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

本邦各地において「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」構築に向けての取り組みが進められている。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ことができる。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、同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相談・支援の仕組みを提案することである。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。本邦の地域特性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、その特性を踏まえた具体的な早期相談・支援の体制の在り方を検討し、社会実装の可能性が高く政策提言につながる取り組みを実践した。また、コロナ禍において、ICT（情報通信技術、Information and Communication Technology）を利用した取り組みを一層推し進めた。「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」が、地域において有用で住民の理解・支持を得た機能と仕組みになるためには、各地域の特性を十分に考慮した早期相談・支援体制を実装することが不可欠であると考えられる。

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」のもとで、わが国の保健医療体制および行政システムを踏まえ実施可能な、メンタルヘルスや精神疾患の早期段階からの相談・支援の仕組みを提案・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。本研究においては、本邦の典型を示す複数のモデル地域を設定し、地域を問わず利用できる手法とともに、地域特性を踏まえた具体的な早期相談・支援の体制を提案し実施する。

（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、介護保険事業の3計画が連動し、重層的な連携による「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（sustaina

ble）なものとするには、早期相談・支援を当初から組み入れる必要がある。すなわち、精神保健医療的な問題の早期段階での対応により、メンタルヘルスの維持や精神疾患の発症予防・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; 根本ら, 2020）。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ことができる（図１）。

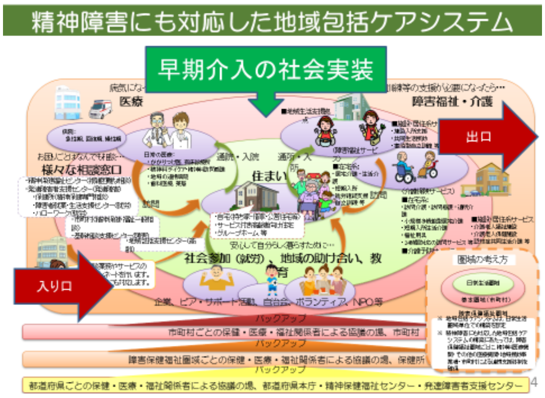

図１　「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」への早期相談・支援の導入

（ⅱ）早期相談・支援の社会実装

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推進しているが（Kida et al., 2020; 根本, 2020; Nemoto et al., 2014）、サービスを地域で支えていくには、上述のように、精神障害の顕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。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）」が発表されている。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・機能の集中、地方の人口・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」の考慮が不可欠である。これらを反映するモデル地域を設定し、実践の中から課題を抽出し対応策を検討することが欠かせない。

1. B. 研究方法

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。地域の特性を踏まえた早期相談・支援方法として、令和2年度において以下を行った。

①「ボーダーレス」な広域都市圏では、多文化共生の推進を念頭に置き、今後も増加が見込まれる在留外国人に関する検討・実践を行った。加えて、構築がすでに進んでいる「周産期メンタルヘルス」の地域ケアモデルの支援･推進も手掛けた（京浜地区、研究代表者　根本隆洋、研究分担者　辻野尚久）。

②都市人口密集地域では、メンタルヘルスのハイリスクである若年層をターゲットとした相談機関を、若者が利用しやすい繁華街に設置し地域連携の拠点とした（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、関係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支援、当事者へのサービス提供を実践した（秋田県、研究分担者　清水徹男）。

④都市近郊地域では、程よい対象エリアの広さや居住人口を考慮してアウトリーチを取り入れ、特に公認心理師の役割の検討を踏まえて相談・支援を実践した（埼玉県所沢市、研究分担者　藤井千代）。

各モデル地域の詳細は、分担研究報告書を参照していただきたい。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

①広域医療圏（ボーダーレス）モデル（京浜地区）

京浜地区において多数および増加傾向にある在留外国人を対象に、早期相談・支援について検討した。母国外に居住することは精神疾患の発症リスクになるが、外国人の精神保健サービスの利用は少ない。そのため、在留外国人に向けたメンタルヘルスの早期相談・支援システムを構築することが必要である。

令和2年度は、京浜地区主要3病院精神科における外国人受療行動の特徴について調査・検討し、国際誌に論文を発表した（Takubo et al., BMC Psychiatry, 2020)。その中で、メンタルヘルスの不調を抱える若年の在留外国人が適切に医療機関を受診できていない可能性を指摘した。地域で適切なソーシャルサポートを得られないことで、精神障害の予防や早期発見につながりにくくなっていると考えられる。

