

14,000 千円、看護職員 7,700 千円
 その他 7,600 千円、病院事業収益(年間)は
 3,000,000 千円、同費用は 3,000,000 千円であ
 る。この病院で、病床を 200(実稼働 190)とし
 た場合の医療法にもとづく必要医師数は、A
 =精神科入院患者数(190)、B=精神科以外
 の入院患者数(0)、および
 C=外来患者数(210)として、計算すると

医師= 9名、また、病床のタイプや準夜・深
 夜勤務が下記の表の通りとし(1月=365日÷
 12日とした)、1人あたり準夜・深夜勤務月 72
 時間以内とすると病床での必要数は 66 人、
 病棟以外はそのままとし、外来、デイケア、
 看護部等に 13 人必要とされ現状の約半分の
 78 人となった。

表 1 必要看護師数の推定

病棟	病床数	準夜	深夜	月 8 回 以 内とした 場合の必 要数
急性期 リハビリ	46	3	3	23.8
(閉鎖) リハビリ	102	4	4	32.4
	52	1	1	8.6
計	200	8	8	64.8

他職種については、現状約 50 名の 4 割(20
 名)は減少可能と推定すると、削減される支出
 (人件費)は、合計 728,800 千円となった。その
 他、病床削減に伴い、給与以外に研修費、材
 料費、経費など合計約 600,000 千円のうち、
 200,000 千円が削減可能と推定された。すな
 わち、総計 928,800 千円が削減可能であると
 考えられた。

一方、病床削減に伴い、病院事業収益のう
 ち、入院収益は 771,000 千円減、一般会計繰
 入金 275,000 千円の減となり、合計
 1,046,000 千円の減収となる。結局、病院は、
 117,200 千円の損失と推定された。

一方自治体レベルで見ると 275,000 千円の

一般会計繰入金の支出減となるので、これを
 早期介入チームの経費に充てるならば、2
 チームは導入できることになる。人員構成等
 をを考慮すれば、3チームも可能である。

早期介入の便益効果は、新規発症の患者
 についてのみの検討であり、再発による入院
 減少効果はさらに大きいと思われる。また、設
 定したパラメターの値は、今後の検討課題で
 ある。以上の検討から、早期介入システムの
 導入は、決して経済的に不可能な課題ではな
 いことが分かる。

(2) 保健師について

現在質問紙を回収中であり、3月1日現在の
 回答者は79名(男性2名、女性77名)、で、うち
 市町所属60名、保健所所属17名、その他(県
 庁)2名である。

PLEsを有する児童・思春期事例の経験はは
 34名(43%)が経験し、45名(57%)は経験が
 なかった。

早期介入を推進する場合、保健師にはどの
 ような役割が可能であるか、現在の状況で実
 際に果たしている保健師の役割については、
 付表に示す通りの回答が得られた。可能な
 保健師の役割としては教育機関との連携が8
 3%と最も高く、次いで一般開業医との連携、
 専門職間でのケアの継続性や情報伝達、相
 談機能の強化、学区内の学校との連携であっ
 た。これらに対し、患者や家族への心理教育、
 積極的訪問、専門医への照会を増やす、患者
 や家族への精神疾患に対するスティグマを減
 らす教育、教師への精神疾患に関する教育は
 30%未満であった。

現実に果たしている保健師の役割としては
 教育機関との連携、専門職間でのケアの継続
 性や情報伝達、一般開業医との連携、民生委
 員への教育・連携であった。一方、教師への
 精神疾患に関する教育、患者や家族への心

理教育、患者や家族への精神疾患に対するスティグマを減らす教育は低かった。

今後精神疾患の早期介入に新たにかかわるとしたら、どの程度の業務量なら可能かについては、37%が月1～2日、25%が現状では不可能、13%が月1～2日以下、8%が週1日程度、3%が週2～3日と答えた。

早期介入に関する自由記載では、「地域の理解と家族理解が必要だと思う」、「専門職の知識の向上も必要」、「専門病院があると連携できる」、「地方公務員の定員削減という現状にあって、新たな業務が増えても人は増えない」、「市町村といった末端では住民にとって身近であるにもかかわらず、本来必要な予防的支援に取り組む余裕がない」、「これ以上専門領域が増えたとしてもその技術を習得する機会もなく、保健師にとっては大きな負担になりかねない」、「思春期の場合、学校・教育委員会との連携が密でないと難しい」、「学校・教育委員会との連携は壁が厚くてとりづらいのが現状」、「思春期における心の問題に関する早期介入の大切さは理解しているが、市町の母子保健に関わる保健師が今の業務の中でどこまで関わることが出来るかを考えると難しいものを感じる」、「不登校児に関わってもそのあとのフォロー、受け皿がしっかり整っていないことに不安に思う」、「介入してもそのプランドゥーが出来ないのが現状」、「精神疾患の偏見は根強い地域があり、家族も隠す傾向がある」、「介入も『プライバシーの保護』を理由に『家族からの相談』『何かあってから』の対応となり早期介入という点では難しい」、「精神疾患イコール保健所という体制があり、市町の保健師の力量に関し、今後研修会等で対応力や専門機関との連携を学んでいく必要がある」、「児童思春期は学校関係者との連携が大切になるが保健師は1歳6か月健診、3歳

児健診で早期に気づき介入が可能であるし保健所と連携をとっていくことで就学前のフォローをしていける」など様々な意見があった。

(3) 患者・家族について

現在(平成20年3月)までに、9名(男性6名、女性3名)の家族から聞き取りを行った。当該患者9事例(以下「事例」と表記)が統合失調症と診断を受けた年齢は18歳から26歳であり、DUPは約4か月から4年で平均約2年であった。

これらのうち、ひとたび異常に気づき受診したがその後治療が継続されなかった事例は2事例であった。また、受診前に警察に相談した事例が2事例あった。さらに、治療開始後の投薬内容について知っていたのは1事例のみであった。全事例で、将来の患者の生活について不安の訴えがあった。早期に保健師の支援を受けた事例はなかった。

