

もちろん、両国は医療制度を異にすることから、容易に普及の原因を導き出すことはできないが、政府が目指すべきサービスのモデルを提示し、医療機関がそれを整備するよう政策誘導が行われることが、EI サービスを全国へ普及させ、精神保健サービスとして定着させるには必要であると考え。

(参考・引用文献)

J・アドワーズ、P・D・マクゴリー著、水野雅文、村上雅昭監訳(2003)『精神疾患早期介入の実際—早期精神病治療サービスガイド』、金剛出版

茅野文、水野雅文(2007)「メルボルンにおける早期介入サービスの実例 ORYGEN・ユース・ヘルス—」『こころの科学』133、26-32.

松本和紀(2007)「イギリスにおける早期介入国の政策に採用され普及するサービス—」『こころの科学』133、33-39.

Department of Health(2000) the NHS Plan-A plan for investment, A plan for reform.

Department of Health(2001) Mental health policy implementation guide.

Department of Health and Ageing (2000) National Action Plan for Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health 2000.

Hickie I Groom G, Davenport T (2004) Investing in Australia's future: the personal, social and economic benefits of good mental health. Canberra: Mental Health Council of Australia.

Lan B Hickie, Grace L Groom, Patric D McGorry, Tracey A Davenport, Georgina M Luscombe (2005) Australian mental health reform: time for real outcomes. *The Medical Journal of Australia*, 182(8):401-406.

McGorry PD, Yung AR. (2003) Early intervention in psychosis: an overdue reform. *Aust N Z J Psychiatry* 37(4): 393-398.

ORYGEN Youth Health ウェブサイト
<http://www.orygen.org.au/>

Paddy Power, Philip McGuire, et.al (2007) Lambeth Early Onset (LEO) and Outreach & Support in South London (OASIS) service. *Early Intervention in Psychiatry*, 1:97-103.

(本章は石倉習子による)

第3章 養護教員との事例検討会

1. 構造

日時:2008年2月15日(土)

時間:15時~17時

場所:三重県津市教育委員会

出席者:野中猛(日本福祉大学)

西田淳(三重大学大学院)

岡崎祐士(東京都立松沢病院)

津市内小・中学校の養護教員

約20名

2. 内容

ケースマネジメントについての基礎を学び、その手法を使って実際の事例(精神疾患の早期と疑われる生徒)を検討した。

(事例概要)

1). 生活歴及び家族歴

中学2年生女子。共に40歳代の両親と、小学生の妹との4人暮らし。本人は運動部に在籍している。アニメが好きで性的表現の強い男性向けの漫画雑誌を好んで読んでいます。アニメ関係の友達がいる。

体型はやや太め。食事の様子に異常は感じられない。会話時吃音あり。家は駅から近く、学校までは自転車で15分程度の距離。家は狭く、祖母の部屋を一部屋間借りしている。父親は食品関係の仕事をしており、朝早く出勤し昼に帰宅する。母親はパートで働いている。妹も夜中1時から2時頃まで起きている生活で不登校気味。金髪に染めている。

本人は進学を希望しており、アニメの声優などになるため、専門学校に行きたいと話している。

2). 経過

中学1年の9月に初めて保健室に来た。その時の理由は、小学校6年生での洋上教室時、本人にとって嫌な体験した、それが突然蘇ったというものであった。一週間の洋上教室時の体験を養護教諭に詳細に話した。スクールカウンセラー(以下、S.C)へ相談するが、S.Cの出勤は週一回のためなかなか時間が合わない。(S.Cは本校が初めての着任で、以前はクリニックで心理士を

していた。)

S.C との面談ではA子は現実にいる友達B子と手をつないで逃げているなど、夢の話をよくしている。

養護教諭には「誰かに呼ばれて窓の外を確かめたが誰もいなかった。両親に呼んだ?と聞くが呼んでない」と話している。また、登校途中不審者に胸を触らたり、つけられたこともあるという。

中学 2 年生に不登校が始まる。リストカット痕を担任が発見し、家庭訪問で両親に報告するが、「だから何ですか?」と受け入れられなかった。以後、本人・両親と担任との関係は良くない。このことがあってからA子はあまり両親に対し自分のことを話さなくなった様子。

養護教諭やS.Cから母親に連絡し、面談を求めるが、いつも直前で断られてしまう。

現在はだいたい 11 時以降に保健室登校している。本人は「朝早く起きるけど、体が動かない」と話している。クラブにだけ出てくることもある。

中学2年の7月、「カットバンを貼ってほしい」と訴え震えていたため理由を尋ねると、クラブにだけ出ることによって周囲の人から「クラブにだけ来て何なん?」と言われ、帰宅後、家人の留守中にリストカットしていた。リストカット跡は前腕部に6本程度あり、女性用カミソリを使用していた。

12 月の終わりに三者面談で来校した母親と話す。「家では元気になっている。担任の先生と合わないので 3 年生になれば本人も登校すると言っている」と話していた。

運動は好きだが、試合などでは「相手側の応援が怖い」と話す。普段は前髪を長く垂らしている。

<養護教諭の考え>

母親と実際会って面談をしたいが、返事は良いもののまだ会っていない。学校でリストカットしたこともあり、そのことも両親に伝えているが反応は悪い。母親自身にこういう事態になった時の対処について能力が不足しているように感じる。

<S.Cの考え>

A子は相手によって自分の見せる顔を変えており一本化していないところが心配である

・1対1でそれぞれがA子と関わっており、関係者が集まる機会がない。

・生徒指導会議はあるが、話題は問題行動を起こしている生徒が中心であり、不登校などは養護教諭に任せられてしまうことが多い。

・事例検討会はなく、提案するが却下されてしまうことが多い(教頭で止まる)

4). 方向性

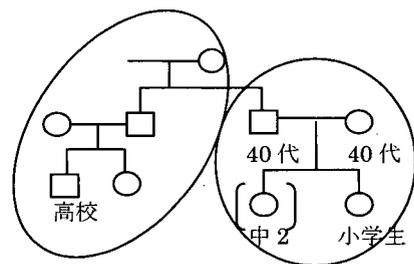
・両親をしっかりと呼ぶ→「本気で」呼ぶことを止めているのは誰?→緊急性がない、親が拒否しているという理由で全員が本気でない(暴れないと手を出さない)

