

大都市圏若年の未支援・未治療期間短縮に向けた地域連携システムの構築

精神疾患の早期発見・早期支援を目指して

～ ユースメンタルサポート Color の実践報告 ～



社会福祉法人 巣立ち会

平成21年度障害者保健福祉推進事業
障害者自立支援調査研究プロジェクト

<目次>

はじめに	1
------------	---

I. 精神疾患を抱える若者の早期支援を地域で実現する意義

1. 日本の現状	2
2. 精神疾患の早期発見・早期支援の意義	2
(1) 従来の疾病観とそれに基づくサービスの問題	3
(2) 統合失調症の疾病観の変化	3
(3) 統合失調症早期介入におけるターゲット	3
(4) 若者とその家族のニーズに則したサービスモデルを構築するために	4
(5) 各国における早期介入サービスの実際	4
3. 日本における早期介入実践における課題	7
4. 早期からの濃厚な地域ケアの必要性	8

II. 事業概要

1. 事業計画	9
(1) 事業の名称	9
(2) 事業の目的	9
(3) 事業の内容	9
(4) 事業の効果および活用方法	10
2. 事業内容	10
(1) 事業の設定	10
(2) 目的に沿った事業の周知	11
(3) 啓発活動	11
(4) 実際の相談事例	11

III. 事業実績と数値

1. 事業説明・協力依頼に関する活動経過	12
2. 事例の実態と分析	
(1) 総事例	15

(2) 住所地	1 5
(3) 男女比	1 6
(4) 紹介ルート	1 6
(5) 年齢と診断名	1 6
(6) 月別の相談件数	1 7
(7) 相談内容別件数	1 7
(8) 継続事例・経過観察中の事例と医療機関との関係	1 8
(9) 1 回のみの利用で継続しなかった理由	1 9
(10) 啓発活動の実数	1 9

IV. 事業実践内容

1. 連携

(1) 医療機関との連携	2 1
(2) 行政機関との連携	2 1
(3) 教育機関との連携	2 2

2. 支援

(1) 学習支援	2 3
(2) 就労支援	2 3
(3) 居住支援	2 3
(4) 家族支援	2 4
(5) 訪問支援・同伴支援	2 4
(6) 通所支援	2 5
(7) 環境調整支援	2 5

V. 考察 2 6

VI. 今後の課題 ～早期支援事業の全国展開に向けて～ 3 0

VII. 連携している人からのコメント

『教育現場でのユースメンタルサポート Color』	3 1
府中市教育センタースクールソーシャルワーカー 長汐道枝	

『ユースメンタルサポート「Color」との連携の 実際についてのご報告』	3 3
公立中学校スクールカウンセラー 臨床心理士 代 裕子	
『ユースメンタルサポートセンター松沢 Wakaba（青年期外来）から』	3 5
ユースメンタルサポートセンター松沢 相談員 石倉習子	
<u>おわりに</u>	3 6
<u>執筆者ほか</u>	3 7
<u>巻末資料</u>	3 8
資料1	3 9
ユースメンタルサポート Color パンフレット (医師・ご家族・ご本人向けの3種類) (ユースメンタルサポートセンター松沢とのコラボレーション 1種類)	
資料2	4 3
事業概略書「ユースメンタルサポート Color とは？」	
資料3	4 5
Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC、オーストラリア、メルボルン) Module 8 Social Treatments (邦題：社会的治療)	
資料4	6 7
講演会「思春期の心の処方箋～心が病む前に大人ができること」 (チラシと配布資料)	
資料5	7 2
研修会「思春期・青年期に始まる精神病性障害～10代からの統合失調症の早期支援～」 (チラシと配布資料)	
資料6	1 2 1
シンポジウム「思春期・青年期のメンタルヘルス～精神疾患の早期支援を目指して～」 (チラシと当日プログラム、配布資料)	

はじめに

早期支援・早期介入について初めて知ったのは、数年前にオーストラリアの Mcgorry 先生が来日され、講演会を聞いたときであり、その内容には耳を疑った。私たちが長期慢性化した統合失調症への社会復帰支援に追われているのに対して、彼らの試みはまさに一次予防に近いものに聞こえたからである。もしこの重篤な疾患による疾病負担を最小限に抑えることができたなら、もし発病を回避させることができたなら、彼らの人生は大きく変わるであろうことは間違いなかった。そんな試みを行っている人たちがいる。それだけでも私には驚きであり、感動であった。いつの日か日本でも同じようなことが行えるようになるのだろうか？日本の精神保健医療がオーストラリアのように変わってくれることを強く期待したいと願ったものだった。

しかし、日本の精神保健・医療はこの数年間、変わる様子は全く見られなかった。ところが、一昨年、厚生労働省もこの早期支援・早期介入の効果に関心を持っていることを知った。私たちも強い関心を持っていたため、是非これが本邦で普及されるために一役を担ってみたいと考えた。そして自立支援プロジェクトの事業申請を行い、今年度においてモデル的な事業として実践できることになったのである。

私たち巣立ち会は、長期入院の患者さんを地域に退院させて地域生活の支援をするということを長く行ってきた。彼らの中には40年以上の入院生活を送っている人たちもいて、私たちが支援して退院した180名の人たちの平均入院期間が10年以上というのが現状である。彼らの多くは地域へ出ると実に生き生きと、真摯に自分たちの生活を築いていく。何より自由がある生活は素晴らしいと口をそろえて述べている。そうした現状をこの20年間見てきて、こんな悲惨な人生を彼らに強いる日本の精神医療とは何だろうかと強く疑問を感じている。

どんな疾患でも、早期発見・早期治療は予後を良くするということは誰も疑わないことである。精神疾患も同様である。もうそろそろ日本でも、精神医療や保健のあり方のパラダイム転換が起こらなければならないと考える。今回の私たちの事業がそのために少しでも役に立てば本望である。

平成22年3月 田尾有樹子

I. 精神疾患を抱える若者の早期支援を地域で実現する意義

1. 日本の現状

日本をはじめとする先進諸国では、「精神疾患」は、「がん」、「循環器疾患（心臓疾患）」を上回る健康被害の最大要因となっている。いまや「国民病」ともいうべき精神疾患であるが、その多くは思春期・青年期に発症する。精神疾患は、「若者の病」であり、彼らの発達、成長を阻害する最大の原因となっている。

英国やオーストラリアなどの先進諸国は、「少子高齢化対策」の中心的課題として、「若年層の精神疾患対策」に力を入れている。わが国でも2025年までには、団塊の世代が75歳を超え、それにともなう医療費等の増大によって、社会保障制度そのものの存続が危ぶまれている。そうした近い将来における国家的危機を回避するためには、超高齢社会を支える「若年層の健康」を最大限維持・増進する取り組みが不可欠となる。こうした観点から、近年、各国政府は、若者の精神疾患対策を国家的優先課題として位置付け、巨額な予算を投じるようになっている。

また、若年層の精神疾患対策に各国が熱心に取り組むようになった背景には、従来の精神保健医療のあり方に関する共通の反省がある。それは、精神保健医療ニーズの最も高い「若年層」が専門的支援・治療を受けられる機会、サービスが極めて不足している、という問題である。わが国においても精神保健医療資源の多くは、成人を対象としたものであり、若年者を対象とし、専門的な支援・治療を提供するサービスは極めて不足している。こうした状況下では、精神疾患を抱えた若者がサービスにアクセスすることは容易ではなく、必然的に未治療・未支援期間が長期化する。その結果、疾病が重症化・慢性化し、回復可能性が大幅に奪われた後に、ようやく旧来のサービスにつながるという事態が頻繁に発生している。旧来のサービスでは若年患者のニーズに対して、十分に対応することが困難であり、その結果、高頻度の治療の中断が発生している。こうした精神保健医療サービスの在り方を改善せずして、若者の健康の維持・増進は不可能であり、精神保健医療サービスモデルの転換が求められている。

今、我々は、若年者の精神疾患対策が、国や地域社会における最重要課題であるという認識を迅速に、正確に、深刻に持つことが求められている。ユースメンタルサポート Color の取り組みは、まさに、こうした今後の国や地域の発展の基盤を築く極めて重要な地域実践である。その発展と成功を祈念する。

2. 精神疾患の早期発見・早期支援の意義

どのような病気であれ、早期発見・早期治療が重要であることは、もはや医学的常識であるといえるが、精神疾患についてその重要性が強調されるようになってきたのは、比較的最近のことである。ここでは、なぜそのような医学的常識がこれまで統合失調症をはじめとする精神疾患については、十分に検討されてこなかったのかを考察したうえで、精神疾患の早期介入の根拠（エビデンス）と意義について概説する。

（１） 従来の疾病観とそれに基づくサービスの問題

統合失調症をはじめとする精神病性疾患は、一般人口中の１～３％前後が罹患する高頻度の精神疾患であり、人口１０万人あたり年間で約２０名程度が新たに体験すると言われている。たとえば、東京都世田谷区（人口約８０万人）では、年間約１６０名の新規患者が発生しているものと予想される。統合失調症の平均発症年齢は２２歳前後と言われており、特に１０代後半から急激に発症リスクが高まるため、新規発症者の多くは思春期・青年期の「若者」となる。

これまで、こうした若年患者に対する早期支援・早期治療の機会が十分に提供されてこなかった。その背景には、「統合失調症」に関する旧来の疾病観とそれに影響を受けたサービス提供体制の問題があった。旧来の統合失調症の疾病観は、クレペリンの提唱概念に象徴されるように、「概ね、思春期以降に発症し、予後不良な疾病である」という固定的、悲観的なものであった。すなわち、発病してしまえば、若者であろうが、成人であろうが、予後は同じく不良であるという考え方である。こうした疾病観は、サービス提供体制にも色濃く反映されてきた。たとえば、発病間もない若者が、すでに重症化してしまった成人患者とほぼ同様のサービスを受けることを強いられた。そうした状況において、若者は、回復の希望を見つけられず、落胆と絶望からサービスとの関係を拒絶し（通常、病識の問題として片付けられている場合が多いが）、再度、未治療・未支援の状態に陥り、“結果として”重症化して旧来のサービス再び繋がるという繰り返しが生じていた。

（２） 統合失調症の疾病観の変化

こうした統合失調症に関する悲観的な疾病観は、近年の多くの研究成果（エビデンス）によって否定されつつある。１９９３年に英国のマックス・バーチウッド博士によって発表された「精神病臨界期仮説」は、旧来の悲観的な疾病観を否定し、発病早期（発症後２～５年）には、生物学的・心理社会的にも可塑性が高く、この時期の状態を最大限良好に維持することができれば、良好な中・長期的予後が得られる可能性が高いことを提唱している。すなわち、予後不良と考えられてきた統合失調症の疾病観は、発病後の適切な支援・治療の開始の遅れによる「結果」を（一部）反映したものであり、「原因」であるそれらの「遅れ」を解消することによって、結果は変わりうることを提唱している。事実、今日までに「精神病臨界期仮説」を支持するエビデンス（以下で紹介する）が複数報告されている。この精神病臨界期仮説に基づく新たな疾病観は、統合失調症の早期介入の重要な理論的基盤となっている。すなわち、発病後、できる限り早い段階で「適切な」治療や支援につながることであれば、回復可能性が大きく保証されるという楽観的な疾病観である。現在、世界各国でこうした新しい疾病観に基づいて、サービスモデルの転換が行われ、病初期の濃厚な支援・治療のサービス提供体制の構築・拡充が進められている。

（３） 統合失調症早期介入におけるターゲット

統合失調症をはじめとする精神病性疾患の早期介入を成功させるためには、以下の２つの取り組みが重要となる。

一つ目は、発病後の未治療・未支援の期間（DUP：精神病未治療期間）を短縮するための取り組みである。1980年代後半に英国や日本で行われた研究をはじめとして、治療開始までの期間が短いほど予後が良いことが報告され、それ以来、DUPを短縮させるための実践が各国で進められてきた。具体的には、早期に病気に気づいてもらうために（早期発見のために）積極的な「啓発活動」を展開することが重要となる。ノルウェーで行われた研究では、DUPを短縮するためには、地域や学校、一般医等に対する継続的な啓発活動が重要であることが明らかにされている。特に、若者の多くが通う中学校や高校、大学などの教育関係機関や小児科や内科、耳鼻科など一般医への啓発と連携は、極めて重要となる。また、若者やその家族がアクセスしやすい相談窓口・訪問相談サービスを設けることも不可欠である。

二つ目は、発病した若者が治療につながった後、臨界期中（発病後2～5年）の治療中断を回避し、回復可能性を最大限高めるための丁寧で濃厚な支援を提供することである。この病初期に、薬物療法のみならず濃厚な心理社会的支援を提供することが重要となる。臨界期の支援・治療上のポイントについては、後ほど概説するが、こうした病初期の若者に対する専門的な支援・治療体制を構築することが必要となる。

（４）若者とその家族のニーズに則したサービスモデルを構築するために

「DUPを短くするための取り組み」、「臨界期の濃厚な支援・治療の提供」、これらを実践するうえで重要となるのは、常に若者とその家族の視点に立ってサービスを再構築することである。特に、臨界期の支援・治療においては、若者や家族の視点に立ったサービス提供が丁寧になされないと、治療中断などサービスとの関係断絶が簡単に発生する。早期介入で最も避けなければならないことは、治療中断やサービス提供者との関係断絶（ディスエンゲイジメント）である。効果的で継続的な関わり（エンゲイジメント）を提供するためには、以下の点に関する留意が必要である。

- ・ 治療や支援の方針・計画（ケアプラン）の策定には常に若者と家族が参加する
- ・ スティグマの少ない環境で支援・治療を提供する。従来のサービス（慢性型モデル）とは区別された環境の確保。訪問による個別化した支援治療提供体制の整備
- ・ 若者の希望を大事にし、それを実現しようとする（アスピレーション）プロセスを包括的な支援・治療の提供によってサポートする（薬物療法限定的なサービス提供であってはならない）（積極的な心理社会的支援、例）復学・復職支援
- ・ 家族に対する積極的な支援
- ・ 担当制のケースマネージャーによる継続的なケアの提供

（５）各国における早期介入サービスの実際

こうした統合失調症をはじめとする精神病性疾患の若者を発病早期から積極的に支援をしていく取り組み（Early Intervention：早期介入）は、1990年代の前半からオーストラリアやイギリスで開始され、現在ではアジア諸国を含む世界中で展開されるようになり、精神医学・精神医療の一大ムーブメントとなっている。2004年には、WHOと国際早期精神病学会が「早期精神病宣言」を発表し、今後、こうした早期介入サービスが世界中で整備され、臨床サ

ービスとして普及されるべきことが宣言されている。

こうした早期介入の取り組みが、国家的に推進されているのがイギリス（イングランド）である。英国は、ブレア政権下における精神医療改革によって、この10年の間にイングランド全土で早期介入サービスが整備された。今や、英国で統合失調症を発病した若者の95%以上が早期介入サービスを受けられるまでになっている。以下、英国の早期介入サービスの実際について、概要を説明する。

1. 早期介入サービスの規模、必要なマンパワー

イングランドでは、およそ人口10万人の地域に早期介入チームが1チーム配置されている。これは、これまでの疫学調査によって人口10万人あたり、年間約20名の新規統合失調症患者が発生するというエビデンスに基づいている。早期介入サービスでは、発病後間もない若者を対象に、およそ3年間の継続的なサービスが提供されるため、1チーム全体で担当している時点ケースロード（担当患者数）は、およそ60名となる。1チームには、およそ5～6名のケースマネージャーが配置されており、ケースマネージャー1人当たりのケースロードは、10～15名（最大15名）となる。チームには、ケースマネージャーの他に、コンサルタント精神科医（1名）や復職・復学専門スタッフ、処方権を与えられた専門看護師、高度な認知行動療法の支援をサポートする上級心理士などがおり、それぞれのケースマネージャーを他職種チームで支援する体制が整っている。ケースマネージャーも、看護師やソーシャルワーカー、OT、心理士など他職種によって構成されている。サービス提供時間は、平日の8時から20時まで。これを人口約80万人の世田谷区に置き換えて換算すると、年間新規症例発生数は、約160名に上り、3年間の継続支援を提供する場合、時点ケースロードはおよそ480名となる。それに対応するためには、8チーム計48名のケースマネージャーの配置が必要になる。統合失調症の若者を早期に支援し、回復可能性を高めるために、これだけのマンパワーが本来必要なのである。

2. 早期介入チームが提供しているサービスの内容

早期介入チームが提供しているサービスは、大きく分けると2つある。

一つは、地域の学校や一般医等と連携して、発病後の若者を早期に発見し、重症化・慢性化につながる未治療・未支援の期間を短縮化する取り組みである。この取り組みを行うサブチーム（早期発見アセスメントチーム）が早期介入チームに含まれている。たとえば、学校から早期介入チームにケースの紹介の連絡が入ると、1週間以内にその早期発見アセスメントチームが若者の自宅などを訪問し（場合によっては、学校の保健室、行き慣れた近所の内科、近所の喫茶店、など若者が望む場所で）、最初のコンタクトをとり、そこでアセスメントを行うことになっている。この紹介後の迅速な訪問アセスメントにより、効果的にサービスにつなげることができる。こうした際、家族は受診を望むものの本人がサービスを拒否している場合があるが、その際は、家族への積極的な支援を開始し、本人に対しても粘り強く関わり、関係の構築を試みる。決して、「本人が望まないので、関わらない」というスタンスをとってはいけない。家族を孤立させない。

この早期発見・アセスメントチームによって、早期介入サービスに若者を繋げた後、その後3年間の集中的な支援を担当するケースマネージャーが一各利用者に割り当てられる。そのケースマネージャーは、若者やその家族、主治医や他の専門職とともにケアプラ

ンを作成し、それに添った包括的な支援を提供する。以下が、ケースマネージャーが提供すべきサービス内容である。

- ・ 家族支援・・・家族全員（母親など特定の家族を対象を限定しない）に対して、個別化した、また、統合した支援を提供する。家族心理教育は、サービスのごく一部であり、それが家族支援の全体とはなり得ない。家族への疾病に関する情報提供の際には、従来の慢性型モデルの説明ではなく、状態像に焦点を当てた丁寧で正確な説明が必要となる。悲観的な従来の統合失調症の疾病観を「告知する」ことは早期介入の基本理念としてあり得ない。また、10代もしくは10代以下の兄弟姉妹がいる患者も少なくないため、兄弟姉妹に対するケアやわかりやすい情報提供を行う必要がある。
- ・ 最低限の薬物療法と認知行動療法・・・薬物療法は原則として非定型単剤。若者が嫌う体重の増加や性機能不全などの副作用については、治療中断や服薬拒否の原因となるため、丁寧な説明とモニタリングが必要である。また、薬物療法のみならず認知行動療法を提供することによって、回復を促すことが必要である。疾病教育については、慢性型統合失調症モデルではなく、初期状態像に焦点を当てた説明モデルを採用しなければならない。
- ・ 復職・復学支援・・・若者が人生に対する希望を見失わないように早期から回復に向けた希望を共有し、その希望にそった支援をタイムリーに積極的に行うことが必要である。従来の慢性型疾病観に基づく「発病後、数年来の休養を要する」などという考え方は、早期介入の基本理念とは異なるものである。症状の軽減のみならず、希望に添った復学・復職支援（IPSS:個別就労支援）を早期から開始することが重要となる。また、就学期にある若者が多いため、病状を理解した個別の学習指導を行うことも必要となる。
- ・ 良好な継続的関わりの提供・・・早期介入において、もっとも避けなければならないアウトカムは、治療中断である。仮に治療の中断が発生したとしても、アウトリーチによって、家族を支え続け、支援・治療の再開に向けた粘り強い関わりが必要となる。強制的な関わりであってはならないが、良質な継続的な関わり（エンゲイジメント）を提供することが重要となる。

3. 早期介入サービスの成果

近年、イギリスをはじめとし、世界各地で精神病早期介入サービスの成果に関するエビデンスが報告されている。ここでは、個別の研究成果の詳細については触れないが、概ね、英国やデンマークで行われたRCTなどエビデンスレベルが高い研究報告で共通する成果を概説する。

早期介入サービスを病初期の1年半ないし2年程度提供した場合、従来のサービス提供群（対照群）に比べ、2年後の治療中断率や再発率、再入院率、自殺率が有意に減少し、逆に復学・復職率が有意に上昇することが明らかとなっている。また、早期介入サービスによって、再入院が大幅に減るため、トータルの医療コストが有意に減少する（英国の場合通常サービスのコストの2/3）ことが報告されている。精神病患者の自殺は、その多くが病初期5年以内に集中することが明らかになっており、この期間に早期介入

サービスを提供することで、自殺率が劇的に減少したという報告が英国、デンマークから報告されている。

3. 日本における早期介入実践における課題

以上で述べたように、今や世界各国では、統合失調症をはじめとする精神病性疾患についての考え方（疾病観）が大きく変わりつつあり、それにとまって「早期介入」の重要性の認識が急激に広まり、いまやサービスモデルの大転換が生じている。我が国においては、未だ重症化・慢性化した後の対策に重点が置かれているが、こうした国際的な常識に照らし合わせると、我が国においても、重症化・慢性化させない対策にも重点を置く精神保健医療政策を推進する必要がある。ユースメンタルサポート Color の取り組みは、こうした国際的常識と連動した取り組みであり、今後の我が国における重要な先駆的实践となる。しかしながら、わが国の現状においては、早期介入の地域実践を困難にするいくつかの障壁（バリア）があり、そうした種々の問題を総合的に乗り越えていくローカルな取り組み、また国家的な取り組みの双方が必要となる。以下、早期介入の実践を阻む、バリアの一部をあげる。

1. 保健・医療・福祉が病初期から総合的・包括的に提供する体制の欠如

早期介入サービスでは、病初期からの集学的な支援・治療により、回復可能性を最大限高めることが重要である。その際、精神保健、精神医療、精神科リハビリテーションが一体となって包括的に、同時に提供されることが必要になる。我が国の現状においては、旧来の疾病観の影響が強く、精神保健、精神医療、その後にリハビリテーションという流れが時間軸の中で分断されており、統合的に提供されていることが少ない。国際的には時代遅れのサービス提供体制が続いている。精神保健機能とリカバリー支援機能の双方を兼ね備えた地域支援サービスが確立され、それが地域の早期介入専門医療サービスと連携して機能することで、有効な早期介入サービスモデルの一つとして役割を果たしていく可能性を検討することも重要である。

2. 若年者を対象とした精神保健医療サービスが極端に不足している

統合失調症の平均発症年齢は、22歳前後であり、10代で発病している若者が少なくない。しかしながら、10代の若者を積極的に治療・支援していく専門サービスが我が国全体では極端に不足している。こうした状況の中で、発病間もない若者とその家族は、適切な専門サービスにアクセスすることに困難を抱えている。また、こうした状況下においては、早期発見の取り組みを進めても、発見後に繋ぐことができる適切な専門医療サービスが不足しているため、発見後のトリアージの問題が生じる。地域での早期介入の取り組みを進めていくためには、若者向けの専門医療サービスを提供できる医療サービスの確保が不可欠となる。

こうした課題は、地域における早期介入実践、若者の回復を阻む大きな構造的要因となっている。ユースメンタルサポート Color の地域実践が発展していくためには、こうした構造的課題について政策的にも検討し、解決策を見出していく必要があるだろう。

4. 早期からの濃厚な地域ケアの必要性

早期介入サービスの構築は、各国で若者やその家族のニーズをくみ取る中で進められてきた。精神疾患を発病しても、適切な支援を早期から受けることができれば、希望を失わず、社会の中で回復することが可能となる。若年であればあるほど、地域社会の中での関係性を維持し、それらを断絶しないように最大限の配慮をしながら、回復を支援していく必要がある。旧来の疾病概念や医療概念に基づいて若者の症状のみを「治療」するのではなく、地域社会の中での「濃厚な支援」とともに「治療」が提供される必要がある。

精神病性疾患を発病してから薬物療法が開始されるまでの期間が短いほど、予後が良好であることは20年以上前に、すでに判明していたが、最近の研究では、発病した後、薬物療法のみならず濃厚な心理社会的支援を受けるまでの期間が短いほど、予後がさらに良好となる可能性が高まることが明らかとなっている。こうした根拠からも、病初期から地域において、包括的な支援・治療を提供していくことが、若者の回復可能性を高める上で極めて重要であることが示唆されている。そうした地域実践モデルを我が国においても今後確立し、普及していくことが課題である。

Ⅱ. 事業概要

1. 事業計画

本事業の申請に当たって、以下のような計画を立てた。

(1) 事業の名称

本事業では名称を、「大都市圏若年の未支援・未治療期間短縮に向けた地域連携システムの構築：精神疾患の早期発見・早期支援を目指して」とした。

(2) 事業の目的

精神疾患の初回発症の多くは、思春期や青年期、成人期早期に集中する。精神的不調や障害を抱えながらも、長期間適切な支援や治療につながらず、重症化・慢性化する若者は少なくない。特に、大都市圏に住む若者の精神疾患発症率が高いことが近年の研究により示唆されていることから、東京近郊には以上の問題を抱える若者がより多く存在することが予想される。近年、諸外国においては精神疾患の早期発見・早期支援のためのサービスや地域実践が行われ、未支援・未治療の期間短縮、予後の改善、若年層の自殺率の低下など、様々な成果をあげている。我が国においても、すでに一部の地域で早期発見・早期支援の地域的取り組みが行われているものの、よりニーズの高い大都市圏における同種の取り組みは、これまで本格的に行われていない。

本事業においては、都市部で生活する若者が精神的不調や疾病を抱えた際に、より早い段階で支援を求め、適切な支援・治療を受けることができ、その結果としてよりスムーズに回復し、地域で安心・安定した生活が送れるようにするための、地域支援システムのモデルを構築する。それとともに、都市部において精神的不調や疾病を抱える若者のニーズの詳細（相談者数・相談内容・支援内容）を把握して分析することにより、適切な相談や支援体制のあり方を検討する。

(2) 事業の内容

本事業では、東京都調布市および三鷹市を対象地区とし、以下の5項目を中心とした取り組みを行う。

- ① 精神的不調・疾病を抱えている若者やその家族などがアクセスしやすい相談窓口（ユースメンタルサポート Color）を地域に開設し（社会福祉法人巣立ち会）、早期支援の訓練を受けた精神保健専門スタッフ（早期支援コーディネーター）による電話相談、訪問相談、面接相談によって、アセスメント・トリアージを行う。
- ② 精神科的専門治療が必要と判断される若者やその家族に対しては、早期支援の専門外来および専門チームを有する精神科医療機関（都立松沢病院）に紹介し、スムーズな治療

導入を支援するための調整を行う。

- ③ 早期支援の専門医療チームによる治療が開始された後も、早期支援コーディネーターは医療チームと連携をとりながら家族支援、生活支援、就学・就労支援を行い、疾病・障害からの回復を支援する。
- ④ すでに医療機関にはかかっているが、投薬のみの治療では早期支援としては充分ではなく、医療機関から初診から5年以内の事例の紹介を受け、手厚い心理社会的な支援を開始することで（家族支援、生活支援、就学・就労支援を行うこと）、社会的な機能低下に陥らないよう疾病・障害からの回復を支援する。
- ⑤ 早期発見のための啓発活動や地域連携（教育関係機関、一般医療機関等）を行う。具体的には講演会やシンポジウムなども行う。

（3）事業の効果及び活用方法

国際的にもDUP（精神病未治療期間）を短縮化することで、予後が改善するという報告が多くある。初発精神病エピソードを持つ若者に、いち早くアウトリーチなどの方法をとってアクセスし、必要ならば早期に医療機関につなげることで予後を大きく改善することが可能となる。そのことによって、一般に入院率が下がるといわれており、入院よりも外来で治療が行われるほうが医療経済的にも国家経済的にも良いことである。また本人にとっても入院が外傷体験にならずに治療への抵抗性を低めることから、安定した治療関係に結びつく可能性が大きい。

DUPとともにDIPT（手厚い心理社会的支援の開始）も短縮化することで、若者の社会的予後が改善する可能性が高まる。早期支援コーディネーターが丁寧にかかわることで支援者との信頼関係も強くなることから、治療抵抗性を低め、治療中断を少なくし、安定した治療関係を形成しやすくする。

早期発見・早期支援によって自殺率が下がるとも言われており、こうした介入モデルを作り、全国的に実践が行われることで、自殺者の問題に大きく寄与する可能性がある。

アウトリーチサービスを一般的に行うことや、早期に丁寧な家族支援を行うことによって、家族自身の負担が減り、専門家との協働体性が取れ、本人が支援を受けやすくなる。

教育関係者に対する早期介入・早期支援の必要性の理解の喚起や啓発活動は、学校教育現場の中でのメンタルヘルスに関するアプローチの方法を変化させ、いっそうの効果的な若者への支援を可能とさせる。

多くの一般市民や一般医などとの連携によって精神保健に関する啓発や理解を深める効果を持つ。

2. 事業内容

実際の事業は以下のように行われた。

（1）事業の設定

この事業を「ユースメンタルサポート Color」（以下、Color）と名づけた。若者がこれからいろいろな可能性を持ち、いろいろな色に染まっていくことをイメージしたものである。Color

にはカラーの花のイメージもあり、純白で清廉な、スッと天を目指して伸びていく若者のイメージも重ねて命名したものである。

事業所は調布市菊野台で、巢立ち会の通所事業所であるこひつじ舎の中に設けた。スタッフはここに常駐し、電話相談や来所面接相談はここで受け、アウトリーチはここから出かけることが多かった。

（２）目的に沿った事業の周知

地域で、こうした若者向けの支援を行っていく例は他に類を見ないため、まず事業の周知徹底を図るため、関連機関の訪問や啓発活動にあらゆるエネルギーを注いだ。関連機関とは大きく分類すると、行政機関、医療機関、教育機関、その他である。

当初の予定では調布市と三鷹市を考えていたが、２か所では初年度としては事例の依頼が少ないと判断し、多くの事例依頼がくることを期待して、アウトリーチが可能な地域はすべて網羅することにした。その結果、調布市と三鷹市以外に、狛江市、府中市、武蔵野市、世田谷区、新宿区などの市役所、区役所、保健センター、多摩府中保健所、多摩総合精神保健福祉センター、中部総合精神保健福祉センターなどにも事業説明に伺った。

教育機関では三鷹市、調布市、府中市、狛江市の教育委員会などに伺った。教育委員会との連携は時間がかかると予測されたため、じっくり信頼関係を構築することを目指した。

医療機関との連携は今までの巢立ち会の活動の中で実績があるため、事業説明は行いやすかった。この事業の趣旨として、精神病未治療期間の短縮ということが大きな目的ではあるが、医療機関にかかったとしても医療機関からは家族支援、生活支援などの提供を受けることはほとんどないのが現状である。そのため、医療機関への事業説明ではすでに医療機関にかかっている患者さんに対しても家族支援、生活支援を行うということで、事業説明を行った。リーフレットはそれを前提にして、本人向け・医師向け・家族向けの３種類のものを作成した。単科の精神科病院は現在までの退院促進事業で連携が取れているが、今回はそれに加えてクリニックへの事業説明を多く行い、一般医に対しても医師会を通じて、リーフレットの送付など事業理解を促進するための努力を行った。趣旨を十分に理解してくれた医療機関からは複数の事例の依頼があった。

（３）啓発活動

一般市民や関係者、家族を含めた当事者への理解や周知を深めるために講演会、研修会、シンポジウム、様々な場所でのプレゼンテーションなどを行った。詳細は事業実績で紹介する。

（４）実際の相談事例

行政機関、医療機関、教育機関、一般市民それぞれから依頼・相談があり、医療機関への紹介、来所面接相談、学習支援、同行外出支援、訪問支援などの形で、それぞれのニーズに応じた支援を行っている。相談事例は、一つの依頼があると次の依頼もあるという形で複数事例になる場合が多く、信頼関係ができれば依頼が増えていく傾向があると予測される。事例件数などの詳細は事業実績で紹介する。

Ⅲ. 事業実績と数値

1. 事業説明・協力依頼に関する活動経過

平成21年3月の準備期間から平成22年3月末までの間に、下表（表2-1）の通り活動を行った。事業説明・協力依頼の回数と人員の合計は、**59回、184名**である。

表2-1：事業説明・協力依頼に関する活動経過

年月	活 動 内 容
21年3月	「精神病早期介入実践のためのトレーニングセミナー」参加 三重県立こころの医療センターのリーフレットなど取り寄せ、参考にする 必要文献などの抄読 松沢病院との協力関係樹立
4月	三鷹市役所 関係部署への事業説明と協力要請 調布市家族会「かささぎ会」 事業説明と協力要請
5月	1年間の事業展開についての骨格計画準備 吉祥寺病院（調布市） 事業説明と協力要請
6月	調布市役所 関係者へ事業説明と協力要請 リーフレットの作成（本事業の骨格の説明と理念を表明）
7月	狛江市教育研究所 関係者への事業説明と協力要請 狛江市役所 保健師へ事業説明と協力要請 初回ケース依頼(以下省略) 桜ヶ丘記念病院（多摩市） 事業説明と協力要請
8月	松沢病院との協力関係を検討 三鷹市教育委員会 事業説明と協力要請 三鷹市小中学校校長会 事業説明と協力要請 都丸クリニック、石山医院（調布市） 事業説明と協力要請 調布市健康センター 事業説明と協力要請
9月	武蔵野中央病院（小金井市） 事業説明と協力要請 多摩府中保健所 事業説明と協力要請 調布市教育相談所 事業説明と協力要請 根岸病院（府中市） 事業説明と協力要請 調布市精神科医師会 事業説明と協力要請 東京都福祉保健局 参事へ事業説明と協力要請 武蔵野赤十字病院（武蔵野市） 事業説明と協力要請 長谷川病院（三鷹市） 事業説明と協力要請 野の花メンタルクリニック（武蔵野市） 事業説明と協力要請

	慈恵医大第三病院（狛江市） 事業説明と協力要請 地域生活支援センタープラザ（府中市） 事業説明と協力要請 文化学習協働ネットワーク（三鷹市） 事業説明と協力要請 世田谷区家族会「さくら会」 事業説明と協力要請 「精神病早期介入実践のためのケースマネージャー養成セミナー」プレゼンテーション 講演会「思春期の心の処方箋」巣立ち会主催
10月	江畑クリニック（世田谷区） 事業説明と協力要請 東京都精神保健福祉課 精神保健課長 事業説明と協力要請 井之頭病院（三鷹市） 院長へ事業説明と協力要請 調布市医師会 会長へ事業説明と協力要請 白百合女子大学（調布市） 学長へ事業説明と協力要請 メンタルクリニックあんどう（府中市） 事業説明と協力要請 おぎさ心のクリニック（武蔵野市） 事業説明と協力要請 電気通信大学（調布市） 事業説明と協力要請 国際基督教大学（三鷹市） 事業説明と協力要請 狛江市養護教員研修会 講師 井之頭病院相談室 事業説明と協力要請
11月	NHK取材 「イギリスの精神医療についての研修会」参加 東京都立中部総合精神保健福祉センター 事業説明と協力要請 研修会「思春期・青年期に始まる精神病性障害」主催 根岸病院（府中市） 事業説明と協力要請 ユースメンタルサポートセンター松沢 スタッフへ事業説明と協力要請 第13回日本精神保健・予防学会学術集会 プレゼンテーション 府中市教育委員会 スクールソーシャルワーカーへの事業説明と協力要請
12月	調布はしもとクリニック（調布市） 事業説明と協力要請 白百合女子大学(調布市) 学務部へ事業説明と協力要請 府中市教育委員会 統括へ事業説明と協力要請
22年1月	ルーテル学院大学（三鷹市） 事業説明と協力要請 府中市教育委員会校長会研修会 講師 三鷹市健康福祉部 部長へ事業説明と協力要請 東京都立多摩総合精神保健福祉センター 所長への事業説明と協力要請 調布市教育センター 支援コーディネーターへ事業説明と協力要請
2月	府中市議会議員へ事業説明と協力要請 三重県立こころの医療センター 事業説明と協力要請 府中市教育委員会副校長会研修会 講師 「英国の医療について」研修会に参加 狛江市役所 事業説明と協力要請 武蔵野市役所 事業説明と協力要請 府中市役所 事業説明と協力要請

	国分寺クリニック（国分寺市） 事業説明と協力要請 西新宿保健センター 事業説明と協力要請 狛江のんびりクリニック（狛江市） 事業説明と協力要請 シンポジウム「思春期・青年期のメンタルヘルス」主催
3月	「早期支援実践トレーニング」研修会に参加 臨床心理士研修会 プレゼンテーション 世田谷区役所 事業説明と協力要請 厚生労働省事業報告プレゼンテーション

2. 事例の実態と分析

(1) 総事例

全事例で36件となった(表2-2)。相談を受ける際の姿勢として、精神疾患の有無から入るのではなく、相手の問題に添うような対応を心がけた。結果として、単発の相談で終わる事例よりも継続的な支援につながった事例の方が割合として高くなった。また、地域の一事業所が新規に始めたサービスで継続的な支援につながった事例が、事業開始後の9か月余りで14例にものぼったことは、こうしたサービスが地域から必要とされていることを物語っている。

表2-2：総事例数

継続事例			14名
経過観察中			8名
1回のみ	電話のみ	6名	12名
	来所相談	6名	
関係者からの問い合わせ			2名
			計36名

(2) 住所地

当会がこれまでに事業を実施してきた三鷹市・調布市よりも、隣接した府中市や狛江市で先に事例の紹介が増えた。事業開始時に、いわゆるキャッチメントエリアの問題については議論があったが、「三鷹・調布・その他近隣の市区にお住まいの方」を対象者としたことで、このような結果を生んだ。(表2-3)

事業開始時には、地域の協力者がどのエリアにいるかわからないことが多い。大都市圏ではそのようなエリア設定だと人口がかなり多くなってくるが、移動に要する負担も比較的少ないため、ある程度広めのエリアを対象にした方が、より適切なニーズを持つ人たちにつながると思われる。

表2-3：住所地別の事例数

継続		経過観察中		1回のみ	
府中	4名	府中	1名	府中	2名
多摩	1名	三鷹	1名	多摩	2名
三鷹	1名	調布	4名	三鷹	3名
狛江	5名	世田谷	1名	中野	1名
調布	1名	杉並	1名	大田	1名
世田谷	2名			八王子	1名
				川崎	1名
				千葉	1名
計14名		計8名		計12名	

(3) 男女比

紹介された事例の合計でみると、およそ2：3で女性の方が多かった。(表2-4)

表2-4：男女比

継続中	経過観察中	1回のみ	合計
男 7名	男 2名	男 4名	男 13名
女 7名	女 6名	女 8名	女 21名
計14名	計8名	計12名	計34名

(4) 紹介ルート

主治医や教育関係者など、当事業についての理解がある紹介者の事例は継続支援につながりやすい。一方で、置いてあったパンフレットを見て電話をしたという事例は8例あったが、実際のニーズと当事業のサービス内容が合致せずに単発の相談で終わってしまった事例が多かった。(表2-5)

表2-5：紹介ルート

紹介元	継続中	経過観察中	1回のみ	合計
主治医(病院PSW)	6名	0名	1名	7名
教育機関	5名	3名	0名	8名
市役所	2名	1名	0名	3名
その他	1名	2名 (HP・シボジウム)	2名 (家族会・ネット初)	5名
パンフレット	0名	2名	6名	8名
不明	0名	0名	3名	3名
計	14名	8名	12名	34名

(5) 年齢と診断名

継続支援をしている事例の平均年齢は17.8歳となった。これは高校2年～3年に相当する年齢であるが、今回の事業では高校にアクセスできなかったため、高校生の支援対象者はいない。つまり、中学生と20代の対象者の平均値ということである(最年少が13歳、最年長が25歳)。おそらく、エリア内の高校にも潜在化したニーズは多々あることが予想されるため、今後の高校との連携は一つの課題である。

診断名は、8割近くの対象者がすでに統合失調症との診断を受けており、なおかつ本人に告知もされているということである。早期支援が広まることは精神疾患のラベリングにもつなが

るという考え方があるが、現実としては診断を受けただけで支援が追い付いていないという状況があり、そこに適切な支援を実施する責務があると我々は考える。(表2-6)

表2-6：年齢と診断名

平均年齢	17.8歳
診断名	(統合失調症) 12名
	(未定) 2名

(6) 月別の相談件数

11月・12月に紹介者が急増している。これは、この章の冒頭の「活動経過」に記載したように、その直前の9月・10月を事業周知の期間として、重点的に地域の医療機関や教育機関等に説明に伺った（年度内の事業説明総数の4割をこの2か月で回ったことになる）ことが要因と思われる。こうした啓発活動がいかに重要かということが、このデータから読み取れる。(表2-7)

表2-7：月別相談件数（初回相談）

	継続中	経過観察中	1回のみ	合計
7月	2名	0名	0名	2名
8月	0名	1名	0名	1名
9月	1名	0名	1名	2名
10月	0名	0名	3名	3名
11月	4名	0名	6名	10名
12月	3名	2名	4名	9名
1月	2名	1名	0名	3名
2月	2名	2名	0名	4名
3月	0名	2名	0名	2名
計	14名	8名	14名	36名

(7) 相談内容別件数

この事業の中核が本人の話を丁寧に聴いて信頼関係（エンゲイジメント）を構築することにあるため、必然的に面接回数（訪問支援も含む）が多くなる。ただし、それ以外の支援については、事例ごとにニーズが異なっており、どの支援に力を置くに差異が出ている。それゆえに、適切なケアマネジメントを行うことが重要である。(表2-8)

表 2-8：相談内容別件数

No.	面接支援	訪問支援	同伴支援	家族支援	カンファ レンス	その他支援・備考
①	8	13	1	16	1	通所訓練22回／予備校への同伴
②	14	1	0	3	1	面接／訪問
③	13	0	3	2	0	予備校への同伴
④	0	4	3	0	4	復学支援
⑤	5	0	0	2	0	面接に「学習支援」を含む／大学復学への支援
⑥	19	0	0	3	0	家から福祉事業所への通所
⑦	12	0	0	1	3	通所訓練115回／グループホーム利用継続中 自宅からの独立と就労に向けての支援
⑧	11	0	0	3	0	資格取得や就労に向けての支援／学習支援
⑨	4	0	0	1	0	面接に「学習支援」を含む
⑩	3	0	0	0	0	日常生活を規則正しく送るための通所支援
⑪	13	0	0	0	0	居住支援／就労支援
⑫	0	3	1	1	2	医療中断があるため、医療再開への支援 フリースクールなどの学習支援
⑬	0	1	0	1	0	家族支援／学習支援
⑭	0	1	0	1	0	ひきこもり支援／医療機関へつなげる
合計	102	23	8	34	11	

(8) 継続事例・経過観察中の事例と医療機関との関係

医療中断、或いは未治療から医療につなげた事例 …………… 1 例
 現在努力中 …………… 3 例
 積極的医療の必要性が認められなかった事例 …………… 1 例
 経過観察中 …………… 5 例
 医療は継続しているが包括的な支援を求めてきている事例 …………… 12 例

すでに医療にかかっている事例に対しての心理社会的支援の実施が当事業の柱の一つであった。12例がそうした事例である。それ以外の事例については、相談を受ける際に精神疾患の有無から入るのではなく、相手の問題に添うような対応を心がけたため、何が何でも医療につなげるといったことではなく、経過を見ながら柔軟に対応をしてきた結果がこのような数字となっていると考えている。

（９）１回のみの利用で継続しなかった理由

- 遠距離であること
- 通所したいと言うニーズにこたえられなかったこと
- 他に主たる相談者がいたこと
- ただ、話を聞いてもらいたかったのみ
- これから受診予定、必要なら再度の連絡をと促す
- Color の支援にそぐわないためトリアージをした
- 様子を見て特に心配はないと家族が判断したこと
- もう少し様子を見ると家族が判断したこと

先述の通り、置いてあったパンフレットを見て連絡をしてきた事例などでは、ニーズがサービスに合致せず、それ以上の支援にはつながらなかった。ただし、話すことで状況の整理ができ、ニーズが明確になったといった部分もあるため、そうした相談窓口としての機能も重要であると考えている。

（１０）啓発活動の実数

９月に行った講演会「思春期のこころの処方箋」は、副題を「心を病む前に大人ができること」として、宮田雄吾氏（長崎県・大村共立病院副院長）に、児童思春期の診療の豊富な実践経験を踏まえて、メンタルな問題のある子どもたちの特性や対応の仕方などについて、具体的に講演をしてもらった。

三重県立こころの医療センターで行われた「精神病早期介入実践のためのケースマネージャー養成セミナー」では一講座を持たせて頂き、地域における早期支援の現状ということでユースメンタルサポート Color の現状を報告した。

１０月には狛江養護教員研修会講師として、狛江第一中学校でスクールカウンセラーや養護教員、一般教員などを対象とし、精神保健・早期支援の必要性などの内容で研修会を行った。

１１月には第１３回日本精神保健・予防学会学術集会のシンポジウムで、地域からの早期支援ということで Color の紹介と今後の地域からの早期支援の重要性について話した。同月、東京都立松沢病院の針間博彦先生に「思春期・青年期に始まる精神病性障害」というテーマで、思春期・青年期の精神病理や保健について、とりわけ１０代からの統合失調症の早期支援についての研修会をお願いし、その中で Color の事業説明も行った。

１月には府中教育委員会校長会研修会で、思春期・青年期のメンタルヘルスと Color の事業紹介とを行う研修会を持たせてもらった。終わった直後に、副校長会でも同じ内容の研修を行ってほしいとの依頼を受け、２月に副校長会の研修会も行った。

同じく２月にはシンポジウムを主催した。「思春期・青年期のメンタルヘルス～精神疾患の早期支援を目指して」と題して、三鷹市内の会場で一日がかりで開催した。三鷹市長による開会の挨拶の後、午前中に厚生労働省から行政説明を行ってもらい、作家であり精神科医でもある加賀乙彦氏に「不幸な時代の若者の幸福とは何か」という内容でお話しを頂いた。午後は三重県立こころの医療センター、都立松沢病院、そして Color の実践報告を行い、パネルディスカ

ッションを行った。このシンポジウムに関しては、チラシを近隣関連機関に３０００部近く郵送し、その中から世田谷区などから事業説明の依頼が入り、係長会に事業説明に伺うというようなこともあった。

ユースメンタルサポート Color のホームページは１１月に立ち上げた。作成は巢立ち会で行い、キャッチコピーは巢立ち会の利用者である若者に依頼し、なるべく若者がアクセスしやすいホームページを心がけた。ホームページを見て連絡をくれたという相談もあった。(表２・９)

表２・９：啓発活動の実数

月	活 動 内 容	対象者数
９月	・講演会 思春期の心の処方箋	８０名
	・精神病早期介入実践のためのケースマネージャー養成セミナー講義	８０名
１０月	・狛江養護教員研修会講師	１０名
	・研修会 思春期・青年期に始まる精神病性障害	４１名
１１月	・第１３回日本精神保健・予防学会学術集会	１００名
１月	・府中教育委員会校長会研修会	３３名
	・府中教育委員会副校長会研修会	３３名
２月	・シンポジウム 思春期・青年期のメンタルヘルス 参加者	１６１名
	・ 〃 チラシ送付	２９００件
その他	・Color ホームページ (１１月２０日～３月２４日)	３４９件

