

という。これは質問の主旨の理解の問題が想定される。この年齢の場合、面接の必要性を示していると思われる。このように、PLEsは思春期の子どもに広く存在する不良な個人精神保健を予測する重要な目安であることを示している。また、思春期に限らず成人一般にも不健康群としてPLEs陽性群が存在することが知られている。

つまり、統合失調症初回エピソード↓精神病初回エピソード（統合失調症前期と重なる）↓PLEsと早期介入の対象が推移し、統合失調症治療から精神病治療と防止、さらに精神疾患の防止と精神保健の改善という、二次予防から限りなく一次予防に近い課題へと進展していることがわかる。早期治療とはこのように、精神病初回エピソード（早期精神病）を対象とするものであるが、PLEsを含む早期精神障害を含む精神保健と精神科治療が融合したような

働きかけ（介入）を展望するものである。筆者は、この働きかけの内容は、「相談・支援・治療」と表現するのが妥当と考えている。いずれにしても、PLEsの調査が明らかにしているように、一〇〜一五歳くらいの思春期の少なからぬ子どもが、つらい時期を過ごしている可能性がある。この時期の子どもへの役に立つ相談や支援をどのように進めるかを緊急に真剣に考えるべきであることを、昨今の諸事件は物語っている。

早期相談・支援・治療が精神科医療システムの基本となるために

統合失調症から精神病早期へと対象が広がった治療理念を、英国のブレア政権はいち早く医療政策に取り入れた。一九九九年以降の精神保健国家標準、導入ガイド等で精神保健施策によ

って、精神疾患早期の訪問型治療チームによる相談、支援、診断と治療が始められた。二〇〇四年には、早期治療チームが目標五〇を大幅に上回って一二七も誕生し、自殺率が六%減少、ロンドン地区では入院二〇%減、経費四〇%減少という報告がされた。今、この流れは北欧、ドイツ、オランダ、米国やアジアの一部へと波及している。

このようなダイナミックな変化はわが国ではすぐには期待できないが、わが国には現状でも他の国にはない優れた早期治療の伝統がある。家庭や家族全体の健康の守り手である地区担当保健師、乳幼児健診、保健所の精神保健福祉相談、精神保健福祉センターの相談や技術指導、スクールカウンセラー、大学の健康管理センター、職場の産業医と健康管理医、いつでもアクセスできる多数の精神科病院とクリニック、国民皆保険制度である。

コスモス・ライブラリー

発売元：星雲社

自己牢獄を超えて 仏教心理学入門

キャロライン・ブレイジャー著／藤田一照訳
「自己」は防衛のための「砦」に他ならない。それが「牢獄」となればわれわれの人生をさまざまに制限している。仏教の基本教義である五蘊や縁起を「自己＝牢獄」の生成プロセスとして詳細にとらえなおし、そこから脱していくかに世界や他者に向かって開かれた生き方へと転換していくかを示す。理論篇と実践篇から成る、待望の仏教心理学の体系的教科書。

……そして一般人のあなたは、仏教と心理学を同時に学び、そして生きる力と指針を得るといふ、希有な体験を得ることだろう。東西を超えた智慧と実践へのインスピレーションに溢れた、現代を生きる一冊だ。

（東京工業大学大学院助教授 上田紀行氏の推薦文より）

（A5判◎約400頁◎2625円）

学習する自由・第3版

ロジャースの教育論・実践の発展的継承

カール・ロジャース+H.ジェローム・フライバーグ著／島瀬徳十村田進訳 「静かなる革命家」ロジャースの「創造への教育」および「新・創造への教育」のエッセンスを継承しつつ、アメリカにおけるその後の教育状況の変化を踏まえて、新たにヒューストン大学教育学教授ジェローム・フライバーグによって大幅に増補・改訂され、今日の教育状況の改善に資するようアップデートされて、Freedom to Learn : Third Editionとして1994年に出版された待望の書の新訳。

■ 諸々の困難と機会 ■ 教室の中の責任ある自由
■ 教師に向けて ■ 哲学的および価値観のもとづく
断章 ■ 学校教育の一時停止 ■ 旅は始まった

（A5判横組◎約600頁◎3570円）

風土臨床：沖縄との関わり

から見えてきたもの
心理臨床の新しい地平をめざして

沖縄の「カミンチュウ」から学んだ知恵を
心理臨床に活かす試み

福島大学総合教育研究センター助教授 青木真理編著／隈病院顧問医師 加藤清ほか共著
沖縄を訪れ、そこでカミンチュウ（神事に関わる人）と出会った心理臨床家たちがその出会いを通じて学んだことを「風土臨床」という形でまとめ、それを沖縄の人々と世界にお返しすると同時に、心理臨床という畑をより豊かにすることが意図されている。

