

厚生労働科学研究費補助金

障害者政策総合研究事業（精神障害分野）

こころの健康づくりを推進する地域連携のリモデリングと
その効果に関する政策研究

平成29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. 全国地域における精神保健相談の実態調査に関する研究 ----- 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 古野民子、高橋明子、相楽和枝、島津恵子
2. 評価ツール開発、モデル地域連携に関する研究 ----- P.19
分担研究者 山之内芳雄
研究協力者 西大輔、藤原美佳、平野美輪、檜垣裕子、戒能徳樹、竹之内直人
3. 睡眠障害モジュール開発に関する研究 ----- P.37
分担研究者 三島和夫
研究協力者 綾部直子
4. 子どものメンタルヘルスに関するリテラシーに関する研究 ----- P.43
分担研究者 神尾陽子
研究協力者 竹森啓子、下津咲絵、石川信一

.研究成果の刊行に関する一覧表 ----- P.53

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））
こころの健康づくりを推進する地域連携のリモデリングとその効果に関する政策研究
平成 29 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が盛り込まれている。これらの要請に応え、地域住民の精神疾患の発症を予防し、早期対応・治療につなげ、精神疾患による生活への悪影響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：【目的】地域住民の精神疾患の発症を予防し、早期対応・治療につなげ、精神疾患による生活への悪影響の最小化への寄与を目的とする政策研究を起動するために昨年度実施した全国の保健所ならびに市町村における精神保健相談の実態調査の結果をふまえ、精神保健相談支援モジュールの作成のため、より具体的な現場のニーズを把握する。

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

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

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

山之内：一般住民でのこころの健康を考えるうえでの基礎資料として国民生活基礎調査があるが、今年度は統計法による目的外申請を行い、心理的苦痛と受診の関連について詳細に検討した。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、産後うつ対策に県と市の重層的な取り組みを行っている愛媛県と松山市の取り組みに引き続き関わった。

国民生活基礎調査において、心理的苦痛を測定する問いに使われている K6 尺度に

において、重篤な不安障害・気分障害に相当するといわれる評点 13 点以上の者の割合については、性別では女性の方が高かった。年齢階級別では男女とも若年層の割合が高かった。一方その者のうち精神医療機関への受療状況については、重症の精神障害に相当する者の中でも約 15%しか精神医療機関を受診していなかった。性別では女性の方が受療率が高く、年齢階級別では男性では 50 - 54 歳、女性では 40 - 44 歳の年齢階級で最も受療率が高かった。K6 が 13 点以上の者の割合が高い年齢階級と、受療率が高い年齢階級は男女ともに異なっており、強い心理的苦痛を抱えながらも精神医療機関を受診していない者が男女ともに非常に多いことが示された。

松山市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 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 CBT の技法による面談を行った。訪問指導における CBT の活用に対しては、まだ課題も抱えている。保健活動の中で、継続的な訪問が予測される者に、CBT の適応を見出し、基本的な技法を習得したうえで施行するためには、市のみならず県の精神保健福祉センターの技術支援も必要である。自治体の重層的な支援を研修会や事例検討を通じて行っており、無理のない取り組みの継続が望まれる。

三島：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、H28 年度の地域住民を対象にした調査では、アテネ不眠尺度 (Athenes insomnia scale; AIS) がメンタルヘル스에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。そこで今年度は、AIS によるセルフチェックを盛り込んだ睡眠改善マニュアルの作成、睡眠外来通院患者を対象とした疾患別の AIS 得点および抑うつ状態の調査を行った。不眠対策用リーフレットは、AIS セルフチェック、不眠症の認知行動療法で用いられる睡眠スケジュール法や睡眠衛生指導、漸進的筋弛緩法などをイラストを用いてわかりやすく記述し A4 サイズ三つ折りサイズで作成した。リーフレットの一部は講演会等で配布をした。当院睡眠障害外来患者 371 名を対象に、診断別の AIS 得点は、不眠症 ($n = 73$): 12.1 点、睡眠関連呼吸障害 ($n = 62$): 7.0 点、概日リズム障害 ($n = 91$): 9.5 点、過眠症 ($n = 60$): 7.1 点、睡眠時随伴症 ($n = 32$): 5.5 点、睡眠関連運動障害 ($n = 20$): 8.9 点、その他の睡眠障害 ($n = 3$): 5.7 点、睡眠障害合併 ($n = 30$): 7.9 点であった。地域住民における良眠群 ($n = 242$) の AIS 得点 (4.1 点) との比較から AIS は不眠症状のスクリーニングに有効であることが示唆された。また、不眠症患者は CES-D 得点で評価される抑うつ度もカットオフ値を超えており、不眠症状に加えて抑うつ状態の評価も重要であると考えられる。

神尾：子どものメンタルヘルスに関する問題の早期発見および予防の重要性が指摘されている。特に抑うつ、不安、攻撃行動、発達障害が問題視され、これらはそれぞれ複雑に絡み合って現れることも多い。これらの早期発見、予防のためには、子どもを取り巻く大人のメンタルヘルスリテラシー

(MHL)が高いことが有効であると主張されている。このことから、地域でのこころの健康の推進には、相談業務にあたる対人支援職が高いMHLを有し、ハイリスク群の早期発見と早期対応にあたることが必要不可欠である。しかしながら現状では、子どものメンタルヘルスについては母子保健の管轄にまかされることが多く、子どもの精神病理についての専門性が必ずしも十分ではない。地域に暮らす子どもやその家族のメンタルヘルスに関するニーズを身近な相談窓口が見逃すことなく早期から支援サービスを提供するためには、相談業務担当者の所属部署や専門性にかかわらず、子どもに関するMHLの向上が重要である。こうした重要性にもかかわらず、これまで大人が有する子どもに関するMHLについての実証的研究はほとんどなかった。そこで本研究は、重要なキーパーソンである保健師が有する子どもに関するMHLの高さの実態を把握することを目的として計画された。その結果、保健師の年齢が高いほど、保健師経験年数が長いほど、MHLの対処法因子得点は高いことが示された。一方、精神保健相談業務を経験しない保健師のMHLは臨床心理学大学院生よりも低く、子どものメンタルヘルスに対する積極的関心は教員や大学院生よりも低いなど、MHLは精神保健相談業務の経験に依存していることが示された。今後、地域の精神保健のキーパーソンとして期待される保健師の養成過程あるいは職業研修において子どものメンタルヘルスの問題について十分な研修がなされる必要が示唆される。

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 |

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

全国地域における精神保健相談の実態調査に関する研究

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

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

研究要旨

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

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

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

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

A. 背景

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

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

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

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

もとづいた対応モジュールを用いた相談スキルの向上につなげることを意図する。

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

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

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

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

B. 精神保健相談支援モジュールの目的

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

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

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

C. 精神保健相談支援モジュールの設定・計画

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

目とし、横軸のメインは発達関連事項とする

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

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

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

1) 江東区城東保健相談所

(1) 精神保健体制

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

(2) 典型的な困難事例

80 代女性。50 代の息子がうつ病に加え暴

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

(3) 当該相談所精神保健相談に対する所感

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

とがある

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

2) 練馬区豊玉保健相談所

(1) 精神保健福祉体制

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

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

(2) 困難事例と当該相談所精神保健相談に対する所感

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

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

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

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

(3) 精神保健相談支援モジュールへの期待

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

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

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

3) 福島県須賀川市健康福祉部健康づくり課(市町村の衛生部門)

(1) 精神保健福祉体制

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

精神保健福祉事業としては、自殺防止対

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

(2) 困難事例と当該市町村の精神保健相談に対する所感

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

ティングで、支援の方向性を確認し、地区担当保健師が継続してフォローしていく

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

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

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

(1) 地区担当制・分割担当制について

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

制に厚生労働省の指示で戻している

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

- 分割担当制したら手間になり、対応が遅れる

(2) アウトソーシングについて

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

(3) 医療機関との連携について

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

の患者さんが退院する場合は、退院後のケース・カンファレンスを行う

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

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

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

- 福島などの郡部は、医療機関が少ない

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

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

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

- 臨床心理士でなく発達障害をみる、あるいは子ども関連の方しかない

(4) 精神保健相談数と相談への対応について

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

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

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

(5) 相談形態について（1 対 1 の個人面談、グループ等）

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

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

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

(6) 精神保健へのアプローチ

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

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

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

(8) 精神保健支援モジュールへの期待と望まれる形態

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

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

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

(9) 指針・マニュアル・研修

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

F. 結論

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

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

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

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

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

G. 今後の取り組み

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

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

H. 謝辞

本分担報告書を作成するにあたり、ヒヤ

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

I. 研究発表

該当せず。

J. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当せず。

2. 実用新案登録

該当せず。

3. その他

該当せず。

引用文献

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

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

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

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

地域における精神保健相談の実態調査」分担研究報告書.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(11) 末田邦子(2011)「精神衛生相談所の

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

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

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

(http://www.gender.go.jp/about_danjo/basic_plans/4th/pdf/print.pdf) (2018年5月2日現在)

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

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））
こころの健康づくりを推進する地域連携のリモデリングとその効果に関する政策研究
平成 29 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）
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）
藤原美佳（愛媛県心と体の健康センター）
平野美輪（愛媛県心と体の健康センター）
檜垣裕子（愛媛県心と体の健康センター）
戒能徳樹（愛媛県心と体の健康センター）
竹之内直人（愛媛県心と体の健康センター）

研究要旨：

一般住民でのこころの健康を考えるうえでの基礎資料として国民生活基礎調査があるが、今年度は統計法による目的外申請を行い、心理的苦痛と受診の関連について詳細に検討した。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、産後うつ対策に県と市の重層的な取り組みを行っている愛媛県と松山市の取り組みに引き続き関わった。

