

厚生労働科学研究費補助金

障害者政策総合研究事業

地域特性に対応した精神保健医療サービスにおける早期相談・介入の方法と  
実施システム開発についての研究（19GC1015）

令和元年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 根本 隆洋

令和2（2020）年 5月

## 目 次

I . 総括研究報告	
地域特性に対応した精神保健医療サービスに おける早期相談・介入の方法と実施システム開発に ついての研究	----- 1
根本 隆洋	
(資料) 1. 第39回日本精神科診断学会(2019/09)発表ポスター	
2. 根本隆洋:「精神医学」論文抜粋	
3. 根本隆洋:「精神科」論文抜粋	
4. 根本隆洋:「臨床精神医学」論文抜粋	
II . 分担研究報告	
1 . 外国人にも対応した精神保健医療サービスに おける早期相談・介入の方法と実施システム 開発についての研究	----- 14
根本 隆洋、辻野 尚久	
2 . 周産期の精神障害に対応した精神保健医療 サービスにおける早期相談・介入の方法と 実施システム開発についての研究	----- 19
辻野 尚久	
3 . 大都市部における精神保健医療早期相談・支援 システムの開発 若年者ワンストップ相談 センターSODAの設置	----- 22
田中 邦明	
(資料) SODA説明文書	
4 . 精神保健福祉センターと保健所の連携: ICTを用いた地域精神保健の向上を目指して	----- 31
清水 徹男	
5 . 都市近郊アウトリーチモデル: 心理職によるアウトリーチ支援	----- 38
藤井 千代	
(資料) 自治体アウトリーチにおける心理職の役割と課題について	
III . 研究成果の刊行に関する一覧表	----- 46

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）  
「地域特性に対応した精神保健医療サービスにおける早期相談・介入の方法と  
実施システム開発についての研究（19GC1015）」  
（研究代表者：根本隆洋）  
総括研究報告書

「地域特性に対応した精神保健医療サービスにおける早期相談・介入の方法と  
実施システム開発についての研究」  
研究代表者 根本隆洋 東邦大学医学部精神神経医学講座 准教授

## 研究要旨

精神疾患の社会的損失が世界的に強調される中、本邦でも5疾病5事業として精神科医療連携体制の充実が求められ、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築が進められている。本システムを持続可能（sustainable）なものとするには、早期相談・介入を当初から組み入れる必要がある。早期段階での対応により精神疾患の発症予防や軽症化が期待され、また罹患した際においても早期の社会参加や社会復帰が可能となる。このような、システムにおける「入口と出口」への対応により、システムの運用を機能的にも保健医療福祉財政的にも、より現実的かつ理想的なものとする事ができる。一方で、サービスの提供体制については、保健医療福祉供給の違いや精神障害に対する差別・偏見、および文化・社会的背景の差異を考慮した、諸外国を参考にしながらも、わが国で実施可能なシステムの確立が求められている。早期相談・介入の社会実装においては、都市への人口や機能の集中、地方の人口や産業の減少、少子高齢化、増加する在留外国人、経済的格差などの、「地域差・地域特性」を考慮した提案が不可欠である。本研究の目的は、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの理念のもとで、わが国の保健医療福祉体制および行政システムの中で実施可能な、メンタルヘルスや精神疾患の早期段階時から、各地域内で連携し資源を適切に活用できる仕組みを提案・検証することである。そこで、本研究をMEICIS（メイシス、Mental health and Early Intervention in the Community-based Integrated care System）と名付け研究・実践を行った。本邦の典型と考えられる4か所のモデル地域（京浜地区、東京都足立区、秋田県、埼玉県所沢市）を設定し、地域を問わず通底する理念とともに、地域特性を取り入れた具体的な早期相談・介入の体制の在り方と、実現可能なモデルを検討し、政策提言に向けた地域での実践を行った。また、メンタルヘルスの早期相談・介入に関する普及や啓発、及び関連する地域資源情報の提供について、ICT（情報通信技術、Information and Communication Technology）を利用した取り組みを実施した。

## 研究・実践1. 地域特性を考慮した早期相談・介入モデルの構築

### 1.A. 研究目的

研究目的は、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの理念のもとで、わが国の保健医療福祉体制および行政システムの中で実施可能な、メンタルヘルスや精神疾患の早期段階時から各地域内で連携し資源を適切に活用できる仕組みを提案・検証す

ることである。

地域包括ケアシステムにおいては、それぞれの地域特性を十分に考慮する必要がある。一方で、精神保健医療の早期相談・介入においては、精神医学に関わるスティグマやそれに伴う情報管理及びアプローチ方法を詳細に検討する必要がある（Baba et al., 2017）。本研究においては、本邦の典型を呈すると考えられる複数のモデル地域を設定し、地域を問わず通底する理念と

もに、地域特性を取り入れた具体的な早期相談・介入の体制の在り方を、下記の3点に力点を置き検討したうえで、実現可能なモデルを提案した。

(i) 精神障害に対応した地域包括ケアシステム

精神疾患の社会的損失が世界的に強調される中、本邦でも5疾病5事業として精神科医療連携体制の構築が求められ、医療、障害福祉、介護保険事業（支援）の3計画が連動し、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を理念とした、重層的な連携による支援体制の構築が進められている。本システムを持続可能（sustainable）なものとするには、早期相談・介入を当初から組み入れる必要があると考えられる。すなわち、精神保健医療的問題の早期段階での対応により、精神疾患の発症予防や軽症化が期待され、また罹患した際においても、早期の社会参加や社会復帰が可能となる

(Kessler et al., 2005; 根本ら, 2016)。このような、システムにおける「入口と出口」への対応により、システムの運用を機能的にも保健医療福祉財政的にも、より現実的かつ理想的なものとする事ができる（図1）。

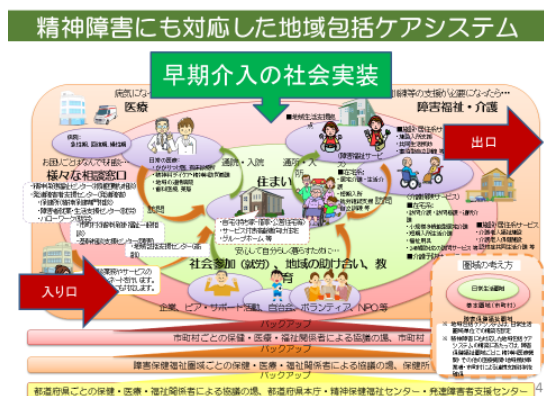


図1 持続可能なシステム

(ii) 早期相談・介入の社会実装

わが国の精神保健医療福祉施策は入院から地域ケア中心型への移行を促進しているが (Nemoto et al., 2014; Kida et al., 2020)、サービスを地域で支えていくには、上述のように、精神障害の頭在発症もしく

は重症化を防ぎ、高水準での社会包括を可能にする、早期介入の概念を取り入れ実施する必要がある。その重要性は世界的に広く認識され、研究から臨床実践段階に移行している。研究代表者は本邦での多施設追跡研究を行い、治療へのタイムラグが転帰を不良にすることを明らかにした (Ito et al., 2015)。世界各国で薬物・心理的治療技法に関するガイドラインが作成され、わが国においても「早期精神病ガイダンス (日本精神保健・予防学会, 2017)」が発表され、研究代表・分担者も執筆に参加した。一方で、サービスの提供体制については、保健医療福祉供給の違いや精神障害に対する差別・偏見、および文化・社会的背景の差異を考慮した、わが国で実施可能なシステムの確立が求められている。

(iii) 地域特性に対応した早期介入のシステム

早期相談・介入の社会実装においては、都市への人口や機能の集中、地方の人口や産業の減少、少子高齢化、増加する外国人居住者、経済的格差などの、「地域差・地域特性」を考慮した提案が不可欠であり、これらを反映するモデル地域の設定やフィールドワークによる課題の抽出と対応策の検討が喫緊の課題である。

1. B. 研究方法

地域の特性を踏まえた早期対応・介入方法として、①広域都市圏では保健医療福祉に関する相談やサービス対応が行政区域を越境しうる（ボーダーレス）ことを踏まえた地域ネットワークの構築、特に近年増加する在留外国人に関する検討・実践、及び既に構築が進んでいる周産期メンタルヘルスの地域ケアモデルを参照した検討を（京浜地区、研究代表者 根本隆洋、研究分担者 辻野尚久）②人口密集地域ではコミュニティの中に対応機関を設置し地域連携の拠点とした検討・実践を（東京都足立区、研究分担者 田中邦明）、③地方過疎地域では遠距離・交通手段の問題などによる、機関同士やそこへの当事者のアプローチの困難に対して、遠隔通信システムを用いた機関連



携や技術援助、当事者へのサービス提供の検討・実践を（秋田県、研究分担者 清水徹男）、④郊外住宅地域ではアウトリーチを取り入れ、そこでの公認心理師の役割についての検討を（埼玉県所沢市、研究分担者 藤井千代）、令和元年度に実施した。

なお、研究の実施にあたっては倫理規約に則したプライバシーに関する守秘義務を尊重し、匿名性の保持に十分配慮した。

### 1.C. 研究結果

本研究をMEICIS（メイシス、Mental health and Early Intervention in the Community-based Integrated care System）と名付け、研究・実践を行ってきた（図2）。各論の詳細は、分担研究報告書を参照いただきたい。



図2 MEICISのロゴマーク

①広域医療圏（ボーダーレス）モデル（京浜地区）では、自治体単位に収まらない事例などの調査を行った。その1つとして、当地域に多数みられ増加傾向にある在留外国人を取り上げた。母国外に居住することは精神疾患の発症リスクであるが、外国人の精神保健サービス利用は少ない。そのため、外国人のメンタルヘルスを維持するために、早期に相談でき且つ介入できるシステムを構築することが喫緊の課題である。令和元年度は京浜地区主要3病院精神科における在留外国人の受療行動の特徴について調査した。また、在留ブラジル人を対象とした医療相談会や普及講演会を実施した（図3）。加えて、神奈川県鶴見区の周産期メンタルヘルスの地域ケアモデルに関連した検討も行った。



図3 在留ラテンアメリカ人「こころの相談室」案内

②大都市対面型モデル（東京都足立区）では、地域特性を踏まえ、早期介入の中心的課題である若年者を主たる対象に設定し、地域包括ケアシステムにおける大都市対面型モデルの相談支援窓口について検討してきた。社会実装方法としてWHOは地域にワンストップ型の相談センターを設置することを推奨している。そこで令和元年7月、足立区北千住に若年者ワンストップ相談センターSODA（ソーダ、Support with One-stop care on Demand for Adolescents and young adults in Adachi）を設置した。豪州のユースメンタルヘルスサービス headspace も参考とし（Rickwood et al., 2019）、多職種チームによる早期介入アセスメントおよび臨床型ケースマネジメントを主たる支援内容と設定し、支援サービスの提供を開始した。また、ウェブサイトの運営に加えて、遠隔相談システムやSNS（ソーシャル・ネットワーキング・サービス、Social Networking Service）を用いた相談や介入も始めた（図4）。



図4 SODA のサービス

③地方過疎地 ICT モデル（秋田県）においては、秋田県は広大な山地と全国最大の

人口減少率で知られ、若年人口の流出も多く全県が豪雪地帯に指定され、全国に先駆けた深刻な地方過疎問題に直面している。精神保健福祉窓口についても、心理士や精神保健福祉士が殆ど不在である中、保健師がその任に当たり、且つ相談業務は自殺、引きこもり、依存症など多様化し対応が困難になりつつあり、相談業務の展開における地域差も大きくなってきていることが明らかとなった。従来型のサービス提供が今後さらに困難になるのは明らかである。

その対応策として、本研究においてセキュリティ、機能、サポートに優れた「V-CUBE ミーティング」を用いたウェブ相談システムを構築してきた(図5)。また、相談・介入業務における具体的ツールとして、アルコール依存症を対象とした、冊子を用いたプログラムである ASAT-A (秋田県版アルコール依存症回復支援プログラム、Akita ver. SAT for Alcoholics) を作成した。

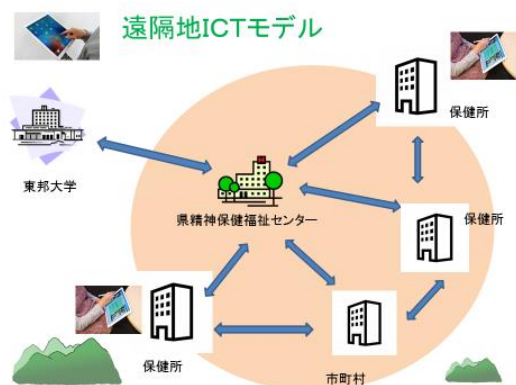


図5 ICTを活用したモデル

④都市近郊アウトリーチモデル (埼玉県所沢市、研究分担者 藤井千代)

所沢市での精神障害者アウトリーチ支援事業と連携して調査を行う。同事業は身体・精神における健康支援、受診調整なども取り扱い、広範囲にわたる早期介入を実践している。令和元年度は同支援事業において、研究費により公認心理師2名を雇用し、相談支援業務において同職に期待される役割やスキルを検討した(図6)。

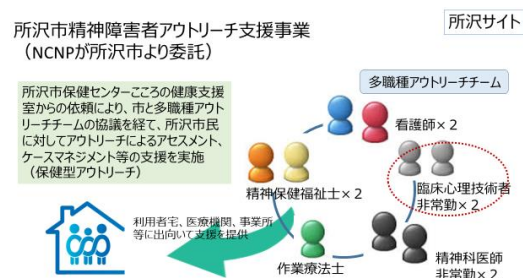


図6 アウトリーチと公認心理師業務

1.D. 考察

①広域医療圏(ボーダーレス)モデル

外国人居住者に関する医療・保健・福祉の現状として、

- ・京浜地域を含む東京の在住外国人は増加(都総人口の3.3%、全国最多)
- ・在留外国人のうち約20%が東京都在住
- ・国籍は178ヶ国と様々な国籍、民族、文化的背景
- ・約半数が20代・30代の若年層
- ・高度人材およびその家族、留学生が多い
- ・国際結婚による外国にルーツを持つ子供たち

などが挙げられた。

今後課題として、

- ・異文化での生活に伴う様々なストレス、一方で支援資源の利用率は低い
  - ・多言語化対応の遅れ
  - ・医療・福祉・労働・防災・教育など多岐にわたる分野の連携・協働
- などが挙げられた。

令和2年度はこれらを基に、京浜地区、神奈川県に在住する在日ブラジル人などを対象とした疫学的調査と包括ケアシステムに関わるモデルの検討を行う。また、地域におけるメンタルヘルスのハイリスク問題への対応において、先行実績のある妊産婦のメンタルヘルスとその地域対応システムを参考にした検討も行う。

②大都市対面型モデル

東京足立病院のような民間医療機関などが、公的機関と連携しながら地域包括ケアシステムにおける早期相談・介入の具体的な業務を担っていくことが、機能やマンパワーの点から実際的であると考えられた。

運営経費に関わる議論を今後深める必要があるものの、民間機関が同様の業務を行うメリットは非常に大きいと考えられる(図7)。

## 民間機関にとってのメリット

- ①地域メンタルヘルスのHub機能
- ②見えやすい地域貢献
- ③機関職員の知識・技能向上
- ④医療保健福祉の教育機関の実習先

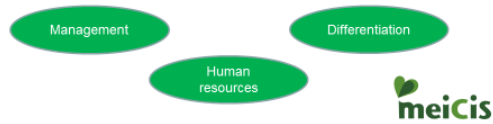


図7 早期相談と民間機関

令和2年度に以下を計画する。①同エリアの若年者に関わる幅広い関係機関への広報や学術集会を通じて普及啓発活動を行う。②相談利用者が物理的にアクセスしやすいのみでなく心理的なスティグマ（偏見）を感じさせない相談センターの環境を設定する。③支援業務にあたるスタッフの研修を行い、相談支援技術を向上させる。④相談利用者の相談内容や支援方法結果を調査、解析する、⑤ウェブミーティングやSNSを用いた相談システムを拡充する。これらを通じて大都市部における地域包括ケアシステム構築についての実証的なノウハウやエビデンスを集積する。

### ③地方過疎地 ICT モデル

遠隔相談システムを用いた ICT モデルは、

- ・顔を見ながら双方向性、グループ内での即時性
- ・少ないマンパワーで実施可能
- ・移動の時間・コスト削減
- ・関係職員の知識・技能向上を図りやすい
- ・アウトリーチへの応用性

など、cost benefit に優れることが示唆された。

令和2年度においては、県下の保健所や市町村保健担当者との連携、および職員らへのメンタルヘルスと早期相談に関する技術支援に ICT システムを活用し、ノウハウと実際例を蓄積していく。また、当事者やその家族との相談における ICT 活用を検討・推進する。相談・介入業務における具体的ツールとして、アルコール依存症を対象とした冊子プログラム ASAT-A を作成したが、この普及活動を行う。

### ④都市近郊アウトリーチモデル

令和2年度は、アウトリーチを含む精神保健活動における、心理士の業務分析を行う。結果を踏まえ、自治体が公認心理師を活用して精神保健活動を行う場合の活動の手引案を提示する。

