

2009年12月現在 ソーシャルワーカーが配置されている大学（確認できた大学のみ）

大学名	福祉士養成課程	SSW養成課程※	名称	人員	資格	雇用日数	配置時期
大分大学 (国立大学法人)	有	無	ソーシャルワーカー	3	社会福祉士×2 精神保健福祉士・社会福祉士	週2日×2 週1日	2008年10月 (2006年～何でも相談、 現在は学生GP事業)
東北大学 (国立大学法人)	無	無	インターカー（教育研究支援者）	1	社会福祉士	週5日	2004年10月
沖縄大学	有	有	スクールソーシャルワーカー	1	精神保健福祉士・社会福祉士	週5日	2007年11月
四国学院大学	有	無	キャンパスソーシャルワーカー	1	精神保健福祉士	週5日	2008年4月
淑徳大学	有	無	キャンパスソーシャルワーカー	1	精神保健福祉士・社会福祉士	週5日	2008年9月
東北公益文科大学	有	無	スクールソーシャルワーカー	1	不明	週2日	2007年4月 (学生支援GP事業)
日本社会事業大学	有	有	キャンパスソーシャルワーカー	1	不明	週1日 (2010年度から週3日)	2009年9月
日本福祉大学	有	有	ソーシャルワーカー	1	精神保健福祉士・社会福祉士	週5日	2008年4月

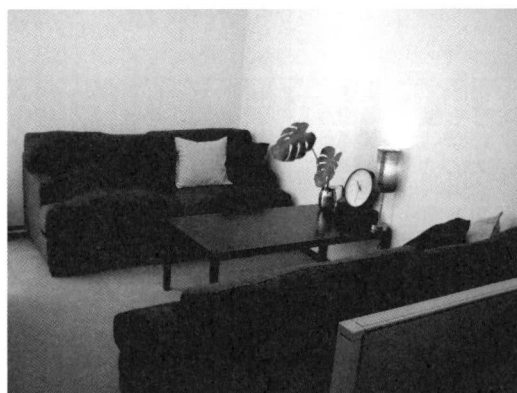
※ 2009年6月現在

高校や大学など高等教育機関であれば、生徒/学生に対して精神疾患についての知識を直接伝えても理解してもらえるため、啓発活動の成果が現れやすいと考えられる。精神疾患の発症年齢を考えると、大学や高校における精神病状態に対する早期介入の必要性は小中学校以上に高い。今後、高校や大学など、高等教育機関において精神保健福祉士がソーシャルワーカーとして配置され、啓発活動が行われていけば、ソーシャルワーカーが精神疾患の早期介入に関与する道は大きく開かれるのではないかと。そして、小中学校で精神病の前駆症状が疑われたケースについて、高等教育機関のソーシャルワーカーと、小中学校のスクールソーシャルワーカーとがプライバシーに配慮した上で連携することで、進学に伴う支援の「途切れ」による影響を減らし、きめ細やかな支援ができるのではないだろうか。高等教育機関へのソーシャルワーカーの配置は、精神病状態への早期介入のあり方を大きく前進させる可能性がある。

6. 日本福祉大学でのとりくみ

日本福祉大学では、2008年4月よりソーシャルワーカーが配置された。学生相談室、保健室が所属する「学生相談保健センター」に位置づけられ、学生支援課の職員として雇用されている。2009年3月からは、懸案だった専用の相談スペースが確保され、相談環境は充実している。今後は、学生相談保健センターに所属する多職種専門チームが連携しやすいように施設内配置をしていくことが課題となっている。

【ソーシャルワーカー室の様子】



1) 日本福祉大学でのソーシャルワーカーの役割

日本福祉大学では、従来から学生相談室と保健室が中心となって「心理社会的介入プログラム」が実践されてきた。その後、心理社会的介入プログラムによって、「心理社会的教育プログラム」、「ケースマネジメントを共有した包括的支援プログラム」、「ピアサポート支援プログラム」など活動をプログラム化して、3つのコミュニティづくり(①こころからだの健康を大切にするコミュニティ、②多様性のあるコミュニティ、③安心で安全なコミュニティ)に取り組んできた。2008年度から導入されたソーシャルワーカーには、心理士、保健師とともに、このコミュニティづくりを目指した活動を再構築し、ケースマネジメント、危機介入の中心メンバーとして、センターや障害学生支援センターの多職種専門職とチームを作って活動していくことが期待された。

現在、ソーシャルワーカーには、心理社会的教育プログラムを行っていくために多職種専門職チーム(保健師、臨

床心理士、ソーシャルワーカー等)を意識的に形成し、協働して活動の充実を図っていくこと、また、ケースマネジメントの共有とICF(国際生活機能分類)の導入によりケースカンファレンスの充実をより一層図っているところである。

今後、地域の社会資源の活用と連携づくりや学内の支援ニーズとの連携・調整業務の開発において専門的役割を果たすこと、さらに危機管理の必要性が叫ばれているなか、発達障害学生の親の会の運営や医療機関・地域の諸団体との連携、危機介入に対応していく役割などを担っていく必要がある。さらに精神疾患の急性期症状の学生への対応などを迅速かつ丁寧に行う役割が求められているといえる。

2)実際の活動

日本福祉大学のソーシャルワーカーの実際の活動について紹介する。週5日勤務であるソーシャルワーカーの1週間のスケジュールは以下のようなものである。

【日本福祉大学ソーシャルワーカーの活動例】

曜日	月	火	水	木	金
午前	美浜ケースカンファレンス(週1回)	(半田)相談	相談	相談 相談	相談 学外機関へ電話連絡
昼			ピアサポートグループ		居場所提供など
午後	相談打ち合わせ(ハラスメント関連など/随時)	相談半田ケースカンファレンス(月1回)	相談相談(教職員との連携/随時)	打ち合わせ(学生相談保健センター/月1回)	相談 相談

週に1回、半田キャンパスへ勤務し、残りの4日間はメインキャンパスである美浜キャンパスで勤務している。学生相談保健センターと障害学生支援センターとの連携を図るために美浜キャンパスでは週に1回、半田キャンパスでは、月に1回、困難ケースについてのカンファレンスを行っている。

なお毎週水曜の昼休みから3限にかけての2時間は、ピアサポートグループの開催場所としてソーシャルワーカー室が活用されている。ソーシャルワーカーはピアサポートグループの活動を通し、学生相談室・保健室の職員とともに学生が交流することのできる居場所提供と間接的支援を行っている。

3)事例紹介

本学でソーシャルワーカーが、精神病を発症したと思われる学生の支援に関わった事例を紹介したい。

〈事例:3年生の男子学生〉

学生相談室相談員、保健師とともに毎週行っているケース会議において、「駅のホームで後ろから蹴ってきた学生がいる」「授業中に机や周りの学生を殴る学生がいる」という情報が入った。諸々の状況を考え併せると以前、学生

相談室の相談員が担当し中断したケースである可能性が高いことがわかった。そのため、その学生の面談をソーシャルワーカーが担当することになった。ゼミ担当教員に協力してもらい、接触をもつことに成功し話を聞くと、「悪口を言われたから、殴りに行った」ということだった。クリニックの受診を勧めると、数日前から近くのクリニックに行き、薬物治療が始まっていたことがわかる。陽性症状の発現と治療開始期を勘案すると、DUP(精神病未治療期間)は約1ヶ月強であった。その後、面接も継続し、悪口など言われても「無視する」、「ぶつぶつ言うだけ」、「その場を逃げる」ことができるようになった。

この学生は、1年時に親への虐待を訴えて相談室に入室した学生であった。その後、中断していたものの、3年時秋の就職活動開始になったところで発症したものと思われる。しばらくは、本人の了解のもと、クリニックと連携を取りながら、支援を行っていたが、自己判断で投薬を中止し、就職活動によるストレスも重なって、電車内でトラブルを起こしたり、家の中で暴れることもあった。学生担当責任者と相談室カウンセラーが、母親と連絡を取り、医療機関へ再度つながってもらえるよう要請した。さらに、就職活動のストレスを少しでも軽減するために精神障害者手帳の取得および障害者雇用での就職活動を勧めた。4年次の夏に無事に手帳の取得ができた。その後、しばらく連絡が取れなくなり、1ヶ月後に連絡があった時には入院していたとの報告があった。現在は、退院し通院を続けているという。卒業論文も完成し、卒業の目途も立っていることからメールで連絡を取りながら支援を行っている。今のところ友人や担当教員の前ではごく普通に過ごしているとのことであった。

