



「精神障害にも対応した
地域包括ケアシステム」における
早期相談・支援のための手引き

Version 1.1

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)

Mental health and Early Intervention in the Community-based
Integrated care System (MEICIS), 2022

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～令和3年度

研究代表者

根本隆洋 (東邦大学医学部精神神経医学講座・教授)

研究分担者

清水徹男 (秋田県精神保健福祉センター・所長)

田中邦明 (医療法人財団厚生協会東京足立病院・名誉院長、東邦大学医学部精神神経医学講座・客員講師)

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・部長)

辻野尚久 (恩賜財団済生会横浜市東部病院 精神科・部長、東邦大学医学部精神神経医学講座・講師)

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 (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)

田久保陽司 (東邦大学医学部精神神経医学講座・済生会横浜市東部病院 精神科)

山口 (福井) 英理子 (東邦大学医学部精神神経医学講座・医療法人正永会 港北病院)

青木瑛子 (東邦大学医学部精神神経医学講座)

片桐直之 (東邦大学医学部精神神経医学講座)

高田みほ (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)

戸部美起 (東邦大学医学部精神神経医学講座)

水野雅文 (東京都立松沢病院)

関崎亮 (学校法人 桐丘学園)

武士清昭 (社会医療法人 あさかホスピタル)

今村晴彦 (東邦大学医学部社会医学講座衛生学分野)

西脇祐司 (東邦大学医学部社会医学講座衛生学分野)

逸見真恒 (東邦大学法人本部システム部)

毛利貴之 (東邦大学医療センター大森病院電算室)

丸山昭子 (松蔭大学看護学部)

小野坂益成 (松蔭大学看護学部)

川下貴士 (松蔭大学看護学部)

星恵美 (NPO 法人 MAIKEN)

三浦左千夫（NPO 法人 MAIKEN）
齋藤寿昭（川崎市立川崎病院 精神科）
鹿島美納子（医療法人財団厚生協会 大泉病院）
大塚千恵（秋田県精神保健福祉センター）
児玉絵里子（秋田県精神保健福祉センター）
小松広美（秋田県精神保健福祉センター）
佐藤玲子（秋田県精神保健福祉センター）
柴田仁美（秋田県精神保健福祉センター）
高橋香苗（秋田県精神保健福祉センター）
飯田さとみ（医療法人財団厚生協会 東京足立病院）
北野知地（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）
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）
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）
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）
塩澤拓亮（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）
西内絵里沙（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）
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）
山田紀昭（恩賜財団済生会横浜市東部病院臨床工学部）

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」における
早期相談・支援のための手引き

目次

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」において
早期相談・支援サービスを導入する意義 -----1

医療機関主導による都市部における
若年者早期相談・支援窓口の実装に関する手引き
(足立区サイト) -----10

ICTの活用を視野に入れた
市町村、保健所、精神保健福祉センターの連携のための手引き
ー「にも包括」に対応する市町村のケア担当者のために
(秋田県サイト) -----22

行政機関による多職種アウトリーチ支援のための手引き
(所沢市サイト) -----42

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て
(京浜地区サイト) -----54

周産期メンタルヘルスにも対応した地域包括ケアシステムを
構築していくために
(京浜地区サイト) -----65

悩みを抱えた方が早期相談・支援につながるための
相談機関の情報掲載について
(京浜地区サイト) -----79

研究成果の刊行に関する一覧 -----95

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」において

早期相談・支援サービスを導入する意義

東邦大学医学部精神神経医学講座
研究代表者 根本隆洋

要約：

本邦において「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ます。本システムを持続可能（sustainable）なものとするには、早期相談・支援の仕組みを包含する必要があります。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、罹患の際にも早期の社会参加や社会復帰が可能となります。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、システム運用を機能的にも財政的にも、より現実的かつ理想的なものとすることができます。

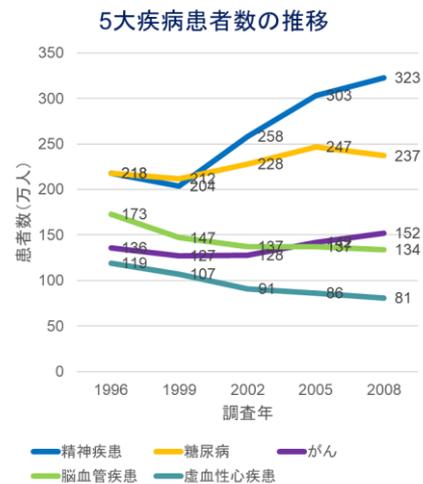
早期相談・支援の社会実装においては、都市への人口や機能の集中、地方の若年人口や産業の減少、少子高齢化、増加する在留外国人、経済的格差などの、「地域差・地域特性」を考慮した提案が不可欠です。

私たちは、わが国の保健医療福祉体制および地域包括ケアシステムのもとで実施可能な、メンタルヘルスや精神疾患の早期相談・支援の仕組みの提案を目的に、MEICIS（メイシス、Mental health and Early Intervention in the Community-based Integrated care System）と名付けた研究・実践プロジェクトを行ってきました。

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・手法とともに、地域特性を取り入れた具体的な早期相談・支援の仕組みを検討し、本手引きを作成しました。

1. 精神障害にも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、精神医療の地域連携の整備が求められています。現在、市区町村が主体となり、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を備えた、「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ます。

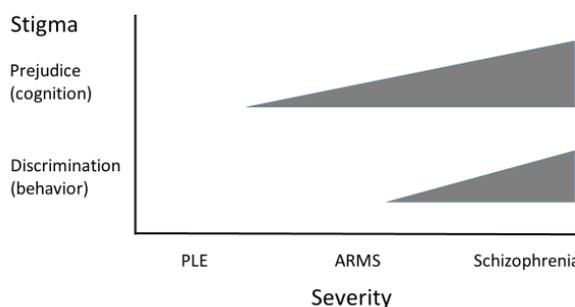


精神医療における、患者の治療の場を病院から地域へと移行させる脱施設化は、1950年代にイタリアから西洋諸国へと広がり、精神科病院の閉鎖や縮小と、それに伴う地域サービスの整備・拡充へとつながりました⁷⁾。本邦において地域移行の取り組みは90年代前からみられていたものの、施策として「病院から地域へ」と地域移行が明記されるようになったのは、2004年になってからでした。その後、地域主体の精神医療を目指したものの、長期入院患者の退院・地域移行は容易ではありませんでした。退院困難の理由として、「重度の精神症状」に続いて、「住居や適切な地域支援がない」ことが挙げられ3分の1を占めました。また、退院できても約4割の患者が1年以内に再入院している、退院後に支援が必要とされながらも実際に地域サービスを利用していた者は3分の1に過ぎなかった、などの報告がみられ¹¹⁾、地域包括ケアシステムの構築が喫緊の課題と位置付けられました。

2. 精神科早期介入

ところで、身体疾患は速やかに受診・治療して早く治すに限るわけですが、精神疾患においては中々そうは行きません。私たちは本邦6か所における前向き調査を通じて、統合失調症を主とする精神病性疾患の、発症から受診までのタイムラグである精神病未治療期間 (duration of untreated psychosis: DUP) が、平均21か月と2年弱にも及ぶことを報告しました。また、DUPが長いほど、精神症状、社会機能、QOLなどの予後が不良となり、速やかな治療導入が極めて重要であることが示されました⁴⁾。

DUPの長期化の一因としてステイグマ (stigma, 偏見) の関与は疑いのないところです。私たちは、精神病様体験 (psychosis-like experience: PLE)、精神病発症危険状態 (at-risk mental state: ARMS)、そして統合失調症 (schizophrenia) と、疾患のステージ (severity) が進むにつれて、認

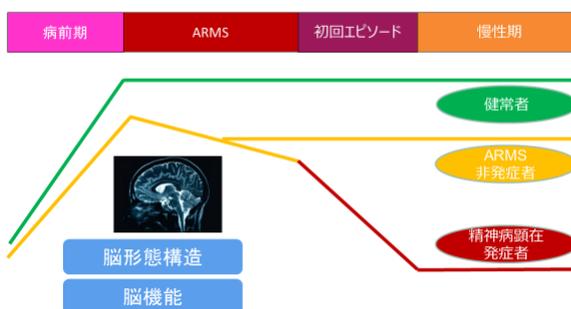


知面 (cognition) から行動面 (behavior) へとステイグマが強く形成されていくことを示しました²⁾。時機を逃せば逃すほど、受診行動からどんどん遠退いていくと考えられます。

治療導入の妨げとして、精神病性障害においては病識が欠如することも挙げられます。ARMSと初回エピソード精神病を比べてみると、初回エピソード精神病患者において有意に病識が低下しています⁵⁾。精神病の顕在発症に至ると治療の必要性の理解が乏しくなり、また精神病症状を異常体験として認識することも難しくなります。一方で、初回エピソード精神病の中でも「比較的早期」の患者とARMSの者を比較すると、治療の必要性の認識に関しては有意な差がみられません⁵⁾。すなわち、初回エピソードにおいてもより早期段階ならば、治療の必要性への認識はARMS相当に保たれているといえます。

精神病早期段階における機能低下をみると、あくまでリスク状態に過ぎないARMSの時点においても、脳体積・機能とも健常者に比べて低く、精神病発症を免れたとしても機能の低下した状態が長く続きます。顕在発症した場合は初回エピソードの間に、脳体積・機能とも急激に低下し、慢性期においては底を打った横這いの状態になります。その段階においては改善させる手立てが乏しくなってしまう。早期段階のダイナミックな変化が生じる時期に速やかで集約的な治療を行い、生物学的な低下を食い止めることが重要です⁶⁾。このように早期段階と慢性期では病態が異なるため、早期段階にはそのステージに特化した治療とサービスが必要であり、精神症状、再発率、社会機能、QOLなど多くの領域で、通常治療と比較して特化した早期介入サービスが有効であることが示されています³⁾。

早期段階の生物学的変化

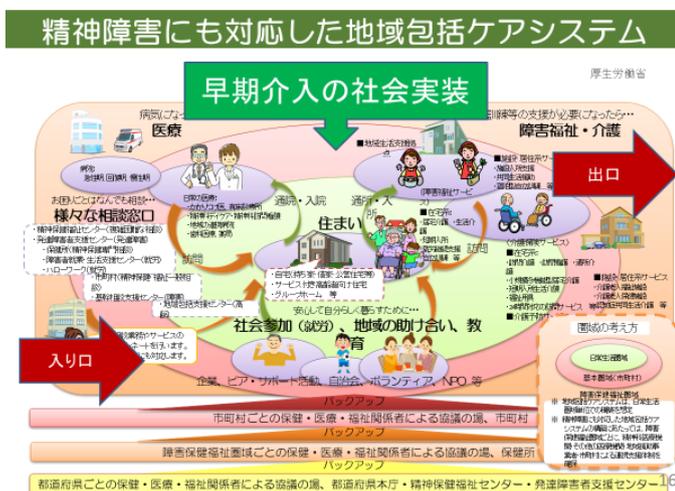


根本, 2019

3. 「にも包括」への早期介入の導入

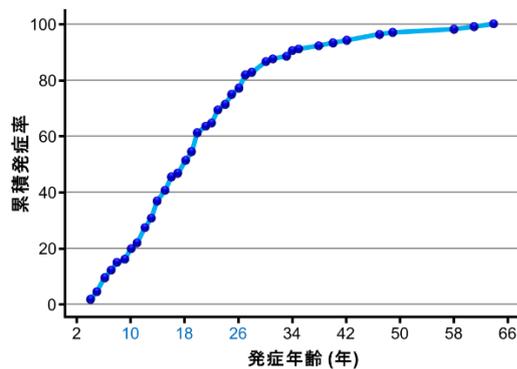
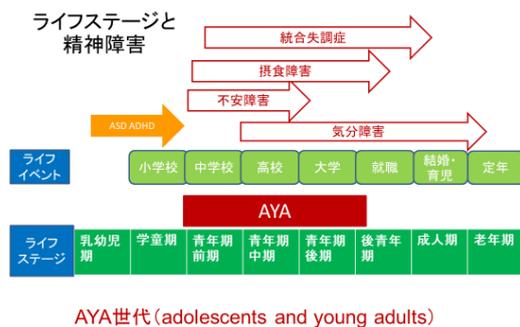
今後、本邦の各地において「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（にも包括）」構築に向けた取り組みが進められていきます。本システムを持続可能（sustainable）なものとするには、早期相談・支援サービスを組み入れる必要があります。早期段階での対応により精神疾患の発症予防や軽症化が期待され、また罹患した際においても早期の社会参加や社会復帰が可能となります。このような、システムにおける「入口と出口」への対応により、システムの運用を機能的にも財政的にも、より現実的かつ理想的なものすることができます。実際、海外において早期介入の取り組みは研究から実践段階に至っているものの、その先進地域であるロンドンできえ、精神病発症者が早期介入サービスに事前に関わっていた、すなわち早期介入の網に掬い上げられていたのは20%に満たず、精神疾患の早期介入は活動の中心を「より地域へ」と移しつつあります¹⁾。

また、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築は、世界でエビデンスが蓄積されたきたものの、本邦においては依然として機運の高まり切らない「精神科早期介入」



を社会実装する好機であるといえます。その際に、多様な現状やニーズに応える「相談窓口」の整備が欠かせません。

精神疾患はいかなる年齢層にも生じうるのですが、思春期・若年成人期（AYA 世代）は多くの精神疾患の好発年齢であり、また（認知症を除いた）精神疾患への罹患者のほとんどが、25 歳までに発症していることが報告されていることを踏まえると、特に若年者に配慮した相談窓口の整備が非常に重要であることがわかります。



4. 地域特性に対応した早期相談・支援

地域の中で早期介入を行うにあたっては、アクセスのしやすさ（Accessibility、利便性）、スティグマがなく費用対効果も良いこと（Acceptability、受容性）、エビデンスに基づいておりスタッフも熟練していること（Accountability、説明責任性）、様々なステージ・ニーズ・地域特性に適応していること（Adaptability、適応性）の「4A」が重要です。画一的な方法やモデルをトップダウン式に提示するのでは、地域の実態と乖離し有効なサービスの提供は困難です。都市への人口や機能の集中、地方の若年人口や産業の減少、少子高齢化、増加する在留外国人、経済的格差など、「地域の差異」に適応し「地域特性」を考慮した提案が不可欠です。

私たちは令和元年度から、厚生労働科学研究事業「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」を行ってきました。本研究の目的は、わが国の保健医療福祉体制および「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」のもとで実施可能な、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・検証することです。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、研究と地域での実践を行ってきました（<https://meicis.jp/>）。本邦

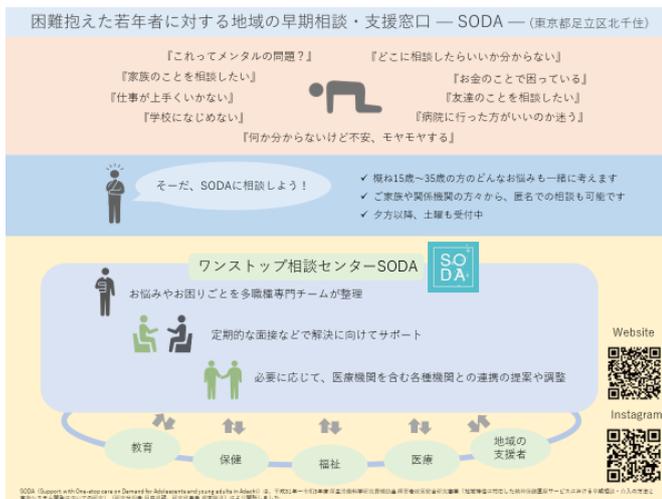
の地域特性の典型と考えられる4か所のモデル地域（東京都足立区、秋田県、埼玉県所沢市、京浜地区）を設定し、その特性を踏まえた社会実装可能な早期相談・支援の仕組みと方法を検討しました⁸⁾。

5. モデル地域での取り組み

典型的な地域特性を反映した、上述の4つのモデル地域における取り組みが、他の地域の参考になると考えました。東京都足立区は人口過密地域にて対面（face-to-face）を活かしたモデル、秋田県は過疎に対してICT（情報通信技術、Information and Communication Technology）を積極的に導入したモデル、埼玉県所沢市は都市近郊の人口と広さのバランスの良さゆえにアウトリーチを活かしたモデル、東京都・神奈川県にまたがる広域都市圏である京浜地区はボーダレスモデルとして、近年増加する在留外国人居住者に焦点を当てました。本稿では特に足立区と秋田県の取り組みに触れます。



足立区は従来下町のイメージが強かったが、近年は多くの大学が並び立ち、その中心地である北千住は若者の街として知られています。そこで、メンタルヘルスのハイリスク群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することを目指して、2019年7月に若年者向け早期相談・支援窓口として「ワンストップ相談センターSODA」を開設しました（<https://soda.tokyoadachi.com/>）。多職種専門チームによる包括アセスメントと臨床型ケースマネジメントがその主な機能です⁹⁾。同年11月に、より便利な北千住駅前の地に移転し、実証的な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ました。地域の様々な領域の機関からも相談者が紹介され、2019年7月の開設から2022年3月までの間で、909名の相談、および延べ8870回の支援対応を実施しました。

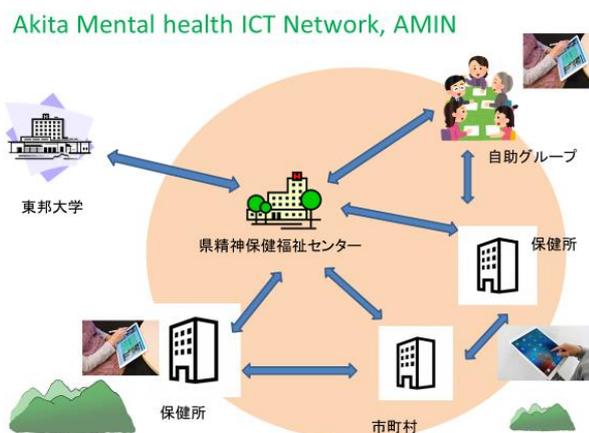


このような若者に向けた「よろず相談」のワンストップサービスのニーズが非常に高いこと

が実感されました。相談内容を概観すると、多くの相談者がメンタルヘルスの不調に加えて複数の困難を抱えて相談に訪れていました。また、相談者の約 6 割が精神科受診をしている状況になく、そして約 4 割に希死念慮や自殺企図歴を認め、このようなサービスの速やかな普及が喫緊の課題であると考えられました。初回相談後の経過について、多くのケースにおいて、然るべき次のサービスへの「橋渡し」までに継続的な支援を行うことができました¹⁰⁾。早期相談・支援窓口を地域で維持するのに必要な、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、自治体などとの協議も含め重ねています。

一方、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国に先駆けた深刻な地方過疎問題に直面しています。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、かつ相談業務は自殺・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ます。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する必要があります。地勢及び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、リモートでの技術支援や相談サービスが望まれ、タブレットとセキュリティの高い Web 会議サービスを用いた双方向性相談システム AMIN（アミン、Akita Mental health ICT Network）を構築しました。奇しくもコロナ禍が後押しともなりました。

地域の支援者を支援する機材（秋田県版依存症回復支援プログラム [ASAT-A] や秋田県版アルコール依存症支援者向けガイドブック）を開発しその普及を図るとともに、ICT 導入により地域の保健所における事例検討を協働で重ねることで、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り、技術支援も促進されました。コロナ禍において、ICT は引きこもり支援においても極めて有効でした。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られます。全国精神保健福祉センター長会議の提言でも、市区町村が「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の主体であり、保健所は市区町村の支援にあたることとされています。さらに精神保健福祉センターが保健所の支援にあたることで、重層的な体制を構築することができます。



ICT の活用は秋田県モデルにとどまらず、すべてのモデル地域で不可欠でした。足立区の SODA においても、SNS（social networking service）などを通じた相談のアプローチがあり、そこから Web 面談に至るケースも多く、また在留外国人のメンタルヘルス相談においては、医療通訳の問題に対応するのにも大いに役立っています。

また、私たちは ICT を用いた地域資源情報ウェブサイトの作成にも取り組みました。現

状において、医療機関の情報検索は可能ですが、利用者目線に立った表示方法や、保健・福祉やその他の領域も網羅した内容提示は十分とはいえません。「悩みを抱えているがどこに相談すれば良いのか分からない」という人をサポートするために、相談機関検索サイト「MEICIS メンタル相談室」(<https://sodan.meicis.jp/>)を作成し公開しました。本サイトでは、地域に密着したあらゆる領域の相談機関の情報を掲載することを目指し、また老若男女の方が利用できるよう、分かりやすさ、見やすさといったユーザーインターフェイス (user interface, UI) を重視しました。親しみやすいデザインを導入し、相談内容に応じたイラストも盛り込みました。今後は、サイト上に設置したアンケートを基に使用感に関するフィードバックを受けブラッシュアップを重ね、相談機関の情報周知・検索に関するモデルツールとなることを目指しています。

6. 今後に向けて一手引きの利用一

本研究を通して、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」において、早期相談・支援の概念とサービスの導入および実装が重要であることが明らかとなりました。若年者をはじめとする、メンタルヘルスや早期段階の問題には、精神保健医療福祉分野のみならず、行政・民間を含めた多領域に跨る対応が求められ、これを実施できる施策が必要と考えられました。

また、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の主体は市区町村ですが、そのためには市区町村の精神保健を支える保健所などのエンパワメントが、特に地方部においては欠かせません。多職種チームを有する県の精神保健福祉センターが、ICTを用いることで保健所を様々な支援できることが実証されました。ICTは遠隔精神保健の有用な基盤であるといえます。その基盤を生かすためには、各保健所が精神保健福祉センターに求めるニーズを全国的に明らかにしていくことも必要です。ニーズが明確でなければ容易には繋がらないと考えられます。

また、様々な背景を持つ人たちが利用しやすく、そうした人たちに手が届くシステムの構築が欠かせません。特に在留外国人は、コロナ禍で足踏みしたものの、今後再び増加していくことが見込まれます。後に触れるように本研究から、若年の在留外国人がメンタルヘルスの不調を抱えながらも適切なサービスにアクセスしていないことが示唆されました。精神保健医療サービスを、在留外国人など少数派の人たちにも対応した形に整えることが重要です。様々なニーズに対して、アウトリーチの活用も検討されうでしょう。

相談機関の情報周知においては、相談カテゴリーや対応できる相談の具体例の設定、機関の詳細情報の掲載という、ユーザーインターフェイス (UI) を考慮した構成がモデルになると考えられます。

今後、市区町村が主体となり構築していく「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」において、地域特性を考慮した早期相談・支援の仕組みを導入し実装していくことは、同システムを有効・有用に、そして持続可能に運用するために不可欠であるといえます。

本研究において、足立区サイトでは、若年者の集中する大都市部に、若者に特化した相談・支援窓口を社会実装しました。メンタルヘルスの不調を含む多種多様な困難に対応可能な、専門支援・治療の「入り口」は、地域におけるニーズが非常に高く、その普及が望めます。実際的な運用に関しては、行政と民間の協力のもと、地域特性に応じて既存の社会資源を有効に活用する必要があります。

秋田県サイトでは、地域特性を考慮した有用なツールの開発とその使用法の講習、多職種チームが保健所に出向いて行う事例検討会などが、保健所と県センターとが繋がるニーズを生み出すものであることが示されました。ニーズが顕在化すると、ICTを活用した事例検討開催の要望が保健所から県センターに出されるようになりました。遠隔精神保健を含む両者の連携の進展により、保健所の支援能力は確実に向上するものと考えられました。

所沢市サイトの活動を通じて、アウトリーチ支援チームが保健・医療・福祉を含む包括的なケースマネジメントに寄与することが示され、その「手引き」の作成と配布の必要性が示されました。

