

18. アプローチについての読み物を家族に与える。
19. アプローチ、言語、資料は特定の家族に合わせる。
20. 家族のリテラシーをチェックする。
21. 自分の仕事のフィードバックを受ける。
22. ユーモアを用いる。
23. 手紙を用いる。
24. 同僚と作業を進める。
25. スーパーバイザーと討論する。
26. 上記のことをすべて実施する。
27. それでも駄目ならもっと経験のある人に紹介する。

E. セッションの構造

1. 目標への進捗の振り返り (5分)
2. 家族ミーティングの振り返り (10分)
3. すでに取り扱われた事柄／トピックスの改訂 (5分)
4. セッション演習の振り返り (10分)
5. 異なるモジュール、コミュニケーション・スキルの作業 (20分)
6. セッション演習の割り当て (5分)
7. その他

以上を1時間以内に収める。

F. 家族へのスキルの紹介

1. 家族からスキルの原理を引き出す
2. ファミリーワーカーは原理を要約する
3. 家族は最近のスキルの使用、またはその試みについて述べる
4. ファミリーワーカーはスキルのステップを紹介する
5. 家族はスキルを演習する
6. 家族メンバーはそれぞれのメンバーや治療者からフィードバックを受ける
7. 家族メンバーは再び演習し、必要であればフィードバックからの情報を使用する

8. セッション間の演習 (ホームワーク) を合意する

(3) <家族のアセスメント>

アセスメントの目的

- ・すべての家族と治療的同盟を結ぶ
- ・サービスユーザーの体験・病気の性質と臨床的管理の理解度を明確にする
- ・それぞれの家族の特定の目標(現実的、達成可能なもの)を明確にする
- ・問題解決と目標達成における家族単位としてのストレングスを特定する
- ・家族単位としての問題解決／目標達成の発展領域を特定する
- ・注意を必要としたり、変化によって効果がありそうな家族問題を特定する
- ・セッション毎の効果をモニターする

A. 家族メンバーの個別インタビュー

家族メンバーの個別インタビューのフォーマット

- ・バックグラウンドの情報
- ・サービスユーザーの病気の理解
- ・家族メンバーへの病気の衝撃
- ・日常生活パターン
- ・目標設定
- ・その他

B. 家族の問題解決／目標達成の初回アセスメント

- a)主観的問題解決
- b)客観的問題解決／目標達成
- c)問題解決／目標達成のまとめ、コミュニケーションと問題解決のチェックリストの完成
- d)ファミリーワーカー抜き家族ミーティングの時間を決める

C. 家族アセスメントの継続

毎回のセッションとともに、例えば3か月に1回まとまったアセスメントを行う。

1. 家族目標の経過
2. サービスユーザーの体験／困難の振り返り
3. 前回のセッションからのスキル演習の振り返り
4. これまでのセッションからの作業の改訂
5. 週毎の家族ミーティングの振り返り
6. セッション全体を通して、教育教材の効果と共にコミュニケーションと問題解決スキルを書き留める

家族アセスメントのためのガイド（省略）

（４）＜情報の共有化＞

A. 教育のプロセサー情報共有

目的：

- ・ サービスユーザーが自分の体験の意味を理解することを助ける
- ・ 家族が起きていることを理解することを助ける
- ・ 専門家に家族のことが分かり、精神保健問題を効果的に管理することを助ける情報が何かを分かることを助ける

B. エクスパートとしてのサービスユーザーと家族

C. 情報共有セッションの運営

D. 理解の共有化への到達

E. 情報共有化ミーティングの準備

F. 再発の早期注意サインの特定

（５）＜コミュニケーション・スキル＞

A. 序論 4つの基本的コミュニケーション・スキル

- ・ 楽しい感情の表現
- ・ 肯定的な依頼
- ・ 不快か困難な感情の表現
- ・ 話をよく聞く、積極的傾聴

B. 建設的コミュニケーション・スキルを促進する方法

・ 原理を説明し、家族からの考えを要約する

・ 家族がこのスキルの生活における妥当性を理解することを助ける

・ スキルのステップの要点を示す

・ 家族がやってきたことについてのフィードバックを行う

・ セッション演習と振り返りに同意する

（4つの基本的コミュニケーション・スキルのモジュールは省略）

（６）＜問題解決／目標達成＞

A. 問題解決のためのガイドライン、家族に関する目標達成訓練

問題解決技法は、ファミリーワークの基本の一つで、コミュニケーション・セッションの後に行われる。問題とは、問題家族が示す問題ではなく、家族に影響を及ぼす日常生活上の問題を指す。問題は、目標でもある。ファミリーワーカーは、今までに集めた情報（初回アセスメント、主観的客観的問題の解決）から家族の問題解決のストレングスを引き出す。1, 2回のセッションで6つのステップ法(6-step method)を学習する。

資料：6つのステップ法のワークシートにおける6つのステップ

解決しようとする問題と達成目標

ステップ1：問題や目標は何ですか？

ステップ2：すべての可能な解決法を羅列する。

ステップ3：それぞれの解決法について討論する。

ステップ4：最良の方法を選択する。

ステップ5：最良の方法を実行に移す方法を計画する。

ステップ6：結果を振り返る。

B. 問題解決トレーニングのプロセス

- ・ 初回アセスメントからの情報（の検討—その後の週毎の家族ミーティングの情報と併せて）
- ・ 構造化された問題解決（技法）の原理（の説明）
- ・ スキルの構成要素（の説明）
- ・ スキルの演習（6つのステップ法に基づく）
- ・ （ファミリーワーク）セッションを通しての演習

（例、モジュールの紹介は省略）

<他の特殊治療法>、<危機管理>、<ファミリーワークからの離脱>の要約は省略

2. 地域ケア時代の精神科治療の発展を取り入れた生活臨床の家族支援

近年の地域ケア時代の精神科治療の発展を取り入れた生活臨床の家族療法の要点を挙げる。

生活臨床の考える「家族療法」は、家族病理・家族内コミュニケーションの治療・改善に主眼を置くのではなく、これらの背景になったと思われる患者・家族の社会生活の行き詰まりを改善するための支援を中心とする。

生活臨床の家族研究によれば、それぞれの家族は家族史的課題というそれぞれの世代で、ある生活目標をもっており、それをそれぞれのスタイルで実現しようとしている。それぞれの家族は、患者を抱えた困難な家族運営に直面しているので、患者の生活目標の達成支援、リカバリー支援を有効にするための家族運営の工夫・支援を「家族療法」の中核に据える。

