の具体的手段を、実例を挙げて言及する。登校刺激はしていいのか、いけないのか、どう見守ればいいのかなども記述する。

＜４）いじめられた子ども＞

いじめ続けられた子どもは精神的な病に至ることもある。そのケースをあげる。子どもはいじめられたときの生き延び方や、しのぎ方を知らない。正面から立ち向かってももっとひどい目にあう。きれいごとばかりでいじめは切り抜けられない。立ち向かうにも言いつけるにもコツがいる。それらを記載する。

【５章　したたかな子どもに育てる】

こどもを良い子に、そして立派な子に育てるというあり方だけでは、心の危機を乗り越えられない。ストレスに強い子どもに育てるというあり方が必要なのだ。この章ではそのあり方を明示する。

＜１）ストレス！ストレス！！ストレス！！！＞

ストレスの性質について述べ、ストレスに対する基本的な向かい合い方について記載する。

＜２）ストレスに崩れない心を育てる＞

ストレス状況に陥りにくい子どもに育てるために、どのような教育が有効であるかを考察し、述べる。

【６章　子どもに関わる大人たちへ】

この章では子どもの問題に関わる大人自身のあり方と悩みに焦点をあてる。そして大人自身の視野を広げるとともに、子どもへの有効な介入について記述する。

＜１）子ども＝生物として捉える。＞

子どもが問題を起こすとき、心理的問題だけでなく、生物的な問題について意識を向けていく必要があることを強調する。知能の問題、アスペルガー障害を中心とした軽度発達障害の問題、身体疾患の問題などについてのみきわめを語る。

＜２）子どもが厄介だ！＞

子どもが厄介だと感じるとき、その厄介な感じは子どものみに起因しているわけではない。そこには大人自身の感情が大きく関与している。どんなときに大人は子どもを厄介と感じるのかを記述する。

＜３）子どもの前で生き延びるために＞

現代の日本において、子どもの養育にあたっては親や教師の愛情が強調される。しかし愛情のみを支えとした関与は脆い。年単位でしか変化が見えないときに、いかに踏みとどまるか。これは容易ではない。大人自身の“焦り”“不安”“自分に対して感じる失望”が子どもとの関係を悪化させないためにどのように考え、そのようにすればよいのか記述する。

＜４）子どものシグナルを見落とすな…？＞

子どものシグナルの取り扱い方や、子どもの相談ののり方について記述する。

＜５）子どもの行動の背景にあるもの＞

自分の葛藤をあまり上手に言語化できない子どもの心理的な背景について推察するポイントを明示し解説を加える。

【７章　子ども支援と親支援】

この章では前章に引き続き、子どもを支える大人、特に親の支援に焦点をあてる。それはどれだけ子どもの支援を叫んだとしても子どもを支える大人自身に余裕がなければ全ては水泡に帰すからである。現代日本における子育て支援のありかたは混乱を極めている。その混乱を整理す

る2つの視点を明示する。ひとつは「親支援と子育て支援は違う」という視点。もうひとつは「親のタイプ別支援」という視点である。

＜1）子育て支援の混乱＞

最近、子育て支援の重要性が叫ばれ、さまざまな支援策が打ち出されている。実は子育て支援には実際には“子ども支援”と“親支援”が混在している。親のすることが増えるのは子ども支援。食育や保育園での家庭参観がそれにあたる。一方、親のすることが減るのは親支援であり給食導入や保育園設置がそれにあたる。専門家が親を支援しているつもりで「子ども支援＝子育て負担増」を親に強いてしまう場合はあまりに多い。その点について述べる。

＜2）親を支えるために＞

親を支援するに当たってはその親の状況に配慮した支援をしなければその支援は水泡に帰す。この項では親の状況に応じてタイプを5つに分け、例示し、タイプ別の支援を記述する。

【8章　終わりに】今回の研究班の取り組みについて述べるとともに、総論的に本全体を振り返る。

E．結論

上記章立てに沿って執筆を開始。1～2章、4章1と2、5章1、6～7章については初稿執筆済み（平成20年3月5日現在）。今後、平成20年夏ごろに新潮社から出版予定である。

G．研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

宮田雄吾:「精神疾患予防のための教育・啓発活動—誰に、何を、どう伝えるか」第27回日本社会精神医学会(福岡)、2008.2.28

H．知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

特記なし

厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)
「思春期精神病理の疫学と精神疾患の早期介入方策に関する研究」
分担研究報告書

精神疾患早期介入サービスをわが国に導入するための方策に関する研究

分担研究者 野中 猛 日本福祉大学社会福祉学部教授

研究要旨

精神疾患に対する早期介入は、すでに研究段階を過ぎて、サービス提供の試行期から実践期に至っており、一部の先進国では全国的な制度整備の対象となっている。本分担研究は、わが国に精神疾患早期介入サービスを制度として導入するために、考慮すべき複数の要因を検討することを目的としている。本年度は次の研究を行った。

1).韓国ソウル市におけるインターネットを利用した早期介入システムの現状調査
2).オーストラリアとイギリスにおける早期介入システムの現状調査
3).養護教諭を中心とした事例検討会の試行
4).既存の社会資源から想定したわが国における早期介入システム体制の草案提示

オーストラリアでは、先駆的に早期介入サービスを開始したものの全国的に拡大されていない。イギリスでは遅れて出発したものの、2000 年から政府方針として全国的に整備が進んでいる。韓国ソウル市では、ごく最近に精神保健体制の整備が成立したばかりなのに、早々に早期介入サービスが試行されている。わが国における社会資本の基盤は、医療機関や教育機関とその人材など一定水準に達しており、方針が定まれば十分に早期介入サービスの体制を実現することが可能であろう。公立医療機関に早期介入チームと入院ユニットを設け、学校機関等での相談および連携体制を整備することを中心としたシステム草案を提示した。サービス利用の入り口となる学校の状況を検討するため、養護教諭を中心とする事例検討会を試行し、現在の学校が有する課題を見出した。

A. 研究目的

精神疾患の早期介入に関する研究は、すでに黎明期を経て、試行期から実践期に至り、一部の先進国では全国的な体制整備の対象となっている。疾病の予後や医療費の負担を考えても、精神疾患の発病を予防し、発病の早期から治療を開始し、早期の治療を十分に行うという早期介入サービスの利益は大きい。

一方わが国では、長期慢性の在院者に対する地域移行が当面の課題となっており、早期介入活動は、ごくわずかな機関が最近に試行を開始した段階にある。

本分担研究は、わが国に精神疾患早期介入サービスを制度として導入するために、考慮すべき複数の要因を検討することを目的としている。

初年度の本年は、先進諸国の実状を学び、

特に早期介入活動の実務のあり方や、制度的導入が促進された要因を探る。また、わが国における既存の社会資源を想定した制度を検討する。さらに、サービス利用の入口となる学校場面における現状を知るために、養護教諭を中心とする事例検討会を試み、学校の抱える課題について検討する。

