

高齢者の通いの場等における加齢性難聴の実態把握

西宮市保健所

○河上 恭子

加納 幸恵

重村 千尋

福田 典子

中東 初美

川崎 陽子

【背景・目的】

本市の令和5年の高齢者人口は118,684人(24.6%)、第1号被保険者の要介護認定率は令和5年度において20.1%となっている。高齢者人口に占める後期高齢者の割合は、令和元年に半数を超え、令和5年は55.9%となっている。令和22年(2040年)の将来人口推計では、高齢化率は32.9%になると予測されており、要介護状態になることを防ぐことは喫緊の課題となっている。

本市では要介護状態を予防する施策として、フレイル対策に取り組み、「栄養」「口腔」「運動」「社会とのつながり」の4本柱で市民に啓発を行っている。聴覚機能の低下が原因でコミュニケーションの問題やQOL低下により「社会とのつながり」が弱まる「ヒアリングフレイル」の関心が高まり、高齢者の加齢性難聴についての実態把握と関係機関等への啓発を目的に取り組みを実施した。

【取り組み内容】

1. 関係機関等との啓発に関する取り組み

実態把握のためには、加齢性難聴に関する市民啓発用の媒体を作成する必要があることから、西宮市医師会の耳鼻咽喉科医会の協力のもと、市民用と高齢者の支援者向けの2種類のリーフレットを作成した。支援者用リーフレットは、西宮市医師会、西宮市歯科医師会、西宮市薬剤師会、地域包括支援センター、介護保険事業所等(以下、「関係機関」という。)に8,700枚配布し、難聴が疑われる場合、高齢者に耳鼻咽喉科への受診勧奨に関する依頼をした。市民用リーフレットは、「セルフチェック」の裏面に対応等を記載し聞こえのフレイルの啓発をした。

2. 高齢者の加齢性難聴の実態把握

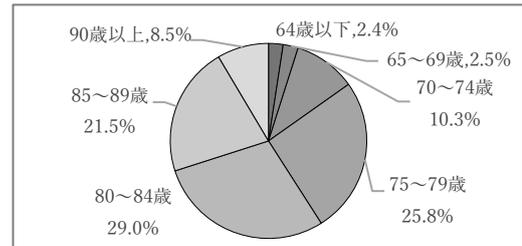
フレイル予防講座を実施した高齢者の通いの場等(サロン、昼食会、西宮いきいき体操等、以下「通いの場等」という。)の参加者に、加齢性難聴の早期発見・早期治療の啓発と聴力に関するセルフチェック7項目(一般社団法人日本補聴器販売店協会HPより引用して作成、以下「セルフチェック」という。)に回答してもらったこととした。

【実施状況】

令和5年9月～令和6年2月に、99か所の

通いの場等の参加者にセルフチェックを実施し、1,523人の回答を得た。そのうち性別・年齢等が特定できた者は1,498人で、男性217人(14.5%)、女性1281人(85.5%)で、年齢層は75歳～89歳の者が多かった。

(図1) セルフチェック実施者年齢別割合 n=1,498人



セルフチェックは該当する項目の複数回答形式で、「会話しているときに聞き返す」31.3%、「耳鳴りがある」19.2%、「聞き間違いが多い」17.1%、「話し声大きいと言われる」16.5%の順に該当していた。

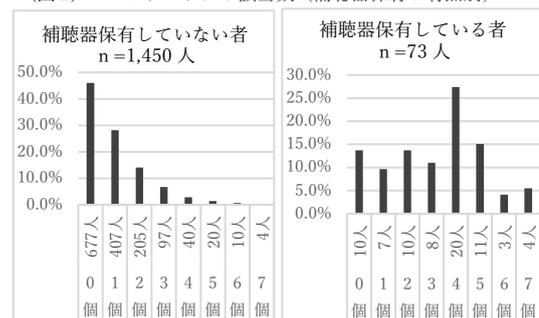
(表1) セルフチェック実施結果

※ () 内は実施者数 (n=1,523人) に対する割合

会話しているときに聞き返す	477人 (31.3%)
耳鳴りがある	293人 (19.2%)
聞き間違いが多い	260人 (17.1%)
話し声大きいと言われる	251人 (16.5%)
後ろから呼びかけられると、気づかないことがある	209人 (13.7%)
見えないところからの車の接近に気づかない	141人 (9.3%)
電子レンジなどの電子音が聞こえない	57人 (3.7%)

補聴器の保有者は73人(4.7%)おり、セルフチェックの項目該当数を見ていくと、補聴器を保有していない者は、チェック該当数が少ないほど該当者の割合が多くなるのに対し、補聴器の保有者は該当者の割合にばらつきが大きく、セルフチェック項目では「会話しているときに聞き返す」、「後ろから呼びかけられると、気づかないことがある」「聞き間違いが多い」の順に多い状況であった。

(図2) セルフチェックの該当数(補聴器保有の有無別)



セルフチェック後に、本人の希望や医療専門職が気にかかった者に声をかける等で難聴関連の健康相談をした者が24人（セルフチェック該当者は1～5個）おり、医療や生活状況の確認を行った。「聴力低下の自覚はあるが特に何もしていない」状況の者が6人、「聴力に関して耳鼻咽喉科を受診済」だが最近の受診ではない者が15人おり受診勧奨をした。また、3人が「補聴器を保有しているが合わない」という状況があり、耳鼻咽喉科に補聴器の相談をするよう助言している。

加齢性難聴の高齢者の把握とともに、難聴による高齢者とのコミュニケーションに悩む介護現場の声を受け、耳鼻咽喉科医師と言語聴覚士による加齢性難聴に関する講演会を高齢者の支援者向けに実施し、医療職・介護職等50人が受講した。