国民生活基礎調査において、心理的苦痛を測定する問いに使われている K6 尺度において、重篤な不安障害・気分障害に相当するといわれる評点 13 点以上の者の割合については、性別では女性の方が高かった。年齢階級別では男女とも若年層の割合が高かった。一方その者のうち精神医療機関への受療状況については、重症の精神障害に相当する者の中でも約 15%しか精神医療機関を受診していなかった。性別では女性の方が受療率が高く、年齢階級別では男性では 50 - 54 歳、女性では 40 - 44 歳の年齢階級で最も受療率が高かった。K6 が 13 点以上の者の割合が高い年齢階級と、受療率が高い年齢階級は男女ともに異なっており、強い心理的苦痛を抱えながらも精神医療機関を受診していない者が男女ともに非常に多いことが示された。

松山市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 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 CBT の技法による面談を行った。訪問指導における CBT の活用に対しては、まだ課題も抱えている。保健活動の中で、継続的な訪問が予測される者に、CBT の適応を見出し、基本的な技法を習得したうえで施行するためには、市のみならず県の精神保健福祉センターの技術支援も必要である。自治体の重層的な支援を研修会や事例検討を通じて行っており、無理のない取り組みの継続が望まれる。

A．研究目的

一般住民でのこころの健康を考えるうえでの基礎となる資料として、国民生活基礎調査では、悩みやストレスを持つ者、不安障害や気分障害に該当するほどの心理的苦痛を感じている者、受診や相談の状況について、3 年ごと

にその状況が把握されている。昨年度は、心理的苦痛を有する者の年代別の状況について報告したが、今年度は心理的苦痛と受診の関連について検討した。

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引き継ぎ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リングされている。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問の問いに答えるもので、合計点が10点以上の者を気分障害・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。ただ、国際的には13点以上を重症の精神障害に相当する者、5点から12点の者を中等度の精神障害に相当する者として扱われることが多い。そこで今年度は統計法（平成19年法律第53号）第33条の規定に基づき、国民生活基礎調査の調査票情報の提供の申出を行い、平成28年度の国民生活基礎調査の個票データをもとに重症の精神障害に相当する者の割合と精神医療機関への受療状況について、性別・年齢階級別で集計した。

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、松山市保健所の母子保健領域で行われているこにちは赤ちゃん事業で、妊産婦に対するエジンバラ抑うつ尺度を用いたスクリーニングと、そこでの抑うつ傾向にあるものに対する産後の認知行動療法(CBT)技法を用いたフォローアップ訪問事業について助言を続けた。

C．研究結果

図1～4に結果を示した。K6が13点以上の者の割合については、性別では女性の方が高かった。年齢階級別では男女とも25 - 29歳において最も割合が高く、30 - 34歳、35 - 39歳の年齢階級がこれに続いた。一方精神医療機関への受療状況については、重症の精神障害に相当する者の中でも約15%しか精神医療機関を受診していなかった。性別では女性の方が受療率が高く、年齢階級別では男性では50 - 54歳、女性では40 - 44歳の年齢階級で最も受療率が高かった。

K6が13点以上の者の割合が高い年齢階級と、受療率が高い年齢階級は男女ともに異なっており、強い心理的苦痛を抱えながらも精神医療機関を受診していない者が男女ともに非常に

多いことが示された。

松山市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4月から11月までに727件の訪問を行い、うちエジンバラ抑うつ尺度を682件で施行し、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、CBTの技法による面談を行い、その95%にあたる84名にフォローの継続がされていた。その中で、100名近い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ことがわかった(参考資料P5,6)。

D．考察

心理的苦痛を感じる者として今回抽出したK6 13点以上の者は18歳以上の国民において、およそ5%がいることが分かった。これはおよそ500万人にあたるが、患者調査によれば、気分障害・不安障害で精神科を受診している者は200万人にもみたく、今回の国民生活基礎調査におけるK6 13点以上者の受信状況においても15%程度であり、年代性別での分布で受診状況との間に乖離があり、強い心理的苦痛を抱えながらも精神医療機関を受診していない者が男女ともに非常に多いことが示された。重篤な心理的苦痛を感じる者が、受診につながるような保健活動が必要であると考えられる。一方で、保健活動において、それほどの苦痛がない者が過度に医療化されないような、重症者に対する妥当性をもったトリアージが必要であるとする。

母子保健活動における抑うつの割合は約10%であり、松山市においては継続的なCBTの取り組みを行っているが、訪問指導におけるCBTの活用に対しては、まだ課題も抱えている。保健活動の中で、継続的な訪問が予測される者に、CBTの適応を見出し、基本的な技法を習得したうえで施行するためには、市のみならず県の精神保健福祉センターの技術支援も必要である。自治体の重層的な支援を研修会や事例検討を通じて行っており(参考資料P8)、無理のない取り組みの継続が望まれる。

E．健康危険情報 なし

F．研究発表

1．論文発表

1). Takahashi K, Tachimori H, Kan C, Nishi D,

Okumura Y, Kato N, Takeshima T., Spatial analysis for regional behavior of patients with mental disorders in Japan., Psychiatry and Clinical Neurosciences, 71 巻,, 254-261, 201704

2) Nishi D, Usuda K., Psychological growth after childbirth: an exploratory prospective study., Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 38 巻, 2 号, 87-93, 201704

3) 西大輔, マタニティブルーとうつ 妊娠期のうつへのアプローチ, 日本産科婦人科学会雑誌, 68 巻, 12 号, 3066-3067, 201612

4) Nishi D, Susukida R, Kuroda N, Wilcox H, The association of personal importance of religion and religious service attendance with suicidal ideation by age group in the National Survey on Drug Use

and Health, Psychiatry Research, 255 巻, 321-327, 201708

5) 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, 71 巻, 12 号, 836-842, 201712

