

厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業

(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28年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 金 吉晴

目 次

.総括研究報告書

- 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 ----- P.1
研究代表者 金吉晴

.分担研究報告書

1. 全国市町村保健所における精神保健相談の実態調査 ----- P.5
分担研究者 金吉晴、山之内芳雄、三島和夫、神尾陽子
研究協力者 島津恵子、篠崎康子
2. 評価ツール開発、モデル地域連携に関する研究 ----- P.53
分担研究者 山之内芳雄
研究協力者 西大輔
3. 睡眠障害モジュール開発に関する研究 ----- P.71
分担研究者 三島和夫
研究協力者 綾部直子
4. 発達障害モジュール開発に関する研究 ----- P.77
分担研究者 神尾陽子
研究協力者 齊藤彩、行廣隆次

.研究成果の刊行に関する一覧表 ----- P.85

厚生労働行政推進調査事業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 28 年度 総括研究報告書

研究代表者 金吉晴

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
センター長・成人精神保健研究部 部長

分担研究者氏名

山之内 芳雄

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
部長

三島 和夫

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
部長

神尾 陽子

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 部長

満たず、また精神病医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 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、警察等との地域連携支援 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、バイオマーカーを用いたその効果検証。モデル自治体での地域精神保健医療体制の機能評価、モジュールを含めた支援体制改善頓於その効果検証を行い、エビデンスに基づいた病態毎の対応モジュールを用いた相談スキルを向上させる。地域への支援介入の効果指標として、東北大学メガバンクの地域コホート調査データ、国民生活基礎調査における K6 など

A.はじめに

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～の割合を 9.4%とする」など 6 項目を定めている。第 3 次犯罪被害者等基本計画、第 4 次男女共同参画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で盛り込まれている。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を最小化への寄与を目的とする。日本での先行研究（川上ら）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

の地域精神健康データを活用する。モデル地域に地域精神保健医療支援ネットワークそれ自体を調査、効果検証の対象としていること、相談対応における国レベルで標準化された評価、早期対応のプログラム、研修が提供され、その効果検証が行われることが特徴である。

B. 研究総括

金らは全国都道府県市町村保健所（市町村においては市町村保健センター）に勤める保健医療福祉専門職を対象に、過去一年の活動を振り返り（赴任一年未満の職員には赴任後より従事している活動について）精神保健業務への専従の有無、精神保健（心理社会）的要素がある相談業務に対応をできているか、精神保健（心理社会）的要素がある相談への対応が困難だと感じるか、精神保健の専門家の助言が必要と感じることがあるか、精神保健の専門家と十分に連携できているか、精神保健に関する相談業務について（a. 精神保健上の困難を抱える相談者に積極的に関わろうと思うか、b. 精神保健に関する知識、教材、研修を必要としているか）について調査を行った。保健所に勤める保健医療福祉専門職（有資格者）を対象とし、国立精神神経医療研究センターの倫理委員会の承認後、全国の保健所に郵送で依頼し、サーベイモンキー上でデータ入力を行った。オンライン上で集積されたアンケート回答データ（n=496）をアウトプットし、基本集計を行った。全体の回答者（n=496）の勤務先については、「都道府県保健所」（31.25%）が最も多く、「市町村保健センター」（26.81%）、「市町村」（21.37%）と合わせ、全

体の74.44%を占めた。全体の回答者の勤務先所轄地域合計人口規模は、「5万人以上」（33.67%）、「5万人未満」（28.63%）が全体の62.30%を占めた。「保健師」が全体の回答者の大部分である86.09%を占め、次いで「精神保健福祉士」（7.66%）であった。保健師の所属は「都道府県保健所」（31.60%）、「市町村保健センター」（29.25%）、「市町村」（22.41%）を合わせ、保健師の回答者全体の83.25%を占めた。「精神保健に専従している」という設問については、全体の回答のうち「はい」（39.72%）、「いいえ」（54.84%）であり、非専従の回答が専従を上回った。『精神保健以外の相談について精神保健（心理社会）的要素があると感じることがありますか』（回答選択肢：5 非常に多いと感じる、4、3、2、1、0 ない）については、「4」（18.35%）が最も頻度が高く、次いで「3」（15.32%）、「5 非常に多いと感じる」（11.69%）となり、全回答の45.36%を占めた。これより、回答者の間で精神保健外の相談のうち精神保健（心理社会）的要素は多いと認識されており、その傾向は人口規模が20万人以上ならびにそれ以下の自治体に高いことが把握された。『精神保健（心理社会）的要素がある相談業務に対応は出来ているでしょうか』（回答選択肢：5 常にできている、4、3、2、1、0 ない）についての回答は「2」（23.19%）が最も多く、次いで「3」（22.98%）であった。本研究のアンケート調査に参加した全国都道府県市町村保健所・保健機関において精神保健相談に携わる保健師、福祉関係有資格職員、その他の相談員の間では精神保健（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。一方で、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低く、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対応が困難であると強く感じられている。

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、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、それほど高くはない。

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についても、中庸の域を出ないが、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ことから、適切な精神保健相談を行うに必要な知識の習得がニーズにあった教材・研修を通して実現されれば、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思われる。

山之内らは心理的苦痛を感じる者の動向と、周辺のデータから、あるべき保健対策について検討した。また、保健対策に対するところの健康の取り組みの可能性を見るべく、従来より母子保健領域と精神保健領域が連携して、産後うつ対策に全県的な取り組みを行っている愛媛県の取り組みに関わり考察した。

心理的苦痛を感じる者の男女別・年代別での傾向は、男性のほうが低く、中高年は低い。年次別では男女ともに、若年者の値がこの3年間で上昇していた。22年と25年では、若年者が男女ともに若干増加していたが、国民全体での心理的苦痛を感じる者の割合は、平成22年が10.4%だったのに対し、平成25年は10.5%であり、変化はなかった。一方、自殺率に関しては、平成22年が人口10万対23.1であったものが、25年は20.3(人口調整22年基準)に減少してい

る。男女別では、22年-25年で男性33.7-29.1、女性13.0-12.0であった。また、気分障害・不安障害の総患者数は平成23年-26年で、152.9万人-184万人と推計されていた。心理的苦痛を感じる者は約10%おり、最近の動向は変化が無く、若年者では増加傾向ともいえる。その一方で、自殺者数は減少しており、その性別・年代の傾向は心理的苦痛を感じるものとは異なった傾向を示している。また、精神疾患として医療にかかる者は、大幅に増加している。このことから、精神科医療へのアクセスと、地域住民のこころの健康の関連はあまり無いのではないかと考える。その中で、愛媛県の取り組みを考察すると、うつ病・うつ症状を抱える産婦は自治体の保健師にフォローされていることが多い。ただ、保健師は精神保健の専門家ではなく、試行錯誤しながら心理面の対応を行っていることも珍しくない。幅広く存在する地域における心理的苦痛を感じる者に対して、適切なスクリーニング、より低強度の介入など保健領域が貢献する可能性は高いのではないかと考える。それは、精神保健相談だけでなく、より幅広い保健全般における取り組みが必要ではないかと考えられた。

神尾らは市町村のこころの健康支援には、発達障害が幼児期から生涯を通じて支援が必要なこと、精神疾患との合併が多いことを踏まえて、発達障害者とその家族への支援の視点を取り入れた再統合が必要である。本研究は、65項目から成る自閉的症狀の尺度（対人応答性尺度（Social Responsiveness Scale; SRS））の短縮版の作成を目的として、項目反応理論（Item Response Theory: IRT）によって尺度特性の分析を行い、児童版10

項目、成人版 10 項目を選定した。Cronbach の係数は、児童版の保護者回答で.86、教師回答では.91、成人版の他者回答で.86、自己回答で.84 と、高い内的一貫性が示された。また児童版は (Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)) の仲間関係下位尺度得点および乳幼児期自閉症チェックリスト修正版 (Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)) と強い相関を示した。成人版は自閉症スペクトル指数 (Autism-Spectrum Quotient (AQ)) 得点と強い相関を示し、自閉症スペクトラム障害のある群では対照群よりも有意に高い得点を示した。これより、児童版、成人版とも SRS 短縮版の信頼性と妥当性が示された。市町村のこころの健康領域の対人支援職は、SRS 短縮版のような簡便でかつ信頼性と妥当性の検証された評価尺度の用い方に習熟し、スクリーニングや支援の際に適切に用いることで支援の質の向上が期待される。

三島らは相談業務で遭遇する睡眠障害を早期に同定する診断モジュールの開発を行うことを目的とし、本研究では精神疾患で高率に認められる不眠症のスクリーニング尺度の選定および一般住民での得点分布と抑うつ・不安との関連を調査した。調査は、東京近郊エリアに在住する交代勤務に従事したことのない 20 歳以上の男女 348 名 (平均年齢 44.1 ± 15.2 歳、20-79 歳、M/F=145/203) を対象に行った。調査項目には、不眠症の評価尺度として国際的にも広く認知されているアテネ不眠尺度 (Athenes insomnia scale; AIS)、不眠重症度指数 (Insomnia Severity Index; ISI)、ピッツバーグ睡眠質問票 (Pittsburgh Sleep Quality Index; PSQI) を選択した。メンタルヘルス

の指標としては、うつ病自己評価尺度 (center for epidemiologic studies depression scale; CES-D)、状態-特性不安尺度 (State-Trait Anxiety Inventory; STAI) を用いた。なかでも AIS が CES-D ($r^2 = .40$) および STAI-S ($r^2 = .223$)、STAI-T ($r^2 = .294$) と最も強く相関した。AIS は国際的にも広く用いられている不眠症のスクリーニング尺度であり、日本人での標準化も行われている。項目数も 8 項目と少なく、QOL 障害も合わせて評価することが可能である。相談業務で遭遇する睡眠障害を早期に同定する診断モジュールの作成において、アテネ不眠尺度がメンタルヘルスに問題のある相談者を簡便にスクリーニングすることのできる臨床評価尺度として有用であると判断された。

C. 健康危険情報なし

D. 知的所有権の取得状況

- | | |
|-----------|----|
| 1. 特許取得 | なし |
| 2. 実用新案登録 | なし |
| 3. その他 | なし |

厚生労働行政推進調査事業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 28 年度 研究分担報告書

全国地域における精神保健相談の実態調査

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	篠崎 康子	1)
	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 精神保健計画研究部
- 3) 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
- 4) 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

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、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を調査した。メンタルヘルス関連の相談にどのようなものがあるか（カテゴリー）、また様々な相談のなかでメンタルヘルスに関する要因（ディメンション）を把握することにより、現場のニーズに則した病態毎の対応モジュ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と考える。

【方法】全国の保健所ならびに市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日頃行っている精神保健相談業務について6項目の設問を6段階リッカーと尺度を使用した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 を使用し実施した。

【結果】アンケート調査参加者（n=496）のうち45.36%が精神保健（心理社会）的要素が精神保健外相談に多いと感じる、49.19%が精神保健（心理社会）的相談業務に対応できている、58.27%が「精神保健（心理社会）的相談業務に対応困難と感じる、61.90%が精神保健専門家の助言の必要性を感じる、46.37%が精神保健専門家と十分連携できている、57.06%が精神保健上の問題を抱える相談者に積極的に関わろうと思う、75.57%が精神保健に関する

る知識、教材、研修を必要としている、と回答した。勤務先の所轄合計人口規模が20万人以上、5万人以上、5万人未満、および精神保健に非専従の職員の間には精神保健相談業務を行うにあたって困難を感じている傾向が示唆された。

【結論と今後の取り組み】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行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り、リソースの地域格差からとくに人口規模20万人以上、5万人以上、5万人未満の自治体にその傾向が強い。本研究の母体である政策研究が目標とする現場支援のための初期対応・病態毎対応モジュール作成のため、より具体的で詳細な情報が必要であることから、第二回目精神保健相談実態調査の実施を計画する。

A. 背景 ~ 政策研究の起動 ~

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～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含まれている。

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政策研究（「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（H28-精神-一般-003：主任研究者金吉晴）」）が立ち上げられた。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 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 地域住民の啓発等のパブリックメンタルヘルス活動を促進することを目標とする。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、エビデンスにもと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必要である。この政策研究を起動するにはまず、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を調査することが必須である。全国地域の保健医療福祉専門職員が日々受ける住民相談のうち、メ

ンタルヘルス関連の相談にはどのようなもの（カテゴリー）があるのか、また、それらの様々な相談のなかでメンタルヘルスに関する要因（ディメンション）はどのようなものがあるのかを把握する。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病態毎の対応モジュ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と考える。

B. 目的

全国の保健所ならびに市町村に勤める保健医療福祉専門職を対象に、過去一年の活動を振り返り（赴任一年未満の職員には赴任後より従事している活動について）、以下6項目、

精神保健業務への専従の有無、精神保健（心理社会）的要素がある相談業務に対応をできているか、精神保健（心理社会）的要素がある相談への対応が困難だと感じるか、④精神保健の専門家の助言が必要と感じることがあるか、⑤精神保健の専門家と十分に連携できているか、⑥精神保健に関する相談業務について（a. 精神保健上の困難を抱える相談者に積極的に関わろうと思うか、b. 精神保健に関する知識、教材、研修を必要としているか）について6段階リッカート尺度を用いて尋ねることにより、全国の保健所ならびに市町村における精神保健相談の頻度、対応への困難度、精神保健専門家との連携状況、保険医療福祉専門職職員の精神保健相談への意欲、そして専門的知識の必要性に対する意識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ことから、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。

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、相談現場の現状の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者

(3) 評価方法

- ・ 6段階リッカート尺度を使用した6項目アンケート調査
- ・ 業務についての情報（精神保健業務への専従の有無、精神保健（心理社会）的

要素がある相談業務に対応をできているか、

精神保健（心理社会）的要素がある相談への対応が困難だと感じるか、④精神保健の専門家の助言が必要と感じることがあるか、⑤精神保健の専門家と十分に連携できているか、⑥精神保健に関する相談業務について（a. 精神保健上の困難を抱える相談者に積極的に関わろうと思うか、b. 精神保健に関する知識、教材、研修を必要としているか）、勤務先、勤務先の所轄地域合計人口規模、職種、保健師経験年数、行政経験年数、精神保健行政経験年数、精神保健研修受講回数（公的団体による）について回答を求める

(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）
- ・ 各保健所責任者の了承を得た上で、該当保健所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 情報を保健所ならびに自治体責任者を通じて配布した
- ・ 被験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、回答内容が業務に関することから、個人の経験に立ち入ることがないことから、侵襲の可能性

性は非常に少ないと考える

(4) 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¹に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（各一頁）を郵送した（郵送対象自治体総数：1,963；保健所総数：480）。

(5) 調査期間

平成 29 年 2 月初旬より同年 3 月 20 日まで。年度末の繁盛期のため、締切り日の延期を希望する自治体には 3 月 31 日までアンケート調査の回答を継続可能とした。

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=496）をアウトプットし、基本集計を行った。加えて、勤務先別、勤務先所轄地域合計人口規模別、職種別、精神保健に専従・非専従別での階層別集計を行った²。

回答者のうち保健師は 472 名である。平成 27 年度厚生労働省データによると、全国の「保健所」に勤める保健師は 7,266 人となっている³。

(1) 回答者の属性分布

1) 勤務先

全体の回答者（n=496）の勤務先については、「都道府県保健所」（31.25%）が最も多く、「市町村保健センター」（26.81%）、「市町村」（21.37%）と合わせ、全体の 74.44% を占めた。次いで、「中核市・保健所設置市保

¹ 本研究においては都道府県政令都市・市区町村自治体を指す

² 集計対象に無回答を含み比率計算を行っている

³ アンケート調査時の全国の保健所勤務保健師数を把握していないことから回収率は求めていない

健所」(9.27%)、「政令市・特別区保健所」(8.67%)となった(図2)。

頻度の高かった上位3つの勤務先をその所轄地域合計人口規模別にみると、「都道府県保健所」では「5万人以上」が39.87%、「20万人以上」が32.02%を占める(図3)。「市町村保健センター」は「5万人未満」が50.00%、「5万人以上」が34.85%である。また、「市町村」は「5万人未満」が46.67%、「5万人以上」規模が40.95%である。

2) 勤務先所轄地域合計人口規模

全体の回答者の勤務先所轄地域合計人口規模は、「5万人以上」(33.67%)、「5万人未満」(28.63%)が全体の62.30%を占めた(図5)。次いで、「20万人以上」(26.81%)、「50万人以上」(5.04%)、「100万人以上」(3.23%)を示した。

勤務先別でみると、最も回答数の高かった「5万人以上」の内訳は「都道府県保健所」が36.75%、「市町村保健センター」が27.71%、「市町村」が25.90%、「政令市・特別区保健所」が9.63%であり、「中核市・保健所設置市保健所」は含まれていない(図6)。一方、「5万人未満」の内訳は「市町村保健センター」が47.71%、「市町村」が35.00%、次いで「都道府県保健所」(17.14%)、「政令市・特別区保健所」(0.71%)で「中核市・保健所設置市保健所」は含まれなかった。

3) 職種

「保健師」が全体の回答者の大部分である86.09%を占め、次いで「精神保健福祉士」(7.66%)、「その他」(2.42%)、「社会福祉士」(1.01%)、「心理職」(0.60%)、「看護師・准看護師」(0.40%)となった(図7)。「その他」(n=12)の内訳は「一般行政職」(41.67%)、「社

会福祉職」・「管理栄養士」(いずれも16.67%)、「精神福祉相談員」・「相談員」・「作業療法士」(いずれも8.33%)である(図8)。

勤務先別でみると、保健師の所属は「都道府県保健所」(31.60%)、「市町村保健センター」(29.25%)、「市町村」(22.41%)を合わせ、保健師の回答者全体の83.25%を占める(図11)。保健師に次いで多かった「精神保健福祉士」の所属は「都道府県保健所」(37.84%)、「中核市・特別区保健所」(32.43%)、「市町村保健センター」(16.22%)で精神保健福祉士である回答者全体の86.49%である。また、「社会福祉士」である回答者の80.00%が「市町村」に所属し、残る20.00%は「政令市・特別区保健所」に所属する。「心理職」である回答者の66.67%が「都道府県保健所」に所属し、33.33%が「政令市・特別区保健所」に所属する。「看護師・准看護師」である回答者では、「都道府県保健所」と「市町村保健センター」で50.00%ずつの所属割合となった。また、「その他」の職種のうち、最も割合の高かった「一般行政職」の所属は「市町村」(80.00%)、「政令市・特別区保健所」(20.00%)である。続いて「社会福祉職」の所属は「都道府県保健所」(50.00%)、「政令市・特別区保健所」(50.00%)となり、「管理栄養士」の所属は「市町村保健センター」(100%)である。「精神保健福祉職」・「作業療法士」の所属はいずれも「都道府県保健所」(100%)である。

勤務先所轄地域合計人口規模別にみると、保健師では「5万人以上」が最も多く36.79%、次いで「5万人未満」(30.19%)、「20万人以上」(25.94%)である(図12)。精神保健福祉士は50.00%が「20万人以上」、次いで「5万人以上」(25.00%)、「100万人以上」(11.11%)

の回答である。社会福祉士、心理職、看護師・准看護師、その他についても20万人以上ならびにそれ以下である所轄地域合計人口規模に所属が集中しており、特にその他ではその半数が「5万人未満」と回答した。

4) 精神保健に専従

「精神保健に専従している」という設問については、全体の回答のうち「はい」(39.72%)、「いいえ」(54.84%)であり、非専従の回答が専従を上回った(図13)。

職種別にみる回答の割合については、「保健師」が「はい」(36.07%)、「いいえ」(60.19%)、「精神保健福祉士」が「はい」(76.32%)、「いいえ」(15.79%)であった⁴。

勤務先別にみると、「はい」(精神保健に専従)の回答については全体で「都道府県保健所」(38.27%)が最も多く、次いで「市町村保健センター」(21.43%)、「市町村」(16.33%)、「中核市・保健所設置市保健所」(12.76%)、「政令市・特別区保健所」(11.22%)となっている(図14)。一方、「いいえ」(精神保健に非専従)の回答を勤務先別にみると、「市町村保健センター」(31.23%)、「市町村」・「都道府県保健所」(いずれも27.51%)が回答者の86.25%を占める。

勤務先の所轄地域合計人口規模別にみると、「はい」(精神保健に専従)の全体回答のうち「20万人以上」・「5万人以上」がいずれも29.74%を占めて最も多く、次いで「5万人未満」(26.67%)、「50万人以上」(8.21%)、「100万人以上」(5.64%)という結果である(図15)。一方、「いいえ」(精神保健に非専従)については「5万人以上」が38.29%で

最も多く、次いで「5万人未満」(31.60%)、「20万人以上」(25.65%)、「50万人以上」(2.97%)、「100万人以上」(1.49%)となり、人口規模の減少とともに非専従の割合が増加する傾向が認められた。

5) 専門職経験年数、行政経験年数、精神保健行政経験年数、精神保健研究受講回数

アンケート調査では専門職経験年数、行政経験年数、精神保健行政経験年数、精神保健研究受講回数(公的団体による)についても回答を求めた。回答者全体(n=496)の専門職経験年数の平均は17.162年、行政経験年数の平均は16.086年、精神保健行政経験年数の平均は6.785年、精神保健研究受講回数(公共団体による)の平均(外れ値9,999(n=1)を省く)は8.139回であった。上記の項目に関するその他基本統計情報については表1を参照されたい。

精神保健に専従の回答者(n=197)の専門職経験年数の平均は16.515年、行政経験年数の平均は15.115年、精神保健行政経験年数の平均は8.565年、精神保健研究受講回数(公共団体による)の平均は11.250回であった(表2)。

一方、精神保健に非専従の回答者(n=272)の専門職経験年数の平均は17.610年、行政経験年数の平均は16.755年、精神保健行政経験年数の平均は5.493年、精神保健研究受講回数(公共団体による)の平均は5.967回であった(表3)。これより、精神保健に専従の回答者が行政経験年数、精神保健研修受講回数において精神保健に非専従の回答者を上回った。一方、専門職経験年数、行政経験年数については精神保健に非専従の回答者が上回るという結果を示した。

(2) 設問別調査結果

⁴ 回答者のうち保健師、精神保健福祉士以外の職種である職員はわずかな数であることから個人の特定の可能性を排除するため、これらの回答者のデータの記載を行わなかった

1) 設問：『精神保健以外の相談について精神保健（心理社会）的要素があると感じることがありますか』（回答選択肢：5 非常に多いと感じる、4、3、2、1、0 ない）については、「5 非常に多いと感じる」（11.69%）、「4」（18.35%）、「3」（15.32%）の回答が合わせて全体の45.36%を占めた。一方、「2」（7.26%）、「1」（5.24%）、「0 ない」（3.43%）は全回答の15.93%を示した。この設問に対する無回答は38.71%であり、全設問中最も高い頻度であった(図 15-1)。

勤務先別では、「5 非常に多いと感じる」の回答では「都道府県保健所」が37.50%で最も多く、次いで「市町村保健センター」（24.46%）、「市町村」（14.13%）である(図 25-1)。「4」の回答では、「市町村」が33.33%で最も頻度が高く、次いで「市町村保健センター」（26.67%）、「都道府県保健所」、「政令市・特別区保健所」、「中核市・保健所設置市保健所」が同比率（13.33%）の回答である。「3」の回答で最も多いのは「市町村保健センター」（34.62%）、「市町村」（30.77%）、「都道府県保健所」（23.08%）である。

勤務先所轄地域合計人口規模別にみると、「5 非常に多いと感じる」の回答では、「5 万人以上」（30.43%）が最も多く、「20 万人以上」（28.80%）、「5 万人未満」（27.71%）となっている(図 25-4)。「4」の回答について最も頻度の高いのは「5 万人未満」（41.18%）、「次いで「5 万人以上」・「20 万人以上」（いずれも23.53%）である。「3」の回答については、「5 万人以上」が42.31%で最も多く、次いで「5 万人未満」（38.46%）、「20 万人以上」（19.23%）である。

職種別内訳をみると、回答者全体の86.09%を占める「保健師」では、「5 非常に

多いと感じる」（11.71%）、「4」（20.14%）、「3」（16.39%）の回答が合わせて全体の48.24%を占め、「2」（7.27%）、「1」（5.62%）、「0 ない」（3.28%）が合わせて全体の16.63%を示した。一方、保健師に次いで頻度の高かった「精神保健福祉士」では、「5 非常に多いと感じる」・「4」がいずれも7.89%、「3」（2.63%）の回答が合わせて全体の18.42%を占め、「2」・「1」（いずれも5.26%）、「0 ない」（2.63%）の回答が合わせて全体の13.16%を占めた。

これより、全体の回答者の間で精神保健外の相談のうち精神保健（心理社会）的要素は多いと認識されており、その傾向は人口規模が20万人以上ならびにそれ以下の自治体に高いことが示された。

さらに、精神保健に「専従」・「非専従」別に回答傾向をみると、専従（n=197）では「5 非常に多いと感じる」（6.09%）、「4」（3.05%）、「3」（2.54%）が合わせて専従の回答全体の11.67%を占め、「2」（2.54%）、「1」（0.51%）、「0 ない」（2.03%）が全体の5.08%を示した(図 15-2)。これらの低い数値は無回答率が83.25%であることに起因するが、精神保健に「専従」である職員に対してこの設問は不要、あるいは相応しくないと解釈された可能性が示唆される。対して、精神保健に「非専従」（n=272）の回答では「5 非常に多いと感じる」（15.81%）、「4」（31.25%）、「3」（26.10%）が全体の73.16%を占め、「2」（11.40%）、「1」（9.19%）、「0 ない」（4.78%）で合わせて25.37%を示し、無回答率は1.47%にとどまった(図 15-3)。「5 非常に多いと感じる」・「4」・「3」の回答の合計の平均の差が「専従」と「非専従」の回答の間で61.49%と高いことから、精神保健外相談における精神保健（社会心理）的要素は精神

保健に非専従の職員の間でより感じられていることが示唆される。

精神保健に「非専従」の回答を勤務先別にみると、「5非常に多いと感じる」の内訳は「市町村」(34.21%)が最も多く、次いで「都道府県保健所」(26.32%)、「市町村保健センター」(21.05%)である(図 25-3)。「4」の回答の上位3項目の内訳は、「市町村保健センター」(37.50%)、「都道府県保健所」(31.25%)、「市町村」(26.25%)である。「3」の回答の内訳は「市町村保健センター」(32.88%)、「都道府県保健所」(31.51%)、「市町村」(24.66%)となっている。

また、「非専従」の回答を勤務先所轄人口規模別にみると、「5非常に多いと感じる」の回答の内訳は「5万人以上」が45.24%で最も多く、次いで「20万人以上」(30.95%)、「5万人未満」(21.43%)となっている(図 25-6)。「4」の回答の内訳は「5万人以上」(38.10%)、「5万人未満」(29.76%)、「20万人以上」(26.19%)である。「3」の回答の内訳は「5万人以上」・「5万人未満」がいずれも36.62%を占めて最も多く、次いで「20万人以上」(23.94%)となっている。

以上の結果より、全体回答にみられた地域合計人口規模が「20万人以上」ならびにそれ以下の自治体において、精神保健外相談のうち精神保健(心理社会)的要素は多いと認識されている傾向は、精神保健に「非専従」の回答傾向においても同様に示された。

2) 設問:『精神保健(心理社会)的要素がある相談業務に対応は出来ているでしょうか』(回答選択肢:5常にできている、4、3、2、1、0ない)についての全体の回答は「5常にできている」(6.85%)、「4」(19.35%)、

「3」(22.98%)であり、全体の49.19%を占める(図 16-1)。一方、「2」(23.19%)、「1」(9.48%)、「0ない」(2.42%)は合わせて全回答の35.08%となっている。

勤務先別にみると、「5常にできている」の全体回答の内訳は「都道府県保健所」が38.57%で最も多く、次いで「市町村保健センター」(21.43%)、「政令市・特別区保健所」・「特別区・保健所設置市保健所」(いずれも15.71%)、である(図 26-1)。「4」の回答の上位3項目の内訳は、「市町村」(50.00%)、「都道府県保健所」(25.00%)、「市町村保健センター」(16.67%)である。「3」の回答の上位3項目内訳は、「市町村」(41.30%)、「市町村保健センター」(30.43%)、「都道府県保健所」(17.39%)となっている。一方、回答「2」・「1」・「0」の上位3項目の内訳をみると、「2」は「市町村保健センター」(34.21%)、次いで「市町村」・「都道府県保健所」がいずれも24.56%を占める。「1」の回答では「都道府県保健所」(35.40%)、「市町村保健センター」(29.20%)、「市町村」(20.35%)であり、「0ない」においては「都道府県保健所」が35.42%を占め、次いで「市町村保健センター」(26.04%)、「市町村」(17.71%)となっている。

勤務先所轄地域合計人口規模別にみると、「5常にできている」の内訳は「20万人以上」(35.71%)が最も多く、次いで「5万人以上」(30.00%)、「5万人未満」(20.00%)である(図 26-4)。「4」の回答内訳の上位3項目は「5万人未満」(41.67%)、「5万人以上」(25.00%)、「20万人以上」(16.67%)であり、「3」の回答では「5万人未満」(45.65%)、「5万人以上」(23.91%)、「20万人以上」(19.57%)が上位3項目となっている。一方、

「2」の回答内訳は「5万人未満」(36.52%)、「5万人以上」(32.17%)、「20万人以上」(23.48%)であり、次いで「1」では「5万人以上」(39.26%)、「5万人未満」・「20万人以上」がいずれも28.57%を占める。「0ない」では「5万人以上」が41.05%、続いて「20万人以上」(28.42%)、「5万人未満」(21.05%)の内訳である。

よって、この設問では「20万人以上」ならびにそれ以下の所轄地域合計人口規模の自治体の「都道府県保健所」、「市民保健センター」、「市町村」において精神保健（心理社会）的要素のある精神保健相談への対応ができていない・できていない、両カテゴリーへの回答率が高かったことが示された。この傾向は、所轄地域人口規模が「50万人以上」、「100万人以上」の自治体による回答が「5常にできている」、「4」、「3」に集中し、「2」以降の回答について下降してゆくのに対して異なっている。

なお、職種別内訳をみると、「保健師」では「5常にできている」(5.62%)、「4」(19.67%)、「3」(25.29%)で合わせて保健師全体の回答の50.59%を示した。次いで「2」(24.82%)、「1」(9.60%)、「0ない」(1.87%)で合わせて全体の回答の36.30%である。「精神保健福祉士」では「5常にできている」(18.42%)、「4」(28.95%)、「3」(5.26%)で精神保健福祉士全体の回答の52.63%を占め、「2」(5.26%)、「1」(13.16%)、「0ない」(2.63%)で合わせて全体の21.05%を占める。

一方、精神保健に「専従」・「非専従」別に回答傾向をみると、専従（n=197）では「5常にできている」(10.66%)、「4」(19.29%)、「3」(18.27%)が合わせて全回答の48.22%を占め、「2」(17.77%)、「1」(7.61%)、「0ない」

(2.54%)が全体の27.92%を示した(図16-2)。対して、精神保健に「非専従」(n=272)の回答では「5常にできている」(4.41%)、「4」(21.32%)、「3」(28.68%)が全体の54.41%を占め、「2」(29.41%)、「1」(11.76%)、「0ない」(2.57%)で合わせて43.75%を示した(図16-3)。「5常にできている」・「4」・「3」の回答の合計の平均の差は、「専従」と「非専従」で小さいが、「3」・「2」・「1」の回答の合計の平均の差は大きく、「非専従」の職員の間で精神保健（心理社会）的相談に対応できていないと感じる傾向がより高いと示唆される。

精神保健に「非専従」の回答を勤務先別にみると、「5常にできている」の内訳は「市町村」(41.67%)が最も多く、次いで「都道府県保健所」・「市町村保健センター」(いずれも25.00%)である(図26-3)。「4」の回答の上位3項目の内訳は、「都道府県保健所」(35.18%)、「市町村保健センター」(27.78%)、「市町村」(24.07%)である。「3」の回答の内訳は「都道府県保健所」(34.18%)、「市町村保健センター」(29.11%)、「市町村」(20.25%)となっている。一方、回答「2」・「1」・「0ない」の上位3項目の内訳は、「2」の回答では「市町村保健センター」(35.90%)、「市町村」(26.92%)、「都道府県保健所」(23.08%)、「1」の回答では「市町村」(40.63%)、「市町村保健センター」(34.38%)、「都道府県保健所」(15.63%)であり、最後に「0ない」の回答は「市町村」が55.56%を占めて最も多く、次いで「政令市・特別区保健所」(22.22%)、「都道府県保健所」・「市町村保健センター」が等しく11.11%となっている。

また、精神保健に「非専従」の回答を勤務先所轄人口規模別にみると、「5常にでき

ている」の回答の内訳は「5万人未満」が45.45%で最も多く、次いで「5万人以上」(36.36%)、「20万人以上」(18.18%)となっている(図26-6)。「4」の回答の内訳は「5万人以上」(50.00%)、「20万人以上」(24.14%)、「5万人未満」(17.24%)である。「3」の回答の内訳は「5万人以上」が42.31%を占めて最も多く、次いで「20万人以上」(29.49%)、「5万人未満」(25.64%)となっている。一方、回答「2」、「1」、「0ない」の上位3項目の内訳は、回答「2」では「5万人未満」(36.71%)、「5万人以上」(30.38%)、「20万人以上」(27.85%)、回答「1」では「5万人未満」(48.39%)、「5万人以上」(29.03%)、「20万人以上」(19.35%)であり、次いで「0ない」では「5万人未満」(42.86%)、「5万人以上」・「20万人以上」がいずれも28.57%を占める結果となっている。

これより、全体の回答では、「20万人以上」ならびにそれ以下の所轄地域合計人口規模の自治体の「都道府県保健所」、「市民保健センター」、「市町村」において精神保健(心理社会)的要素のある精神保健相談への対応ができていない、両カテゴリーへの回答傾向が高いと示唆されたが、「非専従」である職員の間ではとくに「市町村」、「市町村保健センター」、勤務先の所轄地域合計人口規模では「5万人未満」、「5万人以上」の項目に「5常にできている」、「0ない」の両項目に高い割合の回答が示された。