また、在日ラテンアメリカ人を対象としたメンタルヘルス相談会を年間にわたって実施した。京浜地区に加えて、群馬県、三重県、岐阜県などでも、現地相談に加えてオンラインを用いた相談会を実施した。希望者には、その後もオンラインで月1回の心理相談を継続している。令和元年から合計48件の相談があり、相談内容は気分の不調、家族を含む人間関係、子どもの発達など多岐に渡る。相談会を通じて、医療通訳の不足や医療機関における医療通訳の認知度の低さ、在留者コミュニティ内の結びつきは強いものの地域との関わりは少なく相談先も周知されていないことなどが明らかとなった。

加えて、神奈川県鶴見区における周産期メンタルヘルスの地域ケアモデルに関連した実践や検討も行った。

これらの活動や調査結果は、日本精神神経学会学術総会、日本社会精神医学会大会などでも報告した。

②大都市対面型モデル（東京都足立区）

令和元年 7 月、若年者に向けた早期相談・支援窓口として「ワンストップ相談センターSODA」（SODA: Support with One-stop care on Demand for Adolescents and young adults in Adachi）を足立区内に開設した。メンタルヘルス不調への多職種専門チームによる、(1)「生物・心理・社会モデル」に基づく包括アセスメント、(2)臨床型ケースマネジメント、がその機能である。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（Social Networking Service）を用いた相談や支援も行っている。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおけるその有用性について検討するため、令和 2 年 11 月に東京足立病院の協力を得て北千住駅前に移転し、実証的取り組みを行いながらサービスモデルの更なる具体的構築を進めている。令和元年 7 月 1 日〜令和 3 年 1 月 31 日までの間で、相談件数は 461 件、延べ支援対応回数は 4578 回であった。これらの内容を集計解析し、論文発表、学会発表、テレビ番組取材などを通じて、成果の報告や普及啓発を行った。

③地方過疎地 ICT モデル（秋田県）

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、また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、公認心理師や精神保健福祉士がほとんど不在である中、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。従来型のサービス提供が今後さらに困難になる。その対応策として、本研究においてICT を用いた双方向性相談システム AMIN（Akita Mental-health ICT Network）（図 2）を構築した。特に、本地域でのニーズが高い「依存症対策」と「ひきこもり対策」に重点を置き実施している。

令和 2 年度においては、依存症対策として地域の相談機関等への技術支援を行い、

(1) 秋田県版依存症回復支援プログラム（ASAT-A、本研究にて作成）、及び秋田県版アルコール依存症支援者向けガイドブックの普及啓発（県南、県北、中央地区にて３回実施）、(2) 依存症出張事例検討会の開催（県内 4 保健所で開催）、(3) 保健所職員技術習得の場としての県精神保健福祉センター事業の活用、などを行った。ICT システムは、上記ワークショップ開催に向けた打合せ、保健所への技術支援、アルコール依存症支援者ガイドブックの検証、などに有用であった。

ひきこもり対策においては、コロナ渦によるグループ活動・個別面接の実施が一部困難となったことから、同意が得られた者に対して ICT を活用した支援を実施した（1. 青年グループ：月 1 回開催中、Web 活用は 5 月実施、2. SST グループ：月 1 回開催中、Web 開催も実施、3. 個別面接：対象者 1 名、面接時間は概ね 40～60 分程度）。また、ICT 活用による技術支援として、事例検討会の開催、保健所職員技術習得の場としての「ひきこもり相談支援センター」の活用、を実施した。

地域の支援者を支援する機材を開発しその普及を図るとともに、地域保健所における事例検討を重ねることで、県精神保健福祉センターと保健所等との連携の気運が高まった。その連携に当たっては ICT が極めて有用であった。

