

【12】現在、貴デイ・ケア等では、同じ時間帯でいくつのコース／プログラムを実施していますか、またそれぞれに何人参加していますか。先週に実施した各プログラム名、実施目的、実施曜日と時間、参加人数および参加スタッフ数をプログラム毎に別紙の例に従いご記入下さい。

	プログラム名	目的	曜日	時間	直近 参加人数	スタッフ数
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						
26.						
27.						
28.						
29.						
30.						

※欄が足りない場合は、お手数ですが用紙をコピーしてご記入下さい。

## 【12】 回答例

【12】 現在、貴デイ・ケア等では、同じ時間帯でいくつのコース／プログラムを実施していますか、またそれぞれに何人参加していますか。先週に実施した各プログラム名、実施目的、実施曜日と時間、参加人数および参加スタッフ数をプログラム毎に別紙の例に従いご記入下さい。

	プログラム名	目的	曜日	時間	直近 参加人数	スタッフ数
1.	ミーティング	運営	月	9:00-11:00	10	2
2.	園芸教室	作業	月	9:00-11:00	6	1
3.	絵画	作業	月	13:00-15:00	30	3
4.	心理教育	服薬管理	月	13:00-15:00	20	2
5.	パソコン教室	復職支援	月	13:00-15:00	3	1
6.	手芸	作業	火	9:00-11:00	15	1
7.	SST	対処スキル獲得	火	9:00-11:00	10	2
8.	英会話	作業	火	9:00-11:00	5	1
9.	スポーツ	作業	火	13:00-15:00	15	2
10.	手芸	作業	火	13:00-15:00	15	2
11.	イベント	イベント	水	9:00-11:00	30	3
12.	家族教室	家族支援	水	9:00-11:00	10	2
13.	イベント	イベント	水	13:00-15:00	30	3
14.	SST	対処スキル獲得	木	9:00-11:00	8	2
15.	陶芸	作業	木	9:00-11:00	5	1
16.	スポーツ	作業	木	13:00-15:00	4	3
17.	カラオケ	作業	木	13:00-15:00	5	1
18.	調理教室	作業	金	9:00-11:00	10	2
19.	音楽	作業	金	9:00-11:00	5	2
20.	木工	作業	金	13:00-15:00	3	1
21.	スポーツ	作業	金	13:00-15:00	15	2
22.						
23.						
24.						
25.						
26.						
27.						
28.						
29.						
30.						

※欄が足りない場合は、お手数ですが用紙をコピーしてご記入下さい。

## 利用者票 (2/25～3/2 の実利用者, 最初の 10 人についてお答え下さい)

性別	1. 男 2. 女	年齢	歳	2/25～3/2 の 1 週間のデイ・ケア等利用日数	日
主診断の初発年齢	歳	現在の GAF 得点 (別紙参照)			点
主診断 (ICD-10)	F- ( ) 1 桁	その他の精神科的診断			
これまでの精神科入院経験	1. あり ( ) 回		2. なし		
直近の精神科入院期間	西暦 年 月 日 ～ 年 月 日				
利用しているサービス (当てはまるもの全てに○)	1. 精神科ショート・ケア 2. 精神科デイ・ケア 3. 精神科ナイト・ケア 4. 精神科デイ・ナイト・ケア				
他の社会資源の利用状況 (当てはまるもの全てに○) ※選択肢中にない自立支援法の各サービスについては、その他にご記入下さい	1. 訪問看護 2. ホームヘルプ 3. 配食サービス 4. 共同作業所 5. 自院外来診療 6. 他院外来診療 7. 授産施設 8. 福祉工場 9. 地域生活支援センター 10. その他 (具体的に: )				

【1】この利用者のデイ・ケア等利用による目標は何ですか。以下の各目標について該当する数字に○印をつけて下さい

	はい	いいえ
1) 就労支援 (プレ就労援助を含む)	1	2
2) 復職支援	1	2
3) 再発・再入院予防	1	2
4) 在宅急性期医療の一環 (急性期入院の抑制)	1	2
5) 回復期リハビリテーション	1	2
6) 慢性期患者の居場所	1	2
7) 薬物処方についての相談・調整	1	2
8) その他 ( )	1	2

【2】目標の達成具合を図るために何か指標としていますか (ケース検討会等でも構いません)

1) ある (下記に具体的にご記入下さい) 2) ない

--

【3】この利用者に対するデイ・ケア等担当医の役割について、各項目に該当する数字に○印をつけて下さい

	はい	いいえ
1) 利用者の医学的状態の評価	1	2
2) 薬物処方に関するコーディネーター	1	2
3) デイ・ケアチームのリーダー	1	2
4) プログラム計画・立案における責任者	1	2
5) プログラム実施における責任者	1	2
6) 特になし	1	2
7) その他 ( )	1	2

# GAF（機能の全般的評定）尺度について

GAF(Global Assessment of Functioning)尺度は対人関係や社会的役割遂行などの社会的機能水準を評価するもので、米国精神医学会(APA)の「精神疾患の分類と診断の手引き」(DSM)のV軸に採用されているものです。下記にDSM-IV-TR(2002年版)に採用されているGAF尺度をお示しします。精神障害および知的障害を対象とする代表的な社会的機能水準評価ですので評価をお願いします。なおGAF評価にあたっては、「心理的症状の重症度」と「機能レベル」のどちらか重い方をチェックします。したがって、知的障害の方で心理的症状は少ないが機能は著しく障害されている場合は、障害されている機能レベルに注目し、あてはまるGAFの機能レベルを評価してください。

