

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  
平成 30 年度 研究分担報告書

精神保健相談支援ツール作成のための精神保健相談業務全国調査に関する研究

分担研究者	金 吉晴	1)
	山之内 芳雄	2)
	三島 和夫	3)
	神尾 陽子	4)
研究協力者	島津 恵子	1)
	綾部 直子	5)
	寛 亮子	1)

- 1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 行動医学研究部
- 2) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 精神医療政策研究部
- 3) 秋田大学大学院 医学系研究科精神科学講座
- 4) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 児童・予防精神医学研究部
- 5) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 睡眠・覚醒障害研究部

研究要旨

【目的】地域精神保健相談支援ツール作成のため、昨年度実施した責任者の立場にある経験豊かな保健師 3 名への日頃の精神保健業務に関するヒヤリング結果をもとにオンラインアンケートを作成し、全国自治体保健所に勤める保健医療福祉専門職を対象に、精神保健相談支援ツールへの希望を日頃の精神保健業務内容と共に把握することで、現場のニーズに即した支援ツール（初期対応支援に焦点をあてる）の作成を可能にし、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に寄与する。

【方法】全国都道府県市区町村に勤務する保健医療福祉専門職、心理社会相談業務に従事している職員を対象に、頻繁に扱う精神保健相談内容、困難に感じる精神保健相談内容、支援をする上での課題、精神保健相談支援ツールにのぞむもの、今までに受講した研修ならびに今後受講を希望する研修について、6段階リッカーと尺度を使用した 7 項目、基本属性に関する 9 項目を含む計 18 項目のアンケート調査としてオンライン上でアンケートソフトウェア SurveyMonkey を使用して実施した。

【結果】のぞましい精神保健相談支援ツールに関する質問に対し、回答者全体（n=553）、精神保健に専従（n=218）、非専従群（n=330）をとおして「必要」（2 区分法による）との

回答が 75.69%から 86.67%の範囲の高い同意率が示された。「相談員の共通理解を促す、統一化された支援ツールである」（全体 86.08%、専従 86.24%とも最頻値）、「精神疾患にとらわれず、支援を必要とする症状や困難のとりこぼしを防ぐ」、「相談員の経験どにかかわらず、相談者の状況・状態の『見立て』に使える」（非専従 86.67%で最頻値）の 3 要因が各群において上位 1~3 位の最頻値となり、「精神疾患の診断を意識したスクリーニングができること」は全体、専従、非専従群に共通して依然高い同意率を獲得したものの支援ツールに関する質問項目全体では最も低い頻度を示した。

【結論】うつ病、成人の発達障害（知的障害を含む）、アルコール/薬物依存・乱用を筆頭にいずれも治療、寛解、制御への介入、支援が容易でない病態が上位を占める高頻度であることに加え、相談者の家族問題、経済的困難、社会的支援リソースの欠如、自身の改善すべき問題の否認が事例を複雑化し、支援者側も必要なマンパワー、リソースの不足、研修・助言の機会の不足を抱えることが示唆された状況下において求められているのは、相談職員の共通理解を促す統一性と相談者の状態・状況の見立てを助け、精神疾患の診断にとらわれずに支援を必要とする相談者のとりこぼしを防ぐ精神保健相談支援ツールであることが示された。相談支援の効率化に寄与するツールの適切な構築と普及のため、地域精神保健相談研修の実施の継続（第 1 回目は本年度 2 月に実施され支援ツールのプロトタイプが紹介された）と受講者である精神保健相談職員からのフィードバックに基づいた支援ツールの改善の継続が必須である。

## 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・不安障害への割合を 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、第四次男女共同参加基本計画においても、それぞれ精神的苦痛、メンタルヘルスの観点が盛り込まれている。これらの要請に応え、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。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。しかしながら、自治体保健部門では生活習慣病などと比べ、メンタルヘルス対応への意識が醸成されていないと思われ、対応力・ノウハウの向上が求められる。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にも波及する課題もあると思われる。

上記行政相談機関において ①相談、初期対応、トリアージ ②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 ③地域住民の啓発等のパブリックメンタルヘルス活動を促進する。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、犯罪被害等のトラウマ、睡眠障害、発達障害）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、エビデンスに基づいた病態ごとの対応モジュールを用いた相談スキルを向上させることが研究計画に盛り込まれた。この政策研究の起動として、一昨年度全国都道府県・市区町村の保健所における精神保健相談の実態調査としてのアンケート調査が実施され（金他, 2017）、精神保健相談の割合は高く、有効かつ効率的に相談業務を行うための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り、リソースの地域格差からとくに人口規模 5 万人未満、5 万人以上～20 万人未満、20 万人以上～50 万人未満の自治体、および精神保健に非専従の職員の間はその傾向が強い傾向が反映された。この結果を受け、本政策研究が目標とする現場支援のため、とくに初期対応に焦点を当てた精神保健相談支援ツール（「初期対応モジュール」改め）の作成にむけて、昨年度責任者の立場にある経験豊かな保健師 3 名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（金他, 2018）。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、現場の保健師らと関連職員らは限られたリソース内で複雑で困難なケースを多く抱え、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、精神保健相談支援ツールへの期待が大きいことが示唆された。この結果を受け、今回の調査ではより円滑な精神