3) 設問：『精神保健(心理社会)的要素がある相談業務への対応が困難だと感じますか』(回答選択肢：5強く感じる、4、3、2、1、0ない)についての回答は全体で「5強く感じる」(13.91%)、「4」(26.61%)、「3」

(17.74%)が合わせて全体の58.27%を占めている(図17-1)。一方、「2」(11.09%)、「1」(9.48%)、「0ない」(4.03%)は合わせて全体の24.60%であった。

勤務先別では、回答「5強く感じる」について全体回答では「都道府県保健所」(35.06%)が最も多く、以下「市町村保健センター」(23.38%)、「中核市・保健所設置市保健所」(15.58%)、次いで「政令市・特別区保健所」(14.29%)、「市町村」(11.69%)である(図27-1)。回答「4」に対しては、最頻値順に「市町村」(50.00%)、「都道府県保健所」(20.00%)、「市町村保健センター」(15.00%)となっている。回答「3」の内訳は、「都道府県保健所」(30.43%)、「市町村」(28.26%)、「市町村保健センター」(23.91%)である。

勤務先所轄合計人口規模別に全体回答をみると、「5強く感じる」では、「5万人以上」(35.90%)、「20万人以上」(34.62%)が全体の70.51%となり、次いで「5万人未満」(16.67%)、「50万人以上」・「100万人以上」がいずれも6.41%となっている(図27-4)。次に「4」の内訳は「5万人未満」・「5万人以上」・「20万人以上」がいずれも30.00%で最頻値を示し、次いで回答「3」の内訳は「5万人以上」(35.42%)、「5万人未満」(31.25%)で全体の66.67%を占めた。

職種別内訳をみると、回答者全体の86.09%を占める「保健師」では、「5強く感じる」(14.52%)、「4」(28.34%)、「3」(18.27%)の回答が合わせて全体の61.12%を占め、「2」(11.24%)、「1」(9.13%)、「0ない」(3.75%)が合わせて全体の24.12%を示した。一方、保健師に次いで頻度の高かった「精神保健福祉士」では、「5強く感じる」(10.52%)、

「4」(26.32%)、「3」(5.26%)の回答が合わせて全体の42.11%を占め、「2」(7.89%)「1」(13.16%)、「0 ない」(5.26%)の回答が合わせて26.32%を占めた。

これより、この設問では勤務先の所轄地域合計人口規模の低い自治体ほど対応困難と感じる傾向が高くなると示唆される。

一方、精神保健に「専従」・「非専従」別に回答傾向をみると、専従 (n=197)では「5 強く感じる」(13.71%)、「4」(24.37%)、「3」(12.69%)が合わせて全回答の50.76%を占め、「2」(8.12%)、「1」(10.15%)、「0 ない」(5.08%)が全体の23.35%を示した(図 17-2)。対して、精神保健に「非専従」(n=272)の回答では「5 強く感じる」(15.07%)、「4」(30.88%)、「3」(23.16%)が全体の69.12%を占め、「2」(14.34%)、「1」(9.93%)、「0 ない」(3.68%)で合わせて27.94%を示した(図 17-3)。

「5 強く感じる」・「4」・「3」の回答の平均の合計が精神保健に「非専従」においてより高い傾向を示したことから、「非専従」の回答を勤務先別でみると、「5 強く感じる」の回答では「市町村保健センター」・「市町村」が等しく37.50%を占め、次いで「都道府県保健所」(17.5%)である(図 27-3)。「4」の回答の上位3項目の内訳は、「市町村保健センター」(36.90%)、「都道府県保健所」(28.57%)、「市町村」(23.81%)であり、「3」の回答については、「市町村保健センター」(34.38%)、「都道府県保健所」(29.69%)、「市町村」(20.31%)となっている。

また、精神保健に「非専従」の回答を勤務先所轄地域合計人口規模別にみると、「5 強く感じる」の回答の内訳は、「5 万人以上」が40.00%で最も多く、次いで「5 万人未満」(37.50%)、「20 万人以上」(20.00%)となっ

ている(図 27-6)。「4」の回答の上位3項目の内訳は、「5 万人以上」が38.55%、「20 万人以上」・「5 万人未満」がいずれも28.92%であり、「3」の回答については、「5 万人未満」が最も多く39.68%を占め、次いで「5 万人以上」(33.33%)、「20 万人以上」(25.40%)となっている。

これより、精神保健に「非専従」の回答傾向は、勤務先の所轄地域合計人口規模の低い自治体ほど対応困難と感じる傾向が高くなる傾向が示され、この設問に対する全体の回答傾向にならうことが示唆される。

4) 設問：『精神保健の専門家の助言が必
と感じることがありますか』(回答選択肢：
5 常に感じる、4、3、2、1、0 ない)につ
いては、「5 常に感じる」(24.60%)、「4」(25.60%)、
「3」(11.69%)となり、全回答者の61.90%
を占める(図 18-1)。一方、「2」(5.85%)、「1」
(6.65%)、「0 ない」(5.24%)への回答は合
わせて全回答者の17.74%であった。

勤務先別にみると、「5 常に感じている」
については「都道府県保健所」(34.78%)の
回答が最も多く、続く「市町村保健セン
ター」(26.09%)と合わせて全体の60.87%を占
める(図 28-1)。次いで「中核市・保健所設
置市保健所」(16.30%)、「政令市・特別区保
健所」(11.96%)、「市町村」(10.87%)となる。
回答「4」に対しては、「市町村」が全体の
52.00%を占め、次いで「市町村保健セン
ター」・「都道府県保健所」(共に16.00%)であ
る。また、回答「3」については最頻値順に、
「市町村」(34.38%)、「都道府県保健所」
(28.13%)、「市町村保健センター」(21.88%)
となっている。

勤務先所轄地域合計人口規模別にみると、
「5 常に感じる」の内訳は「20 万人以上」

が最も多く 36.96%を占め、次いで「5万人以上」(31.52%)、「5万人未満」(19.57%)である(図 28-4)。続いて最も回答の多かった「4」の内訳は「5万人以上」(46.15%)が最も多く、次いで「5万人未満」・「20万人以上」がいずれも 23.08%を占めている。回答「3」については、「5万人未満」(35.29%)、「20万人以上」(29.41%)、「5万人以上」(20.59%)という頻度順序である。

職種別内訳をみると、回答者全体の 86.09%を占める「保健師」では、「5常に感じる」・「4」(いずれも 26.23%)、「3」(12.41%)の回答が合わせて全体の 64.87%を占め、「2」(6.09%)、「1」(6.32%)、「0ない」(4.68%)が合わせて全体の 17.10%を示した。一方、保健師に次いで頻度の高かった「精神保健福祉士」では、「5常に感じる」(21.05%)、「4」(23.68%)、「3」(2.63%)の回答が合わせて全体の 47.37%を占め、「2」(0.00%)「1」(10.53%)、「0ない」(7.89%)の回答が合わせて 18.42%を占めた。

以上より、精神保健の専門家の助言の必要性が常に感じられている傾向は全体の回答者の間で高いことが示され、勤務先の所轄地域合計人口規模が 20万人以上ならびにそれ以下である自治体にその傾向がより高いことが示唆される。

さらに、精神保健に「専従」・「非専従」別に回答傾向をみると、「専従」(n=197)では「5常に感じる」(26.90%)、「4」(20.81%)、「3」(7.11%)が合わせて全回答の 54.82%を占め、「2」(3.05%)、「1」(6.60%)、「0ない」(6.60%)が全体の 25.35%を示した(図 18-2)。対して、精神保健に「非専従」(n=272)の回答では「5常に感じる」(25.37%)、「4」(31.62%)、「3」(16.18%)が全体の 73.16%を占め、「2」

(8.46%)、「1」(7.35%)、「0ない」(4.78%)で合わせて 20.59%を示した(図 18-3)。

「5常に感じる」・「4」・「3」の回答の合計の平均が精神保健に「非専従」においてより高いことから、「非専従」の回答を勤務先別にみると、「5常に感じる」の内訳は「市町村保健所」(40.10%)、「市町村」(34.85%)、「都道府県保健所」(21.21%)が上位 3項目を占め、「4」の回答では「市町村保健センター」(39.76%)が最も多く、次いで「都道府県保健所」(27.71%)、「市町村」(21.69%)である(図 28-3)。「3」の回答の上位 3項目の内訳は、「都道府県保健所」(44.44%)、「市町村」(17.78%)、「市町村保健センター」(15.56%)となっている。

一方、精神保健に「非専従」の回答を勤務先所轄合計人口規模別にみると、「5常に感じる」の内訳は「5万人未満」(39.71%)が最も多く、次いで「5万人以上」(38.24%)、「20万人以上」(19.12%)である(図 28-6)。「4」の回答では「5万人以上」(41.18%)、「5万人未満」(32.94%)、「20万人以上」(24.71%)が上位 3項目をしめる。「3」の回答の内訳は、「5万人以上」(36.36%)、「20万人以上」(29.55%)、「5万人未満」(25.00%)である。

これより、所轄人口規模が「20万人以上」とそれ以下、「5万人以上」と「5万人未満」の勤務先--「市町村」、「市町村保健センター」、「都道府県保健所」において精神保健の専門家の助言の必要性が感じられている傾向はより高く、全体の回答傾向は「非専従」の回答傾向に似ることが示唆される。

5) 設問：『精神保健の専門家と十分に連携できていますか』(回答選択肢：5十分にできている、4、3、2、1、0できていない)については、「5十分にできている」と回答

したのは全体の 6.85%であり、「4」(20.56%)、「3」(18.95%)と合わせて全体の 46.37%を占める。一方、「2」(16.73%)、「1」(12.90%)、「0 できていない」(6.65%)は合わせて全回答の 36.29%であった(図 19-1)。

勤務先別では、「5十分にできている」の回答の内訳は「都道府県保健所」(41.02%)、「市町村保健センター」(19.23%)、「政令市・特別区保健所」・「中核市・保健所設置市保健所」(いずれも 15.38%)、「市町村」(8.97%)である(図 29-1)。回答「4」については「市町村」(37.50%)が最も多く、次いで「都道府県保健所」(28.12%)、「市町村保健センター」(25.00%)の内訳となり、回答「3」については「市町村」(35.94%)、「市町村保健センター」(26.56%)、「都道府県保健所」(20.31%)を示した。

勤務先所轄合計人口規模別に全体回答の傾向をみると、「5十分にできている」の回答の内訳は「20万人以上」(35.44%)、「5万人以上」(34.18%)、「5万人未満」(15.19%)、「50万人以上」・「100万人以上」(いずれも 7.59%)である。回答「4」については「5万人以上」(31.25%)、「5万人未満」・「20万人以上」が等しく 28.13%を示した(図 29-4)。次いで回答「3」については、「5万人未満」(43.75%)、「5万人以上」(29.69%)、「20万人以上」(21.88%)である。回答「2」では、「5万人以上」が全体の 43.37%を占め、次いで「5万人未満」(27.71%)、「20万人以上」(19.28%)となっている。

職種別内訳をみると、回答者全体の 86.09%を占める「保健師」では、「5十分にできている」(6.32%)、「4」(21.08%)、「3」(20.14%)の回答が合わせて全体の 47.54%を占め、「2」(18.50%)、「1」(13.35%)、「0で

きていない」(6.09%)が合わせて全体の 37.94%を示した。一方、保健師に次いで頻度の高かった「精神保健福祉士」では、「5十分にできている」(10.53%)、「4」(18.42%)、「3」(13.16%)の回答が合わせて全体の 42.11%を占め、「2」(5.26%)「1」(10.53%)、「0 できていない」(7.89%)の回答が合わせて 23.68%を占めた。

これより、全体回答において人口規模が 20 万人以上およびそれ以下である自治体に勤務する職員ほど精神保健の専門家との連携が困難と感じる傾向が示された。

加えて、精神保健に「専従」・「非専従」別に回答傾向をみると、専従 (n=197)では「5十分にできている」(8.63%)、「4」(20.81%)、「3」(16.75%)が合わせて全回答の 46.19%を占め、「2」(15.23%)、「1」(8.63%)、「0 できていない」(4.06%)が全体の 27.92%を示した(図 19-2)。対して、精神保健に「非専従」(n=272)の回答では「5十分にできている」(5.88%)、「4」(22.43%)、「3」(22.43%)が全体の 50.74%を占め、「2」(19.49%)、「1」(17.28%)、「0 できていない」(9.19%)で合わせて 45.96%を示した(図 19-3)。

「2」・「1」・「0 できていない」の回答の合計の平均が「非専従」においてより高いことから、「非専従」の回答を勤務先別にみると、「5十分にできている」の内訳は「都道府県保健所」・「市町村保健センター」が等しくそれぞれ 33.33%を占め、次いで「中核市・保健所設置市保健所」・「市町村」(いずれも 13.33%)となっている(図 29-3)。「4」の回答では、「市町村保健センター」(36.84%)、「都道府県」(33.33%)、「市町村」(15.79%)の内訳である。一方、「0 できていない」では、「市町村」が 36.00%で最も多

く、次いで「市町村保健センター」(28.00%)、「都道府県保健所」(24.00%)である。「1」の回答の内訳は、「市町村」(33.33%)、「市町村保健センター」(27.45%)、「都道府県」(21.57%)を示した。

精神保健に「非専従」の回答を所轄地域合計人口規模別にみると、「5十分にできている」の回答では「5万人以上」が46.67%で最も多く、次いで「5万人未満」(40.00%)、「20万人以上」(13.33%)となっている(図29-6)。一方、「0できていない」の内訳は、「20万人以上」・「5万人以上」がいずれも33.33%、次いで「5万人未満」が25.00%である。「1」の回答の上位3項目の内訳は、「5万人未満」(43.48%)、「5万人以上」(30.43%)、「20万人以上」(23.91%)となっている。

以上の結果より、人口規模が20万人以上およびそれ以下の規模である自治体において精神保健の専門家との連携が困難と感じる傾向が高くなる、という全体回答の傾向は「非専従」の回答でも示唆されたが、一方で、精神保健専門家との連携ができるとの回答が20万人以上およびそれ以下の規模である自治体でも多くみられたことから、全体傾向とは異なることが予測される。

6) 設問：『精神保健上の困難を抱える相談者に積極的に関わろうと思う』(回答選択肢：5強く思う、4、3、2、1、0そうは思わない)については、「5強く思う」(14.31%)、「4」(24.19%)、「3」(18.55%)で合わせて全回答の57.06%を占めた(図20-1)。一方、「2」(14.52%)、「1」(7.86%)、「0そうは思わない」(4.64%)で全回答の27.02%を示した。

勤務先別でみると、「5強く思う」への回

答については、「都道府県保健所」が39.44%で最も多く、次いで「市町村保健センター」(22.54%)、「政令市・特別区保健所」(16.90%)となっている(図30-1)。「4」については、「市町村」が43.48%で最も多く、次いで「市町村保健センター」(26.09%)、「都道府県保健所」(13.04%)となっている。回答「3」については同様の傾向がみられ、「市町村」(39.47%)、「市町村保健センター」(26.32%)、「都道府県保健所」(18.42%)である。

勤務先所轄地域合計人口規模別でみると、「5強く思う」の回答では、「20万人以上」が37.50%で最も多く、次いで、「5万人以上」(27.78%)、「5万人未満」(20.83%)の頻度順序である(図30-4)。回答「4」の内訳は、「5万人未満」が39.13%で最も多く、次いで「5万人以上」(30.43%)、「20万人以上」(17.39%)である。回答「3」では「5万人以上」(41.03%)、「5万人未満」(25.64%)、「20万人以上」(20.51%)となる。

職種別内訳でみると、「保健師」の回答率の割合は「5強く思う」(12.65%)、「4」(26.23%)、「3」(19.44%)で保健師全体の58.31%を示し、一方、「精神保健福祉士」は「5強く思う」が34.21%で最も高く、次いで「4」・「3」が等しく7.89%で精神保健福祉士全体の50.00%を示した。

これまでの設問では、勤務先の所轄地域合計人口規模の低い自治体に所属する職員ほど精神保健相談を行うにあたって困難さを感じる傾向が全体の回答傾向より示唆されたが、この設問では人口規模が20万人以上およびそれ以下の自治体に勤務する職員の間精神保健の問題を抱える相談者に積極的に対処しようという姿勢があることが推測される。

さらに、精神保健に「専従」・「非専従」別に回答傾向をみると、専従（n=197）では「5 強く思う」（20.30%）、「4」（20.81%）、「3」（16.75%）が合わせて全回答の 57.87%を占め、「2」（9.14%）、「1」（5.58%）、「0 そうは思わない」（5.08%）が全体の 19.80%を示した(図 20-2)。対して、精神保健に「非専従」(n=272)の回答では「5 強く思う」（11.03%）、「4」（28.68%）、「3」（21.32%）が合わせて全体の 61.03%を占め、「2」（19.85%）、「1」（10.29%）、「0 そうは思わない」（4.78%）で合わせて 34.93%を示した(図 20-3)。

精神問題上の問題を抱える相談者に積極的に関わる・関わらない、両項目について「専従」に比べより高い傾向を示した「非専従」について勤務先別にその回答傾向をみると、「5 強く思う」の内訳は「市町村」が 36.67%で最も多く、次いで「市町村保健センター」（26.67%）、「都道府県保健所」（23.33%）である(図 30-3)。「4」の回答では、「都道府県保健所」（42.67%）、「市町村保健センター」（36.00%）、「市町村」（10.67%）が上位 3 項目を占めた。一方、「0 そうは思わない」の回答では、「市町村」が 40.00%で最も多く、次いで「市町村保健センター」（33.33%）、「政令市・特別区保健所」（20.00%）となった。

また、「非専従」の回答を所轄地域合計人口規模別にみると、「5 必要としている」の内訳は、「5 万人以上」・「5 万人未満」がいずれも 35.29%で最も多く、次いで「20 万人以上」が 26.47%となっている(図 30-6)。「4」の回答では「5 万人以上」（43.42%）、「20 万人以上」（27.63%）、「5 万人未満」（25.00%）が上位 3 項目を占め、「3」の回答では「5 万人未満」が 42.10%、「5 万人以上」（39.47%）、

「20 万人以上」（13.16%）の内訳である。

以上の結果より、全体回答では人口規模が 20 万人以上およびそれ以下の自治体に勤務する職員の間には精神保健の問題を抱える相談者に積極的に対処しようとする傾向がより多く示されたが、「非専従」の回答では同様の傾向ならびに、積極的に関わることに困難を示す傾向も示唆された。

7) 設問：『精神保健に関連する知識、教材、研修を必要としている』（回答選択肢：5 必要としている、4、3、2、1、0 必要としていない）については、「5 必要としている」（26.21%）が最も多く、次に「4」（23.59%）、「3」（10.69%）で全体の 75.57%を占める(図 21-1)。一方、「2」（8.67%）、「1」（5.44%）、「0 必要ではない」（5.44%）は合わせて全回答の 19.56%であった。

勤務先別にみると、「5 必要としている」の回答では「都道府県保健所」が最も多く 35.96%を占め、次いで「市町村保健センター」（26.97%）、「中核市・特別区保健所」（15.73%）となっている(図 31-1)。回答「4」については、「市町村」が 51.85%を占め、「市町村保健センター」（14.81%）で続き、残る 3 種勤務先で等しい比率（11.11%）を示している。回答「3」は、「都道府県保健所」・「市町村」で等しく 30.77%を占め、「市町村保健センター」（23.08%）が続いている。

勤務先所轄地域合計人口別でみると、「5 必要としている」の解答は「20 万人以上」（38.89%）、「5 万人以上」（31.11%）、「5 万人未満」（18.89%）の順で高い(図 31-4)。回答「4」では、「5 万人未満」（35.71%）で最も高く次いで「5 万人以上」（28.57%）、「20 万人以上」（17.86%）である。また、回答「3」では「5 万人以上」（33.33%）、「20 万人以上」

(29.63%)、「5万人未満」(22.22%)である。

職種別内訳をみると、「保健師」は「5必要としている」(26.00%)、「4」(26.46%)、「3」(11.24%)となり、合わせて保健師全体の回答の58.31%を占める。「精神保健福祉士」では「5必要としている」(34.21%)、「4」(5.26%)、「3」(0.00%)で精神保健福祉士全体の回答の39.47%を示している。

これより、人口規模が20万人以上およびそれ以下の自治体で勤務する職員の間で精神保健に関する知識・教材・研修のニーズが高い傾向が示唆される。

精神保健に「専従」・「非専従」別に回答傾向をみると、専従 (n=197)では「5必要としている」(30.96%)、「4」(19.80%)、「3」(7.61%)が合わせて全回答の58.38%を占め、「2」(4.06%)、「1」(4.57%)、「0必要ではない」(7.61%)が全体の16.24%を示した(図21-2)。対して、精神保健に「非専従」(n=272)の回答では「5必要としている」(25.37%)、「4」(28.31%)、「3」(13.97%)が合わせて全体の67.65%を占め、「2」(12.87%)、「1」(6.62%)、「0必要ではない」(4.41%)で合わせて23.90%を示した(図21-3)。

「5必要としている」により高い傾向を示した精神保健「非専従」の回答を勤務先別にみると、「5必要としている」の回答の内訳は「市町村保健センター」が34.85%で最も高く、次いで「都道府県保健所」(30.30%)、「市町村」(27.27%)となっている(図31-3)。「4」の回答内訳は、「市町村保健センター」(35.71%)、「都道府県保健所」(34.29%)、「市町村」(18.57%)である。「3」の回答では、「市町村」(38.89%)、「都道府県保健所」(33.33%)、「市町村保健センター」(25.00%)の内訳となった。

一方、「非専従」の回答を勤務先の所轄地域合計人口別にみると、「5必要としている」の回答の内訳は「5万人以上」・「5万人未満」がいずれも35.29%で最も多く、次いで「20万人以上」(26.47%)となっている(図31-6)。「4」の回答の内訳は「5万人以上」が43.42%、次いで「20万人以上」(27.63%)、「5万人未満」(25.00%)である。「3」の回答では、「5万人未満」(42.10%)、「5万人以上」(39.47%)、「20万人以上」(13.16%)の内訳となった。

以上の結果より、全体回答より示唆された、人口規模が20万人以上およびそれ以下の自治体で勤務する職員の間で精神保健に関する知識・教材・研修のニーズが高いという傾向は精神保健に「専従」・「非専従」の回答においても同様に推測される。

8) 自由記述項目

設問:『上記の項目に関してご意見がありましたらご自由にお書きください(任意)』については、得られた定性的データ(n=71、回答者33名)のテキスト分析から共通項目を抽出し、全体の傾向を把握した。抽出項目(頻度が高い順に列記)は「知識・教材・研修」(25.35%)、「リソース」(14.08%)、「連携」(11.27%)、「頻繁事例」(11.27%)、「連携困難」(8.45%)、「困難事例」(7.04%)、「地域格差」(7.04%)、「非専従だが経験あり」・「自己研磨」・「対応」(いずれも4.23%)、「対応困難(対応者の状況・状態による)」(2.82%)である。以下、主要な抽出項目について主な具体例を記述した。

1) 「知識・教材・研修」について

希望する教材、研修の内容および習得を希望する知識については以下の意見が寄せられた。

・ 行動変容を促すためのスキルアップ、地

域づくりに関する研修

- 精神保健に関する人材育成に使える教材
- 精神保健に関する最新知識と理論
- 身近で受けられる精神保健に関する専門的研修の充実
- 非専従職員でも受けられる動機付け面接等の面接技法、認知行動療法等の基礎的知識を得られる研修
- 多職種との連携のための事例検討会の開催ならびに、事例検討会をファシリテートする技術を習得できる機会
- 精神福祉法の理解が精神保健支援者に必要

一方、「手ごたえのある、役立つ研修・教材・知識があまりないため期待せず」という意見もあった。

また、研修の機会の現状については、「首都圏に比べて研修の機会が充実していない」、「予算が限られているため参加可能な研修が少ない」、「精神保健福祉相談員が精神保健業務についていることから保健師の精神保健に関する研修機会の減少している」という意見があった。

2) 「頻繁事例」

- 精神保健と母子保健が絡む
- 産後うつ
- 既往歴のある妊婦
- 精神疾患の自覚なく生活に困難感を持つたり、周囲に迷惑をかける
- 精神保健外の相談にメンタルヘルスの課題あり

3) 「困難事例」

- (1) 精神疾患の自覚が全くないため、受診につながらない、(2) 受診の気持ちに導くことが最も困難
- 自傷他害の恐れのない対象者に対し「措

置入院できないのか」という言葉が出てくる

- 認知症なのか精神面からの症状なのか、判断困難である高齢相談者の増加（高齢者が40%を占める地域より）
- 保健士だから、ということで精神保健に関する相談が来る

また、上記に関連し相談者側の事情により「対応困難」な具体的例として、「異動のため非専従となり対応に不安」、「長期間精神保健分野に従事していないため学習機会がなく、対応困難となる」といった意見が寄せられた。

4) 「リソース」、「地域格差」

- 地域に精神科病院、認知専門病院が無いため、日々どう支援すべきか悩む
- 地域における精神科専門医の不足により精神医療が限度に達している
- 精神保健相談を行うことについて部署全体での余力が無い
- 精神保健相談、支援を行うにあたり地域資源に格差あり、地域格差が著しい
- 精神保健業務をどれほど担えるかは保健所の体制・業務量による

5) 「連携困難」

- 精神保健の専門家に繋げたり、困難ケースの対応について相談先がない
- (1) 専門家からの助言をもらって実施できる資源・環境がない、(2) 離島の為精神保健の専門家がおらず連携困難、(3) 2か月に一度の精神科診察も天候により頻繁に中止になり、専門家と相談する機会が持てない
- 病院により連携について（ケース情報の交換等）格差あり
- 地域精神医療が限界に達しており、専門的指導や助言を受けるのが困難

これに関連して「連携」について寄せられた意見は以下のものである。

- ・精神保健の専門家が地域に出での面接・訪問が容易にできる環境がほしい
 - ・既存の地域包括ケアの仕組みに精神保健福祉相談員の参画が必要（中高年の精神障害者・アルコール依存者対応について）
 - ・精神保健福祉士等の専門職が専任で精神保健相談に係わる必要あり
 - ・医療機関との連携の必要を強く感じる
- 一方で、「福祉分野との協働も育っている」、「保健師が精神保健に関する知識を得ることより、円滑に専門家・専門機関に繋げるのが優先」、「業務別体制により、保健所での相談を紹介している」という意見も寄せられた。

6) 精神保健相談に関する知識について

「実際に精神保健業務について得られる知識は多い」という現場の業務を通して、精神保健に関する知識の獲得が可能であるとする意見に加え、「精神保健相談では専門的知識を要求される」、「精神保健の知識は必要」とする意見が寄せられた。自主的に業務時間外に研修に参加、精神保健に関する知識を身につける、複数資格を取得する、などの「自己研磨」に従事している、という記述もみられた。

7) 精神保健に「専従」・「非専従」回答の傾向について

精神保健に「専従」(n=17)・「非専従」(n=20)の回答については、「知識・教材・研修」、「頻繁事例」、「困難事例」、「リソース」、「地域格差」、「自己研磨・対応」について全体回答と同様の傾向がみられ、精神保健相談に関する現場のニーズが「専従」・「非専従」の立場の差異にかかわらず等しく、広汎に

存在することが示唆された。

E. 結論

本研究のアンケート調査に参加した全国の保健所ならびに全国の保健所ならびに市町村保健所・保健機関において精神保健相談に携わる保健師、福祉関係有資格職員、その他の相談員の間では精神保健（心理社会）的要素が精神保健外相談に多いと認識されている。一方で、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高くはなく、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対応が困難であると感じられている。

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、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、それほど高くはない。

一方、精神保健上の困難を抱える相談者に積極的に関わろうという意識は高く、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ことから、適切な精神保健相談を行うに必要な知識の習得への高いニーズが示唆される。

精神保健相談業務を効果的、円滑に行う上で必須である精神保健専門家との連携体制、助言を受けられるシステムの充実と教材・研修などの精神保健に関する知識の習得の機会に限られる現状がとくに「5万人未満」、「5万人以上」、「20万人以上」の勤務先所轄地域合計人口規模、ならびに「市町村」、「市町村保健センター」、「都道府県保健所」の保健機関に所属する相談職員に集中していることから、適切な精神保健相談を行うために必要なリソースの地域格差

が明確に裏付けられた。アンケートの自由記述部分に寄せられた意見から、リソースが限られている状態が、所属部署全体のバーンアウト、既に限界に達している地域精神医療体制、精神保健専門家の不在といった逼迫した現状を浮き彫りにしている。

精神保健相談業務は多くの場合、精神保健業務に専従でない保健師によって行われている実態も示された。所属の異動により精神保健業務に長期間携わり、知識と経験を積むことが出来ない・研修機会がない、という声が多い一方で、専従でないといえども過去に精神保健業務に携わった経験がある、自己研磨により精神保健の知識を習得している（福祉資格のダブル取得を含む）、精神保健福祉士が保健師にとって代わり精神保健相談業務を専任で担当する体制に移行している等の記述があることから、精神保健に専従でない職員による相談業務が行われている場合、その背景の把握が重要である。しかしながら、精神保健相談業務を行うにあたり、専従職員に比べて非専従職員の間で対応の困難度がより高い傾向が示唆されていることから、精神保健に非専従の職員に対する支援の必要性が考慮されるべきである。

効率的かつ円滑な精神保健相談業務を行う為に必要な知識を獲得するための教材・研修、そして精神保健専門家の助言・連携体制が職員の勤務先所轄地域合計人口規模が「5万人未満」、「5万人以上」、「20万人以上」の「市町村」、「市町村保健センター」、「都道府県保健所」においてとくに必要とされており、そのニーズが高いことが本研究により示唆された。

本研究の限界としては、対象者の選定に

ついて無作為抽出法を適用していない、データ分析に素集計を使用している、回収率の低さ、無回答率の高さ、が挙げられる。無作為抽出法の適用は母集団の構成情報を事前に知る必要があり、それを実施することは特に人口規模の低い自治体においてアンケート回答者の個人を特定しかねないリスクがあると同時に、アンケートへの参加を考える職員らに懸念を抱かせる可能性も高く、適切ではない。データ分析については相関分析などより高度な分析方法を用いることにより、勤務地、所轄地域合計人口規模、専従・非専従等の精神保健相談に関形すると考えられる要因項目のより詳細な分析につながると考えるが、これらの関係要因の意義については今後の検討課題である。また、回収率の低さ、無回答率の高さについてはアンケート実施期間の延長、アンケートをよりユーザーフレンドリーとするロジスティクス面での改善が求められる。

F. 今後の取り組み

今回のアンケート調査により、都道府県全国の保健所ならびに市町村の保健医療福祉専門職員・精神保健相談員が従事す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行うため様々なニーズが現場にあることが示唆された。本研究の母体である政策研究が目標とする現場支援のための初期対応・病態毎対応モジュール作成にはより具体的、詳細な情報が必要である。

特にメンタルヘルス関連の相談の具体的な内容と、その背景要因、相談対応の質と、良質な相談対応を可能にするための方策、現場での頻繁事例、困難事例等について明

確にするために、今後の調査が必要である。

G. 謝辞

本研究のアンケート調査を実施するにあたり、ご協力を頂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。

H. 研究発表

該当なし。

I. 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) 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.
- (3) 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/)

(2016年12月7日現在)

- (4) 厚生労働省 (2015)「平成26年衛生行政報告例(就労医療関係者)の概況」2015年7月発表

(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/14/dl/gaikyo.pdf>) (2016年12月7日現在)

- (5) 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.

- (6) 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.

- (7) 総務省 (2009)「地方公共団体の区分」総務省ホームページ

(http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/jichi_gyousei/bunken/chihou-koukyoudantai_kubun.html) (2016年12月7日現在)

- (8) 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.

- (9) 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.