適切にGAF評価を行うために次の方法をお勧めします。(DSM-IV-TR日本語版(医学書院) p.40-42を要約)

- 1) 最高のレベルから始めて、その人の症状の重症度または機能的レベルのどちらから悪い方に最もよく適合する範囲になるまで尺度を下の方に見て行ってください。
- 2) その人の症状の重症度または機能的レベルのどちらにも重すぎると思われたら1つ上の段階に戻ってください。
- 3) その段階の10点の範囲の中で、高い方が低い方かなどを考えて下1桁の数字を選びGAF得点を決めてください。

## GAF（機能の全体的評定）尺度

精神的健康と病気という1つの仮想的な連続体に沿って、心理的、社会的、職業的機能を考慮せよ。身体的（または環境的）制約による機能の障害を含めないこと。

コード（注：例えば、45、68、72のように、それが適切ならば、中間の値のコードを用いること）

100-91	広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その人の多数の長所があるために他の人々から求められている。症状は何もない。
90-81	症状がまったくないか、ほんの少しだけ（例：試験前の軽い不安）、すべての面でよい機能で、広範囲の活動に興味をもち参加し、社会的にはそつがなく、生活に大体満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない（例：たまに、家族と口論する）。
80-71	症状があったとしても、心理的社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である（例：家族と口論した後の集中困難）、社会的、職業的または学校の機能にごくわずかな障害以上のものはない（例：一時的に学業で遅れをとる）。
70-61	いくつかの軽い症状がある（例：抑うつ気分と軽い不眠）、または、社会的、職業的または学校の機能に、いくらかの困難はある（例：時にずる休みをしたり、家の金を盗んだりする）が、全般的には、機能はかなり良好であって、有意義な対人関係もかなりある。
60-51	中等度の症状（例：感情が平板で、会話がまわりくどい、時に、パニック発作がある）、または、社会的、職業的、または学校の機能における中等度の困難（例：友達が少ししかいない、仲間や仕事の同僚との葛藤）。
50-41	重大な症状（例：自殺念慮、強迫的儀式が重症、しょっちゅう万引する）、または、社会的、職業的または学校の機能においてなんらかの深刻な障害（友達がいない、仕事が続かない）。
40-31	現実検討かコミュニケーションにいくらかの欠陥（例：会話は時々、非論理的、あいまい、または関係性がなくなる）、または、仕事や学校、家族関係、判断、思考または気分、など多くの面での重大な欠陥（例：抑うつ的な男が友人を避け家族を無視し、仕事ができない。子どもがしばしば年下の子どもを殴り、家庭では反抗的であり、学校では勉強ができない）。
30-21	行動は妄想や幻覚に相当影響されている。またはコミュニケーションか判断に重大な欠陥がある（例：時々、滅裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている）、または、ほとんどすべての面で機能することができない（例：一日中床についている、仕事も家庭も友達もない）。
20-11	自己または他者を傷つける危険がかなりあるか（例：死をはっきり予期することなしに自殺企図、しばしば暴力的になる、躁病性興奮）、または、時には最低限の身の清潔維持ができない（例：大便を塗りたくる）、または、コミュニケーションに重大な欠陥（例：大部分滅裂か無言症）。
10-1	自己または他者をひどく傷つける危険が続いている（例：暴力の繰り返し）、または最低限の身の清潔維持が持続的に不可能、または、死をはっきり予測した重大な自殺行為。
0	情報不十分

### Ⅲ. 研究協力報告書

平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」

研究協力報告

精神科実習が看護学生の精神障害者観に及ぼす影響に関する研究

研究協力者 山内貴史（東京大学大学院総合文化研究科）

仙波恒雄（医療法人同和会 千葉病院）

三宅由子（国立精神・神経センター精神保健研究所）

主任研究者 竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究要旨：医学生や看護学生の精神障害者へのスティグマ・偏見は精神科での実習体験により影響を受けることが推察される。本稿では、20 年度研究に向けての予備的研究として、精神科実習に参加した看護学生 1,283 名が「各自が持っている精神障害者観が、実習によりどのように変化したか」について自由記述したレポートの一部を用いて内容の分析を試みた。実習前・後についての記述内容の相違点から実習が学生の精神障害者観に及ぼす影響について検討し、実習とスティグマや偏見の形成および解消との関連について検討するための基礎データを提供することが本研究の目的である。分析に際しては、科学計量学の一手法である「語分析」を参考に、実習前・後における精神障害者に関するレポートの記述から高出現頻度の単語を抽出することにより、実習前・後の記述の特徴および両者の相違点を検討した。一部のデータを用いて探索的分析を行った結果、実習前・後について抽出された単語はほとんど重複せず、実習前・後でレポートの記述内容は大きく変化していたことが窺えた。また、単語の内容から、実習を通じて学生の精神障害者観は基本的にネガティブなものからニュートラルもしくはポジティブな方向に変化したであろうことが窺えた。19 年度研究では、今後レポート全体を分析し、実習が看護学生の精神障害者観に与える影響、ひいてはスティグマや偏見の形成・解消に与える影響についての示唆を提示する準備を整えることができたと考えられる。

