

地域保健活動におけるうつ・不安の相談対応

- うつ・不安に対する保健活動の必要性……………2
- 話の聞き方・導き方……………3
- スクリーニングと使い方……………4
- フォローアップの体制における他部署・他機関との連携…6
- フォローアップの実例 松山市・茨城県結城市の妊産婦…7

うつの取り組み

● うつ・不安に対する保健活動の必要性

精神疾患を有する患者数は年々増加し、図 1 のように患者調査での推定総患者数は平成 26 年では 392 万人となった。疾患別では、うつ・躁うつ病などの気分障害が 111 万人、不安障害・ストレス関連障害が 72 万人を占め、認知症や発達障害とともに近年増加している。気分障害では 15 年前の平成 11 年と比べて 2.5 倍増えている。うつや不安障害の増加は、メンタルヘルスが一般的に認知され、スティグマが減少したことや、50 人以上の職場に対するストレスチェック制度の導入などが指摘されるところである。では、これら医療にかかる人が増えたことによって、国民全体のメンタルヘルスの状況は改善したのだろうか。

国民生活基礎調査では、食事・運動などとともにストレスやメンタルヘルスに関する問いがあり、うつ・不安障害を疑うスクリーニングとして K6 日本語版が全例に行われている。6 つの質問に答えるもので、見方として、評点が 5 点以上で何らかの問題がある可能性、13 点以上で重度のうつ・不安障害が疑われるとされている¹。「健康日本 21 第二次」においても 10 点以上の割合が、うつ・不安障害が疑われるものの割合を示す値として、こころの健康の指標になっている。

この調査によると、平成 28 年 18 歳以上で K6 が 13 点以上の者は国民全体の 4%、5 点から 12 点の者になると 25% いることがわかった²。そしてこの値は、平成 19 年からほぼ変わっておらず、アメリカにおける同様の調査³よりも高いことがわかった。さらにこの調査では、これらの者がメンタルヘルスに関して医療を受けているかも聞いている。医療に繋がっている者は、K6 が 13 点以上の者の 16%、5～12 点の者の 4% であった。この割合は、近年若干増えており患者調査の患者の伸びと矛盾しない。しかしながら、図 2 のように医療にアクセスできているものはごく一部に過ぎず、一方医療のキャパシティを考えた際、すべてを医療に繋がればいいということではなさそうである。より重篤な人が適切に医療に繋がれ、そうでない場合適切な対応ができるようにすることで、地域保健におけるトリアージ機能を発揮し、保健医療の適正化に繋がるのではないかと思われる。

図 1

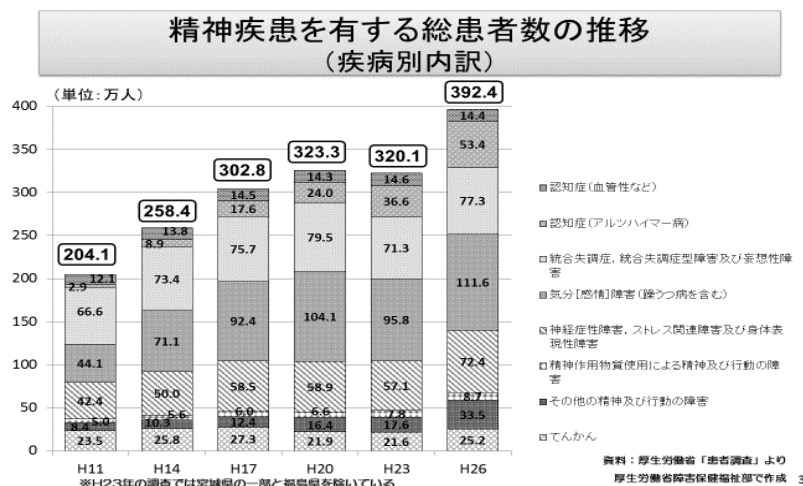
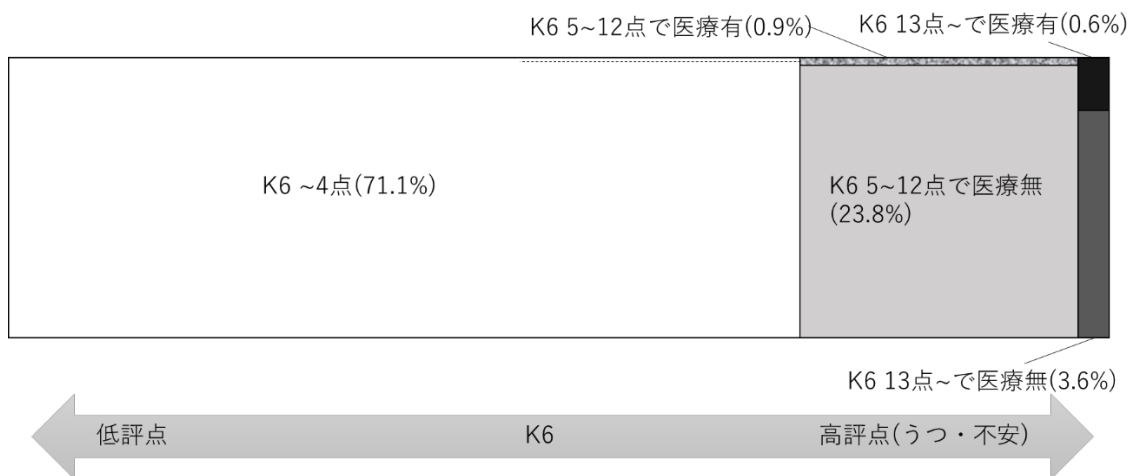


