

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28年度～30年度 総合研究報告書

研究代表者 金 吉晴

目 次

I. 総合研究報告書

- 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

II. 分担研究総合報告書

1. 精神保健相談支援ツール作成のための精神保健相談業務全国調査に
関する研究 ----- P. 3
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、綾部 直子、笥 亮子、篠崎康子、古野民子、
高橋明子、相楽和枝
2. うつ・不安スクリーニング評価ツール開発と背景要因分析 ----- P. 179
分担研究者 山之内芳雄
研究協力者 西大輔、藤原美輪、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. 183
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. 193
分担研究者 神尾陽子
研究協力者 齊藤彩、行廣隆次、竹森啓子、下津咲絵、石川信一、
伊藤真利子、金吉晴
5. PTSD の客観的診断指標開発に関する研究 ----- P. 199
分担研究者 井野敬子
研究協力者 堀弘明
6. 地域精神保健相談研修 ----- P. 203
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 綾部直子、笥亮子、島津恵子、赤井利奈、平美智子、
松島敦子、谷川美佐子、原島淳、佐藤留美、藤原紀子、中臣昌弘、
多田芳江、菊池晴美、馬場千恵、Meaghan O'Donnell、
Richard A. Bryant

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 28 年度～30 年度 総合研究報告書

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 所長

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 精神医療政策研究部
部長

三島 和夫

国立大学法人秋田大学大学院医学系研究
科 教授

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・予防精神医学研
究部 客員研究員

井野 敬子

名古屋市立大学大学院医学研究科 精
神・認知・行動医学分野 助教

B. 研究方法

金は前年度までの研究成果に基づき、トラウマ相談対応ツールとして解説、マニュアル、手元資料からなる資料を完成させ、その検証を行うために保健師研修会を開催し、フィードバックを得た。また精神保健に関する相談対応への支援ニーズについて全国の保健師調査を実施した。山之内は地域の保健活動に資する、相談対応で簡便に利用ができる「うつ・不安」のスクリーニングツールの開発と、その使用方法につきガイドを作成した。なお作成に当たって、地域保健に従事する 3 名の保健師から需要や課題を聴取した。また、ガイド作成の基礎となる保健活動の必要性の量的検証を、国民生活基礎調査の目的外使用を申請し、検証した。三島はガイドラインやマニュアルを作成し、これに基づいて保健師研修の資料を作成し、相談ツールの調整を行った。特にロールプレイを通じて研修効果を高めることを試みた。神尾は保健所、福祉、教育、医療との連携の実態と課題、そして精神保健が担う発達障害に対する対応やその課題について、責任ある立場で活動している経験豊かな保健師、心理士らよりヒヤリングを行い、今後、保健師の支援が最大の効果をあげるために、克服すべき地域の課題を俯瞰的に抽出した。今後、成人来談者やそのニーズ、これまでの地域サービスの利用状況など、調査研究を実施して情報収集が必要である。地域の保健所が対応すべき発達障害者のニーズが明らかになれば、保健師に求められるスキルの向上に焦点化した研修計画が可能になるだろう。井野は国立精

A. 研究目的

日常の地域保健活動において精神保健にかかる相談は、精神保健相談のみならずそれ以外の相談場面で、直接的のみならず潜在的にも、また自らのことだけでなく家族等の相談など様々な次元で遭遇するものの、系統的な相談者に対する支援ツールがなく、経験に基づいた対応をしていると想定される。そこで本研究では、保健師調査によってその実態とニーズを把握し、行政相談機関において①相談、初期対応、トリアージ②プライマリケア、専門精神医療、教育、警察等との地域連携支援③地域住民の啓発等のパブリックメンタルヘルス活動を促進するために、トラウマ相談対応ツールを開発する。金はトラウマ対応、山之内はうつ・不安、三島は睡眠障害、神尾は発達障害を対象とし、従来研究成果を踏まえ、地域で実用可能なツールを開発し、その効果を実際の保健師研修会で検討し、HP 上で公開する。またトラウマ相談対応の基礎研究として、重度のストレスのある患者と健常者との間で、基本属性、反応の比較を行う。

神・神経医療研究センターならびに共同研究機関である名古屋市立大学、東京女子医科大学において認知機能・認知バイアスと血液中の炎症マーカー濃度を検討した。参加者は、主として対人関係暴力のトラウマ被害によって発症した PTSD 女性患者約 50 名、トラウマ体験を経験したが PTSD を発症していない女性約 20 名、トラウマ体験を経験していない健常対照女性約 70 名であった。

(倫理面への配慮)

井野の研究は、研究実施機関である国立精神・神経医療研究センターならびに共同研究機関の倫理委員会において承認を受けて実施された。研究対象者には、研究内容について文書および口頭による十分な説明を行い、同意を文書で取得した。研究参加に伴う負担が過大にならないよう、慎重な配慮を行った上で研究が実施された。

C. 研究結果

金はトラウマ相談対応に用いるツールを開発し、また他の分担研究者が開発したツールも合わせて、保健師研修会による検証を行い、結果を精神神経センターの行動医学研究部 HP に公開した。全国の保健師を対象とした、相談業務の支援に関するアンケートを実施し、その成果をツールに取り入れた。山之内はスクリーニングツールの使用方策について、研究代表者主催の研修会で説明しフィードバックを得、フローチャートの改定と使用における留意点を追記した。不安・うつの地域保健活動の必要性に関する量的検討では、国民でうつ・不安に課題のある者は 25%いたが、そのうち精神医療にアクセスできているものは 3%であることがわかり、保健活動における対応需要が大きいことがわかった。三島は睡眠障害の診断や治療に関するガイドライン、睡眠衛生指導や睡眠障害に対する心理社会的支援を中心とした相談対応マニュアル、相談者が在宅で実施可能な対処スキルや睡眠衛生指導を盛り込んだリーフレットを作成した。次に、地域精神医療に関わる保健師等、実際に相談対応にあたる者を対象として上記資料を活用した研修を行った。神尾は保健所、福祉、教育、医療との連携の実態と課題、そして精神保健が担う発達障害に対する対応やその課題について、責任ある立場で活動している経験豊かな保健師、心理士らよりヒヤリングを行い、今

後、保健師の支援が最大の効果をあげるために、克服すべき地域の課題を俯瞰的に抽出した。実際のニーズにもとづき、エビデンスのある ASD 早期発見システムについてはやや手厚く、一方、ニーズが精神保健だけでなく広汎にわたる可能性のある成人相談事例対応については、地域保健師として知っておいていただきたいことを最小限に留め、してはならないことに焦点を当てて支援モジュールを作成した。井野は健常対照者に比べ、PTSD 患者では interleukin-6 濃度が有意に高く、広汎な認知機能障害が認められることを見出した。患者群において、interleukin-6 濃度と認知機能得点は有意な負の相関が認められ、PTSD の認知機能障害の少なくとも一部は炎症に起因する可能性が示唆された。

D. 考察

研究班で作成されたツールは国立研究開発法人 国立精神神経医療研究センター 精神保健研究所 行動医学研究部の HP において公開済みである。今後はこのツールを用いた研修会を精神保健研究所において適宜開催し、普及・啓発に務める。また今後は実際の相談対応で困った具体的な事例などを盛り込み、より活用しやすいツールに改良していくことも検討したい。相談者が抱える精神健康に対する生活指導や対処方法の指導、ならびに簡便なスクリーニングが行えるマニュアルの存在は、相談対応者自身の対応スキルの向上のみならず、相談者のセルフケア行動や受診行動の促進にもつながることが期待される。少なくとも一部の PTSD 患者では顕著な認知の障害が存在し、そういった認知機能障害は炎症系の亢進に起因する可能性が示唆された。

E. 結論

適切なツールの帝京によって地域の精神保健相談業務の効率化と保健師の負担軽減が期待できる。今後は事例の検討を通じてさらなる改良、研修会をつうじての普及が望まれる。

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
平成28年度～30年度 分担研究総合報告書

全国地域における精神保健相談業務に関する研究

分担研究者	金 吉晴	1)
	山之内 芳雄	2)
	三島 和夫	3)
	神尾 陽子	4)
研究協力者	島津 恵子	1)
	綾部 直子	5)
	笥 亮子	1)
	篠崎 康子	1)
	古野 民子	6)
	高橋 明子	7)
	相楽 和枝	8)

- 1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 行動医学研究部
- 2) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 精神医療政策研究部
- 3) 秋田大学大学院 医学系研究科精神科学講座
- 4) お茶の水女子大学 人間発達教育科学研究所 人間発達基礎研究部門
- 5) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 睡眠・覚醒障害研究部
- 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の一環として全国都道府県市区町村の保健所の精神保健相談業務について全国自治体保健所に勤める保健医療福祉専門職、心理社会的相談業務従事者を対象に2回にわたる調査を実施した。平成28年度に実施した第1回目は精神保健業務の実態の調査を主眼とし、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）を把握することが目標とされた。平成30年度に実施した第2回目の調査では、責任者の立場にある経験豊かな保健師3名への日頃の精神保健業務に関するヒヤリン

グ結果（平成 29 年度実施）をもとにアンケート質問項目を作成し、精神保健相談支援ツールに対する希望を日頃の精神保健業務内容と共に把握することで、現場のニーズに即した支援ツール（初期対応支援に焦点をあてる）の作成を可能にし、自治体レベルでの精神保健活動の効率化と円滑な相談実施への政策指針の構築に寄与すると考えた。

【方法】全国都道府県市区町村に勤務する保健医療福祉専門職、心理社会相談業務に従事している職員を対象に、第 1 回調査では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。第 2 回調査では同様の被験者を対象に、頻繁に扱う精神保健相談内容、困難に感じる精神保健相談内容、支援をする上での課題、精神保健相談支援ツールにのぞむもの、今までに受講した研修ならびに今後受講を希望する研修について、6 段階リッカーと尺度を使用した 7 項目、基本属性に関する 9 項目を含む計 18 項目のアンケート調査としてオンライン上でアンケートソフトウェア SurveyMonkey を使用して実施した。

【結果】第 1 回調査では、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～50 万人未満、5 万人以上～20 万人未満、5 万人未満、および精神保健に非専従の職員の間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。第 2 回調査では、のぞましい精神保健相談支援ツールに関する質問に対し、回答者全体（n=553）、精神保健に専従（n=218）、非専従群（n=330）をとおして「必要」（2 区分法による）との回答が 75.69%から 86.67%の範囲の高い同意率が示された。「相談員の共通理解を促す、統一化された支援ツールである」（全体 86.08%、専従 86.24%とも最頻値）、「精神疾患にとらわれず、支援を必要とする症状や困難のとりこぼしを防ぐ」、「相談員の経験どにかかわらず、相談者の状況・状態の『見立て』に使える」（非専従 86.67%で最頻値）の 3 要因が各群において上位 1~3 位の最頻値となり、「精神疾患の診断を意識したスクリーニングができること」は全体、専従、非専従群に共通して依然高い同意率を獲得したものの支援ツールに関する質問項目全体では最も低い頻度を示した。

【結論】第 1 回調査から、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～50 万人未満、5 万人以上～20 万人未満、5 万人未満の自治体にその傾向が強いことが示され、また、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2回目の精神保健相談調査の実施の必然性が支持された。続く第2回調査により、うつ病、成人の発達障害（知的障害を含む）、アルコール/薬物依存・乱用を筆頭にいずれも治療、寛解、制御への介入、支援が容易でない病態が上位を占める高頻度であることに加え、相談者の家族問題、経済的困難、社会的支援リソースの欠如、自身の改善すべき問題の否認が事例を複雑化し、支援者側も必要なマンパワー、リソースの不足、研修・助言の機会の不足を抱えることが示唆された状況下において求められているのは、相談職員の共通理解を促す統一性と相談者の状態・状況の見立てを助け、精神疾患の診断にとらわれずに支援を必要とする相談者のとりこぼしを防ぐ精神保健相談支援ツール（初期対応支援モジュール改め）であることが示された。相談支援の効率化に寄与するツールの適切な構築と普及のため、地域精神保健相談研修の実施の継続（第1回目は本年度2月に実施され支援ツールのプロトタイプが紹介された）と受講者である精神保健相談職員からのフィードバックに基づいた支援ツールの改善の継続が必須であることが示唆された。

A. 背景

国内の精神保健医療福祉については、平成16年9月に厚生労働省精神保健福祉本部（本部長：厚生労働大臣）で策定された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念が示されて以来、様々な施策が行われてきているが、地域精神保健の重要性はますます高まっており、自治体による精神保健相談のニーズは高い（厚生労働省，2018）。健康日本21（第二次）では「休養・心の健康づくり」が重視され、数値目標（平成34年度まで）として、「気分障害・不安障害への割合を9.4%とする」など6項目を定めている（厚生労働省，2012）。第三次犯罪被害者等基本計画、第四次男女共同参加基本計画においても、それぞれ精神的苦痛、メンタルヘルスの観点が含まれている。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。日本での先行研究（川上他，2006）によれば自発的に精神医療サ

ービスを受ける者は3割に満たず、また精神病院リソースには地域不均衡があることから、行政システムとしての保健所、精神保健福祉センター、自治体における活動を活性化する必要がある。しかしながら、自治体保健部門では生活習慣病などと比べ、メンタルヘルス対応への意識が醸成されていないと思われ、対応力・ノウハウの向上が求められる。また、近年注目されている発達障害を持つ者への適切な対応など、メンタルヘルス領域以外にも波及する課題もあると思われる。

上記行政相談機関において①相談、初期対応、トリアージ②プライマリケア、専門精神医療、教育、警察などとの地域連携支援③地域住民の啓発等のパブリックメンタルヘルス活動を促進する。そのために保健所・精神保健福祉センターでの相談ならびに普及啓発および自治体によるメンタルヘルス対策の好事例・困難事例の検討、評価トリアージツール開発、病態別（うつ、不安、犯罪被害等のトラウマ、睡眠障害、発達障害）初期対応モジュールの開発と、

ゲノム、バイオマーカーを含めた支援体制改善等その効果検証を行い、エビデンスに基づいた病態ごとの対応モジュールを用いた相談スキルを向上させることが研究計画に盛り込まれた。この政策研究の起動として、一昨年度全国都道府県・市区町村の保健所における精神保健相談の実態調査としてのアンケート調査が実施され（金他、2017）、精神保健相談の割合は高く、有効かつ効率的に相談業務を行うための精神保健の知識習得、精神保健専門家との連携の実現・強化に対する明確なニーズが現場にあり、リソースの地域格差からとくに人口規模5万人未満、5万人以上～20万人未満、20万人以上～50万人未満の自治体、および精神保健に非専従の職員の間はその傾向が強い傾向が反映された。この結果を受け、本政策研究が目標とする現場支援のため、とくに初期対応に焦点を当てた精神保健相談支援ツール（「初期対応モジュール」改め）の作成にむけて、昨年度責任者の立場にある経験豊かな保健師3名に日頃の精神保健相談に関する業務についてヒヤリングを行い、相談事例と支援上の課題を整理した（金他、2018）。精神保健福祉の現場において精神保健相談のニーズは高く、現場の保健師らと関連職員らは限られたリソース内で複雑で困難なケースを多く抱え、長期にわたり追跡しているが、その対処法については統一された明確な指針・尺度・マニュアル等が存在せず、精神保健相談支援ツールへの期待が大きいことが示唆された。この結果を受け、第2回目の調査ではより円滑な精神保健相談支援業務の遂行のため、実際の現場で具体的にどのような支援ツールが必要とされているかを把握することを主眼

とした。本調査によって得られた情報は現場のニーズに則した初期対応支援ツールの作成を可能にし、自治体レベルでの精神保健活動の効率化と円滑な相談実施への政策指針の構築に寄与する。

B. 目的

全国自治体保健所に勤める保健医療福祉専門職を対象に、第一回目調査では過去1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、①精神保健業務への専従の有無、②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、③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と推測した。一方、第二回調査では同様の被験者を対象に精神保健業務への専従の有無、頻繁に扱う精神保健相談内容、困難に感じる精神保健相談内容、支援をする上での課題、精神保健相談支援ツールにのぞむもの、今までに受講した研修ならびに今後受講を希望する研修についてオンライン

アンケート形式を用いて尋ねることにより、全国自治体保健所における精神保健相談支援において具体的に何が必要とされているのかを把握することが可能となると推測した。

保健所における精神保健相談に関する先行研究（守田・山崎, 2001; 張他, 2008; 赤澤他, 2014; 後藤他, 2015）では、精神保健相談について業務担当の有無、実施体制・構造、担当者の職種と人数、主たる相談内容について全国規模の調査が行われ、川上他（2006）はこころの健康について市民の受診・相談行動の実態を調査、末田（2011）は全国 54 か所の精神衛生相談所の組織形態と活動内容を調査した。しかし、いずれの研究においても保健所職員自身の視点を通しての精神保健相談の現状についての調査が含まれていない。飯島ら（2016）は市町村保健師が精神保健業務を行う上での困難を示唆したが、具体的にどのような支援が精神保健業務に必要とされているのかは保健師に尋ねていない。精神保健相談を第一線で担う職員の支援ニーズを把握するデータを得ることで、円滑な精神保健相談支援ツールの具体化とその作成、普及に関する研修の立案と実施に貢献すると考えた。

C-I. 方法（第1回調査）

(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（①精神保健業務への専従の有無、②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、③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ずることがあるか、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事柄で、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。

C-II. 方法（第 2 回調査）

1. 研究デザイン

本研究はアンケート調査を用いた横断的研究である。

2. 対象

1) 選択基準

- ・ 保健所に勤める保健医療福祉専門職（有資格者）であること

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

2) 除外基準

- ・ 上記 2 点の基準を満たしていないもの

3. 評価方法

- ・ 精神保健相談に関する 6 段階リッカーと尺度を使用した 7 項目、人口統計学的属性に関する 9 項目を含む計 18 項目のアンケート調査
- ・ 内容は 3 つに大別され、精神保健相談業務に関する質問項目、精神保健相談支援ツールに関する質問項目、精神保健に関する研修に関する質問項目から成る
- ・ 精神保健相談業務に関する項目には、①相談者本人の問題として相談されるもの、②相談者の家族、友人などの問題として相談されるもの、③相談者が自分では訴えなくても支援者（精神保健相談職員）から見て疑われる精神的問題、④精神的相談とあわせて受ける別の相談、⑤精神的相談の背後にある問題、⑥精神保健相談業務を実施するうえでの困難を含む
- ・ 精神保健相談支援ツールに関する項目には、①のぞましい支援ツールの特性・性質、②アセスメント機能、③相談対応の支援機能、④診断と初期対応に関する支援ツールの使用結果の共有方法、⑤支援ツールのこのましい形態を含む
- ・ 精神保健に関する研修に関する項目には、①今までに受講した精神保健業務に関する研修、②今後受講を希望する精神保健相談業務に関する研修、③今後受講を希望する

研修ののぞましい受講期間、④希望する研修の形態を含む

4. 実施方法

- ・ アンケートソフトウェア SurveyMonkey を使用しインターネット上で実施した
- ・ 保健所等の勤務先は名称、所在地で個人情報特定できないよう、自治体規模（回答者の勤務先所轄地域合計人口規模）で分類をする（総務省[2009]の定める地方公共団体の区分基準を使用）
- ・ 各保健所・市区町村保健担当部局健康相談課の責任者の了承を得たうえで、該当保健所・市区町村保健担当部局健康相談課に勤務する保健医療福祉専門職員にインターネット上にあるアンケートアクセスのために必要な URL 情報を保健所・市区町村保健担当部局健康相談課責任者を通じて配布した
- ・ 参加者は匿名にてアンケートに答えることにより、個人情報の漏洩を防止する
- ・ 倫理面への配慮については、本研究はインターネット上で SurveyMonkey を使用し、本人の自由意思によるアンケート調査であること（アンケートの回答をもって研究参加の同意の意志表示とみなす）、また、回答内容が日々の業務に関するもので個人の私的な経験等に立ち入ることがないことから、侵襲の可能性はほとんどないと考える

5. 調査依頼方法

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

6. 調査期間

平成 30 年 1 月 8 日より 2 月末日まで。

D-I. 結果（第 1 回調査）

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¹。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²。

(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

¹ 集計対象に無回答を含み比率計算を行った

² 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る

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(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)。

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

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%)、次いで「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 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、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も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常にできていない」、「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」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ずることがありますか』(回答選択肢：5 常に感ずる、4、3、2、1、0 ない)については、「5 常に感ずる」(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 常に感ずる」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 常に感ずる」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では（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%）体の 47.37% を占め、「2」（0.00%）、「1」（10.53%）が最も多く、次いで「5 万人以上」（38.24%）、「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。「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」さらに、精神保健に「専従」・「非専従」の勤務先-「市町村」、「市町村保健センター」、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」（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ていたとの回答が 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」(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ターと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ったり、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。

D-II. 結果 (第2回調査)

オンライン上で集積されたアンケート回答データ (n=553) をアウトプットし、基本集計を行った。加えて、前回の実態調査

結果より「精神保健に専従/非専従」、「勤務先所轄地域合計人口規模別」の2因子が結果を理解するうえで重要であることが示唆されたことから、これらの因子に基づき階層別集計を行った。

1. 回答者の基本属性

回答者の基本属性に関する結果を図Q1~9に示した。回答は全国の都道府県保健所、特別区保健所、政令市保健所、中核市・保健所設置市保健所、市町村保健センター、市町村、その他の精神保健関連機関(精神保健福祉センターを含む)より得られ、「市町村」(28.93%)の割合が最も多く、次いで「市町村保健センター」(27.49%)、「都道府県保健所」(25.68%)となった。勤務先の所轄地域合計人口規模については回答者の基本属性は「5万人未満」(35.62%)が最も多く、「5~20万人未満」(33.82%)、「20~50万人未満」(15.19%)と続いた。

回答者の基本属性は、女性82.6%、男性16.46%、その他0.18%であり、年代は30代(29.48%)が最も多く、40代(28.21%)、50代(21.52%)と続いた。職種は保健師が80.47%を占め(実数445人、平成29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7,829人となっている³⁾、次に多かった精神保健福祉士(10.13%)と大差を示した。回答者の59.67%が精神保健業務に「非専従」であり、「専従」の39.42%を上回った。所属機関の精神保健福祉業務実施体制は「地区担当制」が37.79%で最も多く、次いで「分割担当制」(35.08%)、「体制なし」(13.20%)と続いた。所属機関の精神保健相談業務担当職員

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る

数では「1~9人」が75.95%を占め、次に「10~19人」が13.56%を占めた。うち常勤保健師数は精神保健業務に専従の回答者で2人(28.48%)が最も多く、次いで1人(20.53%)、3人・4人(ともに12.58%)となった。非専従の回答者ではうち常勤保健師数は1人(26.07%)が最も多く、2人(18.38%)、3人(15.81%)と続き、精神保健相談業務に専従、非専従にかかわらず少人数の職員により精神保健相談業務が実施されていることが示された。また、回答者の専門職経験年数の平均値は16.009、行政経験年数の平均値は14.484、精神保健行政経験年数の平均値は8.434、そして精神保健研修(公的機関による)受講回数の平均値は9.363であった(表1~3)。

2. 精神保健相談内容

精神保健相談内容に関する結果を図Q10-1, 10-2, 10-3, 10-4に示した。なお、下記に示す頻度(%)は「多い」と2区分法により記録されたものである。

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

回答者の勤務先所轄地域合計人口規模別では、「うつ病」は全体、専従、非専従群と

も「20~50万人」で最頻値を示し(全体79.76%、専従86.21%、非専従70.83%)、「不安症」は全体、専従で「100万人以上」(全体61.54%、専従65.63%)、非専従では「20~50万人」で最も高い頻度(66.67%)となった。「成人の発達障害(知的障害を含む)」は全体で「100万人以上」(69.23%)、専従「50~100万人未満」(79.17%)、非専従「20~50万人未満」(75.00%)で最頻値を示し、全体で「20~50万人未満」(66.67%)、専従・非専従ともに「100万人以上」(専従71.88%、非専従57.14%)がそれに続いた。

②相談者の家族、友人などの問題として相談されるもの(質問項目10-2)についても、「うつ病」は全体(71.43%)、専従(77.59%)、非専従群(71.43%)ともに最頻値を示した。加えて、家族、友人などの問題では「アルコール/薬物乱用・依存」が専従(68.81%)で最頻値、全体で2位(55.33%)、非専従で3位(46.36%)の高頻度となった。また、「認知症(物忘れ等)」(非専従2位47.88%)、「成人の発達障害(知的障害を含む)」(全体3位52.80%)、「ひきこもり」(専従3位66.97%)も高い頻度を示した。

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

では「20~50万人未満」(70.24%)、専従では「100万人以上」(71.88%)、非専従では「5万人未満」(46.95%)が第2位の最頻値となった。

③相談者が自分では訴えなくても支援者(精神保健相談職員)からみて疑われる精神的問題(質問項目10-3)に関しても、「成人の発達障害(知的障害を含む)」、「うつ病」は全体、専従、非専従3群間で最頻値あるいはそれに次ぐ頻度を示した。「成人の発達障害(知的障害を含む)」は全体60.76%、非専従群55.76%で最も多く、専従で第2位の最頻値68.35%を示し、「うつ病」は専従で最頻値83.71%となり、全体、非専従群で第2位の最頻値となった(全体55.88%、非専従53.33%)。次いで、「アルコール/薬物乱用・依存」は全体(50.82%)、専従群(56.88%)で3位の高頻度となり、非専従でも第3位の「児童・思春期の発達障害(知的障害を含む)」(47.58%)に次いで僅差で第4位(47.27%)の高頻値を示した。

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

頻値となった(全体66.67%、専従68.75%、非専従57.14%)。「児童・思春期の発達障害(知的障害を含む)」は全体、専従、非専従群ともに「5万人未満」が最も高く(全体55.33%、専従58.06%、非専従54.88%)、「50~100万人未満」(全体52.27%、専従50.00%、非専従52.63%)、「100万人以上」(全体41.03%、専従40.63%、非専従42.86%)と続いた。

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

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

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

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

勤務先所轄合計人口規模別では、「経済的困難」は全体(84.52%)、専従群(87.93%)とともに「20~50万人未満」、非専従では

「100万人以上」で最頻値(100%)を示した。次いで、全体では「100万人以上」(82.05%)、専従では「5万人未満」(87.10%)、非専従では「50~100万人未満」(89.47%)と続いた。「対人関係の問題-家庭」では全体、非専従群に共通して「100万人以上」が最も高く(全体 89.74%、非専従 100%)、専従では「20~50万人未満」が最頻値(91.38%)を示した。「身体・健康の問題」では全体で「20~50万人」(80.95%)、専従で「5万人未満」(87.10%)、非専従で「100万人以上」(100%)が最も高い頻度となった。

①相談者本人の問題として相談されるもの、②相談者の家族、友人などの問題として相談されるもの、③相談者が自分では訴えなくても支援者からみて疑われる問題について全体、専従、非専従群に共通して頻度が低いものと数えられた「PTSD・トラウマ」は先には3.94%から13.30%の値で推移したが、この⑤「精神的相談の背後にある問題」の選択肢の1つである「トラウマ的出来事(虐待、DV、性被害、犯罪被害、災害、事故等)は42.20%(専従)、38.52%(全体)、35.45%(非専従)と、先の数値と比較して大幅に高い頻度を示し、勤務先所轄地域合計人口規模「100万人以上」で全体、専従、非専従群ともに最頻値となった。

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

回答者全体、専従、非専従群ともに「相談者の経済的困難」が最も多く(全体 67.63%、専従 65.14%、非専従 69.09%)、次いで「相談者の社会的支援リソースの限界(家族、

親戚、友人等がない」となった（全体 64.92%、専従 61.93%、非専従 66.67%）。続いて、全体、非専従群で「相談者が自分自身の改善すべき問題を認めようとしな
い」、「相談者の発達上の課題（ADHD、アスペルガー、IQ等を把握しにくい）」が3位、4位の最頻値となり、専従群でもこれらの2要因の順位の反転は僅差でみられたものの（「相談者の発達上の課題（ADHD、アスペルガー、IQ等を把握しにくい）」63.33%、「相談者が自分の改善すべき問題を認めようとしな
い」57.88%）、上位1、2位に続く高い頻度を示した。

勤務先所轄合計人口規模別では、「相談者の経済的困難」は全体、専従群ともに「5万人未満」で最頻値となり（全体 70.56%、専従 74.19%）、次いで「20~50万人未満」となった（全体 70.24%、専従 74.14%）。非専従では「50~100万人未満」が最も高く（73.68%）、「5万人未満」（69.51%）が続いた。「相談者の社会的支援リソースの限界（家族、親戚、友人等がない）」は全体、専従群に共通して「20~50万人未満」で最も高く（全体 67.86%、専従 70.69%）、次いで「5万人未満」（全体 66.50%、専従 67.74%）となった。非専従では「100万人以上」が最頻値を示し（71.43%）、「5~20万人未満」（68.70%）、僅差で「5万人未満」（65.85%）が続いた。「相談者が自分自身の改善すべき問題を認めようとしな
い」は「5~20万人未満」、「20~50万人未満」で全体、専従、非専従群ともに上位1、2位の頻度を占めた。全体、非専従群ともに「5~20万人未満」が最頻値となり（専従 65.78%、非専従 67.83%）、「20~50万人未満」が続いた（専従 63.10%、非専従 62.50%）。非専従では

「5~20万人未満」が最も高く（67.83%）、次いで「20~50万人未満」（62.50%）となった。

一方、⑦精神保健相談業務を実施するうえでの困難（質問項目11）での相談を受ける側（支援者/精神保健相談職員）に関する要因に関する結果（図Q11を参照）は、「職場での必要なマンパワー、リソースの不足」が全体（64.01%）、専従（61.93%）、非専従群（65.45%）に共通して最も多く、「自分自身に、精神的問題についての支援をするための十分な知識、経験がない」が続いた（全体 55.15%、専従 47.25%、非専従 60.30%）。「精神的問題について支援をするための、研修、助言の機会が不足している」が次いで全体（44.67%）、非専従群（49.70%）で高く、一方、専従群では「精神的問題について、相談者をつなぐための関連機関との連携が不足している」（38.53%）が第3位の最頻値を示した。しかし、「精神的問題についての支援をするための、研修、助言の機会が不足している」は専従群でも僅差でそれに次ぐ結果（36.70%）となった。

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

満」(55.17%)、非専従で「100万人以上」(71.43%)で最も高い頻度を示した。

3. 精神保健相談支援ツール

①精神保健相談支援ツール(質問項目12)に関する結果を図Q12に示した。

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

全15の質問への回答結果を各群別にみると、「相談員の共通理解を促す、統一化された支援ツールである」が全体86.08%、専従86.24%ともに最も多く、非専従では「精神疾患の診断にとらわれず、支援を必要とする症状や困難のとりこぼしを防ぐ」が「相談員の経験度にかかわらず、相談者の状況・状態の『見立て』に使える」と同率(86.67%)で最頻値となった。「相談員の経験度にかかわらず、相談者の状況・状態の『見立て』に使える」は次いで、全体、専従群に共通して最も多く(全体85.90%、専従85.32%)、非専従では「相談員の共通理解を促す、統一化された支援ツールである」が続いた。加えて、専従では「同じ相談機関内で複数の相談者が使用結果を共有し、連携機関での相互理解・連携の強化につながる」、「支援に当たる地域の多職種専門家での使用結果を共有し、地域でのサポートについて検討する際の資料とする」が第2位の最頻値として同率を示した。また、全体では「精神疾患の診断にとらわれず、支援を必要とする症状や困難のとりこぼしを防ぐ」と「同じ機関内で複数の相談者が使用結果を共有し、連携機関での相互理解・

連携の強化につながる」は同率85.71%を示し、僅差で第3位の最頻値となった。

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

勤務先所轄地域合計人口規模別では、「相談員の共通理解を促す、統一化された支援ツールである」は全体で「100万人以上」(87.18%)、専従で「5万人未満」(90.32%)、非専従で「50~100万人未満」(100%)が最も多く、次に全体・専従群で「20~50万人未満」(全体、非専従)、非専従は「5~20万人未満」(86.96%)となった。「精神疾患の診断にとらわれず、支援を必要とする症状や困難のとりこぼしを防ぐ」は全体・専従群とも「20~50万人未満」が最頻値となり(全体86.90%、専従91.38%)、「5万人未満」(全体86.80%、専従90.32%)、「5~20万人未満」(全体85.56%、専従84.51%)と続いた。非専従では「50~100万人未満」(100%)が最も多く、次いで「5~20万人未満」(86.96%)、「5万人未満」(85.98%)となった。「相談員の経験どにかかわらず、相談者の状況・状態の『見立て』に使える」については、全体・専従群ともに「20~50万人未満」(全体88.10%、専従91.38%)、

非専従では「50~100 万人未満」で最頻値（100%）を示した。次いで、全体は「50~100 万人未満」（86.36%）、「5~20 万人未満」（86.10%）、専従は「5 万人未満」（90.32%）、「5~20 万人未満」（84.51%）、非専従は「5~20 万人未満」（87.83%）、「100 万人以上」（85.71%）となった。

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

全体、専従、非専従群で「紙媒体」、「オンライン上でアクセスできる」、「パソコンからだけでなく、携帯・タブレットからもアクセスできる」が上位 3 位を占めた。全体、非専従群とも「紙媒体」が最も多く（全体 61.12%、非専従 60.61%）、「オンライン上でアクセスできる」（全体 60.04%、非専従 57.88%）、「パソコンからだけでなく、携帯・タブレットからもアクセスできる」（全体 40.87%、非専従 40.00%）と続いた。一方、専従では「オンライン上でアクセスできる」が最頻値を示し（62.39%）、続いて僅差で「紙媒体」（61.12%）、「パソコンからだけでなく、携帯・タブレットからもアクセスできる」（42.20%）となった。

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

上でアクセスできる」が「20~50 万人未満」（45.83%）、「50~100 万人未満」（63.16%）、「100 万人以上」（57.14%）で最も多かった。一方、専従では「オンライン上でアクセスできる」が「5 万人未満」（67.74%）、「5~20 万人未満」（63.38%）、「100 万人以上」（65.63%）で最も多く、「紙媒体」で最頻値を示したのは「20~50 万人未満」（63.79%）、「50~100 万人未満」（58.33%）であった。

4. 精神保健に関する研修

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

①今までに受講した精神保健業務に関する研修について、全体、専従、非専従群共に「特定の疾病・障害に関する研修」が最も多く（全体 66.0%、専従 69.27%、非専従 63.64%）、「カウンセリングスキル・傾聴等に関する研修」（全体 57.69%、専従 54.59%、非専従 59.39%）、「連携に関する研修」（全体 41.23%、専従 45.87%、非専従 37.88%）と続いた。一方、②今後受講を希望する精神保健業務に関する研修では、全体、専従、非専従群に共通し「スクリーニング・アセスメントに関する研修」が最頻値を示し（全体 53.89%、専従 57.80%、非専従 51.21%）、次いで「カウンセリングスキル・傾聴等に関する研修」（全体 49.55%、専従 51.38%、非専従 47.88%）、「心理社会的支援に関する研修」（全体 45.75%、専従 50.46%、非専従 41.82%）となった。

勤務先所属人口規模別にみると、今後受講希望する研修について、専従の「20~50 万人未満」で「スクリーニング・アセスメントに関する研修」の受講希望が最も高く（70.83%）、「カウンセリングスキル・傾聴

等に関する研修」では非専従の「50~100万人未満」(57.89%)、「心理社会的支援に関する研修」では専従の「5万人未満」(58.06%)がそれぞれ最頻値を示した。

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

勤務先所轄地域合計人口規模別では全体では「5万人未満」46.70%、「20~50万人未満」46.43%、「50~100万人未満」36.36%、「100万人以上」51.28%で「1日」の研修が最頻値となり、「5~20万人未満」のみで「半日」の研修の希望が最も多かった(40.64%)。「1日」の研修ですべての群、人口規模別において専従の「5万人未満」が58.06%で最も高い頻度を示し、次いで専従の「100万人以上」56.25%、専従の「20~50万人未満」50.00%となった。また、「半日」の研修は非専従の「50~100万人未満」が47.37%で最も多く、非専従の「5~20万人未満」が46.09%で続いた。

④希望する研修の形態(質問項目17)に関する結果を図Q17に示した。

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

の高い頻度を示した。

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

E. 結論と今後の取り組み

第1回調査の結果より、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と示された。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、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。しかしながら、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た。

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が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た。同様に、効率的かつ円滑な精神保健相談業務を行うため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調査により示唆された。

第2回調査の結果では、全国の自治体によって実施されている精神保健相談内容とそれを取り巻く状況は複雑であることが改めて示された。相談者本人より、相談者の家族・友人のものとして相談される、また相談者は訴えなくとも相談職員からみて疑われる主な問題としてと示された（回答者全体、専従、非専従群に共通し、また、勤務先所轄地域合計人口規模においても広汎に）うつ病、成人の発達障害（知的障害を含む）、アルコール/薬物依存・乱用はいず

れも治療・寛解・制御への支援、介入が容易でないものである。それに加え、相談者の家族問題、経済的困難、社会的支援リソースの欠如、自分自身の改善すべき問題の否認が専門家へつながる障害をもたらし、支援者側も必要なマンパワー、リソースの不足、十分な支援を可能にするために必要な知識・経験の不足ならびに研修・助言の不足という課題を抱えることが浮き彫りとなった。第1回目のアンケート調査では勤務先所轄地域人口規模別では「5万人未満」、「5万人以上（～20万人未満）」に上記のマンパワー、リソースの不足、研修・助言の不足が顕著であったが、今回の調査では全体、専従群では同様の傾向がみられたものの、非専従群では「100万人以上」で最頻値を示したことから、これらの課題は人口規模の大小にかかわらず広汎に存在することが示唆された。

このような状況下で精神保健相談支援ツールに求められるのは、相談職員の共通理解を促す「統一性」であり、相談職員の経験度にかかわらず相談者の状態・状況の「見立て」を可能にし、精神疾患の診断にとらわれずに支援を必要とする相談者のとりこぼしを防ぐ--支援が求められる相談者の症状、困難を汲み取ることを確実にする機能を有することであることが示された。精神保健相談支援ツールに関するこれらの質問項目をふくむ全15の質問項目でその必要性について高い同意度（範囲75.69%～86.67%）を得られたことは、保健師へのヒヤリング結果に基づいて作成された質問項目の妥当性が示唆されるとともに、上記の上位3要因だけでなく、精神保健相談支援ツール作成のうえで他すべての要因が考慮

される必要がある。

本政策研究は平成 30 年度に最終年度を迎え、厚生労働省行政推進調査事業費補助金を交付された研究としては終了するが、これらの調査結果をもとに「精神保健相談支援ツール」を具体化、作成し、全国自治体における精神保健相談に携わる保健師をはじめとする精神保健相談に従事する職員/支援者を対象に普及していくことを目標とする。本年度 2 月に本政策研究の一環として精神保健相談従事者を対象に「地域精神保健相談研修」が実施され（別途平成 30 年度分担研究報告書参照のこと）、精神保健相談支援のためのツールのプロトタイプとしてうつ・不安、睡眠障害、トラウマ対応、発達障害の 4 分野についてそれぞれ①ガイドライン、②マニュアル、③手元資料の 3 点が作成・配布され（呼吸筋ストレッチ体操についてのマニュアル、説明資料も含む）た。研修中・研修後に受講者より寄せられたフィードバックをもとに改訂され、国立精神・神経医療研究センターのウェブページ「保健師こころの相談支援」掲載された（<https://www.ncnp.go.jp/nimbh/behavior/phn/index.html>）。情報を一般公開することで、精神保健相談に係わる専門職、相談職員、そのほか心理社会支援に携わる支援者に広く活用され、また、フィードバックを受けることが期待される。

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

のフォローアップの一環として継続的に受講者のフィードバックに真摯に耳を傾けることで「精神保健相談支援ツール」の改善を続け、汎用性の高い完成形にすることをめざす。また、研修という形態に加えた適切な支援ツールの普及方法を模索し、リソースの許す可能な範囲で効果的な精神保健相談支援ツールの普及に努める（このプロセスについてはエビデンスに基づいた implementation science research～実装研究～の形態に沿うこととする[WHO, 2016]）。これらの試みにより、地域精神保健相談についての効果的かつ適切な政策指針の構築への貢献が可能となると推測される。

F. 謝辞

本研究のアンケート調査を実施するにあたり、ご協力いただいた全国保健所長会、全国保健所所属の健康相談担当の皆様、関連部署の責任者の皆様、そして「精神保健相談支援ツール」へのニーズに焦点をあてた第 2 回目のアンケート調査質問項目作成のための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。

G. 研究発表

該当なし。

H. 知的財産の出願・登録状況

1. 特許取得

該当せず。

2. 実用新案登録

該当せず。

3. その他

該当せず。

引用文献

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

(2) 飯島清美子・山口 忍・渡辺尚子・綾部明江 (2016)「市町村保健師が精神保健分野の個別対応で抱える困難」『日本公衆衛生看護学会誌』, 5, (2), 144-153.

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

(4) 金吉晴・山之内芳雄・三島和夫・神尾陽子・島津恵子・篠崎康子 (2018)「全国市町村保健所における精神保健相談の実態調査」分担研究報告書.

(5) 金吉治・山之内芳雄・三島和夫・神尾陽子・古野民子・高橋明子・相楽和枝・島津恵子「全国地域における精神保健相談の実態調査に関する研究」分担研究報告書.

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

(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkou_nippon21.html) (2019 年 5 月 7 日現在)

(7) 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)

(8) 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

(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/16/dl/gaikyo.pdf>) (2019 年 5 月 7 日現在)

(9) 厚生労働省健康局健康課地域保健室 (2018)「設置主体別保健所数」2018 年 4 月 1 日発表

(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkou_nippon21.html) (2019 年 5 月 7 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) 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)

(13) 総務省統計局 (2018)「市区町村数」総務省統計局ホームページ

(<https://www.e-stat.go.jp/municipalities/number-of-municipalities>) (2019 年 5 月 7 日現在)

(14) 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

での全国調査」『北里大学』, 38, 1-9.

(15) 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.

(16) WHO. (2016). A guide to implementation research in the prevention and control of noncommunicable diseases. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252626/9789241511803-eng.pdf>

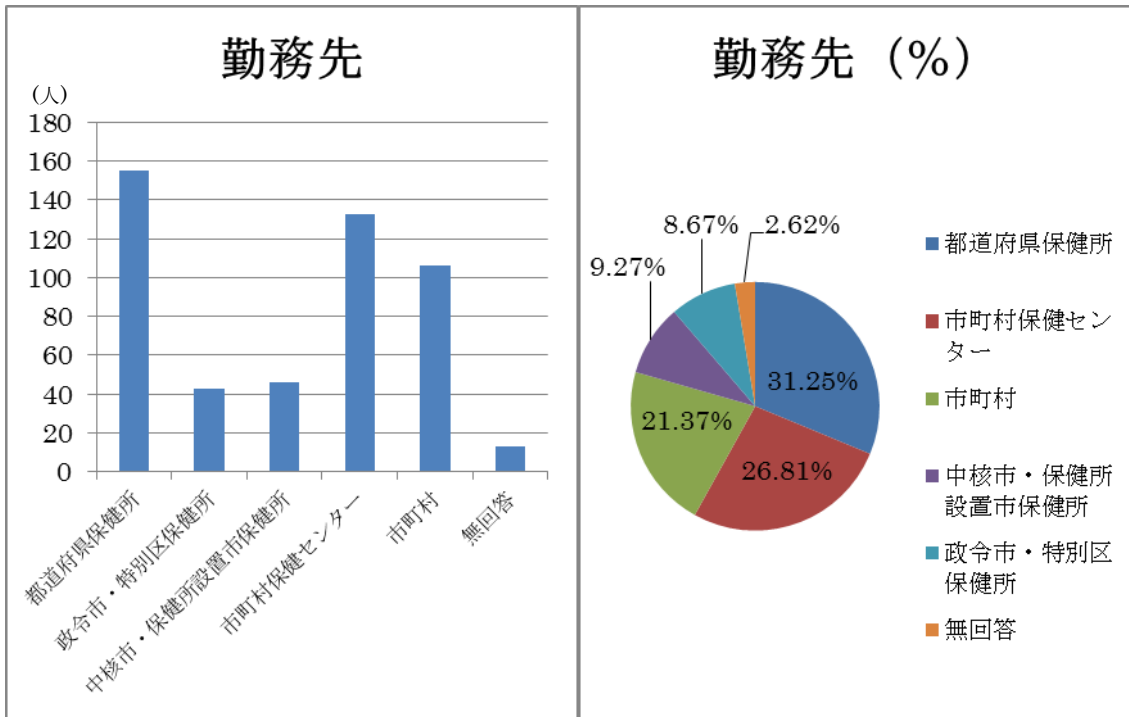


図 1. 回答者の属性分布：勤務先 (n=496)
(実数)

図 2. 回答者の属性分布：勤務先 (n=496)
(割合)

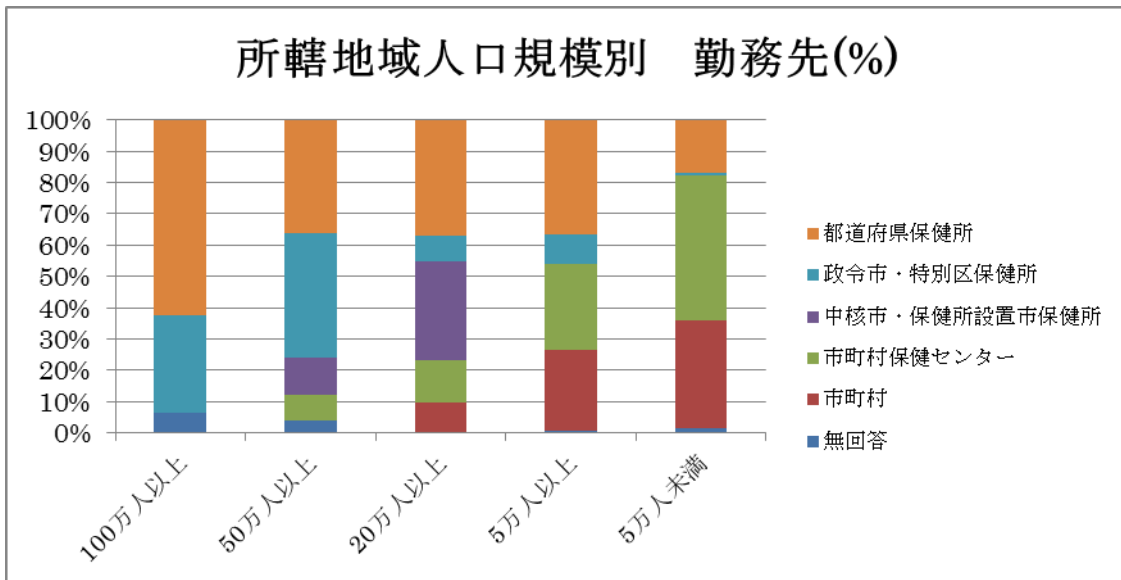


図 3. 回答者の属性分布：所轄地域人口規模別 勤務先 (n=496)

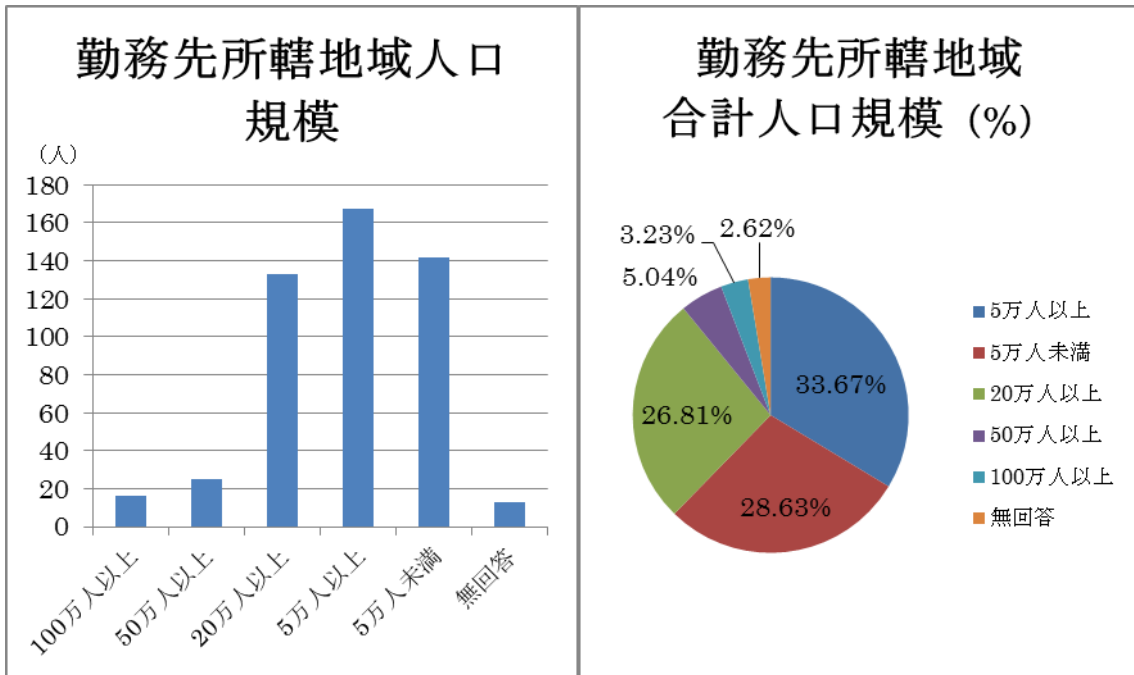


図 4. 回答者の属性分布：勤務先所轄地域人口規模 (n=496) (実数)

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)

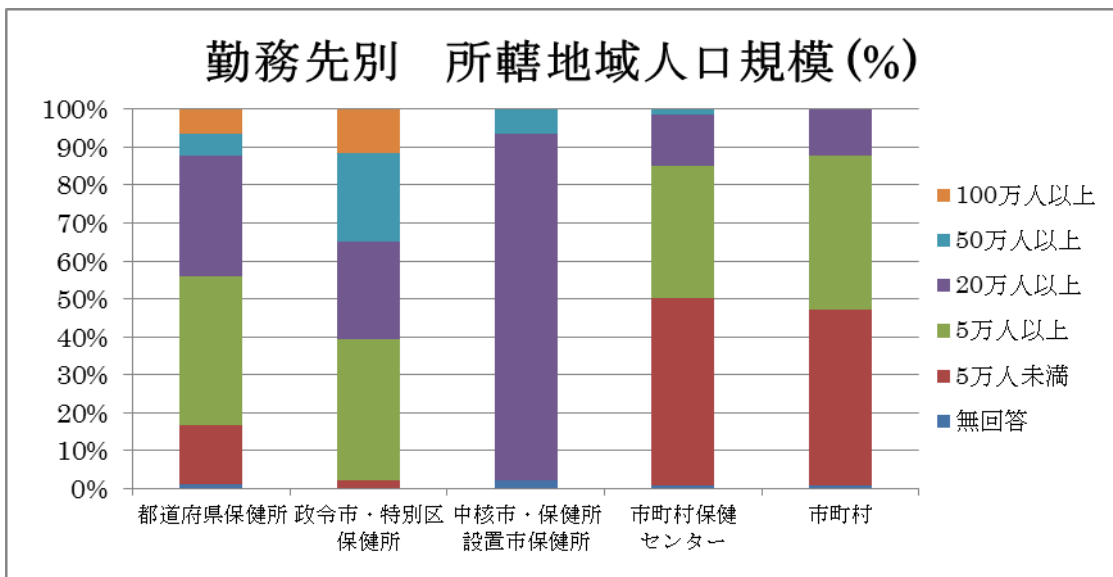


図 6. 回答者の属性分布：勤務先別比較 勤務先所轄地域人口規模 (割合) (n=496)

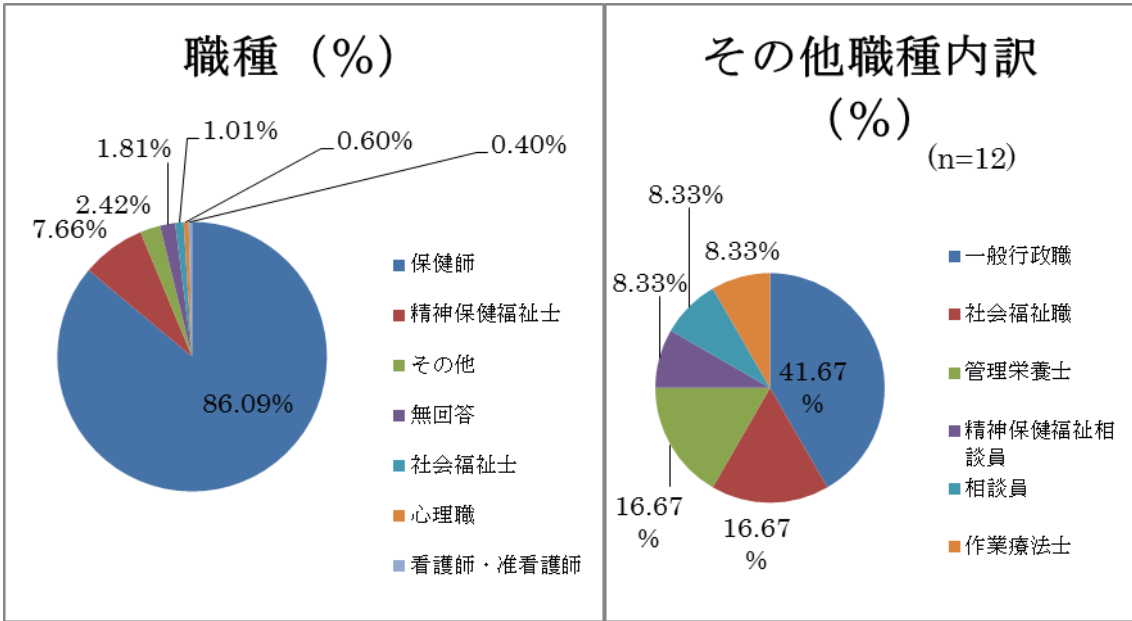


図 7. 回答者の属性分布：職種（割合）(n=496) 図 8. その他職種の内訳（n=12）

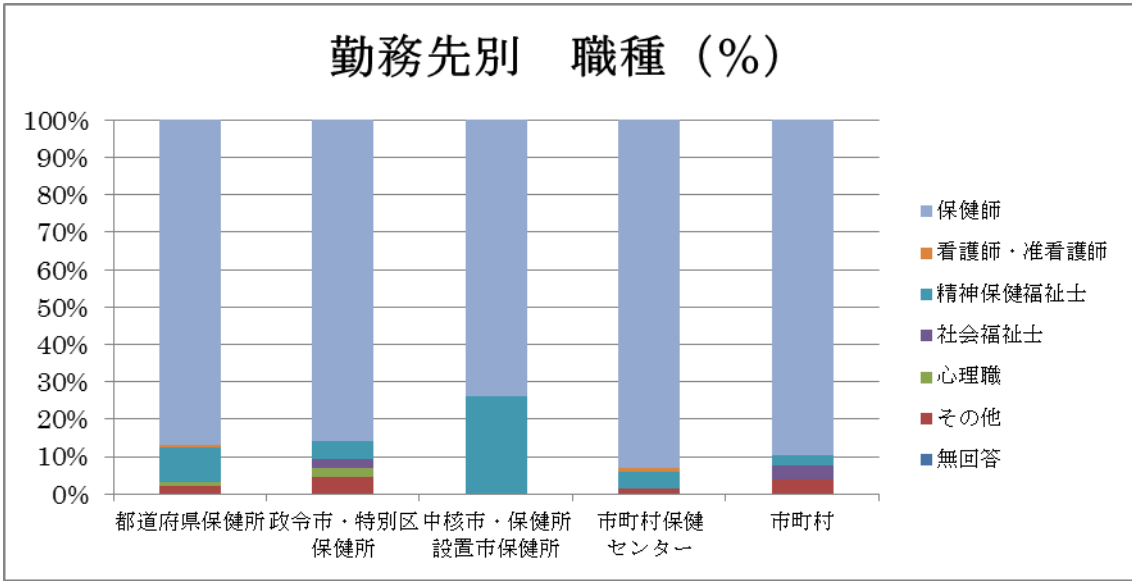


図 9. 回答者の属性分布：勤務先別比較 職種（割合）(n=496)

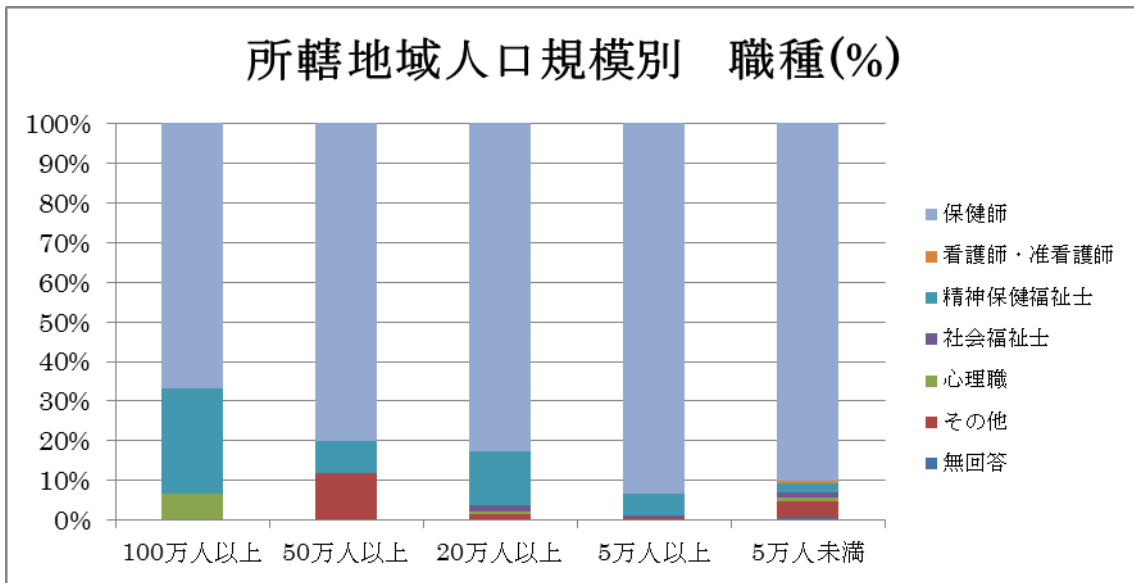


図 10. 回答者の属性分布：所轄地域人口規模別比較 職種 (割合) (n=496)

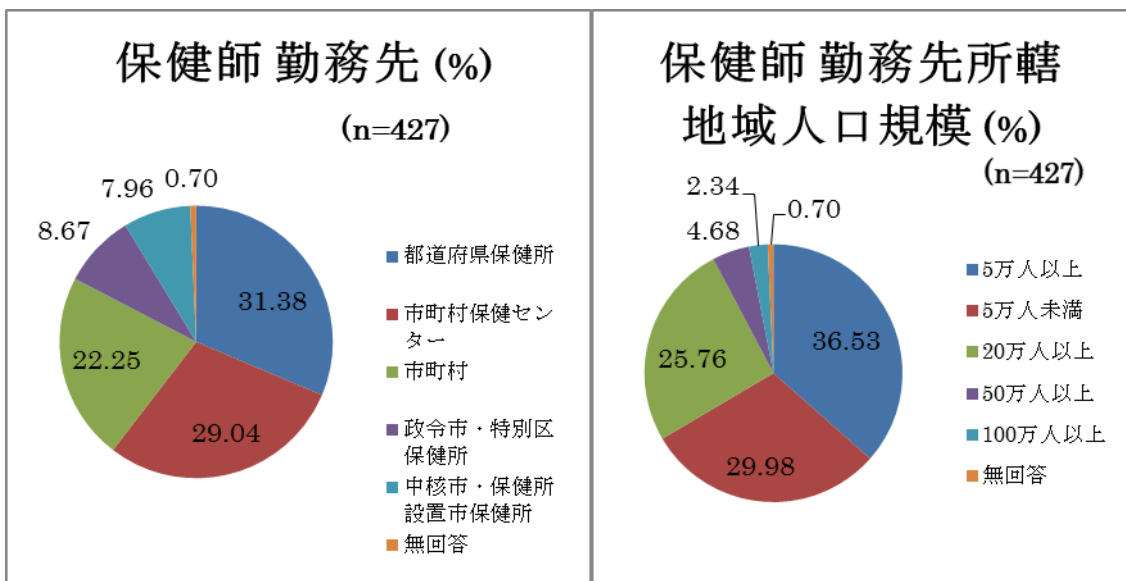


図 11. 回答者の属性分布：保健師 勤務先 (割合) (n=427)

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)

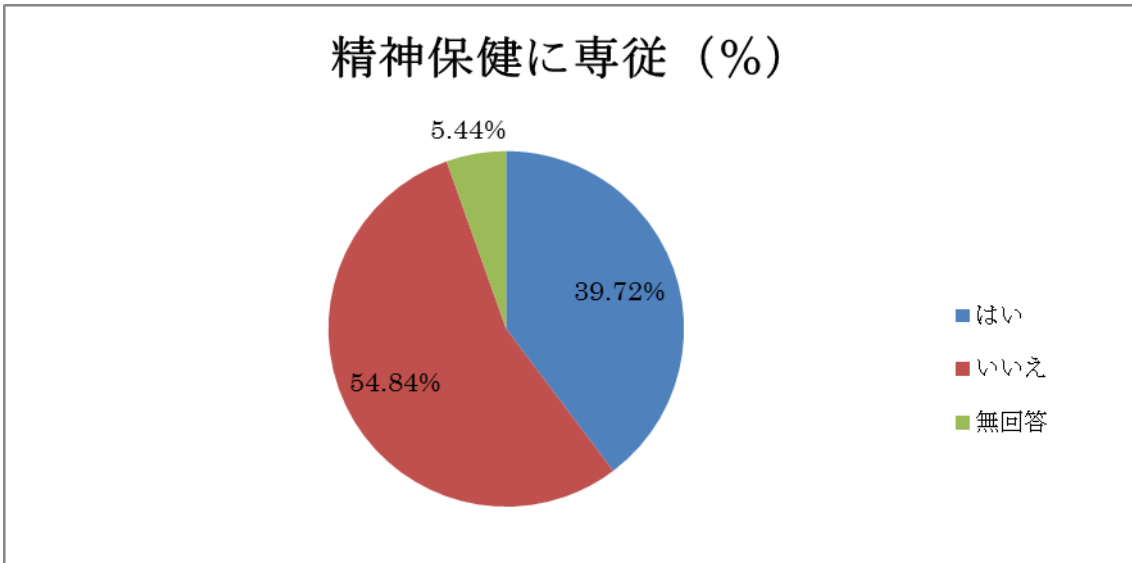


図 13. 回答者の属性分布：精神保健に専従（n=496）

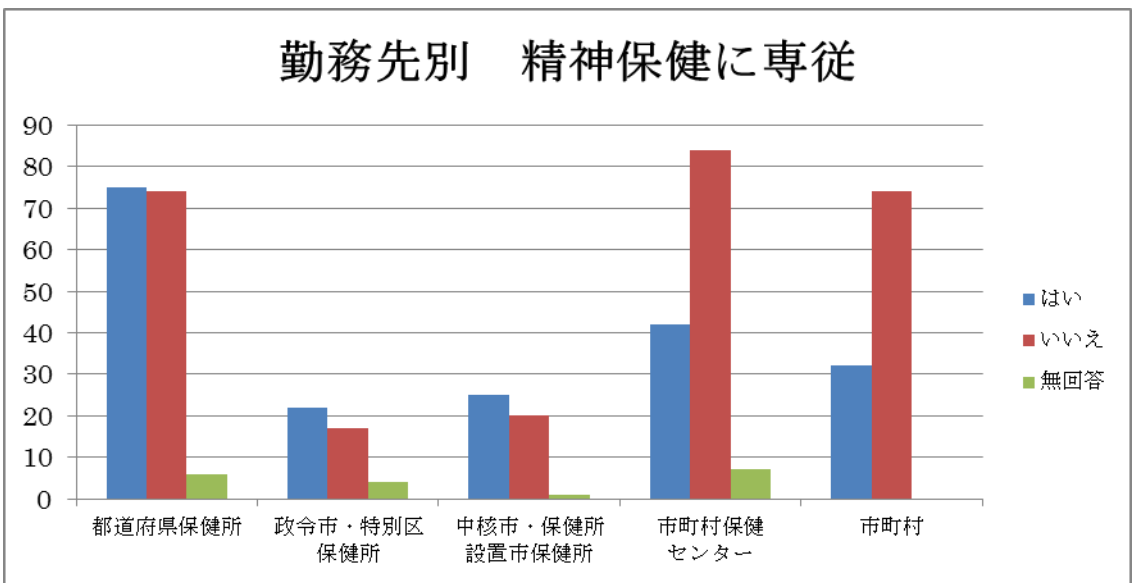


図 14. 回答者の属性分布：勤務先別比較 精神保健に専従（実数）（n=496）

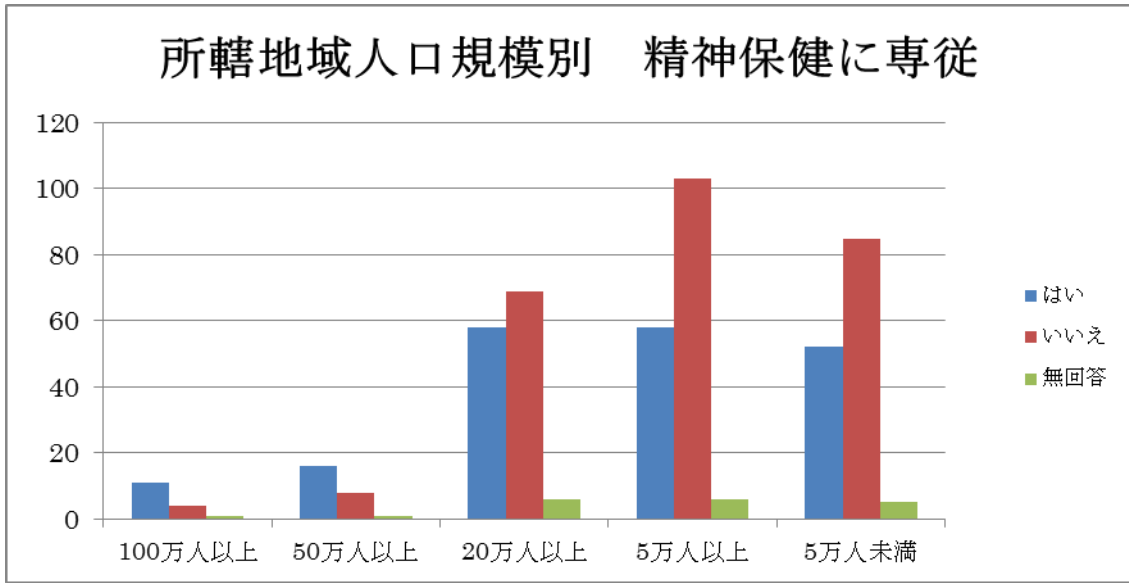


図 15. 回答者の属性分布：勤務先別比較 精神保健に非専従（実数）（n=496）

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

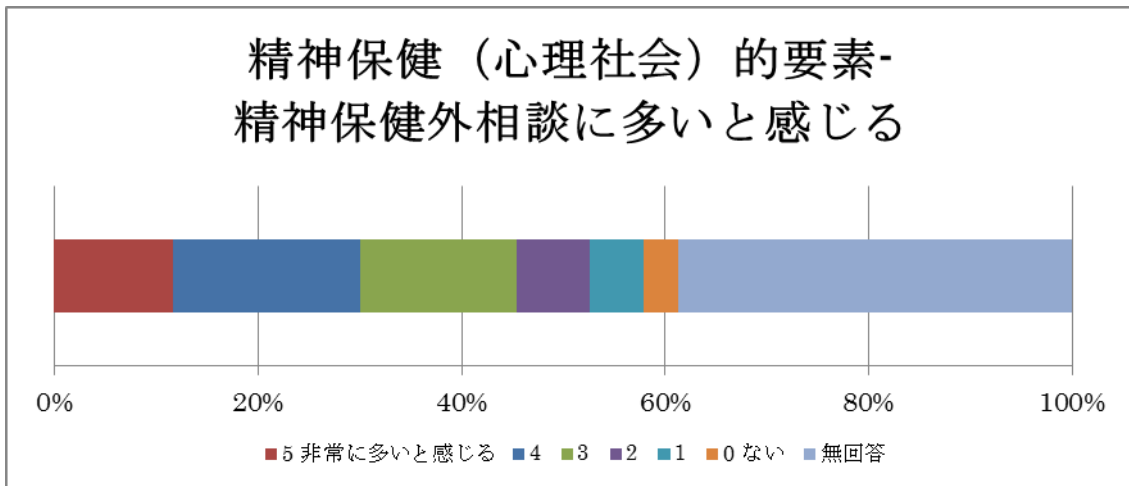


図 15-1. 設問：精神保健外相談における精神保健（心理社会）的要素（n=496）

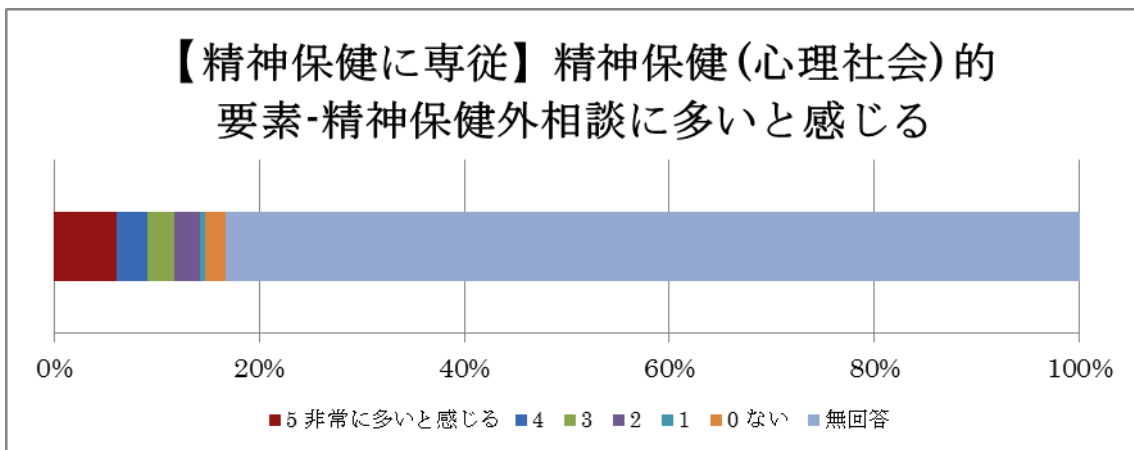


図 15-2. 【精神保健に専従】設問：精神保健外相談における精神保健（心理社会）的要素（n=197）

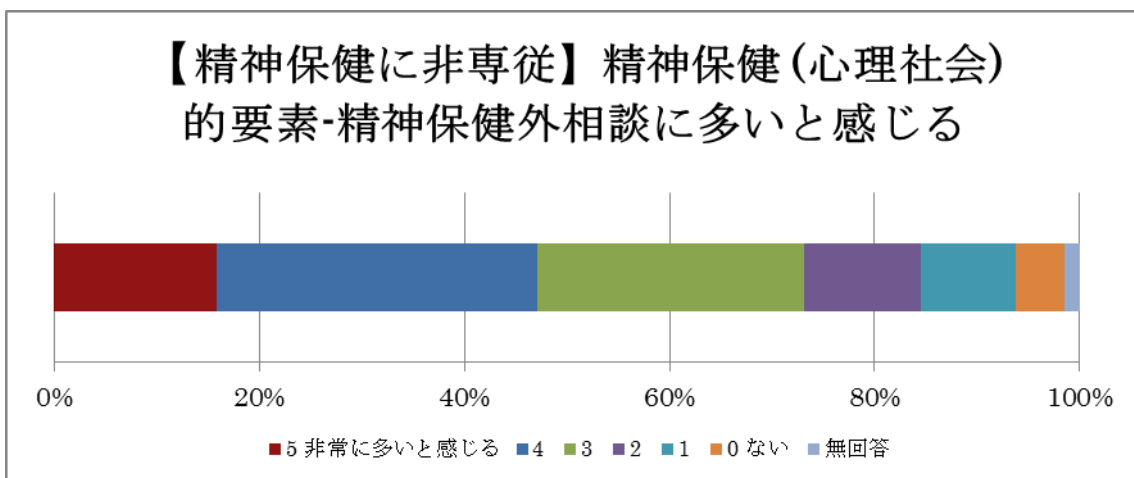


図 15-3. 【精神保健に非専従】設問：精神保健外相談における精神保健(心理社会)的要素（n=272）

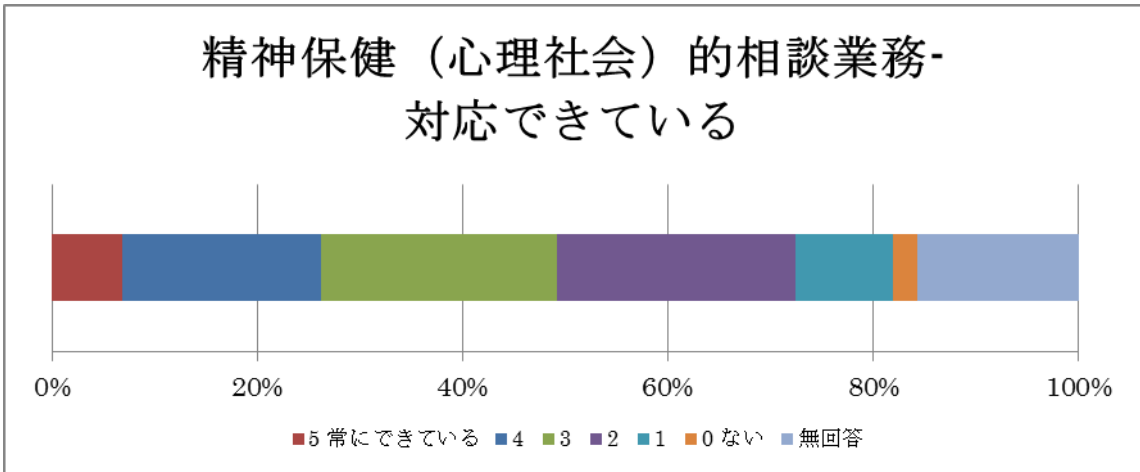


図 16-1. 設問：精神保健（心理社会）的相談業務への対応（n=496）

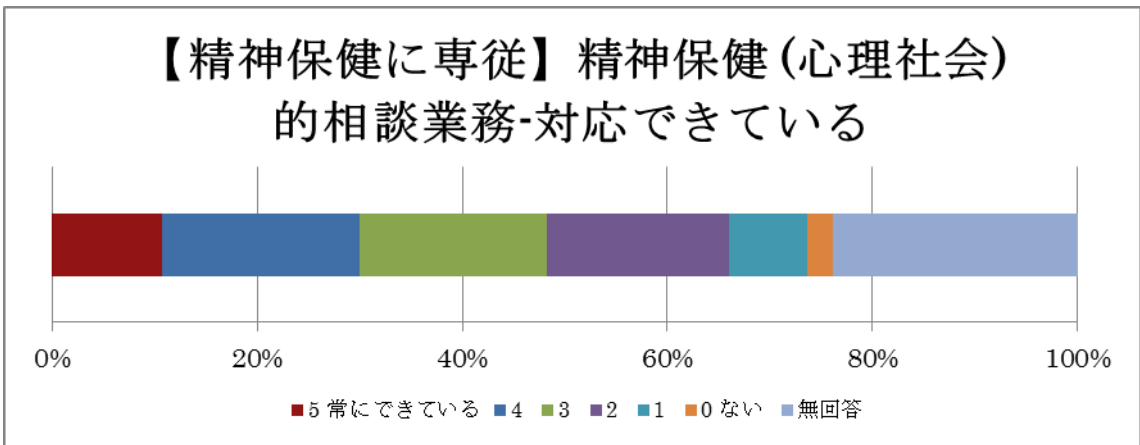


図 16-2. 【精神保健に専従】設問：精神保健（心理社会）的相談業務への対応（n=197）

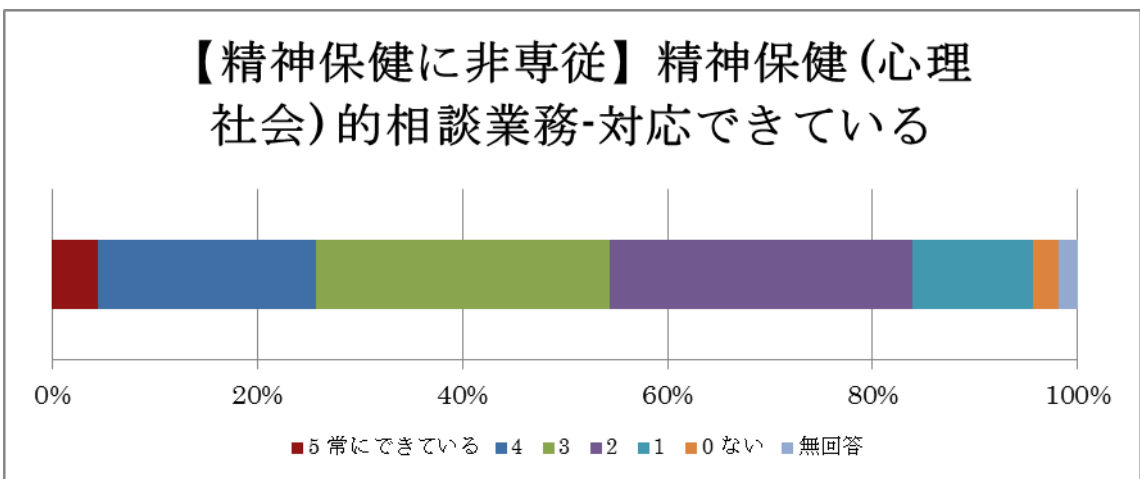


図 16-3. 【精神保健に非専従】設問：精神保健（心理社会）的相談業務への対応（n=272）

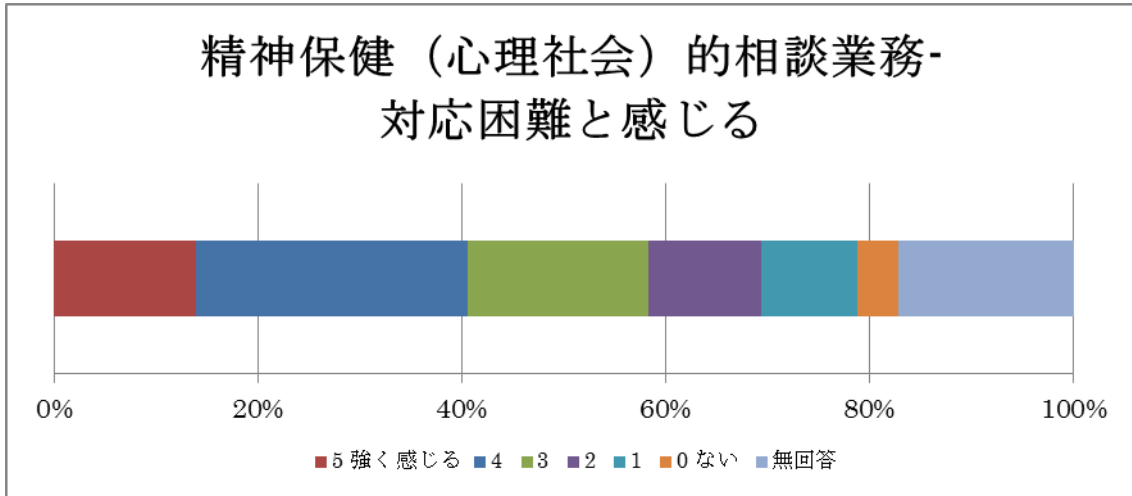


図 17-1. 設問：精神保健（心理社会）的相談業務への対応困難度（n=496）

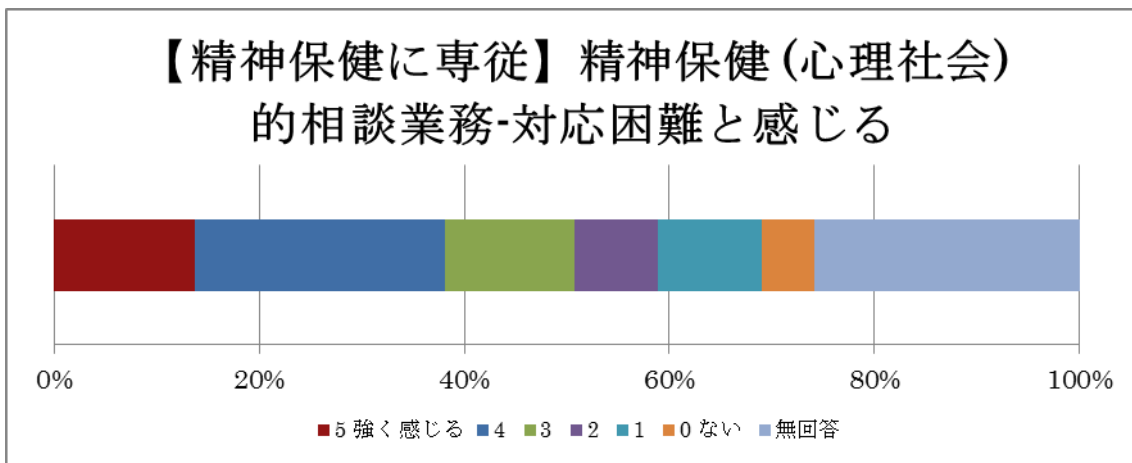


図 17-2. 設問：【精神保健に専従】精神保健（心理社会）的相談業務への対応困難度（n=197）

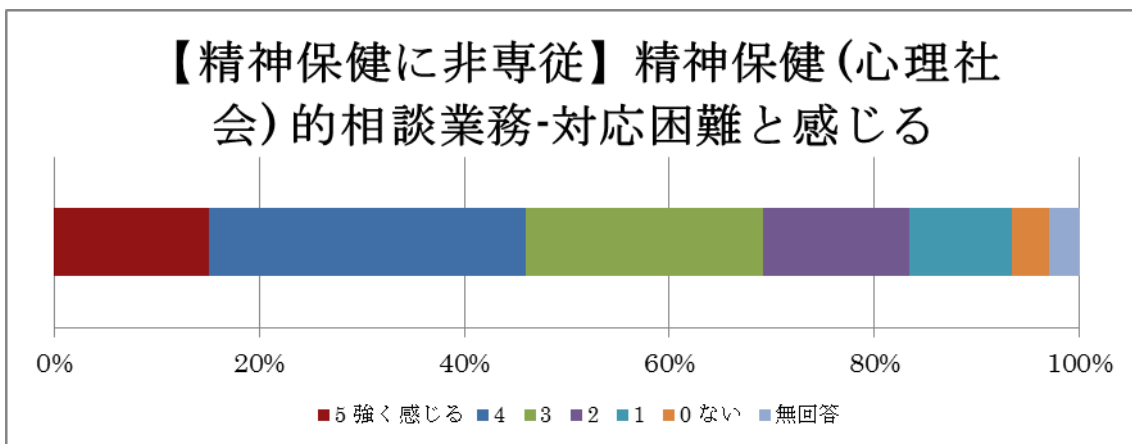


図 17-3. 設問：【精神保健に非専従】精神保健（心理社会）的相談業務への対応困難度（n=272）

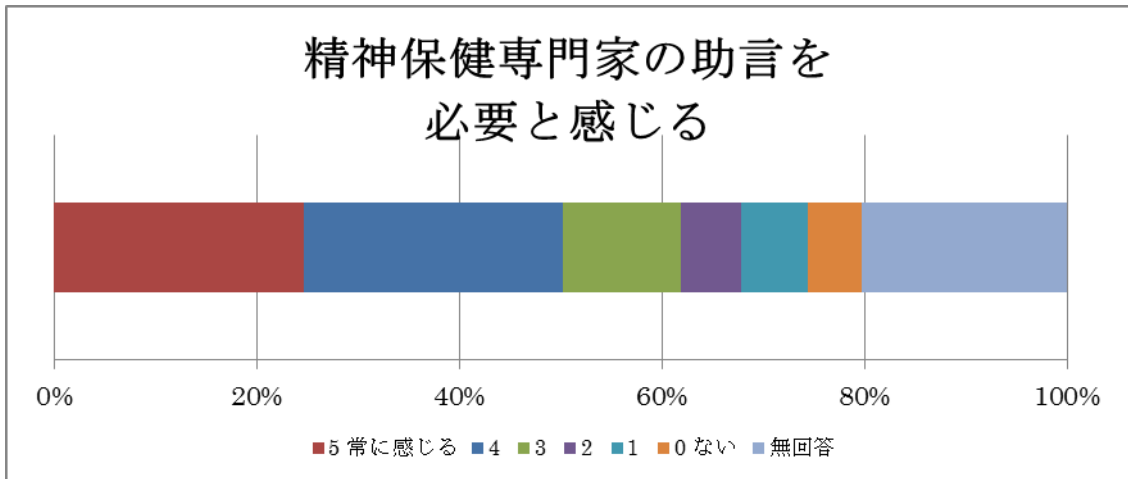


図 18-1. 設問：精神保健専門家の助言の必要性について (n=496)

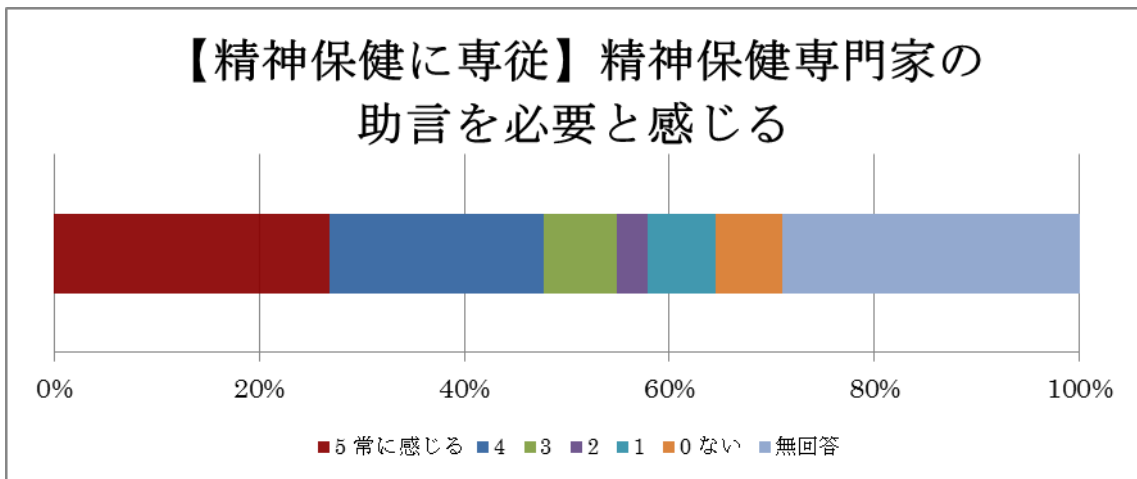


図 18-2. 【精神保健に専従】設問：精神保健専門家の助言の必要性について (n=197)

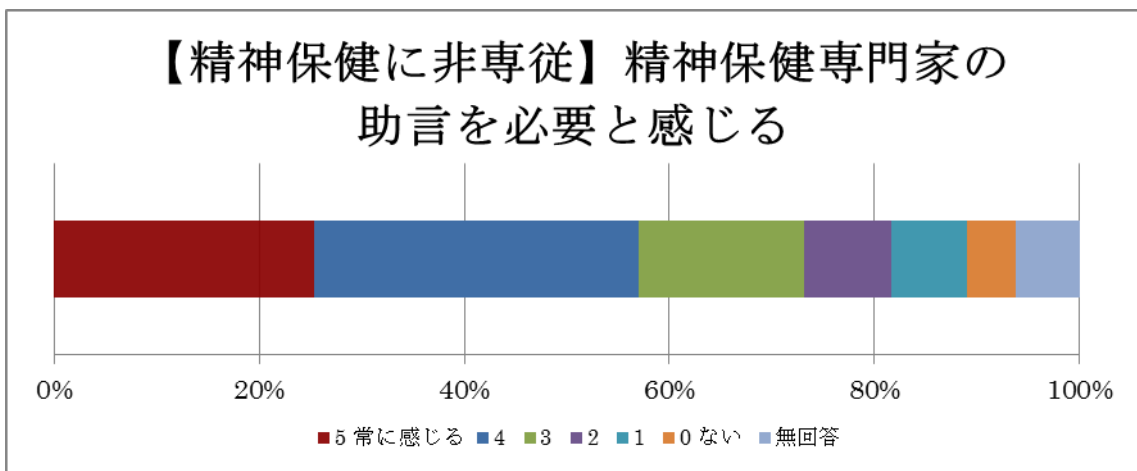


図 18-3. 【精神保健に非専従】設問：精神保健専門家の助言の必要性について (n=272)

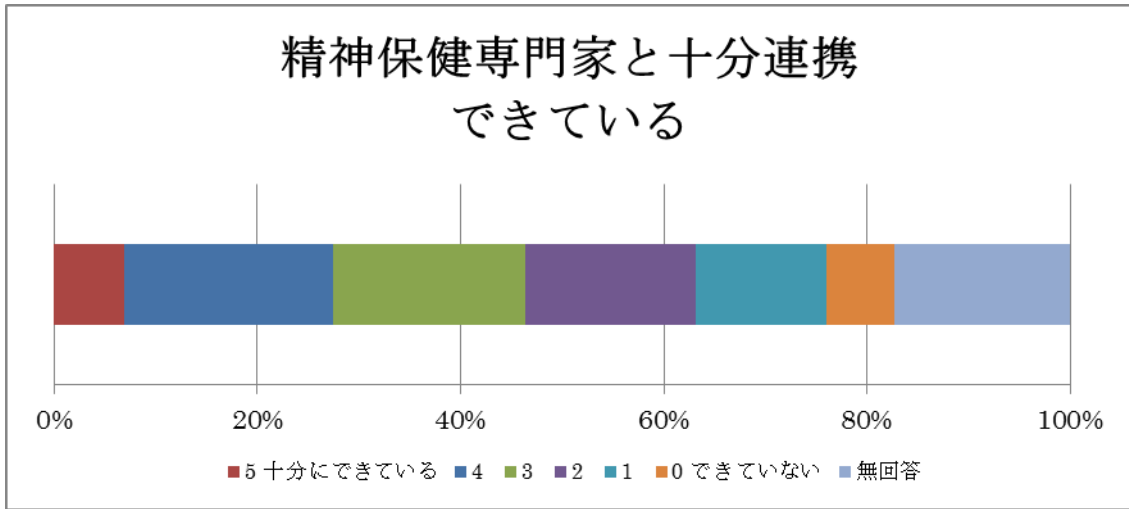


図 19-1. 設問：精神保健専門家との連携について (n=496)

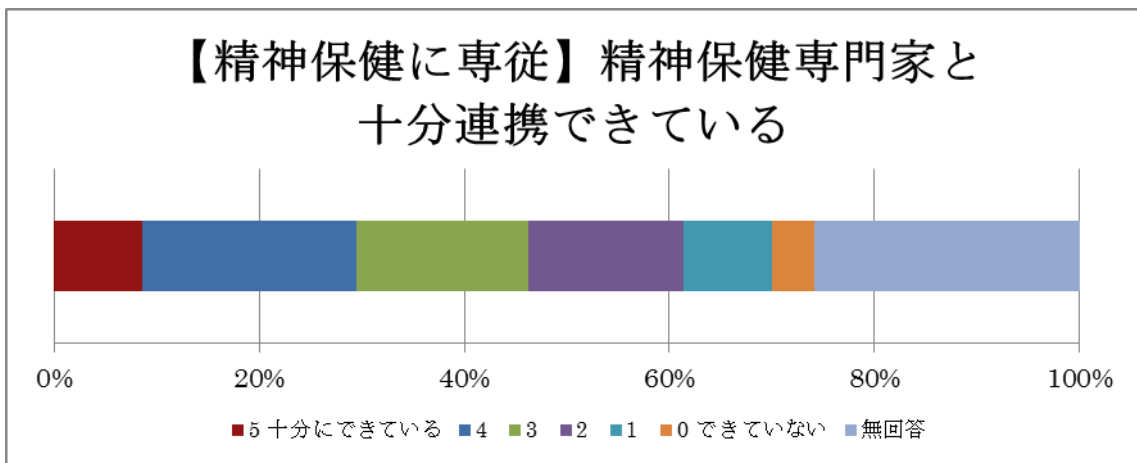


図 19-2. 【精神保健に専従】設問：精神保健専門家との連携について (n=197)

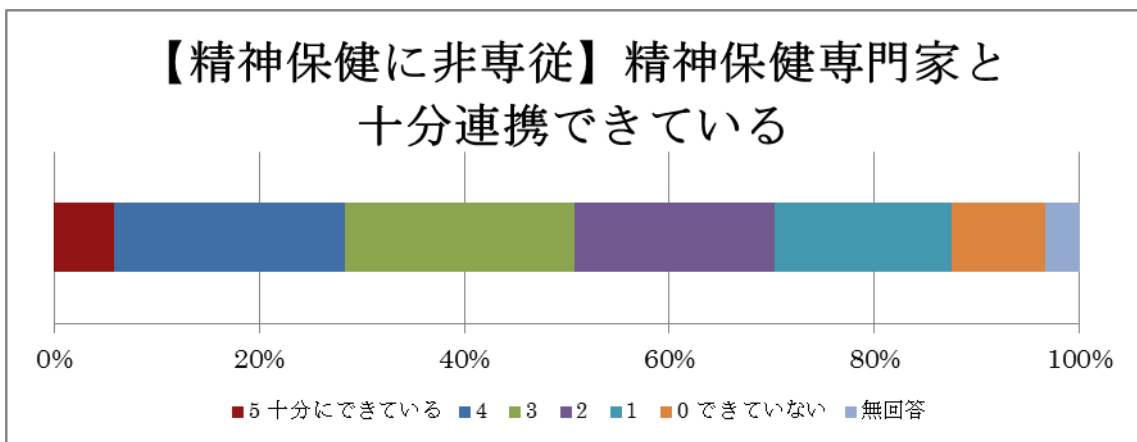


図 19-3. 【精神保健に非専従】設問：精神保健専門家との連携について (n=272)

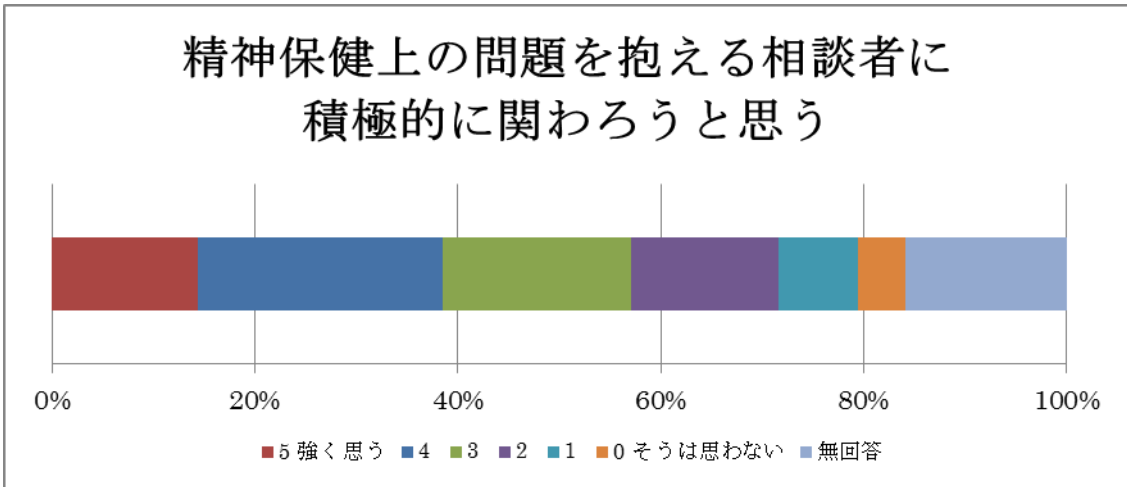


図 20-1. 設問：精神保健上の問題を抱える相談者への姿勢について (n=496)

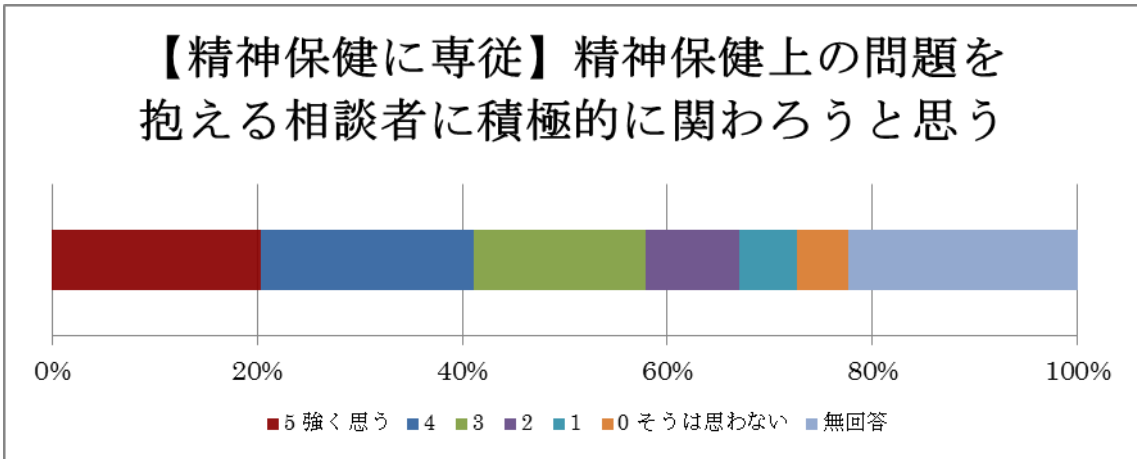


図 20-2. 【精神保健に専従】設問：精神保健上の問題を抱える相談者への姿勢について (n=197)

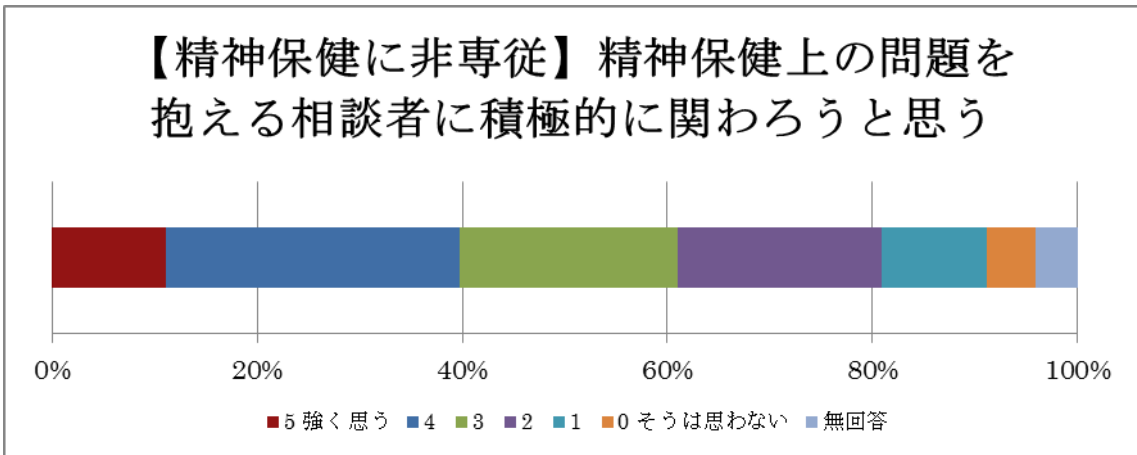


図 20-3. 【精神保健に非専従】設問：精神保健上の問題を抱える相談者への姿勢について (n=272)

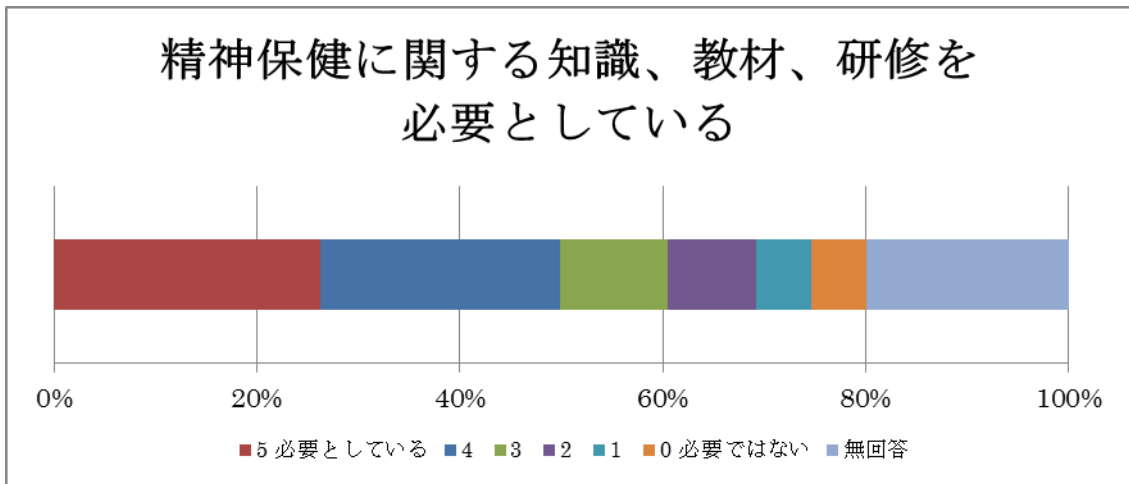


図 21-1. 設問：精神保健に関する知識、教材、研修の必要性について (n=496)

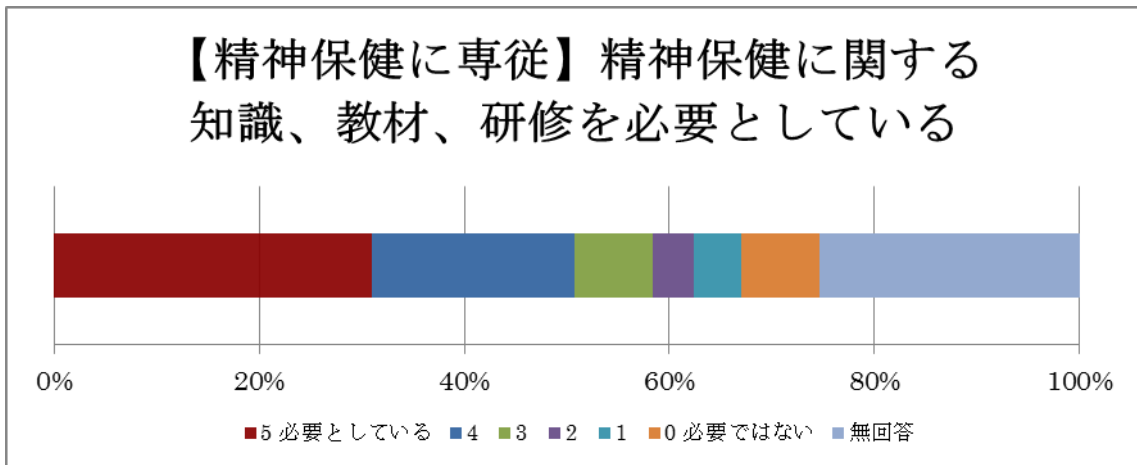


図 21-2. 【精神保健に専従】設問：精神保健に関する知識、教材、研修の必要性について (n=197)

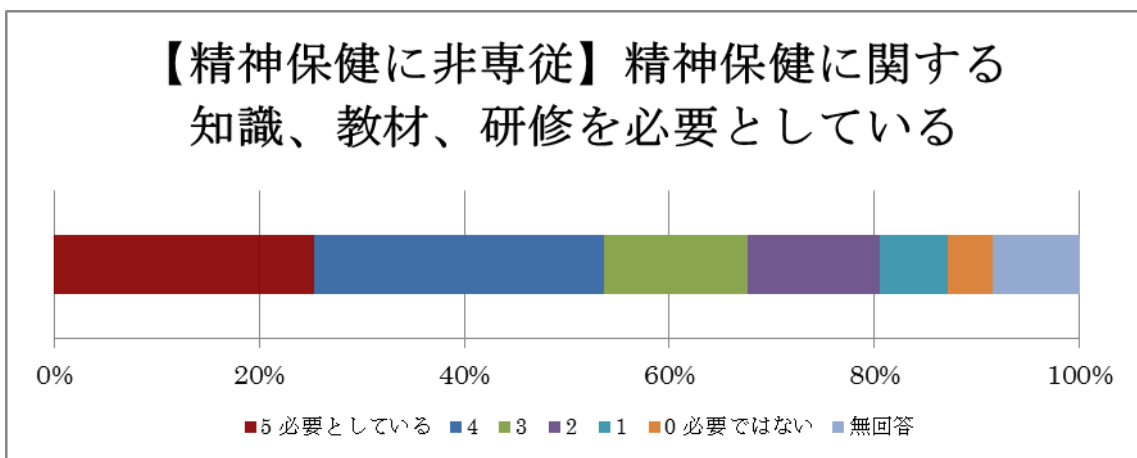


図 21-3. 【精神保健に非専従】設問：精神保健に関する知識、教材、研修の必要性について (n=272)

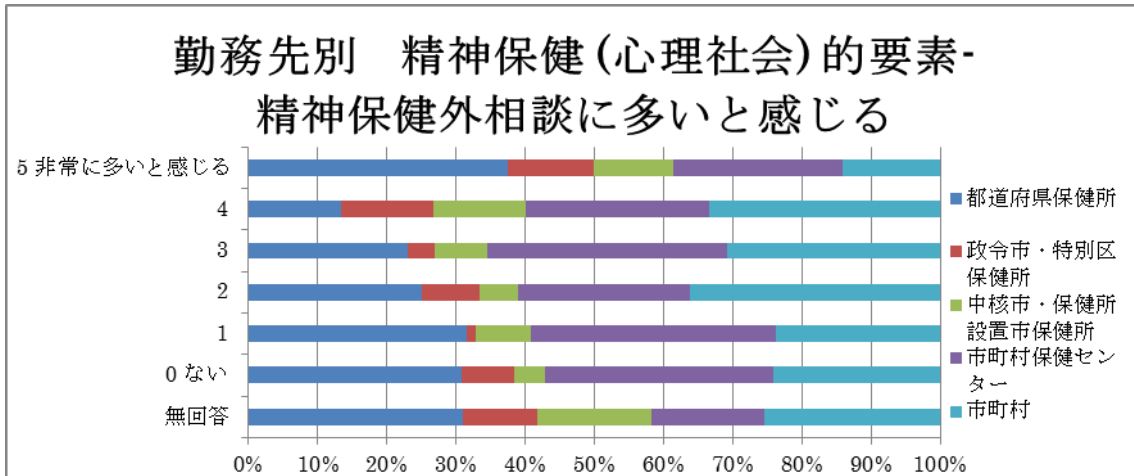


図 25-1. 勤務先別比較 精神保健外相談における精神保健(心理社会)的要素 (n=496)

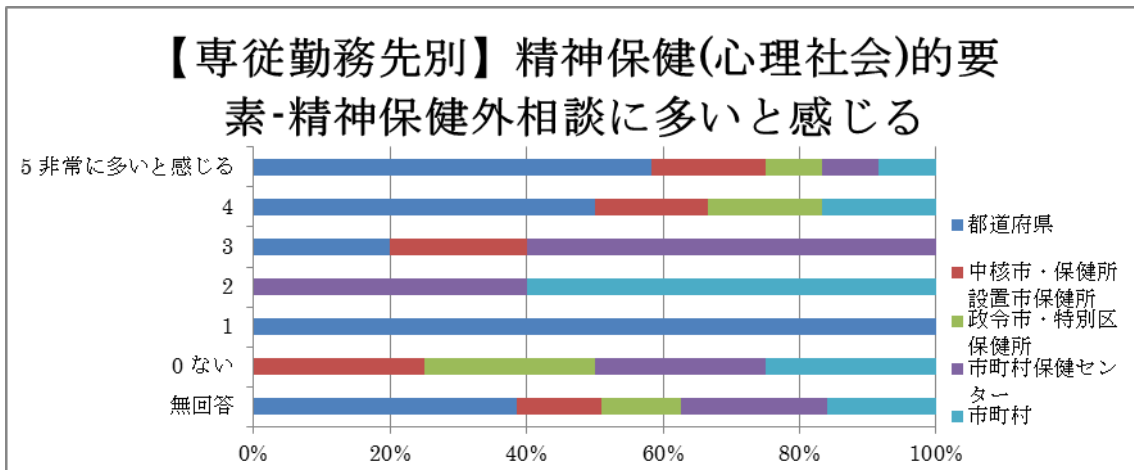


図 25-2. 【精神保健に専従】勤務先別比較 精神保健外相談における精神保健(心理社会)的要素 (n=197)

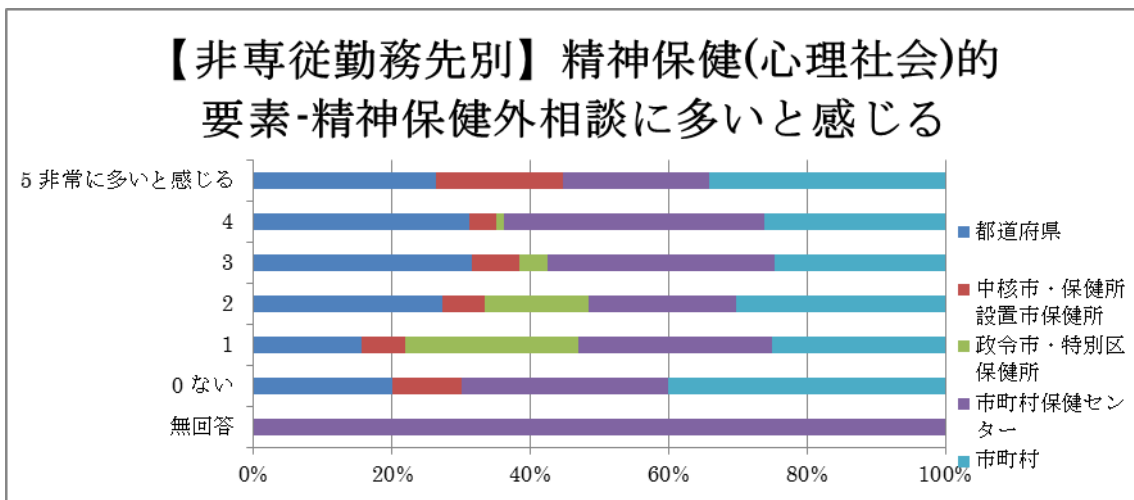


図 25-3. 【精神保健に非専従】勤務先別比較 精神保健外相談における精神保健(心理社会)的要素 (n=272)

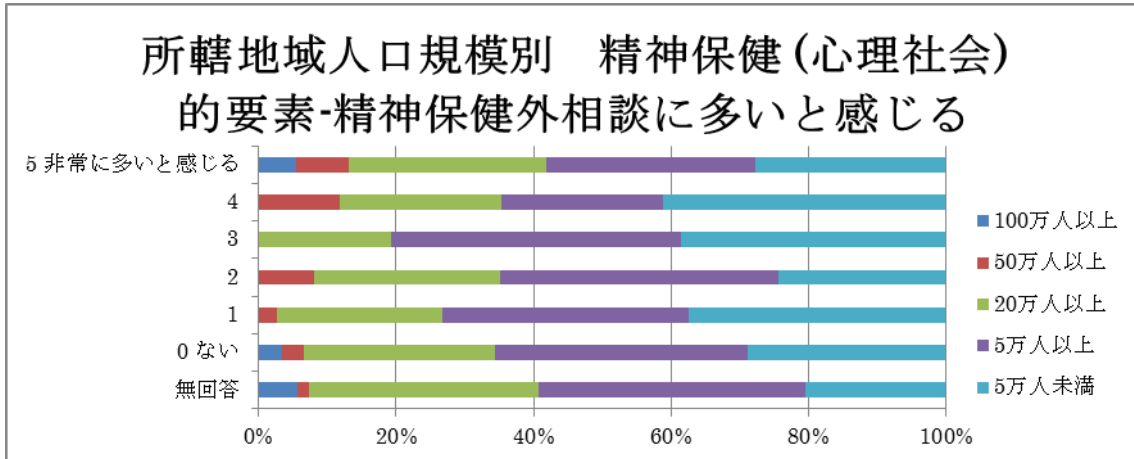


図 25-4. 所轄地域合計人口規模別比較 精神保健外相談における精神保健（心理社会）的要素（n=496）

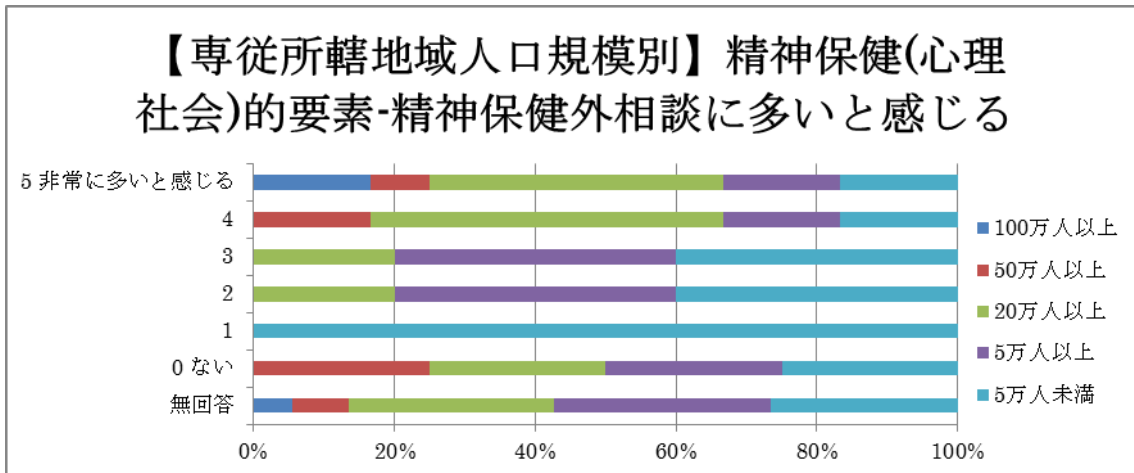


図 25-5. 【精神保健に専従】所轄地域合計人口規模別比較 精神保健外相談における精神保健（心理社会）的要素（n=197）

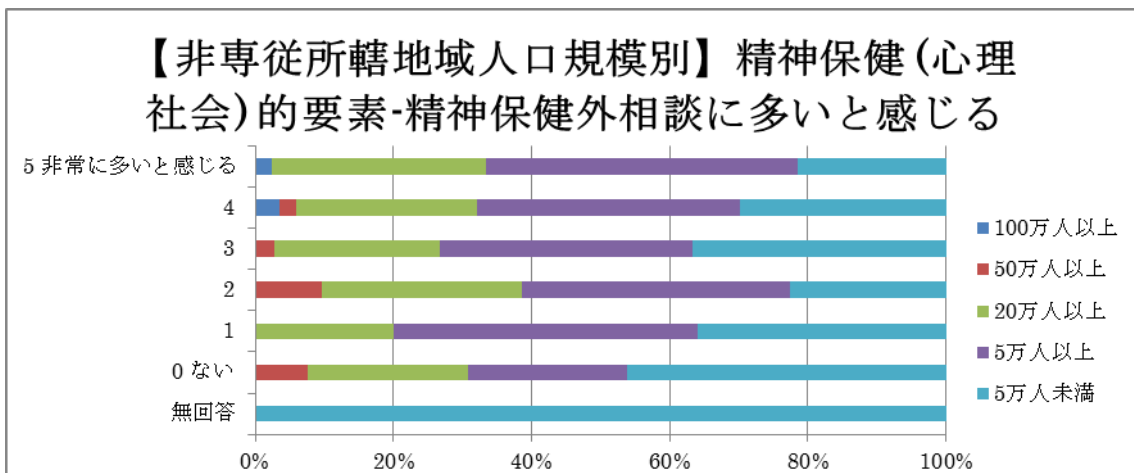


図 25-6. 【精神保健に非専従】所轄地域合計人口規模別比較 精神保健外相談における精神保健（心理社会）的要素（n=272）

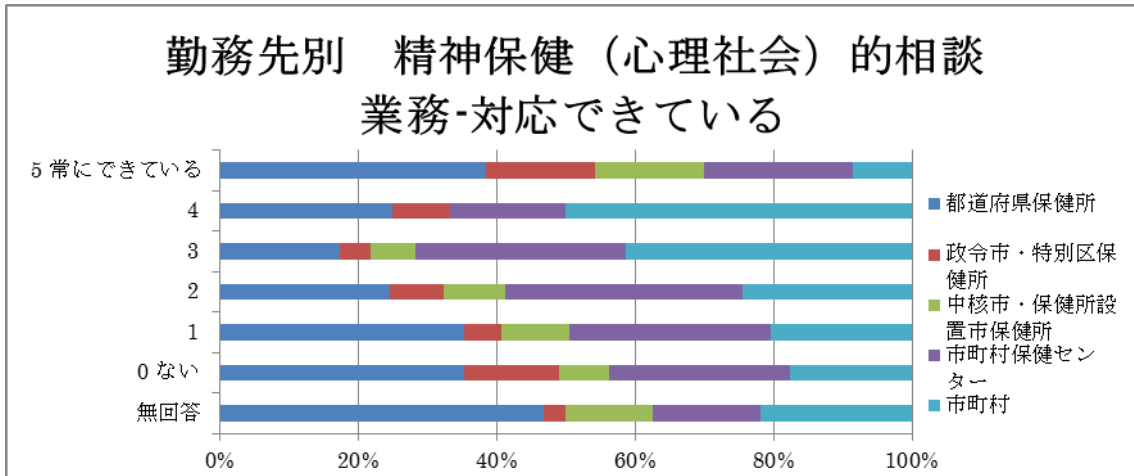


図 26-1. 勤務先別比較 精神保健（心理社会）的相談業務への対応（n=496）

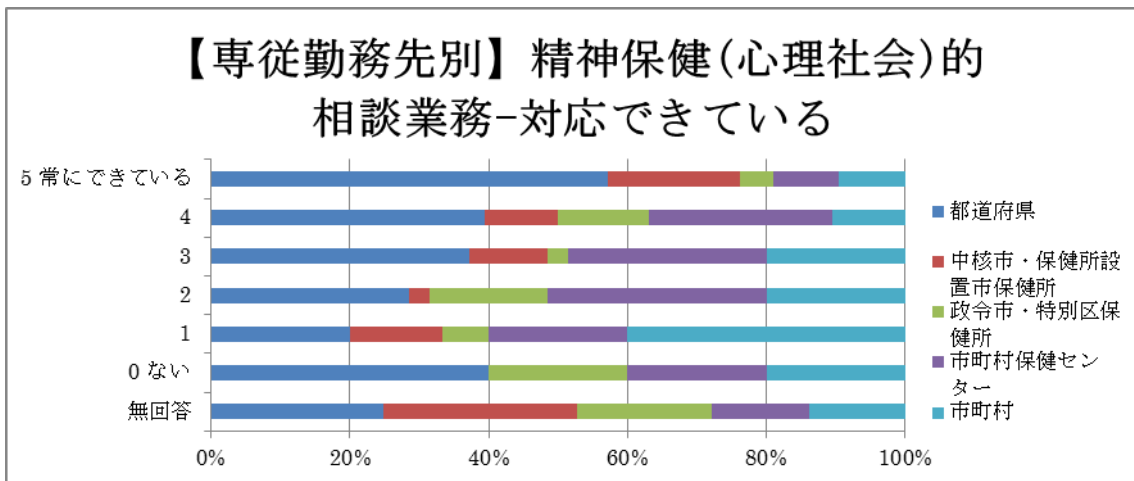


図 26-2. 【精神保健に専従】勤務先別比較 精神保健（心理社会）的相談業務への対応（n=197）

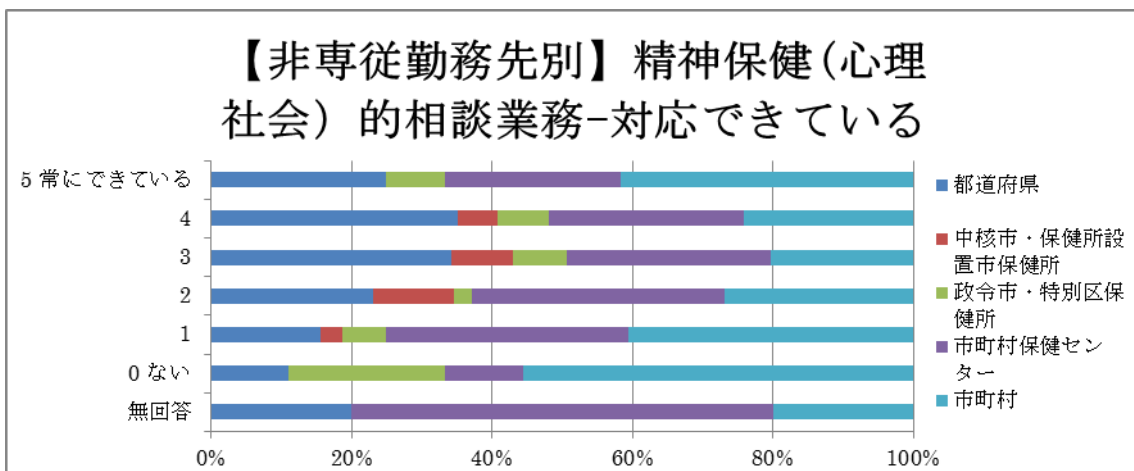


図 26-3. 【精神保健に非専従】勤務先別比較 精神保健（心理社会）的相談業務への対応（n=272）

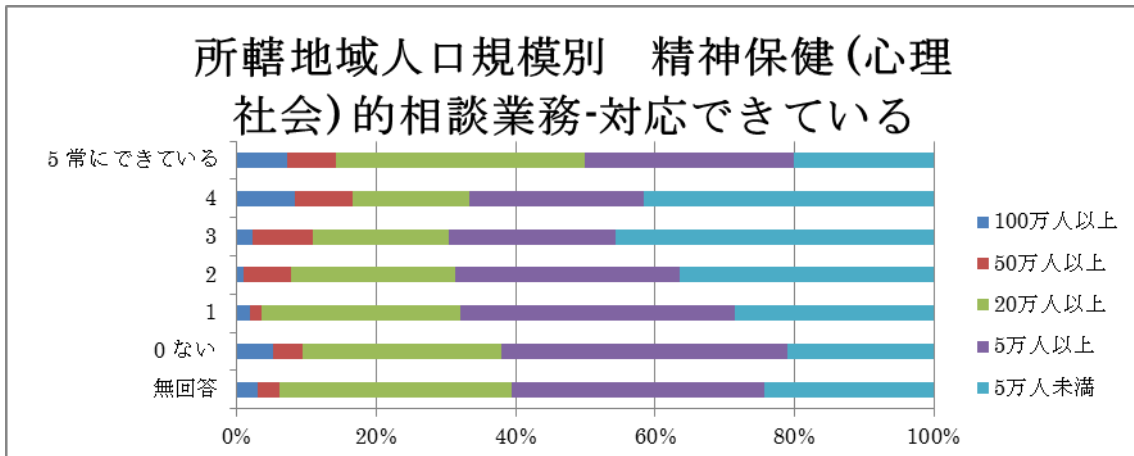


図 26-4. 所轄地域合計人口規模別比較 精神保健(心理社会)的相談業務への対応 (n=496)

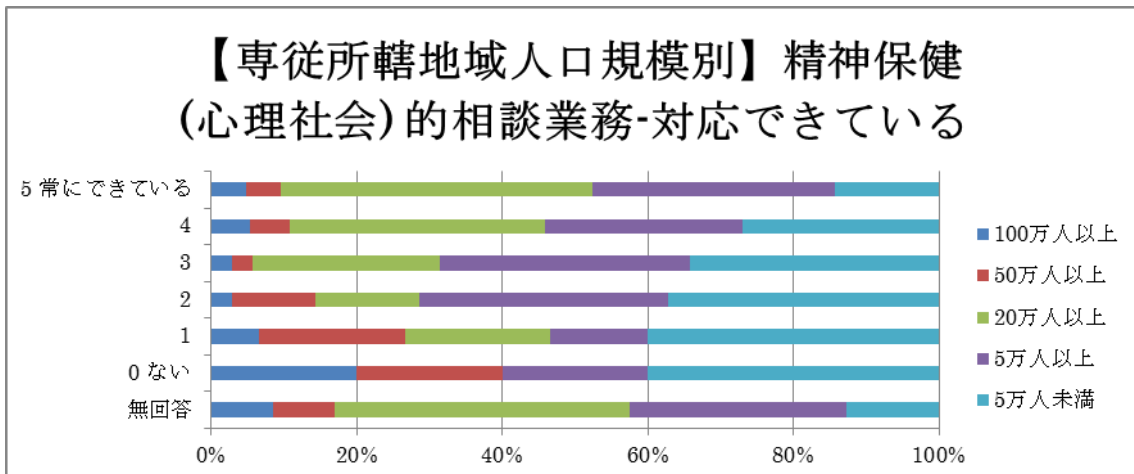


図 26-5. 【精神保健に専従】所轄地域合計人口規模別比較 精神保健(心理社会)的相談業務への対応 (n=197)

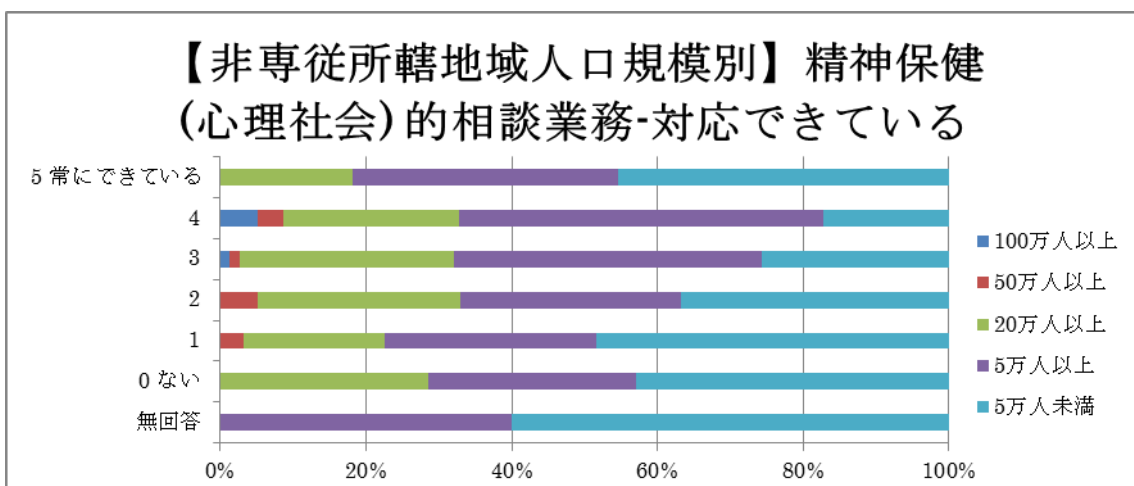


図 26-6. 【精神保健に非専従】所轄地域合計人口規模別比較 精神保健(心理社会)的相談業務への対応 (n=272)

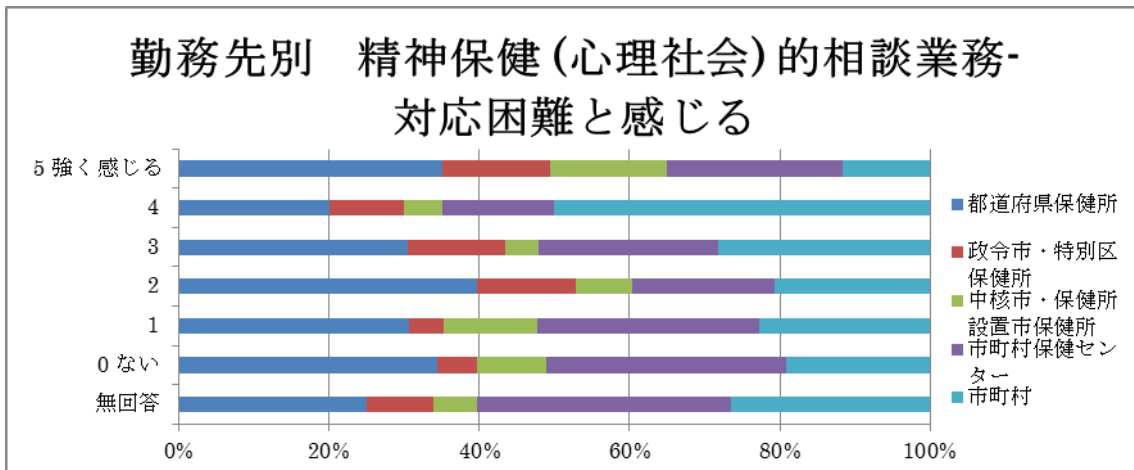


図 27-1. 勤務先別比較 精神保健（心理社会）的相談業務への対応困難度 (n=496)

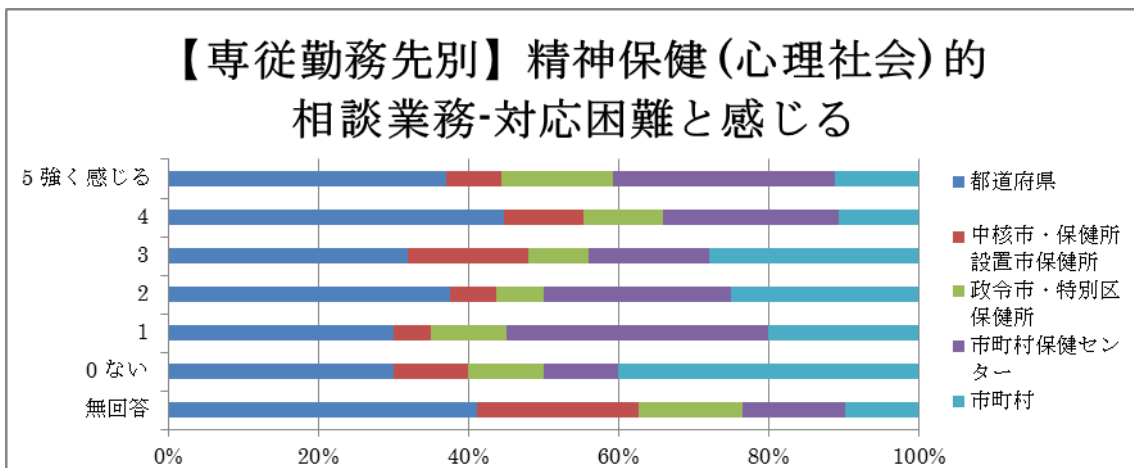


図 27-2. 【精神保健に専従】勤務先別比較 精神保健（心理社会）的相談業務への対応困難度 (n=197)

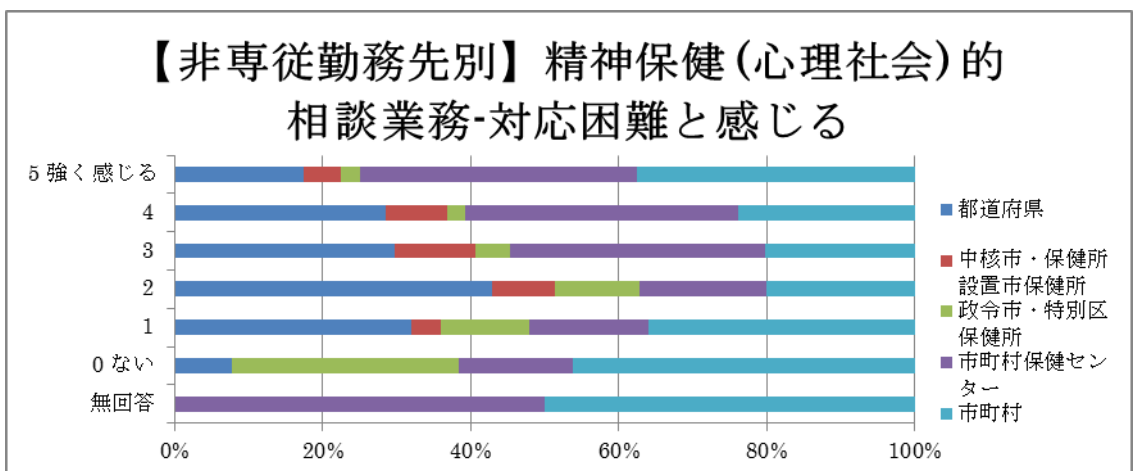


図 27-3. 【精神保健に非専従】勤務先別比較 精神保健（心理社会）的相談業務への対応困難度 (n=272)

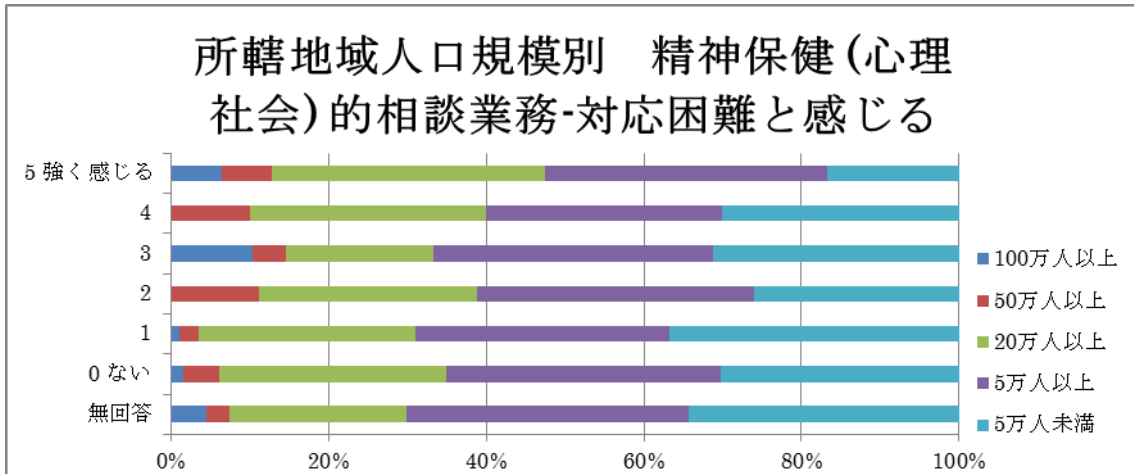


図 27-4. 所轄地域合計人口規模別比較 精神保健（心理社会）的相談業務への対応困難度 (n=496)

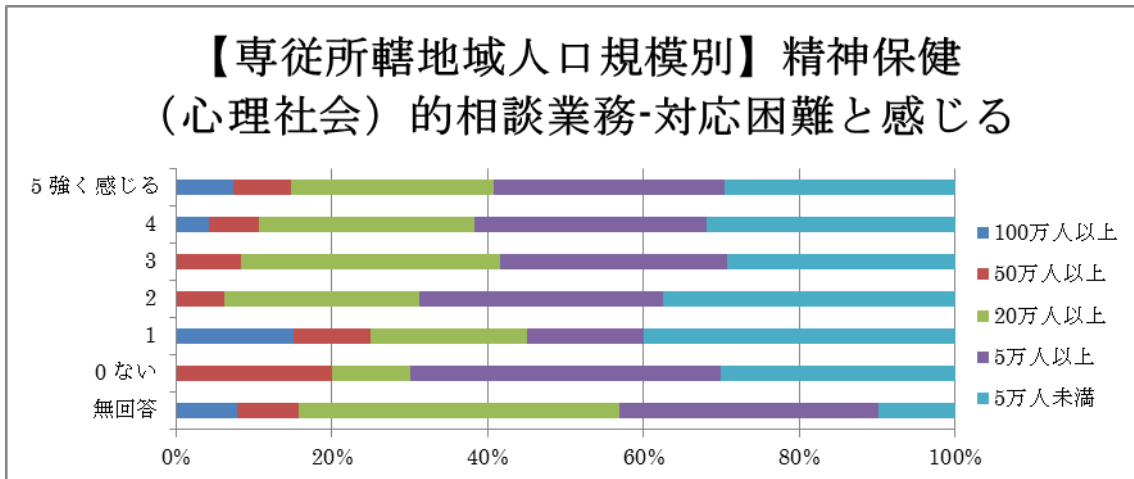


図 27-5. 所轄地域合計人口規模別比較 精神保健（心理社会）的相談業務への対応困難度 (n=197)

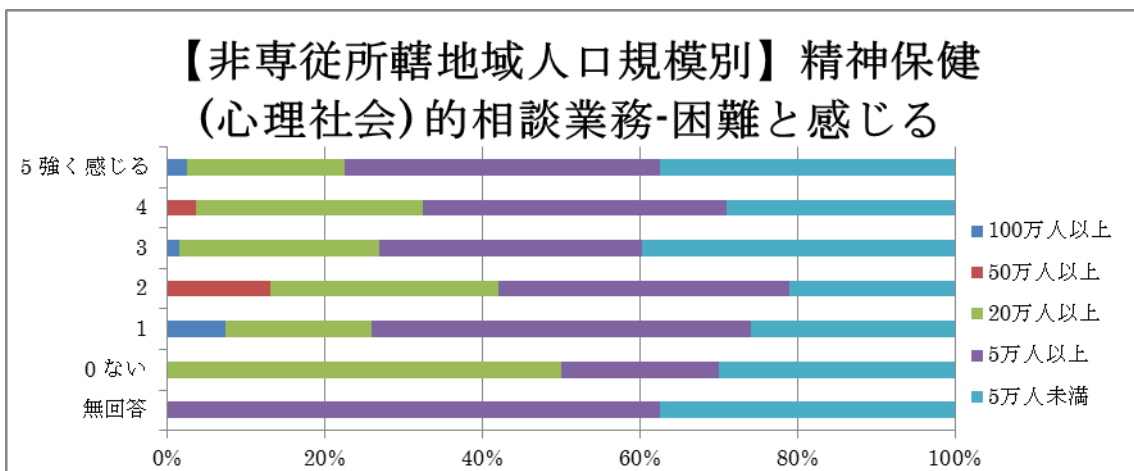


図 27-6. 所轄地域合計人口規模別比較 精神保健（心理社会）的相談業務への対応困難度 (n=272)

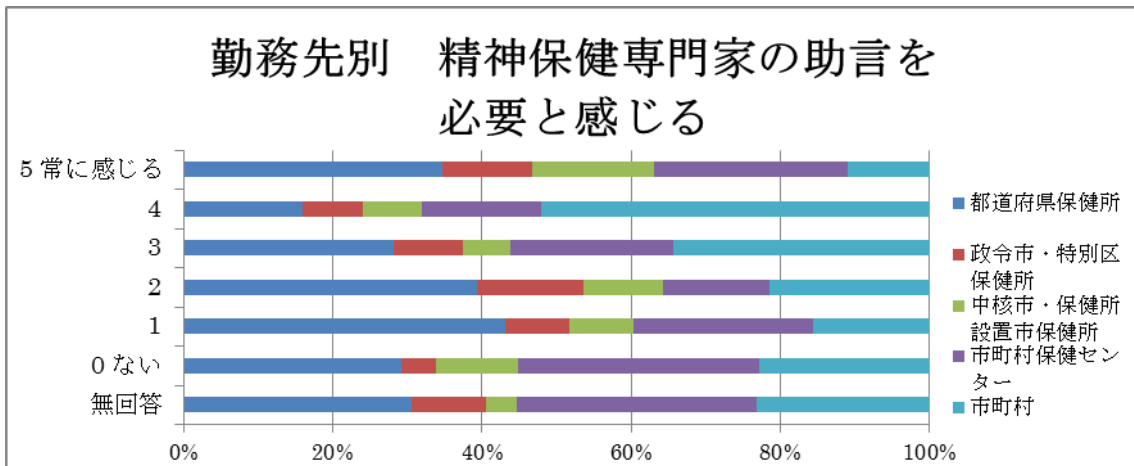


図 28-1. 勤務先別比較 精神保健専門家の助言の必要性について (n=496)

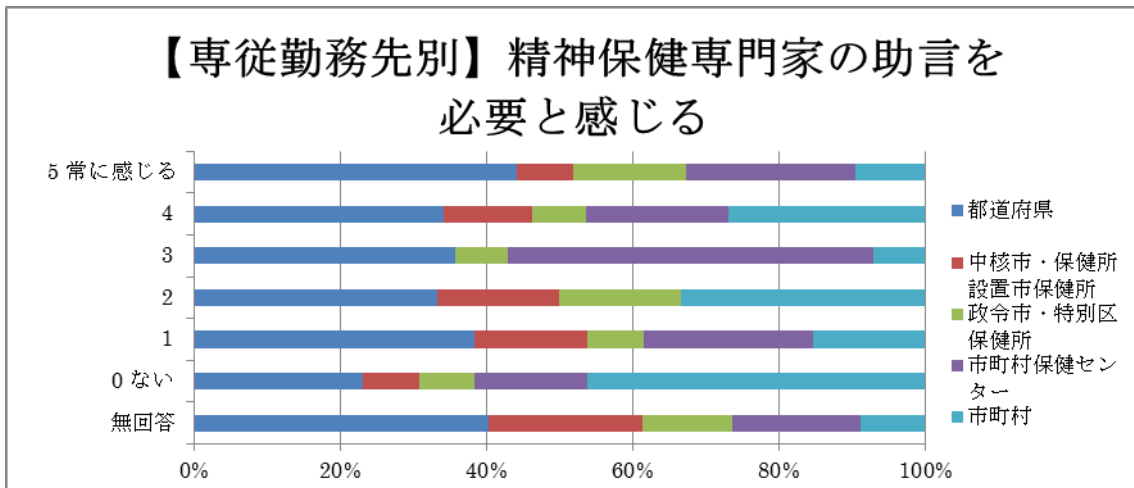


図 28-2. 【精神保健に専従】勤務先別比較 精神保健専門家の助言の必要性について (n=197)

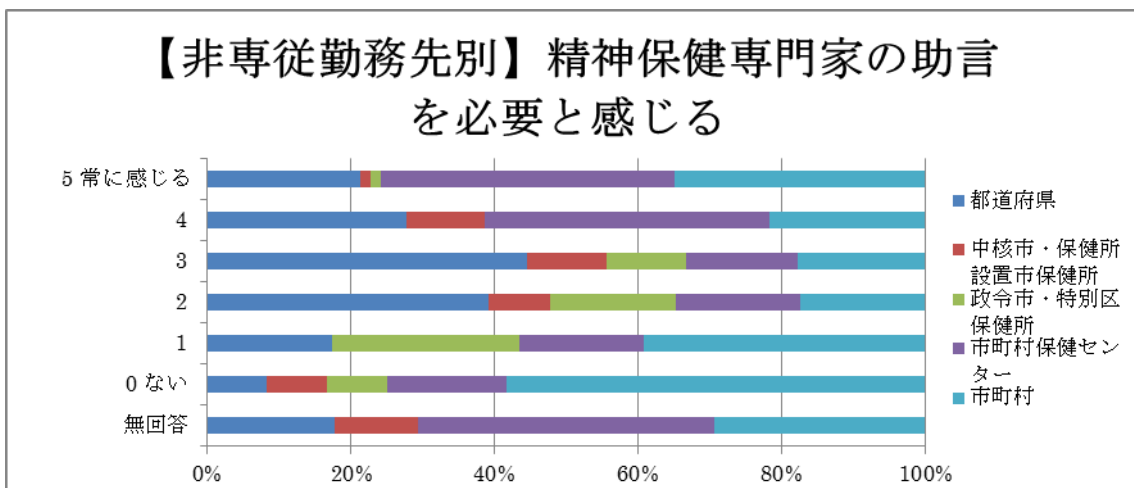


図 28-3. 【精神保健に非専従】勤務先別比較 精神保健専門家の助言の必要性について (n=272)

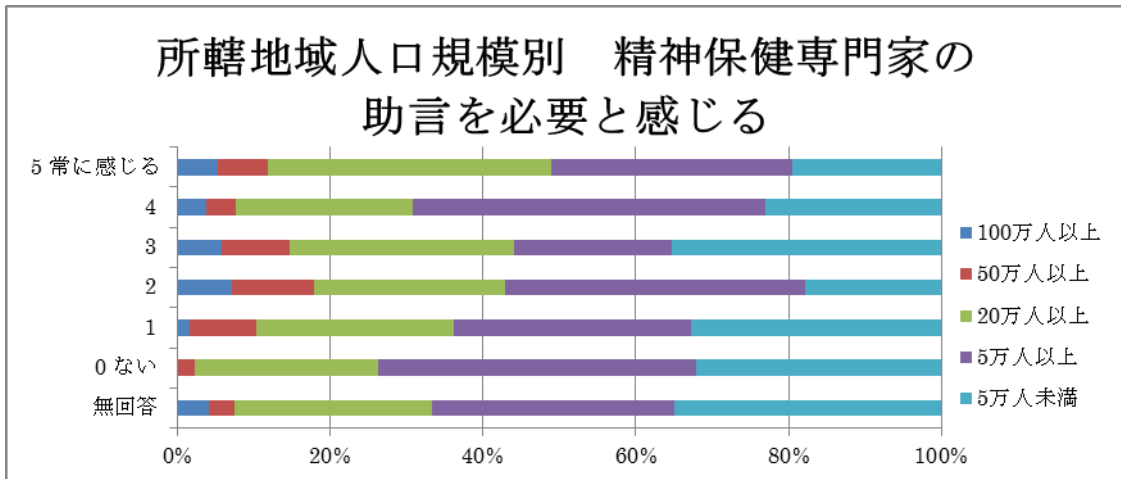


図 28-4. 所轄地域合計人口規模別比較 精神保健専門家の助言の必要性について (n=496)

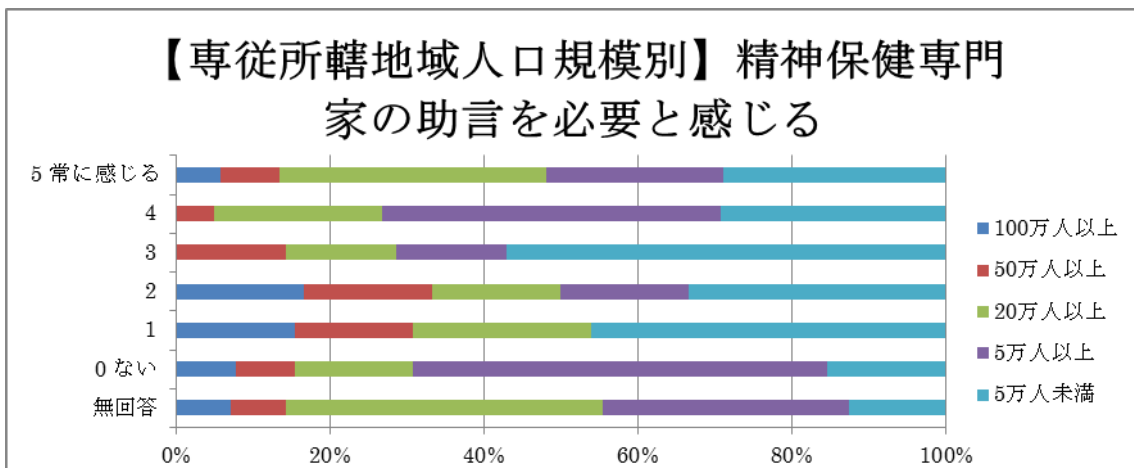


図 28-5. 【精神保健に専従】所轄地域合計人口規模別比較 精神保健専門家の助言の必要性について (n=197)

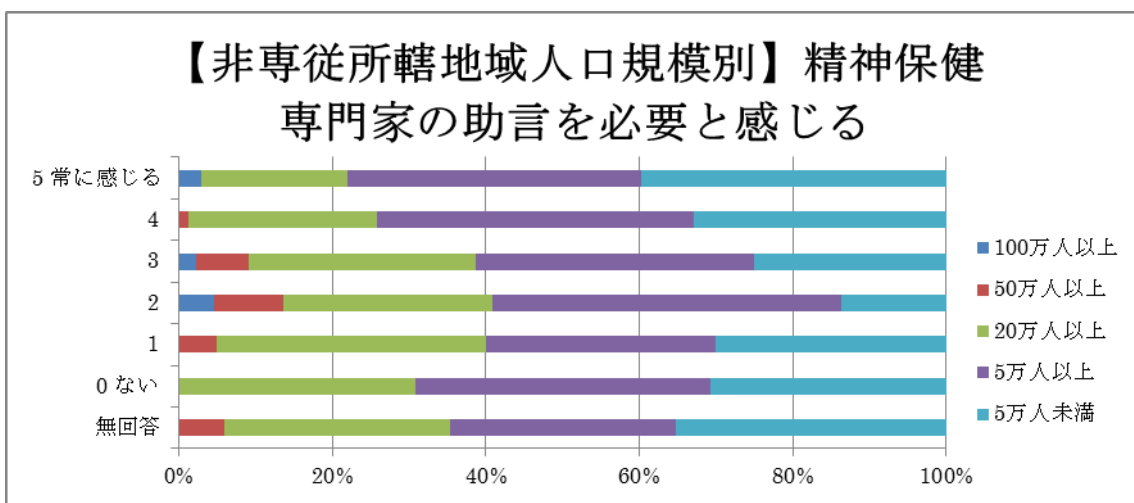


図 28-6. 【精神保健に非専従】所轄地域合計人口規模別比較 精神保健専門家の助言の必要性について (n=272)

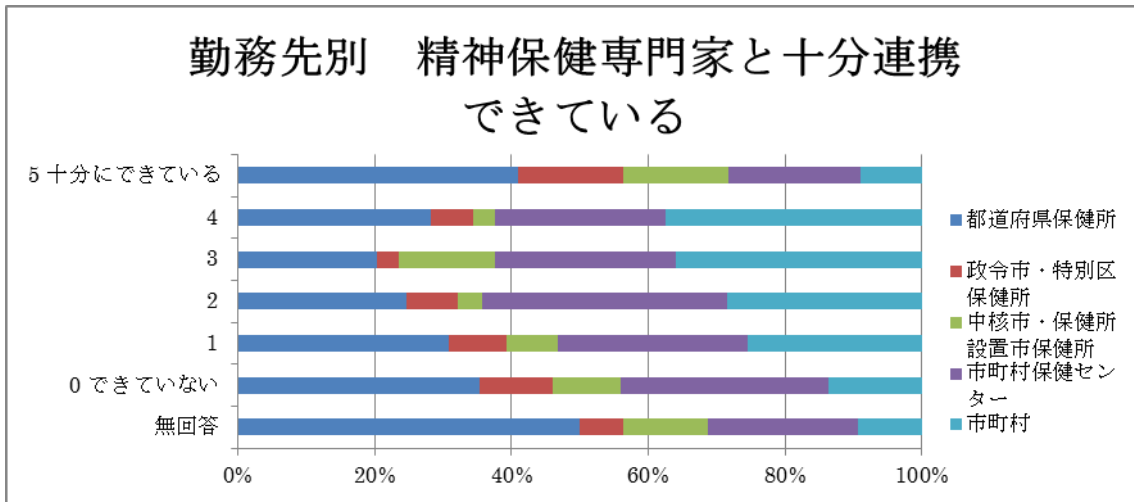


図 29-1. 勤務先別比較 精神保健専門家との連携について (n=496)

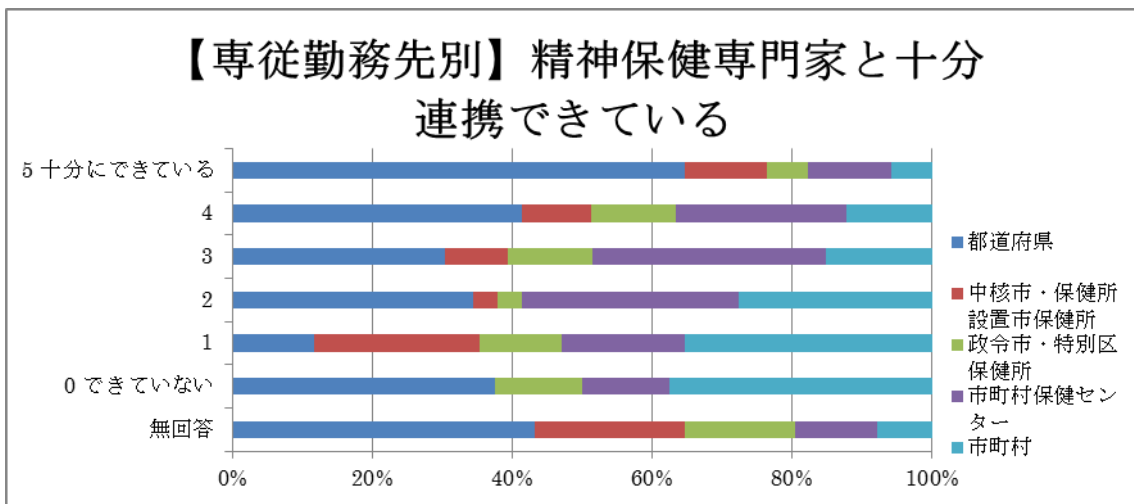


図 29-2. 【精神保健に専従】勤務先別比較 精神保健専門家との連携について (n=197)

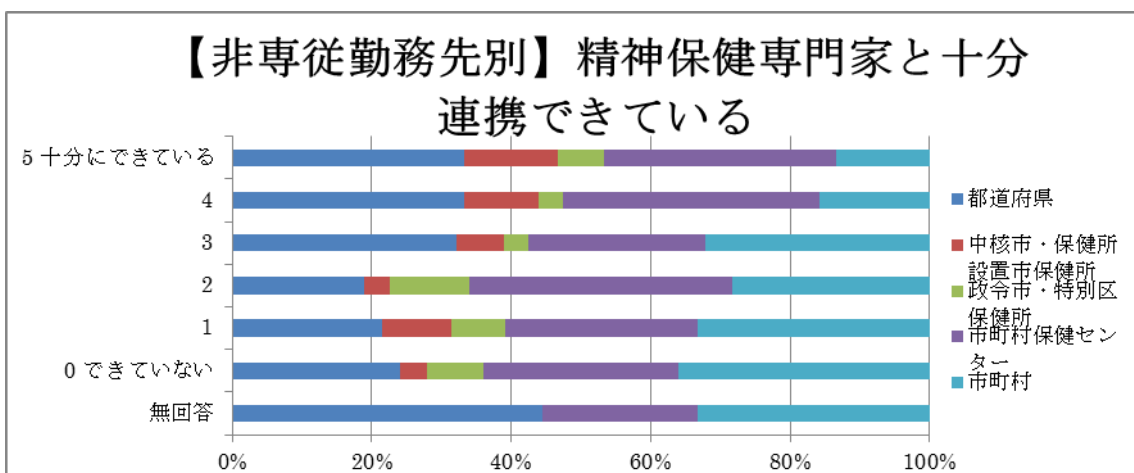


図 29-3. 【精神保健に非専従】勤務先別比較 精神保健専門家との連携について (n=272)

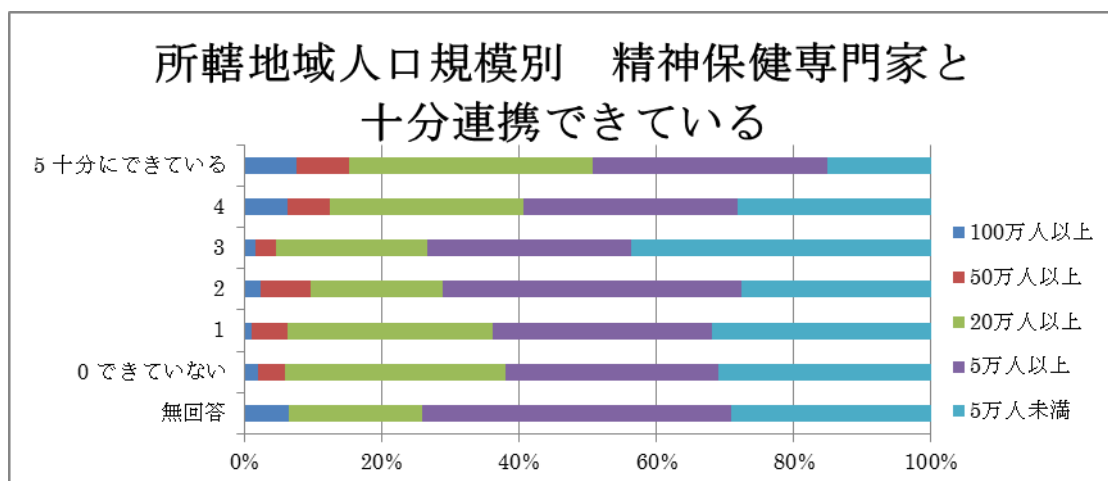


図 29-4. 所轄地域合計人口規模別比較 精神保健専門家との連携について (n=496)

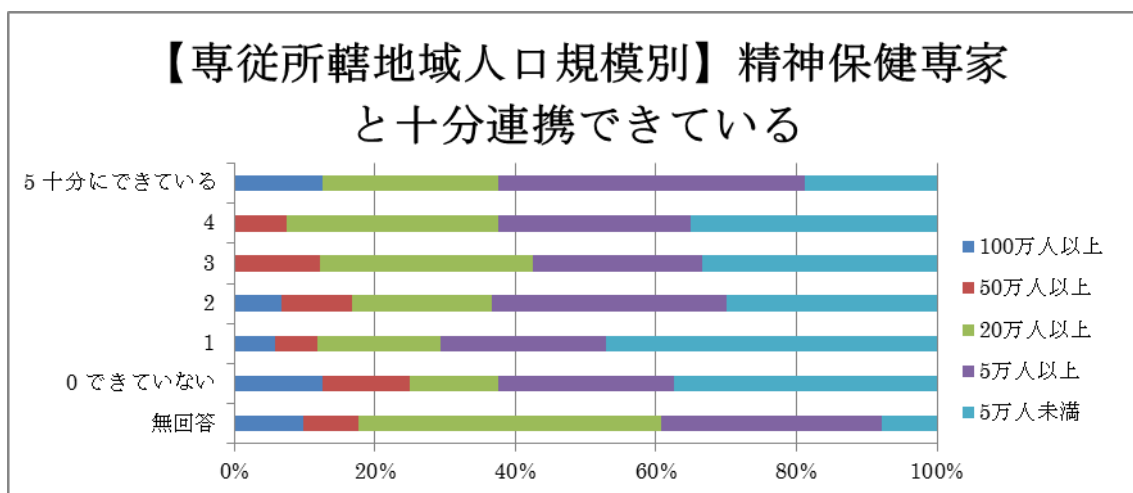


図 29-5. 【精神保健に専従】所轄地域合計人口規模別比較 精神保健専門家との連携について (n=197)

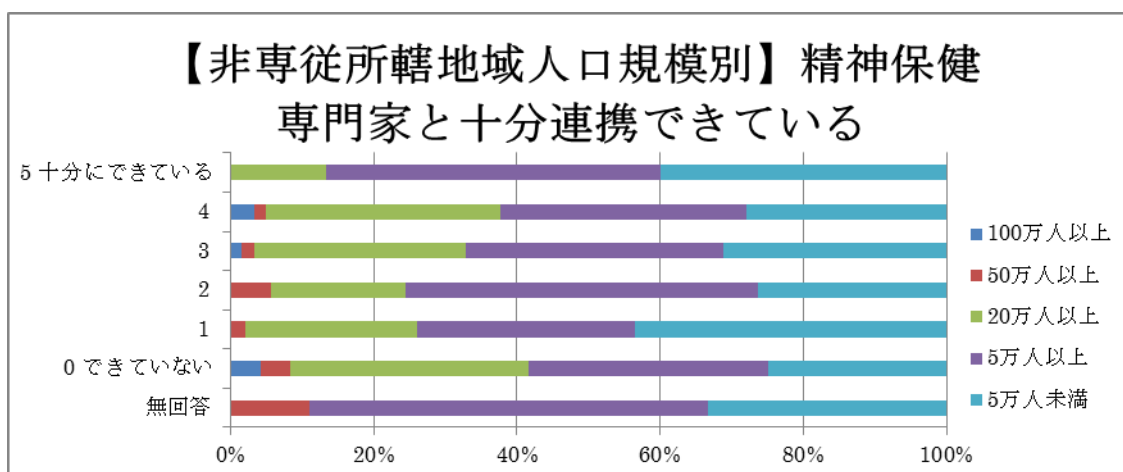


図 29-6. 【精神保健に非専従】所轄地域合計人口規模別比較 精神保健専門家との連携について (n=272)

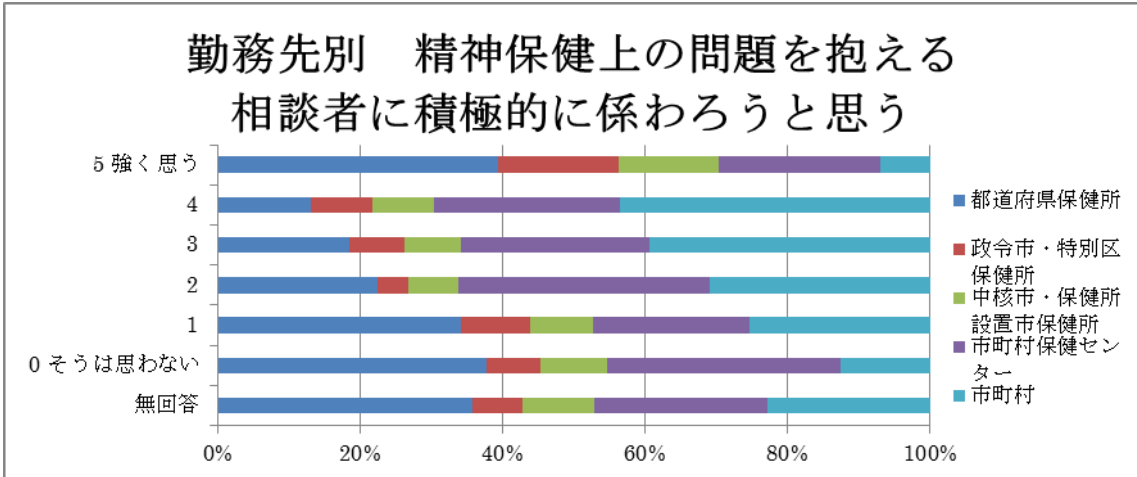


図 30-1. 勤務先別比較 精神保健上の問題を抱える相談者への姿勢について (n=496)

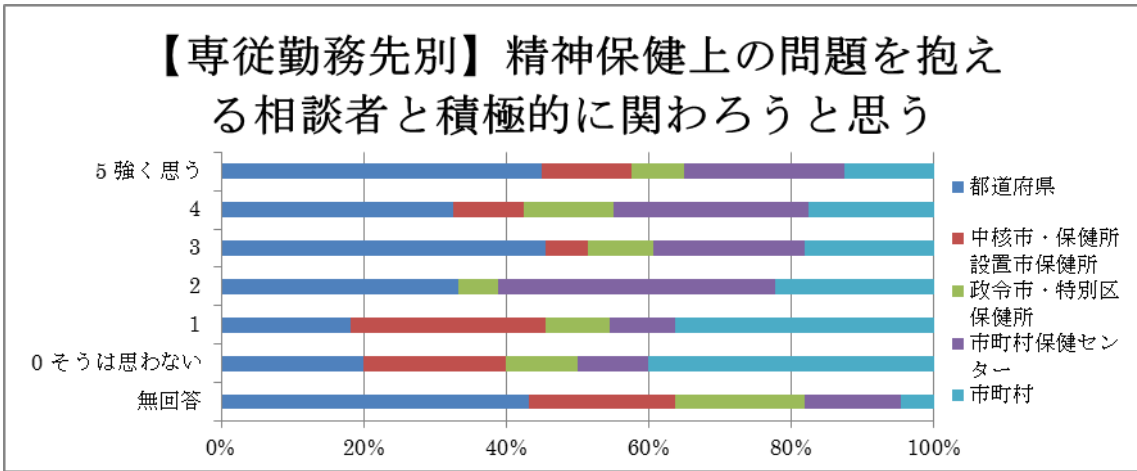


図 30-2. 【精神保健に専従】勤務先別比較 精神保健上の問題を抱える相談者への姿勢について (n=197)