この事例では、多くの関係者と協力し連携をした。学内では、保健室、学生相談室の担当者をはじめ、ゼミ担当教員、授業科目担当教員、キャリア開発課スタッフ、障害学生担当のキャリア開発課スタッフ、学生担当責任者、学外では、クリニック看護師、精神保健福祉センター担当者、地域の保健所担当者などである。連携した当初は、クリニックから大学へ情報を伝えてもらうことが難しかったが、その後大学として必要な働きかけを行うことによって関係作りを行い、徐々にクリニックの担当看護師とも信頼関係を作っていくことができた。

4)精神症状の早期介入におけるピアサポートグループの可能性

大学生活には、入学後の友達作り、1人暮らしに伴う環境の変化、履修登録、試験、進級、ゼミやサークル、アルバイト先等での人間関係、性に関わる問題、実習、卒業論文、就職活動、などさまざまなできごとが待ち受けている。このようなできごとがストレス源となり、精神症状を呈する学生も少なくない。また、日本福祉大学には、障害を持つ学生が少なく見積もって150名余りが籍している(2009年5月現在。通学過程全在籍者数5351名)。障害を持つ学生は生活の中で重複した困難、特に精神面での問題を抱えることも多い。

精神病に対する早期介入に関して、学生が知識を身につけ、学生(ピア=仲間)同士で助け合い、学内外の専門機関へつなげることができれば、早期介入への有益性は

高いといえる。

2008年度の後期から、学内でピアサポートグループに関心のある学生を集め、学生相談室・保健室・ソーシャルワーカーの支援のもと、定期的な活動を行っている。具体的には、HIV/AIDS、食生活、学習、人間関係、(健全学生と障害学生、日本人学生と留学生などの)交流、という5つのテーマを設定し、それぞれを担当する学生が中心となって話し合いやグループワークを行っている。2009年度の後期には、「友達について」、「ルームシェアについて」など、人間関係に関わるテーマで個人発表と話し合いが行われた。今後は、このように自分たちが日ごろ考えていることを話し合い、その活動を学内へ常に発信していけるよう活動が展開されていく予定である。このピアサポートグループの活動が、精神的な困難を抱える学生に対しても居場所提供を中心とした受け皿として機能していくよう、充実した支援を行っていきたい。

引用文献・引用元

- 1) 門田光司(2004)「わが国での学校ソーシャルワーカーの役割機能に関する調査報告—福岡県内の市町村教育委員会及び小・中学校へのアンケート調査報告結果—」『わが国での学校ソーシャルワーカー配置に向けた調査研究』平成16・17・18年度文部科学省科学研究費【基盤研究(C)】報告書』,12
- 2) 福岡県教育委員会(2008)「スクールソーシャルワーカー活用のQ&A」
http://www.pref.fukuoka.lg.jp/uploaded/life/27/27159_misc1.pdf
- 3) 文部科学省(2008)「文部科学省によるスクールソーシャルワーカー実践活動事例集」
http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/seitoshido

u/1246334.htm

- 4) 日本社会福祉士会による「スクールソーシャルワーカー事業継続の要望書」(2009年3月6日)
http://www.jacsw.or.jp/contents/iken_youbou/09/090306.pdf
- 5) 精神保健福祉士会による「スクールソーシャルワーカー活用事業」に対する意見(2008年2月29日)
<http://www.japsw.or.jp/ugoki/yobo/2007.htm#8>
- 6) 『学校ソーシャルワーク研究』(2009)日本学校ソーシャルワーク学会,1-65.
- 7) 社団法人日本社会福祉士養成校協会による「社会福祉士等ソーシャルワークに関する国家資格有資格者を基盤としたスクール(学校)ソーシャルワーク教育課程認定事業の創設について」(2009年3月7日)
http://www.jascsw.jp/ssw/h20ssw_accreditation_jascsw.pdf
- 8) 富島喜揮(2009)「香川県の取組状況」『学校ソーシャルワーク研究』日本学校ソーシャルワーク学会,40.

参考文献

- ・日本学校奏者ルワーク学会 編(2008)「スクールソーシャルワーカー養成テキスト」中央法規.
- ・日本スクールソーシャルワーク協会 編(2008)『スクールソーシャルワーク論-歴史・理論・実践-』学苑社.
- ・森田桂子,水野雅史(2008)「統合失調症の予防と早期介入」『精神科臨床サービス』8,170-173

(文責 國中咲枝)

研究分担報告書

児童思春期精神医療における精神病早期介入の意識と実態に関する調査

研究分担者 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、児童思春期の入院治療病棟を有する精神科医療機関が初回エピソード精神病(First Episode Psychosis : 以下FEP)患者に提供しうる早期支援と治療サービスの現状を把握することを目的とする。**研究方法:**対象は児童思春期病床を有する精神科医療施設からなる全国児童精神科医療施設協議会加盟施設25施設および精神科救急を有し、かつ児童思春期病床も併設している4施設、計29施設であり、これらの施設に対してFEP患者への早期介入に関する関係者の意識と現在提供可能な治療と支援の実態についてアンケート調査を実施した。**結果:**入院治療が可能な児童思春期精神科医療施設を対象とした本調査では本邦における一般的な児童思春期の初回エピソード精神病への支援・治療の特徴が明らかになった。入院治療を代表とする初診から治療開始までの治療内容が重視された。また支援・治療開始までの待ち期間は3週間程度かかり、サービスにつながるまでの工夫が必要である。仮にこれらの施設を拠点としてアウトリーチ型のモデルを作っていくならば、訪問が可能な看護師、ケースマネージャー、認知行動療法が実施可能なスタッフなど人的資源の充実が求められる。**まとめ:**本研究結果を踏まえ、児童思春期精神医療を受診するFEP患者の早期支援・治療サービスを確立する必要がある。

A. 研究目的

早期介入の臨床サービスに関して、初回エピソード精神病の早期発見とその後の臨界期の集中的ケアが重視されている。ところが前思春期から思春期年齢にかけての初回エピソード精神病患者に集中的なケアを提供する標準的なシステムは現在我が国では未整備のままである。我々は昨年度の本研究において、早期発見、集中治療、再発予防の観点から精神病の早期介入プログラムの構成要素を示した。これらを踏まえたサービスモデルを構築するためには我が国の前思春期から思春期年齢にかけてのFEPへの臨床サービスの実態を把握する必要がある。

本研究の目的は児童思春期の入院治療病棟を有する精神科医療機関がFEPに提供しうる早期支援・治療サービスの現状を把握することである。

B. 研究方法

調査に同意を得た児童思春期病床を有する精神

科医療施設からなる全国児童精神科医療施設協議会加盟施設25施設および精神科救急を有し、かつ児童思春期病床も併設している4施設、計29施設の当該診療科長に対してアンケート調査を実施した。

アンケート内容は初回エピソード精神病早期介入について以下の2つに大別される。

- I) 早期支援・治療に関する意見・重視項目
- II) FEP患者の支援と治療の実態

アンケート実施にあたってFEPを初診時点で知覚・思考・感情などの異常を呈する精神病状態と定義し、前駆期状態やアットリスク状態(ARMS)とは明確に区別した。アンケートの内容はFEPの初期治療、病初期から2年間の治療・支援、さらに対

象施設の地域連携と啓発活動の在り方、児童思春期のFEPに対する早期介入のあり方について意見を問うものである。また、昨年度の研究で示された「精神疾患の早期介入プログラムの構成要素」15項目のうち重視する項目についても回答を求めた。解析については以下の3群を対象を分類し集計を行った。