【考察】

1. 受診行動の確認

セルフチェック回答者のうち、後期高齢者医療に加入していると特定できた1,230人について、加齢性難聴に関する啓発及びセルフチェックにより、受診行動につながったかを確認した。令和5年4月～令和6年3月診療分から見ると、診療開始日が令和5年9月以降の受診者は70人(5.7%)で、レセプト件数は140件あった。その傷病名としては「耳垢塞栓」48件(32.3%)、「外耳炎」34件(24.3%)、「中耳炎」15件(10.7%)で、いずれも聞こえが悪くなる要因の傷病名であった。受診率は非常に低い状況であるが、東京都健康長寿医療センター研究所によると、加齢性難聴を抱える方の問題意識がそれほど高くなく、また、難聴の自覚がない方ほど受診の意向が低いことがわかっており、「加齢性難聴を有する高齢者の約7割は病院受診を希望していない」と研究発表されている。今回、啓発やセルフチェックだけでは、高齢者自らの受診行動につながらないことがわかった。

WHOガイドラインでは、難聴があると認知症のリスクは約2倍になることが記載されており、フレイル・認知症予防のためには、高齢者に関わる専門職や地域住民が受診勧奨等を促す支援体制は必要と考える。

2. フレイル予防のつながり

本市では健康診査と通いの場等において、高齢者の質問票を実施しており、令和5年度のフレイル該当者は健康診査21.6%、通いの場16.3%であった。セルフチェック回答者かつ高齢者の質問票の情報がある者は1,379人おり、

フレイル該当者は202人(14.6%)で、本市全体よりも少ない傾向にあった。今回の実態把握では、通いの場等で実施しており、既に「社会とのつながり」があり、フレイルに関する講座等を2回受講している者もいたことから、比較的フレイルに対する意識が高い対象群であった。加齢性難聴があると社会生活に様々な支障をきたすと言われていたが、「社会とのつながり」があることで、フレイル予防につながっていると考えられた。

【今後】

加齢性難聴に関する適切な受診・対応等につなげるため、高齢者への「聞こえのセルフチェック・聞こえにくさの生活への影響」と、高齢者の支援者への「加齢性難聴の状態・高齢者とのコミュニケーション」に関するリーフレットを継続的に配布し、加齢性難聴に関する知識の啓発に努めたい。

また、通いの場等の参加とフレイル予防講座の受講により、フレイル該当率が低い傾向にあったことから、庁内関係課や関係機関とフレイル対策を引き続き連携して推進していく。

今回の取り組みの中で、西宮市医師会の耳鼻咽喉科医会から、高齢者だけではなく、聴覚の衰えが始まる中年層に対する啓発も重要であると助言を受けており、今後はその対策も検討していきたい。

【参考文献】

- ・東京都健康長寿医療センター研究所、令和5年5月18日プレス発表「加齢性難聴を有する高齢者の約7割は病院受診を希望していない」
- ・令和元年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業「海外認知症予防ガイドラインの整理に関する調査研究事業」WHO ガイドライン、『認知機能低下および認知症のリスク低減』邦訳検討委員会

地域共生社会における「支えあうところ」を育む重要性 地域の大家族化を目指す

公益社団法人 栄養医学協会 ○小野裕美、松浦美喜子
株式会社 ドクターミール 田所奈美

要旨

すべての人に平等なことは、必ず「死ぬ」ということ。

人は日々食べることで生を享受され、食は人生の全てに関わる。

どんなに ICT が進歩しても、老若男女に関わらず、心身ともに健やかに幸せに生活するための根本は食生活の実践にあると考える。

食は医とつながり、食は「食糧生産」に関わる農・林・水産業に繋がり、生鮮食品・加工食品となり、調理を経て、私たちの食事として体内に入り、「生きる源」となる。

現在日本ではいわゆる団塊の世代が後期高齢者となり、労働人口の不足や医療体制のひっ迫などが懸念される 2025 年が目前である。新型コロナウイルス禍による自粛生活の長期化、運動不足、食生活の乱れなどからのフレイルの進行、ストレスによるこころの病など、高齢者の健康二次被害を防ぐ手立てを講じる努力と共に、健康寿命の延伸を目指し、地域の社会において幸せに暮らす楽しみを見出し、互いに「支え合うところ」を持ち、ウェルビーイング(Well-being)の実現を目指すことを目標とすべきと考える。

はじめに

当協会は昭和 29 年に戦後の劣悪な食事事情による子供達の栄養改善を目指し「兵庫県食生活改善協会」として兵庫県により設立され、今年で設立 70 周年になる。

子供たちへの調理の実習を行いながら、食育発信をしている。

コロナ禍により、社会の状況が変化し、当協会においてはその間全ての予定がキャンセルとなり先行き不透明で途方にくれていた。

40 年余り前より続いた神戸市と共催で行ってきた、「神戸市特定給食技術研修会」(栄養士、調理師、給食管理者、等を対象)約 300 名規模で開催していたが、Zoom 開催による神戸市独自での開催となり、また 20 年余り続いた年間 14 回ほど開催していたプレパママ食育講座も共催ではなくなり、残念であった。以後、神戸市との共催関係は立ち消えたままとなっている。

新型コロナウイルス感染の勃発をきっかけとして、時代にマッチした活動にするために、定款変更を行い、「兵庫県食生活改善協会」から「栄養医学協会」へと名称変更を行った。

筆者は大学・大学院を卒業して以来、「食からの健康発信」に関わることにこだわって仕事をしてきた。「医食同源」「食は命なり」「食は人生の全てにかかわる」と考えている。

