

5. 各機能の有無とシステム全体に対する評価の関係

先に述べたように、各機関が参加している連携システムの全体的な機能の評価を依頼する際に用いた「機能している」、「ある程度機能している」、「どちらともいえない」、「あまり機能していない」、「機能していない」の5段階に対して「機能していない」から順に1～5までの得点をつけた。その上で「事例検討機能」「情報統括機能」「処遇決定機能」「早期発見・早期介入機能」「啓発機能」それぞれの有無によって平均値に差があるかを、機能ごとにMann-Whitney U testを用いて解析した。そうしたところ、システムのうち「事例検討機能」、「情報統括機能」、「早期発見・早期介入機能」の各機能において、持っていると回答した機関の方が持たないと回答した機関に比べてシステム全体の機能評価が有意に高い結果となった（表1）。

表1：連携システム全体の評価と各機能

システム全体の評価		機能していない	あまり機能していない	どちらとも言えない	ある程度機能している	機能している	評価の 平均値	P値	
事例検討 機能	あり	1	6	13	35	8	3.69	0.0003	P<0.01
	なし	1	7	5	2	1	2.69		
情報統括 機能	あり	0	1	4	17	6	4.00	0.0006	P<0.01
	なし	2	12	14	21	3	3.23		
処遇決定 機能	あり	0	2	6	12	5	3.80	0.072	N.S.
	なし	2	11	12	25	4	3.35		
早期発見・ 早期介入 機能	あり	0	2	3	15	5	3.92	0.006	P<0.01
	なし	2	10	15	20	4	3.29		
啓発機能	あり	0	5	7	17	3	3.56	0.72	N.S.
	なし	2	8	10	20	6	3.45		

Mann-Whitney U test

6. 自由記述

“他機関との連携が上手くいかなかった経験や、不信感を抱いた経験がございましたら、その経験について教えてください。また、今後、どのような点に注意して連携を行っていくべきとお考えですか？”という質問を行い、その回答のなかで代表的な意見を以下 (a) から (f) に分類することを試みた。(表現が曖昧なものは意味を損なわない範囲で文章の整理や追加を行うこととした。)

(a) 中心機関の不在

- ・ どの機関が鍵を握るか明確でない
- ・ 会議の目的が曖昧で、検討されたことはどこにも反映されない
- ・ 適切な機関がないわけではなく、いずれも決定的な対応ができないという難しいケースがある。守備範囲が重複することや、逆にどこにも手を出しづらいといった場合があり、このようなケースの場合に、どこがどのようにイニシアチブをとることが良いのか、複雑な思いを抱くことがある。
- ・ 連携していきたいと思っても、まとめる機関がない為、各々に機能している。ネ

ネットワークと言いつつ、どこでどうネットワークをとればいいのかわからない。ことが起きたときのみお互いが接点を持つぐらいである。日頃の連携ができればと思うている。

- ・施設の子どもたちが反社会的な行動があって連携が始めるということが多く、普段からシステムは機能していないのが現状である。児童虐待関係等の連絡会議はあるが、実際は形骸化、パフォーマンス的で終始している。地域の子どもたちに何か問題が会った場合、中心的にコーディネートする機関が適切にアナウンスされていない面がある。今後はシステムを急速に立ち上げること、機能の充実化のためお互いに顔が見えるようなアナウンスの方法を工夫する必要がある。
- ・連携の中心として機能するリーダー的機関が不明確なため、システムが効率的・効果的に機能していない

(b) 相談窓口の必要性

- ・児童思春期年代にも関わらず精神科受診し、診断名がついているというだけで、精神保健福祉センター、保健所を紹介されるケースがよくあるが、必要とされていることは養育相談、生活指導、教育相談等の関わりであり、より適切な機関が他にあると思われることも多い。二者択一的な関わりでなく、連携し合う関わり方が、医療・教育・福祉関係機関の間では、まだ上手にできていないことが多いように思う。児童思春期の相談には、児童相談所が中核的に関わることを望ましく、その窓口相談の充実が必要と思われる。

(c) 連携機関の相互理解の不足

- ・協議会が連携システムとして機能するためのシステムが、きちんとできていない
- ・各機関の担当者同士がお互いのことを知る機会が少ない
- ・情報交換のみで行動連携までに至らない
- ・内容に関する機関を紹介する際の手続き、連絡方法、報告等の援助に関する連携システムの確立。各機関の担当者同士がお互いを知る機会の場を数多く設定する。
- ・他機関の連携システムや守備範囲を把握した上での連携が不可欠である

(d) 適切な連携機関の不在

- ・最初のケース担当機関にどうしてもお任せということになりやすい。地方では連携する機関が少ない。
- ・適切な受け入れ先がない
- ・各機関の力量が担当になった個人によって差が大きく、必要に応じて連携している実態である

(e) 地域における連携システムの広報不足

- ・各機関がシステムの存在と利用に対して認識が不十分である

(f) その他

- ・ 児童相談所としては、自分のところの虐待ケースに関わる援助活動チームに相当の力を注がざるを得ない状況である。このため思春期対策に手が届かない現状である。

考察

本調査結果からわが国における精神疾患を背景とした児童思春期の問題行動に関する各種専門機関による連携システムの現状および今後のシステム化について検討を試みる。まず平成13年度の研究において現在のわが国に存在する医療・福祉・教育機関全体の中で児童思春期の問題行動に対する多機関による連携システムを有している機関は約3割程度であることが明らかになっている。さらに本年度の調査から現在ある連携システムのうち“機能している”と参加機関が感じている連携システムは全体の6割程度であることが明らかとなった。即ちわが国における連携システムは、その機能を果たしているシステムだけを取り上げると全体の約2割程度でしかなく、わが国における児童思春期における問題行動への多機関による援助は未だ不十分な現状であると言わざるを得ない。