6) 臼田謙太郎, 西大輔, 周産期うつ病, 最新精神医学, 23 巻, 1 号, 39-47, 201801

2 . 学会発表 なし

G . 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

図1：K6が13点以上の者の割合（男性）

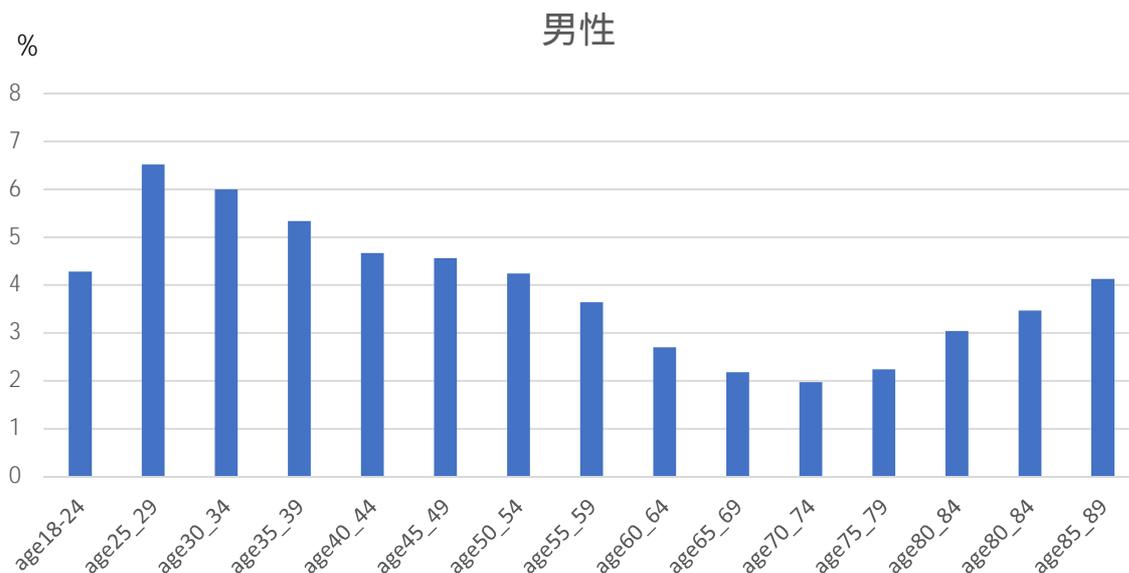


図2：K6が13点以上の者の割合（女性）

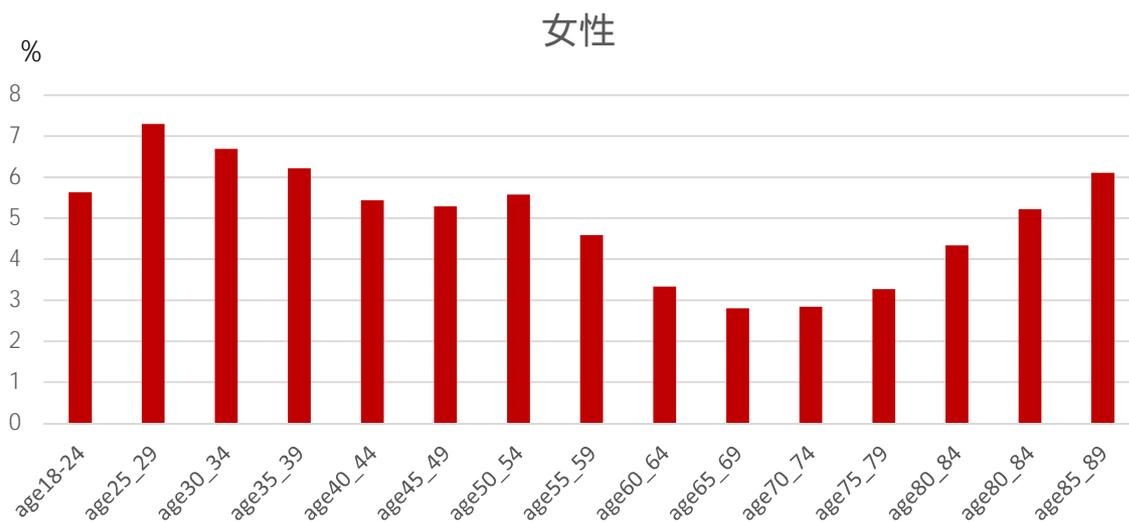


図 3 : K6 が 13 点以上の者のうち、精神科医療機関に受診している者の割合（男性）

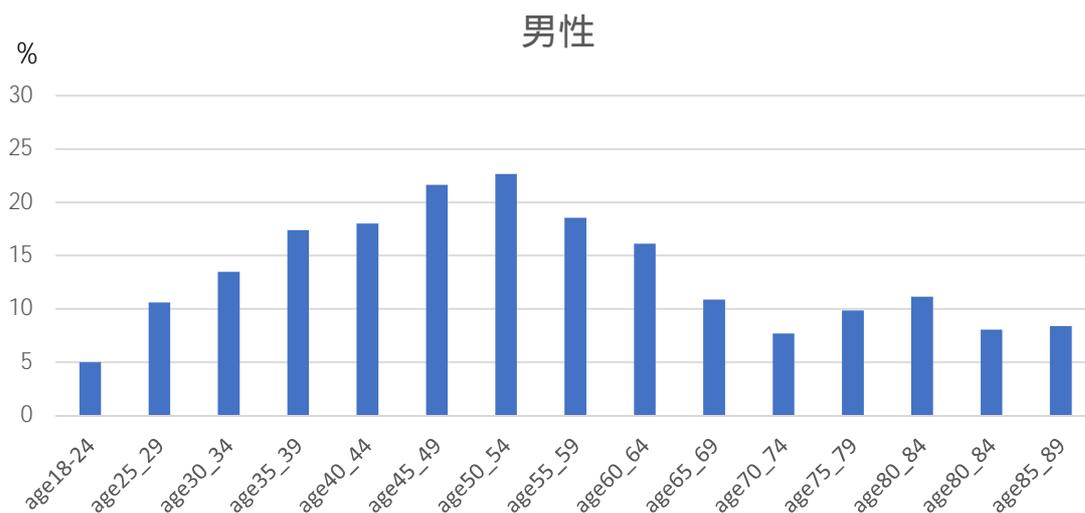
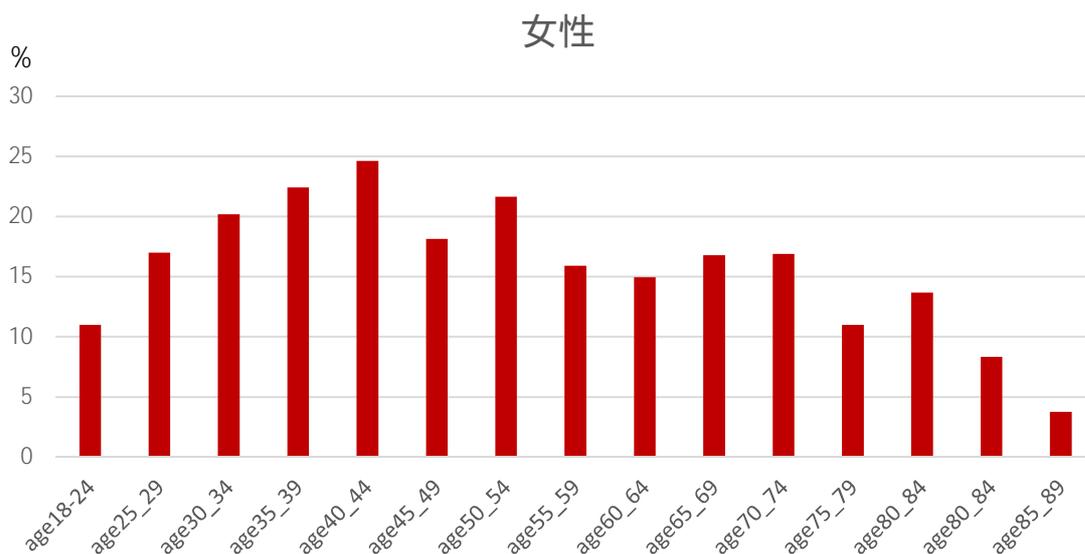


図 4 : K6 が 13 点以上の者のうち、精神科医療機関に受診している者の割合（女性）





地域における簡易型認知行動療法の 技法活用に向けての取り組み ～松山市保健所の産後うつ対策事業への 技術援助を通して～



愛媛県イメージキャラクター みきゃん

愛媛県心と体の健康センター

藤原 美佳 平野 美輪 檜垣 裕子
戒能 徳樹 竹之内 直人

本日の内容

- 1 はじめに
- 2 支援内容
- 3 事業結果
- 4 考察
- 5 おわりに



当センターでの認知行動療法の取組み

平成23年度～

うつ病の治療及び再発予防において有用性が高いとされる、問題解決志向的アプローチである認知行動療法に着目し、**様々な支援の場面において、認知行動療法の技法を活用すること**を目的とした研修会を実施している。

【認知行動療法】

抱えている問題を解決したり、ストレスを軽減する方法を一緒に考えていく心理療法

定型的(高強度)認知行動療法と 簡易型(低強度)認知行動療法

定型的(高強度)

個人認知行動療法
16～18回の個人精神療法
セッション

簡易型(低強度)

- ・CBTの原則に準拠した資料に基づく個人のセルフヘルプ
- ・コンピュータ支援型CBT
- ・当事者のサポートグループプログラム(集団CBT)等

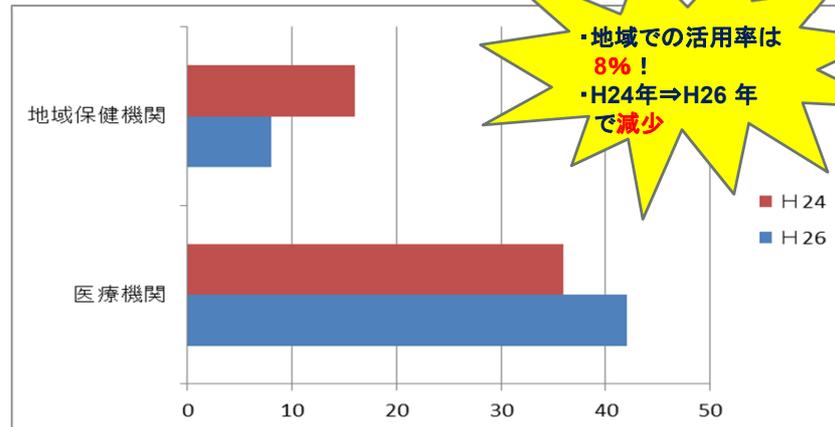
地域保健活動の中で
取り入れ普及したい!

相談、訪問、
健康教育
グループ支援 など

(参考)大野裕先生資料より

うつ病認知行動療法の普及に関する実態調査結果

○認知行動療法の実施状況



いかにして地域保健の現場に認知行動療法的 マインドを吹き込むか・・・

アンケートによると、取り組み具合はもう一つ・・・

出来ない理由

- ①時間が取れない(継続相談ができる体制でない)
- ②適切な対象者がいない
- ③使い方がわからない

↓

それならば、現行の保健師活動をリスペクトしつつ・・・

- ①複数回の継続訪問が予定されて
- ②適応となることが予想される対象で
- ③すでに実践しているものの中に組込む

心と体の健康センターにおける 相談支援の中で感じる思い

本人が感じる『生きづらさ』の背景に

大きく影響していると感じるもの

○乳幼児期における環境要因

孤独・家族の不仲・暴力……

○愛着形成の問題

愛されない・認められない・虐待……



産後のメンタルヘルスを支援すること



子育て支援や虐待防止等につながり、
将来の心の健康に役立つのではないか！

平成28年度 松山市保健所において、「産後うつ対策」
の取り組みにあたり、技術援助の依頼



- 産後うつ対策は、母親自身の精神的安定を図ることにより、虐待予防に繋がるのみならず、赤ちゃんにとっては人生のライフサイクルの最初のアプローチであり、将来起こりうる様々な心の問題に対する予防の第一歩となる！
- 保健師の訪問先おいての認知行動療法的技法を用いた心理的介入により、母親の抱えるストレスを軽減することができる！！



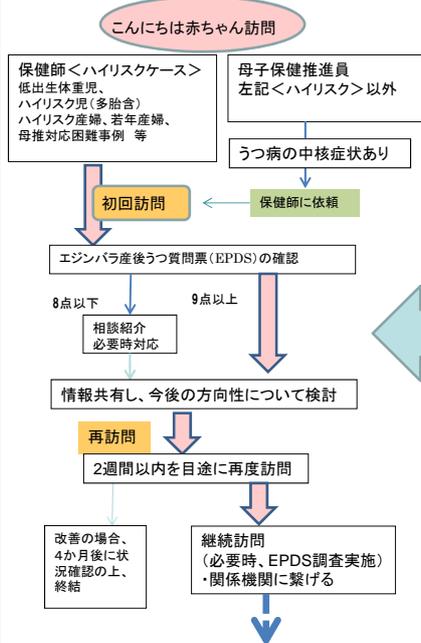
認知行動療法的技法の習得等のスキルアップ
研修や、事例検討等での後方支援を提案

本日の内容

- 1 はじめに
- 2 支援内容
- 3 事業結果
- 4 考察
- 5 おわりに



<松山市保健所のフォローアップ体制>



<心と体の健康センターの技術支援>

【研修1】 認知行動療法的な手法を用いた 訪問面接の方法を学ぶ研修会

- ・事例を交えた演習(ロールプレイ)と
認知行動療法の技法の説明
- 『認知行動療法とは』
- 『認知再構成法』
- 『問題解決技法』
- 『アサーション』

【研修2】事例検討会(2事例)