## 研究・実践2. 地域での早期相談・介入の普及・啓発及び研究活動ウェブサイトの作成

### 2.A. 研究目的

MEICISの活動を紹介、報告し、また地域包括ケアシステムにおける早期相談・介入の必要性についての啓蒙・普及のために、ウェブサイトを開設することとした。

### 2.B. 研究方法

ウェブサイトを作成するとともに、利用の動向についても調査を計画した。

### 2.C. 研究結果

図8のようなウェブサイトを令和元年8月に公開した (<https://meicis.jp/>)。

掲載内容は、MEICISおよびモデル地域での活動、研究メンバー紹介、学会発表掲載、実用的な評価ツールの掲載などに加えて、1か月に3、4回の頻度で研究活動報告Newsを更新した。また、若者への普及を考慮し、FacebookやInstagramも活用している。さらに、海外への情報発信を目的に、掲載記事は全て英語版を作成し掲載した。

ウェブサイトのアクセスについて、公開から平成2年3月末までに、新規セッション率は68.93%（新規ユーザー数 1,309）、ページビュー数5419であった。デバイスごとのアクセス分析について、デスクトップからのアクセス数が全体の51.22%と最も多く、次はモバイルで42.13%、タブレットは6.65%であった。





図8 MEICISウェブサイト (<https://meicis.jp/>)

## 2.D. 考察

同ウェブサイトは国際早期精神病学会 (I EPA) ウェブサイトの「Find a Service」にも掲載され、今後海外との情報交換を推進する。

デスクトップからのアクセスが多いことは、業務的検索が多かったことが推測される。今後は当事者のアクセスも増やしたいが、モバイルデバイスからのアクセスがその指標になると思われる。

## 研究・実践3. ICTを用いた地域資源情報ウェブサイトの作成

### 3.A. 研究目的

何らかの悩みや問題を抱えた人が専門的な相談窓口につながるには、まず相談機関の情報を知ることが不可欠となる。悩みを抱えていると気づきながらも相談に繋がらない場合、多くはスティグマの存在が論じられる。しかし、それ以前に「どこに相談すればいいかわからない」「相談機関の利用方法がわからない」という情報の不足が理由となる場合も少なくないだろう。

相談の際には、近隣の相談機関をネットで検索したり、あるいは自治体のホームペ

ージ (HP) から情報を得る場合もあると想定される。しかし、自治体のHPでは、基本的に機関名、対応時間、電話番号という基本情報は掲載されているが、どのような相談が可能なのかが明示されていないことが多い。また、自治体によっては生活面の情報は豊富であるものの、メンタルヘルスに関する機関の情報が多くない場合も散見される。自治体のHP以外の既存の相談機関の検索サービスでは、若者を対象に絞ったものや、高齢者を対象に絞ったもの等、全ての年齢が対象とは限らないものも見られる。その他、医療機関や福祉サービスの検索システムであれば詳細な情報を得られるものが多いが、他の領域の検索は行うことができない。一方で、あらゆる領域にわたって検索できるサービスは、利用の仕方によっては検索後の相談機関数が多すぎるため、情報の取捨選択が困難になることが予想される。

そこで本研究では、相談機関利用の際に生じうる上記の情報の獲得の問題を解消すべく、相談機関の利用方法等の基本的な情報や、取り扱っている相談内容を示した社会資源マップの作成に着手した。老若男女が利用でき、対応可能な相談内容が分かりやすく、地域に密着したあらゆる領域の相談機関が検索できるマップの作成を目指した。

### 3.B. 研究方法

インターネット上にHPを開設する。相談機関は、まず研究の拠点である大田区より選択した。その上で、何らかの悩みを抱え、且つ、まだどこにも相談にかかれていない人が相談できる第一選択になるような機関を選んだ。加えて、子どもから高齢者まで、そしてあらゆる悩みに対応できるよう、多領域から相談機関を抜粋した。掲載情報については、相談機関を利用しやすくなるような情報を掲載した。具体的には、相談機関名、電話番号、対応時間の他に、相談形態、対象者、相談できる内容、アクセス等である。

### 3.C. 研究結果

「MEICISメンタル相談室」を開設した (<https://sodan.meicis.jp/>) (図9)。なお、本HPは現在限定公開をしている。当該検索サービスでは、研究対象地域ごとに、相談内容の領域を合わせて検索が可能である (現在は検索可能な地域は大田区のみ)。相談内容の領域としては、「ここらとからだの相談」、「子どもの相談」、「虐待」、「子ども (未就学児) の発達が気になる」、「子どもの非行」、「女性相談・男女平等」、「配偶者からの暴力 (DV)」、「犯罪被害」、「人権相談」、「労働相談」、「高齢者の相談」の11領域とした。また、相談内容の領域を具体例とともに示しているため、各機関でどのような相談ができるのかをイメージがしやすい仕様となっている。



図9 MEICISメンタル相談室ウェブサイト (<https://sodan.meicis.jp/>)

### 3.D. 考察

本HPを開設したことにより、地域に密着した相談機関の情報が詳細に得られると考えられる。実際の利便性については、HPの「問い合わせ」を利用し様々なフィードバックを受けることで検討・修正を施す予定である。しかし、本HPを利用したとしても、実際に相談に繋がるには、やはり利用者の情報の取捨選択する能力は必須であると考えられる。この点については、HP上に相談機関の簡潔な説明文を付記することで解消を図る予定である。今後の展開としては、

在日外国人が利用できる相談機関の追加、電話相談の情報の充実、NPO法人の情報の追加、そして大田区以外の研究対象地域の情報掲載を目指す。

### 3.E. 結論

悩みを抱えた人が早期に相談に繋がるためには、適切な情報取収が必要になると考えられる。本研究によって開設したHPによって、有用な情報が得られるようより一層の発展が求められると考えられる。

### F. 健康危険情報

なし。

### G. 研究発表

#### 1. 論文発表

1. 根本隆洋：精神病早期段階における病識と介入・支援. 精神医学 61 (12) : 1437 -1445 , 2019
2. 根本隆洋：認知リハビリテーションの精神病発症危険状態 (ARMS) への応用. 精神科 36 (3) : 203 -209 , 2020
3. 根本隆洋：統合失調症をめぐる精神科医療の変化—病院から地域、そして早期介入へ—. 臨床精神医学 49 (2) : 195 -202 , 2020

#### 2. 学会発表

1. Takahiro Nemoto : Recognition of early psychosis and its medication among psychiatrists and development of early intervention in the community-based integrated care system in Japan. The 6th Asian Congress of Schizophrenia Research, China, Nanjing, ExpoCenter, 2019/08
2. 根本隆洋, 内野敬, 辻野尚久, 田久保陽司, 山口英理子, 岩井桃子, 小辻有美, 小塩靖崇, 鹿島美納子, 丸山昭子, 三浦左千夫, 藤井千代, 田中邦明, 清水徹男, 水野雅文：地域特性に対応した精神保健医療早期相談・介入システムの構築について—MEICIS研究プロジェクトの概要—。第39回日

本精神科診断学会，京都烏丸コンベンションホール，2019/09

3. 根本隆洋：地域の中でメンタルヘルスの向上と早期の相談を可能にする取り組み—MEICIS—。日本精神障害者リハビリテーション学会第27回大阪大会，関西大学千里山キャンパス、大阪府吹田市，1019/11
4. 岩井桃子，根本隆洋，辻野尚久，田久保陽司，山口英理子，鹿島美納子，丸山昭子，三浦左千夫，齋藤寿昭，水野雅文：京浜地区における在日外国人の精神科受診の実態について。第23回日本精神保健・予防学会学術集会，金沢市文化ホール，2019/11
5. 根本隆洋：精神科早期介入と地域包括ケアシステム。川崎市精神科医会学術講演会，神奈川県川崎市 川崎市医師会館，2019/06
6. 根本隆洋：地域の中でメンタルヘルスの向上と早期の相談を可能にする取り組み—MEICIS—。山口県精神神経科診療所協会学術講演会，山口グランドホテル、山口市，2020/02

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし。

### 2. 実用新案登録

なし。

### 3. その他

なし。

## 引用文献

- Baba Y, Nemoto T, Tsujino N, et al: Stigma toward psychosis and its formulation process: prejudice and discrimination against early stages of schizophrenia. *Compr Psychiatry* 73: 181-186, 2017.
- Ito S, Nemoto T, Tsujino N, et al.: Differential impacts of duration of untreated psychosis (DUP) on cognitive function in first-episode schizophrenia according to mode of onset. *Eur psychiatry* 3

0: 995-1001, 2015.

Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al: Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 62: 593-602, 2005.

Kida H, Niimura H, Nemoto T, et al: Community transition at younger ages contributes to good cognitive function outcomes in long-term hospitalized patients with schizophrenia spectrum disorder: A 15-year follow-up study with group-based trajectory modeling. *Psychiatry Clin Neurosci* 74: 105-111, 2020.

根本隆洋、馬場遥子、舩渡川智之：精神疾患の予防と早期治療アップデート 初回エピソード統合失調症。 *精神医学* 58: 563-570, 2016.

Nemoto T, Niimura H, Ryu Y, et al: Long-term course of cognitive function in chronically hospitalized patients with schizophrenia transitioning to community-based living. *Schizophr Res* 155: 90-95, 2014.

日本精神保健・予防学会。早期精神病の診療プランと実践例—予備的ガイダンス2017 (Treatment Plans and Implementation for Early Psychosis: Preliminary Guidance 2017). <http://www.jseip.jp/top/document>

Rickwood D, Paraskakis M, Quin D, et al: Australia's innovation in youth mental health care: The headspace centre model. *Early Interv Psychiatry* 13: 159-166, 2019.

## 研究協力者

- 岩井桃子（東邦大学医学部精神神経医学講座）  
内野敬（医療法人財団厚生協会 東京足立病院）  
小塩靖崇（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所）

小野坂益成（松蔭大学看護学部）  
鹿島美納子（川崎市立川崎病院 精神科）  
片桐直之（東邦大学医学部精神神経医学講座）  
川下貴士（松蔭大学看護学部）  
小辻有美（医療法人財団厚生協会 東京足立病院）  
齋藤寿昭（川崎市立川崎病院 精神科）  
柴田仁美（秋田県精神保健福祉センター）  
白幡真教（医療法人財団厚生協会 東京足立病院）  
関晶比古（医療法人財団厚生協会 東京足立病院）  
田久保陽司（恩賜財団済生会横浜市東部病院 精神科）  
武士清昭（社会医療法人 あさかホスピタル）  
中森みどりジュリア（NPO法人MAIKEN）  
野村智美（青梅市立総合病院）  
深谷裕宣（秋田県精神保健福祉センター）  
逸見真恒（東邦大学法人本部システム部）

丸山昭子（松蔭大学看護学部）  
三浦左千夫（NPO法人MAIKEN）  
水野雅文（東邦大学医学部精神神経医学講座）  
毛利貴之（東邦大学医療センター大森病院 電算室）  
守屋弘一（医療法人財団厚生協会 東京足立病院）  
山口英理子（恩賜財団済生会横浜市東部病院 精神科）  
星恵美（NPO法人MAIKEN）  
板垣香織（国立国際医療研究センター小児科）  
飯田さとみ（医療法人財団厚生協会東京足立病院）  
相川祐里（恩賜財団済生会横浜市東部病院 精神科）  
吹谷和代（恩賜財団済生会横浜市東部病院 精神科）  
高田みほ（東邦大学医学部精神神経医学講座）



# P3-5

## 地域特性に対応した精神保健医療早期相談・介入システムの構築について—MEICIS研究プロジェクトの概要—

○根本隆洋1、内野敬1,2、辻野尚久1,3、田久保陽司1,3、山口英理子1,3、岩井桃子1、小辻有美2、小塩靖崇4、鹿島美納子5、丸山昭子6、三浦左千夫7、藤井千代1,4、田中邦明1,2、清水徹男8、水野雅文1

1東邦大学医学部 精神神経医学講座、2東京足立病院、3済生会横浜市東部病院精神科、4国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所、5川崎市立川崎病院精神科、6松蔭大学看護学部、7NPO法人MAIKEN、8秋田県精神保健福祉センター  
Email: takahiro.nemoto@med.toho-u.ac.jp (根本 隆洋)

### 背景

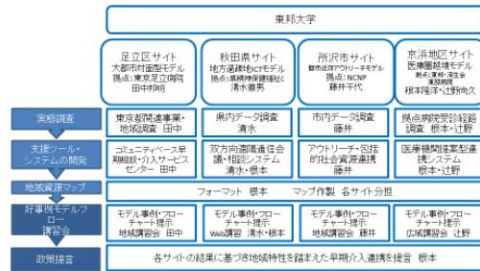
近年、早期介入は医療の多くの領域において最大の関心事である。精神疾患においても、早期段階への介入は顕在発症の予防や機能低下の防止につながるものと期待される。しかし、精神科医療に対する偏見や不確実な診断のもとでの介入の是非といった、内在する倫理的問題について常に留意する必要がある。

近年、精神科早期介入は、統合失調症から気分障害や不安症、摂食障害などにも対象を広げ、さらにはメンタルヘルスの維持とそのリスクへの早期対応へと展開をみせている。それは、早期介入の実践の場を地域へと押し進めていくことへ他ならない。その具体的な取り組みとして豪州の「headspace」は世界各国の注目を集めている。

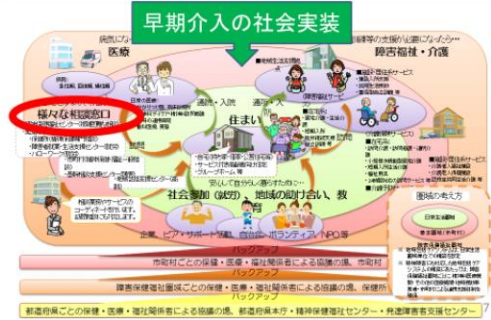
本邦における精神科医療施策において「入院医療中心から地域生活中心へ」の理念が漸く示されたのは2004年になってからである。しかしその後も、住居や支援の不足・不備を理由に長期入院となっている者は依然として多く、精神病床からの退院者の約4割が1年以内に再入院している。また、地域サービスを利用していた者は約3分の1に過ぎなかったとの報告もあり、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築が急ピッチで進められている。

本システムが精神障害者も包含した「地域共生社会」に寄与すると期待される一方で、認知症施策推進大綱において「共生と予防」がその柱とされたように、同システムの構築においても、「共生」のみならず「予防」や「早期介入」といった概念の導入がそのシステムの維持に必要であると考えられる。

### モデル地域の活動



### 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム



### 目的

上述の背景をもとに、本年度から我々は「地域特性に対応した精神保健医療サービス利用者に対する早期相談・介入」についての研究」と題する厚生労働科学研究費補助金研究（研究代表者：根本隆洋）を開始した。"Mental health and Early Intervention in the Community-based Integrated care System"の頭文字をとり「MEICIS (メイシス)」とプロジェクトを名付け研究と実践を進めている。

本研究の目的は、わが国の保健医療体制、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」のもとで、地域特性を考慮しながら、その資源や連携を適切に活用し発展させた早期介入の仕組みを検討し実施・検証することである。

本プロジェクトでは地域特性に着目し、本邦におけるそれを典型的に反映している、東京都足立区、秋田県、埼玉県所沢市、京浜地区（大田区、川崎市、横浜市）の4地域を選定し、早期介入の社会実装につき検討している。

ホームページ meicis.jp

**MEICIS**

About MEICIS | Activities in the model areas | Member Introduction | Achievements

MEICIS (Mental health and Early Intervention in the Community-based Integrated care System)

What is a "MEICIS" research project?