IV. 事業実践内容

1. 連携

(1) 医療機関との連携

18か所ほどの病院とクリニックに訪問し、事業説明協力依頼を行った。それらの中からは6例の依頼があった。医療機関に事業説明をする際は、次の3点を我々の中心的な支援と位置づけて事業説明を行った。第1点はDUPの短縮というよりは事例の生活全般にわたる包括的な支援を行うことを前提にし、就労就学支援など本人の希望に添った支援を行うこと。第2点は医療中断を防ぐ役割を担うこと。第3点は家族支援を行っていくことである。依頼を受けた事例数については、継続的に支援をするようになった事例だけで見ると、訪問した医療機関からは2例、間接的にColorを知って依頼してくれたクリニックが1例となっている。そのうち、1回のみの相談も含めて4事例（継続2事例）を紹介してくれたクリニックは思春期専門のクリニックである。単科の精神科病院からの依頼は3例で、急性期状態で入院して退院後の支援依頼があった。

精神科病院との連携は、救急の入院後の支援として地域において若者向きの支援が存在することをもっと徹底して認識してもらうことに加えて、病院職員にも早期支援の重要性を充分に理解してもらえるような啓発を継続して行っていくことが必要と考えられる。

東京の中でも三多摩地区や世田谷近辺には思春期の患者を中心に診ているクリニックが数か所あって、それらクリニックとの連携を更に深める必要があると考えられる。4名を紹介してくれたクリニックは、生活支援ができていない現状を認識しており、そうしたサービスがあると助かるという考えを持ってきている。他のクリニックにはまだ事業説明に行けていない状態なので、今後早い段階で何とか連携を取れる体制をつくりたいと考えている。

今回のColor事業計画の中では、当初から松沢病院との連携で医療の部分を担当してもらう予定であったが、幸いにも年度内に松沢病院内に「Wakaba（ユースメンタルサポートセンター松沢）」という思春期・青年期専門外来ができ、非常に未受診者への紹介がしやすくなった。公立病院でもあり、Wakabaは精神科ではなく、一般科の外来の中に設置されていることもあり、紹介が非常にしやすい。東京の現状では、梅ヶ丘病院など公立の思春期・児童専門病院は初診予約が2か月先などというのが一般的であり、すぐに対応してくれる病院がそばにあることは非常にこの事業を行う上でありがたかった。しかし、Wakabaは通常では15歳未満は対応してくれないため、14歳以下は例外として特別に頼み込む必要があり、公立病院の画一的な区分けは今後検討してもらいたい点である。

(2) 行政機関との連携

市役所では、三鷹市、調布市、狛江市、多摩市などに伺って事業説明を行っている。市にも福祉担当課、健康保健担当課、生活保護担当課、子育て支援担当課など窓口がたくさんあり、ある部署に一度伺ったからといって全ての市職に徹底できているわけではなく、それぞれの部署でこうした事例の支援ニーズがあると思われる。何度も足を運び、担当者を変え、繰り返し

事業説明を行っていく必要がある。そうして漸く認識してもらえろという印象である。

行政からの依頼は2例で、両者とも生活保護を受給後間もない事例で、発症後（受診後）間もないため、Color の支援対象と考えられた事例である。都会の特徴かと思われるが、20才で生活保護での単身生活を送り、家族から見放される或いは別居が必要という事例が、比較的高率で存在していると考えられる。

他の行政との連携では、精神保健福祉センターや保健所とも協力関係を構築するために努力中である。保健所とは担当者との話し合いで、新規で発症後間もない事例の相談があった場合はColorを紹介する、という話し合いが一応できている。現在までまだ紹介はないが、訪問ができるかとの問い合わせは入っている。多摩、中部の精神保健福祉センターとはどのような連携が可能かまだ模索中である。

（3）教育機関との連携

教育関係機関は三鷹市、調布市、狛江市、府中市に伺った。教育委員会は非常に壁が厚く、連携を取れるようになるまで、2～3年はかかると予測していた。現に最初に教育委員長と話をした三鷹市では、実際には何一つ連携した事例が発生していない。しかし教育機関は面白いもので、熱心な関係者が一人いればそれを突破口に少しずつ広がっていくということがわかってきた。教育機関は非常に保守的で管理的な体質がある一方で、とにかく子どものためなら使える資源を利用したいと望む積極的な人材も多くいるということは発見であった。広く啓発活動を行っていく中でそうした人材と出会えるということは、今後の事業の発展にも大きく寄与する発見である。諦めずに地道に活動を行っていくことが成果を生むのだということを、身をもって感じてきている。

現在まで、教育機関からの依頼は経過観察中の依頼も含めて8例（継続では5例）である。1事例は医療につなげて、徐々に生活も改善されて経過観察中であるが、他の4事例は医療にまだつながらない、或いは経過観察中で、家族関係も含めて非常に困難な事例が多い。教育機関で困っている事例とは、あらゆる努力をしても効果が出なかったため、最後の試みでColorへの依頼をかけるという事例が多いようである。こうした場合、教育相談所や学校と頻繁な連絡やカンファレンスが必要となり、家族支援も含めて事例に対してどのような方向で支援を行うか、誰がどの役割を担うか、その連絡調整をどのように行うかというようなことは、その後の展開に非常に重要となってくる。

三重での取り組みを聞くと、学校に医療機関も含めて組織的に入り込むことによって、予防的な支援ができるということがあろようだ。現在のColorへの依頼は、不登校が始まってからほぼ1年以上が過ぎてからの相談が多く、どうしても後手に回っているという印象である。定期的に全校生徒の状況を聞けるような立場を得られれば、不登校に陥る前に未然に防げる可能性があるということも感じている。

2. 支援

(1) 学習支援

医療機関からの依頼は包括的な生活支援を期待されていることがまず第一である。継続支援を行っている事例の平均年齢が17.8歳であり、20歳以上が5名、それ以下が9名ということもあって、学習支援が求められる事例が非常に多い。この学習支援は非常に個別性が高い。中学であれば主要5科目が教えられることが必要となるし、高校段階では科目別にかなりの専門性が必要となるため、一人の人物ではせいぜい2科目を教えるのがやっとという状況である。また、高校認定資格を求める事例や受験を目指す事例、美術の専門学校と技術の取得を目指す事例、情報関係の大学に復学を目指す事例、経理の専門検定を目指す事例とそのニーズは多岐に及ぶ。彼らに適切な支援ができれば、ライフサイクル上の課題を彼ら自身がこなしていくことが可能となる。病気の予後をよくするためにも、人生の早い段階の適切な時期に適切な課題がこなせるような支援が受けられるようにすることは必要である。

我々にとっては、就労支援に関するノウハウはかなり蓄積されてきているが、学習支援に関しては未知の分野と言える。個別の彼らのニーズに応えるためには、非常に多数のボランティアや支援組織が必要となるであろう。地域のそうした資源開発もこの早期支援にとっては重要な課題となる。同時に、教育機関が持っている支援システム、不登校のためのフリースクール、学校内の特別支援教室など、それぞれの区市町村で利用できるシステムを熟知し、事例に適切に提示できるようにならなければならない。

(2) 就労支援

20才にしてすでに両親の庇護を受けられず、経済的にも自立を迫られる事例が3事例いる。現在は3名とも生活保護を受給しているが、このような事例では目標は就労となっていく。病状の安定や就労習慣の確立などの訓練を経て、いずれは就労につなげていくことが共通の目標となる。

彼らに関しては、今までの統合失調症のリハビリテーションモデルが利用できるため、社会資源や就労につなげるノウハウも比較的あり、アプローチの道筋は見えやすい。しかし本人が発症後間もないため、治療継続に関するアドヒアランスについて、そして自分にどんな仕事に向いているか、また職業生活を安定させるための運転免許の取得など資格取得などの課題がある。やはり今後の可能性が大きいだけに、個別の就労支援に向けた緻密な計画が必要とされる。

(3) 居住支援

先述した家族の支援が得られない事例では、居住支援も必要となる場合が多い。3例中2事例にグループホームの支援を提供、或いは提供を検討中である。まだ生活経験も少なく、親との同居経験も少ない事例がいることから、基本的な生活のスキルや世の中のルールなどを教えることも必要となってくる。彼らは一時的に親と別居というよりは、今後一人で生きていかざるを得ない状況があり、それが可能となるような支援が必要とされる。17、8歳で発病していても、それ以前から親との安定した愛情に満ちた信頼関係が形成されていない場合が多く、

今後の人間関係の基礎となるような信頼関係の構築から支援が始まるということになる。居住支援だけでなく、家族に似た信頼関係を築くことが要求される事例があるということも、今回の実践で感じたことである。若者でも早いうちに家庭から見放され、非常に孤独で不遇な事例が多い（14例中3例）。

（４）家族支援

これはかなり中心的な支援となる。本人が若ければ若いほど、あらゆる意味でのキーパーソンは家族となる。一般的には親である。しかし本人が十代で発症の場合、多くの親にとってはこの状況をどのように対処してよいか全くわからない未知体験であり、非常に悩み苦しむことが多い。日常生活の接し方の悩みから、自分自身の生き方の問題、夫婦の問題、病気の予後と経過への心配、経済的な問題、医療への信頼と不信の問題、服薬の問題、家族にはさまざまな悩みと苦悩がある。これらをきちんと受け止めていくことが、本人とのエンゲイジメントを確立する上でも重要である。

医師の説明が納得できずに次々に医療機関を変えた親、いくら相談しても本人が変わらずに相談することをあきらめていった親、自分の子どもの現状が受け入れられずに子どもに対して拒否的になっている親、自分の価値を押し付けようとしていたがそれをあきらめることで漸く子どもとの関係性を取り戻した親、さまざまな問題や悩みを持つ家族の気持ちを率直に真正面から受け止め、事例にかかわるのと同様に、真摯に実直に地道に家族と向き合っていく支援が重要であり、それが信頼を得ていくプロセスとなる。重要なことは我々がかかわることで、子どもの状況が好転したと認識できるようになることである。それは自分自身の見方の変化も含んでいる。それが共有できれば家族との信頼関係も生まれ、事例も変化していく。

加えて今回、アウトリーチなどの支援を行って痛感したのは、同胞に対する支援も確立していかなければならないということである。兄弟がメンタルな問題を抱えていることで、他の同胞はかなり我慢を強いられている。そのことでの彼らのメンタルな支援が必要な状況が数多くあるように感じられた。当事者である兄弟の病気や状態の理解を促進するための心理教育や、同胞の気持ちを聞く機会を積極的につくっていく必要性を感じた。

（５）訪問支援・同伴支援

アウトリーチ支援は、Colorの支援の目玉でもあった。「困っている人や必要な人たちには自宅までサービスをお届けしますよ」というものである。しかし、ふたを開けてみると、それほど多くの人がこの支援を必要としているわけではないと感じた。そもそもの支援形態が訪問型であれば受ける側もそのように認知したのかもしれないが、必要に応じて訪問もしますということであれば、多くが事務所のある場所まで出かけてきてくれる。それよりも、後述するように本人が出かけられる場所を欲していた人が多かったというのが印象であった。

医療機関や相談機関を当方で紹介した場合、その同伴支援は原則としているので、Wakabaへの同伴は何度か生じている。それ以外に、面接するのに自宅は嫌だが自宅近くの喫茶店がいいという事例があり、その事例はこちらが自宅近くまで出かけて行って定期的に面接を行っている。

本当に訪問が必要なのは、本人に全く病識や問題意識がなく、或いは医療に対して拒否的で

非常にひきこもりが強いような場合である。2事例は自宅訪問を行っているが、医療につながれるか、或いは自宅から別の場所へ出かけられるようになるか、今後の家族を含めてのかかわりの中で支援を続けることで、本人の変化を期待したいところである。訪問中心に支援を展開しているのは14例中5事例である。

同伴支援の中では、彼らが興味のあるところへの同伴や興味のあることを一緒に行うことで、エンゲイジメントの確立に役立てたいと考えているが、時間の制約もあって実践できていない。サッカー好きの人とサッカーを行う、美術に関心のある人と美術館に行く、動物好きの人と動物園に行くというように、実践すればかなり本人と仲良くなれそうだが残念ながら時間が取れないのが現状である。これもボランティアなどがうまく機能してくれれば可能性が広がると考えられる。

（6）通所支援

前項で述べたが、Color を訪れる人の多くがそこに居場所の機能があると考えている人であった。教育機関の中にはさまざまなサポート校のようなシステムがあるが、なかなかそれさえも行けない事例が多々見られる。理由は様々だが、本人が非常に繊細で不安が強い場合、或いは被害関係念慮などがある場合など、そうした特性や症状を在るがまま受け止めてくれる場所を欲する声が多かった。

現在は Color の事業で借りている空間がないため、多くの期待に応えることができなかった。一部の事例では、通所事業所の軒先を借りて、朝起きて学校に行ける訓練をしようと短期間通ってもらった例があったが、恒常的にそうした個別の目的に添って時々プログラムを持ち、通える場所、集団の人間関係のトレーニングができる場所としての空間は必要だと切に感じた。今後の課題である。

（7）環境調整支援

これは今までも述べてきたことである。学校へ戻る場合は学校との連絡調整が必要になる。これは小・中・高校の場合は比較的学校も積極的に協力してくれるが、大学になると担任の教師がいるわけでもなく、個々に単位を取得できるかどうかになってくるため、学内にキーパーソンを見つけにくい。そこで、本人の情報から誰が一番本人のために尽力してくれるかを聞きだして、必要に応じて会いに行き、学内のほかの先生の授業に関しても協力を仰ぐなどの調整を行う。

就職に関しては、今回は復職支援の対象者はおらず新たに就職を目標にする事例ばかりであるため、ハローワークに行って職場を見つけ、障害を開示した場合はその後の職場関係の調整も行っていくことになる。

家族についても、必要に応じて夫婦間の話し合いを行ったり、先述したように同胞への働きかけを行ったりもする。それ以外にも、家族だけではなく他に強力な支援者がいそうな場合は連絡を取り合って、できる部分の支援を依頼したりすることも行う。また、既存の社会資源では彼らの支援を行うのに不十分であり、個別の支援を行うためにも、それぞれのニーズに合ったボランティアを積極的に開拓していくことが必要である。

V. 考察

今回、この障害者自立支援調査研究プロジェクトで大都市圏の早期介入・早期支援の事業を行って、今まで精神科病院の中や地域の福祉サービス事業の中では知る機会のなかった、さまざまな問題を認識することとなった。利用者ニーズに添ったサービスをということは私たちの支援の基本にあることであったが、新たな利用者ニーズがかなり深刻な状態で、しかも急務を要する現実があることを再認識した。

この事業を行っての考察を以下のように行った。

1. 統合失調症をはじめとした精神疾患は、予想以上に発症が早いことを、事業を通じてあらためて感じた。また海外のデータにもあるように、発症前のかかなり早い時点から明確な何らかの精神的不調の兆候があることが、今回データでは示しえなかったが、何ケースかの報告で明らかになった。医療機関にかかっても診断名がつかず、はっきりした対応をしてもらえず、結局医療中断、或いは転医になってしまうケースも14事例中7事例あった。初診で、きちんと信頼され、継続的にその医療機関で診療を行っていきけるような対応を行うことが非常に難しいことであることがわかった。どのような要素が彼らが医療機関を信用し、継続医療に結びつける要因なのか、今後、もっと多くの事例を支援していく中での詳細な事例の分析が必要となるであろう。
2. 医療機関ではほとんど投薬のみの治療であり、熱心な治療者は若者に対して包括的な支援をしてくれる機関を求めていることが感じられた。事例を紹介してくれた医療機関には伺って挨拶をし、その後の連携をとりやすい関係を築くことを心がけた。しかし、Colorが地域の事業所で、事例の医療機関もさまざまなことから頻繁に医師と連携を取ることができず、医師の日中の忙しさを配慮し、ついつい連携が不充分になってしまう例も見られた。家族や本人を通してColorの活動を報告してもらうという状況も多く見られた。従って、カンファレンスを行った回数が11回となっているが、これは学校関係者との開催が多く、医療機関では4回となっている。医師一人しかスタッフのいないクリニックなどではカンファレンスなどは困難で、電話で報告・状況説明をし、相談するのがやっとという状況があった。今後、医療機関との連携の持ち方は工夫する必要があると考えられる。
3. 現在の教育現場では、精神的不調を抱えた子どもの現状を直視して取り上げるだけのゆとりのない状況に追い詰められている現状がわかった。しかし、現場の人たちは非常に真面目で熱心なため、信頼関係を築くことができれば強い連携が取れ、今後の協力関係がスムーズになると考えられる。とりわけスクールカウンセラー、スクールソーシャルワーカーなどとの連携が非常に大切である。また、教育機関は6・3・3と分かれているため、小中学校は教育相談所が継続してかかわることが可能だが、中学を卒業すると(義務教育が終了すると)支援が途切れてしまうという現状がある。そのため、学校の卒業前に何らかの機関につなげておこうという目的で、年度末ぎりぎりにColorを紹介をしていくという事例が2事例あった。他にも行政機関で、年度末で担当者が変わるための紹

介もあった。年度末に依頼が集中する傾向がある。教育機関の卒業にあわせて、学校があわててどこかにつなごうという傾向に対して、今後はもう少し早くに問題事例を紹介してもらえそうな働きかけと、学校と協力して一緒に事例の支援を行っていくという信頼関係の体制作りが重要であると感じた。医療機関との信頼関係も同様であったが、教育機関との連携も一人一人の事例を大切にすることで信頼関係が構築されていくと考える。一定時間が必要であろう。

4. 今回の事業で、教育関係と連携がとれて事例を支援できたのは小・中学校だけであった。教育委員会の管轄する分野だけである。高校に関しては東京都の管轄になるため、この期間内では働きかけができなかった。また、大学も近隣の大学には事業説明に伺ったが、学校からの直接の依頼は無かった。医療機関からの紹介の事例が大学生で、その大学と連携するというケースはあった。高校に関する働きかけも少し戦略が必要であると考ええる。どのように行っていくか今後の課題でもある。また大学については、殆どが学生相談室と精神科医の相談医が居る場合が多く、学内で対応できていると感じている場合が多いと考えられる。しかし、やはり大学も卒業と同時に関係は切れることでもあり、今後とも少しずつ連携をとるべく働きかけを行っていく必要があると考えている。
5. 相談のアクセスに対してこちらが一番配慮したことは、依頼があってから一週間以内に当事者に会うように心がけたことである。とにかくタイムリーに、利用者のニーズにこたえるということが重要であると考えた。訪問が必要であることも多く、機動力が非常に大切である。家族や当事者によってはまだ、自分たちの方向性が見えておらず、電話だけをしてしまったという場合もある。しかし、その時点で丁寧に対応をしておけばその後、しばらくたってから再度アクセスしてくるということもあり、一回で終わったかのように見えた事例が復活してくることもあった。当事者たちが相談機関や医療機関と強固な信頼関係を築いていくには当事者側の準備性も必要であり、また事業所側もいつでも待っているという姿勢を常に提示して見せることが必要であると考えた。
6. 実際の相談を受けてみると、発達障害、人格障害、虐待、親が精神病などさまざまな問題を持った事例が多く、狭義の精神疾患であるかどうかだけでトライアージができないことが多かった。多くがアットリスクな状態にあると考えられるため、経過観察が必要な事例と判断された。今回の Color の事業の本来の目的は、精神疾患の早期発見と早期の包括的な支援であった。しかし現場から上がってくる事例は何が問題なのか特定できず、とにかく問題山積で手が出せないと言うような状況での相談が、特に教育機関からの依頼では多かった。現場の混乱している状況から考えると、これは Color の仕事ではないと断ることは簡単だが、それでは今後の信頼関係が構築できない。どのような事例に対しても解決の糸口を一緒に考えていくと言う姿勢を見せることが非常に重要なことだと感じている。他領域の専門家の情報を得ることや狭義の精神疾患以外の障害へのアプローチの勉強の必要性も非常に痛感した。
7. 今回の事業では相談事例は圧倒的に10代が多く、学習支援の重要性を痛感した。学習支援も、今回の事例が不登校で長期化している事例が多かったためか、単純に科目を教

えるということではなく、一緒に遊ぶなどの対人的なコミュニケーションを含むような支援の中に、同時に学習支援を行うことが必要な事例が多かった。前述したように学習支援を行えるボランティアの組織化をするとともに、その支援方法もある程度の学習が必要であると考えられる。

8. この1年間の経験の中からは、学校や職場に復学・就職するための訓練としての通所の訓練場所も必要と感じた。ただ、これは従来のデイケアや福祉サービス事業所と異なり、個々の事例のニーズに対応できる個別性のある場所であることが望まれる。英国の早期支援の実践経験から、Jo Smith氏はIPS（Individual Placement and Support）が重要であると、中間的な場所を設けることには否定的である。直接学校に戻すことができればこれに勝ることはないを考える。そのためにどのようなことが必要なのかこれからの実践の中からその答えが見出されることが期待される。今後の検討課題である。
9. 今回、大都市圏若者を対象にした事業と位置づけたが、率直なところさまざまな問題が噴出して、それが地域差のある問題なのかどうかまでは十分に分析することはできなかった。ただ、一つだけ大都市圏の特徴と感じたことは、20才前後で家族の支援を失い、単身生活保護受給者というような事例が比較的高率で存在することがわかった。都会の場合、生活保護が地方より受けやすいということで早いうちに世帯分離を行うこともあれば、地方から上京してきて結果的に東京で生活保護を受給するという事例もあった。そうした事例も含めて、若いうちから親との分離や支援する家族のいない事例のための特別な支援が必要と考えられる。
10. 上記のように家族支援が期待できないような事例にはとりわけ、住居支援の必要性がある。しかし、EPPICの文献にもあるように、住居支援が必要なのは必ずしも家族支援を受けられない事例だけではないはずである。今回の事例ではいなかったが、今後一時期家族から離れて生活をするための必要な事例もありうると予想される。若者を対象にしたグループホームなどの準備も検討していく必要がある。
11. 当初、この早期介入・早期発見の事業に対する懸念として、精神障害者の掘り起こし・ラベリングにつながるのではないかという考えもあったが、現実には若者たちと接し、非常に困難で逼迫した状況にあり、家族も本人も何らかの助けを求めており、支援の必要性を痛感した。現状を否認するような対応は決して問題解決に向かわない。過去の精神医療の誤った歴史を繰り返さないという硬い決意の元に、若年者の精神疾患の可能性のある人々への支援は今後非常に重要なものであると確信をしている。繰り返しになるが、重複した課題や問題が特定できない混乱した事例などに対しては、場合によっては医療機関で投薬を受けることをすぐに行うのではなく、経過を観察し、生活支援を行いながら、エンゲイジメントを確立し、次の展開を模索するというプロセスを共有していくことを行っていくことが重要である。

12. 今回の対象者はアウトリーチができる場所に限ったため、対象者が限定されてしまい、何人かの人に自分の地域でもこうした支援がないかと聞かれた。早期介入・早期支援が全国的な地域支援システムになることが必要と考えられる。
13. 最後に、今年度にできたことと、できなかったことをまとめてみた。

<できたこと>

- ① ユースメンタルサポート Color の存在を、その意義とともに近隣の市区町村、教育機関(高校を除く)に伝えることができた。
- ② 30 数名の相談から、思春期・青年期の精神的不調を抱える人たちの問題の一部を知ることができた。
- ③ 十数例の事例に対しては現在も支援を続けている。
- ④ 訪問支援・同行支援など積極的に行った。
- ⑤ 迅速な初回アセスメントを行った。(基本的に1週間以内)
- ⑥ 家族支援も多くの場合行えた。
- ⑦ 教育機関の実情について理解を深めることができたと同時に、熱心な協力者がいる機関とは強力な連携が構築できた。
- ⑧ パンフレット・ホームページ等作成し、事業についての基本コンセプトを確立してきた。
- ⑨ 医療機関でもなく、公立の機関でもなくとも、やる気があればできることを証明した。

<できなかったこと>

- ① 三鷹市と調布市の教育機関からの紹介が全くなかった。
- ② 高校にアクセスできなかった。
- ③ 大学からの依頼も1事例もなかった。
- ④ 発達障害についての勉強が必要と考えられる。

VI. 今後の課題 ～早期支援事業の全国展開に向けて～

今後、この支援を全国に広げるためのシステムとして考えられる可能性について述べる。

一つは障害者自立支援法の中の相談支援事業をもっと強化して個別給付制にし、相談時間や方法別に給付額も加算をつけるなどの方法で、アウトリーチ支援も実現できるような仕組みを考えていく可能性がある。通所訓練についても自立訓練の給付を受けて通所の支援を行うという可能性はある。しかも自立訓練の中にも訪問型の支援は存在する。しかし、障害者自立支援法下の制度では自立支援法自体が廃案と決まっており、今後の見通しが充分にない。さらに今現在、相談支援事業も充分に機能できておらず、従来のケースマネジメントもできておらず、問題が山積している現状がある。そこに、新しい機能を付加しても絵に描いた餅にしかならない。形式的にどこかに付加すればすむというやり方では英国の様な実績を充分に挙げていくことはほぼ不可能である。最も理想的なのは、地域精神保健自体を新しく作ることである。

現在の日本では地域精神保健がないに等しい。以前は保健所がその機能の一端を担っていたが、現在は一部の地域を除いて保健所が地域の精神保健を担っているとはいいがたい状況である。今後、精神疾患においては地域での保健サービスが重要であり、あらゆる精神疾患に早期発見・早期支援が必要とされる。総合的な地域メンタルヘルスサービスを行うチームがキャッチメントエリアごとに存在し、それぞれのサービスごとに早期支援、危機介入、ACTなどのようなチームが地域に必要と考えられる。そのようなシステムを全国に新しく構築していくべきと考える。

既存の相談支援事業や保健所では不十分な理由の一つは、相談支援事業では三障害を同時に対象にしなければならないし、保健所では難病や母子などの他の事業も行わなければならない。これほどの精神疾患の疾病負担の大きさを考えると、精神保健のための独自のシステムがあるべきだと考えられる。そのためには一定の財政的負担が必要となる。しかし、DALY (disability adjusted life year) でみる若者の疾病負担、そしてそれがその後の人生に及ぼす負の経済活動を考えると、国家経済的にもこうした地域のメンタルヘルsteamがきちんと機能することが結果的に経済的な損失をも防ぐものであることは、英国のデータからも明白である。何より疾病を持った若者たちの人生がより豊かで充実した、そして幸せなものになる可能性が高まるのである。家族を含めた当事者の満足度が上がるということも、英国の例をみるまでもなく明らかである。

地域のメンタルヘルスに関しては、今まさに国家的な転換期であると考えられる。この舵取りを誤ると、永く禍根を残すことになると思われる。今後の施策に期待したい。

VII. 連携している人からのコメント

『教育現場でのユースメンタルサポート Color』

府中市教育センタースクールソーシャルワーカー 長汐道枝

1. ユースメンタルサポート Color との出会い

東京都府中市では、2008年10月からスクールソーシャルワーク（以下SSW）を導入し、小中学校の子ども達の不登校や非行等の改善に社会福祉的視点を取り入れてきた。具体的な事例の背景には精神疾患が多く存在するが、支援機関がほとんどないのが実情である。

小学生の頃から学校を休みがちだったA子は、発達障害か“いじめ被害”かの判別が難しかったが、中学2年になって精神科の医師から病名が告げられ、保護者が戸惑っているうちにアクシデントが起こってしまった。このことがきっかけで、私は、医療・福祉・教育がもっと連携して、子どもや家族、教職員をサポートできないだろうかと考えた。友人からの情報でColorの存在を知り、さっそく訪問した。田尾氏から、リーフレット等を頂き、学校現場で悩んでいる教員や保護者、教育委員会関係者に届けたのである。

2. Color の支援活動との連携

① 管理職への研修会実施

教育委員会では、急遽、校長・副校長向けに、若い少年少女の精神疾患についての研修会を実施した。ユースメンタルサポート Color から講師を招き、脳の病理学的説明や早期発見・早期治療の具体的取り組みについて学んだ。参加者に大好評でどの学校にもColorのパンフが置かれるようになり、養護教諭が、保護者に紹介するようになった。

② 複合事例での連携

Bは不登校が長引き、家庭内暴力、家出、非行傾向が問題となっていた。背景に、祖父のアルコール依存と暴力、休職中の父のうつ病、母のストレスと育児放棄があり、学校、児童相談所、警察などがサポートチームを立ち上げていた。しかし介入の糸口が見出しにくく、本人を医療につなげるのも困難だった。父と母、Color、SC、SSWとが連携し、通院同行、環境調整を実行している。家族の崩壊と生活面での相談にも、Colorは、頼もしい支援の実行役を担っている。

③ 学習支援と居場所の提供

統合失調症と診断された中学生の母親が、Colorが実施した講演会を聴き、相談に行った。在籍校との連携の下に、本人の気持ちに寄り添いながら、居場所の提供と生活と学習の支援を実施している。学校には通学できないが、Colorなら行けるという子どもについて、学校長はじめ教職員は、本人の利益を最優先にColorに協力をしている。

3. 今後の課題

管理職や教職員への啓発活動、コンサルテーション、医療機関の仲介、カウンセリング、サポートチームへの参加、家庭への直接介入等々、この短期間に、Color と共に多彩な活動を行ってきた。子どもの精神疾患は、保護者が他者を受け入れるまでに長期間の粘り強い関係構築を必要とする。特に発達途上の子どもには、医療だけでなく教育・福祉の同時平行的な支援が不可欠であり、中学校卒業後に継続できるようにしなければならない。これらの支援活動に対し、法や制度で財政基盤を整備していく必要がある。

『ユースメンタルサポート「Color」との連携の実際についてのご報告』

公立中学校スクールカウンセラー臨床心理士 代 裕子

【事例1】

A君は、入学当初から、幼く自己中心的な行動が目立つ子で、勉強も嫌い、生真面目で厳しい母親とトラブルを起こし、家出しては学校を休むことが繰り返されていました。母親は幼児期から育てにくく、躰のつもりで虐待を繰り返してきたとのこと。お互いへの憎しみは修復不可能なまでに深まり、いつ事件が起きてもおかしくない状況でした。食事も満足にしていなかったため、身体に異常がないか、発達や愛着などの問題がどの程度かをアセスメントすべく、近隣の総合病院に繋げましたが、スムーズに検査を受けるまでに行きませんでした。そこで「Color」の田尾先生に相談いたしますと、担任をとおして本人に会っていただき、新しくできた松沢病院の「わかば」にご紹介いただきました。詳しい検査はできませんでしたが、軽い栄養障害はあるが、身体面での異常がないこと、精神病の兆候もないことは確認され、今後必要に応じて「Color」や松沢病院に関わっていただけるような準備が整いました。

【事例2】

B君は、ごく普通の元気な生徒ですが、母親が担任に何度か送った手紙の内容は、統合失調症を疑わせるものでした。SCが母親に対応しましたが、その疑いはますます強まりました。しかし母親は「精神病扱い」を受けることを極端に嫌い、必要な医療機関とのつながりを作ることには至難でした。そんな時、担任からB君に「もう少し家で勉強できるといいね」とアドバイスすると、B君は「周囲から悪口が聞こえてきて集中できない」と、母親からの手紙と同様の訴えで答えたので、B君自身の精神衛生についても心配になりました。そこで「Color」の田尾先生に、B君のアセスメントと母親への支援をどうしたらよいか相談しました。早速B君と母親に会ってくださり、今後は学校や福祉と連携して母子の支援に当たっていくことになりました。

【事例3】

C君は、軽度の身体的な疾患があり、そのことを友だちにからかわれるなどしたこともあって、1年時から不登校になり、ここ1年は全く外出できず引きこもり状態です。担任やSC、役所の子育て支援課職員らが家に訪ねて行っても、部屋から出てこず、顔を見ることもできません。3月になっても進路も決められず、通院もできないまま卒業を迎える時期になってしまいました。そこで「Color」の田尾先生に相談し、卒業後の学習や通院、就労などに関して、引き継いでご相談に乗っていただくことをお願いしました。早速、C君の家に出向いてくださり、SCから母親と、部屋に引きこもっている本人に紹介し、今後の関わりを約束しました。

中学生の不登校や不適応には、その背景に精神病や発達、愛着の問題などが複雑に絡んでいる事例が多く経験されますが、これまでの主たる連携機関である、教育相談機関や児童相談所

には、人的にも物理的にも制約が多く、そもそも18歳を過ぎてからのかわりが継続できない無念さがありました。また、最近では、虐待も含めた家族や社会の問題が背景に存在する事例も多く、家庭に出向き、地域も巻き込んでいく必要のある、心理ソーシャルワーク的な支援が必要な事例が急増しています。「Color」のように、医療機関とのパイプが強固で、30歳くらいまでの長い目で見た支援が継続でき、柔軟かつ機動性高く動いていただける機関は、これまで我々が切望してきてなかったもの、そのものの実現であるといえます。こどもたちや家族にとっては希望の光の糸のようです。今後も、実効性ある連携をさせていただけるものと、学校関係スタッフ一同、大変に期待しております。

『ユースメンタルサポートセンター松沢 Wakaba（青年期外来）から』

ユースメンタルサポートセンター松沢 相談員 石倉習子

Wakaba は、統合失調症などの精神病状態（精神病性障害）が疑われる若者に早期に支援を提供し、早期の回復を促すことを主な目的として、平成21年11月に開設された。ユースメンタルサポート・カラーとの連携なしには、様々なニーズを抱える若者の支援はうまくいかないと日々実感している。Wakaba の利用者は、高校生、大学生の学齢期の方がほとんどで、それぞれが若者に特有のニーズをもっている。その中には医療機関ではなかなか提供しにくい支援を必要とされている方も少なくなく、カラーからの幅広い生活支援は大変貴重な社会資源となっている。

例えば、周囲からの視線が気になり電車に乗れなくなっているAさんは、服薬である程度症状をコントロールしながら、カラーの支援を利用してまた電車に乗れるようになるよう頑張っている。カラーのスタッフさんが毎週Aさんに同行して電車に乗り、つい先日はAさん一人で行きたくて目的地に到着することができた。医療機関のスタッフが毎週利用者に付き添って電車に乗る練習をするのはかなり困難で、カラーのスタッフさんが同行してくれなければ、Aさんは毎週電車に乗る練習を試みようとはなかなか思えなかっただろう。

病状が悪化したため高校を休学しているBさんは、4月からの復学に向けての準備を進めるためにカラーの支援を利用している。定期的にカラーへ行くことで、約束の時間に家を出て生活のリズムを整え、スタッフさんと軽く英語を勉強することで復学へのイメージを固めていくことができた。Bさんは4月から復学する予定となっている。

既に Wakaba を利用している方だけでなく、カラーはメンタルヘルスの問題に直面している若者を医療につなげる上でも地域で重要な役割を果たしておられる。教育相談従事者やスクールカウンセラーなどと連携し、要請があれば迅速に家庭へ訪問し、医療が必要という判断であれば様々なアプローチで適切な医療機関への受診を援助されている。上記のAさんは最初受診を拒否していたが、カラーのスタッフさんの粘り強いアプローチにより Wakaba 受診となった事例である。

上記以外にも、メンタルヘルスの問題に直面している若者は様々なニーズを抱えている。そのニーズに合った支援を提供し、利用者が目標や夢を実現できるようにするには、カラーのような、型にはまらない、幅広い生活支援を提供する機関が極めて重要である。

おわりに

今年度この早期支援の事業を行って、今までの巢立ち会の歴史の中では経験できなかったことをたくさん経験し、大きく目を見開かされた。また、若年者の精神疾患の疾病負担の大きさに驚くとともに、海外で出されたデータで見るのが真実だと、まざまざと感じさせられた。日本では若者が少なく、もっと彼らの能力や未来への可能性が十分に活用されなければならないのに、非常に大切にされていないという印象を受けた。

長く精神保健医療福祉の分野にいて、あまりにもないもの尽くしの状況に慣れすぎてきたかもしれないと反省する。私たちはもっと声を上げていかなければならない。長期の社会的入院者の現状は多く見てきたが、不幸な若者の悲惨な現状と、なすすべもなく声も上げられずにただ立ちすくんでいる若者たちの現状を、今後はもっと大きく取り上げ、改善していかなければならないと痛切に感じる事となった。

目の前の当事者に、いつもできる限りのことをしていくということが巢立ち会の理念でもあった。今後も黙々と続けることになるであろう。このモデル事業はプロジェクトの事業を終えても続けていくつもりであり、今後の施策に生かせるようなモデル的な実績を作っていくことを目指したいと思う。全国展開がなされることが近いうちに実現することを願ってやまない。

平成22年3月 田尾有樹子

執筆者ほか

はじめに・Ⅱ～Ⅵ・おわりに…………… 田尾有樹子（社会福祉法人巣立ち会）

Ⅰ…………… 西田淳志（（財）東京都医学研究機構
東京都精神医学総合研究所）

Ⅶ…………… 長汐道枝（府中市教育センター）
代 裕子（公立中学校）
石倉習子（ユースメンタルサポートセンター松沢）

校正担当…………… 赤沼麻矢

卷 末 資 料

＜ユースメンタルサポート Color パンフレット＞

(医師向け)

対象者

- 三鷹・調布・その他近隣の市区にお住まいの方
- 年齢は10代～20代の方
- 統合失調症を中心とした精神病的疾患の方
- 原則的に発症から5年以内の方

費用

相談、その他の支援については、原則的に無料です。

申込方法

まずは、直接お電話下さい。
 その際、ご本人・ご家族からご連絡頂く方法と、
 主治医の先生からご連絡頂く方法とがあります。

お医者様へ

ユースメンタルサポート

Color

T E L : 042-426-8088
 携 帯 : 090-3814-4520
 受付時間：平日9時～17時
 住 所：東京都調布市東町台1-19-5-102



社会福祉法人巣立会

ユースメンタルサポート

Color

精神病的疾患の早期発見・早期支援

どのような病気であれ、早期発見・早期治療が望ましいことは、あらためて述べるまでもない常識であると言えますが、近年、統合失調症をはじめとする精神病的疾患についても、早期発見、早期支援が必要であると言われています。

DUP(精神病未治療期間)とDIPT(手厚い心理社会的支援開始の遅れ)

幻聴や妄想など明らかな精神病的症状が出現してから、実際に専門治療につながるまでには、多かれ少なかれタイムラグがあると言われています。このタイムラグはDUP(Duration of Untreated Psychosis: 精神病未治療期間)と呼ばれ、これが長いほど治療への反応やその後の経過が悪くなりがちであること、逆に早めに適切な治療を開始できると良い経過を期待できる可能性が高くなること、世界の各所で報告されています。

さらに、最近では、精神病的疾患発症後、できる限り早い時期から薬物療法とともに、手厚い心理社会的支援を提供することによって、よりよい経過が得られることが報告されています。発症してから手厚い心理社会的支援が開始されるまでの期間は、DIPT(Delay in intensive psychosocial treatment: 手厚い心理社会的支援開始の遅れ)と呼ばれ、これが長いと、その後の入院の頻度が高まったり、隠性症状が増えたりすることが報告されています(de Haan L et al., Schizophr Bull. 2003)。DUPとDIPTを短くすることによって、精神病からの回復がよりスムーズになる可能性が高まります。

早期発見・早期支援の取り組み

私たちユースメンタルサポートColorでは、精神病によるダメージを最小限にし、若者の地域における回復を促すために、精神科医療機関の先生方と連携し、DUPとDIPTの短縮、すなわち、精神病に苦しむ若者の早期発見・早期支援に取り組んでいます。

具体的には

1. DUP短縮にむけた取り組み

DUPを短くするためには、地域において精神病的疾患に関する啓発を推進することが不可欠となります。私たちユースメンタルサポートColorでは、学校や医療・保健機関、地域と連携して、早期発見のための啓発活動に積極的に取り組みます。

2. DIPT短縮にむけた取り組み

手厚い心理社会的支援を発病後できる限り早い段階で提供するため、地域の精神科医療機関の先生方と協力し、以下のサービスを提供します。

- 早い時期からの就学・就労支援
- アウトリーチによる相談・支援
- 家族相談・支援(本人未受診の家族を含む)
- 行政・福祉サービス事業所・その他の関連機関との連絡調整
- 心理社会教育・認知行動療法
- 治療中断防止支援

精神科医の皆様へのお願い

ユースメンタルサポートColorは、発症から問もない患者さん達に、左記のような包括的サービスを行っていきたく考えています。診療場だけでは、なかなか時間の制約があり、ゆっくり話を聞けない、ご家族の思いまでは手が届かない、生活上の就学・就労支援まではとても出来ない、そういったことで医療の限界をお感じのことが多いかと存じます。ユースメンタルサポートColorは、ご本人・ご家族のもとへ足を運び、その情報やアプローチを先生と共有し、ご本人たちの予後を少しでも改善したいと望んでおります。若年の方が受診された時は、是非ユースメンタルサポートColorの支援をご一考くださるよう、お願い申し上げます。



*DUP(Duration of Untreated Psychosis: 精神病未治療期間)
 精神病的疾患発症時点から専門治療(精神科医療機関の初回受診)が開始されるまでの期間のこと。世界各々の報告によると平均して12か月程度のDUPがあるとされています。

**DIPT(Delay in Intensive Psychosocial Treatment: 手厚い心理社会的支援の遅れ)
 精神病的疾患発症後、手厚い心理社会的支援が開始されるまでの遅れを意味します。DIPTが精神科医療機関初回受診時点と基本的な意味に照らし、DIPTは心理社会的支援の開始時点を示します。DIPTが長いと、再入院や隠性症状が増えるリスクが高まると言われています。

(ご本人向け)

対象者

- 三鷹・調布・その他近隣の区市にお住まいの方
- 年齢は10代～20代の方
- こころの不調で困り事がある方

費用

相談、その他の支援については、原則的に無料です。

申込方法

まずは、お電話下さい。
ご本人・ご家族からのお電話、お医者さんからのお電話、どちらでも構いません。

ユースメンタルサポート

カラー
Color

T E L : 042-426-8099
携 帯 : 090-3014-4520
受付時間 : 平日9時～17時
住 所 : 東京都調布市馬場台1-19-6-102



社会福祉法人巣立ち会

ご本人様へ

ユースメンタルサポート

カラー
Color

ひとりで悩まずユースメンタルサポートColorにご相談ください 自分らしさを取り戻すお手伝いをいたします

出来るだけ早く 相談することが大切です

10代～20代は、こころの不調を体験しやすい時期です。こころの不調があると、学校・職場・家庭などでも色々な問題が出てきます。

こころの不調は、本人や周りの家族・友だちが気づいて早く相談すれば、早くもとの自分に戻ることができます。

こんなことで困っていたら

- ★ 学校に行けない。
- ★ 進路で悩んでいる。
- ★ 勉強が頭に入らない。
- ★ 友達とうまくいかない。
- ★ 家族とうまくいかない。
- ★ 仕事が長続きしない。
- ★ 仕事を探したい。
- ★ 考えがまとまらない。
- ★ 将来のことで悩んでいる。

まずは、お話を聞かせて下さい。

ご希望に応じて、ご自宅・学校・職場・病院・その他・近くの喫茶店など落ち着ける場所、どこにでも伺います。

こんなお手伝いができます

- ☆ 勉強のお手伝いをします。
- ☆ 進路について一緒に考えます。
- ☆ 友達やご家族、職場の人などとの問題にも相談に乗ります。
- ☆ 仕事探しのお手伝いをします。
- ☆ 病気・薬について気になることがあれば相談にのります。

(ご家族向け)

対象者

- 三鷹・調布・その他近隣の市区にお住まいの方
- 年齢は10代～20代の方
- 統合失調症を中心とした精神疾患の方
- 原則的に発症から5年以内の方

費用

相談、その他の支援については、原則的に無料です。

申込方法

まずは、直接お電話下さい。
その際、ご本人・ご家族からご連絡頂く方法と、
主治医の先生からご連絡頂く方法とがあります。

ご家族の方へ

ユースメンタルサポート

カラー
Color

T E L : 042-426-8099
傳 呼 : 030-3314-4520
受付時間：平日9時～17時
住 所：東京都調布市菊野台1-19-5-102



社会福祉法人巣立会

ユースメンタルサポート

カラー
Color

精神疾患の早期発見・早期支援

どのような病気であれ、早期発見・早期治療が望ましいことは、あらためて述べるまでもない常識であると言えますが、近年、統合失調症をはじめとする精神疾患についても、早期発見、早期支援が重要であると言われています。

DUP (精神病未治療期間) と DIPT (手厚い心理社会的支援開始の遅れ)

幻聴や妄想など明らかな精神症状が出現してから、実際に専門治療につながるまでは、多かれ少なかれタイムラグがあると言われています。このタイムラグは DUP (Duration of Untreated Psychosis: 精神病未治療期間) と呼ばれ、これが長いほど治療への反応やその後の経過が悪くなりがちであること、逆に早めに適切な治療を開始できると良い経過を期待できる可能性が高くなること、世界の各所で報告されています。

さらに、最近では、精神疾患発症後、できる限り早い時期から薬物療法とともに、手厚い心理社会的支援を提供することによって、よりよい経過が得られることが報告されています。発症してから手厚い心理社会的支援が開始されるまでの期間は、DIPT (Delay in intensive psychosocial treatment: 手厚い心理社会的支援開始の遅れ) と呼ばれ、これが長いと、その後の入院の頻度が高まったり、陰性症状が顕著したりすることが報告されています (de Haan L. et al., Schizophr Bull. 2003)。DUP と DIPT を短くすることによって、精神病からの回復がよりスムーズになる可能性が高まります。

早期発見・早期支援の取り組み

私たちユースメンタルサポートColorでは、精神病によるダメージを最小限にし、若者の地域における回復を促すために、精神科医療機関の先生方と連携し、DUP と DIPT の短縮、すなわち、精神病に苦しむ若者の早期発見・早期支援に取り組みます。

具体的には

1. DUP短縮にむけた取り組み

DUPを短くするためには、地域において精神疾患に関する啓発を推進することが不可欠となります。私たちユースメンタルサポートColorでは、学校や医療・保健機関、地域と連携して、早期発見のための啓発活動に積極的に取り組みます。

2. DIPT短縮にむけた取り組み

手厚い心理社会的支援を発病後できる限り早い段階で提供するため、地域の精神科医療機関の先生方と協力し、以下のサービスを提供します。

〈ユースメンタルサポートColor サービス内容〉

- ご本人が抱えていることについて、精神保健専門スタッフが、継続的に相談にのります。
- ご要望に応じて、ご自宅・学校・職場・病院・その他、どこにでも伺います。
- ご家族の支援も行います。
- 就労・就学・復職・進学支援など、ご本人・ご家族のご要望に沿った支援を考え、進めていきます。
- 必要に応じて、認知行動療法を行います。(考え方・くせを知り、考え方・行動を変容して、社会生活上の問題の改善・解決を図る心理療法)
- 心理社会教育を行います。(病後、治療方法についての学習、ソーシャルスキルの学習) 治療中断を防ぐ為に、支援を行います。
- 必要に応じて、行政・福祉サービス事業所・その他関係機関との連絡調整を行います。
- あらゆる事情について、一緒に解決策を考えていきます。

ご家族の皆様へ

身近な方に精神疾患が見られた時、さぞかし戸惑われたと思います。統合失調症を中心とする精神疾患は、早期に適切な支援を行うことで、十分に回復するとされています。ユースメンタルサポートColorが、ご本人・ご家族に満足して頂けるような早期支援を提供致します。身近な方に精神疾患が見られた時には、ご家族だけで悩まずに、是非ユースメンタルサポートカラーColorにご相談下さい。



①DUP (Duration of Untreated Psychosis: 精神病未治療期間)
精神病の初日発生時点から専門治療 (抗精神病薬の初投与) が開始されるまでの期間のこと。世界各所の報告によると平均して12か月程度のDUPがあるとされています。
②DIPT (Delay in Intensive Psychosocial Treatment: 手厚い心理社会的支援の遅れ)
精神病の初日発生後、手厚い心理社会的支援が開始されるまでの遅れを意味します。DUPが比較的長くなる発症時点から治療を受けるのに対し、DIPTは心理社会的支援の開始時点を示します。DIPTが長いと、再入院や慢性化リスクが高まるとされています。

(表)

Color ユースメンタルサポート

TEL:042-426-8099
 受付:090-3814-4520
 受付時間 / 平日(月～金)午前8:00～午後5:00
 URL: <http://sudachikai.eco.to/color/>
 〒182-0007
 東京都調布市調布台1-19-5-102

Access Map 交通の案内

社会福祉法人調布会

精神病状態の症状とは?

