

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

「思春期こころの早期支援・治療センター設置と試行に関する研究」

伊澤良介 東京都立松沢病院・医長

研究要旨

早期介入研究で先駆しているメルボルンと東京都(世田谷区)を比較すると後者で圧倒的に精神科医療施設が豊富である。早期介入には、疾患の啓蒙・教育と、既存の精神科医療機関との有効な連携が重要である。精神疾患の早期発見・支援のために、東京都中部総合精神保健福祉センターの機能を強化し、またそれを治療に結びつける道筋をつくった。前駆期統合失調症の生物学的指標について、文献のレビュー、抄訳集の作成を行った。

A. 研究目的

当該分担研究者は、「思春期こころの早期支援・治療センター設置と試行」について担当しており、本年度はこのための準備を行った。

B. 研究方法

1) 早期介入において先駆的な業績をあげている、メルボルンの早期介入センター(ORYGEN)を訪問し現状の視察を行った。

2) 東京都における精神保健・精神科医療のシステム現状について調べ、また東京都中部総合精神保健センター内に「仮称・思春期こころの相談・支援センター」の設置について検討した。

3) 早期支援・治療の段階における、生物学的指標の変化(脳形態、脳血流、遺伝子)の調査のための検討を行った。

C. 研究結果 と D. 考察

メルボルンと東京都世田谷区の精神科医療機関数及び精神科医数の違い

ORYGENはメルボルンの西部、北西部の約80万の人口をその対象としており、そこでは14人の精神科医が活動している。その地域のORYGEN以外で活動する精神科医は約10人であり、合計して24人の精神科医

が80万人の人口を受け持っている。一方東京都立松沢病院の所在する東京都世田谷区には、同じ約80万人の人口があるが、精神科、神経科を標榜する医院、病院が54あり、(この中には都立松沢病院、都立梅ヶ丘病院が含まれ、この2病院だけで41人の常勤精神科医が在職している)、少なく見積もっても100人以上の精神科医が活動している。すなわち、東京都世田谷区においては、ORGENが開設される前のメルボルンのように、精神科医療機関・精神科医の不足が問題とはなっていない。

西園らの調査(分担研究西園報告参照)によっても、思春期症例が単科精神科病院、総合病院精神科、一般精神科クリニック、児童思春期を中心とする精神科クリニックとさまざまな精神科医療機関を利用していた。そこへの紹介元は、学校養護教員あるいはカウンセラー、及び内科・小児科が多かった。

東京都世田谷区において精神疾患への早期介入を促進するためには、早期の精神科受診を促すような、思春期児童とその周囲(学校、家族、小児科・内科かかりつけ医など)への精神疾患に対する啓蒙・教育活動、及び既存の医療機関への有効な連携が重要だと考えられた。

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

東京都中部総合精神保健福祉センターは、

既に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。これを強化し早期に精神科受診に結びつけるために、相談者に対して精神科医が直接行う相談、面接を強化し、また隣接する都立松沢病院への紹介する道筋をつくった(分担研究野津報告参照)。

早期支援・治療の段階における、生物学的指標の研究

本年度は、at risk mental state における生物学的指標研究の文献レビューを行い、文献抄訳集を作成した(生物学的研究文献抄訳参照)。当該分担研究者は特に神経心理学的課題の文献を担当したが、他

の神経心理学的課題と比し、言語的な記憶、学習、読みの異常を認めるとする報告が有意に多かった。発症を予測する課題の検討では、言語記憶課題の成績が発症を予測するとするものと、それを否定するものと両方の報告があった。本研究班においても、今後言語機能に関する調査を検討すべきだと考えられる。

E. 結論

本年度は以上のように、「思春期ころの早期支援・治療センター設置と試行」のための準備を、システムづくりと研究内容・方法の検討という2面について行った。

分担研究者 生野 照子 神戸女学院大学人間科学部

研究要旨

摂食障害への効果的な予防的介入・早期介入を目的として実践的研究を進めた。まず、若い女性におけるダイエットなどの実態調査を行ったが、顕著な痩身願望と低体重傾向がみられた。摂食障害の知識不足が窺われたことを踏まえて、大学生や高校生を対象としてミーティングや予防教育を実施した。高校生は教育授業の前後で体型やダイエットに対する考え方が大きく変化し、教育的アプローチの有効性が示唆された。また、年代別の摂食障害予防パンフレットを作成して配布した。社会的風潮への対抗としては、地域への啓発活動を展開した。自助組織との協働活動では、当事者のみでなくボランティアへの啓発効果も大きかった。

A. 研究目的

摂食障害はこの20年来、若者を中心に増加の一途を辿り、common disease ともいえる状況を呈している。従って、早急に早期介入・予防活動の具体的な方策を立てる必要に迫られている。本研究は、摂食障害に関する実態調査を行い、その結果を踏まえて予防活動を実施し、成果を確かめることである。同時に、近年我が国で活発化している自助活動との協働活動を行い、当事者が求めるところの早期介入の必要性を探ることである。

B. 研究方法

以下の3研究を実施した。主たる調査は神戸女学院大学人間科学部倫理委員会の承認を受けた。また、調査実施時に口頭や紙面で説明して同意を得た。

1. 痩身願望などに関する実態調査

①K女子大学生485名にEAT-26、BMI、アンケート調査。有効回答数485(BMIは417) ②K女子大学生633名にアンケート調査。有効回答数530。

両調査対象者は計1015名。質問項目は①ダイエットや痩せに対する主観態度 ②ダイエットに関連する事項 ③摂食障害についての知識の有無や疑問。

2. 摂食障害予防活動

①大学キャンパスでの予防活動：女子大生を対象とし、学生の自主的活動として「摂食障害ミーティング」を週1回大学内の一室で実施。『女子大生のダイエットについて』『正しいダイエットとは』『自分を知らう』『摂食障害について』『摂食障害の治療』などをテーマとした。

②高校生への予防教育：高校3年生184名（46名×4クラス）を対象として、保健の授業内で各々4回ずつ講義とグループディスカッションを実施。テーマは『青年期の心身について考える』『青年期の今をどのように感じているか』『青年期の心と身体を知る』『ダイエットの危険性と健康的な生活について』

『青年期の心身～摂食障害を中心に～』

③地域への啓発活動：対象は兵庫県内での広報により集まった住民。ダイエットの危険性を示唆し、発症の注意を促す講演会を開催。医師・心理士・栄養士・当事者の母親が講師。

④摂食障害予防パンフレットの作成

小学生・中学生・高校生の年代別に、ダイエットの危険性や摂食障害の知識を分かりやすく解説したパンフレットを作成し、配布。

3. 摂食障害自助組織との協働活動

①摂食障害ネットワークの開催：日本摂食障害ネットワーク第7回総会を2007年11月に開催。テーマは「変わる？ということ」。約300名が参加。

②家族会と本人の会の合同セミナーの開催：2008年2月に実施。50名が参加。テーマは「早期発見、早期治療って？」

C. 研究結果

1. 痩身願望などに関するアンケート結果

①女子大生の理想BMIは18.1であり、標準的体重より約10kgの痩せを望んでいた。低体重者は58%を占め、EAT-26では約10%に摂食障害傾向が見られた。ダイエットの方法は「食事制限」が最多であった。
②「ダイエットに興味がある」81%、「現在ダイエットをしている」30%、「摂食障害という言葉をよく聞く」47%、「過食症・拒食症について知っている」40%。

2. 予防活動のアンケート結果

①大学でのミーティングの感想文（N=6名）

「自らの経験を話し合うことで、ダイエットや摂食障害の危険性を自覚し、知識を深めた」「知識を得るとともに、生じた不安や疑問を質問として気軽に聞くことが出来た」という感想が得られた。啓発方法としては、トイレ・化粧室・食堂などのポスター掲示が有効であると分かった。