1. 連携システム参加機関と運営地域

今年度の調査において50%以上の連携システムで参加を認めた機関は、児童相談所、教育機関、精神保健福祉センター、保健所・保健センター、警察、精神科医療機関の6機関となっている。現状において最も一般的であるとされている点と、精神科医療機関を除く5機関がいずれも公的な機関である点を併せて考慮すると、この6機関が連携システムの現実的な基本単位と言えるだろう。この6機関以外でも参加が望まれる機関としては、小児科医療機関、家庭裁判所、児童養護施設、児童自立支援施設、情緒障害児短期治療施設、矯正・保護機関、自立支援ホーム、福祉事務所などが挙げられる。今後これらの機関全てが有機的な連携をもって機能していくことが理想ではあるが、システムの現実的な実行性を考えた場合、ある程度機関の数を絞らざるを得ない。よって上記6機関を骨格とし、各地域の特徴を考慮した上で必要と判断される機関を状況に応じて加えるという枠組みが現時点では現実的かつ妥当と思われる。

スーパーバイザーの存在について考えると、結果の1:(2)で示したように参加を取り入れているシステムは半数近くあることが分かる。今回の調査ではその有用性について質問していないため、意味づけは困難であるが、有識者の参加が有害であるとは考えにくく、おそらく参加が望ましいであろう。ただしスーパーバイザーという存在は個々の力量と他メンバーからの信頼に依るところが大きく、地域差がかなりであることが予想されるため、スーパーバイザーの参加は今のところ必須のものとはなりえないであろう。

結果の2.で示したように連携システムの運営単位は全体の57%が「県もしくは政令指定都市単位」であった。上述したようにシステムの基本単位を児童相談所、教育機関、精神

保健福祉センター、保健所・保健センター、精神科医療機関、警察の6機関とするならば、当然運営単位はそれらの機関を全て有する単位とせねばならず、調査結果も含めて考えるならば「県もしくは政令指定都市単位」での運営が実現可能な範囲であると思われる。

2. 連携システムの機能

平成13年度に行ったアンケート調査から各種専門機関が連携システムに対して「事例検討機能」「情報統括機能」「処遇決定機能」「早期発見・早期介入機能」「啓発機能」の5つの機能を期待していることが明らかになった。今年度の調査でもこの5つの機能を連携システムの機能の柱としている。あえてこの5つの機能を分類するならば、「事例検討機能」「情報統括機能」「処遇決定機能」といった問題化している事例を直接取り扱う機能と、「早期発見・早期介入機能」「啓発機能」といった地域の児童思春期精神保健的な機能の2つに分けられる。ただし「早期発見・早期介入機能」に関しては、問題行動の第一発見機関となることが多い学校との連携を強化する機能など、児童思春期精神保健的なイメージを調査側としては意図していたが、回答をみると早期の事例検討や対応に関する要望の自由記述を多く認める結果であった。それらはむしろ「事例検討機能」「情報統括機能」「処遇決定機能」が円滑に機能することにより改善されていくと調査側は考えている。そこで改めてそれぞれの機能の輪郭を明確にするべく以下に整理を試みる。

(a) 「事例検討機能」「情報統括機能」「処遇決定機能」

今年度の調査において「事例検討機能」を有するとしたシステムは調査対象全体の80%であり、「情報統括機能」「処遇決定機能」はそれぞれ35%、29%となっている。それぞればらつきはあるが、何れもその機能を有した場合に有効であると参加機関が認識する割合は高い。今現在問題化している事例に対応していくためには、事例を検討し、処遇を決定し、その情報を統括していくことが必須である以上当然の結果と言えよう。

ここで若干の整理が必要と思われるが、「事例検討機能」と言った場合に2つの機能があることを考えなければならない。1つには今現在起こっている事例を検討し、その方向性をこれから決定していく前方視的な機能、もう1つには過去に起こった事例の経過をレビューし、その効果的であった点や失敗点を検討し、今後につなげていく後方視的な機能である。結果の4.(1)において事例検討会議数が多いシステムほど、おそらくその会議のコンセプトが前方視的な機能を主としているのではないかと考える。「早期発見・早期介入機能」についての自由記述形式で行った質問に対する回答の中で“緊急対応機能の必要性”という意見が多く挙がっていることを考えると、いかに前方視的な機能をシステムに持たせるかがシステム構築の上で重要な課題と言える。すなわちシステムが定期的な事例検討会議に加え緊急対応体制を持つことを目標として考えていかなければならない。

「情報統括機能」および「処遇決定機能」については前述したように、この2機能をもつ連携システムは3割程度であり、今後システムを構築していく際に多くの地域でこ

の2機能を導入していく必要がある。現存するシステムの多くにおいてこの2機能を担っているのは児童相談所であり、今後も期待されるところが大きい。運営単位を「県もしくは政令指定都市単位」とするのであれば、児童相談所がこれらの機能を主に担うのはやや適切ではないように思われる。個人情報を取り扱う観点から考えると公的機関が担っていかざるを得ず、実質的には精神保健福祉センターに期待されるところが大きいであろう。

(b) 「早期発見・早期介入機能」「啓発機能」

前述したように「早期発見・早期介入機能」についての回答は、緊急対応的な「早期発見・早期介入機能」と児童思春期精神保健的な「早期発見・早期介入機能」の両方のイメージが混同されている。しかし両者を併せても「早期発見・早期介入機能」を有しているシステムは30%程度でしかないことが分かる。児童思春期精神保健的な“養護教諭およびスクールカウンセラーなど学校教育の現場との連携強化を目指した活動”を実践しているシステムがその有用性を述べていることを考えると、やはり児童思春期精神保健的な「早期発見・早期介入機能」をシステムが有していくことは重要な課題と考える。

「啓発機能」に関しては、各機関から寄せられた意見として、システムの利用法のアナウンスを求めるものが多かった。これは連携システムが実際にある地域ですら、そのシステムについての理解が不十分である現状を示していると言える。今後連携システムが円滑に運営されていくためには、対応困難な状況に陥った機関が連携システムの概要や利用法を熟知していることが必要不可欠であることは言うまでもない。よってまず関係各機関に情報を提供する「啓発機能」を高める必要がある。さらに可能であれば、問題行動を抱えた子どもたちの理解を深めていくために地域住民に対して行うような一般向けの啓発活動も重要である。

