

うつ病の早期発見・早期治療に関する研修会の効果について

山梨県立精神保健福祉センター

○大久保知香 小石誠二 丸山久美子 秋山盛治
小宮山さとみ 芦沢茂喜 萩原拓也

1 はじめに

自殺予防対策の推進には、地域における对人的支援、社会的支援等の保護的な要因の強化が効果的とされている一方、自殺のハイリスク者への介入には専門的な知識や技術が必要であるとも指摘されている。本県の人材養成事業である、かかりつけ医等心の健康対応力向上研修会（以下、本研修会）は、平成20年度よりうつ病の早期発見、早期治療を図るため、最初に受診することの多い一般内科医等のかかりつけ医に対して、うつ病の診断技術向上と併せて精神科医との連携等を含めた内容で実施してきた。平成23年度からは、総合病院に勤務する医療職全般にも対象を拡大し、うつ状態への気づき、早期治療を開始することの重要性を認識した医師等を増やすことを意図した養成研修を実施している。

これまで行ってきた本研修会後のアンケート調査は、講師の話が参考になったかの質問や感想などにとどまり、研修会の効果を評価することは困難であった。そこで、研修会受講者に、受講前後でアンケート調査を行い、うつ病や自殺予防についての専門的知識の習熟度および医療現場における支援や対応方法の現状と意識の変化を明らかにすることにより、うつ病の早期発見・早期治療や自殺予防に関する研修会を実施する効果について検証し、今後の研修会の企画等に反映させることを目的とした。

2 対象と方法

平成25年12月に精神科未設置の総合病院にて本研修会を開催した。研修内容は「自殺の実態と国・県の自殺対策」についての講義（15分）と精神科医による「うつ病の理解と治療について」の講義（90分）であった。研修会の効果をみるために、本研修会を受講した医師及び看護師等病院職員を対象に、アンケート調査を実施した。調査項目は、①属性②うつ病患者の対応の有無と困ったこと③うつ病に関する研修の参加経験④自殺予防やうつ病に関する知識⑤支援や対応への意識⑥研修内容についてとした。④、⑤についてはVAS[※]を用いて研修会受講前後に回答を求めた。調査にあたっては目的を明らかにし、対象者の匿名性を考慮することをアンケート実施前に文書で明らかにし、倫理的に配慮した。

3 結果

対象者56人中50人からアンケートの回答が得られた。集計に不十分な回答は除外した。本研究における分析対象は、医師や看護師等の医療職29人（63.0%）とした。

（1）属性：医療職の内訳は、医師3人（10.3%）、看護師21人（72.4%）、臨床検査技師等5人（17.2%）であった。（2）うつ病患者の対応の有無と困ったこと：うつ病やうつ状態の患者に対応したことが「ある」と回答したのは24人（82.8%）、「ない」は5人（17.2%）であった。また、「ある」と回答した者に、対応して困ったことを複数回答で求めたところ、24人中23人（95.8%）から回答があった。多い項目順に並べると、「本人への関わり方が難しい」15人（65.2%）、「病気の知識が不十分」14人（60.9%）、「本人の病気への理解が乏しい」10人（43.5%）、「家族への関わり方が難しい」9人（39.1%）、「精神科（心療内科）を紹介したいが予約が先になりタイムリーに受診できない」9人（39.1%）となった。（3）うつ病に関する研修の参加経験：うつ病に関する研修に参加経験が「ある」のは10人（34.5%）、「今回が初めて」が17人（58.6%）であった。（4）自殺予防やうつ病に関する知識：8項目について、事前の平均値と事後の平均値の増加をみると、全ての項目で増加しており、各項目で有意差（ $P<0.05$ ）が認められた（表1、図1）。（5）支援や対応への意識：5項目について、事前の平均値と事後の平均値の増加をみると、全ての項目で増加しており、各項目で有意差（ $P<0.05$ ）が認められた（表2、図2）。（6）研修内容：自殺の実態と国・県の自殺対策の内容について、「参考になった」17人（58.6%）、「まあま

あ参考になった」12人(41.4%)であり、うつ病の理解と治療の内容について、「参考になった」18人(62.1%)、「まあまあ参考になった」11人(37.9%)であった。

項目	平均値の増加
1) 自殺死亡率の特徴や自殺対策について知っている	32.1
2) うつ病の症状について知っている	14.2
3) うつ病の診断に興味や喜びの消失の有無が役立つ	12.6
4) うつ病の診断に睡眠障害の有無が役立つ	9.1
5) うつ病のスクリーニングができる	38.0
6) うつ病に薬物療法は効果がある	13.1
7) 抗うつ薬の副作用を知っている	21.2
8) 「死にたい」と口にする人が自殺する危険性は高い	29.1

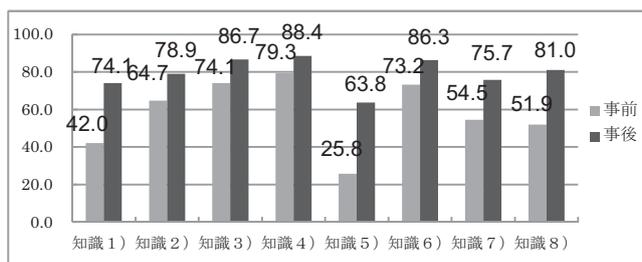


図1) 知識に関する項目の事前及び事後の平均値

項目	平均値の増加
1) これまでの業務経験をうつ病の早期発見に活かせる	16.2
2) うつ病・うつ状態の可能性を考慮して対応できる	20.7
3) うつ病・うつ状態の患者に希死念慮の可能性を考慮して対応できる	23.5
4) 関係機関につなぐことができる	27.3
5) 他職種と連携を組んで自殺の問題に取り組める	21.9

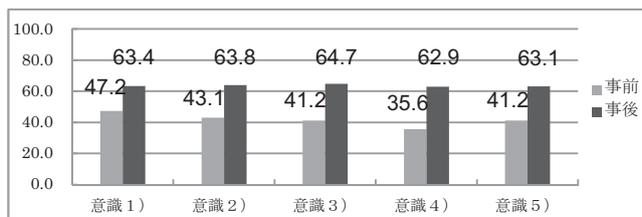


図2) 意識に関する項目の事前及び事後の平均値

4 考察

うつ病患者に対応したことが「ある」医療職は8割を占め、そのうち対応に困ったことがある者は9割を超えているが、うつ病に関する研修に初参加の者は6割近くと、研修会参加の機会が乏しい実態となっていた。精神科未設置の総合病院に勤務する医療職に対しても研修会を実施することが有意義であり、うつ病の早期発見・早期対応の機能を高められると考える。また、うつ病患者の対応については、「本人に関すること」や「病気の知識について」に困難さを感じていることが伺える。うつ病等精神疾患の基礎的知識と実践的な対応方法に関する内容を組み入れた研修会を行うことが必要と考えられる。

自殺予防やうつ病に関する知識の項目において、受講前の数値は、「4) うつ病の診断における睡眠障害の有無」、「3) うつ病の診断における興味や喜びの消失の有無」、「6) うつ病に薬物療法は効果ある」の項目で70点を超えており、受講以前にある程度の知識があった。支援や対応への意識の項目では、どの項目も40点程度であり、受講前では知識に比べて、対応への意識や自信は低いことが読み取れた。

受講前後の変化をみると、項目差はあるが全項目で増加しており、研修の効果はあると考えられる。受講前後で数値の差が大きかった項目は、知識に関する項目では、「5) うつ病のスクリーニング(38.0)」、「1) 自殺の特徴や自殺対策(32.1)」であり、意識に関する項目では、「4) 関係機関につなぐ(27.3)」、「3) うつ病の患者に希死念慮の可能性を考慮(23.5)」であった。本研修会においては、これらの項目で専門的知識の習熟度が増したことが明らかになり、受講前後で変化の差が大きい項目に焦点を当てた研修会を行うことにより、研修会の効果が高まると推察する。受講後に関係機関につなぐ意識が高まる一方、対応に困っていることとして、精神科へタイムリーに受診できないという医療環境面の課題があることから、その現状に応じた精神科との連携に関する研修会を実施することも必要と思われた。

意識に関する項目では、いずれも比較的数字の差は大きく、講義形式でも適切な事例を盛り込んだことにより、取り組みへの意識を高められたと推察する。また、知識に関する項目では、数値の差が小さい項目もみられたため、医療職では今後、講義内容を絞り込むことが可能ではないかと思われる。

これらのことから、受講前後にアンケート調査を実施し比較することが研修会の効果の評価に有用と思われた。

5 まとめ

今回は1回の研修会であることや対象人数が少ないことから普遍的とはいえないが、本研修会を受講することにより、知識を習得し意識が高まること、研修会が効果のある手段であることが示唆された。今後は、研修会の効果測定に受講前後のアンケートを利用し、本研究を踏まえて研修会の組み立てを考えていきたい。

※VASはVisual Analogue Scaleの略。

浜松市における自殺未遂者対策

～地域連携をめざして～

浜松市精神保健福祉センター

○深田典子 宮澤章人 高林智子

池田千穂 岡本加寿子 二宮貴至

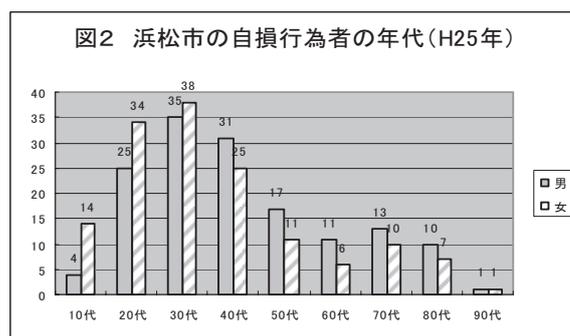
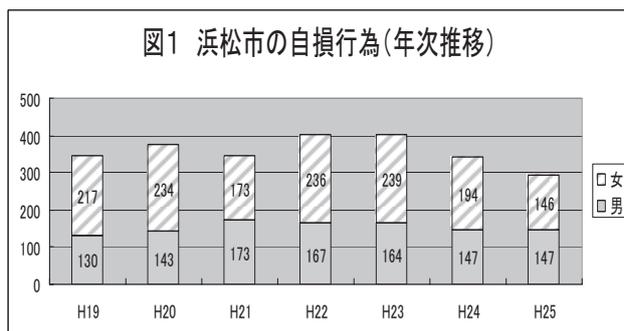
1. はじめに

自殺未遂者対策は自殺対策において最も重要な課題のひとつである。自殺未遂者は自殺に至る最大のリスクであり、自殺者の4割近くが自殺未遂の経験者であるという報告や、自殺を意図しない自傷行為であっても行為の1年以内に自殺が生じる相対リスクは66倍になるといった報告が知られている。

浜松市において、平成25年内の自損行為*（*自損行為とは、自殺未遂者・自殺企図者を含む）による出勤状況は293件となっているが、自殺未遂者の実数は、報告されている数の5～10倍とも言われ、1年間で1,500～3,000件とも推測される。

浜松市消防局から提供を受けた浜松市救急搬送データにおける自損行為の状況は図1の通りである。自損行為者の年代（図2）は、全体の64%を20～40代が占めており、自殺者についても全国平均と比較すると、若年層の割合が高い。若年層への自殺対策は当市の喫緊の課題である。

これらの現状より、浜松市では平成22年度から自殺未遂者対策を開始している。今回は、これまでの調査および、一般救急医療関係者と精神医療関係者を交えて行った連携強化のための取組みについて報告する。