以下、手順の要点を列挙する。

- ① まずは、精神障害者を身内にもつ家族に対して、患者と同様、尊敬の念をもち、「一目置く」態度で接する。理解することが困難で効果的な治療法も乏しい長期の精神障害をもつ患者をケアしながら、しかも十分な支援を受けることなく、法的にも保護義務まで課せられ、偏見・差別の対象とされてきたからである。
- ② 精神障害者を身内にもつ家族への見方は、病理的存在として見るのではなく、それぞれの家族は、家族が意識しているか意識していないかにかかわらず、ある生活目標・アスピレーションをもち、固有の文化をもつ家族集団であると見る。
- ③ 統合失調症は、脳の脆弱性に心理社会的要因が加わって発症する病気であり、発症にかかわる心理社会的要因は、患者のもっている主要な生活目標・アスピレーションと関連しているという仮説を提示する。
- ④ さらに、患者のもっている主要な生活目標・アスピレーションは、両親の家族史、家族の文化を反映しているという仮説を説明する。
- ⑤ これらの仮説に基づき、患者の治療・支援は、この生活目標・アスピレーションの達成支援を基本とすることを説明する。
- ⑥ そして、主要な生活目標・アスピレーションの実現に向かうプロセスにあるか達成することができれば、十分リカバリー（社会的回復）は可能であるという明るい見通しを自信をもって伝える。
- ⑦ 患者・家族の病理・症状・困難・苦悩の解消を図る治療的同盟ではなく、患者の希望・アスピレーション、生活臨床でいう「指向する課題」を達成するた

めの治療同盟を目差す。

- ⑧ 以上の仮説に基づく支援をするために、患者の生活史と共に家族の数世代に亘る家族史を聴取することの同意を得る。
- ⑨ 生活臨床でいう生活破綻の直接の引き金になる「指向する課題」は何か、家族の歴史を反映している父母の代の家族史的課題は何かを検討することによって、患者がもつ主要な生活目標・アスピレーションとは何かを患者・家族・治療者で検討し、特定する。
- ⑩ 主要な生活目標・アスピレーションは、生活臨床の経験では、これらは家族の歴史を反映しているので、両親の家族史を聴取する。
- ⑪ その際、患者、母親、父親など特定の家族員の立場に立ったり、治療者が一般的と考えたり、理想とする家族像を基準にして評価したりしないようにする。つまり、その家族の歴史・文化(家族の価値観、生活の経過、生活の仕方・流儀)の文脈で、それぞれの家族がうまく機能する方法を探し出す。それぞれの家族員の生活の仕方・考え方・流儀を尊重し、母親から話を聞くときには徹底して母親の立場になって聞き、父親の話を聞くときには徹底して父親の立場になって話を聞く態度を貫き、それぞれの共通部分を探し出すことを基本的スタンスとする。
- ⑫ 以上のプロセスを経て、父親と母親それぞれの生活上のテーマ(家族史的課題)の間に共通する範囲の中で、患者の生活目標・アスピレーションを実現するための当面の生活課題(目標)を探し出す。
- ⑬ 当面の生活課題が同定されたところで、それを達成するための戦略を練る。
- ⑭ 当面の生活課題を達成するために役立つ、本人・家族・治療者などのストレ

ングスを最大限に列挙し、活用する戦略を練る。

- ⑮ 当面の生活課題の達成支援するための患者にとっての訓練課題、家族・治療者の課題を明確にして実行する。
- ⑯ 家族にあっては、可能な限り、両親が協力して課題の達成支援に取り組むように援助する。
- ⑰ これらの支援体制を創るためにも、必要に応じて、家族という集団の生活支援に取り組む。数世代の家族史を聴取することによって、その家族運営の特徴、家族の文化(マイクロカルチャー)を知り、その文脈に沿った家族支援を展開する。
- ⑱ 以上の生活課題の達成支援を可能にするためにも、症状軽減・対応法を身につけるための薬物療法・心理社会的治療(家族心理教育など)の活用を推奨し、治療の選択を支援する。また、家族会への参加など社会的資源の活用を勧める。
- ⑲ 進行管理の体制を明確にする。

3. (考察1) MERIDEN FAMILY WORK (MFW) と生活臨床の比較

基本的戦略:

MFW;

家族ストレスと家族のコーピング・スキルとの関連性に注目し、コーピング・スキルの向上を目指し、家族機能改善を主要な目標とする。

生活臨床;

患者・家族の症状・障害・困難は、患者・家族の主要な社会生活上の生活目標の達成が困難に直面している状況で発生した症状と捉え、生活目標の達成支援を主要な目標とする。

家族支援の手法:

MFW；

主に家庭において、アセスメント、コミュニケーション・スキル、問題解決技法などのきめ細かいセッションを繰り返す。注目点は、社会生活上の問題ではなく、家族内の関係性における具体的な問題に焦点を当て、人生の主要な問題には触れない。一人のファミリーワーカーが担当し、スーパーバイザーの支援、早期介入チームで集団的検討をする。

生活臨床；

患者・家族の具体的生活行動を主に病院施設で聴取する。担当は主治医（担当ワーカー）ともう一人の家族療法担当者の二人で担当。家族療法チームで集団的検討を行う。行き詰まりを打開するための基本戦略を策定し、家族と協議する。家族・担当者と当面の方針を策定する。

家族支援アプローチの特徴：

MFW；

技法としての洗練度が高く、エビデンスで効果が立証されている。家族ワーカーの訓練法も確立されている。ただ、疾病観は、近年のリハビリ支援を促進するという面もあるが、症状改善を主要な目標としている点でこの技法が開発された1970年、1980年代の時代的影響を反映している面もある。

生活臨床；

手作りの経験に基づく家族支援。効果を立証するレベルまで洗練されていない。他の治療では効果が見込めない困難事例が対象。

4（考察2）わが国における早期支援・早期治療における家族支援プログラムの可能性

MFWの実績、生活臨床の経験から、わが国における早期支援・早期治療における家族支援プログラムには3つの方策が考え

られる。

第一が、高度に洗練されたMFWをそのまま適応することである。

第二は、MFWと生活臨床の長所を取り入れた家族支援プログラムを開発する方策である。

第三が、生活臨床の家族支援を実施する。

3つの可能性のメリットとデメリットを挙げてみる。

第一の案のメリットは、効果が立証され、洗練された家族支援プログラムであることから、わが国で研修によって普及することは容易である。その一方で、ほぼ30年前に開発されたものを直輸入するというわが国の海外の経験に学ぶ伝統的なやり方の弊害が生ずる恐れもある。近年の精神医療改革は急速に進展しているので、発展方向を見定めた、出来ることなら一歩先を行く家族支援プログラムを創造したいところである。

第二案は、双方のメリットを吸収するものであり、これが実現するなら、将来有望なわが国の独自の家族療法・家族支援を創造するものとなる。デメリットではないが、アプローチの異なる二つの技法を折衷するには、相当工夫が必要となる。

第三案は、わが国独自の家族支援プログラムとしてすっきりと打ち出せるので、海外の家族支援の発展に貢献できる可能性がある。しかしながら、生活臨床の家族支援はわが国の関係者の間で評価が一致するとは限らず、早期介入支援におけるサービスとして採用するという合意が得られるかどうか、未知数である。その上に、技法として未だ洗練されておらず、集中的な検討が必要である。

とりあえず、本報告では、第二のMFWと生活臨床の長所を取り入れた家族支援プログラムの概略を考察する。

① 関係づくりのセッションはMFW

のものを採用する。

- ② 情報の共有における家族心理教育の内容では、希望・アスピレーションを実現するための治療同盟を築くことを中心とするアプローチを採用する。
- ③ この家族心理教育は早期介入サービスを利用する家族全員に提供する。
- ④ サービスユーザー（患者）の希望・アスピレーションの特定の作業を進める。
- ⑤ この作業が困難な場合、コミュニケーション・スキル、問題解決のセッションを提供する。
- ⑥ 更に困難事例の場合、家族史的検討と支援を提供する。
- ⑦ 家族支援チームを創設し、集団的検討を行い、進捗状況をモニターする。

