

第 103 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

地域社会への働きかけを行っている若手精神科医の立場から

鈴木 友理子 (国立精神・神経センター精神保健研究所成人精神保健部 災害等支援研究室)

1. はじめに

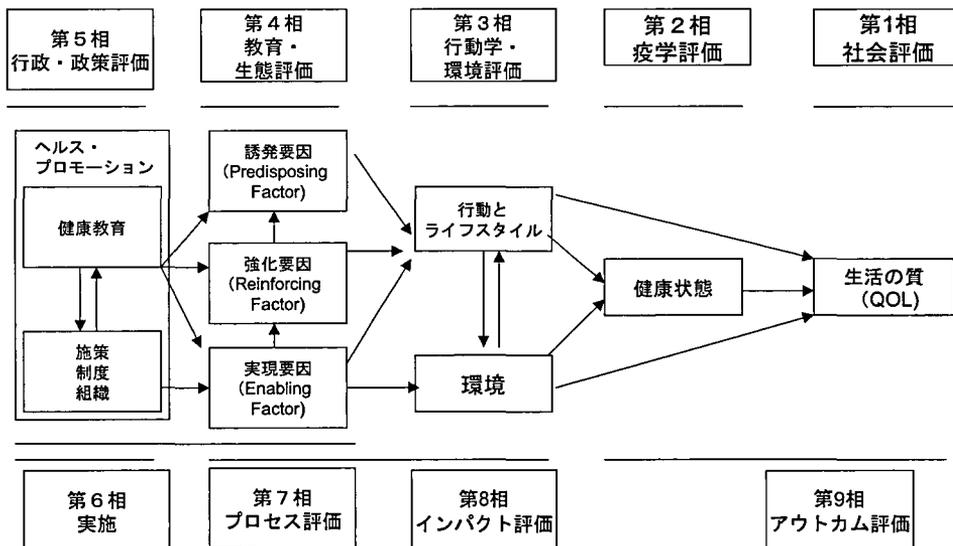
本稿では、地域社会へ働きかけを行っている精神科医の立場から、その役割、関与している研究、そして、地域社会における精神保健学に専門性を求めるものに、考えられるキャリアパスについて言及する。

1. 公衆衛生の視点からみた精神保健

本稿は、「地域社会へ働きかけを行っている精神科医」ということであるが、筆者の立場を、「精神保健に関わっている公衆衛生研究者」と定義したい。

しかし、精神保健も公衆衛生も非常に広い概念であるので、研究のアプローチの視点としてヘルスプロモーション、そしてヘルスサービスリサーチの二つの枠組みで論を進めたい。

まず、ヘルスプロモーションの視点は、公衆衛生の一次予防や地域保健、健康教育の領域で普及しているアプローチである。地域におけるヘルスプロモーションの進め方を概念化したものに、PRECEDE and PROCEED モデルがある²⁾ (図 1)。健康問題の関連要因の修正、生活の質 (QOL) の改善を目的とする介入には、多方面か



(Green, L.W. Kreuter, M.W., 1991 から改編)

図 1 Precede-Proceed Model

らの状況やニーズのアセスメント、プログラムの計画、そしてその評価のプロセスを経ることが必要である。疫学的な評価と包括的な検討を行い、ゴールとする健康関連アウトカムを設定し、この達成のために、関連要因を探り、介入を個人、地域、組織、あるいは制度的に実施する必要がある。人びとの行動に変化をもたらすためには、リスクファクターのみならず、誘発要因、強化要因、実現要因を同定し、障壁の除去や動機付けを高める介入法を作成することが求められる。また、これら投入した人的資源、資金に関する説明責任を果たすためには、プロセス、インパクト、アウトカム面での評価をもとに、さらにフィードバックを行う必要がある。