- 1) 中学生年齢までを主な診療対象とする受診年齢制限を15歳以下に定めている施設8施設(以下、中学年齢以下施設群: 一般精神科病院1施設、小児専門精神科病院1施設、一般総合病院3施設、小児専門総合病院3施設)
- 2) 未成年までを主な診療対象とする受診年齢制限を16歳から20歳までに定めている施設7施設(以下、未成年年齢以下施設群: 一般精神科病院2施設、小児専門精神科病院2施設、一般総合病院3施設)
- 3) 年齢制限を設けていない施設14施設(以下、年齢制限設定無し施設群: 一般精神科病院12施設、一般総合病院2施設)

(倫理面への配慮) 本研究は、国立精神・神経センターの倫理委員会の承認を経て実施した。最近1年間の具体的な対応について調査したが、患者特性を質問では問わないため、調査事務局では患者を特定することはできない。結果は個人を同定できない統計解析結果の形で解析された。なお本研究は「疫学研究に関する倫理指針」(平成19年8月16日)に準拠して行われた。

C. 研究結果(資料参照)

I) 早期支援・治療に関する意見・重視項目

1) 「精神病の早期介入プログラムの構成要素」に関する意見

構成要素のうち半数程度の回答者が重視した項目は以下の通りである。構成要素の内容と回答者の重視項目について表1に示す。(表1)

* 初期評価段階-医学的アセスメントと治療計画(精神疾患の疑いによる紹介から診断へ)

…58.6%

* 集中的治療と合併症の早期発見段階-地域との連携(集中的な地域支援、個別の年齢に応じた入院施設の利用、入院計画の見直しと退院計画へ患者が積極的に関わること)…58.6%

* 集中治療と合併症の早期発見段階-非薬物療法的プログラム(精神病学習教材の提供、薬物療法的の詳細な情報提供、家族への心理教育と支援、

家族・ケア提供者への情報提供、24時間管理チームの時間外支援の提供)…55.2%

* 初期評価段階-社会心理学的アセスメントとケア計画(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)…48.3%

* 集中治療と合併症の早期発見段階-医学的アセスメントと治療計画(抑うつ状態の査定と治療、自殺念慮の早期発見と治療、治療抵抗性の陽性症状に認知行動療法を実施)…48.3%

2) FEP患者早期支援・治療に興味関心のある医師 FEP患者への早期支援治療体制の整備に興味関心のある医師は各施設群ともおよそ30%程度存在すると回答された。

3) FEP早期支援治療についての問題意識

児童思春期のFEP患者への早期支援治療体制確立をしていくための問題意識として以下の意見が寄せられた。

* 初診待ち期間が長い間その間の初期医学的評価を行える専門機関の確保が必要

* サービス内容が統合失調症に限ったサービスでなく、他の精神疾患も包含するものであるという認識を徹底すること

* FEPの診断の要点の整理、統合失調症との鑑別

* 教育および福祉機関との連携体制確立

* 一般医療者、一般市民、教育関係者の精神病に関する偏見の解消

* 医療・教育・福祉における子どもの精神障害の受療経路を地域単位で把握すること

II) FEP患者の支援と治療の実態

1) 調査対象背景

調査対象背景を表2に示す。(表2) 中学年齢以下を対象とする施設で統合失調症初診患者数の割合は比較的少ない。

2) FEP患者初診までの待機期間

中学年齢以下施設群の待機期間は平均3.3週(SD2.2)、未成年年齢以下施設群では平均3.3週(SD4.0)、年齢制限設定無し施設群では平均2.7週(SD3.4)であった。

3) FEP患者初診時の自殺リスクの評価

中学年齢以下施設群の37.5%、未成年年齢以下施設群の57.1%、年齢制限設定無し施設群の57.1%が常時初診時に自殺リスクを評価すると回答した。

自殺リスクがある場合は全施設中96.6%が入院

治療を選択し、20.7%が他院・精神科救急システムを紹介すると回答した。

4) FEP患者への治療サービス

薬物療法および支持的精神療法はほぼ全施設がサービスの選択肢として回答した。

一方認知行動療法は入院では中学齢以下施設群で12.5%、未成年齢以下施設群で14.3%、年制限設定無し施設群で35.7%、外来では中学齢以下施設群で25.0%、未成年齢以下施設群で14.3%、年制限設定無し施設群で21.4%と回答した。作業療法、SST、心理教育などその他の治療内容の内訳は図1に示す。(図1)

なお、認知行動療法の経験があるスタッフ数は中学齢以下施設群で0.7(SD1.9)、未成年齢以下施設群で1.4(SD3.8)、年制限設定無し施設群で4.4(SD7.6)だった。1名以上の認知行動療法の経験があるスタッフが存在する施設は44.8%にとどまった。

5) FEP患者の入院判断

FEP患者について入院を判断する要件を最大3つまで回答を求めたところ、58.6%の施設が家族機能の問題がある場合に入院を判断すると回答した。

中学齢以下施設群および未成年齢以下施設群でおよそ30%程度のFEP患者に入院適応があると回答し、年制限設定無し施設群で約70%のFEP患者に入院適応があると回答した。

5) 患者の治療中断とその対策

中学齢以下施設群でのFEP患者の治療中断は10%未満、未成年齢以下施設群でおよび年制限設定無し施設群で20%未満と回答した。全施設中79.3%が治療中断に対する対策を立てていると回答した。その内容は電話確認、親の心理教育、訪問看護、福祉および教育機関との連携が主であった。

6) FEP患者への地域支援

FEP患者への訪問支援を積極的に行うまたは多少行うと回答したのは中学齢以下施設群で12.5%、未成年齢以下施設群で14.3%、年制限設定無し施設群で35.7%であった。

院内スタッフが訪問を実施できると回答したのは中学齢以下施設群で0.0%、未成年齢以下施設群で33.3%、年制限設定無し施設群で57.1%であった。訪問看護ステーションと連携すると回答したのは中学齢以下施設群で50.0%、未成年齢以下施設群で

33.3%、年制限設定無し施設群で57.1%であった。

患者1人当たりの月間訪問件数についての回答は中学齢以下施設群で1.5(SD1.9)、未成年齢以下施設群で2.3(SD1.9)、年制限設定無し施設群で5.3(SD6.7)であった。

ケースマネジメントを行うコメディカルが存在すると回答したのは中学齢以下施設群で37.5%、未成年齢以下施設群で42.9%、年制限設定無し施設群で85.7%であった。

7) 時間外診療

時間外救急診療可能と回答したのは中学齢以下施設群で62.5%、未成年齢以下施設群で71.4%、年制限設定無し施設群で85.7%であった。時間外訪問診療可能と回答したのは中学齢以下施設群および未成年齢以下施設群で0.0%、年制限設定無し施設群で7.1%であった。

8) 家族支援

発病後に実施可能な家族支援として定期的な家族会開催と回答したのは中学齢以下施設群で37.5%、未成年齢以下施設群で28.6%、年制限設定無し施設群で57.1%であった。

家族心理教育と回答したのは中学齢以下施設群で50.0%、未成年齢以下施設群で71.4%、年制限設定無し施設群で85.7%であった。

家族心理相談と回答したのは中学齢以下施設群で37.5%、未成年齢以下施設群で57.1%、年制限設定無し施設群で57.1%であった。

家族心理相談の実施頻度についての回答は2.6(SD4.2)未成年齢以下施設群で1.1(SD1.1)、年制限設定無し施設群で3.7(SD4.2)であった。相談にて強調する内容については疾患特性、薬物療法、社会資源、対応スキル、治療中断のリスク、子育ての仕方のせいではないこと、回復の可能性があげられた。

同胞支援を行うと回答したのは中学齢以下施設群で12.5%、未成年齢以下施設群で14.3%、年制限設定無し施設群で7.1%であった。

9) 復学就労支援

復学就労支援を積極的に行うと回答したのは中学齢以下施設群で71.4%、未成年齢以下施設群で71.4%、年制限設定無し施設群で50.0%であった。多少行うと回答したのは中学齢以下施設群で28.6%、未成年齢以下施設群で28.6%、年制限設定無し施設群で50.0%であった。あまり行わない、行わないとの回答は全施設で0.0%であった。