今後は Inclusive (包括的な)価値観を取り入れた健康づくりを構築してゆきたいものである。

本論

当協会では昨年 8 月初め、長年続けてき

た、「子どもおむすび教室」を再開した。その初日、教室の回りに広がる田んぼには、稲の花が咲いていた！稲の花の開花はわずか2時間位しか見る事が出来ない、とても貴重な風景。緑色の稲がキラキラと白く輝く田んぼの光景を子供たちに見せる事ができてうれしく思った。

おむすび教室では、私たちの食べるお米作りについて、幼少期から身近に伝えられる貴重な機会と考えている。

来たる11月には大釜で炊飯する保田茂先生の「かまどごはん塾」を開催し、ごはんを中心とした日本型食生活の発信イベントを行う予定である。

五つの国からなる兵庫県は豊かな農産物に恵まれているため、地産地消を身近に考え、学べる機会をつくっていききたいとスタッフと計画している。

また、新たな食育の講演依頼は、「食からの健康発信」の一環と考えて積極的に受けるように心がけている。

進学校で有名な神戸市の私立N中学校の家庭科の先生よりのご依頼があり、男子校のため調理実習の実施は難しいけれど、「食とこころ」についての話をお願いしたい、とのこと。いずれ親元を離れ自炊することもあるだろう生徒さん達に向けて、「成長期の食事バランス」のタイトルで、中学1年生92名への出前授業を行った。

毎日の食事で体が変わる事、食の欧米化により生活習慣病が増えたこと。時代の移り変わりとともに、「食」も変化してゆく・・・など説いた。私達にとって懐かしい昭和は、生徒さん達にとっては大昔のこと。大変興味を持ってもらい、質疑応答にはたくさんの生徒の手が上がった。コンビニの普及に

より、手軽に食べられるものが溢れているが、何をどれだけ食べたらいいか。選んで考えて食べることで、自分の身体が変わっていく、と講義しました。

まだまだ、当協会の小さな試みの一つですが、将来、日本の国を担う生徒さん達が成人した時に兵庫県での生活の一部として、心の片隅に残ってくれたら・・・と思い活動しています。

当協会でおむすびやごはん作りの動画、等を作成し、また在宅緩和ケアの医師の動画鑑賞会を開催したりと、新たな試みにトライした1年であった。

当協会では「医食同源」をポリシーとしてきたが、コロナ禍後の活動には医食同源に加えて「こころ」が加わる要素が大きいと考えて「医食心同源」を掲げている。

若い世代にとっては病気でないことが「健康」。しかし、高齢者にとっての健康とは自立して生活できることと考えている。

この秋に実践フィールドとして、当協会会員会社の協力により、「リビング・ラボ」としての新たな活動拠点場所を設け、新たな試みを計画中である。

結 論

当協会は同職、同資格者が集う職能団体ではない。

食は全てにつながることを強みに包括的な価値観を取り入れた健康づくりを構築したいと考えている。

地域共生社会における「支え合うこころ」を育む重要性を理解し、「医食心同源」を実践したい。

当協会の強みである「食を通じての健康発信」を理念とし、地域の大家族化を目指し

た活動を続けていくことによって、設立 70 年目の当協会が一途に目指してきた食への思いと歴史を今後の活動へと引き継いでゆきたい。

新型コロナウイルスの感染流行によってリモートワークが発達し、利便性が増す一方で、非対面・非接触が当たり前になる日々の生活の中で、こころの健康と向き合い、健康やかに暮らすことのできる社会を目指した

いと考える。

「支え合うこころを育む」地域の大家族化を目指し、地域の「絆（きずな）」を紡いでゆきたい。

参考文献

厚生労働省「令和 6 年版厚生労働白書」

厚生労働省「令和 5 年版厚生労働白書」

神経難病患者におけるレスパイト入院の取り組み

－レスパイト入院の課題とアプローチの実際－

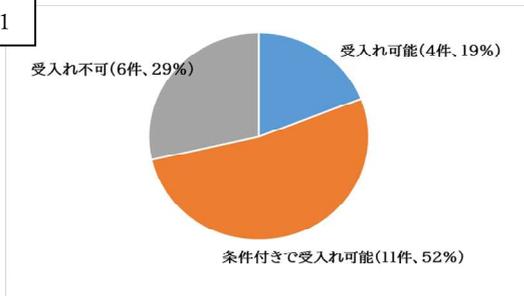
明石市 あかし保健所相談支援課 ○草野一恵、琴井谷綾乃

【背景】

神経難病患者の在宅療養は医療依存度が高く、ADLの低下による介護負担も大きいため、短期入院等によるレスパイトケアを活用することが望ましいといわれている。

令和4年度に、市内医療機関（21機関）に対して神経難病患者のレスパイト入院の受入れ調査を行ったところ、約7割の医療機関が受け入れ可能と回答した。（表1）

表1

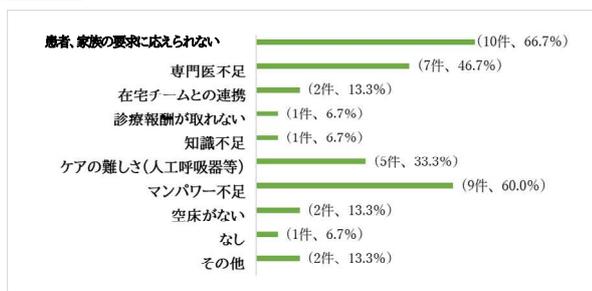


【受入れ条件】

- ・新規の呼吸器装着患者は受入れ困難
- ・通院患者に限る、基本かかりつけ患者のみ
- ・嚥下困難患者の受入れは不可
- ・呼吸器装着者の場合、一般病棟での受入れとなる
- ・病院での介護には限界があることを理解してもらう
- ・急変時対応が困難であることを事前面談で納得されている