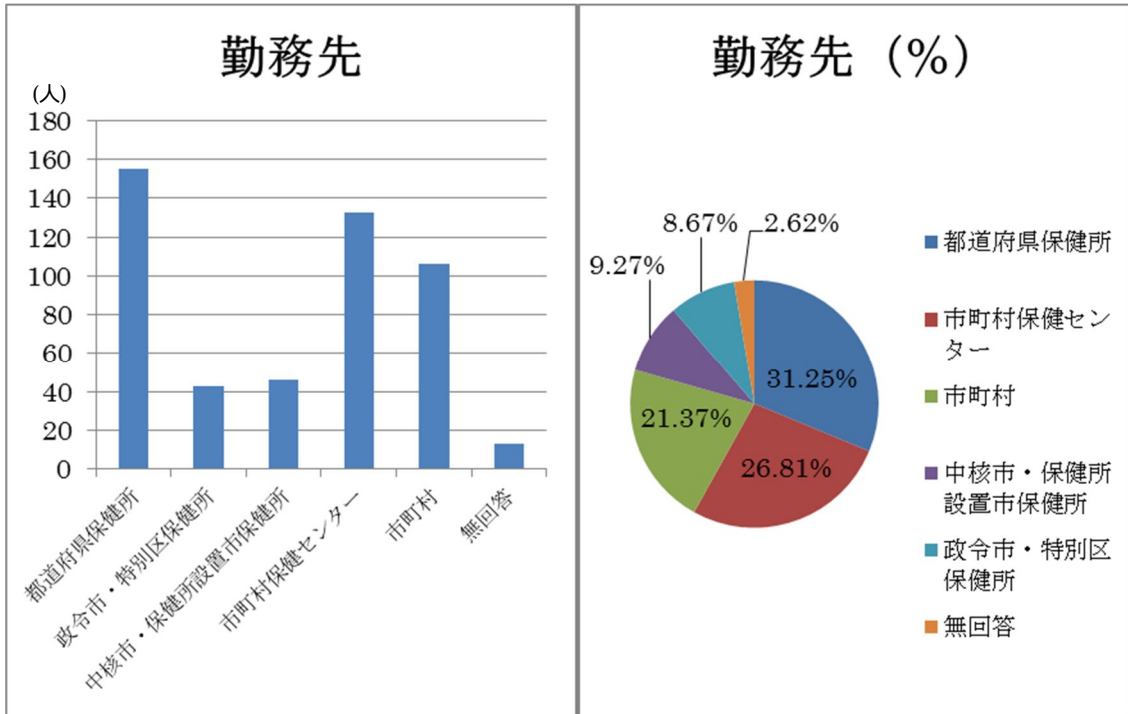


図1．回答者の属性分布：勤務先 (n=496)
(実数)

図2．回答者の属性分布：勤務先 (n=496)
(割合)

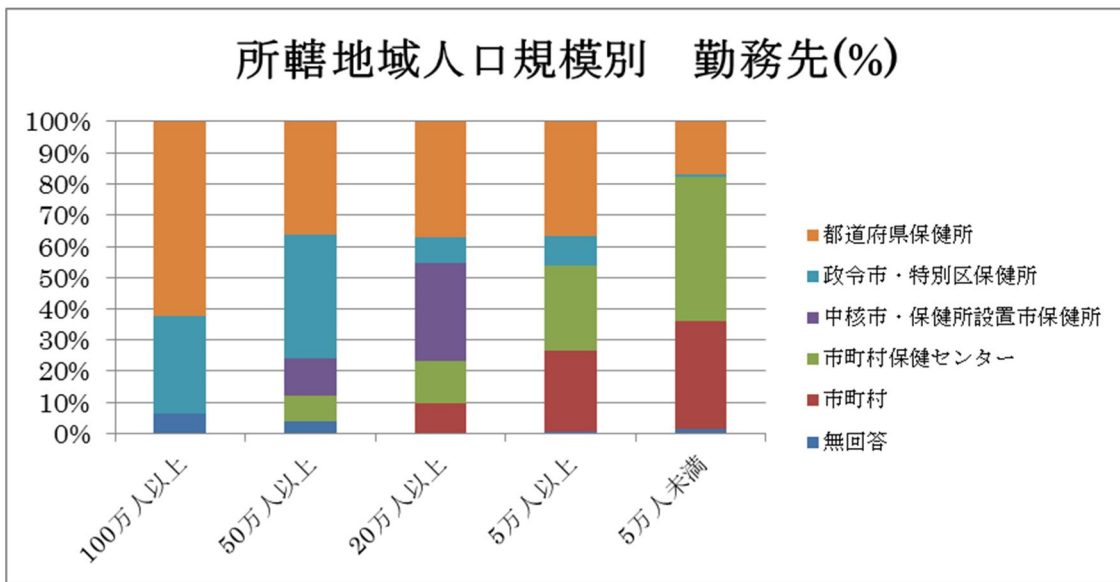


図3．回答者の属性分布：所轄地域人口規模別 勤務先 (n=496)

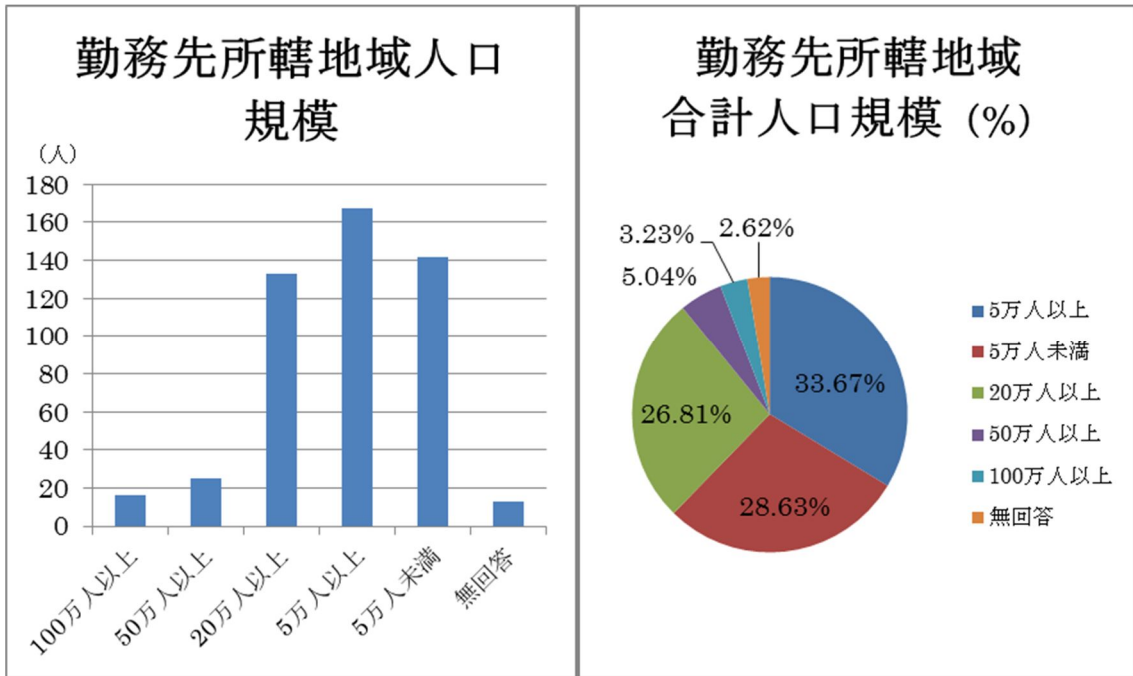


図4．回答者の属性分布：勤務先所轄地域人口規模 (n=496) (実数)

図5．回答者の属性分布：勤務先所轄地域合計人口規模 (n=496) (割合)

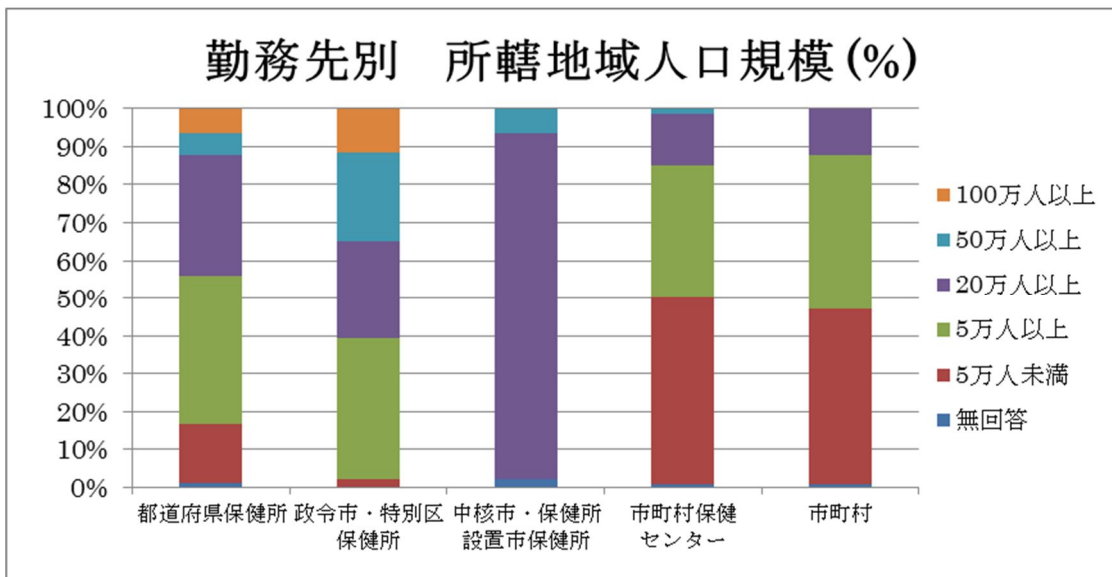


図6．回答者の属性分布：勤務先別比較 勤務先所轄地域人口規模 (割合) (n=496)

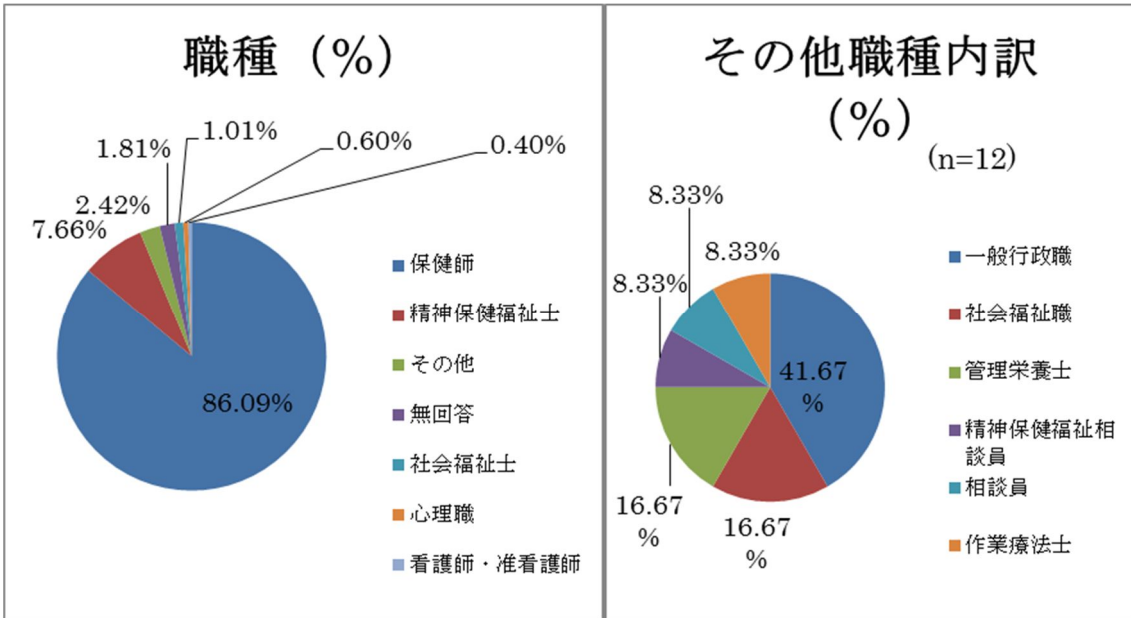


図 7 . 回答者の属性分布：職種（割合）(n=496) 図 8 . その他職種の内訳（n=12）

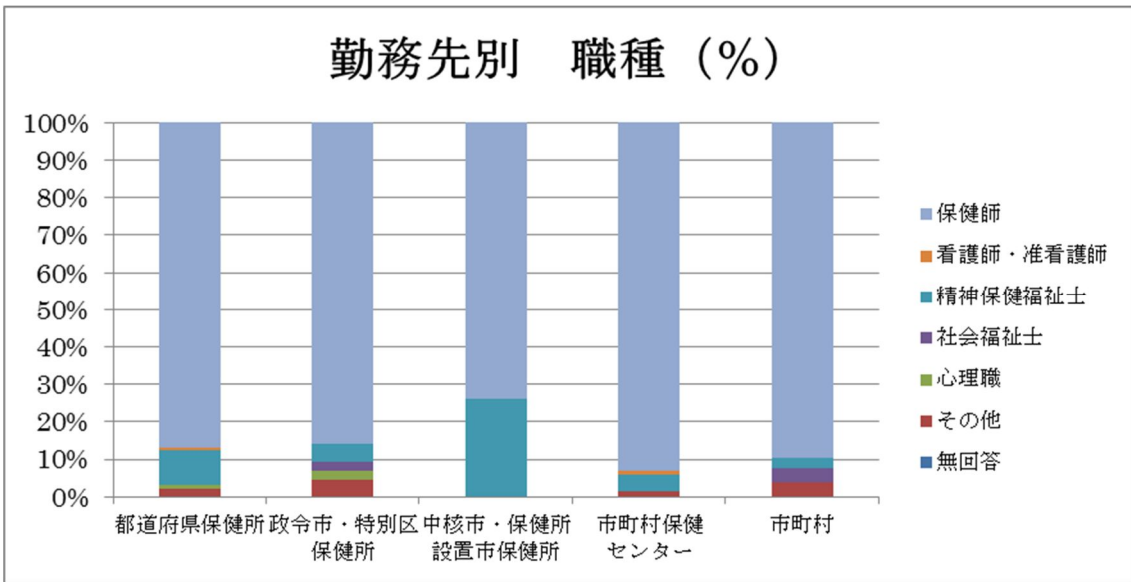


図 9 . 回答者の属性分布：勤務先別比較 職種（割合）(n=496)

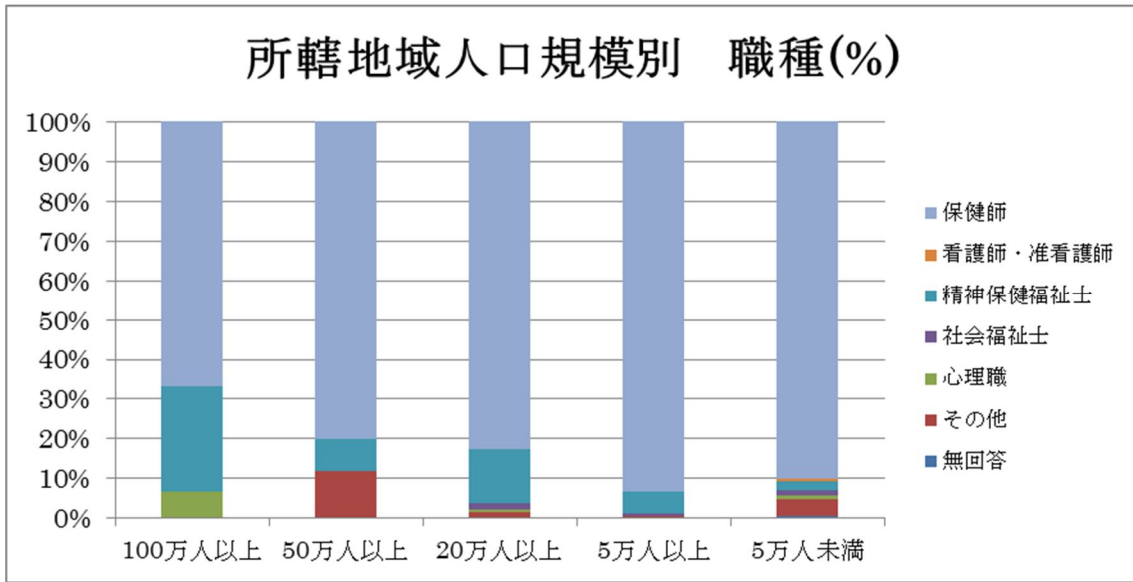


図 10．回答者の属性分布：所轄地域人口規模別比較 職種 (割合) (n=496)

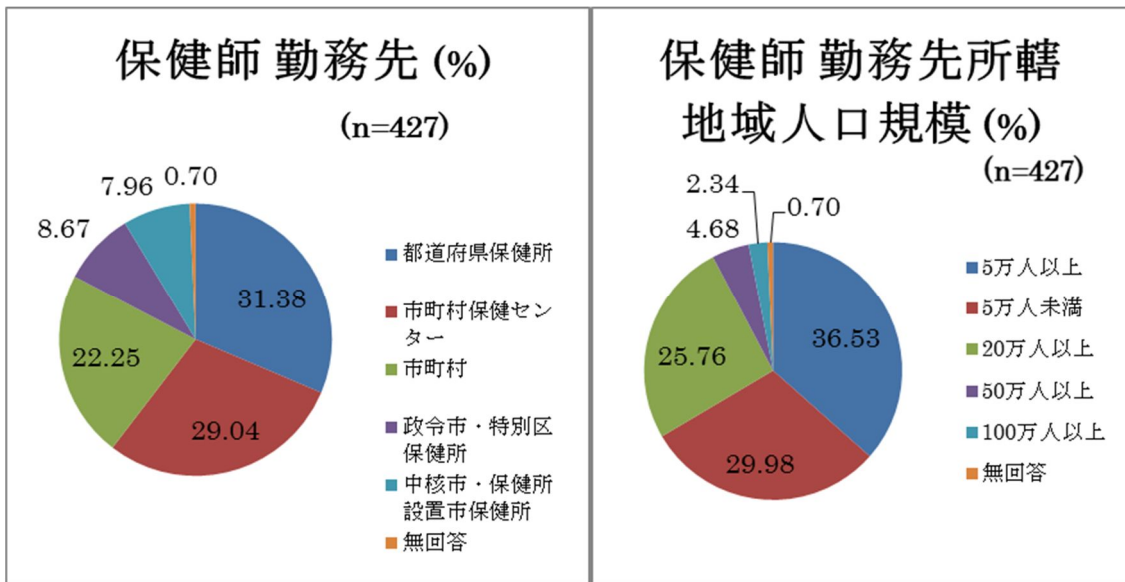


図 11．回答者の属性分布：保健師 勤務先 (割合) (n=427)

図 12．回答者の属性分布：保健師 勤務先所轄地域人口規模 (n=427)

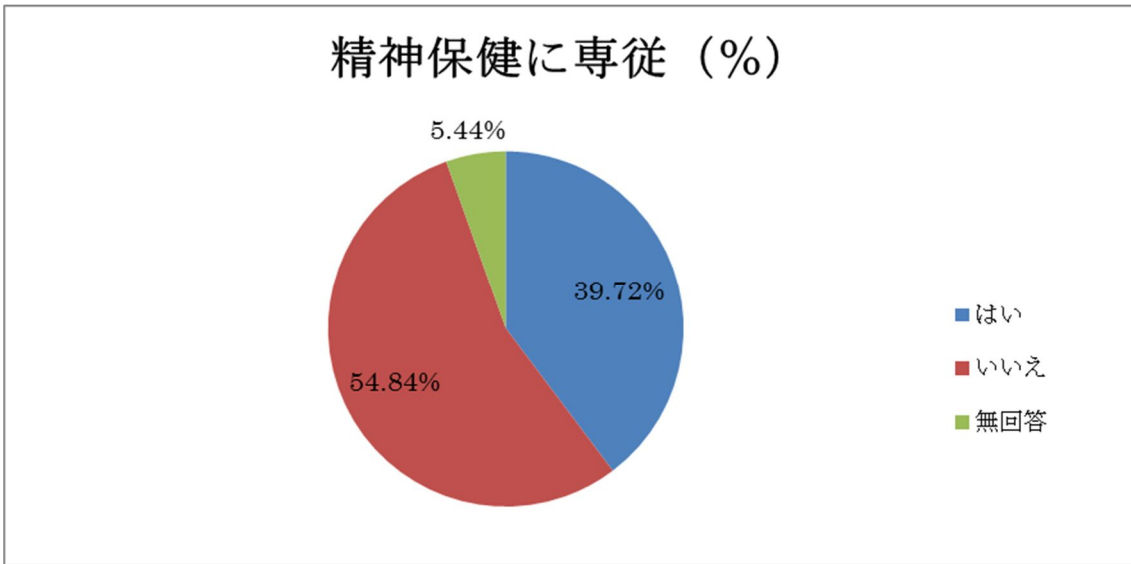


図 13．回答者の属性分布：精神保健に専従（n=496）

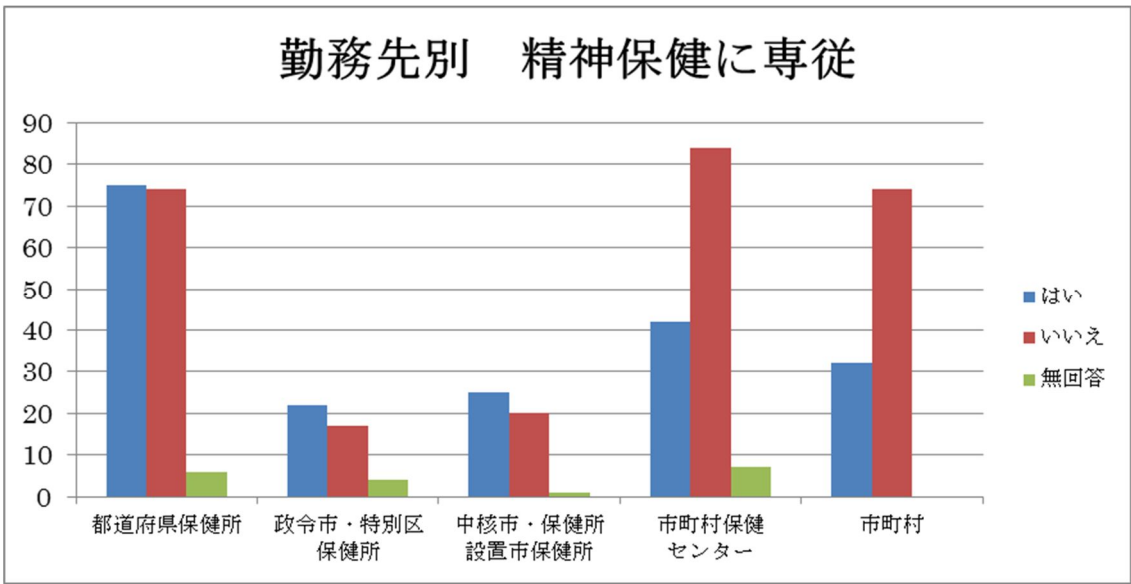


図 14．回答者の属性分布：勤務先別比較 精神保健に専従（実数）(n=496)

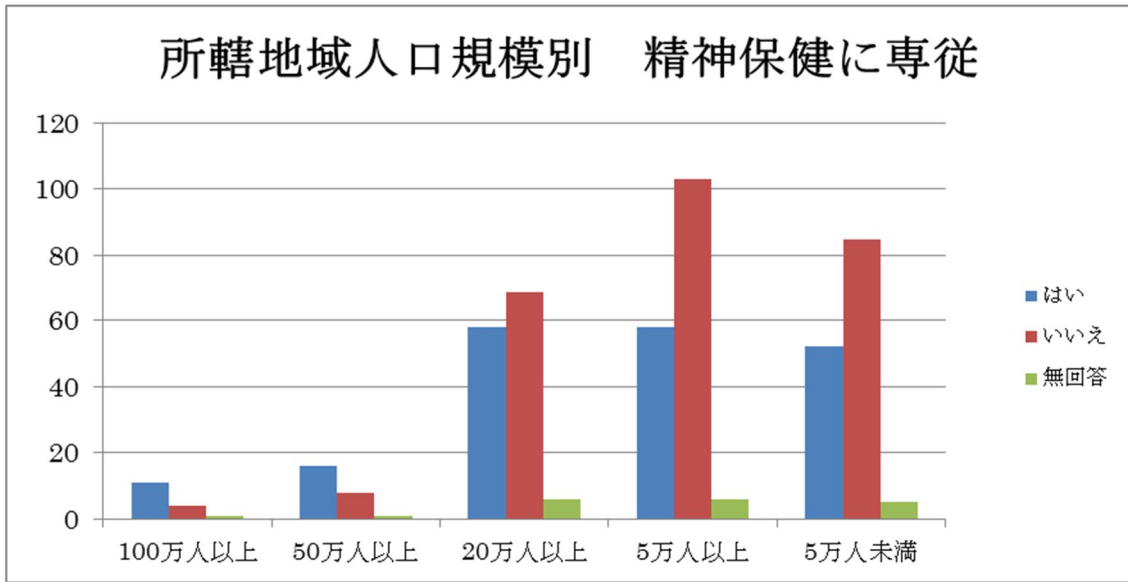


図 15 . 回答者の属性分布：勤務先別比較 精神保健に非専従（実数）(n=496)

表 1. アンケート全回答者の専門職経験年数、行政経験年数、精神保健行政経験年数、精神保健研修受講回数（公的機関による）

	専門職経験 年数	行政経験 年数	精神保健行政 経験年数	精神保健研修 受講回数
n	421	428	400	360
平均	17.162	16.086	6.785	8.139
中央値	17	15.5	3	3
最頻値	20	20	0	0
標準偏差	0.522	0.518	0.430	0.716

注) 精神保健研修受講回数は外れ値 (9999; n=1) を除いて集計した

表 2. 精神保健に専従であるアンケート回答者の専門職経験年数、行政経験年数、精神保健行政経験年数、精神保健研修受講回数（公的機関による）

	専門職経験 年数	行政経験 年数	精神保健行政 経験年数	精神保健研修 受講回数
n	171	174	170	148
平均	16.515	15.115	8.565	11.250
中央値	17	15	4	5
最頻値	20	2	1	10
標準偏差	10.323	10.600	9.062	15.798

表 3. 精神保健に非専従であるアンケート回答者の専門職経験年数、行政経験年数、精神保健行政経験年数、精神保健研修受講回数（公的機関による）

	専門職経験 年数	行政経験 年数	精神保健行政 経験年数	精神保健研修 受講回数
n	249	253	229	212
平均	17.610	16.755	5.493	5.967
中央値	17	17	2	2
最頻値	4	20	0	0
標準偏差	10.991	10.801	8.006	11.347