②高校生予防教育のアンケート結果（N=184）

授業前は、「自分の体型が気になる」76.1%「体型は人の印象に強く影響する」91.8%「私はもっとやせたい」62%「やせている人は好感をもたれる」50%「ダイエットは健康に良いことだ」33%「今後ダイエットをしてやせたい」64.1%「摂食障害についてよく知らない」57.9%「摂食障害は特別な人になる病気だ」41.8%。

これに対し授業後は、「人の体型は様々な個性である」97.5%「やせた体型が良いとは限らない」88%「過剰なダイエットは心身に危険」98.8%「やせすぎは身体に悪い」96.2%「やせすぎは精神に影響する」87.4%「やせすぎは摂食障害につながる」86.8%「摂食障害に気をつけねばと思う」86.7%「摂食障害をもっと理解したい」79.5%「今後、過剰なダイエットはしない」87.9%。

3. 年代別摂食障害予防パンフレットの作成

摂食障害に関する理解度は年齢によって異なるが、年代別のパンフレットは殆ど発行されていない。我々は小学生・中学生・高校生向けに分けて作成。小学生向けは『健康の大切さや、体重・体型の個別性』を強調。中学生向けは『無理なダイエットの危険性や摂食障害の基礎知識』。高校生向けは『摂食障害の弊害』を追記。絵や図を多用し、楽しく読めるようにした。兵庫県内中学392校に送付した他、新聞に取り上げられて広報効果が強まった。記事を読んで送付希望があった15か所にも送付した。

4. 自助組織での感想・討論

①摂食障害ネットワーク、合同セミナーとも当事者の会ということで、自由感想という形で意見を求めた。摂食障害ネットワークでは129人から回答があり、ネットワーク活動の継続や活性化を求める意見が大多数。ボランティア79名が「刺激を受けた」「今後も参加する」などと啓発されていたのが特徴的。家族会と本人の会の合同セミナーでは、親との関係性が大きく取り上げられ、親子の絆への信頼が早期対応や回復に影響すると話し合われた。

D. 考察

瘦身願望などに関する実態調査では、標準体重から約10kg痩せているなど、著しい痩せ願望とダイエット志向がみられた。食事制限などが日常的に習慣化され、低体重者が多いことも問題である。それに対して摂食障害の知識が十分に普及していない現状があり、発症の増加に影響していると思われる。こうした結果より、広く一般に対する強力な啓発や予防教育の必要性があると思われる。

大学キャンパスをベースとする予防活動は効果的であり、なかでも「痩せの温床」といわれる女子大での活動が有効とされている。筆者らは2000年からこうした予防活動に取り組んでいるが、本年度はト

イレ個室や化粧室など、目立つ箇所にポスターやチラシを置いて啓発活動を活発化させることを目指した。しかし、参加者は大きくは増加せず、学内で行うことの有効性とは逆に、このような活動に参加することへの抵抗感への対応が必要と思われた。しかし一方、参加できないが会合を知っているという学生も少なくなく、予防活動が行なわれているという認識自体が摂食障害の発症抑制に繋がるということも分かった。また、発症者への二次的予防活動として、個人的に相談できる窓口としてのセッションを行って見たところ好評であった。より参加しやすい環境を作るために、今後も工夫を続けるつもりである。

高校生への予防教育では、正しい食生活や痩せすぎることの弊害を知らせることができた。授業前後でのアンケートを比較すると、ダイエットや体型、摂食障害についての考え方に著しい差がみられた。ただし、いつまで社会風潮に抗することができるかが課題である。とはいっても、風潮に抗する「免疫効果」は十分に期待できるであろう。

地域の人々に向けては、栄養の重要性やダイエットの危険性についての講演会を開催した。まず講演会の広報を兼ねて、ダイエットや摂食障害に関するチラシやポスターを地域（公民館やスーパーなど）に掲示・配布した。講演プログラムは医師・心理士・栄養士・患者さんの母親が講師となって進められたが、母親の立場からの話が好評であった。同メンバーで予防活動キャラバン隊を結成したので、今後も引き続き活動を行う予定である。

自助組織との協働活動では、参加者から200以上の感想を聞くことができた。とくにボランティア79名が「刺激を受けた」「今後も参加する」などと述べていたのが印象的である。摂食障害は社会的要因の影響を受けて発症する病気であり、こうした不特定の若者の理解を促す機会を作ることも重要だと思われる。

E. 結論

今回は実践的研究として、多角的な試行を行ったが、いずれも有効な効果が推測される結果であった。ただし社会的要因の影響は極めて強いものであり、今後のフォローが必要と考えられる。

研究協力者：錦織 瑞、白江恭子、清水淳子、遠藤咲、西田玲子（以上、神戸女学院大学）、前窪悦子、津幡佳苗（以上、神戸女学院中高部）、木下朋子（甲子園大学）、三井知代（神戸親和女子大学）、野村佳絵子（龍谷大学）

○摂食障害の治療

- ・悩みや不安を解決するカウンセリングなどの「心理療法」が中心
 - ・体の症状を改善するための「医学的治療」、薬物療法や栄養指導
- ⇒摂食障害のことをよくわかっている専門家を受診
心療内科、精神科、心理相談機関 など

近くにこのような専門家を見つけない場合

- ・かかりつけの医師に相談する
- ・同じ病気で悩む人々が集まる自助グループへ参加する
- ・インターネットや専門書で知識を得る

摂食障害は、自分で「治そう」という気持ちを持つことが大切です。専門家はその手助けをしてくれる人なのです。

○自己診断をしてみましょう

各文章を読み、あなたによくあてはまる数字に○をしてください。

A 神経性無食欲症(拒食症)

1. 標準体重の85%以下
(あるいは、成長期なのに増えない)
2. 3ヶ月以上経く無月経
3. もっとやせたい、太るのが怖い
4. まだ太っている
5. やせていないと、私はダメ

B 神経性大食症(過食症)

1. 標準体重の85%以下ではない
2. 過食をコントロールできない
3. 嘔吐、下剤、あるいは絶食や過剰運動などで体重調節している
4. 過食や体重調節法は3ヶ月以上、週2回以上
5. やせないと、私はダメ

A、Bとも全項目が当てはまれば、拒食症または過食症が疑われます。
「正しい摂食」や「摂食障害」について学んでください。

本冊子は、厚生労働省科学研究費助成事業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)によるものである。
制作 = 白江 満水

摂食障害とは？

摂食障害とは、先進国を中心に増えている拒食症・過食症の総称です。

以前は「若い女性に特有の病氣」ととされてきましたが、最近では「誰でもかかる可能性のある病氣」と考えられており、男性や中年層まで広がっています。

○ダイエットについて
みなさんはダイエットをしたことがありますか？

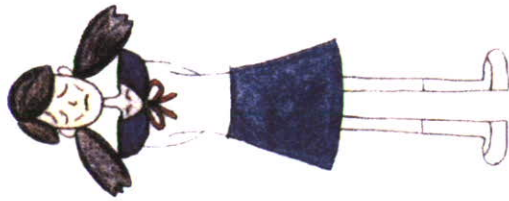
無理なダイエットの影響

・ 身体の症状

栄養失調、めまい、貧血、筋力低下、便秘、腹痛、無月経、ホルモン異常、乾燥肌、低血圧、冷感、不整脈、低血糖、むくみ、手足の冷え、低体温、骨の腐食、電解質異常、低身長、うぶ毛の密生、脱毛、脳萎縮、骨粗しょう症、自律神経失調、内臓の障害・萎縮、心不全、味覚異常、睡眠障害