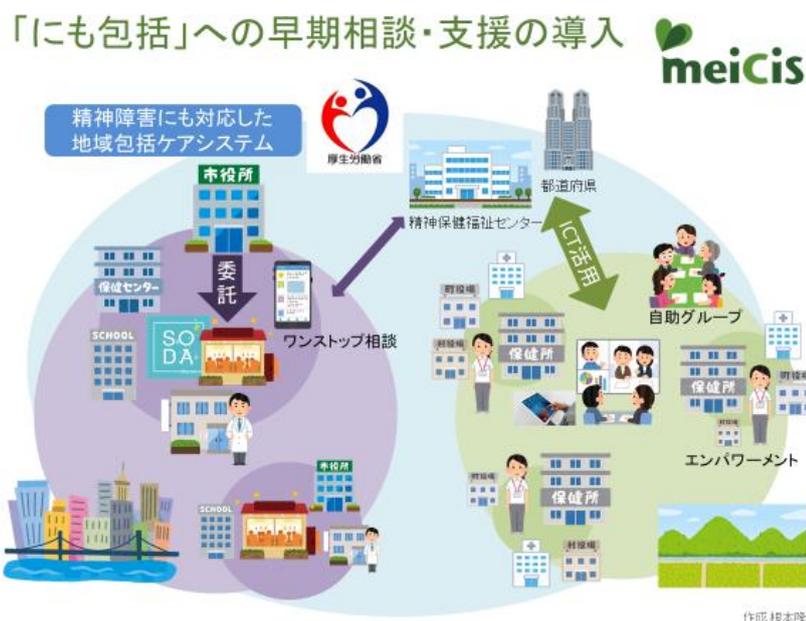
在留外国人のメンタルヘルス施策において、ニーズにあったサービスを提供し実践していくためには、年代や地域による特性だけでなく、民族的帰属意識も考慮した検討を行うことにより、多様な背景をもつ在留外国人との共生社会を着実に築くことができると考えられました。

また、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収集が必要ですが、「MEICISメンタル相談室」のような地域に根差し、かつUIを考慮したシステムが、今後の参考になると考えられます。

「精神障害にも対応した地域包括ケア

システム」は、国連がSDGsに掲げる「誰一人取り残さない」という理念を共有するものであり、地域特性とも関連する多様（diverse）なニーズに応え、利用しやすい（accessible）システムを、高い有効性と有用性が期待される早期段階をその中心に据えて構築することが不可欠であると結論付けられます。

本手引きに加えて、詳細なデータなどをご覧いただける各年度の「研究報告書」も是非ご覧ください。MEICIS ホームページ (<https://meicis.jp/>) に掲載しています。



引用文献

- 1) Ajnakina O, 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* 17 (1): 308, 2017
- 2) Baba Y, et al.: Stigma toward psychosis and its formulation process: prejudice and discrimination against early stages of schizophrenia. *Compr Psychiatry* 73: 181-186, 2017
- 3) Correll CU, et al.: Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. *JAMA Psychiatry* 75 (6): 555-565, 2018
- 4) Ito S, 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 (8): 995-1001, 2015
- 5) Lappin JM, et al.: Insight in individuals with an At Risk Mental State. *Schizophr Res* 90 (1-3): 238-244, 2007
- 6) 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
- 7) 根本隆洋, ほか: 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*, 94-102. 中山書店, 東京, 2020
- 8) Takubo Y, et al.: 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
- 9) 内野敬, ほか: 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
- 10) Uchino T, et al.: An integrated youth mental health service in a densely populated metropolitan area in Japan: Clinical case management bridges the gap between mental health and illness services. *Early Interv Psychiatry* 16: 568-575, 2022
- 11) 山口創生, ほか: 重症精神障害者における退院後の地域サービスの利用状況とコストネステッド・クロスセクショナル調査。 *精神障害とリハビリテーション* 19 (1) : 52-62, 2015

足立区サイト

医療機関主導による都市部における

若年者早期相談・支援窓口の実装に関する手引き

医療法人財団厚生協会東京足立病院・メンタルクリニック三叉路

東邦大学医学部精神神経医学講座

研究分担者 田中邦明

研究協力者 青木瑛子、飯田さとみ、内野敬、北野知地

小辻有美、塩澤拓亮、白幡真教、関晶比古

目次

はじめに

1. 精神疾患の早期介入に関する背景
2. 医療機関受診の手前から地域の相談・支援の実施
3. 都市部における早期相談・支援窓口のサービスモデル
4. 東京都足立区におけるワンストップ相談センターSODAの実践
5. 若者のアクセスのしやすさへの配慮
6. 医療機関主導による若年者相談・支援窓口の運用

おわりに



はじめに

「メンタルヘルスについて若者がもっと気軽に専門的な相談や支援を受けることができたら良いのに」という声は、地域で活動をしているとよく耳にします。精神疾患は、生涯で5人に1人が経験し、その75%は25歳よりも前から認めるとされており、若者にとっても身近な問題です。さらに、明らかな疾患の発症前から、メンタルヘルスの不調に伴い、多種多様な心理社会的困難を同時に抱えていることが常です。そのため、医療現場もさることながら、保健、福祉、教育、労働などの分野を問わず、若者と少しでも接する現場において、メンタルヘルスに関して早期段階から対応可能な相談先の不足を感じられている方はとても多いように思います。また、若者自身やその家族からは、メンタルヘルスの不調を含む悩みや困りごとについて「どこに相談をしたら良いのか分からない」、「受診をするのはハードルが高い」という意見を稀ならず聞きます。実際のところ、若者が不調を認めた際のみならず、明らかな発症に至ってもなお、早期の段階で適切な支援や治療には結びついていないと言いつつ、難しい状況にあります。近年わが国で構築が進められている「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」においては、その入り口となる相談窓口の整備は重要な課題の一つであると考えられます。既に取り組みが進んでいる地域や自治体もありますが、これから仕組みを作る必要があるという場合も未だ多いのではないのでしょうか。この手引きでは、その一例として、地域の医療機関が主導し都市部に実装した、若年者早期相談・支援窓口「ワンストップ相談センターSODA」について、開設に至るまでの背景や実際の運用方法をご紹介します。

1. 精神疾患の早期介入に関する背景

1980年代よりイギリスやオーストラリアなどを中心に、統合失調症などの精神病性障害に対して早期発見・早期治療を行うことで、発症後の転帰を改善させる可能性が示唆されるようになりました。特に、精神病性障害を発症してから最初の治療が開始されるまでの期間（Duration of Untreated Psychosis：DUP）の長短は、重要な予後予測指標として注目され、初回エピソード精神病性障害に対する早期介入の試みが世界的に行われました。さらに、精神病性障害の明らかな発症前のリスク状態として、ARMS（at-risk mental state）が定義され、発症の予防を目指した支援にも期待が集まりました。精神疾患の予防や回復に向けた取り組みは、わが国でも専門外来や専門デイケアといった形で行われてきました。これら早期介入サービスの有効性や費用対効果に関する知見も多く集積されています。そして近年では、早期介入研究・実践の流れは、精神病性障害のみならず、より一般的な気分障害や神経症などを含め精神疾患全体を対象とするようになり、さらにはメンタルヘルス全般に対しても視野を広げています。

2. 医療機関受診の手前から地域における相談・支援の実施

精神疾患の好発年齢を考慮すると、早期介入サービスの主たる対象は、思春期・青年期の若者となります。しかし、ここで大きな問題となるのは、若者自らが助けを求めること（援助希求）のハードルの高さです。精神病症状に限らず、抑うつや不安などメンタルヘルスの不調を認めても、早期の段階で医療機関へ自ら援助希求をする若者は多いとは言えません。この背景には、スティグマ（偏見）による敬遠や、若者の困難が医療以外の多くの領域にもわたることによる援助希求先の不明瞭さ、さらには経済的困窮など、様々な問題があります。この課題に対して、先駆的な取り組みの進む諸外国では「ワンストップ・ケア」による解決が模索されてきました。具体的には、若者が抱える多種多様な困難をどのようなことでも一括で受け付けるような窓口の社会実装が試みられてきました（例えば、オーストラリア「headspace」、シンガポール「CHAT」など）。つまり、医療機関を受診する手前の段階から、地域において相談や支援を受けられる体制作りが行われています。

わが国の都市部における状況へ目を向けると、若者の支援に関連する多領域にわたるサービスや者は、各々の専門性を有しながら身近に多数存在しています。例えば、学校にはスクールカウンセラーやソーシャルワーカーが配置され、地域には児童相談所や子ども家庭支援センター、保健センター、福祉事務所等があり、他にも就学支援、就労支援など様々なサービスがあります。民間のNPOなどもそれぞれの持ち味を生かした支援を行っています。また、医療の面で言えば、国民皆保険制度の下、多くの精神科医療機関が地域には存在しています。しかし、都市部で多くの社会資源が存在していてもなお、多くの若者は「困った時にどこへ相談したら良いか分からない」というのが実感のようです。残念ながら、若者がアクセスしやすく、かつワンストップ・ケアによる相談・支援を受けることができる体制が普及しているとは言えない状況にあります。

3. 都市部における早期相談・支援窓口のサービスモデル

わが国の都市部において、限りある地域の貴重な社会資源が有機的に連携するためには、若者がアクセスしやすい窓口が相談の入り口となり、対象者の困難や課題に応じて支援の調整を担い、適切な専門機関につないでいくことが解決策の一つになると考えられます。これを実現する都市部における早期相談・支援窓口のサービスモデルの内容としては以下になります。①若者が物理的・心理的にアクセスをしやすいよう工夫を取り入れた窓口を地域に開く。②若者が困りごとを抱えた際にはどのような内容でもまずは相談を受け付け、多職種チーム（精神科医、精神保健福祉士、公認心理師、保健師、看護師などから構成）が状況を整理しつつ、包括的なアセスメントを行う。③精神保健福祉士や公認心理師などが担当のケースマネージャーとなり、一定期間にわたり心理社会的支援を実施しながら、適切な専門機関への橋渡しを行う臨床型ケースマネジメントを実施する。これらにより、地域における「ワンストップ・ネットワーク」の構築を目指します（図 1）。ただし、早期相談・支援を実施する際には、適切な見立てや支援のみならず、過剰な医療化を防ぐことやスティグマを扇動しないための配慮は必須であり、エビデンスに基づいた運用や倫理的配慮が必須と考えられます。



内野・田中・根本ほか, 精神神経誌, 2021より一部改変

図 1 都市部における早期相談・支援窓口のサービスモデル

4. 東京都足立区におけるワンストップ相談センターSODAの実践

先駆的な取り組みの進む諸外国での実践や世界保健機関による推奨事項を基にしながら、上述のわが国の都市部の特性を考慮したサービスモデルを設定し、2019年7月に、東京都足立区に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) は開設されました。医療法人財団厚生協会東京足立病院・メンタルクリニック三叉路および東邦大学医学部精神神経医学講座により企画立

案され、運営は東京足立病院・メンタルクリニック三叉路が主に担っています。具体的な運用および相談支援に関する内容は以下になります（表 1、2）。

表 1 ワンストップ相談センターSODA の運用内容

項目	内容
対象者	北千住にある窓口に来所可能な概ね 15～35 歳の者（中学生は応相談）
相談内容	<ul style="list-style-type: none"> ● メンタルヘルスの不調のほか、学校、職場、金銭面、家族、友人に関する事など幅広く受付 ● 実際には「モヤモヤする」といった漠然とした内容も多い
開所時間	月曜（11:00-20:00） 水曜（09:00-18:00） 木曜（11:00-20:00） 金曜（09:00-18:00） 土曜（11:00-20:00） 定休日：火曜・日祝
スタッフ	有資格専門職を基本 2 名配置（精神科医、精神保健福祉士、公認心理師、看護師、保健師）
相談支援方法	<ul style="list-style-type: none"> ● 基本は対面での面接を実施（初回 60 分・継続 30 分） ● 電話、電子メール、訪問/同行、ビデオチャットによるオンライン面接、SNS を組み合わせて柔軟に対応 ● 家族のみでの相談は応相談、本人の来所が前提
相談料	無料

表2 ワンストップ相談センターSODAにおける相談・支援内容

<p>多職種チームによる 包括的アセスメント (定期的にカンファレンスを開催)</p>	<p>若者の多種多様な困難・課題をワンストップで整理</p> <ul style="list-style-type: none"> ● メンタルヘルス不調の医学的評価 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 診断閾値以下の不調から顕在発症まで連続した評価、医療機関受診の要否判断 (M.I.N.I.やICDの活用) ● 心理的葛藤の評価 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 思春期・青年期心性、家族・友人との葛藤など心理的苦痛やストレス因など ● 社会生活における困難の評価 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 就学、就労、経済状況、生活環境など
<p>精神保健福祉士・公認心理師等 がケースマネージャーとなる 臨床型ケースマネジメント (概ね3～6か月間を目処)</p>	<p>他機関を紹介ではなく、支援をしながら橋渡し</p> <ul style="list-style-type: none"> ● メンタルヘルス不調・精神症状に対する精神・心理療法アプローチ <ul style="list-style-type: none"> ➢ 情緒不安定、抑うつ気分などのストレス反応、神経症水準の社交不安やパニック発作、うつ病水準の気分症状などに対する、支持的精神・心理療法、認知行動療法、森田療法 ➢ ストレスの軽減やコーピング(対処)行動など精神保健に関する心理教育 ● 日常生活支援 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 多領域にわたる支援・助言；金銭管理、対人関係、社会的孤立、就学・進路、インターネット依存、自傷行為、暴力行為など ➢ 孤立・孤独に対して定期的な対人交流の機会 ● 就労支援 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 希望の職に就くためのプロセスを支援；求職、就労継続、障害者雇用などに関する助言 ● 家族支援 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 本人の抱えている困難や思春期・青年期心性に対する心理教育や協働の促進 ● 関係機関との連携・社会資源の調整 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 本人の困難や課題に応じて適切な機関へ紹介；教育、福祉、保健などの関係機関や、NPOなど地域の支援者への橋渡し ➢ 診断水準の精神疾患に対しては、本人の希望に応じて医療機関受診の調整

相談・支援内容を挙げると多岐にわたりますが、実際はこの内容を実施する土台として、相談者の主観的な悩みや困りごとに耳を傾けることが最も重要と考えています。相談者と

の間に協働的な関係性を作ること抜きにしては、支援は始まらないと感じています。時には、「相談」などと肩肘張らず、趣味の話をしたりする時間はとても大切です。

広報に関して、窓口開設以降は、様々な機関へ直接出向き普及啓発活動を行っています。具体的には東京都北東部を中心に、保健所、保健センター、子ども家庭支援センター、福祉事務所、警察署などの行政機関、中学・高校・大学などの教育機関、その他にひきこもり支援、学習支援、就労支援、子ども食堂などを実施・運営する社会福祉法人やNPO法人などです。チラシやリーフレットを作成し配布しました(図2)。また、講演の実施や、SNS、テレビ、ラジオ、雑誌などメディアにおいても積極的に広報を行いました。



図2 普及啓発用チラシ等各種

実際に相談・支援をする中では、医療機関との連携が必須となります。そのため、近隣の医療機関に対しても積極的な普及啓発活動を行いました。具体的には、足立区医師会の協力を得て区内全医療機関へリーフレット送付、足立区薬剤師会や製薬会社の協力を得て講演会

の開催、近隣の精神科医療機関に対する周知活動などです。また、本人・保護者の同意を得た上で、電話、通院同行、書面などにより、医療機関の担当者と情報を共有しながら連携をしています。

なお、相談者より聴取する情報は重要な個人情報であり、その保護に努める必要があります。関係機関との情報の授受には相談者本人（未成年者の場合は保護者も）から同意を得たうえで行っています。

ワンストップ相談センターSODA の実践に関するデータやその効果、実際の相談者の支援例などについては、よろしければ既報告をご覧ください。

<参考文献>

- 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
- Uchino T, Kotsuji Y, Kitano T, Shiozawa T, Iida S, Aoki A, Iwai M, Shirahata M, Seki A, Mizuno M, Tanaka K, Nemoto T: An integrated youth mental health service in a densely populated metropolitan area in Japan: Clinical case management bridges the gap between mental health and illness services. Early Intervention in Psychiatry 1 : 1 -in press , 2021
- 内野敬: 若者が気軽に相談できる社会とは? —地域における早期相談・支援窓口 SODA の取り組み. 心と社会 52 (4) : 102 -107, 2021
- 内野敬, 水野雅文, 阿部逸郎, 松本裕史, 田中邦明, 根本隆洋: 地域で見過ごされている社会的ひきこもり者に「あるがまま」の心を育む包括的早期支援方法の開発. メンタルヘルス岡本記念財団研究助成報告集 33 : 1 -印刷中 , 2022
- 内野敬: コロナ禍における若年層の早期相談・支援: SODA における状況と取り組み. 予防精神医学 6 (1) : 35 -44, 2022

5. 若者のアクセスのしやすさへの配慮

若者に向けた相談・支援を実施する際に、その窓口が若者にとって物理的・心理的にアクセスしやすいかどうかは極めて重要になります。環境面に関して諸外国の実践からは、通りに面した 1 階などの入りやすい場所にあること、開放的でカフェのような雰囲気であること、絵画や音楽などアートを取り入れることなどが勧められています。極力、事務的・医療的な雰囲気は避ける方が望ましいです。これは、窓口の名前一つとっても重要と感じています。相談者が「今日は〇〇に行く」と家族や友人に口にしづらい名前よりも、もしかしたら、何だか良く分からない名前の方がちょうど良いかもしれません。また、専門職に相談をするというだけで緊張をする若者は多く、スタッフの雰囲気にも配慮が必要です。ワンストップ相談センターSODA では、精神科医を含め様々な職種が働いていますが、「先生」などの呼

称は避け、「〇〇さん」に統一しています。もちろん言うまでもありませんが、過度に馴れ馴れしいのは良くないでしょう。

とはいえ、若者に受け入れられやすい環境をどのように設計したらよいか最もよく知っているのは、若者自身です。若者に関心が高い、音楽、ドラマ、アニメ、映画、ゲームを知ってみたり、時には環境づくりに若者に参加したりしてもらうことも重要だと思います。ワンストップ相談センターSODA では、相談者が自身の絵画や手芸作品を持ち寄り展示するなどし、ピアとしての主体的な参加を積極的に受け入れています（図3）。



図3 待合に展示してある相談利用者のイラストや手芸など

6. 医療機関主導による若年者相談・支援窓口の運用

ワンストップ相談センターSODA の運営は主に、医療法人財団厚生協会東京足立病院・メンタルクリニック三叉路が担っています。地域の社会資源に精通し、各種関係機関との連携に関する臨床的土壌を既に有している医療機関およびそのスタッフは、相談・支援窓口においても非常に大きな力となります。さらに、地域の医療機関が窓口を運用することで、来所した相談者に医療機関の受診が必要と考えられた際は、医療機関へのアクセスが円滑とな

り、治療開始の遅れを回避することにつながるメリットが挙げられます。ただし、注意すべき事項として以下があります。

注意点：特定の医療機関への「囲い込み」と「過剰な医療化」

相談・支援窓口に来所した相談者を、特定の医療機関へと誘導するということは避けなくてはなりません。地域の医療機関が窓口を運用する場合でも、基本的には、相談・支援窓口と診療行為を行う場が機能的に独立していることが望ましいと考えられます。ワンストップ相談センターSODAは、医療法人財団厚生協会の協力の下、北千住駅前にある古民家を改装し、メンタルクリニック三叉路との合築で設計されました。相談者のみが入り口、待合室、面接室を設置し、相談者が医療機関受診者と交わらない動線を確保しています。専用の電話回線、メール、ホームページを開設しました。相談の記録システムに関しても、医療機関の診療録とは独立し、相談・支援に関係する職員のみが使用可能となっています。また、実際の相談・支援場面では、個人情報の授受や診療との線引きを明確する必要があります。相談者に医療機関の受診が必要と考えられた場合は、本人・保護者のニーズに応じて、中立的な立場で医療機関を紹介することが求められます。そのためにスタッフは、地域にある各医療機関の特性や診療体制について熟知する必要があります。これらのことをスタッフは十分理解し、相談者やその家族に対して適切に説明するだけでなく、地域の関係機関の方々にも周知することが大切です。

もう一点重要なこととして、若者の相談・支援を行う際は、時に病的状態と正常を行き来する変動性の高い精神症状をとらえて、適切な支援や治療につなぐ必要があります。一方で、メンタルヘルスの不調に関して、過剰な受診勧奨や医療化を防ぐ配慮も同時に求められます。一定の経験を有する精神科医を含む専門職種による中立的な見立てと、本人・保護者への十分な情報提供が必要になります。また、操作的診断基準等（M.I.N.I や ICD の活用など）によるエビデンスに基づく判断が望ましいと考えられます。

おわりに

2019年にワンストップ相談センターSODAを開設し、最初はまさに手探りの状態でした。地域の中でどのようにお役に立てるかを模索し、様々な機関の方々や若者たちから非常に多くのことを学ばせていただきました。それら全てについては、この手引きのみではお伝えしきれず、とても口惜しく思います。さらなる詳細についてご興味をお持ちの方は、ぜひ直接のご連絡をいただけますと幸いです。若者支援に関するつながりが広がることを切に願っております。

これまで手厚いご支援、ならびにご指導をいただいた皆様、また実際にご相談にいらしていただいた皆様に、心より感謝申し上げます。



イメージキャラクター SODAYOBOY

秋田県サイト

ICT の活用を視野に入れた市町村、保健所、精神保健福祉センター
の連携のための手引き
— 「にも包括」に対応する市町村のケア担当者のために

秋田県精神保健福祉センター
研究分担者 清水徹男

目次

はじめに

1. 支援対象者の抱える問題は一つではない
2. 支援の対象は個人というよりは世帯である
3. 多くの場合、支援はキレの良い振り分けではなく、細く長い継続支援である
4. チームで支援する
5. チームで支援するためには事例検討会が有効
 - 5-1. 個人情報の保護の重要性
 - 5-2. 地域ケア会議と退院後支援計画の策定会議をモデルとして
 - 5-3. どんな情報を集めるか、一主語を明確に
6. 支援者は丸腰ではなくて武器を持っていた方が安心
 - 6-1. 家族のためのプログラム クラフト (CRAFT)
 - 6-2. 依存症の回復支援プログラム
 - 6-3. 支援者向けガイドブック
 - 6-4. 秋田県の取り組み
 - 6-4-1. 支援ツールの開発
 - 6-4-2. 支援ツールの使い方ワークショップの開催
 - 6-4-3. アルコール依存出張事例検討会
 - 6-4-4. 事業の効果の検証
 - 6-4-5. 引きこもり支援への応用
 - 6-4-6. ひきこもり支援へのICT化の可能性
 - 6-4-7. 「にも包括ケアシステム」構築への応用可能性
7. 支援者が燃え尽きてしまわないために
8. ICTを活用した遠隔精神保健福祉の可能性—AMIN (Akita Mental-health ICT network)

の紹介

- 8-1. 方法
- 8-2. 結果
 - 8-2-1. 依存症支援へのICTの活用
 - 8-2-2. 引きこもり支援におけるICTの活用
- 8-3. まとめ

終わりに

はじめに

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム(以下、「にも包括ケアシステム」と略す)構築は、我が国の地域精神保健の喫緊の課題です。この「にも包括ケアシステム」の母体はみなさんご存知の地域包括ケアシステムです。地域包括ケアシステムの目的は、支援や介護を必要とする高齢者が住み慣れた地域で尊厳ある生活を可能な限り継続できる体制を構築することです。その対象を精神障害者一般に広げたものが「にも包括ケアシステム」になります。この「にも包括ケアシステム」において、対象者の支援にあたる主体としての役割は地域包括ケアシステムと同様に市町村が担うことになっています。しかし、多くの市町村はそれに対応する十分な人材と経験、及びノウハウをお持ちではないでしょう。市町村の「にも包括ケアシステム」担当となった方々の中には途方に暮れている方も少なくないものと想像します。この手引きの目的は、そのような市町村担当者が実際に事例の相談にあたった時に、支援を諦めないで済むための心構えと知識、ヘルプの求め方をお伝えし、支援者のエンパワメントを図ることにあります。具体例として困難事例となることが多い「依存症」と「引きこもり」を例に挙げ、秋田県の営みを例示します。

1. 支援対象者の抱える問題は一つではない

一人の精神障害を持つ支援対象者は単一の問題を抱えているわけではありません。住まい、経済的基盤、基本的な生活技能、必要な医療・介護、家族関係、地域とのつながりなど暮らしの広い側面にわたる見守りや援助が必要なことが多いのです。この中には「病気」とはいえないもの、例えば「引きこもり」や、「病気」ではあるが医療に繋がりにくいもの、例えば「否認の病」とも呼ばれる依存症の人々が多く含まれています。

(例)

