

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会  
(第16回)

議 事 次 第

1. 日時 平成21年4月23日(木) 10:00~12:30(目途)
2. 場所 厚生労働省 専用第22会議室  
東京都千代田区霞が関1-2-2  
中央合同庁舎5号館 18階
3. 議事
  - 中間まとめについて
  - 訪問看護について
  - 早期支援について
  - 普及啓発について

---

【配付資料】

- 議事次第
- 座席表
- 構成員名簿

- 資 料 1 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会【中間まとめ】  
対応状況
- 資 料 2 訪問看護について
- 資 料 3 早期支援について
- 資 料 4 普及啓発について

# 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 【中間まとめ】対応状況

## 【Ⅱ 個別に対応すべき事項】

### 1. 相談支援について

(1) 地域生活の拡充のための相談支援について		
本文	対応	施行時期
○ 精神障害者が病院等から地域生活に移行し、安心して地域生活を営んでいけるよう、総合的な相談を行う拠点的な機関の設置等、地域における総合的な相談支援体制を充実すべき。	○ 障害者自立支援法等の改正法案により対応予定。 ・ 地域における相談支援体制の強化を図るため中心となる総合的な相談支援センターを市町村に設置。	○平成24年4月
○ 精神障害者地域移行支援特別対策事業において行われている、病院からの退院等に向けた地域生活の準備のための同行等の支援に加え、居住サポート事業が担っている民間住宅等への入居時の支援や緊急時に対応できる地域生活における24時間の支援等について、全国のどの地域においても実施されるよう、個々の支援を評価する仕組みに改めるなど、充実を図るべき。	○ 障害者自立支援法等の改正法案により対応予定。 ・ 地域移行や地域定着についての相談支援を個別給付化。(緊急時に対応できるサポート体制等)	○平成24年4月
○ 精神障害者に対する、医療サービスも含めた総合的なケアマネジメント機能を充実する観点から、サービス利用計画作成費について、病院等から地域生活への移行や地域での自立した生活を営むことを目指す者を含め、その対象者を拡大するなど、充実を図るべき。	○ 障害者自立支援法等の改正法案により対応予定。 ・ サービス利用計画作成の対象者を大幅に拡大。	○平成24年4月

本文	対応	施行時期
<p>○ 精神障害者本人による自己選択、自己決定を尊重しつつ、個々の精神障害者の状況に応じたケアマネジメントが促進されるよう、サービス利用計画の作成手続について、現在支給決定後に作成することとなっている取扱いを見直すとともに、作成後においても、継続的にモニタリングを実施する仕組みとすべき。</p>	<p>○ 障害者自立支援法等の改正法案により対応予定。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 支給決定の前にサービス利用計画案を作成し、支給決定の参考とするよう見直し。</li> </ul>	<p>○平成24年4月</p>
<p>○ 精神障害者に対する相談支援を効果的に実施するためには、地域において精神障害者を支える医療や福祉をはじめとする関係者の有機的な連携を構築することが不可欠である。</p> <p>このため、相談支援体制において中核的役割を担う自立支援協議会について、その設置を促進し運営の活性化を図っていく観点から、その機能の充実を図るとともに、その機能も含めて法律上の位置付けを明確化すべき。その際、自立支援協議会への当事者の参画を促進すべき。</p>	<p>○ 障害者自立支援法等の改正法案により対応予定。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自立支援協議会について、設置の促進や運営の活性化のため、法律上に根拠を設ける。</li> </ul>	<p>○公布の日から起算して1年6月を超えない範囲において政令で定める日</p>
<p>○ 研修事業の充実等を通じて、相談支援専門員をはじめ相談支援を担う人材の養成とその資質の向上を図るべき。</p>	<p>○ 障害福祉サービス報酬改定において対応。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 相談支援従事者に対する計画的な研修等を行っている事業所を評価する「特定事業所加算」を創設。</li> </ul> <p>○ 相談支援従事者指導者養成研修会を引き続き実施。</p>	<p>○平成21年4月</p> <p>○引き続き実施</p>
<p>○ 精神障害者やその家族の視点や経験・体験を重視した支援を充実する観点から、地域における精神障害者又は家族同士のピアサポートについて、その推進策を講ずるべき。</p>	<p>○ 障害者自立支援対策臨時特例交付金の充実により対応。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ピアサポートセンター等設置推進事業の拡充</li> <li>・ 精神障害者等の家族に対する支援事業の創設</li> </ul>	<p>○平成21年4月</p>

(2) 相談体制における行政機関の役割について		
本文	対応	施行時期
<p>○ 精神障害者やその家族等からの様々な相談に対し、身近な地域において、より適切に対応できる体制を確保するため、精神保健に関する相談への対応や、医療に関する相談や複雑困難なケースへの対応等も含めて、市町村、保健所、精神保健福祉センターが、適切な役割分担と密接な連携の下で、精神保健福祉に関する相談に応じ、適切な支援を行えるよう、その体制の具体化を図るべき。</p>	<p>○ 障害者自立支援法等の改正法案により対応予定。 (精神保健福祉法の改正)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 市町村、保健所及び精神保健福祉センターは、密接な連携の下、精神障害者及びその家族の相談に応じるよう努める義務を規定。</li> </ul>	<p>○ 公布の日から起算して1年6月を超えない範囲において政令で定める日</p>

(3) 精神保健福祉士の養成のあり方等の見直しについて		
本文	対応	施行時期
<p>○ 「精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会」における検討結果を踏まえ、精神障害者の地域生活の支援を担うという役割の明確化、保健福祉系大学等における養成課程の水準の確保や精神科病院等の精神科医療機関での実習の必須化、資格取得後の資質向上の責務の明確化をはじめ、制度上の対応を図るべき。</p> <p>また、質の高い精神保健福祉士の養成のためのカリキュラムの見直しについて引き続き検討すべき。</p>	<p>○ 障害者自立支援法等の改正法案により対応予定。 (精神保健福祉法士の改正)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 精神保健福祉士の業務として、地域生活において必要な相談支援を担うことや、業務を行うに当たって関係機関等との連携の強化について規定。</li> <li>・ 保健福祉系大学等の養成課程について、養成施設と同程度の水準を確保するため、文部科学省・厚生労働省共管省令において、新たに基準を設ける仕組みに改正。</li> <li>・ 新たに、資質向上の責務について規定。</li> </ul> <p>○ カリキュラムの見直しについては、引き続き検討中。</p>	<p>○ 平成24年4月</p> <p>○ 引き続き検討</p>

## 2. 地域を支える福祉サービス等の充実について

(1)住まいの場の確保について		
本文	対応	施行時期
<p>○ グループホーム・ケアホームについて、整備費の助成制度や公営住宅の活用等を通じて、更に整備を促進すべき。</p> <p>その際、地方公共団体は、障害福祉計画等に基づく計画的な整備を行うとともに、整備実現に向けた地域住民との調整を含め、自ら積極的に整備を促進すべき。</p> <p>また、夜間の安全・安心を確保するための必要な人員体制の確保、支援内容の向上等、質の面でも充実を図るべき。</p>	<p>○ 整備費等の助成制度について、引き続き実施。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 補助単価を2000万円から2500万円に拡大。</li> </ul> <p>○ 障害福祉サービス報酬改定において対応。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ グループホームについては、夜間の防災体制を整える事業所を評価する加算を創設(夜間防災体制加算)。</li> <li>・ ケアホームについては、夜間支援を評価する加算を拡充(夜間支援体制加算)。</li> </ul>	<p>○引き続き実施</p> <p>○平成21年4月</p>
<p>○ 優先枠設定等による優先入居の一層の普及、民間住宅の借上げによる公営住宅の供給の促進、先進事例の調査研究やその成果の普及等を通じて精神障害者の公営住宅への入居促進を図るべき。</p>	<p>○ 優先入居については、地方公共団体の判断により、倍率優遇方式や戸数枠設定方式などの方法で実施。</p> <p>○ 既存賃貸住宅を借り上げることによる公営住宅の供給を促進するため、公営住宅として借り上げる候補となる住宅に関する登録制度や管理ルールの整備等、地方公共団体と宅地建物取引業者、賃貸住宅管理業者等の連携・協力により、既存賃貸住宅の借上げに関する業務の効率化・円滑化のモデルとなる取組みに対する助成等。</p> <p>○ 障害者世帯等の優先入居等の実績については、毎年度調査を行い把握。</p>	<p>○引き続き実施</p> <p>○平成21年4月</p> <p>○引き続き実施</p>

本文	対応	施行時期
<p>○ 地方公共団体の住宅部局及び福祉部局並びにグループホーム事業者の具体的な連携方策を示したマニュアルの作成・普及、改良工事費への助成の充実等により、公営住宅のグループホーム・ケアホームとしての活用を更に促進すべき。</p>	<p>○ マニュアルについては作成中。</p> <p>○ 公営住宅をグループホーム等として利用するための改良工事費を公営住宅ストック総合改善事業(地域住宅交付金(基幹事業))の助成対象に追加したところ。</p>	<p>○平成21年度中</p> <p>○平成21年4月</p>
<p>○ 「あんしん賃貸支援事業」の更なる普及や公的家賃債務保証制度の拡充・普及等により、民間賃貸住宅への入居を更に促進すべき。</p>	<p>○ あんしん賃貸支援事業推進協議会等を活用し、引き続き「あんしん賃貸支援事業」の普及・促進を図る。</p> <p>○ 高齢者居住安定基金による家賃債務保証制度について、対象とする障害者世帯の範囲を拡充するとともに、滞納家賃にかかる保証月数を拡大する。引き続き制度の普及を図る。</p>	<p>○引き続き実施</p> <p>○平成21年7月</p>

(2)生活支援等障害福祉サービス等の充実について		
本文	対応	施行時期
<p>○ 地域における精神障害者への継続的な生活支援を確保する観点から、訪問による生活訓練の評価の充実を含め、訪問による生活支援の充実を図るべき。</p> <p>また、こうした訪問による生活支援を行う機能と訪問診療、精神科訪問看護等の訪問による医療を提供する機能との連携によるものも含めて、精神症状が持続的に不安定な患者をはじめとする地域生活を営む精神障害者に対する複合的なサービス提供のあり方については、引き続き検討を進める。</p>	<p>○ 障害福祉サービス報酬改定により対応。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問による訓練に係る基本報酬について、充実を図るため、単価の見直し。</li> </ul> <p>○ 複合的なサービス提供のあり方については、今後の検討会における議論を踏まえて、引き続き検討を進める。</p>	<p>○平成21年4月</p> <p>○引き続き検討</p>

本文	対応	施行時期
<p>○ 精神障害者が地域生活を継続して営む上で、入院予防的に、又は、一時的な休息を取るために利用するショートステイ（短期入所）が、地域において確保されることが重要である。</p> <p>このため、ショートステイについて、精神障害者本人による利用の拡大を図るとともに、単独型のショートステイを含め、その評価の充実を図るべき。</p>	<p>○ 障害福祉サービス報酬改定において対応。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 短期入所の報酬について、入所施設以外の事業所（いわゆる単独型事業所）に対する加算の創設、アセスメント等を評価する加算の創設など、その評価を充実。</li> </ul>	<p>○平成21年4月</p>
<p>○ 就労系の障害福祉サービスについて、精神障害者の特性も踏まえつつ、その機能の充実を図るとともに、雇用施策との連携を強化すべき。また、就労系の障害福祉サービスが現在果たしている機能を踏まえ、そのあり方について引き続き検討すべき。</p>	<p>○ 障害福祉サービス報酬改定において対応。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 就労継続支援 B 型における手厚い支援体制を評価するなど、就労系事業の報酬上の評価を充実。</li> </ul> <p>○ 平成20年12月の社会保障審議会障害者部会における報告書及び平成21年2月の与党障害者自立支援に関するプロジェクトチームの「障害者自立支援法の抜本的見直しの基本方針」を踏まえ、雇用施策との連携強化やそのあり方等について引き続き検討。</p>	<p>○平成21年4月</p> <p>○引き続き検討</p>
<p>○ 障害者就業・生活支援センターについて、就労面の支援とあわせて生活面の支援を提供する機能の重要性に鑑み、精神障害者による利用が促進されるよう、その○平成21年4月質の向上を図りつつすべての圏域での設置に向けて整備を進めるとともに、就労移行支援事業所や医療機関をはじめとする精神障害者の地域生活を支える関係機関との連携を強化すべき。</p>	<p>○ 平成21年度予算において対応。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 障害者就業・生活支援センターの予算上の箇所数を265か所に拡充するとともに、生活支援部分について、単独の補助事業化を実施。</li> </ul>	<p>○平成21年4月</p>
<p>○ 今後も、精神障害者の特性に応じたきめ細やかな支援が実施されるよう、社会適応訓練事業の果たしている機能について、障害者施策全体の中でその位置付けを明確にし、都道府県等への支援を図るべき。</p>	<p>○ 障害者自立支援法等の改正法案を踏まえ、引き続き検討。</p>	<p>○引き続き検討</p>

本文	対応	施行時期
○ 雇用支援についても、精神障害者の雇用義務化の環境が早急に整うよう、精神障害者の特性に応じ、予算措置等による雇用支援の一層の推進、充実について、引き続き検討すべき。	○ 精神障害者ステップアップ雇用奨励金の見直し ・ 精神障害者ステップアップ雇用奨励金の活用促進を図るため、雇用期間等について見直し。 ○ 精神障害者雇用促進モデル事業の創設 ・ 精神障害者の雇用及び職場定着のノウハウを構築するためのモデル事業を創設。	○平成21年4月
○ 精神障害者本人だけではなくその家族を支えとともに、本人と家族との自立した関係を構築することを促すという観点も踏まえ、上記の施策を進めるなど、効果的な家族支援を一層推進すべき。	○ 障害者自立支援対策臨時特例交付金の活用 ・ 精神障害者等の家族に対する支援事業を創設。 ○ ふるさと雇用再生特別交付金の活用 ・ 精神障害者等が不安定な状態となった場合に、その家族が一時的に回避するための場の提供について助成する事業を創設。	○平成21年4月

### 3. 精神科救急医療の充実・精神保健指定医の確保について

(1)精神科救急医療の充実について		
本文	対応	施行時期
○ 地域の実情を踏まえつつどの地域でも適切な精神科医療を受けられる体制の確保を図る観点から、都道府県による精神科救急医療体制の確保やモニタリングの実施等について、制度上位置付けるべき。	○ 障害者自立支援法等の改正法案により対応予定。 (精神保健福祉法の改正) ・ 都道府県が地域の実情に応じて、精神科救急医療の確保のための必要な体制整備を行うことを規定。	○公布の日から起算して1年6月を超えない範囲において政令で定める日

本文	対応	施行時期
<p>○ 精神科救急医療と一般救急医療の双方を必要とする患者に対する適切な医療の提供を確保する観点から、精神科救急医療と一般救急医療との連携についても制度上位置付けるべき。</p>	<p>○ 精神科救急情報センター等における一般救急医療との連携を図るための精神保健福祉士等の増員となる予算を平成21年度予算において確保。精神科救急医療体制整備事業実施要綱改正により対応予定。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 精神科救急情報センター、精神科救急医療施設における精神保健福祉士、看護師等の増員により、一般救急医療との十分な連携を図り、円滑な調整を行うことを規定。</li> </ul> <p>○ さらに、障害者自立支援法等の改正法案(精神保健福祉法の改正)を踏まえ、引き続き検討。</p>	<p>○平成21年度</p>

(2)精神保健指定医の確保について		
本文	対応	施行時期
<p>○ 都道府県等が、措置診察等を行う精神保健指定医の確保について積極的に実施している先例を参考に、医療機関及び指定医への協力依頼や、輪番制等の体制整備に努めるよう促すべき。</p>	<p>○ 本年3月の障害保健福祉関係主管課長会議において、精神保健指定医の確保に係る体制整備に努めるよう要請。</p>	<p>○平成21年3月</p>
<p>○ 精神保健指定医について、措置診察等の公務員としての業務や精神科救急医療等の都道府県における精神医療体制の確保に協力すべきことを法律上規定すべき。</p>	<p>○ 障害者自立支援法等の改正法案により対応予定。(精神保健福祉法の改正)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 精神保健指定医は、やむを得ない理由がある場合を除き、措置診察等の公務員としての職務を行うよう、都道府県知事から求めがあった場合には、これに応じなければならない旨を規定。</li> <li>・ 都道府県知事が、精神科救急医療体制の整備に当たり、精神保健指定医等の関係者に対し、必要な協力を求めることができる旨を規定。</li> </ul>	<p>○公布の日から起算して1年6月を超えない範囲において政令で定める日</p>

本文	対応	施行時期
○ また、失念等により精神保健指定医資格の更新期限を超えた場合については、例えば、運転免許と同様に、再取得の際に一定の配慮を行うよう、制度上対応すべき。	○ 省令改正等による対応を引き続き検討。	○引き続き検討
○ なお、措置診察に全国一律に輪番制を導入することや、措置診察等の業務への参画を精神保健指定医の資格更新の要件とすることについては、上記の確保策の効果を検証した上で、その適否を含め将来的に検討することとする。	○ 今後、引き続き検討を進める。	○引き続き検討

#### 4. 入院中から退院までの支援等の充実について

本文	対応	施行時期
○ 精神障害者の地域生活への移行及び地域生活の支援等の施策の推進体制について制度上位置付けるべき。 その際、精神保健医療福祉に従事する者について、相互に連携・協力を図り、精神障害者の地域生活への移行や地域生活の支援に取り組む責務を明確化すべき。	○ 障害者自立支援法等の改正法案により対応予定。 (精神保健福祉法の改正) ・ 医療施設の設置者による障害福祉サービスの利用に関する配慮及び当該サービスを提供する者との連携について規定。	○平成24年4月
○ 病院等から地域生活への移行を目指す精神障害者に対する個別支援の充実強化とともに、自立支援協議会等の機能の活性化等を通じて、地域資源の開発や地域における連携の構築等、地域生活に必要な体制整備を行う機能についても、引き続き充実を図るべき。	○ 障害者自立支援法等の改正案により対応予定。 ・ 地域移行や地域定着についての相談支援を個別給付化。(緊急時に対応できるサポート体制等) ・ 自立支援協議会について、設置の促進や運営の活性化のため、法律上に根拠を設ける。	○平成24年4月  ○公布の日から起算して1年6月を超えない範囲において政令で定める日

本文	対応	施行時期
<p>○ 長期にわたり入院している精神障害者をはじめ、入院中の段階から地域生活への移行に先立って、試行的にグループホーム等での生活の体験や通所系の福祉サービスの利用ができる仕組みとすべき。</p>	<p>○ 障害福祉サービス報酬改定において対応。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ グループホーム、ケアホームにおいて、長期間の入院から地域生活に移行する場合等における短期間の体験利用時の報酬を新設。</li> <li>・ グループホーム、ケアホームを体験的に利用する期間において、日中活動系の障害福祉サービスを利用できるよう措置。</li> </ul>	<p>○平成21年4月</p>

第16回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会

平成21年4月23日

資料2

# 訪問看護について

【これまでの議論の整理と今後の検討の方向性(論点整理)より】(抜粋)

(3) 地域生活を支える医療の充実等について

(精神科デイ・ケア等及び精神科訪問看護等通院・在宅医療に関する検討)

- 利用者の地域生活を支える適切な通院・在宅医療の提供を確保する観点から、患者の症状やニーズに応じて精神科デイ・ケア等の機能の強化・分化を行うことや、訪問看護ステーションにおける実施の普及等、地域における訪問診療、精神科訪問看護の機能の更なる充実について、Vの精神保健医療体系の再構築に関する検討の中で、具体的に検討を行うべきではないか。

