

気づくことや、専門家などへの紹介の方法などを知っていることは、大変有益なことだろう。また、復学した精神障害学生を含め、様々な精神症状を持ち、投薬などの治療を受けながら、大学の卒業を目指している学生が必要としている居場所の提供、履修登録、学習、試験などへのサポートは、学生相談室、保健師、あるいはソーシャルワーカーなどによる直接的な「公的」な支援よりも、私的な学生同士の助け合い(ピアサポート)の方が有効であることが多いことに異論はないだろう。

当大学では、今後ソーシャルワーカーを中心とした支援(つまり間接的支援)により、このようなピアサポート活動の支援を充実させ、精神病の学生に対する有効な介入(発見、相談、支援)を進めていきたいと考えている。その際、本学の身体障害学生(視覚障害、聴覚・言語障害、肢体不自由、病弱、身体虚弱学生など)に対して、健常学生も含めた「学び合う支援」の伝統を引き継ぎ、経験や実績を精神障害をもつ学生の支援に活かすための課題について検討し始めている。

(2) 身体障害学生の精神障害学生に対するピアサポートの可能性(インタビュー)

現在、この検討のひとつとして、身体障害学生にインタビューを行い、身体障害学生の精神障害の学生への支援(ピアサポート)の可能性について知ろうとする試みをしている。今回はその一人の学生へのインタビューを紹介したい。

① インタビューした学生(A)について

Aは肢体不自由学生であるが、現在は卒業し、障害者雇用枠で一般企業に勤め自立的な生活を送る傍ら、学生時代から続けている障害者についての理解を深める講演会活動や、身体、精神の別なく居場所を提供する活動を精力的に行っている。

学生時代のAの精力的な活動は、立ち止まっていろいろ考えると、一人ぐらしの不安(風呂に入るのは自力は困難で、真冬でもシャワ

ーということもあった)に始まり学業、卒業の不安、就職の不安が出てくるのを感じないですむためだったという。そのため、疲れて倒れて生死をさまよったこともあったということだ。

② Aが経験した身体障害学生に対するピアサポートについて

彼は、ピアサポートでは言いたいことを言い合うのが大切であるという。だから時として、その口のききかたや、やり取りが乱暴になる場合もある。しかし、どんなに相手と感情的なやりとりになっても、「相手の障害を責めるな」と自分にも、周りにも強調し戒めてきたということだ。この方法でかなり率直な関係が築いてこられたという。

また、Aによれば、身体障害の学生は、親などから可哀そうだと何でも買い与えられ、基本的にわがままになっている学生が多いという。また、養護学校などで支援を受けてきた障害学生は、その学生がやれることを中心としたプログラム(教科など)をこなしてきただけであるという。だから、高校まで、すべてを親や施設や学校でやってもらってきた身体障害の学生の中には、自分の障害によって、何ができ何ができないかわからない学生もいるという。しかし、だからといって、社会はそんな甘いもんじゃないとか、社会では通用しないといって、障害学生が成し遂げたことを否定するのは間違いであり、ひとつ一つできたことは評価することが(少なくとも卒業前までは)大切であると思ってきたという。

このような、「障害に触れずに率直に語り合う」「できたことは評価し合う」というのが肝心であるというのが、Aの身体障害学生に対するピアサポートの基本姿勢であった。

③ Aが出会った精神の問題を持った学生について

しかし、このような姿勢で精神の問題を持った学生に臨んだ場合、その障害が目に見えないので、率直なやりとりが難しかったというのがAの感想だった。「相手の障害を責めるな」

と言っても、障害自体が見えないのでどうしていいかわからなくなる。また、精神障害の学生の多くは、自己主張的ではなく、我慢に我慢して、最後に爆発することもあり、A は戸惑ったという。

また、精神障害の学生は、目に見えない分、周りに先回りされることは少ないかもしれないが、自分自身の症状や、何ができ何ができないか説明できないことが、身体障害の学生より多く、自らの偏見のためにそもそも障害を認めることを避けているのではないか、という印象をもったと言う。

A は、身体障害の学生の中には、話を聞いてほしい、わかってほしいという精神障害の学生の期待に応えることが難しい学生がいるという。つまり身体障害学生は、自分はどう乗り越えてきたかを語ることでいっばいで、相手が相談にきたのに、自分の話ばかりするということがあるという。だから、自分が乗り越えてきた障害に関してなら相手のがんばりを評価することはできるかもしれないが、自分が経験していない障害のことを果たして余裕をもって評価できるのだろうかと言う。

④身体障害学生は精神障害の学生を支援できるのか？

このようなことを語った A に対して、本当に「自らも障害をもっているから、精神障害の障害もわかるか」、つまり「ピアサポートができるのか」と問うたところ、少し考えたあと「障害をもっていることは、わかりあえる契機になるはずだと言いたい」と語った。

精神障害学生の中にも、「見える障害」の身体障害学生は、周りから優しくされてうらやましいという学生がいる。確かに「見える障害」と「見えない障害」の溝があることはわかってきたが、その深さはどれほどのものかははっきりしたことは言えない。(確かなことは、身体障害の学生にも精神障害に関する心理教育は必要であるということである。)それでは、身体障害でも、「見えない障害」である「内部障害」

の学生と精神障害学生との関係はどうであろうか？なおも検討が必要である。

しかし、ピアサポートの活動には、相談だけではなく、グループで一緒に活動をしたり、一緒に雑談をしているだけのような居場所の提供という活動も考えられる。その中で、障害の別なく、健常者もお互いに理解し、「学び合う」方法を見つけていくことができる期待はある。現在、ピアサポートのグループ活動が活発になり今後の展開が期待されるので、身体障害学生の精神障害学生に対するピアサポートの経験や検討を通して積み重ねていきたい。

