

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））  
こころの健康づくりを促進する地域連携のモデリングとその効果に関する政策研究  
平成 29 年度 分担研究報告書

全国地域における精神保健相談の実態調査に関する研究

分担研究者	金吉晴	1)、2)
	山之内芳雄	3)
	三島和夫	4)
	神尾陽子	5)
研究協力者	古野 民子	6)
	高橋 明子	7)
	相楽 和枝	8)
	島津恵子	1)

- 1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 成人精神保健研究部
- 2) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 災害時こころの情報支援センター
- 3) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 精神保健計画研究部
- 4) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 精神生理研究部
- 5) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 児童・思春期精神保健研究部
- 6) 東京都江東区 城東保健相談所
- 7) 東京都練馬区 豊玉保健相談所
- 8) 福島県須賀川市 健康福祉部健康づくり課

研究要旨

【目的】地域住民の精神疾患の発症を予防し、早期対応・治療につなげ、精神疾患による生活への悪影響の最小化への寄与を目的とする政策研究を起動するために昨年度実施した全国の保健所ならびに市町村における精神保健相談の実態調査の結果をふまえ、精神保健相談支援モジュールの作成のため、より具体的な現場のニーズを把握する。

【方法】東京都江東区城東保健相談所、東京都練馬区豊玉保健相談所、福島県須賀川市保健相談所所属の責任者の立場である経験豊かな保健師に日頃の精神保健相談に関する業務についてヒヤリングを行い、相談事例と支援上の課題を整理した

【結論と今後の取り組み】精神保健福祉の現場において精神保健相談のニーズは高く、発達障害、家庭内暴力、性犯罪被害、人格障害、長年に及ぶひきこもり等が絡む複雑かつ困難な事例が多いことが示された。現場の保健師らと関連職員らは限られたリソース内でそれらのケースを抱え、長期にわたり追跡しているが、その対処法については統一された明

確な指針・尺度・マニュアル等が存在せず、精神保健相談支援モジュールへの期待は大きい。具体的には、保健師がその経験値・個々のもつ感覚にかかわらず精神保健相談中にナビゲーション・ツールとして使用できるものであり、病態ごとに特化しない柔軟なアプローチを用いて支援を必要とする相談者の取りこぼしを防ぐことを目的とし、統一された判断基準、「みたて」を与える助けとなるツール・尺度として広く役立てられるものになることが期待されることが示唆された。これを受け、1) 精神保健相談支援モジュール作成とそのための手順、タイムラインの明確化、2) 支援モジュールのプロトタイプ作成、3) 支援モジュールのプロトタイプのトライアルの実施(若干名の保健師による試験使用)、4) 実際にプロトタイプモジュールを使用した保健師らのフィードバックをもとにしたモジュールの修正と改良、5) 精神保健現場での精神保健相談支援モジュール活用のための研修会の開催、6) 更なる試験使用期間の実施、7) 実際にモジュールを使用した保健師ら、そのほかの相談職員からのフィードバックの集約とそれらを基にしたモジュールの修正と改良、8) 精神保健相談支援モジュールの全国での精神保健相談の現場への普及準備をめざす。

## A. 背景

健康日本 21(第二次)では「休養・心の健康づくり」が重視され、数値目標(平成34年度まで)として、「気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少の割合を9.4%とする」など6項目を定めている(厚生労働省, 2012)。第三次犯罪被害者等基本計画(警察庁, 2016)、第四次男女共同参加基本計画(内閣府男女共同参画局, 2015)においても、精神的苦痛の認識と支援の必要性が述べられ、メンタルヘルスの観点が盛り込まれている。

しかしながら、日本での先行研究(川上他, 2006)によれば自発的に精神医療サービスを受ける者は3割に満たず、また精神病院リソースには地域不均衡があることから、行政システムとしての保健所、精神保健福祉センター、自治体における活動を活性化する必要がある。自治体保健部門ではメンタルヘルス対応の重要性への理解はあるものの、マンパワー不足、十分な経験

のある職員の不足などから生活習慣病等と比べ、十分な対応を行うに数々の支障があると思われ、対応力・ノウハウの向上への支援が求められる。また、近年注目されている発達障害を持つ者への適切な対応など、メンタルヘルス領域以外の関連支援領域との連携が必要となる。