「科学的根拠に基づく医療」や「エビデンス」は今や医療関係者に浸透した言葉である。エビデンスの確立と同時に、得られたエビデンスを臨床実践に翻訳する取り組みについては、「ヘルスリサーチ」の視点も求められる。米国の Academy Health では「ヘルスサービスリサーチとは、社会的要因、財政システム、組織構造とプロセス、保健技術、個人の行動が、保健サービスへのアクセス、保健ケアのコスト、究極的には私たちの健康に与える影響について研究する多職種協働の研究領域である。研究対象は、個人、家族、組織、機関、地域、そして人口である。」と定義している。このヘルスサービスリサーチは、医学、薬学、健康科学等の自然科学や法学、経済学、社会学等社会科学の成果を有効に採り入れて、生物医学と疫学研究の知識、および臨床医学と医療行政の経験を基礎とするものの、研究の理論と方法論は社会科学に根ざす公衆衛生学の一領域である。特に研究で得られたエビデンスを現場で展開するには、現場への適応戦略を検証する implementation science の発展が必須である。これまでに、エビデンスそのものの普及を待つ、知識や技術移転をパッケージとするツールキット化、法整備や診療報酬化などの制度化、電子カルテなどを利用したシステム工学的アプローチなどがとられている¹⁰⁾。精神保健医療は、特に社会との関わりが密接であ

るために、臨床医学と社会、制度とを橋渡しするこれらのフレームワークを基盤とする必要があると思われる。

2. 地域を対象とした研究課題

専門性を獲得する途にあるものとして、これまでに関わった研究を以下に概説したい。これらの研究は、社会、そして集団、多くの人びとに関わるという性質上、研究の成果を出すのに時間がかかり、まだ結果は出ていない段階であるが、精神保健学の研究領域の一端を紹介する。

1) 包括型地域生活支援 (ACT) プログラム研究

ACT プログラムは、既存の精神科サービスでは地域で生活を維持するのが困難な、重い精神障害者、特に入院を繰り返す統合失調症、躁うつ病、反復性のうつ病をもつ人びとを対象とした、地域における訪問型の支援プログラムである。欧米では、重い精神障害をもつものの地域生活を支える手段として有効性が実証され^{1,8,9)}、地域精神保健システム内で普及が進められている。典型的な ACT プログラムでは、精神科医、看護師、精神保健福祉士、就労担当者らの多職種チームが、その人の回復に必要な支援を当事者の自宅や生活の場において直接提供することを眼目とする。サービスの内容は、対象者のニーズや希望にそって最大限に個別化するように支援計画が立案される。提供される一般的なサービス内容は①医師による診察と処方、②病気と服薬を利用者が自己管理するための支援、③個別の支持的療法、④危機介入、⑤入院期間中の継続的支援、⑥住居サービスに関する支援、⑦日常生活の支援、⑧身体的な健康に関する支援、⑨経済的サービスに関する支援、⑩就労支援、⑪家族支援、⑫社会的ネットワークの回復と維持のための支援、といった、生活のあらゆる領域に及ぶ。現在は、国立精神・神経センター国府台地区において、約 13 名のチームで臨床活動を提供しており³⁾、日本の各地で ACT を志向した活動が展開されている。

この、ヘルスサービス研究として、臨床的効果を検討する無作為化比較試験が進行している。「ACTプログラムの介入により、参加者の入院期間の短縮、つまり安定した居住環境における地域滞在期間の延長をもたらすか」という研究疑問をもとに、研究を実施し、現在データを収集している。

研究グループとしては、ヘルスサービス研究として幅広い視点から研究を行っている。臨床的な効果のみならず、プログラム形成のあり方も検討しており、アウトカムモニタリング、そしてプロセス研究も同時に実施している。プロセス評価としては、北米で確立されたACTのプログラムモデルをスタンダードとしたフィデリティ（モデル忠実度）尺度¹¹⁾をもとに、これに我が国での実践に則した修正を加えたフィデリティ尺度の開発を行っている。この取り組みは、ACTプログラムを全国展開する際のサービスの質保証の体制も提示することを目的としている。