保健相談支援業務の遂行のため、実際の現場で具体的にどのような支援ツールが必要とされているかを把握する。この調査によって得られた情報は現場のニーズに則した初期対応支援ツールの作成を可能にし、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に寄与する。

## B. 目的

全国自治体保健所に勤める保健医療福祉専門職を対象に、精神保健業務への専従の有無、頻繁に扱う精神保健相談内容、困難に感じる精神保健相談内容、支援をする上での課題、精神保健相談支援ツールにのぞむもの、今までに受講した研修ならびに今後受講を希望する研修についてオンラインアンケート形式を用いて尋ねることにより、全国自治体保健所における精神保健相談支援において具体的に何が必要とされているのかを把握することが可能となる。

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。飯島ら（2016）は市町村保健師が精神保健業務を行う上での困難を示唆したが、具体的にどのような支援

が精神保健業務に必要とされているのかは保健師に尋ねていない。精神保健相談を第一線で担う職員の支援ニーズを把握するデータを得ることで、円滑な精神保健相談支援ツールの具体化とその作成、普及に関する研修の立案と実施に貢献する。

## C. 方法

### 1. 研究デザイン

本研究はアンケート調査を用いた横断的研究である。

### 2. 対象

#### 1) 選択基準

- ・ 保健所に勤める保健医療福祉専門職（有資格者）であること
  - ・ 心理社会相談業務に従事している者
- 後者の選択基準については、精神保健（心理社会）的相談業務に携わる相談員を有資格者である保健師に限らず広汎に定めることが、相談現場の現状により正確な理解につながると考えた。

#### 2) 除外基準

- ・ 上記2点の基準を満たしていないもの

### 3. 評価方法

- ・ 精神保健相談に関する6段階リッカーと尺度を使用した7項目、人口統計学的属性に関する9項目を含む計18項目のアンケート調査
- ・ 内容は三つに大別され、精神保健相談業務に関する質問項目、精神保健相談支援ツールに関する質問項目、精神保健に関する研修に関する質問項目から成る
- ・ 精神保健相談業務に関する項目には、①相談者本人の問題として相談されるもの、②相談者の家族、友人などの問題として相談されるもの、③相談者が自分では訴えな

くても支援者（精神保健相談職員）から見て疑われる精神的問題、④精神的相談とあわせて受ける別の相談、⑤精神的相談の背後にある問題、⑥精神保健相談業務を実施するうえでの困難を含む

- ・ 精神保健相談支援ツールに関する項目には、①のぞましい支援ツールの特性・性質、②アセスメント機能、③相談対応の支援機能、④診断と初期対応に関する支援ツールの使用結果の共有方法、⑤支援ツールのこのましい形態を含む

- ・ 精神保健に関する研修に関する項目には、①今までに受講した精神保健業務に関する研修、②今後受講を希望する精神保健相談業務に関する研修、③今後受講を希望する研修ののぞましい受講期間、④希望する研修の形態を含む

### 4. 実施方法

- ・ アンケートソフトウェア SurveyMonkey を使用しインターネット上で実施した
- ・ 保健所等の勤務先は名称、所在地で個人情報特定できないよう、自治体規模（回答者の勤務先所轄地域合計人口規模）で分類をする（総務省[2009]の定める地方公共団体の区分基準を使用）
- ・ 各保健所・市区町村保健担当部局健康相談課の責任者の了承を得たうえで、該当保健所・市区町村保健担当部局健康相談課に勤務する保健医療福祉専門職員にインターネット上にあるアンケートアクセスのために必要な URL 情報を保健所・市区町村保健担当部局健康相談課責任者を通じて配布した
- ・ 参加者は匿名にてアンケートに答えることにより、個人情報の漏洩を防止する
- ・ 倫理面への配慮については、本研究はイ

インターネット上でSurveyMonkeyを使用し、本人の自由意思によるアンケート調査であること（アンケートの回答をもって研究参加の同意の意志表示とみなす）、また、回答内容が日々の業務に関するもので個人の私的な経験等に立ち入ることがないことから、侵襲の可能性はほとんどないと考える

#### 5. 調査依頼方法

全国保健所長会に本アンケート調査実施について協力を仰ぎ、全国地域の保健所ならびに市町村自治体アンケート調査依頼状、アンケート調査についてのパンフレット（各1頁）を郵送した[郵送対象自治体総数: 1,724（総務省, 2018）、保健所総数: 589（厚生労働省, 2018）]。

#### 6. 調査期間

平成30年1月8日より2月末日まで。

### D. 結果

オンライン上で集積されたアンケート回答データ（n=553）をアウトプットし、基本集計を行った。加えて、前回の実態調査結果より「精神保健に専従/非専従」、「勤務先所轄地域合計人口規模別」の2因子が結果を理解するうえで重要であることが示唆されたことから、これらの因子に基づき階層別集計を行った。