■ 心理臨床家の沖縄研究 ■ 沖縄研究と風土臨床
■ 風土臨床の展開 ■ 沖縄神学と風土臨床

（2100円）

クリシュナムルティの 教育原論

心の砂漠化を防ぐために

従来の教育のあり方を根底から問い直した
革命的な教育論

J・クリシュナムルティ著／大野純一訳・解説
クリシュナムルティの人間・人生・社会・世界観と渾然一体となった初の教育論集。

新しい教育のあり方を真摯に模索している教育関係者にとっただけではなく、自分自身の内部の創造的エネルギーを解放させ、真に創造的な人生を歩むことを切望している一般の人々にとっでも、本書は貴重なガイドの役を果たしてくれるだろう。■ 教育と人生の思慮 ■ 正しい教育のあり方
■ 知性、権威、英知 ■ 教育と世界平和 ■ 学校 ■ 親と教師 ■ 性と結婚 ■ 芸術、美、創造

（1680円）

●価格は税込です●

113-0033 文京区本郷3-23-5 ハイシティ本郷204
Tel: 03-3813-8726 Fax: 03-5684-8705
http://www.kosmos-iby.com

これらの精神保健の財産である、人生早期からの精神保健の増進、学校精神保健、自己効力の強化、精神保健のたしかな予測指標に基づく早期からの相談・支援・治療のシステムが、既存の精神保健・医療システムに組み込まれる必要があるだろう。英国で導入されたように、早期に取り組み、重症化や入院を減少させ、もしくは発生を防止するような指標の達成のいかんによって、医療費の評価がなされるようなシステムへの転換がなされるならば、わが国の精神保健のベースラインの高さがきわめて有効に作用し、優秀な精神保健と精神科医療が達成されると思われる。

おわりに

医学における新しい発見は、病気の原因や新しい薬物の発見のみに限らない。統合失調症を主とする精神疾患は、その病態が脳の可塑性に基盤をおいているだけに、早期の介入（相談・支援・治療）が症状・生活機能レベルの悪化を軽減するだけでなく、脳病理の変化を軽くする可能性もあることが示唆されている。脳の病態が解明される前に既存の治療法のパラダイムを転換したことによって、脳の病態を軽減させる可能性があるが生じたのである。これは立派な発見であり、その医療・医学分野はニューフロンティアといっても過言ではない。

ちょうど、*Early Intervention in Psychiatry* 誌が発刊された。創刊号で編集主幹マクゴウリは発刊の主旨について、統合失調症や精神病に限らず、精神疾患や精神作用物質による精神障害の早期病態を科学的に研究し、それに早期に気づき診断し治療すること、それを国際的に精神医学に普及することであると述べている。

創刊号には、「大うつ病の前駆症」「摂食障害の前駆症から顕在症状へ…早期同定と治療」「双極性障害の初回エピソード転帰」「PTSDへの早期治療」「初回エピソード精神病の長期転帰」「初回エピソード精神病患者の装置治療チーム発見と通常の医療で発見された場合の転帰、健康サービスの比較」「前駆期初期患者に対する認知行動療法の無作為統制臨床試験」「精神作用物質による精神障害と統合失調症初回エピソード」など、統合失調症に限らず他の精神疾患の早期病態の研究や治療、その効果の科学的検討が並んでいる。

わが国の精神医学は、この課題を独自に消化し、独自のシステムを形成していくことになるであろう。

〔文献〕

(一) Conrad, K.: *Die beginnende Schizophrenie: Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns*. Thieme Verlag, 1961.

(二) 中安信夫『初期分裂病』星和書店 一九九〇年
(三) Crow, T. J., MacMillan, J. F., Johnson, A. L. et al.: A randomised controlled trial of prophylactic neuroleptic treatment. *Br J Psychiatry* 148: 120-127, 1986.

(四) Anzai, N., Okazaki, Y., Miyauchi, M. et al.: Early neuroleptic medication within one year after onset can reduce risk of later relapse in schizophrenia patients. *Annual Report Pharmacopsychiatric Research Foundation* 19: 258-265, 1988.

(五) Carpenter, W. T. Jr., Schooler, N. R., Wise, S., Goldman, H. et al.: Treatment, services, and environmental factors. *Schizophren Bull* 14: 427-437, 1988.

