

学校と精神科医療機関の情報共有と それに影響する因子の検討

大島紀人^{1)2)†} 渡邊慶一郎¹⁾ 佐々木 司³⁾ 八木 深²⁾

IRYO Vol. 75 No. 1 (22-29) 2021

要旨

背景：思春期は精神疾患の初発時期であり，精神疾患に罹患した子どもには，医療，教育両面からの支援が必要である．学校は医療機関の地域連携先として重要であるが，両者の連携について学校精神保健の現場からその課題を指摘した研究が多くみられる一方で，医療側からこの問題を検討した研究は少ない．本研究では，精神科病院を受診した児童・生徒を対象に，学校と医療機関の情報共有について調査した．

方法：精神科病院を新たに受診した児童・生徒183名を対象に，診療録を用いた後ろ向き調査を行った．学校と医療機関の情報共有について調査し，記述統計でまとめた．情報共有と関係する因子をロジスティック回帰分析を用いて探索的に調査した．情報共有と治療転帰との関係についても解析を行った．

結果：学校と医療機関の連携は，受診した小学生の55.3%，中学生の25.0%，高校生の32.6%でみられたが，いずれも1回で終結することが多かった．情報共有の内容をみると，学校から医療機関に向けた情報提供や相談が多く，医療機関から学校に向けた情報提供は少なかった．情報共有と関係する因子として，受診が学校の勧めによること（オッズ比 3.558，95%信頼区間 1.697-7.457）などが統計的に有意であった．一方で，1年間の追跡調査により治療転帰をみると，28.4%が治療中断していた．情報共有と治療中断の間には，統計的に有意な関係は認められなかった．

考察：今回の結果から，学校と医療機関の情報共有には，学校から医療機関に向かう方向性があることが示された．また，連携は1回で終結することが多かった．このような連携の有無は，治療の中断と関係を認めなかった．患者の治療に資するためにも，学校と医療機関の情報共有は，治療中継続することが望ましい．また，医療機関から学校に対しより積極的な情報提供を行うことで，学校と医療機関の連携の双方向性を実現していくことが重要だろう．

キーワード 学校精神保健，思春期，地域連携

1) 東京大学相談支援研究開発センター，2) 国立病院機構花巻病院，3) 東京大学大学院教育学研究科 †医師
著者連絡先：大島紀人 国立病院機構花巻病院 〒025-0033 岩手県花巻市諏訪500
e-mail : rxg01737@qq8.so-net.ne.jp

(2020年2月19日受付，2020年11月13日受理)

Investigations of Information Sharing between Schools and Psychiatric Medical Institutions : Factors Influencing Its Impact

Norihito Oshima¹⁾²⁾, Keiichiro Watanabe¹⁾, Tsukasa Sasaki³⁾ and Fukashi Yagi²⁾, 1) Center for Research on Counseling and Support Services, The University of Tokyo, 2) NHO Hanamaki Hospital, 3) Graduate School of Education, the University of Tokyo

(Received Feb. 19, 2020, Accepted Nov. 13, 2020)

Key Words : School mental health, adolescents, regional cooperation

背 景

思春期は精神疾患の初発時期であり¹⁾、メンタルヘルスの問題は、自殺など重大な転帰と関係するほか、学校生活への適応にも大きな影響を与える。メンタルヘルスの問題は学校保健の重要な課題となっており、たとえば精神科医療機関を受診している生徒がいる中学校は全体の84%と報告されている²⁾。メンタルヘルスの問題をもつ児童・生徒には、医療、教育両面から支援が必要である。日本では、文部科学省による「子どもを見守り育てるネットワーク推進宣言（2010）」など、学校と医療機関の連携を促進する政策がとられてきた。また、学校保健の専門家に向けた、児童・生徒を医療機関につなげることを促進するプログラムの開発も進んでいる³⁾。これを受けて学校現場でも、児童・生徒のメンタルケアのために、学校と医療機関の連携が重要であることは認識されている。たとえば、児童・生徒の自殺関連事象、不登校、暴力・衝動行動は、学校教諭が「学校において精神科受診が必要と考える問題」ととらえていることが知られている⁴⁾。その一方で、学校と医療機関の連携は不十分とする報告が多い⁵⁾⁻⁷⁾。