しかし、条件付きで受入れ可能としている医療機関が多く、実際に人工呼吸器を装着しているALS患者のレスパイト入院の調整については苦慮している現状がある。

表2 病院が捉えるレスパイト入院受入れの課題（複数可）



入院受入れの課題（表2）については患者、家族の要求に応えられない、マンパワー不足という看護体制の問題が大きい。また、個別支援においては、

本人だけでなく家族においても「在宅のように介護してもらえないのではないか」という不安からレスパイト入院の利用に積極的でなく、家族からも直接レスパイト入院の希望はない。しかし、支援者の視点で捉えると、決してニーズがないわけではなく、長期間の介護によるストレスの蓄積や、家族目線での介護状況の改善のために、レスパイト入院の利用が必要であるケースが多くみられた。

難病患者のレスパイト入院に関する全国実態調査（2016）でも同様に、レスパイト入院を妨げる要因は、病院側では「看護体制の問題」、在宅側では「本人の拒否」とされている。

【取り組み内容】

1) 病院との課題の共有

当市の中核病院であるA病院の地域連携室の看護師に対し、神経難病患者の在宅ケアの現状とレスパイト入院受入れの課題について共有。その結果、レスパイト入院の希望があれば、地域包括ケア病棟で受け入れていく方向性が定まる。

2) 本人・家族への説明と入院の同意

本人・家族に対し、レスパイト入院の効果的な利用について情報提供を行った。実際の利用に至るまでには時間を要するため、本人・家族の気持ちに寄り添いながら、本人の病状の進行や家族の体調不良等、利用の契機に合わせて働きかけを行った。事例によっては別居家族にもアプローチした。

家族にレスパイト入院を利用することへの負い目があるため、本人にとっての利用効果を具体的に伝え、入院中に家族がどう過ごすかを一緒に考えてレスパイト入院の意味づけを行った。

また、利用についての最終判断は本人が行えるよう配慮し、本人の意思決定の尊重に努めた。

3) レスパイト入院前の調整

○事前訪問

病院側からレスパイト入院の環境を整えたいと申し出があり、初めて利用する事例については、病院職員と在宅支援者が自宅に事前訪問を行った。訪問

は入院当日に担当する看護師が行い、入院初日に患者が安心できるよう配慮した。

本人、家族

A 病院：地域連携室職員、病棟看護師、リハビリ専門職

在宅支援者：訪問看護師、介護支援専門員、保健所保健師

在宅での療養環境やケアの方法などを伝え、事前に入院生活とのすり合わせを行ったことで、本人・家族と病院双方の不安が軽減された。

また、患者の病状やケア内容を具体的に共有するため、病棟看護師と在宅訪問看護師、保健所保健師でオンライン会議を開催した。

○コミュニケーションの支援

本人・家族がレスパイト入院を拒否する理由の一つに、「病棟の職員にニーズが伝わらない不安」がある。訪問看護ステーション、福祉機器事業者、介護支援専門員、重度訪問介護事業所、障害福祉課など多機関と調整し、ナースコールの形態の検討、本人用の文字盤の作成、ヘルパーによるコミュニケーション支援の導入などを行った。

4) レスパイト入院中、退院後の支援

事例によっては保健師が病棟を訪問し、本人の様子観察や看護状況の聞き取りを行った。また、退院前カンファレンスにて本人の入院中の様子やリハビリ、栄養士等による評価を共有し、在宅ケア支援者に情報提供した。

レスパイト入院により栄養や水分が不足していることがわかった事例については、退院後、経口と経管からの栄養摂取状況を確認し、栄養士を自宅に派遣して在宅における栄養状態の評価と指導を行った。その結果を訪問看護師と共有し、継続的にアセスメントできるよう調整した。

退院後、本人・家族及び病院に対してレスパイト入院の感想を聞き取り、今後の利用や在宅生活のあり方について検討した。

【レスパイト入院の結果】

○実績

令和4年度から現在まで、5事例、延べ10回のレスパイト入院を調整した。

事例を通して、レスパイト入院は単に介護者の休息だけではなく、本人・家族と支援者との関係が再構築できる機会になった。また、入院を通じて本人

の ACP を再確認したり、在宅の長期療養者が入院を体験することで、本人と家族が療養生活の最期をどのように迎えるかをイメージとしてとらえることができた。

さらに、入院中に多職種が本人の身体機能を客観的に評価し、在宅の支援者を含めて共有することで、退院後の本人の生活課題や必要な支援が明らかになり、支援方針の改善につながった。

○病院の体制

レスパイト入院を通して、チームケアの意識が強まった。まずは MSW が窓口となって在宅と病院の情報を繋ぎ、看護、リハ、栄養、薬剤等、多職種が連携して支援する体制が確立できた。また、病棟課長の働きかけで、中核病院としての役割やレスパイト入院の意義について、病棟全体の理解が深まった。

レスパイト入院患者以外の患者においても、在宅での生活を理解した上で、患者の安全だけではなく、安心して入院生活を送るための環境づくりを意識するようになった。

【考察】

当市におけるレスパイト入院は、人工呼吸器を装着した方の受入れ先が少ない現状があった。この現状を神経難病に携わる保健師が病院看護師に地域の課題として共有したことから始まり、看一看連携による個別支援の視点が地域包括支援体制の構築につながったと感じている。

