

神戸市における e-KOBE を用いた自立支援医療（精神通院）の電子申請
神戸市精神保健福祉センター ○長場絢子 玉田郁恵 井上義夫 久保育代
矢野めぐみ 多田美保 上田奈々恵 岩元裕康 北村 登

1. はじめに

自立支援医療（精神通院）制度は障害者総合支援法に基づき、精神通院医療の自己負担額を軽減する公費負担制度である。各区役所窓口で申請をし、申請書の他、医師の診断書、健康保険上の世帯全員分の保険証、課税証明など必要に応じた書類の提出を求めている。

従来の窓口での申請では、土日・祝日などの申請ができない、神戸市民の利便性の向上から、電子申請など申請手続きの拡大が課題であった。そのため携帯等からの自立支援医療申請を可能にするため、情報化推進部と精神保健福祉センターがチームを作り、e-KOBE による申請システムを構築した。実際の運用状況とともに、e-KOBE による申請の特徴、そして問題点を報告する。

2. 方法

2023 年度に情報化推進部と精神保健福祉センター自立支援医療担当でスマート化チームを作り、e-KOBE のシステム構築を始めた。

内容が適切に読みなくてはいけない医師診断書の電子添付は、診断書を 4 分割の写真データを添付することで解決した。

受付事務は神戸市精神保健福祉センターとし、e-KOBE 担当 1 名を中心に申請受付事務を行うようにした。受付番号を記入し、申請書、診断書の写真データ等添付資料を紙に打ち出しをして、区から進達されてくる申請書と同様に入力・審査をする運営にした。

その結果 2024 年 6 月 28 日から、全国で初めて診断書の添付ありの自立支援医療の電子申請を開始している。

3. 結果

2025 年 3 月末まで e-KOBE では 578 件の申請を受け付けた。申請状況を 2024 年 7 月～2025 年 3 月の全申請（40,367 件）と比較した。

年代別では、e-KOBE での申請は 20 代～40 代が、445 件（77.0%）と大半を占めている。一方申請全体では 20 代～40 代の申請割合は 43.8% であった。

疾患別（F コード分類）では（表 1）、多動性障害が申請全体のうち 3.2% となっているのに対し、e-KOBE での申請のなかでは 10.1% を占め、割合が多かった。反対に統合失調症は申請全体うち 19.6% を占めるのに対し、e-KOBE 申請に限ると 5.2% と少なかった。

健康保険種別が分かった e-KOBE 申請 524 件の内訳と 2024 年 7 月～2025 年 3 月の申請全体の保険種別を比較した（表 2）。e-KOBE 申請では健康保険等 82.1%、国保等 14.1%、後期高齢 1.9%、生活保護 1.9%。申請全体では、健康保険等 35.2%、国保等 30.7%、後期高齢 6.8%、生活保護 27.4% であった。

2025 年 3 月末までの e-KOBE 申請では、不備率は 21.9%（127/579 件）となっている。2024 年 9 月末までの不備率は 30.8%（56/182 件）だったのが、10 月以降の不備率は 17.9%（71/397 件）となった。

4. 考察

e-KOBE による自立支援医療の申請では、若い世代（20代～40代）、会社勤めが多いと思われる健康保険加入者からの申請割合が全体の申請と比較して多く、区役所開庁時間外に申請手続きができるところから、社会参加をしている方や、若い世代の市民の利便性向上につながっていると思われる。

疾患別では、統合失調症で e-KOBE による申請が少なく、一方で多動性障害ではその申請が多くなった。統合失調症では、陰性症状の一部として自発性・能動性の低下が認められる。多動性障害では、新奇好性が強いと言われており、疾患特性が電子申請に影響を与えている可能性がある。

e-KOBE による申請の不備率は開始後 3 か月（7月～9月）は 30% を超えていたのが、その後の 6ヶ月（2024年11月～2025年3月）は 10% 台に低下した。これは運営開始後も e-KOBE システムの再構築や修正を繰りかえしたことが影響したと考えている。修正内容点として、1) 申請種別でフォームを分けることで、申請手続きにかかる選択肢をへらしたこと、2) 申請者に分かりやすい表現で説明したこと、3) 不備がある場合、申請手続きが完了する前にエラー表示され、申請完了前に不備を修正できるようにしたこと、が挙げられる。その場で不備を修正できる窓口受付と比べ、電子申請で不備があれば、架電から申請者に修正を促す必要がある。そのため電子申請の構築に当たって、利便性の向上と業務の効率化のためには、不備を減らす対策を継続していくことが重要と考える。

今後、自立支援医療の申請において電子申請は拡大していくと思われるが、一方で

疾患によっては電子申請を行うことが難しい場合もあると思われることから、窓口対応も必要である。現時点では e-KOBE による自立支援医療の申請は、神戸市民の利便性向上のために、申請にあたり多様な手段を確保するツールの一つであると考えている。

表 1. 自立支援医療申請疾患別割合

（2024年7月～2025年3月）

疾患名		e-KOBE n=573	全体 n=40367
F0	認知症等	1.0%	4.3%
F1	薬物による	2.1%	2.5%
F2	統合失調症	5.2%	19.6%
F3	うつ等	50.6%	43.6%
F4	不安障害、強迫性障害等	15.7%	12.6%
F5	摂食障害、睡眠障害等	0.5%	0.5%
F6	パーソナリティー障害等	0.0%	0.4%
F7	知的障害	0.2%	1.2%
F8	発達障害	6.3%	6.5%
F9	多動性障害等	10.1%	3.2%
G40	てんかん	8.2%	5.7%
F0	認知症等	1.0%	4.3%

表 2. 自立支援医療申請保険種別割合

（2024年7月～2025年3月）

	e-KOBE n=524	全体 n=40367
健康保険等	82.1%	35.2%
国保等	14.1%	30.7%
後期高齢	1.9%	6.8%
生保	1.9%	27.4%