(六) Edwards, J., McGorry, P. D.: *Implementing early intervention in psychosis: a guide to establishing early psychosis services*. Martin Dunitz, 2002. (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キュレーション』金剛出版 二〇〇三年)

(七) Lataster, T., van Os, J., Drukker, M.: Childhood victimisation and developmental expression of non-clinical delusional ideation and hallucinatory experiences: victimisation and non-clinical psychotic experiences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41: 423-428, 2006.

(八) Laurens, K. R., Hodgins, S., Maughan, B. et al.: Community screening for psychotic-like experiences and other putative antecedents of schizophrenia in children aged 9-12 years. *Schizophr Res* 90: 130-146, 2007.

(九) van Os, J.: Is there a continuum of psychotic experiences in the general population? *Epidemiol Psychiatr Soc* 12: 242-252, 2003.

早期精神障害への支援と治療

その根拠と目的

三重大大学院医学系研究科精神病態学分野
西田淳志

はじめに

近年の疫学研究によると、成人期前期に何らかの精神科的診断に該当する者のうち、その五〇%が一五歳時までに、七五%が一八歳時までに、すでに何らかの精神科的診断に該当していることが明らかにされ、思春期や青年期の発達段階においてすでに顕著な精神症状やその萌芽的兆候が出現している可能性が示唆されている。

この思春期から青年期の発達期は、その後の人生で必要となる社会関係能力や生活技能を発達させる重要な時期である。この時期にすでに精神的不調や障害を抱えながらも、相談や支援、治療などを受けられずにいる場合、症状や障害が重症化・慢性化するだけでなく、その影響によって諸能力の発達も阻害される。その結果、その後の社会参加においてもさまざまな課

題を抱えることが少なくない。そのため、一〇〇年代の若者の精神障害を早期に発見し治療開始へと導くサービスの必要性が今日広く認識されつつある。

とくに、近年、統合失調症などの精神病性疾患については、初発後、可能な限り早期に発見し、包括的・集中的・継続的な初期治療が提供できれば、かなり良好な予後が得られるのではないかと期待が高まり、世界各地において精神病早期支援サービス(Early Psychosis Services)の整備が進められている。さらに精神病性疾患の発症前兆候(前駆状態)をとらえる臨床基準に関する研究も進展しつつあり、顕在発症前からの予防的支援や治療の可能性を模索する先駆的実践や研究も国際的にさかんに行われるようになってきている。

本稿では、精神病に対する早期支援・治療の

理論的根拠と目的、およびそれを具体化するための治療的配慮について概観し、さらにサービス利用者(当事者)の視点、および医療経済的観点からみた早期支援・治療の必要性について、最近の英国における話題を中心に紹介する。

精神病早期の支援・治療とその根拠 — DUPと臨界期

統合失調症など精神病性疾患の予後に関する概念は、新規抗精神病薬の登場など治療技術の発展にともなって、今日かなり楽観的なものに変わりつつあるが、以下の根拠から、「精神病早期に適した働きかけ・治療」を行うことによつて、さらに良好な経過が得られる可能性が示

唆されている。

(1) 精神病未治療期間

幻覚や妄想などの精神病症状が出現してから治療開始までの期間は、精神病未治療期間 (Duration of Untreated Psychosis: DUP) と呼ばれ、今日、初回治療開始の遅れの指標とされている。これまで世界各地でDUPに関する研究は多数行われてきたが、およそ共通して平均一年前後のDUPが存在することが明らかにされている⁽¹⁾。

DUPが短ければ短いほど予後がよいという旨の報告はすでに多くある。近年のDUPに関するメタ分析によると、DUPが長期化することによって、①治療抵抗性増大、②症状重症化(とくに陰性症状)、③社会機能やQOLの低下、④再発頻度の増加、などの問題が指摘されている⁽¹⁾。これは、仮にDUPを短縮化することができれば、治療反応性を比較的良好に保ち、症状重症化や社会機能、QOLの低下、再発などをある程度予防しうる可能性を示唆する。

また、予後との関連を持ち出すまでもなく、DUPの長期化によって、患者本人ならびに家族はさまざまな混乱やリスクに曝される。自傷や自殺、他害的行為などは病初期において最もリスクが高く、とくにDUP長期化によってそのリスクはさらに増大すると考えられている。

結果的に、警察の介入によって、ようやく治療につながる機会を得たものの、強制入院による治療開始がトラウマ体験となり、その後の治療中断へとつながる可能性も指摘されている。

DUP長期化によって、薬物・アルコール乱用・依存などの二次的合併疾患を罹患することも懸念される。症状出現にともなう苦痛を緩和するための自己対処法として、薬物やアルコールを使用する若者は少なくないが、これら物質乱用・依存の合併は、精神病の重大な早期再発要因となる。