- <事例1>
- ・EPDS得点が高く、うつ症状が強く表れ、
育児や家事機能の維持が困難な事例
→グループワークで検討
- <事例2>
- ・EPDS得点が悪化傾向だが、解決策はない
と現状を変えるつもりがない。今後を考えると
児の発育・発達に影響が出る可能性がある
事例

【研修3】

支援者研修(母子保健推進員含む)

- ・産後うつの基礎知識
- ・早期支援の重要性について

随時、ケース検討、助言

【研修会で行ったロールプレイの例】支援者の空白部分のセリフを
考えて、ロールプレイをしてみましょう。

ねらい: 認知の偏りが気になるケースへの対応

支援者:「その後、気分の落ち込みや、自分を責めるような気持ちは
どうですか？」

Aさん:「やはり思うように動けない自分が嫌になってしまったり、
Bが泣いたときうまくあやせずに落ち込んでしまいます。」

支援者:「それは、つらいですね。」

Aさん:「そうなんです。母は忙しいのに、上手に子どもをあやしていて、
何もできない自分が嫌になってしまいます。」

支援者:「

Aさん:「そうですね・・・Bが泣いたら、抱っこしています。あとミルクをあげた
り・・・」

支援者:「抱っこしているんですね。それとミルクをあげているんですね。そう
するとどうでしたか？」

【研修会で行ったロールプレイの例】支援者の空白部分のセリフを
考えて、ロールプレイをしてみましょう。

ねらい: 認知の偏りが気になるケースへの対応

支援者:「その後、気分の落ち込みや、自分を責めるような
気持ちはどうですか？」

「気分」を聞きます

Aさん:「やはり思うように動けない自分が嫌になってしまったり、
Bが泣いたときうまくあやせずに落ち込んでしまいます。」

「気分」やその
「状況」につい
て話しています

支援者:「それは、つらいですね。」

「共感」でまずはONの關係に！

Aさん:「そうなんです。母は忙しいのに、
上手に子どもをあやしていて、何もでき
ない自分が嫌になってしまいます。」

「そうなんです」が引き出せました
その後「自動思考」とその「根拠」
を話しています

支援者:「

Aさんは何もできないと思っているんですね。
日中、Bちゃんのお世話は、どんなふう
にしていますか？例えば、泣いたときとか・・・

具体的な日々の様子
を聞いて、反証を
導く質問をします

Aさん:「そうですね・・・Bが泣いたら、抱っこしています。あとミルクをあげた
り・・・」

「反証」が少しずつ導かれています

支援者:「抱っこしているんですね。それとミルクをあげているんですね。そうす
るとどうでしたか？」

もう少し詳しく聞いて、反証を導きます

<その他の後方支援>

○事例検討会

実際のケースとの関わりをもとに、グループでの事例検討を実施。

○精神科医師による支援者研修

実際の訪問の中で観察すべきポイントの再確認等についての講義を実施。

○随時のケース検討

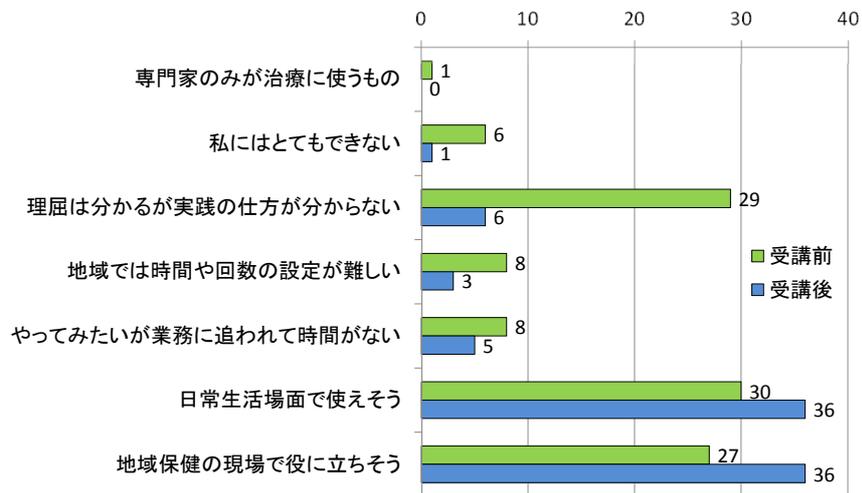
ケース担当保健師、保健所事業担当者、センター職員(医師・保健師・心理職)が参加。
支援中の事例について、必要時に検討。

本日の内容

- 1 はじめに
- 2 支援内容
- 3 事業結果**
- 4 考察
- 5 おわりに



認知行動療法について、どのようなイメージを持っていますか？



本日の内容

- 1 はじめに
- 2 支援内容
- 3 事業結果
- 4 考察**
- 5 おわりに



- やりとりのロールプレイを行うという研修で、実際の訪問場面に技法を組み込むことにより、認知行動療法の技法活用へのハードルを下げることができた。
- 相談者が自ら気づき、答えを出せるように導いていくという支援者の技術習得により、意欲の向上や不安の軽減が図られ、対応に活かされつつある。
- これまでの保健師の経験で培ってきたスキルを活かしながら、認知行動療法をエッセンスを用いる。



「傾聴・共感+α」の訪問先での支援が可能

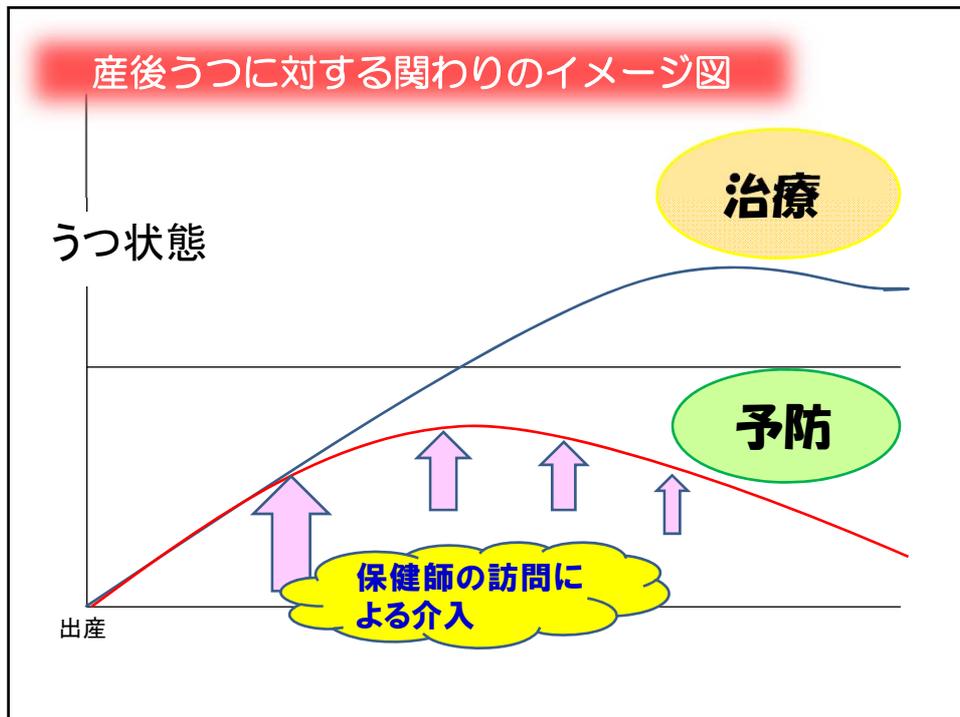
17

支援者としての面接のポイント

- 認知行動療法に基づく面接というより **傾聴・共感 +α** エッセンスを取り入れた面接を
- 支援者が助言・提案をするのではなく、**相談者が自ら気づき、答えを出せるように**導いていく
- スコアの点だけでなく、**支援者の所感や気づきも大切**（経験や知識を活かす）
- 産後うつ対策は、親子の人生のライフサイクルの最初のアプローチ。**これから起こりうる様々な問題に対する予防の第一歩**と捉える

18

産後うつに対する関わりのイメージ図



産後に見られる落ち込みや情緒不安定には・・・

3分間診療
(薬物療法中心)

1時間
訪問面接

産後に見られる落ち込みや情緒不安定には・・・

3分間診療
(薬物療法中心)

1時間
訪問面接

生活上の問題の解決のためには、その生活空間に支援者が入り込んで一緒に考えることが有効である

本日の内容

- 1 はじめに
- 2 支援内容
- 3 事業結果
- 4 考察
- 5 **おわりに**



- ・自殺総合対策大綱の見直し

⇒重点施策の一つ「妊産婦への支援の充実」
健やか親子21第1次計画最終評価
⇒「こころの問題」の改善が課題



母子とメンタルの連携は今後ますます重要であり、
地域における認知行動療法的技法の活用は大きな
意義があると考えます。

- ・地域や関係機関と連携しながら、各地域や様々な
分野の事業の課題に応じた技術支援を実施し、
事業展開していきたい。



ご清聴 ありがとうございました



愛媛県イメージキャラクター みきゃん

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

こころの健康づくりを推進する地域連携のリモデリングとその効果に関する政策研究

平成 29 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作成において、**H28** 年度の地域住民を対象にした調査では、アテネ不眠尺度（**Athenes insomnia scale; AIS**）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。そこで今年度は、**AIS** によるセルフチェックを盛り込んだ睡眠改善マニュアルの作成、睡眠外来通院患者を対象とした疾患別の **AIS** 得点および抑うつ状態の調査を行った。不眠対策用リーフレットは、**AIS** セルフチェック、不眠症の認知行動療法で用いられる睡眠スケジュール法や睡眠衛生指導、漸進的筋弛緩法などをイラストを用いてわかりやすく記述し **A4** サイズ三つ折りサイズで作成した。リーフレットの一部は講演会等で配布をした。当院睡眠障害外来患者 **371** 名を対象に、診断別の **AIS** 得点は、不眠症（**n = 73**）：**12.1** 点、睡眠関連呼吸障害（**n = 62**）：**7.0** 点、概日リズム障害（**n = 91**）：**9.5** 点、過眠症（**n = 60**）：**7.1** 点、睡眠時随伴症（**n = 32**）：**5.5** 点、睡眠関連運動障害（**n = 20**）：**8.9** 点、その他の睡眠障害（**n = 3**）：**5.7** 点、睡眠障害合併（**n = 30**）：**7.9** 点であった。地域住民における良眠群（**n = 242**）の **AIS** 得点（**4.1** 点）との比較から **AIS** は不眠症状のスクリーニングに有効であることが示唆された。また、不眠症患者は **CES-D** 得点で評価される抑うつ度もカットオフ値を超えており、不眠症状に加えて抑うつ状態の評価も重要であると考えられる。