精神障害者の地域生活支援における保健師の役割 —継続支援チーム対応事例を通して、保健師の支援プロセスを分析する—

兵庫県芦屋健康福祉事務所地域保健課 ○前谷 菜緒 藤本 正真 押場 美穂
岸本 和美 古段 佐規子 松本 安代

【はじめに】

近年、精神障害者の治療・支援は、入院中心から地域中心へと移行し、保健師は医療、福祉、家族等、多様な関係者と連携し、精神障害者の地域生活を支える中核的な専門職として期待されている。筆者はこれまで、継続支援チームに3事例携わった。結果、退院後に地域での生活を継続できた事例もあれば、状態悪化により任意入院に至った事例もあった。本研究では、この3事例の分析を通じて、支援プロセスの可視化を試み、保健師の支援の促進要因や支援における課題について考察する。

1 分析対象

令和5年から令和6年に、措置入院歴があり、継続支援チームとして支援を行った統合失調症の患者の3事例を選定した。

2 分析手法

以下の手順で分析する。分析に用いるのは、保健師の支援記録（面接・訪問・電話記録、継続支援チーム退院後支援計画書等）である。

(1)記録より支援内容や対象者の反応を抽出し、キーワードとしてまとめる。

(2)キーワードを時系列に整理したうえで、キーワード間の関係性を可視化し、支援プロセス図を3事例分作成する。

(3)3事例を比較分析し、キーワードとその関係性を、一連の支援のプロセスとしてグループ化し、その意味を整理する。

図1 支援プロセス図（B氏）



（4）支援の促進要因・課題を考察する。

【結果】

作成した支援プロセス図を1事例分示す（図1）。3事例の計213のキーワードから、5項目をグループ化した。抽出されたキーワードと3事例の比較分析により、構成されたグループを以下に示す。キーワードを〈〉、グループを【】とする。

1 全事例で〈本人と面接〉しており、入院早期に面接した事例は、本人の話を〈傾聴〉することで、〈不安の吐露〉や〈退院後の生活への希望〉が見られ、〈思いの表出〉や〈支援者の受け入れ〉につながっていた。その反面、〈本人と面接〉が遅れた事例では〈支援者に対する緊張〉を解消できず、〈信頼関係の構築〉に時間を要した。これらのキーワードを【入院早期からの保健師の関わり】とグループ化した。

2 全事例で、入院中に本人だけでなく〈家族と面接〉している。思いの〈傾聴〉や今後の〈支援の説明〉をすることで、家族との〈信頼関係の構築〉、退院後の支援に対する〈安心感〉につながった。また、2事例で家族に〈疾患の理解〉や〈本人を見守り〉など本人への関わり方の変化が見られた。これらのキーワードを【家族を巻き込んだ支援体制の構築】とグループ化した。

3 全事例で、退院前に支援者間で本人を中心とした〈支援内容の検討〉を行い、退院後は〈支

援者との情報共有〉を定期的に実施することで、〈本人の状態変化〉や〈不安感〉を把握した。うち1事例では、〈受診勧奨〉することで、本人が〈入院の判断〉をすることができた。これらのキーワードを【支援者間での情報共有と共通認識】とグループ化した。

4 全事例で、退院後も保健師を含む支援者が本人・家族への〈定期的な訪問・連絡〉で話を〈傾聴〉することで、〈社会参加への意欲〉や〈就労に対する意欲〉などの本人の思いの表出を促し、良い〈変化の把握〉ができた。うち2事例では、本人への〈情報提供〉や〈支援者と情報共有〉することで、〈事業所利用開始〉につながった。これらのキーワードを【定期的な関わりによる本人の希望の表出】とグループ化した。

5 退院前に全事例で、本人と〈悪化時の振り返り〉を実施し、支援者と〈支援内容の検討〉をすることで、本人の現状や個別性に即した〈退院後支援計画を作成〉した。また、本人の判断で再入院した事例では、退院前に〈退院後支援計画の見直し〉を本人・家族・支援者で実施した。これらのキーワードを【患者の状況に合わせた支援計画の調整】とグループ化した。

【考察】

抽出されたグループ間の意味や関係性を整理し、支援の促進要因・課題を考察する。

1 支援の促進要因

(1)【入院早期からの保健師の関わり】、【家族を巻き込んだ支援体制の構築】の結果から、本人・家族の受入れ状況や病識の有無による差はあるが、入院後早期に本人やその家族と関わることで信頼関係が構築できたと考えられる。信頼関係を築くことは、本人・家族の希望の表出を促し、【患者の状況に合わせた支援計画の調整】や、退院後の支援者の受入れへが円滑に行われるなどの影響が示唆される。これらのグループは、早期から同時に実施することで、本人の意欲喚起や、家族による支援の有効性を促進する効果があったと考えられる。

(2)【支援者間での情報共有と共通認識】により、退院前に症状悪化の兆候やきっかけを本人・家族、支援者と振り返ることで、医療機関への連絡や支援者の介入などの対処行動を検討し、【患者の状況に合わせた支援計画の調整】をすることができた。加えて、退院前に、本人の情報を共有したことで、退院後の情報共有のタイミングや内容を支援者間で共通認識することができ、【支援者間での情報共有と共通認識】がより一層促進された。これらの取組は、

本人の地域生活の継続や再入院の防止に効果的であると考えられる。

(3)【定期的な関わりによる本人の希望の表出】で把握された本人の希望や意欲を支える支援ができた事例では、本人の望むサービス利用や社会参加につながっていた。支援者との関わりの中で表出された本人の希望が【支援者間での情報共有と共通認識】されることで、本人を取り巻く状況をより詳細にアセスメントすることができる。さらに、本人の治療状況や環境変化による状態や思いの変化を把握し、【患者の状況に合わせた支援計画の調整】を促進することができたと考えられる。

2 支援における課題

(1)【患者の状況に合わせた支援計画の調整】をしていたものの、事前に想定していた悪化の兆候と対処方法では、支援者が介入するタイミングを見極めることが難しく、また、本人も自身の変化を自覚することが困難であった。保健師は、【支援者との情報共有と早期探知】、【定期的な関わりによる本人の希望の表出】で収集した情報を集約し、訪問や支援者会議等を通して、隨時見直しと検討を繰り返し、【患者の状況に合わせた支援計画の調整】をしていくことが必要である。