・ 精神の症状

落ち着きのなさ、感情のムラ、知うつ、無気力、こだわり、無欲欲、無感動、性差別、自発性低下、決断力低下、集中力低下



上記の症状は体重を元に戻すこと、普通の生活のリズムに戻すこと、専門的な治療を受けることなどによって、ほとんどが改善されます。しかし、低身長や骨粗しょう症などの後遺症が残る場合もあります。

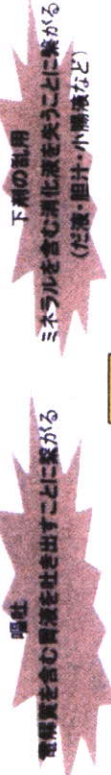
○摂食障害が身体に及ぼす影響について
やせるということとは…

- やせる
- 脂肪と水分の減少
- 筋肉の減少
- 骨の減少

減ってしまった筋肉は元に戻りにくく、骨はもっと戻りにくいのです。
⇒骨粗しょう症

低栄養状態が続く…

- 免疫力の低下
 - ホルモンバランスの崩れ
 - 全身衰弱
- (摂食障害の死亡率は摂食障害を発症した人の7~10%といわれています)



嘔吐や下剤の乱用により、ナトリウムやカリウムが大量に失われてしまいます。
とくに筋肉を動かすのに必要なカリウムが不足すると、筋力は低下し、心臓の筋肉も弱り、
不整脈が生じます。その結果、心不全が起こって死に至ることもあります。

○拒食症と過食症

拒食症
ダイエットや精神的な理由から食べること
を拒み、極端にやせる栄養不良で心身に
影響が出てくるが、病気の自覚が乏しい。

過食症
ストレスなどによる気晴らし食いや過食が習慣
となって発症する。拒食の反動で起こる場合も
多い。外見は健康な人とほとんど変わらないが、
病気の自覚があってもやめられない人が多く、
病気が長引いたりする。

過食症と拒食症の区別

過食症 正常あたりに体重がおさまっている。
拒食症 病的にやせている。

摂食障害の主な基本症状

- 体重や体型への強いこだわり
- 正常体重の最低限を維持することの拒否
- むちゃ食いをする(自制できない)
- 無月経(女性の場合)
- 好ましくない行為で体重増加を防ぐ
- 肥満に対する強い恐怖
- 自己評価が体重や体型に大きく左右される

○標準体重

健康を保つ目安として、「標準体重」という指標があります。標準体重とは、病気にかかりにくく、健康的に生活するための理想的な体重のことです。また、肥満度をみるにはBMI が使用されます。みなさんも一度計算してみましょう！

標準体重の求め方(平田法)

- 150cm以下 身長(cm) - 100
- 150cm~160cm 50 + (身長 - 150) × 0.4
- 160cm以上 (身長 - 100) × 0.9

BMI7.5 以下になると病的！

BMIの求め方

BMI = 体重(kg) ÷ (身長(m) × 身長)

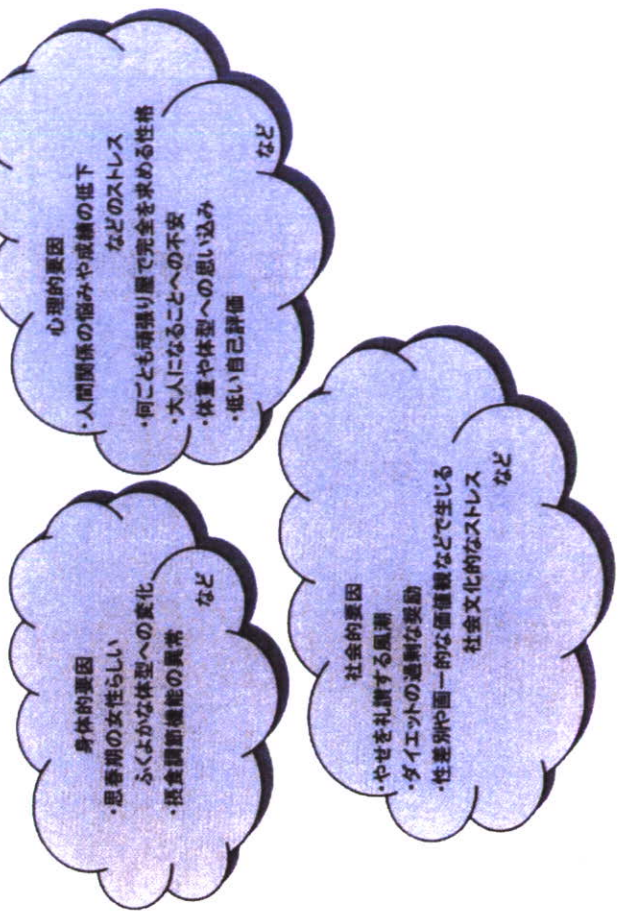
- やせ気味 18.5未満
- ふつう 18.5以上25.0未満
- 肥満気味 25.0以上

標準体重の85%以下になると危険！

* 医学的には22が理想的とされています。

○摂食障害の原因

摂食障害は、社会的要因・心理的要因・身体的要因が絡み合って発症すると考えられています。ダイエットは発症するきっかけになりますが、それだけで病気が進むことはなく、いろいろな原因や出来事が混じり合って病気を起こしたり長引かせたりします。



○標準体重

健康を保つ目安として、「標準体重」というものがあります。
標準体重とは、病気にかりにくく、健康的に生活するための理想的な体重のことです。また、肥満度をみるには BMI が使用されます。
みなさんも一度計算してみましょう！

標準体重の求め方(平田法)

150cm以下 身長(cm) - 100
150cm~160cm $50 + (\text{身長} - 150) \times 0.4$
160cm以上 $(\text{身長} - 100) \times 0.9$

BMI 17.5 以下になると病的！！

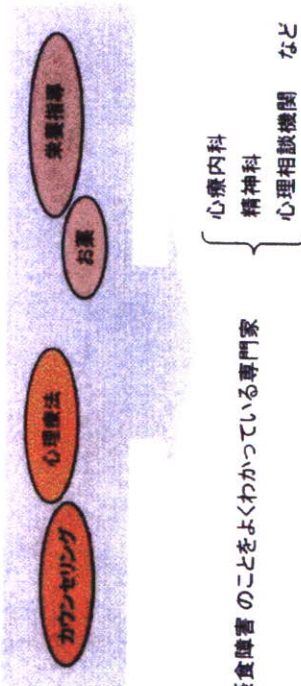
BMIの求め方
BMI = 体重(kg) ÷ (身長(m) × 身長)

やせ気味 18.5未満
ふつう 18.5以上25.0未満
肥満気味 25.0以上

標準体重の 85% 以下になると危険！！

* 医学的には 22 が理想的とされています。

○摂食障害の治療



近くにこのような専門家を見つけられない場合は・・・

- ・かかりつけの医者に相談する
- ・同じ病気で悩む人々が集まるグループに参加する
- ・保健室の先生に相談する
- ・インターネットや専門書で知識を得る

摂食障害は、自分で「治そう」という気持ちを持つことが大切です。
「おかしいな」と思ったり、何か疑問に思ったりすることがあれば、まずは誰かに相談してみましょう。

せつよくしょうがい

摂食障害ってなに？

やせている=かっこいい？

私たちが生きていくためには、食べることが欠かせません。

健康に過ごすためには、食事のとりかたが重要です。

みなさんは毎日きちんと食事をとっていますか？

テレビや雑誌で見かける「キレイ」「可愛い」「かっこいい」と言われる人達は、みんなとてもスリムですね。

しかし、やせすぎて亡くなってしまいうモデルさんが欧米などで問題となり、

スリム志向に歯止めをかける動きが始まっています。

では、やせすぎず太りすぎず、「健康」であるためには

どのようなすれば良いでしょうか？



○ダイエットについて

やせたいと思って無理なダイエットをしたことはありませんか？
 多くの人達が「やせてキレイになりたい」と思っているかも知れません。
 しかし、単品ダイエット・やせ薬・絶食・下剤などで急激に体重を減らそうとすると、スタミナ不足・栄養失調・貧血・生理不順・精神的不安定などを招きます。
 そのうえ、かえって体脂肪が燃えにくい身体になります。