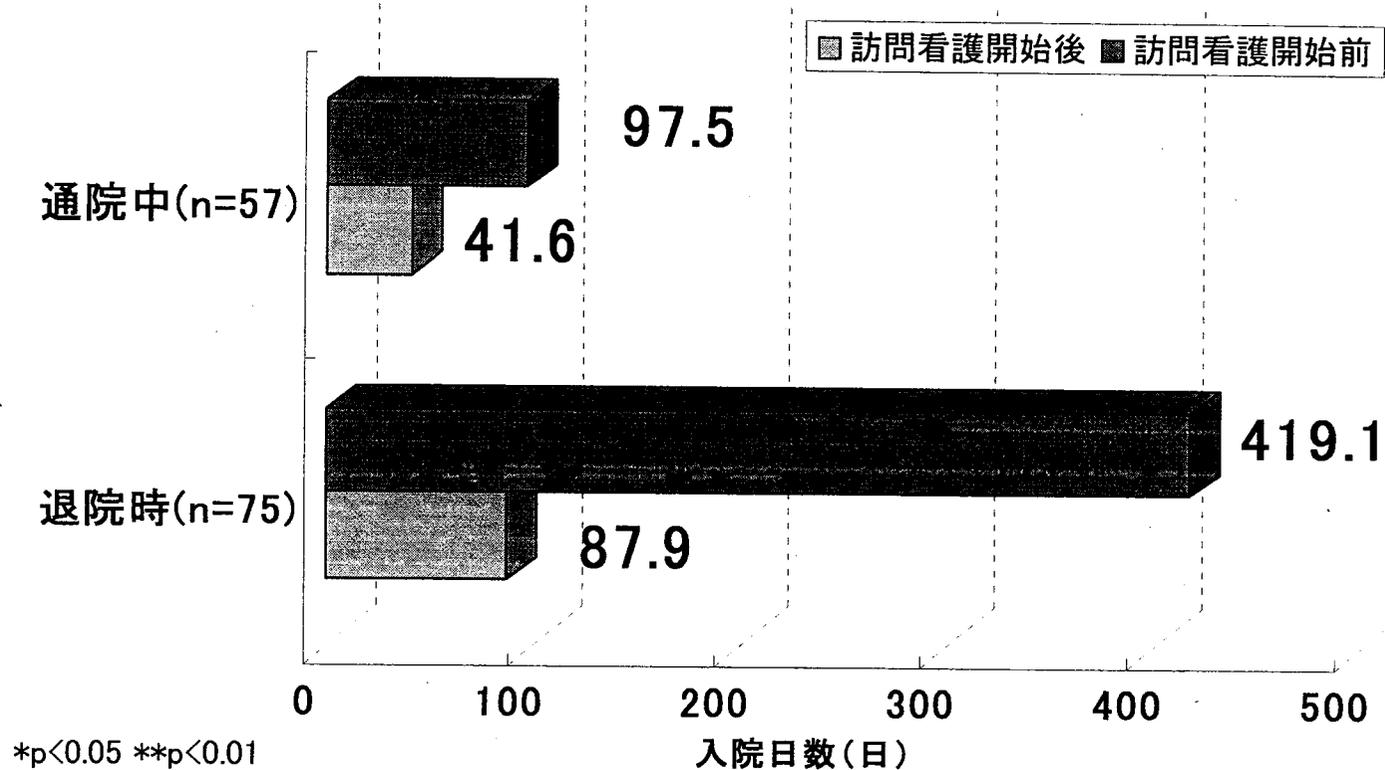
## 精神科訪問看護のケア内容

- 1) 日常生活の維持／生活技能の獲得・拡大  
食生活・活動・整容・安全確保、等のモニタリングおよび技能の維持向上のためのケア
- 2) 対人関係の維持・構築  
コミュニケーション能力の維持向上の援助、他者との関係性への援助
- 3) 家族関係の調整  
家族に対する援助、家族との関係性に関する援助
- 4) 精神症状の悪化や増悪を防ぐ  
症状のモニタリング、症状安定・改善のためのケア、服薬・通院継続のための関わり
- 5) 身体症状の発症や進行を防ぐ  
身体症状のモニタリング、生活習慣に関する助言・指導、自己管理能力を高める援助
- 6) ケアの連携  
施設内外の関連職種との連携・ネットワーキング
- 7) 社会資源の活用  
社会資源に関する情報提供、利用のための援助
- 8) 対象者のエンパワーメント  
自己効力感を高める、コントロール感を高める、肯定的フィードバック

※医療機関および訪問看護ステーションの訪問看護師(18名)を対象としたインタビュー調査の内容分析

# 精神科訪問看護の効果

1) 訪問看護開始時の状況別にみた前後2年間の精神科総入院日数 (N=134)



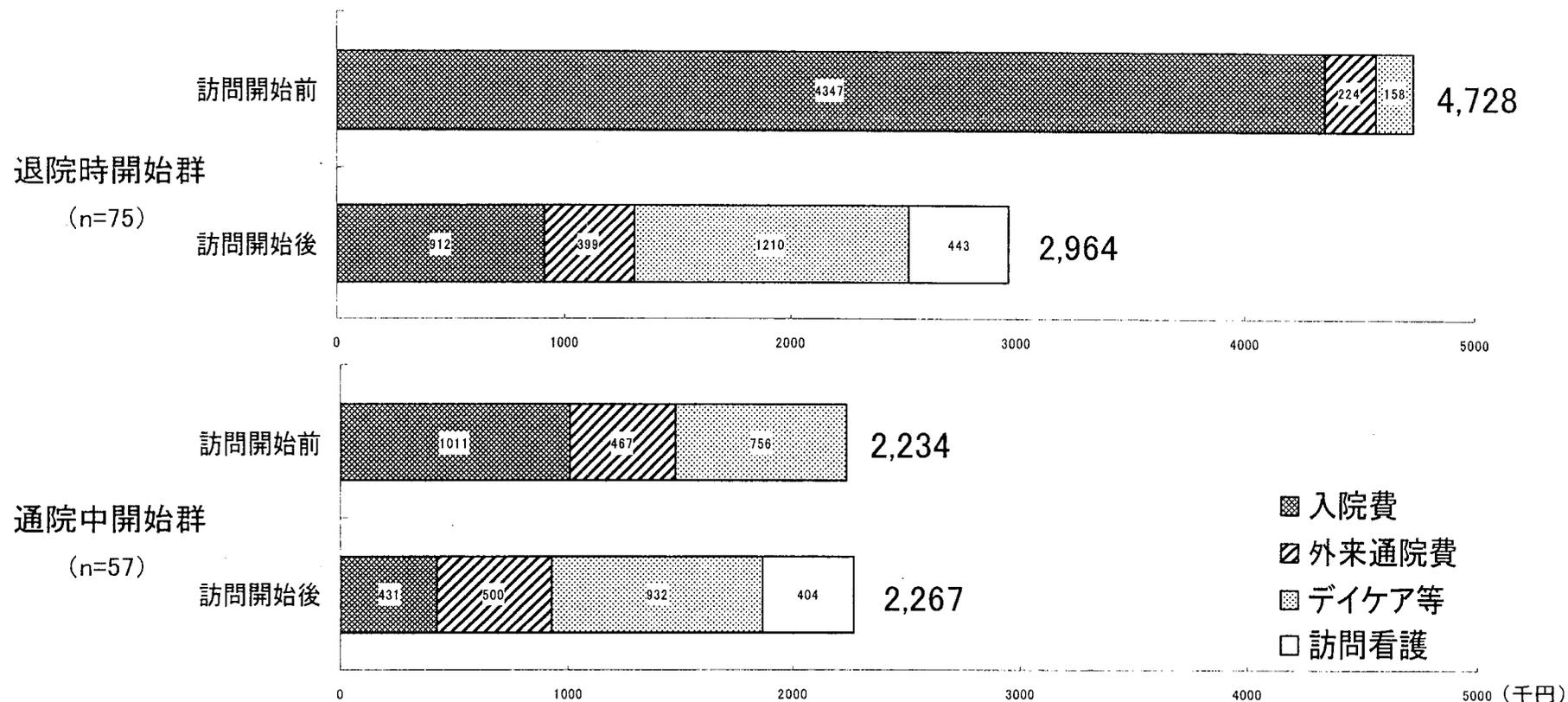
●通院中に訪問看護を開始群でも、訪問看護開始前後2年間の入院日数は大きく減少していた。

厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業  
精神科看護における介入技術の明確化および評価に関する研究  
主任研究者 萱間真美 (平成16年3月)

通院中群 t=2.412 p<0.05

退院時群 t=9.774 p<0.01

## 2) 訪問看護開始前後2年間における医療費試算の変化

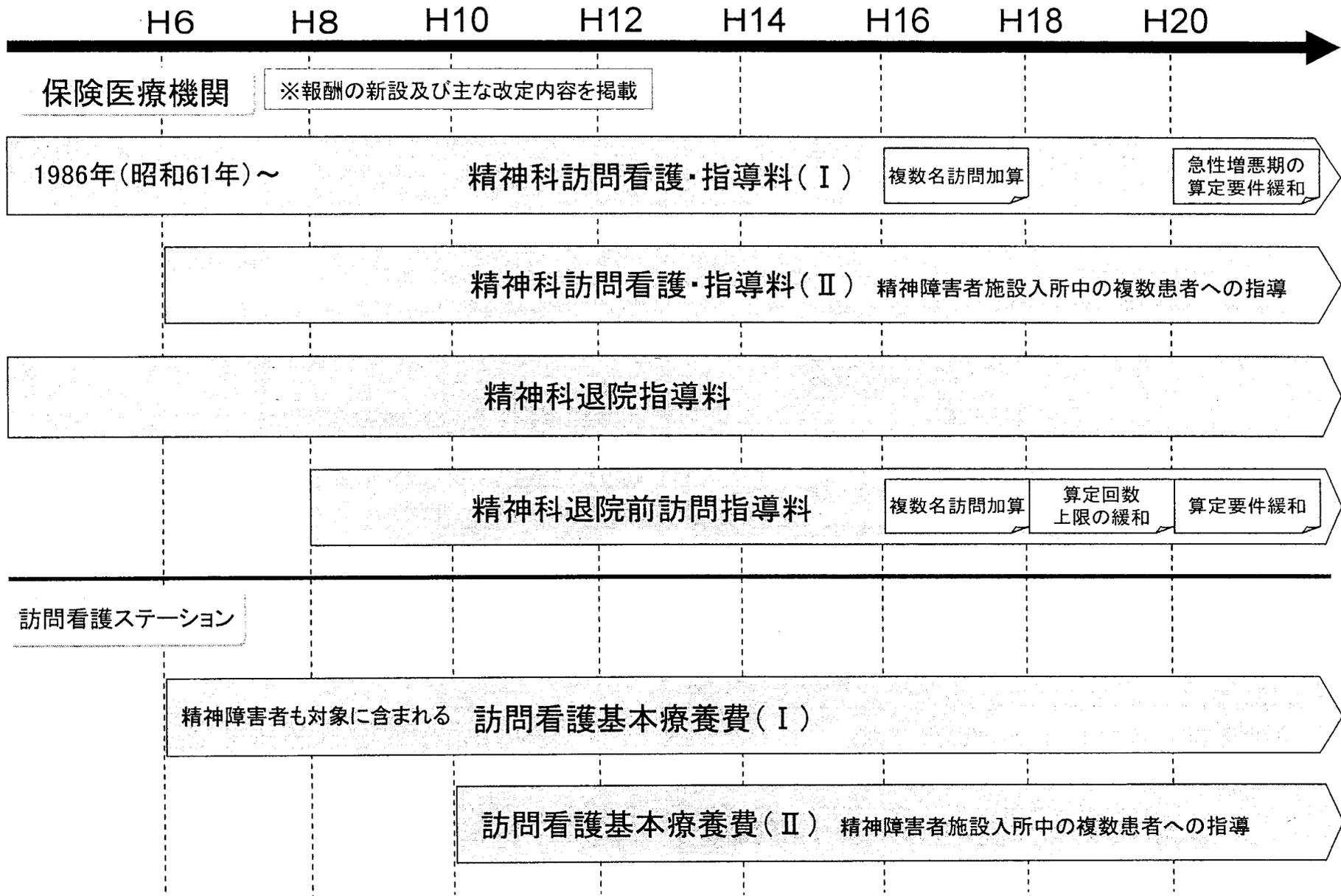


※入院費については、平成16年度社会医療診療行為別調査より、精神病院における1日当たり金額を用いて試算している。  
 ※外来通院費については、平成16年度社会医療診療行為別調査より、精神病院における1日当たり金額を用いて試算している。  
 ※デイケア等及び訪問看護については、診療報酬単価で試算している。

## 訪問看護制度の変遷と精神科訪問看護の創設

- 1960年代～ ・一部の病院による訪問看護活動の開始
- 1970年代～ ・市町村が家庭看護訪問指導を試行する
- 1982年  
(昭和57年) ～ ・老人保健制度において「退院患者継続看護・指導料」として、  
高齢者の訪問看護が診療報酬の対象となる
- 1986年  
(昭和61年) ～ ・精神科の訪問看護が診療報酬の対象となる
- 1988年  
(昭和63年) ～ ・在宅患者の訪問看護が診療報酬の対象となる
- 1992年  
(平成4年) ～ ・老人訪問看護ステーション設置が始まる
- 1994年  
(平成6年) ～ ・訪問看護ステーションにおいて医療保険の訪問看護が開始
- 1999年  
(平成11年) ～ ・営利法人の訪問看護事業参入が認められる
- 2000年  
(平成12年) ～ ・介護保険制度が創設され訪問看護費が介護保険の対象となる

# 精神科訪問看護に係わる主な診療報酬等の経緯



# 精神科訪問看護に係わる報酬(平成20年度時点)

精神科を標榜する保険医療機関	
精神科退院前訪問指導料	380点
	6ヶ月未満退院患者 3回まで      6ヶ月以上入院患者 6回まで
複数職共同加算	320点
精神科訪問看護・指導料Ⅰ	575点
	退院後3ヶ月以内 5回/週まで      退院後3ヶ月超え 3回/週まで
	保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士
複数名訪問加算	450点
急性増悪期算定	1) 急性増悪日から連続7日間以内 (1回/日) 2) 上記より1ヶ月以内の連続7日間以内 (1回/日) ※1) は医師の直接診察による指示が必要
精神科訪問看護・指導料Ⅱ	160点 (3回/週まで)
	精神障害者施設入所中の複数患者への指導
時間加算	3時間超えは40点/時を加算 (8時間以内)
精神科退院指導料	320点 (1回)
24時間対応体制加算	—
24時間連絡体制加算	—

訪問看護ステーション (医療保険)	
精神科退院前訪問指導料	—
複数職共同加算	—
訪問看護基本療養費 (Ⅰ)	5,550円      5,050円
〈訪問看護管理療養費〉	3回/週まで
初日: 7,050円 2日目以降12日まで: 2,900円	保健師、助産師、看護師、 理学療法士、作業療法士 又は言語聴覚士      准看護師
複数名訪問加算	—
特別訪問看護指示算定	急性増悪時には指示のあった日から起算して 14日を限度として算定できる (1回/月) ※特別訪問看護指示書の交付が必要
訪問看護基本療養費 (Ⅱ)	1,600円 (3回/週まで)
	保健師、看護師又は作業療法士による 精神障害者施設入所中の複数患者への指導
時間加算	3時間超えは400円/時を加算 (8時間以内)
退院時共同指導加算	6,000円 (1回)
24時間対応体制加算	5,400円 (1回/月)
24時間連絡体制加算	2,500円 (1回/月)

## 医療機関における精神科訪問看護の実施状況

### 精神科訪問看護・指導実施件数の年次推移

	施設数		実施件数	
	病院	一般診療所	病院	一般診療所
平成11年度	709	208	28,308	3,382
平成14年度	727	236	39,462	6,072
平成17年度	826	304	56,051	10,330

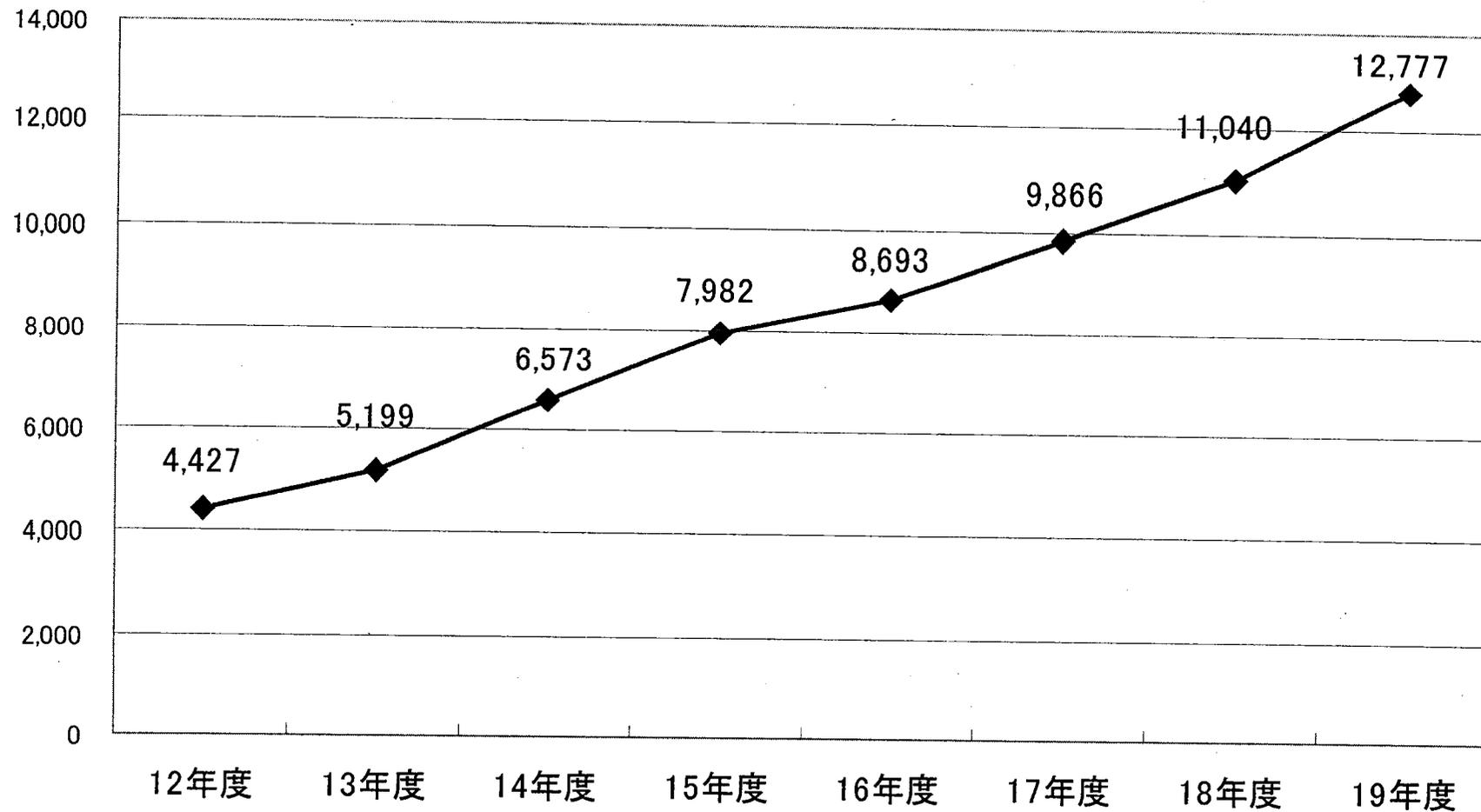
※医療施設調査(各年9月1ヵ月間)

※実施件数は上記期間内の訪問看護実施回数

# 訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護(精神通院医療)の実施状況の年次推移

## 1月当たりのレセプト件数(利用者数)

(単位:件)