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の大きな問題である（**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。

昨年度は、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。その結果、アテネ不眠尺度（**Athenes insomnia scale; AIS**）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。

そこで今年度は、**AIS**によるセルフチェックを盛り込んだ睡眠改善マニュアルの作成、睡眠外来通院患者を対象とした疾患別の**AIS**得点および抑うつ状態の調査を行った。

B. 研究対象と方法

AISによるセルフチェックを盛り込んだ睡眠改善マニュアルの作成

Merrigan, J. M., Buysse, D. J., Bird, J. C., & Livingston, E. H. (2013)の不眠対処資料を参考に、睡眠医療を専門とする医師と、不眠症の認知行動療法

(Cognitive behavior therapy for Insomnia ; CBT-I)を実践している臨床心理士によってセルフヘルプのリーフレットに盛り込む内容が検討された。

その結果、**AIS**による不眠症のセルフチェックに加えて、**CBT-I**の標準的なプロトコルに基づいた心理教育・睡眠衛生指導、睡眠スケジュール法（刺激統制法、睡眠制限法）、漸進的筋弛緩法の概要について理解しやすいように構成した（表1）。リーフレットは高齢者でも簡単に読めるようイラストを用いてわかりやすくし**A4**三つ折りサイズにて制作した。制作したリーフレットは一部講演会等で配布を行っている。

睡眠外来通院患者を対象とした疾患別の**AIS**得点および抑うつ状態の調査

調査対象者 当院睡眠外来に通院している患者**432**名を対象とした。**AIS**と**CES-D**の質問紙に回答している**415**名のうち、睡眠障害の診断がつかない者（ $n = 7$ ）、診断が不明な者（ $n = 2$ ）、他の精神疾患のみの者（ $n = 35$ ）を除外した**371**名（男性**217**名、女性**154**名）を解析対象とした。

調査項目

1. アテネ不眠尺度（**Athenes insomnia scale; AIS**）
2. うつ病自己評価尺度（**center for epidemiologic studies depression scale; CES-D**）

方法 睡眠障害国際分類第2版（**ICSD-2**）

に基づく主治医の確定診断別に、不眠症、睡眠関連呼吸障害、概日リズム障害、過眠症、睡眠時随伴症、睡眠関連運動障害、その他（長時間睡眠など）、睡眠障害合併（レム睡眠行動障害と周期性四肢運動障害など）に分類し

た。それぞれの AIS 得点と CES-D 得点を算出し、疾患別に比較した。有意水準は.05 と定めた。

C.結果

睡眠障害外来患者 371 名の診断別の内訳は、不眠症 ($n = 73$)、睡眠関連呼吸障害 ($n = 62$)、概日リズム障害 ($n = 91$)、過眠症 ($n = 60$)、睡眠時随伴症 ($n = 32$)、睡眠関連運動障害 ($n = 20$)、その他の睡眠障害 ($n = 3$)、睡眠障害合併 ($n = 30$) であった (図 2)。

疾患別の AIS 得点および CES-D 得点を図 3 に示す。AIS の平均 \pm SD 得点は、不眠症： 12.1 ± 4.7 点、睡眠関連呼吸障害： 7.0 ± 4.7 点、概日リズム障害： 9.5 ± 5.4 点、過眠症： 7.1 ± 4.0 点、睡眠時随伴症： 5.5 ± 4.2 点、睡眠関連運動障害： 8.9 ± 5.8 点、その他の睡眠障害： 5.7 ± 3.8 点、睡眠障害合併 7.9 ± 5.0 点であった。カットオフ (AIS 6) を超えた疾患は、不眠症、睡眠関連呼吸障害、概日リズム障害、過眠症、睡眠関連呼吸障害、睡眠障害合併であった。

CES-D の平均 \pm SD 得点は、不眠症： 20.9 ± 13.9 点、睡眠関連呼吸障害： 15.7 ± 12.4 点、概日リズム障害： 26.2 ± 11.7 点、過眠症： 21.1 ± 12.3 点、睡眠時随伴症： 13.3 ± 11.5 点、睡眠関連運動障害： 15.0 ± 9.4 点、その他の睡眠障害： 19.0 ± 4.6 点、睡眠障害合併 17.4 ± 12.5 点であった。カットオフ (CES-D 16) を超えた疾患は、不眠症、概日リズム障害、過眠症、その他の睡眠障害、睡眠障害合併であった。

疾患別に、AIS 得点、CES-D 得点を従属変数にした一要因分散分析をそれぞれ行ったところ有意であり ($p < .001$) 多重比較をおこなった。AIS については、不眠

症は、概日リズム障害 ($p = .015$)、過眠症 ($p < .001$)、睡眠関連呼吸障害 ($p < .001$)、睡眠時随伴症 ($p < .001$)、睡眠障害合併 ($p = .002$) と比較し有意に得点が高いことが示された。睡眠関連運動障害 ($p = .236$)、その他の睡眠障害 ($p = .662$) とは有意な差異が認められなかった。

D.考察

地域住民における良眠群 ($n = 242$) の AIS / CES-D 得点 ($4.1 / 10.4$ 点) との比較から、AIS は不眠症状のスクリーニングに有効であることが示唆された。また、不眠症患者は CES-D 得点で評価される抑うつ度もカットオフ値を超えており (20.9 点)、不眠症状に加えて抑うつ状態の評価も重要であると考えられる。

E.結論

不眠対策リーフレットは、相談者の不眠のセルフチェック、自宅での予防対策および受診行動につながることを期待される。

また、睡眠障害の診断別に不眠症状と抑うつ状態が明らかにされたことにより、疾患別に二次的な抑うつ症状への対策も考慮した治療が示唆された。

F.研究発表

論文発表

なし

総説

1. 三島和夫：高齢者の睡眠障害。老年精神医学雑誌, **28** (4): 335-40, 2017.
2. 三島和夫：不眠医療の課題、これからめざすべきこと. CLINICIAN, **64** (4): 9-15, 2017.

3. 三島和夫：不眠症の薬物療法. 医薬ジャーナル, **53 (2): 63-9, 2017.**

4. 三島和夫：「眠れない」を診分ける. 精神科治療学, **32 (1): 41-6, 2017.**

学会発表・招待講演等

1. 三島和夫：不眠症治療のゴールとは何か？
- 睡眠薬の適正使用ガイドラインから - .
第 **431** 回国際治療談話会例会，東京，**2017.9.14.**

2. 三島和夫：病態生理を踏まえた不眠症の診断と治療戦略. **Circadian Rhythm Forum**,
東京, **2017.5.31.**

3. 綾部直子：不眠症の認知行動療法(**CBT-I**)
の活用 ~眠れないと焦る前に~. 第 **24** 回
日本未病システム学会学術総会，神奈川，
2017.11.4-5.

G.知的財産権の出願・登録状況

なし

表 1 不眠対策リーフレットの概要

<p>不眠症ってどんな病気？</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診断基準 ・代表的な治療法
<p>診断のための検査</p> <ul style="list-style-type: none"> ・睡眠日誌、アクチグラフ、睡眠ポリグラフィー検査
<p>自分でできる不眠対処法</p> <ul style="list-style-type: none"> ・眠れないときは布団から出るなど(刺激統制法) ・昼寝は短めに、カフェインを抑えるなど(睡眠衛生指導) ・リラクステ操(漸進的筋弛緩法)
<p>不眠症が悪化するやっではないいけない眠り方</p> <ul style="list-style-type: none"> ・睡眠スケジュール法(睡眠制限法)
<p>不眠症の簡易診断</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アテネ不眠尺度によるセルフチェック



図 2 完成した不眠対策リーフレット(表裏)