・ここが動かないからダメではなくて→精神科医が言えば学校は動く→ならば精神科医を見付ける

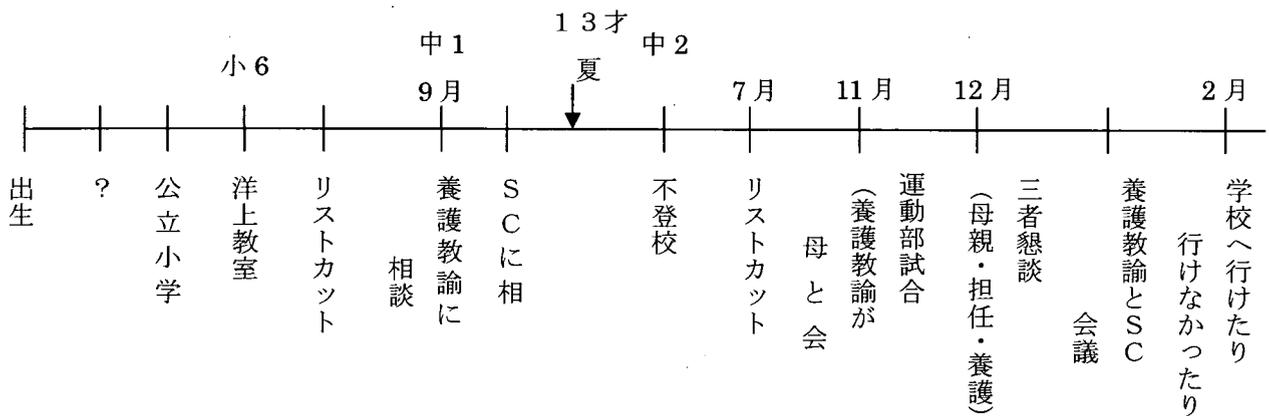
・一番受け入れやすい相談先はどういうものがあるか、レパトリーを考えておく

・まず両親に会って情報を得ると、意外なことがわかることもある(夫は子供のことよりも母親のうつで困っていたなど)

・なるべく説明は両親に対して一回で行う



3). 問題点



5).【野中による事例検討の時系列】

① 野中: 母親にはきょうだいはいますか？

養護教諭: 把握していません。

野中: この事例で、一番困っているのは母親。無関心な様子というのは、別な観点から見ると、どうしようもないと困っているサイン。一番困っている人に相談できる人がいるかどうかを知ることが大切なことです。

② 野中: 伯父さんの仕事はわかりますか？

養護教諭: そこまでは、わかりません。

野中: 親戚同士の付き合いはどうなのでしょう？

養護教諭: Aとはタイプが違い過ぎて疎遠なのではないでしょうか？

野中: Aの幼少期のことはご存知ですか？

養護教諭: わかりません。

野中: 事例検討は持っている情報でやるので、ある情報だけでいいんですよ。

③ 野中: SCはどのような方ですか？

養護教諭: 女性で30歳前後の方で、適応指導教室やクリニックでのカウンセリング経験はお持ちですが、SCは初めての方です。

野中: SCと担任、3人一緒に話す時はありますか？

養護教諭: 3人揃ってということはありません。やり辛いということではなく、3人共、時間がなかなか合わなくて、SCが週に1回という状況も厳しくて。

野中: それでは、先生が担任とSC、それぞれを繋いでいるんですね。一度に集まることのできれば、一回で終了できるのにな。

～フロアからの質問・意見～

⑤ 運動は上手なのですか？

養護教諭: 強くはないですが、好きなようです。でも、周りの応援する声が怖い、視線が怖いと言っています。前髪が長くて、常は顔を隠しているみたいですが、運動の時には、前髪を上げています。

④ Aの体型は？

養護教諭: ふっくらしていますが、摂食障害はないと思います。

⑤ 勉強の方はどうなのですか？

養護教諭: 本が好きなのですが、学校に来ていないので、成績は後ろから何番目といった具合で。テストも受けていないので、成績もつけることができない状況ですが。

⑥ 登校日数はどれぐらいですか？

養護教諭: 一週間に2日程度です。11時頃、昼休みの頃でしょうか、休み時間を避けてやってきます。

野中: 不登校の子どもは大体、クラスの子と会うのを避けるために、休み時間は外しますよね。

⑥ 人はいるのでしょうか？

養護教諭: アニメ関係の友達だけみたいです。12月の終わりに、同じ運動部の仲良くしていたキャプテンの女の子が転校してしまって。それも大きなショックだったと思

います。

⑧精神科にはかかっているのですか？

養護教諭： かかっていないです。必要となれば、医療機関の情報を持っています。

⑨教室は行くのですか？

養護教諭：保健室経由で行きます。教室へ入る場合でも、来たと言うこと伝えるように顔を見せてから行きますね。国語が好きみたいで授業にでますね。先生が女性ということもあるのかもしれませんが。

⑩休日の過ごし方は？

養護教諭：友達と遊びに行っています。名古屋へ行ったりすることもあるみたいで。

野中：服装はどんな風でしょう？

養護教諭：わかりませんが、制服はきちっと着ています。変形させることもなく。

野中：普段の服装が一番、その人自身を表しますよね。

⑪学校で事例検討会はないのですか？

養護教諭：以前勤めていた小学校にはあったのですが、今はありません。週に1度、生徒指導会議があるのですが、終わり間際の数分間が養護教諭の時間で、生徒の様子をゆっくり話す時間がないんです。事例検討会をして欲しいとお願いしているのですが。

野中：どこでストップがかかるのでしょうか？

養護教諭：教頭から必要であれば校長へ話が行くのですが……。そこまでまだ至っていないです。

野中：学校を動かすには、教頭の存在が大きいですね。

⑫顧問の先生はどのような方なのですか？

養護教諭：男性で年齢の若い方です。私の方からAの様子を尋ねていますが、進学

を希望しているということを聞いています。アニメの専門学校に行って、アニメ関連の、声優を希望しているようです。進路のこともあるので、少人数で授業を行う適応指導教室の話も保護者にはしたことがあります。同意はされているんですが、今は学校へ来て、どれだけ周囲がサポートできるかが大切だと考えています。

⑬リストカットの処置をした後はどうされているのですか？経過を見ることで、新しい傷を発見するということもできると思うのですが。白い包帯を巻いてほしいと言っても、カットパンにしておくほうがいいのか。
野中：ケースバイケースでしょうね。相手が何を求めているかによりますね。リストカットをパスポートにして話しをすることは損であることは伝えないといけません。この事例のリストカットは、いじめられていることを訴えていますね。

⑭父親との関係はどうなのでしょう？

養護教諭：母親はAのリストカットを知っていたのですが、言えなかったんですね。7月に学校で行ったリストカットについては、父親に話をして理解を示されていたのですが、でも、それ以上に発展しなかったことを思うと、母親の力の方が強いように思います。

⑮声の症状評価を行うのですか？

養護教諭：幻聴とか、多重人格かなって考えます。

⑯保健室で何かあると担任に連絡し、そこから学校長へ連絡が行き、ケース会議を開き、家庭へ連絡し、保護者が来校し、どうするか相談をしていますが、そういったものはあるのでしょうか？