B. 研究方法

本年度は次の研究を行った。

1. 韓国ソウル市におけるインターネットを利用した早期介入システムの現状調査
2. オーストラリアとイギリスにおける早期介入システムの現状調査
3. 養護教諭を中心とした事例検討会の試行
4. 既存の社会資源から想定したわが国における早期介入システム体制の草案提示

C. 研究結果

それぞれの研究結果は次のとおりであり、詳細は各章に記す。

1. 韓国ソウル市におけるインターネットを利用した早期介入システムの現状

韓国では 1995 年に精神保健法が成立し、1998 年から精神保健センターの設置が全国で開始されている。1千万人人口のソウル市では、「ソウル精神保健 2020」として、2005 年から4ヶ年ごとの整備計画を始めている。2007 年現在、18 の区に精神保健センターが存在するが、2005 年にソウル市独自の広域精神保健センターが設置された。ここの事業のひとつとして「早期管理開発事業」があり、具体的には「初期精神病スクリーニング」「自己検診ホームページ運営」「対象者とその家族への教育」が試行を開始している。

2007 年6月に開設した自己検診ホームページは、Seoul Early Management & Improvement System: SEMIS と名づけられ、精神疾患の基礎知識、早期治療の重要性、自己検診サービス、関連資料、掲示板で構成されている。自己検診サービスは、早期検診(問診の自己評価の即時表示)、個別検診(メールまたは電話による質問票)、精密検診(メールまたは電話による質問票)の3段階で構成されている。その結果によって電話もしくは来所による相談を受け、治療が必要な場合に医療機関へ、要予防群は精神保健センターに紹介される。

6月から 12 月までのアクセス数は2万あまりであるが、自己検診を実行した者は 2,564 名であり、危険水準が 42%、やや危険が 9%と全体の5割が危険と判定された。しかし、この自己検診サービスを通して来所相談を受けた者は4名にすぎない。他の相談ルートをあわせると 47 件が来所相談群となり、このうち精神病的症状を示す事例が8件、前駆症状を示す事例は3件で、他は一般的ストレス症状であった。8件の経過について、医療機関に紹介された者は4件、精神保健センターを通じて医療機関に至った者は3件であり、残りの1件は受診を拒否して継続的に相談を続けている。

2. オーストラリアとイギリスにおける早期介入システムの現状

オーストラリアでは、世界でも最初に先駆的サービスを開始して、現在も指導的機関である ORYGEN Youth Health の現状を調査した。

青少年を対象とする多様なサービスのひとつとして、精神病の早期診断と治療を行う

Early Psychosis Prevention & Intervention Center: EPPIC が存在している。多職種で構成されるチームがケースマネジメントによる包括的な支援を提供する。

しかし、オーストラリアでは政府の政策として位置づけられていないため、2004 年の医療機関調査でも早期介入サービスを提供する機関は 17%に留まっている。

イギリスでは、南ロンドンのランベス病院に設置された Lambeth Early Onset Service: LEO の現状を整理した。早期発見・評価チーム、地域チーム、入院ユニット、前駆期外来で構成されており、地域チームが多職種による包括的なケースマネジメントを提供している。

イギリスでは、2000 年より政府の方針(National Health Plan)として整備が開始され、2006 年にはすでに人口の3分の2以上をカバーするほど普及している。

3. 養護教諭を中心とした事例検討会の試行

2008 年2月 15 日に、三重県の養護教諭約 20 名とともに、精神病前駆期を疑わせる中学生の事例について、その状況のアセスメントと今後の支援のプランニングを2時間あまりで検討した。

検討の過程の中で、早期介入を阻む環境条件として、学校の状況、養護教員や一般教員の問題、家庭の問題、地域の資源に関する課題などが挙げられた。

主な阻害要因として、ケースマネジメントを行う立場の人が学校場面にいないこと、学校と医療機関などの地域内ネットワークが未成立なこと、校医に相談しても解決しないことなどによって、養護教諭が事例を発見しても支援の展開が止まってしまうことが明らかにされた。

4. 既存の社会資源から想定したわが国における早期介入システム体制の草案

現在のわが国における社会資源を勘案して、現実的に実現可能性のある早期介入システム案を提示する。

これは主に、①公的医療機関に早期介入のチームと入院ユニットを形成すること、②小中学校、高等学校に精神保健相談と紹介のシステムを形成すること、さらに、③全国的な早期介入情報センターを設置すること、④関係者および一般住民に対する啓発活動を計画的に実施することが要点となっている。

イギリス政府の整備計画では、人口 10 万人あたり年間 15 人が対象となると推定されており、ひとつのチームを 10 人の専門家で構成し、1 チームあたり 120～150 人を 3 年間支援するという想定で展開されている。本研究での提案では、かなり現実的に限定して、人口 100 万人あたり1チームの設置を想定している。

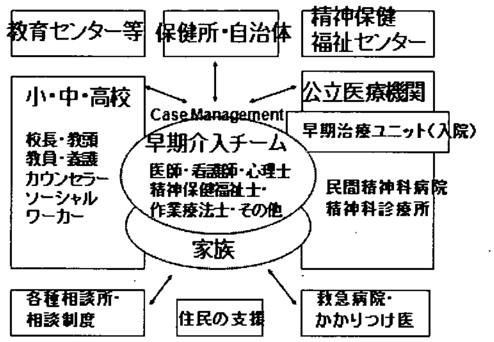
それぞれの機関における機能についても新たな展開が必要とされ、人材育成やシステム整備が求められる。

学校では、一次予防として、生徒や教員への啓発活動など、二次予防として、一連の相談支援体制整備など、三次予防として、個別支援などの準備が必要である。保健機関では、住民への啓発活動の組織化、地域全体の相談連携体制の整備、継続相談などの準備が想定される。医療機関では、専門職に対する研修、早期治療の重点化、早期のリハビリテーションなどを工夫しなければなら

ない。

もちろん、このシステム草案には整備上の裏付けがあるわけではなく、今後の検討の叩き台として提案するものである。

わが国の精神病早期介入システム案



人口100万人あたり1チームで、総計100チームを目指す

各機関の機能案

早期介入チーム＋早期介入ユニット・・・・中核組織
（個別事例支援、プログラム運営、情報提供等）

	一次予防	二次予防	三次予防
学校	保健教育 啓発研修	相談体制 紹介・連携	個別支援 再発予防
保健機関	住民啓発 研修組織	相談・助言 仲介・連携	継続相談
医療機関	職員研修	早期治療 家族支援	リハビリテーション
その他	知識取得	紹介・連携	支援の協働