2. 浜松市における自殺未遂者支援対策

(1) 調査

平成22年度には、救急現場における自殺未遂者への対応について、消防局職員へのアンケート調査、2次および3次救急病院へのヒアリング調査を、平成23年度には、精神科医療機関へのアンケート調査ならびにヒアリング調査を行った。

救急搬送においては、自殺未遂者の対応と搬送先の調整に時間を要することが多く、浜松市の救急救命士の9割弱が、自殺未遂に関わる現場対応に困難を感じていた。また、救急医療機関においても、身体処置後に必要とされる心理的初期対応や個別のケースワークは難しく、多くの救急救命センター職員は、「精神的ケアがあまりできていない」と認識していた。

また、精神科医へのヒアリングおよびアンケート調査では、自殺未遂者が救急医療機関に受診した際、「夜間・休日にも救急医や救急隊からかかりつけ医と連絡がとれる体制作り」や「投薬内容、病状についての情報提供」が課題という意見があがった。

(2) 医療連携検討会議および自殺未遂者支援体制検討会

浜松市では救急現場の医療体制を検討する地域メディカルコントロール(MC)協議会の協力を得て、平成23年度から、市内の精神科救急病院、精神科病院、精神科診療所の精神科医とMC協議会の委員

である 3 次救急病院、2 次救急病院の救急医、浜松市消防局員、浜松市保健所職員を委員とする自殺未遂者対策ワーキンググループ（医療連携検討会議）を立ち上げた。

また、平成 24 年度からは、医療連携検討会議に出席する委員の所属機関から多職種（救急救命士、看護師、精神保健福祉士、医療相談員、保健師等）が集まり、自殺未遂者支援体制検討会を実施している。

①医療連携検討会議（精神科医、救急医、消防局職員、保健所職員）

身体処置に一刻を争う救急医療現場では、自殺未遂者が迅速に専門機関につながることを期待している一方、精神科医療においては、患者の経年的な状況をみながら長期的展望のもとで治療を行う場合が多い。こうした救急医療と精神科医療における「治療に関わる時間軸の違い」については、いわば治療的背景の違いとして両関係者間で再認識された。

また、自殺未遂者にファーストコンタクトをとる機会の多い救急隊員や救急救命医からは、自殺未遂者への対応に困難を感じており、いつでも精神科医にコンサルトできる仕組みが切望されていた。コンサルトする際には、各機関が統一された評価基準と共通言語で自殺未遂者の情報を共有することの必要性についても示唆された。

②自殺未遂者支援体制検討会（救急救命士・看護師・精神保健福祉士・医療相談員・保健師）

これまでは顔を合わせる機会の少なかった職種同士が集まり、顔の見える関係作りを目的に、各現場で困難を感じている事例について検討会を実施した。

医療連携検討会議において共通言語での情報共有の必要性が示唆されていたため、精神症状チェックリストを作成し、救急現場から精神科医療機関までの円滑な自殺未遂者のつなぎのために、救急隊での試験運用を重ねながら幅広い活用について検討している。

事例検討においても、同チェックリストを使用することにより、自殺未遂者のアセスメントに共通認識を持ちながら事例を把握することができた。また、お互いの職域への理解が深まり、一般診療科と精神科の役割分担と、地域での役割と連携について現状と課題を共有する機会となった。

3. 考察

救急現場での自殺未遂者への対応については、「精神的ケアがあまりできていない」と認識されており、身体処置を中心とした現場における自殺未遂者に対する役割の不明瞭さも一因と考えられた。孤立のリスクを抱える自殺未遂者や自死遺族と遭遇する救急現場の職員に対して、心理的応急処置や自死遺族への対応について研修を実施することでゲートキーパーとしての意識が定着し、現場での役割不全感改善の一助となることが期待される。

また、救急現場で求められている、精神科医によるコンサルトが受けられる仕組みについては、「精神科救急情報ダイヤル機能の更なる充実」が重要であることから、浜松市と静岡県および静岡市の協議のもと、これまで県内一ヶ所で実施されていた精神科救急情報センター機能と精神科医療相談窓口機能の役割が整理され、まずは医療相談窓口機能を県内の 4 基幹病院で分担して実施することとなった。

自殺未遂者は医療機関だけで問題が解決されることは少ないため、地域で包括的に支援することができるよう、各機関の役割をさらに明確化し、連携方法を具体化していく必要がある。現在、これまで重ねてきた会議の内容や事例検討をもとに、「自殺未遂者支援マニュアル」を作成中であるが、地域連携については、このマニュアルの中に各機関の役割を明示することで、その在り方を示していきたい。

浜松市では自殺のハイリスク者支援ネットワークとして、司法関係者と精神保健福祉士が中心となり推進する社会連携モデル（浜松市自殺対策連携プロジェクト）が存在している。今後、地域連携を強化するためにも、医療連携モデルである自殺未遂者対策ネットワークと既に構築された浜松市自殺対策連携プロジェクトのネットワークとの重畳を図り、より強固なセーフティネットの構築を目指していきたい。

京都市のくらしとこころに関する総合相談事業について

～終了後アンケートの分析結果の考察～

京都市こころの健康増進センター

○伊佐将人 中村圭助 大西寿里 平河勝美 波床将材

1. はじめに

自殺は現代社会が抱える重大な問題であり、全国の自治体において各地域の自殺の動向をもとに様々な自殺対策が図られている。京都市では平成9年には243人であった自殺者数は平成10年に346人と急増し、その後は毎年300人前後で推移していた。そこで、平成22年に京都市自殺総合対策推進計画「きょう いのち ほつとプラン」が策定され、自殺者数の減少を目標とした事業が展開されている。自殺対策事業の中でこころの相談を展開している自治体は多いと思われるが、京都市では一つの相談会場で弁護士、僧侶、心理士、保健師、労働問題・教育の専門員、自死遺族サポートチームに総合的に相談できる事業(くらしとこころの総合相談会)を展開している。今回この総合相談事業について終了後アンケートの分析結果とともに報告する。

2. くらしとこころの総合相談会の概要

自殺のサインに気づき、適切な相談を行うことで自殺予防を図ることを目的としている。相談会は毎月1回5時間である。市民は様々な職種の専門相談員にこころの悩みを相談できる。相談員は弁護士、僧侶、心理士、労働問題・教育の専門員、保健師、自死遺族サポートチームである。相談時間は1枠につき45分と比較的十分な時間が確保されている。平成25年度は平日に12回と休日相談3回を加えた全15回開催し、相談者は延べ218人にのぼった。参加者は性別では女性が多く、年代別では50代が多かった(表1)。また、弁護士、僧侶、心理士、保健師は設定枠がほとんど埋まる状況であり、全対応者数の過半数以上を占めた(表2)。

表1 総合相談会参加者の属性

		人数	(%)
性別	男性	74	33.9
	女性	144	66.1
年齢	19歳以下	0	0.0
	20～29歳	9	4.2
	30～39歳	42	19.8
	40～49歳	50	23.6
	50～59歳	56	26.4
	60～64歳	20	9.4
	64歳以上	32	15.1
	不明	3	1.4

表2 各相談員の対応者数(延べ)

	人数	(%)
弁護士	60	19.8
僧侶	59	19.5
心理士	56	18.5
労働問題の専門員	41	13.5
教育の専門員	3	1.0
保健師	59	19.5
自死遺族	25	8.3

3. アンケート調査の方法

参加者には相談終了後にアンケートを配布している。アンケートでは参加した感想の他に、病歴の有無、睡眠の状況、借金の有無、生活費の余裕、自殺したいほどのしんどさを抱えているかどうかについて調査している。これらを生活上のリスクとし、リスクを抱えている人が自殺したいほどのしんどさを抱えているかどうかについてクロス集計を行い、オッズ比を算出した。また、生活上のリスクを複数抱える人がどの専門家に相談を行っているか調査した。倫理的配慮として、項目や抽出したデータにおいて個人情報特定できないように配慮した。

4. アンケート結果

相談会に参加した相談者の感想は良かったと回答した人が 82.1%と運営面への評価も高かった(表3)。

表3 相談者の感想、会場の雰囲気、流れのスムーズさ

	良かった (%)	良くなかった (%)	普通 (%)
感想	82.1	1.9	16.0
雰囲気	74.8	0.9	23.4
流れ	71.2	1.4	27.4

相談者の中には自殺したいほどしんどいと思っている人が 52 人 (34.9%) と少なくなかった(表4)。

表4 今、自殺したいほどしんどいと思っている相談者数

	人数	(%)
思っている	52	34.9
思っていない	97	65.1

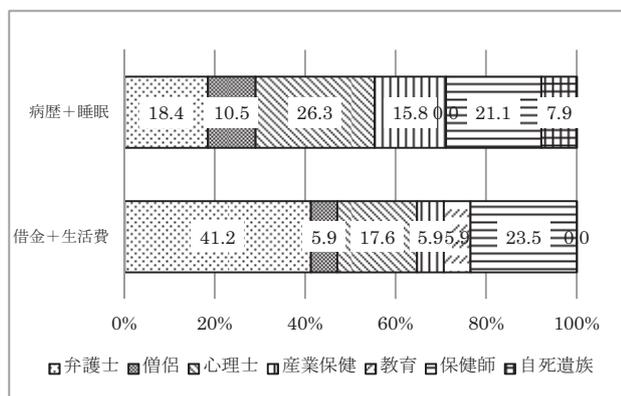
何らかの病歴を有し、眠れていないと回答した人が自殺したいほどしんどいと思っているオッズ比は 13.5 と高く、また借金があり、生活費が足りていないと回答した人が自殺したいほどしんどいと思っているオッズ比も 5.3 と高かった(表5)。

表5 ハイリスク者が自殺したいほどしんどいと思う

	オッズ比	95%信頼区間	
		下限	上限
病歴+睡眠	13.5	2.4	74.9
借金+生活費	5.3	1.5	18.5

また、そのようなリスクを抱える相談者はそれぞれ心理士、弁護士への相談が最も多かった(図1)。

図1 ハイリスク者の相談先



5. 考察

自殺の危機要因となり得るものは 69 個あると言われ、自殺で亡くなった人は、「平均 3.9 個の危機要因」を抱えていたと報告¹⁾されている。危機要因は健康問題、経済・生活問題、家庭問題、勤務問題、学校問題、男女問題、その他あると考えられるが、これらの問題を一つの相談会場で各専門家に横断的に相談できる機会を提供しているくらしとこころの総合相談会は大変貴重な場であると考えられる。また、相談会の満足度は高く、8 割以上の相談者が相談してよかったと回答している。この中には「今、自殺したいほどしんどいと思っている」相談者も 34.9%おり、自殺予防の一役を担っている重要な機会と考えられた。自殺したいほどしんどいと思っている相談者は、前述の要因のいくつかを複合的に抱えていると考えられたが、今回の調査では何らかの病歴を有し、眠れていないと回答した医療的問題を抱えている人と借金があり、生活費が足りていないと回答した経済的問題を抱えている人が有意にそのリスクが高く、前述の報告と一致した。我々の結果からは経済的問題よりも医療的問題を抱えている相談者の方がリスクは高かった。また、医療的問題を抱えている人は医療職である心理士や保健師への相談が多く、経済的問題を抱えている人は弁護士への相談が圧倒的に多かったが、保健師への相談も多かった。経済的問題が背景にあっても医療職が果たす役割は大きいと考えられた。我々の相談会では 1 回の相談会で複数の専門員に相談することも可能である。医療以外の相談員に問題解決のための助言を受けた後に、医療職にしんどい気持ちを受容してもらうことができる。この複合的な相談が自殺予防にもたらす効果は少なくないであろう。最近、相談枠は予約ですぐに埋まってしまふ。相談内容に応じて横断的なアプローチが容易にとれる体制を構築することが今後の課題の一つであると考えられる。