The aims of this research project are to develop and examine systems and methods integrated with social resources in the community for promotion of

氏名	所属
代表研究者 根本隆洋	東邦大学医学部精神神経医学講座 准教授
分担研究者 清水徹男	秋田県精神保健福祉センター 所長
分担研究者 藤井千代	国立精神・神経医療センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部 部長
分担研究者 田中邦明	厚生労働省東部立病院 院長
分担研究者 辻野尚久	済生会横浜市東部病院 精神科部長

### 「大都市対面型モデル」(東京都足立区、分担研究者: 田中邦明)

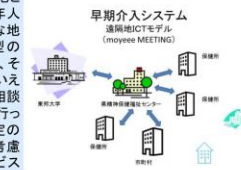
東京都精神科医療地域連携事業において実績のある東京足立病院を拠点とし、人口密集・流入地における状況と特徴を検討している。同院は同事業において区東北部における医療・福祉・教育など各専門機関の「顔の見える関係」の構築や、地域連携の「具体的方策の検討」東京都委託事業ひきこもりサポートネット参加などの実績がある。早期介入の中心的課題である若年者におけるメンタルヘルスの新たな取り組みとして、人口密集を活かした対面型 (face-to-face) の支援を行う。地域における関口の広い (universal) 早期相談・対応について、医療・福祉などの専門機関につなぐ拠点としてワンストップケアを実現している豪州の「headspace」を参考として、システムの開発を行う。

7月から足立区サイトにおいて、若者のメンタルヘルスに関する相談サービス「SODA (Support with One-stop care on Demand for Adolescents and young adults in Adachi)」を開始した。



### 「地方過疎地ICTモデル」(秋田県、分担研究者: 清水徹男)

県全域を対象とし秋田県精神保健福祉センターを拠点とする。同県は広大な山地と全国最大の人口減少率で知られ、若年人口の流出も多く全国に先駆けた深刻な地方過疎問題に直面している。従来型のサービス提供が今後さらに困難になり、その対応策につき検討が必要があるといえる。同センターは、ひきこもり、思春期相談など、早期介入の精力的な取り組みを行ってきた。地勢及び全域が豪雪地帯指定の気候的特徴、医師の県内偏在などを考慮した際に、ICTを用いた遠隔相談サービスの構築が望まれ、双方向性の会議や相談を可能とする通信システムなどを用いたシステムを開発する。



### 「都市近郊アウトリーチモデル」(埼玉県所沢市、分担研究者: 藤井千代)

国立精神・神経医療研究センターが隣接するベッドタウン所沢市で行う。精神障害者アウトリーチ支援事業と連携して調査を行う。同事業は身体・精神における健康支援、受診調整なども取り扱い、広範囲にわたる早期介入を実践している。ケアの目の行き届く住宅モデルといえる。充実した社会資源とマンパワーのもとで、地域連携とともにアウトリーチも用いたアクティブな早期介入の手法とシステムを開発する。

### 「広域医療圏モデル」(京浜地区、分担研究者: 辻野尚久、代表研究者: 根本隆洋)

東邦大学医療センター大森病院、済生会横浜市東部病院、川崎市立川崎病院を拠点とする。位置する行政区は異なるものの、地勢的特徴や交通網のつながりなどにより、行政・医療圏を超えた相談・受診の状況がみられ、相談や受診の到達経路を調査する。また、多数居住する外国人を包含した地域ケア・早期介入の体制についても検討と実践を行う。

### 展望

今後、各サイトでエビデンスに基づき取り組みを行うとともに、本邦における、そして世界に先駆けた早期介入の地域モデルのエビデンスを構築し発信していくことが求められる。

日本精神科診断学会利益相反 (COI) 開示、筆頭発表者名: 根本隆洋  
演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはない。



# 精神病早期段階における病識と介入・支援

根本隆洋

## 抄録

病識にかかわる問題は精神疾患の中でも統合失調症において最も議論がなされ、治療においても重視される。病識は比較的不変のものであるとされる一方で、各エピソードの早期段階といえる急性期には悪化し、治療とともに改善がみられることは日々経験することである。初回エピソードにおいて、それは初めての異常体験であり患者自身が病識を持たないのみならず、周囲もそれが病的との認識に至らないことがしばしばみられ、長い精神病未治療期間の一因となっている。精神病発症危険状態における病識の研究は未だ少ないが、初回エピソード精神病に比べその障害は軽度であるものの、個人間のばらつきが大きいとされている。障害されながらも、特に症状を病的なものであるとの認識が初回エピソード精神病よりも保たれていることは、同状態における認知行動療法の有効性の期待と実践に繋がっている。今後はリスク期も含めた病識のさらなる検討が欠かせないが、差し迫る臨床場面においては、病識の獲得が将来の希望と自尊心の維持に繋がるものでなくてはならないことを、常に肝に銘じておく必要がある。

## KEY WORDS

At-risk mental state, Illness awareness, Insight, First-episode psychosis, Schizophrenia

## はじめに一病識と疾病意識

病識 (insight into disease) とは一言でいえば「患者が自ら病気であることを分かっていること」<sup>1)</sup>であり、その程度によって病識欠如 (lack of insight) や乏しい病識 (poor insight) などと表現される。Jaspers は「人が自己の体験に対し、観察し判断しながら立ち向かうこと」を疾病意識とし、そのうちの「正しい構えの理想的なもの」を病識としている<sup>2)</sup>。病感とは患者が抱く「自分はどこかおかしい」という漠然とした印象であり、それが非常に強い状態の1つが心気症である<sup>3)</sup>。

病識にかかわる問題はいずれの精神疾患であるかを問わず存在しているといえるが、その重篤さと基本病態にかかわると考えられる点から、統合失調症において最も

\* 東邦大学医学部精神神経医学講座 (〒143-8540 東京都大田区大森西 5-21-16)

## 特集 I 認知リハビリテーションの可能性

# 認知リハビリテーションの 精神病発症危険状態 (ARMS) への応用\*

根本隆洋\*\*

**Key Words:** at-risk mental state (ARMS), cognitive remediation, psychosis, rehabilitation, schizophrenia

### 精神科における早期介入

近年医療全般において早期介入 (early intervention) が目標の一つとなっているが、精神科領域では統合失調症を中心とする精神病性疾患の早期発見・治療の試みが続けられ、最近では気分障害など他の精神疾患についても盛んに早期介入が論じられるようになった。本邦において統合失調症に係る疾病費用は2兆7,700億円に上ると推計されており<sup>1)</sup>、医療経済的観点からもより効果的な治療方法の確立が求められているが、早期段階への介入は機能低下を防ぐとともに確実な改善をもたらす「リカバリー」の可能性を高めると考えられる。さらには精神病の顕在発症を予防しうるとも期待され、精力的な研究や臨床実践が行われてきた。しかし、早期介入には精神科医療に対する偏見や、不確実な診断のもとでの介入の是非といった、そこに内在する倫理的な問題について常に留意する必要がある<sup>2)</sup>。

### 精神病の早期段階

早期段階にある精神病を早期精神病 (early psychosis) と呼ぶが、これには初回エピソード精神病 (first-episode psychosis; FEP) と、精神病

の顕在発症のハイリスクを有する発症危険状態 (at-risk mental state; ARMS) が含まれる。「精神病」には幻覚や妄想を伴う気分障害なども含まれるが、統合失調症がやはりその中核に位置しているといえる。

初回エピソード統合失調症において、慢性期にみられるような生物・心理学的変化がすでに現れている。横断研究において、健常者と比較して初回エピソード統合失調症患者の脳複数部位の有意な体積減少が認められ、縦断研究において体積減少がさらに進行することが示されている<sup>3)</sup>。また、認知機能において慢性期患者より軽度であるものの、健常者に比べて多領域にわたる認知機能障害が初回エピソード統合失調症患者においてすでに認められる<sup>3)</sup>。つまり、初回エピソードの最中に生物・心理学的低下が進行するのである。慢性期に至っては、それらは安定した状態で経過することが知られている。これらの知見は、発症してから間髪を入れずに適切な治療を開始すること、すなわち精神病未治療期間 (duration of untreated psychosis; DUP) を短縮することの重要性を物語っている<sup>4)</sup>。

疾患早期段階への関心は初回エピソードからその先へとさらに進み、発症前の前駆期 (prodrome) への介入も盛んに検討されている。「前駆期」とは顕在発症の後に昔を振り返る後方視的な概念であるため、臨床への有用性を踏まえて精神病発症のハイリスク状態 (ARMS) として前

\* Cognitive remediation in individuals with an at-risk mental state for psychosis.

\*\* Takahiro NEMOTO, M.D., Ph.D.: 東邦大学医学部精神神経医学講座 (〒143-8541 東京都大田区大森西6-11-1); Department of Neuropsychiatry, Toho University School of Medicine, Tokyo 143-8541, JAPAN



## 統合失調症をめぐる精神科医療の変化

—病院から地域,そして早期介入へ—

根本 隆洋\*

**Key Words** 統合失調症 (schizophrenia), 早期精神病 (early psychosis), 早期介入 (early intervention), 地域包括ケアシステム (community-based integrated care system), 社会実装 (social implementation)

抄録：平成における統合失調症の医療を「病院から地域へ—脱施設化—」, 「認知機能とりハビリテーション」, 「精神科早期介入の流れ」, 「地域包括ケアシステム」という点から振り返った。今後, 早期相談や治療はより地域の中で展開される必要があり, 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構築するにあたり, 早期介入の概念と実践をシステムに導入することは, 世界に先駆けた早期介入の社会実装モデルを提示することにつながる。これは令和の時代の精神科医療の目指すべき到達点の一つであると考えられる。

### ● はじめに

筆者は1995年(平成7年)に医師国家試験に合格し, 現在のように手厚く充実した研修制度もないままにいきなり精神科医となり, 以後ほぼ自己責任において自らを研かねばならないような状況であったが, 幸い良き先輩方, 同僚, 後輩に恵まれこれまで歩んできた。それは, 臨床面においても, また研究面においても, 精神科医療の中でも統合失調症治療の時代の変化を直に感じる場面に, たびたび立ち会う機会を得られたという意味においても幸運であった。

本稿において, 統合失調症に関わる精神医学における平成から令和への変化について執筆するにあたり, 筆者にはすべてを網羅するような知識も力量も身にはついていないので, 自分が見聞きした事柄を中心に述べることをはじめに

お許しいただきたい。

### ● 病院から地域へ—脱施設化—

精神科医療, 特に統合失調症の治療は, 長く精神科病院における入院を余儀なくされてきたことは, ここに詳述するまでもない。患者の治療の場を病院から地域へと移行させる取り組みである脱施設化(deinstitutionalization)は, 1950年代にイタリアから西洋諸国へと広がり, 精神科病院の閉鎖や縮小とそれに伴う地域サービスの整備と拡充へとつながっていった<sup>1)</sup>。患者の地域への移行が, 入院の継続に比べて精神症状や機能レベルの面からも有益であることを示す多くの報告もみられた。一方, 本邦においても地域移行の取り組みは90年代前からみられていたものの, 施策として「病院から地域へ」と地域移行が明記されるようになったのは2004年

Changes of treatments for schizophrenia: community-based psychiatry and early intervention

\* NEMOTO Takahiro 東邦大学医学部精神神経医学講座 (〒143-8541 東京都大田区大森西 6-11-1)



厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）  
「地域特性に対応した精神保健医療サービスにおける早期相談・介入の方法と実施システム開発についての研究（19GC1015）」  
（研究代表者：根本隆洋）  
分担研究報告書

「外国人にも対応した精神保健医療サービスにおける早期相談・介入の方法と実施システム開発についての研究」  
研究代表者 根本隆洋  
研究分担者 辻野尚久

**研究要旨** 2019年に出入国管理及び難民認定法が改訂されたことで、日本では今後在留外国人の増加が見込まれている。一方で、異文化との接触を伴う国際移住はストレス関連障害や精神疾患の発症危険因子になりうることで、これまでの海外の研究などから明らかにされている。本研究では、本邦での在留外国人に対応した精神保健医療サービスを構築していくために、①京浜地区三病院の精神科における外国人受療行動調査と②在留ラテンアメリカ人のメンタルヘルスについての実態調査を施行した。その結果、在留外国人の若年者層は必要な医療サービスを受用できていない可能性が示唆された。また医療通訳などの社会資源の不足、医療機関側の外国人受療に対する知識やサービスの不足などの要因が、精神疾患への早期介入の妨げとなっている可能性が示唆された。今後も移民の増加が見込まれる本邦において、地域特性を考慮した在留外国人のメンタルヘルスのサポートは喫緊の課題であり、さらなる研究とその知見に基づいた精神保健医療サービスの構築が必要である。

## ①京浜地区三病院の精神科における外国人受療行動調査

### A. 研究目的

国際移民は世界的に増加傾向を認めており、グローバル化や多様化が進んでいる<sup>1)</sup>。2019年の日本の在留外国人数は282万人まで増加しており、総人口の2.24%を占める<sup>2)</sup>。日本政府は高齢化社会に伴う労働者不足から移民の受け入れ政策を積極的に行っており、今後もさらなる増加が見込まれる。

外国に移住することは、異文化への適応の難しさや言葉の壁が存在すること、しばしば経済的あるいは社会的な資源を十分に享受できないことから、ストレスを生じやすいことが示唆されている<sup>3)</sup>。国際移民における調査では、移民はストレス関連障害や精神疾患の発症のリスク因子であることが明らかにされてきた<sup>4,5)</sup>。また、ストレス関連障害や気分障害を罹患した移民は自殺念慮を生じやすいことも報告されている<sup>6)</sup>。さらに、移民の子どもはストレスを感じやす

いことが知られ、世代を超えた問題も生じうる<sup>7)</sup>。しかしながら、移民は十分に精神保健医療サービスを受用できておらず<sup>8)</sup>、ノルウェーにおける調査で移民者は非移民者よりも自殺既遂前に精神保健医療サービスを受けていないことが報告されている<sup>9)</sup>。

外国人の精神障害にも対応した包括的な精神保健医療サービスの構築および早期相談・介入は推進されるべき事項の一つであると考えられるが、その実現に向けては課題も多い。本邦において、外国人受療行動の実態を明らかにした系統的な報告は乏しく、国内におけるエビデンスの蓄積が必要である。そこで本調査は、在留外国人が多い京浜地域の基幹病院として機能している3病院で外国人受療行動の調査を行い、その特徴や課題点を明らかにすることを目的とした。

### B. 研究方法

約11万人の外国人が居住していると推定される京浜地区において、地域の基幹病院とし

で機能している東邦大学医療センター大森病院(以下、大森病院)、済生会横浜市東部病院(以下、東部病院)、川崎市立川崎病院(以下、川崎病院)の3病院でカルテ調査を実施した。2016年4月から2019年3月までに外来および入院で精神科に受診した外国人を対象として、出生国の国籍、使用可能言語、通訳利用の有無、来所経路、精神科診断、精神作用物質の使用歴、治療継続率、転帰を調査した。また、厚生労働省「患者調査」<sup>10)</sup>における精神疾患の割合と本研究で得られた京浜地区外国人の精神疾患の割合を比較することで、外国人受療者の特性を明らかにすることを試みた。なお、本研究は倫理規約に則したプライバシーに関する守秘義務を尊重し、匿名性の保持に十分配慮した。

### C. 研究結果

3病院の全患者14511名のうち、外国人患者205名(大森病院62名、東部病院52名、川崎病院91名)が対象者として抽出された。

平均年齢は45.8歳(SD±16.5)、男女比は1:1.8、出生国の国籍は中華人民共和国(35.1%)、フィリピン共和国(18.5%)、大韓民国(16.1%)、ブラジル連邦共和国(4.9%)の順に多かった。47名(22.9%)は十分に日本語が話せず、35名(17.1%)は家族または友人に、11名(5.4%)は医療通訳者によって診察時に通訳されていた。東部病院では医療通訳の利用が多かったが、他の2病院で医療通訳の利用は少なかった。194名は外来のみの患者、7名は調査期間に入院加療を受けた外来患者、4名は入院のみの患者であった。来所経路としては、家族や友人の勧めを含む自発的来院が89名(43.4%)と最も多く、他病院からの紹介(52名,25.4%)、院内における他科からの紹介(42名,20.5%)が続いた。

ICD-10における診断は神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害(F4)が50名(24.4%)と最も多く、統合失調症圏(F2)(42名,20.5%)、気分障害(F3)(41名,20.0%)が続いた。90名(43.9%)は通院を継続していたが、66名(32.2%)は通院を自己中断していた。

大森病院では腎移植前の精神疾患スクリー

ニングのための受診により、「診断なし」の患者が6名存在していた。それらを除外した199名の診断割合を、患者調査<sup>10)</sup>の日本人の精神疾患の診断割合と比較した。本研究の外国人の診断割合は、F4および精神作用物質使用による精神および行動の障害(F1)は日本人の診断割合よりも多く、F3は少なかった。

### D. 考察

京浜地区に居住している全人口のうち、外国人の比率は約4.4%<sup>2,11)</sup>と推計され、本調査において全患者のうち外国人患者の比率は1.4%であった。人口比率よりも患者人数の比率が低かったことから、外国人の受療率が低いことが示唆された。日本における在留外国人は20歳代と30歳代が多いが、本調査で精神科に受診をしている外国人は40歳代と50歳代が多かった。さらに、患者調査<sup>10)</sup>および人口推計<sup>11)</sup>で得られた日本人の精神疾患患者の年齢別分布と比較すると、成年前期の外国人の受診が少ないことが示唆された。

出生国の国籍でみると、アジア諸国からの患者が大半を占めていたが、近年移民者数が急増しているベトナム人の患者割合は国籍別の患者割合と比較して低かった。ベトナム人の受診割合が少ないことから、入国して間もない外国人は、精神科受診への障壁があることが示唆された。

診断はF4が最も多く、日本の診断割合と比較しても、本研究におけるF4の診断割合の方が多かったことから文化や習慣が異なることによる積年のストレスが要因であることが想定された。

通訳の利用者数からは、日本語の理解力不良な患者において専門知識が不足している家族が通訳者となっている問題が浮き彫りとなった。また、医療通訳の利用率は病院間で差が認められたことから、医療通訳システムの充実度に依拠することが示唆された。通院の自己中断率も高く、外国人が受診を継続しやすい医療システムの構築が必要であると考えた。