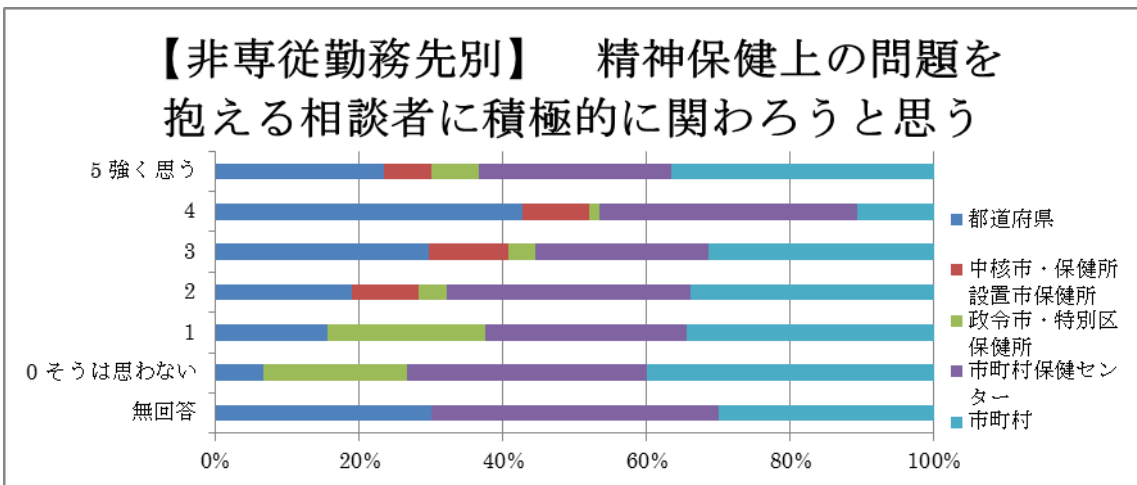


図 30-3. 【精神保健に非専従】勤務先別比較 精神保健上の問題を抱える相談者への姿勢について (n=272)

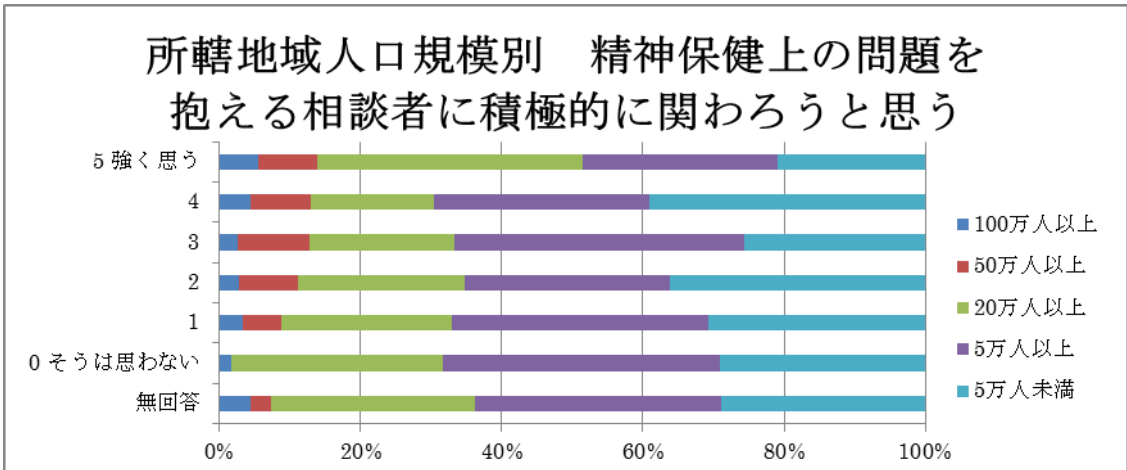


図 30-4. 所轄地域合計人口規模別比較 精神保健上の問題を抱える相談者への姿勢について (n=496)

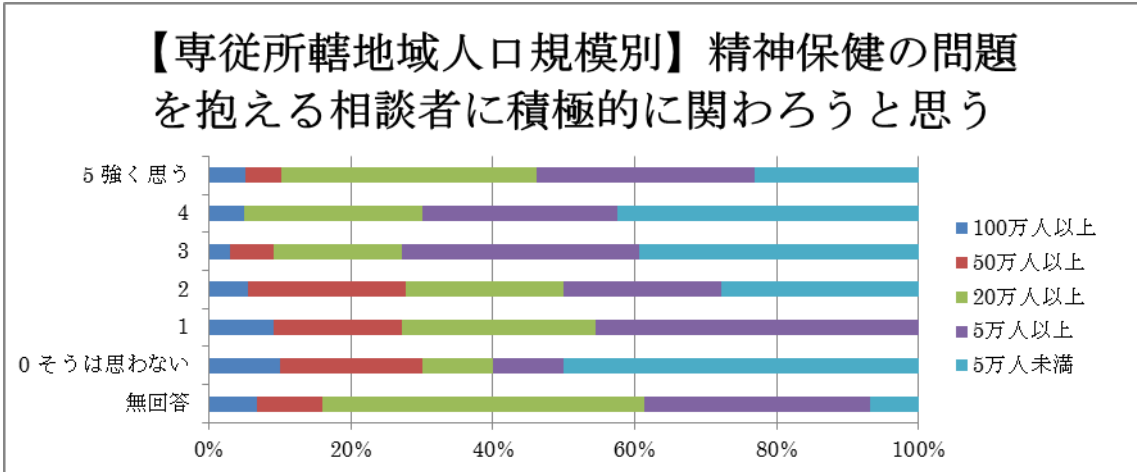


図 30-5. 【精神保健に専従】所轄地域合計人口規模別比較 精神保健上の問題を抱える相談者への姿勢について (n=197)

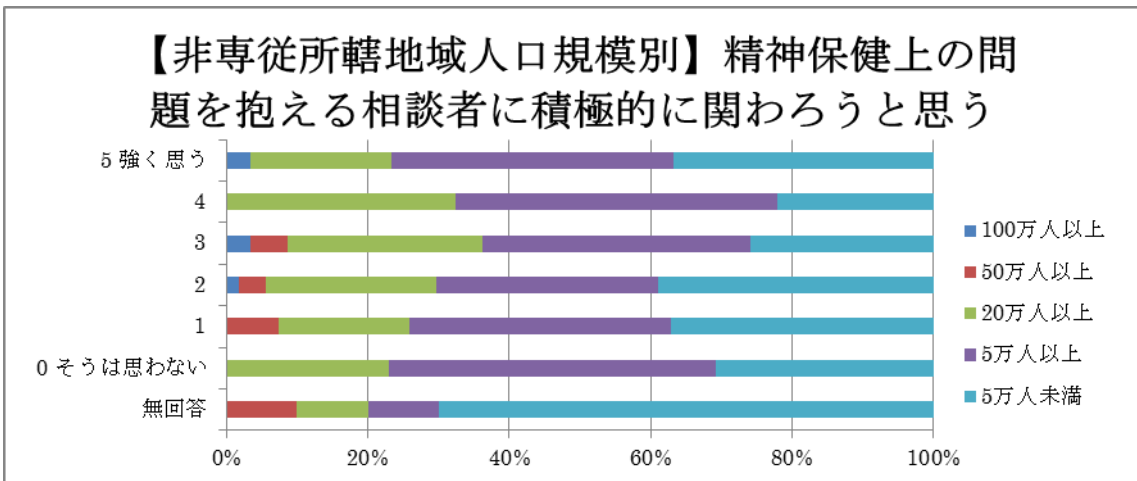


図 30-6. 【精神保健に非専従】所轄地域合計人口規模別比較 精神保健上の問題を抱える相談者への姿勢について (n=272)

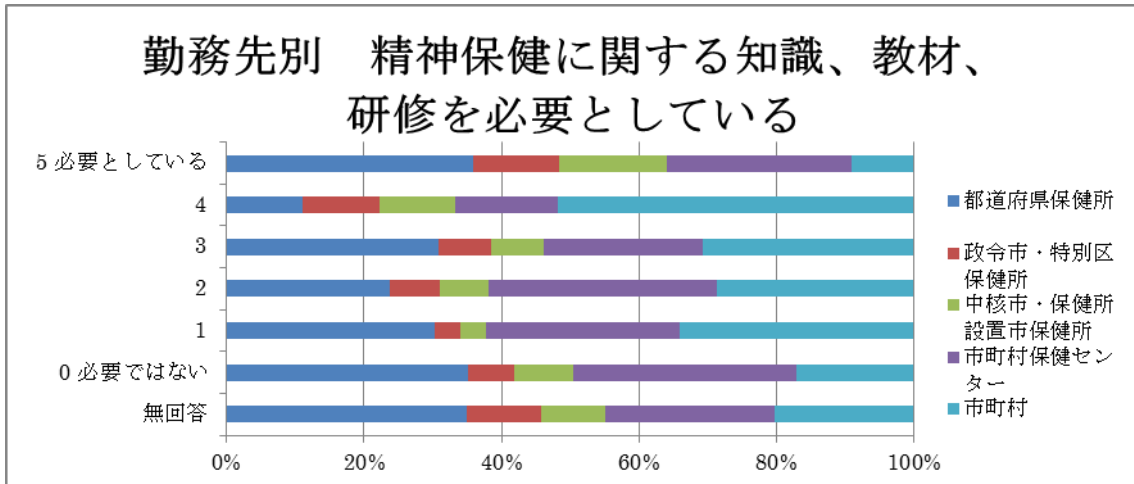


図 31-1. 勤務先別比較 精神保健に関する知識、教材、研修の必要性について (n=496)

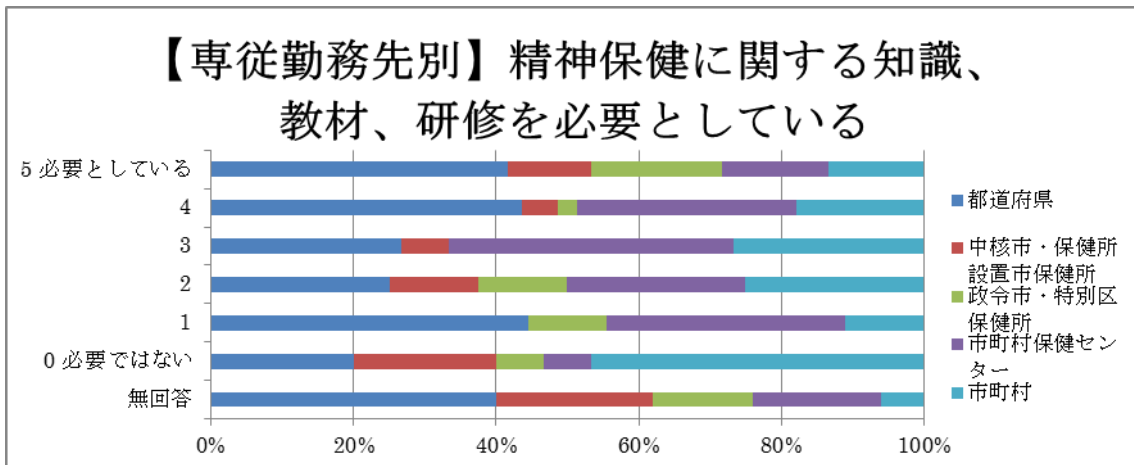


図 31-2. 【精神保健に専従】勤務先別比較 精神保健に関する知識、教材、研修の必要性について (n=197)

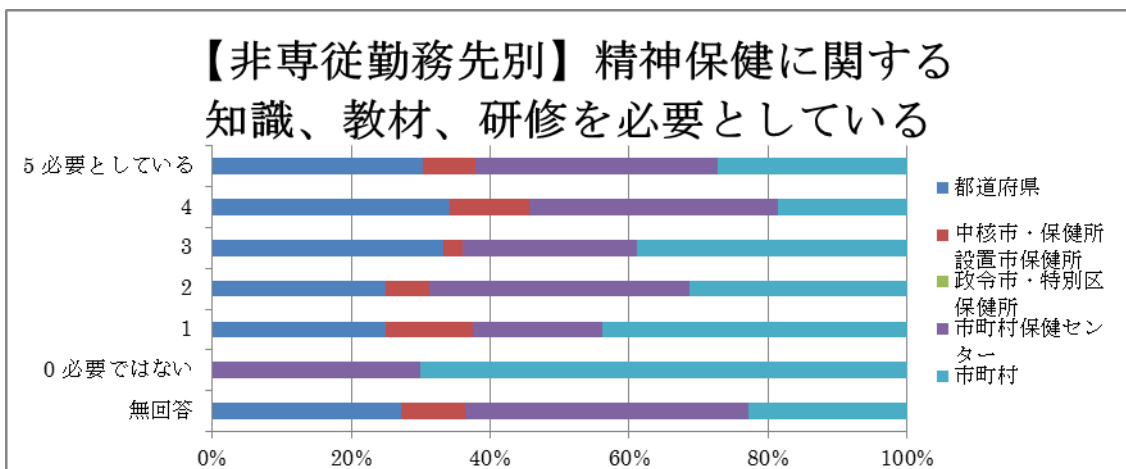


図 31-3. 【精神保健に非専従】勤務先別比較 精神保健に関する知識、教材、研修の必要性について (n=272)

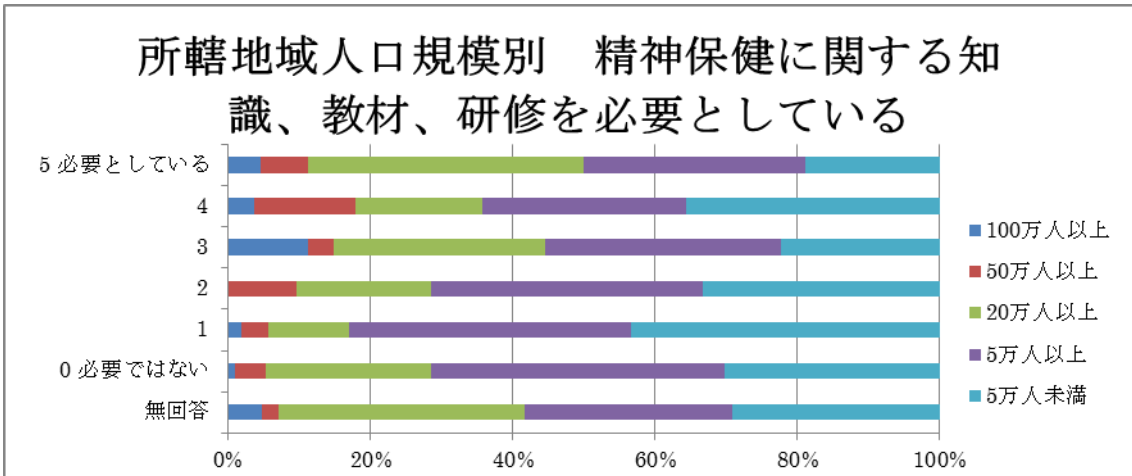


図 31-4. 所轄地域合計人口規模別 精神保健に関する知識、教材、研修の必要性について (n=496)

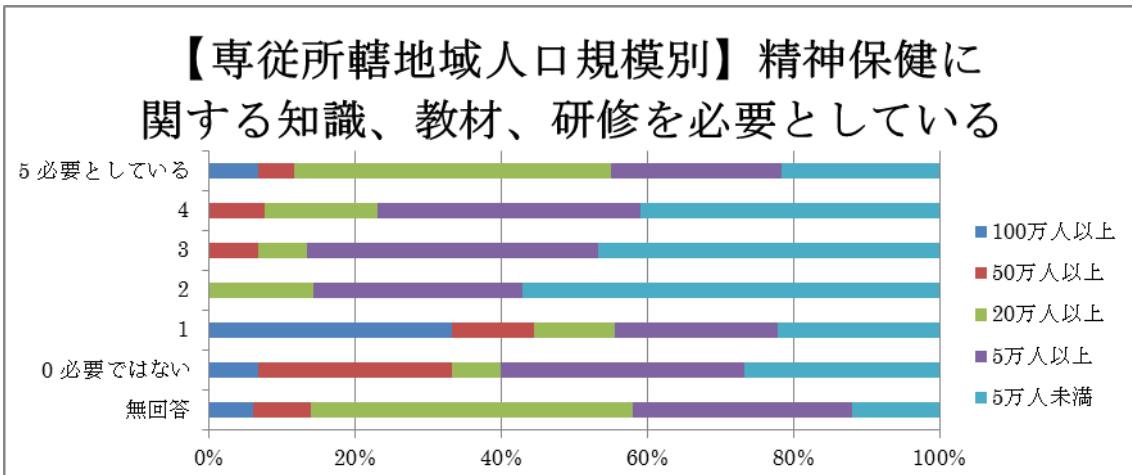


図 31-5. 【精神保健に専従】所轄地域合計人口規模別 精神保健に関する知識、教材、研修の必要性について (n=197)

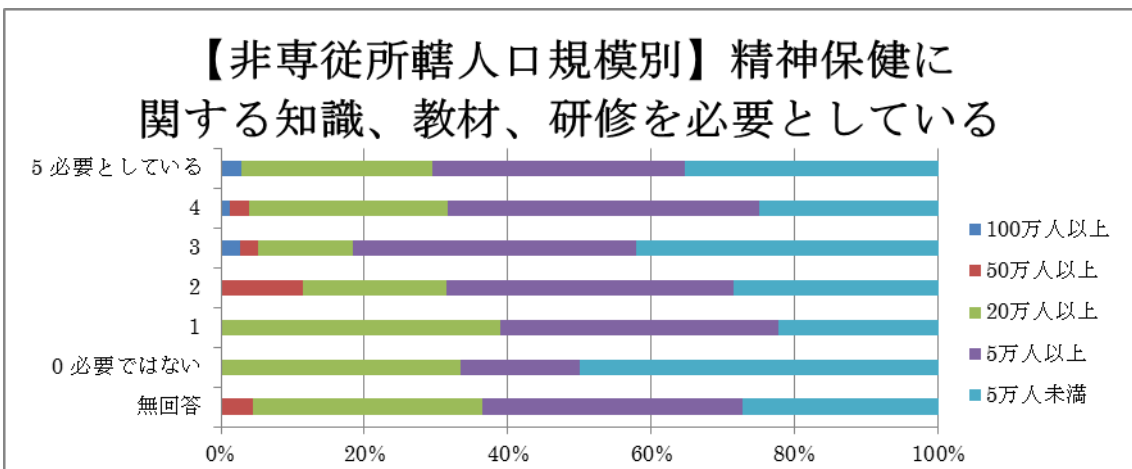
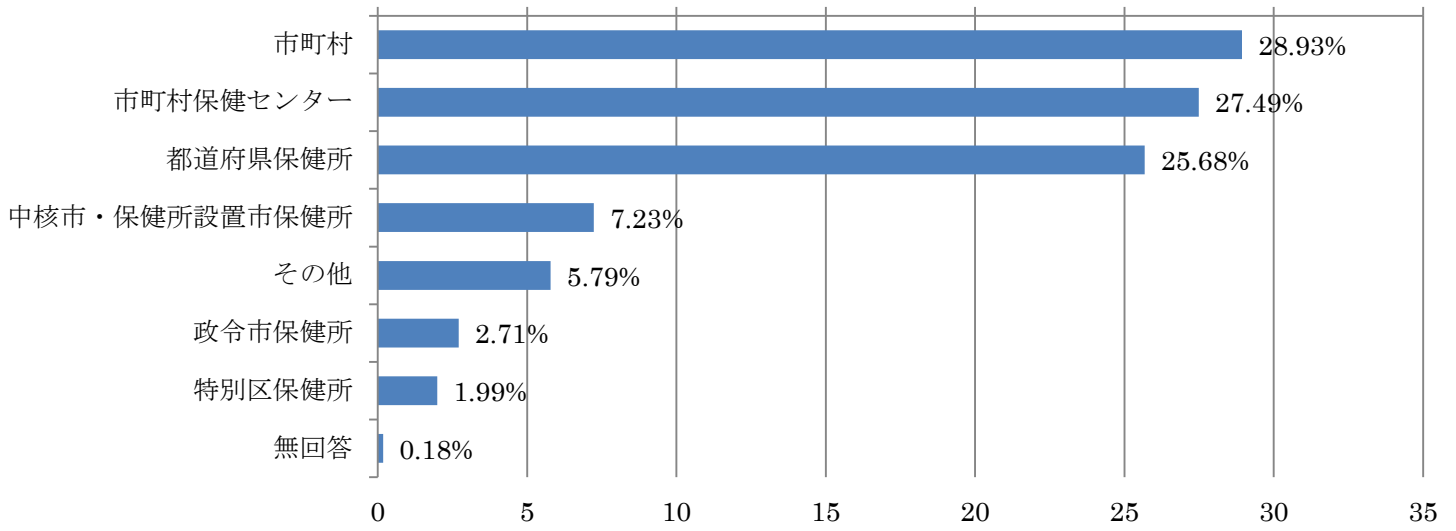
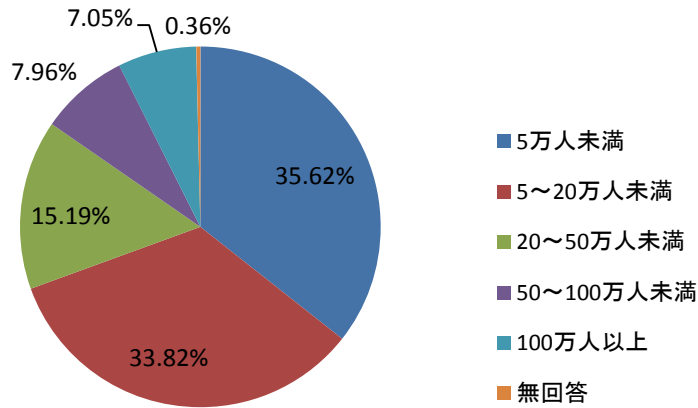


図 31-6. 【精神保健に非専従】所轄地域合計人口規模別 精神保健に関する知識、教材、研修の必要性について (n=272)

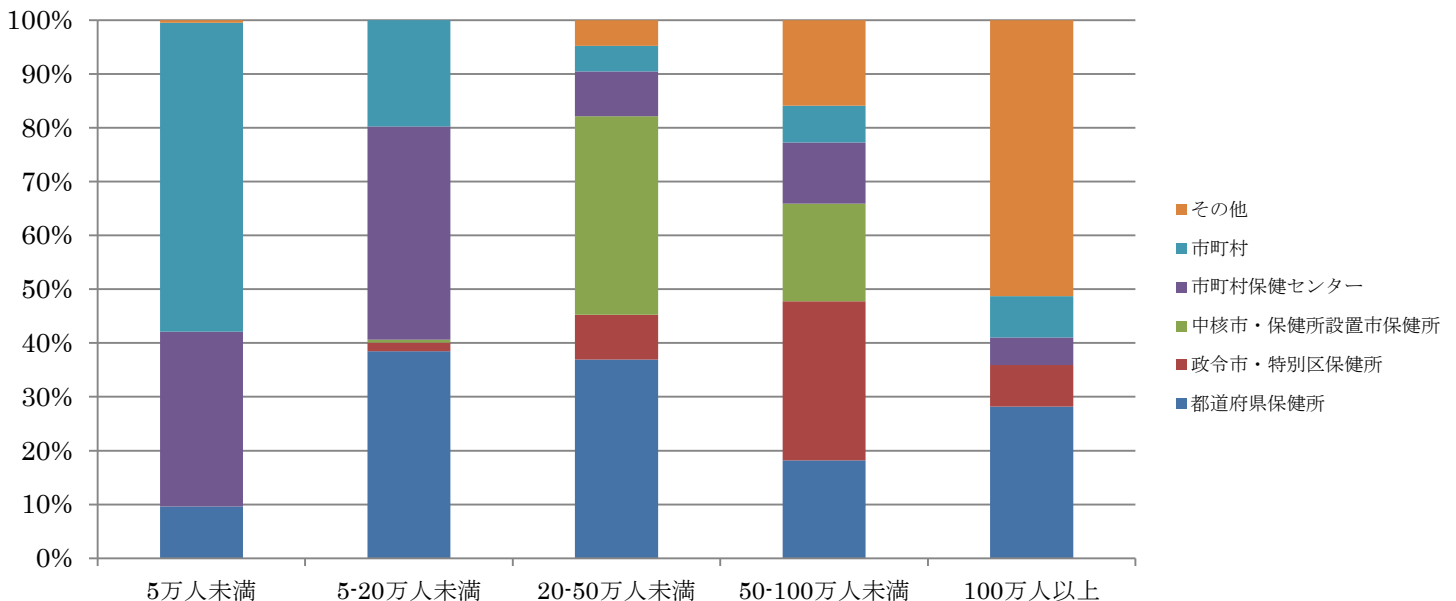
Q1 勤務先（全体, n=553）



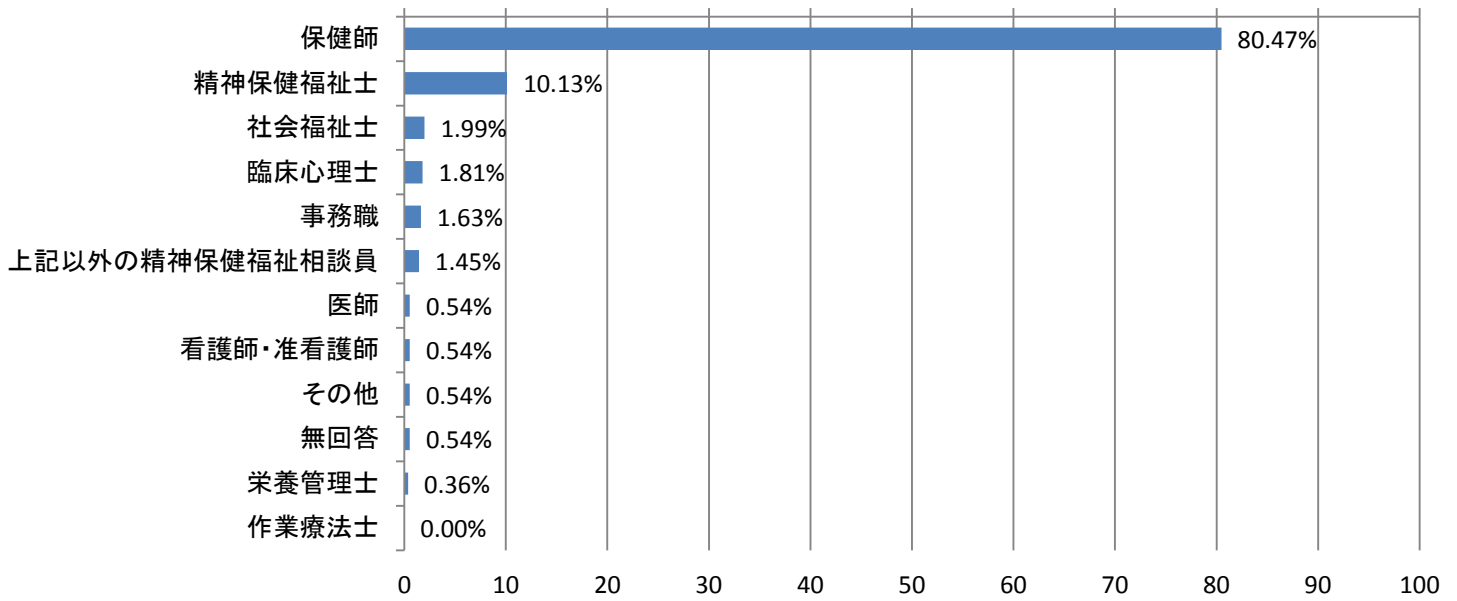
Q2 勤務先の所轄地域合計人口規模 (全体, n=553)



所轄地域合計人口規模別 勤務先（全体, n=553）



Q3 職種 (全体, n=553)



勤務先所轄地域合計人口規模別 職種 (n=553)

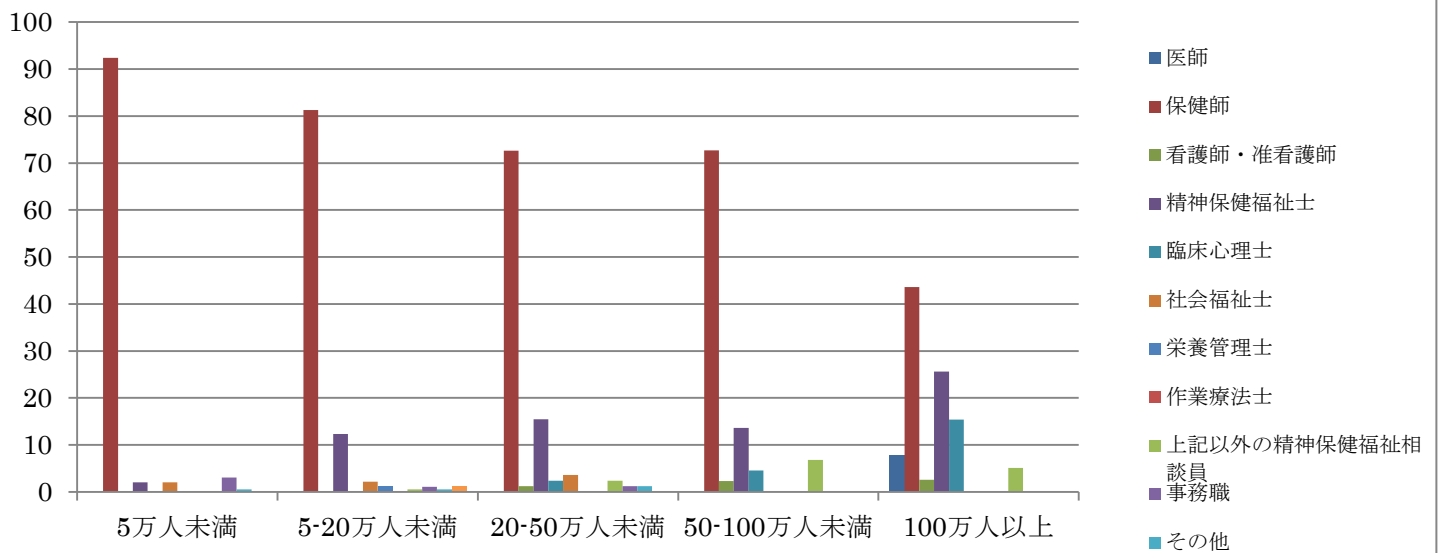


表1. アンケート全回答者の専門職経験年数、行政経験年数、精神保健行政経験年数、精神保健研修受講回数（公的機関による）

	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	530	535	488	402
平均	16.009	14.484	8.434	9.363
中央値	15	12	5	4
最頻値	20	2	1	0
標準偏差	10.553	10.497	8.926	0.701

*外れ値を除いて集計した

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）

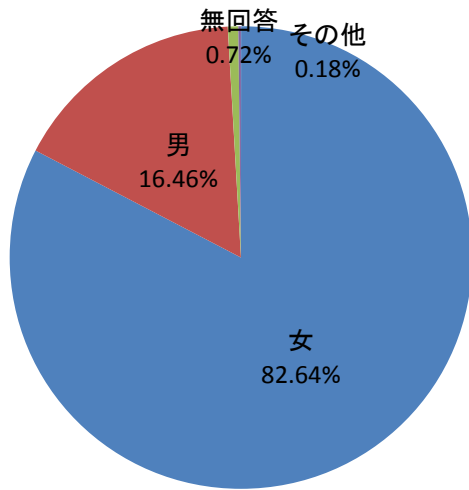
	専門職経験年数	行政経験年数	精神保健行政経験年数*	精神保健研修受講回数
n	212	209	203	164
平均	15.481	13.239	8.123	11.073
中央値	13.5	10	5	5
最頻値	3	1	1	0
標準偏差	11.324	10.822	0.620	1.620

*外れ値を除いて集計した

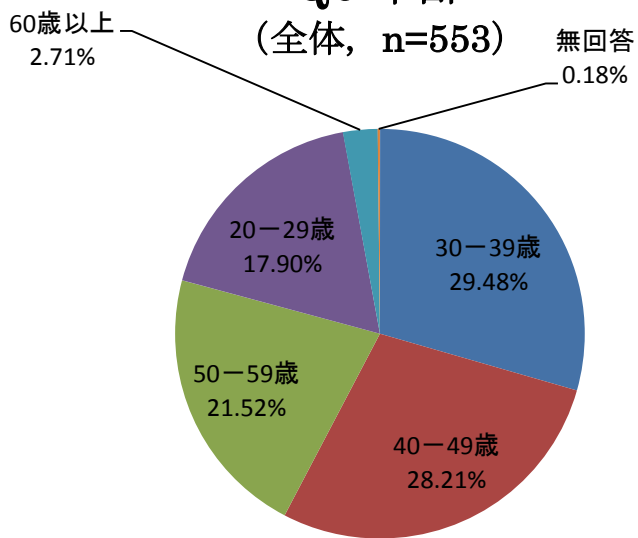
表3. 精神保健に非専従であるアンケート回答者の専門職経験年数、行政経験年数、精神保健行政経験年数、精神保健研修受講回数（公的機関による）

	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	314	322	281	236
平均	16.354	15.280	8.662	8.169
中央値	16	14.5	5	4
最頻値	20	2	0	0
標準偏差	10.031	10.223	9.012	11.911

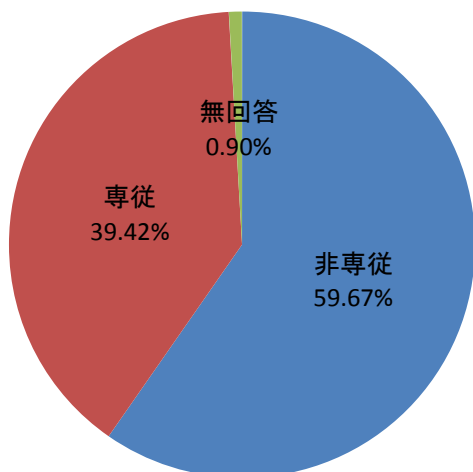
Q5 性別 (全体, n=553)



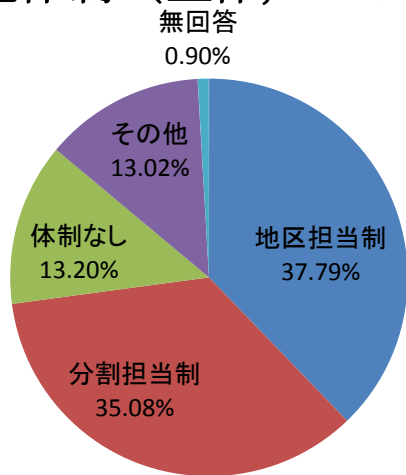
Q6 年齢 (全体, n=553)



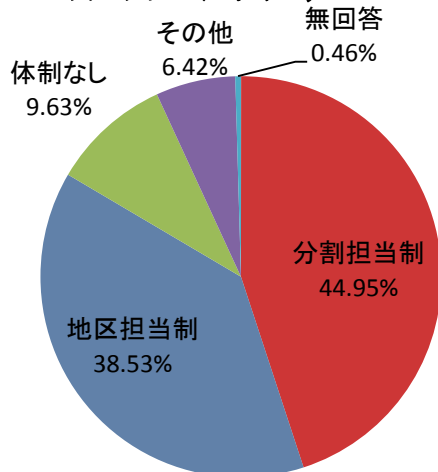
Q7 精神保健業務に専従/ 非専従 (全体, n=553)



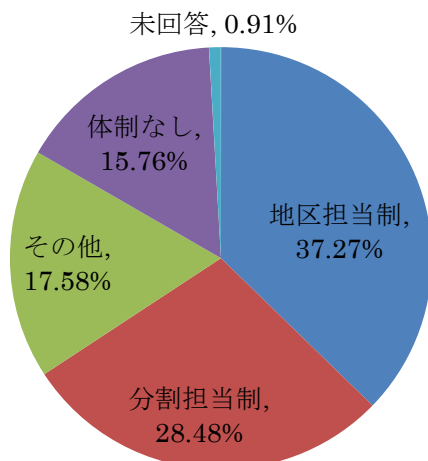
Q8 所属機関の精神保健福祉業務 実施体制（全体, n=553）



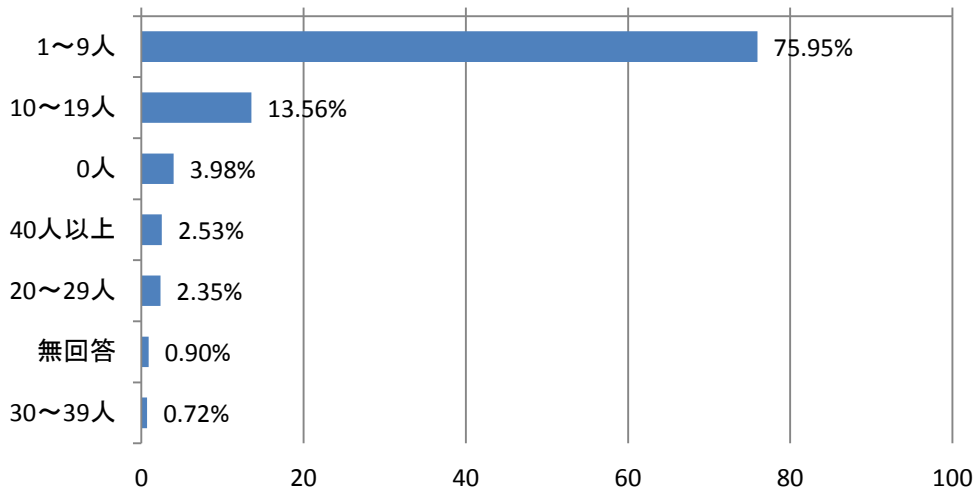
Q8 所属機関の精神保健福祉業務 実施体制（専従, n=218）



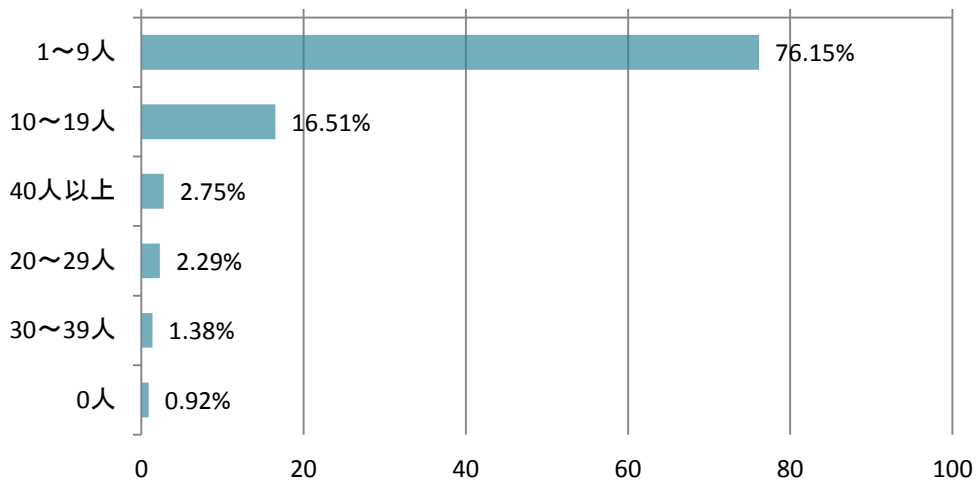
Q8 所属機関の精神保健福祉業務 実施体制（非専従, n=330）



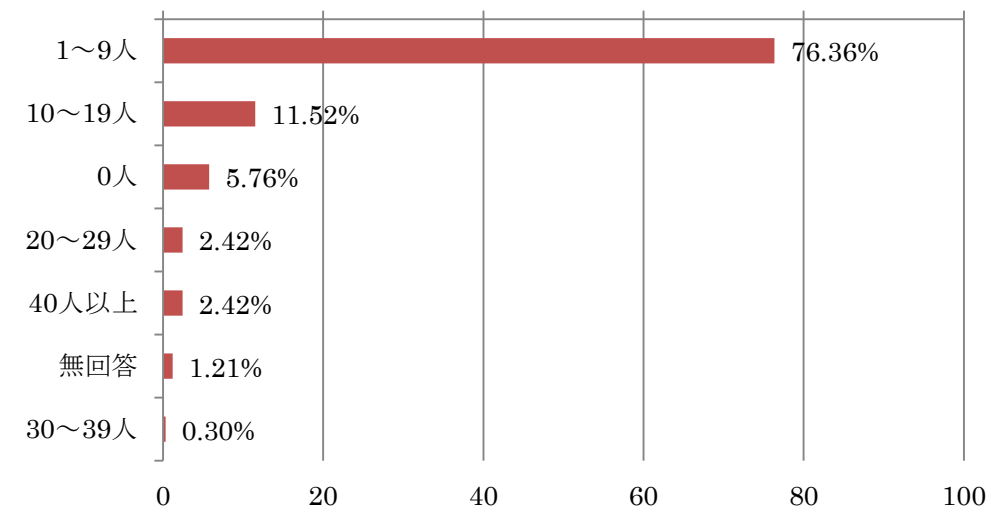
Q9 所属機関の精神保健相談業務 担当職員人数（全体, n=553）



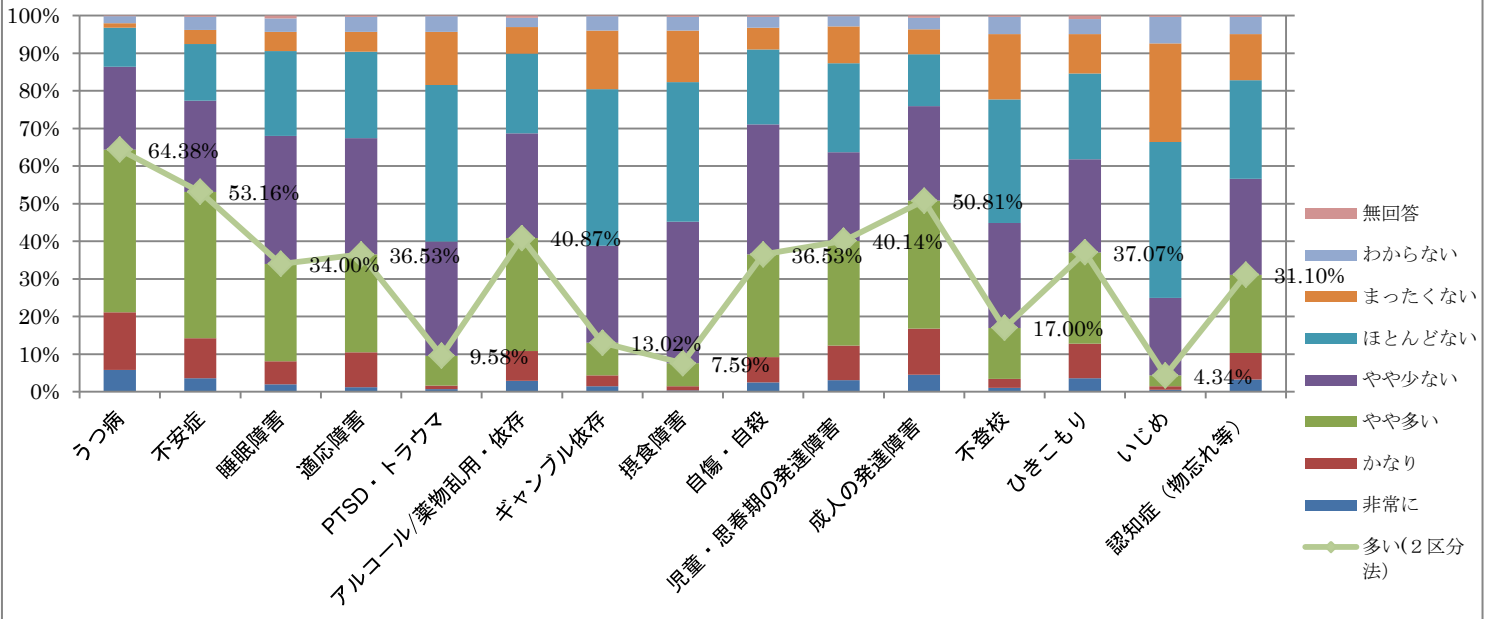
Q9 所属機関の精神保健相談業務 担当職員人数（専従, n=218）



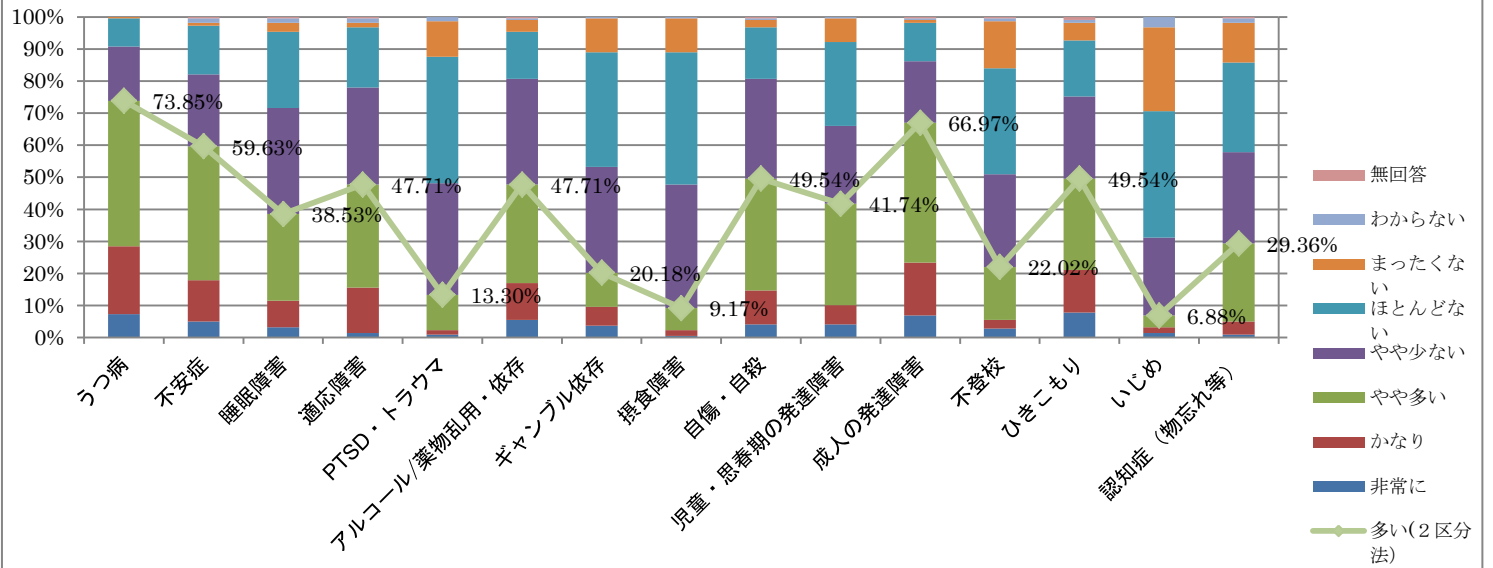
Q9 所属機関の精神保健相談業務担 当職員人数（非専従, n=330）



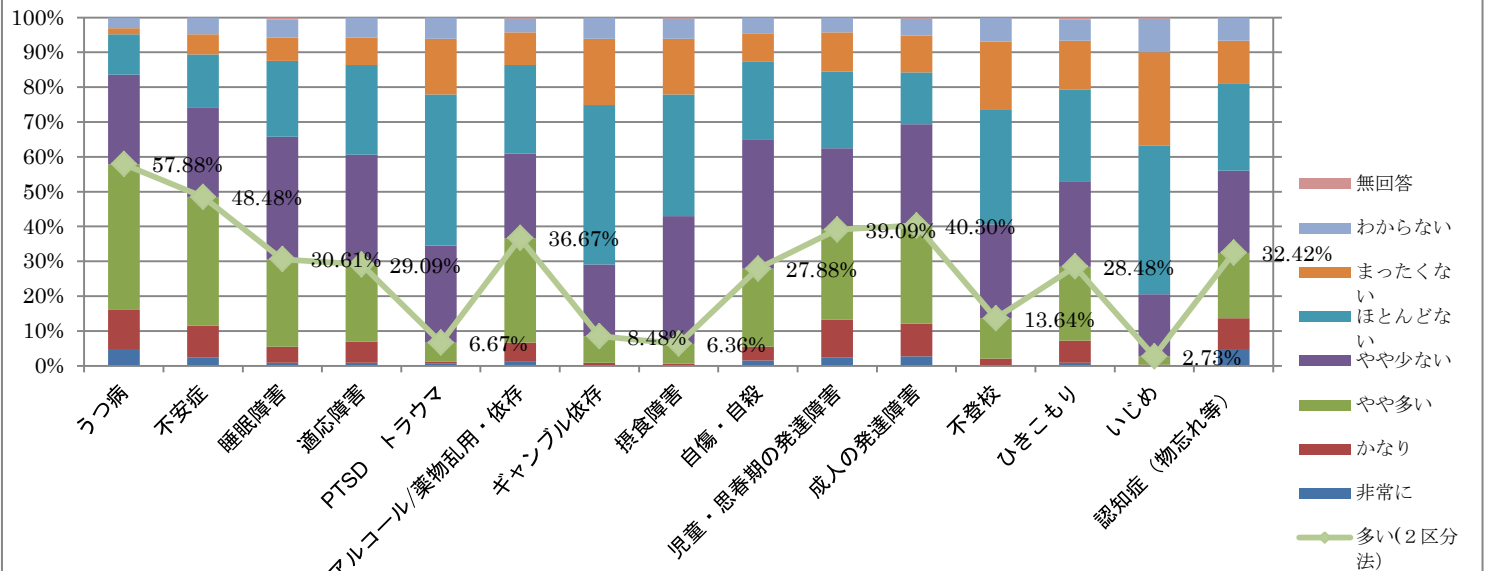
Q10-1 相談者本人の問題として相談されるもの（全体、n=553）



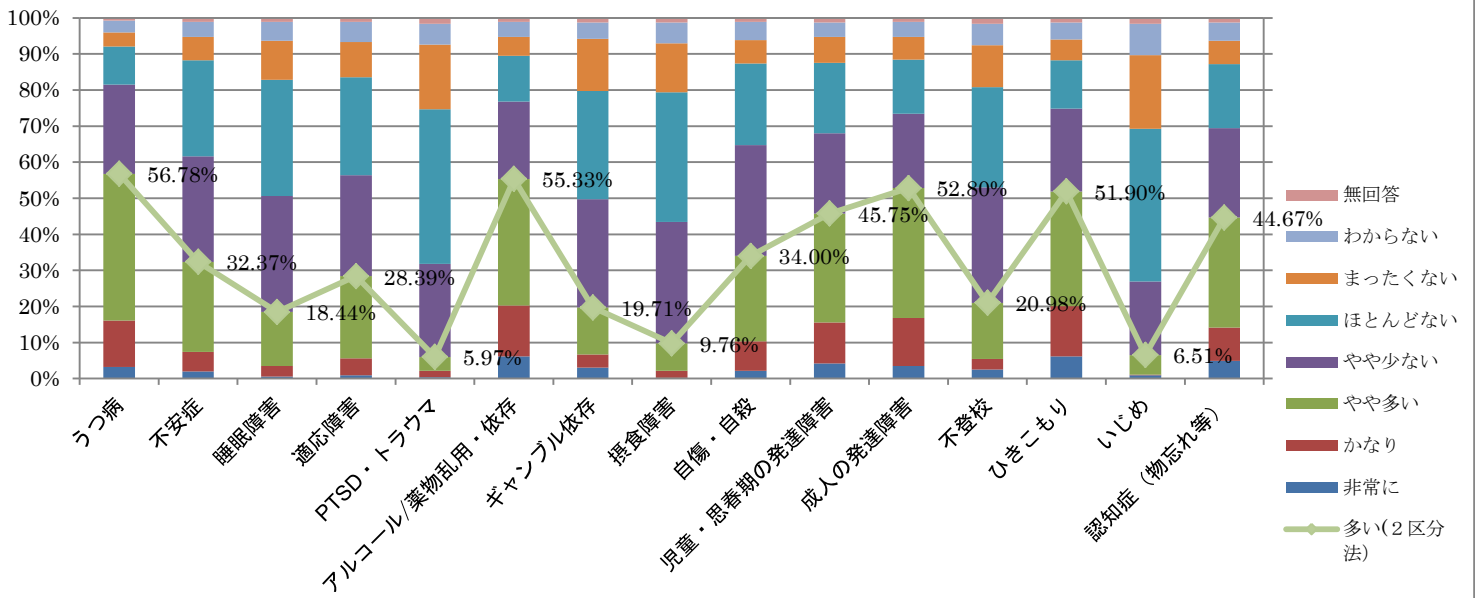
Q10-1 【専従】 相談者本人の問題として相談されるもの (n=218)



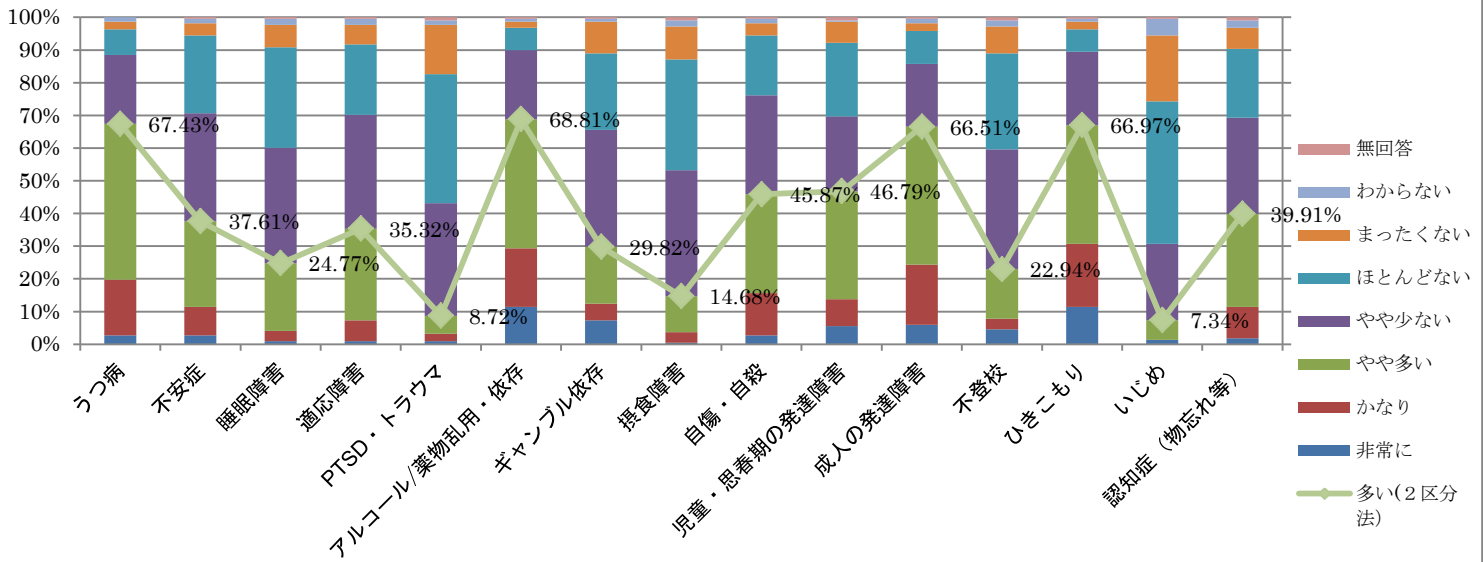
Q10-1 【非専従】 相談者本人の問題として相談されるもの (n=330)



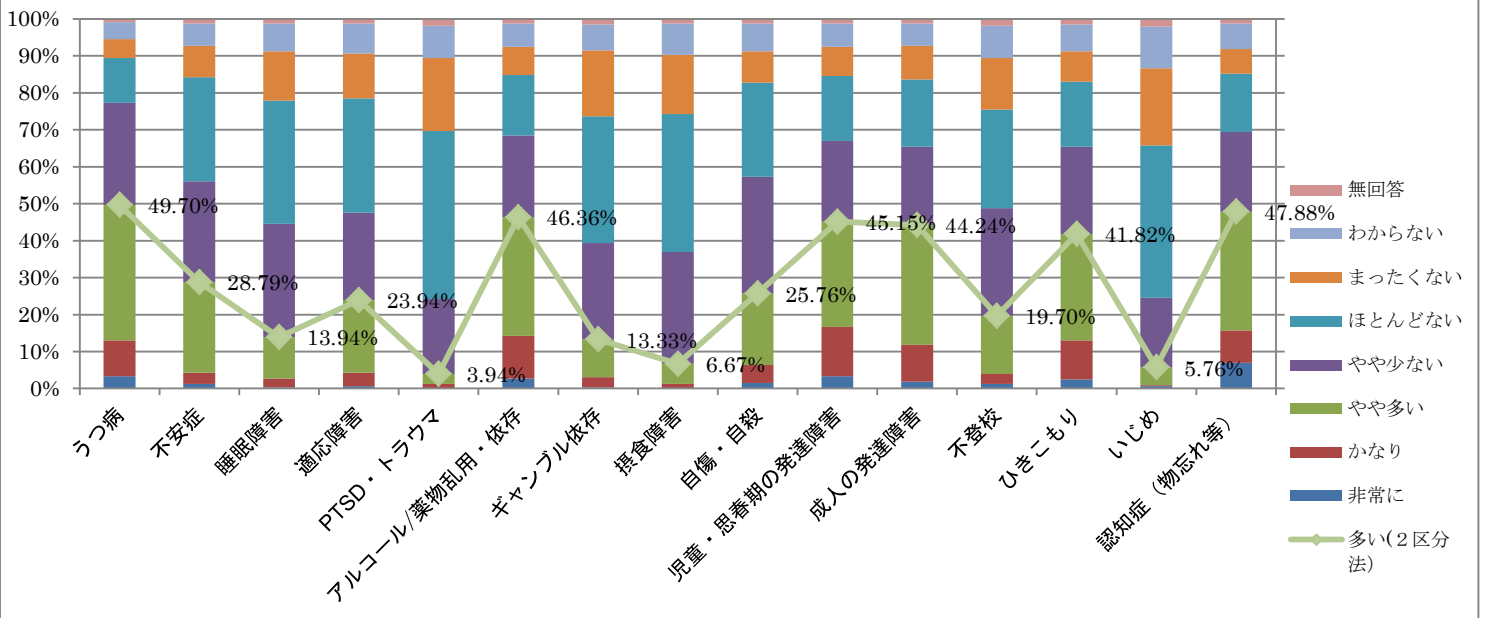
Q10-2 相談者の家族、友人などの問題として相談されるもの（全体、n=553）



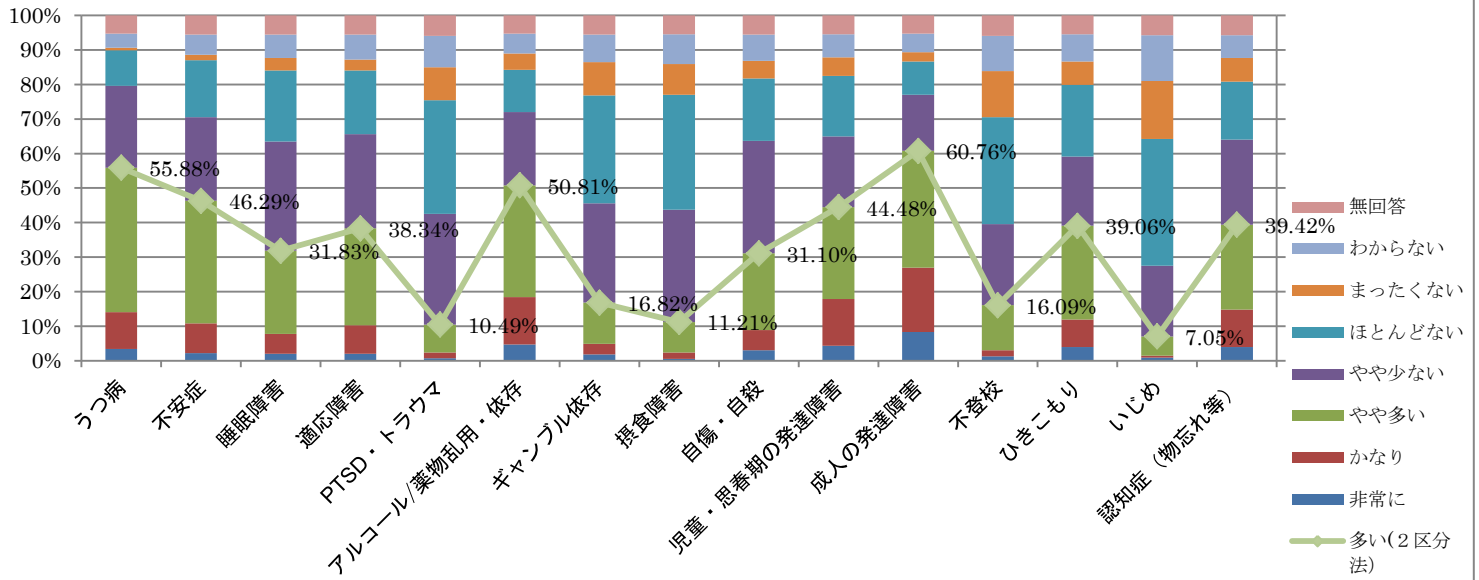
Q10-2【専従】相談者の家族、友人などの問題として相談されるもの（n=218）



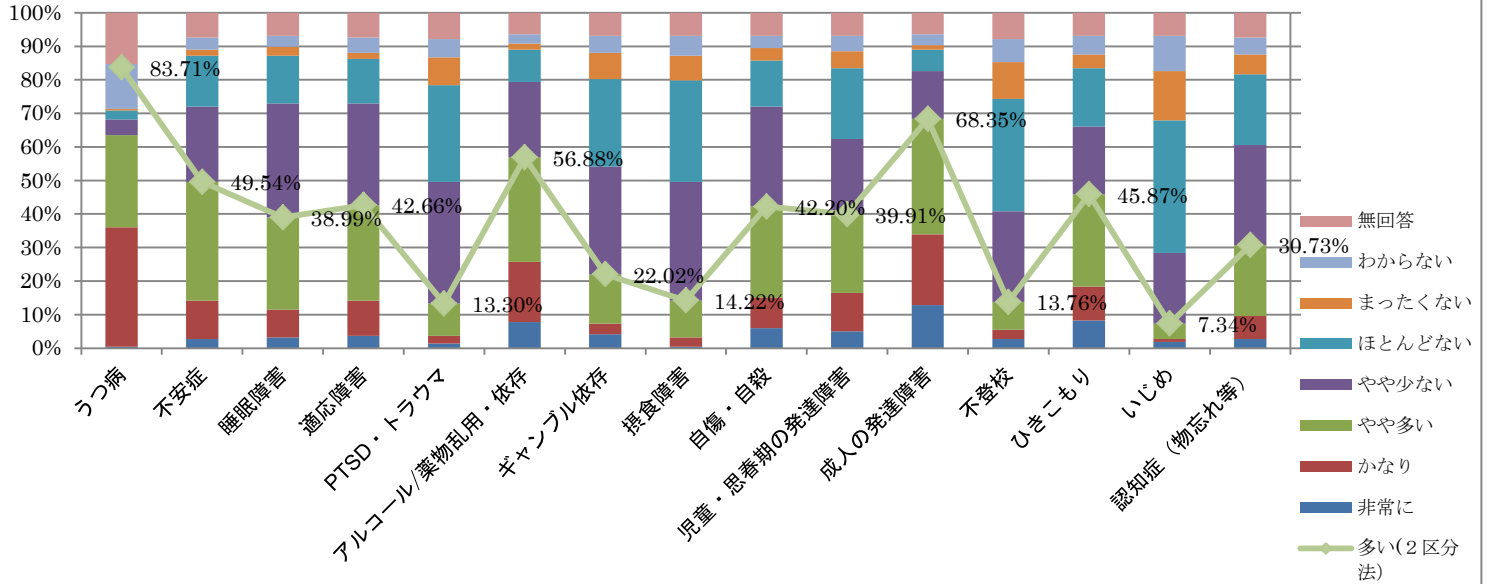
Q10-2【非専従】相談者の家族、友人などの問題として相談されるもの（n=330）



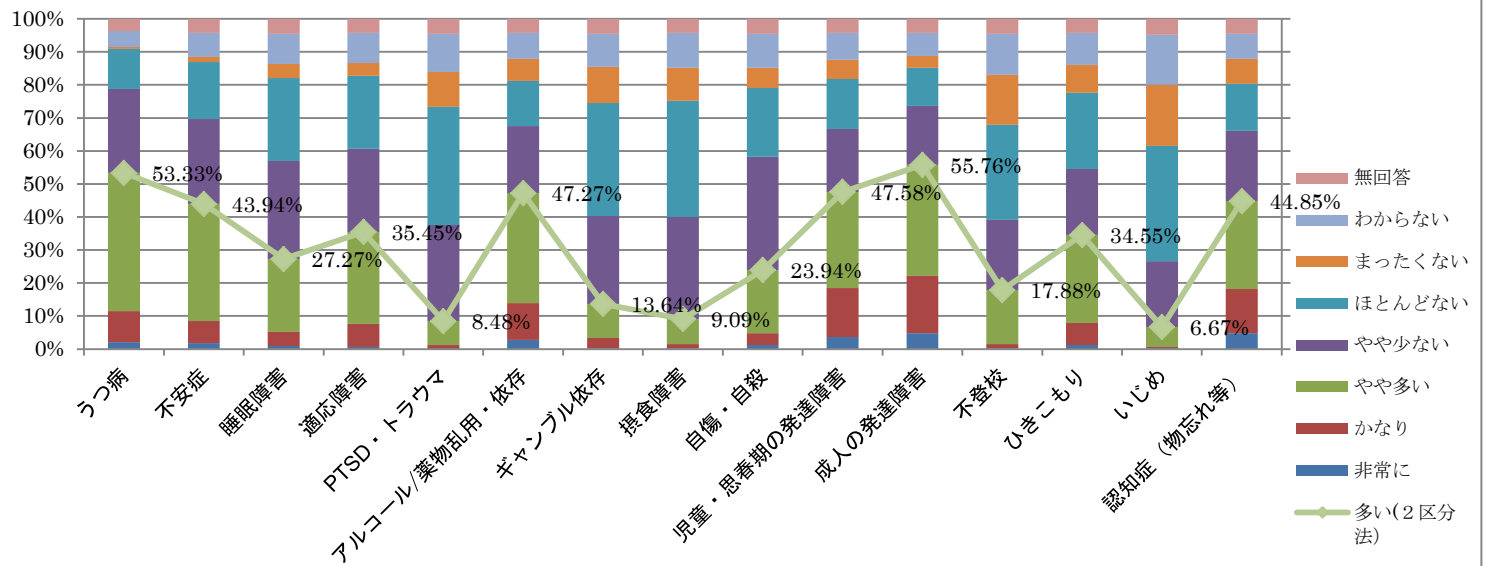
Q10-3 相談者が自分では訴えなくても支援者からみて疑われる問題（全体、n=553）



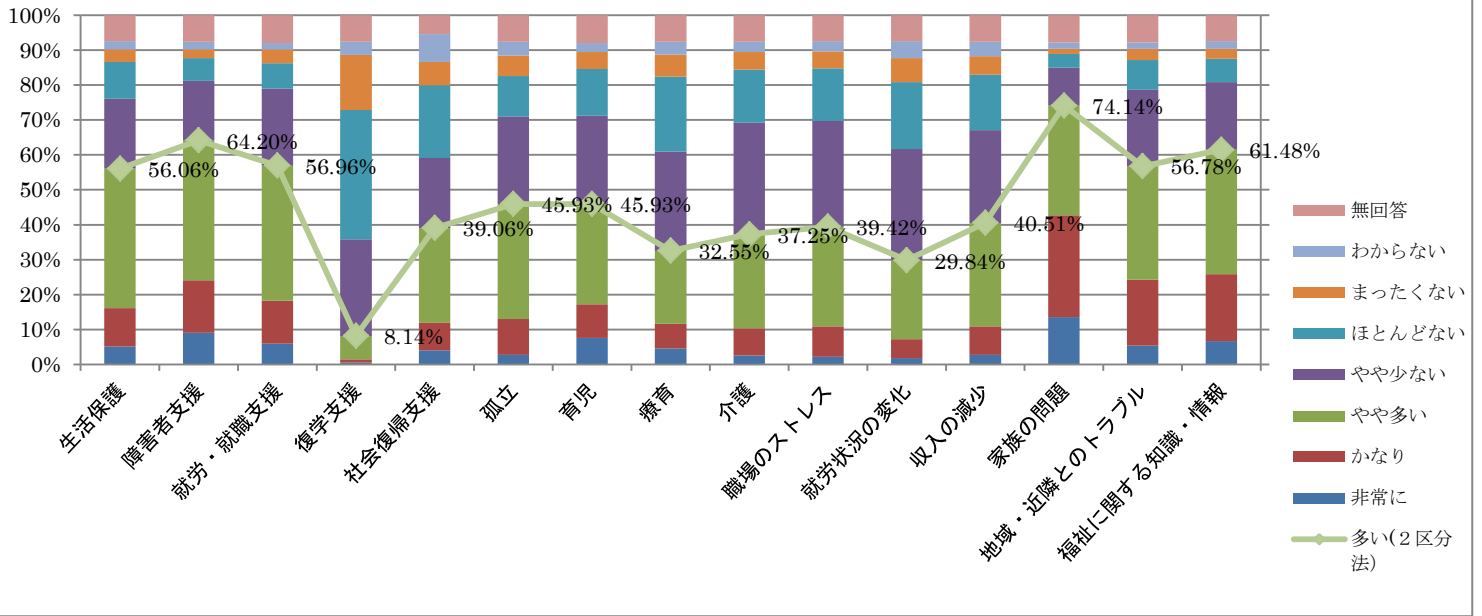
Q10-3【専従】相談者が自分では訴えなくても支援者からみて疑われる問題（n=218）



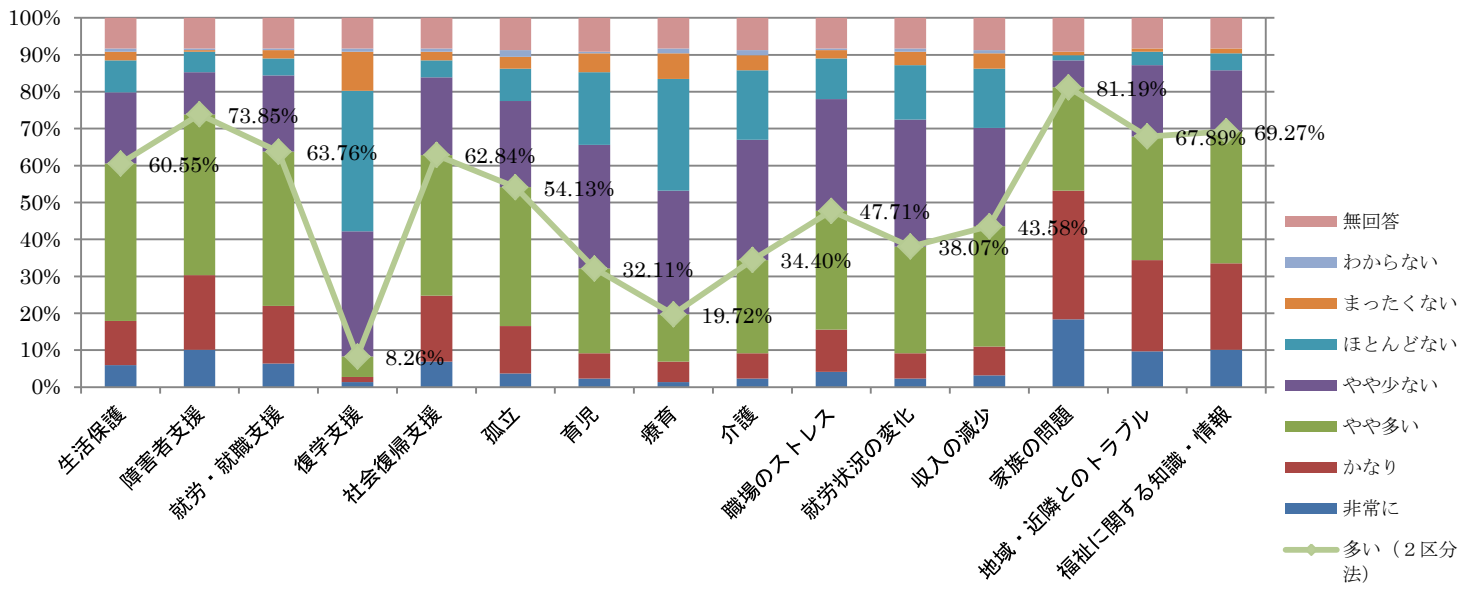
Q10-3【非専従】相談者が自分では訴えなくても支援者からみて疑われる問題（n=330）



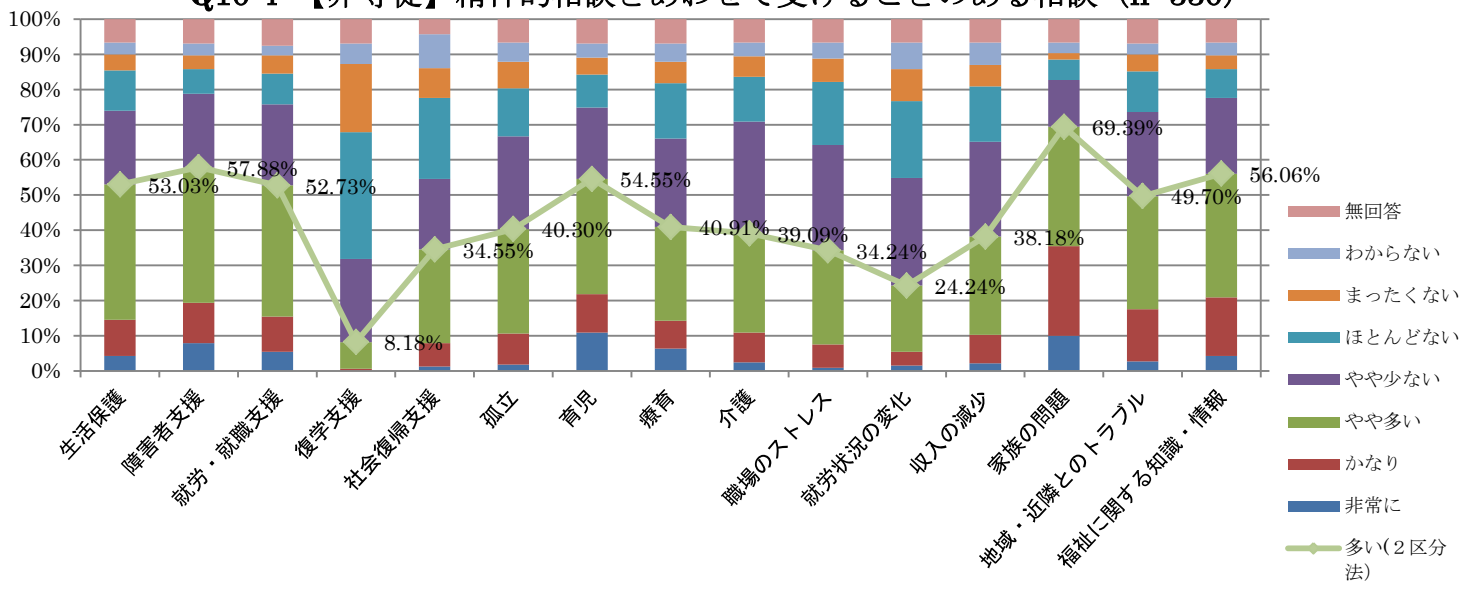
Q10-4 精神的相談とあわせて受けることのある相談（全体, n=553）



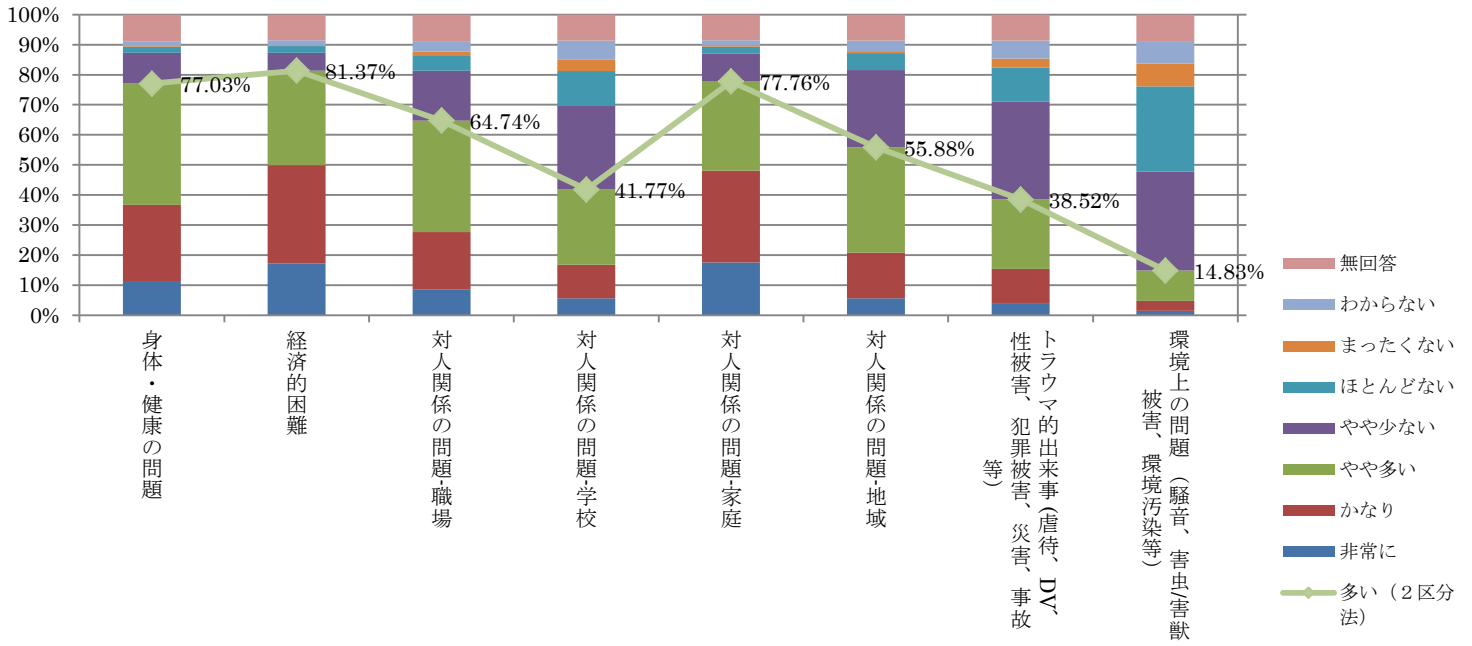
Q10-4 【専従】精神的相談とあわせて受けることのある相談（n=218）



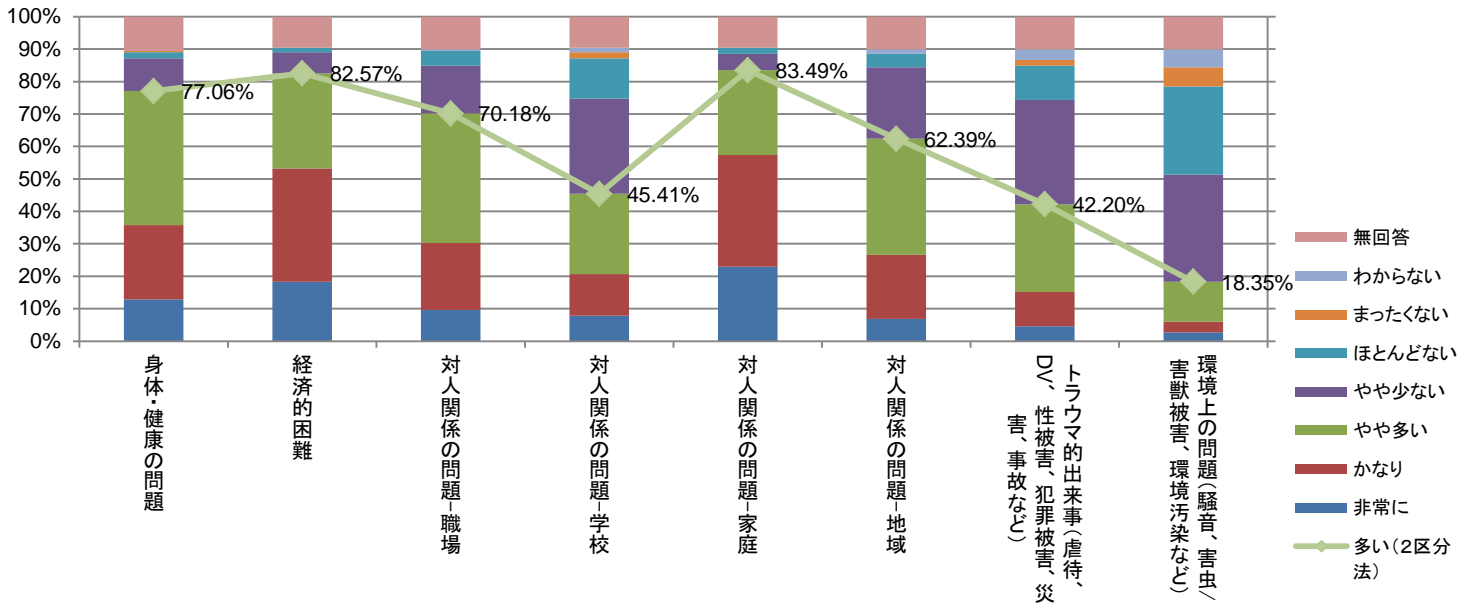
Q10-4 【非専従】精神的相談とあわせて受けることのある相談（n=330）



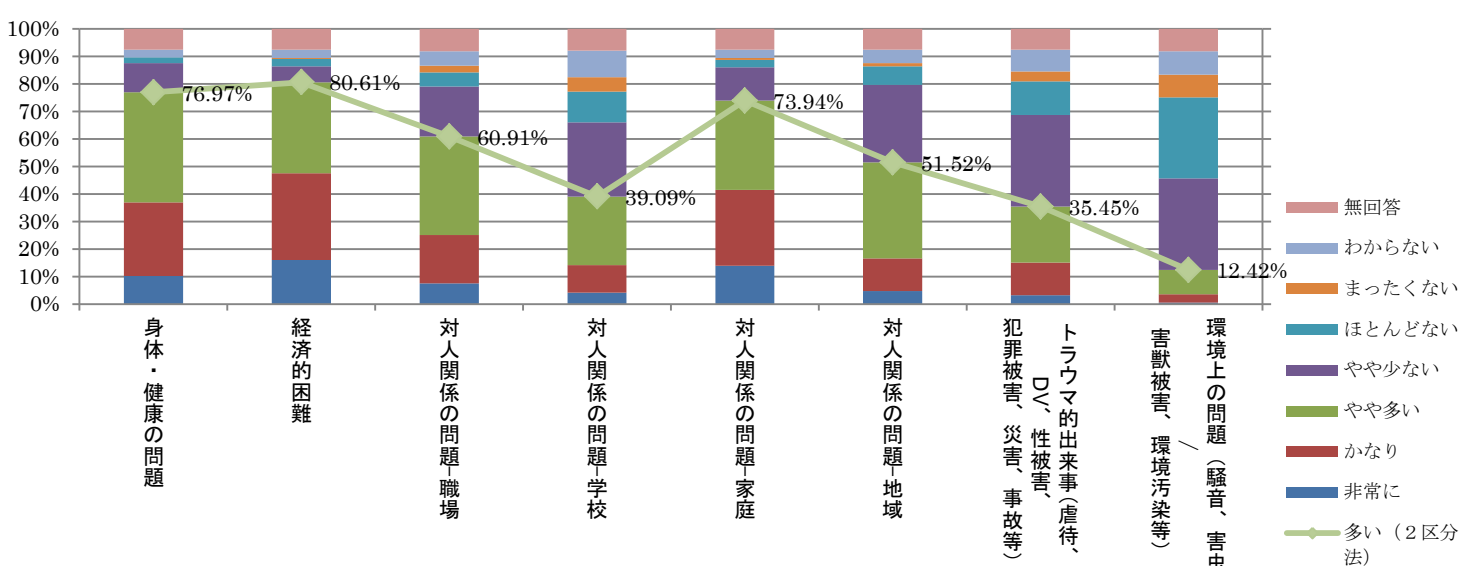
Q10-5 精神的相談の背後にある問題（全体、n=553）



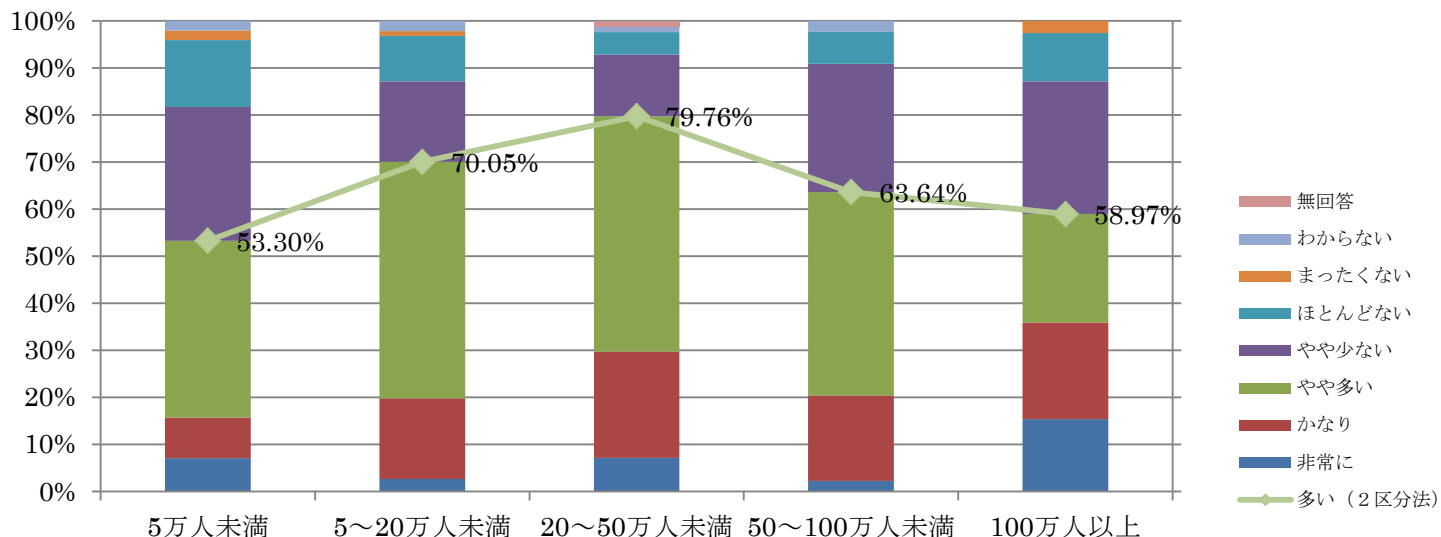
Q10-5【専従】精神的相談の背後にある問題（n=218）



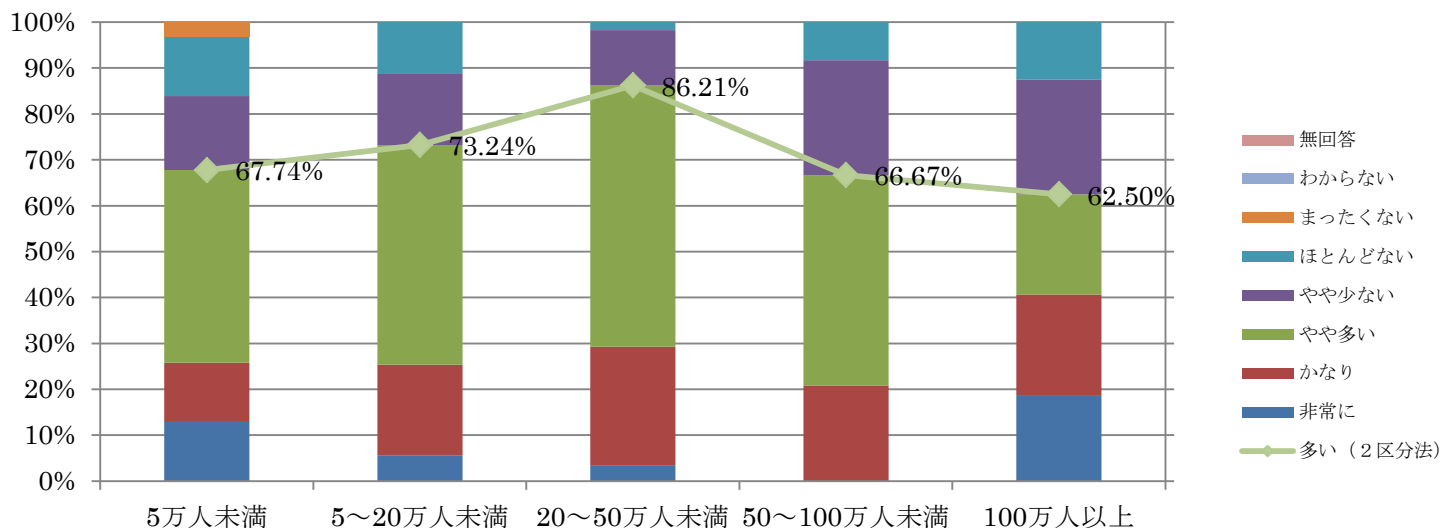
Q10-5【非専従】精神的相談の背後にある問題（n=330）



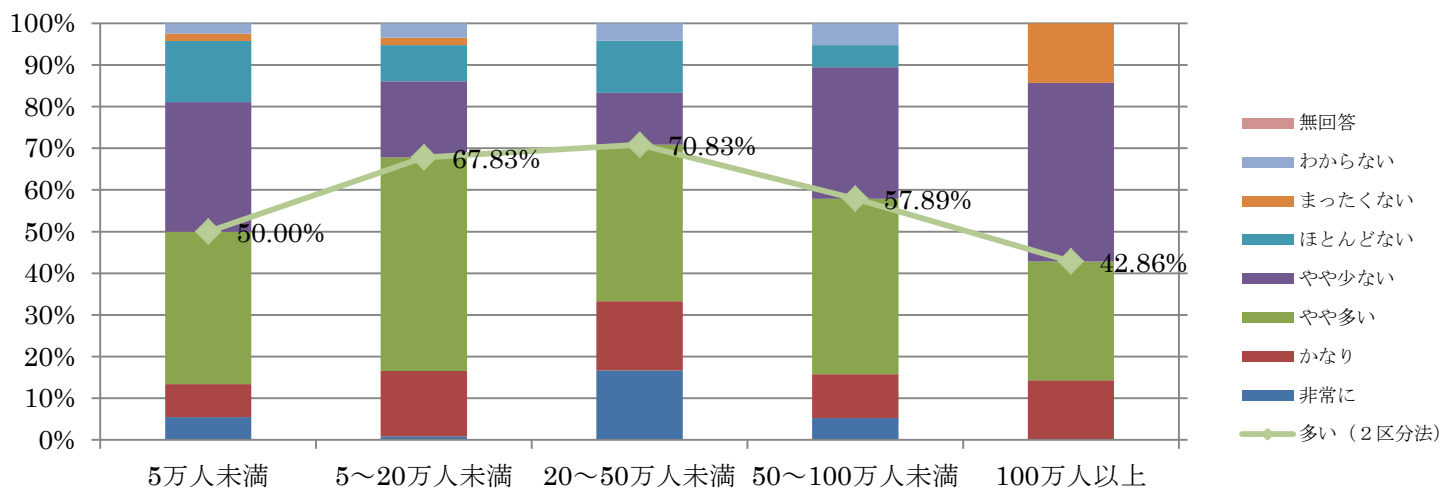
Q10-1 【全体-所轄地域人口規模別】 うつ病



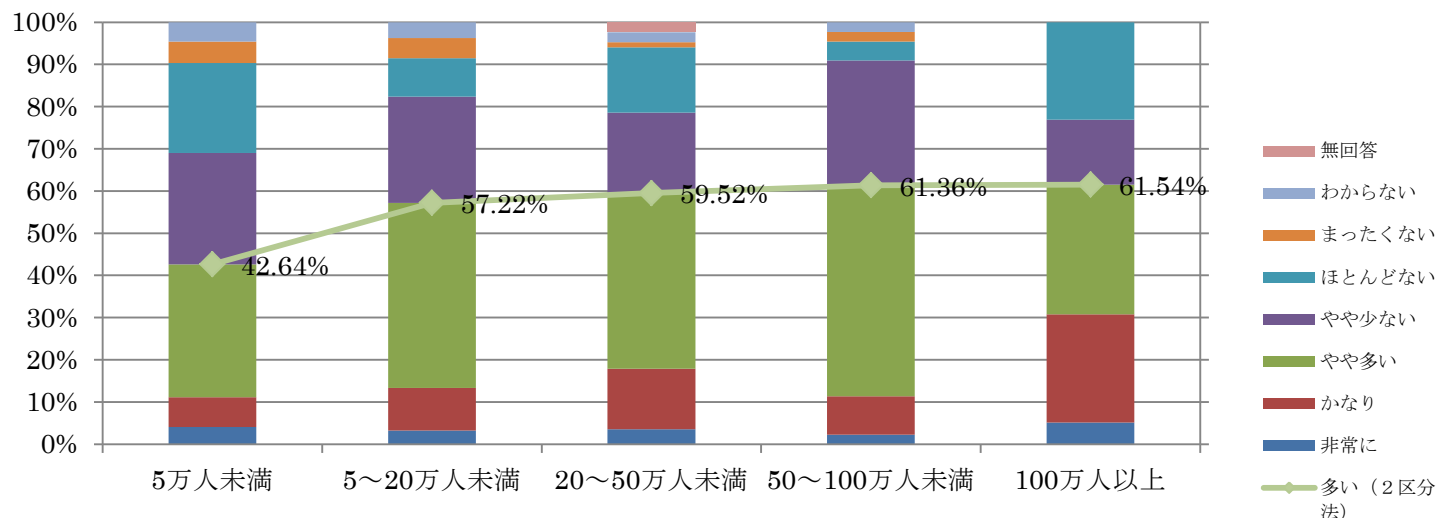
Q10-1 【専従-所轄地域人口規模別】 うつ病



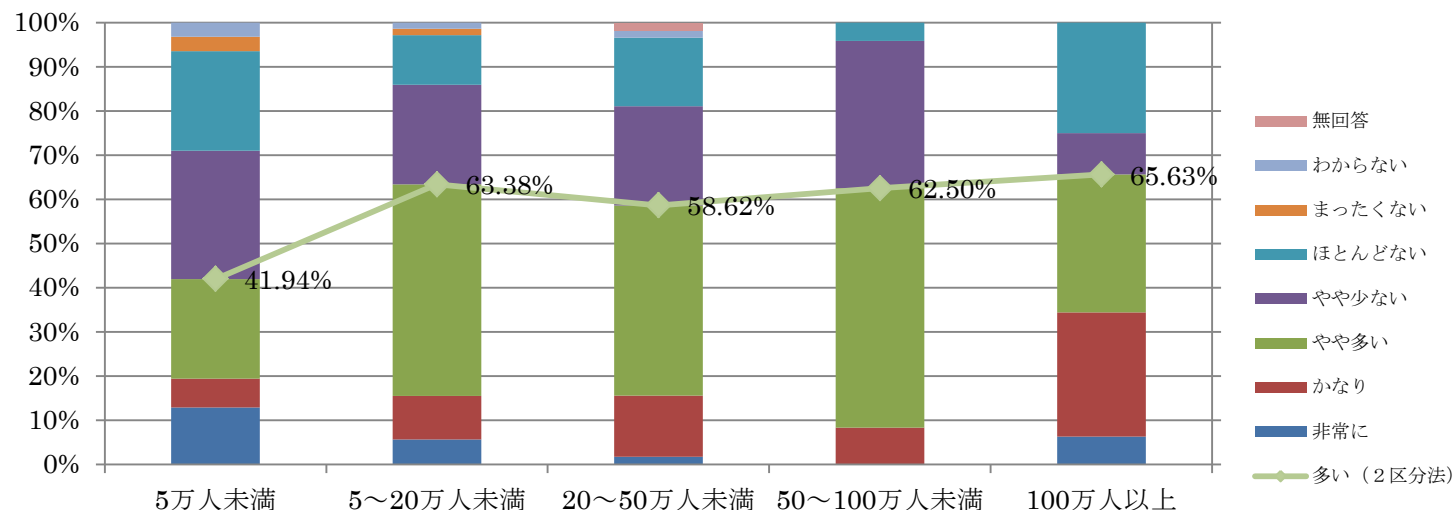
Q10-1 【非専従-所轄地域人口規模別】 うつ病



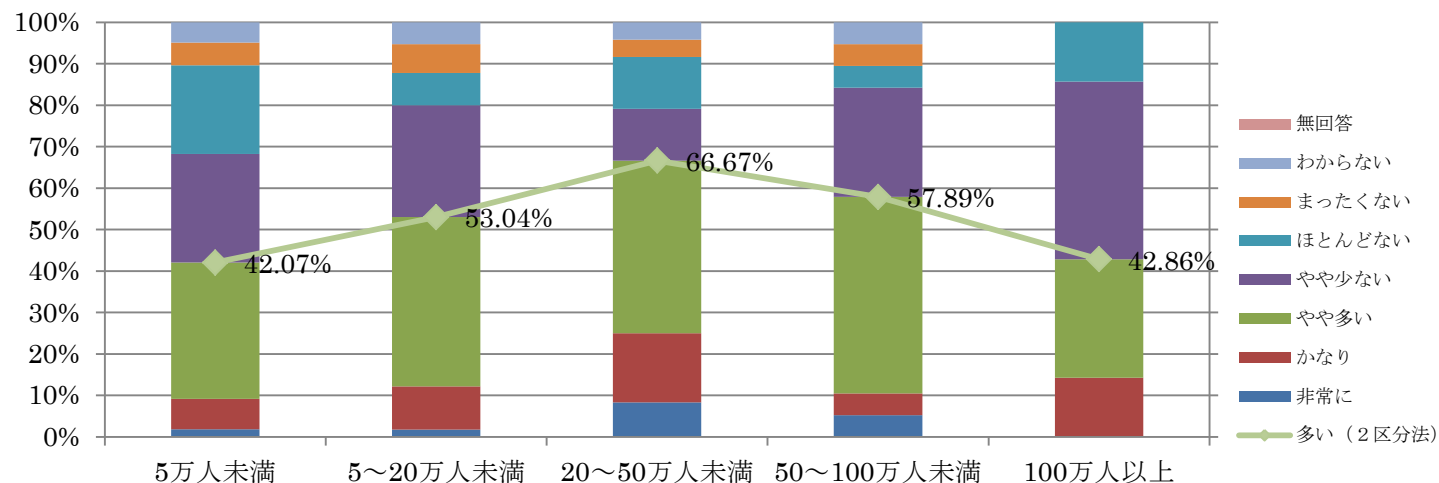
Q10-1 【全体-所轄地域人口規模別】不安症



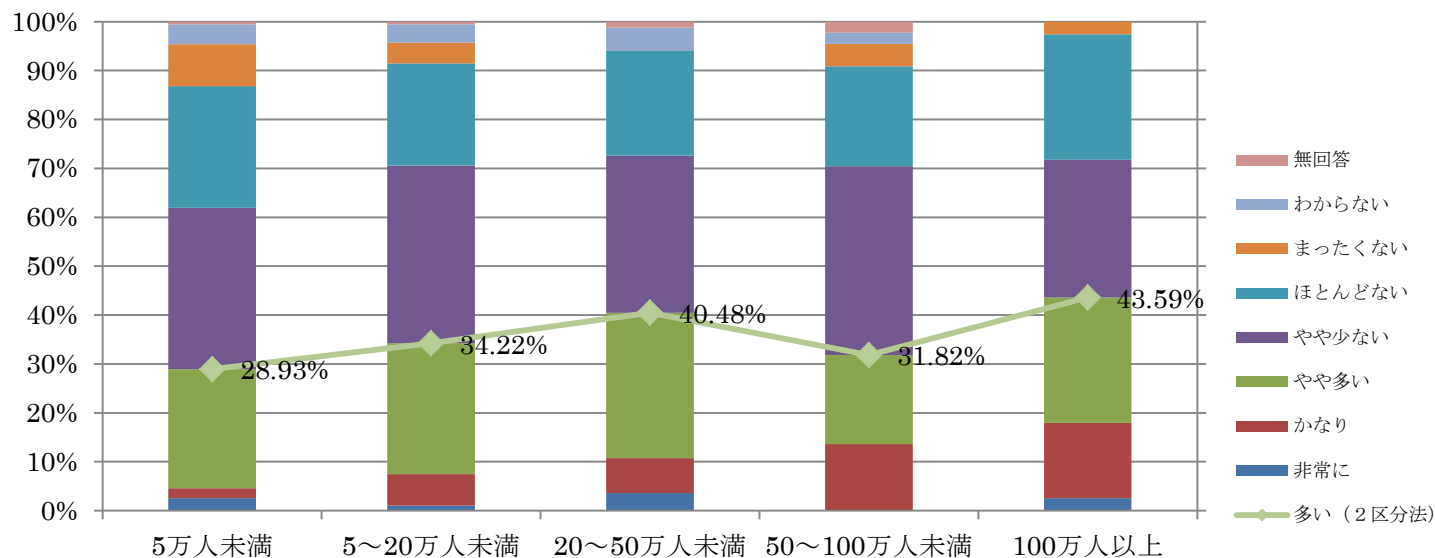
Q10-1 【専従-所轄地域人口規模別】不安症



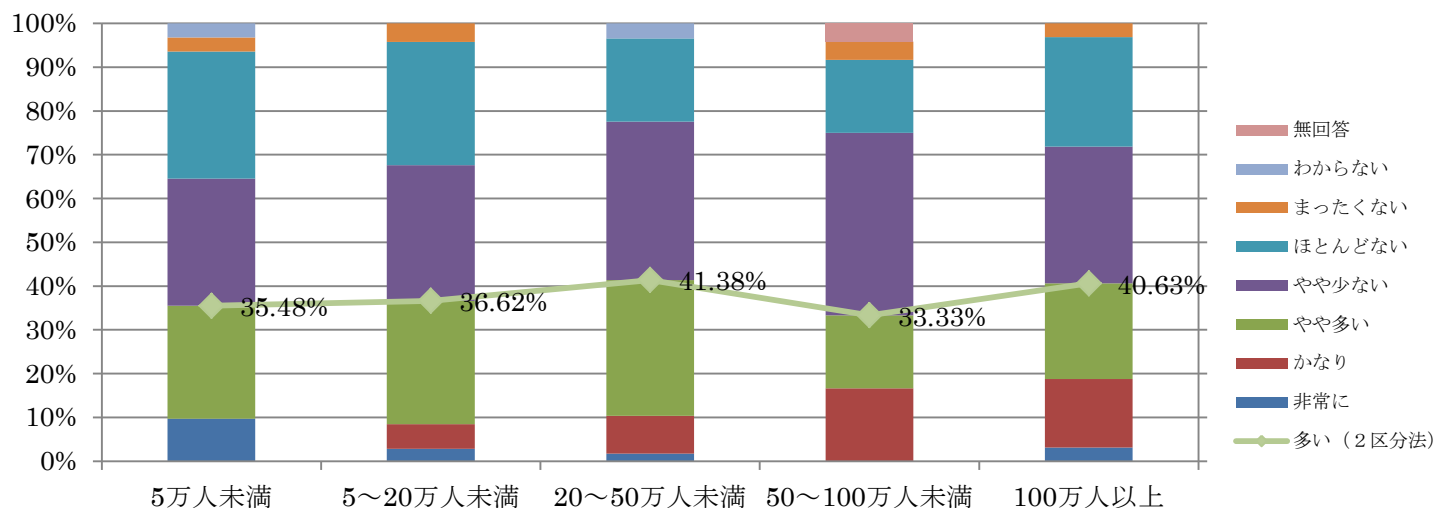
Q10-1 【非専従-所轄地域人口規模別】不安症



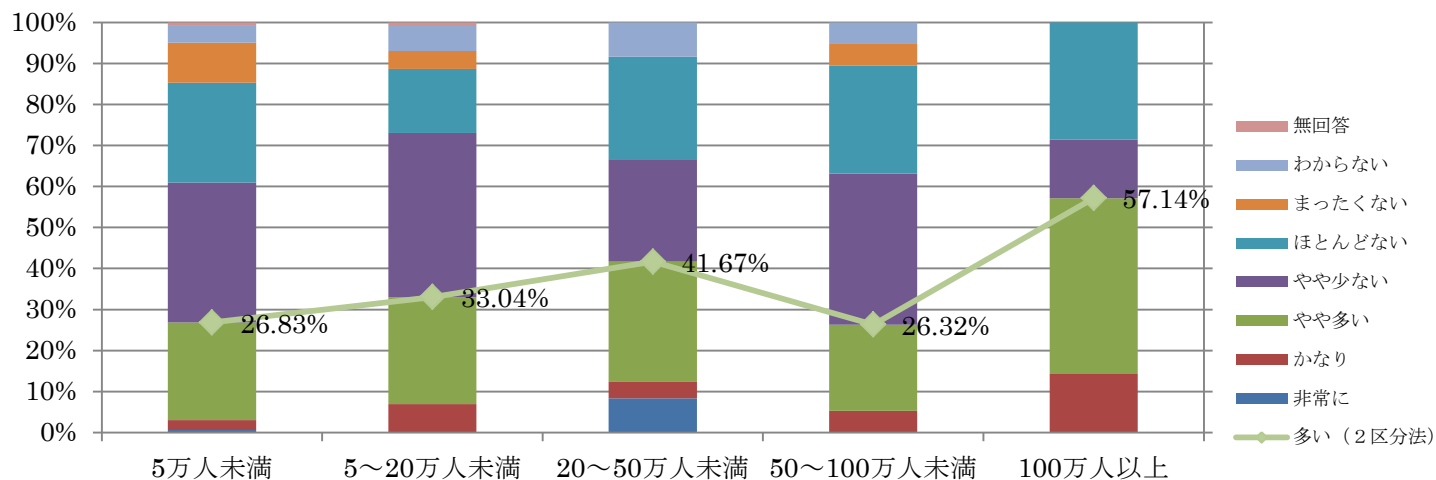
Q10-1 【全体-所轄地域人口規模別】 睡眠障害



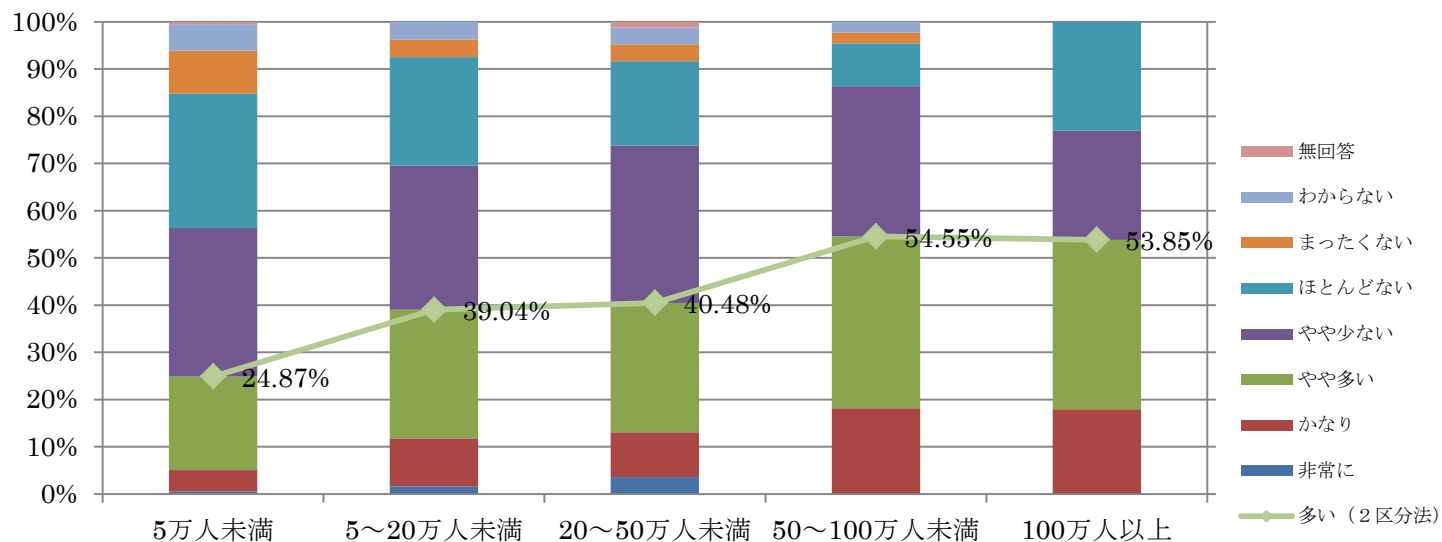
Q10-1 【専従-所轄地域人口規模別】 睡眠障害



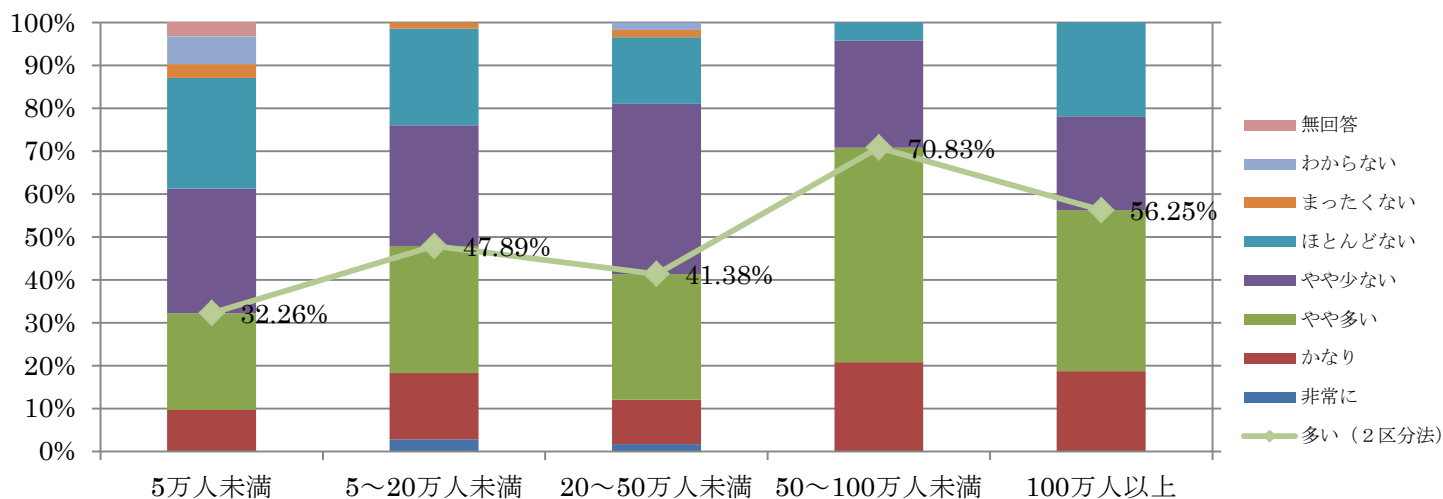
Q10-1 【非専従-所轄地域人口規模別】 睡眠障害



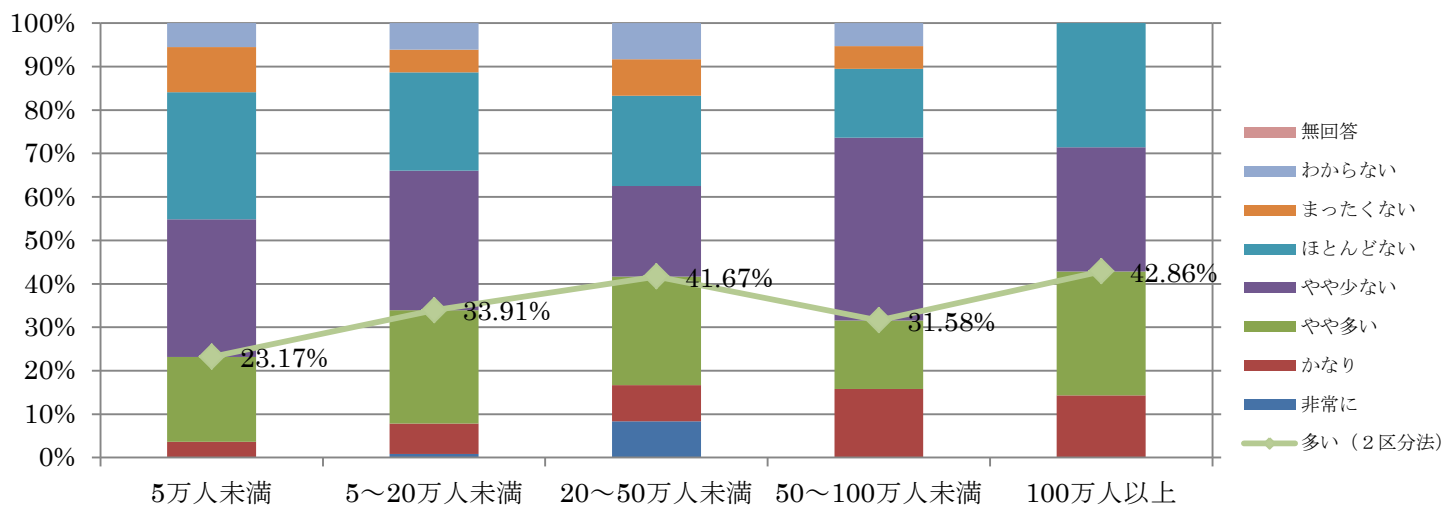
Q10-1 【全体-所轄地域人口規模別】 適応障害



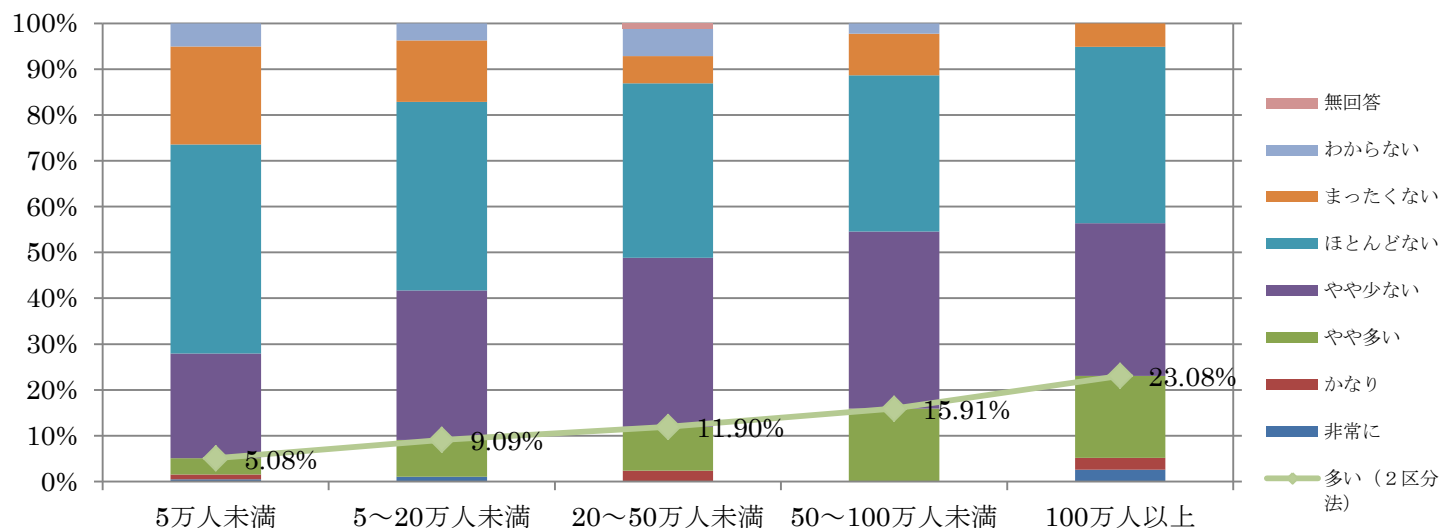
Q10-1 【専従-所轄地域人口規模別】 適応障害



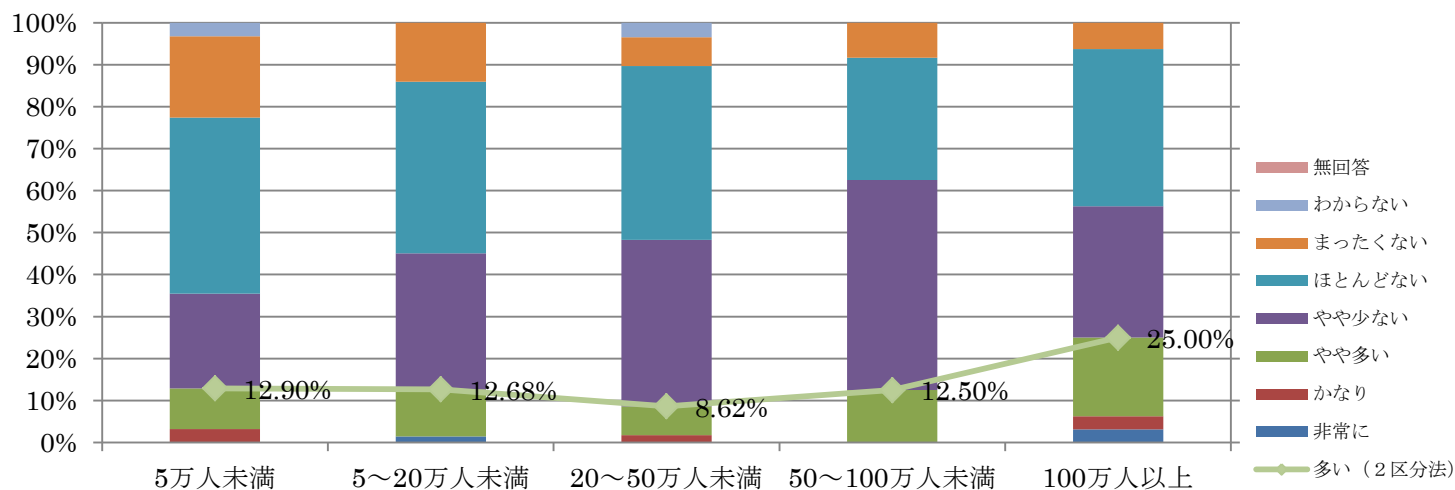
Q10-1 【非専従-所轄地域人口規模別】 適応障害



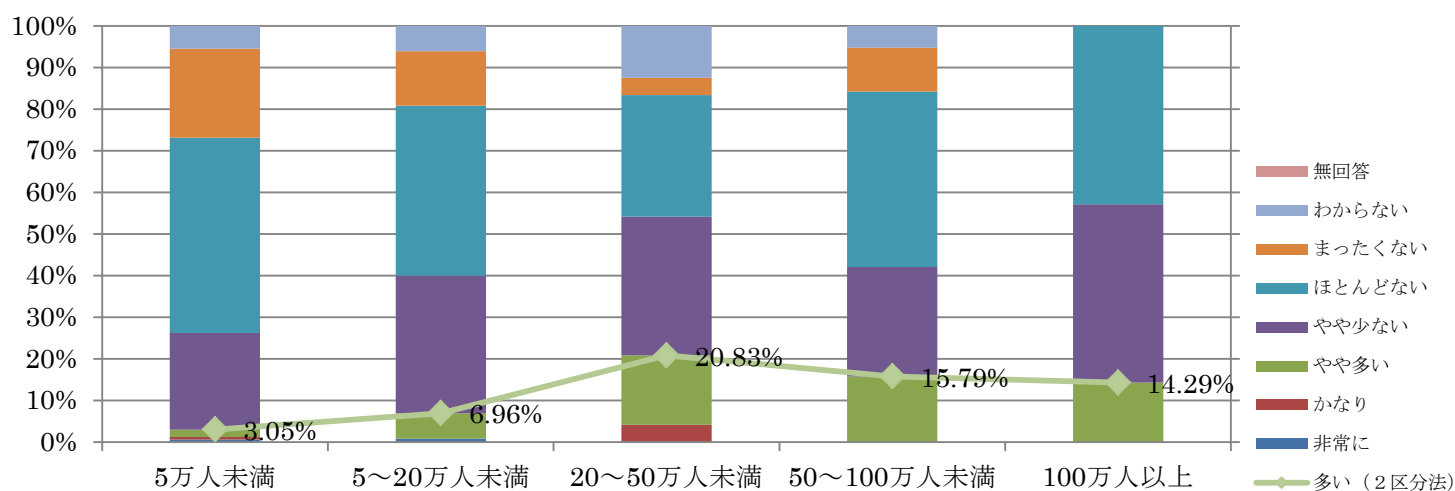
Q10-1 【全体-地域人口規模別】 PTSD・トラウマ



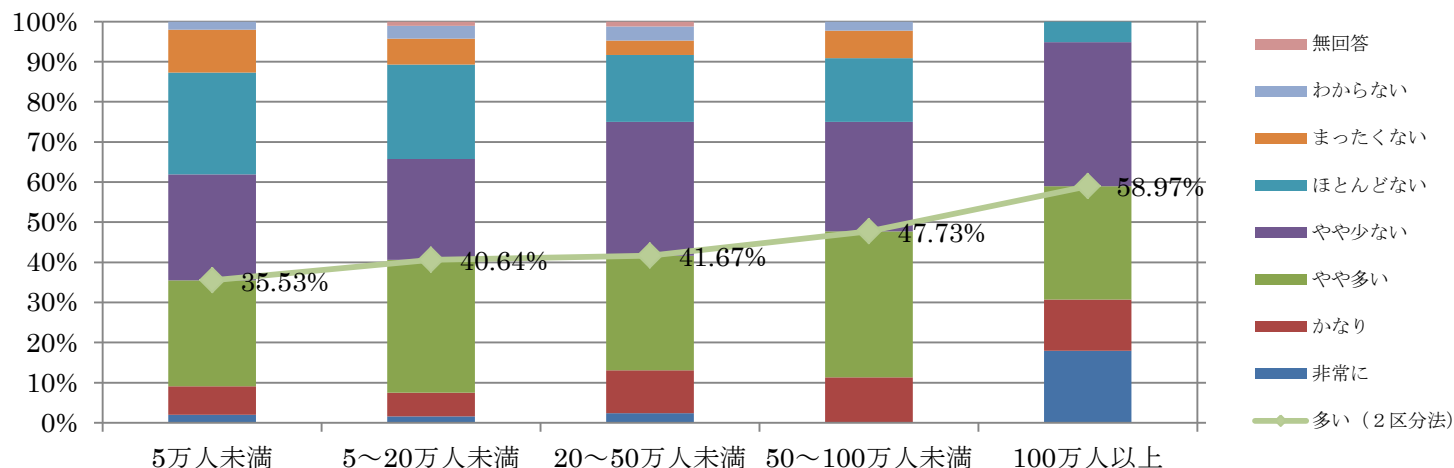
Q10-1 【専従-所轄地域人口規模別】 PTSD・トラウマ



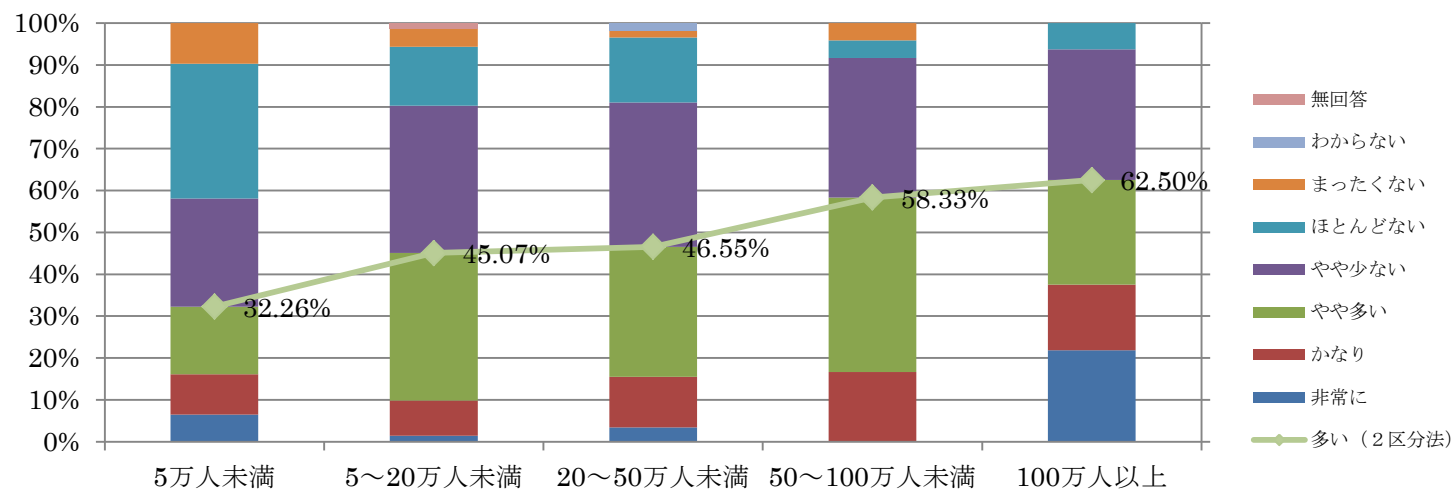
Q10-1 【非専従-所轄地域人口規模別】 PTSD・トラウマ



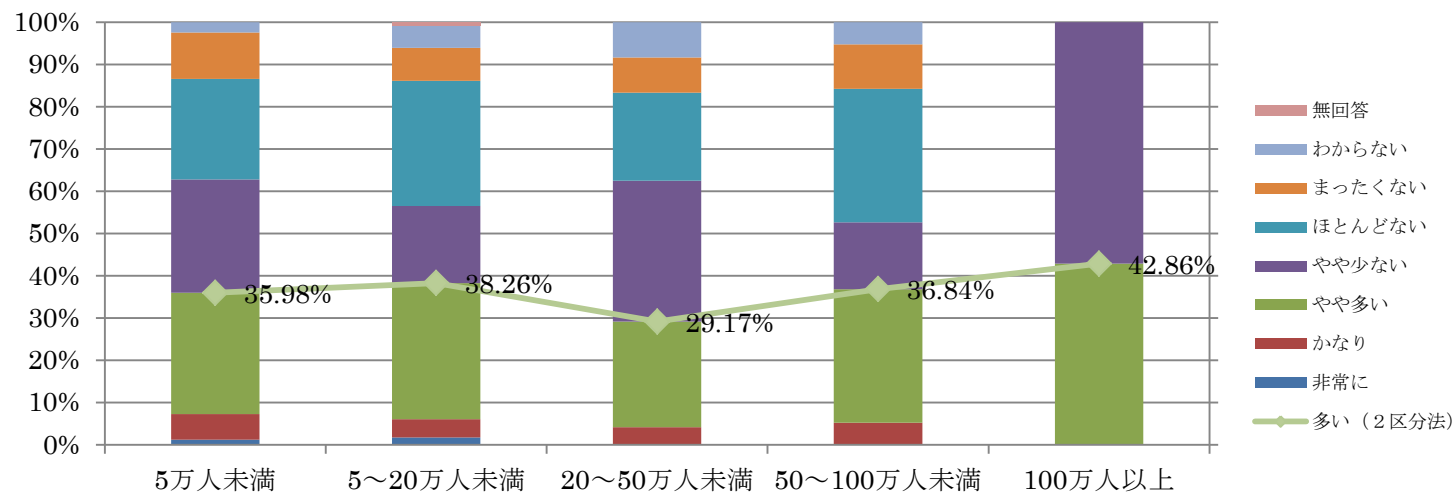
Q10-1 【全体-地域所轄人口規模別】 アルコール/薬物乱用・依存



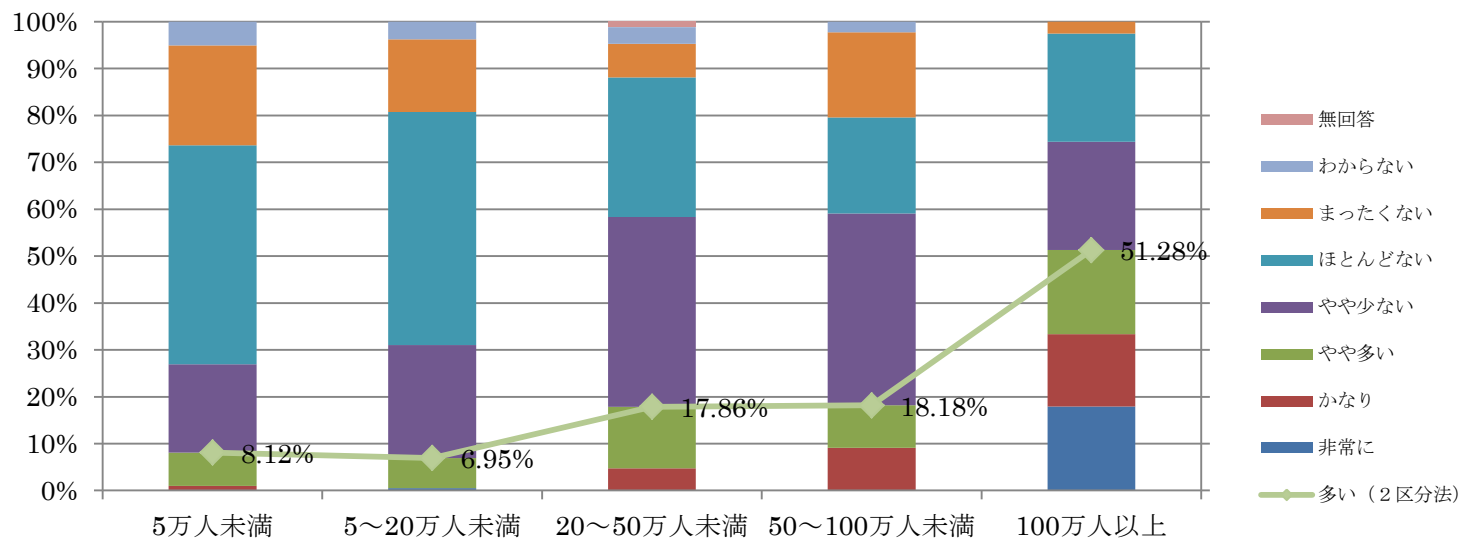
Q10-1 【専従-所轄地域人口規模別】 アルコール/薬物乱用・依存



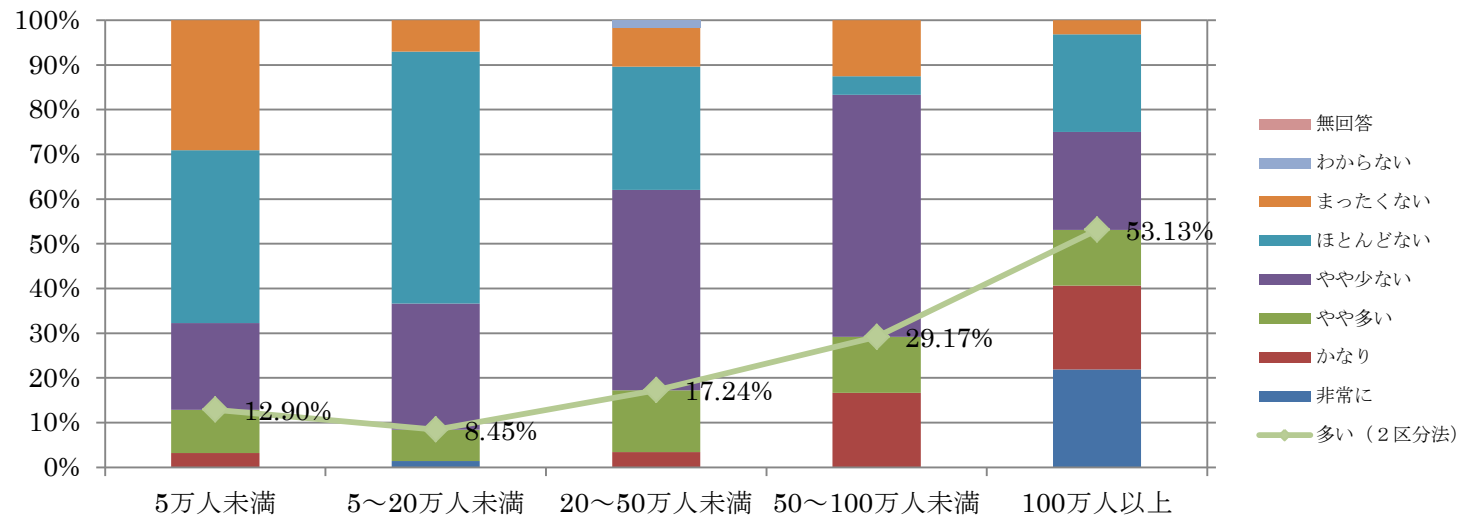
Q10-1 【非専従-所轄地域人口規模別】 アルコール/薬物乱用・依存



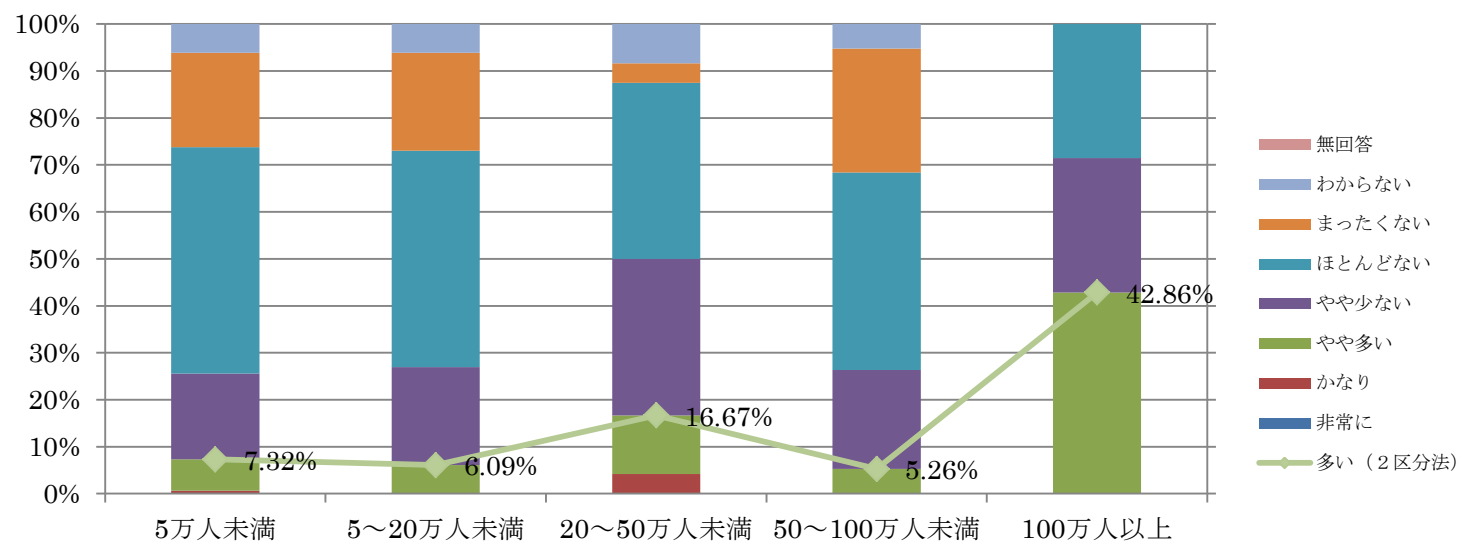
Q10-1 【全体-地域所轄人口規模別】ギャンブル依存



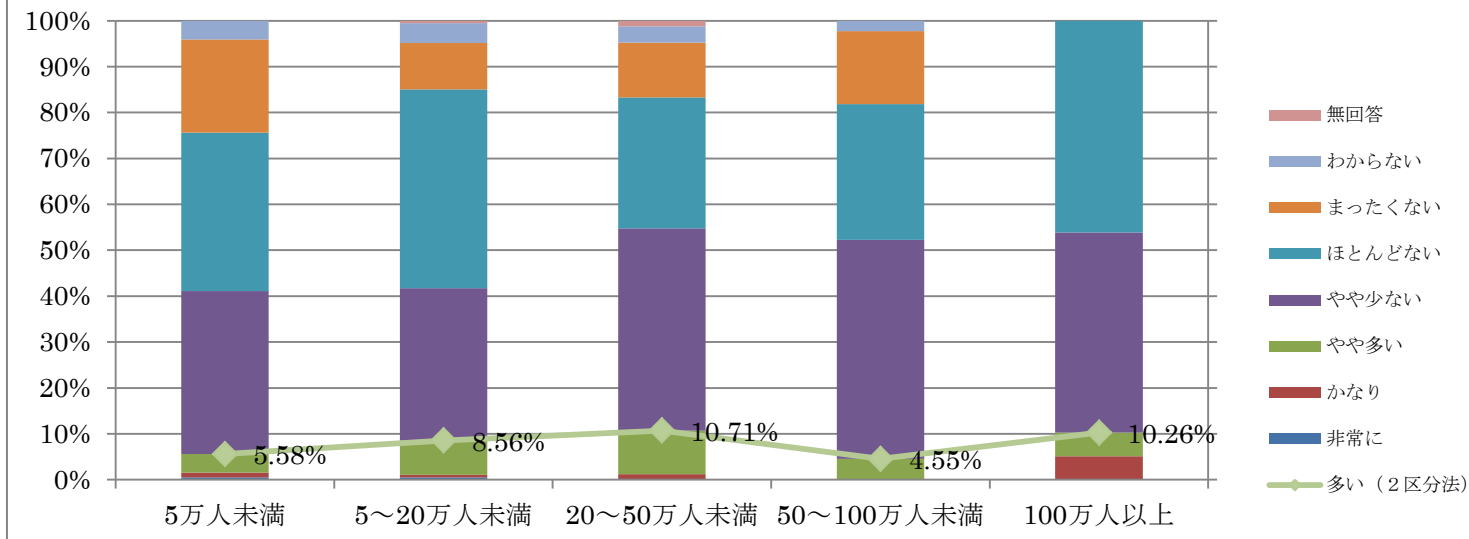
Q10-1 【専従-所轄地域人口規模別】ギャンブル依存



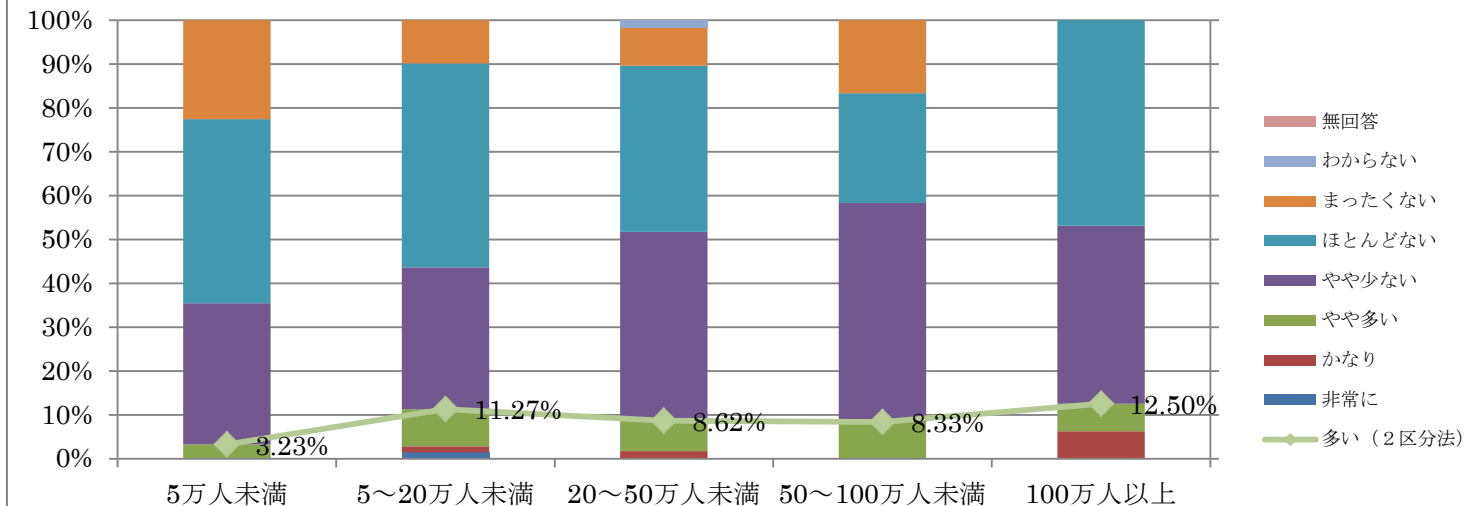
Q10-1 【非専従-所轄地域人口規模別】ギャンブル依存



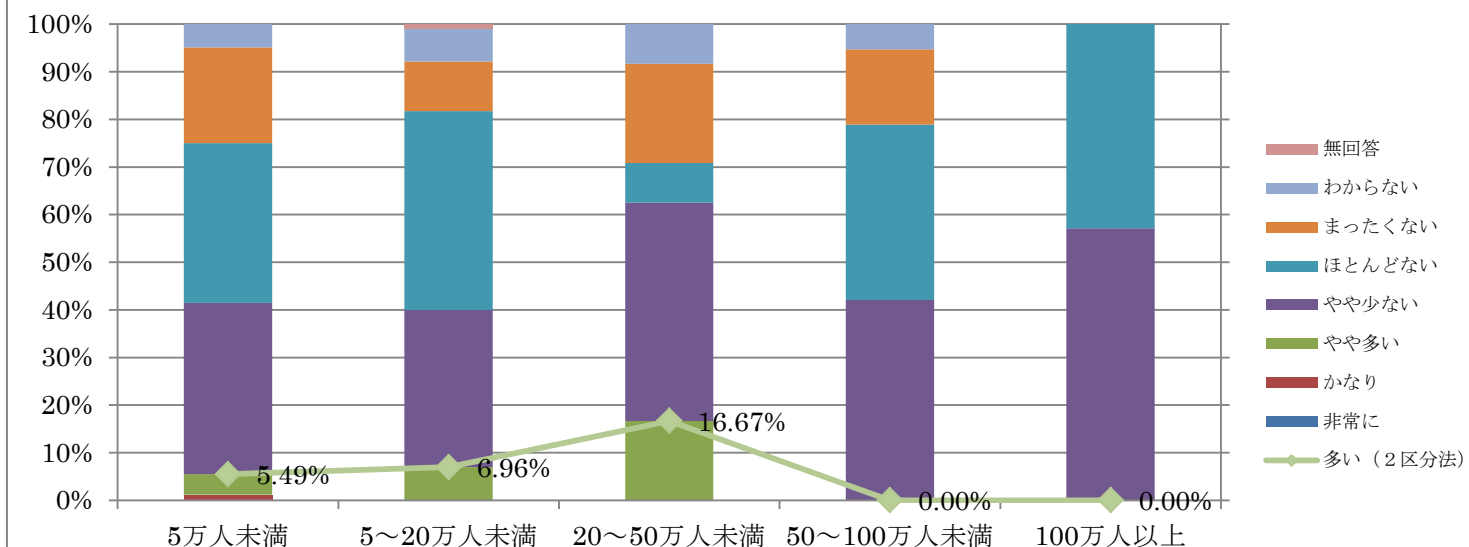
Q10-1【全体-所轄地域人口規模別】摂食障害



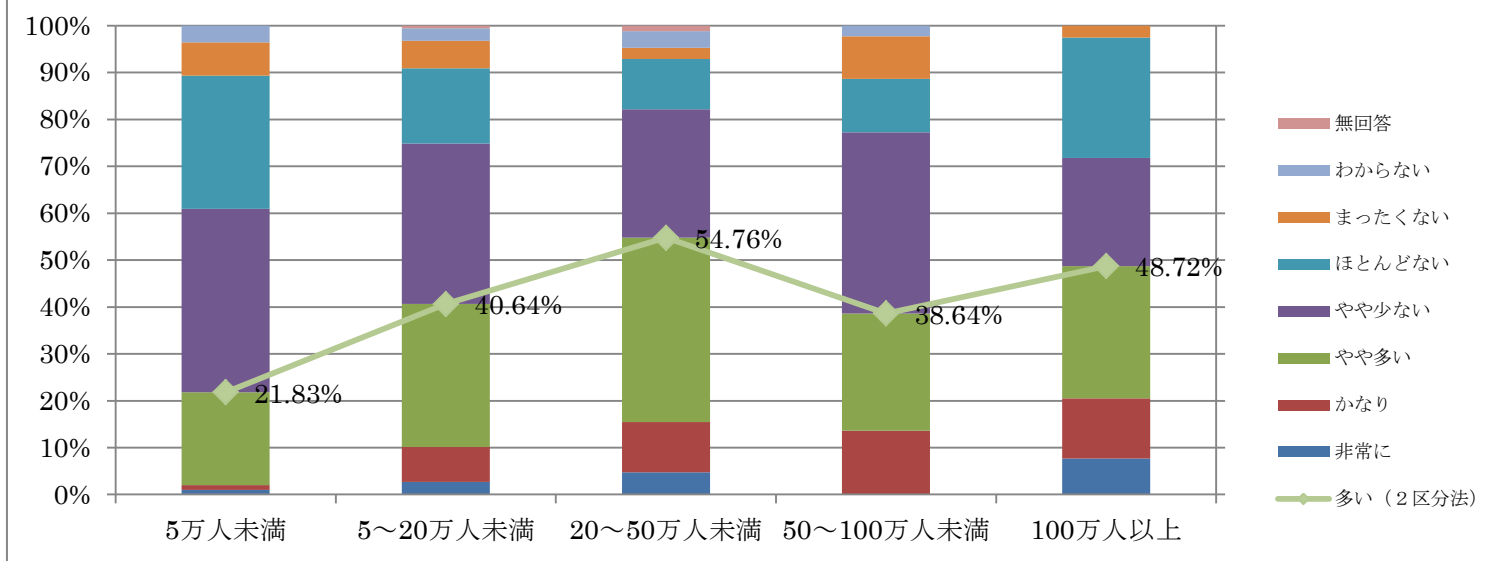
Q10-1【専従-所轄地域人口規模別】摂食障害



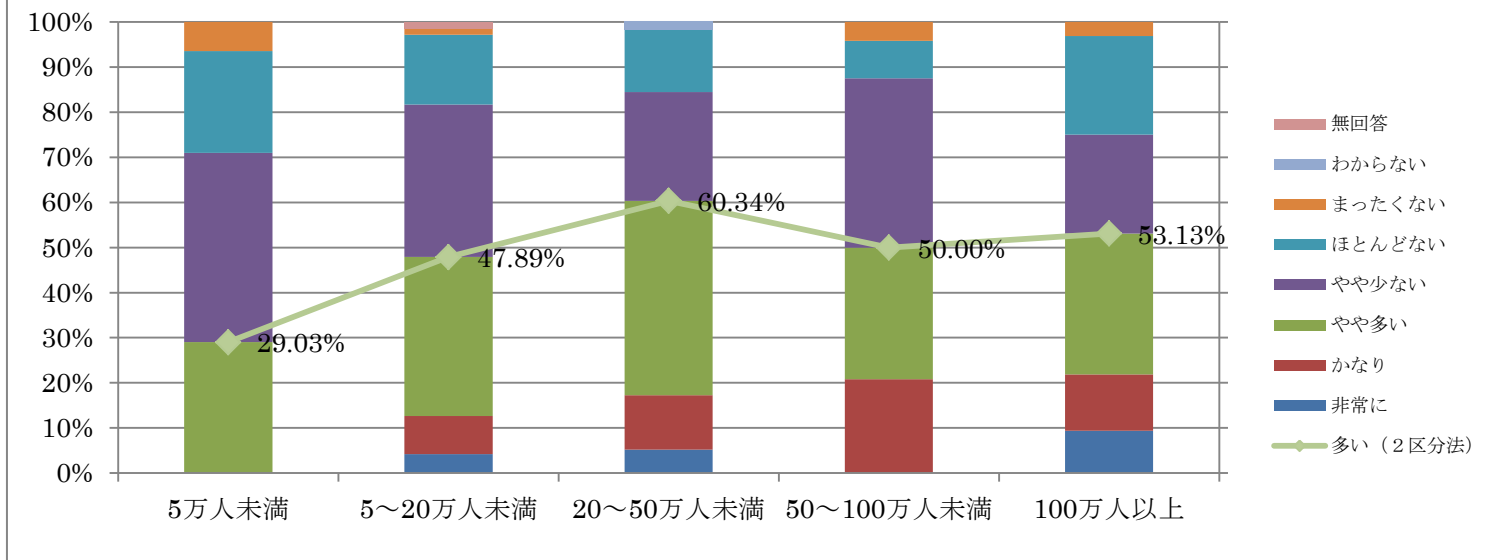
Q10-1【非専従所轄地域人口規模別】摂食障害



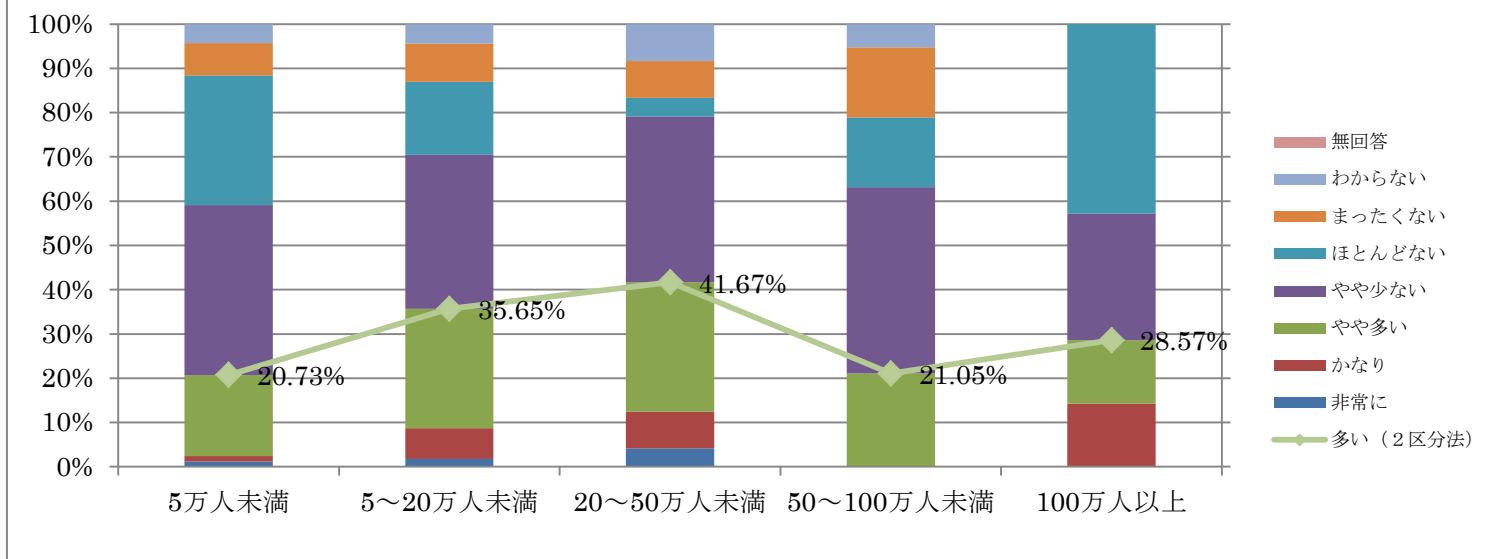
Q10-1【全体所轄地域人口別】自傷・自殺



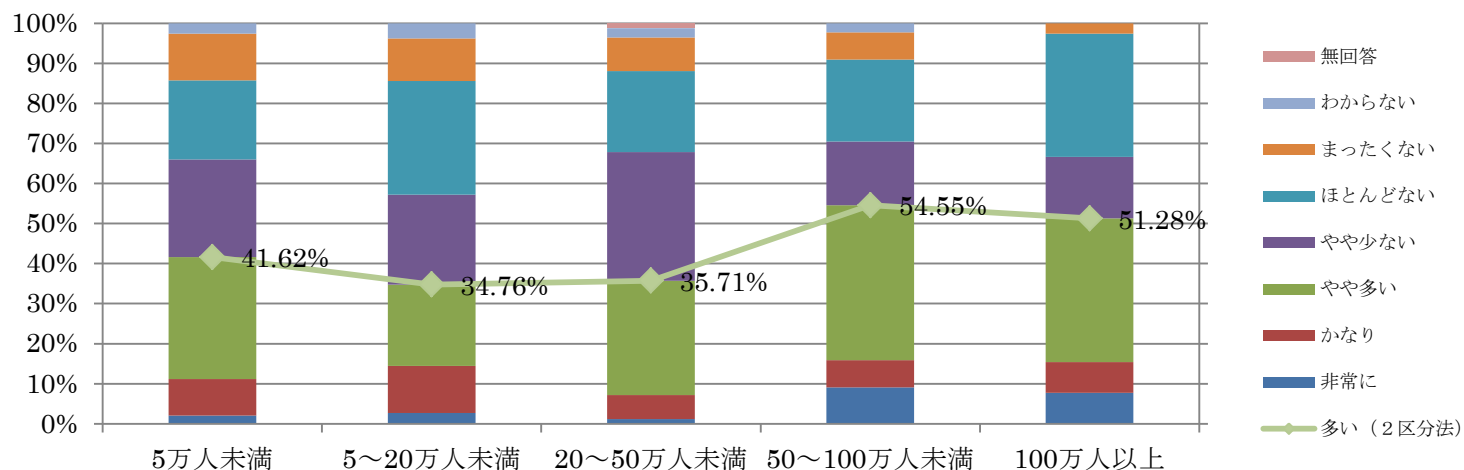
Q10-1【専従-所轄地域人口規模別】自傷・自殺



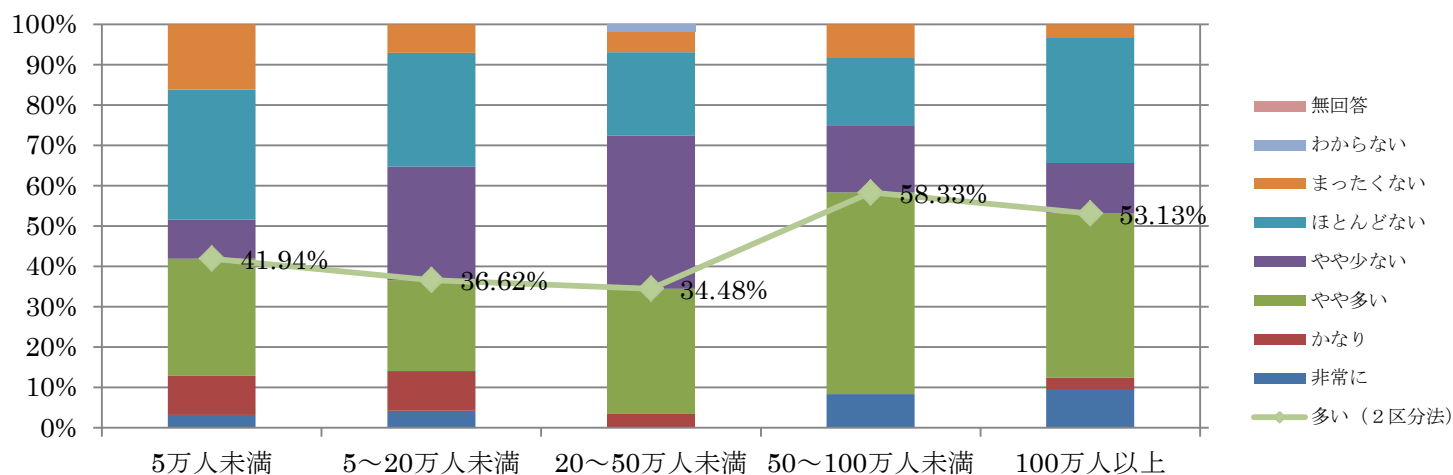
Q10-1.【非専従-所轄地域人口規模別】自傷・自殺



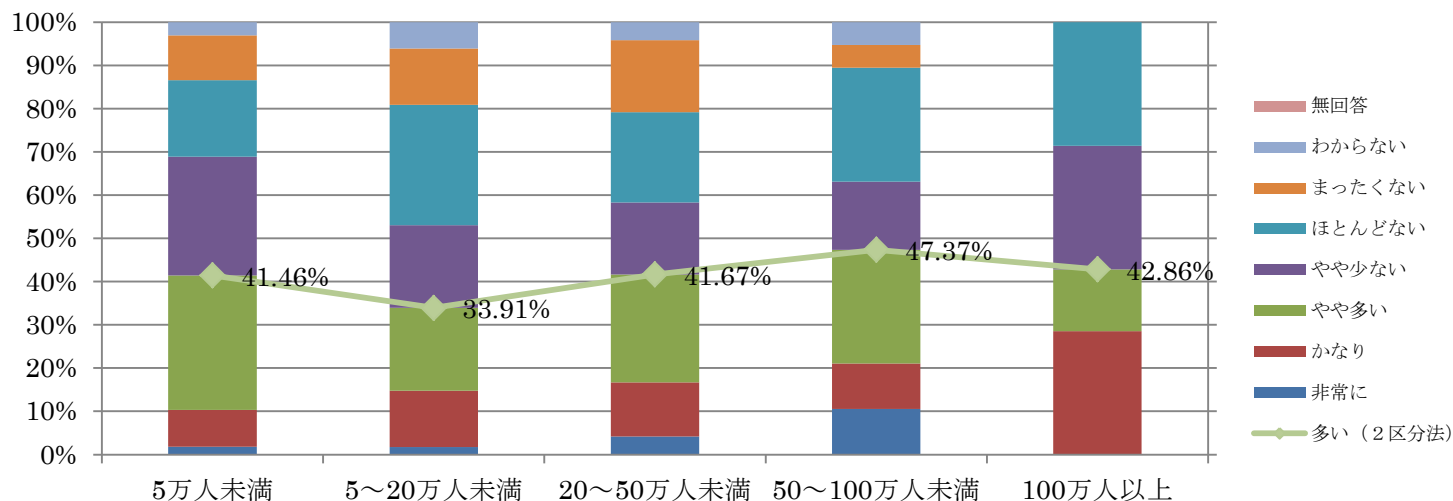
Q10-1 【全体-所轄地域人口規模別】 児童・思春期の発達障害（知的障害を含む）



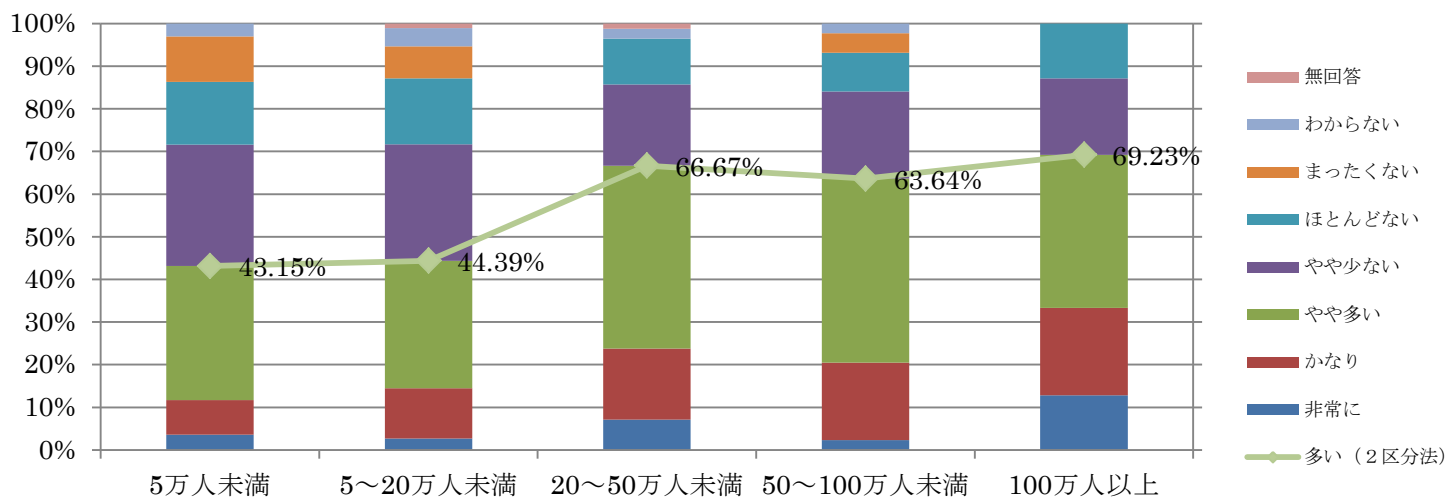
Q10-1 【専従-所轄地域人口規模別】 児童・思春期の発達障害（知的障害を含む）



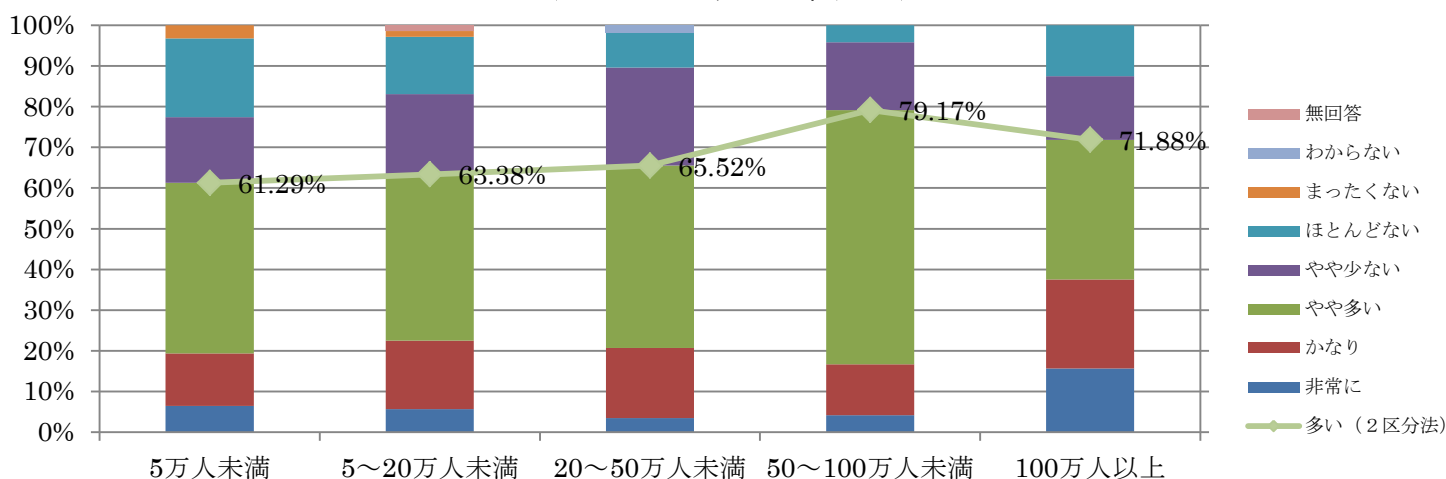
Q10-1 【非専従-所轄地域人口規模別】 児童・思春期の発達障害（知的障害を含む）



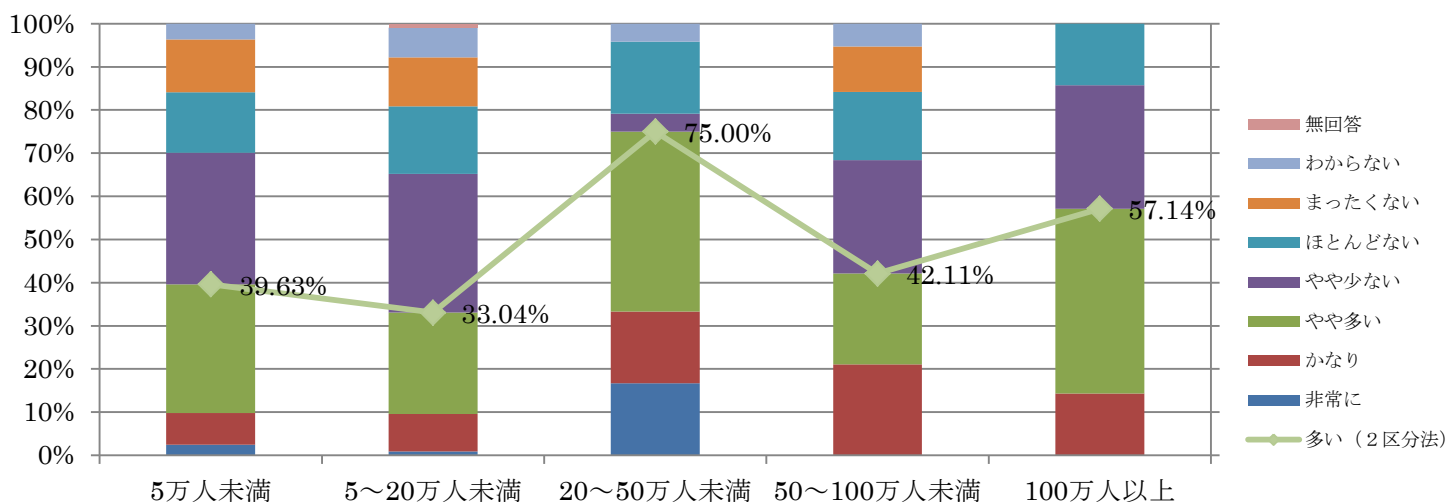
Q10-1 【全体-所轄地域人口規模別】 成人の発達障害 (知的障害を含む)