6. 文献

1) NPO 法人ライフリンク：自殺実態白書 2013

大阪市におけるうつ病の家族教室の取り組みと一考察

大阪市こころの健康センター

○土屋 孔明 金森 かずみ 松本 直美
熊谷 由喜子 以倉 康充

1 目的

本市では自殺対策の一環として、また、うつ病の家族に対する支援の必要性の高まりに応えるため、うつ病の家族教室を開催している。本発表ではうつ病の家族教室実施状況とその効果について報告する。

2 うつ病の家族教室の取り組みの経過

平成 21 年度より市内の区保健福祉センターで家族教室を 1 クール 2 回で開催してきた。しかし、2 回だけでの開催では実際に家族が本人にどう対応していいのか困ることが多く、平成 23 年度からこころの健康センターにてフォローアップ編を設定し、家族心理教育の方法として問題解決技法を取り入れた教室を開催するとともに、家族同士の交流を目的に交流会を開催してきている。

3 うつ病の家族教室の事業内容及び事業実施状況

(1) うつ病の家族教室（大阪市内 3 か所で開催、以下、区開催分と記す）

目的 うつ病者を支える家族が疾患についての正しい知識を学び、うつ病患者への適切な接し方を身につけるとともに、家族自らのセルフケア技術の向上を目指している。

対象 大阪市内在住（本人・家族いずれかで可）で、
うつ病と診断されている方の家族

内容 心理教育（疾患及び家族の対応についての講義）
や家族交流で構成される 2 時間の教室を 2 回開催。
大阪市内全区を 3 ブロックに分けて開催している。

参加者数 平成 21～24 年度は、28 回の開催で、延 373 名
が参加した。平成 25 年度の参加者数については
表 1 に示す。

表 1 平成 25 年度うつ病の家族教室
（区開催分）参加者数

	1 回目	2 回目	合計
北・西ブロック	26	20	46
中央・東ブロック	13	11	24
南ブロック	10	7	17
合計	49	38	87

(2) うつ病の家族教室（フォローアップ編）・うつ病の家族教室修了者交流会（いずれも大阪市こころの健康センターで開催）

目的 うつ病の家族教室の修了者たちの相互支援を目的とした自助グループを育成するため、うつ病の家族教室（区開催分）に引き続き、アドバンスコースの位置づけで、うつ病の家族教室（フォローアップ編）とうつ病の家族教室修了者交流会を開催している。うつ病患者を支える家族が疾患についてより深く学び、うつ病患者への適切な接し方を身につけるとともに、家族自らのセルフケア技術のさらなる向上を目指している。

①うつ病の家族教室（フォローアップ編）

対象 うつ病の家族教室（区開催分）に参加した者のうち希望する者

内容 香月（2010）を踏襲し、疾患、治療、社会資源、コミュニケーションについての情報提供と認知行動療法の技法の一種である問題解決技法を用いたグループセッションで構成される 2 時間の家族心理教育を 4 回開催している。

参加者数 平成 23・24 年度は、12 回の開催で、延 77 名が参加した。平成 25 年度は、4 回の開催で延 18 名が参加した。

②うつ病の家族教室修了者交流会

対象 うつ病の家族教室（フォローアップ編）に参加した者のうち希望する者

内容 月 1 回の開催とし、グループセッションや自由な交流などを行う。運営は修了者交流

会メンバーとこころの健康センター職員が共同で行っている。

参加者数 平成 23・24 年度は、15 回の開催で、延 86 名が参加した。平成 25 年度は、12 回の開催で延 83 名が参加した。

4 うつ病の家族教室（区開催分）の効果測定

平成 25 年度うつ病の家族教室（区開催分）の事業評価の一環として、うつ病の家族教室参加者の家族教室参加前後における心理社会的負担感の調査を、趣旨を理解し同意が得られた参加者に行った（N=29）。心理社会的負担感の測定には、精神疾患のスクリーニングで広く用いられている K10 という質問紙を用いた。K10 の尺度得点は 0～40 点の範囲をとり、得点が高いほど心理社会的負担感が高いとされる。3ブロック全体とブロック別の家族教室前後で得られた K10 の平均値と標準偏差を表 2 に示した。そして、家族教室前後で得られた 2 群の K10 の平均値に対応のある t 検定を行ったところ、3ブロック全体、中央・東ブロックで有意差が認められた（ $p < .05$ ）。次に、家族教室前後で対応のある 2 群の効果量 d を求めたところ（ d は、家族教室前後で得られた対応する K10 スコアの差得点をそれぞれ求め、それら差得点の平均値をそれら差得点の標準偏差で除して算出した）、3ブロック全体では小から中の効果量（ $d = .41$ ）、中央・東ブロックでは大きな効果量（ $d = .89$ ）が認められた。なお、効果量の目安は、水本・竹内（2008）に従い、小が .20、中が .50、大が .80 とした。

	前	後
3ブロック全体（N=29）	8.03（8.27）	6.17（6.90）
北・西ブロック（N=12）	6.17（7.00）	4.83（5.80）
中央・東ブロック（N=11）	10.91（9.39）	8.36（8.56）
南ブロック（N=6）	6.50（6.83）	4.83（3.76）

5 考察

うつ病の家族教室（区開催分）の効果測定については、今回統制群の設定ができなかったため、断言はできないものの、調査結果は家族教室が参加者の心理社会的負担感を軽減させたことを示唆している。中央・東ブロックにおいて大きな効果が認められたが、これは中央・東ブロックの家族教室前の心理社会的負担感が他のブロックよりも高かったため、家族教室による心理社会的負担感の軽減効果がより大きく表れたのではないかと考えている。

うつ病の家族教室（フォローアップ編）及び家族教室修了者交流会では、問題解決技法を用いたグループセッションを取り入れていることが特長である。問題解決技法を用いることで、家族自身が本人への対応の仕方を変えることができ、家族同士がそのことをグループセッションで共有することで家族が自信を回復し、本人の療養生活を前向きにサポートできるようになっている。

うつ病者の家族に対する支援は、それぞれの家族を細やかに個別で支援することが重要であることは論をまたないが、本市の取り組みのように、家族教室の形式で集団に対して支援することにより、家族同士の支えあい生まれるという利点があり、これは家族をエンパワメントすることにつながると考えられる。家族支援においては、家族の疾患理解を深めること、家族自身の生活を豊かにすることにより心理社会的負担感を軽減すること、家族の本人に対するコミュニケーションのあり方を適切なものにするなど重要であると考えられ、これらの重要点を押さえることができるよう本市では取り組んでいる。

引用文献

香月 富士日（2010）. うつ病の複合グループ家族心理教育の紹介 ―名古屋市立大学病院こころの医療センターでの実践― こころのりんしょう á・la・carte, 29, 517-521.

水本 篤・竹内 理（2008）. 研究論文における効果量の報告のために ―基礎的概念と注意点― 英語教育研究, 31, 57-66.

精神保健福祉センターにおける自殺に関連した実態調査の動向

岡山市こころの健康センター

○岸 倫衣 太田 順一郎

石原 江里 土器 悦子

1 はじめに

わが国では平成 10 年に自殺者数が急増し 3 万人を超えて以降、自殺対策に国を挙げて取り組むことが求められてきた。そこで国は平成 18 年に自殺対策基本法、平成 19 年に自殺総合対策大綱を策定し、自殺対策へ本格的な取り組みをはじめた。さらに平成 21 年には「地域自殺対策緊急強化基金」が制定され、各自治体により地域の実情に即した実効的な自殺予防対策への取り組みが求められた。この流れの中で全国の精神保健福祉センターでは多岐にわたる自殺に関連した調査が実施されることとなった。さて、全国精神保健福祉センター長会における「自殺の実態調査・未遂者支援ワーキンググループ」では 2～3 年に 1 度、精神保健福祉センターにおける自殺に関連する調査を網羅したデータベースの作成を行っている。今回、平成 23 年度及び平成 26 年度に作成されたデータベースの比較検証を行った。全国の精神保健福祉センターで実施されてきた調査を比較検証することで精神保健福祉センターにおいて行われてきた自殺に関連する実態調査の動向を報告する。

2 対象と方法

全国の精神保健福祉センター（平成 23 年度末時点：68 か所、平成 26 年度 8 月時点：69 か所）を対象に自殺に関連した調査・研究の「実施年度」、「タイトル」、「対象と方法」、「結果のインターネット公表」等の調査内容を盛り込んだ調査票を全国精神保健福祉センター長会のメーリングリストで配布し、回答を求めた。回答を基に、実際にインタビューや質問紙で調査を行ったもの（以下、Ⅰ群）と既存の統計（人口動態統計等）を基にデータ分析を行ったもの（以下、Ⅱ群）に分類した。Ⅰ群はさらに調査の形態と内容によって分類をおこない、Ⅱ群はデータの出所において分類し、解析をおこなった。

3 回答状況

メーリングリストで回答を依頼した精神保健福祉センターのうち、平成 23 年度は 29 か所（回収率 42.6%）、平成 26 年度 8 月は 19 か所（回収率 27.5%）から回答が得られた。

4 結果

（1）精神保健福祉センターにおける自殺に関連した調査の実施状況

平成 23 年度時点では 68 センター中、自殺に関連した調査を実施したのは 29 センター（43%）であった。平成 26 年 8 月時点では 8 センターが新たに調査を実施しており、37 センター（54%）が実施している。

（2）調査の形態

平成 23 年度のデータベースには 77 件の調査が回答されている。そのうちⅠ群は 53 件（69%）、Ⅱ群は 24 件（31%）であった。平成 26 年には新たに 31 件の調査が回答され、そのうちⅠ群は 31 件（86%）、Ⅱ群は 5 件（14%）であった。Ⅰ群では調査の形態は平成 23 年度、26 年ともに実態調査がもっとも多く、Ⅱ群では人口動態統計の分析がもっとも多かった。（表 1、表 2）

I 群 調査形態内訳 (表1)

	平成23年度	平成26年度
実態調査	32(60%)	22(71%)
意識調査	13(25%)	6(19%)
事業報告	6(11%)	3(10%)
ニーズ調査	2(4%)	

II 群 データ出所内訳 (表2)

	平成23年度	平成26年度
人口動態統計	10(41%)	4(80%)
死亡小票	4(17%)	1(20%)
警察庁統計	9(38%)	
消防統計	1(4%)	

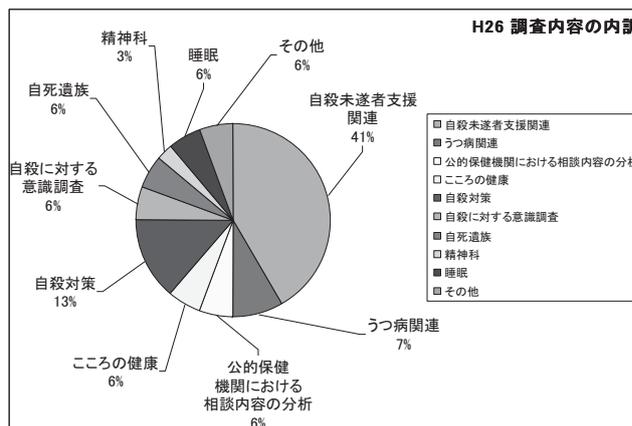
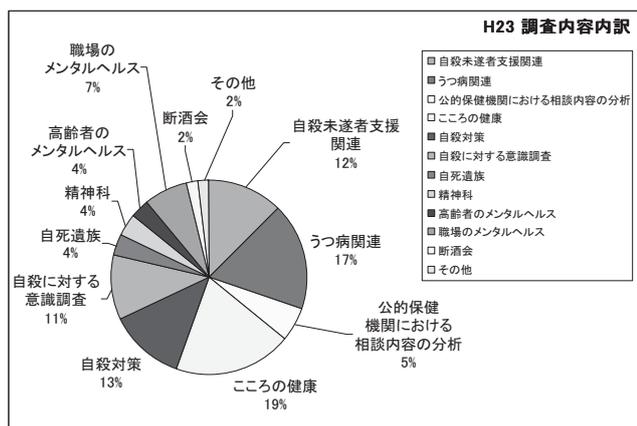
※なお平成 26 年の報告には平成 23 年度で報告された調査は含まない。