(2)今回、事例の振り返りをしたことで、支援者側が必要と考えるサービスを提供するだけでなく、選択肢を提示し、本人・家族の自己決定を促す関わりも重要であると改めて認識した。地域での生活を円滑に進めるために、本人・家族の能力をアセスメントしたうえで、早期から自発的な行動を促す関わりをしていくことが必要であったと考える。

【まとめ】

研究対象の3事例のなかには、支援開始前に何度も入退院を繰り返している事例もあった。経緯や周囲の環境も異なる事例だが、現在は継続支援チームとしての活動を終了し、支援者の見守りのもと、地域での生活を継続している。そのなかで保健師の役割として、入院早期から本人及び家族を巻き込んだ支援体制を整え、訪問や電話連絡、支援者からの情報をもとにタイムリーに支援方針を見直し、個別ケースに応じた運用を行うことが重要であると考える。

また、本人・家族が支援計画を検討する場に繰り返し参加することで、状況を客観視することにつながり、対処能力の向上を図ることができた。本人・家族自身が、課題に気づき、行動変容につなげることができるよう丁寧に関わっていきたい。

兵庫県の COVID-19 死亡率に与える公衆学的決定要因の分析。

尼崎市保健所

○真砂隆太朗、濱田昌範

【目的】兵庫県の COVID-19 による死亡率は、全国的にみても大阪府、北海道、高知県、熊本県、宮崎県に次いで 6 番目に悪かった。医療水準ならびに医療資源は決して他都道府県に比較して低くないのにこのような結果になった原因を公衆衛生学的要因から分析し、次の感染症パンデミックに備えることを目的とした。

【方法】2020 年 1 月 1 日から 2023 年 5 月 8 日までの各都道府県の COVID-19 による死亡率（以下、死亡率）と感染率は確定値を厚生労働省のオープンデータから引用した。本論文で用いた公衆衛生学的な変数選定には Izadi sabet らの論文¹⁾を参考に著者らが独自に決定した。総務省統計局の「社会・人口統計体系 統計でみる都道府県のすがた 2021 年」から①地理的要因として各都道府県の人口、人口密度、高齢化率および高齢単身世帯割合、②経済的要因としてひとり当たりの国民医療費総額（以下、医療費総額）ならびに千人あたりの生活保護被保護実人員（以下、生活保護数）、③医療資源要因として 10 万人あたりの医療施設に従事する医師数（以下、医師数）、10 万人あたりの保健師数（以下、保健師数）、10 万人あたりの一般病床数（以下、一般病床数）および千人あたりの年間救急出動件数（以下、救急出動件数）、④福祉的要因として 65 歳以上千人あたりの介護福祉老人施設定員（以下、老人施設定員数）を取得した。結核予防会 結核研究所 疫学情報センターから⑤感染要因として結核罹患率を引用した。⑥累積ワクチン 3 回接種率（以下、ワクチン接種率）は 2023 年 5 月 8 日までのデータを札幌医科大学のオープンデータから得た。⑦各都道府県の喫煙率は「国民健康・栄養調査」が 2021 年は中断されていたので 2019 年の確定値を引用した。統計解析には EZR を使用し、 $P \leq 0.05$ を有意とした。オープンデータの数値のみを対象とした分析研究であり、個人情報は扱っていないので倫理委員会での審査は不要と判断した。

【結果】47 都道府県の死亡率の中央値は 57.2 人（95% 信頼区間 52.9～58.2）であった。各変数の中央値と 95% 信頼区間は表 1 に示した。

変数	中央値	95% 信頼区間
死亡率（/10 万人）	57.2	52.9～58.2
感染率（/10 万人）	26286.2	24260.5～28736.4
人口（万人）	160.0	125.0～199.0
人口密度（/km ² ）	795.6	635.2～864.9
高齢化率（%）	30.8	29.7～32.0
高齢単身世帯割合（%）	11.1	10.4～11.9
生活保護数（/千人）	13.3	10.2～15.8
喫煙率（%）	18.3	17.5～19.1
医師数（/10 万人）	252.2	233.1～270.8
保健師数（/10 万人）	53.6	49.5～56.9
一般病床数（/10 万人）	1133.3	1046.0～1254.3
医療費総額（千円/人）	366.3	350.6～383.6
ワクチン接種率（%）	70.0	69.6～72.0
結核罹患率（/10 万人）	8.4	8.1～9.0
救急出動件数（/千人）	49.2	47.3～50.7
老人施設定員（/≥65 歳千人）	16.5	15.7～17.5

表 1. 各変数の中央値と 95% 信頼区間

	Estimate	Std. Error	t value	P 値
(Intercept)	-0.79088	22.55676	-0.03506	0.97220
医師数（/10 万人）	-0.11426	0.05038	-2.26759	0.02869
医療費総額（千円/人）	0.16033	0.05243	3.05783	0.00391
生活保護数（/千人）	0.83050	0.28531	2.91085	0.00580
老人施設定員（/≥65 歳千人）	-1.48119	0.65668	-2.25555	0.02949
救急出動件数（/千人）	0.80173	0.30506	2.62803	0.01202
Multiple R-squared	0.6927			
P 値	0.000456			