野中：ケース会議はないし、保護者へは連

絡を取っているけれど、逃げられているのですよね。学校は緊急性がないと何も援助ができないということもありますね。ここが駄目ならあそこを動かせというように考える必要があります。両親が他人事のような顔をしてなぜ動かないか。それは、本当に困ってお手上げだからでしょう。Aは病院へ行かないと言っているわけではないが、親とは行きたくないし、一人でも行きたくない。

- ⑰特別支援検討会があります。SCと担任が、両親を何とか呼んで、受診に繋がったということがありました。

野中：ずっと通院することではなく、まず行ってみたいように勧めることが必要ですね。その際には、どういった相談機関がいいのか、いきなり精神科病院を勧められても、びっくりしてしまうでしょうし。精神保健センターがいい場合もあれば、保健所がいい場合もあるでしょうし。

- ⑱Aの話の傍で聞くことが大事だと思います。

野中：思いを言えることが大切ですね。自分のことを上手く言えるようにするために、SST(社会生活技能訓練)といった表現教室もあります。

- ⑲SCを利用することが多いです。

野中：そうですね。そして、両親と早く面接をすることが大切です。揃っていないと、聞いていないとか言っていないとか夫婦喧嘩をおこることになってしまいます。両親が揃うと、夫婦のやり取りであるとかさまざまなものも見られます。

- ⑳支援の役割分担をするのはどうでしょう。小学校からの情報提供を受けるとか。家庭訪問をする人を決めるとか…。

野中：生徒、親どちらにもいい顔をできる

人はいませんよね。そういう意味で役割分担は時々使いますね。家庭訪問はどうしても必要な時は行きますが、原則は家族を呼ぶべきですね。

- ㉑両親の心の不安定を取り除くことも大切だと思います。

野中：両親の面接でSCを利用することもいいと思います。実際は余りないでしょうけれど。連絡に応じながら、実際には来ない、この受身的な拒否は何か、子どもにも同じパターンがあるのではないかなど、会って情報を取ることが必要ですね。

- ㉒家族には信頼できるDrがいるのでしょうか？

例えば、校医に事前に事情を説明し、受診を促してもらうこともできるのではないのでしょうか？

養護教諭：病院へは、ほとんど行かないですね。さすがに高熱が出た時には行ったようですが。

野中：校医に伝えたらどんな様子ですか？

養護教諭：伝えましたが、「そうか」という返答のみでした。

岡崎：ひどくなる前にほとんどの人がどこか受診しているんですよね。でも、その対応が悪くて、抵抗感を持ってしまって、治療に繋がるまでに時間がかかってしまうんです。大変な思いをねぎらうなど、その気持ちを受け止めることが大切ですね。

【支援計画設定】次図参照

#1 養護教諭とスクールソーシャルワーカーを中心に話し合いをもつ。

#2 学校内に支援チームを組織する。

(養護教諭、担任教師、SC、学年主任、教頭、小学校からの情報、精神科医等の助

言など)

#3 父母と連絡をとる。

父母も疲労したり困惑したりしている。家庭訪問や父母面接を行う。将来的には父母の会なども考慮する。

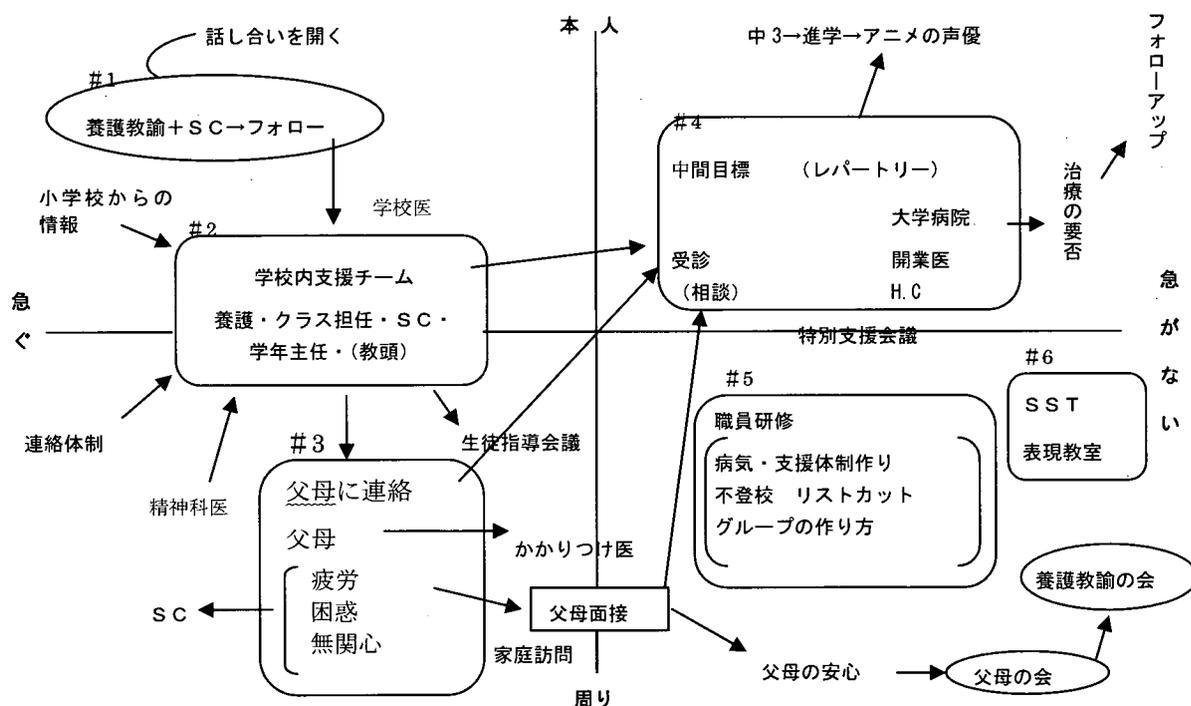
#4 医療機関受診が中間目標となる。

受診しやすい機関のレパトリーをそろえておく。受診の仕方も計画的に行う。診断に

よっては治療計画が必要となる。

#5 職員研修において、疾病の知識、症状への対応、支援の仕方などを伝える。

#6 学校内に SST(社会生活技能訓練)や表現教室の機会を設ける。



3. 結果

事例検討を通して、生徒の早期支援を阻むものとして以下のものが挙げられた。

1).学校という組織の問題

- ・緊急性がないと学校は動けない
- ・保健室に通う生徒は、「養護教諭の担当」のような雰囲気ができあがり、任せっきりになってしまう(対応の幅が狭まる)

- ・担任、スクールカウンセラー、養護教諭、学年主任など、関係者が集まりケース会議をする時間がない(関係者が効率的に動いていない)
- ・ケース会議開催を提案しても受け入れられない
- ・校医(内科医)は主に内科医なので相談にのってもらえない