D. 考察

本年度は、先駆的に精神病早期介入サービスを開始して世界的な指導機関となっているものの、全国的に拡大されていないオーストラリア、2000 年から政府の方針として全国的に整備が進んでいるイギリス、ごく最近に精神保健の整備が定まったにもかかわらず、早々に早期介入に取り組んでいるソウル市の現状を紹介した。

わが国における精神保健、医療機関、福祉制度、そして教育機関などの社会資本基盤は、方針と予算がありさえすれば、十分に早期介入サービスの体制を整備することが可能である。

次年度から、さらに具体的な項目を検討し、わが国における実現可能なシステムを提案したい。

E. 結論

本年度は次の研究を行った。

1).韓国ソウル市におけるインターネットを利用した早期介入システムの現状調査

2).オーストラリアとイギリスにおける早期介入システムの現状調査

3).養護教諭を中心とした事例検討会の試行

4).既存の社会資源から想定したわが国における早期介入システム体制の草案提示

オーストラリアでは、先駆的に早期介入サービスを開始したものの全国的に拡大されていない。イギリスでは遅れて出発したものの、2000 年から政府方針として全国的に整備が進んでいる。韓国ソウル市では、ごく最近に精神保健体制の整備が成立したばかりなのに、早々に早期介入サービスが試行されている。わが国における社会資本の基盤は、医療機関や教育機関とその人材など一定水準に達しており、方針が定まれば十分に早期介入サービスの体制を実現することが可能であろう。公立医療機関に早期介入チームと入院ユニットを設け、学校機関等での相談および連携体制を整備することを中心としたシステム草案を提示した。サービス利用の入り口となる学校の状況を検討するため、養護教諭を中心とする事例検討会を

試行し、現在の学校が有する課題を見出した。

F. 健康危険情報
特になし

G. 研究発表
1. 論文発表
なし
2. 学会発表
石倉習子・西田淳志・山岸若菜・針間博彦・野中猛・岡崎祐士：諸外国における精神病早期介入促進の為の啓発活動とその成果〜mental health literacy 向上のための多層的な取り組みとその統合、第27回日本社会精神医学会（福岡）、2008.2.28

H. 知的財産権の出願・登録状況
特になし

研究協力者
石倉習子　日本福祉大学大学院後期課程
趙　香花　日本福祉大学大学院後期課程

資料

第1章　韓国ソウルにおけるインターネットを用いた「早期介入相談システム」

1. 韓国における精神保健福祉の概況

韓国の人口は約 4,829 万人で、2005 年度の1人当たりGDPは16,471ドルである。2005 年度の統計によると、韓国の精神病床数は 73,015 床(うち、精神療養施設 14,049 床、社会復帰施設 816 床)で、人口1万人対 15.1 床(精神療養施設を除けば 12.2 床)である。また、全国に入院(入所)している精神疾患患者は 62,117 名とされ、平均入院(入所)期間は 267 日である。精神科専門医は 1,964 名で、人口 10 万人対 4.1 名と推計される(表 1)。

表1　　　　韓国の精神保健に関する基礎資料(2005 年)

	韓国	ソウル
人口	4,829 万人	1,035 万人(2006)
精神病床数	73,015 床	6,960 床
精神病床数/人口 1 万人	15.1 床	6.94 床
入院(入所)患者数	62,117 名	6,169 名
平均入院期間	267 日	111 日
精神科専門医	1,964 名	551 名
精神科専門医/人口 10 万人	4.1 名	5.5 名

中央精神保健事業支援団・韓国保健社会研究院・保健福祉部(2005)『中央精神保健事業団事業報告書』より、筆者作成

韓国では、1995 年に「精神保健法」が成立し、1997 年から実施されている。精神保健法の制定によって、韓国の精神保健政策は地域を中心として展開されることになった。精神保健法の成立を受けて、1998 年からは精神保健センターの設置が全国で始まっており、当初は 4ヶ所だったのが、2005 年には 126ヶ所までに増えている。そして、2008 年までには、全国 234 の市・区・郡に計 246ヶ所の精神保健所センターを設置する予定である。精神保健センターは、人口 20 万人に一箇所の設置が認められおり、モデル型と基本型の 2 種類がある。事業内容としては、必須事業と選択事業が定められており、その詳細は添付資料1に示してある。

2. ソウルにおける精神保健福祉の概況

韓国の首都であるソウル市の人口は 1,035 万人(2006)で、25 の行政区域に分けられている。2005 年度の統計によると、ソウル市の精神病床数は 6,960 床で、人口万人対 6.94 床となっている。入院(入所)している精神疾患患者は 6,169 名とされ、平均入院(入所)期間は 111 日である。また、ソウル市の精神科専門医は 551 名で、人口 10 万人対 5.5 名である(表 1)。

ソウル市は、2004 年に「ソウル精神保健 2020」の政策を打ち出し、2005 年から 4 カ年計画で実施している。「ソウル精神保健 2020」では、広域(拠点)精神保健センター、地域(区)精神保健センター、救急病床、社会復帰施設、作業所、居住施設の拡充について、4 ヵ年ごと

の具体的な数字目標を定めている。政策の主な内容は、①統合的精神保健サービス体系の構築、②精神保健サービスの質の向上、③精神健康の増進および予防事業の強化、④精神障害者の人権擁護およびサービスの増大、などである。

現在(2008 年 2 月)、ソウル市の 18 の区に精神保健センターが設置されており、2008 年度末までには、25 の全ての区に精神保健センターを設置する予定である。また、2005 年度には「ソウル精神保健 2020」の計画による「ソウル市広域精神保健センター」が設置され、ソウル市全体を対象とした精神保健事業が展開されている。

ソウル市広域精神保健センターの主な事業内容は、①精神健康増進事業(広報、行事、研修、教育など)、②連携事業(医療機関、居住施設、社会復帰施設、区の精神保健センターなどとの連携)、③危機管理(24 時間電話相談・インターネット相談、危機介入、家庭訪問など)、④ホームレス事業(現場調査、事例管理、ホームレス登録など)、⑤早期管理開発事業(初期精神病スクリーニング、自己検診ホームページの運営、対象者とその家族への教育など)である。

3. ソウル市の早期介入事業

ソウル市における精神疾患の早期介入(以下、「早期介入」と略す)は、主にソウル市広域精神保健センターおよびソウル市小児・青少年広域精神保健センターによって展開されている。この 2 箇所の機関は両方とも 2005 年度に開設されているが、本稿ではソウル市広域精神保健センターで実施されている早期介入事業のみを紹介する。