表 2. 死亡率を目的変数とした重回帰分析の結果

重回帰分析で独立した因子として残ったのは医師数、医療費総額、生活保護数、特養定員数、年間救急出動件数であった（表 2）。

変数	第 1 主成分	第 2 主成分	第 3 主成分
死亡率（/10 万人）	0.27	0.18	-0.33
感染率（/10 万人）	0.32	0.08	0.15
人口（万人）	0.24	-0.28	-0.23
人口密度（/km ² ）	0.33	-0.22	0.16
高齢化率（%）	-0.26	0.31	-0.08
高齢単身世帯割合（%）	0.11	0.38	-0.14
生活保護数（/千人）	0.30	0.15	-0.39
喫煙率（%）	-0.11	-0.02	-0.64
医師数（/10 万人）	0.17	0.32	0.33
保健師数（/10 万人）	-0.27	0.28	0.11
一般病床数（/10 万人）	-0.02	0.43	0.03
国民医療費総額（千円/人）	0.06	0.43	-0.02
累積ワクチン 3 回接種率（%）	-0.32	0.01	-0.21
結核罹患率（/10 万人）	0.31	0.09	0.10
年間救急出動件数（/千人）	0.34	0.05	0.03
老人施設定員（/≥65 歳千人）	-0.25	0.08	0.16
固有値	5.31	4.86	1.55
累積寄与率（%）	33.2	63.5	73.2

表 3. 主成分分析における各変数の負荷量

説明変数の次元圧縮のため主成分分析を行った。有意な合成変数（固有値 ≥ 1.0 ）は 3 つ抽出された（表 3）。第 1 主成分において正の領域に有意な負荷量（ ≥ 0.3 ）を示した変数は感染率、人口密

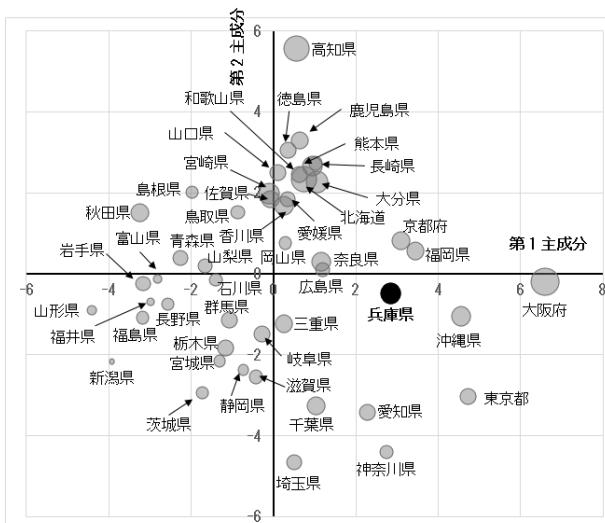


図1. 各都道府県の第1主成分・第2主成分配置
(円の直径は死亡率を相対的に表す)

度、生活保護数、結核罹患率、救急出動件数、負の領域に有意な負荷量 (≤ -0.3) を示した変数はワクチン接種率であった。第2主成分において正の領域に有意な負荷量を示した変数は高齢化率、高齢単身世帯割合、医師数、一般病床数、医療費総額であった。第3主成分において正の領域に有意な負荷量を示した変数は医師数、負の領域に有意な負荷量を示した変数は死亡率、生活保護数、喫煙率であった（表3）。

各都道府県の位置を、第1主成分を横軸、第2主成分を縦軸に取り、死亡率を円の直径として散布図に展開すると図1の様になった。「四国+福岡県を除く九州各県の群」、「近畿各県+福岡県+沖縄県の群」、「北陸+北関東の群」の3つのクラスターに大別できた（図1）。

【考 察】重回帰分析の結果から、医療費総額、生活保護数、救急出動件数が高いと死亡率は高く、医師数、特養定員数が多いと死亡率が低かったことが分かる。主成分分析では死亡率と関連する因子を探索することはできないが、対象とした集団を2次元、3次元に展開し可視化できる強みがある。第1主成分に対する有意な変数から想像すると「社会的に孤立した人が多い大都市を抱える都道府県」にイメージ集約できる。都市部では感染しやすい生活環境にあり、一方で救急出動への依存傾向は、医療施設の過疎化ではなく住民の受療行動を反映すると同時に救急医療の脆弱性を示していると考察した²⁾。第2主成分に対する有意な変数から想像できるのは「医療資源は足りていたが有効利用ができなかった地方の県」のイメー

ジである。第3主成分に対する有意な変数から想像できるのは「social capital（社会関係資本）が高い県」のイメージであった。

以上のことから、少なくとも「関西各府県群」と、「四国+福岡県を除く九州各県群」との問題点は異なっており、対応策も異なる可能性が見てとれる。兵庫県では生活保護被保護者や独居高齢者が医療・福祉のセーフティーネットから取りこぼされない、言い換えれば「社会的な孤立を減らす」ことが感染症パンデミックで死亡率を減らす政策として重要と思われる。具体的には「民生委員、保健師による訪問や声掛け」、「サークル活動や社会参加といった社会的処方」、「子ども食堂の高齢単身者への水平展開」などが社会的孤立を防ぐために必要と考えられる。これらは次回の感染症パンデミックに対する公衆衛生と福祉政策の重要な課題となるだろう。今回の分析の限界として、都道府県で独自に実施した臨時の医療施設開設や往診専門医療業者の導入、抗ウイルス薬の使用頻度の違いによる死亡率の差に関しては別途、議論の余地がある。

【結 論】感染症法2類相当の期間、COVID-19による死亡率は都道府県により4.6倍の差があった。この差はいくつかの公衆衛生学的要因で説明可能である。ひとつの要因は都市化による「結核に象徴される感染拡大環境」と「救急車に依存した受療行動に象徴される社会的孤立」である。もう一つの要因は「地方での医療資源の非効率な利用」である。「兵庫県は日本の縮図」と言われているが、次の感染症パンデミックまでに二次医療圏もしくは保健所所轄単位で同様の分析を行い、地域に応じた新たな体制構築のための「予防計画」を、県・政令市の区別なく、「オール兵庫県」で考える必要がある。

【報告の限界】部分的最小二乗法(PLS)ができるソフトが無かったので探索的因子分析には至っていないことは承知している。

【参考文献】

- Izadi sabet F, Amini bei dokhti A, Jafari S. Social determinants of health during and after coronavirus: a qualitative study. BMC Public Health 2024; 24: 283.
- 鈴木 昌, 堀 進悟. 救急搬送先病院の選定困難事案多発の原因についての検討. 日救急医会誌 2010; 21: 899-908.