また、DUP長期化による治療抵抗性の増大、重症化などにもなつて、入院治療の比重が増え、マネジメントコストが増幅する。

DUPが長期化する背景要因としては、幻覚・妄想など症状そのものによる混乱の影響、精神病やその治療に関する情報の不足、治療・相談機関へのアクセスの悪さ、スティグマなどがあげられている。実際これまでに、これらの諸要因に対するDUP短縮化を意図した介入研究や、キャンペーンが実施され、その成果が報告されている⁽²⁾。

(2) 精神病臨界期

精神病発症後の数年間が、その後の中・長期的な疾病予後や社会機能を決定づける重要な時期(分岐点)であることが示唆されている。こ

の病初期の数年間は、昨今、臨界期(Critical Period)と呼ばれ、早期支援・治療の標的となる重要な時期と考えられている。

英国のマックス・バーチウッド(Max Birchwood)は、以下の優れた長期追跡研究の結果を踏まえ、従来のクレペリンに代表される悲観的な疾病概念に代わる楽観的な疾病概念とそれを支持する臨界期仮説を提唱した⁽³⁾。

一九八〇年代後半より、英国のノースウィック・パーク(Northwick Park)病院の研究をはじめとする、複数の追跡研究の結果が報告された。

マドラス(Madras)にて行われたイトン(Eaton)らによる長期追跡研究では、九〇名の初回エピソード統合失調症患者を対象に一ヵ月ごとの転帰調査を一〇年間継続した。その結果、初発後一年以内に、陽性症状・陰性症状ともに急激に減衰し、発症後二年目の時点で陽性症状や陰性症状が顕著に認められる患者は二〇〜二五%程度であること、また二年目以降もその割合がほとんど変わらないことを報告した。

カーペンターとシュトラウス(Carpenter & Strauss)による追跡研究では、初回エピソード統合失調症患者を一年間、前方視的に追跡した。一年目の時点で荒廃状態にあった患者の多くは、発症後二年以内にすでにそのような状態に至っていた。また追跡対象群の四分の三

は、再発頻度、対人関係機能、就業能力、残遺症状などにおいて、発症後二年目と一一年目の状態ではほとんど変化がないことが明らかにされた。

このように発症後数年以内の状態がその後の経過を予測するとの知見は、その他複数の追跡研究によっても報告されている。⁽⁴⁾とくに、社会機能に関しては、発症後数年間の状態をどう維持するかによって、中・長期的な状態や就労の可能性が大きく異なることが報告されている。病初期の社会機能の低下を増幅させる要因としては、対人関係・対人接触の少なさ、社会的環境との断絶などが指摘されている。

また、精神病患者の自殺の多くは発症後の六年以内に集中していること、とくに、発症年齢の高低にかかわらず発症後二〜三年以内が最も自殺のリスクが高いことなども明らかにされた。DUPとも重なることが多いこの臨界期は、最も脆弱性が高く、自傷や自殺、触法行為、再発、家族機能の低下などさまざまな問題が生じやすい時期である。この時期の「治療中斷」によって患者や家族に多大な不利益が生じる。

以上のような比較的新しい長期追跡研究の結果により、精神病発症から二年ないし五年以内の時期が最も可塑性と脆弱性が高く、かかる時期における集中的・包括的・継続的な初期治療

によって状態や環境を最大限適切にマネジメントできれば、その後の予後や経過を良好に維持できる可能性が示唆されている。

この臨界期に関する臨床的検証は、すでに多くの研究によって行われているが、近年では精神病と関連する脳構造異常は病初期の数年間に集中的に生じていることが示唆され、この時期に適切な薬物療法を継続的に行えた群では、進行性の脳構造変化を予防できたとする知見も報告されている。⁽⁵⁾

DUPや臨界期仮説に基づく効果的な早期支援・治療の実践

DUPを含む臨界期において最も重視されるべきことは「できるだけ早い治療の開始」と「治療中斷の回避（サービスの連続性・継続性の重視）」であり、そのための治療的努力、とくに、慢性・寛解期の治療とは異なる「病初期に適した支援・治療」を実践することが必要となる。⁽⁶⁾そのためには、(1)精神病症状に苦しむ若者がアクセスしやすい情報・サービス・社会環境の整備、(2)集中的・包括的・継続的な初期治療を提供するための訪問型治療を機軸とする治療体制の整備、の二点を具体化することが必要となる。