図 2. 平成 28 年国民生活基礎調査における 18 歳以上国民の K6 評点と精神医療アクセス有無



1) Prochaska, J. J., Sung, H. Y., Max, W., Shi, Y., Ong, M., 2012. Validity study of the K6 scale as a measure of moderate mental distress based on mental health treatment need and utilization. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 21 (2), 88-97.

2) Nishi D, Susukida R, Usuda K, Mojabai R, Yamanouchi Y, 2018. Trends in the prevalence of psychological distress and the use of mental health services from 2007 to 2016 in Japan. *J. Affective Dis.* 239, 208-213.

3) Mojtabai, R., Jorm, A. F., 2015. Trends in psychological distress, depressive episodes and mental health treatment-seeking in the United States: 2001-2012. *J. Affect. Disord.* 174, 556-561.

● 話の聞き方導き方

日常の保健活動におけるトリアージはどのようにすればよいのだろうか。心理的な問題はなかなか表出できないものであり、相談者との信頼関係や安心感が不可欠である。相談の中でストレートに問題を同定してこられない方や、自分では気づいていない方もいる。その際、その方の課題が導かれるような聞き方や態度が必要である。マニュアルに、PFA(災害時の心理的応急処置)のフィールドガイド¹から、相談者としての基本的な態度と聞き方について抜粋した。もともと大規模災害後の心理的支援を行う際にまとめられたもので、普段の保健活動は災害時ではない。しかし彼らにとって平常ではないメンタルヘルスの課題を持つであろう、来談者の気持ちに寄り添いつつ、適切な相談をするために基本的な態度は、ここから学ぶべきものが多くあり、抜粋した。

1) World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International (2011). *Psychological First Aid: Guide for field workers*. WHO: Geneva (訳: 国立精神・神経医療研究センター、ケア・宮城、公益財団法人プランジャパン(2012). 心理的応急処置フィールドガイド

● スクリーニングツールの使い方

つぎに汎用的な、いくつかのスクリーニングのための尺度¹⁻⁵を紹介する。しかしこれらをただやって基準といわれる評点以上の者を分別すればよいというものではないことは、日常業務で実感されていることだろう。精神医療で用いられる尺度とは、単に質問や確認事項を並べただけの間診票やチェックリストとは異なる。

尺度とは、自分で記入する質問紙や、臨床関係者が面接をして記入する構造化面接を通じて、ひとまとまりの質問に対して、頻度や重症度などを数値で回答し、その合計を算出することで、疾患のスクリーニングや症状の重症度評価を行うというものである。含まれている質問それぞれについて、頻度、重症度などを数値で回答するようになっており、それを合計した値が「うつ病」などの対象疾患と関連していることが統計的に検証されている点の特徴である。たとえば「気分が憂うつ」「意欲がわからない」「眠りにくい」などの項目は、うつ病であれば該当することが多い。このような項目を集め、それらへの回答を数値化して合計することで、うつ病を効果的に疑うことが可能となる。実際には、こういった尺度が作られる前に、強く関連する項目を統計的に選び出すという基礎作業を行った上で、初めて役に立つ尺度が作成される。このプロセスを妥当性検定と呼ぶ。と同時に、回答する人によって解釈が大きく異なったり、繰り返して使ったときに病状は変わっていないのに得点がぶれてしまったりは都合が悪い。そこで、理解のしやすい標準的な表現によって質問項目を作成し、異なった人が回答をしても、また同じ人が繰り返し回答をしても、得点にばらつきがないようにしなければならない。これを検証する作業を信頼性検定という。さらに実際の尺度の作成にあたっては、内的一貫性の検定など、様々な複雑な手続が踏まれる。また尺度によっては、その中に複数のグループ（次元）を含む場合もある。