6). 包括的支援の現状と課題

保健師と臨床心理士による協働、連携で実施してきた諸活動にソーシャルワーカーが配置されたことにより、日本の中規模大学(学生数 6000 名規模)では珍しく多職種専門チームを構成でき、精神病への早期介入を含めた精神障害学生に対する包括的支援を目指すことができるようになった。今年度はこのチームのケースカンファレンス(ケア会議)を定例化し、ケースマネジメントを意識的に行おうとしてきたが、将来的には「福祉大版 ACT」の立上げを目指していきたいと考えている。

(1)今年度の活動について

今年度は、週に1度、学生相談室のカウンセラーと保健室の保健師、ソーシャルワーカーによる情報共有のための会議を行った。(図6)ここでは、発達障害や精神障害が疑われる学生など「気になる学生」について、現状の確認と今後の対応を決めてそれを共有している。

たとえば、「幻聴が聞こえる気がする」と言っている学生の最近の様子を共有し、大学に来ていないということであれば、その学生と同じアパートに住む友人に様子を聞いてみるなどの方針を決め、その後の対応を確認することができた。また、前述の〈事例6〉のように保健室に来た学生が、「先週学内で、突然誰か

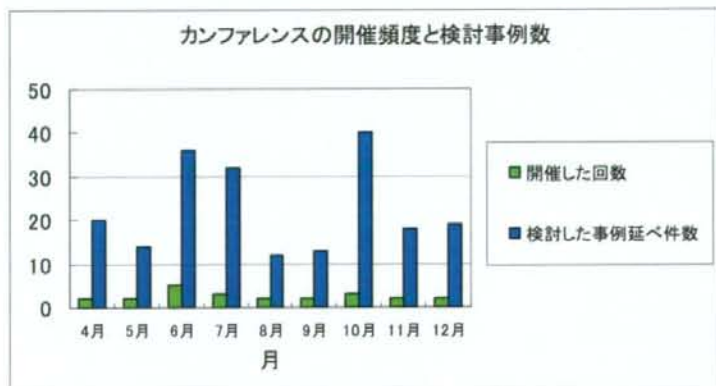
を殴っている学生がいた」と情報提供をしてくれた場合には、他にも同じようなことが起こっているという情報とつぎ合わせ、人物を特定し対応を検討することができたため、かなり迅速に対応することができた。すでに薬物治療が始まっていることを確認し、大学生活をサポートすることができるようにもなった。

また、学内の障害学生支援センターのスタッフとともに、「気になる学生」について、月に1度、情報を共有し対応を検討することとした。障害学生支援センターでは、主に身体障害学

生を支援しているが、中には発達障害が疑われる学生や、メンタルヘルスの面で問題を抱える学生がおり、そのような学生への支援を連携して行った。

このように、学内の機関と連携し、情報を共有することで、いち早く精神的なストレスを抱える学生の情報を得ることができるため、危機介入の事例も含め、これらのカンファレンスは、早期介入に大きな貢献をしていると言えるだろう。

ケースカンファレンスの実施回数と検討した事例の数(2008年4月から12月)(図6)



(2) 今後の課題

ここでは、これまでの活動の経験から、われわれの包括的支援の活動にとって、今後検討が必要な課題を挙げる。

まず、事例に関する情報共有の問題がある。今年度は、ソーシャルワーカーや保健室、学生相談室がチームとしてかかわっていることを当該学生に伝えて、危機介入時などを除けば情報を共有することについて、基本的に了解をとることができた。今後事前の了解を取ることが困難なことが予想される場合に、情報の共有のあり方を考える必要がある。

また、今年度はケースマネジメントが十分にできなかったという問題があった。そもそも、ケースマネジメントは期間設定の支援とされるの

で、学生相談・支援には馴染みやすいと考えられる。ケースマネジメントは、ソーシャルワーカーだけではなく専門職一人ひとりがそれぞれに担当ケースを持つものとされる。ケース全体に目を配り、緊急の場合や足りない支援について、手配や調整などを行っていくことが求められる。

3. おわりに

以上、広範で多様な早期介入に関する活動を担うのは多職種専門職チームである。中でも大学において早期介入を展開していくためには、支持的な面接や危機介入はもちろん、地域の精神保健活動との連携、修学支援とのコーディネート、コミュニティづくりやピアサポー

トの支援など、これらの活動の中心となって働くソーシャルワーカーの役割は大きいと考えている。本学が今年度からソーシャルワーカーを配置することができたことは、早期介入プログラムの展開にとっても大きな前進に違いない。

1 西田淳志、岡崎祐士「思春期の PLEs」
『統合失調症の早期診断と早期介入』責任編集 水野雅文 中山書店 2009

2 野中猛、植田俊幸「早期介入チームの実際」『こころの科学 NO.133/5』2007

3 野中猛「各国のアンチステュグマ活動」『統合失調症の早期診断と早期介入』責任編集 水野雅文 中山書店 2009)

(本章担当：若山隆・國中咲枝)

精神疾患の早期介入プログラムの構成要素

分担研究者 伊藤弘人 国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部長

研究要旨:本研究では、精神疾患の早期介入システム構築の具体的なモデルを提示することを目的として、集中的治療・ケアにおける構成要素を抽出した。**研究方法**:英国の専門家への聞き取り調査や既存の文献から構成要素を抽出し、2つの観点から構成要素を構造化した。医療の質(構造、過程、アウトカム)とクリニカルパスの表(時間と項目の2次元の表)である。構造化にあたっては、わが国の医療制度における実現可能性を考慮しながら行った。**結果**:「対象者」は精神疾患の初回エピソードの経験者で、家族へも積極的に関与すること、「備えるべき構造」としては、スティグマの少ない治療環境で、医師、精神科看護師、臨床心理士から構成されるアウトリーチ型の支援が必要で、他機関との連携が重要であること、「内容」については、できるだけ早くサービスを開始して、本人や家族の参画により薬物治療(低用量の非定型抗精神病薬)や認知行動療法を提供することが明らかになった。**まとめ**:英国での専門家においてコンセンサスが得られている以上の共通要素が、わが国における早期介入プログラムの開発に参考にされることを期待したい。