5. 結論

早期介入サービスにあっては、家族支援は重要な基本的支援の一つである。それぞれの家族のニーズに合わせた本格的支援を提供する家族支援チームを立ち上げなければならないものとする。

D. 健康危険情報

なし

E. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

F. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

なし

(参考文献)

研究協力者

青野悦子（東京都立松沢病院）

橋本節子（東京都立松沢病院）

岡崎祐士（東京都立松沢病院）

西田淳志（(財)東京都医学総合研究所）

精神病の早期支援・早期治療法をめぐる技術開発と人材育成にかかる研究

分担研究者 野中 猛 日本福祉大学社会福祉学部教授

研究要旨

本分担研究は、精神病の早期支援・早期治療活動を実践するための技術を開発し、その活動をにやう人材を育成するための研修方法を提言することを目的としている。精神病の早期支援・早期治療活動を実践するための技術として、①ケースマネジメント、②認知行動療法、③家族心理教育、④就労支援、⑤就学支援、について検討した。

それぞれの技術について、精神病一般を対象とする場合と比較しながら、早期の場合の特徴を見いだしている。先進諸国の実践研究や諸ガイドラインを参考にし、わが国においてすでに試行している実践者からもヒアリングなどで情報を得た。

実践上の諸課題が抽出されたので、わが国における適応を検討しながら、今後は人材育成のための職場内教育、スーパービジョン、外部研修など、さまざまな育成方法を模索する予定である。

A.研究目的

本分担研究は、精神病の早期支援・早期治療活動を実践するための技術を開発し、その活動をにやう人材を育成するための研修方法を提言することを目的としている。

初年度は、5つの技術について、先行研究や先進諸国の諸ガイドラインを参考にし、わが国で実現可能な方法を選択して、活動の一部を試行している。実践者に対するヒアリングなどから実践上の課題を抽出したうえで、わが国における適応を目指して、今後は人材育成のための研修方法を模索する。

B.研究方法

本年度は以下の研究を行った。

1. ケースマネジメント

早期精神病に対してケースマネジメント

を実施した1事例の支援過程を詳細に振り返ることで、わが国で実施する際の課題を抽出した。

次に、早期支援活動に従事している複数のケースマネージャーが集まり、グループディスカッションによって、ケースマネジメントをめぐる技術や体制に関する課題を抽出した。

2. 認知行動療法

ここでは、精神病に対する認知行動療法をCBTp（Cognitive-Behavioral Therapy for Psychosis）と記す。

先行文献調査では、英国のNICEガイドラインから、CBTpの実施状況と実施に必要な要素を検討した。

次に、日英のCBTp専門家に対して、CBTpの実施状況と教育システムについてヒアリングによる情報収集を行った。

そのうえで今後、わが国において実施可能な体制と技術を検討し、ケースマネジャーが実施できる「Basic-CBT マニュアル」を作成するとともに、CBT 教育プログラムとシステムを提言する予定である。

3. 家族心理教育

ここでは、初回エピソード精神病を対象とする単家族心理教育を実施することで、家族の表出感情、不安、精神的健康、家族機能などがどのように改善するのかを検証することを目標とする。

まず、すでに先行して早期支援活動を実践している専門機関におけるヒアリングとして、スタッフと利用者から情報を得た。

次に、先進諸国のガイドラインを参照して、精神病早期介入サービスにおける家族心理教育の実施状況を検討した。

4. 就労支援

ここでは、初回エピソード精神病を体験した 15～25 歳の対象者に対する就労支援活動において、対象者の特徴、就労支援プロセス、支援者行動のノウハウなどを明らかにすることを具体的な目標とした。

今年度は、初回エピソード精神病を発症した者を対象に就労支援をした経験のある専門職にグループインタビューを行った。

5. 就学支援

ここでは、精神病早期支援活動として、わが国の教育現場で就学支援を実践する際に、どのような課題があるのかを明らかにすることを目的とする。早期精神病を含む精神疾患全般に対する教育現場の就労支援について、わが国の現状を概観し、あわせて海外における早期精神病に対する就学支援の実状を検討した。

(倫理面への配慮)

提示した事例については、本人を特定できないように、論旨を損なわない程度に修正している。

C. 研究結果

本年度行った研究の結果は次のとおりである。

1. ケースマネジメント

(1). 早期精神病に対してケースマネジメントを実施した 1 事例の支援過程は次のようであった。

事例は 20 歳代後半の男性で、母と祖母との 3 人暮らし。浪人して大学入学後に、不眠と集中困難で精神科診療所に受診経験がある。卒業後就職したが、5 月に不眠と周囲が気になりだし、6 月に幻聴、被害妄想、めまいが出現して、自ら精神科診療所を受診して統合失調症との診断を受けた。

同年 9 月に休職し、母が家族相談に来たことを機会にケースマネジャー 2 人（看護師・精神保健福祉士）が設定された。隔週ごとの医師診察には同席し、3 ヶ月ごとの多職種カンファレンスを設定し、支援計画を作成した。自宅へのアウトリーチを隔週で実施した。本人は早期精神病当事者のための心理教育グループに参加し、母は月 1 回の個別面接を経て早期家族ミーティングに導入された。本人の希望でアルバイトが開始され、順調であったために時間数が増加してしまい、6 カ月後に幻聴が再発した。再発について語り合い、一旦はアルバイトを辞めることとなった。

この支援過程から学べることは、アウトリーチによってリラックスできた面接となるため、エンゲージメントがやりやすかった点、就労をめぐる迷いや不安に直接相談に乗ったことで、ストレス対処法などを指導できた点、再発をともに振り返ることで、病気の理解につながった点、働きたいという希望を実現したため、人間としての価値を損なわなかった点、母がミーティング運営に意欲をもつまでになった点などであった。

(2). 複数のケースマネジャーと該当ケースを担当した医師が集まって、早期介入活動のケースマネジャーをめぐる課題について、意見交換した結果は次のようであった。

① ケースマネジメント・チーム

ケースマネジャーの役割は、医師を含めた他のスタッフにまで浸透していない。兼務であるため負担が大きい。次につながるシステムがないため、ゴールのあり方がわからない。病院ベースのモデルは、本来の地域ベースと異なる点があるのではないかと。

② 思春期の特性

若者特有の文化背景を理解しなければならない。思春期の患者が利用できる社会資源の知識が乏しい。若者の心性を理解しなければならないので、思春期の発達に関する学習が必要である。

③ 医師との関係

どこまでの情報を医師と交換するべきか、ケースマネジャーがどこまで責任を負えるのか、わが国の法制度の中で整理しておく必要がある。

④ ケースマネジャーの役割

プライマリーな技術が必要であり、それでは対応できない場合に専門的なチームを構成することになる。個々のケースマネジャーの力量にばらつきがあり、標準化されているとは言い難い。あらためてケースマネジャーの機能について周囲に再確認する必要がある。