尺度の使い方には主として、重症度評価とスクリーニングがある。重症度評価は、多くの場合は質問項目への回答の数値を合計したものをを用いる。時には、そうした数値の合計点が、別の方法で測定されたうつ病などの重症度評価とどのように関係するのかを調べて、〇点までは軽度が疑われるとか、〇点以上は重度が疑われる、といった言い方がなされる。

もう一つの使い方はスクリーニングである。これは「うつ病」が「ある」「ない」を、尺度の得点によって推測しようというものである。通常は、尺度の得点が高い人（重度の人）は、実際に、うつ病などの診断がつく確率が増加する。しかし、得点が高くても診断の付かない人も存在する。他方、得点が低くても診断が付く人もいる。そこで、何点を「カットオフ値」にすれば、本当に診断の付く割合を最大化し、誤って診断される割合を最小化できるのかが検討される。このようにして決められたカットオフ値を用いて、尺度の結果を臨床診断の結果と比較すると、たとえば表1のような結果が得られる。

これを見ると分かるように、尺度による判定があり、なしのいずれの場合でも、専門家による診断とは若干の食い違いがある。陽性35人のうち、専門家による診断で陽性とされたのは32人である。

スクリーニングというのは、尺度のカットオフ値を用いて、とりあえずの陽性を定める

ことである。もちろん、できるだけ偽陽性（診断のしすぎ）と偽陰性（診断の見逃し）を減らすことが望ましいが、それを無くすことはできない。そのため、スクリーニングは決して、診断そのものではない。スクリーニングの結果はあくまでも、確率てきなものであることを理解し、相談の現場にあった活用をすべきである。

また、尺度のカットオフ値の設定は、どのような集団のデータ（病院を受診するほど重症の患者か、一般の大学生か、など）を対象として、どのような目的で（誤って陽性と判断することになってもできる限り見落としを少なくする、など）検討されたのかによっても異なることに注意しなければならない。

表1：尺度による判定と専門家による診断結果の一致／不一致の呼び方

尺度による判定	専門家による診断結果	
	あり（陽性）	なし（陰性）
“あり”（陽性）	32人	3人
“なし”（陰性）	5人	53人

ここで挙げたいいくつかの尺度やツールについて、まず全体を理解することが必要である。どのような視点にどのような課題があるのかがわかるようになるだろう。部署における研修会などの機会を活用されることが望まれる。その上で、いくつかの「視点」をもった状態で日常の相談の中で、質問の中に織り込んだり、場合によってはスクリーニング尺度を出して聞いていけるとよい。

- 1) 鈴木竜世, 野畑綾子, 金直淑ほか：職域のうつ病発見および介入における質問紙法の有用性検討：Twoquestion case-finding instrument と Beck Depression Inventory を用いて。精神医学, 45：699-708, 2003
- 2) Furukawa, T. A., Kawakami, N., Saitoh, M., Ono, Y., Nakane, Y., Nakamura, Y., et al., 2008. The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. Int. J. Methods Psychiatr. Res. 17 (3), 152-158.
- 3) 岡野 禎, 村田 真, 増地 聡, 他. 日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票 (EPDS) の信頼性と妥当性. 精神科診断学. 1996. 12 1996;7(4):525-533.
- 4) Usuda K, Nishi D, Okazaki E, Makino M, Sano Y, Optimal cut-off score of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for major depressive episode during pregnancy in Japan. Psychiatry Clin Neurosci. 2017 Dec;71(12):836-842
- 5) Yesavage, J. A, Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., V. O. & Leirer, V. O. 1982 Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. Journal of Psychiatric Research, 17, 37-49.