#### 1. 回答者の基本属性

回答者の基本属性に関する結果を図Q1~9に示した。回答は全国の都道府県保健所、特別区保健所、政令市保健所、中核市・保健所設置市保健所、市町村保健センター、市町村、その他の精神保健関連機関（精神保健福祉センターを含む）より得られ、「市町村」（28.93%）の割合が最も多く、次いで「市町村保健センター」（27.49%）、

「都道府県保健所」（25.68%）となった。勤務先の所轄地域合計人口規模については回答者の基本属性は「5万人未満」（35.62%）が最も多く、「5~20万人未満」（33.82%）、「20~50万人未満」（15.19%）と続いた。

回答者の基本属性は、女性82.6%、男性16.46%、その他0.18%であり、年代は30代（29.48%）が最も多く、40代（28.21%）、50代（21.52%）と続いた。職種は保健師が80.47%を占め、次に多かった精神保健福祉士（10.13%）と大差を示した。回答者の59.67%が精神保健業務に「非専従」であり、「専従」の39.42%を上回った。所属機関の精神保健福祉業務実施体制は「地区担当制」が37.79%で最も多く、次いで「分割担当制」（35.08%）、「体制なし」（13.20%）と続いた。所属機関の精神保健相談業務担当職員数では「1~9人」が75.95%を占め、次に「10~19人」が13.56%を占めた。うち常勤保健師数は精神保健業務に専従の回答者で2人（28.48%）が最も多く、次いで1人（20.53%）、3人・4人（ともに12.58%）となった。非専従の回答者ではうち常勤保健師数は1人（26.07%）が最も多く、2人（18.38%）、3人（15.81%）と続き、精神保健相談業務に専従、非専従にかかわらず少人数の職員により精神保健相談業務が実施されていることが示された。また、回答者の専門職経験年数の平均値は16.009、行政経験年数の平均値は14.484、精神保健行政経験年数の平均値は8.434、そして精神保健研修（公的機関による）受講回数の平均値は9.363であった（表1~3）。

#### 2. 精神保健相談内容

精神保健相談内容に関する結果を図Q10-1, 10-2, 10-3, 10-4に示した。なお、下記に示

す頻度 (%) は「多い」と2区分法により記録されたものである。

①相談者本人の問題として相談されるもの(質問項目 10-1)として、「うつ病」、「不安症」、「成人の発達障害(知的障害を含む)」が回答者全体、専従、非専従群の間で上位を占めた。「うつ病」は3群間で共通して最も頻度が高く(全体 64.38%、専従 73.85%、非専従 57.88%)、全体、非専従群で次いで「不安症」(全体 53.16%、非専従 48.48%)、「成人の発達障害(知的障害を含む)」(全体 50.81%、非専従 40.30%)となり、専従群では次いで「成人の発達障害(知的障害を含む)」(66.97%)、「不安症」(59.63%)となった。

回答者の勤務先所轄地域合計人口規模別では、「うつ病」は全体、専従、非専従群とも「20~50万人」で最頻値を示し(全体 79.76%、専従 86.21%、非専従 70.83%)、「不安症」は全体、専従で「100万人以上」(全体 61.54%、専従 65.63%)、非専従では「20~50万人」で最も高い頻度(66.67%)となった。「成人の発達障害(知的障害を含む)」は全体で「100万人以上」(69.23%)、専従「50~100万人未満」(79.17%)、非専従「20~50万人未満」(75.00%)で最頻値を示し、全体で「20~50万人未満」(66.67%)、専従・非専従ともに「100万人以上」(専従 71.88%、非専従 57.14%)がそれに続いた。

②相談者の家族、友人などの問題として相談されるもの(質問項目 10-2)についても、「うつ病」は全体(71.43%)、専従(77.59%)、非専従群(71.43%)ともに最頻度を示した。加えて、家族、友人などの問題では「アルコール/薬物乱用・依存」が専従(68.81%)で最頻値、全体で2位

(55.33%)、非専従で3位(46.36%)の高頻度となった。また、「認知症(物忘れ等)」(非専従2位 47.88%)、「成人の発達障害(知的障害を含む)」(全体3位 52.80%)、「ひきこもり」(専従3位 66.97%)も高い頻度を示した。

勤務先所轄地域地域合計人口規模別にみると、「うつ病」は①相談者本人の問題として相談されるものと同様に回答者全体(71.43%)、専従(77.59%)で「20~50万人未満」で最も高い頻度となり、非専従では「100万人以上」で最頻値(71.43%)を示した。「アルコール/薬物乱用・依存」は全体、非専従群ともに「100万人以上」で最頻値となり(全体 74.36%、非専従 85.71%)、専従では「20~50万人」が最も高い頻度(84.48%)を示した。次いで全体では「20~50万人未満」(70.24%)、専従では「100万人以上」(71.88%)、非専従では「5万人未満」(46.95%)が第2位の最頻値となった。