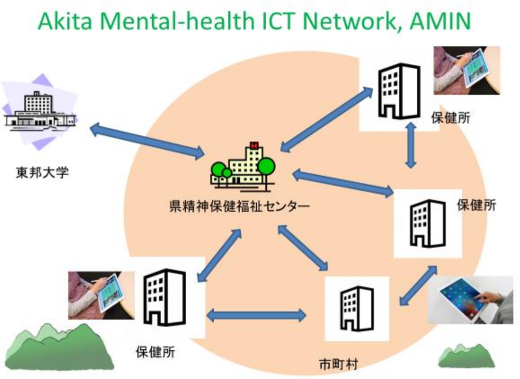

図 2　ICT を活用したシステム（AMIN）

④都市近郊アウトリーチモデル（埼玉県所沢市）

所沢市におけるアウトリーチ支援チームに非常勤心理職（常勤換算 0.8 名）を配置し、自治体の訪問を主体とした相談支援における心理職のサービス提供状況について業務分析を行った。業務内容は「電話相談（オンライン相談を含む）」「来所相談」「訪問支援」に大別され、1 日あたりの実施回数は平均それぞれ 3.4 回、0.4 回、1.0 回であった。他職種と比較して若年者、未治療者の利用が多く、相談 1 回あたりの所要時間が長い傾向が認められた。令和 2 年 10 月までに継続的にアウトリーチ支援を利用した者 113 名を対象として、基本属性、居住形態、診断、身体合併症、手帳、年金、これまでの受診歴、登録理由、相談経路、登録時の他のサービスの利用状況、サービス利用後の転帰など、アウトリーチ支援の状況に関する調査を開始した。本調査の結果により、今後の支援や適切な利用者の同定に活かすことができるとともに、他の自治体がアウトリーチ支援を実施する際の基礎資料となると考えられる。

1. D. 考察

①広域医療圏（ボーダーレス）モデル

今後、心理相談会とニーズ調査を継続し、在留外国人のメンタルヘルスを地域で支える仕組みづくりを行っていく。あわせて、自治体や各地多文化共生センターなどと連携して、地域住民や医療機関に向けた公開講座や医療通訳システムの紹介などを予定している。

在留外国人とその家族の増加により「外国につながる子ども」が増加している。文部科学省の調査では、日本語指導を要する子どもは 5 万人を超え、2 万人の子どもが不就学の可能性があることが明らかとなっている。令和 3 年度は「外国につながる子ども」における背景属性や援助希求行動などの調査も行い、メンタルヘルスの不調の予防や、彼らに必要な情報やサポートを明らかにする。また、在留外国人の多い地域の日本人学生における多文化共生に対する意識調査を行い、在留外国人にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた知見を得る。

本実践については、ブラジル大使館および総領事館などからの協力も得られ、相談会開催などについて同機関からコミュニティへの周知も行われ、全国各地で支援を展開するネットワークづくりにも貢献している。

②大都市対面型モデル

今後も取り組みを進めながら、大都市部における若年者に向けた早期相談・支援窓口サービスの在り方、および包括アセスメントと臨床型ケースマネジメントの実際とノウハウに関して、取りまとめて文書や電子媒体に記録し適宜発表する。さらに、早期相談・支援窓口を地域で維持するための継続的な経済基盤・人的資源の確保、組織の位置づけに関する検討を行う。そのなかで、政策および自治体施策への提言を行う。令和 2 年度より足立区との協議を開始しており、令和 4 年度以降の区の施策への本活動の反映を目指す。

また、SODA におけるケースマネジメントについて、業務量・内容を数値化することに加え、支援前後の全体的機能・社会機能の変化に関してデータ収集している。相談当事者の主観的な改善感、利用満足感についてもデータ収集中である。

早期相談・支援の実現において重要と考えられる「保健と医療の連続した対応」には、医学的な見立てや対応が必須であり、既にある医療機関の人材資源や地域連携の基盤を活用することが現実的である。SODA のようなサービスを他地域で展開するにあたっては、人材・連携基盤を持つ地域の民間・公的医療機関の協力を得ることで可能となると考えられる。具体的な運用方法に関しては、SODA で行っている早期相談・支援のノウハウを取りまとめる。また、それらを習得できるような手引きを公開し、それを用いた研修会を開催する。また、同様のサービス実施に積極的な機関に対し、全面的な技術支援も行う。ただし、今後の継続的な社会実装のためには、サービス運営に関わる経済的基盤などの支援の整備が必要であると考えられる。