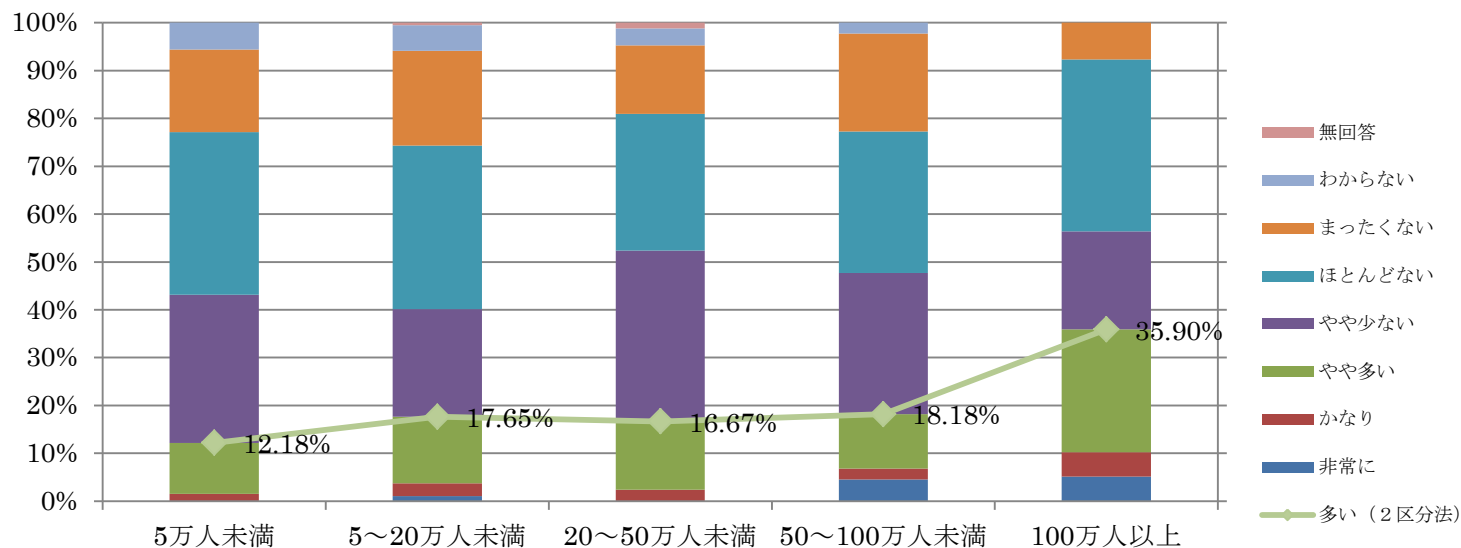
Q10-1 【専従-所轄地域人口規模別】 成人の発達障害 (知的障害を含む)



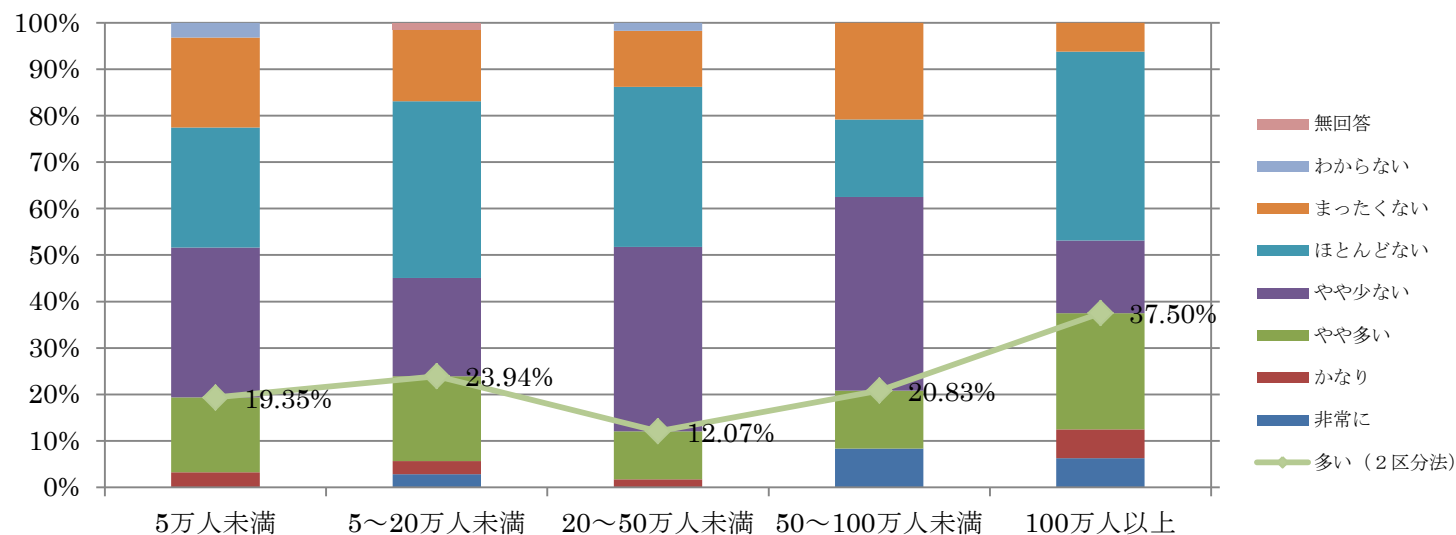
Q10-1 【非専従-所轄地域人口規模別】 成人の発達障害 (知的障害を含む)



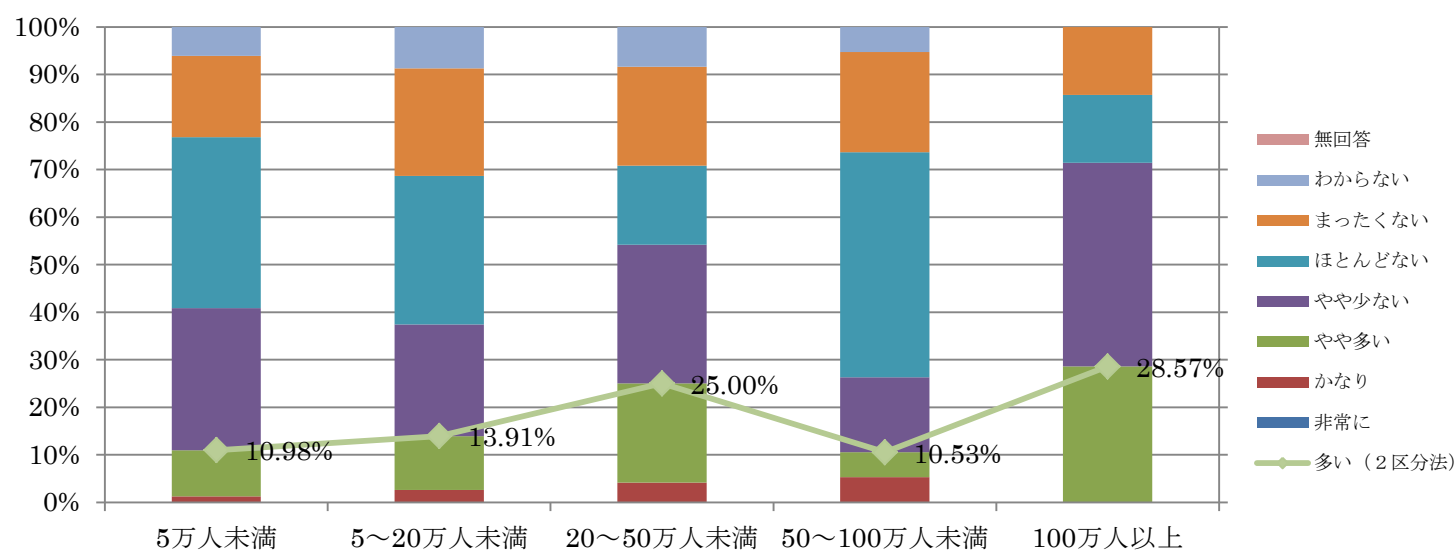
Q10-1【全体所轄地域人口規模別】不登校



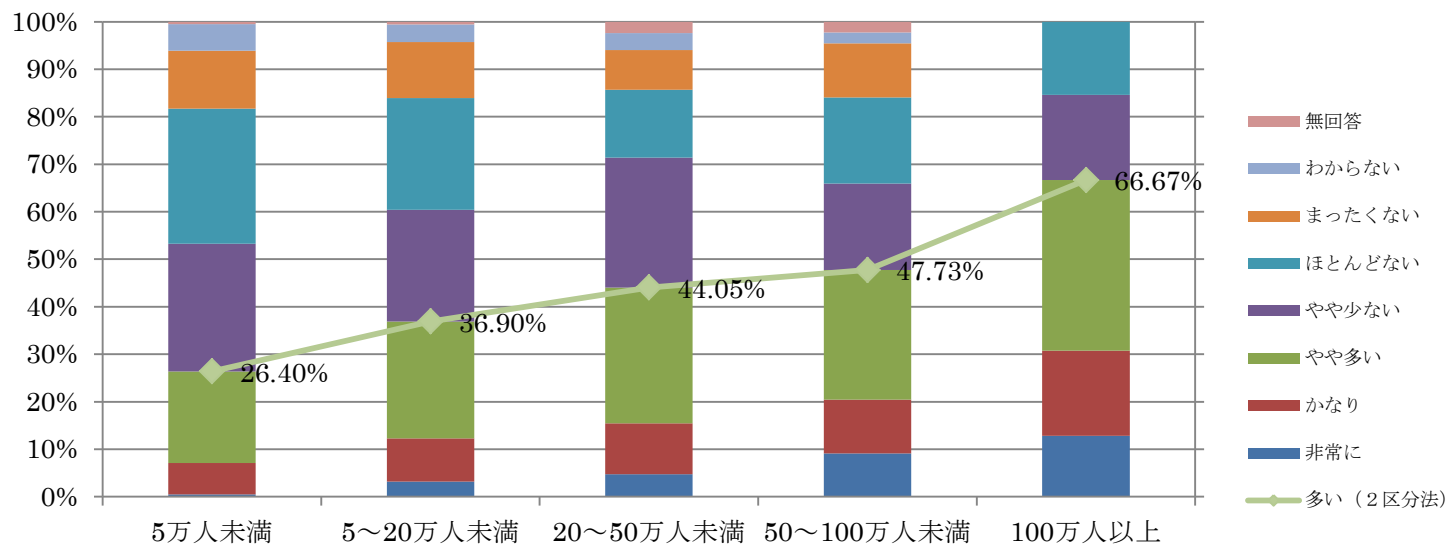
Q10-1【専従-所轄地域人口規模別】不登校



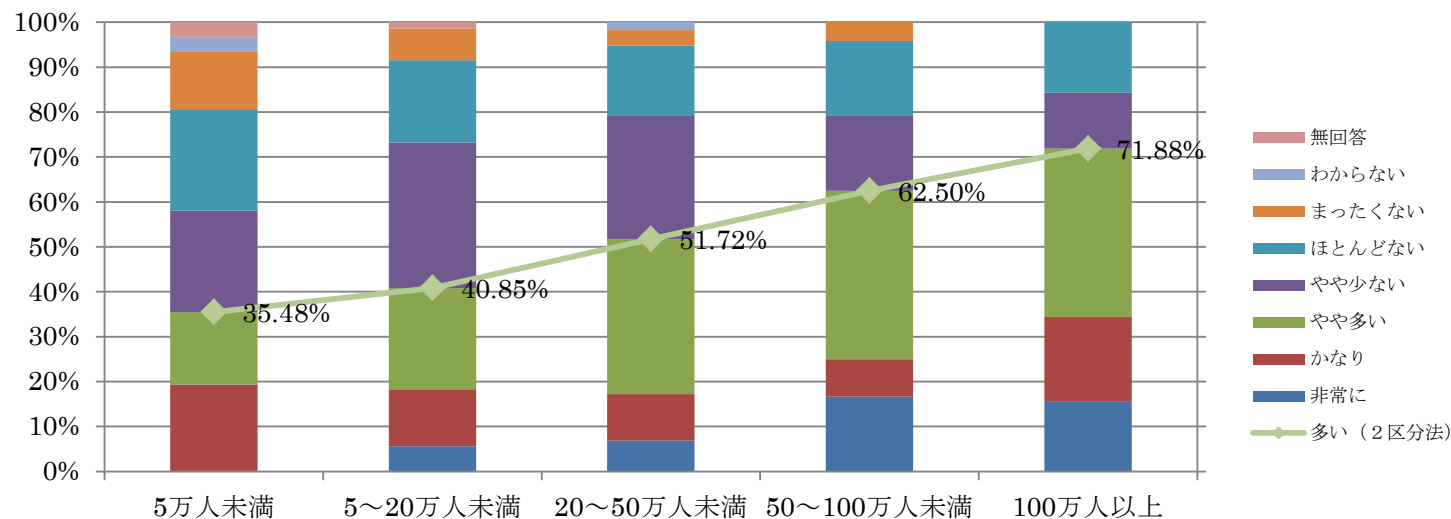
Q10-1【非専従-所轄地域人口規模別】不登校



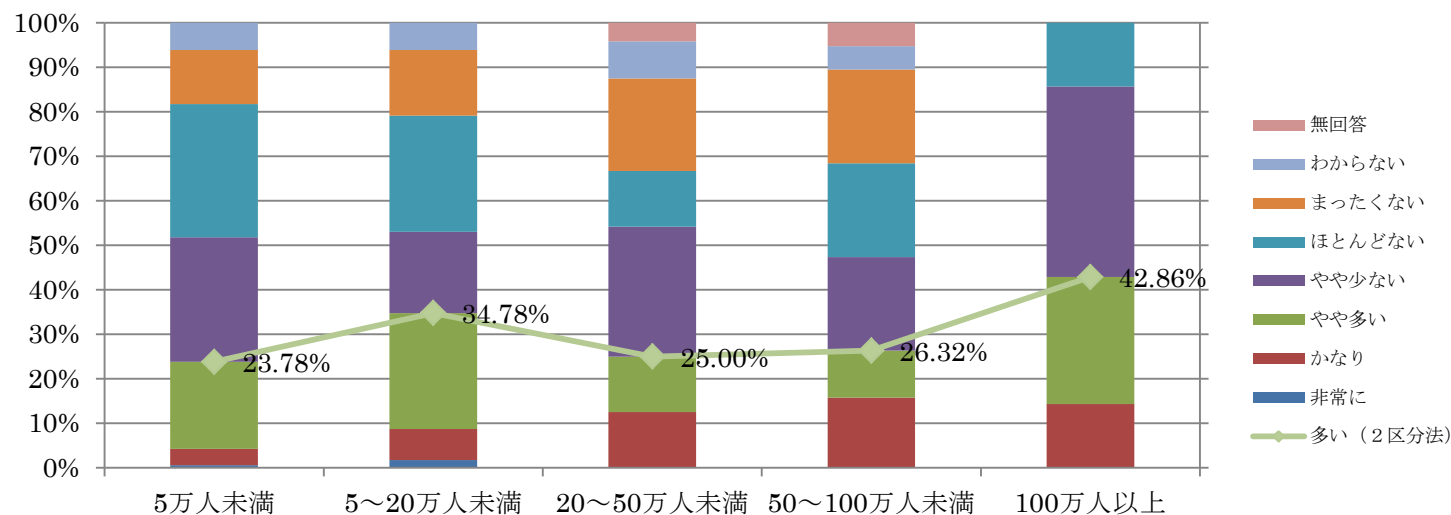
Q10-1【全体-所轄地域人口規模別】ひきこもり



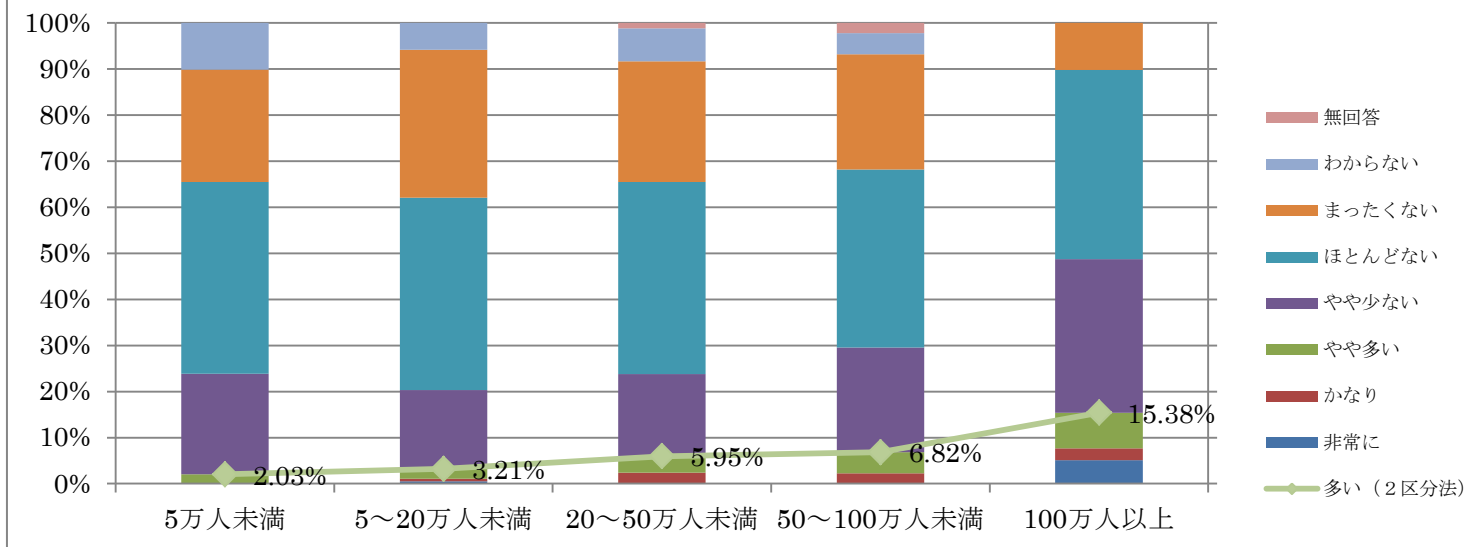
Q10-1【専従-所轄地域人口規模別】ひきこもり



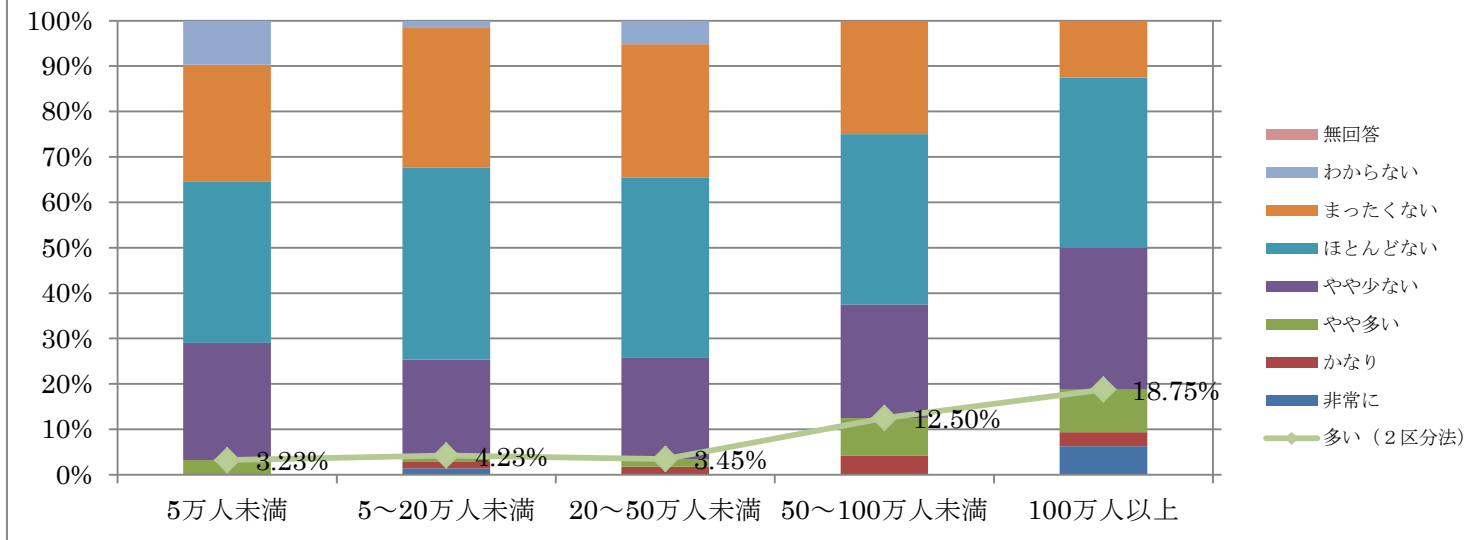
Q10-1【非専従-所轄地域人口規模別】ひきこもり



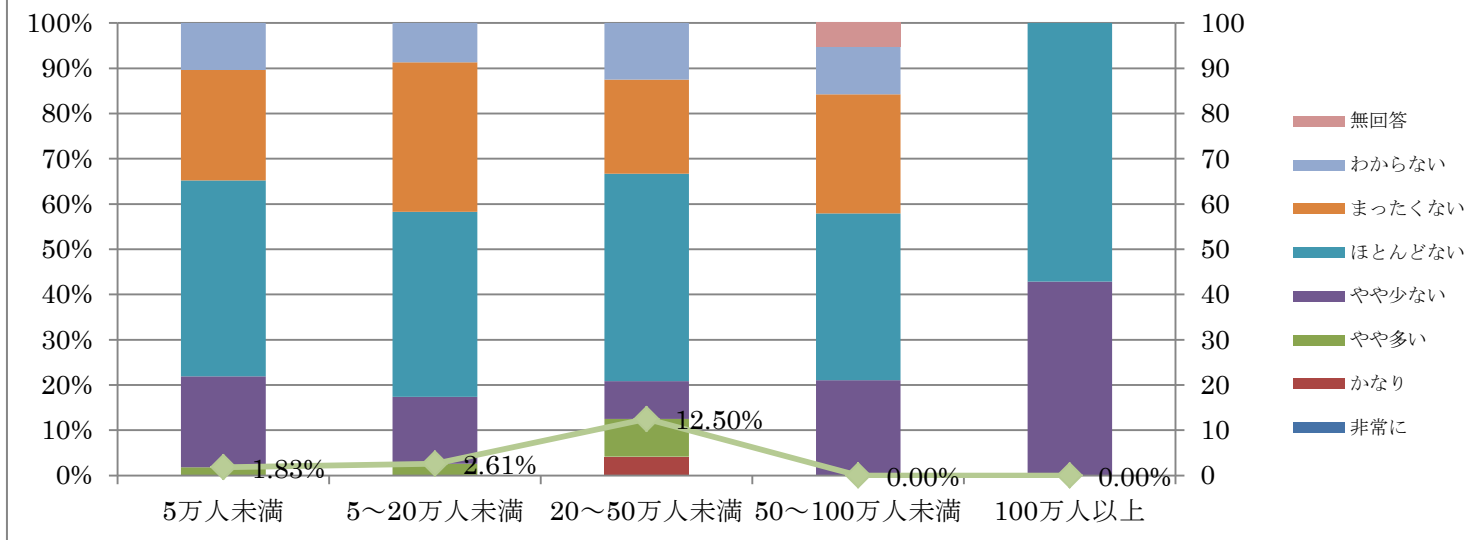
Q10-1 【全体-所轄地域人口規模別】 いじめ



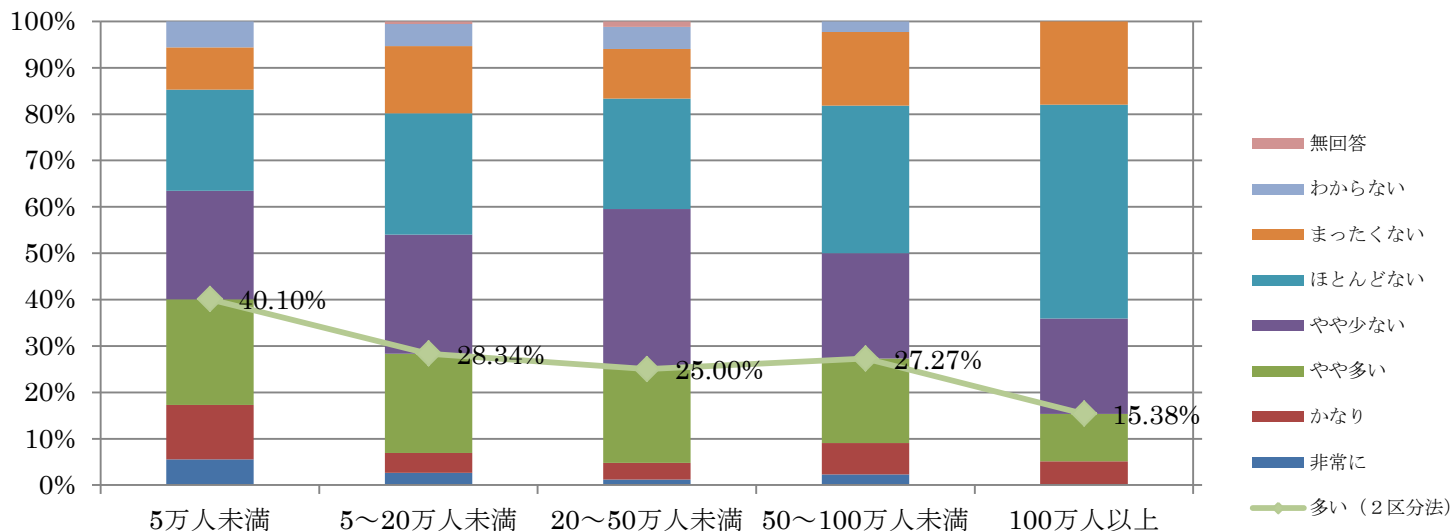
Q10-1 【専従-所轄地域人口規模別】 いじめ



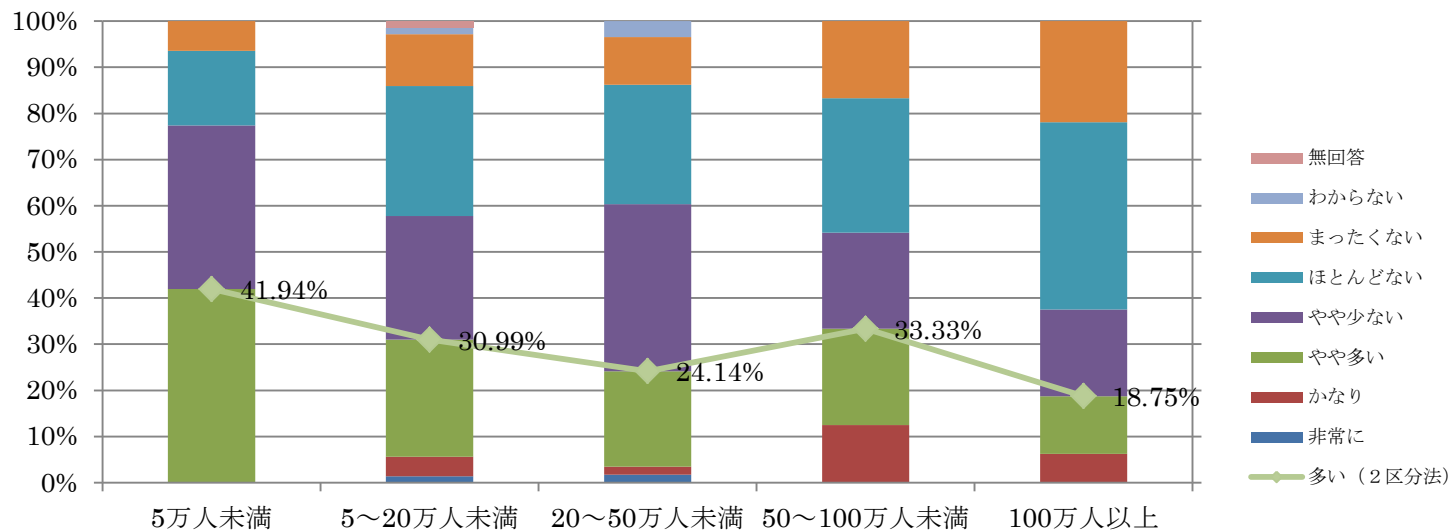
Q10-1 【非専従-所轄地域人口規模別】 いじめ



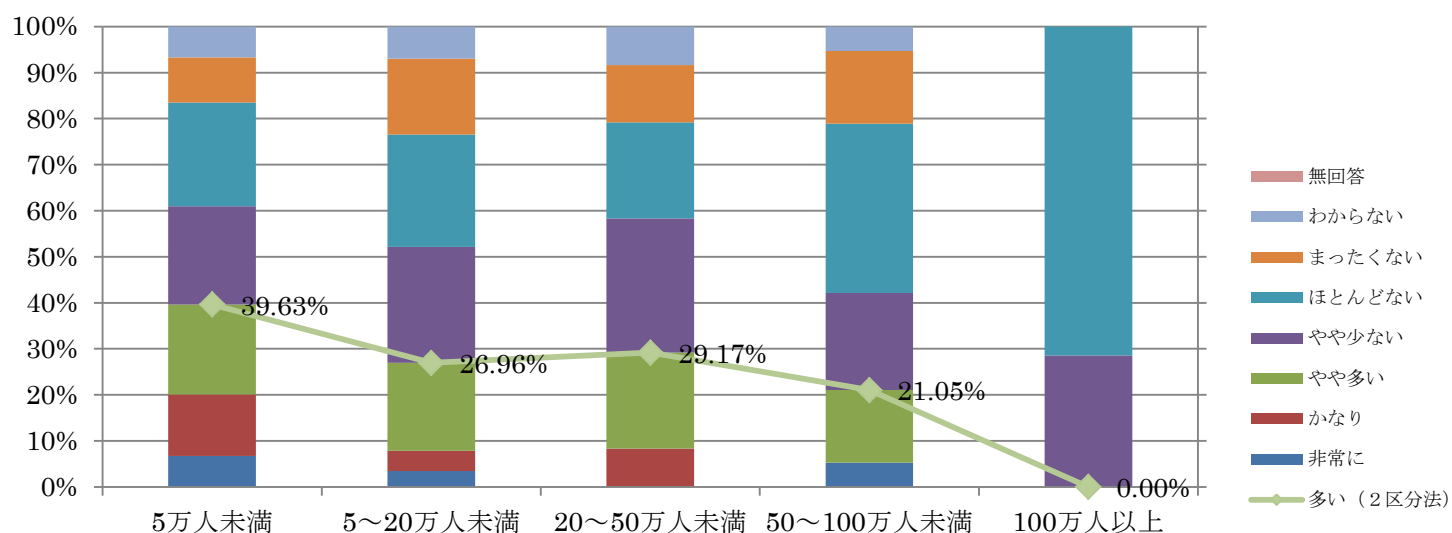
Q10-1 【全体-所轄地域人口規模別】 認知症（物忘れ等）



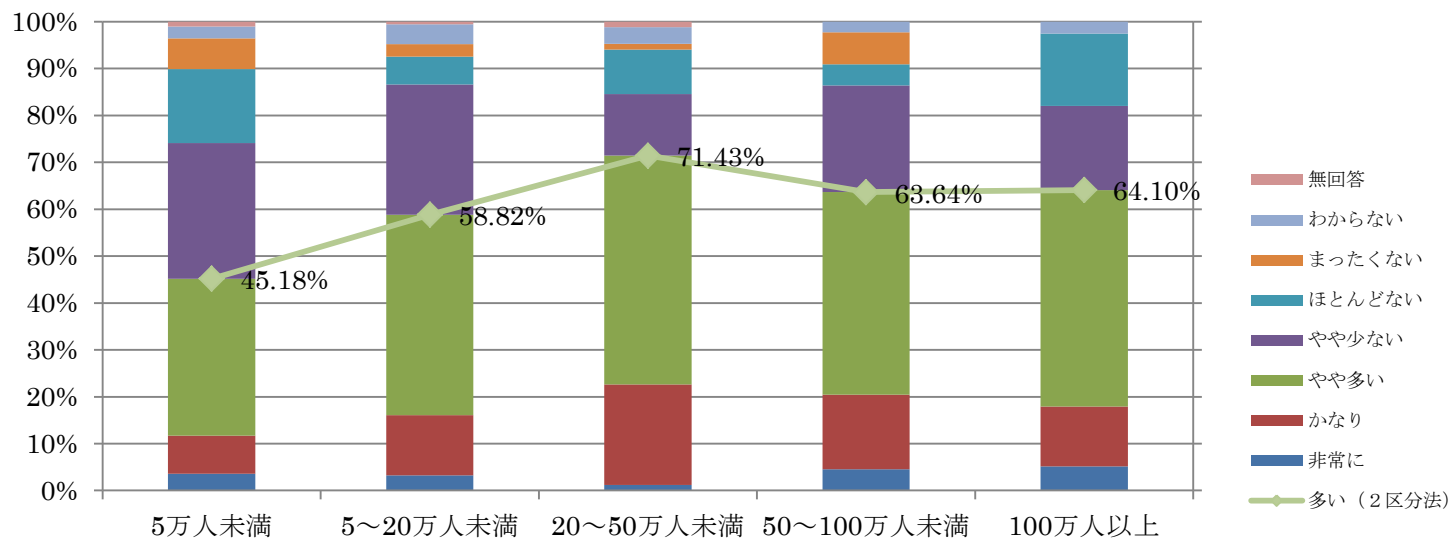
Q10-1 【専従-所轄地域人口規模別】 認知症（物忘れ等）



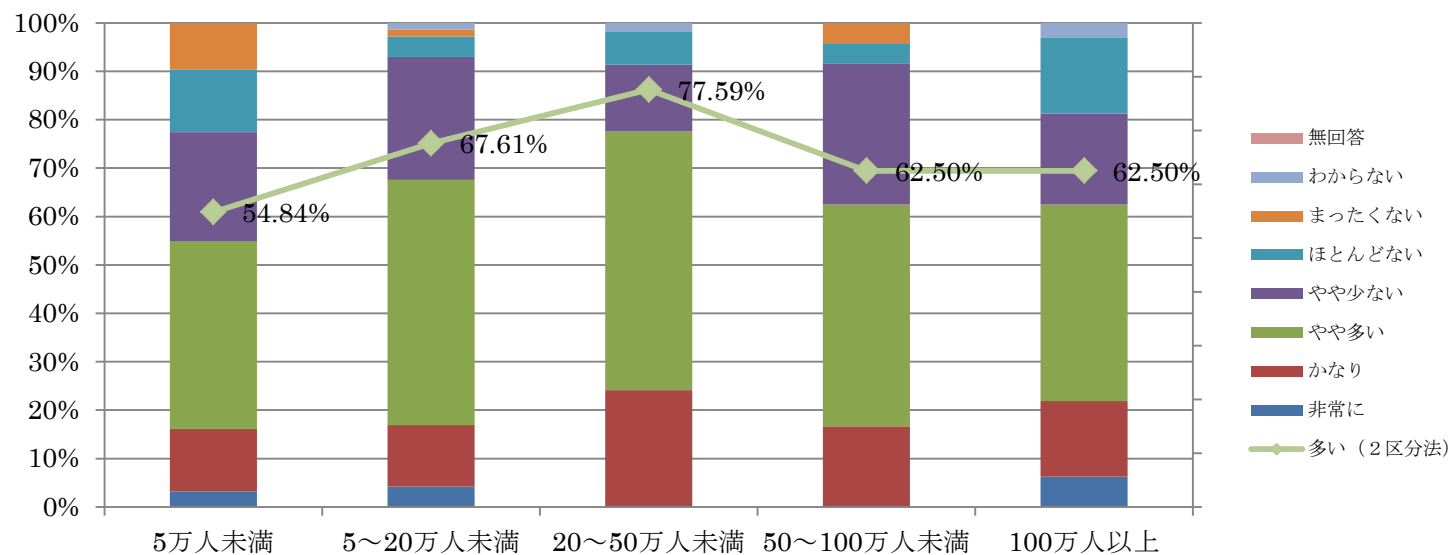
Q10-1 【非専従-所轄地域人口規模別】 認知症（物忘れ等）



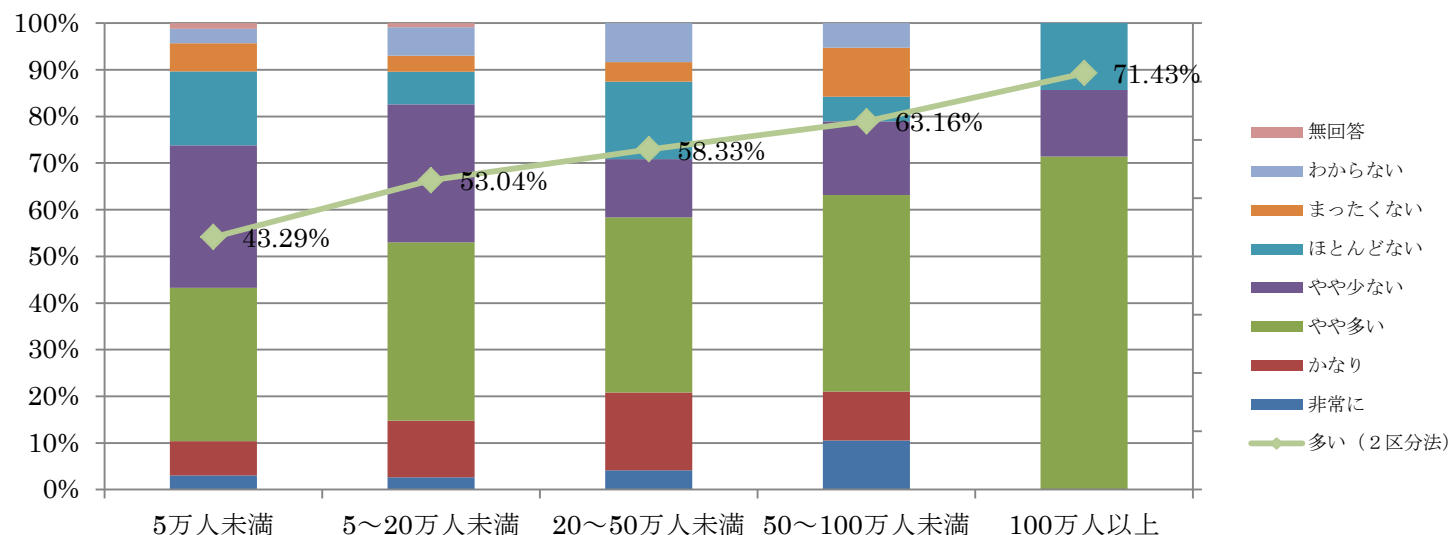
Q10-2 【全体-所轄地域人口規模別】 うつ病



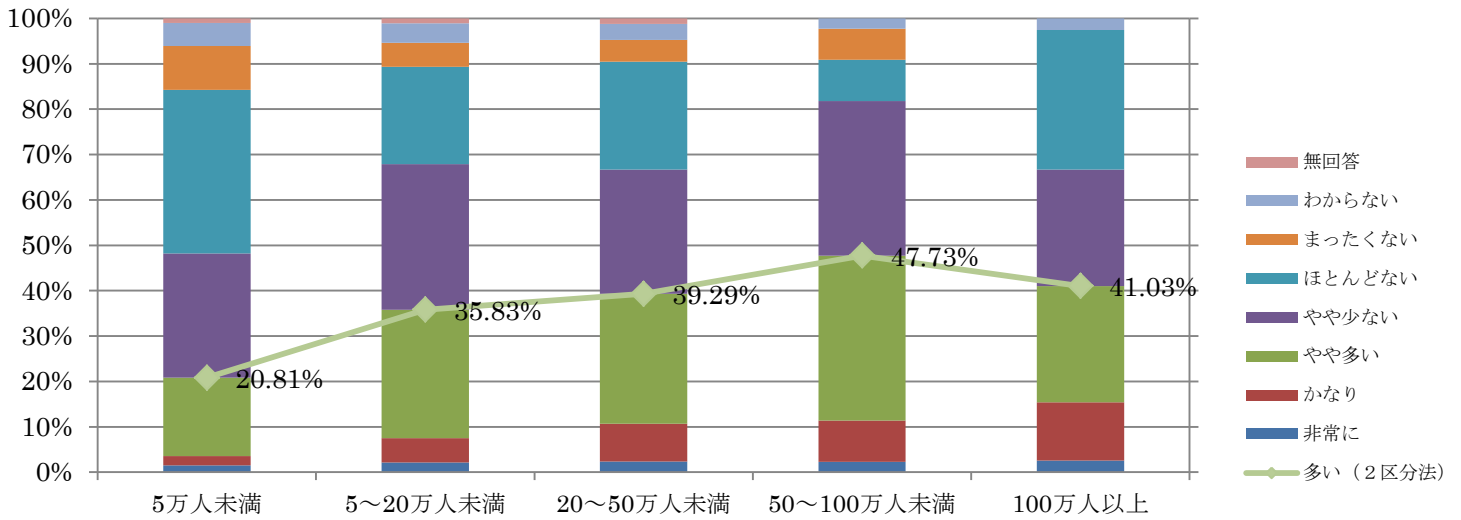
Q10-2 【専従所轄地域人口規模別】 うつ病



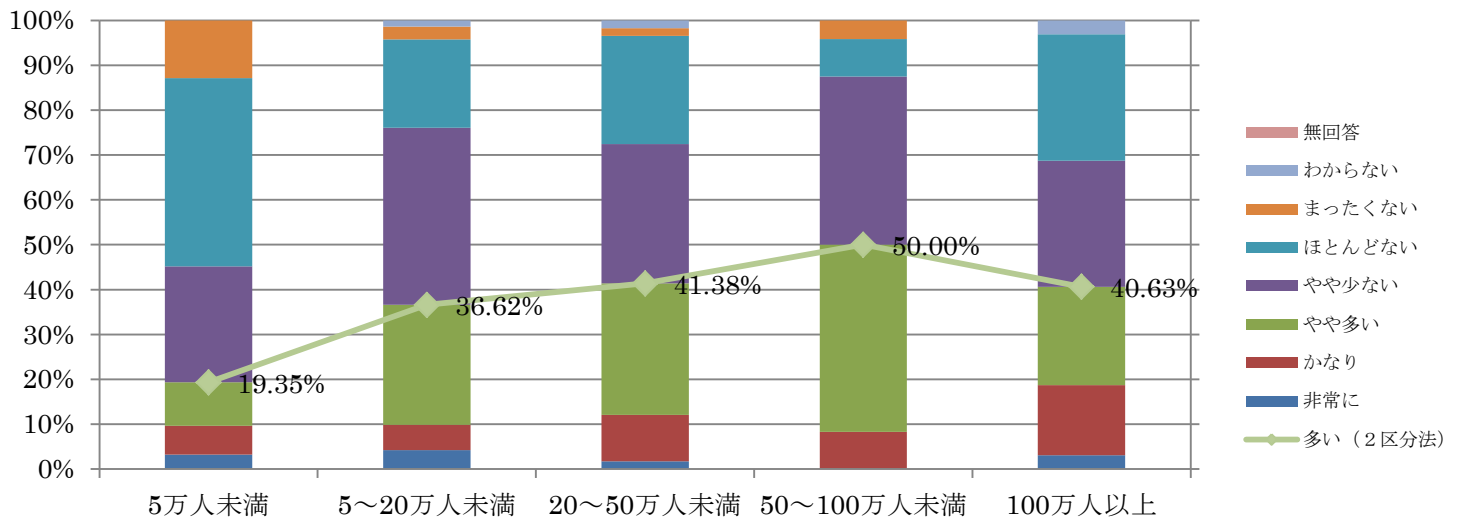
Q10-2 【非専従所轄地域人口規模別】 うつ病



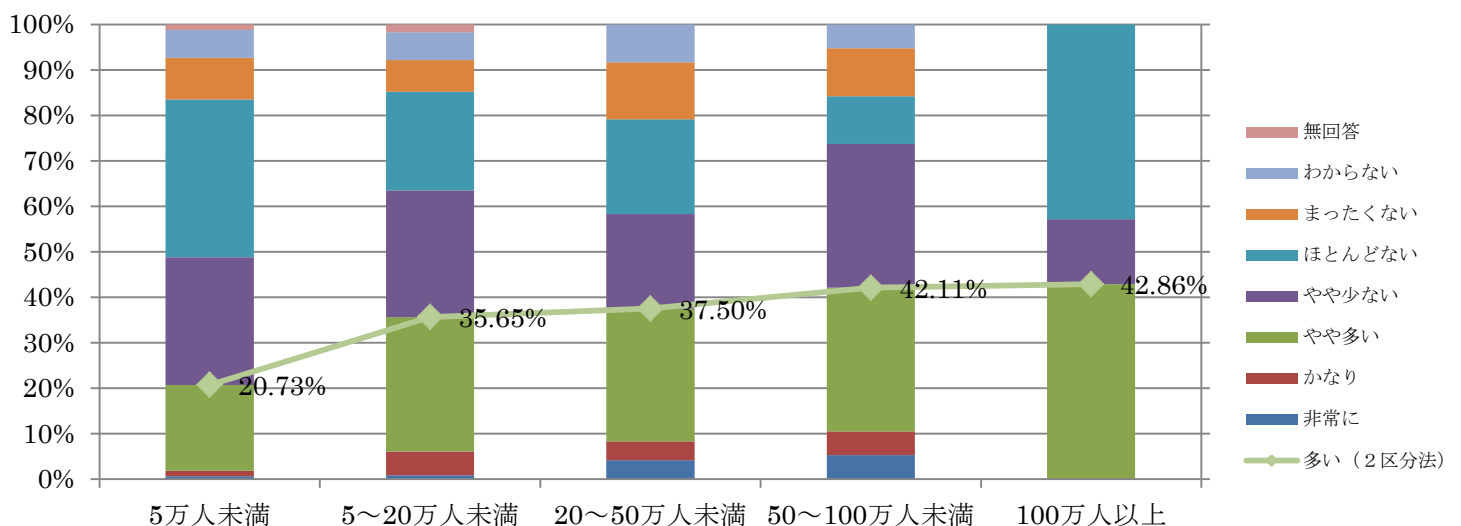
Q10-2 【全体-所轄地域人口規模別】不安症



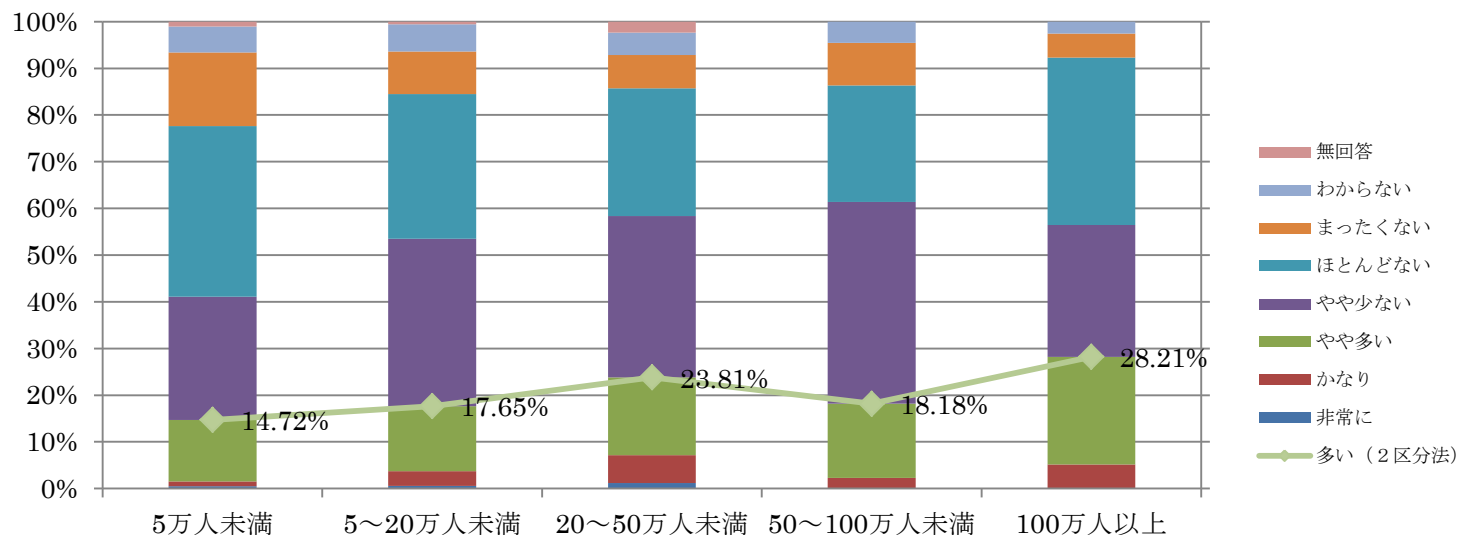
Q10-2 【専従-所轄地域人口規模別】不安症



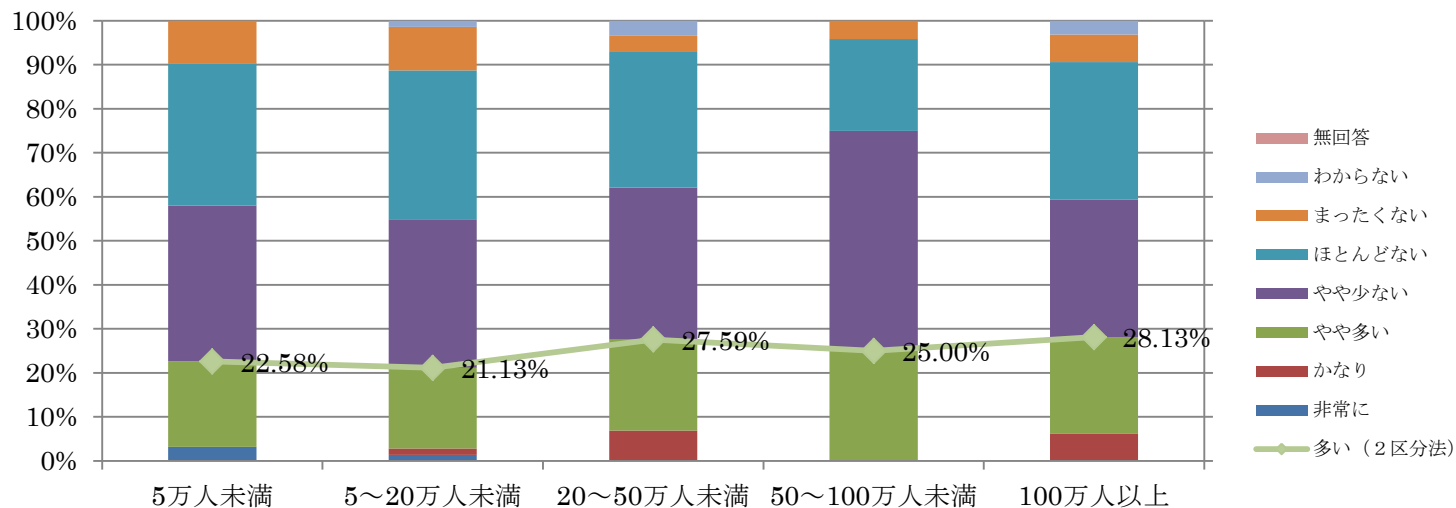
Q10-2 【非専従-所轄地域人口規模別】不安症



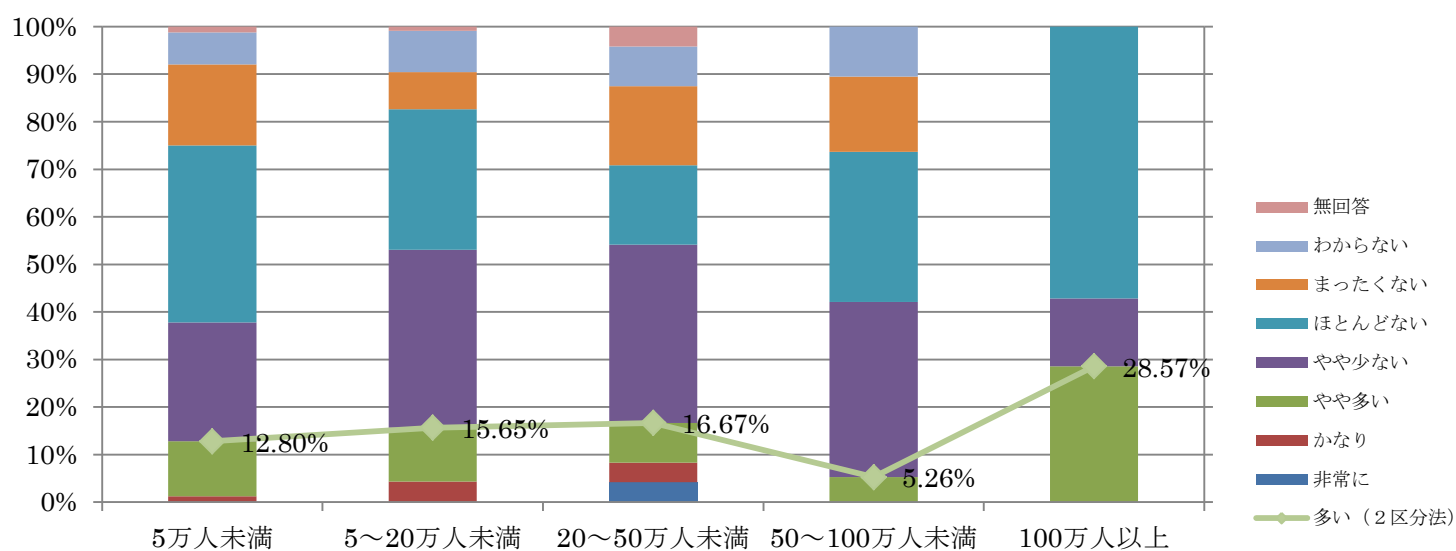
Q10-2 【全体-所轄地域人口規模別】睡眠障害



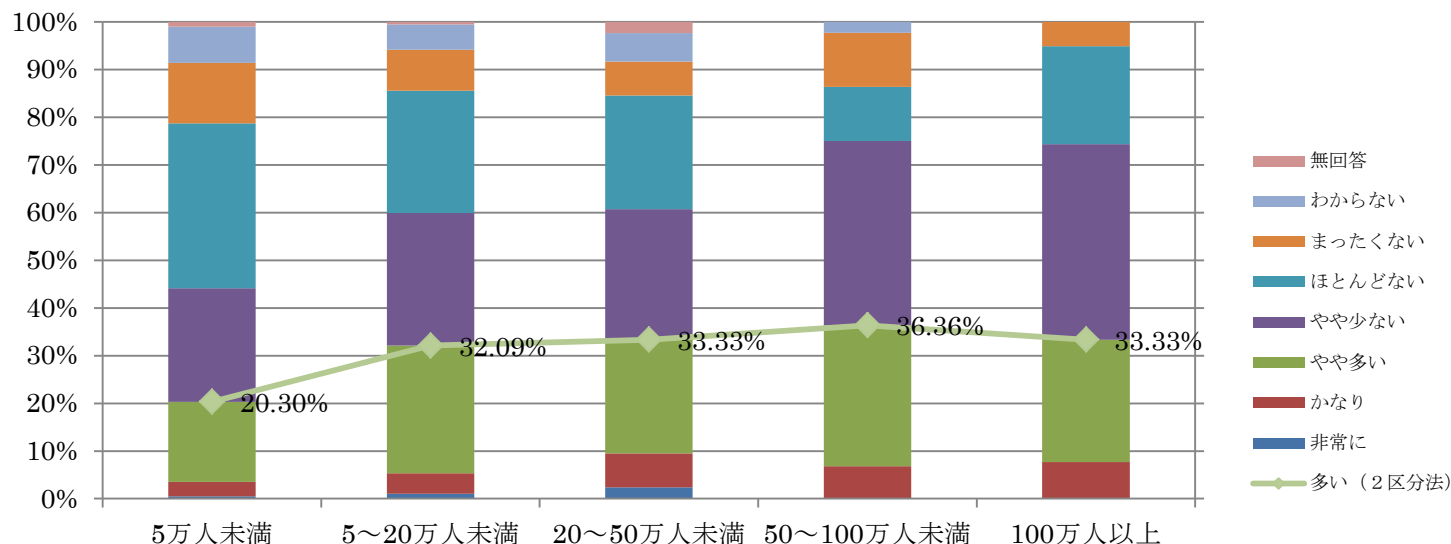
Q10-2 【専従-所轄地域人口規模別】睡眠障害



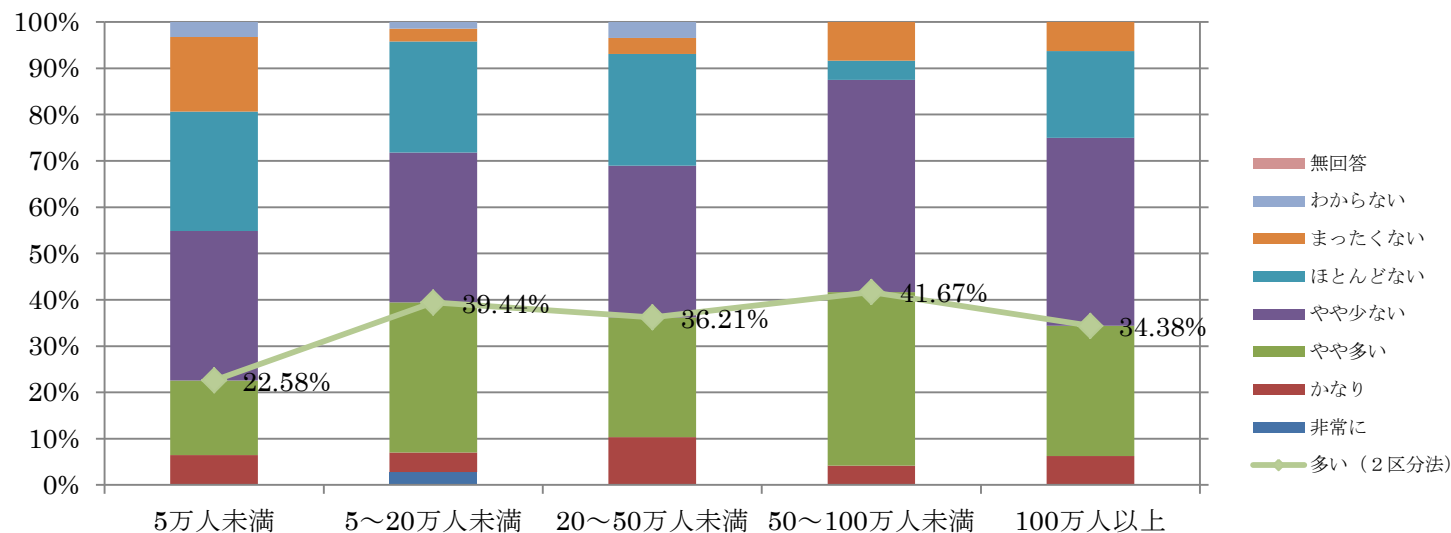
Q10-2 【非専従-所轄地域人口規模別】睡眠障害



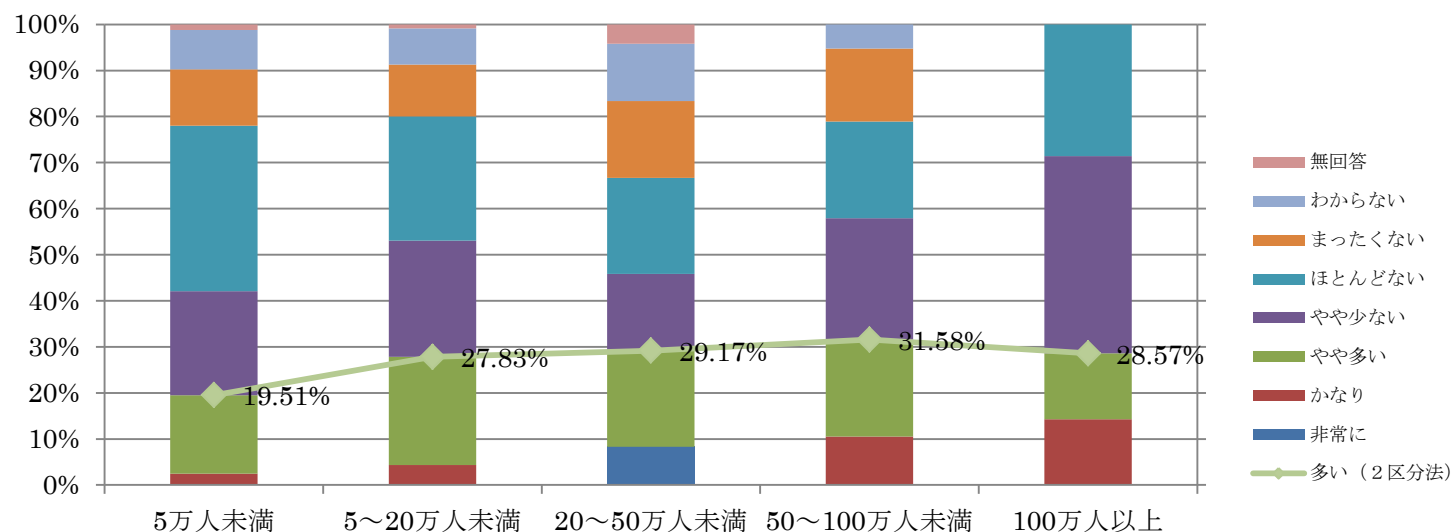
Q10-2 【全体-所轄地域人口規模別】 適応障害



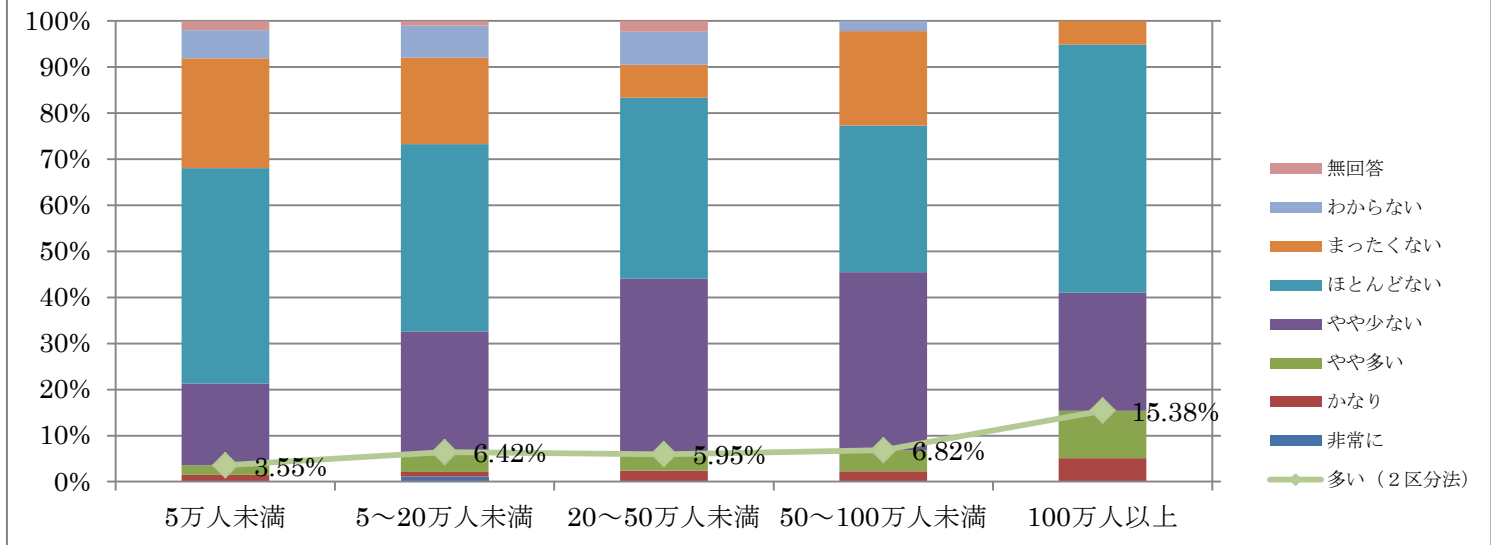
Q10-2 【専従-所轄地域人口規模別】 適応障害



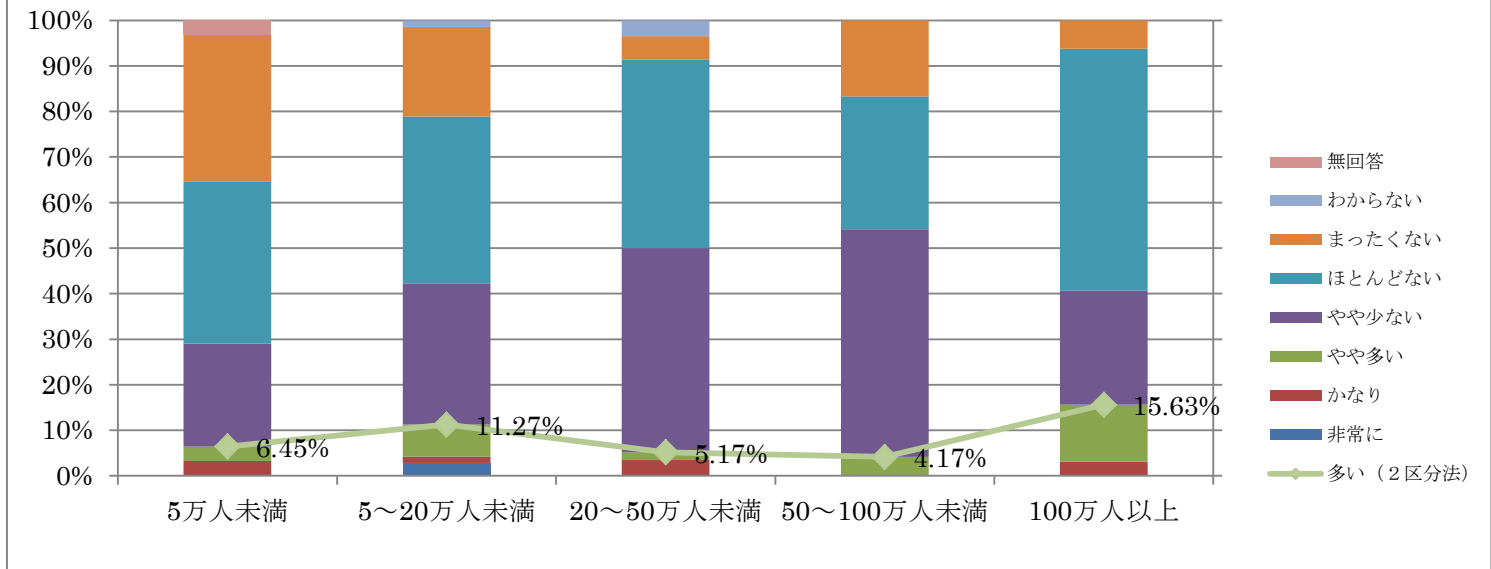
Q10-2 【非専従-所轄地域人口規模別】 適応障害



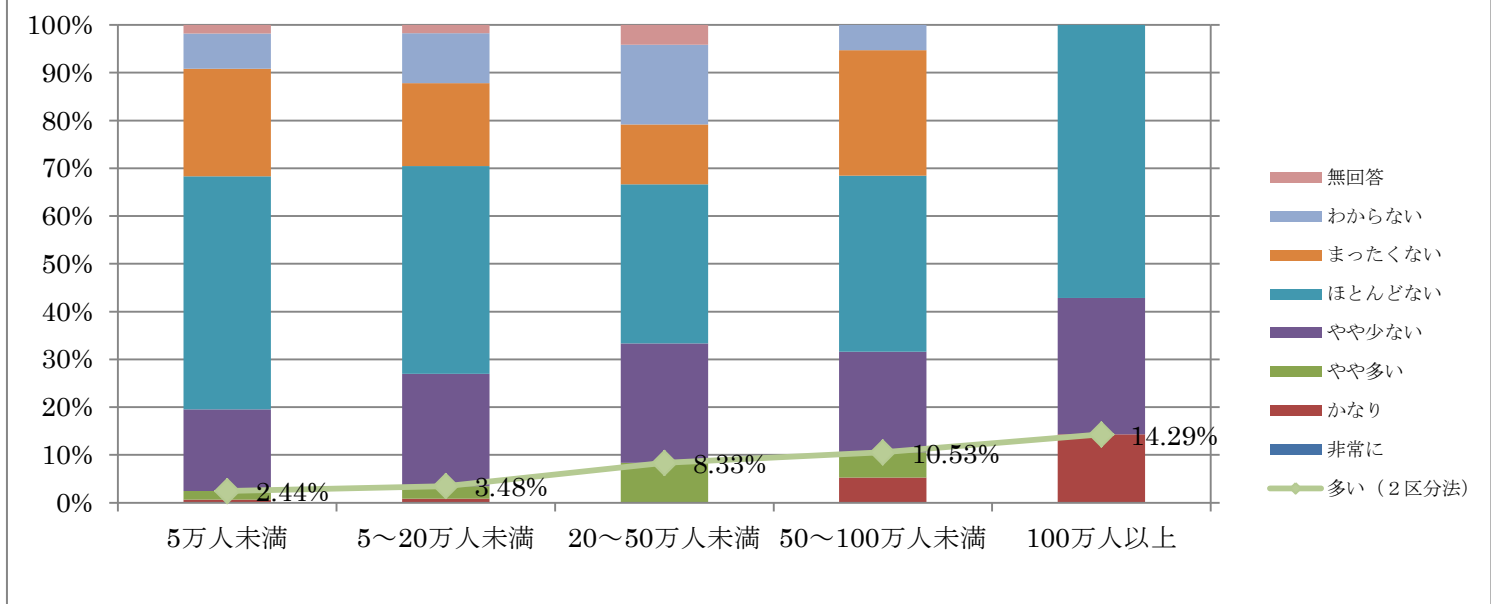
Q10-2 【全体-所轄地域人口規模別】 PTSD・トラウマ



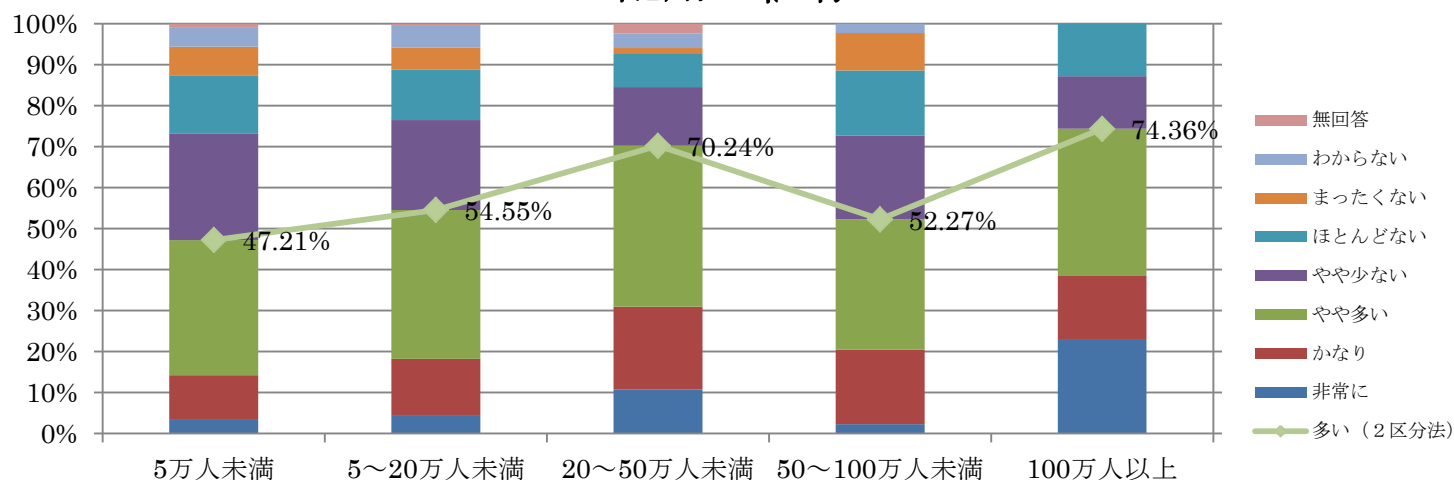
Q10-2 【専従-所轄地域人口規模別】 PTSD・トラウマ



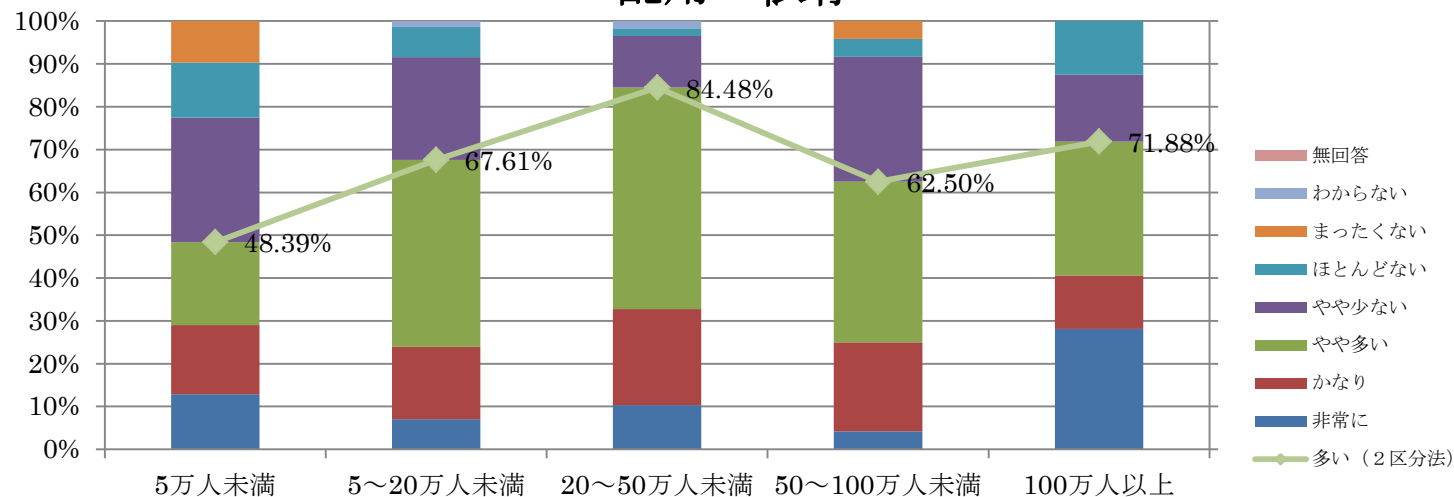
Q10-2 【非専従-所轄地域人口規模別】 PTSD・トラウマ



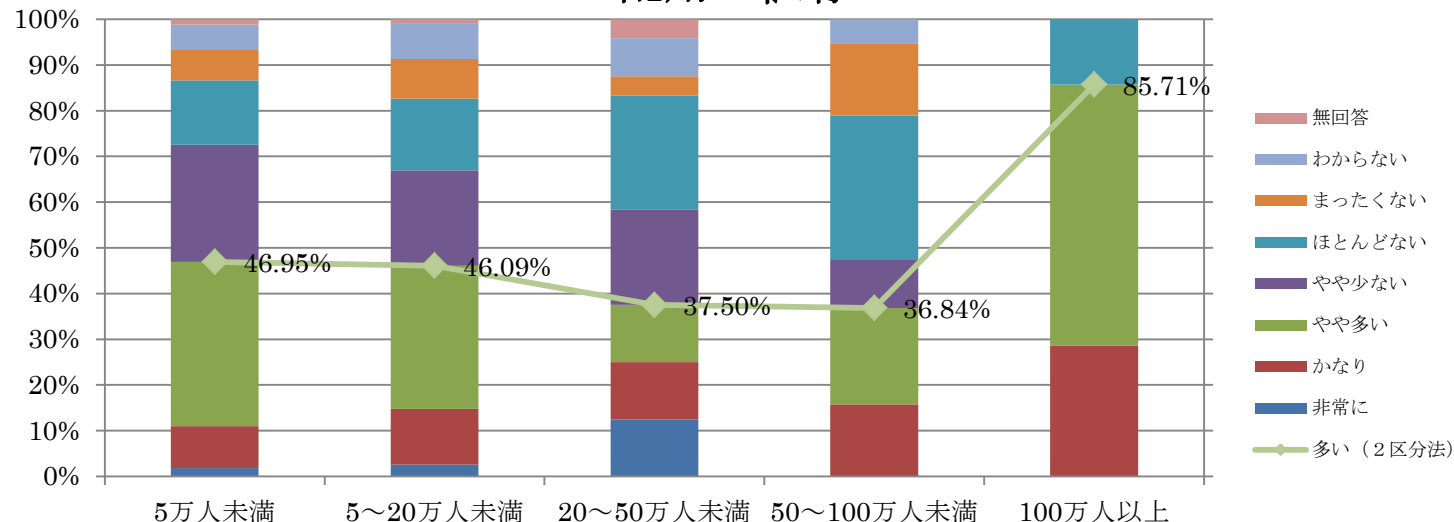
Q10-2 【全体-所轄地域人口規模別】 アルコール/薬物乱用・依存



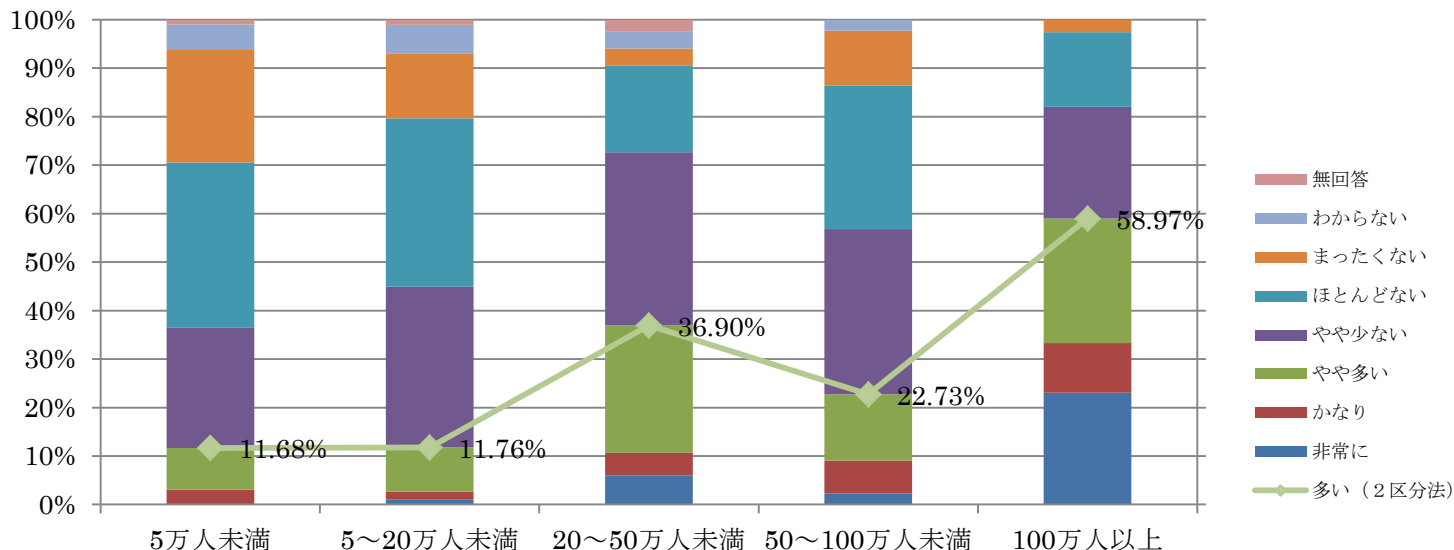
Q10-2 【専従-所轄地域人口規模別】 アルコール/薬物乱用・依存



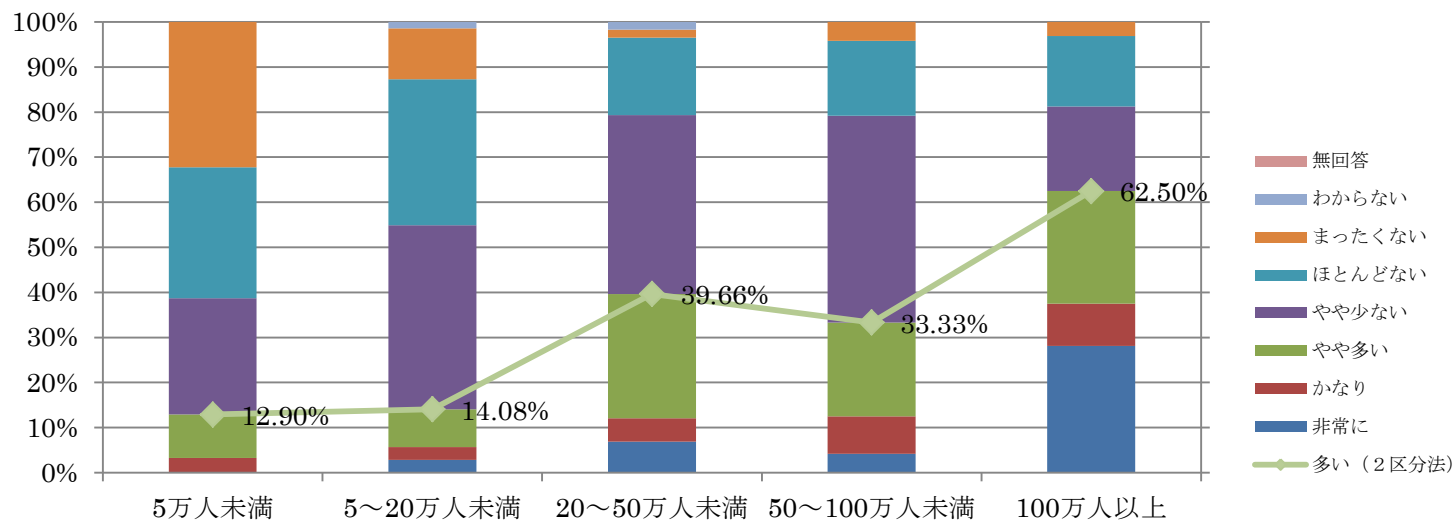
Q10-2 【非専従-所轄地域人口規模別】 アルコール/薬物乱用・依存



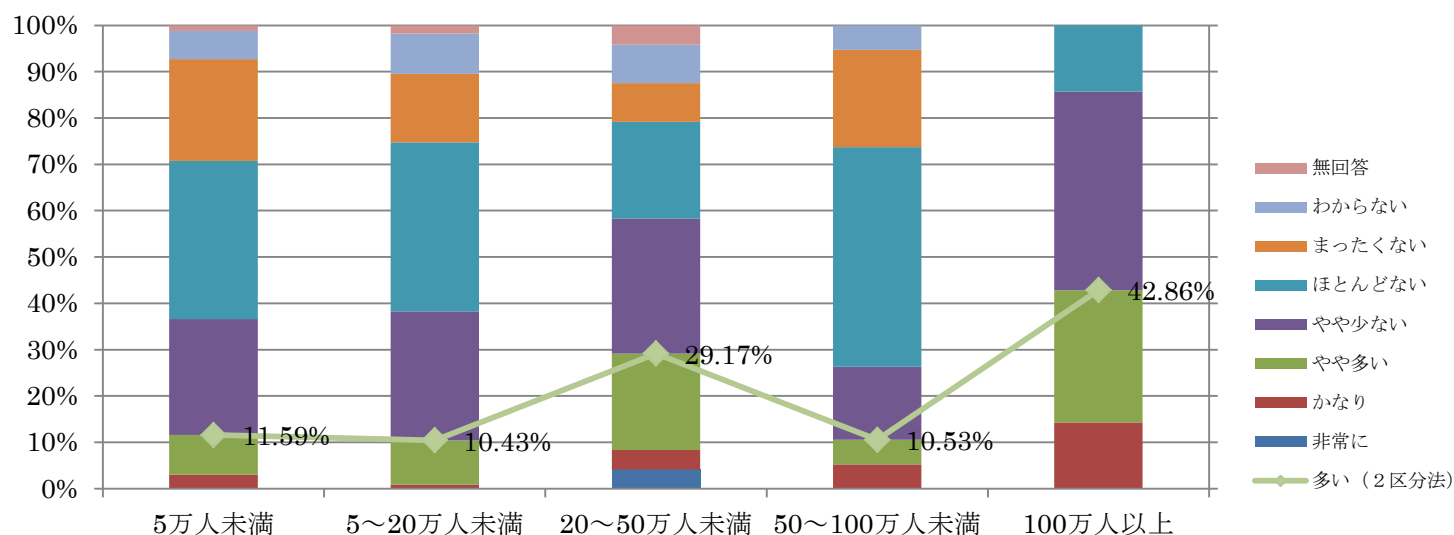
Q10-2【全体-所轄地域人口規模別】ギャンブル依存



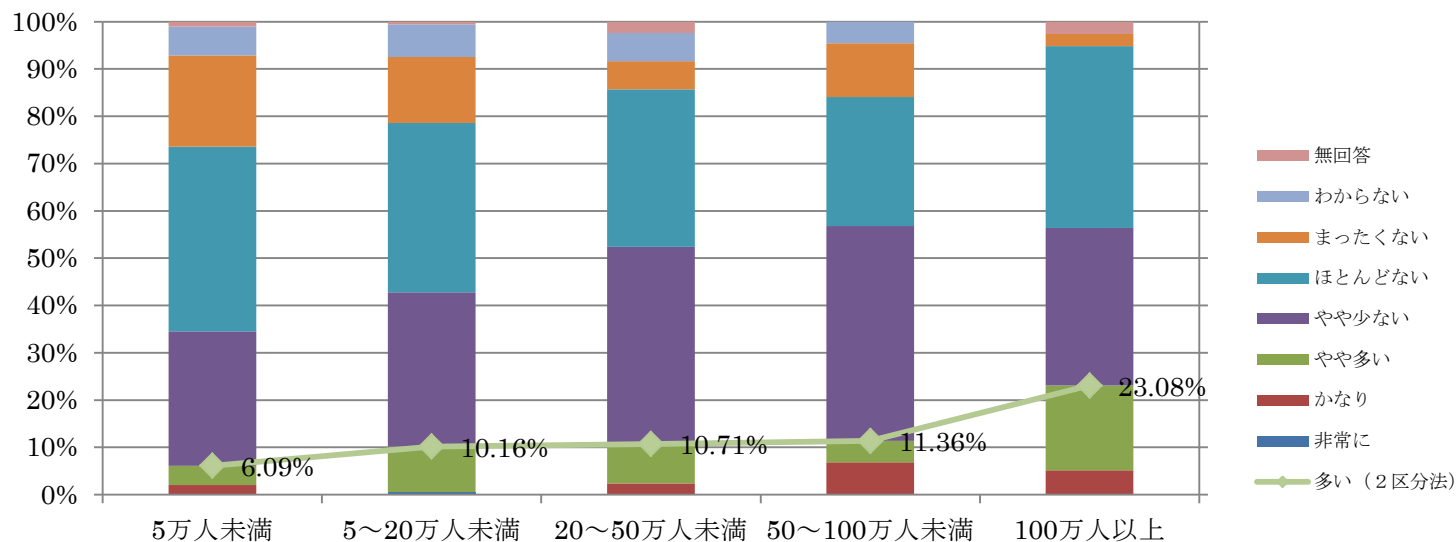
Q10-2【専従-所轄地域人口規模別】ギャンブル依存



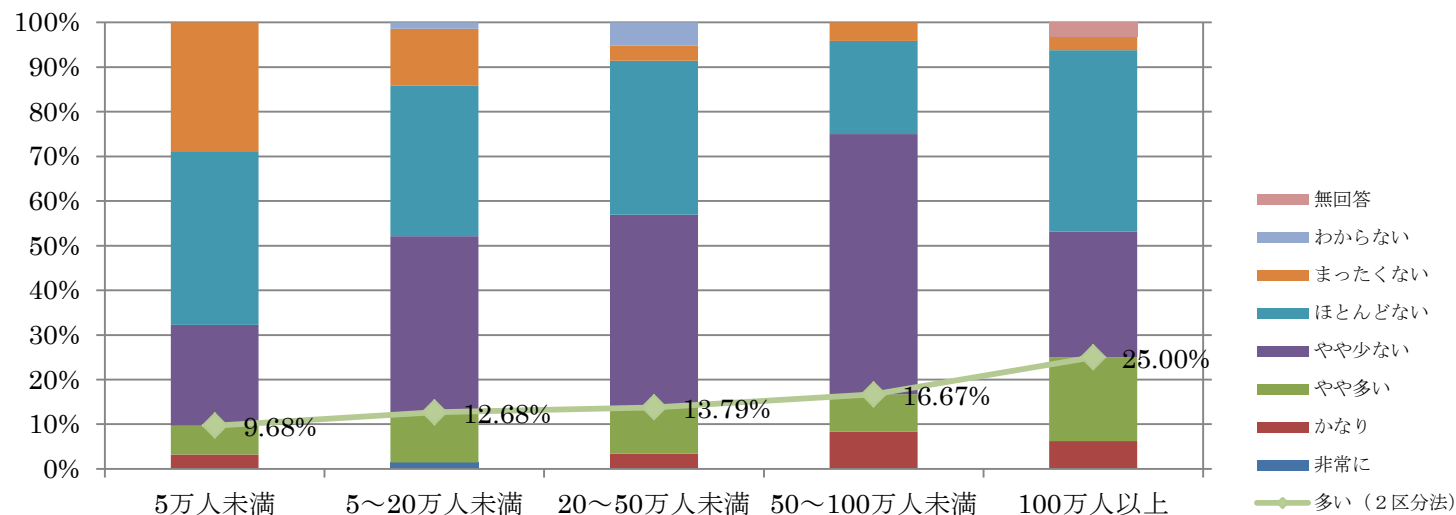
Q10-2【非専従-所轄地域人口規模別】ギャンブル依存



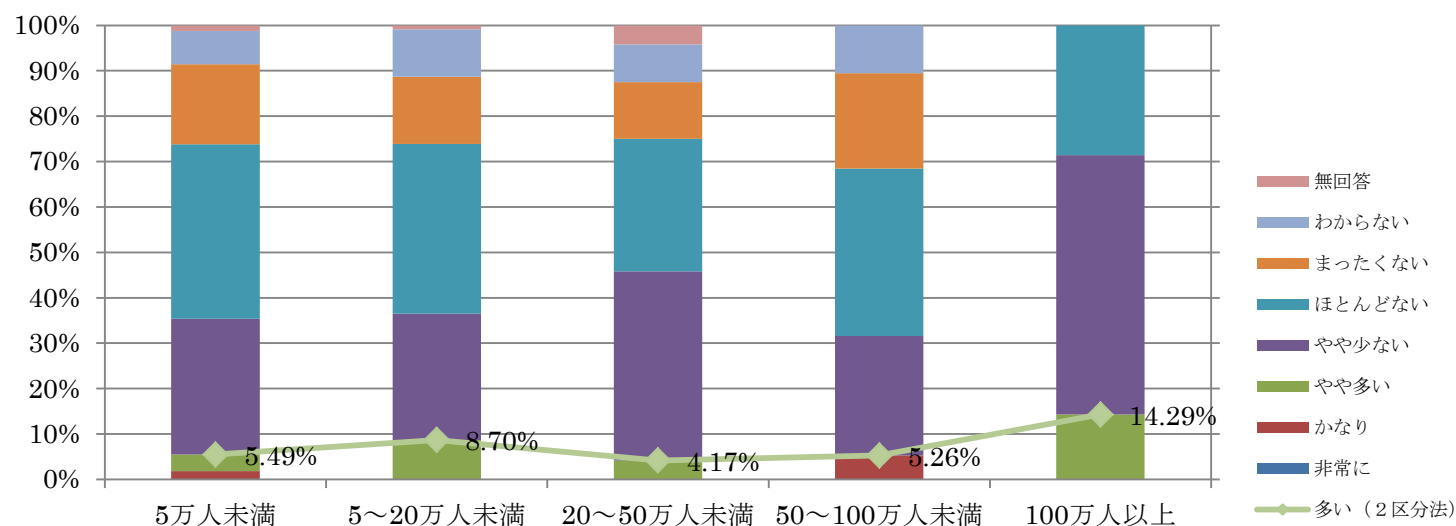
Q10-2 【全体-所轄地域人口規模別】 摂食障害



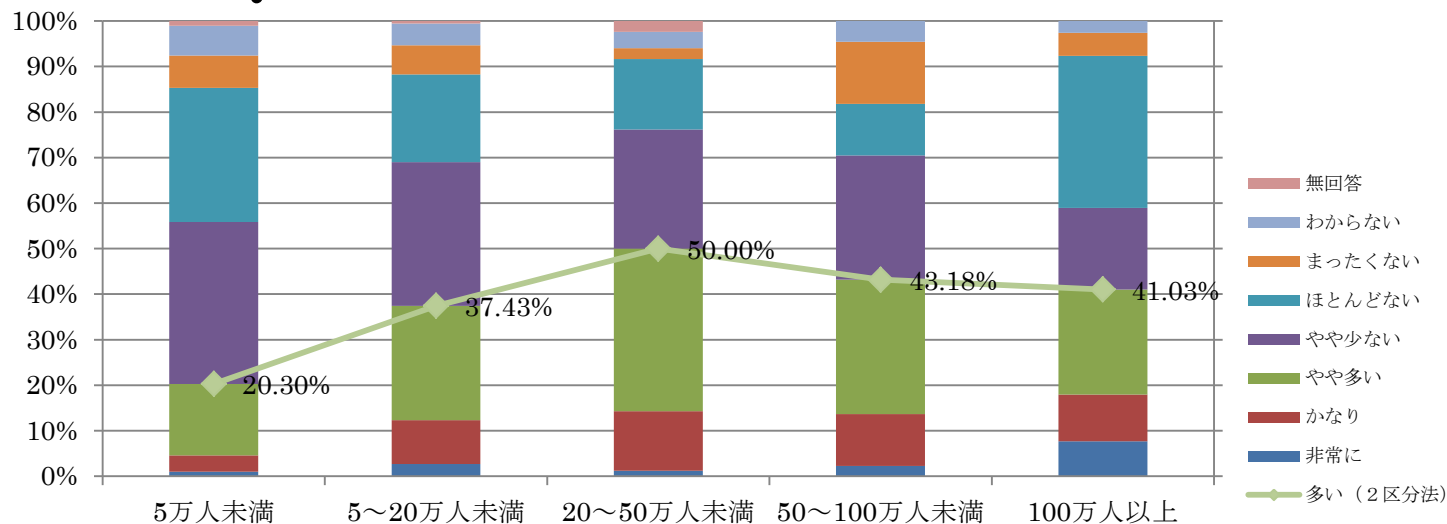
Q10-2 【専従-所轄地域人口規模別】 摂食障害



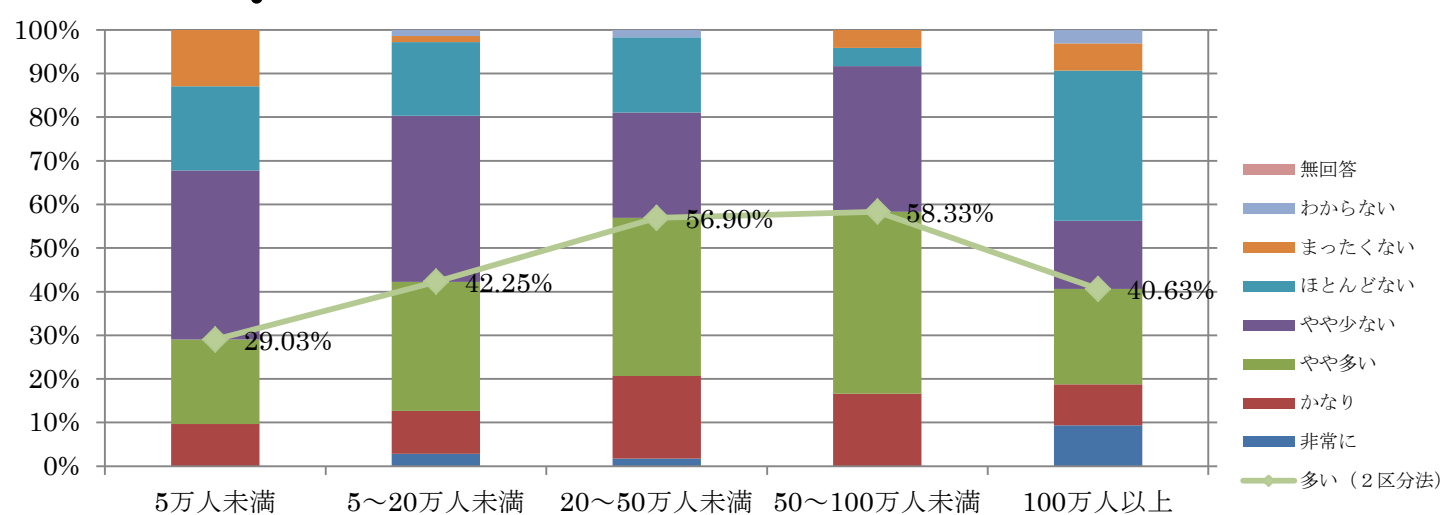
Q10-2 【非専従-所轄地域人口規模別】 摂食障害



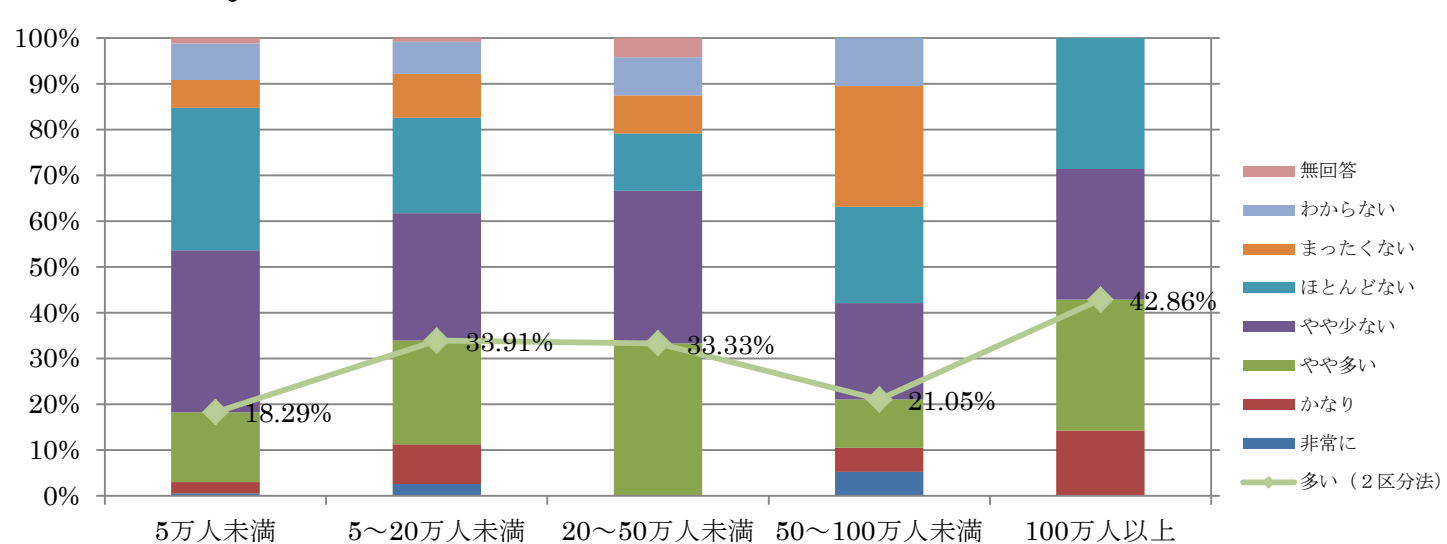
Q10-2 【全体-所轄地域人口規模別】 自傷・自殺



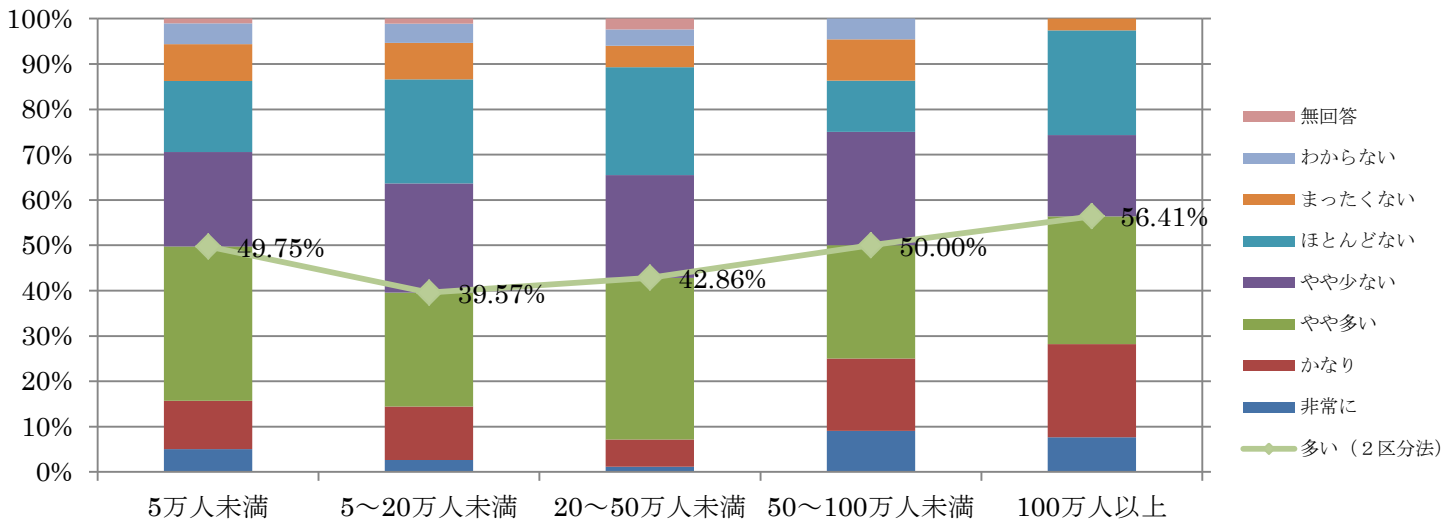
Q10-2 【専従-所轄地域人口規模別】 自傷・自殺



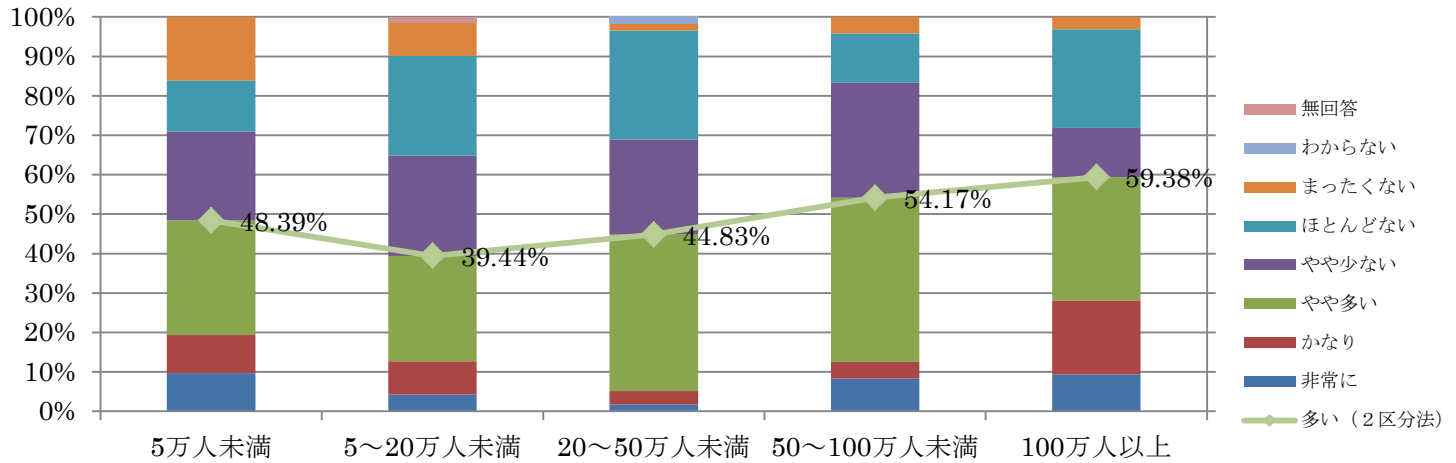
Q10-2 【非専従-所轄地域人口規模別】 自傷・自殺



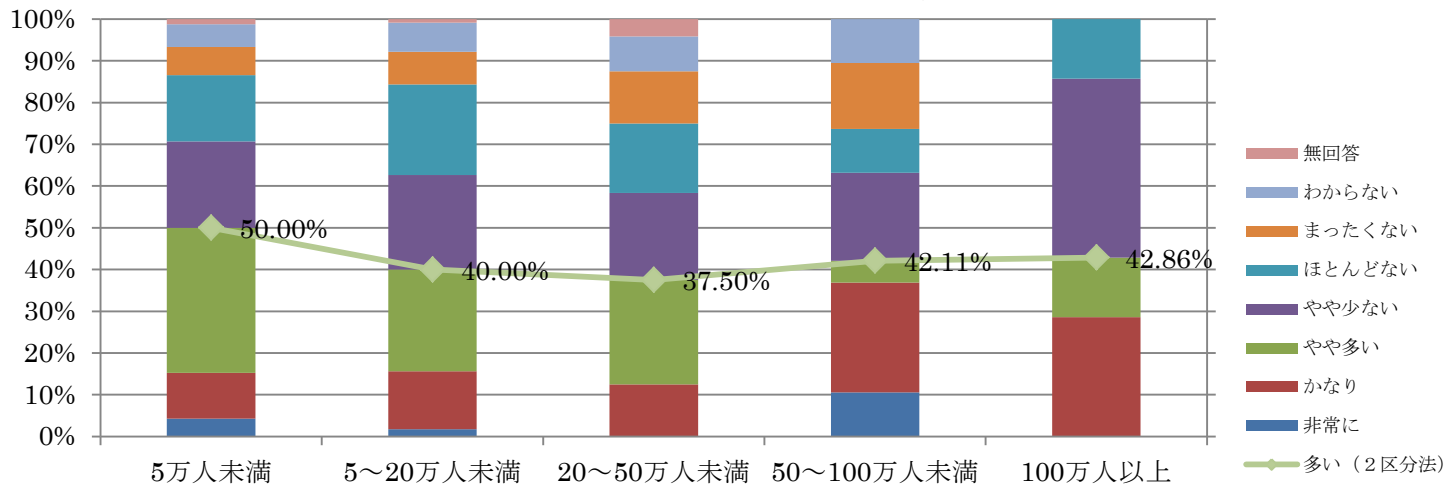
Q10-2 【全体-所轄地域人口規模別】 児童・思春期の発達障害（知的障害を含む）



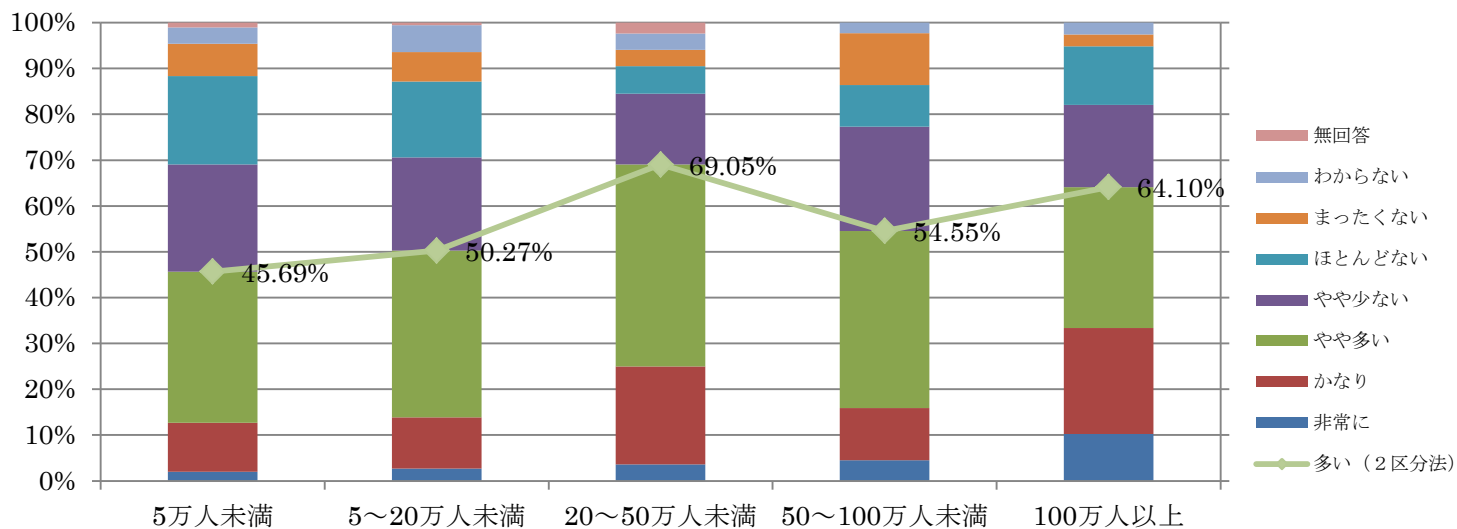
Q10-2 【専従-所轄地域人口規模別】 児童・思春期の発達障害（知的障害を含む）



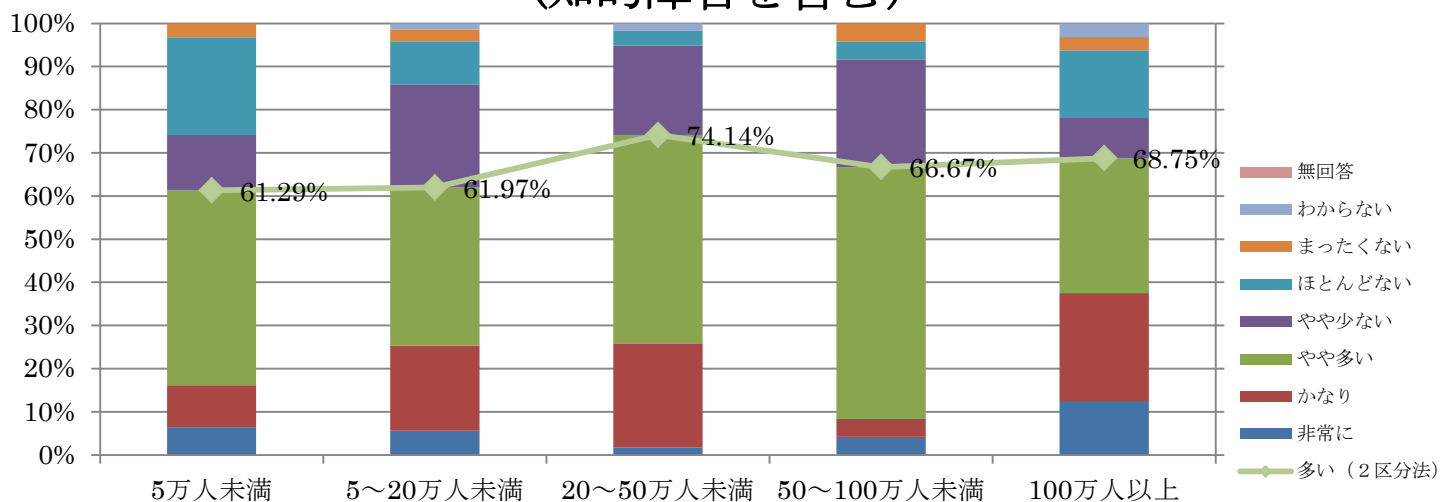
Q10-2 【非専従-所轄地域人口規模別】 児童・思春期の発達障害（知的障害を含む）



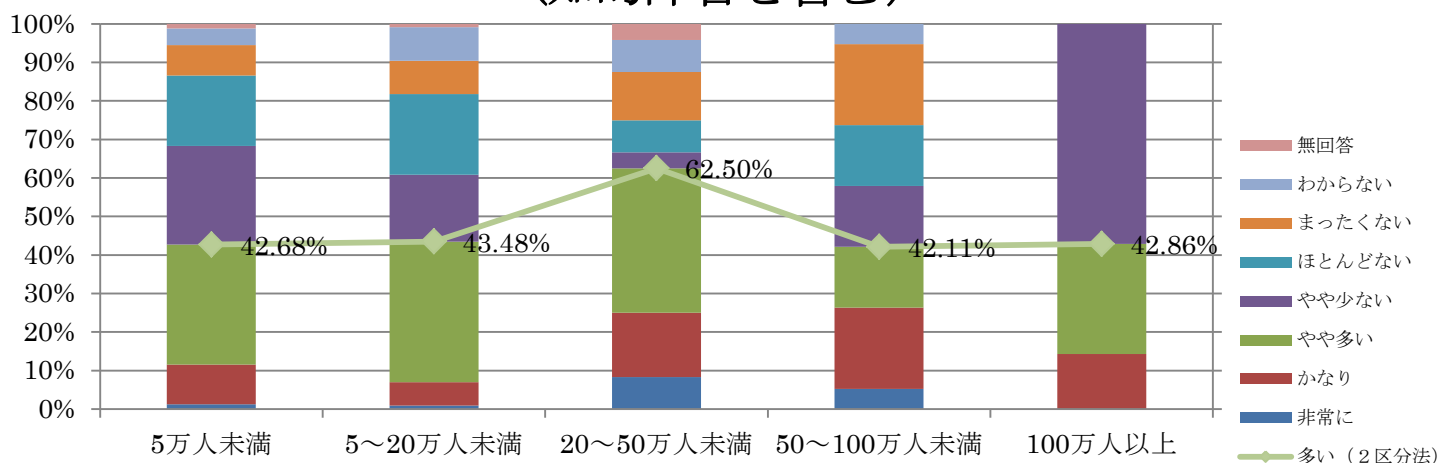
Q10-2 【全体-所轄地域人口規模別】 成人の発達障害 (知的障害を含む)



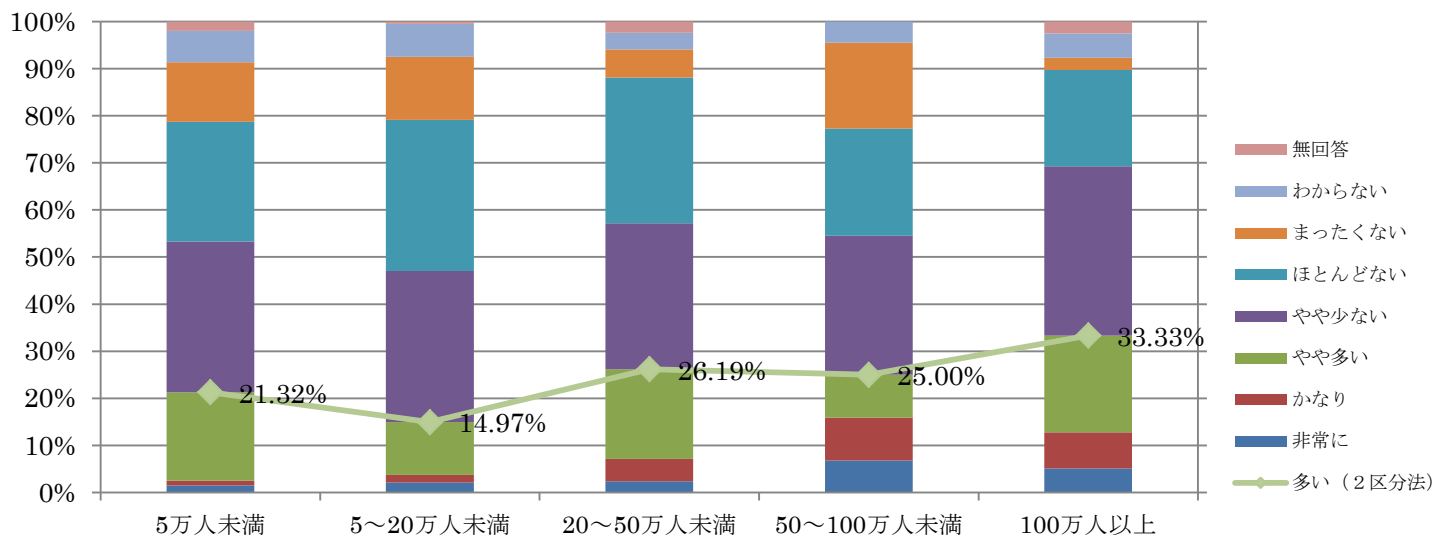
Q10-2 【専従-所轄地域人口規模別】 成人の発達障害 (知的障害を含む)



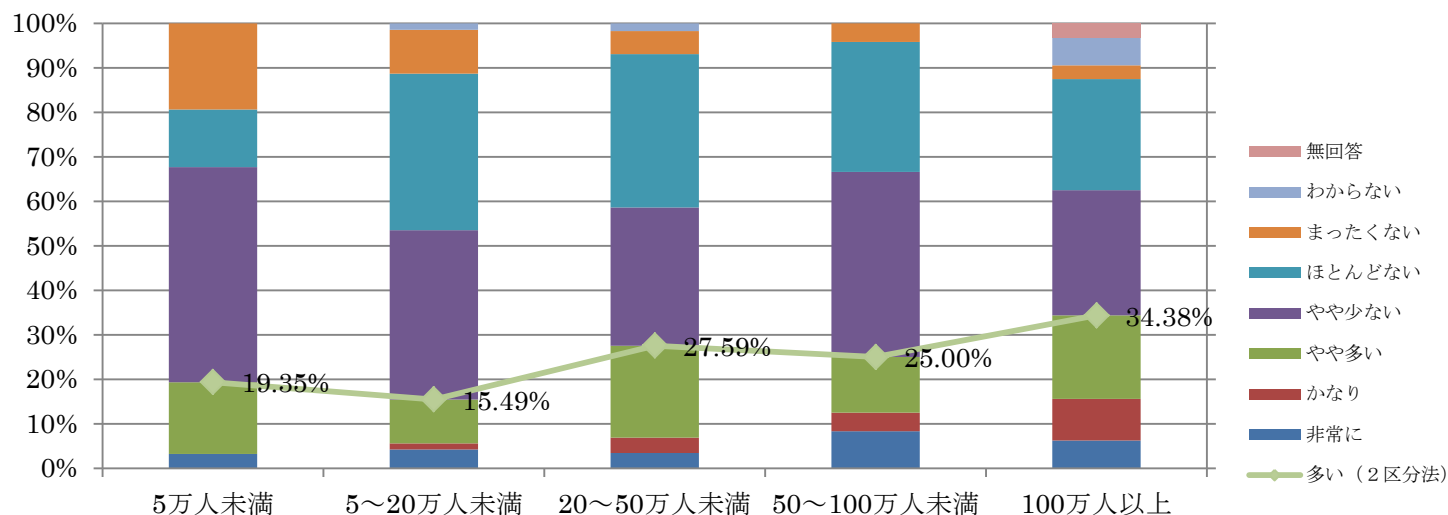
Q10-2 【非専従-所轄地域人口規模別】 成人の発達障害 (知的障害を含む)



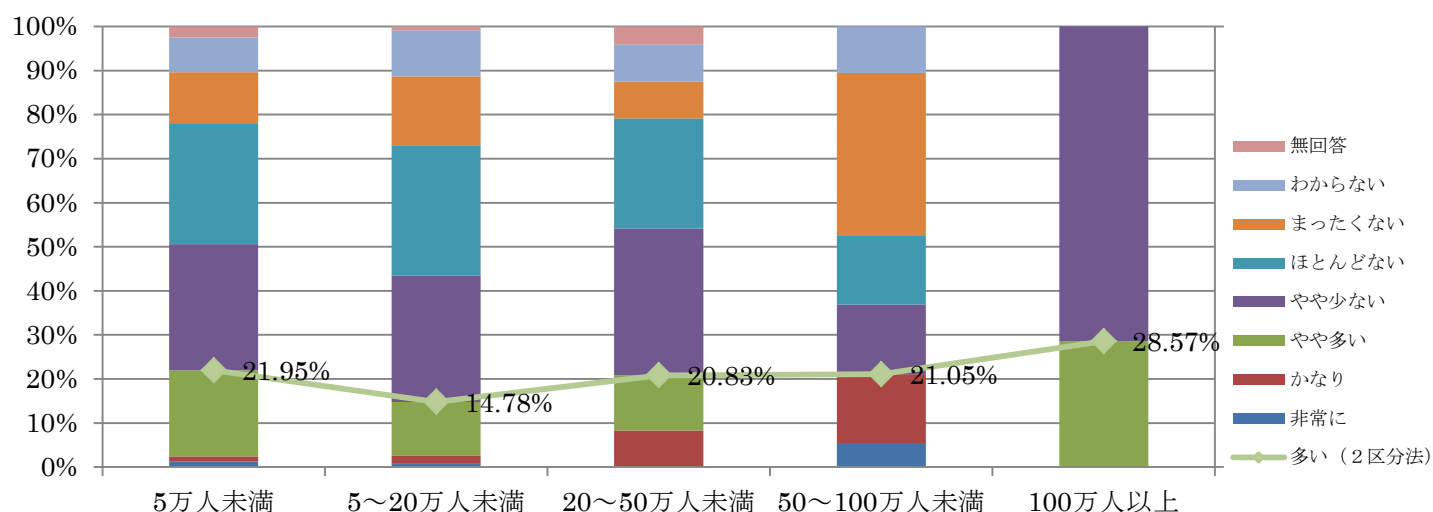
Q10-2 【全体-所轄地域人口規模別】 不登校



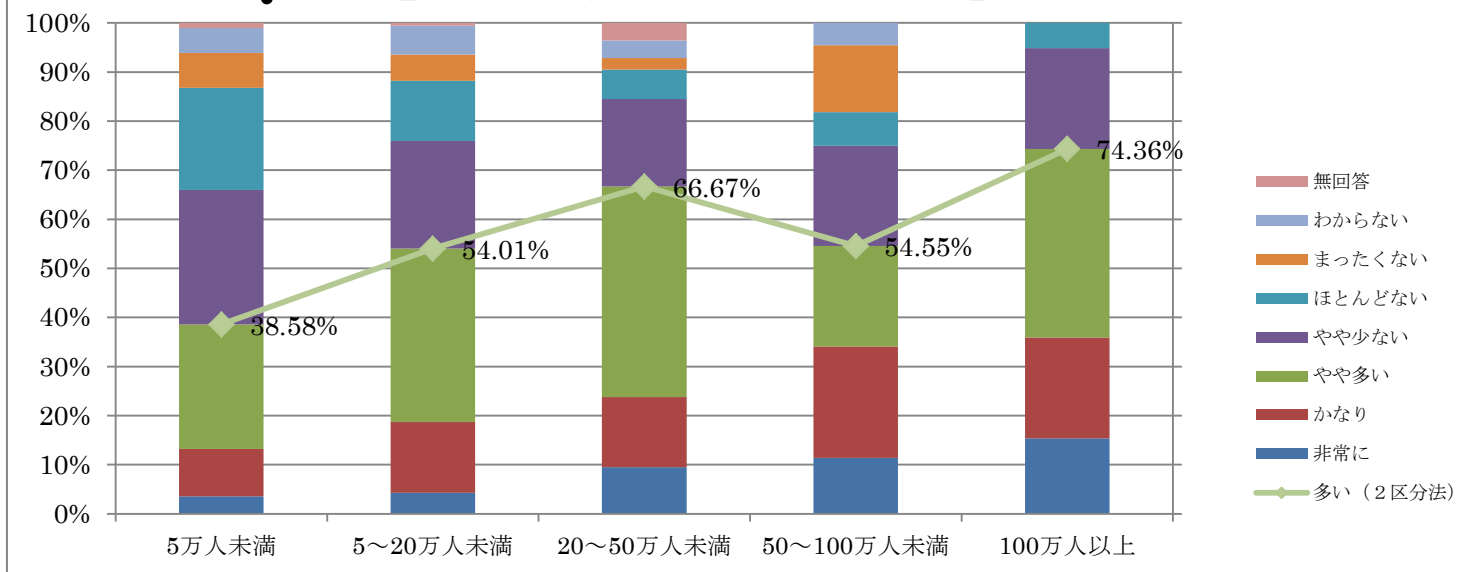
Q10-2 【専従-所轄地域人口規模別】 不登校



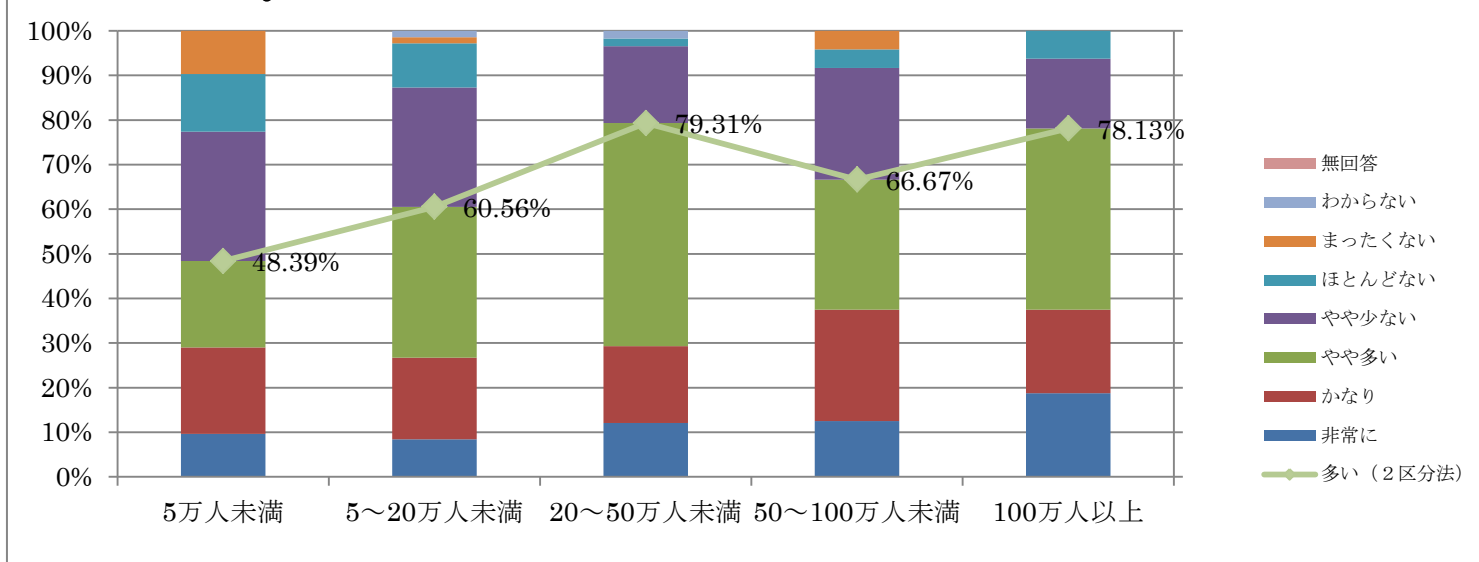
Q10-2 【非専従-所轄地域人口規模別】 不登校



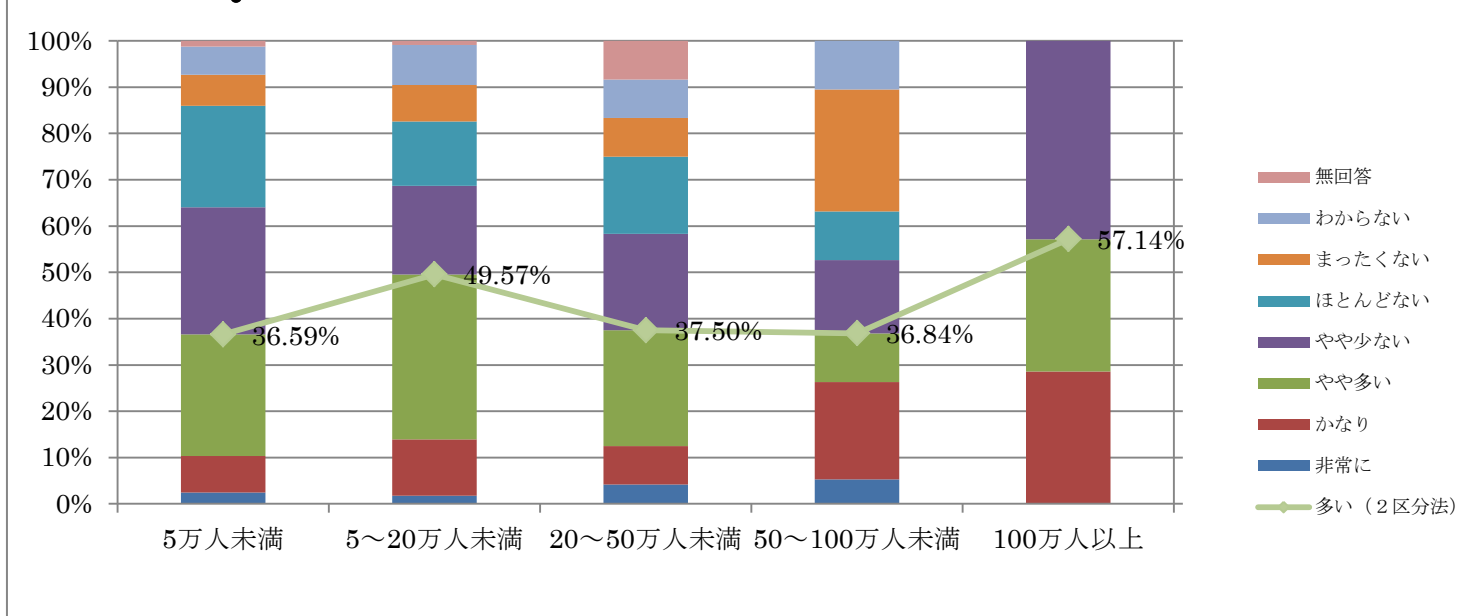
Q10-2 【全体-所轄地域人口規模別】 ひきこもり



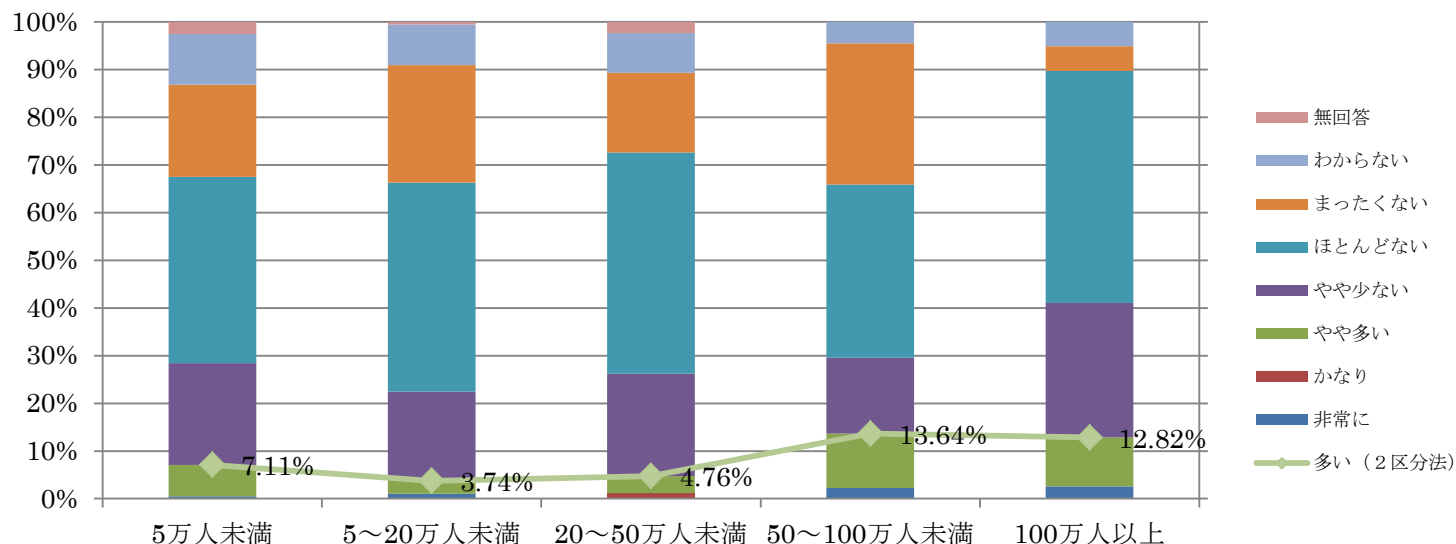
Q10-2 【専従-所轄地域人口規模別】 ひきこもり



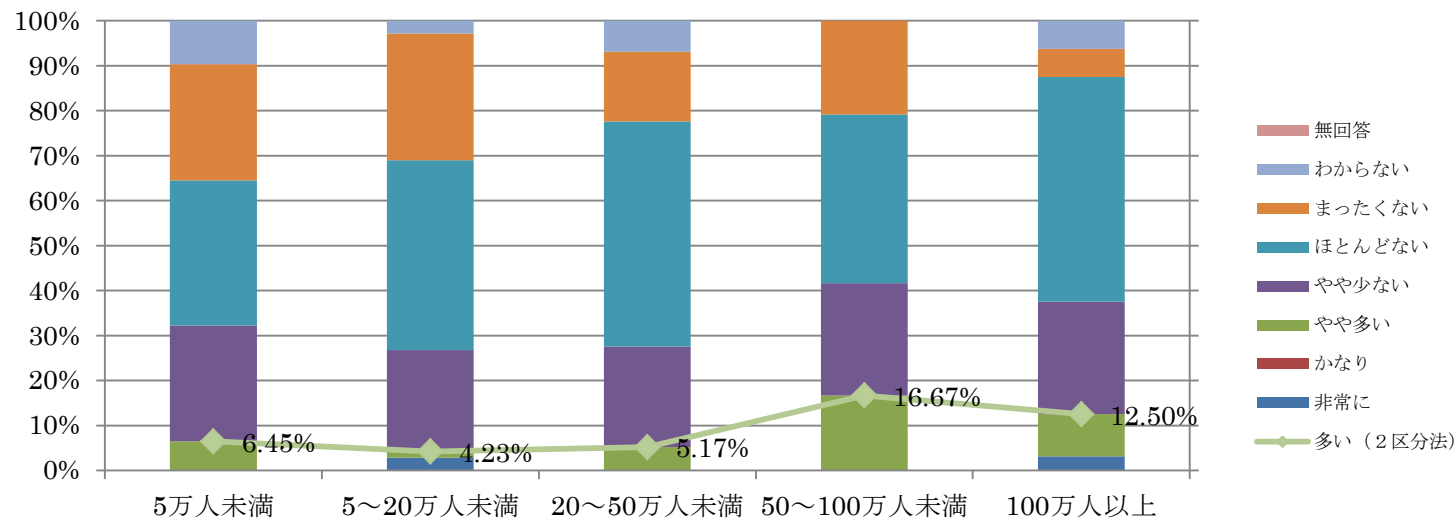
Q10-2 【非専従-所轄地域人口規模別】 ひきこもり



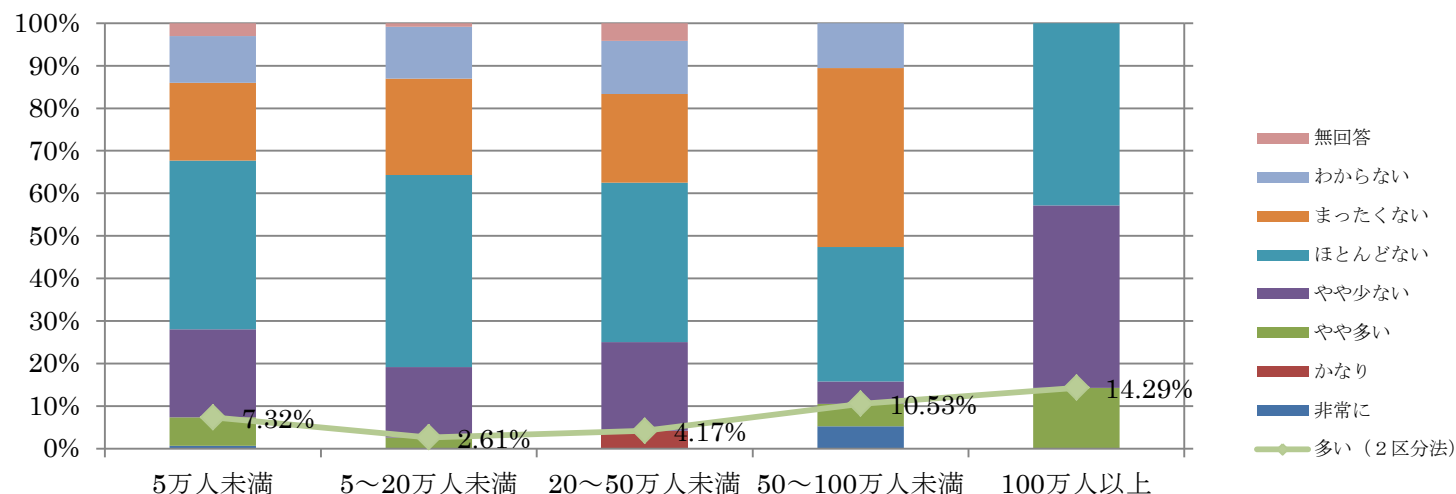
Q10-2 【全体-所轄地域人口規模別】 いじめ



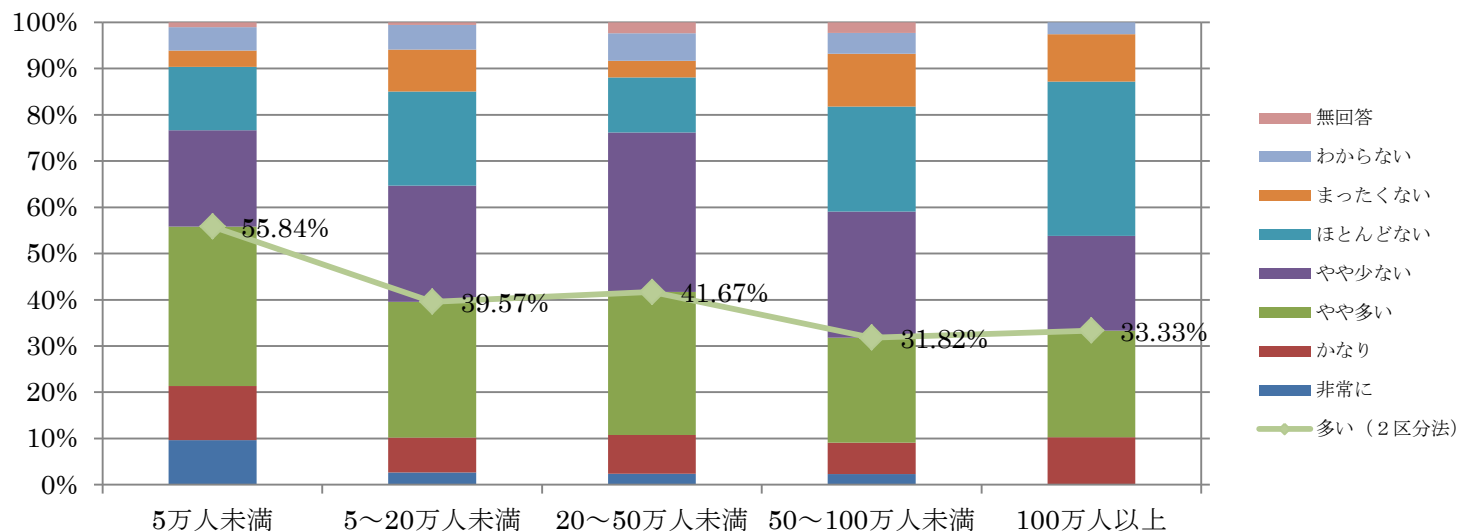
Q10-2 【専従-所轄地域人口規模別】 いじめ



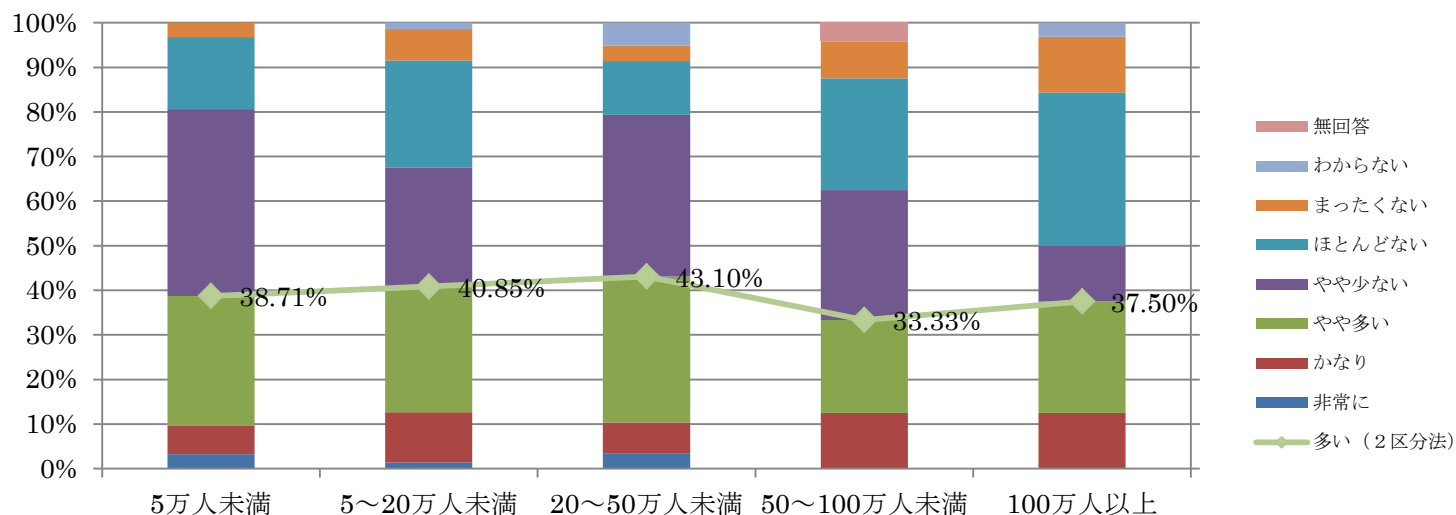
Q10-2 【非専従-所轄地域人口規模別】 いじめ



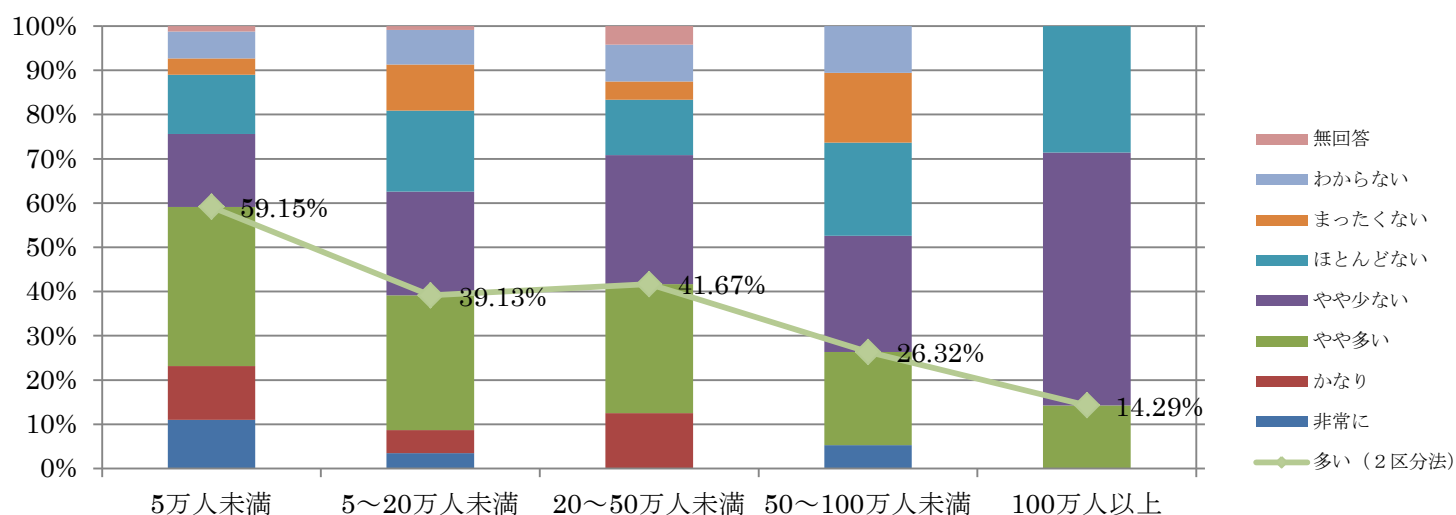
Q10-2 【全体-所轄地域人口規模別】 認知症（物忘れ等）



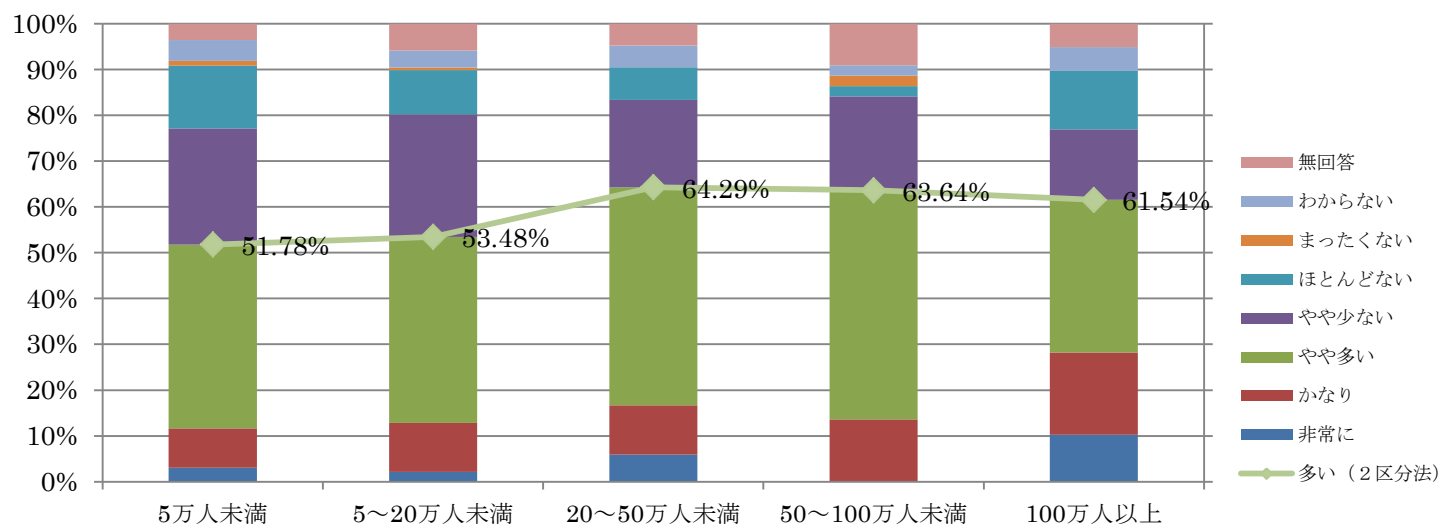
Q10-2 【専従所轄地域人口規模別】 認知症(物忘れ等)



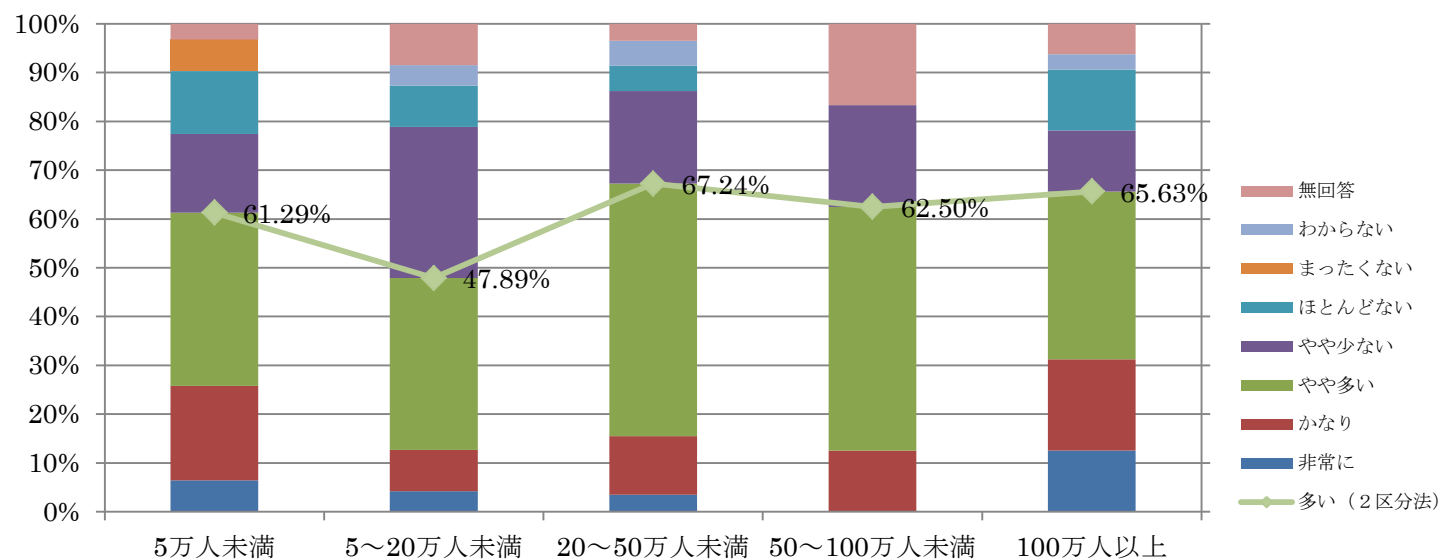
Q10-2 【非専従-所轄地域人口規模別】 認知症(物忘れ等)