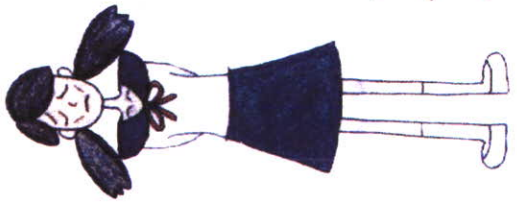
無理なダイエットの影響

身体症状

- 栄養失調、めまい
- 貧血、筋力低下
- 便秘、腹痛、無月経
- ホルモン異常、乾燥肌
- 低血圧、徐脈、不整脈
- 低血糖、むくみ
- 手足の冷え、低体温
- 歯の腐食
- 電解質異常、低身長
- うぶ毛の密生、脱毛
- 脳萎縮、骨粗しょう症
- 自律神経失調
- 内臓の障害・萎縮
- 心不全、味覚異常
- 睡眠障害

精神症状

- 落ち着きのなさ
- 感情のムラ
- 抑うつ、焦燥感
- こだわり
- 無意味・無感動
- 倦怠感
- 自覚性低下
- 決断力低下
- 集中力低下



無月経になれば
危険信号！！

上記の症状は、体重を元に戻して栄養のバランスをとると、ほとんどが改善します。しかし、低身長・骨粗しょう症などの後遺症が残ることもあります。
 正しいダイエットの基本は、かたよりのない食生活をすることです。
 1日30品目摂取するように心がけましょう。
 自分にとってダイエットが本当に必要なかどうか、よく考えてみてください。

○摂食障害とは？

摂食障害(拒食症・過食症)とは食べる行動に障害がみられる病気で、身体と精神の両方が関連して起こります。

★ あなとも注意！！ ★

以前は「若い女性に特有の病気」と言われていましたが、現在では「誰でもかかる可能性のある病気」と考えられています。

原因

- やせていることを美しとする風潮
- 心理的ストレス
- 特に思春期はストレスや悩みによって心が揺らぎやすい状態にあります。
- など



過食症と拒食症の区別

過食症: 正常あたりに体重がおさまっている。
 拒食症: 病的にやせている。

みなさんは、食事を、朝、昼、夜、ちゃんとたべていますか？
規則正しい食事は、

生きるためにとても大切なことです。
なぜなら、体を動かすには
エネルギーがひつようだからです



健康ってなに？

みなさんは『健康』について
考えたことがありますか??

健康ってどんなこと？

健康とは、どんなことでしょう。

- かぜをひかない
- 元気にしている
- 食べ物をおいしく食べる

など、いろいろと思いつくでしょう。

それでは健康について
考えていきましょう☆



本冊子は、厚生労働省健康科学研究費助成事業「肥満・精神科病棟の疫学と精神疾患の予防介入方策に関する研究」主任研究者 岡崎拓士) によるものである。
制作＝白江 清水

こう考えたことはありませんか？

「やせているのはかっこいい！」

だって・・・

テレビやさっしななどでみるタレントは
とてもやせている。

それらを見ると、
自分がすごく太く、かっこわるく
見えてしまうこともある。

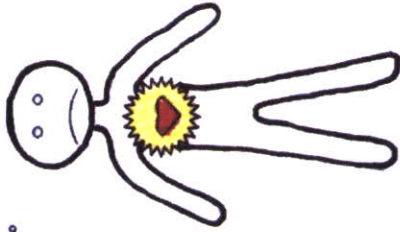
けれど、本当に、
「やせているほうがかっこいい」
のでしょうか？



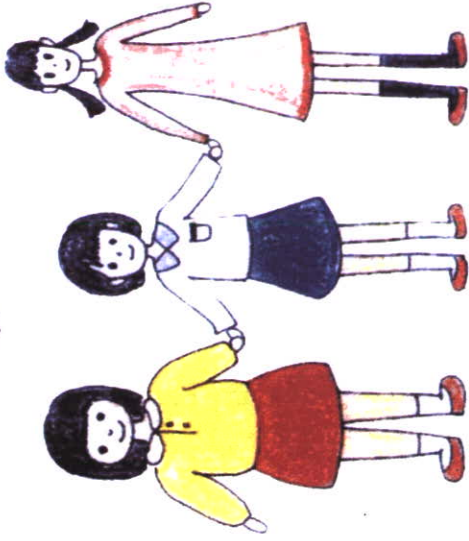
「やせたい」と思って、
食べるのをがまんしたことは
ありませんか？

「食べたい」けど「やせたい」
そんな気持ちになると
心にストレスがたまりま

人には心と体があります。
心がかれてくると、
体にもつかれが伝わって
体もくるしくなります。
たとえば、
宿題やじゅくで
いそがしいときは
体がだるくなったり、
かぜをひきやすくなったり
しませんか？



みんなちがって
あたりまえ！



みなさんの心や体は
すごいスピードで成長しています。
男の子も女の子も体に変化が出てきて、
友達とちがうところが
気になるかもしれません。
けれど、唇の子とくらべないで！
あなたはあなたのスピードで
成長しましょう。

体のことをからかうのはやめましょう。
からかわれて
イヤな思いをしたことはありませんか？

心と体はつながっているよ

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」(主任研究者:岡崎祐士)
分担研究報告書

思春期精神疾患を受診につなげる多職種連携の方法についての検討

西園マーハ文¹⁾ 伊澤良介²⁾ 針間博彦²⁾

1)(財)東京都医学研究機構 東京都精神医学総合研究所

2)都立松沢病院

研究要旨

思春期は、精神疾患の発生しやすい年代である。初発の時期には、集中困難、対人関係の問題、不安、抑うつ、不登校など、鑑別の難しい一般的な症状で発症することも多いため、正しい精神医学的評価と適切な治療計画を立てることが重要である。精神的不調に際し、最初に相談する場所は精神科医以外のことも多い。このため、医療機関受診までのプロセスに遅れや混乱がないよう、多職種で連携するための方法論について検討した。

A. 研究目的

思春期は、精神疾患の発生しやすい年代である。ライフイベントに反応した一過性の不調も多い一方で、統合失調症等、長期的な疾患の前段階も観察される。また、摂食障害のように、思春期の課題に大きな関連を持って発症し、その後数年のライフサイクルに大きな影響を与える疾患もある。これらの精神的不調は、初期段階では集中困難、対人関係の問題、不安、抑うつ、不登校等、表面的には類似した表現型を呈することが少なくない。このため、精神状態を正しく評価、鑑別診断し、治療が必要な対象については、早期に治療機関につなげることが重要である。しかしながら、医療の基盤にプライマリケア制度がない日本においては、受診の流れが滞ったり錯綜することがしばしばある。受診の流れは、その地域の治療資源の数や質にも左右される。本研究では、医療機関その他相談機関の多い首都圏の精神科医療機関を受診する若年患者が、どのように初診し、精神科治療を活用しているか、その際に精神科医療機関以外の相談機関や職種が果たす役割等について検討するための予備的調査を行った。

思春期の精神医学的問題の早期発見・早期

治療には、上記のような専門家間の連携以外に学校現場でのスクリーニングや生徒の相談行動を高めるための働きかけなども重要である。しかし、特定疾患のスクリーニングは望まない学校も多い。その理由は、その疾患に対する教育を十分専門的に行うのは難しく、その状態でのスクリーニングは、ハイリスクと判定された生徒を動揺させることや、その疾患に特化した対応が難しいことなどである。このため、より一般的なレベルでのメンタルヘルス面での援助必要者の同定や相談行動を促すための方法論についても検討した。