本政策研究は、行政システムとしての保健所、精神福祉センター、自治体、その他の関連相談機関における相談、初期対応、トリアージプライマリケア、専門精神医療、教育、警察などとの地域連携支援地域住民の啓発などのパブリックメンタルヘルス活動の促進を目標とし、そのために保健所・精神保健福祉センターでの相談ならびに普及啓発および自治体によるメンタルヘルス対策の好事例・困難事例の検討、評価トリアージツール開発、病態別(うつ、不安、災害被害などのトラウマ、睡眠障害、発達障害等)初期対応モジュールの開発と、ゲノム、バイオマーカーを含めた支援体制改善等その効果検証を行い、エビデンスに

もとづいた対応モジュールを用いた相談スキルの向上につなげることを意図する。

現場のニーズに則した精神保健相談対応モジュールの作成と自治体レベルでの精神保健活動の効率化と円滑な相談実施への政策指針の構築への寄与を目標とし、全国都道府県保健所・保健機関ならびに市町村における精神保健相談の実態調査を精神保健相談に係わる保健師、福祉関係有資格職員、その他の相談員を対象にオンラインアンケート方式にて昨年度実施した(金他, 2017)。保健所における精神保健相談に関する先行研究(守田・山崎, 2001; 張他, 2008; 赤澤他, 2014; 後藤他, 2015)では、精神保健相談について業務担当の有無、実施体制・構造、担当者の職種と人数、主たる相談内容について全国規模の調査が行われ、川上他(2006)はこころの健康について市民の受診・相談行動の実態を調査、末田(2011)は全国54か所の精神衛生相談所の組織形態と活動内容を調査した。しかし、いずれの研究においても保健所職員自身の視点を通しての精神保健相談の現状についての調査が含まれていないことから、昨年度実施された本研究は精神保健相談を第一線で担う職員が置かれた状況を把握するデータを得ることで、精神保健相談をとりまく現状のより正確な理解に貢献すると考える。

研究結果として、これらの職員の間(45.36%)では精神保健(心理社会)的要素が精神保健外相談に非常に多いと認識されている一方、これらの精神保健(心理社会)的要素がある相談業務に対応できているという意識は約半数にとどまり(49.19%)、それに呼応して精神保健(心理社会)的要素

がある相談業務についての対応が困難であると強く感じられている(58.27%)。また、精神保健の専門家の助言の必要性は常に感じられている一方(61.90%)、精神保健専門家と十分連携できているという意識は中庸の範囲にとどまり(46.37%)、それほど高くない。精神保健上の困難を抱える相談者に積極的に関わる姿勢は57.06%の回答者から得られ、精神保健に関する知識、教材、研修の必要性の意識は非常に高い(75.57%)ことから、適切な精神保健相談を行うに必要な知識の取得がニーズにあった教材・研修を通して実施されれば、おのずと精神保健の課題を抱える相談者への積極的な姿勢と対応を促進するものと推測される。これより、全国地域の自治体で行われている精神保健外相談において、メンタルヘルスに関する相談の割合は高く、有効かつ効率的に相談業務をおこなうため精神保健の知識習得、精神保健専門家との連携の実現・強化に対する明確なニーズが現場にあること、また、リソースの地域格差からとくに人口規模20万人かそれ以下の自治体にその傾向が強いことが示された。

これらの精神保健相談アンケート調査の結果をふまえ、精神保健相談支援モジュールが効果的な支援を牽引するためにどのようなものになるべきか、2回の研究班会議(2017年5月、7月に実施)で検討された。

## B. 精神保健相談支援モジュールの目的

- 「精神保健相談支援モジュール」は保健師が精神保健相談中にナビゲーション・ツールとして使用できるものであり、「主訴」・「診断ベース」というコンセプトを脇におき、メンタルヘルスに

特化しないアプローチを用いて支援を必要とする相談者の取りこぼしを防ぐことを目的とする

- 保健師の相談支援の負担を軽減し、メンタルヘルス・リテラシーの向上の醸成に役立つことを目的とする

### C. 精神保健相談支援モジュールの設定・計画

- 「精神保健相談支援モジュール」は保健師が精神保健相談中にナビゲーション・ツールとして使用できるものであり、メンタルヘルスに特化しないアプローチを用いて支援を必要とする相談者の取りこぼしを防ぐことを目的とする
- 「精神保健相談支援モジュール」は基本紙媒体で、自治体でプリントアウトして使用可能とする
- 「精神保健相談支援モジュール」評価のため、1 か月後に使用具合を保健師に尋ねる
- 本政策研究の主目的は地域に埋もれているメンタルヘルス事例を拾い上げることであり、研究成果をもとに「健康21」の改編につながる政策提言を行う
- 「精神保健相談支援モジュール」の作成については平成 30 年度に使えるものをつくることを目標とする。「主訴」・「診断ベース」というコンセプトを脇に置き、保健師の相談支援の負担を軽減し、メンタルヘルス・リテラシーの向上の醸成に役立つものとする
- 「精神保健相談支援モジュール」の項目は現在あるものを活かし、縦軸は行動指標、横軸はメンタルヘルス関連項