⑤ ケースマネジャーの技術

薬物療法について、ある程度知っておかなければならない。認知行動療法の内、ダメージコントロールやストレスマネジメントはケースマネジャーが行う方がよい。家族支援までには手が回らないことが多く、家族支援の範囲を検討すべき。就労・就学支援では、生活時間に合わせたサービス提供が求められる。これらを身につけるため、スーパービジョン、事例検討、研修などが

必要であろう。

2. 認知行動療法

(1). 先行文献調査

先行文献では、主に英国の NICE による統合失調症ガイドライン 2010 アップデート版を検討した。

これには次のような記述がある。31 の CBTp 試行の内、15 しかトレーニングを実施していない。治療者の実力にばらつきがあるため、特定のトレーニングプログラムの効果を見極めにくい。大部分で臨床心理士が行っているが、複数の職種が実施している。実施できる条件は、精神病に対する CBT のトレーニングを受けていることと、精神病をもつ人に対する臨床経験が豊富にあることである。

他に複数の論文において、治療マニュアルやスーパービジョンが検討されていた。

CBTp を実施する際に必要な条件として、治療マニュアルやフィデリティ評価によって検討されているが、各研究間でなおも異同が存在する。

Morrison らのデルファイ研究によって明らかにされた CBTp の構成要素は、①治療関係の構築、②治療構造・治療理論、③事例定式化、④アセスメントと治療モデル、⑤宿題設定、⑥認知行動の変容のための戦略、⑦治療者の信念であった。

(2). 専門家ヒアリング調査

英国マンチェスター大学の Paul French 氏と e-mail で質疑応答した。ここでは、CBTp に関する多施設共同試行を行っている。

試行にかかわるスタッフの選定は、面接が必要で、しかもそこにロールプレイが含まれている。

初期トレーニングでは、音声やビデオによるフィードバックを多用する。1 週間後には、記録や尺度のセットを用いたモニタ

リングセッションが開かれて指導される。

試行中は、録音テープを用いた月1回のスーパービジョンを行う。個別スーパービジョンは週1回行われ、全セッションの記録を提出しなければならない。

フィデリティ評価は、アドヒアランス尺度を用いて、各スーパービジョンにおいて評価される。すべての録音テープの5%を評価することが目標である。試行において無理と判断された場合は治療者を外すことができるようにしたい。

(3).わが国に導入するための課題

わが国で早期精神病に対する CBTs を導入するうえで、現実的な課題は次の通りである。すなわち、①短期間のワークショッププログラムによる知識と技術の普及、②日常の臨床実践と組み合わせたスーパービジョン体制の構築と継続、③客観的な評価尺度を用いたフィデリティ評価による質の担保、とした。

3. 家族心理教育

(1).先行実施機関におけるヒアリング

三重県立こころの医療センターでは、平成20年より精神病早期支援システムが整備されて、その中で家族支援が実施されている。ここで活動している精神看護専門看護師と利用している患者家族を対象に、家族支援のニーズと展望についてヒアリングを行った。

その結果、病期の違いによって家族が必要とする情報が異なっていた。

病気の兆候が現れた初期には、当事者家族に精神疾患の知識は圧倒的に少なく、それが病気であるのかどうか判断できないし、家族がどう対応していいか、どこに相談したらいいかわからないまま、家族が抱え込む事態に陥りやすい。この時期には個別対応が望まれる。むしろ、幅広い精神疾患に関して地域や学校と連携した啓発活

動が有効である。

当事者の状態が病気であると認識できた時期に、当事者家族は、病気の原因は何か、回復までの道のりはどのようなものか、“治る”とはどのような状態なのか、などについて知りたくなる。慢性疾患の理解が必要となる。この時期には、治療過程、治療と症状の関係、支援施設やサービスを説明する必要がある。また、同じように辛い思いをしている他の方々を知りたくなる時期でもある。家族が病気として認識したこの時期に、家族心理教育に導入することが適切である。他の家族と体験を共有したり、対処の幅を広げたりするためには、集団での家族心理教育が有効であろう。

(2).各国のガイドラインの調査

オーストラリアの EPPIC のガイドラインでは、次のように家族介入の重要性が指摘されている。①家族を責めず、むしろ罪悪感や悲嘆のケアを行う、②疾患や治療についての心理教育を行う、③社会資源について紹介する、④家族間の葛藤やコミュニケーションをめぐる問題を解決する、⑤悪化のサインや再発予防に関する話題を取り上げる、などである。

英国の IRIS のガイドラインでは、家族ケアの目的について、①精神病をめぐる全体像を把握してもらう、②協働する治療者として認識してもらう、③家族の危機を扱う、④個々の家族成員のニーズに対応する、としている。

家族支援の要点として、①患者・家族・専門家が協働する関係を構築する、②困難な状況に、患者・家族・専門家が協力して立ち向かう、③現在と将来に焦点をあてる、④すべての情報を家族間で共有する、⑤家族のこれまでの行いを評価するような態度ではのぞまない、などが挙げられている。

(3).早期家族心理教育の効果研究

McWilliams らの研究では、家族 31 人に

対して週ごと各回90分6週間にわたる複合グループ家族心理教育を行った結果、介入前に比べて、疾患や治療についての知識が改善していた。

Gleeson らの RCT 研究では、対照群に比べて、陰性症状に対する家族の体験が肯定的になっていた。

4. 就労支援

初回エピソード精神病対象者に就労支援をした経験のある専門職にグループインタビューを行った。専門職5名は、経験年数が3~9年で、就労支援経験数は2~30名で、作業療法士、臨床心理士、看護師、精神保健福祉士などの資格を有していた。

インタビューの内容は、相談・評価・計画での特徴、職業準備での特徴、職業紹介・就職での特徴、職場定着での特徴について聞き取りを行った。

その発言内容を逐語録として、211のアイテムを抽出し、11のカテゴリーを分類した。カテゴリー内容は次の通りであった。すなわち、1.【早期精神病者の特徴】、2.【早期精神病者の就労支援に影響を与える要因】、3.【支援の中で見られる変化】、4.【従来の就労支援との違い】、5.【支援者の判断、働きかけ、考え】、6.【相談・評価・計画】、7.【職業準備・職業のための訓練・トレーニング】、8.【職業紹介・就職】、9.【職場定着】、10.【再チャレンジ】、11.【関係機関との連携】である。

早期精神病者への就労支援活動として、集団による疾病管理技能や職業準備性を養うプログラム、就労体験をモニタリングしながら就労に向けて成長を促す支援などを行っていた。「非開示で期間を決めた就労体験」を勧め、その体験を通じて「目標の共有」、「職業準備性の向上」、「自己能力の認識を促す」、「非開示から開示へ」といったことを実施していた。病状の不安定さに配

慮しながら就労支援を行っていた。

5. 就学支援

(1) 学校精神保健の対象と担い手

学校保健は、明治初期に学校衛生活動として始まり、昭和33年に学校保健法として形作られてきたが、主に伝染病が中心課題で、精神疾患は注目されてこなかった。近年は、いじめ、不登校、児童虐待など、「子どもの心身の健康問題は多様化しており、医療機関との連携を必要としている」(保健室利用状況に関する調査,2006)とされていた。2009年に学校保健法が学校保健安全法に改訂されて、健康観察、保健指導、医療機関等との連携が位置づけられたが、実際の活動としては教育現場全体に浸透していない。