1)ソウル市広域精神保健センターの概要

ソウル市広域精神保健センターの職員は、精神科専門医1名(センター長)、精神保健社会福祉士 14 名、精神保健看護士 11 名、社会福祉士2名、行政職員2名の計 30 人で構成されており(2007 年)、精神保健事業は①精神健康増進事業チーム(Mental Health Promotion)、②連携事業チーム(Community Assessment Linkage Support)、③危機管理事業チーム(Crisis Intervention)、④ホームレス事業チーム(Homeless Mental Health Mobile Service)、⑤早期管理開発事業チーム(Early Management Improvement)、の5つのチームによって展開されている。その中、早期介入は「早期管理開発事業チーム」の担当として位置づけられている。

2)早期介入の事業内容

早期管理開発事業チームには4人の専門職員が属しており、2007 年度には①認識改善事業、②依頼体系改善事業、③初期精神病スクリーニング事業、④初発精神疾患患者管理システムの構築、⑤教育事業、⑥基礎調査事業など、6種類の事業を展開していた。これらの事業の中、本稿で取り上げるのは、認識改善事業の一環として、2007 年 6 月に開設した自己検診ホームページ(http://www.semis.or.kr/)の運営である。

自己検診ホームページは、SEMIS(Seoul Early Management & Improvement System)と名づけており、精神疾患の基礎知識、早期治療の重要性、自己検診サービス、関連資料、掲示版などの内容で構成されている。SEMIS による自己検診サービスは、早期検診(尺度:ESI、Eppendorf schizophrenia inventory)、個別検診(尺度:添付資料2)、精密検診(尺度:BSI、brief symptom inventory)の 3 段階とし、利用対象は年齢 14 歳～35 歳に限定している。3 段階

の自己検　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診の詳細は表2に示している。

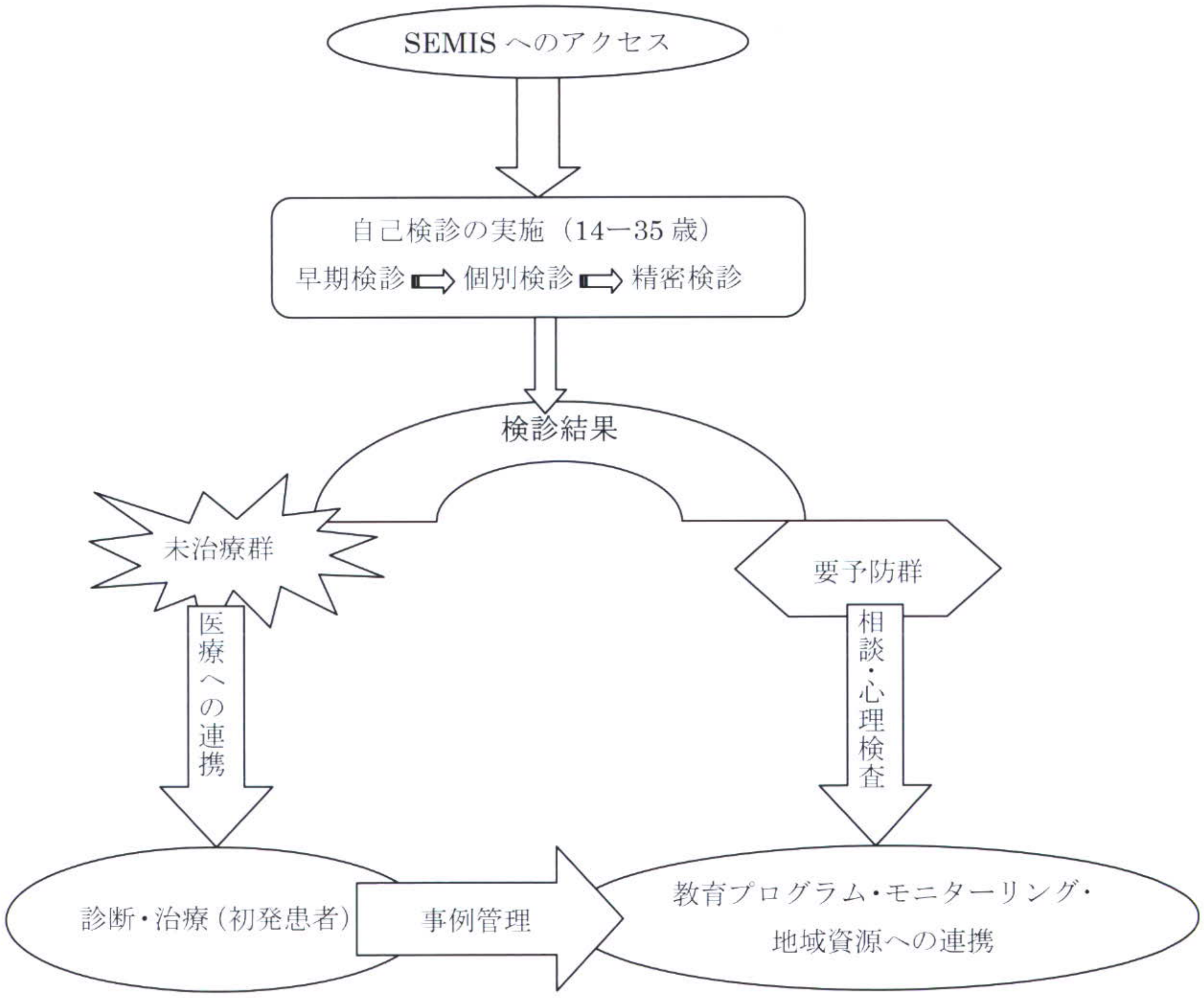
表2　　　　　　　　自己検診の3段階

	利用対象	目的	所要時間	質問方式	結果
早期検診	14歳～35歳	初期症状の把握	5分	客観式(40問)	即時表示
↓ 個別検診	14歳～35歳	具体的な個人状況の把握	5分	客観式（主観式を含む25問）	メールまたは、電話
↓ 精密検診	14歳～35歳	うつ、不安、強迫などの症状把握	10分	客観式(53問)	メールまたは、電話

自己検診ホームページ http://www.semis.or.kr/より、筆者作成

ホームページSEMISによる自己検診サービスの利用者は、検診結果によって電話相談および来所相談を受けることができ、必要に応じて心理検査を受けることも可能である。自己検診の結果、未治療群の対象者は医療機関に紹介し、要予防群の対象者は、区の精神保健センターなどの地域資源に連携する。また、広域精神保健センターによる教育プログラムや対象者へのモニターリングなどの事例管理も行っている。SEMIS の自己検診サービスによる早期介入の流れは、図1に示している。

SEMISの自己検診サービスによる早期介入の流れ（図1）



3）ホームページ SENIS を利用した自己検診の結果

①SEMIS へのアクセス数と自己検診者数

ホームページ開設日である 2007 年 6 月 4 日から 12 月までのアクセス数は 21,257 件で、そのうち、自己検診を受けた人は 2,564 名である（図2、表3）。