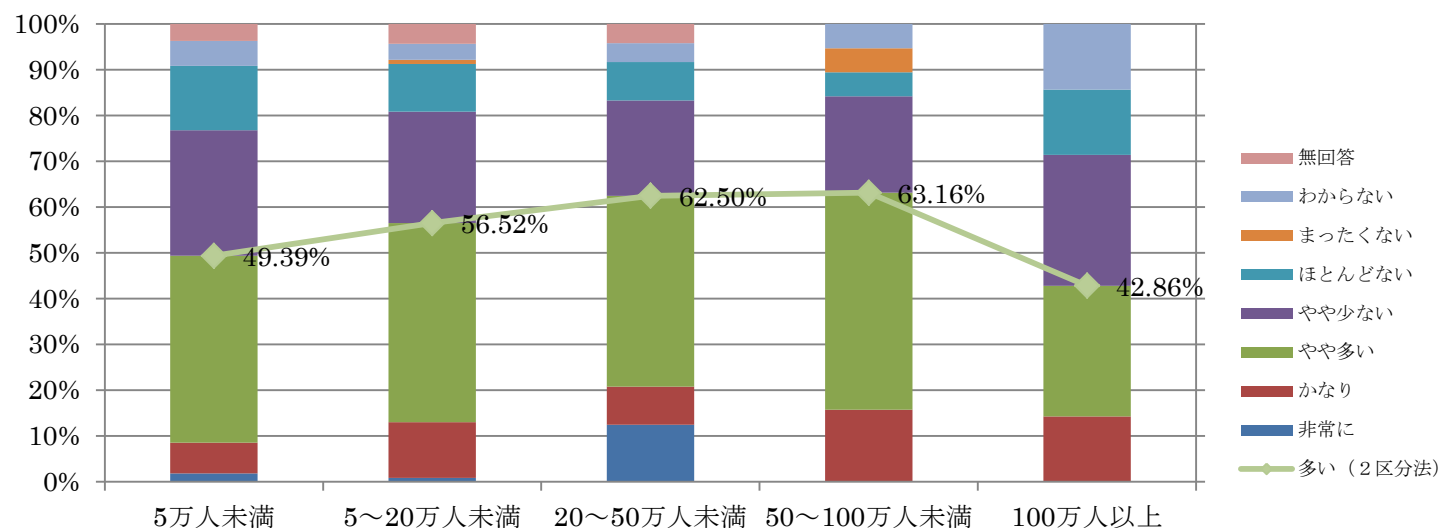
Q10-3 【全体-所轄地域人口規模別】 うつ病



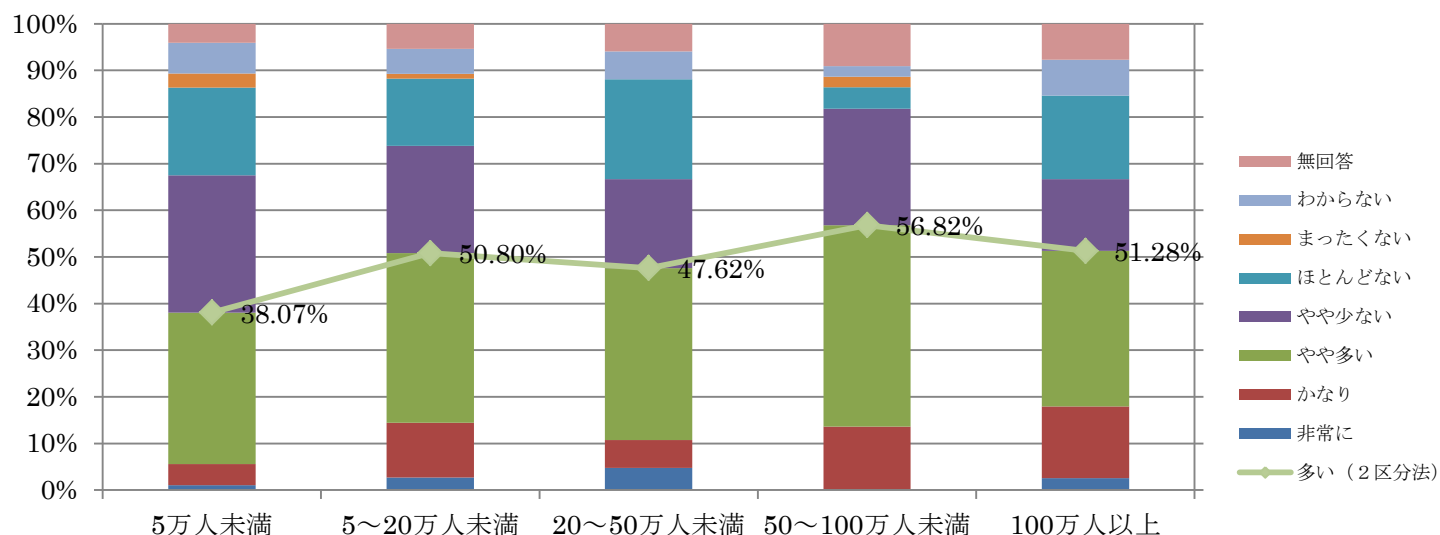
Q10-3 【専従-所轄地域人口規模別】 うつ病



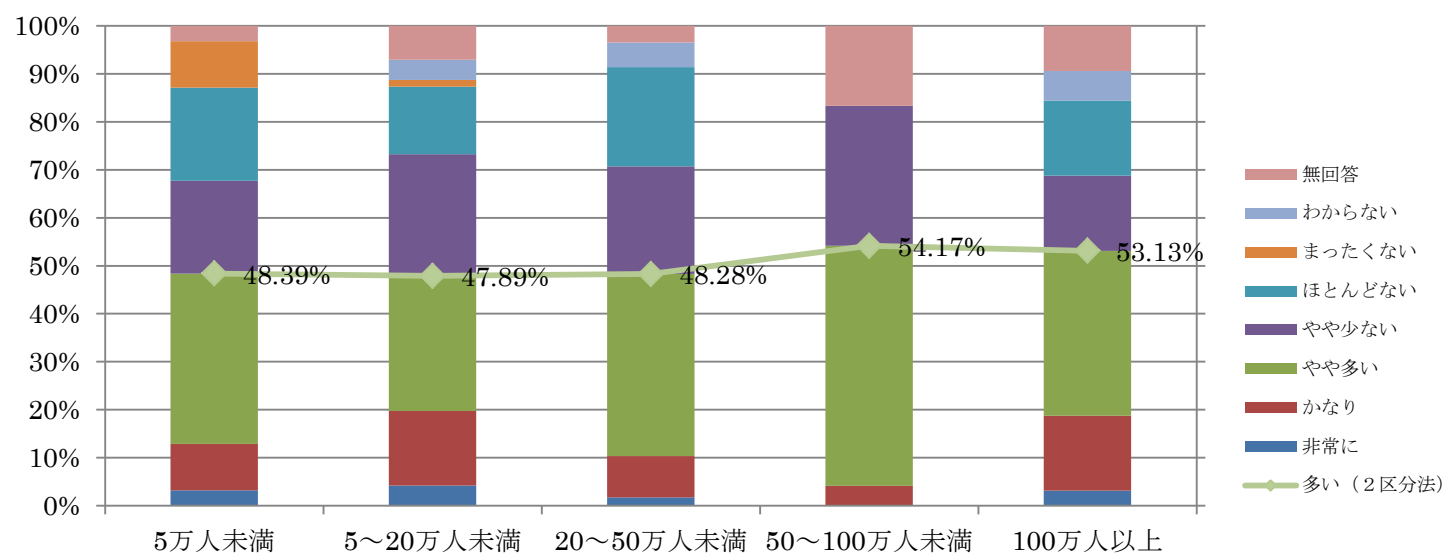
Q10-3 【非専従-所轄地域人口規模別】 うつ病



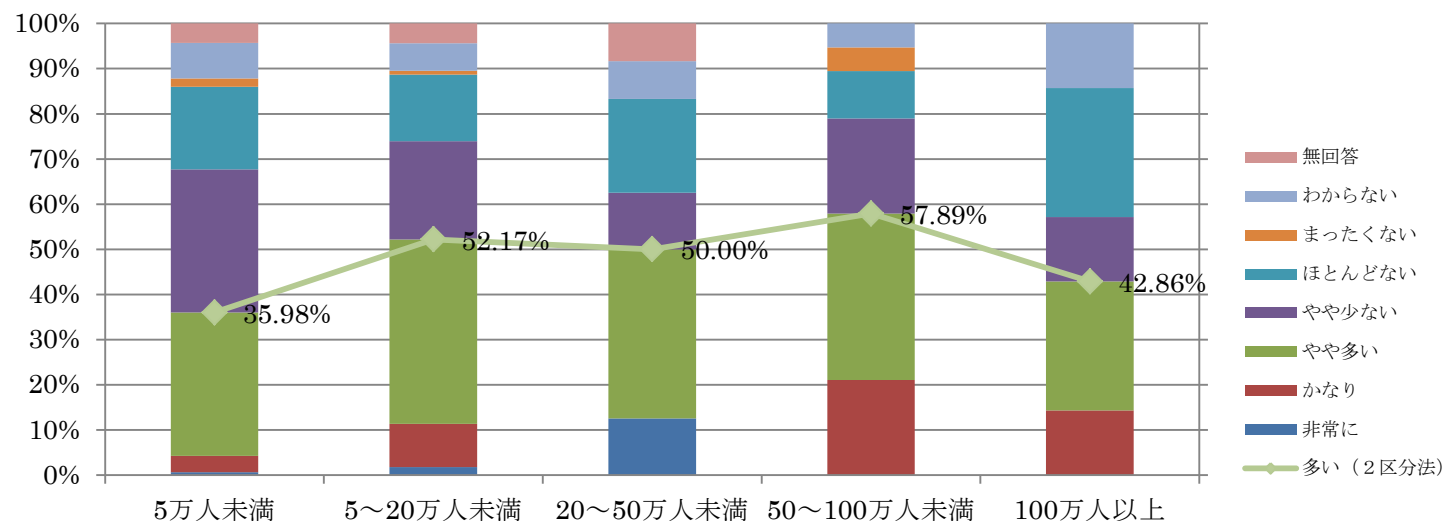
Q10-3【全体-所轄地域人口規模別】不安症



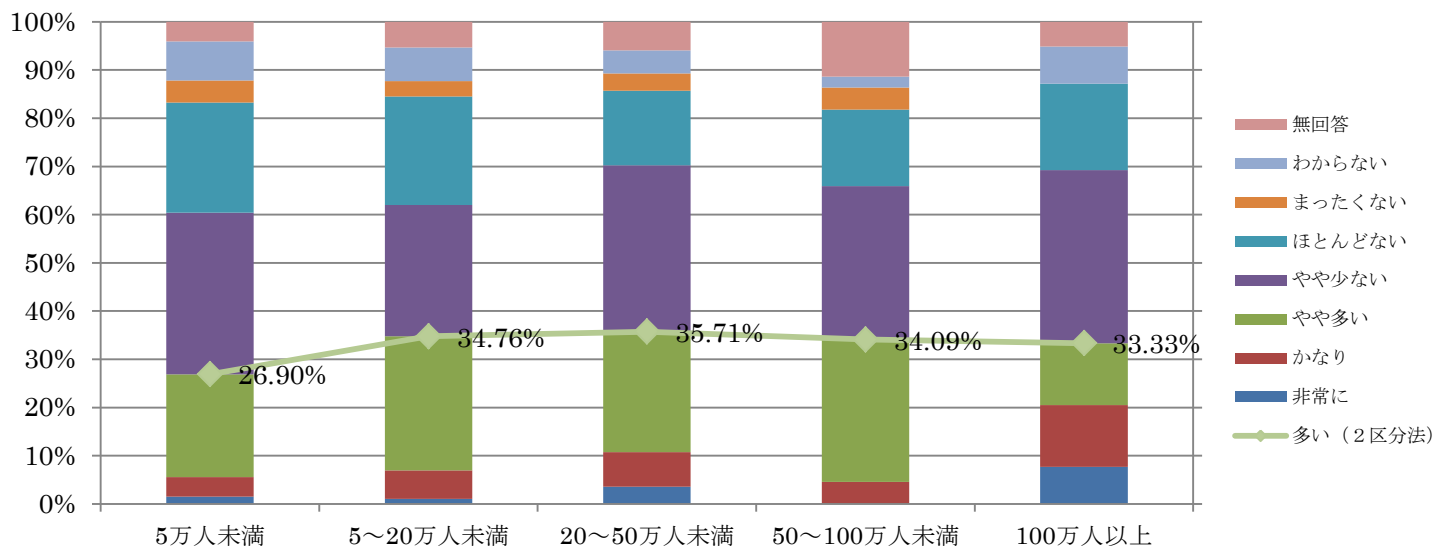
Q10-3【専従所轄地域人口規模別】不安症



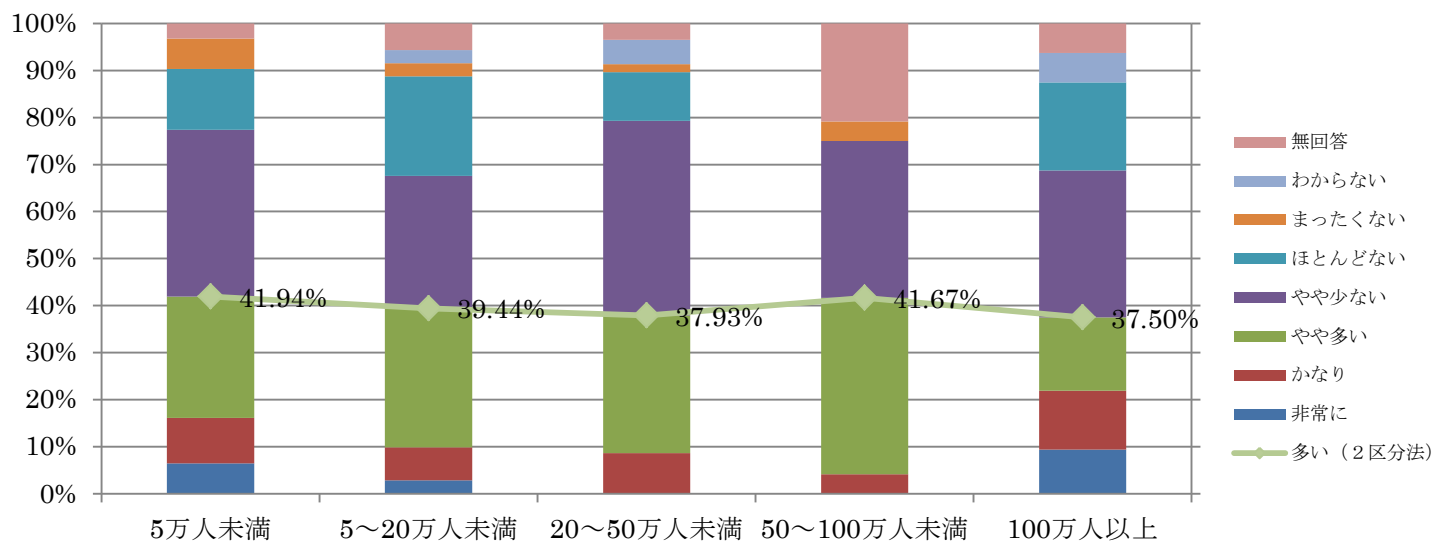
Q10-3【非専従所轄地域人口規模別】不安症



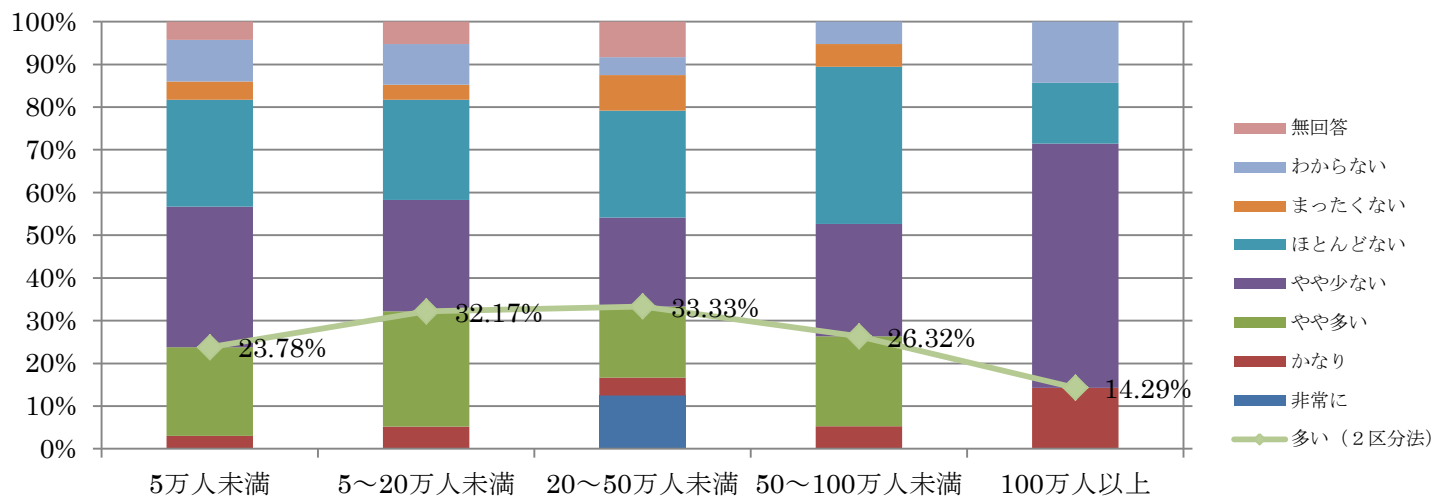
Q10-3【全体-所轄地域人口規模別】睡眠障害



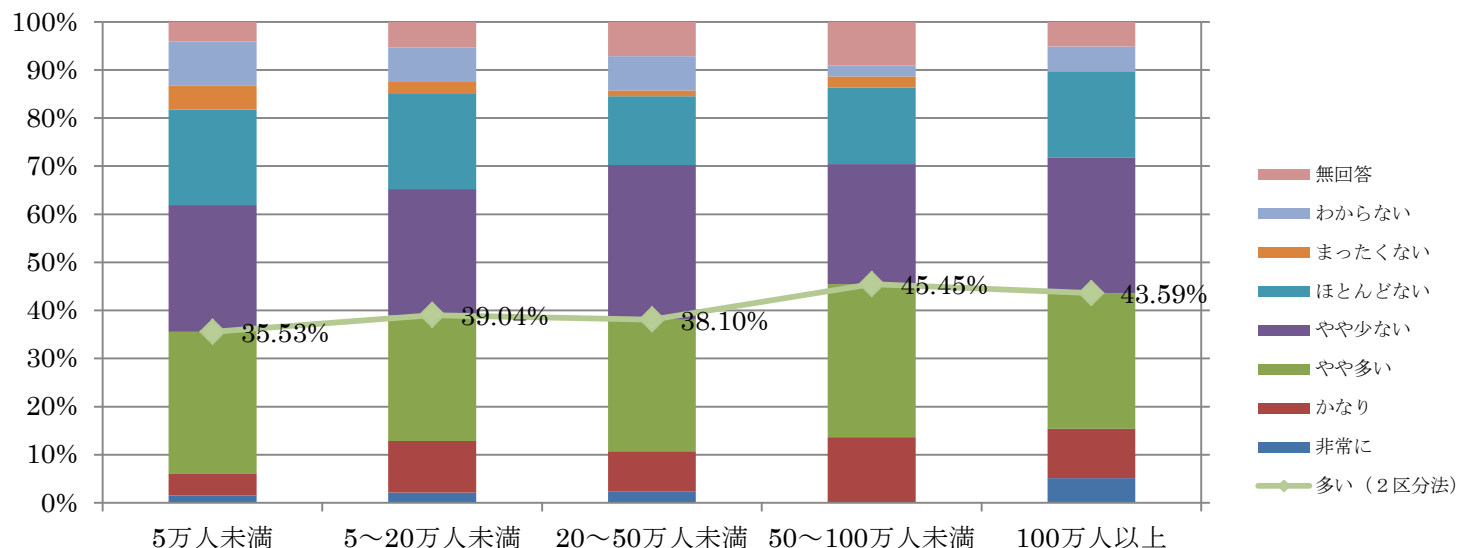
Q10-3【専従-所轄地域人口規模別】睡眠障害



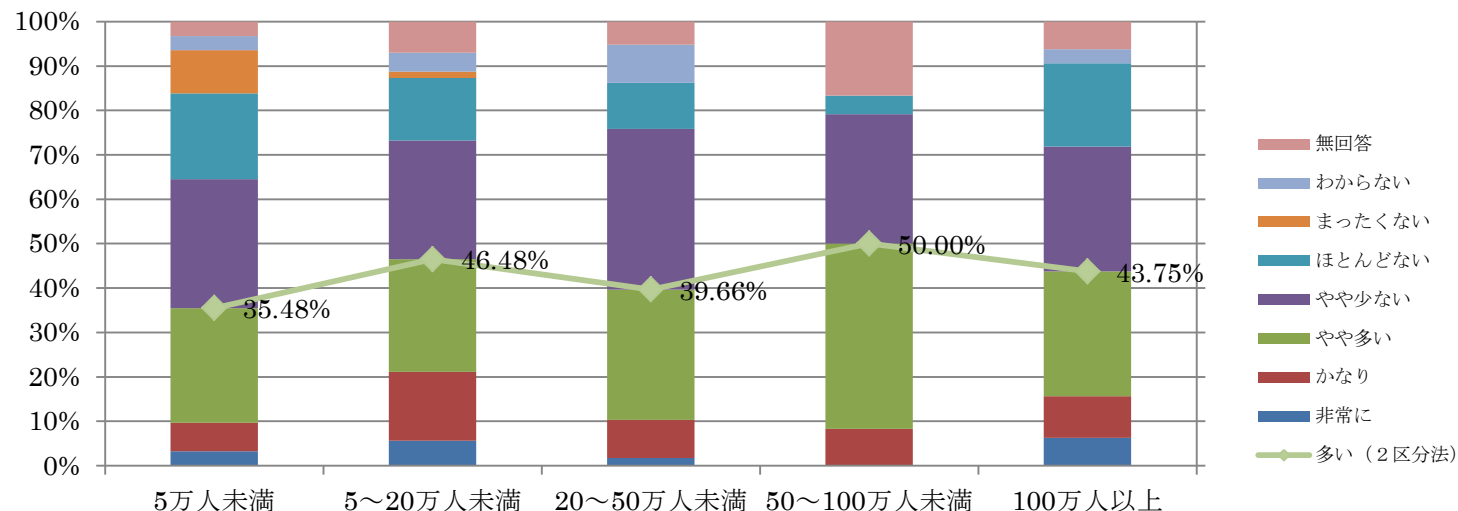
Q10-3【非専従-所轄地域人口規模別】睡眠障害



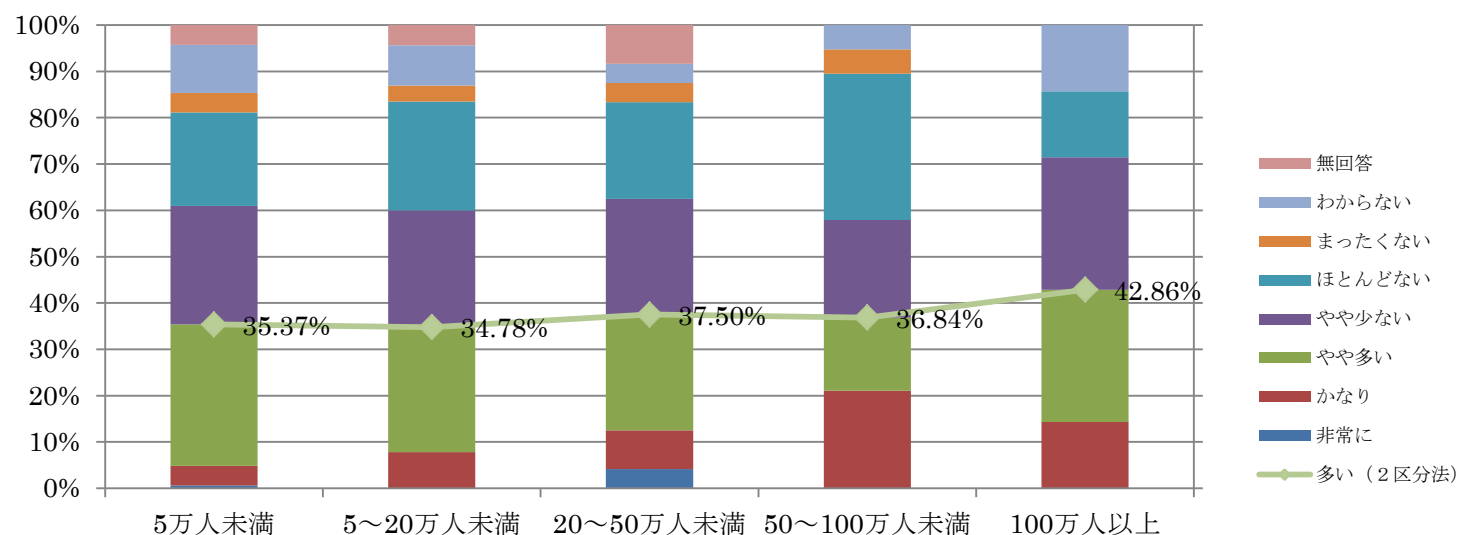
Q10-3 【全体-所轄地域人口規模別】 適応障害



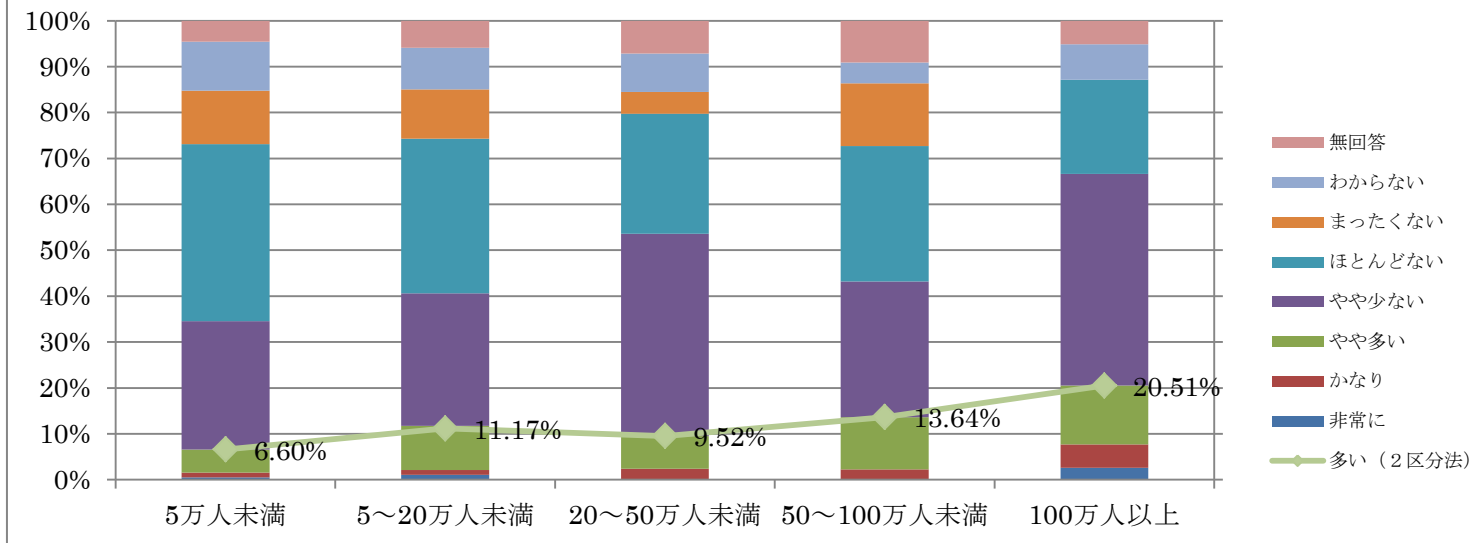
Q10-3 【専従-所轄地域人口規模別】 適応障害



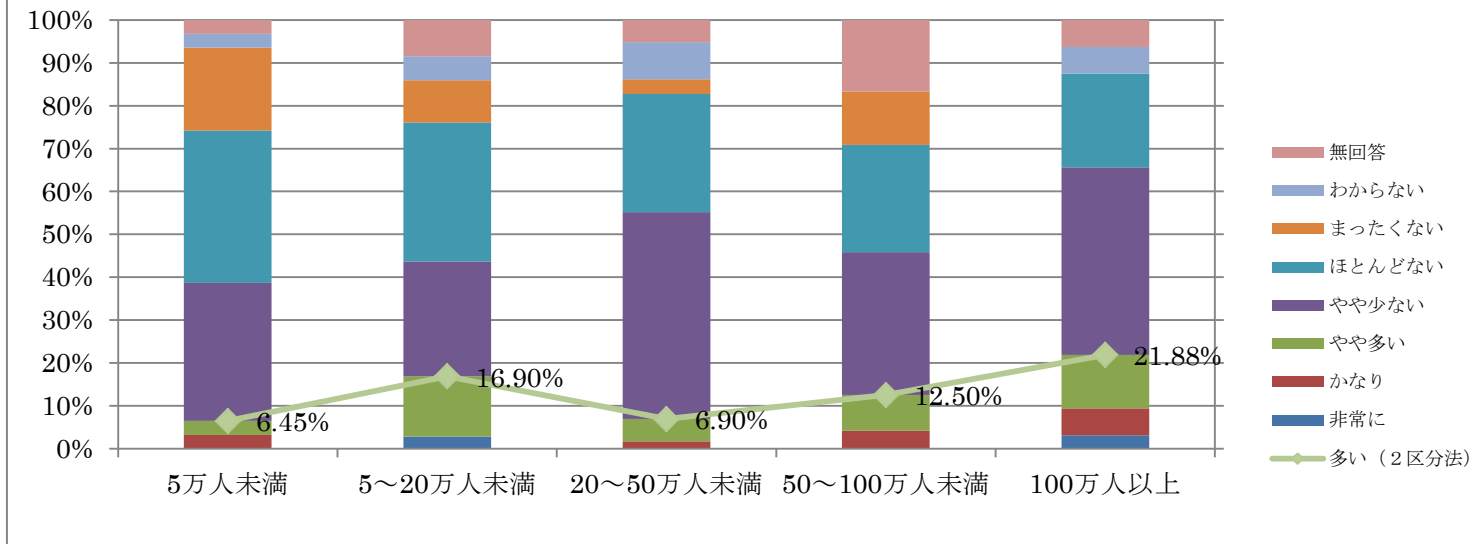
Q10-3 【非専従-所轄地域人口規模別】 適応障害



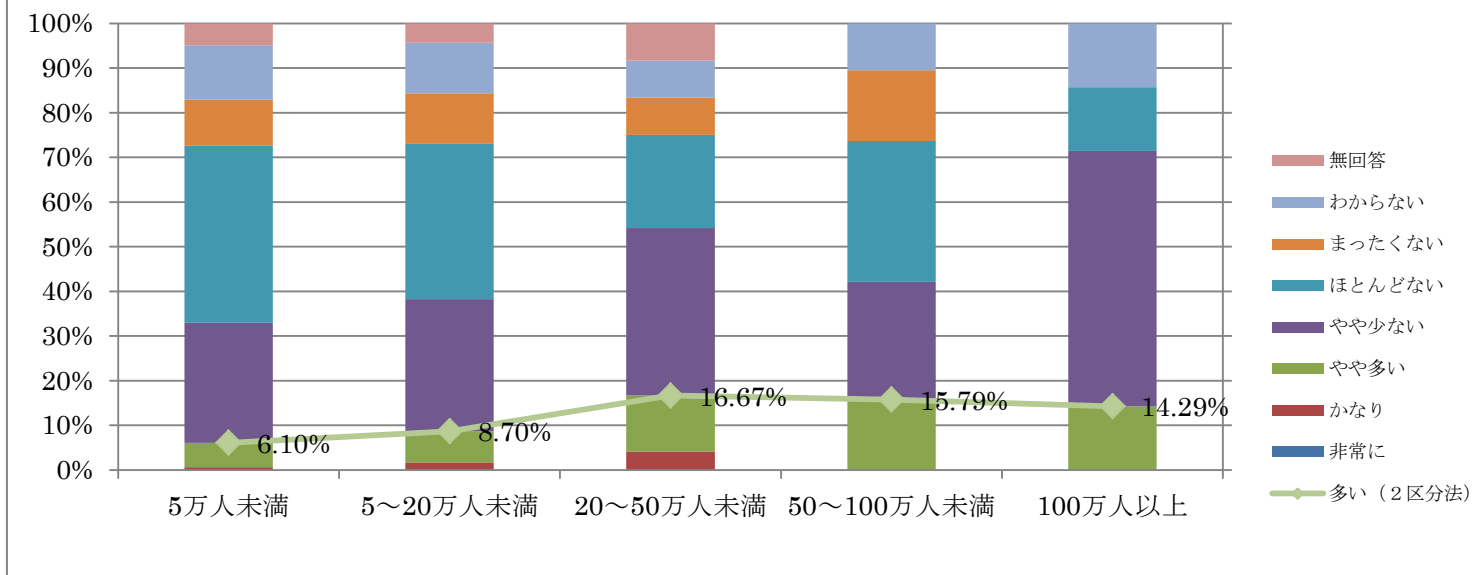
Q10-3 【全体-所轄地域人口規模別】 PTSD・トラウマ



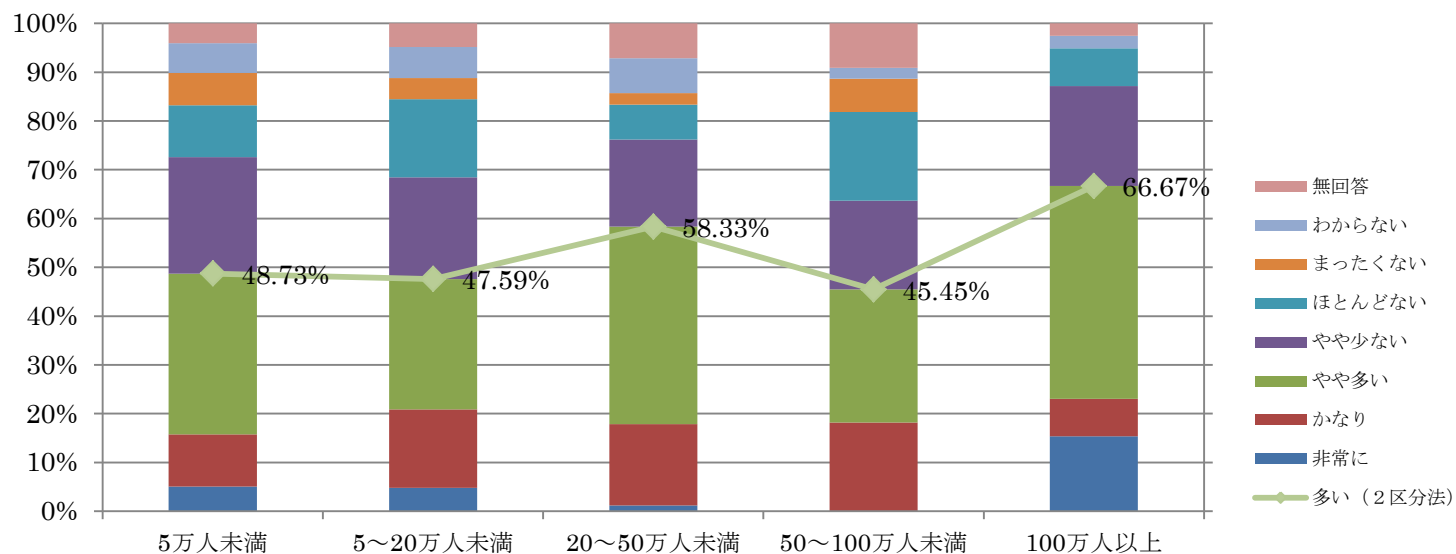
Q10-3 【専従-所轄地域人口規模別】 PTSD・トラウマ



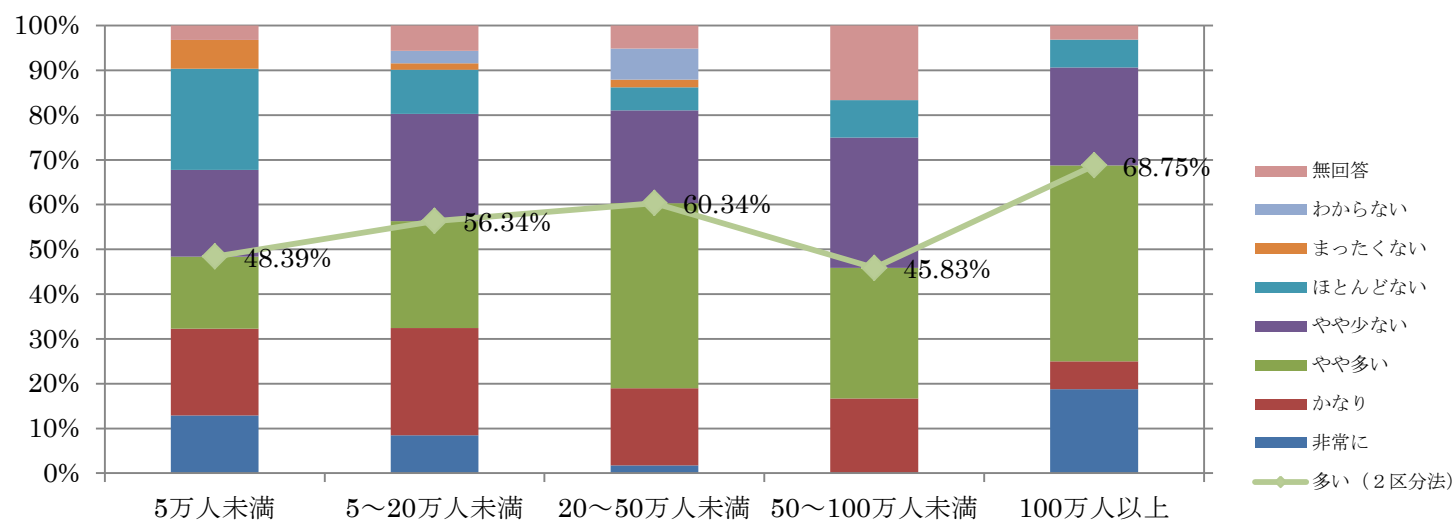
Q10-3 【非専従-所轄地域人口規模別】 PTSD・トラウマ



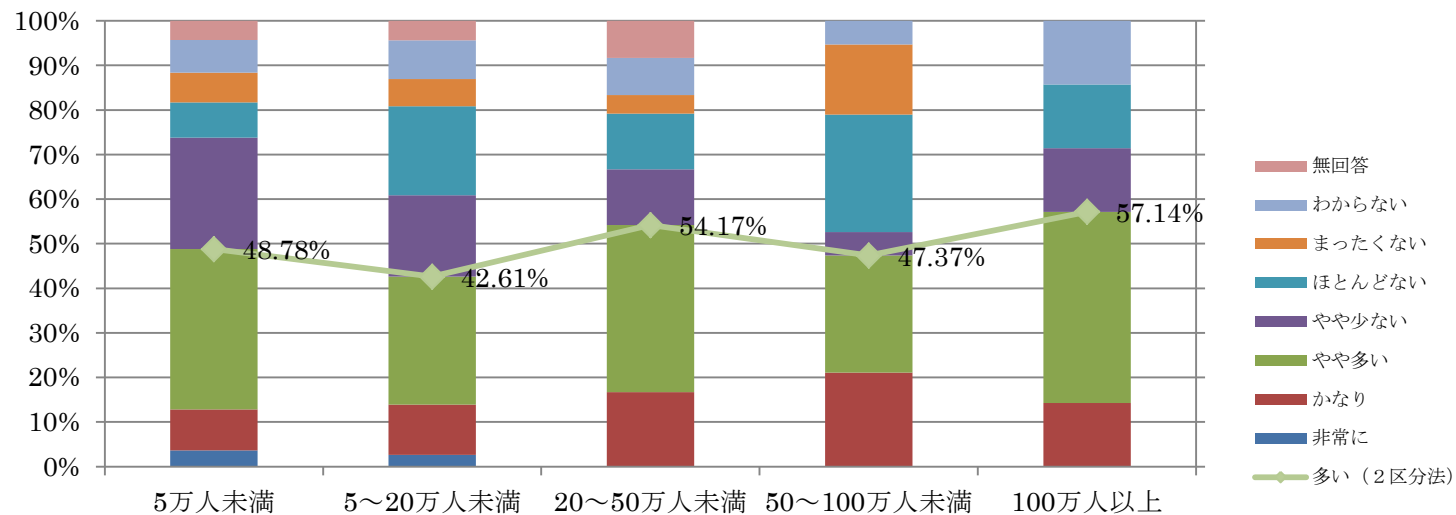
Q10-3 【全体-所轄地域人口規模別】 アルコール・薬物乱用・依存



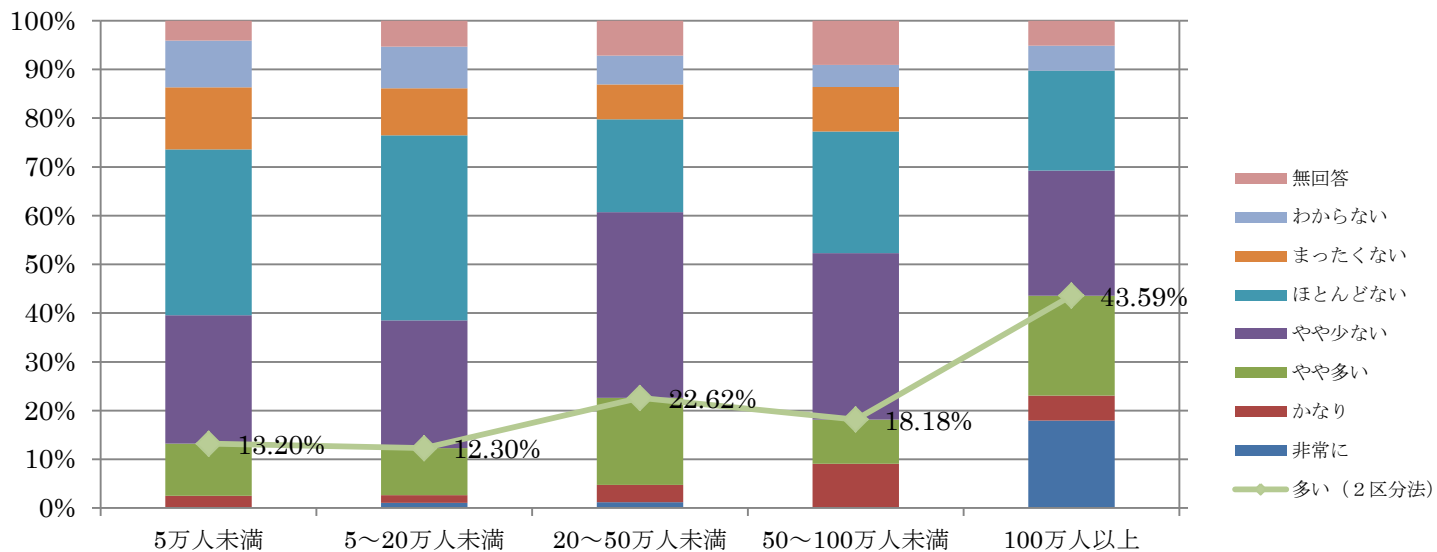
Q10-3 【専従-所轄地域人口規模別】 アルコール・薬物乱用・依存



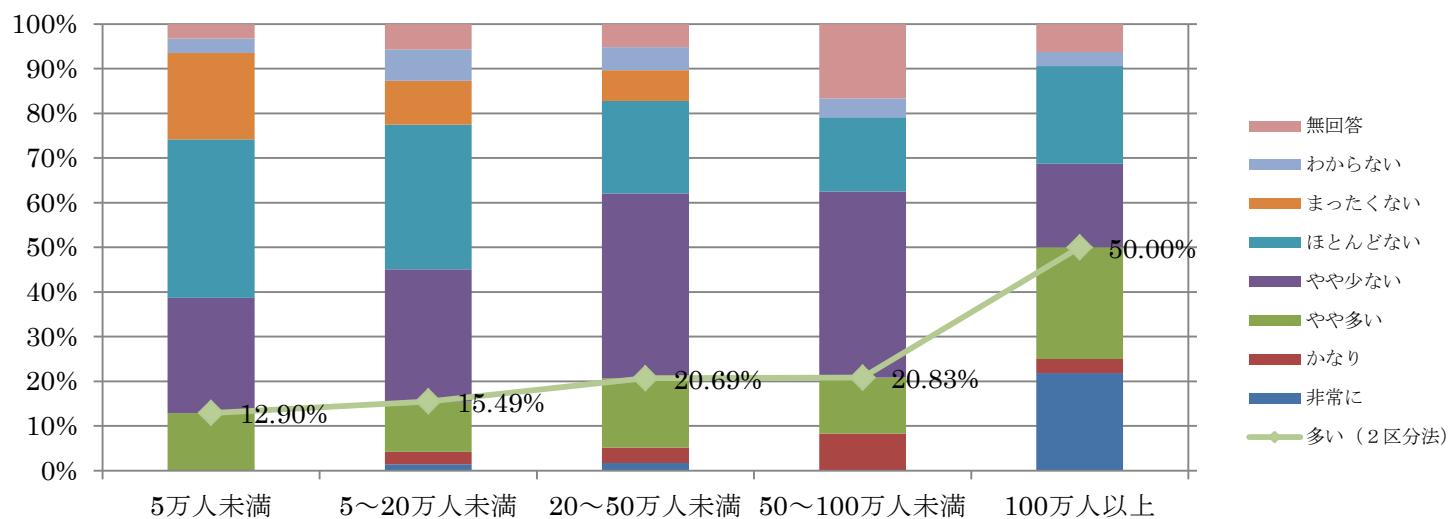
Q10-3 【非専従-所轄地域人口規模別】 アルコール・薬物乱用・依存



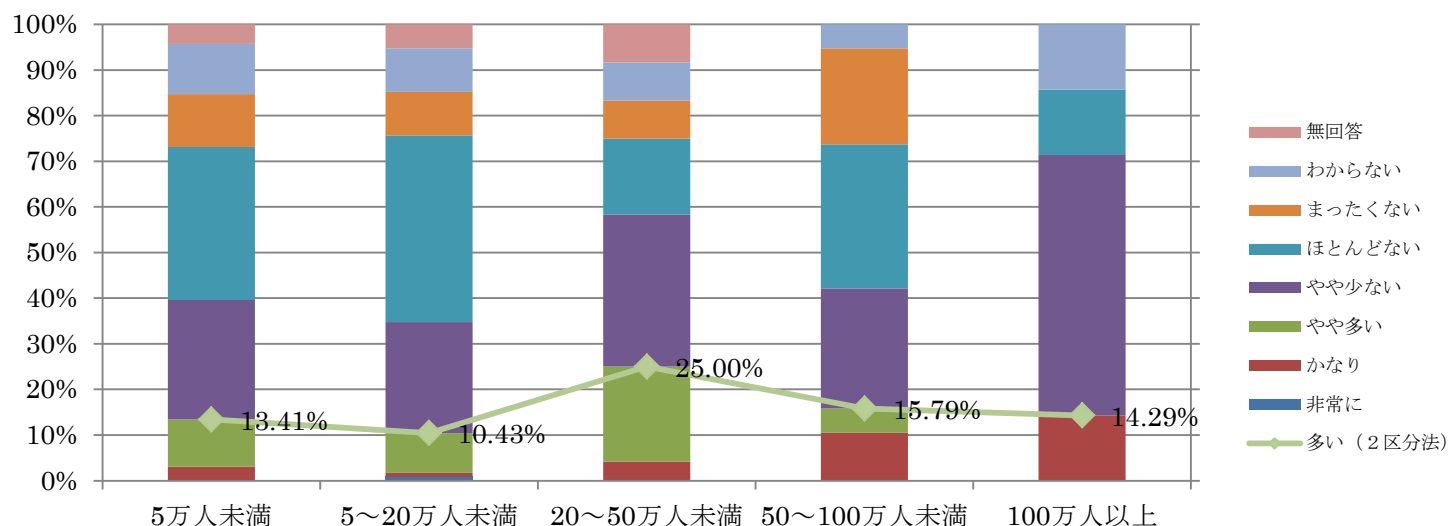
Q10-3 【全体-所轄地域人口規模別】ギャンブル依存



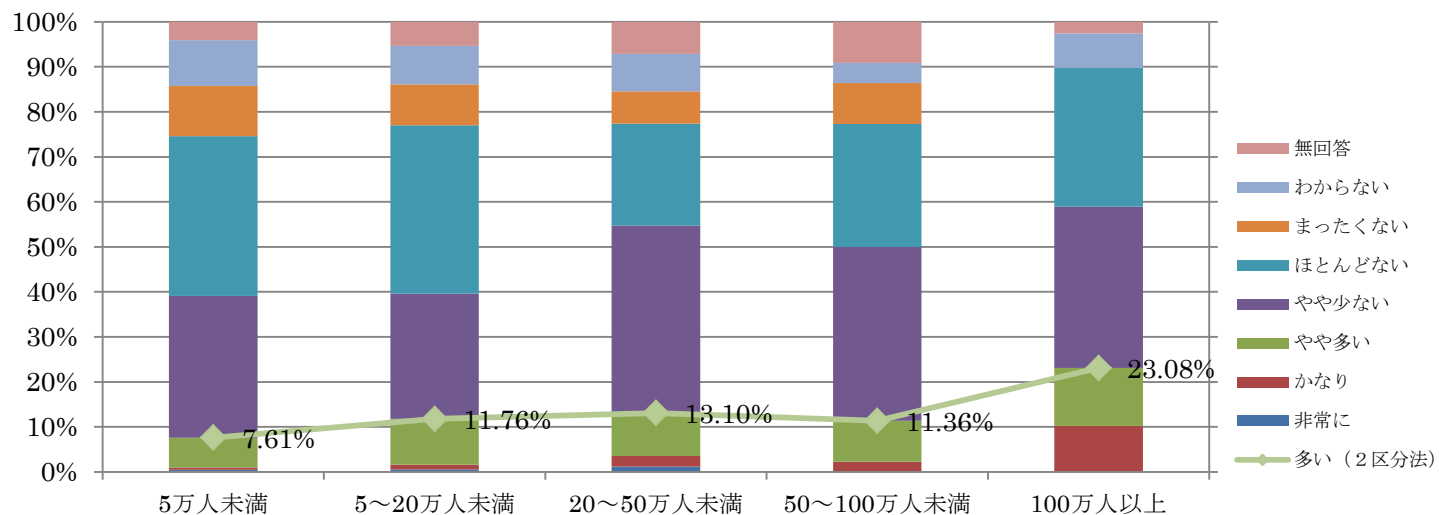
Q10-3 【専従-所轄地域人口規模別】ギャンブル依存



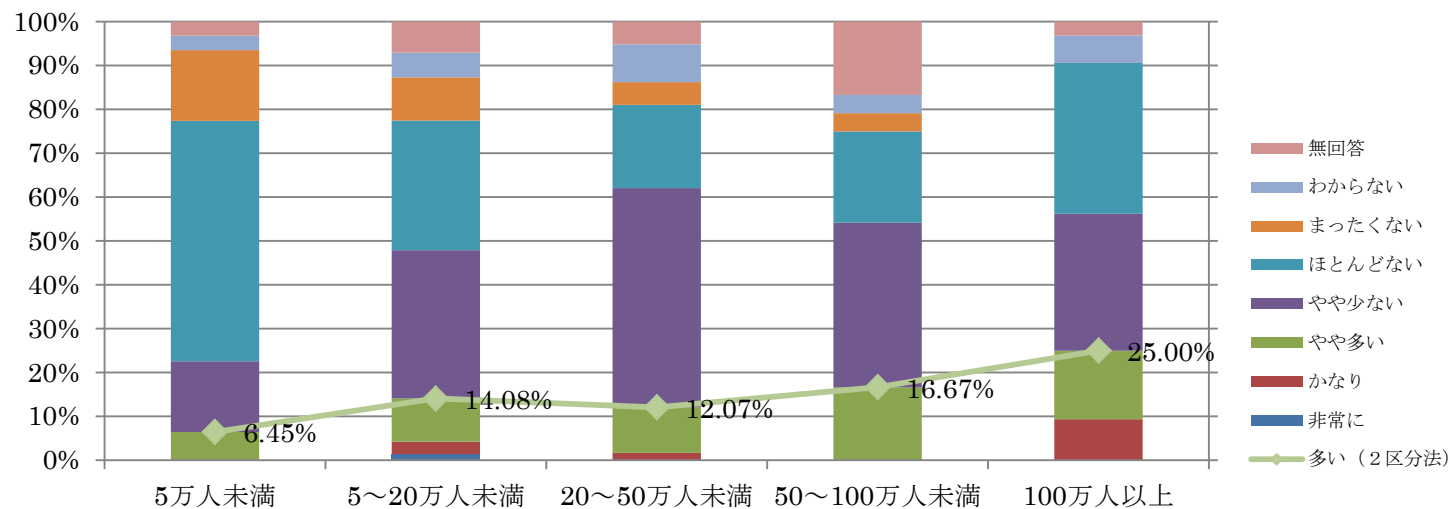
Q10-3 【非専従-所轄地域人口規模別】ギャンブル依存



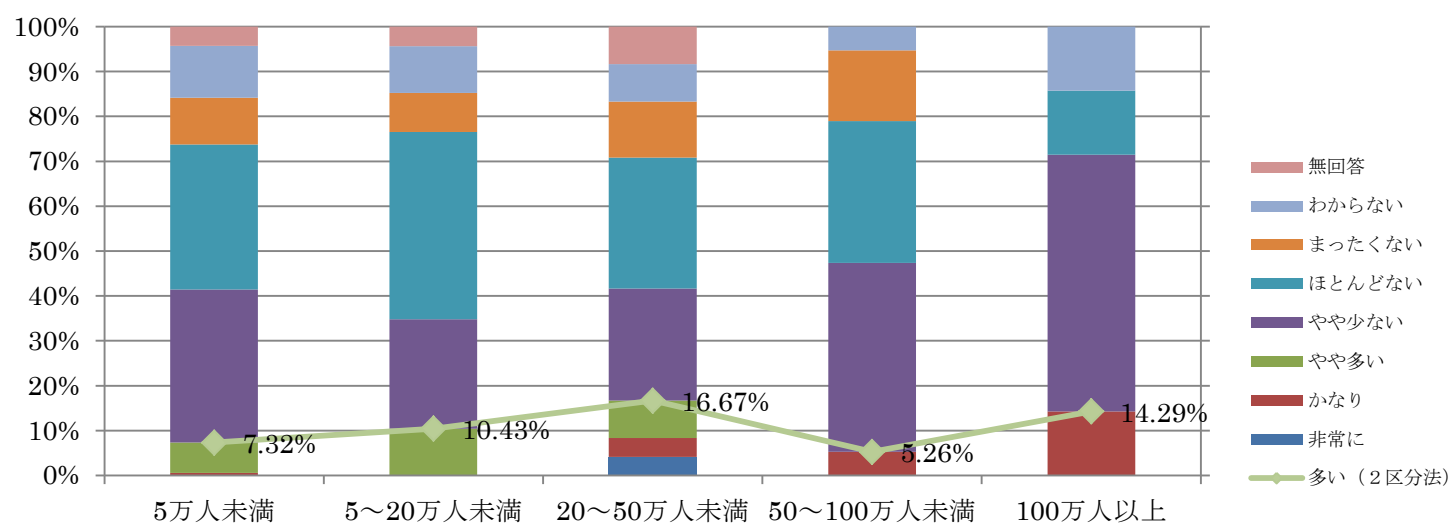
Q10-3 【全体-所轄地域人口規模別】 摂食障害



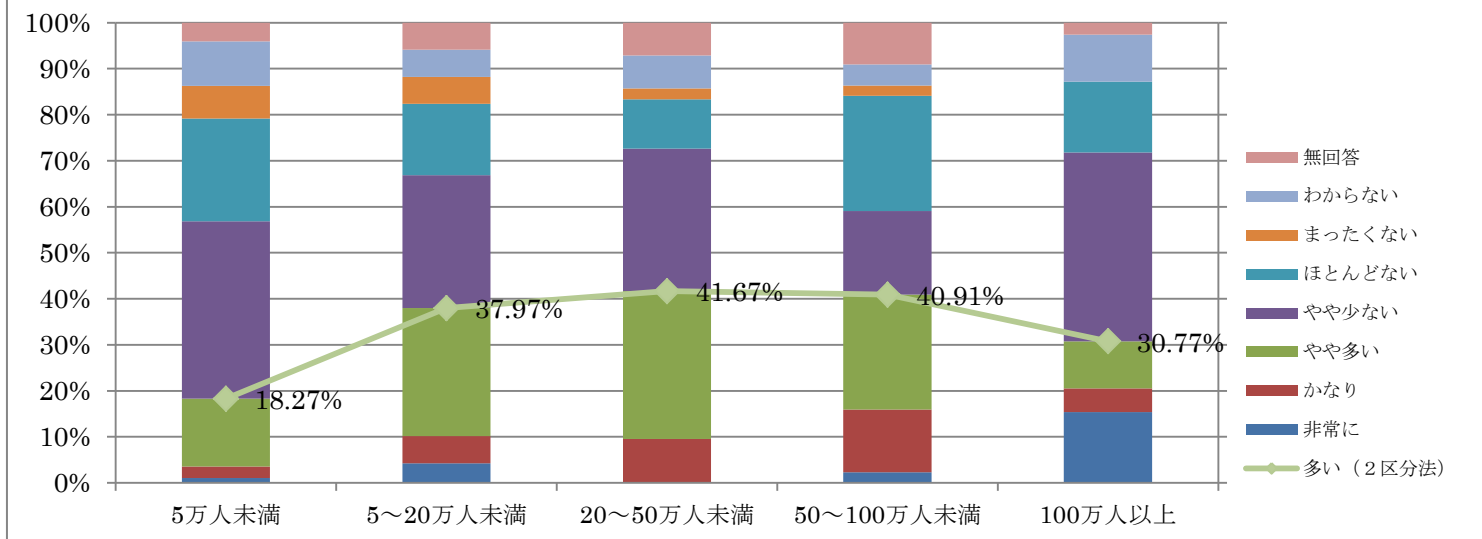
Q10-3 【専従-所轄地域人口規模別】 摂食障害



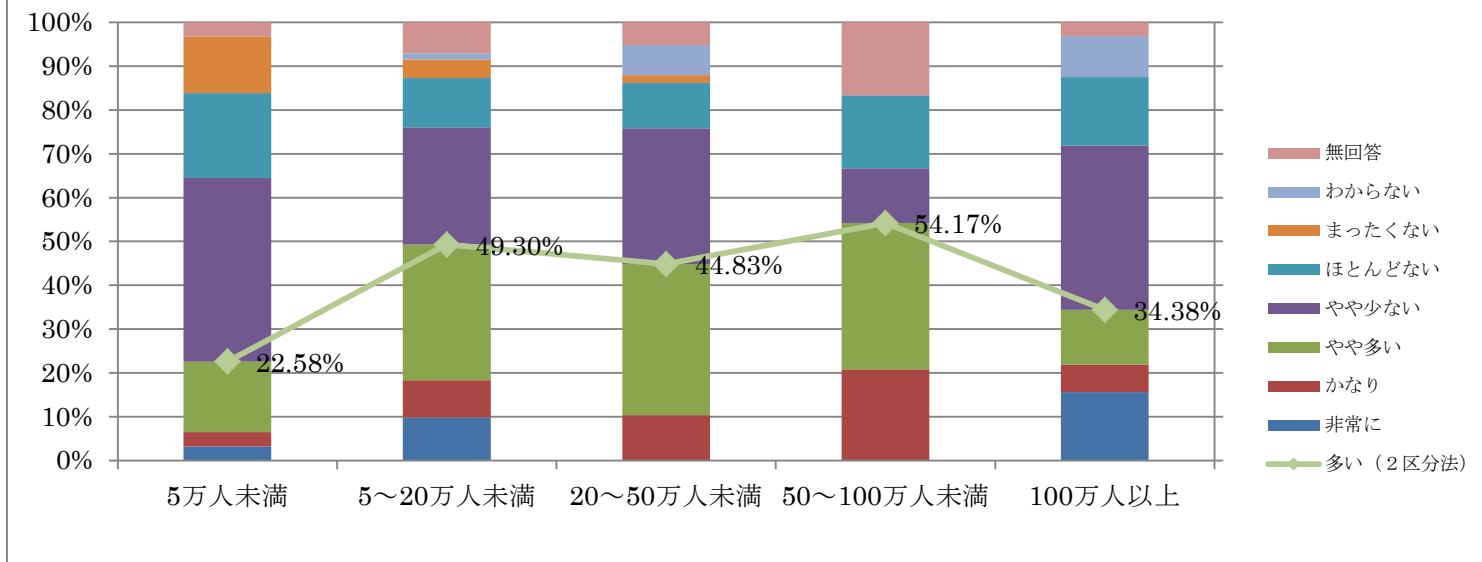
Q10-3 【非専従-所轄地域人口規模別】 摂食障害



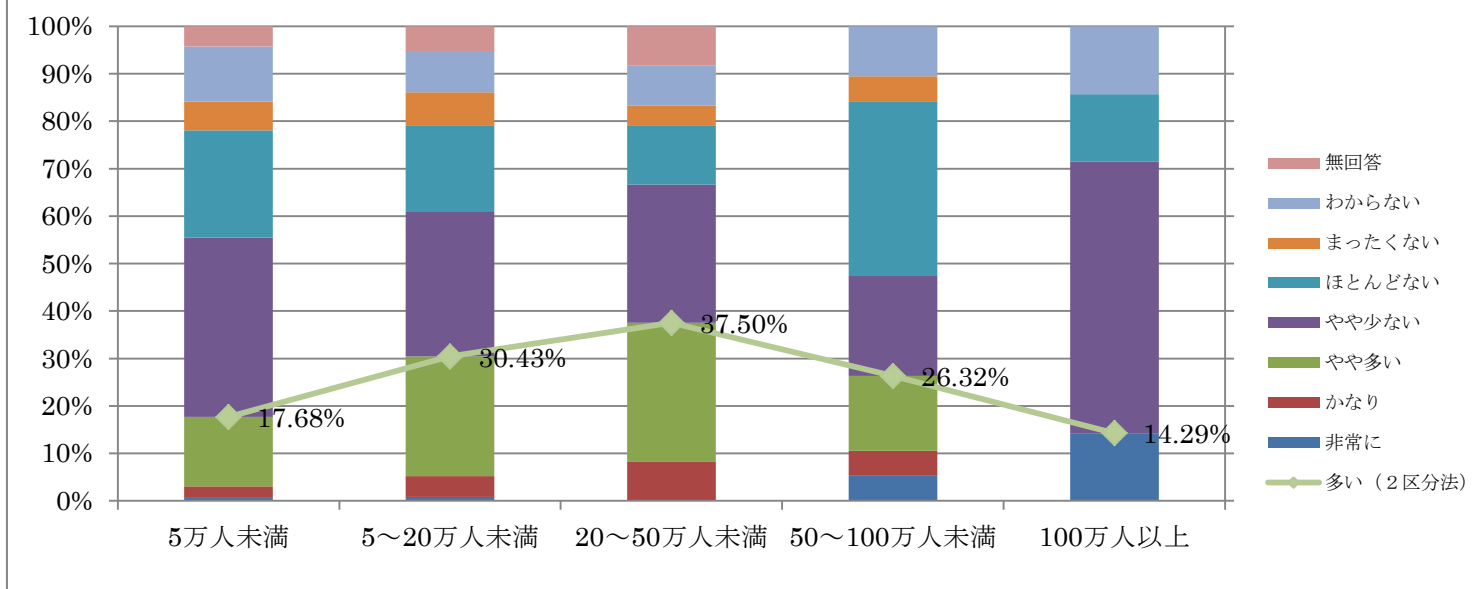
Q10-3 【全体-所轄地域人口規模別】 自傷・自殺



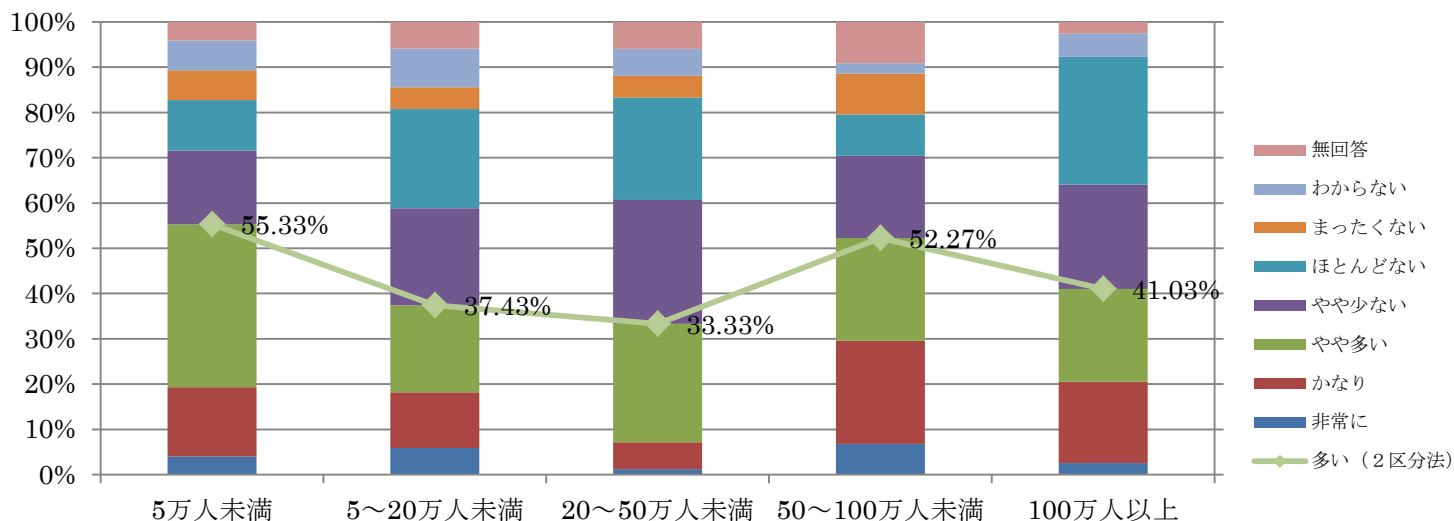
Q10-3 【専従-所轄地域人口規模別】 自傷・自殺



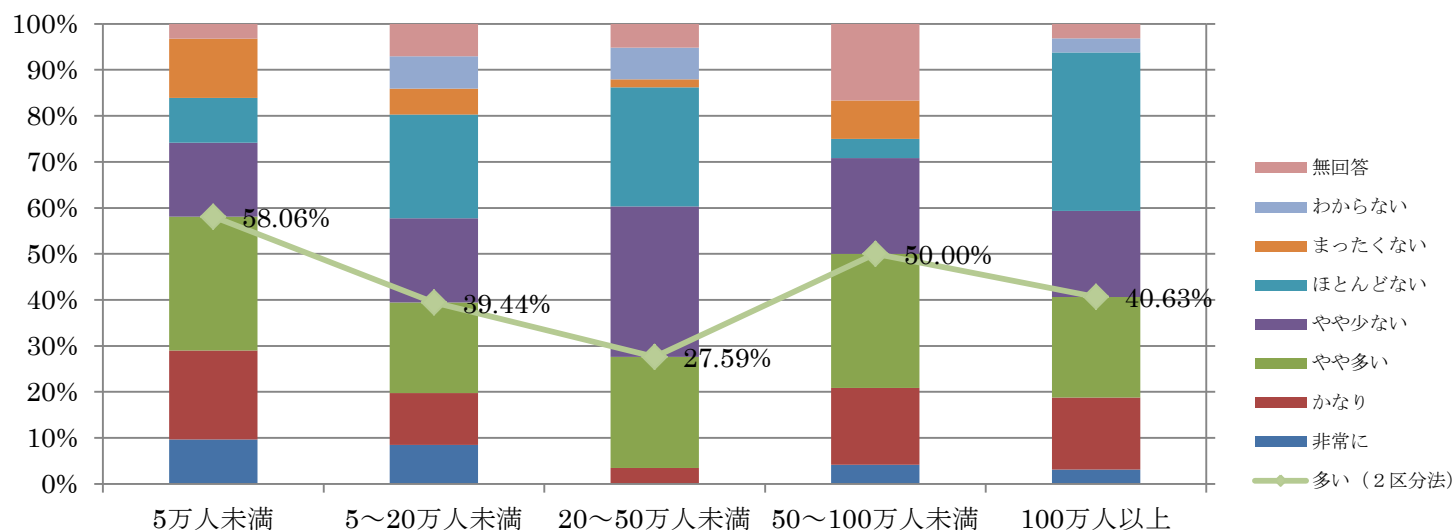
Q10-3 【非専従-所轄地域人口規模別】 自傷・自殺



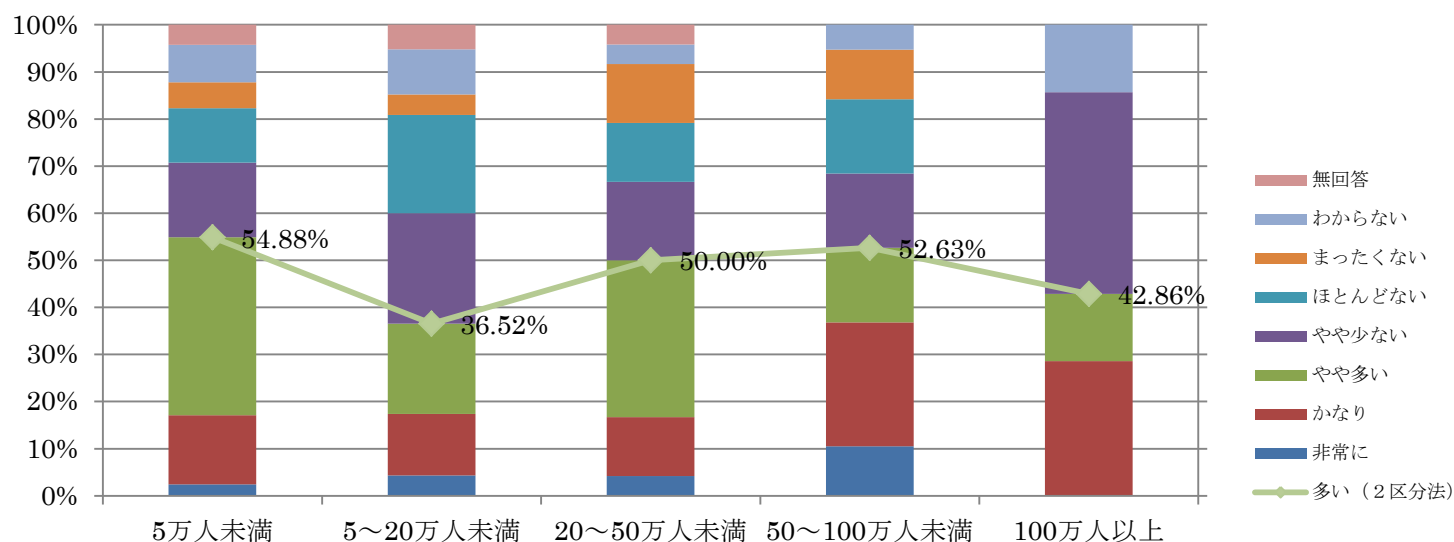
Q10-3 【全体-所轄地域人口規模別】 児童・思春期の発達障害（知的障害を含む）



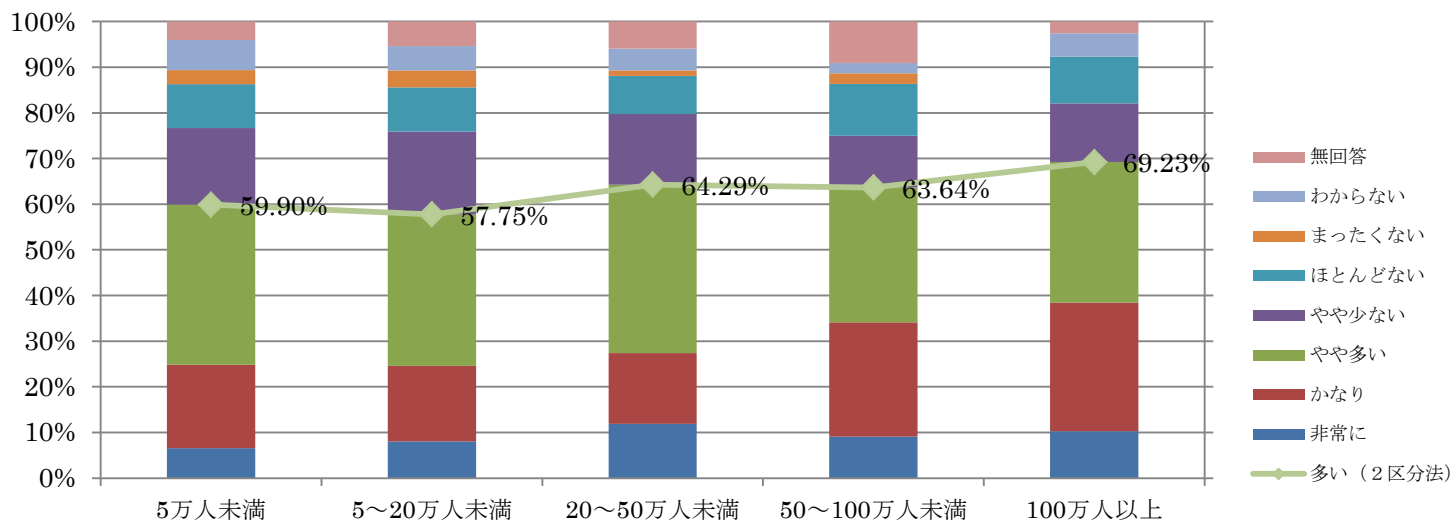
Q10-3 【専従-所轄地域人口規模別】 児童・思春期の発達障害（知的障害を含む）



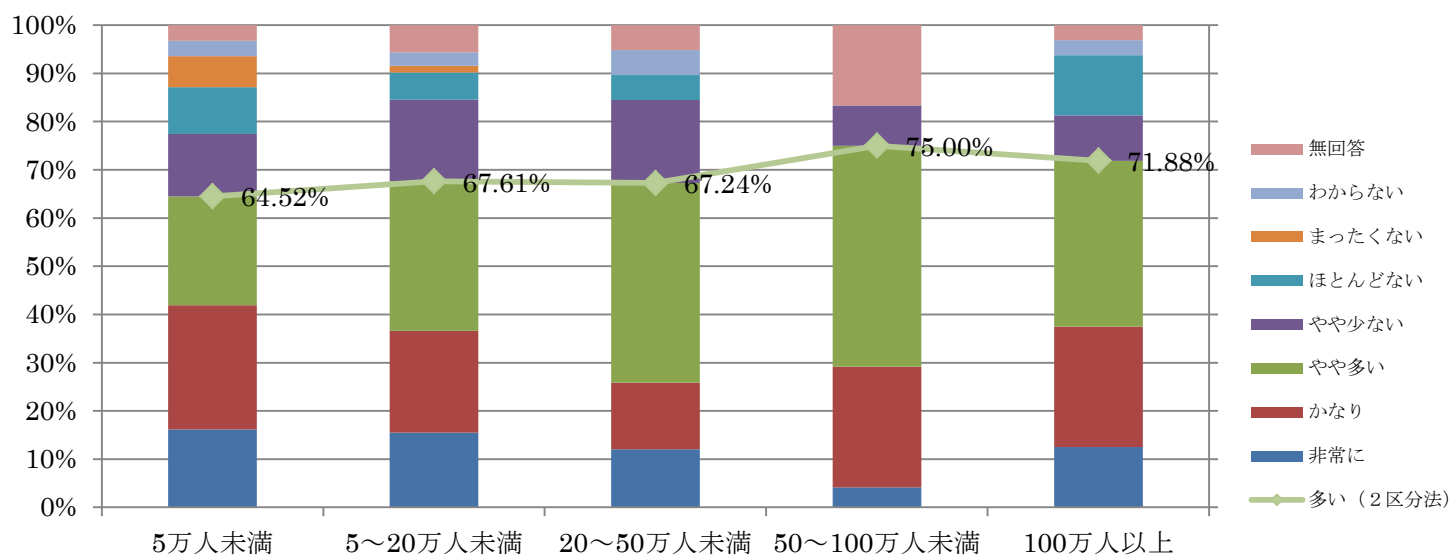
Q10-3 【非専従-所轄地域人口規模別】 児童・思春期の発達障害（知的障害を含む）