● フォローアップの体制における他部署・他機関との連携

面談やスクリーニングの結果、精神科医療に繋いだほうがよいと思われるポイントを表1に示した¹。またもっとも注意すべき自殺の危険性に関して、ハイリスク者の特徴をまとめた報告があり、そのポイントを表2に示した²。そうでない場合や、その時機を見計らう際には、保健領域でフォローする必要がある。その際には基本的な態度を守ったうえで、基本的な保健指導や、簡易的な認知行動療法的な介入、リラクゼーション技法などを用いて、面談や訪問を重ねることになる。この際、自分だけで抱えるのではなく、部署内の会議などを通じて情報共有を図ったり、技術的な相談について連携先を確保しておく必要がある。都道府県・政令市の精神保健福祉センターは、精神保健福祉法において複雑困難な事例に対する技術的支援を行うこととされており、マニュアルにも連携事例を紹介した。また、精神保健領域外の福祉・生活困窮・法務・老人保健等との連携確保を日常から行うことも求められる。

表2 うつにおいて速やかな精神医学的対処が必要な場合

- ・自殺に関して深刻に悩んでいる or 自殺企図
 - 自責感が強い場合も自殺念慮につながる
- ・家族がどうして良いか途方に暮れている
- ・現実離れした心配をして（妄想）、説得しても聞き入れない
 - 貧困妄想：「貧乏になってしまった」
 - 心気妄想：「とんでもない病気になった」
 - 罪業妄想：「罪を犯したので罰を受ける」
- ・躁状態と強い不眠になった（既往がある場合を含む）

表3 自殺危険率の高いうつ病患者の特徴

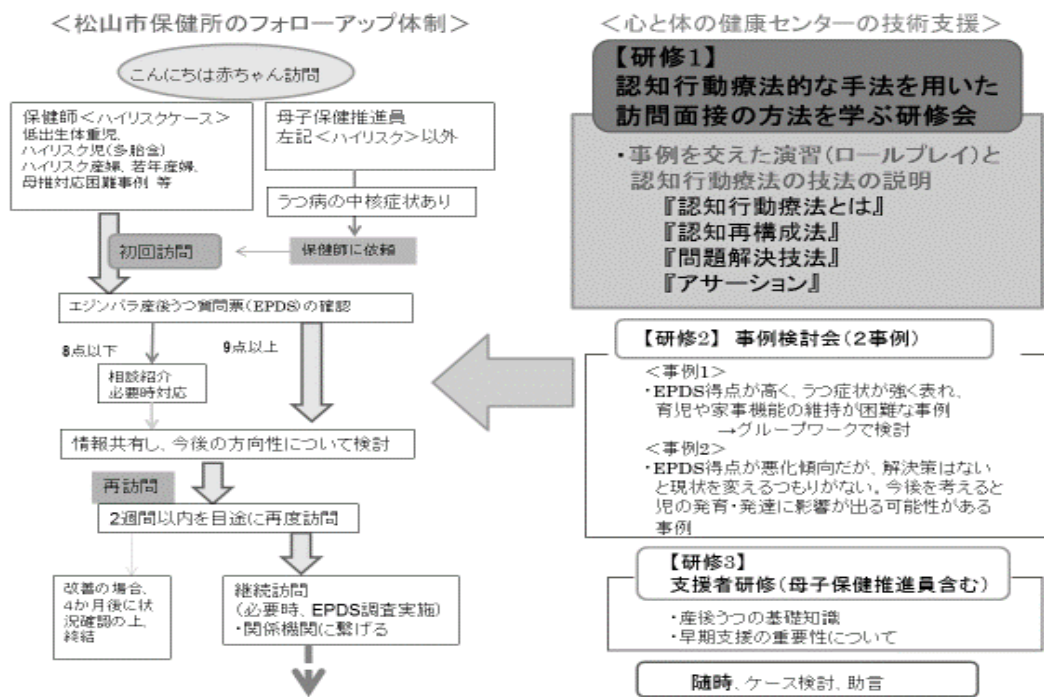
- ・基本的特徴
 - 男性（5-10倍）、65歳以上
 - 単身者（特に子どもがいない）
- ・病歴・家族歴
 - 自殺企図の既往あり、精神科入院歴あり
 - 自殺の家族歴あり
- ・合併疾患
 - アルコール・薬物依存の併発
 - パニック障害の併発・不安の強さ
 - 重症身体疾患の併発

1) 尾崎紀夫. プライマリケア医と精神科医の連携. 第129回日本医学会シンポジウム記録集 うつ病. 61-65, 2005

2) Whoolley MA, Simon GE : Managing depression in medical outpatients. N Engl J Med ; 343 : 1942-1950, 2000