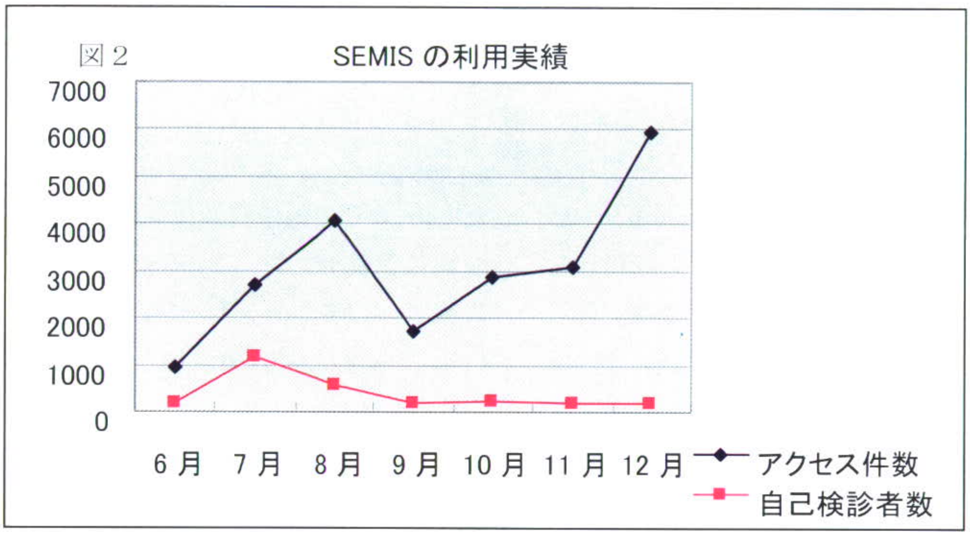


表3　SEMIS の利用実績

	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	計
アクセス件数	932	2671	4046	1717	2880	3084	5927	21257
自己検診者数	173	1136	539	190	211	156	159	2564

②男女別、年代別の自己検診者数

自己検診サービスを受けた人の性別を見ると、女性 1,481 名（58%）、男性 1083 名（42%）で、年代別には 20 代が 1,334 名（52%）で全体の 5 割を占めており、30 代が 710 名(28%)、10 代が 362 名(14%)であった（図3、図4、表4）。

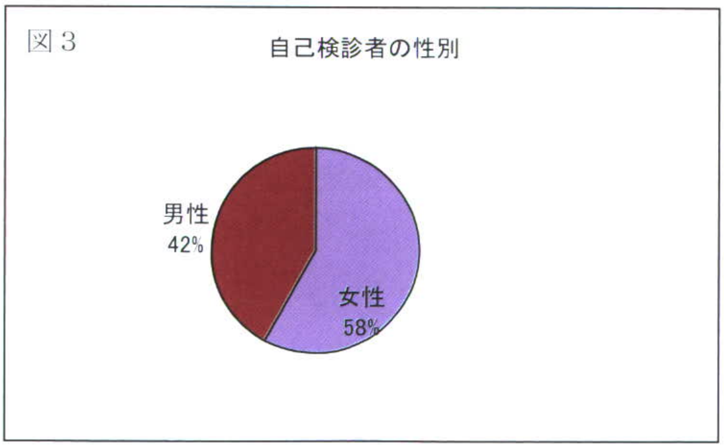


図 4　自己検診者の年代別分布

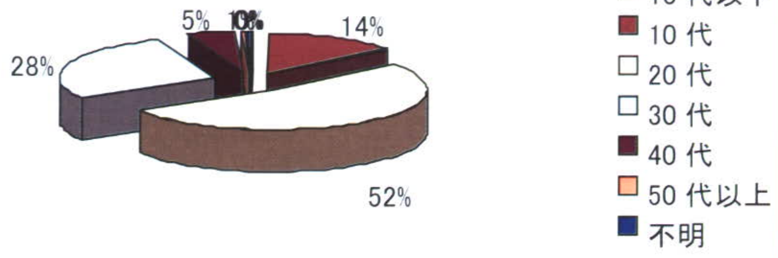


表4　自己検診者の年代別人数

年代	10 代以下	10 代	20 代	30 代	40 代	50 代以上	不明
人数	5	362	1334	710	134	13	6

③自己検診結果

自己検診の結果、10代までの青少年 367 人のうち、精神的な健康の水準が正常な者は 181 人(49%)、危険水準の者は 152 人(42%)、若干危険水準の者は 34 人(9%)で、全体の 5 割は危険群が占めていた。一方、20 代以上の成人 2,197 人の検査結果を見ると、精神的な健康の水準が正常な者は 1434 人(65%)、危険水準の者は 549 人(25%)、若干危険水準の者は 214 人(10%)で、危険群は全体の 3.5 割である(図5、図6、表5)。

表5　自己検診結果

	正常	危険	若干危険	計
10 代まで	181	152	32	367
20 代以上	1434	549	214	2197

図 5　10 代までの青少年の自己検診結果

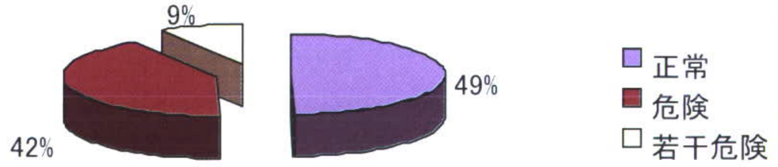
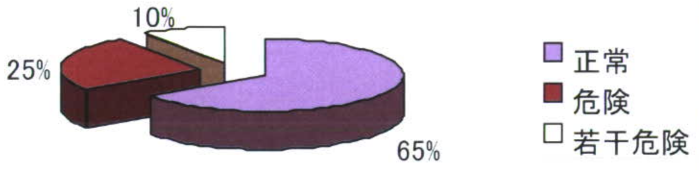