本調査は病院に受診した患者における調査であり、メンタルケアを必要とするものの、言語の問題や社会資源の不足から受診できていない外国人患者の存在が想定された。そのた

め、今後は外国人コミュニティに根差した実態調査や外国人に対するメンタルヘルスの啓蒙、病態レベルや病期に応じた支援が望まれる。

## E. 結論

外国人においては若年者の受療が少なく、神経症を罹患している患者が多い実態が明らかとなった。今後、多言語に対応した医療通訳システムなど外国人にも対応した精神保健医療サービスの構築と早期相談・介入法の検討が必要である。

## ②在留ラテンアメリカ人のメンタルヘルスについての研究

### A. 研究目的

欧米や日本をはじめとする先進国は国際移民の受け入れを推進しており、国際移民の数は1990年に1億5,300万人に増加し、2017年には世界で推定2億5,800万人にのぼるといわれる<sup>12)</sup>。

移民はストレス関連障害や精神病の発症のリスク因子であることが明らかにされてきた<sup>4,5)</sup>。また在留資格によっては家族帯同での移住が許可されたことで、種々の精神疾患の好発年齢である思春期世代の移民も増加している<sup>13)</sup>。

法務省の統計によると日本で生活するブラジル人は約20万人にのぼり、在留外国人のうちアジア諸国に次いで第5位を占める<sup>2)</sup>。神奈川県に在留ブラジル人の約30%は横浜市に居住し、その約半数が横浜市鶴見区で生活している<sup>14)</sup>。本邦のラテンアメリカ人を対象にメンタルヘルスを調査した先行研究はある<sup>15)</sup>ものの、まだ限られた地域のみであり、さらなる研究が必要である。そこで、京浜地区において在留外国人に必要な精神保健医療サービスを検討するため、京浜地区に比較的に在留者が多いラテンアメリカ人を対象として調査を開始することとした。

### B. 研究方法

京浜地区での調査に先立ち、神奈川県で在留ブラジル人の人口対比が最も多い地区である神奈川県愛甲郡、同厚木市、そして

新たな工場の建設に伴いブラジル人が3年間で2.2倍に急増した島根県出雲市において、ラテンアメリカ人を対象とした予備的調査を行った。NPO法人MAIKEN、松蔭大学の協力を得て、健康相談、生活相談、法律相談と併設して心理相談の場を設け、ホームページやSNSに相談会の内容を告知した。また各地のラテンアメリカ人コミュニティのリーダーに、個別に連絡し周知した。相談会は無料で開催し、個人ごとに仕切られたブース内で医師、心理師が面談を行った。

さらに東京都で一般市民向けの公開講座を行った。本研究の活動内容や目的、現在の移民に対する支援の実態やニーズについて講演を行い、参加者と翻訳機を用いて意見交換を行った。

また在東京ブラジル総領事を訪問して総領事に協力を要請し、各地の研修会やセミナーに参加して本研究の広報を行っている。

2020年3月以降はオンラインで相談会を行うこととし、アプリケーションを導入して相談会を継続している。

なお、研究の実施にあたっては倫理規約に則したプライバシーに関する守秘義務を尊重し、匿名性の保持に十分配慮した。

### C. 研究結果

愛甲郡、厚木市では相談者数は延べ27名で、内容から推定される精神疾患としては、神経症圏から精神病圏まで多岐にわたっていた。相談者の全員が日本語での日常会話は困難であり通訳を要した。すでにかかりつけ医療機関のある相談者でも言語の問題から医師との意思疎通はほとんど図れておらず、精神科医との面談より心理師との面談希望者が多かったことから、精神科医療受診への障壁が高い様子がうかがえた。相談内容は家族間での問題が多く、その理由としてコミュニティ自体が閉鎖的で地域とつながりをもたないため、相談先が確立されていないことが要因と考えられた。

島根県出雲市には医療通訳を利用できる病院はなく、医療通訳専門業者も存在していなかった。在留外国人の受診相談先として

同県松江市には島根国際センターがあったが、出雲市からは遠方であり、かなり不便であることから、実際に受診するには困難な状況であった。相談者の中には、本国で精神疾患の既往のある患者が移住後に妊娠、出産を経験し、新たな精神疾患を発症しているケースも見られた。

#### D. 考察

外国人が日本で生活する中でメンタルヘルスの問題が生じた際、迅速な対処を可能とするために、まずは適切な医療情報を得て支援先に行きつくことができるよう外国人こころの支援ネットワークを構築し、治療を継続するため、ソーシャルサポートを充実させる必要がある。またいずれの地域でも医療通訳者の不足や医療機関側の通訳に対する認知度は低く、神奈川県内で通訳を利用している機関は全体の11%、翻訳機や通訳アプリを利用している機関は10%に留まっている<sup>16)</sup>。今後、患者の文化社会的背景及び日本の精神医療システムのどちらも理解している医療通訳の養成が急務である。加えて、外国人が受診しやすいと感じる環境を作るために医療者側も文化的背景や外国人診療の実態について理解をすることが必要であり、医療を提供する側と享受する側の双方に向けての公開講座を行っていくことを検討している。情報共有についてはブラジル総領事と連携を図る。

オンライン診療も流布しつつあるが、相談者がデバイスを所有していること、インターネット環境下にあることが前提とされ、特に低所得者層や高齢者、思春期世代ではサービスを享受することが困難となることが予想される。オンライン上であってもプライバシーが担保されるシステムを利用し、相談者の需要に合致したサービスが供給されるようケースごとのアセスメントが必要となる。

#### E. 結論

神奈川県、島根県での予備的調査から、ラテンアメリカ人のコミュニティが閉鎖的で地域住民とつながりを持たないこと、こ

のため必要な支援を受けにくい現状が明らかとなった。今後は京浜地区のラテンアメリカ人を対象とした心理相談会を行い、京浜地区で特に不足しているサービスを調査すること、また地域住民との交流の機会を持ち、在留外国人のメンタルヘルスを地域で支える取り組みを行っていく。

研究①②について

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし。  
研究①は英文誌に投稿中である。

##### 2. 学会発表

・Takahiro Nemoto: Recognition of early psychosis and its medication among psychiatrists and development of early intervention in the community-based integrated care system in Japan. The 6th Asian Congress of Schizophrenia Research, China, Nanjing, 2019/08.

・根本隆洋, 内野敬, 辻野尚久, 田久保陽司, 山口英理子, 岩井桃子, 小辻有美, 小塩靖崇, 鹿島美納子, 丸山昭子, 三浦左千夫, 藤井千代, 田中邦明, 清水徹男, 水野雅文: 地域特性に対応した精神保健医療早期相談・介入システムの構築について—MEICIS研究プロジェクトの概要—. 第39回日本精神科診断学会, 京都市, 2019/09.

・根本隆洋: 地域の中でメンタルヘルスの向上と早期の相談を可能にする取り組み—MEICIS—. 日本精神障害者リハビリテーション学会第27回大阪大会, 吹田市, 2019/11

・岩井桃子, 根本隆洋, 辻野尚久, 田久保陽司, 山口英理子, 鹿島美納子, 丸山昭子, 三浦左千夫, 齋藤寿昭, 水野雅文. 京浜地区における在日外国人の精神科受診の実態について. 第23回日本精神保健・予防学会学術集会. 金沢市. 2019年11月29-30日.

## H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
2. 実用新案登録
3. その他

いずれもなし。

## 引用文献

- 1) Castles S., et al. The Age of Migration: International Population Movements in the Modern World (Fifth Edition). Red Globe Press, New York, 2014
- 2) 法務省. 在留外国人統計統計表. ([http://www.moj.go.jp/housei/toukei/toukei\\_ichiran\\_touroku.html](http://www.moj.go.jp/housei/toukei/toukei_ichiran_touroku.html))
- 3) Berry JW. Immigration, Acculturation, and Adaptation. Appl Psychol 46, 5-68, 1997
- 4) Hou WK, et al. Everyday life experiences and mental health among conflict-affected forced migrants: A meta-analysis. J Affect Disord 264, 50-68, 2019
- 5) Morgan C, et al. Migration, ethnicity and psychoses: evidence, models and future directions. World Psychiatry 18, 247-258, 2019
- 6) Fortuna LR, et al. Mental health, migration stressors and suicidal ideation among Latino immigrants in Spain and the United States. Eur Psychiatry 36, 15-22, 2016
- 7) Fellmeth G, et al. Health impacts of parental migration on left-behind children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. Lancet 392, 2567-2582, 2018
- 8) Straiton M, et al. Immigrants' use of primary health care services for mental health problems. BMC Health Serv Res 341, 1-8, 2014
- 9) Øien-Ødegaard C, et al. Use of primary healthcare services prior to suicide in Norway: a descriptive comparison of immigrants and the majority population. BMC Health Serv Res 508, 1-7, 2019
- 10) 厚生労働省. 平成 29 年患者調査. (<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20.html>)
- 11) 総務省統計局. 人口推計. (<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/>)
- 12) United Nations. Population Division. (<https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/estimates19.asp>)
- 13) 出入国在留管理庁. 関係法令. <http://www.immi-moj.go.jp/hourei/index.html>
- 14) 神奈川県. 市(区)町村別主要国・地域別外国人人数. <https://www.pref.kanagawa.jp/documents/27970/gaikoku.pdf>
- 15) 阿部裕:ラテンアメリカ人の精神科的診断と治療. 精神経誌. SS152, 2013
- 16) 神奈川県. 『神奈川県内の精神科医療機関における外国人の受診に関する調査』.<http://www.pref.kanagawa.jp/docs/nx3/cnt/f531118/index.html>

## 研究協力者

田久保陽司 (東邦大学医学部精神神経医学講座)

山口英理子 (東邦大学医学部精神神経医学講座)

岩井桃子 (東邦大学医学部精神神経医学講座)

齋藤寿昭 (川崎市立川崎病院 精神科)

鹿島美納子 (川崎市立川崎病院 精神科)



厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）  
「地域特性に対応した精神保健医療サービスにおける早期相談・介入の方法と実施システム開発についての研究（19GC1015）」  
（研究代表者：根本隆洋）  
分担研究報告書

「周産期の精神障害に対応した精神保健医療サービスにおける早期相談・介入の方法と実施システム開発についての研究」  
研究分担者 辻野尚久

**研究要旨** 本邦の妊産婦における自殺率は、諸外国よりも高率であることが近年の調査結果から明らかになった。自殺にいたる要因として、妊産婦にうつ病が10-15%と高率に発症することが挙げられる。そのため、妊産婦の生命的な予後を改善するために抑うつ症状を早期に発見し、介入していく必要がある。また、母親の抑うつ症状や母児の情緒的な絆の障害（ボンディング障害）が不適切養育、虐待、嬰兒殺の要因となる可能性が指摘されていることから、出生後の子どもの健全な成長を支えるためにも妊産婦のメンタルヘルスクエアが重要である。しかし、妊産婦が精神疾患を発症する誘因としては、単なる妊娠という生物学的な変化だけでなく、妊娠、出産を取り巻く様々な社会的状況が影響を及ぼすため、精神科だけでなく、産婦人科や小児科といった他の診療科との協力関係、さらには地域の行政との連携も含めた医師以外との多職種での関わりが必要であり、地域包括的医療の構築が求められている。済生会横浜市東部病院では、途切れない地域包括的周産期メンタルヘルスクエアを実現するために、ペアレンティングサポートチームを組織し、活動している。既にうつ病やボンディング障害を早期に発見するためのスクリーニングは活用しているが、そこにさらに生物学的な指標も取り入れ、よりスクリーニングの精度を向上させることと、その知見に基づいた有効な介入方法を検討している。

## ①済生会横浜市東部病院における地域包括的周産期メンタルヘルスクエアシステムの検討

### A. 研究目的

妊娠中と産後1年間のうつ病の発症率は10-15%とされ<sup>1)</sup>、抑うつ状態を要因とした不適切養育や虐待に至る例が報告されている<sup>2)</sup>。また、自分の子どもへ愛情が持てず、怒りや拒絶の感情を生じる母児の情緒的な絆の障害（ボンディング障害）も注目され<sup>3)</sup>、適切な養育行動の障壁となる。母親の養育行動は子どものアタッチメントや脳機能の形成過程に重要であり、適切な治療介入は母親のみならず児の健康にも欠かせない。

本邦における妊産婦の自殺率は8.7（出生10万）と推計され<sup>4)</sup>、欧米諸外国よりも高いことが示唆されている。また、児童相談所における虐待対応件数は年々増加傾向を認め、平成30年には約16万件に上る<sup>5)</sup>。若年

妊娠、望まない妊娠、妊婦健診未受診、経済的困窮などの要因から嬰兒殺に至った事例もある<sup>6)</sup>。そのため、妊産婦の単なる身体的な健康の維持だけでなく、精神的かつ社会的な健康の維持を担保していくことが喫緊の課題とされている。

母児の健康のためには、妊娠中から産後までの期間に適切な周産期メンタルヘルスクエアを受けることが望まれるが、妊娠中の向精神薬が与える影響への過剰な危惧や精神障害に対する社会的およびセルフスティグマから治療の自己中断をなされてしまうことも少なくない<sup>7)</sup>。

産婦人科や小児科との他科連携や地域の支援資源との連携において解決すべき課題が多く<sup>8)</sup>、関連機関によって専門としている領域が異なることから、しばしば十分なケアを受けられず精神疾患を見過ごされている例は少なくない。

## B. 研究方法

済生会横浜市東部病院（以下、東部病院）では、ペアレンティングサポートチームを組織し、院内および院外の連携を図っている。地域包括的周産期メンタルヘルスケアにおける先駆的なシステムとして、他の地域にも参考になる可能性があり、その活動内容を検討した。なお、研究の実施にあたっては倫理規約に則したプライバシーに関する守秘義務を尊重し、匿名性の保持に十分配慮した。

## C. 研究結果

ペアレンティングサポートチームは心理師、精神科医、産婦人科医、小児科医、ソーシャルワーカー、看護師、助産師、薬剤師により組織され、全妊産婦のメンタルヘルスケアおよび妊娠期からの養育支援（ペアレンティングサポート）を行っている。ハイリスク事例に関しては、定期的に多職種カンファレンスを開催し、情報および方針を共有し、担当助産師や心理師が妊娠中から産後までケアを継続的に行っている。ハイリスク事例として対応した件数は過去10年間で1325件であり、総分娩件数の約12%を占めている。2018年度の対応件数150件のうち103件は地域の関係機関と連携しており、そのうち10件で児童相談所が介入していた。また、精神疾患の既往のある妊婦は、経過中に少なくとも一度は精神科医の診察を受け、向精神薬の内服継続に関しての相談が受けられるようなシステムも構築されている。

ユニバーサルスクリーニングとして、全妊婦に対してエジンバラ産後うつ病質問票と赤ちゃんの気持ち質問票を用いて、うつ病やボンディング障害の早期発見や早期介入を行っている。産科的ハイリスク例も精神的ケアが必要であり、切迫流産で入院中の妊婦への定期ラウンドや、NICUでの家族の相談にも対応している。また、両親学級で周産期メンタルヘルスについての心理教育を行うことで、メンタルヘルスリテラシーの向上も図っている。その他、不妊治療外来での心理面接や流産、死産ケース

へのグループ・ケアなど、活動は多岐にわたる。

児童虐待防止を目指し、年に二度、区役所、児童相談所、助産院などの地域の関連機関と地域連携会議を開催している。そこで、模擬事例を用いた検討を行うことで各機関の役割の理解を深め、地域との連携を促進している。

## D. 考察

東部病院のペアレンティングサポートチームの活動を参考として、他の地域でも周産期メンタルヘルスケアを充実させることが望ましいと考えられた。精神疾患のみが不適切養育や虐待に至るわけではないために、ユニバーサルスクリーニングという視点をもち、周産期メンタルヘルスリテラシーに関する調査や教育・保健機関とも協働したリテラシー向上のためのプログラムを構築していくことも重要である<sup>2)</sup>。

## E. 結論

今年度は、うつ病、ボンディング障害や虐待的育児態度のリスク因子の同定のため、妊産婦のメンタルヘルスと表情認知機能の関連についての臨床研究を計画している。また、済生会横浜市東部病院の全妊産婦によるカルテ調査も計画している。周産期メンタルヘルスにも対応した早期相談、早期介入のための地域連携モデルを作成し、社会実装可能性の検討も行っていく。

研究について

## G. 研究発表

1. 論文発表  
なし。

## 2. 学会発表

・根本隆洋, 内野敬, 辻野尚久, 田久保陽司, 山口英理子, 岩井桃子, 小辻有美, 小塩靖崇, 鹿島美納子, 丸山昭子, 三浦左千夫, 藤井千代, 田中邦明, 清水徹男, 水野雅文: 地域特性に対応した精神保健医療早期相談・介入システムの構築について—MEICIS研究プロジェクトの概要—, 第39回日本

精神科診断学会, 京都市, 2019/09.