担任教諭は教育以外の業務に忙殺され多忙を極めており、精神保健上の問題を抱える子どもの発見から対応までを行うことは、実質的に無理な状態である。

養護教諭による2006年の調査では、「心の問題」で継続支援した児童生徒は93.1%に上り、増加傾向にある。現実には、精神保健に関する知識不足と連携上の困難を抱えている。一部の地域では、精神保健専門職からのコンサルテーション活動が行われている。

スクールカウンセラーは、1995年に制度が開始され、今は約1万校に配置されている。しかし、なおも設置が半数未満の県もあり、勤務体制もさまざまである。活用の仕方は、校長をはじめとする教職員の意識の差が大きく、時間的にも対応できる範囲が限られている。

スクールソーシャルワーカーは、2008年より制度化され、全国141地域に配置されたが、翌年には予算が縮小された。実際に採用された者は教員免許所持者が大半で、社会福祉士や精神保健福祉士は24%にす

ぎない。

学校医は、なかなか精神科医との連携がうまくいっていない。

(2)特別な支援を要する児童生徒への体制

「特別支援学校（病弱）」における 2009 年度の調査では、110 校の児童生徒のうち、心身症・精神疾患等をもつ者は 30.1%で、上位から、適応障害、統合失調症、不安障害、うつ病、自律立神経失調症、摂食障害、強迫神経症といった順序であった。

「適応指導教室」は、学校復帰が目標の施設であるが、各都道府県によって受入規定が異なり、一部では「知的障害や精神疾患によるものは除く」とされている。

「個別の教育支援計画」は、新障害者プランの中で、個別支援計画を策定し、学齢期において個別教育支援計画を策定するとされている。しかし、2003 年東京都の調査で、普通学校において計画が活用された者は 4.4%にすぎなかった。

(3)精神疾患児童生徒に対する就学支援に関する先行研究

「援助つき教育(Supported Education)」は、1980 年代の米国において、精神障害をもつ人々が高等教育を達成することを目標にして活動が開始された。現在では全米で 100 カ所以上のプログラムが稼働している。大きく 3 つのモデルに分類される。すなわち、①一般学生とは別の独立した教室を提供して行う、②通常の教室で支援を受ける、③通常の教室に出席し、他の場所で支援を受ける、である。

「就学支援」は、わが国における高等教育支援の試みであり、当事者の障害受容にも重点をおいている。具体的な活動は、①本人支援、②家族支援、③学校と医療との連携、④学習支援である。

(4)早期精神病研究における就学支援

国際的にも、早期精神病に限るとなおも文献は少ない。精神病早期介入国際学会

IEPA では、復学・復職支援に関する推進グループ iFEVER が結成され、2008 年に共通するガイドラインが作成された。そこでは、教育や雇用の機会から差別されるべきではない点と、精神病をもちながらも意味のある生活を成し遂げることを支援すべきである点が強調されている。

(5)今後の課題

わが国の学校場面において、多様な人々がかかわっているものの、誰が、いつ、どのように、連携し、役割分担をすべきなのかほとんど定まっていない。教育現場には、複数のガイドラインやツールも存在しているが、実際には活用されていない。実際に実践できるシステムや技能が至急に求められている。

D.考察

精神病の早期支援・早期治療法を実践するための技術について、主な 5 つの技術領域において、先進諸国のガイドライン、先行文献、聞き取りをもとに整理した。さらに、すでにわが国でも先行した活動実績からの聞き取り調査によって、諸課題を分析した。

先行する英国の IRIS による臨床ガイドライン(2004)では、6 つの原則を挙げている。すなわち、①サービス活動は若者とクライアントを中心とする、②治療契約が失敗したとしても、ケースを終了としない、③社会的役割に重点をおく、④最もスティグマの少ない治療環境を提供し、本人の選択を重視し、抗精神病薬は低用量とする、⑤診断的な不確かさを許容する、⑥家族とともにかかわる、である。

ケースマネジメントは、各技術をつなぐ中心的な活動となる。ケースマネジメントは、利用者に必要な支援を地域の資源に結びつけることを中心とする仲介モデルと、利用者に対する直接的な介入と、環境に対

する間接的介入を積極的に行う治療モデルに大きく分けられる。

精神病の早期支援・早期治療活動におけるケースマネジメントは、次のような特徴がある。これは、オーストラリアのEPPICにおける「ケースマネジメント・ハンドブック」(2001)と、英国のIRISによる「トレーニング・リソース」(2006)を参考にした。すなわち、①プライマリーな治療モデルである、②関係づくり(エンゲージメント)を重視する、③協働的治療関係であり、ケースロードは最大でも30~36に抑える、④積極的仲介とも表現される、⑤サービス提供期間を2~3に限定して、次のサービスにつなげる、とされている。

本研究によって、わが国における臨床実践においてもほぼ同様の原則に沿う必要が明らかになった。しかし、機能に関する理解の共有、兼務となりがちな業務配置、医師との関係、研修体系の不備、標準化に至っていないことなど、わが国における課題は多岐にわたる。

わが国における認知行動療法は、一般的な認知行動療法も、実質的に技術が普及したとは、いまだ言えない状況であろう。これに加えて、精神病に対する認知行動療法(CBTp)は、精神病に対する豊富な臨床経験を必要とする。まして、早期介入におけるCBTpは、これから旺盛に試行を重ねなければならない段階にある。この中で、臨床心理士などが専門的に行うCBTpと、一般的なケースマネージャーが日常的に行うCBTpと、分けて検討する必要もあろう。

早期支援・早期治療活動としての家族心理教育は、わが国でも試行が始まっている。特に早期支援の場合は、家族のニーズは時期によって変化することに注意が必要である。Shannonらのモデルでは4段階に分けられる。すなわち、①発覚期：認識と説明、②発覚後：悲嘆とストレス、③リカバリー

へ：対処、力量、適応、④再発と長期的な回復、である。この枠組みに合わせると、次のような活動が強調される。第1段階には、病期に関する啓発活動や支援機関へのアクセス改善が中心となる。第2段階には、混乱した家族に安心感を与え、状態に応じた単家族心理教育を行う。第3段階には、同じような思いをしている複数の家族をあわせて、複合家族心理教育を行う。段階4とすると、地域家族会の紹介や、複雑な問題を抱えた家族の場合に個別的な対応を要することとなる。

就労支援、就学支援の原則は、疾病や障害によって社会的役割を中断させることなく、適切な支援のもとに、就労や就学を継続させることにある。

就労支援では、状況にあわせて、疾病を開示するか非開示とするか、就業時間数や作業内容など、個別的にこまめな工夫が必要となる。ケースマネージャーが一人で抱えるには負担が大きすぎるため、ジョブコーチなどの就労支援職が必要になることもあろう。また、障害を開示する場合は、職場などにも支援体制が組まれるため、関係者との連携協働が求められる。

