

ロンドンの地下鉄は275の駅があり、1日300万人が利用し、職員は13000人いる。15年前から自殺予防戦略には外部機関が関与しながら取り組んだ。

まず、自殺調査、職場の精神保健、職員のPTSDの調査を行った。精神科病院に近い駅で自殺が多いという報告があった。

駅職員のために、PTSDのトレーニングやカウンセリングを行った。

旅客へは、プラットホームに黄色い線を引いたり、バリアの建設、駅線路のくぼみ、ハイリスク駅の自殺しやすさの軽減、監視カメラ、サマリタンの電話とポスターの設置などを行った。患者が退院するときの病院との連携、警察との連携も図った。

ある駅では年間4人の自殺者があったが2006年には1人に減った。

旅客の行動の傾向を調べる必要がある。1999年から2005年の間には741人が線路に立ち上がったが、車両と接触したのは1/4の251人で、5月から8月の間が多く、男性が女性の4倍であった。中心部に多く、外部から来た人たちが多くので自殺ツーリストと呼んでいる。

4日目 (South West London & St. Georges. Springfield University Hospital) :

第四日目 : 南西ロンドンおよびセント・ジョージ精神保健トラストにて

<マイク・ファーム (ロンドン開発センターサービス改善委員会責任者、積極的アウトリーチ全国フォーラム会長) ; 積極的アウトリーチチーム、(発病) 初期介入、スプリングフィールド病院訪問>

南西ロンドンは、人口100万人弱。ここに、非専門家による一般的な地域精神保健チーム (Community Mental Health

Team, CMHT) が23チームある。CMHTは、平日対応、ケースロード25人、2週間に一回の訪問を行っている。

この上に、3つの専門的訪問サービスチームがある。積極的アウトリーチチーム (Assertive Outreach Team, AO) の3チーム、(発病) 初期介入チーム (Early Intervention Team, EI) の1チーム、危機解決 / 家庭治療チーム (Crisis Resolution / Home Treatment Team, CRHT) の3チームが整備された。

新NHS計画では、2003年までに複雑なニーズをもつ2万人を対象とするAOチームを220、2004年までに335のCRHTチームを立ち上げ、入院に瀕した100万のエピソードに対応し、急性病棟への強制入院を30%削減することを目標にした。実際には、20%削減となった。さらに、3,4チームからなる50のEIサービスによって、発病3年以内のエピソードに対して3から9週間以内の関与をし、7500人の若い人たちに対応する。

AOの実践 ;

活動の20%は服薬援助で毎日訪問している。一人のワーカーで1週間に15~20回の訪問、チーム全体で週200回の訪問をこなしている。関係作り (engagement) を重視している。さらに、日常生活技術 (Daily Living Skill) も重視している。活動の15%は買い物やレジャーなど楽しいことを一緒にやっている。患者の衣食住のニーズ、お金と仕事のニーズの支援に努めている。AOの効果として、病床利用、住居の安定、治療の維持、満足度に効果があったが、警察や触法行為、薬物使用では差が出なかった。北部ロンドンの成績では病床利用にCMHTとの差が出な

かった。CMHT が類似の活動をしていたことによるのではないかと思われる。財政上のこともあって、こうした結果から、ロンドンで2つのA0チームが減らされた。EIの実践；

A0の関わり方とフォローアップをEIでも実施する。エビデンスに基づいた介入として、①発病3年以内に最善の治療、②この時期特異的治療（少量のリスペリドン、前駆症状への認知行動療法）、③自然なサポートの維持（教育や職業機能、家族機能、本人のコーピング機構）に焦点を当てる。精神病の発生は、毎年10万人当たり7人から60人と地域間でのバラつきが大きく、市街地は高い発生で並存診断が多く、発病のピークは10代後半から20代前半である。

伝統的介入では、初回エピソードの80-85%は入院するが、警察が関与した強制的入院になり、入院も長期化し、高容量の定型薬を使用され、陽性症状中心の治療、心理・生活機能の回復への軽視、家族のニーズの軽視によって、地域ケアの高い脱落をもたらしてしまう。10年間のフォローアップでは、83%は再入院、57%は中等度の職業的な障害、66%は深刻な社会機能障害、75%は経済的に非自立であり、13.2%は自殺、男性では21.5%で若い男性の自殺の比率が高い。

初期介入では、①チームメンバーに常勤の職業ワーカーを配置、②ニーズのアセスメント、③クライアントの選択肢の尊重と長所（能力）活用アプローチ strengths approach、④大学や職業コースなどを出来るだけ早期に捜し始める（rapid search）などを心がける。職業ワーカーによる初期介入では、①まずは

地域を知る、②地域で雇用者のニーズを知る、③ネットワークを作る、④クライアントの売込みを重視するなどの、コアとなる原則によって活動する。

これらの活動によって、初期介入を始めた頃は、75%の人は全く何もしていなかったが、18ヶ月たった現在逆転して、75%が職業教育、ボランティアなど何らかのことをやっている。宇宙物理学を大学で学ぶ人、医学物理学を専攻する人も出てきた。

## 別紙 4

## 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

## 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
松原三郎	「医療観察法」における 通院医療と高齢者	老年精神医学 雑誌	18(5)	509-518	2007
松原三郎	認知症専門病棟におけ る精神科救急医療と身 体合併症医療	老年精神医学 会雑誌	18(11)	1176-1183	2007
山下俊幸	自立支援医療制度(精神 通院医療)の現状と課題 -精神保健福祉法第32条 から障害者自立支援法 第58条へ-	精神障害とリ ハビリテーシ ョン	11(2)	142-147	2007

平成 19 年度「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」  
研究班名簿

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
分担研究者	白石 弘巳	東洋大学ライフデザイン学部
	山下 俊幸	京都市こころの健康増進センター
	中澤 誠	財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院 小児・生涯心臓疾患研究所
	野中 猛	日本福祉大学社会福祉学部保健福祉学科
	千葉 潜	青南病院
	樹神 學	こだまホスピタル
	立森 久照	国立精神・神経センター精神保健研究所
	須藤浩一郎	土佐病院
研究協力者	池淵 恵美*	帝京大学医学部精神科学教室
	伊勢田 堯*	東京都立多摩総合精神保健福祉センター
	伊藤 弘人*	国立精神・神経センター精神保健研究所
	宇田 英典*	鹿児島県大隅地域振興局
	萱間 真美*	聖路加看護大学精神看護学研究室
	小山明日香	国立精神・神経センター精神保健研究所
	斎藤 治*	国立精神・神経センター武蔵病院
	佐々川洋子*	神奈川県保健福祉部障害福祉課
	中島 豊爾*	岡山県精神科医療センター
	長沼 洋一	国立精神・神経センター精神保健研究所
	野田 哲朗*	大阪府健康福祉部地域保健福祉室
	箱田 琢磨	国立精神・神経センター精神保健研究所
	羽藤 邦利*	代々木の森診療所
	松原 三郎*	松原病院
	水野 雅文	東邦大学医学部精神神経医学講座
	溝口 明範	溝口病院

(\*：フォローアップ委員会委員)

(50 音順)

---

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」

平成 19 年度総括・分担研究報告書

発 行 日 平成 20（2008）年 3 月

発 行 者 「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」  
主任研究者 竹島 正

発 行 所 国立精神・神経センター精神保健研究所

〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1

TEL : 042-341-2712(6209) FAX : 042-346-1950

---

—精神保健医療福祉の改革ビジョン研究ページ—  
<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/index.html>