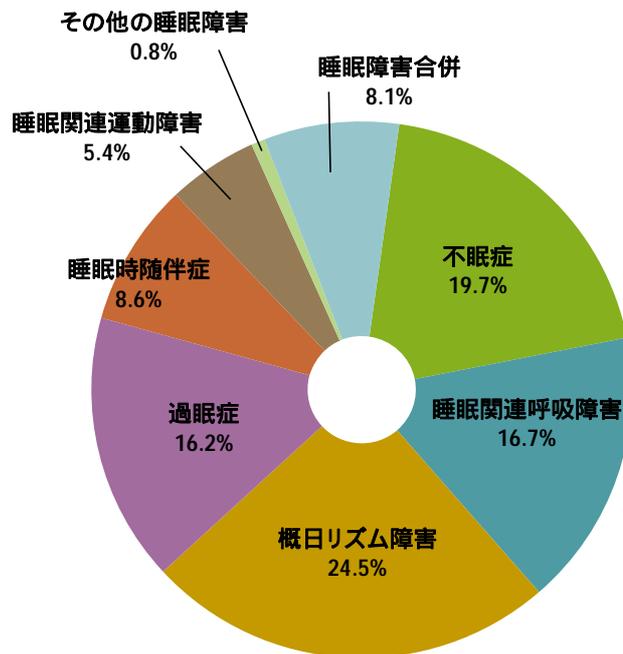


図2 睡眠外来患者の内訳

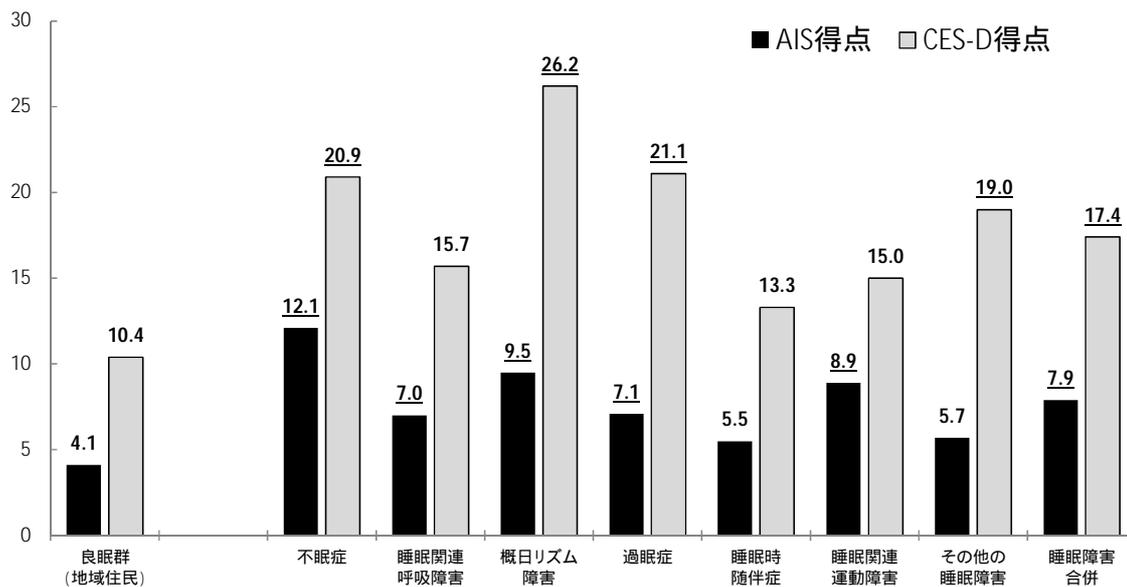


図3 疾患別のAIS、CES-D得点

Note. カットオフはAIS 6、CES-D 16. 下線はカットオフを超えているものを示す。

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））
こころの健康づくりを推進する地域連携のリモデリングとその効果に関する政策研究

平成 29 年度 分担研究報告書

子どものメンタルヘルスに関するリテラシーに関する研究

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 竹森啓子 京都女子大学大学院 発達教育学研究科
研究協力者 下津咲絵 京都女子大学 発達教育学部
研究協力者 石川信一 同志社大学 心理学部

研究要旨

子どものメンタルヘルスに関する問題の早期発見および予防の重要性が指摘されている。特に抑うつ、不安、攻撃行動、発達障害が問題視され、これらはそれぞれ複雑に絡み合って現れることも多い。これらの早期発見、予防のためには、子どもを取り巻く大人のメンタルヘルスリテラシー（MHL）が高いことが有効であると主張されている。このことから、地域でのこころの健康の推進には、相談業務にあたる対人支援職が高いMHLを有し、ハイリスク群の早期発見と早期対応にあたることが必要不可欠である。しかしながら現状では、子どものメンタルヘルスについては母子保健の管轄にまかされることが多く、子どもの精神病理についての専門性が必ずしも十分ではない。地域に暮らす子どもやその家族のメンタルヘルスに関するニーズを身近な相談窓口が見逃すことなく早期から支援サービスを提供するためには、相談業務担当者の所属部署や専門性にかかわらず、子どもに関するMHLの向上が重要である。こうした重要性にもかかわらず、これまで大人が有する子どもに関するMHLについての実証的研究はほとんどなかった。そこで本研究は、重要なキーパーソンである保健師が有する子どもに関するMHLの高さの実態を把握することを目的として計画された。その結果、保健師の年齢が高いほど、保健師経験年数が長いほど、MHLの対処法因子得点は高いことが示された。一方、精神保健相談業務を経験しない保健師のMHLは臨床心理学大学院生よりも低く、子どものメンタルヘルスに対する積極的関心は教員や大学院生よりも低いなど、MHLは精神保健相談業務の経験に依存していることが示された。今後、地域の精神保健のキーパーソンとして期待される保健師の養成過程あるいは職業研修において子どものメンタルヘルスの問題について十分な研修がなされる必要が示唆される。

A. 研究目的

近年、子どものメンタルヘルスに関する

問題の早期発見および予防の必要性が指摘されている。児童期でのうつ病の時点有病率は1-2%(Avenevoli, Knight, Kessler, & Merikanagas, 2008), 不安症全体の有病率は10%にも及ぶと報告されている(Costello, 1989)。このようなうつ症状や不安症状は放置されることで深刻化したり(Kendall & Suveg, 2006),あるいは成人後の社会生活に悪影響をもたらす可能性が指摘されている(Copeland et al., 2015)。これらより児童期において医療化する前の段階での早期対応が重要となると考えられる。

子どもの攻撃行動に関しては、年々増加傾向にあり、文部科学省(2017)の調査によると、平成27年度の小学校での暴力行為の発生件数は22847件にも及ぶ。これは国公私立学校への調査が開始された平成18年度以来、最多である。

さらに今日、社会問題となっている注意欠如・多動症(Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder; ADHD)や自閉スペクトラム症(Autism Spectrum Disorder; ASD)などの発達障害については、文部科学省の全国調査(2012)によると、児童生徒の6.5%に発達障害が疑われると推定されている。その内の38.6%は、何も支援がなされていないという。この調査からADHDやASDの症状を抱えながらも助けを受けられていない多数の子どもが存在がうかがえる。

これらの問題はそれぞれ独立して現れるとは限らない。子どものうつ症状は行動に現れやすく、発達障害のある子どもの3-4割がうつや不安症状、また身体的・言語的攻撃行動を合併するという報告がある(Strang et al., 2012)。

では、このように子どもの生活の広範囲に及び、互いに関連し合う問題を早期に対応するには何が必要だろうか。その解決方法の一つに、子どもの身近にいる大人の的確な気づきと適切な対応が考えられる。従来、地域でのこころの健康の推進対象は成人以降の“精神障害”に焦点を当てられてきた。一方で、子どものメンタルヘルスについては母子保健の管轄にまかされることが多く、子どものメンタルヘルスに影響する子育ての問題は、家庭自体の余裕のなさや孤立、貧困、そして親の精神的問題や児童虐待といった生活環境の問題と切り離して考えることができない。そして子どものメンタルヘルスの支援ニーズは子ども本人はもちろんであるが、家族もそれと気づくことは難しい。また気づいたとしても、偏見やスティグマから相談行動をとりにくい。さまざまな問題を抱える家族と身近に関わる地域の相談業務においては、子育ての困難に関係する子ども側の要因、親側の要因、親子関係に関する要因、支援状況を含めた環境に関する要因など多面的なアセスメントに基づいて、子どものメンタルヘルスの問題を見逃さないようにすることが必要である(神尾, 2017)。地域のプライマリケア専門家は職種にかかわらず子どものメンタルヘルスの問題への気づきを高め、多職種連携を活用して早期対応ができれば、重篤化や医療化の回避や、予後の向上が望めるであろう。

しかしながら、わが国の地域のプライマリケアの従来の体制では子どものメンタルヘルスへの対応は量、質とも十分でない現状があり、子育て支援に関わる保健師も必ずしもメンタルヘルスの専門家ではなく、

継続して子どものメンタルヘルスの問題をケアし、引き継いでいく体制は構築されているとはいいがたい。

若者のメンタルヘルスの向上にはメンタルヘルスリテラシー (Mental Health Literacy; MHL) の向上が大切な要因であることが示唆されている(Ojio et al., 2015)。MHL とは精神障害の認識、管理、予防を助けるための知識や信念、考え方のことであり、「疾患を認識する能力」、「背景因子や疾患の原因に関する知識と信念」、「自身で解決できる介入に関する知識と信念」、「専門家の支援に関する知識と信念」、「支援に関する認識と態度」、「情報の入手法に関する知識」の6つの構成要素から成る (Jorm et al., 1997; 中根・吉岡・中根, 2010)。

地域に暮らす子どもやその家族にとって身近な存在であるプライマリケア専門家は、所属部署や相談業務担当者の専門性にかかわらず、子どもに関する高い MHL を有することは子どものメンタルヘルスの向上に有用となると考えられる。しかしながら、大人が有する子どもに関する MHL について実証的に検討した研究はほとんどない。

そこで本研究は、地域保健のキーパーソンである保健師に焦点を当てて、教員や臨床心理学を専攻する大学院生、そして一般大学生の有する MHL と比較することで、保健師の有する子どもに関する MHL の実態を明らかにすることを目的として行われた。

B. 研究方法

本研究では保健師を対象に質問紙調査を実施した。調査材料として、フェイス項目

で性別、年齢、保健師経験年数、精神保健相談・こころの健康づくりに関わる業務の経験の有無 (2件法)、子どもや子育てに関わる業務の経験の有無 (2件法)、これまでの業務の内容や支援の対象者 (自由記述) を尋ねた。子どもに関する MHL 尺度は、竹森ら (2017) が開発した「子どものメンタルヘルスに関するリテラシー尺度」を使用した。この MHL 尺度は、「知識」、「積極的関心」、「対処法」の3因子30項目から成り、十分な信頼性と妥当性を有していることが確認されている (竹森ら, 2017)。本尺度の項目を Table 1 に示す。