結核ハイリスク者健診の効果的な実施について

神戸市北神区役所保健福祉課

濱本 さいか

【はじめに】

神戸市は、2024年は151人が結核と診断され、都市別結核罹患率は7位である。神戸市では、結核の高発病、遅発見、治療中断、伝播高危険度などの社会的リスクを有しているハイリスク者に対し、ハイリスク者健診を実施している。

北神区役所管内の結核の早期発見、早期治療を目指し、2024年度に実施したハイリスク者健診の取り組みについて報告する。

【事業概要】

1) 背景

北神区役所管内の課題として、二点挙げられる。一つ目は、神戸市と比較して北区は、2024年の結核の罹患率は9.3と低く、地域の人々が結核を身近な病気として認識しづらいことである。二つ目は、管内は広域であるため、移動手段が限られており、医療に繋がりにくくということである。これらのことからも、実施会場を慎重に選定しなければ、ハイリスク者健診により結核患者を発見することが難しいと考えた。

2) 目的

管内の特徴を考慮し、適切な地区を検討し、結核のリスクが高い対象者に対して、健診等を実施することで、結核の予防及び蔓延の防止に努める。さらに、健診の機会を用いて地域住民への結核に対する正しい知識の普及に努めることを目的とした。

3) 実施内容

○場所

A地域福祉センター、B集会所にて1回ずつ実施。

○対象者

概ね65歳以上の地域住民

○実施項目

- ・胸部X線検査、結核クイズ
- ・筋肉量チェック（握力、足指力、ふくらはぎ周囲長）
- ・血圧
- ・健康介護相談

【事業運営時の工夫点】

<事前>

・地域の選定方法と理由

2017～2024年の結核新規登録患者数について、地区別・年齢別・国籍別の分析を実施。地区別分析で結核患者が多い地域は昨年度まで優先的に健診を実施してきたが、結核患者の母数が少ないこともあり、大きな偏りがあるとは断言できなかった。また、外国籍より高齢者の結核患者が多い状況であった。そのため、2024年度は①高齢化率が高い、②比較的賃料が安い集合住宅（市営等）がある、③近隣に医療機関がない、④過去5年結核の発生がある地域をリスクの高い基準として、地域選定を行った。

・PR実施方法

選定した地域では、地域のイベント等についても参加者が集まりにくくという傾向にあった。地域の支援者（ふれあいまちづくり協議会、自治会、地域包括支援センター等）とともに住民が日常的に利用する場所を検討し、ポスターの掲示や、回覧の協力等を得た。また、集いの場や喫茶等地域の人々が集う場に参加しながら周知した。

<当日>

・健診の実施内容

選定地域の高齢者の関心が高いと聞き取った、フレイル予防を目的とした筋肉量チェックと一緒に実施した。また、胸部X線検査だけではなく、待ち時間に結核クイズを回答してもらい、結核の啓発を行った。

- ・相談窓口の開設

測定結果等を元に保健師が健康相談を行った。あわせて同じブースで地域包括支援センターの協力を得て介護相談を行った。

<事後>

- ・医療機関の予約、案内

胸部X線検査の結果、受診が必要だが、消極的な対象者に対して、電話連絡にて受診の必要性の説明、さらに医療機関と連携するなどして、受診に繋いだ。(要医療2名、要観察4名。)

- ・実施結果を用いた地域への啓発

実施結果を元に、結核やフレイル予防に関するチラシを作成し、健診後に地域で掲示等の啓発を行った。

【考察】

地域選定については、今回、健診受診者からも、医療機関で胸部X線検査を受ける機会がなかったので良かったという声が多数あった。地区担当保健師と医療機関へのアクセス等地域の情報を踏まえ、計画を立てることで、地域の特性に合わせた効果的な会場選定ができた。

内容については、胸部X線検査と同時に筋肉量チェックといった事前調査で地域住民の関心が高いイベントを一緒に開催することで、当日の参加に繋がった。さらに、普段なかなか知ることのできない健康状態も改めて確認してもらい、フレイル予防も併せて周知することができた。

広報については、事前に地域の高齢者の集まりで、結核の啓発およびハイリスク者健診の受診勧奨を行うことで、結核に対する意識づけとなった。また、地域の支援者と協力して実施することで、地域住民の行動範囲をよく知っている人と広報の方法等を検討できた他、結核に対する認識の低さを地域全体の課題として関心を持ってもらう機会となったと考える。さらに、健診後も実施結果を元に結核やフレイル予防のチラシを掲示することで、当日不参加の人も含めて地域に広く継続した結核予防や健康づくりの啓発に繋げる等、効果的な広報をすることができたと考える。

【まとめ】

結核患者の発見という真の目的を果たすことが難しい地理的条件や状況があったが、その

中で効果的な実施ができるよう工夫することができた。結核の新登録患者の約7割は70歳以上の高齢者であり、結核の早期発見のためにも、自身の体調を気にかけ、自助の力を高めることが大切である。そのためには、結核についての正しい知識や医療機関の受診の必要性を理解してもらえるよう、啓発する重要性を感じた。

さらに、2024年度実施のハイリスク地域の選定基準に加え、生活基盤や医療へのつながりにくさに関する要因を追加し、「生活保護世帯」や「精神障害者保健福祉手帳の取得数」、「外国人増加率」等のデータ分析を行っている。2025年度もデータ等から効果的な地域選定を行い、地域住民の関心が高い内容、広報の方法を検討し、結核ハイリスク者健診を実施予定である。

若い世代（青年期）への食育の取組 —大学生の「食」に関する実態・意識アンケート調査結果を踏まえた食育の実践—

中播磨健康福祉事務所（福崎保健所）

○ 藤田 志保 天野 栄子 吉村 信恵 仲西 博子

1 はじめに

当所では、令和6年度より「健やか食育プロジェクト事業」において、食に関する課題を多く抱える若い世代を対象に、若者自身が食生活をマネジメントできるスキルを身につけるための食育の実践に取り組んでいる。この度、若い世代が生涯における健康づくりを意識し、健康的な食生活や生活習慣の実践に繋げるための食育の推進方策を検討することを目的に、管内大学の学生を対象に「大学生の食に関する実態・意識アンケート調査」を実施し、調査結果を踏まえた食育活動を行った。また、この取組を通じて、大学との連携による食育推進の体制づくりの促進もねらいとしたので、以下により報告する。