妄想
 事実と反して「いいやがらせをされている」「監視されている」などと価値する被害妄想のほかに、「テレビや新聞が自分のことを書いている」「自分の考えがみんなに知られている」などと感じられます。

幻覚
 存在しない人の声や顔に見える幻聴が多く、その内容は自分の悪口を言ったり、自分に危害を加えたりするものです。

歴史的な事実があったり説明しただけで理解しづらく感じます。目的のはっきりしない行動が増え、突然興奮することもあります。

前駆症状
 精神病状態が生じる前に次のような症状がみられることがあります。これらはうつ状態など他の場合にもみられ、注視して経過を見る必要があります。

- 集中力や思考力が低下し、気が散りやすくなります。
- 人に悪く思われているのではないかと感じやすくなります。
- 突然とした心配や怖い感じがします。
- 理由のはっきりしない不安感や心配が増える、人付き合いがむづかしくなる、歴史逆転の生活になるなどの変化がみられます。

Color ユースメンタルサポート

TEL:042-426-8099
 受付:090-3814-4520
 受付時間 / 平日(月～金)午前8:00～午後5:00
 URL: <http://sudachikai.eco.to/color/>
 〒182-0007
 東京都調布市調布台1-19-5-102

Access Map 交通の案内

社会福祉法人調布会

(裏)

Color ユースメンタルサポート

TEL:042-426-8099
 受付:090-3814-4520
 受付時間 / 平日(月～金)午前8:00～午後5:00
 URL: <http://sudachikai.eco.to/color/>
 〒182-0007
 東京都調布市調布台1-19-5-102

Access Map 交通の案内

社会福祉法人調布会

精神病状態の症状とは?

妄想
 事実と反して「いいやがらせをされている」「監視されている」などと価値する被害妄想のほかに、「テレビや新聞が自分のことを書いている」「自分の考えがみんなに知られている」などと感じられます。

幻覚
 存在しない人の声や顔に見える幻聴が多く、その内容は自分の悪口を言ったり、自分に危害を加えたりするものです。

歴史的な事実があったり説明しただけで理解しづらく感じます。目的のはっきりしない行動が増え、突然興奮することもあります。

前駆症状
 精神病状態が生じる前に次のような症状がみられることがあります。これらはうつ状態など他の場合にもみられ、注視して経過を見る必要があります。

- 集中力や思考力が低下し、気が散りやすくなります。
- 人に悪く思われているのではないかと感じやすくなります。
- 突然とした心配や怖い感じがします。
- 理由のはっきりしない不安感や心配が増える、人付き合いがむづかしくなる、歴史逆転の生活になるなどの変化がみられます。

Color ユースメンタルサポート

TEL:042-426-8099
 受付:090-3814-4520
 受付時間 / 平日(月～金)午前8:00～午後5:00
 URL: <http://sudachikai.eco.to/color/>
 〒182-0007
 東京都調布市調布台1-19-5-102

Access Map 交通の案内

社会福祉法人調布会

ユースメンタルサポートColorとは？

1、目指すところ

精神疾患の初回発症の多くは、思春期や青年期、成人期早期に集中します。

近年、諸外国においては精神疾患の早期発見・早期支援のためのサービスや地域実践が行われ、未支援・未治療の期間短縮、予後の改善、若年層の自殺率の低下など、様々な成果をあげています。我が国においても、すでに一部の地域で早期発見・早期支援の地域的取り組みが行われています。

私たちユースメンタルサポートColorは、早い段階で適切な心理社会的支援を提供することで、よりスムーズに回復し、地域で安心・安定した生活が送れるようにするための、地域支援システムのモデルづくりをしたいと考えております。

加えて、都市部における精神的不調や疾病を抱える若者のニーズの詳細（相談者数・相談内容・支援内容）を把握・分析し、適切な相談・支援体制を構築していきたいと考えています。



2、具体的な支援について

Colorでは、調布市、三鷹市、狛江市、世田谷区、武蔵野市その他近郊地区を対象として

- ①精神的不調・疾病を抱えている若者やその家族などがアクセスしやすい相談窓口として、早期支援の訓練を受けた専門スタッフ（早期支援コーディネーター）による電話相談、訪問相談を実施し、アセスメント・トライアージを行います。
- ②精神科的専門治療が必要と判断される若者やその家族に対しては、早期支援の専門外来および専門チームを有する精神科医療機関に紹介し、スムーズな治療導入を支援するための調整を行います。
- ③治療が開始された後も、早期支援コーディネーターは医療チームと連携をとりながら、家族支援、生活支援、就学・就労支援といった心理社会的支援を行い、疾病・障害からの回復を支えます。
- ④すでに医療機関に通院・入院されている方々に対しても、その後の生活について本人や家族の希望に沿ってケアマネジメントを行い、適切な支援をします。
- ⑤早期発見のための啓発活動や地域連携（教育関係機関、一般医療機関等）を行います。
- ⑥相談件数、相談内容、訪問事例、紹介事例、治療状況等の分析を行い、都市部における適切な相談・支援体制のあり方を検討します。

3、Color の意義

- ①国際的にも、DUP(精神病未治療期間)やDIPT(手厚い心理社会的支援開始の遅れ)を短縮することで予後が改善するという報告が多くあります。

初発精神病エピソードを持つ若者にできるだけ早くアクセスしてもらい、必要ならば早期に医療機関につなげることで、予後を大きく改善することが可能となります。

- ②そのことにより入院率が下がると言われています。入院より外来治療のほうが、本人にとっても外傷体験にならず、治療への抵抗性を低め、安定した治療関係に結びつく可能性が高まります。

また医療経済的にも良いことと言えます。

- ③加えて自殺率が下がるとも言われています。こうした早期介入モデルを作り、全国的に広がることで、自殺者の減少に大きく寄与する可能性があります。

- ④家族支援という観点からも、アウトリーチサービスで負担を軽減して専門的支援を受けやすくするなど、大きな効果が期待できます。

- ⑤多くの一般市民、教育機関や一般医の方々などとの連携や啓発活動等を通じて、精神保健に関する地域の理解を深めることができます。



サービスの対象者は、10代～20代で発症から5年以内の方です。

相談やその他の支援については、原則的に無料です。

まずは、お電話でお問い合わせ下さい。面接が必要であれば、日時や場所を調整します。どうかお気軽にご相談下さい。

ユースメンタルサポート^{カラー}Color

所在地	調布市菊野台 1-19-5-102
Tel、Fax	042-426-8099
携帯	090-3814-4520
受付時間	月曜日～金曜日 9時～17時

資料 3

< Early Psychosis Prevention and Intervention Centre Module 8 Social Treatments > < 邦題：社会的治療 >

Early Psychosis Training Pack (早期精神病トレーニングパッケージ) は、Janssen-Cilag and Organon の教育助成プログラムのもとに Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC) (オーストラリア、メルボルン) と共同で Gardiner-Caldwell Communications Limited が作成したものである。

Early Psychosis Training Pack (早期精神病トレーニングパッケージ) に示された意見はそれぞれの執筆者のものであり、発行者あるいは講演者の意見あるいは推奨しているものと解釈してはならない。本パッケージに示された薬剤や処置に関しては、詳細な処方情報を検討しなければならない。

© Gardiner-Caldwell Communications Limited 1997

Gardiner-Caldwell Communications Ltd

Victoria Mill, Windmill Street

Macclesfield, Cheshire SK 11 7HQ, UK

Early Psychosis Training Pack (早期精神病トレーニングパッケージ)
社会的介入モジュール8

目次

序文 iii

謝辞 iv

キーメッセージ 1

介入法の理論的根拠 2

住居 4

住居プログラムの基本原理 5

住居プログラムの目的 5

EPPIC Accommodation Programme 6

デイプログラム 8

EPPIC デイプログラムの基本原理 9

EPPIC デイプログラム内の経路 9

職業リハビリテーション 11

介入 11

介入のタイミング 12

職業介入の構築 12

グループプログラム 13

グループワークの構成と内容 14

コンシューマがグループワークから得るもの 17

EPPIC デイプログラムの評価 18

参考文献 19

トレーナーガイド 20

略語

BLIPS	短期間、限定的もしくは間欠的な精神病 症状
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale 簡易精神病評価尺度
CBT	認知行動療法
COPE	早期精神病認知精神療法
EE	感情表出
EPACT	Early Psychosis Assessment and Care Team 早期精神病評価およびケアチーム
EPPIC	Early Psychosis Prevention and Intervention Centre 早期精神病予防介入センター
EPS	錐体外路副作用
GAF	機能の全体的評定尺度
IRAOS	Interview for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia 統合失調症後ろ向き評価面接法
NAMI	National Alliance for the Mentally Ill 精神障害者をもつ家族の全国組織
NSF	National Schizophrenia Fellowship
PACE	Personal Assessment and Crisis Evaluation 個人アセスメントおよび危機評価
PT	パーソナルセラピー
RPMIP	The Royal Park Multidiagnostic Instrument for Phychosis
STOPP	Systematic Targeting of Prolonged Psychosis
VLD	超低用量

序文

早期精神病の予防的介入は、精神衛生の分野で活動しているほとんどの臨床家にとって、比較的新しい分野である。従って、介入の基礎のほとんどは、明確な結論の得られたエビデンスではなく、基本原則や早期精神病の先駆的な臨床経験に基づく。*Early Psychosis Training Pack*（早期精神病トレーニングパッケージ）全体を通じて、そのようなデータを引用した。これらのデータをもとにして、われわれの基本原則や実践が行われているからである。その他のものについては、1986年にAubrey Lewis Recovery Programmeを開始し、続く1992年にEarly Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC)を開始して以来の1500例を超える初回エピソード患者でのわれわれの経験に基づいて推奨している。この種のトレーニングパッケージを構築するのは、ここに概要を示した治療アプローチの成績に関するデータが体系的に作成されるまで待つべきではないかという反論であろう。しかし、臨床家は、今情報を必要としていることをわれわれは認識しており、そのため、情報の欠落を埋めるため、以下に示すモジュールを提案する。

このトレーニングパッケージを作成するにあたって、われわれは、包括的な理論書と、詳細な‘ハウツー’マニュアルの中間の道を歩むよう努力し、一連の入門モジュールを作成し、それにより読者に、それぞれのサブトピックの範囲を奥行きを呈示し、直ちに実施できることや、さらに詳しく調べるための文献についての推奨を行うようにした。しかし、*Early Psychosis Training Pack*（早期精神病トレーニングパッケージ）は精神障害を抱えた人々に対する活動をすでに行っており、精神衛生アセスメントや生理心理社会的介入を今後経験するであろうメンタルヘルスワーカーを主な対象としている。例えば、認知行動療法の具体的な応用について述べているモジュール5では、この領域に関する背景知識をまだ持っていない読者は、他の推奨されている教科書をまず読んで、基本原理について理解する必要がある。

われわれは現在、早期精神病の領域で活動している臨床家の世界的なネットワークを構築しつつある。*Early Psychosis Training Pack*（早期精神病トレーニングパッケージ）は、EPPICその他で収集した経験を共有するわれわれの努力の第一段階であり、精神障害を経験する人々に対する「最善のケア」をさらに構築するための国際的な共同研究グループの構築に、読者も参加されることを期待する。

謝辞

Early Psychosis Training Pack（早期精神病トレーニングパッケージ）は、メルボルン（オーストラリア）にEarly Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC)を構築することになった活動から大部分が産まれたものである。そのため、このトレーニングパッケージに概要が示されている基本原理と実践については、EPPICの同僚その他によるものである。また、本文書の検討を行った国際パネルにも感謝したい。その建設的な意見は極めて役立つものであった。

Patrick D McGorry

Jane Edwards

メルボルン（オーストラリア）

1997年1月

主執筆者

Patrick D McGorry

Director, Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC), Parkville, Victoria, Australia and Professor, Department of Psychiatry, University of Melbourne, Parkville, Victoria, Australia

Jane Edwards

Assistant Director (Clinical), Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC), Parkville, Victoria, Australia and Associate of the Departments of Psychology and Psychiatry, University of Melbourne, Parkville, Victoria, Australia

執筆者

D Albiston

C Hulbert

M Birchwood

H Jackson

J Bott

JO Johannesen

P Burnett

J Kulkarni

J Cocks

C Lincoln

J Cullberg

D Maude

P Fitzgerald

M Mooney

S Francey

K Pennell

J Gleeson

P Power

G Haddock

G Remington

H Hafner

M Shannon

S Haines

H Stavelly

M Hambrecht

A-M Wright

L Henry

A Yung

編集レビューアー

M Birchwood (英国)

D Linszen (オランダ)

I Falloon (イタリア)

T McGlashan (米国)

M Leggatt (オーストラリア)

G Remington (カナダ)

J Lieberman (米国)

N Tarrier (英国)

キーメッセージ

- 精神病は青年期および成人初期に生じることが多い。この時期は、情緒発達や社会性の発達に重要な時期である。精神病エピソードが生じたことにより、教育や就業、社会的参加が阻害されると、障害となったり不利な立場に立たされたりする可能性がある。
- 精神病エピソード後の早期段階は、社会的障害が生じるのを防ぐ対策を導入する最も良い機会である。
- 早期精神病エピソードから回復中の若者は、ホームレスになりやすく、そうなると疾病が増悪する可能性があり、親の家に住むことができない場合には、回復プログラムの一環として、適切な住居を見つけるための支援を受けるべきである。

- 精神障害のエピソードを経験した人には、目標や構造の感覚、身体運動、社会的スキルを維持する機会、新たなスキルを養う機会、ピアグループとの接触、自信をつけること、および将来に対して肯定的な態度を抱かせることが必要である。これらのニーズに対しては、目標を絞った社会的職業的介入が重要な役割を果たす。

介入法の理論的根拠

急性精神病がいくつかの因子（生理、環境、行動）の相互作用で生じるものと考えられているのと同様、治療やケアでも、投薬や社会因子、心理的因子の統合的なアプローチを行う。

精神病は、通常は青年期や成人初期に発症する。この時期は、若者が情緒面、社会面で成長しており、教育や職業に対する追求を積極的に行っている重要な時期である。急激に変化する時期であり、そのため高いストレスが生じる可能性がある(Rice et al., 1993)。

人は健康が損なわれると、「職業的成熟、職業能力、および成人社会への組み込み」に悪影響を及ぼす可能性がある(Palmer, 1989)。

「重篤な精神障害を抱えた人は、社会的隔離や不活発性が共通し持続する問題であり、初回エピソードから回復中の患者が経験する最も深刻な問題であると認められる場合が多い…」(Francey, in press)。

急性精神病エピソード後の治療では、人が自己感覚を維持でき、障害や不利な状態になる原因となる社会的、教育的、職業的スキルが消失するのを避けるような介入を目指すことが極めて重要である。精神疾患は、人の自尊心や社会的ネットワークを蝕む可能性がある。現在ある文献では、精神病院に初回入院する際であっても、統合失調症の患者は、他の人々と比較して、社会的ネットワークが狭く、その後、疾病が進行して行くと、ネットワークがさらに小さくなって行くことが示唆されている(Jackson and Edwards, 1992)。発病期間があるため社会的スキルは失われ、さらに、社会的関わり合いを持つことについての自身の能力について疑いをもったり恐れを抱いたりすることによっても、社会的スキルが失われる。精神病エピソード後に人は以下のようなことを経験するだろう：

- 自信の喪失
- 解体感覚
- モチベーションの欠如
- 自尊心の消失
- 不活発
- スキル喪失
- 以前の社会グループからの離脱
- 社会的状況での不安の増加

初回エピソードから回復中の患者には、出発点となる安定でしっかりした基盤が必要であり、また、将来の活動についての目的感も必要である。社会的ニーズには以下のものを含む：

- ピアグループを確立することを通じた社会ネットワーク
- 教育や職業スキルのトレーニング
- 目標設定
- 活動のスケジュール作成

- 生活スキル
- 独立の助長
- 回復の先の段階にあり、希望や将来に対するインスピレーションを与えてくれる人々との関わり合い

これらのニーズは、人によってそれぞれ大きく異なる。中には社会的障害がとても少ない人もいる。一方、より大きなサポートを必要とする人もいる。

精神病エピソードを経験した後の早期の段階が、社会的障害の形成を予防する対策を導入する最も良い機会である。可能な限り、学校や職場に迅速に復帰することが望ましく、とりわけ、寛解が良好な場合に、そのような復帰が望ましい。若者は、就学中か、雇用されてまだ早期の段階である可能性が極めて高い。彼らは構造化された環境に慣れており、そのような環境がもたらす秩序からセキュリティーを得ている。ルーチン、方向、活動、人生における目的を持った役割を含む構造化が、回復に重要なものであることが、スタッフや精神科患者の調査で明確に示されている (Hoge et al., 1987; 1988)。

オーストラリアでは、メルボルンに本拠地を持つ Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC) が、以下のもので、構造化アプローチを提供している：

- 適切な住居
- デイプログラムで、以下のものに参加する機会を与える：
 - 職業リハビリテーション
 - グループ活動

これにより、迅速に、あるいは最終的に、コミュニティーへの再参加が行われる。

住居

多数の患者、とりわけ若年成人が、急性精神病症状を発症した後にホームレスを経験する。文献 (Carling, 1993; Ridgeway and Zippel, 1990) を調査したところ、若者の65%が家族と一緒に生活していたが：

- 60%が2年間にホームレスを経験し
- 25%がホームレスを2回以上経験し
- 65%が長期間現在の住居を維持できなかった。

早期精神病から回復中の若者は、ホームレスを経験しがちである。

住居について判断することは、誰にとっても大きな努力を要するものである。われわれは以下のような多くの社会的アイコンで、われわれ自身を基底し、どのような人間であるかを決める：

- どこに住んでいるか
- どのようなタイプの住宅か
- その住宅の中でどのように生活しているか
- 身の回りに揃えている物品

基礎心理学は以下のことを教えてくれる：

- 引っ越しは、人生の中で最もストレスの多いイベントである
- 生活環境が劇的に変化すると、大きなストレスを引き起こす
- どこに住み、住居をどのように気に入っているかが、われわれの精神的ウェルビーイングに影響を及ぼす。

精神病の初回エピソードを経験している若者には、住居を見つける手助けを行うか、あるいは、疾病がもたらした変化に対して調節を行っている間、必要なら支援住宅で生活させるようにすることが重要である。早期精神病のコンテキストでは、「支援住宅」は、コミュニティを基盤とするもので、可能であれば、一般の若者向けの住宅サービス（例、Housing Association低家賃アパート）と連携したものでなければならない。加えて、住宅提供サービスは、若者を見守る臨床サービスと密接に連携しなければならない。このコンテキストにおける支援住宅のエッセンスは、若者に、既存の生活スキルを高め、まだ持っていないスキルを獲得し、独立生活することが、彼らにとって実行可能な選択肢となるようにすることである。

ほとんどの若者は精神病の初回エピソードから回復し、多くは、親のもとに帰っていくであろう。従って、長期間の精神障害を抱えた人々を対象にした支援住宅に紹介するのは不適切である。

地域のリソースによっては、あらゆる条件を満たすことができないかもしれないが、急性精神病患者のための住宅を計画する際に自問すべき点として以下のものがある：

- 妄想が続いているため、一人で生活する必要性が本当にあるのか？
- 一人で生活することに不便さや寂しさを感じないか？
- 公共交通機関の近くに住む必要があるか？
- もといた社会、コミュニティ内に留まることが重要なのか、それとも、過去の行動がスティグマとなっており、新たなコミュニティで「再出発」する必要があるのか？
- 施設での居住環境に慣れていない、スティグマとなる、あるいは外傷をもたらすことにならないか？

住居プログラムの基本原理

- 精神病を経験した若者にも、生活環境を決定する権利があり、将来の住宅の選択肢を考えるのに積極的に参加すべきである。
- 親の家から出て行くことは正常な人生ステージのイベントであり、そのタイミングと複雑さは、精神疾患発症の影響を受ける。例えば、急性精神病から生じる奇抜な行動の結果、緊張関係が生じると、親の家に留まることを不可能にし、親の家から出て行くプロセスを早めるであろう。
- 若者はすべて、あらゆる住宅オプションにアクセスできるようにすべきであり、最終的には、精神疾患を経験したかどうかに関わらず、自らの選択した住宅環境にすむ機会が与えられるべきである。
- 不適切／不安定な住居から生じる可能性のある若者の生活スタイルの破壊を低減させることで、精神病からの回復が促進される。
- 住宅サービスは若者を受け入れるべきで、決めつけてはならない。

- 住宅は、若者が対応できるものでなければならない。
- 住宅支援サービスは、個別のニーズに合わせたものでなければならない。
- 精神障害を経験したため、支援を必要とする若者には、可能な限り、自宅で支援を行わなければならない。
- 若者を早期支援しサポートすれば、生活スキルを維持もしくは再獲得することにつながり、将来の住宅の選択肢に対するアクセス性が高まるであろう。

住居プログラムの目的

- 回復期の若者に、アクセス可能で安定な住宅オプションを提供すること。
- 地域機関や支援グループと協同して精神病から回復している若者に至適で包括的なサービスを提供すること。
- 住宅の主なサービス提供者（慈善団体、その他の社会サービス提供団体、住宅協会）に、精神病を最近発症した若者のニーズについて教育すること。
- 早期精神病の若者が独立して生活するスキルを身につけ維持するよう促進すること。
- 地域住宅サービス（若者向け、一般向けサービスの両方）が、早期精神病エピソードを経験した若者の個別のニーズに対応できるようにすること。これらの人々のニーズは、若者向けサービスや住宅サービスの利用者のものとは異なっているからである（つまり、虚弱で、生活スキルを失っており、学習能力に障害があり、社会スキルに障害があるなどの可能性がある）。
- 施設型の生活施設やケアによって、個性を失ったり、独立性や積極性を失うなどの負の経験をすることがないようにすること。

EPPIC Accommodation Programme

EPPIC Accommodation Programmeが以下の事情で発展してきた住宅支援プログラムの一つのモデルである

- コンシューマの住宅ニーズと選択に対応して
- 地域社会の住宅オプションが欠乏していることが判明したため - 例えば、薬物乱用や飲酒に対処するのが困難であること、精神疾患に関するスティグマがあるため、一般住宅サービスでは、経験やトレーニングが不足しているとコミュニティーサポートワーカーが感じたため。
- 入院施設の規模が縮小されたため。このことにより、ホームレスになる可能性があっても患者を退院させるという圧力が高まった。

このプログラムの頂点にるのがAccommodation Programme Co-ordinatorである。運営グループが作られ、プロジェクト全体の監督を行っている。「コンシューマからの意見」がそのようなプログラムを構築するのに重要であり、意見記入用紙や、既存の若者向けサービスのトレーニングも重要である。EPPICでは3種の異なる住宅施設を有しており、利用者それぞれの好みに応じることができるようになっている。

住宅施設としては以下のものがある：

- 4ベッドハウス（1戸）
- 各戸に必要な設備の備わった1寝室ユニット（4戸）
- 2寝室の住宅（2戸）

これらのユニットのうち2つは、共同事業である。一つは救世軍との、あと一つは、Schizophrenia Fellowship of Victoria, Australiaとの共同事業である。コミュニティーサポートワーカーがそれぞれの住宅ユニットに専任でついており、コンシューマとEPPIC医療チームの間のリエゾンと支援を行っている。コミュニティーサポートワーカーは以下の点についての支援を行う：

- 問題解決
- 時間管理
- 余暇の企画
- 生活スキルの育成
- 別の長期住宅を見つける
- 回復段階での進捗状況を評価する。

これらのユニットは、24時間迅速対応精神科サービスのバックアップを受けている。現在ホームレス、あるいはホームレスになる危険性のあるEPPICコンシューマは、このサービスを受けることができ、実際に受けられるかどうかは以下の条件による：

- 空室状況
- 患者の既往歴あるいは困難さ（例、他人や物に対する攻撃的行動、薬物乱用、回復段階 - 例えば、パノニアが少し残っている可能性がある）
- 現在の住宅状況（現在の住宅が、個人にとって支援的な環境をもたらす可能性があるか）

支援住宅の中で、若者は以下のことが可能である：

- 心理教育セッションで学習したテクニックを実際に応用し、さらに、コミュニティーサポートワーカー／ケアエイド／精神保健師の支援のもとで、日常生活や社会生活のスキルを発達させる。
- 安全な環境で、「一人暮らし」を実践することで、独立生活の能力を高める。
- EPPICが提供するデイプログラムに参加する。
- 自身の行動の責任を受け入れる（全ての入居者は入居契約に署名し、居住施設内に留まらなければならない）

これにより、支援住居から、コミュニティーに戻る準備をすることができる。病院と、コミュニティー内での独立生活との間の移行段階とすることができる。

EPPICでは、適切なコンシューマに数週間あるいは数ヶ月、住居を提供するが、かならずある有限の期間である。どのタイプの居住施設でも、最長滞在期間は4ヶ月であり、長期間ホームレスを経験した若者あるいは、適切な住居や支援がないまま、ホームレスあるいは施設滞在のリスクが高い若者が優先される。入居は、短期ないし中期のものである。若者は精神病から回復できること、および、いったん回復したら、独立した通常の住居での生活に移ることができるという前提でEPPICが活動しているからである。

デイプログラム

デイプログラムを構成するものについてはあまりはっきりした定義はなく、サービス提供地域や、対象集団、サービスの機能により異なる様々なサービスのことを指し示すのに使われている（Rosie, 1987）。

デイプログラムの利点としては以下のものがある：

- 患者は、自身の住居に戻る
- コスト低減
- コミュニティーリソースに関わるよう勧めることで効果が高まる
- コミュニティーリソースと関わることで、プログラムで修得したスキルの一般化が高まる
- 治療環境の外でスキルを実践する機会
- 治療の状況での制限度が少なくなる (Kiser, 1991)
- 若者が、適切な場合に、家族から一人だちするプロセスを開始する機会となる

何を提供するかは、使えるリソースや、疾病の段階によって決まる。ある程度回復しているか、病院からコミュニティーへの移行段階にある患者は、急性疾患で、通常なら入院患者として扱われる患者とはニーズが異なるであろう。

多くの若者は、自身の生活を構築するリソースや高度のスキルを発達させていないであろう。すなわち、一部の若者は他の若者と比較して自主性が低いであろう。精神疾患が出現すると、ルーチンおよび構造へのニーズが高まる。デイプログラムは、安全と感じ、その上に構築可能な社会的環境の中に、この構造を抵抗するのに役立つ。

Hoge et al. (1987; 1988)らの部分入院プログラムの研究で：

- 対人接触
- 帰属感
- サポート
- 仲間意識

が、プログラムの重要な側面であると、ほぼ全ての被験者が指摘していた。

回復段階に直面する重要な課題は、精神障害に関連して自身を再定義すること、ならびに、急性疾患の後に肯定的な社会的役割とアイデンティティを発達させることである (Edwards et al., 1994)。

EPPICデイプログラムは目標指向型で回復に焦点を絞ったプログラムで、コミュニティーへの再復帰を促進することを目的としている (Francey, in press)。

EPPICデイプログラムの基本原理

- 回復を「促進する」のに個人が重要である
- 個人の弱点ではなく長所に重点を置く
- コンシューマそれぞれと共同して目標を決める
- 発病前に持っていた能力が「失われた」のではなく「休眠状態」にあり、再活性化できるものとする
- 発達に焦点を絞る。すなわち、目標や活動は、個人の発病前の成熟度や知的機能との関係で設定する。

EPPICディプロプログラム内の経路

図1. EPPICディプロプログラムでコンシューマが辿る経路

【訳出は番号順（下から上へ）】

1. ケースマネージャーによる紹介（外来／入院）
2. 紹介セッションに参加（友人や家族の参加も歓迎）
3. 自己紹介用紙に記入（社会、家庭、教育、職業、余暇、健康状態）
4. キーワーカーと面接し、短期および長期の目標を決定。グループを選択し、個人活動の内容を決める

キーワーカーの役割

- 長所／弱点の評価
- サポート、励まし、個別治療の実施
- 進捗状況をモニター
- 問題解決
- 終了計画
- ケースマネージャーとの連携

5. グループ活動に参加し始め、個人活動を始める

グループ = オープングループ；4期／年；「通常」環境；エンドスケジュール

6. 定期レビュー - フィードバックと進捗状況のモニター
7. 必要ならプログラムの微調整
8. 終了計画 - 教育／職業プラン＋紹介

コミュニティーへ復帰

【図1；終わり】

EPPICディプロプログラムは月曜日から金曜日まで、毎日3-5時間開いている。

- 個別アセスメントで参加者がプログラムのどの部分に参加するか決定する
- プログラムは毎週異なる
- 全てのグループは「オープン」で、どの段階でも新しいメンバーを受け入れる
- プログラムは年に4期で運営される - すなわち、約10週間で1周期である
- 若者が慣れている学校や高等教育機関の学期構造とよく似ている
- それぞれの期間の終了時点で、定期フィードバックセッションが開催される

職業リハビリテーション

- 精神病エピソードが生じると、若者の職業スキルや能力に大きな影響を及ぼす可能性がある。
- 若者に広範な教育歴や就業歴を形成させる機会があったとは考えにくく、そのため、できるだけ早期に就業前教育を行い、若者が就業できなくなることを防ぐ必要がある。

今日まで、精神病を発症したことで困難に直面している青年期や若年性腎の就業能力開発に経験と知識を統合しようとする試みはほとんど行われてこなかった。

- 研究のほとんどは、慢性精神疾患のニーズに焦点を絞ってきている。
- これを早期精神病の患者に適用するには問題がある。慢性疾患患者とは、ニーズの範囲が大きく異なるからである。
- これらの違いは、年齢、発達段階、疾病の発症様態、機能への影響に関して生じる。
- 精神病を発症している時点での発達段階を考慮に入れる必要がある。
- 回復段階でスキルを維持あるいは再構築するため、コンシューマの自己感覚を保ち、発達に遅滞が生じないようにするには、早期に強度の介入を行う必要がある。
- コンシューマに、治療前に重大な状態悪化があり、治療が遅れた場合には、「基盤を構築」する必要があるろう。

介入

EPPIC内では、職業サービスの提供は、外来患者ケースマネージャーが監督する。職業介入は、ケースマネージャー自身が行う場合があるが、一般には、ケースマネージャーが、仲介システムを介してサービス提供をコーディネートしている。例えば：

- グループプログラムなどのEPPIC内のサービスには、専門家による就業前トレーニングの流れがある
- それぞれの職業評価やプランニングでは、作業療法士に相談することができる
- サポートシステムの一環として、教師が含まれている
- 政府および非政府のコミュニティーサービスの広いネットワークがある。

本流の教育ならびに雇用サービスが主に用いられている。より正常化させる影響が高いと思われるからである。専門家による精神病職業サービスもよく用いられている。本流サービスへの飛び石となれる可能性があるからである。

介入のタイミング

- アセスメントは初回エピソードの急性相後の時期に通常はじまり、即時対応すべき優先度の高い項目がないか明らかにする。例えば、現在の雇用や教育状態を保護することである。
- 早期回復期により詳細なアセスメントを実施する。
- 同時に介入を行う。

職業介入の構築

EPPIC内では、職業介入を4段階に分けている。これらの段階の移行は、線形に進行するものではない。コンシューマのニーズに応じて、様々な入り口や出口がある。

- 就業前段階は、「練習woodshedding」で特徴づけられる - 精神病エピソードによって一時的に障害を受けた可能性のあるスキルを再発見することに時間を費やす (Harding et al., 1987)。これには、現在の職業や学習環境を保留する必要がある。
- スキルの再構築と、自己感覚の再統合のための基礎を構築するため、この時点では、回復グループプログラムへの参加が推奨される。
- 通常の職業ニーズに対応するため、あるいは、再統合のより大きなプロセスの一環として、職業ガイダンスやプランニングを行う場合がある。
- これには、関心やスキル、価値観を明確にすることが含まれる。
- 個人あるいはグループ環境で実施される。
- 質問票、および本流の教育ならびに就業のために構築された台本（プロンプト）が、使われる主なツールである。
- 職業目標を明確にし、この目標の達成を助ける可能性のあるコミュニティーベースのサービスを精査する。
- このように、コンシューマは、職業再構築プランの作成に積極的に参加する。
- 典型的には、外来患者ケースマネージャーと定期面接を行い、継続的なサポートや、問題解決の支援、進捗状況の検討を行う。
- コミュニティーベースのサービス提供者との密接な連携が不可欠である。
- 最後に、コンシューマを、以前に働いていた職場や教育機関に再び組み込むためのプランを作成する。再組み込みの適切な速度は、コンシューマにより異なり。このプロセスの指針を明らかにするのにさらに研究が必要である。
- ここでは、教師や学生福祉コーディネーターと、あるいは職場では、上司、雇用主、スタッフカウンセラーとの密接な連携をとることに焦点を絞る。
- このようにすることで、関係者全員が精神病、コンシューマの職業への再参加のニーズ、スティグマに対する対処法について、深く理解することができる。
- 実施プロセスでは、肯定的な結果が出るよう、スタッフとコンシューマを継続的にサポートすることが不可欠である。

グループプログラム

(EPPIC: Group Programme manual: Group work in early psychosis, 1996も参照のこと)

デイプログラム内で社会的相互関係を確立するのに比較的使いやすい方法は、コンシューマをグループワークに参加させることである、グループワークは精神衛生のいくつかの領域で有効な介入法であることが明らかになっているが、早期精神病での有効性のエビデンスを示した研究は少ない。グループワークは、教育／討論あるいは社会活動で構成できる。

疾病の早期段階では、患者は混乱し、見当識に障害があり、他人と関係する能力が崩壊しているであろう。しかし、この段階であってもグループワークが有用な場合がある (Yalom, 1983)。状態が改善するにつれて、他人との接触を高めることができる。

グループワークでは、いくつかのレベルでコンタクトを提供することができる：

- グループは孤立することなく包み込み(containment)をもたらす
- 「安全な」環境で肯定的なコンタクトが得られる機会
- 気分を表明する機会
- 他者と相互に関わり合う機会 - 代替的あるいは移行的な社会ネットワークを提供する
- 社会的行動についてのフィードバック
- 外部環境に焦点を絞り、内的経験から注意をそらす機会を与えることで、患者を現実世界に向けさせるのに役立つ。

さらに追加されるベネフィットとして、非公式な社会的接触の機会が、グループセッションの前と後に生じ、それが、参加者がグループワークで学んだことを練習する機会になっていることがあげられる。

精神病エピソードを経験した人は以下のことが必要である：

- 医療チームとの共同作業の感覚を形成すること
- 構造
- 身体運動
- 社会的スキルを維持する機会
- 新たなスキルを修得する機会
- ピアグループとの接触
- 目的感
- 自信の構築
- 将来に対する肯定的な態度。

グループワークは共同、協力関係の雰囲気で開催されなければならない、その中に患者は積極的に参加し、受動的なままであってはならない(Harding et al., 1987)。グループワークは、治療チームが「処方したもの」のようなものであってはならず、自由な「陳列品」のようなものでなければならない。

PPICグループプログラムには、いくつかの構造化された活動グループを含む。スタッフは、指示的でなく、サポートするような立場をとり、人々が、テーマを見つけ、目標を設定し、方針決定過程で個人の責任を強化するように支援する(Hoge et al., 1988)。

以下のことが目標である：

- 精神病エピソードからの回復を促進させる
- 先に有していた能力の回復と、新たなスキルの修得を促進させる
- 二次疾患の発症を防ぐ
- 再発の予防、遅延、あるいは重篤度の軽減
- コミュニティーとの繋がり維持と、コミュニティへの再取り込みを促進させる
- 個人の社会ネットワークの中断やネットワーク内での衝突を最小限に留める
- 発達段階への調節と、進行を支援する
- 独立して機能する能力を高める
- 生活の満足度を高める
- スティグマの影響を最小限に抑える。

グループワークの構成と内容

これらの目標を使って、グループプログラムは以下の4つのカテゴリーに分けられている。

1. Fun, activating, and social (楽しみ、活性化、社会)

初回エピソードから回復中の患者に好発し持続する問題である、社会的相互関係を促進し、希望感を育成し、社会的孤立や不活発性が生じることのないようにすること。

グループには以下のものがある：

- ‘Out and about’ (外出活動) - レジャーやレクレーションを指向した外出。参加者は、行ってみたい場所や展覧会場、あるいは活動を選択する。このことで、友情を構築する機会が与えられ、地元のレクレーション施設の利用度が高まる。
- ‘Fun and fitness’ (ファンアンドフィットネス) - ジムサーキットとプール。参加者は、エクササイズに定期的に参加することによる精神的ベネフィットを経験する。これは、健康増進活動である。
- ‘Drop-in session’ (ドロップインセッション)。これは構造化されていないセッションで、デイプログラムに参加中に、参加者は、施設にあるものを使い、互いが知り合いとなり、ゲームをしたり、クリエイティブな活動に参加する。この活動は構造化されていないため、参加者は、他者との交流関係の強さを、自分が快適に感じるレベルに選択することができる。

2. 職業指向活動グループ

これに参加することで、勉学やトレーニングに復帰する準備段階として、より活動的になり、新しい関心を抱く機会が与えられる。参加者が、活動性や生産能力について自信を持つ助けとなる。

以下のグループがある：

- ニュースレター、創作 - このグループでは、デイプログラムニュースレターを定期的に刊行するか、文章創作を勧める。育成されるスキルには以下のものがある：
 - ワープロ
 - レイアウト
 - コピー
 - 作図
 - チームワークの社会的スキル
- ガーデニングならびにデイプログラム周辺に庭を拡充させること：
 - ガーデニングスキルを修得。将来の余暇活動や職業スキルの基礎となる可能性がある
 - 環境に貢献することで、オーナーシップの感覚が強まる
 - 植物や作物を販売することで、収入が得られる可能性もある
- 共同ランチ - 昼食の準備を行い一緒に食べる。食事を計画し、必要な買い物を行い、調理することで、多くの「生活」スキルが養われる。

3. スキル、知識、コーピング戦略の育成

自分自身の疾病の性質、症状、治療法を理解し、ストレスに対処するスキルを修得し、日常生活の壁に挑戦するとが、ウェルビーイングや自尊心を維持するのに重要である。

以下のグループがある：

- ‘Power to the people’ - 10セッションからなるサイコエデュケーションプログラムで、以下のものをカバーする：
 - 精神病の性質と治療法
 - 薬物やアルコール乱用の影響
 - ソーシャルサポート、スティグマ
 - 再発の早期徴候
 - 不安とうつ
 - ストレス対処法：リラクゼーショントレーニングを含む、一連のコーピング戦略。
- 参加者は、実習セッション中にこれらのことを練習するよう勧められる。
- ‘Body and soul’、健康生活：幅広い健康に関する点
 - ダイエット
 - 運動（エクササイズ）
 - 睡眠パターン
 - 物質乱用
 - 目標設定
- ‘World of work’（働く世界）：仕事への準備。就職市場へ参加する準備。以下のものを含む：
 - 職業選択
 - トレーニングオプション
 - コミュニティーリソース
 - 求職者のためのサービス
 - 履歴書、求職書類への記入法
 - 面接時の態度

4. 関係性に焦点を絞る

対人関係が、おそらく、精神障害、とりわけ統合失調症に罹患した人々が困難を感じると最も多く報告している領域であろう (Halford and Hays, 1991)。そのため、社会的関係性および役割機能スキルが、対象にすべき重要な領域である。

以下のグループがある：

- ‘Psychotherapy’（サイコセラピー）：ディスカッショングループを用いて、グループ内の信頼関係の構築を促進すること、気分を表明する機会を与えることに用いる。
- ‘Secret of success’（成功の秘訣）：ソーシャルスキルのトレーニング。ここでは、ソーシャルスキルを話し合い、ロールプレイを行い、練習する。宿題と、ごほうび、「学期末」活動を用いて、自然な環境での実践を推奨する。
- ‘Rhythm of life’（生活リズム）：動きのある音楽やドラマ、ダンスを通じて、自己表現し、自信をつける。

患者のニーズを満たすもう一つのキーポイントは、疾病ステージを考慮することである。急性治療期と回復期の区分は明確に定義されたものではなく、いくぶん恣意的であるが、グループ活動への参加者は、同じ機能レベルであるようにすることが重要である。

そのため、以下のことがなければならない：

- それぞれのタイプのグループ介入に向けた明確なターゲットグループ
- ある程度の均質性：すなわち、同程度の認知機能と、会合に参加し集中できる能力；同程度のソーシャルスキル；認知および行動の障害の程度が同程度；暴力レベルおよび攻撃行動が生じる確率が同程度。

コンシューマがグループワークから得るもの

グループワークは疾病者が属する同じタイプのコホートを提供でき、少なくとも短期間は以下のもので特定される。

- 自己の定義／自己のアイデンティティの発達
- 個人の長所／弱点、あるいは自己に価値がある感覚を見つける。青年は、ピアグループの中で自分自身を比較し、違う点と似ている点を見つけることで成長する。

ピアグループに会う機会があることで、このプロセスを継続できる。精神病の経験を共有することで、自身が経験している感覚を得ることができ、どの要素が「精神病的」で、どの要素が自分自身のパーソナリティであるのか認識することができる。活動にうまく参加することで、価値観を高めることができる。

- 家から離れる時間と家のことを忘れる機会が与えられ、親との結びつきが弱くなり、独り立ちが強まる。家族から独立することは、成人になる自然な成り行きの一つである。精神疾患があると、このプロセスが大きく阻害される可能性がある。
- 肯定的な社会的役割を構築し、社会での自分の位置を確かめる。社会での位置は、個人が接触しているグループとの関係で決まる。精神病エピソードの発症中および発症後に、中には、これまで属していた社会グループと疎遠になったと感じる人がいる。そのような人々では、新しい（一時的な）社会グループが必要であったり、既存の社会グループとの接触を保つ必要があったりする。社会的な接触から引きこもると、社会的不安が生じる。スティグマの気分を克服する必要がある。
- 環境を支配している感覚を得ること - 青年期は、スキルを修得し、コンピタンス感覚を獲得し、日常生活の問題に対処する時期である。精神病エピソードが生じると、これらの能力についての自信が打ち崩される可能性がある。「崩壊」したことのスティグマの感覚を得る場合がある。グループワークに参加することでスキルが維持され、新たなスキルを開発することができる。
- 将来に対する肯定的な見方の育成 - 回復段階の様々な段階にいる他者と接触することで、自分自身がどの程度進捗してきたのか（回復が「遅れている」人と比較して）、あるいは自分自身が、どの程度今後進捗できるのか（回復が「進んでいる」人と比較して）を確認することが可能である。
- 目標設定 - 改善した他の患者を観察することで、自分自身の目標を設定するのに役立つであろう。
- 自己コントロールを行う能力を高める - 急性疾患の時期に、日常生活のコントロールは医療チームに移る。患者は、自信の生活のコントロールを再び獲得する方法を修得しなければならない。

EPPICデイプログラムの評価

定期的フィードバックや精査を行って、精神疾患から回復中の若者の介入にデイプログラムがとりわけ有用であることが示唆されている。予備的なアウトカムデータでこのことが指示されている (Albiston et al., submitted for publication)。追跡研究で、サイコソーシャル包括測定パッケージや、発病前機能アセスメント、精神病の説明モデルおよび、様々な疾病に関係するスティグマのRepertory Gridアセスメントを使って、初回アセスメントから6、12、24ヶ月の時点でEPPIC患者を評価した。デイプログラムを評価するよう特別にデザインされたものではなかったが、6ヶ月の追跡パッケージを受けたデイプログラム参加者グループを評価し、それらを、デイプログラムに参加しなかったEPPICコンシューマグループと比較することが可能であった。

デイプログラム参加者は、比較群と比べて初期の陰性症状のレベルが高く、疾病前の調節能力が有意に低かった (図20)。

図2. EPPICデイプログラム参加者と非参加者での参加時の平均PASおよびSANSスコア、および、6ヶ月後のQLSおよびSANSスコア (Albiston et al., submitted for publication)

【図中】 デイプログラム参加
デイプログラム不参加

【横軸】 インストルメント

6ヶ月追跡時点では、いずれの症状スコアにも2群間に有意差が認められなかった。従って、デイプログラムは精神的調節能力が低い状態で、参加したが、デイプログラムに参加することで、対人関係やinstrumental functioningを改善させることが可能であったと考えられる (Albiston et al., submitted for publication)。

「重篤な精神疾患を経験した人にとっては、世界と関わり合いになる永続的な自己感覚を維持もしくは再構築することが極めて重要である」 (Francey, in press)。

参考文献

Albiston DJ, et al. A group program for recovery from early psychosis 1996. *Br J Psychiatry*, submitted for publication.

Carling PJ. Housing and supports for persons with mental illness. Emerging approaches to research and practice. *Hosp Community Psychiatry* 1993; 44: 439-449.

EPPIC (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre). *Group program manual. Group work in early psychosis*. Psychiatric Services Branch: Department of Human Services, Victoria, Australia, 1996.

Edwards J, et al. Early psychosis prevention and intervention: evolution of a comprehensive community-based specialised service. *Behav Change* 1994; 11: 223-233.

Francey SM. The role of day programs in recovery in early psychosis. In: *Recognition and management of early psychosis: a preventative approach*. McGorry P, Jackson HJ (eds)., New York: Cambridge University Press, in press.

Halford WK, Hays R. Psychological rehabilitation of chronic schizophrenia patients: recent findings on social skills training and family psychoeducation. *Clin Psychol Rev* 1991; 11: 23-24.