(1) 精神病に苦しむ若者がアクセスしやすいサービズづくり・社会環境の整備

精神病発症後、各種の症状に悩まされている若者が必要なサービズにアクセスしやすい環境を整えることがDUPを短縮するうえで重要となる。しかしながら、それを実現するには以下の多岐にわたる取り組みが必要となる。

① 精神病の初期症状に関する正しい知識・情報 の普及・提供

精神病発症後、早期に適切なサービズ機関につながるには、まず、本人や家族、または“gatekeeper”になりうるさまざまな機関の専門家（一般家庭医、学校関係者、司法警察関係者など）が精神病の早期症状やそれに関連する諸問題についての適切な知識をもち、「症状に気づく」ことが重要となる。また、若者が集まる至るところに、手にとりやすいカラフルできれいなリーフレットを配布しておくことも重要である。簡単な精神疾患や精神病理現象の説明とチェック項目、こころがけたい事項、相談できる機関の紹介など、やさしく親切な情報を盛り込んだリーフレットが有用である。

② 早期紹介システム確立のための関係機関の連携・情報提供

本人や家族、周囲の専門機関のスタッフが症状や異変に気づいた際に、利用可能なサービズがどこにあるかについて把握している必要がある

る。とくに、一般内科医、学校関係者、カウンセラー、児童思春期精神科医などの“gatekeeper”の立場になりうる人々に対して、早期支援・治療サービスに関する具体的な情報を提供し、つねに連携を強化していく取り組みが必要となる。英国などでは市民が最初に受診する一般医（GP）の役割が大きい。したがって、GPの気づきや診断能力を高めるための教育・研修が重視されている。

③ アクセスしやすいサービスセンター・初回アセスメントの体制整備

オーストラリア・メルボルンや英国などでは、精神病早期支援サービスの全般的かつ中心的な役割を担う精神病早期支援センター（以下、早期支援センターと略）が設置されている。一般的に、各種関係機関（家庭医や学校、保健施設など）から早期支援センターに対象者の紹介の連絡が入り、それを受けて早期支援センターが対象者との初回面談（アセスメント）の調整を行う。その際、紹介から初回面談までの待ち時間は極力短くしなければならぬ（およそ数週間以内）。仮にこの待ちの期間が長くなると、紹介を受けた本人はさまざまな不安を抱え、結果的にサービスへつながらないという事態も起こりうるからである。

また、初回面談は、通常、対象者本人の慣れた環境、すなわち、家庭や家庭医の診療所など

で実施されることが望ましい。これはできるだけ初回面接時の対象者の不安や抵抗を少なくするためである。

初回面談ではアセスメントが実施されるが、標準化された複数の評価尺度を活用し、対象者の症状の重症度や社会機能、合併症の有無や自殺のリスクなどを評価するほか、生活環境や家族関係に関する状況（住居・就学・就労など）についても情報を得る。とくに、その後の初期治療をどのような環境（入院・在宅）で開始するかを判断するうえで、自殺・自傷のリスクを的確に評価することは重要である。

早期支援・治療サービスの対象は、初回エピソード精神病（精神病性疾患の診断基準を充足する状態になった最初の病態）、早期精神病（明らかな精神病症状が出現した最初の病態）、さらに昨今では精神病前駆期（後に精神病に発展した患者の発病前の示唆的症狀の段階）または精神病罹病危険状態（at risk mental state: ARMS）へと拡がりつつある。

(2) 集中的・包括的・継続的な初期治療を提供するための治療環境の整備

先述したように精神病発症後の数年以内（臨界期）の病状が、その後の転帰に多大な影響をあたえるため、この時期に集中的・包括的・継続的な最善の初期治療を行い、状態をできる限

り良好に維持することが重要となる。そのうえで以下の要素が不可欠となる。

① 質の高いケアマネジメント

精神病の早期支援・治療において最も不可欠な要素はケアマネジメントである。ケアマネジメントの目的は、サービスと利用者との継続的な関係を維持すること、治療の継続性・連続性を高めること、包括的な治療を提供すること、などである。先に述べたように臨界期の治療中断は最も防がねばならない事態であり、継続的な治療を維持するために質の高いケアマネジメントが必要となる。英国の早期支援チームなどでは、ケアマネジメントは高度に訓練された看護師やソーシャルワーカー、心理士などさまざまなコメディカルスタッフによって行われ、それぞれが包括的な心理社会的治療（これをパッケージサービスと呼ぶ・認知行動療法や知識教育、家族療法などを含む）を提供できる能力を有する。