全体の共通点としては、DUPが長いこと、家族の精神病に関する知識不足(統合失調症の初期の症状について知らない、思春期や青年期の特有の症状だと判断してしまう、原因を周囲の対応が悪い・育て方が悪かったなどと解釈してしまう等)、投薬内容を知らない、利用しているサービスが限られていることがあげられた。

さらに、家族の感想として、病院は治療をしてもらうところで患者のことについては相談できるが家族のとは相談できない、無知であったことが悔やまれる、病気が兄弟姉妹の結婚に影響する、保健所や保健師のサポートは限定的、家族会は支えになる、周囲の環境が良ければ地域で生活できる、地域の中では今でも病気を隠そうとして患者を外へ出そうとしない家族がいる、などの声が聞かれた。

家族の要望としては、学校などで精神病に

関する教育をしてほしい、徴兵制のようにすべての若者が身体面や精神面のチェック機構があるとよい、病気の知識を家族にしっかり教えてほしい、本人のみのサポートではなく家族へのサポートが初期の段階からほしいとの声が聞かれた。

(4) 地域の小児科医について

有効回答は190名中50名(26.3%)で、その内訳は男性36名(72.0%)、女性14名(28.0%)であった。年齢は20代が1名(2%)、30代が12名(24%)、40代が13名(26%)、50代が19名(38%)、60代が2名(4%)、70代が1名(2%)、回答なしが2名(4%)であった(表2)。

表2 回答者の内訳

年齢	男性	女性	合計	%
20代	0	1	1	2.0
30代	9	3	12	24.0
40代	9	4	13	26.0
50代	14	5	19	38.0
60代	1	1	2	4.0
70代	1	0	1	2.0
回答なし	2	0	2	4.0
計	36	14	50	100.0

PLEsに該当する訴えを示した患者を診察した医師は6名(12%)で、すべて女性、年齢は20、30および40代各2名であった。経験した症例はいずれの医師も1例であった。

全6症例の訴えの内訳は、『周りに人がいないのに「声」がしばしば聞こえてくる』(以下、「訴え1」)が5例、『誰かにあとをつけられたり、こっそり話を聞かれたりされていると感じる』(以下、「訴え4」)が2例であった(1例は重複)、『超能力などによって自分の心の中を誰かに読み取られた、自分の気持ちが誰かに筒抜けになっている』(以下、「訴え2」)および『テレビやラジオから自分だけにメッセージや暗号が

送られてきた、自分の事が放送された』(以下、「訴え3」)はなかった。訴えの程度は、未記入の1例を除き、いずれも『あまり強くなかった』であった(表3)。

表3 訴えの内容と程度

訴え	非常に強かった	あまり強くなかった	回答なし
1	0	4	1
2	0	0	0
3	0	0	0
4	0	2	0
合計	0	6	1

詳細については、「訴え1」を示す2例について回答があった。1例では、「手のひらを虫が這い回っている」として手を洗い続けたり、「他人の唾が自分に入るのが見える」と言って母以外の人との会話を拒絶したりしていた。また、もう1例では「自分が自分でないような気がする」という訴えがあった。各症例の年齢や性別などの随伴情報は、いずれの場合も記載がなかった。

PLEsには該当しないが、気になる症例を経験したという医師は2名(4%)おり、年齢40代および60代の女性医師であった。癲癇にて治療期間を有した患者で、後に統合失調症と診断された例や、「人前に立つと頭がボーっとする」、「ストーカーに遭った」、「突然目が見えなくなる」、「字が書けない」などと訴えた癲癇患者症例、「異常に頻回に手を洗い清潔にこだわる」ので困っていると訴えた症例が示されていた。

さらに、「PLEsを示す患者が小児科を受診することはほとんどなく、まず精神科を受診するものとする」との意見が1名からあった。

D. 考察

(1) 社会資源の確保について

人口100万人あたり3つの早期介入チーム

をおく場合、年間3億円程度の人件費が必要と推定された。例えば、人口100万程度である和歌山県では、平成17年度に「こころの健康相談」に18,653千円(人件費13,500千円、事業費5,153千円)を計上し、また、同190万の三重県では同じく「精神障害者保健福祉相談指導事業」に177,196千円(人件費172,773千円、事業費4,423千円)を計上している(総務省行政評価局ウェブ)。年間1億円の人件費を要する早期介入チームを、人口100万人の自治体に公的負担のみで3チーム置くためには、大胆な行政枠組みの再編成が必要と思われる。

上記の公立病院の病床数半減化のシミュレーションでは、収益の損失分を差し引くと、 $928,800 - 117,200 = 811,600$ 千円(約8億円)が確保できる。これは、人口200万人程度の自治体に6~7チームを置いた場合の人件費(6~7億円)と事業費(1~2億円)に相当する。従って、公立病院の病床減少により公的な資源を確保する方策も検討の余地がある。しかし、このためには、当該自治体の住民や政策担当者を含む関係者の合意形成、医師・看護師等の処遇、現在の入院患者の扱いなどの課題を解決しなければならない。

(2) 患者・家族について

DUPが長い理由には、最初に出現する症状は様々であったが、何らかの疾患がその原因である可能性とは結びつかず、そのまま様子を見ている時間が長くなってしまふことが考えられた。また、出現が思春期から青年期にかけてであり、年齢特有の症状だと甘受してしまっていることも考えられる。一度受診した事例でも、医師の説明を正しく理解せずその後の治療継続に結びつかないことがあったので、患者への継続的なマネジメントができるような

サポートが必要と思われた。精神疾患に関する知識不足によるDUP増加は早期対応に関するRethinkレポートと一致している(RETHINK, 2003.)。

家族は統合失調症について正確な知識があれば早期に最善の治療を受けられたのではないかと述べており、早期徴候の知識を普及することが必要なことが示された。精神疾患の正確な知識とは、その特異的障害を発見する能力やメンタルヘルスについての情報を探す方法の知識があり、発見や適切な援助を求めることを促進する態度を有することを意味するとされている(エドワード・マクゴリー、2003)。

受けているサービスについては、限定的であり家族はどこでどのような支援が行われているかを知らないことが明らかとなった。家族会については調査した事例すべてで支えになっていることから、早期介入において家族会の機能が有効に働くのではないかと考える。