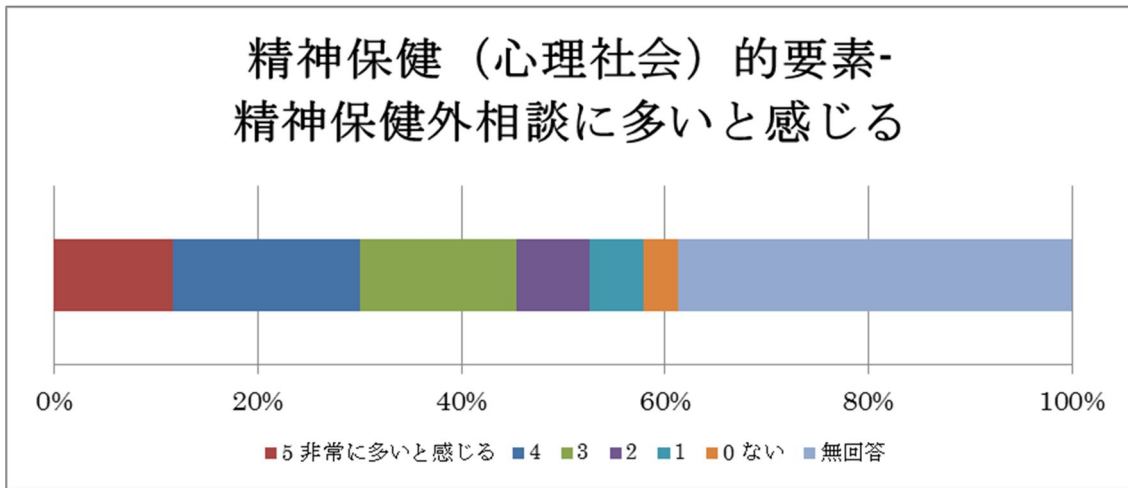


図 15-1 . 設問：精神保健外相談における精神保健（心理社会）的要素（n=496）

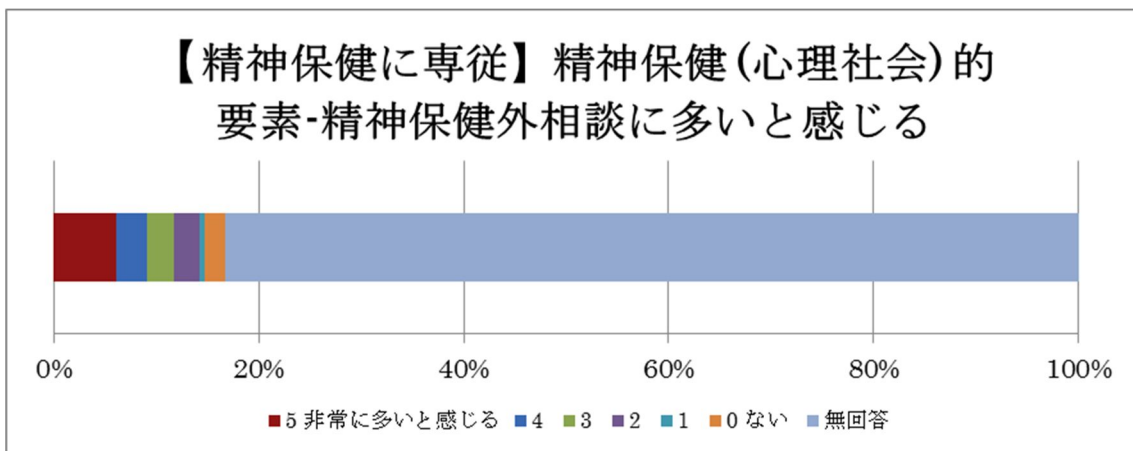


図 15-2 . 【精神保健に専従】設問：精神保健外相談における精神保健（心理社会）的要素（n=197）

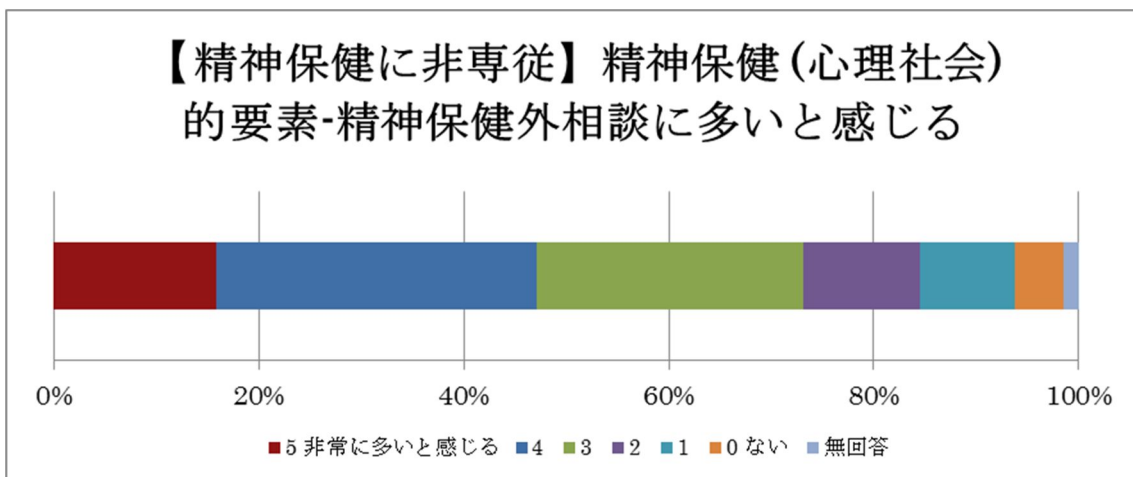


図 15-3 . 【精神保健に非専従】設問：精神保健外相談における精神保健(心理社会)的要素（n=272）

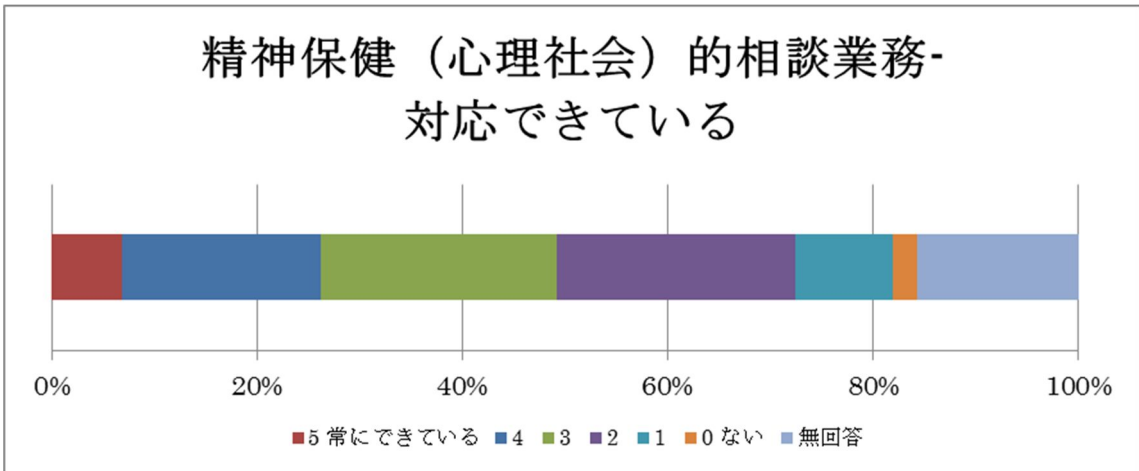


図 16-1 . 設問：精神保健（心理社会）的相談業務への対応（n=496）

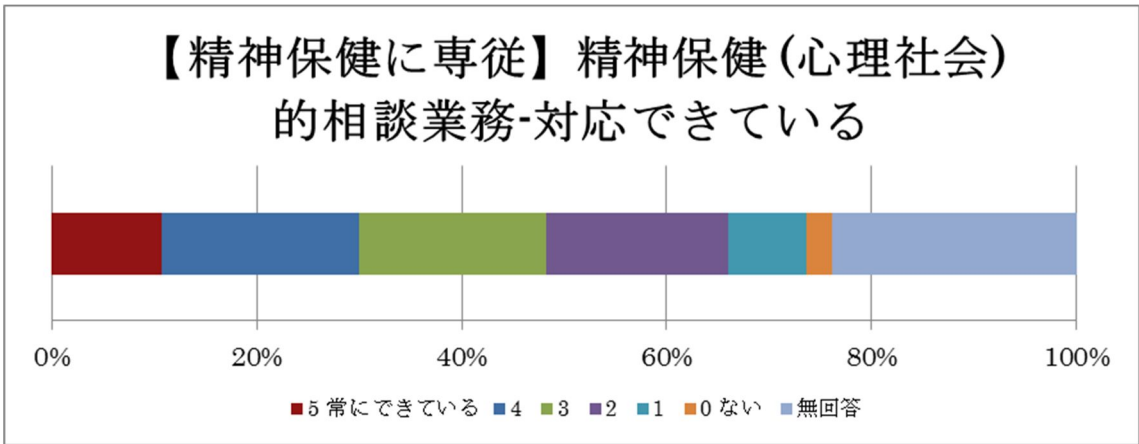


図 16-2 . 【精神保健に専従】設問：精神保健（心理社会）的相談業務への対応（n=197）

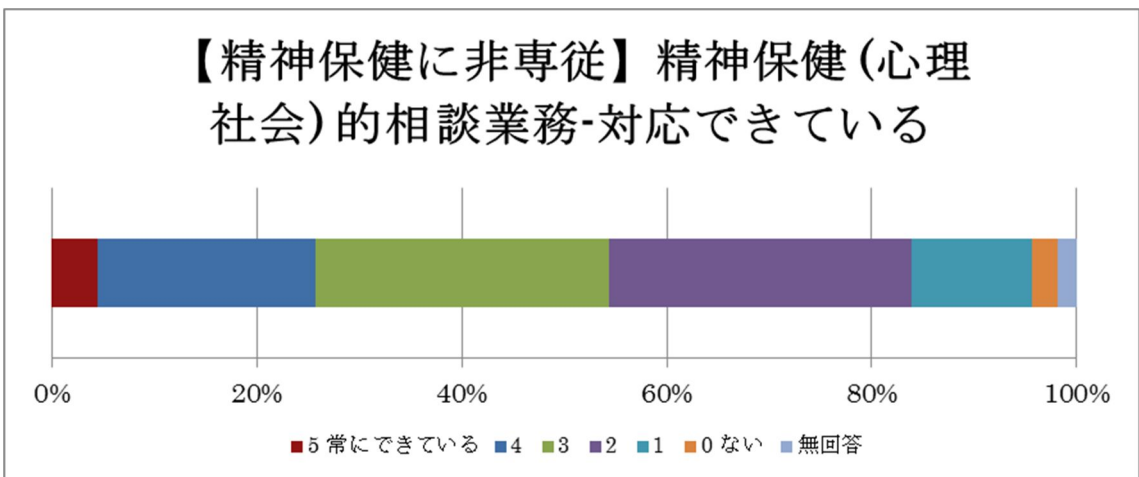


図 16-3 . 【精神保健に非専従】設問：精神保健（心理社会）的相談業務への対応（n=272）

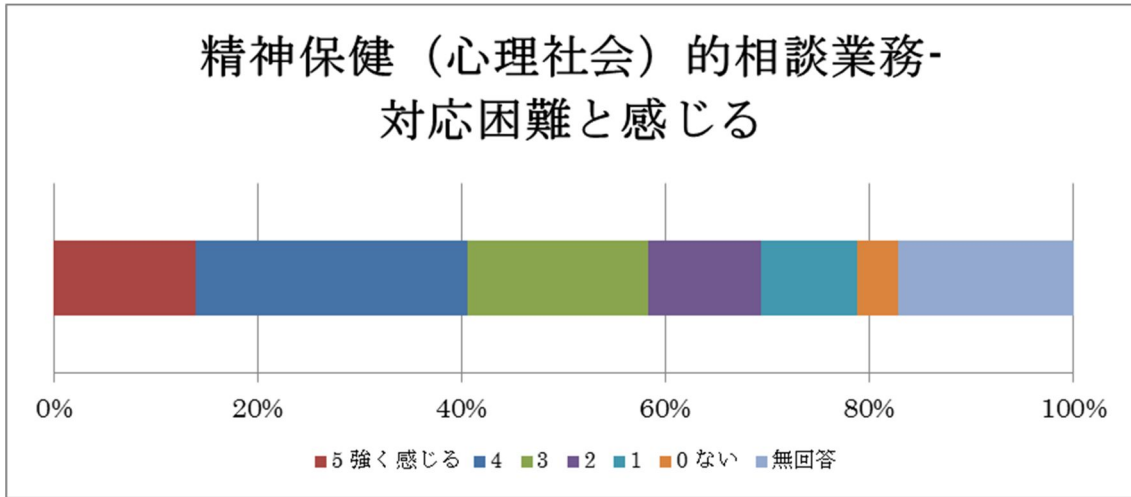


図 17-1 . 設問：精神保健（心理社会）的相談業務への対応困難度（n=496）

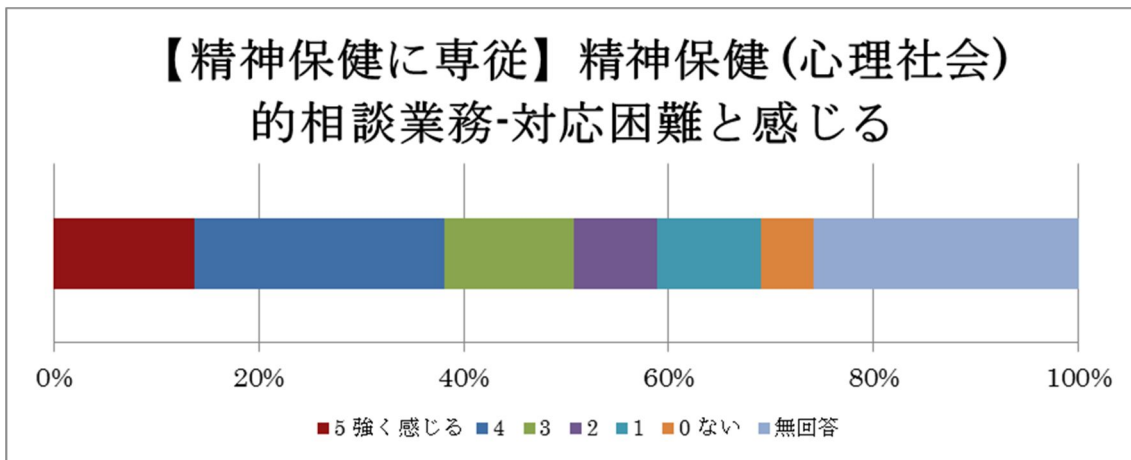


図 17-2 . 設問：【精神保健に専従】精神保健(心理社会)的相談業務への対応困難度(n=197)

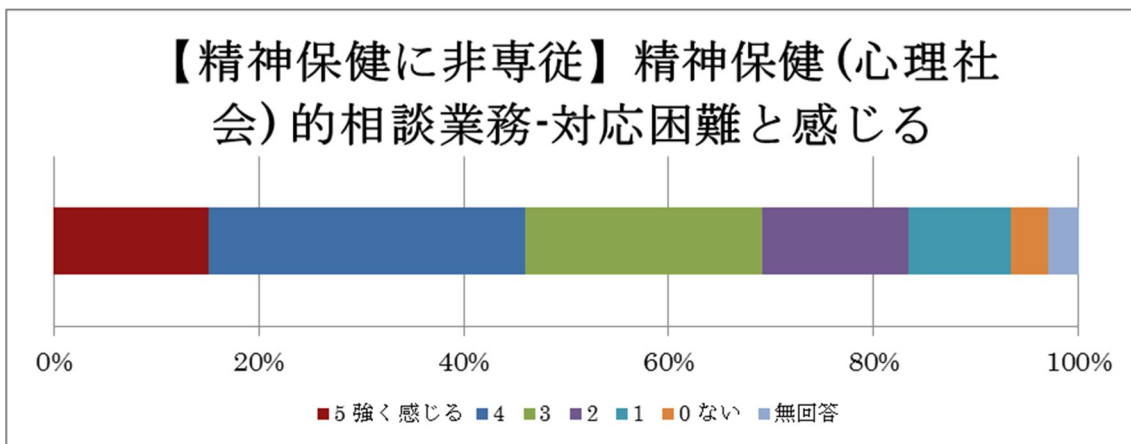


図 17-3 . 設問：【精神保健に非専従】精神保健(心理社会)的相談業務への対応困難度(n=272)

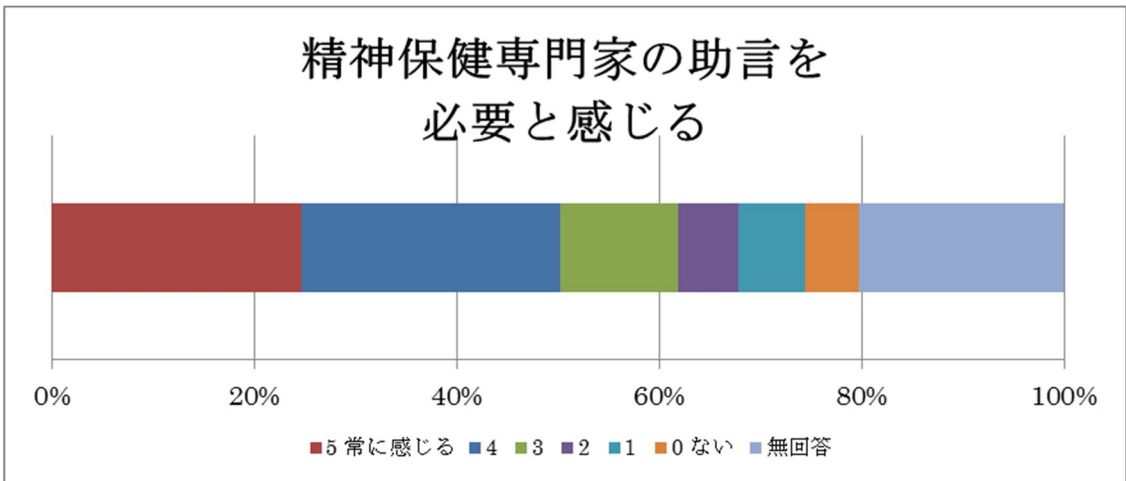


図 18-1 . 設問：精神保健専門家の助言の必要性について (n=496)

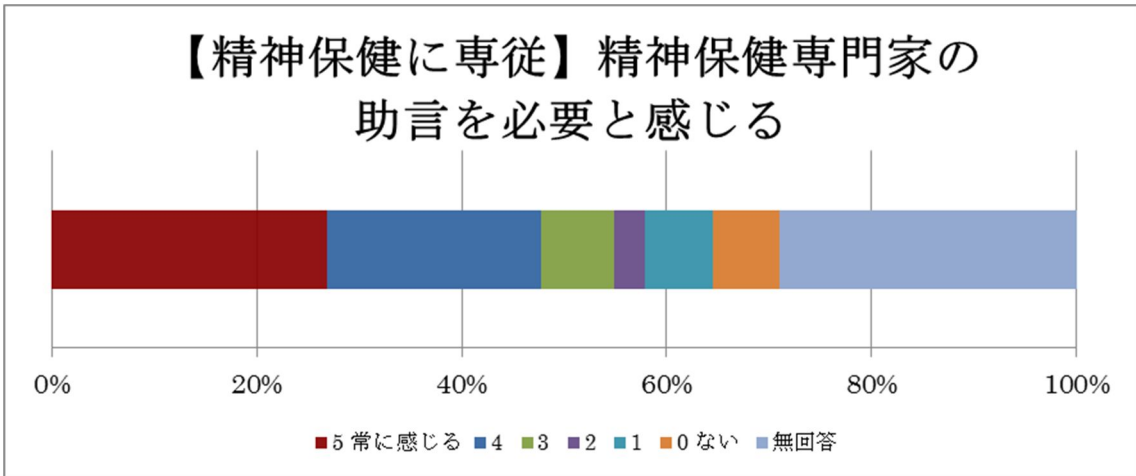


図 18-2 . 【精神保健に専従】設問：精神保健専門家の助言の必要性について (n=197)

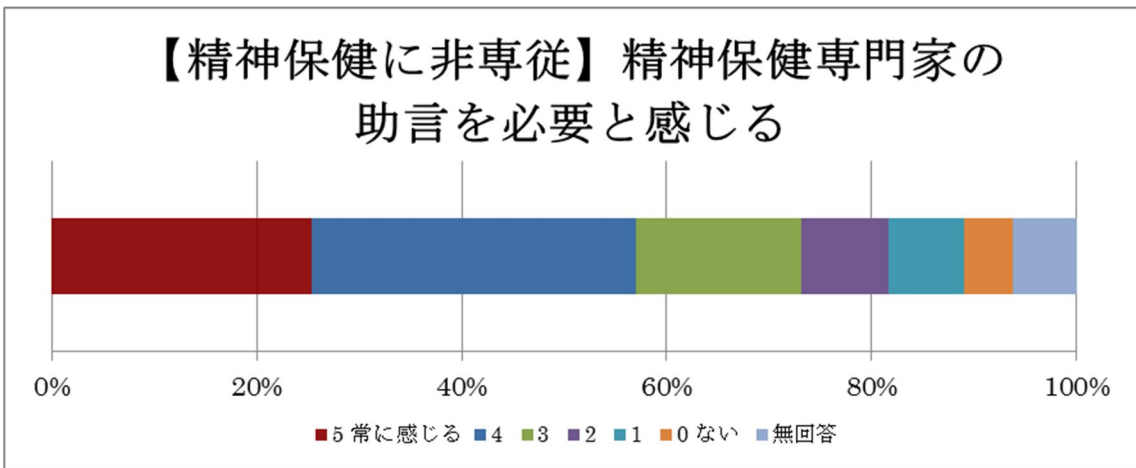


図 18-3 . 【精神保健に非専従】設問：精神保健専門家の助言の必要性について (n=272)

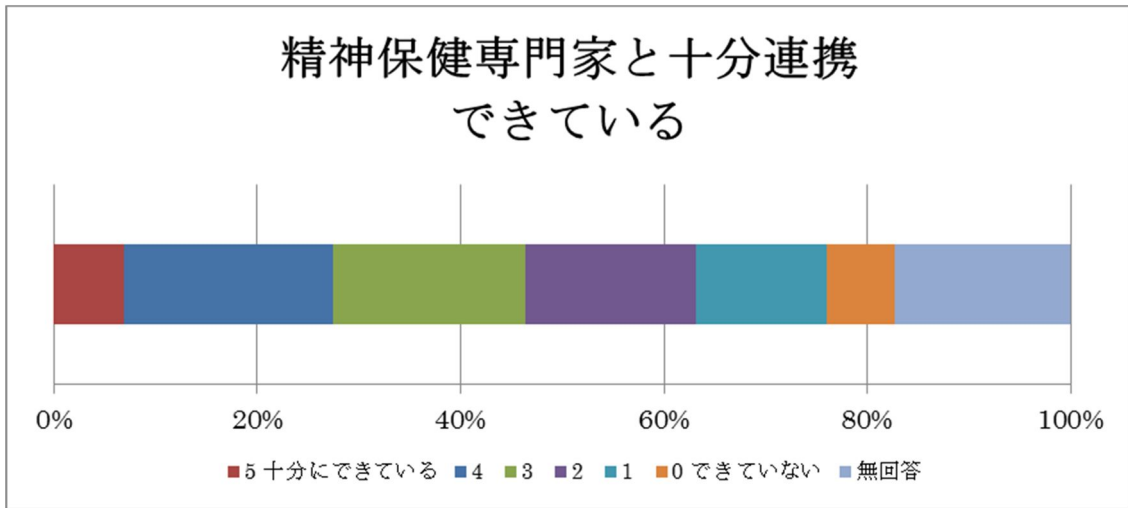


図 19-1 . 設問：精神保健専門家との連携について (n=496)

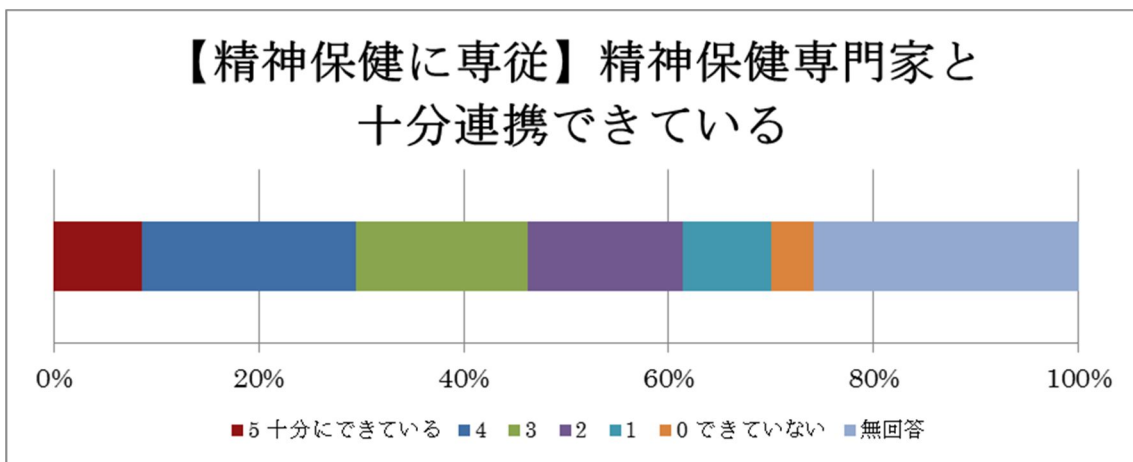


図 19-2 . 【精神保健に専従】設問：精神保健専門家との連携について (n=197)

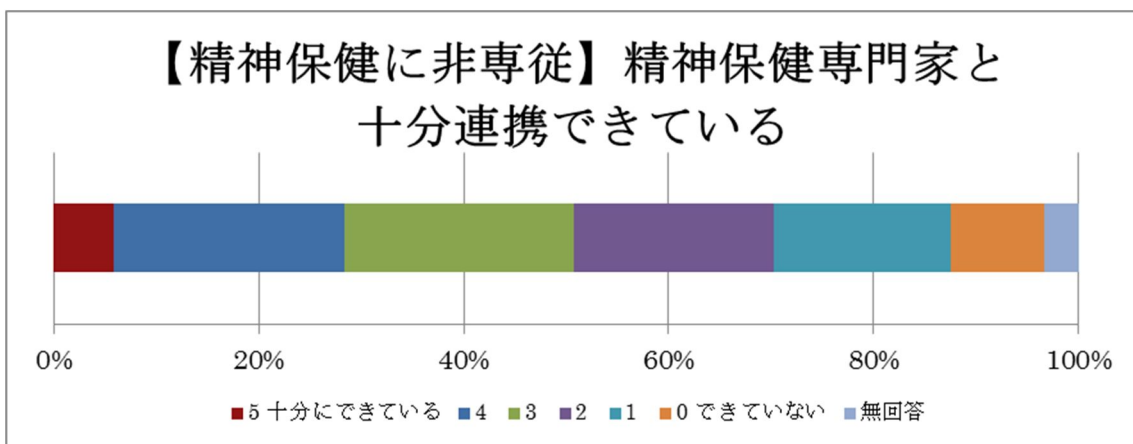


図 19-3 . 【精神保健に非専従】設問：精神保健専門家との連携について (n=272)

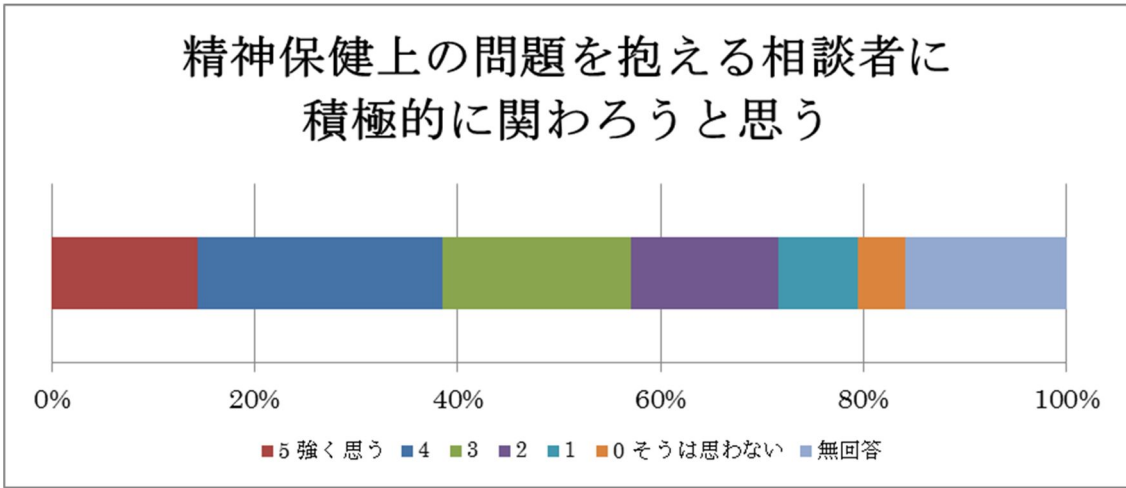


図 20-1 . 設問：精神保健上の問題を抱える相談者への姿勢について (n=496)

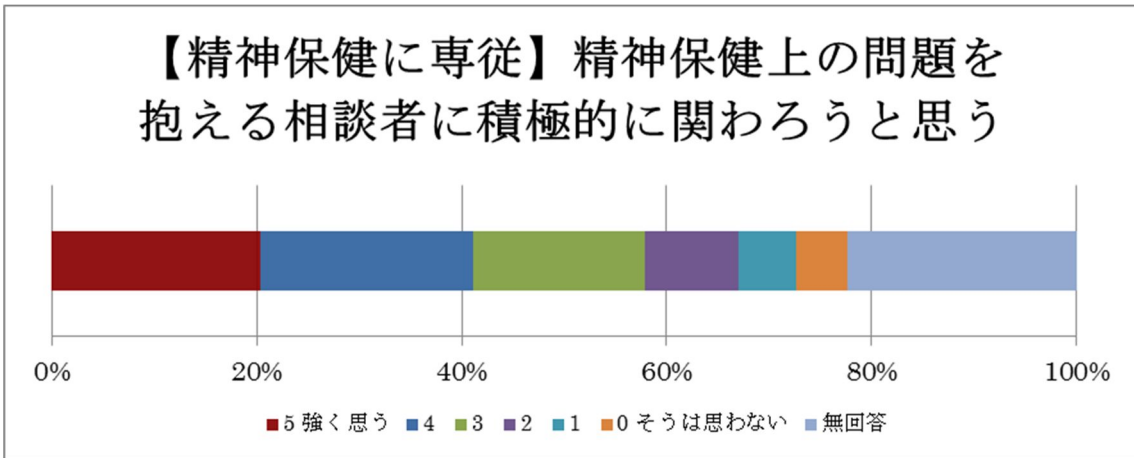


図 20-2 . 【精神保健に専従】設問：精神保健上の問題を抱える相談者への姿勢について (n=197)

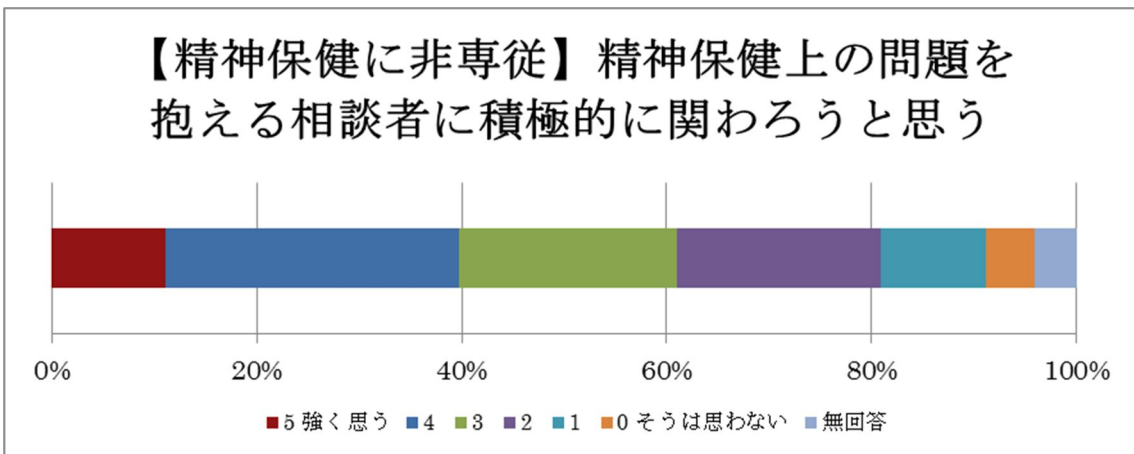


図 20-3 . 【精神保健に非専従】設問：精神保健上の問題を抱える相談者への姿勢について (n=272)

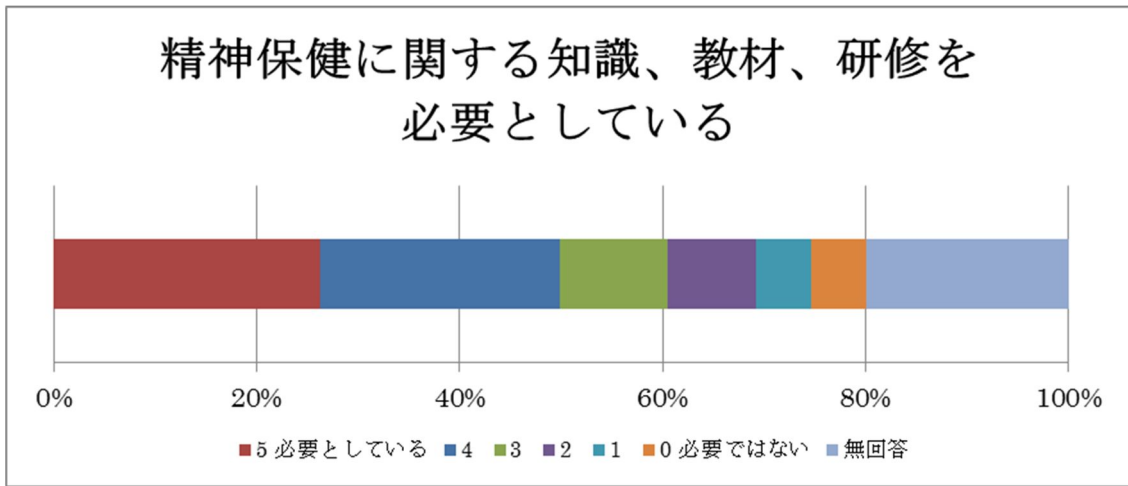


図 21-1 . 設問：精神保健に関する知識、教材、研修の必要性について (n=496)

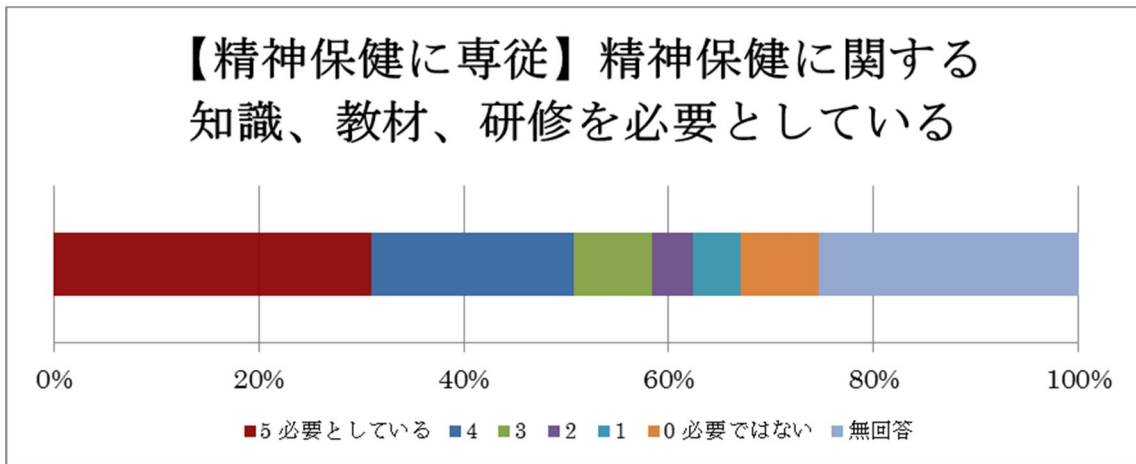


図 21-2 . 【精神保健に専従】設問：精神保健に関する知識、教材、研修の必要性について (n=197)

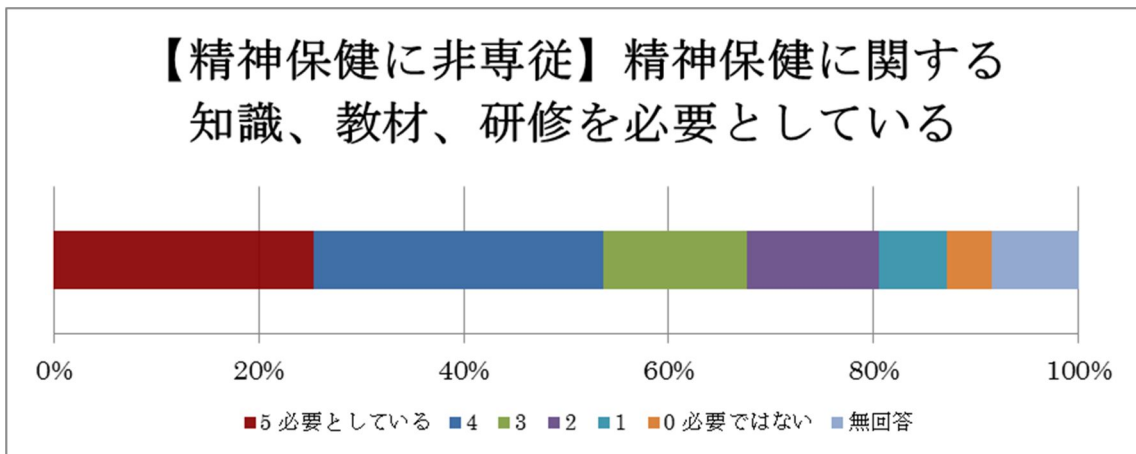


図 21-3 . 【精神保健に非専従】設問：精神保健に関する知識、教材、研修の必要性について (n=272)

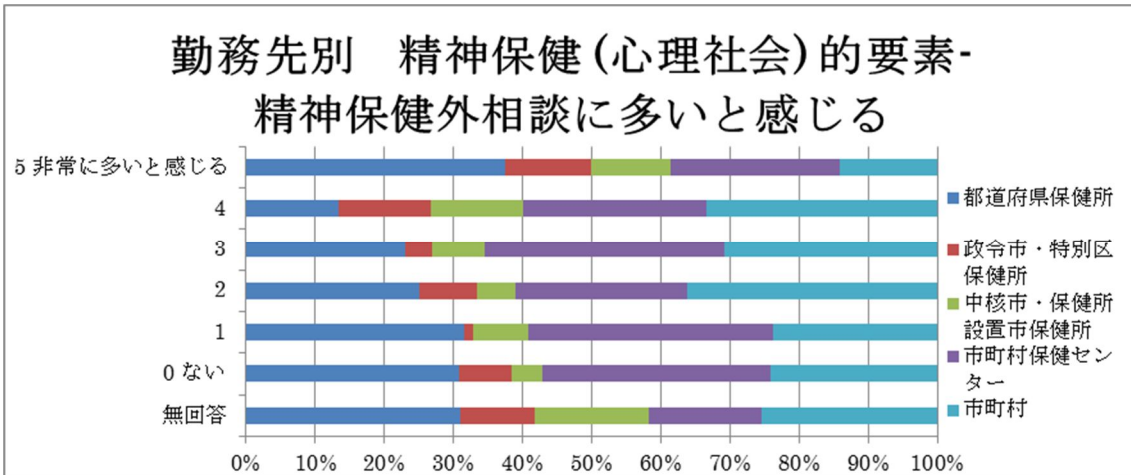


図 25-1. 勤務先別比較 精神保健外相談における精神保健(心理社会)的要素 (n=496)

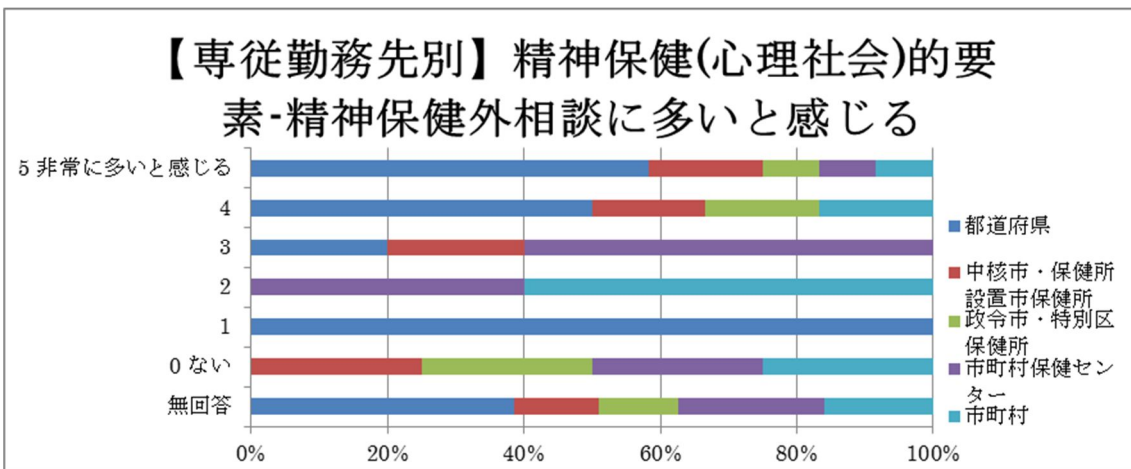


図 25-2. 【精神保健に専従】勤務先別比較 精神保健外相談における精神保健(心理社会)的要素 (n=197)

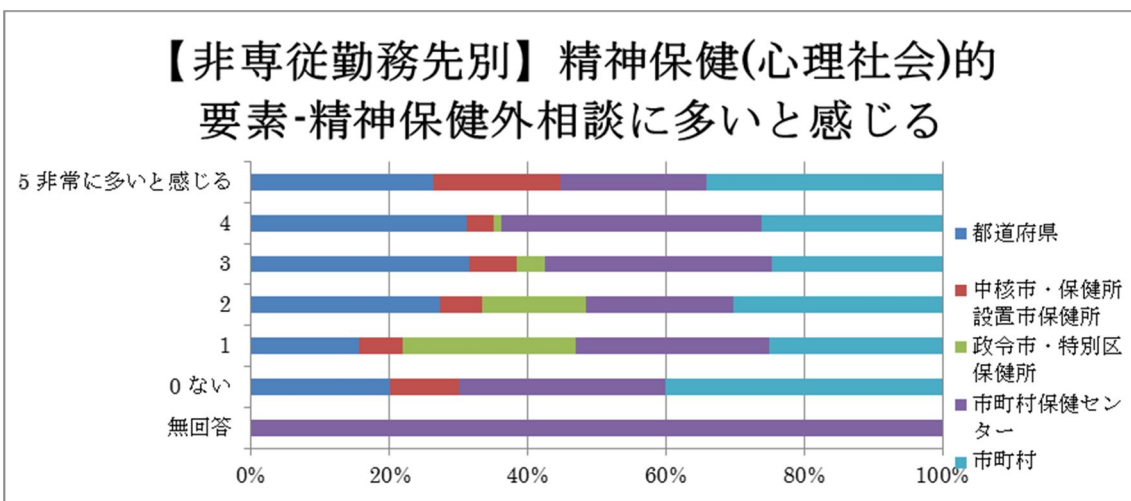


図 25-3. 【精神保健に非専従】勤務先別比較 精神保健外相談における精神保健(心理社会)的要素 (n=272)