② 訪問型の支援・治療

精神病の早期支援・治療は、地域訪問型のサービスを機軸として展開されるべきである。できる限り入院を回避し、地域社会との断絶を避け、地域での生活を維持しながらの初期治療を継続していくために、ケアマネージャーなどが積極的な訪問型の支援や治療を行う必要がある。

③ 地域訪問型サービスと入院型サービスとの連携

ただし、入院が必要な際には、精神病症状に苦しむ若者ができるだけ抵抗なく、安心して療養できるように配慮された入院施設が必要となる。これまで、精神病院への入院経験が患者のトラウマ体験となり、以後の治療継続に支障がでることも少なくなかったため、以上のような配慮は早期支援・治療においてきわめて重要と考えられている。

④ 適切な薬物療法の開始・維持

病初期における服薬の中断は、予後不良を予測する重要な要因の一つである。服薬中断を回避する最大限の配慮、すなわち利用者が納得して服薬を継続しうる配慮が必要である。具体的には、非定型抗精神病薬を最少量から投与し、効果や副作用を注意深く観察しながら漸増していくことが求められる。とくに、副作用に関する情報についてはあらかじめ十分に説明し、実際に副作用が生じた際には自己判断で服薬中断するのではなく、再度、主治医等に相談するよう伝えることが大切である。抗精神病薬の中には若者が好まない体重増加や機能障害をともなう副作用が生じるものもあるため、対象者のニーズを十二分に考慮した抗精神病薬の選択が重要となる。また、初回投薬時からの多剤・多量処方、過度な沈静や眠気を引き起こし、

対象者が服薬拒否する大きな要因となる。可能な限り多剤併用を避け、最小限の投与量から開始することが求められる。また、薬理遺伝学的知見の適用が有用であり、この分野の研究の進展が必要である。

⑤ 適切な心理社会的治療

薬物療法だけでなく、心理療法もできるだけ早い段階から開始することが重要である。対象者本人やその家族に対する知識教育プログラムを実施し、継続的治療への動機づけを行うことは不可欠である。また、有効な心理療法とされる認知行動療法、とくにマンチェスター大学のモリソン (Morrison, A. P.) が近年開発した精神病の初期症状に対して行う認知療法は、薬物療法と同等の効果があつたとの報告もある⁽⁸⁾。

⑥ 家族のサポート

発症後の病初期は、家族にとっても最も混乱や不安を抱えやすく、家族関係や家族機能が障害されやすい時期であるため、心理教育を含め家族を積極的に支援するサービスが必要とされる。

早期支援・治療の必要性

——利用者および精神保健システムの視点から

以上、DUPや臨界期など医学的研究の成果

に基づく早期支援・治療の理論的根拠、およびその具体的実践において不可欠となる要素について概観してきた。近年、英国ではこの早期支援・治療の理論的根拠に基づき、公的な精神科臨床サービスとして一二〇以上の早期支援・治療チームが活動を展開している。この早期支援・治療サービスの急激な普及を後押しした背景要因として、(1) サービス利用者(当事者)側からの明確な支持、(2) 医療経済的観点からの期待、などがあげられる。

(1) サービス利用者の視点からみた早期支援・治療の必要性

英国最大の当事者団体であるリシンク (Re-link) は、二〇〇二〜二〇〇三年にかけて「Reaching People Early」という早期支援・治療の必要性を訴える大規模キャンペーンを実施した。その一環として当事者およびその家族を対象とした大規模調査が実施され、当事者の視点から早期支援・治療の必要性を強く支持するレポートが二編発表されている⁽⁹⁾。それによつて精神病に苦しむ人々が必要な時に必要なサービスが受けられずにいることが明らかにされ、その要因として八つのバリア(障壁)の存在が指摘されている。

① 社会全般において精神障害に対する理解が乏しい(偏見やステイグマ)

② 早期からの適切な支援・治療を受けることが困難

③ 相談・治療へのアクセスの悪さ

④ 初診時の治療者・治療環境の印象の悪さ

⑤ エビデンスに基づく最良の治療を受けることが困難

⑥ 当事者や家族の治療への主体的関与が困難

⑦ 生活全般の総合的支援サービスの乏しさ

⑧ 入院治療に代わる地域訪問型サービスの不足

精神病に苦しむ人々の治療へのアプローチや定着を阻むこれら八つの障壁は、早期支援・治療の実践を志向する際に重要な標的となることはいうまでもない。リシンクは、精神病からの回復を目指す一連の過程において“smooth help-seeking journey”の実現が不可欠であることを強調している。これまでの精神保健システムの問題点の改善を求める利用者側の見解は、早期支援・治療の理論的根拠や目的と適格に合致している部分が多い。このことから、早期支援・治療型の精神保健システムの導入は、利用者の視点に立ち、サーピスを再構築する意義がある。