B. 研究方法

1. 首都圏医療機関を受診中の若年患者に関する研究

1-1 精神科医に対するアンケート

首都圏で精神科臨床を行っている精神科医にアンケート調査を実施した。精神科実務年数、勤務先の医療機関の種類等のほか、年間の中学生、高校生、大学生相当年齢の初診者の概数について確認した。また、若年者の初診の際の他機関との連携状況を知るため、小児科や内科等他の医療機関からの紹介数、養護教諭か

らの紹介数、スクールカウンセラーや大学学生相談室のカウンセラーからの紹介数等について記入を依頼した。また、中学生高校生の精神疾患の早期発見・早期援助に必要なと考えられる項目について回答を得た。

1-2 家族・患者に対するアンケート

上記の精神科医が診療を担当する若年患者とその家族で、研究に協力が得られたものに対し、本人および家族から書面にて同意を得た後、アンケート調査を実施した。患者対象の条件は、今回は予備的実態調査という目的を考え、疾患と年齢を少し広めに設定した。①発症が小学校高学年から20歳未満、現在の年齢が中学生から30歳未満、②病状は、児童期から明らかに発達障害が主診断となっているケースは除き、統合失調症圏、気分障害圏、神経症圏、摂食障害圏、パーソナリティ障害圏等のような症状でも可とした。発達障害の併存が疑われる場合、主診断が他にあり、その治療が中心となっていて、併存する発達障害の程度がサブクリニカルの軽症にとどまる場合は可とした。

調査内容は、初発時の症状やその時点での病状に対する認識、その後利用した相談・治療機関と利用の時期、それぞれの機関でのアドバイスとその有用性、複数の機関を利用することで治療について混乱があったか等である。病院探しを実際に担当した家族が記入することにした。本人が記入する場合は、家族にも確認して記入するよう依頼した。さらに、それぞれの症例に対し、主治医へのアンケートも行い、その症例の精神医学的診断、その症例の初診が時期的に適切であったか、遅すぎたと思われるか、その理由は何かなどについて回答を得た。

2. 高校生に対する調査

首都圏の私立男子高校にて、保健室勤務保健師とともに、生活習慣やストレス状況について聞くアンケートを作成した。その際、The 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)日本語版¹²⁾を使用してアレキシシミア(失感情症)の程度についても調査し、生徒たちが自分の感情状態

をどれだけ把握できているかについても検討した。今回の有効回答数は、1年生3年生1332名(該当者の89.1%)であった。結果の中で、睡眠リズム等生活習慣の部分と全般的なストレス状況などを中心に資料を作成して保健の授業で使用し、どのように受け止めたかについてアンケート調査を行った。

3. 上記のそれぞれの研究計画につき、東京都精神医学総合研究所研究倫理委員会の承認を得た。

C. 結果

1-1. 精神科医に対するアンケート

8名の精神科医が回答した。男性4名女性4名で、精神科実務経験は、平均16.4年(標準偏差SD6.2,最低10年,最大25年)であった。主な勤務機関は、単科精神科病院3、総合病院精神科2、一般精神科クリニック1、児童思春期を中心とする精神科クリニック2であった。アンケート結果は次の通りである。

(1)中高生、大学生の受診状況

1ヶ月の初診患者数(全年齢)は、パート勤務者が含まれるため、ばらつきが大きかったが、最低1例、最大36例で平均13.0(SD13.7)例であった。1ヶ月に15例以上の初診を担当しているのはすべて開業医であった。児童思春期精神科クリニックAにおいては、1ヶ月の初診者15例のうち、中学生2例、高校生2例、大学生相当年齢(アルバイト等含む;18歳-22歳)4例という割合であった。児童思春期精神科クリニックBにおいては、1ヶ月の初診36例のうち、中学生9例、高校生7例、大学生相当年齢1例という割合であった。一般精神科クリニックCにおいては、1ヶ月の初診30例のうち、中学生1例、高校生1例、大学生相当年齢2例という割合であった。今回の対象の単科精神科病院勤務医(パート医含む)は、初診数が月に5例未満であったが、その中では、高校生、大学生年齢の初診はあるが、中学生の初診者は見られなかった。統合失調症の早期を疑って経過観察をする中学生高校生

の初診ケースは、開業医 3 名と総合病院勤務医が経験ありと答えた。児童思春期専門の 2 クリニックでは、それぞれ、年に 5 例、10 例程度であった。一般精神科クリニック C では年に 3 例程度、総合病院 E 勤務医からは年に 8~9 例という回答が得られた。

(2) 中高生、大学生の初診者の紹介状況

中学生、高校生、大学生年齢が初診する際の、紹介経路は次の通りであった。

小児科や内科など医療機関からの紹介は、児童思春期精神科クリニック A で、若年(中学生、高校生、大学生相当:12~22 歳)初診者の 10.4%、児童思春期精神科クリニック B で 4.9%、一般精神科クリニック C では「ごく少ない」という回答であった。若年初診者中、養護教諭からの紹介や勧奨による受診者の割合は、児童思春期精神科クリニック A で 10.4%、児童思春期精神科クリニック B で 19.6%、一般精神科クリニック C で 10%であった。若年初診者中、学校のスクールカウンセラーからの紹介や勧奨による受診者の割合は、児童思春期精神科クリニック A で若年初診の 10.4%、児童思春期精神科クリニック B で 14.7%、一般精神科クリニック C で 30%であった。若年初診者中、保健センターの紹介や勧奨による受診者の割合は、児童思春期精神科クリニック A で 10.4%、児童思春期精神科クリニック B で、若年初診の 4.9%、一般精神科クリニック C では「少ない」という回答であった。総合病院 D の勤務医は、年間の若年初診 24 例中、スクールカウンセラー経由、内科小児科経由、保健センター経由がそれぞれ 4 例(16.7%)見られると回答した。総合病院 E の勤務医は、年間若年初診者 44 例中、養護教諭経由が 3 例(6.8%)、スクールカウンセラー経由が 2 例 4.5%、内科小児科、保健センター経由がそれぞれ 1 例(2.3%)であった。

(3) 中学生高校生の精神疾患の早期発見早期介入についての意見

この設問には 3 つの選択肢を示し、複数回答可とした。「受診が遅いケースが目立つわけでは

ない、現状で OK」という回答は 1 名で、この回答者は他の選択肢は選択していなかった。「養護教諭やカウンセラーなど学校関係者にもっと啓発をしたほうがよい」は、6 名が選択した。「小児科医・内科医にもっと啓発をしたほうがよい」は 3 名が選択した。早期発見早期介入を進める方法、またその過程での注意事項についての自由意見欄では、「早期介入をするための、児童思春期医療機関および医師の数を増やすことが必要」「思春期症例を対象とした、精神症候学の確立が望まれる」「精神科受診にはまだ抵抗がある世相なのでスクリーニングは内科小児科に任せ、彼らからの紹介で精神科専門治療を行う、学校でもメンタルヘルスに関する時間を設けて知識を伝達する」「若い統合失調症で、本人も混乱が激しくて SOS を出せず、両親がうつ病と違って対応していたケースを経験した。精神科医個人の努力だけでなく、学校、内科、小児科と連携して治療したり啓発したりすることが必要」などが挙げられた。