10) 青年期への治療移行

自施設内での治療移行が可能と回答したのは中学齢以下施設群で42.9%、未成年齢以下施設群で71.4%、年制限設定無し施設群で78.6%であった。

11) 諸機関との定期連携(年間)

福祉保健センターとの定期連携が無いと回答したのは中学齢以下施設群で40.0%、未成年齢以下施設群で40.0%、年制限設定無し施設群で36.4%であった。

児童相談所との定期連携について定期連携が無いと回答したのは中学齢以下施設群で14.3%、未成年齢以下施設群で0.0%、年制限設定無し施設群で16.7%であった。

療育センターとの定期連携について定期連携が無いと回答したのは中学齢以下施設群で28.6%、未成年齢以下施設群で40.0%、年制限設定無し施設群で70.0%であった。

児童自立支援施設との定期連携について定期連携が無いと回答したのは中学齢以下施設群で80.0%、未成年齢以下施設群で33.3%、年制限設定無し施設群で88.9%であった。

教育機関との定期連携について定期連携が無いと回答したのは中学齢以下施設群で37.5%、未成年齢以下施設群で14.3%、年制限設定無し施設群で16.7%であった。

小児科医との定期連携について定期連携が無いと回答したのは中学齢以下施設群で57.1%、未成年齢以下施設群で66.7%、年制限設定無し施設群で44.4%であった。

司法機関との定期連携について定期連携が無いと回答したのは中学齢以下施設群で75.0%、未成年齢以下施設群で71.4%、年制限設定無し施設群で41.7%であった。

12) 啓発活動

精神疾患の啓発活動を行っているとは回答したのは中学齢以下施設群で75.0%、未成年齢以下施設群で100.0%、年制限設定無し施設群で85.7%であった。統合失調症の啓発活動を行っているとは回答したのは中学齢以下施設群で37.5%、未成年齢以下施設群で71.4%、年制限設定無し施設群で50.0%であった。統合失調症に関する啓発活動の回数は年間平均にて中学齢以下施設群で3.0(SD2.6)、未成年齢以下施設群で1.8(SD1.4)、年制限設定無し施設群で3.6(SD3.8)であった。

D. 考察

I) 早期支援・治療に関する意見・重視項目

構成要素の中でも重視された項目は初診から入院治療までの流れに重点をおいた事柄であるが、入院治療病棟を有する児童思春期精神科医療施設の各診療科長の意識を反映している。

アウトリーチ型を基本とする英国のサービスの在り方と異なり、若干偏りがあると思われる。

本研究に参加した施設の児童思春期精神医療に関わる医師の約30%が初回エピソード精神病の早期支援・治療体制確立には興味を抱いており、各施設からの指摘はモデル作成のために妥当な指摘だと思われた。これらを生かし、本邦の実態に則した早期支援・治療の体制が構築されることが望まれる。

II) FEP患者の支援と治療の実態

中学年齢以下を診療対象とする施設は思春期から青年期までを診療対象とする施設に比べ、FEP患者数および統合失調症患者数は少ない傾向にあるが、未成年までを対象とする施設と年齢制限の無い施設ではその割合は多くなる傾向がある。これは精神病性疾患の年齢ごとの発生頻度からみても妥当な分布であろう。このためか中学年齢以下を診療対象とする施設のFEPへのサービス実施率は全体的に低い結果となっている。とはいえ、中学年齢以下で発症する統合失調症やFEP患者の重症度は一般的に高いため、これらの患者群への集中的なサービス提供は重要な事柄である。

まず初期治療に関して述べると、どの群でも初診までに3週間程度が必要であり、多くの施設で迅速な対応は困難なことが予想された。自殺リスクや家族機能の問題がある場合は一般的に入院治療が選択されるが、治療選択肢の中心は薬物療法と支持的精神療法であった。作業療法やSST、心理教育といった要素は各施設の特色により組み合わせて用いられた。外来治療もほぼ同様のプロフィールで継続されていたが、どの施設も昨年度の研究で示された「精神病の早期介入プログラムの構成要素」で必要とされる認知行動療法が実施可能なスタッフの数に限りがあり、入院外来ともSSTや認知行動療法の実施率は他の治療法の実施率と比べ低い結果となっている。

次に病初期から2年間の集中的治療について述べると、患者の治療中断率は10~20%未満であり、電話確認や訪問での治療中断対策も比較的な

れていると思われる。危機介入の手段となる入院医療開始時には自殺リスクのアセスメントだけでなく、家族機能の問題を重視し入院の要件を決めている施設が多いのも児童思春期精神医療ならではの特徴である。

一方、「精神病の早期介入プログラムの構成要素」で必要とされるような既存のサービスとは独立した緊急の訪問診療も可能なアウトリーチサービスは児童思春期精神医療の中ではごく稀である。このため院内もしくは地域の訪問看護ステーションとの連携で訪問看護を行うことが主流であるが、特に中学年齢以下を診療対象とする施設と未成年までを対象とする施設で積極的から多少訪問看護を実施できると回答した施設は15%未満、ケースマネジメントを実施できるコメディカルが存在すると回答した施設も50%未満であった。構成要素に示されるアウトリーチ型サービスを可能とするには訪問看護スタッフ、ケースワーカーの十分な配置が必要とされる。

なお多くの施設では疾患理解促進、スティグマ解消などを目的に家族会開催、心理教育、心理相談など何らかの家族支援が実施されているが、近年重視されている同胞支援に関してはいずれの群も15%未満にとどまった。日本の家族支援の現状は親支援が中心であり、同胞支援の方法論はまだ普及していないと思われる。

回復後の復学就労支援はどの施設もある程度積極的に実施していた。中学年齢以下を対象とする施設の多くは小児専門医療機関であることもあり、半数は青年期以降の自施設内の治療移行が困難である。

また諸機関との定期連携であるが、発病初期の段階をキャッチするにあたって近年その役割が強調されている福祉・教育・小児科医との連携が無い機関も多く改善が望まれる。

E. 結論

初回エピソード精神病の早期支援・治療に関する児童思春期精神科治療施設の意識と実態調査を実施した。関係者の問題意識は初診から初期治療開始までの時期に重点がおかれていた。調査ではFEP患者は初診までに3週程度の時間を要することが示唆され、治療にあたっては病初期における認知行動療法の実施、アウトリーチ型サービスを各施設単位で行う人的資源が不足していることが推

測された。家族支援については同胞支援の普及はまだ一般的でなく、地域連携については福祉・教育・小児科医との連携をより緊密にしていくことが望まれた。初期治療、病初期から2年間の集中的治療の実態を早期支援・治療が容易になるよう改善していく必要がある。なお、本調査の限界としてはアンケート調査であり実数は不明であること、大学病院、クリニックなど外来中心の児童精神医療関係者を調査対象としていないため、児童思春期精神医療の一部の実態しか反映していないこと、都市部や郊外といった視点での地域格差は未検討であることがあげられる。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 未定

2. 学会発表 2010. 2. 4 第40回全国児童青年精神科医療施設協議会研修会にて発表予定

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
藤田純一	神奈川県立こども医療センター
西田淳志	東京都精神医学総合研究所

必要な資料(ガイドラインを含む)

対象	精神病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)

