

東京都立松沢病院早期支援青年期外来 wakaba の経験より

石倉 習子¹⁾, 青野 悦子¹⁾, 西田 淳志²⁾, 岡崎 祐士¹⁾

東京都立松沢病院は、平成 21 年 11 月、早期支援青年期外来 wakaba を開設した。wakaba では利用者本人や家族と早期にエンゲージメントを構築し、初期治療の中断を防ぐため、以下の 4 点に特に配慮している。①症状の軽減だけでなく、利用者の生活上の目標・希望を達成するための支援を行うこと、②ケアマネジメントを提供するケアコーディネーターを割り当てること、③家族支援を積極的に行うこと、④アウトリーチを活用すること。wakaba や、わが国が抱える課題としては、スタッフの援助技術向上、多職種チームによる支援が実現できるような診療報酬制度への改革、病初期の若者のニーズにあった社会資源の開発、早期支援サービスのコンポーネントを明らかにすること、などが挙げられる。

<索引用語：早期支援サービス，早期介入サービス，早期精神病，初回エピソード精神病>

はじめに

精神病の Early Intervention Service (早期支援サービス、あるいは早期介入サービスと訳される) は、1986 年、英国の Northwick park study で精神病未治療期間 (Duration of Untreated Psychosis) が明らかにされたことを契機に、試験的取り組みが開始された。90 年代初頭には豪国のメルボルンで本格的に開始され、系統的に発展した。90 年代中頃には欧米諸国、2000 年代に入ってアジア諸国へと急速に広がりを見せ、わが国でも徐々にその取り組みは拡大されつつある。精神病の早期支援の促進が議論される際、発症が疑われる方の支援を可能な限り早く開始すること、すなわちいかに未治療期間を短くするかという点が大きく取り上げられることが多いように思われる。しかし、早期支援の本質的な目標である、早期の回復を実現するためには、臨界期における重要な初期支援の中断を防ぎ、利用者のニーズにあった包括的支援を提供することが求められる。つま

り、ただ早期の相談・受診を促す啓発教育や保健活動だけでなく、「早く相談 (受診) して良かった」と思ってもらえるような支援体制が必要である。本稿では、東京都立松沢病院早期支援青年期外来 wakaba における支援の実際と工夫について簡単に報告するとともに、wakaba を含め我が国の早期支援サービスが直面する課題について述べる。

I. 早期支援青年期外来 wakaba の概要

1. 目的・対象

東京都立松沢病院は、平成 21 年 11 月、早期支援青年期外来 wakaba (以下、wakaba) を開設した。wakaba の目的は、早期精神病の若者 (発症後 5 年以内) に早期に支援を提供し、早期の回復を促すことである。

wakaba の支援対象は、原則として 15~25 歳までの、当院がある世田谷区と世田谷区に隣接する区市にお住まいの方、となっている。居住エリア

著者所属：1) 東京都立松沢病院

2) 東京都医学総合研究所

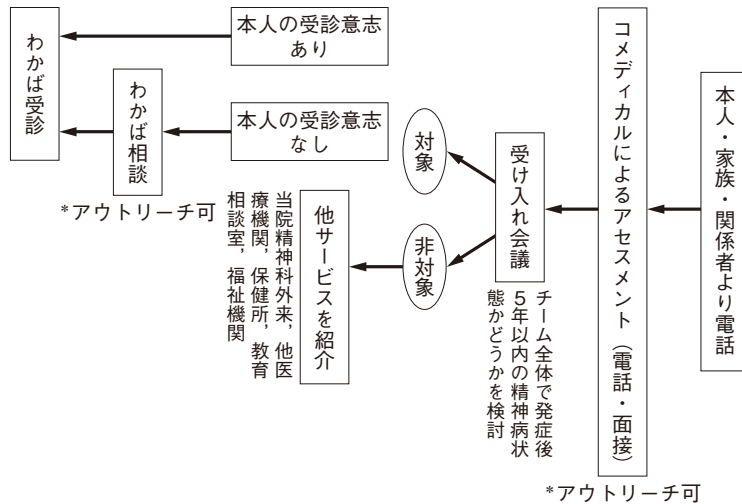


図1 wakaba 受診までの流れ

を限定しているのは、コメディカルスタッフによるアウトリーチ型の相談支援が提供できる範囲が限られているためである。

2. 支援内容

wakaba 受診までの経緯を図1に示す。wakaba の相談・受診は原則予約制で、まずは電話で主訴、居住地、年齢に加え、生育歴、家族歴、受診歴に関する情報を収集し、wakaba の支援対象かどうかを判断する。場合によっては直接本人や家族と面談し、アセスメントを行うこともある。wakaba の対象に該当しない場合は、状態に応じて当院精神科外来で担当する。あるいは他の医療機関、保健所、教育相談室などのより適切な相談機関を紹介することもある。