質問紙を配布した関東圏の保健師 117 名のうち 69 名から回答を得られた (回収率 59.0%)。有効回答 63 名分 (女性 62 名、性別未記入 1 名、平均年齢 38.62 歳、 $SD=11.68$ 、年齢未記入 2 名) のデータと、既存の教員 119 名 (男性 24 名、女性 95 名、平均年齢 37.96 歳、 $SD=10.27$ 歳)、臨床心理学を専攻する大学院生 69 名 (男性 17 名、女性 52 名、平均年齢 25.25 歳、 $SD=5.65$ 歳)、学部生 283 名 (男性 81 名、女性 202 名、平均年齢 18.85 歳、 $SD=0.88$ 歳) の子どもに関する MHL 尺度の2次データ (竹森 (2018)) を解析に用いた。

本研究は国立精神・神経医療研究センター倫理審査委員会 (A2017-013) および京都女子大学臨床研究倫理審査委員会 (28-14) の承認を得て実施された。事前に内諾の得られた関東圏の3自治体の担当課長に分担研究者から書面で調査の趣旨説明と同時に依頼を行い、本研究への協力に対する承認を得た後に、課に所属するすべての保健師に質問紙と返信用封筒を郵送にて配布した。各保健師に回答を依頼する際、倫理的配慮

として回答は任意であること、白紙回答での返送も可能であることを文書で伝え、返送された質問紙への回答をもって研究参加への同意とみなした。

C. 研究結果

対象の特徴：分析対象となった保健師の平均保健師経験年数は 13.95 年、 $SD=11.02$ であった。保健師 63 名中、経験年数 1 年の 1 名を除き、62 名全員が子どもや子育てに関わる業務の経験を有していた。子どもや子育てに関わる業務の経験に加えて、48 名が精神保健相談・こころの健康づくりに関わる業務も経験していた(77.4%)。

保健師の MHL 尺度得点の平均：合計得点については、 $M=138.98$ ($SD=16.52$) であった。因子別では、「知識」 $M=82.92$ ($SD=16.52$)、「積極的関心」 $M=38.60$ ($SD=6.35$)、「対処法」 $M=17.46$ ($SD=4.34$) であった。

保健師の MHL 尺度得点の関連要因 性別は未回答の 1 名を除いて保健師全員が女性であったため、性との関連は不明であった。子どもや子育てに関わる業務の経験については、1 名を除き全員が有りのため、関連は不明であった。よって、本研究では、性別や子どもに関わる業務経験の有無を除く年齢および保健師経験年数と、MHL 得点の合計得点と 3 因子(「知識」、「積極的関心」、「対処法」)の各得点との間の相関係数を算出した (Table 2)。

- 1) 年齢との相関 「対処法」得点との間に弱い正の相関があった ($r=.36$, $p<.001$)。合計、「知識」、「積極的関心」のいずれの得点も年齢との相関はなかった。

- 2) 保健師経験年数との相関 「対処法」得点との間に弱い正の相関があった ($r=.38$, $p<.001$)。合計、「知識」、「積極的関心」いずれの得点も経験年数との相関はなかった。

職種間の比較：子どもに関する MHL の職種間比較に際して、異なる専門性を持つ(あるいは持たない)保健師、教員、臨床心理学大学院生、大学生を独立変数、子どもに関する MHL 尺度の合計得点および各因子得点を従属変数とする 1 要因分散分析を行った。その結果、Table 3 に示した通り、保健師は合計、「知識」、「積極的関心」、「対処法」のすべてにおいて大学生より得点が高かった ($F(3, 530)=25.71$, $p<.001$; $F(3, 530)=50.27$, $p<.001$; $F(3, 530)=32.97$, $p<.001$) けれども、教員、臨床心理学大学院生などの異なる専門家と有意な差はみられなかった。

精神保健業務の経験による比較：保健師の精神保健相談業務の経験の有無による MHL 得点の違いについて、群(精神保健相談業務経験あり保健師、同経験なし保健師、教員、心理学大学院生、大学生)を独立変数、子どもに関する MHL 尺度の各因子得点を従属変数とする 1 要因分散分析を行い、検討した (Table 4)。精神保健相談業務を経験した保健師は、大学生より合計およびすべての因子得点が高く、教員よりも「知識」得点が高かった。精神保健相談業務の経験のない保健師は、経験のある保健師と比べて合計得点が有意に低かった。臨床心理学の大学院生と比べて、合計得点、「知識」、「積極的関心」の因子得点が有意に低かった。教員と比べて、「積極的関心」得点有意に低かった。教員と臨床心理学大学院生

との比較では、合計得点、「知識」において大学院生の方が高得点であった。学部生は保健師、臨床心理学大学院生、教員のいずれよりも低得点であったが、保健師を精神保健相談業務の経験の有無に分けて比較すると、経験なし保健師とはすべての得点において有意差はみられなかった。

D. 考察

本研究では「知識」、「積極的関心」、「対処法」の3因子30項目から成る「子どものメンタルヘルスに関するリテラシー尺度」(竹森ら,2017)を用いて、保健師のMHL得点を調べ、関連要因を探索し、教員、臨床心理学大学院生、学部生のMHL得点と比較検討を行った。その結果、合計得点と関連する要因は特定できなかったが、保健師の年齢が高いほど、保健師経験年数が長いほどMHLの対処法因子得点は高いことが示された。また教員、臨床心理学を専攻する大学院生、一般大学生と比較した結果、保健師は大学生よりも高いMHLを有していたが、教員、心理学専門家と比べて有意な差はみられなかった。保健師の精神保健相談業務の経験の有無で分けて比較したところ、精神保健相談業務を経験した保健師は、知識因子で教員より高いMHLを有した他は、教員、臨床心理学大学院生と同程度のMHLを有しており、大学生よりもすべての得点において高得点であった。一方、これを経験しない保健師は、業務経験のある保健師や臨床心理学大学院生と比べてMHL合計得点は低かった。さらに臨床心理学大学院生よりも知識や対処法に関するMHLは低く、教員よりも積極的関心に関するMHLが低いことが示された。このこと

より、本研究の対象の保健師は子どもや子育てに関わる業務の経験を有しているにもかかわらず、子どものMHLは他職種と比べて高いものではなかった。むしろ、子育てに関わる業務経験に加えて、精神保健相談業務の経験を有することで、対処法に関するMHLに有意な違いが生じることが明らかとなった。しかしながら、知識や積極的関心に関するMHLには影響していなかったことは、業務経験のみではMHLの十分な向上は期待できないことを示唆するものである。

精神保健相談業務を経験した保健師も、子どものMHLは教員や臨床心理学大学生と比べて、教員より知識MHLが高いことを除き、有意差はなかった。今回、研究対象とした臨床心理学大学院生は現場の臨床心理の専門家よりも臨床経験が浅いと想定されることを踏まえると、地域の精神保健の専門家としての役割が期待される保健師のMHL教育は今後、改善が必要と考えられる。精神保健相談業務を経験していない保健師は、異なる領域の専門家より知識や対処法のMHLが低いという結果は、このことを裏付ける結果といえる。精神保健相談業務を経験していない保健師が教員や大学院生より子どものメンタルヘルスに対して関心が低かったという本研究の結果は、一般化することはできないが、地域住民のさまざまな問題のなかに子どものニーズを積極的に発見する役割の期待される保健師にとって今後改善の必要性を示唆するものである。

精神保健業務を経験することによってMHLが向上することは予測されても、これから精神保健業務を担当する段階ですでに

一定の専門性，つまりある程度高い MHL を有していることが望ましく，保健師を養成する段階，あるいは担当業務に関わらず定期的な研修において，子どものメンタルヘルスの問題について，よりしっかりと時間をとって扱われる必要があると考えられる。今後，経験に左右されず一定の MHL を有するための専門教育のあり方が地域の精神保健の向上や予防的対応における今後の重要課題と言えるだろう。

以上から，子どもを含む家庭全体の精神保健の課題を抱える地域住民の相談に携わる保健師には，プライマリケアにおけるメンタルヘルス専門家として早期対応や予防において果たす役割が期待されている。その前提として，子どもに関する MHL を高めることの重要性が明らかになった。保健師を養成する段階，また保健師の定期的な職業研修において子どものメンタルヘルスの問題について量的，質的に十分な研修がなされる必要があるだろう。

本研究の対象者のうち，子どもや子育てに関する業務を経験していない保健師は1名のみであり，この業務経験の有無による MHL の高さの違いを検討することはできなかった。精神保健相談業務以外の業務による MHL の高さの違いはないか，今後検討が必要である。また，対処法に関する MHL 項目は，対処法を知っているかどうかのみを尋ねた。今後は，保健師が有する対処法の具体的な内容を尋ねるなどして，それが適切な対処法なのか，より詳細な検討が必要である。

E. 結論

保健師の有する MHL は精神保健相談業

務経験にある程度依存しており，経験によらず専門家として高い MHL を獲得するために，今後の人材養成の見直しが強く望まれる。

参考文献

- Avenevoli, S., Knight, E., Kessler, R. C., & Merikanagas, K. R. (2008). Epidemiology of depression in children and adolescents. In J. R. Z. Abela & B. L. Hankin (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 6-32). New York: Guilford Press.
- Copeland, W. E., Wolke, D., Shanahan, L., & Costello, E. J. (2015). Adult functional outcomes of common childhood psychiatric problems: A prospective, longitudinal study. *JAMA Psychiatry, 72*, 892-899.
- Costello, E. J. (1989). Child psychiatric disorders and their correlates: A primary care pediatric sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28*, 851-855.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": A survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia, 166*, 182-186.
- 神尾 陽子 (2017). 学童期における精神保健. 精神保健福祉士養成セミナー:精神保健学 精神保健の課題と支援. 第2巻第6版, pp.24-33. 編集代表樋口輝彦, 小阪