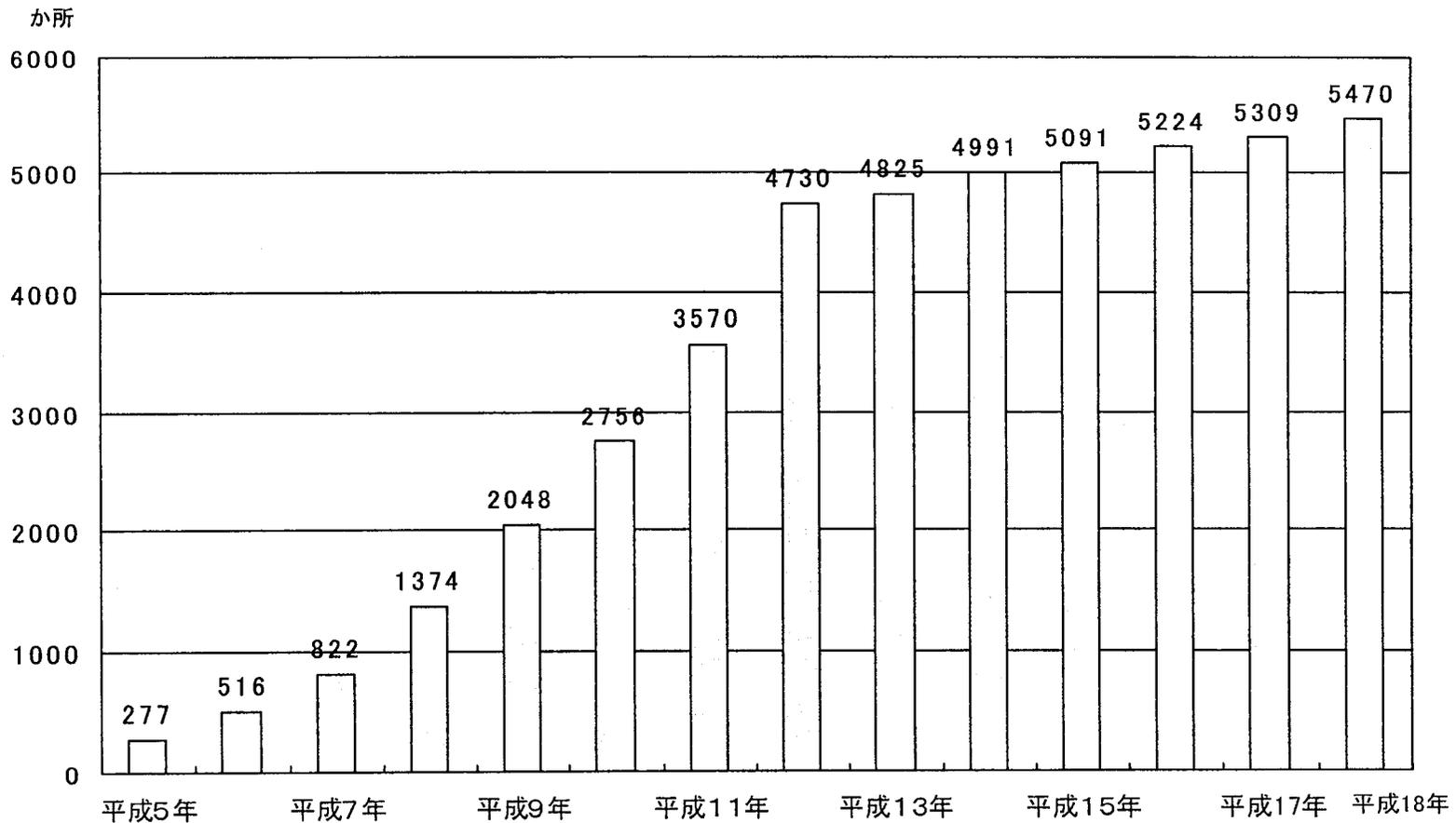


◆レセプト件数

精神医療費報酬支払確定額 (精神・障害保健課調べ)

## 訪問看護ステーション数の年次推移

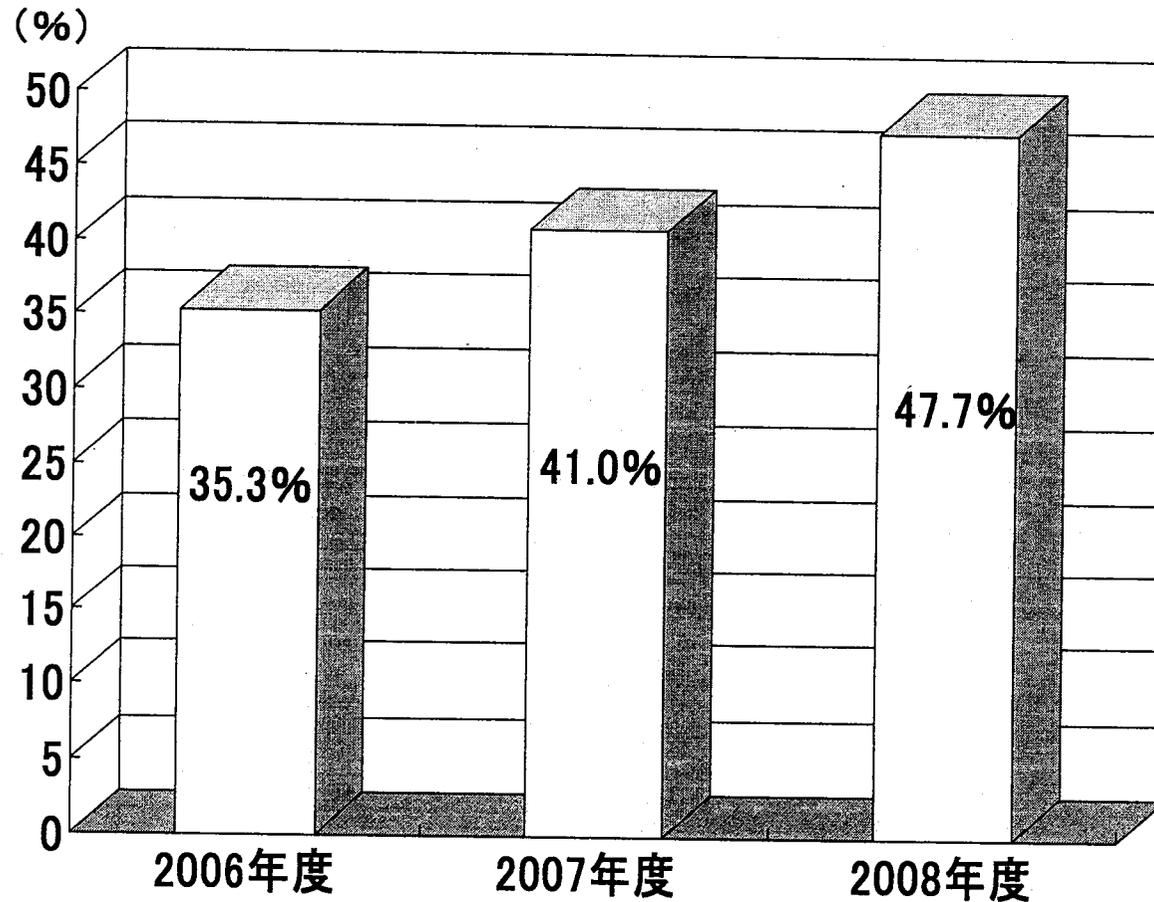
平成4年の訪問看護ステーションの制度化以来、訪問看護ステーションの件数は増加してきているが、介護保険制度が導入された平成12年以降の伸びは鈍化している。



平成5年～11年(10月1日):訪問看護実態調査(統計情報部)

平成12年～18年(10月1日):介護サービス施設・事業所調査(統計情報部)

## 精神障害者の訪問看護を実施する訪問看護ステーションの割合



2006年度 社団法人全国訪問看護事業協会: H18年度厚生労働省老人保険事業推進費等補助金 新たな訪問看護ステーションの事業展開の検討 (N=1898施設), 平成18年度報告書 委員長: 上野桂子

2007年度 社団法人全国訪問看護事業協会: H19年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業「精神障害者の地域生活支援を推進するための精神科訪問看護ケア技術の標準化と教育およびサービス提供体制のあり方の検討」(N=1664施設), 主任研究者: 萱間真美.

2008年度 萱間真美: 「精神障害者の訪問看護におけるマンパワー等に関する調査研究」, 厚生労働科学特別研究事業(速報) (N=1105施設)

## 精神科訪問看護の対象者の特徴

訪問看護ステーション利用者(495名)と医療機関の訪問看護利用者(345名)の基本属性

	訪問看護ステーション	医療機関
年齢	55.0歳 (SD=13.9)	51.9歳 (SD=11.6)
女性の割合	62.2%	44.9%
婚姻者の割合	21.9%	8.9%
同居者がいる者	57.5%	36.3%
入院歴がある者	82.4%	96.8%
過去の平均入院回数	3.9回 (SD=4.2)	5.3回 (SD=4.4)
直近の入院日数	114.6日 (SD=142.5)	332.7日 (SD=752.1)
糖尿病合併率	19.0%	8.7%
障害認定あり	63.6%	28.5%
GAF得点	52.9 (SD=18.8)	59.9 (SD=16.3)
SBS得点	15.9 (SD=10.4)	8.5 (SD=8.2)

※SBS: 社会行動評価尺度    GAF: 機能の全体的評価尺度

社団法人全国訪問看護事業協会: H19年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業「精神障害者の地域生活支援を推進するための精神科訪問看護ケア技術の標準化と教育およびサービス提供体制のあり方の検討」, 主任研究者: 萱間真美.

# 精神科訪問看護の実施状況

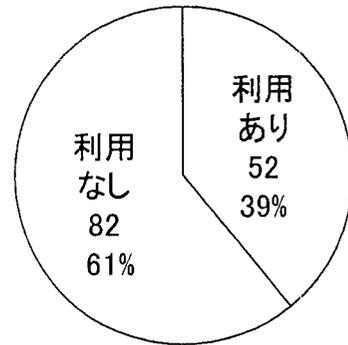
訪問看護ステーション利用者(495名)と医療機関の訪問看護利用者(345名)の訪問看護実施状況

	訪問看護ステーション	医療機関
1カ月の訪問回数	5.6回 (SD=3.3)	2.5回 (SD=1.8)
片道移動時間	14.3分 (SD=9.3)	22.8分 (SD=17.1)
1回の訪問滞在時間	53.1分 (SD=17.4)	44.4分 (SD=15.0)
訪問開始からの年数	2.7年 (SD=2.7)	4.2年 (SD=3.8)
同行訪問の実施率(最近1カ月間)	6.0%	45.1%
本人からの電話相談	25.1%	15.7%
家族からの電話相談	11.5%	2.9%
デイケアの利用割合	21.8%	30.4%
ホームヘルプ利用割合(異法人)	34.5%	19.4%
他施設の訪問看護利用	3.2%	0.6%
主治医との情報共有方法 (最近1カ月間)	電話 24.2% FAX 14.3% カンファレンス 7.7%	電話 9.3% FAX 0% カンファレンス 14.2%

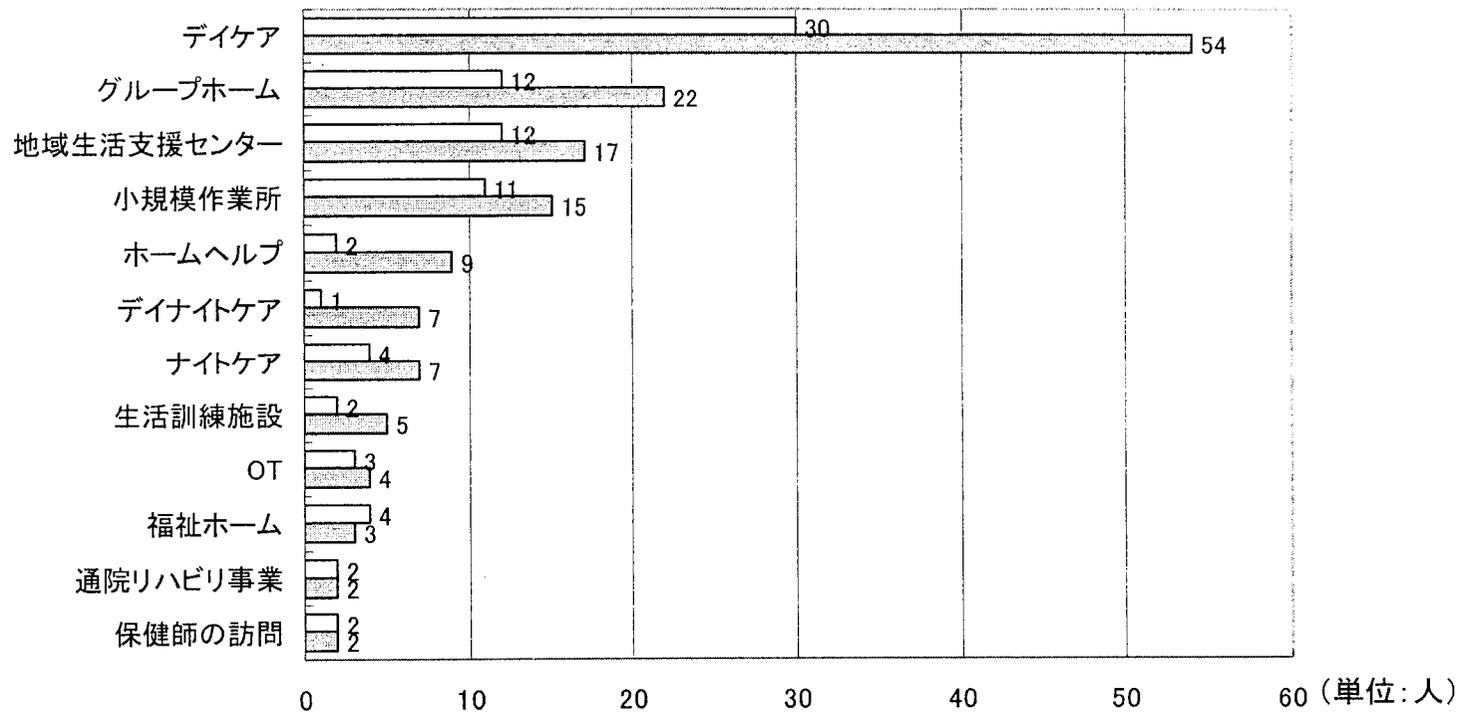
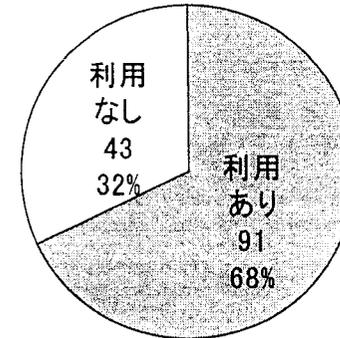
社団法人全国訪問看護事業協会: H19年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業「精神障害者の地域生活支援を推進するための精神科訪問看護ケア技術の標準化と教育およびサービス提供体制のあり方の検討」, 主任研究者: 萱間真美.

# 精神科訪問看護利用者の他の社会資源利用状況

訪問看護開始前

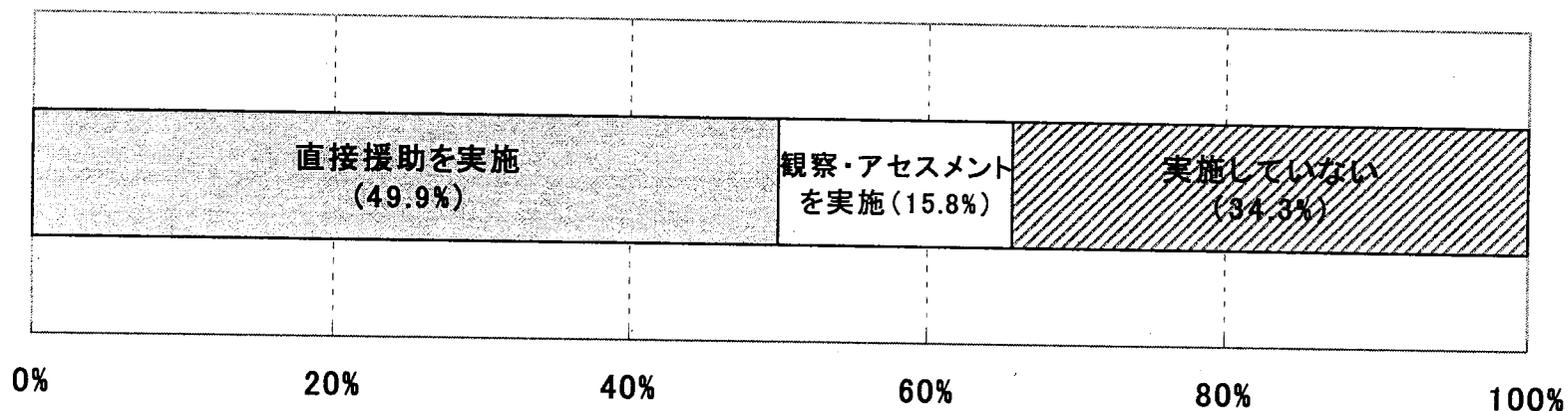


訪問看護開始後

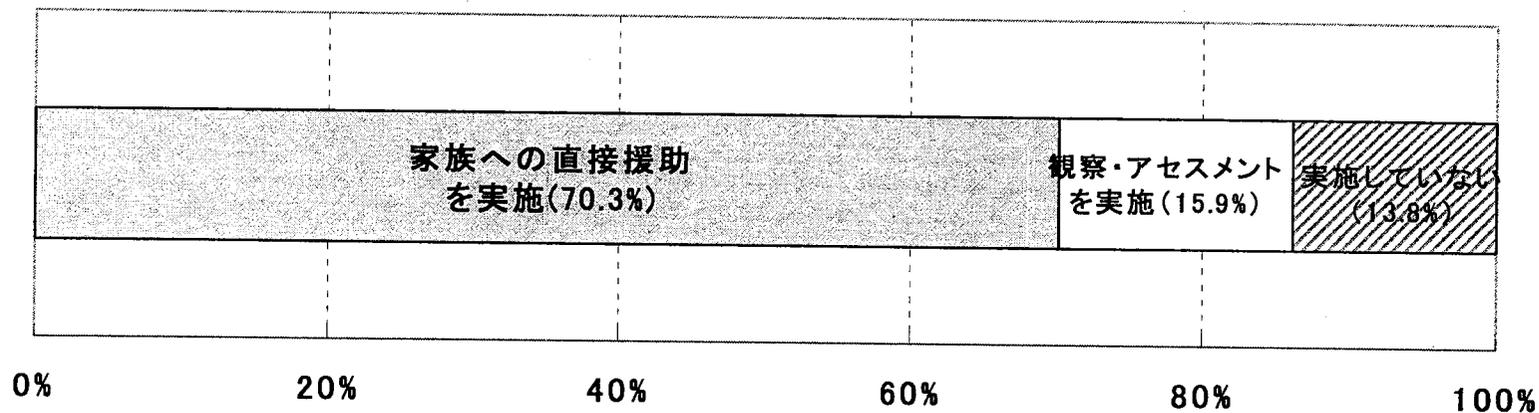


# 精神科訪問看護における家族援助の状況

「最近の一回の訪問時に行ったケア内容に関する調査結果」より  
 訪問看護ステーションからの家族援助の実施状況 (n=475回)



うち、家族が同居している利用者への訪問における家族援助の実施状況 (n=279回)



※観察・アセスメントは、家族と患者の関わり等の状態に関するもの。

# 精神科訪問看護における複数名訪問の状況

## 1) 複数名訪問を実施している施設の割合

	訪問看護ステーション (N=1,105)	医療機関 (N=148)
複数名訪問を実施している施設	72施設 (6.5%)	121施設 (81.8%)

※訪問看護ステーション、医療機関ともに過去6か月間の実施状況

## 2) 複数名訪問を実施している施設における複数名訪問の頻度

	訪問看護ステーション	医療機関
精神科訪問看護の延べ訪問回数(平均)	424.8回	588.7回
うち、複数名での延べ訪問回数(平均)	81.3回 (19.1%)	363.1回 (61.7%)

※訪問看護ステーションは、過去6か月間の訪問看護療養費 I 及び介護保険における訪問(複数)回数

※医療機関は、過去6か月間の精神科訪問・指導料 I における訪問(複数)回数

### 3) 複数名訪問を行った利用者への訪問の回数及び職種について

#### ① 訪問看護ステーション(N=35)

総訪問回数(平均)	5.30回/月
複数名による訪問回数(平均)	2.72回/月
複数名の看護師での訪問(平均)	2.16回/月
看護師とその他職員での訪問回数(平均)	0.56回/月

#### ② 医療機関(N=411)

総訪問回数(平均)	3.78回/月
複数名による訪問回数(平均)	3.04回/月
複数名の看護師での訪問回数(平均)	1.11回/月
看護師と精神保健福祉士の訪問回数(平均)	1.69回/月
看護師と作業療法士又は理学療法士の訪問回数(平均)	0.08回/月
看護師とその他職員での訪問回数(平均)	0.04回/月

※複数名による訪問看護の利用者に関する、平成20年11月から平成21年1月までの3カ月間の状況

#### 4) 複数名訪問が必要だった理由

	訪問看護ステーション		医療機関	
	利用者数	割合	利用者数	割合
暴力・暴言・セクハラ等からのスタッフの安全確保が必要であったため	16人	41.0%	120人	29.2%
病状が重篤、又は不安定で、多くのケアが必要だったため	11人	28.2%	118人	28.7%
家族の精神的負担を軽減するためのサポートが必要だったため	5人	12.8%	123人	29.9%
複数の看護師によるアセスメントが必要だったため	16人	41.0%	118人	28.7%
OT又はPTによるリハビリ、アセスメント、プログラムの見直しが必要だったため	0人	0.0%	21人	5.1%
精神保健福祉士による相談、ソーシャルワークが必要だったため	5人	12.8%	223人	54.3%
日常生活援助で多くのマンパワーが必要であったため	6人	15.4%	122人	29.7%
利用者と家族に対して、別々のスタッフが担当し援助する必要があったため	3人	7.7%	70人	17.0%
新しいスタッフとの顔つなぎのため	11人	28.2%	47人	11.4%
その他	4人	10.3%	55人	13.4%
無回答	2人	5.1%	20人	4.9%
総 数	39人		411人	