3. 連携システムの構造

以上の考察をふまえ、今後あるべき連携システムの構造を以下にイメージしてみる。理念として次の三つの基本的な目標を柱とするべきであると考えている。第一に実現可能な地域単位で連携システムが運営されること、第二に各参加機関が過度の負担を負わされないこと、第三に連携システムを現時点で持たない地域でも設置可能な連携システムであることである。

(1) システム事務局とケース・マネジメント会議と各種専門機関

参加機関が決定したとしても、それぞれ特化した機能を持つ専門機関が集まっただけでは連携システムとはなりえない。本調査の中でも「現在ある連携システムに参加している機関には中心となる機関がなく、そのためにシステムが効率的・効果的に機能していない」、「全体をコーディネートする機関がないために、結局のところ各機関が単独に機能しているにすぎない」という意見も挙がっていることから、機関間連携システムの全体を見回すことができるコーディネーター的な役割を持った機関や組織が必要であろう。今回連携シ

システム全体のコーディネーター的な役割を持った機関もしくは組織を仮に【システム事務局】と呼ぶこととする。自由記述にある“相談窓口の必要性”や“連携システムが地域に理解されていない”という意見を取り入れるならば、この【システム事務局】はコーディネーター的な役割である事例検討会議の調整役に加えて、システム参加のための窓口機能やシステムの利用法を宣伝する啓発機能も持つことが望ましいと考えている。

自由記述において「各機関の担当者同士がお互いのことを知る機会が少ない」、「各機関の担当者同士がお互いを知る機会を数多く設定する」、「他機関の守備範囲を把握した上での連携が不可欠である」、「情報交換のみで行動連携までに至らない」などの意見が多く、連携システムを円滑に運営していくためには各種連携機関が集まる場が重要であると思われる。そのためには現在多くの連携システムで行われている事例検討会議を利用することが現実的であると思われる、これを仮に【ケース・マネジメント会議】と呼ぶこととする。この【ケース・マネジメント会議】は問題化している事例の検討を行い、方向性を決定していくことと、各機関の信頼関係を構築する場となることが求められる。

【システム事務局】と【ケース・マネジメント会議】の二つに加え、実際に事例に介入する各機関を【各種専門機関】と呼ぶこととする。この【システム事務局】・【ケース・マネジメント会議】・【各種専門機関】の3つのモジュールを中心に、「事例検討機能」「情報統括機能」「処遇決定機能」「早期発見・早期介入機能」「啓発機能」の5機能をシステムに持たせていくことが基本となる。

(2) 連携システムの構造と機能

「事例検討機能」および「処遇決定機能」は【ケース・マネジメント会議】がその機能を担うべきであろう。具体的には前述したように定期的および緊急的な事例検討会議を行い、各事例の処遇を決定していくことが望まれる。その構成機関としては、先にも述べたように児童相談所、教育機関、精神保健福祉センター、保健所・保健センター、精神科医療機関、警察を基本とすることが、比較的地域差がなく、現実的かつ機能的と思われる。

「情報統括機能」「早期発見・早期介入機能」「啓発機能」の3つの機能は【システム事務局】に担われることが望まれる。その中でも「情報統括機能」は他の精神保健的な機能である「早期発見・早期介入機能」や「啓発機能」に比べて必須の機能であることは先に述べた。実際的な「情報統括機能」の内容としては、システム窓口である【システム事務局】に連携システム利用の申し込みがあった際に、事例についての情報を集め【ケース・マネジメント会議】にその情報を伝えていくことと、その後連携システムが関与した経過情報を管理することである。さらに【システム事務局】は、地域へのシステムの存在と利用法の宣伝、児童思春期の理解を深めるための講演といった「啓発機能」を担っていくことも重要である。

まとめ

現在わが国にある児童思春期の問題行動に対する多職種機関による連携システムについてアンケート調査を行った。その結果以下のことがわかった。

1. 全システムの50%以上で参加を認めた機関は、児童相談所、教育機関、精神保健福祉センター、保健所・保健センター、警察、精神科医療機関であり、全体の57%は県もしくは政令指定都市単位でシステムが運営されていた。
2. システム全体の評価は「機能していない」、「あまり機能していない」、「どちらともいえない」との回答が全体の40%であり、現在ある連携システムは十分に機能しているとは言えない結果であった。
3. 事例検討機能を全体の80%のシステムに認め、多くのシステムが事例検討機能を中心にシステムを運営していることがわかった。事例検討会議は年2回の開催が最も多く、全体の67%が年12回未満の開催数であった。
4. 「事例検討機能」、「情報統括機能」、「早期発見・早期介入機能」を有するシステムの方が、システム全体の評価が高い結果であった。ただしこの際の「早期発見・早期介入機能」は精神保健的な機能だけではなく、緊急対応的な機能も含んでいた。
5. 情報統括や事例検討会議の調整などシステム全体の運営機能とシステム利用時の窓口機能を持った事務局が必要であることがわかった。
6. 各機関がお互いに信頼関係を持ちつつ、各事例の検討をし、処遇を決定していくケース・マネジメント会議が必要であることがわかった。
7. 【システム事務局】・【ケース・マネジメント会議】・【各種専門機関】の3つのモジュールを中心に図6のようなシステムが構築されることが望まれる。【システム事務局】は「窓口機能」と「情報統括機能」を、【ケース・マネジメント会議】は「事例検討機能」と「処遇決定機能」を、【各種専門機関】は実際的な事例への介入機能を担っている(表2)。