A. 研究目的

平成 16 年、厚生労働省は精神保健福祉対策本部の報告書「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を公表した。これにより、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方針が明示された。また、平成 17 年には「障害者自立支援法」が成立し、障害者が地域で自立して暮らせるための制度基盤が整備された。

精神障害者が疾患から回復し地域で生活していくうえでの障害として、スティグマ

や偏見の問題があげられる。世界精神医学会（World Psychiatric Association; WPA）は、1996 年から統合失調症によるスティグマや差別の解消を目的とした大規模な国際的教育プログラム（WPA Global Programme Against Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia）を実施している<sup>1)</sup>。スティグマは、精神障害者の社会的孤立、失業、アルコールや薬物の乱用、ホームレス化、必要以上の施設入所・入院、生活の質の低下等につながり、精神

障害者の疾患からの回復を妨げる要因となっていると考えられる。

精神障害(者)、精神科等へのスティグマや偏見に関する研究の多くは一般住民や一般大学生を対象にしたものだが、スティグマや偏見は精神医療従事者、医学生や看護学生にもみられる<sup>2)</sup>。とりわけ、学生が精神障害者や精神科へのスティグマ・偏見は精神科での実習体験により影響を受けることが推察される。

そこで、本研究では、精神科実習に参加した看護学生が精神障害者について自由に記述したレポートの内容の分析を試みる。実習前・後についての記述内容の相違点から実習が学生の精神障害者観に及ぼす影響について検討し、実習とスティグマや偏見の形成または解消との関連について検討するための基礎データを提示することが本研究の目的である。本稿では、本格的に解析を開始する20年度研究に向け、データの概要と一部のデータを用いた予備的分析の結果を報告する。

## B. 研究方法

本研究では、首都圏内の看護短期大学の学生が記述したレポートを分析対象とした。昭和63年から平成19年まで(平成7年から平成10年までの4年間は除く)に行われた実習に参加し、レポートを提出した学生は計1,283名であった。学生は、約2週間の実習の初日に、約2時間病院の概要、日本の精神医療、患者との接し方等について講義を受けた。次いで、学生は実習前に、「精神病院や精神障害者といえば第1番にどのような言葉が思い浮かぶか」という質問に対して回答したが、その殆どはネガティブな内容のものであった。そのうえで、学生は実習終了

後に、「各自が持っている精神障害者観が、実習によりどのように変化したか」についてA4紙1枚のレポートを提出した。その際、レポートは学校ではなく実習先に提出され、成績等とは無関係である旨が教示された。

レポートの分析に際し、本研究では、科学計量学(scientometrics)の手法のひとつである「語分析」を参考に分析を試みた<sup>3)</sup>。具体的には、実習後に書かれたレポートから実習前・後における精神障害者に関する記述を特定したうえで高出現頻度の単語を抽出することにより、実習前・後の記述の特徴および両者の相違点を検討することとした。

本研究では、概ね以下のような手続きで分析を試みることを検討している。まず、各レポートについて俯瞰し、精神障害者観に関連する内容が記述されている箇所を特定する。次いで、それらの箇所を、実習前に関する記述と実習後に関する記述に分類する。さらに、該当箇所に属する文について、その意味を損なわない範囲でできるかぎり単語単位に分割し特定する。そのうえで、単語のうち名詞、動詞、形容詞のみ(e.g., 自殺, 暴れる, 怖い)を対象として抽出し、各単語の総出現頻度を算出する。

以上の手続きを踏まえたうえで、(1)実習前・後それぞれについて、単語を出現頻度順にランク付け(上位50位程度など)したうえで、各単語の総出現頻度を算出する、(2)実習前(後)の出現頻度上位の単語について、実習後(前)でのそれぞれの出現頻度および順位を調べる。すなわち、実習前(後)を基準に実習後(前)を見た場合の特徴を分析する、(3)実習前・後で出現頻度上位の単語を一定

の基準でポジティブ語、ニュートラル語、ネガティブ語に分類し、実習前・後それぞれの総出現頻度を比較する といった分析を試みることを検討している。

なお、本稿では、以上のような手続きに従い探索的に10名のレポートを分析した結果を報告する。

(倫理面への配慮)

レポート原本には個人名が記載されていたが、テキストファイルに電子化する際に個人情報を含む全ての箇所についてその内容が特定できないようにした。すなわち、分析に用いた電子ファイルは個人が一切特定できない状態であった。また、ファイルは分析担当者のみが知りうるパスワードにより管理した。

### C. 研究結果

10名分のレポートの分析結果を表1に示した。表1では、抽出された全ての単語を実習前・後別にまとめた。以下に表1の内容を概述する。

#### 1. 実習前について

実習前の精神障害者観に関する記述では、「コミュニケーションがとれない」「怖い」「暴力的」などネガティブなニュアンスの単語が多くみられた。一方、ポジティブなニュアンスの単語はほとんどみられなかった。今回分析対象とした10名のレポートからは、学生の実習前の精神障害者観は概ねネガティブな傾向が強いことが窺える。

#### 2. 実習後について

実習後の精神障害者観に関する記述では、実習前の記述とは一転し、「挨拶する」「人それぞれ」「笑顔」「話しかける」「優しい」など、ニュートラルもしくはポジティブなニュアンスの単語が多くみられ

た。一方、明らかにネガティブなニュアンスの単語はほとんどみられなかった。今回分析対象としたレポートからは、学生の実習後の精神障害者観は基本的にニュートラルもしくはポジティブな傾向が強いことが窺える。