A. 研究目的

精神病早期介入システム構築の実現に向けて、本システムの集中的治療・ケアに焦点を当て、治療・ケアを構成する要素を検討し、具体的なモデルを作成する事を目的とする。

国内外で精神疾患への早期介入の必要性が指摘されており、わが国においても活発に議論がなされている。しかし、早期介入の意味するところは、研究者によりまちまちであり、時に議論が錯綜することがある。そこで本研究では、精神疾患への早期介入システムの具体的なモデルを提示することを目的として、早期介入の構成要素を抽出して整理した。

B. 研究方法

本研究は、以下の5段階にて行われた。

- 1)英国での早期介入プログラムを視察し、その要素と経済的側面についての調査を実施した。
- 2)訪問調査の経験をふまえ、またわが国の実情を考慮しながら、早期介入プログラムの必須要素を抽出した。その基盤として、Marshallらが英国での専門家のコンセンサスをまとめた論文を用いた。
Marshall M, Lockwood A, Lewis S, Fiander M. Essential elements of an early intervention service for psychosis: the opinions of expert

この論文は、公的なガイドラインをもとに、早期介入チームの必須要素について構成と機能に関する10カテゴリー計151の要素を含む初のリストを作成し、英国内の21の臨床専門家グループを対象に、これらの要素に関してコンセンサスがどの程度存在するかを調査した結果である。151の要素のうち90%にあたる136の要素が専門家から重要であるというコンセンサスが得られた。また、得られたコンセンサスのうち106(70.2%)は必須な要素であった。そのうち52項目は「強力なコンセンサスが得られた必須要素」であった。我々は、この52項目の要素を用いて、2つの観点から構造化を行った。

3) 現在の本邦の医療の質に用いられている構造、過程、アウトカムという観点をを用いて抽出された要素を整理する。

4) クリニカルパスの表(時間と項目の2次元の表)を用いて、抽出された要素を整理する。

5) 以上の結果から、現在の医療制度と比較し、より実現可能なシステムを考察する。

C. 研究結果

1) 医療の質の観点

52項目の必須要素について、それぞれ「構造」、「過程」、「アウトカム」の3分類に大別した。分類するにあたって、行為として併合可能と判断されたものは1要素にまとめ、また本邦の現行の医療システムの中に存在しないものについては、推察可能な表現にした(図1)。その結果、「構造」では15項目(対象者関連4項目と設備人員等11項目)および「過程」で23項目の合計38項目の要素に集約できた。なお「アウトカム」に関する項目はなかった。

2) クリニカルパスの表

次に、Marshallらによって報告された「強力なコンセンサスが得られた必須要素」52項目を用いて、精神病早期介入における集中的治療・ケアに焦点を当て、クリニカルパスの表を作成した(表1)。クリニカルパスは、〈時間の軸〉と〈項目の軸〉の2次元で構造化した。

〈時間の軸〉

時間の軸として『初期評価』、『集中的治療の合併症の早期発見』、『集中的治療と再発防止』の3つのフェーズに整理することができた。

またそれぞれのフェーズにおける目標を内容から抽出したところ、

これらの要素により期待される目標を概念化すると、初期評価フェーズにおいては「早期治療の導入の決定」、「状態・機能把握」、「見通しの評価」が目標となると考えられた。続く集中的治療の合併症の早期発見のフェーズでは、治療・ケア計画の作成、「治療・ケアの実施」、「危機介入、合併症の早期発見と予防」が目標と考えられる。最後の集中的治療と再発防止のフェーズでは、「再発防止計画の作成と実施」、「治療の評価と見直し」、「地域との連携の強化」が重点目標となると考えられた。

〈項目の軸〉

項目の軸としては、『医学的アセスメントと治療計画』、『薬物療法』、『社会学・心理学的アセスメントとケア計画』、『プログラム(非薬物療法)』、『地域との連携』の5項目に整理することができた。それぞれの項目の最終目標についても、図1の通り整理した。

D. 考察

英国の専門家コンセンサスが得られた精神疾患の早期介入の要素について、2つの観点から整理を行った。対象者、備えるべき構造、および内容に

ついて、若干の考察を加える。

1) 対象者について

対象者は、精神疾患の初回エピソードの経験者となることがコンセンサスであった。ただし、診断よりも、症状レベルに焦点を当てた対象設定をすることに注意を要する。このことは我が国においては、医療サービスだけでなく、保健サービスやそのほかの社会サービスの組み合わせを視野に入れる必要があることを示している。

さらに、対象者に関われなくても継続する必要があることが強力なコンセンサスであったことも、特筆すべき特徴である。

コンセンサスでは、家族の積極的な早期介入への参加を促し、家族を支援するという要素が複数存在していた。早期介入の対象となる患者の年齢は、10代から20代が中心となっている。この年齢の子どもは、生活全般にわたって家族が関与することがほとんどであろう。早期介入において、家族を対象者として明確に位置づけていることも、早期介入の特徴といえることができる。