③地方過疎地 ICT モデル

令和 3 年度の計画として、現在の実践に加えて、模擬ミーティング（自助グループ）の開催、ひきこもり相談支援ガイドブック（仮）の作成を予定している。ICT を活用しながら、支援の対象と支援のウイングを広げる。目標は保健所保健師のみならず様々な支援者が地域で支援を行えることである。県精神保健福祉センターはそのために役立つツールを開発し、必要な技術援助を行う。ICT はその実現のための大きな武器と位置づけられる。

秋田県モデルは、基本的には政令指定都市以外の道府県で展開できるものと考え、コンセプトとして精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（にも包括）を視野に入れている。全国精神保健福祉センター長会議の提言でも、市町村が「にも包括」の主体であり、保健所は市町村の支援にあたるとされる。さらに県精神保健福祉センターが保健所の支援にあたることで、重層的な体制が構築される。

「にも包括」の主な担い手は市町村だが、その体力には大きな違いがある。市町村の代わりに社協などの民間組織、医療機関が様々な支援にあたっていることも多い。また、支援の対象によっても担い手が異なるのが一般的である。問題によっては市町村に担い手が不在なこともよくみられる。引きこもり、アルコール・薬物・ギャンブル依存は、地域で相談の担い手が見つからないことが多い。

個別の支援のためには市町村を跨ぐ様々な社会資源の活用が必要だが、その情報をもち、それらの連携を構築する必要がある。市町村がその役割を担う力があるかはおぼつかないところがある。保健所はその圏域の地域の状況、市町村、医療機関、社協などの民間団体、その他の社会資源をよく知っている。従って、保健所が市町村の支援に当たるのが自然だが、保健所の精神保健担当は 2−4 人の保健師に限られていることが一般的で、また、保健師の担当在任期間は 3 年以内と短いのも問題で、スキルの獲得・向上を図ることが難しい。臨床心理士や精神科医の支援を受けられないことも課題である。

県センターには精神科医、臨床心理士、保健師、精神保健福祉士（秋田では不在）など、多職種が配置されている。全国のセンターには引きこもり相談支援センターや自殺予防のセンターなどが併設されており、依存症など専門性の高い相談業務も担っている。ただし、マンパワーは少なく、県センター単独で全県をカバーすることは困難ともいえる。

引きこもりや依存症の問題を抱える人は

数多いが、保健所を含め地域に相談できる窓口がなかったり、その対応が不十分であったりする。県センターへのアクセスが悪い地域の住民は、専門性を持った県センターを利用することが非常に困難である。県センターが開発した依存症回復支援プログラムやガイドブックは、保健所保健師のenablingを図り、保健師が依存症や引きこもりの相談・支援に対応する手がかりをもたらすことを意図したものである。その普及・啓発のためのワークショップを県内各地の保健所で開催しており、県センターが保健所をバックアップする体制にあることをアピールしている。依存症ならびに引きこもり事例について、保健所に県センターの多職種チームが出向き、保健所保健師、市町村担当者、社協や医療機関の担当者とともに、事例検討会を開催し継続している。多職種チームの有用性をアピールするとともに、保健所との信頼関係を醸成している。

各保健所に、本厚労科研事業で構築したAMINにアクセスするためのタブレット端末を、高いセキュリティが約束された有料会議システムソフトをインストールして配布し、保健所が市町村とともに事例検討会を開催する際に、求めに応じて県センターの多職種スタッフが遠隔参加している。すでに複数回の開催実績を有し、その有用性を実感している。

県センターが遠隔参加しない時にも、保健所を利用して市町村やその他の支援者が事例経験を共有することで、「にも包括」が実現すると考えられる。県センターが遠隔参加すれば「にも包括」のまさしく重層支援の実践となる。

④都市近郊アウトリーチモデル

今後は、令和2年度実施の自治体アウトリーチ支援の心理職の業務分析により、自治体における心理職の訪問支援を中心とした相談支援のあり方の骨子をまとめる。また、アウトリーチ支援利用者の分析から、自治体によるアウトリーチ支援を必要とする者の特徴を抽出し、市町村がアウトリーチ支援を実施する際のコアとなるサービスと実施上の留意点を示し、自治体アウトリーチ支援の手引きを作成する。全国精神保健福祉相談員会の会員を対象として、手引きの実施可能性につき調査し、調査結果を踏まえて手引きを完成させる。