・根本隆洋: 地域の中でメンタルヘルスの向上と早期の相談を可能にする取り組み—MEICIS—. 日本精神障害者リハビリテーション学会第27回大阪大会, 吹田市, 2019/11

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
  2. 実用新案登録
  3. その他
- いずれもなし。

#### 引用文献

- 1) Gavin NI, et al. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol* 106: 1071-1083, 2005
- 2) 山下洋. 親の精神科治療が周産期の子育てに果たす役割: 自殺およびマルトリートメント予防の視点から. *臨床精神薬理* 22, 107-116, 2019
- 3) Brockington I. Maternal rejection of the young child: Present status of the clinical syndrome. *Psychopathology* 44,

329-336, 2011

- 4) 竹田省. 妊産婦死亡原因としての自殺とその予防—産後うつを含めて. *臨床婦人科産科* 71 6, 506-510, 2017
- 5) 厚生労働省. 平成 30 年度の児童相談所での児童虐待相談対応件数. <https://www.mhlw.go.jp/content/11901000/000533886.pdf>
- 6) 田口寿子. わが国における Maternal Filicide の現状と防止対策—96 例の分析から. *精神神経学雑誌* 109 2, 110-127, 2007
- 7) 日本周産期メンタルヘルス学会. 周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド 2017. [http://pmhguideline.com/consensus\\_guide/consensus\\_guide2017.html](http://pmhguideline.com/consensus_guide/consensus_guide2017.html)
- 8) 辻野尚久. 周産期における重篤な精神疾患 疾患別の基礎知識. *臨床助産ケア スキルの強化* 11 1, 2-6, 2019

#### 研究協力者

- 田久保陽司 (済生会横浜市東部病院精神科・医師)  
相川祐里 (済生会横浜市東部病院精神科・公認心理師)  
吹谷和代 (済生会横浜市東部病院精神科・公認心理師)

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）  
「地域特性に対応した精神保健医療サービスにおける早期相談・介入の方法と実施システム開発についての研究（19GC1015）」  
（研究代表者：根本隆洋）  
分担研究報告書

「大都市部における精神保健医療早期相談・支援システムの開発—若年者ワンストップ相談センターSODAの設置—」  
研究分担者 田中邦明 東邦大学医学部精神神経医学講座 客員講師  
医療法人財団厚生協会 東京足立病院 院長

**研究要旨** 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築において、精神疾患の好発年齢である若年者に対する支援体制の整備はその中心的課題の一つであり、世界保健機関や諸外国では「ワンストップ・ケア」が提唱されている。本研究ではこれを基にして、昨今若年層の集中が著しい東京都足立区北千住に、若年者ワンストップ相談センター「SODA (Support with One-stop care on Demand for Adolescents and young adults in Adachi)」を地域に独立した窓口として開設した。医療・教育・保健・福祉など多分野多領域にまたがる専門機関の連携を通じて、大都市部におけるワンストップ・ケアの構築を目指した。本年度は、SODAでの実践やオーストラリアheadspaceの視察を通じて、大都市部における対面型相談センターの具体的運用方法、及び本邦におけるワンストップ・ケアの実現可能性について検討した。若年者において、抱える困難は早期の段階であればあるほど曖昧かつ複雑であり、必然的に早期介入の視点による包括的評価に基づきニーズを抽出することが求められる。しかし、地域において若年者への早期介入の専門性を有する機関が普及しているとは言い難く、さらにスティグマによるアクセスのしにくさ等が重なり、大都市部においては多様な社会資源が近距離に集中しているにも関わらず、それらを適切に利用し包括的支援体制を構築することはしばしば困難であった。これに伴い支援や治療開始の遅れにつながっているという実態が浮かび上がった。早期介入の視点で若年者の支援の連携調整役を担えるSODAのような対面型センターを有効に活用することで、大都市部におけるワンストップ・ケアの達成に寄与する可能性が考えられた。

## A. 研究目的

精神疾患に伴う社会的損失は甚大であるが、その精神疾患の70%は24歳以前に発症するとされている(1,2)。精神障害者が、地域の一員として、安心して自分らしい暮らしができるよう、医療、障害福祉・介護、社会参加、住まい、地域の助け合い、教育が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築において、精神疾患の好発年齢である若年者に対する支援体制の整備はその中心的課題の一つである。本邦を含む大規模疫学調査では、うつ病や神経症等の診断基準を満たす者の約70%は医療機関の受診に至っていないことが示されている(3)。さらに、治療開始の遅れは予後の悪化に寄与することが繰り返

し報告され、メンタルヘルスの不調を含む困難を抱えた若年者に対する早期介入は極めて重要である(4)。これまでに早期介入を目的とした治療・支援プログラムは多数開発され(5)、その費用対効果も示されているものの(6)、実際にこれらのサービスが地域で有効に活用されている割合は依然として限定的である(7)。そのため、若年者に対する早期介入を地域でいかに社会実装、普及させるかが問題となる。

早期介入サービスの利用を阻む要因に、若年者の抱える困難がメンタルヘルスの不調のみでなく多岐にわたることや、スティグマ（偏見）の問題があり、たとえメンタルヘルスの困難を抱えていてもその相談・援助希求先は必ずしも医療機関ではないこ

とが挙げられる。このような背景から、支援の入口や調整役となる相談窓口をどのように設定するかが肝要であり、世界保健機関（World Health Organization: WHO）や先駆的な取り組みの進む諸外国では、「ワンストップ・ケア」による包括的支援体制の構築が推奨されている(8)。オーストラリアやシンガポールでは、対面型の相談センター（headspace、CHAT）を地域に独立した窓口として、アクセスの良好な繁華街の中に設置している。対面型センターにおいて、若年者の抱える多種多様な困難を幅広く受け付けたうえで、医療・教育・保健・福祉など多分野多領域にまたがる専門機関の連携調整役を担うことで、地域におけるワンストップ・ケアの実現を目指している(9)。

本研究では、ワンストップ・ケアの理念を基に、本邦の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に資する、大都市部における精神保健医療早期相談・支援システム開発を目的とした。

## B. 研究方法

東京都の区東北部に位置する足立区は、特に2000年以降再開発が進み、年々人口が増加しているエリアである。足立区のなかでも北千住駅は、一日平均乗降人数が推計150万人を超える巨大ターミナルである。また近隣に複数の大学や大型商業施設を有する繁華街であり、昨今若年層の著しい集中がみられている。先行研究を参照して、東京都足立区北千住に若年者ワンストップ相談センター「SODA (Support with One-stop care on Demand for Adolescents and young adults in Adachi)」を開設した。また、先駆的な取り組みの進むオーストラリアheadspaceへの視察を実施した。これらを通じて本年度は、大都市部における対面型相談センターの具体的な運用方法、及び本邦におけるワンストップ・ケアの実現可能性について検討した。

なお、本研究は倫理規約に則したプライバシーに関する守秘義務を尊重し、匿名性の保持に十分配慮した。

## C. 研究結果

2019年7月1日よりSODAを開所した (<https://soda.tokyoadachi.com/>)。面接室および事務所については足立区の協力を得て設置し、スタッフについては研究協力者および医療法人財団厚生協会東京足立病院の協力を得て実施した。開所時間は土曜を含む11~20時とした。対象年齢は概ね15~35歳とし、SODAへ来所可能であれば居住区域は限定しなかった。相談内容に関して、精神疾患を有するか否かなどで制限を設けず、若年者の困難や悩みについて幅広く対象とした。そのうえで、精神科医や精神保健福祉士等からなる多職種チームによる早期介入アセスメントおよび臨床型ケースマネジメントを主たる内容として、電話、メール、面接、訪問により支援を実践した。

地域における若年者支援のニーズを調査するため、東京都区東北部を中心に若年者に関係する機関を訪問した。具体的には、中学校、高等学校、専門学校、大学、特別支援学校などの教育機関や、保健所、子供家庭支援センター、福祉事務所、警察署などの行政機関、その他、ひきこもり支援、自殺対策支援、学習支援、就労支援、児童養護施設、母子生活支援施設、子ども食堂などを実施、運営する社会福祉法人やNPO法人を対象とした。また、エリア内の各保健所が主催する「思春期ネットワーク連絡会」など、若年者に関わる支援者の会議に参加し、本研究の説明や情報交換を行った。SODAについてのチラシ、リーフレットを作成し、関係機関訪問および会議参加の際に配布した(図1、2、3)。



図1 チラシ



図2 三つ折りリーフレット外側面

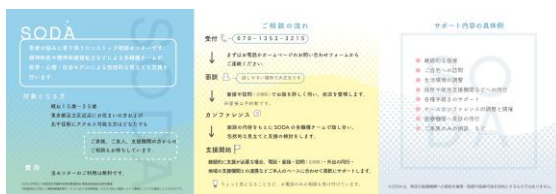


図3 三つ折りリーフレット内側面

SODAを開所した2019年7月～2020年3月までの間に、100件を超える相談が当事者本人、家族、関係機関職員から寄せられ、延べ1500回以上の相談支援対応（電話、メール、面接、訪問）を行った。その内容としては、不登校、ひきこもり、就労困難、ゲーム依存、非行、貧困、虐待、家族間葛藤、メンタルヘルス・精神疾患についての相談、医療機関の転院、障害福祉サービスについての相談など様々であった。

SODAへ相談に至った動機として、当事者本人やその家族からは、「医療機関ではないので相談しやすいと思った」「病気であるのかどうか、まずは病院以外で相談したいと思った」「他の機関で支援の説明を受けてもよくわからず、どこに相談したら

よいか分からなかった」などの理由が挙げられた。若年者に関わる関係機関からは、「早期介入の必要性は感じつつも具体的な方法が分からず、支援ができていなかった」「困難を抱えた若年者に対して多機関でどのように連携したらよいか方法が分からなかった」「居住区域や対象年齢制限により支援が途切れてしまっていた」などの意見が挙げられた。これらの実践からは総じて、SODAで実施した早期介入アセスメントおよび臨床型ケースマネジメントは、地域での若年者支援におけるニーズがあることが分かり、その受け入れも良好であった。

2020年1月、オーストラリア・メルボルンにあるheadspaceおよびその研究機関であるOrygenを視察し、当該分野の第一人者であるPatrick McGorry氏らと意見交換を行った。医療制度や人口動態など本邦とは異なる側面はあるものの、若年者支援における早期介入の重要性およびオーストラリアにおけるワンストップ・ケアの実践を調査確認した。

#### D. 考察

本研究では、WHOにより推奨され、諸外国において実践が進むワンストップ・ケアの理念を基に、若年者に対する包括的支援体制の構築を目指し、その窓口となるべく大都市部において対面型センターを設置した。先行研究において、ワンストップ・ケアのサービスに求められる要素として、若年者の抱える多様なニーズへ包括的に対応すること、既存の資源への上乗せでなく独自のサービスであること、診断等によって対象者を狭めないこと、物理的にアクセスがしやすいこと、設備やスタッフは若年者に受け入れられやすいよう配慮することなどが挙げられている(8)。SODAにおいてもこれらのことを踏襲して実践した。

今回、SODAにおける支援の具体的内容は、早期介入アセスメントおよび臨床型ケースマネジメントと設定した。若年者において、抱える悩みや困難は早期の段階であればあるほど曖昧かつ複雑であり、必然的に早期介入の視点による包括的評価に基づ

きニーズを抽出することが求められる。Mc Gorry氏らが提唱し、オーストラリアでは既に社会実装が進んでいる臨床病期Clinical Stagingの考え方は、地域で早期介入を実践するうえで極めて有用である(10)。精神疾患を、健常～非特異的なメンタルヘルスの不調～リスク状態～顕在発症～慢性期とグラデーションを持つ次元構造として捉えて若年者の状態像を評価することは、ワンストップ・ケアの理念に沿い、地域での現実的な支援との親和性が高いと考えられた。

また、多様なニーズに対応するためには、医療・教育・保健・福祉など多分野多領域にまたがる専門機関の連携の調整、すなわちケースマネジメントが必要となる。しかし、関係機関を紹介するというところに重きを置いた仲介型のケースマネジメントでは、自身で明確に支援のニーズを表明しにくく、あるいはスティグマを抱えた若年者において、支援の連携体制を構築することは困難である(11)。これに対して、特定の支援者がケースマネージャーとなりサービスの調整者としての機能だけでなく同時にサービス提供者ともなり得る臨床型ケースマネジメントclinical/ intensive case managementは、精神障害者においては、その有用性に関して古くから報告されており、前述の特性を持つ若年者の支援に有用な可能性があると考えた(12,13)。

SODAでは、これらのエビデンスに基づいて多職種チームにより支援を行った。現状本邦において、これらの若年者の早期介入に関する専門性を有する機関は、一部の大学病院など限られている。SODAはこれを医療機関外の地域において実践する本邦初の試みである。そのうえで、対象年齢、居住区域、開所時間などを可能な限り柔軟に対応し、病院の「受診」ではなく「相談」という形でスティグマを軽減することに努め、従来のサービスに比して若年者のアクセシビリティを高めた。結果として、当事者本人、家族、関係機関職員など地域におけるSODAの受け入れは良好であったと考えられた。ただし、本研究の現時点での限界は、これらがあくまで質的評価に基づく

ということである。次年度以降、SODAにおける相談内容や転帰、介入効果などについての詳細な評価および解析を予定する。また、SODAのようなサービスがワンストップ・ケアにおける対象者の母集団をどの程度包含し得るかについては今後の検討課題である。

## E. 結論

大都市部においてSODAのような対面型センターを有効に活用することで、ワンストップ・ケアの達成へ寄与する可能性が考えられた。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし。

### 2. 学会発表

・Takahiro Nemoto: Recognition of early psychosis and its medication among psychiatrists and development of early intervention in the community-based integrated care system in Japan. The 6th Asian Congress of Schizophrenia Research, China, Nanjing, 2019/08.

・根本隆洋, 内野敬, 辻野尚久, 田久保陽司, 山口英理子, 岩井桃子, 小辻有美, 小塩靖崇, 鹿島美納子, 丸山昭子, 三浦左千夫, 藤井千代, 田中邦明, 清水徹男, 水野雅文: 地域特性に対応した精神保健医療早期相談・介入システムの構築について—MEICIS研究プロジェクトの概要—. 第39回日本精神科診断学会, 京都市, 2019/09.

・根本隆洋: 地域の中でメンタルヘルスの向上と早期の相談を可能にする取り組み—MEICIS—. 日本精神障害者リハビリテーション学会第27回大阪大会, 吹田市, 2019/11

・岩井桃子, 根本隆洋, 辻野尚久, 田久保陽司, 山口英理子, 鹿島美納子, 丸山昭子, 三浦左千夫, 齋藤寿昭, 水野雅文. 京浜地

区における在日外国人の精神科受診の実態について. 第23回日本精神保健・予防学会学術集会. 金沢市. 2019年11月29-30日.