2) 備えるべき構造について

早期介入の対象者の特性から、早期介入サービスを気軽に利用できることが求められている。より早く治療に乗せるためには、スティグマの少ない治療環境や、年齢に応じた入院施設など、利用することに抵抗感を感じさせない工夫が構造上必要であることが求められていた。従来の医療・福祉機関とは異なった施設として新設することの検討も必要かもしれない。

また、地域で患者が安定して生活するための支援として、アウトリーチ型の支援が必要である。早期介入においては、更に患者が積極的に外出し次

のステップへ発展できるような支援が求められる。

そのためには、多くの専門スタッフが必要である。専任者が必要で、かつ医師、精神科看護師、臨床心理士は不可欠であるとしている。認知行動療法の研修を受けた者も求められていた。

連携機関も必要で、特に児童・思春期専門機関との連携の重要性のコンセンサスが得られていた。

なお、わが国においては、地域の小児科医と連携をとることが、重要なルートとなるかも知れない。親は子どもが病気になると、近所の病院に子どもを連れていく事が多い。小児科医は、おそらく身体疾患ばかりでなく、子ども言動を観察しているはずである。親にとって、慣れた医師や病院から勧められ紹介されるところであれば、より安心して子どもを受診させやすいことも推察される。

3) 内容について

提供する内容の基本的姿勢は、できるだけ早いサービスの開始である。そのため開始初期は見守るとしての支援になると考えられる。そのためには迅速な評価が不可欠であるとされていた。

コンセンサスでは、本人や家族の治療への参画が強調されていた。薬物療法の選択や入院・退院計画には本人が、再発防止計画には本人と家族の参加が必須である。

治療については、薬物治療(低用量の非定型抗精神病薬)や認知行動療法が主要な内容であった。治療の過程で、再発を防止する計画を作成することが盛り込まれていた。

危機管理の対応も、高いコンセンサスが得られた内容であった。集中的な地域支援や24時間の危機管理チームの支援などは、アウトリーチ型のサービスが不可欠であることを示していた。

E. 結論

精神疾患の早期介入の要素についての英国の専門家のコンセンサスを、医療の質およびクリニカルパスの観点から整理した。その結果、「対象者」は精神疾患の初回エピソードの経験者で、家族へも積極的に関与すること、「備えるべき構造」としては、スティグマの少ない治療環境で、医師、精神科看護師、臨床心理士から構成されるアウトリーチ型の支援が必要で、他機関との連携が重要であること、「内容」については、できるだけ早くサービスを開始して、本人や家族の参画により薬物治療（低

用量の非定型抗精神病薬）や認知行動療法を提供することが明らかになった。英国での専門家においてコンセンサスが得られている以上の共通要素が、わが国における早期介入プログラムの開発に参考にされることを期待したい。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 未定