1-2. 患者・家族に対する初診状況に関する調査

(1) 基本属性、罹病期間、未治療期間

統合失調症 8 例、その他 7 例から回答が得られた。回答者は、本人 1 例、父親 1 例、母親 13 例であった。主治医による診断は臨床診断で可としたが、統合失調症 8 例中、5 例は DSMIV で 295.30、1 例は 295.90 と記載されており、2 例は、「初期統合失調症」という診断であった。統合失調症以外は、「不安抑うつ状態」2 例、強迫性障害 1 例、身体表現性障害 1 例、特定不能の双極性障害に特定不能の広範性発達障害を伴うと思われるもの 1 例、神経性無食欲症 1 例、不登校(神経症水準)1 例であった。神経性食欲不振症と不登校症例は総合病院に入院中であったが、他の 13 例は外来通院中であった。15 例の性別は男性 8 例、女性 7 例で、現在の年齢は、最低 13 歳から最高 29 歳、平均 19.3(SD4.1)歳であった。推定発症時期からの調査時点までの罹病期間は、全体で 63.3 (SD51.6)ヶ月で、統合

失調症群では、81.9(SD60.4)ヶ月、統合失調症以外(以下「その他の診断群」)では、42.1(SD31.0)ヶ月で、統合失調症群の方が罹病期間が長い印象があるが、その他の診断群との間に統計学的有意差は見られなかった。発症時の年齢は、全体では 14.0(SD2.6)歳、統合失調症群では 15.0(SD3.2)歳、その他の診断群では 12.9(SD0.6)歳で、統計学的有意差は見られなかった。発症から最初の相談機関までの期間は、全体では 0.96(SD 0.97)ヵ月、統合失調症群では 0.88(SD 0.52)ヶ月で、その他の診断群では 1.08(SD 1.43)ヶ月であった。最初の相談先から精神科初診までの期間は、全体で 7.0(SD10.4)ヶ月、統合失調症群では 4.5(SD6.1)ヶ月、その他の診断群では、11.1(SD15.1)ヶ月であった。発症から精神科受診までは、全体で 8.0(SD10.2)ヶ月、統合失調症群で 5.4(SD5.9)ヶ月、その他の診断群で 12.3(SD14.6)ヶ月であった。その他の診断群の神経性無食欲症例においては、精神科初診後すぐ通院中断し、その後他のクリニックを受診してすぐ中断という経過の後、最初の初診から 1 年数ヵ月後に治療開始という経過が観察された。

(2)最初の相談機関

統合失調症群 8 例のうち、5 例は、精神的不調について小児科・内科で最初の相談をしていた。このうち 1 例は同時期に保健センター、電話相談も利用していた。残り 3 例中、2 例は最初から精神科を受診しており、1 例は、担任に相談していた。

その他の診断群 7 例のうち、4 例は小児科・内科で最初の相談をしていた。このうち 1 例は、担任にも同時期に相談し、もう 1 例は、担任、保健室にも同時期に相談していた。残り 5 例については、精神科、担任、教育相談にそれぞれ 1 例が最初の相談をしていた。

(3)経過中のその他の相談機関

経過中にどのような相談機関を利用したかを確認した。上記の最初の相談機関も含めて 15 例中 10 例は、小児科・内科を受診していた。

このうち、5 例の受診先は、元々のかかりつけ病院、3 例はかかりつけではないが以前に受診したことがある病院、2 例は初めて受診する病院であった。その他の相談相手、相談機関としては(複数回答可)、担任 8 例、保健室 5 例、スクールカウンセラー 3 例、公的相談機関 4 例、開業カウンセラー 3 例、保健所 4 例、電話相談 3 例、身近な人 3 例であった。今回の対象では、インターネットを利用した相談は見られなかった。

(4)それぞれの相談先での体験とその後の紹介や連携

小児科・内科で相談した 10 例中 6 例は精神科受診を勧奨され、治療や服薬の必要性について概ね説明を受けていた。このような受診勧奨で、納得して受診できたケースもあったが、具体的な病院探しの援助がなかったために精神科受診には結びついていない例も見られた。「身体的異常はありませんので困ったらまた来てください」という対応に不満だったという意見も見られた。

担任にまず相談した症例では、スクールカウンセラーや精神科など専門家への相談を勧奨されたケースが 2 例あったが、精神科の問題というより「悩み」としての対応の方が多かった。

保健室養護教諭への相談は、今回の対象ではあまり多くなかった。「保健室からの連絡で、校医が家に電話してくれた」、「養護教諭に受診先を教えてもらった」、「学校生活を送る上では本人には心強かった」などのメリットが挙げられていた。

スクールカウンセラーへの相談も少なかったが、市の教育相談や精神科医など、外の専門家への紹介が比較的スムーズであった。「本人(子ども)にとっては担任より相談しやすかった」、「学内には問題がないという担任の言葉は納得できなかったが、外の人(カウンセラー)の方が相談しやすいと思った」などの意見もあった。

学校外の公的相談機関(教育相談等)の利用も少なかったが、発達障害が併存しているケースの親からは、「通学中の学校の担任、養護教

諭等に診断名を伝えるか等アドバイスももらえてよかった。」という意見が挙げられた。このケースは、結局、診断名は伝えないという選択をしたが、結果的に「診断名からくる偏見や誤解は避けられたが、個人面談などのたびに、担任から甘やかしが原因だと指摘されるのはつらかった」という意見が述べられた。

受診前の相談の回数は、1箇所には1-2回が多く、ほとんどが5回未満であったが、小児科・内科で5回が1例、担任には、6回1例、10回以上1例、保健室には「何回も」1例、保健所で5回が1例、電話相談5回が1例と、一箇所で抱えたままかなり時間が経過したと思われる症例も見られた。公的教育相談で20回相談、開業心理クリニックで15~20回相談という症例が1例ずつ見られた。治療的な継続面接だったと思われるが、これらのケースの家族は「専門医のアドバイスもほしかった」「悩みを聞くだけだった」と述べていた。継続的な心理面接を開する前の心理的評価に医学的評価を組み込む必要がある症例も存在すると思われた。

全般的な感想としては、「初診当時はスクールカウンセラーがおらず相談することが難しかったが、精神科受診が必要かどうかをスクールカウンセラーに相談したかった」、「教育相談の心理の先生には通っていたが、専門医に少し相談できたら、その後のパニックや暴力を少し防げた気がする」(発達障害の併存が疑われた症例の母)、「ずっと精神科に通っていたが、主治医から、親子の接し方など具体的なアドバイスがほしかった」などが挙げられた。

(5)初診時の認識

家族が、発症当時の精神的不調をどのように捉えていたかを確認した。統合失調症群については、8例中、「心の病気かもしれないので専門家に相談した方がよいだろう」、「その頃は病気と認識していなかった」が各3例、「身体の病気かもしれないので病院に行った方がよいだろう」、「身体の病気かもしれないが家庭で対処できるだろう」が各1例であった。その他の診断群の7

例では、「身体の病気かもしれないので病院に行った方がよいだろう」が3例、「その頃は病気と認識していなかった」が2例、「心の病気かもしれないので専門家に相談した方がよいだろう」その他各1例であった。

(6)経過中の受診行動とその認識

現在通院中の病院は、精神科医療機関として、1番目(1軒目)4例、2番目6例、3番目3例、5番目1例、6番目1例と多くの患者、家族が転院を経験していた。

精神科初診までの過程、また精神科初診後など複数の専門家に相談したために混乱したことがあるかという問いについては、混乱があったと回答したのは1例のみであった。初診のときも含めて、病院探しは大変だと思うかという問いについては、大変6例、容易3例、どちらともいえないが6例であった。「病院は探せたが、予約が何ヶ月か先で困った」という意見もあった。

治療について家族の中で意見がまとまりにくくて困ったことがあったかという問いについて、あったと回答したのは1名のみで14例はなかったと回答した。あった人は、「通院をよく思わない家族がいた」と記載していた。