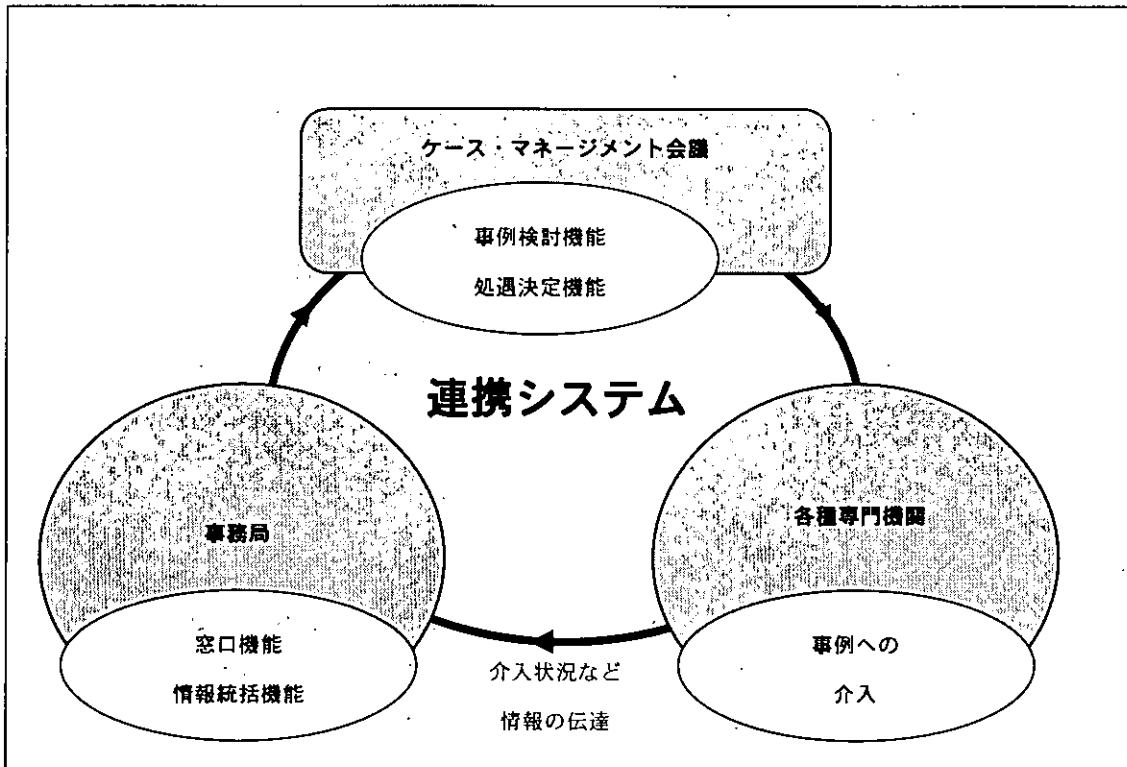


図6：連携システムの構造

表2：連携システムの構造と機能

連携システムの構造	機 関	機 能
システム事務局	児童相談所もしくは 精神保健福祉センター	(7) システム参加申し込みに対する 窓口機能 (i) 取り扱い事例の情報統括 (ii) システムの利用法などを各機関への 説明 (k) 乳幼児検診でのスクリーニングの精度 を上げるための研修や学校との連携強 化の計画立案
ケース・マネージメント 会議	児童相談所 教育機関 精神保健福祉センター 医療機関 警察 保健所・保健センター 事例該当機関	各事例について検討および処遇決定 (定期的な開催および、必要に応じた 緊急開催)
各種専門機関	上記7機関および 小児科医療機関 警察 家庭裁判所 児童自立支援施設 自立援助ホーム 児童養護施設 情緒障害児短期治療施 設 矯正・保護機関 福祉事務所	問題事例への介入

現状調査アンケート

【アンケートのお願い】

これまで2年間アンケートに御協力いただき誠にありがとうございます。

本アンケートは厚生労働科学研究（こころの健康科学研究事業）「児童思春期精神医療・保健・福祉のシステム化に関する研究」（主任研究者 齊藤万比古）の一環として、児童思春期（18歳未満）に生じる暴力行為（家庭内を含む）、家出、窃盗、夜遊び、売春、性犯罪などの反社会的問題行動や不登校、引きこもりなどの非社会的問題行動をもつ子供への対応に関する、地域連携システムの現状を調査させて頂くことを目的に作成いたしました。

平成13年度および、平成14年度に皆様の御協力を得て実施したアンケート調査によって、行為の問題をもった子どもに関わる機関が、一機関だけでその困難事例を抱え込みやすく、さらに、このような事例に対しては、異なる機能をもつ複数の専門機関による連携によって対処していく連携システムが必要であるという声が多数聞かれました。そのため、各機関が行為の問題をもった子どもたちと関わる際に、子どもの治療と成長支援をもれなく実現しやすくなるガイドライン的な機関間連携システムの構築を本研究の目標とすることとしました。

この度は以前行わせていただいた調査にて、地域に児童思春期における子どもを対象とした連携システムがあると回答いただいた各機関に、現在そのシステムがどのように機能しているのかをご質問させていただく次第です。その結果を参考にさせていただいて、今後のシステム案の構築に役立てていきたいと考えております。

お忙しい時期にご面倒なお願いでまことに恐縮でございますが、どうぞ宜しくお願いいたします。

なおアンケート用紙は各専門部所にてお答えいただき、同封の返信用封筒をご使用のうえ、11月末日までにご投函下さい。よろしく願いいたします。

平成 15 年度厚生労働科研（こころの健康科学研究事業）

「児童思春期精神医療・保健・福祉のシステム化に関する研究」

主任研究者 齊藤万比古

（国立精神・神経センター精神保健研究所 児童・思春期精神保健部）

機関間連携システムについてのアンケート調査

貴機関名： _____

御回答者の職種・職名： _____

よろしければ御回答者の御氏名もお書き下さい： _____

1) 行為の問題をもった子どもの治療・処遇・支援について、他機関と協議したり紹介したりする連携システムの名称について、お教えください _____

2) A. 貴地域での主なシステム参加機関を以下の中からお選びください（複数回答可）。

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 児童相談所 | <input type="checkbox"/> 2. 精神保健福祉センター | <input type="checkbox"/> 3. 教育相談機関 |
| <input type="checkbox"/> 4. 保健所、保健センター | <input type="checkbox"/> 5. 精神科医療機関 | <input type="checkbox"/> 6. 小児科医療機関 |
| <input type="checkbox"/> 7. 児童自立支援施設 | <input type="checkbox"/> 8. 児童養護施設 | <input type="checkbox"/> 9. 自立援助ホーム |
| <input type="checkbox"/> 10. 情緒障害児短期治療施設 | <input type="checkbox"/> 11. 警察 | |
| <input type="checkbox"/> 12. 家庭裁判所（相談員を含む） | | |
| <input type="checkbox"/> 13. 矯正・保護機関（少年鑑別所など） | | |
| <input type="checkbox"/> 14. その他【 _____ 】 | | |