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

研究協力者氏名	所属施設名及び職名
西田淳志	東京都精神医学総合研究所
小高恵実	聖路加看護大学大学院博士後期課程

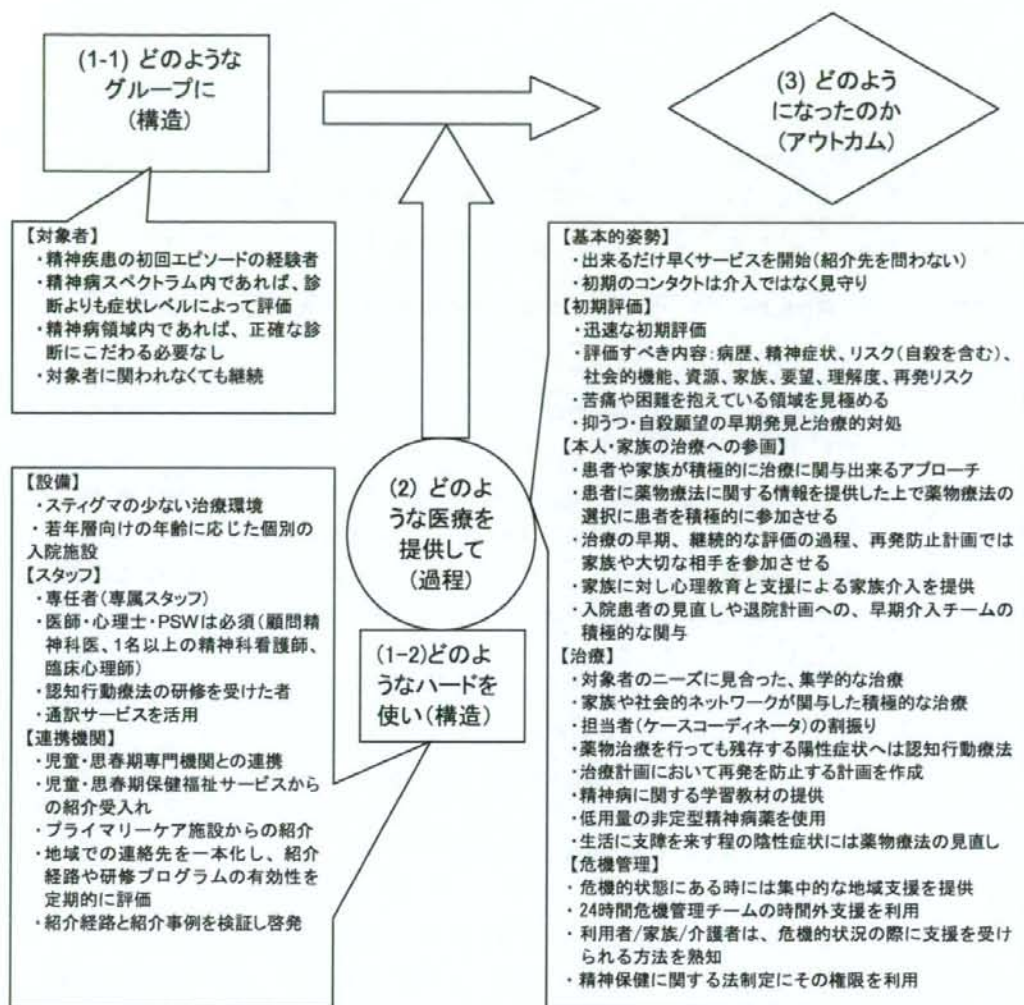


図1. 医療の質の観点による早期介入の要素の整理

表1. 強力なコンセンサスに基づいた必須項目による早期介入サービスの要素のクリニカルパスの表による構造化

対象	精神疾患の初回エピソードを体験した人
チーム構成	専任の専門職(精神科医、1名以上の精神科看護師、臨床心理士)、うち1名以上は認知行動療法の研修を受けていること
アプローチ	医学・社会学・心理学のモデルを用いた統合的アプローチ
位置づけ	従来の精神疾患へのサービスからは独立した機関(従来のサービスの付加的施設ではないこと)

	初期評価(迅速)	集中的治療の合併症の早期発見	集中的治療と再発防止	アウトカム
医学的アセスメントと治療計画	<ul style="list-style-type: none"> 精神疾患の疑いによる紹介から診断へ: 病歴、精神状態、リスク評価(自殺を含む)、再発のリスク 	<ul style="list-style-type: none"> 抑鬱状態の査定と治療 自殺念慮の早期発見と治療 治療抵抗性の陽性症状にCBTを実施 	<ul style="list-style-type: none"> 左記全項目の継続実施 再発防止計画の作成 	<ul style="list-style-type: none"> 早期治療導入の決定 合併症の早期発見 リスクの明確化
薬物療法		<ul style="list-style-type: none"> 低用量の第2世代抗精神病薬の投与 薬物療法の詳細な情報を提供 患者の意思決定への参加 	<ul style="list-style-type: none"> 生活に支障を来す陰性症状に対する薬物療法の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> 精神症状の安定化 最小限の副作用 患者の参加
社会・心理学的アセスメントとケア計画	<ul style="list-style-type: none"> 社会機能の評価 資源の評価 家族評価 患者の希望、疾患理解度の査定 苦痛や困難の領域の特定 	<ul style="list-style-type: none"> 抑鬱状態・自殺念慮の早期発見と対処 	<ul style="list-style-type: none"> 再発防止計画の作成 患者評価への家族/身近に人の参加 	<ul style="list-style-type: none"> 「痛み」の明確化 社会機能・家族機能の明確化 自殺予防
プログラム(非薬物)	<ul style="list-style-type: none"> プライマリの割当 関係作りと見守り 家族/身近な人の治療参加 	<ul style="list-style-type: none"> 精神病学習教材の提供 薬物療法の詳細な情報を提供 家族への介入: 心理教育と支援 家族/ケア提供者への情報提供 	<ul style="list-style-type: none"> 左記全項目の継続実施 再発防止計画を家族と共有 プログラムの有効性の評価(患者・家族の積極的参加可能な内容) 	<ul style="list-style-type: none"> 家族の治療参加 コンプライアンスの向上 症状のセルフマネジメント 再発予防

		<p>(危機的状態時の対処方法)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間管理チームの時間外支援の提供 	<ul style="list-style-type: none"> ・プログラムの継続(患者が参加しなくても終了しない) 	
地域との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・プライマリケア施設からの紹介 ・児童・思春期精神保健サービスからの紹介 ・翻訳サービスの利用 ・プライマリケア施設や他の機関に対する窓口の設置 	<ul style="list-style-type: none"> ・クライシスインターベンション(集中的な地域支援) ・個別の年齢に応じた入院施設の利用 ・入院患者に場合はその入院の見直しに積極的に関わる ・入院患者:退院計画に積極的に関わる 	<ul style="list-style-type: none"> ・左記全項目の継続実施 ・紹介経路の評価 	<ul style="list-style-type: none"> ・より早い早期介入 ・危機的状況時への早期対処 ・プライマリ施設と早期介入サービスの役割の明確化
目標	<ul style="list-style-type: none"> ・早期治療の導入の決定 ・状態・機能把握 ・見通しの評価 	<ul style="list-style-type: none"> ・治療・ケア計画の作成 ・治療・ケアの実施 ・危機介入、合併症の早期発見と予防 	<ul style="list-style-type: none"> ・再発防止計画の作成と実施 ・治療の評価と見直し ・地域との連携の強化 	

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以下の項目に関する研究を行った。すなわち、Ⅰ.早期介入(相談・支援・治療)に関するニーズ、Ⅱ.保健師の果たす役割、Ⅲ.一般医の早期介入関与およびⅣ.早期介入の効果と費用である。

I. 早期介入(相談・支援・治療)に関するニーズ

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) 研究方法

調査期間は平成20年10月から平成20年12月に同意のとれた三重県にある精神障害者の家族会および作業所15か所に査票の配布を所属する家族を対象に依頼した。返信は個別投函とし、無記名自記式調査を実施した。

調査票の内容は資料に示すとおりで、回答者および対象者の属性、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・時間や症状、精神病に対して抱い

ていたイメージ、初期に何が助けとなるか、ニーズなどを調査した。

回収数は346部の配布に対し141部(回収率40.8%)であった。分析には、SPSS Statistics17.0 for Windows を使用した。倫理的配慮として研究の趣旨、概要、回答は自由意思であること、プライバシーの保護等を明記した依頼文を調査票とともに同封した。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。

C. 研究結果

1. 回答者と患者の属性(表1・表2)