- 憲司, 荒田寛. 東京, へるす出版.
- Kendall, P. C., & Suveg, C. (2006). Treating anxiety disorders in youth. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and Adolescent Therapy: Cognitive Behavioral Procedures* (3rd ed., pp.243-296). New York: Guilford Press.
- 文部科学省 (2012). 通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査結果について Retrieved from http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/_icsFiles/afieldfile/2012/12/10/1328729_01.pdf (2017年10月23日)
- 文部科学省 (2017). 平成28年度「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」(速報値)について Retrieved from http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/29/10/_icsFiles/afieldfile/2017/10/26/1397646_001.pdf (2017年11月9日)
- 中根 允文・吉岡 久美子・中根 秀之 (2010). 心のバリアフリーを目指して 日本人にとってのうつ病, 統合失調症 勁草書房
- Ojio, Y., Yonehara, H., Taneichi, S., Yamasaki, S., Ando, S., Togo, F., Nishida, A., Sasaki, T. (2015). Effects of school-based mental health literacy education for secondary school students to be delivered by school teachers: A preliminary study. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 69, 572-579.
- Strang, J. F., Kenworthy, L., Daniolos, P., Case, L., Wills, M. C., Martin, A., & Wallace, G. L. (2012). Depression and anxiety symptoms in children and adolescents with autism spectrum disorders without intellectual disability. *Research in Autism Spectrum Disorder*, 6, 406-412.
- 竹森 啓子・下津 咲絵・石川 信一・神尾 陽子 (2017). 子どものメンタルヘルスの問題に対する態度質問紙の作成 日本心理学会第81回大会
- 竹森 啓子 (2018). 子どもの精神的健康と教師のメンタルヘルスリテラシーとの関連 平成29年度京都女子大学大学院発達教育学研究科修士論文

G. 研究発表

1. 論文発表

特になし。

2. 学会発表

竹森 啓子・下津 咲絵・石川 信一・神尾 陽子 (2017). 子どものメンタルヘルスの問題に対する態度質問紙の作成 日本心理学会第81回大会, 久留米, 2017. 9.20-22.

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし。

Table 1 子どものメンタルヘルスに関するリテラシー尺度項目

知識	
3	子どもは家族や友達の手助けがあっても、落ち込むことはある
5	子どもの墮落ではなく、心の不調が原因で、生活リズムが崩れることもある
7	子どもの怠惰以外が原因で、勉強や役割を投げ出すこともある
8	子どもが落ち込んだり、やる気がなくなるのは、その子の心が弱いからではない
10	言いたいことが上手く言えない時に、暴力を振るってしまう子どももいる
11	子どもは努力をしても、やる気がなくなることもある
13	子どもは、甘え以外が原因で学校に行きたがらないこともある
16	決まりやルールを破るのは、その子が自分勝手だからではない
17	自分の心のことであっても、子ども自身ではどうしようもないこともある
19	子どもが何でも心配するのは、その子の心が弱いからではない
21	子どもは自分で解決しようとしても、喧嘩をすることもある
22	子どもは家族や友達の手助けがあっても、イライラすることはある
24	新しい場面に直面できないのは、その子に対応しようとしなからではない
25	子どもは家族や友達の手助けがあっても、不安になることはある
26	授業中に立ち歩くのは、必ずしもその子に悪意があるからではない
28	子どもは家族や友達の手助けがあっても、急に泣いたり怒ったりすることはある
積極的関心	
2	私は不安を抱える子に積極的に関わろうとする
4	私は子どものコミュニケーションの困難さの原因を理解しようとする
12	私は落ち着きのない子や集中できない子に積極的に関わろうとする
15	私は落ち込んでいる子に積極的に関わろうとする
18	私は子どもの落ち着きのなさや、集中の困難さの原因を理解しようとする
23	私は子どもの抱える落ち込みの原因を理解しようとする
27	私はコミュニケーションの難しい子に積極的に関わろうとする
29	私は子どものイライラの原因を理解しようとする
30	私は子どもの抱える心配や不安を理解しようとする
対処法	
1	私はコミュニケーションの難しい子への適切な対処法を知っている
6	私は不安を抱える子に適切な対処法を教えることができる
9	私はイライラしやすい子に適切な対処法を教えることができる
14	私は落ち込んでいる子に適切な対処法を教えることができる
20	私は落ち着きのない子や集中できない子への適切な対処法を知っている

Table 2 保健師の年齢、経験年数と子どもに関するMHL尺度との相関

	子どもに関するMHL尺度			
	合計	知識	積極的関心	対処法
年齢	.09	-.07	.10	.36**
保健師経験年数	.16	-.00	.16	.38**

** $p < .01$

Table 3 記述統計量（標準偏差）および分散分析結果

	保健師	教員	大学院生	大学生	分散分析	
					F値	多重比較
N	63	119	69	283		
MHL30項目合計	138.98 (16.52)	138.53 (15.45)	145.35 (13.48)	123.37 (16.21)	55.51	学<保***, 学<教***, 学<院***
知識	82.92 (9.93)	79.20 (9.46)	86.06 (7.57)	75.96 (9.89)	25.71	学<保***, 学<教*, 教<院***, 学<院***
積極的関心	38.60 (6.35)	41.39 (5.74)	41.35 (5.86)	33.23 (8.11)	50.27	学<保***, 学<教***, 学<院***
対処法	17.46 (4.34)	17.93 (3.67)	17.94 (3.97)	14.19 (4.47)	32.97	学<保***, 学<教***, 学<院***

注) 保=保健師, 教=教員, 院=大学院生, 学=大学生

*** $p<.001$, ** $p<.01$, * $p<.05$

Table 4 経精神保健相談業務経験の有無別の記述統計量（標準偏差）および分散分析結果

	経験あり 保健師	経験なし 保健師	教員	大学院生	大学生	分散分析	
						F値	多重比較
N	48	15	119	69	283		
MHL30項目合計	142.42 (16.44)	128.00 (11.48)	138.53 (15.45)	145.35 (13.48)	123.37 (16.21)	44.75	学<教***, 教<院*, 学<院**, 学<あり***, なし<院**, なし<あり*
知識	84.67 (9.65)	77.33 (8.96)	79.20 (9.46)	86.06 (7.57)	75.96 (9.89)	21.20	学<教*, 教<院***, 教<あり**, 学<院***, 学<あり***, なし<院*
積極的関心	39.75 (6.04)	34.94 (6.10)	41.39 (5.74)	41.35 (5.86)	33.23 (8.11)	39.30	学<教***, なし<教**, 学<院***, 学<あり***, なし<院*
対処法	18.00 (4.10)	15.73 (4.79)	17.93 (3.67)	17.94 (3.97)	14.19 (4.47)	25.66	学<教***, 学<院***, 学<あり***

注) 経験=精神保健相談業務の経験, あり=経験あり保健師, なし=経験なし保健師, 教=教員, 院=大学院生, 学=大学生

*** $p<.001$, ** $p<.01$, * $p<.05$

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
Itoh M, Ujiie Y, Nagae N, Niwa M, Kamo T, Lin M, Hirohata S, <u>Kim Y</u>	A new short version of the Posttraumatic Diagnostic Scale: validity among Japanese adults with and without PTSD	Eur J Psychotraumatol	8(1)	1364-119	2017
井野敬子 <u>金 吉晴</u>	PTSDに対する持続エクスポージャー療法	精神医学	59(5)	441-447	2017
<u>金 吉晴</u>	心的外傷およびストレス因関連障害群 PTSDの治療	別冊 日本臨床 新領域別症候群シリーズ	No.38精神医学症候群(第2版)	187-192	2017
<u>金 吉晴</u>	自然災害と精神保健医療	熊精協会誌 (公益財団法人熊本県精神科協会)	173	3-30	2017
篠崎康子 <u>金 吉晴</u>	災害精神保健 - 現場での対処法	精神科臨床レガト	4(3)	52-53	2017
Takahashi K, Tachimori H, Kaenon C, Nishi D, Okumura Y, Kadoto N, Takeshim	Spatial analysis for regional behavior of patients with mental disorders in Japan	Psychiatry and Clinical Neuroscience	71巻	254-261	2017
Nishi D, Usuda K	Psychological growth after childbirth: an exploratory prospective study	Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology	38巻,2号	87-93	2017
西大輔	マタニティブルーとうつ 妊娠期のうつへのアプローチ	日本産科婦人科学会雑誌	68巻,12号	3066-3067	2016
Nishi D, Susukida R, Kuroda N, Wilcox H	The association of personal importance of religion and religious service attendance with suicidal ideation by age group in the National Survey on Drug Use and Health	Psychiatry Research	255巻	321-327	2017

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	71巻,12号	836-842	2017
臼田謙太郎, 西大輔	周産期うつ病	最新精神医学	23巻,1号	39-47	2018
三島和夫	高齢者の睡眠障害	老年精神医学雑誌	28 (4)	335-40	2017
三島和夫	不眠医療の課題、これからめざすべきこと	CLINICIAN	64(4)	9-15	2017
三島和夫	不眠症の薬物療法	医薬ジャーナル	53 (2)	63-9	2017
三島和夫	「眠れない」を診分ける	精神科治療学	32 (1)	41-6	2017
Kamio Y, Takei R, Stickley A, Saito A, Nakagawa A	Impact of temperament and autistic traits on psychopathology in school-age children	Personality and Individual Differences	124(1)	1-7	2018
Saito A, Stickey A, Haraguchi H, Takahashi H, Ishitobi M, Kamio Y	Association between autistic traits in pre-school children and later emotional/behavioral outcomes	Journal of Autism and Developmental Disorders	47(11)	3333-3346	2017
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	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	10(5)	852-865	2017