュニティ支援
- ⑧レベルⅢ弱～Ⅳが対象事案 [レベルⅡは可、レベルⅠは不可]
- ⑨学校の対応方針全般にアドバイス可能
- ⑩マスコミ対応サポート可能 (含・会見)

3) 学校や教育委員会からは独立した外部チーム

- ⑪精神保健福祉センターが司令部で、センター所長がCRT活動に責任を負う [センターに隊長が可能な精神科医または臨床心理士または精神保健福祉士がいること。実務経験8年以上]
- ⑫派遣は、基準に基づきCRTが決定
- ⑬派遣人数や支援内容はCRTが決定
- ⑭派遣チームは学校や教育委員会の指揮下に入らない
- ⑮CRTの支援を受ける立場の人間を隊員に含まない [教職員や指導主事は隊員になれない]

4) 多職種の専門家による構造化されたチーム (指揮、直接ケア、補助)

- ⑯多職種チーム (医師、臨床心理士、精神保健福祉士、保健師、看護師等) である。ただし、精神科医と臨床心理士は必須
- ⑰有資格者中心であること [上記5資格が6割以上]
- ⑱援助専門職のみで構成すること [一般ボランティアを含まない]
- ⑲官民協働チームであること [県職員は8割未満]
- ⑳指揮、正規 (直接ケア)、補助の3種別の隊員で構成

今後の展望

近い将来に「校内銃撃事件で多数の死傷者が出る」ような大規模事件 (レベルV) が発生した場合、数日間に渡り毎日30人程度の隊員が必要と推定されるが、単県CRTでは対応できないことから、全国からベテランの隊員を派遣してもらう必要がある。災害であれば各自自治体等がチームを派遣し、同一メンバーが担当エリアで、ある期間活動することになるが、CRTの場合には、特定の学校に対し、初期対応の数日間のみ活動であることから、全国連合 (混成) チームとなる。しかも、日々メンバー構成が変わる。このため、標準化されたCRTの隊員同士でなければ、統制のとれた活動はできないと考えられる。

おわりに

各県固有の事情を背景に誕生したCRTではあるが、「標準化」の方向に進んだ。相互支援や社会的インパクトという意味でも有効と考えている。

参考) 4県の学校CRT出動実績 (回) 2008年7月末現在

県 年	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	計
山 口 県	2	4	2	1	1	2	12
長 崎 県	—	—	5	2	2	0	9
静 岡 県	—	—	1	3	2	3	9
和歌山県	—	—	—	—	2	1	3
計	2	4	8	6	7	6	33