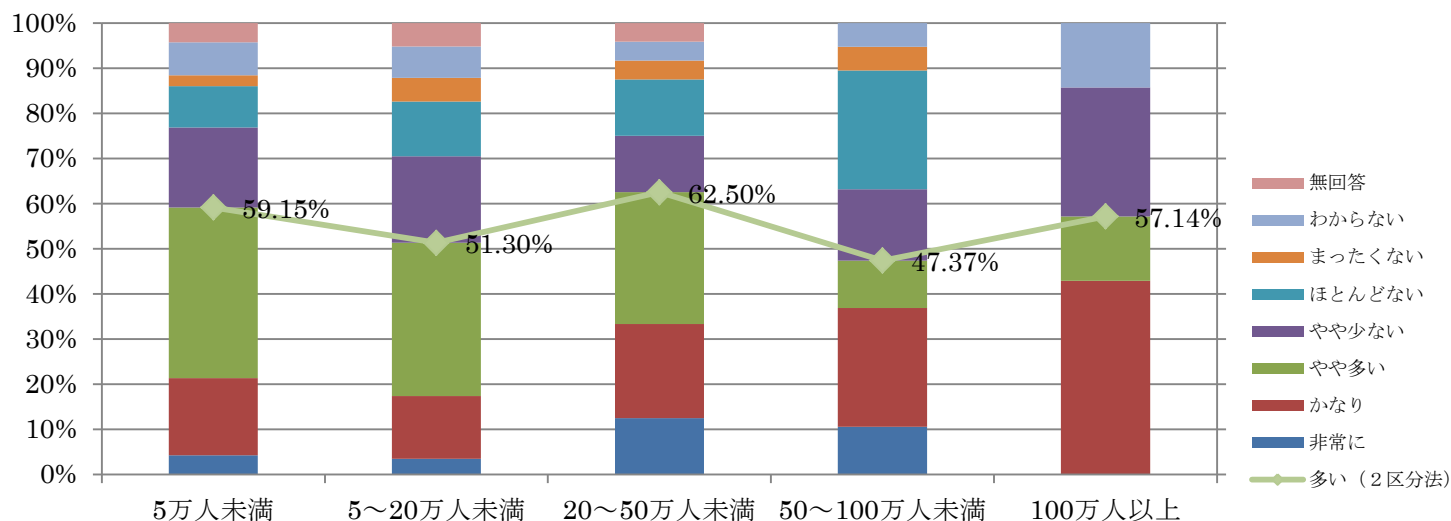
Q10-3【全体-所轄地域人口規模別】成人の発達障害（知的障害を含む）



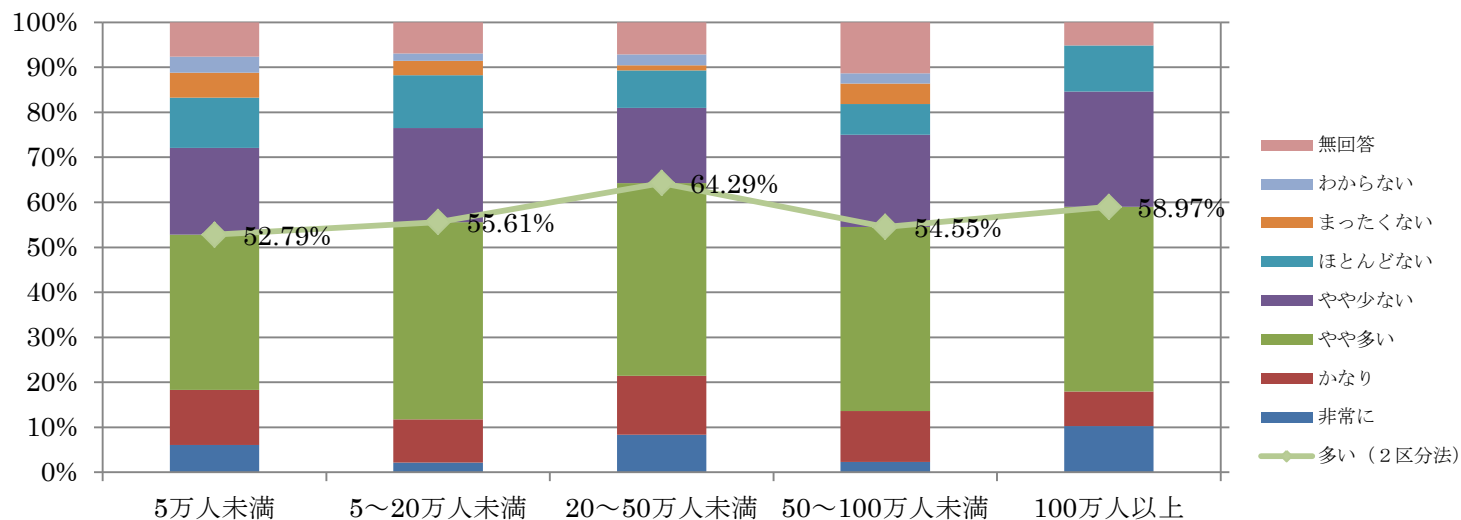
Q10-3【専従-所轄地域人口規模別】成人の発達障害（知的障害を含む）



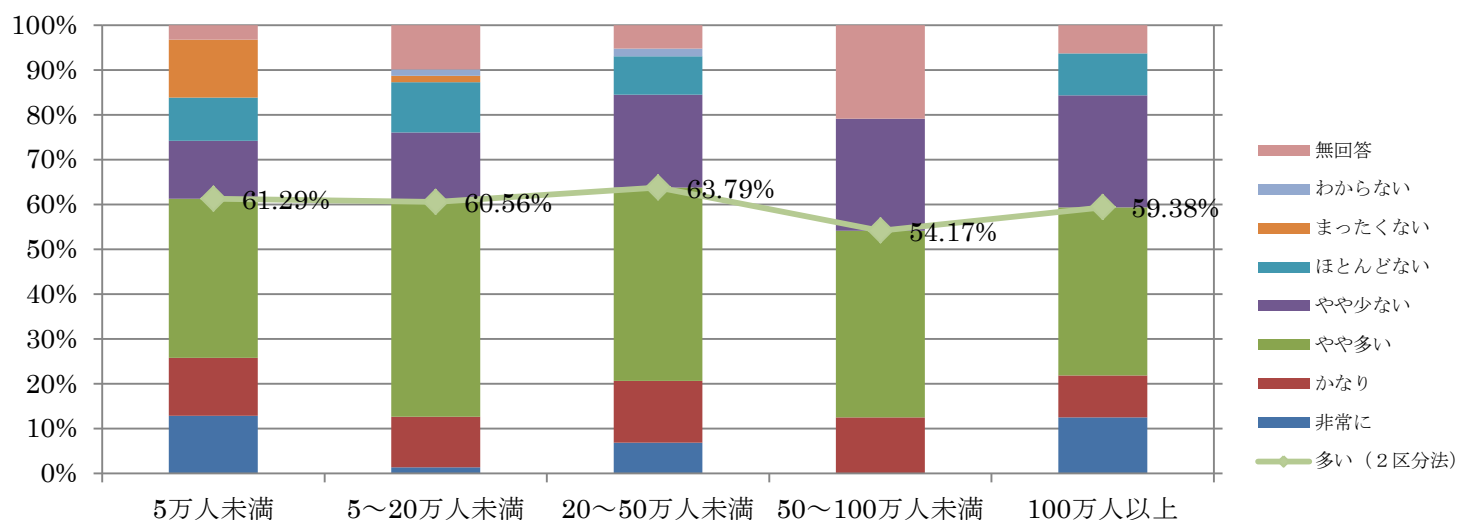
Q10-3【非専従-所轄地域人口規模別】成人の発達障害（知的障害を含む）



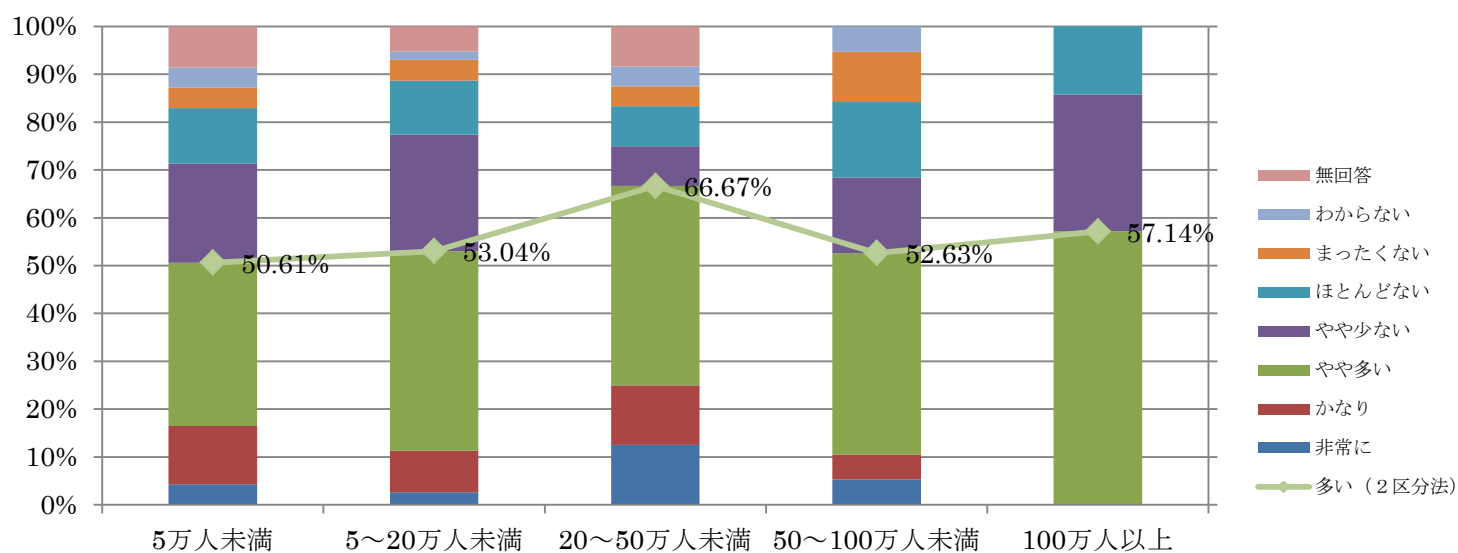
Q10-4【全体-所轄地域人口規模別】生活保護



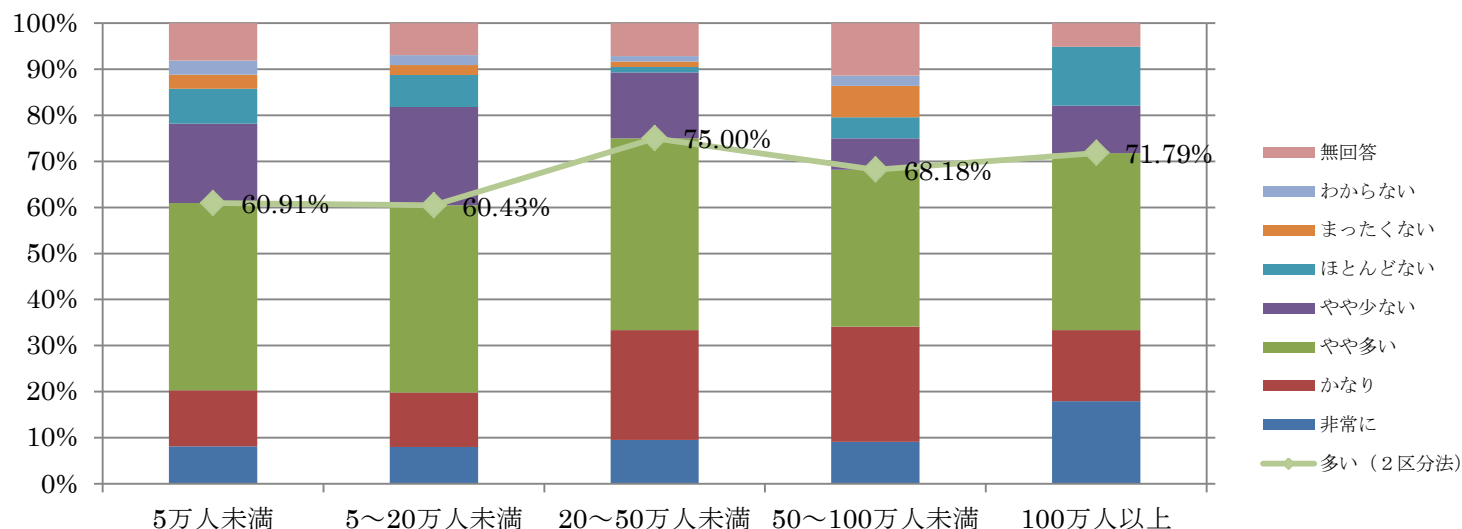
Q10-4【専従-所轄地域人口規模別】生活保護



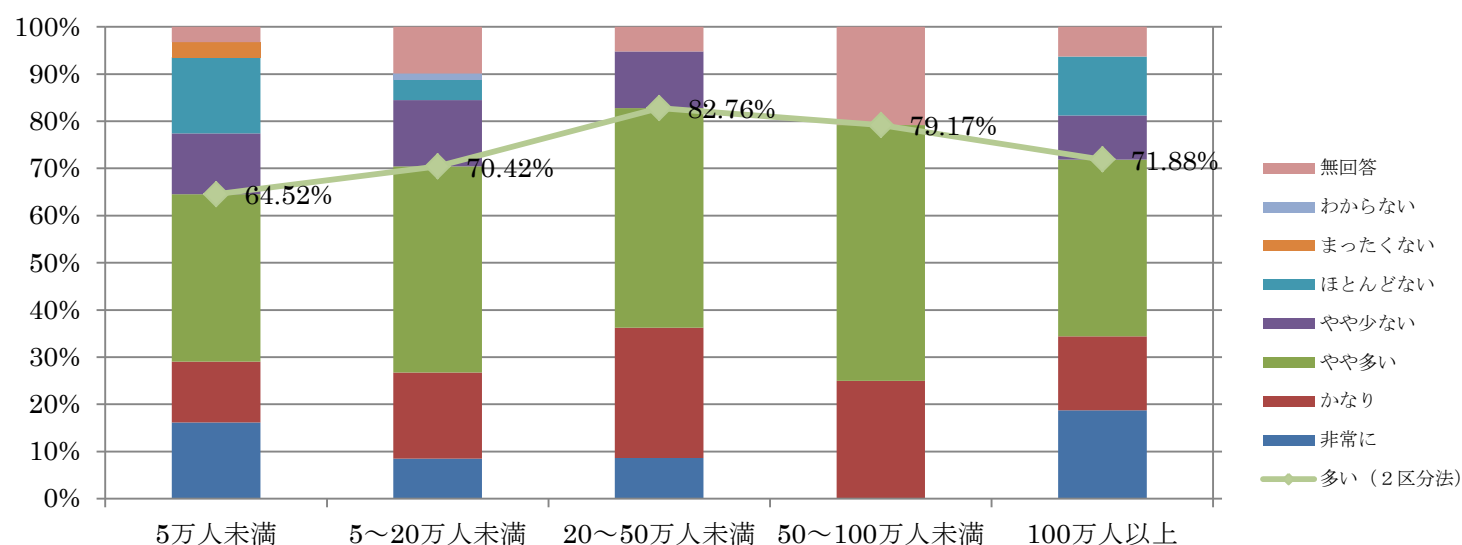
Q10-4【非専従-所轄地域人口規模別】生活保護



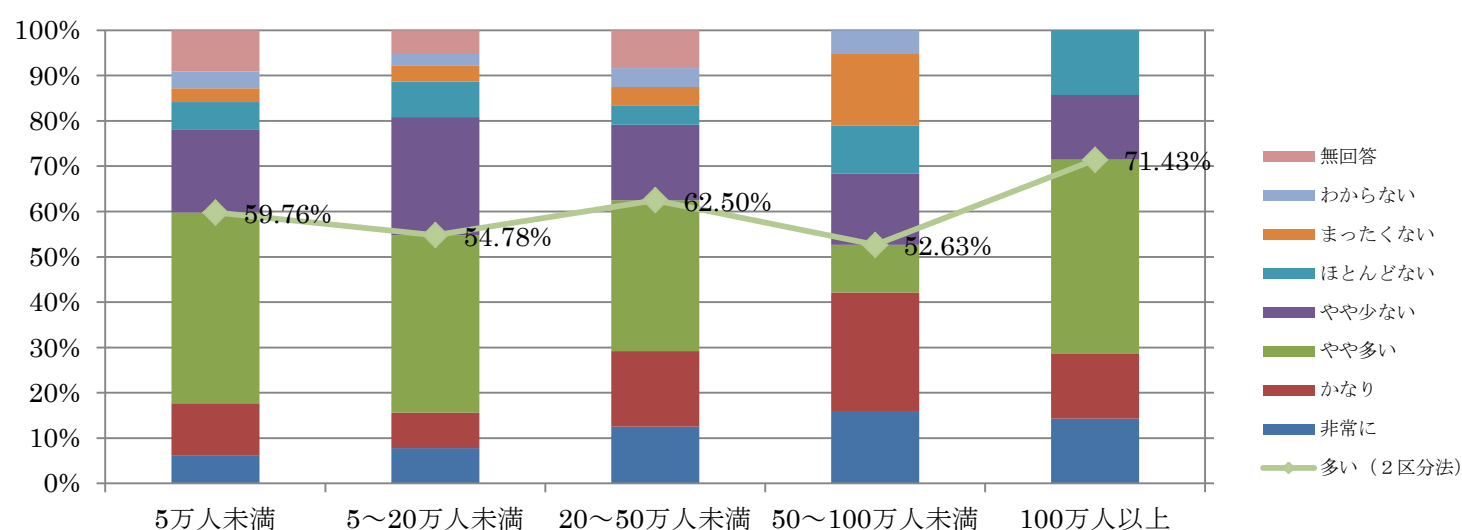
Q10-4 【全体-所轄地域人口規模別】 障害者支援



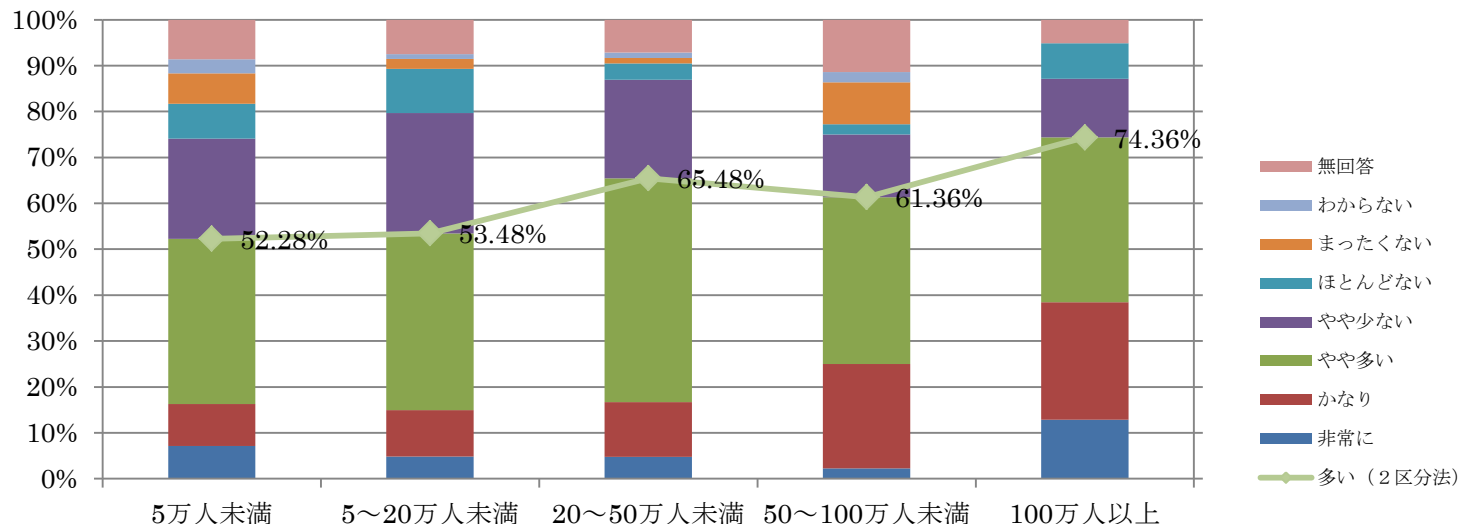
Q10-4 【専従-所轄地域人口規模別】 障害者支援



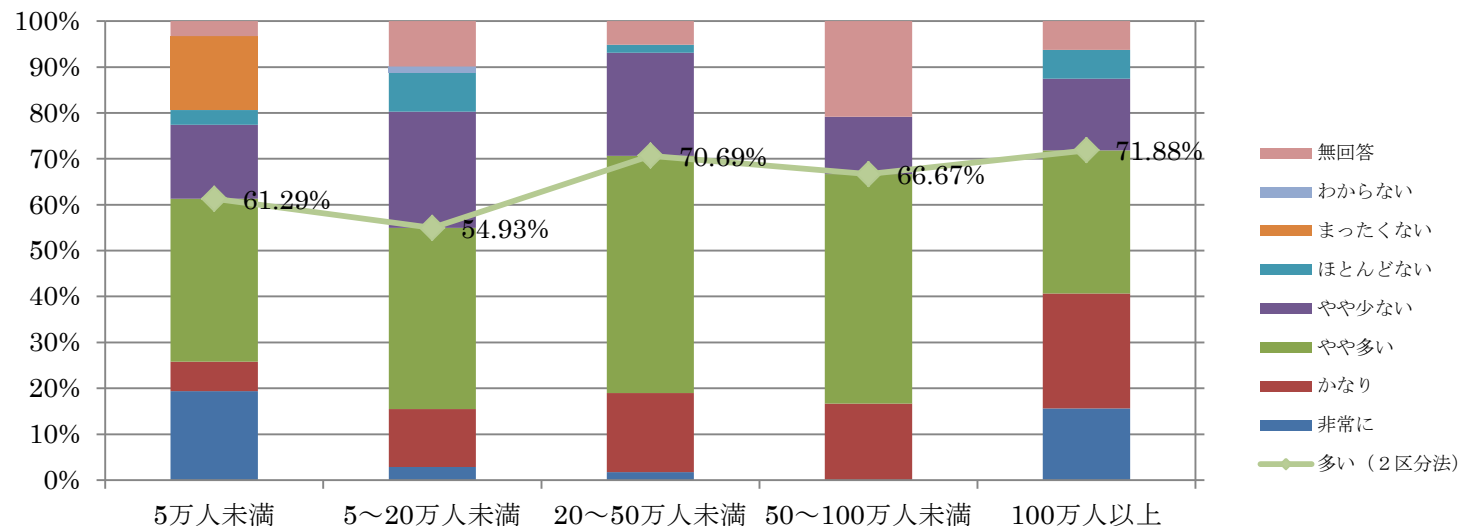
Q10-4 【非専従-所轄地域人口規模別】 障害者支援



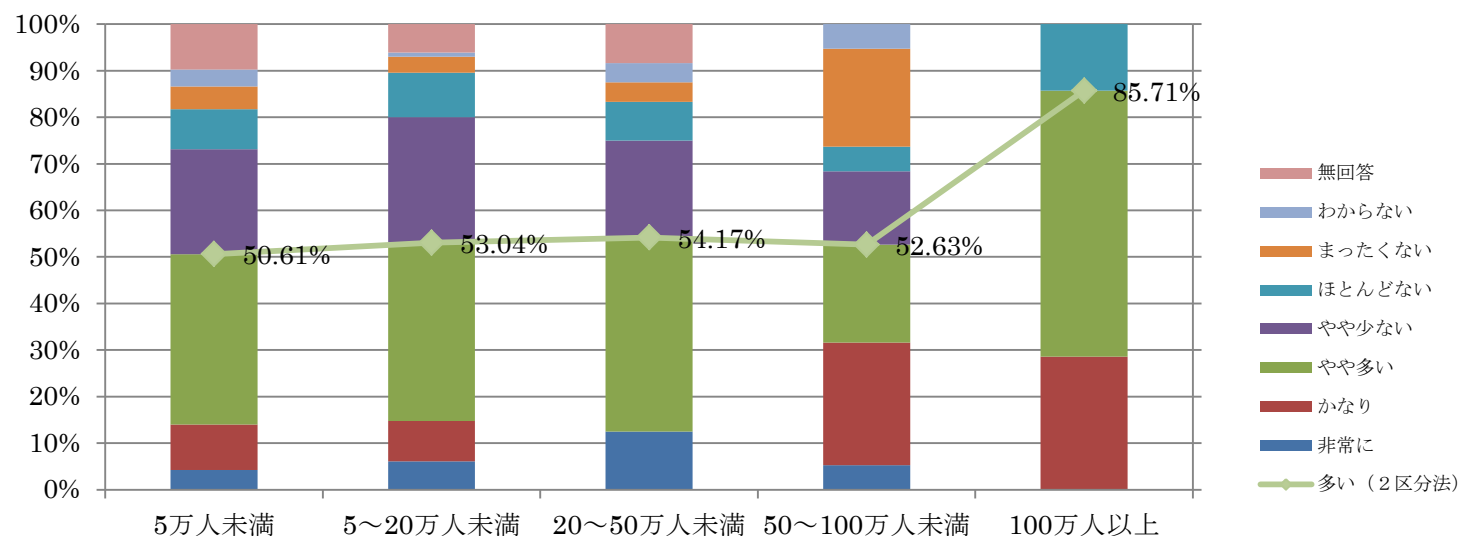
Q10-4 【全体-所轄地域人口規模別】 就労・就職支援



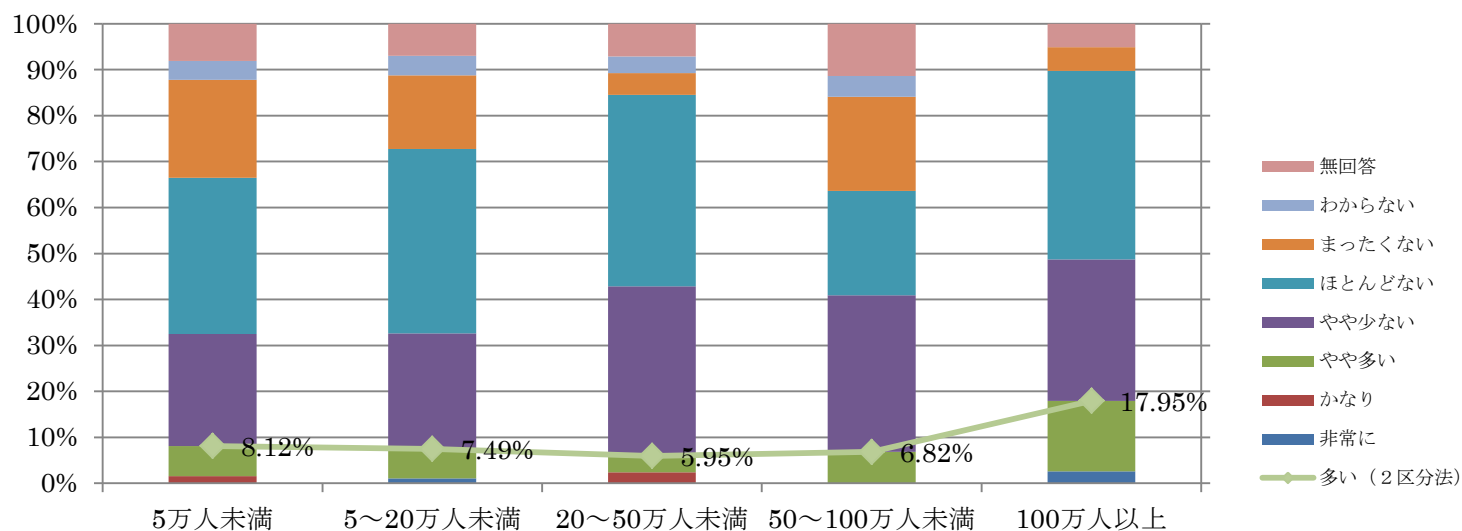
Q10-4 【専従-所轄地域人口規模別】 就労・就職支援



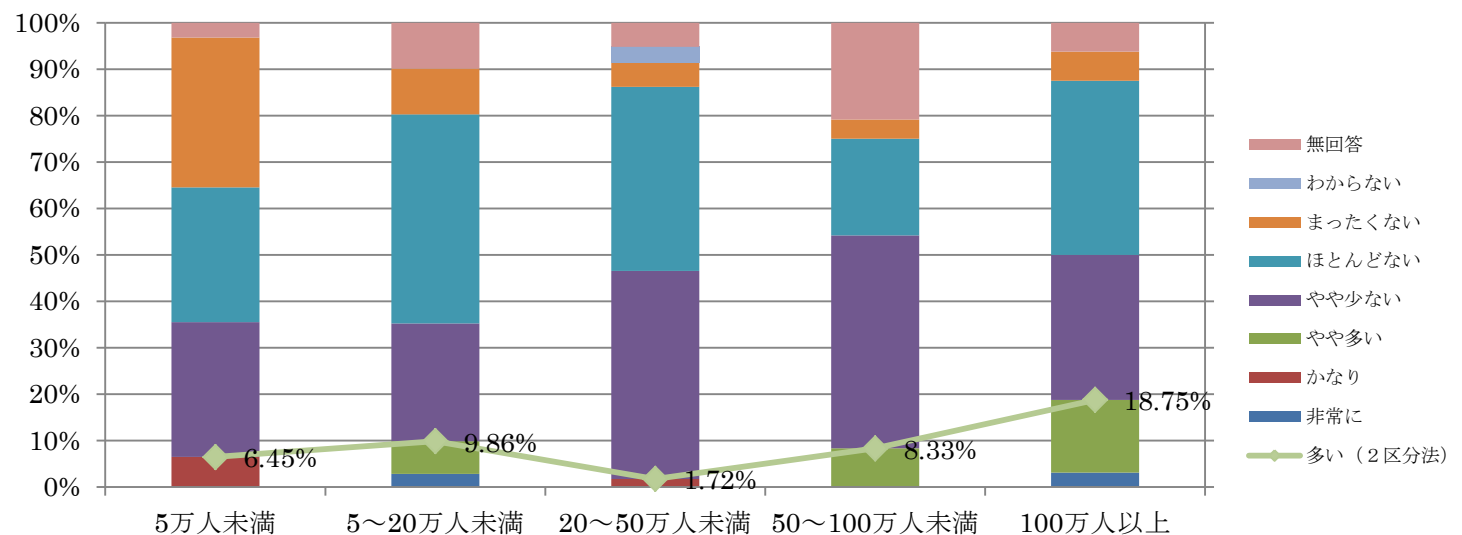
Q10-4 【非専従-所轄地域人口規模別】 就労・就職支援



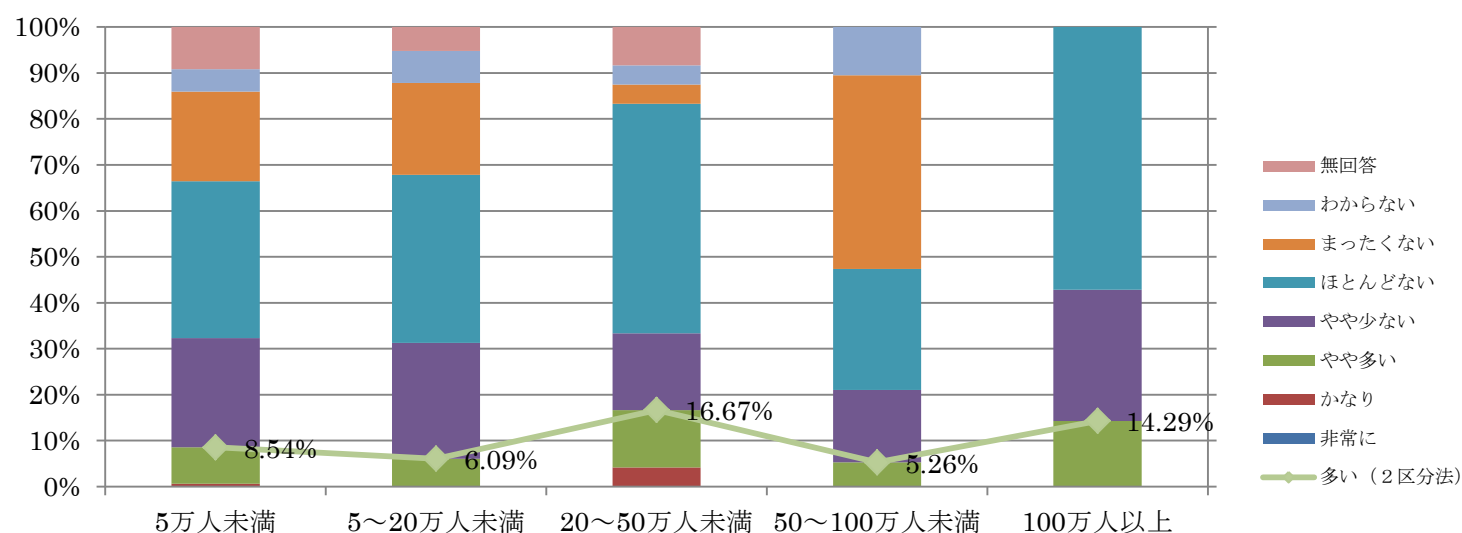
Q10-4【全体-所轄地域人口規模別】復学支援



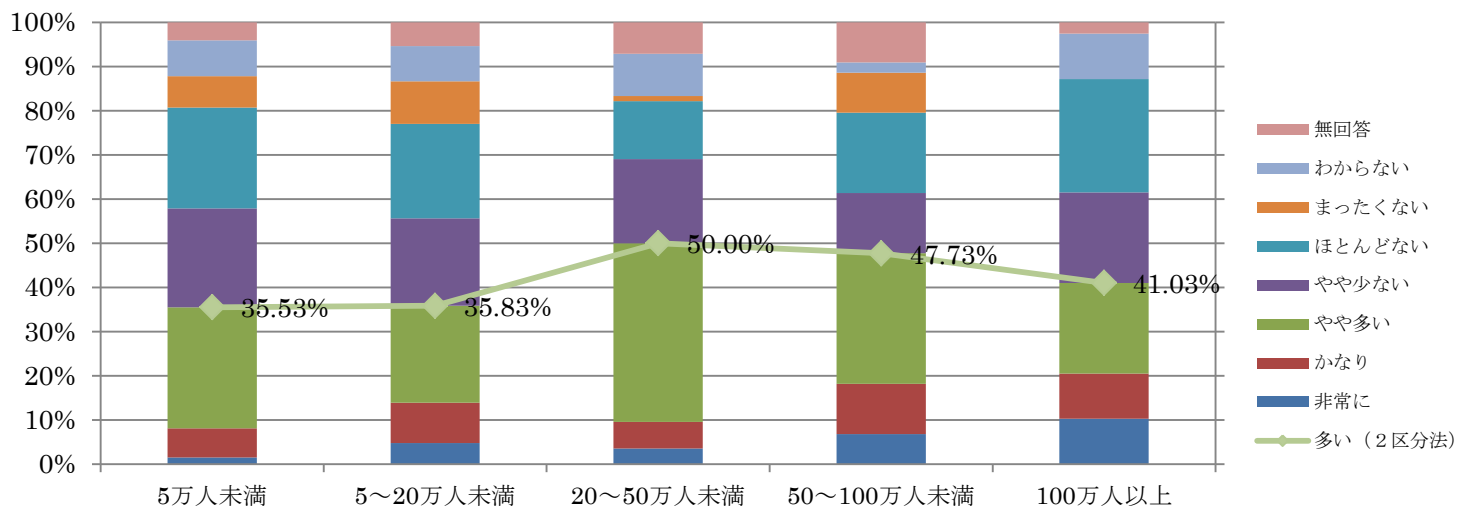
Q10-4【専従-所轄地域人口規模別】復学支援



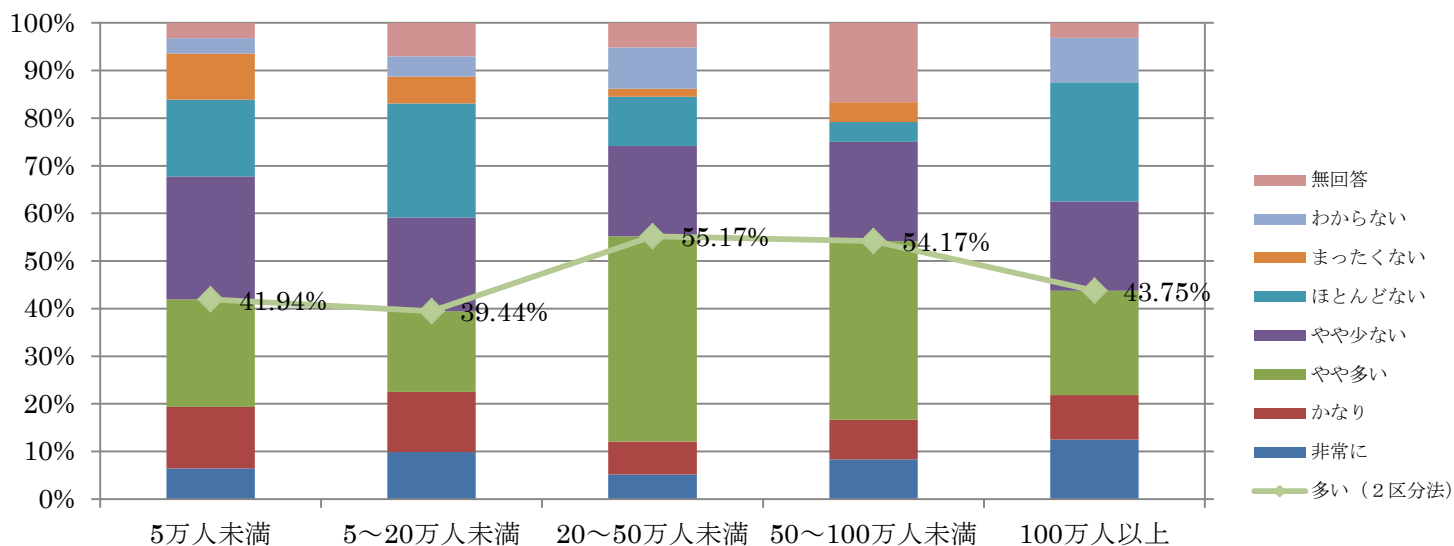
Q10-4【非専従-所轄地域人口規模別】復学支援



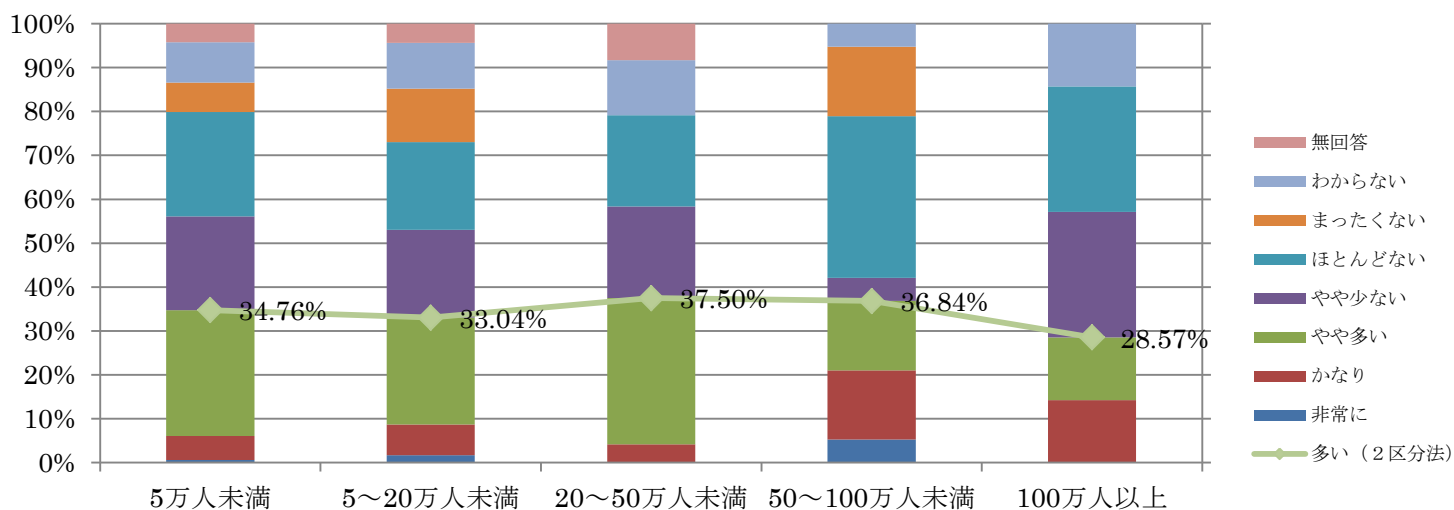
Q10-4 【全体-所轄地域人口規模別】社会復帰支援



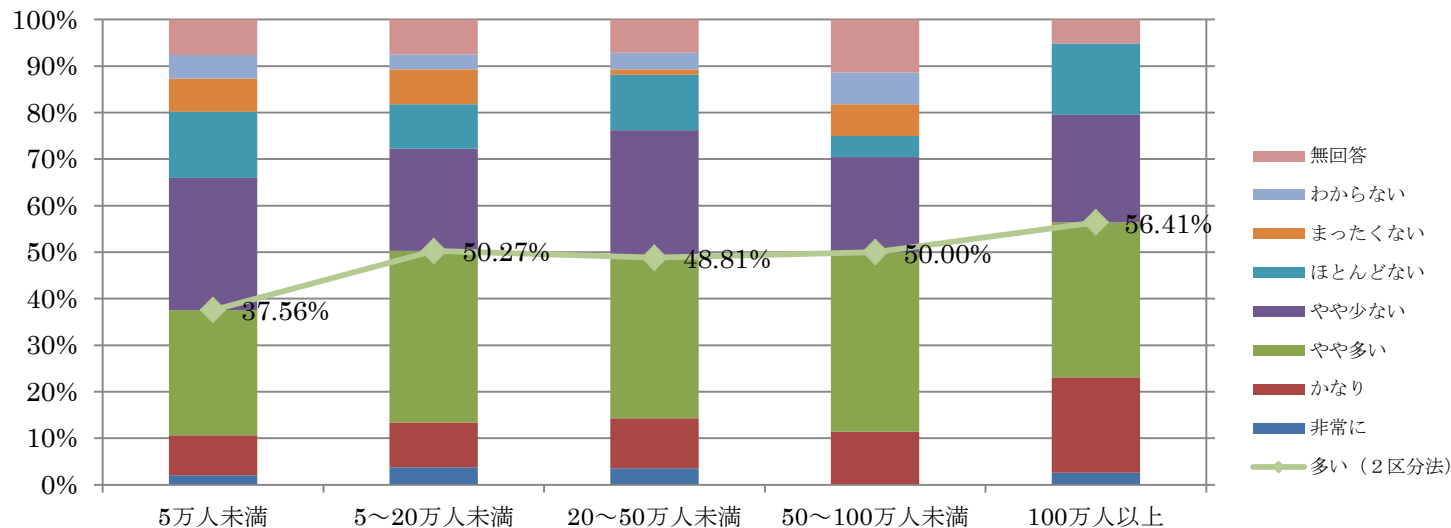
Q10-4 【専従-所轄地域人口規模別】社会復帰支援



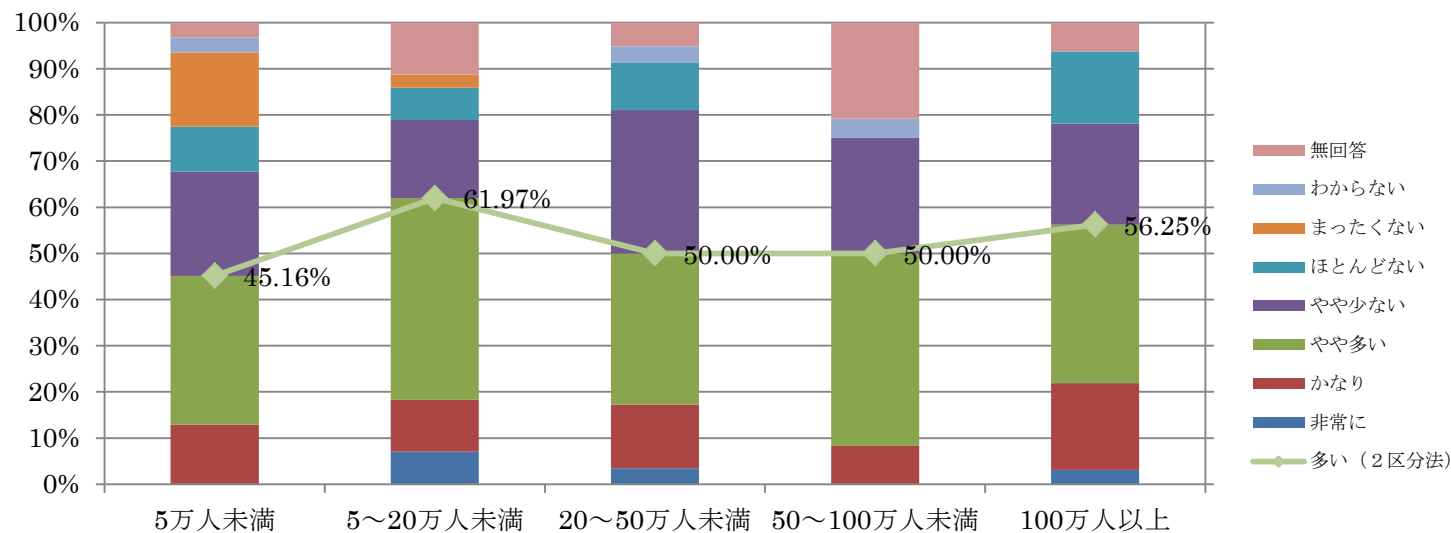
Q10-4 【非専従-所轄地域人口規模別】社会復帰支援



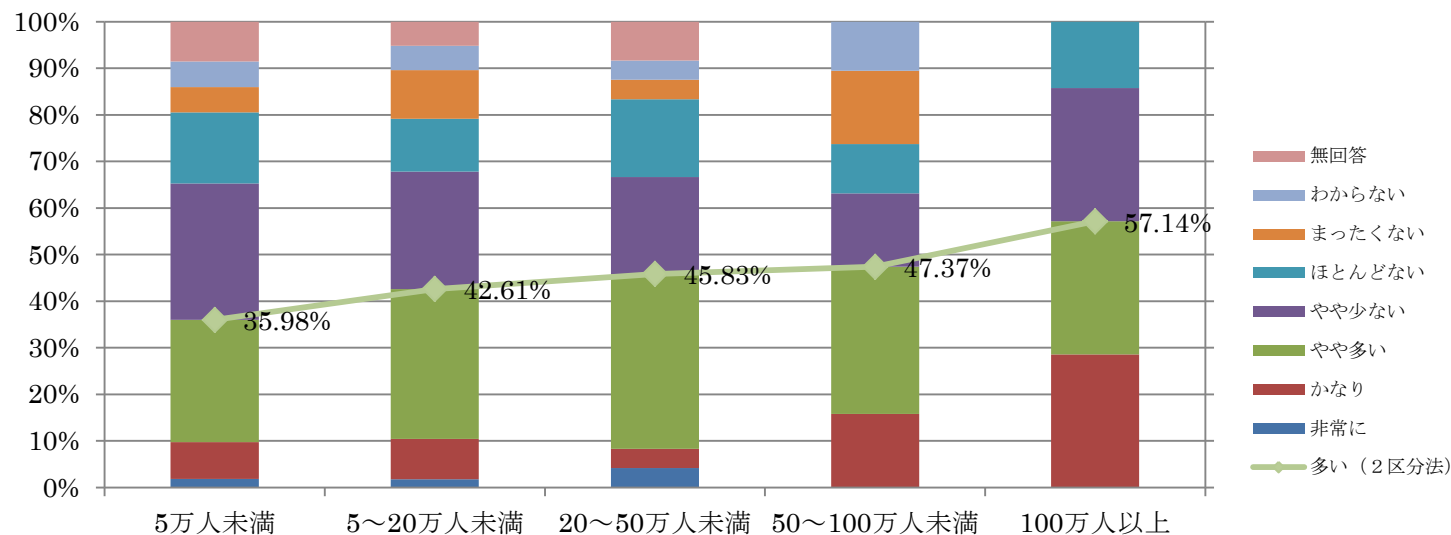
Q10-4 【全体-所轄地域人口規模別】 孤立



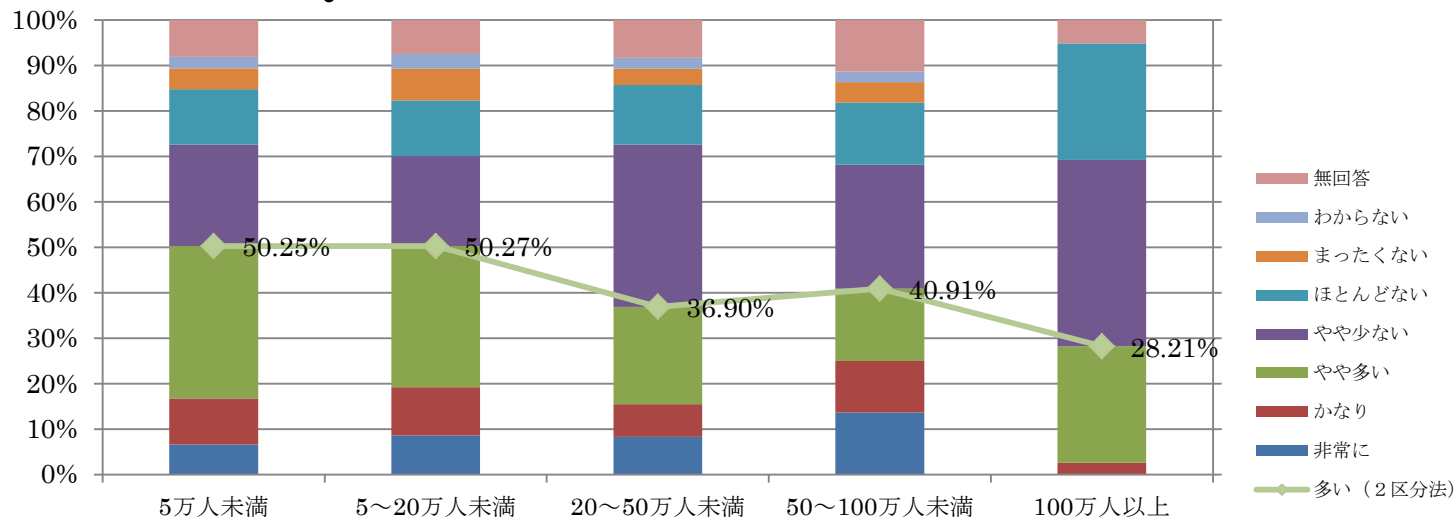
Q10-4 【専従-所轄地域人口規模別】 孤立



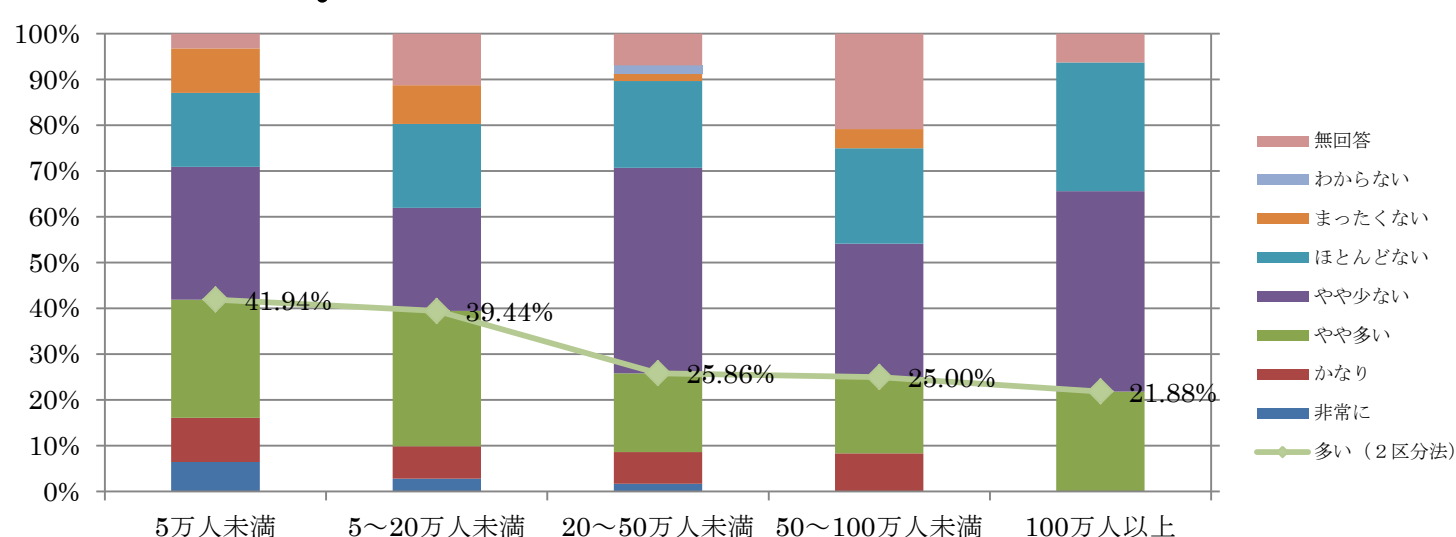
Q10-4 【非専従-所轄地域人口規模別】 孤立



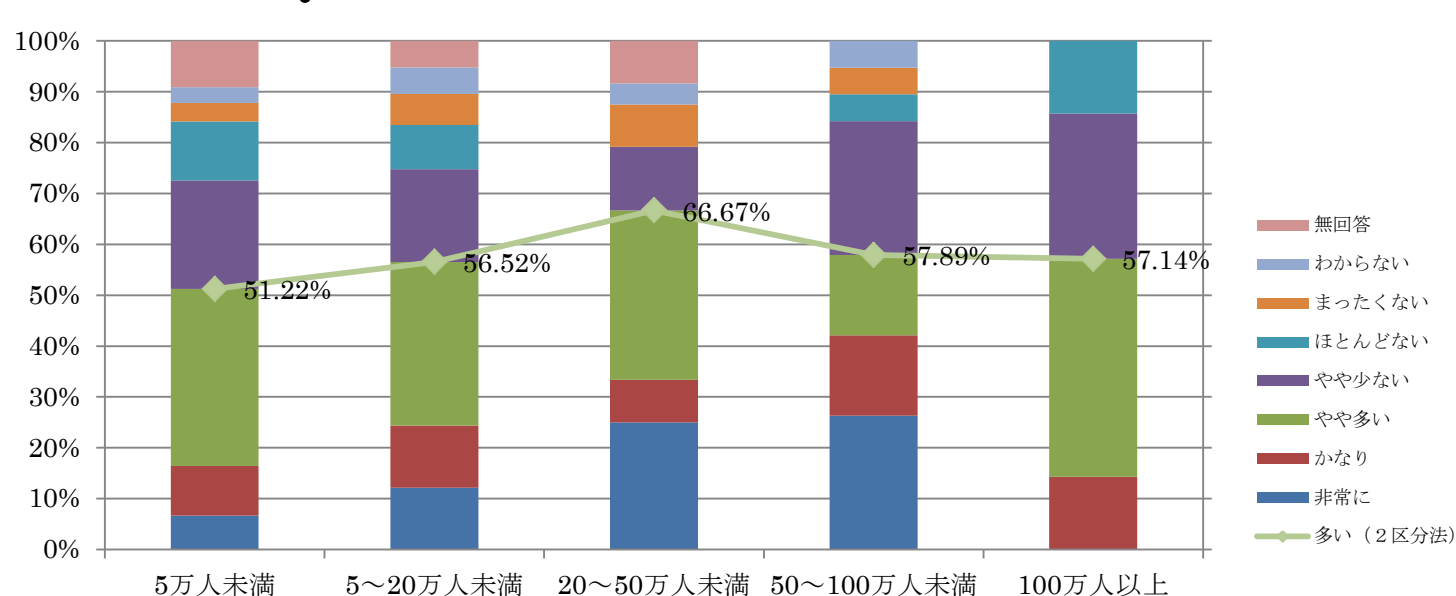
Q10-4 【全体-所轄地域人口規模別】 育児



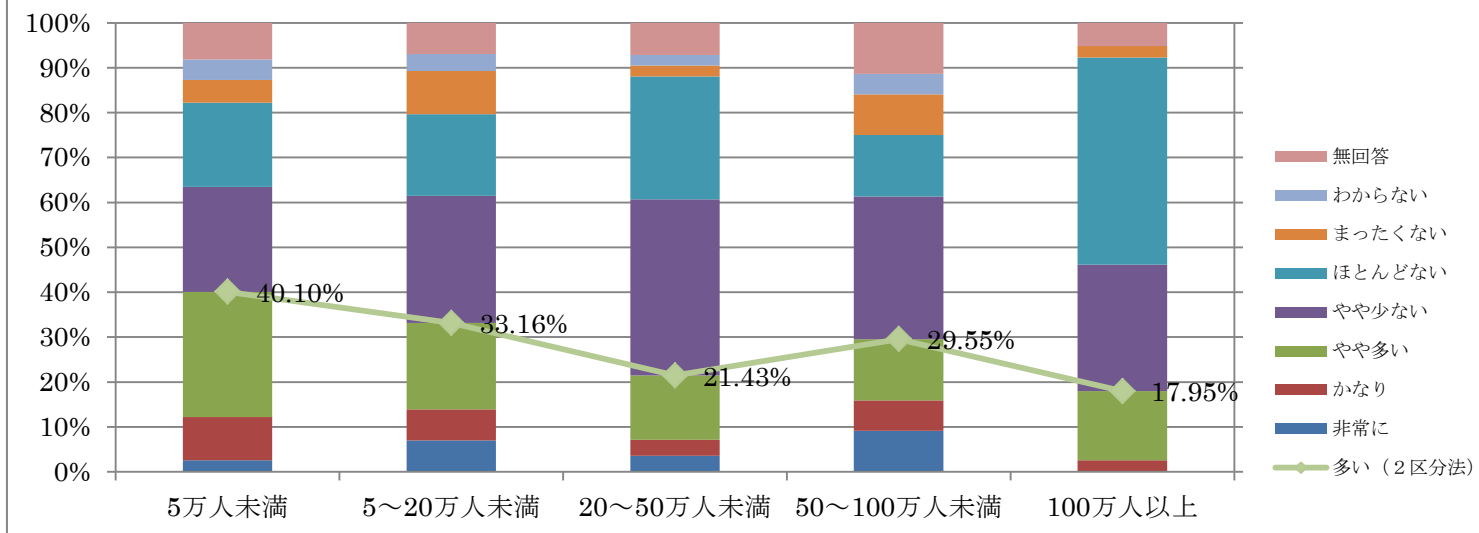
Q10-4 【専従-所轄地域人口規模別】 育児



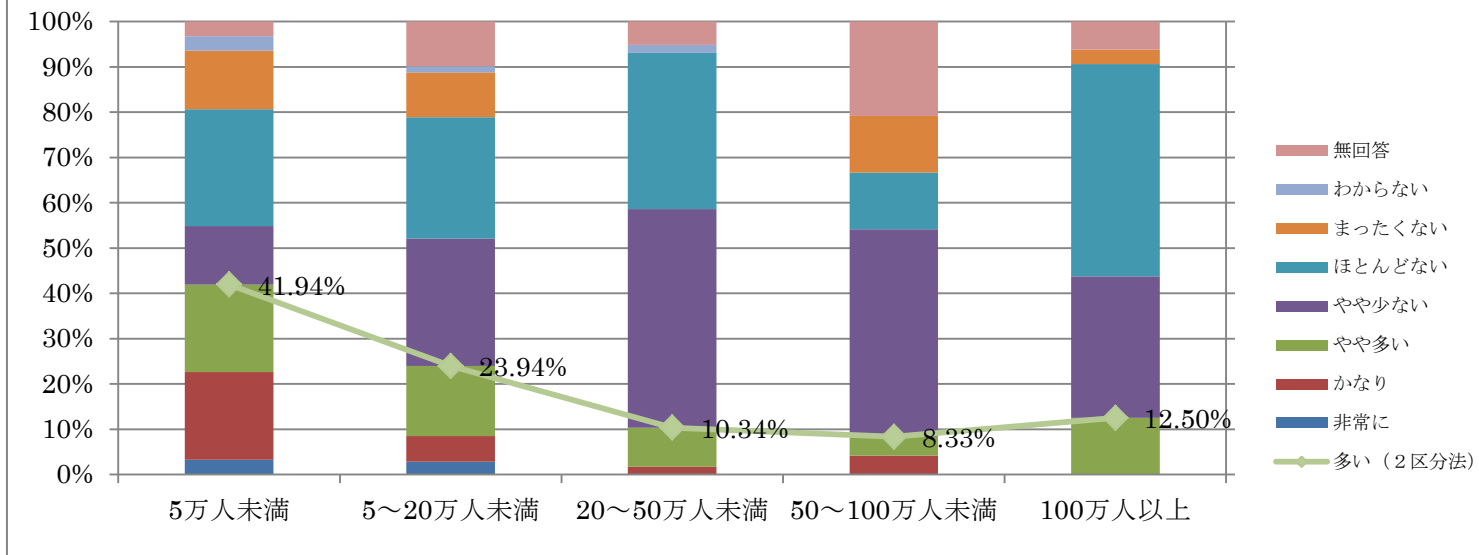
Q10-4 【非専従-所轄地域人口規模別】 育児



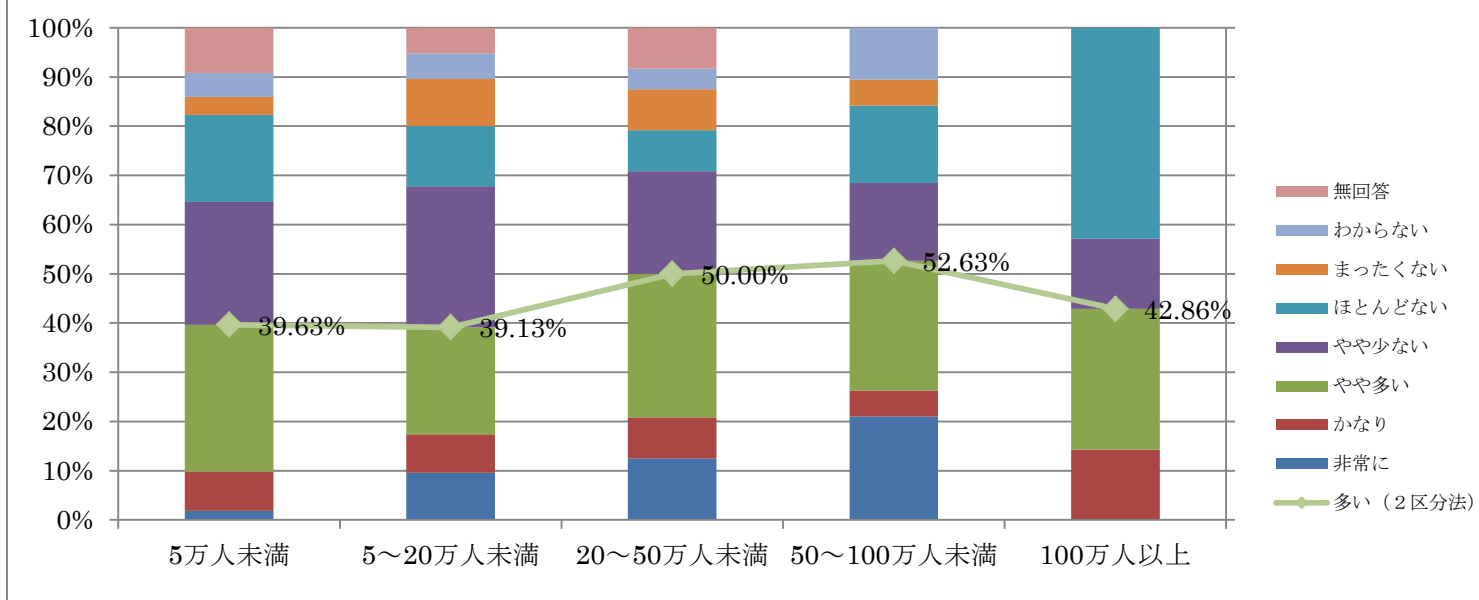
Q10-4 【全体-所轄地域人口規模別】療育



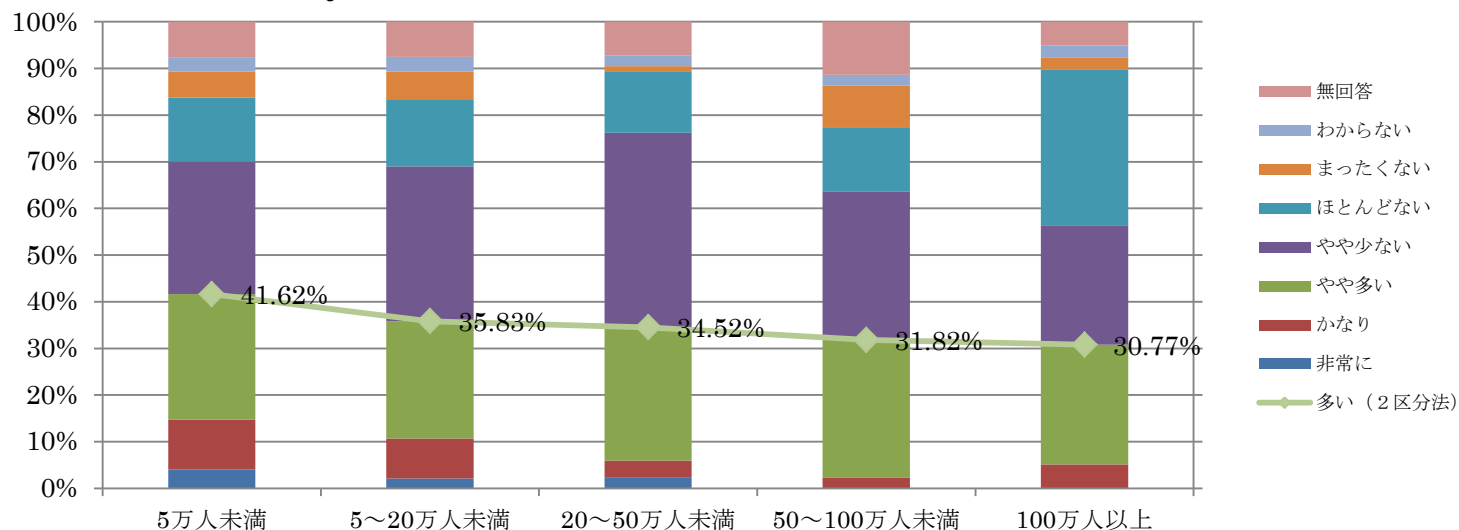
Q10-4 【専従-所轄地域人口規模別】療育



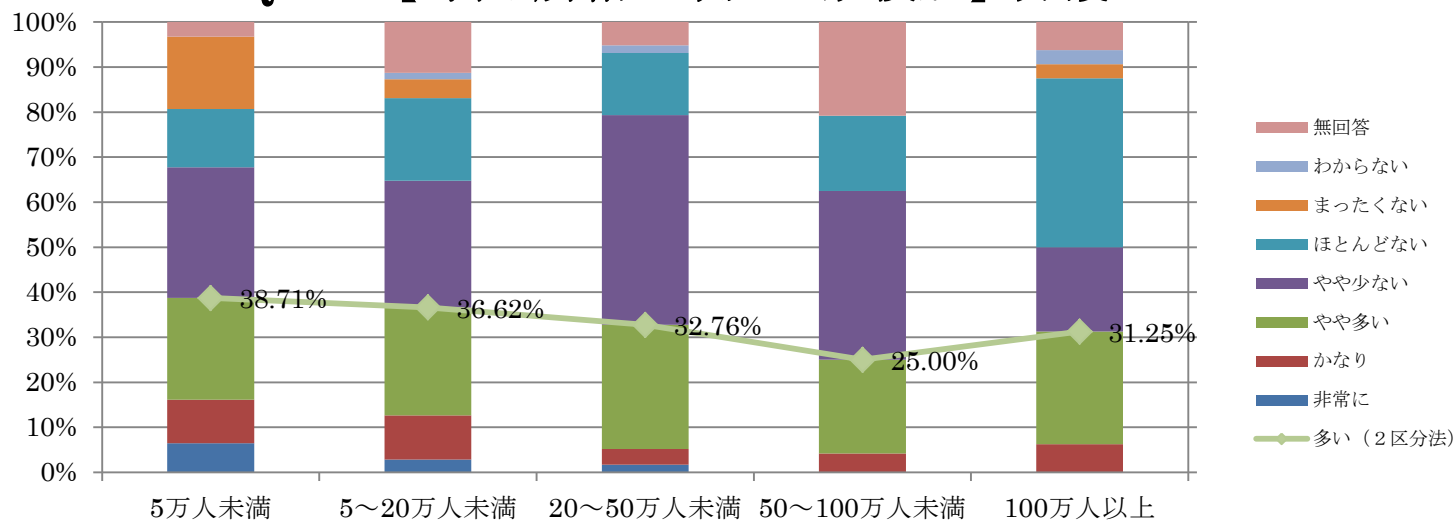
Q10-4 【非専従-所轄地域人口規模別】療育



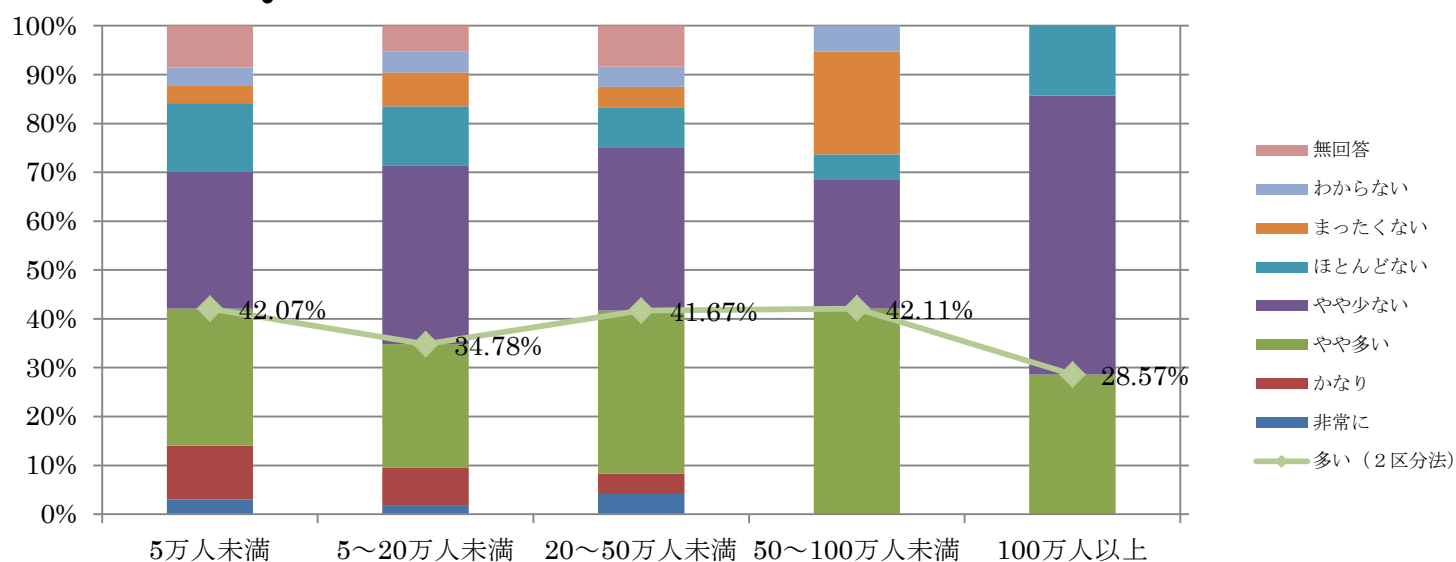
Q10-4【全体-所轄地域人口規模別】介護



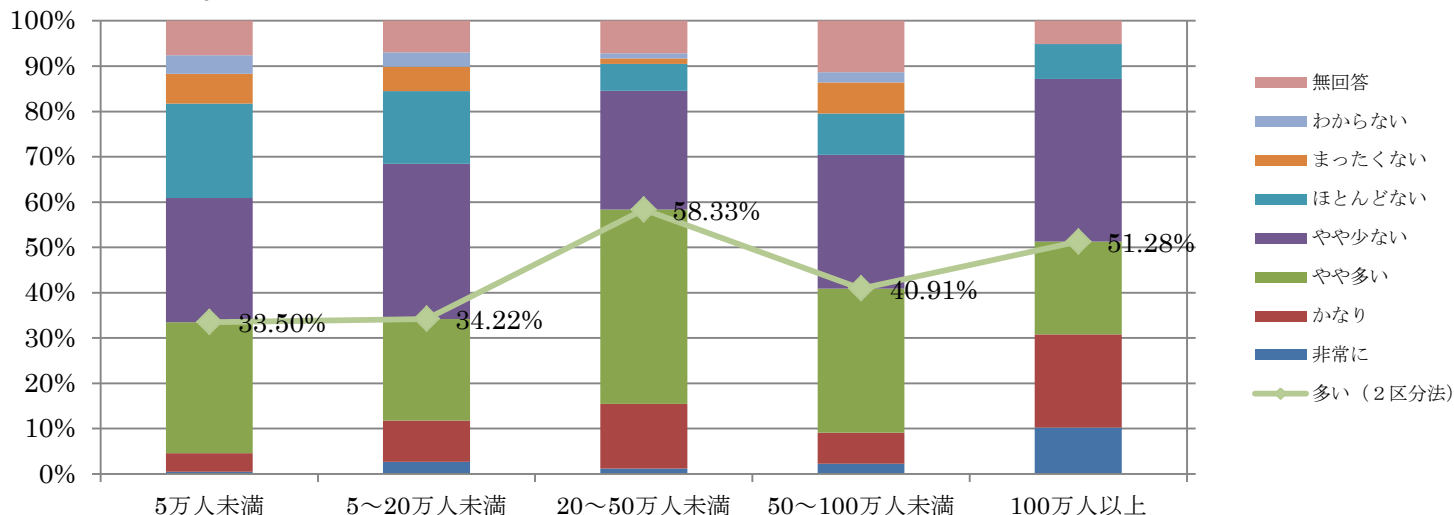
Q10-4【専従-所轄地域人口規模別】介護



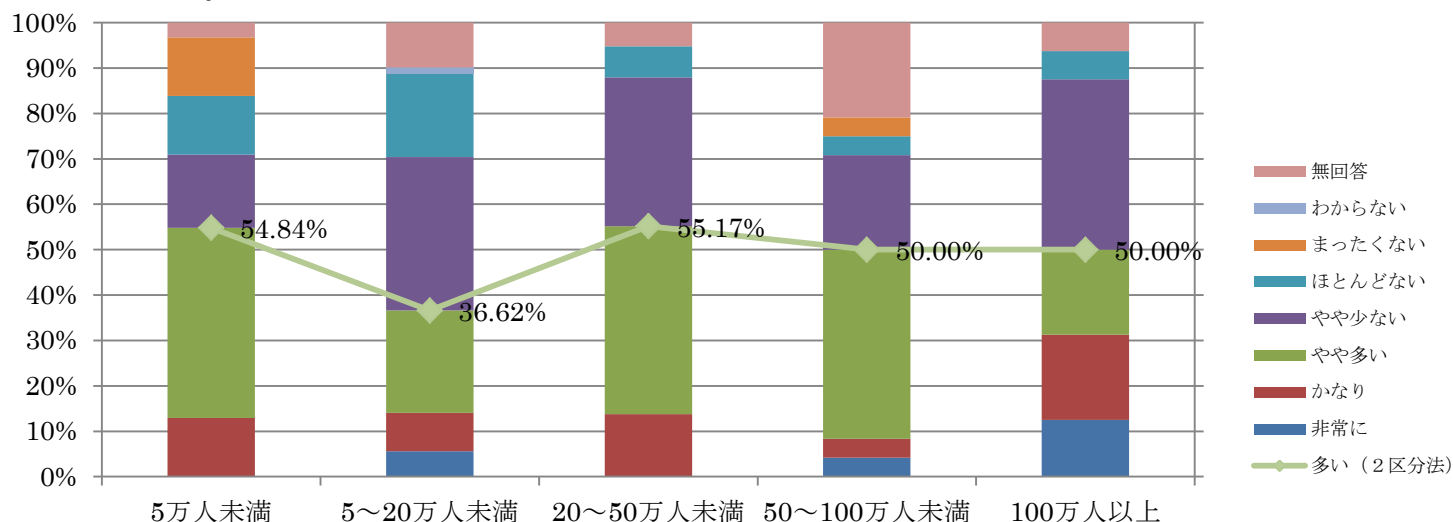
Q10-4【非専従-所轄地域人口規模別】介護



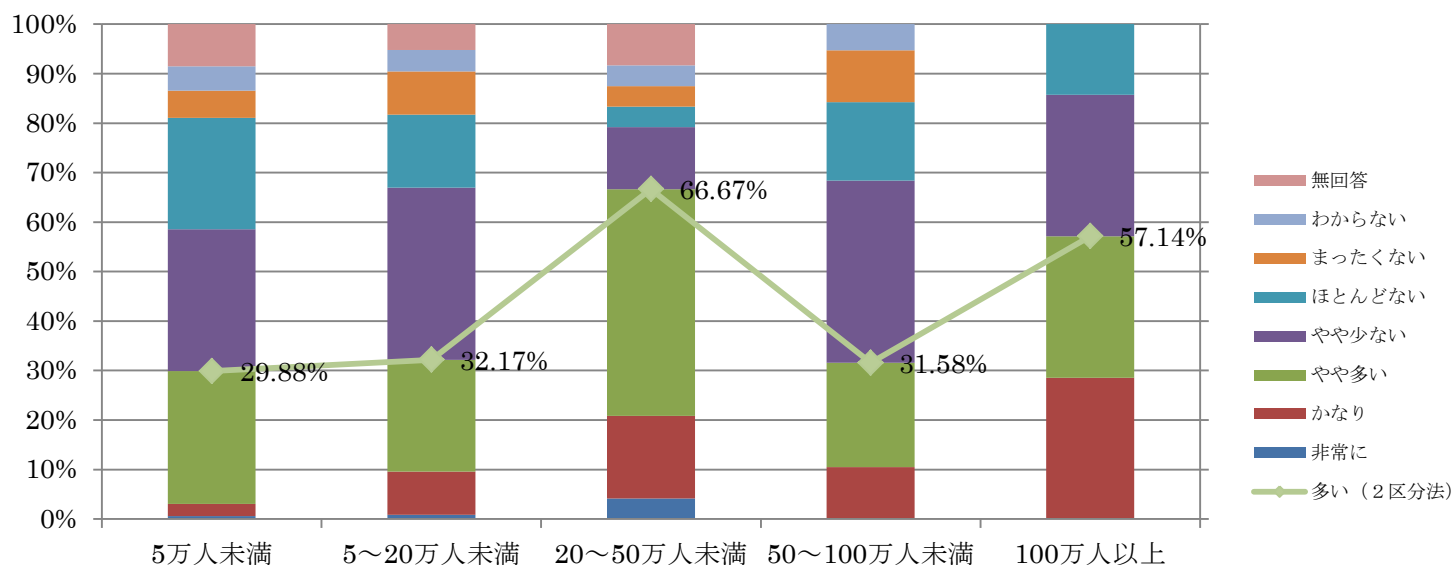
Q10-4 【全体-所轄地域人口規模別】 職場のストレス



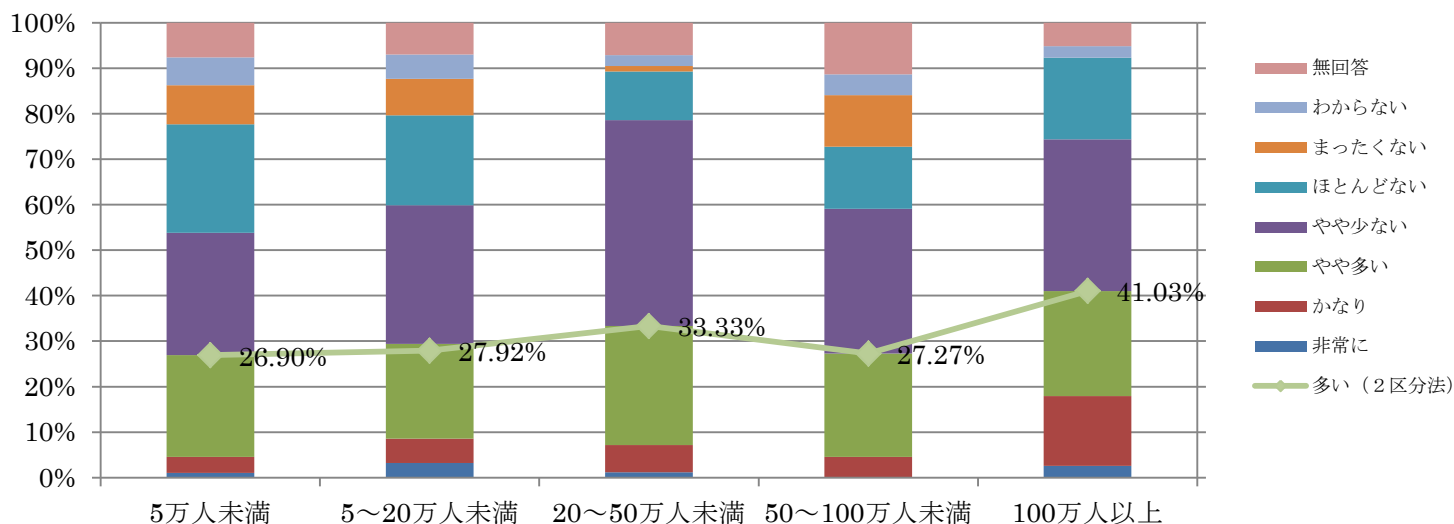
Q10-4 【専従-所轄地域人口規模別】 職場のストレス



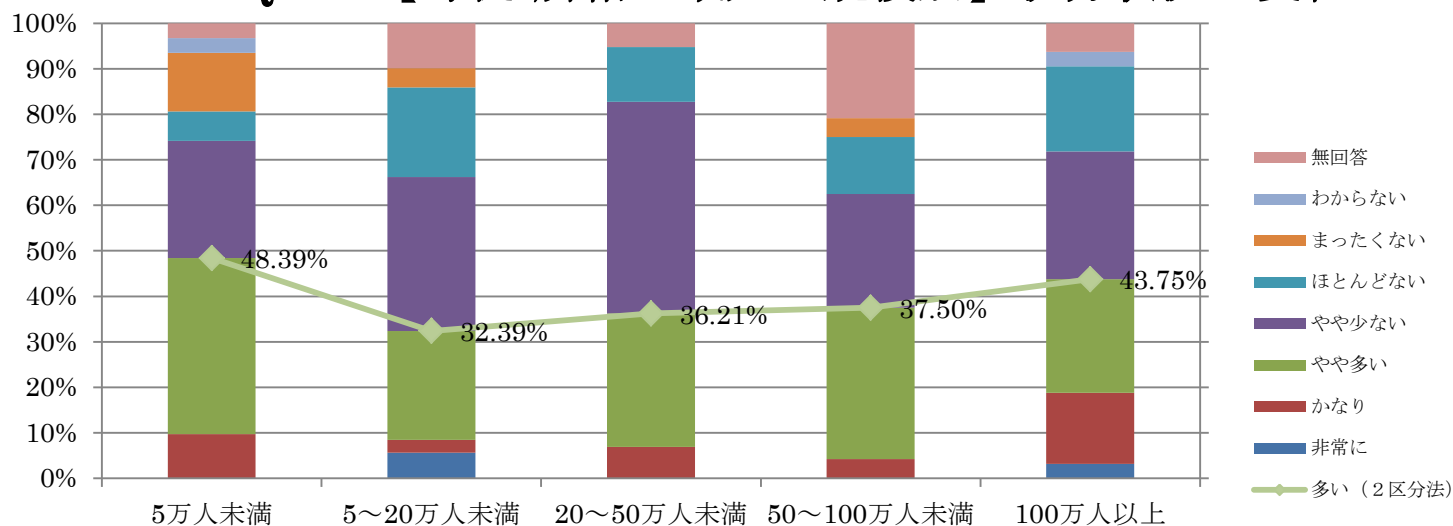
Q10-4 【非専従-所轄地域人口規模別】 職場のストレス



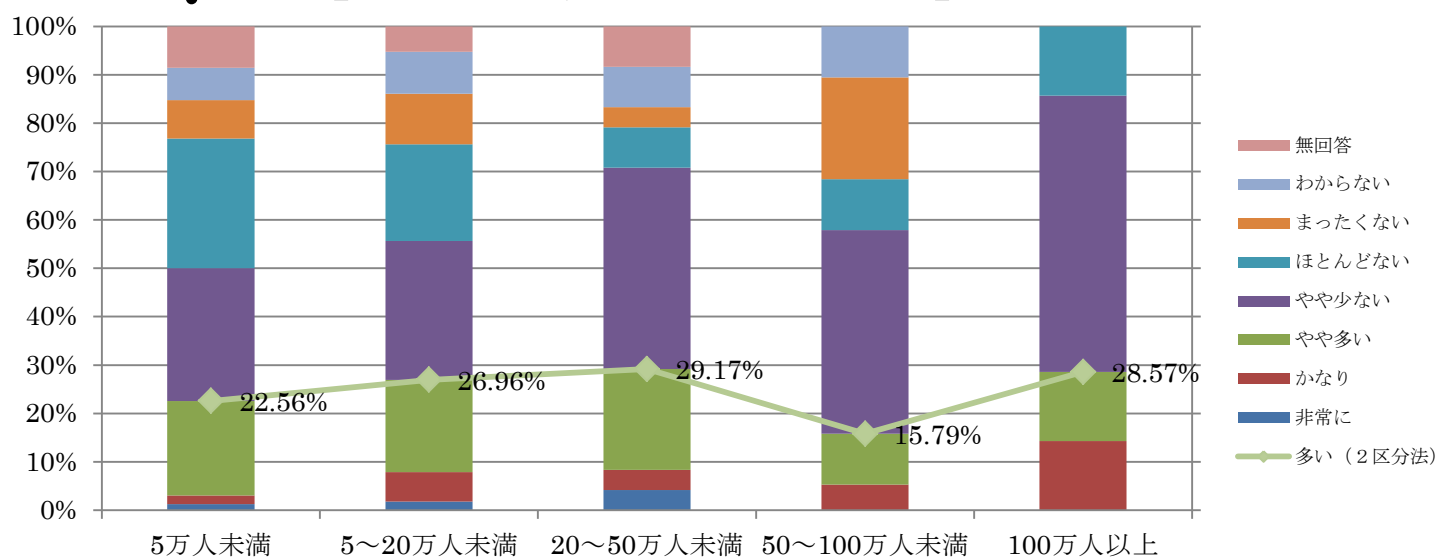
Q10-4 【全体-所轄地域人口規模別】 就労状況の変化



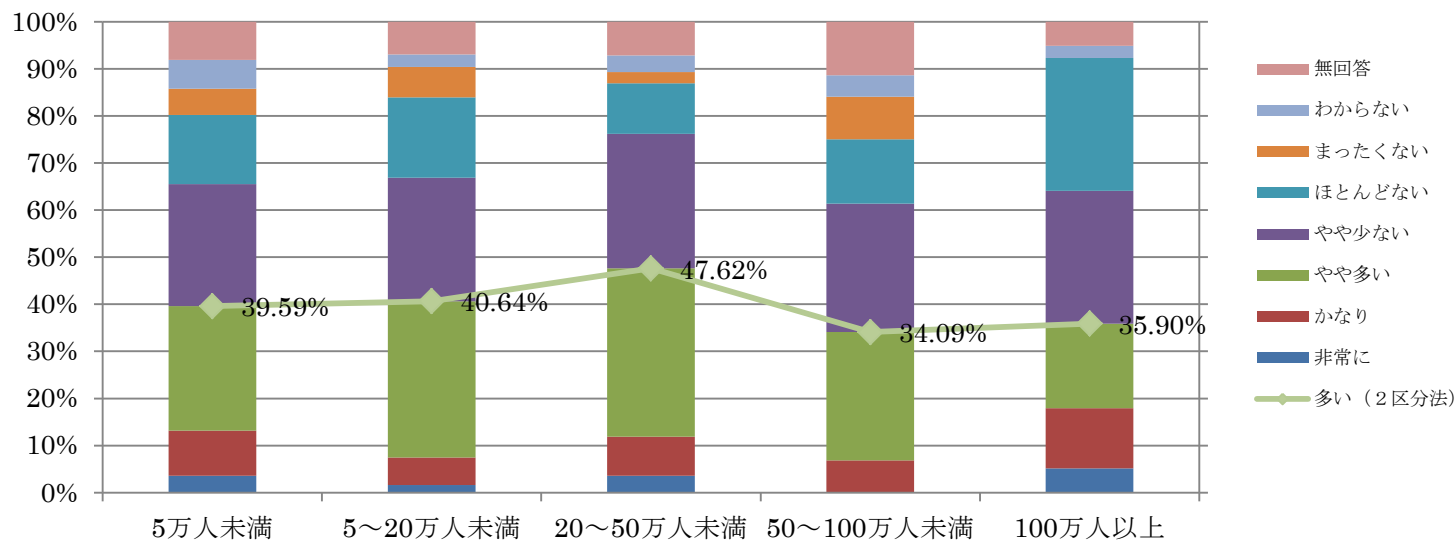
Q10-4 【専従-所轄地域人口規模別】 就労状況の変化



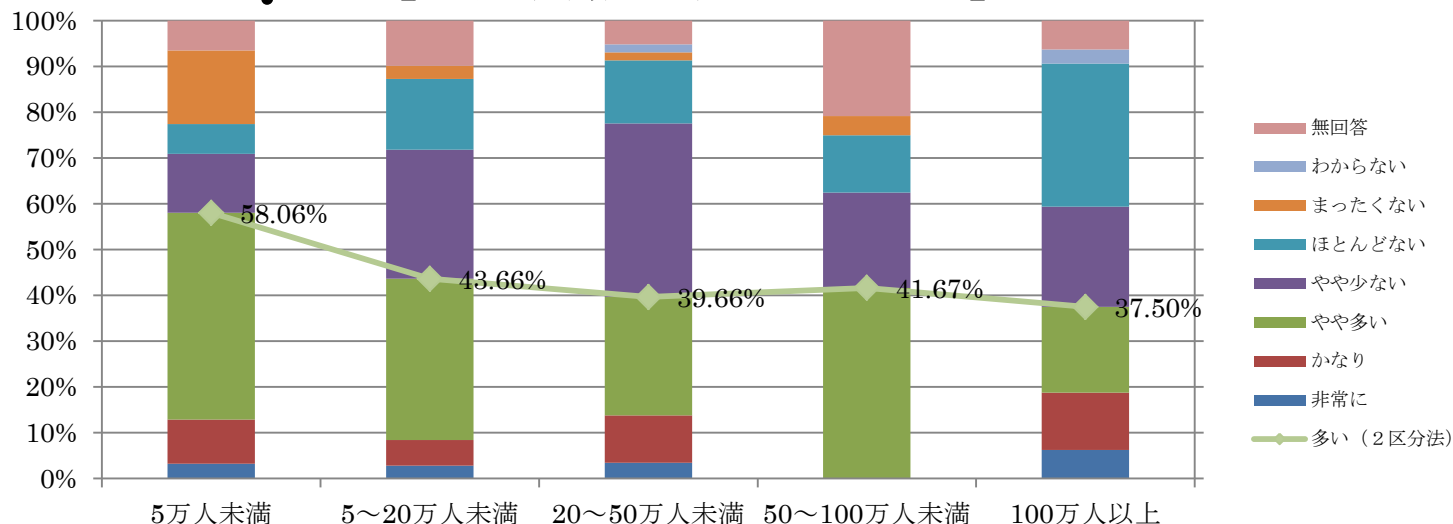
Q10-4 【非専従-所轄地域人口規模別】 就労状況の変化



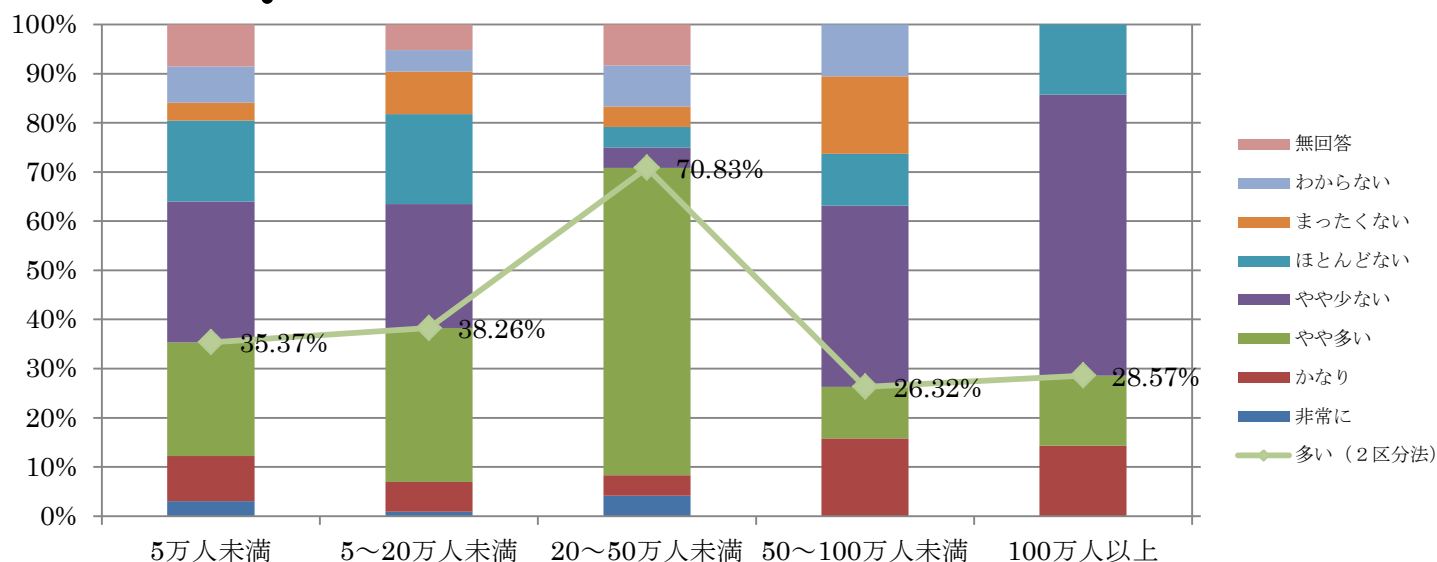
Q10-4【専従-所轄地域人口規模別】収入の減少



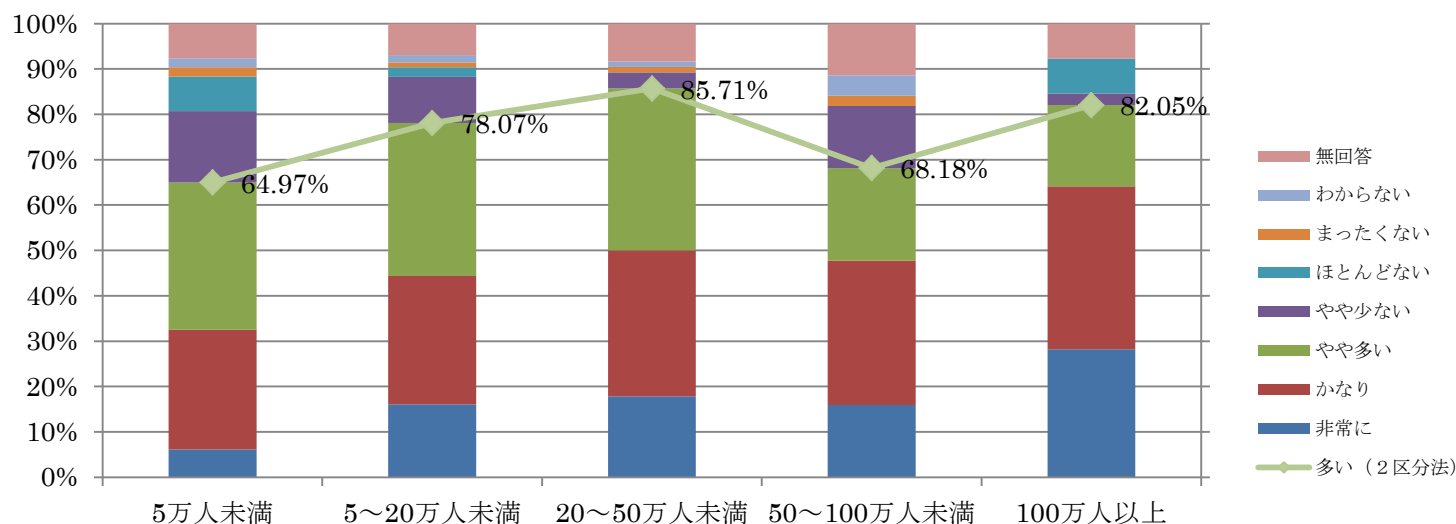
Q10-4【専従-所轄地域人口規模別】収入の減少



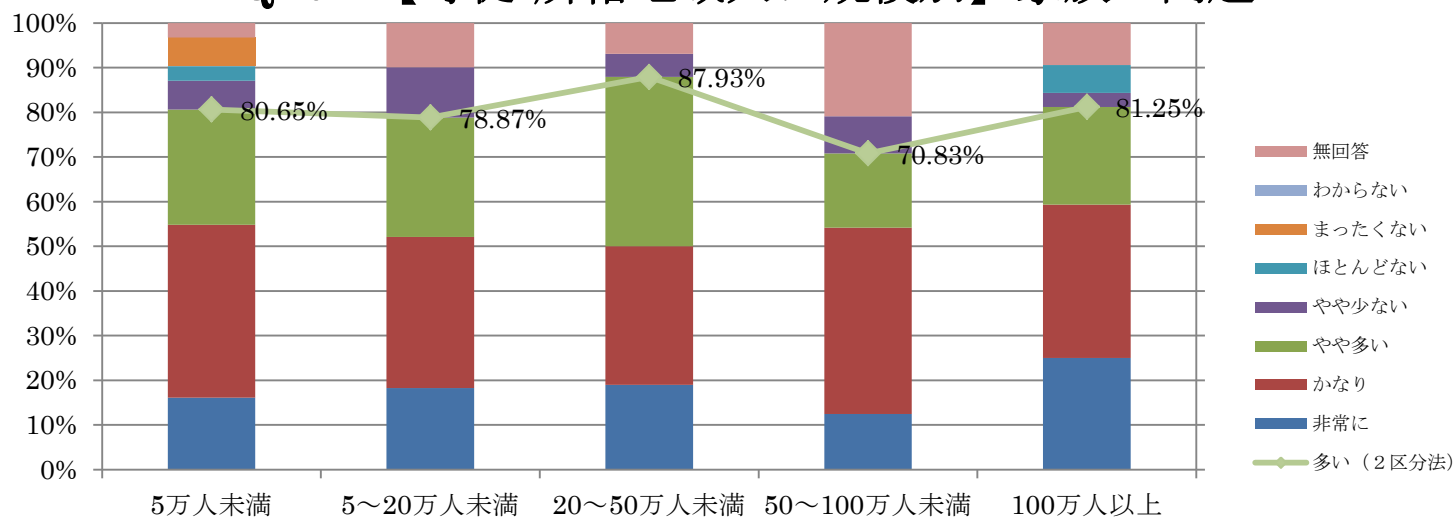
Q10-4【非専従-所轄地域人口規模別】収入の減少



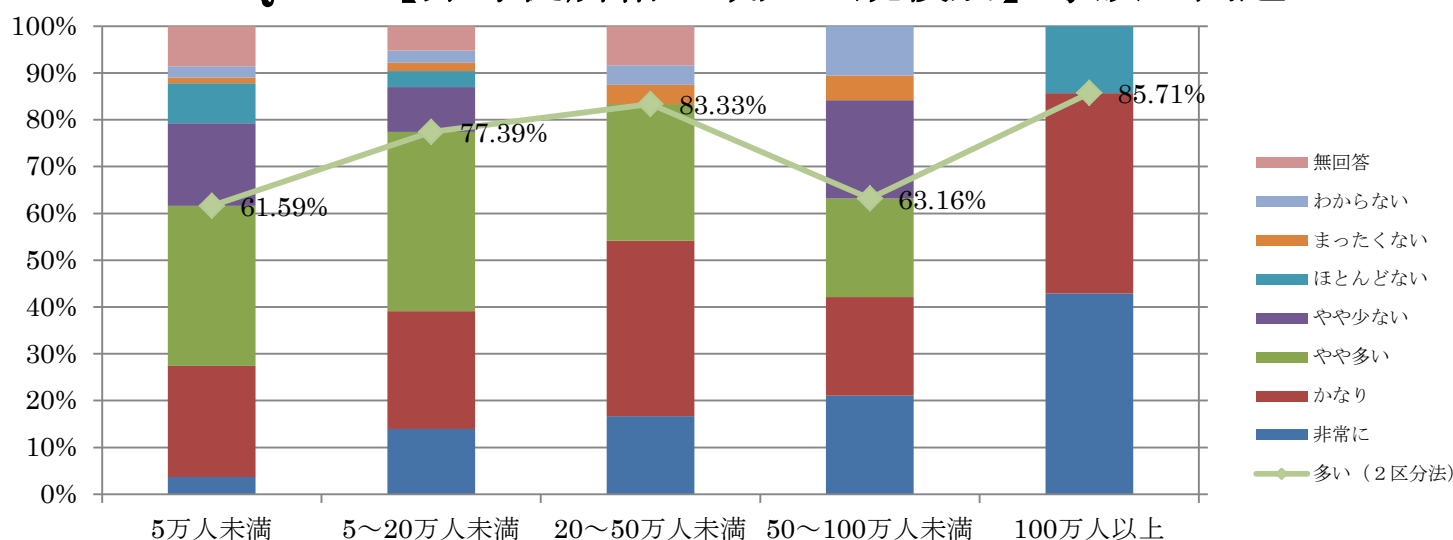
Q10-4 【全体-所轄地域人口規模別】 家族の問題



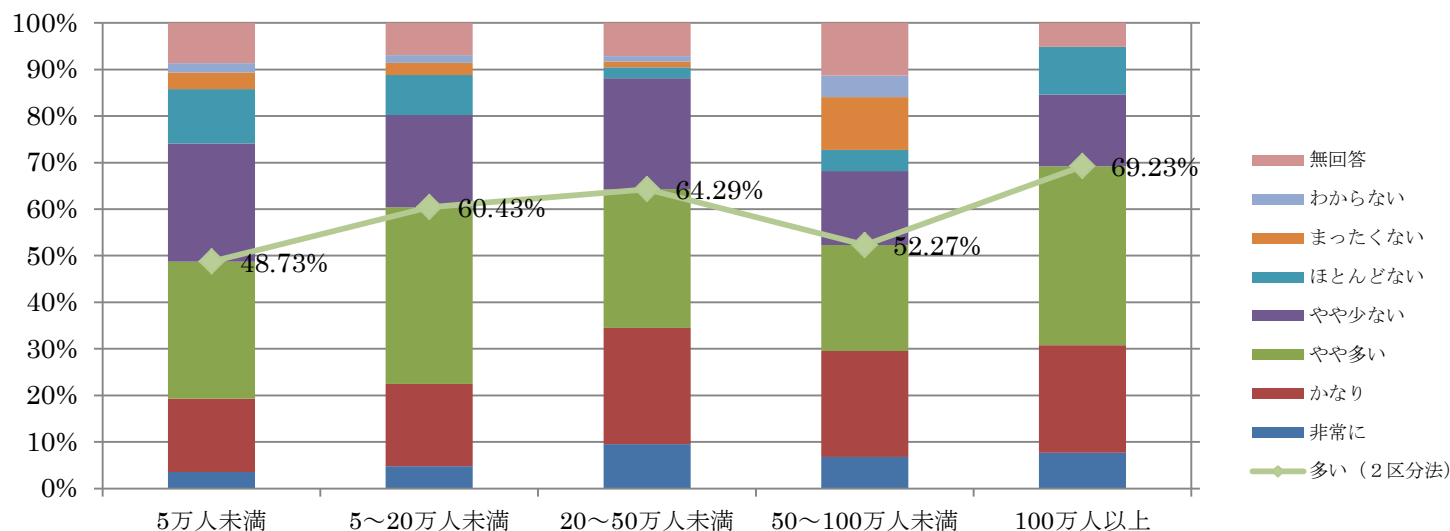
Q10-4 【専従-所轄地域人口規模別】 家族の問題



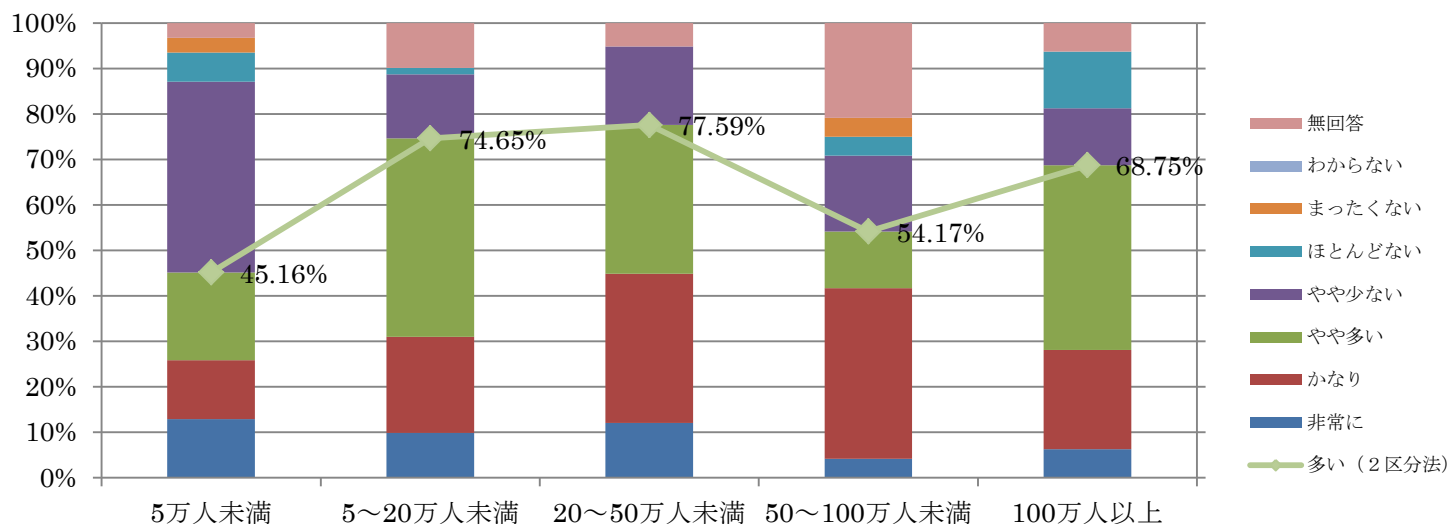
Q10-4 【非専従所轄地域人口規模別】 家族の問題



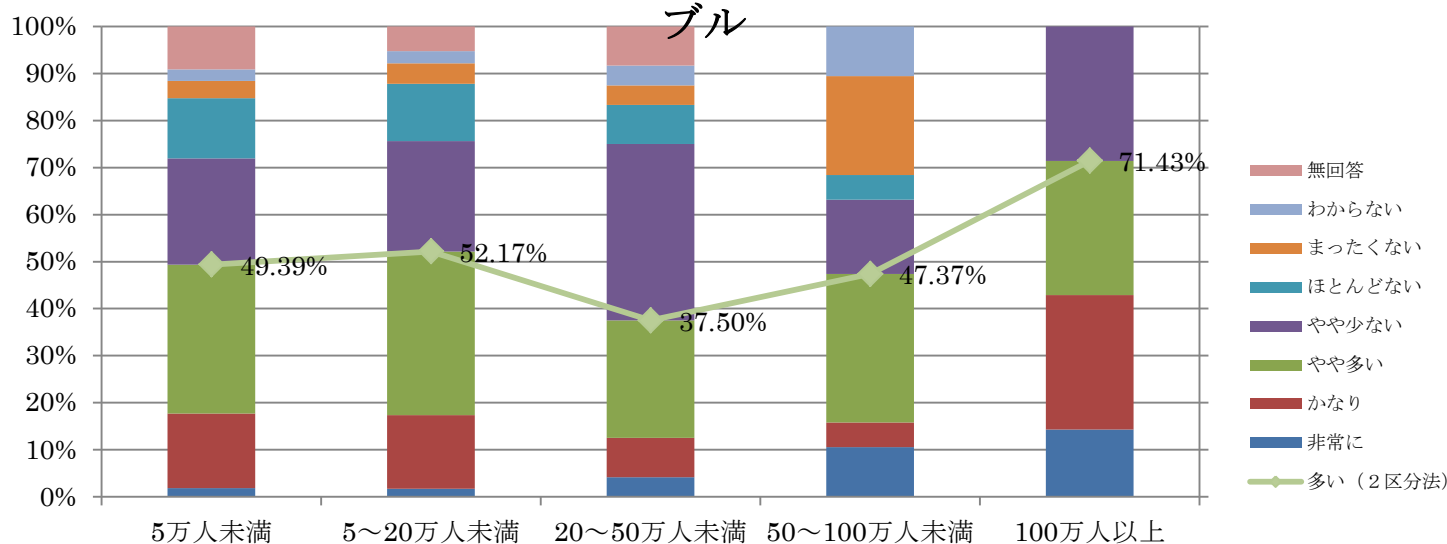
Q10-4 【全体-所轄地域人口規模別】 地域・近隣とのトラブル



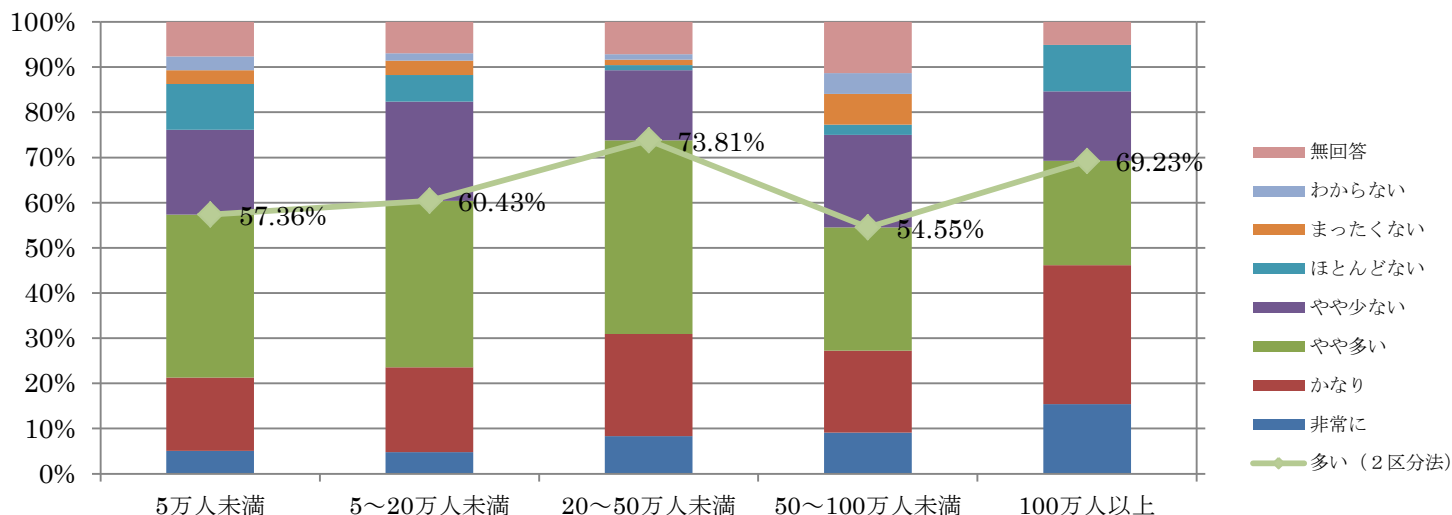
Q10-4 【専従-所轄地域人口規模別】 地域・近隣とのトラブル



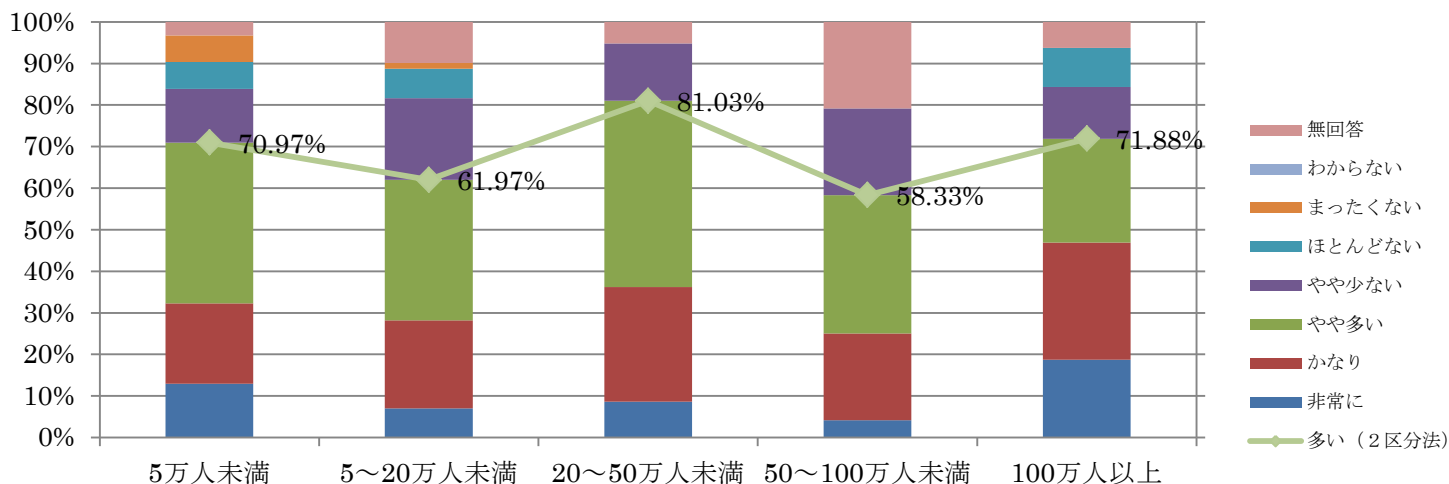
Q10-4 【非専従-所轄地域人口規模別】 地域・近隣とのトラブル



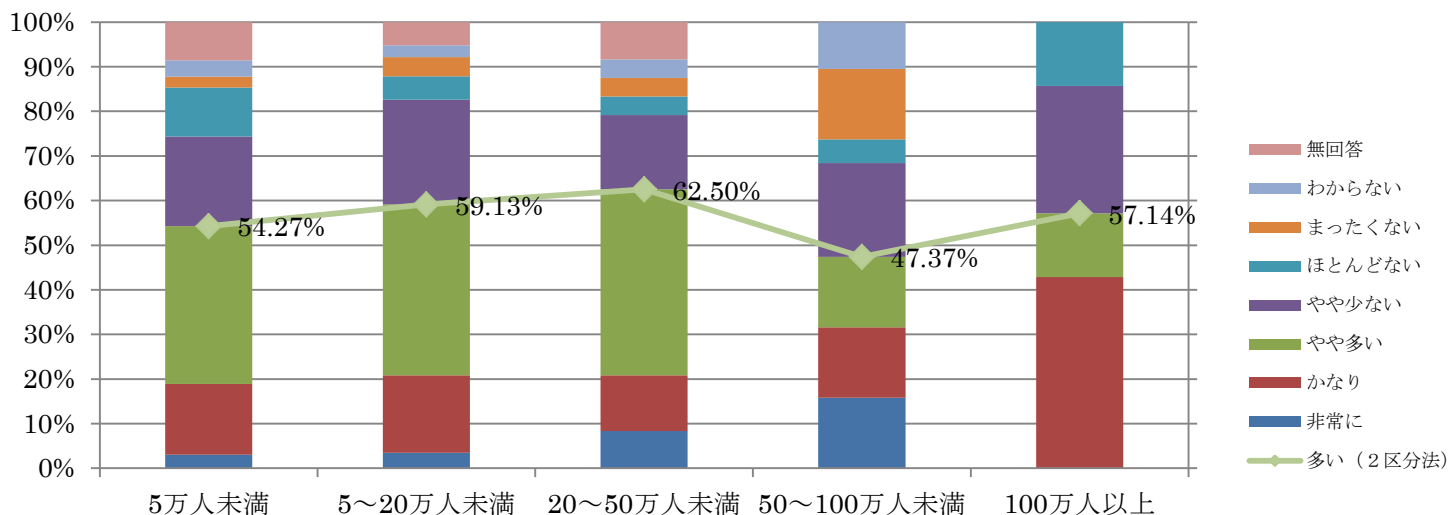
Q10-4 【全体-所轄地域人口規模別】福祉に関する知識・情報



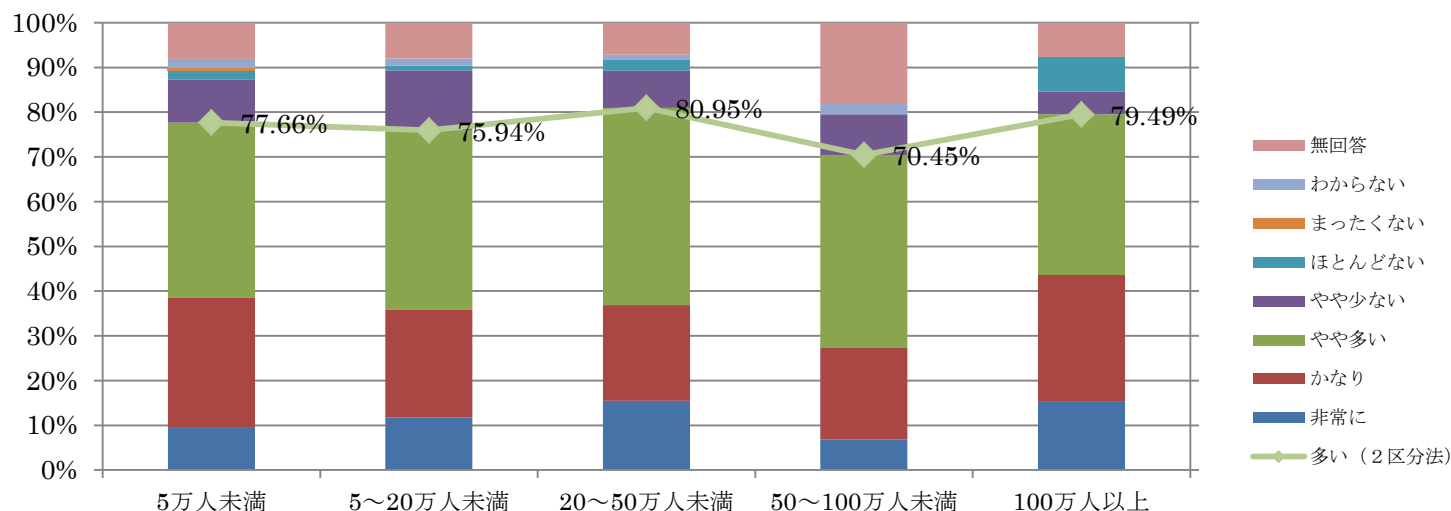
Q10-4 【専従-所轄地域人口規模別】福祉に関する知識・情報



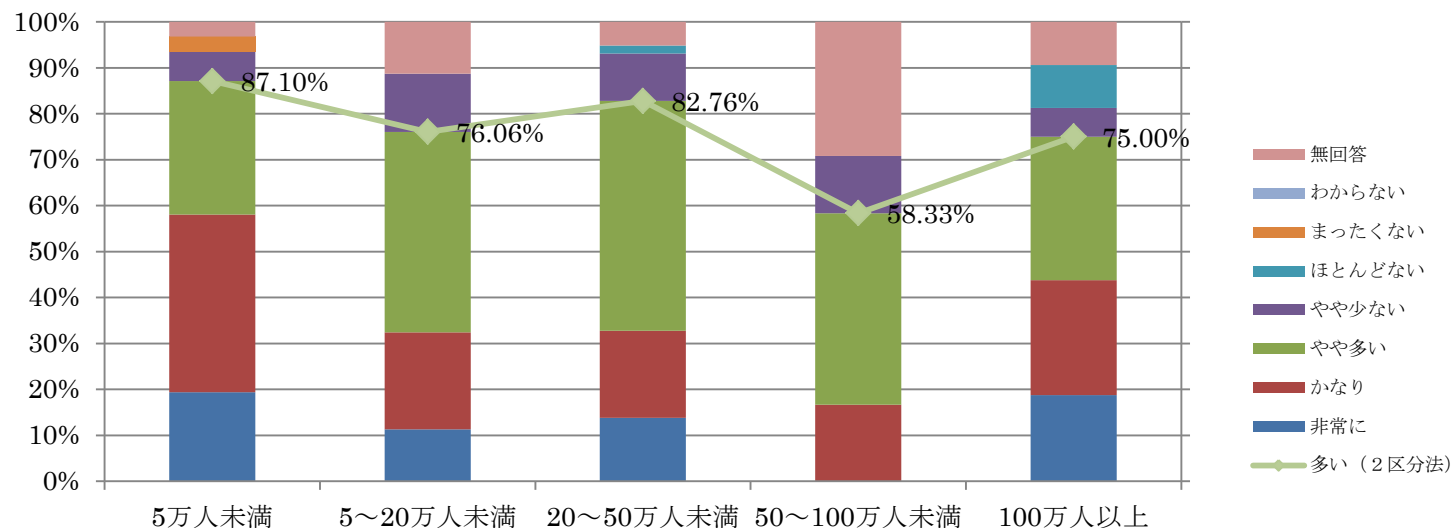
Q10-4 【非専従-所轄地域人口規模別】福祉に関する知識・情報



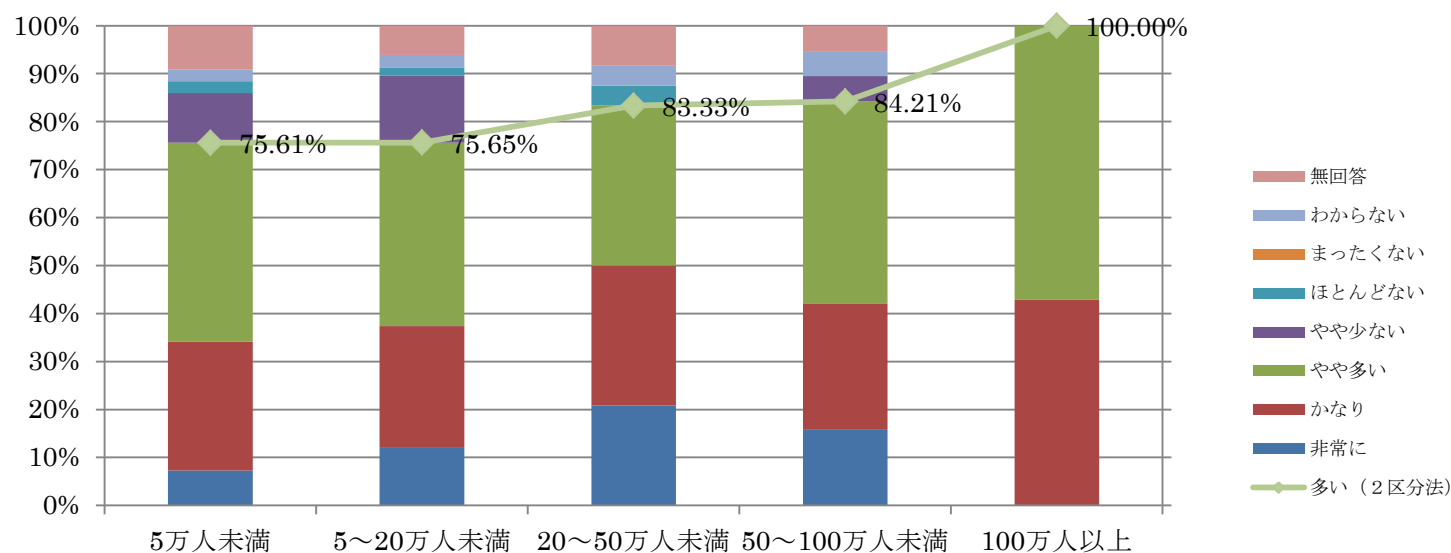
Q10-5【全体-所轄地域人口規模別】身体・健康の問題



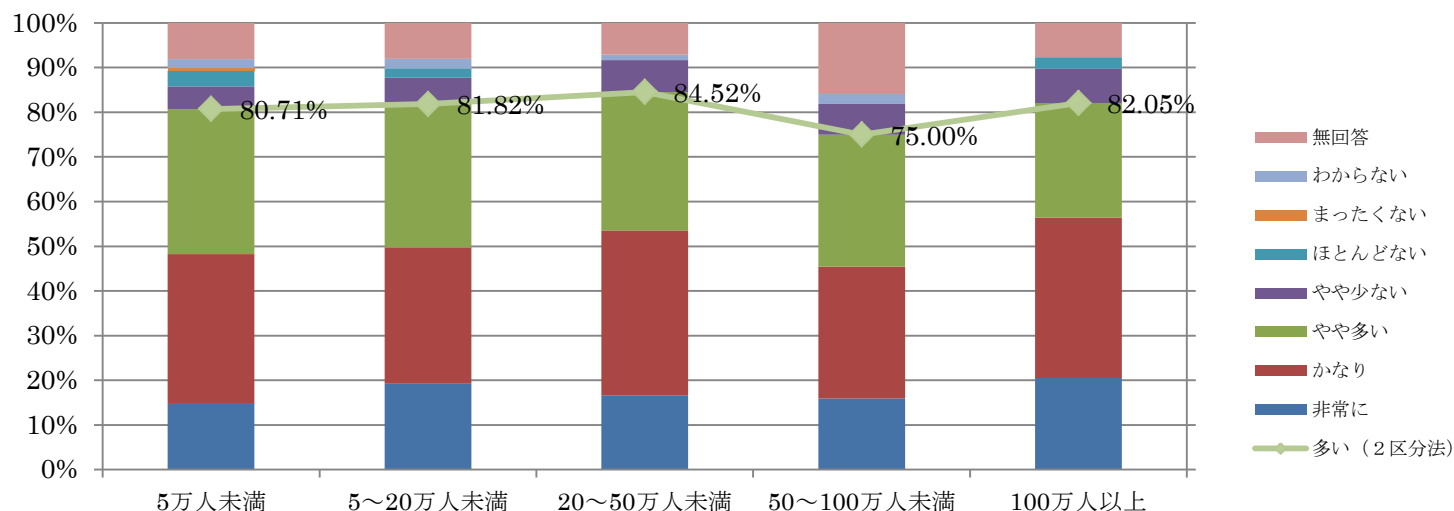
Q10-5【専従-所轄地域人口規模別】身体・健康の問題



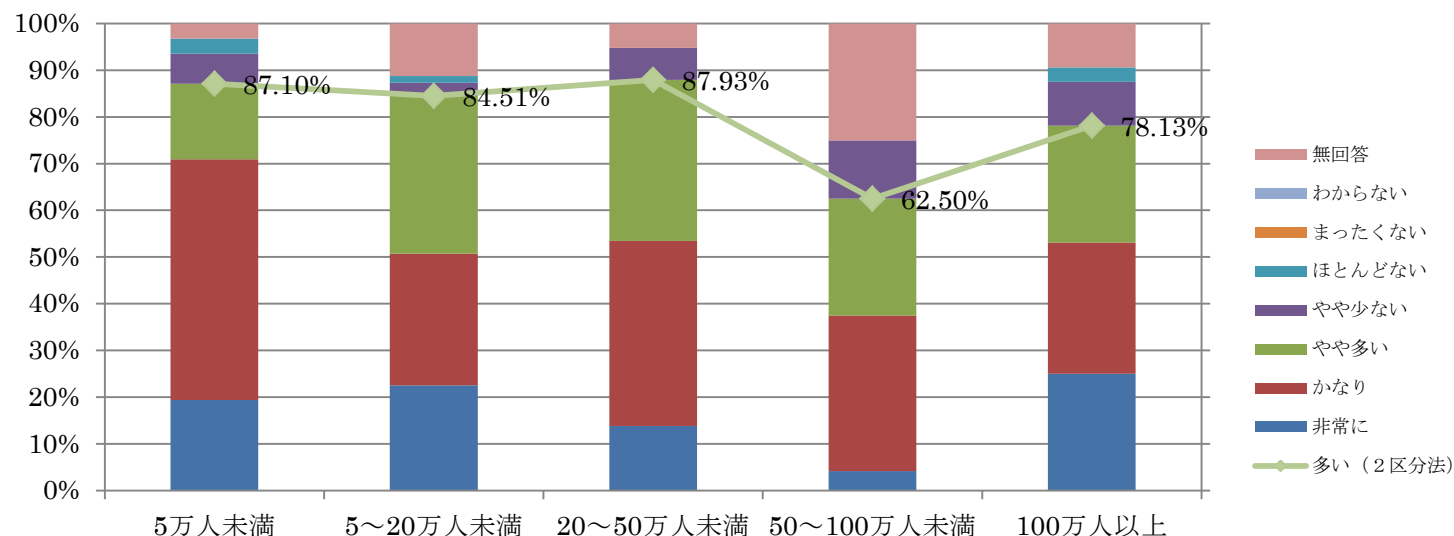
Q10-5【非専従-所轄地域人口規模別】身体・健康の問題



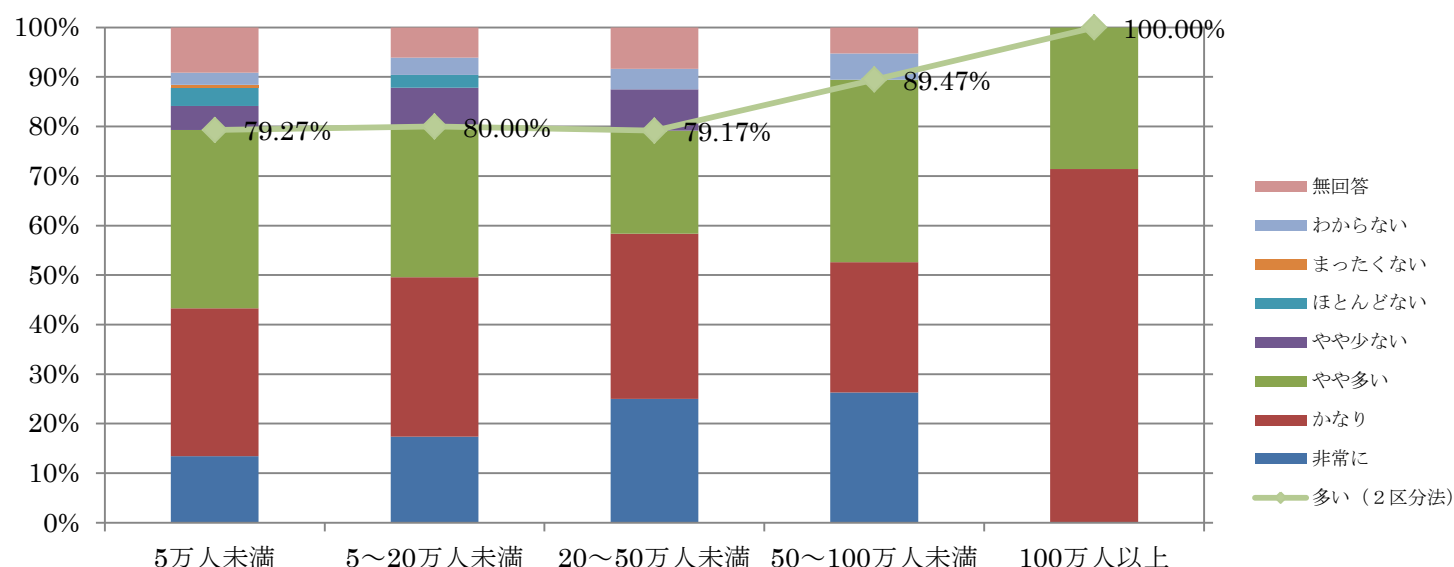
Q10-5 【全体-所轄地域人口規模別】 経済的困難



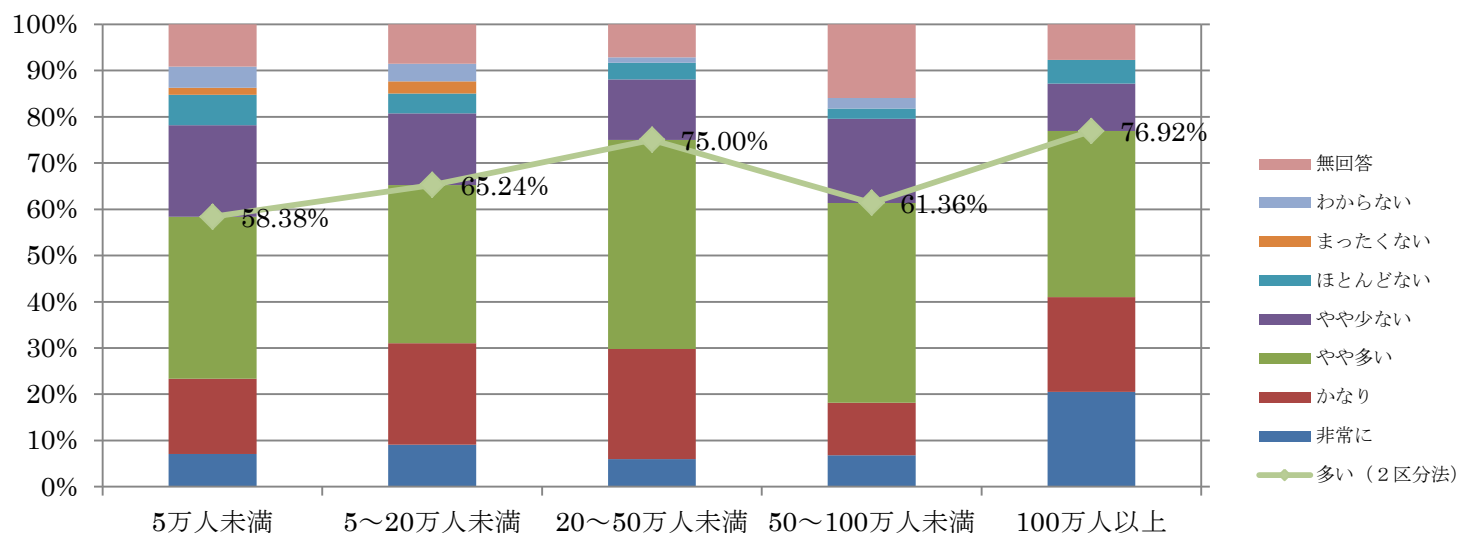
Q10-5 【専従-所轄地域人口規模別】 経済的困難



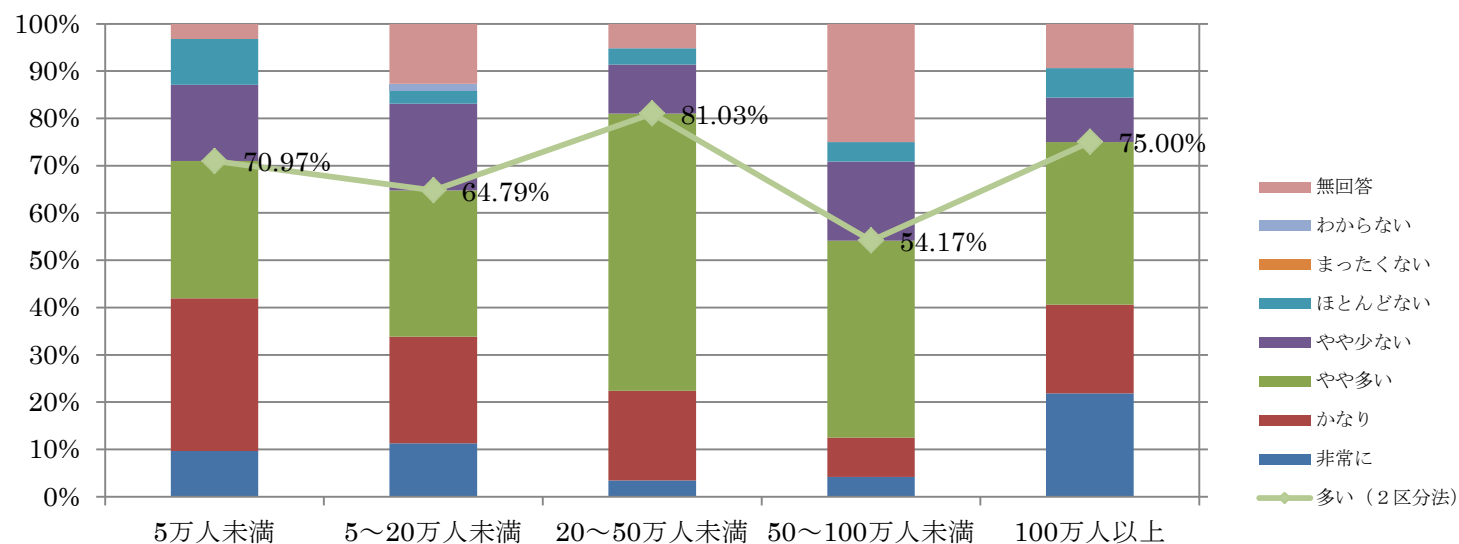
Q10-5 【専従-所轄地域人口規模別】 経済的困難



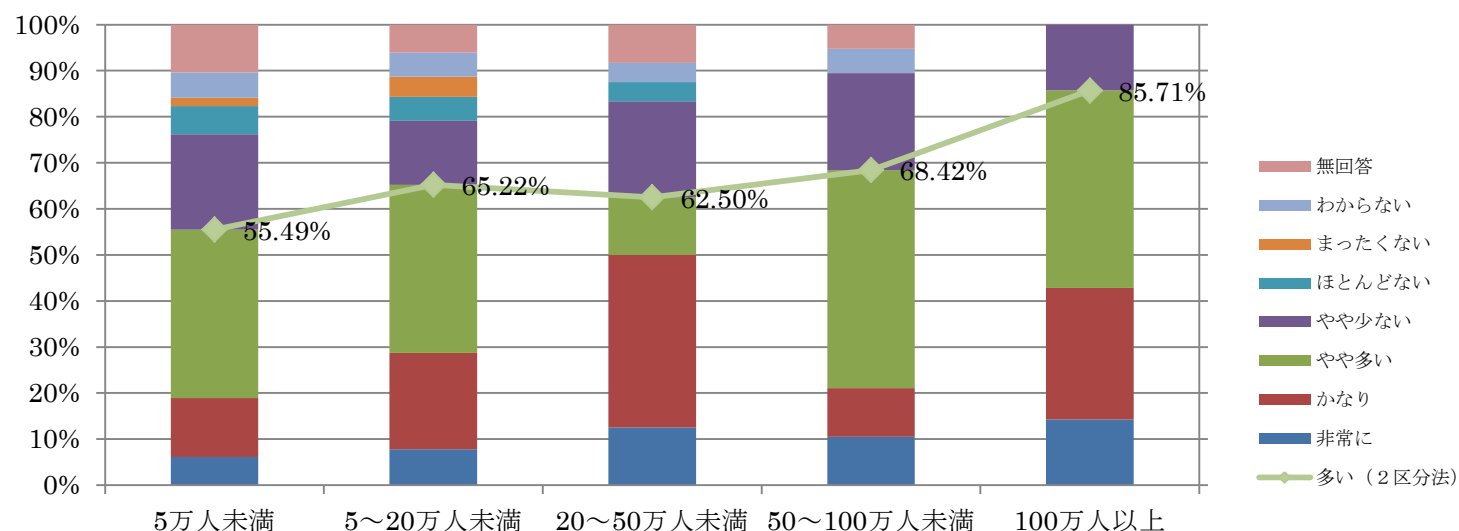
Q10-5 【全体-所轄地域人口規模別】 対人関係の問題-職場



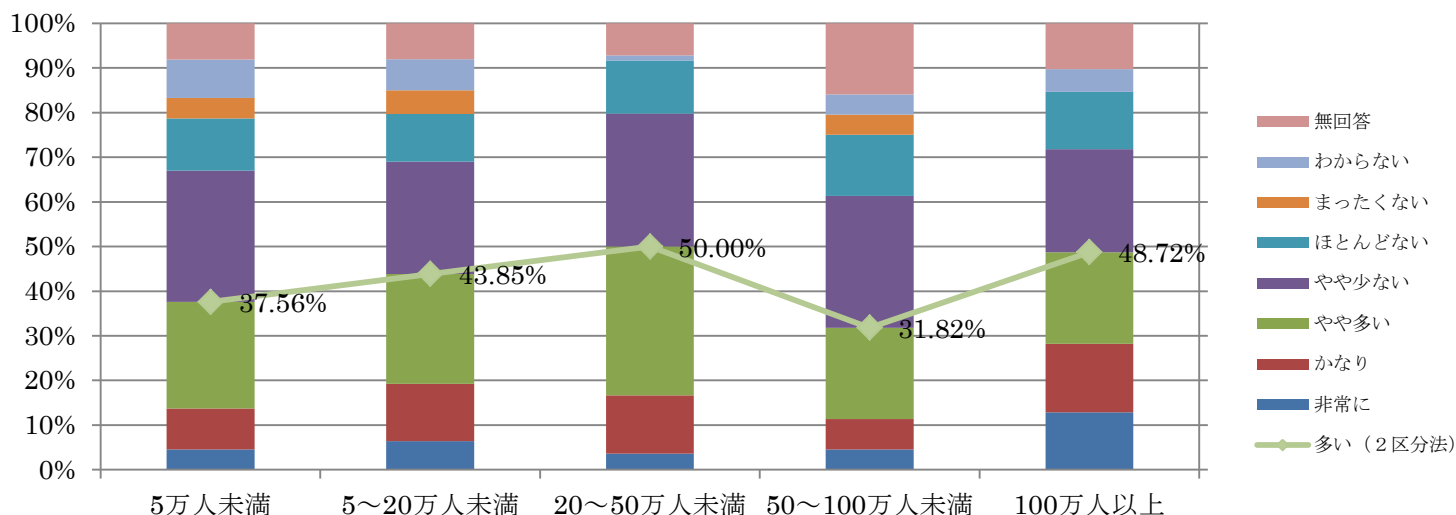
Q10-5 【専従-所轄地域人口規模別】 対人関係の問題-職場



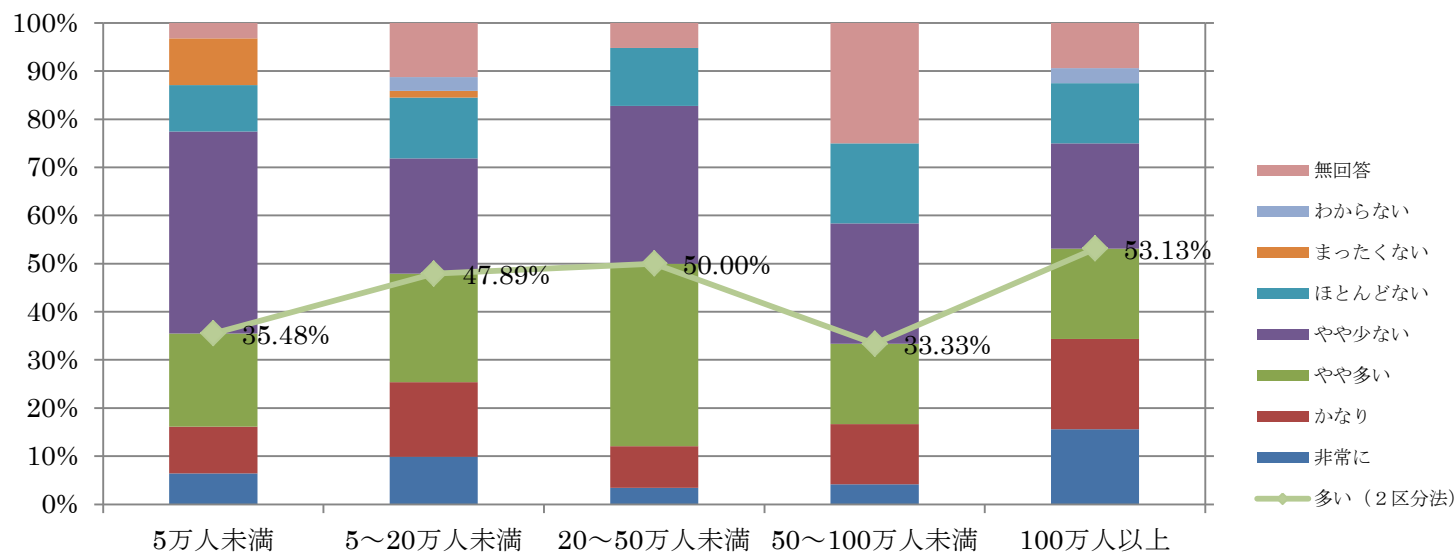
Q10-5 【非専従所轄地域人口規模別】 対人関係の問題-職場



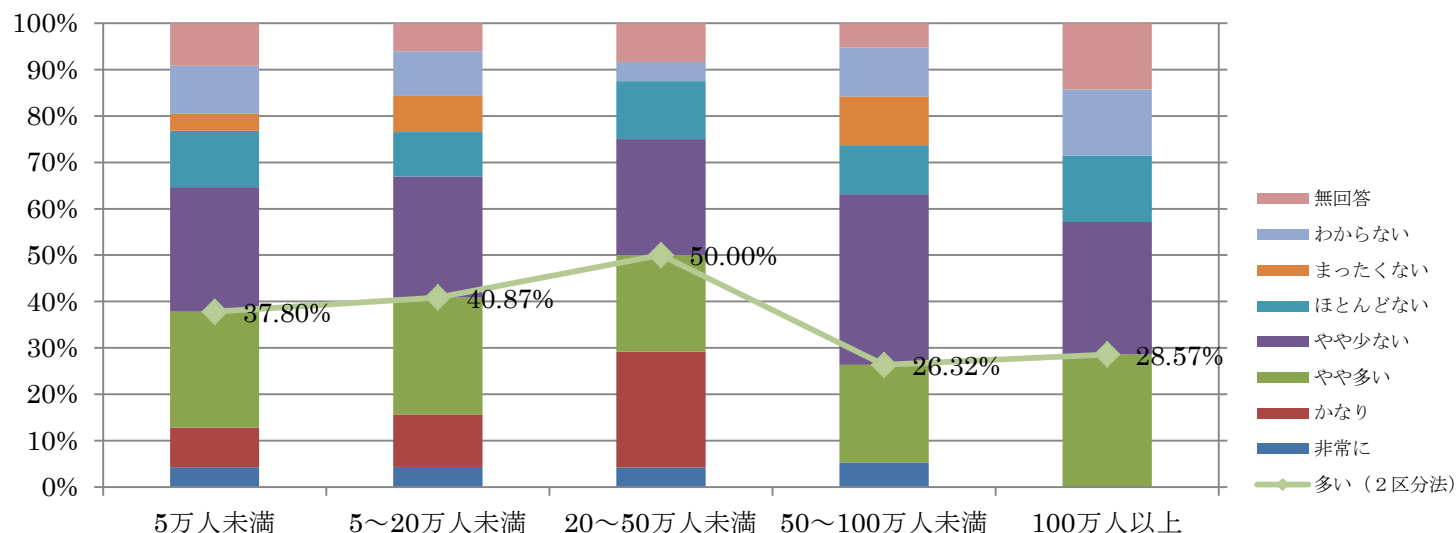
Q10-5【全体-所轄地域人口規模別】対人関係の問題-学校



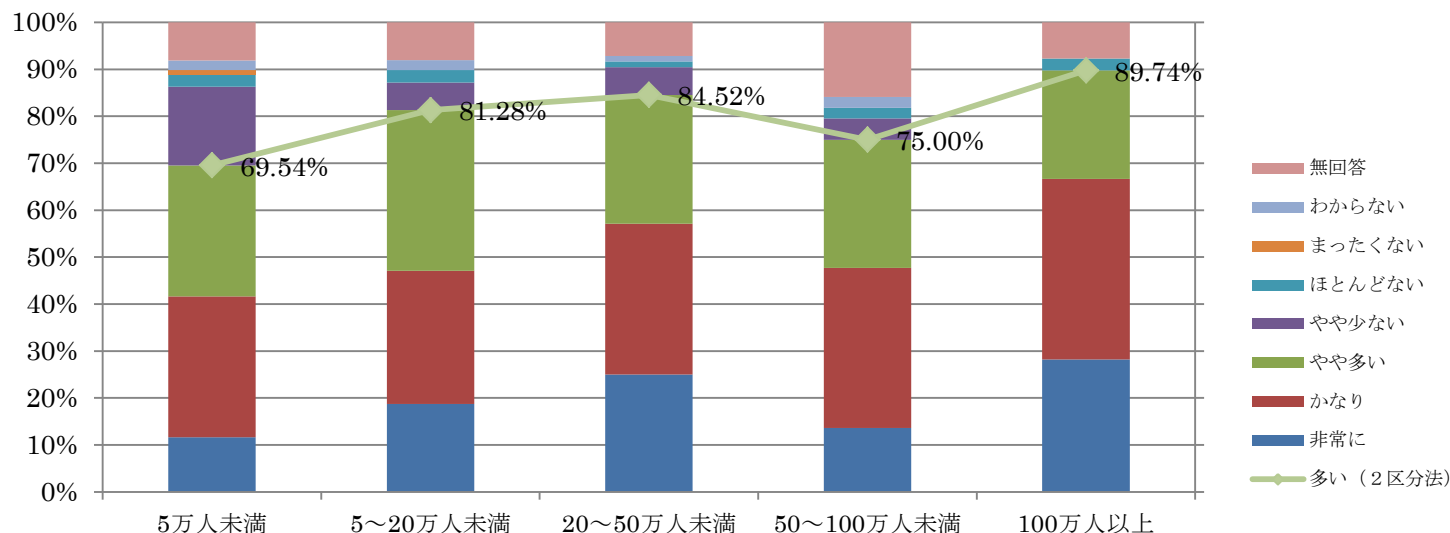
Q10-5【専従-所轄地域人口規模別】対人関係の問題-学校



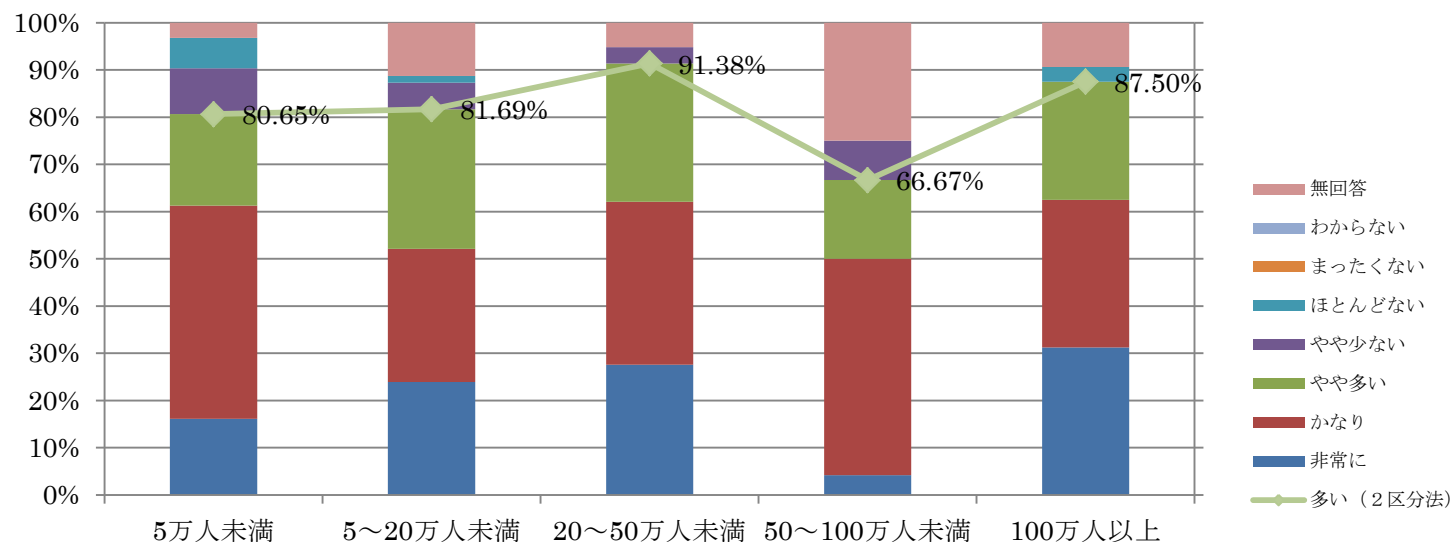
Q10-5【非専従-所轄地域人口規模別】対人関係の問題-学校



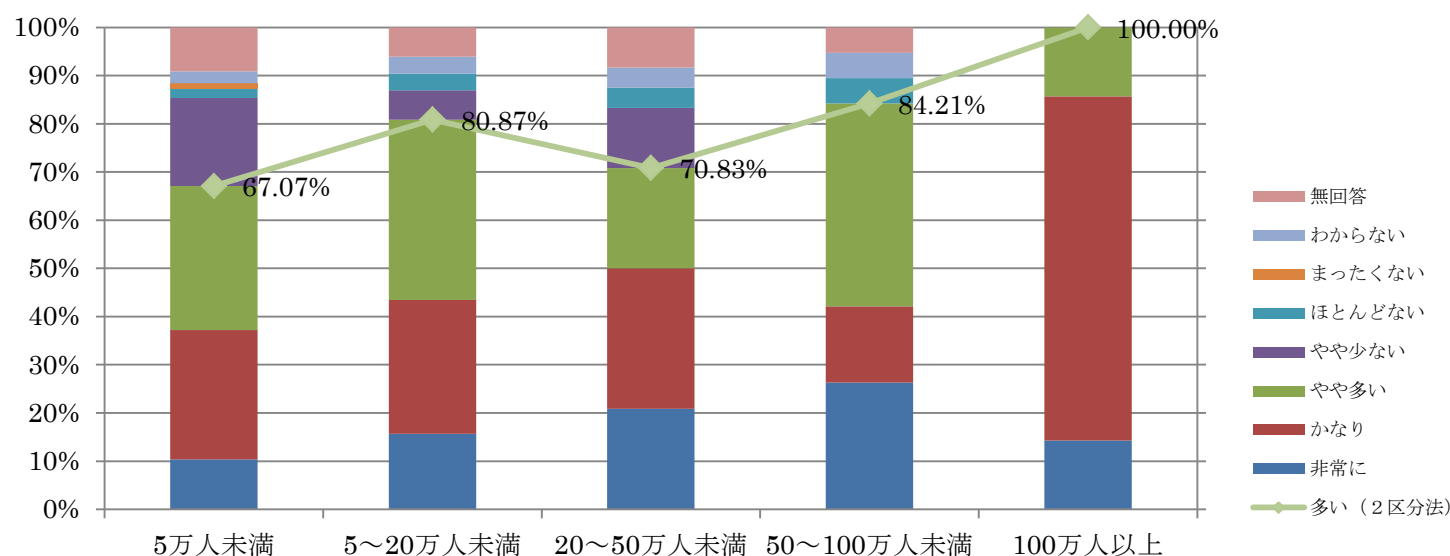
Q10-5 【全体-所轄地域人口規模別】 対人関係の問題-家庭



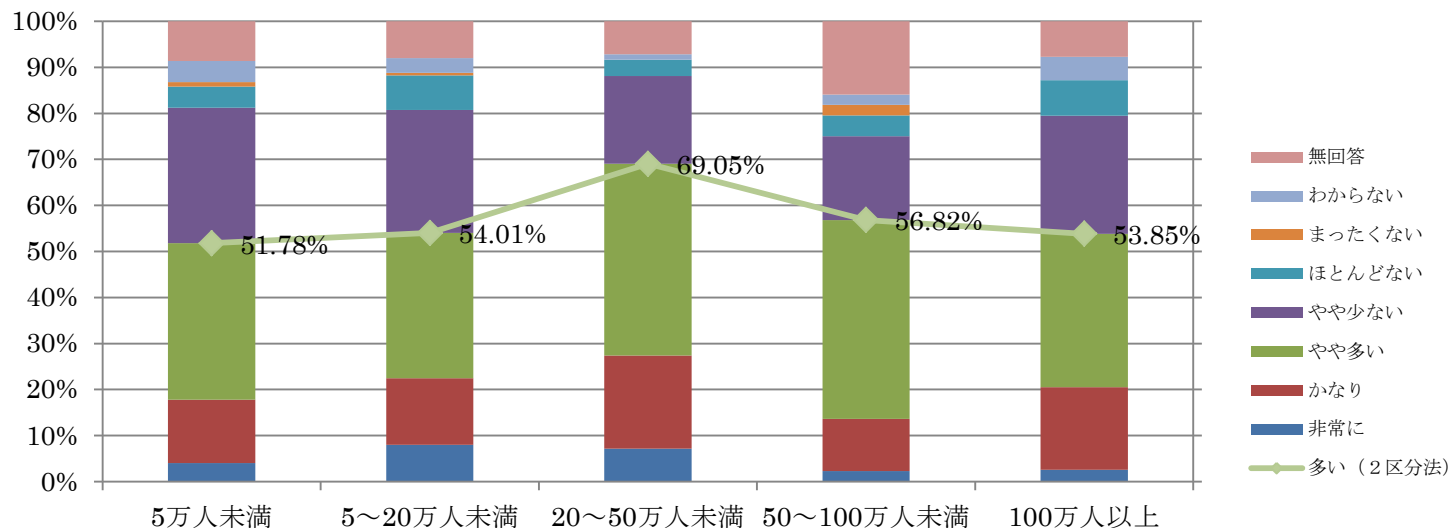
Q10-5 【専従-所轄地域人口規模別】 対人関係の問題-家庭



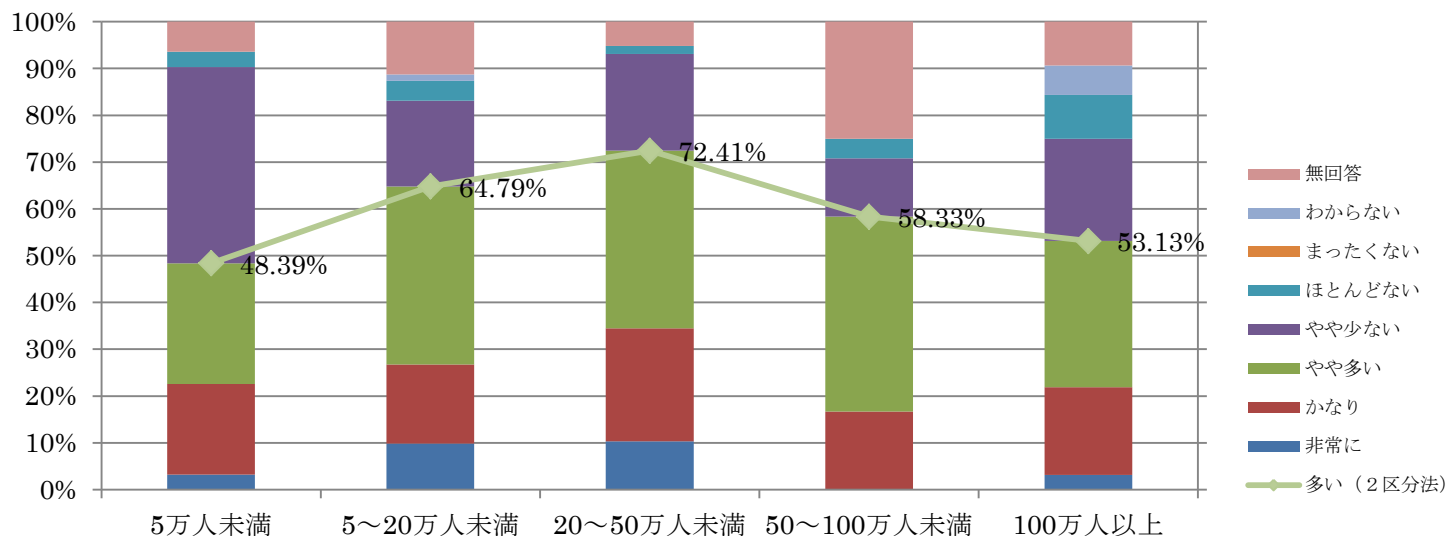
Q10-5 【非専従-所轄地域人口規模別】 対人関係の問題-家庭



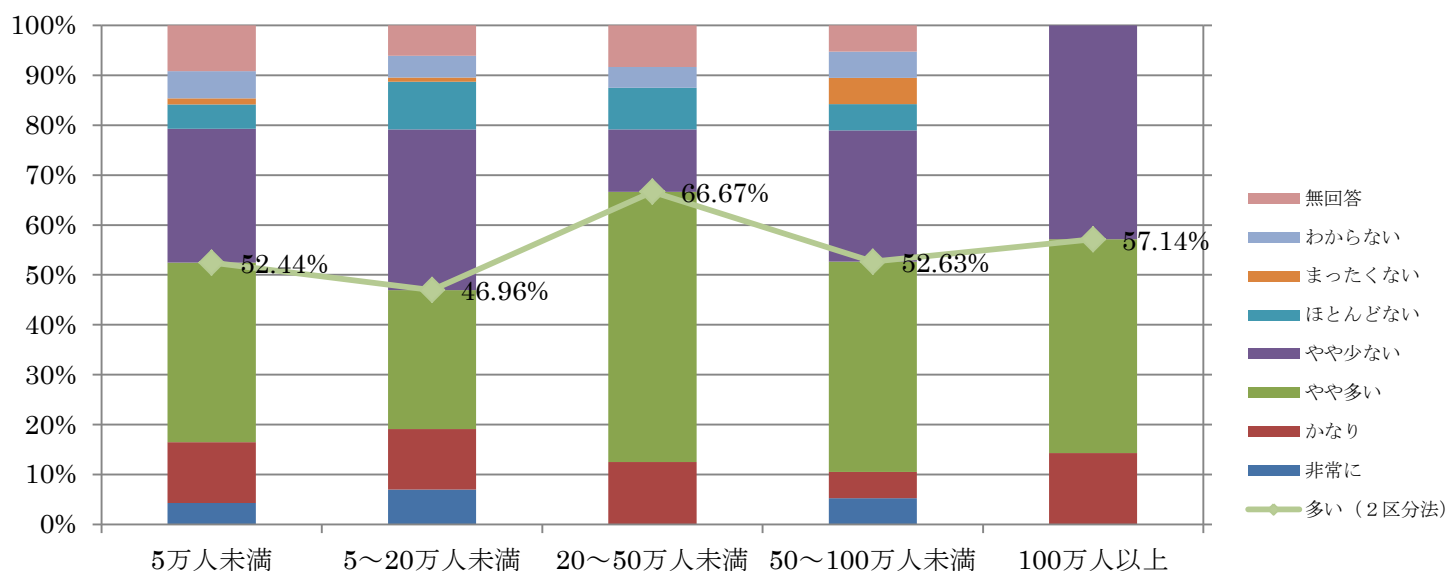
Q10-5 【全体-所轄地域人口規模別】 対人関係の問題-地域



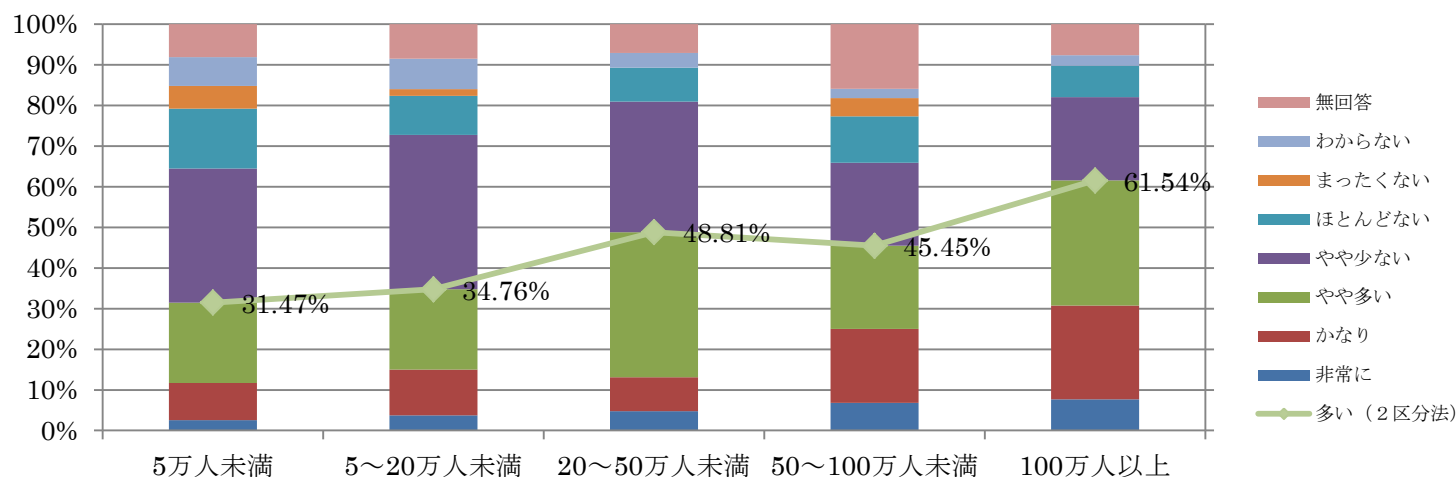
Q10-5 【専従-所轄地域人口規模別】 対人関係の問題-地域



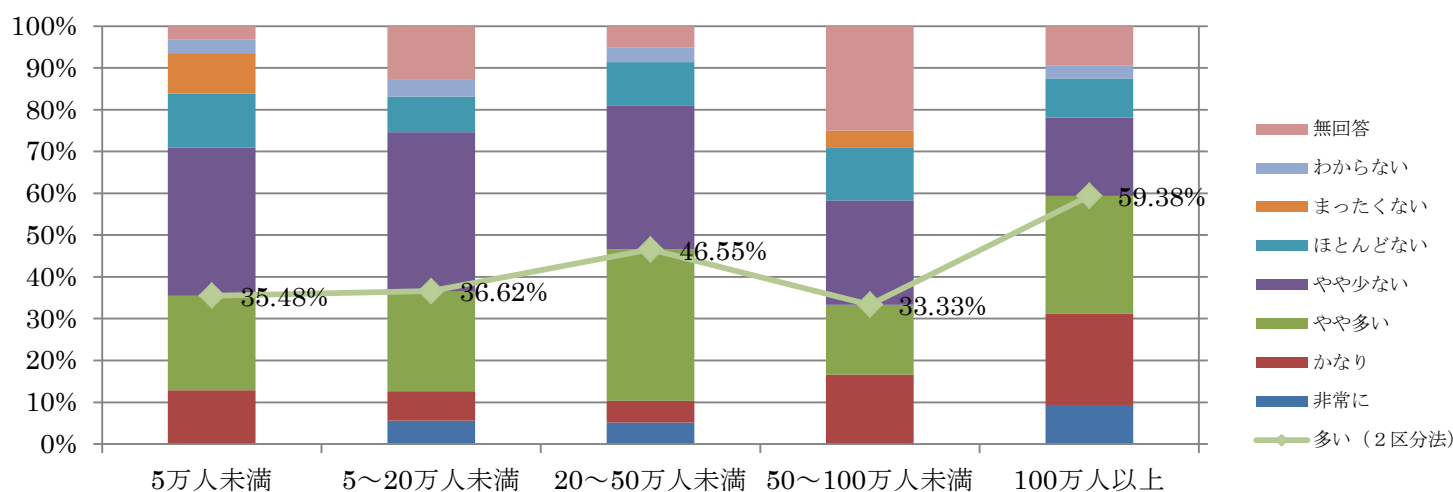
Q10-5 【非専従-所轄地域人口規模別】 対人関係の問題-地域



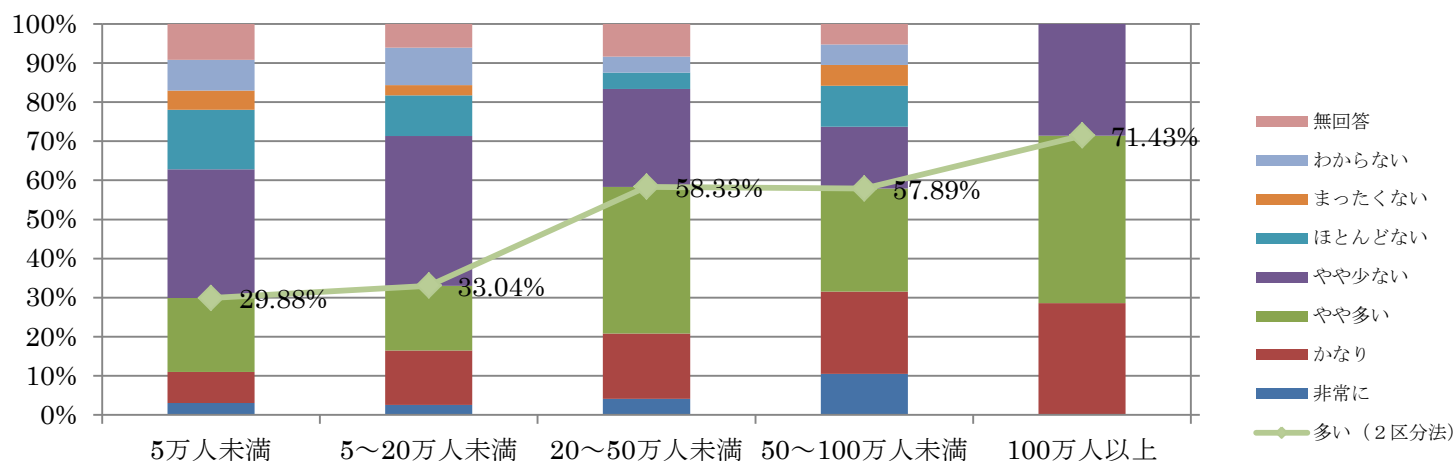
Q10-5【全体-所轄地域人口規模別】トラウマ的出来事 (虐待、DV、性被害、犯罪被害、災害、事故等)



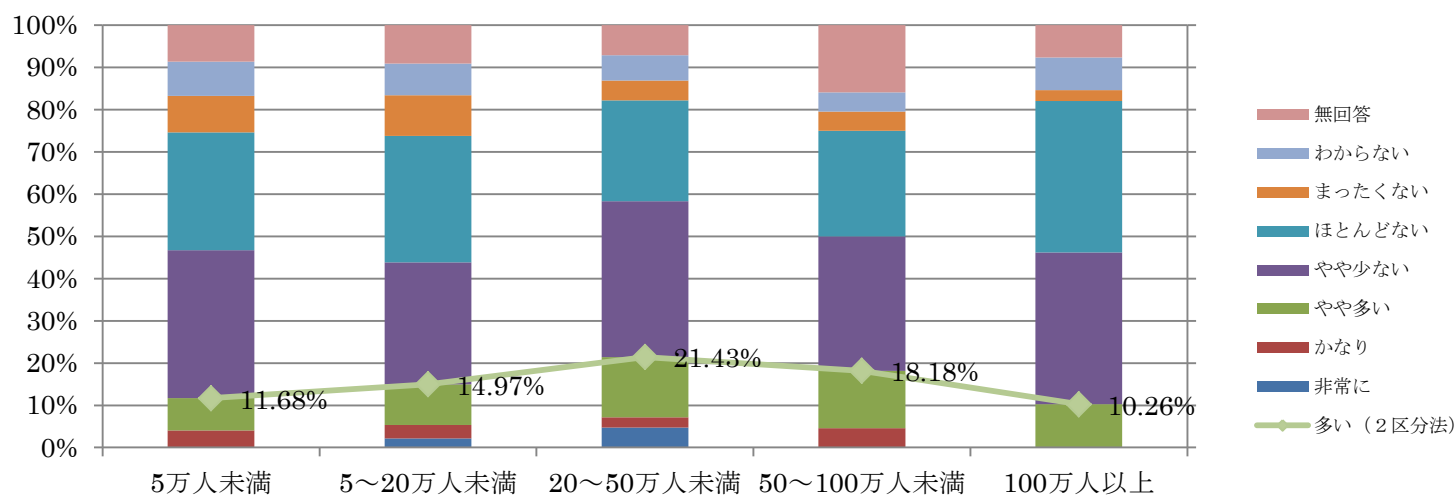
Q10-5【専従-所轄地域人口規模別】トラウマ的出来事 (虐待、DV、性被害、犯罪被害、災害、事故等)



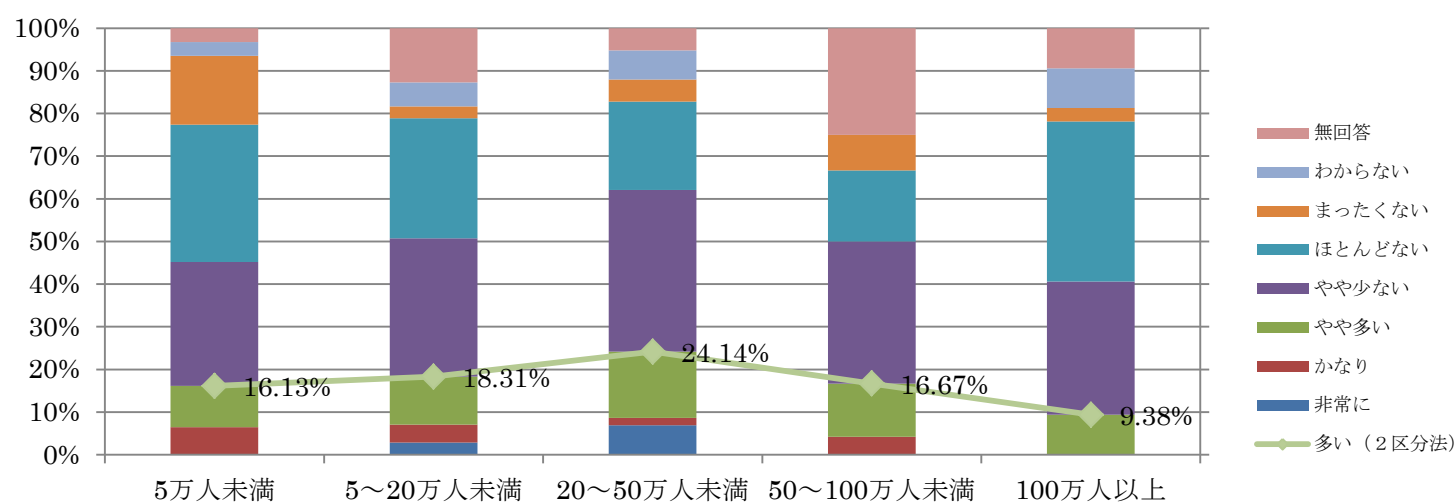
Q10-5【非専従所轄地域人口規模別】トラウマ的出来事 (虐待、DV、性被害、犯罪被害、災害、事故等)



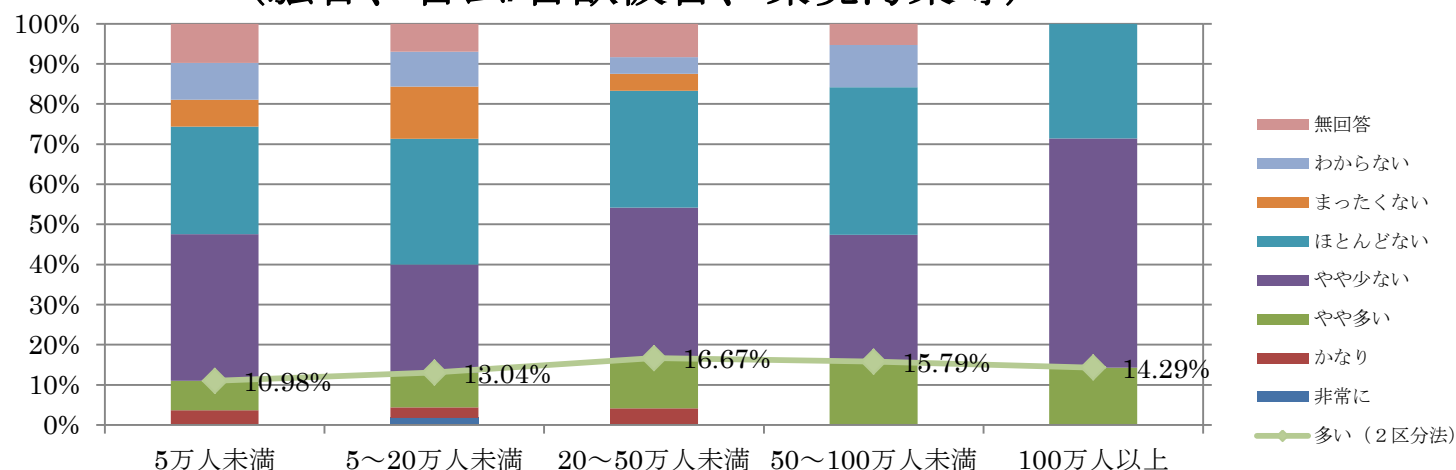
Q10-5 【全体-所轄地域人口規模別】 環境上の問題 (騒音、害虫/害獣被害、環境汚染等)



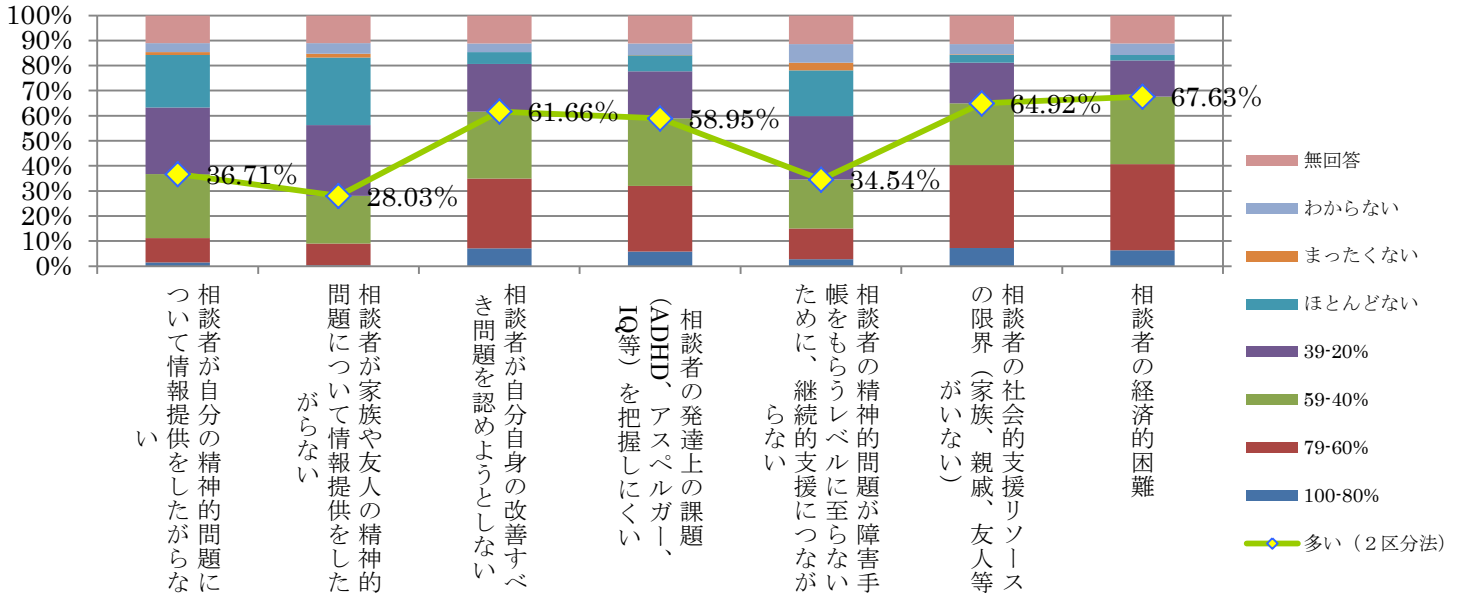
Q10-5. 【専従所轄地域人口規模別】 環境上の問題 (騒音、害虫/害獣被害、環境汚染等)



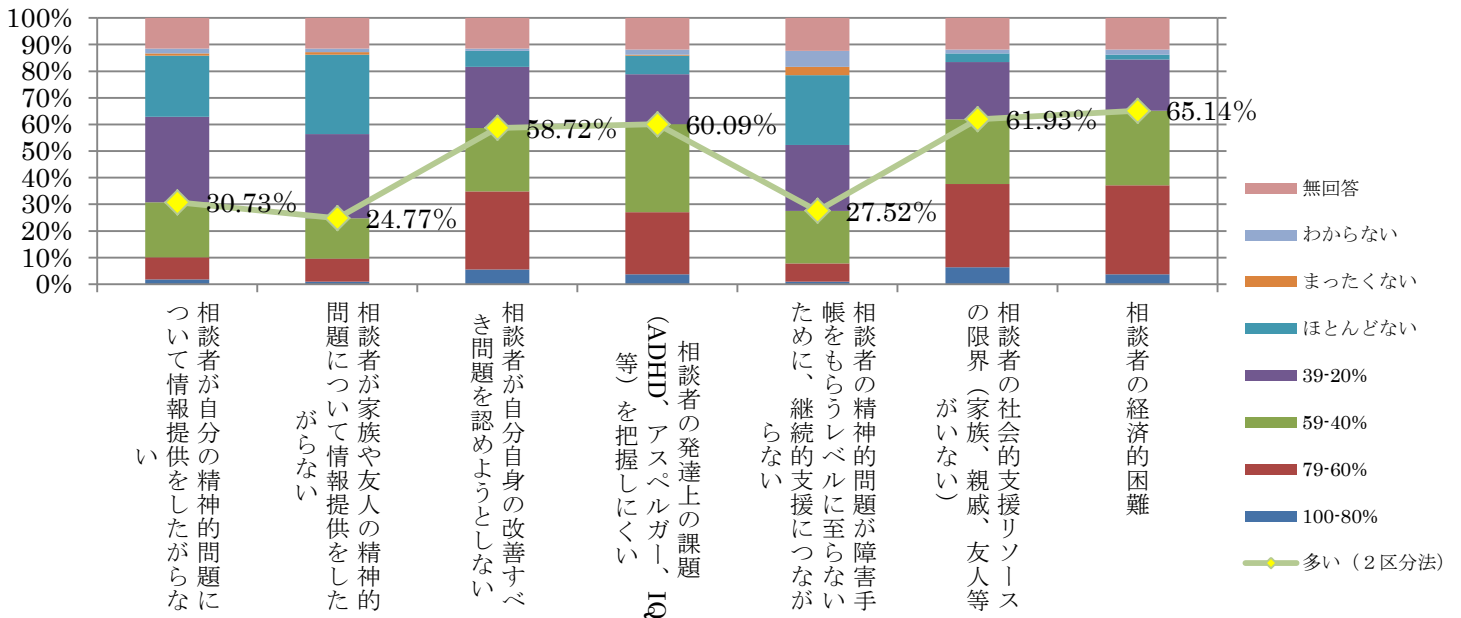
Q10-5. 【専従所轄地域人口規模別】 環境上の問題 (騒音、害虫/害獣被害、環境汚染等)



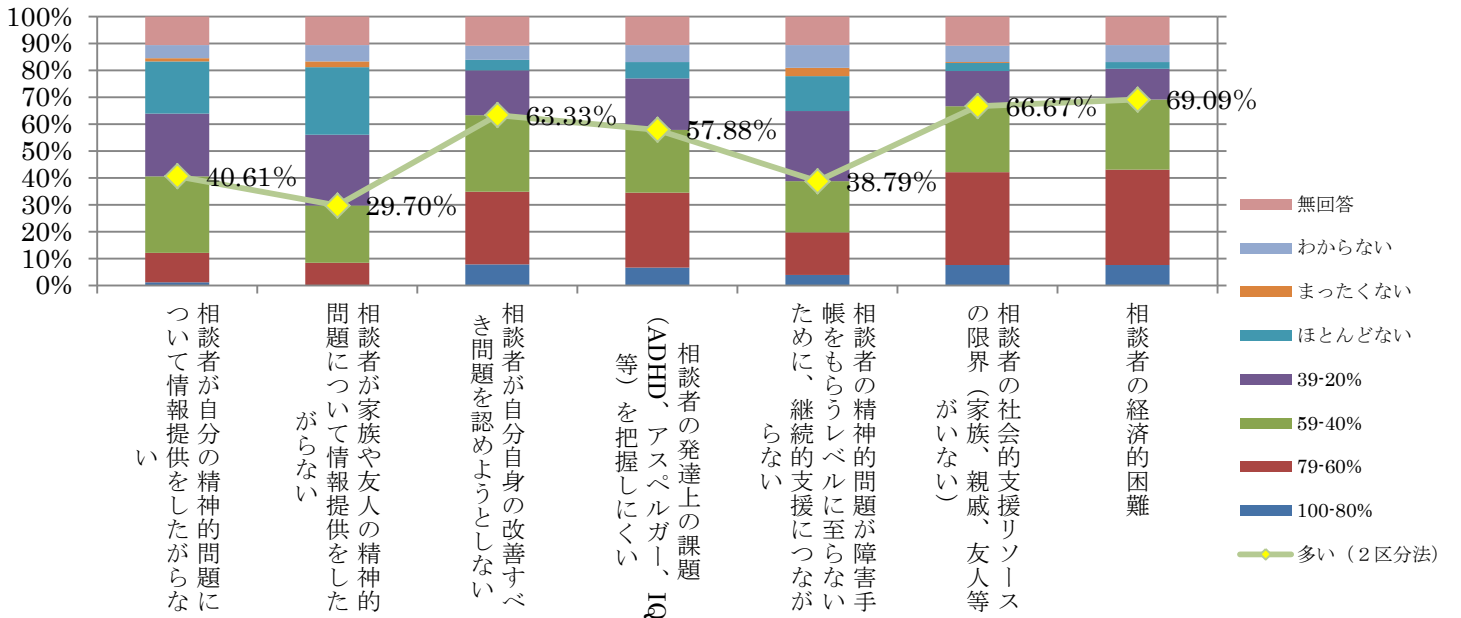
Q11. 相談業務を実施するうえでの困難-相談者に関する要因（全体, n=553）



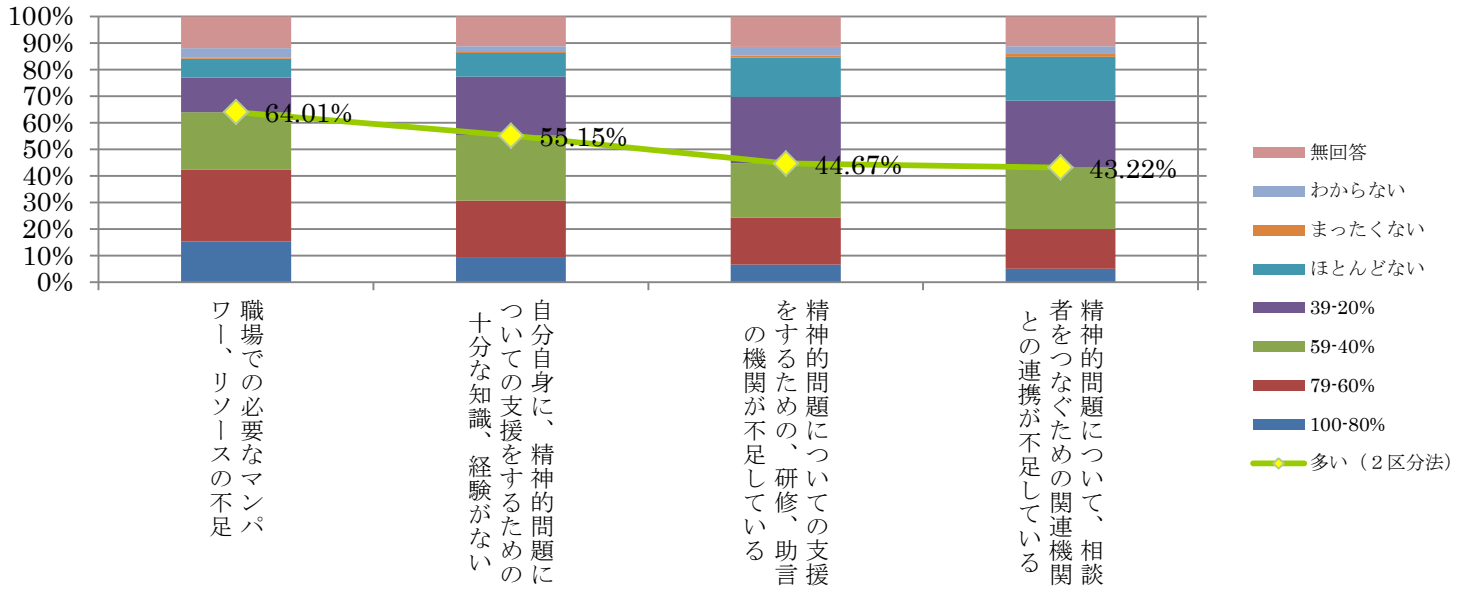
Q11. 相談業務を実施するうえでの困難-相談者に関する要因（専従, n=218）



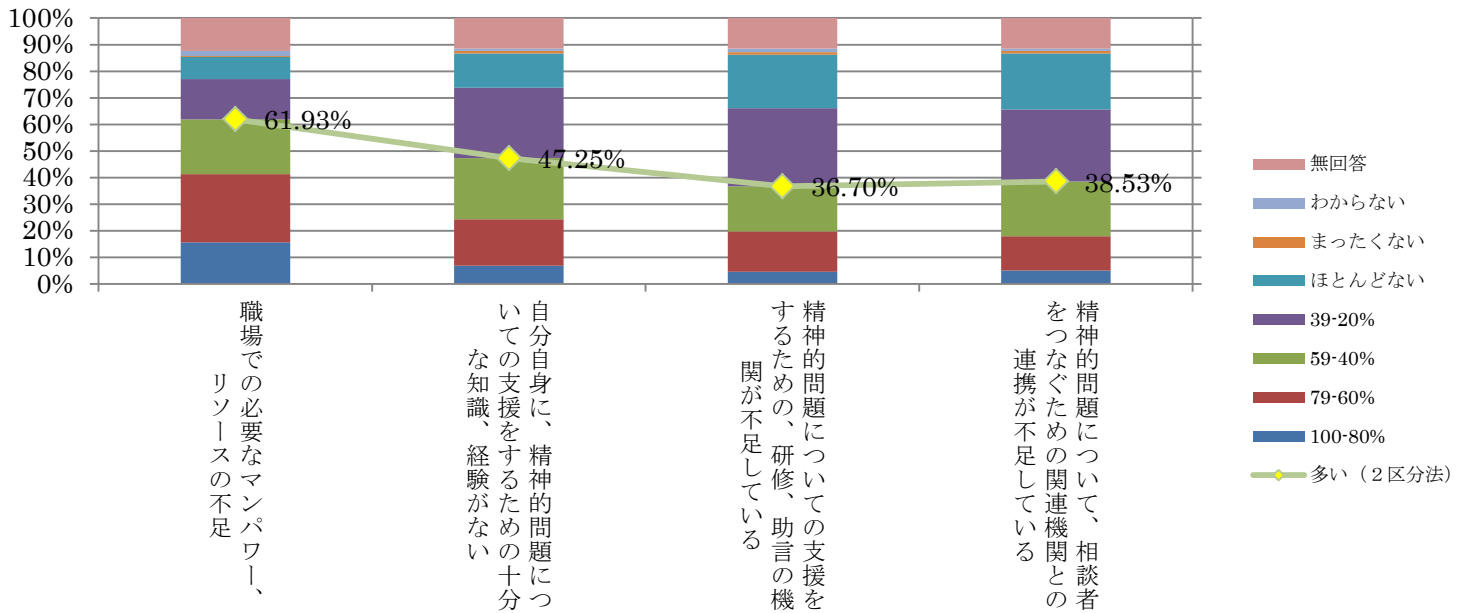
Q11. 相談業務を実施するうえでの困難-相談者に関する要因（非専従, n=330）



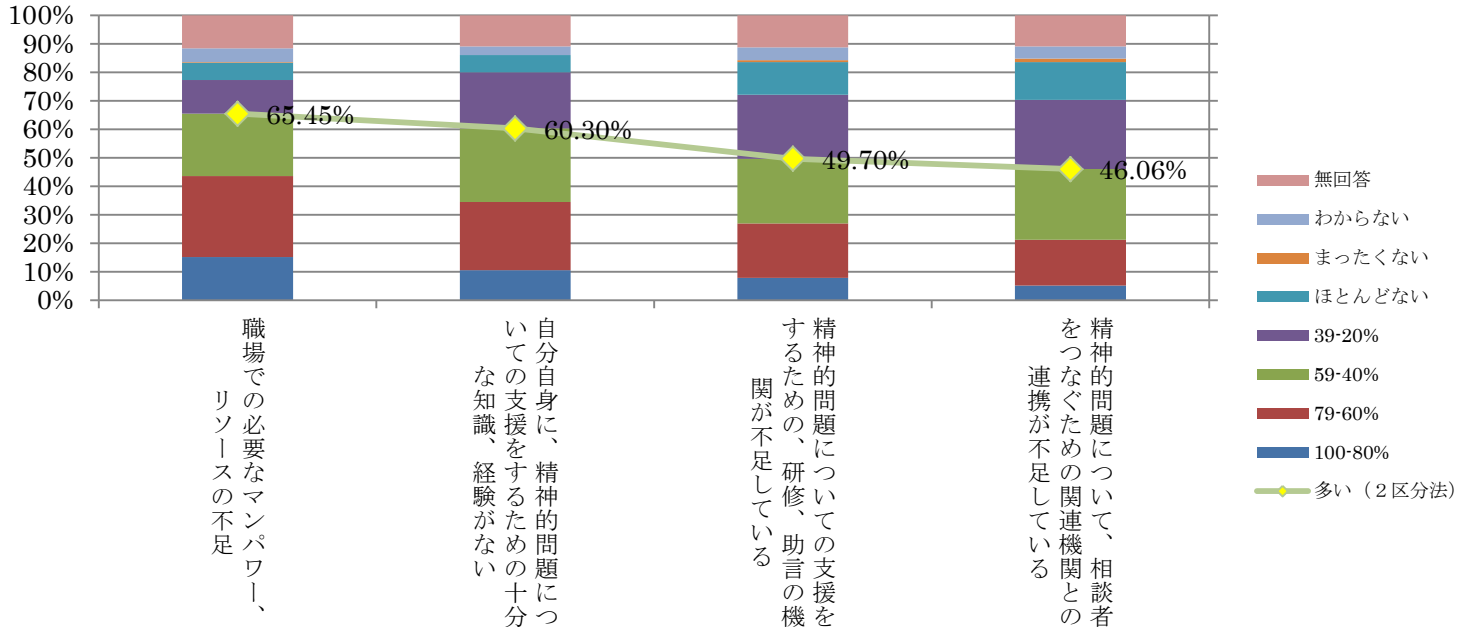
Q11. 相談業務を実施するうえでの困難-相談を受ける側の要因 (全体, n=553)



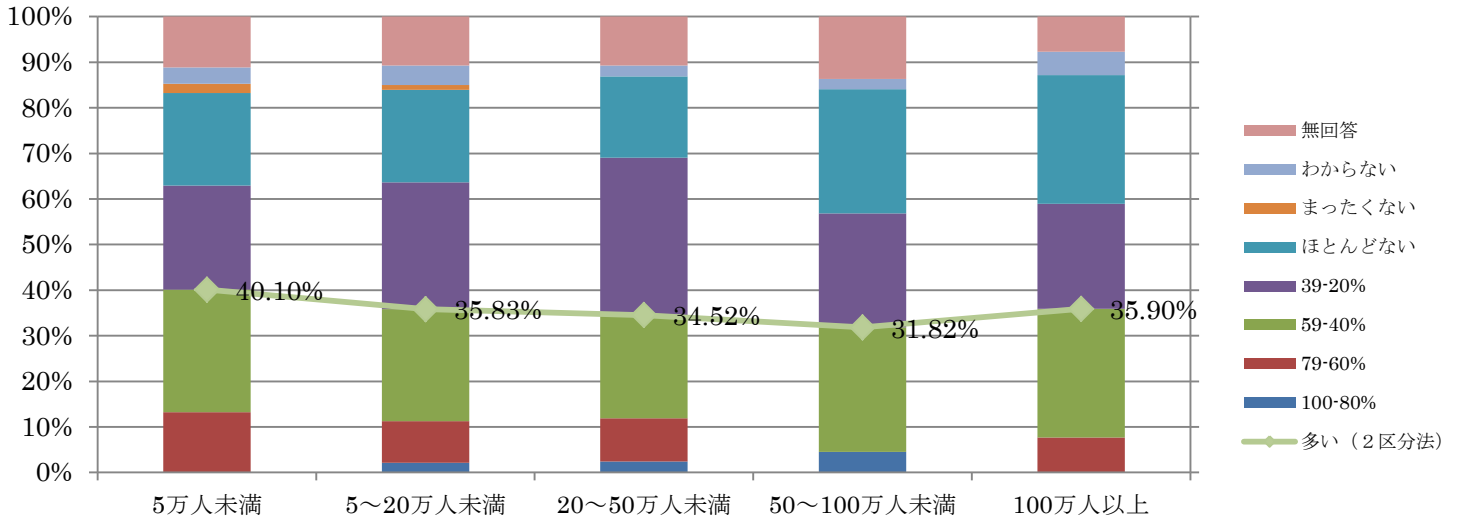
Q11. 相談業務を実施するうえでの困難-相談を受ける側の要因 (専従, n=218)



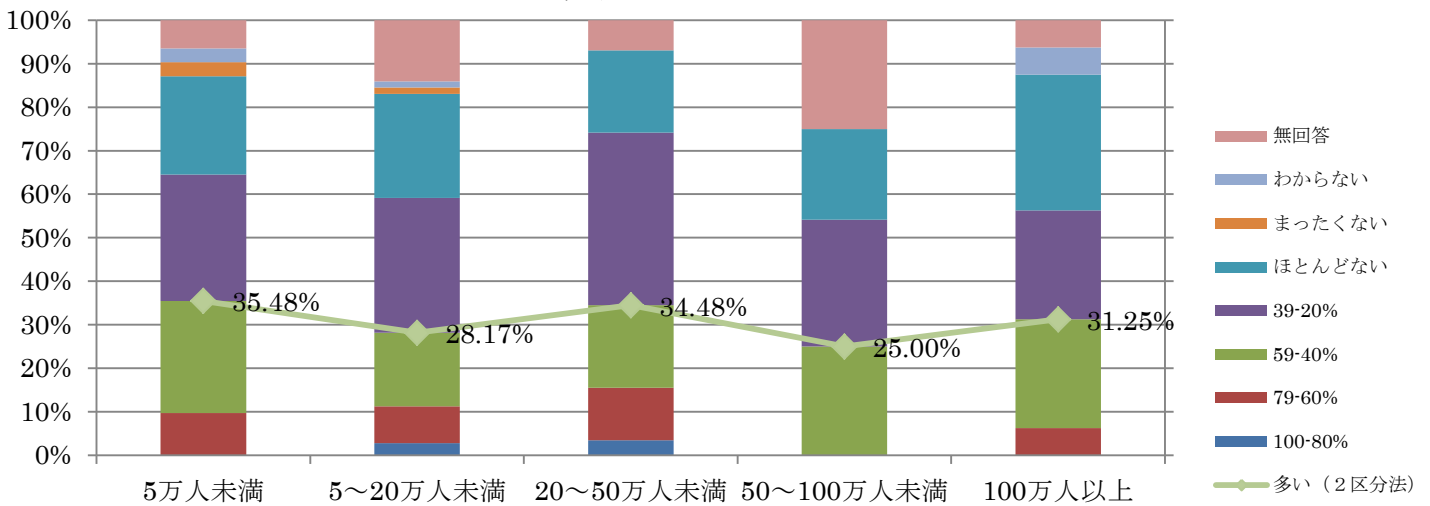
Q11. 相談業務を実施するうえでの困難-相談を受ける側の要因 (非専従, n=330)



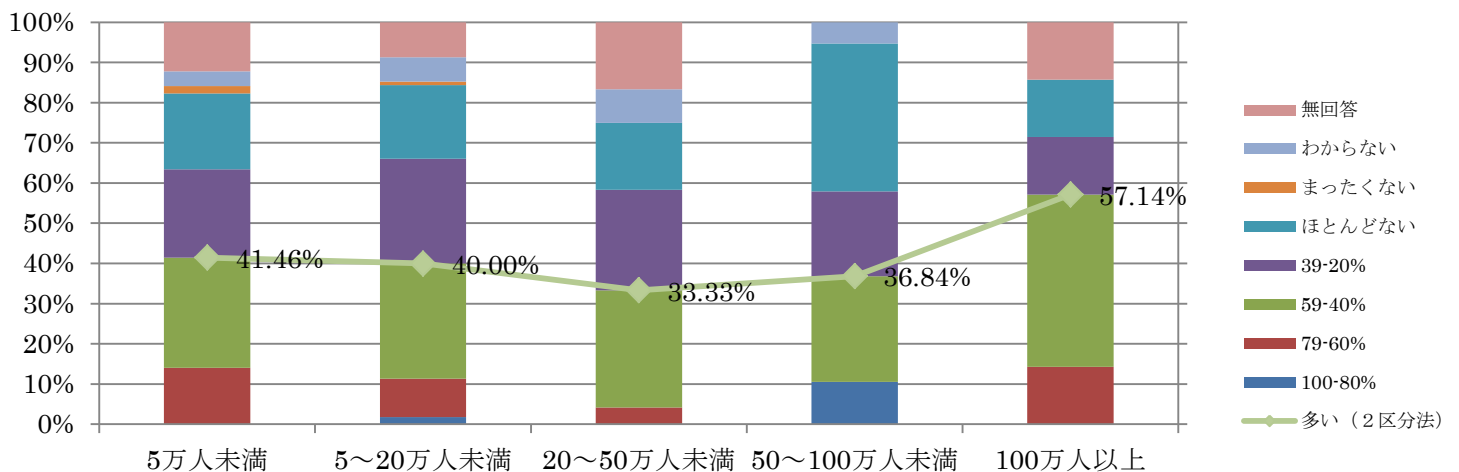
Q11 【全体-所轄地域人口規模別】 相談者が自分の精神的問題について情報提供したまらない



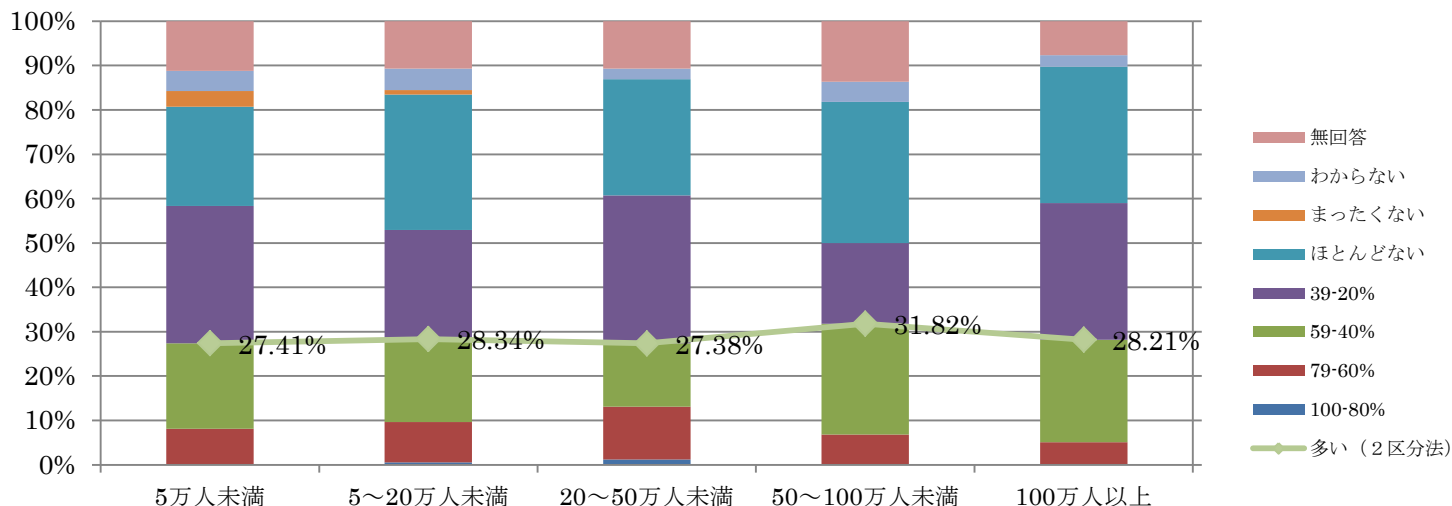
Q11 【専従-所轄地域人口規模別】 相談者が自分の精神的問題について情報提供したまらない



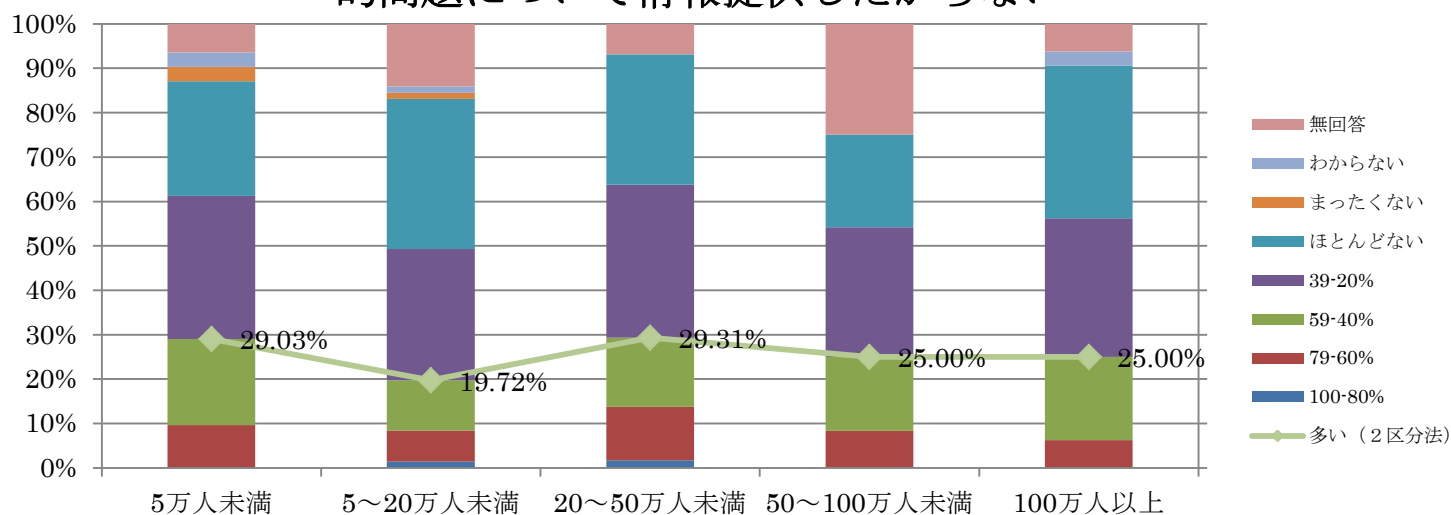
Q11 【非専従-所轄地域人口規模別】 相談者が自分の精神的問題について情報提供したまらない



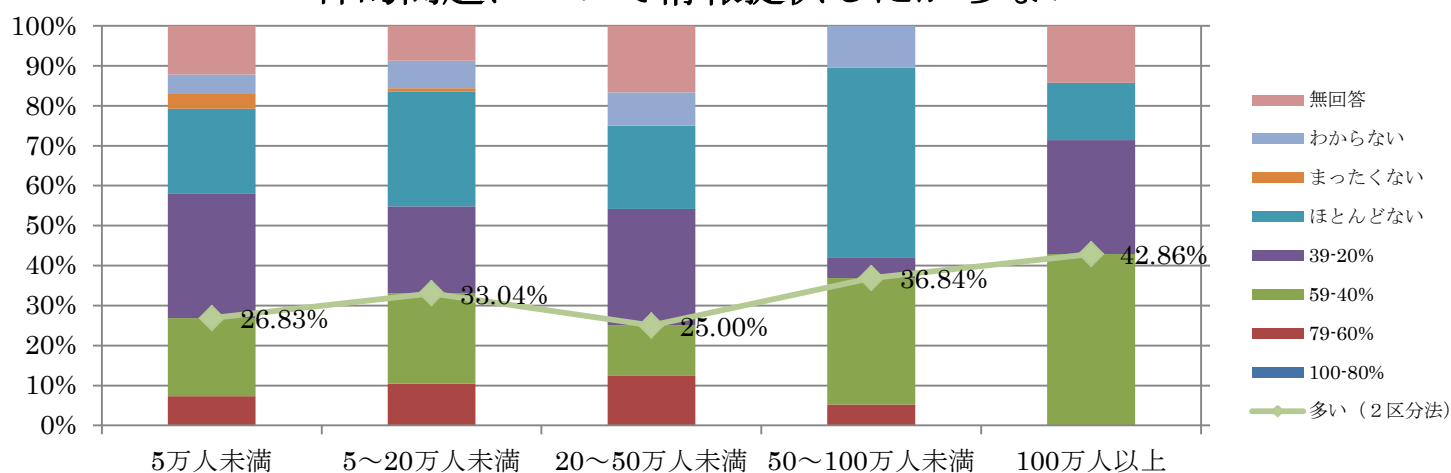
Q11【全体-所轄地域人口規模別】相談者が家族や友人の精神的問題について情報提供したらない



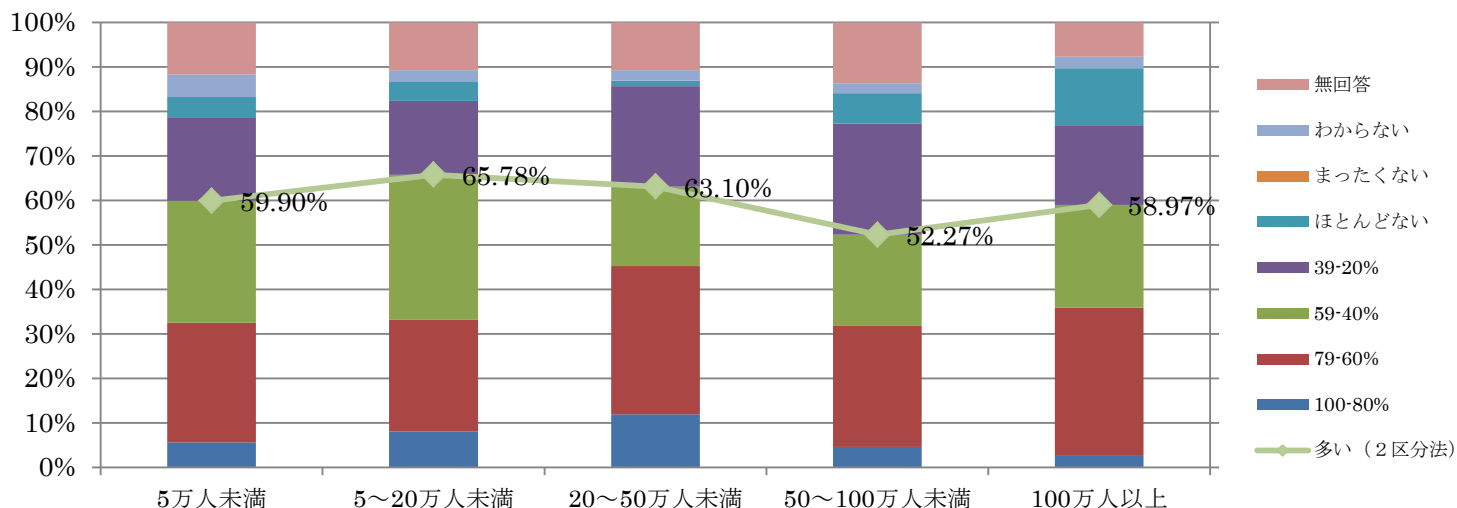
Q11【専従-所轄地域人口規模別】相談者が家族や友人の精神的問題について情報提供したらない



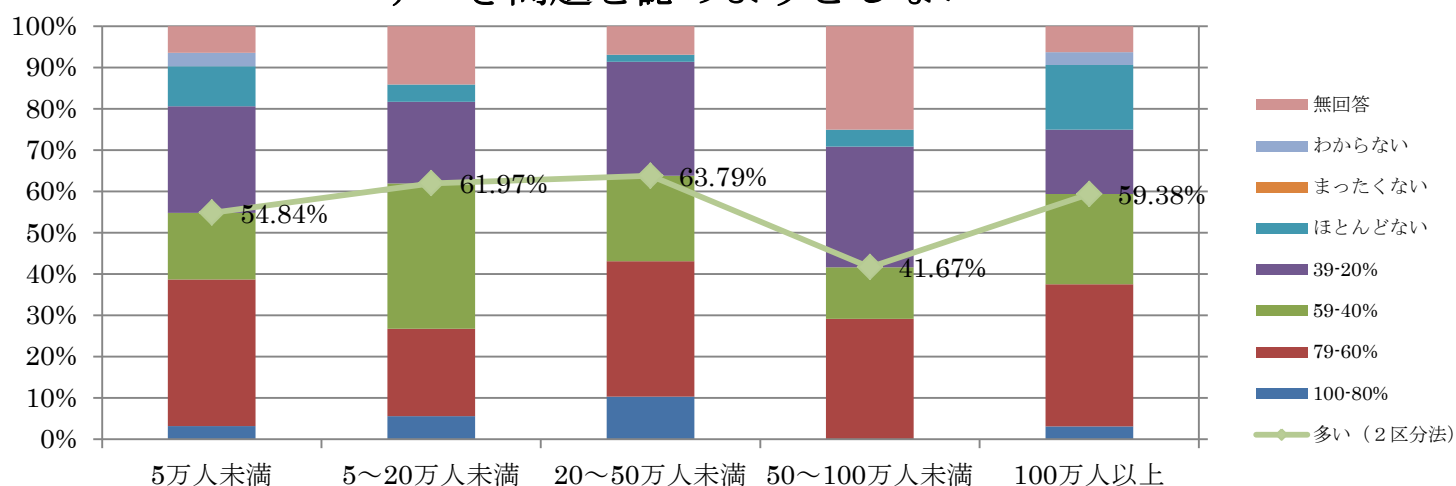
Q11【非専従-所轄地域人口規模別】相談者が家族や友人の精神的問題について情報提供したらない



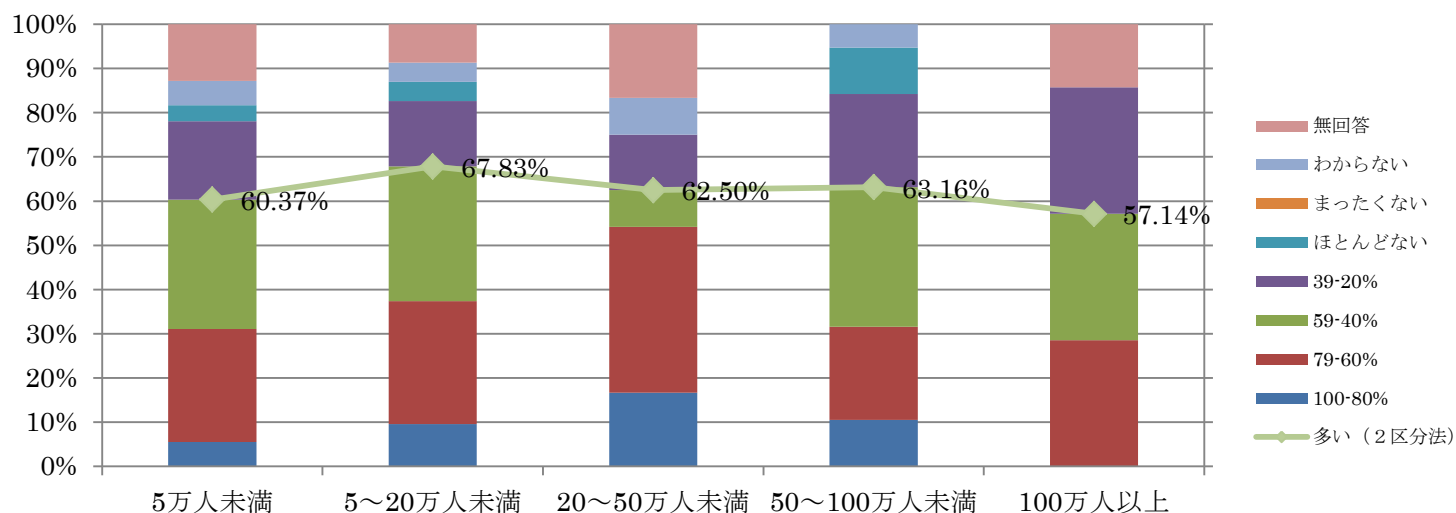
Q11【全体-所轄地域人口規模別】相談者が自分自身の改善すべき問題を認めようとしない



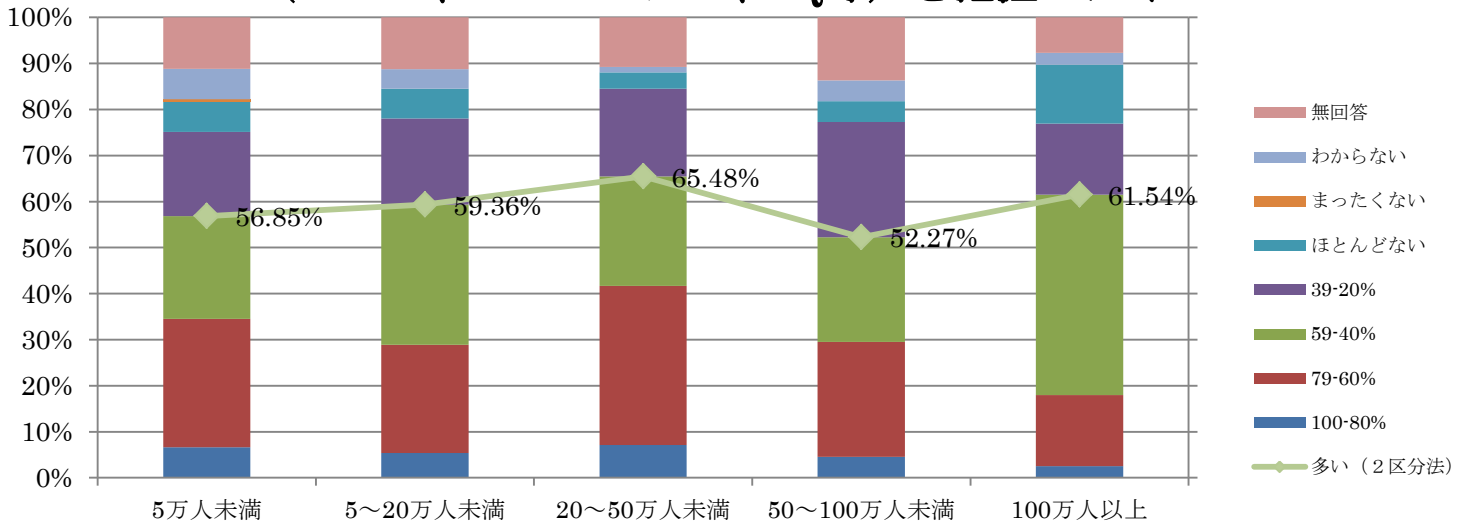
Q11【専従-所轄地域人口規模別】相談者が自分自身の改善すべき問題を認めようとしない



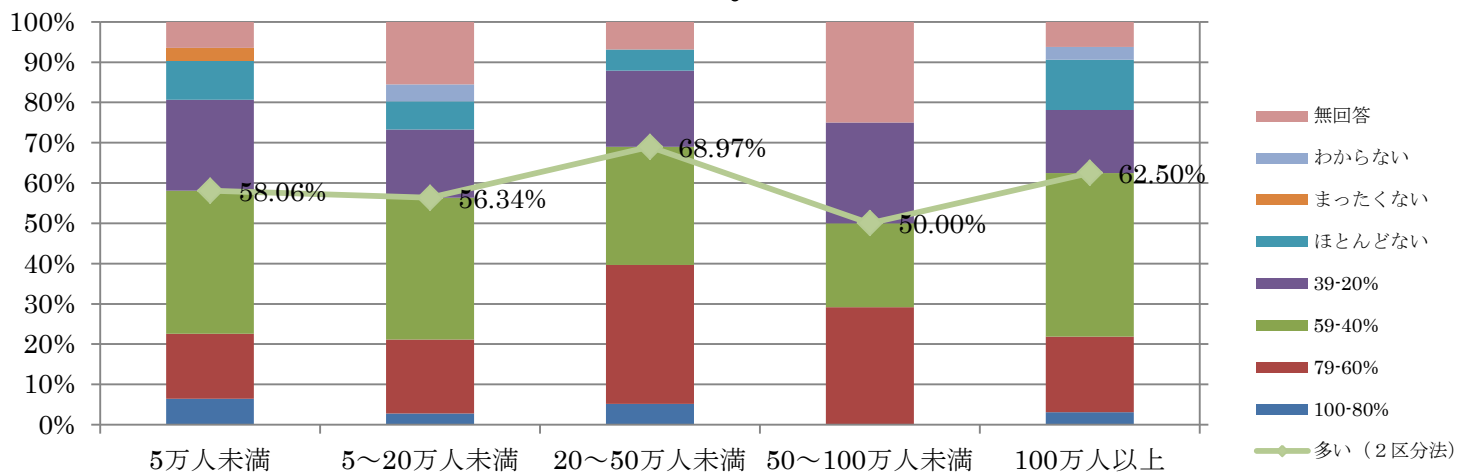
Q11【非専従-所轄地域人口規模別】相談者が自分自身の改善すべき問題を認めようとしない



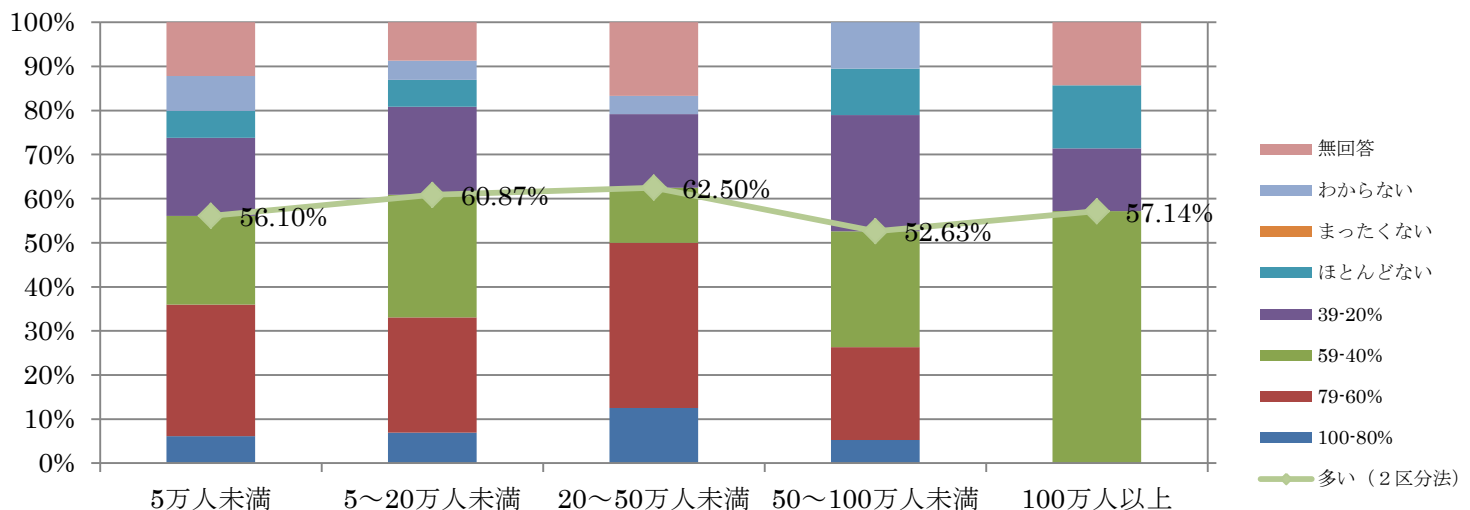
Q11【全体-所轄地域人口規模別】相談者の発達上の課題 (ADHD、アスペルガー、IQ等) を把握しにくい



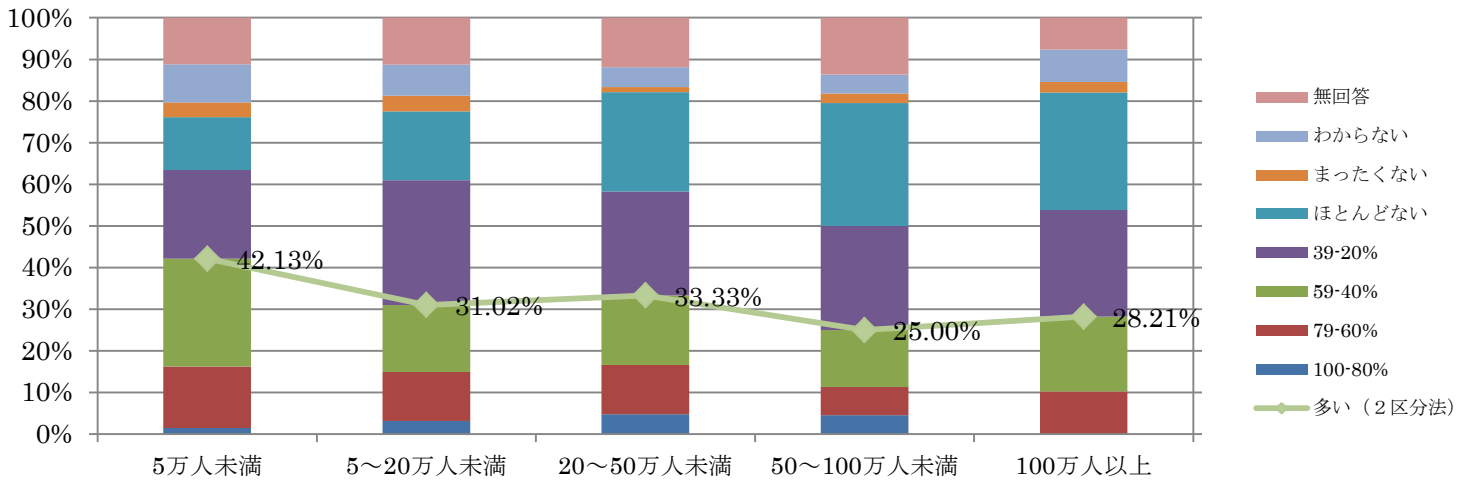
Q11【専従-所轄地域人口規模別】相談者の発達上の課題 (ADHD、アスペルガー、IQ等) を把握しにくい



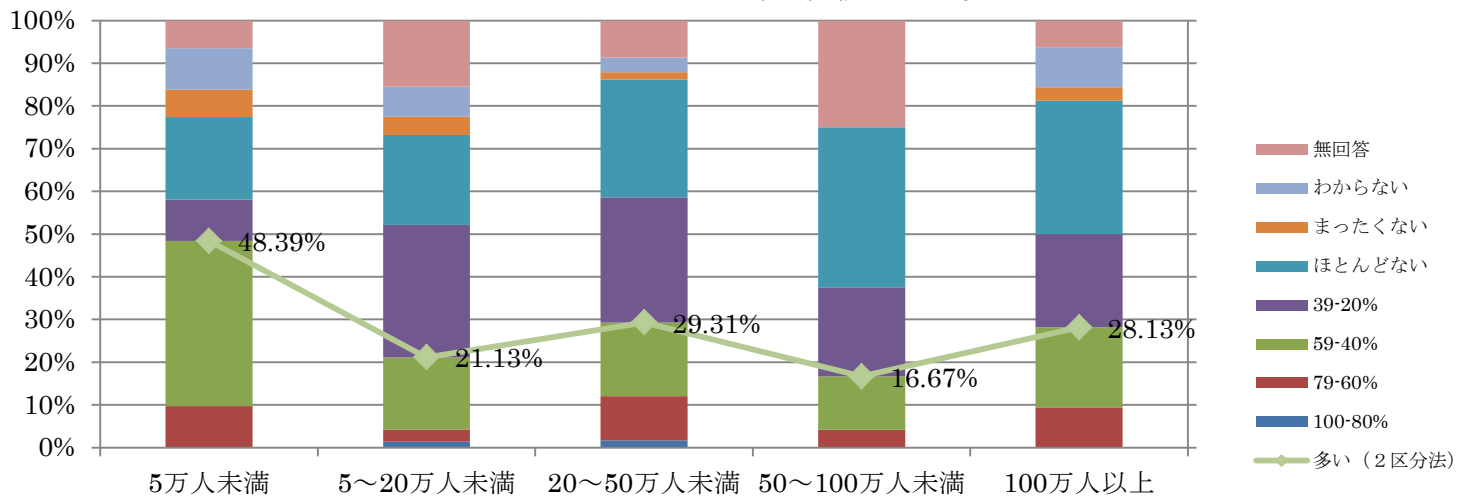
Q11【非専従-所轄地域人口規模別】相談者の発達上の課題 (ADHD、アスペルガー、IQ等) を把握しにくい



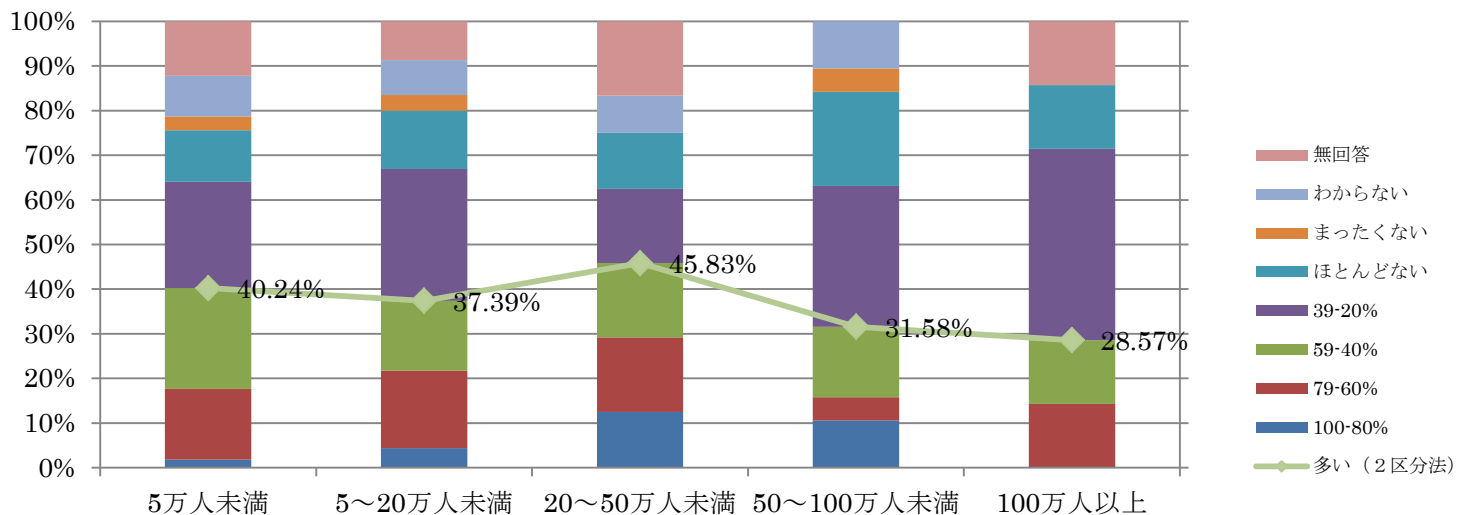
Q11【全体-所轄地域人口規模別】相談者の精神的問題が障害手帳をもらうレベルに至らないために、継続的支援につながらない



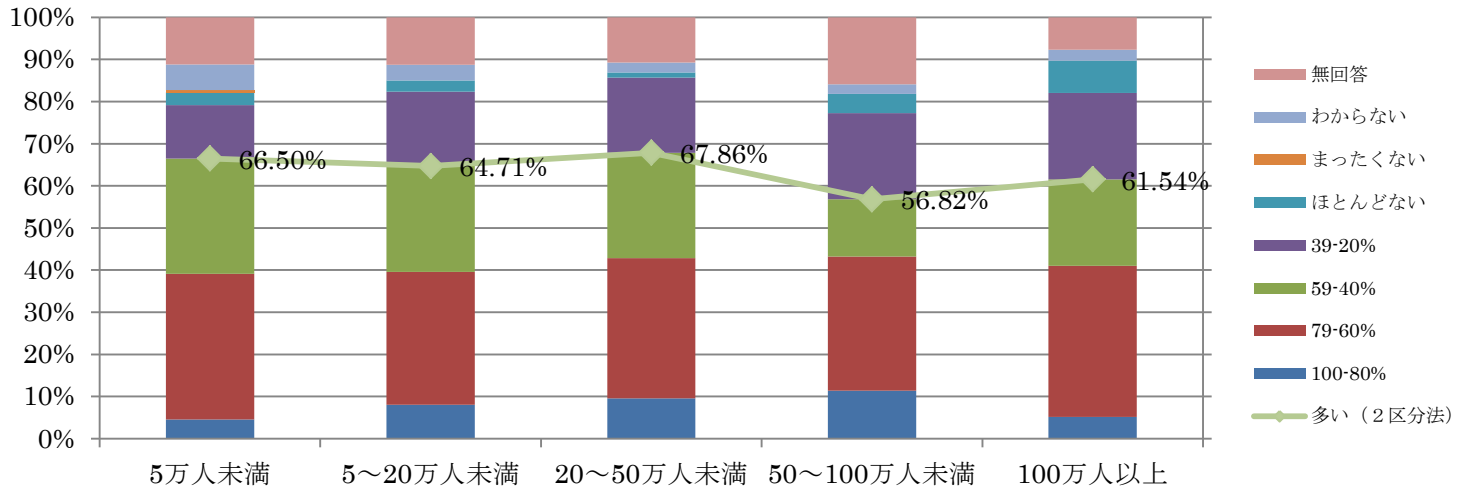
Q11【専従-所轄地域人口規模別】相談者の精神的問題が障害手帳をもらうレベルに至らないために、継続的支援につながらない



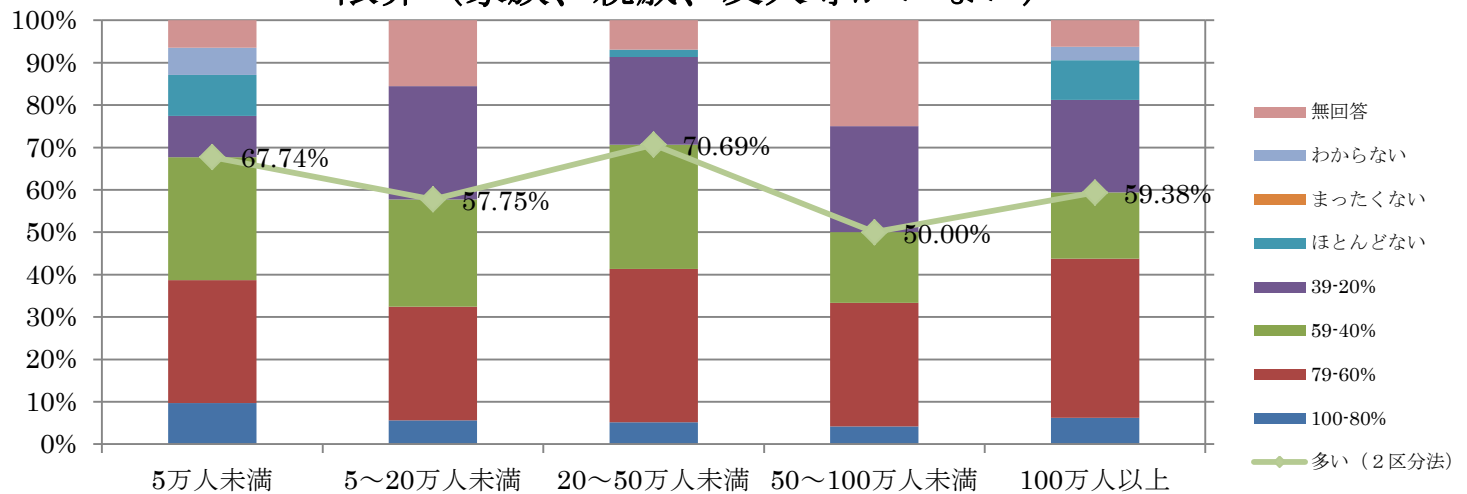
Q11【非専従-所轄地域人口規模別】相談者の精神的問題が障害手帳をもらうレベルに至らないために、継続的支援につながらない



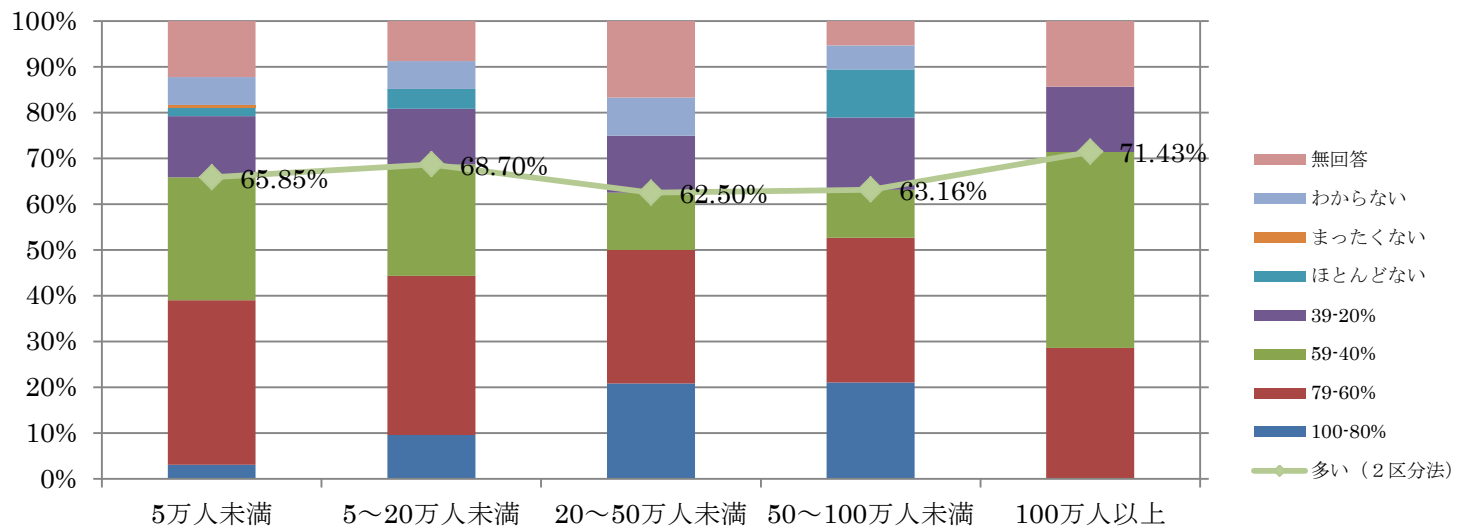
Q11【全体-所轄地域人口規模別】相談者の社会的リソースの限界（家族、親戚、友人等がない）



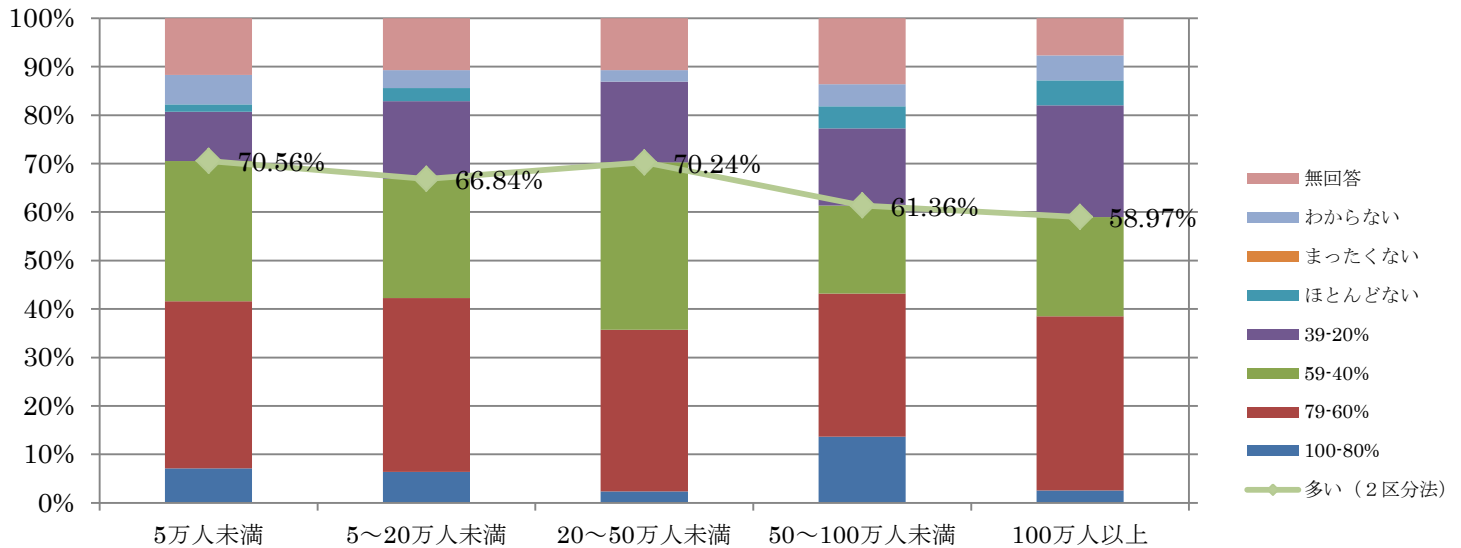
Q11【専従-所轄地域人口規模別】相談者の社会的リソースの限界（家族、親戚、友人等がない）



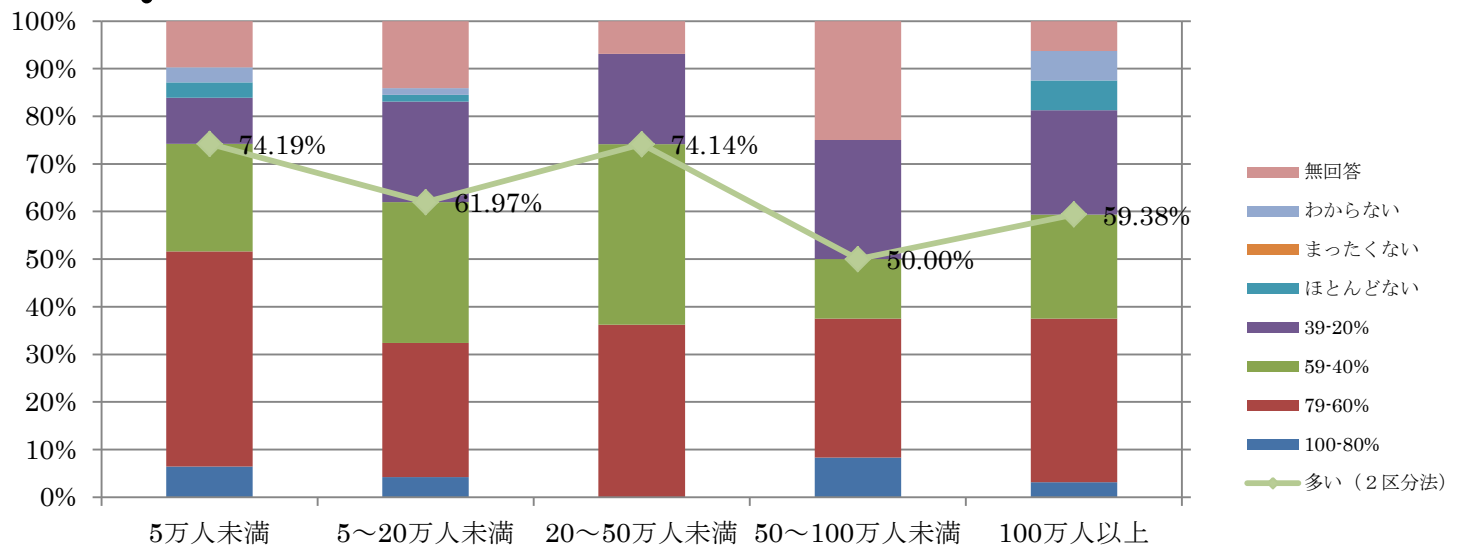
Q11【非専従-所轄地域人口規模別】相談者の社会的リソースの限界（家族、親戚、友人等がない）



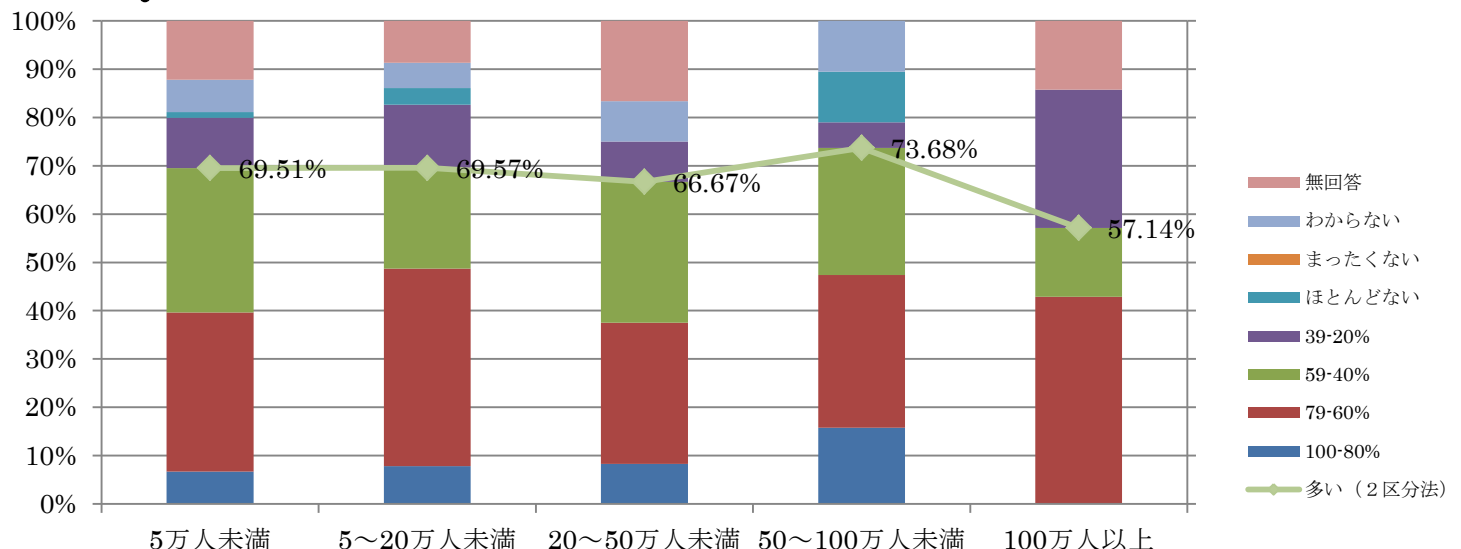
Q11【全体-所轄地域人口規模別】相談者の経済的困難



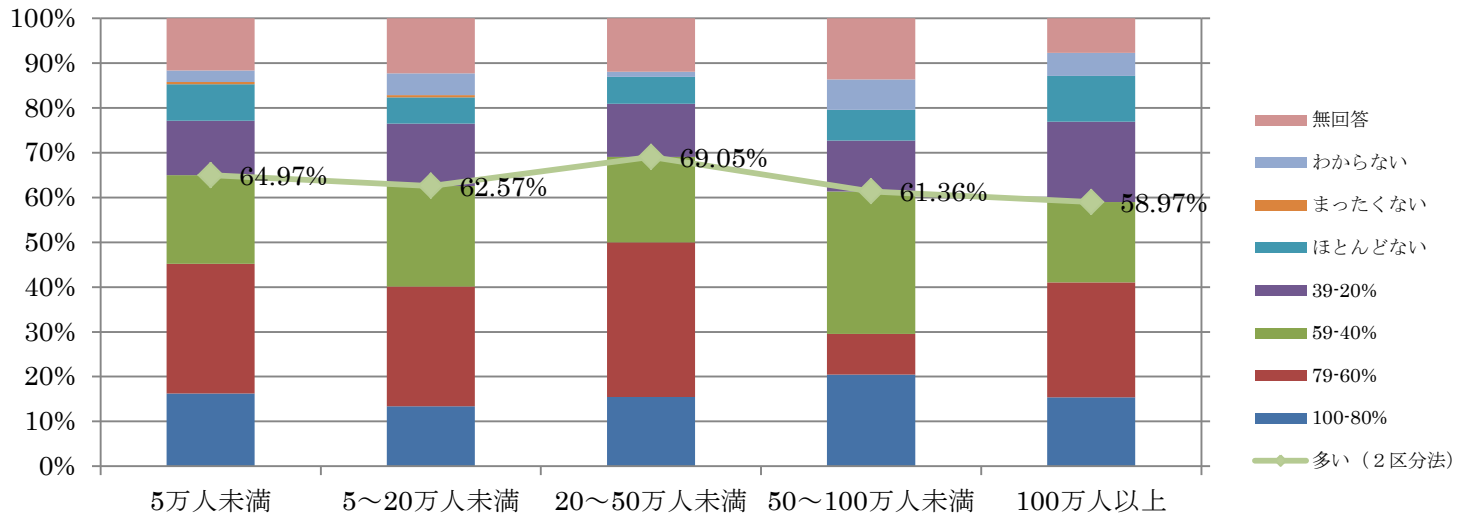
Q11【専従-所轄地域人口規模別】相談者の経済的困難



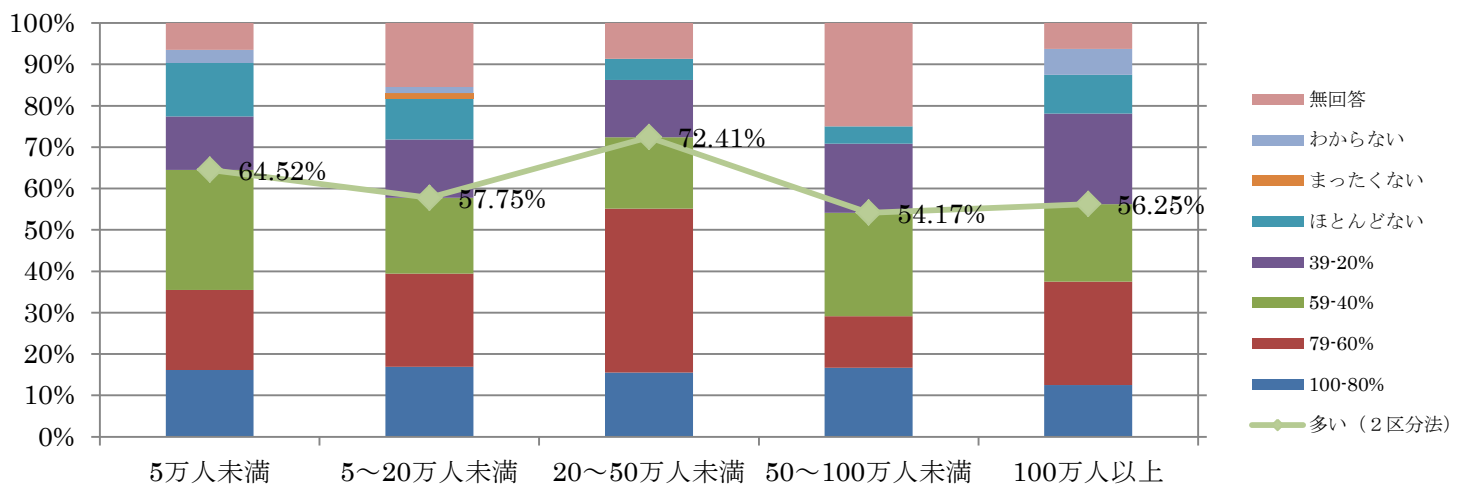
Q11【非専従-所轄地域人口規模別】相談者の経済的困難



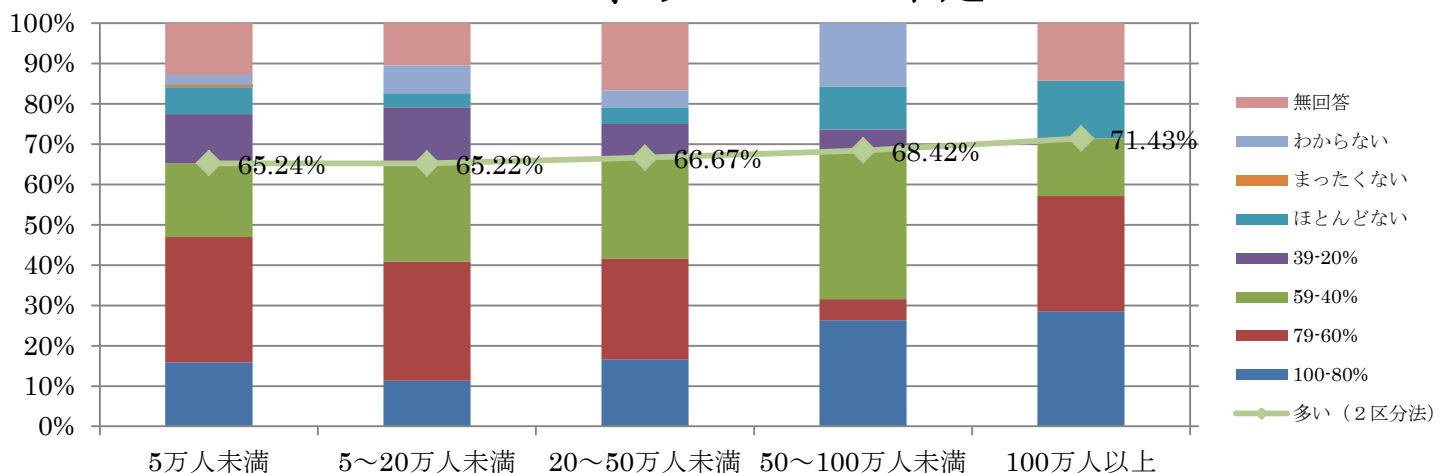
Q11 【全体-所轄地域人口規模別】 職場での必要なマンパワー、リソースの不足



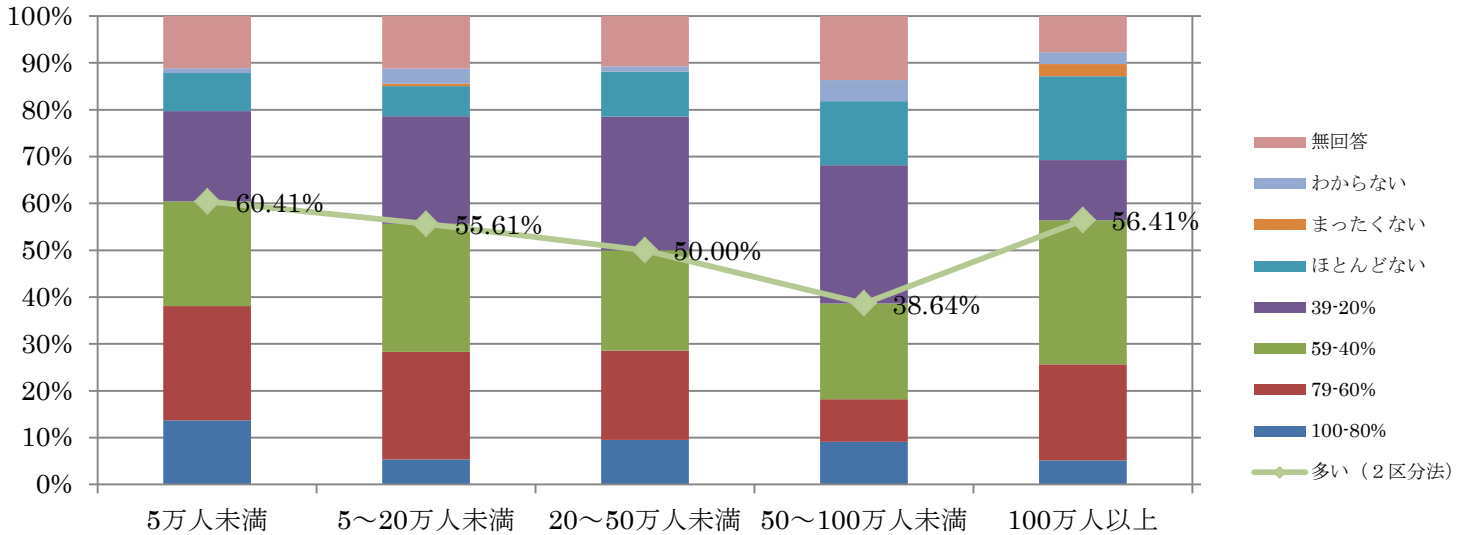
Q11 【専従-所轄地域人口規模別】 職場での必要なマンパワー、リソースの不足



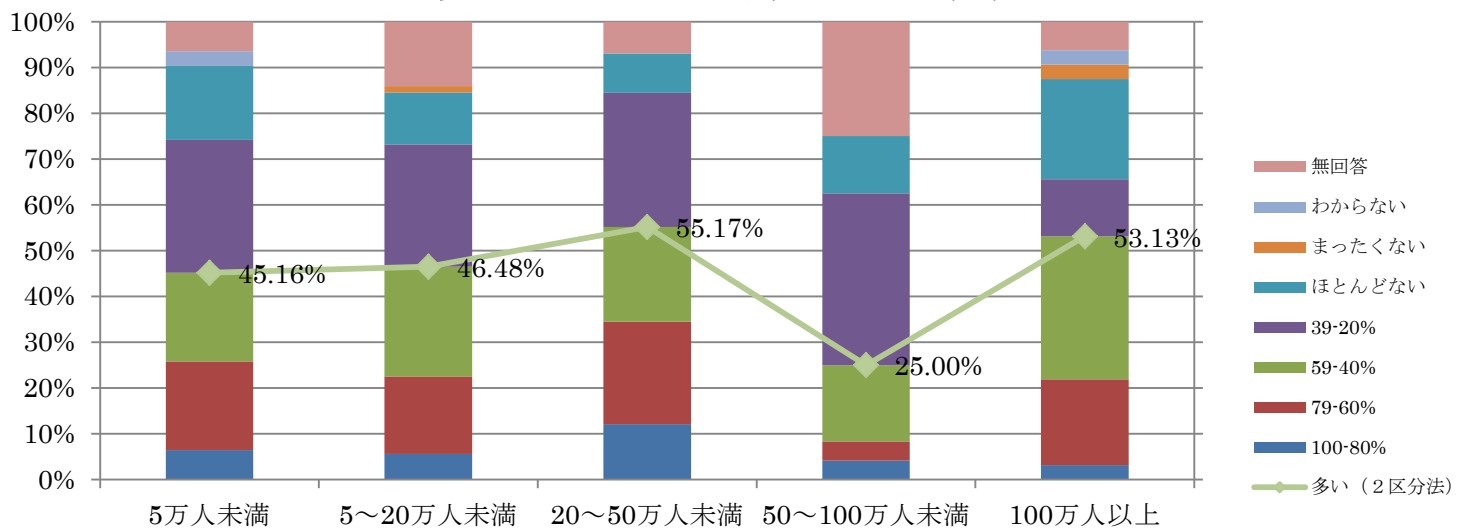
Q11 【非専従-所轄地域人口規模別】 職場での必要なマンパワー、リソースの不足



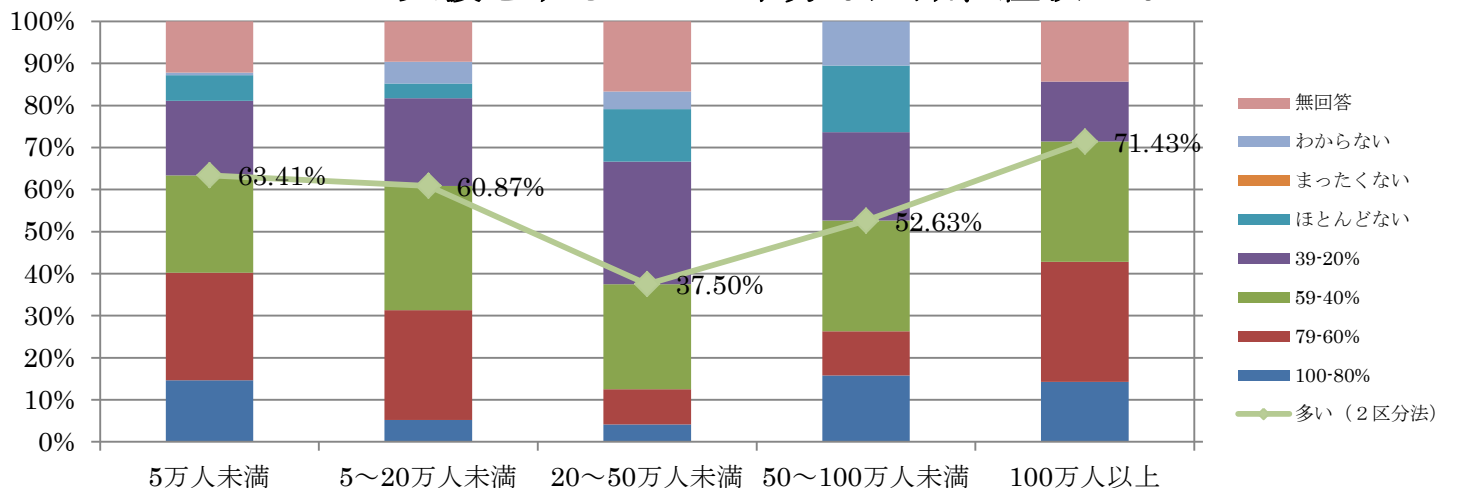
Q11【全体-所轄地域人口規模別】自分自身に、精神的問題についての支援をするための十分な知識、経験がない



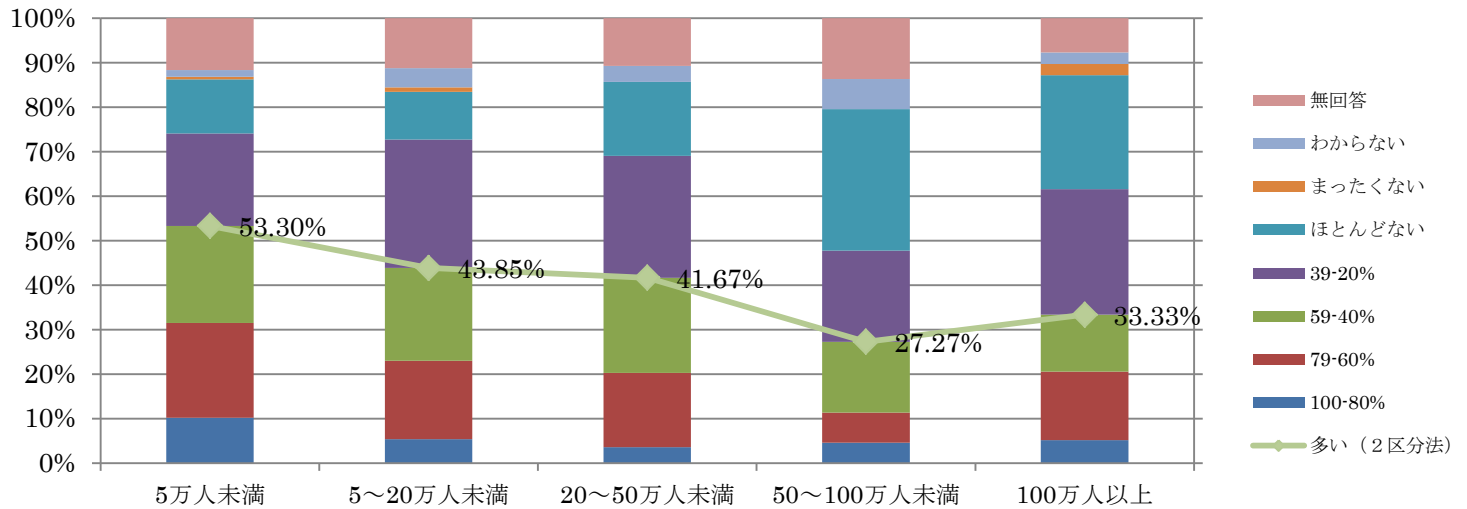
Q11【専従-所轄地域人口規模別】自分自身に、精神的問題についての支援をするための十分な知識、経験がない