神経難病患者は、長期の療養生活の中でこだわりのあるオンリーワンのケアを受けているため、環境変化への不安が大きい。そのため、レスパイト入院につながるまでには、本人・家族の安心感の獲得が最も重要であった。保健師は、本人・家族のニーズを伝え、受入れる病院では本人・家族の安心感を大切にしながらリハ職、栄養士等の多職種で環境を整えるなど、ワンチームとなって各機関が役割を果たすことで、安心できる療養環境の提供につながったと考える。

今後、A 病院との取り組みを活かして、レスパイト入院だけではなく緊急時や災害時の受入れを含め、他の医療機関にも働きかけ、神経難病患者が安心して過ごせる環境を構築していきたい。

ALS 患者の意思決定支援における保健師の役割

—最期まで自宅で過ごしたいという思いを支える—

加東健康福祉事務所 地域保健課

○ 森山 志保 森 友香里
土取 伸子 山下 久美

1. はじめに

加東健康福祉事務所では、地域支援者と地域課題の解決に向けて、取り組みの方向性を共有しながら筋萎縮性側索硬化症(以下 ALS とする)患者や家族の支援体制整備を進めている。ALS は徐々に全身の筋肉が萎縮していく疾患で、効果的な治療法はなく、診断・告知を受けた直後から、薬物治療、胃瘻造設、呼吸器装着など様々な選択を迫られる特異な疾患であり、本人・家族がそれぞれの価値観や意向を尊重した意思決定ができるよう支援する必要がある。

今回、本人・家族の思いを多職種で共有しながら、最期まで自宅で過ごしたいと願う ALS 患者の意思決定支援に携わった経験を振り返り、ALS 患者の意思決定支援における保健師の役割について考察したので報告する。

2. ケースの概要

A 氏、70 代、女性 疾患名：ALS

家族構成：

長男と三男との 3 人暮らし。長男は食料品配達業（自営）。三男は会社員。（次男は県外在住）3 人の子どもが宝物。

関係機関（支援者）：

神経内科専門医、往診医、訪問看護(2 事業所)、訪問リハビリ (2 事業所)：PT・OT・ST、歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士、ケアマネージャー、保健師

介護サービス：定期巡回（ヘルパー）、デイサービス、訪問入浴介護、福祉用具貸与

3. 経過とかかわり

A 氏は ALS と確定診断された 18 ヶ月後には四肢筋力が低下し、寝たきりの状態となった。呼吸機能は保たれていたが、神経内科専門医から、病気が進行した際に、人工呼吸器の装着や、急変時に心肺蘇生などの延命治療を希望するかどうか等、今後の治療方針について、家族や往診医と相談するよう話があった。A 氏は息子に迷惑をかけたくないという思いから、「長く生きること＝

息子に迷惑をかけること」という思いがある反面、「自分がいないと息子が寂しがるね」と話し、人工呼吸器装着や急変時の対応を決めることに気持ちの揺れがあった。

そこで、A 氏の意思決定を支援するため、ケアマネージャーの提案により、ケース支援検討会を開催し今後の支援の方向性について検討した。

出席者：往診医、訪問看護師、訪問リハビリ、ケアマネージャー、ヘルパー、福祉用具専門相談員、保健師

その後、同会議で話し合った内容をふまえ、A 氏宅で往診医から本人と家族に対して、呼吸器の装着や、急変時の対応、緩和ケアについて説明し、実施の意向を確認された。保健師はその場に同席し、往診医の説明で、本人や家族が理解しにくいことやイメージがつきにくいような内容について補足したり、A 氏と家族が自らの思いを表出できるよう促した。

その後も 2 回目のケース支援検討会を開催し、本人・家族が意思決定した内容（表 1）や、説明時の本人・家族の様子を支援者に伝え、本人・家族の思いを尊重しながら、最期まで A 氏が家族と共に自宅で過ごせるよう支援していくことを共有した。

表 1 A 氏と家族の意思決定の内容

CV ポート	○ (造設済み)	
胃ろう	× 希望しない	
人工呼吸器	NPPV	△ 試してみる
	TPPV	× 希望しない
在宅酸素療法	○ 希望する	
急変時の対応	× 希望しない	
緩和ケア (麻薬の使用)	○ 希望する	
暮らしの場	自宅	

※ CV ポート：皮下埋め込み型中心静脈アクセスポート

NPPV：非侵襲陽圧換気療法 TPPV：侵襲的陽圧換気療法

4. 意思決定支援における保健師の役割

1) 患者・家族に寄り添い意思決定を支援する

意思決定支援のプロセスの中で往診医の説明の場に同席し、本人や家族が困っていることを伝

えきれない場合には、その思いを代弁したり、理解が不十分な時には医師に再度説明を依頼するなど、主治医に、本人・家族の意向を伝え今後の方針に反映されるよう働きかけた。医師との話し合いの際に A 氏は涙を浮かべていたが、医師が退席した後に、「ちゃんと医師から話を聞くことができよかったです」と話された。長男も本人が悩みながら、TPPV 装着や救急搬送はして欲しくないと医師に話す様子を見て、「母が思うようにしたらいいと思う」と本人の思いを受け入れ、自らの思いを述べることができた。

A 氏のように進行が早い場合は、疾患の受容が追いつかないまま選択を強いられるため、本人や家族の精神的負担が大きいことが指摘されている¹⁾。したがって、保健師は告知を受けた後の本人や家族の思いに寄り添いながら、本人と家族が自らの意思を表出できるよう促すと共に、医師の説明を補足するなどして疾患の理解を促し、最終的には自らが意思決定できるよう支援する必要があると考える。