(3) 保健師について

早期介入に保健師の果たす機能には多くの要素があり、保健師自身もその必要性を認識している。しかし、現状で果たされている機能は限定されていた。また、早期介入のために新たに加わ得る業務量は小さく、現状では保健師が有効に機能することが困難であると考えられる。自由記載からは、現状におけるマンパワーの問題、教育の問題、教育機関との連携の問題などの課題が示され、これらを解決していくことが必要であると考えられた。

平成19年3月に三重県がまとめた新たな精神保健分野に対応する相談支援事業報告書(三重県、2007)によると、ひきこもりや人格障害など精神保健分野の事例の相談に応じる保健所や、一次的相談機関を支援するため

のサポートセンターを設置し、地域のニーズに迅速に対応し、今後の相談支援体制の構築を図るとしており、その中でも保健師はチームのメンバーとして位置づけられており、サポートセンターとの協働も視野にいれることができると考えられる。

(4) 地域の小児科医について

精神病様体験(PLEs)を有する児童は小学校高学年から中学生で14-5%に達する(西田・岡崎、2007)。しかし、健常児から統合失調症を含む精神病圏の疾患を発症する可能性のある児童をスクリーニングすることは難しい(エドワード・マクゴリーキ、2003)。

他覚的な精神症候はないが、異常体験を有する児童を診察した小児科医師が回答者の12%にとどまり、このような訴えを聞いたことはないと回答した例が多かったことから、一般小児科診療の場では精神病様体験のある児童は臨床上の大きな問題とはなっていないことが示唆された。この背景には、小児科医師には精神疾患圏の症状が自己の担当ではないとの認識があるのではないかと考える(内田・杉山、2006; 飯田、2006)。

また、小児科のみで確定診断がついた例が存在しなかったことから、精神疾患を念頭において診療する例は少なく、また診断に苦慮することが通常ではないかと考えられる。さらに、回答者中の女性医師が少数であったこと(28%)を考慮すると、症例経験医師がすべて女性であったことは認知度の性差を示しているのかも知れない。

精神疾患の発症前のPLEsの時期に早期発見・支援を行うためには、小児科医の意識や知識を向上すると共に、一般(親など)の認知度を広め、早期に専門家と連携できる体制を作りあげることが望まれる。また、一般診療の

みならず、検診(乳幼児や学校検診は精神科ではなく小児科医が行う)などの社会小児科領域にてにおいても早期発見・支援の体制が重要である。

当事者(親など)の相談窓口、偏見やスティグマの少ない方法による支援と経過観察、専門家への橋渡し、および併存する身体症状への対処を中心に、小児科医が精神疾患の早期介入・支援を行うあり方について、今後、一層の検討が必要であろう。このため、現状での小児科医側からの視点・問題点、希望や各事例の詳細について、今後回答者へのインタビューを行う予定である。同時に、三重県以外の他都道府県の小児科医に対しても調査を行う必要があると思われる。

E. 結論

精神疾患の早期支援・介入を基軸とする精神保健システム構築のための社会資源の活用については、多方面からの検討が必要である。精神疾患の自然経過と治療効果および早期介入の効果のデータを収集・分析し、医療経済学および決断科学的分析を行う必要がある。また、保健師や一般医等の関係者の寄与がますます重要となると考えられる。さらに、こうしたシステムにおける患者・家族のニーズの把握が不可欠となるであろう。

F. 研究発表

1. 論文発表

該当せず。

2. 学会発表

高村光幸、萩典子、横山和仁:精神疾患の早期介入を基軸とする精神保健システム構築に関する資源の活用について。第60回三重県公衆衛生学会総会、津市、2007年1月11

日。

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
2. 実用新案登録
3. その他

1・2・3ともに該当事項なし

H. 引用文献

飯田順三:統合失調症におけるこころの問題と対応. 小児内科 38(1):95-98, 2006.臨床精神医学36:383-389, 2007

伊勢田堯、平田正司:英国にみる地域ケアの発展と初期介入サービス。こころの科学 133:61-66, 2007.

内田志保、杉山登志郎:子どものこころの問題をどう考え、どう対応するか-わが国の現状と対応-. 小児内科 38(1):10-14, 2006.

エドワード, J, マクゴーリ, P(著), 水野雅文, 村上雅昭(監訳):『精神疾患早期介入の実際-早期精神科治療サービスガイド』, 金剛出版, 2003年.

菊池美紀、木下裕久、石崎裕香、中根秀之、中根允文:統合失調症の疫学、経過。Pharma Medica 20:13-17, 2002.

総務省行政評価局:地方公共団体の政策評価等に関する情報へのリンク。

http://www.soumu.go.jp/hyouka/seisaku_n/chihou_hyouka.html(2008年3月3日アクセス)

西田淳志:早期精神障害者への支援と治療。こころの科学 133:13-19, 2007

西田淳志、岡崎祐士:思春期精神病様症状体験(PLEs)と新たな早期支援の可能性.臨床精神医学 36:383-389, 2007.

松原三郎:精神科受診の期間と費用。こころ

の科学 115:61-65, 2007.

RETHINK: Right from the start:The second Rethink report on reaching people early. 2003.

三重県:新たな精神保健分野に対応する相談支援事業報告書. 2007

協力研究者

萩 典子 四日市看護医療大学

高村光幸 三重大学産業医学プロジェクト研究室

任 剛 三重大学大学院医学系研究科

許 蕾 同上

付表：早期介入を推進させるために保健師に可能な役割と現状

保険師の役割		可能な役割	現実に果たしている役割
1	一般開業医との連携	50(63%)	29(36%)
2	教育機関(教育委員会、児童相談所、適応指導教室等)との連携	66(83%)	44(55%)
3	学区内の学校との連携	46(58%)	20(25%)
4	民生委員への教育・連携	37(46%)	22(28%)
5	不登校、引きこもりへの対応	31(39%)	13(16%)
6	相談機能の強化	47(59%)	19(24%)
7	積極的訪問	18(22%)	14(18%)
8	地域社会への精神疾患の早期サインへの注意を促すための教育	39(49%)	14(18%)
9	患者や家族への精神疾患に対するスティグマを減らす教育	22(28%)	9(11%)
10	教師への精神疾患に関する教育	23(29%)	3(4%)
11	患者や家族への心理教育	17(21%)	5(6%)
12	専門医への照会を増やす	18(22%)	12(15%)
13	精神疾患に発展するリスクがあると考えられる人の特定 (例：乳児検診等から継続的にフォローアップするなど)	38(48%)	21(27%)
14	患者への継続的なマネジメント・フォローアップ	41(51%)	21(27%)
15	専門職間でのケアの継続性や情報伝達	49(62%)	31(39%)