③相談者が自分では訴えなくても支援者(精神保健相談職員)からみて疑われる精神的問題(質問項目 10-3)に関しても、「成人の発達障害(知的障害を含む)」、「うつ病」は全体、専従、非専従3群間で最頻値あるいはそれに次ぐ頻度を示した。「成人の発達障害(知的障害を含む)」は全体 60.76%、非専従群 55.76%で最も多く、専従で第2位の最頻値 68.35%を示し、「うつ病」は専従で最頻値 83.71%となり、全体、非専従群で第2位の最頻値となった(全体 55.88%、非専従 53.33%)。次いで、「アルコール/薬物乱用・依存」は全体(50.82%)、専従群(56.88%)で3位の高頻度となり、非専従でも第3位の「児童・思春期の発達障害(知

的障害を含む)」(47.58%)に次いで僅差で第4位(47.27%)の高頻値を示した。

勤務先所轄地域合計人口規模別では、「成人の発達障害(知的障害を含む)」は全体の最頻値(69.23%)、専従の第2位の最頻値(71.88%)としていずれも「100万人以上」となった。専従は「50~100万人未満」が75.00%で最も高く、一方、非専従の最頻値(62.50%)と全体の第2位の最頻値(64.29%)は「20~50万人未満」であった。「うつ病」は全体、専従群で「20~50万人未満」がともに最も高く(全体64.29%、非専従67.24%)、非専従でも最頻値の「50~100万人未満」(63.16%)について2番目に高い頻度を示した(62.50%)。「アルコール/薬物乱用・依存」では全体、専従、非専従群に共通して「100万人以上」が最頻値となった(全体66.67%、専従68.75%、非専従57.14%)。「児童・思春期の発達障害(知的障害を含む)」は全体、専従、非専従群ともに「5万人未満」が最も高く(全体55.33%、専従58.06%、非専従54.88%)、「50~100万人未満」(全体52.27%、専従50.00%、非専従52.63%)、「100万人以上」(全体41.03%、専従40.63%、非専従42.86%)と続いた。

一方、上記の①相談者本人の問題として相談されるもの、②相談者の家族、友人などの問題として相談されるもの、③相談者が自分では訴えなくても支援者からみて疑われる問題について全体、専従、非専従群に共通して頻度が低いものは「いじめ」、「摂食障害」、「PTSD・トラウマ」であり、同順序でこれらが下位1位から3位の値を①相談者本人の問題として相談されるもので全体、専従、非専従群すべて、③相談者が

自分では訴えなくても支援者からみて疑われる問題で全体、非専従群において示し、「いじめ」は下位の最頻値を最も多く記録した。

④精神的相談とあわせて受ける別の相談(質問項目10-4)としては、回答者全体、専従、非専従群の間で「家族の問題」が最も多く(全体74.15%、専従81.19%、非専従69.39%)、次に「障害者支援」(全体64.20%、専従73.85%、非専従57.88%)、「福祉に関する知識・情報」(全体61.48%、専従69.27%、非専従56.06%)と続いた。それに次ぐ頻度の高いものは各群で異なり、全体では「生活保護」(56.06%)、専従では「社会復帰支援」(62.84%)、非専従では「育児」(54.55%、53.03%で「生活保護」が僅差で続く)となった。

勤務先所轄合計人口規模別では、「家族の問題」は「20~50万人未満」、「100万人以上」で全体、専従、非専従群で上位1,2位の最頻値を示した。全体、専従で「20~50万人未満」(全体85.71%、専従87.93%)、非専従で「100万人以上」が最も高く(85.71%)、次いで全体、専従では「100万人以上」(全体82.05%、非専従81.25%)、非専従で「20~50万人」(83.33%)となった。また、「障害者支援」は「20~50万人」が全体(75.00%)、専従群(82.76%)で最頻値となり、非専従では「100万人以上」が最も高かった(71.43%)。「福祉に関する情報・知識」では全体、専従、非専従群ともに「20~50万人未満」で最も多く(全体73.81%、専従81.03%、非専従62.50%)、全体、専従で「100万人以上」が続き(全体69.23%、専従71.88%)、非専従で「5~20万人未満」(59.13%)が続いた。

⑤精神的相談の背後にある問題（質問項目 10-5, 図 10-5）では、「経済的困難」、「対人関係の問題-家庭」、「身体・健康の問題」が全体、専従、非専従群で上位 1 位から 3 位の高頻度を占めた。「経済的困難」は全体（81.37%）、非専従（80.61%）で最も頻度が高く、専従では 2 位（82.57%）となった。「対人関係の問題-家庭」は専従（83.49%）で最も頻度が高く、全体で 2 位（77.76%）、非専従で 3 位（73.49%）を示した。「身体・健康の問題」は非専従で 2 位（76.97%）、全体（77.03%）、専従（77.06%）共に 3 位の最頻値となった。