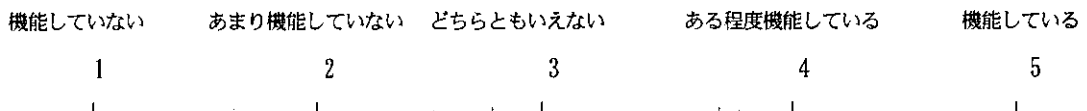
B. 連携システムに参加している上記機関以外でスーパーバイザーないしアドバイザー的な立場で個人的にシステムに参加している専門家はおられますか？（複数回答可）

1. 精神科医 2. 小児科医 3. 弁護士 4. その他【 _____ 】

3) 貴地域で運営されているシステムは、どのような地域単位で運営されていますか？

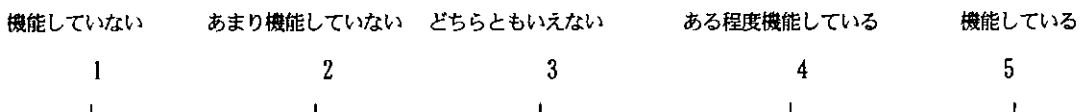
1. 県および政令指定都市単位 2. その他の単位【 _____ 】

4) 現時点において、貴機関が参加している機関間連携システムは、どの程度うまく機能していると思われますか？5段階評価のどこにあたるのかをお選びいただき、その数字に○をお付けください。



5) 貴地域での機関間連携システムの持つ機能についてお教えください。（各 A から E までの設問について、5段階評価のどこにあたるのかをお選びいただき、その数字に○をお付けください。）

A. ①各機関が集まったの事例検討を行ったご経験はございますか？ 1. 経験あり 2. 経験なし
経験のある場合は、それはどの程度機能していると思われますか？

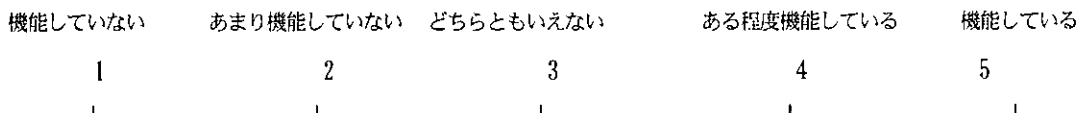


- ②実際に昨年一年間に、何回の事例検討会議は行われましたか？ _____ 回/年
 ③実際に昨年一年間に、何ケースの検討が行われましたか？ _____ ケース/年

B. 各機関が有する事例の情報を集中的に管理する情報統括機能を有する機関はございますか？

1. あり 2. なし

ありの場合は、それはどの程度機能していると思われませんか？

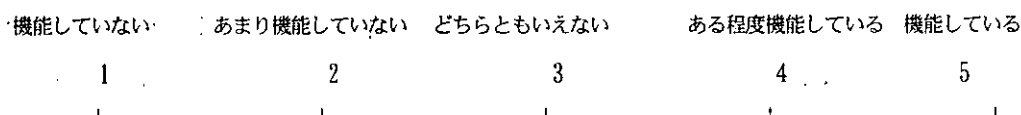


その機関名をお答えください（質問 2 で用いた機関番号 1-14 でお答えください） _____

C. 各事例に関わるべき適切な機関を決定する処遇決定機能を持つ機関はございますか？

1. あり 2. なし

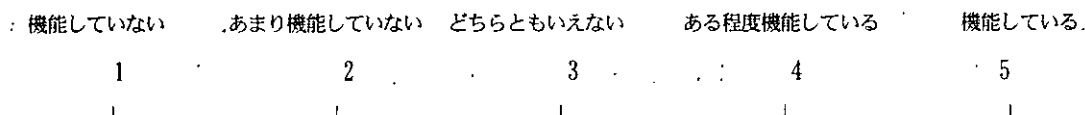
ありの場合は、その機関名をお答えください（質問 2 で用いた機関番号 1-14. でお答えください） _____
 それはどの程度機能していると思われませんか？



D. ①問題の早期発見、早期介入のために連携システムが行っている工夫はありますか？

1. あり 2. なし

ありの場合は、それはどの程度機能していると思われませんか？

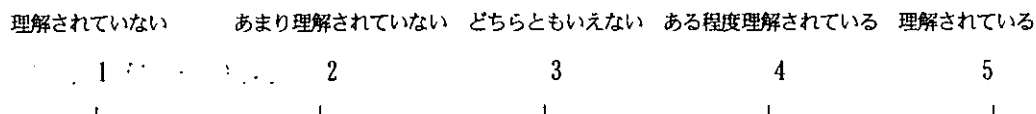


②貴地域で行われている早期発見・早期介入の工夫はどのようなものですか？

E. 児童思春期における行為の問題や機関間連携の理解のために、連携システムが他機関、市民等を対象に行っている工夫はありますか？

1. あり 2. なし

ありの場合は、それはどの程度地域に理解されていると思われませんか？



6) 貴機関が参加している連携システムが、上手く機能していないとお感じになられている場合、以下の質問をさせていただきます。

A. どのようなことが、上手く機能していない原因とお考えになられますか？ 以下の5項目をより重大な原因の順に1から5まで番号をおつけください（もっとも重大な原因を1としてください）。

順位

- () a. 適切な連携先がない
- () b. 連携の失敗感・不信感
- () c. 親の非協力
- () d. 本人の介入拒否
- () e. その他【

B. 適切な連携先がないとお答えの場合のみご記入ください。貴地域に欠けている、もしくは貴システムと協力関係でない機関は、どの機関ですか？(複数回答可)

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 児童相談所 | <input type="checkbox"/> 2. 精神保健福祉センター | <input type="checkbox"/> 3. 教育機関 |
| <input type="checkbox"/> 4. 保健所、保健センター | <input type="checkbox"/> 5. 精神科医療機関 | <input type="checkbox"/> 6. 小児科医療機関 |
| <input type="checkbox"/> 7. 児童自立支援施設 | <input type="checkbox"/> 8. 児童養護施設 | <input type="checkbox"/> 9. 自立援助ホーム |
| <input type="checkbox"/> 10. 情緒障害児短期治療施設 | <input type="checkbox"/> 11. 警察 | |
| <input type="checkbox"/> 12. 家庭裁判所（相談員を含む） | | |
| <input type="checkbox"/> 13. 矯正・保護機関（少年鑑別所など） | | |
| <input type="checkbox"/> 14. その他【 | | 】 |