(2) 精神保健システムの改革と早期支援・治療サービス

ーピス

英国では、二〇〇〇年以降、先端的な精神科

臨床サービスの開発・普及に巨額な資金が投入されてきたが、なかでも早期支援・治療サービスはブレア政権下の精神保健改革の目玉として重点的に資金が投入されてきた経緯がある。その背景には、複数の要因があるが、なかでも入院型の治療および A C T (包括型地域生活支援プログラム) などのコストの問題、ヨーロッパ諸国のなかでも顕著に高い自殺率など、切迫した政策的課題の存在があった。

これまでの精神保健システムの多くは、重症化や慢性化、危機的状況の出現後の事後的なサービス、反応的なサービスであり、結果として入院治療への依存度が高かった。英国政府は、近年、この事後的・反応的サービスを見直し、予防的サービスを重視する政策へと転じた。いうまでもなく、予防的サービスとは、早期支援・治療サービスのことである。これにより、入院率を下げ、医療コストを削減し、自殺率を低減することを目指した。

その最終的な成果を判断する十分な資料はいまだ公開されていないが、その試験的な成果の報告は近年、徐々に発表されつつある。ロンドンの早期支援・治療チームの二年間トライアルの報告によると、従来型の標準的サービスに比べ、早期支援サービスでは D U P を顕著に短縮化し、治療継続率も向上、症状や機能も良好な改善がみられることを明らかにした。また、入

院率も従来型サービスに比べ、約三〇%低減し、その結果、四〇%ものコスト削減に成功したとの報告がなされた。¹⁰⁾

また、早期支援・治療サービスの全国的展開がその重要な貢献要因となり、英国では二〇〇二〜二〇〇四年の三年間の自殺率が、一九九五〜一九九七年のそれに比べ、六・六%低減している。

おわりに

患者の諸利益、医療経済的観点などからも、精神病早期ならびに早期精神障害に対する支援・治療サービスは、今後の精神科臨床サービスにおいて不可欠であることは間違いない。近年の英国の精神保健サービス実践ガイド¹¹⁾には、早期支援・治療システムの導入は、単に一つの新しいサービスの追加を意味するのではなく、既存の精神保健システム全体を変革するために不可欠な戦略であることが繰り返し明記されている。

わが国においても、以上のような観点から、今後、早期精神障害への支援治療サービスの立案・整備を迅速に進める必要がある。

〔文献〕

(一) Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K. et al.: Relationship between duration of untreated psychosis

からだの科学253

POPULAR MEDICINE | SPRING 2007

■好評発売中／定価2,200円(税込)

がんの新事典

垣添忠生／編

■PART.1 がんの基礎知識

がんとはなにか 垣添忠生
 ヒトはなぜがんになるのか 中釜 斉
 環境とがん 津金昌一郎
 遺伝とがん 菅野康吉
 感染症とがん 斉藤大三

■PART.2 がんにはどんなものがあるか

脳腫瘍 佐々木光・河瀬 斌
 頭頸部がん 林 隆一
 食道がん 植村則久・日月裕司
 胃がん 佐野 武
 大腸がん 森 武生
 肝がん 青木 琢・幕内雅敏
 膵がん 横山幸浩・柳野正人・二村雄次
 肺がん 鈴木健司
 泌尿器がん 塚本泰司・本間一也
 皮膚がん 齋田俊明
 白血病・悪性リンパ腫 飛内賢正
 悪性骨腫瘍・悪性軟部腫瘍 岩本幸英
 乳がん 福富隆志
 婦人科のがん 落合和徳
 小児がん 牧本 敦

■PART.3 がんの検査と診断

画像診断 森山紀之
 内視鏡検査 土井俊彦・吉田茂昭
 腫瘍マーカー 苗代康可・今井浩三
 遺伝子検査 高角康志・森 正樹
 病理診断・病期診断の重要性 中西幸浩・廣橋説雄
 がんといわれたら 小早川誠・萬谷智之・日域広昭・山脇成人

■PART.4 がんの予防と治療

がん予防と生活習慣 坪野吉孝
 がんの予防と効果的ながん検診 大内憲明
 手術治療 阪 眞・笹子三津留
 内視鏡治療 工藤進英・竹村織江
 薬物療法 佐々木康綱
 免疫療法 原田 守・伊藤恭悟
 放射線治療 山下 孝・小口正彦・能勢隆之・五味光太郎
 遺伝子治療 柏倉祐司・渡部昌実・公文裕巳

■PART.5 がんとともに生きる

QOL維持のための疼痛管理 中山理加・高橋秀徳・下山直人
 こころのケア 岡村優子・内富庸介
 患者の日常生活と社会復帰 平出朝子
 がん緩和ケア 向山雄人
 がん向き会 江口研二
 がん登録 祖父江友孝
 医療情報提供 若尾文彦
 臨床試験 西條長宏
 がん対策基本法 武田康久

 **日本評論社**
<http://www.nippon.co.jp/>

and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 162: 1785-1804, 2005.