2) 本人・家族・多職種との連携調整

今回、①支援者が本人・家族の思いを共有すること、②本人・家族・支援者が医師の説明や治療方針を共通認識できること、を目的としてケアマネージャーと連携し、ケース支援検討会を開催した。本人・家族だけでなく、支援者の間で思いや認識にズレがあると、真に患者や家族が求めている支援が提供されなかったり、信頼関係を構築することが困難になることが指摘されており²⁾、支援者が患者や家族の思いや治療方針を共有できるよう働きかけていくことも保健師の役割であると考えられる。

また、在宅での緩和ケアについては、北播磨圏域では前例がなく、当初、往診医は麻薬を使うことに対して戸惑いがあった。しかし、呼吸苦に対する対処の1つとして緩和ケアも必要であることを予めケース支援会議で共有したことで、「(人工呼吸器は希望しないが) 苦しい思いはしたくない」、「しんどそうな様子を見るのはつらい」と話す本人・家族に対し、緩和ケアについても往診医から情報提供があり、緩和ケアも含めた本人・家族の意思決定につなげることができた。医療的な情報提供は、医療知識を持つ保健師の重要な役割であると言われているように³⁾、保健師は疾患の進行を予測しながら、医学的な側面からもアプロ

ーチしていく必要があると考える。

3) 在宅療養における情報提供と地域ケアシステムの構築

最期まで住み慣れた家で子供と暮らすことを希望された A 氏の支援を検討するにあたり、家族や支援者から、「自宅で人工呼吸器をつけて暮らすことはできるのか」、「他に使える制度やサービスはないのか」等、在宅療養の現状について問われることが多かった。したがって、保健師は地域で利用できる制度やサービス等の情報提供ができるよう、地域の実情を把握しておく必要がある。

また、A 氏の支援を通して、訪問看護事業所が ST の必要性を認識し、新たに ST を採用したり、複数の訪問看護や訪問リハの事業所が関わったことで、支援者同士で連絡がとりあえるネットワークを構築することができた。保健師の役割として、個別支援から地域課題を見出し、地域ケアシステムを構築することの重要性を指摘されているように³⁾、個別支援を通して地域の支援者となつながら、より良い在宅療養支援体制の整備ができるよう取り組んでいくことが必要であると考えられる。

5. おわりに

この後、A 氏は緩和ケアを受けながら、住み慣れた自宅で最期を迎えられ、ご家族は「最期まで家で過ごすことができよかったです。」と話された。また、支援者も支援終了事例検討会を通して、本人や家族にとっての最善を、悩みながらも本人と家族と支援者で考え、支え続けることができたこと振り返ることができた。

今後も個別支援を通して、様々な課題を支援者と共有しながら本人や家族が望む在宅療養支援ができるよう取り組んでいきたい。

(参考文献)

- 1) 丸山幸恵、安田貴恵子：筋萎縮性側索硬化症療養者の呼吸療法意思決定における看護支援に関する文献レビュー，日本健康医学会雑誌，30(1)，65-75，2021。
- 2) 隅田好美：患者・家族・専門職における<認識のズレ>—筋萎縮性側索硬化症 (ALS) 患者への支援—，社会福祉学，49(2)，150-162，2008。
- 3) 前川絵里子，平澤則子，飯吉令枝：難病保健活動を担当する保健所保健師の役割の認識，日本難病看護学会，25(2)，2020。

教育委員会と一体的に取り組む児童生徒への自殺対策

～SOS の出し方に関する教育を通して～

姫路市保健所

○森川 一恵、藤原 一樹、花本 早織、江藤 温子

1. はじめに

本市の自殺者数は、年間約 90 人で推移しており、令和 4 年まで減少傾向であったが、令和 5 年は増加した。令和 5 年の 20 歳未満自殺者数は令和 4 年より微増し、他の年代より増加数が多かった。本市では平成 30 年度に「ひめじ・いのち支え合いプラン（姫路市自殺対策計画）」を策定し、その基で取り組んだ、教育機関をはじめとする関係機関と連携した自殺対策について報告する。

2. 若者における自殺の現状

本市における、平成 30 年から令和 4 年の 10～20 代死因のうち、自殺の割合を見ると、10 代は 46.7%、20 代は 57.9%となっている。また、地域自殺実態プロフィールから、本市の生徒・学生等自殺者の内訳をみると、大学生より高校生以下の割合が高いことから、高校生以下への対策が喫緊の課題となっている。

3. 取組と結果

(1) いのちの教育推進連絡会議

SOS の出し方教育についての国の指針を受け、令和元年に 3 回の庁内検討会を重ね、令和 2 年に小中高等学校長、養護教諭、教育委員会、PTA、スクールカウンセラー等の構成員からなる「いのちの教育推進連絡会議」を設置した。本会議において、思春期出前授業（以下「授業」という。）、いじめ防止人権学習事業、相談先のリーフレットやカードの配布、教員研修の実施等、様々な取り組みを本市の SOS の出し方教育に位置付け、課題や事業の進捗管理を行っている。不登校、SNS や LINE トラブル、教員への研修内容や方法等について、活発な意見交換が行われる場となり、教育委員会をはじめとする関係機関とのネットワークの強化につながっている。