表1 回答者141名の属性

男/女	46/95
年齢(SD)	61.9(11.1)
患者が何にあたるか	息子 78
	娘 40
	配偶者 2
	兄弟 4
	姉妹 3
	叔父 1
	本人 12

回答者と患者の関係は息子が78名で最も多く、ついで娘40名と回答者の83.7%を親が占めた。回答者の平均年齢は61.9歳であった。患者は男性が94名、女性が46名であり、平

表2 患者141名の属性(回答なしを含む)

男/女	94/46
平均年齢(SD)	38.2(10.1)
診断名	統合失調症 114
	そううつ病 12
	人格障害 3
	てんかん 4
	その他 6

均年齢は38.2歳、診断名は統合失調症が114名(80.9%)で最も多くついでそううつ病が12名(8.5%)であった。

入院歴は、2回から4回が40.4%で最も多く、ついで1回18.4%、入院歴なし17.0%、5回~9回12.8%であった。現在の患者の生活は、作業所などに通っている40.6%、家でほとんど過ごしている26.1%、入院中11.6%、パート・アルバイト9.4%の順で正規に就労している人は2.2%であった。

2. 治療が開始されるまでの時間と状況

医療機関を初めて受診した年齢、受診までにかかった時間、精神科治療を受けるまでに受診した医療機関の数は表3に示すとおりである。家族が患者の何らかの問題に気づいた時の患者の年齢の平均は20.9歳であり、専門医を初めて受診したときの患者の平均年齢は

22. 4歳、医療機関を受診するまでの期間は平均1年8ヶ月であった。統合失調症患者のみでは表に示すとおり受診するまでにかかった時間は、70.9%が1年(12ヶ月)以下で、82.1%までが2年以下であった。

家族が最初に相談した期間または相談者は家族親類(19.5%)が最も多く、ついで精神病院(13.7%)、総合病院精神科(10.6%)、保健所・保健センター(8.0%)、学校の担任(7.5%)精神科クリニック(7.5%)、心療内科(6.6%)であった。最初に受診した医療機関は総

合病院の精神科(35.0%)、精神病院(27.0%)、心療内科・心療内科クリニック(13.1%)、精神科クリニック(10.2%)であった。

初めて医療機関を受診したときに抱いていた精神病に対するイメージは付表に示すとおり偏見がある(53.0%)、治らない病気(38.1%)、差別を受ける(37.3%)、育て方や周囲の対応で発病する(35.1%)、治療すれば治る病気(34.3%)、こわい・恐ろしい(33.6%)、家族の結婚などに影響がでる(32.8%)であった。

(注:表3の()内は統合失調症のみ)

表3 受診時の年齢・受診までにかかった時間・状況

項目	度数	平均値±SD	範囲
家族が問題に気づいた時の患者の年齢	108 (108)	20.9±11.0 (20.6±5.7)	1-74 (9-47)
精神科専門医を初めて受診した時の患者の年齢	138 (112)	22.4±8.6 (22.2±6.8)	1-74 (10-56)
医療機関受診までの期間(月)	134 (109)	19.9±44.1 (17±17.4)	0-336 (0-28)
専門的な精神科治療を受けるまでに受診した医療機関数	1.31 (1.08)	1.9±1.6 (1.8±1.5)	0-10 (0-6)

3. 受診のきっかけ・受診時の状況
最初に医療機関を受診したきっかけは付表に示すとおりであり、家族で対処できなくなった(53.4%)、家族にとって理解できない言動

があった(48.9%)、幻覚・妄想・幻聴のような症状がでた(47.3%)、病気ではないかと思っ
た(38.2%)、身体的症状がでてきた(37.4%)、ひきこもった(30.5%)、会社や学校を

休むようになった(26.7%)、他人に迷惑をかけた・かけそうになった(20.6%)であった。

最初に医療機関を受診したときに受けた治療・説明は薬剤を処方された(56%)、定期的に受診するよう言われた(44%)、入院治療をすすめられた(38%)、病気やその治療の説明を受けた(32%)、様子を見るように言われた(23%)であった。その時の説明のわかりやすさは、理解しやすかった(10.8%)、およそ理解できた(27.3%)、どちらともいえない(18.0%)、やや理解しにくかった(19.4%)、理解できなかった(24.5%)であった。治療を継続したかどうかは、52.7%が定期的に受診した、21.0%が受診をやめた、26.8%が紹介された病院を受診したと答えている。

受診をやめた理由は、対応に不信感を抱いた(32.1%)が最も多く、ついで受診したが症状が改善しなかったため(25.0%)、もう大丈夫だと感じた(10.7%)、もう治ったと感じた(10.7%)であった。

専門的な治療を受けるまでに時間がかかったと感じているかどうかは、感じる48.6%、やや感じる15.9%であり、あまり感じない8.7%、感じない14.5%であった。専門的な治療に時

間がかかった要因は付表に示すとおりであり、精神病に関する知識がなかった(47.2%)、どこにいけばよいか・誰に相談すればよいかわからなかった(42.7%)、精神科受診に抵抗があった(40.4%)、本人が納得せずに受診できなかった(36.0%)であった。

4. 早期介入を推進するために必要なもの・精神病に対する対応

早期に相談や受診に結びつくために必要な知識や情報は付表に示すとおり、最も多かったのが精神病の初期症状(69.1%)、ついで相談機関(62.6%)、精神病に対する初期対応(61.2%)であった。

最初に精神科治療を受けた時に助けとなる重要なものは、病気に関する十分な説明がある(64.9%)、十分に家族の話を聞いてもらう(57.5%)、治療に関する十分な説明がある(52.2%)の順であった。