医療機関にとっても学校との連携は重要である。学校と連携することで、両者は児童・生徒の支援について共通理解を形成でき、学校での子どもの行動変化を把握することができる⁸⁾。実際に、ADHD（Attention Deficit Hyperactivity Disorder：注意欠如・多動性障害）の子どものケアに学校看護師と小児科看護師の協働が有用とした報告がある⁹⁾。また、児童・生徒が精神科を受診する契機として学校が役割を果たす¹⁰⁾¹¹⁾とされている。一方で、医療機関側も学校と医療機関の連携実現に困難を感じる¹²⁾という報告もあるが、医療機関を対象とした学校と医療機関の連携に関する実態調査は少ない。

以上のように、学校と医療機関の連携は、児童・生徒のメンタルヘル스에重要であるが、十分ではない。この問題を解決するために、医療機関と学校の連携に関する研究が必要であるが、医療機関の視点から行われた研究は少ない。学校と医療機関の連携は、主に情報共有の形で行われる⁷⁾ことを踏まえて、本研究では、精神科病院を受診した児童・生徒を対象に、学校と医療機関の情報共有の実態を調査し、情報共有と関係する因子の探索を行った。また、学校と医療機関の情報共有と精神科治療の転帰の関係について調べた研究はほとんどない。本研究では、

学校と医療機関の情報共有が若年者の精神科治療の転帰とどのように関係するか調査した。

対象と方法

調査は地方にある精神科中核病院（国立病院機構花巻病院）で行った。約200床の病床を持ち、一般の精神科外来にて小児期から老年期まで地域で発生するあらゆる精神疾患の治療を行っている。この医療機関を、2012年4月から2017年3月までの間に初めて受診した小学校、中学校、高等学校に在籍している児童・生徒208名のうち、診断書作成のみを目的に受診した25名を除いた183名を調査した。調査は、診療録を用いて後方視的に行った。

調査項目は、性別、校種、居住地、受診契機、診断（ICD-10による¹³⁾）、診察中に確認された自殺関連事象（希死念慮、自傷行為、自殺企図を含む）、不登校（精神症状による学校欠席）、暴力・衝動行動（校内で観察された器物破損、対人暴力）、学校との情報共有、医学的転帰（終診：改善による終結、継続、中断、転医）である。学校との情報共有については、初診後情報共有が行われるまでの経過日数、学校と病院の担当者、手段、内容を調査した。

1. 学校と医療機関の情報共有に関係する因子の探索

学校と医療機関の連携に関係する因子に関する先行研究は乏しい。学校教諭を対象とした意識調査では、児童・生徒の自殺関連事象、不登校、暴力・衝動行動は、学校において精神科受診が必要な問題ととらえられている⁴⁾。学校が児童・生徒について精神科医療を要すると考えた場合、学校は医療機関と情報共有すると考え、これらを説明変数とした。同様の理由により、受診経路（学校の勧めの有無）を説明変数に加えた。連携の物理的なハードルとして、居住地も説明変数に加えた。これは、居住地と学校の所在地がおおむね一致するためである。これに性別、校種を加えて解析を行った。最初にこれらの変数と学校と医療機関の情報共有の有無の関係について単変量解析を行い、 $p < 0.1$ となる変数を選択した。その後、選択された変数を用いて多変量解析（ロジスティック回帰分析、強制投入法）を行った。

2. 学校と医療機関の情報共有と治療中断の関係の検討

本研究では、若年者の精神科治療で特に問題とされる治療中断¹⁴⁾¹⁵⁾と情報共有の関係について調べた。諸外国では、収入や保険を含む経済的な問題が治療中断の原因とした研究もある¹⁶⁾。しかし日本では、国民全員が健康保険に加入し、低所得者の医療費は自治体が補助する仕組みがある。このため、本調査では経済的な因子を検討しなかった。本研究では交絡しうる因子として、以下のものを考えた。学校関係者が児童・生徒の治療に関心を払うことは、治療中断を防ぐ可能性がある。このため、児童・生徒の自殺関連事象、不登校、暴力・衝動行動、学校の勧めによる精神科病院の受診を因子に含めた。さらに、受診の物理的なハードルとして居住地を因子に含めた。これに性別、校種を加えて解析を行った。最初にこれらの変数と治療中断の関係について単変量解析を行い、 $p < 0.1$ となる因子を選択した。その後、選択された因子と学校と医療機関の情報共有の有無を説明変数とし、治療中断を目的変数とする多変量解析（ロジスティック回帰分析、強制投入法）を行った。