勤務先所轄合計人口規模別では、「経済的困難」は全体（84.52%）、専従群（87.93%）とともに「20~50 万人未満」、非専従では「100 万人以上」で最頻値（100%）を示した。次いで、全体では「100 万人以上」（82.05%）、専従では「5 万人未満」（87.10%）、非専従では「50~100 万人未満」（89.47%）と続いた。「対人関係の問題-家庭」では全体、非専従群に共通して「100 万人以上」が最も高く（全体 89.74%、非専従 100%）、専従では「20~50 万人未満」が最頻値（91.38%）を示した。「身体・健康の問題」では全体で「20~50 万人」（80.95%）、専従で「5 万人未満」（87.10%）、非専従で「100 万人以上」（100%）が最も高い頻度となった。

①相談者本人の問題として相談されるもの、②相談者の家族、友人などの問題として相談されるもの、③相談者が自分では訴えなくても支援者からみて疑われる問題について全体、専従、非専従群に共通して頻度が低いものと数えられた「PTSD・トラ

ウマ」は先には 3.94%から 13.30%の値で推移したが、この⑤「精神的相談の背後にある問題」の選択肢の 1 つである「トラウマ的出来事（虐待、DV、性被害、犯罪被害、災害、事故等）は 42.20%（専従）、38.52%（全体）、35.45%（非専従）と、先の数値と比較して大幅に高い頻度を示し、勤務先所轄地域合計人口規模「100 万人以上」で全体、専従、非専従群ともに最頻値となった。

⑥精神保健相談業務を実施するうえでの困難（質問項目 11）での相談者に関する要因に関する結果を図 Q11 に示した。

回答者全体、専従、非専従群ともに「相談者の経済的困難」が最も多く（全体 67.63%、専従 65.14%、非専従 69.09%）、次いで「相談者の社会的支援リソースの限界（家族、親戚、友人等がない）」となった（全体 64.92%、専従 61.93%、非専従 66.67%）。続いて、全体、非専従群で「相談者が自分自身の改善すべき問題を認めようとなしな」、「相談者の発達上の課題（ADHD、アスペルガー、IQ 等を把握しにくい）」が 3 位、4 位の最頻値となり、専従群でもこれらの 2 要因の順位の反転は僅差でみられたものの（「相談者の発達上の課題（ADHD、アスペルガー、IQ 等を把握しにくい）」63.33%、「相談者が自分の改善すべき問題を認めようとなしな」57.88%）、上位 1、2 位に続く高い頻度を示した。

勤務先所轄合計人口規模別では、「相談者の経済的困難」は全体、専従群ともに「5 万人未満」で最頻値となり（全体 70.56%、専従 74.19%）、次いで「20~50 万人未満」となった（全体 70.24%、専従 74.14%）。非専従では「50~100 万人未満」が最も高く



(73.68%)、「5万人未満」(69.51%)が続いた。「相談者の社会的支援リソースの限界(家族、親戚、友人等がない)」は全体、専従群に共通して「20~50万人未満」で最も高く(全体67.86%、専従70.69%)、次いで「5万人未満」(全体66.50%、専従67.74%)となった。非専従では「100万人以上」が最頻値を示し(71.43%)、「5~20万人未満」(68.70%)、僅差で「5万人未満」(65.85%)が続いた。「相談者が自分自身の改善すべき問題を認めようとしない」は「5~20万人未満」、「20~50万人未満」で全体、専従、非専従群ともに上位1, 2位の頻度を占めた。全体、非専従群ともに「5~20万人未満」が最頻値となり(専従65.78%、非専従67.83%)、「20~50万人未満」が続いた(専従63.10%、非専従62.50%)。非専従では「5~20万人未満」が最も高く(67.83%)、次いで「20~50万人未満」(62.50%)となった。

一方、⑦精神保健相談業務を実施するうえでの困難(質問項目11)での相談を受ける側(支援者/精神保健相談職員)に関する要因に関する結果(図Q11を参照)は、「職場での必要なマンパワー、リソースの不足」が全体(64.01%)、専従(61.93%)、非専従群(65.45%)に共通して最も多く、「自分自身に、精神的問題についての支援をするための十分な知識、経験がない」が続いた(全体55.15%、専従47.25%、非専従60.30%)。「精神的問題について支援をするための、研修、助言の機会が不足している」が次いで全体(44.67%)、非専従群(49.70%)で高く、一方、専従群では「精神的問題について、相談者をつなぐための関連機関との連携が不足している」(38.53%)が第3

位の最頻値を示した。しかし、「精神的問題についての支援をするための、研修、助言の機会が不足している」は専従群でも僅差でそれに次ぐ結果(36.70%)となった。

勤務先所轄合計人口規模別では、「職場での必要なマンパワー、リソースの不足」は全体、専従群に共通して「20~50万人未満」が最も高く(全体69.05%、専従72.41%)、次いで「5万人未満」となった(全体64.97%、専従64.52%)。非専従では各人口規模別の頻度の差が非常に小さかったが(最大値と最小値の差は6.17%)、「100万人以上」が最頻値(71.43%)となり、「50~100万人未満」(68.42%)が続いた。「自分自身に、精神的問題についての支援をするための十分な知識、経験がない」は全体では「5万人未満」(60.41%)、専従で「20~50万人未満」(55.17%)、非専従で「100万人以上」(71.43%)で最も高い頻度を示した。