目とし、横軸のメインは発達関連事項とする

- 保健師のニーズのより正確な把握の為、可能ならば年内(平成 29 年度)に現役の保健師を招待し、実際の活動について話を聞く(平成 30 年 1 月 17 日に実施した)

### D. 精神保健相談の現場で責任者の立場にある保健師を招いてのヒヤリングの実施

現場で有効利用される精神保健相談支援モジュール作成の為、的確なニーズ調査の一環として、現場の保健師が日々の相談業務にあたるうえで具体的にどのような苦勞・困難に直面しているか、そしてどのようなモジュールを期待するのかについて理解を深めるため、江東区城東保健相談所、練馬区豊玉保健相談所、福島県須賀川市健康づくり課でそれぞれ活動している経験豊かな、責任者あるいは中堅的な立場にある保健師らよりヒヤリングを行い、相談事例と支援上の課題を整理した。

#### 1) 江東区城東保健相談所

##### (1) 精神保健体制

精神保健相談、精神家族相談教室、酒害相談(家族のためのアルコール相談教室)、思春期相談、高齢者精神保健相談の 5 つの相談の窓口がある。最近の傾向としては、「すぐに答えがほしい」という相談者が多く、電話での相談の増加が顕著である(電話担当者 1~2 名でやりくりしている)。一方、対面相談のケースでは自立支援医療費の新規申請のための相談が増えており、保健所での相談のニーズは減っていない。

##### (2) 典型的な困難事例

80 代女性。50 代の息子がうつ病に加え暴

力やギャンブルの問題があるが、本人は保健所での面談を拒否している。幼少時にいじめを受けた経験から不登校になり、教育がうまくいかず、そのまま長年家に引きこもっている。突発的に暴力的になることに加え、年々暴力的になる息子への対処の仕方がわからず、途方にくれている。その後来所した息子本人より、幼少時に父親から頻繁になぐられ、母親も父親より暴力をふるわれていたことが語られ家庭内暴力が判明する。息子の姉は発達障害があり、同様に父親から暴力をふるわれていた。その後息子は民間救急病院に搬送後、精神科病棟に入院したことで落ち着き、母も「よくなった」と言っている。

### (3) 当該相談所精神保健相談に対する所感

- 主訴の病態（うつ病等）の背景に発達に関する問題、家族間関係の問題が多くある。発達障害に加え、「家族の中で自分の問題を話せない」と感じ保健所の相談窓口を訪れる相談者が増加しており、家族全体の問題が増えている。昨今の家庭においては家族内での問題を解決する自助力がなくなっている、と感じる。保健所を身近に感じてもらえるのはよいが、相談者の身近に相談できる・話が出来る人がいない結果であると察する
- 要支援の子どもの親から本音をなかなか話してもらえない
- 主訴をとりまく全体像をつかむには、時間をかけて1つずつ事象を紐解くことが必要であり、1度の面談では全く不十分である。国立精神・神経医療研究センターの臨床医に保健所に来てもらい、相談者を受診させたいと思うこ

とがある

- メンタルヘルスの問題は精神保健外相談のなかに色々な形で隠れている
- メンタルヘルスは若いまだ経験の浅い保健師が得意とする分野ではないが、保健相談のすべての領域にメンタルヘルスは入っている（例：家庭内暴力、育児ノイローゼ）。電話相談窓口で「私、もうダメだから子どもを預かって！」という SOS の電話が入ることもある。そのような場合は子育て支援課や保健師と連携しながら、ヘルパーさんの導入と保健師の訪問を行う。その後、母親の精神状態と家庭環境を把握し、支援体制の構築をはかる
- 保健師の仕事については「メンタルヘルスのことが出来なければ仕事ができない」と日常の業務から強く感じる

### 2) 練馬区豊玉保健相談所

#### (1) 精神保健福祉体制

練馬区の 16,000 人を受け持っている。精神保健福祉体制は母子保健と一般精神保健に大別され、6 保健相談所では独立した高齢者精神保健担当の部署はない。福祉事務所に高齢全般を扱う地域包括センターがある。地域包括センター支所は外部委託をし、6 保健相談所は地区担当者制を導入している。