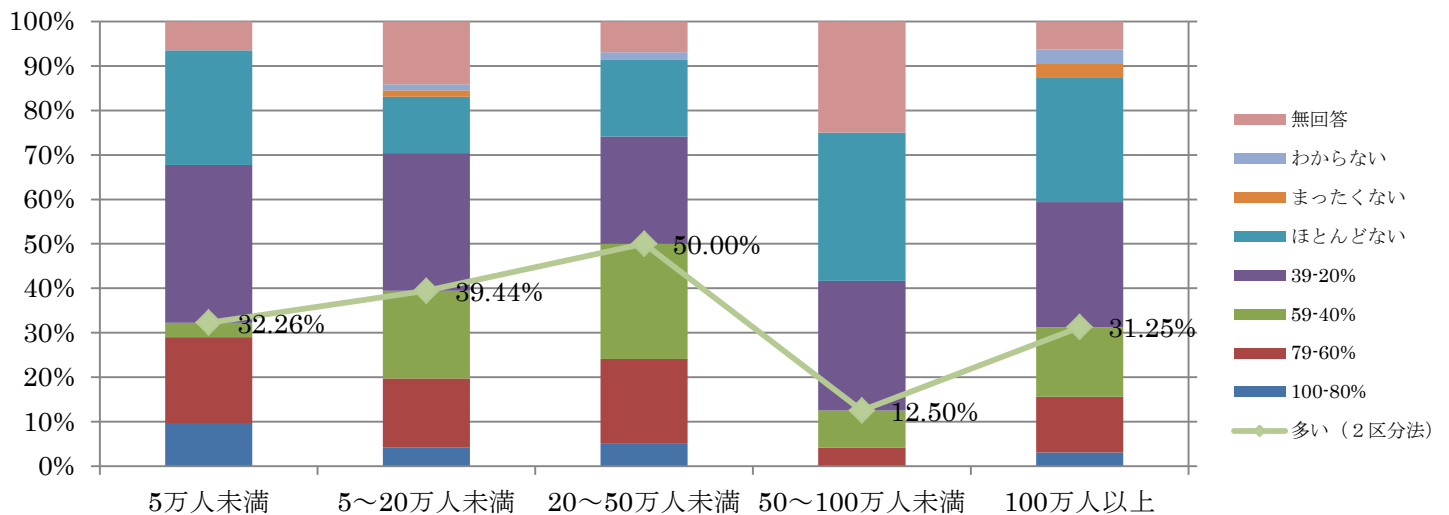
Q11【非専従-所轄地域人口規模別】自分自身に、精神的問題についての支援をするための十分な知識、経験がない



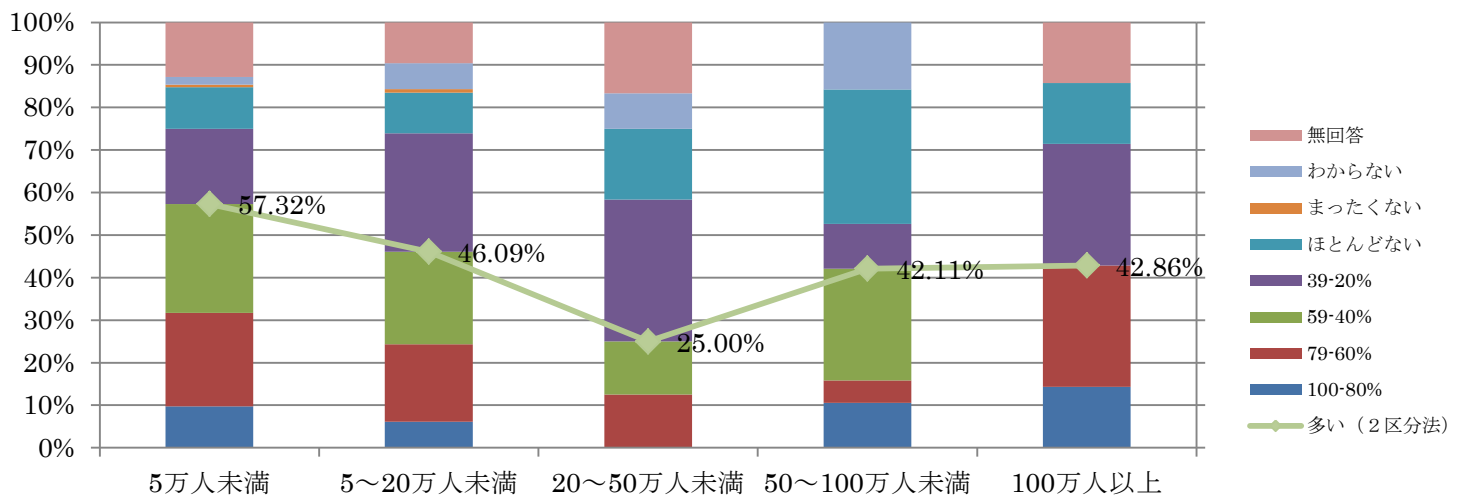
Q11 【全体-所轄地域人口規模別】 精神的問題について支援をするための、研修、助言の機会が不足している



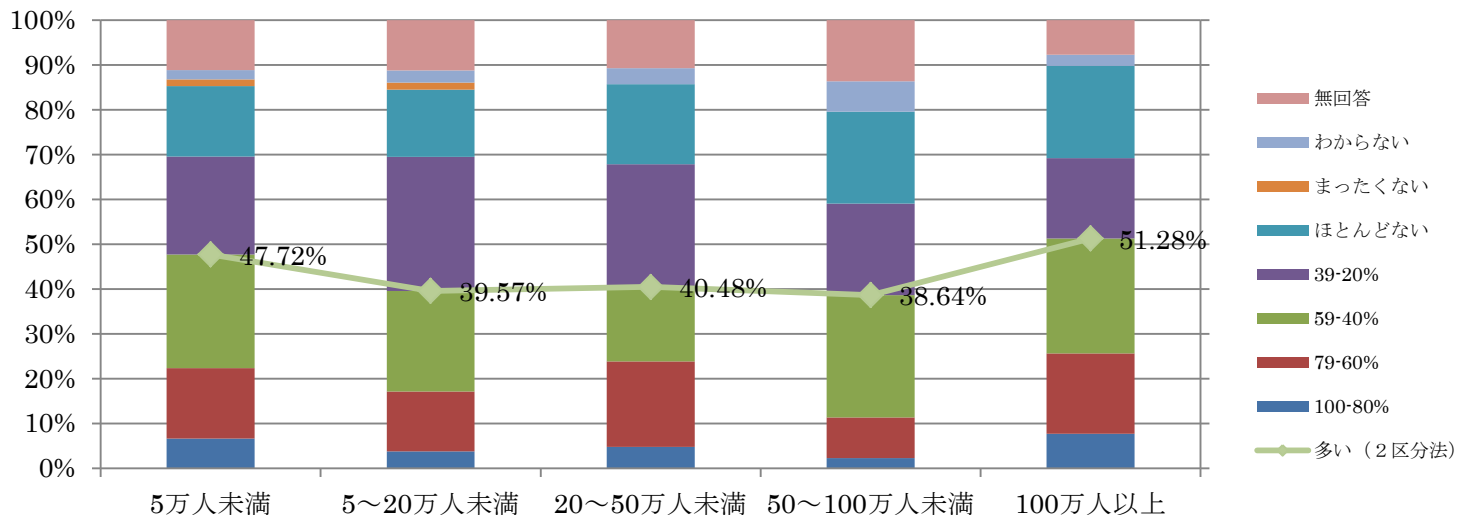
Q11 【専従-所轄地域人口規模別】 精神的問題について支援をするための、研修、助言の機会が不足している



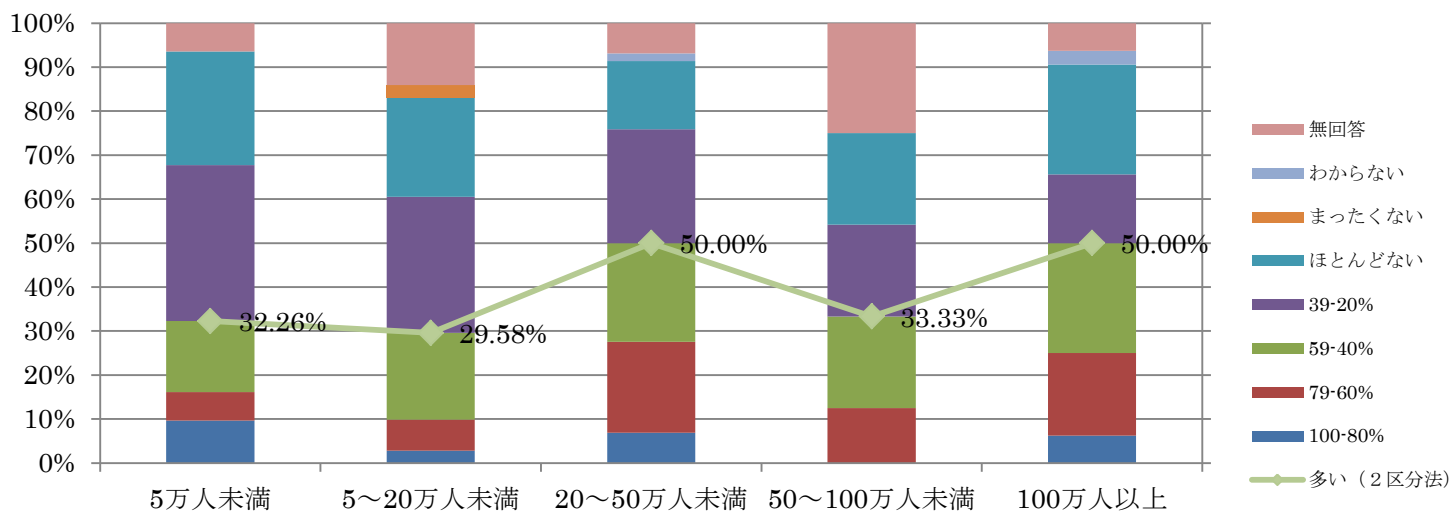
Q11 【非専従-所轄地域人口規模別】 精神的問題について支援をするための、研修、助言の機会が不足している



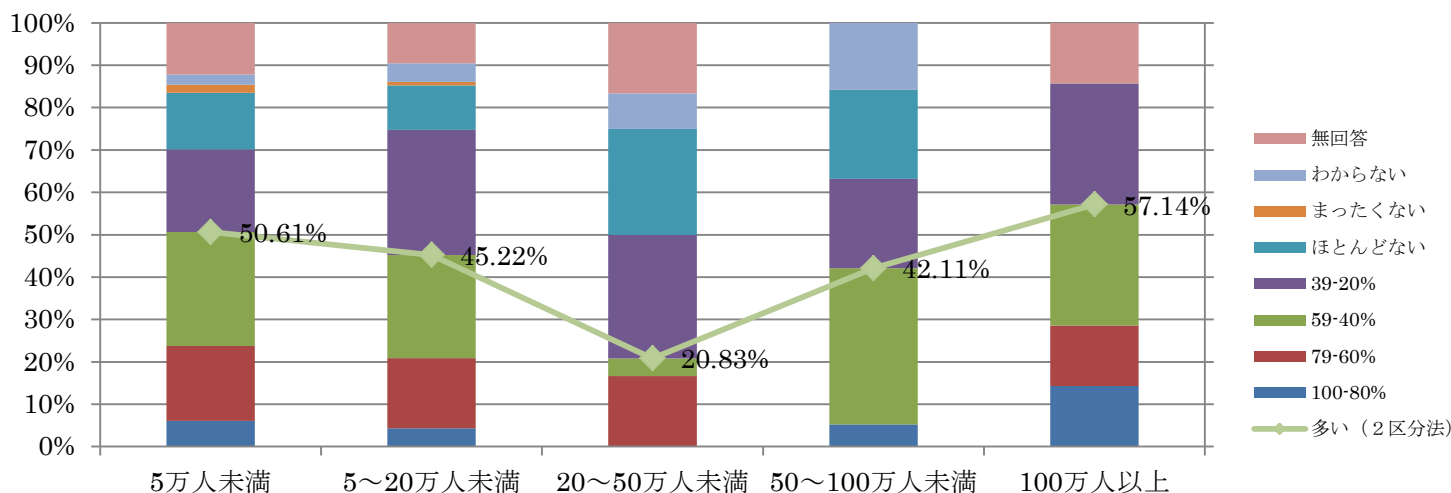
Q11【全体-所轄地域人口規模別】精神的問題について、相談者をつなぐための関連機関との連携が不足している



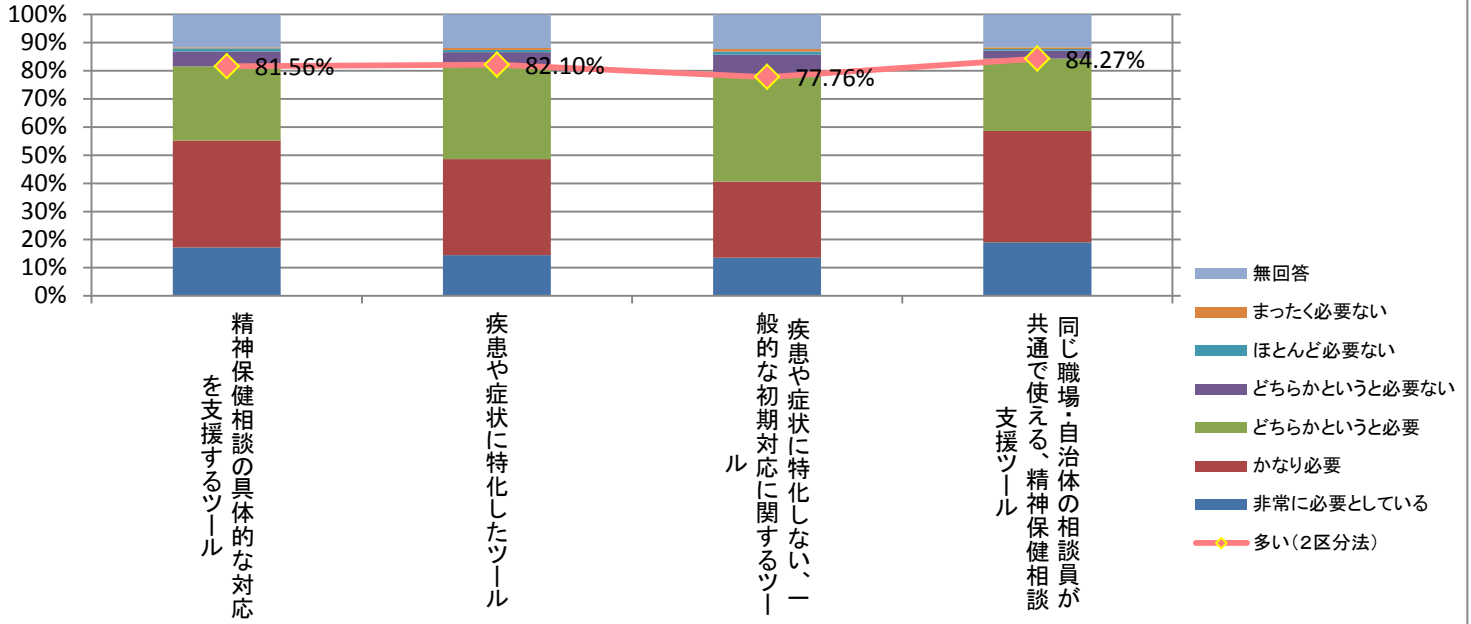
Q11【専従-所轄地域人口規模別】精神的問題について、相談者をつなぐための関連機関との連携が不足している



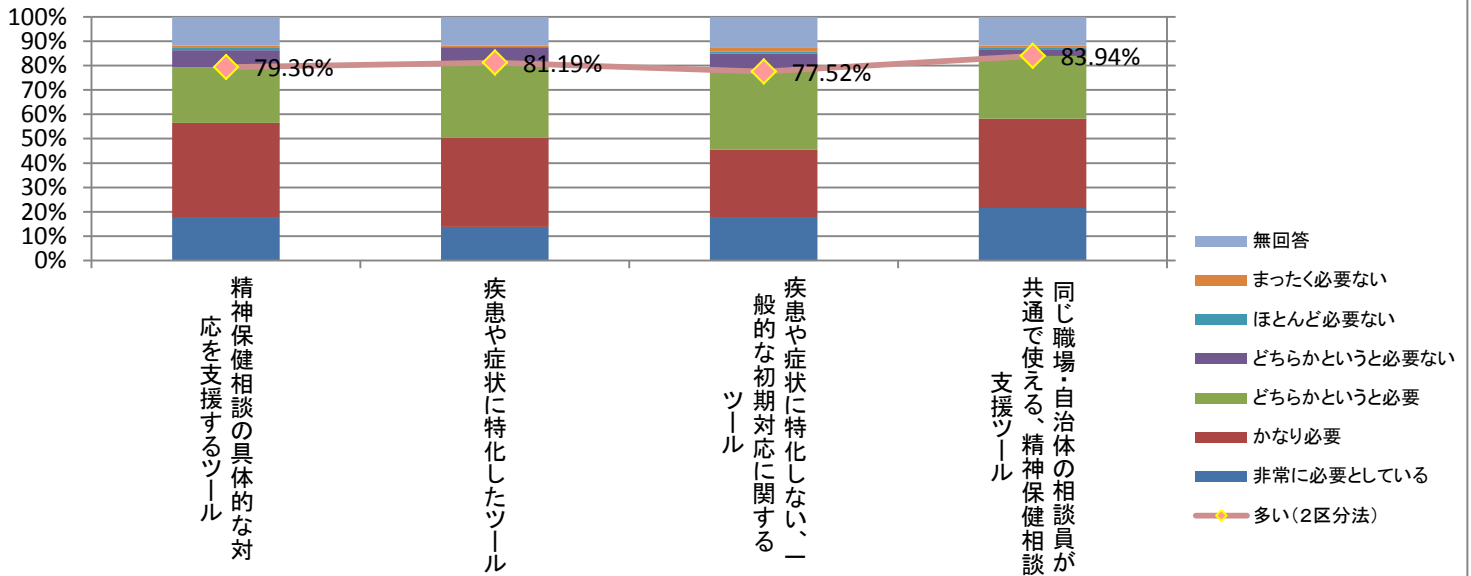
Q11【非専従-所轄地域人口規模別】精神的問題について、相談者をつなぐための関連機関との連携が不足している



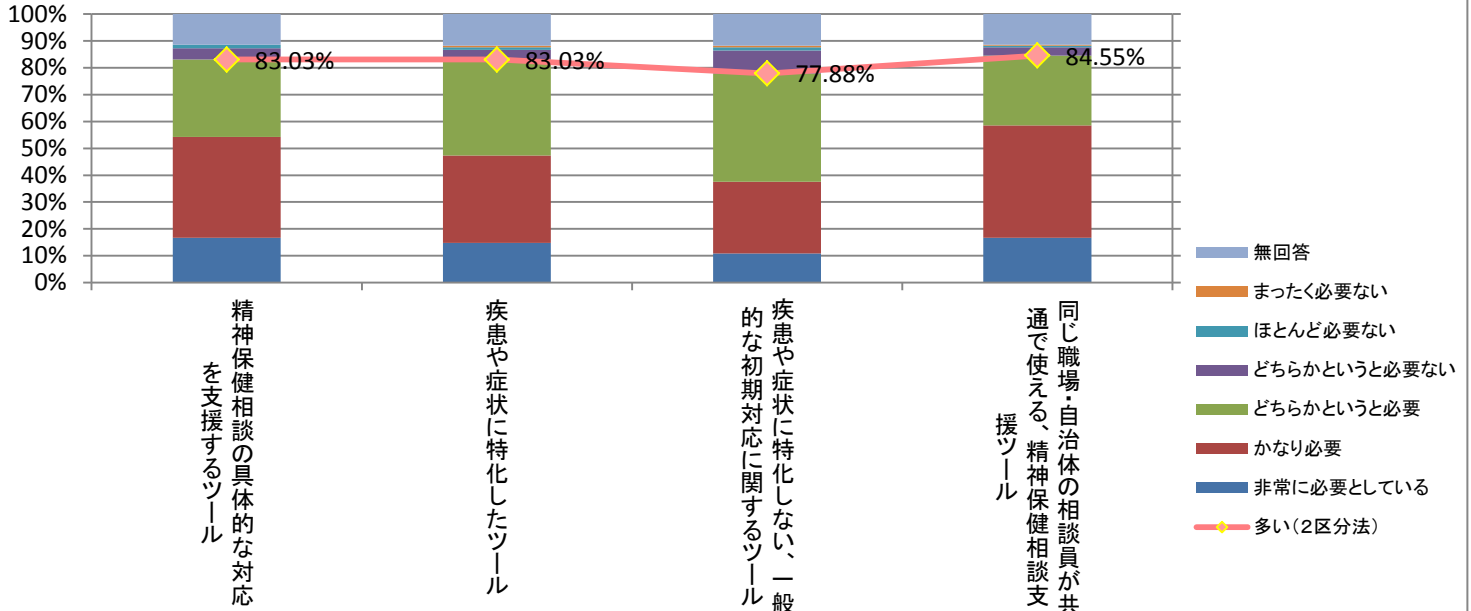
Q12 のぞましい精神保健相談支援ツール (全体, n=553)



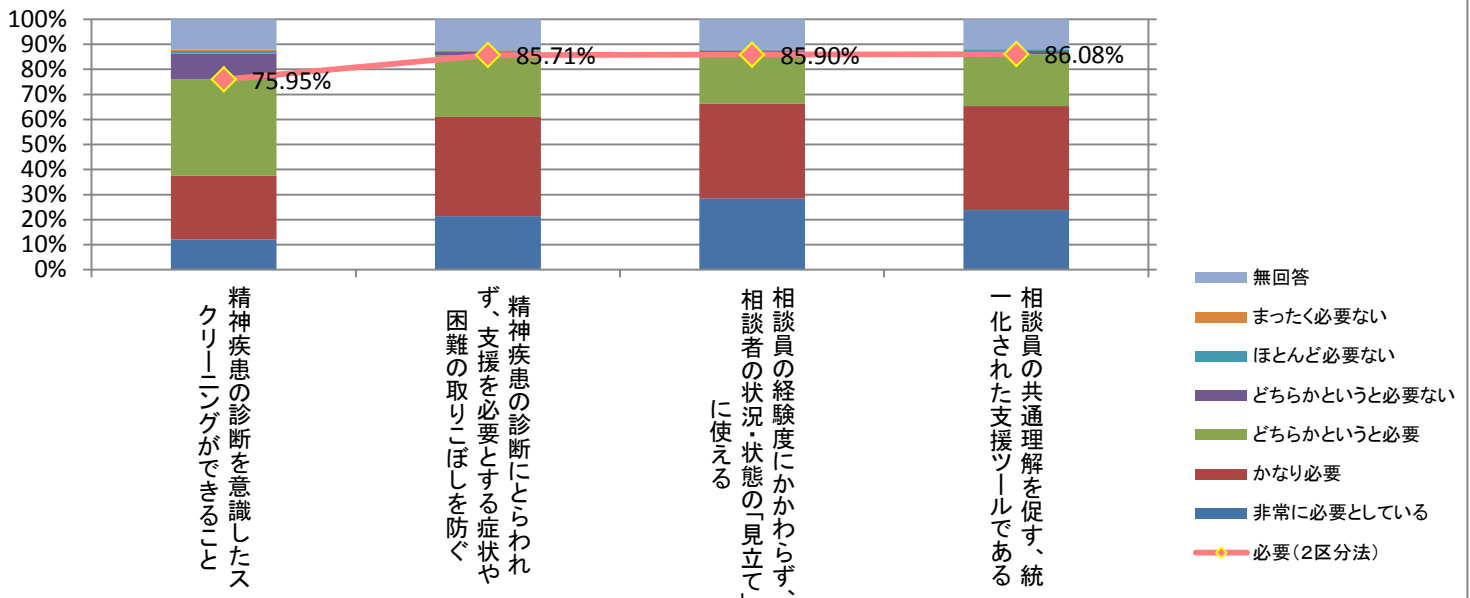
Q12 のぞましい精神保健相談支援ツール (専従, n=218)



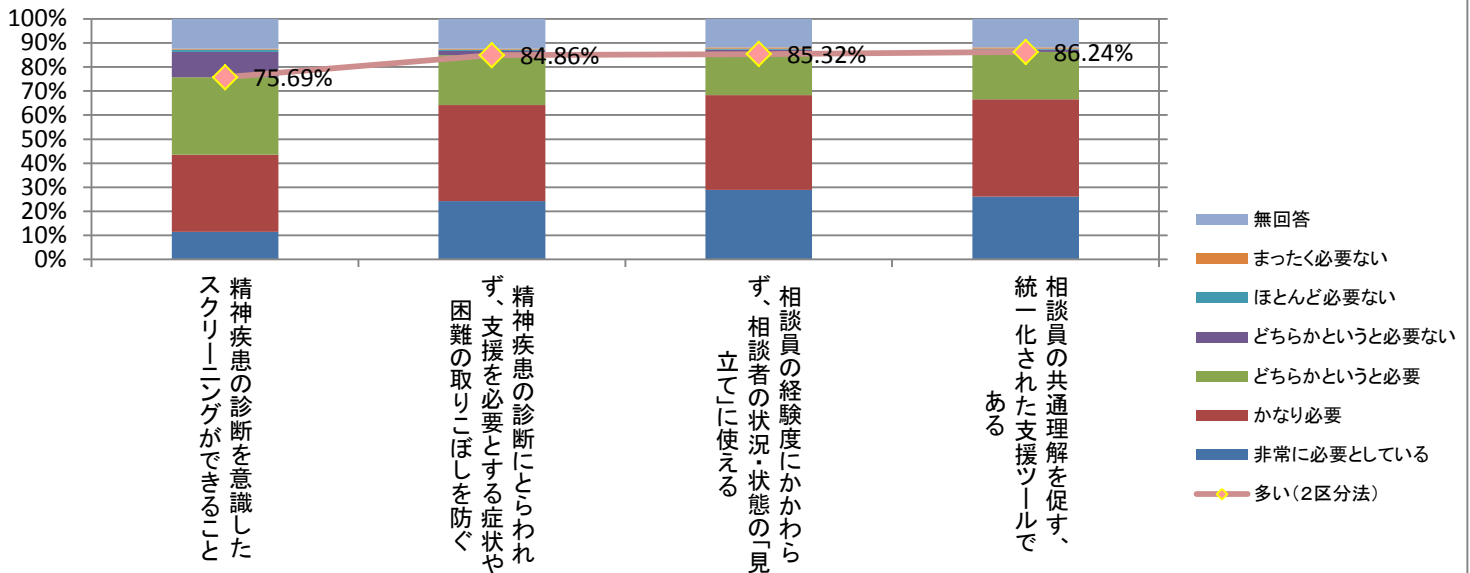
Q12 のぞましい精神保健相談支援ツール (非専従, n=330)



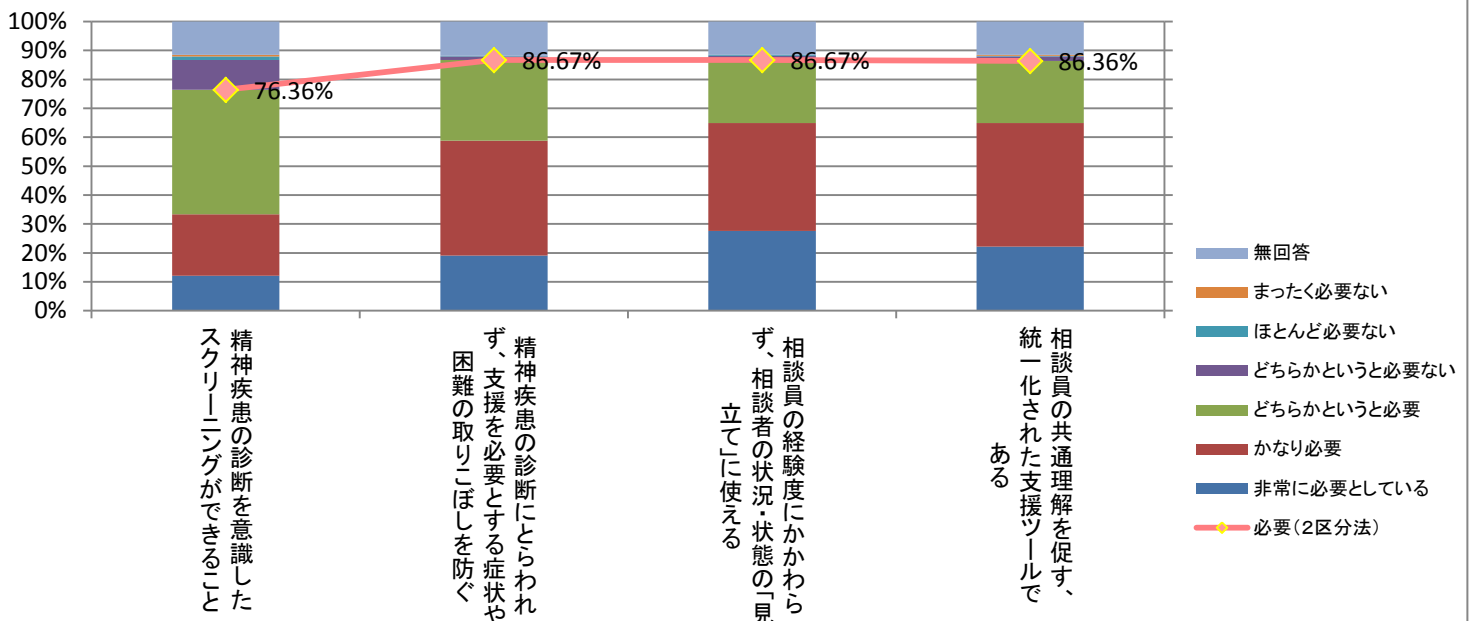
Q12 のぞましい精神保健相談支援ツールの性質 (全体, n=553)



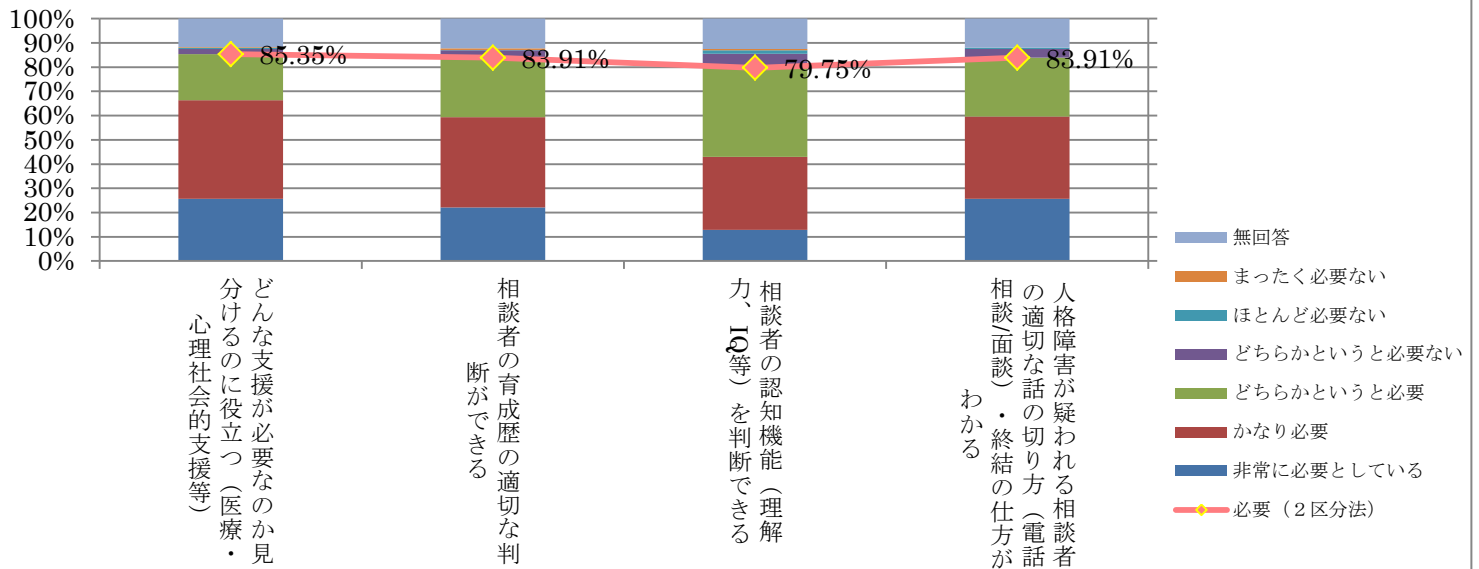
Q12 のぞましい精神保健相談支援ツールの性質 (専従, n=218)



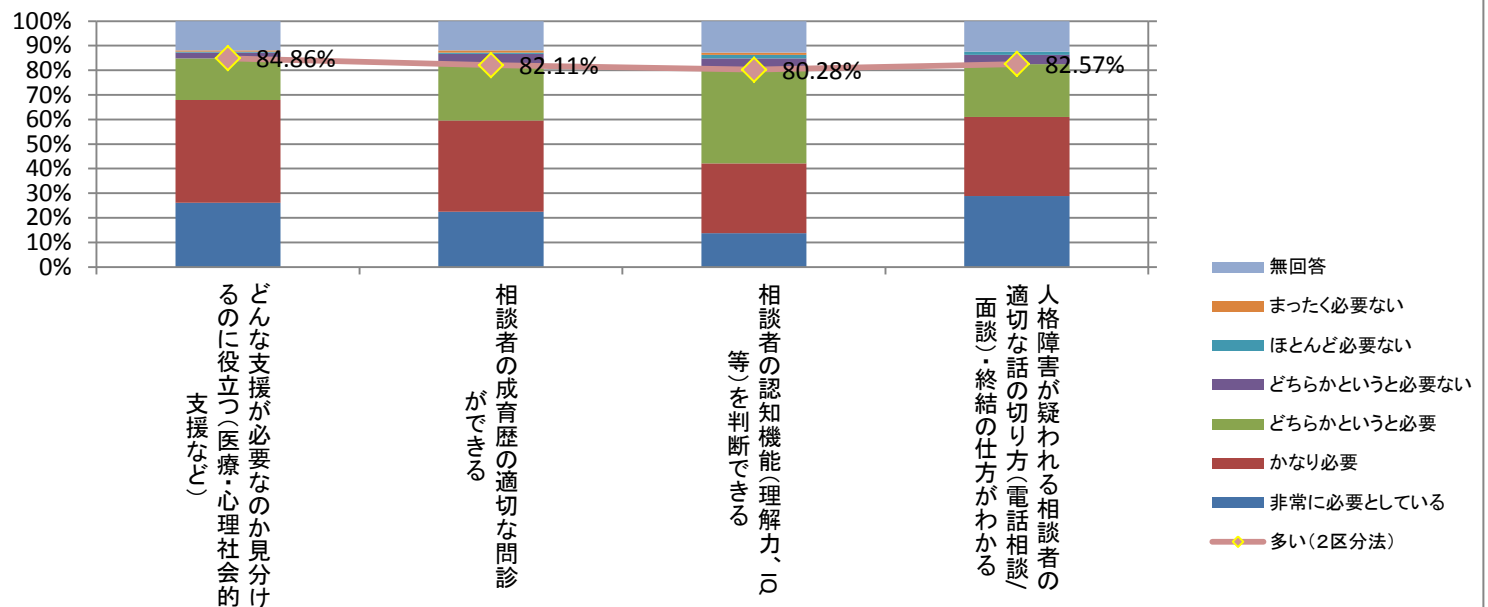
Q12 のぞましい精神保健相談支援ツールの性質 (非専従, n=330)



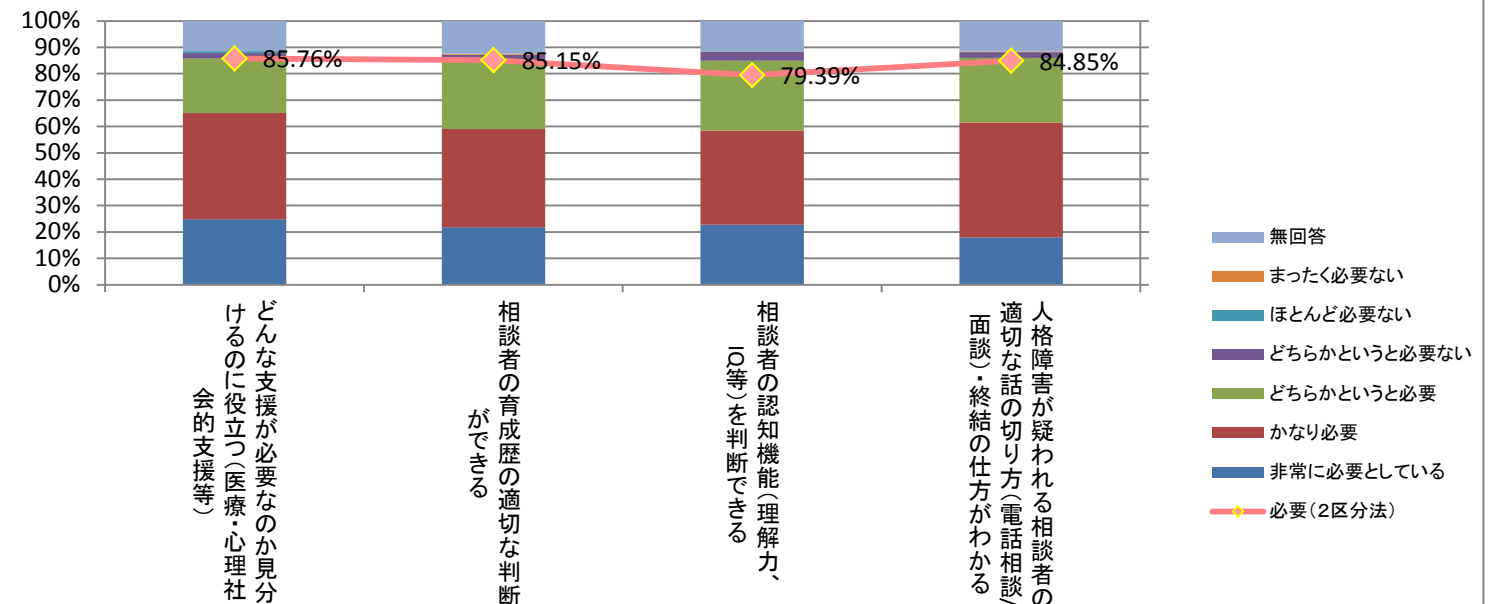
Q12 のぞましいアセスメント機能、相談対応の支援機能（全体, n=553）



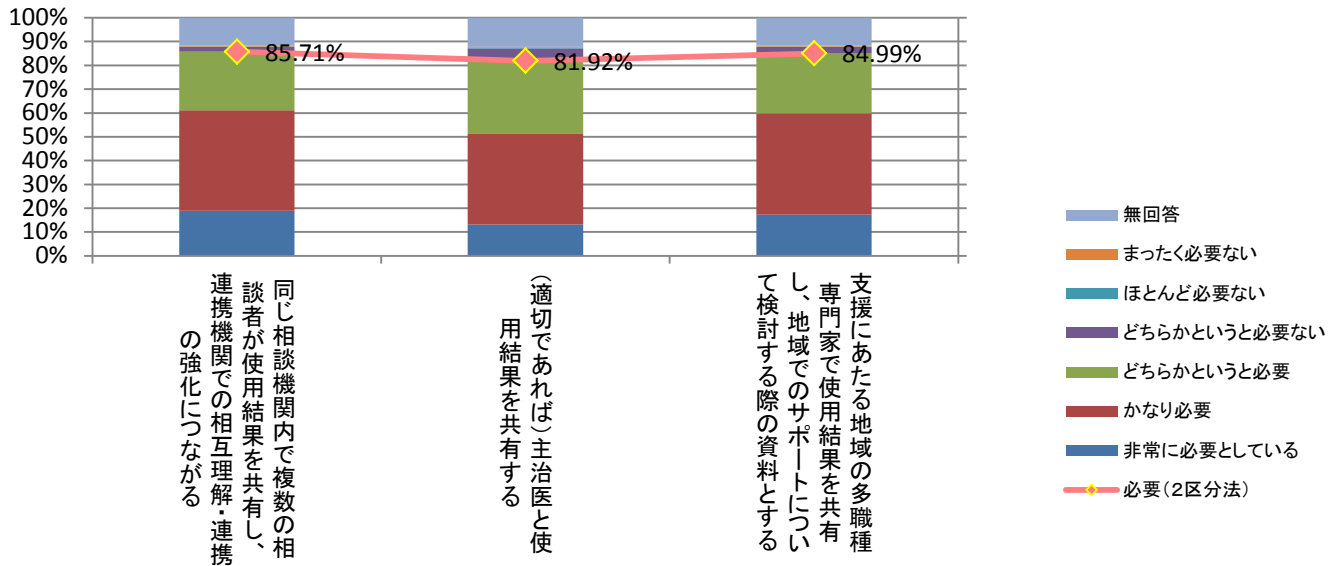
Q12 のぞましいアセスメント機能、相談対応の支援機能（専従, n=330）



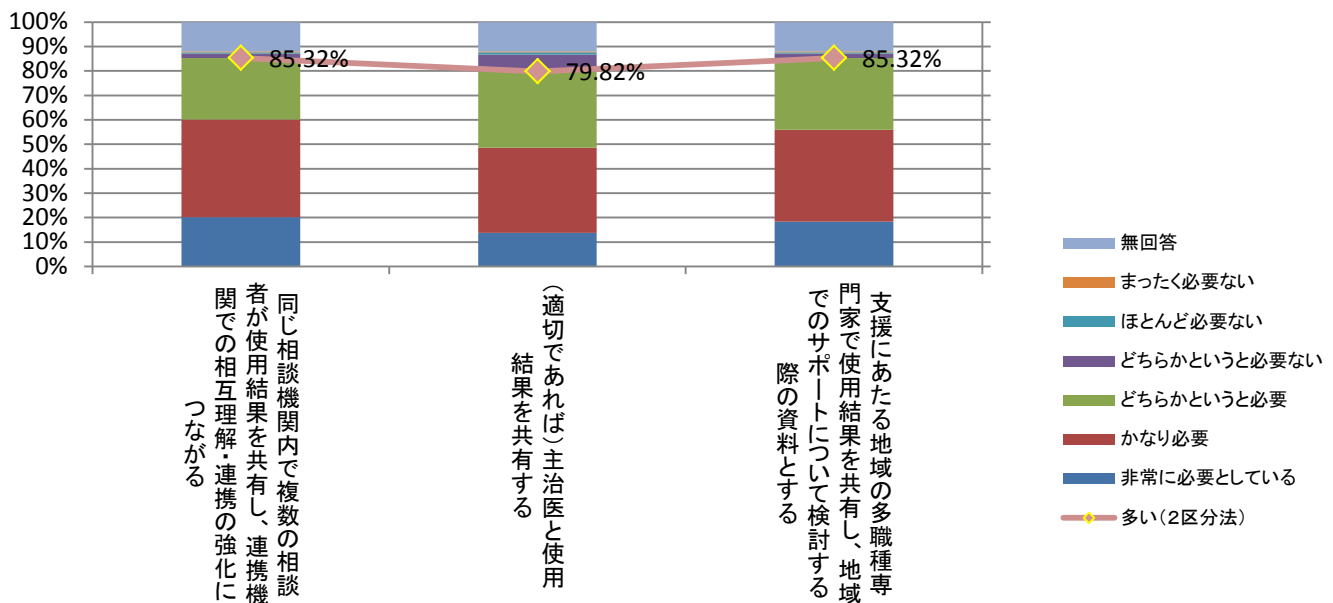
Q12 のぞましいアセスメント機能、相談対応の支援機能（非専従, n=330）



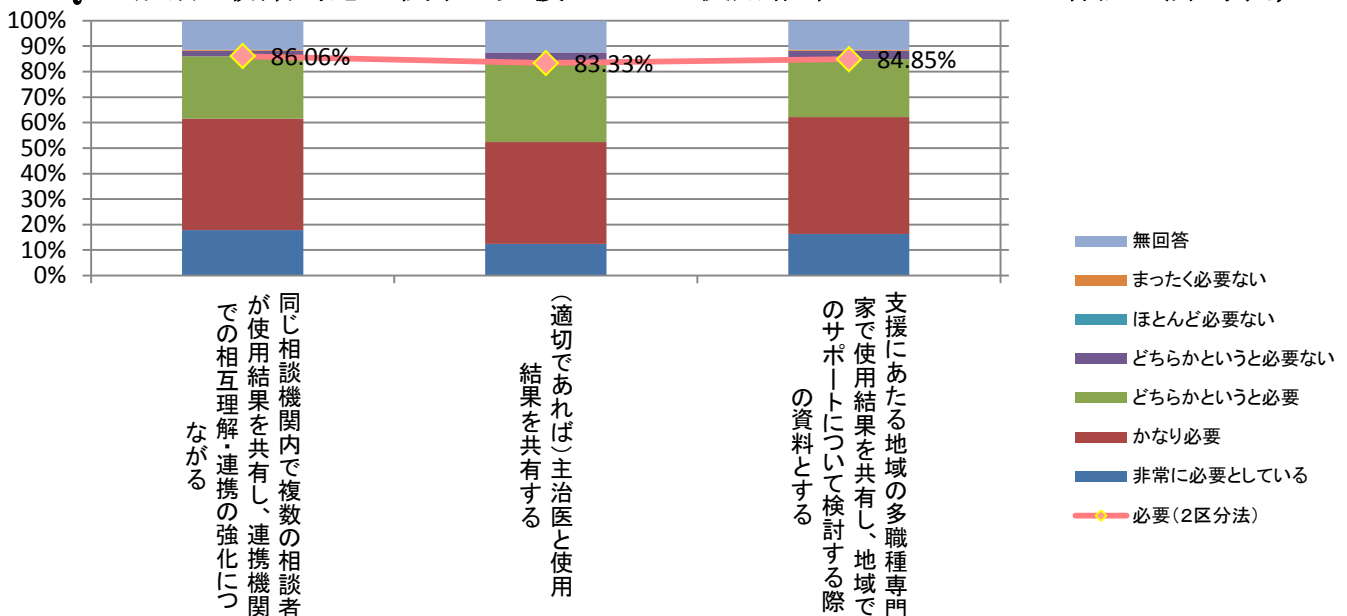
Q12 診断と初期対応に関する支援ツールの使用結果ののぞましい共有法 (全体, n=330)



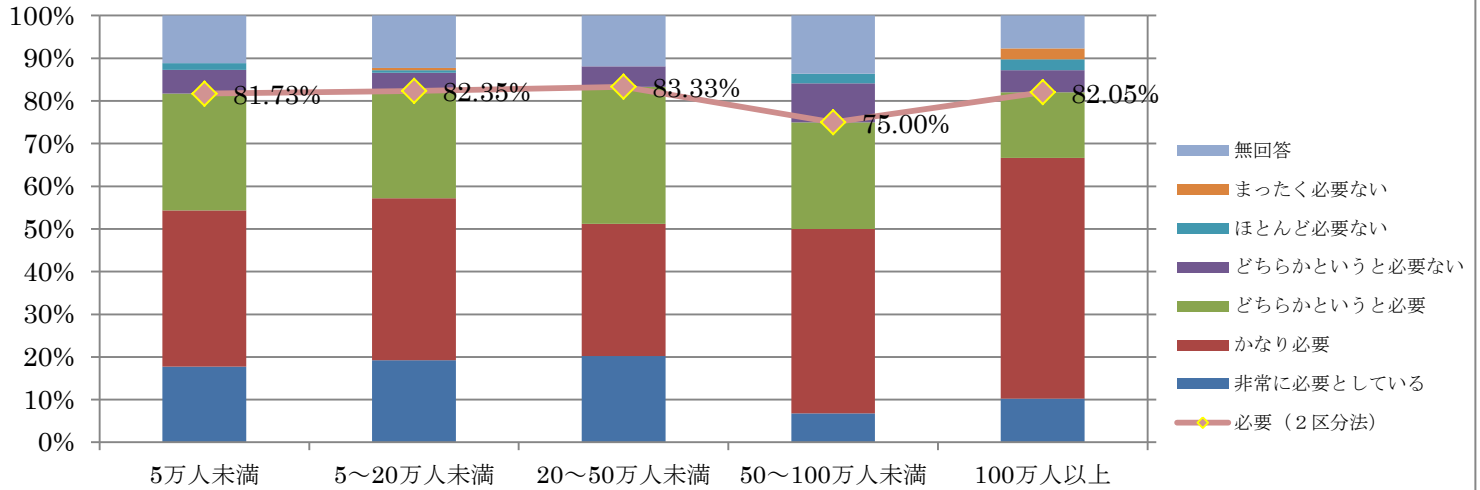
Q12 診断と初期対応に関する支援ツールの使用結果ののぞましい共有法 (専従, n=218)



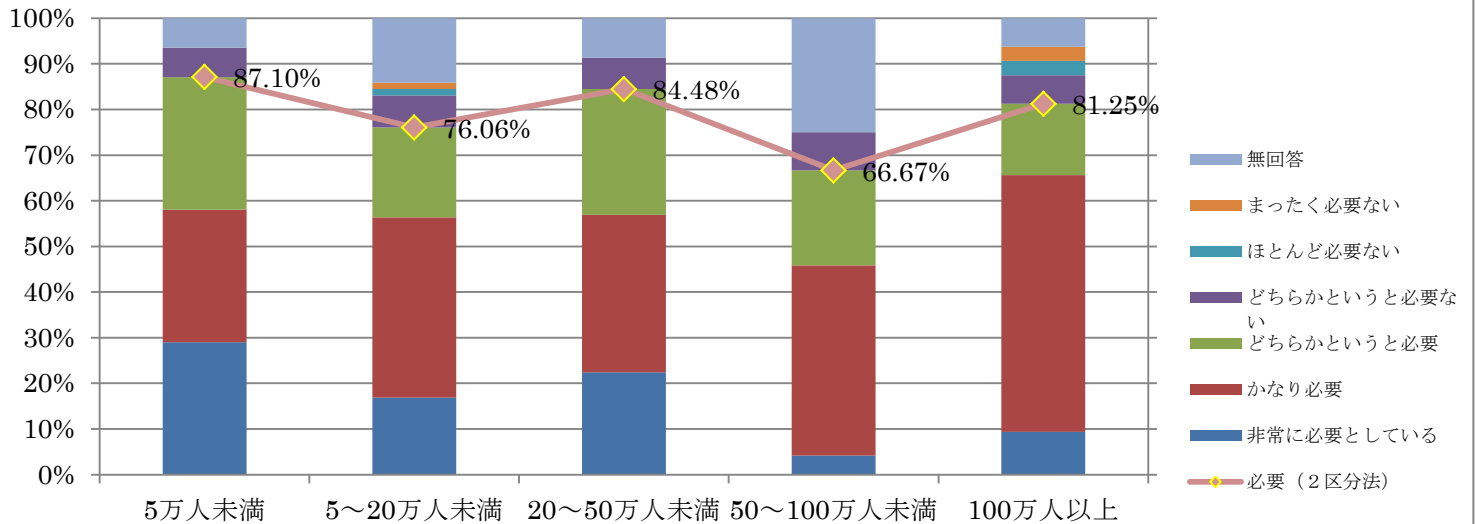
Q12 診断と初期対応に関する支援ツールの使用結果ののぞましい共有法 (非専従, n=330)



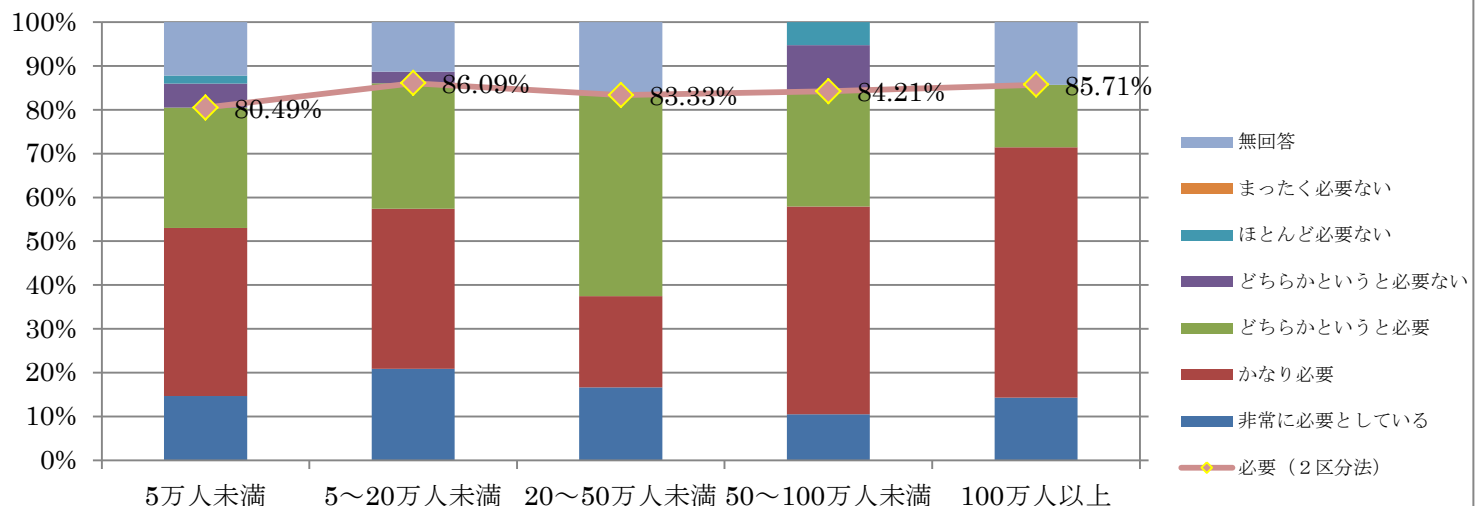
Q12 【全体-所轄地域人口規模別】精神保健相談の具体的な対応を支援するツール



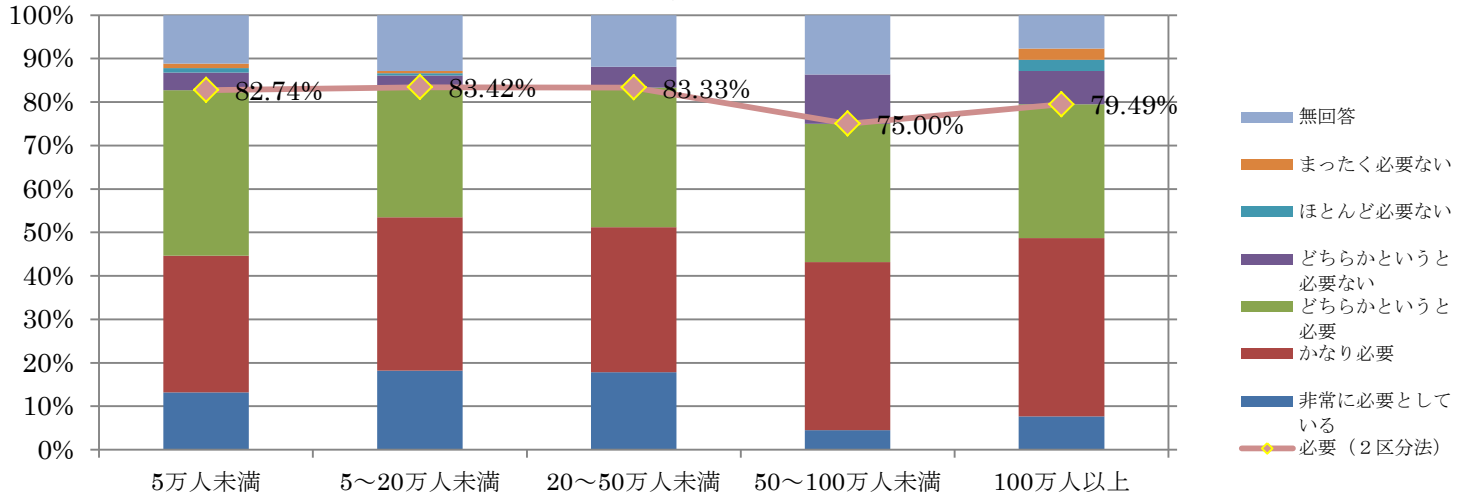
Q12 【専従-所轄地域人口別】精神保健相談の具体的な対応を支援するツール



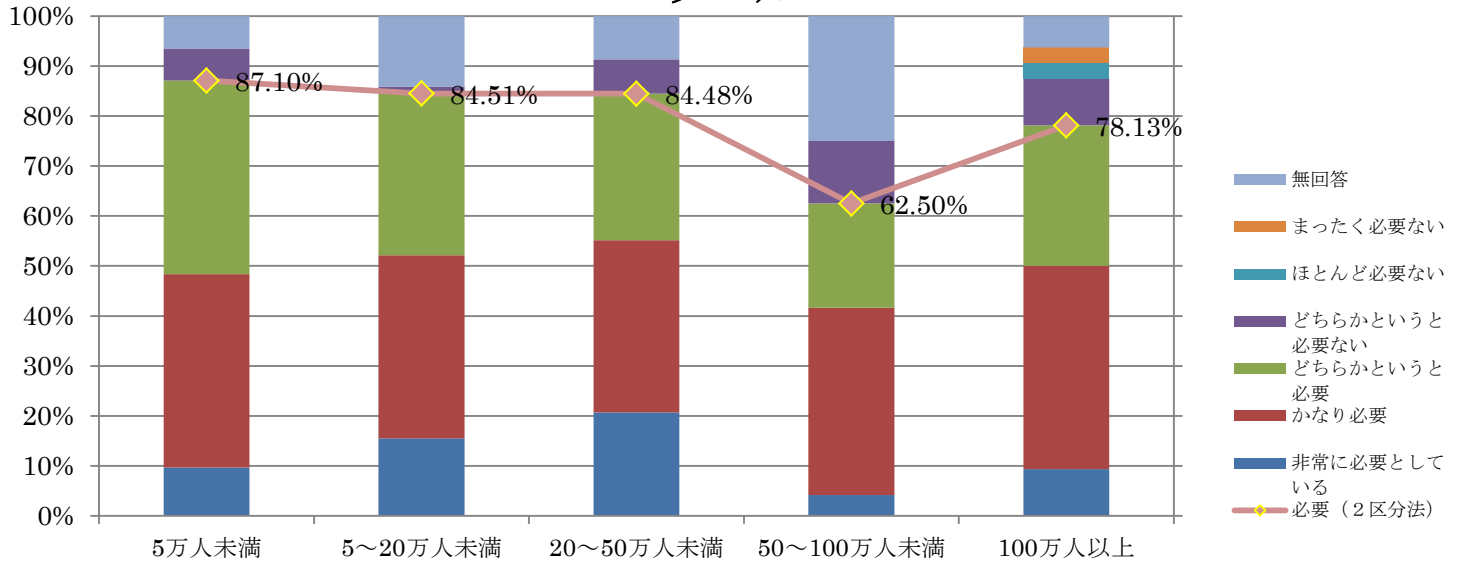
Q12 【非専従-所轄地域人口規模別】精神保健相談の具体的な対応を支援するツール



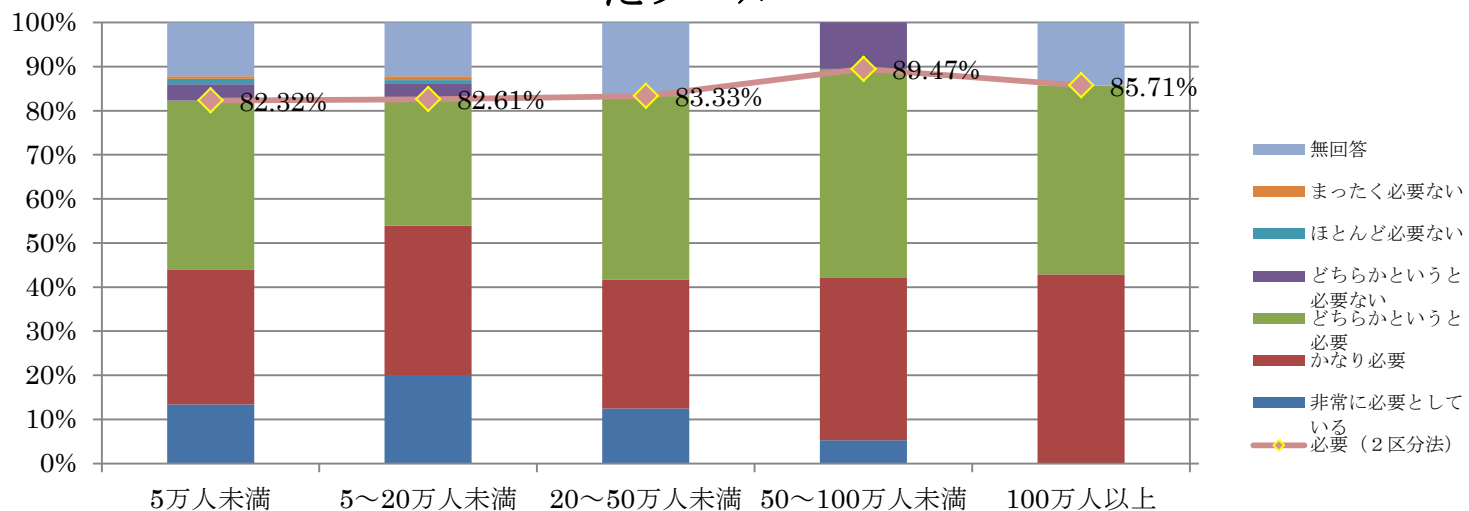
Q12【全体-所轄地域人口規模別】疾患や症状に特化したツール



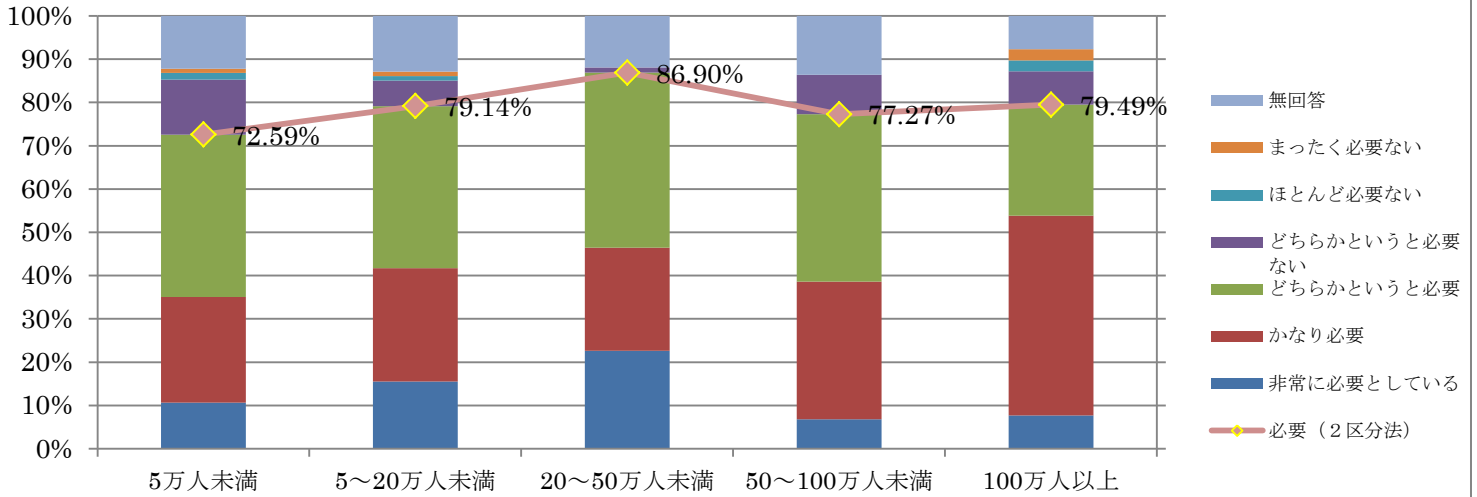
Q12【専従-所轄地域人口規模別】疾患や症状に特化したツール



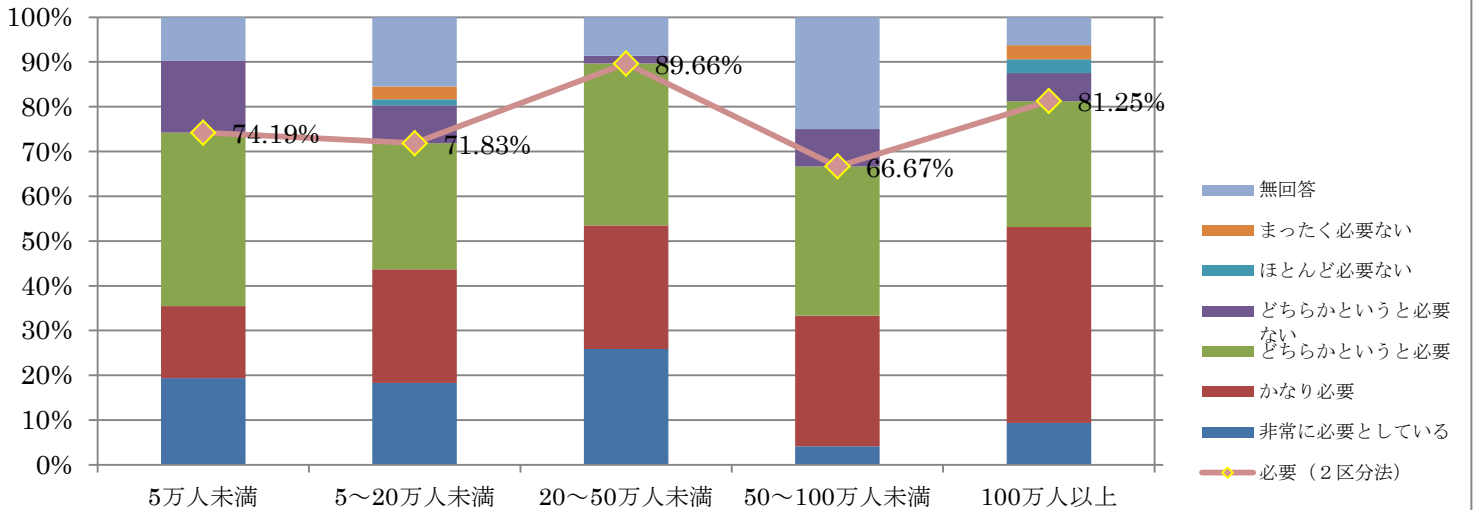
Q12【非専従-所轄地域人口規模別】疾患や症状に特化したツール



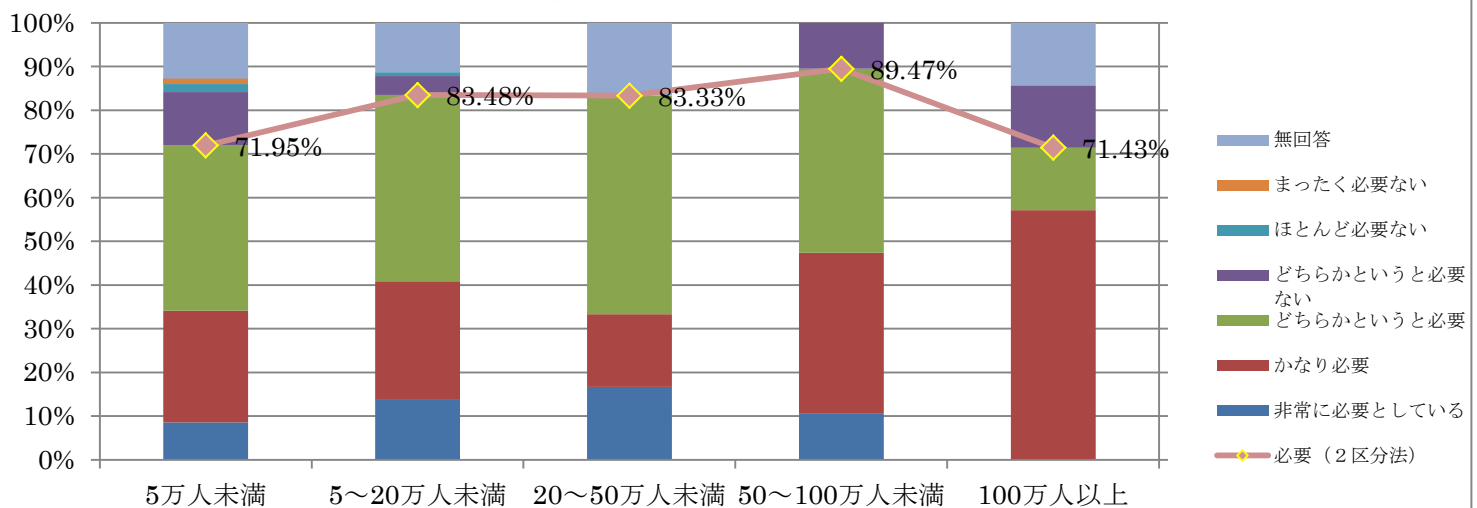
Q12【全体-所轄地域人口規模別】疾患や症状に特化しない、一般的な初期対応に関するツール



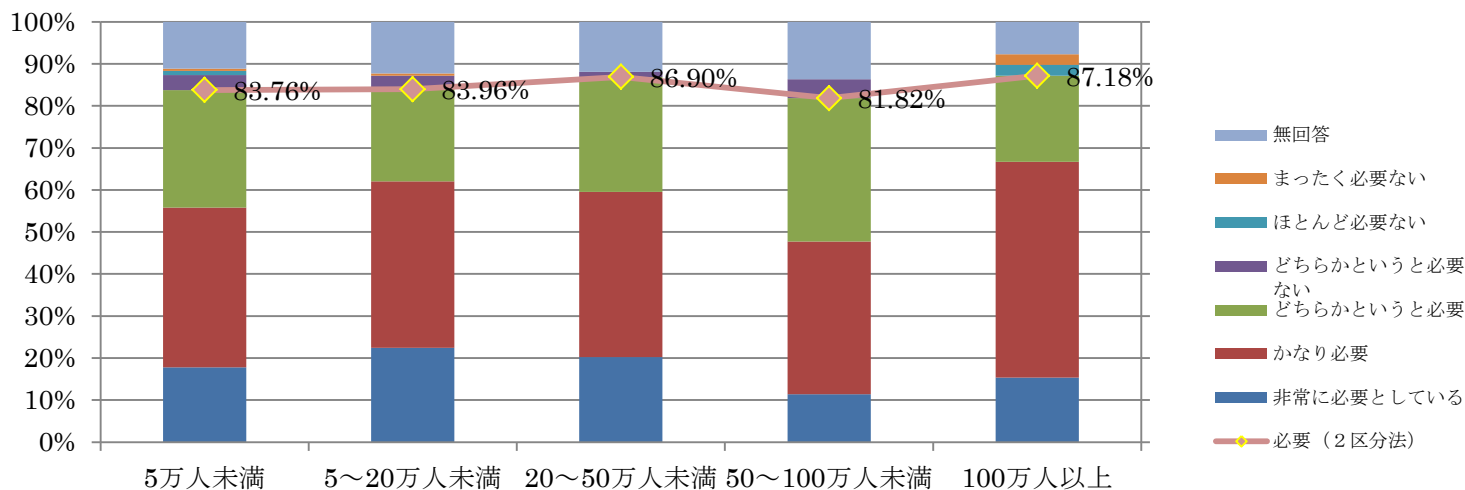
Q12【専従-所轄地域人口規模別】疾患や症状に特化しない、一般的な初期対応に関するツール



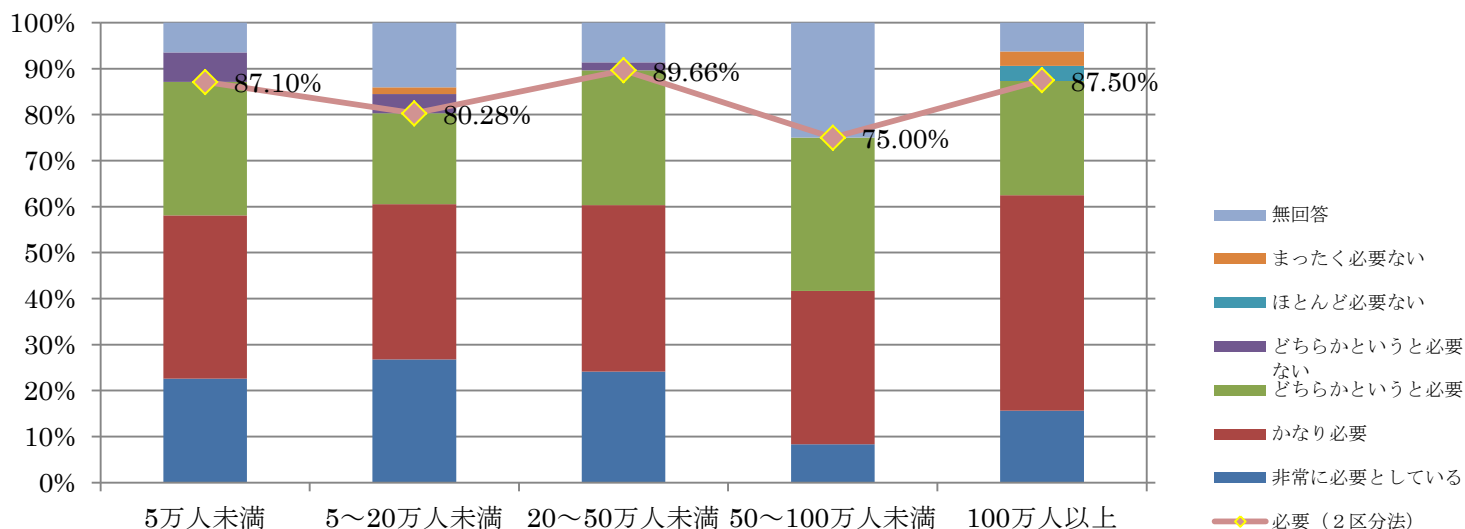
Q12【非専従-所轄地域人口規模別】疾患や症状に特化しない、一般的な初期対応に関するツール



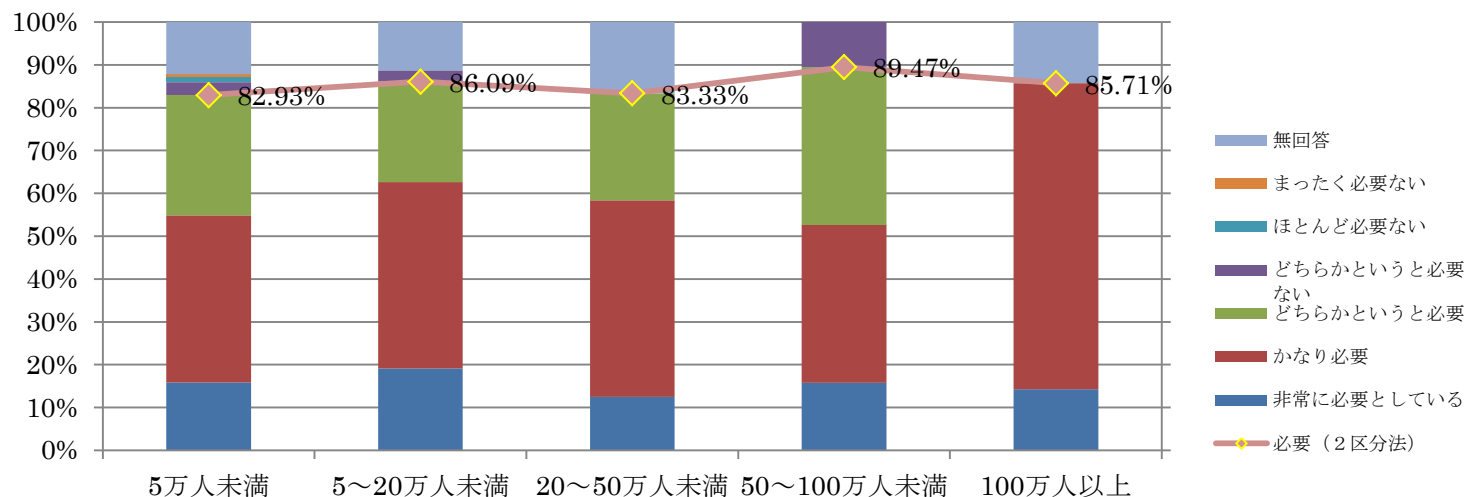
Q12【全体-所轄地域人口規模別】 同じ職場・自治体の相談員が共通で使える、精神保健相談支援ツール



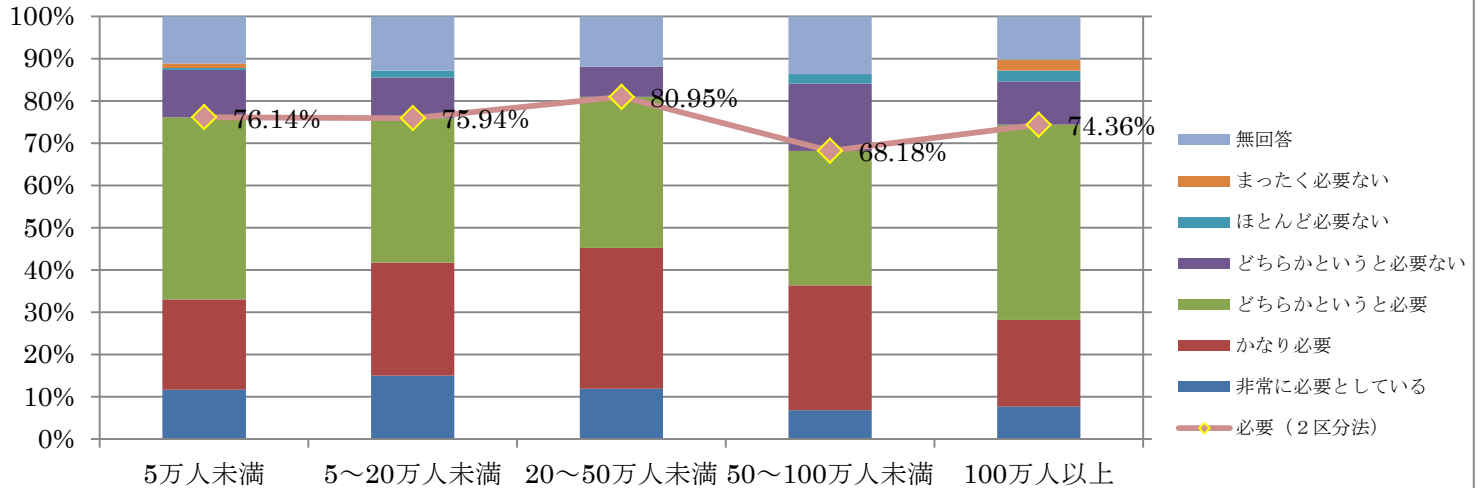
Q12【専従-所轄地域人口規模別】 同じ職場・自治体の相談員が共通で使える、精神保健相談支援ツール



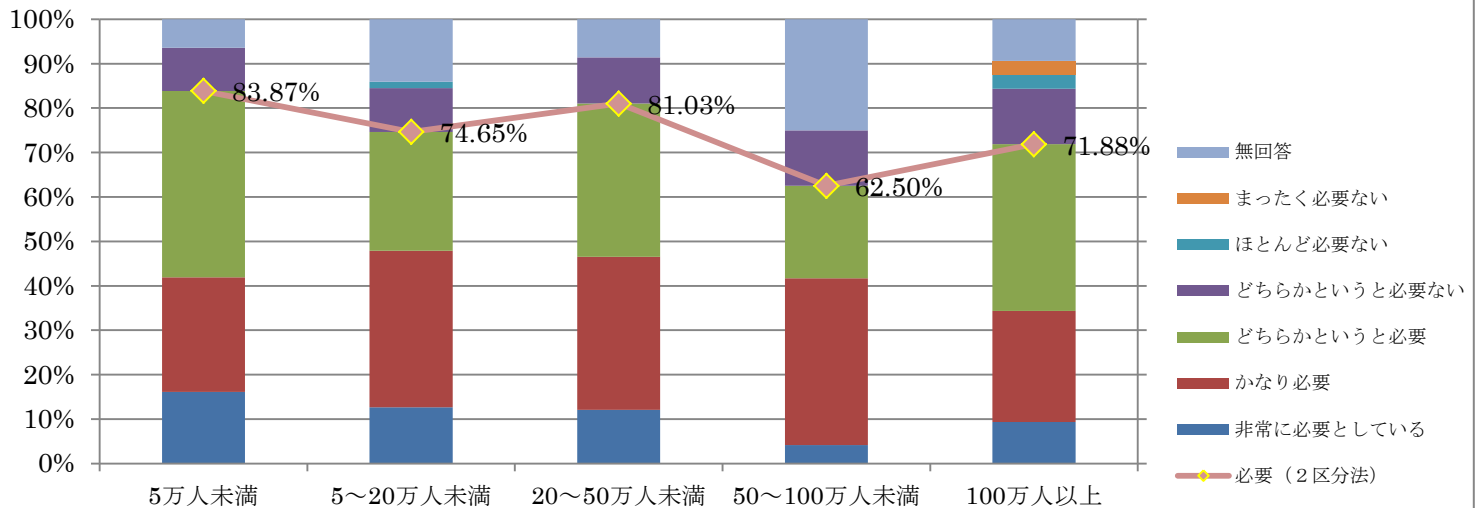
Q12【非専従-所轄地域人口規模別】 同じ職場・自治体の相談員が共通で使える、精神保健相談支援ツール



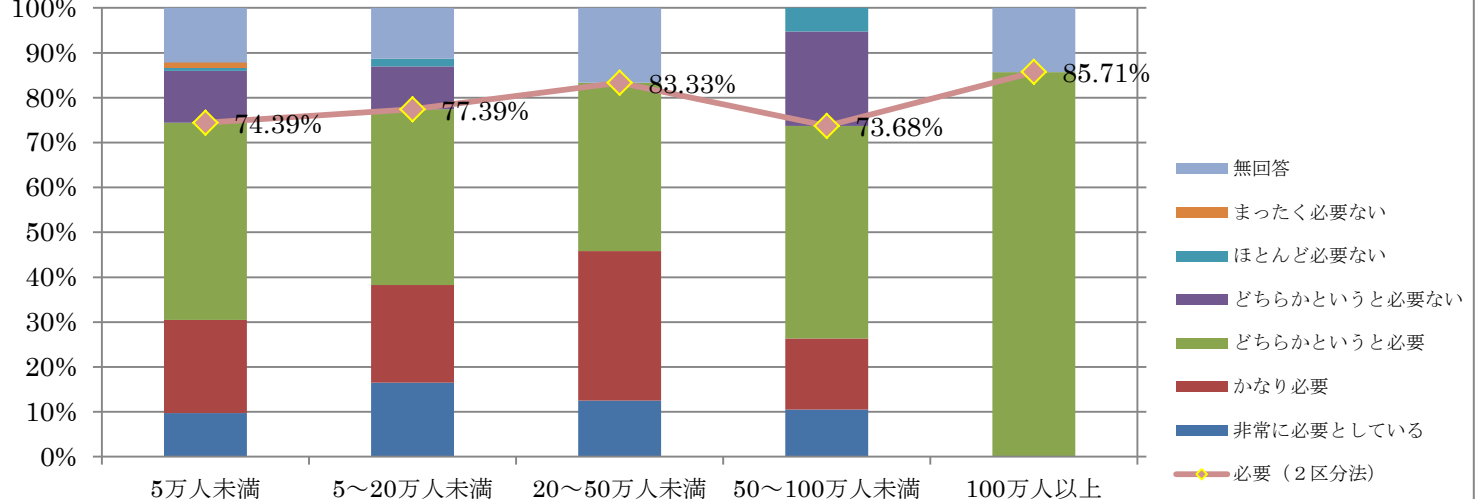
Q12 【全体-所轄地域人口規模別】 精神疾患の診断を意識したスクリーニングができること



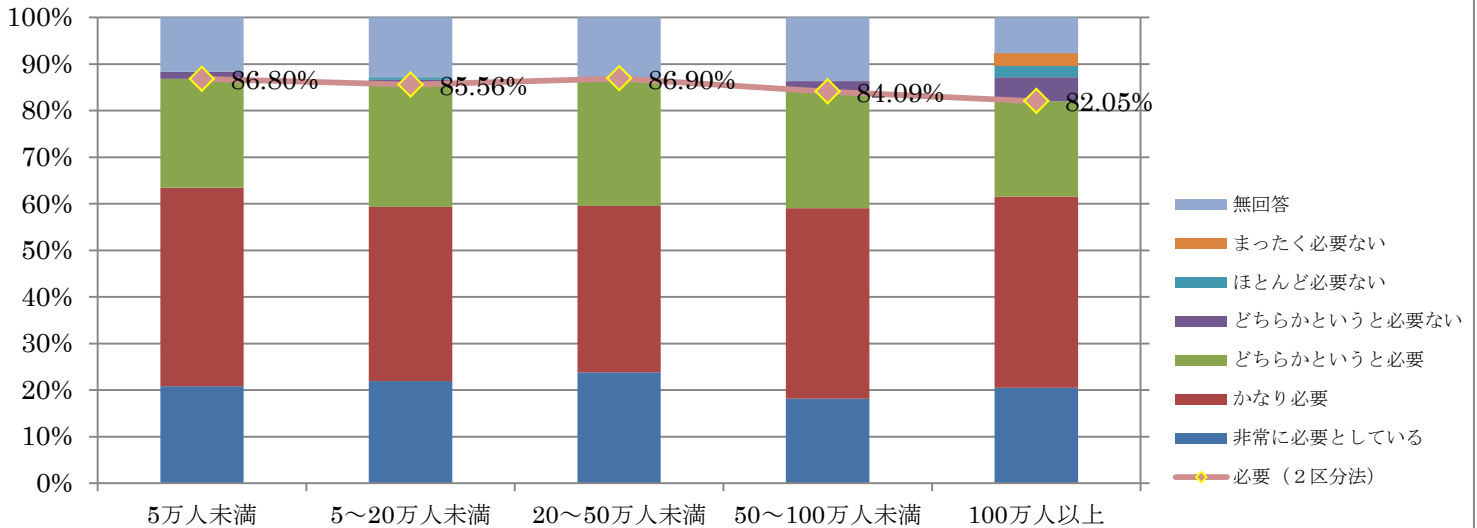
Q12 【専従-所轄地域人口規模別】 精神疾患の診断を意識したスクリーニングができること



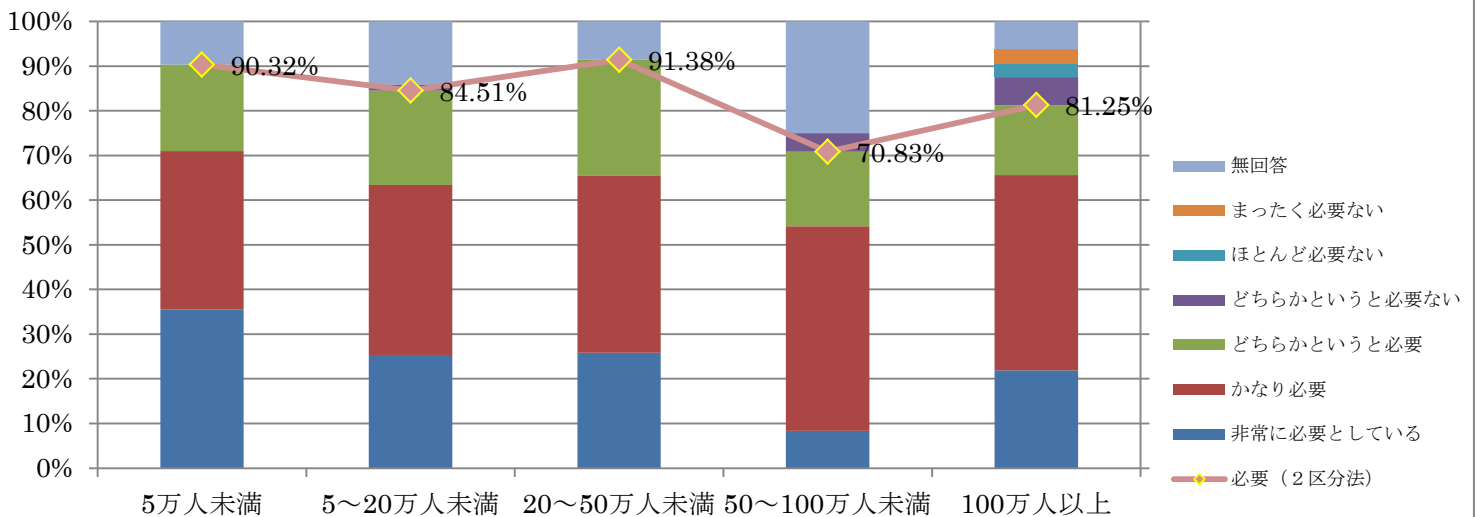
Q12 【非専従-所轄地域人口規模別】 精神疾患の診断を意識したスクリーニングができること



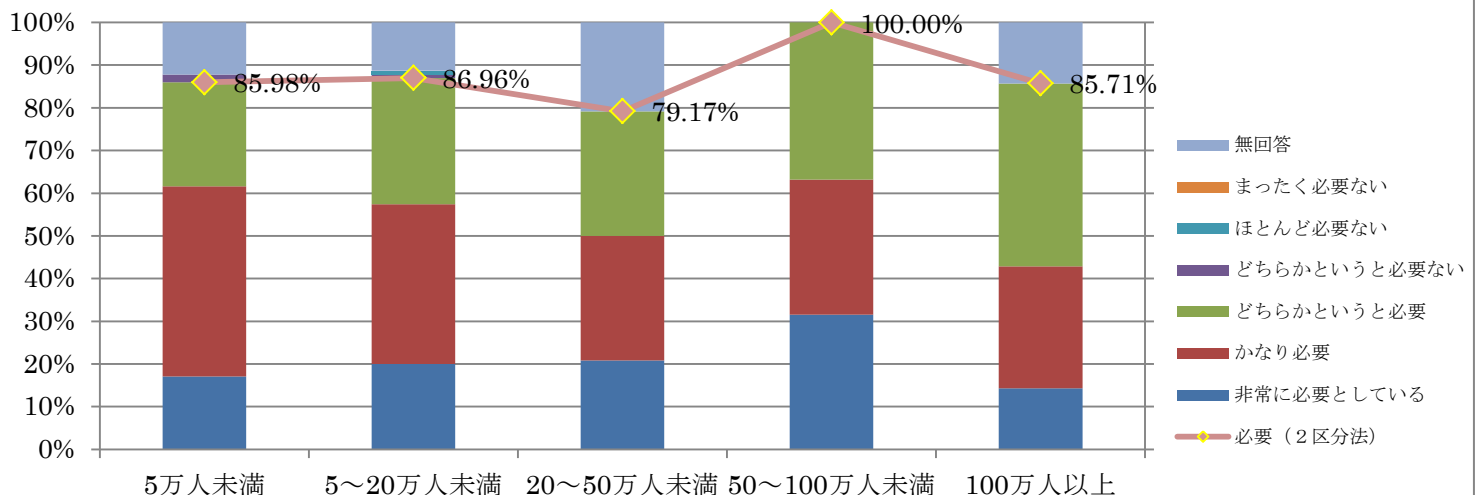
Q12 【全体-所轄地域人口規模別】精神疾患の診断にとらわれず、支援を必要とする症状や困難のとりこぼしを防ぐ



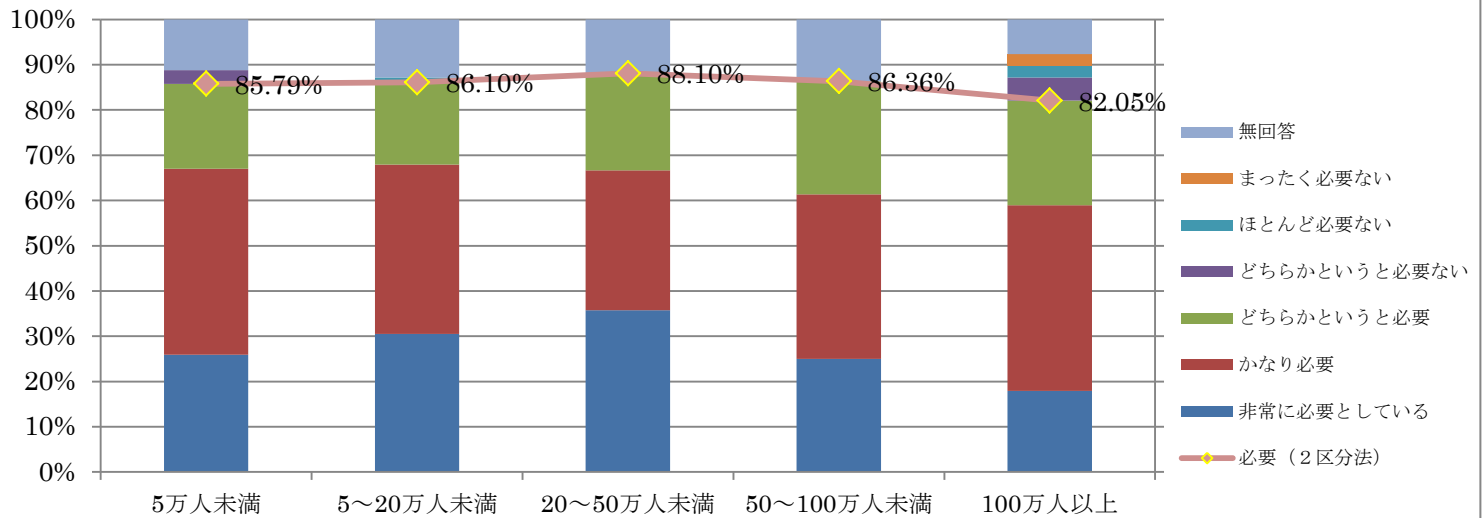
Q12 【専従-所轄地域人口規模別】精神疾患の診断にとらわれず、支援を必要とする症状や困難の取りこぼしを防ぐ



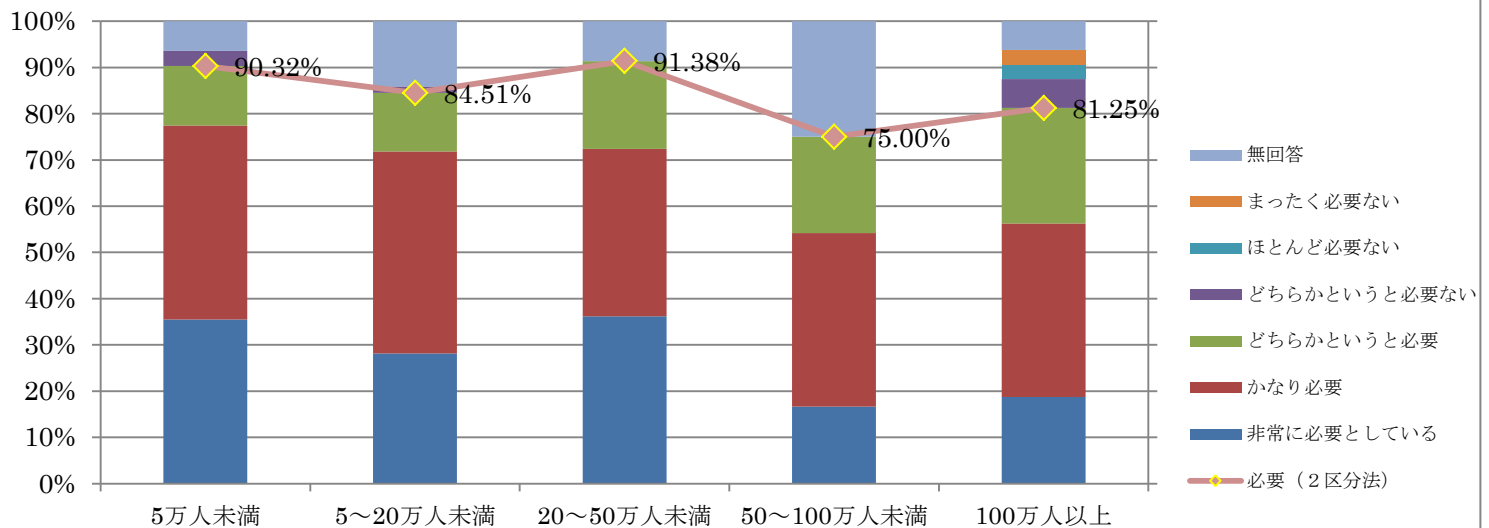
Q12 【非専従-所轄地域人口規模別】精神疾患の診断にとらわれず、支援を必要とする症状や困難のとりこぼしを防ぐ



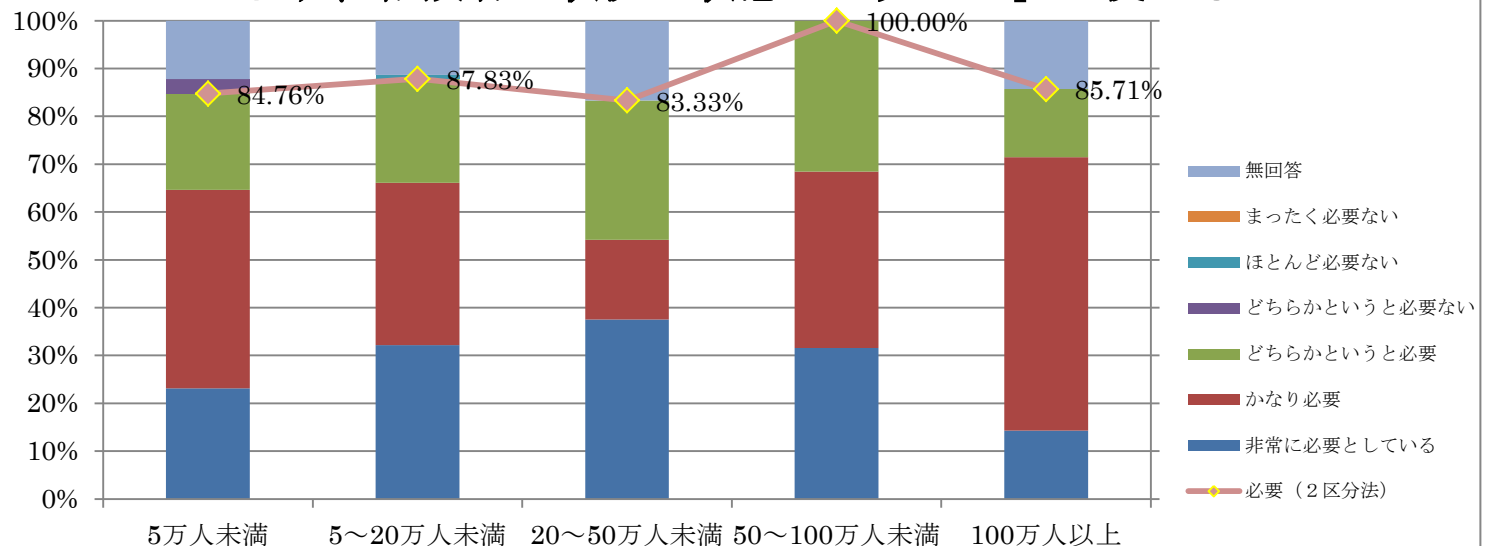
Q12【全体-所轄地域人口規模別】精神相談員の経験度にかかわらず、相談者の状況・状態の「見立て」に使える



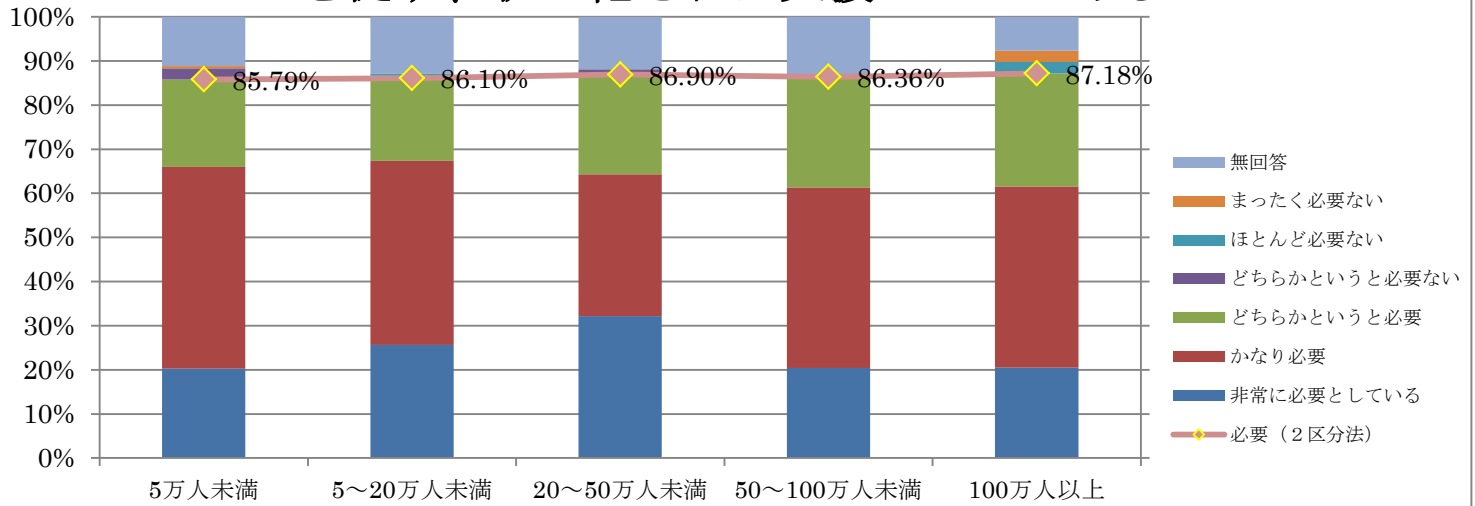
Q12【専従-所轄地域人口規模別】相談員の経験度にかかわらず、相談者の状況・状態の「見立て」に使える



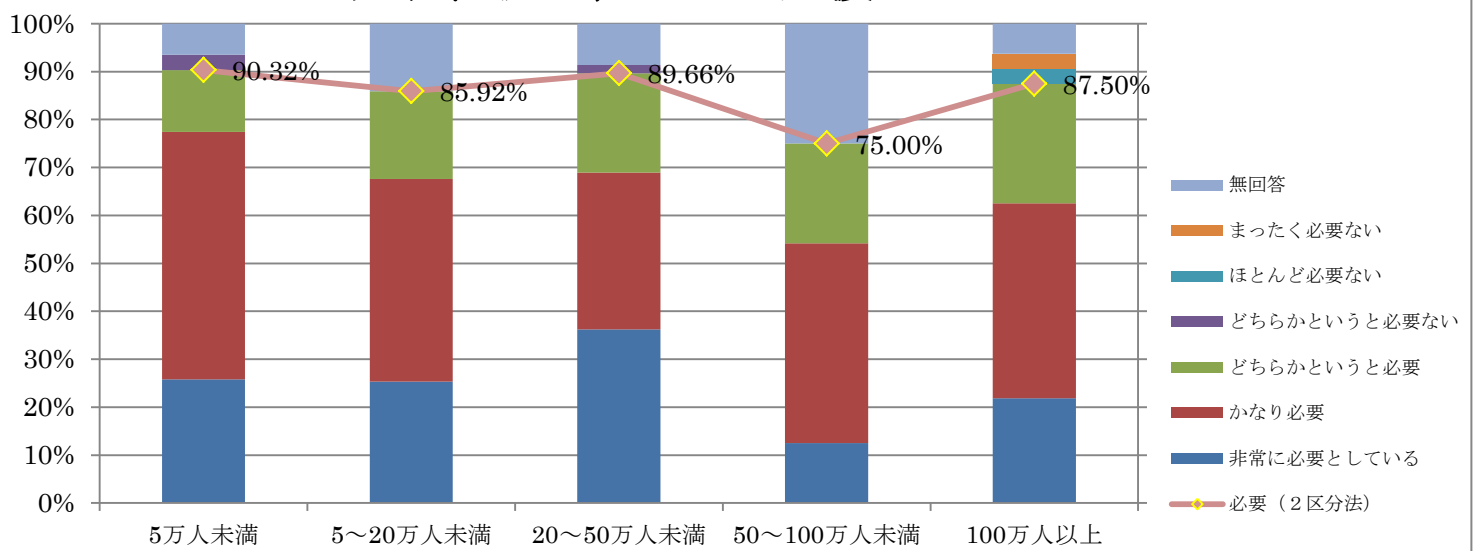
Q12【非専従-所轄地域人口規模別】相談者の経験度にかかわらず、相談者の状況・状態の「見立て」に使える



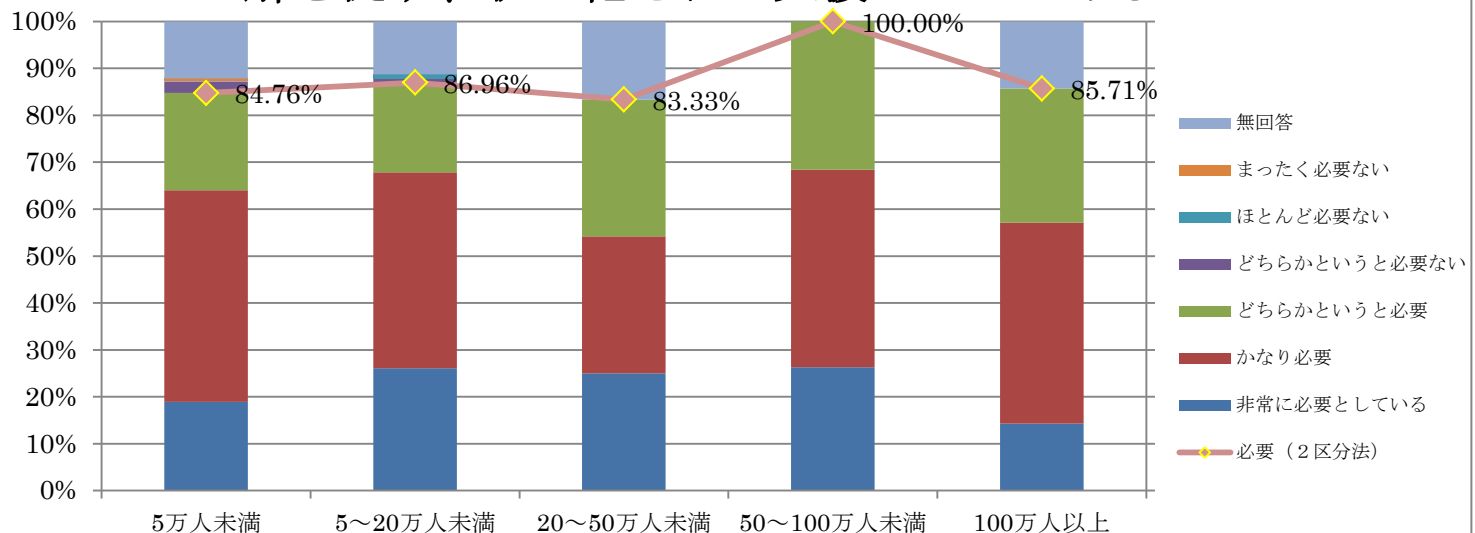
Q12【全体-所轄地域人口規模別】相談員の共通の理解を促す、統一化された支援ツールである



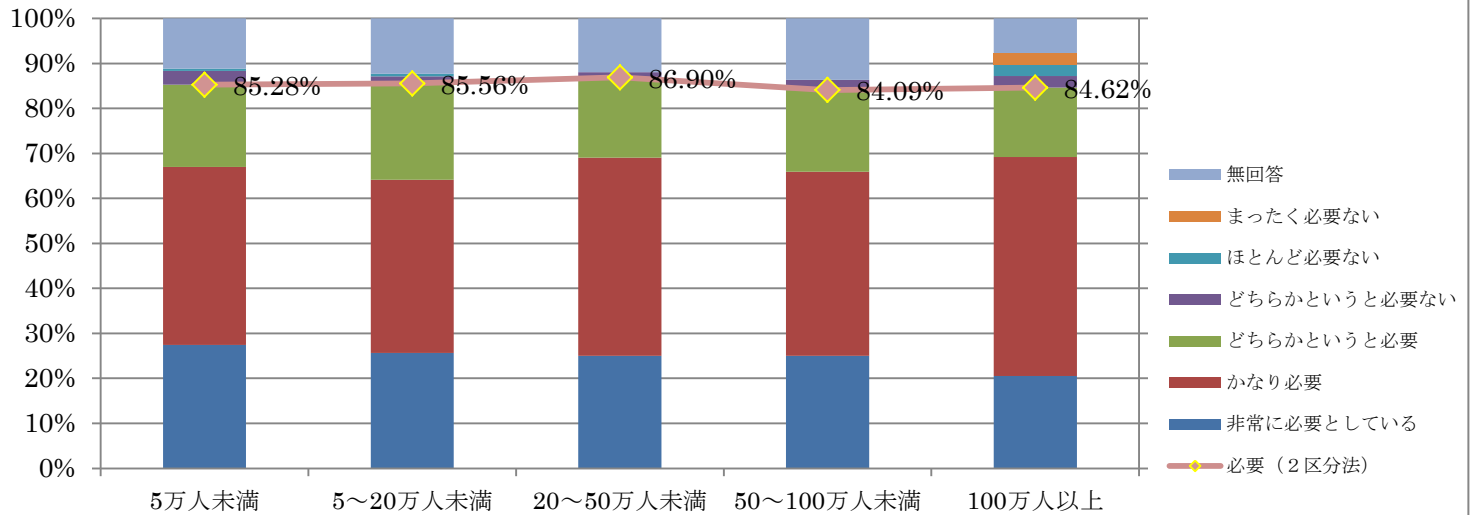
Q12【専従-所轄地域人口規模別】相談員の共通の理解を促す、統一化された支援ツールである



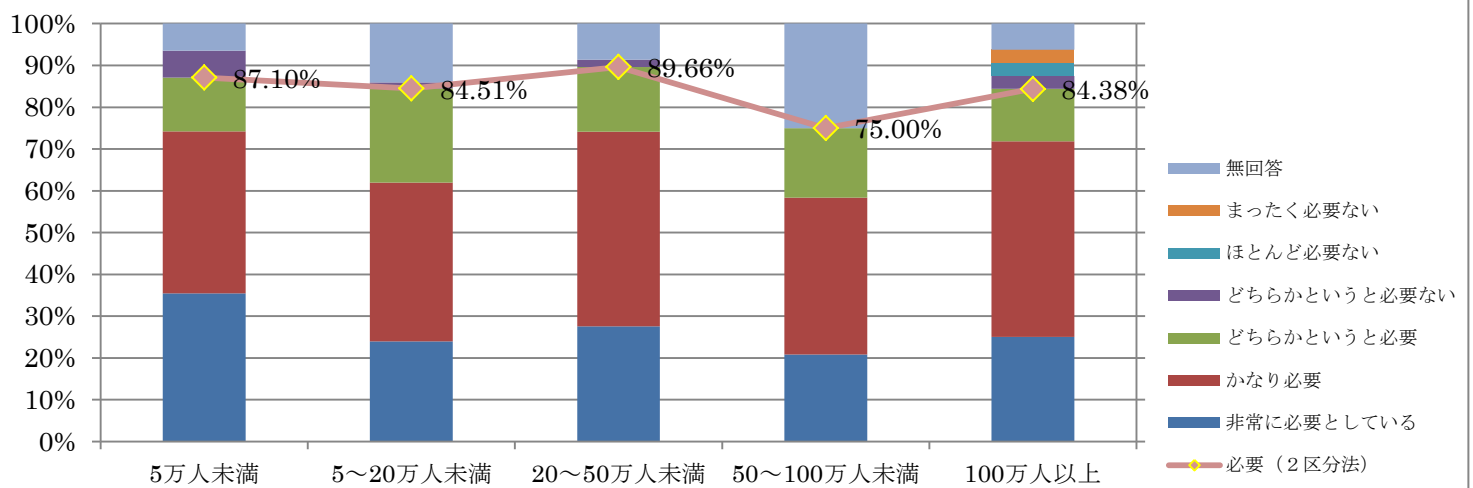
Q12【非専従-所轄地域人口規模別】相談員の共通の理解を促す、統一化された支援ツールである



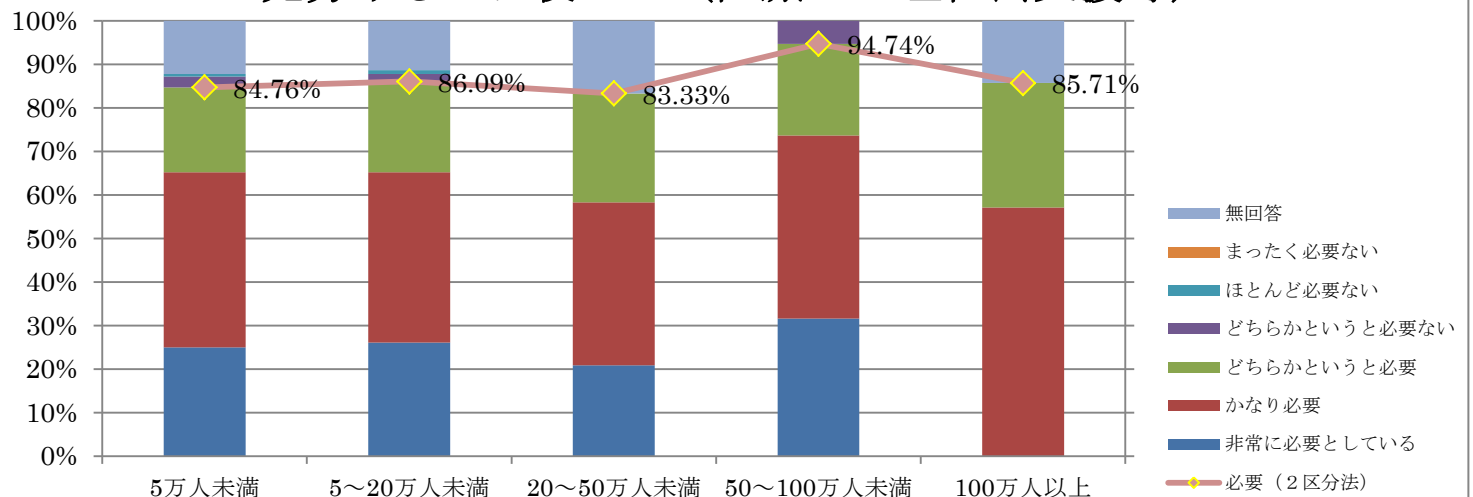
Q12【全体-所轄地域人口規模別】どんな支援が必要なのか見分けるのに役立つ（医療・心理社会支援等）



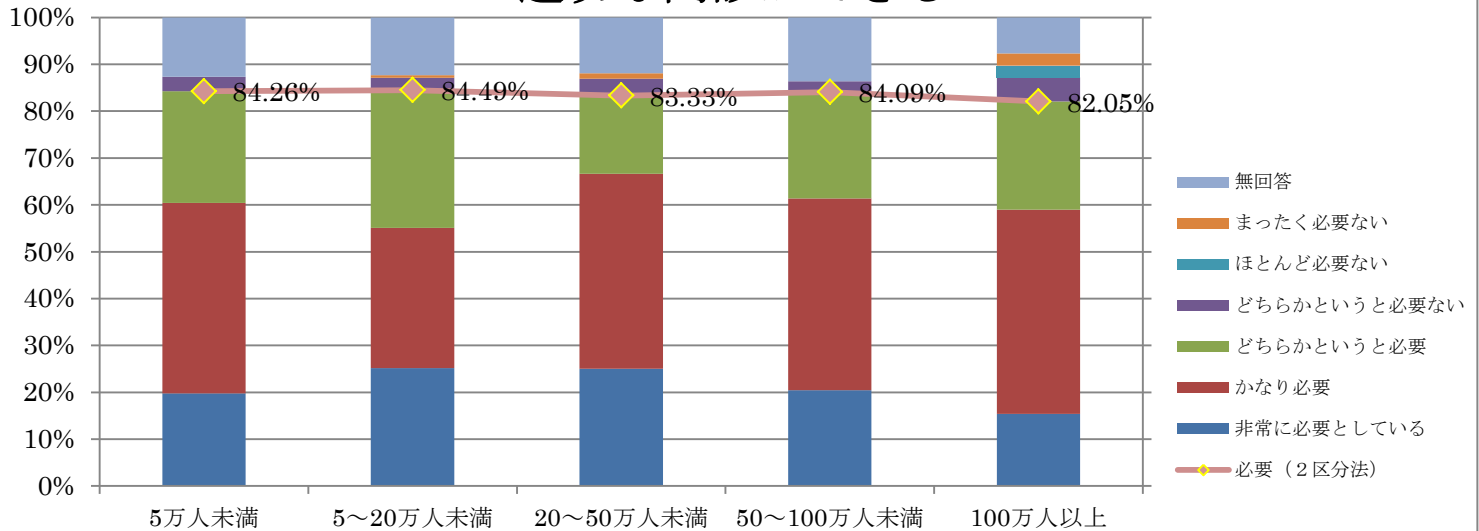
Q12【専従-所轄地域人口規模別】どんな支援が必要なのか見分けるのに役立つ（医療・心理社会支援等）



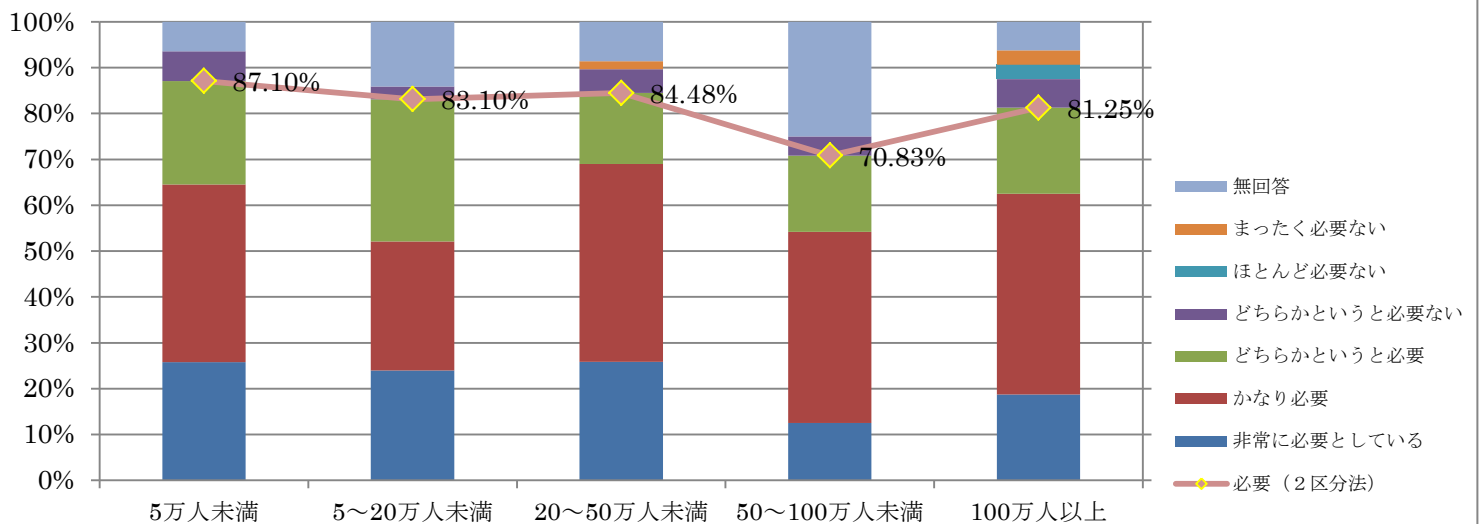
Q12【非専従-所轄地域人口規模別】どんな支援が必要なのか見分けるのに役立つ（医療・心理社会支援等）



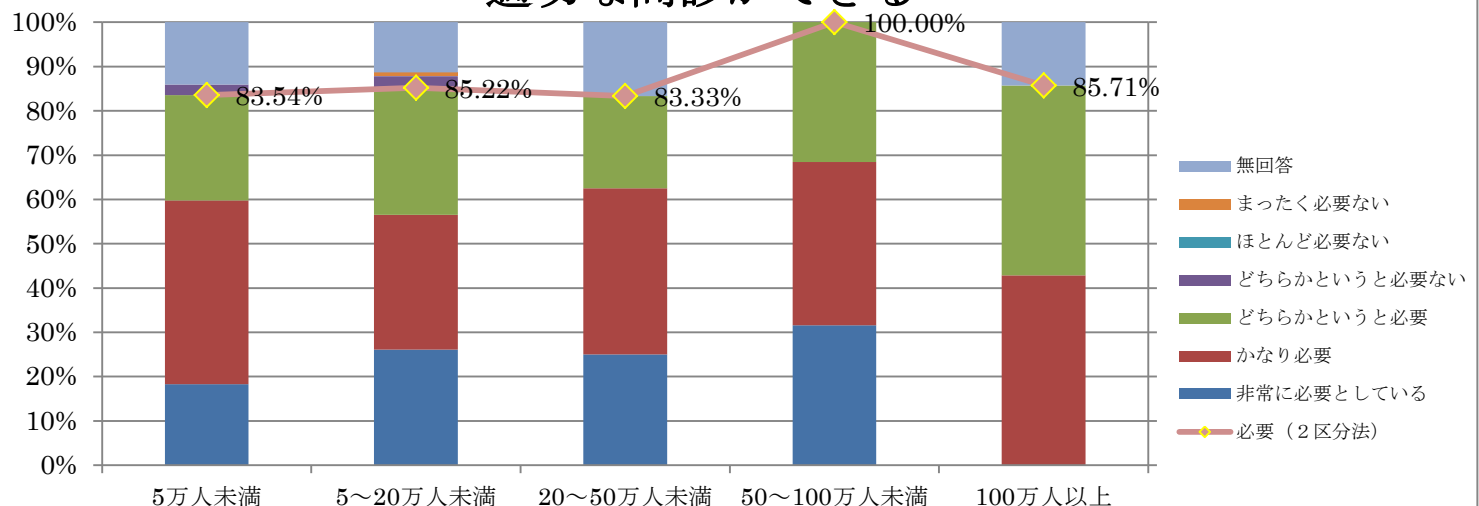
Q12【全体-所轄地域人口規模別】相談者の育成歴の適切な問診ができる



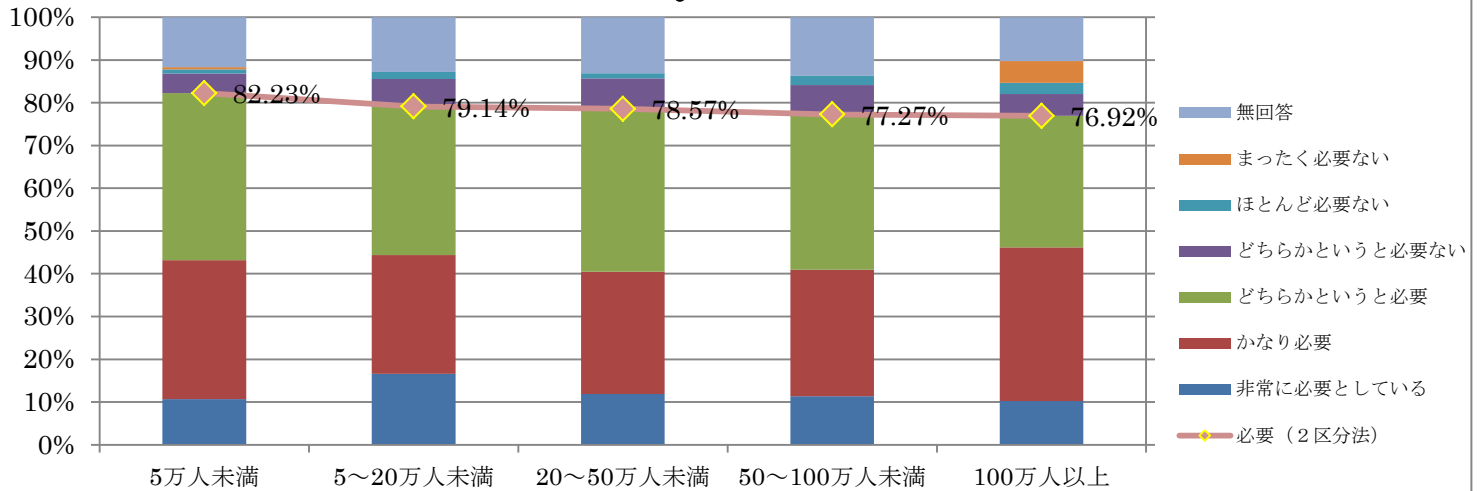
Q12【専従-所轄地域人口規模別】相談者の成育歴の適切な問診ができる



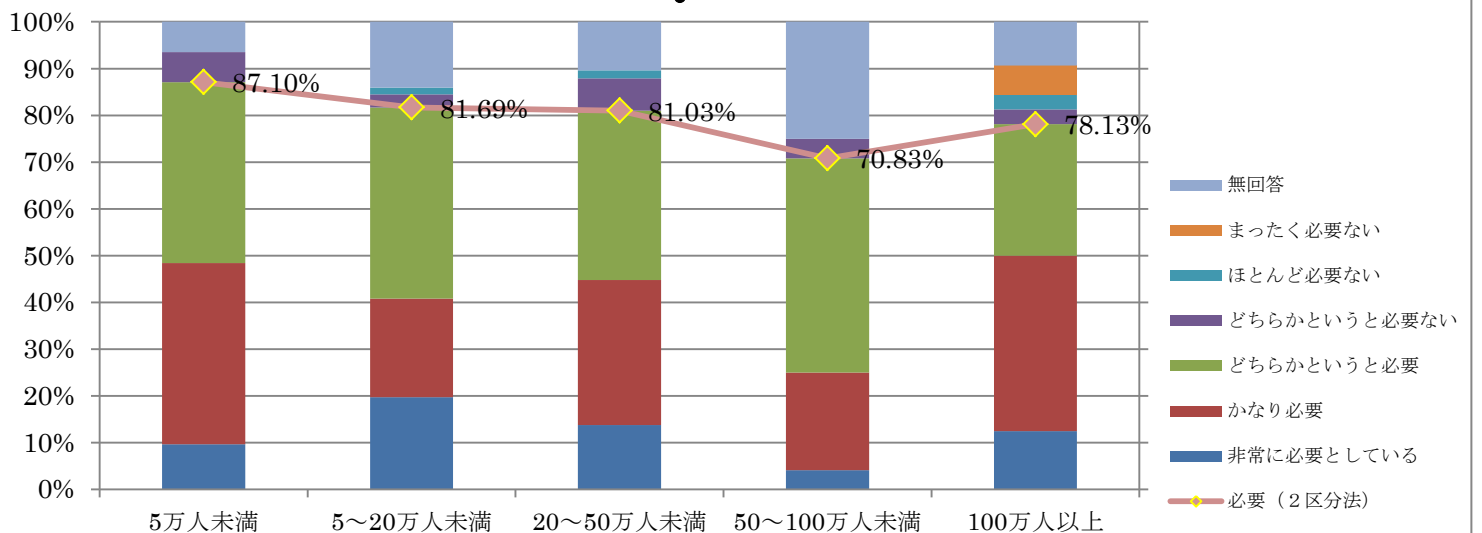
Q12【非専従-所轄地域人口規模別】相談者の成育歴の適切な問診ができる



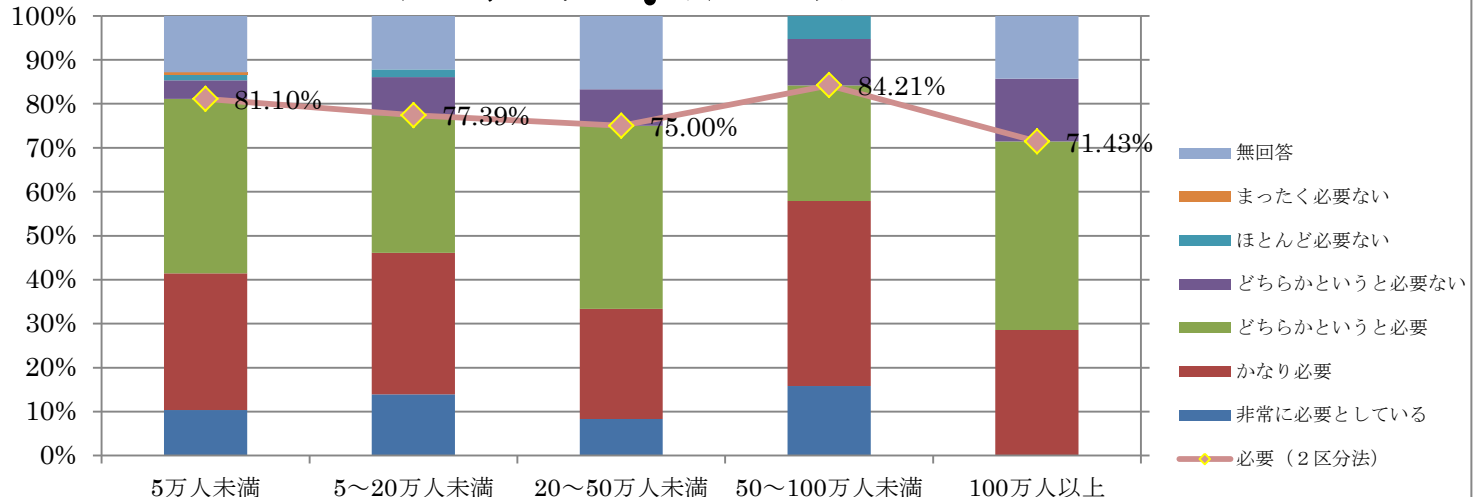
Q12【全体-所轄地域人口規模別】相談者の認知機能（理解力、IQ等）を判断できる



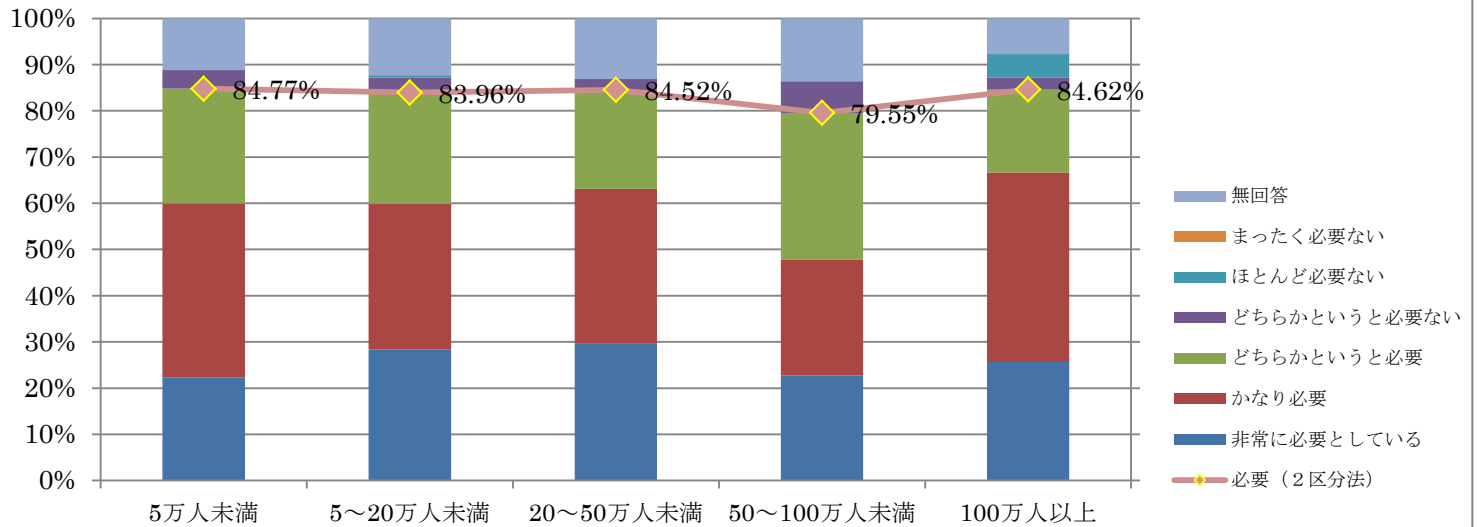
Q12【専従-所轄地域人口規模別】相談者の認知機能（理解力、IQ等）を判断できる



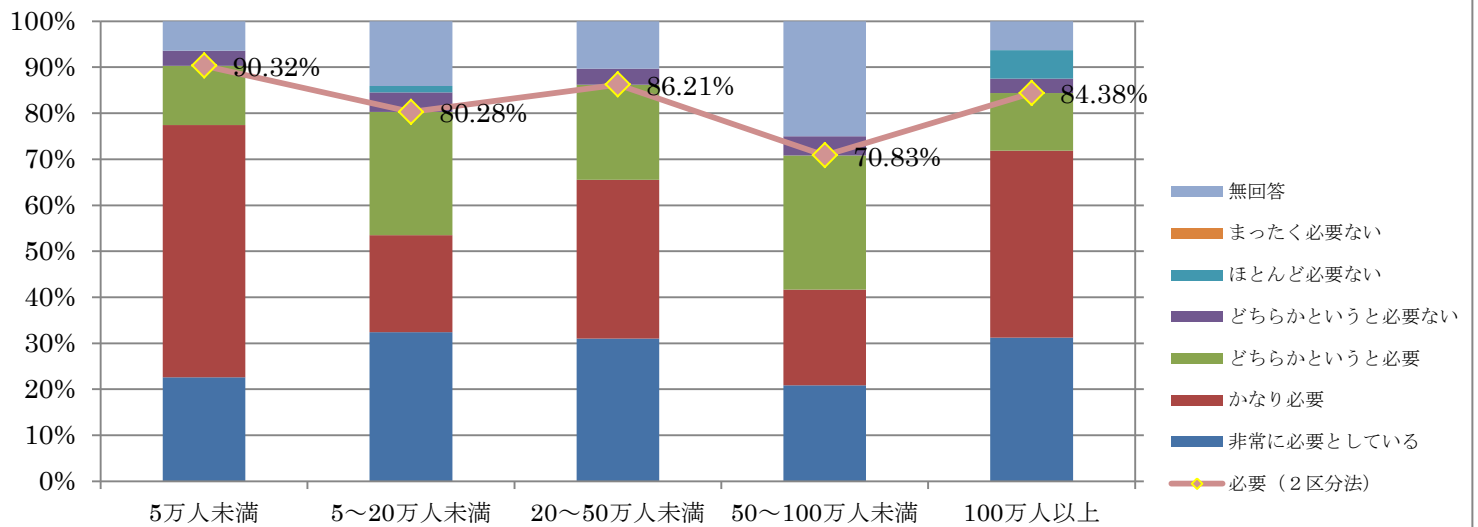
Q12【非専従-所轄地域人口規模別】相談者の認知機能（理解力、IQ等）を判断できる



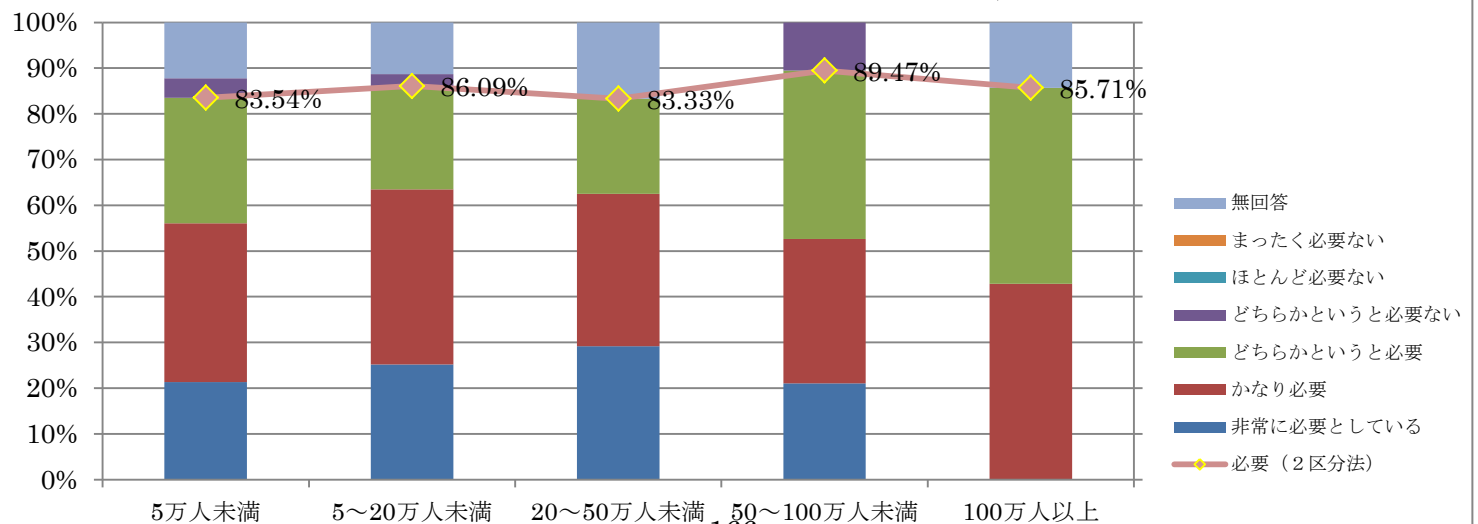
Q12【全体-所轄地域人口規模別】 人格障害が疑われる相談者の適切な話の切り方（電話/面談）・終結の仕方がわかる



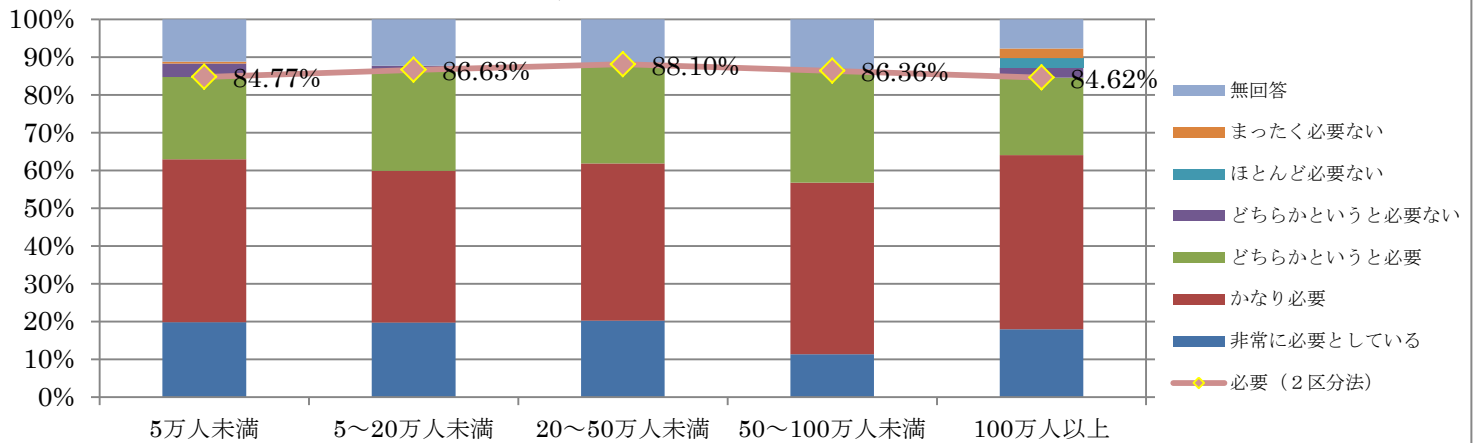
Q12【専従-所轄地域人口規模別】 人格障害が疑われる相談者の適切な話の切り方（電話相談/面談）・終結の仕方がわかる



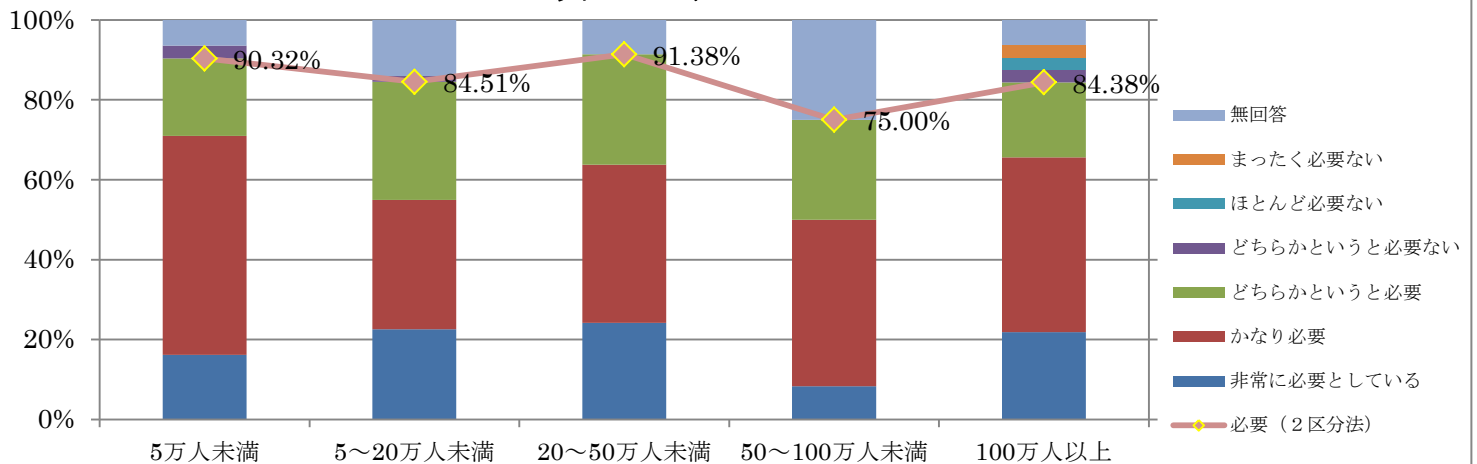
Q12【非専従-所轄地域人口規模別】 人格障害が疑われる相談者の適切な話の切り方（電話相談/面談）・終結の仕方がわかる



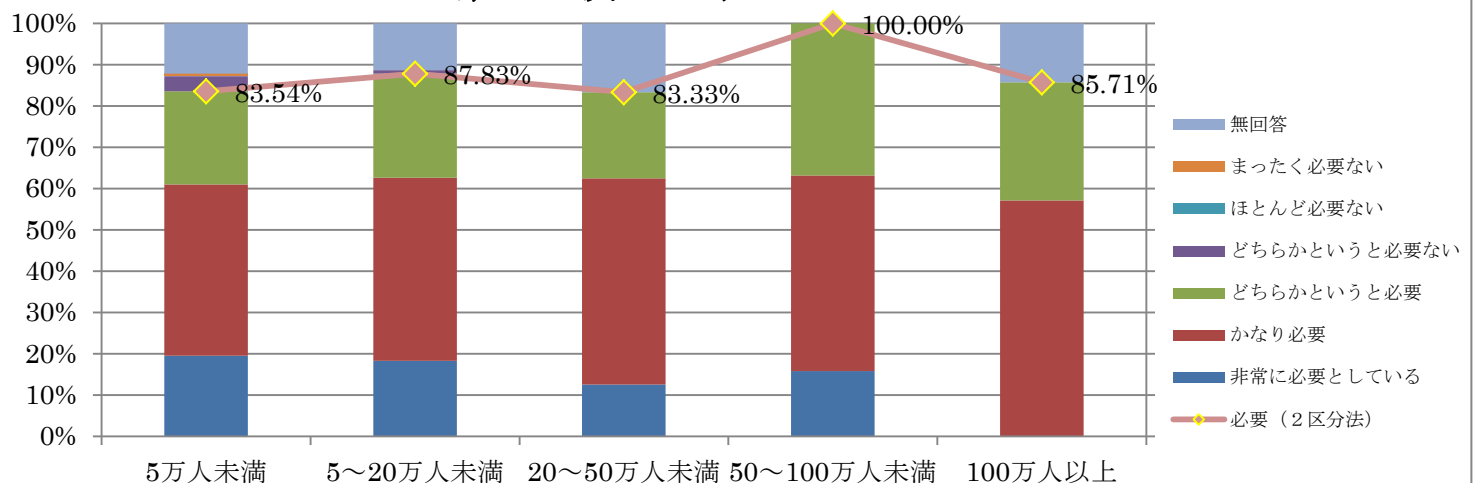
Q12【全体-所轄地域人口規模別】 同じ相談機関内で複数の相談員が使用結果を共有し、連携機関での相互理解・連携の強化につながる



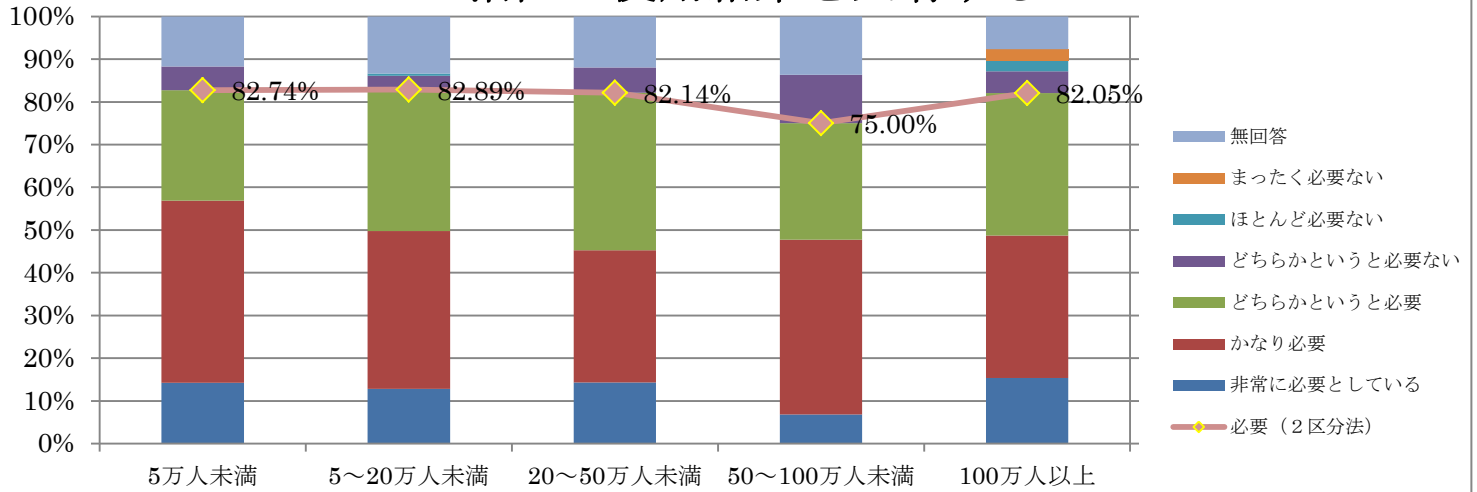
Q12【専従-所轄地域人口規模別】 同じ相談機関内で複数の相談員が使用結果を共有し、連携機関での相互理解・連携の強化につながる



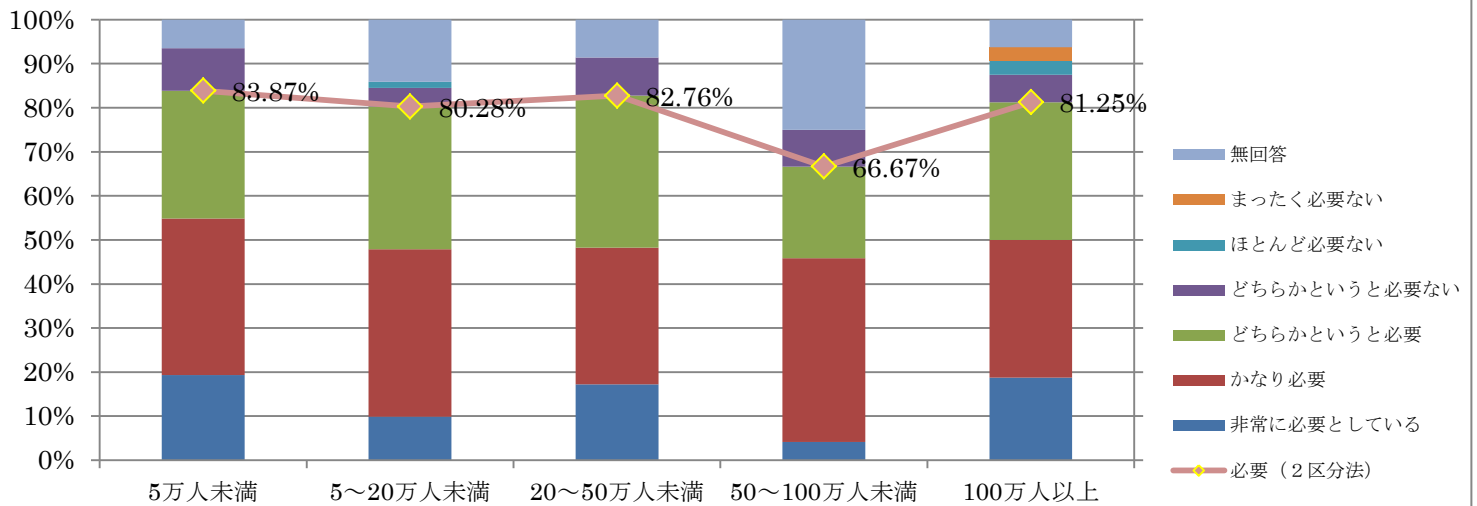
Q12【非専従-所轄地域人口規模別】 同じ相談機関内で複数の相談員が使用結果を共有し、連携機関での相互理解・連携の強化につながる



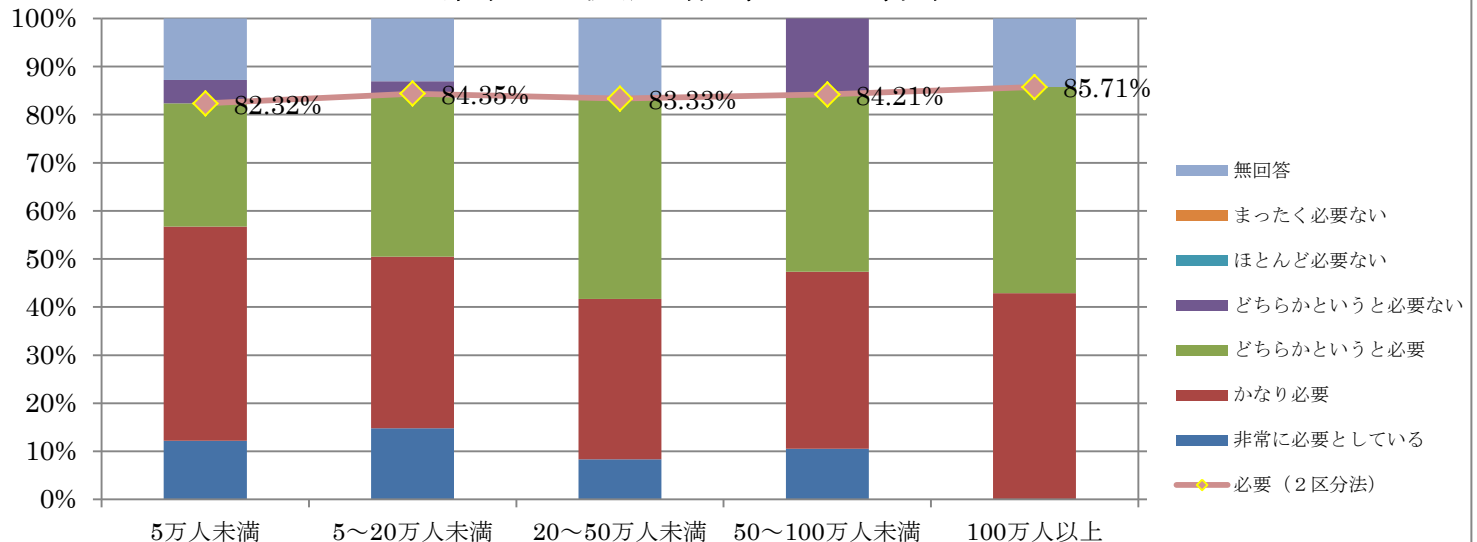
Q12 【全体-所轄地域人口規模別】（適切であれば） 主治医と使用結果を共有する



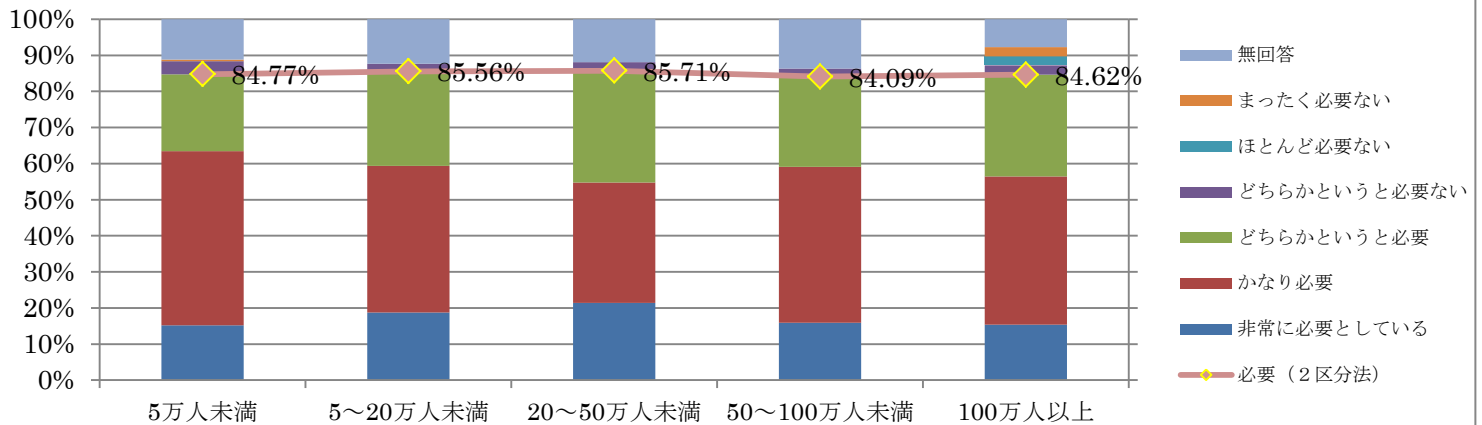
Q12 【専従-所轄地域人口規模別】（適切であれば） 主治医と使用結果を共有する



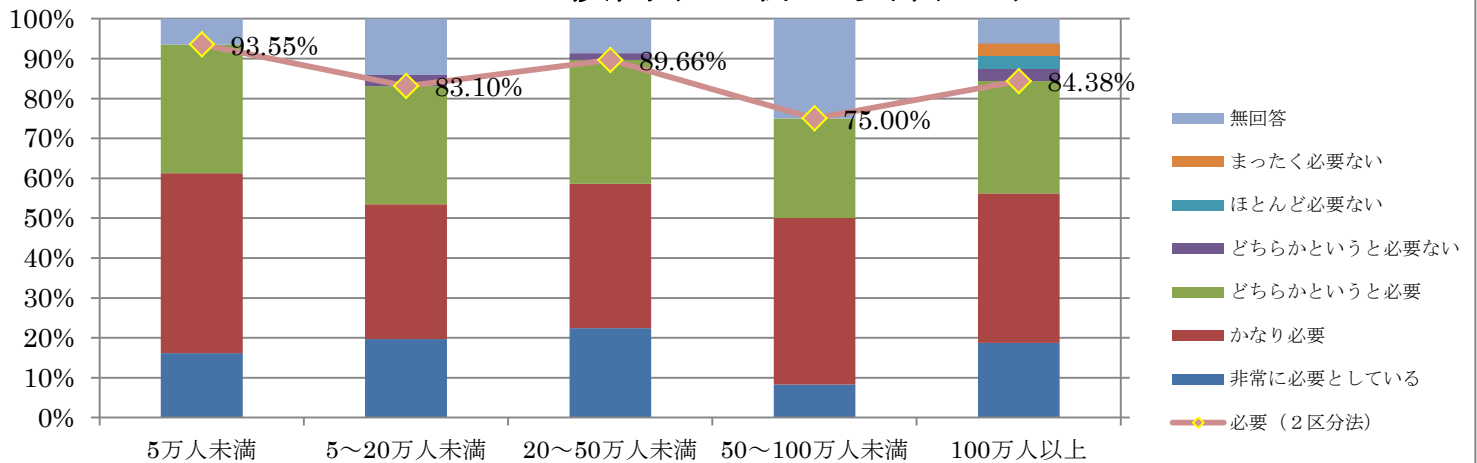
Q12 【非専従-所轄地域人口規模別】（適切であれば） 主治医と使用結果を共有する



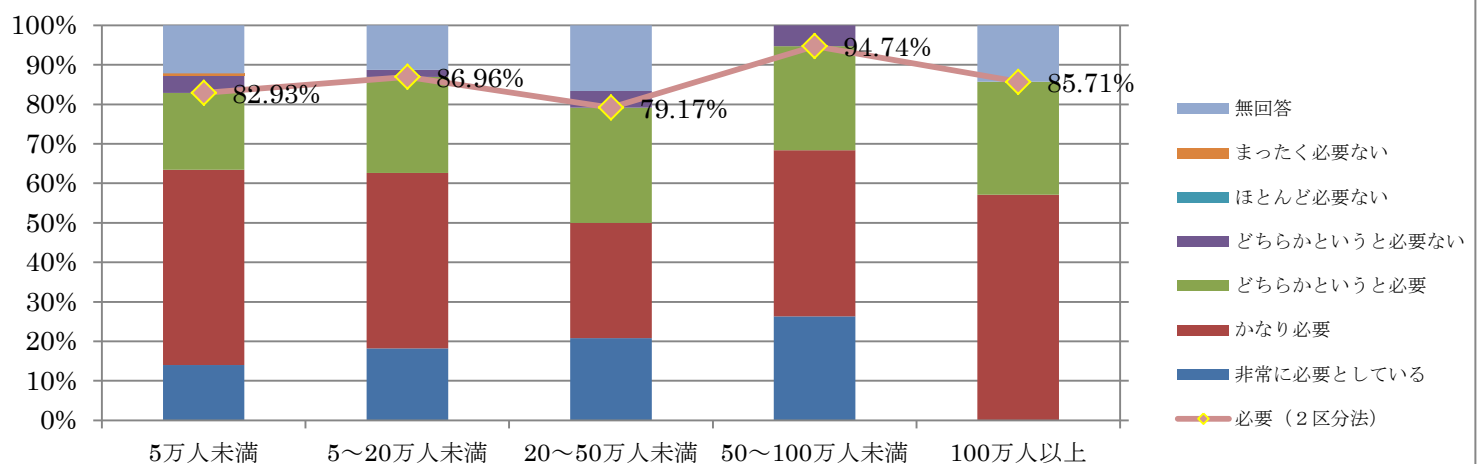
Q12 【全体-所轄地域人口規模別】 支援にあたる地域の多職種専門家で使用結果を共有し、地域でのサポートについて検討する際の資料とする



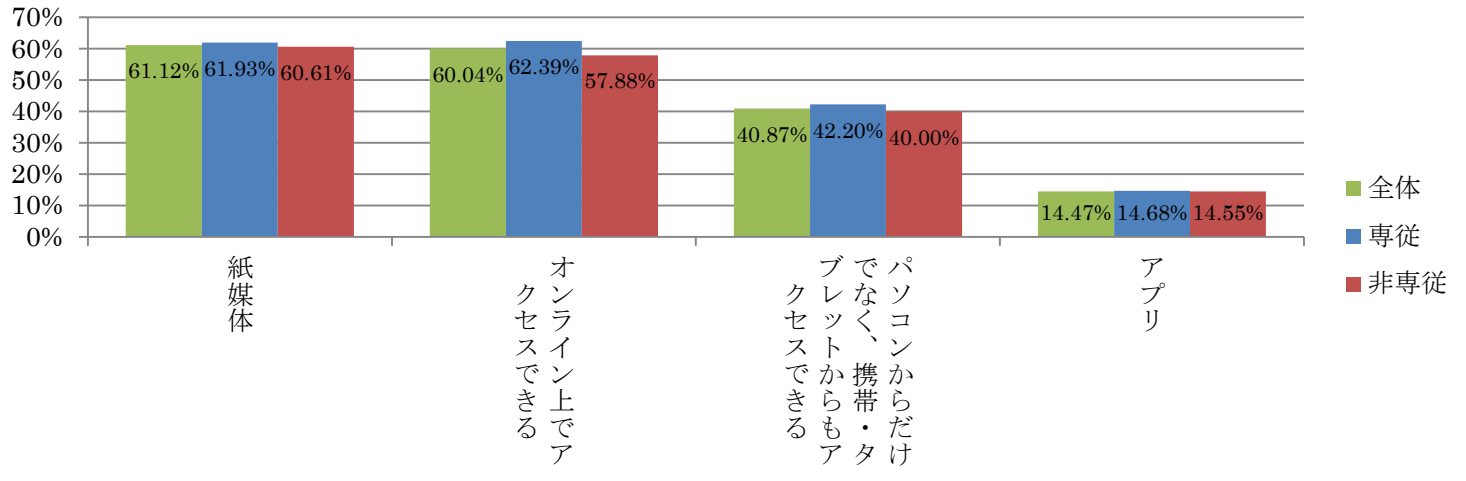
Q12 【専従-所轄地域人口規模別】 支援にあたる地域の多職種専門家で使用結果を共有し、地域でのサポートについて検討する際の資料とする



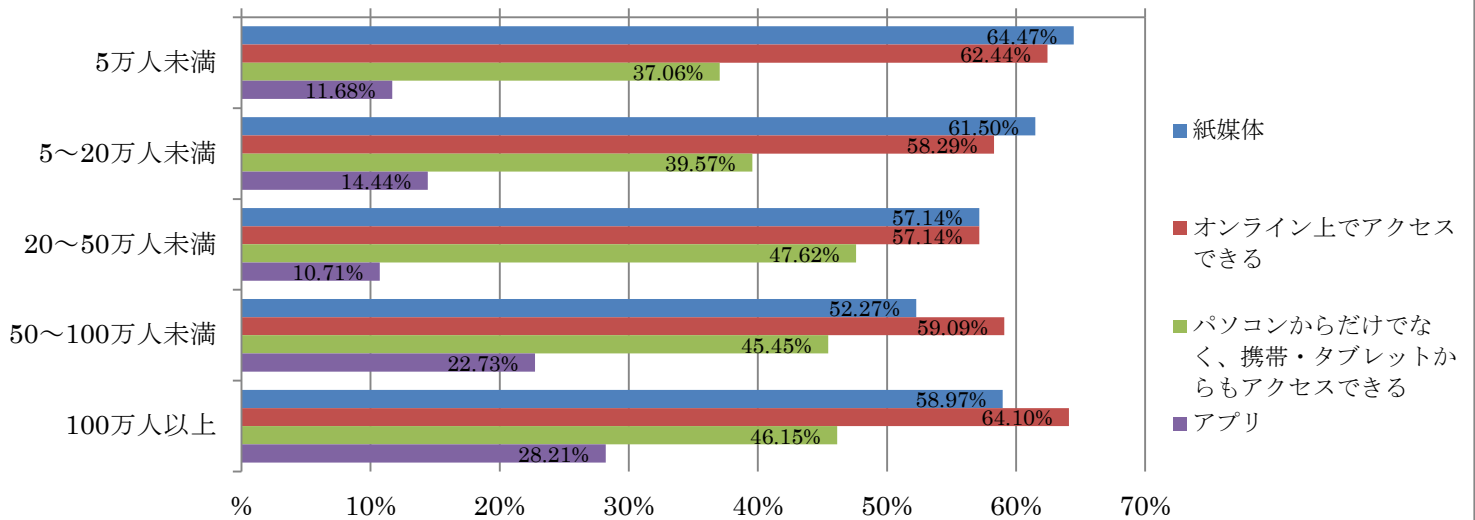
Q12 【非専従-所轄地域人口規模別】 支援にあたる地域の多職種専門家で使用結果を共有し、地域でのサポートについて検討する際の資料とする