- ・スクールカウンセラーの勤務時間は短く、カウンセリングも短時間で効果的な働きかけができない
- 2). 養護教員、他教員の問題
 - ・教師の、精神疾患の全般的理解、早期兆候についての知識が不足している
 - ・それらへ対応するための技能も不足している
 - 3). 家庭の問題
 - ・受診を勧めても親の反応が悪い
 - ・学校と家庭のコミュニケーション不足
 - ・親も困り果て孤立している場合もある
 - 4). 地域の支援体制の問題
 - ・どこに何を相談すべきなのかがわからない
 - ・関係機関のつながりがない、または薄い
 - ・精神疾患の早期事例に対して、地域が協力して対応するシステムがない
4. 小考察
- 1). ケースマネジメントを行う立場の人が学校内におらず、対応が遅れがちである。
養護教諭の機能拡大が現実的であろう。
 - 2). 本人や家族が病院に行くのではなく、学校でアセスメントを受けられる体制が必要である。
学校環境における相談体制整備が求められる。
- 3). 地域全体のネットワーク作りが前提となる。
学校・大学病院・民間病院・保健センターなどの医療機関・児童福祉関連施設・警察・当事者団体・家族会・民生委員など
 - 4). 生徒本人、教師、保護者に対する精神保健教育が必要である。
まず校長・教頭・教員にメンタルヘルスリテラシーの促進と早期介入の重要性をアピールする活動が必要となろう。
 - 5). 校医に対する啓発教育が重要である。
精神疾患の早期発見・早期治療のために、諸外国では一般医(GP)がキーパーソンであるとの認識が強いが、日本では校医が教師とともにキーパーソンになりうる。諸外国で行われている GP への教育のような機会が日本の校医にも必要であろう。
 - 6). 事例提供した養護教諭は、ケースに懸命に向き合っているにもかかわらず、対応がよくわからないまま、ケース展開が止まってしまい困っている。今回の検討会で新たな視点や問題解決のための糸口を少し見つけた様子であった。今後も具体的な事例検討の機会を積み重ねる必要があろう。
- (事例検討運営:野中猛、記録:石倉習子)

研究要旨:本研究では、学校を基盤とした早期介入システムの構築に向け、教職員や保護者などを対象とした技術研修、啓発研修のあり方を検討する。

目的・方法:①学校内の早期介入アプローチにおいて重要な役割を担う養護教諭などを対象とした早期介入に関する技術研修、②教員や保護者を対象とした啓発研修を試験的に実施し、今後、学校において早期介入アプローチを展開する際に必要となる技術研修や啓発研修のあり方を検討する。

結果:①津市内全公立中学校養護教諭を対象とした早期介入アプローチに関する講義研修、ハイリスク事例についてのケースマネジメント研修を実施した。②学校職員や保護者会ならびに地域の教育関連団体などと協力した啓発研修を実施した。

まとめ:養護教諭がハイリスク事例を早期に発見しても、その後の初期対応の方針をめぐって他の教職員や保護者との足並みが揃わず介入が遅れることが多い。早期介入に関する技術研修の対象を養護教諭のみならず、今後、スクールカウンセラーやスクールソーシャルワーカー、一般教職員に拡充していく必要がある。また、介入時に保護者の協力が得られるよう、日頃から保護者を巻き込んだ啓発研修を行う必要がある。地域の青少年育成事業とも連携し、地域・学校・保護者が一体となった啓発活動が定期的実践されることが期待される。

A. 研究目的

世界に先駆けて精神疾患への早期介入アプローチを進めてきたオーストラリアでは、近年、学校精神保健活動を早期介入アプローチの重要な軸として位置付け、その機能強化のための包括的な取り組みが全国的に展開されている。2000年以降、オーストラリアでは Mind Matters とよばれる国家的な学校精神保健活動が立ち上げられ、すでにその活動は全国の公立中学校・高等学校の8割以上に普及している。この活動の目的は、「若者の精神的健康の増進」と「精神疾患の早期発見・早期支援」である。特に、「精神疾患の早期発見・早期支援」については、

生徒に対する啓発教育のみならず、教職員を対象とした専門的な初期介入トレーニングや、ハイリスク事例への対応を学校や保護者、地域保健・医療機関が連携して行えるようにするための研修等が準備されている。この MindMatters の活動は、当初、中学校・高校を対象としたものであったが、近年では小学校を対象とした KidsMatters とよばれる活動も開始され、取組みの広がりをみせている。

一方、我が国における学校精神保健に関する取組みの状況は、近年、スクールカウンセラーの配置など一定の進展は見られるものの、予防や早期支援の視点から包括的に行われている取組みは未だ少

ない。一方、ハイリスク事例への対応等、現場の教職員が抱えている精神保健業務に関する負担は多く、生徒のみならず学校関係者をサポートする包括的な精神保健システムの必要性が示唆されている。

すでに精神疾患の早期介入の実践が行われている諸外国においては、GP が gate keeper としての主要な役割を果たしているが、本邦においてはそのような GP 制度が存在しない。そのため、それに代わるシステムやアプローチが必要である。学校を基盤とした効果的な早期介入アプローチを検討する必要性は GP 制度のある諸外国においてよりも、本邦においてより重要であると考えられる。

そこで、我々は学校を基盤とした早期介入システムの構築に向け、教職員や保護者などを対象とした技術研修、啓発研修のあり方について、幾つかの試験的な実践に基づいて検討を行った。

B. 研究方法

本年度、三重県津市教育委員会の協力の下、以下の教育研修会、啓発研修会を実施した。なお、以下の研修については、野中猛先生、宮田雄吾先生に講師を依頼した。

① 養護教諭を対象とした技術研修

津市内公立中学校全 20 校の養護教諭を対象とし、以下の 2 回の研修を行った。

- ・ 思春期の心の病気の早期発見に関する研修（精神病の初期症状の理解等を含む）（180 分）（西田）（概要：思春期に生じやすい精神疾患とその初期症状に関する説明、思春期精神保健および早期介入の重要性に関するエビデンスの紹介と解説、早期介入を実践するうえで必要となる技術研修の紹介とグループワーク）
- ・ 早期介入におけるケースマネジメント技術・ハイリスク事例のケースマネジメント（実際の事例検

討を含む）（180 分）（野中）（内容詳細は、野中猛先生分担研究報告を参照）

② 一般教職員、保護者等を対象とした啓発研修

- ・ 津市内公立幼稚園・小学校・中学校の教職員（約 200 名）を対象とした思春期精神保健に関する啓発研修（精神疾患の初期症状の説明を含む）（120 分）（宮田・西田）（内容詳細は、宮田雄吾先生分担研究報告を参照）