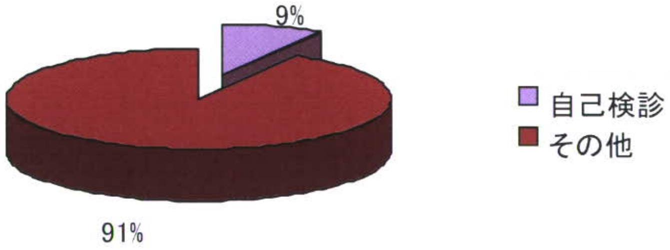
図 6　　20 代以上成人の自己検診結果



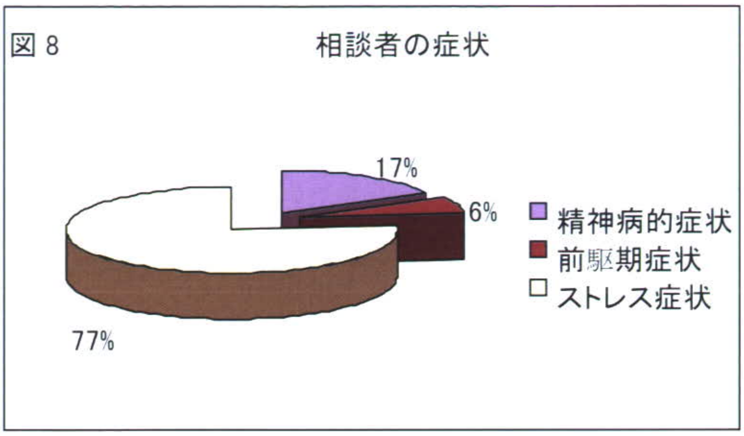
④早期介入の件数

自己検診ホームページが開設された 6 月から 12 月までの間に、自己検診サービスを通して来所相談を受けた者は 4 名である。その他、外部からの相談依頼（個人、福祉施設、相談センターなど）、危機管理チームによる相談依頼（24 時間電話、インターネット相談）を合わせると、計 47 件の相談があった(図7)。

図 7　　来所相談者の経路



47 件の相談者のうち、精神病的症状に該当する事例は 8 件、前駆期症状を見せた事例は 3 件で、その他の 36 件は一般的ストレス症状であった(図 8)。精神病的症状に該当する 8 件のうち、直接精神医療機関に紹介したのは 4 件、地域精神保健センターを通して精神医療機関に紹介したのは 3 件である。その他の 1 件は、紹介を拒否しているため、継続的に相談を行っている。



4)ホームページを利用した自己検診サービスの意義と課題

ホームページを利用した自己検診サービスの結果からは、ホームページにアクセスした者のうち、約 12%の人が自己検診サービスを受けていることが分かる。

しかし、自己検診の結果、危険群と判断された 701 人のうち、来所相談を受けた人は 4 人に止まっている。

ホームページを利用した自己検診サービスは、誰でも気軽に受けられるシステムであるため、医療機関での診断や治療に拒否感を持っている人にとっては、利用しやすいサービスになっている。

しかし、危険群と判断された者への相談介入は容易ではない。それは、精神疾患に対する社会的偏見や本人の病識の不足、精神疾患患者として見られることに対する抵抗感などが強く影響しているからであろう。

精神疾患への早期介入を実現するためには、啓発活動、危険群への相談介入率の向上、および前駆期、初発患者への支援プログラムの開発が課題となっている。

参考文献

韓国保健社会研究院(1999)『全国精神保健施設のプログラムおよび在院患者の実態調査』保健福祉部

中央精神保健事業支援団・韓国保健社会研究院・保健福祉部(2005)『中央精神保健事業団事業報告書』

ソウル特別市精神保健事業支援団・ソウル特別市広域精神保健センター(2007)『2007 年ソウル市精神保健施設現況』

ソウル市広域精神保健センター(2007)『ソウル市広域精神保健センター事業報告書』

自己検診ホームページ http://www.semis.or.kr/

(本章は趙香花による)

添付資料1

韓国の精神保健センターの分類と事業内容

	モデル型精神保健センター	基本型精神保健センター
必修事業	・地域精神保健事業企画及び財源調整 ・対象者発見、登録、依頼体系の構築 ・精神健康電話(1577－0199)の運営 ・事例管理 ・精神疾患患者家族教育と集まりの支援 ・自殺及び精神疾患の予防と精神健康増進事業 ・精神疾患偏見解消広報 ・地域精神保健諮問と保健福祉人力教育 ・ボランティアの管理と連結 ・諮問委員会及び運営委員会の運営 ・ディケア ・職業リハビリテーション	・地域精神保健事業企画及び財源調整 ・対象者発見、登録、依頼体系の構築 ・精神健康電話(1577－0199)の運営 ・事例管理 ・精神疾患患者及び家族教育 ・自殺及び精神疾患の予防と精神健康増進事業 ・精神疾患偏見解消広報 ・地域精神保健諮問と保健福祉人力教育 ・ボランティアの管理と連結 ・諮問委員会及び運営委員会の運営
選択事業	・広域/拠点精神保健センター事業（市・道から、その機能を与えられた場合） ・条件付き受給者へのリハビリテーション ・精神保健関連セミナー ・精神保健調査・研究事業 ・アルコール依存者のリハビリテーション ・居住施設の運営、または支援 ・精神科緊急診療、または緊急相談 ・児童、青少年精神保健事業 ・高齢者精神保健事業 ・ 産業精神保健事業 ・ホームレス精神保健事業、未認可施設の精神疾患診療及び管理 ・外来相談及び投薬診療 ・家族支援事業（後援金・品の連結、低所得層患者/家族の医療費支援など、社会経済的支援）	・ディケア ・職業リハビリテーション ・精神疾患患者の家族集まりの支援 ・精神保健関連セミナー ・精神保健調査・研究事業 ・アルコール依存者のリハビリテーション ・居住施設の運営、または支援 ・精神科緊急診療、または緊急相談 ・児童、青少年精神保健事業 ・高齢者精神保健事業 ・産業精神保健事業 ・ホームレス精神保健事業、未認可施設の精神疾患診療及び管理 ・外来相談及び投薬診療 ・家族支援事業（後援金・品の連結、低所得層患者/家族の医療費支援など、社会経済的支援）

中央精神保健事業支援団・韓国保健社会研究院・保健福祉部（2005）『中央精神保健事業団事業報告書』より、筆者作成

添付資料2

個別検診質問表

最近、1ヶ月間の生活、変化などを具体的に記入してください。

1)　私は、(　)才(　)年(　)月に、少しずつ変化が起きているのを感じた。

2)　私は、(　)才(　)年(　)月に、その症状が強くなった。

3)　私に起きた初めての変化は、(　　　　)だった。

4)　最近、自分が変わっていると感じる。(YES　NO)
どんな変化があったのか、具体的に書いてください。(　　　　)

5)　説明し難い、奇妙な感じを経験した。(YES　NO)
経験した奇妙な感じを具体的に書いてください。(　　　　)

6)　私は、他人が感じないことを経験する。(YES　NO)
経験した感じについて具体的に書いてください。(　　　　)

7)　他人にはない特別な能力を持っている。(YES　NO)
どんな能力か、具体的に書いてください。(　　　　)

8)　誰かによって、陰謀(被害)されるようである。(YES　NO) こんな考えは、1日(　)回ある。
陰謀(被害)の内容を、具体的に書いてください。(　　　　)