中年男性、妻子があったが離婚して現在は単身生活。元大工。飲酒が原因で欠勤・遅刻を繰り返し、職を失って十年になる。現在は生活保護を受給。酩酊時に間違っ隣家に上がり込み、派出所の警察官に通報されたことがある。朝から飲酒し、下痢・嘔吐を繰り返す。夜間に救急車を要請し、救急外来を受診して点滴を受けることを再三くりかえしている。数年前、内科に入院し肝硬変、食道静脈瘤の診断で禁酒が必要であると言渡された。禁酒目的で精神科専門病院を紹介され任意入院したが、数日で事故退院し、以後、自宅で酒びたりの生活を送る。その病院からの訪問看護(女性看護師)は受け入れるが、精神科のみならず内科受診も拒否。髭は剃っているものの、ほとんど入浴しないと述べ、異臭を放つ。痩せており、顔色も悪い。立ち上がる時によろめく。部屋は散らかっていて、焼酎のペットボトル、インスタント食品の食べからが散乱している。

クイズ:

- ・この事例の抱える問題を列挙してください。
- ・現在この事例に関わっている支援者・組織は、何でしょう。
- ・今後、さらに必要な支援として考えられるものはありますか？

・今後、関わりが求められる支援者・組織にはどのような人や組織がありますか？

回答例)

- ・精神疾患としてアルコール依存
- ・身体疾患として肝硬変、食道静脈瘤。そのほか、低栄養状態や脱水、電解質異常などがありそうですね。
- ・経済的支援
- ・生活援助 保清、栄養指導、家事援助
- ・肉親とのつながり
- ・仲間
- ・地域とのつながり

現在の関わり：訪問看護の看護師、生活保護 SCW、救急隊員

今後必要な支援：精神科医療、身体科医療、家事援助、自助グループなど

今後の支援者：本人の実子、精神科医、内科医、病院の PSW、地域包括支援センター、民生委員、保健所の保健師など

2. 支援の対象は個人というよりは世帯である

1世帯に支援を必要とする人が複数いることも稀ではありません。従って一人の支援にあたっては、複数の支援者と組織による連携体制の構築が必要になることが多いのです。例えば、今話題の 80-50 問題、すなわち高齢の両親が抱える 50 台の「引きこもり」の世帯があります。両親の片方が認知症や、身体機能の障害のために介護が必要になったが、介護者自身も高齢のため疲弊し、地域包括支援センターなどに支援を求めた場合で考えてみましょう。ケア・マネージャーが訪問すると、引きこもる 50 台の息子が介入を拒否して玄関に立ち塞がり、介護の手を入れることができないといったことがあります。このように介護認定のための訪問の際に世帯の抱える問題が初めて浮き彫りになるといった事例は稀ではありません。

さらに、支援対象毎にオーダーメイドの支援体制を組み立て、世帯に起こる変化に応じて臨機応変にそれを組み立て直すことが求められます。前述の例で言えば、老老介護をしていた父親が脳卒中で倒れて入院した場合、世帯の支援体制を大きく変更する必要があります。この時点で、引きこもりの息子が介護を受け入れるところまで支援者と息子の間の関係構築が進んでいない場合には、非常に困難な事態が生じるでしょう。

3. 支援はキレの良い振り分けではなく、細く長い継続支援である

援助を求めて相談窓口を訪れるのは援助対象者本人でないことがよくあります。相談者は同居家族の場合が多いのですが、遠方に住む肉親、時には知人や隣人が相談に訪れることもあります。とりわけ、「引きこもり」と依存症（とりわけアルコール依存）の場合がそうです。このような場合に「適切と思われる」医療機関を相談者に示し、援助対象者本人をそ

こに受診させるよう助言すること、すなわち「振り分け」では問題は解決しません。本人が受診の勧めに応じることは、非常に稀であるからです。相談者が同居家族の場合はその来訪を歓迎し、相談者の語る言葉を傾聴、今までの苦労を労うとともに、相談者とともに援助対象者本人に対する働きかけを気長に考える姿勢を示すことから支援を始めましょう。まず、家族が元気を取り戻し、少しでも自らの生活を楽しむことをお勧めして下さい。家族が変われば、対象者本人が変化のきっかけを掴むことが容易になります。家族の初回相談の時から本人との対面までに数年が経過することも稀ではありません。残念ながら、魔法はありません。対象者本人のみならず、その家族に対する細く長い継続支援への覚悟が重要です。

4. チームで支援する

項目2でお示したように、多くの場合に一人の支援対象者は複数の問題を抱えています。一人の支援者が全ての問題に対処できるわけではありません。それに加えて対象者の世帯に他にも支援を要する人がいることがよくあります。そのような場合、対象の世帯を支援するにあたっては複数の支援者がチームを組むことが必要です。とりあえずは相談者の来訪を受け付けた担当者が得られた情報をもとに必要な支援の概略をまとめ、自らの力の及ばない部分があれば庁内のどの部所と連携するのが良いか、検討してください。連携が必要であれば、関係部所の担当者に速やかに連絡を取りましょう。実は、その部所の担当者がすでに対象の世帯を把握していることがわかり、びっくりすることも珍しくありません。連携が必要な部所が複数ある場合には庁内で次項にお示しする事例検討会を持つことをお勧めします。初めに相談を受けた担当者が事例を提示しましょう。司会は事例検討の経験のある方なら皆さんの同僚・上司であっても他の部所の方であっても構いません。ところで、皆さんは庁内における医療、障害福祉、介護、税務、精神保健の担当部所と担当者の顔を思い浮かべることができるでしょうか。

どの組織にも言えることですが、縦割りの組織の中で一人の支援対象世帯のために複数の部所を貫く横串を指すことには困難を伴います。とりわけ「にも包括」のような新規の事業の場合には多くの困難があることと存じます。担当者の上司や管理職がこの事業の内容と重要性をよく理解し、他の部所の管理職の理解と協力を獲得することが重要なので担当の皆様はこの方面の努力をもよろしくお願いします。

支援者は庁内にとどまるものではありません。民生委員、地域包括支援センターや地区の社会福祉協議会、医療機関、訪問看護ステーションなどとの連携が必要なことも多いと思います。必要な場合には、事例検討会にそれらの支援者の出席を呼びかけてください。また、支援を担う連携は同じ市町村内で完結するとは限りません。精神科専門医療機関が全く無い市町村も多いと思います。市町村を跨ぐ広域の連携が必要なことも、多いことでしょう。そんなときに頼りになるのが、圏域をカバーする保健所です。市町村の「にも包括ケアシステム」担当者にとって、真っ先にヘルプを求めているいただきたいのは管轄の保健所です。ただし、保健所といえども職員の数に限られていますし、支援の能力も万全ではありません。そ

ここで、各圏域の保健所を全県の立場で底支えするのが県精神保健福祉センター（以下、センター）の役割です。保健所の精神保健担当は保健師数名というのが一般的ですが、センターには精神科医、心理師、保健師、精神保健福祉士などの多職種チームが備わっているのが強みです。

5. チームで支援するためには事例検討会が有効

事例検討会という言葉から、つらい、暗いイメージを思い浮かべる方がいらっしゃるかもしれません。特に、事例を提示する立場になったとき、馬鹿にされるのではないかと、屈辱的な思いをするのではないかと不安になってしまう方もいらっしゃるかもしれません。

事例検討会の開催マニュアルとしては日本看護協会が作成した非常に良い手引きがあります（そうだ！事例検討会をやろう！“実践力アップ事例検討会”～みて・考え・理解して～（平成25年度 厚生労働省保健指導支援事業）；アセスメントを深めるためのファシリテーターの手引き。どちらも日本看護協会のHPで保健師関連事業のページからダウンロード可能です）。つらい、暗い事例検討会にならないように、日本看護協会の勧める事例検討会では次のようなグラウンド・ルールを定めています。

表 事例検討会のグラウンド・ルール

・事例は、みんなで考え全員が発言する
・誰かを責める場にならない
・人の話を遮らない
・事例提供者の支援内容を否定 / 批難しない
・ファシリテーターの指名には応える
・事例提供者をねぎらう

このグラウンド・ルールを会の冒頭で毎回確認し、明るい、前向きで有用なあつまりにしてください。

5-1. 個人情報の保護の重要性

複数の支援者が一堂に会して支援対象となる個人や世帯について情報を共有し、より良い支援に向けて連携することを目的とする事例検討会は非常に有用です。ただし、事例検討会の際には個人情報の取り扱いに十分配慮する必要があります。支援対象者本人の同意のもとに本人の同席を得て事例検討会が開催されるのが理想ですが、多くの場合それは現実的ではありません。本人の同意を得ることができない場合の事例検討会における個人情報の保護に関する基準には明確なものはないのが現状です。

ところで、皆さんも「地域包括ケアシステム」で規定されている地域ケア会議についてはよくご存知ではないでしょうか。地域ケア個別会議における個人情報の保護については、長

寿社会開発センターによる「地域ケア会議運営マニュアル」(2013)によれば、少し長いですが以下ようになります。

「地域ケア会議では、個人情報を含んだ個別ケースを扱う場面が数多く存在します。個人情報に対しては、適切な対応をとる必要がありますが、個人情報を気にするあまり関係者間での情報共有が満足に図れなくなると、支援内容の検討はもとより、支援が円滑に運ばなくなることが懸念されます。そのような事態を招かないために、個人情報保護法等をベースとし、市町村が地域包括支援センターと協力しながら、地域ケア会議における個人情報の取り扱いについての基本的な方針を定め、周知することが大変重要です。

その際、地域ケア会議に限らず、関係者間での個人情報の扱いに関する意識を高めることが望まれます。個人情報の取り扱いに関する基本的な方針を取りきめる際は、いわゆる「過剰反応」についても考慮し、個人情報保護条例を適切に解釈・運用することが求められます。

「過剰反応」とは、社会的な必要性があるにもかかわらず、法の定め以上に個人情報の提供を控えたり、運用上作成可能な名簿の作成を取り止めたりするなどの行為を指します。以上のことを踏まえ、市町村または地域包括支援センターが収集した個人情報について、本人の同意が無くとも、収集した目的の範囲を超えて外部に提供できる場合は、以下の3点が存在します。

1. 法令の定めがある場合

高齢者虐待に関しては、当該高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じている場合は、発見者には通報義務が課されています。また、児童虐待についても同様です。このような場合には関係機関に対し、必要な個人情報を提供することが不可欠になります。

2. 本人の利益を守ることが優先される場合(緊急時)

本人の生命や財産の危機等に対しては、個人情報の保護よりも、本人の利益を守ることが優先すると考える必要があります。「行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律」の第8条第2項第4号「本人以外の者に提供することが明らかに本人の利益になるとき」には目的外に利用できることが明確に定められています。また、個人情報保護法の第23条1項第2号「人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき」には、個人情報取扱事業者は個人情報を第三者に提供していいとされています。

3. 個別の条例による場合

市町村の個人情報保護条例の中に、第三者提供が可能な場合を明示することにより、収集の目的を超えた利用が可能になります。例えば、災害時の要援護者支援や、認知症高齢者、一人暮らし高齢者等の支援のために、平時から該当者の名簿を民生委員等と共有しておくために、条例化等を行うことが考えられます。なお、市町村または地域包括支援センターが当該個人情報を収集する際に、収集の目的と情報を共有する関係機関について包括的同意を得ている場合は、本人同意に基づき情報提供することができます。」

このように、法と行政文書に明文化されていてマニュアルが整備されている地域ケア会

議以外の個別事例についての検討会でも、以下の点は実行可能な配慮であるので、参考にしてください。

まず、事例検討会の出席者を、守秘義務を持つ支援関係者に限定し、検討会の冒頭に個人情報を守る旨、出席者全員で確認することをお勧めします。その上で、看護協会の事例検討会のマニュアルでは、以下のようになっています。

・事例提供者はあらかじめ事例概要を手元資料として作成するが、配布はしない。
・事例の提示は口頭でのみ行い、参加者は板書で事例の情報を共有する。
・資料を配布した時には会の終了時に回収し、廃棄する。
・匿名性に留意して事例を提示する。

事例の資料や板書の際、匿名性の保持に有用な事項を日本精神神経学会精神科専門医受験の際の手引きを参考にお示しします。

・固有名詞の使用は不可（人名、地名、県名、国名、社名、団体名など）

※固有名詞については、イニシャルではなく、出現順に A・B・C

（A 県→B 市→C 病院）等で記載すること。

・年月日について年→ X 年表記月日→数字で記載

※支援者として関わり始めた年を X 年とする。それをもとに、X-1 年・X+3 年等の表記を用いる。（例：X-5 年 6 月 7 日）

5-2. 地域ケア会議と退院後支援計画の策定会議をモデルとして

5-2-1. 地域ケア会議

地域包括ケアシステムの中で、地域ケア会議は、地域包括支援センターまたは市町村が主催し、設置・運営する「行政職員をはじめ、地域の関係者から構成される会議体」と定義されています。そして、地域ケア会議の構成員は、「会議の目的に応じ、行政職員、センター職員、介護支援専門員、介護サービス事業者、保健医療関係者、民生委員、住民組織等の中から、必要に応じて出席者を調整する」とされています。地域ケア会議の目的は、「地域包括支援センターの設置運営について」で明示されています。

表 地域ケア会議の目的

ア 個別ケースの支援内容の検討を通じた、
(i) 地域の介護支援専門員の、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援
(ii) 高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築
(iii) 個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握
イ その他地域の実情に応じて必要と認められる事項

地域ケア会議の目的アの個別ケースの支援内容の検討（以下、地域ケア個別会議）は、まさに事例検討会の良いお手本となるものです。地域ケア会議の設置主体は、地域包括支援センター、または市町村(保険者)となることが、通知(「地域支援事業の実施について」)に明記されています。従って、市町村の「にも包括ケアシステム」担当の皆さんは、おそらく地域ケア個別会議の運営については習熟されていることと思います。その運営については長寿社会開発センターによる「地域ケア会議運営マニュアル」(2013)に詳細に記載されていますのでここでは割愛します。

5-2-2. 退院後支援計画の策定会議

平成30年3月27日に厚生労働省より、各自治体が可能な範囲で積極的に退院後支援を進められるよう、自治体を中心となった退院後支援の具体的な手順を整理した「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」が通知されました。主には措置入院患者の退院後支援計画を策定することになるのですが、その担当は患者の帰住先を管轄する保健所です。皆さんの中には保健所が開催する「退院後支援計画策定のための会議」に出席した経験をお持ちの方もいらっしゃるでしょう。しかし、会議には参加した経験があっても自ら計画を策定した経験は無いことと思います。市町村の中には会議に参加する機会すらないところも多いことでしょう。県によっては退院後支援マニュアルを作成していますので、皆さんの県について調べてみてください。ここでは秋田県精神障害者の退院後支援マニュアル(秋田県のHPよりダウンロード可能)を参考に解説します。このマニュアルには退院後支援計画の策定会議(以下、策定会議)について具体的に記載されていますので、事例検討会開催の非常に良いモデルとなっています。ただし、日常の相談業務の延長線上にある事例検討会ではここまで詳細な情報や手続きはいらないと思います。

主な支援対象者は措置入院の患者ですが、それ以外の支援の対象となりうる例として次の表のような患者が挙げられています。これは、まさに「にも包括ケアシステム」の対象でもあります。

表 入院形態に関わらず退院後支援を行う必要性が高いと認める者

・ 複数回の非自発的入院がある
・ 医療の必要性が高いにもかかわらず、医療中断の可能性が高い
・ 家族、友人等がいない、孤立しがち
・ 経済的な問題を抱えている
・ 措置解除まで長期間を要した(おおむね3か月)
・ 措置解除後に1年以上の長期入院となった
・ 措置入院以外で警察が関与して入院した

退院後支援計画の策定には、対象者の同意取得が前提となっています。この点については相談者が家族など本人以外であることが多い相談業務の延長線上にある事例検討会では不

可能です。それだけに事例検討会の開催にあたっては個人情報の取り扱いに慎重な配慮が必要になります。

策定会議は保健所が主催します。退院後支援は、保健所を中心として、医療、福祉サービス等がネットワークを組んで、本人等を支える取り組みです。策定会議には、原則として本人等に参加を求め、入院中に入院中の病院で開催します。支援関係者(保健所、市町村、入院先病院、通院先医療機関、障害福祉サービス事業者、介護サービス事業者、訪問看護ステーション、NPO等をいう。)が参加し、計画の内容等を協議します。

5-3. どんな情報を集めるか、一主語を明確に

末尾に参考資料として秋田県のマニュアルにある「退院支援のニーズに関するアセスメント」および「退院後支援のニーズに関する総合アセスメント」と、「退院支援のニーズに関するアセスメントの評価マニュアル」を掲載します。これらは退院後支援のみならず、「にも包括」の対象となる本人や世帯の情報を得るために応用可能です。表3の総合アセスメントでは、退院後の支援ニーズ・課題に対する本人の希望(どうなりたいか、どのような支援を希望するか)と、ストレングス(強み、できること)をまとめるようになっています。主語が支援の対象者本人であることを明確にして、家族や支援者が望むものではなくて、支援の対象者本人が何を望んでいるかを評価するという視点は重要です。また、強みなどポジティブな情報を評価している点も良い視点であると思います。支援の具体的な内容についても、主語を明確にして、誰がどのような支援を行うのかを協議してください。策定会議におけるアセスメントは入院している病院の担当職員が作成するものですから、多くの情報が盛り込まれ得るのです。一般の事例検討会ではこれらすべての情報を得ることは通常不可能です。これらの表は得られた情報の整理にお役立てください。

6. 支援者にはツールが必要

相談者の来訪を受けた時、まず、相談者を歓迎し、労いましょう。ついで、その訴えを傾聴し、それまでの苦労、努力、無念の思いを受け取ります。と同時に、不自然にならないように可能な範囲で支援対象者とその周辺の情報を得ます。全ての情報を初回相談で集める必要はありません。初回の面接で問題が解決する、あるいは、適切な支援者に振り分けすることで終了することはむしろ少ないからです。初回相談では、相談者との関係性を深め、次回の面接につなげるよう、努めて下さい。そのためには支援者自身が相談者の役に立てることに自信を持っている必要があります。しかし、自信を持つには経験と知識が必要ですが、これから「にも包括ケアシステム」を立ち上げる担当の方々にはそれは無理な話です。そこで役立つのがツールを持ち、その使用法を身につけることです。もちろん、全てのツールを市町村の担当者が持ち、それを使いこなすことが必要なわけではありません。それらのプログラムの概要を知り、それぞれを実施している支援者(保健所、医療機関等)について情報を持っていれば、とりあえずは大丈夫です。わからないことがあれば、ぜひ、保健所の精神

保健担当者に尋ねてください。

以下に依存症と引きこもりについて、いくつかの代表的な有用なツールをご紹介します、最後に秋田における経験を紹介します。

6-1. 家族のためのプログラム クラフト (CRAFT)

CRAFT は「Community Reinforcement And Family Training」(コミュニティ強化法と家族トレーニング)の略称です。CRAFT は、飲酒問題や薬物問題に悩む家族のためにアメリカで開発されたプログラムですが、ギャンブル依存、引きこもりや不登校、家庭内暴力などで悩むご家族にも有用です。本人との対立を招かずに、本因に受療を勧める方法を学んでいきます。依存症や引きこもりの相談は、まず、家族によって始まるものです。従って、支援者が CRAFT を学ぶことで家族に対する継続支援の道が開きます。

CRAFT は、本人の依存行動が減ったり、治療に結繋がることを目的とするだけではなく、家族の生活の質の改善を目指すものです。家族が自らをケアすること抜きに、本人をうまく支援することはできません。まず、「頑張っている自分(家族)を自分自身で褒めてあげてください」と、声をかけるところから始めます。家族が少し元気を取り戻した上で、支援者は家族が本人とのコミュニケーションのコツ(主語を私にする、肯定的で簡潔な言い方をする等)を身につけ、相手の望ましい行動を増やすような働きかけ方をするように訓練します。非常に汎用性の高いもので、支援者自身の日常業務でも CRAFT 的なコミュニケーションスキルは役立つことと思います。当センターにおいても、CRAFT についての所内勉強会を開催し、まずは職員自ら使い方を練習しました。その後県内保健所職員や市町村や社会福祉協議会職員など関係機関の支援者を対象にした CRAFT ワークショップを開催しました。市町村の方々もぜひ勉強していただきたいと思います。CRAFT を学ぶためのテキストをいくつか紹介します。

- ・吉田精次+ASK(アルコール薬物問題全国市民協会)、アスク・ヒューマンケア、2014.
- ・境泉洋(編著)、CRAFT ひきこもりの家族支援ワークブック 改定第2版、金剛出版、2021.
- ・村山正治、中田行重(編著)、新しい事例検討法 PCAGIP 入門、創元社、2012.

6-2. 依存症の回復プログラム

SMARPP: 各県にはアルコール依存症の専門医療機関があることと思います。そこでよく使われているのが SMARPP(スマープ:セリがや覚せい剤依存再発防止プログラム(Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program)の略)です。本来は覚醒剤依存を対象としたものですが、厚生労働省は薬物およびアルコール依存症に効果のある治療プログラムとしてスマープを推奨しています。その内容を別表5に示します。毎週1回1時間のプログラムを24回実施し終了とします。多くは医療機関で入院患者を対象にして施行しています。

ARPPS：同様に、アルコール・薬物・ギャンブルの依存症者に対する治療・回復プログラムとして、長野県精神保健福祉センターの開発したアルプス ARPPS (Addiction Relapse Prevention Program in Shinshu) が有名です。こちらは10回で終了のプログラムとなっており、読み合わせのスタイルをとっており、支援者自身の学びにもつながります。SMARPPやARPPSを実施している支援機関の情報は多くの保健所が把握していますので、お問い合わせください。

SAT-G：ギャンブル依存の回復支援プログラムとして、SAT-G (サット・ジー：Shimane Addiction recovery Training program for Gambling disorder)があります。SMARPをもとに開発されたプログラムで、全5回とコンパクトな内容になっています。目標は利用者が決めるという決まりがあり、利用者の主体性が尊重されています。テキストの読み合わせというスタイルで実施します。マニュアルも備わっているので、支援者の職能を問わずに実施できます。SAT-Gの実施に当たっては講習会の受講が必要ですが、毎年、全国各地でさまざまな機会に講習会が開催されています。市町村の担当者には受講なさることを強くお勧めします。

6-3. 支援者向けガイドブック

内閣府のホームページからは、「引きこもり支援者読本 PDF版」がダウンロードできます。かなり詳細な内容です。

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 薬物依存研究部のWebサイト <http://www.ncnp.go.jp/nimh/yakubutsu/reference/index.html> からは「薬物依存症者をもつ家族を対象とした個別面接の進め方」と題する支援者用のマニュアルがダウンロードできます。薬物依存者の家族に限らず、家族支援のために必要な知識と技能についてわかりやすく解説されていますので、全ての支援者にご一読いただきたいと思います。「薬物問題相談員マニュアル」、「薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラム」(ファシリテーター用マニュアルと家族用配布資料)など、他にも有用な資料がダウンロードできますので、ぜひ、アクセスなさってください。

長野県精神保健福祉センターのホームページでは、災害時のこころのケア 2015～支援者マニュアル～<第3版>; 精神障がい者支援のための基礎的対応ガイドブック(改訂版); アルコール問題相談対応ハンドブック; 薬物依存症支援者のための相談対応ハンドブック; “若者のこころ”の支援者テキスト～思春期危機への対応; ご家族のためのひきこもりガイドブック; ひきこもりサポートブックなど、が全てダウンロード可能な状態で公開されており、皆さんのお役に立つことと思います。ぜひ、ご一読ください。

長崎県子ども・女性・障害者支援センターのホームページからは「心の健康ってなに?—メンタルヘルスをやさしく考える—」がダウンロードできます。一般の方に広くメンタルヘルス全般に関する情報を伝えるものですが、市町村の担当者にとってもわかりやすく有益な情報が満載されています。

山形県のホームページからは、「ひきこもり支援ガイドブック」がダウンロードできます。コンパクトにまとまっています。

鳥取県精神保健福祉センター 所長 原田 豊先生の著書「支援者・家族のためのひきこもり相談支援実践ガイドブック（福村書店）」は、非常にわかりやすく実践的です。8050問題、発達障害、ゲーム依存、地域包括、多様化するひきこもり支援にもフォーカスを当てているのでありがたいと思います。無料とはいきませんが、お勧めです。