#### 3. 実習前後の比較

実習前について記述された単語が実習後の記述中にどの程度あらわれたかを検討した。その結果、実習前に記述されたほぼ全ての単語は実習後の記述からは確認されなかった。実習後について記述された単語を基準とした場合も、「怖くない」という語を除き、実習後に記述された全ての単語は実習前の記述からは確認されなかった。このように、実習前・後について抽出された単語はほとんど重複せず、実習前・後でレポートの記述内容は大きく変化していたことが窺える。

### D. 考察

本稿での予備的分析の結果から、学生のレポート全体について以下のような予測が成り立つと思われる。(1) 実習前の記述では、精神障害者に対するネガティブなニュアンスの単語が出現頻度上位を占め、ニュートラルもしくはポジティブなニュアンスの単語はほとんどみられまいであろう。(2) 実習後の記述では、精神障害者についてのネガティブなニュアンスの単語の出現頻度はかなり低下し、ニュートラルもしくはポジティブなニュアンスの単語が出現頻度上位を占めるであろう。すなわち、精神科実習を通じて、看護学生の精神障害者観は基本的にネガティブなものからニュートラルもしくはポジティブな方向に変化したであろうと推察される。



以上より、19年度研究を通じて、1,200以上にのぼるレポート全体を分析し、看護学生の精神障害者観に精神科実習が及ぼす影響を明らかにする準備を整えることができたと考えられる。予備的分析の結果からは、看護学生の精神障害者観は精神科実習を通じてネガティブなものからニュートラルもしくはポジティブな方向に変化するという傾向が推察された。20年度研究では、本年度の成果に基づき全てのデータについて分析を実施し、実習が看護学生の精神障害者観に与える影響、ひいてはスティグマや偏見の形成・解消に与える影響についての示唆を提示する準備を整えることができたと考えられる。

#### E. 結論

精神科実習体験が看護学生の精神障害者観に与える影響について検討するため、1,283名の学生が実習終了後に「各自が持っている精神障害者観が、実習によりどのように変化したか」について記述したレポートの分析を試みた。20年度研究に向け、一部のデータを用いての探索的分析の結果、実習を通じて、学生の精神障害者観は基本的にネガティブなものからニュートラルもしくはポジティブな方向に変化したであろうことが窺えた。19年度研究を通じて、今後レポート全体を分析し、実習が看護学生の精神障害者観に与える影響、ひいてはスティグマや偏見の形成・解消に与える影響についての示唆を提示する準備を整えることができたと考えられる。

F. 健康危険情報 なし

#### G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

#### I. 引用・参考文献

1. Sartorius N: Lessons from a 10-year global programme against stigma and discrimination because of an illness. *Psychol Health Med* 11: 383-388, 2006.
2. Ay P, Save D, Fidanoglu O: Does stigma concerning mental disorders differ through medical education? A survey among medical students in Istanbul. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41: 63-67, 2006.
3. 近藤正幸, 山本桂香: 科学技術政策文献の構造分析・内容分析—第1期科学技術基本計画及び第2期科学技術基本計画を対象として. 文部科学省科学技術政策研究所調査資料, 2005.

表 1 実習前・後の精神障害者についての記述から抽出された語の一覧

実習前	実習後
コミュニケーションがとれない	—
怖い	—
暴力的	—
会話が難しい	—
受け入れない	—
自制できない	—
攻撃的	—
敏感	—
陽性症状	—
暴れる	—
支配される	—
集中できない	—
ネガティブ	—
幻想	—
作り話	—
話すのが嫌い	—
イメージできない	—
わからない	—
嫌でない	—
怒る	—
不安	—
怖くない	怖くない
—	挨拶する
—	人それぞれ
—	笑顔
—	迎える
—	話しかける
—	優しい
—	教える
—	わからなくない
—	不安でない
—	落ち着いている
—	話しやすい
—	自立
—	折り合いをつける
—	会話ができる
—	温かい
—	積極的
—	話す
—	アドバイスする
—	手を振る
—	写真
—	見せる
—	声をかける
—	折り紙
—	誘う
—	話さない
—	受け入れる
—	困っている
—	良い
—	生き生きする
—	素直
—	純粋
—	トランプ
—	改善する
—	人なつっこい
—	心配する
—	人間

## IV. 資 料

平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」

資料

英国視察報告

研究協力者 伊勢田 堯（東京都立多摩総合精神保健福祉センター）  
平賀 正司（東京都立多摩総合精神保健福祉センター）  
勝又陽太郎（国立精神・神経センター精神保健研究所）  
主任研究者 竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）

1. はじめに

本年度研究では、精神保健医療制度の改革を先行して行った英国の調査研究機関を訪問し、国として、制度改革がどのような効果をあげているかモニタリングするシステムについて情報交換を行った。この渡航によって、精神保健医療福祉の再編の進捗状況をフォローアップし、改革推進に役立てる国家レベルのシステムとそのあり方についての情報を得るとともに、研究者間で継続して情報交換を行う基盤づくりを行った。また、日本において喫緊の課題である自殺対策のあり方についても、英国の自殺予防戦略と精神保健医療制度との関連性について情報収集を行った。視察は 2007 年 2 月 5 日～10 日の日程で実施し、7 名で各施設を訪問して意見交換を行った。