フォローアップの実例 松山市の産後うつの取り組み

- 松山市保健所では、平成 28 年から愛媛県心と体の健康センター(精神保健福祉センター)の技術的支援を受け、産後訪問の仕組みにうつ状態のスクリーニング(EPDS)と、その後の簡易的な認知行動療法手法を用いた継続訪問を行う取り組みを行っている。



- 仕組みと手順
 - ✓ 母子保健「こんにちは赤ちゃん事業」担当保健師を対象に、センターが認知行動療法・訪問面接方法の研修会を行う
 - ✓ 産後訪問時に EPDS を行う
 - ✓ 原則 9 点以上の者に対して、継続訪問し簡易的な認知行動療法手法を用いた面接を行う
 - ✓ センターが事例検討やコンサルテーションを行う
 - ✓ 重症例・困難例は医療等関係機関につなげる
- 取り組み状況

平成 29 年 4 月から 11 月までに 727 件の訪問を行い、その 13%に当たる 88 名が抑うつがある要フォロー者と判断され簡易的認知行動療法の技法による面談を行った。その 95%にあたる 84 名にフォローの継続がされていた。一方、多数の要フォロー者に対する CBT 技法を用いた面談訪問の継続が難しくなっている。

フォローアップの実例 茨城県結城市の周産期うつスクリーニング取り組み


- 妊娠期から EDPS を用いたスクリーニングを行っており、市内に 1 か所ある産科医療機関との連携をとっている。

妊娠・出産包括支援モデル事業の取組事例

茨城県結城市の概要
～妊娠から出産、産後支援の強化～

地域の概要

- **地域概要**
結城市は、関東平野のほぼ中央、茨城県西北端の県境に位置し、茨城県の西の玄関口となり、海拔38.6mに立地しています。東西6km、南北13kmと南北に長い長方形をもち総面積は65.84km²。今年度で、市制60周年を迎える。
市域の北端の市街地に中世城下町の名残をとどめる数少ない都市である。「本場結城紬」は、平成22年11月ユネスコ無形文化財に登録されている。
- **人口** 52,858人(平成26年4月1日現在)
- **世帯数** 19,321世帯(1世帯あたり2.7人)(平成25年度) 核家族化傾向にある
- **年間出生数** 397人(平成25年度) 少子化が進んできている



50km

取組の経緯

- 市内における産婦人科は1ヶ所で、平成25年度における出生者の約半数(約51%)がそこで出産している。近年の妊産婦は、以下4つの傾向がみられる。

- ① 赤ちゃん訪問でEPDS(エジンバラ産後うつ病質問診)を実施し、産後の気分を問診しており、9点以上の高い得点者が7.6%となっている。(年々増加傾向にある)
- ② 育児不安・育児ストレスを訴える妊産婦の増加(平成23年度3.8%、平成24年度6.7%、平成25年度11.3%)
- ③ 養育態度や養育能力に問題のある妊産婦の増加(平成23年度2.6%、平成24年度4.1%、平成25年度6.5%)
- ④ 赤ちゃん訪問での要フォロー者は、母が要因のフォローが増加
子が必要:平成23年度10.8%、平成24年度20.2%、平成25年度18.9%
母が必要:平成23年度11.5%、平成24年度15.9%、平成25年度31.0%

以上のことから、妊娠中からより連携強化を図ることで、妊産婦に対してきめ細かい支援を行うことが必要。

事業の概要(茨城県結城市)

母子保健相談支援事業(母子保健コーディネーター):母子保健相談支援事業(母子保健コーディネーター)

要支援となったケースについて、支援計画を作成し、必要な支援を行う。

産前・産後サポート事業(参加型):産前・産後サポート事業(プレママクラス, 育児サロン)

医療機関において、マタニティークラスや育児学級等教室を実施。産前産後の心身の不調や悩みを抱える母親の相談支援を行う。
産科医院での教室、相談を組み入れることで、医学的ハイリスク支援や見守り体制の強化を図る。

産後ケア事業(宿泊型):産後ケア

医療機関において、宿泊により、母体ケア、乳児ケア等を実施する。
育児不安、育児疲れ、エジンバラ高得点、精神疾患等の母体ケア。また、養育能力が低い者への育児指導等実施。

事業の効果

妊娠中から、対象者に合わせた支援ができることと、要支援妊産婦等、手厚い支援が必要な者へのケアを早期に行うことで児童虐待防止にもつながる。

今後の展望

妊婦健診、妊婦訪問、赤ちゃん訪問、乳幼児健診などの担当者と、適宜、連絡調整しながら他の事業では行えない支援を実施する。