wakaba の支援対象者であっても、本人が精神科を受診することに抵抗を感じていたり、拒否している場合も少なくない。そのような場合は、精神科医の“受診”ではなく、コメディカルスタッフとの“相談”に来院してもらったり、希望があればこちらから自宅に向いたりして、信頼関係を構築していく。本人がスタッフとの接触を一切拒否している場合は、家族と面接し、強制的な医療の介入を可能な限り回避するための工夫を話し合うようにしている。このように、受診を伴わな

くても支援を開始するのが wakaba の特徴とも言える。

受診後は、必ず担当のケアコーディネーターが割り当てられ、精神科医による薬物療法を含むケアマネジメントを提供する。このケアコーディネーターは看護師、精神保健福祉士、臨床心理士が担当しており、その多職種チームでのケア会議を通してケアプランを作成する。また、生活全般の支援、家族支援、心理療法など、直接的支援も提供する。平成24年5月現在、専任常勤看護師1名、専任非常勤精神保健福祉士1名、専任非常勤臨床心理士2名、合計4名のスタッフがケアコーディネーターを担当しており、ケースロードは10～15件となっている。精神科医は7名で、病棟、精神科外来、デイケアと兼務している。

II. 支援の実際と工夫

1. 利用者のニーズ

では、利用者には「受診して良かった」「しばらく続けて相談したい」と思ってもらうには、どのようなサービスが良いのであろうか。

wakaba に寄せられる相談の中で、それまでで心療内科や精神科に一度も受診したことがない、全くの未受診の方は少なく、約66%の方がすでに何らかの精神科医療機関を受診している。これは、

精神科クリニックの多い都市部では、最初の受診先として松沢病院のような精神科病院ではなく、地域のクリニックや総合病院の精神科が選ばれることが少なくないことが背景にあると考えられる。すでに精神科医療機関を受診しているにもかかわらず wakaba に相談するのは、現在の受診先では医師による短時間の診察と薬物治療が中心で、生活上の困りごとに対する支援や、心理療法を利用することが困難であるから、というのが最も多い理由である。その結果、治療内容に納得できず通院を中止したり、数回の受診のみで転院を繰り返したりして、症状が悪化し、学校や仕事を辞めざるを得ない状況にまで至ってしまうこともある。病初期の若者は、精神病症状自体は重症でなくても、外出できない、勉強や仕事に集中できない、小さなミスを繰り返す、進路に迷っている、など生活上の様々な困難に直面しており、それらについてどう対応したらよいか相談にのってほしい、というのが最も多い希望である。また、年齢が若ければ若いほど、薬物治療に対する抵抗を感じる場合も多く、心理療法に対するニーズも高い。

つまり、薬物治療中心の治療では、早期支援サービスの本質的な目標である、治療中断を防ぎ、早期の回復を促進することは困難であり、逆に精神科医療への不信を増加させたり、治療中断を引き起こしてしまう可能性さえあると言える。それらを最大限回避するためには、多職種チームによる、ケアマネジメントや心理社会的支援が極めて重要である。

2. エンゲージメントの構築、初期治療の中断を防ぐために

1) 生活上の困りごとの軽減、ユーザーの目標・希望を達成するための支援

症状をコントロールすることだけでなく、実際の生活で困っていることに焦点をあて、必要な支援を組み合わせる。また、ご本人の目標や希望を達成するための支援に焦点を当て、“病気の治療”というより、“やりたいことの実現のために皆で

知恵を絞っていく”という姿勢で関わりを続ける。

2) ケアコーディネーターによるケアマネジメント

精神病を経験することは、本人や家族に様々な心理的負担をもたらすものであるが、特に病初期は、混乱や絶望などが大きく、きめの細かい心理的サポートが必要である。また早期の回復を促すためにも、状態像や支援方針などについての丁寧な説明が不可欠である。本人や家族がどのような情報を必要としているかをアセスメントし、主治医と連携しながら適切な情報提供を行っていくのが、ケアコーディネーターの重要な役割の1つである。