以下、各プレゼンテーションを、提供されたパワーポイントと視察団のメモをもとに要旨を紹介する。

2. 視察報告

1 日目保健省（Department of Health Office）：

①キャサリン・タイソン（保健省精神保健政策部長）；英国の精神保健政策。残

念ながら、当日大臣に呼ばれて急遽中止となり、シュラブ所長が代行した。

②スティーブ・シュラブ（イングランド精神保健研究所所長、NIMHE, National Institute for Mental Health in England）；NIMHE に関する報告。

③ケイス・フォスター（NIMHE 自殺防止責任者）；全国自殺予防戦略、全国秘密調査。

<スティーブ・シュラブによる英国における精神保健政策と NIMHE の活動>

○ 精神保健の発生頻度

- ・ GP（General Practitioner, 一般医）にかかっている 6 人に一人は家庭・地域で精神保健の問題を抱えている。特に、うつ病と不安障害への対応が必要となった。
- ・ 100 人に一人は、統合失調症や躁うつ病などの精神科的重度の障害をもっている。
- ・ 5 歳から 16 歳の子供たちの 10 人に一人は臨床的に認識できる精神保健の問題を経験しており、GP（General Practitioner, 一般医）にかかっている 4 人に一人は精神保健の問題を抱えている。

- なぜ精神保健は優先的疾患とされたのか
- ・ 精神保健の問題を抱えている人々には心臓病や発作のリスクが高く、給付金を受けている大体 100 万人弱の人々は、何らかの精神保健上の問題を抱えているといわれている。
- ・ さらに、社会から疎外されている人々の中で精神病患者が非常に多い。
- ・ 景気がよくなると格差が生じ、低い層に精神保健の問題が生じる。特に、若い男性に。
- ・ これらのコストは 770 億ポンドになる。
- ・ 精神障害をもつ人々は早く死ぬ傾向がある。

#### ～政策の文脈～

#### ○ 基本的理念

- ・ 1970 年から 80 年の間は大病院がケアモデルであった。15 年間で大病院は閉鎖した。学習障害の大規模施設は今でも少数ながら残っている。
- ・ 困難ではあるが、治療を提供するだけでなく、価値ある個人として生活できるようにサポートする地域サービスを展開した。

#### ○ 重要な政策上の新構想

- ・ 変革のための政策文書：NSF(National Service Framework、ナショナル・サービス・フレームワーク)、新 NHS 計画
- ・ 地域チームの強化：A0 (Assertive Outreach、積極的訪問治療チーム)、EI (Early Intervention、初期介入チーム)、CR/HT (Crisis Resolution/Home Treatment Team、危機解決／家庭治療

チーム)。

- ・ 精神保健法案 (国会で審議中)：強制的拘束を可能にする法案である。

#### ○ NSF

16 歳から 65 歳までの人々への対策で、7 つの全国的基準を設定し、すべての精神保健サービスがこの基準を満たすようにモニターしている。

#### ○ 新 NHS 計画

- ・ CR/HT：入院になりそうな患者に、24 時間 7 日の専門的訪問サービスをする。
- ・ EI：16 歳から 35 歳までの若く、治療抵抗性の高い人々に対して、発病早期に介入する。スタッフの中にユーザーが入ることもある。
- ・ A0：米国でいう ACT。粘り強い関係づくり (engagement) による介入で、急性期のベッド数の減少を図る。
- ・ 大学院で精神保健を学んだ卒業生をプライマリー・ケア・ワーカー (graduate primary care worker) として積極的に採用。

#### ○ 進捗状況とこれから

- ・ いいところもあり、悪いところもあるなど地域間格差はある。
- ・ 5 年間で地域ケアにシフトした。リカバリーモデルによって、障害をもついても充実した人生を送れるように支援している。掛ける費用も増大した。
- ・ 専門職の果たす役割を根本的に変えた。上級精神科医が診る患者数はできるだけ減らし、むしろスーパーバイザーの役割を強化し、本当に必要な患者だけを診る体制にした。

- ・ これからの5年間はサービスユーザーの関与を強める。
- 人材の確保（1997年を基準に）
  - ・ 看護師 8000人増（20%増）
  - ・ 上級精神科医 1200人増（50%増）
  - ・ 臨床心理士 3000人増（75%増）
  - ・ 700の新しい専門チーム（AOなど）
- 精神保健プログラム供給委員会の結成
 

アップルビー教授（5年前までNIMHE所長）が議長を務める精神保健政策のすべてを監視・監督する自治会的組織で以下の取り組みを行っている。

  - ・ 最優先課題として、少数民族・マイノリティへも均等なサービスを届ける。
  - ・ 精神保健法の改定
  - ・ 心理療法（認知行動療法）の普及。
  - ・ 自殺予防。
- 他の取り組み
  - ・ 公衆衛生の改善
  - ・ ソーシャル・インクルージョン（社会的包摂）
  - ・ アンティスティグマ
  - ・ 入院治療の改善と専門的治療
    - －入院治療プログラム
    - －二重診断
    - －パーソナリティ障害
    - －プライマリーケア
  - ・ 刑務所における犯罪者精神保健
  - ・ 児童思春期精神保健
  - ・ 高齢者
  - ・ ドメスティックバイオレンスと性的虐待
- これからの課題
  - ・ 民族間の平等
  - ・ 社会的疲弊
  - ・ 自殺予防