※訪問看護ステーションは、平成20年8月1日～平成21年1月31日までの6か月間に、複数名訪問が必要となった対象者について

※医療機関は、平成21年1月26日～2月8日の2週間に、複数名訪問が必要となった対象者について

- 訪問看護ステーションでは、複数の看護師によるアセスメントの必要性や、スタッフの安全確保、病状が重いときの対応、スタッフ交代の引き継ぎ等が理由としてあげられている。
- 医療機関では、相談・ソーシャルワークの必要性のほか、家族へのサポート、日常生活援助、スタッフの安全確保、病状が重いときの対応、複数によるアセスメントの必要性等が理由としてあげられている。

# 平成21年度介護報酬改定に伴う関係省令の一部改正等について

## 3. 訪問系サービス

### (2) 訪問看護

#### ② 複数名訪問の評価

同時に2人の職員が1人の利用者に対し訪問看護を行った場合について評価を行う。

複数名訪問加算(新規) ⇒	30分未満	254単位/回
	30分以上	402単位/回

#### ※算定要件

同時に複数の看護師等により訪問看護を行うことについて、利用者やその家族等の同意を得ている場合であって、次のいずれかに該当する場合

- ① 利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる場合
- ② 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合
- ③ その他利用者の状況から判断して、①又は②に準ずると認められる場合

施行日 平成21年4月1日

## 訪問看護ステーションへの精神科訪問看護の実施に関するアンケート調査結果

### 1) 精神科訪問看護を実施していない理由

精神疾患(認知症を除く)が主傷病の利用者への訪問を実施していない事業所の回答<複数回答>

	事業所数	割合
精神科訪問看護の経験がある職員がいないため	244	46.8%
精神科訪問看護を担当できる職員がいないため	161	30.9%
スタッフが不足しているため(上記項目以外)	134	25.7%
精神科訪問看護にスタッフが抵抗感を持っているため	45	8.6%
その他(もともと依頼がない等)	242	46.4%
総 数	521	100.0%

## 2) 精神科訪問看護を行う上で困難なこと (精神科訪問看護実施の有無別) <複数回答>

	件数		割合	
	実施	未実施	実施	未実施
主治医との連携がうまくできない	151	88	28.7%	15.5%
病状悪化時の受け入れ先が確保できない	169	118	32.1%	20.7%
精神科訪問看護の経験豊富なスタッフが少ない	308	304	58.4%	53.4%
アドバイスがタイムリーに受けられない	191	117	36.2%	20.6%
地域の社会資源(精神障害者社会復帰施設等)とのネットワークが少ない	246	154	46.7%	27.1%
その他	77	27	14.6%	4.7%
精神科訪問看護を実施したことがないので分からない	48	302	9.1%	53.1%
総数	527	569		

### 3) 精神科訪問看護を実施するために必要なサポート(複数回答)

	精神科訪問看護 実施あり (n=674)	精神科訪問看護 実施なし (n=981)
研修等の開催	523/674 (77.6%)	699/981 (71.3%)
コンサルテーション	218/674 (32.3%)	318/981 (32.4%)
相談窓口の設置	319/674 (47.3%)	460/981 (46.9%)
その他	68/674 (10.1%)	52/981 (5.3%)

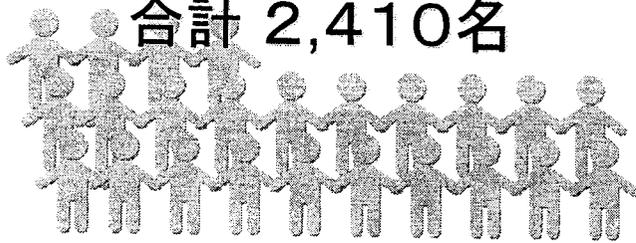
合計(N=1664施設)

# 精神科訪問看護等の研修状況(平成19年度)

一般

- 日本訪問看護振興財団
- 社団法人全国訪問看護事業協会
- 都道府県看護協会・ナースセンター  
(46都道府県)

合計 2,410名

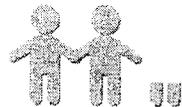


※人数は各研修会定員枠の合計

精神科

- 社団法人日本精神科看護技術協会

220名



- 日本訪問看護振興財団
- 社団法人全国訪問看護事業協会
- 社団法人日本精神科看護技術協会

合計 750名



初任者(養成)教育

現任者教育

## 現状及び課題

## 現状及び課題と検討の方向

- 精神科訪問看護では、症状安定・改善のためのケア、服薬・通院継続のための関わり等により、地域生活の継続に効果がみられている。
- 精神科訪問看護については、近年、実施事業所数や件数が伸びており、さらに急性増悪時の対応や退院時の支援を図るための診療報酬の改定等が行われている。
- 訪問看護ステーションの約半数で、精神疾患を主傷病とする利用者への訪問が実施されておらず、従事者の経験の不足や地域資源とのネットワークの不足等が課題となっている。また、医療機関からの訪問看護ステーションへの依頼がないという意見もあり、医療機関への訪問看護の活用についての周知も課題である。
- 精神障害者を対象とした訪問看護においては、
  - ・家族支援を行う必要性が高い
  - ・医療サービスに併せて社会資源の活用を調整する必要があるなど、多様なニーズに応じることが求められる。
- また、これらに加え、病状によりスタッフの安全確保や、十分なケア、アセスメントを実施するため、複数名での訪問が必要であるとの意見がある。

## 検討の方向

- 精神障害者の地域生活を支える適切な医療を確保する観点から、医療機関による精神科訪問看護の充実に加え、地域を拠点として普及している訪問看護ステーションの活用を図りながら、精神科訪問看護の一層の普及を図るべきではないか。そのため、従事者の研修等を進めるとともに、医療機関において訪問看護が一層活用されるよう周知や、訪問看護ステーションとの連携等を促すべきではないか。
- 症状が不安定であり、多様な生活支援を要する精神障害者の特性に対応できるよう、訪問看護の機能の充実を図るべきではないか。特に、福祉サービス等の利用との連絡調整や、病状不安定な対象者への訪問看護が効果的に行われるよう体制の強化を図るべきではないか。

# 早期支援について

# 「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する研究会」

これまでの議論の整理と今後の検討の方向性(論点整理)より抜粋

## Ⅲ 今後の精神保健医療福祉施策の基本的考え方

「精神疾患に罹患した場合にも早期に適切な医療にかかれるような社会としていくことを基本的な考え方とし、以下の柱に沿って、施策を講ずるべきである。

### 1) 精神疾患の早期発見・早期対応による重症化の防止のための体制の整備

2) 急性期入院医療の充実等による入院医療の質の向上や、精神科救急医療、精神科訪問看護等地域生活を支える医療の整備を通じた入院の長期化や再入院の抑止

3) 地域における福祉サービス・医療サービス等の充実を通じた入院患者の地域生活への移行及び地域生活の支援の一層の推進と、長期入院が必要な患者に対する適切な療養の提供」

## V 精神保健医療体系の再構築に関する今後の検討の方向

### (3) 医療体制・連携について

○ 相談体制、入院医療及び通院・在宅医療のあり方に関する検討や、医療計画制度の見直しを踏まえ、今後の精神医療体制のあり方について検討を行うべきではないか。

・ 精神疾患の重症化の防止を図るための早期支援のあり方について

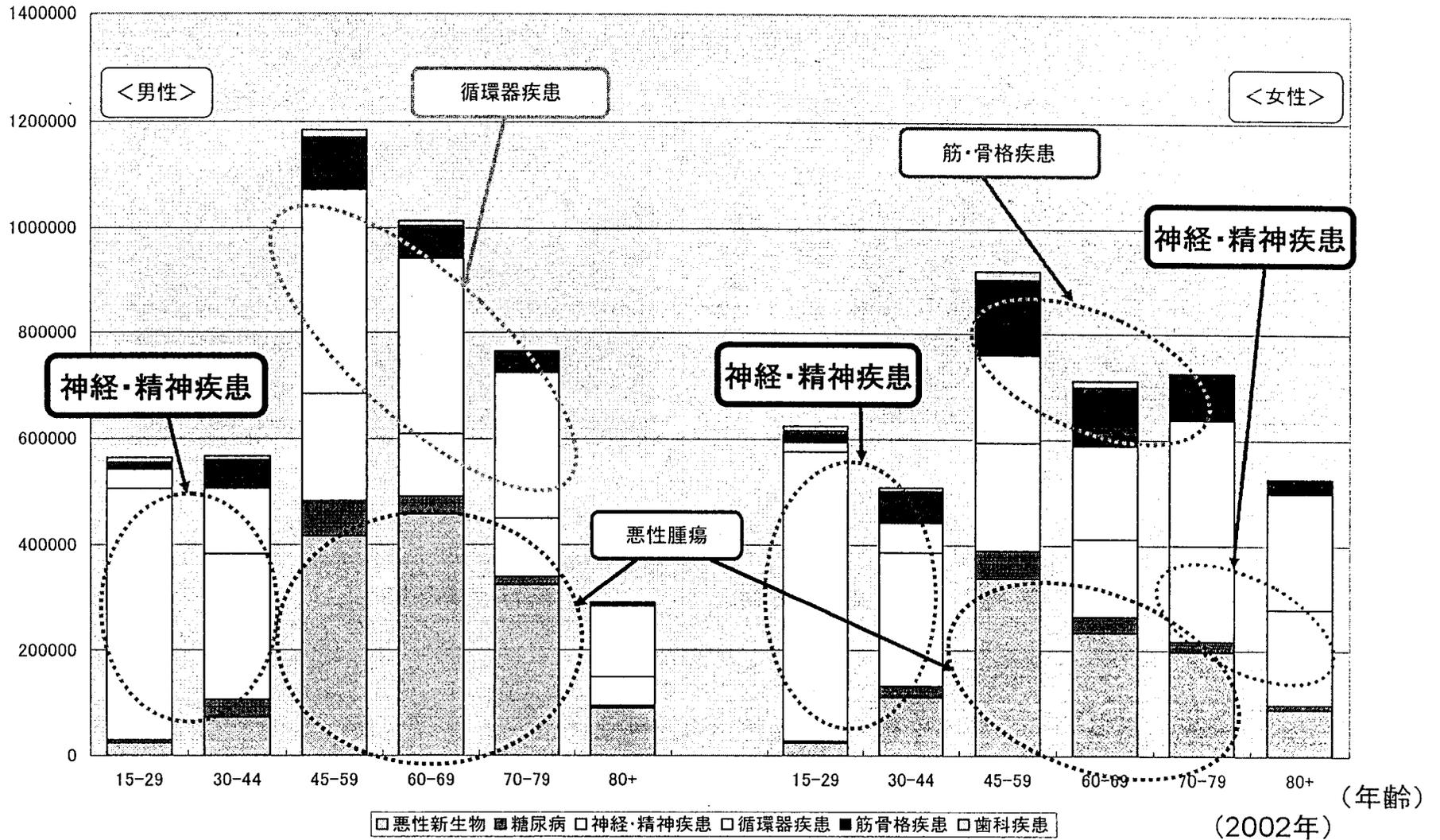
## Ⅳ 精神疾患に関する理解の深化(普及啓発)に関する今後の検討の方向

「精神疾患の早期発見・早期対応による重症化の防止を図ることを念頭に置いて、今後の具体的な普及啓発方策について検討を行ってはどうか。」

# 日本における疾病負担

(DALYs)

DALYs(性・年齢階級・主要疾患別)※



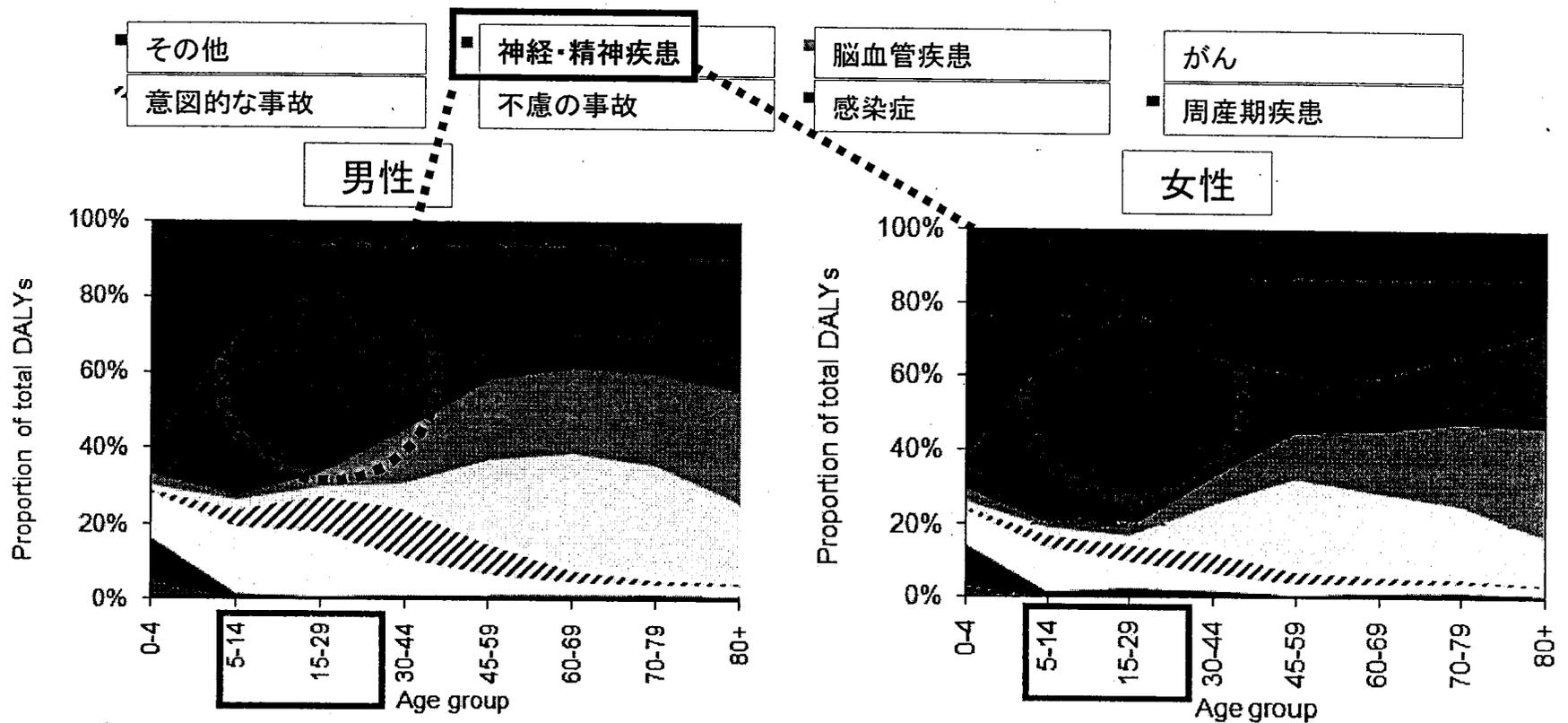
※ DALYs (Disability-Adjusted Life Years) = 疾病により失われた生命や生活の質を包括的に測定するための指標 2

北里大学佐藤敏彦先生提供資料より

# 日本における疾病負担

(年齢別割合・2002年)

## Percent of DALYs by cause, age & sex Japan, 2002



# 成人精神疾患患者の児童思春期の状況

成人期以降に何らかの精神疾患に罹患している者のうち

約50%はすでに10代前半までに何らかの精神科的診断に該当

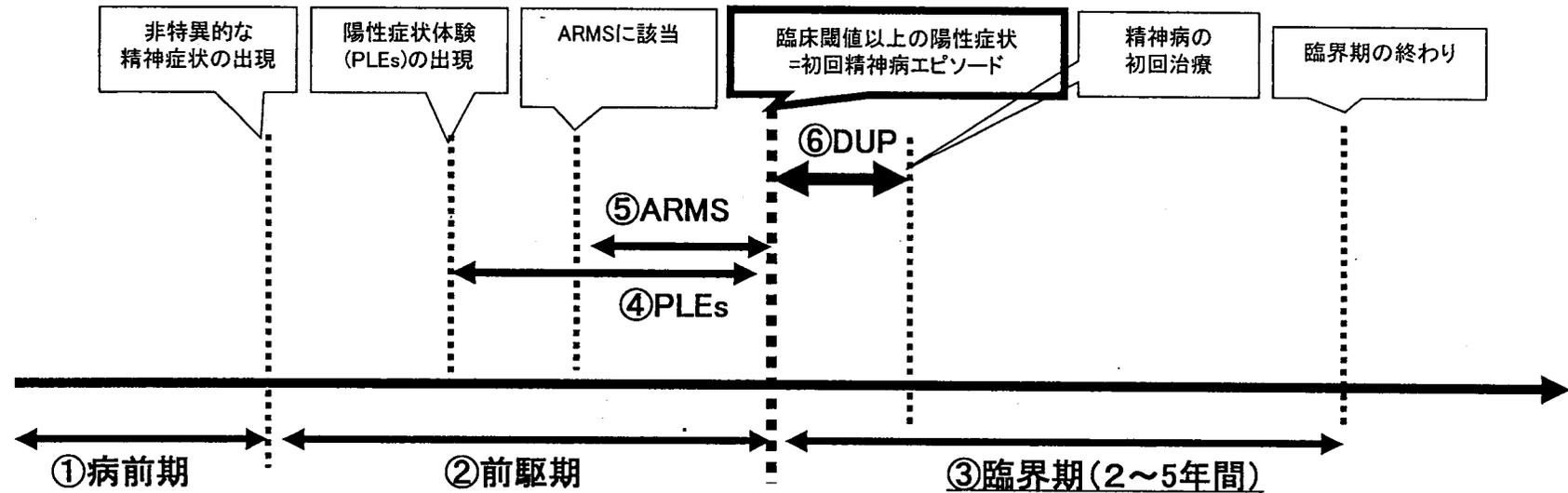
約75%はすでに10代後半までに何らかの精神科的診断に該当

26歳時の診断	何らかの精神科的診断に		
	11～15歳に該当	11～18歳に該当	11～21歳に該当
<b>何らかの精神障害</b>	<b>50.0%</b>	<b>73.9%</b>	<b>82.4%</b>
不安障害	54.5%	76.6%	84.9%
うつ病性障害	52.3%	75.3%	84.5%
躁病エピソード	58.6%	79.3%	93.1%
摂食障害	64.0%	84.0%	92.0%
物質使用障害	52.6%	75.8%	83.7%
<b>統合失調症</b>	<b>52.8%</b>	<b>88.9%</b>	<b>94.5%</b>
反社会性人格障害	62.5%	85.0%	92.5%

例) New Zealand, Dunedin に1972年に出生した1000人以上の新生児一般人口標本を胎生期から成人期以降まで縦断的追跡。 4  
 厳密な臨床評価面接を繰り返し実施。

資料: Julia Kim-Cohen. et.al., "Prior Juvenile Diagnoses in Adults with Mental Disorder". Arch Gen Psychiatry.2003;60:709-717

# 統合失調症の早期支援関連概念の定義



①病前期・・・精神症状や機能低下なし

②前駆期・・・発病した時点から後方視的にそれ以前を振り返った際の概念。ARMSと異なる。

③臨界期(Critical Period)・・・初回精神病エピソードから2年～5年の期間。DUPを含む。

④PLEs (Psychotic-like experiences)・・・精神病様症状体験

⑤ARMS (At Risk Mental State)・・・精神病発症危険状態；発病する危険のある精神状態

⑥DUP (Duration of Untreated Psychosis)・・・未治療期間；顕在発症後、治療につながるまでの期間。

# 発生頻度等に関する疫学的知見

## ◆我が国のDUPに関する知見

2002年の都内医療機関2施設における調査では、DUPの平均値は13.7月、中央値5.0月であった(Yamazawa, 2004)。

## ◆初回精神病エピソードに関する知見

年間発生率(20/100万人)(Department of Health, England, 2001)