また本人が充実した学校生活・労働生活を送れるよう、学校・職場関係者との調整を行う。必要であれば学校や職場に出向き、直接関係者と面談を行って支援方針を共有し、それぞれの役割を確認してサポート体制を作っていく。

その他、wakaba で提供できない支援については、他サービスの利用を適宜提案していく。

3) 家族支援

病初期の家族は、強い混乱と不安の真ただ中にあり、専門家による適切な情報提供と、心理的サポートを最も必要としていると言える。また、年齢が若ければ若いほど、経済的・精神的な両親への依存度は高く、両親と早期からエンゲージメントを構築し支援方針を共有し協力していくことが重要である。筆者の経験から言えば、初診から3ヵ月ほどの期間に、本人はもちろん、家族からも積極的に不安や心配を聴き、適切な情報を提供し、実際の困りごとと一緒に対応していく体制が作られると、治療中断をかなりの割合で防ぐことができるのではないかと感じている。万が一本人がサービスとの接触をやめてしまっても、家族を通して間接的に支援を提供することができる。家族支援の頻度はケースバイケースだが、初診後3ヵ月は、可能な限り月2回、1時間ほどの面接を行うように努めている。

また、このような個別の面接の他に、ピアサポートを受けられる場としてファミリーサポート

グループを実施している(毎月第一土曜日)。これは平成23年7月より開始し、スタッフはファシリテーターの役割を担っている。

4) アウトリーチ

病初期の若者は、つらいことや困っていることを自ら精神医療の専門家に相談することは多くない。あるいは、相談したいことはあるが、病院の診察室だと緊張して話しにくい、学校や会社の帰りにわざわざ病院へ行くのはしんどい、できるだけ精神科病院には行きたくない、といった事情もある。また家族も、仕事や幼い兄弟姉妹の世話で多忙であり、病院内での面接が困難な場合がある。場所を病院に限定せず、自宅や学校、喫茶店、公園など、本人や家族が希望する場所で、適切な時に支援を提供することが必要である。

このような工夫は、もちろん病初期の本人や家族だけに必要なものではない。病期に関わらず、希望する全ての患者や家族が利用できるようになることが望ましい。しかし、特に病初期にこのような工夫がなく、ただ早く受診することだけが促進されれば、容易に治療を中断し、回復が遅れる可能性を増大させることになる。このような視点から、早期支援サービスには重要な初期治療の中断を防ぐあらゆる工夫が特に必要と言えるのではないだろうか。

Ⅲ. 今後の課題

1. wakaba 内での課題

wakaba では現在、スタッフの援助技術をいかに向上させるかが大きな課題となっている。これまで、諸外国の取り組みに関する報告や援助技術について、文献研究や海外から招いた講師の講義、他施設との合同事例検討会などを行ってきた。しかし、せっかく学んだ支援のポイントや援助技術をうまく臨床に活かせない、実施していてもこれで良いのかわからない、と感じることは少なくなく、継続的なスーパーバイズの際の必要性を感じている。

また、早期支援サービスは、いわゆる思春期・

青年期外来とは違った、病初期の若者を多職種で支援するサービスであるので、理念や目標、病初期の特徴に配慮した薬物治療や心理教育など、チームスタッフ全員が習得すべき知識や技術も多い。職種ごとではなく、チーム全員が同じ研修を受講し、最低限の知識や技術を身につける必要がある。将来的には基礎的な研修をチーム全員が受講できるようなシステムを構築していかなければならない。

2. 診療報酬制度・福祉制度上の課題

我が国で早期支援サービスを実施する際、最も大きなハードルとなっているのが診療報酬制度である。

1) 未受診者への支援

精神科の敷居が次第に低くなりつつあると言われているが、受診に抵抗を感じる人はまだまだ多く、その上精神病性疾患はその異変に本人が気づきにくいという特徴がある。だからこそ、その人に最適な方法、タイミングで医療につなげるため、家族や関係者が専門家と十分相談することが必要であるが、近年保健所の機能が縮小され、地区担当の保健師が、未受診者やその家族へ適切な支援を提供することが以前より困難になっている。保健機関でなかなか助言や支援を利用できない家族が直接医療機関を訪れても、「本人が受診しなければ何もできない」と言われるか、未受診者の家族への支援は診療報酬に反映されないため、自費診療で高い相談料を支払う必要がある。このような現状の中では、未治療期間の短縮や、強制的な介入での治療の始まりを軽減し治療中断を防ぐのは非常に困難である。地域の保健機能を強化するか、何らかの形で受診前の支援が評価されるような改革が求められる。