～サポート体制～

- サポート体制の構築
  - ・ 2002年NIMHEと8つの地域開発センターの設立
  - ・ 保健と福祉の連携
  - ・ ナショナル・ソーシャル・インクルージョン・プログラム
 

2004年9月から3年間。

    - －雇用の促進
    - －教育へのアクセス改善
    - －心理療法（認知行動療法）の普及
  - ・ DRE (Delivery Race Equality Programme、少数民族対策プログラム)
 

政府の最も優先度の高い取り組みとして、黒人・少数民族へのサービスを改善する取り組みを行っている。

17箇所のDREパイロットおよびcommunity engagement pilot（地域関係づくりパイロット）を実施。後者のワーカーとして500人を目標にしている。
  - ・ 精神保健法改正で、パーソナリティ障害に関するtreatability testを廃止し、入院を含めて治療体制を確立する。
  - ・ 精神保健に従事する指導的専門職は、企業の研修を受けてサービス開発を行っている。成果が上がったところには、人と予算が付き、あがらないところの指導者は交代している。

< ケイ・フオスターによる全国自殺予防戦略 >

○ イングランドにおける自殺予防戦略の特徴

包括的、エビデンスベースト、対策を特定化、モニターの公開、徐々に進化する戦略

○ 政策理念

白書「もっと健康な国に」の目標値として、2010年までに自殺率を少なくとも20%下げる。

○ 自殺率のベースラインの設定。

- ・ 自殺率の設定は3年間を平均したものをその年の自殺率とする。
- ・ 1995/6/7 自殺率は10万人対9.2人だった。
- ・ 2009/10/11 の目標は、10万人対7.3人である。

○ 6つの目標もとづく活動プログラム

- ・ 主要なハイリスクグループのリスク軽減
- ・ より広い人々の精神保健の安寧を促進する
- ・ 自殺手段の入手性と致死性の軽減
- ・ メディアにおける自殺報道の改善
- ・ 自殺および自殺予防の調査研究の促進
- ・ 白書「もっと健康な国に」の目標値達成過程のモニターの改善

○ ハイリスクグループとするための基準

- ・ 統計的に自殺リスクが増加していること

- ・ 実際の数値が分かること
- ・ 予防法のエビデンスがあること
- ・ 介入をモニターする方法が存在すること

○ ハイリスクグループにおける自殺の低減

- ・ 精神保健サービスに接触した人々
- ・ 故意の自傷の経験がある人々
- ・ 若い男性
- ・ 受刑者
- ・ 職種
  - －農業従事者
  - －看護師
  - －医師

○ 精神保健サービスに最近、またはかつて接触した人々の自殺数を低減する

- ・ 精神疾患をもつ人々の自殺と他殺の全国秘密調査
- ・ 全国秘密調査によるサービスと実践の発展のための勧告

○ 全国秘密調査による勧告

- ・ 病棟のレイアウトの定期的見直し
- ・ ひもを引っ掛けられそうな場所の見直しとアセスメント
- ・ リスクマネジメントとアセスメントの訓練
- ・ 退院時の質の高いフォローアップ

○ 全国秘密調査によるこの5年間の調査結果の2006年12月の出版

「メモリー報告」による組織改善勧告

- －頑丈なベッドとカーテンレールを壊れやすいものにする

- 国立患者安全確保機関
  - ・ 患者の安全性を改善するために 2001 年に設立
  - ・ インシデント報告システムの導入
  - ・ 精神保健サービスにおける患者安全推進プロジェクトの立ち上げ
- イングランドにおける入院患者数は、1997 年 215 人から漸減し、2003 年には 167 人になった。
- 故意の自傷の翌年の自殺数を低減する
  - ・ NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence、国立優良保健・医療研究所) による自傷ガイドラインの出版 2004 年 7 月
  - ・ 2004 年 11 月故意の自傷センターのモニター体制の確立
    - －マンチェスター、リーズ、オックスフォードおよびダービーに設置
    - －全国的傾向とパターンについてのより詳細なデータを提供することを目指す
- 若い男性の自殺数を減らす問題：
  - ・ イングランドでは 2004 年に 1000 人近くの若い男性が自ら命を絶っている
- 精神保健の増進パイロット
  - ・ 若い男性に早期に助けを求め援助を利用することを努力させたり、励ますための精神保健の増進パイロットを立ち上げる
  - ・ カムデン、北部ロンドン、ベッドフォード州、マンチェスターでパイロット事業を展開する
- ・ パイロットの事業評価
- ・ 事業評価の結果である「手を差し伸べる」の出版 (2006 年 6 月)
- ・ 市町村レベル、州レベル、全国レベルで、パイロット事業からよく学んだ上で、若い男性とより効果的に関係づくりを行い、適切なサービスを彼らに届ける必要がある
- これらの結果若い男性の自殺は史上初めて減少に転じた。
- 受刑者
  - ・ 受刑者のピアサポート
  - ・ 受け入れ手続きの改善
  - ・ 刑務所における精神保健「イン・リーチ」の拡充
  - ・ 危機状態にある受刑者のためのケアプランの改定
- 刑務所における自傷は 2002/2003 年をピークに減少してきている 2000 年から 2002 年の水準までに下がっていない。
- より広範な人々の精神保健の安寧の増進
  - ・ 特別のグループを特定する
  - ・ ステイグマと排除に挑戦する 5 年戦略計画の策定
  - ・ 全国社会参加プログラムの開始
  - ・ 精神保健の増進のための国家顧問団の結成
  - ・ 白書：「われわれの健康 われわれのケア われわれの言い分」の実践