9)　私は、たまに現実と離れたことを考える。(YES　NO)
その考えは(　　　　)である。月(　)回

10)　私の話を他人は理解できないようだ。(YES　NO)
主に、どんな状況でそうなのか具体的に書いてください。(　　　　)

11)　何事をするにも、集中するのが難しい。(YES　NO)
どんな状況か、書いてみてください。(　　　　)

12)　感情で何らかの変化を経験した。(YES　NO)
私の感情は、(　　　　)そうである。

13)　洗うことやお洒落するのが面倒になった。(YES　NO)
その理由を書いてみてください。(　　　　)

14)　生活するエネルギが不足しており、何事にも意欲(興味)がない。(YES　NO)
このようなことは、学校、職場、日常生活に支障を与える。(YES　NO)
意欲がない理由を具体的に書いてください。(　　　　)

15)　最近、周囲の人との関係が変わった。(YES　NO)
どのように変わったか書いてください。(　　　　)

16)　一人で家で過ごす時間が長くなった。(YES　NO)
一人でいる時間に主に何をしているか書いてみてください。(　　　　)

17）　私の生活スタイルを他の人はおかしく思うようだ。（ YES　NO ）
どんな部分か書いてみてください。（　　　　　　　　　　　　　　　　）
他人がおかしく見ている理由を書いてみてください。（　　　　　　　　　　）

18）　最近、家族と葛藤がある。（ YES　NO ）
葛藤が起きた理由を書いてみてください。（　　　　　　　　　　　　）

19）　最近、学業（仕事）の能率が低下した。（ YES　NO ）

20）　最近、睡眠状態が良くない。（ YES　NO ）睡眠時間（　　）

21）　最近、体重が変わった。（ YES　NO ）　（　）kg （ 増　減 ）

22）　最近、ある種の考え（行動）が繰り返され、調節するのが大変だったことがある。（ YES　NO ）
最近、抜け出せなかった考え（行動）は、何ですか？（　　　　　　　　）

23）　最近、敏感になったり、不安を感じたことがある。（ YES　NO ）（　）回
理由、またはその内容を具体的に書いてください。（　　　　　　　　　）

24）　家族の中、精神科治療を受けたことがある人がいる。（ YES　NO ）
あなたとの関係（　　）問題（　　）症状（　　）継続期間（　　）治療有無（　）

25）　話したいことを自由に書いてください。
（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

第2章 イギリス、オーストラリアにおける精神疾患早期介入サービスの検討

1．オーストラリア：ORYGEN Youth Health

1）組織について

近年、精神疾患に対する Early Intervention Service（早期介入サービス）（以下、EI サービス）は、多数の国々で注目され、急速にその整備が進められているが、その中でもいち早く EI の重要性に注目し、先駆的サービスを提供してきたのがオーストラリアの ORYGEN Youth Health(以下、ORYGEN)である。ORYGEN はオーストラリア南東に位置するビクトリア州・メルボルンにある。

・メルボルンの西部・北部に住む 15～24 歳を対象とした、clinical service

・若者に起こる精神疾患に関する調査活動を行う research program

・教育や研修、啓発活動などを行う、awareness, resources and training program

以上の3つのプログラムより構成されている。スタッフは合計 240 人を超える大規模な組織である。ここでは EI サービスの実例として、上記プログラムのうちの clinical service（臨床サービス）を詳しく説明する。

2）ORYGEN の臨床サービス

ORYGEN は複雑なニーズをもつ若者を包括的に支援するために、様々な臨床サービスを用意している。ORYGEN の全体的な組織は次のとおりである。

① 青年評価チーム（Youth Access Team：YAT）
外部から紹介された青年と最初に接触し、評価するチーム。ORYGEN が最適なサービスであるかどうかが検討され、最適と評価された場合はケースマネージャーが割り当てられる。また他サービス利用者への時間外対応（夜間や休日）も担当している。

② ユーススコープ（Youth Scope）
初回エピソード精神病以外の精神保健に関する問題（うつ病、不安障害など）を扱う。

③ 個人的評価と危機評価（Personal Assessment & Crisis Evaluation：PACE）
メルボルン全域に住む 14～30 歳の、精神病に発展する危険性をもつ青年に対して働きかける。

④ EPPIC（Early Psychosis Prevention & Intervention Centre ）
精神病の早期診断と治療を行う（詳細は後述）。

⑤ ICM（Intensive Case Management）
精神病症状を呈して、他のサービスを利用することが困難であったり、複雑なニーズをもち集中的なサービスを必要としている青年を対象にしている。

⑥ IMYOS （Intensive Mobile Youth Outreach Service ）
集中的な訪問によるアウトリーチサービス。通院治療が困難で、複雑なニーズをもつハイリスクの青年を対象としている。

⑦ 集団療法(Group Program)
同じような問題に直面する仲間と出会い、問題に対処する方法を身につけたりする場として設けられている。

⑧ 入院治療（Inpatient Care）
病気の重症度や危険な問題により自宅で治療を行えない場合のために16床のベッドが用意されている。

⑨ 神経心理ユニット(Neuropsychology Unit)
発症に先立ち認知機能障害（ADHD や LD など）を呈している青年に、認知機能や行動・性格テストなどを行うために用意されている。

3）スタッフ構成、サービスの狙い・機能

上記のように ORYGEN は様々な臨床サービスを提供

しているが、その中で中核的な役割を担っているのがEPPICである。

EPPICのサービスは精神科医、看護師、臨床心理士、ソーシャルワーカーなどから構成される多職種チームによって提供される。サービス利用者(以下、利用者)一人一人にケースマネージャーが割り当てられ、そのケースマネージャーがケアプランを作成し、利用者を包括的に支援するための責任をもつ。ケースマネージャーは、利用者本人やその家族に病気や治療についての正しい知識・情報を提供する心理教育、認知行動療法などの直接的介入を行う他、必要に応じて利用者に有益な外部のサービス(教育、金銭問題、住居、就職に関することなど)を紹介する。精神科医の役割は、疾病の診断、問題の原因が身体的疾患ではないことを確認すること、薬物療法などの治療計画を作成することなど、その役割は限定的であり、あくまで利用者の支援全体を調整するのはケースマネージャーである。

EPPICでは、①精神病の初期症状を早期に評価し、治療を開始する、②初期治療へのアクセスを改善し、遅延を減らす、③再発の頻度や程度を緩和する、④精神病後の二次的な病態を緩和する、⑤社会的・職業的な機能や心理・社会的な成長の破綻を回避する、⑥家族の健康度を高め、ケアの負担を軽減する、といった目的から、上記のような包括的な介入をアウトリーチの手法を使って行う。年間の新規紹介数は約300件である。さらにピアサポートの取り組みも展開している。回復した利用者をトレーニングし、入院施設でリクリエーション活動を提供したり、Platform roomという部屋を開放し、そこを訪れれば利用者が気軽にピアサポーターとコミュニケーションできるよう工夫している。