資料1

精神疾患早期介入に関する調査
(保健師の皆様への質問紙)

問1:あなたの性別は

1. 男 2. 女

問2:年齢はおいくつですか。(平成20年1月1日現在の年齢でお答え下さい)

満 _____ 歳

問3:あなたの所属機関は

1. 市・町・村(保健センター等) 2. 保健所
3. その他(具体的にお書き下さい):

問4:今までにご経験された事例で、以下のような訴えを示した児童・思春期の患者様やそのご家族の相談を受けたことがありましたら、該当する番号に○をお付け下さい。あてはまるものすべて○をつけて下さい。(複数回答可)

- 1: 周りに人がいないのに「声」がしばしば聞こえてくる(「テレパシー」や「お告げ」が聞こえる、指示や命令的なこと、悪口や中傷といった内容など)。
- 2: 超能力などによって自分の心の中を誰かに読み取られた、自分の気持ちが誰かに筒抜けになっている。
- 3: テレビやラジオから自分だけにメッセージや暗号が送られてきた、自分の事が放送された。
- 4: 誰かにあとをつけられたり、こっそり話を聞かれたりされていると感じる。
- 5: 1-4以外で何か精神的な不調の訴えに関して相談を受けたことがある。
- 6: 以上1-5のいずれの相談も経験したことはない。

問5: 問4で相談を受けたご経験がある場合、その後どのように対処されましたか、該当する番号に○をお付け下さい。あてはまるものすべて○をつけて下さい。

(複数回答可)

- 1: 医療機関の受診を勧めた。
- 2: 教育機関への相談を勧めた。
- 3: その他(具体的にお書き下さい)

問6: 問4での設問に関して、またはこれらとは別に、気になる症例をご経験された方は、以下に自由形式でご記入下さい。

問7: 精神疾患の早期介入(相談・支援・治療)を推進する場合に保健師にはどのような役割が可能だと考えますか 該当する番号に○をお付け下さい。あてはまるものすべて○をつけて下さい。(複数回答可)

- 1: 一般開業医との連携
- 2: 教育機関(教育委員会、児童相談所、適応指導教室など)との連携
- 3: 学区内の学校との連携
- 4: 民生委員への教育・連携
- 5: 不登校、引きこもりへの対応
- 6: 相談機能の強化
- 7: 積極的訪問
- 8: 地域社会への精神疾患の早期サインへの注意を促すための教育
- 9: 患者や家族への精神疾患に対するスティグマを減らす教育
- 10: 教師への精神疾患に関する教育
- 11: 患者や家族への心理教育
- 12: 専門医への照会を増やす
- 13: 精神疾患に発展するリスクがあると考えられる人の特定(例: 乳児検診等から継続的にフォローアップするなど)
- 14: 患者の継続的なマネジメント・フォローアップ
- 15: 専門職間でのケアの継続性や情報伝達
- 16: その他(具体的にお書き下さい)

問8: 問7での設問に関して、現在の状況で保健師が実際に果たしていると感じる項目について該当する番号に○をお付け下さい。あてはまるものすべてに○をつけて下さい。(複数回答可)

- 1: 一般開業医との連携
- 2: 教育機関(教育委員会、児童相談所、適応指導教室など)との連携
- 3: 学区内の学校との連携
- 4: 民生委員への教育・連携
- 5: 不登校、引きこもりへの対応
- 6: 相談機能の強化
- 7: 積極的訪問
- 8: 地域社会への精神疾患の早期サインへの注意を促すための教育
- 9: 患者や家族への精神疾患に対するスティグマを減らす教育
- 10: 教師への精神疾患に関する教育
- 11: 患者や家族への心理教育
- 12: 専門医への照会を増やす
- 13: 精神障害に発展するリスクがあると考えられる人の特定(例: 乳児検診等から継続的に追跡、フォローアップするなど)
- 14: 患者の継続的なマネジメント・フォローアップ
- 15: 専門職間でのケアの継続性や情報伝達

16:その他

問9:現在の所属機関における精神保健福祉に関する業務のうちの下記業務はどの程度ありますか。該当する番号に○をつけて下さい。

① 精神疾患全般に関わる訪問

- | | |
|------------|--------------------|
| 1. 週2～3日 | 2. 週1日程度 |
| 3. 月1～2日程度 | 4. その他（具体的にお書き下さい） |

② 児童・思春期・青年期のこころの問題に関わる訪問

- | | |
|------------|--------------------|
| 1. 週2～3日 | 2. 週1日程度 |
| 3. 月1～2日程度 | 4. その他（具体的にお書き下さい） |

③ 精神疾患全般に関わる相談業務（電話・メールを含む）

- | | |
|------------|--------------------|
| 1. 週2～3日 | 2. 週1日程度 |
| 3. 月1～2日程度 | 4. その他（具体的にお書き下さい） |

④ 児童・思春期・青年期のこころの問題に関わる相談業務（電話・メールを含む）

- | | |
|------------|--------------------|
| 1. 週2～3日 | 2. 週1日程度 |
| 3. 月1～2日程度 | 4. その他（具体的にお書き下さい） |

⑥ 精神疾患全般に関する啓蒙・教育研修活動

- | | |
|------------|--------------------|
| 1. 週2～3日 | 2. 週1日程度 |
| 3. 月1～2日程度 | 4. その他（具体的にお書き下さい） |

問10:精神疾患の早期介入（相談・支援・治療）にあなたが新たに関わるとしたらどの程度の業務量なら可能ですか。該当する番号に○をつけて下さい。

- | | |
|------------|----------|
| 1. 週2～3日 | 2. 週1日程度 |
| 3. 月1～2日程度 | 4. それ以下 |
| 5. 現状では不可能 | |