2 年前より妊娠届時に全数面接を実施。また、こんにちは赤ちゃん訪問時に EPPS をとっており、母親のメンタルヘルス得点が 9 点以上である場合、地区担当保健師につないでいる。平成 28 年度には対象者の 90%に実施し、訪問を行った。

#### (2) 困難事例と当該相談所精神保健相談に対する所感

母子保健においては、生活保護と妊娠が重なっているケースが多い。フォローアップをし、エジンバラ産後うつ病自己評価票を使用してアセスメントを継続し、「最後まで追っかける」。外国人の子どもケースも増加している。

一般精神保健では女性の相談者が圧倒的に多く、最も多いのが30代、次に40代、そして20代とつづく(子ども有、無しの女性両群を含む)。対応はオフィスアワーのみとなるので、これらの数字は日中に保健所に相談可能な群にある程度限られると想定される。

母子保健、一般精神保健両方を通じて最も多いケースがうつと不安である。次いで、統合失調症となっているが、地域での生活が可能な方々のケースとなっている。相談者には幼少時から現在まで自分の親から虐待やネグレクトを受けていた人が多く、ケースを複雑化する要因となっている。これらについて相談者の成育歴の影響が大きいと感じる。

また、相談者の状態(認知的能力)を判断する上で、IQの低さから来るものなのか、うつから来る症状なのか判断しかねる場合が多々あり、対応を困難なものにしている。

### (3) 精神保健相談支援モジュールへの期待

- 希望としては、ツール・尺度等、判断基準として統一されたものがほしい
  - 理由としては、困難事例としてIQが低いのか、うつなのか見分けがつかないことが多々あることから。家族からの相談を受けて家に行くと、対象の家族メンバーでなく相談者本人が問題があることが多い。よって、相談者の能力(認知的能

力)を見分けるツールがあるといいとおもう。「子どもの相談に来たのに、なぜ自分がこれを受けなければならないのか」となると問題が生じる可能性はあるので、説明には工夫が必要

- IQがわからないと支援目標が立てられない。「ここがおかしい」と指示できず、「病気じゃない」で終わるので、客観的なツールがほしい
- 相談者のIQを適切に見定める手立てだけでなく、包括的なものがあると強く感じる
  - IQに関しては都の運営のため、IQチェックの客観的指標が無い。知的障害の疑いのある人が就労支援を望むとき、東京センターに紹介してIQテスト、障害のチェックをしてもらう。まず、障害者手帳を取ってもらい、支援(就労)につなげる対応をしている
- チェックリスト・ツールの結果についてどのような意味があるのか明確にしてほしい。結果を相談者の主治医にみせてよいのか。齟齬が生じる可能性があるのでは、と懸念する

### 3) 福島県須賀川市健康福祉部健康づくり課(市町村の衛生部門)

#### (1) 精神保健福祉体制

東日本大震災時より人口は減少しているが、住民約76,000人を担当・管轄している。課所属正職員保健師は14人で、地区担当制をとっている。地区担当保健師11名のうち6名は保健師経験3年未満、1名が5年めと、若い保健師の割合が多い。

精神保健福祉事業としては、自殺防止対

策（うつ対策）、地域ケア（月二回）の2事業である。それ以外は、母子保健事業・健康増進事業・特定保健指導事業等に合わせ、メンタルヘルス対策も実施しているのが現状。具体的には、赤ちゃん訪問時と3～4か月児健診（エジンバラ産後うつ病自己評価票を使用）時に行う。妊娠届出時の問診で既往歴の確認も行い、国や県から参考として示されているアセスメントシートをカスタマイズして用い、多くの妊産婦をもう一度フォローしている。また、特定健康診査の結果説明の際にアンケートを実施し、その中にうつ病に関する3項目問の設問を加えてスクリーニングしている。3項目（2つの設問と睡眠に関する設問が1つ）について点が高い相談者についてはフォローアップを行う。アンケート実施者としては、特定保健指導対象者と特定健康診査検査値ハイリスク者の2つである。

(2) 困難事例と当該市町村の精神保健相談に対する所感

- 困難事例として一番大変なのが発達障害（疑い含）と二次障害を併せ持つ場合と人格障害（疑い含）の場合。必要な医療機関・支援機関につないでも治療や来訪が続かず、支援者とも問題を起こす。そのような複雑な問題をかかえる相談者への電話やメールや訪問での対応は大変だが、それを若い保健師たちも苦慮しながら行っている
- 赤ちゃん訪問及び4か月児健診では、子育てに対する感じ方の問診（子育てに自信がない、ゆったりした気分で過ごす時間がないなど）とエジンバラ質問紙の2つでメンタル面の確認を行う。乳幼児健康診査終了後のスタッフミー