C. 他機関との連携が上手くいかなかった経験や、不信感を抱いた経験がございましたら、その経験についてお教えてください。また、今後、どのような点に注意して連携を行っていくべきとお考えですか？

ご記入ありがとうございました。

思春期ネットワーク作りと現在の思春期病棟の問題点

分担研究者 竹内知夫¹⁾

研究協力者 田中稜一²⁾ 佐々木 一³⁾ 長岡 和⁴⁾

1) 愛光病院 2) 五稜会病院 3) 佐々木病院 4) 大村共立病院

研究要旨：

本研究の最初の2年間は各地域のネットワーク作りについて報告した。そのうち札幌市についての報告は立ち上げの段階にとどまったが、この1年間で「札幌市思春期精神保健ネットワーク会議」が札幌市精神保健福祉センターが中心となり正式に設置され、地域における思春期精神保健に関わる医療・保健福祉・教育・司法の諸機関が、相互に情報交換、認識の共有化、役割機能の確認、専門知識の習得、対応技術の向上に努め、連携を強化し、精神保健福祉活動の推進を図ることを目的とするものとし2回の会議を行った。そして、今回は(1)関係機関との情報交換、(2)共通課題についての検討、(3)困難ケースの処遇についての検討、(4)研修会、(5)思春期精神保健福祉対策事業に関する協議の実施を順次行う予定とした。しかし、札幌市においても、また過去2年間の当研究班の全国日精協所属病院に対する調査によっても、児童・思春期ネットワーク作りの基礎の一つとなるべき受け皿の民間医療機関の参加数が極めて少ないことが明らかになった。すなわち、一昨年の本研究で報告したように児童・思春期に関しては民間医療機関では専門外来50ヶ所、入院施設7ヶ所に過ぎず、児童・思春期の診療報酬施設基準該当病院に至っては0ヶ所であった。今年度の研究は「民間病院に思春期を専門にする病院が何故少ないか」この問題点を探るべく調査、検討したが、診療報酬上の児童・思春期病棟の施設基準に当病棟の80%以上が20歳未満であることとする非現実性、その他、児童・思春期の専門性の曖昧さ、思春期治療の困難さ等があることが明白になった。同時に、臨床家のなかには青年期(20歳代)も思春期に含めるべきとしているが、これに関してもその根拠を検討し、その妥当性を明らかにした。(また、児童と思春期を同一病棟で治療する困難さから本報告では、おおよそ14歳以上をもって思春期病棟として論じる)。

A. 研究目的

【1】診療報酬上の思春期施設基準の一つである当病棟の80%が20歳以下で占められることが現実的ものであるか否か。

【2】「思春期は20歳で終わらない」とする考えはよく述べられるところであるが、これを実証するために20歳以下と20歳代の精神病理、臨床特徴等を本研究に参与した病院で比較検討。

B. 研究方法

【1】 本研究分担及び協力研究 4 病院について、20 歳以下の思春期患者の年間あるいは月間入院者数データより検討。

【2】 (a) 本研究参加病院で ICD-10 による 20 歳以下と 20 歳代の共通疾患、共通臨床症状の有無。

(b) 田中（鈴木）ビネー式知能検査での精神年齢の検討。

(倫理面への配慮)

本検査に際しては、その研究趣旨を被検者に十分説明し理解を得た上で、姓名の記載はせず個人のプライバシーが守られるよう厳重に注意して取り扱った。

C. 研究結果

【1】 思春期病棟（50 床～60 床）で 20 歳以下の患者の占める割合

神奈川県 愛光病院；平成 14 年 6 月 31 日の時点での日精協の調査データでは 14 歳～20 歳以下は 24 名で 48%、20 歳～29 歳は 16 名：32%であった。

したがって、当然、思春期病棟施設基準の 80%には不可能である。しかし、思春期に 20 歳代も含めると辛うじて 80%になる。

また平成 14 年度の思春期病棟入院患者数・病床利用率【表 1】は 20 歳未満者のみを収容した 1 月～6 月までは 54%で大幅な赤字が計上され診療報酬上の思春期病棟加算を返上し、一般出来高払い病棟とし同年 7 月～12 月からは 20 歳代でも思春期病棟になじむ患者は思春期病棟に転入させ病床利用率は 80%に達した。（しかし、収支を黒字基調にするには至っていない。黒字にするためには、加算に加えて病床利用率 90%以上が必要と述べている）。

長崎県 大村共立病院；平成 14 年度 1 年間に入院した 20 歳未満の合計は 72 名【表 2】で当病院の在院期間【図 1】を考慮すると各月を通じて 80%を維持することは不可能である。

千葉県 佐々木病院；当病院は思春期、青年期に特化した病院であるが、総病床数 60 床の小規模病院であり、思春期病棟だけにすることが土台不可能である。因みに平成 15 年 10 月～12 月（2 ヶ月間）では 20 歳未満；16%、20 歳代；26%である。

北海道 五稜会病院；平成 15 年の 20 歳未満の合計は 48 名、20 歳～26 歳は 58 名であり在院期間を考慮すると各月を通じて 80%は不可能である【表 3】。なお、当院は平成 15 年 11 月より思春期 16 床、ストレスケア 32 床、合計 48 床のケアミックス病棟を行っている。