(3) 調査の内容

I 群を調査内容別に分類したところ、「自殺未遂者支援関連」「うつ病関連」「こころの健康」などの 12 項目に分類することができた。1つの調査で2つ以上の項目に該当するものもあったため、53 件の調査のうち、3 件は2つの調査内容両方に分類された。平成 26 年も同様に、10 項目に分類することができた。31 件の調査のうち、5 件が2つの調査内容両方に分類された。このため、平成 23 年度は 56 種類、平成 26 年 8 月時点では 36 種類に分類され、平成 23 年度では調査対象が「こころの健康 (19%)」、「うつ病関連 (17%)」、「自殺未遂者支援関連 (12%)」の順であったのに対し、平成 26 年度では、「自殺未遂者支援関連 (41%)」、「自殺対策 (13%)」、「うつ病関連 (7%)」の順となり、「自殺未遂者支援関連」への実態調査が大幅に増加していた。また「うつ病関連」や「こころの健康」の項目は平成 23 年度から平成 26 年にかけて大幅に減少した。

図 1

図 2



(4) 調査の内容と形態

平成 23 年度報告と平成 26 年報告をあわせて調査の内容と形態の関連をみると、「自殺未遂者支援関連」では圧倒的に「実態調査 (95%)」の形態が用いられ、「うつ病関連」と「こころの健康」では他の調査内容に比べて「意識調査 (うつ病関連 54%、こころの健康 31%)」の形態が用いられることが多かった。

5 考察

精神保健福祉センターの約半数が自殺に関連する調査を実施していた。これは自殺対策基本法や自殺総合対策大綱、地域自殺対策緊急強化基金など地域の実情に即した取り組みが強く求められていたためではないかと考える。また平成 24 年に自殺総合対策大綱の見直しが行われ、その中で特に自殺未遂者が自殺ハイリスク者であると位置づけられ、強く対策が求められた。今回の検証では平成 23 年度から平成 26 年にかけて自殺未遂者への実態調査が顕著に増加していた。このことから大綱で指し示された自殺予防対策の方向性に沿った形で、自殺予防対策に取り組んでいる姿勢が明らかになったと考える。平成 21 年度から現在までは地域自殺対策緊急強化基金が整備されたこともあり、実態調査などに取り組みやすい環境であったといえる。今後は現在までに調査で得られた地域の基礎資料を基に、各地域の実情に即した具体的な取り組みを実施、継続していくことが求められている。

自殺企図者への対応に関する調査

～救急告示病院・精神科医療機関と地域の関係機関の連携～

山口県精神保健福祉センター

○弘中恵 今元久美子¹⁾ 岡崎美枝 有富絹代²⁾ 入江彩香 河野通英

1)現 柳井健康福祉センター 2)現宇部健康福祉センター

1 はじめに

自殺企図者の自殺リスクは、自殺企図者以外の者と比べて極めて高い。自殺には、健康問題、経済・生活問題など様々な要因と家族の状況などが複雑に関係しており、自殺企図者の安心・安全を確保するためには、医療と保健福祉が連携して包括的な生きる支援を行っていくことが重要である。そこで、自殺企図者が搬送される救急告示病院及び精神科医療機関を対象に地域の関係機関（保健所、市町、地域包括支援センター、相談支援事業所）への連携の認識と現状を明らかにし、医療と保健福祉分野の連携の促進に生かすことを目的に調査を実施することとした。

2 目的

自殺企図者が搬送されることの多い救急告示病院、精神科医療機関の地域の関係機関への連携の認識と現状を明らかにする。

3 方法

(1) 調査対象

救急告示病院（60 医療機関）、精神科医療機関（68 医療機関）

(2) 調査方法

自記式質問票を対象施設に郵送配布し、回答は、返信用封筒により個別に回収を行った。

回答者は、院長または救急医療部署の医師（または職員）とした。

(3) 調査内容

① 救急告示病院に対する調査

- ア 病院基本情報に関すること
- イ 自殺企図者の対応に関すること
- ウ 地域の関係機関との連携に関すること

② 精神科医療機関に対する調査

- ア 病院基本情報に関すること
- イ 自殺企図者の対応に関すること
- ウ 地域の関係機関との連携に関すること

4 結果及び考察

調査票回収率は、救急告示病院が 80.0%、精神科医療機関が 72.1%であった。

自殺企図者への対応について救急告示病院、精神科医療機関ともに最も困難に感じていたのは、「身体処置のみでは根本的な解決にならない」次いで「治療をしても自殺企図を繰り返すのではないか」であった。借金等様々な自殺企図の要因への対応が必要であるが、医療のみでは対応が困難であることから、医療だけでは根本的な解決にならず、その結果、「治療をしても自殺企図を繰り返すのではないか」と困難を感じることに繋がっているのではないかと考える。

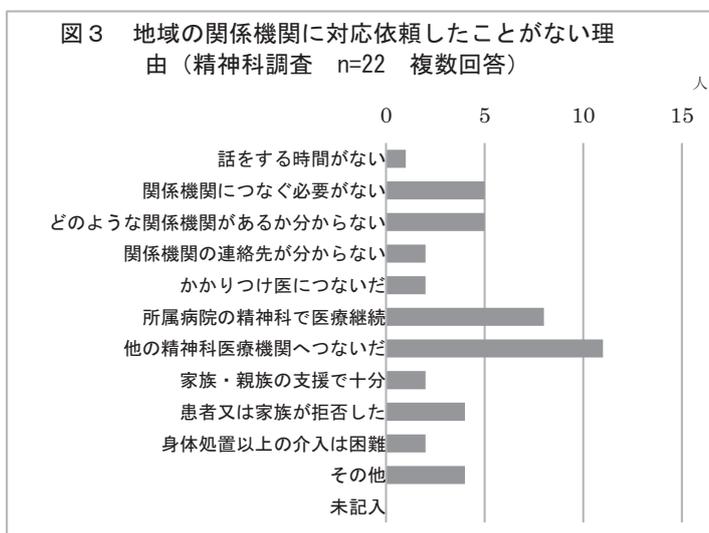
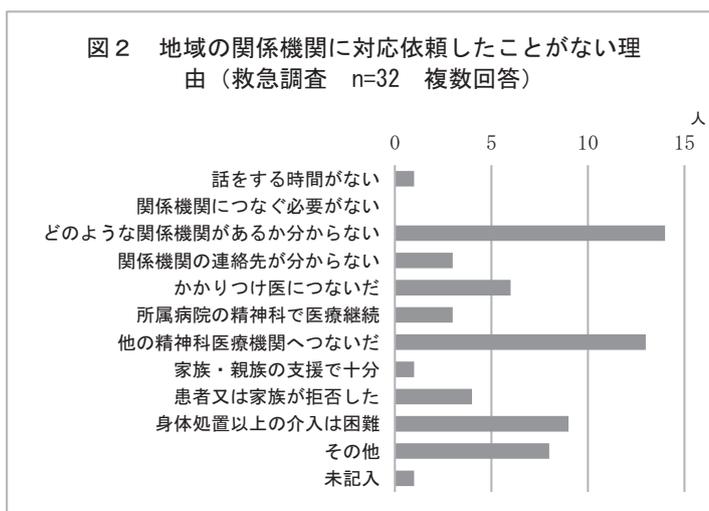
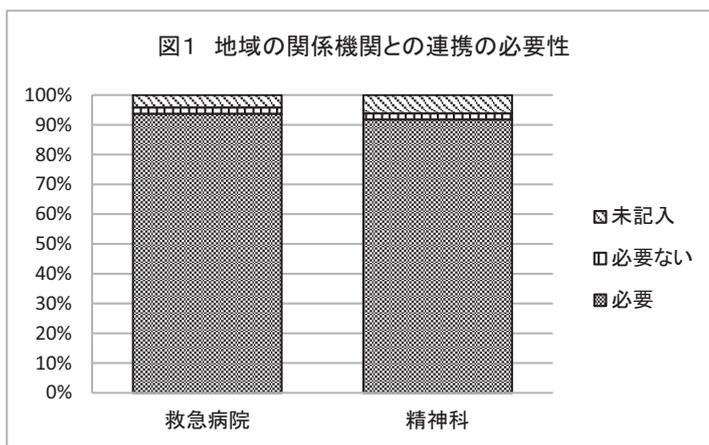
患者の安全を守るための地域と関係機関との連携は図 1 のとおり、救急告示病院の 93.8%、精神科医療機関の 91.8%が「必要」と回答し、その理由は「医療機関だけでの支援では限界がある」「関係機関

と連携した支援が必要」が多かった。実際に地域の関係機関へ対応を依頼したのは、救急告示病院が 33.3%、精神科医療機関では 55.1%であった。対応依頼先は、ともに保健所が最も多く、次いで市町であった。依頼した理由は、「医療だけでは根本的な解決が図れないから」「自殺企図を繰り返す可能性があるから」「家族・親族が十分支援できないから」が多かった。自殺企図者への対応で困難を感じていることは「身体処置のみでは根本的な解決にならない」「治療をしても自殺企図を繰り返すのではないか」ということであり、そのために地域の関係機関へ対応を依頼していると考えられる。一方、連携は必要としながらも救急告示病院の 66.7%、精神科医療機関の 44.9%は対応を依頼したことがなかった。理由として最も多かったのは、救急告示病院では図 2 のとおり、「地域にどのような関係機関があるかわからない」が 32 人中 14 人と最も多く、対応を依頼したいもののどこに依頼したらよいか分からない現状が明らかとなった。精神科医療機関では、図 3 のとおり、精神科病院の場合は「所属の病院で医療を継続するから」が多く、診療所・総合病院の精神科では「他の精神科医療機関へつないだから」が多かった。

今後、地域の関係機関と連携した対応を進めていくために必要なこととしては「患者・家族に渡せる関係機関のリスト」や「関係機関の連絡先をまとめた情報誌」が多かった。どこへ対応依頼したらよいか分からないという現状を解消し、医療と地域の関係機関が連携して生活全体を支援し、患者の安全を守るために、まずは、地域の関係機関の所在や役割をまとめた連携のためのリスト等の作成をとおして、医療と地域の関係機関の連携が進むと良いと考える。

5 まとめ

自殺企図者への対応について困難と感じていることは「身体処置のみでは根本的な解決にならない」「治療をしても自殺企図を繰り返すのではないか」ということであった。地域の関係機関との連携が「必要」と感じながらも、「地域にどのような関係機関があるかわからない」ことから対応依頼したことがないという実態が明らかになった。地域の関係機関の所在や役割をまとめたリスト等の作成をとおして、医療機関と地域の関係機関の連携が図れると良いと考える。