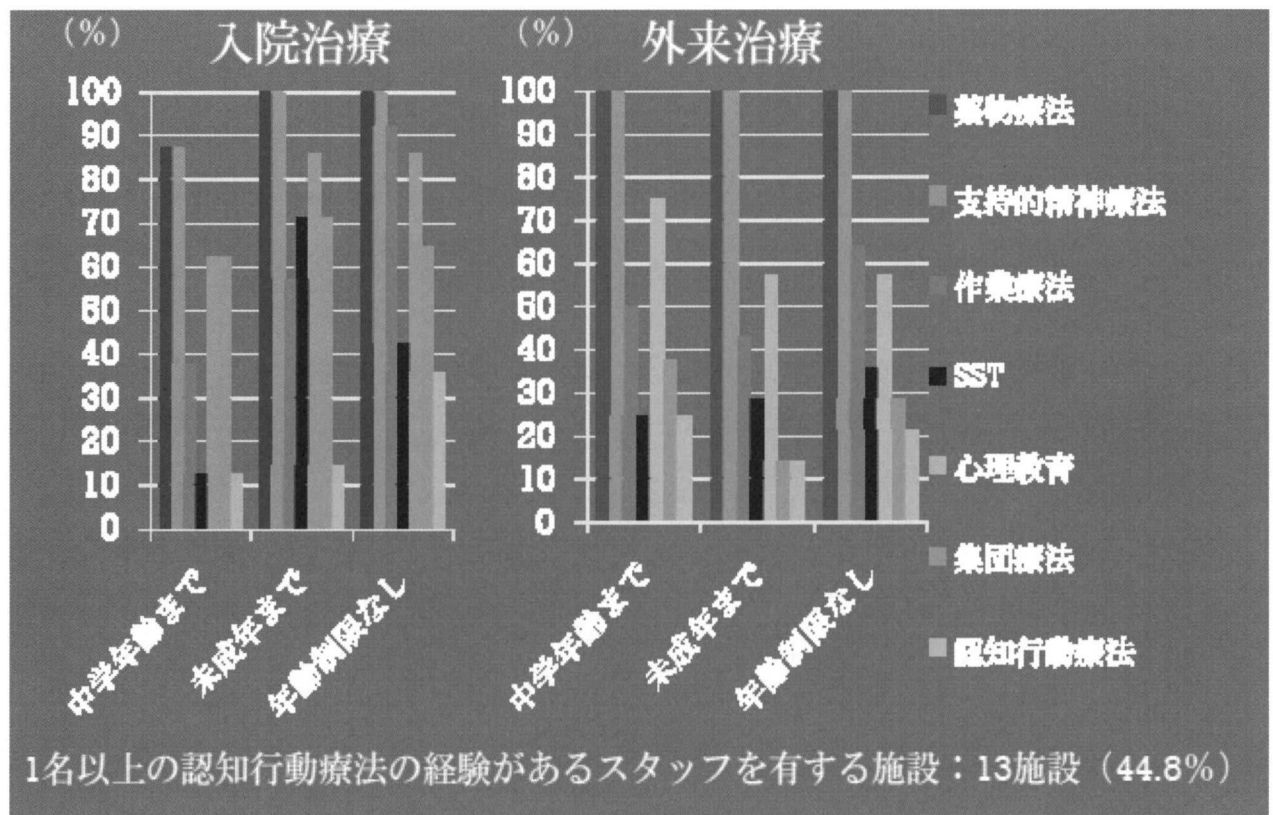
(表1)初回エピソード精神病患者への早期支援・治療に必要な構成要素と児童思春期精神医療従事者が重視する項目(赤のセルが約半数の児童精神科医が重視した項目)

	初期評価(迅速)	集中治療と合併症の早期発見	集中治療と再発防止
医学的アセスメントと治療計画	スクリーニング、紹介～受診、情報把握(病歴・リスク)	うつ状態・希死念慮の評価と治療、抵抗性陽性症状へのCBT	うつ状態・希死念慮の継続評価治療、再発防止計画作成
薬物療法		低用量第2世代抗精神病薬投与、情報提供と患者の意思決定	陰性症状に対する薬物療法の見直し
社会心理学的アセスメントとケア計画	社会機能、家族、資源、ニーズ、理解度、苦痛の領域の評価	うつ状態・希死念慮の発見と対処	再発防止計画作成、家族・近隣の患者評価参与
非薬物療法的プログラム	プライマリ割当、家族・近隣のケア参加	患者心理教育、家族心理教育と相談、24時間の時間外支援	患者・家族心理支援、時間外支援継続、有効性の評価
地域連携	プライマリケア施設、児童思春期精神保健サービスとの連携	集中的地域支援、入退院計画への患者の積極的参与	集中的地域支援継続、紹介経路の評価

(表2)調査対象背景

	中学年齢まで	高校年代or20歳まで	年齢制限無
常勤医	6.8 (SD5.5)	9.3(SD7.3)	10.9(SD6.3)
非常勤医	6.8 (SD9.5)	6.7(SD9.4)	4.5(SD5.1)
初診数	429.1 (SD238.8)	943.1(SD587.7)	817.9(SD418.6)
統合失調症初診数	7.3 (SD4.3)	74.3(SD101.1)	115.1(SD85.9)
年間入院患者数	189.6 (SD357.9)	304.2(SD258.2)	524.5(SD343.8)
個室数	11.1 (SD6.6)	16.1(SD15.8)	46.2(SD34.7)
隔離室数	1.6 (SD2.3)	13.0(SD21.9)	16.1(SD12.4)
児童思春期病床数	22.5 (SD17.5)	69.6(SD89.0)	25.9(SD17.2)

(図1)初期治療の内容



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

分担研究者 横山 和仁 順天堂大学医学部衛生学講座 教授

研究要旨

わが国の精神疾患早期介入システムの構築には、地域の医療保健福祉資源の活用が必須である。本研究では、Ⅰ.早期介入における医療へのアクセスに関連する要因(当事者調査)、Ⅱ.精神保健福祉センターが果たす役割、Ⅲ.地域の一般医が果たす役割、およびⅣ.経済的側面の分析に関する研究を行った。

Ⅰ.早期介入における医療へのアクセスに関連する要因(当事者調査より)

A. 研究目的

精神疾患への早期介入について、わが国にあった方式を提案する場合、当事者のニーズを反映した資源の活用について考慮していくことが重要である。すなわち、当事者の医療へのアクセスを促し、継続的に治療が受けられるように支援していくことが必要と思われる。今年度は、昨年度(平成20年度)に収集した当事者家族へのニーズ調査のデータをもとに、医療へのアクセスに関連する要因を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

平成20年度に三重県にある精神障害者の家族会および作業所15か所に所属する家族346名を対象に無記名自記式調査表を実施した。配布した346部のうち、141部(回収率

40.8%)が返送された。これらから、家族が問題に気づいてから医療機関を受診するまでにかかった時間と、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・時間や症状等の、医療へのアクセスに関連する要因の検討を行った。分析には、SPSS Statistics 17.0 for Windowsを使用した。

C. 研究結果

1. 回答者と患者の属性(表1・表2)
回答者からみた患者は、息子が78名(55.3%)と最も多くついで娘40名であり、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、平均年齢38.3歳、女性が46名、平均年齢36.7歳であり、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。

表1 回答者141名の属性

男/女	46/95
年齢 (SD)	61. 9 (11.1)
患者が何に当たるか	息子 78 娘 40 配偶者 2 兄弟 4 姉妹 3 叔父 1 本人 12

表2 患者 141 名の属性(回答なしを含む)

男/女	94/46
平均年齢男/女 (SD)	38.3 (9.9) /36.7(8.5)
診断名	統合失調症 74/40 そううつ病 8/3 人格障害 2/13 てんかん 2/1 その他 5/1

入院歴は、2 回から 4 回が 40.3%で最も多く、ついで 1 回 18.7%、入院歴なし 16.5%、5 回～9 回 12.9%であり、入院歴と家族が問題に気づいてから医療機関を受診するまでの時間に有意な差は認められなかった。現在の患者の生活は、作業所などに通っているが最も多く、ついで家でほとんど過ごす、入院中の順で、現在の生活と家族が問題に気づいてから医療機関を受診するまでの時間には有意な差が認められなかった。