統計解析はIBM Statistics 25（IBM社）を用いて行い、 $p < 0.05$ を統計的有意とした。本研究は国立病院機構花巻病院ならびに東京大学ライフサイエンス研究倫理支援室（審査番号 15-200）の倫理審査を受け、承認を得て実施した。

結 果

対象者の背景を表1にまとめる。男女はほぼ同数で、小、中、高と学年があがるほど、受診者数が多かった。精神科病院を受診したきっかけは、家族の勧め（35.5%）が最も多く、学校の勧め（24.6%）、他の病院からの紹介（21.9%）が重要な受診経路となっていた。自分の意志で受診する者は12.6%であった。診断は神経症圏（ICD-10でF4）が37.2%と最も多く、とくに適応障害が21.9%（40名）と多かった。診察中に観察された所見として、自殺関連事象は受診者の21.9%、不登校は32.2%、暴力・衝動行動は8.2%の受診者でみられた。

学校と医療機関の情報共有は、受診した小学生の55.3%、中学生の25.0%、高校生の32.6%でみられた。このうち複数回情報共有があったものは、小学生13.2%、中学生8.9%、高校生13.5%であった。最初の情報共有が行われた時期を調べると、初診時37.1%、1カ月以内58.1%、3カ月以内83.9%、半年以内

表1 対象者のプロフィール (n=183)

| 項目 | パラメーター | n | % |
|----------------|---------|-----|-------|
| 性別 | 男性 | 98 | 53.6% |
| | 女性 | 85 | 46.4% |
| 校種 | 小学校 | 38 | 20.8% |
| | 中学校 | 56 | 30.6% |
| | 高校 | 89 | 48.6% |
| 居住地 | 市内 | 61 | 33.3% |
| | 市外 | 122 | 66.7% |
| 受診契機 (重複あり) | 家族の勧め | 65 | 35.5% |
| | 学校の勧め | 45 | 24.6% |
| | 他院の紹介 | 40 | 21.9% |
| | 自主来院 | 23 | 12.6% |
| | その他 | 13 | 7.1% |
| 診断 (重複あり) | 統合失調症圏 | 3 | 1.6% |
| | 気分障害圏 | 20 | 10.9% |
| | 神経症圏 | 68 | 37.2% |
| | 広汎性発達障害 | 45 | 24.6% |
| | 多動性障害 | 12 | 6.6% |
| | 知的障害 | 41 | 22.4% |
| | その他 | 25 | 13.7% |
| 診察所見 | 自殺関連事象 | 40 | 21.9% |
| | 不登校 | 59 | 32.2% |
| | 暴力・衝動行動 | 15 | 8.2% |

95.2%となっていた。情報共有の手段は、学校関係者が診察に同伴する44.9%、手紙43.3%が多く、ほかに電話11.8%、学校関係者のみの面談6.3%などであった。情報共有に携わる関係者は、学校は担任70.9%、養護教諭10.2%、管理職6.3%、医療機関は医師73.2%、心理士17.3%などであった。

初回の情報共有の内容を図1に示す。学校からの情報提供（学校での児童・生徒の様子、これまでの経過）56.2%、本人に対する学校の対応の相談14.6%、保護者に対する学校の対応の相談12.4%など、学校から医療機関への情報提供が多かった。医療機関から学校に向けての情報提供は、所見（WAIS-IIIなど検査結果含む）の説明10.1%が多かった。これに対し、2回目の情報共有の内容は、出席不足、自傷行為、暴力行為、器物破損、いじめなどの問題が、学校で観察されたことが契機となるものが39.1%と最も多く、それに次いで、学校から医療機関に対する近況報告が30.4%と多かった。医療機関から学校