2) INDIGO 研究

精神疾患を持つものが地域で生活すると、一層直面する問題が、精神疾患に対するスティグマと差別である。これまでも、世界精神医学会(WPA)主導による世界的なアンチスティグマプログラム、Open the Door（こころの扉を開く）が実施され¹²⁾、日本でも帯広、仙台、岡山、市川の各地でプログラムが展開された。この流れを受けて、WPAのアンチスティグマプログラムに参加した28カ国で、各国25名の統合失調症患者を対象に、統合失調症を有する人びとが日常生活で受けた差別体験を明らかにすることを目的とした国際共同研究が実施されている。本研究、INDIGO研究(International Study of Discrimination and Stigma Outcomes Study)では、調査票の翻訳、逆翻訳、精神障害を有する当事者らとのフォーカスグループの実施、調査票の修正を行い、差別とスティグマ尺度(DISC-10)を用いた半構造化面接を実施した。面接では、仕事、結婚、同居者やパートナーとの関係、住居、余暇、

信仰活動、警察官らの対応など、当事者がこれらの領域で受けた差別的な体験を聴取した。これまでのアンチスティグマ研究は、人びとの「意識」を焦点においたものが多かったが、「行動」に関する詳細な検討を行い、得られた結果から人びとの行動面での変化を促す介入法の開発を目指している。

我が国における調査も、2006年から2007年にかけて実施され、対象者は、①統合失調症の臨床診断を受けているもの、②面接の実施にあたって、書面での説明と同意を得ているもの、③主治医が、その患者の研究参加に同意しているものであり、任意のサンプリングであったが、平均年齢36.8歳(25～63歳)、男性：女性=11：11、平均罹病期間16.4年(1～43年)、措置入院経験者10/22、平均教育年数13.5(9～24年)といった属性の人びとへの面接を実施した。なお、本研究は国立精神・神経センターの倫理委員会で承認を得、以下にその結果の一部を紹介する。

対象となった全員が質問した何らかの領域で「不利な差別的な扱いを受けたことがある」と回答し、特に回答の多かった領域は、家族関係、安心・安全、警察、身体疾患、保険加入に関する項目であった。「統合失調症を理由に自ら行わなかったこと」として、仕事、病気の開示、などを挙げるものが多くみられた。

以下は、日本の当事者からの回答の抜粋である。

・仕事について

「周りには言わないようにしているんで、やっぱり、偏見があるんじゃないかと、恐れがあつて。昔よりは言いやすくなってきていると思うけど。大事な人なら(病気を)言ってもいいと思うけど、そういう人もいないので。」(30代、男性)

・警察

「一回目に発病して、野宿したりして……。 (中略)あと、幻聴で暴走族から逃げ回っていたんですけど、警察にいったんですよね。(中略)その時に言われたんです。お前みたいなのがいるから、何とかかんとかって。かなりきついこといわれました。」(30代、男性)

「措置入院のときにお世話になったんですけど、でも記憶がないんですよね。とんじゃって、でも1人いい方がいて、その人は、何というか、まあ、優しかったというか、感じのいい人で、その人は奥さん、なんか精神疾患持っていたみたいで。」(30代, 男性)

・身体疾患について

「交通事故があって、ヘルニアだったんです。頭が痛いのに、精神科にまわされて。何で精神科なんだろう、って。頭が痛いのに。」(50代, 女性)

なお、INDIGO 研究は、28カ国、736人を対象に面接が実施され、その量的な分析は集計結果を待たれる。限られた数の日本のケースであるが、統合失調症を理由に差別的体験を受けたものは多数みられ、家族、仕事、警察、身体疾患、保険加入での体験を語るものが多かった。また、疾患を開示することで他者からの拒絶、差別を予期して、自らの行動を制限する「セルフスティグマ」を示唆する表現も多数みられた。これまでも、アンチスティグマの取り組みは行われてきたが、更に、精神疾患に関する正しい知識の伝達に加え、意識や行動の変化をもたらす介入が今後必要であることが示唆された。