16～30歳の年齢域に初回精神病エピソードの80%が集中する。15歳以下の年齢域では5%(Hafner, 1998)。

## ◆ARMSに関する知見

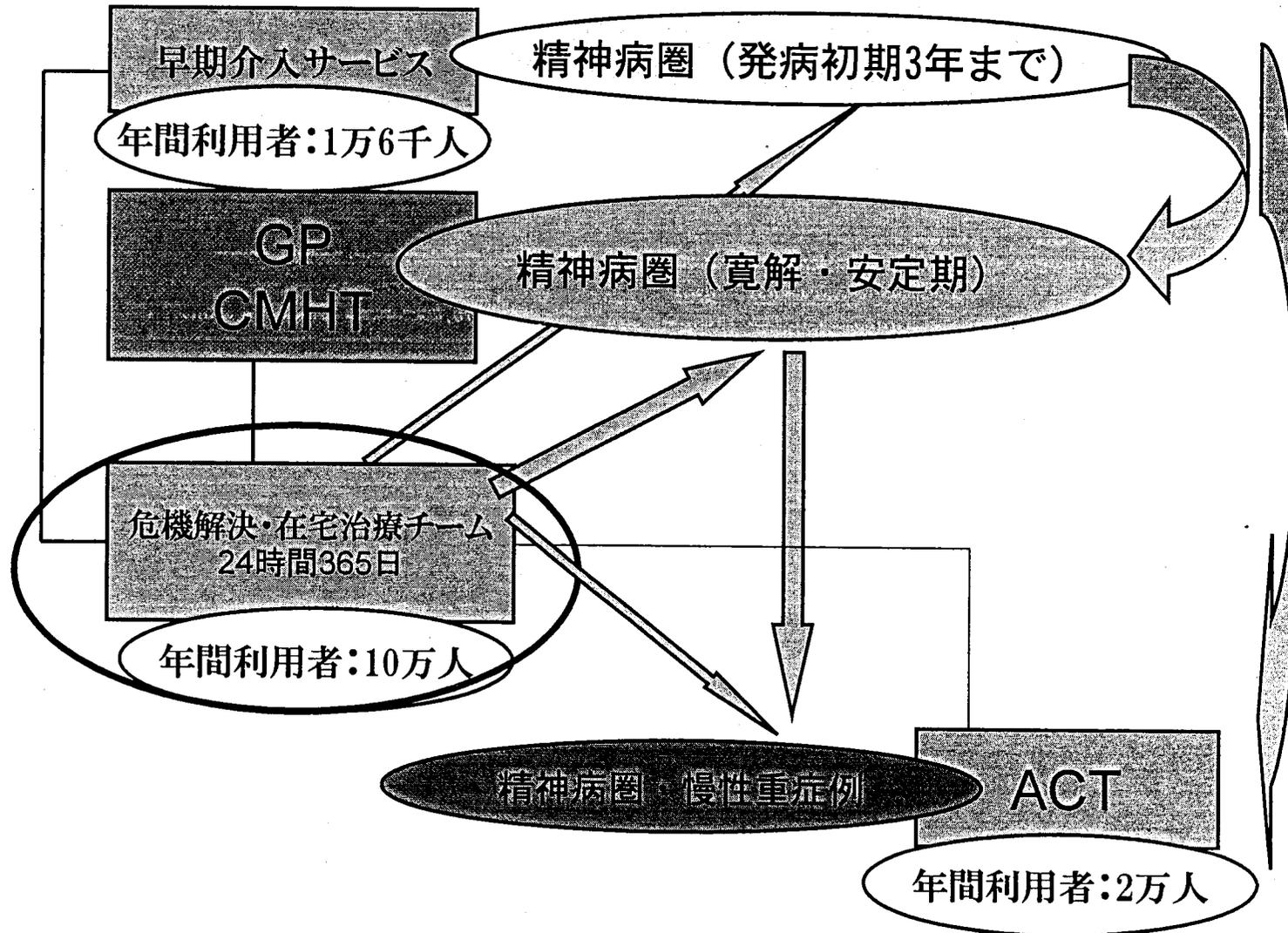
ARMSに該当する若者(自ら精神的不調を自覚し、help-seekingしてきた者)のうち、1～2.5年以内の精神病移行率は、10%～35%(Yung et al., 2006; Cannon et al., 2008)。精神病へと移行した若者のうち2/3が最初の12ヵ月間に集中。

## ◆PLEsに関する知見

一般人口標本1000名を前方視的に追跡した結果、11歳時点でPLEsを体験していた児童(14%(そのうち強い症状群1.6%))のうち、15年後の時点で11%が統合失調症様障害を発症、強い症状群では25%が発症。

# イングランド 入院を予防するための3つの専門アウトリーチサービス

～分担と連携～



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」  
岡崎祐士研究代表者・西田淳志研究分担者提供資料より

# 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)

- ・ 専門家および一般の人々に対する啓発を行い、精神病に対するスティグマを低減させ、精神病症状の知識、および早期アセスメントの必要性に関する認識を高める。
- ・ 若者が未診断、未治療で放置されている期間を短縮する。
- ・ 病初期の継続的な関係(engagement)を構築し、エビデンスに基づいた介入を実施し、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。

# 英国における精神病早期介入サービスの主要コンポーネント

## ① 臨界期の包括的治療

- ・ ケアコーディネーターによる担当制の訪問型支援・治療
- ・ 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

## ② 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(若者が可能な限り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

## 早期支援の構成要素モデル化例(イギリスの専門家のコンセンサスによる)

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

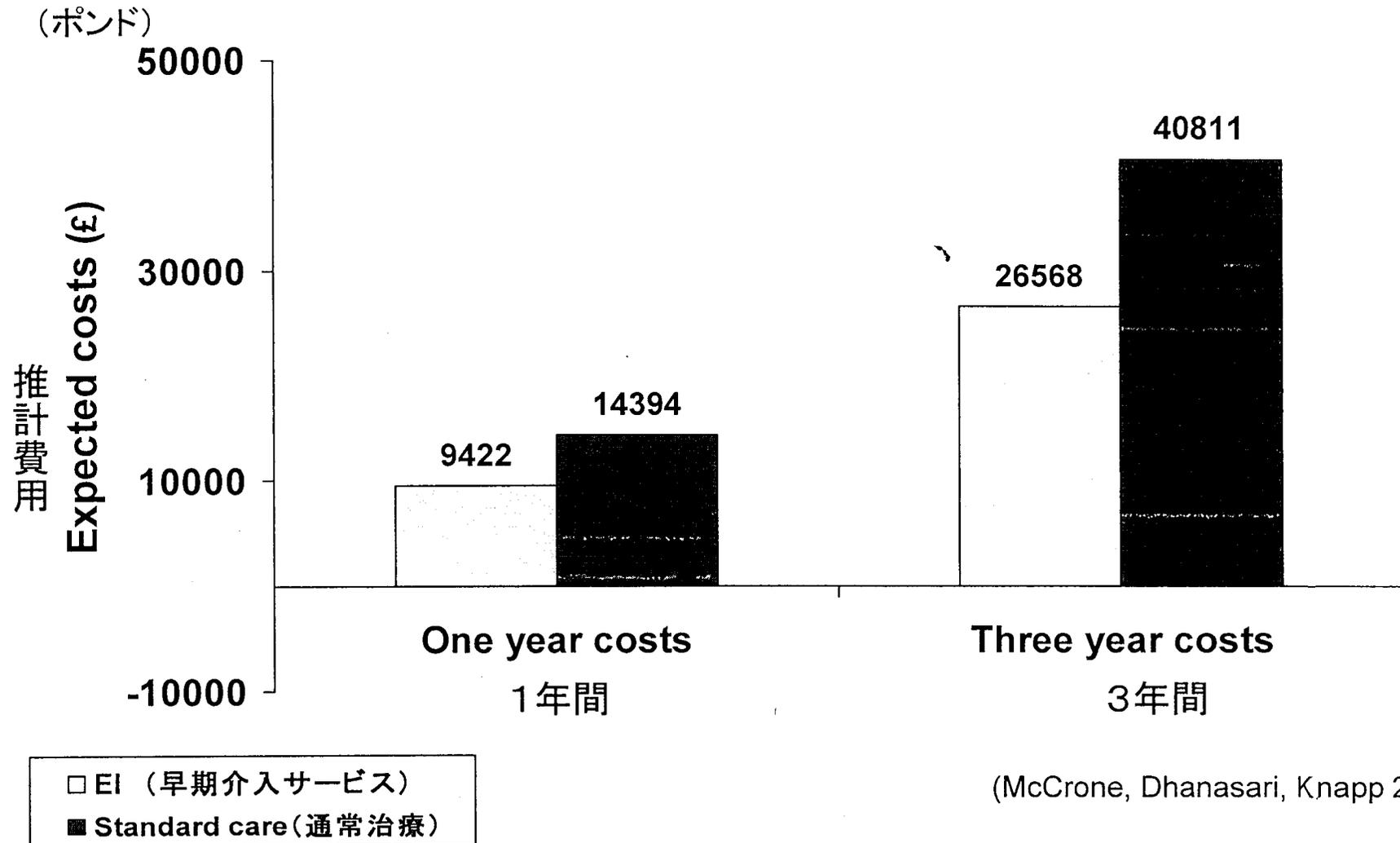
	初期評価(迅速)	集中的治療と合併症の早期発見	集中的治療と再発防止	アウトカム
医学的アセスメントと治療計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神疾患の疑いによる紹介から診断へ: 病歴、精神状態、リスク評価(自殺を含む)、再発のリスク</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>抑鬱状態の査定と治療</li> <li>自殺念慮の早期発見と治療</li> <li>治療抵抗性の陽性症状に CBT を実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>左記全項目の継続実施</li> <li>再発防止計画の作成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>早期治療導入の決定</li> <li>合併症の早期発見</li> <li>リスクの明確化</li> </ul>
薬物療法		<ul style="list-style-type: none"> <li>低用量の第2世代抗精神病薬の投与</li> <li>薬物療法の詳細な情報を提供</li> <li>患者の意思決定への参加</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活に支障を来す陰性症状に対する薬物療法の見直し</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神症状の安定化</li> <li>最小限の副作用</li> <li>患者の参加</li> </ul>
社会・心理学的アセスメントとケア計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>社会機能の評価</li> <li>資源の評価</li> <li>家族評価</li> <li>患者の希望、疾患理解度の査定</li> <li>苦痛や困難の領域の特定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>抑鬱状態・自殺念慮の早期発見と対処</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>再発防止計画の作成</li> <li>患者評価への家族/身近に人の参加</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「痛み」の明確化</li> <li>社会機能・家族機能の明確化</li> <li>自殺予防</li> </ul>
プログラム(非薬物)	<ul style="list-style-type: none"> <li>プライマリの割当</li> <li>関係作りと見守り</li> <li>家族/身近な人の治療参加</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神病学習教材の提供</li> <li>薬物療法の詳細な情報を提供</li> <li>家族への介入: 心理教育と支援</li> <li>家族/ケア提供者への情報提供(危機的状態時の対処方法)</li> <li>24時間管理チームの時間外支援の提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>左記全項目の継続実施</li> <li>再発防止計画を家族と共有</li> <li>プログラムの有効性の評価(患者・家族の積極的参加可能な内容)</li> <li>プログラムの継続(患者が参加しなくても終了しない)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>家族の治療参加</li> <li>コンプライアンスの向上</li> <li>症状のセルフマネジメント</li> <li>再発予防</li> </ul>
地域との連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>プライマリケア施設からの紹介</li> <li>児童・思春期精神保健サービスからの紹介</li> <li>翻訳サービスの利用</li> <li>プライマリケア施設や他の機関に対する窓口の設置</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>クライシスインターベンション(集中的な地域支援)</li> <li>個別の年齢に応じた入院施設の利用</li> <li>入院患者に場合はその入院の見直しに積極的に関わる</li> <li>入院患者: 退院計画に積極的に関わる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>左記全項目の継続実施</li> <li>紹介経路の評価</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>より早い早期介入</li> <li>危機的状況時への早期対処</li> <li>プライマリ施設と早期介入サービスの役割の明確化</li> </ul>
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>早期治療の導入の決定</li> <li>状態・機能把握</li> <li>見通しの評価</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>治療・ケア計画の作成</li> <li>治療・ケアの実施</li> <li>危機介入、合併症の早期発見と予防</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>再発防止計画の作成と実施</li> <li>治療の評価と見直し</li> <li>地域との連携の強化</li> </ul>	

# 早期介入サービス(EIS)\*における臨床的効果

	<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%

※Worcestershire EIS (Smith, 2006)

# 早期介入サービスによるコスト削減効果



# 早期支援の効果に関するエビデンス

## ◆RCT(ランダム化比較試験)(1) ~英国 LEO~

初回精神病エピソード患者(144名)を、標準サービスと早期介入サービスに無作為化割付。18ヶ月後を評価。社会機能、就労率、サービス満足度、QOL、治療継続率、服薬アドヒアランスにおいて、有意に早期介入サービス群で改善がみられた。ただし、症状そのものの改善については、両群に有意差みられず(Garety et al.,BJP 2006; Craig et al., BMJ 2004)。

## ◆RCT(ランダム化比較試験)(2) ~デンマーク OPUS~

初回精神病エピソード患者(547名)を標準サービスと早期介入サービスに無作為化割付。1年後、2年後を評価。陰性症状、陽性症状、社会機能の改善に有意差あり。家族の負担感も有意に軽減。5年後の評価では、入院施設利用率、入院日数が有意に低かった(Thorup et al.,Schi Res 2005; Petersen et al., BJP 2005, Bertelsen et al., Arch Gen Psych 2008)。

## ◆地域介入比較調査 ~ノルウェー TIPS~

早期介入を行っている地域とそうでない地域におけるDUP、症状、社会機能、自殺率を比較。介入地域でDUPが有意に短く、初回精神病エピソード患者の2年後の症状、特に陰性症状レベルが有意に低く、就労・就学の割合も有意に高い。自殺率も介入地区で有意に低い(Melle et al.,Arch Gen Psych 2004; Melle et al., AJP 2006, Larsen et al., Schizophr Bull 2006)。

# 我が国における早期治療のための取り組み例

## イルボスコ

東邦大学大森病院メンタルヘルスセンター・早期精神病ユニット  
(外来 + デイケア + 入院病棟)

治療方針: 統合型地域精神科治療プログラム(OTP)

### サービスモデル

1. 早期発見・早期介入
2. 多職種チームモデル
3. 継続的なアセスメント
4. 訪問サービス
5. 双方向性の心理教育

### 治療プログラム

1. 非定型抗精神病薬による薬物療法
2. ストレスマネジメント
3. 認知行動療法
4. 就労支援

# イル Bosco

イル Bosco の概要    心の病について    セルフチェック    医療・福祉・教育関係の方へ    お問い合わせ

*Psychosis can be treated  
We can help*

東邦大学医療センター大森病院 メンタルヘルスセンター

## イル Bosco におけるケア



イル Bosco では、精神科医、看護師、作業療法士、精神科ソーシャルワーカー、臨床心理士が一体となって、15～30歳の若者の心の病の早期発見と早期治療を目指しています。

1年間の期間を設け、ミーティングなどのコミュニケーションを通じてレジリエンス(自己回復力)を高め、心のバランスを取り戻すのをお手伝いします。この

サイトを通じて、若者の心の病についての正しい知識や回復方法についての理解を深めてください。

▶ [詳細はこちらから](#)

## 専門職の方へ

イル Bosco では、医療従事者向けにも東邦大学医学部精神神経医学講座のスタッフが様々なケーススタディを元にエビデンスに基づいた効果的な治療法などの情報提供を行っています。

ご開業の先生方、地域の精神保健福祉従事者の方からのお問合せはこちらへお送り下さい。

▶ [お問い合わせフォームへ](#)

## INFORMATION

一覧へ

▼ [掲載日](#)

▼ [内容](#)

[交通案内](#)

[関連リンク](#)

# 三重県津市における早期発見・支援モデル事業

## モデル地区(校区)

### 啓発プロジェクト

(対象:啓発手法)

1. 生徒: 中学卒前啓発授業プログラム
2. 生徒: 啓発リーフレット配布プロジェクト
3. 生徒・保護者: 保健室だよりによる啓発
4. 保護者: 幼・小・中保護者合同啓発研修会
5. 教員: 早期事例ケースマネジメント研修会
6. 養護教諭: 幼・小・中養護教諭合同勉強会
  
7. 一般医: 早期連携促進訪問活動
8. 一般医: 早期発見パンフレット配布プロジェクト

### 学校内精神保健推進プロジェクト

1. 校内精神保健特別支援委員会の設置  
特別支援コーディネーター、養護教諭、  
スクールカウンセラー、各学年特別支援担当者  
スクールソーシャルワーカー、管理職(教頭・校長)  
等による定期的な検討会議  
議題: 精神的不調を抱える生徒の把握と校内に  
おける対応、保護者との連携の検討
2. 校内精神保健特別委員会、保護者からユースメンタルサポートセンターMIE早期支援アウトリーチチームへの相談、連携要請