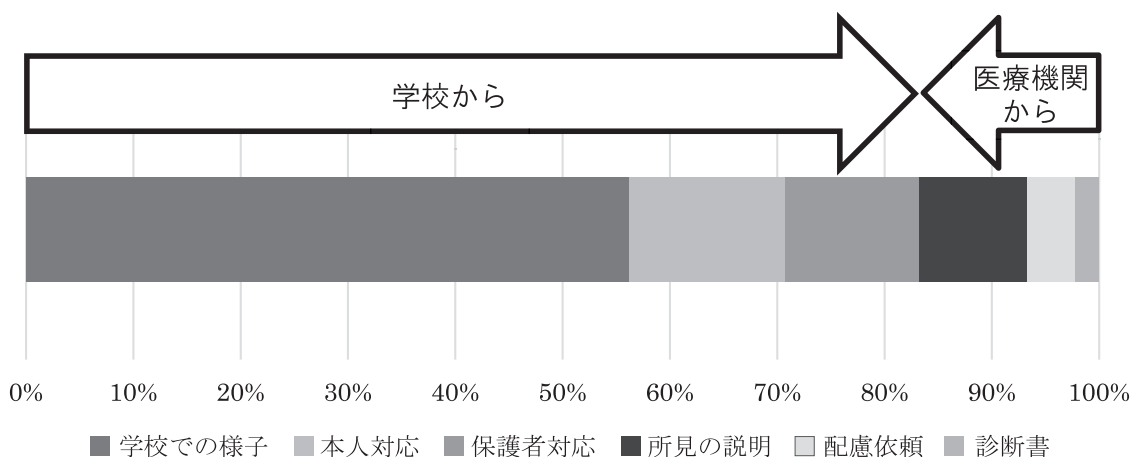


図1 学校と医療機関の初回情報共有の内容

表2 学校と医療機関の情報共有との関係（ロジスティック回帰分析，n=183）

| 項目 | パラメーター | 単変量 | | | 多変量 | | |
|---------|--------------|-------|---------------|---------|-------|----------------|-------|
| | | オッズ比 | 95% 信頼区間 | p | オッズ比 | 95% 信頼区間 | p |
| 性別 | 女性 v.s. 男性 | 0.630 | 0.340 - 1.169 | 0.143 | | | |
| 校種 | 小学校 v.s. 中学校 | 3.706 | 1.537 - 8.936 | 0.004 | 4.073 | 1.595 - 10.400 | 0.003 |
| | 高校 v.s. 中学校 | 1.450 | 0.685 - 3.069 | 0.331 | 1.854 | 0.830 - 4.142 | 0.132 |
| 居住地 | 市外 v.s. 市内 | 1.622 | 0.832 - 3.163 | 0.156 | | | |
| 受診契機 | 学校の勧め v.s. 他 | 3.601 | 1.789 - 7.249 | < 0.001 | 3.558 | 1.697 - 7.457 | 0.001 |
| 自殺関連事象 | あり v.s. なし | 1.319 | 0.641 - 2.715 | 0.451 | | | |
| 不登校 | あり v.s. なし | 1.161 | 0.609 - 2.214 | 0.651 | | | |
| 暴力・衝動行動 | あり v.s. なし | 3.082 | 1.044 - 9.094 | 0.041 | 2.547 | 0.779 - 8.326 | 0.122 |

への情報提供は17.4%にとどまった。

情報共有と関係する因子を調べるため、ロジスティック回帰分析を行った結果を表2に示す。単変量解析の結果、受診が学校の勧めによること、暴力・衝動行動、校種が条件（ $p < 0.1$ ）を満たした。これらの変数間の相関係数は最大で0.153であった。これらを説明変数とした多変量解析を実施すると、受診が学校の勧めによること（オッズ比OR = 3.558, 95%信頼区間CI = 1.697 - 7.457, $p = 0.001$ ）、小学生（中学生をreferenceとしてOR = 4.073, 95%CI = 1.595 - 10.400, $p = 0.003$ ）が統計的に有意であった。暴力・衝動行動、高校生も情報共有と弱い関係を認めた。