Harding CM, et al. Work and mental illness: I. Toward an integration of the rehabilitation. *J Nerv Ment Dis* 1987; 175: 317-326.

Hoge MA, et al. Functions of short-term partial hospitalisation in a comprehensive system of care. *Int J Part Hosp* 1987; 4: 177-188.

Hoge MA, et al. Therapeutic factors in partial hospitalization. *Psychiatry* 1988; 51: 199-210.

Jackson HJ, Edwards J. Social networks and social support in schizophrenia: correlates and assessment. In: *Schizophrenia. An overview and practical handbook*. Kavanagh DJ (ed). London: Chapman and Hall 1992, pp 275-292.

Kiser LJ. Treatment-effectiveness research in child and adolescent partial hospitalisation. *Psychiatr Hosp* 1991; 22: 51-58.

Palmer F. The place of work in psychiatric rehabilitation. *Hosp Community Psychiatry* 1989; 40: 222-224.

Rice KG, et al. Coping with challenge in adolescence: a conceptual model and psycho-educational intervention. *J Adolesc Health* 1993; 16: 235-251.

Ridgeway P, Zipple AM. Challenges and strategies for implementing supported housing. *Psychosocial Rehab J* 1990; 13: 115-120.

Rosie JS. Partial hospitalisation. A review of recent literature. *Hosp Community Psychiatry* 1987; 38: 1291-1299.

Yalom ID. *Inpatient group psychotherapy*. New York: Basic Books, 1983.

トレーナーガイド

目的と説明

各モジュールに付属するトレーナーガイドの目的は、小冊子への材料の発表を支援すること、受講者によるそれぞれのモジュールに記載されている情報への馴化と応用を刺激するためのアイデアを提供することである。各モジュールのトレーナーガイドには、以下のものが含まれている：

- キーメッセージのリスト
- モジュールを用いることについてのノート
- 実際のエクササイズ

実際のエクササイズは、各モジュールに示した情報を強化し、個人の経験のコンテキストの中での議論を促進し、受講者自身の精神医療サービスの中での応用を検討するのを刺激するようデザインされている。

各エクササイズの目的については、各エクササイズの冒頭に示した「メッセージボックス」に示されている。ケーススタディーや他の活動の全ての使う必要はない。メッセージボックスと受講者が関心をどのようなものに持つかについてのあなたの知識を使って、受講者にとって最も適切なエクササイズを選択すれば良い。

ここに指示されているように、各段階でのケーススタディーの情報を示す。次の段階に進む前に疑問点を検討する。小グループで行うことができ、それぞれのグループに、質問に対する回答リストを持ってくるように求め、後に報告する。回答が違えば、受講者全員で検討して、次のステージに進む。別の方法として、質問に対してどのような回答が得られることが考えられるか受講者に問い、誰もが閲覧できるようにそれをリストアップする方法もある。

キーメッセージ

- 精神病は青年期および成人初期に生じることが多い。この時期は、情緒発達や社会性の発達に重要な時期である。精神病エピソードが生じたことにより、教育や就業、社会的参加が阻害されると、障害となったり不利な立場に立たされたりする可能性がある。
- 精神病エピソード後の早期段階は、社会的障害が生じるのを防ぐ対策を導入する最も良い機会である。
- 早期精神病エピソードから回復中の若者は、ホームレスになりやすく、そうになると疾病が増悪する可能性があり、親の家に住むことができない場合には、回復プログラムの一環として、適切な住居を見つけるための支援を受けるべきである。
- 精神障害のエピソードを経験した人には、目標や構造の感覚、身体運動、社会的スキルを維持する機会、新たなスキルを養う機会、ピアグループとの接触、自信をつけること、および将来に対して肯定的な態度を抱かせることが必要である。これらのニーズに対しては、目標を絞った社会的職業的介入が重要な役割を果たす。

トレーナーズノート

このモジュールでは、早期精神病患者の社会的職業的ニーズや慢性障害や不利な立場に立たされたりすることを防ぐための医療ニーズになぜ関心を払わなければならないかを説明している。そのような介入をどのように行うべきか、EPPICプログラムからの例を実際のデモンストレーションとして用いて、その概要についても探る。

他のモジュールとの関連性

- ‘integrated care’（総合ケア）の概念については、モジュール6で論じる。
- 精神病になりやすい人々の再発の引き金としての外部ストレス因子の役割（住居や就業できないことについて思い悩むことなど）については、モジュール1とモジュール6で扱っている。

エクササイズ1

住宅サービスの至適化

目的

- 自身のサービスの中で受講者がクライアントのために用意している住居サービスの選択肢を検討する。
- これらのものを改善できるのか、改善できるとしたらどのように改善できるのかを検討する。
- フォーラムで経験を発表する。

同じサービスに従事しているかどうかをもとに、グループあるいは個人のいずれかの受講者に、受講者自身のシステムでクライアントに現在提供している住居サービスの選択肢をリストアップさせる。

現在の住居支援サービスが、精神病の初回エピソードを経験中あるいは回復中の患者にとって、どの程度適切なものであるか質問し、現行サービスの「長所」と「欠点」をリストアップさせる（モジュールに示した情報を念頭において）。治療段階により、住居ニーズはどのように異なるのか？

どの「欠点」が改善できるか考えさせ、その後、そのような改善のイニシエーションをどのようにとれるか検討させる（受講者の精神衛生サービスは、住居提供に直接の責任を有していない可能性があることを念頭に置く）。

グループ／個人を、全員参加セッションに参加させ、知見を発表できるようにする。

エクササイズ2

社会、職業サービスの至適化

目的

- 自身のサービスの中で受講者がクライアントのために用意しているサービスの選択肢を検討する。
- これらのものを改善できるのか、改善できるとしたらどのように改善できるのかを検討する。
- フォーラムで経験を発表する。

同じサービスに従事しているかどうかをもとに、グループあるいは個人のいずれかの受講者に、受講者自身のシステムでクライアントに現在提供しているサービスの選択肢をリストアップさせる。例えば、デイプログラム、入院患者グループプログラム、クラブハウスモデル

それらのサービスが、精神病の初回エピソードを経験中あるいは回復中の患者にとって、どの程度適切なものであるか質問し、現行サービスの「長所」と「欠点」をリストアップさせる（モジュールに示した情報を念頭において）。

どの「欠点」が改善できるか考えさせ、その後、そのような改善のイニシエーションをどのようにとれるか検討させる。

グループ／個人を、全員参加セッションに参加させ、知見を発表できるようにする。

Early Psychosis Training Pack（早期精神病トレーニングパッケージ）

このパッケージはJanssen-Cilag and Organonの教育助成プログラムのもとにEarly Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC)（オーストラリア、メルボルン）と共同で作成したものである。

* EU（イタリア、スペイン、フィンランドを除く）ならびにノルウェイ、スイス、アルゼンチン、ブラジルにおいて、統合失調症の新しい治療法を提供するパートナー

<講演会「思春期の心の処方箋～心が病む前に大人ができること～」>

(チラシ)

平成 21 年度 障害者保健福祉推進事業 講演会

思春期の心の処方箋

～心が病む前に大人ができること～

思春期の子どもの心の問題は、単に心理的な側面のみならず、身体・精神疾患や知的障害・発達障害など、生物学的な側面から考えていくことが重要です。

では、親や教育現場に携わる“大人”は、そうしたサインのどこに着目し、具体的にどのように子どもを支えていけばいいのでしょうか。

そして子どもが様々な問題を起こす中で、思い悩んでいる大人自身に対しても、元気を保つための“処方箋”があります。

今回、全国に先駆けて長崎県大村市で「心の病気の早期発見・早期支援」を掲げて児童思春期医療に深く携わってこられた講師に、多くの体験から生み出された様々なヒントをお伝え頂きます。またとない機会です。どうぞご参加下さい。

講師 宮田雄吾氏（大村共立病院副院長／大村椿の森学園主任医師）

開催日時 平成 21 年 9 月 16 日（水） 18 時 30 分～20 時 30 分

会場 武蔵野スイングホール

東京都武蔵野市境 2-14-1
JR 中央線武蔵境駅北口徒歩 2 分

参加費 無料

参加定員 180 名（先着順）
お早めにお申込下さい

申し込み・問い合わせ先

社会福祉法人巣立ち会（長門）
Tel/Fax 042-426-8099
042-488-4433

ユースメンタルサポート

カラ
Color



主催：社会福祉法人巣立ち会

講師プロフィール

経歴	平成 5 年長崎大学医学部卒業 長崎大学医学部精神神経科に入局し研修を積む。 その後、長崎県立大村病院、佐世保市立総合病院等で勤務ののち、 平成 12 年 4 月より医療法人カメリア 大村共立病院で勤務 加えて平成 15 年 4 月～平成 18 年 3 月情緒障害児短期治療施設「大村椿の森学園」でも園長として勤務 現在大村共立病院副院長と大村椿の森学園主任医師を兼務。 精神科一般臨床の傍ら、被虐待児治療を中心とした児童思春期精神医療及び嗜癖（しへき）問題（過食、自傷、アルコール問題等）に取り組んでいる。
著書	子育てが楽しくなったら読む本 (情報センター出版局) 学校生活じぶん防衛軍 (情報センター出版局) みんなのマナーとルール 3 「友だちづきあいのコツ」 (学研) 悩みが解決する 友だちづきあいのコツ (学研 平成 21 年 3 月刊行) 子どもの心の処方箋～精神科児童思春期外来の現場から (新潮社 平成 21 年 5 月刊行)
ラジオ	NBC長崎放送 満腹ワイド ラジDONぶり 「教えて！宮田先生 心も体も元気トーク」に毎週水曜 出演中

申し込み方法 下記の参加申込書にご記入の上、FAX・郵送でお申し込み頂くか、内容をお電話・メールでお伝え下さい。

宛先 社会福祉法人巣立ち会

カ ラ ー
ユースメンタルサポートColor

〒182-0007 東京都調布市菊野台 1-19-5

TEL/FAX 042-426-8099

042-488-4433（こひつじ舎）

Mail : repose@sudachikai.eco.to



お名前	ご所属	電話番号

※ 申込受付の電話連絡は致しませんので、送信先等をお間違えのない様ご注意ください。

思春期の心の処方箋

～心を病む前に大人ができること～

大村共立病院&大村椿の森学園

精神科医師

宮田雄吾

1、子どもを診るときに常に意識しておくべき生物学的背景

～ついつい子どもの問題を「心（環境をふくめて）」の側面からだけ考えがちなので～

→生物学的背景を踏まえずに行なう心理的介入は有効性に乏しい。

- ①知能 : 精神遅滞（IQ69 以下）、境界知能（IQ80 程度以下）ではないか
ストレス処理能力が低いため、問題行動、身体症状、精神症状を呈しやすい
→本人の能力にあった環境を提供する。
精神療法は支持的、指示的なものとし、内省や洞察を目的としない。
【言葉をかける際の原則】 ～相手の理解力に応じた言葉を用いること～
「簡単に」「断定的に」「余分なことは言わない」「タイムリーに」「繰り返して」
- ②軽度発達障害：ADHD、LD、高機能自閉症（含むアスペルガー障害）など
- ③身体疾患 : てんかん、代謝性疾患、起立性調節障害など
- ④精神疾患 : 統合失調症、感情障害、恐怖症性障害、強迫性障害など→薬物療法の積極的活用。

2、子どものシグナルをどう扱うか？

“子どもは葛藤をあまり言語化できず、行動異常や身体症状として表現する事が多い。

注意（ア）あまりに大人が「シグナルを見落とさないゾ」と意気込みすぎると過干渉になって
子どもの葛藤が増加する。

（イ）思春期になればシグナルを大人に隠すくらいが正常。

（ウ）犯罪に特有のシグナルがあるわけではない。

→「なにかあったら力になってもらえる。」という日頃からの信頼関係が大切。

- ① 過去に相談できる機会が多かったか？
- ② 相談して逆にしかれた経験は多くないか？
- ③ 相談した大人の心を傷つけてしまうのではと恐れていないか？

<悩める子どもの相談の乗り方>

- ① まずは話したいように話せるだけ繰り返し話してもらう。
- ② 問題について、明確にして整理する。（混乱しているときは箇条書き！）
- ③ その際、分からないところは評価しない姿勢で率直に聞く。
- ④ 私に手伝ってほしいことはなにか聞く。
- ⑤ 安易な人生訓、批評、慰めを加えない。
- ⑥ その人の感情は聞き、肯定する。（陰性感情は否定しない）
- ⑦ その上で本人と解決策を考える。
- ⑧ その解決策を実行することを現時点で実行出来そうな気持ちかどうか、控えめに確認する。
- ⑨ 実行できないと聞いたときに責めず、実行を妨げている気持ちがなにか聞く。
- ⑩ こちらの考えは「命令」ではなく「参考」として伝える。
- ⑪ 分からない時には「分からない」ことを率直に伝え、一緒に考える姿勢を示す。

3、ストレスについて

- ① ストレスはそれを処理する過程で人間の生活を活性化し、成長のために不可欠である。
- ② ストレスをなくすことは出来ない。
- ③ ストレスはなにかの解消法などであっさり消えてしまうものではない。
- ④ ストレスは泣いたり、くよくよしたりしながら時間をかけ、何とか乗り越えていくものである。
- ⑤ 良い出来事も悪い出来事もともにストレスたりうる。
- ⑥ エネルギーが枯渇したときは休養が原則。
- ⑦ エネルギーがあるときはストレスとは戦うことが原則。
- ⑧ 同時に多方面のストレスと向かい合っているときは対象を減らす工夫をする。
- ⑨ ストレスは体の症状（主に自律神経症状）を引き起こすので体の手入れは有効。

4、子どもに関わる大人が心がけること。

- ①子どもの「厄介な感じ」は「子どものみに起因しているわけではない」と気付いておくこと。
 - 「時間はあるか」「気になる仕事が別に無いか」「他の人の視線を気にしていないか」「疲れていないか」「一人ぼっちでないか」「私生活は安定しているか」「自分の生育史をきちんと理解しているか」「本当にその職場で働きたいのか」「自分の健康状態はいいのか」
- ②変化が見えないときに、いかに踏みとどまるか！
 - 大人の“焦り”“不安”“自分に対して感じる失望”が関係を悪化させることがある。
 - “何とかなさ”という根拠のない楽観に基づく“しぶとさ”が大切。
 - よくしようとしてうまくいかないとき、まずは「現状維持」を目標とする。
- ③関わる大人の姿そのものが子どものモデルとして取り入れられると知っておく。
 - “笑顔”“粘り”“覚悟”“危機の乗り越え方”“夢の語り方”“キレ方”など
- ④「今、ここで」起こっている状況は何に起因するか考えておく。
 - 子どもが怒りをぶつけてくる時は「大人を責めている」のではなく「他者への怒り」や「不安」などの表現であることも多い。
- ⑤何が「正解の対応」なのかはやってみないとわからない。
 - 根本的でない場当たり的な処方せんで十分。うまくいかなければ「第二次作戦」へ！
- ⑥出来ないことがあったからといって「何にも出来ない」わけではない。
- ⑦無理しないと守れない約束をするより守れる約束をすること。
- ⑧「本当の気持ち」はわからなくても子どもを「包む」ことはできる。
- ⑨「何を語ったか」より「今そこにある子どもと大人の関係」がどのように結ばれていくかを重視する。
 - 子どもが楽しそうでないときは自分が楽しめることに取り組むのも手。
- ⑩成長は年単位「3歩すすんで2歩下がる」
 - 意気込むけど“意気込みすぎず”喜ぶけど“喜びすぎず”
 - “感情を瑞々しく保つ”ために体調管理、私生活の安定、他者の支えが大切。
- ⑪子どものグチを“陰で”しっかりこぼしておくこと。
 - 遠くの身内より近くの他人
- ⑫子どもがかわいいと思えなければ、無理に愛そうとしなくて良い。親切に努めよう。
- ⑬大人側の“愛情”や“根気”は有限で、それだけが支えだと長続きしないことを知っておくこと。
- ⑭子育てに100点満点の方法はない。51点で十分

5、思春期にちょっと教えておきたいこと

- ① 「ダメなこと」を反省できる人は「ダメな人」ではない。
- ② 1人で頑張る人は素敵。でも本当の意味でタフなのは「助けて」と言える人。
- ③ 自立と孤立とは違う。
- ④ 好き嫌いはあっていい。ただし嫌いでも受け入れなければいけないことはある。
- ⑤ 自分の責任とすべて背負うより自分の責任と他人の責任を分けられるようになって欲しい。
- ⑥ 「誰とでも仲良く」なんてならなくていい。
- ⑦ 気持ちはOK、行動はダメなものはダメ、口に出すのは時と場合と人を選ぶ。
- ⑧ 陰日なたはあってよい。
- ⑨ 人間は同時にいろんな感情がわき、そのすべてが「本当の気持ち」である。
- ⑩ 人間の質とは心の内面でなく行動によって決定されるものである。
- ⑪ 相手にわかってもらえないときは、自分の言葉が足りないと知っておくこと。
- ⑫ 助けは求め続ければ必ず得られる。
- ⑬ しばしば正解は探すものでなく決めるものである。

6、子どもの叱り方 ～少ない手間で大きな効果を得るために～

- ① 相手を主語にして気に入らぬ点を指摘するのではなく、自分を主語にして自分の気持ちを話す。
- ② 不満は抽象的でなく具体的に言う。
- ③ 悪口にあたる言葉は避ける。
- ④ 場所と時間をできれば設定して話す。
- ⑤ 相手の言い分を要約して伝え返した上で自己主張は行なう。
- ⑥ 自分の最終目的はなにか、確認しておく。
- ⑦ 「いつも」「ちっとも」は避ける。
- ⑧ 「なぜ」は避ける。
- ⑨ 時に文章に置き換えて伝える。
- ⑩ 非言語的な方法は使わない。
- ⑪ 相手のことを話題にするときは人格でなく、行為を問題にする。
- ⑫ あいてに「何を止めて欲しいか」でなく「何をして欲しいか」を説明する。

※ほめ方

何かをしたからではなくただそこにあるものをほめる。時にないものもほめてみる。

※医療法人カメリア 大村共立病院 (参考資料)

住所:長崎県大村市上諏訪町 1095 TEL:0957-53-1121 ホームページアドレス:<http://www.camellia.or.jp/>
児童思春期ストレスケア病棟 60 床を有す。(内 36 床が児童思春期専門フロア、48 床が個室)

※医療法人カメリア 横浜カメリアホスピタル (参考資料)

住所:神奈川県横浜市旭区白根町 920 番地 TEL:045-958-0205 精神科・児童精神科・心療内科
精神科急性期・うつ病治療病棟(60 床)と児童思春期・ストレスケア病棟(60 床)からなる

※著書 (参考資料)

子どもの心の処方箋～精神科児童思春期外来の現場から	(新潮社 2009 年 5 月刊行)
悩みが解決する 友だちづきあいのコツ	(学研 2009 年 3 月刊行)
子育てがづらくなったら読む本	(情報センター出版)
学校生活じぶん防衛軍	(情報センター出版)

等

資料 5

＜研修会「思春期・青年期に始まる精神病性障害～10代からの統合失調症の早期支援～」＞

(チラシ)

平成 21 年度 障害者保健福祉推進事業 研修会

思春期・青年期に始まる精神病性障害 ～10代からの統合失調症の早期支援～

精神病性障害の多くは思春期・青年期に現れます。10代から20代前半は統合失調症の好発期ですが、不登校や引きこもりの状態になって医療につながらないこともしばしば見られます。

今回の研修会では、教育関係の方々など専門職の皆様を対象とし、豊富な経験と知識をお持ちの講師より、心の病気の早期発見・早期支援について、そして精神病性障害について知っておくべき事柄について、ご講義を頂きます。

講師 針間博彦氏（東京都立松沢病院精神科医長）

西田淳志氏（東京都精神医学総合研究所）

開催日時 平成 21 年 11 月 11 日（水） 18 時 30 分～21 時

会場 三鷹産業プラザ 7 階会議室（東京都三鷹市下連雀 3-38-4）

JR 三鷹駅南口徒歩 7 分
（右図参照）

参加費 無料

参加定員 40 名（先着順）

申し込み・問い合わせ先

社会福祉法人巣立ち会（長門）

Tel/Fax 042-426-8099



主催：社会福祉法人巣立ち会



講師プロフィール

針間博彦氏

1988 年東京大学医学部医学科卒業

1997 年東京大学大学院医学系研究科修了

東京大学医学部精神医学教室助手

1999 年東京都立松沢病院精神科医員

2002 年東京都立松沢病院精神科医長

東京大学医学部精神医学教室非常勤講師兼務

医学博士、精神保健指定医、日本精神神経学会専門医・指導医

西田淳志氏

東京都精神医学総合研究所 統合失調症研究チーム 研究員（医学博士）

統合失調症をはじめとする精神疾患の予防、早期支援に関する臨床システム、政策に関する研究に取り組んでいる。特に、思春期・青年期の若者の精神的不調の早期発見、早期支援における学校精神保健の役割やその重要性について関心を持ち、研究や実践を行っている。

現在、三重県、長崎県、東京都などにおいて、学校・地域・精神科医療機関が連携した早期支援システムの在り方について検討を行っている。

申し込み方法 下記の参加申込書にご記入の上、FAX・郵送でお申し込み頂くか、内容をお電話・メールでお伝え下さい。

宛先 社会福祉法人巣立ち会

ユースメンタルサポート^{カラー}Color

〒182-0007 東京都調布市菊野台

1-19-5

TEL/FAX 042-426-8099

Mail : repose@sudachikai.eco.to



お名前	ご所属	電話番号

※ 申込受付の電話連絡は致しませんので、送信先等をお間違えのない様ご注意ください。

(配布資料①)

精神病早期介入入門～概論～

(東京都精神医学総合研究所 統合失調症研究チーム 西田淳志)

精神病早期介入入門 ～概論～

東京都精神医学総合研究所
統合失調症研究チーム
西田淳志

国の精神的富

今後の国や地域社会の繁栄を望むのであれば、各国は、第一に、精神保健への優先的投資を行うべきである。その際、早期介入が重要である。

The mental wealth of nations

Countries must learn how to capitalize on their citizens' cognitive resources if they are to prosper, both economically and socially. Early interventions will be key.

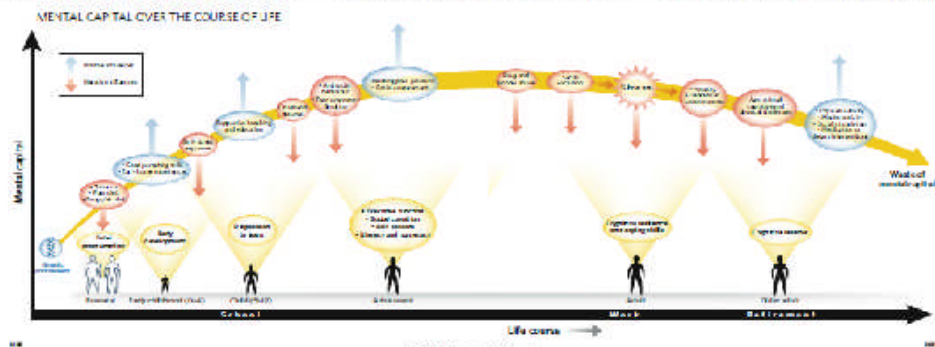
John Beddington, Cary L. Cooper, John Flaid, Usha Goswami, Felicia A. Huppert, Rachel Jenkins, Hannah S. Jones, Tom E. L. Kirkwood, Barbara J. Sahakian and Sandy M. Thomas

To prosper and flourish in a rapidly changing

state-of-the-art scientific and other evidence to investigate the challenges and opportunities that lie ahead in the next 20 years. The report provides an independent assessment that is intended to inform policy-makers both in the United Kingdom and around the world.

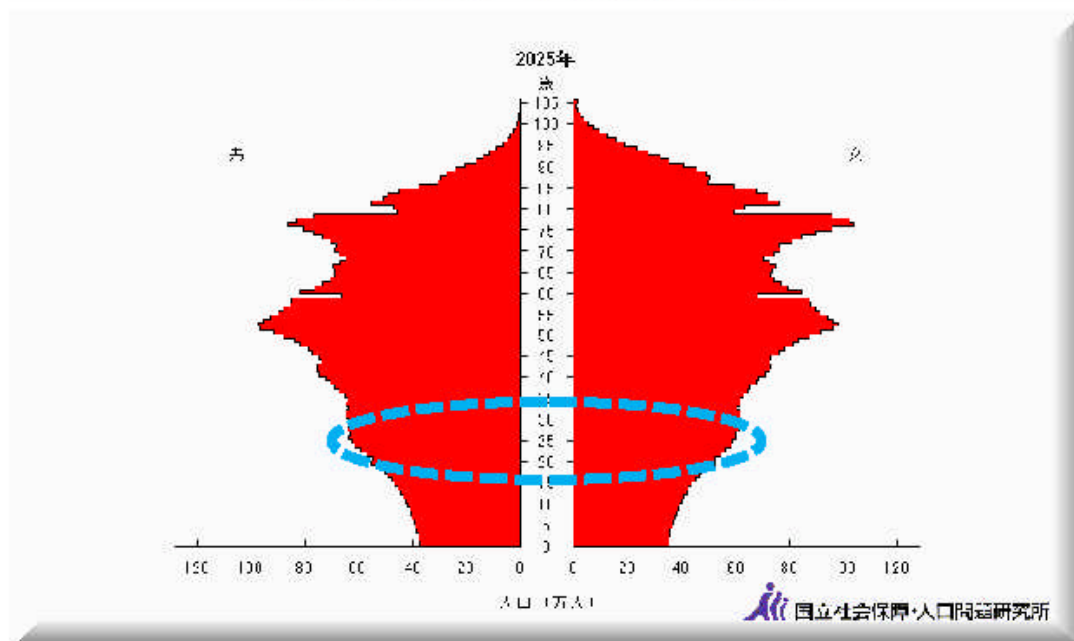
The project tracks the implications of future

during the development of mental capital in childhood and adolescence. Early learning in children can increase their resilience to stress and common mental disorders. Later in life, this resilience helps to engender well-being at work and into old age. And older individuals who report higher levels of well-being also



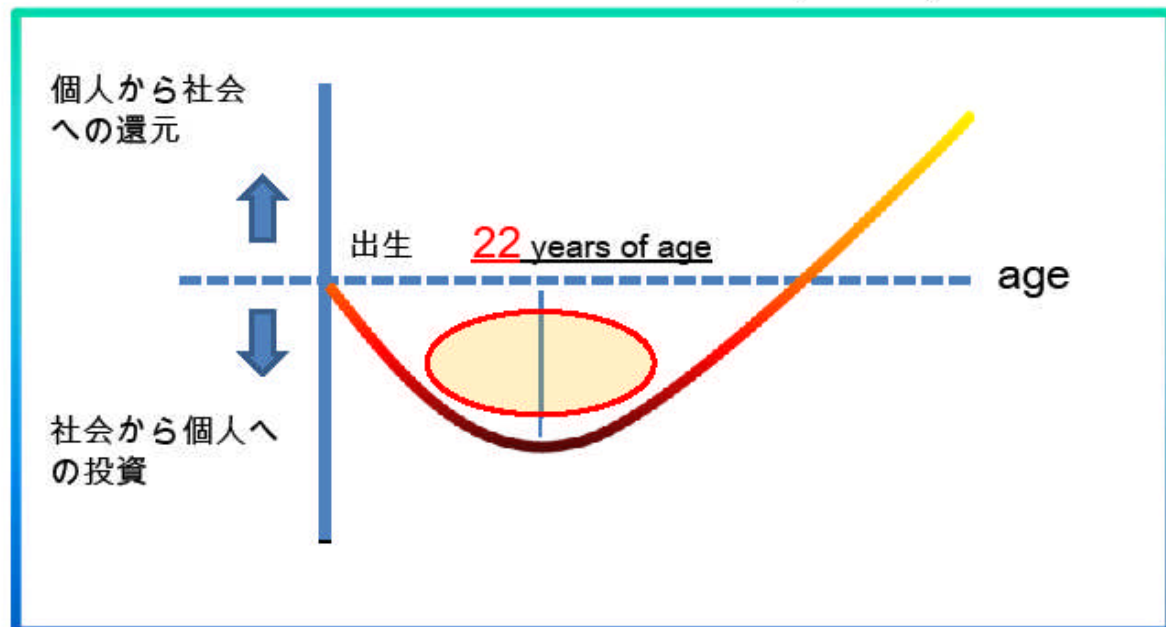
Beddington et al., 2008. *Nature*

今後の国や地域社会が抱える課題 ～深刻な少子高齢社会～



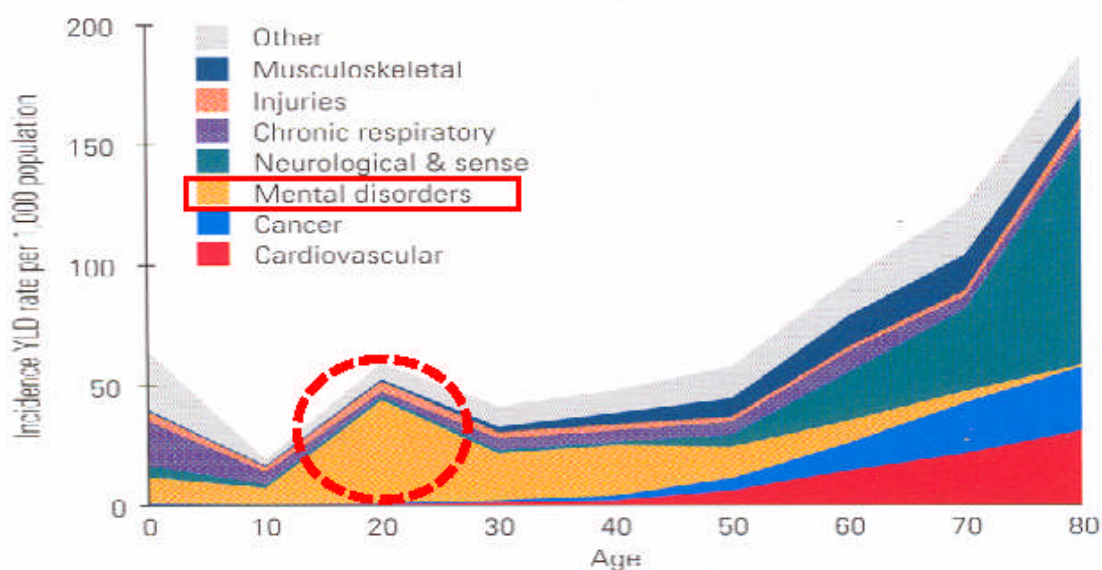
疾病障害による社会的損失

The Global Burden of Disease study
WHO and World Bank (1996)



若年層の疾病負担 最大要因は精神疾患！

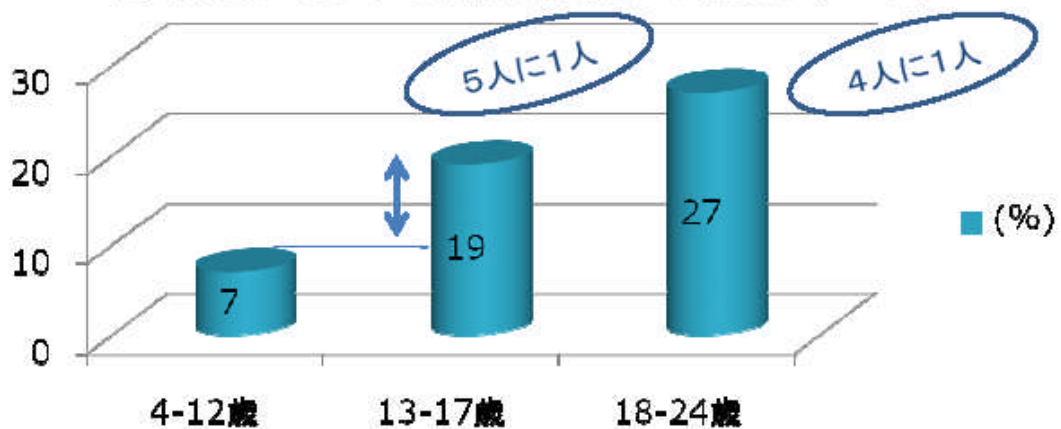
Figure 6 Incident YLD Rates per 1,000 Population by Age and Broad Disease Grouping, Victoria 1996



若年層における精神疾患の頻度

豪国・保健省と財務省による
若年層の精神疾患に関する全国疫学調査

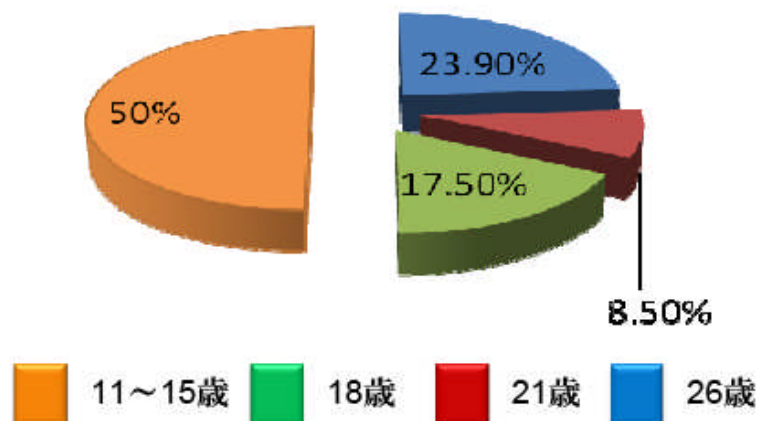
若年層における精神疾患の罹患率 (%)



Department of Health and Age and Care, 2000

成人精神疾患患者の10代

New Zealand Birth Cohort Study (n = 1037)

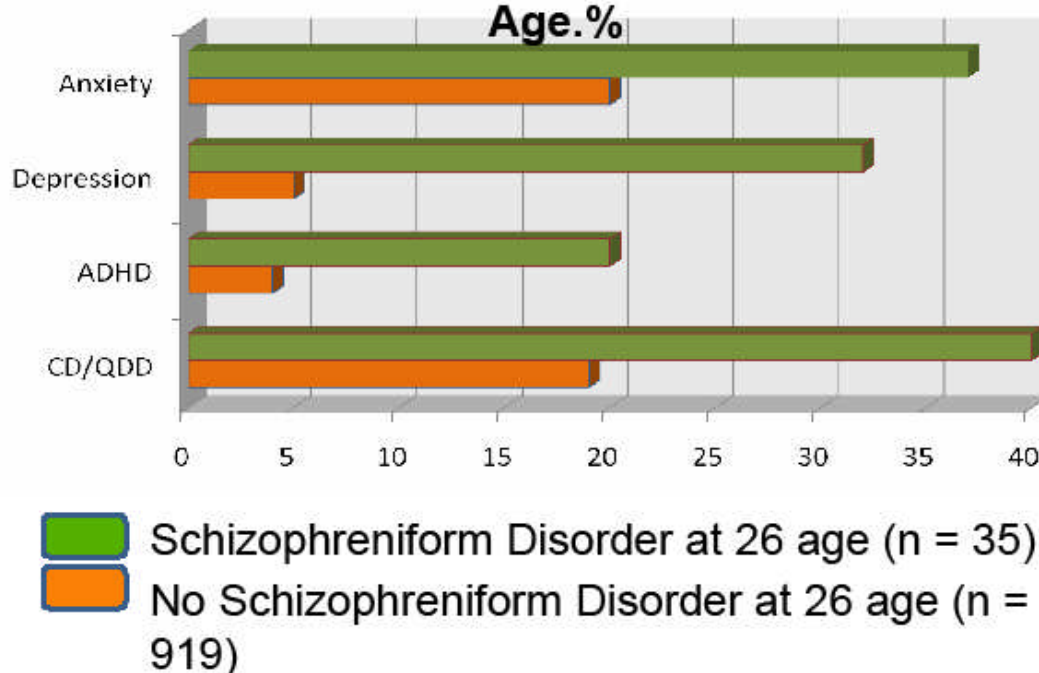


Kim-Cohen et al., *Arch Gen Psychiatry*. 2003

統合失調症患者の思春期

Disorder at 11-15 Years of

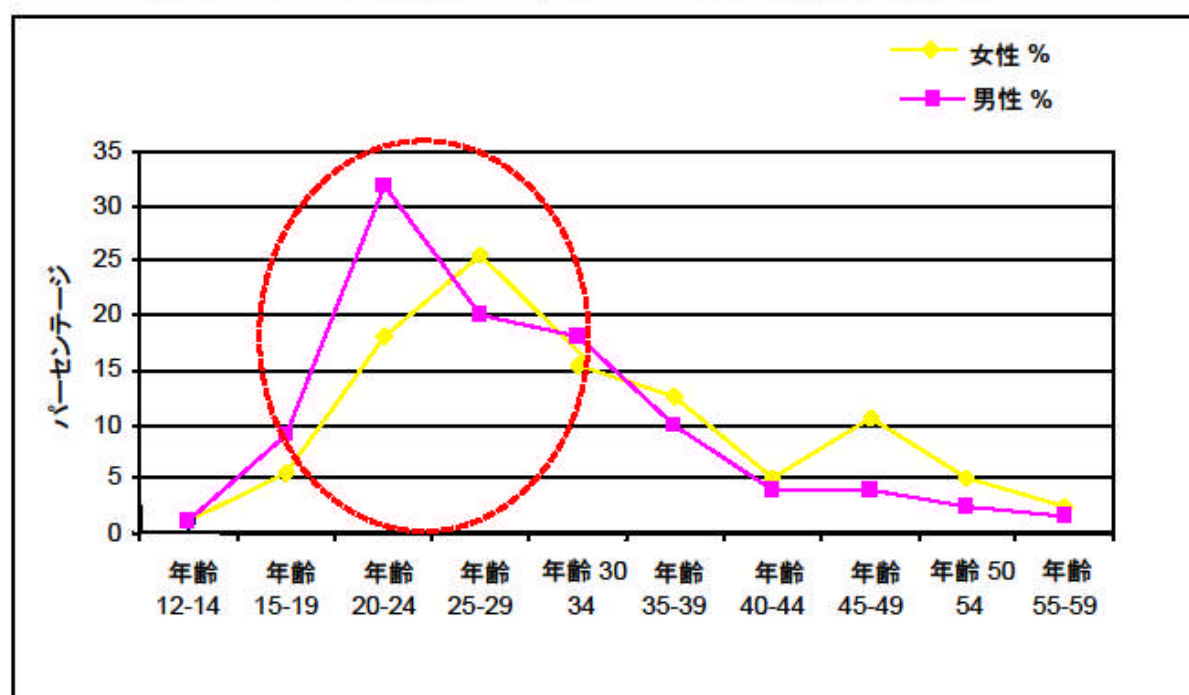
Age. %



Kim-Cohen et al., *Arch Gen Psychiatry* 2003

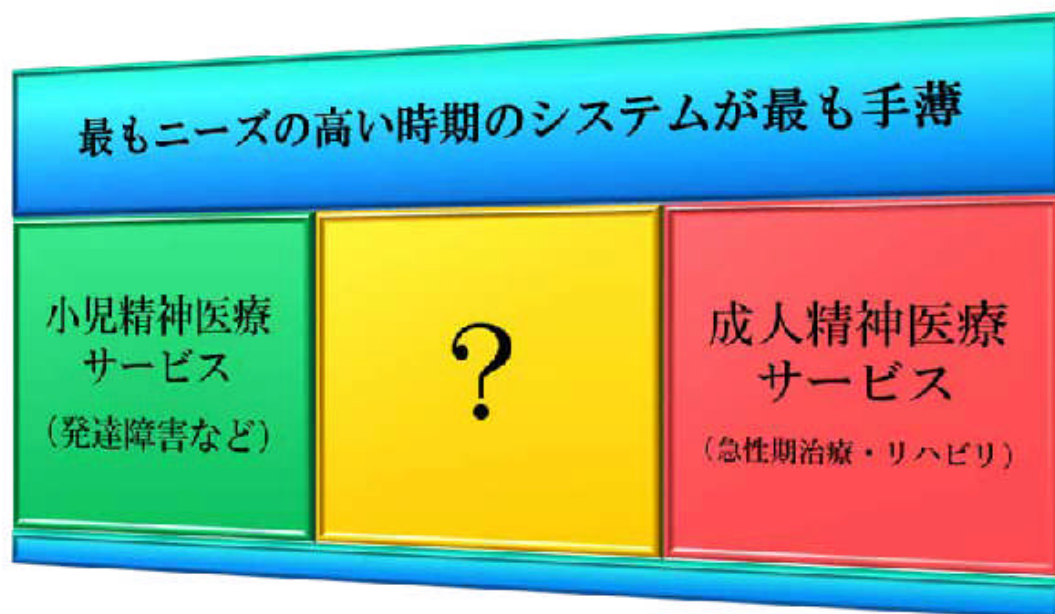
精神病の初回発症年齢

初回エピソード精神病の80%は15～30歳の年齢域に集中する



Dr. Paul French のご好意による

精神保健医療システムの課題



精神病を発病した若者や家族の境遇

- 治療開始の遅れ
精神病未治療期間 (DUP)の
長期化12-18ヵ月
- 初回受診時多くが危機的状況
 - 警察の関与
 - 法的強制入院
 - ト라우マ的体験
- 30% の患者は半年以内に治療関係が切れている
- 治療中断後の再発、未治療期間の発生、悪化、重症化・慢性化、繰り返しの入担任

長い未治療期間 (DUP)、中断しがちな初期治療

統合失調症

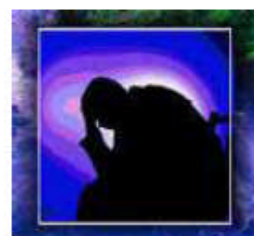
従来の疾病観とそれに基づくサービスの問題



Emil Kraepelin

“Dementia Praecox”

- 概ね思春期以降に発症し、重症慢性化する予後不良な病気
- 臨床病期や年齢への配慮を欠く治療環境・ケア内容
- 若者が受け入れにくい疾病観、
- ステigma
- 若者が利用しにくい（近寄りがたい）サービス



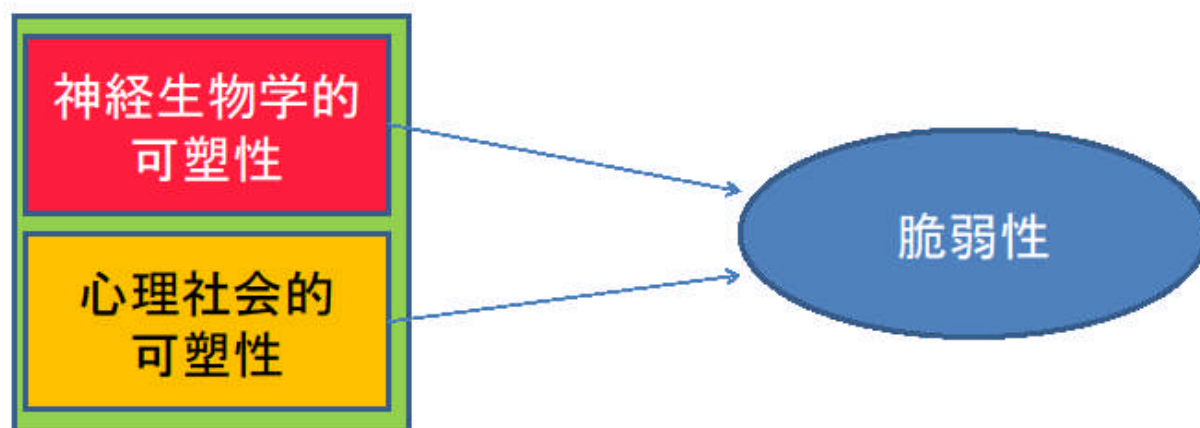
精神病の病初期：臨界期 The Critical Period



- 病初期数年間（3～5年間）の経過は、中・長期的な生物学的・心理社会的予後を規定する可能性がある。
- 病初期数年間の状態を可能な限り良好に維持することによって、中・長期的予後を改善する可能性がある。
- 病初期に最善の治療・支援を早くかつ継続的に提供することが重要。
- 最も避けなければならないことは、**臨界期の未治療期間の長期化および初期治療の中断**である。

Birchwood M and Macmillan JF (1993) Early Intervention in schizophrenia
Australia & New Zealand Journal of Psychiatry 27; 374-8

予後を規定する脆弱性は、
病初期数年間の可塑的時期を経て形成される？
(Birchwood, 2008)



精神病早期介入の目標

精神病未治療期間（DUP）の短縮

- ・ 早期発見のための啓発、アクセスしやすいサービス体制、地域連携体制の構築

病初期の切れ目のない包括的サービス

- ・ 初期治療中断を回避するための担当制 **ケースマネージメント**、訪問による個別化した相談・支援・治療、家族支援、危機介入チームとの連携

When your car breaks
down you can get help
within **60 minutes.**

車が故障したら、60分以内に
支援が受けられます。

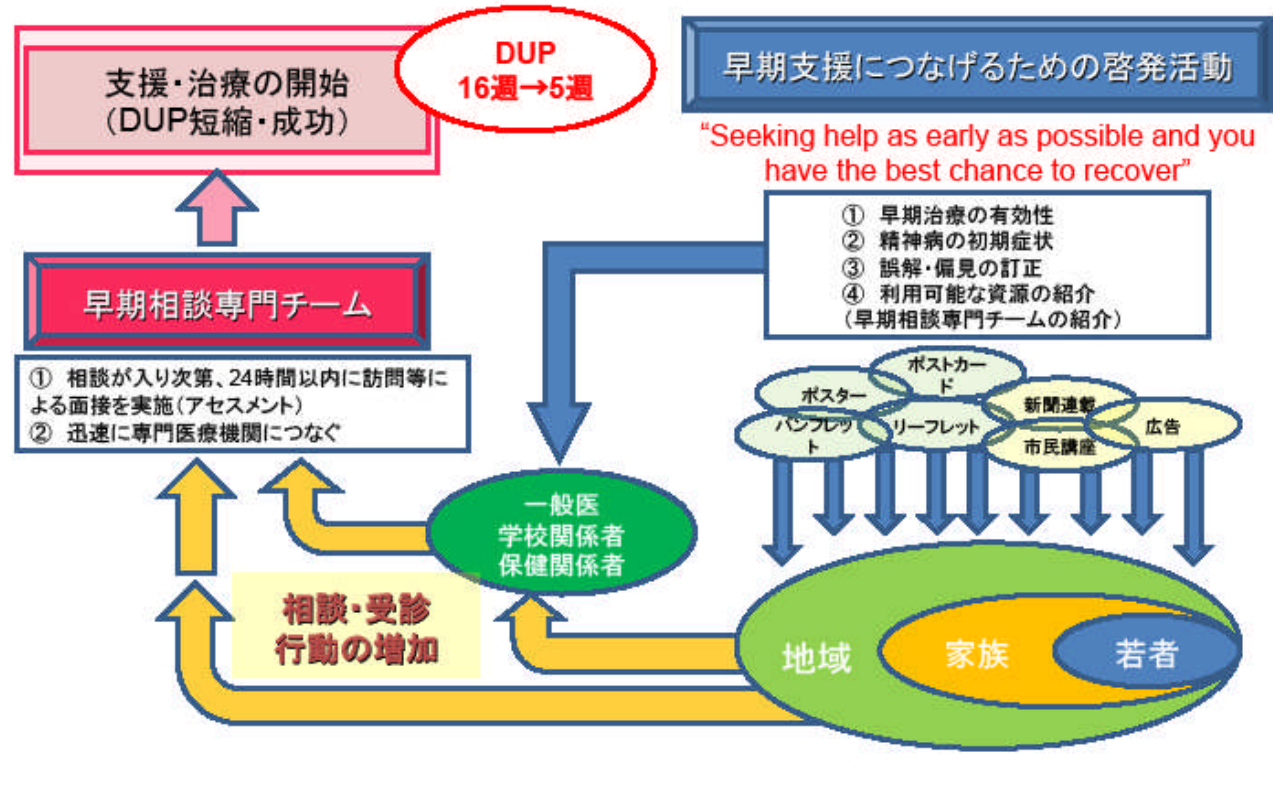
When your mind breaks
down it can take
18 months.