自殺予防ゲートキーパー養成の現状と課題

熊本県精神保健福祉センター

○久保 礼子 山口 喜久雄

矢田部 裕介 宮本 靖子

1 はじめに

熊本県では、一人でも多くの県民の「いのち」を守る自殺対策行動計画の一環として、保健所圏域ごとにゲートキーパー（以下、GKとする）養成に取り組んでおり、これまでに延べ711名を養成してきた。また市町村単位でも地域住民や民生委員等を対象としたGK養成研修が広がってきている。今回県内のGK養成研修の実施状況や成果に関する調査を行い、GK養成事業について考察したので報告する。

2 方法

(1) 調査1：平成25年度に県内10圏域保健所で行ったGK養成研修受講者219名に対して、受講前後の理解度や自己効力感の変化についてアンケート調査（表1）を実施した。また研修受講後に自殺予防にかかわった具体的な事例について尋ねた（回収率88.7%）。

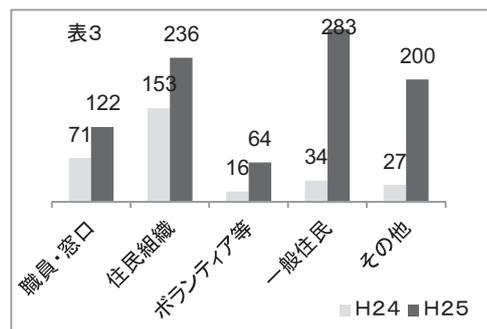
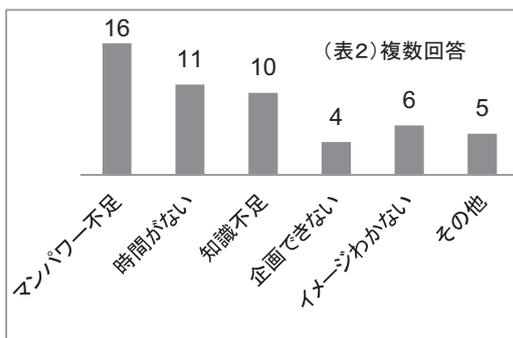
(2) 調査2：県内の政令市を除く44市町村において、平成24～25年度のGK養成研修の実施の有無を調べ、具体的な研修内容や研修実施が困難であった理由を調査した。また市町村が養成したGKからつながった具体的な事例について尋ねた（回収率100%）。

3 結果

(1) 調査1：GK養成研修受講者は、受講前後で、すべてのアンケート項目でポジティブな変化がみられた（表1）。特に『そう思う』という割合が項目⑦「死にたいといわれたときの対応を知っている」、項目⑧「死にたい思いを確認することができる」、項目⑨「危険性を確認することができる」において著しい変化がみられた。また受講後に自殺予防にかかわった事例では「自殺念慮を確認した」、「危険性をほかり、医療機関へつないだ」等の自殺予防に関わった具体的な事例の報告が複数みられた。

	(表1)
とてもそう思う(5)～全くそう思わない(1)	有意差
①地域の自殺問題について適切な理解をしている	1%水準
②社会全体で自殺対策に取り組む必要がある	1%水準
③自殺対策は専門家に任せるべきで私たちには関係がない	1%水準
④自殺を防ぐとこは難しい	1%水準
⑤お酒の好きな人にはお酒を飲んで気晴らしするようすすめる	1%水準
⑥悩んでいる人に気づき声をかけることができる	1%水準
⑦死にたいといわれたときにどのように対応すればよいか知っている	1%水準
⑧死にたい思いを確認することができる	1%水準
⑨死にたいといわれたら具体的な計画があるかなど危険性を確認することができる	1%水準
⑩悩んでいる人を関係機関につなぐことができる	1%水準

(2) 調査2：市町村でのGK研修実施は、年々増加しており、平成25年度は県内の約3割の市町村で実施されていた。また実施が困難な理由としては「マンパワーの不足」、「時間がない」、「知識不足」等が挙げられた（表2）。研修内容は内閣府作成のGK手帳を活用し、DVD視聴や演習・ロールプレイ等を用いながらの実施が多く、研修対象は、市町村職員のほか一般住民や住民組織が多く受講していた（表3）。2つの自治体でGK受講者から市町村へつながった事例の報告がみられた。



4 考察

調査の結果から、保健所圏域のGK養成研修の成果と市町村における人材養成の在り方について考察した。

(1) 保健所GK養成研修受講者アンケート結果から

保健所圏域で実施している研修は当センターが作成したテキストをもとに保健医療福祉従事者や行政機関相談担当職員などを対象に、グループワークやロールプレイなどの演習を中心に開催している。ロールプレイ演習では、相談者に対する話の聴き方、死にたい思いの確認、相談機関へのつなぎ方などを実施しており、そのことが、受講者の理解度や受講後の実践度の高まりにつながっているのではないかと考えられた。

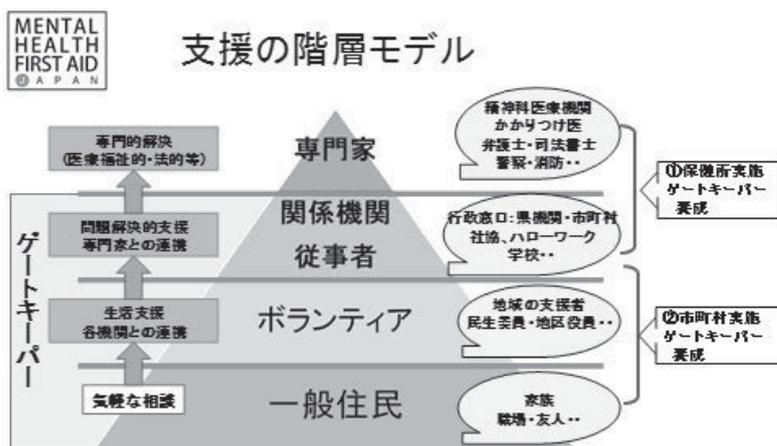
(2) 市町村アンケート調査結果から

市町村において養成しているGKは、地域住民や民生委員、健康づくり推進等の住民組織などを対象に、内閣府のテキストやDVDを使用し自殺やこころの健康問題についての正しい知識の普及を中心に研修を行っている。これは地域における気づきや見守り体制の強化につながっていると思われる。

(3) 全体を通して

自殺は様々な要因が関係しており、自殺を防ぐには精神保健分野だけではなく様々な分野や人が密接に連携をしていくことが重要である。ゲートキーパー養成研修という自殺予防対策のための人材育成をはかることは、より多くの人が自殺の危険性に気づくことができ

る重要な施策と考える。熊本県におけるゲートキーパー養成では保健所圏域や市町村と、それぞれの対象者に求められる役割、研修内容等のすみわけをしながら、効果的な研修体系が築かれていると思われる。平成25年の熊本県自殺者の減少は16.1%と全国1位の減少率であり、この減少の要因の一つにGK養成があるのではないかと考えられる。また当センターにおいては、保健所圏域や市町村でゲートキーパー養成研修を実施する人材を講師として養成しており、養成した講師を地域に派遣して研修の支援をしている。引き続き保健所圏域や市町村の自殺対策の人材育成ができるように支援をしていくとともに、未実施市町村への働きかけを行い、一人でも多くの「いのち」が守れる地域づくりを目指したい。



1 自殺予防ゲートキーパー養成研修 (実施：保健所・市町村等)

(目的) 自殺の危機にある人へ初期介入として、自殺のサインに気づき、危険性を評価し、相談者を適切な機関につなげていくための知識・スキルの習得

①保健所実施 (5.5時間)

- 【教材】センター作成 テキスト
- 【研修内容】講義～自殺の基礎知識
講義～話の聴き方
演習～自殺に傾いた人への対応

実績 H24:14回 225名
H25:12回 219名

②市町村実施(1~2時間)

- 【教材】内閣府作成テキスト・DVD
ゲートキーパー手帳
- 【研修内容】講義～ゲートキーパー手帳
演習～話の聴き方
DVD視聴～対応の仕方

実績H24: 8市町村 301名
H25: 16市町村 1,905名

滋賀県内精神科医療機関における自殺未遂者の受診状況と対応結果について

滋賀県立精神保健福祉センター

○西田 大介 宇野 千賀子 辻本 哲士
熊越 祐子(滋賀県草津保健所)

1. はじめに

自殺者を減少させるためには、自殺のハイリスクである自殺未遂者への支援によって、再度の自殺企図を防ぐことが方策の1つとして考えられる。また、滋賀県が平成24年度に行った滋賀県自殺未遂者対策事業にかかる救急告示病院における自殺未遂者実態調査¹⁾において、精神科受診歴のある方の自殺未遂者の割合が高いことが明らかになっている。そこで今回、自殺未遂後の精神科医療機関受診状況を明らかにするため、滋賀県内の精神科医療機関を対象に実態調査を行ったのでその結果を報告する。

2. 方法

(1) 対象

滋賀県内全ての精神科医療機関(精神科病院13病院、精神科・心療内科診療所28か所、精神科外来がある総合病院4病院)

(2) 調査内容

平成26年2月1日から2月28日の1か月間に自殺未遂後3日以内に精神科医療機関に受診した患者の状況について。

[※同期間に滋賀県内の消防が自損で救急搬送したケースは37名で、平成24年実施の滋賀県自殺未遂者対策事業にかかる救急告示病院における自殺未遂者実態調査¹⁾結果38名と同程度の搬送件数であった。]

(3) 調査方法

県内の精神科医療機関に郵送により調査票を配布し回収した。

倫理的配慮として医療機関および個人の特定ができないように統計処理を行った。

(4) 回収数

精神科病院11病院(91%) [※うち2病院については救急告示病院で処置後受診した自殺未遂患者についてのみ回答があった。]、精神科・心療内科診療所20ヶ所(71%)、精神科外来のある一般病院2病院(50%)であった。

3. 結果

自殺未遂後3日以内に精神科医療機関に受診した患者の結果について、救急告示病院で処置後に精神科医療機関を受診した患者(以下、「A群」とする。)と直接精神科医療機関を受診した患者(以下、「B群」とする)に分けて結果を記載する。

(1) 精神科医療機関受診者の属性

精神科医療機関に自殺未遂後3日以内に受診した患者数の属性は表1のとおりであった。

受診した精神科医療機関種別では、精神科病院23名(70%)、精神科・心療内科診療所10名(10%)、精神科外来のある総合病院に受診した患者はいなかった。

(表1)精神科医療機関に自殺未遂後3日以内に受診した患者の属性

		精神科医療機関を受診した自殺未遂者数	うち救急告示病院で処置後受診した患者(A群)	うち直接精神科医療機関を受診した患者(B群)
総数		33名	13名(39%)	20名(61%)
性別	男	10名(30%)	4名(31%)	6名(30%)
	女	23名(70%)	9名(69%)	14名(70%)
年代別	20歳未満	2名(6%)	0名(0%)	2名(10%)
	20代	7名(21%)	2名(15%)	5名(25%)
	30代	13名(39%)	8名(61%)	5名(25%)
	40代	3名(9%)	1名(8%)	2名(10%)
	50代	4名(12%)	0名(0%)	4名(20%)
	60代	2名(6%)	1名(8%)	1名(5%)
	70代	0名(0%)	0名(0%)	0名(0%)
	80代	2名(6%)	1名(8%)	1名(5%)
職業別	無職	21名(64%)	9名(69%)	12名(60%)
	職業有	9名(27%)	2名(15%)	7名(35%)
	学生	3名(9%)	2名(15%)	1名(5%)

(2)受診者精神疾患別内訳(ICD-10 分類)