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

#### 引用文献

1. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, DE Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* [Internet]. 2007 Oct;6(3):168–76. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18188442>
2. World Health Organization. World report on disability 2011. World Health Organisation and The World Bank. 2011;91:549. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22726850>
3. 川上憲人. 精神疾患の有病率等に関する大規模疫学調査研究：世界精神保健日本調査セカンド：平成26年度総括・分担研究報告書：厚生労働省厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業. 東京：川上憲人；2015.
4. Ito S, Nemoto T, Tsujino N, Ohmuro N, Matsumoto K, Matsuoka H, et al. Differential impacts of duration of untreated psychosis (DUP) on cognitive function in first-episode schizophrenia according to mode of onset. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2015 Nov 24;30(8):995–1001. Available from: [https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0924933800191667/type/journal\\_article](https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0924933800191667/type/journal_article)
5. Correll CU, Galling B, Pawar A, Krivko A, Bonetto C, Ruggeri M, et al. Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2018 Jun 1;75(6):555. Available from: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamapsychiatry.2018.0623>
6. Aceituno D, Vera N, Prina AM, McCrone P. Cost-effectiveness of early intervention in psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2019 Jan 30;1–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30696495>
7. Ajnakina O, Morgan C, Gayer-Anderson C, Oduola S, Bourque F, Bramley S, et al. Only a small proportion of patients with first episode psychosis come via prodromal services: a retrospective survey of a large UK mental health programme. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2017 Dec 25;17(1):308. Available from: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1468-y>
8. World Health Organization. Making Health Services Adolescent Friendly - Developing National Quality Standards for Adolescent Friendly Health Services [Internet]. World Health Organization. Geneva: WHO; 2012. 3 p. Available from: [http://www.who.int/iris/bitstream/10665/75217/1/9789241503594\\_eng.pdf?ua=1](http://www.who.int/iris/bitstream/10665/75217/1/9789241503594_eng.pdf?ua=1)
9. Hetrick SE, Bailey AP, Smith KE, Malla A, Mathias S, Singh SP, et al. Integrated (one - stop shop) y

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

「SODA」について商標登録出願予定。



- outh health care: best available evidence and future directions. *Med J Aust* [Internet]. 2017 Nov 20;207(S10). Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.5694/mja17.00694>
10. McGorry PD, Hickie IB, Yung AR, Pantelis C, Jackson HJ. Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 2006 Aug;40(8):616–22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16866756>
  11. Thornicroft G, Szumukler G, Mueser KT, Drake RE. *Oxford textbook of community mental health*. Oxford: Oxford University Press; 2011.
  12. Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of Community Care for Severe Mental Illness: A Review of Research on Case Management. *Schizophr Bull* [Internet]. 1998 Jan 1;24(1):37–74. Available from: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article-lookup/doi/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033314>
  13. Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 Jan 6; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007906.pub3>
- 小辻有美 (医療法人財団厚生協会東京足立病院)  
 白幡真教 (医療法人財団厚生協会東京足立病院)  
 関晶比古 (医療法人財団厚生協会東京足立病院)  
 守屋弘一 (医療法人財団厚生協会東京足立病院)

#### 研究協力者

飯田さとみ (医療法人財団厚生協会東京足立病院)  
 内野敬 (東邦大学医学部精神神経医学講座・医療法人財団厚生協会東京足立病院)

「自分の居場所がないと感じる」

「学校に馴染めない」

「お金のことで困っている」

「仕事がうまくいかない」

「自分の性別に違和感がある」

「誰からも理解してもらえない」

「家族のことで困っている」

「友達のことを相談したい」

「これってメンタルの問題？」

「病院には相談しづらい」

「この悩みをどこに相談すればよいかわからない」 など

どんなことでも、まずはお話を伺います。

そーだ、  
**SODA**に  
相談しよう。

## SODAよりご挨拶

Support with One-stop care on Demand for Adolescents and young adults in Aichi

若者の生きづらさ・心の悩みは複雑かつ曖昧で多岐にわたります。

それらを支えるためには、教育・医療・福祉などの専門機関をはじめ地域全体の「つながり」が必要です。

しかし、悩みをどこに相談していいかわからない人や相談すること自体にためらいを持っている人も多くいます。

このような状況を踏まえ、SODAは「どんな種類の問題でもここに相談してもらえば、一緒に考える」という理念のもとに、オンラインの早期介入・相談支援センターとして2019年7月1日オープンいたしました。



どんなことでもまずはお気軽にご相談ください。

070-1353-3215

11:00~20:00 (休休日：火・日・祝祭日)

✉ soda@tokyoaichi.com

〒120-0034

東京都足立区北千住3-98千住ミルティネスビルII 3階

@soda\_sodan

https://soda.tokyoaichi.com



若者の気持ちに寄り添うオンライン相談センター



# SODÀ

若者の悩みに寄り添うワンストップ相談センターです。  
精神科医や精神保健福祉士などによる多職種チームが  
医学・心理・社会モデルによる包括的な見立てと支援を  
行います。

## 対象となる方

概ね15歳～35歳  
東京都足立区近辺にお住まいの方および  
北千住駅にアクセス可能な方はどなたでも

ご家族、ご友人、支援機関の方からの  
ご相談もお待ちしております。

## 費用

当センターのご利用は無料です。

SODÀは平成31年度厚生労働省補助金「障害者支援施設整備費」の補助対象施設として指定された施設です。  
「地域特性に応じた精神保健福祉センターにおける共同相談」介入の方法と連携システム構築についての取組によるものです。

## ご相談の流れ

受付 ☎ 070-1353-3215

↓  
まずはお電話かホームページのお問い合わせフォームから  
ご連絡ください。

面談 🗣️ 話しやすい場所で大丈夫です

↓  
面接や訪問（応相談）でお話を詳しく伺い、状況を整理します。  
※面接は予約制です。

カンファレンス 🗣️

↓  
面談の内容をもとにSODÀの多職種チームで話し合い、  
包括的な見立てと支援の検討をします。

支援開始 📅

継続的に支援が必要な場合、電話・面接・訪問（応相談）・外出の同行・  
地域の支援機関との連携などご本人のペースに合わせて柔軟にサポートします。

💡 ちょっと気になることなど、お電話のみの相談も受け付けています。

## サポート内容の具体例

- 継続的な面接
- ご自宅への訪問
- 生活環境の調整
- 役所や就労支援機関などへの同行
- 各種手続きのサポート
- ケースカンファレンスの調整と開催
- 医療機関へ受診の同行
- ご家族のみの相談 など

※SODÀは、特定の医療機関への受診を推奨・調整や医療行為を目的とするものではありません。

SODA は、足立区北千住にある若者の悩みに寄り添うワンストップ相談センターです。

『自分の居場所がない。』と感じる。

そーだ、  
**SODA**に、  
相談しよう。

070-1353-3215

受付 11:00~20:00

定休日 火・日・祝

※利用料は一切かかりません。

<https://soda.tokyoadachi.com>

SODA は平成 31 年度厚生労働科学研究費補助金研究事業として運営しています。

SODA は、足立区北千住にある若者の悩みに寄り添うワンストップ相談センターです。

『学校に行きたくない。』

そーだ、  
**SODA**に、  
相談しよう。

070-1353-3215

受付 11:00~20:00

定休日 火・日・祝

※利用料は一切かかりません。

<https://soda.tokyoadachi.com>

SODA は平成 31 年度厚生労働科学研究費補助金研究事業として運営しています。

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）  
「地域特性に対応した精神保健医療サービスにおける早期相談・介入の方法と実施シ  
テム開発についての研究（19GC1015）」  
（研究代表者：根本隆洋）  
分担研究報告書

「精神保健福祉センターと保健所の連携：ICTを用いた地域精神保健の向上を目指して」  
研究分担者 清水徹男 秋田県精神保健福祉センター 所長

**研究要旨** 過疎県における精神保健の向上に向けて、①秋田県精神保健の現状と問題点を調査し、その課題を抽出する、②アルコール依存症をモデルとして、精神保健福祉センター（以下、センターと略する）と県内の3保健所精神保健担当（全員が保健師）の連携による精神保健の向上に向けた機材の開発、③開発した機材の普及・啓発・改良とセンター・保健所を結んだ事例検討などへのICT利用の検討を順次行った。広大な面積、急激に進行する過疎と高齢化、交通網の整備不十分な雪国である秋田県においてはICTの導入は地域精神保健福祉の向上のために有力なツールとなりうることを示すことが本研究の目的である。

## ① 秋田県精神保健の現状と問題点

### A. 研究目的

秋田県は、広大な面積を有し交通網が十分整備されていない雪国である。加えて少子高齢化と人口減少が急速に進みつつある。よく知られているように、自殺率は全国でも最も高い地域である。このような地域で精神保健を向上させるためにはセンターと県内にある8ヶ所の保健所の連携が重要である。この連携体制の現状と問題点を明らかにすることが本研究の目的である。

### B. 研究方法

県立の8保健所（秋田市保健所を除く）及びセンターの精神保健担当の職種及び人数、平均在任期間を県の職員名簿（過去10年分）を利用して調査した。また、全国の精神保健福祉センター長会議に依頼して、センターと保健所を統括する県等の部局が同じか否か、センター長が県等の保健所長会のメンバーであるか否か、保健所との連携の状況についてアンケート調査を行った。なお、研究の実施にあたっては倫理規約に則したプライバシーに関する守秘義務を尊重し、匿名性の保持に十分配慮した。

### C. 研究結果

秋田県精神保健福祉センターには精神

科医師1名（所長）、公認心理士2名、保健師3名が配置されている。精神保健福祉士は配置されていない。県内の各保健所の精神保健担当者は全て保健師（2-4人）であり、公認心理士や精神保健福祉士は配置されていない。平均在任期間は2.7年であった。

都道府県精神保健福祉センター長を対象としたアンケートによると、保健所と担当部局が同じと回答したのは4県、異なるとの回答は32県であった。センター長が保健所長会の正式メンバーであるのは12県、オブザーバーが12県、会員でないのが10県であった。保健所との連携はスムーズか？という問いには、23県がスムーズと回答、12県はどちらかといえばスムーズと答えた。どちらかと言えばスムーズでないとの回答は3県、スムーズではなく困っているとの回答は1県にとどまった。ただし、困っているとの回答は同じ北東北のセンターから得られたものである点は興味深い。

### D. 考察

精神保健福祉センターの業務は、①精神保健及び精神障害者の福祉に関する知識の普及を図り、及び調査研究を行うこと、②精神保健及び精神障害者の福祉に関する相談及び指導のうち複雑又は困難なものを行うこと、③精神医療審査会の事務を行うこと、④自立支援医療の支給及び精神

障害者保健福祉手帳の判定、などである。高齢化が進み自殺率が極めて高い秋田県では精神保健の重要性は極めて高いものと考えられる。その役割を地域で担うのは各保健所の精神保健担当者である。しかし、本研究で明らかになったように、秋田県の各保健所に配置されているのは2-4名の保健師のみであり、その平均在任期間は短い。また、担当の保健師は日常業務である精神保健福祉手帳と自立支援医療に関わる事務に加え、突発する措置通報への対応に追われている。そのため、精神保健に関わる相談業務を推進するために必要な専門知識や技能を高める機会も乏しい。また、保健所には心理士が配置されていないため、臨床心理士の支援を受けた認知行動療法的アプローチを行うことも困難である。センターの精神科医、公認心理士、保健師との連携が求められる所以である。しかし、広範な面積を持つ秋田県ではセンターと各保健所の往来にも時間を要し、センターもマンパワーが不足しているために各保健所を巡回する機会も限られている。従って、各保健所にでむいて支援を行ったり、事例を共有することは極めて限定的にしかな行っていない。

全国のセンター長を対象としたアンケートの結果から、センターと保健所の都道府県担当部署は異なっており、センター長が保健所長会の公式メンバーではない都道府県が多いことが明らかになった。このことから、精神保健におけるセンターと保健所の連携がとりづらいものと予想されるのであるが、一方、センターと保健所の連携に困難を感じているセンター長はごく少数であることも明らかになった。このことは、秋田県に特有な状況があってセンターと保健所の連携がうまく機能していないことを示唆する。ただし、他県のセンターが保健所との連携で課題を抱えていない、ということには疑問が残る。センターと保健所の管轄部署は多くの県で異なっており、センター長が保健所長会の正式メンバーであるのは1/3に過ぎないからである。精神医療審査会、措置入院の取り扱い、自立支援医療と精神保健福祉手帳の申請・判定業務において日常的に両者の間の接点があり、その限りにおいてはスムー

ズな連携が取れていることからこのような一見良い評価が生まれた可能性が考えられる。すなわち、精神保健の相談業務における連携が初めから視野に入っているか否かは不明である。

秋田県の場合、センターに配置される保健師の大半は保健所の精神保健を担当した経験を持つ。彼らの保健所で精神保健業務に当たっていた時期の経験によると、現場の保健師にとってはセンターの存在感は薄く、「何にもセンター」との有り難く無いあだ名を頂戴していたとのことである。

## E. 結論

秋田県では、各保健所における精神保健担当者は全員保健師であり、数が少なく、平均在任期間も短いことから、各保健所における精神保健活動には大きな制限があることが推定される。センターが保健所をバックアップすることが必要であるが、センターのマンパワーも乏しいため、結果として精神保健相談におけるセンターと保健所との連携は不十分な現状にある。これは広大な面積と未発達な交通網を持つ秋田県に特有の問題である可能性が考えられるが、その他の県、とりわけ面積が広く過疎の県でも連携の問題がある可能性は残されている。

秋田県においてセンターと保健所の連携連携を図るための具体的方策を策定することは極めて重要である。

## ②アルコール依存症をモデルとしたセンターと保健所の連携による精神保健の向上に向けた機材の開発

### A. 研究目的

令和元年、アルコール健康障害対策推進基本法に基づき、アルコール健康障害対策の総合的かつ計画的な推進を図るために「秋田県アルコール健康障害対策推進基本計画」が策定された。その基本的方向性では、依存症に関する精神保健福祉センターや保健所を中心とした相談体制の整備が謳われている。しかし、県内でアルコール依存症の当事者及びその家族に対する相談・支援業務に積極的に関わる保健所の数は少な

い。その理由として、県内にはアルコール依存症を専門的に治療する医療機関が少ないこと、過去にアルコール依存症に関わって得られた成功体験が少ないこと、アルコール依存症の当事者ならびに家族に対する適切なツールがないことなどが想定される。先にも述べたように、秋田県においてセンターと保健所の連携連携を図るための具体的方策を策定することは極めて重要である。そこで、センターが中心となって「アルコール依存症回復支援プログラム」を開発し、加えてセンターと県内3保健所の保健師が共同で支援者向け「アルコール依存回復支援ガイドブック」を作成することとした。

これら二つの機材の開発を行う目的は、センターと保健所の連携が不十分であることと、県内のアルコール依存症に対する相談・支援体制が未整備であることに鑑み次の3点である。1、県内のアルコール依存症の当事者・家族の支援・相談のレベルの均てん化と質・量の向上を目指す、2、保健所のニーズに対応した機材をセンターと保健所の保健師が共同して開発に当たることにより両者の連携を深める 3、これらの機材の普及・啓発・改良を通してセンターと保健所の連携を拡大・深化させる、などである。

## B. 研究方法

「秋田版アルコール依存症回復支援プログラム ASAT-A: Akita ver SAT for Alcoholics」(以下、ASAT-A と略す)は、せりがや病院外来覚せい剤依存症治療プログラムSMARPP: Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program) (以下、SMARPPと略す)、並びに島根ギャンブル障がい回復トレーニングプログラム (SAT-G: Shimane Addiction recovery Training program for Gambling disorder) (以下、SAT-G と略す)のテキストを引用、参考にして本県の実情に合わせて、また、アルコール依存症を対象として新たに開発されたものである。作成にあたっては、SMARPPの開発者である国立精神・神経研究センター精神保健研究所の松本俊彦氏並びにSAT-Gの開発者である島根県立心と身体の相談センター小原圭司・佐藤寛志両氏の監修を受け、秋田大学医学部保健学科米山奈奈子(教授 保健師)、兼子義彦(秋田県立

ハビリテーション・精神医療センター 精神科医)、佐藤光幸(杉山病院 精神保健福祉士)、大塚千恵(秋田県精神保健福祉センター 臨床心理士)及び分担研究者である清水が作成した。なお、このプログラムは令和元年度厚生労働省労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業)「地域特性に対応した精神保健医療サービスにおける早期相談・介入の方法と実施システム開発についての研究」(研究代表者 根本隆洋)の一環として作成されたものである。ASAT-Aは1回60分のセッション6回から成り立つ簡便な認知行動療法のプログラムである。また、SAT-Gの講習を受けたものであれば公認心理士でなくとも保健師や精神保健福祉士など多くの支援者が実施可能である。プログラムに参加するアルコール依存症の当事者は、自らの目標を立てることは求められ、禁酒のみでなく節酒を目標とすることも可能である。予め3-6ヶ月の期間が決められているので、参加しやすい。

支援者向け「アルコール依存症—支援者のためのガイドブック」は、センターと3つの保健所に所属する精神保健担当保健師との共同作業で作成された。その作業はセンターで合計5回、1回につき3時間以上の熱心な議論によって進められ、さらに、その後もメールによる数回の会議を経て完成を見た。コンセプトとしては、初めて保健所の精神保健担当となった保健師がアルコール依存症の当事者ないしはその家族から酒害の相談を受けた時、すぐにその場で役に立つ「アルコール依存回復支援ガイドブック」を作ろう、というものである。

なお、研究の実施にあたっては倫理規約に則したプライバシーに関する守秘義務を尊重し、匿名性の保持に十分配慮した。

## C. 研究結果

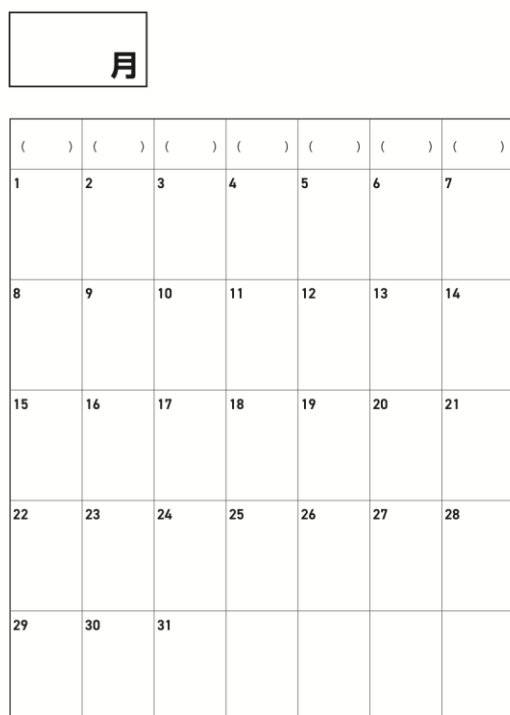
ASAT-Aは、

- 第1回 あなたにとってのアルコールとは?
- 第2回 引き金から再使用にいたる道すじと対処.
- 第3回 再使用を防ぐために
- 第4回 私の道しるべ
- 第5回 回復への道のり
- 第6回 アンコールセッション:回復のために  
~正直さと仲間~