- ・ B 地区保護者・教職員（幼稚園～中学校）（約 50 名）を対象とした思春期精神保健に関する啓発研修（精神疾患の初期症状の説明を含む）（120 分）（宮田・西田）（内容詳細は、宮田雄吾先生分担研究報告を参照）

- ・ 地域青少年育成協会主催による幼稚園・小学校・中学校の保護者・教職員、地域関係者（教育委員、民生委員等）（約 250 名）を対象とした思春期精神保健に関する啓発研修（精神疾患の初期症状の説明を含む）（120 分）（宮田・西田）（内容詳細は、宮田雄吾先生分担研究報告を参照）

C. 研究結果

① 養護教諭を対象とした技術研修

今年度、養護教諭を対象とした早期介入に関する研修を 2 回実施した。この研修が実現した背景を若干説明する。昨年度、津市において思春期精神病理に関する疫学研究を実施し、その結果の詳細をまとめ、各協力校にフィードバックしたところ、津市内養護教諭保健部会がその資料を活用した勉強会を自発的に発足させた。その勉強会をどう発展させるかについて相談が養護教諭保健部会から当研究班に持ち込まれ、協議の末、早期発見・早期支援に重点を置いた研修を協力して行うこととなった。

現場の養護教諭たちの早期介入の重要性に関す

る認識は高く、実際にハイリスク事例を抱えていて、その対応や介入の方針について悩んでいるとの意見が多く聞かれた。例えば幻聴や妄想が出現し始めている生徒への対応に際し、スクールカウンセラーや保護者などと足並みが揃わない、医療機関へとつなぐことが困難など、比較的早期に発見してもその後の対応が遅れているケースが多いとの意見が出された。

以上のような養護教諭部会との意見交換にもとづいて、「早期発見に関する教育研修」と「早期発見後の初期対応における技術研修」を今年度に試験的に実施することとなった。

特に、ハイリスク事例のケースマネジメント研修(内容詳細は野中猛先生分担研究報告書を参照)は、今後も継続的した研修を実施してほしいという要望が多く参加者から出されている。また、養護教諭のみならず、学校内の他のキーパーソン(校長、教頭、生活指導担当教諭、スクールカウンセラー、スクールソーシャルワーカーなど)を対象とした同種の研修を実施して欲しいという強い要望が出された。

② 一般教職員、保護者、地域関係者を対象とした啓発研修

教職員のみを対象とした啓発研修と、教職員のみならず保護者や地域関係者を巻き込んだ啓発研修との2パターンを実施した。特に、後者の取組みに関しては、地域の青少年育成協会が主導し、学校や保護者会をとりまとめ、思春期の精神保健、特に早期発見・早期支援の重要性に関する啓発研修が大規模に行われた。今後は、学校関係者のみならず、このような地域の関係団体との連携を活かし、保護者等を巻き込んだ啓発活動をさらに展開することが期待される

D. 考察

学校を基盤とした早期介入アプローチを実現していく上で、関係者のメンタルヘルリテラシーの向上、早期発見能力や初期対応技術の習得が重要となる。養護教諭を対象として試験的に実施した早期発見と初期マネジメントに関する研修をさらに継続し、今後その効果を評価しつつ、他の学校関係者(スクールカウンセラーやスクールソーシャルワーカー、生徒指導担当教諭、一般教諭等)を対象とした同種の研修も網羅的に行っていくことが必要である。また、学校で発見されたケースを地域精神科医療につなげるための連携を強化する取組みを早期に具体化する必要がある。

また、学校関係者のみならず、保護者や地域関係者を巻き込んだ啓発活動を展開することによって、介入時の連携を速やかに進めることにも繋がると考えられる。地域の青少年育成事業と連携した啓発活動の可能性が示唆された。

E. 結論

学校ベースの早期介入システムの構築に向け、教職員や保護者等を対象とした技術研修、啓発研修を試験的に実施した。今後、今年度の試験的取組みの課題等を踏まえ、その方法をさらに体系化し、より対象を拡大して、その効果測定を行いながら適切な啓発研修・技術研修のモデルを構築する必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Nishida A, Tanii H, Nishimura Y et al., Associations between psychotic-like experiences and mental health status and other psychopathology among Japanese early teens. Schizophrenia Research,

99(1) 125-133, 2008.

2. 学会発表

第 27 回日本社会精神医学会:精神疾患の予防・早期支援における学校精神保健の役割:オーストラリア Mind Matters プロジェクトの理念と実践. 2008 年

2 月・福岡市

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定も含む)
なし

研究協力者

| | | |
|------|---------------|-------------|
| 宮田雄吾 | 大村共立病院 | 副院長 |
| 野中 猛 | 日本福祉大学大学院 | 教授 |
| 谷井久志 | 三重大学大学院医学系研究科 | 准教授 |
| 山岸若菜 | 安東医院 | 医療福祉相談室 相談員 |

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法則に関する研究」（主任研究者：岡崎祐士）
分担研究報告書

東京都における「思春期こころの相談・支援センター（仮称）」の設置に関連した英国・豪州の先行施策とわが国の精神保健の現状に関する調査

針間博彦¹⁾

1) 東京都立松沢病院

研究要旨

精神疾患の早期発見、相談支援および治療のために、都立松沢病院キャンパス内に相談支援システムを設置することについて検討するにあたり、英国および豪州の精神病早期介入システムについて調査し、わが国での早期介入システム実現のために必要な点と問題点を整理した。

A. 研究目的

1990年代、統合失調症の発症から治療開始までの期間（未治療精神病期間）が短いほど再発や残遺症状が少ないなど転帰が良いことや、発症後数年間（臨界期）の治療が予後にとって重要であることなどが国際的に広く確認され、豪州、英国などでは統合失調症などの初回エピソード精神病への早期介入が導入されている。その基本はかかりつけ医などに対する教育による専門医との連携強化、最初の3年間（臨界期）の継続的ケア、他職種共同での評価・治療計画などであり、具体的には訪問型医療である早期介入チームによって実施されており、入院の減少や医療費の減少など良好な結果が報告されている。

都立松沢病院キャンパス内には松沢病院、精神医学総合研究所、中部総合精神保健福祉センターが位置しており、ここに若者の精神病に対する早期介入（相談・支援・治療）のための「思春期こころの相談・支援センター（仮称）」の設置を試行することが、本研究の目的の一つである。こうした試行に先立ち、英国・豪州のシステムの調査を行うことを通じ、わが国における早期介入の実現可能性と問題点を検討する。

B. 研究方法

英国および豪州における精神病早期介入の経緯および施策に関する文献および公的資料を概観・検討し、また平成19年9月17日から20日にかけて、この面における先駆

的方策を実施している豪州メルボルンへの視察を行った。これらに基づき、英国・豪州とわが国の精神保健の相違に焦点を当て、わが国の精神保健サービスの利点と不十分な点を検討することにより、「思春期こころの相談・支援センター（仮称）」に求められる機能・役割と実現のための問題点を検討する。