6-4. 秋田県の取り組み

令和元年に「秋田県アルコール健康障害対策推進基本計画」が策定されました。この基本計画を受けて秋田県精神保健福祉センター(以下、当センター)が中心となって「依存症支援体制整備事業」を推進しています。その一環として、当センターが保健所の人材を育成し、保健所の依存症に対する相談・支援体制を向上させることを通じてボトムアップ式の依存症ケアシステムの構築支援を目指しています。これは、支援ツールの開発、支援ツールの活用ワークショップ、出張事例検討会の3つ組の事業を展開しています。

6-4-1. 支援ツールの開発

保健所の依存症に対する相談・支援をより向上させるために、当事者向けの「秋田版アルコール依存症回復支援プログラム アサッテ: Akita version SAT for Alcoholics」(以下、ASAT-A と略す)を開発しました。これはSAT-Gを、アルコール依存をターゲットとして改変したものです。SAT-Gと同様、5-6回のセッションからなるコンパクトな内容で、SAT-GあるいはASATA-Aの講習を受けた方なら支援者の専門性を問わず使用できるものです。さらに、支援にあたる保健所保健師向けの向けの「アルコール依存症—支援者のためのガイドブック」を開発しました。これは、実際に支援にあたっている保健所の現役保健師の手によるものであり、非常に実践的な内容になっているもの、と自負しています。

6-4-2. 支援ツールの使い方ワークショップの開催

県内3ヶ所で支援ツール活用ワークショップを開催しました。その内容は、支援ガイドブックの説明と、ASAT-Aについて講演、実技(デモンストレーションとロールプレイ)です。さらに、SAT-Gの講習会も開催し、ASAT-Aを実施する資格を持つ支援者の増加につなげました。

6-4-3. アルコール依存出張事例検討会

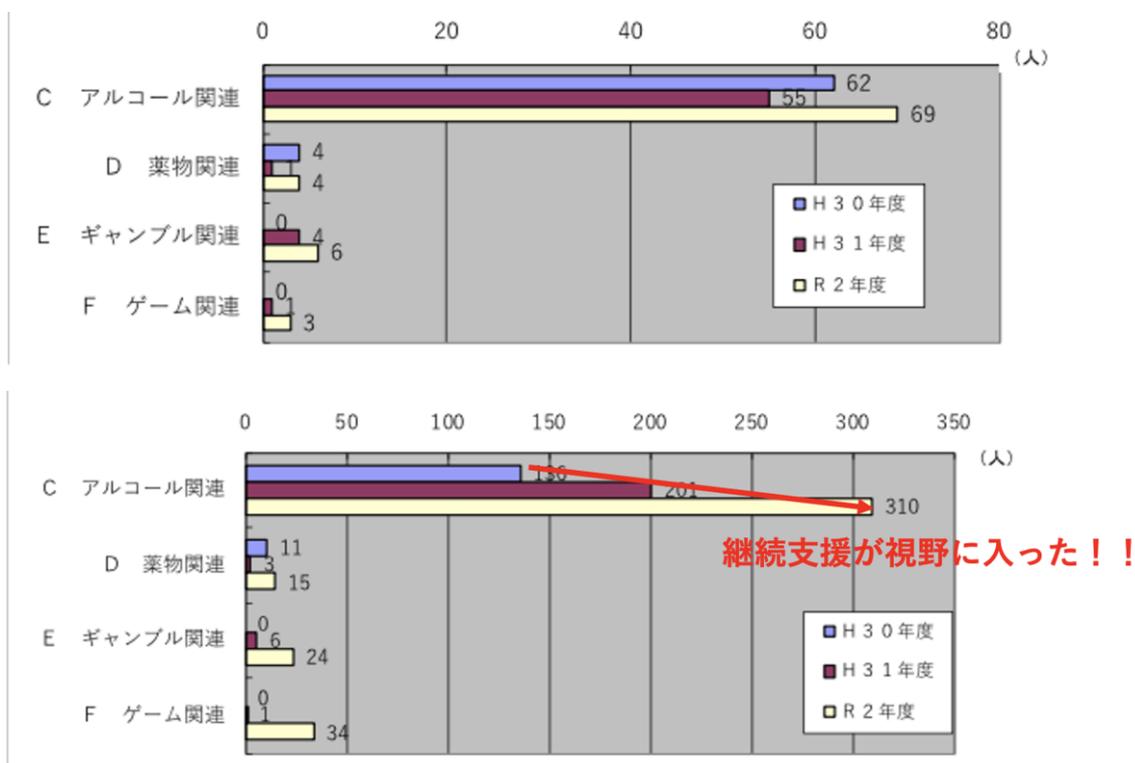
出張事例検討会は、各保健所を会場として以下のように5回開催しました(図6)。A保健所:6機関11名(1事例); B保健所:7機関12名(2事例); C保健所:4機関10名(1事例); D保健所(ICTによる遠隔開催):4機関7名(1事例); A保健所(ICTによる遠隔開催):4機関8名(1事例)。これは、センターの精神科医、臨床心理師、保健師からなる多

職種チームが各保健所に出向き、保健所の保健師と協力して、事例の支援にあたっている市町村や社会福祉協議会、医療機関などとともに事例を検討するものです。出張事例検討会は事例をセンターの多職種チームとともに検討することで、より良い支援につなげることに役立つものとなりました。同時に、保健所保健師や市町村担当者が事例検討会を体験し、今後自らが事例検討会の運営を行う際の訓練の場としても有用な機会になったと考えます。

出張事例検討会開催後にはセンターに対する保健所等からの電話や対面での事例に関する相談が増加しました。これは出張事例検討会によって、顔の見える関係がセンター、保健所と関係機関の間でできた結果であると考えられます。言い換えると、困った事例があった際に「何処の誰に相談すればいいのか」が分かる土台作りともなったものと思われます。このように関係ができた機関とはその後、ICT による遠隔事例検討会が2 機関において実施されました（D 保健所：4 機関 7 名、A 保健所：4 機関 8 名）。その他、依存症についての講演依頼や、刑務所で開催される受刑者を対象とした薬物依存症研究会へのセンター職員への参加要請など、新しい連携も増加しています。

6-4-4. 事業の効果の検証

2 年目の依存症支援体制整備事業の効果を検証するために県内保健所の依存症相談件数を調査したところ、アルコール依存については相談者の人数は変わらないのに延べ相談数の増加が顕著でした。



このことは、依存症支援ツールの導入以前は 1 度だけの相談で終わっていたものが、導入後に継続的支援に置き換わりつつあることを示唆します。アルコール依存症の支援には支援者と、当事者および家族の関係性構築が必要であり、その関係性の構築には時間がかかります。関係性が構築されて初めて息の長い継続支援が可能となります。保健所でアルコール依存症に対する継続支援が増加していることは、当センターの保健所支援の有効性を示す 1 つの成果であると考えられます。

6-4-5. 引きこもり支援への応用

引きこもりの事例の相談も大多数は家族の相談から始まります。その後の家族に対する息の長い継続支援を経て、家族の好ましい変化によってエネルギーが回復した引きこもり事例本人の相談が実現します。このような過程はアルコール依存の場合と共通点が多いものです。そこで、当センターでは引きこもりの相談・支援ガイドブック(支援者向け及び家族向け)を作成しました。これは保健所の保健師だけではなく、広く支援者全体を対象とするものです。現在、その使用法についての「使いかた実践ワークショップ」を県内各地で開催するとともに、保健所を会場とする出張事例検討会を開催しているところです。

6-4-6. ひきこもり支援への ICT 化の可能性

今までは引きこもりの巡回相談(当事者ならびにその家族が対象)の機会に保健所から抱えている事例について相談を受けることが多かったのですが、最近ではそれ以外の日常業務の中で保健所や市町村から抱える事例に関して相談を受けたり、出張事例検討会の開催依頼が急増しています。出張事例検討会を実施した機関とは、その後は ICT による遠隔事例検討会を実施するようになっています。従って ICT は地域技術支援の有効なツールの一つになると実感しています。特に遠隔地や冬期間の利用において、当県では有用と考えます。

また、新型コロナ感染拡大に伴い、ひきこもり当事者グループのミーティングや SST 開催が中止となることが再三ありました。ひきこもり当事者同志とセンター職員との間の繋がりを切らさない意味も含め、ICT による遠隔開催を企画しました。いつも会っているメンバー同志ということでスムーズに開催することができました。参加メンバーからは、「新しい時代の波にのっている感覚が得られた」、「相手の部屋の雰囲気などが分かるのも楽しいし、自分の家でリラックスして参加することができてよかった」、「難しいと思ったが、自分にもできて自信になった」等の感想も述べられ、今後も何らかの形で対面実施と併行して ICT による遠隔実施も検討したいと考えます。

その他、保健所や市町村以外の関係機関(社会福祉協議会、障害者相談基幹センター、民間支援団体、病院、民生委員など)からの講演依頼も増加しており、その一部は ICT を用いて行うことを検討しています。このように ICT は関係機関との重層的な支援体制の構築においても有用であると感じます。

6-4-7. 「にも包括ケアシステム」構築への応用可能性

保健所の相談機能が向上すると、保健所が家族や本人に継続的支援を行うようになります。また、保健所が市町村の抱える困難事例について、自らの力で事例検討会を開催し、その支援のコーディネーターとして市町村の担う「にも包括を」サポートできるようになります。センターとの連携も円滑となり、センターの多職種チームと連携した困難事例の対応が可能になります。そのような場合には後述する ICT の利用が極めて有効です。

7. 支援者が燃え尽きてしまわないように

皆様は、慣れない業務・多忙・見通しの立たなさなどによって、これまで経験したことのないストレスの中で日々頑張っていると思います。時には相談者から罵声を浴びせかけられたり、謂れの無い中傷を受けたりすることもあったか、と思います。このようなストレス状況が続くと、職種や経験年数を問わず、多くの方に心身の変化や不調(不安、イライラしやすくなる、自責的になる、不眠、食欲不振など)が現れます。これは正常な反応(ストレス反応)で、決してご自身が「能力が無い」、「弱い人間だ」ということではありません。日頃から、ストレスがかかっているな、と感じた時には同僚や上司などに愚痴をこぼし、想いを分かち合いましょう。信頼できる人に弱音を吐くことは「メンタルの健康」のために大切なことです。心理的な負担が大きい場合やストレス反応が長く続く場合は、ぜひ、信頼できる人や専門相談窓口にご相談しましょう。

支援者のセルフケアとしてお勧めすることを次に示します。

- ・できるだけ毎日のリズムを保ち、十分な睡眠とバランスのよい食事を心がけましょう。
- ・悩みや不安を一人で抱え込まずに、家族・友人・同僚・上司等で信頼できる人に話を聞いてもらいましょう。
- ・意識して少し体を動かしましょう。
- ・仕事中やシフトの合間にできる限りの休息を確保しましょう。
- ・これまでうまくいったストレスの対処法を思い出し、試してみましょう。

逆に、次のようなことに気をつけましょう。

- ・アルコールやタバコの取りすぎには注意しましょう。
- ・休憩を全く取らない等、過度に働くことは避けましょう。
- ・一人でできる範囲を超えた仕事をこなそうとすることは避けましょう。

8. ICT を活用した遠隔精神保健福祉の可能性—AMIN (Akita Mental health ICT Network) の紹介

秋田県精神保健福祉センターは、保健所の人材を育成し、保健所の依存症と引きこもりに対する相談・支援体制を向上させることを通じて、ボトムアップ式に依存症と引きこもり

に対する地域ケアシステムの構築を支援しています。そのための手段として、当センターの多職種チームが参加する、保健所を会場とした地域の支援者の集う事例検討会を開催することが極めて有用であることが示されました。しかし、広範な面積を有する豪雪地帯である秋田県で、全ての保健所に当センターの多職種チームが繰り返し赴くことは困難です。まして、コロナ禍の元、県内とはいえども、移動には制限がかかります。このような状況のもとでも、当センターと保健所の地域精神保健活動の連携を支える資源として、ICT network - Akita Mental health ICT Network (AMIN)を構築することを試みました。

8-1. 方法

厚生労働科学研究費補助金「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)の援助を得て、12台のタブレット型PCとポケット型WiFi、及び安全な接続ができるWeb会議システム(V-Cube)の契約を行いました。それらのうち、3台は当センターに、8台は県内各保健所に、1台は県内の依存症者及び家族の各種自助団体のまとめ役である精神科専門病院勤務のPSWの元に置きました。依存症と引きこもりに対する相談・支援へのICTの導入についてさまざまな試行を行い、AMIN構築に向けた準備を行ないました。

8-2. 結果

以下の図にタブレットの活用状況を示しました。

令和2年度					令和3年度				
*4月以降、県内はコロナ流行対応のため保健所側の対応が困難であり、AMIN活用が難しい状況が続いた。									
<依存症関連>					<依存症関連>				
月日	対象	用務	参加範囲	人数	月日	対象	用務	参加範囲	人数
5月29日	A保健所職員	【端末3】配布・説明	精保2、HC2	4	9月14日	A保健所職員	事例検討会打合せ	精保1、HC1	2
6月2日	〃	打合せ・試行	精保2、HC2	4	9月15日	A保健所管内関係者	WEB事例検討会	精保4、HC2、C精神科病院1、D相談支援機関1、E相談支援機関1	9
6月30日	B氏(PSW)	【端末1】配布・説明	精保2、B助言者	3	10月19日	B保健所職員	事例検討会打合せ	精保1、HC1	2
8月26日	〃	ワークショップ打合せ②	精保2、B助言者	3	10月19日	助言者	事例検討会打合せ	精保1、F助言者	2
9月8日	〃	ワークショップ打合せ③	精保3、HC1、B助言者	5	10月20日	B保健所管内関係者	出張事例検討会(一部:WEB参加)	精保3、HC2、G市2、H精神科病院1、I総合病院1、J民生委員1 (WEB参加(助言者)1、F助言者)	11
7月2日	C保健所職員	【端末2】配布・説明	精保3、HC2	5					
	D保健所職員	【端末2】配布・説明	精保1、HC2	3					
10月1日	D保健所職員	事例検討会準備	精保2、HC2	4					26
10月2日	D保健所職員	事例検討会(Web)	精保3、HC3、E町1	7					
2月8日	C保健所職員	事例検討会準備	精保1、HC1	2					
2月9日	C保健所職員	事例検討会(Web)	精保4、HC2、F市1、B助言者	8					
				48	<ひきこもり関連>				
<ひきこもり関連>					9月16日	A保健所職員	WEBミニ事例検討会	精保2、ひき2、HC3	6
					9月28日	プログラム参加者	SSTグループ9月	精保1、ひき1、対象4	6
5月20日	グループ参加者	青年グループ(Web)	精保1、ひき1、対象4	6	10月19日	プログラム参加者	SSTグループ9月フォローアップ	精保1、ひき1、対象2	4
5月26日	プログラム参加者	SSTグループ5月(Web)	精保1、ひき1、対象1	3	10月28日	K保健所職員	事業打合せ	精保2、ひき1、HC2	5
6月23日	プログラム参加者	SSTグループ6月(Web)	精保1、ひき1、対象2	4	10月29日	A保健所職員	事業打合せ	精保1、ひき2、HC1	4
10月13日	G保健所職員	事例検討会(Web)	精保3、ひき1、HC2	4					25
9月4日	H対象者	個別面接(Web)	ひき1、対象1	2					
10月6日	H対象者	〃	ひき1、対象1	2					
11月9日	H対象者	〃	ひき1、対象1	2					
12月9日	H対象者	〃	ひき1、対象1	2					
1月13日	H対象者	〃	ひき1、対象1	2					
2月10日	H対象者	〃	ひき1、対象1	2					
3月12日	H対象者	〃	ひき1、対象1	2					
				31					

8-2-1. 依存症支援へのICTの活用

依存症支援に関しては、当センターと保健所を結んだ Web 事例検討会を 2 保健所で行うことができました。その模様を図 2 に示します。



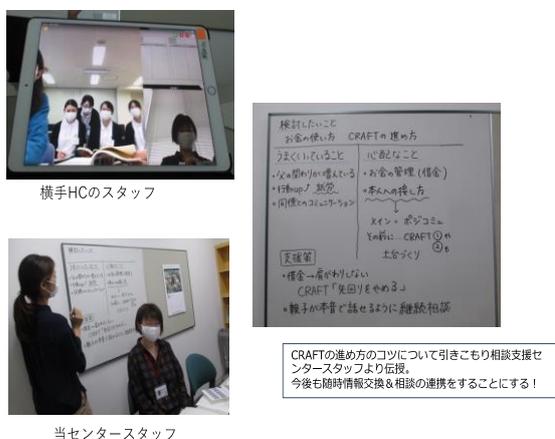
A 保健所の遠隔事例検討会では当センターと A 保健所のスタッフのみではなく、自助団体のまとめ役の PSW も勤務する病院から遠隔参加しましたが、円滑かつ有用な事例検討を行うことができました。

8-2-2. 引きこもり支援におけるICTの活用

引きこもり支援ではコロナ禍の元、来所面談が困難になった一人の当事者との個別面接を計 7 回行ないました。また、当事者のグループを対象に、今まで対面で行っていた SST についてコロナ蔓延期に 2 回の遠隔 SST プログラムを開催しました。

依存症に関する出張事例検討会を開催した保健所から引きこもりについての事例検討開催の要請があった。遠方のため、Web を用いた検討会としました。図 3 にその様子を示します。

図 3 ひきこもりWeb事例検討（横手HC&センター）R2.10.13（火）15:30-16:30



A 保健所には保健所のスタッフのみならず自治体の職員も参加しました。写真から窺われるように、Web によっても十分に有用な事例検討が行えることが確認されました。

以上より、当センターと保健所の地域精神保健活動の連携を支える資源として、ICT network - Akita Mental health ICT Network (AMIN)を構築することは極めて有用であると考えられました。

8-3. まとめ

Web による遠隔事例検討会は円滑に施行可能であることが確認されました。また、その準備等の事務連絡会議や、引きこもりの当事者支援においても、ICT の活用は極めて有用であることがわかりました。従って、AMIN の構築により、当センターと保健所の連携による依存症ならびに引きこもりを対象とする地域における相談・支援体制整備は顕著に加速することが期待できます。ただし、その前提として、多職種チームを擁する当センターが、保健所の保健師に対しさまざまな支援のツールを提供し、その活用法の研修する機会を設け、出張事例検討会などを通じて実践を応援することを継続することが必須です。なぜならば、保健所保健師の平均在任期間が3年以内と短いからです。すなわち、人事異動にも耐える保健所の地域精神保健活動を構築するためには当センターが継続的に人材育成を行うことが必須でしょう。その際に、AMIN による保健所との密な連携が大きな武器となると思われます。ここではモデル事業として依存症と引きこもりの支援体制構築を取り上げましたが、その成果は全ての精神障害者を対象とする「人材育成・体制整備によるボトムアップ式の『にも包括』ケアシステム構築支援」にも役立つことが期待されます。

今後、保健所は圏域の市町村から困難事例や市町村をまたぐ支援体制構築を要する事例について相談をうけることとなります。力のついた保健所はそのような事例について市町村やその他の支援機関の出席のもと、事例検討会を主宰する機会が増えることでしょう。多職種チームや、自助団体の参加が必要な際、AMIN は非常に有用な働きをすることが期待されます。その前提として、個人情報保護と安全なシステムによるネット接続の確保のために、ともに県の機関であるセンターと保健所を結ぶものとして AMIN を構築する必要があります。

最後に、AA(Alcoholics Anonymous):アルコホーリクス・アノニマスの会合でもよくつかわれる祈りの言葉をご紹介します。この言葉は全ての相談・支援者にとってとても大切な知恵をおしえてくれるからです。みなさんの今後のご活躍と、みなさんの市町村における「にも包括ケアシステム」が血の通ったものとして構築されますことをお祈りします。

神よ、

変えることのできるものについて、
それを変えるだけの勇気をわれらに与えたまえ。

変えることのできないものについては、
それを受け入れるだけの冷静さを与えたまえ。
そして、
変えることのできるものと、変えることのできないものを、
識別する知恵を与えたまえ。
ラインホールド・ニーバー（大木英夫 訳）

所沢市サイト

行政機関による多職種アウトリーチ支援のための手引き

国立精神・神経医療研究センター
研究分担者 藤井千代

目次

はじめに

1. 行政機関によるアウトリーチ支援の意義と根拠
2. アウトリーチ支援の目的
3. アウトリーチ支援の対象者
4. アウトリーチ支援の実施体制
5. 支援プロセス
6. アウトリーチ支援における留意点

はじめに

現在の日本では、高齢化や人口減少が進み、地域や家庭、職場等における支えあいの基盤が脆弱になりつつあるといわれています。このため国の施策として、地域共生社会の構築が進められようとしています。地域共生社会を構築するうえでは、支援を必要とする人だれもが、こぼれおちることなく必要な支援を受けられるようにすることが重要です。しかし実際には、支援ニーズがありながらも、さまざまな理由から十分な支援につながない人々が、地域には数多くいらっしゃいます。そのような人々は多かれ少なかれメンタルヘルス上の課題を抱えていることが多く、精神保健の観点からのアセスメントや介入が求められる場面にしばしば遭遇します。ご本人が自ら支援を求めてこない場合も少なくありませんが、その場合は、自宅等に出向いてアセスメントや支援導入を試みるようになります。これが、行政機関が行うアウトリーチ支援です。

1. 行政機関によるアウトリーチ支援の根拠

行政機関がアウトリーチ支援に取り組む根拠としては、精神保健福祉法第47条が挙げられます。都道府県、保健所を設置する市又は特別区は、必要に応じて医療機関紹介を含む精神保健相談を行う義務があります。また市町村には、精神保健相談を行う努力義務のほか、精神障害者福祉に関する相談の義務があります。厚生労働大臣の告示である、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」（厚生労働省告示第六十五号）、いわゆる大臣指針のなかでは、保健所の役割として「精神障害者が適切な医療を継続的に受けることができるよう、精神障害者及びその家族に対する相談支援、精神障害者に対する訪問支援並びに関係機関との調整」が挙げられ、精神保健福祉センターについては「保健所と協力した訪問支援等を行う」とされています。

本人が支援を拒否しているケースに対しては、通常の医療や障害福祉サービスなどの契約に基づくサービスでは法的根拠のある対応が困難ですので、上記のような根拠に基づいて行政機関が対応する必要性があります。また、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を進めるうえでは、自ら支援を適切に求められない精神障害者やその家族に手を差し伸べ、必要なサービスに結び付けられる体制の整備は行政機関の役割とされています。

2. アウトリーチ支援の目的

アウトリーチ支援の目的は、自ら支援をもとめない人なども含め、精神的な不調を抱える人（精神障害者を含む）が地域で安定したその人らしい生活を送ることができるよう支援すること、つまり、その人のリカバリー(recovery)を支援することです。

リカバリーの枠組みを図1に示します。

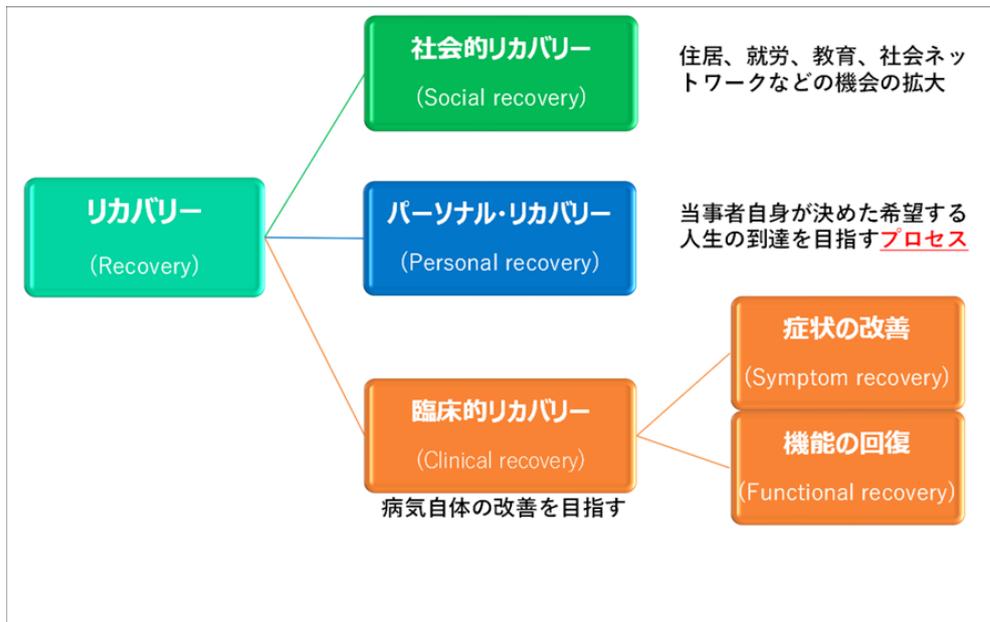


図1 リカバリーの枠組み

引用文献：Secker J, et al: Disabil Soc 17: 403-418, 2002.; Lloyd C, et al: Br J Occup Ther 71: 321-328, 2008.; Slade M, Longden E: BMC Psychiatry 15:1-14, 2015.; Leendertse JCP, et al. Front Psychiatry 12:622628, 2021.