### 3. 精神保健相談支援ツール

①精神保健相談支援ツール(質問項目12)に関する結果を図Q12に示した。

のぞましい精神保健相談支援ツールに関する15の質問に対し、回答者全体、専従、非専従群をとおして「必要」(2区分法による)との回答が75.69%から86.67%の間で得られ、其々の必要性に対する高い同意率を示した。

全15の質問への回答結果を各群別にみると、「相談員の共通理解を促す、統一化された支援ツールである」が全体86.08%、専従86.24%ともに最も多く、非専従では「精神疾患の診断にとらわれず、支援を必要とする症状や困難のとりこぼしを防ぐ」が「相談員の経験度にかかわらず、相談者の状況・状態の『見立て』に使える」と同率

(86.67%)で最頻値となった。「相談員の経験度にかかわらず、相談者の状況・状態の『見立て』に使える」は次いで、全体、専従群に共通して最も多く（全体 85.90%、専従 85.32%）、非専従では「相談員の共通理解を促す、統一化された支援ツールである」が続いた。加えて、専従では「同じ相談機関内で複数の相談者が使用結果を共有し、連携機関での相互理解・連携の強化につながる」、「支援に当たる地域の多職種専門家での使用結果を共有し、地域でのサポートについて検討する際の資料とする」が第2位の最頻値として同率を示した。また、全体では「精神疾患の診断にとらわれず、支援を必要とする症状や困難のとりこぼしを防ぐ」と「同じ機関内で複数の相談者が使用結果を共有し、連携機関での相互理解・連携の強化につながる」は同率 85.71%を示し、僅差で第3位の最頻値となった。

一方、全体、専従、非専従群で共通して最も頻度が低かったのは「精神疾患の診断を意識したスクリーニングができること」であった（全体 75.95%、専従 75.69%、非専従 76.36%）。もちろん最低頻度を示したとはいえ、「必要」との同意率は依然高く、精神保健相談支援ツールに求められる一要因として重要であると考えられるべきであるが、これと対である「精神疾患の診断にとらわれず、支援を必要とする症状や困難の取りこぼしを防ぐ」への同意率が全体、専従、非専従のすべての群において前者を上回った。

勤務先所轄地域合計人口規模別では、「相談員の共通理解を促す、統一化された支援ツールである」は全体で「100万人以上」（87.18%）、専従で「5万人未満」（90.32%）、

非専従で「50~100万人未満」（100%）が最も多く、次に全体・専従群で「20~50万人未満」（全体、非専従）、非専従は「5~20万人未満」（86.96%）となった。「精神疾患の診断にとらわれず、支援を必要とする症状や困難のとりこぼしを防ぐ」は全体・専従群とも「20~50万人未満」が最頻値となり（全体 86.90%、専従 91.38%）、「5万人未満」（全体 86.80%、専従 90.32%）、「5~20万人未満」（全体 85.56%、専従 84.51%）と続いた。非専従では「50~100万人未満」（100%）が最も多く、次いで「5~20万人未満」（86.96%）、「5万人未満」（85.98%）となった。「相談員の経験どにかかわらず、相談者の状況・状態の『見立て』に使える」については、全体・専従群ともに「20~50万人未満」（全体 88.10%、専従 91.38%）、非専従では「50~100万人未満」で最頻値（100%）を示した。次いで、全体は「50~100万人未満」（86.36%）、「5~20万人未満」（86.10%）、専従は「5万人未満」（90.32%）、「5~20万人未満」（84.51%）、非専従は「5~20万人未満」（87.83%）、「100万人以上」（85.71%）となった。

②精神保健支援ツールの好ましい形態（質問項目14）に関する結果を図Q14に示した。

全体、専従、非専従群で「紙媒体」、「オンライン上でアクセスできる」、「パソコンからだけでなく、携帯・タブレットからもアクセスできる」が上位3位を占めた。全体、非専従群とも「紙媒体」が最も多く（全体 61.12%、非専従 60.61%）、「オンライン上でアクセスできる」（全体 60.04%、非専従 57.88%）、「パソコンからだけでなく、携帯・タブレットからもアクセスできる」（全

体 40.87%、非専従 40.00%) と続いた。一方、専従では「オンライン上でアクセスできる」が最頻値を示し (62.39%)、続いて僅差で「紙媒体」 (61.12%)、「パソコンからだけでなく、携帯・タブレットからもアクセスできる」 (42.20%) となった。