わが国では、近年になって、精神障害者の就労支援はますます注目され、支援技術も広まって、年を追うごとに関係者の理解は高まっている。早期支援の場合は、むしろ障害者とせずに、非開示で就労支援を行う意義があろう。

就学支援では、疾病や障害の開示を原則として、学校関係者との連携協働を図る必要がある。学校場面では多様な精神的不健康が問題になっていて、次々と新たな職務が生まれている割に、適切な情報が入らず、チームワークが成立しないまま、教員をはじめとする関係者側も消耗している。学校関係者に対する啓発活動や支援体制整備が急ぎ求められる。しかも、屋上屋を重

ねないように、実質的に問題解決できる体制を工夫しなければならない。

ケースマネジャーが直接に学校支援をするのではなく、チームとして学校関係者との連携協働を呼びかける作業が、わが国において当面不可欠であろう。

以上、5つの技術をめぐって、先行活動の調査とわが国の現況を検討した。いずれも、精神病の早期支援・早期治療の活動を行おうとすると不可欠な技術である。しかし、わが国における人事配置、医療や学校のシステム、関係者の技能などを考慮すると、各領域で相当に工夫を必要とする。

なかでも、専門職の能力向上は決定的に重要であり、喫緊の課題として人材育成のための活動を必要とする。人材育成の方法は、職場内教育(OJT)、職場外教育(Off-JT)、自己啓発に大別され、実際には、臨床現場における事例検討やスーパービジョン、職場外における研修会や研究会、自己啓発のための教材開発などを要する。これは本研究における次年度以降の課題となっている。

E.結論

1. 精神病の早期支援・早期治療活動を実践するための技術として、①ケースマネジメント、②認知行動療法、③家族心理教育、④就労支援、⑤就学支援、について検討した。

2. それぞれの技術について、精神病一般を対象とする場合と比較しながら、早期の場合の特徴を見出そうとした。先進諸国の実践活動やガイドラインを検討し、わが国において試行している実践者からもヒアリングなどで情報を得た。

3. わが国において、早期精神病の支援を行うにあたって、適切な技術の概略が見出せたので、今後は人材育成のための研修方法を模索する。

G.研究発表

1) 野中猛：精神病早期介入におけるケースマネジメント. シンポジウム「統合失調症の思春期病態と早期介入」、第106回日本精神神経学会学術総会（広島）、2010.5.20

2) 野中猛：ケースマネジメントの視点から. ワークショップ「精神病早期介入における心理社会的介入の実際」、第14回日本精神保健・予防学会大会（東京）、2010.12.12

3) 山崎修道：認知行動療法の視点から. ワークショップ「精神病早期介入における心理社会的介入の実際」、第14回日本精神保健・予防学会大会（東京）、2010.12.12

4) 野中猛：精神病の早期支援・早期治療における心理教育. ワークショップ「子どもとそれを支える人たちへの心理教育」、第14回心理教育・家族教室ネットワーク研究集会（東京）、2011.1.24

H.知的財産の出願・登録状況

特になし

研究協力者：

前川早苗（三重県立こころの医療センター・看護師）

山崎修道（東京大学医学部附属病院・臨床心理士）

香月富士日（名古屋市立大学・看護師）

小西瑞穂（東海学院大学・臨床心理士）

竹内浩（名古屋市立大学・医師）

山田純栄（日本福祉大学・作業療法士）

朝倉起巳（共和病院・作業療法士）

中村泰久（日本福祉大学・作業療法士）

宮越裕治（総合診療センターひなが・精神保健福祉士）

早期精神病におけるケースマネジャーの役割と現状における課題

はじめに

ユース・メンタルサポートセンター (YMSC・MIE) では精神病のリスクのある若者や早期精神病の若者の治療・支援を試み、担当ケースマネジャーの継続的な支援と多職種チームによる支援を行っている。

ケースマネジャー (CM) の役割は、患者および家族にアウトリーチを重視しながら認知行動療法や心理教育などを行う治療モデルと医療チーム内や地域といった患者に必要な支援や資源の関する仲介モデルとの2つがあり、アセスメントから計画立案、支援と評価といった一連のプロセスに責任をもつ。現在のところ医師、看護師、臨床心理士、薬剤師、精神保健福祉士、作業療法士がチームを作り、医師以外のスタッフがケースマネジャーとして担当している。

早期精神病のケースマネジャーの役割について考察し、今後の課題を整理する

I 目的

現在行っているケースマネジメントの技術に関する問題、チームの体制と役割に関する課題を明らかにする

II 方法

1. ケースマネジャーが担当し支援を行った早期精神病のケースの振り返り
2. ケースマネジャーに関するグループディスカッション
3. ケースとディスカッションの内容について分析を行い、ケースマネジメントの技術や体制における課題を整理をした
4. インタビュー内容や事例については

対象者に説明を行い、プライバシーの保護と辞退できることの保証、不利益がないことを伝えた上で同意を得た。

III 結果と考察

1. 事例の実際

1) 事例紹介

A 氏、20 代後半男性。母親と祖母の 3 人暮らし。幼少時には特に検診などの指摘はなく活発であった。しかし、日常生活の中で入浴時の手順や更衣の方法など繰り返して説明が必要なため母親が疑問に思うことがあった。

高校を自主退学し、大検を受験した。浪人、大学休学、編入などの過程を経て、X 年 3 月に大学を卒業。その間、X-3 年に不眠、集中困難でメンタルクリニックを 3 カ月受診した。4 月より就職したが、5 月下旬より不眠となり、周囲のことが気になり始めた。6 月に入ると幻聴や意味不明な言動、被害念慮が出現し数日後にはめまいがあり、仕事を早退した。メンタルクリニックを受診し、統合失調症と診断され定期的な通院と服薬を続けながら仕事を続けていた。

9 月に職場の上司、母親、A 氏にて就労継続可能の可否を検討した結果、休職が妥当と判断し、自宅に近い当院へ転医した。退職後は症状も落ち着き、安定した。一方で「僕は本当に病気なのか？」という発言もみられるようになった。再就職への意欲も高く、ハローワークの講義に出席することができていた。

母親が息子のことを理解したいと家族相談に来院したことをきっかけにして、ケースマネジャーが担当し支援することとなった。ケースマネジャーは看護師と PSW の 2 名が行った。

2) 本人および家族のニーズ

・A 氏および家族のニーズ-1 年後には正

社員として働きたい。対人関係のことは苦手なのでコンピューター関係などを考えたい。それまではアルバイトをする。

・A氏のニーズ—統合失調症の症状や治療について詳しく知りたい。本では見ているが具体的に自分のこととして実感がないところがある。家族にも再発のサインを知って欲しい。同じ病気をもつ人と交流してみたい。

・家族のニーズ—A氏の希望がかなうとよいと思う。自分自身がやりきれなくなった時に相談できる人が欲しい

(図1 A氏と家族のニーズ)

3) 支援の実際

A氏に対して、本人や家族、主治医と立てた支援プランを図2に示す。また、A氏の支援に必要な職種を選定し、多職種による支援チームを図3に示す。

①A氏に対して

2週間に1回の診察時には同席を行い、主治医とともに症状やその対処方法などを話し合った。

3か月ごとの多職種カンファレンスを行い支援の方向性を検討した。また、ケアプランについて、A氏との話し合いをベースにして、母親や主治医の意見を取り入れながら作成した。このプランを基盤として以降の支援を行った。