初診からの経過時間と治療の転帰を図2に示す。初診後1年間に、終診に至ったものは38.3%であり、28.4%は治療中断していた。受診が1度のみの患者

も17.5%いた。治療中断と学校と医療機関の情報共有の関係について、ロジスティック回帰分析を用いて調べた結果を表3に示す。単変量解析の結果、受診が学校の勧めによることが条件（ $p < 0.1$ ）を満たした。情報共有と受診が学校の勧めによることの相関係数は0.269であった。これらを説明変数とした多変量解析を実施すると、情報共有と治療中断の間に統計的に有意な関係は認められなかった。一方で、受診が学校の勧めによることと治療中断の間には弱い関係（オッズ比OR = 1.968, 95%信頼区間CI = 0.953 - 4.062, $p = 0.067$ ）が認められた。

考 察

本研究では、精神科病院を受診した児童・生徒の1/3で学校と医療機関の情報共有が認められたが、

表3 学校と医療機関の情報共有と治療中断の関係 (ロジスティック回帰分析, n=183)

| 項目 | パラメーター | 単変量 | | | 多変量 | | |
|---------|--------------|-------|---------------|-------|-------|---------------|-------|
| | | オッズ比 | 95% 信頼区間 | p | オッズ比 | 95% 信頼区間 | p |
| 情報共有 | 1回 v.s. なし | 1.140 | 0.545 - 2.384 | 0.729 | 0.976 | 0.453 - 2.100 | 0.950 |
| | 2回以上 v.s. なし | 0.957 | 0.361 - 2.539 | 0.930 | 0.775 | 0.281 - 2.140 | 0.623 |
| 性別 | 女性 v.s. 男性 | 1.587 | 0.855 - 2.944 | 0.143 | | | |
| 校種 | 小学校 v.s. 中学校 | 1.309 | 0.563 - 3.047 | 0.532 | | | |
| | 高校 v.s. 中学校 | 0.703 | 0.344 - 1.439 | 0.335 | | | |
| 居住地 | 市外 v.s. 市内 | 1.161 | 0.601 - 2.241 | 0.658 | | | |
| 受診契機 | 学校の勧め v.s. 他 | 1.893 | 0.947 - 3.781 | 0.071 | 1.968 | 0.953 - 4.062 | 0.067 |
| 自殺関連事象 | あり v.s. なし | 0.822 | 0.385 - 1.757 | 0.613 | | | |
| 不登校 | あり v.s. なし | 0.927 | 0.479 - 1.796 | 0.823 | | | |
| 暴力・衝動行動 | あり v.s. なし | 1.370 | 0.464 - 4.042 | 0.569 | | | |