【2】 (a) 「思春期は 20 歳未満で終わらない」；思春期病棟に 20 歳代も含めることの妥当性について

ICD-10 診断名別分布が 20 歳未満と 20 歳以上とで各病院ともほぼ共通している。【表 4、6、図 2、3】。しかし、20 歳未満に比べ 20 歳代には F2・3 の割合が増加しているが、これらは軽症で F4・5・6 を合併しているケースが多い。【表 5、6】すなわち、われわれの印象を含めて言えば F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害を中心に F2～

F6 と他項目に重複している傾向がある。さらに、いずれの疾患でも 20 歳未満、20 歳代に共通した精神病理特徴として分割 Splitting、投影性同一視 Projective Identification、解離 Dissociation、依存 Dependence 等の治療困難をきわめる新しいタイプの患者層の増加を認める。

千葉県佐々木病院では思春期病理をそのまま残す 20 歳以上の患者の増加とその治療の困難さは 10 代と何ら変わらないと述べ、20 歳代のアクシデント・インシデントレポートの集計より、平成 15 年 10 月～12 月の 3 ヶ月間に院内で発生した重大な逸脱行動 40 名をピックアップしている。診断別は【図 3】で、その逸脱行為は離院、自傷、性的逸脱、暴力、放火、飲酒、盗難その他である【図 4】。(北海道五稜会病院でも 48% に自傷行為があった)。

【2】(b) 20 歳未満と 20 歳代の田中（鈴木）-ビネー式知能検査による精神年齢

20 歳未満	F 4	実年齢	14 歳～19 歳	合計 22 例	
		精神年齢	平均値 13 歳 3.67 ヶ月	SD	2 歳 10.51 ヶ月
20 歳代	F 4	実年齢	22 歳～29 歳	合計 8 例	
		精神年齢	平均値 14 歳 0.66 ヶ月	SD	1 歳 11.51 ヶ月

D. 考察

本研究の結果より、20 歳未満と 20 歳代とでは共通の精神病理を持ち、その治療手段と困難さは両者で何ら変わらないことが明らかになった。これは、近年の急速な文明の発展による生育環境の極端な変化に影響を受けているものと考えられる。また自我同一性の達成も社会環境変化から青年期へずれ込んでいるのが現実である。20 歳代でも自我の未熟者の増加のため社会性の障害をきたし精神科外来あるいは入院する者が近年急速に増えている。研究【2】(b) でビネーの知能検査により 20 歳代の患者も、その精神年齢は 10 歳代と変わらないことが明らかになった。しかし、研究期間の関係で症例数および健常者との比較による統計上の検討は成し得なかった。またビネーの知能測定尺度は精神年齢を示し良識、実際の常識、自発性、自分の置かれた状況への適応力、指向、創出、批判等現実検討能力を表すものとされる。自我の未熟度の測定は大変興味ある課題であるので、今後ビネー式の検査に加えて TIC (Temperament Character Inventory) 等複数の検査との関係も考慮し検討していきたいと考えている。

自我脆弱性は先天的（生物学的）因子に加え、多くの部分は後天的（生育過程）因子が影響すると考えるが、現代は生育過程で自我の形成に悪影響を与える諸因子があまりにも多い。10 代、20 代の共通した臨床症状である分割、投影性同一視、解離、依存、自傷行為等は自我脆弱による些細なストレスに対する耐性のなさも一つの要因である。一方、統合失調症等の精神病は生物学的因子と環境因子の両者の要因で発病するが、ストレス対処能力の落ちる自我の脆弱者は、たとえ生物学的因子が僅かでも精神疾患の発症に至ると言い得るかも知れない。日精協の病院で唯一診療報酬上の思春期病棟を一時持った愛光病院は、その体験から

「多くは対人関係のスキルが未熟なため、患者同士のトラブルや、極度の依存関係が絶えず引き起こされる」と述べている。いずれにしても、思春期疾患としての 10 代、20 代の ICD-10 の F4,5,6 の近年の増加への対応は対人交流の拙劣、社会性の欠如、逸脱行為、さらには一部の所謂精神疾患の発病を防ぐ意味でもその治療的意義は重要である。しかも、これらの治療には統合失調症等のようにある期間を除けば原則的に開放病棟が必須である（予後を考慮）ところにその対応の困難さが加わる。したがって、多くの病院が児童・思春期を扱え得るように現在の児童・思春期病棟における診療報酬上の施設基準の緩和と、また各病院が独自の治療方針の裁量権を持てるように施設基準を改善すべきと考える。1990 年前半まで高度な病棟機能分化（思春期病棟も含む）を特徴とした米国メニンガークリニックが、その非効率性から倒産したのを研究協力者のひとりである佐々木は実体験している。

医療の質は Structure → Process → Outcome で評価される。

今までは、医療の質は、主に Structure（箱物、人員）の質を量（質を数値で表し得るもの）のみで規制されてきた。しかし、医療経済の効率化を目指し平成 15 年 4 月より診療報酬上で大学病院等の特定機能病院を対象に DPC が導入された。これは医療を量のみでの規制から、質・量のコントロールと真の効率化の時代の到来を告げるものと思われる。児童・思春期も箱物規制の緩和、更にはケースミックスに、即ち DPC を考慮すべきと思われる。Structure より Procedure 重視により児童・思春期ネットワークよりも充実したものになるであろう。

E. 結論

民間の思春期を扱う病院があまりにも少なく、それが思春期ネットワーク作りの上で一つのネックになっている。その改善策として、診療報酬上の施設基準の 20 歳未満の者が病棟の 80%という非現実的な数値の改善、および現代は自我形成が 20 歳代後半までずれ込んでいることを考慮し思春期を 20 歳代も含めることを検討した。

また、思春期病棟は病棟単位でなく病床単位（ケアミックス病棟）に多くの民間精神科病院が参加し得るようになる必要性を明らかにした。平成 15 年から特定機能病院を対象に医療を量のみでの規制から、質・量のコントロールへと真の効率化の時代に入った。思春期病棟も Structure より Procedure 重視の時代に DPC の導入を期待したい。

表 1 愛光病院 (神奈川)

平成 14 年 思春期病棟入院患者数・病床利用率

病床数 50 床

(1月～6月は入院患者を20才未満のみ収容 7月～12月を20才代も含めて収容)