3) メンタルヘルス・ファーストエイド研究

メンタルヘルス・ファーストエイド (MHFA) プログラムとは、オーストラリアの Jorm らが開発した、一般市民を対象とする精神保健の一次予防プログラムである。精神健康面において危機的状態にある人を専門家につなげるまでに、一般市民が対応する際の基本的態度と技術を伝えることにより、精神保健の「非」専門家での精神健康問題に関する正しい知識の普及と対処技能の向上を目指している。オーストラリアでは心疾患、外傷などの身体疾患の応急処置に関する一般市民向けの教育プログラム、ファーストエイド研修が普及しているが、この考えを精神健康問題に適用して、市民のメンタルヘルスリタラシー

を向上することを目的としている。本プログラムでは、対応の原則として①自傷・他害の評価、②判断や批判を加えずに傾聴、③安心を与え、情報を提供、④適切な専門家支援を得よう勧め、⑤自分でできる対応法の勧め、の5点にまとめている。プログラムの進め方は、自殺関連行動、パニック発作/急性ストレス反応、急性精神病状態、そしてうつ、不安障害、精神病の非急性発症、物質乱用について、心理教育のように、疾患の事実について説明し、具体的な事実と一般的な経過について説明する。先の対応の5原則に則った具体的な対象法を紹介し、ロールプレイを実施する(図2)。これまでに、本プログラムに関して、量的、質的研究の両面で検討が加えられてきた。パイロット研究では、コントロール群をおかない前後比較で検討され、プログラム受講者は、治療に関する意識が専門家のそれに似てきた、精神障害者との社会的距離が縮小、などの変化が報告された⁶⁾。このパイロット研究に続いて、オーストラリアの公務員、301名を対象にウェイトニングリスト法による無作為化比較試験が行われた。この効能研究においても、他者を支援する際の自信、スティグマの減少、参加者の精神健康の向上、などの肯定的な結果が得られた⁷⁾。さらに一般的な状況下での効果評価研究として、オーストラリアの16の地域がクラスターとして無作為割り付けされ、ウェイトニングリスト法で753名の参加者を対象に本プログラムの効果が検討された。その結果、精神障害をもつ人への否定的な意識の低下、治療が有効であろうという考えにおいて専門家と同様の信念、実際の他者への支援の増加、などが確認された⁴⁾。

同時に、参加者の体験に関する質的研究も行われた⁵⁾。上記の量的研究の知見を補完するために、MHFA 研修受講後19~21カ月に94人から回答を得た。プログラム受講者の主観的な体験として、精神保健問題を抱える人に直接コンタクトの機会があり、スキルは有効であり、特に、共感と自信を持てた、そして危機対応できた、と語るものがあり、他者を支援する際の自信の向上、スティグ

目的：精神健康面で危機に陥っている人に対する基本的な接し方等を伝達し、一般市民のメンタルヘルスリタラシの向上、ひいては適切な治療の促進、スティグマ除去を目指す。

□5つのプログラム要素

- 自傷他害の評価
- 判断や批判を加えずに傾聴
- 安心と情報の提供
- 適切な専門家支援を得るよう勧め
- 自分で出来る対応法の勧め

□プログラムの形態

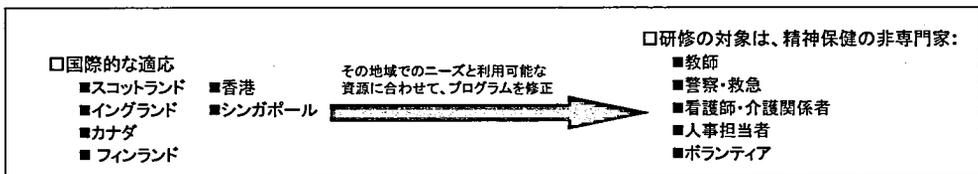
- 指導者研修コース(5日間)
- MHFA指導者として承認するための研修。
- MHFA指導者は12時間のMHFAコースをそれぞれの地域で提供できる。

□コースで取り扱う危機状態：

- 自殺関連行動/自殺年慮
- パニック発作/急性ストレス反応
- 急性精神病状態

□コースで取り扱う持続的な精神健康の問題：

- うつ
- 不安障害
- 精神病の非急性発症
- 物質乱用



Kitchener B, and Jorm A. MHFA Course Manual retrieved at 2007.5.16. from http://www.mhfa.com.au/course_manual.htmより改編