表3 家族が問題に気づいた時の最初の相談先と医療機関を受診するまでの時間（月数、カッコ内は人数）

相談先	相談した	相談しない
家族・親類	9.8±11.2(45)	22.8±48.9* (84)
知人・友人	7.4±8.1 (10)	19.2±41.9 (119)
学校の担任	40.2±63.0 (18)	15.1±35.5* (111)
学校の養護教諭	121.5±167.6 (2)	16.6±35.6 (127)
会社の上司	7.5±9.0(17)	18.8±41.3(123)
行政の相談窓口	37.3±71.9 (4)	37.3±71.9 (4)
保健所・保健センター	45.9±91.3(18)	13.8±21.7 (116)
精神保健センター	70.5±113.6(4)	16.6±35.8(125)
一般科クリニック	46.6±82.7 (8)	16.6±36.1 (121)
小児科	0.8±0.5 (4)	18.8±41.0 (125)
心療内科	8.9±12.6(15)	19.5±42.7 (114)
精神科クリニック	6.5±7.7 (16)	19.9±42.9 (113)
総合病院精神科	7.88±9.84 (22)	20.37±43.91 (107)
精神病院	12.3±21.9 (99)	20.2±44.5 (30)

*p < 0.05

2. 治療が開始されるまでの時間と状況

家族が最初に相談した対象は、非医療機関では家族・親類が最も多く、ついで保健所・保健センター、学校の担任、会社の上司の順であった。医療機関では精神病院、総合病院精神科、精神科クリニック、心療内科の順であった。家族が問題に気づいてから医療機関を受診するまでの時間は、表3の通り、まず家族・親類に相談した場合の方が受診までにかかった時間が短く、逆に、学校の担任に相談した場合は時間がかかっていたことが明らかとなった。

最初に受診した医療機関と受診までの月数を表4に示す。最も多いのは精神科クリニック・精神病院、ついで総合病院の精神科であった。受診までにかかった時間にはばらつきが大きく、受診医療機関の間に、有意差は認められなかった。

表4 最初に受診した医療機関と受診までにかかった時間（月数、カッコ内は人数）

医療機関	
一般科・小児科クリニック	13.9±19.7(15)
心療内科	15.6±18.2(17)
総合病院の精神科	13.4±21.0(45)
精神科クリニック・精神病院	26.1±60.8(48)

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と医療機関を受診するまでの時間を表5に示す。家族で対処できなくなったという理由が最も多く、ついで家族にとって理解できない言動があった、幻覚・妄想・幻聴のような症状がでた、病気ではないかと思った、身体的症状がでてきた、ひきこもった、会や学校を休むようになった、他人に迷惑をかけた・かけそうになったの順であり、不眠や食欲不振などの身体症状がでてきた人とそうでない人とのあいだには、受診までの時間に有意な差が認められ、身体症状の出現は医療に結びつきやすいといえる。

初めて医療機関を受診した際に受けた説明に関しては、やや理解しにくかった(19.7%)、理解できなかった(24.8%)と答えており、21.3%の人が治療を中断している。受診をやめた理

由としては、受診を嫌がった(41.4%)、対応に不信感を抱いた(31.0%)、受診したが症状が改善しなかった(24.1%)と答えている。

表5 受診のきっかけと受診までの月数（カッコ内は人数）

きっかけ	あてはまる	あてはまらない
家族で対処できなくなった	23.4±50.4(70)	13.1±46.7(60)
家族にとって理解できない言動があった	17.4±26.8(68)	19.9±50.9(62)
幻覚、妄想、幻聴等の症状がでた	15.48±22.3(62)	21.5±52.3(68)
病気と思った	22.5±50.4(50)	16.2±34.1(80)
身体症状がでてきた	9.3±12.1(48)	24.1±50.1*(82)
ひきこもった	19.5±22.0(40)	19.5±22.0(90)
学校や会社を休むようになった	17.3±27.1(35)	19.2±45.2(95)
他人に迷惑をかけたかかけそうになった	41.0±78.44(27)	12.7±19.7(103)
家出や突然飛び出すなどがあった	31.2±69.9(24)	15.6±30.1(106)
本人が受診を希望した	19.2±50.3(24)	18.6±39.0(106)
入浴や洗髪をしなくなった	15.5±19.7(15)	19.0±43.0(115)
リストカット等自傷行動があった	23.1±32.7(12)	18.1±41.7(118)

*P<0.05

D. 考察

家族が初めて問題に気づいたときの相談先では、非専門家では家族・親類が最も多く、家族・親類への相談の有無では医療に受診するまでの時間に差が認められ、家族内にお

ける相談は受診を促すことがわかった。

また、担任への相談であった場合は有意に受診までの期間が長く、担任への相談の問題点の分析の必要性が示唆された。

最初に受診した医療機関については、医療機関によって受診までにかかる時間に有意な差は認められなかったが、総合病院の精神科、精神科クリニック、または精神病院を7割以上の人が受診しており、家族は患者の状況を良く捉えていることが示唆された。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ことが半数を超え、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と推定された。また、身体症状の有無で受診までの時間に有意差があり、不眠や食欲不振などの身体症状があると受診に結びつきやすいことが示された。精神疾患に関する正しい知識を家族に対して啓発していく上では、早期の兆候として様々な症状が出現することを教育していくことが重要であろう。

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、4割以上の方が理解できなかった、またはやや理解しにくかったと答えており、一方、受診中断の理由としては、受診を嫌がった、対応に不信感を抱いた、あるいは受診したが症状が改善しなかったためと答えており、初診時には治療が継続されるような対応が重要であることが考えられた。さらに、精神疾患特有の病識の欠如から本人が受診を嫌がることが多いことが推定され、受診のサ

ポートや早期でのアウトリーチサービスが重要であると考えられた。

F. 研究発表

- 1.論文発表
該当せず。
- 2.学会発表
該当せず。

G. 知的財産権の出願・登録状況

該当せず

H. 文献

岡崎祐士ら：厚生労働省科学研究費補助金、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、2008.2009

II. 精神保健福祉センターが果たす役割

A.研究目的

現在の我が国における精神保健システムにおいて、精神保健福祉センターの果たす役割は大きく、新しい早期介入の精神保健システムを築く上でも重要な社会資源であると考えられる。平成19年の三重県の保健師を対象とした調査では、精神保健センター同様、保健所、保健センターの機能についても現状を調査(横山ら、2008)しているが本調査では、精神保健センターに焦点を絞り、その現状を把握

し今後の早期介入における地域資源としての活用について検討することを目的とする。

B.研究方法

調査機関は平成21年11月から12月に、全国の精神保健福祉センター(以下「センター」という)67カ所に、無記名自記式調査票を郵送し、協力を依頼した。調査票の内容は回答者の属性、センターにおける早期介入に関する業務の内容、状況、精神病様症状(PLEs)を有する未治療者の症例の経験の有無、今後どの程度早期介入のための時間をとることが可能か、早期介入に関する意見(自由記載)とした。倫理的配慮としては調査用紙にて研究趣旨、参加は自由意志によること、匿名性の保護等を伝えた。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.結果

回収数は67部の配布に対し、34部(回収率55.2%)であった。

1.回答者の属性

各センターの回答者は、表1に示すとおりであり男性21名、女性15名、未記入1、であった。資格としては医師が15名と最も多かった。回答センター所在地の人口規模は約89%が人口30万人以上であり約11%が人口10万人以上30万未満であった。

表1 回答者の属性

	男	女
年齢(SD)	50.9(5.8)	48.9(9.4)
医師	12	3
精神保健福祉士	6	0
保健師・看護師	0	5
心理職	2	5
福祉職	0	1
一般事務員	1	1
全体	21	15

2.精神保健相談業務

各センターの主たる相談窓口の担当職員は、最も多いのが保健師・看護師2.3人、次に心理職で平均2.0人、医師1.8人、精神保健福祉士1.8人の順であった。(表2)。

3.PLEsを有する未治療者の症例の経験

PLEsの症例経験は34カ所、87.9%のセンターが経験していた。

表2 精神保険業務における主たる相談窓口の担当職員人数

	平均人数(SD)	範囲
医師	1.8(1.5)	0-8
社会福祉士	0.5(0.8)	0-3
精神保健福祉士	1.8(2.0)	0-8
保健師・看護師	2.3(1.5)	0-6
作業療法士	0.3(0.8)	0-4
心理職	2.0(1.6)	0-7
福祉職	0.6(1.2)	0-5
一般事務職	0.6(1.4)	0-5
その他	0.2(0.6)	0-3