問11:その他、早期介入に関して、ご意見などありましたらご自由にお書きください。

資料2

小児科医師の皆様への質問紙

ご所属 _____ ご芳名 _____ ご年齢 _____ 代

問A: 以下の症状のいずれか(複数も可)を訴える症例のご経験がある場合、その訴えがどの程度であったか、選んで○をつけてください。ただし、2例以上ご経験の方は、最も代表的な1症例についてのみお答えください。また、該当症例がない場合には、⑤に○をつけてください。

訴え①: 周りに人がいないのに「声」がしばしば聞こえてくる(「テレパシー」や「お告げ」が聞こえる、指示や命令的なこと、悪口や中傷など)。

解答欄① 非常に強かった あまり強くなかった

訴え②: 超能力などによって自分の心の中を誰かに読み取られた、自分の気持ちが誰かに筒抜けになっている。

解答欄② 非常に強かった あまり強くなかった

訴え③: テレビやラジオから自分だけにメッセージや暗号が送られてきた、自分の事が放送された。

解答欄③ 非常に強かった あまり強くなかった

訴え④: 誰かにあとをつけられたり、こっそり話を聞かれたりされていると感じる。

解答欄④ 非常に強かった あまり強くなかった

⑤: ①-④を訴える症例を経験したことはない

資料3

問B: 問Aでの設問に関して、複数例ご経験がある場合、その症例数をお答えください。または、訴えは異なるが気になる症例をご経験された先生は、以下に自由形式でご記入下さい。加えて、ご意見などありましたらご自由にお書きください。

精神疾患の早期介入に関する経済評価について

分担研究者 伊藤弘人 国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部長

研究要旨:本研究では、精神疾患の早期介入サービスを提供しているオーストラリアおよび英国における経済評価の動向を明らかにすることである。

研究方法:オーストラリアおよび英国での関係者からの聞き取りや既存資料を中心に、精神疾患への早期介入の経済評価の動向について報告する。

結果:(1)オーストラリア(メルボルン)の精神病早期予防・介入センター(EPPIC)における費用効果に関する予備調査では、EPPICの患者と、年齢、性別、診断、発病前の状態および婚姻状態をマッチさせたEPPIC設立前の患者とを比較し、12ヵ月後にデータを収集した。EPPIC設立前治療群は、患者一人あたりの平均費用が24,074ドルで、EPPIC治療群の平均費用は16,964ドルであった。(2)英国での早期介入の経済評価の予備的研究では、早期介入による年間コストは推計およそ9,000ポンドで、通常治療はその約1.5倍の14,000ポンドであった。この傾向は、3年間の推計コストにおいても同様であった。

まとめ:オーストラリアおよび英国における精神疾患の早期介入に関する経済評価の予備的研究によると、早期介入サービスは、入院・外来医療を総合すると低コストであり、たとえ効果が通常治療と同等であっても費用対効果に優れていることが示唆されていた。

A. 研究目的

精神病の発症リスクが高いグループへの前駆期段階での介入や精神病の初回エピソード後の介入について、精神疾患の早期介入に関する効果のエビデンスが蓄積されつつある。しかし、早期介入の費用対効果の検討は近年報告がなされつつある段階である。

オーストラリアのビクトリア州では、精神病早期予防・介入センター(Early Psychosis Prevention and Intervention Centre: EPPIC)のプログラムや、青年に対する広範囲の障害を扱う専門家による公的メンタルヘルスサービス(ORYGEN Youth

Health)を展開している。精神疾患への早期介入の効果のエビデンスの発表に加え、近年では経済評価の報告がこの活動からなされつつある。

また、英国では、Lambeth Early Onset (LEO) サービスをはじめとした早期介入サービスが進められ、その経済評価がなされている。

本報告では、オーストラリアおよび英国での関係者からの聞き取りや既存資料を中心に、精神疾患への早期介入の経済評価の動向について報告する。

B. 研究方法

対象は、オーストラリアおよび英国における早期介入の経済評価に関する研究者の資料である。

1) オーストラリアでの経済評価

オーストラリアを中心に各国において、経済評価を試みている精神疾患への早期介入プログラムである。学術発表および、オーストラリアでの関係者からの聞き取りや既存資料から、現在での調査結果をまとめ、考察する。

2) 英国での経済評価

英国では、Lambeth Early Onset (LEO) サービスの経済評価研究が進められているため、早期介入に関する第3回英国会議(2006年10月3日)で報告した Tom Craig 博士(King's College London, Institute of Psychiatry)および医療経済学者の Martin Knapp 博士(King's College London, Institute of Psychiatry, London School of Economics)に研究の進捗に関する情報提供を依頼した。

(倫理面への配慮)

本研究は、専門家との意見交換および既存資料に基づいた研究である。ただし、必要な場合には倫理的側面を十分に配慮して研究を進めた。

C. 研究結果

1) オーストラリアでの経済評価

メルボルンの精神病早期予防・介入センター(EPPIC)における費用効果に関する予備調査では、EPPIC の患者と、年齢、性別、診断、発病前の状態および婚姻状態をマッチさせた EPPIC 設立前の患者とを比較し、12 ヶ月後にデータを収集した。EPPIC 設立前治療群は、患者一人あたりの平均費用が 24,074 ドルで、EPPIC 治療群の平均費用は 16,964 ドルであった。なお、外来通院コストは、

EPPIC 治療群(5,666ドル)が EPPIC 設立前治療群(2,688ドル)の2倍を超えていたが、EPPIC サービスは、入院資源の利用が少なかったため、総費用を節約していた(EPPIC 治療群 42 日間入院 11,298 ドル 対 EPPIC 設立前治療群 80 日間入院 21,386 ドル)。

2007 年に実施された 8 年間の追跡調査によると、EPPIC 治療群は 15,372 ドルで、EPPIC 設立前治療群は 37,519 ドルであり、外来通院コストについても EPPIC 治療群(5,491 ドル)の方が、EPPIC 設立前治療群(10,454 ドル)より低かった。