(2) SOS の出し方に関する教育

①教育委員会の取組

市立中学 1 年生を対象に、SOS の出し方の内容を含めた講演会やワークショップを行い、令和 5 年度は、講演会 5 校、ワークショップ 31 校に実施した。「学級における信頼感の醸成等に効果があり、互いの違いを認め合える人間関係づくりにつながった。」との感想があった。また、全小中学校に配布した相談手紙つきいじめ防止リーフレット「メール de エール」による相談は 10 件あり、「教育委員会と学校は密に連携をとって対応する必要性を感じた」「電話相談が年々増加している」との声があった。さらに、「姫路っ子悩み相談」ポケットカードは教員から自殺予防の視点を意識した説明を添えて配布している。これら既存の事業が、危機に直面したとき、誰にどう助けを求めればよいか、具体的かつ実践的なものとなるよう努めている。

②保健所の取組

市内全中学 1 年生の授業において、令和 3 年度より、不安や悩みについて信頼できる大人への相談や友人の変化に気づくことの大切さ、声のかけ方、話の聞き方等の、「SOS の出し方」に関する内容を追加し、授業を展開している。令和 5 年度には、3 年生でも約 6 割にあたる 26 校で実施した。

授業のアンケート結果について、令和 5 年度の 1 年生では、「悩んだ時の対応」が「知っている内容だった」と回答した生徒は 24.4%、「参考になった」は 68.4%であった（表 1）。3 年生では、「悩みごとや心配なことがあるとき、誰かに相談できますか？」の質問に対し「はい」と回答したのは 78.1%で（表 2）、そのうち相談先として多かったのは「友達」26.7%、次いで「母」26.5%であった（複数回答可）。

表1 悩んだ時の対応について(1年生)

知っている内容だった	参考になった	難しかった	無回答
24.4%	68.4%	6.3%	0.9%

表2 相談できるかどうか(3年生)

相談できる	相談できない	無回答
78.1%	18.8%	3.1%

(3) SOSの受け止め方に関する教育

児童生徒がSOSを出した際に教職員がSOSの受け止め方を学ぶ場として、令和2年度より初任者教員、令和4年度より市立中学校生徒指導担当教諭を対象に研修を実施している。また、依頼のあった県立高等学校、養護教諭、スクールソーシャルワーカーにも随時同様の研修を行っており、令和5年度は計5回実施することができた。この他教育委員会では、教育相談員が困ったときに、スーパービジョンを受けられる体制がとられている。今年度の中学校生徒指導担当者会議の研修では、担当教員と研修内容を事前協議し、学校・医療・保健・福祉との連携について事例検討を実施した。感想として「児童生徒と『先生なら話せる』という人間関係を築きたい」「児童生徒の些細な変化に気付ける教師を目指したい」等の感想が聞かれた。

4. 考察

教育機関と会議・研修等により、顔の見える関係ができ、双方の取り組みの現状や課題を共有できるようになった。会議での意見や協議内容を現場に周知し、浸透させていくことが重要である。中学校生徒指導担当者会議での研修を活用し、現場の教員と保健センターの職員が地域ごとに意見交換できるような合同カンファレンスを開催する等、共通認識と連携を深めていきたい。

また、教育委員会作成の性教育指導の手引きを踏まえ、思春期世代のニーズに合った、分かりやすい授業が行えるよう、検討しており、SOSの受け止め方のロールプレイを行ったり、「自分なら誰に相談するか」を記載できる配布物に見直すことで、いざという時に生徒が相談できるような授業にしていく必要があると考えている。

子どもがSOSを出してよかったと思えるためには、教職員や保護者が受け止め、支援する力が併せて重要である。アンケート結果から、保護者に対してもSOSの受け止め方について、伝えていくべきであることを、会議等を活用して発信していきたい。

こども家庭庁による令和5年度こどもの自殺の多角的な要因分析に関する調査研究でも、こどもの自殺のサインを見逃さないための啓発、こどもの自殺危機を察知した際に備えた緊急支援体制の確立、現在行われている取り組みを推進する必要性が示唆されており、今後も各会議や授業の事前打合わせ等の機会において、教育・保健福祉の視点から授業、研修の実施方法や内容について協議し展開していきたい。

5. まとめ

本市では、「ひめじ・いのち支え合いプラン」を令和5年度に改定し、第2次プランでは、「子ども・若者」を第一重点対象とし、「子どもの自殺者数ゼロ」という目標を掲げている。悩みやSOSの出し方に関する教育を今後さらに発展させ、生きづらさを抱える子ども・若者への支援体制の強化に、引き続き関係機関と一体となって取り組んでいきたい。

明石市のひきこもり支援
—専門職の連携による支援実践—

明石市 あかし保健所相談支援課 ○河野康政、林真央、加藤佳恵、巖紗由

【背景】

本市は、ひきこもり当事者およびその家族の相談支援に対応するために2019年7月に中核市初の「ひきこもり相談支援課」をあかし保健所内に設置、「ひきこもりは、行政があたりまえに支援すべき課題」であることを明確化し、以後課名変更（R3.4）、明石市ひきこもり相談センター（以下、「センター」という。）の併設（R4.4）を経て、現在まで相談支援体制を継続しており、その事業内容、支援体制、専門職による伴走型支援の効果、今後の課題について報告する。

【事業内容】

センターでは、ひきこもり状態の本人・家族からの相談に応じ専門職による伴走型支援を行っている。また当事者会・家族教室の実施（各1回/月）、当事者の居場所づくり（市内4か所）、出前講座、支援関係機関ネットワーク構築のための会議（1回/年）、啓発等を行っている。

【専門職による支援体制について】

ひきこもり支援は市町村で担当部署や体制は異なるが、補助金などの関係から生活保護担当部署、生活困窮者支援部署に設置されることが多い。本市は、新設時より保健所内に部署を設置し、保健師、精神保健福祉士などの専門職による伴走型支援を実施している。現在は、保健師（13名）、精神保健福祉士（4名）、社会福祉士（2名）、看護師（2名）などの計25名で、精神保健、自殺対策、難病支援を行いながら、ひきこもり支援を行っている。