こころが故障したら、
18ヶ月かかることもあります。

rethink severe mental illness www.rethink.org

DUP(精神病未治療期間)短縮 のための地域介入例

TIPS-I early Intervention Program (1997-2000)



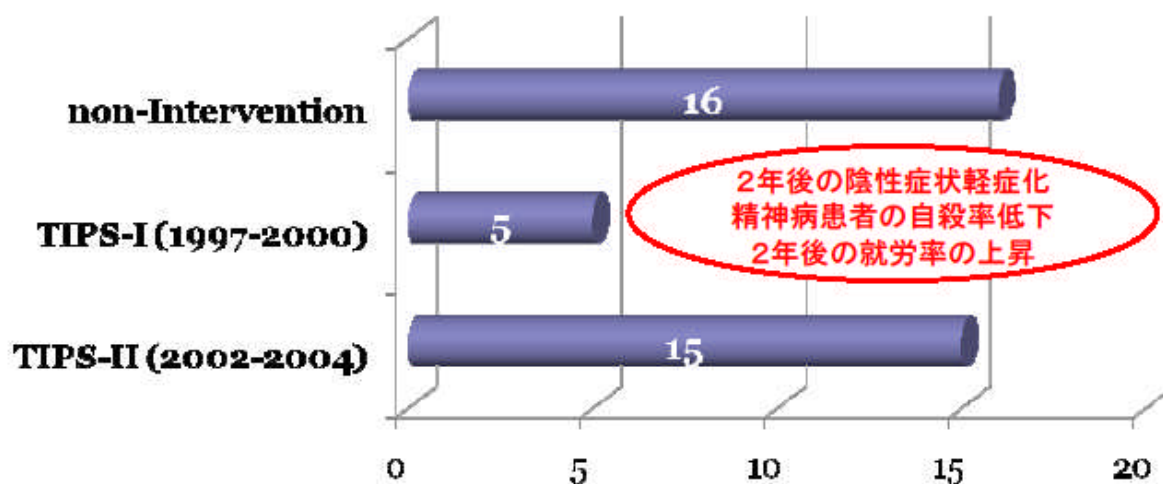
TIPS-Study 啓発ツールの例(学校配布用ポストカード)



「学校生活は、どんな試験よりも大変です。あなたは、遅かれ早かれ、あなたの知り合いの中で精神的な問題を抱える人に出会うことでしょう。彼らは、場合によっては支援を求めたがらず、引きこもってしまうかもしれません。彼らにとって必要な支援を探してあげることをためらわないでください。そんな時は、以下の電話番号まで……」

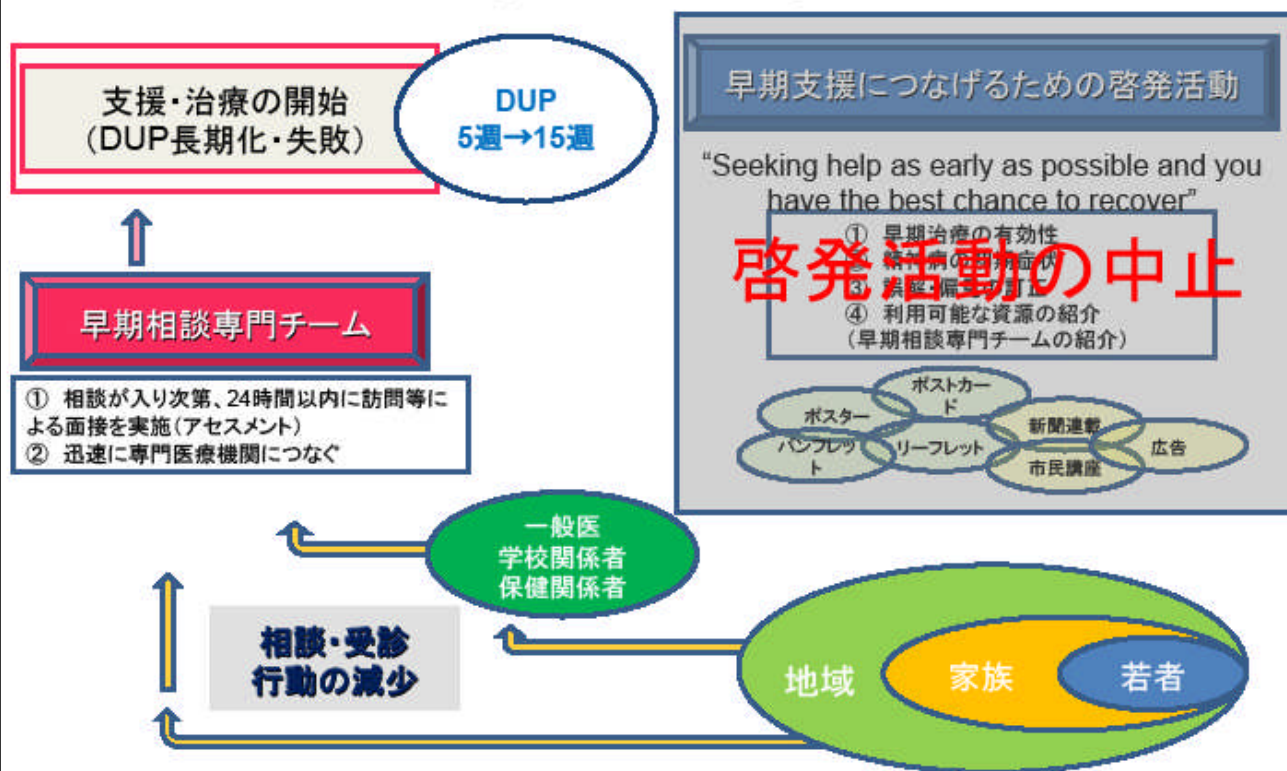
* The postcards used the same visual elements as the school information booklet found an advertisement campaign with the theme "The school of life can't put you to harder tests than any exam." The project logo (the egg) is a part of all campaign elements. The back of each postcard is identical (see appendix 3 for a table of the back of the postcard). The school information booklet is a booklet for students who are experiencing mental health problems. They may withdraw from help. Don't hesitate to seek help for them. Call... TIPS (The Intervention Program for Students) 03-5561-1111

DUP median (weeks)



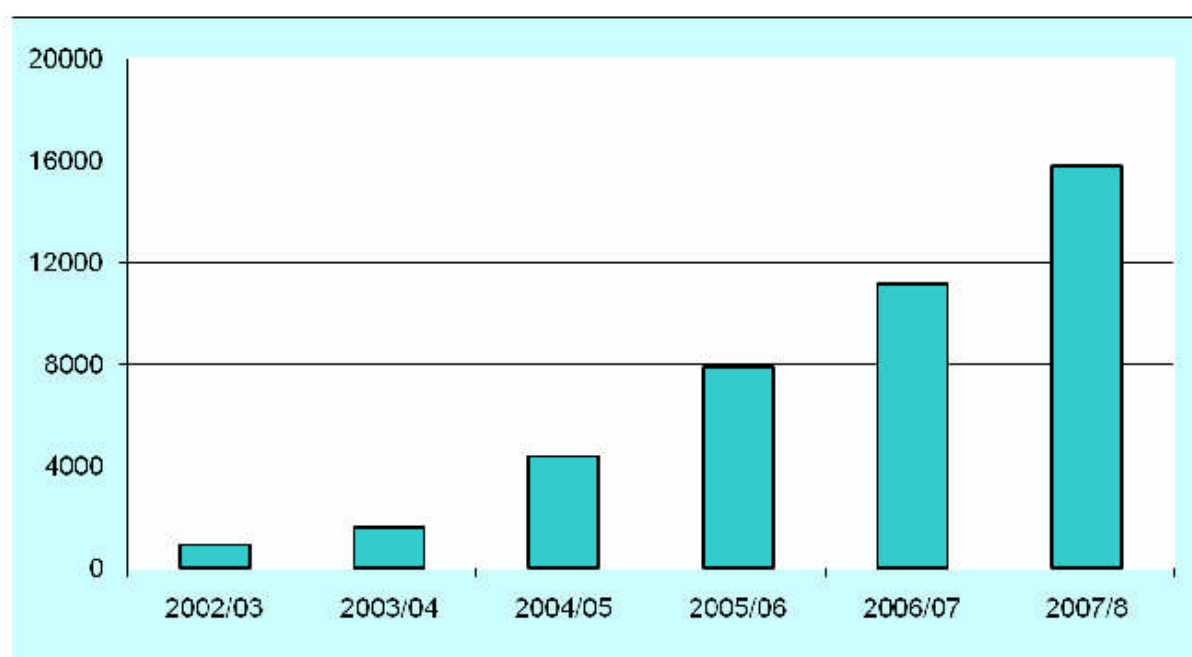
Joa et al., 2008, Schizophr Bull

TIPS-II early Intervention Program (2002-2004)



臨界期支援治療の例

早期介入チームによる支援を受けた年間患者数 (イングランド)



Source: Local Delivery Plan return

精神病早期支援サービスの例 ～英国保健省サービス実践ガイド(2001)より～

(目的)

- ・ 若者が未診断、未治療で放置されている期間を短縮する。
- ・ ステイグマと拘束の少ない環境での治療・支援、病初期の継続的な関わりを重視し、エビデンスに基づいた介入(生物・心理・社会的介入)を行い、回復を促進する。

(サービス対象、期間)

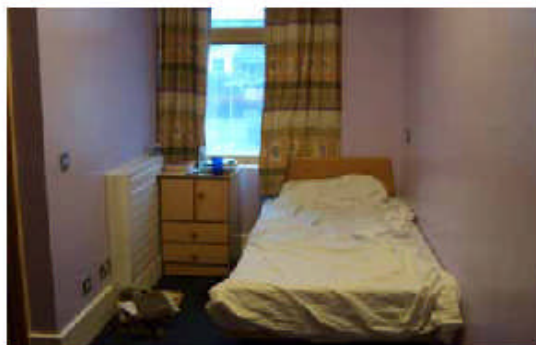
- ・ 14歳から35歳で、**精神病を初回発症した人々**
- ・ 14歳から35歳で、**精神病罹病期間が3年以内の人々**
- ・ 上記該当者に対し、2年ないし3年の集中的・包括的支援を行う。

(典型的なサービス規模)

- ・ 人口100万人の地区に、3～4チーム(アウトリーチチーム)および1専門入院施設。
- ・ 1チームに6～7名のケアコーディネーター。ケースロードは15程度。

平成20年度厚生労働科学研究費補助金「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」²⁴
岡崎祐士研究代表者・西田淳志研究分担者提供資料より

早期介入用 入院病床の例



ロンドン・モーズレイ地区 ランベス早期介入病棟

臨界期治療・支援に必要な要素

- ・ ケアコーディネーター(看護師・PSW・心理士等)による担当制支援・治療
- ・ ケアプランの作成、ケースマネジメント
- ・ 継続的な関わり
- ・ 家族支援
- ・ 低用量単剤・薬物療法
- ・ 心理療法(CBT)
- ・ 早期からの就学・就労支援

Marshall M et al , 2004

臨床的効果 from Worcestershire EIS (Smith, 2006)

	<u>National</u>		<u>EIS (3y) 2003-6</u>
未治療期間	12-18月		5-6月
% 初発例の入院率	80%		41%
% 初発例の強制入院率	50%		27%
再入院率	50%		27.6%
% 12ヵ月間の治療継続率	50%		100% (79% well engaged)
家族の参加率	49%		91%
家族の満足度	56%		71%
就労率	8-18%		55%
自殺企図	48%		21%
自殺完遂			0%

the early psychosis declaration

IRIS

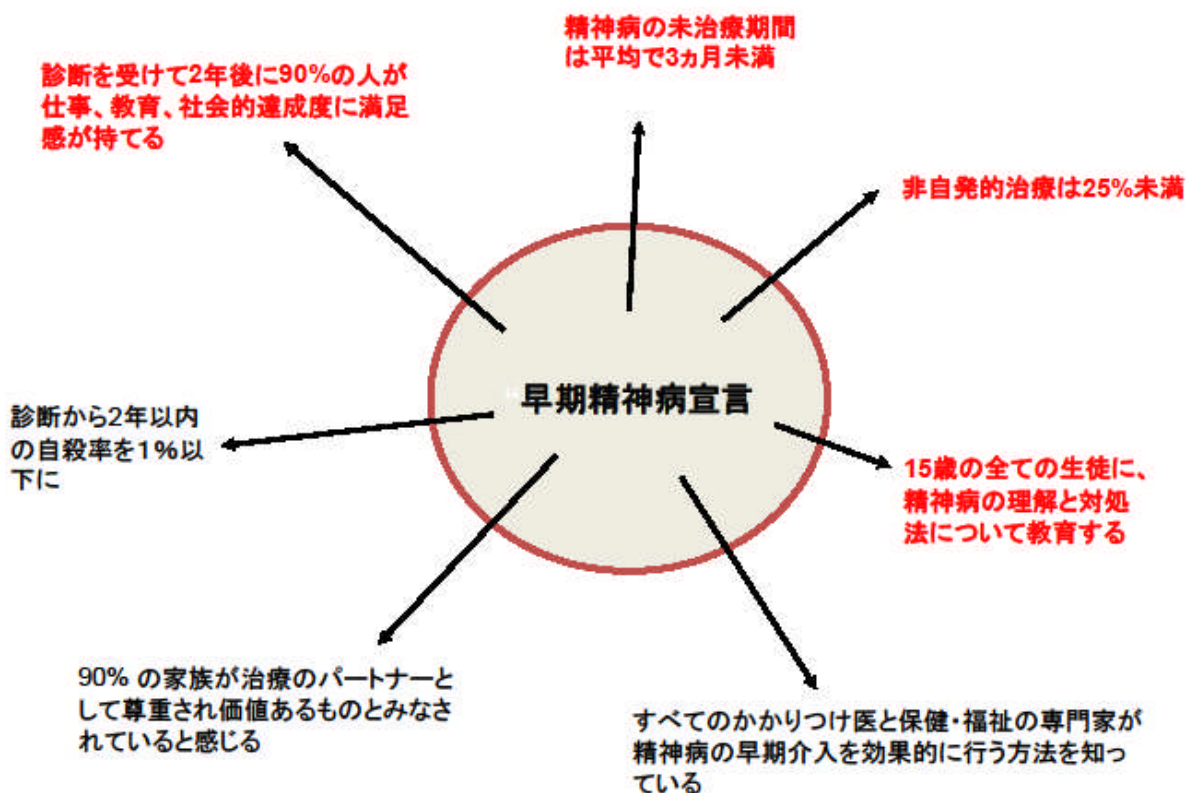
NHS

National Institute for Mental Health in England



- 2004年:WHOとIEPA(国際早期精神病学会)による国際共同宣言
- 若者の精神病からの回復を促進するための国際的コンセンサス

A collaboration between NIMHE / Rethink, IRIS, the World Health Organisation and the International Early Psychosis Association



精神病早期介入に必要なサービス要素

① 早期発見・紹介のための取り組み

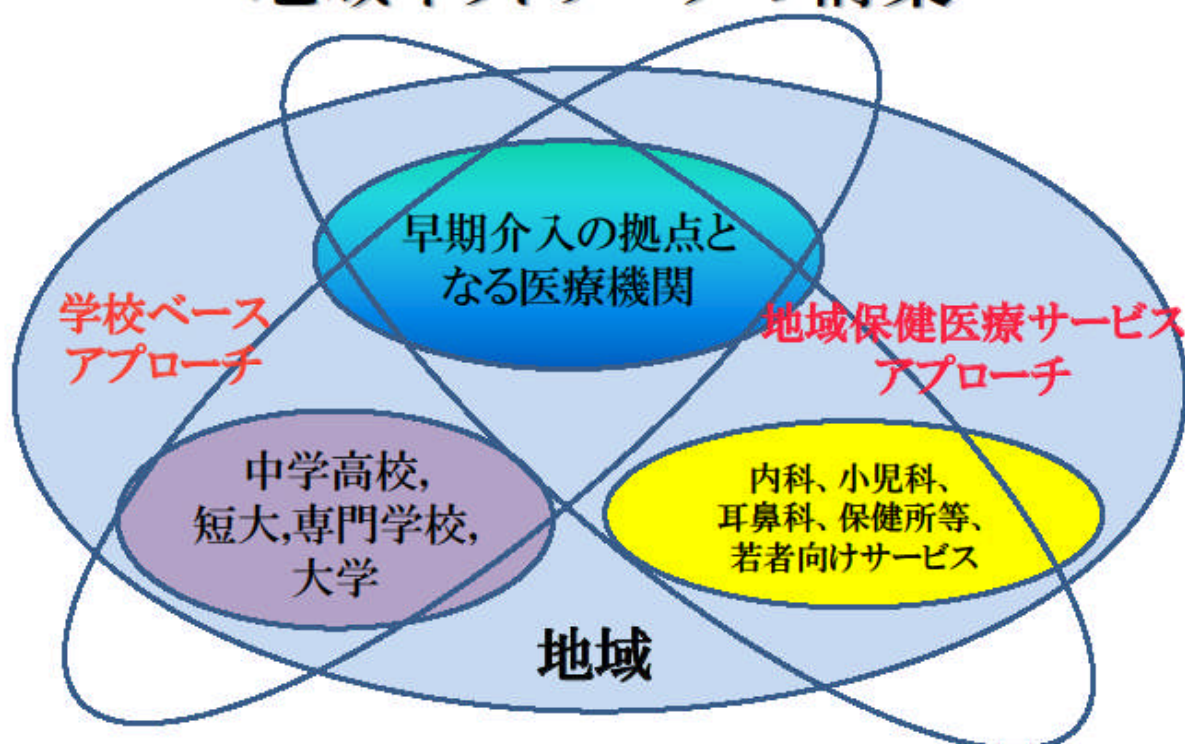
- DUP短縮のための啓発活動
- 早期紹介のための地域連携
- 紹介後の迅速な(訪問型)アセスメント(最大限、若者にスティグマと緊張感を与えない環境での初回コンタクト)
- 臨界期治療サービスへの確実な紹介

② 臨界期の包括的治療

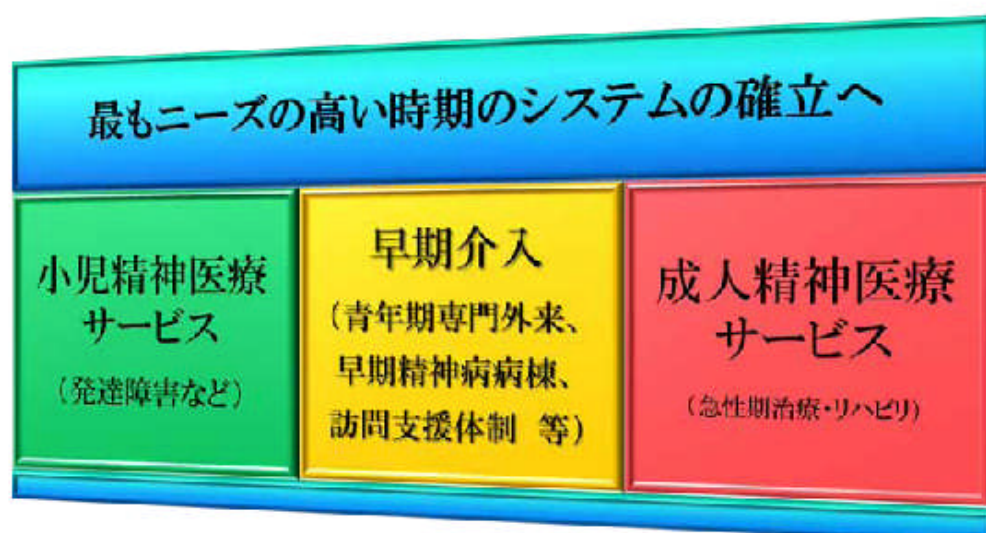
- ケアコーディネーター(看護師・P
SW・心理士等)による担当制の
支援・治療
- ケアプランの作成、ケースマネー
ジメント
- 継続的な関わり
- 家族支援
- 低用量単剤・薬物療法
- 認知行動療法
- 再発兆候への対処・再発予防
- 早期からの就学・就労支援

Marshall M et al , 2004

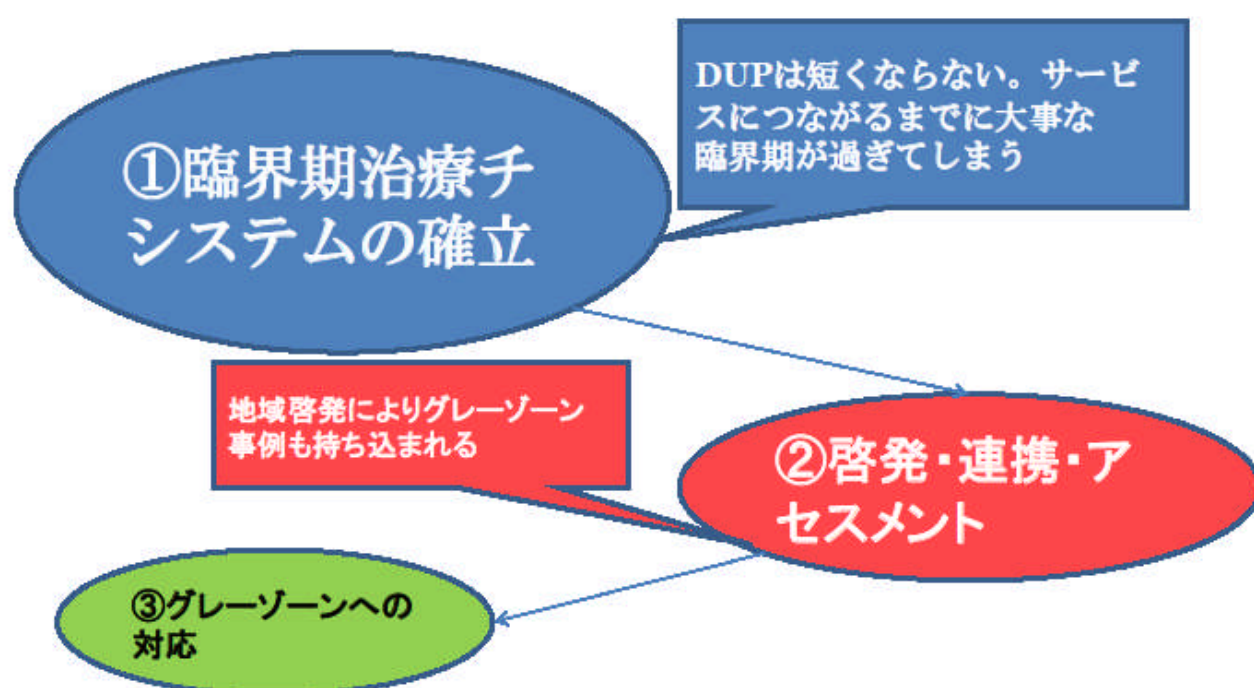
1. 精神病的早期発見・紹介に向けた 地域ネットワークの構築



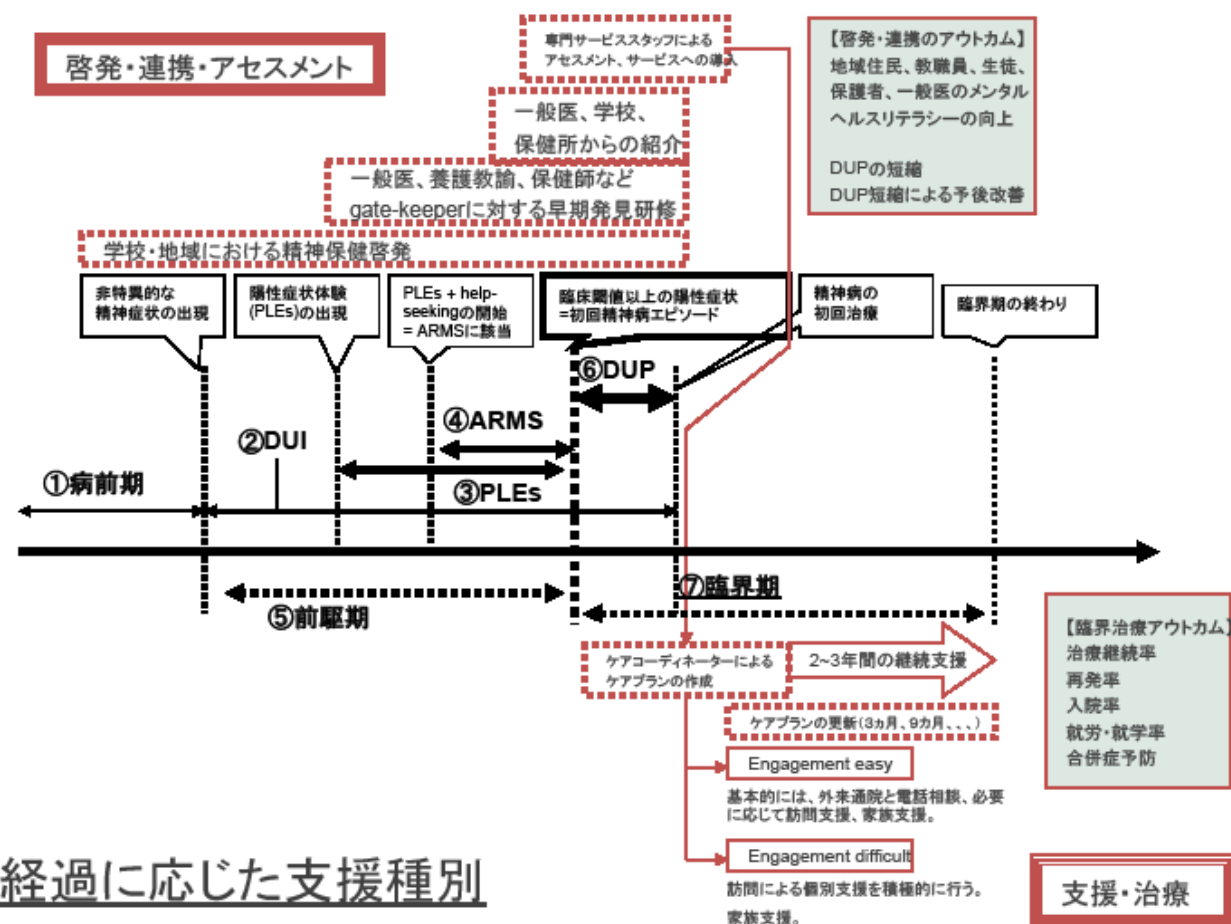
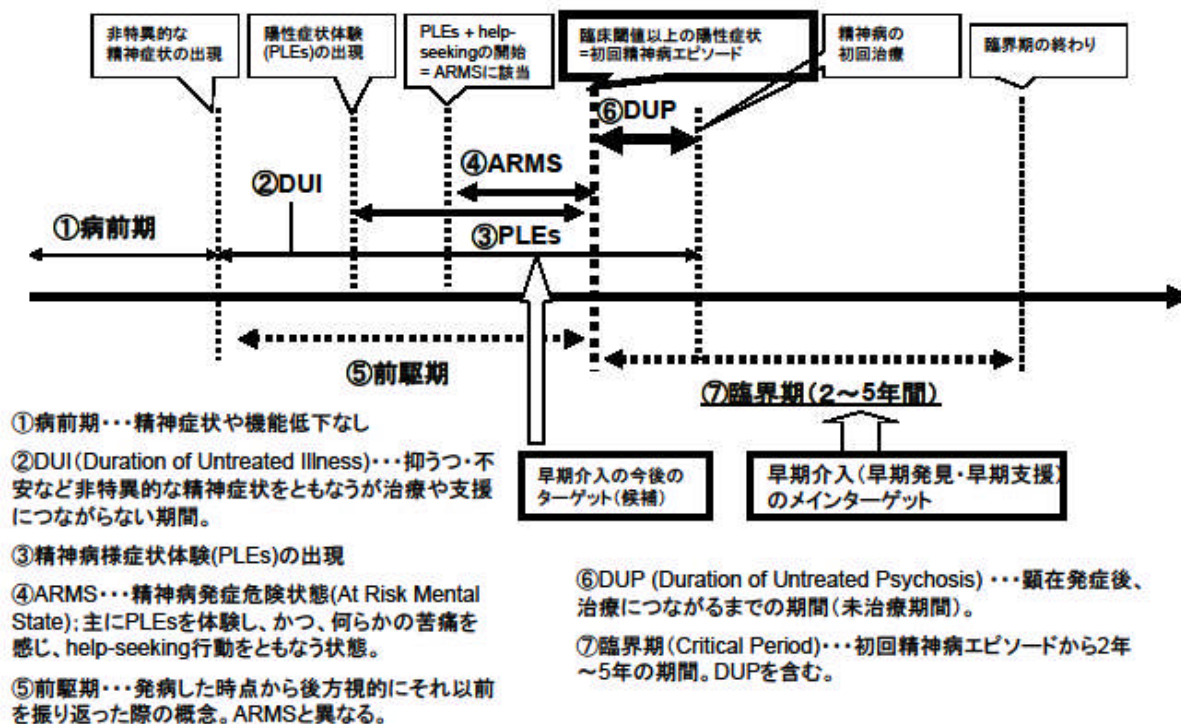
2. 青年期臨床サービスの重視 ～臨界期治療サービスの確立へ～



早期介入において 必要となるサービスコンポーネント



初期臨床ステージと精神病早期介入関連概念



(配布資料②)

思春期・青年期に始まる精神病性障害

(都立松沢病院精神科 針間博彦)

ユースメンタルサポート





ユースメンタルサポートセンター 松沢

思春期・青年期に始まる精神病性障害

都立松沢病院精神科
針間博彦

平成21年度障害者保健福祉推進事業
社会福祉法人巢立ち会
ユースメンタルサポートColor

09.11.11

お話すること

- 精神障害とは
- 精神病性障害とは
- 統合失調症とは
- 統合失調症の前駆期症状
- 統合失調症の精神病症状
- ケース検討

09.10.05

異常abnormal、疾病illness、疾患disease、
障害disorder、能力障害disabilityとは

- 異常abnormal(規準normを外れた)↔正常normal(規準norm)
- 疾病illness↔健康well-being(調子が悪いill↔調子が良いwell)
これらはグラデーションをなして連続しており、境界はない

- 疾患disease: 身体的原因がある(不明であっても)
これは有るか無いかである

- 障害disorder
illnessか否か、diseaseか否かを問わず、「支障」「問題」程度の意味

- 障害disability
身体機能の問題、活動の制限、あるいは参加の制限(WHO)
「(精神)障害者」という言葉を用いるのはこの場合のみ

Illness、disease、disorder、diabilityの訳語が混同され、スティグマ(烙印)の一因となっている

09.10.05

こころの疾病mental illnessとは: 病的なもの、そうでないもの

- 病的でないもの(疾患や精神病ではない):程度の問題。本人の特徴として理解できる。正常から区別される境界はない
 - 知的障害
 - 発達障害
 - 神経症性障害
 - パーソナリティ障害
 - 摂食障害→「病名」をつけることはレッテル貼りではない
→心理的対応が重要
- 病的な障害(疾患、精神病):程度の問題ではない。本人の特徴として理解できない。正常から区別される
 - 脳や身体の疾患による精神障害(中毒、感染症など)
 - 統合失調症など精神病性障害
 - 躁うつ病(気分障害)→「病気」に関する教育が重要
→薬物治療などの身体的治療が必要

これら2群は、現象からは区別が難しいことがある

4

思春期・青年期によくみられる精神保健問題

- 摂食障害
- 適応障害/パーソナリティ障害/神経症性障害
- うつ状態/うつ病
- 統合失調症の前駆期にみられる状態(発症危険状態)
- 精神病性障害
 - 統合失調症
 - 妄想性障害(思春期妄想症)
 - その他

※知的障害、発達障害は思春期以前からの問題

精神病状態psychosisとは

- 精神病状態とは
 - － 精神病症状を呈する状態。成因を問わない状態像診断である
- 精神病症状とは
 - － 妄想
 - － 幻覚
 - － まとまりのない会話
 - － まとまりのないまたは緊張病性の行動
- DSM-IV-TRにおける精神病性障害
 - － 統合失調症
 - － 他の精神病性障害: 統合失調症様障害、妄想性障害、統合失調感情障害、短期精神病性障害、共有精神病性障害、一般身体疾患による精神病性障害、物質誘発性精神病性障害、特定不能の精神病性障害
- Psychosisという言葉は、早期介入のためには「診断的不確定性を受け入れる」という観点から好んで用いられる

精神病状態psychosisを伴う病態

- 精神病性障害psychotic disorders
 - － 統合失調症
 - － 統合失調症様障害
 - － 失調感情障害
 - － 妄想性障害
 - － 短期精神病性障害
 - － 物質誘発性精神病性障害など
- 器質性の精神病状態
 - － せん妄
 - － 認知症
 - － 局所的脳病変(出血、腫瘍)など
- 気分障害
 - － 躁病
 - － うつ病

統合失調症schizophreniaとは

- 主に思春期・青年期に発病し、非特徴的な症状を呈する前駆期から始まり、特徴的な精神病症状(妄想、幻覚、まとまりのない会話)を呈する精神病エピソードに至り、ときに陰性症状(思考・感情・意欲の障害)が残遺する症候群
- 脳疾患と考えられているがいまだ原因不明(神経発達障害、神経変性進行による脆弱性などの仮説あり)
- したがって1つの疾患単位であるか否かも不確定
- 有病率: 約100人に1人のcommon disease.
- 診断: 精神症状と経過から判断される
- 経過: 急性一再発性のものから慢性一進行性のものまでさまざま。「経過は決して慢性化や荒廃化が避けられないわけではない」(ICD-10)
- 転帰: 完全寛解から残遺状態、持続性精神病状態までさまざま。「ある割合の患者の転帰は完全寛解、ほぼ完全寛解、回復である」(ICD-10)
- 性差: 有病率に性差なし。発症は女性がやや遅い。

09.10.05

F20 統合失調症(ICD-10,1992)の全般基準

- (a) 考想化声、考想吹入または考想奪取、あるいは考想伝播
- (b) 体あるいは手足の動き、あるいは特定の思考・行為・感覚に明確に関係付けられた、被支配妄想、被影響妄想、あるいはさせられ体験。妄想知覚
- (c) 患者の行動に実況解説を加える幻声、患者について話し合う幻声、あるいは身体のある部分から聞こえる他の型の幻声
- (d) 自身の宗教的あるいは政治的な身分や、超人的な力と能力といった、文化的に不適切かつ全くあり得ない、他の種類の持続的妄想(例えば、天候をコントロールできる、宇宙人と交信しているなど)
- (e) 感覚の種類を問わず持続性の幻覚が、明らかな感情的内容のない妄想(浮動的あるいは形成の不完全なことがある)、あるいは持続性の優格観念を伴う、あるいは数週間から数ヶ月間、毎日続けて生じる。
- (f) 思考途絶あるいは思路への割り込みの結果、滅裂や的外れな会話が生じる。あるいは言語新作
- (g) 興奮、常同姿勢あるいはろう屈症、拒絶症、緘黙、および昏迷などの緊張病性行動。興奮、常同姿勢、蠟屈症、拒絶症、緘黙、昏迷などの緊張病性行動
- (h) 顕著な無感情、会話の貧困、情動的応答の鈍麻あるいは不一致といった「陰性」症状。これらは通常、社交からのひきこもりや社会的遂行能力の低下を生じる。それらは抑うつや抗精神病薬の投与によるものではないことが明らかでなければならない。
- (i) その人の立ち居振る舞いのいくつかの側面における、その全体的な性質の重大かつ一貫した変化。これは関心の喪失、無目的性、無為、自己没入的態度、および社交からのひきこもりとなってあらわれる。

9

F20 統合失調症(ICD-10,1992)全般基準:要約

- (a) 思考に関する自我障害
- (b) させられ体験、被影響体験。妄想知覚
- (c) 特徴的な幻声
- (d) 奇異な妄想
- (e) 他の持続性の幻覚
- (f) 形式的思考障害(まとまりのない会話)
- (g) 緊張病性行動(まとまりのない行動)
- (h) 陰性症状
- (i) 人格変化

斜体字は精神病症状

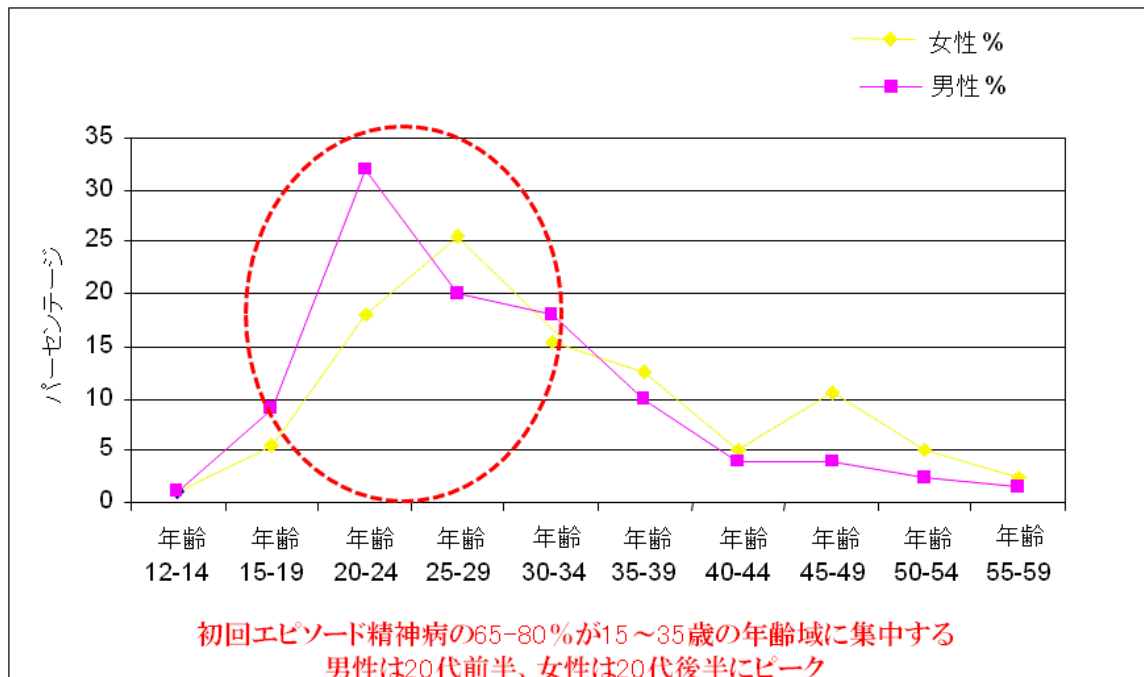
(a)-(d)は1つあればよい症状

10

DSM-IV-TR(2000) 統合失調症の特徴的症状

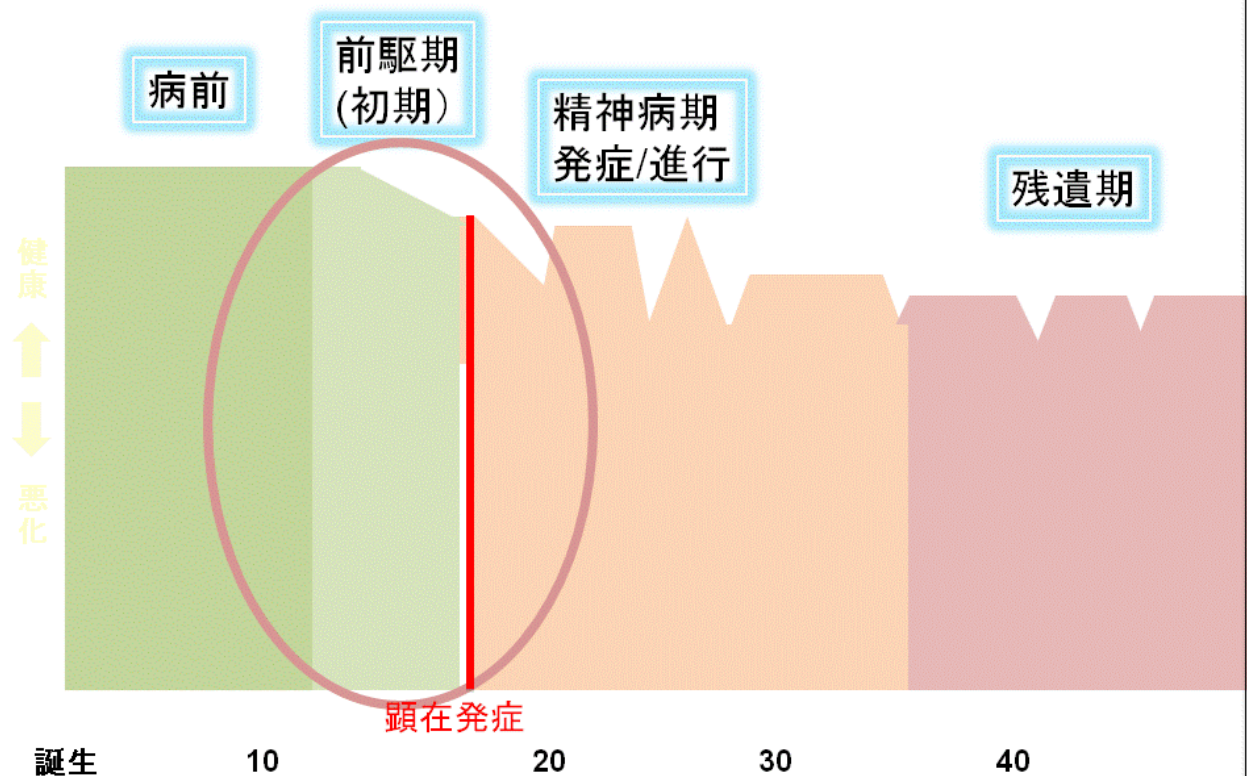
症状の次元	DSM-IV-TR 統合失調症の特徴的症状
現実歪曲 reality distortion	(1)妄想
	(2)幻覚
解体 (まとまりのなさ) disorganisation	(3)まとまりのない会話
	(4)ひどくまとまりのないまたは 緊張病性の行動
陰性 negative	(5)陰性症状

統合失調症の発症年齢



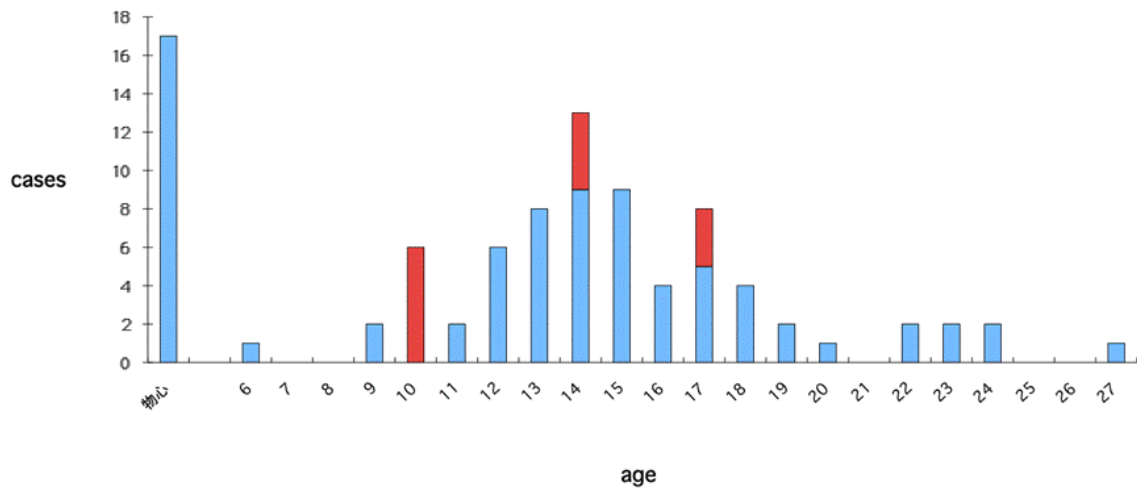
Dr. Paul French のご好意による

統合失調症の自然経過



初期統合失調症の発病年齢 (n=90)

(関、針間、中安、1998)



赤の棒は左から順に、おのこの「小学校の頃」「中学校の頃」「高校生の頃」と曖昧に陳述された時期を、各時期の中位数の年齢において示したものである。

統合失調症の前駆期(初期) よくみられる症状

- 集中力・注意力の低下
- 意欲低下、モチベーション(動因)の低下
- 抑うつ
- 睡眠障害
- 不安
- 社交からのひきこもり
- 役割機能の低下
- 易刺激性

統合失調症の前駆期(初期) 他者に関する症状

- 対他緊張
 - 周りの人に対して緊張感を抱く
 - 被害念慮
 - 「周りの人に悪く言われている、悪く思われている、笑われている」などと
感じられる
 - 注察念慮
 - 「周りの人に見られている」と感じる
 - 関係念慮
 - 周囲の人の言葉や表情などを「自分のことではないか」と感じる
- 本人も半信半疑であり、その場限りのものである
 - これらは特定の人あるいは不特定の人を対象として生じる
 - 本人は対処として対人状況を避けようとする

16

前駆期にみられる「弱い精神病症状」

	弱い精神病症状
妄想の弱いもの	困惑 関係念慮 変わった思考、魔術的思考 猜疑心やパラノイド観念(被害・注察念慮)
幻覚の弱いもの	知覚変容 錯覚 離人症/現実感喪失 要素幻聴
解体の弱いもの	会話の迂遠さ、接線性、まとまりのなさ

F21 統合失調型障害(ICD-10)