ティングで、支援の方向性を確認し、地区担当保健師が継続してフォローしていく

- 妊産婦に実施したエジンバラ質問紙の結果によると、自傷行為の開始が小学校時代であることが多い。早い時期に教育的な支援として、子どものSOSの出し方教育の必要性を強く感じるが、教育委員会との連携にはまだ至っていない
- (3) 精神保健相談支援モジュールへの期待
- 保健師が支援する気持ちとしてはある程度のみたてを持ちたい。それを助けるようなものを求む。トリアージのアルゴリズム、経験の少ない人でも出来る、見分けがつくもの。保健師はそれぞれの感覚、年齢とそれに伴う経験度が異なるのである程度の知識があれば、経験が浅くてもなんとか対処できる手助けになるものを希望する

#### E. 分担研究者らとのディスカッションで寄せられた保健師らからのコメント・列挙された課題点

発達障害について統一的ツールがなく、家庭内暴力等のケースが沢山あるが、診断まで至れないと見受ける多くの相談事例を抱える現状について以下のコメントが寄せられた。

(1) 地区担当制・分割担当制について

- 地区担当制により、母子保健の人が関連ケースを担当しておらず、母子保健経験のある職員がメンタルヘルス領域を牽引している。分割性では、話が出てこない。以前は地区担当制であったが分割性に移行、そして再び地域担当

制に厚生労働省の指示で戻している

- 関連して、家庭内暴力、高齢者（65歳以上）の事例が挙げられる。高齢者の精神病は保健所の管轄だが、「認知症ではない」と言っているにもかかわらず長寿（長寿サポートセンター等）での扱いになる。疾病群をベースにした分割部署での区切りは難しい。入院後は長寿に任せるが、メンタルヘルスがどの保健分野にでも入っていることから地区担当制のほうがよい

- 分割担当制したら手間になり、対応が遅れる

#### (2) アウトソーシングについて

- 練馬区ではデイケアは保健センターはやっていない。デイケアというと病院やクリニックのイメージ。病院はどこにでもあり、アクセスはよい
- 福島は郡部であるため、精神保健福祉に限らずアウトソーシング先が非常に少ないのが現状。須賀川市ではデイケアは月2回行っている。人格障害等の方が入ると運営が難しくなるので、基本的に統合失調症を限定にしている。本来は病院ですでに実施しているデイケアに通所することが望ましいが、交通手段の不便さで通えないケースも多い

#### (3) 医療機関との連携について

- 江東区には入院施設が一つしかない。ほか民間クリニックが増えてきている。相談者が何を相談したいのか医療機関に伝わらず、医療機関のケースワーカーと連携する。入院の必要性、治療の必要性もそこで相談をする。または、同行受診をすることもある。長期入院

の患者さんが退院する場合は、退院後のケース・カンファレンスを行う

- 精神科医の力量によるところが大きく、相談者を安心して送れる病院は数が非常に限られる。また、「自分は発達障害じゃないか」と、自分で電話をかけてくる人が押し寄せる。このように自己申告のケースには保健所でのトリアージが必要。要支援者をみつけた後は医療機関をすすめるが、すぐに行かないケースが多く、2週間後にフォローアップをする。医療機関に受診に行っても続かないので、ずっと抱えてフォローアップする

➤ 医療機関への通院が継続しないのは本人のモチベーション不足よりも経済的理由であることが決定要因であると感じる。1回は受診に行くがなかなか続かない。逆に生活保護受給者は通院が続く。交通手段にしてもバスや電車などで通院に1時間等ケースは非常に多く、お金も時間も労力もかかる。自立支援医療受給に至らないケースが難しい

➤ 実際、受診予約を取ったあとも保健師と相談が続くケースが多い。まず1か月に1回面談をして落ち着いていく。ある程度関係ができてから「やさしい先生いる？」という会話になり、受診するという流れがよい。ニーズを具体的にできる。一方で「たらい回しにされた」と相談者が感じないようにする。これは避ける

- 福島などの郡部は、医療機関が少ない



ため、医療相談員と顔の見える関係で連携できている部分もある。少ない社会資源だからこそ、効率的かつ効果的に連携していく必要がある。そのためにも、共通理解のツールとしても、みためツールがあればよい