区分	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
入院患者数 (人)	792	701	853	758	824	1,000	1,363	1,363	1,305	1,296	1,223	1,239	12,718
1日平均患者数	25.6	25.0	27.5	25.3	26.6	33.3	44.0	44.0	43.5	41.8	40.8	40.0	34.8
病床利用率 (%)	51.2	50.0	55.0	55.0	50.6	53.2	66.6	88.0	88.0	87.0	81.6	80.0	69.6

病床利用率 1月～6月 (20才未満のみ対象) 54.0%

7月～12月 (14才～29才までを対象) 84.6%

表 2 大村共立病院 (長崎)

入院時20歳未満の患者数

H14. 1. 1～H14. 12. 31

	男	女
小計	29名	43名
合計	72名	

20才未満では80%

不可能

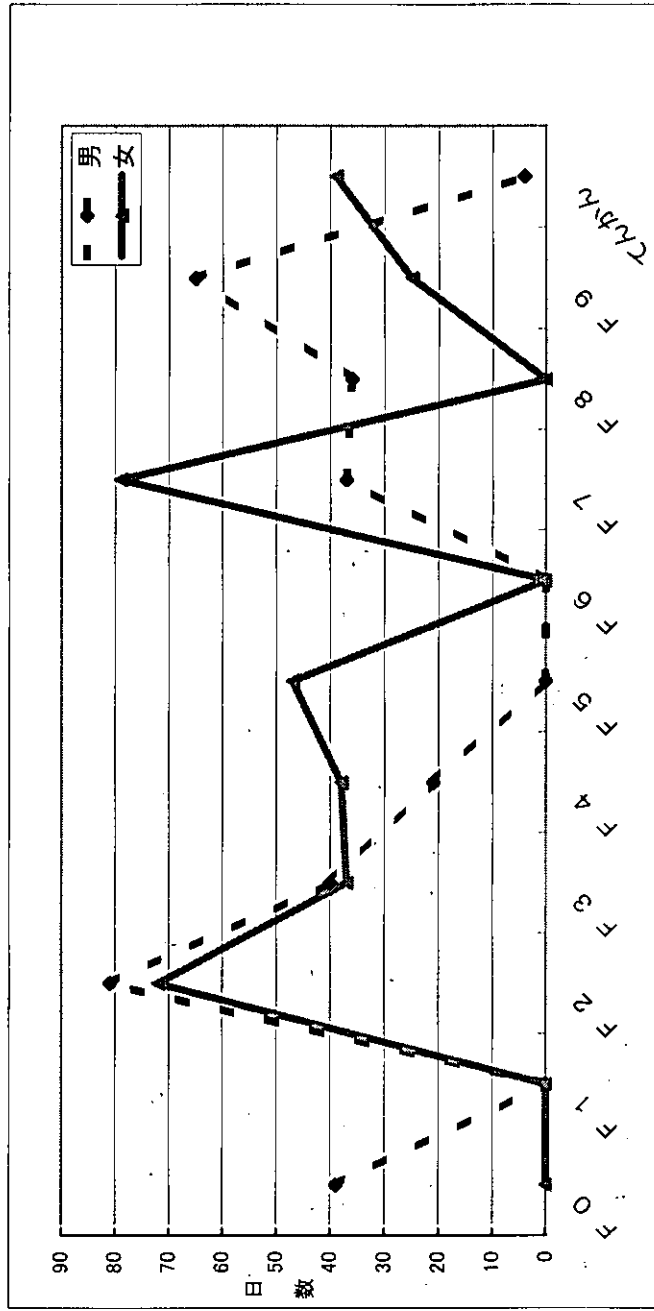


図 1 平成 15 年 ICD-10 別 入院期間

表 3 五稜会病院 (札幌) 病床数 193床

H15・1~H15・12 (1年間)

	人数		平均在院 期間
	男	女	
20歳未満	48名	男11名 女37名	54日
20~26歳迄	58名		47日

20才未満では80%不可能

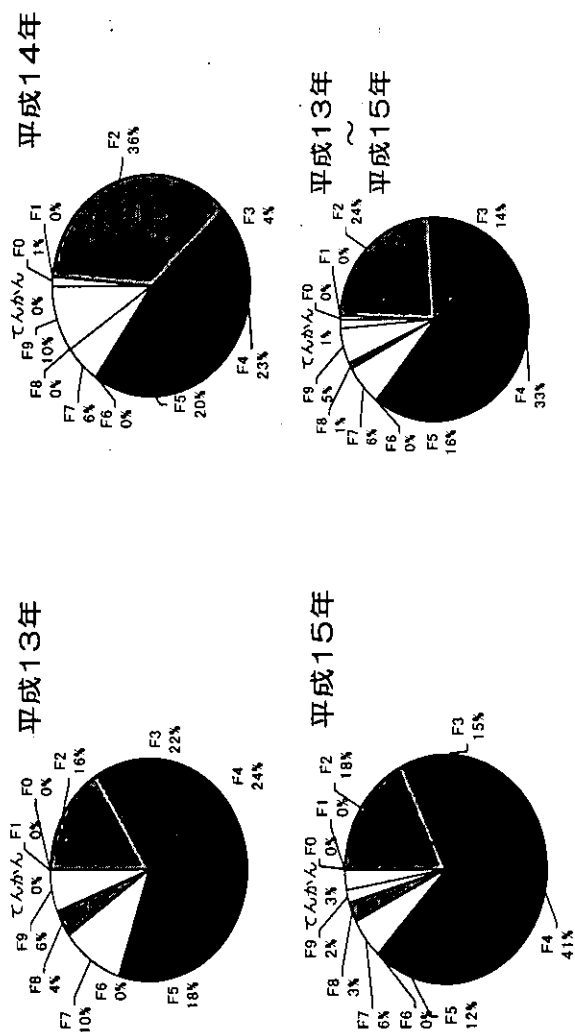


図 2 大村共立病院 (長崎)
児童思春期症例 (20歳未満) 入院患者
ICD-10診断名別分布比較