2 調査方法

- (1)調査名 大学生の「食」に関する実態・意識アンケート調査
- (2)調査対象 管内大学(1校)の全学生 400 人
- (3)調査期間 令和6年9月下旬～10月中旬
- (4)調査方法 Microsoft forms による回答
- (5)調査内容 ①基本情報(8問)、②健康状態や意識、生活習慣等について(6問)、③食生活や食習慣について(17問) 合計31問
- (6)回答数 231人(男性177人、女性54人)
回収率 57.8%

3 調査結果

ここでは、本アンケート調査から、特に対象学生の健康課題として対策が喫緊に必要と考えられる「朝食」と「BMI と体型認識のズレ」の2項目を中心に報告する。

(1)アンケート結果から見えた現状と課題

①-1 朝食欠食について

ア 朝食を「週6日以上」食べている男子学生は67人(約38%)、女子学生は12人(約22%)であった。

(図1)「令和3年度ひょうご栄養・食生活実態調査結果(20～29歳)」と比較すると、男子は約1割、女子は約4割、摂取率が低い状況であった。

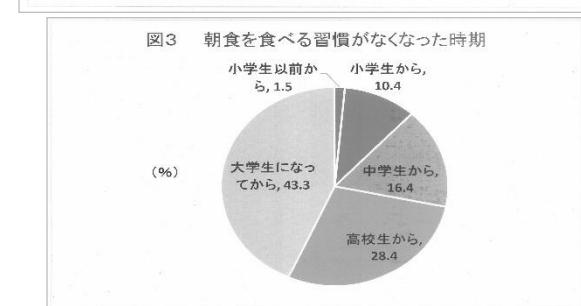
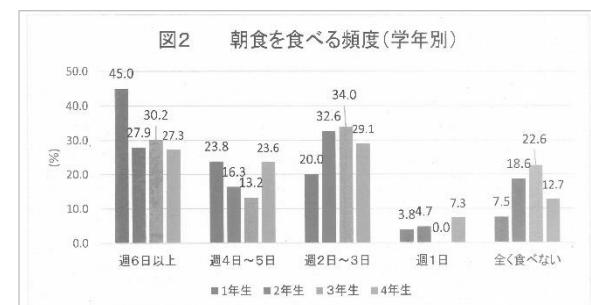
イ 学年別では1年生80人中36人(約45%)が「週6日以上」摂取していたが、学年が上がるにつれて欠食割合が高くなる傾向であった。(図2)

ウ 朝食を食べる習慣がなくなった時期は、朝食を「週2～3日」「週1日」「全く食べない」と回答した学生67人中、「大学生になってから」と回答した学生は29人(約43%)であった。(図3)

図1 朝食を食べる頻度
(大学生と県調査結果との比較)



*県調査結果: R3 ひょうご栄養・食生活実態調査



①-2 朝食摂取と現在の健康状態及び食事内容の自己評価との関連について

朝食摂取と「現在の健康状態」、「現在の食事内容の自己評価」との関連について、 χ^2 検定により有意差判定を行った。

ア 朝食の摂取頻度と現在の健康状態には関連がみられた。[表1] 朝食摂取頻度が多い学生は、現在の健康状態を良好と感じている傾向にあった。($P<0.05$)

[表1] 朝食摂取と現在の健康状態との関連(n=231)

朝食摂取頻度 \ 健康状態	週6日以上 (%)	週4～5日 (%)	週2～3日 (%)	週1日 (%)	全く食べない (%)
よい	48(60.8)	26(56.5)	26(40.6)	3(33.3)	11(33.3)
まあよい	19(24.1)	8(17.4)	21(32.8)	1(21.2)	7(21.2)
ふつう	11(13.9)	11(23.9)	14(21.9)	4(30.3)	10(30.3)
あまりよくなない	1(1.3)	1(2.2)	3(4.7)	1(12.1)	4(12.1)
よくない	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(3.3)	1(3.3)
小計 (n)	79	46	64	9	33

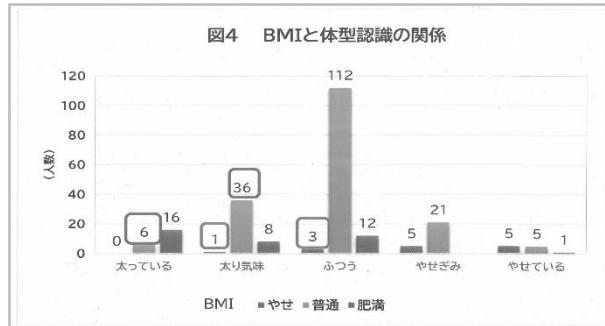
イ 朝食の摂取頻度と現在の食事内容の自己評価には関連がみられた。[表2] 朝食摂取頻度が多い学生は、現在の食事内容の評価が高い傾向にあった。($P<0.05$)

[表2] 朝食摂取と現在の食事内容の自己評価との関連 (n=231)

朝食摂取頻度 \ 食事内容自己評価	週6日以上 (%)	週4～5日 (%)	週2～3日 (%)	週1日 (%)	全く食べない (%)
大変良い	18(22.8)	7(15.2)	4(6.3)	0(0.0)	4(12.1)
よい	39(49.4)	21(45.7)	28(43.8)	3(33.3)	8(24.2)
少し問題がある	17(21.5)	12(26.1)	26(40.6)	3(33.3)	15(45.5)
問題が多い	3(3.8)	2(4.3)	3(4.7)	3(33.3)	4(12.1)
何も思わない	2(2.5)	4(8.7)	3(4.7)	0(0.0)	2(6.1)
小計 (n)	79	46	64	9	33