C. 結果

1. 英国における精神病早期介入の医療制度化の経緯

英国では、精神保健政策の焦点は1990年代より早期精神病患者のために特化されたサービスを立ち上げることへとシフトした。このモデルとなったバーミンガム早期介入サービス Early Intervention Service (EIS) は、16歳から35歳で精神病初回エピソードを体験している治療1年目の若者を対象とし、精神病の「臨界期」である最初の3年間、包括的な精神保健ケアを行なうものであり、アウトリーチチームと住居/休息棟という2つの中核的要素を有し、家庭治療チームや一次医療リエゾンサービスから患者を紹介される。EISをもとにして立ち上げられた「統合失調症の影響を減少させる運動 (Initiative to Reduce the Impact of Schizophrenia; IRIS)」は政府からの委任により、精神病早期介入の臨床ガイドラインを作成し、これは以後英国に広がる早期介入の指針の出発点となった。「国家保健サービス計画」(2000年)において精神病早期介入が国家目標の1つとされ、以後、早期介入チーム (Early Intervention Team) が全国に

配置されている。早期介入サービスへの紹介元は一次医療（かかりつけ医）、地域精神保健チーム、急性期ケア、専門の早期発見チームなどがある。早期介入サービスは専門職チームによって行われ、各チームは1年間に30～50件を取り扱う。各利用者に1人のケアコーディネーターが割り当てられ、主にソーシャルワーカーが担当する。利用者とケアコーディネーターの割合は最大で15:1とされる。早期介入チームは従来から地域の専門サービスの中核である地域精神保健チーム（Community Mental Health Team; CMHT）、積極的アウトリーチ（地域）チーム Assertive Outreach (Community) Teams - (AOT or ACT)、危機解決/家庭治療チーム Crisis Resolution/Home Treatment Team、児童・思春期精神保健サービス Child & Adolescent Mental Health Services (CAMHS)、急性期入院病棟などと連携して医療サービスを提供する。

たとえば、南ロンドンのLambeth地区（約27万人）を対象とする早期介入サービスであるLambeth Early Onset (LEO) と Outreach & Support in South London (OASIS) サービスは、2000年の活動開始以後、患者の段階に合わせて、(1)LEO 危機評価チームCrisis Assessment Team (LEO CAT)：最初の評価・関与を担当する、(2)LEO 入院病棟：18床からなる急性期入院病棟、(3)LEO 地域チーム (LEO Community Team)：訪問型のフォローアップを2年間行なう、(4)OASIS：「リスクの高い精神状態 At Risk Mental State」の基準を満たす14歳から35歳までの人を2年間フォローアップする、という4つのチームへと発展している。

2. 豪州における精神病早期介入の取り組み

1992年、精神保健を促進し、精神保健問題による負担を減少する目的で「国家精神保健政策」「国家精神保健計画」が発表された。1998年、「第2国家精神保健計画」が発表され、5年間の精神保健改革の枠組みが示され、1999年、「精神保健促進・予防国家対策計画」が発表され、2000年、「精神保健促進・予防・早期介入国家対策計画」が発表され、ここに早期介入が国家対策の1つとして追加された。また、小学校・中学・高校の教員・生徒向けの精神保健プログラムが開発され、

教育現場で広く用いられて効果を上げている。

豪州メルボルンでは、メルボルン大学を中心に1992年、「早期精神病予防介入センター (EPPIC)」が、次いで1994年、ハイリスクの若者を対象とする「PACE クリニック」が設立された。2002年、これらを総合し15歳から24歳の若者の精神保健と評価と治療を行う「ORYGEN Youth Health」が発足した。これは、紹介された若者をトリアージチームが、精神病であればEPPIC、ハイリスクであればPACE、いずれでもない精神保健の問題であればYouthscape と呼ばれる外来へと振り分けるものであり、訪問サービスチーム、入院ユニット(16床)も有している。

3. わが国の精神保健サービスの特徴

地域精神保健：わが国では、本来予防的役割を担う保健所が各地域に配置されており、保健師の担当地区活動（訪問指導）という優れた制度があるが、精神保健に関しては社会復帰活動に重点が置かれ、精神保健の予防活動が十分に行われていないのが現状である。都道府県に設置されている精神保健福祉センターにおいては、精神保健福祉相談事業を行っているが、教育機関からの相談はわずかである。

学校精神保健：養護教諭が保健の授業を担当（兼務）しており、また小中学校ではスクールカウンセラーの配置が進んでいる。東京都では教育相談センターが都民からの電話相談・来所相談、教職員からの相談を受けているほか、各市区町村に教育相談室（所）が設置されている。だが教育相談においては発達障害が重視されており、精神病あるいはその可能性という視点がほとんど欠けており、そのため教育機関や教育相談センターと精神医療機関との連携は十分でない。

一方、わが国の精神科医療施設は精神科病院がすべての地域をカバーしているだけでなく、精神科診療所も多いのが特徴である。

D. 考察

英国・豪州のシステムおよびわが国の現状に関する上記の調査結果に基づき、都立松沢病院キャンパス内に早期介入センターを設置するにあたっての課題について考察する。

1. 相談

中部総合精神保健福祉センターでは従来、電話および来所による精神保健福祉相談の事業を行っているが、保健所や区市町村などによる地域精神保健サービスからの相談・紹介だけでなく、これまで少数であった学校からの相談・紹介を増やす必要があり、そのためには学校関係者に対し精神保健に関する教育活動を行っていくことが必要である。また、これまで相談は家族を対象に行うことが多く、患者への直接相談を増やすには、広報や啓蒙活動の方法を検討する必要がある。また、かかりつけ医の制度が定着していないわが国では、通常最初に受診することの多い内科や小児科の医療従事者に対し精神病に関する教育を行い、精神科医との連携を強化することが肝要であると思われる。相談にあたっては精神病、ハイリスク状態、その他の問題といったトリアージが重要であり、その基準を設けて相談員に周知すること、またそれぞれに対応した精神保健サービスの受け皿との連携を整備することが必要である。

2. 支援

相談・トリアージでは、入院あるいは外来治療を要するのか、あるいは治療は要さないが継続的支援を要するのかの判断が重要となる。継続的支援の方法としては、中部総合精神保健福祉センターでの本人・家族への相談継続、家族の家族講座への参加、同センターでの思春期デイケアの通所のほか、保健所・保健師との連携による継続的訪問が可能となるのが望ましい。また、学校との合同検討会などを通じて学校への支援を行っていることも必要である。さらに、松沢病院および他の医療機関に通院することによって外来診療の中でフォローアップを行っている方法も考えられるが、この場合は対象となる状態や期間を定めておく必要とあると思われる。