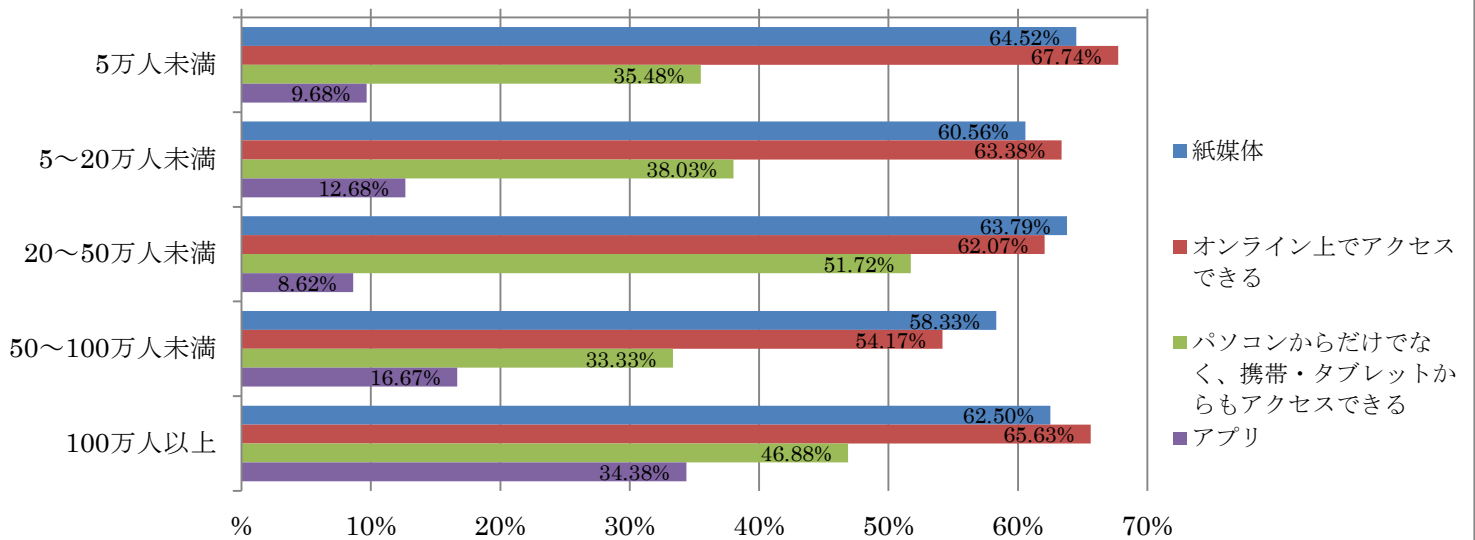
Q14 精神保健相談支援ツールののぞましい形態 (複数選択可) 【全体、専従、非専従別】



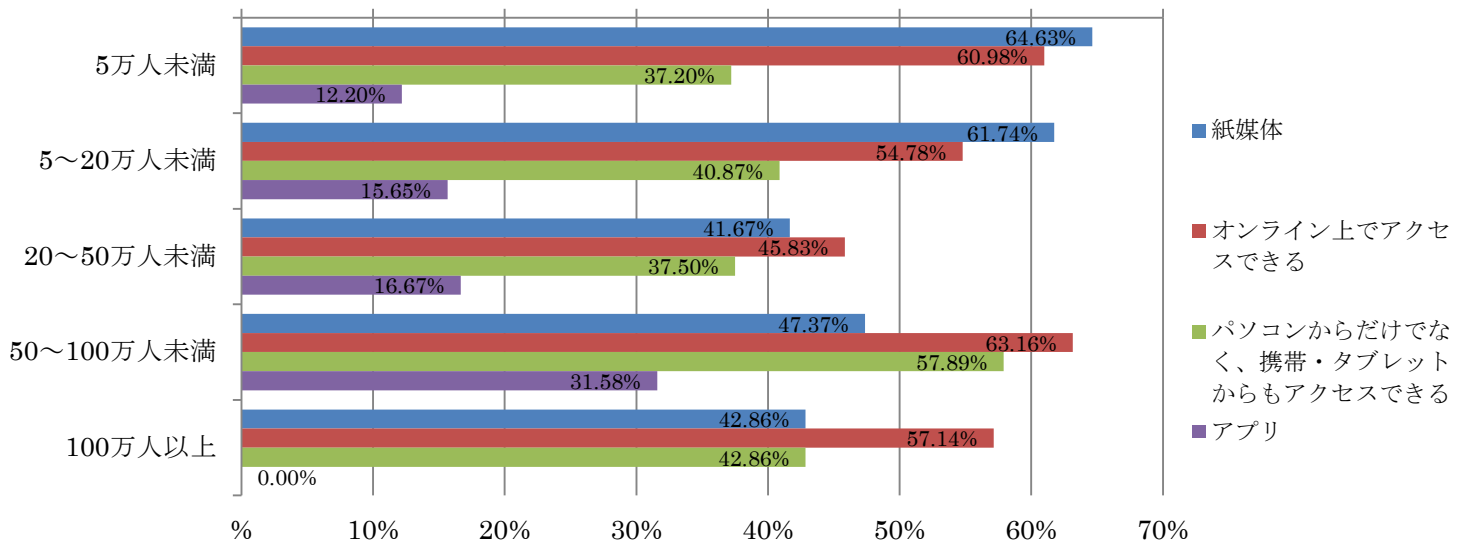
Q14【全体-所轄地域人口規模別】精神保健相談支援ツールの好ましい形態（複数可）



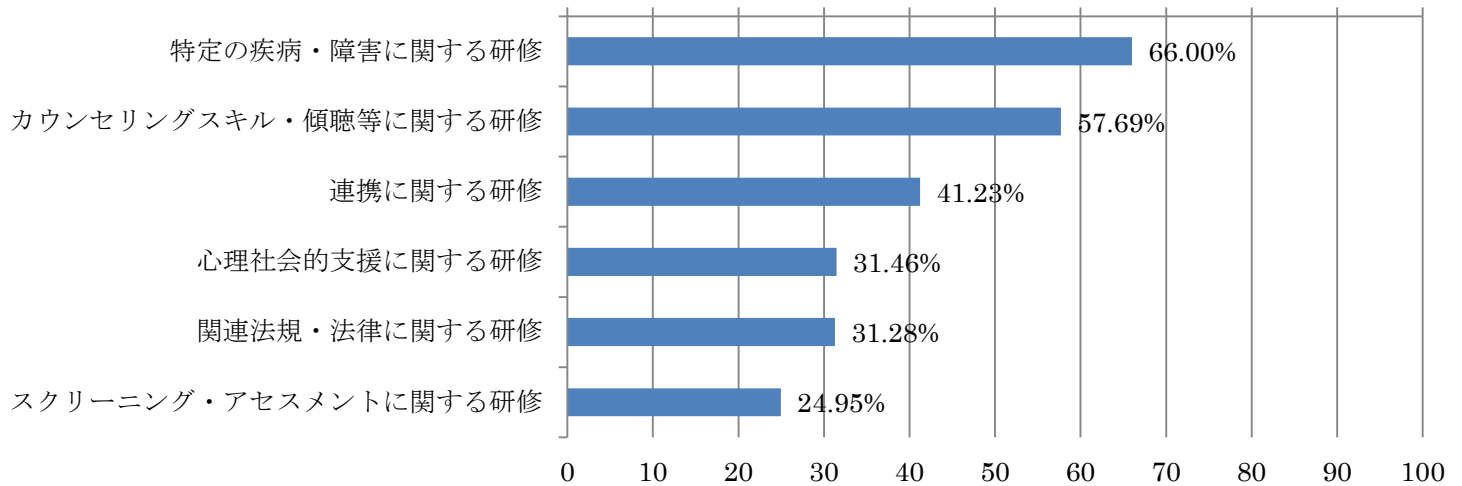
Q14【専従-所轄地域人口規模別】精神保健相談支援ツールの好ましい形態（複数可）



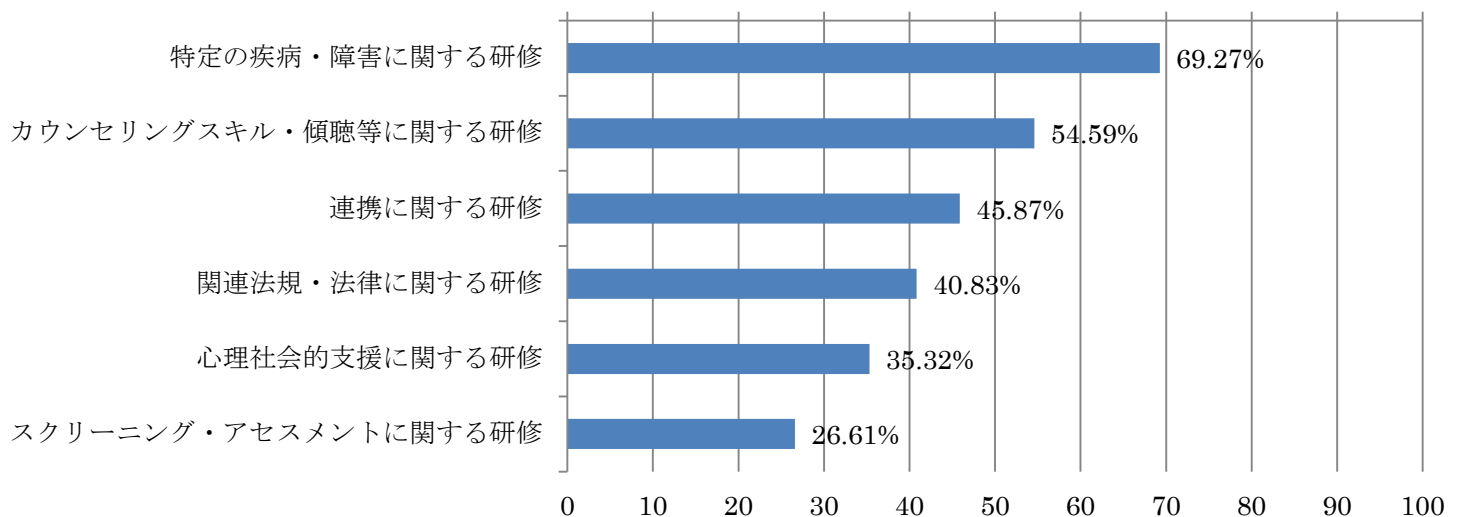
Q14【非専従-所轄地域人口規模別】精神保健相談支援ツールの好ましい形態（複数可）



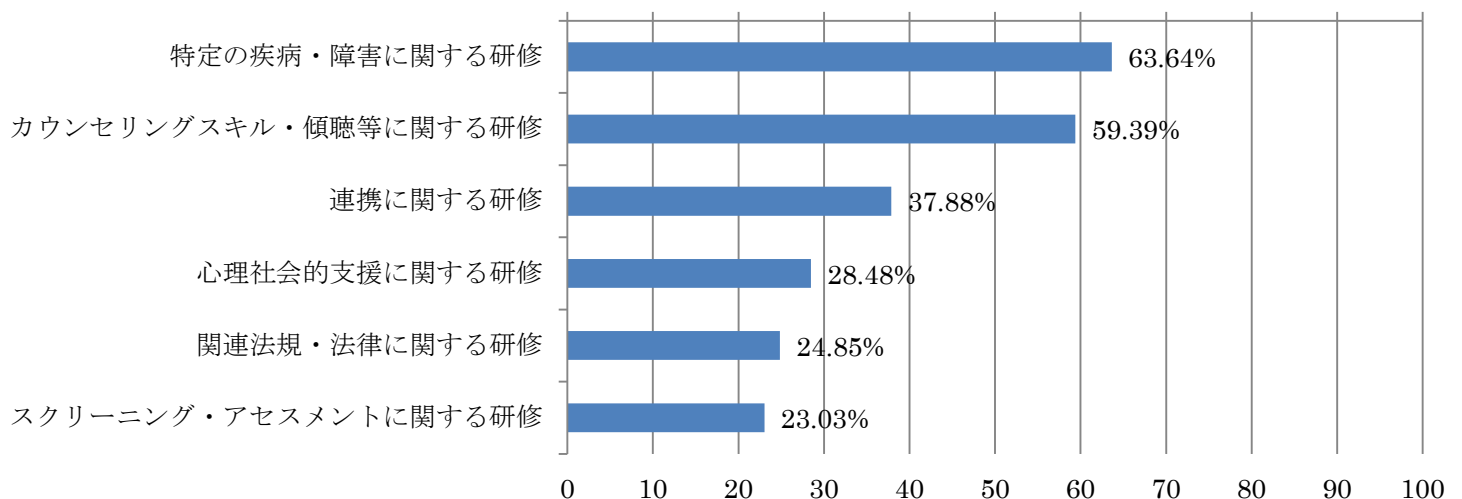
Q16 今までに受講した精神保健業務に関する研修 (複数選択可、全体,n=553)



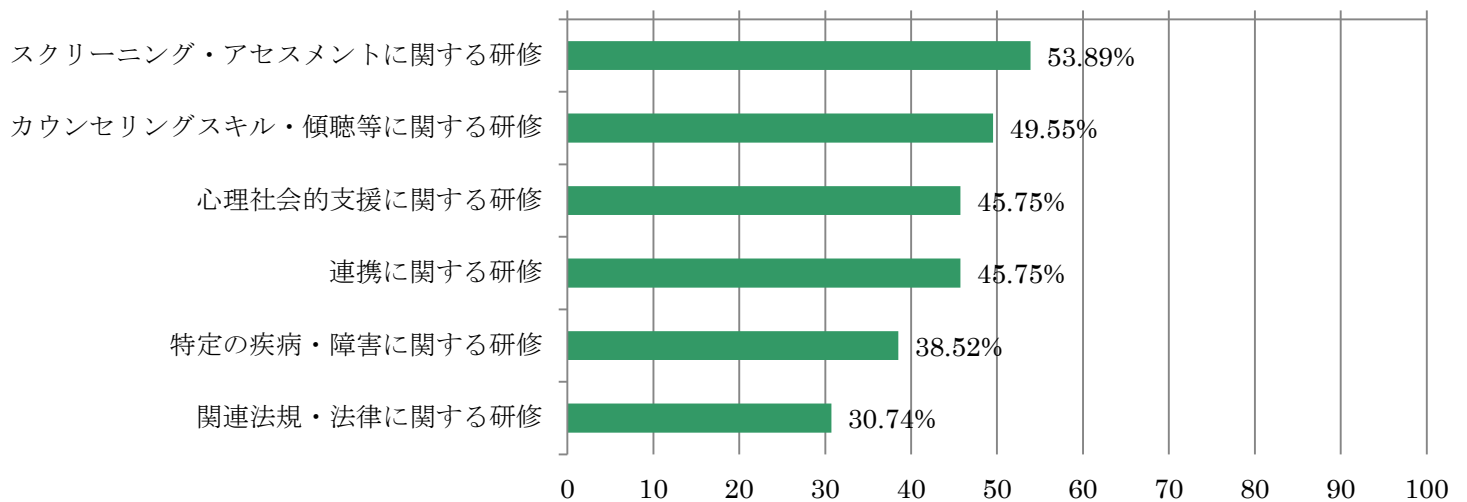
Q16 今までに受講した精神保健業務に関する研修 (複数選択可、専従,n=218)



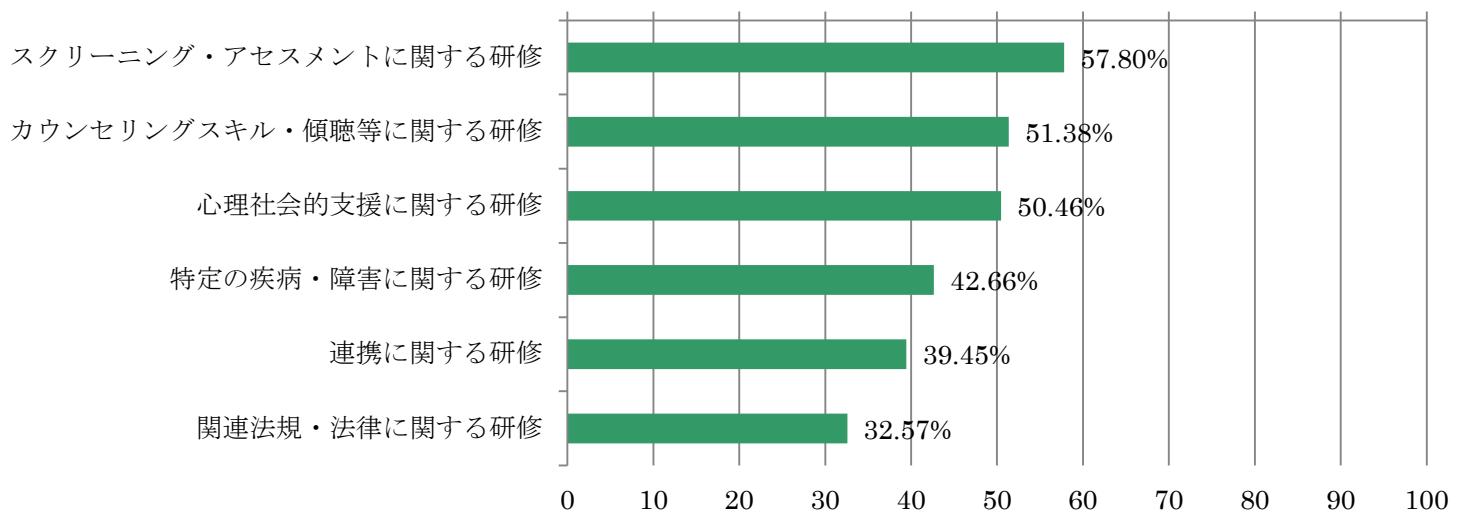
Q16 今までに受講した精神保健業務に関する研修 (複数選択可、非専従,n=330)



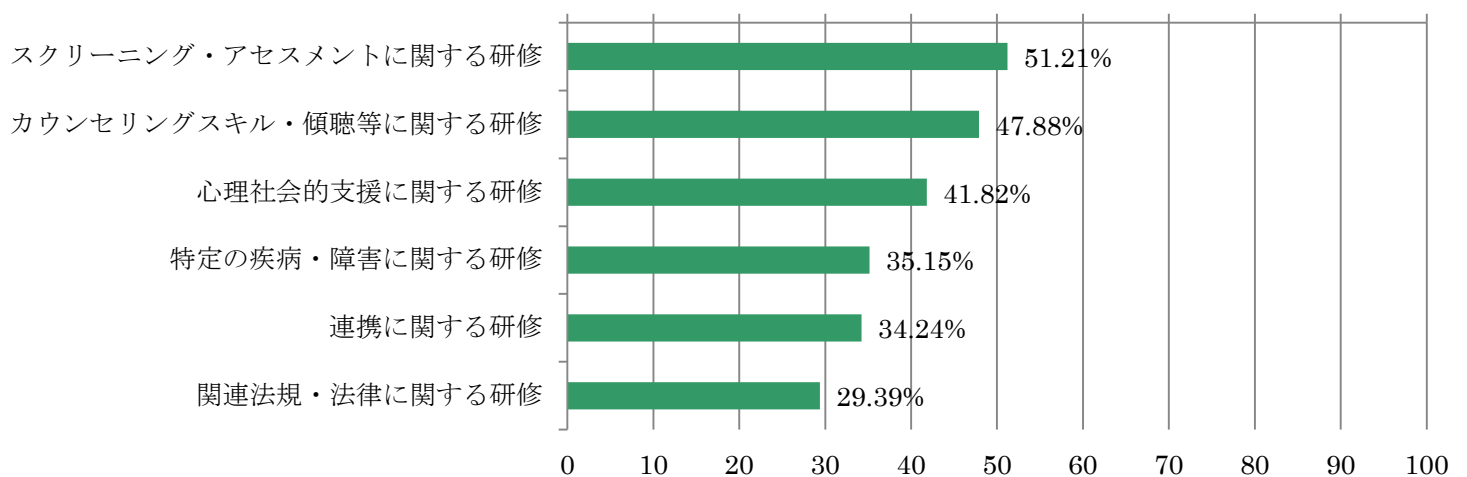
Q17 今後受講を希望する精神保健業務に関する研修 (複数選択可、全体,n=553)



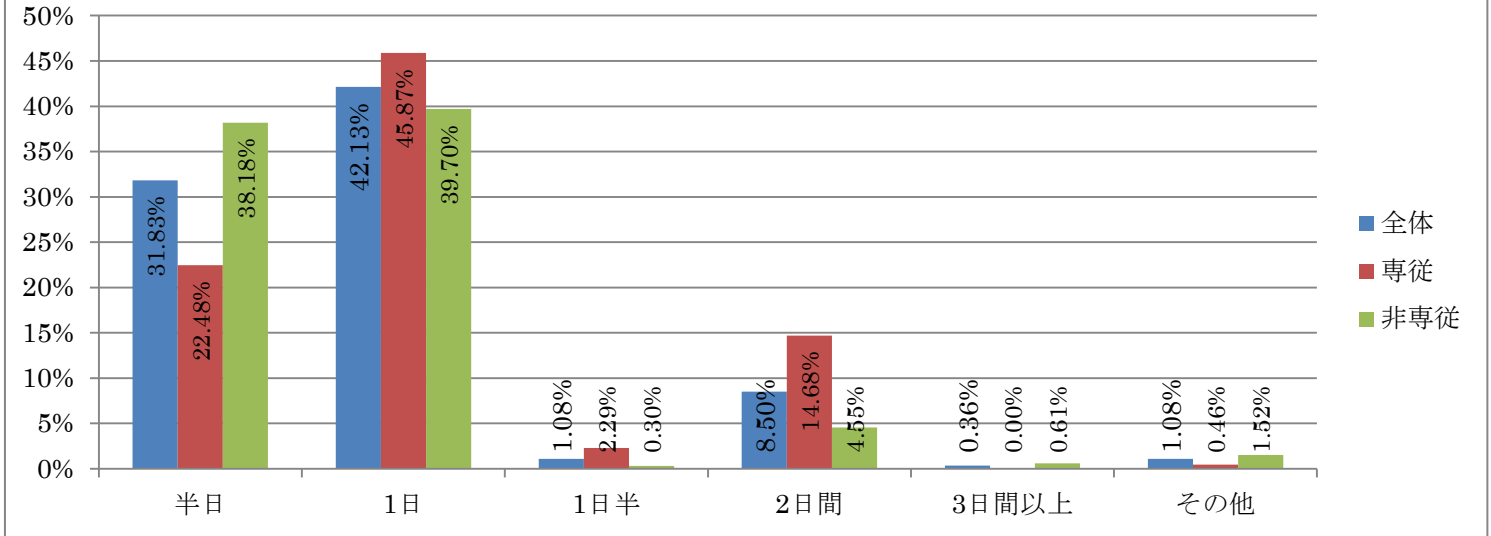
Q17 今後受講を希望する精神保健業務に関する研修 (複数選択可、専従,n=218)



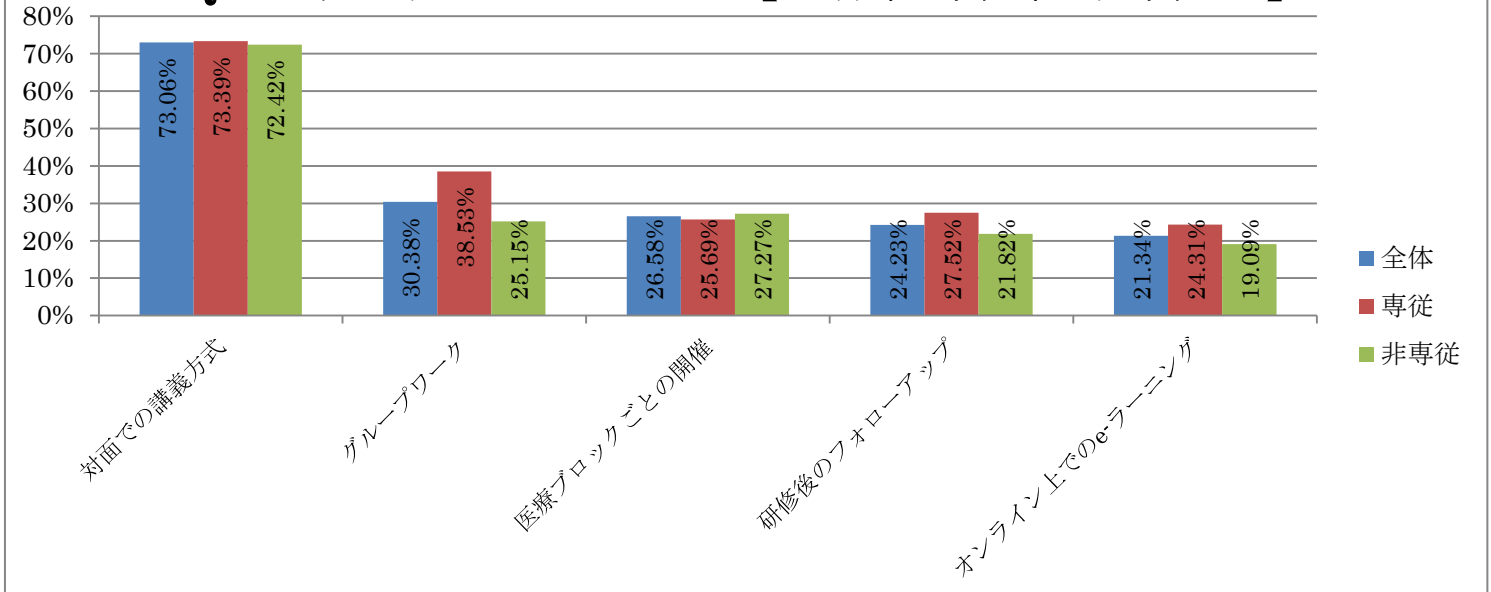
Q17 今後受講を希望する精神保健業務に関する研修 (複数選択可、非専従,n=330)



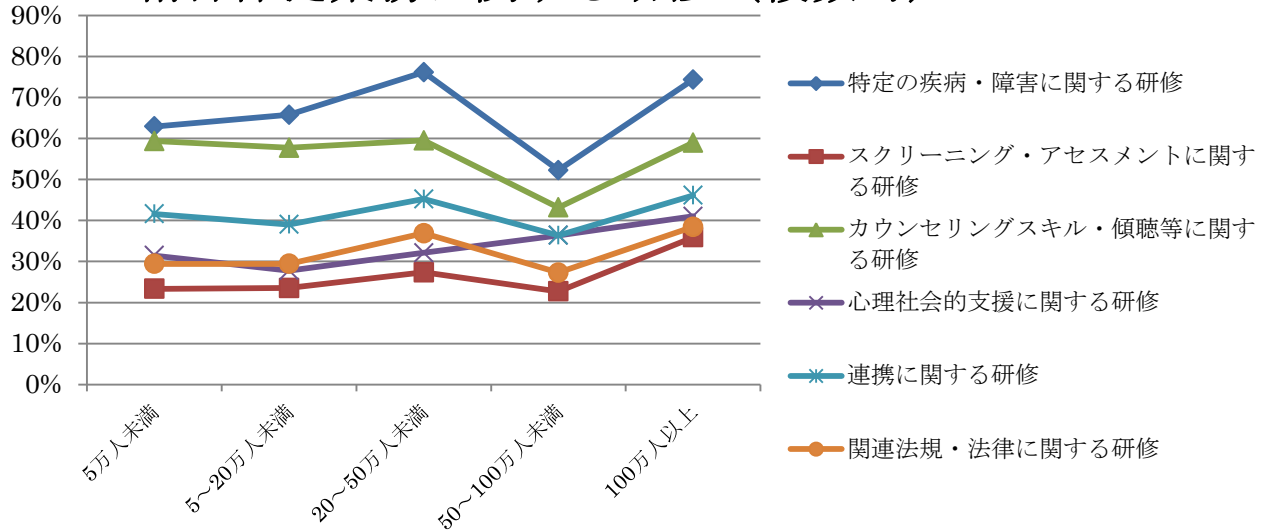
Q18 希望する研修ののぞましい受講期間 【全体、専従、非専従別】



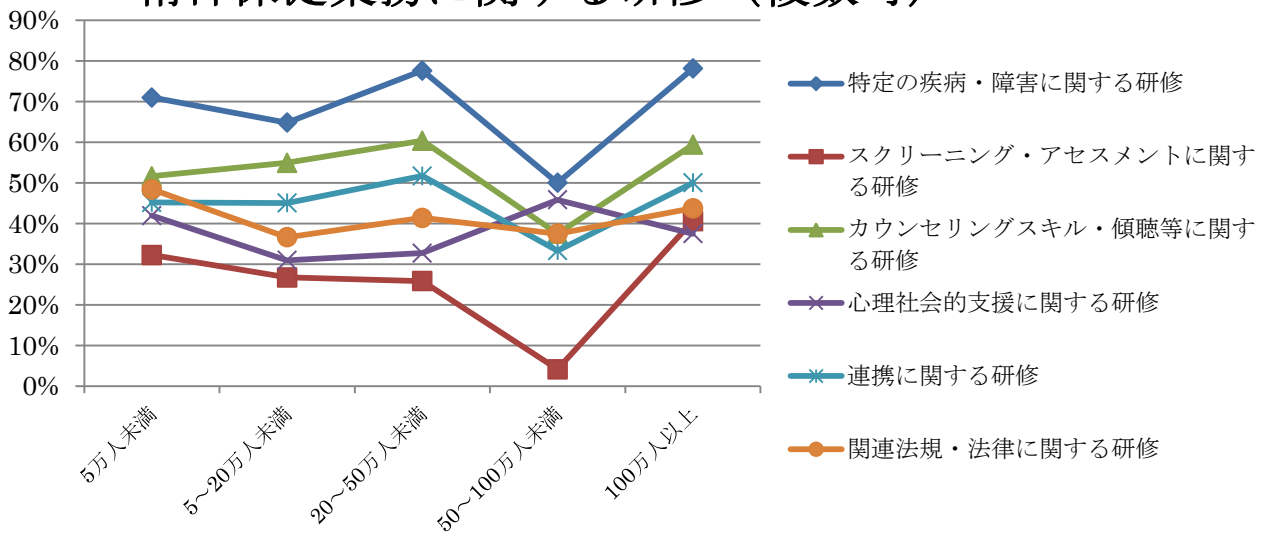
Q18 希望する研修の形態【全体、専従、非専従別】



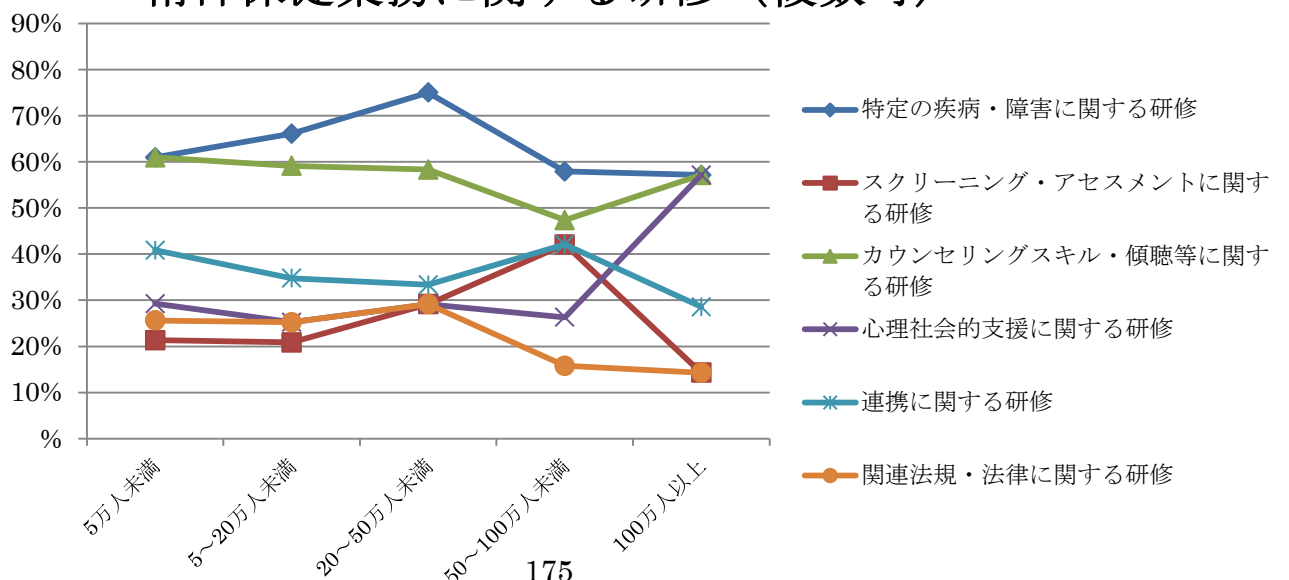
Q16 【全体-所轄地域人口規模別】今までに受講した精神保健業務に関する研修（複数可）



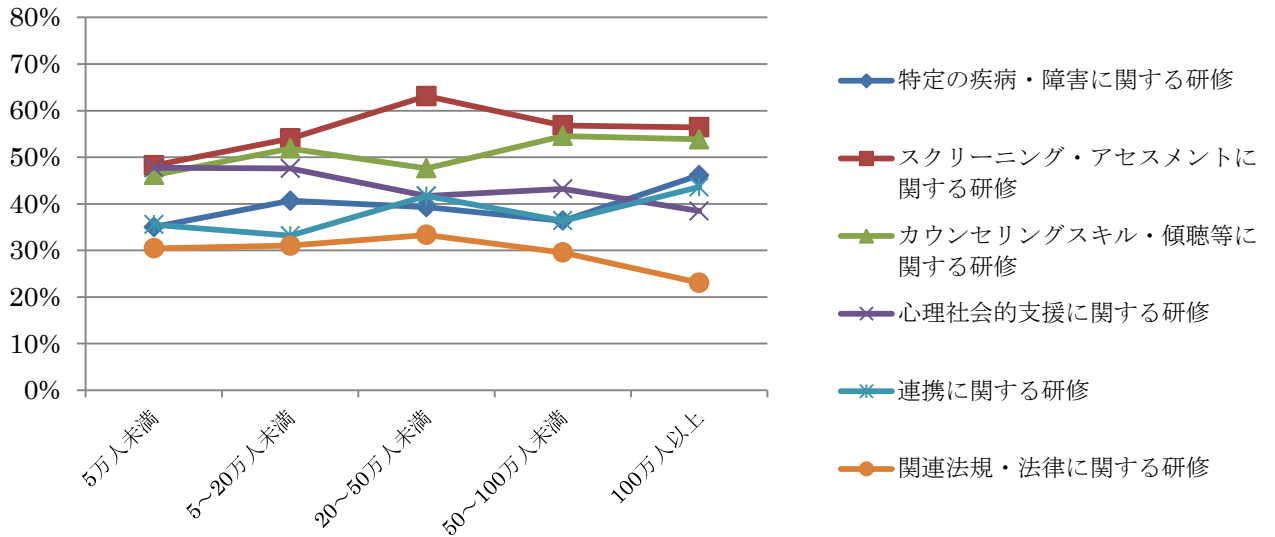
Q16 【専従-所轄地域人口規模別】今までに受講した精神保健業務に関する研修（複数可）



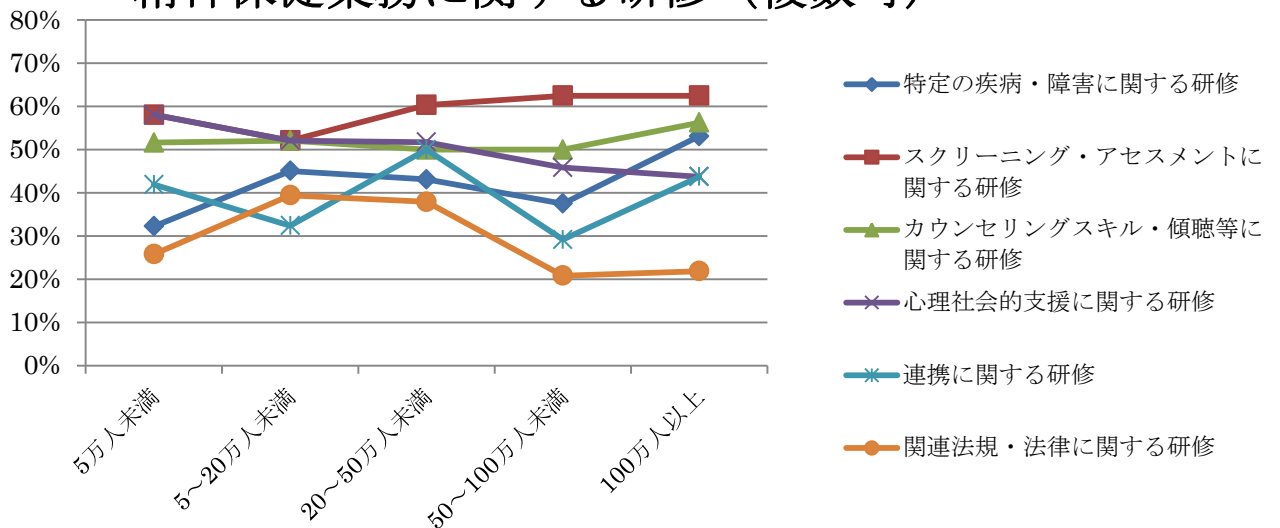
Q16 【非専従-所轄地域人口規模別】今までに受講した精神保健業務に関する研修（複数可）



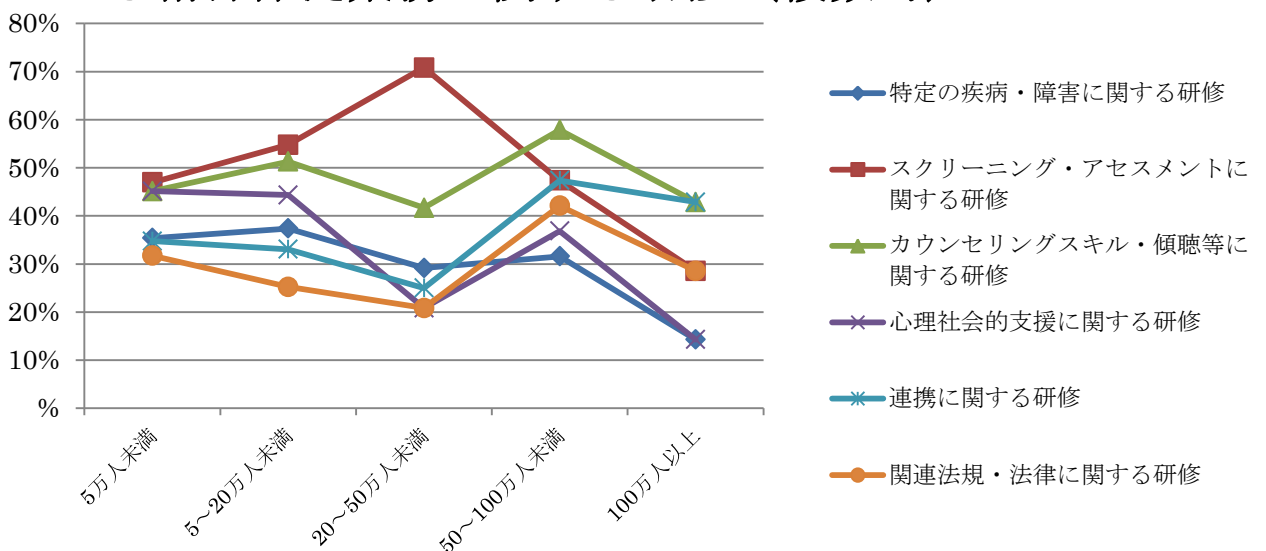
Q17 【全体-所轄地域人口規模別】 今後受講を希望する精神保健業務に関する研修（複数可）



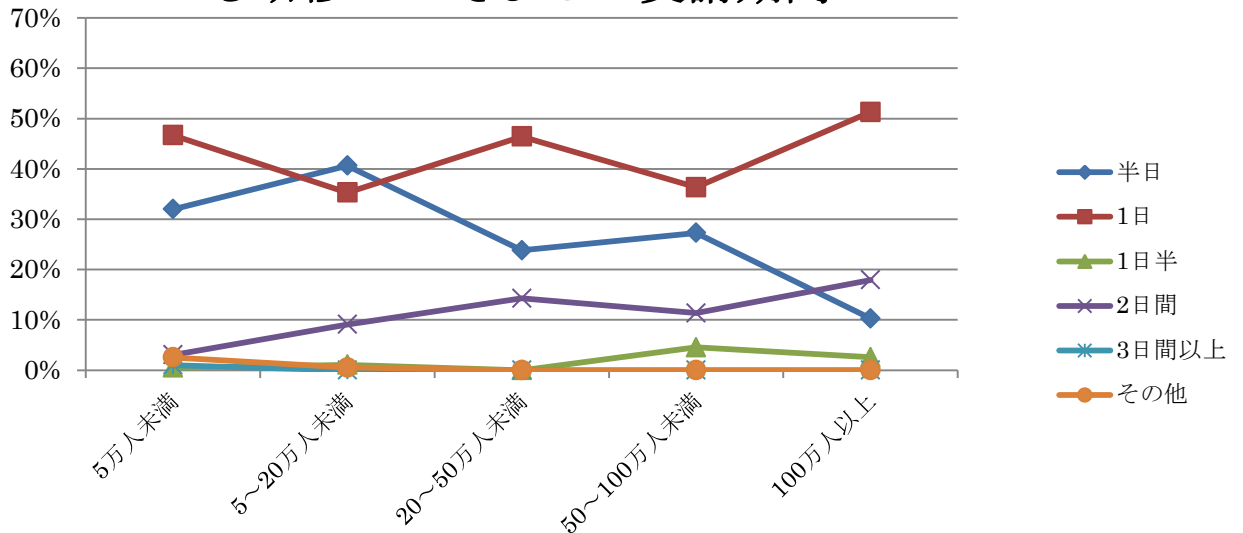
Q17 【専従-所轄地域人口規模別】 今後受講を希望する精神保健業務に関する研修（複数可）



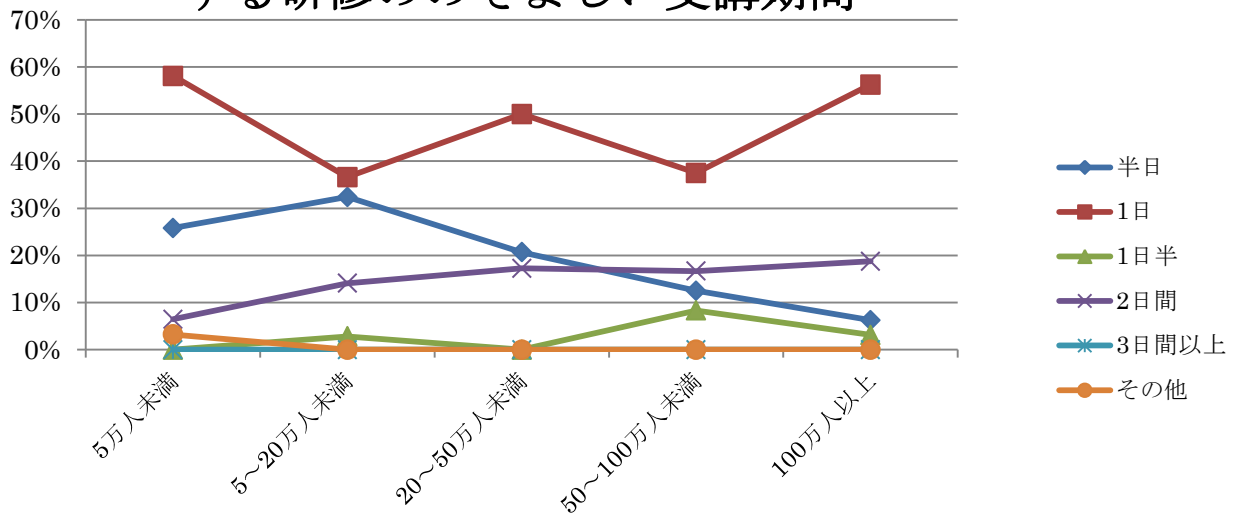
Q17 【非専従-所轄地域人口規模別】 今後受講を希望する精神保健業務に関する研修（複数可）



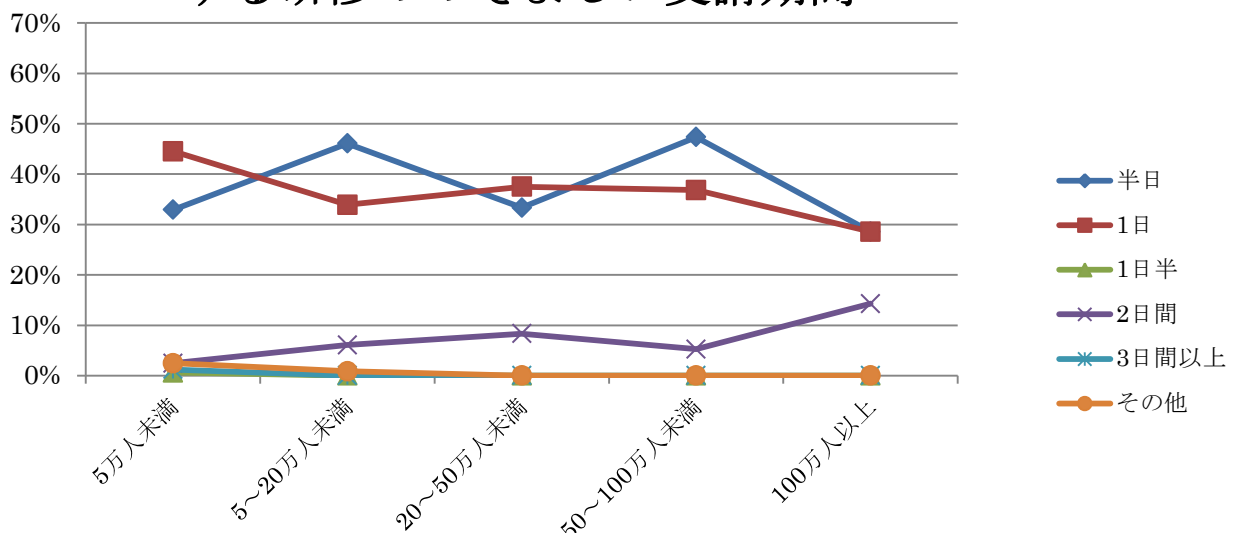
Q18 【全体-所轄地域人口規模別】 今後受講を希望する研修ののぞましい受講期間



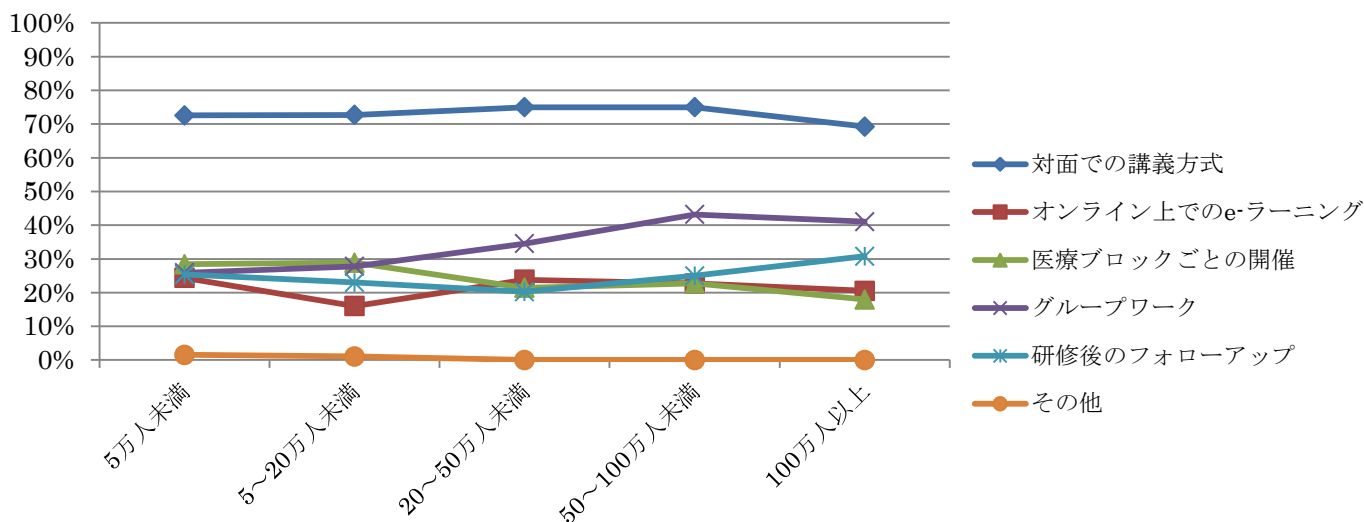
Q18 【専従-所轄地域人口規模別】 今後受講を希望する研修ののぞましい受講期間



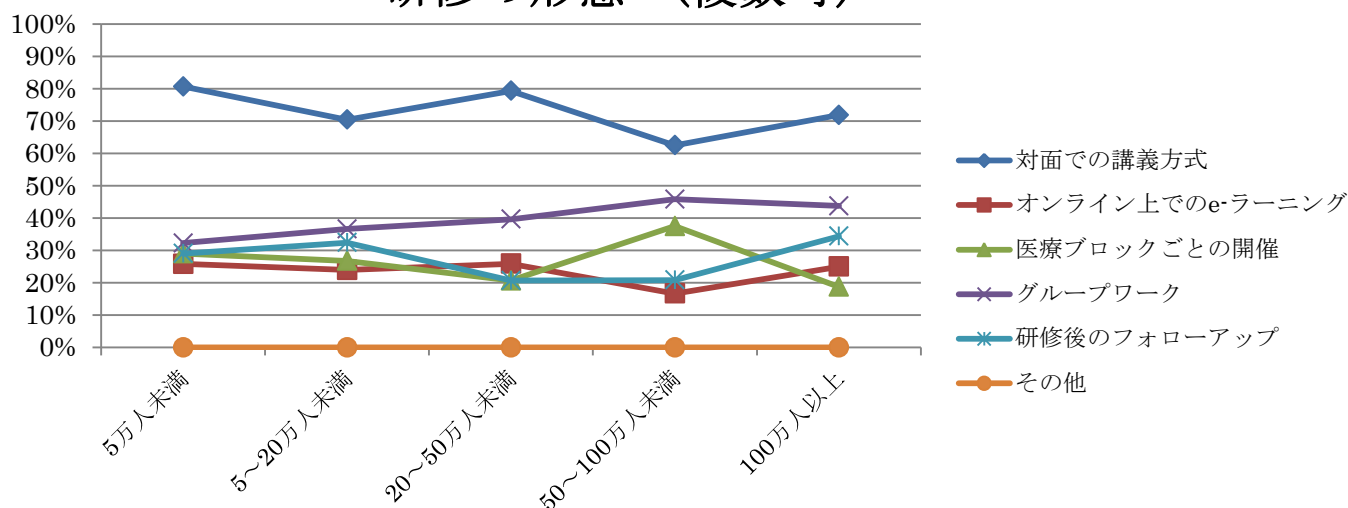
Q18 【非専従-所轄地域人口規模別】 今後受講を希望する研修ののぞましい受講期間



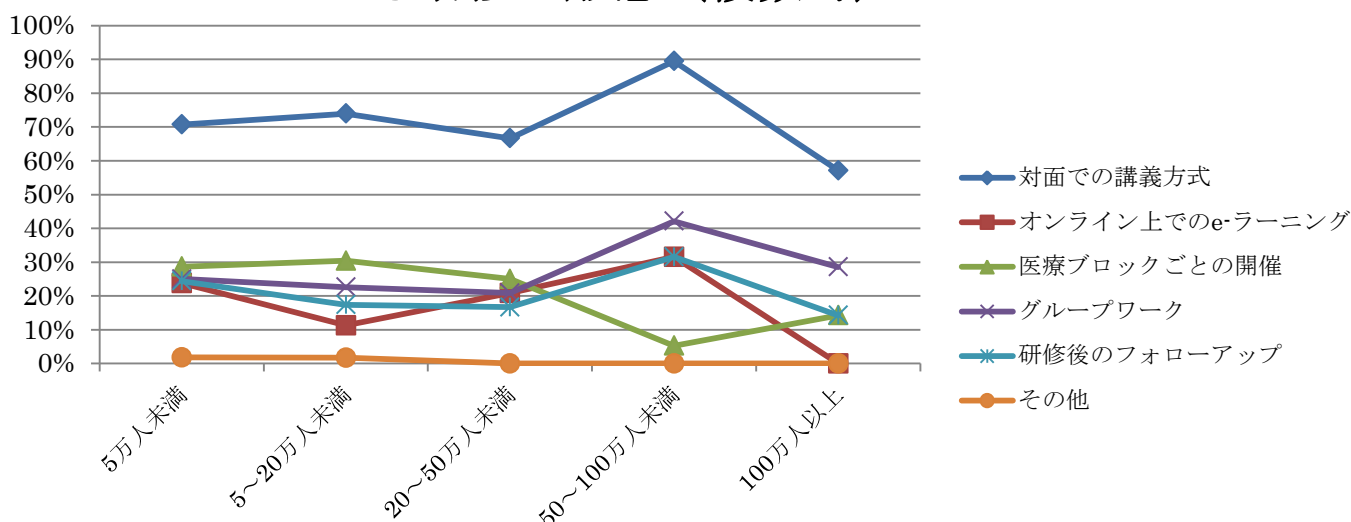
Q19 【全体-所轄地域人口規模別】 今後受講を希望する研修の形態（複数可）



Q19 【専従-所轄地域人口規模別】 今後受講を希望する研修の形態（複数可）



Q19 【非専従-所轄地域人口規模別】 今後受講を希望する研修の形態（複数可）



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 28 年度～平成 30 年度分担研究総合報告書

うつ・不安スクリーニング評価ツール開発と背景要因分析

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医療政策研究部）

研究要旨

【背景と目的】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、背景要因のデータ分析、好事例の取り組みの要因分析、相談場面でのスクリーニングツール開発をした。

【方法】国民生活基礎調査の目的外使用を申請し、上記 2 つの観点から統計法を遵守しデータ分析した。愛媛県の取り組みからは、関係機関との連携方策について聴取・助言した。国民生活基礎調査での分析による考察、愛媛県での取り組みについて、既存の評価尺度とともに合わせた形で、地域の保健活動に資する、相談対応で簡便に利用できるうつ・不安のスクリーニングツールを作成した。

【結果と考察】国民生活基礎調査の目的外集計にて、1. 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ことを見出した。2.心理的苦痛が高い年齢階級と、精神医療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。詳細を検討したところ、国民でうつ・不安に課題のある者は 25%いたが、そのうち精神医療にアクセスできているものは 3%であることがわかり、保健活動における対応需要が大きいことがわかった。

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。

それら結果と、うつ・不安に対する評価尺度を選定したもの、その使用ガイドを掲載し、スクリーニングツールを作成した。

【結論】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り、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り、本研究で作成したスクリーニングツールが活用されるような普及方策を継続して取っていくことが必要である。

研究協力者

西 大輔（東京大学大学院医学系研究科精神保健分野）

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）

A. 研究目的

市区町村を中心とした日常の地域保健活動において精神保健にかかる相談は、精神保健相談のみならずそれ以外の相談場面で、直接的のみならず潜在的

にも、また自らのことだけでなく家族等の相談など様々な次元で遭遇するものの、系統的な相談者に対する支援ツールがなく、経験に基づいた対応をしていると想定される。本研究では、その実態を把握し、それに応じた支援ツールを作成し、普及することを目的とした。

B. 研究方法

地域の保健活動に資する、相談対応で簡便に利用できる「うつ・不安」のスクリーニングツールの開発と、その使用法につきガイドを作成した。なお作成に当たって、地域保健に従事する3名の保健師から需要や課題を聴取した。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。

また、ガイド作成の基礎となる保健活動の必要性の量的検証を、国民生活基礎調査の目的外使用を申請し、検証した。平成22年調査と25年調査についての集計では、年次間の調整を平成22年を基準として年齢調整し、年代ごとの心理的苦痛を持つものの変化を分析した。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。つぎに平成28年の健康票全例の提供を受け、18歳以上の者約50万名のKessler Psychological Distress Scale 日本版 (K6) 得点と同調査票でのメンタルヘルスにおける医療機関受診有無を解析対象とした。すなわち、うつ・不安に課題のある者がどのくらいおり、そのうちどのくらいが医療機関受診につながっているかを記述した。

(倫理面への配慮)

国民生活基礎調査の取り扱いについては統計法を遵守した。

C. 研究結果

スクリーニングツールは、簡便かつ妥当性のある

評価尺度を用いるため、既存の評価尺度から、2質問票、K6、EPDS、GDSを採用した。また、それらをすべて問うのではなく、どのような順番でどれを用いるのが適当か、それぞれの尺度の解釈はどうか、さらには急ぎ精神科医療につなぐべき症候について記載した。実際の保健活動中に使えるよう、手元資料を付録で作成した。各尺度の背景を記載し、そもそもの話の聞き方についてWHOが災害メンタルヘルス向けに刊行したPFA (Psychological First Aid)から該当部分を抜粋したものをガイドを作成した。また、実際メンタルヘルスの保健相談を積極的に行っている自治体に関して、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について、聴取・助言を行った。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会在開催され、県・指定都市・県保健所・市保健所・県精神保健福祉センターが連携して事業を行っている取り組みについて助言をした。

これを踏まえた成果を平成30年度作成のスクリーニングツールのマニュアルに実践例として掲載した。

国民生活基礎調査の目的外集計解析結果に関しては、心理的空痛を持つ者の、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。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。

国民全体でうつ・不安の課題を持つ者は約25%おり、精神科医療受診に該当する者は約5%いた。しかしながら、実際医療につながっている者は特に重症者ではわずかであり、保健相談活動の中で支援や医療へのトリアージを要する需要は非常に大きいこ

とが分かった。別添ガイド中うつ・不安の保健活動の必要性の根拠として記載した。

D. 考察

国民のメンタルヘルスを支えるべく仕組みとして、また医療への適切なトリアージ機能として、保健活動の役割は非常に大きい。しかし多様な業務所管を担う中で、うつ・不安の問題への対応は時間的にも技術的にも困難である。さらには、精神保健領域のみならず、さまざまな分野で遭遇するであろう状況で、なるべく簡便なスクリーニングツールを実際の保健活動で活用することには一定の役割があると考ええる。今回、本分担研究において、ツール・ガイド等を作成したが、その普及や実際の活用による改善などが今後必要とされるであろう。これにより、例えばメンタルヘルスの問題を自覚した者が、身近な相談がわからず医療機関を受診するようなことを防ぎ、適切な保健と医療の役割分担にも資することであると考える。

E. 結論

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り、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り、本研究で作成したスクリーニングツールが活用されるような普及方策を継続して取っていくことが必要である。

F. 研究発表

・論文発表

- 1) Nishi D, Susukida R, Usuda K, Mojtabai R, Yamanouchi Y.: Trends in the prevalence of psychological distress and the use of mental health services from 2007 to 2016 in Japan: Journal of Affective Disorders 239(15):208-213, 2018. 10
- 2) 藤原美佳, 平野美輪, 檜垣裕子, 戒能徳樹,

竹之内直人, 西大輔, 山之内芳雄, 大野裕: 産後うつ対策事業(こんにちは赤ちゃん訪問)への技術支援を通して～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～. 公衆衛生情報 48(1): 22-23, 2018. 4

- 3) 西 大輔, 山之内芳雄: こころの健康. 健康づくり 484(8): 12-15, 2018. 8. 1
- 4) 西 大輔, 山之内芳雄: 睡眠・ストレスマネジメント. 第三期 特定検診・特定保健指導ガイド. 門脇 孝・津下一代, 南山堂, pp217-221, 東京, 2018. 9. 20

・学会発表

- 1) Nishi D, Susukida R, Usuda K, Yamanouchi Y.: The age- and sex-specific trends in the prevalence of psychological distress and the use of mental health services in Japan. World Psychiatric Association Section on Epidemiology and Public Health, New York, USA, 2018. 5. 2-4
- 2) 山之内芳雄: 「NDB からみた精神保健予防」. 第22回日本精神保健・予防学会, 東京, 2018. 12. 2

G. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

なし

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（秋田大学大学院医学系研究科医学専攻 精神科学講座 教授）

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 睡眠・覚醒障害研究部）

研究要旨 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。地域精神保健医療の現場においても、不眠症をはじめとする睡眠問題を抱えている相談者は多い。しかしながら、これまで地域精神保健医療におけ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はなかった。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た。保健所や自治体等における相談窓口での睡眠障害の早期発見や効果的な対処方法に関する統合的なマニュアルの開発、およびそれらを利用した相談対応によって地域住民の心の健康づくりへの啓発につながることを期待する。

平成 28 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。平成 29 年度は、AIS を用いて睡眠外来通院患者を対象とした睡眠障害別の不眠症状と抑うつ症状の調査を行ったところ、不眠症状だけでなく睡眠障害患者の二次的な抑うつ症状への対策も考慮した対策が示唆された。また、相談者の不眠症状のセルフチェック、自宅での予防対策として活用できる不眠対策用リーフレットの作成を行った。平成 30 年度は、これまでの研究成果を踏まえ、実際に相談対応にあたる保健師をはじめとする対人援助職向けの、睡眠障害相談対応の早期発見や対応スキルの向上、知識の普及を目指した研修資料およびプログラムを構築し、実際に睡眠障害モジュールの相談対応研修を実施した。相談者が抱える睡眠問題に対する生活指導や対処方法の指導、ならびに睡眠障害のスクリーニングが簡便にできるマニュアルの存在は、保健師等の対応スキルの向上のみならず、相談者のセルフケア行動や受診行動の促進にもつながると考えられる。

これらの研究結果をまとめると、地域精神保健医療の現場で活用できる睡眠障害モジュールとして、睡眠障害のガイドライン、マニュアルの作成、不眠対策用リーフレット、およびそれらを活用した研修プログラムを構築した。今後、より利用しやすいプログラムに改訂していくとともに、保健所や自治体等の相談現場で普及することにより、地域住民への啓発や相談窓口レベルでの増悪の防止が期待される。

(平成 28 年度)

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临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。しかしながら、これまで地域精神保健医療におけ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はなかった。したがって、不眠症をはじめとする睡眠障害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。

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. 対象と方法

調査対象者の選定および調査方法

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. アテネ不眠尺度（Athenes insomnia scale; AIS）；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
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。

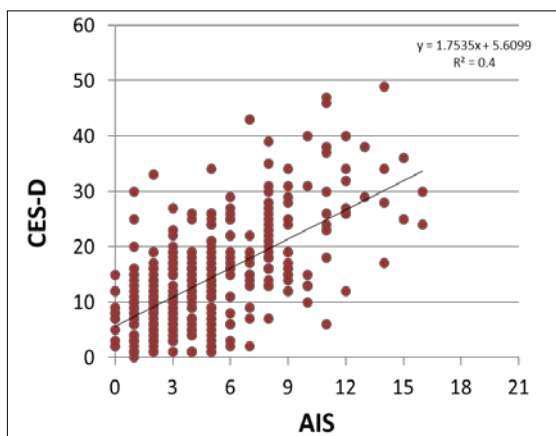


図 1 AIS と CES-D の関連

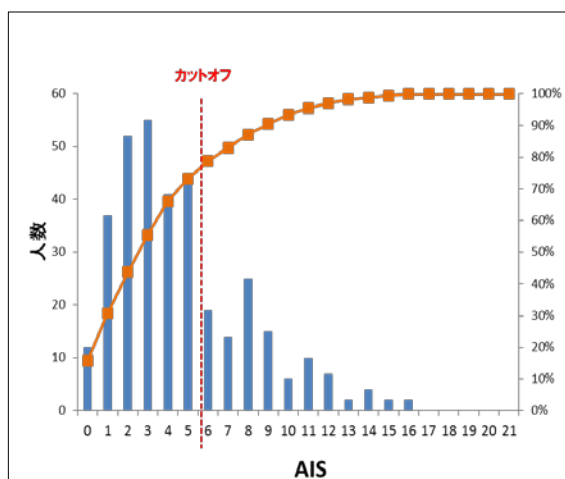


図 2 AIS の得点分布

表 1 AIS カットオフ値 (6 点) による 2 群比較

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

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？

- 0.満足している
- 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

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。

F. 健康危険情報特になし

G. 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うつ病診療. *Depression Strategy* 6 (1): 1-4, 2016.

学会発表・招待講演等

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

(平成 29 年度)

A. 研究目的

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。

そこで本年度は、1) 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、2) 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

1) 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。

2) 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、①不眠症、②睡眠

関連呼吸障害、③概日リズム障害、④過眠症、⑤睡眠時随伴症、⑥睡眠関連運動障害、⑦その他 (長時間睡眠など)、⑧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

1) 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

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 (図 2)。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。

2) 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

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 3)。

疾患別の AIS 得点および CES-D 得点を図 4 に示す。AIS の平均±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±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。



図2 不眠対策用リーフレット (表裏)

表1 不眠対策リーフレットの概要

不眠症ってどんな病気？
・診断基準口
・代表的な治療法
診断のための検査
・睡眠日誌、アクチグラフ、睡眠ポリグラフィー検査
自分でできる不眠対処法
・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、カフェインを控えるなど(睡眠衛生指導)
・リラクステ体操(漸進的筋弛緩法)
不眠症が悪化するやっではない眠り方
・睡眠スケジュール法(睡眠制限法)
不眠症の簡易診断
・アテネ不眠尺度によるセルフチェック

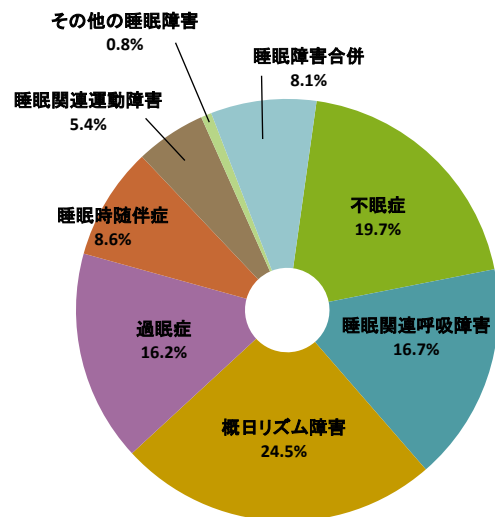


図3 睡眠外来患者の内訳

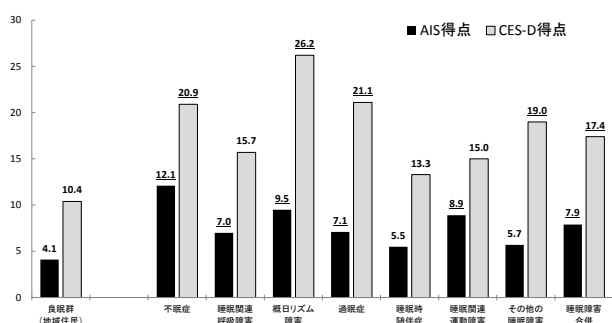


図4 疾患別のAIS、CES-D得点

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

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. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

論文発表

なし

総説

- 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.

学会発表・招待講演等

- 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.
- 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.
- 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

(平成30年度)

A. 研究目的

平成 28・29 年度の研究成果を踏まえ、実際に相談対応にあたる保健師をはじめとする対人援助職向けの、睡眠障害相談対応の早期発見や対応スキルの向上、知識の普及を目指した研修資料およびプログラムを構築することを目的とする。

B. 研究対象と方法

- 睡眠障害スクリーニングツール作成

地域精神医療に関わる保健師等を対象とした睡眠障害の診断や治療に関するガイドライン、睡眠衛生指導や睡眠障害に対する心理社会的支

援を中心とした相談対応マニュアルを作成する。

2) 研修会実施

地域住民の心の健康づくりに関する相談機能を向上させ、そのためのアセスメントと初期対応スキルを習得することを目的として、うつ・不安、睡眠障害、トラウマ、発達障害から構成された研修を実施する。研修に参加した者からのフィードバックを参考に今後の改訂を検討する。なお、本研究は上記研修の一部として、睡眠障害をテーマとしたプログラムを構築する。

C. 結果

1) 睡眠障害スクリーニングツール作成

① 睡眠障害ガイドライン (資料 A)

わが国における睡眠問題の現状、睡眠障害の診断や治療方法に関する情報を盛り込み、睡眠障害の知識について相談対応者向けの資料を作成した。

② 相談対応マニュアル (資料 B)

睡眠障害の簡易スクリーニング手順、不眠症や概日リズム睡眠・覚醒障害に対する主に心理社会的支援（睡眠衛生、睡眠スケジュールリング、漸進的筋弛緩法など）を中心に保健師等が現場で指導できる内容とした。また、マニュアルに準じた手元資料（資料 C）を用意した。

③ 不眠対策用リーフレット

昨年度作成した不眠症のセルフチェックを盛り込んだ A4 サイズ三つ折りのハンドアウトを活用する。不眠症の認知行動療法に基づき、特に不眠問題に悩む相談者がセルフヘルプで取り組めるような構成になっている。

2) 研修会実施

① 日時：平成 31 年 2 月 13 日（水）午前 10 時～午後 4 時

② 場所：TKP 市ヶ谷カンファレンスセンター

③ 対象者：地域住民の精神保健相談対応に従事している保健師、心理師等の医療専門職

④ 睡眠障害担当研修講師：綾部直子（臨床心理士）

⑤ 睡眠障害研修時間：70 分

⑥ 研修概要：当日はパワーポイントを用いて、ガイドラインやマニュアルの説明を行った。参加者同士で相談者と相談対応者役になり、相談対応のロールプレイを行ったり、筋弛緩法を実際に行ったりするなど体験型の研修を行った。

⑦ 参加者の意見

・「テキストやカードになかった、最初のパワーポイントファイルのコマ、病名や症状等を説明した

ものがわかりやすく資料にあるとよいと思った。」

・「精神保健福祉センターで対応する事例は少ないというのが印象ではあるが、アセスメント、相談支援を進めていく上で留意すべき点が網羅されているので情報として活用ができると思われる。支援ケースの多い統合失調症や発達障害の場合には衛生指導が難しいことも多いが参考になった。」

・「睡眠の面接場面で、フローチャートを活用してのロールプレイを展開するには、ある程度、相談者の話を具体的に受け止めたという具体的な設定が必要かと思った。」

D. 考察

本研究の目的は、保健所や自治体等での精神保健相談対応業務で重視される代表的疾患（うつ・不安、睡眠障害、トラウマ、発達障害）に関連する対応モジュールの開発のうち、睡眠障害モジュールの開発を行うことであった。これまでの研究成果をふまえ、今年度は睡眠障害ガイドライン、マニュアルを開発し、それらを活用した研修を実際に行った。参加者の意見はお

おむね好評であった。さらに使いやすいものへと発展させるために、保健師等の相談対応者が実際の相談対応で困った具体的な事例を盛り込むことや、より活用しやすい資材に改良していく必要がある。

地域精神保健医療の現場においても、不眠症をはじめとする睡眠問題を抱えている相談者は多い。相談者が抱える睡眠問題に対する生活指導や対処方法の指導、ならびに睡眠障害のスクリーニングが簡便にできるマニュアルの存在は、保健師等の対応スキルの向上のみならず、相談者のセルフケア行動や受診行動の促進にもつながると考えられる。

E. 結論

地域精神保健医療の現場で活用できる相談対応者向けの睡眠障害ガイドライン、マニュアルの作成、およびそれらを活用した研修プログラムを構築した。今後、より利用しやすいプログラムに改訂していくとともに、保健所や自治体等の相談現場で普及することにより、地域住民への啓発や相談窓口レベルでの増悪の防止が期待される。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

論文発表

原著

1. Ayabe, N., Okajima, I., Nakajima, S., Inoue, Y., Watanabe, N., Yamadera, W., Uchimura, N., Tachimori, H., Kamei, Y., & Mishima, K. Effectiveness of cognitive behavioral therapy for pharmacotherapy-resistant chronic insomnia: a multi-center randomized controlled trial in Japan. *Sleep Medicine*,

50, 105-112. 2018.

総説

1. 綾部直子, 三島和夫: 睡眠障害と心理社会支援. *精神保健研究*, 65: 37-42, 2019.
2. 綾部直子, 三島和夫: 睡眠薬減量に対する CBT-I の貢献と課題. *心身医学*, 58 (7):622-627, 2018.

学会発表・招待講演等

1. Ayabe, N., Okajima, I., Nakajima, S., Inoue, Y., Watanabe, N., Yamadera, W., Uchimura, N., Tachimori, H., Kamei, Y., & Mishima, K. Effectiveness of cognitive behavioural therapy for insomnia: The tapering rate of hypnotics, sleep quality, and depression. 48th Annual Congress of the European Association for Behavioural and Cognitive Therapies. 2019.6. Sofia, Bulgaria.
2. 綾部直子, 中島俊, 立森久照, 北村真吾, 肥田昌子, 三島和夫. 認知的過覚醒指標はその後の不眠と抑うつ発症リスクを予測できるか? 不眠研究会第34回研究発表会. 2018.11.17. 東京.

H. 知的財産権の出願・登録状況

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~平成30年度分担研究総合報告書

国、都道府県等において実施する発達障害者診療関係者研修のあり方に関する研究

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・予防精神医学研究部
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・予防精神医学研究部
行廣隆次 京都学園大学 人文学部
竹森啓子 京都女子大学大学院 発達教育学研究科
下津咲絵 京都女子大学 発達教育学部
石川信一 同志社大学 心理学部
伊藤真利子 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 行動医学研究部
金吉晴 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

研究要旨 発達障害支援は心の健康施策の一環として地域ベースで包括的かつ多職種の連携した支援が重要とされている(WHO, 2013)。しかしながら、本邦では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、支援ニーズを抱えながらも専門機関にアクセスできず支援サービスを利用できていない要支援家庭は潜在的に多いと推測される。こうしたケースが地域の精神保健相談に集積すると推測され、地域はサービス利用のバリアを克服する努力と同時に、対人支援職の発達障害を含むメンタルヘルスについての最新のエビデンスにもとづく知識や対応の原則についてアップデートしておくことが重要と考えられる。本研究は、そうしたニーズにこたえるために、心の健康領域に携わる、あるいは携わらない場合でも、地域保健師の発達障害支援の質の向上に資するモジュールを開発することにある。平成28年度は、児童および成人のASDの簡便なスクリーニング尺度の開発を目的に、対人応答性尺度(Social Responsiveness Scale; SRS)の短縮版項目を選定し、児童版、成人版とも十分な信頼性と妥当性を有することを確認した。平成29年度は、保健師など対人支援職の有する子どものメンタルヘルスリテラシー(Mental Health Literacy; MHL)の実態を調べ、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。平成30年度は、発達障害支援において保健師が担うべき役割の実態や可能性を検討したうえで、エビデンスのあるASD早期発見システムについてはやや手厚く、一方、ニーズが精神保健だけでなく広汎にわたる可能性のある成人相談事例対応については、地域保健師

として知っておいていただきたいことを最小限に留め、してはならないことに焦点を当てて3部構成で支援モジュールを作成した。

今後、地域の発達障害も含む精神保健のキーパーソンとして期待される保健師の職業研修において、乳幼児期から成人期までの発達障害について、そして子どものメンタルヘルスの問題についてもカバーされた研修がなされることが望まれる。作成した支援モジュールは、現状を踏まえて精神保健相談の現場の手助けとなるように、幅広いニーズを持つ発達障害についての基礎知識と対応での原則に焦点を当てた。保健所が発達障害の対応力を一層、向上させ、エビデンスのある支援システム実装に際しては中心的に機能し、かつ個別事例に対しては専門家との出会いとしてよい経験を相談者に提供できることが期待する。発達障害支援は多職種連携が原則であるので、地域内の他の専門機関と役割分担して支援の質を上げていくことも重要であろう。

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することなどから、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、本邦の従来の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、複雑なステイグマが残っており、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。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、発達障害についての最新のエビデンスにもとづく知識を習得するほか、スクリーニングなど対応の原則についてアップデートしておくことが重要と考えられる。

本研究は、そうしたニーズにこたえるために、心の健康領域に携わる、あるいは携わらない場合でも、地域保健師の発達障害支援の質の向上

に資するモジュールを開発することにある。

平成 28 年度は、児童および成人の ASD の簡便なスクリーニング尺度の開発を目的に、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状の尺度(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した。

平成 29 年度は、保健師など対人支援職の有する子どものメンタルヘルスリテラシー (Mental Health Literacy; MHL) の実態を調べた。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、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 を有することが期待される。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。

平成 30 年度は、地域の多職種連携による発達障害支援において保健所が担うべき役割を検討し、支援モジュールに含めるべき内容を精査検討したうえで、現状に合致する支援モジュールを開発することを目的とした。

B. 研究方法

平成 28 年度：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。

平成 29 年度：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」を用い、関東圏の保健師 117 名のうち有効回答 63 名分 (平均年齢 38.62 歳, $SD=11.68$) のデータと、既存の教員 119 名 (平均年齢 37.96 歳, $SD=10.27$)、臨床心理学を専攻する大学院生 69 名 (平均年齢 25.25 歳, $SD=5.65$)、学部

生 283 名 (平均年齢 18.85 歳, $SD=0.88$) の尺度スコアと比較検討した。

平成 30 年度：発達障害に特化した支援モジュールの作成に先立ち、新しい発達障害支援の取り組みを行っている地域の責任ある立場で活動している経験豊かな保健師、心理士らよりヒアリングを行い、課題を俯瞰的に抽出し、支援モジュールの作成のための方向性を検討した。

C. & D. 研究結果と考察

平成 28 年度：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。

平成 29 年度：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。

平成 30 年度：エビデンスのある ASD 早期発見システムについてはやや手厚く、一方、ニーズが精神保健だけでなく広汎にわたる可能性のある成人相談事例対応については、地域保健師として知っておいていただきたいことを

最小限に留め、してはならないことに焦点を当てて3部構成で支援モジュールを作成した。

E. 結論

今後、地域の発達障害も含む精神保健のキーパーソンとして期待される保健師の職業研修において、乳幼児期から成人期までの発達障害について、そして子どものメンタルヘルスの問題についてもカバーされた研修がなされることが望まれる。作成した支援モジュールは、現状を踏まえて精神保健相談の現場の手助けとなるように、幅広いニーズを持つ発達障害についての基礎知識と対応での原則に焦点を当てた。保健所が発達障害の対応力を一層、向上させ、エビデンスのある支援システム実装に際しては中心的に機能し、かつ個別事例に対しては専門家との出会いとしてよい経験を相談者に提供できることが期待する。発達障害支援は多職種連携が原則であるので、地域内の他の専門機関と役割分担して支援の質を上げていくことも重要であろう。

F. 健康機器情報

特になし

G. 研究発表

雑誌

- 1) Amaral DG, Anderson GM, Bailey A, Bernier R, Bishop S, Blatt G, Canal-Bdria R, Charman T, Dawson G, de Vries PJ, Dickey-Bloom E, Dissanayake C, Kamio Y, Kana R, Khan NZ, Knoll A, Kooy F, Mundy P, Palencia S, Pinto-Martin J, Rattazzi A, Rogers S, Stone WL, Webb SJ, Whitehouse A. (2019). Commentary: Gaps in current autism research: The thoughts of the *Autism Research* Editorial Board and Associate Editors. *Autism Research*, 12:700-714, Published online 26 April 2019, DOI: 10.1002/aur.2101
- 2) Noriuchi M, Kikuchi Y, Mori K, Kamio Y (2019). The orbitofrontal cortex modulates parenting stress in the maternal brain. *Scientific Reports* 9:1658, DOI <https://doi.org/10.1038/s41598-018-38402-9>
- 3) Haraguchi H, Stickley A, Saito A, Takahashi H, Kamio Y. (2018). Stability of autistic traits from 5 to 8 years of age among children in the general population. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(1), 324-334, 2019, DOI 10.1007/s10803-018-3770-z
- 4) Stickley A, Tachimori H, Inoue Y, Shinkai T, Yoshimura R, Nakamura J, Morita G, Nishii S, Tokutsu Y, Otsuka Y, Egashira K, Inoue M, Kubo T, Tesen H, Takashima N, Tominaga H, Koyanagi A, Kamio Y. Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and suicidal behavior in adult psychiatric outpatients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 72(9); 713-722, 2018 May 29. doi: 10.1111/pcn.12685.
- 5) Tachibana Y, Miyazaki C, Ota E, Mori R, Hwang Y, Kobayashi E, Terasaka A, Tang J, Kamio Y (2018). Meta-analyses of individual versus group interventions for pre-school children with autism spectrum disorder (ASD). *PLOS ONE* 13(5): e0196272. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.>

- [0196272](#). 2018 May 15.
- 6) Aoki S, Hashimoto K, Mezawa H, Hatakenaka Y, Yasumitsu LK, Suganuma N, Ohya Y, Wilson P, Fernell E, Kamio Y, Gillberg C. Development of a new screening tool for neuromotor development in children aged two- the Neuromotor 5 minute Exam (N5E). *Brain and Development*, 40(6):445-451, 2018 Feb 21. doi: 10.1016/j.braindev.2018.01.012.
 - 7) Kamio Y, Takei R, Stickley A, Saito A, Nakagawa A (2018). Impact of Temperament and Autistic Traits on Psychopathology in School-Age Children. *Personality and Individual Differences*, 124, 1 April, 1-7. Doi.org/10.1016/j.paid.2017.11.034
 - 8) 神尾陽子, 外岡資朗, 肥後祥治, 梅永雄二. (2019). 特集 (学会企画シンポジウム) 生活者という視点からの発達支援—どんな生きづらさを抱え、どう生きるのか. 教育現場での多領域連携を活かした発達障害者支援. *発達障害研究*, 40(4-2):430-441.
 - 9) 秋山剛, 神尾陽子, 吉田友子, 福田真也, 田川杏奈, 増田紗弓, ピーター・バーニック, 尾崎紀夫, 高橋秀俊. (2018). 自閉スペクトラム特性を有する患者へのリワーク支援手引きの作成と有用性調査. *精神神経学雑誌*, 120(6):469-487.
 - 10) 神尾陽子. (2018). 発達障害の児や親とのコミュニケーション. *精神科臨床 Legato*, 4(3), 36-37.
 - 11) 神尾陽子. (2018). 自閉スペクトラム症 : 自閉症の発見 (情緒的交流の自閉的障害:Leo Kanner) .特集 こころの発達の問題に関する“古典”をふりかえる. *精神医学*, 60(10), pp.1067-1073. 東京, 医学書院.
 - 12) 神尾陽子. (2018). M-CHAT (自閉症児のためのチェックリスト) . 特集 小児科医ができる発達検査・心理検査. *小児内科*, 50(9), pp.1399-1402.
 - 13) 神尾陽子, 齊藤彩, 原口英之(2018). 発達障がい児に対する早期アセスメントと早期対応. 特集 発達障害—小児科での具体的な診かたと多職種連携. *小児科* 59(6), 5 月臨時増刊号. 東京, 金原出版, pp. 871-877, 2018. 5.
 - 14) 神尾陽子, 全有耳(2018). 自閉症スペクトラム障害. 小児科編集委員会編, 思春期を診る! *小児科* 59(5), 5 月臨時増刊号. 東京, 金原出版, pp. 549-556, 2018. 5.
- 書籍
- 15) 神尾陽子. (2018). 発達障害者の地域生活支援. 精神保健医療福祉白書編集委員会編集, 精神保健医療福祉白書 2018/2019—多様性と包括性の構築. 東京, 中央法規, pp. 43.
 - 16) 神尾陽子(2018). 発達障害のアセスメント. 編著市川宏伸. 発達障害の早期発見と支援へつなげるアプローチ. 東京, 金剛出版, pp. 61-70, 2018. 4. 30.
- H. 知的財産権の出願・登録状況
特になし

PTSD の客観的診断指標開発に関する研究

分担研究者 井野敬子 名古屋市立大学精神・認知・行動医学分野
研究協力者 堀 弘明 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
行動医学研究部

研究要旨 本研究は、心的外傷後ストレス障害（PTSD）の診断や予後予測に役立つ客観的指標を開発することを目的として実施した。PTSD の生物学的特徴として、炎症の亢進が注目されている。本研究では、PTSD 患者における炎症系および炎症系と認知機能の関連を調べた。40 名の PTSD 女性患者と 65 名の健常対照女性において、5 つの炎症マーカーの血中濃度を測定し、記憶や注意などを含む認知機能検査を実施した。健常対照者に比べ、PTSD 患者では interleukin-6 濃度が有意に高く、広汎な認知機能障害が認められた。患者群において、interleukin-6 濃度と認知機能得点は有意な負の相関が認められ、PTSD の認知機能障害の少なくとも一部は炎症に起因する可能性が示唆された。さらなる研究の進展により、血液中の炎症マーカーの簡便な測定によって PTSD の補助診断や亜型分類が可能となることが期待される。

A. 研究目的

心的外傷後ストレス障害（posttraumatic stress disorder: PTSD）は、著しく強い恐怖を伴うトラウマ体験を経験した者のうち一部に発症する精神疾患である。わが国における PTSD の推定生涯有病率は約 1.3% と推定されており（Kawakami et al., 2014）、比較的ありふれた疾患であるといえる。

近年、PTSD 患者では、糖尿病や肥満、メタボリック症候群をはじめとする身体疾患が高率に認められるというエビデンスで増加している。加えて、PTSD 患者では心血管疾患や自己免疫疾患などの深刻な身体疾患の合併リスクが上昇するこ

とが複数の大規模疫学研究によって示されている。これらの疾患には免疫・炎症系の異常が密接に関与することから、PTSD と炎症系の関連が指摘されている。これを支持する知見として、PTSD 患者では、健常対照者と比較して血液中の interleukin-1 β (IL-1 β) や interleukin-6 (IL-6)、tumor necrosis factor- α (TNF- α) などの炎症性サイトカインや C-reactive protein (CRP) のような急性期タンパク質が上昇していることを示す研究結果が相次いで報告されている。しかし、日本人 PTSD 患者を対象として炎症系を検討した研究は存在せず、また炎症系と PTSD の認知機能の関連について

の検討は乏しい。

そこで本研究では、日本人 PTSD 女性患者において血液中の炎症マーカー濃度を調べ、認知機能との関連を検討した。

B. 研究対象と方法

本研究は、主幹研究機関である国立精神・神経医療研究センターならびに共同研究機関である名古屋市立大学、東京女子医科大学においてリクルートした 40 名の PTSD 女性患者と 65 名の健常対照女性を対象とした。これらの被験者において、心理臨床的評価、炎症マーカーの血中濃度測定、認知機能検査を実施した。患者の大部分は対人関係暴力により PTSD を発症し、40 名中 25 名が大うつ病性障害を合併していた。

炎症マーカーについては、IL-6, soluble IL-6 receptor (sIL-6R), IL-1 β , high sensitivity TNF- α (hsTNF- α), high sensitivity CRP (hsCRP) の 5 物質の血清中濃度を測定した。

認知機能は、標準化された神経心理学的検査バッテリーである Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS) を用い、即時記憶、視空間/構成、言語、注意、遅延記憶の 5 領域の得点とともに、総得点を算出した。

C. 結果

健常対照群に比べ、PTSD 患者群は IL-6 濃度が有意に高く ($p=0.009$; Mann-Whitney U 検定による; 図 1)、すべての認知機能領域の得点が有意に低かった ($p<0.01$; t 検定による)。患者群において、IL-6 濃度と RBANS の視空間/構成($p=0.046$)、言語 ($p=0.008$)、注意 ($p=0.036$)、総得点 ($p=0.008$)の間には有

意な負の相関が認められた (Spearman の順位相関係数による)。さらに、健常対照群における IL-6 濃度の 75 パーセントイル値 ($=1.0$ pg/mL) を用い、患者を IL-6 正常群 ($n=22$) と IL-6 高値群 ($n=18$) に分類したところ、IL-6 高値群は IL-6 正常群に比べ、言語、注意、総得点において有意に得点が低いことが明らかになった (t 検定による; 図 2)。

D. 考察

上述の結果から、少なくとも一部の PTSD 患者では顕著な認知機能障害と炎症系亢進が存在すること、さらには、そのような認知機能障害は炎症系の亢進に起因する可能性が示唆された。

E. 結論

さらなる研究の進展により、血液中の炎症マーカーの簡便な測定によって、PTSD の補助診断や亜型分類が行えるようになるものと期待される。

F. 研究発表

論文発表

1. Imai R, Hori H, Itoh M, Lin M, Niwa M, Ino K, Ogawa S, Ishida M, Sekiguchi A, Matsui M, Kunugi H, Akechi T, Kamo T, Kim Y. Inflammatory markers and their possible effects on cognitive function in women with posttraumatic stress disorder. J Psychiatr Res. 2018; 102: 192-200.
2. Narita-Ohtaki R, Hori H, Itoh M, Lin M, Niwa M, Ino K, Imai R, Ogawa S, Sekiguchi A, Matsui M, Kunugi H, Kamo T, Kim Y. Cognitive function in Japanese

women with posttraumatic stress disorder: Association with exercise habits. *J Affect Disord.* 2018; 236: 306-312.

3. Itoh M, Hori H, Lin M, Niwa M, Ino K, Imai R, Ogawa S, Matsui M, Kamo T, Kim Y. Memory bias and its association with memory function in women with posttraumatic stress disorder. *J Affect Disord.* 2019; 245: 461-467.

学会発表

1. Hori H, Itoh M, Lin M, Niwa M, Ino K, Imai R, Ogawa S, Sekiguchi A, Kunugi H, Kamo T, Kim Y: Inflammatory markers in adult women with Post-traumatic Stress Disorder (PTSD). 13th World Congress of Biological Psychiatry, Copenhagen, 2017.6.18-22.
2. Narita-Ohtaki R, Hori H, Itoh M, Lin M, Niwa M, Ino K, Imai R, Ogawa S, Sekiguchi A, Matsui M, Kunugi H, Kamo T, Kim Y. Cognitive function in Japanese women with posttraumatic stress disorder: association with exercise habits. 7th World Congress of Asian Psychiatry, Sydney, 2019.2.21-24.

G.知的財産権の出願・登録状況

なし

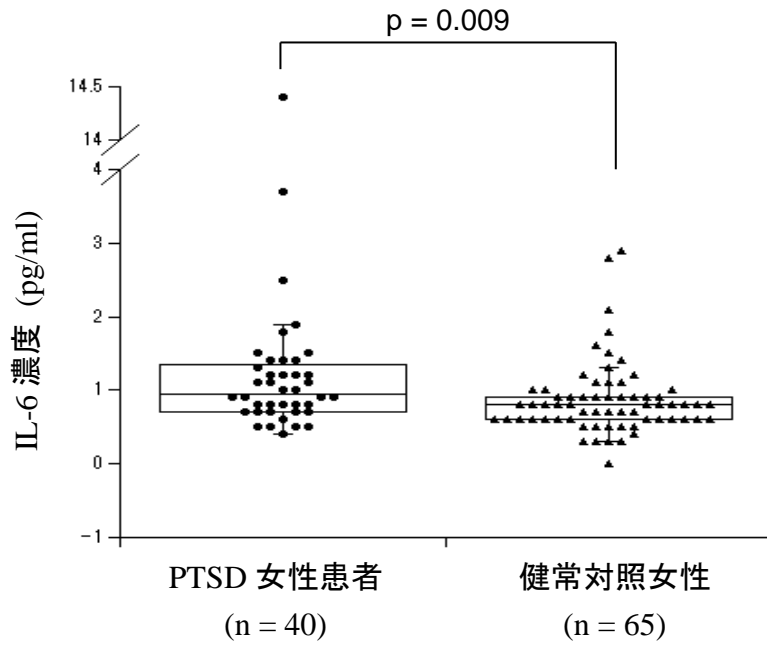


図1 PTSD 女性患者と健常対照女性における血中 interleukin-6 (IL-6) 濃度

Note. 群間比較は Mann-Whitney U 検定による.

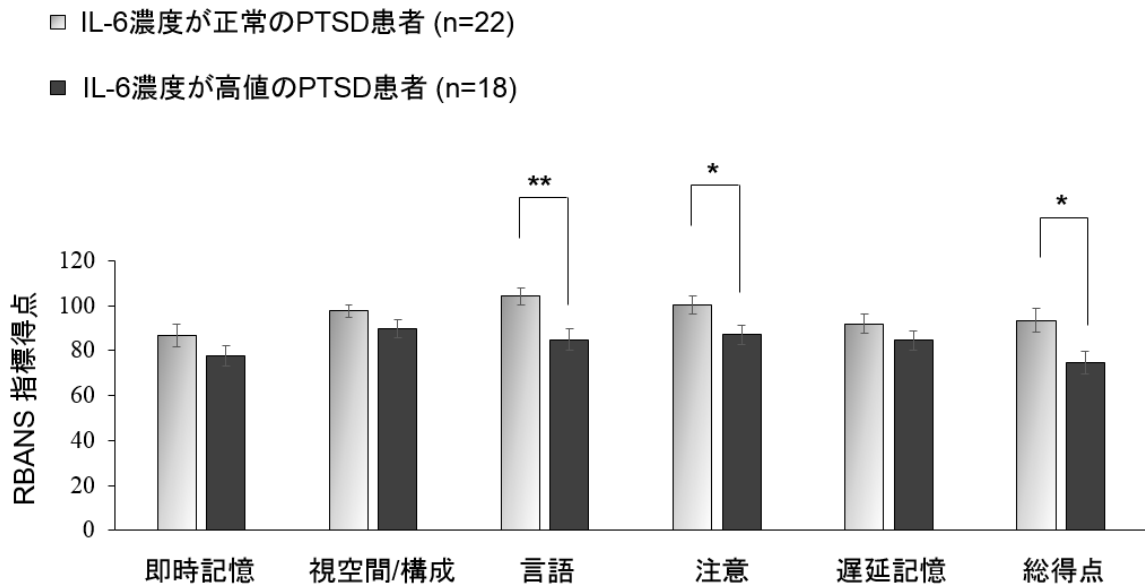


図2 PTSD 女性患者における血中 interleukin-6 (IL-6) 濃度と認知機能の関連

Note. エラーバーは標準誤差を示す. *: $p < 0.05$; **: $p < 0.01$ (t 検定による).

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 28 年度～30 年度 分担研究総合報告書

地域精神保健相談研修

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	綾部 直子	5)
	笥 亮子	1)
	島津 恵子	1)
	赤井 利奈	1)
	平 美智子	6)
	松島 敦子	7)
	谷川 美佐子	8)
	原島 淳	8)
	佐藤 留美	9)
	藤原 紀子	10)
	中臣 昌弘	11)
	多田 芳江	12)
菊池 晴美	13)	
馬場 千恵	14)	
	Meaghan O'Donnell	15)
	Richard A. Bryant	16)

- 1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 行動医学研究部
- 2) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 精神医療政策研究部
- 3) 秋田大学大学院 医学系研究科精神科学講座
- 4) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 児童・予防精神医学研究部
- 5) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 睡眠・覚醒障害研究部
- 6) 渋谷区保健所 地域保健課感染症対策係
- 7) 百合丘障害者センター
- 8) 障害者更生相談所 南部地域支援室
- 9) 町田市保健所 保健予防課

- 10) 城東南部保健相談所
- 11) 一版財団法人 日本環境衛生センター
- 12) 日本医師会
- 13) 都立中部総合精神保健福祉センター
- 14) 江東区城東保健相談所
- 15) The University of Melbourne
- 16) University of New South Wales

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・治療につなげるために、地域住民のこころの健康づくりに関する相談機能を向上させ、精神医療へのアクセスを適正化し、生活への悪影響を最小化する。そのための地域精神保健相談従事者のアセスメントと初期対応スキルの習得を研修の実施を通して支援する。研修受講者よりモニターとして研修資料、プログラム内容への修正点の指摘等のフィードバックを受けることにより、現場のニーズに即した精神保健相談支援ツールの作成・改善・普及を可能にし、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。また、精神保健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、研修の提供が可能となる。

【方法】昨年度実施した責任者の立場にある経験豊かな保健師 3 名への日頃の精神保健業務に関するヒヤリング結果をもとに、地域住民の精神保健相談対応に従事している保健師、臨床心理士等の医療専門職を対象に地域精神保健相談研修を企画、実施した。

【結果】保健師 8 名、看護師 1 名、作業療法士 1 名を含む計 11 名の精神保健相談従事者が地域精神保健相談研修にモニターとして参加し、研修資料として配布された「うつ・不安」、「睡眠障害」、「トラウマ対応（呼吸筋ストレッチ体操を含む）」、「発達障害」についてのガイドライン、マニュアル、手元資料についての感想、改善点ならびに研修全般についての所見が寄せられた。それらのフィードバックをもとにこれらの資料が改訂され、国立精神・神経医療研究センターのウェブサイトに掲載された。

【結論と今後の取り組み】精神保健相談支援の円滑化、効率化に寄与する支援ツールの適切な構築と普及のため、地域精神保健相談研修の実施の継続と受講者である精神保健相談職員からのフィードバックに基づいた精神保健相談支援ツールの改善の継続が必須である。

A. 背景

国内の精神保健医療福祉については、平成 16 年 9 月に厚生労働省精神保健福祉本部（本部長：厚生労働大臣）で策定された「精

神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念が示されて以来、様々な施策が行われてきているが、地域精神保健の重要性は

ますます高まっており、自治体による精神保健相談のニーズは高い（厚生労働省、2018）。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盛り込まれており、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。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り、対応力・ノウハウの向上への支援が求められる。

本政策研究が目標とする現場支援のため、とくに初期対応に焦点を当てた精神保健相談支援ツール（「初期対応モジュール」改め）の作成にむけて、昨年度責任者の立場にある経験豊かな保健師 3 名に日頃の精神保健相談に関する業務についてヒヤリングを行い、相談事例と支援上の課題を整理した（金他、2018）。精神保健福祉の現場において精神保健相談のニーズは高く、現場の保健師らと関連職員らは限られたリソース内で複雑で困難なケースを多く抱え、長期にわたり追跡しているが、その対処法については統一された明確な指針・尺度・マニュアル等が存在せず、精神保健相談支援ツールへの期待が大きいことが示唆された。この結

果を受け、エビデンスに基づいた「うつ・不安」、「睡眠障害」、「トラウマ対応」、「発達障害」の 4 分野についての①ガイドライン、②マニュアル、③手元資料が精神保健相談支援ツールのプロトタイプとして作成され、実際の現場で相談業務にあたる地域精神保健相談専門職を対象にフィードバックを受け、効果的に使用できるツールとしての改善とその普及をはかるため、これらの専門職を対象とした研修が立案・企画された。

B. 目的

地域住民の精神疾患の発症を予防し、早期対応・治療につなげるために、地域住民のこころの健康づくりに関する相談機能を向上させ、精神医療へのアクセスを適正化し、生活への悪影響を最小化する。そのための地域精神保健相談従事者のアセスメントと初期対応スキルの習得を研修の実施を通して支援する。研修受講者よりモニターとして研修資料、プログラム内容への修正点の指摘等のフィードバックを受けることにより、現場のニーズに即した精神保健相談支援ツールの作成・改善・普及を可能にし、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。また、精神保健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、研修の提供が可能となる。

C. 方法

1. 研修内容の企画・立案

各分担研究者の専門分野に応じて、うつ・不安、睡眠障害、トラウマ対応、発達障害の 4 分野に加え、緊張・ストレス緩和に効

果のある呼吸筋ストレッチ体操（トラウマ対応講義の一部として実施）を加えた研修プログラムが組まれた。各分野を一コマとし、計4限の対面講義形式（各70分）とし、各分野について①ガイドライン、②マニュアル、③手元資料（現場での相談業務で実際に使用・活用できることを意図したもの）が準備され、受講者に配布された。加えて、ロールプレイと受講者が講義内容、研修配布資料その他関連事項についてフィードバックを寄せる機会が積極的にもうけられた。

2. 研修受講対象者

地域住民の精神保健相談対応に従事している保健師、臨床心理士等の医療専門職を対象に研修案内・受講者募集が行われた。

3. 研修実施スケジュール

実施単位を1日として、平成31年2月13日に東京都内のカンファレンスセンターにて開催された。

4. 研修受講者からのフィードバック

研修受講者から研修当日に寄せられたフィードバック（すべて口頭による）は記録者によってまとめられ、研修後に受講者から寄せられたフィードバック（書面にて、本研修事務局宛にメール送付）とあわせて下記の「結果」に整理された。

D. 結果

1. 研修受講者（モニター）

保健師8名、看護師1名、作業療法士1名を含む計11名の精神保健相談従事者が地域精神保健相談研修にモニターとして参加した。

2. 研修中に寄せられたフィードバック

(1) 講義1：「うつ・不安」について

- 手元資料の「フローチャート」をもう

少しわかりやすくしてほしい。視覚的にわかりやすくするのに加え、どう読み解くの説明もあわせてほしい

- 「フローチャート」のなかで「フォロー不要」とあるが、新人の保健師は文字通りにとらえてしまうのではないか。「現時点で医療の必要ない」など追加説明があるとわかりやすいとおもう
- この手元資料を一年目、二年目の保健師に見せたらどんな反応をするのか。これだけのものは職場にはない。これだけシステム化されると若い人は入りやすいというメリットがあるが、その一方、これだけ考えるのではないかと懸念する
- 「うつ・不安マニュアル」の二頁目にある「日常業務・相談」での活用の部分は文面で読むとそのとおりとおもうが、具体的に「何を、どう対応する」のかがわかりにくい
- 高齢者についてはうつなのか、認知症なのか悩むケースがけっこうあるので、その部分についてもふれてもらえるとありがたい

(2) 講義2：「睡眠障害」について

- 衛生指導に「寒い環境が寝るのに役立つ」とあるが、意外に感じた。なぜ？
- 一般的にこれはよい、というよい睡眠に役立つ寝具等の情報も合わせてあるとよい
- 世間では睡眠の問題があると睡眠薬をのめばいい、という安易な考えが蔓延しているような感があるが、講義を聞いて保健でできることは多い、と感じた。睡眠指導はぜひ知っておくべき、と感じた

(3) 講義3:「トラウマ対応」について

- 呼吸筋ストレッチ体操について
 - 呼吸筋ストレッチ体操について、保健師や保健所職員などが率先して住民の方に向けに普及できるとよいと思った
 - 子ども達のビデオ（らったった体操）のテンポで自宅でもすべきなのか。高齢者や不安症の人にはどうしたらいいか
 - 避難所でラジオ体操の後に呼吸筋ストレッチ体操をするのはよいのか
 - 呼吸筋ストレッチ体操実施中の息をすう、吐くについての説明の根拠を知りたい（博学、専門的知識のある市民よりの質問の対応に備えるため）
 - この体操は一連の動作を一つとして行うべきなのか、それとも一部分抜き出すということも可能なのか
 - 熊本地震後の仮設住宅に居住しているお子さんで、余震を思い出すと眠れない、不安になるというケースがあった。このような場合にも呼吸筋ストレッチ法は使えるのか、有効なのか

(4) 講義4:「発達障害」について

- とくに成人で発達障害を抱える方への対処法で気を付けることは（男女差等）

3. 研修後に寄せられたフィードバック

(1) うつ・不安マニュアルについて

- カード式の資料がわかりやすく思いました。最初に、テキストとカードとの関連性をわかりやすくご説明いただけ

ると、より使いやすいと感じた

- 当勤務先に入る相談でも「うつや不安」が主訴の相談はほとんど見られない。援助希求の乏しい方々や関係性構築が困難なDV被害や被虐、発達障害、また診断の不明な方々に対応している中で、細心の注意を払って関係性を継続するところから支援を開始することとなる。研修の質疑でもあったが、経験の乏しい職員においてはマニュアルを活用することに気を取られてしまうと場当たりの対応をしてしまう可能性が危惧される。スクリーニングとマニュアルは相談支援の基本があって、その上で役立つものであり、その点を十分に配慮いただきたいと思う

(2) 睡眠障害について

- テキストやカードになかった、最初のパワーポイントファイルのコマ、病名や症状等を説明したものがわかりやすく資料にあるとよいと思った
- 当勤務先で対応する事例は少ないというのが印象ではあるが、アセスメント、相談支援を進めていく上で留意すべき点が網羅されているので情報として活用ができると思われる。支援ケースの多い統合失調症や発達障害の場合には衛生指導が難しいことも多いが参考になった

(3) トラウマ対応について

- 行政機関の相談は虐待関連の相談を扱うことも多く、様々な問題行動が虐待によるものなのか、発達障害によるものなのか…色々な要因が絡み合って事例を構成している。稀な事ではなくありふれた精神疾患＝であることを念頭

に置いた対応を心がける必要があると感じた。行政職員が面接室で話ができるようになり、心理教育をどのような形で提供できるのか…もう少し具体的なイメージを描いていただけると実践に取り入れやすいのではないかと思う

(4) 発達障害について

- ご講演の後半の具体的な事例が興味深く、わかりやすかったと思う
- 短時間で幅広い情報をご提供いただけたと思う。PPT 資料が頂けると良かった

(4) その他所見

- 保健所・環境衛生監視員の立場からも、有意義な研修内容だったと思う
- 当市は 150 万人の政令市で人口が増加し続けている大都市である。この 10 年で相談者数や自立支援医療や障害福祉サービスの利用が急増している一方で相談員の配置は殆ど横ばいのままである。精神保健相談は多岐にわたり、相談者との関係性に十分配慮しながら進めていくことになるがその時間が確保できず、相談支援スキル以前の課題も実感している
- 保健師ではないが、今後も、災害時の活動で生かすことができる精神保健研修があるならば、受講したいと思っている
- 毎年多くの職員が国立精研の研修を受講させていただいているが、人材育成のスキームと職場の環境整備を進めて行かなければ、せっかくの有効な研修も十分な効果が得られない。伝達研修の活用の機会を十分に確保し、出席してもらえ環境づくりを作っていくこ

とが必要である。地域の精神保健福祉を充実できるように努力が必要かと思う

- 今回研修の項目にある「うつ・不安」「睡眠障害」「トラウマ対応」「発達障害」のすべての内容が、日常時の地域だけではなく、災害時の避難所で対応する問題だと感じた。とくに、初期の避難所では、密集したなかで、日常もつ症状がより顕著に出る可能性もあるのではないかと思っている。そうしたなかで、より適切な対応が求められると思う

4. 受講者のフィードバックを受けてのガイドライン、マニュアル、手元資料の改訂とウェブページ上での情報公開

研修受講者より寄せられたフィードバックをもとに、それぞれのガイドライン、マニュアル、手元資料が改訂され、国立精神・神経医療研究センターのウェブページ「保健師こころの相談支援」に掲載された

(<https://www.ncnp.go.jp/nimh/behavior/phn/index.html>)。研修受講者だけでなく一般の保健師ならびに精神保健相談支援者によるアクセスが可能であり、これらの資料が「精神保健相談支援ツール」として広く活用されることを意図するものである。

E. 結論と今後の取り組み

本政策研究は平成 30 年度に最終年度を迎え、厚生労働省行政推進調査事業費補助金を交付された研究としては終了するが、精神保健相談支援の円滑化、効率化に寄与する精神保健相談支援ツールの適切な構築と普及のため、地域精神保健相談研修の実

施の継続と受講者である精神保健相談職員からのフィードバックに基づいた支援ツールの改善の継続が必須である。

今後は同様の「地域精神保健相談研修」ととくに本政策研究の一環として別途実施された精神保健相談支援ツール作成のためのアンケート調査(別途平成30年度分担研究報告書を参照のこと)でニーズの高かった、スクリーニング・アセスメント、カウンセリングスキル・傾聴等、心理社会的支援に関する知識の向上に寄与する要素を織り込んだ対面での講義形式、グループワーク形式を主とした1日の研修を実施し、研修後のフォローアップの一環として継続的に受講者のフィードバックに真摯に耳を傾けることで「精神保健相談支援ツール」の改善を続け、汎用性の高い完成形にすることをめざす。また、研修という形態に加えた適切な支援ツールの普及方法を模索し、リソースの許す可能な範囲で効果的な精神保健相談支援ツールの普及に努める(このプロセスについてはエビデンスに基づいた **implementation science research**～実装研究～の形態に沿うこととする[WHO, 2016])。

F. 謝辞

本政策研究の一環である地域精神保健相談研修にモニターとして参加して下さった受講者の皆様に心より御礼申し上げます。

G. 研究発表

該当なし。

H. 知的財産の出願・登録状況

1. 特許取得

該当せず。

2. 実用新案登録

該当せず。

3. その他

該当せず。

引用文献

(1) 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。

(2) 金吉治・山之内芳雄・三島和夫・神尾陽子・古野民子・高橋明子・相楽和枝・島津恵子「全国地域における精神保健相談の実態調査に関する研究」分担研究報告書。

(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

(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkou_nippon21.html) (2019年5月7日現在) 厚生労働省(2018)「最近の精神保健医療福祉政策の動向について」2018年12月発表 (<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000462293.pdf>)

(4) WHO. (2016). A guide to implementation research in the prevention and control of noncommunicable diseases. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252626/9789241511803-eng.pdf>

地域保健活動におけるうつ・不安の相談対応

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

うつの取り組み

● うつ・不安に対する保健活動の必要性

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

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

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

図 1

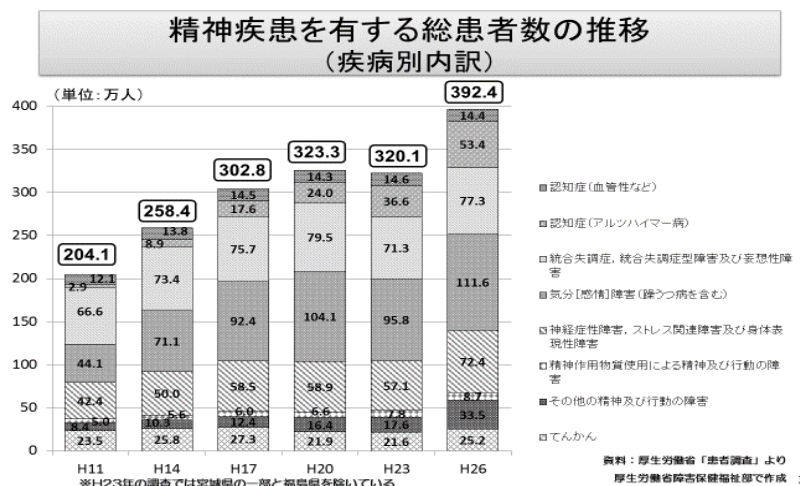
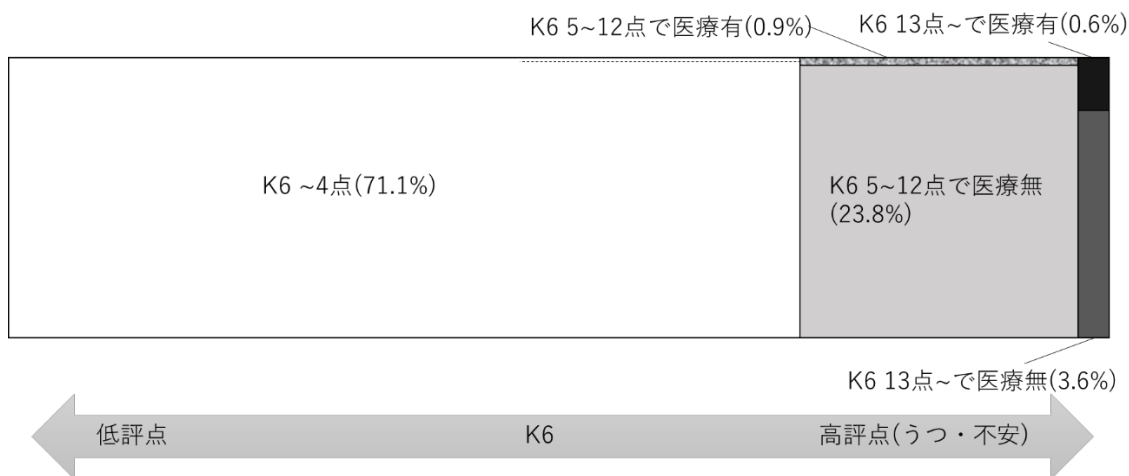


図 2. 平成 28 年国民生活基礎調査における 18 歳以上国民の K6 評点と精神医療アクセス有無



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

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

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

● 話の聞き方導き方

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

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

● スクリーニングツールの使い方

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

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

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

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

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

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

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

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

表1：尺度による判定と専門家による診断結果の一致／不一致の呼び方

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

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

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

● フォローアップの体制における他部署・他機関との連携

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

表2 うつにおいて速やかな精神医学的対処が必要な場合

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

表3 自殺危険率の高いうつ病患者の特徴

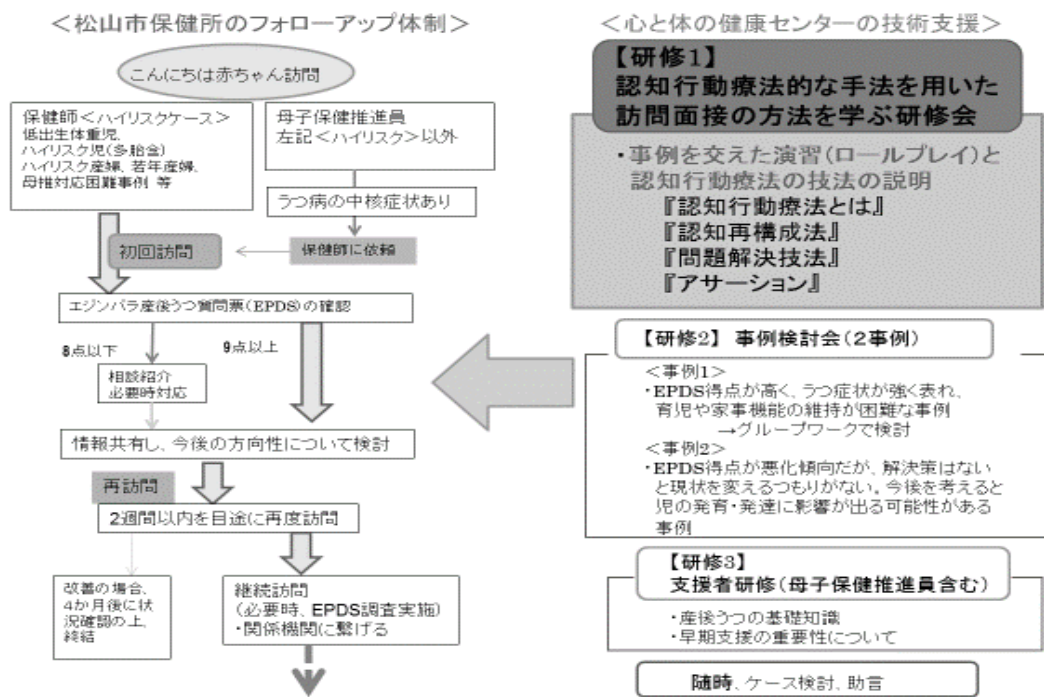
- ・基本的特徴
 - 男性（5-10倍）、65歳以上
 - 単身者（特に子どもがいない）
- ・病歴・家族歴
 - 自殺企図の既往あり、精神科入院歴あり
 - 自殺の家族歴あり
- ・合併疾患
 - アルコール・薬物依存の併発
 - パニック障害の併発・不安の強さ
 - 重症身体疾患の併発

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

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

フォローアップの実例 松山市の産後うつの取り組み

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



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

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

フォローアップの実例 茨城県結城市の周産期うつスクリーニング取り組み


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

妊娠・出産包括支援モデル事業の取組事例

茨城県結城市の概要
～妊娠から出産、産後支援の強化～

地域の概要

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



50km

取組の経緯

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

- ① 赤ちゃん訪問でEPDS(エジンバラ産後うつ病質問診)を実施し、産後の気分を問診しており、9点以上の高い得点者が7.6%となっている。(年々増加傾向にある)
- ② 育児不安・育児ストレスを訴える妊産婦の増加(平成23年度3.8%、平成24年度6.7%、平成25年度11.3%)
- ③ 養育態度や養育能力に問題のある妊産婦の増加(平成23年度2.6%、平成24年度4.1%、平成25年度6.5%)
- ④ 赤ちゃん訪問での要フォロー者は、母が要因のフォローが増加
子が要因: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、妊娠中からより連携強化を図ることで、妊産婦に対してきめ細かい支援を行うことが必要。

事業の概要(茨城県結城市)

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

要支援となったケースについて、支援計画を作成し、必要な支援を行う。

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

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

産後ケア事業(宿泊型):産後ケア

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

事業の効果

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

今後の展望

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

うつ・不安に対するスクリーニングと支援マニュアル

本マニュアルのロードマップ	2
A 話の聞き方・導き方 <i>PFA</i> における考え方の紹介	3
うつ・不安に対するスクリーニング	
B 二質問法：簡便なうつスクリーニング 2問	6
C K6 日本語版：国民生活基礎調査で用いられるうつ ・不安障害のスクリーニング 6問	7
D EPDS：妊婦・産後のうつ 10問	8
E GDS：高齢者のうつ 15問	10
F うつにおいて速やかな精神医学的対処が必要な場合	11

本マニュアルのロードマップ

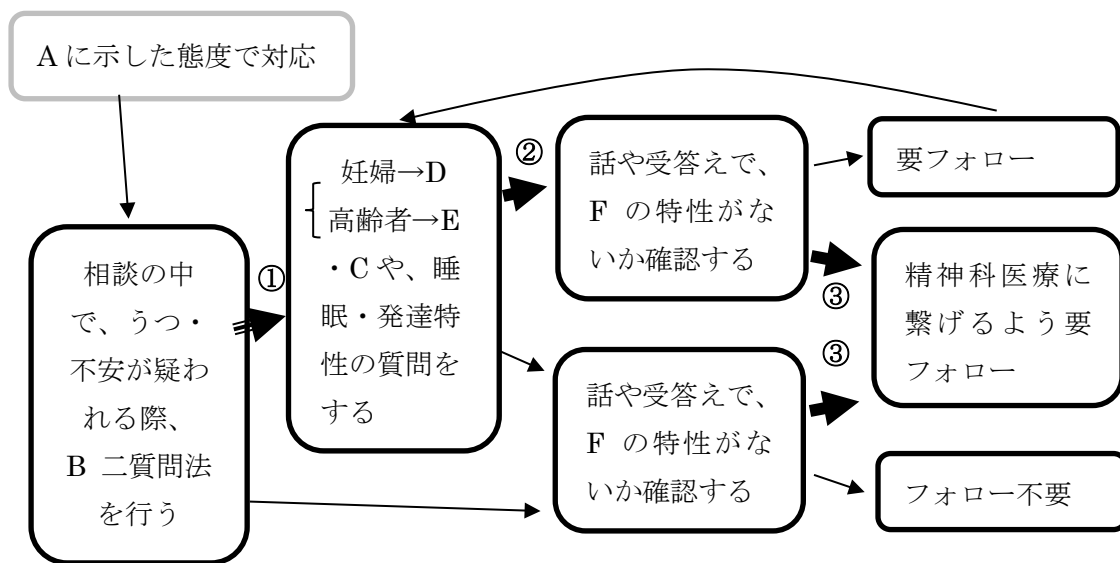
- 事前の学習

マニュアルを活用するために、以下の事前学習が必要です。

- ✓ 基本的な態度について学ぶ A 話の聞き方・導き方
- ✓ 尺度を通読してどのような場合に使うかを知る B~E
- ✓ 精神科医療につなげたほうが良い状態を知る F

- 日常業務・相談での活用

- ✓ 日常業務での活用を想定したフローチャートを一例として示しました。
- ✓ 「要フォロー」の場合、状況の背景を伺ったり、信頼関係ができてくると、異なる方向に進むことがあります。
- ✓ 精神科医療につなぐ際は、唐突ではなく、解決のためのオプションとして提案されることを勧めます。またその際、紹介できる精神科医療機関との日常からの連携が求められます。



- ① 二質問法でひとつでも yes の場合
- ② 尺度でカットオフ以上の場合
- ③ F の特性が明らかにみられる場合

A 話の聞き方・導き方

- 相談者としての基本的な態度と聞き方: WHO 災害時の心理的応急処置フィールドガイドより
 - ✓ 以下に紹介するのは、大規模災害後の心理的支援を行う際にまとめられたPFA(心理的応急処置)のフィールドガイドから、相談者が持つべき態度や話の聞き方に関するところを抜粋したものです。
 - ✓ 普段の保健活動は災害時ではありません。しかし彼らにとって平常ではないメンタルヘルスの課題を持つであろう、来談者の気持ちに寄り添いつつ、適切な相談をするために基本的な態度は、ここから学ぶべきものが多くあります。特に地域保健に携わる相談者が不安になるであろうこと、注意すべきことに下線を引きました。

すべきこと

- ▶ 信頼されるように、誠実に接しましょう
- ▶ 自分の意思決定を行う権利を尊重しましょう
- ▶ あなた自身の偏見や先入観を自覚して、それにとらわれないようにしましょう
- ▶ たとえ今は支援を断ったとしても、あとになってから支援を受けることもできることをはっきりと伝えましょう
- ▶ 時と場合に応じて、プライバシーを尊重し、聞いた話については秘密を守りましょう
- ▶ 相手の文化、年齢、性別を考えて、それにふさわしい行いをしましょう

してはならないこと

- ▶ 支援という立場を悪用してはなりません
- ▶ 支援の見返りに金銭や特別扱いを求めてはなりません
- ▶ できない約束をしたり、誤った情報を伝えてはなりません
- ▶ 自分にできることを大げさに言っはなりません
- ▶ 支援を押しついたり、相手の心に踏み込んだり、でしゃばることをしてはなりません
- ▶ 無理に話をさせてはなりません
- ▶ 聞いたことを別の人に話してはなりません
- ▶ 相手の行動や感情から、「こういう人だ」と決めつけてはなりません

言った方が良く、 した方が良く

- » 気が散らないように、できるだけ静かな場所を見つけて話しましょう
- » プライバシーを尊重し、相手の秘密を守りましょう（やむを得ない場合を除く）
- » 被災者のそばにいきましょう。ただし、年齢や性別、文化によって適切な距離を保つこと
- » 話を聞いていることが相手に伝わるように、うなずいたり、相づちを打つようにしましょう
- » 忍耐強く冷静でいきましょう
- » **もし事実についての情報があるなら伝えてください。知っていること、知らないことを正直に話しましょう。「私には分かりませんが、調べてみます」**などというのも良いでしょう
- » 相手が理解できるような方法で、情報を簡潔に伝えましょう
- » 人びとの気持ちや、話に出たあらゆる損失や重大な出来事（家屋の損失、大切な人の死など）をしっかりと受け止めましょう。「本当に大変でしたね。どんなにか、おつらいことでしょう」など
- » 相手の強さと、これまでどのようにしてつらさを乗り越えてきたのか、**ということをしっかりと認めましょう**
- » 沈黙を受け入れるようにしましょう

言うてはならないこと、 してはならないこと

- » 無理に話をさせてはなりません
- » 相手の話をさえぎったり、**急がせてはなりません**（たとえば腕時計を見たり、早口でしゃべるなど）
- » 適切であることが確信できない場合には、**相手の体に触れてはなりません**
- » 被災者がしたことや、しなかったこと、あるいは感じていることについて、**価値判断をしてはなりません。「そんなふうに思っははいけませんよ」「助かって良かったじゃないですか」**は禁句です
- » 自分が知らないことをごまかして、作り話をしてはなりません
- » 専門的すぎる言葉を使っはなりません
- » 他の被災者から聞いた体験談を話してはなりません
- » あなた自身の悩みを話してはなりません
- » **できない約束や、うわべだけの気休めを言っはなりません**
- » **相手の問題を全部解決しなければならぬかのように考えたり、行動してはなりません**
- » 自分のことは自分でできるという強さや自尊心を弱めてはなりません
- » 誰かについて否定的な言葉で話してはなりません。（「頭がどうかしている」「めちゃくちゃ」などの言葉を使わない）

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

- うつ・不安、不眠、発達特性に関するスクリーニングを行う前に
 - ✓ 普段からスクリーニングツールについて知っておきましょう
 - ✓
 - 知っているだけで、普段の相談における「視点」が身につきます
 - ✓ スクリーニングは「やらねばならない」ものではありません
 - 疑わしいときに客観的に確認し、今後の支援の指針にするだけのものです
 - 診断したり、決め付けたりするものではありません

うつ・不安のスクリーニングツール

➤ 注意点

- すべて行う必要はありません
面接の中で二質問法を行い、その結果うつ状態が疑われる場合、年代や状況に合わせて、他のツールを行ってみるなど、柔軟に活用することをすすめます。
- 診断をするツールではありません
メンタルヘルスの評価尺度に、診断目的で作られたものではありません。偽陽性（診断のしすぎ）と偽陰性（診断の見逃し）は必ずあると思ってください。

B 二質問法: うつに対する簡便なもの

1. この 1 ヶ月間、気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありましたか。
2. この 1 ヶ月間、どうも物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。

鈴木竜世, 野畑綾子, 金 直淑ほか: 職域のうつ病発見および介入における質問紙法の有用性検討: Twoquestion case-finding instrument と Beck Depression Inventory を用いて. 精神医学, 45: 699-708, 2003

➤ 注意点

「1 ヶ月間」、「よくあった」、かに注意して聞いてください。

出来事に対する一時的なもの、ムラがある場合

⇒一時的なストレスに対する反応、発達特性に起因するもの、ごく軽度の知的問題に関連する可能性があります

➤ みかた

ひとつ以上「はい」の場合うつ状態が疑われる

C K6 日本語版:国民生活基礎調査で用いられるうつ・不安障害に対するスクリーニング

過去 30 日の間にどれくらいの頻度で次のことがありましたか

		0点	1点	2点	3点	4点
1	神経過敏に感じましたか	全くない	少しだけ	ときどき	たいてい	いつも
2	絶望的だと感じましたか	全くない	少しだけ	ときどき	たいてい	いつも
3	そわそわ、落ち着かなく感じましたか	全くない	少しだけ	ときどき	たいてい	いつも
4	気分が沈みこんで、何が起ころっても気が晴れないように感じましたか	全くない	少しだけ	ときどき	たいてい	いつも
5	何をするのも骨折りと感じましたか	全くない	少しだけ	ときどき	たいてい	いつも
6	自分は価値のない人間だと感じましたか	全くない	少しだけ	ときどき	たいてい	いつも

引用：大野裕他「一般人口中の精神疾患の簡便なスクリーニングに関する研究」
 (平成 14 年度厚生労働科学特別研究事業)

Furukawa, T.A., Kawakami, N., Saitoh, M., Ono, Y., Nakane, Y., Nakamura, Y., et al., 2008. The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 17 (3), 152-158.

➤ 注意点

過去「30 日の間」の「頻度」を聞いてください

➤ みかた

5 点以上: 何らかのうつ・不安の問題がある可能性

10 点以上: 国民生活基礎調査で、うつ・不安障害が疑われるとされる

13 点以上: 重度のうつ・不安障害が疑われるとされる

D 日本語版 EPDS: 妊娠前期から産後 1 年の期間の女性に対するうつのスクリーニング

〔質問〕

- 1.笑うことができたし、物事の面白い面もわかった。
 - (0)いつもと同様にできた
 - (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
- 2.物事を楽しみにして待った。
 - (0)いつもと同様にできた
 - (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
- 3.物事が悪くいった時、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
- 4.はっきりとした理由もないのに不安になったり、心配した。
 - (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
- 5.はっきりとした理由もないのに恐怖に襲われた。
 - (3)ほとんどそうではなかった
 - (2)はい、時々あった
 - (1)はい、しょっちゅうあった
 - (0)いいえ、そうではなかった
- 6.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、いつものようにはうまく対処しなかった
 - (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
- 7.不幸せなので、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、ときどきそうだった
(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

8.悲しくなったり、惨めになった。

- (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

9.不幸せなので、泣けてきた。

- (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

10.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

※()内は点数

※著作権は、英国王立精神科医学会(Royal College of Psychiatrists)に帰属する

岡野 禎, 村田 真, 増地 聡, 他. 日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票 (EPDS) の信頼性と妥当性. 精神科診断学. 1996. 12 1996;7(4):525-533.

➤ 注意点

施行に際しては、適切な結果を得るためにも、質問紙を改変せずに用いる必要があります。また、EPDS を施行しただけで産後うつ病を診断することはできないことに留意しなくてはなりません。

問いによって、評点が逆順のものがあります。

➤ みかた

9 点以上で産後うつ状態が疑われるとされる報告があります

妊娠 12-24 週において 13 点以上でうつ状態が疑われるとされる報告があります

E GDS 簡易版日本語訳: 高齢者に対するうつのスクリーニング

	項 目	1	0	1か0を記入
1	毎日の生活に満足していますか	いいえ	はい	
2	毎日の活動力や周囲に対する興味が低下したと思いますか	はい	いいえ	
3	生活が空虚だと思えますか	はい	いいえ	
4	毎日が退屈だと思えることが多いですか	はい	いいえ	
5	大抵は機嫌良く過ごすことが多いですか	いいえ	はい	
6	将来の漠然とした不安に駆られることが多いですか	はい	いいえ	
7	多くの場合は自分が幸福だと思えますか	いいえ	はい	
8	自分が無力だなあと思えることが多いですか	はい	いいえ	
9	外出したり何か新しいことをするよりも家にいたいと思えますか	はい	いいえ	
10	なによりもまず、物忘れが気になりますか	はい	いいえ	
11	いま生きていることが素晴らしいと思えますか	いいえ	はい	
12	生きていても仕方がないと思う気持ちになることがありますか	はい	いいえ	
13	自分が活気にあふれていると思えますか	いいえ	はい	
14	希望がないと思うことがありますか	はい	いいえ	
15	周りの人があなたより幸せそうに見えますか	はい	いいえ	

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., V. O. & Leirer, V. O. 1982
Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. Journal
of Psychiatric Research, 17, 37-49.

- 注意点
問いによって、評点が逆順のものがあります。
- みかた
5点以上がうつ傾向、10点以上がうつ状態が疑われるとされている。

F うつにおいて速やかな精神医学的対処が必要な場合

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

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

うつ・不安

手元資料

オリエンテーション

A) 総論 話の聞き方・導き方について

スクリーニング尺度

B) 二質問法

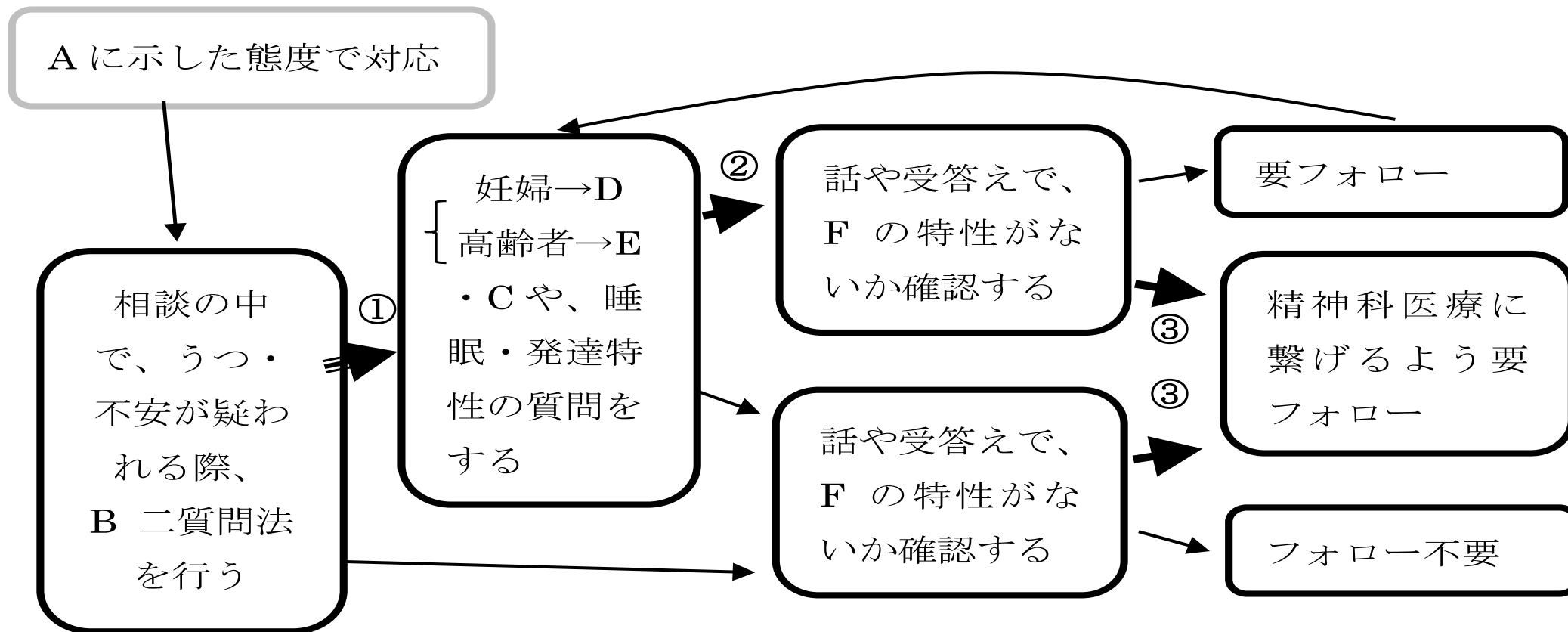
C) K6日本語版

D) EPDS

E) GDS

F) 精神医学的対応が速やかに必要な時、自殺のリスクについて

フローチャート



- ① 二質問法でひとつでも yes の場合
- ② 尺度でカットオフ以上の場合
- ③ Fの特性が明らかにみられる場合

A 話の聞き方・導き方

すべきこと

- » 信頼されるように、誠実に接しましょう
- » 自分の意思決定を行う権利を尊重しましょう
- » あなた自身の偏見や先入観を自覚して、それにとらわれないようにしましょう
- » たとえ今は支援を断ったとしても、あとになってから支援を受けることもできることをはっきりと伝えましょう
- » 時と場合に応じて、プライバシーを尊重し、聞いた話については秘密を守りましょう
- » 相手の文化、年齢、性別を考えて、それにふさわしい行いをしましょう

してはならないこと

- » 支援という立場を悪用してはなりません
- » 支援の見返りに金銭や特別扱いを求めてはなりません
- » できない約束をしたり、誤った情報を伝えてはなりません
- » 自分にできることを大げさに言ってはなりません
- » 支援を押しついたり、相手の心に踏み込んだり、でしゃばることをしてはなりません
- » 無理に話をさせてはなりません
- » 聞いたことを別の人に話してはなりません
- » 相手の行動や感情から、「こういう人だ」と決めつけてはなりません

A 話の聞き方・導き方

言った方が良く、 した方が良く

- 気が散らないように、できるだけ静かな場所を見つけて話しましょう
- プライバシーを尊重し、相手の秘密を守りましょう（やむを得ない場合を除く）
- 被災者のそばにいきましょう。ただし、年齢や性別、文化によって適切な距離を保つこと
- 話を聞いていることが相手に伝わるように、うなずいたり、相づちを打つようにしましょう
- 忍耐強く冷静でいきましょう
- **もし**事実についての情報があるなら伝えてください。知っていること、知らないことを正直に話しましょう。「私には分かりませんが、調べてみます」などというのも良いでしょう

言うてはならないこと、 してはならないこと

- 無理に話をさせてはなりません
- 相手の話をさえぎったり、急がせてはなりません（たとえば腕時計を見たり、早口でしゃべるなど）
- 適切であることが確信できない場合には、相手の体に触れてはなりません
- 被災者がしたことや、しなかったこと、あるいは感じていることについて、価値判断をしてはなりません。「そんなふうにしてはいけませんよ」「助かって良かったじゃないですか」は禁句です
- 自分が知らないことをごまかして、作り話をしてはなりません
- 専門的すぎる言葉を使ってはなりません
- 他の被災者から聞いた体験談を話してはなりません

- ▶ 相手が理解できるような方法で、情報を簡潔に伝えましょう
- ▶ 人びとの気持ちや、話に出たあらゆる損失や重大な出来事（家屋の損失、大切な人の死など）をしっかりと受け止めましょう。「本当に大変でしたね。どんなにか、おつらいことでしょう」など
- ▶ 相手の強さと、これまでどのようにしてつらさを乗り越えてきたのか、ということをしっかり認めましょう
- ▶ 沈黙を受け入れるようにしましょう

- ▶ あなた自身の悩みを話してはなりません
- ▶ できない約束や、うわべだけの気休めを言ってはなりません
- ▶ 相手の問題を全部解決しなければならないかのように考えたり、行動してはなりません
- ▶ 自分のことは自分でできるという強さや自尊心を弱めてはなりません
- ▶ 誰かについて否定的な言葉で話してはなりません。（「頭がどうかしている」「めちゃくちゃ」などの言葉を使わない）

B二質問法: うつに対する簡便なもの

1. この1ヶ月間、気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありましたか。

2. この1ヶ月間、どうも物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。

➤ 注意点

「1ヶ月間」、「よくあった」、かに注意して聞いてください。

出来事に対する一時的なもの、ムラがある場合

⇒一時的なストレスに対する反応、発達特性に起因するもの、ごく軽度の知的問題に関連する可能性があります

➤ みかた

ひとつ以上「はい」の場合うつ状態が疑われる

C K6日本語版: 国民生活基礎調査で用いられるうつ・不安障害に対するスクリーニング

過去 30 日の間にどれくらいの頻度で次のことがありましたか

		0点	1点	2点	3点	4点
1	神経過敏に感じましたか	全くない	少しだけ	ときどき	たいてい	いつも
2	絶望的だと感じましたか	全くない	少しだけ	ときどき	たいてい	いつも
3	そわそわ、落ち着かなく感じましたか	全くない	少しだけ	ときどき	たいてい	いつも
4	気分が沈みこんで、何が起ころっても気が晴れないように感じましたか	全くない	少しだけ	ときどき	たいてい	いつも
5	何をするのも骨折りだと感じましたか	全くない	少しだけ	ときどき	たいてい	いつも
6	自分は価値のない人間だと感じましたか	全くない	少しだけ	ときどき	たいてい	いつも

引用：大野裕他「一般人口中の精神疾患の簡便なスクリーニングに関する研究」
(平成 14 年度厚生労働科学特別研究事業)

C K6日本語版

- 注意点

 - 過去「30日の間」の「頻度」を聞いてください

- みかた

 - 5点以上: 何らかのうつ・不安の問題がある可能性

 - 10点以上: 国民生活基礎調査で、うつ・不安障害が疑われるとされる

 - 13点以上: 重度のうつ・不安障害が疑われるとされる

F うつにおいて速やかな精神医学的対処が必要な場合

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

睡眠障害とは

睡眠障害の疾患概念

睡眠障害は7系統、約80種類ほどに分類される。睡眠障害は睡眠の異常によってさまざまな社会生活機能の障害が生じる病態の総称である。睡眠の異常には、1) 睡眠の質や量、出現パターンの異常（不眠、リズム障害）がある、2) 覚醒機能の異常（過眠）がある、3) 睡眠中に異常な精神身体現象（異常行動、不随意的な筋活動、自律神経活動、パニック症状など）がある場合に大別される。米国睡眠医学会による睡眠障害国際分類（The International Classification of Sleep Disorders—3rd edition—; ICSD-3, 2014）(1)では症状の特徴や病態から大きく7群に大別されている。具体的には、①不眠症、②睡眠関連呼吸障害群（閉塞性睡眠時無呼吸症候群など）、③中枢性過眠症群（ナルコレプシー、特発性過眠症など）、④概日リズム睡眠-覚醒障害群（睡眠相後退型、交代勤務型など）、⑤睡眠時随伴症群（夢中遊行、レム睡眠行動障害など）、⑥睡眠関連運動障害群（レストレスレッグス症候群など）、⑦その他の睡眠障害、である。

睡眠障害のスクリーニングの基本姿勢

睡眠障害は単一疾患を指すものではないため、睡眠障害ごとに診断と治療についてまとめて記載する。表1に例示したような多様な睡眠障害を実地臨床で鑑別するのは容易ではない。そこで、夜間および日中の睡眠関連症状から実地臨床で遭遇する可能性の高い睡眠障害をスクリーニングする診断フローチャートが作成されている（図3）。

各睡眠障害に対する治療戦略

うつ病による不眠および過眠： 興味の喪失や意欲減退、食欲低下等がみられる場合には第一にうつ病を疑う。実地臨床で不眠を訴える患者の8人に1人はうつ状態を伴うとされる。うつ病患者の約8割に不眠が、1割に過眠（日中の眠気や長時間睡眠）がみられる。

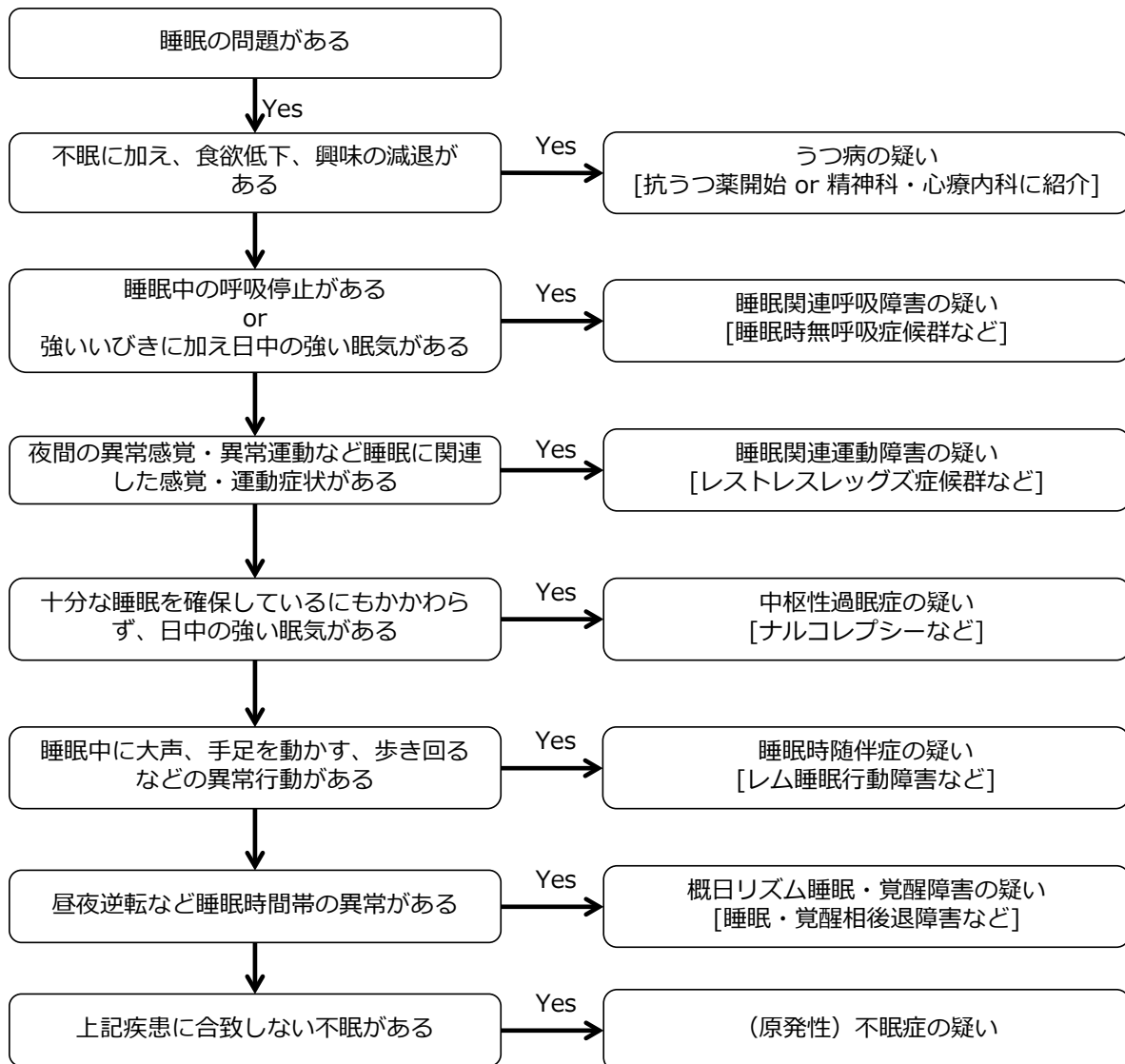


図3：厚労省精神・神経疾患研究委託費・睡眠障害医療における政策医療ネットワーク構築のための医療機関連携ガイドライン班による睡眠障害の鑑別診断フローチャート（文献(3)から改変して引用）

睡眠関連呼吸障害（睡眠時無呼吸症候群）：本症では睡眠中に咽頭喉頭周囲の骨格筋の弛緩により気道が閉塞し、夜間の激しいいびきや換気停止による血中酸素分圧の低下、それに引き続く覚醒反応および換気回復を頻繁に繰り返す。夜間の睡眠が頻繁に中断するため不眠のみならず日中の過眠を呈する。下顎が小さく、首が短く、肥満している者が多い。男性に多くみられる。加齢による筋弛緩、呼吸中枢の機能低下、軟口蓋下垂などの上気道狭窄リスクにより高齢者で有病率は増大する。長期に続く重症の睡眠時無呼吸は低酸素血症による代償性高血圧など心血管系障害、眠気による事故のリスク要因となると考えられている。本症が疑われる患者が受診したら、問診、質問票などの他に、できれば簡易無呼吸検査装置か経皮的動脈血酸素飽和度（SpO₂）モニターなどでスクリ

ーニングする。無呼吸低呼吸指数 (apnea hypopnea index ; AHI) または3%酸素飽和度降下指数 (oxygen desaturation index ; ODI) が15以上の場合には睡眠専門医療機関へ紹介する。治療では、経鼻持続陽圧呼吸装置 (CPAP) や下顎前方固定装置の使用などの非薬物療法の適応を第一に考える。無効例、重症例では口蓋垂軟口蓋咽頭形成術も考慮する。ベンゾジアゼピン系睡眠薬は筋弛緩作用により無呼吸を悪化させる危険性があるため避ける。メラトニン受容体作動薬、オレキシン受容体拮抗薬は呼吸抑制作用のリスクが相対的に低い。

睡眠関連運動障害： 睡眠関連運動障害ではレストレスレッグズ症候群および周期性四肢運動障害の頻度が高い。レストレスレッグズ症候群 (むずむず脚症候群) は中枢神経系のドパミン神経系の機能異常もしくは脳内の貯蔵鉄の欠乏を2大要因として発症すると考えられている。鉄欠乏性貧血や貧血を伴わない貯蔵鉄欠乏 (血算、血清鉄、フェリチン測定を行う)、末期腎不全 (主に透析導入例)、妊娠、慢性関節リウマチ、神経疾患 (末梢神経障害・脊髄障害、パーキンソン病)などを基礎疾患として二次性に生ずることも多い。本症では夜間に下肢や上肢に生ずる異常感覚により不眠が生ずる。下肢の異常感覚は、「ムズムズする」、「虫が這う感じ」、「痛み」、「不快感」、「突っ張る感じ」など種々あり、下肢を動かすことにより軽減するのが特徴的である。多くの場合、両側の足関節と膝関節の間に生じるが、大腿部や足、稀に腕に生じることもある。発症のピークは中年期であるが高齢者でもよくみられる。以下の4つの特徴がすべてそろえば、診断される。①下肢や上肢を動かしたくなる強い衝動、②ムズムズ、電撃痛などと表現される、③上下肢を動かすことで症状が軽減、④夕方～夜間に出現もしくは増悪する。治療では、ドパミンアゴニストが第一選択薬である。生活指導も有効である。本症を増悪させる嗜好品 (カフェイン、ニコチン、アルコール)、薬物 (抗うつ薬、抗ヒスタミン薬、抗精神薬、リチウムなど) を避け、入浴、歩行、運動を推奨する。ストレッチ、下肢マッサージ、指圧、湿布 (温・冷)、カイロなどが有効なこともある。

周期性四肢運動障害では、夜間に四肢にミオクローヌス様の不随意運動が繰り返し出現するため不眠もしくは日中の過眠が生ずる。運動症状を自覚していない患者が多い。むずむず脚症候群に合併することも多い。この異常運動は、ほとんどが下肢に生じ、足関節の背屈が、母指の背屈、膝関節の屈曲、時には股関節の屈曲を伴って繰り返し出現する。1回の運動の持続は0.5～5秒であり、20～60秒間隔で出現する。この異常運動が睡眠1時間当たり5回以上認められる。加齢とともに増加し、65歳以上の高齢者での有病率は30%以上に達するといわれる。治療はレストレスレッグズ症候群の治療に準ずる。

中枢性過眠症： 過眠とは覚醒時に過剰な眠気が生じ、居眠りを繰り返してしまう状態、もしくは夜間の睡眠時間が延長している状態である。過眠症とは過眠症状をきたす疾患群の総称であり、脳内の覚醒維持機構に何らかの異常があるために生ずる一次性過眠症 (ナルコレプシー、特発性過眠症など) と、睡眠障害などがあるため夜間に睡眠不足に陥り、その結果過眠をきたす二次性過眠症

(周期性四肢運動障害やむずむず脚症候群など)がある。睡眠不足症候群との鑑別が難しい場合もある。睡眠不足症候群とは、必要な睡眠時間よりも短い睡眠時間しか確保できていないが、そのことに対する自覚・認識が不十分な状態である。診断には終夜睡眠ポリグラフ検査 (PSG 検査) と翌日中の反復睡眠潜時測定検査 (MSLT 検査) の実施が望ましい。また、実生活上の睡眠習慣を知るために睡眠日誌やアクチグラフなどでの在宅検査も有用である。過眠症状が重度になると倦怠感、焦燥感や不安感、集中力や作業能力の低下のために仕事や学業などの日中の活動に支障をきたし、さらに交通事故や産業事故などの原因にもなる。

ナルコレプシーでは、1) ほとんど毎日過度の日中の眠気を訴え、少なくとも3カ月以上持続する。ナルコレプシーの日中の居眠りは特発性過眠症の場合と異なり、通常20分程度で自然に目覚め、その際リフレッシュ感を伴うことが多い。しかしまた数時間経過すると眠気に襲われ、居眠りを繰り返す。2) 情動脱力発作がある (ないタイプもある)。情動脱力発作は強い感情 (多くは笑いや冗談を言ったとき) によって引き起こされる一過性の筋緊張消失エピソードで、一般に両側性で通常数秒から数十秒で自然に回復する (2分未満)。首が垂れ下がる、呂律がまわらない、膝の力が抜けてしまうといった程度から、全身の強い脱力のためにその場で倒れこんでしまう程の患者もおり、各患者によりその程度はさまざまである。少なくともエピソードの初めには意識は清明である。3) 前夜に十分な夜間睡眠 (最低6時間以上) を取った後、MSLTによる平均睡眠潜時が8分以下で、2回以上の入眠時レム睡眠期 (sleep on-set REM period ; SOREMP) が確認観察される。もしくは、脳脊髄液中のオレキシン (ハイポクレチン[®]) 濃度が110pg/mL以下であるか、正常値の1/3以下の値である。特発性過眠症では同様に過度の日中の眠気が認められるが、情動脱力発作がなく、SOREMPも1回以下で脳脊髄液中のオレキシン濃度も正常である。ナルコレプシーの治療では、十分な夜間睡眠をとり、規則的な生活を心がけるよう指導する。また昼休みなどに積極的に短時間の昼寝をすることが午後の眠気の軽減にある程度有効である。薬物療法は情動脱力発作に対する治療と眠気に対する治療がある。眠気に対しては中枢神経刺激薬が使用される。第一選択薬はモダフィニル (モディオダール[®]) であり、SSRIやSNRIが有効なこともある。

睡眠時随伴症： 睡眠時随伴症は主に、覚醒障害、睡眠覚醒移行障害、レム睡眠に関連するものに分けられる。小児に多い睡眠中の異常行動としては覚醒障害である睡眠時遊行症や睡眠時驚愕症 (夜驚症) があげられる。これらは、通常、小児期 (5~12歳) に始まり、青年期までには消失する。睡眠時遊行症では、眠っていた患者に体動が出現し、そこから起き上がり、ぼんやりした表情で歩き回る。これに、悲鳴や叫び声をあげたり、強い恐怖の行動的表出と自律神経症状が出現する睡眠時驚愕症が合併することがある。睡眠前半部の深いノンレム睡眠期 (徐波睡眠) から起こり、通常、夢見体験を伴うことはなく、覚醒させるのが困難である。一方、中年期から老年期にかけてみられるようになる睡眠中の異常行動として最も多いのは、レム睡眠行動障害である。通常、レム睡眠中は運動系の神経伝達が抑制されるが、本症ではこの機能が障害され、夢のなかの言動と一致した大

声の寝言や粗大な体動が出現する。せん妄と異なり、症状出現時に覚醒刺激を与えるとすみやかに覚醒できる。炭酸リチウム、抗精神病薬、三環系抗うつ薬、SSRIが原因となることもある。パーキンソン病、レビー小体病、multiple system atrophyなどで多く認められ、その前駆症状となる場合も多い。

概日リズム睡眠・覚醒障害： 昼夜サイクルにマッチしない異常な時間帯に睡眠が出現することを主徴とする。睡眠・覚醒リズム障害とよばれることもある。睡眠構造そのものには問題がなく、いったん寝ついてしまえば良眠し、むしろ長時間睡眠のケースが多い。したがって、不眠症などとは異なり、入眠や覚醒が自然に訪れる時間帯に合わせて自由に生活できる場合には大きな問題は生じない。しかし、多くの場合には出勤や登校などの社会制約から、寝不足のまま起床時刻になる、眠気もないのに就床時刻になるなど睡眠習慣を維持するのに困難が生ずる。結果的に覚醒困難、日中の強い眠気、入眠困難などの不眠・過眠症状が出現する。米国では外来診療で慢性的な不眠症状を訴える患者の1割ほどが本症であると報告されている。長期間持続することにより、うつ、頭痛、疲労感、食欲低下などの種々の精神・身体症状を高率に合併する。遅刻、能率低下、学業成績の不振などから職業上、社会生活上の障害が生じて退職や退学を余儀なくされ、長期間の引きこもり生活に陥る者も少なくない。

睡眠時間帯の異常は、患者自身もつ生物時計機能の異常のために出現する場合（睡眠相前進型、後退型、不規則型など）と、時差飛行や交代勤務のために睡眠時間帯を人為的にずらした結果として生ずる場合がある。睡眠相後退型では、体内時計の調節異常のため睡眠時間帯が大幅に遅れた状態のまま固定する。典型的には午前3～5時以降でないとい入眠できず、午前9～11時以降によりやく覚醒できる。睡眠時間は一般に長めである。いわゆる極端な宵っ張り型と思われがちだが、登校、出社、外出等のため通常型生活への動機付けが強い場合でも入眠・覚醒時刻を早めることができない点で異なる。重症例では明け方以降によりやく入眠し、昼過ぎもしくは夕方まで覚醒できないケースもある。中等症までのケースでは入眠困難型の不眠症と誤診されることがある。無理に生活スケジュールを合わせようとする慢性短時間睡眠に陥り、日中に眠気が残存すると過眠症のようにみえることもある。

治療では、体内時計の位相調節のため、高照度光療法やメラトニン、ビタミンB₁₂などを用いる。照射法、服用法には特殊な技法が必要であるため、中等度以上の症例では睡眠医療専門施設に依頼する。社会的同調因子を強化するための生活指導も重要である。軽症例では、定時の食事摂取、規則的な入床・起床、覚醒を促すような刺激の強化（短期入院、複数の目覚ましなど）を行い、生活習慣を整えるようにするだけで改善することもある。気分障害の合併率が高く抗うつ剤などによる治療を併用する必要が生ずることも多い。強力性の欠如、ストレス耐性の低さ、回避傾向などのパーソナリティ特性を有するケースも多く、精神療法もしくは行動療法的アプローチを併用する必要がある。

不眠症： 不眠症は、不眠症状（入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒）の訴えがあり、かつ日中の機能障害が最低 1 つ認められる場合に診断される。日中の機能障害には、倦怠感、集中力・注意・記憶の障害、抑うつ気分や焦燥感、意欲低下、日中の眠気、仕事や運転中のミスや事故の危険、睡眠不足に伴う緊張・頭痛・消化器症状、睡眠に関する不安などがある。不眠症状のみで生活機能障害がない場合には不眠症とは診断せず経過観察でよい（高齢者で中途覚醒があるが日常生活に支障がなく本人は苦痛に感じていないケースなど）。不眠症には、明確なストレスによって生ずる短期の適応障害性不眠症（一過性不眠症）、身体疾患や治療薬に伴う不眠、不規則な就床起床時刻や長すぎる昼寝など生活因子によるもの、精神疾患に伴う不眠症、ストレス等で生じた夜間不眠が慢性化して眠れない日々を繰り返すうち、不眠への恐怖そのものにより不眠が増悪する悪循環を形成する精神生理性不眠症、正常な睡眠がとれているにもかかわらず強い不眠感を訴える逆説性不眠症などに分類される。精神生理性不眠症と逆説性不眠症を合わせたものが DSM-5 の不眠障害（いわゆる不眠症）に相当する。

治療では、薬物治療（図 4）と非薬物的アプローチを適切に組み合わせる。非薬物的アプローチでは第一に不眠の原因除去と睡眠衛生の指導を行う。睡眠習慣や寝室環境の改善、基礎疾患の治療、原因薬物の中止もしくは減量などを行う。睡眠に関する教育を行い、不眠に対する過度の不安緊張を緩和することで不眠の慢性化が防止できる。刺激制御法や睡眠制限療法などの行動療法的アプローチも有効である。刺激制御法では長引く不眠体験によって条件付けられ就床によりかえって目が冴えてしまうという悪循環を断つための指導を行う。①眠くなった時だけ寢床に就く。②睡眠と性生活以外に寢床を使わない。③眠れない時、眠くないときは寝室から出る。④眠れなくても毎朝同じ時間に起床する。⑤昼寝をしない、などがポイントになる。睡眠制限療法では、就床時間を実際に眠れている時間よりやや長い程度に制限する。不眠症患者はできるだけ長く眠ろうとして就床時間が長くなる傾向が強いが、その眠れずに床上で苦しむ体験が不眠に対する予期不安と増悪を招く。就床時間を短く制限することで睡眠への不全感に悩む時間を抑え、かつ軽度の断眠効果による不眠の改善を期待する。

分類	一般名	主な商品名	作用時間別分類	半減期 (時間)	用量 (mg)
オレキシン受容体拮抗薬	スボレキサント	ベルソムラ®	短時間作用型	12.5	15~20
メラトニン受容体作動薬	ラメルテオン	ロゼレム®	超短時間作用型	1	8
非ベンゾジアゼピン系 (Z-Drug)	ソルピデム	マイスリー®		2	5~10
	ソピクロン	アモバン®		4	7.5~10
	エスゾピクロン	ルネスタ®		5~6 (8)	1~3
ベンゾジアゼピン系	トリアゾラム	ハルシオン®	短時間作用型	2~4	0.125~0.5
	エチゾラム	デバス®		6	1~3
	プロチゾラム	レンドルミン®		7	0.25~0.5
	リルマザホン	リスミー®		10	1~2
	ロルメタゼパム	ロラメット®・エバミール®	10	1~2	
	フルニトラゼパム	サイレース®	中間作用型	24	0.5~2
	エスタゾラム	ユーロジン®		24	1~4
	ニトラゼパム	ネルボン®・ベンザリン®		28	5~10
	クアゼパム	ドラール®		36	15~30
	フルラゼパム	ダルメート®	長時間作用型	65	10~30
ハロキサゾラム	ソメリン®	85		5~10	

図4：わが国で使用されている主な睡眠薬

(文献(2)から改変して引用)

文献

- International classification of sleep disorders, 3rd ed. (ICSD-3): American Academy of Sleep Medicine. Darien, IL, 2014.
- 三島和夫：睡眠薬の適正使用・休薬ガイドライン．三島和夫（睡眠薬の適正使用及び減量・中止のための診療ガイドラインに関する研究班）編．東京．じほう；2014．
- 睡眠障害の診断・治療ガイドライン：睡眠医療 2巻．ライフ・サイエンス社；2008．

わが国における睡眠問題の現状

日本人の睡眠不足

この百年で日本人の一日あたりの睡眠時間は1.5時間以上短縮したといわれる。NHK放送文化研究所が行っている5年ごとの国民生活時間調査によると、日本人の平均睡眠時間は1960年では8時間13分であったのが、2005年には7時間22分と約1時間短縮した。就床時刻についても、1960年では平日22時に就床している人が66%みられたが、2005年には24%に減少している。同様の結果は、平成18年（2006年）の社会生活基本調査でも得られている。同調査の結果では、日本人の睡眠時間は平均7時間42分とNHKの国民生活時間調査よりも若干長めだが、やはり、過去20年間にわたり減少を続けていることが示されている(1)。これらを背景として、21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）では国民の健康増進の推進を図るための基本的な方針として、榮

養・食生活、身体活動・運動、たばこ、アルコール、歯の健康、糖尿病、循環器病、がん等と並び、休養・こころの健康づくりも目標の一つに設定された（図1）。特に40代、50代の働き盛りの年代の睡眠時間は7時間程度で、週末に平日より1時間ほど長く眠ることで何とか睡眠不足の帳尻を合わせているのが実情である。日本では、とりわけ女性の有職者の睡眠時間が短いのが特徴である（図2）。有職者の睡眠不足の背景には特に都市部における長時間労働と長距離通勤があり、ともに在宅時間と就床時間を圧迫している。EU諸国の平均就業時間にくらべて日本人の就業時間は男性で2時間弱ほど長い。



図1：睡眠と生活習慣病との関わり

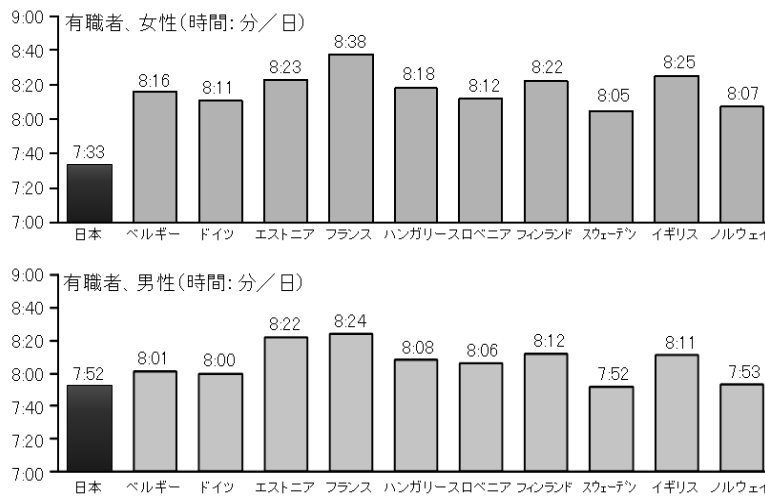


図2：有職者の睡眠時間の国際比較（文献2から改変して引用）

不眠症状と過眠症状

不眠症状と過眠症状（強い眠気）は最もポピュラーな睡眠症状である。日本人を対象にした不眠及び過眠症状に関する大規模疫学調査の結果（4）では、入眠障害、中途覚醒、早朝覚醒の3つの不眠症状の有症状率は15～25%だが、年齢層によって出現率は大きく異なる。入眠障害はすべての年齢層でも20%弱の成人にみられる。一方で、中高年齢層では中途覚醒や早朝覚醒など睡眠を持続する力の低下による不眠症状が顕著に増加する。いずれかの不眠症状を有する者は成人の約20%であるが、その中には不眠症、その他の睡眠障害、加齢による生理的变化などが含まれる。「高齢」、「健康感の欠如」、「精神的ストレス」、「ストレスへの対処不良」、「運動習慣がない」、「雇用されていない」などの要因をもつ人々で不眠が多い。不眠症（不眠症状+日中の機能障害）の罹患率は6～8%とされる（不眠症状の頻度や重症度、機能障害関する質問形式で数値は変動する）。

一方、日本人の約6人に一人（14.9%）が日中の眠気を自覚している。「眠ってはいけないときに起きていられない」強い眠気を自覚している者が成人男性の2.8%、女性の2.2%に見られる（2000年厚生労

働省保健福祉動向調査)。「男性」、「若年者」、「6時間未満の睡眠時間」、「睡眠不足感」、「熟眠感の欠如」、「いびきや息苦しき」、「下肢の違和感」、「ストレスの自覚」などの要因をもつ人々で眠気が強い。このデータからも推測されるように、日中の眠気の原因としては睡眠不足が原因であることが多いが、睡眠時無呼吸低呼吸症候群やレストレスレッグズ症候群（むずむず脚症候群）などの睡眠障害によることも少なくない。

子供の睡眠問題

小児の慢性的な睡眠障害は学習能力や情緒形成を障害することが示されたほか、精神疾患や発達障害の早期徴候もしくは発症リスクとしての重要性が認知されるようになった。例えば、小児不眠症はうつ病の罹患リスクを2~4倍に高める。また、睡眠時無呼吸症候群は小児の1~3%にみられるが、循環器機能への影響のみならず気分調節や認知機能の低下を招くため、ADHD様の行動障害や学習障害、頭痛、不定愁訴として表出されることが多い。逆に、ADHD児では夜間睡眠時の無呼吸や周期的四肢運動障害の頻度が高く、睡眠障害の合併頻度が高いことが報告されている。

発達期においては、日本小児保健協会によると夜22時以降でも起きている3歳児の割合は1980年には22%であったのが2000年には52%へと増加したことが報告されている。また、就床時刻が0時以降である生徒の割合が最近15年間で小学生が4.5倍、中学生が2.7倍と増加している。子どもの睡眠習慣には両親の勤務形態も影響を与える。交代勤務に従事する両親を持つ高校生では、日勤の両親の子供に比較して夜型で睡眠時間は短く、就床時刻も不規則になりやすい。例えば、母が就業している家庭では22時以降に就床する小児の割合は母の労働時間が長いほどその割合は多くなっている。発達期における睡眠不足は、日中の眠気や集中力低下、認知機能低下、情緒不安定の原因となる。とりわけ小児期では睡眠不足は眠気として自覚されず、睡眠時無呼吸症候群と同様に不機嫌や学習障害、ADHDに類似した症状として現れることもある。また、思春期から青年期にかけて生理的に夜型化が強まるため、深夜まで寝つけず、結果的に十分な睡眠時間を確保できないという不可抗力的な側面もある。欧米では学校の取り組みとして始業時間を遅らせることで睡眠不足を解消した結果、欠席率や学業成績が改善したなどの事例もある。

文献

1. 統計局ホームページ/平成23年社会生活基本調査. 平成23年社会生活基本調査. 2006.
2. 太田美音. さらなる利活用を目指して—平成18年社会生活基本調査の集計及び13年社会生活基本調査特別集計から— . 統計. 2006;7:35-40.
3. Mitler MM, Carskadon MA, Czeisler CA, Dement WC, Dinges DF, Graeber RC. Catastrophes, sleep, and public policy: consensus report. *Sleep*. 1988;11(1):100-9.
4. Kaneita Y, Ohida T, Uchiyama M, Takemura S, Kawahara K, Yokoyama E, et al. Excessive daytime sleepiness among the Japanese general population. *J Epidemiol*. 2005;15(1):1-8.
5. 三島和夫. 平成22年度厚生労働科学研究特別研究事業・向精神薬の処方実態に関する国内外の比較研究報告書「診療報酬データを用いた向精神薬処方に関する実態調査研究」2010.