- 保健所には臨床心理士は一般的に配置されておらず、非常勤の心理士がごくわずかしかいない。PSWの方もほとんど配置されていない

➤ 練馬区ではいくつかの病院の PSW と提携している。6 保健相談所には 2 名の PSW がいる。1 名で 3 保健相談所を担当している

- 臨床心理士でなく発達障害をみる、あるいは子ども関連の方しかいない

#### (4) 精神保健相談数と相談への対応について

- 江東区：主治医が多い人は相談が多い。3 か月に 1 人か 2 人。しかし、メンタルヘルスに関する事例は毎日（人格障害で毎日電話をかけてくる人等）
- 福島県須賀川市：オフィスアワーは来所相談や電話相談を常時受け付ける。ファーストコンタクトで精神相談と判断されると、原則的に地区担当保健師が対応することになる。来所・電話・メール・訪問を合わせると、平成 27 年度延べ 1,376 件、平成 28 年度 1,094 件に対応している。また、管轄の保健福祉事務所が、精神科医師による心の相談会を月 1 回程度開催。通院していないケースが参加したり、市町村保健師が助言をもらえたりする機会となっている
- 練馬区：虐待を受けて育った相談者を

「嗅ぎ分けやすい」保健師がおり、両親からの虐待の治療専門医につないでいる。「いい先生がいるよ」と言い、虐待の連鎖を断ち切る方向にもっていきのだが、すでに主治医がいる相談者にもはたらきかけているケースもあり、課題がある。成育歴の向き合い方の対応は適切に行うべきと感じる

- 一方、主治医がいる相談者が保健師に継続して相談に来るのは、一概に否定的にとるべきでない。「話を聞いてほしい」というのは日常のことで、将来の不安等についてカウンセリング業務のような気軽に相談できる場は必要であり、重要な役割を果たしていると考え

#### (5) 相談形態について（1 対 1 の個人面談、グループ等）

- 江東区：母親の子育てのいきぬきの場であるホットタイムという事業がある。その事業は午後 1 時から 3 時まで子どもを預かる。そのグループは母親たちの「言いつばなし、聞きつばなし」の形態で話がすすんでいく場所である。司会者に虐待防止センターの職員を招き、定期的に月一回、予約なしで参加ができ、保健師が検診の場や育児相談の場で参加を促す。定期的に来ている人は少しずつ心を開いてゆく。乳幼児健診、夫からの DV、明らかに子育てに疲弊している人等。集団では話せない人にはセラピストとの個別相談の事業も行っている
- 福島県須賀川市：来所および電話での相談を随時受け付けている。相談内容により、訪問での対応、臨床心理士の

子育て相談会(市主催)、心の相談会(県保健所主催)、巡回相談会(県児童相談所主催)や医療機関につないでいく。子どもへの自殺対策としては、教育委員会が防止のための心理教育を行っているようである。自己肯定感を高める教育についてはよいのだが、自分でSOSを出す教育ではないようである。どう教育委員会と話し合い連携していくかが課題(江東区では自分でSOSを出す心理教育を行っている)

- 親のみへの傾聴ではなく、子どももみて、全体をみるスキームがないと感じる。専門性、職種にかかわらずメンタルヘルス・リテラシー(みる力)は大事ではないか。子どものメンタルヘルス・リテラシーは測る尺度も開発された(神尾ら、2017)。教育委員会は母親の成育歴を聞かないことから、子どもに発達の問題がある、で終わる

#### (6) 精神保健へのアプローチ

- 精神保健相談には家庭内暴力、性犯罪被害等トラウマ関連の複雑なケースが多いにもかかわらず、それを前面に出しての支援を行わないのは行政としてはトラウマのニーズは最後になるからではないか。大人で発達とトラウマの問題を両方かかえる場合、地域教育などの簡単なものから「こういうものもあります」というアプローチに必然的になる
  - 地域教育的なアプローチに睡眠がらみの事例が挙げられる。睡眠に関する問題はイライラ、うつの子どもへの影響などがあり、睡眠の問題は単独でなく多岐にわたる。

しかし、睡眠の問題でわざわざ相談に来る人はいないので、「悩んでいることはありますか」というアプローチをとる。睡眠障害を含む生活習慣病は生活リズムに市民・住民教育のなかで焦点をあてる。また、就寝時間は正常でも睡眠は足りていないケースも多く、教育の中に入れようかと考えており、もっと幅広い層で取り組む必要を感じる