2. イギリス:LEO

1)組織について

南ロンドンのランベスで活動しているLEOサービス(Lambeth Early Onset Service)は、EIサービスの効果を検証することを目的とした研究資金などによって設立された。対象は、精神病を発症した16歳~40歳の人で、2年間継続してサービスを提供する。

LEOサービスには、早期発見・評価チーム(The LEO Crisis Assessment Team : CAT)、地域チーム(Community team)、早期精神病専門の入院ユニット(Inpatient Unit)がある。さらに、精神病を発症するリスクが高いと考えられる症状を呈する青年のためのサービスと研究を行う前駆期外来(Outreach & Support in South London: OASIS)とも密接に連携している。

サービス提供の開始から終結までの流れは、オーストラリアのEPPICをモデルとして設計された。

2)LEOの臨床サービス

① 早期発見・評価チーム(The LEO Crisis Assessment Team :LEO CAT)

LEO CATは多職種からなる小規模なチーム(非常勤精神科指導医、非常勤チームリーダー、研修中の精神科医、心理士、看護師3人、管理者)で、新規患者の包括的アセスメントを行う。またLEOサービスにできるだけ早くアクセスすることを可能にするため、地域の医師(GP)への教育活動も行っている。

② 地域チーム(Community team)

包括型の地域生活支援サービスを提供する(詳細は後述)。

③ 入院ユニット(Inpatient Unit)

ファーストエピソードや、地域チームによるサービス利用中に再発した利用者のために、18床のベッドが用意されている。

④ 前駆期外来(Outreach & Support in South London: OASIS)

ARMS (At Risk Mental State)などの評価尺度を使用し、ハイリスクな青年をアセスメントする他、認知行動療法や薬物療法などを提供する。

3)地域チームのスタッフ構成、サービスの狙い・機能

LEOサービスにおいて、ORYGENのEPPICと同じような役割を担っているのが、地域チームである。地域チームはチームリーダー、非常勤精神科指導医、半日勤務の臨床心理士、研修中の精神科医、ケアコーディネーター(ケースマネージャー)6人、職業相談員(vocational worker)、健康管理助手2人、管理者で構成されている。

地域チームの狙いは、①できるだけ早く高質な治療へアクセスし、治療の遅延を減らすこと、②回復の機会を最大にし、病初期の再発を最小限にするために、2年

間の集中的なフォローアップを提供すること、③家族の負担を軽減することであり、アウトリーチの手法を取り入れた集中的なケースマネジメントを提供する。利用者にはケースマネージャーが割り当てられ、一人のケースマネージャーは約20人の利用者を担当することとなる。具体的なサービス内容としては、認知行動療法、薬物療法、職業訓練、集団療法、家族支援、心理教育などがあり、EPPIC と大きな相違点はない。サービス提供時間は月曜から土曜の9時から18時までである。

3. 小考察

以上、オーストラリアとイギリスの代表的なEIサービスを簡単に紹介した。両サービスの狙いや構成・機能は、多少の違いはあるものの、多くの点で似ている。これはLEO が ORYGEN をモデルとしているからであるが、両サービスの共通点からEIサービスに不可欠な要素が見えてくる。

例えば看護師やソーシャルワーカー等のコメディカルスタッフがケースマネージャーとなり、集中的なケースマネジメントを提供する点は、日本でEIサービスを展開する際にも取り入れるべきものである。青年の多様なニーズを正確に把握し、狭義の意味での治療だけでなく利用者の生活全体を支援するには、コメディカルスタッフの視点が必要である。さらに一つの専門職だけではどうしても発想が限られるため、様々な職種がケースマネージャーを担い、一つのチームの中で互いに協力し、発想や視点を共有することで、支援の質が高まるのではないだろうか。もちろん、同じ専門職でも、国が違えば受けた教育も取得しているスキルも違うので、日本でのチーム構成については更なる検討が必要であるが、精神科医をリーダーとし、その指示にコメディカルが従うという我が国の伝統的な組織図のもとでは、利用者本人や家族の多様なニーズに応え、彼らを包括的に支援することは困難であろう。

さらに、精神病をもつ本人だけでなく、その家族への支援にも力を入れている点も共通している。家族は、精神病をもつ本人が回復するために重要な役割を担うが、それだけでなく、様々な負担を強いられ、家族自身が支援を必要としている存在として認識されている。本人だけでなく家族もアセスメントの対象であり、ケースマネージャーと定期的に面会する機会が設けられている。

その他、注目すべき共通点としては、利用者自身や家族も EI チームの一員だという考えが取り入れられている点がある。ただ支援を受けるだけではなく、ケアプラン作成に主体的に取り組むことが望ましいとされている。それが困難な場合でも、ケアプランのコピーは利用者や家族に手渡されることになっている。さらにサービスを利用し回復した人々がトレーニングを受け、ピアサポーター(サポートワーカー)としてEIチームに加わっている場合もある。

このように、オーストラリアとイギリスのEIチームは多くの共通点をもっている。しかしその一方、両国での普及状況は全く異なっているといっても過言ではない。イギリスは2000年より本格的にEI普及に向けての整備が開始され、2006年には既に人口の3分の2以上をカバーするほど普及している(松本、2007)。一方オーストラリアは、2004年に行われた723の医療機関や当事者への調査で、自分の地域でEIサービスが提供されていると答えた人はたった17%であった(Hickie I et al. 2004)(具体的なEIサービスの数は不明)。

両国とも早くからEIサービスの有益性に注目しているにも関わらず、この普及状況の違いは何処から来ているのだろうか。それには様々な要因が影響しているであろうが、その大きな要因の一つに、政策展開の方法における違いが挙げられる。

イギリスでは、2000年の国家医療計画(National Health Plan)でEI整備が政府の義務であることが明らかにされ、2001年に発表された精神保健政策の実施指針(the Mental Health Policy Implementation Guide)でEIサービス普及にむけての達成目標と具体的モデルが提示された。さらにEIサービスを提供していることを病院の評価項目に組み込んだ。

オーストラリアでも国家政策でEIの必要性は謳われたが(National Action Plan for Promotion, Prevention and Early Intervention)、明確な目標設定や政策誘導の計画などは十分に準備されなかった。その結果、オーストラリアはどこよりも早くEIサービスを開始し、その成果を世界に向けて発信してきた国であるにも関わらず、未だ全国へ普及したとは到底言えない。一方イギリスは、オーストラリアよりサービスのバリエーション等において若干劣るものの、全国へ確実に普及するといった状況となったのである。