(図2 支援計画)

(図3 A氏の支援チーム)

アウトリーチは2週間に1回行い、A氏と生活のリズムの付け方、家族との付き合い方、不安や焦りへの対処の仕方、余暇の過ごし方、体重管理について話合った。

疾患の理解と対処方法について学ぶために、早期精神病の当事者のための心理教育グループに参加し、疾患の理解、薬物療法、ストレスマネジメント、再発兆候と対処方法について学んだ。

就労支援については、デイケアや作業療

法への参加よりもA氏の働きたいという気持ち尊重し、支援することを伝えるとA氏自ら情報誌からアルバイトを見つけた。退職後1年以上経過し、対人関係も苦手であるが週3回、4時間程度の店員をやってみると話し、面接場面のロールプレイングをPSWが行った。

②家族支援

母親はA氏を理解したいという思いとどのように対応してよいのか、つい焦らせてしまうようなことを言ってしまう、親子では話し合いが難しいことがあること、母親自身が煮詰まってきた時に相談相手がないことを話した。

母親とは、病院もしくはアウトリーチの際に月1回程度の個別面談を行いながら、早期家族ミーティングへの参加を勧めた。家族ミーティングには継続して積極的に参加した。

4) 経過

アルバイトに行けるようになり、働くことができる、お金を自分で稼ぐことができる、家族への負い目が減った、接客ではつきりした対応をするよう指摘され努力している、友人ができたなど、本当に働けることが嬉しいと話した。一方で、病気のことを話していないのでシフトの希望が出しにくい、疲れる、職場に嫌な人がいる、いやなお客さんがいる、ストレスがたまると言い、ストレスへの対処方法や勤務先での対人関係のもち方について話合った。

次第にアルバイト先の都合によって週5回6時間から8時間働くこととなり、疲労が増したが、店の状況をみると減らして欲しいとは言えないとアルバイトを続けた。A氏とは症状悪化のサインとして、眠れなくなる、物忘れが多くなること、音に敏感になること、数字や文字が気になることと確認し、対処方法を話し合った。これ以降は2週間に1回のアウトリーチを月1回

とし、診察時には面談を行うといった支援を継続した。

アルバイト開始から6ヶ月後に、疲労がとれず物忘れが多くなったこと、頭に思いついたことばを口にしないと気が済まないといった状況になり仕事をやめたいと思い始めたが、母親に伝えると「がんばれ」「やめたら次はどうするつもりか」と言われた。母親への怒りと仕事のストレスがあり、現実的にアルバイトをどのようにしていくかを話し合った。半年間働けたことについてフィードバックを行いながら、A氏としては統合失調症という病気を雇用者に伝えたいと働くことができるなら病名をオープンにして就労したい思いがあること、今は一旦休息を優先することも大切な選択であることを確認した。

A氏からは1か月前から幻聴がひどくなり、誰かに見られているような気分が続く、数字に意味があるように思えて凝視してしまう、文字が目飛び込んできて吐き気がするという症状が出始めていたこと、これを伝えると母親から「頭がおかしい」と思われると言えなかったこと、医師やケースマネジャーには良くなっている自分を見てもらいたい、症状をよくみせたいと自力でなんとかするのはとがんばってみたい思いがあった。自力では無理でありケアプランにある用紙を見直して思い切って診察の際に自ら母を呼び、起こっている症状について、今は自分をコントロールできるがこれ以上を進むとコントロールできなくなる状況に戻るのが怖いのでなんとかしたいという思いがあることを語った。以前に症状があった際には、こんな症状のある自分、こんな病気の自分は生きている価値がない、無意味だと思っていたが、話をしながら今はこの状況に立ち向かおう、なんとかできるだろうという思いがあることに気がついたと話した。

アルバイトは一旦辞めることを決意し、職場に退職を伝えるための練習を行った。薬物調整と休息をして、再度就労についてはチャレンジしたいと意思を示した。

母親は個別面談で息子への対応方法や母親の苦労などを話し、家族ミーティングに積極的に参加し発言していた。今まで話をする機会がなく、親子だけで気持ちが煮詰まって逃避したい思いであったこと、つついせかしてしまうことがA氏にとってはよくないと思いながら口にてしてしまうことなどを話しながら、他の家族への経験に基づいた助言を行う姿もあった。家族ミーティングの運営にも参加の意思を示し、母親の積極的な姿にA氏は母親が理解しようと思ってくれることが嬉しいと話した。

5) ケースの振り返り

母親からの相談を機に YMSC のケースマネジャーが担当することになったケースであり、本人とのエンゲイジメントが必要であった。アウトリーチによる面接は対人関係が苦手なA氏がリラックスでき、今まで主治医と診察室で限られた時間しか話すことができなかった病気になったことへの苦しみ、生活の困難さを話すことができることにつながった。医療者によくみせたいので症状を言えなかったというA氏の思いを受け止めながらエンゲイジメントについて再度考える機会となった。また、支援を考える際に、どの時点で訪問の回数など支援の頻度を減らしていくか、支援が必要な際に迅速に判断して柔軟に対応できることも踏まえて、治療的な支援関係を見直しながら支援を進めていく必要がある。

就労のサポートについては、家族から働くように言われ、自身も働きたいと思いつながら具体的にどうすればよいのか、働いても大丈夫なのか、といった不安が先立ち踏み出せずにいる状況であった。デイケアや作業療法という方法でなく、本人の働きた

いという意欲を基にしてプランを立てて、面接のロールプレイングや就労状況を実際に確認してアドバイスやフィードバックをする、ストレスがたまった時にはどう対処するかといったケースマネジャーの支援が有効であった。

統合失調症という病気については、本人なりの受け止めをしているものの、本当に自分は統合失調症なのだろうか、症状があるのかどうか、薬物療法があるのだろうかといった漠然とした疑問を抱くことがあった。病気について主治医の診察場面や書籍で学習をしていたものの、自分と当てはまるのはどういうことか理解できないと話すことに対して、症状と一緒に振り返り、再発兆候を確認し対処方法を考えることは病気の理解に繋がった。また、兆候が出現した際にケアプランを立案しておくことによって本人自身が対応できることができた。統合失調症という病気になった自分は生きている価値がない、遺伝子をこの世から消したいという思いを抱きながら生きていたA氏にとって、働きたいという希望を尊重し、それが実現したことによって人間としての価値を自身で見出し、症状がある中でも自分はなんとかやっていけると自己効力感を抱くことにつながった。

家族にとってはそれまで病気の話は誰とも話す機会がなく、A氏にとっては家族に話すとストレスになるだけで前向きな話ができないという受け止めであった。母親自身、実際にどのように対応してよいのか、このままの生活でよいのかという迷いが大きくあり、ケースマネジャーの個別相談と家族同士のミーティングへの参加によって家族の不安は軽減した。母親自身がミーティングの運営にも携る意欲をもつことによって更に家族同士の結びつきが強くなったといえる。