2) 英国での経済評価

英国においては、英国厚生省が Knapp 博士らの研究グループに早期介入の経済評価に関する研究助成をしていた。現在その報告書のとりまとめの最終段階であるが、2007 年 12 月時点での概要についての情報を得ることができた。

早期介入による年間コストは推計およそ 9,000 ポンドで、通常治療はその約 1.5 倍の 14,000 ポンドであった。この傾向は、3年間の推計コストにおいても同様であった。

研究班では、早期介入のターゲットとして、入院率・再入院率が全体より 68%高いマイノリティグループに着目し、その経済評価を行っている。その結果、通常治療と比較すると、早期介入のコストは 12 ヶ月では違いがないものの、18 ヶ月では通常治療の約 80%にコストを抑制していた。

D. 考察

精神疾患への早期介入プログラムは、一般の治療プログラムよりコストがかかるという指摘もあるが、それは外来医療コストの比較によるものである。さらに精緻な方法を用いて対照群の設定や再入院

による影響の検討が必要であるが、入院医療費を抑えることになるために、EPPIC 治療群プログラムは総合的に従来の治療プログラムより費用対効果は優れていると考えられる。

E. 結論

オーストラリアおよび英国における精神疾患の早期介入に関する経済評価の予備的研究によると、早期介入サービスは、入院・外来医療を総合すると低コストであり、たとえ効果が通常治療と同等であつても費用対効果に優れていることが示唆されていた。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 未定

2. 学会発表

伊藤弘人、西田淳志、岡崎祐士. 精神疾患の早期介入に関する経済評価:オーストラリアからの報告を中心に. 第3回日本統合失調症学会:2008年3月・東京

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定も含む)
なし

研究協力者氏名	所属施設名及び職名
---------	-----------

西田淳志	三重大学大学院 大学院生
岡崎祐士	東京都立松沢病院 院長

エグゼクティブサマリー

12～25歳の青少年において、鬱や不安、統合失調症、薬物使用と薬物依存をはじめとする精神疾患が、オーストラリアの総疾病負担の50%超を占めている(AIHW、2007年)。深刻なメンタルヘルスや薬物使用に起因する疾患の75%超が25歳以前に始まっており(Kesslerら、2005年)、青年のほぼ3人に1人が、25歳までに精神疾患のエピソードを経験することになる。後年に精神疾患を来すリスクの多くは幼少時に影響を及ぼしているが、疾患のほとんどは、思春期や成人早期まではその正体を現さない。有病率は思春期後に14%以上急激に増加し、20代初期にはピークに達して、どの12ヵ月をとっても27%を示す。

精神疾患が引き起こすdisability(日常の社会生活に支障を来す永続的な心身の障害)の多くは、疾患発症後数年の間に発現する。この期間が、いわゆる治療臨界期である。メンタルヘルスや薬物使用に起因する障害が持続的disabilityを引き起こすリスクを軽減するには、青年期から成人早期にかけて、早期に有効な治療を行うことが不可欠である。

ビクトリア州は、EPPIC(精神病早期予防・介入センター)プログラムと、そこから派生成立した青年早期精神病サービスを通じて、そしてまた近年は、あらゆる種類の深刻な精神障害を発症するおそれのある青年に対して広範囲の障害を扱う専門家による公的メンタルヘルスサービスを提供するORYGEN Youth Healthの展開を通じて、青年のケアに関するearly intervention(早期の相談・支援・治療を意味する。以下、早期介入とする)モデルの確立を先駆けて行った。このモデルについては、精神病に加えて他の障害(特に、双極性障害および境界性人格障害)においても、早期介入が有効で費用効果も優れていることが次第に明らかになっている。

たとえば、最近終了した長期にわたる評価試験で得られた所見は、ビクトリア州でもヨーロッパでも、中期ないし長期的にみて、臨床アウトカムとサービスの費用の両面で、EPPIC/早期精神病ケアモデルを強く支持している。したがって、これが、アウトカムが優れ、検討対象とした疾患罹患期間にわたって費用が少なくすむ「有力な」経済的モデルといえる。ORYGENモデルは、周辺地域で行われている一般的ケアサービスより高価であると広く考えられているが、実際にはその逆が正しい。治療症例ごとに費用を計算すると、ORYGENモデルは、短期的にみた場合と長期的にみた場合(5～10年)に平均値が一般サービスより安価になり、公共ケア部門の総直接費用は半分になる。

*headspace*の登場—連邦政府が資金を提供した、地域社会のなかで青年のメンタルヘルスケアを担う専門的集学的センターの建設—が、現在公的なメンタルヘルスシステムで最も弱いポイント

である小児から成人への移行期、すなわち12～25歳を強化しようとする州ベースの改革に対応する機会と需要をもたらした。この課題に取り組むには多くの方法があるが、ビクトリア州は幸いにも、ORYGEN Youth Healthにおける第一世代、第二世代の公的ケアモデルで豊富な経験を積んでおり、それを踏まえることができる。

ORYGEN Youth Healthのモデルとは、オーストラリアで最も大規模な臨床研究機関であるORYGEN研究センターの多くのリソースと深い関与との相乗効果によって支えられ、サービスの質を高めており、若年者における精神障害の発症にもつばら焦点をあてたモデルでもある。このアプローチの効果と費用効果を裏づける確かな証拠が徐々に明らかになれば、サービスの改良とサービスへの投資の結果、新しい知見を集めてサービスを進歩させ、いっそうの改革を進め、優れたサービスに戦略的投資を行うことが可能になるだろう。ビクトリア州は、メンタルヘルスケアにおいてリーダーシップを発揮し、国際的にみても重要な知見を提供する理想的立場にあり、その過程で、深刻な精神障害を発症する恐れのある青年に対して、はるかに優れたアウトカムをもたらすことができる。

緒言

オーストラリアの人々が罹患する健康上の問題のなかでも最も重要なものが、メンタルヘルスと薬物使用に起因する障害である。この種の障害は、オーストラリアでは非致死性の疾病負担の30%を占め、地域社会が負担する費用は、直接費用と間接費用をあわせて毎年数十億ドルに達する。