② 実体格と体型認識のズレについて

学生の体格(BMI)と体型認識について、BMI「ふつう」、「やせ」と判定された学生194人のうち、体形が実態よりも「太っている」「太り気味」「ふつう」と回答した者は46人(約24%)であり、体格と体型認識が一致した学生に比して、有意に体型認識のズレが生じていることがわかった。(図4) (P<0.05)



(2) 大学生への普及啓発方法について

上記で述べた健康課題の2項目(「朝食」と「BMIと体型認識のズレ」)についてリーフレットを作成し、大学の協力を得て全学生に配布及び学内、食堂、学生寮での掲示により学生への普及啓発を実施した。(図5)

[一部抜粋(1ページ目)]

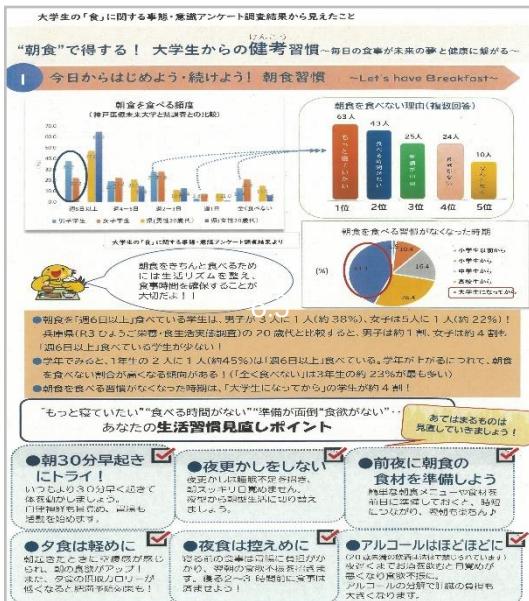


図5 リーフレット(規格:A3両面二つ折り)

4 考察

(1) 現大学生は、平成17(2005)年の食育基本法施行前後に出生し、食育の取組が学校や家庭で広がる時期に育った世代である。学校等における食育を通じて、健全な食生活に必要な知識等、食に関する基礎を習得する機会があつた一方、高校等を卒業し、又は社会人となり自ら食事を用意し食生活を営む時期を迎え、食に関する課題を多く抱えていることが指摘されている。¹⁾

特に、重点課題と考える「朝食欠食」については、先に述べたとおりであるが、本アンケート調査結果から、朝食を食べない(朝食を「週2~3日」「週1日」「全く食べない」と回答した学生の欠食理由は、「もっと寝ていい」「食べる時間がない」「準備が面倒」「食欲がない」と回答した学生の欠食理由は、「もっと寝て

いたい」が57人(約54%)と最も多く、「食べる時間がない」39人(約37%)、「準備が面倒」約23%(24人)、「食欲がない」約20%(21人)となっている。さらに「健康的な食事の実践の妨げになっているもの」として、「生活(授業、アルバイト、部活動)」と回答した学生が約44%(102人)を占めており、朝食の問題だけでなく、生活時間の不規則さも影響が大きく、学生の生活全体の見直しが必要であると言える。このことを踏まえると幼児期からの食育はもとより、自ら食生活を営むようになる大学生等に対しても、食育の取組みを広げていくことが必要であり、大学での食育を通じて健全な食生活の実践を促すことが重要と考えられる。²⁾

(2) また、本調査から朝食摂取は健康状態や食事内容の自己評価を高めることが示唆された。これは学生が自らの食生活を振り返り、自らや周囲のサポートを得ながら自発的な食生活改善に努めることが、食生活のみならず生活習慣、健康状態の改善に繋がり、生活習慣病予防、健康寿命の延伸に結び付くと期待される。³⁾

(3) 「これまでに痩せるために5日以上継続して食事の量を減らした経験がある」と回答した学生50人のうち、BMI(肥満)判定者は17人(約46%)、BMI(やせ)判定者は5人(約36%)であった。この度の調査では、 χ^2 検定で実体格と朝食欠食の関連は見られなかったが、全体でのBMI(やせ)判定者14人中7人(約50%)は、朝食を「週2~3日」「週1日」「全く食べない」と回答しており、必要のない減量と朝食欠食との関連が否めないと考えられる。

5 今後の取組の方向性について

(1) 大学生自らが食生活、生活習慣をマネジメントできるスキルを養うために、大学においても主体的に食育に取組む必要がある。その体制づくりに向けて、当所としては大学との連携を密に図り、学生への効果的な啓発方法・内容等を協議、共有し、若い世代への継続的な食育推進の定着を促す。

(2) 当所で開催する健やか食育プロジェクト会議等を活用し、若い世代(子ども~青年期)の重点課題として「朝食の習慣化」及び「適正体重の維持」の取組の重要性について関係機関・団体と共に共有を図ることにより、ライフコース上途切れることのない一貫的な食育・健康づくりの実践をめざす。

(3) これらの取組を通じて、若い世代やその関係者が健康的な食生活・生活習慣の定着と実践を意識し、行動に移すことは「プレコンセプションケア」の推進に結び付き、将来的な健康寿命の延伸に繋がると考える。

6 謝辞

当所管内神戸医療未来大学の関係者の皆様には、本調査の実施にあたり、多大なご協力をいただきましたことを感謝申し上げます。

[参考文献]

- 1)、2)令和6年度食育推進施策(食育白書)概要/農林水産省
- 3) 大学生の食生活の自己評価と生活習慣・健康状態・食生活との関連

ひきこもり支援を通じた理解の連鎖

—地域協働によるまちづくり—

あかし保健所相談支援課 ○林真央、河野康政、足立由布子、曾我沙也香、前山友理恵

【背景・課題】

これまで、ひきこもり状態にある人々への支援は、専門職による個別支援が中心であったため、当事者やその家族が地域で孤立する構造が根強く存在している。近年では、地域共生社会の実現や重層的支援体制の構築などを背景に、「地域ぐるみの支援」の必要性が広く認識されつつあるが、「支援する側」と「支援される側」の分断や、ひきこもり当事者（以下、当事者）の存在が見えにくうことから、地域における無関心や制度の隙間が多く残っている実態がある。