ユースメンタルサポートセンターMIE  
(三重県立こころの医療センター内)  
早期支援多職種専門支援チーム

### DUP短縮早期発見連携チーム

1. 一般医との連携・啓発
2. 学校・保護者からの相談
3. アウトリーチによるアセスメント 等

### 学校特別支援委員会サポート事業

### ARMS事例に対する個別支援

### 精神病臨界期治療チーム

1. 臨界期包括治療支援プログラムの提供
2. ケースコーディネーター担当制
3. アウトリーチ活用によるエンゲイジメント強化

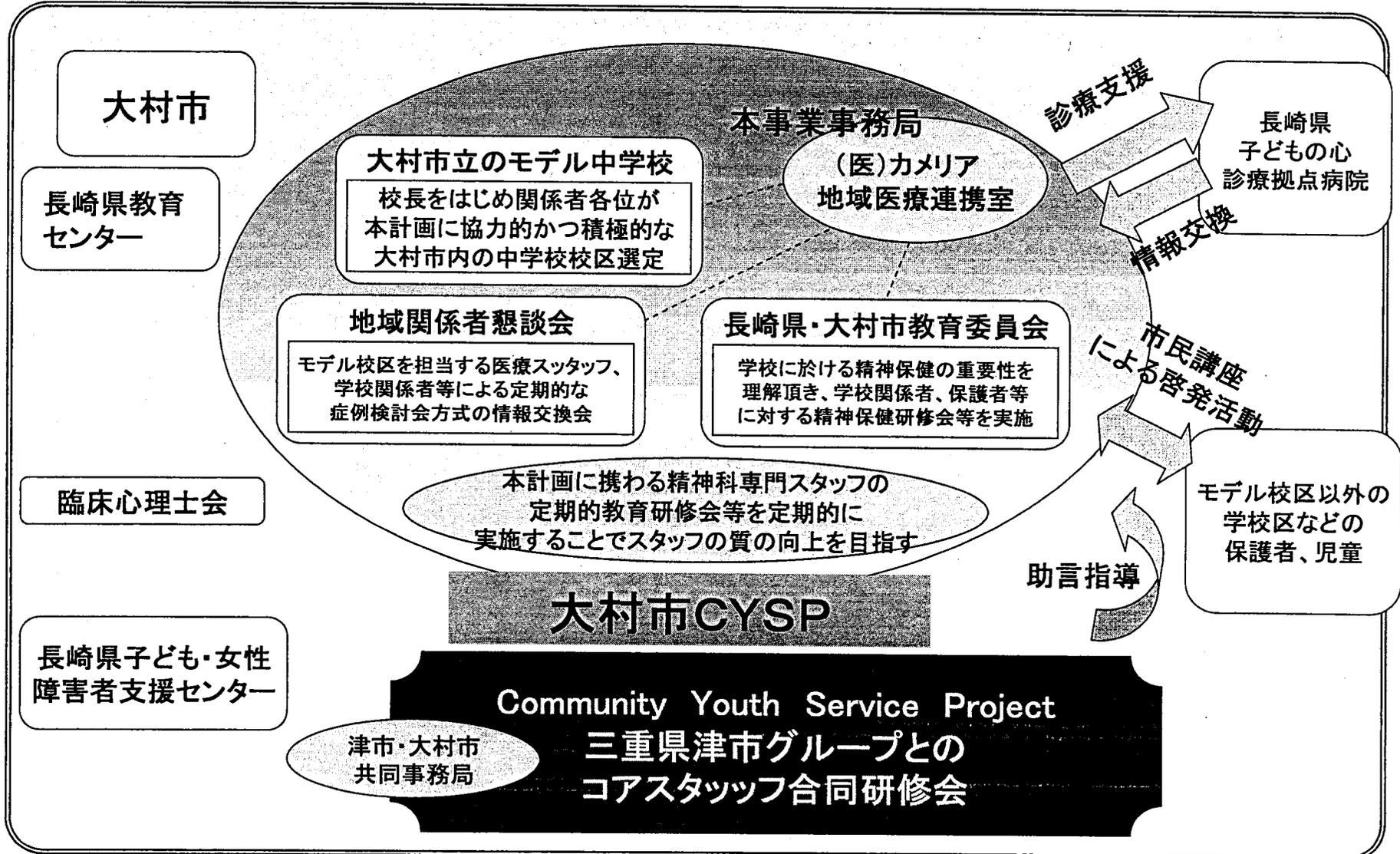
### TREATチーム

1. 3か月以上入院のFEP患者の再アセスメント
2. 寛解遷延例に対するコンサルテーション

### 早期支援専門スタッフ育成研修

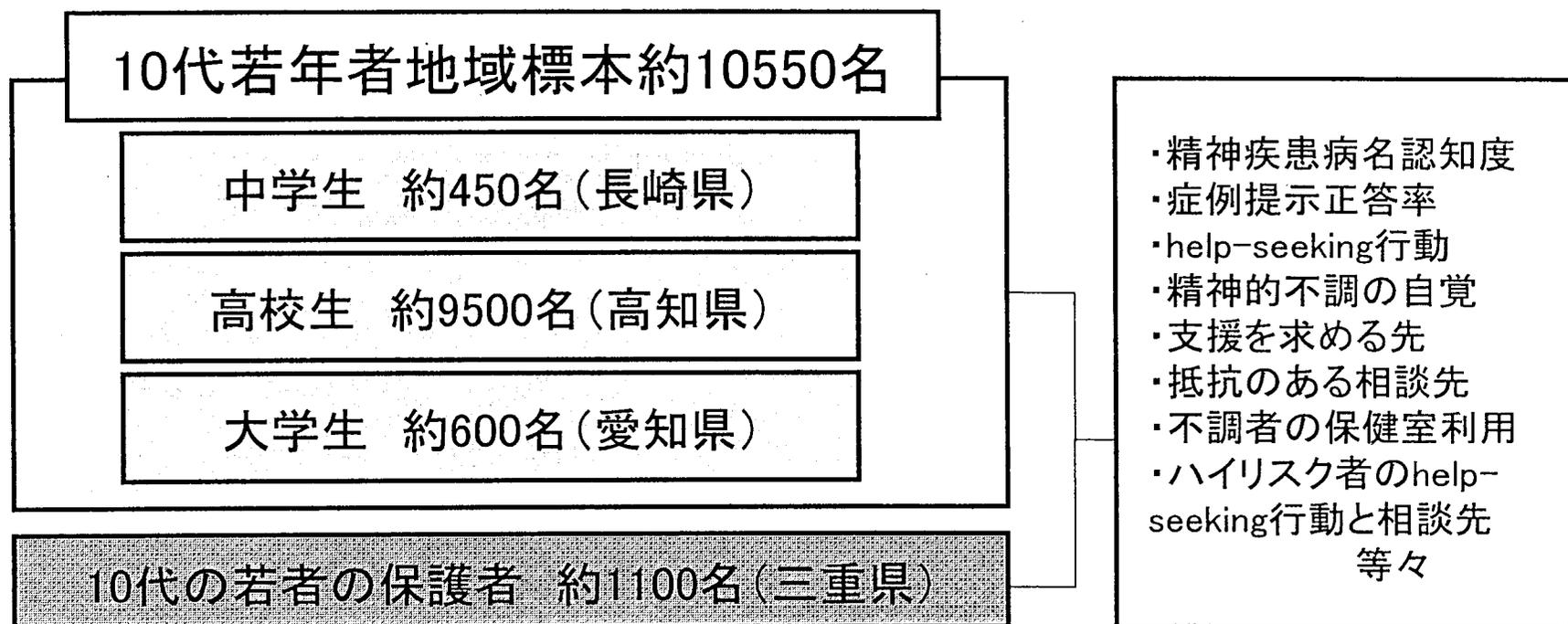
1. 英国早期支援国家プロジェクト委員による集中研修
2. 定期的な事例検討とサービス内容のレビュー

# 長崎県大村市における学校ベースの啓発と早期介入事業



# 若者を対象とした精神疾患病名認知度等の調査

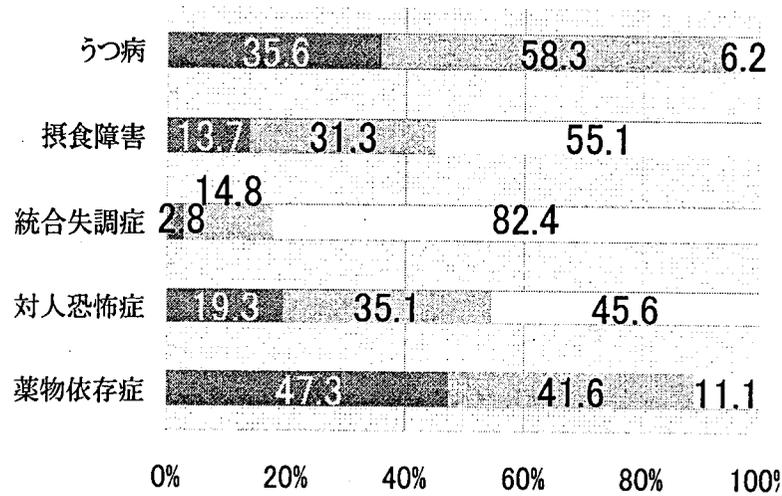
～思春期・青年期精神病理疫学研究3万人調査サンプルの一部～  
(平成21年3月末時点 中間報告)



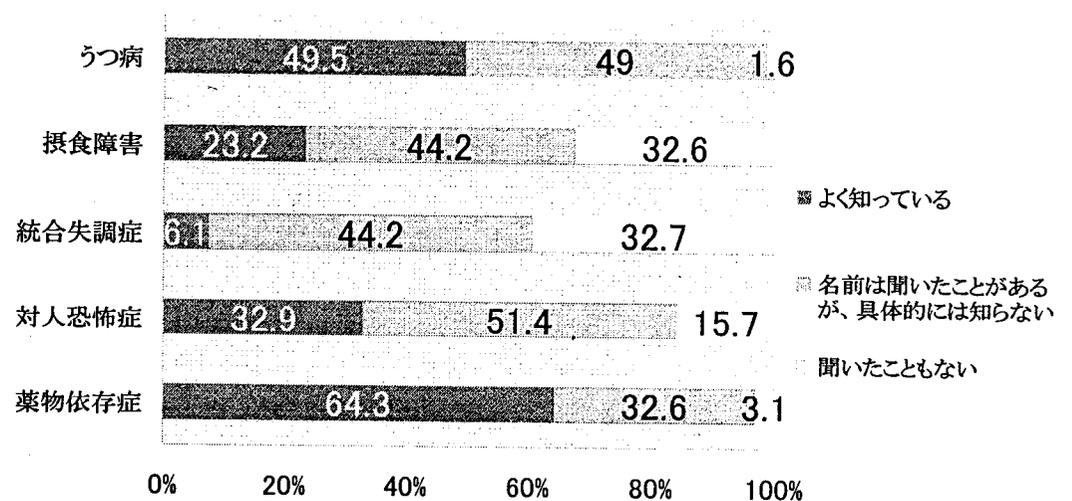
平成20年度厚生労働科学研究こころの健康科学研究事業  
「思春期精神病理の疫学と早期介入方策に関する研究」  
(研究代表者:岡崎祐士)研究分担者:西田淳志(東京都精神医学総合研究所)

# 病名認知度調査

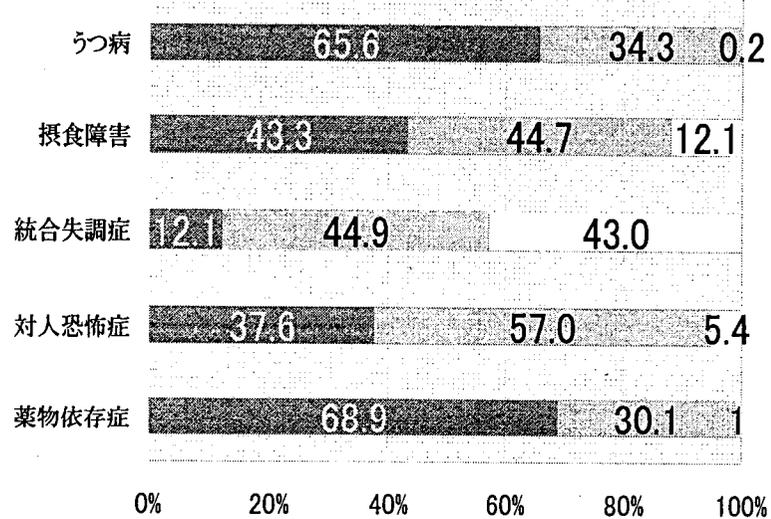
## 中学生 (N=450、長崎県)



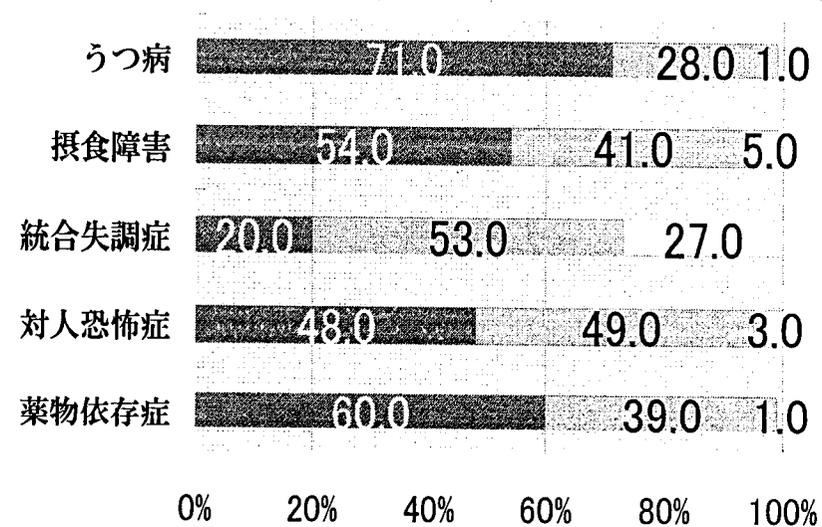
## 高校生 (N=9566、高知県)



## 大学生 (N=586、愛知県)

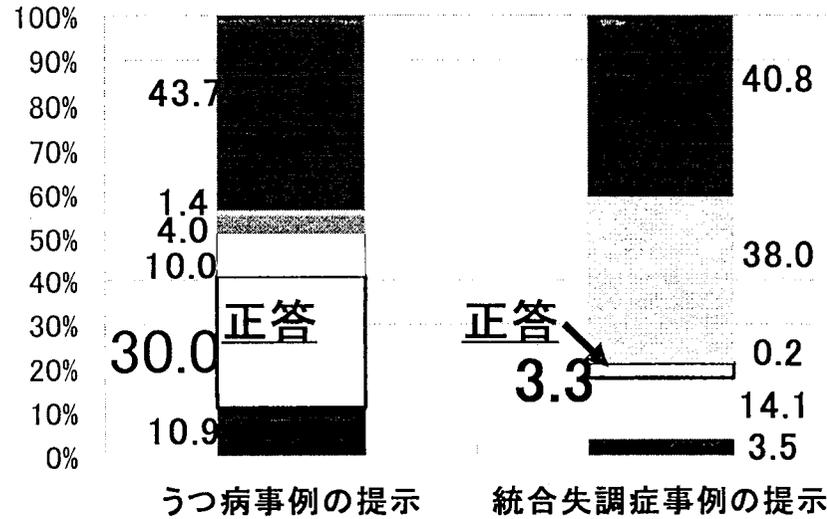


## 小・中学生保護者 (N=1174、三重県)

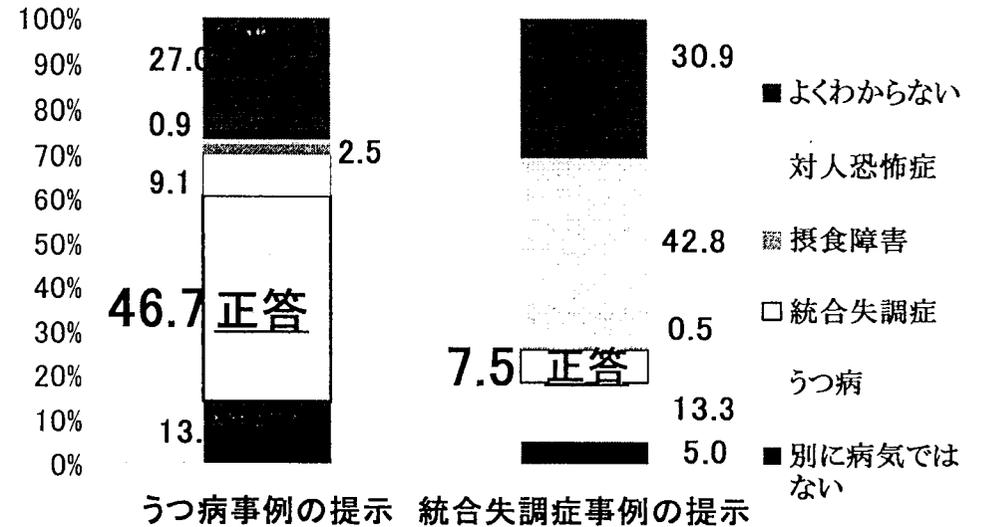


# うつ病・統合失調症の症例提示に対する病名正答率

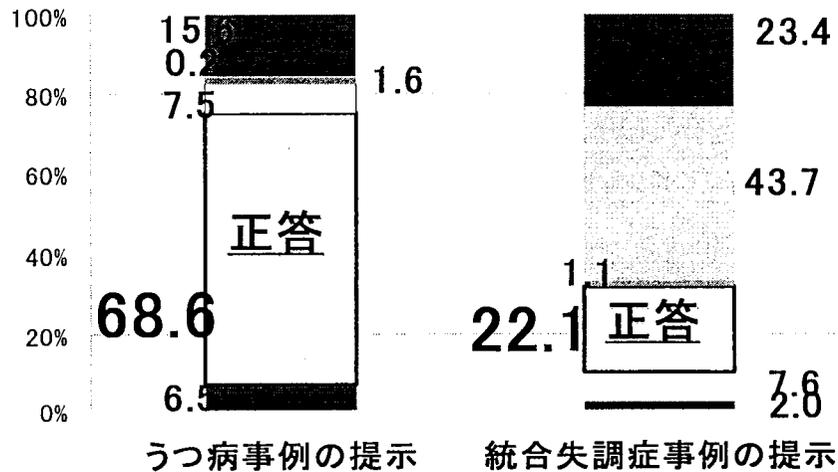
中学生 (N=450、長崎県)



高校生 (N=9566、高知県)

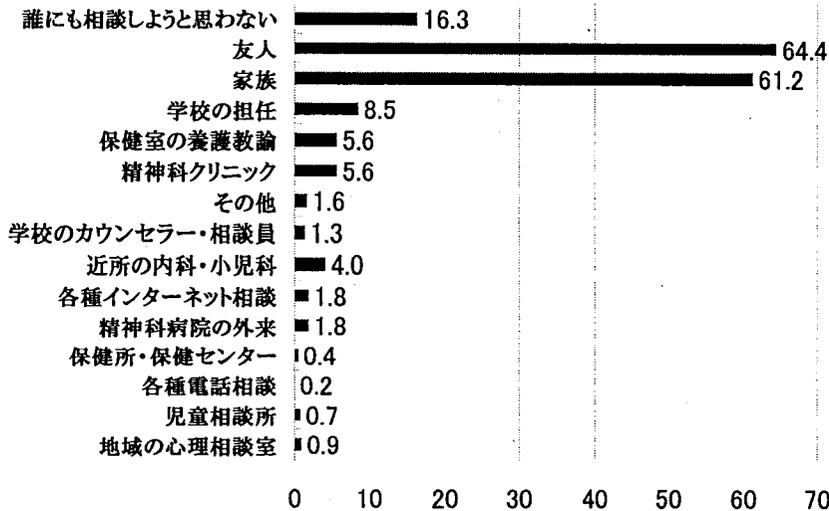


大学生 (N=586、愛知県)

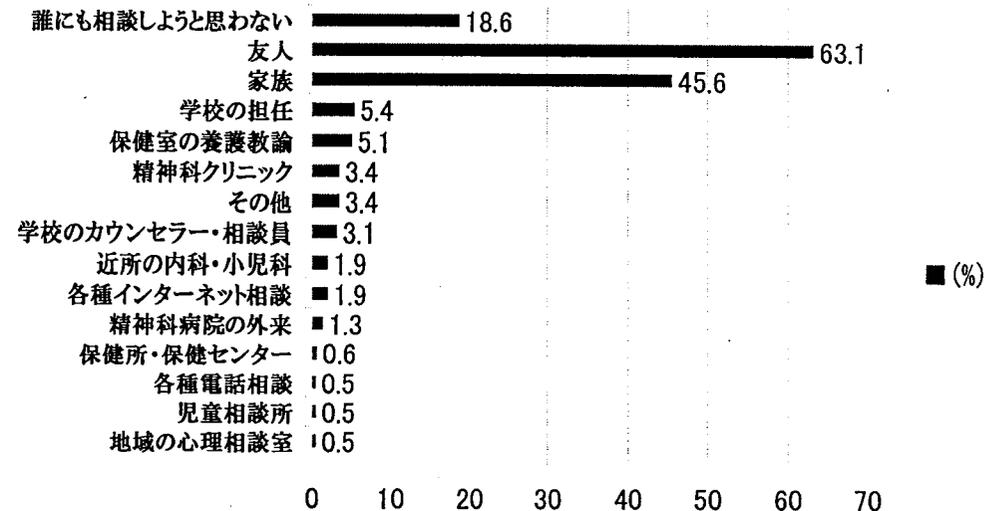


# 精神的不調のために困った場合、最初に相談しようと思う 相談相手や相談機関はありますか？

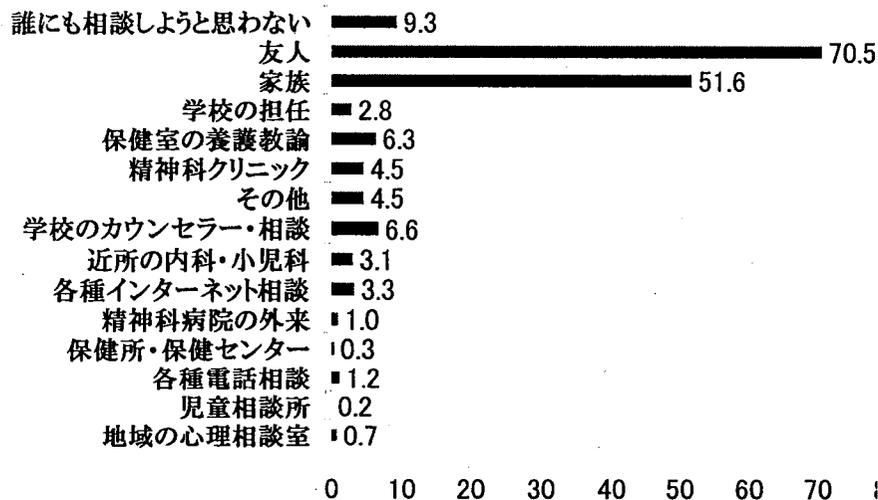
## 中学生 (N=450、長崎県)



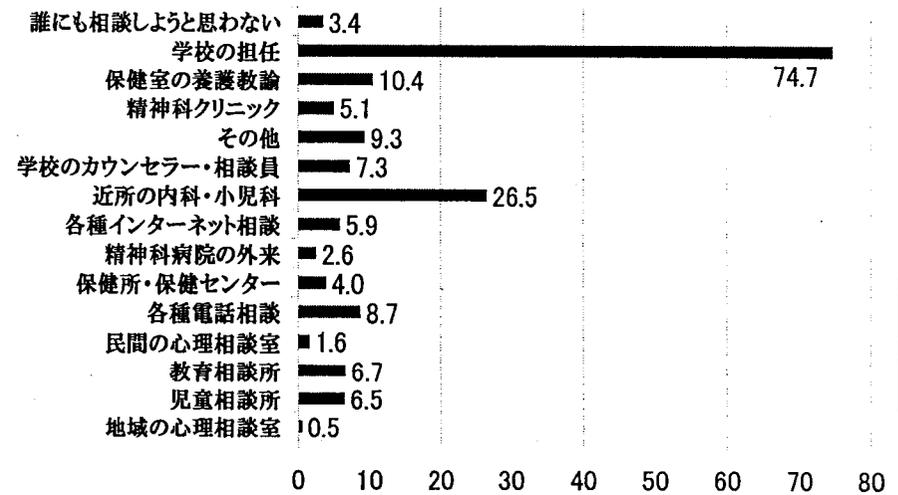
## 高校生 (N=9566、高知県)