12～25歳の青少年についていえば、鬱や不安、統合失調症、薬物使用と薬物依存をはじめとする精神疾患が、オーストラリアの総疾病負担の50%超を占めている(AIHW、2007年)。深刻なメンタルヘルスや薬物使用に起因する疾患の75%超が25歳以前に始まっており(Kesslerら、2005年)、青年のほぼ3人に1人が、25歳までに精神疾患のエピソードを経験することになる。後年に精神疾患を来すリスクの多くは幼少時に影響を及ぼしているが、疾患のほとんどは、思春期や成人早期まではその正体を現さない。有病率は思春期後に14%以上急激に増加し、20代初期にはピークに達して、どの12カ月をとっても27%を示す。

精神疾患が引き起こすdisability(日常の社会生活に支障を来す永続的な心身の障害)の多くは、疾患発症後数年の間に発現する。この期間が、いわゆる治療臨界期である。メンタルヘルスや薬物使用に起因する障害が持続的disabilityを引き起こすリスクを軽減するには、青年期から成人早期にかけて、早期に有効な治療を行うことが不可欠である。

統合失調症や他の精神病を治療すれば優れたアウトカムを得られるという可能性に対する悲観論が、重度の精神疾患に対する早期介入の努力を歴史的に抑圧してきた。しかし、青年には発症後の治療臨界期にタイミングよく包括的な介入を行うべきであると主張する早期精神病に関するモデルは、早期介入の効果を示す証拠の確立だけでなく、早期精神病に対するサービスと治療アプローチを改革しようとする国内外の幅広い取り組みの活性化にも、大きな影響を及ぼしてきた (McGorry, 2005年。Hafner, 2006年)。現在、青年とその家族の特別なニーズに焦点を絞った早期介入センターが、世界中に200近く存在する (EdwardsとMcGorry, 2002年。IEPA, 2005年)。早期介入モデルの成功とその「概念実証 (proof of concept)」は、青年に発現するあらゆる種類の障害、特に気分障害や不安障害、薬物使用に起因する障害、摂食障害、人格障害 (以上をまとめると、有病率が非常に高い) に対して、早期診断および専門的治療を幅広く適用するよう促した。

早期介入が機能する証拠とは?

早期精神病に対する早期介入の効果を示す証拠は、2つの段階にあると考えられる。

- (1) 診断基準を完全に満たす精神病が発症する前の介入。これは、精神病の発症リスクがきわめて高い人を正確に特定して介入しようとする試みの特徴とする (精神病の「前駆」段階での介入)。
- (2) 精神病の初回エピソードを発症した後の介入。この段階の介入はさらに、精神病が発見される前の時期 (精神病未治療期間をできるだけ短くすることが目的) と、精神病の発見後 (症状の改善、機能回復促進と再発防止を目的とした集中的介入に焦点を絞る) の2つの時期に分けられる。

前駆期、すなわち精神病前期の介入

精神病前駆期に介入する主な目的は、精神病の発症を予防できないとしても、発症を遅らせることにある。この他に、このような疾患の早期に青年に関わる方が、精神病の症状が慢性化した人より、いいタイミングで効果的に治療することができるという利点がある (Yungら, 2004年)。

オーストラリア、アメリカ、イギリス、ヨーロッパで実施された諸試験から得られた証拠が、特別な介入が精神病初回エピソードの発症を改善し、遅らせ、予防することができることを証明している。メルボルンのPACEクリニックで行われた最初の試験では、精神病発症リスクがきわめて高い青年を無作為化して、認知行動療法 (CBT) と低用量非定型抗精神病薬 (リスペリドン) 投与併用群 (n=31) か、通常のケースマネジメント群 (n=28) のいずれかに割り付けた。6か月間治療した後、CBT・薬物併用群の精神病発症率は、対照群より有意に低くなった (9.7%対35%)。さらに6か月間追跡した時点では、もはや両群間に有意差は認められなかったが、これは主に、一部の患者が抗精神病薬を忠実に服用せずに精神病性障害を発症したためであった (McGorryら, 2002年)。

これに続く諸試験でもほぼ同じ結果が明らかになった。イェール大学のMcGlashanら(2003年)は、高リスク患者を低用量オランザピン投与(n=31)かプラセボ投与(n=29)のいずれかに無作為化して割り付けた。12カ月の治療期間中に60例中16例(26.6%)が精神病性障害を発症した。うちわけは、オランザピン投与群が5例、プラセボ投与群が11例である。さらに12か月追跡したところ、さらにオランザピン投与群の2例、プラセボ投与群の11例が精神病を発症した(McGlashanら、2006年)。マンチェスターの試験では、患者(n=58)を認知療法と精神状態のモニタリングのみのいずれかに割り付けた。6か月間認知療法を行った後で、精神病への推移確率は認知療法群が対照群より有意に低かった(6%対26%)。12か月間追跡した時点で、認知療法群は精神症状発現率が有意に低かった(Morrisonら、2004年)。最後に、ドイツで行われた最新の試験では、きわめてリスクの高い患者に対する温和なマルチモード認知行動介入の効果が検討されており、一次結果(12か月間のデータ)から、精神病への推移に関して介入群に有意な利点が認められることが明らかになった(Bechdolfら、2005年)。

初回エピソード精神病発症期の介入

早期発見

ノルウェーのTIPS試験(Johannessenら、2005年)は最も包括的で、早期発見が精神病未治療期間(DUP)の短縮とDUPの結果生じる臨床続発症の軽減に及ぼす効果を明らかにした。早期精神病発見プログラムを実施した2地域と、実施していない2地域とを比較すると、地域社会教育と訪問発見チームmobile detection teamの活用によって、DUPをかなりの程度短縮することができることがわかった(Melleら、2004年)。また、早期に精神病が発見されて引き続きケアに登録した患者の方が、臨床状態が良好で、自殺のリスクも低かった(Melleら、2004年、2006年)。このような明白な臨床上の差が3か月追跡した後にも1年追跡した後でも維持され、早期に精神病が発見された被験者では、陰性精神症状のレベルが優位に低かった(Larsenら、2006年)。他の国々で実施された追試は、早期発見を肯定する証拠を確認するのに役立ち、ノルウェーの研究のプログラムは、治療の遅れを減らすための早期発見と早期関与戦略の策定に関して、説得力のある事例集となった。