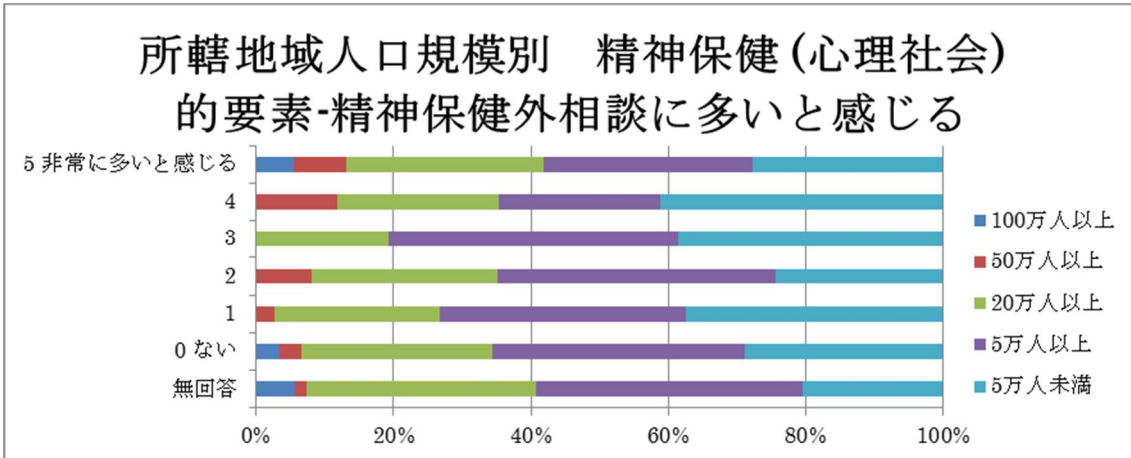


図 25-4. 所轄地域合計人口規模別比較 精神保健外相談における精神保健(心理社会)的要素 (n=496)

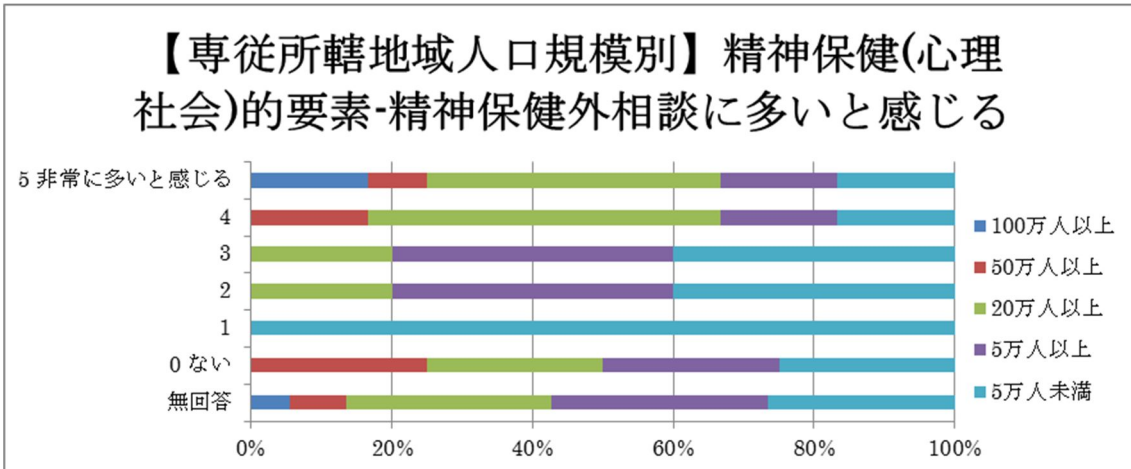


図 25-5. 【精神保健に専従】所轄地域合計人口規模別比較 精神保健外相談における精神保健(心理社会)的要素 (n=197)

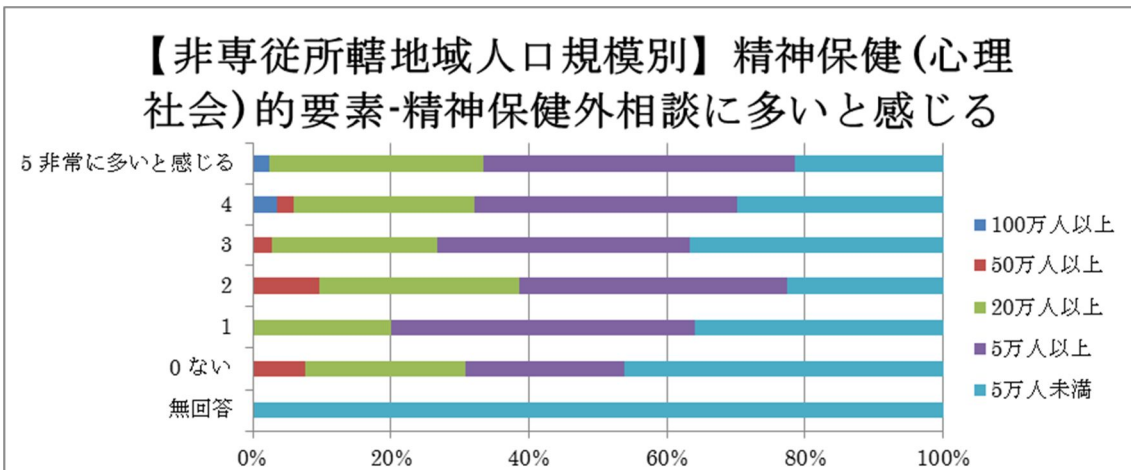


図 25-6. 【精神保健に非専従】所轄地域合計人口規模別比較 精神保健外相談における精神保健(心理社会)的要素 (n=272)

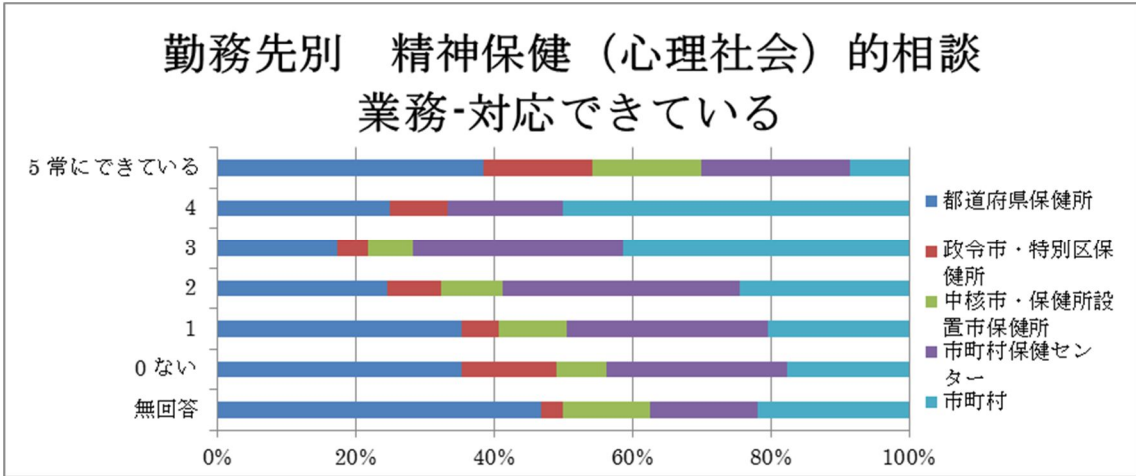


図 26-1 . 勤務先別比較 精神保健（心理社会）的相談業務への対応（n=496）

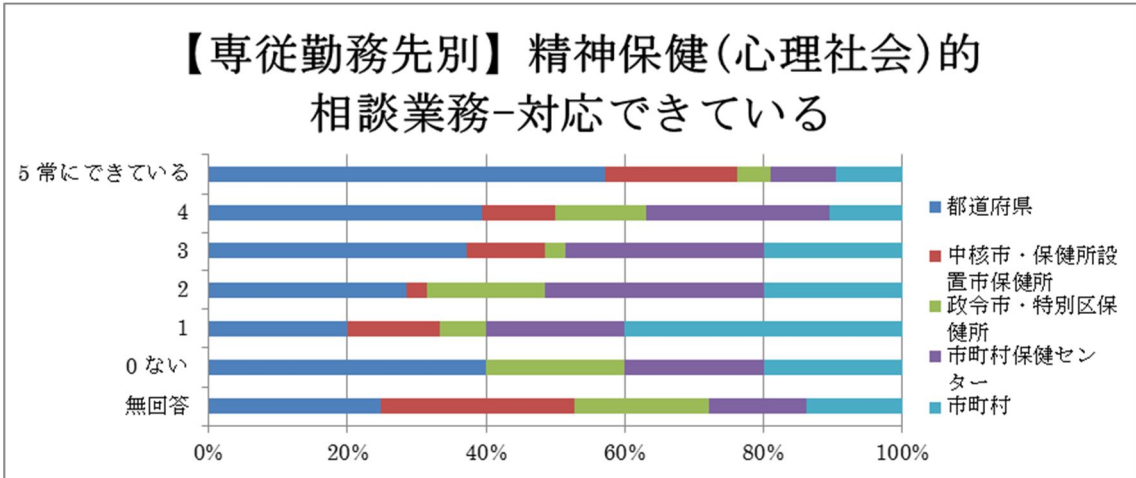


図 26-2 【精神保健に専従】勤務先別比較 精神保健（心理社会）的相談業務への対応（n=197）

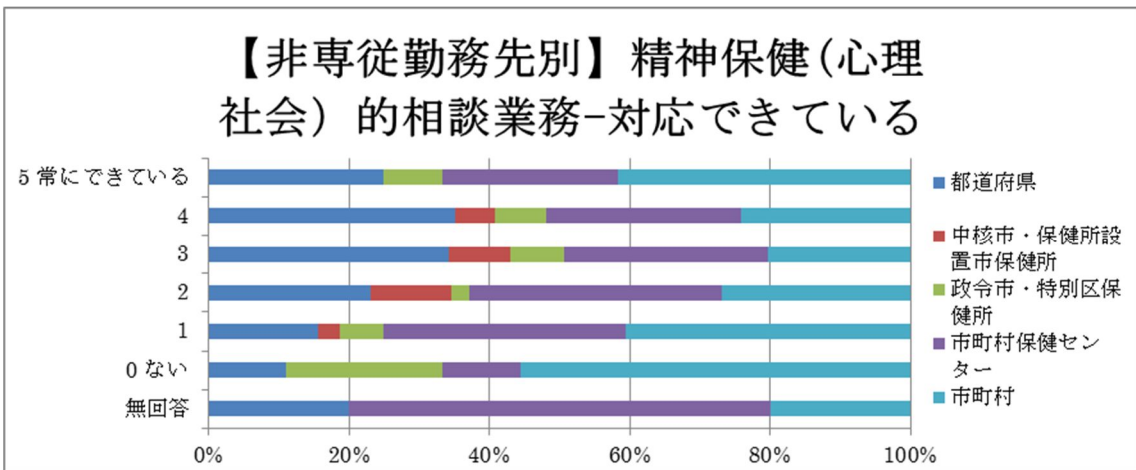


図 26-3 . 【精神保健に非専従】勤務先別比較 精神保健（心理社会）的相談業務への対応（n=272）

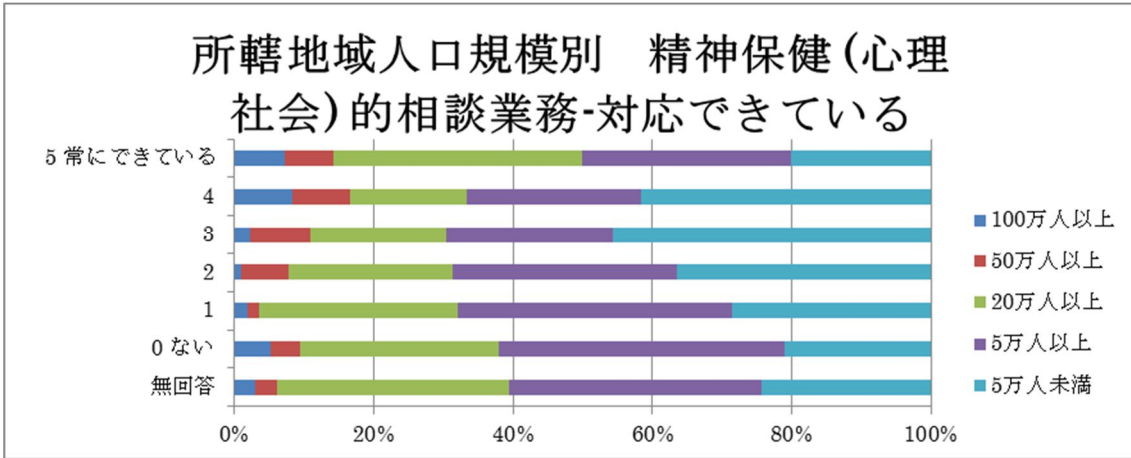


図 26-4 .所轄地域合計人口規模別比較 精神保健(心理社会)的相談業務への対応(n=496)

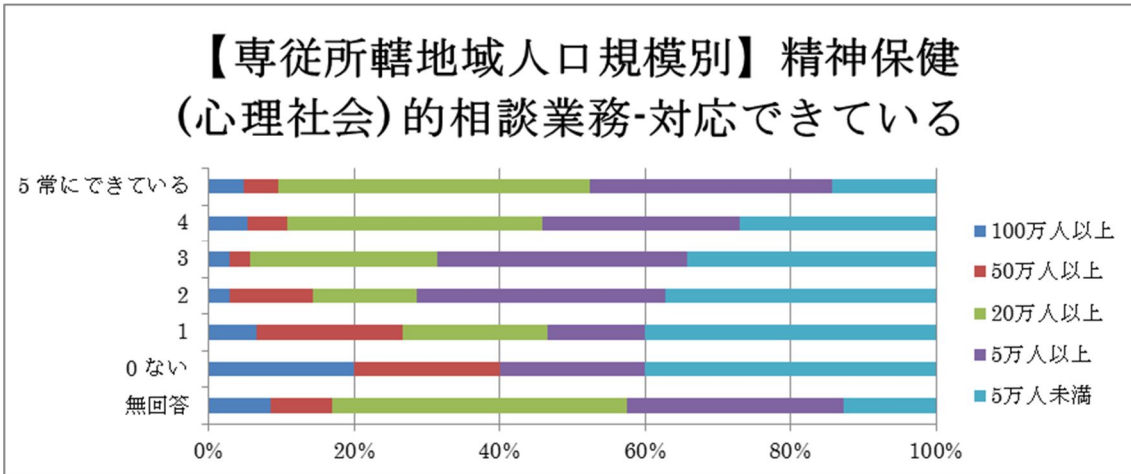


図 26-5 .【精神保健に専従】所轄地域合計人口規模別比較 精神保健(心理社会)的相談業務への対応(n=197)

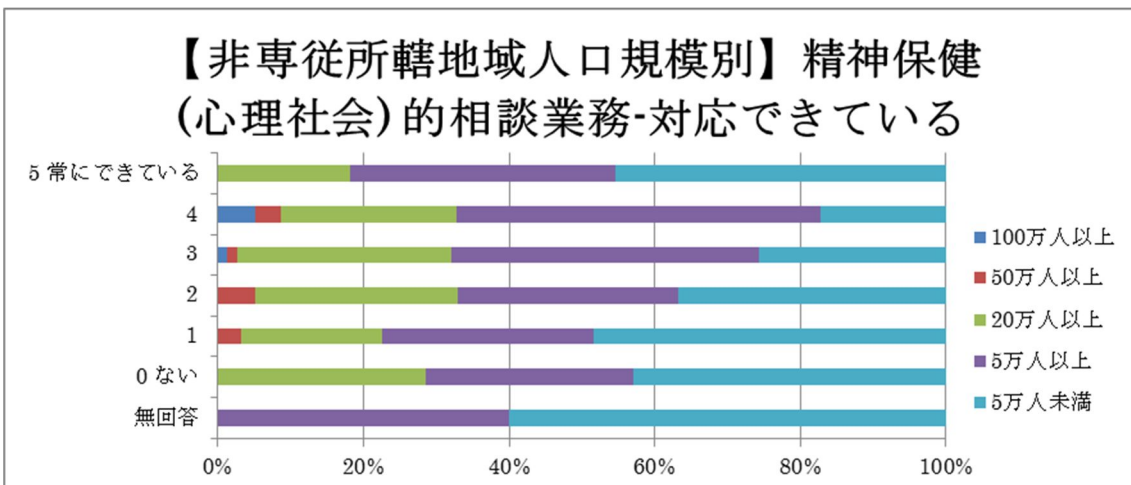


図 26-6 .【精神保健に非専従】所轄地域合計人口規模別比較 精神保健(心理社会)的相談業務への対応(n=272)

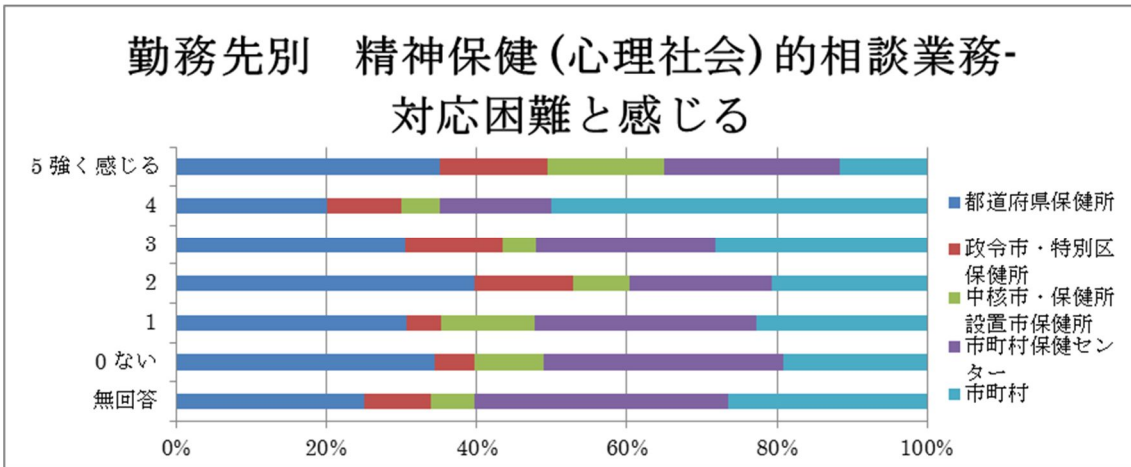


図 27-1. 勤務先別比較 精神保健(心理社会)的相談業務への対応困難度 (n=496)

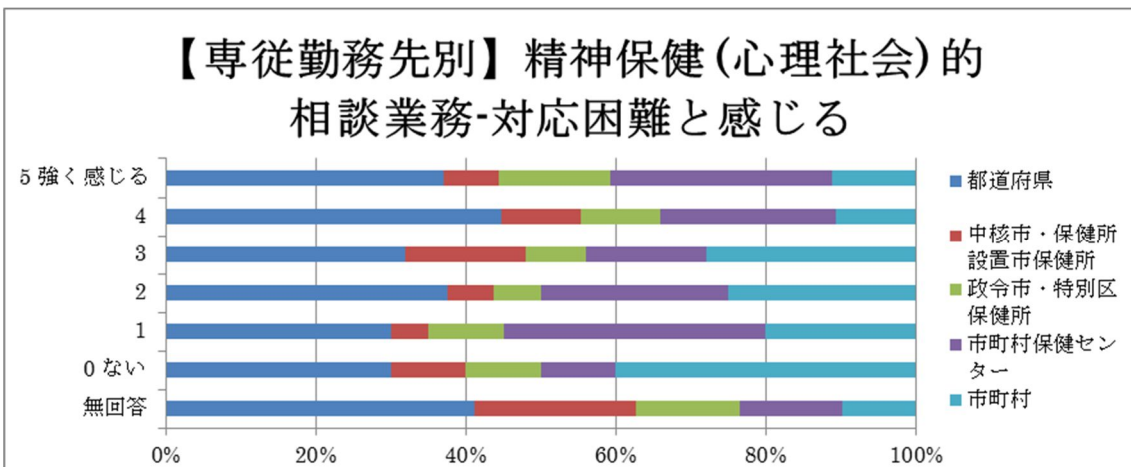


図 27-2. 【精神保健に専従】勤務先別比較 精神保健(心理社会)的相談業務への対応困難度 (n=197)

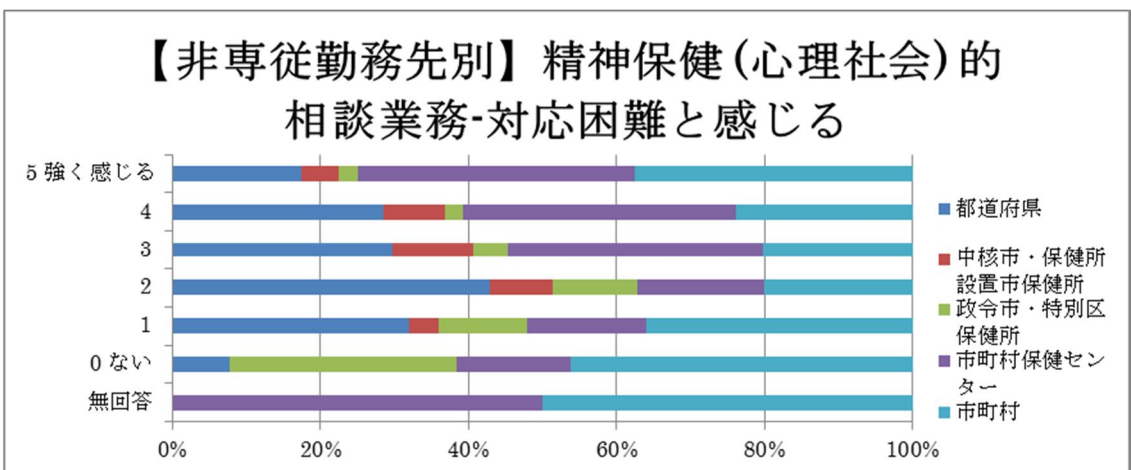


図 27-3. 【精神保健に非専従】勤務先別比較 精神保健(心理社会)的相談業務への対応困難度 (n=272)

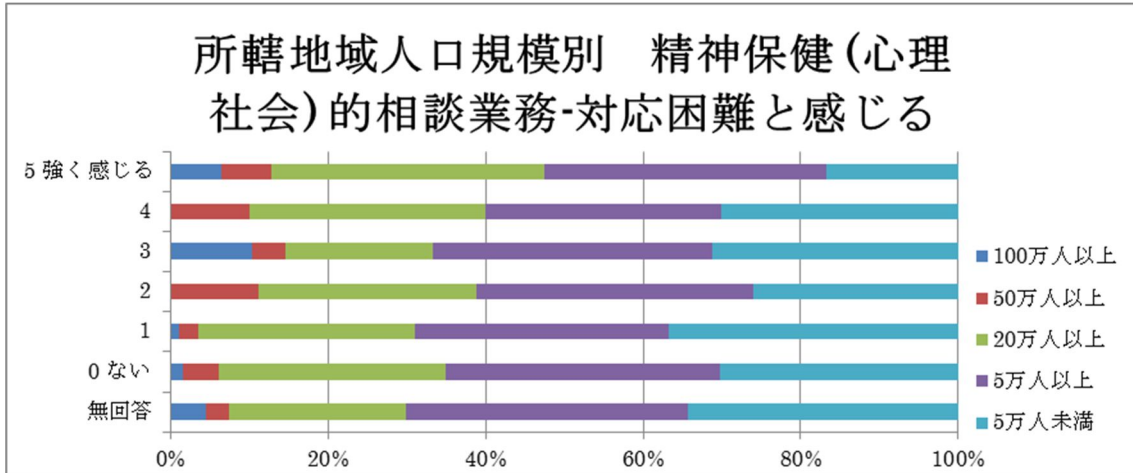


図 27-4 . 所轄地域合計人口規模別比較 精神保健(心理社会)的相談業務への対応困難度 (n=496)

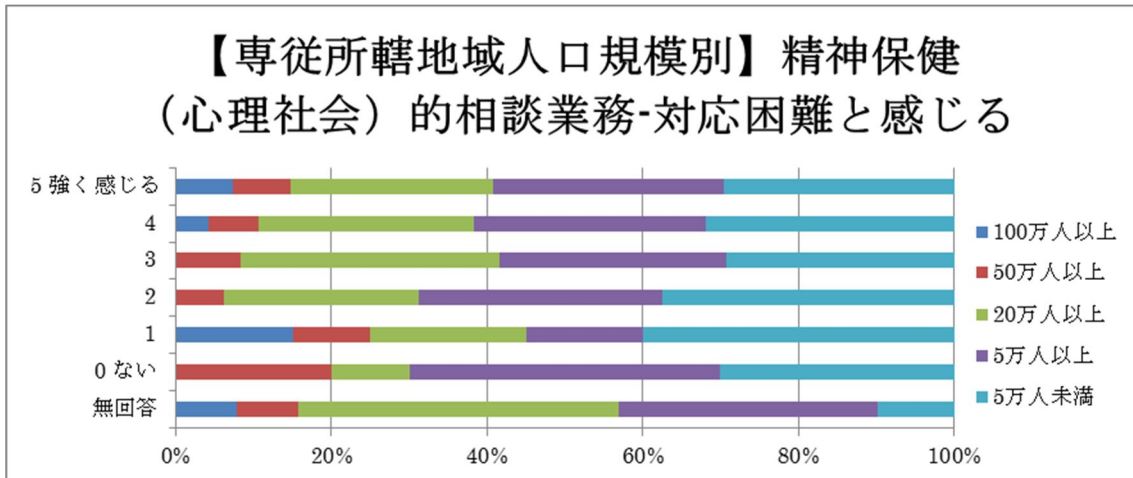


図 27-5 . 所轄地域合計人口規模別比較 精神保健(心理社会)的相談業務への対応困難度 (n=197)

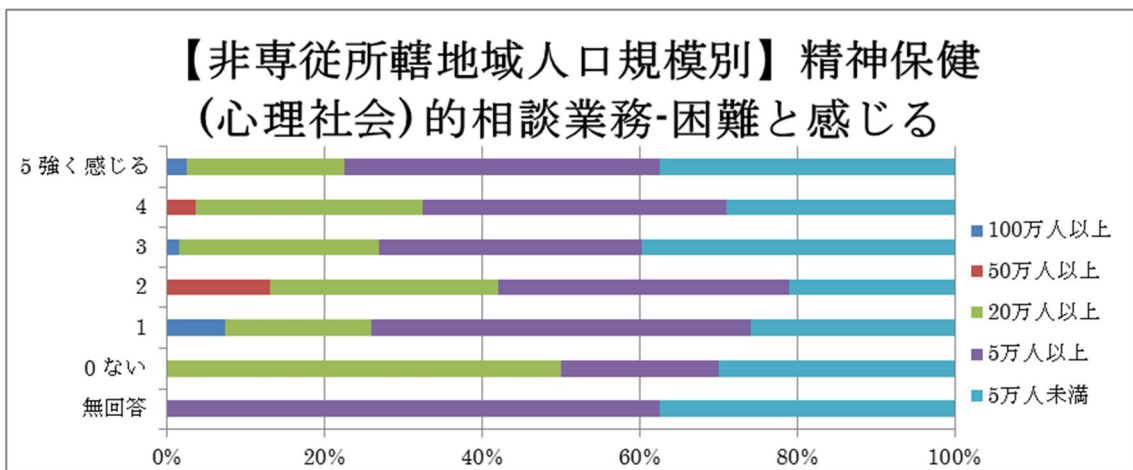


図 27-6 . 所轄地域合計人口規模別比較 精神保健(心理社会)的相談業務への対応困難度 (n=272)

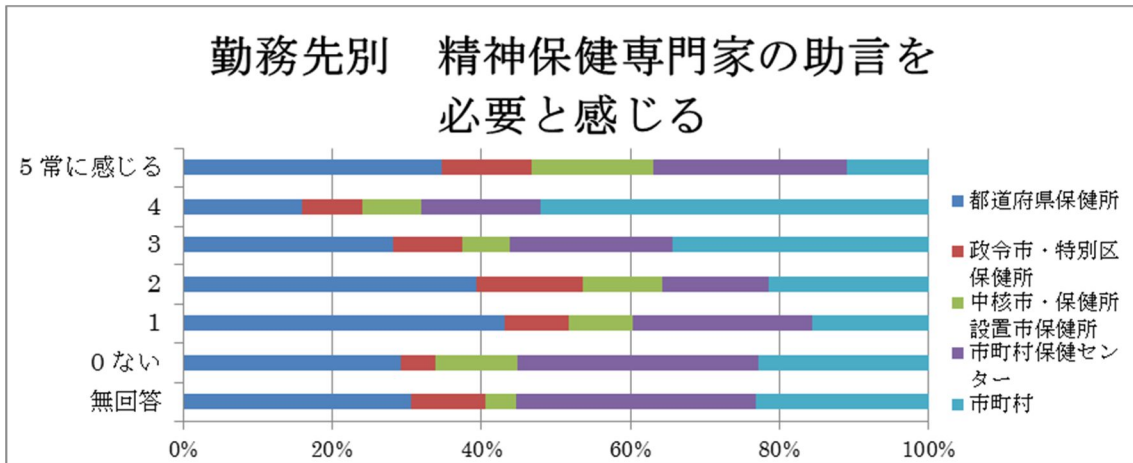


図 28-1 . 勤務先別比較 精神保健専門家の助言の必要性について (n=496)

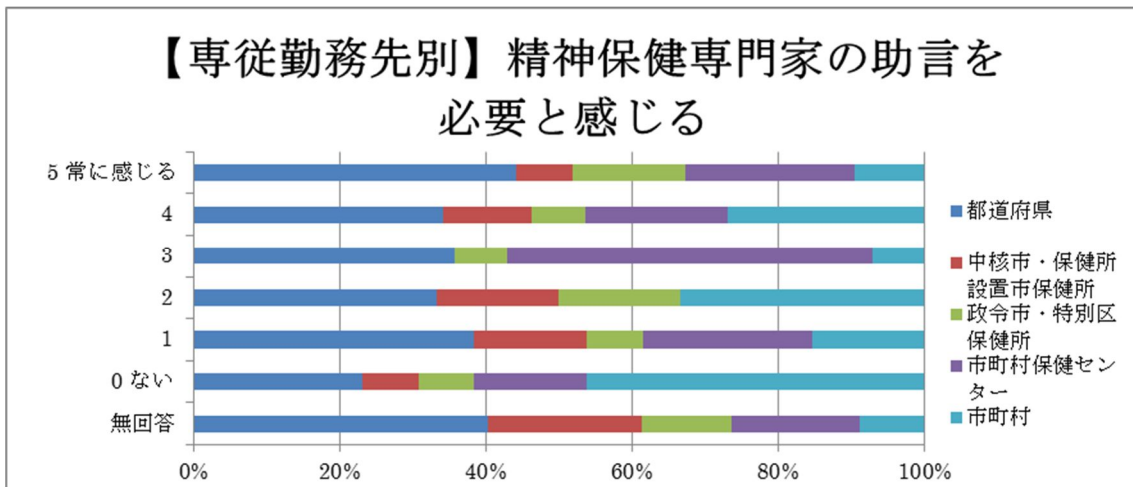


図 28-2 . 【精神保健に専従】勤務先別比較 精神保健専門家の助言の必要性について (n=197)

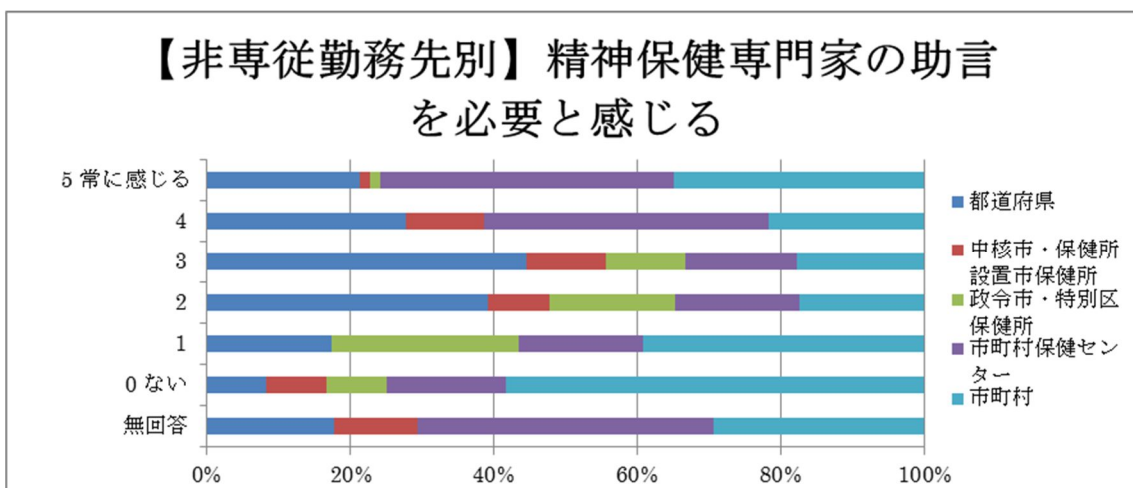


図 28-3 . 【精神保健に非専従】勤務先別比較 精神保健専門家の助言の必要性について (n=272)