## 大学生 (N=586、愛知県)

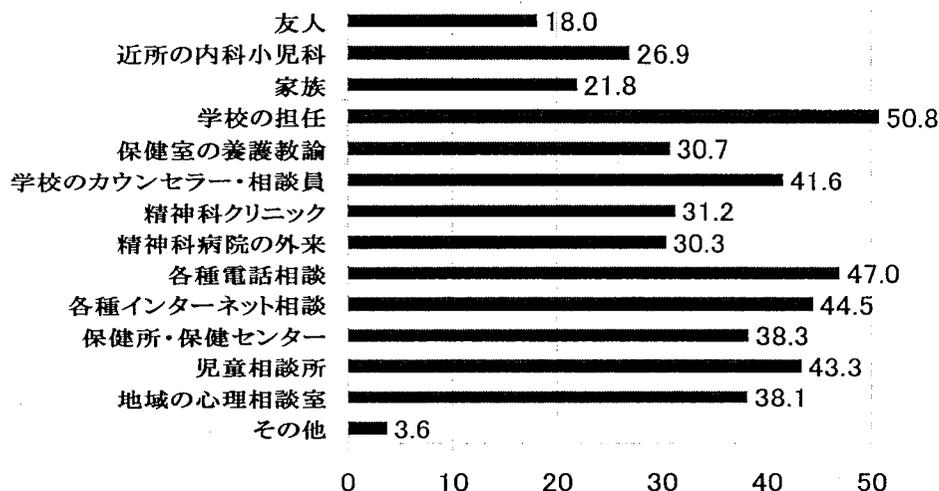


## 小・中学生保護者 (N=645、三重県)

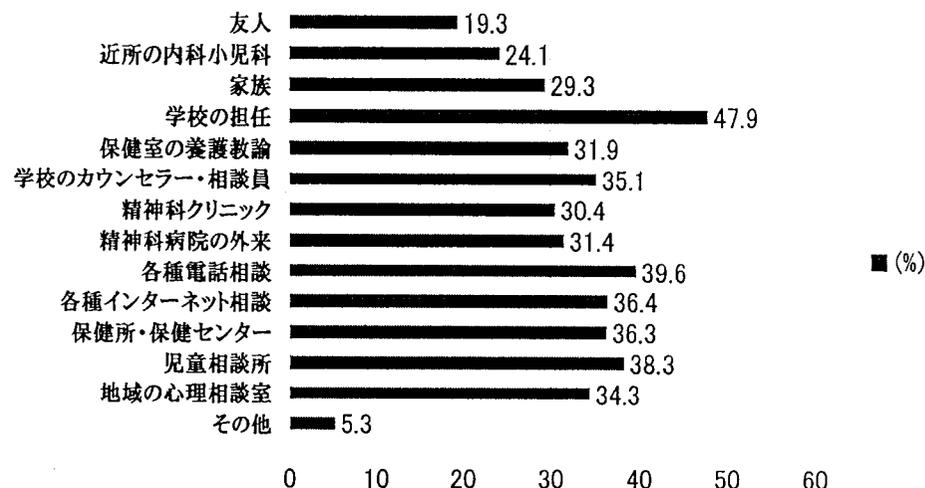


# 精神的不調のために困った場合、相談しにくい、または、相談先として抵抗のある相談相手や機関はありますか？

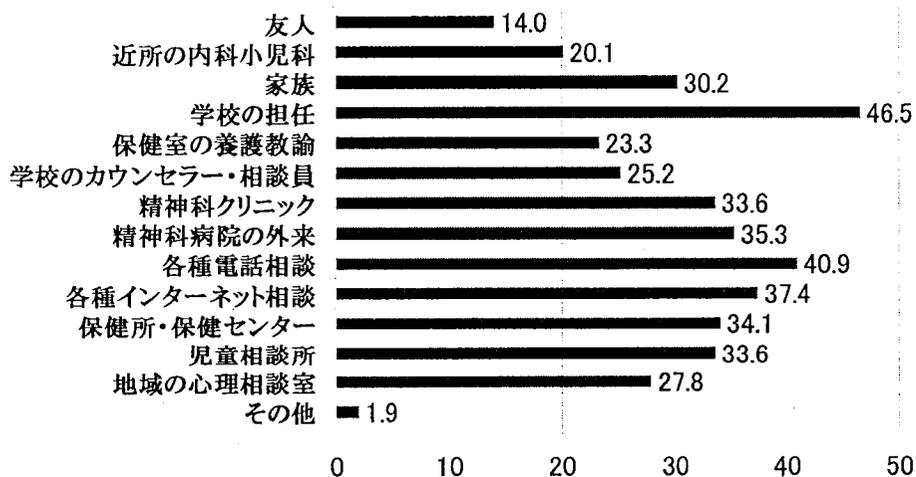
## 中学生 (N=450、長崎県)



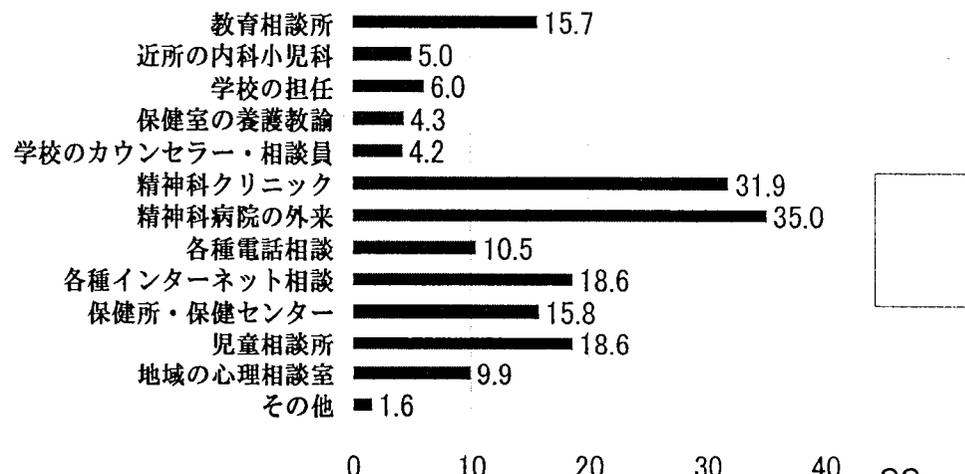
## 高校生 (N=9566、高知県)



## 大学生 (N=586、愛知県)

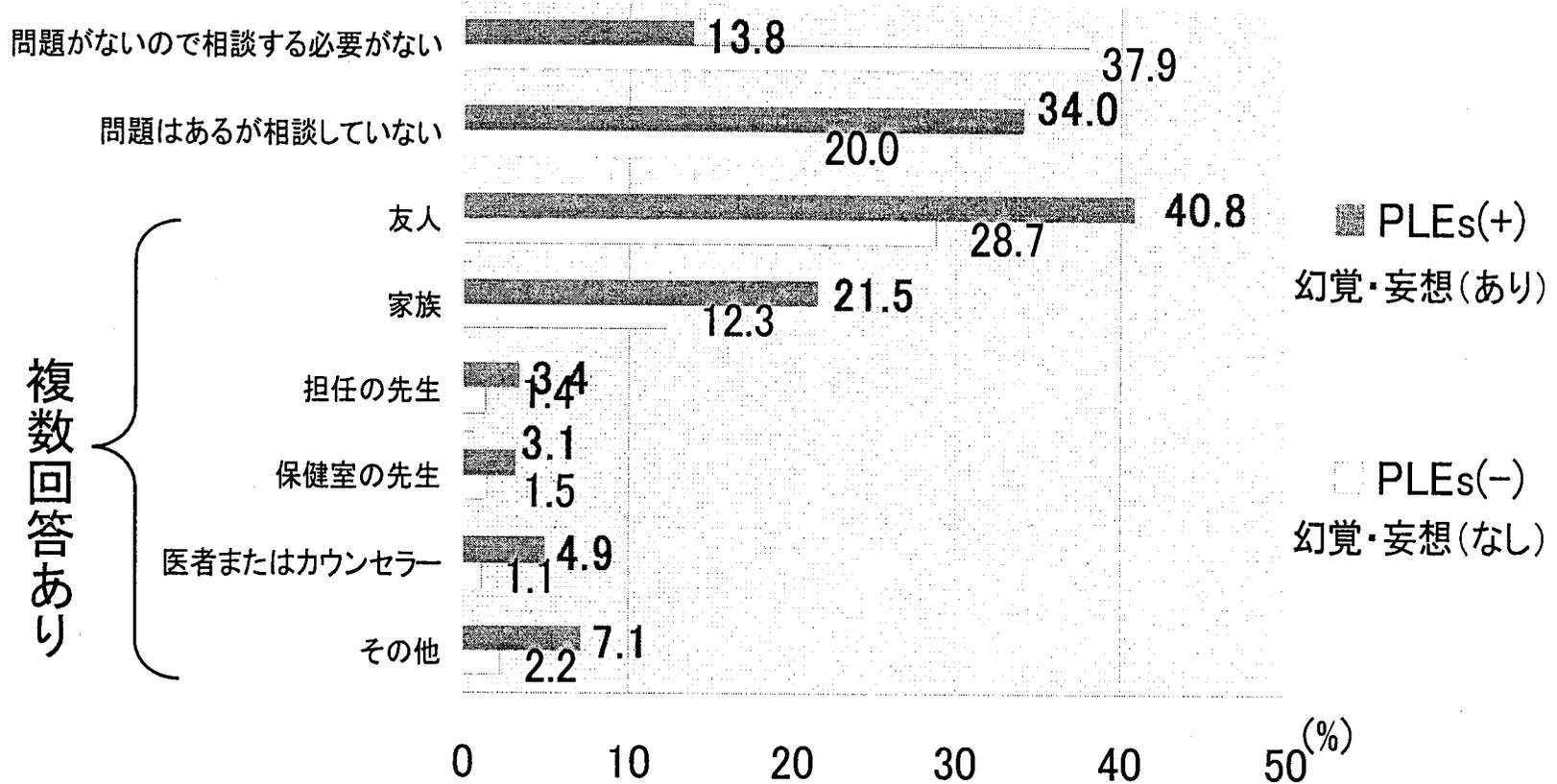


## 小・中学生保護者 (N=645、三重県)



# 高校生の相談先

過去6カ月間に苦痛感をともなう幻覚・妄想症状(PLEs)を複数回体験している若者(3.4%)  
誰に相談・支援を求めているか？(高校生 N=9566)



平成20年度厚生労働科学研究こころの健康科学研究事業

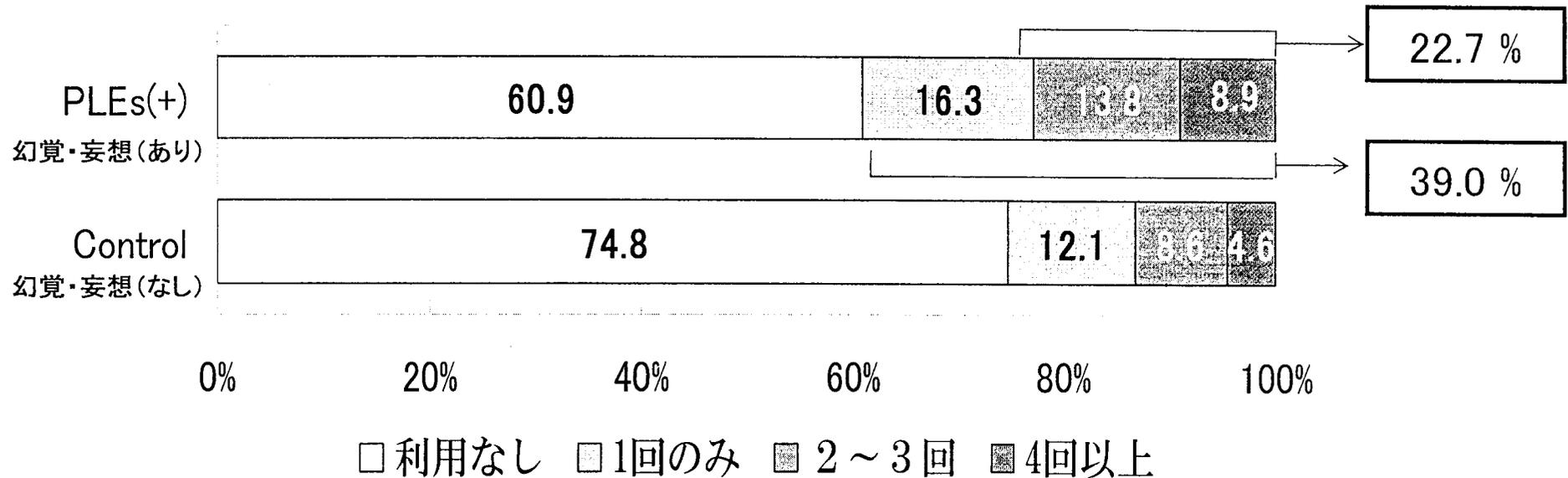
高知県における調査(2008年12月)

「思春期精神病理の疫学と早期介入方策に関する研究」(研究代表者:岡崎祐士)

研究分担者:西田淳志、研究協力者:下寺信次

# 高校生の保健室利用状況

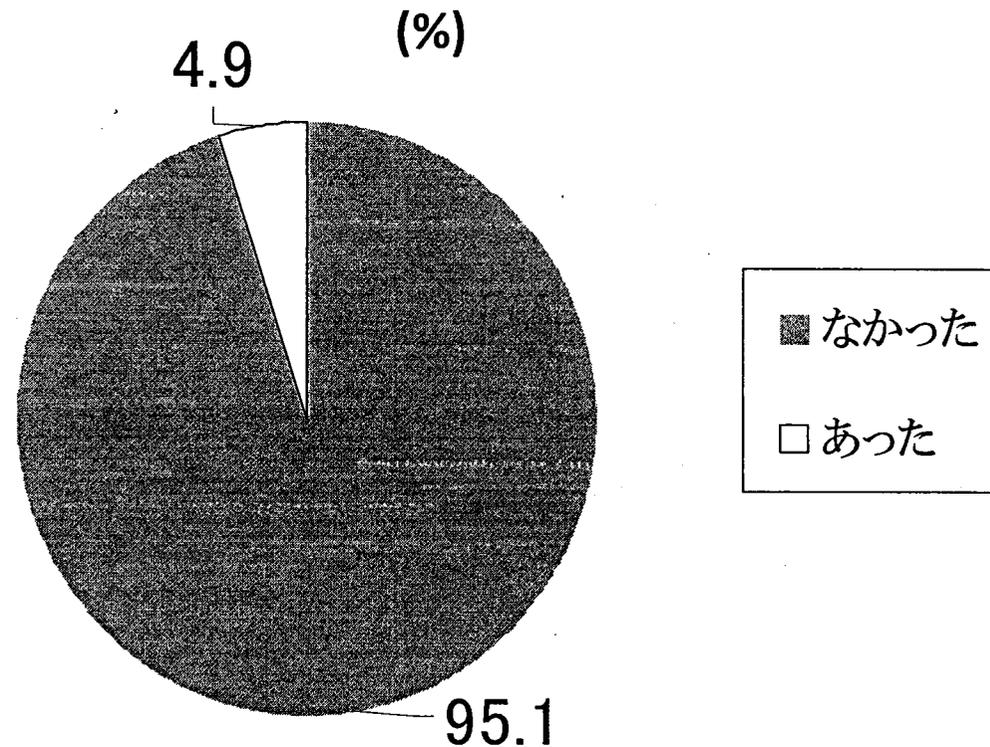
過去6カ月間に苦痛感をともなう幻覚・妄想症状(PLEs)を複数回体験している若者(3.4%)  
過去1カ月間の保健室の利用状況 (高校生N= 9511)



高知県における調査(2008年12月)

平成20年度厚生労働科学研究こころの健康科学研究事業  
「思春期精神病理の疫学と早期介入方策に関する研究」(研究代表者:岡崎祐士)  
研究分担者:西田淳志、研究協力者:下寺信次

ご家族が精神疾患を発病される以前に、  
精神疾患について学ぶ機会がありましたか？  
(患者家族調査)



平成20年度厚生労働科学研究こころの健康科学研究事業

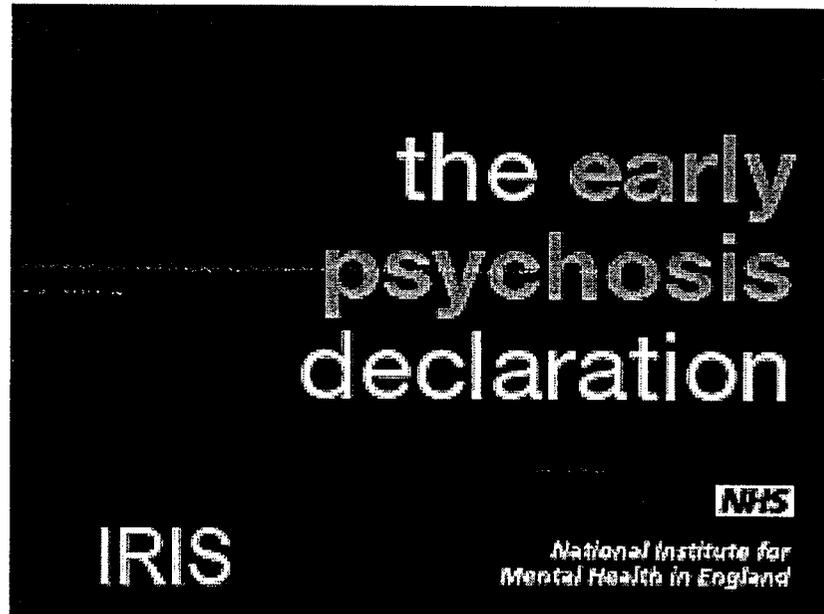
「思春期精神病理の疫学と早期介入方策に関する研究」(研究代表者:岡崎祐士)

研究分担者:西田淳志、研究協力者:田上美千佳、新村順子、石倉習子

プレ調査(東京都)2009年3月

## 調査結果(中間報告)概要

- ・うつ病など他の精神疾患に比べ、統合失調症に関する若者(中学生・高校生・大学生)の認知度は著しく低く、88%~97%が統合失調症について「聞いたこともない」、もしくは、「名前は聞いたことがあるが、具体的なことは知らない」と回答している。
- ・若者の保護者に関しては、うつ病について「よく知っている」と回答した者が7.0%を超える一方で、統合失調症について「よく知っている」と回答した者は20%にとどまっている。
- ・精神的不調を抱えた際、若者の多くは、まず、「友人」、「家族」に相談すると回答している。一方で、9~19%の若者は、「誰にも相談しない」と回答している。
- ・若者が精神的不調に関する相談をするにあたり、抵抗が少ない相談先として、「友人」、「家族」、「近所の内科・小児科」をあげている。学校の担任に相談をすることに、抵抗を感じる若者の割合が多い。
- ・保護者が若者の精神的不調に気づいた際に、「学校の担任」が最初の相談先として最も多くあげられている。「学校保健室の養護教諭」、「学校のカウンセラー」など他の学校関係者、および「近所の内科・小児科」も、比較的、保護者にとって抵抗感の少ない相談先であることが示唆されている。一方、保護者としては、精神科医療機関に直接相談することに抵抗感を感じている者が少なくない(30%以上)。
- ・苦痛感をともなう幻覚・妄想様の症状を過去6カ月以内に複数回体験している若者のうち、34%は「精神的な問題は自覚しているが、誰にも相談できていない」と回答している。一方で、そういった体験を有する若者の40%が友人に、20%が家族に、すでに、精神的不調に関する相談をしてる。また、そういった体験を有する若者の40%は、過去1ヵ月間に学校保健室



- 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コンセンサス
- 学校に通う15歳のすべての若者が、精神病に対処しうる知識を身につけるべきである

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

## 文部科学省における精神保健に係る取り組み例

1. 学習指導要領に基づく保健教育
2. 学校保健安全法に基づく保健指導および健康観察
3. 子どもの健康を守る地域専門家総合連携事業
4. 教職員向けの手引き等の普及
  - ・「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～」
  - ・(参考)「子どものメンタルヘルスの理解とその対応」((財)日本学校保健会)
5. 子どもの心のケアシンポジウム
6. その他

# 学習指導要領における関連事項の記載状況 (小学校)

<p>目標</p>	<p>心の健康、けがの防止及び病気の予防について理解できるようにし、健康で安全な生活を営む資質や能力を育てる。</p>	
<p>各学年の 目標及び 内容</p>	<p>第1～4学年</p>	<p>なし</p>
	<p>第5・6学年</p>	<p>1. 目標 心の健康については、心も体と同様に発達すること及び心と体は相互に影響し合うことについて理解できるようにする必要がある。また、不安や悩みに対して、適切な対処の方法があることを理解できるようにする。</p> <p>2. 内容 心の健康 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。</p> <p>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。</p> <p>イ 心と体は、相互に影響し合うこと。</p> <p>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。</p>