A群では、F3気分障害圏5名(38%)、F2統合失調症圏5名(38%)、F4神経症圏1名(8%)、F6パーソナリティ障害圏1名(8%)、F8発達障害圏1名(8%)であった。B群では、F3気分障害圏9名(45%)、F4神経症圏が4名(20%)、F6パーソナリティ障害圏が3名(15%)、F2統合失調症圏2名(10%)、F1(精神作用物質)1名(5%)、不明1名(5%)であった。

(3)受診者自殺未遂手段内訳

A群では、過量服薬7名(54%)、刃物(リストカット等)3名(23%)、縊首2名(15%)、飛び込み1名(8%)であった。B群では刃物(リストカット等)8名、過量服薬6名(30%)、縊首4名(20%)、飛び込み1名(5%)、焼身1名(5%)であった。

(4)受診者精神科通院状況

A群では13名全員が精神科通院中であった。B群では、精神科通院中15名(75%)、精神科初診3名(15%)、治療中断2名(10%)であった。

(5)受診した方の過去の未遂歴

A群では、過去の未遂歴ありが11名(85%)、未遂歴なしが2名(15%)であった。B群では、過去の未遂歴ありが13名(65%)、未遂歴なしが5名(25%)、不明2名(10%)であった。

(6)受診者の受診結果

A群では、措置入院1名(8%)、医療保護入院5名(38%)、任意入院3名(23%)、継続通院4名(31%)であった。B群では、措置入院1名(5%)、医療保護入院6名(30%)、任意入院4名(20%)、継続通院9名(45%)であった。

4. 考察

今回、救急告示病院に対して同期間に調査は行っておらず、救急告示病院を受診した自殺未遂者数は明らかではない。そこで平成24年度に滋賀県が行った滋賀県自殺未遂者対策事業にかかる救急告示病院における自殺未遂者実態調査¹⁾の結果、平成26年2月の県内消防の自損者の搬送件数から受診者数を推計すると、ウォークインを含め60名程度が自殺未遂で救急告示病院を受診し、うち40名程度が2日以内に帰宅(うち25名程度が精神科通院中)と推測される。それを基に今回の調査結果と併せて分析する。

今回の調査で、男女別では、女性が多く、年代別では30代が、疾患別では、F3気分障害圏が多いことは滋賀県自殺未遂者対策事業にかかる救急告示病院における自殺未遂者実態調査等と同じ傾向であり、精神科を受診する患者の特徴はみられなかった。

救急告示病院受診後、3日以内に精神科医療機関を受診した人は13名でいずれも精神科医療機関通院中であり、精神科受診結果では約7割の人が入院になっていることがわかった。精神科医療機関通院中の者は比較的早期に精神科受診でき、医療的な支援が行われている実態が明らかになった。しかし、過去の自殺未遂歴をみると、繰り返している実態があり、精神科医療機関に通院していても、自殺企図を防ぐことが困難なことが示されていた。精神科医療だけではなく、自殺企図の危険性を減少していくために地域関係者の生活支援や相談支援を充実していく必要があると考えられる。

精神科受診歴がない自殺未遂者については、救急告示病院からつながったケースはなく、早期に受診が必要な人に対しては、精神科受診につながるようなネットワークの構築が必要である。

救急告示病院を受診しないで、精神科医療機関に直接受診している自殺未遂者の数は、救急告示病院で処置後受診する数よりも多く、自殺未遂の方法では刃物(リストカット等)などが多いことがわかった。地域での自殺未遂者対策を考えていく場合、救急告示病院を受診した人のみに焦点をあてて対策を行うだけではなく、精神科医療機関に直接受診している人も含めて対策を行っていくことが重要である。

5. おわりに

今後は、本調査結果から、滋賀県内の自殺未遂者の再度の自殺未遂の防止について救急告示病院や精神科医療機関、地域の関係機関と連携をとりながら、取り組みを行っていききたい。

〔引用文献〕1)滋賀県自殺未遂者対策事業にかかる救急告示病院における自殺未遂者実態調査、平成25年3月

ゲートキーパー養成研修体系化の取り組みについて

島根県立心と体の相談センター

○石川 祐子 永島 正治（現 わかたけ学園）小原 圭司

1 はじめに

島根県では、平成 21 年度から各圏域の保健所、市町村を中心にゲートキーパー養成研修を実施してきたが、平成 25 年 3 月、「島根県自死対策総合計画」の改訂により、自死の危険性を示すサインに「気づく」ゲートキーパー（以下、GK）を増やすとともに、新たに、相談機関等に適切に「つなぐ」GK の養成を進めていくこととなった。そこで GK 養成研修の体系を整え、研修講師を養成する取り組みを行ったので報告する。

2 これまでのゲートキーパー養成研修の取組み

平成 21～25 年度にかけて各保健所が実施した GK 養成研修で養成された GK は 5,050 名である。地域の実情に応じて受講対象者の選定から研修内容まで主に各保健所で企画、運営を行ってきた。

当センターでは、①保健所や市町村の要請を受けて研修講師の派遣、②GK 指導者養成研修会を開催し研修指導者に必要な知識や技術を学ぶ場の提供、③GK 養成研修実施ガイドの作成配布等を行い、各圏域で実施する GK 養成研修を側面的に支援してきた。

表 1 ゲートキーパー養成研修体系

3 ゲートキーパー養成研修の体系化について

これまでの研修では、傾聴体験やグループワーク等の演習を取り入れた研修もあったが、講義形式の研修も多かった。それを踏まえ、GK に求める知識と技術を整理し、「基礎研修」「スキルアップ研修」「専門職研修」の三段階のレベルとした（表 1）。「スキルアップ研修」と「専門職研修」では演習を必須とし、「スキルアップ研修」には新たにメンタルヘルス・ファーストエイド（以下、MHFA）を採用した。研修の体系化においては県下 7 保健所と意見交換しながら進めていった。

研修対象	研修レベル・研修名	到達目標
一般の方 誰でも受講可	気づく GK 基礎研修	<ul style="list-style-type: none"> 自死の現状を知る うつ病の症状を知る うつ病の対応を知る 関係機関の窓口を知る <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">知識を得る</div>
対象 意欲のある人	つなぐ GK スキルアップ研修	<ul style="list-style-type: none"> 基礎研修の到達目標に加え、MHFAの「りはあさる」に即して「うつ病」※への対応を体験する <small>※「アルコール依存症」で実施してもよい</small> リスク評価・批判せずに話（は）なしを聴く・安心（あんしん）と情報を与える サポートを得るように動める・せるへる <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">技術を学ぶ</div>
専門職対象	専門職研修	<ul style="list-style-type: none"> 危機介入のスキルを学ぶ 「危機対応のための4step」などの演習

4 メンタルヘルスファーストエイドの採用について

MHFA とは、メンタルヘルスの危機にある人に対して専門家が支援を提供する前に住民が行う初期支援方法を学ぶ研修プログラムである。「り・は・あ・さ・る」の行動計画に基づき、「うつ病」「不安障害」「物質関連障害」「精神病性障害」の初期支援を学ぶ構成となっている。このプログラムを GK 養成研修に取り入れるメリットとして、①住民に知ってほしい精神疾患に関する基礎知識が得られ、メンタルヘルスに関する普及啓発につながることで、②各疾患に関する初期支援の演習がパッケージ化されていること、③研修講師となる者が使用できる教材が用意されていること、の 3 点があげられる。これらのことにことにより、どの圏域でスキルアップ研修を受講しても学習内容の水準が保たれ、養成される GK の質も担保される。以上のことからスキルアップ研修に MHFA を導入することとし、GK 養成研修内では、「うつ病」または「アルコール依存症（物質関連障害の一部）」を取り扱うこととした。

5 研修講師の養成

(1) ゲートキーパー・スキルアップ研修指導者養成講習会

MHFA を用いて研修を行うために、指導者養成講習会を 2 日間 12 時間の内容で開催した（本講習会は平成 25 年度科学研究費助成事業 学術研究助成基金「精神保健従事者への遠隔教育モデルを含めた教育システムの構築」研究班の協力を得て開催）。県内の精神保健福祉の専門職 68 名が受講し、受講者全員が MHFA インストラクターの認定を受けた。この内、スキルアップ研修の講師等に協力いただく承諾が得られたのは 58 名である（表 2、表 3）。

表 2 職種別 講習会受講者人数

保健師	27	医師	6
看護師	14	精神保健福祉士	3
臨床心理士	14	その他	4

表 3 圏域別研修講師等協力者人数

松江	雲南	出雲	県央	浜田	益田	隠岐
9	13	16	14	9	7	6

注) 複数地域で活動可能な者がいるため、講習会受講人数より多い

(2) スキルアップ研修検討会

講習会受講者の感想によると、各疾患の基本的な知識とその支援方法を集中的に学ぶことができ、実践に役立つ研修内容であるという意見が多数あった。その一方、スキルアップ研修で MHFA をどのように扱えばよいか分からない、講習会参加だけでは研修講師を引き受ける自信がないといった感想もあった。そこで、講習会後に受講者をフォローする機会を提供した（スキルアップ研修検討会、参加者 33 名）。検討会では、①センター職員によるスキルアップ研修の模擬研修の提示、②参加者同士で研修実施を想定した意見交換を行った。模擬研修提示前後で、研修講師を引き受ける自信について参加者に 7 件法で評定してもらったところ、「うつ病編スキルアップ研修」「アルコール依存症編スキルアップ研修」とも、模擬研修提示後は「自信がない」から「自信がある」方向にシフトし、どちらも有意な変化であった（ウィルコクソン符号付き順位検定、 $P < 0.001$ 。図 1、図 2）。

図 1 「うつ病編」講師をする自信があるに対する回答

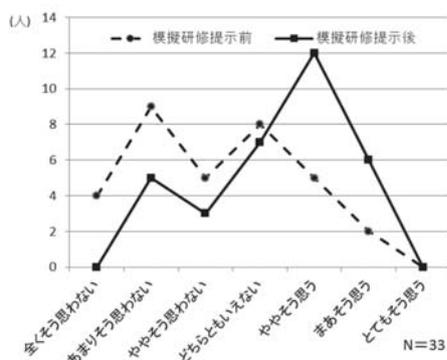
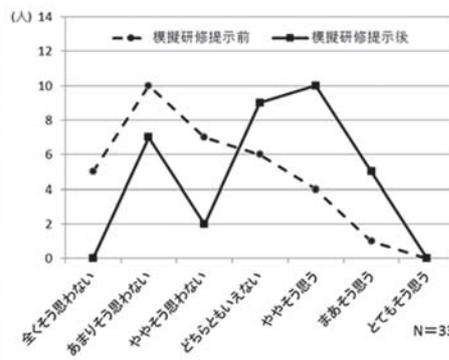


図 2 「アルコール依存症編」講師をする自信があるに対する回答



検討会開催後、今後の講師活動に役立ててもらうため、研修用スライド教材や、検討会で出た意見を集約した資料を講師等協力者に配布した。

6 まとめ

これまでのゲートキーパー養成研修では、特定の限られた人材が講師を引き受けることが多かったが、GK 養成研修の体系化及び講師養成講習会を行ったことで、地域の専門職を活用した研修実施の仕組みを整えることができた。平成 25 年度は講習会受講者の協力のもと、2 カ所の保健所にてスキルアップ研修が開催されている。