- (1) 不適切な、あるいは狭小化された感情のため、患者は冷淡で近寄りがたくみえる。
- (2) 変わった、奇矯な、あるいは奇抜な行動あるいは外見
- (3) 他者とのラポールが不良であること、および社交からの引きこもりの傾向
- (4) 行動に影響を与え、下位文化的基準に矛盾する、変わった確信あるいは**魔術的思考**
- (5) **猜疑心**あるいは**パラノイド観念**
- (6) 醜形恐怖的、性的あるいは攻撃的内容をしばしば伴う、内的抵抗のない反芻
- (7) 身体感覚性(身体性)錯覚あるいは他の錯覚、離人症あるいは現実感喪失などの**異常知覚体験**
- (8) 曖昧な、迂遠な、隠喩的な、凝りすぎた、あるいはしばしば常同的な思考、これは**変わった会話**としてあらわれる、あるいは他のあらわれ方をするが、著しい減裂を伴わない。
- (9) **時折の一過性精神病様エピソード**、これは強度の錯覚、幻聴あるいは他の幻覚および妄想様観念を伴い、通常、外的誘発なしに生じる。

18

発症危険精神病状態 At Risk Mental State;ARMS

- 精神病状態発現に関する「超ハイリスク(UHR)」群の基準
- 素因要因と状態要因の組み合わせ
- 第1群:脆弱性vulnerability群
 - 統合失調型障害あるいは精神病性障害の家族歴および機能低下
- 第2群:弱い精神病状態attenuated psychosis群
 - 弱い精神病症状の存在
- 第3群:短期間欠性限定精神病症状(BLIPS)群
 - 1週間以内に自然寛解する精神病症状の存在

09.10.05

初期統合失調症 —診断に有用な高頻度の初期統合失調症症状— (中安、関、針間、2001)

1. 自生体験
 - 自生思考
 - 自生記憶想起
 - 自生空想表象
 - 自生音楽表象(音楽性幻聴)
2. 気付き亢進
 - 聴覚性気付き亢進
3. 緊迫困惑気分とその関連症状
 - 緊迫困惑気分
 - 漠とした被注察感ないし実体的意識性
 - 面前他者に関する注察・被害念慮
4. 即時的認知の障害
 - 即時理解ないし即時判断の障害
 - 即時記憶の障害

自生思考

定義

とりとめもない種々の雑念が連続的に勝手に浮かんでくる、あるいは考えが勝手に次々と延長・分岐して発展すると体験されるもので、何らかの葛藤状況にある人が特定の観念に関して堂々めぐりのごとく思い悩むのとは異なる。患者は浮かんでくる考えの内容を答えられることもあり、また答えられないこともある。この体験は自然に生じてくる場合のほかに、たとえば何かを見た際に、それが刺激になって生じる場合もある。これらが常態化した場合には、本来の自分とは異なる「もう1人の自分」を感知することになる。

陳述例

自分で意識して考えていることと無関係な考えが、急に発作的にどんどんと押し寄せてくる。頭の中がごちゃまぜとなってまとまらなくなる。長くて10分、短くても2～3分は続く。

自生記憶想起

定義

過去に体験した情景的場面が現在の状況や気分に関係なく、自然によみがえってきて「頭の中に見える」と体験されるものである。よみがえってくる情景は、忘れてしまっていたような些細なものであることがもっとも多いが、それに次いで不快な体験が数多くみられる。この症状の同定にあたっては、必ずそれが自分の過去の体験であると患者に認知されることが必要である。「過去の情景が見える」だけでなく、「その場にいる人が何をしゃべっているのかわかる（あるいは声が聞こえる）」とかの聴覚表象を帯びている場合や、「臨場感があって、今その場にいるようだ」というレベルまで様々である。また、その折の気分や情動の再現が随伴する場合もある。

陳述例

頭の中に昔の場面がよく浮かぶ。友達と遊んでいる情景が多く、実際の場面と変わりがないほどに鮮明で色彩もあり、人の動きも場面の変化もある。見ているというよりも、なんとなくその場にいるような感じで、ハッと気がつくとい時間たっているということもある。声は聞こえていないと思うけど、会話はしている感じ。

自生空想表象

定義

俗に白昼夢と呼ばれるもので、物語性の展開を有する空想的情景表象である。表象像は主として視覚性であり、広く「頭の中に見える」という体験の一部をなしている。加えて聴覚性や触覚性の成分を伴うこともある。典型例では患者はそれに没入し、はっと気がつくとい30分とか1時間とか比較的長い時間がたっていたということになる。

陳述例

好きな人の名前が浮かんでくることがあるが、そのときは相手が実際にそこにいるような感じでしゃべってしまう。半分では空想とわかっているが、半分ではそれに浸り切っている。頭の中にはそういう情景が見えている。セックスの場面もある。たとえば、寝物語をしているとか。キスをする感覚があつたり、局部に性感を感じるときもある。ふっと気がつくとい机の前に座っている。長ければ2～3時間もそうしているときがある。

自生音楽表象(音楽性幻聴)

定義

たとえばテレビのコマーシャル・ソングや小学校唱歌のような聞き知っている音楽、まれにはこれまで聞いたこともないようなメロディーが自然に頭の中に聞こえてくるものである。「聞こえる」、「鳴り響く」と体験される場合のみに限定する。

陳述例

頭の中でコンサートをやっているみたい。聞きかじったことのあるコマーシャル・ソングや歌謡曲。持続は短いが、浮かんでは消え、消えては浮かぶ。知っているところは鮮明に、記憶にないところはボリュームが下がったり、途切れたりする。歌の場合は知らないところは伴奏のみ、知っている箇所は伴奏に歌がついている。

聴覚性気付き亢進

定義

注意を向けている対象以外の、種々些細な知覚刺激が意図せずに気付かれ、そのことによって容易に注意がそれる(往々、驚愕や恐怖などの情動反応や進行中の行為の中断を伴う)というものの内、気付きの対象が予期せず突発的に周囲で起こる些細な物音や人声など、聴覚性のものである場合をさす。往々それらの雑音が大きく聞こえるという聴覚強度の増大を伴いやすい。患者は「音がすると気が散って、1つのことに注意の集中ができない」、「音がするとビクッと驚いてしまう」、「その時にしていたことが中断される」などと訴える。

陳述例

他人の声や不意の音、たとえば戸を開閉する音や近くを走る電車の音などを聞くとビクッとして落ち着かなくなる。ラジオ、テレビ、ステレオは不意の音を消すためにわざと聞いているのであるが、それらの音に対してはそういうことはない。最近ではそれほどでもないが、大学を中退した頃が最もひどく、音を出している人に憎しみさえ抱いた。講義中、まわりの学生が雑談していると耐えきれなくなって外へ出た。何かをしようとすると、決まって音声が耳に入ってきて注意が集中できなかった。

緊迫困惑気分／対他緊張

定義

緊迫困惑気分とは、何かが差し迫っているようで緊張を要するものの、何故そんな気持ちになるのかわからなくて戸惑っているというような、緊迫感の自生とそれに対する困惑からなる気分である。対他緊張とは、上記の緊迫困惑気分がいささか進展したものであり、他（他人、他物）→自の攻撃性ととも、それに対抗すべく生じた自→他の攻撃性という、双方向性の攻撃を内に含んだ著しい緊張感である。

陳述例

いつも何かに追われているような圧迫感があります。（追われているって何に？）時間とか・・・。（怖いって感じはあるの？）怖いです。（自然に緊張してくるの？）いつも面接の前のような緊張感が、朝も昼も晩もあるんです。

漠とした被注察感ないし実体的意識性

定義

周囲に誰もいない状況で「誰（何）かに見られている」と感じられる体験である。「見られている」という感じは明瞭、確実であるが、患者は「実際に誰かが見ている」とか考えていない。見ている存在に関しては、その方向や距離も定めきれず、またそれが人間であるか否かもわからないもの（漠とした被注察感）から、その存在が実体的に明瞭に感知されるもの（実体的意識性）まで様々である。通常、背後から見られるという体験が多いが、それに限られるものでもない。

陳述例

夜、自分の部屋で勉強しているときなど、背後から霊に見られている感じがする。振り向くけど何もいない。しかし、前を向くと再び見られる感じ。怖いので勉強を止めて寝てしまう。このことがあって霊の存在を信じるようになった。

面前他者に関する注察・被害念慮

定義

周囲に人のいる場所において、人から見られている、あるいは人々が自分のことを悪く言っていると感じられるものであるが、被害妄想とは異なってその確信度は半信半疑であり、またその場では強く確信されたとしても、場を離れるとそれが否定されるというように（‘今信次否’）、その場かぎりのものである。

陳述例

学校へ行くと、どこことなくまわりから見られている感じがして緊張する。通学の途上でも。また学校で友達が笑ったりすると、自分が笑われているんじゃないかと思ってしまう。半分はそう思っていないんだけど、半分はそう感じてしまう。ことに背後から見られているという気がしていて、そうした時に笑い声がすると。

即時理解ないし即時判断の障害

定義

常日頃は即座に理解できていた他人の会話が知らない外国語を聞くようにわからなくなったり、簡単な文章すらも十分な時間をかけなければ理解できなくなったり、あるいはそれまで自明のことであつたこと（たとえば、形や色の違いなど）がわからなくなったりするという体験である。

陳述例

人の話を聞いても、別の国の言葉を聞いているよう。何を言っているのか、だいたいわかるけど、意味としてまとまらない。単語がグシャグシャにならんでいるだけで、暫くするとわからなくなる。（書かれたものはどう？）活字を目で追っているだけで、それ以上のものとはならない。

即時記憶の障害

定義

直前に自分でしようと思ったことや他人から聞いたこと、あるいは読んだことがまったく思い出せなくなるという体験である。

陳述例

何をしようとしていたのか忘れてしまうんです。たとえば冷蔵庫に何かを取りに行くとなると、何を取りに来たのか思い出せないんです。〈遊園地で御土産の販売のアルバイトをしているが〉いつも忘れてしまうので倉庫に商品を取りに行くときには、その商品を1つ持って行くようにしています。

アスペルガー症候群患者における 「診断に有用な高頻度初期統合失調症症状」の存否 (中安、2009)

-
1. 自生体験
 - ・自生思考
 - ・自生記憶想起
 - ・自生空想表象
 - ・自生音楽表象(音楽性幻聴)
 2. 気付き亢進
 - ・聴覚性気付き亢進
 3. 緊迫困惑気分／対他緊張とその関連症状
 - ・緊迫困惑気分／対他緊張
 - ・漠とした被注察感ないし実体的意識性
 - ・面前他者に関する注察・被害念慮
 4. 即時的認知の障害
 - ・即時理解ないし即時判断の障害
 - ・即時記憶の障害
-

赤字:50%以上

青字:0%

顕在発症例一覧

症例番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9
性別	男	男	女	男	女	男	女	女	男
発病年齢	15	16	22	14	15	15	10	14	不明
初診年齢	16	18	22	15	19	18	18	18	21
初期症状（30種）	26	6	9	12	7	5	5	14	11
初期症状（10種）	10	4	4	6	4	3	3	4	7
顕在発症年齢	30	27	32	23	21	18	21	20	26
顕在発症時の状態像	緊張病性興奮状態	緊張病状態	幻覚妄想状態	妄想状態 → 幻覚妄想状態	緊張病性興奮状態	前緊張病状態（不安・困惑状態）	緊張病性亜昏迷状態	緊張病性興奮状態	幻覚妄想状態
顕在発症までの経過年数	15	11	10	9	6	3	11	6	> 5
服薬中断から顕在発症までの期間	3ヶ月	1年7ヶ月	2ヶ月	6ヶ月	3ヶ月	服薬中 (初診後1ヶ月)	5ヶ月	服薬中	2年
服薬中断前3ヶ月の処方内容（抗精神病薬）	SLP(600) FPZ(9) CPZ(200)	なし	SLP(600) FPZ(12) FPZ(1.5) LPZ(50) HPD(3)	FPZ(2-4) CPZ(50)	FPZ(0.75-3)	SLP(150-300) FPZ(0.75-1.5)	SLP(600) BPD(3)	SLP(300) FPZ(6) CPZ(150)	不明

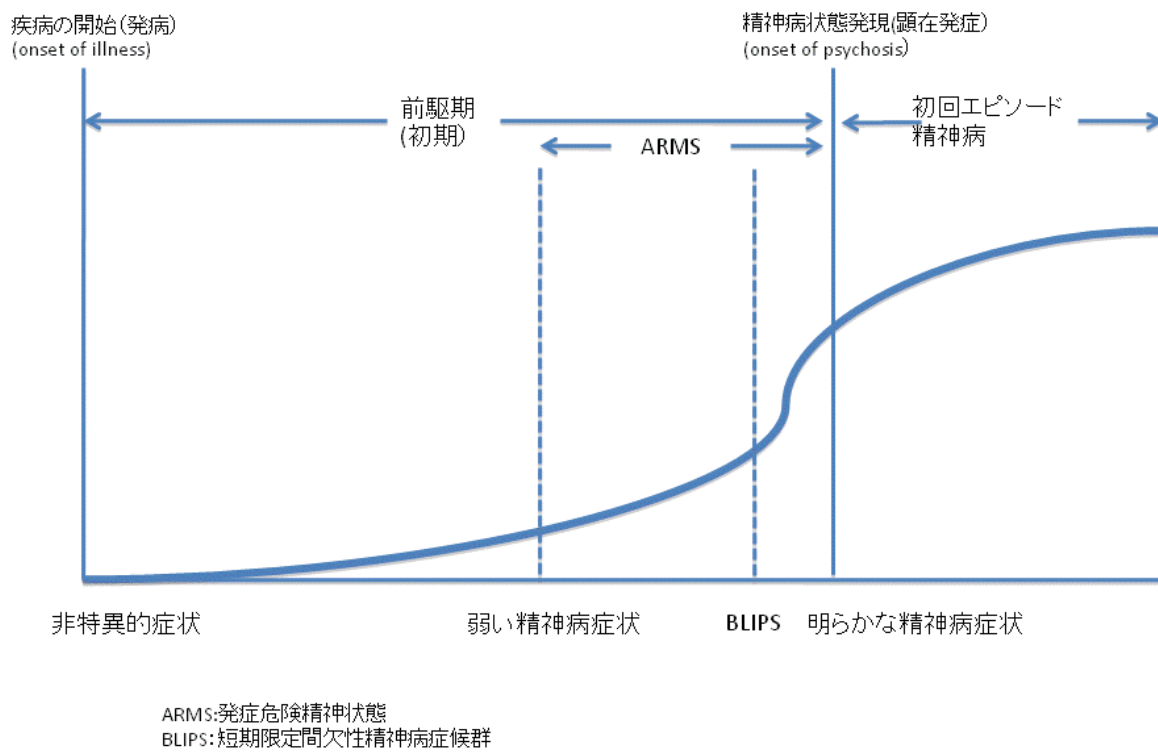
BPD: bromperidol LPZ: levomepromazine
CPZ: chlorpromazine FPZ: perphenazine
FPZ: fluphenazine SLP: sulpiride
HPD: haloperidol

顕在発症9例のまとめ

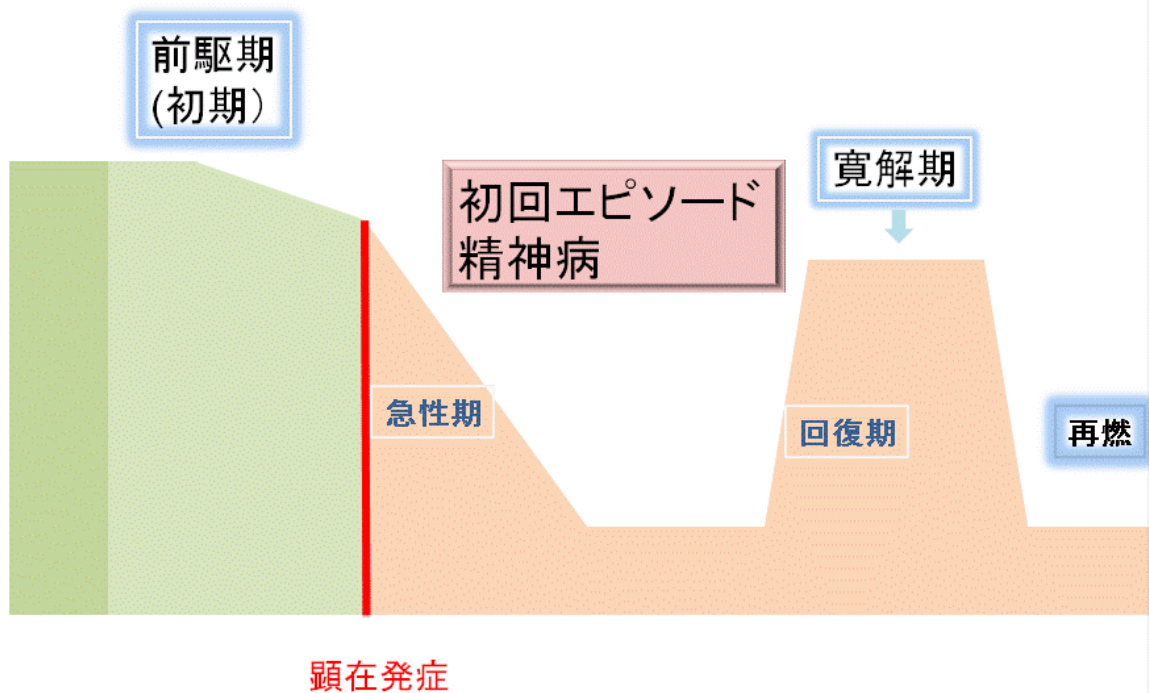
顕在発症9例について検討するに、

- 1) 発病から顕在発症までの経過年数は3～15年の間に分布し、平均で8.9年である（発病年齢不明の1例を除く8例での検討。2)で述べる服薬中断後に顕在発症した7例に限るならば9.5年）。
- 2) 9例中7例が服薬中断後に顕在発症しており（平均で8.9ヶ月後であり、他の2例は服薬中）、その7例中5例が2～6ヶ月後である。
- 3) 上記5例の中断前薬剤はSLP（3例ですべて600mg/日）以外に は、FLP（4例、0.75～9mg/日）、CPZ（2例、50～200mg/日）、PPZ（1例、12mg/日）、LPZ（1例、50mg/日）、HPD（1例、300mg/日）、BPD（1例、3mg/日）であり、FLP以下の薬剤を使用していない症例は皆無であった。

統合失調症の精神病状態発現モデル



統合失調症の精神病エピソード



統合失調症の精神病状態(1)

- 被害妄想
 - 具体的事実がないのに、「周りの人が悪く思っている、悪く言っている、嫌がらせをする」と信じ込んでいる。
 - 事実がないので、「のけものにされる」「言葉の暴力を受ける」などと訴えられ、具体的な行為は訴えられないことが多い。
 - 「あの時いじめられた、虐待された」と過去にさかのぼる妄想も多い。
- 関係妄想
 - 周囲の人のささいな言動を自分と関係付け、「自分のことを話している」「自分がいると周りの人が話すのを止める」などと信じ込んでいる。
 - 被害妄想と関係妄想は結び付いていることが多い。
- 本人は確信しており、説明や説得を試みても訂正できない
- 妄想の対象は特定の人のものであれば、不特定のものもある
- 幻覚妄想に支配されると、患者はひきこもることが多いが、突然「加害者」に攻撃を加えることがある。

36

統合失調症の精神病状態(2)

- 他の妄想
 - 被愛(恋愛)妄想:「(ある人に)愛されている」
 - 誇大妄想:「発明をした、大金が入っている、など」
 - 罪責(罪業)妄想:「人に迷惑をかけた」
 - 憑依妄想:「霊につかれている」
 - 虚無(否定)妄想:「自分の体も世界も存在しない」
 - 心気妄想:「自分はエイズ(がん、など)にかかっている」
 - 醜形妄想:「自分は顔の形がおかしい」
 - 自己臭妄想:「自分は臭い」

37

統合失調症の精神病状態(3)

- 幻聴
 - 自分の悪口を言う声(「ばか」「死ね」など)が聞こえる。
 - 自分のことを話し合っている声が聞こえる(「あいつはばかだ」「そうだ」など)
 - 自分の行動を実況する声が聞こえる(「いまトイレに入った」など)
 - 周囲の人からの実在の声だと思ふことが多い(「うしろから言われる」「すれ違いざまに言われる」「外の通行人が行っている」など)
- 幻視(まれ)
 - 人の姿が顔が見えるなど
- 幻嗅
 - 不快な臭い、時に自己臭
- 幻味
 - 食べ物や飲み物が変な味がする
- 身体幻覚
 - 「脳がとける」、「体がビリビリする」など

38

統合失調症の精神病状態(4)

- 自我障害
 - 考想伝播:「自分の考えが皆につつぬけになっている」「ネットで自分のことが言いふらされている」
 - 考想奪取:「考えを抜き取られる」
 - 考想吹入:「考えを吹き込まれる」
 - させられ体験・被影響体験:「操られる」「体が電磁波でやられる」
- 緊張病症状
 - 興奮:運動暴発、衝動行為
 - 昏迷:無動、無言、無反応

39

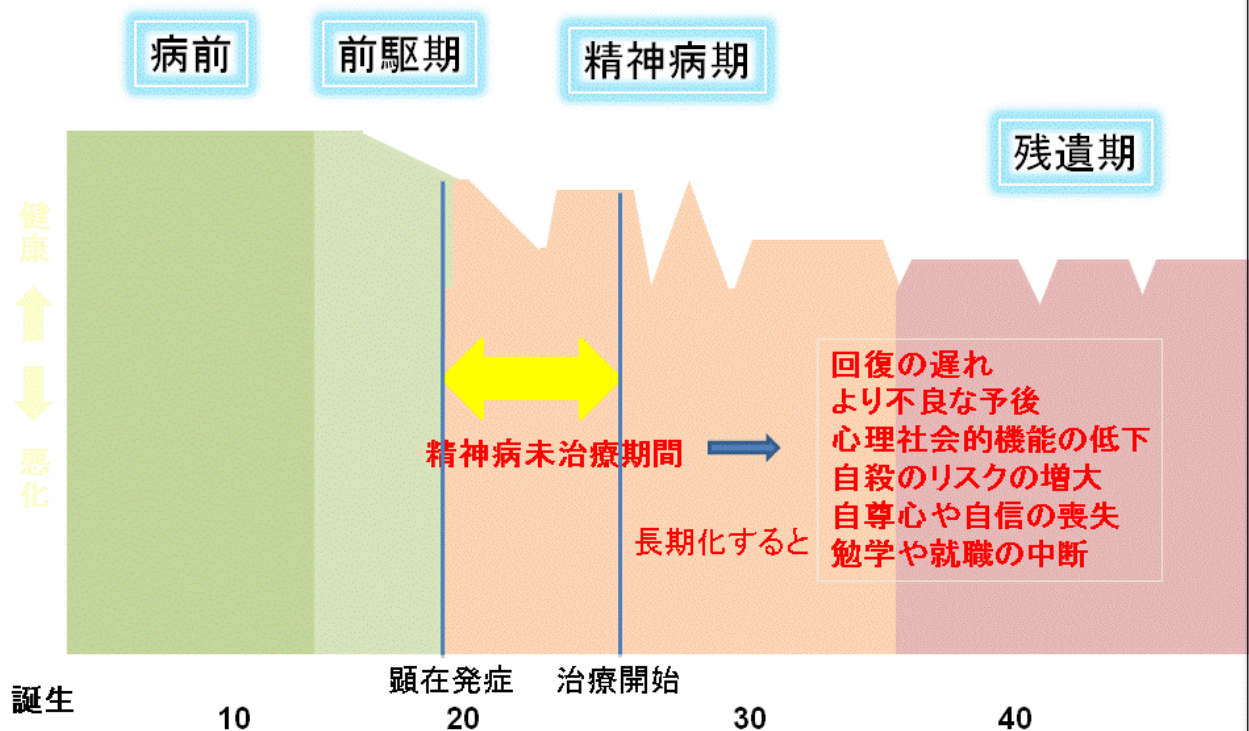
統合失調症の他の症状

残遺期および経過を通じて出現・進行しうるもの
原則的に非可逆的な変化である(精神病症状は原則的に可逆的)

- 陰性症状
 - 思考(会話)の貧困化/まとまりのない会話(連合弛緩)
 - 感情の平板化(感情鈍麻)/不適切な感情(感情倒錯)
 - 意欲低下
- 人格変化
 - 関心の喪失
 - 無目的性
 - 無為
 - 自己没入的態度
 - 人付き合いからのひきこもり

40

精神病未治療期間 duration of untreated psychosis; DUP



F20.5 残遺統合失調症(ICD-10)

- A. 統合失調症の全般基準を過去の一時期に満たしたが、現時点では満たさない
- B. 以下の「陰性」症状のうち4項目以上が過去12ヶ月間を通じて存在している
- 1) 精神運動性緩慢化あるいは活動性低下
 - 2) 明確な感情鈍麻
 - 3) 受動性および自発性欠如
 - 4) 会話の量あるいは内容の貧困
 - 5) 顔の表情、視線交錯、声の抑揚、姿勢による非言語的コミュニケーションの不良
 - 6) 社会的遂行能力あるいはセルフケアの不良

42

統合失調症の病期とICD-10診断

統合失調症の病期	ICD-10診断
病前期(病前性格)	(F60.1 統合失調質パーソナリティ障害)
前駆期(初期)	F21 統合失調型障害
精神病期	F20 統合失調症
残遺期	F20.5 残遺統合失調症

43

妄想性障害(思春期妄想症)

- 自己臭妄想
 - － 「自分から発する不快な臭い(性器・肛門などから)のために他人が自分を避ける」という確信
 - － 忌避妄想(「他人が自分を避ける」と関係妄想(「他人が鼻をさわるなど、臭いのことをほのめかす」)が結び付いてる
- 醜形妄想
 - － 自分の身体部位の形状の醜悪さ・異形性(「鼻の形が醜い」「まぶたが一重でおかしい」「頭髪が薄い」)などを確信
 - － 忌避妄想、関係妄想を伴うこともある
- 忌避妄想、関係妄想は本人には「いじめ」と感じられることがある
- 著しい苦痛を伴うが、周囲の人には「気のせい」「考えすぎ」にしか見えない。
- これらの妄想だけが持続することもある(妄想性障害)、統合失調症の一症状のこともある(幻聴など他の症状を伴う)

09.10.05

躁うつ病(気分障害、双極性障害)

- うつ状態
 - － 身体症状:睡眠障害、食欲低下、体のだるさ・重さなど
 - － 精神症状:意欲低下、興味の減退、思考力の低下、自尊評価の低下、自殺念慮
- 躁状態
 - － 身体症状:睡眠障害、過度の健康感
 - － 精神症状:過度の活動性、過度の喜怒哀楽、気が散り考えがまとまらない、誇大的な自己評価
- － こうした状態の出現にはきっかけがあることもないこともある
- － こうした状態は治療すればたいてい完全に消失するが、再発することがある
- － 統合失調症など精神病性障害と区別が難しいことがある

09.10.05

行動からみた思春期・青年期の精神症状

- 不登校
 - 行きたいけれど行けない:いわゆる不登校(病的ではない)
 - 理由があって行けない:現実のいじめ、被害妄想など
 - 行こうとも思わない:意欲低下
- ひきこもり
 - 家で1人であるのが好き:性格傾向
 - 理由があって外に出られない:対人恐怖、被害妄想など
 - 外に出ようとも思わない:意欲低下
- 暴力など他害行為、自傷行為
 - 性格要因and /or環境要因:欲求不満や攻撃性の行動化
 - 幻覚や妄想に支配された興奮、緊張病性興奮
 - 人格変化

09.10.05

統合失調症でのひきこもり

- 前駆期(初期)
 - 対処行動 (症状が出現する状況を避ける二次的自閉)
- 精神病期
 - 病識欠如(被害妄想や幻聴など病的体験に支配されている)
- 残遺期および全経過を通じて
 - 陰性症状:意欲低下、感情鈍麻、会話の貧困化
 - 人格変化:関心の喪失、無為、無目的

47

ケース検討

- ケース1：前駆期/ARMSでの治療により精神病状態に移行せず寛解した例
- ケース2：前駆期/ARMSで治療を受けず、精神病状態に移行した例
- ケース3：前駆期/ARMSで治療を受けたが、治療中断後に精神病状態に移行した例

09.10.05

ケース1：16歳男性

- 中高一貫校の男子生徒。中学では運動部やバンド活動など活動的であった。
- 高校1年の2学期(16歳)、何ら原因なく、突然に2, 3人の級友に対して「今まで親しかった仲間が急に自分に辛く当たってくる。教室の向こうのほうで何か自分を陰口を言っている。こっちを見てニタニタ笑っている」と感じ始めた。次第に自分の陰口を言う人が特定の人から周りの無関係な人に拡がり、授業時間中も休み時間も、教室内でも廊下でも、自分の名前が呼ばれて周囲が自分の話をしているのではないかと思うようになった。
- 高校2年になりクラス替えがあったが、やはり周りの人の話の中に急に自分の名前が聞こえた。そんなはずはないと自分に言い聞かせて登校を続けたが、こうした「悪口」が毎日続いたため、担任教師に相談した。教師は他の生徒も呼んで3者で話したが、相手は言っていないと主張し、話し合いは平行線に終わった。
- 6月、自宅でも学校で言われた自分の悪口や音楽が頭の中に聞こえ、追いつめられた気持ちになり、「自分は疑心暗鬼、被害妄想がひどい、統合失調症ではないか」と心配し、父に伴われA病院初診。
- 症状：被害関係念慮、音楽性幻聴など
- 診断：統合失調症の前駆期(初期)/ARMS
- 経過：通院による薬物治療により寛解。大学進学した時点で治療終了。

09.10.05

ケース2:18歳女性

- 中2(14歳)頃、周囲の人から何となく見られている気がするようになり、不登校となった。
- 中学卒業後、飲食店でアルバイトを始めた。客などから「自分のお尻を見られている」ように感じたが、我慢してアルバイトを続けていた。
- 18歳時、アルバイト先でも自宅でも「自分のことがテレビ・新聞に出ている」「自分はノーベル賞を取る」と興奮して話し続け、家族と言い合いになって暴力を振るい、家族が110番通報し、A病院に救急受診。
- 症状:中2からの被害・注察念慮(前駆期/ARMS)に続く妄想状態(初回エピソード精神病)。
- 診断:統合失調症
- 経過:入院治療し、精神病症状は軽快し退院、以後通院中。時に友人と一緒にいると「悪く思われているのではないか、いやな気持ちにさせているのではないか」など被害関係念慮が生じることがあるが、通常は苦痛なくアルバイト生活を送っている。

09.10.05

ケース3:20歳、男性

元来明るくなにごとも樂觀的な子供であった。

中学2年の14歳頃、授業中に隣席の女子生徒が筆箱を落とした際、びっくりして首がびくつと震え、それを彼女に気付かれたのではと思った。以後授業中の些細な音や教師の声に敏感になり、それを周囲に気付かれるのではと思って緊張することが常となった。自信を失い、学業成績が下がり始めた。

高校入学後も、授業中は緊張のために机にうつ伏してばかりいるため、高校1年6月、学校の勧めでA病院の精神科を受診し、通院内服を続けたが、学校での様子は変わらなかった。授業中以外は緊張しなかったが、友人はほとんどできなかった。高校は卒業し、大学受験するも不合格であった。予備校に籍を置くものの数ヶ月で緊張のためほとんど出席できず、外出すると音に驚いて緊張するため、自宅に引きこもり、昼夜逆転の生活を続けていた。自宅にいれば緊張しないという理由で、その年の秋、通院・内服も中断した。

20歳時、就学も就職もしようとせず、昼夜逆転した生活であったため、親に連れられてB大学病院を受診したが、「子供っぽい自分が馬鹿馬鹿しくなった」と大量服薬など自殺企図を2度行い、両親に連れられ、X年(20歳)、C病院精神科を受診。

51

ケース3：初診時所見

〔聴覚過敏（聴覚性気付き亢進）、聴覚の強度増大〕

14歳頃より、周囲に他人がいる際に、「消しゴムや鉛筆が落ちる音」などささいな音や声に対して「首や体がびくっとして、音に神経が集中する」、「音が大きく聞こえて、神経に衝撃が来る」など、聴覚の強度増大と驚愕を伴う聴覚性気付き亢進が起こるようになった。高校卒業後は外出時や自宅で家族と過ごしている時にも些細な音に気付き、四六時中緊張するようになった。

〔被害関係念慮〕

「家の隣の工場から音が聞こえるのは、自分が緊張するのを知ってやっている」といった被害的自己関係付けがときに出現する。

〔漠とした被注察感〕

「家の中にいても見られている感じがする」

52

ケース3：治療経過

- 経過：薬物療法としてfluphenazine 2～4mg／日などを使用した。次第に「音は平気です」と症状は改善し、面接では受け身に簡単な返答をする程度となった。自宅では家族や友人と話したり外出するようになった。
- X+1年頃（21歳）、患者はコンビニでアルバイトをするなど引きこもりが改善し、通院を続けた。
- X+2年（22歳）、新聞配達の仕事を始め、住み込みの仕事であったためそれを期に通院が中断した。

53

ケース3: 治療経過(2)

X+3年(23歳、通院中断の6カ月後)、患者は突然自ら再び来院した。通院中断の間、患者は新聞配達の仕事辞めて自宅に戻り、夜間ビデオ店で働いたが、やがて無断欠勤のため解雇され、一ヶ月前より自宅で無為に過ごしていた。

〔被害妄想の出現〕

- 家の前や帰り道に同じ車が止まっていたり、何度も通ったりし、車の中の人はこちらのほうを見ている。やぐさがさぎで自分の家をおとしめようとしている。
- 電話が盗聴されている。こちらがしゃべると、混線したラジオの音が止まるので分かる。

こうした妄想状態は一カ月前からであり、家の窓から外を通る車に向かって大声で威嚇し、盗聴されていると通報するなど、妄想に支配された行動が出現しており、部屋の中で一人で「敵」に対して話し続けた。

＜幻声の出現＞

1回受診した後、再び通院が中断した。妄想知覚主導の妄想状態が6～8ヶ月持続した後、幻声が出現し、ベランダから外に向かって「出てこい」などと叫ぶなど落ち着かなくなった。独語・空笑も出現し、患者は両親に連れられてC精神病院に入院した(X+4年、24歳)。4ヶ月の入院治療の後退院したが、幻覚妄想は持続し、断続的にD病院に通院した。自室で横になっているか、テレビを見るか、窓から外を眺めているかという昼夜逆転・無為好癖の生活を送り、通院・内服は不規則になりがちであった。

54

ケース3のまとめ

- 14歳～前駆期(初期)/ARMS
 - 14歳よりの聴覚過敏など出現、18歳よりひきこもり
 - 内服治療により20歳以後いったん軽快
- 23歳～精神病期
 - 23歳時、通院中断後に精神病状態(被害妄想、のちに幻聴が出現)が発現し、以後再発を繰り返す

55

おわりに(1) 精神病性障害を疑うには

- 精神病性障害(とくに統合失調症)を疑うには
 - 他の症状の有無、その関連に留意する
 - 全体的な変化、性格上の変化はないか。それは了解可能か
 - 分からない(了解不能な)部分が重要である(一部分かることは、すべて分かることではない)
- 統合失調症の前駆期を疑うには
 - 何らかの変化(主観的あるいは客観的)が生じ、軽快しない場合
 - 個別の症状はうつ状態やアスペルガー症候群などと区別が難しいことがある
 - 診断を決めつけず統合失調症に進展する可能性を疑っておくことが重要である
- 疑うことは断定することではない
 - 「かもしれない」と疑ってみることが重要である
 - 疑われる場合は家族にその「可能性」について伝える
 - 「念のため」の精神保健相談や精神科受診を勧める
- 精神病の早期支援には啓発の継続、連携の継続が必須である

56

おわりに(2) 精神的問題への対処の原則

- 本人の苦衷を大事にする/共感する
- すべてを分かろうとしない(分からない部分が重要)
- 問題を整理し、問題解決方法を一緒に考える(押し付けない)
- 具体的事実の有無を確認する(いじめなど)
- 元々の本人と比べる。他の問題や変化(学校や家庭での様子、生活態度、対人関係、学業成績など)に留意する
- すべてを周囲(家族、養育、学校など)のせいにしない
- 動機やきっかけが原因とは限らない
- 病気かもしれないと疑う。ただし正常/異常を決めつけない
- 精神保健相談あるいは精神科医療機関の受診を勧める際は、本人の苦衷/問題に沿う
- 家族も一緒に対応を考えてもらう
- 不法行為/問題行動を容認しない(容認すると結局本人の不利益となる)

09.10.05

資料 6

<シンポジウム「思春期・青年期のメンタルヘルス～精神疾患の早期支援を目指して～」>

(チラシ)

厚生労働省 平成 21 年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）

思春期・青年期のメンタルヘルス ～精神疾患の早期支援を目指して～

精神疾患の初回発症の多くは、思春期や青年期、成人期早期に集中します。

近年、諸外国においては精神疾患の早期発見・早期支援のためのサービスや地域実践が行われており、未支援・未治療の期間短縮、予後の改善、若年層の自殺率の低下など様々な成果をあげております。我が国でもすでに一部の地域で、早期発見・早期支援の地域的取り組みが行われています。

このシンポジウムでは、広く若者の心の問題に関わる講演から始め、国の施策の方向や各地での取り組みの実践報告を受けて、思春期・青年期の若者に早い段階での適切な支援を提供する地域支援システムのモデルづくりを目指します。

開催日時 平成 22 年 2 月 27 日（土） 10 時～17 時 00 分

会場 三鷹産業プラザ 7 階会議室 （東京都三鷹市下連雀 3-38-4）

基調講演 「不幸な時代の若者の幸福とは何か」

加賀乙彦氏（作家・精神科医）

行政報告・パネルディスカッション

寺谷俊康氏（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部）

西田淳志氏（東京都精神医学総合研究所）

濱口達也氏（三重県立こころの医療センター・

ユースメンタルサポートセンターMIE）

石倉習子氏（東京都立松沢病院・ユースメンタルサポートセンター松沢）

田尾有樹子（社会福祉法人巣立ち会・ユースメンタルサポート Color）



ユースメンタルサポート

カラー
Color

参加申し込み・問い合わせ先

社会福祉法人巣立ち会 ユースメンタルサポートカラー
（担当・長門）まで申込書をご送付下さい（FAX 可）。

* ユースメンタルサポートカラー ホームページアドレス

<http://sudachikai.eco.to/Color/>

主催：社会福祉法人巣立ち会
後援：三鷹市

基調講演者プロフィール

加賀乙彦（かが おとひこ）氏

1929 年 東京生れ。東京大学医学部卒業。

1957～1960 年 フランスに留学、パリ大学サンタンヌ病院とサンヴナン病院に勤務した。
犯罪心理学・精神医学の権威でもある。

著書に「フランドルの冬」、「帰らざる夏」（谷崎賞）、「怒りのない船」など多数。

新潮文庫版の「永遠の都」（芸術選奨文部大臣賞。三部作「岐路」「小暗い森」「炎都」の
総タイトル）全七巻を完結。
（新潮社ホームページより）

会場案内

電車をご利用の場合

JR 中央線・総武線 三鷹駅南口より徒歩約 7 分
中央通り 3 つ目（三鷹産業プラザ東）の信号を右折

バスをご利用の場合

JR 三鷹駅（3 番～8 番乗り場）、
京王線調布駅・仙川駅（どちらも三鷹駅行き）



参加費 無料

参加定員 200 名（先着順）

申込締切（必着）

平成 22 年 2 月 17 日（水）

申し込み方法 下記の参加申込書にご記入の上、FAX・郵送でお申し込み頂くか、
内容をメールでお伝え下さい。

宛先 社会福祉法人巢立ち会 ユースメンタルサポートColor

〒182-0007 東京都調布市市野台 1-19-5-102

TEL/FAX 042-426-8099

Mail: repose@sudachikai.eco.to

お名前	ご所属	電話番号

※ 申込受付の電話連絡は致しませんので、送信先等をお間違えのない様ご注意ください。

厚生労働省 平成 21 年度障害者保健福祉推進事業
(障害者自立支援調査研究プロジェクト)

思春期・青年期のメンタルヘルス ～精神疾患の早期支援を目指して～

平成 22 年 2 月 27 日(土) 10 時～17 時 三鷹産業プラザにて

<プログラム>

10:00 開会のあいさつ

清原慶子氏 (三鷹市長)

10:10～10:40 行政報告

寺谷俊康氏 (厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課課長補佐)

10:40～10:50 休憩

10:50～12:40 基調講演

「不幸な時代の若者の幸福とは何か」

加賀乙彦氏 (作家・精神科医)

12:40～13:40 昼休み

13:40～14:15 実践報告Ⅰ

濱口達也氏 (三重県立こころの医療センター・ユースメンタルサポートセンターMIE)

14:15～14:50 実践報告Ⅱ

石倉習子氏 (東京都立松沢病院・ユースメンタルサポートセンター松沢)

14:50～15:25 実践報告Ⅲ

田尾有樹子 (社会福祉法人巣立ち会・ユースメンタルサポート Color)

15:25～15:40 休憩

15:40～16:50 パネルディスカッション

<座長> 長汐道枝氏 (府中市教育委員会 スクールソーシャルワーカー)

(配布資料)

10:10～10:40 行政報告

寺谷俊康氏

(厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部
精神・障害保健課課長補佐)

精神疾患の早期支援について



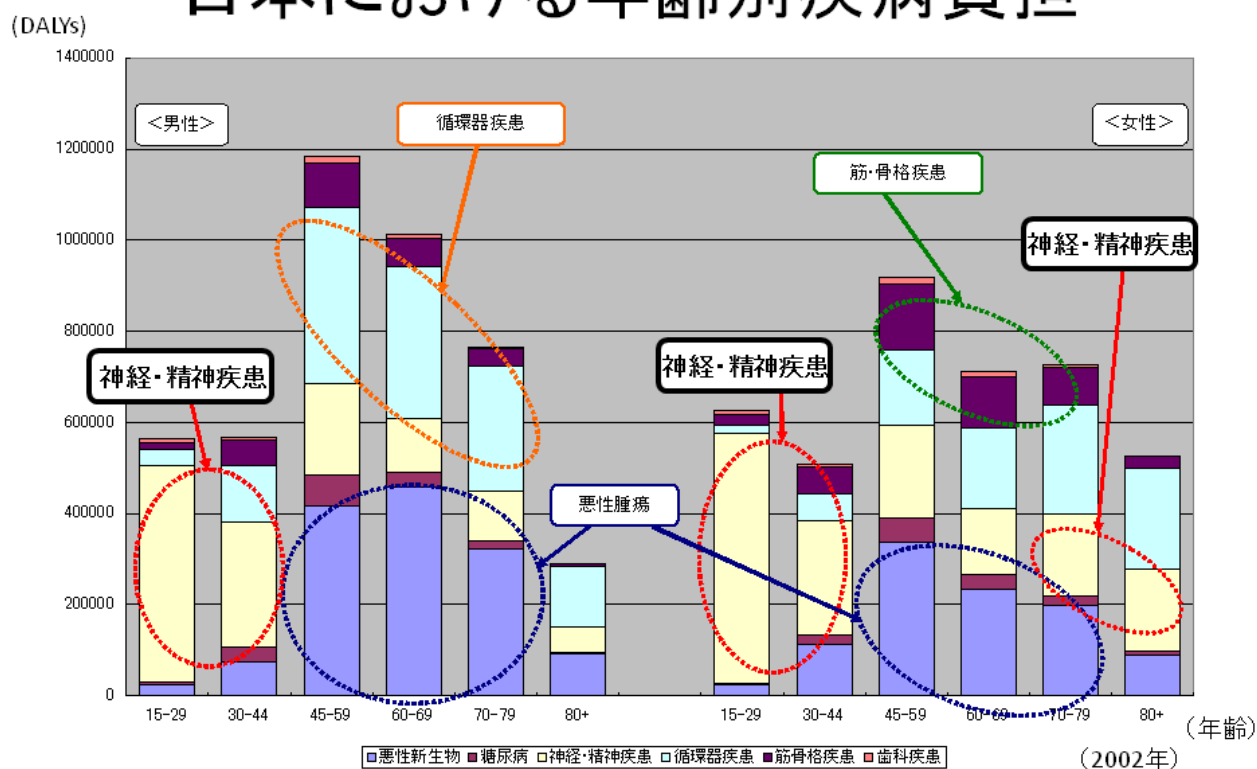
厚生労働省
社会・援護局障害保健福祉部
精神・障害保健課 課長補佐 寺谷俊康

- **なぜ、早期発見・早期支援なのか**
- 早期発見・早期支援を進めるための3つのポイント
 - ① 統合失調症の診療体制の整備
 - ② 早期発見と普及啓発
 - ③ その他の精神疾患の診療体制
- 今後に向けて

なぜ、早期発見・早期支援なのか

- 精神疾患は、若年の世代にとって最も重大な健康上の課題
- 統合失調症の発症時からの支援の充実によって、生活の質を高め、将来の障害を軽減できる可能性

日本における年齢別疾病負担

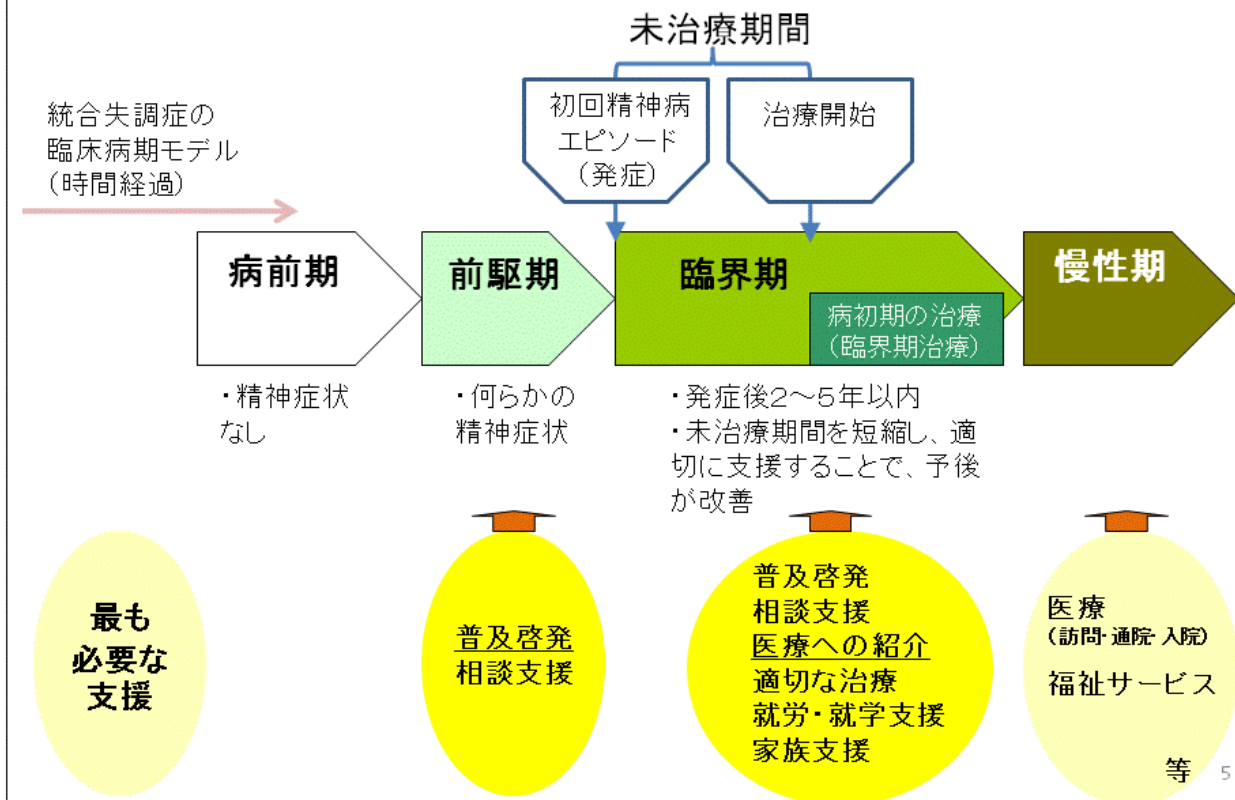


※ DALYs (Disability-Adjusted Life Years) = 疾病により失われた生命や生活の質を包括的に測定するための指標

4

北里大学佐藤敏彦先生提供資料より

統合失調症の早期発見・早期支援



- ・ なぜ、早期発見・早期支援なのか
- ・ 早期発見・早期支援を進めるための3つのポイント
 - ① 統合失調症の支援体制の整備
 - ② 早期発見と普及啓発
 - ③ その他の精神疾患の診療体制
- ・ 今後に向けて