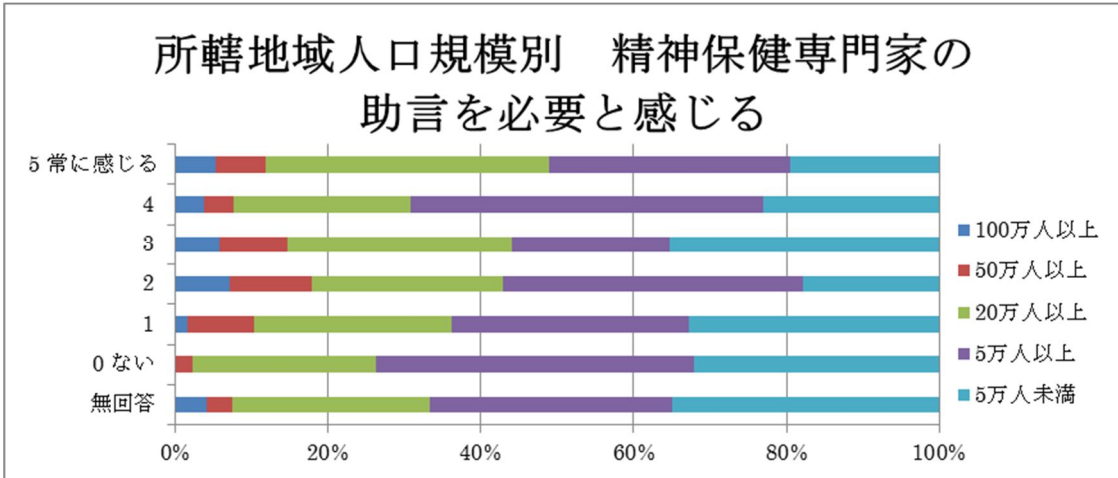


図 28-4 .所轄地域合計人口規模別比較 精神保健専門家の助言の必要性について (n=496)

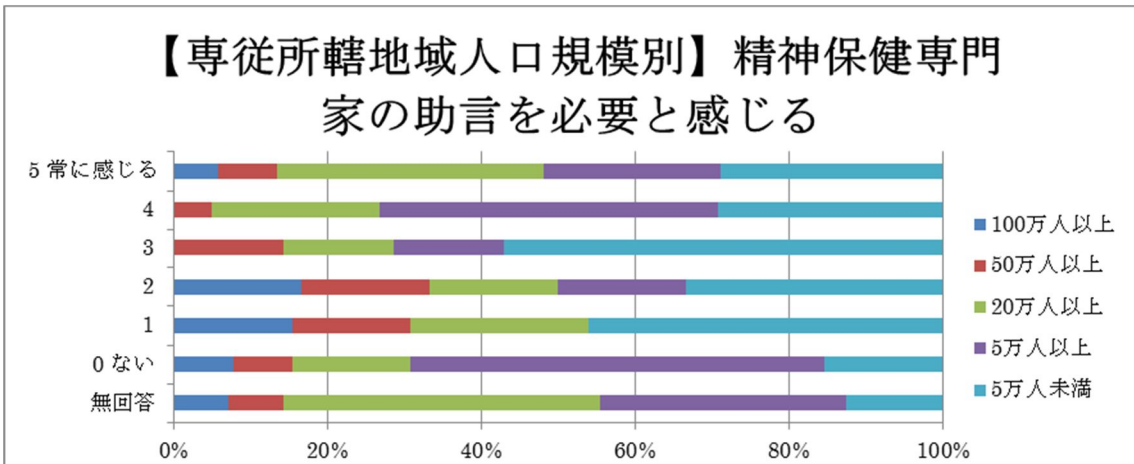


図 28-5 .【精神保健に専従】所轄地域合計人口規模別比較 精神保健専門家の助言の必要性について (n=197)

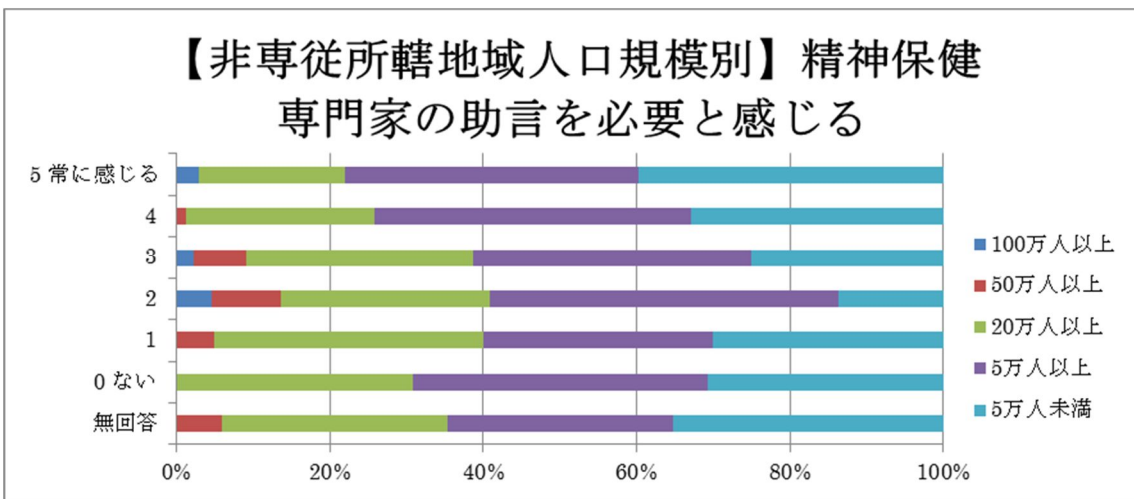


図 28-6 .【精神保健に非専従】所轄地域合計人口規模別比較 精神保健専門家の助言の必要性について (n=272)

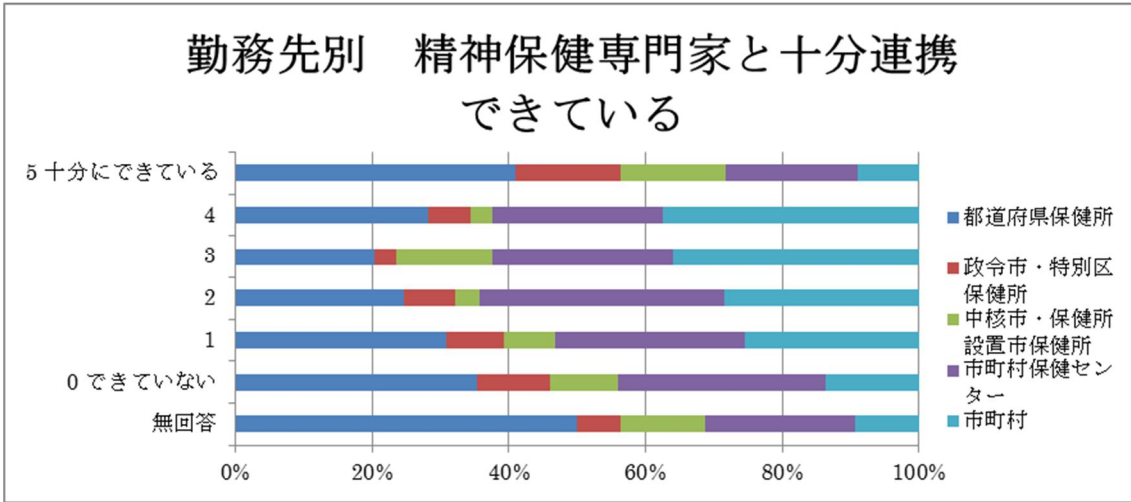


図 29-1 . 勤務先別比較 精神保健専門家との連携について (n=496)

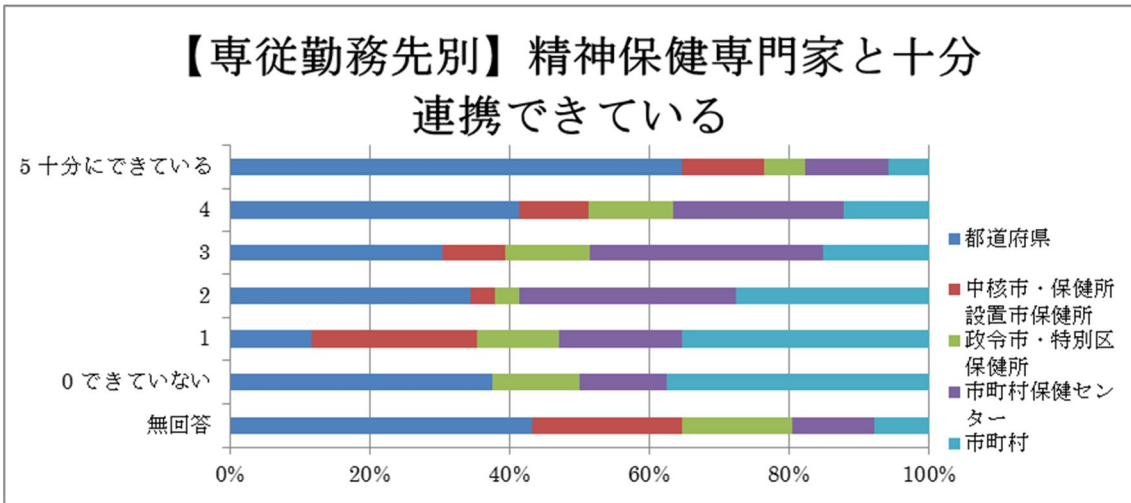


図 29-2 . 【精神保健に専従】勤務先別比較 精神保健専門家との連携について (n=197)

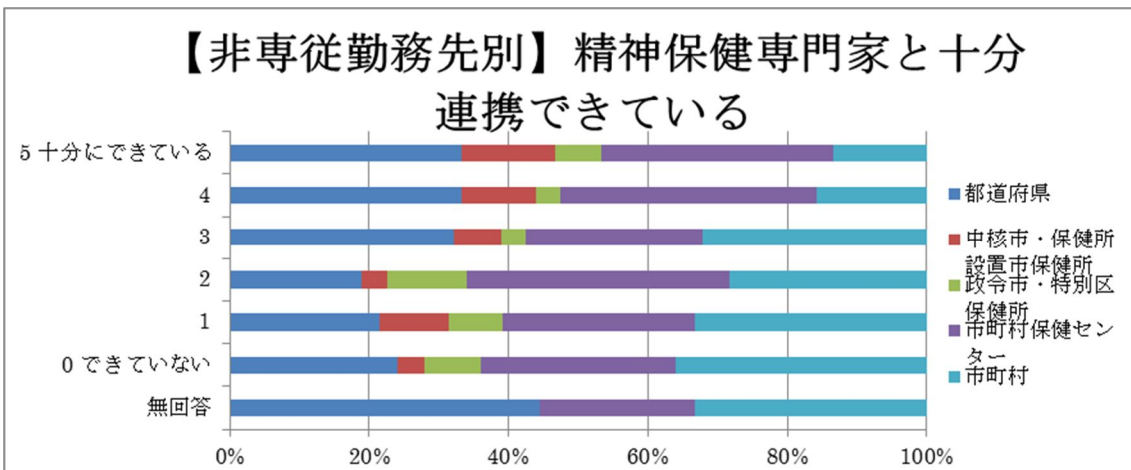


図 29-3 . 【精神保健に非専従】勤務先別比較 精神保健専門家との連携について (n=272)

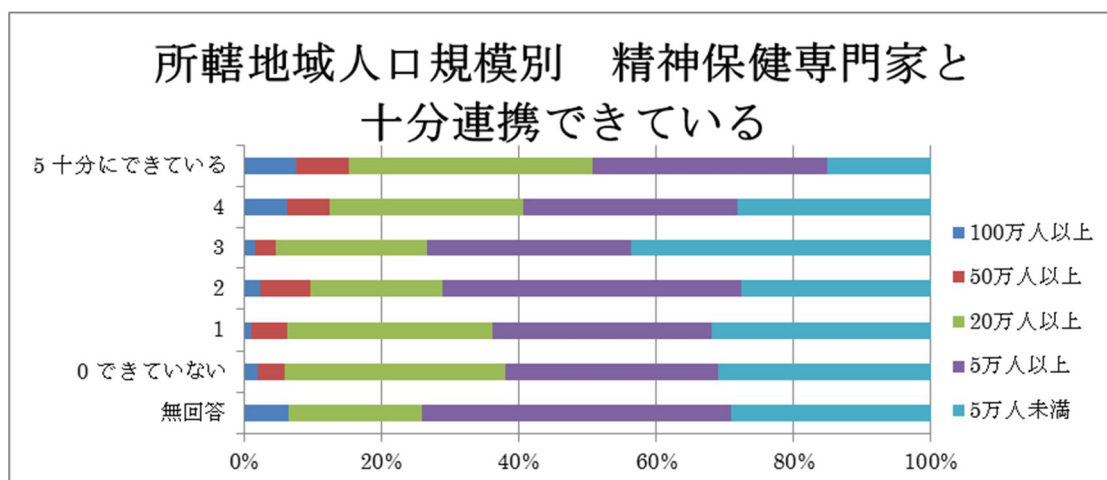


図 29-4 . 所轄地域合計人口規模別比較 精神保健専門家との連携について (n=496)

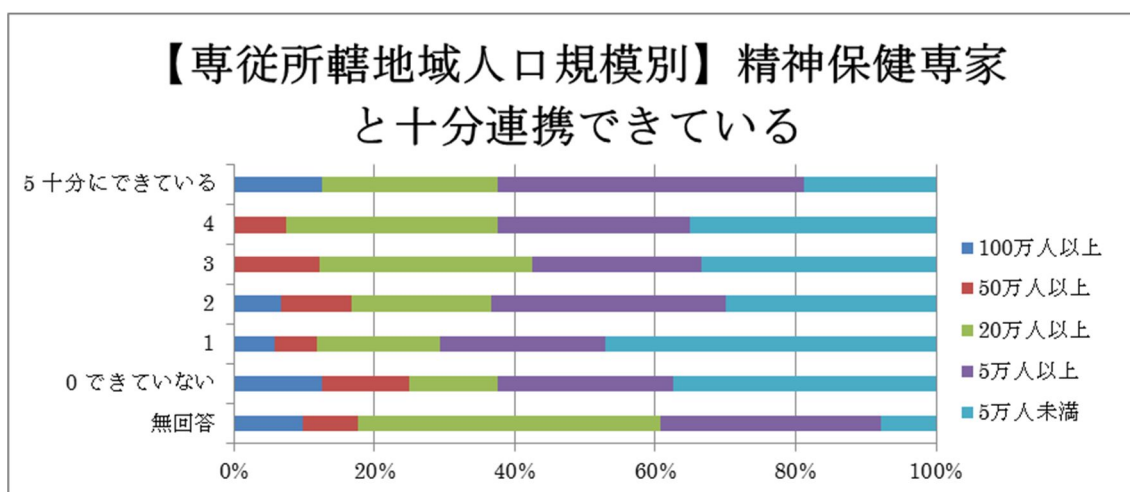


図 29-5 .【精神保健に専従】所轄地域合計人口規模別比較 精神保健専門家との連携について (n=197)

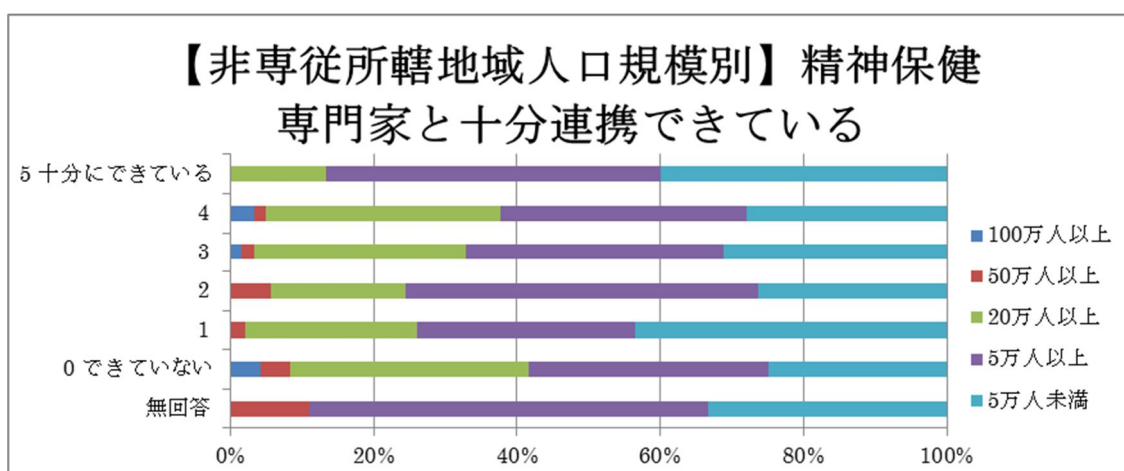


図 29-6 .【精神保健に非専従】所轄地域合計人口規模別比較 精神保健専門家との連携について (n=272)

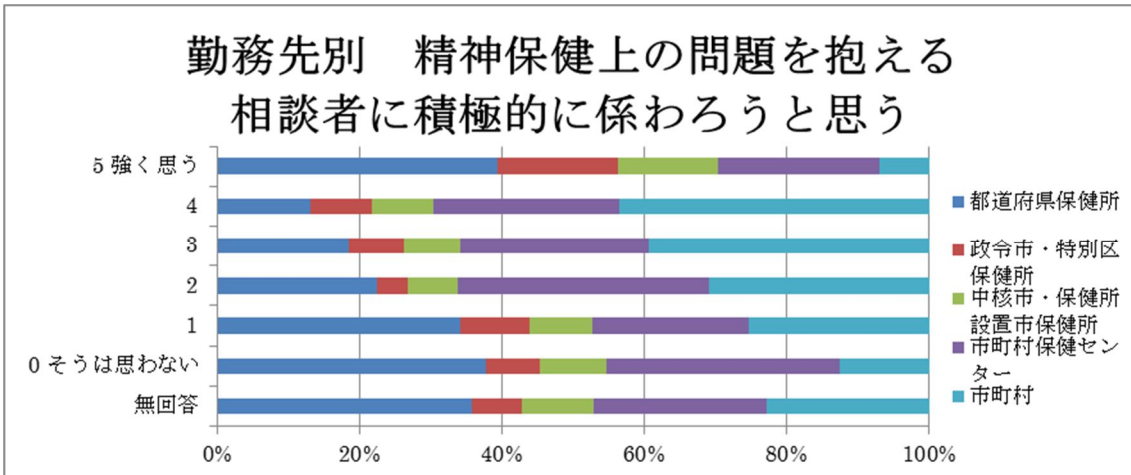


図 30-1 . 勤務先別比較 精神保健上の問題を抱える相談者への姿勢について (n=496)

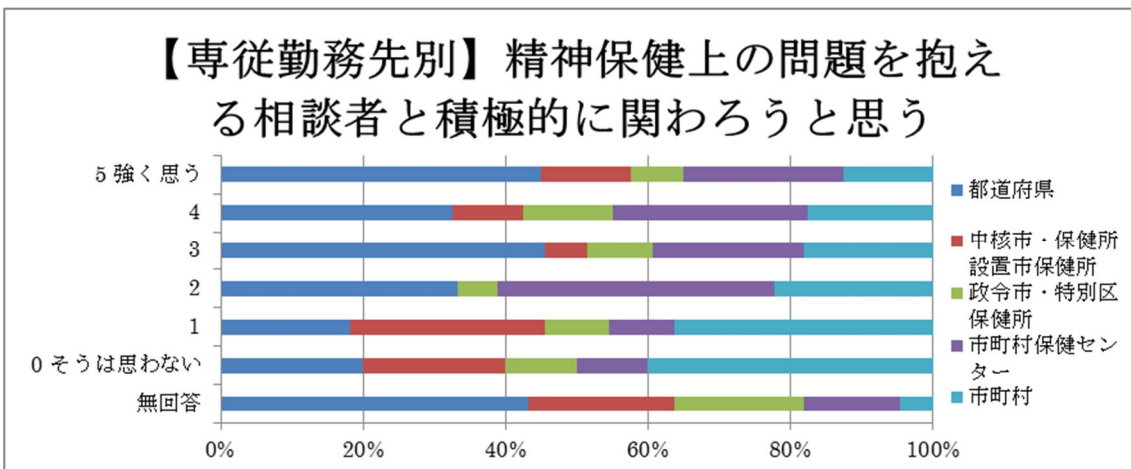


図 30-2 .【精神保健に専従】勤務先別比較 精神保健上の問題を抱える相談者への姿勢について (n=197)

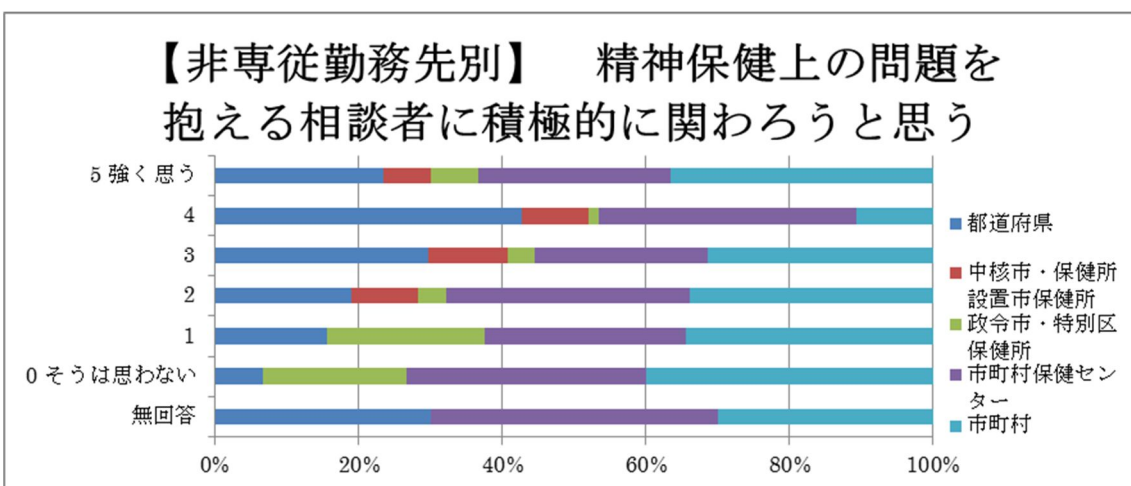


図 30-3 .【精神保健に非専従】勤務先別比較 精神保健上の問題を抱える相談者への姿勢について (n=272)

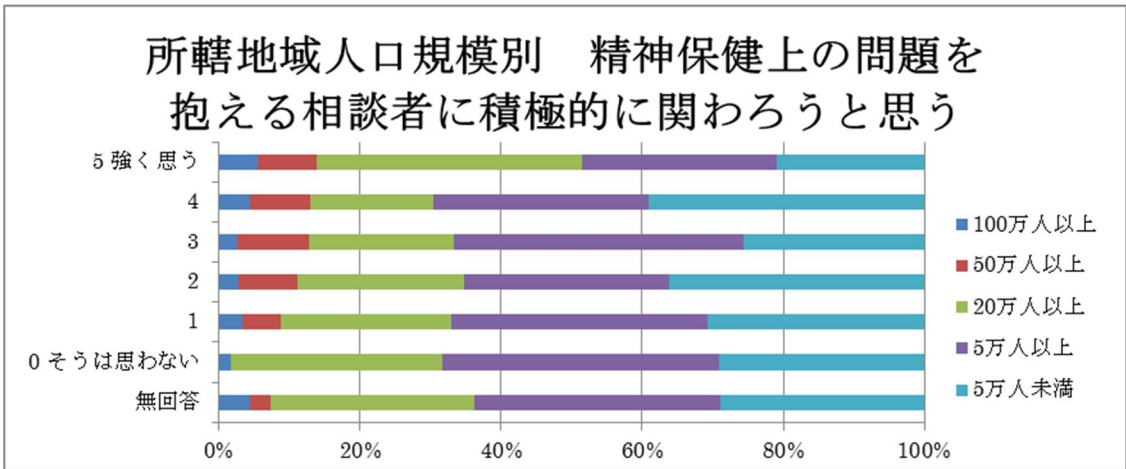


図 30-4 . 所轄地域合計人口規模別比較 精神保健上の問題を抱える相談者への姿勢について (n=496)

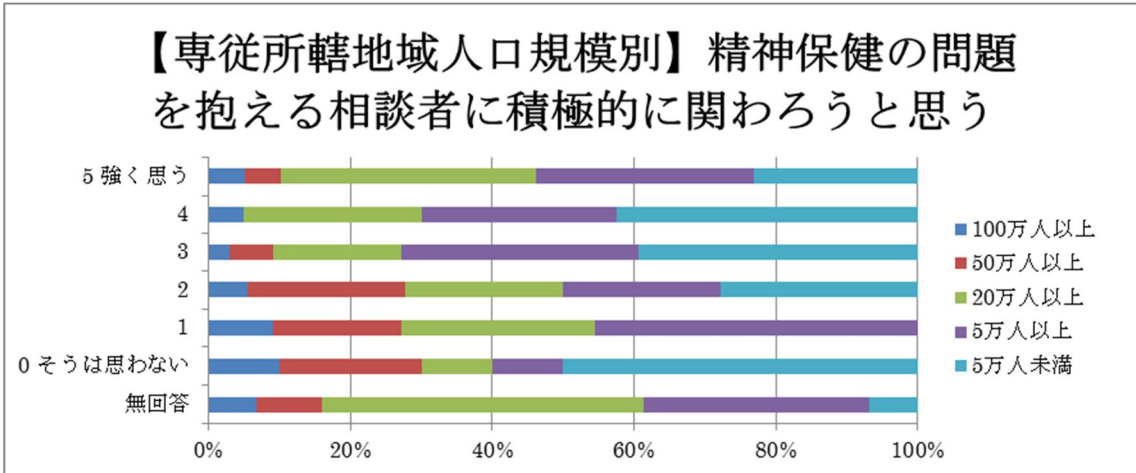


図 30-5 .【精神保健に専従】所轄地域合計人口規模別比較 精神保健上の問題を抱える相談者への姿勢について (n=197)

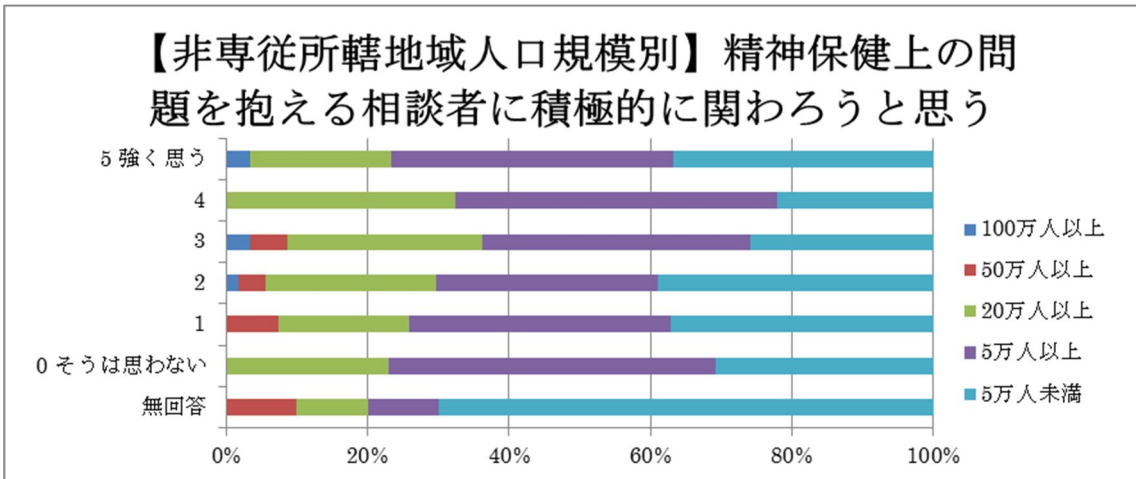


図 30-6 .【精神保健に非専従】所轄地域合計人口規模別比較 精神保健上の問題を抱える相談者への姿勢について (n=272)

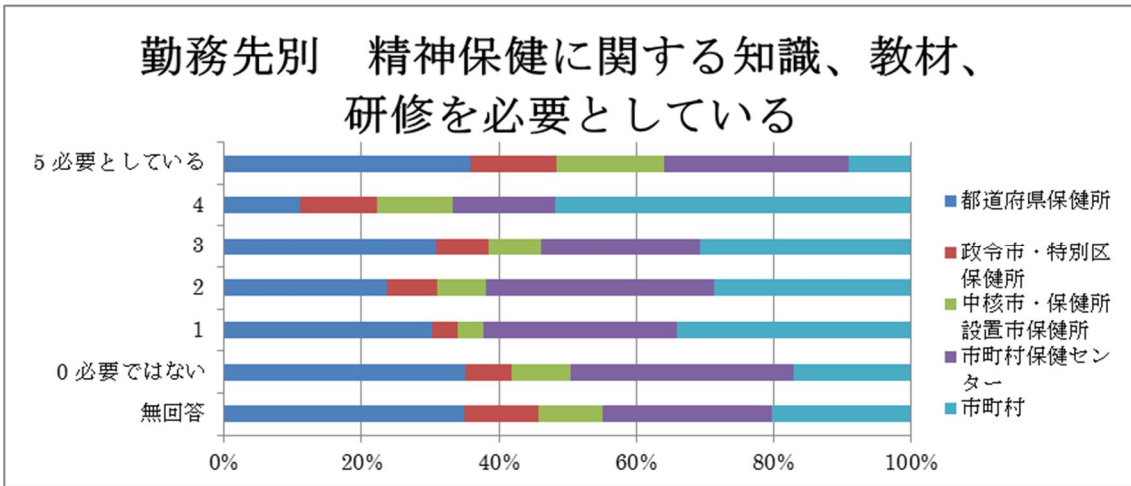


図 31-1 . 勤務先別比較 精神保健に関する知識、教材、研修の必要性について (n=496)

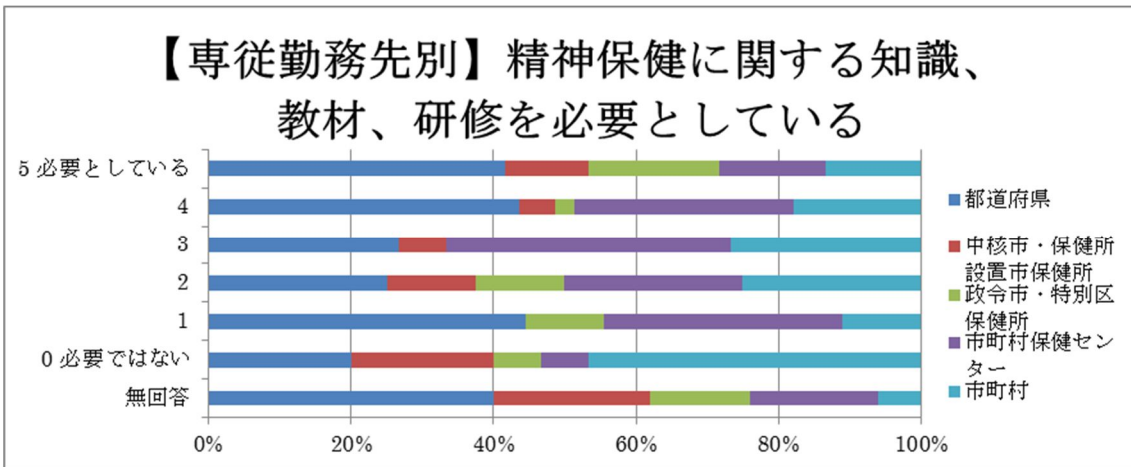


図 31-2 . 【精神保健に専従】勤務先別比較 精神保健に関する知識、教材、研修の必要性について (n=197)

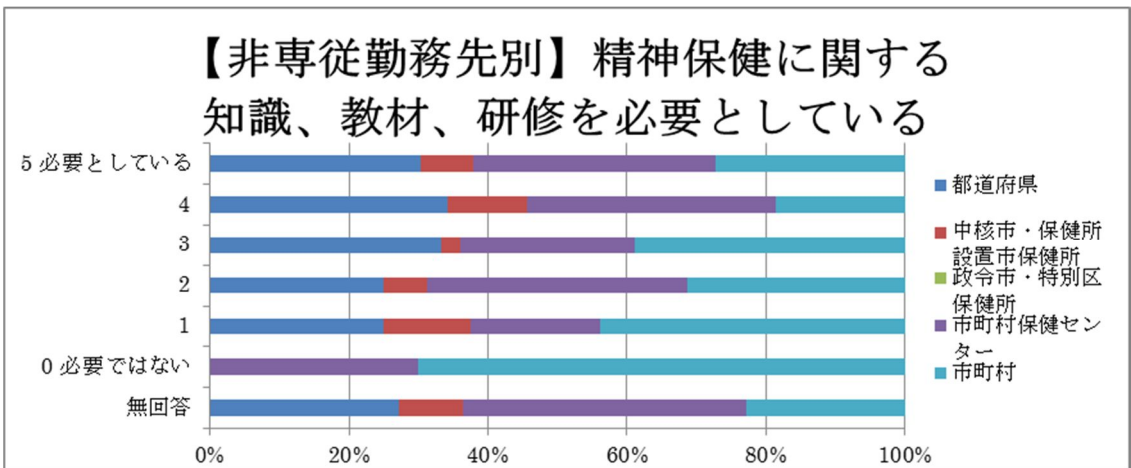


図 31-3 . 【精神保健に非専従】勤務先別比較 精神保健に関する知識、教材、研修の必要性について (n=272)