の6セッションから成る。セッションあたり約1時間を当てるが、冒頭はその1ヶ月を振り返ることで始める。図1は、カレンダーとその使い方を示すものである。

付録1 カレンダー



## カレンダーの使い方

### 1) 使い方

①毎日夜寝る前に、一日を振り返って、下記の状況に一番近いシールを貼ってください。

- …飲酒したいと思うことのない安全な一日だった。
- …飲酒したいと思った（または、アルコールのことが頭をよぎった）が、我慢した。
- …飲酒した。

②黄色や赤シールのときは、そのきっかけとなった出来事も、分かる範囲で簡単に書いてください。

例) 「上司から叱られた」「夫婦喧嘩をした」「お祝いごとがあった」など

③赤シールのときは、お酒の種類、量、費やした時間および時間帯を記載してください。

### 2) シールを貼るポイント

- ・黄色や赤シールを貼ることは決して悪いことではありません。そこからたくさん発見があるかもしれません。
- ・大切なのは、自分に正直にシールを貼ることです。

図1 カレンダーとその使い方

図2にはASAT-Aの第3セッション:再使用を防ぐために、の一部を示す。

## 2) 不適切な行動パターン

どんな人でも、アルコールにのめりこんでいる状況が続くと、一定の行動パターンが現れてきます。その行動パターンとは、アルコールを使っていることを隠すために嘘をついたり、約束をやぶったりするといった行動です。これを「不適切な行動パターン」と呼びます。

これらはすべて、アルコールにのめりこんでいるときに起きてくる行動の典型例ですが、これらの行動が「断酒中」にも現れてきた場合は、「再発のサイン」と言えます。こうしたサインに気づいたら、自分の生活状況をもう一度見直してみて、早めに対処（第2回参照）をすることが好ましいです。

**Q1** 次の中から、アルコールにのめりこんでいた当時のあなたに当てはまるものを選んで、チェック  をつけましょう。書かれていること以外の「不適切な行動パターン」があれば、それも書き出しててください。

- 嘘をつく
- 約束をやぶる
- 仕事や学校を休む
- 家事や子育てを怠る
- 家族との会話が減る
- 友人とのかわりが減る
- ほかの趣味に興味をなくしている
- 健康や身だしなみに気を配らなくなる
- 先のことを考えずに行動する
- 他者のお金や物を盗む
- 治療や自助グループへの参加をやめる
- 飲酒運転する
- その他 ( )

図2、ASAT-Aの一部

当事者は、まずカレンダーに自らが貼り付けたシールを支援者と共有し、一月のアルコールに対する自らの認知・行動を振り返る。次に、支援者と話しながらプログラムにあるセッションごとの認知・行動に関する設問に答えていく。次いで自らの不適切な認知・行動に対する対策についても支援者と相談しながら設問に答える形でセッションが続く。

次に「アルコール依存症—支援者のためのガイドブック」について紹介する。概略は、巻頭言に書かれているので、それを引用する。

『アルコール依存のご本人やご家族から相談を受けたとき、皆さん、どのようにお感じになるでしょうか。みずからの過去の挫折体験、先輩から聞いた失敗体験が脳裏に浮かび、尻込みしたくなる方も少なくないと思います。このガイドブックはまさにそのような方々のために作られたものです。

アルコール依存症に関する最近の知見に基づいて、アルコール依存症が脳の病気であること、ハーム・リダクションの概念の導入により、対決するのではなくて当事者に寄り添ったサポートができること、当事者ではな



くご家族のみの相談であっても、ご家族を援助することにより当事者にも好ましい変化がもたらされること、継続して支援し続けることで事態が展開することなどを理解すれば、皆さんも希望を持って相談者に向き合えることと思います。

このガイドブックを作成したのは保健所等に勤務する皆さんの先輩保健師たちです。自らの体験を振り返って初めて保健所で精神保健を担当することになったとき、こんなガイドブックがあったらよかったのに、という思いで先輩たちは編纂に当たりました。しかし、予定よりもボリュームが大きくなったため「盛り込みすぎだ」、という感想を持つ方もいらっしゃるかもしれません。この点については「後輩たちにこれだけは伝えたい」、という先輩たちの強い思いをくんで頂きたいと思います。

このガイドブック作成とほぼ並行して、アルコール依存症の当事者のための回復プログラムである「秋田版SAT-G for Alcoholics (ASAT-A)」も開発されました。このガイドブックと合わせ支援に役立てていただきたいと思います。ただし、これらのツールはあくまで皆さんと相談者との関係性構築のための小道具であることを念頭に置いて皆さんの持ち味を生かした息の長い継続支援にお役立て頂ければ幸いです。』以下、省略。

アルコール依存症—支援者のためのガイドブックは、次に記す6章から成る。

- 第Ⅰ章 支援にあたっての基本的事項
- 第Ⅱ章 対象を理解するために行うこと
- 第Ⅲ章 家族から相談があったときの対応
- 第Ⅳ章 関係機関から相談があったときの対応
- 第Ⅴ章 本人から相談があったときの対応
- 第Ⅵ章 現場で生じるQ&A

本文は26ページ、資料を含めると52ページのガイドブックである。

#### D. 考察

依存症の当事者向けプログラムとして有名なものは、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 薬物依存研究部で開発されたSMARPP、長野県精神保健福祉センターでSMARPPを参考に開発された広くアルコール・薬物・ギャンブル依存を対象とする依存症再発防止プログラム信州 (ARPPS: Addiction Relapse Prevention Program Sinsyu)、ギャンブル

障害を対象としたSAT-Gなどがある。しかし、アルコール依存に特化し、保健師や精神保健福祉士などの心理療法の専門家では無い相談・支援にあたる人々でも実施可能で、医療機関の入院場面以外の相談機関で使用可能、かつ、プログラム終了までの期間が短いものはない。そこで我々は、比較的の短期間で終了する、また、非専門家でも講習を受ければ施行可能なSAT-Gを元に、アルコール依存症当事者対象のプログラムASAT-Aを開発した。その準備として、まず、センターが本研究班の支援を得て令和元年10月18日にSAT-G講習会を開催した。講師にはSAT-G開発者の一人である佐藤寛志を招き、秋田県のギャンブル障害の相談・支援関係者56名の参加を得た。今後はSAT-G講習会修了者を対象としてASAT-A実施の研修を行う予定である。その後、ASAT-A実施した支援者の意見をもとにその効果と課題を検証する予定であるが、残念ながら新型コロナウイルス感染症の蔓延によってその実施は行っていない。

「アルコール依存症—支援者のためのガイドブック」についても、開発に当たった保健師が実際の相談業務に使用してその有効性と問題点を検証することとしている。その後、県内の保健所に配布し、全県の精神保健担当保健師の評価を得ることとする。ガイドブック作成の過程でセンターと3保健所の保健師の絆は非常に深まったので、今後の二つの機材の普及・啓発活動と改良の過程でさらにその連携を深める。また、二つの機材の普及・啓発は全ての保健所保健師に向けて行うものであり、それを通じてセンターと県内全ての保健所との連携が進むことが期待される。

#### E. 結論

成人の飲酒行動に関する調査によると、アルコール依存症の生涯経験者は100万人を超えるとの報告がある。また、アルコール依存症を現在有する者(推計数58万人)のうち、「アルコール依存症の専門治療を受けたことがある」と回答している者は22%しかいない。このことから、アルコール依存症はありふれた障害なので、アルコール依存症の当事者を対象とした回復プログラムには秋田県

内でも潜在的に大きな需要があることが見込まれる。特に、精神科の受診をためらう依存症者や、社会的な破綻をきたしていない軽症者にとってその価値は大きい。保健所などの身近な相談機関で保健師などから回復プログラムを受けることができるからである。また、アルコール依存症の場合は家族のみが保健所等に相談に訪れることが多い。その際に、保健師などが「アルコール依存症—支援者のためのガイドブック」を利用して家族のエンパワーメントを通して依存症当事者の行動変容を促せることも大いに期待されるところである。ただし、そのためにはASAT-A及び「アルコール依存症—支援者のためのガイドブック」の有用性が実証される必要がある。

二つの機材は「保健師の、保健師による、保健師のための」アルコール依存症相談・支援のツールであり、その普及により県内の相談・支援体制の向上と均てん化が期待される。その過程でセンターと保健所の連携が進むことは十分期待できるものと考ええる。

### ③開発した機材の普及・啓発・改良とセンター・保健所を結んだ事例検討などへのICT利用の検討

#### A. 研究目的

秋田県の職員には各自にPCが割り当てられているが、それにはカメラ・マイク・スピーカーの搭載はなく、また、外部からソフトをダウンロードすることは許されていない。このような環境のもとでICTを用いて遠隔精神保健を進めることは極めて困難である。その困難を乗り越えて、ICTの活用が必要な実例としては、次のようなものがある。

1、研究②で開発したASAT-A及び「アルコール依存症—支援者のためのガイドブック」の開発に当たったセンターと3保健所の保険師が絶えず連携を取り続けるためのツールとしてICTの利用を検討する。ASAT-A及び「アルコール依存症—支援者のためのガイドブック」の普及・啓発を図り、その実施を通して問題点の共有を図りそれを共に乗り越えていくためには、今後もセンターと3保健所保健師がWEB会議を開き、連携を継続していくことが有用である。

2、アルコール依存を中心とした依存症一般

の相談・支援のバックアップをセンターが担うために。アルコール依存症のみならず薬物、ギャンブル依存の当事者並びに家族支援の実績はセンターが最も豊富である。従って保健所が抱える事例について保健所とセンターで検討会を開くことが重要である。センターでは様々な事例について出張事例検討会を保健所に出向いて行っている。しかし、面積が広く交通網が未整備な秋田県ではそれを行うことに困難を感じている。連携実績のある前記3保健所をハブとして全ての保健所と事例検討を行うためにもWEB会議の利用可能性を検討することが重要である。

3、さらに、センターには「ひきこもり相談支援センター」があり、当事者とその家族の相談・支援にはセンター職員のとともにも3人の専任コーディネーターが当たっている。「ひきこもり相談支援センター」には全県から相談者があるが、遠隔地の場合には来所して相談することが困難である。来所相談に代わる手段としてICTの活用が期待される。居住地の保健所にはひきこもり相談支援の実績がないところも多いので、ひきこもり相談支援にも連携実績のある前記3保健所をハブとして全ての保健所と事例検討を行うためにもWEB会議の利用可能性を検討することが重要である。

#### B. 研究方法

秋田県支給のPCではWEB会議開催が不可能なため、センター（2台）と前述の3保健所保健師にタブレットを配布することとした。その5台のタブレット用にWifiをレンタルで契約した。また、WEB会議のために安全性が高く優れた機能を持つことで知られているv-cubeと契約し、5人が入所できる会議室を用意した。

なお、本研究は倫理規約に則したプライバシーに関する守秘義務を尊重し、匿名性の保持に十分配慮した。

#### C. 研究結果

機材確保、契約は完了した。残念ながら、新型コロナウイルスが流行したため、前述の3保健所の保健師とセンターが一堂に会することはできなかった。その流行が終息するのを待って、WEB会議の開き方の講習やICTを使用した依存症相談・支援

体制の展開、ひきこもり支援・相談体制の構築などについて検討する。

また、所内で毎月行っているひきこもり当事者の会『青年の会』、及び、家族の会『虹の会』も新型コロナウイルス流行のため休会しているが、その一部を参加者のPCやスマートフォンを使ってWEB会議として開催する準備を行なっている。

#### D. 考察

新型コロナウイルス流行が早く終息し、次年度に研究③が実施できることを期待している。

#### E. 結論

後半な面積を持ち交通網が未整備な過疎地である秋田県で地域精神保健の質と量を均霑化するためにはセンターが中心となって保健所精神保健担当保健師の相談・支援に資する機材を開発し、その普及啓発・改良をセンターと保健所保健師とともに継続的に行う必要がある。また、困難事例の検討会にはセンターと保健所保健師が参加する必要がある。これらのプラットフォームとしてICTは極めて強力な武器となりうる。

なお、新型コロナウイルス 流行に伴う心のケアを当センターが担うことになるが、無症状・軽症者の隔離施設に滞在するもののケアにもICTの活用を予定している。

研究①②③について

#### G. 研究発表

1. 論文発表  
無し
2. 学会発表  
無し

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得  
無し
2. 実用新案登録  
無し
3. その他  
無し

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）  
「地域特性に対応した精神保健医療サービスにおける早期相談・介入の方法と実施システム開発についての研究（19GC1015）」  
（研究代表者：根本隆洋）  
分担研究報告書

「都市近郊アウトリーチモデル：心理職によるアウトリーチ支援」  
研究分担者 藤井 千代  
（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部）

**研究要旨** 所沢市において実施中の精神障害者アウトリーチ支援事業において、従来の常勤5名（看護師2名、精神保健福祉士2名、作業療法士1名）及び非常勤精神科医師2名のチームに加えて、心理職2名を非常勤で雇用し、自治体の訪問支援における心理職の役割と課題について検討した。自治体による精神保健に関する訪問支援は、現状では多くの場合保健師や精神保健福祉士により実施されており、心理職による支援はほとんど行われていない。しかし地域における心理的アプローチへのニーズは高く、特に外出自体が困難なケースに対しては、訪問による心理的アプローチが有効であると考えられる。また、支援計画を作成する際や、生活支援の際に、心理面からのアセスメントに基づき実施することで、より適切な支援を提供できることが期待される。一方で、心理職が面接室の外で支援を行う場合には、いかにして他の専門職との連携を構築し、柔軟な支援を提供していかねば重要であると考えられた。

#### A. 研究目的

平成29年9月に施行された公認心理師法により心理職が国家資格化され、精神保健医療福祉領域における心理職への期待が高まりつつある。本研究において着目したのは、自治体における心理職の役割である。現在、地域におけるメンタルヘルスの問題は、統合失調症等の重症精神障害者の地域支援に関するもののみならず、ひきこもり相談、周産期メンタルヘルス、依存症対応等、多岐にわたり、心理的側面からのアセスメントと相談支援に関するニーズは高いものと推察される。精神保健福祉センター等、一部の自治体では心理職が引きこもり相談や、アルコール依存症・薬物依存症の家族教室、思春期相談等を実施しているが、主として相談機関を訪れてくる者に対する相談支援の提供であり、心理職が訪問による支援を提供している例はほとんど知られていない。スクールカウンセラーは学校に赴いて支援を実施するものの、生徒の個人宅に訪問することは一般的ではない。したがって、心理的なサポートを必要とする人が医療機関や学校等に行けない状態であれ

ば、心理職からの支援を受ける機会を得ることは困難となる。また、精神的な不調により支援を必要としている人の中には、自ら支援を求めることができない、あるいは支援を拒否する人も少なくない。近年では、若年層のひきこもりや不登校のみならず、中高年のひきこもり、いわゆる8050問題に該当するような事例も多く、地域精神保健上の大きな課題として認識されている。これらの課題へのアプローチをするにあたっては、心理的な側面からのアセスメントや支援が重要であると考えられる。

本研究では、自治体による多職種アウトリーチチーム（保健型アウトリーチ）に心理職を配置し、自治体の訪問による相談支援業務における心理職の支援のあり方について検討するとともに、メンタルヘルスの問題への早期アプローチを進めるうえで重要な、学校精神保健と自治体との連携についても検討する。これにより、今後自治体が精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに構築推進をしていくにあたって、公認心理士等の心理職の役割について提案したい。また、心理職が自治体で活動するう

えでの留意点や、課題についても明らかにしていくこととする。

## B. 研究方法

研究1) 自治体によるアウトリーチ支援における心理職の役割と課題に関する研究

所沢市で平成27年より実施されている、「所沢市精神障害者アウトリーチ支援事業」の多職種アウトリーチチームに、研究費で雇用した心理職を配置し、多職種アウトリーチチームのメンバーとして地域のニーズに応じた活動をする。アウトリーチチームの職種別配置職員人数は、看護師2名、作業療法士1名、精神保健福祉士2名、精神科医師（非常勤）2名である。ここに、心理職2名（男性1、女性1）を非常勤職員として配置した（図1）。

アウトリーチ支援開始までの流れとしては、まず市の精神保健業務を担当する「こころの健康支援室」からアウトリーチチームへ支援対象候補者の受け入れにつき依頼または相談がある。その後、市と合同のケース会議を行い、多職種によるアウトリーチ支援の提供が適切であると判断されたケースについて支援開始となる（図2）。支援開始後は、毎日のチームミーティング、関係機関との連絡調整及び関係機関との定期的なケア会議を実施する。チームで受け持つ支援対象者は70—80名程度であり、24時間365日の支援を提供する。主な支援対象者は以下の通り。

- ・ 精神障害が疑われる未受診者
- ・ 医療中断となった精神障害者
- ・ 短期間で入院を繰り返す者
- ・ 精神障害や生活障害が重度で、社会から孤立しがちな者
- ・ 通常の医療・福祉サービスのみでは地域生活の維持が困難な者

支援対象者は、原則的には利用可能な既存の医療サービス、障害福祉サービスを利用するよう促し、既存サービスでは対応が困難なところをアウトリーチチームが受け持つ仕組みである。直接支援を提供しながら地域資源のコーディネートを行い、既存サービスのみでフォローアップ可能となれ