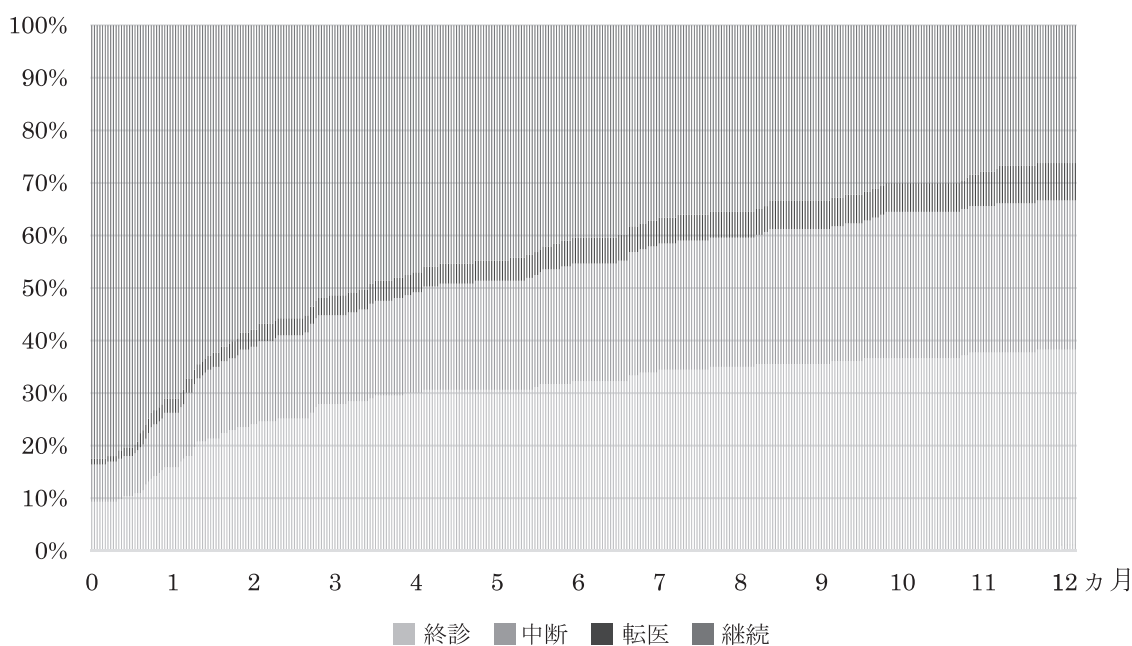


図2 初診からの経過時間と転帰

1回のみにとどまることが多かった。医療機関と連携した経験がある養護教諭は少なくないとする報告⁶⁾があるが、学校関係者と医療関係者の連携は十分でない⁵⁾、とくに継続的な連携はごくまれ⁷⁾であるとの指摘がある。本研究はこれらの先行研究の指摘と矛盾しなかった。また情報共有の内容をみると、学校から医療機関に対する情報提供や質問がほとんどであった。今回の結果からは、情報共有において、学校から医療機関に向かう方向性が示された。

学校と医療機関との情報共有に関する因子を調べた結果では、「学校の勧め」で受診したことが統計的に有意であった。一方で、地理的な要因は、情報共有と有意な関係を認めなかった。このことは学校が精神科医療が必要と考えた場合には、地理的な問題など情報共有を阻害しうる要因があっても、医療機関との連携が実現することを示唆する。

また、暴力・衝動行動が認められることは情報共有と弱い関係を認めたが、自殺関連事象や不登校は

情報共有と関係を認めなかった。一つの理由として、暴力・衝動行動のように他者に害を及ぼす行動と比べて、自殺関連事象や不登校は周囲への影響が小さく、学校が医学的ケアにまで介入する動機として弱い可能性がある。本人・保護者の意向を尊重し、希望があった場合に医療機関に情報提供を行う、というケースもあるだろう。このほか、自殺関連事象の場合には、学校が把握していない可能性もある。学校関係者が、子どものメンタルヘルスに関する知識（とくに症状、治療薬、地域の医療サービス）を深めたり¹⁷⁾、児童・生徒の精神的不調を早期発見して医療機関受診を促進したりすること¹⁸⁾の重要性が指摘されており、学校教諭は子どもたちの生活を注意して観察している。しかし、児童・生徒本人が、学校の先生には希死念慮を内緒にしている場合には、やはり気づきにくいケースもあるだろう。最後に、医療機関から学校へのアプローチが少ない問題である。その原因としては、診療の時間的制約、医療経済上の問題などが考えられる¹⁹⁾。今回の調査では、医療機関側の担当者は医師が73.2%と多かった。多職種医療チームで対応することにより、医師の負担を減らして、学校との情報共有を促進できる可能性がある。しかし、これを実現するためには、医療経済上の仕組みが必要であり、今後の課題である。

本研究では、学校と医療機関の連携と治療中断の間には有意な関係を認めなかった。児童・生徒の精神科治療では、治療を中断する割合が28-75%と研究ごとにばらつきはあるものの小さくない¹⁴⁾。とくに精神科治療においては、治療初期の中断が多く報告されている²⁰⁾²¹⁾が、高校生においても医療機関でのメンタルケアが1度の受診で終了する者が29.9%で、そのほとんどが治療中断¹⁵⁾と報告されている。治療中断は精神的不調につながり、精神的不調は成績の問題を含む学校適応の問題と関係するため、治療中断の予防は学校と医療機関共通の目標となりうる。しかし、実際には、治療中断を防止するような連携はできていなかった。本研究では、複数回連携がある群についても解析したが、その群でも治療転帰と連携の有意な関係は認められなかった。複数回連携がある場合でも、その内容は、学校が気づいた児童・生徒の問題（出席不足、自傷行為、暴力行為、器物破損、いじめなどの問題）や学校での近況の報告が多く、連携の一方方向性が目立った。学校が治療経過を医療機関から直接情報提供される機会はわずかで、学校が治療の進捗を把握したり、治療の