①統合失調症の支援体制の整備

- 発症早期の精神病患者（初発の統合失調症など）への診療の質の向上が最も重要。
- 特に、日常生活、社会生活、家族を包括的に支える支援が求められる。

統合失調症の早期支援の内容

これまでの診療

- ・社会生活への支援が不十分
 - ※統合失調症では社会生活機能の障害が起こりやすいため、生活全般へのサポートが必要。
- ・入院治療や、医師による投薬治療が中心
- ・統合失調症を発症しやすい若年者への配慮が乏しい。

早期支援に求められる取り組み

- ◆社会生活全般にわたる支援
 - ・外来のソーシャルワーカー等による就労・就学支援
 - ・訪問による支援
- ◆家族支援
- ◆投薬に依存しない診療
 - ・少量の抗精神病薬
- ◆若年者に配慮した診療
 - ・医療機関の雰囲気等の改善

- 治療の中断や重症化が起こりやすい
- 生活の質への配慮が乏しい

- 治療の継続
- 重症化の防止
- 生活の質の向上

英国における精神病早期支援サービスの主要内容

臨界期の包括的治療

- ・ 担当制の訪問型支援・治療(ケアコーディネーターによる)
- ・ ケアプランの作成、ケースマネジメント
- ・ エンゲイジメントの重視
- ・ 家族支援の重視
- ・ 低用量単剤・薬物療法
- ・ 心理療法(CBT)
- ・ 就学・就労支援

Marshall M et al , 2004

平成20年度厚生労働科学研究費補助金「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」 9
岡崎祐士研究代表者・西田淳志研究分担者提供資料より

参考

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する 検討会

期間：平成20年4月11日～平成21年9月17日

全24回 （報告書とりまとめ：平成21年9月24日）

趣旨：平成16年策定の「精神保健医療保健福祉の改革ビジョン」
の5年目の見直しおよび重点施策の策定

構成員：様々な立場や職種からなる23人

※政策決定プロセスの一例



現場の視点
専門的議論



政策案・法案や
予算案の立案



政策決定
(予算、法律)

対策の方向性(早期支援体制の整備)

- ・ 統合失調症を発症してまもない患者やその家族等への標準的診療・支援方法の確立
- ・ 若年者やその家族がアクセスしやすく、専門的・包括的な診療・支援を提供できる医療機関の普及

今後の精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書より

精神障害者地域移行 支援特別対策事業 (平成21年度まで)

「受入条件が整えば退院可能」な精神障害者の退院支援や地域生活支援のため、

- ・ 地域移行推進員
- ・ 地域体制整備
コーディネーター

を配置して入院患者の地域移行を支援。

精神障害者地域移行・ 地域定着支援事業

- 平成22年度予算(案)：16.7億円
- 実施主体：都道府県、指定都市
- 補助率：1/2

(平成22年度からの拡充内容)

① 重症者への多職種チームでの支援

受療中断者や自らの意思では受診できない患者への、医師・保健師等の多職種チームの訪問による治療開始、治療継続等の支援

② 早期支援

精神的不調や疾病を抱えた若年者に、より早い段階で適切な支援を行い、必要に応じ精神科医療機関への紹介、治療導入が行えるような包括的支援

例)精神保健福祉士、看護師等からなる相談支援体制チームによる相談・紹介業務等

③ 精神障害者と地域住民との交流促進

地域で精神障害者と住民等が直接交流する機会

②早期発見と普及啓発

- 統合失調症を発症しても、精神科に受診していない期間がある。
- 統合失調症の早期発見のためには、若年者・関係者への普及啓発と、相談しやすい体制の整備が必要。

日本における未治療期間

- 未治療期間（発症から治療開始までの期間）の平均値は**13.7月**（Yamazawaら, 2004）
- 未治療期間の平均は**13.1月**、治療まで要した期間が**1年以上:32.9%**、**2年以上:18.6%**（Hatouら, 2008）
- 本人の異変に気がついてから治療を受けるまでの期間が**1年以上が36%**（Okazaki, Nishidaら, 2008）



およそ3人に1人が
治療を受けるまでに1年以上かかっている

英国における精神病早期支援サービスの主要内容

早期発見のための取り組み

- DUP短縮のための啓発活動
- 早期紹介のための地域連携
- 紹介後の迅速な訪問型アセスメント
(若者が緊張しない環境での初回アセスメント)
- 臨界期治療サービスへの紹介・エントリー
サービスとしての役目

Marshall M et al , 2004

平成20年度厚生労働科学研究費補助金「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」15
岡崎祐士研究代表者・西田淳志研究分担者提供資料より

対策の方向性＜早期発見と普及啓発＞

- ・ 若年者を取り巻く者(家族、学校など)を対象に、早期発見・早期支援に関して、知識と理解の向上をはかる

具体的には、

- 若年者・家族を対象とした、適切なメッセージと媒体による普及啓発
- 若年者・家族がアクセスしやすい相談機関の整備
- 支援者(行政、学校関係者、精神科以外の医療従事者等)への研修

等

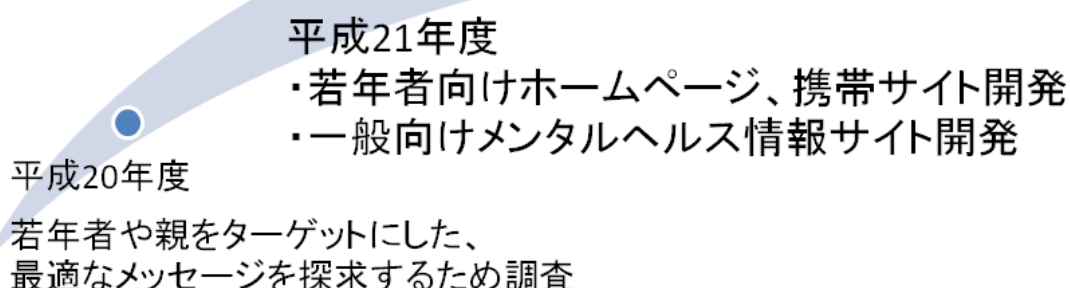
今後の精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書より

精神障害の正しい理解のための 普及啓発事業

普及啓発の方針：
ターゲットとメッセージを明確に

今後の方向

- ・モデル事業にて効果検証
- ・その後展開へ



学校保健法の改正（平成21年4月1日施行）

【学校保健】

- 養護教諭その他の職員の相互連携を図り、日常的に子どもの心身の状況を把握し、保健指導を行うべき旨を規定
- 地域の医療機関等と連携を図りつつ、健康相談・保健指導を行うべき旨を規定

等

教職員向けの手引き等の普及

- 教職員を対象とした小冊子「教職員のための子どもの健康観察の方法と問題への対応～メンタルヘルスを中心として～」を全小中および高等学校に配布。
- 健康観察の重要性や目的の理解、健康観察の視点や方法、健康観察表のモデル例の提示等に加え、心の健康に関する健康観察の視点や対応の在り方について、日常の健康観察からの事例を通して、教職員をはじめ学校関係者の理解が深められるよう構成。

＜含まれる事例＞

- ・ 代表的な精神疾患とてんかん：統合失調症、うつ状態、リストカット等(13事例)
- ・ 発達障害と関連障害等：学習障害、アスペルガー症候群等(14事例)
- ・ 虐待と性被害：虐待、性的被害等(4事例)

精神疾患について、現在は教職員への理解促進を図る段階

学校における指導内容(学習指導要領より)

小5
小6

心の発達及び不安、悩みへの対処について理解できるようにする。
ア 心は、いろいろな生活経験を通して、年齢に伴って発達すること。
イ 心と体は、相互に影響し合うこと。
ウ 不安や悩みへの対処には、大人や友達に相談する、仲間と遊ぶ、運動をするなどいろいろな方法があること。

中1

心身の機能の発達と心の健康

(1) 心身の機能の発達と心の健康について理解できるようにする。

エ 精神と身体は、相互に影響を与え、かかわっていること。欲求やストレスは、心身に影響を与えることがあること。また、心の健康を保つには、欲求やストレスに適切に対処する必要があること。

高校

(1) 現代社会と健康

我が国の疾病構造や社会の変化に対応して、健康を保持増進するためには、個人の行動選択やそれを支える社会環境づくりなどが大切であるというヘルスプロモーションの考え方を生かし、人々が自らの健康を適切に管理すること及び環境を改善していくことが重要であることを理解できるようにする。

ウ 精神の健康

人間の欲求と適応機制には、様々な種類があること。精神と身体には、密接な関連があること。また、精神の健康を保持増進するには、欲求やストレスに適切に対処するとともに、自己実現を図るよう努力していくことが重要であること。

③その他の精神疾患の診療体制

- 普及啓発が進むと、多様な症状・疾患の若者の相談・受診が増加することになる。
- 若年の（統合失調症以外を含む）様々な精神疾患患者への診療体制の確保が課題になる。

思春期に好発する精神疾患

- 統合失調症
 - 5歳頃から発症しうると言われ、13～14歳頃から急増、年齢が上がるにつれて成人の有病率1%に近づく。
- うつ病
 - 児童期で0.5～2.5%、青年期で2.0～8.0%の有病率。
- パニック障害
 - 青年期後期と30代半ばに発症のピークがあり、生涯有病率は1.5～3%。
- 社会恐怖(社会不安障害)
 - 典型的には10代半ばで発症、児童思春期での有病率は約1%。
- 強迫性障害
 - 児童思春期で0.5～4%の有病率。男子は前思春期、女子は思春期の発症が多い。
- 摂食障害(神経性無食欲症:AN、神経性大食症:BN)
 - 若年女性でANが0.1～0.5%、BNが1～4%の有病率。10代後半の発症が多い。

「子どもの心の診療医の専門研修テキスト」、「一般精神科医のための心の診療テキスト」²¹より

子どもの心の専門病院へのアクセス状況

- 症状に気づいてから子どもの心の専門病院を受診するまでにかかった期間
 - 平均2.2年
- 専門病院を予約してから受診までの期間
 - 1ヵ月以内:53%
 - 1年以上:8%

平成20年9月～11月に調査対象医療機関を受診した初診・再診(再診は9月のみ)患者の保護者に対して実施した無記名アンケートによる調査の中間結果(n=2,085)

【調査対象医療機関(16医療機関)】

宮城県こども総合センター、国立国際医療センター国府台病院、埼玉県立小児医療センター、東京都立梅ヶ丘病院、国立成育医療センター、神奈川県立こども医療センター、信州大学医学部附属病院、あいち小児保健医療総合センター、三重県立小児心療センターあすなろ学園、大阪府立精神医療センター松心園、神戸大学医学部附属病院、香川小児病院、医療法人聖星会松田病院、国立病院機構鳥取医療センター、肥前精神医療センター

平成20年度厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究事業)
「子どもの心の診療に関する診療体制確保、専門的人材育成に関する研究」²²
研究代表者:奥山 真紀子 研究分担者:藤原 武男

子どもの心の診療拠点病院

○中央拠点病院

- － 国立成育医療センター

○平成21年度の実施都道府県（11ヶ所）

- － 東京都：東京都立梅ヶ丘病院
- － 神奈川県：神奈川県立こども医療センター
- － 山梨県：山梨県立北病院・精神保健福祉センター・中央児童相談所
- － 石川県：石川県こころの健康センター（医王病院、金沢大学付属病院、石川県立高松病院）
- － 静岡県：静岡県立こども病院
- － 三重県：三重県立小児心療センター あすなろ学園
- － 大阪府：大阪府立精神医療センター 松心園
- － 鳥取県：鳥取大学医学部附属病院
- － 岡山県：岡山県精神科医療センター
- － 長崎県：長崎県子どもの心の診療拠点病院ネットワーク（長崎大学医学部・歯学部付属病院、長崎県立こども医療福祉センター、長崎県立精神医療センター、大村共立病院）
- － 佐賀県：国立病院機構 肥前精神医療センター

- ・ なぜ、早期発見・早期支援なのか
- ・ 早期発見・早期支援を進めるための3つのポイント
 - ① 統合失調症の診療体制の整備
 - ② 早期発見と普及啓発
 - ③ その他の精神疾患の診療体制
- ・ 今後に向けて

今後に向けて

- 「統合失調症の早期発見・早期支援」によって、若者の生涯は変わる可能性がある
- 医療・福祉従事者は、これまでの診療・支援のあり方を変えることが求められている
- 私たち一人一人が、知識を持ち、ためらうことなく相談し、支援を求めることが第一歩
- 行政は、「早期発見・早期支援」を積極的に推進

10:50～12:40 基調講演

「不幸な時代の若者の幸福とは何か」

加賀乙彦氏

(作家・精神科医)

～プロフィール～

加賀乙彦（かが おとひこ）氏

1929 年 東京生れ。東京大学医学部卒業。

1957～1960 年 フランスに留学、パリ大学サンタンヌ病院とサンヴナン病院に勤務した。

犯罪心理学・精神医学の権威でもある。

著書に「フランドルの冬」、「帰らざる夏」（谷崎賞）、「怒りのない船」など多数。

新潮文庫版の「永遠の都」（芸術選奨文部大臣賞。三部作「岐路」「小暗い森」「炎都」の総タイトル）全七巻を完結。

（新潮社ホームページより）

濱口 達也氏

(三重県立こころの医療センター 社会復帰推進部)

～プロフィール～

濱口達也 (はまぐちたつや)

所属 三重県立こころの医療センター 社会復帰推進部

医療福祉グループ グループリーダー 主幹

資格 精神保健福祉士

三重県精神保健福祉協議会 理事

精神保健参与員 (心神喪失者等医療観察制度)

地域密着型サービス外部評価審査委員

など

精神障がい者の社会復帰を推進するため、日々の医療福祉相談や、当事者・家族支援に携わっています。また、地域精神保健福祉の向上に深く関わり、当事者会や家族会、各保健福祉行政機関との連携、調整にも取り組んでいます。

最近では、精神疾患（こころの病気）の正しい理解を広めることを目的に企業、各関係機関などを対象にした講演活動に取り組んでいます。

学校や地域一般医と連携した 早期介入実践 ～津市における早期介入実践例～

三重県立こころの医療センター

精神保健福祉士

濱口 達也

ユース・メンタルサポートセンターMIE

こころの医療センター内に

ユース・メンタルサポートセンター MIE

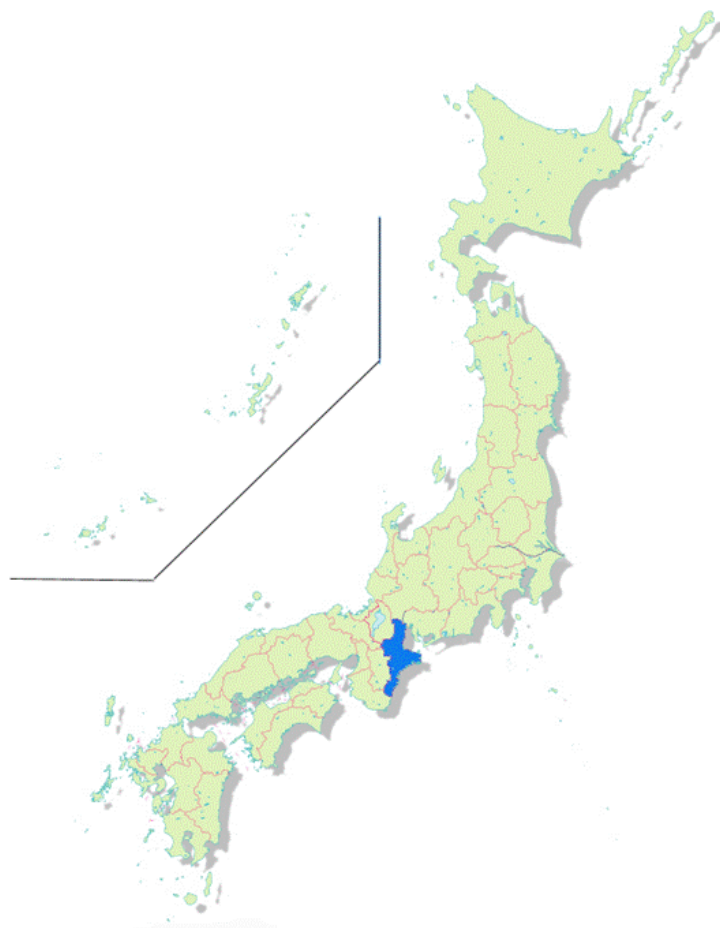
Youth Mental Support Center MIE

を平成20年10月に設置

4つの柱

- 1 学校との連携
- 2 診療
- 3 一般医との連携
- 4 地域関係機関との連携

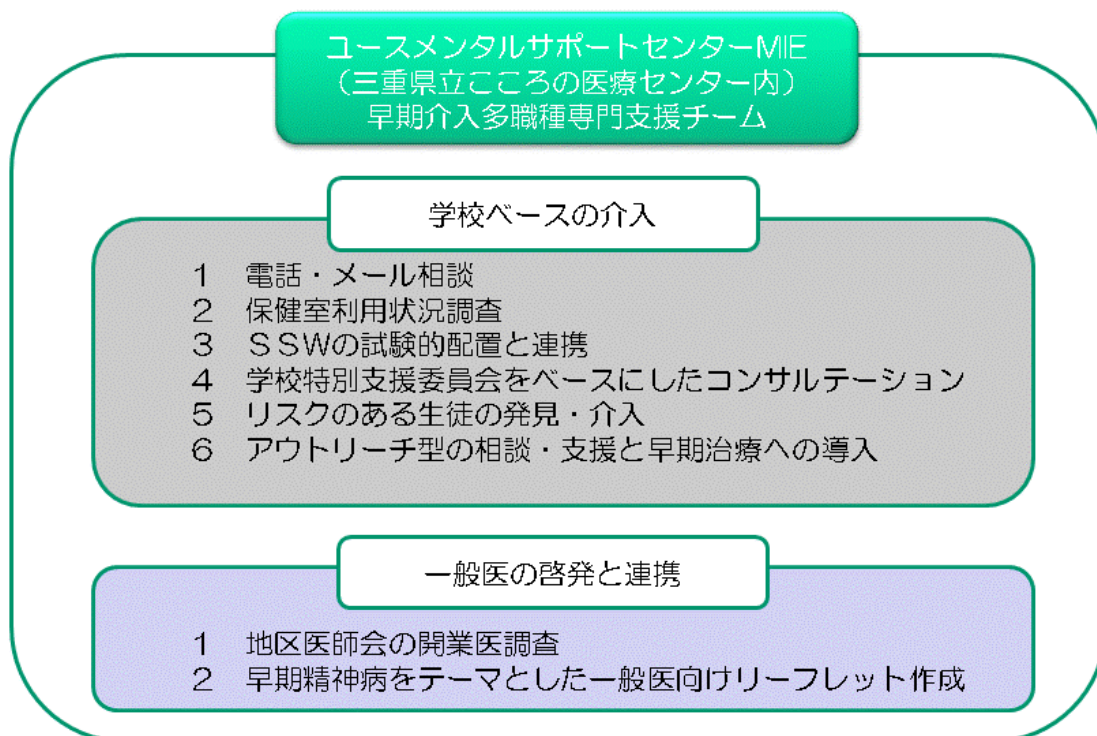




三重県津市

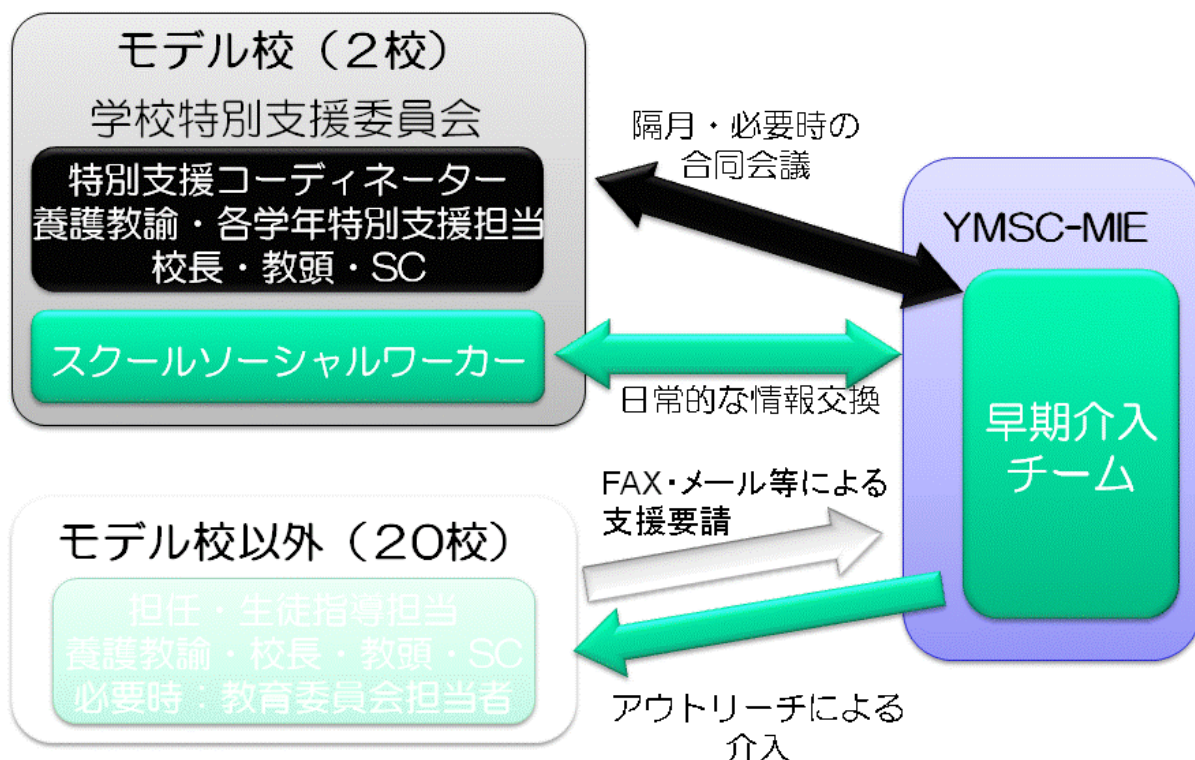


津市における早期介入地域モデル



H. 20年度厚生労働科研「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)

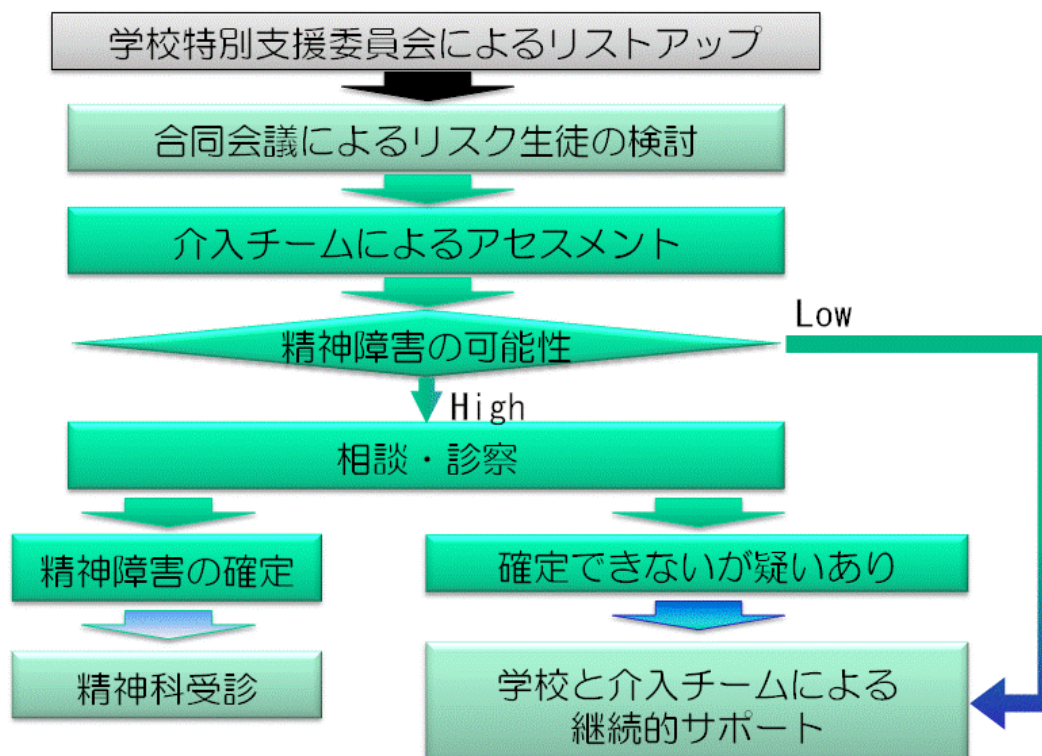
YMSC-MIEと学校との連携システム



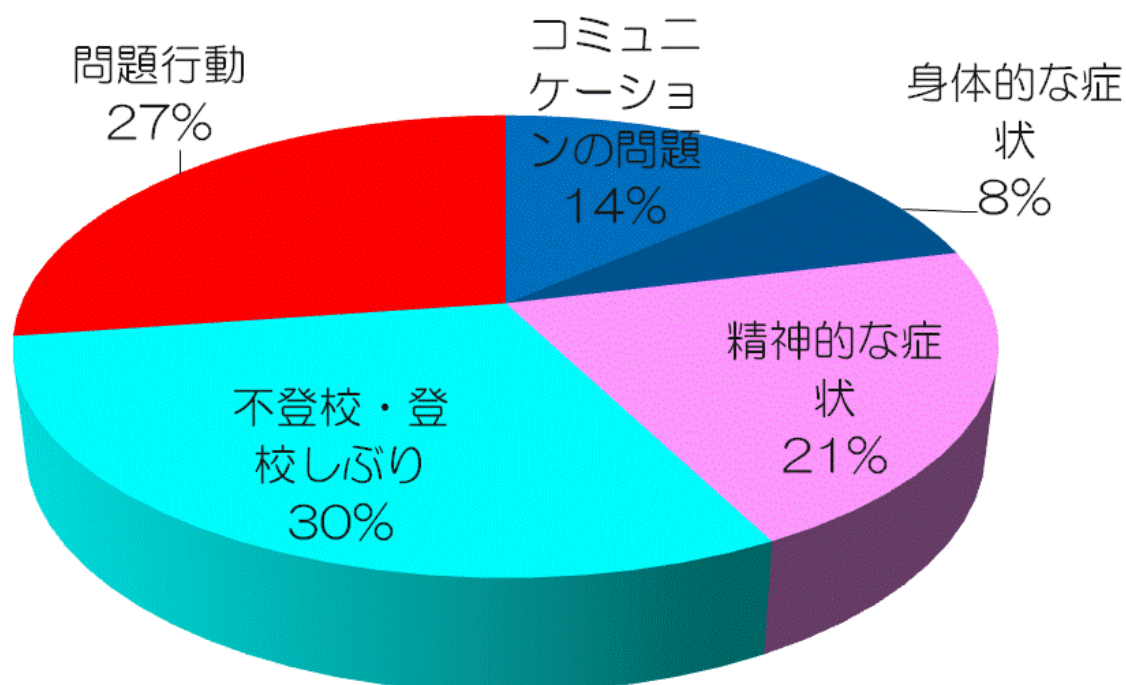
保健室の利用

- 学年に利用率に差はあるが、多くの生徒が利用する保健室を相談窓口とすることにより、気軽に相談できる環境を整える。
- 問題を抱える生徒に関して、身体疾患に関する情報など養護教諭が持っている情報を共有しながら総合的に判断でき、問題を多面的にとらえることができる。
- 生徒との関係づくりがしやすく、何か問題を抱えた場合であっても、サポートしやすい。

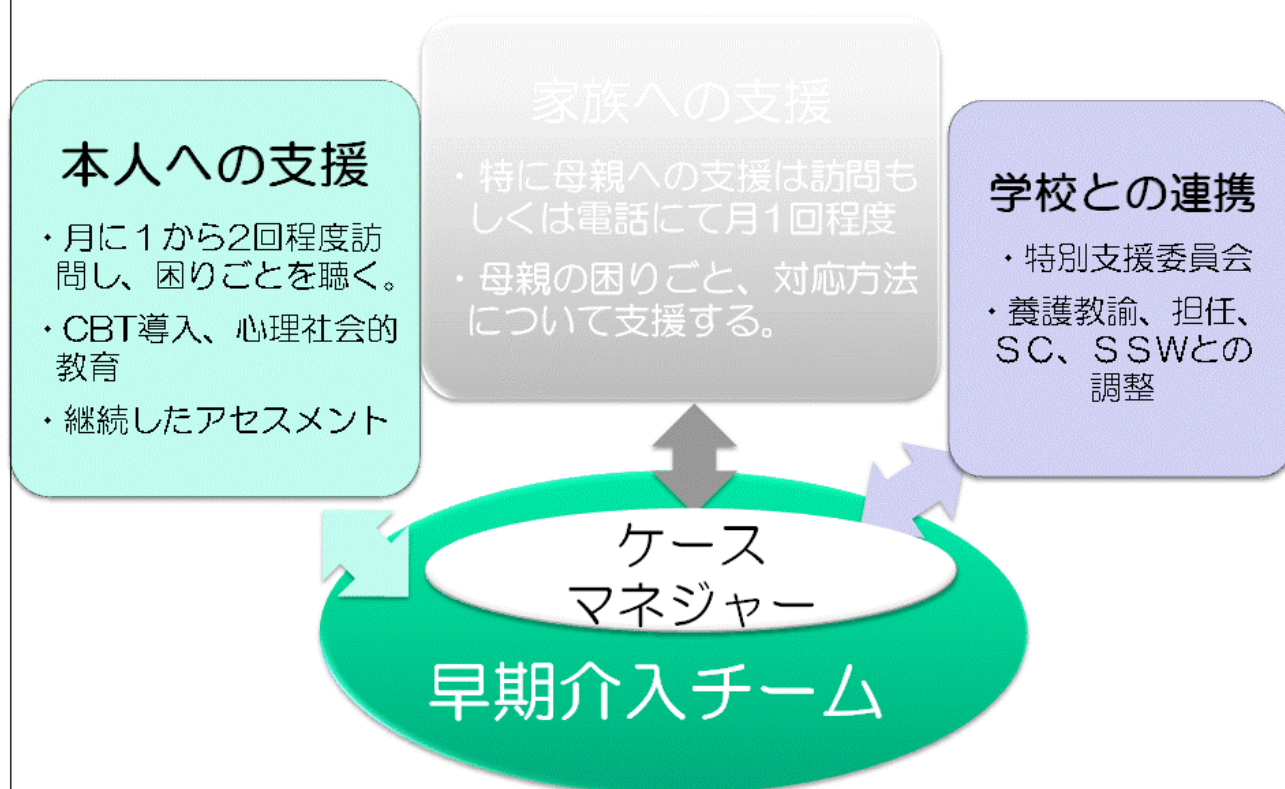
リスクのある生徒の発見と介入



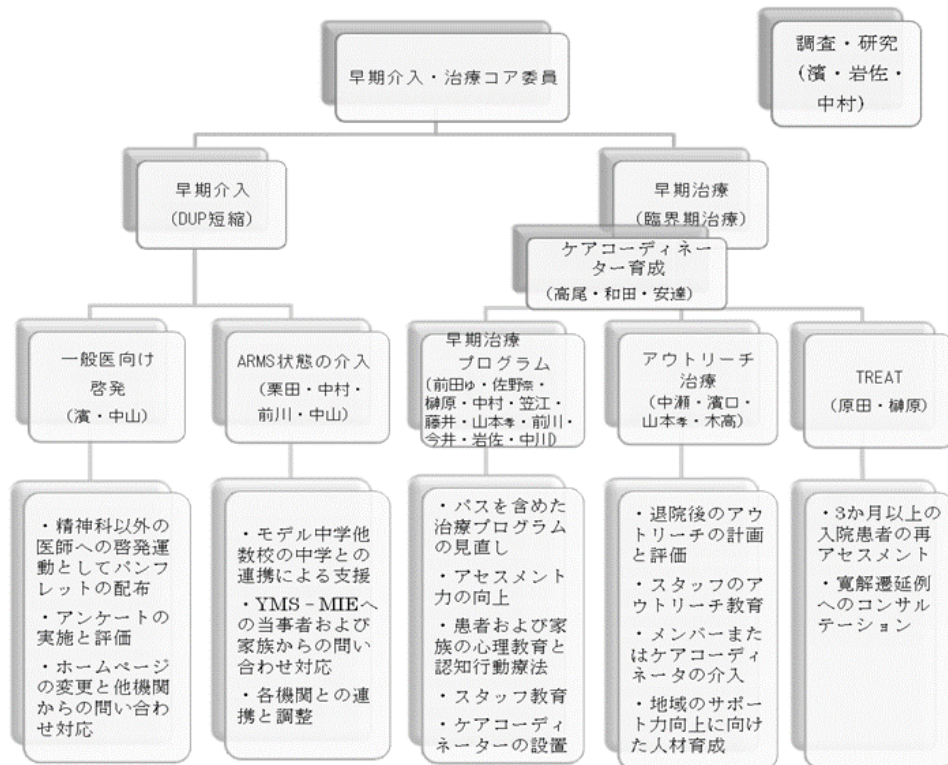
支援会議に挙げられた事例の問題内容



支援の実際



平成21年度早期介入事業院内体制

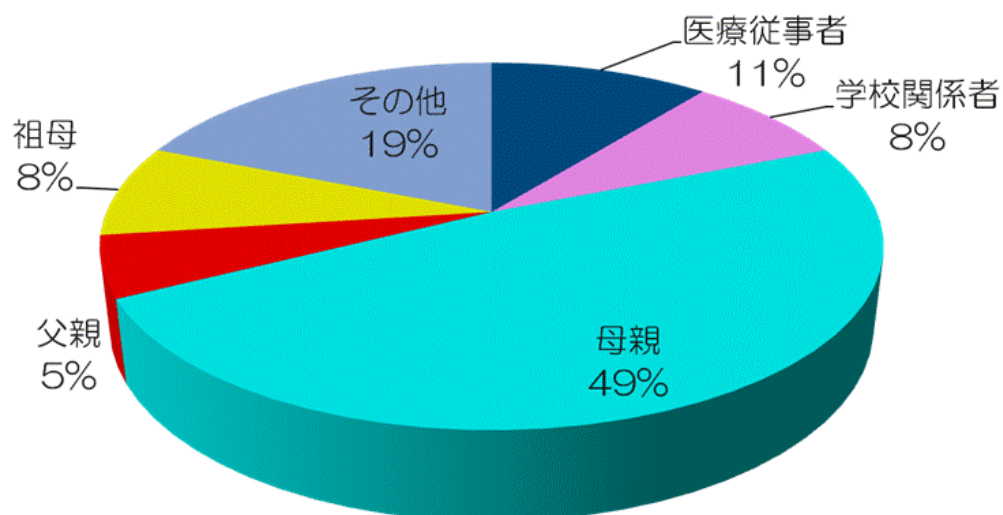


YMSC-MIE



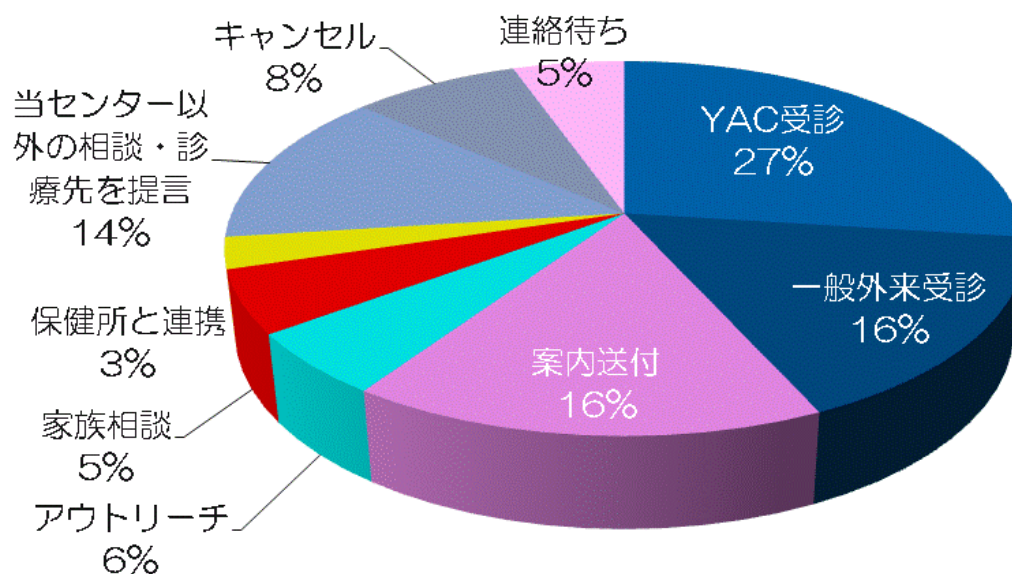
YMSCの相談利用者

平成21年6月から10月までの期間における
相談件数：37件

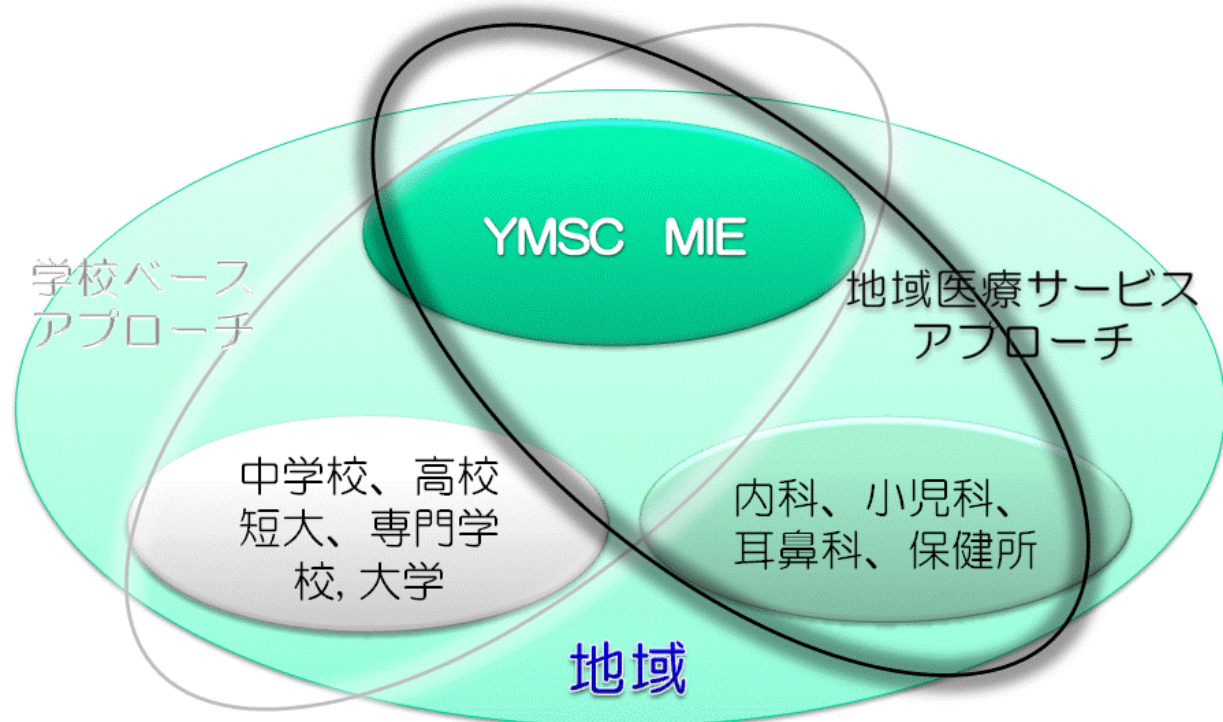


相談後の対応

平成21年6月から10月までの期間における
相談件数：37件



地域連携 による早期発見 ネットワークの構築



YOUTH
ASSIST
CLINIC



専門外来 ユース・アシストクリニック（YAC）

・診察日 毎月第1・2・4水曜日（祝日及び年末年始を除く）

・受付時間 午前8：30～11：30

YAC受診経路

かかりつけ医
学校関係者

一般
(本人・保護者など)

ユース・メンタルサポートセンターMIE・地域連携G
相談（アセスメント・面談・受診案内）
PHS908

相談結果の分析

・受診の要否・継続相談の必要性を検討

受診案内

受診

相談内容の集約

・データベース化
・相談カルテの作成
・早期介入委員会等での情報共有

受診・入院にいたったケースに関しては、臨界期治療として、
退院後のフォローアップを継続。（医師・ケアコーディネーターが担当）

早期介入チームの構成

精神科医

診察・治療

臨床心理士

面接・カウンセリング

看護師

相談・助言

学校
生徒
家族

精神保健福祉士

・学校、地域、健康福祉
行政等との連携調整
・相談・助言

薬剤師

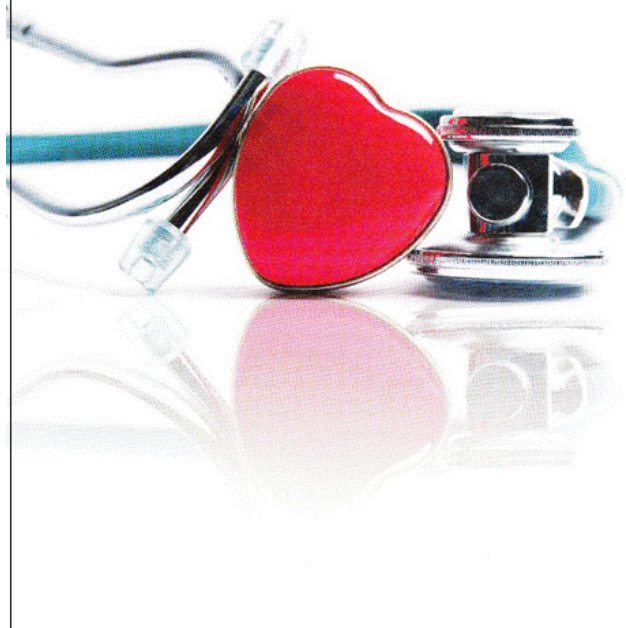
・薬剤情報提供
・教育委員会等との
連携調整
・研究事業との連携

作業療法士
管理栄養士
臨床検査技師

共通の役割

アセスメント
アウトリーチ

統合失調症の予防と早期治療



三重県立こころの医療センター内
ユース・メンタルサポートセンター MIE

思春期・青年期の発症が多い統合失調症

～心の病気は、特別な病気ではありません。～

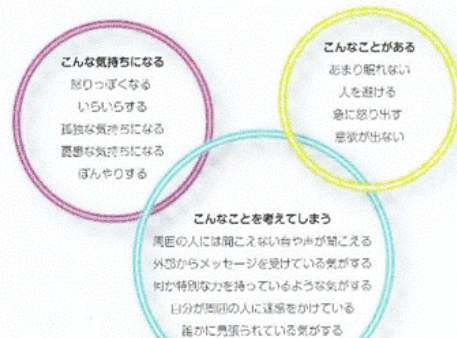
心の病気の代表的な疾患である統合失調症は、
およそ 100 人に 1 人がかかると言われています。
初回発症は若年層に集中しており、
10 代から 20 代の人口の約 3% が統合失調症様の症状を経験します。



他の精神疾患と同様に、統合失調症の
初回エピソードも多くは若年期に発症する。

「統合失調症の初期症状」

統合失調症が発症する前には、さまざまな前兆があります。
次のような症状がある場合には、精神科の専門機関をご紹介ください。



19
2003 年 7 月

Early intervention 精神科早期介入

三重県立こころの医療センターの広報誌 こころこころ 特別号

目次

精神科早期介入とは？	P.3-5
三重県立こころの医療センターのシステム	P.3-5
橋立病院	P.3-5
中学 3 年生に対する精神疾患教育の実施	P.4
「病院から地域へ」	P.4
学校との連携と特設支援会	P.5
DUP 活動に向けた取り組み	P.6-8
～かかりつけ医との連携～	P.6-8
境界期治療～英米と日本～	P.8
早期介入－他院のこれまで、	P.9
そしてこれから－	P.9
Early intervention のキーワード	P.8



精神科早期介入とは？

医療において、『早期発見・早期治療』という考え方は決して新しいものではなく、ごく一般的なことですが、これは精神科においても同様で、近年、特に精神科の早期発見・早期介入の研究は国際的にめざましい進歩が認められ、実践的にも一定の成果が報告されるようになってきました。

精神科における『早期介入』とは、『早期発見・早期治療』を意味します。具体的には、発症前にハイリスク群を見つけた後、精神科未治療期間 (duration of untreated psychosis: DUP) を短縮すること【早期発見】、発症を回避したり発症しても重症化を防止するために患者様やご家族等に適切な早期支援を行うこと【早期治療】、境界期 (at risk period) といわれる初回発症後から数年間に、適切な医療を継続的に提供すること【早期治療】が目標であるといえます。

今回は、当センターのこれまでの取り組みや関連する機関の取り組みを紹介しながら、『精神科早期介入』の重要性と今後の課題等についてまとめてみたいと思います。



Early Intervention

平成 20 年度からスタートした
新たな取り組み
こころの医療センターが目指す
方向性とは…

1 【ユース・メンタルサポートセンター MIE】の設立
三重県立こころの医療センターは県庁所在地(津市)の南側にあり、400 床の精神科専門病院です。スーパー救急診療・急性期治療棟(92 床)があり、両棟の平均在院期間は 71 日、訪問看護の他、出前セミナー、地域連携ミーティングなど、今後は急性期治療と地域ケアの一環に病院機能の重点を移していく予定です。