既に平成 21 年度から各圏域で GK 養成研修を行っている中、ゲートキーパー養成研修を整理することに対して保健所からは当初戸惑いの声もあったが、これまでの研修実施状況を踏まえ、どのような人材育成を目指すかを整理して関係者で共通認識できたこと、各圏域に講師となる人材を確保できたことの意義は大きいといえる。体系表に沿った GK 養成が着実に展開できるよう、今後も講習会を開催し講師協力者を確保し、圏域の GK 養成の支援を行っていきたいと考えている。

学校現場における自殺予防教育の広がりと深まりに向けて ～5年間の実践と教員・スクールカウンセラーへの調査に基づく一考察～

北九州市立精神保健福祉センター
○長崎 明子 三井 敏子
猪原 弘行 大前 亜弥

1 はじめに

現在わが国では、若年層の自殺死亡率が増加傾向にある。そのため、児童・生徒に対する自殺予防教育はその対策のひとつとして重要性を増しており、「自殺総合対策大綱」(内閣府, 2012)においても当面の重点施策のひとつとなっている。

本研究では、平成21年度より地域自殺対策緊急強化基金を活用して実施してきた本市の自殺予防教育について、教員・スクールカウンセラー(以下「SC」という)を対象に行ったアンケートの調査結果を元に振り返り、今後の自殺予防教育の広がりや深まりに向けて考察するものである。

2 北九州市における取り組み

本市では、学校現場への自殺予防教育の導入を目指し、教育委員会・福岡県臨床心理士会・精神保健福祉センターの協働体制を基盤に取り組んでいる。平成21年度に教材開発から始め、以後、教員・SCに対する研修、授業指導案の開発、授業の実践まで段階的に進めてきた(表1)。

本市の自殺予防教育は、SCとの協働を特長とし、教員向けの校内研修から授業プログラムの企画立案、授業実施前のスクリーニングと事後フォロー(配慮が必要な児童・生徒のケア)を含めた授業実施まで、一連の流れを自殺予防教育のプログラムとしてとらえ、各小・中学校に配置されたSCが主体的に関わることを重視している。

表1 北九州市における自殺予防教育(事業内容と事業の経過)

教材の開発 (H21年度)	福岡県臨床心理士会の企画・編集により、教材「児童・生徒向け自殺予防リーフレット『だれにでも、こころが苦しいときがあるから・・・』』及び教員向け「解説書」を制作
教員・SC向け 研修 (H22年度～)	教員・SCを対象に研修を行い、各学校の体制づくりの基礎となる人材を育成する。教育委員会・臨床心理士会主催の既存の研修会・会議を活用し、校長、教頭、生徒指導主事・主任、保健主事、養護教諭などを対象に段階的に研修を実施。各校ではSCを中心に校内研修を実施する。
授業プログラムの 開発・実施 (H23年度～)	リーフレットを活用した授業プログラム(指導案)の開発に取り組み、研修において自殺予防教育の必要性とともに紹介。その結果、学校及び教員の運営による校内研修や授業の実施など、学校あるいは学級の個々の状況に応じた形でその実践が拡大している。

3 調査概要

以下の2種類の無記名式アンケートを実施し、その結果を集計・分析する。

(1) 調査1：研修受講者アンケート

- ①対象 1) 平成25年10月～11月、市教委主催の研修を受講した市立小・中・特別支援学校生徒指導主事・主任(研修受講者211名/有効回答数170名/回収率80.6%)
- 2) 平成25年10月～11月、臨床心理士会主催の研修を受講したSC(研修受講者48名/有効回答数45名/回収率93.8%)
- ②内容 自殺予防教育の必要性や今後の取り組みについて尋ねる全10項目の無記名式アンケート

(2) 調査2：授業実施者アンケート

- ①対象 平成25年10月～26年3月、市立中学校2校においてSCとチーム・ティーチング(T1: SC、T2: 教員)により授業(50分を1回)を実施したクラス担任17名(回収率100%)
- ②内容 授業実施後に授業の感想を尋ねる全10問の無記名式アンケート

4 結果

(1) 調査1：研修受講者アンケート(表2)

自殺予防教育の必要性は教員・SCともにそのほとんどが理解し学校教育として行うべきと回答する一方、教員の59.2%、SCの77.3%が授業で「自殺」を取り上げることに不安を感じている。その理由として、教員は知識・経験の不足(16.6%、18.7%)、授業で取り上げることが自殺・自傷につながる可能性があること(18.7%)をあげ、SCは知識不足(8.8%)や経験不足(16.7%)よりも、教員に理解を得ら

れるかどうか(18.4%)を危惧し、自死遺児への対応(14.9%)についても教員以上に不安を感じている。なお、自殺予防教育に取り組むために必要なものとして、教員は「SCの協力」を最も必要とし、「教員への研修」「教員自身の理解」「保護者の理解」「学校としての方針」と続いた。SCは「教員の理解」「教員への研修」を必要とする一方、「SCの協力」は10%を下回った。

(2) 調査2: 授業実施者アンケート(表3)

「授業を行う上で役に立ったもの」として教員の多くが「SCの資料提供・助言」を挙げ(45.2%)、SC主導による授業を「担任としても参加しやすく、とても有難かった」「不安

なく授業を行うことができた」「SCが授業を進め、担任が補助するのであれば負担は少ない」ととらえる感想が目立った(自由記述)。続いて多かったのが「事前の研修実施」(22.6%)で、校内研修でSCが講師を務めることから、この点でもSCが担う役割は大きい。以上の結果から、学校現場に自殺予防教育を導入するために重要となる教員の抵抗感・負担感の軽減にとって有用と言えるだろう。また、授業については全員が必要性を認め、今後についても「ぜひ実施していきたい」「実施していきたい」合わせて100%となった。実際に授業を行ったことで必要性を実感し、自殺予防教育に対する不安や抵抗感も軽減され、今後に向けた意欲につながったものと考えられる。

5 考察

アンケート結果から、学校における自殺予防教育では、SCが教員・学校の抵抗感・不安感の軽減に大きく寄与していることが示された。これは、調査1における教員のSCに対する期待や、調査2で得た感想からも明らかである。

本市の授業プログラムは、教員をT1、SCをT2とするチーム・ティーチングを標準型として提示しているが、校内研修のみで終わり授業実施にまで至らないことが多く、自殺予防教育を広めるにあたって課題のひとつとなっていた。そこで、SCがT1として主導し、授業を実施したのが調査2である。その結果は調査2の感想に示されたとおり、教員の負担は軽減され、今後に向けた意欲にもつながっている。SCがT1として主導する授業は、教員の負担が少なく取り組みやすいことから、SCとしても教員に協働を提案しやすく、その点からも自殺予防教育の広まりのためには有効な方策であると言える。

また、調査2では、「生徒の日頃見られない側面を見ることができた」「もっとしっかり生徒に体を向けて話を聞いてあげないと、と思った」など、教員自身の気づきや変化、理解の深まりを感じられる感想が多くみられ、SCとともに授業に携わるといふ実体験だからこそ得られたものと思われる。このような教員の変化や理解は、教員自身の教育活動全般にも影響を与えるもので、ただ1回の授業を実施した以上の効果を意味する。その点で、SCと教員が協働して授業を行うという経験そのものが、自殺予防教育の深まりという意味で非常に重要である。

以上のことから、教員にとって負担の少ないSC主導の自殺予防教育の実践は、自殺予防教育の広がりや深まりに向けた方策を示唆するもので、今後の事業展開に生かすべき重要な視点と考える。

なお、今後の課題として、調査1で示されたSCの不安や危惧に対応するためにも、自殺予防教育において大きな役割を担うことになるSCに対し、知識・技術の維持・向上とフォローアップを提供するための体制づくりについて、検討が必要と考える。

表2 研修受講者アンケート結果

質問項目	回答	教員	SC
学校における児童生徒対象の自殺予防教育の必要性	「とても必要」「どちらかといえば必要」	95.3%	97.8%
	「必要ではない」	0.0%	0.0%
	「わからない」	4.7%	2.2%
学校における児童生徒対象に自殺予防教育を行うことについて	「学校教育として行うべき」	34.7%	46.7%
	「学校教育できればよいが難しい」	57.5%	51.1%
	「学校教育で行うべきとは思わない」	3.0%	0.0%
	「わからない」	4.8%	2.2%
児童・生徒対象に直接自殺を話題にすることについて	「非常に不安」「不安」	59.2%	77.3%
	「あまり不安でない」「不安でない」	40.8%	22.7%
自殺予防教育に取り組むために必要なもの	「教員の理解」	14.1%	18.9%
	「保護者の理解」	14.9%	13.1%
	「学校組織としての方針・体制」	13.5%	15.3%
	「教員への研修」	15.5%	16.2%
	「授業時間の確保」	8.1%	11.7%
	「SCの協力」	16.7%	9.0%
	「SC以外の専門家等の協力」	2.5%	1.4%
	「指導マニュアル・シナリオ」	7.1%	6.8%
	「補助教材・資料等」	6.9%	7.2%
	「その他」	0.8%	0.5%
今後、自殺予防教育に取り組むことについて	「積極的に」「できれば」	76.0%	79.6%
	「時期尚早である」	3.7%	4.5%
	「メンタルヘルズ教育として実施できれば」	20.4%	15.9%

表3 授業実施者アンケート結果

質問項目	回答	
授業を行う上で役に立ったと感じるもの	事前研修	22.6%
	教員同士の話し合い	12.9%
	他の教員の資料提供・助言	6.5%
	解説書	6.5%
	経験者からの助	3.2%
	SCの資料提供・助言	45.2%
	その他	3.2%

福岡市自殺予防情報センターの相談支援事業について

～自殺予防相談の実際～

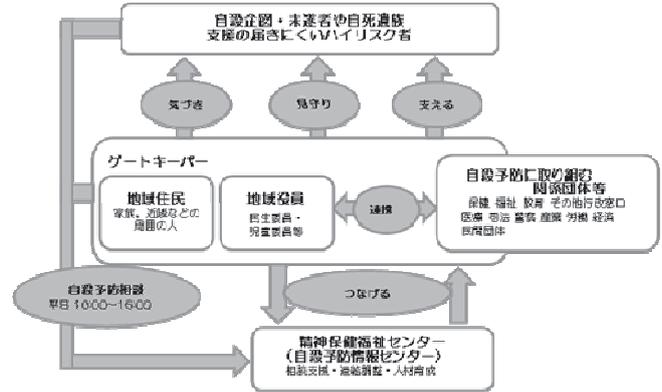
福岡市精神保健福祉センター

○古里 百合子

志岐 景子 立石 繁美 渡邊 理恵 河野 亨

1 はじめに

福岡市では、平成 25 年 4 月、精神保健福祉センター内に自殺予防情報センターを設置した。同年 10 月には、専用回線による「自殺予防相談」を開設し、自殺を考えるほど悩んでいる本人やその家族、ゲートキーパー等からの相談に対応している。本市においても、対象の特性に応じたゲートキーパー養成研修を実施（H25 年度実績 29 回 1,005 名）しており、あらゆる機会を通して、多くの市民が自殺予防への関心を高め、適切な取り組みができることを目指している。



本相談は、ゲートキーパーが安心して自分にできることに取り組むためのツールとなることを期待するものであり、また関係機関間のコーディネート機能を担っている。今回、平成 25 年 10 月 1 日から平成 26 年 6 月 30 日までの自殺予防相談の現状と課題についてまとめたので報告する。

2 自殺予防相談の実際

(1) 相談体制

相談には、常勤の精神保健福祉士、臨床心理士等が従事しており、専用のブースにおいて対応している。緊急性が高いと判断する場合は、複数名で対応し、並行して連絡調整等ができるように体制を整えている。開設にあたっては、既存の資料等を参考に、相談記録票およびリスクアセスメント票を作成しており、当センターの「こころの健康相談」従事者もあわせて活用している。