- 自殺手段の入手性と致死性
  - ・ 首吊りと首吊り場所の活動
  - ・ パラセタモール（鎮痛解熱剤）の一箱の錠剤数を少なくする
  - ・ コプロキサモールの段階的使用停止
  - ・ 鉄道対策
  - ・ 橋や高所からの飛び降り対策
 行動：NIMHEは自殺多発地点対策ガイドラインを開発した
  
- メディアにおける自殺行動の責任ある描写を促進する
  - ・ ステイグマと排除に取り組む5年戦略計画の策定
  - ・ ジャーナリストと編集者が自殺報道に関する効果的な支援を受けられるようにメディアと協働する
  - ・ 自殺を助長するインターネット自殺／チャットルームへの対策
  
- 自殺と自殺予防に関する調査研究の促進
  - ・ 調査研究フォーラムの設立
  - ・ レスビアン、ゲイ、およびバイセクシャルグループの自殺と自傷の文献レビュー
  - ・ 少数民族間の自殺と自殺企図の危険因子の研究調査
  
- 白書：命を救え「もっと健康な国に」の自殺を減少させる目標に向かう経過のモニターを改善する
  - ・ データ収集の改善
  - ・ PCT(Primary Care Trust)調査ツールキット
  - ・ 年報の出版
  
- 最近の取り組み
  - ・ 自殺や突然死の遺族向けの「身近な支援」の出版（2006年9月）
  - ・ 効果が立証された取り組みを入れた自殺多発地点で取るべき行動のガイドラインの開発
  - ・ 自殺と原因不明自殺の調査に基づく支援ツールの開発（2006年10月）
  
- 挑戦
  - ・ 直近の全国秘密調査報告「防ぐことのできる死」は、入院患者の安全が依然として大きい問題であることを示している
    - －無断離院後の自殺によって死亡する入院患者
    - －入院から地域ケアへの移行
    - －高度ケアの対象になっていない重度の精神疾患をもち、暴力か自傷の既往がある患者
  
- 自殺の動向
  - ・ 記録が始まって以来の最低の全般的自殺率の達成
  - ・ 若い男性、精神保健入院患者、および受刑者の自殺率の減少
  
- 直近の位置
  - ・ ベースラインの自殺率 1995/6/7
    - －人口10万対9.2
  - ・ 目標 2009/10/11
    - －人口10万対7.3
  - ・ 直近の自殺率 2003/4/5
    - －人口10万対8.5

<ケイス・フォスターによる全国秘密調査についての説明>

この制度は1996年から導入されたものであり、精神保健分野だけでなく NHS 全体で実施されているものである。

精神保健法の下での自殺・他殺・突然の死の調査が全国レベルで実施された。患者の秘匿性ととも情報提供者の秘匿性も確保され、回答率が91%から95%になった。

この調査結果による勧告が出され、戦略を発展させることが可能になった。

2 日目ロンドン開発センターのあるキングス・ファンド (King's Fund : CSIP London Development Centre) :

<ピーター・エイトキン (デボン協同トラストの研究開発部門) およびクリスタベル・オーウェン (ペニンストラ医科大学精神保健研究グループ) による自殺多発地点 (hotspots) 対策>

#### ○ デボン州の特徴

- ・ 人口 90 万人
- ・ 比較的富裕層が住む町だが、隣に海軍の軍港がある。

#### ○ デボン州の精神保健

- ・ 1970 年代に大規模施設が閉鎖され、1980 年代から 1990 年代に地域精神保健チームが普及し、長期の重度の精神障害者を支える体制が作られた。
- ・ この中で刑務所と精神科病院という自殺高危険群があることに気づき、対応していた。
- ・ 自殺対策として、①石炭ガスの天然ガスへの切り替え、②パラセタモールの販売規制、③刑務所と病院で首吊り場

所への対策を実施した。

#### ○ 自殺頻度

- ・ 毎年 100 人から 150 人が自殺。

#### ○ デボン州の自殺ホットスポット (多発地点) 対策の背景

- ・ 2002 年に国家自殺予防戦略の目標 3 の「自殺方法の入手性と致死性の減少」
- ・ 2006 年 NIMHE からホットスポット対策のガイダンス開発の任務を命じられる

#### ○ ホットスポットガイダンスの焦点

- ・ 定義
- ・ 場所の同定
- ・ 管理

#### ○ ホットスポットの分類

- ・ 高所 (橋、陸橋、高層ビル、絶壁など)
- ・ 高速車両 (自動車道と鉄道)
- ・ 見つからない場所 (人気の無い郊外の駐車場など)

#### ○ ホットスポットへの介入

- ・ 物理的障壁 (防御ネット、柵)
- ・ 看板と危機時の無料電話機の設置
- ・ 巡回
- ・ ホットスポットの周辺で働いている人たちへの気づき訓練
- ・ メディア規制