継続について児童・生徒本人や保護者に助言したりする機会に限られる。このため、学校と医療機関の連携は治療中断に有効に作用しないと考えられた。

その一方で、学校の勧めで受診することは治療中断と統計的に有意ではなかったが、弱い関係を認めた。この関係は学校と医療機関の情報共有と独立していた。これまでに発達障害をもつ児童・生徒のケースシリーズをもとに、「困った学校側に急かされ渋々受診したが、専門医療機関は望まない親子が多くみられた」と考察された研究がある¹²⁾。今回の結果から、このようなケースが発達障害にとどまらず、メンタルヘルスの問題をもつ児童・生徒で広く認められる可能性も否定できない。学校の勧めで精神科受診に至った児童・生徒に対しては、治療中断に至らないようより注意深く経過を追う必要があることを、学校、医療機関ともに認識することが重要だろう。

研究の限界

コミュニティの医療資源には地域差があり、メンタルヘルスの問題をもつ児童・生徒に対する学校の支援体制は、学校ごとの裁量に任されている。このため、本研究の結果をすべての地域に当てはめることはできず、地域ごとの検討が必要かもしれない。本研究では、転帰として治療の中断に注目した。治療の中断は、‘dissatisfied’, ‘got-what-they-needed’, ‘troubled’の3パターン²²⁾、あるいは‘good’, ‘bad’の2パターン²³⁾に分類される。いずれの分類でも、治療中断は患者にとって悪いアウトカムと必ず関係するわけではない。今後、中断後の経過も考慮した分析が必要かもしれない。

本研究では、多変量解析の実施にあたり、単変量解析の結果（ $p < 0.1$ ）を用いて変数選択を行った。これによるセレクションバイアスが存在することに留意する必要がある。

結 語

本研究により、学校と医療機関の情報共有の課題は、継続と双方向性であることが示された。治療の視点からも、学校と医療機関の情報共有は、治療中継続することが望ましく、加えて、医療機関から学校に対するより積極的な情報提供を行うことで、学校と医療機関の連携の双方向性を実現していくこと

が重要と考えられた。

謝辞 本研究はJSPS科研費18H01009の助成を受けたものです。

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし。

[文献]