1. E. 結論

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」が、地域において有用で住民の理解・支持を得た機能と仕組みになるためには、各地域の特性を十分に考慮した早期相談・支援体制を実装することが不可欠であると考えられる。

研究・実践2. 早期相談・支援につながるICTを用いた地域資源情報検索ウェブサイトの作成

2. A. 研究目的

悩みや問題を抱えた人が専門的な相談窓口に繋がるには、まず相談機関の情報を知ることが欠かせない。悩みを抱えていると気付きながらも相談に繋がらない場合、多くはスティグマが関与していると考えられる。しかし、それ以前に「どこに相談すればいいのかわからない」「相談機関の利用方法が分からない」という情報の不足が理由となる場合も少なくない。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）から情報を得たりす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少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。

2. B. 研究方法

現状において、医療機関の情報検索は可能ではあるが、利用者目線に立った表示方法や内容は十分でない。精神医療保健福祉に関する諸資源につき、検索、受診・相談案内などに容易に結びつく情報検索システムが必要である。

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。

2. C. 研究結果

「MEICISメンタル相談室」を開設した（https://sodan.meicis.jp/）（図3）。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であるが、加えて、鶴見区における周産期メンタルヘルスに関するものも掲載した。

本サイトにおける相談内容の領域（大田区）としては、「こころとからだの相談」「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領域としてきた。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。さらなる利便性の向上のため、相談内容の領域の整理を適宜行っている。具体的には、相談ニーズが高まっていると思われる、「発達障害」や「在日外国人の方の相談先」という領域の追加も行った。

すでに構築された地域ケア・サポートシステムを参考にするために、神奈川県鶴見区の周産期の相談機関についても掲載した。

また、各相談領域においては、細かな相談ニーズに対応できるよう、領域だけでなく主訴によって相談機関を検索できるよう、構成を検討している。

図3 MEICISメンタル相談室ウェブサイト（https://sodan.meicis.jp/）

2. D. 考察

令和3年度にHPの一般公開ののち、実際の利便性について検討する。具体的には、サイト上の「問い合わせ」を利用し、様々な意見や要望を募る。一般の人だけでなく掲載機関からも、サイトの構成や掲載情報等についてフィードバックを受けることで、サイトの見やすさや使いやすさについて吟

味する。また、本サイトを周知するために、紹介リーフレットの作成も行う。リーフレットの設置場所については、公共機関や関連機関への依頼を行う。さらに、サイトの概要と共にQRコードを掲載するなど、簡便にサイトにアクセスできる仕組みを目指す。

また、近年では周産期に父親のうつ病が多いことが明らかになり、妊産婦や子どものみでなく父親も含めた包括的な周産期メンタルヘルスの維持が必要であるとされている。オンライン相談システムを活用することで父親のメンタルヘルスに対する早期相談・介入の可能性を模索し、周産期メンタルヘルスも包含した地域連携ケアモデルの方法や普及可能性も検討する。

京浜地区における情報検索システムの構築プロセスを中心に据え、システムにおける相談機関情報の取得（機関の選択や許諾）や提示方法（相談者目線に立ったユーザーインターフェイス，UI）のノウハウをまとめ、それを今後の各地での「にも包括」や早期相談・支援の構築に役立てる。

2. E. 結論

このようなウェブサイト作成の過程や利用者のフィードバック情報から、早期相談・支援を求めるユーザーの目線に立った表示方法や有用な内容に関する情報を得ることができると考えられた。

F．健康危険情報

なし。

G．研究発表

１．論文発表

1. Takubo Y, Nemoto T, Iwai M, Kashima M, Yamaguchi E, Maruyama A, Miura S, Saito H, Tsujino N, Mizuno M： Demographic and clinical characteristics of foreign nationals accessing psychiatric services in Japan: a multicentre study in a metropolitan area. BMC psychiatry 20(1)：569, 2020

2. 根本隆洋：精神科早期介入と地域包括ケアシステム―MEICIS (Mental health and Early Intervention in the community-based Integrated care Systems)―. 一般社団法人川崎市精神科医会会報誌 9：6-7, 2020

3. 根本隆洋：精神病性障害における不安とその対応. 精神科治療学 35(12)：1323-1328, 2020

4. 根本隆洋, 小林啓之, 水野雅文：精神科臨床評価マニュアル（改訂版） 3. 統合失調症スペクトラム障害および他の精神病性障害群 1）早期精神病. 臨床精神医学 49(8)：1239-1247, 2020