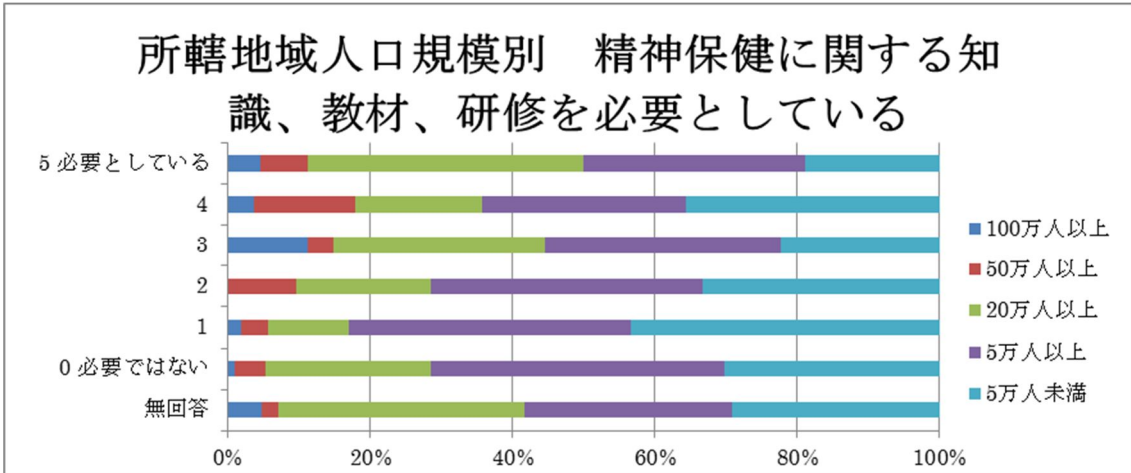


図 31-4 . 所轄地域合計人口規模別 精神保健に関する知識、教材、研修の必要性について (n=496)

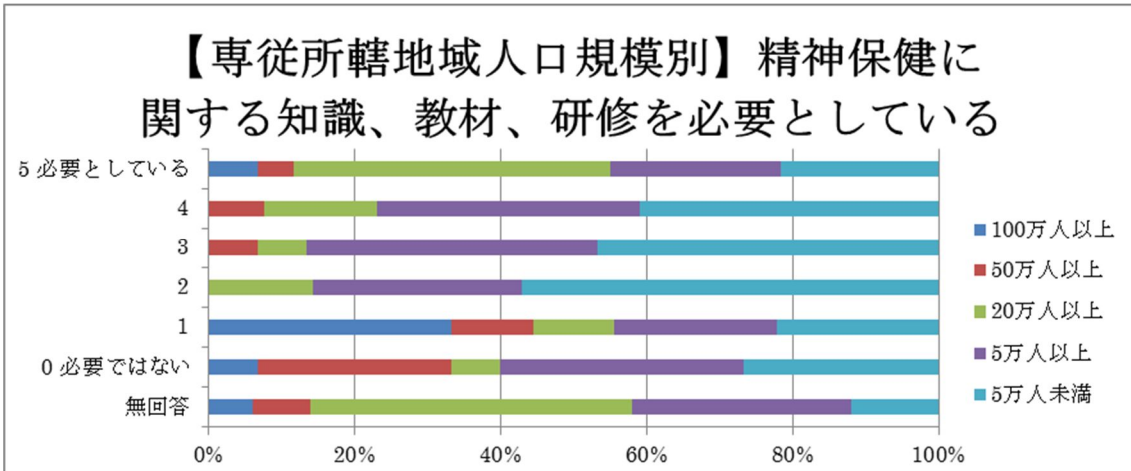


図 31-5 . 【精神保健に専従】所轄地域合計人口規模別 精神保健に関する知識、教材、研修の必要性について (n=197)

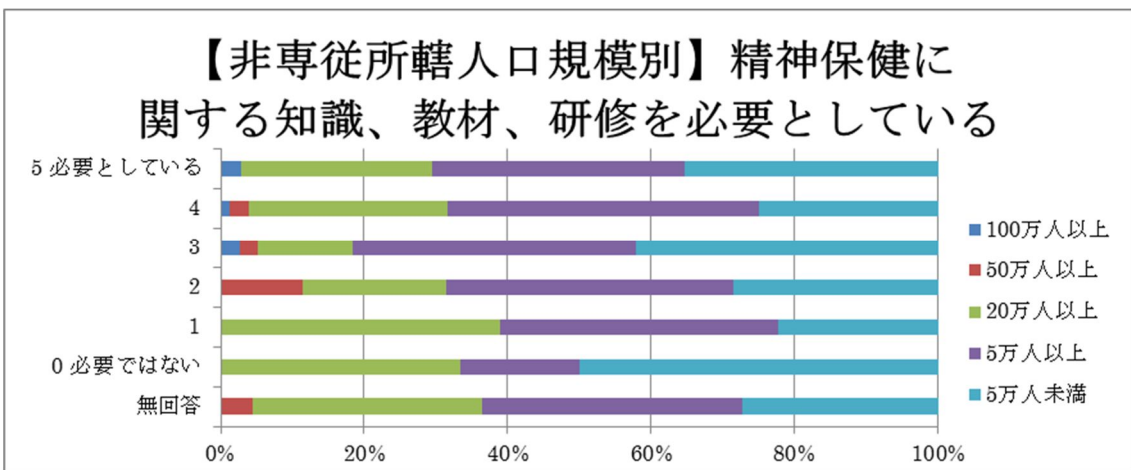


図 31-6 . 【精神保健に非専従】所轄地域合計人口規模別 精神保健に関する知識、教材、研修の必要性について (n=272)

厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者対策総合研究事業（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モデリングとその効果に関する政策研究

平成 28 年度 分担研究報告書

評価ツール開発、モデル地域連携に関する研究

研究分担者 山之内芳雄 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
研究協力者 西大輔 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

研究要旨：

健康日本 21(第二次)において、こころの健康に関する目標値が定められており、市町村はこれにも留意した健康づくり対策を行うこととされている。こころの健康に関する指標のひとつに、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を減らすことが記されている。この目標を推進するような地域保健での対策として、あらゆるステージにおけるこころの課題への対応可能性を考えた。

今年度は、心理的苦痛を感じる者の動向と、周辺のデータから、あるべき保健対策について検討した。また、保健対策に対するこころの健康の取り組みの可能性を見るべく、従来より母子保健領域と精神保健領域が連携して、産後うつ対策に全県的な取り組みを行っている愛媛県の取り組みに関わり考察した。

心理的苦痛を感じる者の男女別・年代別での傾向は、男性のほうが低く、中高年は低い。年次別では男女ともに、若年者の値がこの3年間で上昇していた。22年と25年では、若年者が男女ともに若干増加していたが、国民全体での心理的苦痛を感じる者の割合は、平成22年が10.4%だったのに対し、平成25年は10.5%であり、変化は無かった。一方、自殺率に関しては、平成22年が人口10万対23.1であったものが、25年は20.3(人口調整22年基準)に減少している。男女別では、22年-25年で男性33.7-29.1、女性13.0-12.0であった。また、気分障害・不安障害の総患者数は平成23年-26年で、152.9万人-184万人と推計されていた。

心理的苦痛を感じる者は約10%おり、最近の動向は変化が無く、若年者では増加傾向ともいえる。その一方で、自殺者数は減少しており、その性別・年代の傾向は心理的苦痛を感じるものとは異なった傾向を示している。また、精神疾患として医療にかかる者は、大幅に増加している。このことから、精神科医療へのアクセスと、地域住民のこころの健康の関連はあまり無いのではないかと考える。その中で、愛媛県の取り組みを考察すると、うつ病・うつ症状を抱える産婦は自治体の保健師にフォローされていることが多い。ただ、保健師は精神保健の専門家ではなく、試行錯誤しながら心理面の対応を行っていることも珍しくない。幅広く存在する地域における心理的苦痛を感じる者に対して、適切なスクリーニング、より低強度の介入など保健領域が貢献する可能性は高いのではないかと考える。それは、精神保健相談だけでなく、より幅広い保健全般における取り組みが必要ではないかと考える。

A．研究目的

健康日本 21(第二次)において、こころの健康に関する目標値が定められており、市町村はこれにも留意した健康づくり対策を行うこととされている。こころの健康に関する指標のひとつに、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を減らすことが記されている。この目標を推進するような地域保健での対策として、あらゆるステージにおけるこころの課題への対応可能性を考えた。

今年度は、心理的苦痛を感じる者の動向と、周辺のデータから、あるべき保健対策について検討した。また、保健対策に対するこころの健康の取り組みの可能性を見るべく、従来より母子保健領域と精神保健領域が連携して、産後うつ対策に全県的な取り組みを行っている愛媛県の取り組みに関わり考察したことを報告する。

B．研究方法

心理的苦痛を感じる者の割合は、厚生労働省により3年ごとに行われる国民生活基礎調査によってモニタされている。国民生活基礎調査におけるこころの健康は、K6という質問紙で6問の問いに答える。合計点が10点以上のものを、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とし、その割合を指標値としている。この値を公表データに基づき、男女・年代ごとに集計した。その変化の動向をみるため、平成22年調査と25年調査について集計した。年次間の調整は平成22年を基準として年齢調整した。また、この動向の変化の要因を探索するため、他のこころの健康の指標である自殺率を、厚生労働省人口動態統計により、男女・年代別で集計した。さらに、気分障害・不安障害による医療機関受診者の動向を、厚生労働省患者調査より集計した。

愛媛県における母子保健領域におけるこころの健康への取り組みについては、平成29年1月に地域保健研究集会で報告と助言をした。

C．研究結果

図1に、年代ごと・男女ごと・平成22年と25年の、心理的苦痛を感じている者の割合を示した。

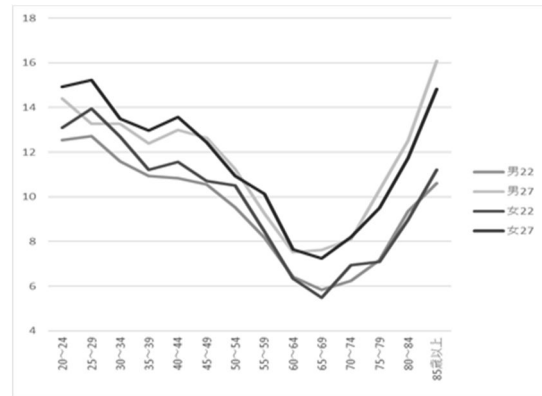


図1 心理的苦痛を感じるも者の割合
(国民生活基礎調査より)

男女別・年代別での傾向は、男性のほうが低く、中高年は低い。年次別では男女ともに、若年者の値がこの3年間で上昇していた。22年と25年では、若年者が男女ともに若干増加していたが、国民全体での心理的苦痛を感じる者の割合は、平成22年が10.4%だったのに対し、平成25年は10.5%であり、変化は無かった。

次に自殺率に関しては、平成22年が人口10万対23.1であったものが、25年は20.3(人口調整22年基準)に減少している。男女別では、22年-25年で男性33.7-29.1、女性13.0-12.0であった。また、気分障害・不安障害の総患者数は平成23年-26年で、152.9万人-184万人と推計されていた。

愛媛県での母子保健におけるこころの健康への取り組みは、平成29年1月18日に愛媛県総合社会福祉会館にて愛媛県地域保健研究集會が開催され、分科会「切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策」にて「産後うつの発症予防と早期対応に向けた取り組みについて」、「妊娠期から子育て期にわたるまでの切れ目のない支援～支援体制の現状と『子育て世代

包括支援センター』へ向けての第一歩～」 「子育てしやすいまち新居浜市を目指して ～重層的支援の一考～」 「こんにち赤ちゃん訪問事業における産後うつ支援体制の構築～関係機関の役割調整と連携に焦点を当てて～」 「松山市保健所との協働におけるセンターの役割について」 に関して助言し、「EPDSと産後うつ対策」について発表した。(以上参考資料)

D. 考察

心理的苦痛を感じる者の動向と、周辺のデータから、あるべき保健対策についてであるが、地域住民における心理的苦痛を感じる者は約10%おり、最近の動向は変化が無く、若年者では増加傾向ともいえる。その一方で、自殺者数は減少しており、その性別・年代の傾向は心理的苦痛を感じるものとは異なった傾向を示している。また、精神疾患として医療にかかる者は、大幅に増加している。このことから、精神科医療へのアクセスと、地域住民のこころの健康の関連はあまり無いのではないかと考える。幅広く存在する地域における心理的苦痛を感じる者に対して、適切なスクリーニング、より低強度の介入など保健領域が貢献する可能性は高いのではないかと考える。それは、精神保健相談だけでなく、より幅広い保健全般における取り組みが必要ではないかと考える。

保健全般における取り組みとして、産後うつ病は心身両面への悪影響が世代を超えて伝達しうるものであり、その対策が強く求められている。うつ病の標準的な治療としては抗うつ薬による薬物療法があるが、大部分の産婦は授乳中であることなどから服薬を希望しない。また、産後うつ病への有効性が示唆されている精神療法もあるが、専門家の数がまだ少なく実施が容易でないため、同じく大部分の産婦は精神科医療機関を受診しない。

いっぽう、わが国では2007年4月に児童福祉法に基づく「こんにち赤ちゃん事業」が始まり、出生後4ヶ月を迎えるまでに全ての

乳児のいる家庭に訪問員や保健師が訪問し、子育て環境を把握し、母親や育児を行う人の不安や悩みを聞き、必要とされる情報や支援の提供を行っている。そのため、うつ病・うつ症状を抱える産婦は自治体の保健師にフォローされていることが多い。ただ、保健師は精神保健の専門家ではなく、試行錯誤しながら心理面の対応を行っていることも珍しくない。

認知行動療法(Cognitive Behavioral Therapy: CBT)はうつ病に対する有効性がすでに確立された治療法であり、メタ解析によると効果量は0.42とされている。インターネットを用いたCBT(Internet based Cognitive Behavioral Therapy: iCBT)もほぼ同等の効果があることが示されている。

産婦を対象にした研究は国際的にもまだわずかしがなく、産婦は夜間の授乳をはじめ通常のうつ病患者とは生活状況が大きく異なっていることなどから、iCBTがわが国の産婦のうつ症状改善に効果があるかどうかは今後検討する必要があるが、iCBTの有効性が示されて全国の自治体が現在の制度・枠組みの中でiCBTを活用できるようになれば、わが国の産婦とその子どもの心身の健康増進に大きく寄与すると考えられる。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Nishi D, Suzuki Y, Nishida J, Mishima K,

Yamanouchi Y. Personal

lifestyle as a resource for work engagement.

Journal of Occupational

Health (Epub)

Nishi D, Usuda K. Psychological growth after

childbirth: an exploratory

prospective study. Journal of Psychosomatic

Obstetrics & Gynecology (Epub)

Matsumura K, Noguchi H, Nishi D, Hamazaki K,

Hamazaki T, Matsuoka YJ.

Effects of omega-3 polyunsaturated fatty acids on psychophysiological symptoms of post-traumatic stress disorder in accident survivors: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Affective Disorders* (Epub)

Tanisho Y, Nishi D (8/16), et al. The longitudinal mental health impact of Fukushima nuclear disaster exposures and public criticism among power plant workers: the Fukushima NEWS Project study. *Psychological Medicine* Nov;46(15):3117-3125, 2016

Nishi D, et al. The synchronized trial on expectant mothers with depressive symptoms by omega-3 PUFAs (SYNCHRO): Study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 16(1):321, 2016

Yoshikawa E, Nishi D, et al. Association between frequency of fried food consumption and resilience to depression in Japanese company workers: A cross-sectional study. *Lipids in Health and Disease* 15(1):156, 2016

Yoshikawa E, Nishi D, et al. Association between regular physical exercise and depressive symptoms mediated through social support and resilience in Japanese company workers: A cross-sectional study. *BMC Public Health* 16:553, 2016

Nishi D, et al. Omega-3 fatty acid supplementation for expectant mothers with depressive symptoms in Japan and Taiwan: an open-label trial. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 70(6): 253-4, 2016

Usuda K, Nishi D, et al. Prevalence and related factors of common mental disorders during pregnancy in Japan: a cross-sectional study.

BioPsychoSocial Medicine 10:17, 2016

Shimada H, Nishi D, et al. Factors associated with depressive symptoms during mid-pregnancy at a Japanese university hospital. *Jpn J Gen Hosp Psychiatry* 28(1):29-34, 2016

2 . 学会発表 なし

H . 知的財産権の出願・登録（予定を含む）

1 . 特許取得 なし

2 . 実用新案登録 なし

3 . その他 なし

参考資料

分科会

テーマ 「切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策
～ EPDS を用いた産後うつ対策を中心に～」

担当：内田 条子（松山市保健所健康づくり推進課・副主幹）
戒能 徳樹（愛媛県心と体の健康センター・医監）

座長：戒能 徳樹（愛媛県心と体の健康センター・医監）

【趣旨・概要】

急速な少子化の進行や核家族化が進み、親族や地域の助け合いが薄れる中で孤立しやすい環境のもと、出産後の母親が育児への不安や重圧等によって精神的に不安定になる「産後うつ」の予防が「すこやか親子の21」の中での重要課題となっている。健やかな妊娠・出産・心にゆとりのある子育てを送るために産前産後のメンタルヘルスのサポートを中心に、産後うつへの早期発見への取り組みなど虐待予防にも繋がる今後の対策を考える機会とする。

【内 容】

1 「産後うつへの発症予防と早期対応に向けた取り組みについて」

発表者：越智 華子（今治市・保健師）

今治市では、平成23年度途中より、産後うつへの早期発見への取り組みとして、保健師による乳児家庭全戸訪問事業時にエジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）などの質問紙を用いている。また、予防事業として、“産後うつへの予防啓発活動のための紙芝居”をパパママ学級等の健康教室で活用したり、絵本にしたものを母子健康手帳交付時等に配布し、産後うつへの予防啓発に努めている。要支援妊産婦については、地域支援依頼連絡票等を用いて、医療機関とも情報交換を行っており、平成24年度より周産期カンファレンスを定期的で開催しているところである。

本研究では、市の取り組みの現状把握と評価を行い、切れ目ない支援に向けた今後の展望について考察したので報告する。

2 「妊娠期から子育て期にわたるまでの切れ目のない支援

～支援体制の現状と『子育て世代包括支援センター』へ向けての第一歩～」

発表者：脇 元子（四国中央市保健センター・保健師）

当市母子保健事業においては、『妊娠期からの切れ目のない支援体制の充実』を事業目標とし、平成 26 年度途中から妊娠届出時の妊婦アンケートと赤ちゃん訪問時の育児支援アンケートを開始。医療機関連絡票等と合わせて、支援を必要とする親子の早期把握と地区担当保健師による早期アプローチが展開されている。フォローを必要とするケースの現状から、平成 29 年度、産後ケア事業と産前・産後サポート事業を開始予定である。

「子育て期にわたるまでの切れ目のない支援」を考えたとき、当市では、保健センター母子保健事業以外に、こども課の子育て支援事業、児童家庭相談、要保護児童対策地域協議会、発達支援室、学校教育課の少年育成センター、こども支援室等が、それぞれの立場で、切れ目のない支援を目指し頑張っている。そういった支援体制の現状を踏まえて、当市に必要な『子育て世代包括支援センター』の形と、その中で保健センターが担うべき役割を考える。

3 「子育てしやすいまち新居浜市を目指して ～重層的支援の一考～」

発表者：明比佳那子（新居浜市保健センター 母子保健係・保健師）

新居浜市では、産後の母親のこころの健康を支援するために、平成 18 年度から新生児訪問時産婦全員を対象に「育児支援チェックリスト」「エンジンバラ産後うつ病質問票」「赤ちゃんへの気持ち質問票」を導入し、ハイリスク者等への丁寧な育児支援に取り組んでいる。さらに、母子手帳発行時に望まない妊娠だった妊婦の気持ちの変化や、妊婦全体のニーズを知るために、新生児訪問時に妊娠期を振り返るアンケートを実施し、妊娠期の支援方法の見直し等に取り組んでいる。様々な理由から子育て不安や育児困難を抱える母親が増加しているなかで、支援を充実させてニーズに応えていくためには、保健センターだけでなく、様々な角度から育児にかかわる支援者を増やす必要がある。多様な機関が互いに顔の見える関係で連携し、地域の子育てネットワークを構築することで、重層的な育児支援体制による切れ目のない母子支援の実現を目指す一考を報告する。

4 「こんにちは赤ちゃん訪問事業における産後うつ支援体制の構築

～関係機関の役割調整と連携に焦点を当てて～

発表者：清水 るみ（松山市 健康づくり推進課・保健師）

松山市においては平成 28 年 5 月より、こんにちは赤ちゃん訪問（乳児家庭全戸訪問）事業を介入の好機と捉え、産後うつ対策を開始した。

当市では、こんにちは赤ちゃん訪問に保健師と母子保健推進員が携わっており、ハイリスク児やハイリスク産婦等を保健師が、それ以外を母子保健推進員が訪問している。

産後うつの早期発見・早期支援に当たり、保健師はもちろんのこと、母子保健推進員に対する研修や連携が不可欠であった。また、産後うつの産婦支援を未経験の保健師も多く、支援を行う保健師のスキルアップが重要と考え、庁内関係機関や愛媛県心と体の健康センターと連携し、訪問従事者を対象とした認知行動療法・事例検討等の研修会や困難事例の個別検討も適宜実施した。

関係機関の役割調整や連携といった産後うつ支援体制の構築を中心に、また対策を開始してからの半年間で見えてきた現状や課題についても報告を行う。

5 「松山市保健所との協働におけるセンターの役割について」

発表者：藤原美佳（心と体の健康センター・保健師）

平野美輪（心と体の健康センター・心理職）

健やか親子21の第1次計画において、「改善されなかった評価指標は心の問題」であったことから、平成27年度からの第2次計画においては重点課題として「育てにくさを感じる親に寄り添う支援」と「妊娠期からの児童虐待防止対策」を掲げ、対策の強化を図っていくとしている。

心と体の健康センターにおける精神保健福祉分野の相談支援の中で、生きづらさ（や問題行動等）の背景に、親子関係からくる愛着形成の問題や環境要因が大きく影響しているケースが多くみられる。そのため、産後からの早期の母親のメンタルヘルスを支援することは、育児・子育て支援や虐待防止等につながり、将来の精神保健に役立つのではないかと感じている。

また、自殺予防対策の一環として、平成23年度からうつ対策に有用性が高いとされる認知行動療法に着目し、医療現場のみでなく、地域の様々な場面において技法が活用できるよう、研修等を展開しているところである。

今回、松山市保健所における「産後うつ病対策」の取組にあたり、技術援助の依頼をいただき、認知行動療法的技法の活用を提案、スキルアップ研修を開催したほか、事例検討やタイムリーな相談など連携、協働し事業を展開した。この事業を通して、精神保健分野の相談支援機関としてのセンターの役割について考察したので報告する。

6 講演及びまとめ

講演 「EPDS と産後うつ対策」

講師 国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所室長 西 大輔

Ppt 資料

周産期のうつに対する スクリーニングと対策

国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所
西 大輔

本日は貴重な機会をいただき
ありがとうございます！



今日のお話

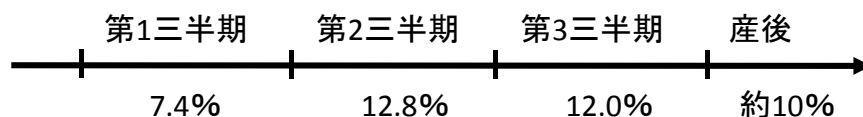
1. 周産期のうつ病について
2. 周産期のうつのスクリーニングについて
3. 周産期のうつへの対策

1

周産期のうつ病について

妊娠期のうつ病

- 産後うつ病の頻度は、報告によって0.5%–24.5%と大きな相違が見られるが、一般的には10%前後と考えられている。
- 妊娠うつ病は、産後うつ病に比べて注目されることが少ないが、頻度は産後うつ病と同等かそれ以上である。



Bennett et al, Obstet Gynecol, 2004

妊娠中・産後のうつ病の影響は大きい

- 妊娠・出産のストレスに加え、薬物療法が中断されやすい等の理由から、増悪の可能性がある。
- 妊娠うつ病は夫婦関係の悪化につながりうる。
- 妊娠うつ病は産後うつ病の危険因子である。
- 産後うつ病は母子のアタッチメント障害に関連する。
- 産後うつ病は、注意散漫、反社会性、神経質的行動といった子どもの行動異常にも関連する。

⇒ 母子の双方への悪影響が非常に大きい

Bennett et al, Obstet Gynecol, 2004; Grace et al, Arch Womens Ment Health 2003

うつ病治療の軸と考えられているもの

- 心理教育・支持的カウンセリング
- 薬物療法
 - 選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI)
 - 三環系抗うつ薬
 - 抗不安薬、睡眠薬
- 精神療法(認知行動療法など)

日本の軽症うつ病の推奨治療

- 軽症うつ病の治療の基本は、患者背景や病態の理解に努め、支持的精神療法と心理教育を行うことにある。
この基礎的介入なしに、安易に薬物療法や体系化された精神療法を行うことは、厳に慎まなければならない。
- 現段階でプラセボに対し確実に有効性を示しうる治療法はほとんど存在しないが、基礎的介入の上で新規抗うつ薬を中心とした薬物療法、認知療法・認知行動療法などの体系化された精神療法、あるいは双方の併用が検討される。

日本うつ病学会治療ガイドライン、2012

2

周産期のうつ病の スクリーニングについて

うつ病の診断(大うつ病エピソード)

A1 この2週間以上、ほとんど毎日、ほとんど1日中、ずっと憂うつであったり沈んだ気持ちでいましたか？

いいえ はい

A2. この2週間以上、ほとんどの事に興味がなくなったり、大抵いつもなら楽しめていた事が楽しめなくなっていましたか？

いいえ はい

A1、またはA2のどちらかが「はい」である

⇒

いいえ はい

M.I.N.I. より

うつ病の診断(大うつ病エピソード) その2

A3 この2週間以上、憂うつであったり、ほとんどのことに興味がなくなっていた場合、あなたは：

- a 毎日のように、食欲が低下または増加していましたか？または、自分では意識しないうちに、体重が減少、または増加しましたか(例：1ヶ月間に体重の±5%、つまり70kgの人の場合、±3.5kgの増減)？
- b 毎晩のように、睡眠に問題がありましたか？
- c 毎日のように、普段に比べて話し方や動作が鈍くなったり、またはいらいらしたり、落ち着きがなくなったり、静かに座ってられなくなりましたか？
- d 毎日のように、疲れを感じたり、または気力がないと感じましたか？
- e 毎日のように、自分に価値がないと感じたり、または罪の意識を感じたりしましたか？
- f 毎日のように、集中したり決断したりすることが難しいと感じましたか？
- g 自分を傷つけたり自殺することや、死んでいればよかったと繰り返し考えましたか？

A1～A3の回答に、5つ以上「はい」がある？

いいえ (はい)
大うつ病エピソード
現在

エジンバラ産後 うつ病質問票

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

最近のあなたの気分をチェックしてみましょう。今日だけでなく、過去7日間にあなたが感じたことに最も近い答えに○をつけて下さい。必ず10項目全部に答えて下さい。

EP1 笑うことができず、物事の面白い面もわなかった。
(0) いつもと同様でできた。
(1) あまりできなかった。
(2) 明らかにできなかった。
(3) 全くできなかった。

EP2 物事を楽しみにして待った。
(0) いつもと同様でできた。
(1) あまりできなかった。
(2) 明らかにできなかった。
(3) ほとんどできなかった。

EP3 物事がうまくいかない時、自分を不必要に責めた。

(3) はい、たいていそうだった。
(2) はい、時々そうだった。
(1) いいえ、あまり度々ではなかった。
(0) いいえ、全くそうではなかった。

EP4 はっきりとした理由もないのに不安になったり、心配しすぎた。
(0) いいえ、そうではなかった。
(1) ほとんどそうではなかった。
(2) はい、時々あった。
(3) はい、しょっちゅうあった。

EP5 はっきりとした理由もないのに恐怖に襲われた。

(0) いいえ、そうではなかった。
(1) ほとんどそうではなかった。
(2) はい、時々あった。
(3) はい、しょっちゅうあった。

EP6 することがたくさんあって大変だった。

(3) はい、たいてい対処できなかった。
(2) はい、いつものようにうまく対処できなかった。
(1) いいえ、たいていうまく対処した。
(0) いいえ、普段通りに対処した。

EP7 不幸せな気分なので、眠りにくかった。

(3) はい、ほとんどいつもそうだった。
(2) はい、時々そうだった。
(1) いいえ、あまり度々ではなかった。
(0) いいえ、全くそうではなかった。

EP8 悲しくなったり、悔しくなったりした。

(3) はい、たいていそうだった。
(2) はい、かなりしばしばそうだった。
(1) いいえ、あまり度々ではなかった。
(0) いいえ、全くそうではなかった。

EP9 不幸せな気分だったので、泣いていた。

(3) はい、たいていそうだった。
(2) はい、かなりしばしばそうだった。
(1) ほんの時々あった。
(0) いいえ、全くそうではなかった。

EP10 自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた。

(3) はい、かなりしばしばそうだった。
(2) 時々そうだった。
(1) めったになかった。
(0) 全くなかった。

EPDSについて

- 体重の変動や単純な不眠等が項目から除かれており産後女性のうつ病のスクリーニングのために開発された尺度
- 妊娠中にも使用できる
- 10項目で、総得点は0-30点の間に分布する
- 原版のカットオフ値は10点だったが、わが国では9点がよく用いられている。
- 一般に、産後よりも産前のほうがEPDSの得点が高い傾向があり、妊娠中のうつ病のカットオフ値としては諸外国では12-15点が用いられている。わが国の最適なカットオフ値はまだ不明で現在研究が行われている。

3

周産期のうつへの対策

自治体の取り組み事例

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。
地域の北端の市街地に中世城下町原形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



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
子が要因:平成23年度10.8%、平成24年度20.2%、平成25年度18.9%
母が要因: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。

自治体の取り組み事例

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とともに、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げる。

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。

自治体の取り組み事例

事業の概要(群馬県館林市)

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

様々な機関の関係者が機能の連携・情報の共有を図り、妊娠期から子育て期までの総合的情報提供や支援を行えるよう、母子保健コーディネーターを配置し、次のことを行う。①妊産婦や家族の支援ニーズを踏まえた情報提供 ②複数のサービスを利用し、かつ、継続的な支援を必要とする場合に、関係機関と調整し必要な支援につなぐ ③必要に応じて、定期的なフォローを行う。

産前・産後サポート事業(パートナー型・参加型):妊娠中・出産後28日までの全戸訪問 等

保健師、看護師等による相談支援や、シニア世代による支援により、妊産婦の孤立感の解消を図るため、次の事業を行う。

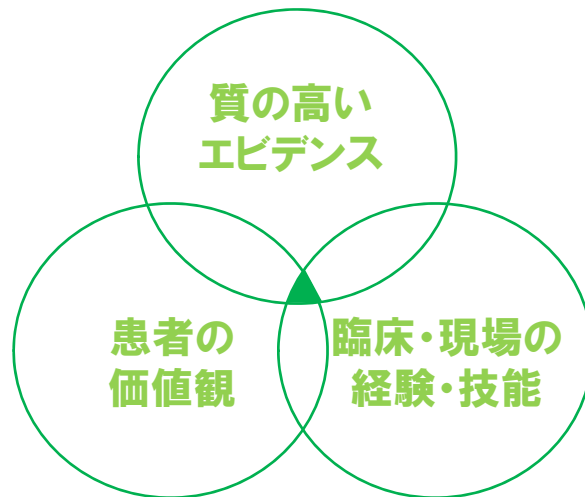
- ①妊産婦の妊娠中・育児期の不安解消、あるいは虐待早期発見につなげる妊娠中・出産後28日までの全戸訪問。
- ②産前又は産後の体調不良等のため、家事、育児を行うことが困難な妊産婦に、子育てのノウハウを持ったシニア世代等を活用した産前・産後サポーターを派遣し、家事等の援助を行う産前・産後サポーター派遣事業。
- ③妊娠中から子育て期のさまざまな情報を定期的にメール配信する子育て情報配信事業。
- ④子育て支援ボランティアや子育て支援に係る関係者及び広く市民に子育ての情報提供する子育て支援講演会事業。

産後ケア事業(デイサービス型):産後ケア事業

「安心して産み育てられるまち」にするため、妊娠・出産から子育てまで切れ目のない支援を行う。産科を退院した直後の産婦に対し、健康面の悩みや育児への不安などを軽減するため、日帰りによる心身のケアや休養等の支援を実施。

- 対象者:産後2か月未満で、日中、赤ちゃんと2人で過ごすことが心配な方
- デイケア(日帰り):館林厚生病院及び近隣の助産院にて実施。

Evidence Based Medicineとは



Sackett, D. L. et al. 1996

結論

周産期うつ病は母子双方に与える影響が大きく、対策は重要

多くの妊産婦は薬物療法を希望しない。精神科医療機関での精神療法も必ずしも容易ではない

自治体の枠組みの中で妊産婦の精神健康増進に寄与する

ご清聴ありがとうございました

平成 28 年度 分担研究報告書

睡眠障害モジュール開発に関する研究

分担研究者 三島和夫

研究協力者 綾部直子

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

研究要旨 相談業務で遭遇する睡眠障害を早期に同定する診断モジュールの開発を行うことを目的とし、本研究では精神疾患で高率に認められる不眠症のスクリーニング尺度の選定および一般住民での得点分布と抑うつ・不安との関連を調査した。調査は、東京近郊エリアに在住する交代勤務に従事したことの無い 20 歳以上の男女 348 名(平均年齢 44.1 ± 15.2 歳、20-79 歳、M/F=145/203)を対象に行った。調査項目には、不眠症の評価尺度として国際的にも広く認知されているアテネ不眠尺度(Athenes insomnia scale; AIS)、不眠重症度指数(Insomnia Severity Index; ISI)、ピッツバーグ睡眠質問票(Pittsburgh Sleep Quality Index; PSQI)を選択した。メンタルヘルスの指標としては、うつ病自己評価尺度(center for epidemiologic studies depression scale; CES-D)、状態-特性不安尺度(State-Trait Anxiety Inventory; STAI)を用いた。なかでも AIS が CES-D ($r^2 = .40$) および STAI-S ($r^2 = .223$)、STAI-T ($r^2 = .294$) と最も強く相関した。AIS は国際的にも広く用いられている不眠症のスクリーニング尺度であり、日本人での標準化も行われている。項目数も 8 項目と少なく、QOL 障害も合わせて評価することが可能である。相談業務で遭遇する睡眠障害を早期に同定する診断モジュールの作成において、アテネ不眠尺度がメンタルヘルスに問題のある相談者を簡便にスクリーニングすることのできる臨床評価尺度として有用であると判断された。