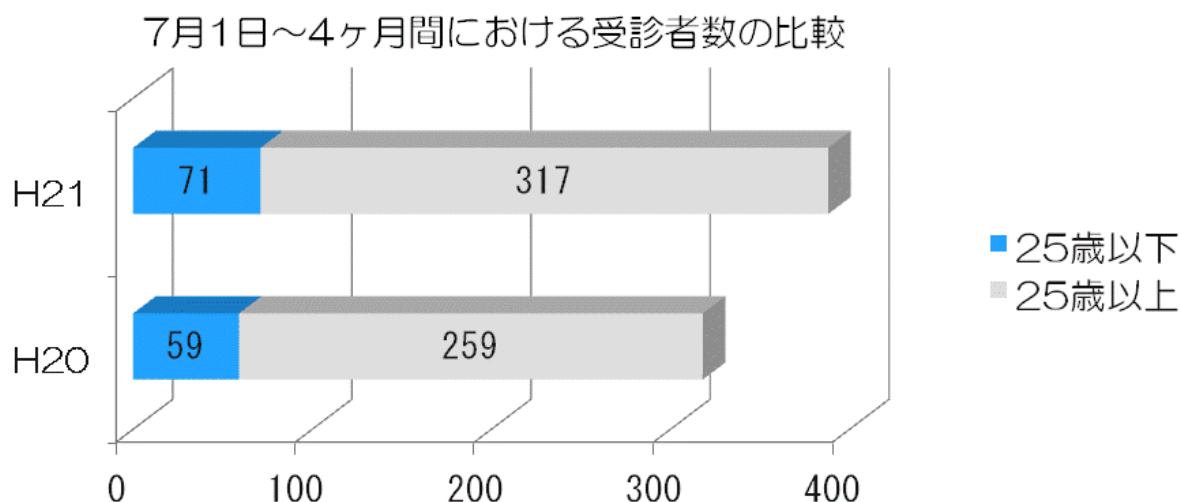
また、精神科における『早期介入』は、近年日本でも注目されています。この分野は『精神科医療』と『精神保健』の二面性をもつため、我々精神科自治体病院が積極的に取り組むべき課題の一つであると考え、平成 20 年 10 月より三重県立こころの医療センター内に『ユース・メンタルサポートセンター MIE (Youth Mental Support Center MIE: YMSC MIE)』を立ち上げ、三重県における精神科早期介入の拠点と位置づけを行っています。

なお、この事業は平成 20 年度厚生労働科学研究助成金 心の健康科学研究事業『若年層精神疾患の発症と精神疾患の早期介入方策に関する研究』(代表者: 岡崎祐士 東京医科大学病院)、平成 20 年度厚生労働省研究費『精神科医療の発展と若年層精神疾患への早期からの発見・治療の発展』(代表者: 精神科医療の発展と若年層精神疾患への早期からの発見・治療の発展)の助成を受けています。

2 なぜ、若者(ユース)なのか…
不登校や引きこもり、自傷、自殺、不安、うつ気分、注意・集中の欠如、強迫的観念・行動といった精神疾患の可能性があるものが 10 代～20 代の若者に見られることが多いため、これらについて本人や家族は何らかの援助を求めているが、治療に至るまでには長い時間がかかることは病ではありません。
精神疾患においても、早期に適切な治療を行うことは重症化や慢性化を未然に防ぐ上で重要であり、若者や家族が利用しやすいシステムを構築することは、地域におけるメンタルヘルスリテラシーを向上する上でも有効であると考えられます。

3 YMSC MIE の今後の取り組み
YMSC MIE では、先行の臨床調査で得られている 10 歳代早期に精神疾患体験 (psychosis experiences: PLEs) を体験している児童思春期(10 歳代)が存在すること等を考慮して、中学校ベースの早期介入モデルの形成に取り組む。学校現場へ病院多職種によるアプローチ・チームを派遣することで、学校現場と病院との連携・支援・治療システムを構築しました。
また精神科病状や早期精神科の若者の多くが内科小児科、耳鼻科等の診療所を初診するにもかかわらず、これにかかわる医療者の精神医学に関する理解が低いことや、精神科専門医との連携が不十分であることが原因で早期介入が遅れることが考えられます。
そこで、これらの医療者に向けた『統合失調症の早期発見』に関する研究プロジェクトを立ち上げました。

受診状況



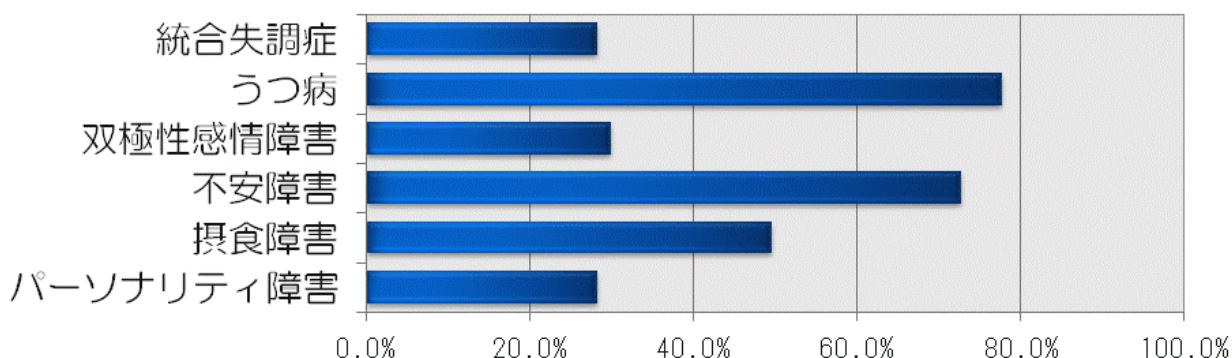
平成21年7月～10月末受診状況（YMSC相談件数 45件中 受診15例）

- YAC（ユースアシストクリニック）受診 ： 10件
- 精神一般受診 ： 5件

医療機関からの紹介事例

年齢	疾患名	結果
15歳	摂食障害	YAC受診
16歳	過敏性腸症候群	YAC受診
17歳	解離性障害	地域でのケアを再検討
19歳	統合失調症	精神一般外来
22歳	摂食障害	YAC受診
16歳	発達障害	精神一般外来
19歳	心因性昏迷	精神一般外来
12歳	思春期うつ	YAC受診

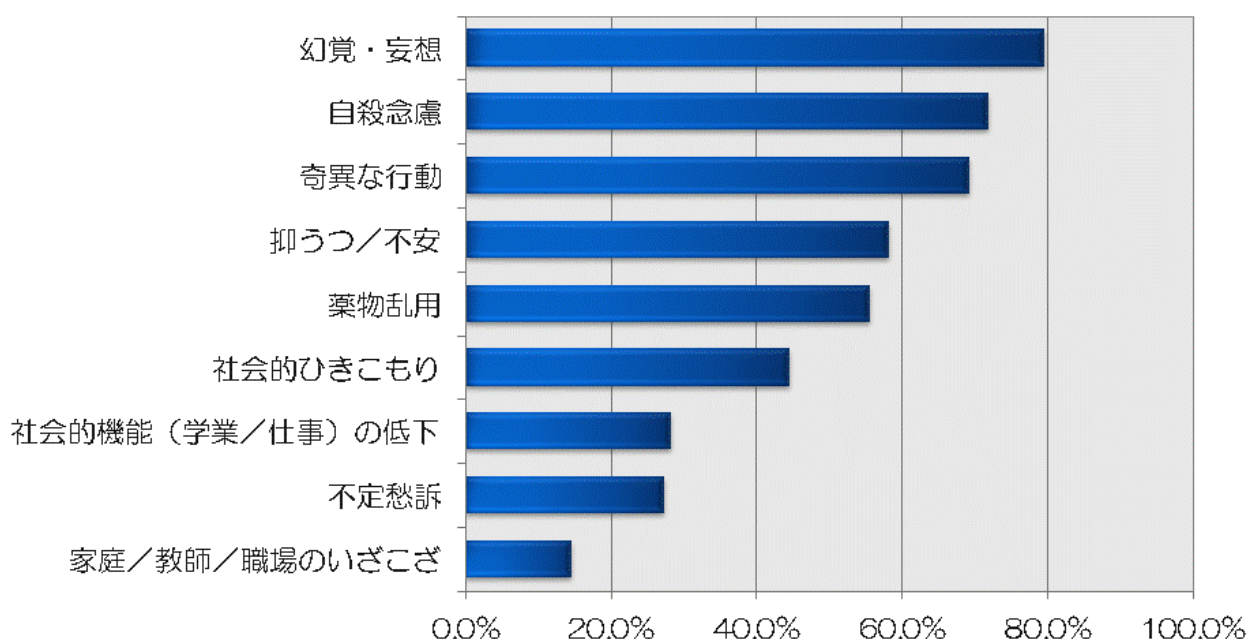
診察経験がある精神疾患



	統合失調症	うつ病	双極性障害	不安障害	摂食障害	パーソナリティ障害
1	皮膚科	神経内科	神経内科	神経内科	神経内科	神経内科
2	神経内科	整形・形成外科	皮膚科	整形・形成外科	小児科	皮膚科
3	眼科	内科	整形・形成外科	耳鼻咽喉科	産婦人科	小児科
4	小児科	外科	その他	内科	内科	整形・形成外科
5	産婦人科	その他	産婦人科	外科	皮膚科	外科

紹介のきっかけ

受診した患者様に精神病の発症を疑う場合、専門医に紹介するきっかけとなる症状はどれですか？



直接訪問時の開業医からの感想

- 今まで、紹介先が少なく対応に困っていた【小児科医】
- 専門医との連携に乏しく専門外来ができたことで紹介ルートができありがたい。【内科医】
- 実際に突発性難聴で訪れる若者の中には、精神疾患を疑うケースもある。機会があれば紹介したい。【耳鼻科医】
- 精神病を疑ったとしても、精神科を紹介し難い。困っている保護者はメンタルクリニックを訪れているのではないか？【耳鼻科医】
- 案内してもらうまで精神疾患を疑ったことはほとんど無かった。【耳鼻科医】

行政機関との連携

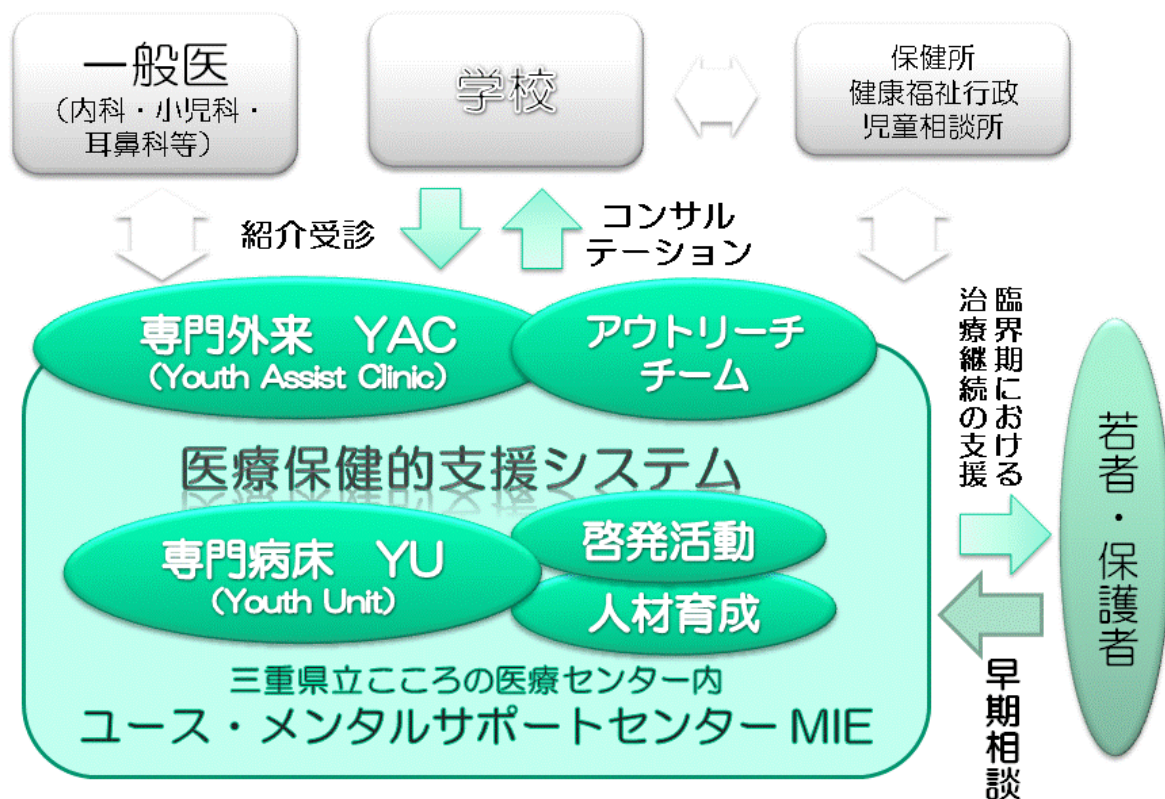
学校ベースの支援を進めてきて

- ・家庭の事情が原因で学校で精神症状を呈する事例が散見される
- ・学校では家族の情報が挙がって来にくい
- ・卒業後の事例に対して情報が得られない
- ・行政機関に援助希求される事例の中にも精神疾患を有することがある

→ 市町・県の健康福祉行政との連携が不可欠



津市における早期介入体制



ご清聴ありがとうございました



14:15～14:50 実践報告Ⅱ

石倉習子氏

(東京都立松沢病院・ユースメンタルサポートセンター松沢)

都立松沢病院における 早期支援の取り組み

都立松沢病院 PSW

石倉習子

目次

- ユースメンタルサポートセンター松沢
- 青年期外来:wakabaの概要
- 支援内容
- 事例
- 今後の課題

1. ユースメンタルサポートセンター松沢

ユースメンタルサポートセンター松沢

青年期外来

- ケアマネジメント
- アウトリーチ

広報・啓発

- 関係機関への広報
- 一般医への訪問活動

学校支援

- 教員へのコンサルテーション

青年期病棟

- 平成23年度開設予定

広報・啓発

- Wakabaウェブサイト
- 関係機関向けリーフレット
 - * 保健師の会議、医療連携実務者会議でのPRも
- 医療機関への連携訪問
 - * NsとPSW
 - * 精神科医連携加算や検査利用と合わせてwakabaを案内
 - * 相談員と直接顔を合わせることの重要性

青年期外来:wakaba



目的 統合失調症などの精神病状態(精神病性障害)が疑われる若者に
早期に支援を提供し、早期の回復を促すこと
→未治療期間の短縮+初期の集中的・継続的支援の提供

対象 15歳～25歳くらいまでの、世田谷区に隣接する市区にお住まいの方

支援内容

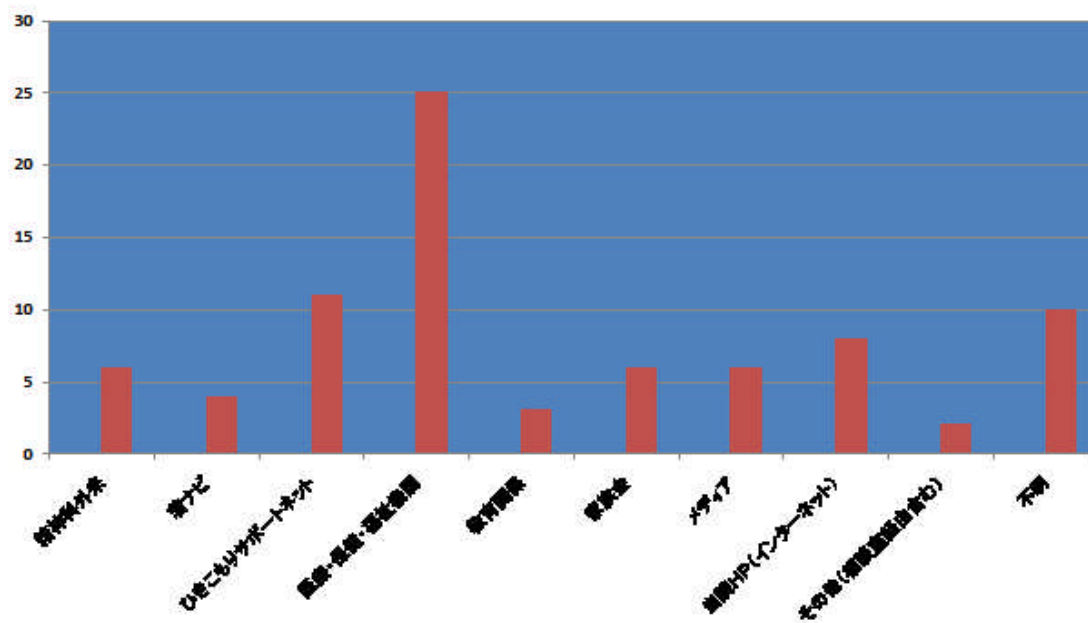
- ・PSW・Nsによる受診前の電話相談、
家族相談、アウトリーチ
- ・医師による診察
- ・ケアコーディネーターによる生活支援、
家族支援

スタッフ

- ・PSW1人+Ns1.5人+医師3人(+補助)
- (スタッフは全て病棟や精神科外来等と兼務)

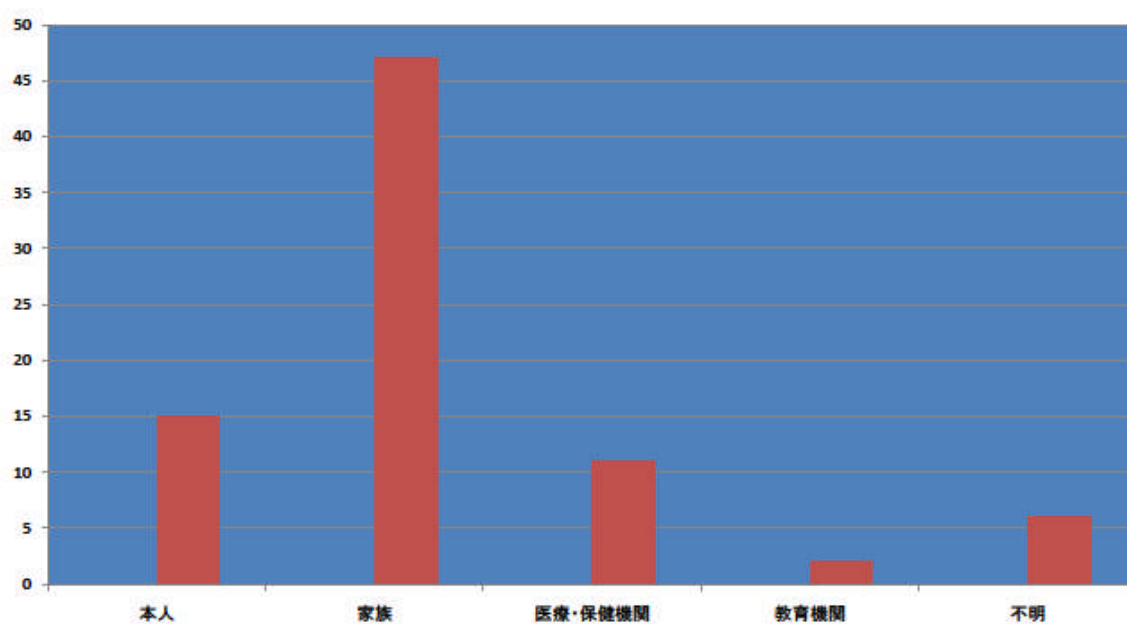


電話相談：紹介元



平成22年1月31日現在

電話相談：相談者



Wakabaの特徴



1. ケアマネジメントと多職種連携

- ・ユーザーにはケアコーディネーター1人が割り当てられる
- ・必要な治療・支援とそれに関する適切な情報が本人・家族へ届けられているかをモニタリング
- ・主治医と連携しながら、段階に応じた心理教育、社会資源利用の提案、生活環境の調整、家族支援を提供

2. アウトリーチ

- ・受診を迷っている、治療中断の可能性が高い、緊張が強い、家族支援

3. 本人の目標や夢を実現するための支援

- ・病気の治療に注目しすぎず、本人の目標や夢を実現するための支援

4. 家族支援

- ・家族は本人を共に支援するパートナーでもあり、支援を提供する対象でもある

今後の課題



- ・マンパワー
- ・若者に役立つ社会資源の開発
- ・グループワーク
- ・スタッフの研修（ケアマネジメント、CBT、家族支援など）
- ・病棟開設に向けて、外来と病棟の連携体制の構築

ご清聴ありがとうございました



14:50～15:25 実践報告Ⅲ

田尾有樹子

(社会福祉法人巣立ち会 ユースメンタルサポート Color)

～プロフィール～

田尾有樹子（たお ゆきこ）

昭和 53 年	医療法人欣助会吉祥寺病院勤務
平成 4 年	任意団体巣立ち会設立
平成 14 年	社会福祉法人巣立ち会設立 理事就任
平成 15 年	吉祥寺病院退職
平成 16 年	日本社会事業大学通信教育課勤務
平成 21 年	日本社会事業大学退職

地域からの早期支援の取り組み ～ユースメンタルCOLOR の活動を通して～

社会福祉法人 巢立ち会
田尾有樹子

<http://sudachikai.eco.to/color/>



なぜ早期介入か？
巢立ち会の活動の中で

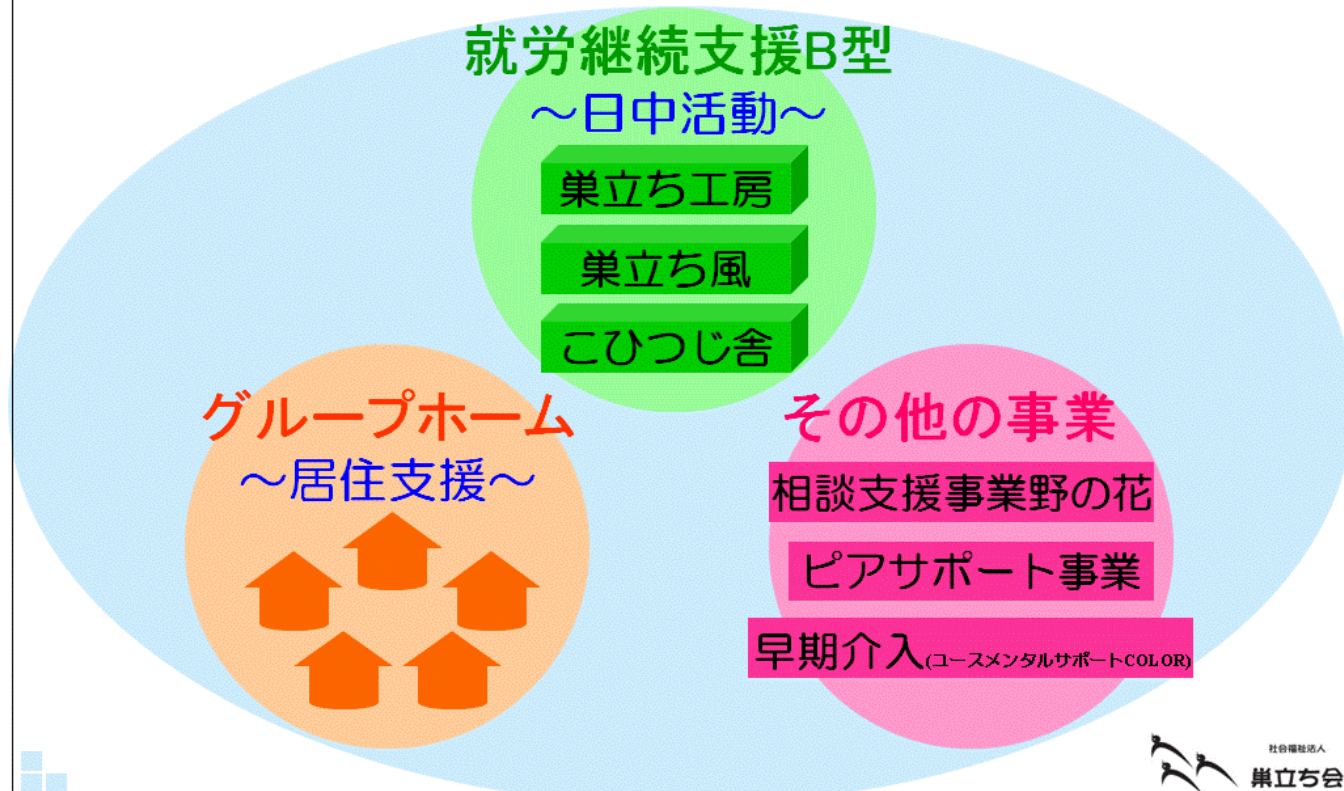
巣立ち会の歩み

- 1992.6 三鷹市で巣立ちホームの事業を開始
- 1993.3 三鷹市で巣立ち共同作業所の事業申請を開始
- 1993.4 巣立ち共同作業所・巣立ちホームが正式に認可される
- 1995.10 三鷹市で巣立ち工房の事業開始
- 1996.4 巣立ち工房・巣立ちホーム調布が正式に認可される
- 1998.7 巣立ちホーム調布第2正式に認可される
- 2000.8 調布市にてこひつじ舎事業開始
- 2002.10 巣立ち会 社会福祉法人格取得巣立ち共同作業所が小規模授産施設となり、
「巣立ち風」に名称変更
- 2003.1 巣立ちホーム調布第3 事業開始
- 2003.4 こひつじ舎・巣立ちホーム調布第3が正式に認可される
- 2005.4 巣立ちホーム調布第4 事業開始
- 2005.6 三鷹市精神障がい者地域自立支援事業(ピアサポート事業)を受託
- 2005.8 東京都H17年度精神障害者退院促進支援モデル事業を受託
- 2005.10 巣立ちホーム三鷹第2 事業開始
- 2006.3 巣立ちホーム調布第5
- 2006.8 巣立ちホーム三鷹第3・第4事業開始(2007年巣立ちホーム三鷹第2に統合)
- 2006.10 巣立ちホーム調布第6 事業開始/8か所のグループホームを障害者自立支援法
のグループホームに移行
- 2007.4 3か所の通所事業を障害者自立支援法の事業所に移行
- 2008.7 指定相談支援事業「野の花」設立
- 2009.2 うつ病復職支援ルポゼ立ち上げ(こひつじ舎内)
- 2009.6 早期介入・早期支援ユースメンタルサポートCOLOR立ち上げ(自立支援プロジェクト)

3



巣立ち会事業の全体図



巣立ち会の通所事業所

2010.1.30現在

名称	定員	利用者	体験 利用者	合計	平均年齢	生保受給率
巣立ち風	30名	63名	17名 (16)	80名	54.3歳	53.9%
巣立ち工房	20名	42名	4名 (4)	46名	53.8歳	54.8%
こひつじ舎	40名	96名	7名 (7)	103名	44.8歳	39%
合計	90名	201名	28名 (27名)	229名		



5

巣立ち会の居住支援

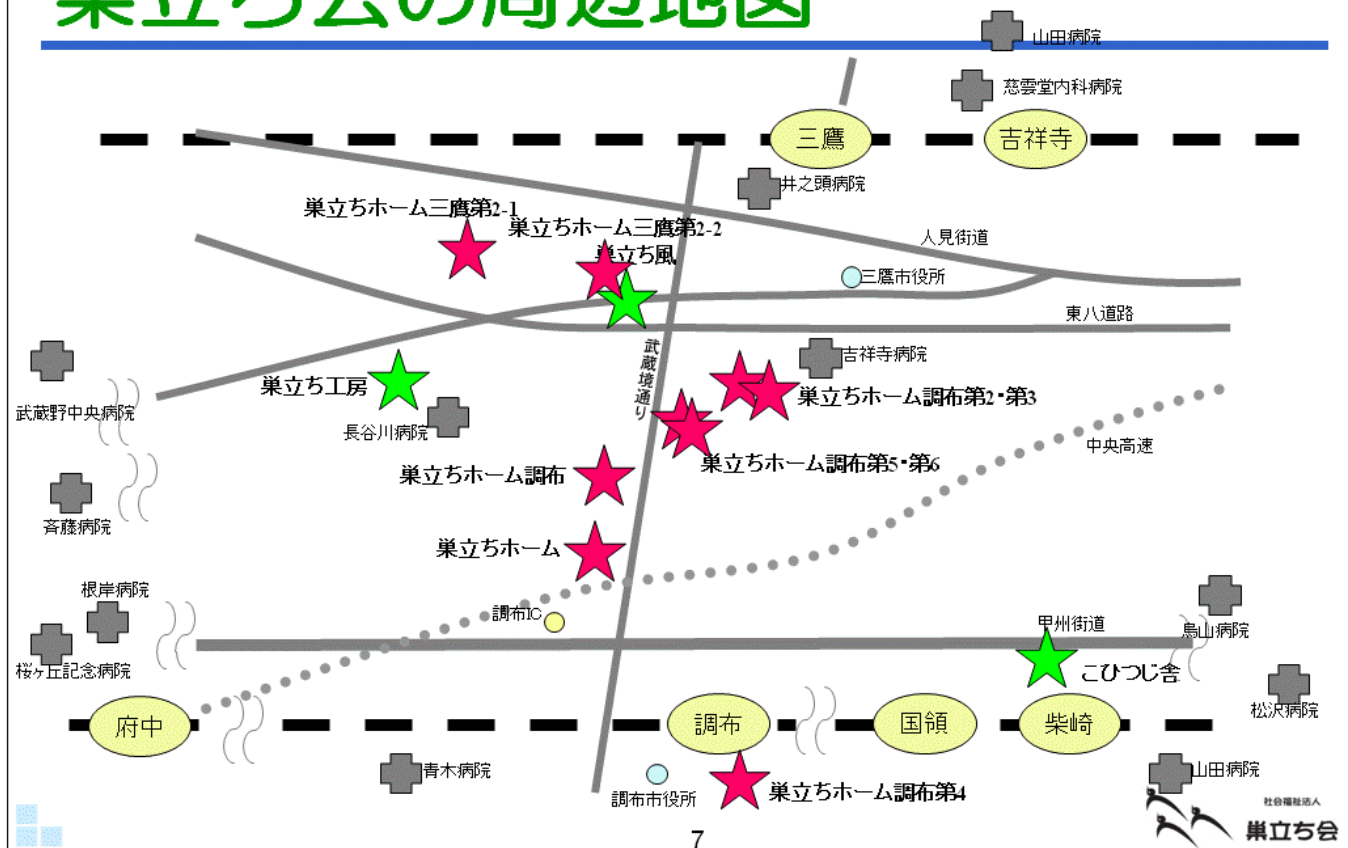
名称	利用者	定員（居室数）
巣立ちホーム	6名	6
巣立ちホーム三鷹第2	23名	23
巣立ちホーム調布	5名	5
巣立ちホーム調布第2	5名	6
巣立ちホーム調布第3	4名	6
巣立ちホーム調布第4	10名	12
巣立ちホーム調布第5	7名	7
巣立ちホーム調布第6	5名	6
居住支援	30名	36
合 計	95名	107

平成21年9月1日



6

巣立ち会の周辺地図



巣立ち会の退院促進支援の特徴

- 1 住居支援に力を入れている
- 2 入院中からトレーニングを行う
(日中活動の場への通所)
- 3 利用者と一緒に支援を行っている
(ピアサポート)
- 4 NOと言わずに、対象者として受け容れる(多くの条件を付けない)
- 5 24時間対応窓口を設定している。



平成17・18・19・20・21年度の退院者の現状

		H17年度	H18年度	H19年度	H20年度	H21年度
対 象 者		41名	50名	48名	56名	41名
退 院 者		17名	24名	13名	20名	19名
中 断 者		1名	9名	3名	6名	2名
退 院 者	平均年齢	48.8歳	51.0歳	48.5歳	51.2歳	47.8歳
	男女比	13：4	17：7	8：5	13：7	15:4
	平均入院期間	4373日	3671日	3313日	3771日	4642日
	退院までの期間	7.8ヶ月	6.1ヶ月	12.8ヶ月	11ヶ月	13ヶ月
	生保護受給者	10名	15名	6名	10名	9名

H22.1.31現在

今後の精神保健医療福祉のあり方等
に関する検討会の中で

精神保健医療体系の再構築

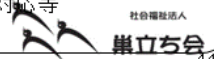
①入院医療の再編・重点化

- 患者の状態像や病棟の機能に応じた人員基準・評価の充実、医療法に基づく人員配置標準の見直し等による精神病床の医療の質の向上。
- ＜統合失調症＞
 - 今後減少が見込まれる統合失調症の入院患者の減少を一層加速。
 - ※ 入院医療の充実による一層の地域移行、精神科救急医療や在宅医療等の地域医療の充実、障害福祉サービスの一層の計画的な整備等の施策を推進。
 - ※ 平成26年の改革ビジョンの終期において、平成27年以降における更なる減少目標値を設定し、各般の施策を展開。
 - 高齢精神障害者の適切な生活の場を確保するため、介護保険サービスの活用等について検討。
- ＜認知症＞
 - 認知症高齢者をできる限り地域・生活の場で支えるという観点や、認知症の専門医療機関の機能を更に明確化・重点化する観点も踏まえて、精神病床や介護保険施設等の入院・入所機能とその必要量等を明確化。
 - BPSD(認知症の行動・心理症状)や、急性期の身体合併症を伴う患者に対応する専門医療機関の確保。
 - 介護保険施設等の生活の場の更なる確保と適切な医療の提供、介護保険サービスの機能の充実等について検討。
 - ※ 生活の場の更なる確保に当たっては、既存の施設に必要な機能を確保した上で、その活用を図るという視点も必要。
- ＜身体合併症＞
 - いわゆる総合病院精神科における、精神病床の確保、機能の充実等、一般病床における精神・身体合併症患者の診療体制を確保。

②疾患等に応じた精神医療等の充実

- 気分障害の早期発見、診断のための、内科医や小児科医等との連携の推進、診療ガイドライン等の作成等による医療の質の向上。
- 依存症に対する医療の機能強化、依存症のリハビリ施設や自助グループの支援のあり方の検討等、依存症患者の回復に向けた支援に係る総合的な取組の強化。
- 児童・思春期精神医療に専門的に対応できる医師数の拡大、専門病床・専門医療機関の確保や身体合併症への対応等の医療提供体制の拡充。

11



③早期支援体制の検討

- 若年者が統合失調症を発症した場合の重症化の予防等のため早期支援体制の構築に向けた段階的な検討の実施。
 - ※ まず、モデル的な実施に着手。その検証を踏まえ、普及について検討。
- 精神医療の質の向上の取組とあわせて、支援を適切に行うことのできる体制の整備を進めつつ、慎重に早期支援体制の検討・具体化を進める。

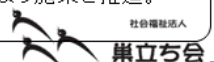
④地域精神保健医療提供体制の再編と精神科医療機関の機能の強化

- 救急医療、在宅医療等の充実を通じた、患者の身近な地域を単位とする地域医療体制の整備・確保。
- 加えて、大まかに次のような機能を担う精神科医療機関が必要(あわせて地域医療体制との連携体制の構築)。
 - ・ 高次の精神科救急を行う精神科病院
 - ・ いわゆる総合病院精神科
 - ・ 高齢者の診療を行う精神科病院
 - ・ 極めて重症な患者に対し手厚い治療を行う精神科病院(ただし、若年患者の入院率や、諸外国の例から考えると、必要な病床数はごく限定的)
 - ・ その他の専門的な医療機能(児童思春期、依存症等)を有する精神科医療機関
- 医療計画のいわゆる「4疾病5事業」(特に5事業)として精神医療を位置付けることについて検討。
- 地域精神保健の機能の底上げを図るため、地域精神保健を担う行政機関である市町村、保健所、精神保健福祉センターの機能のあり方と連携体制の明確化、機能強化等について検討。
- 自殺防止対策の観点も踏まえた、地域精神保健の機能の充実を図るための地域レベルでの連携の強化。

⑤精神科医療機関における従事者の確保

精神病床における人員の充実・確保に加え、長期入院患者の病棟等の医療従事者と比べ、在宅医療、救急・急性期医療、精神・身体合併症に対する医療、各領域の専門医療など、今後需要の見込まれる分野の医療従事者が相対的に増加するよう施策を推進。

12



来年度の行政の方向性

早期支援・早期介入について、
医療機関と地域の相談機関で
モデル的な事業を行なう

ユースメンタルサポート
COLOR について

COLORの使命

全国的に地域で早期介入・早期支援を展開して、地域で安心・安定した生活が送れるようになるためのモデル作りを行なう

COLORの目指すところ

- ・ 発症後、未治療期間（DUP;Duration of Untreated Psychosis）を短縮し、早期に医療に結びつける、或いは適切な医療機関に結びつける
- ・ その為に、ニーズのあるところとの連携
- ・ 教育機関へのアプローチ・協力関係の確立

COLORの目指すところ

近隣の医療機関で、すでに医療に結びついているケースに対して、**手厚い心理社会的な支援**（DIPT; Delay in Intensive Psychosocial Treatment）を提供し、地域で、自己実現をして、安心して生活できるような社会的な参加度を高める。
（相談支援・家族支援・復学就学支援・復職就職支援等）

治療中断を防ぐ

事業紹介・事業説明

- 地域の関係団体等に出向いて説明を実施
対象；連携先、行政、病院、教育機関等
⇒合計55回実施
- 東京都福祉保健局・多摩府中保健所・三鷹市地域福祉課
三鷹市生活福祉課・調布市福祉保健部・調布市健康センター
狛江市障害サービス支援室・近隣の精神科病院やクリニック
（19ヶ所）調布市精神科医会
NPO法人文化学習協同ネットワーク・近隣の地域生活支援センター等・三鷹市教育委員会・三鷹市小中学校校長会・調布市教育相談所・狛江市教育相談所教育相談室・狛江市養護教員研修会・府中教育委員会・白百合女子大学・国際基督教大学・電気通信大学ルーテル学院大学 等など

COLORの具体的な支援一対象者

- ・調布市、三鷹市、狛江市、世田谷区、府中市、武蔵野市その他近郊地区にお住まいの方を対象とする
- ・サービスの対象者は、10代～20代で発症から5年以内の方

COLORの具体的な支援一料金

相談やその他の支援については、**原則的に無料**である(障害福祉サービスなどを利用する場合はその利用料がかかることがある)

COLORの具体的な支援一方法

1. 精神的不調・疾病を抱えている若者やその家族などがアクセスしやすい相談窓口として、専門スタッフによる電話相談、相談面接、訪問相談を実施し、アセスメントを行う
2. 精神科的専門治療が必要と判断される若者やその家族で、未治療者に対しては、早期支援の専門外来に紹介し、スムーズな治療導入を支援するための調整を行う

COLORの具体的な支援一方法

3. 治療が開始された後も、スタッフは医療チームと連携をとりながら、家族支援、生活支援、就学・就労支援といった心理社会的支援を行い、疾病・障害からの回復を支える
4. すでに医療機関に通院・入院されている方々、或いは未治療の方たちに対しても、その後の生活について本人や家族の希望に沿ってケアマネジメントやアウトリーチを行い、適切な支援を行なう
5. 住居支援やデイサービスなども今後検討していく

COLORの意義

1. DUP(精神病未治療期間)やDIPT(手厚い心理社会的支援開始の遅れ)を短縮することで予後を大きく改善させる。
2. 結果、入院率を下げる。そのことで、治療への抵抗性を低め、安定した治療関係を築く。
3. 医療経済的にもコストが下がるといわれている。
4. 加えて、自殺率が下がるといわれている。

COLORの意義

5. 家族支援としても、アウトリーチサービスで家族の負担を軽減し、支援を受けやすくする。
6. 家族・当事者の満足度が上がる
7. 多くの一般市民、教育機関や一般医などとの連携や啓発活動等を通じて、精神保健に関する地域の理解を深めることができる。

COLORの実践

25

Colorの啓発活動

- ・ 早期発見のための啓発活動や地域連携（教育関係機関、一般医療機関等）を行う。
- ・ 研修会・勉強会・講演会などを企画し、地域の関係機関を啓発し、連携を深めていく。

26

啓発活動の実績

月	活動内容	対象者数
9月	・講演会 思春期こころのカルテ	80名
	・精神病早期介入実践のためのケースマネージャー養成セミナー講義	80名
10月	・狛江養護教員研修会講師	10名
	・研修会 思春期・青年期に始まる精神病性障害	41名
11月	・予防学会 シンポジウム	100名
1月	・府中教育委員会校長会研修会	33名
2月	・府中教育委員会副校長会研修会	33名
	・シンポジウム 思春期・青年期の心外傷 参加者	150名?
	・ // チラシ・リーフレット送付	2900件
その他	・COLORホームページのアクセス件数(11/20~2/20)	295件

COLORのホームページ①



COLORのホームページ②

ユースメンタルサポート Color

社会福祉法人 巣立ち会
042-426-8099

Home

Colorとは

活動内容

利用される方へ

専門家の方へ

早期介入・支援の重要性

アクセス
連絡先

更新履歴

2009.11.20
Colorのサイト開設！

いつもの生活に疲れたあなたへ
Colorではあなたの心を助けます
心の穴が大切なものを消してしまう前に

ユースメンタルサポート



お知らせ

- 平成21年度障害者保健福祉推進事業(障害者自立支援調査研究プロジェクト)シンポジウムを開催致します。

テーマ：思春期・青年期のメンタルヘルス
～精神疾患の早期支援を目指して～
基調講演：加賀乙彦氏(作家・精神科医)

日時：平成22年2月27日(土) 10時～17時
場所：三鷹産業プラザ 7階会議室

詳しくはチラシをご覧ください

社会福祉法人 巣立ち会

総 事 例

1回のみ	電話のみ	6名	計 12名
	来所相談 (1回のみ)	6名	
継続事例			14名
新規事例(今後の相談予定ケース)			2名
関係者からの問い合わせ			2名

住 所 地

継続		1 回のみ	
府中	4名	三鷹	3名
狛江	3名	多摩	2名
調布	3名	府中	2名
世田谷	2名	中野	1名
三鷹	1名	大田	1名
多摩	1名	八王子	1名
	計 14名	川崎	1名
		千葉	1名
			計 12名

31



月別の相談件数

2009年7月 ～ 2010年1月

	継続	1 回のみ
7月	2名	0名
8月	1名	0名
9月	1名	1名
10月	0名	3名
11月	4名	6名
12月	3名	4名
1月	3名	0名
	計 14名	計 14名

32



男 女 比

継続中		1 回のみ		合計	
男	5名	男	4名	男	9名
女	9名	女	8名	女	17名
計14名		計12名		計26名	

利用者の属性

平 均 年 齢		17.8歳
診断名	統合失調症	12名
	未定	2名

紹介ルート

	継続中	1回のみ	合計
主治医・病院PSW	6名	1名	7名
教育機関	4名	0名	4名
市役所	2名	0名	2名
その他（講演会・HP）	2名	2名 （家族会・サポートネット）	4名
パンフレット	0名	6名	6名
不明	/	3名	3名
計	14名	12名	26名

継続事例の医療機関との関係

- | | |
|-----------------------------------|-----|
| ・ 医療中断、或いは未治療から
医療につなげたケース | 1 例 |
| ・ 現在努力中 | 1 例 |
| ・ 積極的医療の必要性が
認められなかったケース | 1 例 |
| ・ 中断中で経過観察 | 1 例 |
| ・ 医療は継続しているが包括的な支援を
求めてきているケース | 10例 |

1 回のみでの利用で継続しなかった理由

- ・ 遠距離であること
- ・ 通所したいというニーズにこたえられなかった
- ・ 他に主たる相談者がいた
- ・ ただ、1回だけ、話を聞いてもらいたかった
- ・ これから受診予定、必要なら再度の連絡をと促す
- ・ COLORの支援にそぐわないため**トライアジー**をした
- ・ 様子を見て特に心配はないと家族が判断した

医療との連携

- ・ 地域に若者への支援が存在すること、早期支援の重要性を徹底して認識してもらうことが必要。
- ・ 今回、事例を紹介してくれている病院・クリニックは、生活支援ができていないという現状を認識しており、前向きな連携が取れている。他のクリニックにも事業説明を行い、連携が取れる体制を築いていく必要性あり。

行政との連携

<行政への事業説明>

- ・ 三鷹・調布・狛江・多摩などに伺って事業説明を行った。市には多様な課や窓口があるため、何度も足を運びそれぞれに繰り返し説明する必要がある。

<行政からの依頼>

- ・ 依頼は2例であり、両者とも生活保護を受給開始直後で、発症後間もないため、Colorの支援対象だと考えられたケースである。
→ 20歳前後で単身生活保護で家族から見放される、或いは別居が必要というケースがかなり高率に存在。

教育機関との連携

<教育機関への事業説明>

- ・ 三鷹・調布・狛江・府中に伺って説明した。

<教育機関からの依頼>

- ・ 新規の依頼も含めて4例（継続では3例）
→ 1事例は医療機関につなげて経過観察中。
→ 他の2事例は家族関係も含めて難しい事例。
- ・ 困難な事例の場合、学校や教育相談所などと頻繁なカンファレンスが必要となり、支援内容の十分な検討、各機関との連携や連絡調整が非常に重要となってくる。

具体的な支援内容

1. 学習支援
2. 就労支援
3. 家族支援
4. 居住支援
5. 訪問支援・同伴支援
6. 通所支援
7. 環境調整支援



**地域の福祉サービス事業所での
早期支援・早期介入支援活動の
可能性**

障害者自立支援法の中での可能性

1. 相談支援事業の中で
2. 自立訓練(生活訓練)として
3. グループホームとして

地域が行なうことのメリット

- ・ 1. 多くの医療機関の利用者を対象に出来る
- ・ 2. 医療機関に対する疑問や不信感に対処しやすい（医療中断を防げる）
- ・ 3. アウトリーチが行ないやすい
- ・ 4. 就学、就労、復学、復職支援など心理社会的な支援が行ないやすい
- ・ 5. 明らかな発症前の支援も可能
- ・ 相談支援や認知行動療法は薬物療法に比べて侵襲的ではない
- ・ 6. 地域の社会資源に精通している

今後の課題

実践して思うこと

- ・ すぐに動ける機動力が重要
- ・ 若者が想像以上に悲惨な状況にいる
- ・ 疫学的なデータにあるように実際の問題が起こってきているのは明らかな発症に先立っていることが多い
- ・ 利用者が通ってこられる場所が必要
- ・ 自立のための住居支援が必要
- ・ 教育機関との強力な関係の確立の必要性
- ・ 数多ある医療機関への理解の徹底の難しさ

今後の対応策

- ・ モデル事業としての予算確保
 - ・ スタッフ養成
 - ・ 集える場所の確保ープログラムの確立
 - ・ グループホームの準備
 - ・ 教育機関との連携の強化
- 事例を通して係る
- ・ 医療機関とも同様、受診同行或いは医療機関を訪れ、意見交換をしばしば行なう

最後にー今後の目標

全国に地域で早期支援・早期介入を行える地域の機関とシステムが立ち上がることを目標とする

15:40～16:50 パネルディスカッション

濱口達也氏（三重県立こころの医療センター）

石倉習子氏（ユースメンタルサポートセンター松沢）

田尾有樹子（ユースメンタルサポート Color）

<座長> 長汐道枝氏
（府中市教育委員会 スクールソーシャルワーカー）