リカバリー（特にパーソナル・リカバリー）とは、精神的な不調を抱える人が、（多くの人が考える）普通/ノーマルになることではなく、より深みのある、その人らしくあるための活動やプロセスと表現できるかもしれません。アウトリーチ支援では、臨床的リカバリーや社会的リカバリーにも目を向けつつ、パーソナル・リカバリーを重視します。

もうひとつ、行政機関でアウトリーチ支援を行うにあたっての重要な考え方として、ソーシャルインクルージョン（social inclusion）が挙げられます。精神的な不調を抱える人は、教育や就労、地域活動などの、さまざまな社会参加の機会が十分に確保されない状態に置かれることが多いのが現状です。精神障害があることを理由に、適切な医療を受けられないことすらあります。アウトリーチ支援は、契約型サービスにつながりにくいために必要な支援を受けられていない人たちに支援を届け、その人たちが社会の一員として生活していけるようにする、すなわちソーシャルインクルージョンを促すという役割も担っているのです。

アウトリーチ支援では、適切な支援を提供するため、必要に応じて医療機関や障害福祉サービス事業所、介護事業所、その他の関連機関と連携します。精神科医療が必要な人に対しては適宜医療機関の受診を援助しますが、医療につなぐことが目的化しないよう留意が必要です。

3. アウトリーチ支援の対象者

行政機関によるアウトリーチ支援の対象となるのは、精神障害もしくはその疑いのある人で、地域生活に困難を来している人です。自ら支援を求めない人や、背景事情が複雑で、医療・障害福祉・介護等の契約型サービスのみでは対応困難な人などが支援対象となります。

具体的には、

- ・ 未治療で精神障害者が疑われるが支援の勧めに応じない人
- ・ 数か月以上治療中断している人
- ・ 頻回に精神科への入退院を繰り返している人
- ・ ひきこもり状態にある人

などが主な支援対象と考えられます。

図 2 は、地域支援を要するメンタル不調者の多様な状態像を、重症度と支援が届いているかどうかの 2 軸で示した図です（厚生労働省：第 3 回新たな地域精神保健医療体制検討チーム資料 2010 一部改変）。行政機関のアウトリーチ支援の主な対象者は、①、②、③であると考えられますが、状況によっては④の一部も対象となります。

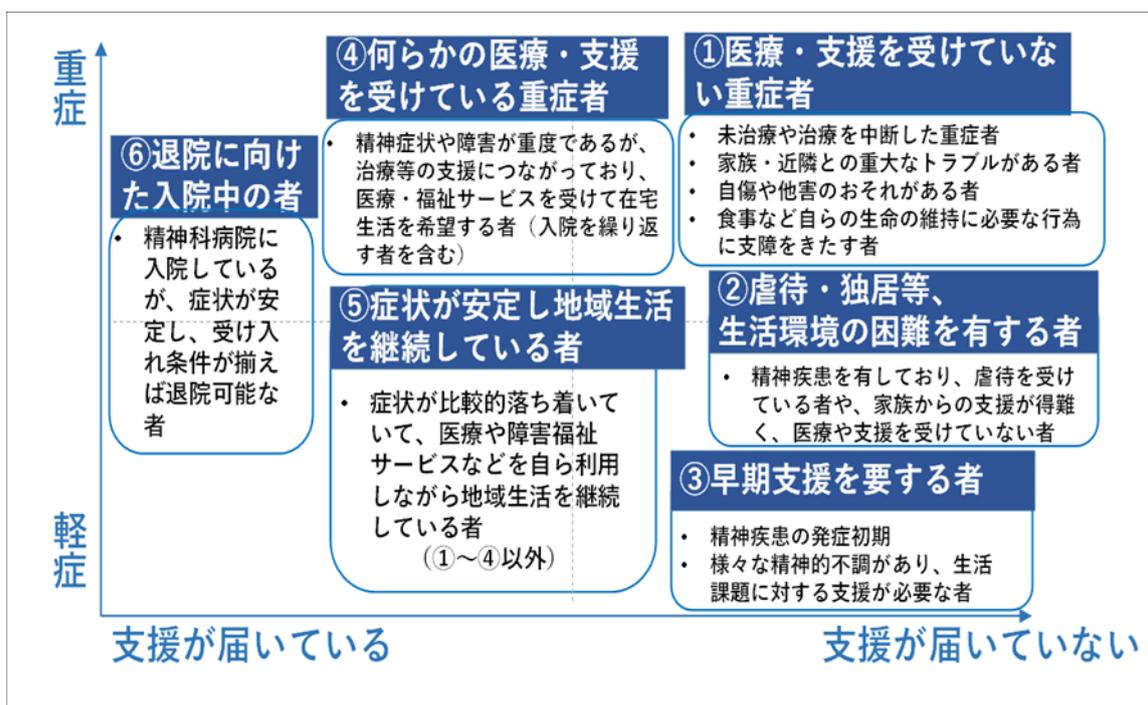


図 2 地域支援を要するメンタル不調者の多様な状態像

支援対象者の中には、病状や他者への不信感などから地域社会から孤立しがちであり、生活環境が不衛生（不潔な服装。ゴミの蓄積、異臭、不適切なペットの飼育、衛生害虫の発生）であったり、近隣苦情の対象であったりする人も少なくありません。本人だけでなく、家族も地域社会から孤立しがちで、世帯全体が支援対象となることもあります。

4. アウトリーチ支援の実施体制

行政機関によるアウトリーチ支援は、アウトリーチを実施する多職種チームと、行政機関との協働で行います。

(1)多職種チーム

看護師、保健師、精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師、ピアサポーターなど、複数の職種（2職種以上）で構成します。精神科医もチームの一員として活動することが望ましく、少なくともチームの支援に関して適宜専門的な助言を得られるような体制が必要です。固定メンバーでチームを編成する方法や、保健師や精神保健福祉士等の行政職員が、個別のケースごとに地域の医療機関や訪問看護ステーション、障害福祉サービスなどとチームを組んで支援する方法があります。多職種チームのスタッフは、行政機関に勤務する専門職がチームのスタッフとして活動する場合、民間の医療機関や福祉事業所に委託する場合、行政機関に勤務する専門職と民間の医療機関等の専門職の混成チームで活動する場合など、各自治体の状況に応じてさまざまな形態が考えられます。

(2)アウトリーチ支援に関与する行政機関

保健所や保健センターなどの行政機関は、支援対象となるケースを把握し、チームに紹介します。アウトリーチ支援の担当部署は、支援を円滑に実施するため、予算関連など実施主体の実務を担い、進捗管理を行うほか、実績のとりまとめ、支援の評価や関係機関との連携のための会議の開催、関係団体や庁内他部署との調整などを行います。アウトリーチ支援を外部委託とする場合、いわゆる「丸投げ」にならないよう、行政機関がしっかりと関与することが必要です。

(3)その他関係機関との連携

多職種チームおよび行政機関のアウトリーチ支援担当部署は、連携会議や個別支援において協働することにより、医療機関や相談支援事業所や地域包括支援センター、福祉事務所、子ども家庭支援センター、警察、消防などの関係機関との連携を図ります。

5. 支援プロセス

アウトリーチ支援は、概ね以下のような流れで提供されます。

(1) 支援対象者の把握

保健所や保健センターなどの行政機関に寄せられる相談のうち、アウトリーチ支援が望ましいと考えられるケースの相談元は、多くの場合、支援対象者本人ではなく、家族や近隣住民、介護福祉関係者、児童相談所等の関係機関です。警察や消防から情報もたらされることもあります。本人からアウトリーチ支援の利用を希望することは稀であるといえます。ここで解決を求められている問題は、ひきこもりや迷惑行為、虐待、家庭内暴力、受療拒否などさまざまです。

相談を受けた保健所等の窓口機関は、相談者等から十分に話を聴き、必要に応じてその他の情報源からも情報収集を行い、アウトリーチ支援の適応につき検討します。

相談を受ける際にもっとも重要なことは、相談者との関係づくりです。そのためには、相談を受ける側は基本的なあいさつと自己紹介をきちんと行うことはもちろんのこと、相談に来るまでのご苦勞をねぎらい、相談に来てくれたことに感謝する姿勢が重要です。相手に敬意を払い、共感することが相談の基本姿勢となります。そのうえで、以下のような情報を把握、理解するよう努めます。

- ・ 来談理由
- ・ 背景事情の理解
- ・ 経過の把握
- ・ 家族等の状況
- ・ 学歴・職歴・生活歴・人柄の把握と理解
- ・ 生活上の影響 など

把握した情報を基にアセスメントを行いますが、その際には

- ・ 事例性（ひきこもっている、迷惑行為があるなどの客観的事実）
- ・ 疾病性（精神疾患が関係している可能性）
- ・ 緊急性

に着目し、実際に生じている「困った状況」はどの程度深刻なのか、精神科医療的な介入の必要はあるのか、事例性と疾病性はそれぞれの程度急いで対応すべきことなのかを検討します。把握した情報やアセスメントの結果は必ず記録に残すようにします。記録用紙の書式例を別紙1にお示しします。必要に応じて別紙2の「支援導入アセスメント・シート」を、情報の整理や関係者との情報共有に活用してください。

(2) 受入会議・支援計画

窓口機関で情報の把握、アセスメントを行った結果アウトリーチ支援の導入を検討する必要がある判断された場合、それらの情報を受入会議などでチームと共有し、アウトリーチ支援導入の適否を判断します。

アウトリーチ支援の導入にあたっては、チーム内で当初の支援計画を検討し、計画を行政機関の担当者と共有します。計画の中では、支援の目的と目標、訪問の方法や担当者、対象者や家族、関係機関の役割なども記載します。支援計画書の書式例を別紙3に示します。

(3) アウトリーチ支援の提供

支援計画に基づき、多職種チームによるアウトリーチ支援を開始します。初回の訪問は、保健所等の窓口機関の専門職が同行することが推奨されます。支援対象者や家族との関係づくりを重視し、傾聴や丁寧な説明を行います。必ずしも支援対象者に会えるとは限らず、根気よく関わりを続けることが必要となる場合も多いという心づもりをしておく必要があ

ります。チームは定期的に個別の支援に関するミーティングを実施し、チーム内の情報の共有をはかるとともに、適時関係機関とのミーティングを行います。その際、法的に守秘義務を負っていない人がミーティングに参加する場合には守秘義務に関する誓約書を求めるなど、本人や家族の個人情報保護には十分に留意します。

アウトリーチ支援開始後も、定期的に保健所等の窓口機関の専門職とチームが合同でミーティングを行い、新たに得られた情報、病状や生活面での変化、支援対象者や家族のニーズや希望などを考慮し、必要に応じて支援計画の修正を行います。

(4) 支援の終了

アウトリーチ支援を通じて、支援対象者が必要な医療や障害福祉サービス等につながるなどにより、アウトリーチ支援がなくても本人が地域で安心して生活できる、本人が困ったときには助けを求めることのできるアウトリーチチーム以外の支援者がいる、という見通しがたった場合は、支援の終了を考慮します。アウトリーチ支援開始後6ヵ月を目途に、その後のアウトリーチ支援の必要性について、行政機関とチームで話し合います。その後も6ヵ月ごとを目安として定期的に支援の必要性を検討し、漫然と支援が提供されることのないよう留意します。支援対象者の背景事情はさまざまであり、支援の終了を一律に「〇ヵ月まで」などと決めることは困難です。支援の終了を考慮する段階では、チームから契約型サービスなど地域の支援者に支援を引き継いでいくことが多いのですが、いきなりアウトリーチ支援を終了するのではなく、しばらくの間は地域の支援者との共同で支援を行い、徐々にチームの直接支援を減らしていくような方法が推奨されます。

(5) 支援終了後の状況把握

アウトリーチ支援が終了した後も、保健所等の行政機関や地域の支援者とのミーティングの機会などを活かして支援対象者のその後の状況を把握することが望まれます。地域の支援者が対応に苦慮するような状況が生じた場合には、必要に応じてチームが相談に応じることができることが、支援対象者のみならず地域の支援者の安心につながります。

6. アウトリーチ支援における留意点

支援対象者の中には、医療や支援を受ける過程やそれまでの生活の中で心的外傷となるような体験をしてきた方も少なくありません。このため、支援対象者との信頼関係の構築には、長い時間を要することを覚悟して支援に臨むことが必要になります。特に初対面では、本人が支援者を警戒していたり、恐怖を感じていたりすることも多いものです。アウトリーチは自宅まで支援をとどけることができるメリットがある反面、支援対象者の「聖域」に入っていくという侵襲的な行為でもあることに留意が必要です。支援者がどこの誰で、何のために訪問したのかなどをきちんと伝え、本人が安心できるような対応を心がけます。本人にとって過剰な負担にならないように、初回訪問後の本人の様子などに留意して、その後の訪

問のペースや滞在時間を検討します。

まずは病気や症状にとらわれることなく、本人が何に困っているのか（困っていないのか）、どのような生活をしたいと思っているのか、好きなこと、苦手なこと、興味があることなど、本人が生きてきたプロセスに敬意を払いつつ、本人のストレングスに着目した「人となり」を理解するよう努めます。本人をよりよく理解しようと努めるプロセスで、支援の糸口をつかめることも多いものです。本人と話をするだけでなく、本人と一緒に何かを試してみることもお勧めします。一緒に散歩に行く、買い物に行く、興味があることについてネットで検索してみる、音楽を聴く、一緒に家の片づけをするなど、本人と同じ時間と経験を共有することは、本人のさまざまな側面を知るきっかけとなり、信頼関係の構築につながることも期待されます。

アウトリーチ支援が求められるような状況では、支援者がいかに努力しても、なかなか支援の方向性が見えてこないことも多々あります。目の前の問題解決ばかりに着目してしまうと、本人の置かれている状況や気持ちに寄り添うという最も重要なことが見えにくくなり、本人との関係性構築がますます困難になるという事態もよく経験されます。多職種、多機関で関わることにより、支援者がひとりで抱え込まず、支援者同士が支え合うこと、さまざまな側面からのアセスメントやアプローチを行うことが可能になります。支援対象者のリカバリーを支援するという理念を支援者間で共有し、協力しあうことで、支援者が気持ちのゆとりをもって本人に接することができれば、それは本人にとってのよりよい支援につながっていきます。

別紙1

新規相談フェイスシート

初回面談日: 年 月 日

ふりがな				<input type="checkbox"/> 男性	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
本人氏名				<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 他		年 月 日 (歳)	
住所					TEL:		
学歴			職業			勤務先 学校名	
相談者	氏名				関係		
	連絡先				TEL:		
	氏名				関係		
	連絡先				TEL:		
相談経路							
相談内容							
家族氏名		続柄	生年月日	健康状態	同居の有無	家族構成	
生活の状況	住居	1. 持家(一戸建て・マンション) 2. 貸家(一戸建て・マンション・アパート) 3. その他()					
	経済状態		年金		自立支援医療	有・無	
	趣味・免許		宗教		保険の種類		

別紙 2

支援導入アセスメント・シート

利用者氏名： _____

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 記入者： _____

次の ABC の全てに該当し、かつ 1～8 のいずれかに該当する人を対象とします。

- A. 市内に居住している
- B. 精神疾患がある/疑われる/ハイリスク
- C. 既存の精神医療保健福祉的サービスにつながない/つながりにくい

次の 1～8 は、特にことわりのない場合、過去 1 年の状況で評価してください。

1. 精神症状（障害）に関連して下記のような生活上の問題がある

①	6 か月間継続して社会的役割（就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う）を遂行することに重大な問題がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
②	自分一人で地域生活に必要な課題（栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等）を遂行することに重大な問題がある（家族が過剰に負担している場合を含む）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
③	ひきこもり状態である 定義：「仕事や学校に行かず、かつ家族以外の人との交流をほとんどせず、6 か月以上続けて自宅にひきこもっている状態」	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有

2. 1 が該当しながら治療中断している 不明 無 有

3. 1 が該当しながら未治療である 不明 無 有

4. 自分の病気についての知識や理解に乏しい/治療の必要性を理解していない
不明 無 有

5. 過去 1 年に 2 回以上の精神科救急利用歴/入退院（措置・医療保護）がある
不明 無 有

6. 次のような自傷・他害・迷惑行為などの行動化がある

①	家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
②	行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
③	自傷や自殺を企てことがある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
④	家族への暴力、暴言、拒絶がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
⑤	警察・保健所介入歴がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有

7. 精神科長期入院者で住居など退院のための調整が必要 不明 無 有

8. 社会的に孤立している/孤立に近い状態で次のような問題をもつ

①	家賃の支払いに経済的な問題を抱えている	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
②	支援をする家族がない (家族が拒否的・非協力的・天涯孤独)	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
③	同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている (介護・貧困・教育・障害等)	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有

別紙 3

支 援 計 画

利用者氏名	担当者氏名	作成日	年	月	日
		次回見直し時期			
				月	日

ご本人との共有(該当に○): 一緒に計画 ・ 担当者が計画して共有 ・ 共有未 ・ 共有困難
関係機関との共有: 有 ・ 無 (名称等)

長期目標

--

短期目標

--

ニーズ(課題)と具体的なプラン

ニーズ	プラン

Memo

京浜地区サイト

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て

東邦大学医学部精神神経医学講座

研究協力者 山口英理子

研究代表者 根本隆洋

目次

1. 増加する在留外国人
2. 在留外国人の出身国と在留資格
3. 在留外国人の定義
4. 在留外国人のメンタルヘルス
5. 在留外国人の精神科受療
6. 心理相談会活動
7. 相談会を通して
8. 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て

1. 増加する在留外国人

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¹⁾。令和2年末の日本の在留外国人数は288万人で、総人口の2.24%を占める(図1)²⁾。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、1990年、2019年に出入国管理及び難民認定法が改訂され、特定技能資格の合格者は最大5年間の在留資格が与えられ、また一定の条件を満たすものは家族の帯同も許可されることとなった。COVID-19の世界的な流行により、主に留学生が渡航を控えたことで一時的に総数は減じているが、ベトナム人移住者は8.8%の増加をみており(表1)、今後在留外国人はさらなる増加が見込まれている。

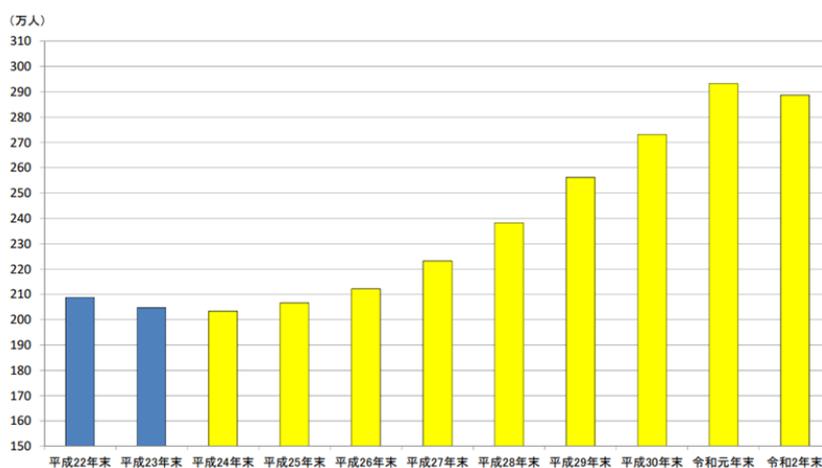


図1 (出典：出入国在留管理庁, 2020)

国籍・地域	計	中長期在留者										特別永住者
		永住者	技能実習	技術・人文知識・国際業務	留学	定住者	家族滞在	日本人の配偶者等	特定活動	その他		
総数	2,887,116	2,582,686	807,517	378,200	283,380	280,901	201,329	196,622	142,735	103,422	188,580	304,430
対前年末増減率(%)	-1.6	-1.4	1.8	-8.0	4.2	-18.8	-1.7	-2.4	-1.7	58.7	3.6	-2.6
中国	778,112	777,316	283,281	63,741	88,662	125,328	27,436	74,886	28,313	16,894	68,775	796
対前年末増減率(%)	-4.4	-4.4	3.5	-22.6	-2.3	-13.1	-4.8	-9.1	-6.6	59.4	-1.1	-3.5
ベトナム	448,053	448,050	18,472	208,879	61,181	65,653	5,739	25,961	4,983	41,331	15,851	3
対前年末増減率(%)	8.8	8.8	7.5	-4.5	18.3	-17.2	1.6	20.1	8.3	551.0	131.7	0.0
韓国	426,908	152,801	72,473	0	25,760	12,854	7,119	10,573	12,490	1,565	9,967	274,107
対前年末増減率(%)	-4.4	-7.4	0.1	-	-5.9	-27.5	-1.2	-10.6	-2.4	-68.0	-8.2	-2.5
フィリピン	279,660	279,609	133,188	31,648	8,250	2,421	53,941	3,618	26,022	7,467	13,054	51
対前年末増減率(%)	-1.1	-1.1	1.0	-11.8	1.2	-25.8	-0.8	-2.8	-2.5	12.4	7.8	2.0
ブラジル	208,538	208,505	112,341	0	606	508	71,832	715	17,225	119	5,159	33
対前年末増減率(%)	-1.5	-1.5	-0.1	-100.0	-9.7	-20.9	-2.3	-19.7	-6.5	12.3	4.7	6.5

表1 (出典：出入国在留管理庁, 2020)

2. 在留外国人の出身国と在留資格

在留外国人の出身国をみると、上位 4 か国はアジア圏であり、先述したベトナム国籍のものが韓国籍のものを抜いて第 2 位となった（図 2）。彼らの約半数に及ぶ 21 万人が技能実習生であり、その待遇や労働環境については未だ課題が山積している。

技能実習資格とはそもそも、技能移転を通じた開発途上国への国際協力を目的として創設された。しかし、2016 年の調査では実習実施機関 5,672 件の 70.6% に当たる 4,004 件で労働基準関係法令違反が認められ、労働時間や安全基準、割増賃金の支払いにおいて技能実習生の権利が侵害されていることが分かった³⁾。また、実習生やその家族から不当に保証金を徴収している母国の送出し機関の存在も問題となっている。これを受けて政府は技能実習制度の見直しを行い、政府間で取り決めを行った上で管理団体については認可制とし、人権侵害行為等に対する通報・申告窓口を作って罰則を整備するなど、実習生の保護を図る対策をすすめている。

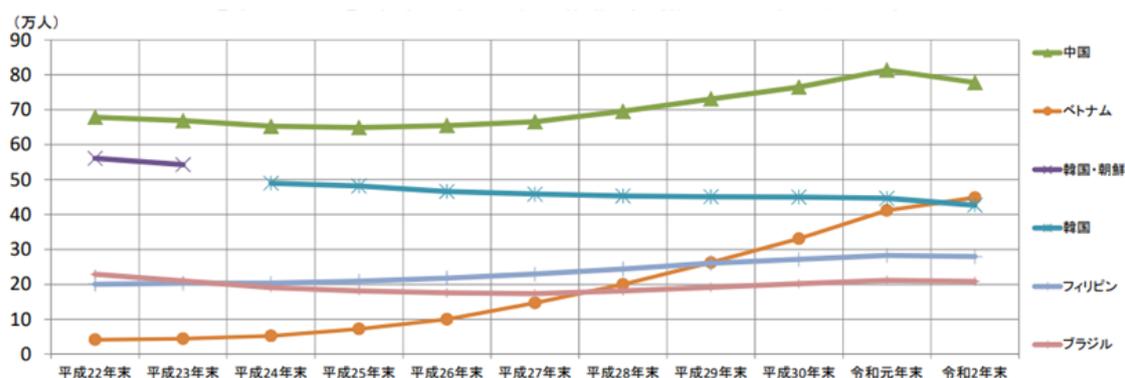


図 2（出典：出入国在留管理庁, 2020）

アジア圏の諸国に次いで、日本で暮らす外国人の出身国第 5 位を占めるのは、ブラジルである。本邦とブラジルの間では 1900 年代から移住が進み、17,000km 離れたお互いの国にルーツを持つものたちが各国で生活している。日本以外の国に移住し、当該国の国籍または永住権を取得した日本人、およびその子孫のことを「日系人」と呼び、世界中に 400 万人以上の日系人がいると概算されているが、詳細は分かっていない。本邦には 20.8 万人のブラジル国籍のものが暮らしている（図 3）。