4.センターの取り組みの実施状況(表3)

早期支援に関連する取り組みについては、最も多く実施されていたのは不登校・ひきこもり

への対応(91.9%)、困難ケースに対するコンサルテーション(91.9%)、教育機関との連携(89.2%)、専門職種でのケアの継続のための情報伝達(86.5%)、家族会・共同作業所等の支援(86.5%)、一般開業医との連携(83.8%)の順で、最も実施が少なかったのは精神疾患発症リスク者の特定(13.5%)、次に少ないのはアウトリーチサービス(33.3%)であった。受診サポートに関しては18カ所48.6%のセンターが実施していた。

表3 取り組み別の実施センター数 (%)

	実施	計画中	検討	困難
不登校・ひきこもりへの対応	34(91.9)	0	0	3(8.1)
困難例のコンサルテーション	34(91.9)	0	1(2.7)	2(5.4)
教育機関との連携	33(89.2)	0	2(5.4)	2(5.4)
専門職種での情報伝達	32(86.5)	0	0	4(10.8)
家族会等の支援	32(86.5)	0	1(2.7)	4(10.8)
一般開業医との連携	31(83.8)	0	1(2.7)	5(13.5)
専門医紹介	29(78.4)	0	1(2.7)	6(16.2)
スティグマ教育	27(73.0)	1(2.7)		9(24.3)
診療	24(64.9)	0	0	13(35.1)
相談支援体制強化	24(64.9)	2(5.4)	7(18.9)	3(8.1)
技術援助・教育	23(62.2)	3(8.1)	3(8.1)	7(18.9)
民生委員への教育・連携	23(62.2)	2(5.4)	2(5.4)	10(27.0)
早期サインの教育	21(56.8)	0	3(8.1)	11(29.7)
教師の教育	21(56.8)	2(5.4)	4(10.8)	10(27.0)
受診サポート	18(48.6)	0	1(2.7)	2(5.4)
患者の継続的マネジメント	17(45.9)	0	0	20(54.1)
アウトリーチサービス	12(33.3)	0	3(8.3)	21(58.3)
精神疾患発症リスク者の特定	5(13.5)	0	2(5.4)	30(81.1)

5. 取り組み状況

精神疾患全般に対する相談が週4、5日実施されているセンターは32カ所(86.5%)であり、児童・思春期の心の問題に関する相談は25カ所(67.6%)が週4、5日対応している。また、自由記載からは適宜対応しているセンターもあった。家族会等への支援、啓発・教育活動、教育機関を対象とした相談支援、事例検討会は月1、2回実施されている割合が高い。

早期介入のために新たに増加可能な業務量としては、19カ所(55.9%)が現状では不可能と回答しており、月1、2日程度が6カ所(17.6%)、週1日程度(14.7%)であった(表4)。

夜間・休日対応を行っていないセンターは34カ所(91.9%)であり、今後については、回答があった25カ所中、22カ所(88.0%)のセンターが現状では不可能であると回答していた(表5)。また夜間・休日の対応としては救急医療の精神科救急システムがあるためセンターでの対応は想定していないとの回答もあった。

表4 早期介入のために増加可能な業務量

センター数 (%)	
週2,3日	1(2.9)
週1日程度	5(14.7)
月1,2日程度	6(17.6)
それ以下	3(8.8)
現状では不可能	19(55.9)

表5 夜間休日の対応(センター数と%)

現在		今後	
あり	なし	不可能	その他
3(8.1)	34(91.9)	22(88.0)	3(12.0)

6. 早期介入に関して

早期介入に関して自由記載にて、意見を尋ねたところ、マンパワーおよび予算不足が最

も多くあげられた。またアウトリーチの重要性も多くあげられたが、現状では困難である状況が示された。

D. 考察

精神保健センターでは、早期介入に関連する様々な取り組みが展開されていることが明らかとなった。また、医師、保健師・看護師、社会福祉士、精神保健福祉士、心理職、福祉職等の他職種がセンター内で協働して精神保健福祉業務に携わっていることが明らかとなった。精神保健福祉相談は、無料であることや、本人以外の家族や関係者が相談できることがアクセスしやすい要因ではないかと思われる。平成20年度の当事者家族のニーズ調査では(横山ら、2009)は、家族は相談に行った時に、病気や治療の説明だけではなく、家族が抱える問題についても十分に話を聴いてもらいたいと願っており、様々な職種が対応できることは、当事者にとっては相談しやすい環境であるといえる。

また、本研究班での調査において、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(西田ら、2008)となっており、精神的問題についてかかりつけ医などのプライマリケア医がセンターに相談することが可能(佐藤ら、2000)であることのメリットは大きい。不登校・ひきこもりへの対応は9割以上のセンターで実施されており、精神疾患の初期症状の中には、ひきこもりや登校拒否が含まれることから、この対応は早期介入を促進していく上で重要といえる。受診サポートは、約5割のセンターで実施されている。平成12年に施工された改正精神保健福祉法では移送制度が新たに設けられているが、三品(2000)が述べているように、この制度は入院が前提条件であり、生活の場から切り離すのではなく、当事者のニーズに合った受診サポートを提供していくことが重要であろう。

早期介入のための新たな業務量の増加については、55.9%のセンターが現状では無理と回答しており、横山ら(2008)の保健師に対する調査結果と

一致している。

現在、地域精神保健活動は、市町、保健所、および精神保健センターが担っている。全県的に活動できるセンターが、広域的にかつ専門的な早期介入の高度な専門的活動を想定し、早期介入に関する知識の普及や技術指導を充実させ、技術援助や教育、一般市民だけでなく民生委員、教育機関の教職員等を対象とした教育・研修を実施する等の機能を高めることが重要である。しかし、取り組みの実施にはマンパワーの問題が大きく関連しており、早期介入のためには新たな人員と予算の確保が必要であるといえる。

夜間・休日の対応は、9割以上のセンターで実施していないことが明らかとなった。当事者は何でもいつでも相談できる場を求めており、救急医療のシステムでは対応できない日常生活上の問題に関しても24時間体制で相談できる機能が重要であると思われる。精神保健センターは、その役割を明確にし、学校、医療、相談機関などとより密な連携をとりながら活動することにより、早期介入を推進する上で重要な機関となることが可能である。

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：精神医療における早期介入(相談・支援・治療)に対する当事者のニーズと地域資源の活用、第68回日本公衆衛生学会総会、奈良県、2009年10月22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

横山和仁ら：厚生労働省科学研究費補助金、ここ

ろの健康科学研究事業、精神疾患の早期介入のための地域資源に関する研究, 2008. 2009
 西田淳志ら: 厚生労働省科学研究費補助金、こころの健康科学研究事業、思春期精神病学と精神疾患の早期介入方策に関する研究、2008
 佐藤武、山田健志、藤林武史: プライマリケアにおける精神的問題—精神科の立場から—, 治療, 82(6): 1678-1684, 2000
 三品桂子: 精神障害者ケアマネジメント体制導入と新たな精神保健福祉システムの構築, 病院・地域精神医学, 43(4): 69-76, 2009

Ⅲ. 地域の一般医が果たす役割

A. 研究目的

昨年度の本研究班の調査では、親が子供の精神的不調を認識した場合にまず相談する相手を「近所の内科・小児科医」とする回答が「精神科クリニック」より上位となった(西田ら, 2008)

一方、一般医を対象とした調査では、精神科疾患早期介入に関与したいと回答した医師はおよそ半数にとどまった(横山ら, 2008)。今回は、さらに、早期介入に関与したいと考える医師の特性を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

日常診療における精神疾患診療の実態と意識に関する無記名自記式質問紙を、公表されている電話帳から標榜科によりランダムにピックアップした全国(県庁所在地)の内科または小児科標榜開業医4030名