図2 メンタルヘルス・ファーストエイド (MHFA) 研究

マの減少、参加者の精神健康の向上、などといったプログラムに対する肯定的な体験が報告された。

このように、本プログラムの効果は実証的に検証され、その後は、アメリカ、英国（スコットランド）のほか、香港、シンガポールといった英語圏を中心に展開されている。このような教育プログラムは、オリジナルの忠実な再現が求められることが多いが、MHFAプログラムでは実施場所のニーズを詳細に検討して、それに応じてプログラム内容も柔軟に変更することが勧められている。わが国でのニーズにかなうような、対象者を設定、プログラムの修正を加えたうえで、実施、そして効果評価研究を展開することを計画している。

3. 最後 に

以上、地域社会へ働きかけを行っている精神科医の立場から、その役割、また関与している研究について紹介した。精神科の臨床場面では、患者と対峙しながらも、その背景にある環境や社会の

影響を考慮し、時には精神科医がそれらの社会資源を調整するケアマネジメントをしなくては、治療的な効果が得られないことすらある。この社会に対する働きかけとして、よりマクロの視点でアプローチするのが公衆衛生学であり、地域に働きかける医師には必須の学問的基盤である。欧米では、公衆衛生大学院が医学校とは独立して存在し、医師 (MD) に加えて、公衆衛生学修士 (MPH) を持ち、社会に働きかけを行う医師は多い。日本の精神科領域では、このようなキャリアパスをたどるものは現在のところ少数派である。しかし、今後、研究から臨床現場へのトランスレーションが進むにつれて、このような臨床と社会をつなぐ視点での仕事は増加することが見込まれるので、同僚が増えることを強く願う。

文 献

- 1) Bond, G., McGrew, J., Fekete, D.: Assertive outreach for frequent users of psychiatric hospitals: a

meta-analysis. *J Ment Health Adm*, 22 (1) ; 4-16, 1995

2) Green, L.W., Kreuter, M.W.: *Health Promotion Planning, An Educational and Environmental Approach*, 2nd ed. Mayfield Publishing, Mountain View, 1991

3) Horiuchi, K., Nishio, M., Oshima, I., et al.: The quality of life among persons with severe mental illness enrolled in an assertive community treatment program in Japan: 1-year follow-up and analyses. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2 ; 18, 2006

4) Jorm, A.F., Kitchener, B.A., O'Kearney, R., et al.: Mental health first aid training of the public in a rural area: a cluster randomized trial [ISRCTN53887541]. *BMC Psychiatry*, 4 ; 33, 2004

5) Jorm, A.F., Kitchener, B.A., Mugford, S.K.: Experiences in applying skills learned in a mental health first aid training course: a qualitative study of participants' stories. *BMC Psychiatry*, 5 ; 43, 2005

6) Kitchener, B.A., Jorm, A.F.: Mental health first aid training for the public: evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC Psychiatry*, 2 ; 10, 2002

7) Kitchener, B.A., Jorm, A.F.: Mental health

first aid training in a workplace setting: A randomized controlled trial [ISRCTN13249129]. *BMC Psychiatry*, 4 ; 23, 2004

8) Marshall, A.L.M., : Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000 (2). CD001089

9) Mueser, K.T., Bond, G.R., Drake, R.E., et al.: Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophr Bull*, 24 (1) ; 37-74, 1998

10) Scott, I.A.: The evolving science of translating research evidence into clinical practice. *ACP J Club*, 146 (3) ; A8-11, 2007

11) Teague, G., Bond, G., Drake, R.: Program fidelity in assertive community treatment: development and use of a measure. *Am J Orthopsychiatry*, 68 (2) ; 216-232, 1998

12) Thompson, A.H., Stuart, H., Bland, R.C., et al.: WPA. World Psychiatric Association. Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 37 (10) ; 475-482, 2002