- 1) Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication, *Arch Gen Psychiatry*. 2005 ; **62** : 593-602.
- 2) 松田 修. 首都圏の中学生の最近のメンタルヘルス問題. *日公衛誌*. 2011 ; **58** : 111-5.
- 3) Kim RE, Becker KD, Stephan SH et al. Connecting students to mental health care : Pilot findings from an engagement program for school nurses. *Adv Sch Ment Health Promot*. 2015 ; **8** : 87-103.
- 4) 高橋雄一, 青山久美, 藤田純一ほか. 不登校における教育, 福祉, 医療の連携. *精神科治療*. 2019 ; **34** : 385-90.
- 5) Arora PG, Connors EH, Biscardi KA et al. School mental health professionals' training, comfort, and attitudes toward interprofessional collaboration with pediatric primary care providers. *Adv Sch Ment Health Promot*. 2016 ; **9** : 169-87.
- 6) 佐藤美幸, 中村恵子, 塚原加寿子ほか. 子どもの心の健康問題における学校と外部機関との連携に関する研究. *新潟青陵学会誌*. 2013 ; **6** : 71-8.
- 7) Villarreal V. Mental health collaboration : a survey of practicing school psychologists. *J Appl Sch Psychol*. 2018 ; **34** : 1-17.
- 8) 高宮静男, 磯部昌憲, 河村麻美子ほか. 学校教職員との面談. *子の心とからだ*. 2014 ; **3** : 64-68.
- 9) Heuer B, Williams S. Collaboration between PNPs and school nurses: meeting the complex medical and academic needs of the child with ADHD. *J Ped Health Care*. 2016 ; **30** : 88-93.
- 10) 新田初美, 河内博子, 加藤智治ほか. 子どもの心診療科における中学生診療の実態と今後の課題. *新潟病医会誌*. 2010 ; **58** : 17-25.
- 11) 武井 明, 土井朋代, 金子真一郎ほか. 児童思春期精神科医療における地域連携 当科思春期外来における紹介患者の検討から. *旭川病医誌*. 2014 ; **46** : 1-5.
- 12) 日吉一夫. 発達支援外来の活動状況. *自閉症スペクトラム研究* 2013 ; **11** : 51-55.
- 13) World Health Organization (融 道男, 中根允文, 小見山実, 岡崎祐士, 大久保善朗 監訳). *ICD-10 精神および行動の障害*. 新訂版. 東京 : 医学書院 : 2005.
- 14) de Haan AM, Boon AE, de Jong JT et al. A meta-analytic review on treatment dropout in child and adolescent outpatient mental health care. *Clin Psychol Rev*. 2013 ; **33** : 698-711.
- 15) 橋爪 誠. 高校生への対応:—診療所心療内科医の立場から—. *心身医*. 2017 ; **57** : 1127-32.
- 16) Edlund MJ, Wang PS, Berglund PA et al. Dropping out of mental health treatment: patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *Am J Psychiatry*. 2002 ; **159** : 845-51.
- 17) Frauenholtz S, Mendenhall AN, Moon J. Role of school employees' mental health knowledge in interdisciplinary collaborations to support the academic success of students experiencing mental health distress. *Children & Schools*. 2017 ; **39** : 71-9.
- 18) Green JG, McLaughlin KA, Alegria M et al. School mental health resources and adolescent mental health service use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013 ; **52** : 501-10.
- 19) 生地 新. 精神科医と学校の連携を阻むもの. *思春青年精医*. 2005 ; **15** : 107-14.
- 20) Morlino M, Martucci G, Musella V et al. Patients dropping out of treatment in Italy. *Acta Psychiatr Scand*. 1995 ; **92** : 1-6.
- 21) Simon GE, Imel ZE, Ludman EJ et al. Is dropout after a first psychotherapy visit always a bad outcome? *Psychiatr Serv*. 2012 ; **63** : 705-7.
- 22) O'Keeffe S, Martin P, Target M et al. 'I Just stopped going' : a mixed methods investigation into types of therapy dropout in adolescents with depression. *Front Psychol*. 2019 ; **10** : 75.
- 23) Brown HJ, Andreason H, Melling AK et al. Problems with using patient retention in the evaluation of mental health providers : differences in type of dropout. *Psychiatr Serv*. 2015 ; **66** : 879-82.

Investigations of Information Sharing between Schools and Psychiatric Medical Institutions : Factors Influencing Its Impact

Norihito Oshima, Keiichiro Watanabe, Tsukasa Sasaki and Fukashi Yagi

【Abstract】

Background : Psychiatric disorders begin in adolescence. Children with psychiatric disorders need medical and educational supports. There have been many studies that pointed out the issues about cooperation between schools and medical institutions from the educational side. However, few studies have discussed these issues from the medical care side. In the present study, we did a survey on information sharing between schools and medical institutions in children who visited psychiatric hospitals.

Methods : A retrospective survey of medical records of 183 children who newly visited psychiatric hospitals was conducted. Information sharing between schools and medical institutions was investigated and descriptive statistics were used to summarize the data. Factors related to information sharing were explored using logistic regression analysis. Relationships between information sharing and treatment outcomes were also analyzed.

Results : Cooperation between schools and medical institutions were observed in 55.3%, 25.0% and 32.6% of elementary, junior high and high school students, respectively; however, it mostly was performed once and never repeated. Most information sharing consisted of information provision to and consultation at medical institutions, and there was little information provision from medical institutions to schools. A statistically significant factor related to information sharing was the school encouragement of students to visit psychiatric hospitals (odds ratio 3.558, 95% confidence interval 1.697 - 7.457). On the contrary, one-year follow-up treatment outcome survey revealed that treatment was interrupted in 28.4% of patients. No statistically significant relationships were observed between information provision and treatment interruption.

Discussion : The results indicated that information sharing between schools and medical institutions was unidirectional, from schools to medical institutions. Furthermore, cooperation between them was performed mostly only once. There was no relationship between the presence or absence of cooperation and treatment interruption. To contribute to patient's treatment, continuous information sharing between schools and medical institutions during treatment is desirable. Moreover, it is important to actualize bidirectional cooperation between schools and medical institutions via proactive information provision from medical institutions to schools.