睡眠障害・睡眠問題に対する支援マニュアル

睡眠障害の種類と治療法

睡眠の問題を訴える方の簡易スクリーニング

睡眠衛生指導

不眠の問題を訴える方への睡眠改善指導

睡眠リズムの乱れのある方への睡眠改善指導

リラクゼーション法：漸進的筋弛緩法

わが国で使用されている主な睡眠薬と減薬方法

お役立ちリンク

付録

- ・睡眠表
- ・アテネ不眠尺度

睡眠障害の種類と治療法（概要）

睡眠障害	代表的な症状	主な治療法
不眠症	入眠困難、睡眠維持困難、早朝覚醒の不眠症状に加えて、日中の疲労、倦怠感、ICSD-3では上記症状が週3日、3か月以上続く場合を慢性不眠症とする。 身体疾患、精神障害による併存不眠、嗜好品、生活習慣、薬剤などの影響により出現する場合もある。	<ul style="list-style-type: none"> ・睡眠衛生指導による睡眠習慣の見直し ・薬物療法 ・不眠症の認知行動療法（CBT-I）
睡眠関連呼吸障害	睡眠中に無呼吸や低呼吸が出現する。深い睡眠がとれず、日中の強い眠気や居眠り（過眠）が出現する。 高血圧、糖尿病、高脂血症と関連し、中等症以上では冠動脈疾患、脳血管障害、眠気による事故などが生じる。	<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣の改善（減量、飲酒の禁止など） ・経鼻的持続陽圧呼吸療法（CPAP） ・マウスピース
睡眠関連運動障害	<p>1) レストレスレッグズ症候群：夜間に下肢や上肢に生じる異常感覚（ムズムズする、動かしたくなる強い衝動など）により不眠が生じる。夕方～夜間に出現もしくは増悪しやすい。</p> <p>2) 周期性四肢運動障害：夜間に下肢や上肢にミオクローヌス様の不随意運動が繰り返し出現することにより不眠もしくは日中の過眠が生じる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・就寝前に短い時間歩く、暖かい風呂または冷たいシャワー、四肢（脚）のマッサージなど ・薬物療法
中枢性過眠症（ナルコレプシーなど）	夜間に十分な睡眠をとっているにもかかわらず、日中に過眠が生じる。 ナルコレプシーでは、睡眠発作のほか、情動脱力発作、入眠時幻覚、睡眠麻痺の症状が出現する。	<ul style="list-style-type: none"> ・睡眠時間の確保、生活リズム調整などの睡眠衛生指導 ・薬物療法
睡眠時随伴症	レム睡眠行動障害：夢のなかの言動と一致した大声の寝言や粗大な体動が出現する。 せん妄と異なり、症状出現時に覚醒刺激を与えるとすみやかに覚醒でき、異常行動と一致した夢内容を想起することができる。	<ul style="list-style-type: none"> ・薬物療法 ・異常行動による怪我などを防止するための寝室内の安全確保
概日リズム睡眠・覚醒障害	生体内の睡眠・覚醒リズム（体内時計）と、外部の明暗サイクルとの間にずれが生じることにより社会生活に支障が生じる。	<ul style="list-style-type: none"> ・睡眠衛生指導による睡眠習慣の見直し ・薬物療法（メラトニン） ・高照度光療法 ・睡眠・覚醒相後退障害に対する認知行動療法

睡眠の問題を訴える方の簡易スクリーニング

- はじめに、満足のいく睡眠がとれているかを必ず問診します。
- うつ病（気分障害）が疑われる場合は、先にうつ病のチェックをします。

①睡眠の問題がありますか No (終了) Yes

②不眠に加えて、食欲低下、興味の減退がある Yes (うつ病のチェックへ) No



- 睡眠の問題がある場合は、③～⑧の質問で睡眠障害の可能性を確認します。

③睡眠中の呼吸関連の異常がありますか（ベッドパートナーに指摘されたことがある）

- 睡眠中の息止まり
- 強いいびきに加え、日中の過剰な眠気
- （上記のいずれかもしくは両方の症状に加え）、体重が増加傾向にある

睡眠関連呼吸障害の疑い

④夜間の異常感覚・異常運動などの症状がありますか

- 脚がムズムズして、動かしたくなる症状がある（特に夕方～夜間にかけて）
- 脚のピクつきがある

睡眠関連運動障害の疑い

⑤日中の強い眠気に困ることがありますか

- 十分な睡眠時間をとっても日中の過剰な眠気がある
- 突然、寝落ちしてしまうことがある

中枢性過眠症の疑い

⑥睡眠中の異常行動はありますか（ベッドパートナーに指摘されたことがある）

- 睡眠中に大声を出す、叫ぶ
- 夢と同じように手足を動かしたり、歩き回ったりする

睡眠時随伴症の疑い

⑦昼夜逆転など睡眠・覚醒できる時間帯に異常がありますか

- 明け方まで寝付けず、翌日の昼過ぎまで起きられない
- 起床時刻が徐々に遅れていく（定まらない）
- 起床困難によって社会生活（学校、会社など）に支障をきたしている

概日リズム睡眠・覚醒障害の疑い

⑧眠れないことによる苦しさがありますか

- 寝つきに時間がかかる／途中で何度も目が覚める／早く目が覚める
- 上記の症状がひとつ以上あることにより、日中の眠気、疲労感などが強い

不眠症の疑い

- ③～⑧のいずれかにチェックがつく場合は、主治医への相談、もしくは睡眠専門医への受診を勧めます。その場合、可能であれば2週間程度の睡眠記録表（睡眠時間や日中の眠気の程度、異常行動の有無など）を持参するよう助言します。
- 睡眠時無呼吸症候群やナルコレプシー、レム睡眠行動障害などは終夜睡眠ポリグラフ検査（PSG 検査）が必要です。
- 明らかに睡眠不足を自覚している場合には、生活状況を聞き取り、睡眠時間の確保を優先させましょう。
- 生活習慣、睡眠習慣に起因すると思われる場合は、次に示す睡眠衛生指導、睡眠改善指導も有効です。

睡眠衛生指導

毎日のよい眠りを確保するために、睡眠について適切な知識を持ち、自分自身で生活や睡眠の乱れを改善、予防していくことがとても重要です。

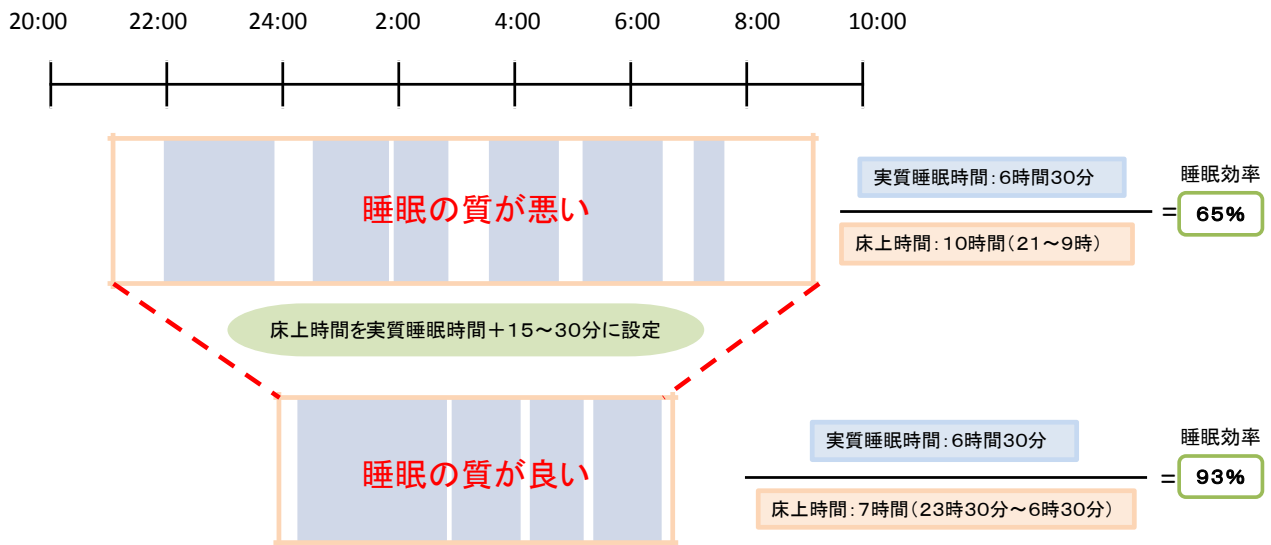
- カフェイン（コーヒー、緑茶・紅茶、チョコレート、栄養ドリンクなど）
カフェインは脳を覚醒させます。睡眠への影響が気になる方は、昼もカフェインの取り過ぎに注意しましょう。もし摂取する場合には、就床4～6時間前までにしましょう。
- ニコチン（たばこ）
神経を刺激するので寝つきが悪くなります。就床前の2時間や夜中の喫煙は避けましょう。
- アルコール
飲酒により寝つきは良くなりますが、睡眠は浅く短くなり、夜中に起きやすくなります。眠るための飲酒は大きな間違いです。飲酒をされる場合は就床4時間前までにしましょう。
- 食事
夕食は就床3時間以上前にすませておきましょう。また、空腹は睡眠を妨げます。就床前の軽食、特に炭水化物は睡眠を助けますが、あぶらっこいものやもたれる食事だと、胃の逆流を起こして夜中に目を覚まさせてしまうおそれがありますので気をつけましょう。
- 運動
就床5～6時間前の30分ほどの定期的な有酸素運動は睡眠の質を良くします。また、就床3時間前の軽い運動も入眠しやすい状態を作りますが、へとへとになるまでの激しい運動はかえって睡眠を妨げますので注意しましょう。
- 寝室の光と音
なるべく光、音が出るものはなくしてしまう方が良いです。小さな光、あるいは電話の音や車の音などでも、たいていの人は起きてしまいます。
- 寝室の温度
かけ布団を使って就寝しましょう。寒すぎには注意ですが、寒い環境は睡眠に役立つとされています。
- 入浴
入浴するとリラックスし、身体が温まり眠りやすくなります。就床1～2時間前に20分ほどゆっくりとお湯につかると、運動できなかった日も眠りやすくなります。ただし、就床直前の長風呂、あるいは熱いお風呂に入ると目がさめてしまうので気をつけましょう。冷え性などで手足の血行が悪いと深部体温が下がらないので、寝つきは悪くなります。
- 昼間の悩みを寝床に持っていかない
自分の問題に取り組んだり、翌日の行動について計画したりするのは、夜の早い時間にするように時間をとっておきましょう。心配した状態では、寝つくのが難しくなるし、寝ても浅い眠りになってしまいます。

不眠の問題を訴える方への睡眠改善指導

高齢になるにつれ、実質の睡眠時間は短くなり睡眠の質も悪化していきます。しかしながら、不眠気味になると実際に眠れる時間よりも長く布団にいてることで眠ろうとする方がいらっしやいます。そのような場合に効果的な方法として、不眠症の認知行動療法で用いられている睡眠スケジュール法があります。また、睡眠時間よりも「日中の支障（疲労や眠気など）有無」に目を向けさせることが重要です。

睡眠スケジュール法

- 睡眠日誌等をもとに、実際に眠れている時間+ α （15～30分程度）のみ布団にいたるような就床時刻と起床時刻を設定します。これは“寢床＝眠るところ”として再学習させる技法です。
- 寢床に入って15分ほど経っても眠れない時は、寢床から出てリラックスできることをし、眠気がきたら寢床に戻ることを繰り返します。
- 1週間の平均睡眠効率（「実質睡眠時間／床上時間」×100）は85%程度を目安としています。85%を超えた場合は就床時刻を15分早めるか、起床時刻を15分遅らせます。
- 睡眠スケジュール法によって、現在の睡眠よりも“遅寝早起き”になる場合が多いですが、眠りを夜間に集中させることで、主観的な睡眠満足度が向上していく方法だとお伝えします。
- 日中の仕事や運動などの活動量は減らさず、昼寝もできるだけ控えます。



睡眠スケジュール方法

睡眠スケジュール法を実行するために以下を心がける

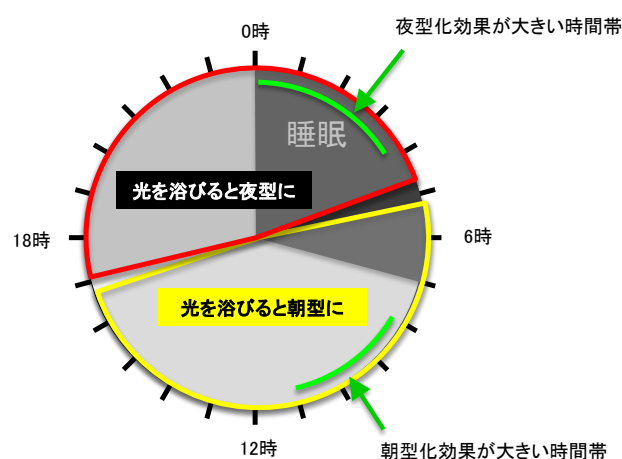
- ① 無理に眠ろうとしない
- ② 一晩の不眠をこわがらない
※眠れなかったら朝まで寝なくてよいと開き直るくらいの気持ちを持つ
- ③ “目覚まし”で起きるようにし、休日でもできるだけ同じスケジュールで過ごします。
- ④ 夜中は時計を見ない

睡眠リズムの乱れ（特に夜型傾向）のある方への睡眠改善指導

特に10代から20代にかけて睡眠相が後退する傾向があります。睡眠リズムが乱れている場合や、夜型傾向の改善には、体内時計の修正のため下記の方法が有効です。

● 光の浴び方：夜型になっている体内時計を前進させるためには、生活の中でいかに早い時間帯に光の浴びるかがポイント

- 起床後から光を集中的に浴びる
- 外出する機会が少ない場合は光療法器の利用も有効
- 夕方以降は強い光をできるだけ浴びないようにする
- 外出時は濃いサングラスや深めの帽子をかぶる
- ブルーライトカットメガネの使用は夕方以降とする（午前中に使うと逆効果）
- 夜間照明は暗めにする（間接照明など）か、暖色系ライトにする
- TVやパソコン、スマホはなるべく画面から離れて観る
- 夜中に寝つけず朝になってから眠る場合には、就寝前に太陽光を浴びないようにする（早朝の光は夜型化を強めることがある）



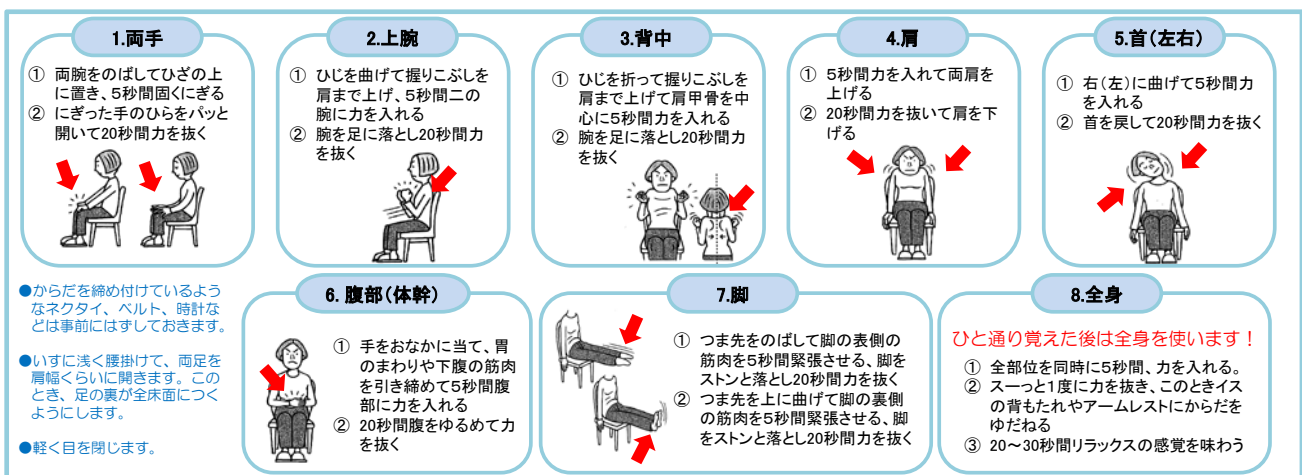
● 睡眠リズムの整え方：「早寝」ではなく「早起き」から始める

- 起床時刻を30～60分早めた時刻に起床する。
- 起床後は体を起こして上記の方法で光を浴びる。
- 1～2週間継続し達成できたら、さらに起床時刻を30～60分前進させる。
- 就床時刻は無理に早めずに眠気が来たら寝るようにする。

※昼夜逆転生活が続いている、睡眠相が日毎にずれていくなど睡眠・覚醒リズム障害にはいくつかの睡眠パターンがあり、自力での改善が困難な場合もあります。その場合は、主治医や専門医療機関での受診を勧めてください。

リラクゼーション法：漸進的筋弛緩法

- 身体の一部に力を入れ緊張させ力を抜く体操です。
 - 副交感神経系のはたらきを優位にさせ、安眠モード（リラックス状態）を作ります
 - 寝る前や夜中に起きてしまって眠れない時に行うと効果的です。
 - うまくリラックスするためにはくり返し練習が必要です。なかなかリラックスの感覚が味わえなくても継続して練習していきましょう。
- 漸進的筋弛緩法のコツ
 - ✓ 力を抜くことが目的：およそ6～7割くらいの力で筋肉を緊張させます。力むことが目的ではなく、力を抜くことが目的です。
 - ✓ リラックスの感覚を味わう：筋肉を緊張させたあと一気に力を抜きます。「力が抜けてリラックスできている」感覚が重要です。
 - ✓ 努力や焦りは禁物：リラックス状態を体験できなくても、無理に努力したりあせったりしないようにします。からだやこころがリラックスしてくるのを静かに待ちます。
 - ✓ こころの目を大切に：“ジワーッ”と筋肉の力が抜けた感じに意識を向けましょう。自分の考え、周囲の雑音や騒音などがあってもそちらに意識を向けません。雑念”があるとリラックス感覚を味わいづらくなります。



《漸進的筋弛緩法実施の留意点》

- ✓ 実施後急に立ち上がると、深いリラックス状態にあるため、めまいやふらつきで倒れてけがをするおそれがあります。
- ✓ 直後に活動する場合は、背伸びをしたり、肩を回したりするなどして、身体を動かす準備をおこないます。
- ✓ 寝る前など、その後身体を動かす必要のない場合は、準備をする必要はありません。

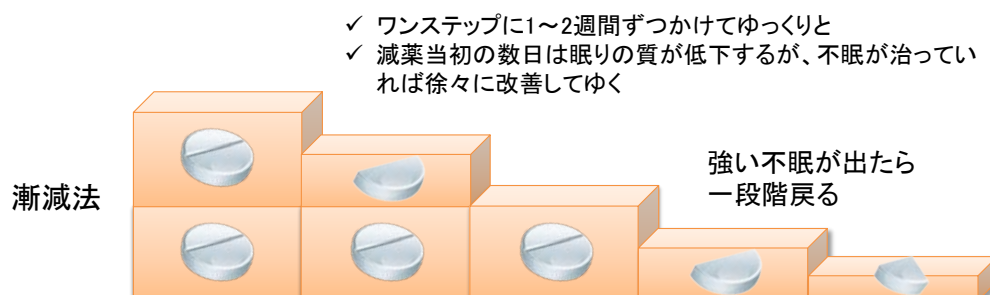
わが国で使用されている主な睡眠薬と減薬方法

分類	一般名	主な商品名	作用時間別分類	半減期 (時間)	用量 (mg)	
オレキシン受容体拮抗薬	スボレキサント	ベルソムラ [®]	短時間作用型	12.5	15~20	
メラトニン受容体作動薬	ラメルテオン	ロゼレム [®]		1	8	
GABA-A受容体作動薬 (ベンゾジアゼピン系) (ベンゾジアゼピン受容体作動薬)	非ベンゾジアゼピン系 (Z-Drug)	ゾルピデム	マイスリー [®]	超短時間作用型	2	5~10
		ゾピクロン	アモバン [®]		4	7.5~10
		エスゾピクロン	ルネスタ [®]		5~6 (8)	1~3
	トリアゾラム	ハルシオン [®]	2~4		0.125~0.5	
	ベンゾジアゼピン系	エチゾラム	デパス [®]	短時間作用型	6	1~3
		プロチゾラム	レンドルミン [®]		7	0.25~0.5
		リルマザホン	リスミー [®]		10	1~2
		ロルメタゼパム	ロラメット [®] ・エバミール [®]	10	1~2	
		フルニトラゼパム	サイレース [®]	中間作用型	24	0.5~2
		エスタゾラム	ユーロジン [®]		24	1~4
		ニトラゼパム	ネルボン [®] ・ベンザリン [®]		28	5~10
		クアゼパム	ドラール [®]		36	15~30
		フルラゼパム	ダルメート [®]	長時間作用型	65	10~30
		ハロキサゾラム	ソメリン [®]		85	5~10

厚生労働科学研究障害者対策総合研究事業「睡眠薬の適正使用及び減量中止のための診療ガイドラインに関する研究班」および日本睡眠学会睡眠薬使用ガイドライン作成ワーキンググループ 編：“睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン-出口を見据えた睡眠医療マニュアル”。より一部改変して転載

● 睡眠薬の減薬方法

- 減薬する場合は主治医の指示に従います。特にベンゾジアゼピン系の睡眠薬については、服薬量の1/4量を1~2週間ずつかけて減らす漸減法が用いられます。
- 自己判断での減薬は勧めません（急に減らすと反跳性不眠が出現します）。



お役立ちリンク

- 厚生労働省「健康づくりのための睡眠指針 2014」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/suimin/

健康づくりのための睡眠指針 2014

1. 良い睡眠で、からだもこころも健康に。
2. 適度な運動、しっかり朝食、ねむりとめざまめのメリハリを。
3. 良い睡眠は、生活習慣病予防につながります。
4. 睡眠による休養感は、こころの健康に重要です。
5. 年齢や季節に応じて、ひるまの眠気で困らない程度の睡眠を。
6. 良い睡眠のためには、環境づくりも重要です。
7. 若年世代は夜更かし避けて、体内時計のリズムを保つ。
8. 勤労世代の疲労回復・能率アップに、毎日十分な睡眠を。
9. 熟年世代は朝晩メリハリ、ひるまに適度な運動で良い睡眠。
10. 眠くなってから寢床に入り、起きる時刻は遅らせない。
11. いつもと違う睡眠には、要注意。
12. 眠れない、その苦しみをかかえずに、専門家に相談を。

※睡眠に関する対処方法が網羅されたPDF冊子が取得できます。

- 日本睡眠学会「睡眠医療認定医リスト」・・・睡眠学会が認定した睡眠専門医リスト
<http://jssr.jp/data/list.html>
- 睡眠医療プラットフォーム・・・睡眠障害に関する知識やセルフチェックが可能
<http://sleepmed.jp/platform/>
- 睡眠医療プラットフォーム「医療機関マップ」・・・睡眠障害を扱う病院リスト
<https://www.sleepmed-platform.jp/map/area>

10. 付録

睡眠・覚醒リズム表

ID: _____ 氏名: _____ 20 ____ 年 ____ 月

日	曜日	時間								12 眠気	特記事項 (アルバイト、風邪など)
		3	6	9	0	3	6	9			
1日											
2日											
3日											
4日											
5日											
6日											
7日											
8日											
9日											
10日											
11日											
12日											
13日											
14日											
15日											
16日											
17日											
18日											
19日											
20日											
21日											
22日											
23日											
24日											
25日											
26日											
27日											
28日											
29日											
30日											
31日											

眠りの状態

- ぐっすり眠った
- うとうと
- 眠れないまま
- ▲ 睡眠薬服用
- ▼ トイレ(夜間)
- 【眠気】: 起床時の眠気を10段階評価で記入
- 床にいた時間
- 寝床にいた
- 非常に眠い(10) ~ 完全に目が覚めている(1)

アテネ不眠尺度

4~5点:不眠傾向

6点以上:不眠症の可能性

下に示す各項目で、過去1ヶ月間に少なくとも週3回以上経験したものをえらんでください。

問 1. 寝つきの問題について(布団に入って電気を消してから眠るまでに要した時間)

0. 問題なかった
1. 少し時間がかかった
2. かなり時間がかかった
3. 非常に時間がかかったか、全く眠れなかった

問 2. 夜間、睡眠途中に目が覚める問題について

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. 深刻な状態か、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、それ以上眠れない問題について

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. 非常に早かったか、全く眠れなかった

問 4. 総睡眠時間について

0. 十分だった
1. 少し足りなかった
2. かなり足りなかった
3. 全く足りないか、全く眠れなかった

問 5. 全体的な睡眠の質について

0. 満足している
1. 少し不満
2. かなり不満
3. 非常に不満であるか、全く眠れなかった

問 6. 日中の満足感について

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

問 7. 日中の活動について(身体的および精神的)

- | | | | |
|----------|---------|----------|----------|
| 0. いつも通り | 1. 少し低下 | 2. かなり低下 | 3. 非常に低下 |
|----------|---------|----------|----------|

問 8. 日中の眠気について

- | | | | |
|---------|---------|----------|--------|
| 0. 全くない | 1. 少しある | 2. かなりある | 3. 激しい |
|---------|---------|----------|--------|

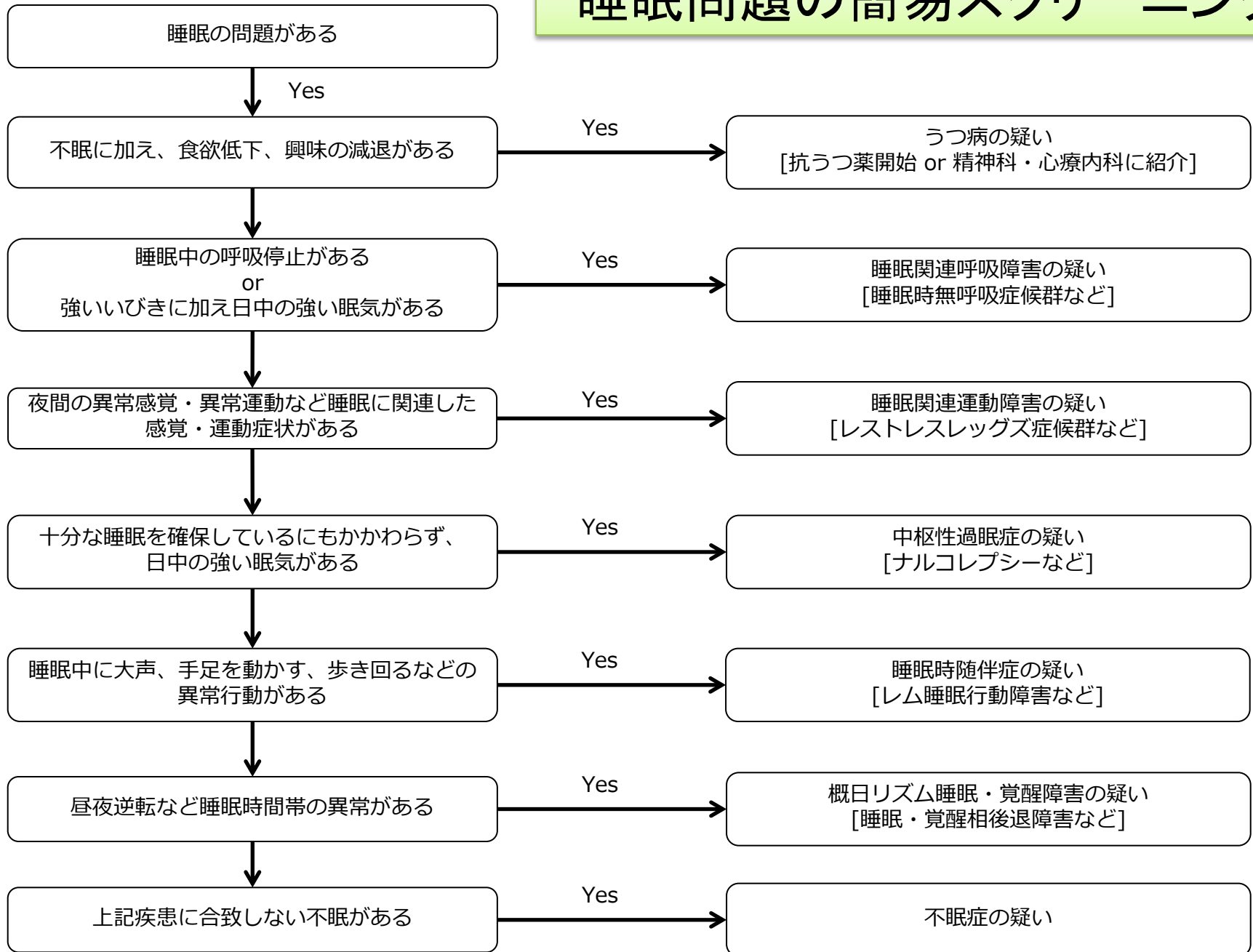
Soldatos, C. R., Dikeos, D. G., & Paparrigopoulos, T. J. (2000). Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 555-560.

Okajima, I., Nakajima, S., Kobayashi, M., & Inoue, Y. (2013). Development and validation of the Japanese version of the Athens Insomnia Scale. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67, 420-425

睡眠障害の種類と代表的な治療法

睡眠障害	代表的な症状	主な治療法
不眠症	<p>入眠困難, 睡眠維持困難, 早朝覚醒の不眠症状に加えて, 日中の疲労, 倦怠感, ICSD-3では上記症状が週3日, 3か月以上続く場合を慢性不眠症とする。</p> <p>身体疾患, 精神障害による併存不眠, 嗜好品, 生活習慣, 薬剤などの影響により出現する場合もある。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・睡眠衛生指導による睡眠習慣の見直し ・薬物療法 ・不眠症の認知行動療法(CBT-I)
睡眠時無呼吸症候群	<p>睡眠中に無呼吸や低呼吸が出現する。深い睡眠がとれず, 日中の強い眠気や居眠り(過眠)が出現する。</p> <p>高血圧, 糖尿病, 高脂血症と関連し, 中等症以上では冠動脈疾患, 脳血管障害, 眠気による事故などが生じる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣の改善(減量, 飲酒の禁止など) ・経鼻的持続陽圧呼吸療法(CPAP) ・マウスピース
睡眠関連運動障害	<p>1)レストレスレッグズ症候群: 夜間に下肢や上肢に生じる異常感覚(ムズムズする, 動かしたくなる強い衝動など)により不眠が生じる。夕方～夜間に出現もしくは増悪しやすい。</p> <p>2)周期性四肢運動障害: 夜間に下肢や上肢にミオクローヌス様の不随意運動が繰り返し出現することにより不眠もしくは日中の過眠が生じる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・就寝前に短い時間歩く, 暖かい風呂または冷たいシャワー, 四肢(脚)のマッサージなど ・薬物療法
中枢性過眠症 (ナルコレプシーなど)	<p>夜間に十分な睡眠をとっているにもかかわらず, 日中に過眠が生じる。ナルコレプシーでは, 睡眠発作のほか, 情動脱力発作, 入眠時幻覚, 睡眠麻痺の症状が出現する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・睡眠時間の確保, 生活リズム調整などの睡眠衛生指導 ・薬物療法
睡眠時随伴症	<p>レム睡眠行動障害: 夢のなかの言動と一致した大声の寝言や粗大な体動が出現する。</p> <p>せん妄と異なり, 症状出現時に覚醒刺激を与えるとすみやかに覚醒でき, 異常行動と一致した夢内容を想起することができる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・薬物療法 ・異常行動による怪我などを防止するための寝室内の安全確保
概日リズム睡眠・覚醒障害	<p>生体内の睡眠・覚醒リズム(体内時計)と, 外部の明暗サイクルとの間にずれが生じることにより社会生活に支障が生じる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・睡眠衛生指導による睡眠習慣の見直し ・薬物療法(メラトニン) ・高照度光療法 ・睡眠・覚醒相後退障害に対する認知行動療法

睡眠問題の簡易スクリーニング



不眠を長引かせる生活習慣をチェック

- コーヒー、お茶を多く飲む
- 就寝前のタバコはかかさない
- 寝つきをよくするために飲酒(寝酒)する
- 夕食が遅く、食べてから寝るまで1時間しかない
- 夜遅くにへとへとになるまでの激しい運動をする
- 夜中のトイレに備えて、寝室を明るくして寝る
- 冷え性対策で電気毛布をつけたまま寝る
- 寝る前に熱い風呂に入るのが好きだ
- 風呂に入るのは面倒なので、入浴せず就床することが多い

睡眠衛生指導

● ニコチン（たばこ）

神経を刺激するので寝つきが悪くなります。就床前の2時間や夜中の喫煙は避けましょう。

● アルコール

飲酒により寝つきは良くなりますが、睡眠は浅く短くなり、夜中に起きやすくなります。眠るための飲酒は大きな間違いです。飲酒をされる場合は就床4時間前までにしましょう。

● 食事

夕食は就床3時間以上前にすませておきましょう。また、空腹は睡眠を妨げます。就床前の軽食、特に炭水化物は睡眠を助けますが、あぶらっこいものやもたれる食事だと、胃の逆流を起こして夜中に目を覚まさせてしまうおそれがありますので気をつけましょう。

● 運動

就床5～6時間前の30分ほどの定期的な有酸素運動は睡眠の質を良くします。また、就床3時間前の軽い運動も入眠しやすい状態を作りますが、へとへとになるまでの激しい運動はかえって睡眠を妨げますので注意しましょう。

● 寝室の光と音

なるべく光、音が出るものはなくしてしまう方が良いです。小さな光、あるいは電話の音や車の音などでも、たいていの人は起きてしまいます。

● 寝室の温度

かけぶとんを使って就寝しましょう。寒すぎには注意ですが、寒い環境は睡眠に役立つとされています。

● 入浴

入浴するとリラックスし、身体が温まり眠りやすくなります。就床1～2時間前に20分ほどゆっくりとお湯につかると、運動できなかった日も眠りやすくなります。ただし、就床直前の長風呂、あるいは熱いお風呂に入ると目がさめてしまうので気をつけましょう。冷え性などで手足の血行が悪いと深部体温が下がらないので、寝つきは悪くなります。

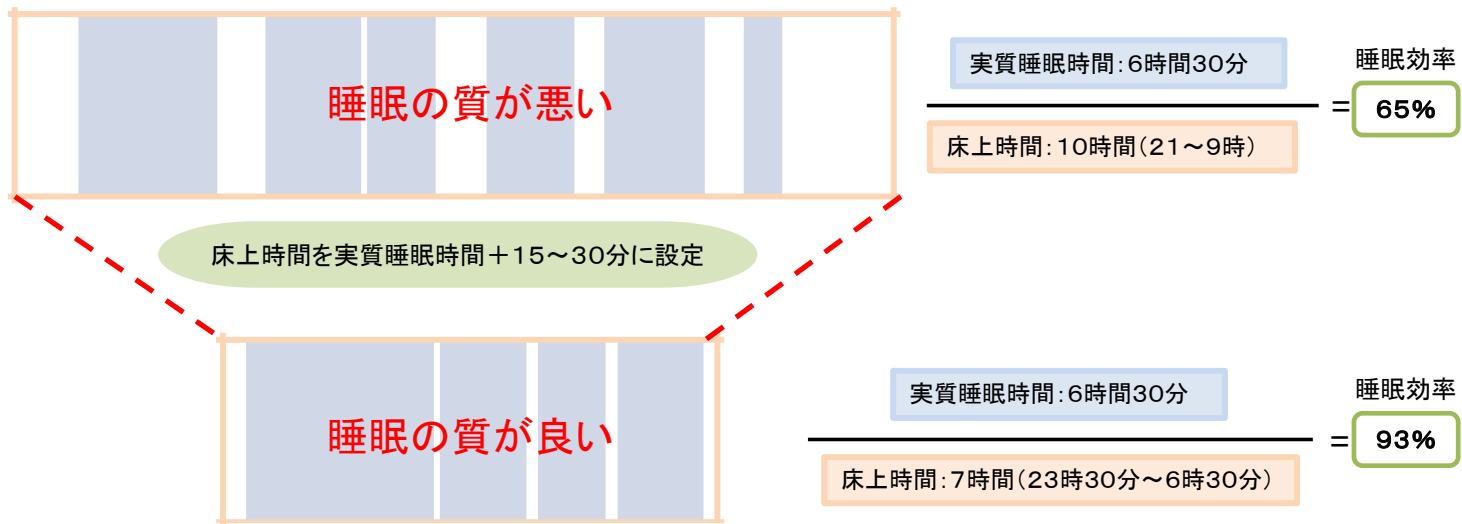
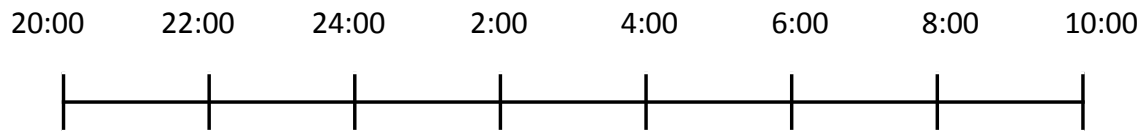
● 昼間の悩みを寝床に持っていかない

自分の問題に取り組んだり、翌日の行動について計画したりするのは、夜の早い時間にするように時間をとっておきましょう。心配した状態では、寝つくのが難しくなるし、寝ても浅い眠りになってしまいます。

不眠への対処：睡眠スケジュール法

- ①睡眠衛生指導で生活習慣を見直す
- ②高齢者など実際に眠れる睡眠時間よりも長時間布団にいる場合は、睡眠効率を上げるような就床・起床時刻の提案する
- ③睡眠時間よりも“日中に支障がないかどうか”が重要

265

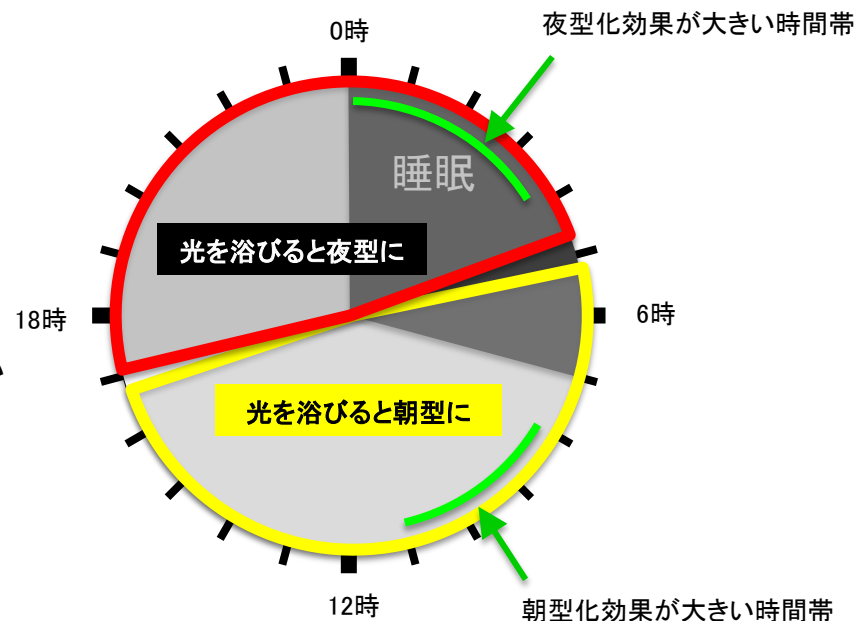


睡眠リズムの乱れに対する生活指導

①起床・就床時刻は2時間以上ずらさないこと
(休日の朝寝坊は体内リズムを乱す)

②夜型傾向の改善

- 光の浴び方:生活の中で早い時間帯に光を浴び、夜間は光を浴びすぎない。
- 睡眠リズムを前進させる方法:起床時刻の調整から行う。1～2週間かけて30～60分起床時刻を早め、起床後は上記の方法で光を浴びる。



※睡眠・覚醒リズム障害にはいくつかの睡眠パターンがあり、自力での改善が困難な場合もあります。本人の困難感が強い場合は、睡眠表を記録させ主治医や専門医療機関での受診を勧めてください。

漸進的筋弛緩法

- 身体の一部に力を入れ**緊張させ力を抜く**体操です。
- その場のリラックス状態を促進するだけでなく、**ストレスに対する耐性もつく**ことが知られています（“体質改善”）。
- 特に、**寝る前や夜中に起きてしまって眠れない時に行うと効果的**です。
- うまくリラックスするためには**くり返し**練習が必要です。なかなかリラックスの感覚が味わえなくても、**継続して**練習していきましょう。

副交感神経系のはたらしを優位にさせ、安眠モード（リラックス状態）を作ります

副交感神経系



交感神経系

身体の緊張をといとうまくリラックスできると、気持ちの面での緊張や興奮も鎮まってきます。

実施のコツ



力を抜くことが目的

およそ6～7割くらいの力で筋肉を緊張させます。力むことが目的ではなく、力を抜くことが目的です。

リラックスの感覚を味わう

筋肉を緊張させたあと一気に力を抜きます。「力が抜けてリラックスできている」感覚が重要です。

努力や焦りは禁物

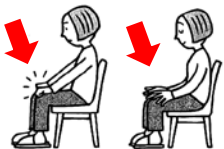
リラックス状態を体験できなくても、無理に努力したりあせったりしないでします。からだやこころがリラックスしてくるのを静かに待ちます。

こころの目を大切に

“ジワーン”と筋肉の力が抜けた感じに意識を向けましょう。自分の考え、周囲の雑音や騒音などがあってもそちらに意識を向けません。雑念があるともリラックス感覚を味わいづらくなります。

1.両手

- ① 両腕をのばしてひざの上に置き、5秒間固くにぎる
- ② にぎった手のひらをパッと開いて20秒間力を抜く



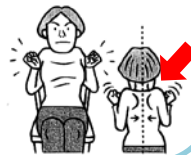
2.上腕

- ① ひじを曲げて握りこぶしを肩まで上げ、5秒間二の腕に力を入れる
- ② 腕を足に落とし20秒間力を抜く



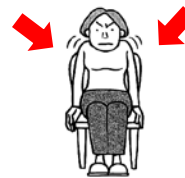
3.背中

- ① ひじを折って握りこぶしを肩まで上げて肩甲骨を中心に5秒間力を入れる
- ② 腕を足に落とし20秒間力を抜く



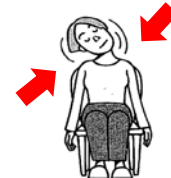
4.肩

- ① 5秒間力を入れて両肩を上げる
- ② 20秒間力を抜いて肩を下げる



5.首(左右)

- ① 右(左)に曲げて5秒間力を入れる
- ② 首を戻して20秒間力を抜く



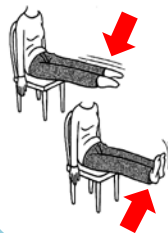
6.腹部(体幹)

- ① 手をおなかに当て、胃のまわりや下腹の筋肉を引き締めて5秒間腹部に力を入れる
- ② 20秒間腹をゆるめて力を抜く



7.脚

- ① つま先をのばして脚の表側の筋肉を5秒間緊張させる、脚をストンと落とし20秒間力を抜く
- ② つま先を上に向けて脚の裏側の筋肉を5秒間緊張させる、脚をストンと落とし20秒間力を抜く



8.全身

ひと通り覚えた後は全身を使います！

- ① 全部位を同時に5秒間、力を入れる。
- ② スーっと1度に力を抜き、このときイスの背もたれやアームレストにからだをゆだねる
- ③ 20～30秒間リラックスの感覚を味わう

《漸進的筋弛緩法実施の留意点》

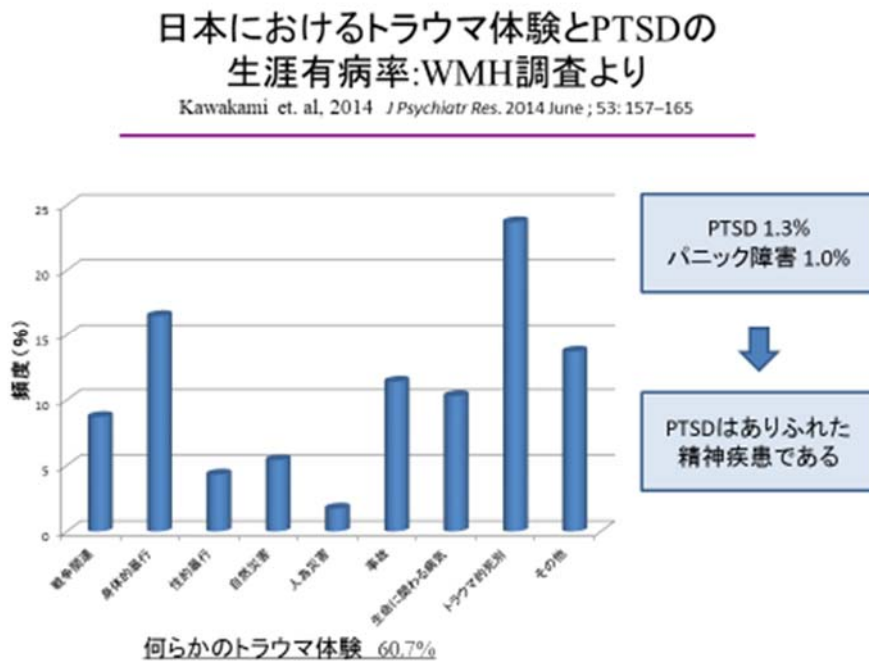
- ▶ 実施後急に立ち上がると、深いリラックス状態にあるため、めまいやふらつきで倒れてけがをするおそれがあります。
- ▶ 直後に活動する場合は、背伸びをしたり、肩を回したりするなどして、身体を動かす準備をおこないましょう。
- ▶ 寝る前など、その後身体を動かす必要のない場合は、準備をする必要はありません。

第一部 基本知識

【定義】

心的外傷後ストレス障害（PTSD : posttraumatic stress disorder）は、危うく死ぬまたは重症を負うような外傷的出来事を経験した後に、フラッシュバックや悪夢などのさまざまな症状を呈する疾患で、外傷的出来事の後に生じる精神疾患として最も代表的なものである。ベトナム戦争帰還兵やレイプの被害者などで共通の精神症状が認められたことから、1980年に出版されたDSM-IIIに診断分類として初めて記載された。わが国では、1995年の阪神淡路大震災を一つの契機として広く知られるようになった。

【疫学】

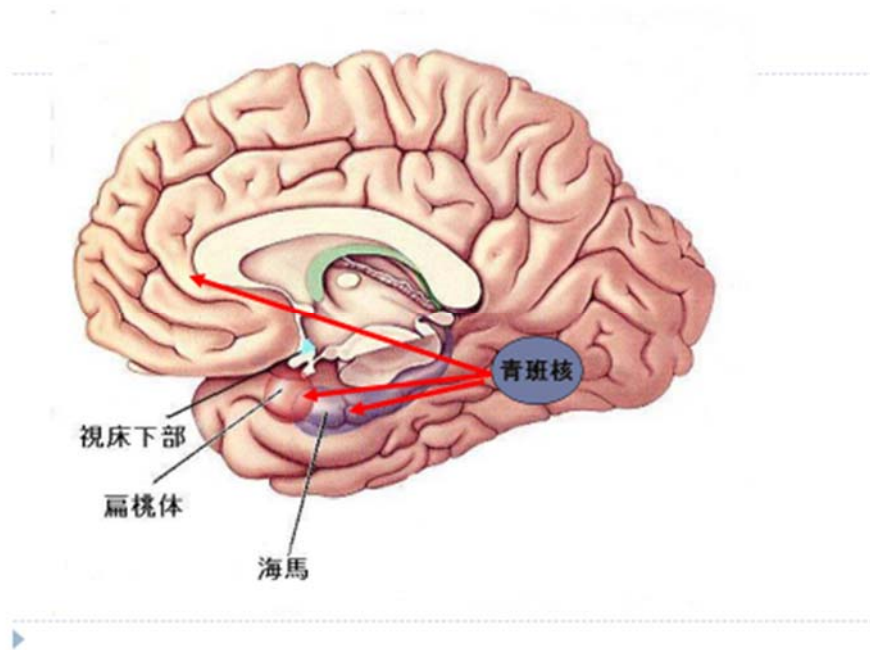


WHOによる世界保険調査の日本データによれば、日本で一生のあいだに生死に関わる体験（トラウマ体験）をする率は約60%であり、PTSDの生涯有病率は1.3%である。これはパニック障害の生涯有病率1.0%よりも多い。したがってPTSDは「ありふれた精神疾患」ということができる。どこでも当たり前診断され、支援や治療を受けられるようになる必要がある。

様々なトラウマ体験ごとにPTSDの発症率が違うということが米国で報告されている。自然災害ではやや低く、戦闘、レイプでは高い。これは災害の場合は生死の危険が比較的低い者も含まれているのに対して、戦闘やレイプでは、定義からして軽度の体験ということがあり得ないためである。また、災害では直後から支援を受けやすいのに対して、レイプでは

体験それ自体を他人に打ち明けることができず、支援を受けにくいことも一因と思われる。

【生理的病態】



外傷的出来事の最中に感じた恐怖や無力感が、記憶として過剰に固定化されたり消去されなかったりする状態が、PTSDの病態形成に密接に関与していると考えられている。その背景にある脳神経回路、生理的背景は、現在急速に解明が進んでいる。

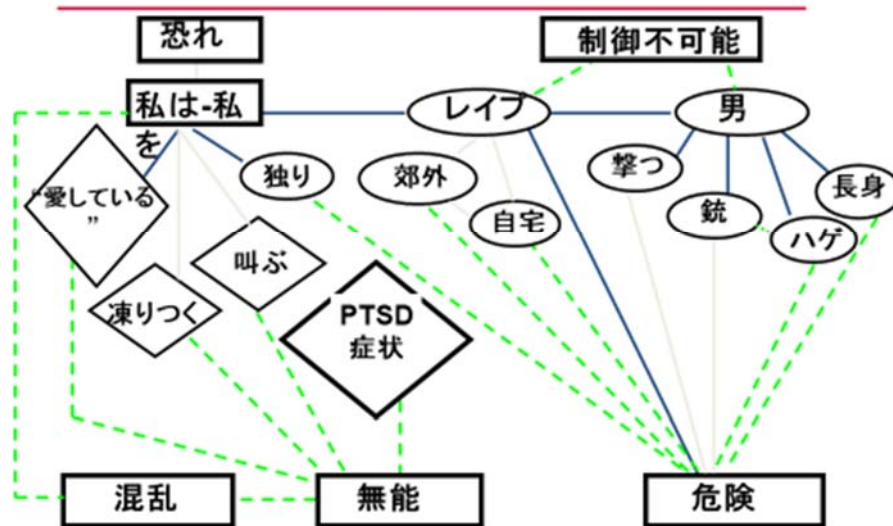
生物学的には、扁桃体や海馬が記憶の固定化と消去に重要な役割を果たしており、PTSDの患者では、トラウマ被害の際に青斑核から大量のノルエピネフリンが分泌され、そのために扁桃体の反応性が亢進し、恐怖条件付けが形成されやすくなり、また海馬を刺激して、記憶の記銘が亢進することなどが想定されている。

また、PTSDの患者では視床下部—下垂体—副腎皮質系（HPA axis）にも機能障害が認められるが、HPA axisが制御に関係しているアドレナリン・ノルアドレナリン・コルチゾールは、扁桃体や海馬などに存在する受容体を介してその機能に影響を与えることも指摘されている。

過覚醒症状は明らかに交感神経系（アドレナリン系）の過剰興奮である。したがって、この症状は、交感神経を賦活するような様々な刺激によって増悪する可能性がある。その意味で、被害者にカフェインを勧めることは推奨できない。激しい運動、飲酒、大音響の音楽なども同様である。

【PTSD の心理的病態】

レイプ直後の記憶のスキーマ・モデル



PTSD ではトラウマ体験の記憶に対して恐怖条件付けが形成されているとされる。しかし、通常の条件付けとは異なり、トラウマ体験を間接的に想起させるような様々な刺激に対して恐怖が関連付けられていることが特徴である。患者のトラウマ体験の記憶は断片化しており、断片化した記憶のイメージに対して、恐怖などのネガティブな感情は、自責感、恥辱感、無力感などが様々に結びつけられている。断片化しているがゆえに、トラウマ記憶は不安定であり、コントロールを失って想起されることになる。トラウマからの回復は、こうした断片化した記憶を結び合わせ、「過去にそのようなことがあったが、現在はもう過ぎ去っている」という一般的な記憶にすることである。多くの患者ではこうした回復は自然発生的に生じるが、被害後6ヶ月程度を過ぎると、自然の回復は減少するとされている。その理由は、断片化した記憶への恐怖やネガティブな思考があまりにも強かったり、支援が不足していたり、二次的トラウマを受けたりすることのために、患者はトラウマ記憶に触れることを避けるようになり、そのために記憶の統合が阻害されているためである。6ヶ月を経て自然回復しない事例では、こうした記憶への回避、統合の阻害が強化されていると考えられ、専門的な治療、支援が必要となる。しかしこの段階であっても、自分の体験が理解され、受け止められたと感じることによって回復への道を歩むこともある。より確かな治療効果を得るためには、エビデンスのある薬物療法、認知行動療法を受けることが必要である。

【リスク要因】

災害後のPTSD発症のリスク要因: Brewinらのメタアナリシス(2000)より

リスク要因	研究数	個体数(n)	効果量(r)領域	平均効果量(r)	95%CI
性別(女性)	25	11261	-0.04 to 0.31	0.13	0.11 to 0.15
若年	29	7207	-0.38 to 0.28	0.06	0.04 to 0.08
社会経済的問題	18	5957	0.01 to 0.38	0.14	0.12 to 0.16
教育の不足	29	11047	-0.11 to 0.37	0.10	0.8 to 0.12
知的能力	6	1149	0.08 to 0.38	0.18	0.12 to 0.24
人種(少数派)	22	8165	-0.27 to 0.39	0.05	0.03 to 0.07
精神科既往歴	22	7307	0.00 to 0.29	0.11	0.09 to 0.13
幼少期の虐待	9	1746	0.07 to 0.30	0.14	0.09 to 0.19
その他の過去のトラウマ	14	5147	-0.05 to 0.36	0.12	0.09 to 0.15
その他幼少期の不利な体験	14	6969	0.09 to 0.40	0.19	0.17 to 0.21
精神科家族歴	11	4792	0.07 to 0.28	0.13	0.10 to 0.16
トラウマの重症度	49	13653	-0.14 to 0.76	0.23	0.21 to 0.25
社会的サポートの不足	11	3276	-0.02 to 0.54	0.40	0.37 to 0.43
生活のストレス	8	2804	0.26 to 0.54	0.32	0.29 to 0.35

社会的サポートの不足	11	3276	-0.02 to 0.54	0.40	0.37 to 0.43
生活のストレス	8	2804	0.26 to 0.54	0.32	0.29 to 0.35

上記すべての要因が統計学的に有意である(P<0.001)。
 From Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentinis, J. D. (2000) Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adults.
 Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, 748-766.
 Copyright © 2000 by the American Psychological Association. Adapted with permission.

PTSD から回復しない人々について、様々なリスク要因が検討されているが、それらの研究を合算して検討したところ、被害後の社会的サポートが不足していることと、被害園生活ストレスが強いことが、有意に相関していた。それ以外の要因、たとえば過去の精神疾患や収入、学歴などは必ずしも相関していない。このことから、被害後の社会的サポートを提供し、生活のストレスを軽減するための支援が検討されており、心理的応急処置 (PFA) はその一例である。ちなみに交通事故被害者に関する私たちの研究では、事故時に感じた絶望感 (死の確信) がもっとも強く関係していた。

【トラウマの累積】

米国の児童期逆境体験研究 (Adverse Childhood Experience; ACE) 研究からは、児童期のトラウマなどの逆境体験が累積すると、成人してからの難治性うつ病、アルコール依存、自殺企図が有意に増加していた。このことから、人生早期のトラウマ被害は適切に対応されるべきであり、またこうした脆弱性を有する児童、青年に対しては、さらなる被害の影響を防ぐためにも、早期の支援、治療が必要である。

【経過・予後】

アメリカの大規模調査によると、外傷的出来事から 1 年以内の期間では自然回復の可能性が比較的高く、数年を経過しても一定の割合で自然回復が認められるいっぽうで、PTSD 患者の約 3 分の 1 は治療の有無にかかわらず寛解が得られないとされている。わが国における経過・予後に関するデータは存在しないため詳細は不明であるが、自然回復の割合や治

療への反応性は、外傷的出来事の種類によっても相違があると考えられる。

【診断とアセスメント】

実際に重症を負ったり、あるいは死亡や重症の脅威に直面したり、性暴力被害、虐待を受ける。またはそれを目撃したり、身近な人に生じたことを突然に知らされる。他人に生じたことの伝聞は含まれないが、職業上、繰り返し直面することを強いられる場合（遺体収容者など）は含まれる。

2 以下の症状のすべてが一ヶ月以上続いていること

- a 侵入症状：体験内容を悪夢に見る。フラッシュバックとして体験する。体験を想起するような刺激に触れたときに、生理的反応（動悸、発汗、振戦など）や心理的動揺が生じる。
- b 過覚醒症状：持続的な不安、緊張状態。驚愕反応を伴うことが多い。
- c 回避・麻痺症状： 体験を連想させる内的な刺激（思考、記憶など）や外的な状況、事物を避ける。
- d:否定的な認知、感情：世の中は信用出来ない、自分は無力である、自分が悪かった、などの否定的な認知。温かい感情を感じることができず、怒り、罪責感などの否定的な感情が増加する。

【評価尺度】別紙)

スクリーニング PTSD3

自己記入式診断尺度 PDS

【カフェイン】

カフェイン等の不安惹起性薬物の影響：日本ではカフェインの有害作用はさほど指摘されていないが、1日摂取量 300mg を超えると中毒症状が出るリスクが高まる。コーヒーチェーン店のコーヒーには 100mg 程度のカフェインが含まれることがあり、その他の飲料も合わせて、大体の摂取量を聞いておく必要がある。

【治療前の評価】

- ① トラウマ要因：加害者との同居のように PTSD の原因となったトラウマ的出来事が現在も持続している場合には、PTSD を改善する治療の効果は望みにくい。そのような場合には医療よりも、あるいは医療と並行して、法的保護、ケースワークが必要である。犯罪被害者支援制度、女性相談センター、児童相談所、法テラスなどの支援制度の情報を与える必要がある。

- ② PTSD よりも優先すべき精神医療上の問題として、差し迫った自殺の危険、寛解していない精神病性障害（統合失調症、躁病、錯乱）、出産、未治療のアルコール薬物依存がある。それ以外の精神疾患については、重症度や生活への影響を勘案して、PTSD との間で治療の優先順位を考える。
- ③ 被害からの時期：通常、被害から数ヶ月間は自然寛解が多いので、ことさらに PTSD を対象とした治療をする必要は乏しく、心理的保護を与えつつ見守ることが推奨されている。しかしこれは自然災害などで多数の被災者が出たときの社会介入の指針であり、診察室で被害直後の患者を前にしたときに数ヶ月間待機させるということは考えられない。その場合、自然経過について説明をした上で、心理教育、家族環境調整などを交えつつ、PTSD の治療ないし症状軽減のための対症療法を行うことは認められる。

【治療方針】

レベル1 対応

心理社会的な対応であり、その目的は症状を悪化させるような有害な刺激を避けつつ、被災者が落ち着きを取り戻し、支援を受けていることを感じられるようにすることである。自然回復の促進と心理的保護を目的とした対応。アウトリーチで災害直後の被災者の支援をしたり、被害直後の患者や、トラウマ被害について初めて相談をする患者を診察する時などにはこの対応から始めることが安全である。これ以上の心理的被害から保護し、治療や支援に対する信頼感を育てることが目標である。患者の体験を聞き出すのではなく、言葉にならない感情に耳を傾けるつもりで、穏やかな声で、支持的に対応する。精神医療以外の生活上のニーズ、福祉サービス、治療を要する身体症状、生活習慣を確認する。トラウマ被害についてある程度の情報が得られた場合には、患者の症状がトラウマに対する自然な反応であり回復し得ることについての心理教育（ノーマライゼーション）を行い、必要に応じて家族などの理解を得るようにする。

レベル2 対応

対症的な症状の軽減を目標とした対応。医療機関に来院した患者の場合には、できるだけ早くこのレベルの対応を行う。災害時など、アウトリーチをして被災者、被害者と関わる場合には、心理的回復を望んでいることを確認の上で実施する。被害後の早期に、将来の PTSD の発症を予防する介入方法は心理療法、薬物療法を含めて証明されていないが、リラクゼーションとして、呼吸法、ストレッチなどを用いた不安緊張の軽減法を一緒に練習する。認知行動療法モデルに基づき、不安の軽減法としての認知修正を試みる。症状が耐えがたいときには対症療法的な投薬を行う。ただしベンゾ系は心理的依存形成に注意。強い心理的衝撃や、時には身体的負傷害によって交感神経の興奮が生じているので、カフェイン、飲酒、激しい運動などが病状を悪化させることに注意し、患者への教育を行う。心疾患、貧血、ホルモン異常、投薬を含む薬物による不安、焦燥を除外する。特に抗精神病薬によるアカシジア、抗

うつ薬によるアクティベーション・シンドロームを見逃さないこと。

レベル3 対応

精神疾患としての PTSD の治療対応。

6 ヶ月を経過して回復傾向が認められない場合、それ以前であっても PTSD 症状による苦痛、機能障害が強い場合には PTSD の薬物療法あるいは心理療法を行う。

薬物療法： PTSD に対する効果が RCT によって検証され、米国の FDA および日本の保健医療で適用が認められているのは sertraline, paroxetine のみである。ただし効果量は 0.5 を下回っており、必ずしも高くはない。

(処方例)

- ・ ジェイゾロフト 25mg 1-2錠 眠前
またはパキシル 10-20mg 1錠 眠前

症状に応じて最大容量まで漸増する。最大効果の発現までに 4-8 週を要する。アクティベーションによる焦燥感の増悪を PTSD 症状の過覚醒と混同しないように注意。

併存する症状に対する治療

PTSD への適用はないが併存する症状、疾病によっては以下の処方が PTSD 症状に有効な場合がある。ただし RCT によるエビデンスは不足している。

- ・ α 1 遮断薬、 β 2 遮断薬
ミニプレス 0.5-1mg 2錠 分2
またはインデラル 10mg 3錠 分3

PTSD の発症には青班核からのアドレナリンの過剰な放出が関与している。RCT では有意な結果が得られなかったが、過覚醒症状の強い患者には有効なことがある。2-3 日で効果が発現する。1-2 週間投与して無効であれば中止のこと。

- ・ イフェクサー 37.5-75mg 1錠 分1朝

SSRI の効果が不完全であった場合に、増強療法として他の SSRI, SNRI, 三環系抗うつ薬を用いるが、エビデンスは弱い。

- ・ エビリファイ 1-3mg
またはリスパダール 1-2mg 1錠 眠前

再体験症状がフラッシュバックのように幻覚性を帯びるときに少量の向精神病薬が有効なことがある。

トラウマへの認知行動療法

日本で RCT が終了し、保険適用となっているのは持続エクスポージャー療法 (PE) のみである。各種研究では一貫して効果量は 1.5 を越えており、適応のある患者に施行した場合は効果が高い。実施に際しては米国から認定された指導者による症例指導 (スーパーバイズ) を受けることが推奨されている。1 回 90 分、10-12 回

程度で効果が認められることが多い。断片化した記憶を整理し、記憶と再被害の区別を明らかにするためには、治療の中でトラウマ記憶を安全に賦活することが有効である。この治療は、安全な環境と治療的支援のなかでトラウマ記憶に触れ、断片化した内容を整理し、記憶と現実の被害が異なることを確認して患者を安心させることが目的である。患者は最初のうち、トラウマ記憶に触れることに不安を抱くが、治療の効果を実感すると自発的に取り組むようになる。認知処理療法、EMDR なども国際的には認められているが、トラウマ記憶をある程度賦活しながら情報の修正を行うという点は変わらない。

(厚生労働省 心の健康ホームページ 認知行動療法の項目参照)

参考文献

- 心的トラウマの理解とケア第2版 金吉晴編：じほう、東京、2006
 PTSD の持続エクスポージャー療法. 金吉晴, 小西聖子 (監訳) : 星和書店, 東京, 2009.
 ストレス・災害時こころの情報支援センター HP



<https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/>

第二部 相談対応手引き

【目的】

PTSD が疑われるトラウマ被害の体験を持つ相談者を適切にスクリーニングし、二次被害を与えないような対応スキルと用いること

前項の相談者のストレスを軽減するためのリラクゼーション、生活指導を行うこと

【面接回数】

評価 1 回

リカバリー 1, 2 回 合計 2, 3 回を想定

【初回面接】

トラウマ被害の経験を持っているが、まだそれを開示していない段階で、どのようにしてトラウマ被害の可能性を考え、被害についての相談をしやすいような態度で接するのが大切である。

多くのトラウマ被害者は、そのことを開示しない。トラウマ被害それ自体について、あるいはそれと関連する症状や生活の困難について相談に訪れる被害者は、もはや生活の余裕がなくなり、追い詰められていることが多い。また自分の被害がどのように受け止められるのか、扱われるのかについて、不安を抱いている。少なからぬ被害者は、特に性暴力や虐待の被害者は、その体験を人に打ち明けて二次被害を受けている。つまり話を全く信じてもらえなかったり、軽くあしらわれたりしている。したがって、トラウマ被害者は行政の相談窓口においても、自分の被害が真剣に受け止めてもらえるとは思っていないことが多い。

したがって、もし話の中でトラウマ被害が疑われたときや、後述のスクリーニングによってそれが発見されたときには、そのことを真剣に、共感的に受け止め、また相談に来るといふ決断をしたことを誉める必要がある。

「それは大変なことでしたね。いままで、さぞお辛かったのではないのでしょうか。生活も大変ではありませんでしたか」

「本日、御相談に来て頂いて有り難うございます。できるだけお力になりたいと思います」

仮に相談の趣旨がトラウマに関連したものではなかったとしても、被害が同定されている場合には、次のように聞いてみる。

「本日の御相談は〇〇ということですが、この辛かった体験が何か影響していると言うことはないのでしょうか。」

【場の設定】

言うまでもなく、トラウマ体験のほとんどは個人的なものであり、専門家にさえ打ち明けることには勇気がいる。まして関係の無い第三者のいるところでは話しにくいことが多い。ドライバーの保たれる空間で、落ち着いて話す必要がある。

被害者は過覚醒という症状を持っていることが多い。交感神経系が過剰に緊張し、物音に驚愕したり、不安、緊張、焦燥を抱きやすい。相談者にカフェインを勧めたり、給湯器で自由にカフェインを摂取させたりしない方がよい。相談中に強い不安を生じるリスクを高めるためである。同様の理由から、電話や話し声、ドアの開閉音などが頻繁に聞こえる場所はトラウマ被害者の面接のためには適切ではない。

【加害者の同席】

DV 被害ではかねてから言われていることであるが、加害者である夫や交際相手が付き添ってくることもある。そのような場合には、被害が疑われる本人と単独で面接する必要があるが、誰が DV の被害者なのか、当初は分からないことが多い。したがって、あらゆるトラウマ被害者については、本人が強く望まない限りは、単独で面接をすることが推奨される。

【基本対応スキル】⇒ロールプレイ

尋問調にならず、相談者に寄り添い、気持ちを受け止めるような対応が必要である。そのためには、研修でのロールプレイを通して、声のトーン、抑揚、相手に寄り添う態度のスキルを身につけておく必要がある。また【コラム】に示されたような点に留意して話を進める必要がある。

相談が進み、スクリーニングやアセスメントに入ってくると、面接の目的は情報収集とスキル訓練になるが、被害者相談の基本は、患者の不安を柔らげ、信頼感を得るような態度で接することである。

（人びとの気持ちを落ち着かせるための会話）

危機的な状況を体験すると、とても不安になったり動揺したりする人もいます。混乱したり圧倒されたりすることもありますし、手や体の震え、呼吸困難、激しい動悸などの身体反応が出ることもあります。このような症状を呈する人が心身ともに落ち着けるように手助けするための方法として、次のようなものがあります。

穏やかな優しい声で話す

その文化の中で失礼にあたらないのなら、ときどき目を合わせながら話す

あなたが援助のためにいるということ、もし安全が確保されている場合には、そのことに注意を向ける

現実感を喪失したり、周囲から切り離されたと感じている人の場合は、現在の状況や自分の身体に触れることが助けになることがある。そのために次のようなこと

をしてもらう

- ・床に足をつけてそれを感じる
- ・指や手のひらで膝をたたく
- ・周囲から、苦痛をもたらさないものを選んで、注意を向けてもらう。見たり、聞いたり、感じとれるものを選び、何が見えるか、聞こえるか、教えてもらう
- ・自分の呼吸に注意を集中し、ゆっくり息をするようにすすめる

(心がけるべきこと)

- ・気が散らないように、できるだけ静かな場所を見つけて話しましょう
- プライバシーを尊重し、相手の秘密を守りましょう（やむを得ない場合を除く）被災者の近くで寄り添いましょう。ただし、年齢や性別、文化によって適切な距離を保つこと
- ・話を聞いていることが相手に伝わるように、うなずいたり、相づちを打つようにしましょう
 - ・忍耐強く冷静でいましょう
 - ・事実についての情報があるなら伝えてください。知っていること、知らないことを正直に話しましょう。「私には分かりませんが、調べてみます」などというのも良いでしょう
 - ・相手が理解できるような方法で、情報を簡潔に伝えましょう
 - ・人びとの気持ちや、話しに出たあらゆる損失や重大な出来事（家屋の損失、大切な人の死など）をしっかりと受け止めて返答しましょう。「本当に大変でしたね。どんなにか、おつらいことでしょう」など

(控えるべきこと)

- ・無理に話しをさせてはなりません
- ・相手の話をさえぎったり、急がせてはなりません（たとえば腕時計を見たり、早口でしゃべるなど）
- ・適切であることが確信できない場合には、相手の体に触れてはなりません
- ・被災者がしたことや、しなかったこと、あるいは感じていることについて、価値判断をしてはなりません。「そんなふうに思っははいけませんよ」「助かって良かったじゃないですか」は禁句です。
- ・自分が知らないことをごまかして、作り話をしてはなりません
- ・専門的すぎる言葉を使ってはなりません
- ・他の相談者から聞いた体験談を話してはなりません
- ・あなた自身の悩みを話してはなりません
- ・できない約束や、うわべだけの気休めを言ってはなりません

把握すべきこと

- ・どのような危機的な出来事が起こったのかという事実
- ・どのような理解者、支援者がいるのか、どのようなサービスや援助が行われているのか
- ・生活や職場、学校での安全と保護について問題がないか
- ・被害を与えるような危険が過ぎ去っているのか、再被害の危険はないか

【アセスメント】

トラウマ的出来事の同定

インデックス症状：

自ら再体験症状などを訴える

自殺企図の既往

感情の不安定さ；急激な怒り、高揚、悲哀、不安、恐怖などが交替制に出現

解離：応答の不自然な静けさ、うつろな表情や口調

出来事についてのキー質問

「多くの方に一応お尋ねしているのですが、これまでの体験の中で取り分け辛かったり、怖かったりしたものは何でしょうか。」

「災害や事故に会われたことはありますか」

「ご両親の躰はどうでしたか」

「配偶者（交際相手）に対して、自分の思っていることが言えますか。言えないとしたら、その理由は何でしょうか」

トラウマ的出来事が疑われた場合

⇒ PTSD3 スクリーニングを実施

3点以上

⇒ PDS を実施。

*IES-R を住民のスクリーニングに用いてはならない。この尺度は PTSD 診断を推定するように作成されておらず、診断基準に対応していない。またカットオフ値に十分な根拠はない。同じ相談者の変化のモニタリングに用いることは可。

【ワーク I 心理教育（ノーマライゼーション）】

相談者は自分の問題が特別なものではなく、多くの被害者に共通する症状があり、専門家にはそれに関する知識があることを知って安心する

トラウマの後に起こってくる「よくある反応」について説明します

1. 恐怖と不安

不安は、危険な目にあっているときには、普通に、自然に、起こってくるものです。トラウマが終わったあとでも、長い間不安がつづく人もたくさんいます。自分を取りまく世界について見方が変わり、安全ということの感じ方が変わってしまって、より悲観的になる場合にこういうことが起こってきます。あなたはトラウマを思い出すと、不安な気持ちになると思います。でも不安は時には何の前触れもなく起きてくることもあります。不安を引き起こす**きっかけや手がかり**になるようなものには、いろいろな場所や、一日のうちのある決まった時間や、ある特定のにおいや物音や、トラウマを思い出させるような特定の状況などがあります。自分が不安になったときに、もっと注意を払うようにするようになっていくと、あなたは自分の不安のきっかけになるものをいろいろ発見できるでしょう。そうすると、トラウマを思い出させるものがきっかけになって、突然の不安が、引き起こされているのだということが実感されると思います。

2. トラウマを再び体験すること

トラウマにあった人がトラウマの**できごとを再び体験する**のはよくあることです。たとえば、トラウマについて考えたくないのに、考えてしまって、そこから逃げられないでいることもあるでしょう。中には**フラッシュバック**を経験したり、トラウマがもう一回起こっているような、ありありとしたイメージを経験する人もいます。**悪夢**もよくおこるものです。トラウマの経験はとてもしョッキングで、日常の体験とはまったく違ってきますから、普段、自分が周りの世界について知っていることに、そのトラウマの体験をうまく合わせて整理することができません。そのためにこういった症状が、起こってくるのです。そうして、何が起こったのか理解するために、あなたの心は記憶を呼び戻しつづけます。それをより消化してより整理しようとするように。

3. 覚醒が高まること

覚醒が高まる状態もトラウマに対してよくおこってくる反応です。びくびくしたり、そわそわしたり、ふるえたり、おどろきやすくなったり、集中力や睡眠に問題がおきたりします。覚醒が続くと**我慢が効かなくなったりいらいらしたり**することもあります。十分に眠れていない場合はとりわけそうなりがちです。覚醒の反応は、身体が持っている「戦うか逃げるかの反応」というものによって生じてきます。「戦うか逃げるかの反応」というのは私たちが危険から身を守るための仕組みで、動物も持っているものです。危険から身を守るために私たちは、戦ったり逃げだしたりしますが、このような時には、平常よりもたくさんのエネルギーを必要とします。そこで、私たちの身体はアドレナリ

ンをさらに送り出して、その場を生き延びるために、必要となったエネルギーを獲得できるように働くのです。

トラウマを受けると、世界は危険に満ちていると感じることはよくあります。そういう人は、いつもからだを警戒状態にして、どんな攻撃にもすぐに反応できるように準備しています。覚醒の亢進は、たとえばトラと戦うはめになるというような本当に危険な状態では役に立ちます。けれども、実際に危険がない状況になっても、長い時間警戒状態が続くと極めて不快に感じる、ということが問題なのです。もうひとつの危険に対する反応は**フリーズ**（凍りつき）で、たとえば自動車のライトに照らされた鹿のように凍りつきます。この反応もトラウマの最中に起こります。

4. 回避

回避という手段は、トラウマに関連する苦痛をどうにかしようとするときに最もよく用いられます。トラウマを思い出してしまう状況を避けてしまう、例えば、出来事が起こった場所に近寄らない、ということはよく起こることです。トラウマと直結していない状況でも、避けてしまうようなこともあります。例えば、夜にトラウマを受けた人が夕方外に出なくなることもあります。つらいことを考えたり感じたりしまいとするのも、不快感を減らすために用いられるもうひとつの手段です。用い過ぎると、感情が**麻痺**し、恐怖も心地よさも愛情も感じられなくなることもあります。つらいことを考えたり感じたりするとそれがあまりに強烈なので心が一切をブロックしてしまって、トラウマのいろいろな部分を思い出せなくなることもあります。

5. 怒りやいらいら

トラウマを受けた人の多くは、**怒りやいらいら**を抱えます。あまり怒らない質だった人であれば、怒る自分に恐怖を覚えるかもしれません。親しい人たちに八つ当たりすることは特に理不尽と思うでしょう。しょっちゅういらだっていることが原因で怒りを覚えることもあります。また、世の中は公正ではないと感じることで怒りが生じることもあります。

6. 自分を責める、自分が恥ずかしいと思う

トラウマを受けると、**自分を責めたり**、自分は**恥だ**と思ったりすることがよくあります。生き残るためにやったこと、生き残るためにやらなかったことについて、それが自分の落ち度だと思う人が多くいます。例えば、暴行の被害者で、加害者を撃退すべきだった、撃退できなかった自分が悪いのだ、と考える人もいます。逆に、あのおとき抵抗しなければ怪我をすることもなかったのに、と考える人もいます。トラウマを受けている間に普段であればしないようなふるまいをした場合、恥ずかしいと思う

感じを持つこともあります。時には、トラウマを受けたのはあなたの落ち度だとほかの人が言うことがあるかもしれません。

トラウマについて罪責感を覚えるということは、起こったことに対してあなたが責任を引き受けようとしているということです。ある程度、事態を掌握している感覚を持てますが、一方で、無力感におそわれたり落ち込んだりする可能性もあります。

7. 悲しむことと落ち込むこと

トラウマに対する反応として、嘆き悲しむことや落ち込むこともよく起こります。ゆううつになったり、悲しくなったり、絶望したり、自暴自棄になったりします。以前に比べてよく泣くようになるかもしれません。他人や、それまで楽しんできた遊びや仕事への興味が薄れることもあります。将来やろうと思っていた計画がどうでもよくなったり、生きていることがどうでもよくなったりすることもあります。こういう気分が高じると、死んでいたらよかったのと思ったり、自分を傷つけたり自殺をしようと考えたりすることもあります。トラウマはあなたが周りの世界や自分を見る見方を大きく変えてしまっています。トラウマによって失われた物事に対して、悲しんだり嘆いたりするのは当然なことです。

8. 自己イメージや周りの世界に対する見方の変化

トラウマを受けた後、**自己イメージ**や**まわりの世界に対する見方**がしばしば否定的に変化します。「こんなに自分が弱くなければ、ばかなことをしなれば、こんな目には遭わなかっただろうに」と思うこともあります。トラウマを受けた後、多くの人が自分は全般的にだめな人間だと思っています（「だめな人間だからこうなって当たり前だ」）。

また、他人を否定的に見るようになり、誰も信じられないと感じることもよく起こります。これまで世界は安全な場所だと思っていた人は、トラウマによって突然、世界は非常に危険だと思うようになるでしょう。これまでにひどい経験をしてきた人は、トラウマによって、世界はやっぱり危険で他人は信用できないものだと確信するでしょう。これらの否定的な考え方をしていると、トラウマによって自分はまったく変わってしまったと思うようになることがよくあります。他人とのつきあいでも以前と比べて緊張したものになるかもしれません。そのため、信頼感をそれほど持てなければ、他人と打ち解けた間柄になることが難しくなるでしょう。

9. アルコールや薬物

トラウマを受けた後、**アルコールや薬物の摂取量**が増える人もいます。常識的な飲酒ならば問題ありませんが、トラウマ体験を境にアルコールや薬物の摂取量が増えたの

であれば、それは回復を遅らせかねませんし、摂取そのものが問題となることもあります。

【ワークⅡ リラクゼーション】

目的：強いネガティブな感情に対応するスキルの獲得。

(説明)

嫌な気持ちやストレスを感じるが多くなっているかもしれません。おそらく、イライラやフラストレーション、あるいは、恐れや緊張、動揺をより感じやすくなっているでしょう。そういった気持ちは様々な影響を与えることがあります。

- ・ 頭痛
- ・ 心拍が上がる
- ・ 筋肉の緊張
- ・ 腹痛
- ・ よりたくさん汗をかく

・嫌な気持ちやストレスを感じているのをそのままにしておくと、家族や人間関係、仕事などあなたの人生において、あなたが大切に感じていることの妨げとなり始める可能性があります。

・あなたの強い感情反応により敏感に気づき、それらに対処する方法を学ぶことで、日常生活への影響を減らすことができます。

・また息を吸い込むと、胸腔内圧があがり、不安や緊張が生まれます。深く大きな呼気によって緊張を和らげ、リラックスをすることができます。

・この呼吸法を1回10分、毎日数回、練習して下さい。そして何か強い嫌な感情や緊張を感じたら、すぐにこの呼吸法に切り替えて下さい。嫌な感情を、息と共に吐き出してしまうようなイメージで取り組んでみましょう。

参考 (本研究班専用の web に収載、リンク予定)

ストレス・災害時こころの情報支援センター e-learning 呼吸法



<http://www.pe-jp.org/other/files/10.mp4>



<http://www.pe-jp.org/other/files/11.mp4>

【面接の終了】

面接を受けて相談者が何を感じたのか、今後の相談を継続しようと考えているのかどうかを確認する。

担当者は、相談者について知ろうと努めていることや、相談者が話した体験に圧倒されていないことを伝える必要がある。また、担当者は相談者のトラウマ体験や、評価の結果を無神経に要約して「レッテル貼り」をしたり、相談者が「聞きたいと思っていない」精神科診断を伝えて、相談者を当惑させないように注意しなくてはならない。担当者が評価の結果を相談者に伝えるときには、間合いを置きながらゆっくりと話し、相談者が確認をしたり、理解できるようにする。

相談者の中には、自分のトラウマのまとめを聞くことで反応する人もいる。担当者はこのことに配慮し、必要に応じて相談者と話し合わなくてはならない。例えば症状が悪化し、相談が終わった時に相談者がトラウマ記憶に圧倒されてしまうことがある。症状がコントロール出来ないほど強ければ、医療機関を紹介することを相談者と話し合う。

PTSD3 項目簡易スクリーニング

記入日 20 年 月 日

あなたの年齢 才 月

あなたの性別 女 ・ 男 (○で囲んでください)

あなたの今までの人生の中で、下のようなことはありましたか。当てはまる口に✓を入れて下さい
(当てはまるものが一つもない場合、以降の回答は不要です)。

- 1 深刻な事故 (火事、爆発、自動車、飛行機、船の遭難など)
- 2 自然災害 (地震、台風、洪水、津波、土砂災害など)
- 3 身体的暴行 (殴打、強盗、銃撃、刃物を突きつけられるなど)
- 4 性的暴行 (レイプ、レイプ未遂、武器で脅された性的行為など)
- 5 生命に関わる病気 (心臓発作、致命的な可能性のあるがんの告知など)
- 6 児童虐待 (過剰な殴打、体罰としての監禁、死の恐怖を抱かせる威嚇、身近な暴力の目撃、生存が危うくなるような遺棄など)
- 7 戦闘体験
- 8 監禁、拷問
- 9 突然の死の目撃、損傷した遺体の目撃、身近な人の突然の死の知らせ
- 10 その他 ()

この1ヶ月で最も悩まされているのは何番ですか。 _____

(一つにだけ✓をつけた場合は、その番号をお書きください)

⇒ それが起こった(始まった)のは何才の頃でしょうか。 _____才 _____ヶ月頃

⇒ (持続的な出来事の場合)それが終わったのは、何才の頃でしょうか。 _____才 _____ヶ月頃

「最も悩まされている」出来事について、過去1ヶ月間に、次のようなことはありましたか。最もよく当てはまる番号(0~3)に○をつけて下さい。

望まないにもかかわらず、トラウマ的出来事に関する考えやイメージが頭に浮かんで動揺した。

0	1	2	3
まったくない、もしくは、一度だけあった	週に1回以下／ときどき	週に2~4回／ほぼ半分の時間	週5回以上／ほとんどいつも

トラウマ的出来事に関する不快な夢や悪夢をみた。

0	1	2	3
まったくない、もしくは、一度だけあった	週に1回以下／ときどき	週に2~4回／ほぼ半分の時間	週5回以上／ほとんどいつも

トラウマ的出来事について思い出させられたときに、身体の反応を体験した(たとえば、汗がふきでた、あるいは心臓がどきどきした、など)。

0	1	2	3
まったくない、もしくは、一度だけあった	週に1回以下／ときどき	週に2~4回／ほぼ半分の時間	週5回以上／ほとんどいつも

*** ご回答いただきありがとうございました ***

国立精神・神経医療研究センター 成人精神保健研究部

【尺度特性】

合計点 3 点以上を陽性とした場合の感度等は以下の通りであった。

感度：94.8 %、特異度：86.1 %、陽性的中率：90.2 %、陰性的中率：92.5 %

出典 A new short version of the Posttraumatic Diagnostic Scale: validity among Japanese adults with and without PTSD

Mariko Itoh, Yuri Ujiie, Nobukazu Nagae, Madoka Niwa, Toshiko Kamo, Mingming Lin, Sayuri Hirohata & Yoshiharu Kim

European Journal of Psychotraumatology 2017 Sep 5;8(1):1364119

<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20008198.2017.1364119>

パート1

パート2

多くの人が、人生のいくつかの時点において、非常にストレスに満ちた、トラウマ的な出来事をくり抜いたり、目撃したりしています。以下には、トラウマ的な出来事の一覧があります。あなたが経験したことのある、あるいは、目撃したことのある出来事があればすべて、その隣の□に✓をつけてください。

- (1) 深刻な事故、火事、爆発
(たとえば、工場、農場、自動車、飛行機や船の事故)
- (2) 自然災害
(たとえば、竜巻、暴風雨、洪水や大きな地震)
- (3) 家族、または、知人による性的ではない暴行
(たとえば、強盗される、身体的な暴行を受ける、銃撃される、刺される、あるいは、銃を突きつけられる)
- (4) 見知らぬ人からの性的ではない暴行
(たとえば、強盗される、身体的な暴行を受ける、銃撃される、刺される、あるいは、銃を突きつけられる)
- (5) 家族、または、知人による性的な暴行
(たとえば、レイプやレイプ未遂)
- (6) 見知らぬ人からの性的な暴行
(たとえば、レイプやレイプ未遂)
- (7) 戦闘体験、または、紛争地域にいたこと
- (8) あなたが18歳未満のときの、自分よりも年上の相手との性的な接触
(たとえば、性器や胸に触る)
- (9) 監禁
(たとえば、投獄される、捕虜にされる、人質にとられる)
- (10) 拷問
- (11) 命にかかわる病気
- (12) その他のトラウマ的な出来事
- (13) 項目12に印をつけた場合は、そのトラウマ的な出来事について、以下に具体的に記してください。

上記の質問項目に一つでも印をつけた場合は、回答を続けてください。そうでない場合は、ここでやめてください。

(14) パート1で一つ以上のトラウマ的な出来事に印をつけた場合、以下の□で、一番悩まされている出来事のとなりに✓をつけてください。パート1で一つのトラウマ的な出来事にのみ印をつけた場合は、以下の同じ出来事に印をつけてください。

- 事故
- 災害
- 性的ではない暴行／家族や知人によるもの
- 性的ではない暴行／見知らぬ人によるもの
- 性的な暴行／家族や知人によるもの
- 性的な暴行／見知らぬ人によるもの
- 戦闘体験、または、紛争地域にいたこと
- 18歳未満のときの、年上の相手との性的接触
- 監禁
- 拷問
- 命にかかわる病気
- その他

以下の空欄では、上で印をつけたトラウマ的な出来事について、簡単に説明してください。

これ以降は、すぐ上で説明されたトラウマ的な出来事について、いくつか質問をします。

(15) そのトラウマ的な出来事が生じたのは、どれくらい前のことでしたか？ (一つに○をつけてください)

1. 今から1ヶ月未満のうち
2. 1ヶ月から3ヶ月前
3. 3ヶ月から6ヶ月前
4. 6ヶ月から3年前
5. 3年から5年前
6. 5年以上前

以下の質問では、ハイかイエに○をつけてください。

そのトラウマ的な出来事の最中:

- (16) 負傷しましたか？ ハイ・イエ
- (17) 誰か他の人が負傷しましたか？ ハイ・イエ
- (18) 自分の命が危険にさらされていると思いませんか？ ハイ・イエ
- (19) 誰か他の人の命が危険にさらされていると思いませんか？ ハイ・イエ
- (20) 無力さを感じましたか？ ハイ・イエ
- (21) 恐怖を感じましたか？ ハイ・イエ

パート3

以下のリストは、トラウマ的出来事に遭遇した人が、その後、経験することがある問題についてのものです。一つ一つを注意深く読み、過去1ヶ月間に、その問題がどのくらいあなたを悩ませたか、もっともよくあてはまる番号(0~3)に○をつけてください。どの問題についても、質問項目(14)であなたが記述したトラウマ的出来事について、点をつけてください。

0. まったくない、もしくは、一度だけあった
 1. 週に1回以下／ときどき
 2. 週2~4回／ほぼ半分の時間
 3. 週5回以上／ほとんどいつも
- (22) 0 1 2 3 望まないにもかかわらず、トラウマ的出来事に関する考えやイメージが頭に浮かんで動揺した。
- (23) 0 1 2 3 トラウマ的出来事に関する不快な夢や悪夢をみた。
- (24) 0 1 2 3 トラウマ的出来事を再体験し、それが再び起こっているかのように行動したり、感じたりした。
- (25) 0 1 2 3 トラウマ的出来事について思い出させられたとき、気持ちが動揺した(たとえば、恐怖、怒り、悲しみ、罪の意識などを感じた)。
- (26) 0 1 2 3 トラウマ的出来事について思い出させられたとき、生理的な反応を体験した(たとえば、汗がふきでた、心臓がどきどきした)。
- (27) 0 1 2 3 トラウマ的出来事については、考えないように、話さないように、何も感じないようにした。
- (28) 0 1 2 3 トラウマ的出来事を思い出させるような活動、人々、または場所を避けようとした。
- (29) 0 1 2 3 トラウマ的出来事の重要な部分が思い出せなかった。
- (30) 0 1 2 3 自分にとって大切な活動への関心がかなり薄れたり、参加が著しく減ったりした。
- (31) 0 1 2 3 周囲の人から孤立している、あるいは、疎遠になっていると感じた。
- (32) 0 1 2 3 気持ちが麻痺していると感じた(たとえば、泣くことができない、あるいは、愛情をもてない)。
- (33) 0 1 2 3 自分の将来の計画や望みが叶えられないような気がした(たとえば、仕事に就けない、結婚できない、子供がもてない、または、長生きできない)。
- (34) 0 1 2 3 寝つけなかった、あるいは、途中で目が覚めた。
- (35) 0 1 2 3 イライラしたり、怒りが爆発したりした。
- (36) 0 1 2 3 集中しにくかった(たとえば、会話についていけなかった、テレビ番組の筋を追いつけなかった、何を讀んでいたのかを忘れた)。
- (37) 0 1 2 3 自分の安全を気にした(たとえば、周りに誰がいるかを確認した、ドアに背を向けていると落ち着かないなど)。
- (38) 0 1 2 3 ささいなことでびっくりした、または、驚きやすかった(たとえば、誰かが背後に近づいたとき)。
- (39) 上述したような問題は、どれくらいの期間経験してきましたか？(一つに○をつけてください)
 1. 1ヶ月未満
 2. 1ヶ月から3ヶ月の間
 3. 3ヶ月以上
- (40) こうした問題はトラウマ的出来事後、どれくらい経過してからはじまりましたか？(一つに○をつけてください)
 1. 出来事から6ヶ月未満のうちにはじまった
 2. 出来事から6ヶ月以上経過してからはじまった

パート4

あなたがパート3で点をつけた問題は、過去1ヶ月の間に、次のような生活のさまたげとなりましたか？以下にお答えください。さまたげとなった場合はハイに、さまたげにならなかった場合はイエに○をつけてください。

- (41) 仕事 ハイ・イエ
- (42) 家事や家の仕事 ハイ・イエ
- (43) 友達との関係 ハイ・イエ
- (44) 娯楽や余暇活動 ハイ・イエ
- (45) 学業 ハイ・イエ
- (46) 家族との関係 ハイ・イエ
- (47) 性生活 ハイ・イエ
- (48) 生活全般に対する満足感 ハイ・イエ
- (49) 生活のあらゆる側面におけるすべての機能 ハイ・イエ

目次

I ト라우マの確認

1. このような体験は？
2. ご自分では「何のせい」だと？
3. 相談への期待を確認する
4. お困りの症状は？
 - ① 一番お困りの症状は何でしょう？
 - ② 他にお困りの症状はないですか？
5. 症状のこれまでの経過は？
6. 生活への支障は？

II 症状軽減のワーク

1. 心理教育／ノーマライゼーション
2. 呼吸法／リラクゼーション

III 面接の終了



1. このような体験は？

Q

多くの方に一応お尋ねしているのですが、これまでの体験の中でとりわけ辛かったり、怖かったりしたものは何でしょうか。

Q

災害や事故に会われた遭われたことはありますか。

Q

ご両親の躰はどうでしたか。

Q

配偶者（交際相手）に対して、自分の思っていることが言えますか。言えないとしたら、その理由は何でしょうか。

Check!

PTSD3項目スクリーニング ⇒ 3点以上 ⇒ 以下へ

Q

- 受診のきっかけ
 - 治療への動機づけや捉え方
 - 周囲のサポート
 - 民間相談センター等から紹介された経緯など
- トラウマが複数あったり、長期間持続していた場合
- これまで受けた治療
 - その経過

2. ご自分では「何のせい」だと？

Point!

トラウマの出来事や、症状に対する患者の認識を明らかにする。

hint

出来事は**自分のせいで起こった**と考えていたり、他の誰かが**助けてくれなかった**せいだと捉えていることもある。立ち直れない**自分自身を責め、無力感**に陥っている場合もある。他方、**加害者の処罰**を強く求め、それが出来なければ自分は回復しないと**思い込んでいる**場合もある。

Point!

心理教育とともに生活環境などの慢性化要因を検討し、現在の症状は本人自身が医療、心理的に取り組む必要があることを徐々に説明する。

3. 相談への期待を確認する

Point!

診断・治療法の説明、詳細なアセスメントや検査希望、処方希望など、患者が抱いている**医療側への期待**を尋ねる。

hint

被害直後の場合、**身体的治療**が必要な場合もある。
また夫や配偶者からの暴力の場合、
加害者からの保護が優先されることもある。

Point!

もし患者の期待に応えられないことが判明したら、適切な診療科に紹介する。

保護が必要な場合はケースワーカーなどを通じて、保健所、警察に相談することも必要である。

4. お困りの症状は？

① 一番お困りの症状は何でしょう？

Point!

患者が例外的に強い身体的・心理的ストレスを体験したかを確認する。

hint

具体的には、
災害、事故、暴力、性被害、ドメスティック・バイオレンス、
虐待などが挙げられる。

Q

次のどれかに該当しますか？

- その出来事（事件、被害を受けた状況）がどうしても思い出されて苦しい
- その出来事にまつわる悪夢に繰り返し悩まされる
- その出来事にまつわる思考や感情、会話を避けている
- その出来事を思い出させる活動、場所、人物を避けている
- 不安、緊張、不眠、怒りなど

Check!

⇒ひとつでも該当すればPDSへ

4. お困りの症状は？

②他にお困りの症状はないですか？

Point!

PTSDの80%は他の気分、不安障害を併発している。

Point!

PTSDよりも優先して治療や対処が必要なものがないか確認する。

- 薬物・アルコール依存
- 統合失調症
- 躁病
- 差し迫った自殺の危険

Point!

以下を鑑別する。

- 甲状腺機能亢進症
- 何らかの心疾患
- カフェインの過剰

5. 症状のこれまでの経過は？

Point!

再体験症状、回避や麻痺症状、過覚醒症状の経過を尋ねる。

Point!

症状の悪化や維持を推測する。

- 悪夢やフラッシュバックなどの侵入症状の頻度や強度はどうか
- 回避が広範囲に拡大しているか
- 生活機能がどの程度維持されているかなど

6. 生活への支障は？

Point!

以下のようなことがないかを尋ねる。

- 怖い感情が持続する
- ニュースやドラマなどテレビや雑誌を見れない
- 人を信じられない、対人関係に支障がある
- 人が集まるような場所を避ける、公共交通機関が使えない
- いつもびくびくしている、眠れない
- 学校、仕事、家での活動に支障がある、集中できない
- 急に現実感がなくなり、ぼんやりとしてしまう

Point!

患者の持っている悩みが、被害者に共通する症状であることの説明を通じて、「**自分は異常では無い**」という自信を導く。症状のチェックリストではない。

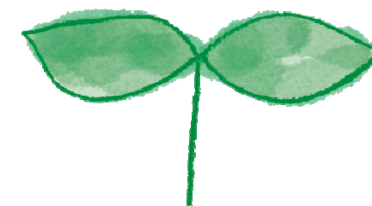
1. 恐怖と不安
2. ト라우マを再び体験すること
3. 覚醒が高まること
4. 回避
5. 怒りやいらいら
6. 自分を責める、自分が恥ずかしいと思う
7. 悲しむことと落ち込むこと
8. 自己イメージや周りの世界に対する見方の変化
9. アルコールや薬物

Point!

呼吸をコントロールすることで不安、緊張などのネガティブな感情を和らげ、そうした**感情をコントロール出来る自信**を付ける。

呼吸法のやり方

1. 口を閉じて、鼻から普通に息を吸い込む。
2. 口を閉じたまま、ゆっくり息を吐き出す。
3. 息を吐きながら、ゆっくりと自分に対して静かに次のように言う
「リラーックス」
4. 息を止めて4つ数え、それから次の息を吸う。
5. この練習を1回10分、1日に数回行う。



Point!

面接の終了時には、感想をたずね、相談者のことを批判することなく、**力になろうと思っている**ことを確認する。

hint

自分のトラウマを認識することでショックを受ける場合もある。
また専門家である担当者からどのように思われたのかと心配したり、過去にトラウマを打ち明けて傷つけられた人もいる。



呼吸筋ストレッチ体操

指導マニュアル

国立研究開発法人 国立精神神経医療研究センター
精神保健研究所 行動医学研究部
赤井 利奈

はじめる前の注意点

- ①呼吸は鼻からゆっくり吸って、口からゆっくり吐くようにしましょう
- ②ゆっくり自分のペースでおこないましょう
- ③無理をせず、痛みがでないように注意しましょう
- ④ストレッチはそれぞれ3回ずつ行うと効果的です

基本姿勢



両足を肩幅に開き，背筋を伸ばしてリラックスしてください。痛みのある方や、転倒のおそれがある方は座って行ってください。

肩のストレッチ

①



息をゆっくり吸いながら肩を上にあげます。

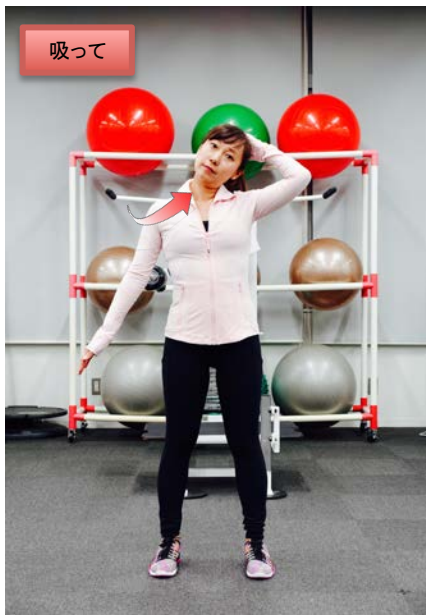
②



息をゆっくり吐きながら、肩を後ろに回して下ろします。

首のストレッチ

①



片方の手を頭の後ろに当てて、息をゆっくり吸いながら頭を横に倒します。この時、肩があがらないように注意してください。

②



息をゆっくり吐きながら元の姿勢にもどします。左右両方とも行います。

背中ストレッチ

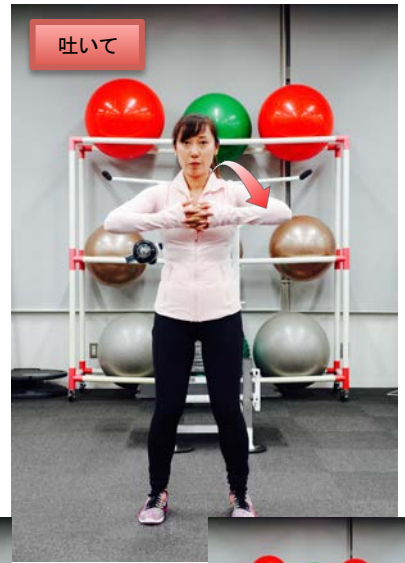
①



②



③



両手を胸の前で組みます。
重心はかかとに置いて、ひ
ざは軽く曲げます。

息をゆっくり吸いながら背中
を丸め、大きなボールを抱え
るように腕を前に伸ばします。

息をゆっくり吐きながら元
の姿勢にもどします。

* アシストする場合

①



手を軽く胸、または頭にそえて、もう片方
の手は組んだ手を持ちます。

②



息を吸いながらゆっくり腕を前に伸ばして
もらい、片方の手で胸(頭)を抑えながら
組んだ手を軽く引っ張ります。

胸のストレッチ

①



腰の後ろで両手を組み、息をゆっくり吸います。

②



ゆっくり息を吐きながら両腕を斜め下に伸ばします。無理な場合、手を組まずに行ってください。

* アシストする場合

①



手を肩に乗せ、息をゆっくり吸ってもらいます。

②



息をゆっくり吐きながら、健康骨をよせるように、両肩を後ろに回します。この時、きつい場合、手は組まないで行ってください。

体幹のストレッチ

①



手を頭の後ろで組み、息をゆっくり吸います。

②



息をゆっくり吐きながら両腕を上には伸ばし、背伸びします。肩があがらなかったら、無理しないようにしてください。

* アシストする場合

①



手を頭の後ろで組んでもらい、腕の下の部分に手をそえて支えます。息をゆっくり吸ってもらいます。

②



息をゆっくり吐きながら両腕をあげてもらい、両腕の動きを下からささえ、肩からあがるようにサポートします。

呼吸筋ストレッチ体操 -心を癒す呼吸を目指して-

赤井利奈

国立研究開発法人国立精神神経医療研究センター

精神保険研究所 行動医学研究部

呼吸筋ストレッチ体操とは

呼吸筋ストレッチ体操とは、深く呼吸をしながら呼吸筋を伸縮させ、呼吸筋の動きを良くすることにより、呼吸リズムを整える体操です。呼吸筋とは、呼吸の際に胸郭の拡大・収縮に関連する、首や肩、胸、腹などの筋肉を指します。加齢やストレスによる筋肉のこわばりや、慢性閉塞性肺疾患のような呼吸器疾患により息苦しさが生じた場合に、呼吸筋をストレッチすることで筋肉を柔らかくして弾力性を取り戻し、呼吸を楽にする効果が医学的に証明されています。

また、日常的にストレスや不安を抱えることによっても息苦しさを感じる場合があります。深刻なケースでは過呼吸になる場合もあります。これは不安や緊張が強まると同時に呼吸が浅く、速く変化し、呼吸が乱れることが深く関係しています。さらに、ストレスを感じると体の筋肉が緊張するため、呼吸筋を柔らかくし、呼吸をゆっくりと深く変化させる呼吸筋ストレッチ体操は、不安を和らげ、リラックスさせるという心理的な効果があります。

呼吸と心のつながり

私たちの呼吸は大きく三つの種類に分けられ、それぞれ脳の異なった部位からの指令によってコントロールされています。一つ目は、普段無意識に行っている代謝性呼吸です。これはエネルギー代謝を目的として体内の酸素と二酸化炭素の量を調整しているもので、延髄でコントロールされています。二つ目は、意識的に息を深く吸ったり吐いたり、もしくは息をこらえたりできる随意呼吸です。これは大脳皮質からの指令でコントロールされています。

そして三つ目が、心の動きと同時に変化する情動呼吸です。私たちの呼吸は、不安が高まると浅く乱れたり、リラックスすると自然にゆっくりになったりします。この呼吸は脳の深部にあるアーモンドのような形の扁桃体という部位からの指令で生まれています。この部位は私たちのさまざまな感情を司っている中枢でもあるため、呼吸と感情は常につながっているというわけです。

不安やストレスのようなネガティブな状態が続いた場合、扁桃体が活発になり、呼吸が乱れ、浅くなり、さらに悪い影響を及ぼす可能性もあります。呼吸を整え、深くゆっくりとしたリズムに変化させることができれば、悪循環を改善し不安も和らげることができます。このため呼吸筋ストレッチ体操のように呼吸を安定させる方法は、不安やストレスに対してのコピングメソッドとして有効と考えられます。

呼吸筋ストレッチ体操の活用について

呼吸筋ストレッチ体操は、1) 息苦しさの減少、2) 呼吸の効率の改善、3) 不安やストレスの軽減、という三つの効果があります。体操は肩、首、背中、胸、と5種類のストレッチで構成されており、全体をゆっくりと3回行うだけで効果が実感できます。ストレッチ体操ですので、日常的に続けて行うと徐々に筋肉が柔らかくなり、効果が上がります。ただし、やめてしまうと元に戻ってしまうため、毎日続けることがより高い効果につながります。道具は必要なく、立っていても、座っていても実施は可能です。子供から高齢者まで誰でも簡単にできることから、現在では教育現場を始め、病院、介護施設、スポーツジムなど様々な施設でセルフケアの方法として活用されています。呼吸や心の問題を抱えている方はもちろん、アスリート、歌手、いけばな作家など様々な方が生活の中で実施し、効果を報告しています。

体操の導入方法としては、スマホ・携帯アプリ、パンフレット、ビデオなどで簡単に学べて、一度に複数の人に実施が可能なおことから、特に災害時には大勢の方々にすばやくセルフケアとして提供できるというメリットがあります。実際に2011年の東日本大震災の被害に見舞われた岩手県宮古市の小学校でストレッチ体操を実践してもらったところ、子供たちの不安度が下がっていることが確認されました。また、子供たちを通じて、呼吸筋ストレッチ体操を音楽に合わせて実施するとより覚えやすいことが分かったため、音楽に乗せた「ラッタッタ呼吸体操」を開発しました。現在では宮古市の子供たちの協力でDVD化され、YouTubeなどを通じてさらに多くの方に活用されています。

呼吸筋ストレッチ体操の実践、指導にあたって

呼吸筋ストレッチ体操は簡単に覚えることができますが、いくつかの注意点があります。

- ① 他の運動と同様に、体調が悪い時には実施しないでください。
- ② 突然呼吸のリズムが変わるとふらつくことがあるため、安全な体制を整えてから実施してください。
- ③ ストレッチをするにあたって痛みが出た場合には中止、または痛みが出ない範囲で実施してください。
- ④ この体操は呼吸が重要ですので、ゆっくり、正しい呼吸をしながら実施するように心がけてください。
- ⑤ 継続することで効果が上がりますので、できる範囲で毎日続けてみてください。加えて、特に不安や緊張を感じた時にも随時活用することをお勧めします。

指導する前に、まずはご自分のセルフケアとして是非体験してみてください。

呼吸筋ストレッチ体操や呼吸について、より詳しく知りたい方には、「NPO 法人 安らぎ呼吸プロジェクト」にて定期的な講習会や、認定指導士の資格制度もありますので、ホームページ (<https://yasuragi-iki.jp/>) をご覧ください。体操の考案者で呼吸生理学者の本間生夫先生の解説や、ラッタッタ呼吸体操のDVD、呼吸筋ストレッチ体操のDVDなども紹介されています。

発達障害

なぜ発達障害^{註1)}について知っておく必要があるのか

- 発達障害は今では数%から 10%もの人々が抱えるありふれた問題です。発達障害と診断される人々と、そうでない人々の 2 タイプがあるのではなく、発達障害の特性は、あまりないから、ややあり、強い、そして日常生活に困難が生じる診断レベルまで、その程度は連続します。診断レベル未満だが特性が強いために、環境とうまく折り合いがつかずに本人が悩んだり、あるいは周囲が負担に思うケースも多くあります。解決の難しい対人トラブルの背景に発達障害/発達障害特性が隠れていることに気づけば、適切な対応ができ、必要な支援サービスを紹介することができます。
- 発達障害は、乳幼児期にすでに発達や行動に通常とは異なる早期兆候があり、その長期経過についてもエビデンスがあります。そして早期支援が本人や家族、また社会にとってもメリットが大きいこともわかっています。早期支援とは、問題が深刻になって事例化したケースに対する事後対応とは別物です。そうなる前に、高リスク者を見つけて早期支援につながるように対応をすることを意味します。たとえば、乳幼児健診（1.6 健診～）、保育所や幼稚園での健診などは早期発見の良い機会となります。もちろん、こうした地域保健活動は教育、福祉、医療などの多領域との連携が大前提です。支援を必要とする親子に地域の社会資源が届くためには、これまでのように専門機関に集中する体制ではなく、地域保健がトリアージ機能を発揮することが重要となります。
- 現実には、子どもや家族の様々な要因のために気づかれるのが遅い未診断、未支援のケースは少なくありません。家庭、学校、職場でさまざまなトラブルを抱え、精神保健上の問題が慢性化、長期化、深刻化しているケースの中には、本人または家族に発達障害/発達障害特性が関係しているにもかかわらず、それ以外の解釈のもとで支援や治療を受け解決の糸口が見つかっていないケースもしばしばあります。たとえば、長くうつ病の治療を受けている成人で、寛解、再発を繰り返す、あるいは慢性化している患者のなかに、発達障害/発達障害特性が高率にみられるという報告があります。
- 児童期には特別な支援がなくても学校生活を大きな問題なく過ごせた人でも、社会に出てから職場や家庭生活で対処しなくてはならない日々の出来事の積み重ねが大きなストレスにつながることはよくあります。成人の相談事例に対応する場合には、児童期の診断の有無に関係なく、発達障害/発達特性をアセスメントすることが大切です。

参考資料

「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修テキスト」(国立精神・神経医療研究センター作成)

https://www.ncnp.go.jp/nimh/dd_taioryokukojo_H29.html でダウンロード可

乳幼児の自閉スペクトラム症(ASD: autism spectrum disorder)

- 育てにくさを感じる親に寄り添う支援は、厚生労働省の「健やか親子 21」第 2 次計画（平成 27～36 年度）^{注 2)} で重点課題とされています。その具体的な目標の一つには、子どもの社会性の発達過程を知っている親の割合が 95%に達することが挙げられています^{注 3)}。保健師など地域保健の専門家は当然、知っておかなくてはなりません。2 歳までの定型発達児の社会性の発達過程で現れる行動を知っていれば、自閉スペクトラム症の早期兆候に敏感になります。

通常は 1 歳になるまでに出現している社会性に関する行動

- アイコンタクト
- 他児（きょうだい以外）への関心
- 微笑み返し
- 呼名反応
- 人見知り

これらが 1 歳を過ぎても「ほとんどみられない」ことを問題とみなす

通常は 1 歳 6 ヶ月までに出現している社会性に関する行動

- 興味の指さし
- 指さし追従（大人の指さしを目で追い対象物を見る、その後、大人の顔を見る）
- 視線追従（大人の視線を目で追って対象物を見る、その後、大人の顔を見る）
- 興味のあるものを見てほしい大人に見せに持ってくる
- 身ぶりがなくても言われた指示を言語だけで理解する
- 身近な大人の動作や言語の模倣

これらが 1 歳 6 ヶ月になっても「ほとんどみられない」ことを問題とみなす

- 社会性だけでなく、睡眠、食事、情緒、親子関係など多面的に育児支援ニーズを確認することが大事です。いたずらに「様子をみましょう」といった対応で支援を遅らせることのないように、エビデンスに基づいたスクリーニング体制を整備することが望ましいです。発達だけでなく、日常生活全般での育児の難しさや親の戸惑いを丁寧に拾い上げていくことが、一人一人に合った支援には大変意味のあることで、後の子どもの問題行動や適応の困難を未然に防ぐのに効果もあります。
- 親子関係（アタッチメント）がうまく機能しないのには多くの要因が関係します。一般に、母親側の責任とされることがまだ多いことは、母親を追い詰めることになり、戒めるべきです。子どもの問題が育児行動に与える影響を考慮に入れ、母親のメンタルヘルスにも気を配り、有用な育児支援と発達支援を組み合わせることが大切です。

児童・青年期の発達障害

- この時期に情緒や行動などの精神保健の問題を経験していると、成人後における健康、職業、対人関係、地域生活などさまざまな面において大きな影響を受けることがわかってきました。そして、発達障害/発達障害特性が高い子どもは、精神保健の問題を持つリスクが特に高いのです。逆に精神症状が前面に出ているケースのなかには発達障害/発達障害特性が高いケースはきわめて多いと言えます。困った事に、家庭や学校では精神症状と関連した行動変化は「問題行動」として一括りにとられていることが多いです。つまり、発達障害の診断のある子どもは児童思春期に精神症状を併発しても発達障害で説明されやすく、精神症状が目立つ子どもでは発達障害がマスクされていることが少なくありません。
- 子どもの心の健康は家族のそれに強く影響を受けますので、親子関係に関連した相談事例では、子どもや親の発達障害/発達障害特性を含む多面的な情報を収集して、子どものさまざまな支援ニーズを見逃さないことが大切です。子どもの包括的評価に加えて、育児相談ケースで親の話だけを傾聴し、子どもの発達アセスメントが一度もされていないといったことのないよう、家族全体の支援ニーズを評価する姿勢も重要です。学童の精神保健は必ずしも学校保健機能で対応しきれていないので、地域保健福祉から学校へのアウトリーチはもっと望まれます。とりわけ、ひきこもりがちな不登校児や、後押しの弱い家庭に対しては、地域ぐるみの支援ネットワークを活用し、家族全体を孤立させないことが大事です。
- 発達障害の診断がつく子どもは複数の精神的診断に合致することがほとんどである。たとえば、ASDとADHD、ASDと知的障害、ADHDと学習障害など発達障害同士の合併や、不安症、うつ病、摂食障害、依存症、非行や反社会的行動につながるような行動上の問題など、発達障害以外の精神疾患との合併も高頻度です。
- 女子では児童期には発達障害の特徴が一見したところ目立たないケースが多いことも注意を要します。思春期以降にみられる精神症状、摂食障害といった身体化症状、不登校や触法行為など行動化へのリスクは男性と変わらない程度、あるいはそれ以上に高いので、発達特性は見逃されやすいことに留意する必要があります。成人女子では、異性関係、結婚や育児といった女性が抱えやすい対人ストレスに加えて、性被害やDV被害のリスクは高い人々です。

成人期の発達障害

- いわゆる「大人の発達障害」は、必ずしも子どもの時に受けられたはずの診断や早期支援の機会をなんらかの理由で逃した人々とは限りません。むしろ、幼児期には対人コミュニケーション症状が比較的軽かった、あるいは多動を伴わない不注意症状が主だったなどのために周囲に気づかれぬまま大人になり、社会人として求められる高度な処理水準に対応できず、その結果、職場でのトラブルやうつ、ひきこもりになることが少なくありません。
- たとえ発達障害の診断を受けていなくても、不定愁訴や職場での不適応からうつとなった成人の方の中に、社会的な不器用さや思考パターンの硬さ、感覚過敏の特性がみられることはしばしばあります。ところが、親にどんな子どもだったか、と訊くと、まったく問題はなかったと答える場合がほとんどです。実際に、親も学校も問題のない子どもとして対応してきているのです。では本人は子ども時代をどう感じて過ごしていたのでしょうか。大人にとって「問題のない子ども」の場合でも、子ども自身は不安が強く、特に失敗や叱られることを恐れ、苦手な場面や失敗が予測される場面は回避してきたことが本人の口から語られることがあります。苦手なことを本人が一番よく知っているからこそ、周囲にそれと気づかれぬようにうまくカモフラージュする術を身につけて、これまでなんとかやり過ごしてきたのでしょうか。たとえば、不安に周囲が気づいていても、思春期の一時的なものだろう、と軽く考えていたのかもしれない。
- 多動や衝動的な行動が迷惑、言語理解や会話が困難、学習不振、といった学校で明らかに問題とされるような表面的な問題がないケースでは、成人後も同様に波風を起こさずに生活していきけるかという点必ずしもそうではありません。逆に、学校時代に問題が多くあったとしても、その時に問題の対応方法を学び、本人の特性を本人や家族がきちんと理解できるようになれば、成人後は問題にぶつかっても前向きに対応しながら生活していける人はたくさんいます。こうした両極端な学校時代を送った発達障害の人に決定的に違うのは、前者の方（表面化しない子ども時代を過ごした方）は問題回避はうまくても、大きな問題を乗り越える経験がないために自己効力感が小さいということです。
- 周りの大多数と「何か」が違うことに気づき、そうした自分自身を否定したり、自信を失ったまま、社会に出てしまうと、なんでもないような小さな躓きが、深い挫折感のきっかけとなってしまいます。こうした人と相談場面で出会ったときには、具体的な手助けをする前に、まずしていただきたいのは、「その人が本当はどんな子どもで、周囲は彼/彼女をどういう子どもと理解していたのか、あるいは周囲に理解されないなかで、どうやって自分自身と向き合ってきたのか、あるいはこれまで孤独な人生を生きてこれたのか」というその人のヒストリーをまるごと、無批判に（これは大事です。批判にはとても脆い人が多いからです）理解し、今、ここに相談にきてくれた勇気を賞賛してあげてください。

- 発達障害の診断が意味があるのは、当人の自己理解が深まる、治療によって現在の困難が改善される、生活の質が上がる、といったメリットがある場合です。職場、学校、地域や家族、そしてその影響を受けて育った本人自身に偏見やスティグマ、誤った思い込みがある場合には、診断を受けるデメリットについても検討する必要があります。ただし、専門家はケースに合わせて、用語の選び方（やたら専門用語を使わない）、説明の仕方（強みを十分に強調する、役立つ情報や助言が加えられている）を工夫することで、相談者が将来、もっと生きやすくなるような手助けをする必要があります。現状では、診断を受けて満足したという人と、不満足と感じる人は約半々です。
- 成人期に初めて診断を伝えることは当人のアイデンティティにかかわる大事なことなので、これからのサポートについて一緒に考える時間をとって行うことが重要です^{注7}。

本人に告知することのメリットは、

- ✓ 職場、学校などで合理的配慮や必要なサポートを求める根拠となる
 - ✓ 必要な福祉サービスを得る根拠となる
 - ✓ 誤診を防ぎ、適切な治療が得られる
 - ✓ 自己理解を助ける（ポジティブな意味づけ、自分に合った対処方法の見直し）
 - ✓ 仲間や理解者を見つけるのに役立つ
- 一方、次のことに気をつけてください
- ✓ これまでに出会った専門家たちの助言内容の不一致からくる専門家不信
 - ✓ 専門用語を多用しない（それぞれのことばに偏見がある可能性あり）
 - ✓ 告知と同時に、役立つ助言やサポートにつなげないと意味がない
 - ✓ 家族や周囲の理解が得られるのには時間がかかる

- 家族に診断を伝える際も、これまでの養育を否定される体験となりうるので、配慮が必要です。以下の情報を提供して、これからの希望につながる助言をしてください。
 - ✓ 発達障害は、育児の失敗が原因ではない（親もねぎらう）。
 - ✓ 年齢とともに、発達障害それ自体の症状は少しずつ改善していく。
 - ✓ 発達障害の人々の情緒や行動の部分は、周囲の人々の対応に影響される。
 - ✓ うつや不安など併存リスクの高い精神症状は治療で良くなる。（家族のほとんどはどこまでが発達障害の症状で、どこからが治療可能なそれ以外の症状か区別がついていない。治療可能な症状があることを知っておくことは治療への希望につながる。過剰な期待は持たせないよう）
 - ✓ 発達障害についての情報提供（たとえば、もっと詳しい情報は、●●で入手可能など）。地域の専門機関を紹介。

女性の発達障害の人たち

- 性差は、発達障害の症状の現れ方の個人差に影響する重要な要因の一つです。発達障害は男性に頻度が高い特徴があります。ただし、最近では、性差医療の観点から、これまで見逃されてきた女性の発達障害が注目されるようになってきました。
- 一般に男女の脳には性差があることは知られています。言語表出や社会性においては女性において男性よりも発達が良好なのは脳の性差によると考えられています。発達障害においても、同様の性差が症状レベルで見られます。幼児期に対人コミュニケーションの問題が男児ほど目立たない、あるいは言語能力で社会性の障害をカモフラージュできてしまう、また多動や衝動性は男児よりも低いといった理由で、家庭や学校場面で問題行動として顕在化しにくいことがほとんどです。
- 問題として現れる場合は、年齢相応の同性の友人を作れない、同性、異性、いずれも対人トラブルを持ちやすい、いじめの被害、不登校、摂食障害、触法行為など実にさまざまです。このため、児童期に発達障害として理解されることは少なく、発達特性に合った支援・治療の機会を得ることなく、孤立した児童・青年期を過ごしている人が多いのです。
- 一見したところ、表面的には男性の発達障害の人よりも女性の発達障害の人の方が社会的です。周囲が気づきにくい理由はここに 있습니다。その一方で、本人だけが自覚する対人関係の問題や生きづらさは男性の発達障害の人よりも強いです。言語能力でカモフラージュできている女性でも、どこかで「これは本当の私ではない」という葛藤を抱えて苦しんでいます。実際に、助けを求めて精神科を受診する発達障害女性は多いというのは、国内外で共通します。一見したところの発達障害の症状の重症度が必ずしも本人の内面の苦悩と一致しないのは意外かもしれませんが、周囲から理解されず、孤独な中での解決の見えない葛藤の苦しみは、女性において決して軽くみはいけません。
- 女性を取り巻く環境にも要因があるかもしれません。望ましくない異性関係(DVやハラスメントなど)、結婚生活のストレス、育児ストレスは、対人関係そのものですから、周囲の理解やサポートがないなかで長期化すると、著しくQOLは下がります。育児困難ケースの中に、親自身の問題へのサポートが見逃されていないかもチェックしておく必要があります。

発達障害者のアンメットニーズに対する支援についてはさらなる研究が待たれるところですが、年齢に関係なく女性ケースが適切な支援の機会を逃さないよう、既成の男性のステレオタイプな臨床像を女性に当てはめず、表面的な問題の背景をきちんと理解し、評価する姿勢を大切にしてください。

プライマリ・ケアにおける発達障害のアセスメント

- 医療機関では、発達障害の診断、すなわち ASD、ADHD、学習障害など、どのタイプの発達障害の診断基準に合致するかどうかを評価します。しかしながら、発達障害のバイオマーカーはまだないため、行動評価に基づいて診断を行う必要があります。黄金基準とされる診断は、多職種による子どもの観察や検査に加え、系統的な親との面接で情報を集め、そして経験豊かな専門医がそれらを総合的に判断すること、とされています。ただし、プライマリ・ケアではこうした厳密な診断は、時間制約、マンパワー、いずれの点からも負担が大きすぎると言えます。
- 簡便さ、という観点からだけでなく、最近の研究からは、診断の有無とは別に、発達障害の特性の程度を定量的に測る方法（ディメンジョン方式）が重視されるようになっていきます。こうした発達障害の捉え方自体が変化しているという動向を踏まえると、プライマリ・ケアにおける発達障害のアセスメントにおいては、個々の診断の確定よりもむしろ、まずどのような発達障害の特徴をを、どの程度持っていて、発達障害以外の精神症状の有無、生活適応の程度、支援の必要性を含むその人の全体的なプロフィールを把握することが大事になると考えられます。質問票を用いた症状ベースのアセスメントは、本人や家族に特性を説明する際にも役に立ちます。

- 日本人向けに標準化が完了している質問紙でスクリーニング目的で使えるものをご紹介します。

		適用年齢	概要
<i>M-CHAT</i>		16-30 ヵ月	レベル1（健診など一般集団対象）のASDのスクリーニングおよびレベル2（クリニックなど臨床群対象）のスクリーニングのいずれにおいても強いエビデンスが示されています（詳細は、 https://www.ncnp.go.jp/nimh/pdf/H29_dd_2.pdf 、 https://www.ncnp.go.jp/nimh/jidou/aboutus/mchat-j.pdf 、 https://www.ncnp.go.jp/nimh/jidou/aboutus/aboutus.html 参照）。18-24ヵ月で親回答23項目のM-CHATを実施し、陽性者に1, 2ヵ月間をあけてフォローアップを行ってさらに絞りこむ2段階方式の使用が推奨されています ^{注3)} 。
<i>SRS-2</i>		30ヵ月-18歳 (成人版含む)	日本版SRS-2（対人応答性尺度）には幼児版（2歳6ヵ月～4歳6ヵ月）、児童版（4～18歳）が含まれ、いずれも他者（親または教師）回答による65項目から構成されるASD症状評価用の質問紙です。成人版（19歳～）他者回答65項目も含まれます。
<i>AQ</i>		16歳以上	自己回答式の50項目です。
<i>SDQ</i>		4-17歳	日本版SDQ（子どもの強さと困難さアンケート）は、ADHD症状および情緒・行動の問題をカバーする25項目からなる全般的な心の健康アセスメントのための質問紙です。SDQ日本語版の各質問紙ならびに標準値、各年齢帯・各下位尺度のパーセンタイル表については、 http://www.sdqinfo.org より参照およびダウンロードが可能です ^{注6)} 。
PARS-TR (PARS テキスト 改訂版)		3歳以上	比較的簡便な面接評価尺度。養育者との面談場面で用いる。

さいごに

発達障害は個人差が大きいことを心に留めてください。診断名にかかわるステレオタイプな理解は捨てて、その人の個別的な支援ニーズに敏感になっていただけると、地域の心の健康への支援の質は格段に上がることでしょう。発達障害は独立した特別の障害ではなく、よくある心の健康問題と隣り合わせに潜んでいることも忘れないでください。他の心の健康問題と同様、医療だけで解決できる問題ではなく、教育も福祉も地域の社会資源すべてが連携して初めてよりよい支援となります。地域の啓発や連絡体制を構築することが重要なのは言うまでもありません。地域の問題として、発達障害への対応力の向上に取り組んでいただく際に、この小冊子がお役に立つことを願っています。

注1) 本邦で一般的に使われる「発達障害」という用語は、国際的な診断基準（米国精神医学会の定める DSM-5 や WHO の定める ICD-11（註 ICD-11 の国内導入は 2019 年 5 月の世界保健総会での承認を受けた後の予定））では、以下の発達期に始まる認知、社会性、運動などの機能不全を特徴とする複数の症候群を含む総称である。

知的障害能力障害群（いわゆる知的障害）

コミュニケーション症群/コミュニケーション障害群（いわゆる言語障害）

自閉スペクトラム症/自閉症スペクトラム障害（ASD）

注意欠如・多動症/注意欠如・多動性障害（ADHD）

限局性学習症/限局性学習障害（いわゆる学習障害）

運動症群/運動障害群（いわゆる不器用）

その他の神経発達障害

（カッコ内は著者が説明用に追記）

注2) 健やか親子 21（平成 13 年～）は、21 世紀の母子保健の主要な取組を、関係者、関係機関、団体が一体となってその達成に向けて取り組む「健康日本 21」の一翼を担うものとして始まった国民運動である。第 2 次計画は、第 1 次で達成できなかったもの、今後も引き続き維持していく必要があるもの、21 世紀の新たな課題として取り組む必要のあるもの、などの観点から指標を設定された。

注3) 平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）乳幼児健康診査の実施と評価ならびに多職種連携による母子保健指導のあり方に関する研究班。標準的な乳幼児期の健康診査と～「健やか親子 21（第 2 次）」の達成に向けて～保健指導に関する手引き。
http://sukoyaka21.jp/pdf/H27manyual_yamazaki.pdf

注4) 1 歳 4 カ月から 2 歳 6 カ月までの乳幼児を対象として ASD 早期兆候を早期発見するために米国で作られた親回答の簡便な質問紙。現在、世界各国でそれぞれの文化に応じたバージョンが作成、検証され、広く用いられている。（日本語版は <http://www.ncnp.go.jp/nimh/jidou/aboutus/mchat-j.pdf> からダウンロード可能）。

注5) 専門家（必ずしも医師でなくてもよい）がマニュアルに即して養育者に面接し、具体例を示しながら症状や問題行動の程度や頻度を 3 段階で評価する。日本で開発された数少ない診断補助尺度で、実用性が高い。（一般社団法人発達障害支援のための評

価研究会編著: PARS-TR. PARS テキスト改訂版, スペクトラム出版, 東京, 2013.)

注 6) 2～15歳の児童を対象とする全般的な精神病理についての親または教師回答の質問紙。

困難さに関する4つの下位尺度(情緒の問題、行為の問題、不注意・多動性、仲間関係の問題)と強さに関する下位尺度(向社会的行動の強さ)の計5下位尺度から構成される。(日本語版は<http://www.sdqinfo.com/py/sdqinfo/b3.py?language=Japanese>からダウンロード可能)。日本人児童における標準値は<http://www.sdqinfo.com/norms/JapaneseNorms.html>を参照のこと。

注 7) 日本うつ病リワーク境界が厚生労働科学研究で作成し有用性が確認された「自閉スペクトラムの特性がある参加者へのリワーク支援の手引き」も参考にしてください。

<http://utsu-rework.org/info/tool.html>

発達障害に対する支援マニュアル
-保健師や社会心理支援・相談員の方へ-

- 相談の意義
- 相談を受けるにあたって（基本的な心構え、準備）
- いざ相談を受けるときに
- 困りごとを話してもらったら
- スクリーニングツール（M-CHAT）

○相談の意義

- ・発達障害は症状やニーズに個人差が大きいいため、まず、その人のプロフィール全体や生活状況全般を把握し、その人が必要としている支援ニーズを把握する
- ・相談を受ける側が、相談者に敬意を払って話を聞いていねいに聞き、理解しようと努めるだけでも（たとえ解決の力になれなくても）、相談者の一定の満足につながる。本人がわかっただけでも前向きな気持ちになれば、状況に変化が生じる
- ・複雑に絡み合った相談者の抱える困難や心配事を、ひとつひとつ整理していく作業を通して、相談を受ける側との信頼関係が育っていく。一方的にひとりよがりの思いこみによる助言をこれまでに幾度も経験していることを忘れないように。

○相談を受けるにあたって（基本的な心構え、準備）

- ・「あなたのことを分かりたい」と関心を寄せていることを伝える（相談者が話すモチベーションを高めることにつながる。これまでに話をしても「何度も同じことばかり繰り返しているさ」と耳を傾けてもらえなかった経験を持っているかもしれない）
- ・ここまで1人きりで苦勞し、傷つきながらもここまでがんばってきたこと、そして今日、相談にきてくれたことを思いやり、ねぎらう（これまでの人生で「周りとは何かが違う」と感じてきたかもしれない。そして、努力しても皆と同じようにできない「ダメな自分」だと思ひ込み、自己否定・自信喪失してきたかもしれない）
- ・親は、発達障害と気づかず接してきたことで、罪悪感を抱いていることが多い。また本人から責められているかもしれない。親に対しても、養育で大変だったこと、辛かったことに耳を傾け、ねぎらう
- ・発達障害はこうだ、と思ひ込みで決めつけない。その人が実際には何に困っているのか、本人もわかっていないこともある。思ひを言葉にしてもらい、相談者と支援者が一緒に整理していくこと（発達障害の症状そのものに困っているとは限らない。睡眠、アルコール、ゲームや対人関係での依存、自信のなさなど、仕事とプライベートを含め、あらゆる方面から、どのように困っているのかを包括的に把握する）
- ・落ち着いて話せるよう、時間を十分に確保しておく（緊急時を除く）

・「WHO 災害時の心理的応急処置フィールド・ガイド」で紹介されている基本的態度の中で、特に発達障害の相談を受けるにあたって重要だと思われることは下線部の通り

すべきこと	してはならないこと
<ul style="list-style-type: none"> ▶ 信頼されるように、誠実に接しましょう ▶ 自分の意思決定を行う権利を尊重しましょう ▶ あなた自身の偏見や先入観を自覚して、それにとらわれないようにしましょう ▶ たとえ今は支援を断ったとしても、あとになってから支援を受けることもできることをはっきりと伝えましょう ▶ 時と場合に応じて、プライバシーを尊重し、聞いた話については秘密を守りましょう ▶ 相手の文化、年齢、性別を考えて、それにふさわしい行いをしましょう 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 支援という立場を悪用してはなりません ▶ 支援の見返りに金銭や特別扱いを求めてはなりません ▶ <u>できない約束をしたり、誤った情報を伝えてはなりません</u> ▶ 自分にできることを大きげさに言っではなりません ▶ <u>支援を押しつけたり、相手の心に踏み込んだり、でしゃばることをしてはなりません</u> ▶ 無理に話をさせてはなりません ▶ <u>聞いたことを別の人に話してはなりません</u> ▶ <u>相手の行動や感情から、「こういう人だ」と決めつけてはなりません</u>

引用：World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International (2011).

Psychological first aid: Guide for field workers. WHO: Geneva. (訳：(独) 国立精神・神経医療研究センター、ケア・宮城、公益財団法人プラン・ジャパン (2012) .心理的応急処置 (サイコロジカル・ファーストエイド：PFA) フィールド・ガイド.

○いざ相談を受けるときに

・発達障害の方にありがちなこと

- 焦って混乱すると、頭の中がまっしろになり、理解できないことがある（落ち着いていれば理解できることであっても）
- まわりくどく、要領が悪い話し方のことがある
- 表現の一部、言葉の選択にこだわることもある
- 独特な意味で言葉を使うことがあり、相談者と相談を受ける側でまったく違うものをイメージしている場合がある
- 自身でも、本当に困っていることを理解していない・言えていないことがある

・相談を受ける側がすべきこと・できること

- 「もうちょっと詳しく教えてください」などと促し、できるだけ相談者自身の言葉で話してもらう（説得をしない）
- こちらが話す時にはゆっくりと、落ち着いた口調で
- 短い言葉、平易な言葉で、具体的な表現で
- 相談者がこちらの言ったことをわからない場合、同じことを繰り返すだけでなく、言い方を変えてみる
- 話すだけよりも、書く方（箇条書き、図示など）が伝わりやすい
- 本人に理解しやすい表現を探り、見つけていく（NGワードもある）
- 本人が理解しているか、確認しながら話を進める
- あらかじめ「今日は○分までここで話ししましょう」などと枠組みと見通しをあらかじめ伝えておくとよい。終了時刻になり「突然、拒絶された」と感じさせないように配慮を

・やりがちな失敗

- 「やっぱり発達障害だ」と型にはめること、診断の証拠探し（知識のある者ほど注意）
- 「困った人＝発達障害」という決めつけ
- 一方的な説明・説得

・「WHO 災害時の心理的応急処置フィールド・ガイド」で紹介されている話の聞き方の中で、特に発達障害の相談を受けるにあたって重要だと思われることは下線部の通り

言った方が良く、 した方が良く

- ▶ 気が散らないように、できるだけ静かな場所を見つけて話しましょう
- ▶ プライバシーを尊重し、相手の秘密を守りましょう（やむを得ない場合を除く）
- ▶ 被災者のそばにいきましょう。ただし、年齢や性別、文化によって適切な距離を保つこと
- ▶ 話を聞いていることが相手に伝わるように、うなずいたり、相づちを打つようにしましょう
- ▶ 忍耐強く冷静でいきましょう
- ▶ **もし事実についての情報があるなら伝えてください。知っていること、知らないことを正直に話しましょう。「私には分かりませんが、調べてみます」などというのも良いでしょう**
- ▶ 相手が理解できるような方法で、情報を簡潔に伝えましょう
- ▶ 人びとの気持ちや、話に出たあらゆる損失や重大な出来事（家屋の損失、大切な人の死など）をしっかりと受け止めましょう。「本当に大変でしたね。どんなにか、おつらいことでしょう」など
- ▶ 相手の強さと、これまでどのようにしてつらさを乗り越えてきたのか、ということをしっかりと認めましょう
- ▶ 沈黙を受け入れるようにしましょう

言うてはならないこと、 してはならないこと

- ▶ 無理に話をさせてはなりません
- ▶ 相手の話をさえぎったり、急がせてはなりません（たとえば腕時計を見たり、早口でしゃべるなど）
- ▶ 適切であることが確信できない場合には、相手の体に触れてはなりません
- ▶ 被災者がしたことや、しなかったこと、あるいは感じていることについて、価値判断をしてはなりません。「そんなふうに思っははいけませんよ」「助かって良かったじゃないですか」は禁句です
- ▶ 自分が知らないことをごまかして、作り話をしてはなりません
- ▶ 専門的すぎる言葉を使っはなりません
- ▶ 他の被災者から聞いた体験談を話してはなりません
- ▶ あなた自身の悩みを話してはなりません
- ▶ できない約束や、うわべだけの気休めを言っはなりません
- ▶ 相手の問題を全部解決しなければならぬかのように考えたり、行動してはなりません
- ▶ 自分のことは自分でできるという強さや自尊心を弱めてはなりません
- ▶ 誰かについて否定的な言葉で話してはなりません。（「頭がどうかしている」「めちゃくちゃ」などの言葉を使わない）

引用：World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International (2011).

Psychological first aid: Guide for field workers. WHO: Geneva. (訳：(独) 国立精神・神経医療研究センター、ケア・宮城、公益財団法人プラン・ジャパン (2012) .心理的応急処置（サイコロジカル・ファーストエイド：PFA）フィールド・ガイド.

○困りごとを話してもらったら

・スクリーニング（次ページ）へと進む。併存する他の障害・問題（うつ、知的障害、逆境体験、生活習慣、服薬の問題など）の影響と整理していく

・診断に関連して留意すべきこと

ー成人期に初めて診断を受けること

診断は、アイデンティティの修正、過去の人生の再解釈を求める一大事であることを、支援者は理解しておく必要がある

ー診断を役立てるために

診断を受けることが、本人の自己理解、職場や学校、生活面の問題に対して、どのようなメリット・デメリットを生むかを検討し、一緒に話し合う時間をとることが大切。診断を伝える際の用語の選び方の工夫、説明の仕方（強みを十分に強調する）の工夫で、診断を受けるという経験をポジティブにすることが可能と思われる

診断が満足／不満足なものになる要因

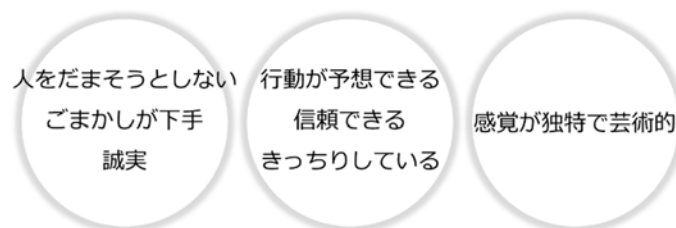
診断が**満足**につながる要因

- ・ 職場、学校などで適切な配慮を求める根拠となる
- ・ 必要な福祉サービスを得られる
- ・ 誤診を防ぎ、適切な治療につながる
- ・ 自己理解を助ける（ポジティブな意味づけ（※）、自分に合った対処方法の見直し）
- ・ エンパワメントにつながる（理解者の存在、仲間の発見）

診断が**不満足**に終わる要因

- ・ 診断に至るまでに会った専門家の数とその助言・情報の不一致
- ・ 専門用語がわかりにくい
- ・ 診断時の情報・助言の質
- ・ 診断後、サポートにつながらない
- ・ 家族の理解・信念が変わりにくい

（※）発達障害の特性のポジティブな意味づけの例



○スクリーニングツール (M-CHAT)

- 対象年齢 16-30カ月
- 23項目 親記入式質問紙 (はい・いいえ)
- 日本語版の特徴 わかりやすい絵の説明あり
- 国内外の大規模研究で、健診場面での有用性が実証済み
2段階 (質問紙回答→フォローアップ面接) で用いると質問紙のみの使用よりも制度が上がる (偽陽性ケースが減る)
2段階の場合 陽性的中率 日本 43-46% (事後確率47%)
米国 54%
- 海外の主要なガイドラインで推奨されている

スクリーニングの結果のフィードバックの方法

保護者への対応(例)

- 「子どもの発達の仕方はひとりひとり、さまざまです」
個人差を強調
- 「お子さんのコミュニケーションの発達の仕方は、
平均的なお子さんのとは少し違っているようですね」
平均との違い(強みと弱みと両面があるので社会的発達に関しては平均と違うということ)を指摘
- 「現在のお子さんの発達状況や特性に一番合った遊びや
かかわりを工夫しましょう」
専門的な行動観察や発達検査の意義(強みと弱みを知ることができる、園などでその子にあった対応をもらえる)、そして定期的にあセスメントすることの意義を説明

日本語版 M-CHAT (The Japanese version of the M-CHAT)

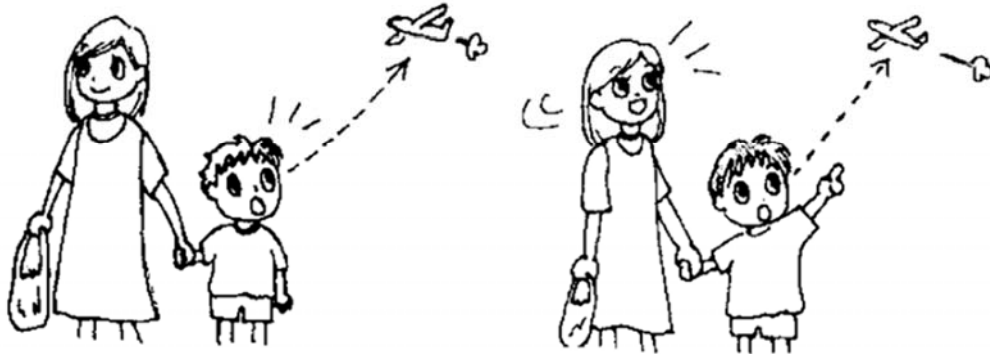
お父さんの目頃の様子について、もつとも質問にあてはまるものを○で囲んでください。すべての質問にご回答くださるようお願いいたします。もし、質問の行動をめったにしないと思われる場合は(たとえば、1,2度しか見た覚えがないなど)、お子さんはそのような行動をしない(「いいえ」を選ぶように)とご回答ください。項目7、9、17、23については絵をご参考ください。重要項目は太字で示しています。いいえ、と回答すると1点で、逆転とある項目は、はい、と回答すると1点で、合計点を出します。

1. お子さんをブランコのように揺らしたり、ひざの上で揺ると喜びますか?	はい・いいえ
2. 他の子どもに興味がありますか?	はい・いいえ
3. 階段など、何かの上で這い上がることが好きですか?	はい・いいえ
4. イナイナイバーをすると喜びますか?	はい・いいえ
5. 電話の受話器を耳にあててしゃべるまねをしたり、人形やその他のモノを使ってごっこ遊びをしますか?	はい・いいえ
6. 何かほしいモノがある時、指をさして要求しますか?	はい・いいえ
7. 何かに興味を持った時、指をさして伝えようとしますか?	はい・いいえ
8. クルマや積木などのオモチャを、口に入れたり、さわったり、落としたりする遊びではなく、オモチャに合った遊び方をしますか?	はい・いいえ
9. あなたに見てほしいモノがある時、それを見せに持ってきますか?	はい・いいえ
10. 1,2秒より長く、あなたの目を見つめますか?	はい・いいえ
11. ある種の音に、とくに過敏に反応して不機嫌になりますか?(耳をふさぐなど)(逆転)	はい・いいえ
12. あなたがお子さんの顔をみたり、笑いかけると、笑顔を返してきますか?	はい・いいえ
13. あなたのすることをまねしますか?(たとえば、口をとがらせてみせると、顔まねをしようとしていますか?)	はい・いいえ
14. あなたが名前を呼ぶと、反応しますか?	はい・いいえ
15. あなたが部屋の中の離れたところにあるオモチャを指でさすと、お子さんはその方向を見ますか?	はい・いいえ
16. お子さんは歩きますか?	はい・いいえ
17. あなたが見ているモノを、お子さんも一緒に見ますか?	はい・いいえ
18. 顔の近くで指をひらひら動かすなどの変わった癖がありますか?(逆転)	はい・いいえ
19. あなたの注意を、自分の方にひこうとしますか?	はい・いいえ
20. お子さんの耳が聞こえないのではないかと心配されたことがありますか?(逆転)	はい・いいえ
21. 言われたことばをわかっていますか?	はい・いいえ
22. 何もない宙をじーっと見つめたり、目的なくひたすらうろろろすることがありますか?(逆転)	はい・いいえ
23. いつもと違うことがある時、あなたの顔を見て反応を確かめますか?	はい・いいえ

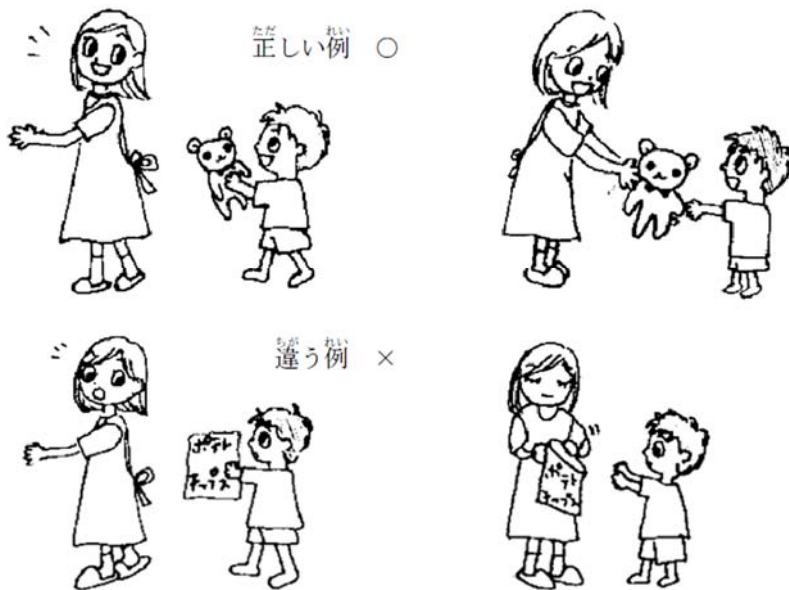
重要項目 点

M-CHAT の著作権はDiana Robins, Deborah Fein, Marianne Barton にあります。この日本語訳は、国立精神・神経センター精神保健研究所児童・思春期精神保健部部長の神尾陽子が著作権所有者から正式に使用許可を得たものです。

7. 何かに興味を持った時、指をさして伝えようとしていますか？



9. あなたに見てほしいモノがある時、それを見せに持ってきますか？



17. あなたが見ているモノを、お子さんも一緒に見ますか？



23. いつもと違うことがある時、あなたの顔を見て反応を確かめますか？



M-CHATスコアリングシート

18ヶ月 第1段階スクリーニング M-CHAT 3/23 or 重要1/10(陽性)
 19~20ヶ月 第2段階スクリーニング M-CHAT 3/23 or 重要2/10(陽性)

重要

1. お子さんをブランコのように揺らしたり、ひざの上で揺ると喜びますか？	<input type="radio"/>	
2. 他の子どもに興味がありますか？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. 階段など、何かの上で這い上がることが好きですか？	<input type="radio"/>	
4. イナイナイバーをすると喜びますか？	<input type="radio"/>	
5. 電話の受話器を耳にあててしゃべるまねをしたり、人形やその他のモノを使ってごっこ遊びをしますか？	<input type="radio"/>	
6. 他にほしいモノがある時、指をさして要求しますか？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. 何か興味を持った時、指をさして伝えようとしていますか？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. クルマや積み木などのおもちゃを、口に入れたり、さわったり、落としたりする遊びではなく、おもちゃに合った遊び方をしますか？	<input type="radio"/>	
9. あなたに見てほしいモノがある時、それを見せに持ってきますか？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. 1、2秒より長く、あなたの目を見つめますか？	<input type="radio"/>	
11. ある種の音に、とくに過敏に反応して不機嫌になりますか？(耳をふさぐなど)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. あなたがお子さんの顔をみたり、笑いかけると、笑顔を返してきますか？	<input type="radio"/>	
13. あなたのすることをまねしますか？(たとえば、口をとがらせてみせると、顔まねをしようとしますか？)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. あなたが名前を呼ぶと、反応しますか？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. あなたが部屋の中の離れたところにあるおもちゃを指でさすと、お子さんはその方向を見ますか？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. お子さんは歩きますか？	<input type="radio"/>	
17. あなたが見ているモノを、お子さんも一緒に見ますか？	<input type="radio"/>	
18. 顔の近くで指をひらひら動かすなどの変わった癖がありますか？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. あなたの注意を、自分の方にひこうとしますか？	<input type="radio"/>	
20. お子さんの耳が聞こえないのではないかと心配されたことがありますか？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. 言われたことばをわかっていますか？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. 何もない宙をじーっと見つめたり、目的なくひたすらうろろろすることがありますか？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. いつもと違うことがある時、あなたの顔を見て反応を確かめますか？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

/23 /10

陽性・陰性 陽性・陰性

3/23以上 1 or 2/10以上
陽性 陽性

發達障害

手元資料



発達障害って何だろう？

発達障害とは、子供の頃に発症する、脳の機能異常に関わる障害です。

発達障害には、以下のような種類があります。

◆自閉症スペクトラム障害（ASD）

特徴 コミュニケーションや、新しいことに慣れるのが苦手

◆注意欠陥多動性障害（ADHS）

特徴 注意力散漫、ルールを守るのが苦手、忘れ物が多い

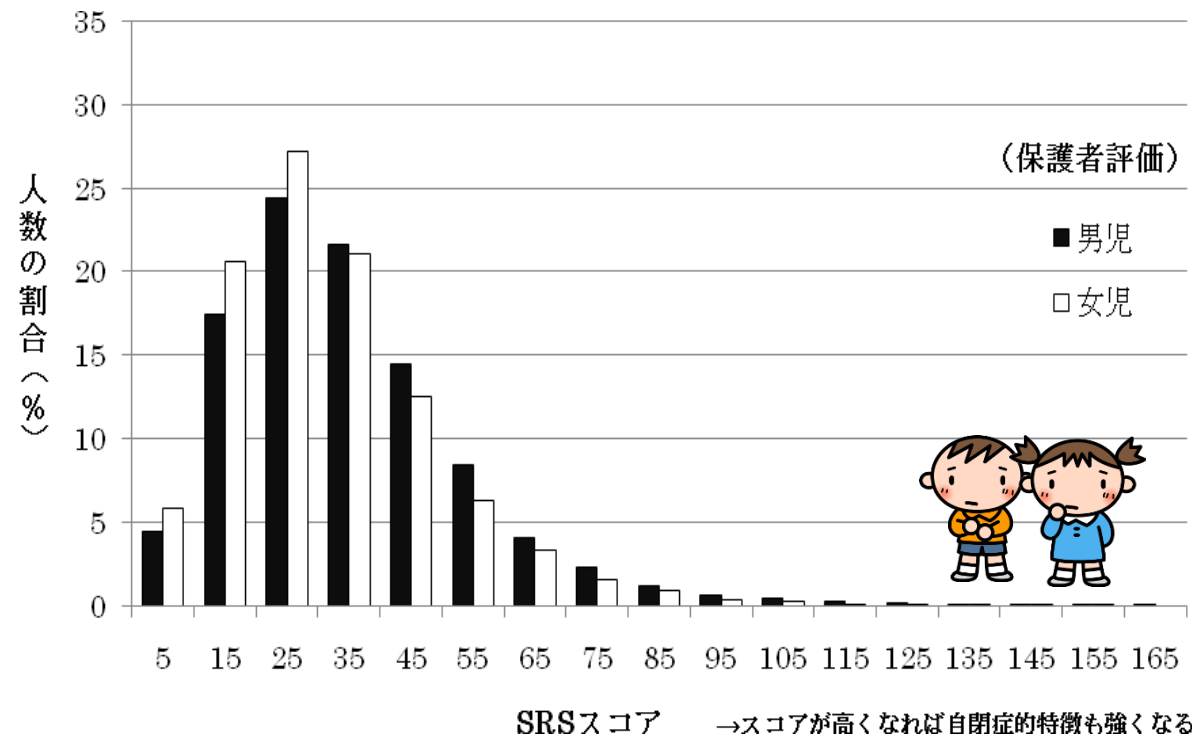
◆限極性学習障害（SLD）

特徴 「文字を読む」「計算する」など特定の学習が苦手

発達障害は特別な病気ではない

発達障害を持つ人の割合は、数%~10%とされています。

また程度に違いはあるものの、私たちは誰でも発達障害らしい特徴を持っています。



発達障害は深刻な病気ではなく、大切な個性でもあります。

発達障害を放置してはいけない

一方、発達障害を持つ子供は将来的に様々なハンデを負い、心理・社会的リスクを抱えやすいとされています。

具体的には、以下のようなリスクが指摘されています。

- ◆職場（学校）で不適応を起こしやすい
- ◆うつ病などの精神障害を発症しやすい
- ◆性被害・DV被害に遭いやすい



**発達障害は早期に発見・介入されることで、
将来的なリスクを減らすことができます**

発達障害の兆候

以下は、一般的な幼児で見られる社会的行動です。

それぞれの年齢において記載の行動が見られなければ、注意が必要です。

1歳まで

- ◆ アイコンタクト
- ◆ 他児（きょうだい以外）への関心
- ◆ 微笑み返し
- ◆ 呼名反応
- ◆ 人見知り

1歳半まで

- ◆ 興味の指差し
- ◆ 大人の指差したものを目で追う
- ◆ 大人の視線の先を目で追い、その後大人の顔を見る
- ◆ 興味のある、見てほしいものを、大人に見せに来る
- ◆ 言われた指示を、身振りが無くても言語だけで理解する
- ◆ 身近な大人の動作や言語を模倣する

発達障害の簡易診断 (M-CHAT)

お子さんの日頃の様子について、当てはまるものを○で囲んでください。
対象年齢：16-30ヶ月

太字：はい1点、いいえ0点
それ以外：はい0点、いいえ1点

1	お子さんをブランコのように揺らしたり、ひざの上で揺ると喜びますか？	はい	いいえ
2	他の子供に興味がありますか？	はい	いいえ
3	階段など、何かの上に這い上がることが好きですか？	はい	いいえ
4	イナイナイバーをすると喜びますか？	はい	いいえ
5	電話の受話器を耳に当ててしゃべるまねをしたり、人形屋その他のものを使ってごっこ遊びをしますか？	はい	いいえ
6	何かほしいモノがあるとき、指をさして要求しますか？	はい	いいえ
7	何かに興味を持った時、指をさして伝えようとしていますか？	はい	いいえ
8	クルマや積木などのオモチャを、口に入れたり、さわったり、落としたりする遊びではなく、オモチャにあった遊び方をしますか？	はい	いいえ
9	あなたに見てほしいモノがある時、それを見せに持ってきますか？	はい	いいえ
10	1、2秒より長く、あなたの目を見つめますか？	はい	いいえ
11	ある種の音に、とくに敏感に反応して不機嫌になりますか？	はい	いいえ
12	あなたがお子さんの顔をみたり、笑いかけると、笑顔を返してきますか？	はい	いいえ

13	あなたのすることをまねしますか？（たとえば、口をとがらせてみると、顔まねをしようとしますか？）	はい	いいえ
14	あなたが名前を呼ぶと、反応しますか？	はい	いいえ
15	あなたが部屋の中の離れたところにあるオモチャを指でさすと、お子さんはその方向を見ますか？	はい	いいえ
16	お子さんは歩きますか？	はい	いいえ
17	あなたが見ているモノを、お子さんも一緒に見ますか？	はい	いいえ
18	顔の近くで指をひらひら動かすなどの変わった癖がありますか？	はい	いいえ
19	あなたの注意を、自分の方にひこうとしますか？	はい	いいえ
20	お子さんの耳が聞こえないのではないかと心配されたことがありますか？	はい	いいえ
21	言われたことばをわかっていますか？	はい	いいえ
22	何も無い宙をじいーつと見つめたり、目的なくひたすらうろうろすることがありますか？	はい	いいえ
23	いつもと違うことがある時、あなたの顔を見て反応を確かめますか？	はい	いいえ

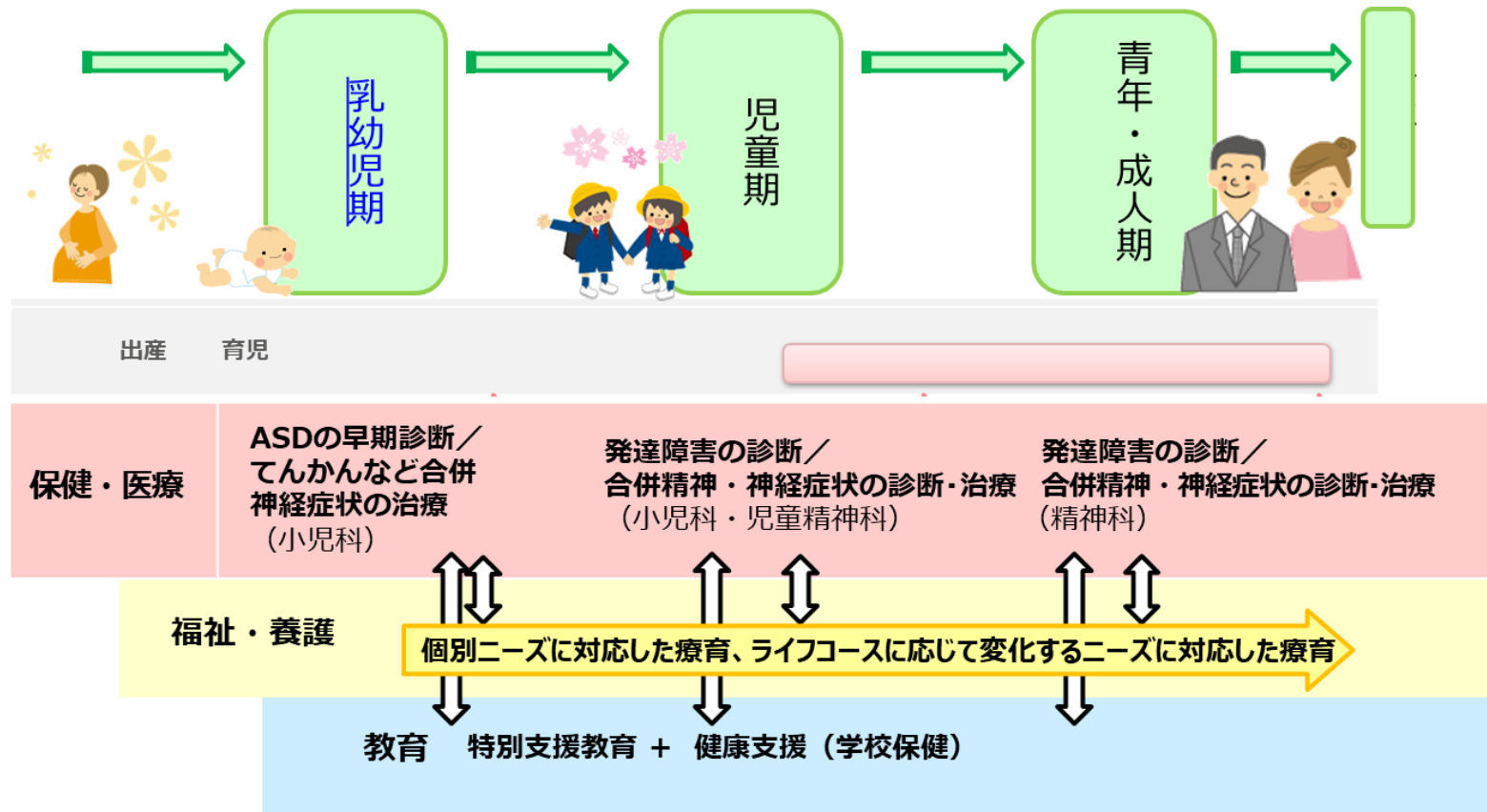
 の合計点
全合計点

※ 1点(18か月) or 2点 (19-20か月) 以上 陽性

※ 3点以上 陽性

発達障害が分かったら

- ◆発達障害への介入はできるだけ早く、できれば3歳までに始めることで、大きな効果が見込まれます。
- ◆また年齢に応じた介入を長期的に続けていくことで、適応をさらに後押しすることができます。



研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
神尾陽子	発達障害者の地域生活支援	精神保健医療福祉白書編集委員会編集	精神保健医療福祉白書2018/2019－多様性と包括性の構築	中央法規	東京	2018	pp.43
神尾陽子	発達障害のアセスメント.編著市川宏伸	編著市川宏伸	発達障害の早期発見と支援へつなげるアプローチ	金剛出版	東京	2018.4.30.	pp.61-70

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, Yamanoouchi 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 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 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, Kaneta Y, Munezawa T, <u>Mishima K</u> , Jike M, Nakagome S, Tokiya M, Ohida T	Nationwide epidemiological study of insomnia in Japan	Sleep Med	25	130-138	2016
<u>三島和夫</u>	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
Itoh M, Ujiie Y, Nagae N, Niwa M, Kamo T, Lin M, Hirohata S, Kim Y	A new short version of the Posttraumatic Diagnostic Scale: validity among Japanese adults with and without PTSD	Eur J Psychotraumatol	8(1)	1364119	2017
井野敬子, 金 吉晴	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
金 吉晴	VII心的外傷およびストレス関連障害群 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) II	187-192	2017
金 吉晴	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, 金 吉晴	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, Tamachimori H, Kaenon C, Nishi D, Okumura Y, Kadamoto N, Takeshima T.	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 practice	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	Psychiatry Clinical Neuroscience	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, Stickley A, Haraguchi H, Takahashi H, Ishitobi M, Kamio Y	Association between autistic traits in preschool 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, Odaka M, Ohya Y, Senju A, Takahashi	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
神尾陽子	発達障害の児や親とのコミュニケーション	精神科臨床レガト	4(3)	36-37	2018
神尾陽子	自閉スペクトラム症：自閉症の発見（情緒的交流の自閉的障害:Leo Kanner）.特集 こころの発達の問題に関する“古典”をふりかえる	精神医学	60(10)	1067-1073	2018
神尾陽子	M-CHAT（自閉症児のためのチェックリスト）.特集小児科医ができる発達検査・心理検査	小児内科	50(9)	1399-1402	2018
神尾陽子, 齊藤彩, 原口英之	発達障がい児に対する早期アセスメントと早期対応. 特集発達障害—小児科での具体的な診かたと多職種連携	小児科 5月臨時増刊号	59(6)	871-877	2018.5

神尾陽子, 全有耳	自閉症スペクトラム障害. 小児科編集委員会編	小児科 5月臨時増刊号	59(5)	549-556	2018
-----------	------------------------	----------------	-------	---------	------