3. 治療

治療に当たってまず必要となるのは適切なトリアージとそれに対応した受け皿の整備である。すなわち、英国や豪州メルボルンのシステムに見られるように、少なくとも精神病状態、そのハイリスク状態、その他の精神保健問題を区別するシステムで対応すべきであると思われる。相談対象が家族であることが多い現状では、患者本人に対する説明と同意、また未成年者の入院治療に当たって

は保護者の同意が問題となる。治療方法に関しては、薬物治療、とくに抗精神病薬による治療の適応と方法に関するガイドラインを作成することが必要である。また、支援・治療を通じて、ケースマネジメントを導入することが継続的ケアを効果的に行うために要すると思われる。

E. 結論

今後わが国における精神病早期介入のためには、学校精神保健の面では職員・生徒に対する精神保健教育と精神保健機関との連携強化、地域精神保健の面では保健所における予防的事業の強化と学校精神保健との連携が重要であるが、本来、中部総合精神保健福祉センターはこうした関係機関からの相談業務を行っていることから、センターの機能・業務を整理・強化し、また同キャンパス内にある松沢病院における外来・入院による医療と連携することにより、早期介入のための有効なシステムを試行できるものと考えられる。今後は、試行の実現に向けて上に挙げた課題に取り組んでいく予定である。

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 針間博彦、石倉習子、西田淳志、徳永太郎、石川陽一、内海香里、大澤有香、神納光平、大倉雅、石本佳代、江尻真樹、今井淳司、浅野未苗、岡崎祐士 (2007) : 英国における早期治療介入の医療制度化の経緯と実際、臨床精神医学、36 (4) : 391-402

2) 西田淳志、針間博彦、石倉習子 (2007) : 英国の精神保健スタンダード&マニュアル (抜粋紹介)。こころの科学 2007年4月号 : 72-28

2. 学会発表

1) 山岸若菜、西田淳志、石倉習子、針間博彦、岡崎祐士 (2008) : 精神疾患への早期支援および予防活動における保健所の潜在的な役割と機能。第27回日本社会精神医学会、福岡

厚生労働科学研究補助金(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(主任研究者岡崎祐士)

分担研究報告書

東京都における思春期こころの相談・支援センター(仮称)の設置に関する研究

野津真¹⁾ 針間博彦²⁾ 西園マーハ文³⁾ 伊澤良介²⁾

- 1) 東京都立中部総合精神保健福祉センター
- 2) 東京都立松沢病院
- 3) (財)東京都医学研究機構 東京都精神医学総合研究所

研究要旨

精神疾患の早期発見、相談支援および治療のために、都立松沢病院キャンパス内において、松沢病院、精神医学総合研究所、中部総合精神保健福祉センターの3者による相談支援システムを設置することについて検討を行った。その結果、新たな別組織を作ることは困難だが、中部総合精神保健福祉センターの思春期特定相談に「思春期受入会議」「医師電話相談」を新設し、松沢病院との協力による「医師面接」を強化することによって一定の機能を確保できると考えた。

A. 研究目的

本分担研究の目的は以下の2点である。

- ①思春期事例の早期介入(相談・治療・支援)を効果的に行うために、松沢キャンパスにおける施設間の連携を強化し、都民サービスの向上を図る。
- ②中部総合精神保健福祉センター(以下中部センターと略)における思春期相談事例のうち、早期治療を要すると認められるものを専門外来につなぐ仕組みを構築する。

B. 研究方法

本研究を実施するに当たり、分担研究者4名および中部センター思春期業務連絡会メンバー11名で、概ね毎月1回の定例会議を開いて検討を行った。

後述のように、中部センターでは思春期特定相談事業及び種々の思春期関連事業が既に行われているので、それらとの整合を図りつつ無理のない実施体制を構築するために、解決

すべきいくつかの課題を抽出し検討を加えた。

(倫理面への配慮)

本分担研究は、思春期事例の早期介入を効果的に行うためのシステム作りが目的であるので、倫理的問題は生じない。

C. 研究結果

検討の結果は以下の4項目である。

- ①電話相談から相談事例の病理性を早期に把握し、本人の来所相談を促すために、医師による電話相談を設置する(平成19年12月から)。
- ②非常勤を含む相談員の判断を統一、一貫させるために、「思春期受入れ・処遇検討会議」を新設する(平成19年11月19日初回開催)。
- ③中部センター及び松沢病院の協力医師による、医師面接を強化する(平成19年12月から)。
- ④早期治療が必要と判断されたケースを、松

沢病院における分担研究者の新患担当日(毎週水曜日午後)に紹介する(平成20年2月から)。

事業体制の概要を図1に示した。

D. 考察

(1)精神保健福祉センターにおける思春期関連事業

精神保健福祉センターが行う精神保健福祉相談は、精神保健福祉法第6条第2項第2号「精神保健及び精神障害者の福祉に関する相談及び指導のうち複雑又は困難なものを行うこと。」を根拠としているが、その内容については、「精神保健福祉センター運営要領について」(平成8年1月19日健医発第57号保健医療局長通知)に、「心の健康相談から、精神医療にかかる相談、社会復帰相談をはじめ、アルコール、薬物、思春期、認知症等の特定相談を含め、精神保健福祉全般の相談を実施する。」と規定されている。

ここでいう特定相談に関しては、「精神保健センターにおける特定相談事業実施要領について」(昭和64年1月5日健医発第3号厚生省保健医療局長通知)がその事業目的として以下の4点をあげている。

- ①思春期精神保健に関する知識の普及。
- ②相談指導及び適応障害の早期発見等。
- ③技術指導及び技術援助。
- ④関係機関との連携の強化。

ここに見られるように、思春期における種々の精神保健上の問題を早期に発見し、適切に対応することは精神保健福祉センターの本来業務である。

ところで、全国の精神保健福祉センターはそれぞれの創意工夫によって、狭義の特定相談ばかりでなく、さまざまな事業を展開して

いるが、中部センターも以下にあげるような思春期関連事業をすでに行っているところである。

- ①思春期特定相談(電話・来所面接、家族講座)
- ②思春期問題事例検討会(地域事例の持ち込み)
- ③思春期デイケア(ハローグループ、ユースクリニック、ユースデイケア)
- ④思春期初期支援事業(学校アウトリーチによる技術支援、事例検討、講義・講演)
- ⑤教職員研修(教職員研修センターとの合同研修)