勤務先所轄合計人口規模別 (全体) では、「5 万人未満」 64.47%、「5~20 万人未満」 61.50%で「紙媒体」が最も多く、「20~50 万人未満」では「オンライン上でアクセスできる」が「紙媒体」と並び最頻値を示した (共に 57.14%)。一方、「50~100 万人未満」 (59.09%)、「100 万人以上」 (64.10%) では「オンライン上でアクセスできる」が最も多かった。非専従で「紙媒体」が「5 万人未満」 (64.63%)、「5~20 万人未満」 (61.74%) で最頻値を示し、「オンライン上でアクセスできる」が「20~50 万人未満」 (45.83%)、「50~100 万人未満」 (63.16%)、「100 万人以上」 (57.14%) で最も多かった。一方、専従では「オンライン上でアクセスできる」が「5 万人未満」 (67.74%)、「5~20 万人未満」 (63.38%)、「100 万人以上」 (65.63%) で最も多く、「紙媒体」で最頻値を示したのは「20~50 万人未満」 (63.79%)、「50~100 万人未満」 (58.33%) であった。

#### 4. 精神保健に関する研修

精神保健に関する研修について (質問項目 16) の結果を図 Q16 に示した。

①今までに受講した精神保健業務に関する研修について、全体、専従、非専従群共に「特定の疾病・障害に関する研修」が最も多く (全体 66.0%、専従 69.27%、非専従 63.64%)、「カウンセリングスキル・傾聴等に関する研修」 (全体 57.69%、専従 54.59%、

非専従 59.39%)、「連携に関する研修」 (全体 41.23%、専従 45.87%、非専従 37.88%) と続いた。一方、②今後受講を希望する精神保健業務に関する研修では、全体、専従、非専従群に共通し「スクリーニング・アセスメントに関する研修」が最頻値を示し (全体 53.89%、専従 57.80%、非専従 51.21%)、次いで「カウンセリングスキル・傾聴等に関する研修」 (全体 49.55%、専従 51.38%、非専従 47.88%)、「心理社会的支援に関する研修」 (全体 45.75%、専従 50.46%、非専従 41.82%) となった。

勤務先所属人口規模別にみると、今後受講希望する研修について、専従の「20~50 万人未満」で「スクリーニング・アセスメントに関する研修」の受講希望が最も高く (70.83%)、「カウンセリングスキル・傾聴等に関する研修」では非専従の「50~100 万人未満」 (57.89%)、「心理社会的支援に関する研修」では専従の「5 万人未満」 (58.06%) がそれぞれ最頻値を示した。

③今後受講を希望する研修ののぞましい受講期間は「1 日」が全体、専従、非専従群に共通して最も多く (全体 42.13%、専従 45.87%、非専従 39.07%)、次いで、「半日」が全体 31.83%、専従 22.48%、非専従 38.18%となった。

勤務先所轄地域合計人口規模別では全体では「5 万人未満」 46.70%、「20~50 万人未満」 46.43%、「50~100 万人未満」 36.36%、「100 万人以上」 51.28%で「1 日」の研修が最頻値となり、「5~20 万人未満」のみで「半日」の研修の希望が最も多かった (40.64%)。「1 日」の研修ですべての群、人口規模別において専従の「5 万人未満」が 58.06%で最も高い頻度を示し、次いで専

従の「100 万人以上」56.25%、専従の「20~50 万人未満」50.00%となった。また、「半日」の研修は非専従の「50~100 万人未満」が47.37%で最も多く、非専従の「5~20 万人未満」が46.09%で続いた。

④希望する研修の形態（質問項目17）に関する結果を図Q17に示した。

全体、専従、非専従群で共通して「対面での講義方式」が最頻値を示し（全体78.06%、専従73.39%、非専従72.42%）、次いで全体、専従で「グループワーク」（全体30.38%、専従38.53%）、非専従では「医療ブロックごとの開催」が第2位の最頻値となり（27.27%）、続いて全体では「医療ブロックごとの研修」（25.69%）、専従で「医療ブロックごとの研修」（26.58%）、非専従で「グループワーク」（25.15%）が第3位の高い頻度を示した。

勤務先所轄地域合計人口規模別にみると、「対面での講義方式」は非専従の「50~100 万人未満」で最も高かった（89.47%）。「グループワーク」は専従の「50~100 万人未満」（45.83%）、また、「医療ブロックごとの研修」は専従の「50~100 万人未満」（37.5%）で最頻値を示した。加えて、「研修後のフォローアップ」は専従の「100 万人以上」（34.38%）で最も高く、次いで非専従の「50~100 万人未満」（31.58%）であった。

## E. 結論と今後の取り組み

全国の自治体によって実施されている精神保健相談内容とそれを取り巻く状況は複雑である。相談者本人より、相談者の家族・友人のものとして相談される、また相談者は訴えなくとも相談職員からみて疑われる主な問題として示された（回答者全体、