# 学習指導要領における関連事項の記載状況 (中学校)

<p>目標</p>	<p>個人生活における健康・安全に関する理解を通して、生涯を通じて自らの健康を適切に管理し、改善していく資質や能力を育てる。</p>	
<p>各学年の内容</p>	<p>第1学年</p>	<p>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。                      ウ 知的機能、情意機能、社会性などの精神機能は、生活経験などの影響を受けて発達すること。また、思春期においては、自己の認識が深まり、自己形成がなされること。                      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。</p>
	<p>第2～3学年</p>	<p>なし</p>

# 学習指導要領における関連事項の記載状況 (高校)

<p>目標</p>	<p>個人及び社会生活における健康・安全について理解を深めるようにし、生涯を通じて自らの健康を適切に管理し、改善していく資質や能力を育てる。</p>
<p>内容</p>	<p>(1) 現代社会と健康</p> <p>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、<u>個人の行動選択やそれを支える社会環境づくり</u>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、<u>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</u>できるようにする。</p> <p>ウ 精神の健康</p> <p>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。</p>
<p>各学年の内容</p>	<p>「保健」は、原則として入学年次及びその次の年次の2か年にわたり履修させるものとする。</p>

# 教科書(小学校)の記載例(抜粋)

## 3. 不安やなやみをかかえたとき



人前になると、はずかしくて顔が真っ赤になるの。こんなことでなやむなんて、わたしだけがしら？



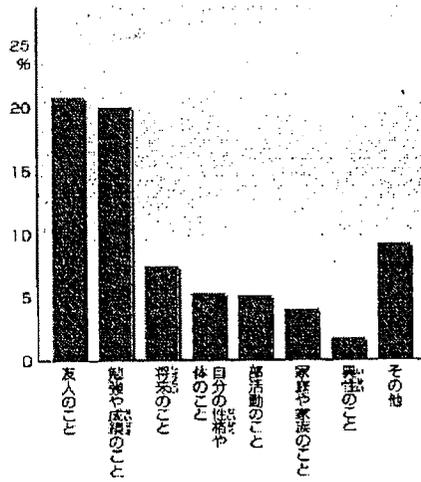
なやむなんて、ないほうがいいよね！

### だれだって不安やなやみを経験する

思春期は、体も心も大きく変化する時期です。また、人とのつきあいが広がり、複雑になってきます。やりたいことが増えてくる反面、できないこと、がまんしなければならないことも増えてきます。そのため、不安やなやみを経験することが多くなります。



●小学5年生のなやみ



※茨城県の小中学生への調査。(茨城県総合教育センターによる、2004年)



なやんでいるのは、わたしだけじゃないのね。



### 不安やなやみをかかえたときは？

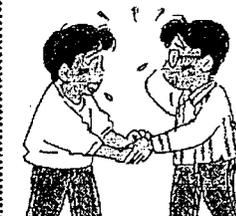


不安やなやみをかかえたとき、どうすればよいか、話し合ってみましょう。

原因をじっくりと考える。



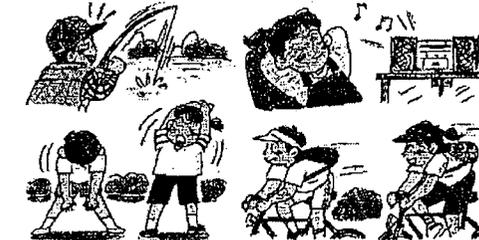
解決のために努力する。



先生や家の人、友だちなどに相談する。



趣味や運動などで気分転換をする。



十分に休養をとる。



「体ほぐしの運動」も、効果のある方法の一つですよ。

自分に合った方法を見つけましょう。



わたしたちは、さまざまな不安やなやみを経験し、それにたえたり、乗り越えようと努力したりを積み重ねていくことによって、心をたくましく、豊かにしていくのです。



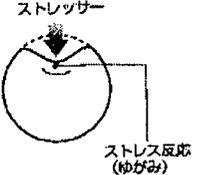
なやんだとき、あなたならどうしますか？  
友だちがなやんでいるとき、何をしてあげられますか？

# 教科書(中学校)の記載例(抜粋)



問題 みなさんは、どんなことにストレスを感じる人が多いですか。

① ストレスのもとになる環境からの刺激をストレスラーといい、それによって起こる心身の変化をストレス反応といいます。



## ② ストレスへの対処

ストレスとは、周りからさまざまな刺激を受け、心身に負担がかかった状態のことです。

ストレスは一般的には「いやなもの」と思われがちですが、適度なストレスは、むしろ心身を発達させるうえで必要なものです。しかし、ストレスが大きすぎたり、長く続いたりすると、心身に悪影響をおよぼすこともあるので、ストレスには適切に対処することがたいせつです。

③ ストレスに対処する方法にはどんなものがあるか、話し合ってみましょう。

<p>自分を支えてくれる人を持つ。 (ひだんのコミュニケーションをたいせつにしましょう。)</p>	<p>物事を前向きに考える。</p> <p>「これをやりとげれば、自分は成長できる。」</p>
<p>自分の心身の状態に気づき、リラックスさせる。 (体ほくしの運動は、そのためのよい方法です。)</p>	<p>「これをやれば、みんなが喜んでくれる。」</p>

④ 体ほくしの運動を体験し、感想を出し合ってみましょう。(→p.126~129)

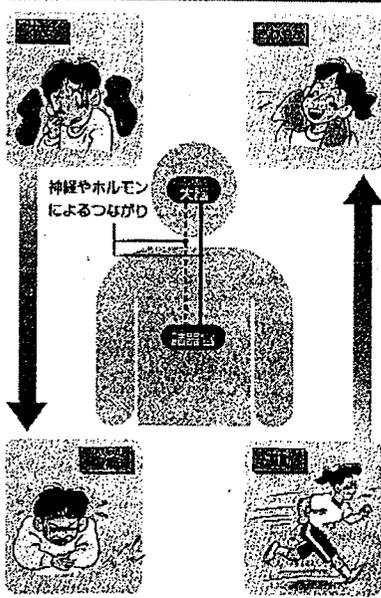
## ⑤ 心身の調和と心の健康

不安を感じると腹が痛くなったり、うれしいことがあると体調がよくなったりすることがあります。また、体調が悪いと気持ちがしずんだり、運動をすると気分がさわやかになったりすることもあります。このように、心と体は密接に関係しています。これは、**脳**と体の諸器官が**神経**や**ホルモン**でつながっているからなのです(資料3)。

中学生の時期は、体も心も大きく変化するときに、**欲求不満**や**ストレス**を感じることも多くなります。これらの問題にうまく対処できない場合には、体や行動に好ましくない反応が起こることもあります(資料4)。

しかし、**欲求不満**や**ストレス**にたえ、乗り越えようと努力することによって、心は強たくましくなっていきます。心の健康を保つためには、自分や周りの人への理解を深め、**欲求**や**ストレス**に適切に対処して、心身の調和を保つことがたいせつです。

資料3 ● 心と体の関係



資料4 ● 心の問題が原因で起こる好ましくない反応

<p>頭痛 胃がいよいよ下痢 嘔吐 じんましん など</p>	<p>いきごもつ つめがみ がたがた 顔が こげまわると など</p>
------------------------------------------------	---------------------------------------------------------

⑥ 心が健康だということは、どういう状態のことをいうのでしょうか。次のことを参考に、自分の心の健康について考えてみましょう。

- ・自分の可能性を信じ、能力を高めようと努力していますか。
- ・自分の周りのこと、将来のことに関心を持ち、自分で自分の行動を決めていますか。
- ・他人の気持ちを理解して行動することができますか。



⑦ 心の健康と生活習慣には関係があり、心の健康度が高い人は、生活習慣も規則的でよいことがわかっています。(文部科学省「児童生徒の心の健康と生活習慣に関する調査報告書」2002年)

# 教科書(高校)の記載例(抜粋)

## 15 ストレスへの対処

学習の目標

◆ストレスについて、自分でとることができる対処法を考えられるようになる。

ストレスは、さまざまな対処のしかたで軽減することができます(図1)。

### 1. 原因への対処

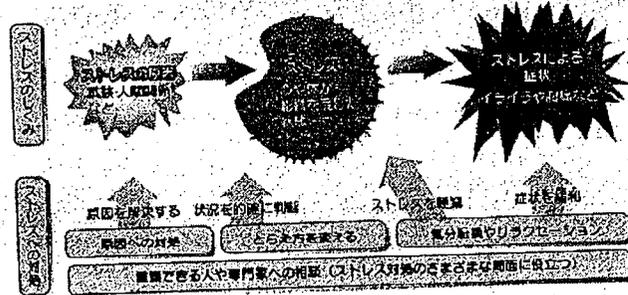
ストレスへの対処法としてまず考えるべきことは、ストレスの原因となっていることからへの対処です。つまり、ストレスの原因となっていることを発見したり回避したりして、問題を解決することです。

対人関係のストレスであれば、自分の主張をきちんと伝えたり、相手の話を前向きに受け止めるなどして、解決することも必要でしょう。勉強やスポーツの成績を上げることがストレスの原因になっているときには、成績を上げることにばかりこだわるのではなく、その設定した目標の高さや内容が適切なものかどうかを検討しなおしてみることも必要かもしれません。

### 2. とらえ方を変えることによる対処

つぎに、現在の状況判断を的確におこなうことが必要です。自分のおか

図1 ストレスへの対処のしかた



ストレスが私たちの心や体に影響をおよぼす過程に對して、対処のしかたを考える必要がある。

れている状況を、冷静に論理的・客觀的に見なおしてみることで。

たとえば、なにかを少し失敗しただけなのに、「まったくだめだった」と思って落ち込んでしまう例のように、自分の思い込みでストレスがおこる場合があります。しかし、実際にはだめなところもあったけれど、うまくいった部分もあったのではないのでしょうか。

このように、冷静に見なおし、とらえ方を変えてみることによって、それまで見ていなかった部分が見えてくることがあります。自分の思い込みにとらわれないことがたいせつです。

### 3. 気分転換やリラクゼーション

なんらかの原因によるストレスから、どうしても逃れられないこともあります。そんなとき、熱中できる趣味をもっていると、気分転換をはかることができます(図2)。また、適度な運動をしたり、友人と楽しい時間をすごしたりして、ストレスを発散することもたいせつです。さらに、入浴、ストレッチや体ほぐしの運動などのリラクゼーションも効果があります。

多くの方法のなかから、自分なりのストレス対処法を身につけることが、健康な生活を続けていくために重要なことです。

### 4. 信頼できる人や専門家への相談

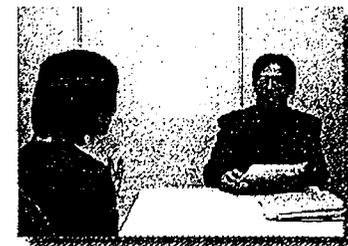
自分自身の努力やふうで、ストレスに対処できる場合もあります。しかし、まわりの人びとの協力が必要な場合も少なくありません。そのためには、ふだんからまわりの人びとのコミュニケーションがうまくとれていることがたいせつです。そうすれば、1人で対処することができなくなったとき、家族や友人、先生など、信頼できる周囲の人に相談することができます。場合によっては、カウンセラーや医師などの専門家や専門機関の力を活用することも必要です(図3)。

図2 趣味で気分転換



◎ 体目録p.150「体ほぐしの運動のおこない方」の図参照。

図3 専門家によるカウンセリング



◎ 専門機関としては、保健所、精神保健福祉センター、児童相談所などがある。

ATENS

#### 心の問題に対応する専門家、専門機関

実際に自分が利用できる心の問題の専門家や専門機関にはどのようなものがあるのか、また、それぞれにどのような特徴があるのかを調べてみよう。

## 趣旨

学校保健及び学校安全の充実を図るため、国が学校の環境衛生に関する基準等を策定するとともに、養護教諭その他の職員の役割について定める等所要の措置を講ずる。

## 概要

## 学校保健法の一部改正(学校保健・学校安全)

- 法律の題名を「学校保健安全法」に改称
- 国・地方公共団体の責務(財政上の措置その他の必要な施策の実施、国による学校安全の推進に関する計画の策定等)を明記
- 学校の設置者の責務(学校の施設設備・管理運営体制の整備充実等)を明記

## 【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
- 文部科学大臣が「学校環境衛生基準」を定めるべきこと、及び当該基準に照らして適切な環境を維持すべき旨を規定

## 【学校安全】

- 施設・設備の安全点検、学校生活(通学を含む。)や日常生活における安全に係る指導、職員の研修などについて「学校安全計画」に定め、実施すべき旨を規定
- 危険等発生時に備えて「対処要領(マニュアル)」を各学校において作成すべき旨を規定。また、危害が生じた場合における心身の健康回復のための支援措置について規定
- 警察署等の関係機関、ボランティア団体等との連携により安全の確保を図るべき旨を規定

## 施行期日

平成21年4月1日

# 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～(概要)

## 1. 健康観察とは

学校担任をはじめ教職員により日常的に子どもの健康状態を観察し、心身の健康問題を早期に発見して適切な対応を図ることによって、学校における教育活動を円滑に進めるために行われる活動を指す。

## 2. 経緯

学校保健法の一部改正により平成21年4月1日に施行された学校保健安全法において、健康観察、保健指導、医療機関等との連携などが位置付けられその充実が図られたところ、文部科学省において教職員を対象とする「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～」が作成された。

## 3. 内容

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。

## 4. 事例の構成

- 1) 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)
- 2) 発達障害と関連障害等: 学習障害、アスペルガー一症候群等(14事例)
- 3) 虐待と性被害: 虐待、性的被害等(4事例)

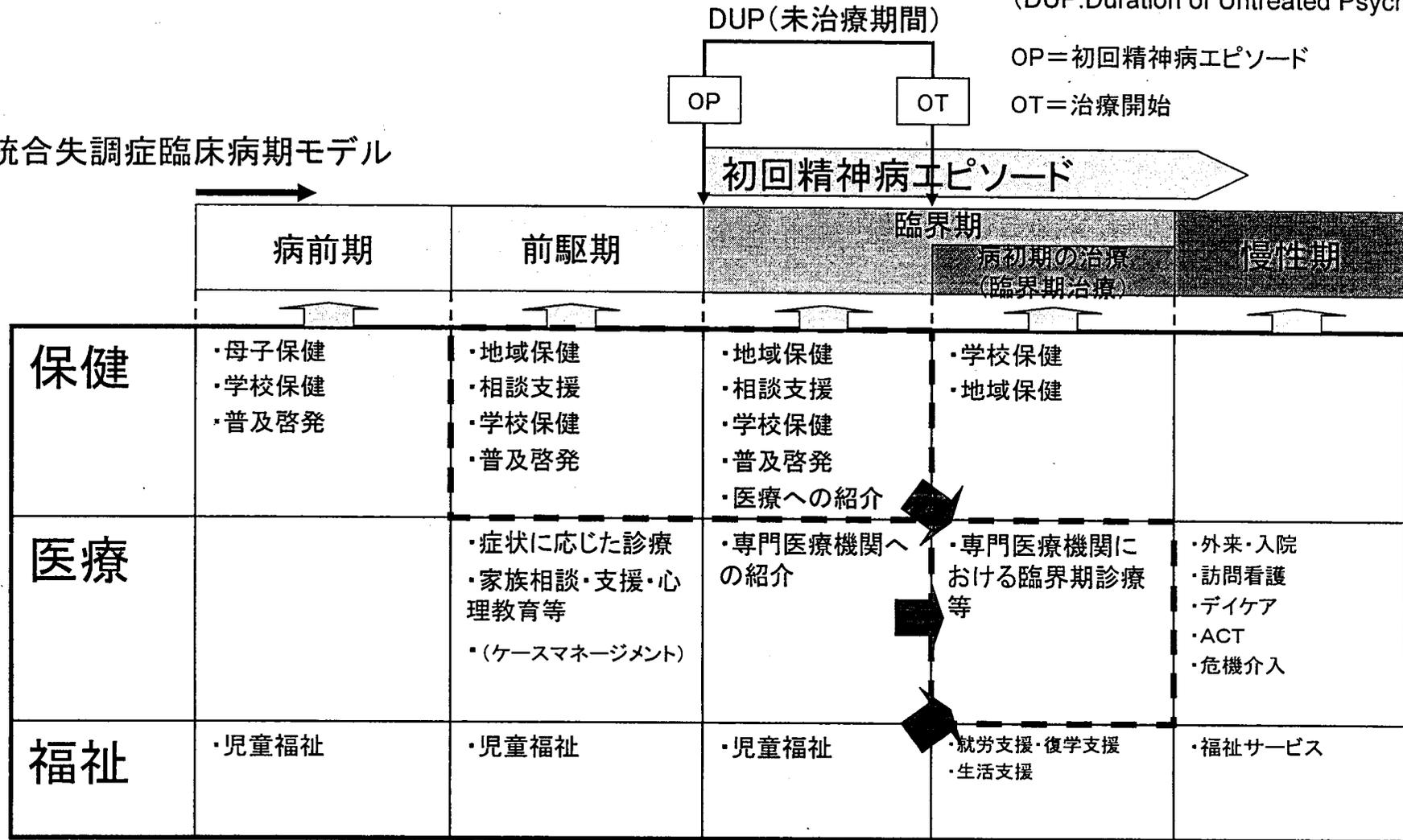
# 早期発見・早期支援の全体像（イメージ）

DUP=精神病未治療期間  
(DUP:Duration of Untreated Psychosis)

OP=初回精神病エピソード

OT=治療開始

統合失調症臨床病期モデル



# 現状及び課題

## ○現状

- ・精神疾患は、若年層を中心にあらゆる層において社会経済的な損失となっている。
- ・特に統合失調症の発症年齢は10代から20代に集中している。
- ・海外の研究では、統合失調症のDUPが短い方が、予後が良好であることが示唆されているほか、発症早期の適切な治療により予後が改善することが明らかになっている。
- ・我が国では、発症から治療開始までに平均約14ヶ月かかっているとの報告がある。

## ○治療・支援に関する課題

- ・海外において、統合失調症の初回発症から2～5年(臨界期)の包括的支援の取り組みの例があるが、我が国においては標準的な支援方法が確立されていない。
- ・精神科医療体制の中で、専門的・包括的な診療・支援を提供する場に、10代から20代の若年者やその家族がアクセスしにくい。
- ・早期発見・早期支援を進める際には、統合失調症に関連する症状に加え、その他の様々な精神症状への診療・支援体制の確保も必要である。

## ○早期発見・紹介に関する課題

- ・精神科以外の医療機関、行政等の相談機関、学校等において、早期発見・早期支援の意義が十分認識されていないとの指摘がある。
- ・また、これらの機関において、統合失調症等の精神疾患を早期に発見し適切な専門医療機関に紹介する体制が未確立である。
- ・早期発見を行った場合には適切な診療・支援の提供が不可欠であることから、早期発見を進める前提として、早期支援の体制を整備する必要がある。

## ○普及啓発

- ・早期発見や早期支援を確実に進めるためには、若年層とそれを取り巻く者について重点的に啓発を行うことが求められる(別途検討)。

# 検討の方向

## ○考え方

若年者が統合失調症を発症した場合の重症化の予防のため、また、その他の様々な精神症状に的確に対応するため、早期に専門医療機関で適切な医療を提供できるよう、以下の取り組みを進めるべきではないか。

## ○治療・支援

- ・我が国において、統合失調症を発症して2～5年の臨界期の患者やその家族等への標準的診療・支援方法の確立と、予後の改善に関する効果の検証を図ってはどうか。
- ・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について、モデル的な実施・検証を経て、普及を図ってはどうか。
- ・若年者の診療や、臨界期の統合失調症に関する治療・支援について、医療従事者への研修の実施等により質の向上を図ってはどうか。

## ○早期発見・紹介

- ・地域において、普及啓発、相談支援、医療機関への紹介等を行うための、若年者やその家族等が心理的にもアクセスしやすい相談機関について、モデル的な実施・検証を経て、普及を図ってはどうか。
- ・家族、精神科以外の医療従事者、行政機関、学校等、若年者を取り巻く支援者を対象に、研修の実施等を通じ、早期発見・紹介の方法、早期支援の効果等に関して、知識と理解の向上を図ってはどうか。
- ・なお、早期発見を行った場合には適切な診療・支援の提供が不可欠であることから、早期支援の体制整備よりも早期発見のみが先行することがないよう留意すべきではないか。

## ○普及啓発

- ・精神的不調の際に、若年者や家族が、心理的に抵抗なく、かつ周囲の理解を得て支援を受けられるよう、普及啓発を進めてはどうか。(別途検討)