(7)精神科医の認識

それぞれの患者につき、治療開始時期が適切であったかについて主治医の意見を聞いた。治療開始の時期について、「かなり早期に治療開始ができた」6例、「もう少し早く治療が開始できた方がよかった」3例、「特別早くも遅くもなかった」6例であった。このうち、統合失調症群8例では、「かなり早期に治療開始ができた」が5例、「もう少し早く治療が開始できた方がよかった」は1例、「特別早くも遅くもなかった」2例であり、治療開始が遅れたと判断されるものは少なかった。その他の診断群の7例では、「かなり早く治療できた」1例、「もう少し早い方が良かった」2例、「特別早くも遅くもなかった」4例であった。早く治療開始ができた症例について、担当医師が考える理由としては(複数回答)、「本人の治療意欲が高い」3例、「家族の治療意欲が高い」4例、「周

困りの受診勧奨が的確かつタイムリー」4例であった。もう少し早く治療を開始した方がよかったと判断された3例の理由(複数回答)は、「家族は受診の必要を感じていたが受診させられなかった」2例、「適切な医療機関が身近になかった」2例、「家族が受診を思いつかなかった」1例であった。

2. 高校生の調査

ストレスを「とても感じる」「やや感じる」の合計が59.9%、眠気を「いつも感じる」「時々感じる」の合計が83.3%、疲労感を「いつも感じる」「時々感じる」の合計が73.0%、腹痛を「いつも感じる」「時々感じる」の合計が32.0%と、不調を感じている生徒が多かった。睡眠時間も短く、10.7%が睡眠習慣が不規則、31.0%がやや不規則であった。起床後に頭が働くまで30分以上かかるという生徒が17.2%に見られた。アレキシシミアについては、TAS-20総得点が、1年生では、52.9、3年生51.5と3年生が有意に低く($P=0.029$)、年齢とともに感情面への気づきは向上していた。1年前のTAS-20総得点と、今年度の憂鬱感、腹痛、頭痛などの心身症状には関連が見られた。例えば、今年度憂鬱感が「いつもある」「時々ある」「たまにある」「ほとんどない」と答えた生徒の昨年度のTAS-20総得点は、それぞれ、58.8、54.2、51.7、50.0で各カテゴリー間に統計学的有意差が見られた。頭痛などの心身症状についても昨年度のアレキシシミアの程度が今年度の症状と関連していた。

結果の中の睡眠等についての解析結果を掲載した資料を用いた授業でのアンケート調査では、「日頃からメンタルヘルスのテーマに興味があるか」という問いについては、「はい」32.5%、「いいえ」33.7%、「どちらでもない」32.5%と、興味を持つものは少数であった。「今日の授業は興味深く聞けたか」という質問については、「はい」62.7%、「いいえ」10.8%、「どちらでもない」26.5%と、日頃メンタルヘルスに興味を持たないものの中にも興味深く聞いたものがあることが推測された。「この学校の集計結果を示し、その中で自分の

位置を考える」という方法については、「参考になった。自分の位置がわかってよかった。」が73.5%、「参考になったが、人と比較するのは嫌」が12.0%、「参考にならなかった」が8.4%、「どちらともいえない」が6%であった。

D. 考察

精神疾患の発症から受診までの未治療期間については、多くの研究があり、未治療期間の長さがその後の経過に影響するという報告がさまざまな疾患についてなされている。今回の対象は、少数であり、また、罹病期間が平均約6年と長いため、患者・家族からの調査の初診状況の記憶が正確でない可能性はあるが、予想していたよりも、最初の相談までの期間は短く、むしろ、その後精神科を初診するまでの時間が長かった。

最初の相談先としては、小児科・内科が多く、しかもかかりつけ医など過去に受診歴のある小児科・内科に相談するという相談行動が多かった。プライマリケア制度がある国においては、このような場合、軽い精神症状ならば、プライマリケア医自身が治療を開始する。もしプライマリケア医の治療の域を超えていると判断されれば、その地域の患者を担当する精神科専門病院が紹介される。今回の対象は、小児科医から精神科受診の勧奨はされているが、具体的な受診行動の援助がなければすぐには受診できない患者・家族もいることが示された。これは、今後の課題として、例えば、地域の医師会の中での紹介制度、あるいは、小児科・内科医から地域の保健センターで開催されている精神保健相談等への紹介、あるいは地区担当保健師への紹介などの工夫が試みられるべきだと思われる。現在、小児科・内科から精神科への紹介は、医師同士の個人的なつながりがあればスムーズに行くというレベルが多いかと思われるが、個人的なつながりでなくても紹介が確実に行われるような方法の検討が必要だと思われる。今回は、統合失調症群8例中6例は小児科・内科を受診し

ていた。精神科受診まで若干時間がかかったにしても、統合失調症群は、その他の疾患群よりは受診までの期間が短かった。統合失調症においては、ある時点で明らかに「精神科の範疇」という症状があらわれ、小児科・内科主治医にも家族にも精神科受診が必要だと納得されやすいものと推測される。この段階で、精神科医療機関の選択肢が少ない地域においては、すぐ受診に結びつく可能性もあるが、医療機関の多い首都圏においては、小児科・内科医も家族も、「病院を探す」選択の部分で、時間がかかっている可能性もある。小児科・内科医に対するこの時期の精神病理の啓発と、精神科紹介のシステム作りは非常に重要だと思われる。

今回は、既に学校は卒業している年代層の症例が多く、今回の対象が在校当時は、スクールカウンセラーが十分機能していない学校もあったと思われる。スクールカウンセラーは、外部の専門家への紹介のきっかけになることも多く、今後大いに活用すべきと思われた。養護教諭が精神科受診先を提示した例もあったが、養護教諭からの紹介や相談先は、校医(小児科医)が中心であった。精神科受診を急ぐと思われるケースは、養護教諭とスクールカウンセラーの間の協議、あるいは校医に準ずる精神科領域の顧問医を決めておくなどの方法が必要だと思われた。心理士による継続的カウンセリングの場合も、最初の時点、あるいは経過中に時々精神科医の評価を受けるなど、弾力的な協力関係が必要だと思われた。

今回の調査で、多くの患者が、早い段階で、既に受診歴のある小児科・内科を受診しているが、精神科側の受け止め方としては、小児科・内科医との連携や啓発はあまり重視されていなかった。かかりつけ医的小児科・内科を受診し、精神科受診を勧められながら精神科受診に至っていない患者層の存在に精神科医が気付いていない可能性もある。比較的早期に小児科・内科医を受診して患者が多いことを考えると、精神科との連携方法は今後充実させるべきであろう。

今回の対象では、統合失調症以外の疾患の方が精神科受診が遅れる傾向がみられた。この中には必ずしも精神医学的治療を必要としない例もあると思われるが、不安、抑うつなどの「よく見られる(common)」症状が、より重篤な精神疾患の症状である可能性もある。このためには、精神科医の評価を治療に組み込む方法を検討することが重要だと思われた。

今回は小規模研究であり、またほとんどの対象が、現在地域生活をしている、比較的適応の良い症例という偏りがある。また、統合失調症群には、かなりの若年発症者も含まれているので、この結果を一般化するには注意が必要である。治療機関別、疾患別、また疾患の病型別に同様の検討が必要であろう。

特定疾患の診断スクリーニングには抵抗があるが、メンタルヘルスに関する保健活動は充実させたいという学校は多い。今回学校調査で使用した、睡眠リズムの乱れ、アレキシミア等は生徒にも自覚しやすく、かつこれらは、非特異的ながら、その後、さまざまな心身症状に発展する可能性がある。このため、これらを活用して保健活動を行うのは有用だと思われた。今回の調査校では、調査の後、スクールカウンセラーや精神科医の面接を希望する生徒も観察された。学校での調査結果の中で、適切なテーマについては、保健教育で使用して相談を促したり、健診にも活用するなど、学校内の諸活動を関連させていくことで、生徒の関心も高まり、初回相談の閾値も下がることが期待される。

引用文献

- 1)小牧元ほか(2003)日本語版 The 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)の信頼性、因子的妥当性の検討心身医学 43, 839-846.
- 2)Taylor GJ (1997) Disorders of affect regulation alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge University Press, Cambridge.