(2) 相談者の状況

相談件数（延）は表 1 のとおり 200 件で、問題を抱える「本人」からの相談が 159 件（79.5%）であった。性別・年代別では表 2 のとおり男女比は 1 対 1 であり、30 歳代・40 歳代が多くなっているのは、継続相談者が多かったためと推測される。相談内容別にみると、「健康問題」91 件（41.4%）が最も多く、「家庭問題」、「経済・生活問題」と続いている。相談件数のうち、自殺関連項目に該当するのは 140 件（70.0%）であり、「自殺」に特化した相談として広報しているため、一般的な心の相談とは差別化が図れていると思われる。関連項目の内訳は表 3 に示すとおり「希死念慮」が最も多く 94 件（67.2%）で、「自死遺族」も 19 件（13.6%）となっている。支援内容については、表 4 に示している。

表 1 相談者の内訳

	件数 (%)
本人	159 (79.5)
本人以外	40 (20.0)
配偶者	6 (3.0)
親	14 (7.0)
子	0 (0.0)
兄弟姉妹	3 (1.5)
他の親族	0 (0.0)
友人知人	3 (1.5)
その他	14 (7.0)
不明	1 (0.5)
合計	200(100.0)

(3) 相談対応の実際

①他機関との連携

経済的な問題や離婚等、法律的な問題を抱えている相談者については、福岡県弁護士会の事業である、「自死問題支援者法律相談」と連携することで、早い段階での問題解決が可能となっている。また福岡市消防局の救急隊との連携により、医療機関への受診につながったケースもあった。

表 2 相談者の性別・年代別

年齢	男性	女性
	件数(%)	件数(%)
20歳未満	0 (0.0)	1 (1.1)
20～29歳	1 (0.9)	9 (9.9)
30～39歳	22 (20.6)	11 (12.1)
40～49歳	36 (33.6)	17 (18.7)
50～59歳	10 (9.3)	10 (11.0)
60～69歳	6 (5.6)	12 (13.2)
70～79歳	1 (0.9)	1 (1.1)
80歳以上	6 (5.6)	0 (0.0)
不明	25 (23.4)	30 (33.0)
合計	107 (100)	91 (100.0)

* 性別不明 2 件を除く

表 3 自殺関連相談内訳

	件数(%)
希死念慮	94 (67.2)
自殺企図	10 (7.2)
自殺未遂	4 (2.9)
自死遺族	19 (13.6)
その他	13 (9.3)
合計	140 (100.0)

表 4 支援内容

	件数(%)
傾聴	142 (63.4)
相談助言	51 (22.8)
面接相談	8 (3.6)
他電話相談紹介	5 (2.2)
警察・消防紹介	1 (0.4)
行政機関紹介	3 (1.3)
医療機関紹介	3 (1.3)
その他関係機関紹介	5 (2.2)
その他(無言・切電)	6 (2.7)
合計	224 (100.0)

* 重複計上

② 自死遺族への支援

自死遺族の方からの相談は、電話相談に引き続き、面接で対応している場合も少なくない。本市が共催となり後方支援(当日のスタッフ等)を行っている「リメンバー福岡 自死遺族の集い」等を紹介し、参加につながったケースもある。相続等の法律に関する相談には、本市の委託事業であり、弁護士と臨床心理士等が同席して対応している「自死遺族法律相談」を紹介することもあった。いずれの事業にも、「自殺予防相談」従事者がスタッフとして携わっているため、相談後の経過を少なからず見守ることができている。設置に際し、名称を「予防」としたことで自死遺族の方への心理的負担の危惧があったが、様々な経路を通じて利用に繋がっている。

③ その他

単身で生活保護受給中の方からは、「相談というわけではないが・・・」と前置きがあり、自身の生い立ち、様々な疾患を抱えながらの生活状況、近隣との人間関係、将来の不安などが話された。具体的なアドバイスを求められず、その際は傾聴に努めている。家族と生活している方からは、疾患に関して家族の無理解を不満げに話されることもあった。しかし家族等の存在が保護要因となり、自殺を踏みとどまった例もあった。リスク項目だけでなく、保護要因も念頭に入れた対応が必要である。精神科治療中の方からは、希死念慮や生活リズムの乱れ等について継続的に相談があるが、相談者が治療について自ら決定できるよう、問いかけなどを工夫した。また、長年、相談をためらっていたという方や、あえて遠方の相談電話を選んでいる方もあり、相談者の複雑な心理状況に配慮した対応を心掛けている。

3 今後の課題

自殺の危険性を抱えている方は、複数の問題を抱えていることから、それぞれの専門機関が連携して支援を行うことが不可欠である。本市では、平成 21 年から法律関係も含めた専門職団体と共に、「いのちをまもる相談チーム」としてハイリスク者支援の仕組みづくりや相談会等を行ってきた。その結果、顔の見える関係を築くことができ、スムーズな連携に繋がっている。しかし、これらの事業は自殺対策緊急強化基金を活用したものであるため、基金終了後も関係性を維持し、支援体制を継続していく必要がある。「自殺予防相談」は、ゲートキーパーの相談先としての役割も担っており、自殺の危険性の高い方が支援につながるための一助となっていると思われる。今後さらに、相談支援従事者としてのスキルアップに努めるとともに、本年 3 月に開始した福岡市消防局救急隊との連携事業等、自殺未遂者支援の窓口としての機能についても強化していきたい。

子どものこころの健康づくりの取り組みについて ～子どものためのストレスマネジメント事業の展開と展望～

浜松市精神保健福祉センター

○松尾詩子 深田典子 佐野祥子
原川知己 小林俊博 二宮貴至

(要旨)

浜松市では、①事前予防、②危機介入、③事後対応の3段階を柱として自殺対策を展開している。

浜松市精神保健福祉センターは平成21年度より浜松市教育委員会の協力の下、事前予防の取り組みの一つとして早期にストレスに関する適切な知識と対処法を身につけることを目的とした“子どものためのストレスマネジメント”プログラム（以下プログラムという）を実施し、できるだけ多くの児童に体験してもらい、繰り返し学んでいける体制作りを目標としてきた。

今回は、平成21年度から平成25年度までの事業展開と今後の展望について報告する。

(事業の目的)

プログラムは浜松市内の小学4年生を対象としている。小学4年生（10歳）の年代は、心身ともに顕著に発達する時期で個人差も目立つ時期である。社会的・人格的発達においては他者視点取得や脱中心化がなされ、今後の健康なアイデンティティを構築する上で重要な時期と言える。他者との関わりが自己に大きく影響する時期でもあり、学校現場から対人面でトラブルや不登校といった問題が発生しやすい時期であるという声も多く聞かれる。そのため、学校とともにこの事業の主旨・目的を確認しながら、現在のプログラムを作成し、実施を継続してきた。

プログラムの主な目的は以下の通りである。

- ①児童がストレスのサインに自分で気がつき、より良い対処法を選択できるようになること
- ②プログラムを継続して行うことで、児童がライフステージや環境に合わせてストレスと上手に付き合うことができるようになること
- ③学校で児童の問題に日々向き合う教職員のメンタルヘルスに対する理解の促進と、児童のこころの問題に対する介入がスムーズに行えること

(事業の展開)

1 平成21年度から平成23年度

取り組みそのものは平成20年度より開始していたが、当初実施場所は当センターで、募集した児童（小学校4～6年生）を対象とし、構成もリラクゼーション中心で現在とは異なるものであった。しかしながら、ストレスマネジメントを個人の意識や行動に任せる限界と、プログラムを集団の取り組みとして位置づけたいと考え、児童が集団生活を営む学校教室に場を移して実施することを計画した。

平成21年度は、浜松市教育委員会に企画提案を行い、集団を対象としたプログラム作成と実施に理解を得た。教育委員会が市内全小学校への周知や募集を行い、センター職員が実施した。

2 平成24年度

平成24年度は、申し込みの増減や日程調整をスムーズにするため、申し込み先を教育委員会から当センターに変更した。また、学校側の日程調整を考慮し、年度初期の段階での周知と、申し込み希望日をいくつか募る様式を作成し、そのうえで申込期日を定めた。体制が整ってきたところで、プログラム

を実施した小学校を対象とした、プログラム評価のアンケート調査（調査時期8月～3月）を行った。その結果、内容について、好評であった。一方で「具体的な対処をもっと知りたい」「しばらく経つと忘れてしまう」といった、回答が目立ち、プログラム終了後の実施内容の活用について課題が残った。

3 平成25年度

当センター主体の取り組みによる課題点として、①1年間で市内全小学校にプログラムを実施することは困難であること②各学校・クラスの特徴を加味したプログラム展開が難しいということ③教育現場のストレスマネジメントへの取り組みが受動的になりやすいこと④終了後の継続的プログラム活用が見込まれないこと、などがあげられた。そこで、ストレスマネジメントの意識や取り組みをより日常的なものとするために、プログラムをそれぞれの学校で継続して実施できるような体制作りを検討した。まず、課題点①と②への対策として、子どものメンタルヘルスサポーターの養成を行った。これは、各学校に配置されているスクールカウンセラー（以下SC）がプログラムを学び、内容をより学校・クラスの特徴に合わせて実施し、その効果を見極めながら個々の児童の継続的見守りを期待するものである。また、実施内容をSCとクラス担任がともに検討することで連携も深まり、ひいては学校全体のメンタルヘルスに対する意識向上が望まれる。平成25年度は8名のSCに対して養成・実践研修を行い、実施している。

課題点③、④については、プログラムに用いるスライド資料などの教材データを、教育委員会と各学校が使用する学校管理運営システムサーバーに置くことで、学校関係者がプログラムの実施後も自由に活用できる体制を整えた。

（考察）

当センターでは平成25年度までに、浜松市内の58校（55.24%）、8541名の児童に対しプログラムを実施してきた。プログラムの効果を持続させ、発展させていくことが課題となる中で、平成25年度には「子どものメンタルヘルスサポーター養成」を開始し、さらには年度末には「子どものこころの健康ワーキング会議」を開催した。この会議は、プログラムを終了した学校において多職種（教職員、養護教員、相談員、SCなど）が集い、それぞれの視点でメンタルヘルス対策の工夫や課題点を出し合い、情報交換をすることを目的としている。この会議への参加を通じて、日ごろ児童のこころを見守る多職種間の顔の見える関係やつながりの場を広げ、学校現場全体の主体的なメンタルヘルス意識の向上が期待されるものである。

浜松市のストレスマネジメント事業が発展した重要なポイントは、浜松市教育委員会との円滑な連携体制にあった。学校への周知やSCへの呼び掛け、学校管理運営システムへの教材データの格納など、事業の核となるところを教育委員会と連携をとり、体制を整えてきた。「いのちをつなぐ手紙」や「教職員のためのメンタルヘルスリテラシー」など、当プログラム以外でも数多くの事業を教育委員会と連携して行っている。教育委員会と精神保健福祉センターの連携は、特に学校で事件や事故が起こった際に行われるこころの緊急支援活動という危機介入や事後対応の場面で試される。いわば、事前予防であるプログラム実施を通じて教育委員会や学校と日常的な連携をとり続けることは自殺対策3段階全てを強化・促進する決定的な要素になっているとも考えられる。精神保健福祉センターの役割として、これまでの学校、教育委員会、児童のこころを見守る多職種間の円滑な連携を維持しながら、今後もさらなる学校メンタルヘルスの向上と将来を担う児童の精神的健康を支えるネットワークの強化をはかっていきたい。