- クライシスプランの有効性については事前の関係性による(田舎ではとりやすい)と考える。どれだけ関係支援者・支援機関が連携しているか、役者がそろっているかによる
- 困った事例、ちょっと悪いケースを皆で共有し、また、その時どうするかを共有できるようなシステムが必要ではないかと感じる。また、困難事例で医療につながっていないケース、支援の対象者を連れて来られないケースの把握を可能とすることが重要である

#### (8) 精神保健支援モジュールへの期待と望まれる形態

- 神尾他(2017)のツール・尺度をわかりやすいようにし、何らかのケアに使ってもらえることを希望する。使い勝手について場面の解釈を幅広に設定し、ツールを試したうえで保健師を主とする精神相談職員の方々よりフィードバックをもらい評価する
- 精神保健支援モジュールは、トリアージツールとして機能するものであるべきである。地域で事例が安定化するサポート/問題化しないサポートを支援

者に与え、加えて多職種連携ツールとしての機能を備えている必要がある。これらすべてが揃ってはじめて有効となると見受けらる

- ベテランの保健師でない人でも使うことが出来、十分に活用できるものを希望する。相談で鍵となるのは信頼されている保健所、警察、学校の「熱い」先生等の存在が大きいことから、多職種連携ツールというアイディアは有効と考える

#### (9) 指針・マニュアル・研修

- 正しく、適切であるものが保健師の方々に広まるように指針や研修が必要と感じる
- 人格障害で毎日電話をかけてくる人もおり、最後には脅しになるので、話の切り方・縁の切り方のマニュアルがあればよいと思う。境界性パーソナリティ障害が疑われる、その他一般の人格障害への効果的な対処法が簡潔に示されたものを希望する

## F. 結論

以上の現場の保健師らのヒヤリングから、精神保健福祉の現場において精神保健相談のニーズは高く、発達障害、家庭内暴力、性犯罪被害、人格障害、長年に及ぶひきこもり等が絡む複雑かつ困難な事例が多いことが示された。現場の保健師らと関連職員らは限られたリソース内でそれらのケースを抱え、長期にわたり追跡しているが、その対処法については統一された明確な指針・尺度・マニュアル等が存在せず、精神保健相談支援モジュールへの期待は大きい。具体的には、保健師がその経験値・個々の

もつ感覚にかかわらず精神保健相談中にナビゲーション・ツールとして使用できるものであり、病態ごとに特化しない柔軟なアプローチを用いて支援を必要とする相談者の取りこぼしを防ぐことを目的とし、統一された判断基準、「みたて」を与える助けとなるツール・尺度として広く役立てられるものになることが期待されることが示唆された。

今回のヒヤリングは東京都と福島県の3機関から寄せられた情報であり、限られるものである。しかしながら、精神保健福祉の前線で精神保健相談にあたる現場の保健師らの声を汲みとることは本政策研究を公益に役立つものにするうえで必須の要素であることは否めない。1994年(平成6年度)に行われた「地域保健法」の改正によって市町村への権限移譲が進み、とくに市町村保健師の増員が図られ、その後も2000年(平成12年)の介護保険法施行、2008年(平成20年)の特定健康診査・特定保健指導制度施行、2006年(平成18年)障害者自立支援法施行、2011年(平成23年)の自殺・うつ対策の充実等により、住民の健康を増進する政策の展開のため各自治体において保健師人員確保・増員がされてきた(石津他, 2015)。データ上に表示された保健師数の増加に対して、今回のヒヤリングでは現場では保健師らが精神保健相談に適切に対処できる人材の人手と支援を行うためのリソースの不足を強く感じていることが示された。これは、精神保健福祉サービスの広域化により保健所保健師の業務が直接的サービス支援から企画調整活動へ移行し、非常勤保健師やアウトソーシングの活用により、元来保健師が培ってきたサービ

スや支援につなげる技術、関係性をつくっていく技術が精神保健福祉領域で機能すること、また、それらの次世代への継承の支障になっているとの宜間・新村（2011）の考察に重なる。

加えて、精神保健に関する都市部・地方部のリソースの地域格差を踏まえても、精神保健相談支援モジュールの現場での必要性が共通に示唆される結果となった。

### G. 今後の取り組み

平成 30 年度の研究活動の目標として以下の事項を達成をめざすこととする、1)精神保健相談支援モジュール作成とそのための手順、タイムラインの明確化、2)支援モジュールのプロトタイプ作成、3)支援モジュールのプロトタイプのトライアルの実施(若干名の保健師による試験使用)、4)実際にプロトタイプモジュールを使用した保健師らのフィードバックをもとにしたモジュールの修正と改良、5)精神保健現場での精神保健相談支援モジュール活用のための研修会の開催、6)更なる試験使用期間の実施、7)実際にモジュールを使用した保健師ら、そのほかの相談職員からのフィードバックの集約とそれらを基にしたモジュールの修正と改良、8)精神保健相談支援モジュールの全国での精神保健相談の現場への普及準備。