E. 結論

現在通院中の若年患者調査では、思春期時代の精神的不調に際し、早い段階で、小児科医、養護教諭、スクールカウンセラー等に相談した症例が多かった。むしろ、その後、精神科医療機関を受診するまでの時間の方が長かった。統合失調症以外の疾患の方が、最初の相談の後、精神科を受診するまでの期間が長い傾向が見られた。治療を目的とした精神科紹介だけでなく、精神医学的評価を目的とした精神科紹介が必要な症例も見られた。これらの目的のためには、多職種間連携の方法をさらに向上させることが必要だと思われた。初回相談をさらに効果的に行うには、学校でのさまざまな保健活動の工夫も必要だと思われた。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1)西園マーハ文(2007) 学校保健. 摂食障害.-
新しい診断と治療の ABC47(切池信夫編)
192-198.最新医学社,大阪
- 2)西園マーハ文(2007)現代型摂食障害の病理と
治療理論の変遷:「流行」のはじまりから 30 年
の実態.慶應医学 84:157-163
- 3)西園マーハ文(2007)摂食障害の治療における
多職種連携.児童青年期精神医学とその近接
領域 48:422-428

2. 学会発表

- 1)西園マーハ文(2008)ダイエットはやめましょ
うはなぜ効かないのか摂食障害領域の予防学.
日本精神障害予防研究会・日本社会精神医学
会合同シンポジウム,第 27 回日本社会精神医
学会,福岡
- 2)玄葉道子,西園マーハ文,本多真(2008)男子高
校生のストレス実態について,第 27 回日本社会
精神医学会,福岡

H.知的財産権の出願・登録状況

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

精神疾患の早期介入のための地域資源に関する研究
主任研究者 横山 和仁 三重大学大学院医学系研究科 教授

研究要旨

精神疾患への早期介入の重要性への認識が広がり、わが国にあった方式を提案することが求められている。このため、本研究では、早期介入に必要な社会資源の確保について検討を行うと共に、当事者や各種関係者の実態とニーズを明らかにすることを目的に研究を行った。すなわち、早期支援・介入チームの確保の方策、患者・家族や保健師の実態とニーズおよび一般小児科医の現状について、分析を行った。これより、現在の精神保健福祉行政と公立精神病院・精神科の枠組みの見直しにより人的・財政的資源を得ることが今後の検討課題であることが示された。また、保健師や一般医等の関係者の寄与の在り方の検討が重要であると考えられた。。さらに、こうしたシステムにおける患者・家族のニーズの把握が不可欠となると思われた。

A. 研究目的

精神疾患への早期介入の重要性への認識が広がり、諸外国の例を検討しつつ、わが国にあった方式を提案することが求められている。このため、今年度は、早期介入に必要な社会資源の確保について検討を行うと共に、当事者や各種関係者の実態とニーズを明らかにすることを目的に研究を行った。

B. 研究方法

(1) 社会資源の確保について

①文献等の資料から、介入チームのサービスとコストおよび②費用効果・便益について検討を行った。さらに、ある公立精神病院の経営資料から、入院病床を削減した場合の収支について推定を行った。

(2) 保健師について

三重県および県内市町に所属している保健師約400名を対象として、質問紙(資料1)を用いて調査を行った(現在進行中)。質問紙の内容は精神病様体験(PLEs)を有する児童・

思春期事例の相談経験の有無、早期介入を推進するための保健師の役割・現状、今後どの程度早期介入のための時間を取ることが可能かなどと早期介入に関する意見(自由記載)とした。

(3) 患者・家族について

三重県の精神障害者の家族会所属の患者と家族を対象に英国の当事者団体Rethinkが行った調査を参考にしてインタビューを行った。研究の趣旨を口頭と文書で説明し同意が得られた統合失調症患者の家族を対象とした。インタビューでは、これまで受けてきた医療やサポートの現状、治療が開始されるまでの経過や、思いやニーズについて尋ねた。実施に当たっては、三重大学研究倫理委員会の承認を得た。

(4) 地域の小児科医について

三重県内の一般小児科診療に従事している小児科標榜医師(精神科、精神神経科、心療内科併記標榜医を除く)を対象として、資料2と3に示す質問紙を用いて調査を行った。質

問紙の内容は精神病様体験(PLEs)に関する項目を訴える患者を日常診療において診察したか否か、また、関連症例の経験の有無、およびその他の意見(自由形式)である。対象者はインターネット、電話帳にて勤務先、医師名などが検索可能であった三重県内の開業医および勤務医、計190名とした。実施にあたっては、三重大学研究倫理委員会の承認を得た。

C. 研究結果

(1) 社会資源の確保について

① 介入チームのサービスとコスト

英国の初期介入サービス(伊勢田・平賀, 2007)では、ケアコーディネーター10人、サポート(事務ほか)3人で1チームとし、人口100万人あたり3~4チームをおいている。これにより、1チームあたり年間120~150人を受け持ち、うち30~50人が新患となっている。サービスは午前8時~午後8時、毎日、時間外は他の代替サービスやオンコールスタッフで提供する。さらに、代替居住サービスを提供している。

これを参考にどの程度の労働サービスが可能か検討した結果は次の通りである。スタッフ1名あたり毎月160(週40)時間および休日・時間外20~40時間とすると、計180~200時間となり、13人では延べ2,340~2,600時間/月となる。このうち時間外(午後8時~午前8時の12時間)オンコール1名の分として延べ360時間/月が必要とし、残りの半分を介入・支援の直接業務(他の半分は管理業務、研修、教育等)とすると1チームあたり約1,000時間/月(12,000時間/年)が介入に充てられることとなる。新患30ケース、継続120ケースを受け持つとすれば、それぞれに1ケースあたりおよそ年間200時間(週4時間)および50時間

(週1時間)のサービスが提供できる。一方で、必要な人件費は、年間あたり医師1400万円(1名)およびその他750万円(12名)として、1チームあたり約1億円と見積もられる。人口100万人あたり3チームなら3億円/年である。

② 早期介入の費用・便益効果

介入によって減らせる年間新規入院数(α)は以下のように推定することが可能である。すなわち、対象人口(z)、ハイリスク者発生率(r)、介入率(β)、ハイリスク者における非介入時と介入時の発症率の差(x)、発症者の要入院率または重症化率(y)から、

$$\alpha = z \times r \times \beta \times x \times y$$

となる。

平成17年度国勢調査では、全国人口127,767,994名のうち10~14歳は6,014,652(4.7%)、15~19歳は6,568,380(5.1%)であったことから、早期介入対象人口を人口の10%と考える。すなわち100万人都市では $z = 10$ 万人である。また、統合失調症の年間発生率は人口1万人あたり2人であるので(菊池ほか, 2002)、この5倍のハイリスク者が発生するとして($r = 0.001$)、 $z \times r = 100$ 人/年となる。この程度であれば、上記の新患30人/チームの範囲でほぼ100%の介入とすることができる($\beta = 1$)。

x はデータが乏しいため0.1~0.9とし、 $y = 0.3$ (菊池ほか, 2002)とすると、 $x \times y = 0.03 \sim 0.27$ となり、 $\alpha = 3 \sim 27$ 人/年となる。一人あたり治療費用約50万円/月・入院3ヶ月(松原, 2004)として450万~4050万円/年の入院費減が見込まれるという計算である。

③ 医療資源の再編成:ある公立精神病院で病床削減のシミュレーションを行った。当該病院では、病床数350、外来患者数210/日、職員数210、平均給与・手当(年間)は医師