早期介入をすすめていくために役立つものとしては、精神病に対する正しい理解を促すための啓発活動(67.9%)、いつでも(24時間体制)何でも相談できる窓口の設置(61.3%)、小・中・高校の先生に対する精神病に関する教育・研修(59.1%)の順にあげられた。

現在の精神病に対する対応は、41.3%が整っていない、34.8%が多少整っている、12.3%がかなり整っていると回答している。

D. 考察

1. 治療が開始されるまでの時間と状況について

統合失調症患者のみを取り上げた結果からは、家族が何らかの問題に気づいてから医療機関を初めて受診するまでの時間の平均は1年5ヶ月でありそのうちの70.9%までが1年以下であり2年まででは82.1%であり、10年以上は3.5%あった。この時間は様々な研究からDUPは広範囲に期間にわたっており、標準偏差が大きく平均値と中央値が大きく異なっていることと類似している。また、医療機関を受診するまでの時間と現在の生活の関係には有意な差はみとめられなかった。医療機関を受診するまでの時間を目的変数とし、精神科専門医を初めて受診した時の患者の年齢、家族が問題に初めて気づいたときの患者の年齢を説明変数として重回帰式に投入し、ステップワイズ法による検定を行った結果(F値確率は投入0.05、除外0.10)、精神科専門医を

初めて受診した年齢が高いほど、家族が問題に初めて気づいた時の年齢が若いほど医療機関を受診するまでの時間がかかることがわかった($p < 0.05$)。この結果からは家族がたとえ早期に何らかの問題に気づいたとしてもそのことが早期受診には単純に結びつかないことを示唆していると言える。

初めて医療機関を受診したときに抱いていた精神病に対するイメージからは、53.0%の人が偏見があると答えており治らない病気、差別を受ける、育て方のせいで発病する、こわい・恐ろしいなどというイメージも30%以上の人が持っていたことから、継続的に精神病に対する正しい知識やスティグマに対する啓発が必要であることがわかる。

2. 受診のきっかけ・受診時の状況

最初に医療機関を受診したきっかけについては家族で対処できなくなったが53.4%で最も多く、家族が自分たちで問題に対処したいという気持ちが受診行動を遅延させることに関連していることが示唆された。

最初に医療機関を受診したときに受けた説明に関しては、約半数の43.9%の人が理解できなかった、やや理解しにくかったと答えて

おり、途中で受診を中断した理由としては、32.1%の人が対応に不信感を抱いた、25%の人が受診したが症状が改善しなかったためと答えており、初診時の対応については治療が継続されるような取り組みが重要であることがわかる。

専門的な治療を受けるまでに時間がかかった要因に関しては、精神病に関する知識と相談機関、精神病に関するスティグマがあることがありこれらは先行研究の結果と一致していた。またその中には本人が納得せずに受診できなかったという人が36.0%おり、このことから受診することを直接サポートするシステムが必要であることがわかる。

3. 早期介入を推進するために必要なもの、精神病に対する対応

早期に相談や受診に結びつくために必要な知識や情報は、最も多かったのが精神の初期症状(69.1%)であり、精神病に対する初期対応は61.2%であり精神病に対する特徴的な症状だけでなく具体的で生活の中で理解できる徴候や症状とその対応について知らせることが重要であることがわかる。

最初に精神科治療を受けた時に助けとなる

ものについては、64.9%の人が病気に関する十分な説明があること、52.2%の人が治療に関する十分な説明があることをあげており、家族が理解できる説明が重要であることが示された。また57.5%の人が十分に家族の話をきいてもらおうとあげていることより医療者側からの説明だけでなく、家族の話を十分に聞くことが求められておりそのことが家族の助けとなることもわかった。

早期介入をすすめていくために必要なものとしては、精神病に対する正しい理解を促すための啓発活動と24時間体制でいつでも相談できる窓口の設置の他、小・中・高校の先生に関する教育・研修があげられ、周囲のサポート体制の充実が必要とされていることがわかった。

F. 研究発表

1. 論文発表

該当せず。

2. 学会発表

萩典子、高村光幸、横山和仁：精神疾患早期介入のための地域資源に関する研究。第1回日本地域連携精神看護学研究会、東京都、2

008年12月23日。

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
 2. 実用新案登録
 3. その他
- 1・2・3ともに該当事項なし

H. 参考文献

パトリック・D・マクゴーリ, ヘンリー・J・ジャクソン編著, 鹿島春雄監修:『精神疾患の早期

発見・早期治療』, 金剛出版, 2001.

エドワード, J, マクゴーリ, P(著), 水野雅文, 村上雅昭(監訳):『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, 2003年.

RETHINK: Right from the start: The second Rethink report on reaching people early. 2003.

堀口寿広, 安西信雄:統合失調症の未治療期間(DUP)の発見とその後の研究. 臨床精神医学 36(4)359-368, 2007.

II. 保健師の果たす役割

A. 研究目的

地域における精神科疾患の早期介入・支援にあたっては、保健師の果たすべき役割が期待される。このため、その現状と可能性について調査を行った。

B. 研究方法

調査期間は平成19年12月から平成20年2月に、三重県の市町・県所属の保健師371名を対象に無記名自記式調査を実施した。

調査票の内容は回答者および対象者の属性、精神病様体験を有する児童・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と現状、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、早期介入に関する意見(自由記載)とした。

回収数は109部(回収率29.4%)であった。

倫理的配慮として研究の趣旨、概要、回答は自由意思であること、プライバシーの保護等を明記した依頼文を調査票とともに同封した。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。

C. 結果

回答者の概要は表1に示すとおりであり、男性が2名、女性107名、平均年齢は38.4歳であった。保健師の精神病様症状の相談の有無に関しては表2に示すとおり、「声」がしばしば聞こえてくるは回答者の80.2%が経験があると回答しており、誰かにつけられる、話を聞かれたり感じる人の相談の経験は23.6%であった。