早期介入サービス

早期精神病の治療において個々の要素を重視する研究が広範囲にわたって実施される一方、メンタルヘルスケアを提供する専門化されたシステムやコース別のシステムの役割が重要な問題になった。ビクトリア州のEPPICは、この種のシステム開発の先駆けであり、同システムが従来の一般的ケアモデルより優れていることを明らかにした(McGorryら、1996年)。その後、ヨーロッパの2施設が、初回エピソード精神病(FEP)に対する専門家によるサービスの効果を評価する無作為化

コメント [GLOVA1]: 原文には「streamed」、「substreamed」という語が随所に使われています。本稿では「コース別」、「細かく分類されたコース別」などの形で翻訳いたしました。

対照試験を実施している。デンマークのOPUS試験では、2年間充実したサービスを提供する総合的治療と標準治療のいずれかに、547例を無作為化して割り付けた(Thorupら、2005年)。総合的治療は標準治療より集中的、積極的で(取り扱い件数が1:10)、家族療法や社会生活技能訓練(social skills training)などの付加的領域まで対処する。この早期介入モデルのもつ積極的な性格は、標準治療群では患者との接触機会が2年間で平均27回であったのに対して、総合的治療群では平均77回であり、取り扱い件数がさらに多かった(1:25)という事実に見ることができる。この結果から、1年および2年の追跡時点で、総合的治療が症状および機能上のアウトカム(Thorupら、2005年、Petersenら、2005年)のほか、家族の負担の主観的軽減(Jeppesenら、2005年)にも有益な効果をもたらすことが明らかになった。

2件目の試験は、イングランドのランベス早期発症(Lambeth Early Onset:LEO)試験である(Craigら、2004年)。LEO試験は、FEP患者(または、かつて関与に失敗して2回目の精神病エピソードを経験している患者)を無作為化して、標準サービスと早期介入サービスのいずれかの治療を受けるよう割り付けた。その結果、再入院、再燃およびドロップアウトに対して、早期介入が有益な効果を及ぼすことが証明された。さらに重要なことに、早期介入群は、通常治療群よりも服薬のアドヒランス(遵守)が高く、学業や仕事に戻るための訓練と、社会的関係の構築ないし再構築に多くの時間を費やした(Garetyら、2006年)。

言い換えると、LEO試験は、早期精神病介入システムが、臨床的、機能的、社会的回復に優れた効果をもたらすことを明らかにした。ただし、職業復帰率の実質的改善は、依然として、早期精神病介入における重要な未開拓の領域である。

早期介入は有効であるが、費用効果は優れているか？

集中的な性格をもつ前駆期介入および早期介入サービスは費用効果が優れているかどうか。これが重要な問題である。これに関する証拠が、現在明らかになりつつある。

メルボルンの精神病早期予防・介入センター(EPPIC)で、費用効果に関する予備試験が実施された(Mihalopoulosら、1999年)。この試験は、EPPICの患者から募集した被験者51例(1993~94年)と、年齢、性別、診断、発病前の状態および婚姻状態をマッチさせたEPPIC設立前の患者51例(1989~92年)とを比較したものである。ベースライン(治療開始)時と症状が安定してから12カ月後にデータを収集した。

その結果、EPPIC設立前の治療モデルは、患者一人あたりの加重平均費用が\$24,074となり、EPPIC治療モデルの\$16,964より高かった。ただしEPPIC治療群の外来通院コストはEPPIC設立前

の2倍を超えていた(\$5,666対\$2,688)が、これはEPPIC治療群が外来通院によるケアを受ける頻度が高かったことを示している。この追加費用を含めても、EPPICサービスは、入院に関わるリソースの利用が少なかったため、総費用を節約することができた(\$11,298 [42日間]対\$21,386 [80日間])。

このほか、EPPICモデルは、陰性症状とQOLの改善によって判定される治療アウトカムが、EPPIC設立前モデルより有意に優れていた。陰性症状とQOLのCost per pointの改善は、EPPIC治療群の方がEPPIC設立前より相当安価になった(陰性症状:\$12,671対\$1,081、QOL:\$836対\$380)。

したがって、EPPICモデルは、ケアを始めてから12ヵ月の間、EPPIC設立前モデルより費用効果が優れていた。最近、ほぼ同じ結果が、スウェーデンのパラシュートプロジェクトによって報告されている(Cullbergら、2006年)。この試験では、統合失調症の初回エピソードを経験した患者に対する早期介入モデルを、文献対照と、3年間にわたる高レベルの前向き対照の両方と比較した。その結果、プロジェクトの2年目と3年目ではグループ間には患者の費用に関する有意差はなかったが、1年目には、早期介入群の総費用は前向き対照群より有意に少なかった(\$11,614対\$23,192)。これもやはり、主に、早期介入モデルが地域社会での治療を重視しているため入院費用が少ないことによる。

短期的な早期精神病プログラムの費用節約や便益は、中期的ないし長期的にみても維持されるか？

EPPICの多数の被験者に対する8年間の追跡が完了したため、最近になってようやく、メルボルンのEPPICのケアモデルがどの程度、長期にわたって「費用に見合った価値」を維持できるかを分析することができるようになった(Mihalopoulosら、2007年)。

この試験では、初回エピソード精神病患者723例(受診順)に対する自然な前向き追跡の一環として、EPPICの初回訪問から数年後に、8年アウトカムと費用、サービスの利用に関するデータを収集した(Henryら、2007年)。同じ文献対照デザイン、すなわち同じプロジェクトと対照群のサービス、追跡方法を用いて、予備試験のEPPICの被験者51例とEPPIC設立前の被験者51例を追跡すると、長期的にみてもEPPICモデルの費用効果が優れていることを予備的に示した。

8年追跡時に、元の被験者の約2/3(n=65)に再び面接することができた(7%が死亡し、30%が面接を拒否するか所在が不明)。65例のうち過半数は男性で、ベースライン時に統合失調症または分裂病様障害の診断を受けていた。治療開始時の平均年齢は22.5歳であり、初回評価時からの