#### ○ ホットスポットの場所の同定

- ・ 検視官の記録から同定
- ・ 3-6 ヶ月で更新
- ・ GIS の地図で表示

○ ハイリスク場所の管理

- ・ 地域の有力者を集めた代表者会議で決定、実施

○ 監査と評価

- ・ 航空機ニアミスのツールが役立つ
- ・ 最低限3年で評価
- ・ 自殺件数は、全体として1980年代から低下傾向にある。プロジェクトを開始して1年になるが、有効かどうか長い経過の中で判断しなければならない。新しくできた橋には柵が作られている。

3日目キングス・ファンド (King's Fund: CSIP London Development Centre):

- ・ ブレンダン・マックロリン (ロンドン開発センター自殺対策責任者): ロンドンにおける自殺対策および心理療法プログラム。
- ・ アッシア・アリ (プライマリーケア精神保健ワーカー): プライマリーケアにおける精神保健。
- ・ ジェフ・ハルペリン (カムデン若者対策責任者): 若年男性への取り組み。
- ・ オドリ・ダ・コスタ (ロンドン地下鉄自殺防止責任者): 地下鉄での取り組み。

<ブレンダン・マックロリンによるプレゼンテーション>

ロンドンにおける自殺実態の地理的、人口学的統計の詳しい説明があったが、要約すると以下のものであった。

ロンドンでは自殺率の減少においてかなりの進展が見られた。ロンドンにおける1995-1997年の自殺率は10万対9.8人であったが、2002-2004年では8.3人に減

少した。特に若年成人20-34歳の自殺率が1997-1999年以来40%以上の減少が見られる。

- ・ しかしながらこの結果に満足する余地はない。全体として自殺率が以前ほどの速さで減少していないし、このままでは目標達成が困難である。
- ・ 自殺率の不均衡は依然として大きい。ロンドン市街地カムデン、イスリングトンの自殺率は英国の平均に比べて有意に高いが、ロンドン郊外の多くは完全に下回っている。
- ・ ロンドンでは薬剤が関連した服毒、首吊り、絞首、窒息は最も一般的な自殺の方法である傾向が続いている。しかしながら薬剤の関連した服毒は僅かながら減少している。
- ・ パラセタモールパックの錠剤数を減らし、販売規制することで薬剤に関連した服毒による自殺の割合に良い影響を与えてきた可能性がある。しかしながら、依然としてパラセタモール（と関連した合剤）と抗うつ剤は最も一般的な薬剤関連自殺に用いられる薬である。薬剤管理戦略では、この問題に焦点が当てられることが必要である。

<アッシア・アリによるプライマリーケアにおける精神保健>

カムデンにおける心理療法士のPCMHWとしての活動の紹介があった。

何故self helpが強調されるのか

self helpは、国立優良実践研究所(National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE)のステップ1で一般的な精神保健上の問題を経験した人々のために推奨されている(例 うつ

病、不安障害)で、プライマリーケアの一環として取り組まれる。

- 1 self helpは自分のペースで進めることが出来、それによって自己のコントロールの感覚が増える
- 2 self helpは専門家の援助への依存を減らす
- 3 self helpは再度戻ることが出来る
- 4 self helpはより簡単にアクセス出来る方法である。

Camdenにおけるself helpアプローチ：  
4つの鍵となるサービス

- ・プライマリケアメンタルヘルスワーカーによるサービス（積極的な面接介入はしない）
- ・本の処方
- ・コンピューターによる認知行動療法
- ・心理教育グループ（治療ではなく、場所も地域の図書館で行う）

<ジェフ・ハルペリンによるCamdenにおける若年男性への取り組み>

Camdenは、若者が多く、自殺率が高い。自殺率が高い地域の特徴である①失業率が高い②疎外感が強い③経済的な格差が大きい④貧富の差が大きい人々が隣接しているなどの特徴を備えた地域である。中でも、若年男性の自殺が多い。若い男性は、衝動的行動をとりやすく、首吊り、飛び降り、電車に飛び込む傾向が強い。物質乱用、うつ病の合併も多く、女性に比べて対処能力も低い。背景には、若い男性の仕事が減り、学校の成績もよくないので自尊感情が低くなるという最近の社会経済的変化が推測されている。また、援助を求めたがらない男性の傾向がある

ので、サービスを受けに来るのを待っていても埒が明かない。そこで、積極的に出向くアウトリーチ手法の援助に取り組んだ。3つの手法を展開した。

第一が、青年地域ワーカー(youth community worker)を活用するアプローチである。ボランティアと有償職員からなる伝統的組織である。若者に接してきたワーカーに精神保健の知識と対応法、自殺予防法を訓練した。

第二に、ニューディール政策を活用するアプローチである。18歳から24歳で24ヶ月以上失業している人は、国の保護を受ける代わりに、ニューディールセンターに6ヶ月間職業訓練を受けることが義務付けられている。そこで、若者の心理的行動的特徴を捉えた対応、グループワーク、積極的アウトリーチ技法を活用したアプローチを工夫した。フォローアップにも取り組み、1対1のセッション、短期心理療法、自助グループの紹介も行った。

第三に、普及啓発活動である。若者に受ける言葉を使い、3分間ビデオ上映、地域のコメディアン、議員、バンドなどが参加するイベントも実施した。

これらの活動によって、薬物など精神保健上の問題を抱えた若者が就労するようになるなど著しい成果が評価され、さらに予算がついて、全国展開されようとしている。

<オドリ・ダ・コスタによる地下鉄で自殺予防の取り組み>

地下鉄サービス、イメージ、経済的影響への支障が起きることから、自殺予防に取り組んだ。