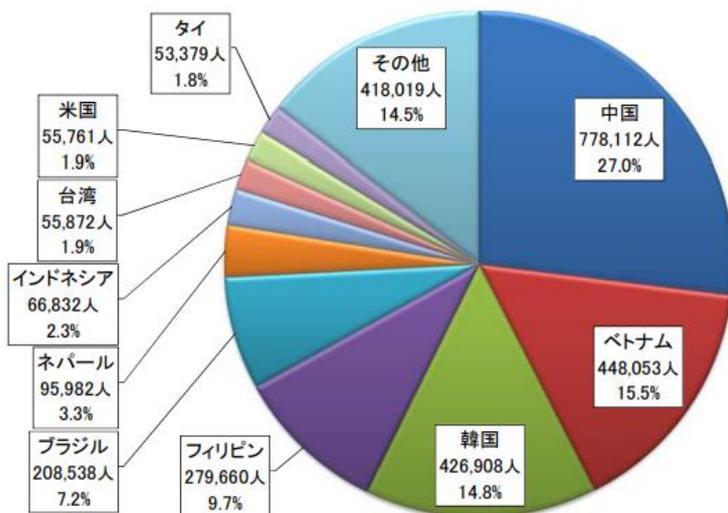


図3（出典：出入国在留管理庁, 2020）

都道府県別の在留外国人の構成比は、東京都を筆頭に愛知県、大阪府、神奈川県と首都圏近郊が占める（図4）。

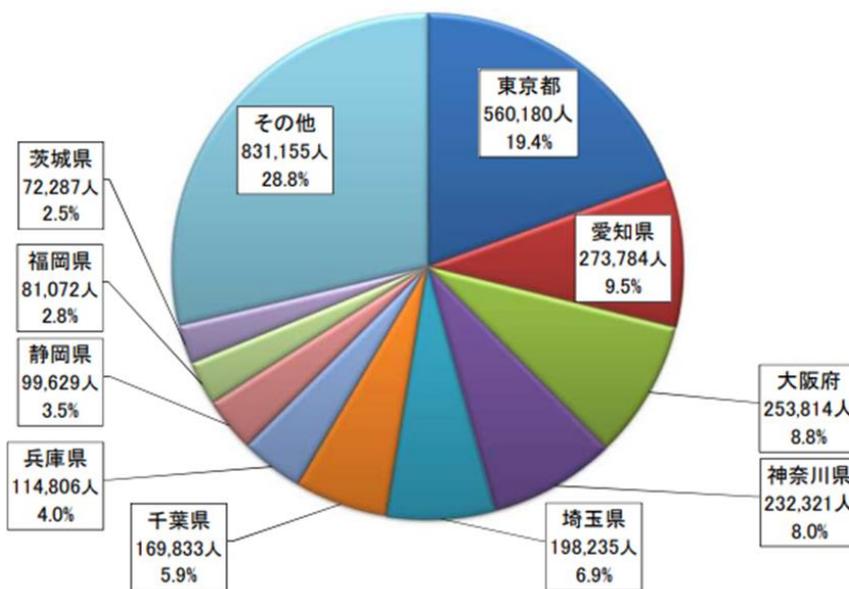


図4（出典：出入国在留管理庁, 2020）

3. 在留外国人の定義

生まれた国を離れて外国で生活している人々を「在留外国人」と総称するが、戦争や紛争で国を追われた難民、移民、などさまざまな呼び方がある。

国連の定義では、「移住の理由や法的地位に関係なく、定住国を変更した人々を国際移民

とみなす。3 カ月～12 カ月間の移動を短期的または一時的移住、1 年以上にわたる居住国の変更を長期的または恒久移住と呼ぶ。」とあり、日本では「『入国の時点で永住権を有するもの』を移民（自民党政務調査会, 2016）、『中長期在留者及び特別永住者』を在留外国人（法務省, 2019）」と定義している。この定義に則って、本手引きでは観光客など 3 か月以下の短期滞在者は含まない。

4. 在留外国人のメンタルヘルス

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⁴⁾。以下に、移住に伴う精神障害の危険因子についてまとめた。

- ①移住に伴う社会・経済的地位の低下
- ②移住国の言葉が話せない
- ③家族離散、もしくは家族からの離散
- ④移住国の友好的態度の欠如
- ⑤同じ文化圏の人々に会えない
- ⑥移住に先立つ心傷体験もしくは持続的ストレス⁵⁾

新しい環境での生活は、単純な変化だけでなく今まで親しんできた文化圏を離れて異文化に触れ、適応することが必要となる。また社会、経済的地位も低下することがあり、例えば母国では弁護士をしていたが、日本では資格がないため道路作業員をしている、というような極端な事例もみられる。単身で移住したものは、COVID-19 の感染拡大により帰国ができなくなったことで家族と長期に渡って離れ離れになり、また母国からの情報や物資が滞ることで孤独や孤立を深めることとなった。移住に先立って母国で心に傷を負うような体験があったり、またその体験から距離をとるために移住したものなど、持続的なストレスを抱えたまま生活しているものもある。さらに、移住した本人だけの問題に限らず、移住先の国の人の友好的態度が欠如していたり、同じ文化圏の人に出会えず友達や相談相手がいないという環境因子もみられる。

これらのストレスは年代によっても異なり、高齢になってからの移住は適応が遅いことに加え、慣れ親しんだ文化を捨てて国を移ることから様々な喪失に出会わざるを得ない。新しい環境の中で自尊心が低下し、孤立感が増す。

思春期世代の移住であれば、自己同一性が形成される時期に文化圏が変わることで、アイデンティティに影響をもたらす。これによってアルコールや薬物依存、非行、気持ちの落ち込みといった問題が生じやすい。

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^{6,7)}。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⁸⁾。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⁹⁾。しかしながら、移民は十分に精神保健医

療サービスを受受できておらず¹⁰⁾、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¹¹⁾。

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。

5. 在留外国人の精神科受療

2019年、11万人の外国人が居住する京浜地区において、地域の基幹病院として機能している3病院（東邦大学医療センター大森病院、川崎市立川崎病院、済生会横浜市東部病院）でカルテ調査を実施した¹²⁾。2016年からの3年間に精神科を受診した外国人を対象に、国籍、言語、通訳の利用、診断などを調査し外国人受療者の特性を明らかにした（図5）。京浜地区の外国人は人口の約4.4%だが、本調査において全患者のうち外国人患者は1.4%に留まった。また、日本における在留外国人は20歳代と30歳代が多いが、本調査で精神科を受診をしている外国人は40歳代と50歳代が多い結果となった。厚生労働省による日本人の精神疾患患者の年齢別分布と比較しても、成年前期の外国人の受診は少ない。人口比率よりも患者人数の比率が低いことから、成年前期の外国人の受療率が低いことが示唆される。

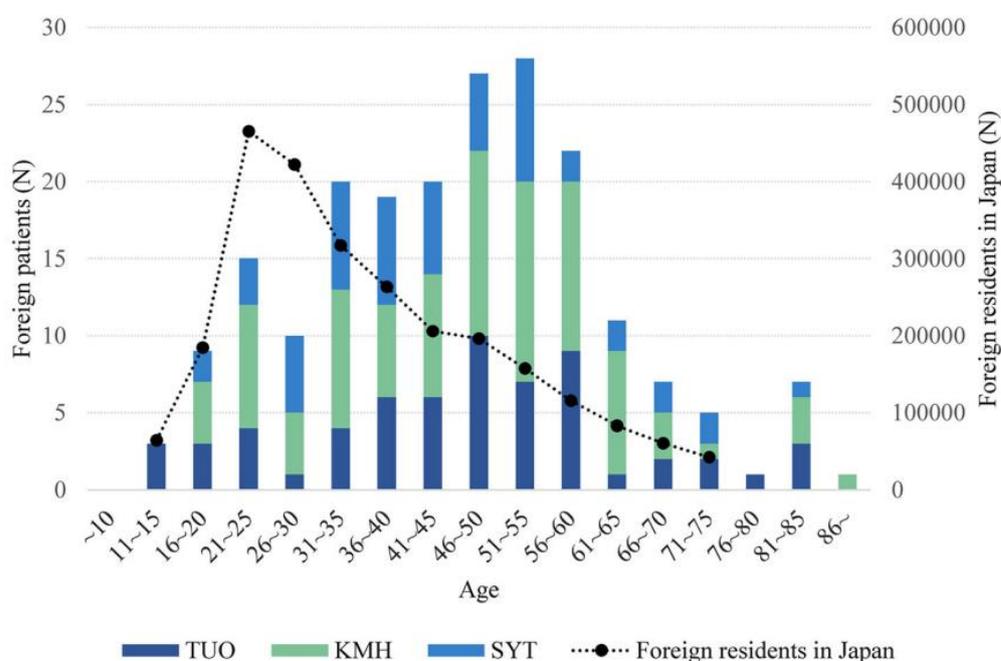


図5（出典：Takubo et al., 2020. TUO: 東邦大学医療センター大森病院; KMH: 川崎市立川崎病院; SYT: 済生会横浜市東部病院; Foreign patients: 京浜地区外国人受診者; Foreign residents in Japan: 本邦在留外国人[点線]）

本調査結果を踏まえて、外国人が適切に医療機関を受診できていない要因を明らかにしていくために、メンタルヘルスの問題の具体的な内容と、各地域における特性を実地調査する必要があると考えた。特に移住先の国にルーツを持つものは、帰属意識が曖昧で、よりメンタルヘルスの不調を抱えやすい¹³⁾ことから、対象を日系人の多いラテンアメリカ人とした。

6. 心理相談会活動

先述の通り、日本には約 21 万人のブラジル人が暮らしている。彼らの多くは日本にルーツを持つ日系人であり、他の地域にルーツを持つ外国人とは異なった、オリジナルのアイデンティティを持つ。精神的帰属と異文化適応、メンタルヘルスの関連を明らかにし、また若年の外国人が精神科医療を適切に享受できていない現状を調査するため、日系ラテンアメリカ人が多く暮らす東海地方を中心に心理相談会活動を行った。

東海地方には自動車工場が多く、愛知県、三重県、岐阜県といった東海各県には 12 万人のブラジル人が生活している。ラテンアメリカ人はコミュニティ内での結びつきは強いものの地域との関わりが少なく、これがレジリエンスを高めている一方で地域との関わりが乏しい。東海地方では、多文化共生センターや NPO 法人に所属する日本人サポーターたちが入管局と連携して地域で暮らす外国人とのつながりを作る取り組みを行っており、2019 年 7 月に 12 の団体で「外国人支援・多文化共生ネット」を立ち上げた。定期的に在留外国人の暮らしの実情と課題を共有し、入管局に政策提言を行うなど密につながっている。

これら地域の NPO と、1991 年から日系ラテンアメリカ人の支援を行っている NPO 法人 MAIKEN (理事長：三浦左千夫)、および松蔭大学看護学部 (教授：丸山昭子) と連携し、月に 1 回各県で相談会を開催している。相談会は健康相談、生活相談、法律相談やフードパントリーと心理相談を併設して相談会に訪れるハードルを下げ、またホームページや SNS での開催告知や各地のコミュニティのリーダーに個別に連絡し周知している。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、心理師が面談を行う。日本語話者ではない相談者には通訳が同席し、希望者には月 1 回のオンライン面談を継続している。



愛知県犬山市



岐阜県可児市

相談会にはスペイン語・ポルトガル語通訳が帯同する。同じ地域の通訳はほとんどが顔見知りのため、同席を希望しない相談者も多い。



三重県亀山市

10代やそれ以下の相談者には、プレイセラピーを通して話しやすい雰囲気を作りながら、自然に悩み事や不安を話してもらう。



三重県亀山市



三重県鈴鹿市

心理相談と併設して健康相談を行っている。来談者は、「血圧が高い」「糖尿病の気があるといわれた」など生活習慣にまつわる心配ごとを相談することができる。また、希望者は中南米を中心とする寄生虫感染症であるシャーガス病について、無料で血液検査を受けることができる。

7. 相談会を通して

相談者の7割は女性であった。男性は工場や外国人の多い職場で悩みを相談することができるが、女性は同じ悩みを抱える者に関わる場所が乏しく、援助希求先情報を得ることが難しい環境であることに起因していた。また8割は通訳を要した。

相談者の年代は10代が30%を占めて最も多く、次いで30代が24%、40代が21%であっ

た。相談内容で最も多いのは気持ちが落ち込む、いらいらする、不安になるなど気分の障害で、30代・40代の子育て世代では子どもの発達の悩みが多くを占めた（図6）。

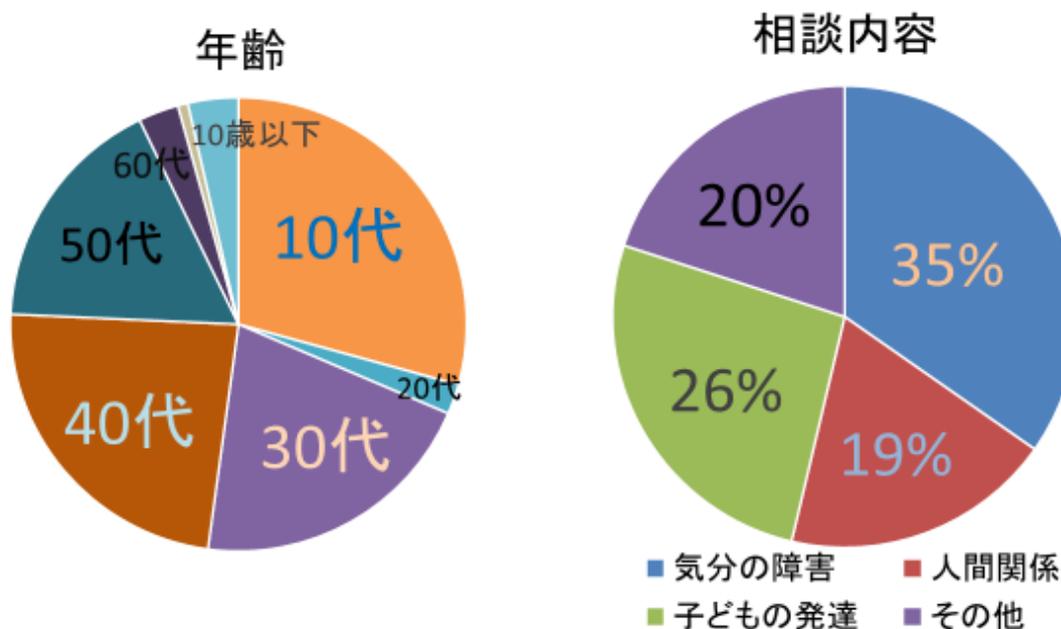


図6

彼らの抱える問題は年代別にも異なる。10代の相談者の多くは親の都合で来日し、言葉や文化の違いに戸惑って「学校になじめない」と感じ、不登校や引きこもりにつながった結果「居場所がない」「気持ちが落ち込む」「相談できる大人がいない」と感じていた。学校や家庭以外にも同じ環境の仲間と気兼ねなく交流できるよう、2022年4月より三重県鈴鹿市では10代の在留外国人が気軽に訪れることのできる居場所作りを予定している（名称未定）。

次に、30代の相談者はほとんどが女性で、子どもの発達の心配が多くを占めた。子どもの発達や関わり方について相談したいと思っても、「相談先の情報がない」「通訳を頼む先がわからない」など、相談先や方法に関する情報が乏しいことが伺えた。オンライン相談を継続しながら、地域のサポーターと連携し継続して相談できる先を確保し、必要な場合は専門医療機関に受診の予約をした。

40代以降の相談者では、「仕事がみつかりにくい」「持病で病院にかかる必要があるがお金がない」といった経済的な問題が目立った。メンタルヘルスの問題は、心理的な障害のみならず経済的、社会的な問題と複雑に交絡して生じており、相談者と優先順位を整理しながらひとつひとつ解決することが求められる。NPO法人や多文化共生センター職員とパイプを作り、自治体や役所に相談しながら、随時進捗に合わせた問題解決を提起することとした。

8. 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て

本手引きを通して、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課題を3点にまとめる。

ひとつめが、医療通訳の不足および認知の低さである。2019年の調査では、精神科を受診した外国人の23%が日本語の理解や会話に通訳を要し、家族や友人に通訳を依頼しているものが17%、医療通訳を利用しているものは5%であった¹⁴⁾。

一方で、神奈川県内の医療機関323件を対象に外国人患者の受け入れ実態について行ったアンケート調査の結果、県内の精神科医療機関の81%が「言葉の問題があるため外国人の受け入れが難しい」、73%が「外国人患者の受け入れに通訳が必要」と回答した。医療機関における医療通訳の認知度は、特にクリニックなど地域の医療機関で低く、61%の医療機関が医療通訳システムを「聞いたことがない」と回答している。通訳ボランティアを活用している医療機関は全体の11.4%に留まり、翻訳機、通訳アプリ等の利用がある医療機関は全体の10.3%であった。これらから、在留外国人と医療機関双方において医療通訳の認知は低く、また医療通訳の不足がうかがえる。

ふたつめの課題は、外国人コミュニティは閉鎖的で、内部の結びつきは強いものの地域との関わりが少ないことである。メンタルヘルスだけでなく、健康や金銭面、法律上の問題が生じた際、どこに相談すればよいかわからない外国人が多いことがわかった。社会的少数派のメンタルヘルスへの介入は、個人への対応よりグループへの介入がよりよい予後に寄与するとの報告がある¹⁵⁾。ラテンアメリカ人はグループ内での結びつきが強く、これがレジリエンスを高めている一方で、グループ外との結びつきは少ない。これを解消するには、移住先に以前から暮らしていた住人、一般の市民が友好的な態度であることも求められ、たとえば市民講座やセミナーを通して、お互いの文化や価値観について知る機会を作ることが必要である。地震や災害発生時に顔見知りがいること、地域で団結する力は、誰にとっても重要なことである。メンタルヘルスの枠に限らず、さまざまな方面からお互いを知ること意識しておくことで、「交流することに興味がない」という人たちにも交流の輪を広げる1歩となる。

最後に、在留外国人は適切なソーシャルサポートを享受できていない、情報を知る機会がないことである。相談会を通して、すべての年代で悩みを相談する先が確立していなかった。区役所などと連携して情報を周知するだけでなく、当事者たる外国人を手助けする力のある地域のサポーターを養成することが求められる。当事者と通訳、通訳と医療機関や通訳と役所といった2者間だけでなく、3者の相互コミュニケーションをスムーズにする役割を担う地域のサポーターが増えることが、在留外国人との共生社会を構築するのに必要なキーといえる。

参考文献

- 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)

3) 厚生労働省, 平成 30 年

(https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/mono/fiber/ginoujissshukyougikai/180323/3_mhlw-genjyokadai.pdf)

4) Berry JW. Immigration, Acculturation, and Adaptation. *Appl Psychol* 46, 5-68, 1997

5) 移住と精神障害. 野田文隆, 1995

6) 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

7) Morgan C, et al. Migration, ethnicity and psychoses: evidence, models and future directions. *World Psychiatry* 18, 247-258, 2019

8) 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

9) 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

10) Straiton M, et al. Immigrants' use of primary health care services for mental health problems. *BMC Health Serv Res* 341, 1-8, 2014

11) 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

12) Takubo Y, Nemoto T. et al. Demographic and clinical characteristics of foreign nationals accessing psychiatric services in Japan: A multicentre study in a metropolitan area. *BMC Psychiatry*, 20: 569.

13) Hong J. Effects of Ethnic Identity on the Relationship Between Mental Health and Perceived Discrimination Among Ethnic Return Migrants: The Case of Korean Chinese Return-Migrated to South Korea, *Journal of Immigrant and Minority Health* (2019) 21:522–532

14) 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」, 神奈川県精神保健福祉センター. 2019

15) M Alegria., et al. Effectiveness of a Disability Preventive Intervention for Minority and Immigrant Elders: The Positive Minds-Strong Bodies Randomized Clinical Trial. *Geriatric psychiatry*. 27, 12, 1299-1313, 2019

京浜地区サイト

周産期メンタルヘルスにも対応した地域包括ケアシステムを 構築していくために

済生会横浜市東部病院精神科

研究代表者 辻野尚久

研究協力者 田久保陽司、吹谷和代、相川祐里

目次

はじめに

1. 切れ目のない継続支援
2. 周産期メンタルヘルスのスクリーニングのポイント
3. 有効な地域連携のためのポイント
 - ①各専門職からのタイムリーな連携
 - ②顔の見える関係づくり
 - ③具体的事例を共に積み重ねる
4. 済生会横浜市東部病院におけるペアレンティングサポートチームの活動
 - ①初期の助産指導時の取り組み
 - ②妊婦（産後の母親）の相談行動のサポート
5. 新型コロナウイルス感染拡大にも配慮したケアシステム
 - ①コロナ禍における心理的影響
 - ②ICTも利用した地域包括ケアシステム

終わりに

はじめに

母体管理をより安全にしていくために、日本産婦人科医会により妊産婦死亡事例が集積されてきました。その報告¹⁾では、日本における妊産婦の死亡原因は、産科危機的出血が最多であると解析されていました。しかし、データ集積にあたって、自殺による死亡は、必ずしも産婦人科医が関与していないこと、また死亡診断（死体検案）書に産褥時期の情報が記載されていないことなどから、正確な数値が把握できていない可能性が示唆されました。そこで、2017年からは正式に妊娠中と産褥1年未満の精神疾患による自殺を妊産婦死亡に含めて統計がとられるようになりました。厚生労働省研究班による2年間の全国調査（平成27～28年）の結果では、妊産婦の死亡原因の第1位は自殺であることが報告されました。

²⁾ 地域からの妊産婦の自殺による死亡率の報告では、東京都23区で8.7/10万出生（平成17～26年）、大阪市では13.0/10万出生（平成24～26年）、三重県では14.1/10万出生（平成25～26年）であり、いずれも諸外国と比較して高い割合でした。³⁾ これらの調査から、妊産婦の自殺による死亡率が従来からの報告よりも極めて高いことが明らかとなり、妊産婦の死亡率を減らすために出血や感染症などの身体的合併症への対策だけでなく、自殺を減らす対策がより重視されるようになりました。

そもそも周産期は、ホルモン動態や生活環境の急激な変化などにより、気分障害などの精神疾患を発症しやすい時期です。さらに、母親のメンタルヘルスの不調は、児への愛着形成や、胎児と出産後の児の発育や認知、行動に影響を及ぼすことが知られています。令和3年度の児童虐待相談対応件数は20万5029件で、前年度より1万1249件（5.8%）増え、過去最多を更新しました。⁴⁾ 厚生労働省が集計を開始した平成2年度以来上昇を続け、平成12年の児童虐待防止法施行時と比べ10倍以上に増加しています。医療の現場においても着実に、子どもへの虐待対応が必要な場面は増えています。児童虐待は、大きな身体的障害に至らなかった場合でも受けるこころの傷は深く残ります。また発生してしまった児童虐待に対する治療や対応には、多くのマンパワーと時間がかかります。そのため、問題発生前に適切な援助を提供する「予防的」介入は、母親自身の予後だけでなく、児の発育という視点においてもとても重要です。

周産期メンタルヘルスに対応していくためには、精神科と産婦人科、小児科などの他科との連携だけでなく、妊娠中ならびに授乳中の薬物療法の問題や経済的な問題、パートナーとの関係、育児環境など精神疾患に影響を及ぼす要因は様々な分野と課題があり、それらに対応していくために、助産師、心理師、薬剤師、ソーシャルワーカーなどの多職種との連携が必要です。さらに、出産後の育児環境の整備やサポートをしていくために地域の関係行政機関との継続的な連携が求められ、「周産期メンタルヘルスにも対応した地域包括的ケアシステム」の構築が不可欠です。