5. 根本隆洋, 水野雅文：統合失調症の早期段階の診療. 講座 精神疾患の臨床 統合失調症. p94-102. 中山書店, 東京, 2020

6. 根本隆洋, 内野敬：若年者のうつ病対策と早期介入の役割―SODAの試み―. Depression Strategy 11(1)：13-16, 2021

7. 内野敬, 小辻有美, 飯田さとみ, 青木瑛子, 塩澤拓亮, 白幡真教, 関晶比古, 水野雅文, 田中邦明, 根本隆洋：若年者に向けたワンストップ相談センター「SODA」の試み―これまでの精神科早期介入から地域における早期相談・支援へ―. 精神神経学雑誌 123(3)：126-137, 2021

２．学会発表

1. 根本隆洋，清水徹男，田中邦明，藤井千代，辻野尚久，内野敬，今村晴彦：シンポジウム5（S5）日本精神保健・予防学会 精神疾患の早期介入・早期支援・予防の現在　精神科早期相談・支援の社会実装. 第40回日本社会精神医学会，東京（Web），2021/03

2. 山口英理子，小野坂益成，川下貴士，岩井桃子，丸山昭子，三浦左千夫，水野雅文，辻野尚久，根本隆洋： 在留ブラジル人を対象としたメンタルヘルス相談活動―在留外国人も利用しやすい地域包括ケアシステムに向けて―. 第40回日本社会精神医学会，東京（Web），2021/03

3. 田久保陽司，吹谷和代，相川祐里，岩井桃子，山口大樹，片桐直之，伊藤めぐむ，秋葉靖雄，辻野尚久，根本隆洋，水野雅文：

COVID-19流行が産後の不安症状に与える影響：継続的データベースと診療録の調査結果から. 第40回日本社会精神医学会, 東京（Web）, 2021/03
4. 内野敬, 小辻有美, 飯田さとみ, 青木瑛子, 塩澤拓亮, 水野雅文, 田中邦明, 根本隆洋：若年者に向けたワンストップ相談センターSODAにおける早期相談・支援の取り組み. 第40回日本社会精神医学会, 東京（Web）, 2021/03
5. 根本隆洋：シンポジウム87 地域に根差した精神保健医療早期相談・介入システムの構築―MEICISプロジェクト 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムと早期相談・介入―MEICIS. 第116回日本精神神経学会学術総会, 仙台国際センター（Web開催）, 2020/09
6. 山口英理子：増加する在留外国人とその精神障害―神奈川県横浜市鶴見区在住日系ブラジル人にみる支援の実態とニーズ. 第116回日本精神神経学会学術総会, 仙台国際センター（Web開催）, 2020/09
7. 内野敬：大都市部における精神保健医療早期相談・支援システム―若年者ワンストップ相談センターSODAの試み―. 第116回日本精神神経学会学術総会, 仙台国際センター（Web開催）, 2020/09

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. 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 30: 995-1001, 2015.
2. 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.
3. Kida H, Niimura H, Nemoto T, et al: Community transition at younger ages contributes to good cognitive function outcomes in ling-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.
4. 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: 195-202, 2020
5. 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.
6. 根本隆洋、水野雅文：統合失調症の早期段階の診療. 講座 精神疾患の臨床 統合失調症. p94-102. 中山書店, 東京, 2020
7. 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.
8. 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

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）
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（東邦大学医学部精神神経医学講座）
星恵美（NPO法人MAIKEN）
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）
髙田みほ（東邦大学医学部精神神経医学講座）
高橋祐香里（東邦大学医学部精神神経医学講座）
今村晴彦（東邦大学医学部社会医学講座衛生学分野）
青木瑛子（東邦大学医学部精神神経医学講座）
北野知地（東邦大学医学部精神神経医学講座）
塩澤拓亮（国立精神・神経医療研究センター）
山田紀昭（恩賜財団済生会横浜市東部病院臨床工学部）
小松広美（秋田県精神保健福祉センター）
大塚千恵（秋田県精神保健福祉センター）
関﨑亮（学校法人 桐丘学園）
佐藤さやか（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所）
山口創生（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所）
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）
中西清晃（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所）