2) コメディカルによる支援

早期支援サービスでは、医師による診療だけでなく、コメディカルスタッフが様々な支援を提供するが、そのコメディカルによる支援が現制度では評価されにくい。看護師や精神保健福祉士などがアウトリーチを行った際にその費用を請求でき

る「精神科訪問看護指導料」を除き、コメディカルが病院内で単独で支援を提供しても全く評価されない（臨床心理士は訪問看護指導料も請求できない）。早期支援サービスだけでなく、精神科医療、ひいては医療全体が“チーム医療”“多職種チーム”へシフトしている中、診療報酬制度がそれを阻んでしまっているという現状がある。

3. 病初期の若者のニーズにあった社会資源の不足

早期の回復を実現するためには、本人や家族のニーズにあった多様な支援が必要であるが、wakabaの利用者でニーズが高いのは、就学・学習に関する支援である。例えば、現在激しい陽性症状はなくても、やむを得ず学校を休んだことにより授業についていけなくなってしまったり、集中力や記憶力が低下して受験勉強が困難になったりする場合がある。学習塾や家庭教師を利用できれば良いが、経済的事情で利用できないこともあり、結果的に留年、休学、退学を余儀なくされることがある。また、勉強に対して意欲はあるのだが、被注察感のため電車やバスに乗ることができないといった例もある。家族が送り迎えをする場合もあるが、家族に多大な負担がかかるほか、両親とも共働きで不可能な場合もある。また担任教諭をはじめ学校関係者が非常に協力的で、補習や個別指導をしようとしたとしても、多忙な先生達に自宅まで出向いてもらうことは極めて難しい。もちろん留年や休学をして休養した方が良い場合もある。しかし、学習・通学支援を利用できれば、

留年や休学をして自信を喪失したり絶望したりせずにはすむこともある。若者の利用者が多いデイケアなどではスタッフが学習面をサポートする場合もあるが、デイケアを利用する一步手前の、何とか通学できている人達になるべく学校からドロップアウトしないための支援も、病初期の若者には必要である。大学生の家庭教師ボランティアや移動支援サービスを利用できることもあるが、その数は圧倒的に不足している。

おわりに

——わが国における早期支援サービスのコンポーネント——

近年、日本においても早期支援サービスは急速に注目を集め、いくつかの医療・福祉機関でその実践が行われてきた。それぞれの機関が知恵と工夫を凝らし、できることから少しずつ始めて実績を積んでいる。早期支援サービスがナショナルヘルスサービスに組み込まれている英国をはじめ、諸外国の始まりも同様であったが、これからは日本における早期支援サービスの在り方を検討していくことが求められる。早期支援サービスとは、顕在発症前、あるいは病初期の患者を精神科医が診察し、従来通りの治療を行うことではない。日本の現状とニーズに合った日本版早期支援サービスを構築し、精神科臨床サービスのスタンダードとして普及させていくためには、早期支援サービスに必須のコンポーネントを検討し、フィデリティを明確にしていく作業が今後求められるだろう。

Early Intervention Service “wakaba” of Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital

Shigeko ISHIKURA, Etsuko AONO, Atsushi NISHIDA, Yuji OKAZAKI

- 1) *Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital*
- 2) *Tokyo Metropolitan Institute of Medical Science*

The Early Intervention Service in Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital “wakaba” was established in November 2009. In order to promote engagement with clients and their families as soon as possible and to prevent disengagement from initial treatment, we regard the following four issues as important : 1. Provision of support to realize clients’ aspirations as well as relief of symptoms 2. Allocation of care-coordinator to each client to provide care management 3. Assertive family intervention 4. Assertive outreach. The challenges that wakaba and the Japanese mental health system tackle include the improvement of the clinical staffs’ skill, the innovation of the medical service fee system to realize a multi-disciplinary approach, the development of social resources which meet the needs of young patients, and definition of service components in Early Intervention.

<Authors’ abstract>

<**Key Words** : Early Intervention Service, early psychosis, first-episode psychosis>