既に産後ケア法案が制定され、「子育て世代包括支援センター」の整備が始まっています。しかし、それをより機能的なものにしていくためには、各地域の特性を把握し、柔軟に対応していけるようなシステムを実装しなければなりません。そのためには、これまでに蓄積さ

れてきた経験を共有し、さらに発展させていくことが求められています。

済生会横浜市東部病院では、総合病院の特性を最大限に活用し、周産期メンタルヘルスの支援体制を、神奈川県横浜市東部地域を中心に展開してきました。早期発見、早期介入をそのコンセプトとして活動していくなかで、それを律速させてしまう課題も見えてきました。まず妊産婦は、体調の問題や新生児を抱えていることなどで、援助希求をしようとしても移動が制限されてしまいます。特に、近年の新型コロナウイルス感染拡大にともない、それがより顕著となり、病院を含めた関係機関に妊産婦が直接来訪することが難しい状況が続きました。また、先に述べたように妊産婦のメンタル不調に影響を及ぼす要因は、さまざまであり、それを妊産婦自身が「何をどこに相談していいのか」を必ずしも理解していないことが判明しました。それらの課題を解決していくために新たな援助システムを構築し、その有益性を検討していくことにしました。

1. 切れ目のない継続支援

妊娠を疑った女性は医療機関を訪れ妊娠の診断を受け、その後、妊娠初期の内に市役所・区役所で母子手帳交付を受けます。窓口では保健師らが直接妊婦に問診し、妊娠や産後の生活に関するサポートの必要性が検討されます。また、妊婦らは同時期に分娩する医療機関を決定し、多くの場合には分娩を予定した機関で定期的な妊婦健診を受けることとなります。妊婦健診は法律上その受診間隔が定められているため、医療者は定期的に直接妊婦と会う機会はあるものの、各健診では、確認が必要な診察項目・指導項目が決まっており、妊婦らが自由に自身のメンタルヘルスに関して医療者に相談する時間を確保することが難しいのが現状です。そのために、妊産婦が相談しやすい体制を構築することが重要であるとともに、積極的なスクリーニングにより支援が必要な妊産婦を早期に発見することが必要です。また、里帰り出産するケースなども含めて必ずしも妊娠診断を受けた機関で分娩するとは限らず、そこで支援が途切れてしまうこともあるため、切れ目のない継続支援を実現するための連携が必要になります。

平成 29 年度より妊産婦健康診査事業（産後二週間健診）が始まり、産後うつ病予防や新生児への虐待防止等を図るという観点から、健診項目にはエジンバラ産後うつ病質問票が入っています。また「子育て世代包括支援センター」の設置が各市町村の努力義務として母子保健法に法定化され、平成 30 年度の診療報酬改定では「ハイリスク妊産婦連携指導料」が新設されるなど、今後の育児支援はより切れ目なく地域と医療機関が連携することが求められています。助産実践能力習熟段階（クリニカルラダー：CLoCMiP）レベルⅢの認証申請の必須研修として、メンタルヘルスも組み込まれています。このように周産期に携わる専門家は、メンタルヘルスに関する知識は必須となってきました。

2. 周産期メンタルヘルスにおけるスクリーニングのポイント

では、妊産婦の精神的健康を維持し、良好な育児行動を実現するためにどのようなことに

注意しなくてはならないのでしょうか。

まず、第一に周産期に注意しなくてはならないのはうつ病です。周産期のうつ病は、妊娠中のうつ病と産後のうつ病が含まれ、発症時期によって区別されますが、必ずしも明確に分けられるわけではありません。産後うつ病の発症と思われても、実は妊娠中から抑うつ症状が出現していることが多いと指摘されています。さらに、注目すべきはその発症率です。周産期のうつ病の発症率は、妊娠中期で 14.0%、妊娠後期で 16.3%、産後 1 か月で 15.1%であると報告されています。⁵⁾ 産後うつ病は一般にも良く知られていますが、妊娠中期も同等程度の発症率であるため、妊娠中からの予防や早期介入をしていくことが重要です。

産後うつ病のスクリーニング方法として、現在、本邦ではエジンバラ産後うつ病質問票（以下、EPDS）が広く汎用されています。うつ病の症状を評価する 10 項目の質問に対して、それぞれ 0 点から 3 点の 4 段階で評価し、合計で 9 点以上の場合は、うつ病の可能性が高いとされています。一方、妊娠中のうつ病に対しては、Whooley の 2 項目質問票が推奨されています。これは、①過去 1 か月の間に、気分が落ち込んだり、元気がなくなる、あるいは絶望的になって、しばしば悩まされたことがありますか（抑うつ気分）、②過去 1 か月の間に、物事をすることに興味あるいは楽しみをほとんどなくして、しばしば悩まされたことがありますか（興味や喜びの喪失）のうつ病の中核症状である 2 つの質問項目を口頭で質問し、1 つ以上を満たす場合には、うつ病の可能性が高いと判定する方法です。

ただし、これらのスクリーニング方法だけで、うつ病の診断を確定できるわけではありません。うつ病と診断するためには、症状を尋ねるだけでなく、その他の心理社会的背景（夫もしくはパートナーとの関係、経済的な問題など）やこれまでの生活歴（養育歴、過去の虐待経験など）、既往歴（身体疾患ならびに精神疾患）などを聴取していく必要があります。また、これらのスクリーニングに陽性を示しても必ずしもうつ病を発症しているとはすぐには診断ができるわけではありません。むしろ、医療的な介入ではなく、その原因となっている社会的な問題を解決すれば気分の落ち込みが改善する場合があります。また、双極性障害などのその他の抑うつ状態を示す精神疾患の可能性があることに注意が必要です。双極性障害の生涯罹患率は 2.4%⁶⁾とうつ病ほど高いわけではないものの、産後に初めて発症したうつ病は、双極性障害のリスク要因であることが指摘されており、その鑑別は非常に重要です。双極性障害とうつ病では、治療方針が大きく異なり、双極性障害の抑うつ状態である場合には、抗うつ薬を投与すると躁状態を惹起する可能性があります。そのため、現在の症状としては、うつ病の基準を満たしていたとしても過去に躁状態（気分の高揚や多弁、浪費など）のエピソードがなかったかどうかを本人やその家族に確認しておくことが鑑別する上で重要なポイントになります。躁状態のエピソードは、病識がないことが少なくなく、躁状態を自身で「普通の気分の状態」と理解されている場合には、「気分が高揚したことがありますか？」といった直接的な質問に対して、必ずしも「はい」と答えないこともあります。家族からの情報も収集していくことや気分のエピソードだけでなく、行動面の変化（多弁や過活動、睡眠欲求の低下、浪費など）について確認していくことが診断のために有用になります。

また、周産期に発症し最も重症になりうる病態として、産褥期精神病があります。発症頻度は 0.1–0.2%⁷⁾ と決して高くはありませんが、発症した場合には多くの場合入院加療が必要となる重篤な精神疾患です。好発時期は、産後 1 か月以内で、症状としては、幻覚や妄想、滅裂、興奮、気分症状（抑うつ症状、躁症状）、せん妄様症状などの多彩な精神症状を急激に出現することが多く、突発的な自殺だけでなく、嬰兒殺につながるリスクもあることから緊急性が高い病態と言えます。産褥期精神病が疑われる場合には、可及的速やかな精神科医療への橋渡しが必要となります。幻覚妄想の存在については、言動などから明らかに把握できる場合もありますが、本人から直接訴えないこともあるため、こちらから積極的に聴取し、確認していく必要があります。

周産期に罹患する精神疾患は妊産婦の自殺のリスクを上昇させ、胎児や出産後の子どもの成育にも大きな影響を及ぼすために、周産期に携わる全ての職種がその対応に必要十分な知識を持ってスクリーニングを行い、適切なケアに繋げることができるようになっていく必要があります。

3. 有効な地域連携のためのポイント

①各専門職からのタイムリーな連携

総合病院においてはソーシャルワーカーが在籍し、地域行政や地域資源活用のサポートと、関係機関との連携において要となる役割を担います。ただし、院内ですべての情報をソーシャルワーカーに統合するのが必ずしもスムーズな連携となるわけではありません。例えば、児と一緒に過ごす場面での様子や育児手技は助産師から、また、精神症状や細かな心理経過に関しては精神科医や心理師からなど、各専門職が地域担当者へ直接申し送りをした方がより良い連携となることもあります。妊産婦に関する細かなニュアンスや各専門職だからこそ重要に感じた視点は、それ以降の母子を見守る中で大切になってくるものです。勿論、それらを院内職種で共有していくことは重要ですが、地域関係機関が今後の介入方針を立て、具体的準備を進めるために速やかな連携が必要になります。

②顔の見える関係づくり

前項のように各職種が各々に有効な直接的連携を行うためには顔の見える関係づくりが重要となります。例えば、済生会横浜市東部病院においては、半年に 1 回、後述するペアレンティング・サポート委員会地域連携会議を実施しています。この会では病院の現状に関してのお知らせや参加された地域機関から最近のトピックスの情報共有を行い、各機関職員合同でのグループワーク（ケース・スタディ）や精神科医からの講義など、その会毎に趣向をこらして共に学び、お互いの交流を深めています。このように、ケース対応ではない別の交流があることで、各職種の役割の理解を深められるとともに、気持ちのゆとりのある状態でお互いについて知り合うことができ、必要時の連携がしやすくなると考えられます。

平成 30 年の診療報酬改定により、「ハイリスク妊産婦連携指導料」の算定が開始されま

したが、その算定要件として、「当該患者の診療を担当する産科または産婦人科を担当する医師、保健師、助産師又は看護師、当該患者の担当する精神科又は心療内科を担当する医師、保健師又は看護師並びに必要なに応じて精神保健福祉士、社会福祉士、公認心理師、市町村若しくは都道府県の担当者が参加している」カンファレンスを「概ね2か月に1回の頻度で」開催することと記載されています。さらには、そのカンファレンスは、「初回は関係者全員が一堂に会して実施すること」とされています。これらからは、地域連携において、各々の連携が重要である一方で、定期的に関係者が「一堂に会して」、定期的の方針を確認することを重要視していることがわかります。済生会横浜市東部病院においても、算定要件に合致する医療機関の多職種と地域保健師で直接顔を合わせて定期カンファレンスを設けています。普段、個別ケースに関しての連携はほとんどが電話越しのやりとりであり、非常に限られた時間での対応となることが多いです。ハイリスク妊産婦連携カンファレンスが出来たことで、実際に顔を合わせる定期的な機会に恵まれ、方針について確認ができるとともに、互いの表情が見えることでケースに対する苦勞の度合いを推し量ることや、理解しにくいことを多職種できちんと整理することができ、齟齬の解消に多いに役に立っている印象があります。

③具体的事例を共に積み重ねる

地域関連機関との連携の中で、医療機関側として「よくある」と感じられる1つの課題は、「地域へ情報提供したけれど、その後どうなったのかわからない…」というものではないでしょうか。逆に、地域側では、「精神科の受診を勧めてみたけど、先生の見立てはどうだったんだろう…」ということもあるかもしれません。当然、患者本人や家族などのプライバシー保持には十分な留意・配慮が必要ですが、本人の同意を得ての継続的な連携体制は、本人へ充実した支援になるだけでなく、専門職側にとっても自らの判断や行動のフィードバックが与えられる機会となります。

上記②のハイリスク妊産婦連携カンファレンス（図1）では、妊娠中の区の個別両親学級が実際の産後にどの程度役立っているか、あるいは、産褥入院中の育児指導や心理教育が自宅での育児生活に役立っているか、また、周産期は当院で精神科対応をしていたがかかりつけ医へ管理が移ってからも落ち着いて過ごせているだろうか…、というような内容について、お互いにフィードバックを受け取ることができます。1つの事例を通して各々の介入の内容や連携のとり方などを共に振り返る機会があることで、また次の事例への示唆が得られ、協同体制をより充実したものへと発展していくことができると考えられます。



図1 実際のカンファレンスの様子

4. 済生会横浜市東部病院におけるペアレンティングサポートチームの活動

済生会横浜市東部病院では平成21年より「ペアレンティング・サポートシステム（ペアサポシステム）」を構築し、平成23年より病院公認の「ペアレンティング・サポート委員会」とし、精神疾患合併の妊産婦だけではなく、心理・社会的支援が必要な対象者全般に妊娠期から産後まで一貫した院内外の多職種連携を行っています（図2）。

この活動の目的は、妊娠期から子どもが生まれた後の生活をイメージし養育環境を整え、新しい家族のスムーズな形成をサポートすることです。具体的行動目標としては、①サポート対象者の早期発見と対応、②妊娠期から出産後まで各科が連携した一貫した支援、③1か月健診が終了した後も必要に応じて地域保健センター等と病院が連携した支援を継続、という3つの柱が挙げられます。ペアサポ委員会における院内の関連職種は、産科医、助産師、小児科医、新生児科医、小児科・NICU看護師、精神科医、リエゾン担当看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、心理師、事務などです。ケースによっては栄養士やCLS（チャイルド・ライフ・スペシャリスト）の協力も仰いで対応が検討される場合も想定されています。これらの職種が月1回の定例会議において、ペアレンティング・サポートケースとしてピックアップされた対象者を継続的に見守り、支援の方針を検討していきます。また、院外関連機関として、患者の住所地の地域保健センターや助産院、かかりつけ精神科などとも、主にソーシャルワーカーを要として、必要に応じて助産師や心理師も直接連絡を取り合い見守り体制を構築しています。



図2 ペアレンティングサポートチームの活動

①初期の助産指導時の取り組み

①-1) 「育児支援チェックリスト」の確認

育児支援チェックリスト（精神科現病歴・既往歴、情緒的サポートの不足など、産後うつ病と関連のあるハイリスク因子項目から構成されている自己記入式質問票）によって、今後の育児について想定される状況についての包括的評価と要支援妊婦かどうかの把握を行います。サポートケース対象者を多くの場合はこのアセスメントによってピックアップされます。

①-2) 病院と地域の情報連携の可否の確認

母子手帳交付時には地域保健師が本人と面接し、その心理社会的アセスメントが行われています。病院側でも上記①-1 のように妊婦の自己記入式問診票を通して同様にアセスメントを行いますが、ときに妊婦の打ち明ける内容が地域と医療機関とは異なる場合があります。一方で、家庭生活が見えやすい地域側と身体面への具体的管理を行う医療機関側では、確認できることや着目する点が異なる場合があります。そのため、必要時には速やかな情報連携が開始できるよう、早い段階で妊婦へ情報連携についての意向を確認しています。そうすることで、いざ地域と連携しての支援が必要な際に、情報共有を行うことについて本人から同意を得ることが受け入れやすくなる場合があります。

②妊婦（産後の母親）の相談行動のサポート

②-1) 「プレママ・ママのためのカウンセリング」カードの配布

継続支援が必要と判断された対象ケースにおいて、産後は地域へサポートを引き継ぐことが多いですが、出産病院に対する信頼感と安心感を求める対象者も多いため、その後も必要時は心理師面接へ繋がることのできる連絡先を記したカードを作成し、配布しています（図 3）。なお、このカードは直接配布するだけでなく、産科外来・病棟に配置して、相談対応を広く受け入れるための工夫をしています。



図 3 プレママ・ママのためのカウンセリングカード

②-2) 「パパとママの相談先リスト」の配布

妊娠中や育児中の不安、あるいは困難感に対してどこに何を相談したら良いのかわからず困っている方も多いため、助産師や心理師が母親らと面談をする中で、主訴に合わせた今後の相談先を情報提供しやすいように相談先リストを作成し、配布しています（図 4）。主な項目としては、当院精神科の受診方法、心理師面接予約方法、電話・SNS 相談の紹介、母性連絡カードについて、横浜市の育児サポートの紹介などです。

パパとママの相談先リスト



妊娠中や産後、また、育児をしていると
様々な悩み事や不安が出てくるものです。

- ・子どもをかわいく思えない、怒鳴ってしまう
- ・自分だけ子育てがうまくできない気持ちになる
 - ・心配や不安で頭がいっぱいになる
 - ・自身が心の問題を抱えている
 - ・夫婦関係や家族関係で悩んでいる
 - ・しつけがうまくできない
- ・経済的に困っている など…

様々なサポートがありますので、活用していきましょう。

済生会横浜市東部病院こころのケアセンター心理室
TEL: 045-576-3000 内線2555

図4 パパとママの相談先リスト

②-3)「ペアレンティング・サポート web システム」の開発と②-4)「MEICIS メンタル相談室」への情報掲載

②-2 は実際に助産師や心理師が母親らと対面して情報提供を行うツールとして作成したものでした。しかし、コロナ禍で対面での相談が難しくなったことや、医療者に対しては打ち明けられないが相談先を求めている者がいること、1 か月健診終了後に始めて困難を抱えて相談先を求める者もいることが考えられたために、②-3、②-4 のような取り組みも行っています。これらは後述します。

5. 新型コロナウイルス感染拡大にも配慮したケアシステム

新型コロナウイルス感染拡大下においては、妊産婦は以前よりも多くの困難を抱えています。予定していた里帰り出産が中止になることがあり、時期によっては立ち合い出産も出来なくなっています。人生における重大な局面である出産を迎えるにあたり多くの方が不安や緊張を抱えています。コロナ禍では感染に対しての警戒感から、平時よりも不安が強

くなっている印象があります。周囲のサポートが重要な時期である周産期において、感染拡大予防のための人と人との接触の制限が当事者に与えている影響は大きいと考えられます。

①コロナ禍における心理的影響

我々は本研究事業で実施した研究調査において、コロナ禍における妊産婦のメンタルヘルスの変化について報告しました。⁸⁾ 調査は、オプアウトを用いた臨床研究として、済生会横浜市東部病院で出産したほぼ全例の約 4000 人を対象として行いました。2017 年 4 月～2020 年 12 月末までの間の産後 1 か月健診で記録された、「エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS)」と「赤ちゃんへの気持ち質問票 (MIBS)」の各項目の得点データを、COVID-19 流行前群 (2017 年、2018 年、2019 年の 3 群) と COVID-19 流行中群 (2020 年の 1 群) の計 4 群に分けて比較しました。EPDS は産後うつ傾向を、MIBS は母親の子どもへのボンディング (情緒的な絆) 感情を調べることができます。EPDS と MIBS の総得点、および区分点を上回った割合については、有意な差は認められませんでした。つまり、COVID-19 流行による、産後うつ病やボンディング形成不全 (赤ちゃんに対する愛着の形成が不十分) の明らかな増加はみられませんでした。しかし、EPDS の下位項目を詳しく見てみると、心理的な変化が認められました。EPDS のうち、「アンヘドニア (快樂消失や無気力を表す)」、「不安」、「抑うつ」の 3 因子に関連する下位項目の平均得点を比較したところ、COVID-19 流行中群で「不安」に関連する項目得点が有意に上昇していた (図 5) のに対し、「アンヘドニア」と「抑うつ」に関連する項目得点は有意に低下していました (図 6、図 7)。アンヘドニアと抑うつの得点が低下した理由として、COVID-19 の脅威に対してストレス防御反応が生じて、一時的な「心理的過覚醒状態」にあることが推察されました。「不安」が上昇している一方で、心理的過覚醒により「アンヘドニア」と「抑うつ」が低下したために、全体ではスコアが相殺されて EPDS の総得点では有意差がみられなかったと考えられます。先行きの見えないコロナ禍により、強いストレス状態が続くことによる影響については、今後も引き続き注視していく必要があります。

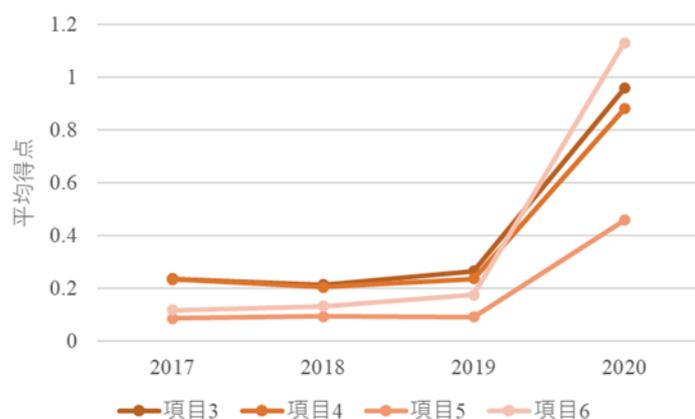


図5 産後エジンバラうつ病質問票（EPDS）の不安項目の平均得点の変化

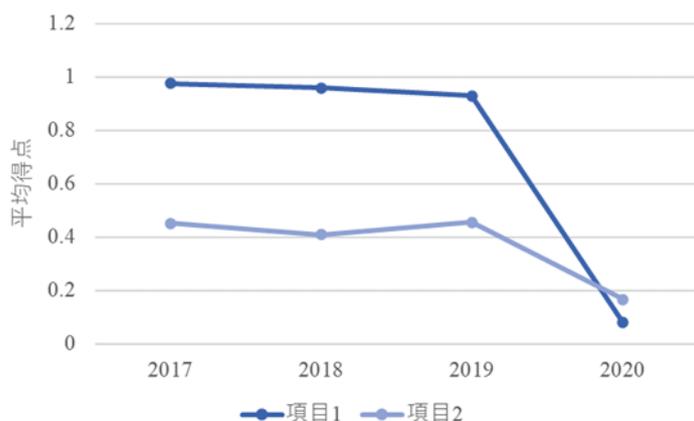


図6 産後エジンバラうつ病質問票（EPDS）のアンヘドニア項目の平均得点の変化

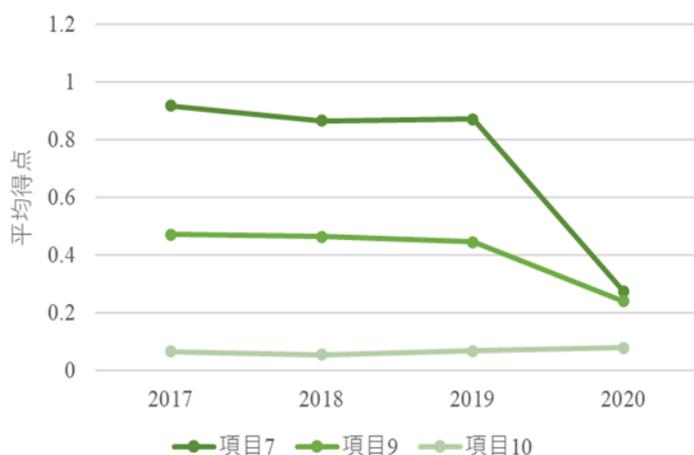


図7 産後エジンバラうつ病質問票（EPDS）の抑うつ項目の平均得点の変化

今回の結果に見られた「不安」の増大は、必ずしも精神疾患だけを意味するものではありません。コロナ禍により地域での保健や福祉、行政のサポートが不足している中で、「育児の方法がわからない」といった現実的な問題が不安を惹起している可能性も考えられます。

②ICT も利用した地域包括ケアシステム

コロナ禍で対面での受診や相談へのハードルが高くなっている一方で、軽微な困難に対しての当事者自身のセルフメディケーションを促していくために、我々は地域相談機関検索サイトの「MEICIS メンタル相談室」を立ち上げました (<https://sodan.meicis.jp/>)。当ウェブサイト上では、「こころとからだの相談」「妊娠・出産・育児についての相談」などに項目を整理し、各種の内容に応じて当事者自らが相談すべき機関につながるができるように工夫しています。本サイトは、京浜地区の関連機関の掲載許可を得て作成されており、

周産期部門においては横浜市鶴見区内の周産期にも対応できる精神科クリニックや助産院などへ収載依頼を行い、多くの関連機関の協力を得ました。このようなウェブサイトを用いることによって、相談機関の情報が詳細に得られるとともに、必要なサポートへの繋がりやすさを向上させることが期待されます。

しかし、実際に相談に至るためには、利用者が情報を取捨選択する能力が必要となります。人工知能によって妊産婦自身が自分の相談内容を自身で整理して自覚することができれば、医療資源の有効活用と有用な窓口への早期相談を実現できる可能性が考えられました。実際に医療者に対して打ち明けてははかないが相談先を求めているいたり、1か月健診終了後に始めて困難を抱えて相談先を求めている産婦も存在しています。そのため、母親が自分自身で自らの状態をチェックし、最も適切なサポートにたどり着けるように、セルフチェックとチャットボットによる AI 自動回答でニーズの絞り込みをサポートするシステムの開発を試み、「ペアレンティング・サポート web システム」と名付けました。具体的には、まずエジンバラ産後うつ質問票を web 上でチェックし、その得点と主訴をチャットボットで対話形式に入力することで、本人に適していると思われる相談先が表示される仕組みとなっています。このペアレンティング・サポート web システムは済生会横浜市東部病院で出産された産婦を対象として、紹介カードを医療者から直接渡すだけでなく、希望者は自由に手に取れるように産科外来・病棟に設置をしています。