に(内科小児科併記標榜を含む、ただし勤務医、精神科、心療内科、神経内科標榜医などを除く)、郵便で送付および回収し、集計した。集計結果の一部は、昨年度報告書に述べた、不適切な項目や回答を削除し、「開業医の属性」、「日常診療における精神疾患への積極性」、「各疾患に対する自信」、「精神疾患診療技法の熟練度」、「精神疾患診療の妨げ」、および「教育機会への積極性」と、今後の「思春期精神病理早期介入への関与希望有無」との関連を検討した。すなわち、「関与希望有無」を目的変数とした多重ロジスティック回帰分析(変数増加法尤度比検定)を行い、早期介入に関与したい医師の特性を解析した。用いた独立変数は、各カテゴリの回答のうち、「関与希望有無」とカイ2乗検定で有意に関係のあったものを用いた。解析には統計ソフトSPSS 11.0Jおよび16.0J for Windows (SPSS Inc.)を用いた。

尚、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

有効回答は714名(17.7%)であり、今後「早期介入に関与したい」は364(51.0%)、一方「関与したくない」は350(49.0%)であった。回答者の内訳を表6に示す。

また、ロジスティック回帰分析結果を表7に示す。判別の中率は79.1%であった。

表6 回答者714名の内訳

男/女(人数・%)	641/73(89.8/10.2)
標榜科(人数・%):	
内科	404(56.6)
小児科	207(29.0)
内科・小児科	103(14.0)
年齢(平均とSD)	60.2(11.1)
卒業後年数(平均とSD)	35.3(12.0)
開業後年数(平均とSD)	19.5(12.3)
病院・医院所在地(人数・%):	
北海道・東北	99(13.9)
関東	133(18.6)
中部・東海	120(16.8)
関西	121(16.9)
中国・四国	128(17.9)
九州・沖縄	113(15.8)
精神科臨床トレーニング(人数・%):	
有り	58(8.1)
無し	656(91.9)

表7 早期介入への関与に影響を及ぼす要因
(多重ロジスティック回帰分析)

独立変数	偏回帰係数	オッズ比	オッズ比の95%信頼区間	
			下限	上限
精神疾患に関心有り	1.254	3.50	2.257	5.438
ロールプレイング研修を受けた	1.218	3.37	2.186	5.225
ガイドラインの勉強会を受けた	1.007	2.73	1.717	4.366
抗精神病薬を処方する	0.757	2.13	1.037	4.382
ネット経由で情報を入手したい	0.687	1.98	1.309	3.019
専門家参照・紹介に熟練している	0.503	1.65	1.130	2.419
年齢	0.018	1.01	1.000	1.036
診療経験不足	-1.64	0.19	0.057	0.646

D. 考察

早期介入に関与したいとの回答は、全体の過半数に及んだ。もっとも、元々関心の低い医師は、調査に回答しなかった可能性を考えると、全体ではこれより少ないと思われる。精神科疾患自体に関心がある場合の「関与したい」オッズ比は3.504であり、一般医にいかに関心を持ってもらうかが今後の課題であるといえる。これには、受け手側が自由に空いた時間を利用できる、インターネット経由での情報提供が役立つかもしれない。また、経験不足が消極的意見に影響を与えていることから、これを補うためのロールプレイング形式の研修会や、診断基準を周知させるための診療ガイドライン勉強会の機会を、積極的に増やしていくことが重要と考える。その上で薬剤処方適応の周知や、信頼できる紹介先医師との関係が築かれれば、意識が向上し、関与したいと考える医師が増える可能性があると思われた。

F. 研究発表

1. 論文発表

該当せず。

2. 学会発表

高村光幸、萩典子、横山和仁：思春期精神病理早期介入とプライマリ・ケア医。日本プライマリ・ケア学会第23回近畿地方会、伊丹シティホテル(兵庫)、2009年11月15日。

高村光幸、萩典子、横山和仁：非精神科一般医の思春期精神病理早期介入への関わり。第13回日本精神保健・予防学会学術集会、全国社会福祉協議会・灘尾ホール(東京)、2009年11月29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

Crow et al.: A randomised controlled trial of prophylactic neuroleptic treatment. Br J Psychiatr

y 148:120-127, 1986.

PD McGorry et al.: The Recognition and Management of early Psychosis. 1999

Anzai et al.: Early neurotic medication within one year after onset can reduce risk of later relapse in schizophrenia patients. Annual report pharmacopsychiatric research foundation 19: 258-265, 1988

岡崎祐士ら:厚生労働省科学研究費補助金、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、2008

今田寛睦ら:厚生労働省科学研究費補助金、自殺と防止対策の実態に関する研究、2003

厚生労働省厚生労働省統計情報部医療施設調査、2006

中根允文, 吉岡久美子, 中根秀之:精神疾患に対する日本人のイメージ Mental health literacyに関する日豪比較調査から。日本社会精神医学会雑誌, 15;25-38, 2006

西田淳志ら:厚生労働省科学研究費補助金、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、2008

M.Lotrakul, R.Saipanish:Psychiatric services in primary care settings: a survey of general practitioners in Thailand. BMC family practice 7:48 2006

IV 早期介入の経済的側面に関する研究

早期介入プログラムの費用の算定のためには、第一に、分析の立場を明確にする必要がある。患者、サービス提供者、保険者、社会などの立場により費用に含める範囲が異なる。診療報酬は、保険者や国の立場では費用であるが、病院などサービス提供者には収入である。サービス提供者の費用とは、患者ケアのために支出した労務費、材料費、経費をいう。患者や家族の立場では、家族介護のための時間、医療費の自己負担金、交通費や病気による離職や欠勤による労働損失をいう。社会的立場ではこれらの費用の全てを含む(Drummond et al,2005)。

第二に、直接費用の計算には、標準的なプログラムとして提供する医療保健福祉サービスの種類と提供回数が必要である。例えば、formal careとして治療アセスメントチーム、開業医の診察、外来受診、入院、薬剤、保健師など地域サービスやボランティア、警察の利用について、標準的な患者1人あたり年間の提供回数や日数などのデータが必要である(Bertelsen et al , 2008、Valmaggia et al ,2009)。標準的なサービス提供量は介入プログラムとしてあらかじめ設定している場合と、Psychiatric Morbidity SurveyやHospital Episode Statisticsなどの特定診断名の患者の利用状況を集計したデータを用いる場合がある(McCorene et al ,2008)。

これまでの多くの研究では、サービスの費用を標準的なサービス提供量にサービスの一単位あたりの原価を乗じて求めている。このサービスの単価として80~90年代に発表された原価計算の事例報告の値を引用してい

る場合も多いが、近年の英国の調査では、Curtis et al (2006)により作成されたUnit Costs of Health & Social Careから引用している。これは、英国の病院や地域で提供している医療保健福祉サービスの種類ごとに、労務費、材料費、建物設備の経費のすべてを含んだ原価計算を行い、サービス提供1単位あたりの原価を一覧にしたものである(Curtis et al 2006)。

第三に、直接費用のひとつとしてinformal careの費用の計算の検討が必要である。McCorene(2008)らは、2007年から2026年までの精神疾患患者のサービスの費用にinformal careとして家族や友人などの介護を含めて推計している。これによるとinformal careの費用は統合失調症では直接費用全体の25%、躁鬱病では28%、認知障害では36%と大きな割合を占めていた。Francis(2009)らは、informal careの費用の算定上の論点として、家庭での光熱費や食費、洗濯代、レジャーや睡眠時間を含めるのか、家事をしながら見守りをしている時間の扱い、介護者の教育や訓練のレベルも加味すべきか、などを挙げている。これに対してMcCorene(2008)らは家族の直接ケア時間にホームケアワーカーの賃率を乗じて算定している。

第四に、間接費用として、患者の疾病による休職や離職、自殺による労働損失や家族の介護のための労働損失を算定する必要がある。McCorene(2008)らは人的資源法を用い、欠勤時間に性別年齢階級別平均賃率を乗じて労働損失の価値を算定している。

わが国においては、早期介入プログラム標準的なケアが確立されていないため、合併症のないある診断名の患者の診療報酬請求明細書や診療記録から、提供されている平均的な医療サービスの種類と提供回数を