ば、アウトリーチチームによる支援は終了する。非常勤心理職の2名は、それぞれ週2回、アウトリーチチームとの協働により利用者に支援を提供する。

令和1年12月末までの活動を踏まえて、チームの常勤スタッフに、アウトリーチにおける心理職の役割と課題に関するアンケートを実施した。アンケートでは、アウトリーチチームに心理職が配置されていることでよかったと感じる点及び戸惑った点、アウトリーチ支援において心理職でなければならない業務、アウトリーチ支援において心理職に期待すること、心理職がアウトリーチ支援を実施するあたりの課題について、自由記載で意見を求めた。常勤スタッフはいずれも、アウトリーチ支援において心理職と協働した経験を有さない。

研究2) 高等学校におけるメンタルヘルス支援ニーズに関する質的検討

2019年12月6日、所沢市内の高校教諭38名を対象とした、思春期のメンタルヘルス課題とその対応に関する講演を実施した。その後、高校教諭が日頃の生徒のメンタルヘルスの問題への対応について、5-6名1グループで45分間のグループディスカッションを実施した。グループディスカッションの内容から、高校において生徒のメンタルヘルス支援を行ううえでの課題を検討した。

なお、本研究は倫理規約に則したプライバシーに関する守秘義務を尊重し、匿名性の保持に十分配慮した。

## C. 研究結果

研究1)

アウトリーチにおける心理職の役割と課題に関するアンケートの結果を、別紙1に示す。

当初、アウトリーチにおいて心理職と協働するイメージが持てなかったスタッフが多かったものの、経験を蓄積することにより、心理職の特性を踏まえたチーム内連携を構築している。同時に、心理職がアウトリーチ支援を行ううえでの課題も示された。

## 研究2)

グループディスカッションでは、メンタルヘルスの問題に関わること自体の難しさとして、生徒と話をする時間の確保、生徒が安心して話せる場所の不足、支援を必要とする生徒の増加、家庭対応に苦慮するといった課題が挙げられた。学校・教員が利用できる資源としては、メンタルヘルスに関する研修会、スクールカウンセラー・ソーシャルワーカー等の専門職、校内における関係者間の話し合いの場が挙げられた。一方で、外部の医療機関や相談機関に関する情報が不足しており、連携が難しいとの指摘が多くあった。また、職員間のメンタルヘルス問題に関する認識の差や、管理職の理解の乏しさが生徒のメンタルヘルス支援に悪影響を与えている可能性が示唆された。

## D. 考察

今年度は、非常勤の心理職2名を自治体が実施する多職種アウトリーチチームに配置し、実際に支援活動を行う中で、保健型アウトリーチにおける心理職の役割と課題を検討した。心理職が行う支援は、通常医療機関や相談機関等に来所した相談者に対して面談等を行うことが多い。本研究における取組は、従来心理職が実施してきた支援方法と異なるアプローチが求められることが多いと考えられるため、心理職の役割と課題を検討する前の段階で、アウトリーチチーム内での連携を密に行いながら支援を提供できるよう留意した。常勤スタッフへのアンケート調査は、アウトリーチ支援における心理職の動き方がある程度確立した段階で実施している。

アンケートの結果からは、アウトリーチチームのスタッフは、心理職がアウトリーチ支援においてどのような業務を担当することが適当であるかについての判断が難しかったことがうかがえる。しかし、当初予想した通り、地域における心理的アプローチのニーズは高く、アウトリーチチームにおいて協働で支援を行う中で、心理職の強

みを発揮できる場面は増えていったようである。ひきこもり状態の人の中には深刻なトラウマが背景にある場合もあり、外出自体が困難なケースに対しては、訪問による心理的アプローチが有効であると考えられる。また、支援計画を作成する際や、生活支援の際に、心理面からのアセスメントに基づき実施することで、より適切な支援を提供できることが期待できる。

一方で、従来のアプローチ方法とは異なる支援に対する柔軟性がもてるかどうかは、心理職が面接室の外に出て支援を行う上での大きな課題であり、チームで支援をする際には他の専門職への理解と連携が欠かせない。今後心理職が地域に出て活動する際には、これらの点を踏まえた教育研修が必要であると考えられる。

精神疾患の好発年齢である高校生に対する学校でのメンタルヘルス支援には、さまざまな課題があることが示唆された。特に、医療機関等、学校外資源との連携は大きな課題であり、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、学校との連携も検討することが望ましいと考えられる。

来年度以降は、アウトリーチ支援における心理職の業務量分析、支援内容の分析を行い、心理職による地域支援を実装する場合の具体的な支援のあり方及び必要な研修内容につき検討する。

## E. 結論

自治体による精神保健に関する訪問支援は、現状では多くの場合保健師や精神保健福祉士により実施されており、心理職による支援はほとんど行われていない。地域における心理的アプローチへのニーズは高く、今後精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する際には、公認心理師等の心理職の活用を視野に入れることも考えられる。来年度以降の研究において、心理職による地域支援を実装する場合の具体的な支援のあり方及び必要な研修内容につき検討していきたい。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

なし

### 2. 学会発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

## 引用文献

1) 藤井千代：多職種アウトリーチの社会

実装. 精神保健研究, 30 : 11-16, 2017

2) 日本精神保健福祉連盟：保健所及び市町村における精神障害者支援に関する全国調査報告書. 厚生労働省平成26年度障害者総合福祉推進事業, 2015

3) 河本 次生, 波田野 隼也, 佐藤 裕大, 他：23条通報の実態からみる対象者の支援課題の解決に向けて—全国受理機関調査から. 保健師ジャーナル, 76, 2020

## 研究協力者

小塩靖崇、佐藤さやか、山口創生、下平美智代(国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部)

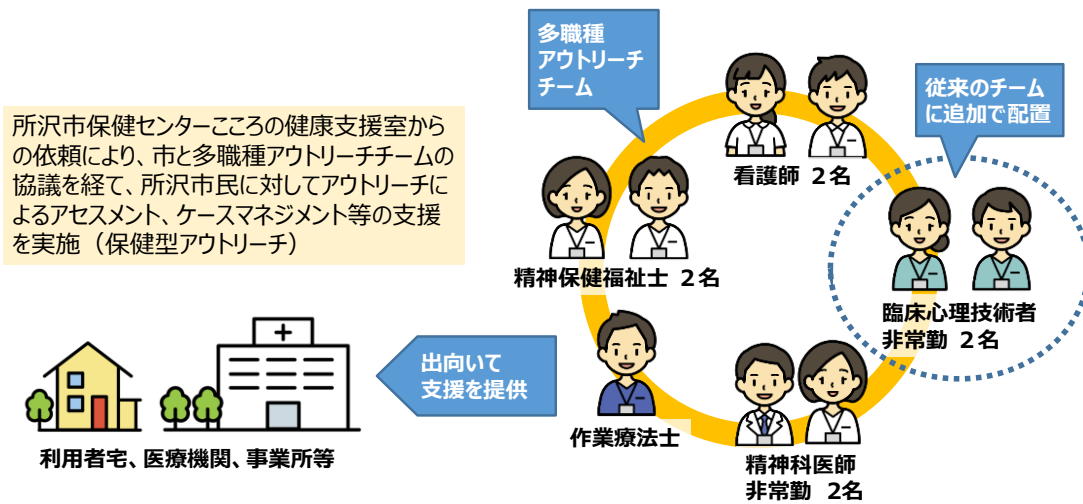
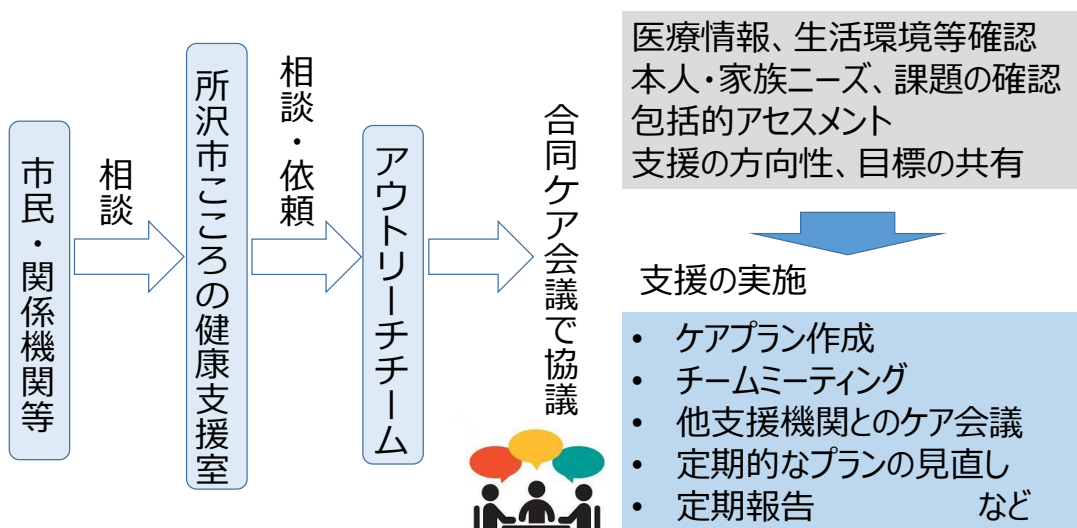


図1 所沢市精神障害者アウトリーチ支援チームの構成





## 自治体アウトリーチにおける心理職の役割と課題について

アウトリーチチームに心理職が配置されていることでよかったと感じる点

- ・ アウトリーチ支援の対象者層は広く、精神障害そのものは重くないがなかなか社会に出られなかったり他者との関係が築けなかったりと、心理療法的支援のニーズのある人は多い
- ・ トラウマケアや若年者の対応についての相談や意見を求めることができる
- ・ CBTの依頼ができる
- ・ アウトリーチの利用者の方は外出が困難であったり、経済的にも苦しいことが多々あるので、カウンセリングが必要と思われてもハードルが高いが、チームの心理職であれば（費用がかからないため）気軽に会ってもらえ、情報共有も容易なので勧めやすい
- ・ 急性期は超え、安定したが、次の一歩になかなか踏み出せない、不安があるといった若者への進路相談も含めた対応を依頼できる
- ・ 生活支援を展開する中で、心理面から扱ったほうが有効だと思う事柄が出てきた際に、安心して任せられる心理職がチーム内にいると他の支援課題との繋がりが持ちやすく、利用者との課題を共有したり、それが生活面の評価とは異なるという視点を示すことができ、利用者の自尊心を丁寧に扱うことにもなり良いと感じる
- ・ 心理検査を依頼できる
- ・ 表面化している問題だけではなく、引きこもりや対人ストレス、過去のトラウマなど心理的背景に対する見解を聞けること
- ・ また支援の組み立ての参考にするためやご本人や家族に特徴を認識してもらうために心理検査をしてもらうとよいと思う場合、チーム内に心理職がいると対応が早く、利用者も安心して検査を受けられる
- ・ 話をすることによりスタッフのストレスケアにもなる

アウトリーチチームに心理職が配置されていることで戸惑った点

- ・ どのような場面や利用者に対してパフォーマンスを発揮してもらえるのか、どのような支援が得意（不得意）なのか、自分の理解が不十分であること
- ・ アウトリーチ支援をする心理職との協働の経験が乏しかったため、何を願っていたらよいのかわからなかった
- ・ アウトリーチでは各職種の専門性はあるつつそれにとどまらず「なんでもやる」点もあるので、心理職にもそれと同様の対応をしてもらうのがよいのか、心理的なことに特化してもらうのかで悩んだ
- ・ 社会生活上の課題が、すべて本人の内的課題とは限らないため、そういった視点を持つ他職種への理解があるとよいと思う
- ・ 最初ほどのようなケースに入ってもらえるか、心理的支援以外の支援にも入ってもらってもよいか、悩んだ

アウトリーチ支援において、心理職でなければできないと思われる業務

- ・ 課題把握のための心理検査（WAIS など）やその分析
- ・ 専門的なカウンセリング技能を用いた面談
- ・ 生活を困難にしている心理面での課題に対する、構造化された面接などを用いた積極的な介入（実際の生活の工夫と合わせてより効果的に支援が展開できる）
- ・ 深刻なトラウマのケア

アウトリーチ支援において、心理職に期待すること

- ・ 他の職種に対する対応のアドバイス
- ・ 実施すべき心理検査の提案、その活用方法の伝達
- ・ CBT や SST などの宿題部分の展開を、実際の生活に応じた形で利用者と一緒に提案し、評価すること（その際に就労支援事業所など他機関を活用する視点を持ってもらえるとなおよい）
- ・ トラウマケアなど、専門的な心理療法の実施
- ・ 心理面からのアセスメント
- ・ 若者の障害予防的観点からの早期支援、復学・復職支援
- ・ 心理職の視点からの見立てや最近の心理の研究の知見をチーム内で共有すること
- ・ 未治療の方など治療に否定的な方に対する医療的アプローチはハードルが高い場合が多い現状があり、導入期ではカウンセリングの方が受け入れやすいと思われるため、自身でも医療が必要か悩まれているケースでの初期介入に期待
- ・ 支援の初期段階で成育歴などを聞くことが多いため、導入時期での情報共有を心理職と協働で行えるとよい
- ・ 人と会えない、話せない方へのアセスメントやアプローチについての相談

心理職がアウトリーチ支援を実施するあたっの課題

- ・ 自宅など安心できる環境でのカウンセリングの効果と面談室などで行う場合の違いの確認
- ・ アウトリーチ支援を行う心理職が行えること、行うべきこと、行うべきでないことの明確化
- ・ 他職種理解
- ・ 内外問わず他の専門性への前向きな興味を持ってチームの一員として活動してほしい
- ・ 従来の面接室での支援とは異なるという視点を併せ持つてもらえると、よりチーム内で共有しながら支援ができると思う
- ・ 面接室の外に出てアウトリーチ支援のなかでもアセスメントや心理療法的支援を実施するという柔軟性がもてるかどうか
- ・ 利用者ニーズに合わせて多様な支援につなげたり他の専門職と協働することができるか
- ・ アウトリーチ支援では柔軟性と機動性という、一般的な心理職ではこれまで要求されてこ

なかった動きを要求されること

- ・ 非常勤で日数が限られるとクライシスが見込まれるケースの担当やチームの全体の動きを把握しづらいと思われるので、ある程度勤務日数があるほうがよい
- ・ 心理職に限ったことではないが、お互いの専門性をしっかりと理解し、マネジメントスタッフとして各専門性の知見や技術を活用できることが課題

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
なし							

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
根本隆洋	精神病早期段階における病識と介入・支援	精神医学	61 (12)	1437 -1445	2019
根本隆洋	認知リハビリテーションの精神病発症危険状態 (ARMS) への応用	精神科	36 (3)	203 -209	2020
根本隆洋	統合失調症をめぐる精神科医療の変化 病院から地域、そして早期介入へ	臨床精神医学	48	841 -846	2020

令和 2 年 3 月 31 日

厚生労働大臣 殿

機関名 東 邦 大 学

所属研究機関長 職 名 学 長

氏 名 高 松 研

次の職員の令和元年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 2. 研究課題名 地域特性に対応した精神保健医療サービスにおける早期相談・介入の方法と実施システム開発についての研究
- 3. 研究者名 (所属部局・職名) 医学部精神神経医学講座・准教授  
(氏名・フリガナ) 根本隆洋・ネモトタカヒロ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東邦大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称： )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 2 年 3 月 31 日

厚生労働大臣 殿

機関名 秋田県精神保健福祉センター

所属研究機関長 職名 所長

氏名 清水 徹男

次の職員の令和元年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 地域特性に対応した精神保健医療サービスにおける早期相談・介入の方法と実施システム開発についての研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 秋田県精神保健福祉センター・所長  
(氏名・フリガナ) 清水徹男・シミズテツオ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合はその理由: 東邦大学に委託するため)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: 東邦大学)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 2 年 3 月 31 日

厚生労働大臣 殿

機関名 東 邦 大 学

所属研究機関長 職 名 学 長

氏 名 高 松 邦 夫

次の職員の令和元年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 地域特性に対応した精神保健医療サービスにおける早期相談・介入の方法と実施システム開発についての研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 医学部精神神経医学講座・客員講師  
(氏名・フリガナ) 田中邦明・タナカクニアキ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称： )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。



令和 2 年 3 月 31 日

厚生労働大臣 殿

機関名 東 邦 大 学

所属研究機関長 職 名 学 長

氏 名 高 松

次の職員の令和元年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 地域特性に対応した精神保健医療サービスにおける早期相談・介入の方法と実施システム開発についての研究
- 研究者名 (所属部局・職名) 医学部精神神経医学講座・講師  
(氏名・フリガナ) 辻野尚久・ツジノナオヒサ
- 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東邦大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称： )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 2 年 3 月 25 日

厚生労働大臣  
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿  
(国立保健医療科学院長) 一

機関名 国立研究開発法  
国立精神・神経医

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 水澤 英洋

次の職員の令和元年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 地域特性に対応した精神保健医療サービスにおける早期相談・介入の方法と実施システム開発についての研究
- 研究者名 (所属部局・職名) 精神保健研究所 ・ 地域・司法精神医療研究部長  
(氏名・フリガナ) 藤井 千代 ・ フジイ チヨ

#### 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。