ひきこもり支援においては、行政・福祉・医療・教育に加え、地域との多様な連携が求められるが、ひきこもりに対する情報共有や理解の深まり、支援者間の関係構築等が不十分なことから、地域における「支援の土壌」が育ちきれていない。当事者を「支援の対象」ではなく「地域における主体」として位置付けることで、「ひきこもり支援」を「支援の土壌づくり（まちづくりの基盤）」につなげたいが、現段階では、支援の実践に落とし込むスキームやプロセスそのものが模索段階である。

本研究では、「ひきこもり当事者支援プログラム」を地域と協働で実施した事例をもとに、当事者と地域支援者との関わりが「理解の連鎖」を生み、さらに「支援の担い手」が増えていった過程を振り返る。ひきこもり支援を起点に、「まちづくり」が育ち始める可能性と、それを阻む構造的課題について考察する。

【ひきこもり当事者支援プログラムの紹介】

明石市ひきこもり相談センター（以下、センター）では、個別面接に加え毎月当事者会を実施している。一定数の当事者は、センターには定期的に来所できるが、社会参加には至っておらず、出

口支援が課題となっている。既存の就労支援は、即時就労を希望する対象者を前提とした仕組みで構築されている。一方、当事者の多くは、社会参加や就労に対し、強い不安や緊張を抱えており、これらの仕組みへの繋がりにくさや抵抗感の訴えを多く確認してきた。

そこで、就労をはじめとした出口支援に対し、スマールステップで進められる「伴走型支援プログラム（以下、プログラム）」を令和6年度より開始した。

1. 地域農業者との連携（体験型イベント）

【第1回】R6.10.28（10～50代の6名参加）

【第2回】R7.5.12（30～40代の6名参加）

【実施内容】エディブルフラワーの鉢植え
レンゲの種まき、ビニールハウスでの花栽培

【協力者】

（農業者）市内農業者

（行政）明石市産業振興室農業振興課



地域の農業者と連携し、農業体験を実施した。参加者の多くは農作業経験がほとんどなかったが、日ごろから信頼関係のある支援者が同行することで参加への心理的ハードルを下げる事ができた。参加動機は多様で、「外出のきっかけ」「バイトの練習としての挑戦」「新しいことがしたい」などの意見や、参加に際し整髪や服装への変容もみられ、前向きな関わり方が見られた。

実施後の感想には、「参加前は不安だったが自信がついた」「久々に体を動かした」「気分転換になった」など、好意的な言葉が多く確認できた。

受け入れ側の農業者からは、当事者との会話に

緊張があったものの、支援者が同行していたことで安心してコミュニケーションをとることができたとの感想を得た。また、体験型イベントは準備等に負担がかかるため、頻繁には開催できないが、「日常の中で人手が欲しい時に少し手伝ってもらえる関係があるがたい」「いずれは野菜を育てて販売するところまで一緒にできるとよい」といった、今後の継続や展開への希望や意欲も聞かれた。今後については、参加した当事者の中から希望者を継続型ボランティアへと移行できるよう計画している。

また、今回の取り組み内容について、受け入れ側の農業者や庁内他部署から、他の農業者への協力の依頼とそれに対応する申し出が広がったことで、実施可能な体験メニューが広がっている。令和8年度については、通年でコメ作りに携われるプログラムを計画調整中である。

2. 社協ボランティアとの連携や当事者会の拡充

出口支援には、当事者の自信回復や自己肯定感の向上が不可欠であることから、「伴走型支援による安心できる環境下」で社会貢献できる機会提供として、社協ボランティアとの連携を計画している。

その他、当事者会では新鮮な体験が刺激となり、当事者の心にエネルギーを灯すと考え、プロのバイオリニスト協力によるバイオリンの演奏体験や、水産技術センターの見学等、地域資源を活用した多様なプログラムの拡充を予定している。

【地域協働による支援から"まちづくり"へ】

当初、これらのプログラムは、社会との接点を持ちづらい当事者に対し、地域資源を活用した「場」を提供することを目的に企画した。しかし、プログラムの実施のみでは終わらず、関わった地域の人々の中に、「ひきこもっている人が他にもいるのではないか」「何か役にたてることはないか」「他の協力者を得られないか」等の気づきも生まれた。農業者との連携では、当事者がひきこ

もり支援の対象ではなく、「役割を持つ存在」として受け入れられるようになりつつある。

また、「専門職中心」であった支援が、農業者の中に芽生えた「自分たちにもできる支援」という気づきにより、「地域の関心」や「地域にもできる支援」に変化しつつある。これらの地域マインドの変容は、専門機関だけではない、インフォーマルなひきこもり支援ネットワークづくりへと繋がっている。

【今後の課題と展望】

地域との協働、連携は始まったばかりで、今も地域住民や関係機関の理解は十分とは言えない。また、支援者側においても、行政・福祉・保健・医療といった組織の枠組みから抜け出すことが難しい。課題の解消には、関係者によるネットワークを構築し、支援を連携していくことが重要であるが、組織の成り立ちや担当者の技量、熱意等により属人的になりやすく、持続性の担保が難しいという構造的課題もある。

こうした背景を踏まえ、今後は、ひきこもり支援を専門領域の深化だけにとどめず、地域住民や企業、大学やNPOといった地域資源とも繋がれるスキームの構築も併せて検討していきたい。このようなスキームは、当事者と地域間の関係性を編み直し「共に生きる社会」へ、地域の風土を変えていくことができる可能性を秘めている。ひきこもり支援を通じて、地域に新たな支援の担い手やネットワークが生まれ、結果として地域に「支援の循環や持続可能性」を生み出し、新たな「まちづくり」へと繋がっていく。

センターは専門職（保健師、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士）による「伴走型支援」を強みとしているが、本来目指しているのは「伴走が不要になる未来」である。その人がその人らしいられる居場所が地域の中で見つかっていく、そのような「まちづくり」を目指したい。