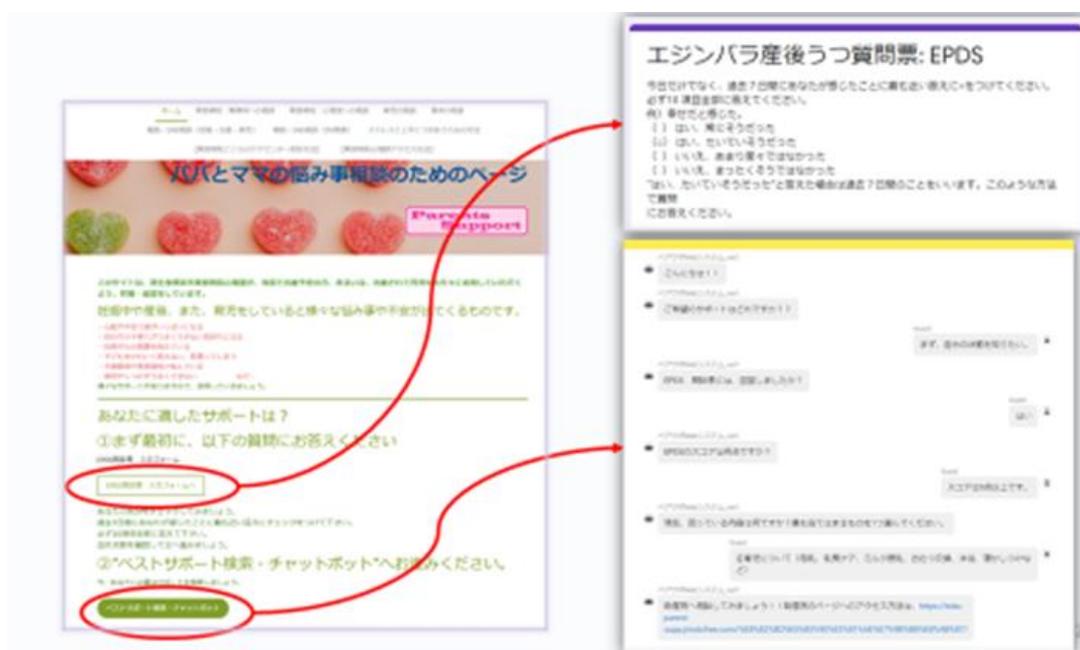


図8 セルフチェックとチャットボットによる AI 自動回答でニーズの絞り込みをサポートするシステム

終わりに

すでに構築が進められつつある周産期メンタルヘルスにも対応した地域包括ケアシステムにおいて、多職種連携の点ではまだ多くの課題が山積しているように思います。顔の見える連携が重要である一方で、長期に続いているコロナ禍においては、対面以外の相談方法や連携体制を検討しなくてはならないなどの新たな問題も生まれてきています。済生会横浜市東部病院で独自に開始している取り組みを紹介してきましたが、その有益性を検証し、これらを社会実装していく方法についてもこれから検討していかなくてはなりません。また、周産期のメンタルヘルスにおいては、妊娠出産に与える薬物のリスクとベネフィットなど特に専門性の高い知識が必要となりますが、一般にそのような知識をもった精神科医が少ない現状であるが故に敬遠されることもある分野のように感じます。そのため、周産期メンタルヘルスに関わるあらゆる職種が幅広い知識と職種に応じた専門性の高い知識を広く普及していくことも課題であると考えられます。

参考文献

- 1) 田中博明：わが国の妊産婦死亡の現状. 産婦人科の実際 68:1411-1416, 2019
- 2) Mori R.:Survey finds suicide is leading cause of maternal death in Japan. <https://www.japantimes.co.jp/news/2018/09/07/national/science-health/survey-finds-suicide-leading-cause-maternal-death-japan/#.XqUkg25ujdg>.
- 3) 竹田 省：妊産褥婦の自殺予防と周産期メンタルヘルス. 産婦人科の実際 70:593-598,2021
- 4) 厚生労働省：令和2年度 児童相談所での児童虐待相談対応件数. <https://www.mhlw.go.jp/content/000863297.pdf>
- 5) Tokumitsu K, Sugawara N, Maruo K, et al.: Prevalence of perinatal depression among Japanese women: a meta-analysis. Ann Gen Psychiatry 19: 41, 2020
- 6) Merikangas KR, Jin R, He J, et al.: Prevalence and Correlates of Bipolar Spectrum Disorder in the World Mental Health Survey Initiative. Arch Gen Psychiatry 68(3): 241-251, 2011.
- 7) Johannsen BM. et al.: All-cause mortality in women with severe postpartum psychiatric disorders., Am J Psychiatry, 173, 635-642, 2016.
- 8) Takubo Y., Tsujino N., Aikawa Y. et al.: Psychological impacts of the COVID-19 pandemic on one-month postpartum mothers in a metropolitan area of Japan. BMC Pregnancy Childbirth 21: 845, 2021.

京浜地区サイト

悩みを抱えた方が早期相談・支援につながるための
相談機関の情報掲載について

東邦大学医学部精神神経医学講座

研究協力者 岩井桃子

研究代表者 根本隆洋

目次

はじめに

1. 取り扱う相談機関の情報について
2. サイト上での情報掲載の構成について

おわりに

はじめに

何らかの悩みを抱えた方が専門的な相談窓口につながるためには、まず相談機関の情報を知ることが不可欠だと考えられます。自分が抱えている悩みはどこであれば相談できるかが分からなければ、悩みが解決されずに深刻化する可能性もあるかもしれません。仮に相談機関の存在を知っていたとしても、どんなところなのか、自分の悩みが解決するのかがあまり分からないと、利用を躊躇してしまうこともあると思われます。不安や抵抗感を持つ場合もあるかもしれません。また、どのような相談機関なのかが分かったとしても、場所や利用できる時間、費用がかかるかどうかなども、相談機関を利用する上では大切な検討事項だと思われます。このように、何か困ったことがあった時に、「どこで」「どのような」相談ができるのかという適切な情報が得られることが、相談機関の利用のしやすさに大きく関わると考えられます。相談先は、相談内容によっても、年齢によっても様々です。本稿では、地域住民のメンタルヘルスを支えるための仕組みである相談機関検索サイト「MEICIS メンタル相談室」(<https://sodan.meicis.jp/>) についてご紹介します。本研究での取り組みが、相談機関の情報提示の一例になりましたら幸いです。

1. 取り扱う相談機関の情報について

相談の際には、近隣の相談機関をインターネットで検索したり、お住いの地域のホームページ（HP）から情報を得る場合があると思います。悩みを抱えた方は心身の健康問題や何らかの社会・生活上の問題を抱えている場合もあるため、掲載情報の整理は非常に難しい問題だと思われます。本研究では、特にメンタルヘルスに関する悩みを抱えた方が早期に相談に繋がれるような相談機関の情報に焦点を当てました。そのため、生活に関する情報はなるべく少なくし、対象の年齢層も特定の年齢層の方だけでなく、あらゆる年齢の方が利用できることを目指しました。相談の領域も、あらゆる相談内容に対応するためには、例えば『医療機関だけ』などに偏らないように考慮することが重要だと思われます。そして、相談機関の利用のしやすさを考慮して、地域に根差した情報を掲載することが重要だと考えました。MEICIS メンタル相談室では、研究拠点である東京都大田区の相談機関を中心に掲載をしています。

情報の提示方法は様々だと思われます。例えば、相談内容の分類だったり、支援の根拠となる法律や制度に基づくものであったり、対応している部署、支援手段（電話、面談…）などで分類する方法が考えられます。そのような中で特に利用者の方が「どこで自分の悩みを解決できるのか」という視点を持っていることを考慮すると、相談内容の分類で情報を提示することがとても重要だと思われます。加えて、相談機関を選択する際には、どこでどのような相談ができるのかを示す必要があるでしょう。そのため、本研究では具体的な悩み事例（主訴）から相談機関を調べられる方法を採用しました。

2. サイト上での情報掲載の構成について

単に具体的な悩み事の例が羅列されているだけでは、利用者の方も情報の取捨選択に苦勞してしまいます。MEICIS メンタル相談室では、相談内容のカテゴリーを設定し、そのカテゴリー内で主訴の具体例を示す方法を採用しました。具体的なカテゴリーは、対象者の年齢と相談内容を考慮し、「こころとからだの相談」、「妊娠・出産・育児についての相談」、「子どもについての相談」、「子ども（本人）のための相談先」、「近所で虐待が起きているかもしれない」、「発達障害についての相談」、「女性相談・男性相談」、「若者向け（おおむね30代まで）の相談先」、「高齢者（おおむね65歳以上）についての相談」、「仕事と職場についての相談」、「人権相談」、「性被害・犯罪被害・交通事故についての相談」、「外国人の方の相談先」の13のカテゴリーを設定しました。なお、本サイトでは老若男女の方が利用することを想定し、分かりやすさや見やすさ、親しみやすいデザインを重視しています(図1、図2)。主訴の具体例については、例えば「子どもについての相談」であれば「育児の相談をしたい」、「子育てのイライラや不安、しつけについて相談したい」、「子育てについて他の保護者と交流したい・子どもどうしを交流させたい」…などを挙げています。主訴を選択すると、その悩みに対応した相談機関の一覧が表示されます。一覧から一つの相談機関を選択すると、機関名称の他に所在地、アクセス、電話番号、相談携帯、対応時間、費用の有無といった詳細な情報を得ることが可能です。なお、掲載されている相談機関は、本研究・本サイトの設立の趣旨に賛同いただき、掲載許可をいただいた機関です。大田区の公的機関をはじめ、大田区の医療機関、そして東京都の一部機関からご協力をいただきました。

おわりに

MEICIS メンタル相談室を開設したことにより、悩みを抱えた方が相談機関の詳細について把握することができると考えられます。メンタルのことで悩んだ際に、どこでどのような相談ができるのかという理解が促され、実際の相談のしやすさに繋がることを期待されます。また、幅広い領域の相談機関を扱うことにより、あらゆる状況に対応できる相談機関の情報も得られると思います。これにより、例えば当初は子どものことで悩んでいた保護者の方が、自身のメンタルの悩みも相談できる機関を知る機会も提供できるかもしれません。一方で、多くの情報が掲載されていることで、利用者の方が情報を取捨選択する力は必須となります。適切な情報を選択できるようにするためにも、サイト管理者の方で掲載情報の順序などを考慮する必要もあるかもしれません。また、情報過多にならないように、ボリュームにも留意する必要があると考えられます。利用者の方にとって文言の内容は本当に分かりやすいのか、利用しやすいのかということもモニタリングする必要があると考えられます。そして、本サイトを適切に利用されるように、サイトの周知を検討することも課題であると考えられます。

悩みがあるけれども、どこに相談すればよいのか分からない…。
MEICISメンタル相談室は、あなたにあった相談先を
探すお手伝いをします。

エリア: 東京都大田区・横浜市鶴見区

図1 MEICISメンタル相談室 トップページ

相談カテゴリー

 <p>大田区</p> <p>こころとからだの相談</p>	 <p>鶴見区</p> <p>妊娠・出産・育児についての相談</p>	 <p>大田区</p> <p>子どもについての相談</p>
 <p>大田区</p> <p>子ども（本人）のための相談先</p>	 <p>大田区</p> <p>近所で虐待が起きているかもしれない</p>	 <p>大田区</p> <p>発達障害についての相談</p>
 <p>大田区</p> <p>女性相談・男性相談</p>	 <p>大田区</p> <p>若者向け（おおむね30代まで）の相談先</p>	 <p>大田区</p> <p>高齢者（おおむね65歳以上）についての相談</p>
 <p>大田区</p> <p>仕事と職場についての相談</p>	 <p>大田区</p> <p>人権相談</p>	 <p>大田区</p> <p>性被害・犯罪被害・交通事故についての相談</p>
 <p>大田区</p> <p>外国人の方の相談先</p>		

図2 相談カテゴリー

◆主訴分類

※貴機関において対応している内容について

を付けてください。

◆こころとからだの相談

- 眠れない、気分の落ち込み、やる気が出ない等の不調がある
- 気になる症状はあるけど、病院に行った方がいいか迷っている
- 悩みや生きづらさ、不安な気持ちを電話で聞いてほしい、相談したい
- カウンセリングを受けたい
- 同じ悩みを持った人と交流したい
- 家族がお酒やギャンブルにはまって心配している
- 家族が自宅に長くこもっていて心配している
- こころとからだの性のことで悩んでいる

◆子どもについての相談

- 育児の相談をしたい

◆近所で虐待が起きているかもしれない

- 近所で子どもの虐待が起きているかもしれない
- 近隣の障害のある方が虐待されているかもしれない
- 近隣の高齢者の方が虐待されているかもしれない

◆発達障害についての相談

- どこに相談すればいいかわからない
- 発達障害かどうか知りたい
- 学校生活、教育のことを相談したい
- 学校以外の機関で支援を受けたい
- 仕事について相談したい

◆女性相談・男性相談

- パートナーとの関係やDVのことで悩んでいる

子育てのイライラや不安、しつけについて相談
したい

子育てについて他の保護者と交流したい・子ども
も同士を交流させたい

子育てのサポートが欲しい・一時的に子どもを
預けたい

子どもの発達が気になる

子どもの学習面が気になる

性格や行動で気になるところがある

いじめ、不登校

子どもとの関係で悩んでいる

子どもの非行について対応に悩んでいる

こころの問題について心配なことがある

◆子ども(本人)のための相談先

先生や友達との関係、勉強のことで悩んでいる

学校に行くのがつらい

友達や先生から嫌なこと、悲しいことをされる

家族関係や人間関係、自分の生き方について
悩んでいる

性的な嫌がらせをされて悩んでいる

◆若者向け(おおむね30代まで)の相談先

いろんな悩みや生きづらさがあるけど、どこに
相談したらいいのか分からない

居場所がほしい

仕事のことで悩んでいる

家族の悩みを他の人と話したい

◆高齢者(おおむね65歳以上)についての相談

加齢に伴う困りごと、対応について相談したい

物忘れやいつもと違う様子がある

介護の経験者と交流したい

介護の疲れがたまってきた、イライラしてしまう

介護のサポートを利用したい

生活面のサポートを利用したい

家族から叩かれたり悲しいことを言われる

悪質商法について相談したい

家族のことで悩んだり辛いと感じることがある

こころとからだの性のことで悩んでいる

1/2 (次のページへ続く)

◆主訴分類

※貴機関において対応している内容について

を付けてください。

◆仕事と職場についての相談

- 働きたい、就労について相談したい
- 雇用や労働条件について相談したい
- 職場でいじめやセクハラ、パワハラを受けて悩んでいる
- 心身に不調が出てきた

◆人権相談

- 虐待を受けている
- 学校でのいじめ、体罰を相談したい
- 職場でのいじめ、セクハラ、パワハラを相談したい
- 差別を受けていて辛い

◆性被害、犯罪被害、交通事故についての相談

◆外国人の方の相談先

- 生活の困りごとを相談したい
- 在留資格のことを相談したい
- 子育てや子どもの教育のことを相談したい
- 仕事のことについて相談したい
- 医療の情報を知りたい
- パートナーとの関係のことを相談したい
- 差別や人権のことを相談したい
- 日本の制度や法律について相談したい

性被害・犯罪被害に遭ったが、どこに相談

したらいいかわからない

交通事故に遭った

警察や病院、裁判に付き添ってほしい

刑事手続きについて相談したい

ご記入いただき、誠にありがとうございました。

もし補足情報等がありましたら、下記の欄にご記入をお願い致します。

2/2

◆掲載情報詳細

※公開されている情報を基に、

当方で作成したものです。

朱書きにて修正・追加をお願い致します。

名称	東邦大学医療センター大森病院 (メンタルヘルスセンターについて)
所在地	〒143-8541 東京都大田区大森西 6-11-1 [地図]
アクセス	・ JR 蒲田駅からバス 約 4 分 (東口 2 番バス乗り場から「大森駅」行きに乗車、「東邦大 学」下車すぐ) ・ JR 大森駅からバス 約 1 2 分 (東口 1 番バス乗り場から「蒲田駅」行きに乗車、「東邦大 学」下車すぐ) ・ 京浜急行線 梅屋敷駅から徒歩 約 7 分
電話番号	03-3762-4151 (代表)
ホームページ	https://www.omori.med.toho-u.ac.jp/

相談メールアドレス	—
相談形態	受診（初診の予約は紹介状をお持ちの方のみ可能）
対象者	—
対応時間	<p>外来診療日：（月）～（土）</p> <p>初診受付時間：8時30分～11時</p> <p>休診日：第3土曜、日曜、祝日、年末年始（12/29～1/3）、創立記念日（6/10）</p>
受診・相談の料金について	有料
備考	<p>子ども（児童・思春期）の診療：</p> <p>デイケア：</p> <p>カウンセリング：</p> <p>※上記3項目の対応の有無についてご回答をお願いいたします</p>

	<p>す。※外国語対応や訪問診療等、その他補足情報がございましたらご記入ください。</p>
--	---

〇〇〇〇年〇月〇日

〇〇クリニック 御中

東邦大学医学部精神神経医学講座 准教授
厚生労働科学研究 研究代表者 根本隆洋
精神保健福祉士 高田みほ
高橋祐香里
研究補助員 岩井桃子

相談機関検索サイトへの情報掲載のお願い

拝啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

この度、厚生労働科学研究事業として東邦大学を拠点に実施している「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」(MEICIS; Mental Health and Early Intervention in the Community-based Integrated care System)において、メンタルヘルスに関わる相談機関の検索サイト「MEICIS メンタル相談室」を開設する運びとなりました。

本研究事業は、今後全国各地での構築が予定されている「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」における、地域に根差した相談・支援サービスの一層の充実を目指したものです。その一環として、悩みを抱えた方がスムーズに地域の相談機関に繋がれるよう、多様な相談機関の情報を利用者目線に立って掲載したいと考えております。つきましては、貴施設の情報掲載について是非ともご許可をいただければありがたく存じます。

当方で準備させていただいた掲載案をご確認いただき、検索サイト掲載の可否についてお知らせいただきますようお願い申し上げます。ご許可いただける場合は、貴施設とご相談しながら掲載内容をさらに検討していきたいと存じます。

つきましては、誠に申し訳ありませんが〇〇〇〇年〇月〇〇日までに、同封の返信用封筒にてご回答をお送りいただけますと幸いです。

地域のお役に立てるものを作り上げていくよう尽力する所存です。ご多忙のところ誠に恐縮ですが、ご理解とご協力のほど何卒よろしくお願い申し上げます。

敬具

記

・情報機関検索サイト 掲載同意書	1 通
・MEICIS 研究紹介(令和元年度 総括・分担研究報告書)	1 通
・主訴分類(2枚綴り)	1 通

- ・掲載情報詳細
- ・返信用封筒（84 円切手貼付け）

1 枚

【問い合わせ先】

東邦大学医学部 精神神経医学講座
研究補助員（臨床心理士・公認心理師） 岩井桃子

東京都大田区大森西 6-11-1

電話番号：03-3762-4151（代表）内線：6770

E-mail：meicis@ext.toho-u.ac.jp

HP：<https://meicis.jp/>

以上

相談機関情報検索サイト「MEICIS メンタル相談室」 掲載同意書

「MEICIS メンタル相談室」は、特に大田区にお住いの皆様に、地域の相談機関や精神科医療機関の場所やサービスの詳細などを検索して、相談や受療の参考にさせていただくためのものです。心身の悩みや自分の性格、学校や職場、家族との対人関係、子どもの発達や行動など、「悩みがあるけれどもどこに相談すればよいのか分からない」という方をサポートすることを目指しております。

◆本サイトへの情報掲載に同意いただける場合

- ・下記の同意書に、ご同意いただける旨をご記入くださいますようお願い致します。
- ・同封の「主訴分類」「掲載情報詳細」をご確認いただき、朱書きにて記入・修正をお願い致します。

※「掲載情報詳細」の内容は公開されている情報を参考に当方で作成したものです。

・「掲載同意書」、「主訴分類」、「掲載情報詳細」の3点について、同封の返信用封筒にて担当者までご返送ください。

◆本サイトへの情報掲載に同意いただけない場合

- ・下記の同意書にその旨をご記入いただき、返信用の封筒にて担当者までご返送くださいますようお願い致します。

誠に申し訳ありませんが〇〇〇〇年〇月〇〇日までに、同封の返信用封筒にてご回答いただけますと幸いです。

ご理解とご協力のほど何卒よろしくお願い申し上げます。

西暦 年 月 日

上記について、掲載することを（ 同意します 同意しません）※どちらかを○で囲んでください。

施設名	
-----	--

ご連絡先	
ご担当者様 氏名	

研究成果の刊行に関する一覧

1. 論文

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
4. 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
5. 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
6. 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
7. 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
8. 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
9. 内野敬：オーストラリアにおける若年者に対する早期相談・支援・介入の軌跡—Oxygen/headspace 視察—. 予防精神医学 5 (1) : 108-112, 2021
10. 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
11. 藤井千代：アウトリーチのエビデンスと質評価. 精神科治療学 36 (4), 405-411, 2011
12. 下平美智代：コミュニティケア 所沢市の精神保健に係る取り組み. 臨床心理学 21 (3), 304-309, 2021
13. 西内絵里沙：ファミリーワークによるヤングケアラー支援の手応え. 精神科看護 48 (7), 32-37, 2021
14. 内野敬：若者が気軽に相談できる社会とは?—地域における早期相談・支援窓口 SODA の取り組み. 心と社会, 52 (4) : 102-107, 2021

15. 内野敬, 水野雅文 : At-risk mental state のトランジション. 精神科治療学, 36 (6) : 647-650, 2021
16. 内野敬 : コロナ禍における若年層の早期相談・支援 : SODA における状況と取り組み. 予防精神医学, 6 (1) : 35-44, 2021
17. Takubo Y, Tsujino N, Aikawa Y, Fukiya K, Iwai M, Uchino T, Ito M, Akiba Y, Mizuno M, Nemoto T : Psychological impacts of the COVID-19 pandemic on one-month postpartum mothers in a metropolitan area of Japan. BMC Pregnancy and Childbirth 21 (1) : 845, 2021
18. Uchino T, Kotsuji Y, Kitano T, Shiozawa T, Iida S, Aoki A, Iwai M, Shirahata M, Seki A, Mizuno M, Tanaka K, Nemoto T : An integrated youth mental health service in a densely populated metropolitan area in Japan: Clinical case management bridges the gap between mental health and illness services. Early Intervention in Psychiatry 16 : 568-575, 2022
19. 根本隆洋, 岩井桃子 : 派遣留学生のメンタルヘルス. 日本旅行医学会学会誌 16 (1) : 27-34, 2022
20. 船渡川智之, 根本隆洋 : QOL の向上に向けた若年者への不安症治療. 精神医学 64 (3) : 303-310, 2022
21. 根本隆洋 : コロナ禍において「身を寄せ合う」ということ. 予防精神医学 6 (1) : 1-2, 2022
22. 下平美智代 : 「自ら助けを求めることのない人」へのアプローチ アウトリーチと「孤独の尊重」. 臨床心理学 22(2) : 213-217, 2022
23. 片桐直之, 根本隆洋 : 統合失調症をめぐるパラダイムシフト. 精神科 40 (5) : 587-593, 2022

2. 書籍

1. 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. 94-102. 中山書店, 東京, 2020
2. 根本隆洋 : 統合失調症 (初回エピソード) . 今日の治療指針 2022 年版 (Volume 64) . 1076-1078. 医学書院, 東京, 2022
3. 辻野尚久 : 薬剤による精神障害. 今日の治療指針 2022 年版 (Volume 64) . 1074-1075. 医学書院, 東京, 2022
4. 根本隆洋, 水野雅文 : IV章 ころろが出す症状って? 1. ころろ・情動のとらえ方: 精神医学入門. 自律神経 初めて学ぶ方のためのマニュアル. 384-392. 中外医学社, 東京, 2022

メモ

Mental health and Early Intervention in the Community-based
Integrated care System (MEICIS), 2022