早期介入を推進するために保健師に可能な役割と実

際に保健師が果たしていると感じる役割は、表3に示すとおり、可能な役割として最も高いのは不登校、引きこもりへの反応87.9%に対し、果たしていると感じる役割は63.1%であった。次いで民生委員への教育・連携が64.5%であり、それを果たしていると感じるのは41.7%、次いで患者や家族への精神疾患に対するスティグマを

表1 回答者 109 名の内訳

男/女	2/107
平均年齢(SD)	38.4(9.0)
	市・町 82
所属	保健所 25
	その他 2

が19.3%、ない13.8%、担当外13.8%、ほとんどない11.0%であった。

表2 精神病様症状の相談経験(延べ人数)

「声」がしばしば聞こえてくる	85(55.2)
心の中を読み取られた	20(13.0)
テレビやラジオからメッセージが送られてくる	2(1.3)
誰かにつけられる、話をきかれたり感じる	25(16.2)
その他の精神の不調で相談された	13(8.4)
いずれも経験がない	9(5.8)

表3 早期介入のために可能な役割と実際に果たしている役割(109名中的人数と%)

	可能	実際
不登校、引きこもりへの対応	94(87.9)	65(63.1)
民生委員への教育・連携	69(64.5)	43(41.7)
患者や家族への精神疾患に対するスティグマを減らす教育	64(59.8)	27(26.2)
相談機能の強化	60(56.1)	30(29.1)
患者や家族への心理教育	57(53.3)	15(14.6)
その他	56(52.3)	31(30.1)
積極的訪問	49(45.8)	32(31.1)
地域社会への精神疾患の早期サインへの注意を促すための教育	45(42.1)	16(15.5)
一般開業医との連携	35(32.7)	56(54.0)
専門医への照会を増やす	31(29.0)	9(8.7)
精神疾患に発展するリスクがあると考えられる人の特定(例:乳児検診等から継続的にフォローアップするなど)	30(28.0)	3(2.9)
専門職種でのケアの継続性や情報伝達	26(24.3)	16(15.0)
教師への精神疾患に関する教育	25(23.4)	16(15.5)
患者の継続的なマネジメント・フォローアップ	25(23.4)	6(5.8)
学区内の学校との連携	16(15.0)	5(4.9)
教育機関(教育委員会、児童相談所、適応指導教室など)との連携	5(4.7)	70(68.0)

減らす教育59.8%、それを果たしていると感じるのは26.2%であった。早期介入のために新たに加わる可能な保健師の業務量は表4に示すとおり、月1~2日程度

表4 早期介入のために追加可能な業務

量:人数(%)

月1~2日程度	21(19.3)
ない	15(13.8)
担当外	15(13.8)
ほとんどない	12 (11)
年に数回	11(10.1)
年に1~2日程度	6 (5.5)
週2~3日	2 (1.8)
週1日程度	2 (1.8)
その他	17(15.6)
回答なし	8 (7.3)

D. 考察

保健師の8割以上が精神病様症状の相談経験を有していることが明らかになった。これは保健師が早期の段階で患者が治療を受けられるように支援できる可能性が高いといえる。しかし、保健師は早期介入の必要性を感じているが、現状では果たされている機能が限定されているといえる。また現状では早期介入のために新たな時間をとることが難しく、有効に機能することは困難である。

自由記載の内容からは「人手がどんどん減らされて、現状の業務をこなすことでは」「保健師が何でもやれるわけではない」「精神疾患に対する専門的な教育を受けてきていない」「教育機関との連携は必要だが教育委員会の壁が高く、学校との連携をとることがむずかしい」などが多くあげられており、ヒューマンパワーの配置のされ方は必ずしも現場のニーズに対応したものとはなっていない。また保健師の教育の問題や教育機関との連携の困難性などの課題もあり、保健師が主体的に教育機関との協働をはかれるような役割の取り方ができるようにしていくことが必要である。地域においては保健師に求められる役割は大きい、次々に変化する施策に翻弄されていることもうかがえた。早期介入を

促進していく上でも保健師の存在は大きいといえる。したがって、保健師のマンパワーの確保や適切な配置による質の保障に取り組むことも重要な課題である。

F.~H.1と同じ。

Ⅲ.一般医への早期介入関与

A. 研究目的

精神疾患患者の受診行動について、特にうつ病患者では内科をはじめとする非精神科専門医にまず受診する傾向があるといわれている(今田ら、2003)。我が国では事実上、各医療機関への受診はフリーアクセスとなっており、イギリスなどのようにGP(一般医)を経ずに希望の規模の病院、科を受診することができるため、初診から専門医を選ぶことも可能である。しかし精神科クリニックが増加してきたとはいえ、全国的にみても精神科専門の医療機関よりも、内科などの非専門一般開業医の数が格段に多いことはいうまでもない(厚生労働省、2006)。特に思春期精神病において、当事者の年齢層からも受け皿となる専門医は地域によってはかなり少数であり、スティグマ、偏見の面から鑑みても、今後も一般医にて初期の受診がなされるケースは今後も多くみられるであろう(中根ら、2006)。また、実際に子供の精神的不調を親が認識した場合に、誰にまず相談するかについて、「近所の内科・小児科医」という答えが「精神科クリニック」よりも上位にきている(西田ら、2008)。現状のシステムを維持したまま、精神疾患早期介入の枠組みを構築するには、非専門である一般医を巻き込んだ議論となることは必須であるが、今のところうつ病以外の精神疾患に対する一般医の意識はあまり高くなく、特に精神病早期介入という概念を広く流布させる必要