また、精神保健相談支援モジュールが現場で有効活用される意味のあるものとなるよう、第 2 回目のオンラインアンケート調査の実施も一案として考慮している。

### H. 謝辞

本分担報告書を作成するにあたり、ヒヤ

リングにご協力いただいた、東京都江東区城東保健相談所ご所属 古野民子様、東京都練馬区豊玉保健相談所ご所属 高橋明子様、福島県須賀川市保健相談所（須賀川市役所健康福祉部健康づくり課）ご所属 相楽 和枝様に心より御礼申し上げます。

### I. 研究発表

該当せず。

### J. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当せず。

2. 実用新案登録

該当せず。

3. その他

該当せず。

### 引用文献

(1) 赤澤正人・竹島正・立森久照・宇田英典・野口正行・澁谷いづみ(2014)「保健所における精神保健福祉業務の現状と課題」『日本公衆衛生雑誌』, 61, (1), 41-51.

(2) 石津友恵・中村彩・守屋希伊子・島田陽子(2015)「自治体保健師の活動領域の変遷から見る保健活動の課題と展望-厚生労働省<調査領域><活動調査>の結果から」『保健師ジャーナル』, 71, (6), 498-504.

(3) 宜間真美・新村純子(2011)「地域精神保健における保健師の役割と活動および今日的課題-保健師役割の変化に焦点をあてて-」『保健の科学』, 53, (9), 601-605.

(4) 金吉晴・山之内芳雄・三島和夫・神尾陽子・島津恵子・篠崎康子(2017)「こころの健康づくりを推進する地域連携のモデルリングとその効果に関する政策研究-全国

地域における精神保健相談の実態調査」分担研究報告書.

(5) 警察庁(2016)「第三次犯罪被害者等基本計画」2016年4月発表 警察庁ホームページ

(<https://www.npa.go.jp/hanzaihigai/pdf/info280401-dai3keikaku.pdf>) (2018年5月2日現在)

(6) 神尾陽子・齊藤彩・行廣隆次(2017)「こころの健康づくりを推進する地域連携のリモデリングとその効果に関する政策研究-発達モジュールに関する研究」分担研究報告書.

(7) 川上憲人・大野裕・竹島正・堀口逸子・立森久照・深尾彰(2006)「こころの健康についての疫学調査に関する研究」総括研究報告書.

(8) 厚生労働省(2012)「健康日本21(第二次)」2012年7月発表 厚生労働省ホームページ

([http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/kenkou/kenkounippon21/kenkounippon21/](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkounippon21/kenkounippon21/)) (2018年5月2日現在)

(9) 厚生労働省(2017)「平成28年衛生行政報告例(就労医療関係者)の概況」2017年7月発表

(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/16/dl/gaikyo.pdf>) (2018年5月2日現在)

(10) 後藤基行・赤澤正人・竹島正・立森久照・野口正行・宇田英典(2015)「市区町村における精神保健福祉業務の現状と課題」『日本公衆衛生雑誌』, 62, (6), 300-309.

(11) 末田邦子(2011)「精神衛生相談所の

活動実態に関する研究-全54か所の検討から-」『社会福祉学』, 52, (1), 123-133.

(12) 張瑩・角田正史・高岡道雄・佐々木昭子・大井照・中田榮治・竹島正・石下恭子・上野文彌(2008)「精神保健福祉法改正に伴う保健所の精神保健福祉業務の変化についての全国調査」『北里大学』, 38, 1-9.

(13) 内閣府男女共同参画局(2015)「第四次男女共同参加基本計画」2015年12月発表 内閣府ホームページ

([http://www.gender.go.jp/about\\_danjo/basic\\_plans/4th/pdf/print.pdf](http://www.gender.go.jp/about_danjo/basic_plans/4th/pdf/print.pdf)) (2018年5月2日現在)

(14) 守田孝恵・山崎秀夫(2001)「地域の精神保健福祉活動の構造化に関する研究-全国の保健所と全国の保健所ならびに市町村の活動を中心に-」『病院・地域精神医学』, 44, (2), 237-243.