専従、非専従群に共通し、また、勤務先所轄地域合計人口規模においても広汎に）うつ病、成人の発達障害（知的障害を含む）、アルコール/薬物依存・乱用はいずれも治療・寛解・制御への支援、介入が容易でないものである。それに加え、相談者の家族問題、経済的困難、社会的支援リソースの欠如、自分自身の改善すべき問題の否認が専門家へつながる障害をもたらし、支援者側も必要なマンパワー、リソースの不足、十分な支援を可能にするために必要な知識・経験の不足ならびに研修・助言の不足という課題を抱えることが示された。前回のアンケート調査では勤務先所轄地域人口規模別では「5 万人未満」、「5~20 万人未満」に上記のマンパワー、リソースの不足、研修・助言の不足が顕著であったが、今回の調査では全体、専従群では同様の傾向がみられたものの、非専従群では「100 万人以上」で最頻値を示したことから、これらの課題は人口規模の大小にかかわらず広汎に存在することが示唆される。

このような状況下で精神保健相談支援ツールに求められるのは、相談職員の共通理解を促す「統一性」であり、相談職員の経験度にかかわらず相談者の状態・状況の「見立て」を可能にし、精神疾患の診断にとらわれずに支援を必要とする相談者のとりこぼしを防ぐ--支援が求められる相談者の症状、困難を汲み取ることを確実にする機能を有することであることが示された。精神保健相談支援ツールに関するこれらの質問項目をふくむ全15の質問項目でその必要性について高い同意度（範囲75.69%~86.67%）を得られたことは、保健師へのヒヤリング結果に基づいて作成された質問項

目の妥当性が示唆されるとともに、上記の上位3要因だけでなく、精神保健相談支援ツール作成のうえで他すべての要因が考慮される必要がある。

本政策研究は平成30年度に最終年度を迎え、厚生労働省行政推進調査事業費補助金を交付された研究としては終了するが、これらの調査結果をもとに「精神保健相談支援ツール」を具体化、作成し、全国自治体における精神保健相談に携わる保健師をはじめとする精神保健相談に従事する職員/支援者を対象に普及していくことを目標とする。本年度2月に本政策研究の一環として精神保健相談従事者を対象に「地域精神保健相談研修」が実施され（別途平成30年度分担研究報告書参照のこと）、精神保健相談支援のためのツールのプロトタイプとして睡眠分野、ストレス・トラウマ分野、うつ・不安分野、発達障害分野についてそれぞれガイドライン、マニュアル、手元資料の3点が作成・配布され（呼吸筋ストレッチ体操についてのマニュアル、説明資料も含む）た。研修中・研修後に受講者より寄せられたフィードバックをもとに改訂され、国立精神・神経医療研究センターのウェブページ「保健師こころの相談支援」掲載された（<https://www.ncnp.go.jp/nimh/behavior/phn/index.html>）。

今後は同様の「地域精神保健相談研修」をとくに本研究調査でニーズの高かったスクリーニング・アセスメント、カウンセリングスキル・傾聴等、心理社会的支援に関する知識の向上に寄与する要素を織り込んだ対面での講義形式、グループワーク形式を主とした1日の研修を実施し、研修後のフォローアップの一環として継続的に受

講者のフィードバックに真摯に耳を傾けることで「精神保健相談支援ツール」の改善を続け、汎用性の高い完成形にすることをめざす。また、研修という形態に加えた適切な支援ツールの普及方法を模索し、リソースの許す可能な範囲で効果的な精神保健相談支援ツールの普及に努める（このプロセスについてはエビデンスに基づいた **implementation science research**～実装研究～の形態に沿うこととする[WHO, 2016]）。これらの試みにより、地域精神保健相談についての効果的かつ適切な政策指針の構築への貢献が可能となると推測される。

#### F. 謝辞

本研究のアンケート調査を実施するにあたり、ご協力いただいた全国保健所長会、全国保健所所属の健康相談担当の皆様、関連部署の責任者の皆様に心より御礼申し上げます。

#### G. 研究発表

該当なし。

#### H. 知的財産の出願・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) 飯島清美子・山口 忍・渡辺尚子・綾部明江 (2016)「市町村保健師が精神保健分野の個別対応で抱える困難」『日本公衆衛生看護学会誌』, 5, (2), 144-153.
- (3) 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.
- (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 (2018)「全国市町村保健所における精神保健相談の実態調査」分担研究報告書.
- (5) 金吉治・山之内芳雄・三島和夫・神尾陽子・古野民子・高橋明子・相楽和枝・島津恵子「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」分担研究報告書.
- (6) 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  
([https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/kenkou/kenkou\\_nippon21.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkou_nippon21.html)) (2019 年 5 月 7 日現在)
- (7) 厚生労働省健康局健康課地域保健室 (2018)「設置主体別保健所数」2018 年 4 月 1 日発表  
([https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/kenkou/kenkou\\_nippon21.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkou_nippon21.html)) (2019 年 5 月 7 日現在)
- (8) 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.
- (9) 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.
- (10) 総務省統計局 (2018)「市区町村数」総務省統計局ホームページ  
(<https://www.e-stat.go.jp/municipalities/number-of-municipalities>) (2019 年 5 月 7 日現在)
- (11) 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.
- (12) 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.
- (13) WHO. (2016). A guide to implementation research in the prevention and control of noncommunicable diseases. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252626/9789241511803-eng.pdf>