限られた人員でこれらの事業を行っているため、研究目的を遂行するためには、相談係における業務の見直しと再構築が必要である。

(2)中部センターにおける思春期特定相談の特徴と問題点

現状の思春期特定相談は以下の流れに沿って行われており、いくつかの特徴がある。

- ①電話相談は主訴の傾聴から問題点の整理、各種情報の提供及び若干の助言を行って相談者に返すことを旨としており、原則的に匿名で行っている。
- ②問題の複雑困難性や相談者の希望に応じて、来所相談の予約を行うが、この段階ではじめて相談者の氏名などが特定される。
- ③実際の相談者は本人より家族であることが多いため、個別の相談支援に加えて「家族講座」「家族グループ」などに力点が置かれている。
- ④家族支援を継続する中でようやく本人が登場するというケースが少なくないため、本人支援が具体化するまでに、時には年余の時間経過となることがある。

⑤広域行政をになう東京都の機関として、保健所、児童相談所、教育相談機関、医療機関など多方面との連携が重要だが、都民からの直接相談（一次相談）は地域相談機関が行い、中部センターは専門性を生かした二次相談を担当するという、重層的相談体制が定着してきている。この事業は都民（本人）からの直接相談を想定しているところから、行政上の役割分担の面で整理が必要である。

現行の思春期特定相談の流れを図2に示した。

(3) 検討課題と解決策

中部センターにおける思春期特定相談の特徴や問題点をあげた上で、検討すべき課題を抽出したところ、以下の5項目があげられた。

①新たに別組織を作ることは困難であるので、既存事業との無理なく接続することを目指すなければならない。一方現状では、非常勤を含む相談員の個別の対応に、時に差異が認められるので、統一性、一貫性を確保する必要がある。

②家族相談主体から本人登場への働きかけを強化する必要がある。しかし、現状では医療要否の見極めなどの点で、本人来所を促す力が弱い。したがって、より説得力のある方法をさぐる必要がある。

③匿名電話相談から面接相談への導入を工夫する必要がある。電話相談には一回性という特徴があり、面接相談に誘導するのに相談員の対応のみでは十分でないくらいがある。

④医療機関紹介に関して、これまでは相談者の選択を尊重し複数紹介を行ってきたが、その仕組みを変更しなければならない。

⑤松沢病院との連携による介入・支援はこれまで実績が少ない。

これらの課題を解決すべく検討を重ねた結

果、以下の案がまとまったので、これらを含めた相談体系、フローチャートを作成した（前出図1）。また、一次相談の位置づけ問題に関しては、当研究事業の意義に鑑み、当分の間現行通り行うこととした。

①医学的判断を含む的確な処遇方針を検討、共有するための会議体を新設し、初回来所後及び継続相談中必要に応じて提出、討議する。

②電話相談における対応に、必要に応じて医学的判断を反映させるために、医師による電話相談を試行する。

③これまで以上に、医師面接相談を強化するとともに、松沢病院医師も参加することによって松沢病院との連携を図る。また、早期治療を要するケースを、松沢病院における分担研究者の新患担当日に紹介する。

E. 結論

思春期におけるさまざまな精神保健上の問題に、早期介入（相談・治療・支援）を行うことの重要性は論を俟たないが、その方策を検討するにあたっては、まず以下の認識を前提とした。

すなわち、東京都における医療・相談資源の密度からすると、思春期事例を扱う機関は広く分布しており、またそのことによって都民の選択の幅が保持されていると考えられることである。したがって我々は一極集中的、自己完結的な「センター」を新設するという考え方をとらず、地域相談機関、医療機関等との連携を生かした機能を思春期特定相談に持たせることを検討した。

今後の課題としては、多くの都民に精神疾患の早期介入の重要性を知ってもらうための広報・普及活動、本人が引きこもってしまっ

いる場合の地域相談機関との連携による訪問活動、地域相談機関からの二次相談への対応強化などが考えられた。

G. 研究発表

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

研究協力者

菅原誠 井上悟 高田真規子 吉村栄
一 尾上孝文 柏木由美子 須田聡
福田達矢 川田深志 松本清美 池田
寿賀子

(中部総合精神保健福祉センター)

図1

中部センター思春期こころの相談・支援体制概略図

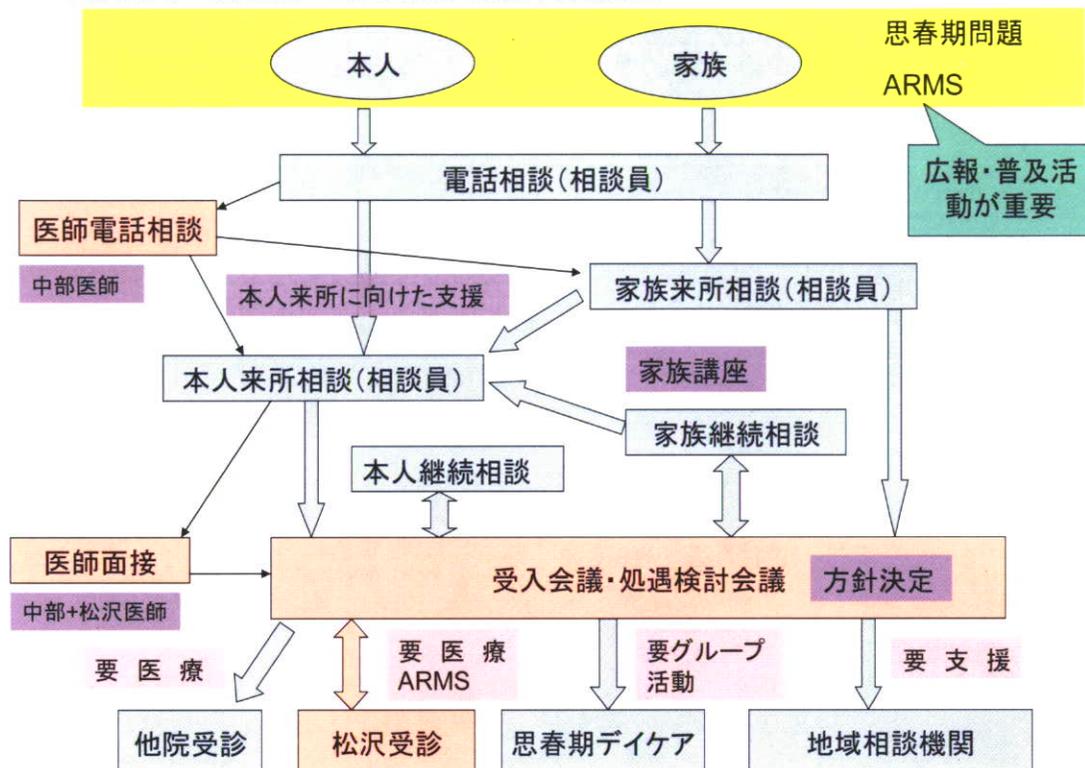


図2

中部センター思春期特定相談概略図