【専門職の伴走型支援により社会参加に繋がった事例】

①就労に繋がった事例 30代男性

X年12月、本人からのメール相談を契機に本人・母への伴走型支援を開始。以後、地区担当保健師による本人の面談（1回/月）を実施、母は家族教室（1回/2か月）への参加を誘導する。相談

初期は本人の対人緊張の強さもあり、生活歴や興味のあることの聴取を中心に本人との関係構築を考え支援を行った。支援開始時より就労意欲は高かったこと、ウォーキングを2か月継続するなど活動にも幅が出てきていたこと、担当保健師との会話も円滑にできていたことから、X+1年5月、ひきこもり支援機関が主催するセミナーへの参加を促した。一旦、難色を示したものの、担当保健師より「気楽な気持ちで参加してみてもは。」と伝え、本人はセミナー参加した。参加時は相当緊張したようであったが、セミナー翌日には支援機関と面談し、自身の意見も伝えることができていた。この頃より、母は家族教室で本人への関わり方を学び、肯定的な関与が出来るようになり始め、母子関係もより良好な形になりつつあった。本人も定期的にセミナー参加をしたため、面談時にセミナーの感想を共有し、本人に「生活に拡がりが出てきていること」「セミナーに参加することで自己分析や振り返りができていること」「仕事説明会などに参加するなど着実なステップアップができてきていること」などの肯定的なフィードバックを行い、就労への考え方を整理することを繰り返した。X+1年8月より4時間程度の農業アルバイト（5日/週）を開始。その後も担当保健師による定期的な面談、支援機関のセミナー参加、母の家族教室参加は継続した。資格試験の受験やアルバイトの給与で母の誕生日ケーキを購入するなど生活の幅も拡がり始めた。X+2年3月、正社員として採用されセンターの支援は終了となったが、支援機関によるフォローは現在も継続中である。

②障害福祉サービスに繋がった事例 40代女性

X年5月、父他界を契機に20年間ひきこもった本人からの電話相談により伴走型支援を開始した。地区担当福祉職員が生活歴、本人の思いや希望する社会参加の方向性を丁寧に聴取し、以後

も関係性構築を念頭に2～3週間ごとに面談を継続した。本人は学童期から周囲との違和感を認識しており、「就労場面で指示が理解できなかった」「幼少期より忘れ物が多かった」などの聴取内容から発達障害が強く疑われた。支援開始直後から就労希望は強かったが、自身の課題解消のために医療機関受診を望んだため、明石市立発達支援センター（発達障害をはじめ、支援を必要とする方とその家族へ相談支援・発達支援・就労支援を行う役割を担う）と連携し、精神科受診後に就労支援を行うこととした。受診により『自閉症スペクトラム障害+注意欠如・多動性障害』の診断があり、本人の得手・不得手も把握出来たため、本人の特性を踏まえた上で発達支援センターと連携し障害福祉サービス（就B）での福祉的就労へつながった。現在、センターの支援は終了し、障害福祉サービス関係者及び発達支援センターによる支援を継続している。

【考察・今後の課題】

本市のひきこもり支援は、「個別性」に重きをおいた「伴走型支援」を行い、「就労のみによらない社会参加」を目指すこととしている。

先述の2つのケースでは、当事者や家族について、①それぞれのニーズの把握、②関わり方や考え方の整理について具体的なフォローやフィードバック、③バックボーンや関係性、精神疾患、発達障害等についてトータルアセスメントを基本とし、タイミングを逸する事がないよう途切れない支援を行った。この事により、社会参加への意欲や関係性の継続意欲が向上し、当事者の社会参加後も適切な支援機関との関係性を維持している。

ひきこもり支援は、当事者や家族が社会的かつ精神的孤立状態にあり、相談窓口に繋がりがづらい状況にある。また、そこから相談窓口に繋がったとしても、お互いに対する想いの乖離や、本市の支援方針とのミスマッチにより支援が継続しないことがある。これらの状況を改善し支援の継続性を担保するには、当事者および家族に対する詳細なアセスメント、生活支援や福祉的・医療的観

点等の多面的なアプローチが必要であり、多数の専門職による支援が最適である。

また、「ひきこもり」とは病気ではなく状態像を示す言葉だが、これまでの相談において精神疾患の影響が強く「ひきこもり」状態と考えられる方が散見される。精神疾患の影響が疑われる場合は、伴走型支援と並行し医学的な治療が有力な支援となるが、精神保健を所管する部署に所属する保健師、精神保健福祉士、社会福祉士などの専門職によるひきこもり支援は、精神障害者への支援を日々行っており、疾患理解や治療について一定の知識を有していることに加え、日々の業務を通じて精神科医療機関と有機的な連携を行えることから効果的である。

ひきこもり支援を行う部署設置後、当事者及びその家族からの相談は積み上がっており、市民からの相談ニーズは高い。他方、本市の推定ひきこもり人数と把握出来ている事案には大きな乖離があり、市内には未だ相談につながっていない事案も多数存在していると考えられる。

更なる効果的な周知啓発を行うこと、専門職の更なる資質向上、相談支援に繋がるようなネットワークの強化、当事者及び家族が社会的孤立しない地域づくり、出口支援の充実など課題は山積しているが、福祉的・医療的視点を持つ専門職による「個別性」を重視した「伴走型支援」は今後も継続し、多くの当事者と家族が自分らしい生活を送ることができる地域づくりを行っていきたいと考える。