2. グループディスカッション

こころの医療センターにおいてケースマネジャーを経験したスタッフおよび該当ケースの主治医を含めたメンバーで、ケースマネジャーを導入していく上での課題や技術における課題についてのディスカッションを行った。内容について表1にまとめる。

1) ケースマネジメント・チームの体制

早期介入委員はケースマネジャーの役割を理解しているが、医師を含めた他のスタッフにまでは浸透しておらず、具体的にケースマネジャーは何をして、ケースマネジャー以外の立場のスタッフは何をすべきかが分かっていない現状がある。また、兼務であるため、カンファレンスに多くの時間を割く、診察が時間外になるなど、負担が大きいといった現実的な課題がある。

大きな視点でみると、日本では危機介入やACTなどといった支援がないため、早期支援チームが総合的な役割をとっていくと考える。次につなげるシステムがないため、援助の組み立て方やゴールの在り方がわからない、家族にとっては、サービスが切れてしまうという思いで不安にさせるということもある。24時間体制など、どこまで海外のモデルあるサービスを提供できるか、日本に置き換えると何と考えるかを考えるとともに、地域支援ベースがモデルとなっている早期支援について病院ベースで考えていく際に、何を違いとして認識しておくべきかを考えていく必要がある。

2) 思春期の特性

発病して経過が長い患者とは異なり、年齢の若い早期では、家族も回復の可能性を捨てていない。言葉も含めて、若者特有の文化背景を理解し、家族も若いという自明の特性を援助側も忘れてはいけない。支援をしていく中では、対象者が若い点で従来の経験が通用しない、考えや価値観の違いに戸惑うこともある。また、若者の心性を

きちんと理解できるかどうかが大きく影響するため、現代の心特性を知ることも大切である。

現状としては、児童・思春期の患者が利用できる資源に対して、担当するケースマネジャー自身の知識やスキルが不足している。また、家族や周囲同様に思春期の悩みと病の区別については、スタッフも判断が困難であり、思春期の精神的な発達や障害に関する学習が必要といえる。

3) 医師との関係

ケースマネジャーが治療の中で中心的な役割を担うとなっているが、どこまで主治医に言えばいいのかといったやり取りの面における迷いがあり、日本の法制度や医療制度の中で、ケースマネジャーが最終責任を負うということがどこまで可能かを整理しておくことが望ましい。

4) ケースマネジャーの役割

ケースマネジャーはコーディネート（仲介）モデルとセラピスト（治療）モデルを兼ね備え、セラピストモデルにおいては多職種のプライマリーな技術を使える総合職ととらえ、プライマリーな技術で対応できない場合により専門的なチームを構成すると考える。

患者個々に見合ったチームを構成するためには初期のカンファレンスとケアプランが必要である。プランを基に組織を指揮している役割がケースマネジャーとなる。

治療型ケースマネジャーはプライマリーの知識を持っていることが前提となるが、プライマリー以上の知識が必要かどうか見極める力も必要となる。必ずしも、すべてのケースに対して全職種が必要でない。必要に応じて、ケースマネジャーと「多職種の早期支援チーム」を形成していくマネジメントが求められる。

また、個々のケースマネジャーの理解のばらつきがあり、標準化されているとは言

い難い。ケースマネジャーの役割について、ケースマネジャー自身の理解の再確認と周囲への周知方法を再確認する必要がある。

(図4 ケースマネジャーの役割)

5) ケースマネジャーの技術

薬物治療について、ケースマネジャーがある程度把握できるようになるべきではないか。例えば、過量服薬で過鎮静になっている場合にケースマネジャーが適切にアドバイスできると良い。

心理的介入として、陽性、陰性症状に対する CBT は専門職に任せるが、ダメージコントロールやストレスマネジメントはケースマネジャーが行う。

家族支援を考えると、患者に焦点があたり、家族にまで手が回らないことがあるが、患者、家族への関わりは同時に始まり、医療者側が思っている以上に細々したことでも困っている。また、きょうだいや父親など今まで中心とされてきた母親以外への支援も考えていく必要がある、患者・家族の生活時間に合うサービス提供を考えた場合、既存の時間枠や体制では限界がある。どこまでの家族支援を日本の文化の中で目指せるのかも検討が必要といえる。

就労・就学支援では、患者・家族双方の生活時間に合ったサービス提供が必要であり、学校や職場との連携においては多様な技術、スピードが早い状況に応じた支援、フォローアップグループやクライシスコールへの対応が求められる。

また、受診前の支援についてはマニュアルにはないが病院のスタッフは経験が少なく、知識が必要になる。

これらのような技術を身につけるためには、スーパーバイズ、事例検討、研修などの体制を整える必要がある。

IV まとめ

早期支援のケースマネジメントの課題は

以下であると考える

1. 早期精神病に対する支援の概念整理
2. 思春期の特性
3. ケースマネジャーの技術（エンゲイジメント、アウトリーチ、CBT、家族支援、就労就学支援、薬物療法）
4. ケースマネジャーのマネジメント（早期精神病におけるケースマネジメントの基本概念、チームの形成と調整、ケアプラン、カンファレンス）

ス）

5. チーム医療における体制（現状を踏まえた、早期支援を施設で運営していく上での体制、連携のポイント、病院ベース、地域ベースで実施していく早期支援のポイント）
6. 事例検討（ケースをとおして体制や技術、アセスメントなどを学ぶ）

（担当班：前川早苗）

資料 表1 グループディスカッション内容

カテゴリー	コード
ケースマネジメント・チーム医療の体制	<ul style="list-style-type: none"> ・早期介入委員はCMの役割を理解しているが、医師を含めた他のスタッフにまでは浸透していない ・「具体的にCMは何をして、CM以外の立場のスタッフは何をすべきか」ということがわかっていない。 ・次につなげるシステムがないため、援助の組み立て方やゴールの在り方がわからない。家族にとっては、サービスが切れてしまうという思いで不安にさせる。 ・転棟した際にはスタッフが変わってしまうので、状況に応じ、基礎情報を共有し直すことが必要。 ・CMが必要と思った際に他のスタッフがすぐに動いてくれるのか。 ・海外では危機介入やACTなどチーム自体が分化しているが、現状では早期介入チームがそういった機能も併せ持っていることから、教科書通りにはいかず総合的に活動していると言える ・地域ベースではなく病院ベースで行っていくための転換も必要
思春期の特性	<ul style="list-style-type: none"> ・児童・思春期の患者が利用できる資源に対する知識やスキルが不足している。対象者が若い点で従来の経験が通用しない。考えや価値観の違いに戸惑うこともある。 ・若者の心性をきちんと理解できるかどうかが大きく影響するため、現代の心特性を知ることが大切。
医師との関係	<ul style="list-style-type: none"> ・CMが治療の中で中心的な役割を担うとなっているが、どこまで主治医に言えばいいのかといったやり取りの面における迷い ・診察中のこともあるため、電話をかける時に気を使う。また、電話では思っていることを伝えることが困難。 <p>医師としては、CMがメールで連絡をくれたり、デスクに記録を置いてもらっているの、空いた時間に目を通すことができるので助かる。ベースとな</p>