A. 研究目的

不眠症(不眠障害)は一般臨床において最も多い疾患の一つとされ、きわめて有病率の高い公衆衛生学上の大きな問題となっている。不眠症(不眠障害)は、夜間睡眠と日中の機能の問題との 2 つに困難さがあり、両者の存在が不眠症の診断に不可欠である(Association, 2013; J. D. Edinger et al., 2004; Medicine, 2014)。

すなわち、不眠症では夜間の睡眠の異常があるだけではなく、眠気や倦怠感の増大、記憶力や集中力の低下、抑うつ気分など、多岐に渡る社会機能(認知機能)および QOL (Quality of Life) の障害が惹起されることが臨床上的大きな問題である(Buysse et al., 2007; J. D. Edinger et al., 2004; Roth et al., 2006)。近年行われたいくつかの大規模調査によれば、日

本の成人の約 20-30%が中途覚醒などの不眠症状を有し、約 6-10%が不眠による心身の不調（日中の機能障害）を伴う不眠症の基準に該当していることが明らかになっている。

不眠症は不安障害、気分障害、発達障害など精神疾患の症状であると同時に、最も早期から出現する前駆症状、そして寛解後も高率に残遺して再発リスクを高める要因として注目されている。したがって、不眠症の早期発見と効果的な対処方法に関する啓発は地域住民の心の健康づくりに資する。そこで本研究では、保健所、精神保健福祉センター、自治体など地域での相談業務において不眠症を早期に同定する診断モジュールの開発を行う。本年度は、一般地域住民を対象に、精神疾患で高率に認められる不眠症の自記式のスクリーニング尺度を選定し、抑うつ・不安との関連を調査した。

B. 研究対象と方法

調査対象者 東京近郊エリアに在住する交代勤務に従事したことの無い 20 歳以上の男女 348 名(平均年齢 44.1±15.2 歳、20-79 歳、M/F=145/203)を対象とした。

調査項目 睡眠障害および不眠に関連する指標およびメンタルヘルスの指標を用いた。

(不眠に関連する指標)

1. 不眠症の評価尺度として、国際的にも広く認知されているアテネ不眠尺度 (Athenes insomnia scale; AIS)
2. 不眠重症度指数 (Insomnia Severity Index; ISI)
3. ピッツバーグ睡眠質問票 (Pittsburgh Sleep Quality Index; PSQI)

(メンタルヘルス指標)

4. うつ病自己評価尺度 (center for epidemiologic studies depression scale; CES-D)
5. 状態-特性不安尺度 (State-Trait Anxiety Inventory; STAI)

倫理面への配慮 本研究は国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を受けており、臨床研究及び疫学研究の倫理指針に基づく手続きを遵守した。個人情報をはじめとした情報のみを分析に用いており個人のプライバシーは保護されている。

C. 結果

各尺度の得点はそれぞれ、AIS : 4.71 ± 3.34 点、ISI : 6.13 ± 4.51 点、PSQI : 5.83 ± 2.75 点、CES-D : 13.87 ± 9.27 点、STAI-S (状態不安) : 41.39 ± 10.75 点、STAI-T (特性不安) : 44.09 ± 10.85 点であった。

AIS、ISI、PSQI とともに CES-D および STAI 得点との相関分析を行ったところ、すべて有意に相関した。なかでも AIS が CES-D ($r^2 = .40$; 図 1) および STAI-S ($r^2 = .223$)、STAI-T ($r^2 = .294$) と最も強く相関した。

また、AIS の得点分布を図 2 に示す。カットオフ値 6 点以上の不眠傾向のある者 (不眠傾向群) は 106 名 (30.5%)、6 点未満の不眠のない者 (非不眠群) は 242 名 (69.5%) であった。非不眠群に比較して不眠傾向群では ISI ($p < .001$)、STAI-S ($p = .04$)、CES-D ($p < .001$) において有意に得点が高かった (表 1)。PSQI は有意傾向 ($p = .07$)、STAI-T は有意な差異は認められなかった。

D. 考察

候補に挙げた 3 つの睡眠障害尺度の中で、アテネ不眠尺度 AIS が、抑うつ傾向や状態不安が高いなどメンタルヘルスの不調が疑われるハイリスク群のスクリーニング尺度として最も有用であることが示唆された。AIS は国際的にも広く用いられている不眠症のスクリーニング尺度であり、日本人での標準化も行われている。項目数も 8 項目と少なく、QOL 障害も合わせて簡便に評価することが可能である。

E. 結論

相談業務で遭遇する睡眠障害を早期に同定する診断モジュールの作成において、アテネ不眠尺度がメンタルヘルスに問題のある相談者を簡便にスクリーニングすることのできる臨床評価尺度として有用であると判断された。

現在、アテネ不眠尺度、不眠症の症状と治療に関する情報、相談者が在宅で実施可能な睡眠改善マニュアルの作成に着手しており、今後の相談業務および啓発活動における活用を検討している。

F. 研究発表

論文発表

原著

1. H Itani O, Kaneita Y, Munezawa T, Mishima K, Jike M, Nakagome S, Tokiya M, Ohida T: Nationwide epidemiological study of insomnia in Japan. *Sleep Med* 25:130-38, 2016.

総説

1. 三島和夫：不眠症が治るとは何か？睡眠薬は止められるのか？. *精神保健研究*, 62: 81-9, 2016.
2. 三島和夫：睡眠医学の視点からみたらう

つ病診療. *Depression Strategy* 6 (1):

1-4, 2016.

学会発表・招待講演等

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

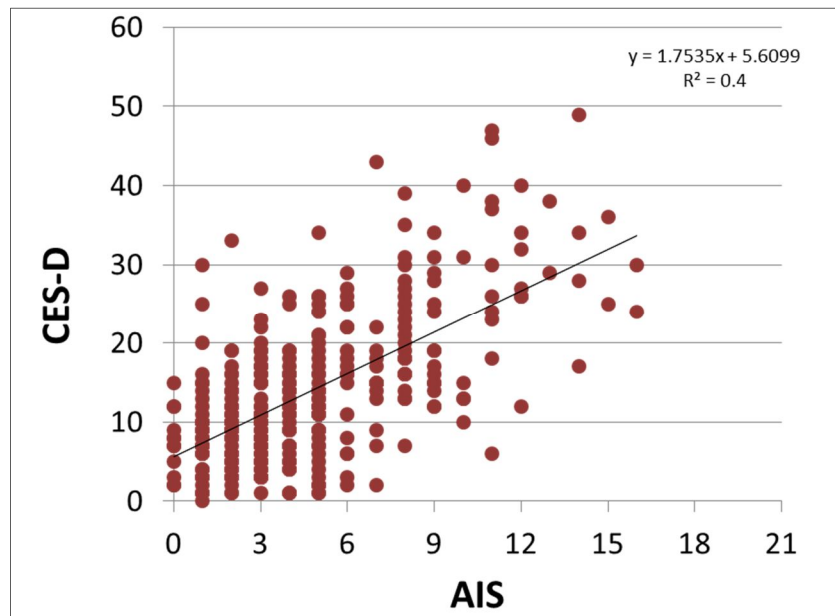


図1 AIS と CES-D の関連

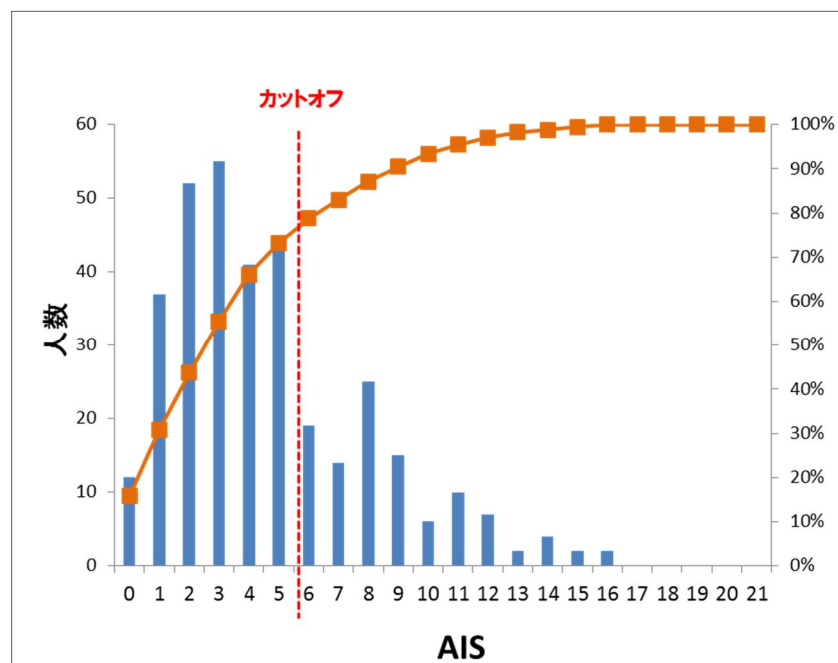


図2 AIS の得点分布

表1 AIS カットオフ値 (6 点) による 2 群比較

	非不眠群 <i>n</i> = 242	不眠傾向群 <i>n</i> = 106	<i>p</i>
ISI*	4.07 (2.76)	10.81 (4.25)	<i>p</i> < .001
PSQI*	4.75 (2.08)	8.29 (2.48)	<i>p</i> = .07
STAI-S	38.24 (8.84)	48.58 (11.29)	<i>p</i> = .04
STAI-T	40.85 (9.28)	51.50 (10.56)	<i>n.s.</i>
CES-D*	10.42 (6.35)	21.75 (10.07)	<i>p</i> < .001

上段: 平均値、(下段): 標準偏差

* カットオフ値・・・ISI: 8点、PSQI: 6点、CES-D: 16点

[資料] アテネ不眠尺度

この尺度は、あなたが経験したさまざまな睡眠問題についてお聞きするものです。過去1ヶ月間に、少なくとも週3回以上経験したものについて、あてはまる数字に○をつけてください。

問1. 寝床についてから実際に眠るまで、どのくらいの時間がかかりましたか？

- 0. いつも寝つきはよい
- 1. いつもより少し時間がかかった
- 2. いつもよりかなり時間がかかった
- 3. いつもより非常に時間がかかった、あるいは全く眠れなかった

問2. 夜間、睡眠の途中で目が覚めましたか？

- 0. 問題になるほどのことはなかった
- 1. 少し困ることがある
- 2. かなり困っている
- 3. 深刻な状態、あるいは全く眠れなかった

問3. 希望する起床時刻より早く目覚めて、それ以降、眠れないことはありましたか？

- 0. そのようなことはなかった
- 1. 少し早かった
- 2. かなり早かった
- 3. 非常に早かった、あるいは全く眠れなかった

問4. 夜の眠りや昼寝も合わせて、睡眠時間は足りていましたか？

- 0. 十分である
- 1. 少し足りない
- 2. かなり足りない
- 3. 全く足りない、あるいは全く眠れなかった

問5. 全体的な睡眠の質について、どう感じていますか？

- 1. 少し不満である
- 2. かなり不満である
- 3. 非常に不満である、あるいは全く眠れなかった

問6. 日中の気分は、いかがでしたか？

- | | |
|------------|------------|
| 0. いつもどおり | 1. 少し減入った |
| 2. かなり減入った | 3. 非常に減入った |

問7. 日中の身体的および精神的な活動の状態は、いかがでしたか？

- | | |
|------------|------------|
| 0. いつもどおり | 1. 少し低下した |
| 2. かなり低下した | 3. 非常に低下した |

問8. 日中の眠気はありましたか？

- | | |
|-----------|----------|
| 0. 全くなかった | 1. 少しあった |
| 2. かなりあった | 3. 激しかった |

(Soldatos, CR et al., 2000; Okajima I et al., 2003)

厚生労働行政推進調査事業費補助金（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28年度 分担研究報告書

発達障害モジュール開発に関する研究

研究分担者 神尾陽子 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
研究協力者 齊藤彩 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
研究協力者 行廣隆次 京都学園大学 人文学部

研究要旨

市町村のこころの健康支援には、発達障害が幼児期から生涯を通じて支援が必要なこと、精神疾患との合併が多いことを踏まえて、発達障害者とその家族への支援の視点を取り入れた再統合が必要である。本研究は、65項目から成る自閉的症候の尺度（対人応答性尺度（Social Responsiveness Scale; SRS））の短縮版の作成を目的として、項目反応理論（Item Response Theory: IRT）によって尺度特性の分析を行い、児童版10項目、成人版10項目を選定した。Cronbachの α 係数は、児童版の保護者回答で.86、教師回答では.91、成人版の他者回答で.86、自己回答で.84と、高い内的一貫性が示された。また児童版は（Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)）の仲間関係下位尺度得点および乳幼児期自閉症チェックリスト修正版（Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)）と強い相関を示した。成人版は自閉症スペクトル指数（Autism-Spectrum Quotient (AQ)）得点と強い相関を示し、自閉症スペクトラム障害のある群では対照群よりも有意に高い得点を示した。これより、児童版、成人版ともSRS短縮版の信頼性と妥当性が示された。市町村のこころの健康領域の対人支援職は、SRS短縮版のような簡便かつ信頼性と妥当性の検証された評価尺度の使い方に習熟し、スクリーニングや支援の際に適切に用いることで支援の質の向上が期待される。

A．研究目的

今日、自閉症スペクトラム障害(autism spectrum disorder: ASD)およびその他の発達障害については、幼児から成人、そして高齢者に至るまで数%を超える高い有病率が報告され、臨床ニーズの増大が明らかになっている。一方、未だエビデンスに基づく対応や治療は数少ない専門機関に依存しており、サービス普及は進んでおらず、地域定着の停滞が

国内外を問わず世界共通の社会的課題となっている。なかでもASDは、生涯にわたって本人とその家族のQOL、そして社会に及ぼすネガティブな影響が大きいこと、最近では診断可能年齢が2歳前後と早くなったこと、さらにエビデンスに基づく早期支援がQOLの向上や社会参加を促進しうることなどから、この10年ほどは世界的にその早期発見と早期支援が目標とされ、国内外で取り組みがなされてき

た。2013年には、WHO理事会は包括的かつ連携したASD支援の地域への定着を一層促進するために、ASD施策を国レベルの心の健康施策の一環として推進すること、合意のなされたエビデンスのある研究成果の実装に必要な予算を配分すること、当事者や家族を含むすべてのステークホルダーが施策、立法、サービス立案の過程に関与すること、など社会実装を優先的な目標とすることを明確に謳った報告書を採択した(WHO, 2013)。

一方、本邦の従来地域のこころの健康推進は、成人以降と子どもにその担当部署は区分されており、子ども対応はさらに母子保健、学校保健と対応が分断されていて、年齢によるギャップ、担当部署のギャップがあり、複雑なスティグマが残っており、家族単位での支援も乏しいと言える。発達障害と社会経済的状況、家族集積性などを考えると、専門機関へのアクセスのない要支援家庭は潜在的に多いと推測される。また子どもについては、就学前に診断されていない未診断、未支援児が多数在籍すると推測される学校での健康支援は十分とは言えず、学内には専門家が乏しく、家族を含む包括的支援を行うには、地域の精神保健が学校の支援をサポートすることが必要と考えられる。しかしながら、その部署間の縦横の連携は不十分で、対応の一貫性や情報共有の不徹底が課題となっている（神尾, 2017）。

こうした問題を克服するために、発達障害者支援法は、一部改正され、「発達障害者支援法の一部を改正する法律（平成28年法律第64号）」（以下「改正法」という。）が平成28年8月1日に施行された。この改正では、1) ライフステージを通じた切れ目のない支援、2) 家族なども含めた、きめ細かな支援、3) 地域の身近な場所で受けられる支援、の3つが主眼となっている

(<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H16/H16H0167.html>)。とりわけ、地域での生活支援に関して、第十一条では、「市町村は、発達障害者が、その希望に応じて、地域において自立した生活を営むことができるようにするため、発達障害者に対し、その性別、年齢、障害の状態及び生活の実態に応じて、社会生活への適応のために必要な訓練を受ける機会の確保、共同生活を営むべき住居その他の地域において生活を営むべき住居の確保その他必要な支援に努めなければならない」と謳われている。したがって、可能な限り身近な地域支援の提供者である市町村の役割がますます重視されているということの意味している。市町村のこころの健康の推進には、今日の社会的課題である発達障害者とその家族への包括的支援の視点を取り入れ、再統合を図ることが求められている。発達障害の大多数のケースはうつ病や不安障害などの精神障害を併発するという事実は、ライフコースを通じた発達障害支援において、そして一般のこころの健康支援において、重要である。従来地域のこころの健康領域の対人支援職は、必ずしも発達障害についての今日的知識を有していないため、市町村のこころの健康相談業務の円滑な遂行に求められるスクリーニングや初期対応モジュールの開発は相談の質の向上に資するものと考えられる。

本研究は、国際的にも広く認知され、すでに本邦で標準化された児童および成人の自閉的症候の尺度（対人応答性尺度（Social Responsiveness Scale; SRS））(Constantino & Gruber, 2005)の短縮版項目を選定し、短縮版の信頼性と妥当性を検証することを目的として行われた。

B．研究方法

児童データとして、全国の小・中学校通常学級在籍児童生徒を対象にして実施した調査

で収集された対人応答性尺度 (Social Responsiveness Scale; SRS) の保護者回答 (n=22,529)および教師回答(n=7,401)の (神尾ら, 2011)、成人データとして、既存の標準化サンプルの他者回答(n=458) (Takei et al., 2014)および自己回答(n=356)を2次利用した。

SRSは全65項目から成る自閉症症状/特性の量的尺度で、各項目は、あてはまらない(1点)ときどきあてはまる(2点)、たいていあてはまる(3点)、ほとんどいつもあてはまる(4点)の4件法で回答するようにわかりやすい文章で作成されている。日本を含む、多くの国で妥当なスクリーニングツールとして使用されている。日本語版は、幼児版、児童版、成人版についてもその信頼性と妥当性が示されている(Stickley et al., 2017; Kamio, Inada, Moriwaki et al., 2013; Kamio, Moriwaki, & Inada, 2013; Takei et al., 2014)。

本研究では、まず短縮版の項目を選択するために、項目反応理論(Item Response Theory: IRT)によって尺度特性の分析を行った。SRSは4段階評定であるので、多値形IRTの一つである段階反応モデル(Graded Response Model)を使用した。分析には , Mplus (7.11または7.2)を使用した。SRS児童版保護者回答・教師回答 ,成人版の標準化サンプル他者回答・自己回答それぞれに段階反応モデルを適用し、得られた識別力パラメータの値が高い項目を選択した。これは、1因子モデルで順序カテゴリ変数の因子分析を行った時の因子負荷量の高い項目を選択することと同義である。その際、DSM-5のASD診断基準の2領域に対応する社会的コミュニケーションおよび相互交流(Social Communication and Interaction: SCI)と限局的な興味および反復的行動(Restricted Interests and Repetitive Behavior: RRB)の2因子の項目のバランスを考慮した(Fraizier et al., 2012)。児童版の保護者回答と教師回答、成人版の他者回答と自己

回答については、両回答版とともに識別力パラメータが高い項目を選択した。児童版と成人版の間で共通の項目ができるだけ多くなるように選んだが、いずれかの版で識別力パラメータの値が著しく低い項目は識別力パラメータの値が高い項目に置き換えて選んだ。作成された短縮版の信頼性を調べるために Cronbachの α 係数を計算した。児童版の妥当性を調べるために、別の地域サンプル(5歳の一般児童1,346名)の既存のSRSおよび自閉症関連尺度データを2次利用した。成人版の妥当性を調べるために、別個に収集された精神保健福祉センターおよび精神科クリニックの臨床ケースのSRSデータおよび自閉症関連尺度データを2次利用した。

C . 研究結果

短縮版の作成: 方法で述べた方針に従い、短縮版項目として10項目を選択した(表1)。短縮版のIRTによるテスト情報量曲線は図1および図2の通りであった。図の情報量曲線は、IRTモデルにおける平均0、SD 1に標準化された潜在特性値を横軸に、縦軸にテスト情報量とり、曲線を描いたものである。したがって、図1および図2から ,児童用および成人用のSRS短縮版は一般母集団において特性レベルの高い者にしか測定精度を持たないこと、特性値が3以上と非常に高いレベルの者に対しても高い測定精度を持つことがわかる。SRS短縮版の使用においては、合計得点を測定値として用いるので、IRTによる情報量がそのまま測定精度となるわけではないが、さまざまな特性レベルに対する測定精度の目安として利用することができる。標準正規分布を仮定すると3以上の値の出現確率は0.13%であり、SRS短縮版は一般母集団の中でASD特性の相当高い範囲まで測定精度を確保できるが、一方で平均的レベル以下の範囲でのASD傾向の違いは識別できないと考えられる。

信頼性の検討：短縮版のCronbachの α 係数は、児童版の保護者回答で.86、教師回答では.91、成人版の他者回答で.86、自己回答で.84であった。これより、児童版、成人版とも短縮版の高い内的一貫性が示された。

妥当性の検討：児童版 地域児童1,346名のSRSと「子どもの強さと困難さアンケート」(Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Goodman, 1997; Moriwaki & Kamio, 2014)の既存データのうち、両者に欠損データのなかった1,037名分のデータを用いて、短縮版合計得点とSDQの仲間関係(peer problems)下位尺度得点の相関解析をした結果、Pearsonの相関係数.561 ($p < .001$, 95% CI [.518, .601])と強い相関が認められた。また母親回顧による早期自閉症症状を尋ねる乳幼児期自閉症チェックリスト修正版 (Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT), Robins et al., 2001; Inada et al., 2011)の不通過項目数との相関($n=1,057$)においても、Pearsonの相関係数.478 ($p < .001$, 95% CI [.429, .522])と強い相関が認められた。

成人版 ASDと非ASD、そして定型発達から成る成人混合サンプル65名 (精神保健福祉センター相談ケース)のSRSデータを用いて、SRS短縮版合計得点をASD20名と非ASD45名 (非ASD臨床群28名、定型発達群17名)の群比較を行った結果、ASD群の短縮版合計得点 (14.85 ± 5.65)は非ASD群 (11.09 ± 6.00)よりも有意に高かった (t 検定、 $t(63) = 2.37$, $p < .05$, $d = .65$)。精神科クリニック及び病院精神科外来患者でADHDハイリスク群からなる別の成人臨床サンプル214名において自閉症スペクトル指数 (Autism-Spectrum Quotient (AQ), Baron-Cohen et al., 2001)とSRS短縮版合計得点との相関を調べた。その結果、Pearsonの相関係数.638 ($p < .001$, 95% CI [.551, .711])と強い相関が認められた。

以上より、児童版、成人版とも短縮版の収

束的妥当性が示された。

参考文献

- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J., & Clubley, E. (2001). The autism-spectrum quotient (AQ): Evidence from asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(1), 5-17.
- Constantino, J. N., & Gruber, C. P. (2005). *The Social Responsiveness Scale*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Frazier, T. W., Youngstrom, E. A., Speer, L., Embacher, R., Law, P., Constantino, J., Findling, R. L., Hardan, A. Y., & Eng, C. (2012). Validation of proposed DSM-5 criteria for autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(1), 28-40.
- Goodman, R. (1997). The strength and difficulties questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586.
- Inada, N., Koyama, T., Inokuchi, E., Kuroda, M., & Kamio, Y. (2011). Reliability and validity of the Japanese version of the Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT). *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 330-336.
- 神尾陽子 (2017). 子どもの心の健康を学校で育て、守る:教育と医療を統合した心の健康支援. 叢書23子どもの健康を育むために医療と教育のギャップを克服する pp.100-114. 編集 神尾陽子・桃井眞里子・児玉浩子・山中龍宏・高田ゆり子・衛藤隆・原寿郎・水田祥代 日本学術協力財団, 東京.
- Kamio, Y., Inada, N., Moriwaki, A., Kuroda,

- M., Koyama, T., Tsujii, H., Kawakubo, Y., Kuwabara, H., Tsuchiya, K. J., Uno, Y., & Constantino, J. N. (2013). Quantitative autistic traits ascertained in a national survey of 22,529 Japanese schoolchildren. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(1), 45-53.
- Kamio, Y., Moriwaki, A., & Inada, N. Utility of teacher-report assessments of autistic severity in Japanese school children. (2013). *Autism Research and Treatment*, <http://dx.doi.org/10.1155/2013/373240>
- 神尾陽子・森脇愛子・小山智典・田中康雄・中井昭夫 (2011). 一般児童における発達障害の有病率と関連要因に関する研究 平成22年度厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業) 1歳からの広汎性発達障害の出現とその発達の变化: 地域ベースの横断的および縦断的研究 (研究代表者: 神尾陽子) 総括・分担研究報告書, pp.43-47.
- Moriwaki, A., & Kamio, Y. (2014). Normative data and psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire among Japanese school-aged children. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8(1), doi: 10.1186/1753-2000-8-1
- Robins, D. L., Fein, D., Barton, M. L., & Green, J. A. (2001). The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(2), 131-144.
- Stickley, A., Tachibana, Y., Hashimoto, K., Haraguchi, H., Miyake, A., Morokuma, S., Nitta, H., Oda, M., Ohya, Y., Senju, A., Takahashi, H., Yamagata, T., Kamio, Y. (2017). Assessment of autistic symptoms in children aged 2 to 4½ years with the preschool version of the Social Responsiveness Scale (SRS-P): findings from Japan. *Autism Research*, Version of Record online, doi: 10.1002/aur.1742
- Takei, R., Matsuo, J., Takahashi, H., Uchiyama, T., Kunugi, H., & Kamio, Y. (2014). Verification of the utility of the Social Responsiveness Scale for Adults in non-clinical and clinical adult populations in Japan. *BMC Psychiatry*, 14, 302, doi: 10.1186/s12888-014-0302-z
- World Health Organization, Executive Board. Resolution Executive Board 133. R1 (2013). Comprehensive and coordinated efforts for the management of autism spectrum disorders. http://www.autismspeaks.org/sites/default/files/images/b133_r1-autism_resolution_approved_by_eb133.pdf (accessed 16 October 2016)

G . 研究発表

特になし。

H . 知的財産権の出願・登録状況

特になし。

表1 児童版および成人版の短縮版項目

領域	児童版	成人版
社会的コミュニケーションおよび相互交流	13	13
	18	18
	35	35
	37	37
	44	44
	51	53
限局的な興味および反復的行動	8	29
	24	49
	29	50
	49	63

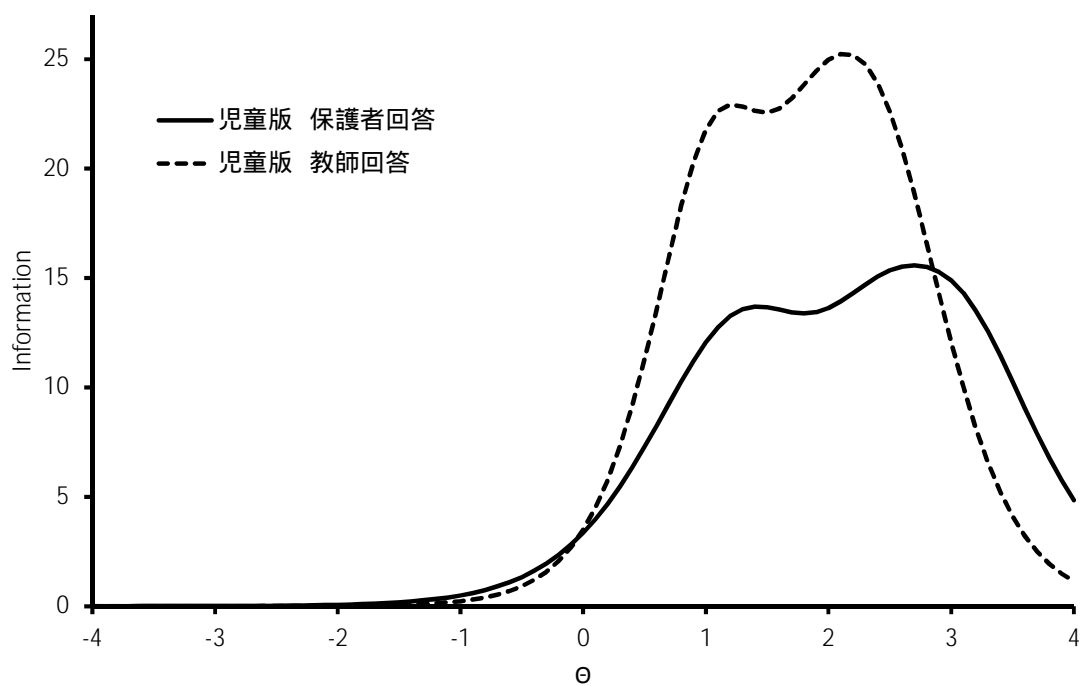


図1 SRS児童版の短縮版（10項目）のテスト情報量曲線

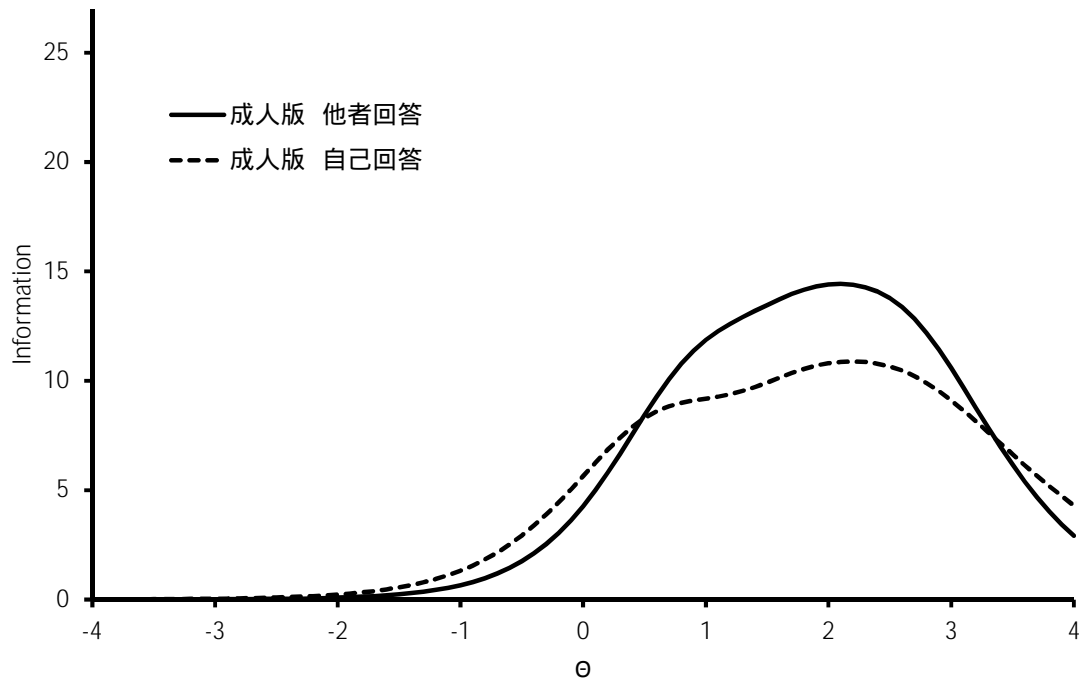


図2 SRS成人版の短縮版(10項目)のテスト情報量曲線

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Nishi D, Suzuki Y, Nishida J, Mishima K, Yamanouchi Y.	Personal lifestyle as a resource for work engagement.	Journal of Occupational Health			(Epub)
Nishi D, Usuda K.	Psychological growth after childbirth: an exploratory prospective study.	Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology			(Epub)
Matsumura K, Noguchi H, Nishi D, Hamazaki K, Hamazaki T, Matsuoka Y, J.	Effects of omega-3 polyunsaturated fatty acids on psychological symptoms of post-traumatic stress disorder in accident survivors: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial.	Journal of Affective Disorders			(Epub)
Tanisho Y, Nishi D (8/16), et al.	The longitudinal mental health impact of Fukushima nuclear disaster exposures and public criticism among power plant workers: the Fukushima NEWS Project study.	Psychological Medicine	Nov;46(15)	3117-3125	2016
Nishi D, et al.	The synchronized trial on expectant mothers with depressive symptoms by omega-3 PUFAs (SYNCHRO): Study protocol for a randomized controlled trial.	BMC Psychiatry	16(1)	321	2016

Yoshikawa E, Nishi D, et al.	Association between frequency of fried food consumption and resilience to depression in Japanese company workers: A cross-sectional study.	Lipids in Health and Disease	15(1)	156	2016
Yoshikawa E, Nishi D, et al.	Association between regular physical exercise and depressive symptoms mediated through social support and resilience in Japanese company workers: A cross-sectional study.	BMC Public Health 1	6	553	2016
Nishi D, et al.	Omega-3 fatty acid supplementation for expectant mothers with depressive symptoms in Japan and Taiwan: an open-label trial.	Psychiatry and Clinical Neuroscience	70(6)	253-4	2016
Usuda K, Nishi D, et al.	Prevalence and related factors of common mental disorders during pregnancy in Japan: a cross-sectional study.	BioPsychoSocial Medicine	10	17	2016
Shimada H, Nishi D, et al.	Factors associated with depressive symptoms during mid-pregnancy at a Japanese university hospital.	Jpn J Gen Hosp Psychiatry	28(1)	29-34	2016
H Itani O, Kanemita Y, Munezawa T, Mishima K, Jike M, Nakagome S, Tokiya M, Ohida T	Nationwide epidemiological study of insomnia in Japan	Sleep Med	25	130-138	2016
三島和夫	不眠症が治るとは何か？睡眠薬は止められるのか？	精神保健研究	62	81-89	2016
三島和夫	睡眠医学の視点からみたうつ病診療	Depression Strategy	6(1)	1-4	2016