(25) Krstev, H., Carbone, S., Harrigan, S. M. et al.: Early intervention in first-episode psychosis: the impact of a community development campaign. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39: 711-719, 2004.

(26) Birchwood, M., Todd, P., Jackson, C.: Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *Br J Psychiatry* 172 (suppl 33): 53-59, 1998.

(27) Harrison, G., Hopper, K., Craig, T. et al.: Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *Br J Psychiatry* 178: 506-517, 2001.

(28) Lieberman, J. A., Tollefson, G. D., Charles, D. et al.: Antipsychotic drug effects on brain morphology in first episode psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 62:

361-370, 2005.

(29) 垣添忠生 垣添忠生「統合失調症の早期支援・治療」『臨床精神医学』三六巻 七三二-七三九頁 二〇〇七年

(30) 藤田一司 藤田一司「ネーローヌと治療の薬理学的研究の現状の整理」『精神医学』七巻 四〇九-四一四頁 二〇〇五年

(31) Morrison, A. P. et al. Randomised controlled trial of early detection and cognitive therapy for preventing transition to psychosis in high-risk individuals. Study design and interim analysis of transition rate and psychological risk factors. *Br J Psychiatry* 181 (suppl 43): 78-84, 2002.

(32) RETHINK, Right from the start: The second Rethink report on reaching people early (www.mar-kwalton.net/2003/Right%20from%20the%20Start%20Report.pdf), 2003.

(33) Power, P., Iacoponi, E., McGire, P. et al.: Evaluation of Early Intervention Services in UK: Findings from LEO services. 3rd UK National Conference in Birmingham (abstract): 6-7, 2006.

(34) Department of Health (DoH): The Mental Health Policy Implementation Guide (MHPiG) (www.publications.doh.gov.uk/pdfs/mentalhealth-impgraphics.pdf). DoH, 2001.

（こころ・あこころ）精神医学

早期診断・治療の実際

精神医学研究所附属東京武蔵野病院
小林啓之
東邦大学医学部精神神経医学講座
水野雅文

はじめに

がんや生活習慣病の予防、人間ドックの普及など、早期発見・早期治療は今や医療界の常識であるが、精神疾患に対しては長らく実用化されることのない概念であった。

今でこそ早期精神障害への介入プロジェクトはオーストラリア、アメリカ、ドイツ、イギリスなど各国で積極的に推進されているが、それも始まったのはつい一〇年ほど前のことにすぎない。イアン・ファルーンが実験的な早期介入モデルの有効性を実証してみせたのはそのさらに一〇年ほど前にさかのぼるが、その研究が「先駆的」と評されるようになるまでには、じつに長い年月を要している。

早期介入が実用化されるまでのこの長い道のりの背景に、早期診断・早期治療を普遍的なものにしていく試みがいかに容易なものでなかった

たか、ということがみてとれよう。どの時点で、どのような介入を行うべきか、また初めて精神科医療サービスを体験する若者にとって最適な介入手法とは何か、といった問題は、医学的根拠から倫理的側面まで、ただでさえ多くの困難な課題を抱えている。

本稿ではこの「難しさ」を認識しつつ、長い道を経るに到達しえた早期診断・早期治療の現状について、主として統合失調症を取り上げて論じてみたい。

早期診断は可能か

臨床精神病理学の碩学たるクルト・シュナイダーでさえも、「精神病理学の所見に基づいて精神医学の診断を確定することはしばしば非常

な困難を伴うものである」と嘆くように、精神疾患の診断はそもそも容易ではない。これがさらに発症が確定する前の「早期診断」ということになれば、いっそうその困難さが増すことも容易に想像されるものである。

だがクルト・シュナイダーも続けて指摘するように、その困難さというものは「精神病理学の所見」にのみ頼らざるをえない状況から生じている場合が多い。精神疾患に関して今日までに得られた種々の科学的な知見は、精神病理学そのものの発展にも影響を与える形で、こうした診断における障壁を少しずつ取り除きつつあるといえるかもしれない。早期診断にあっても症候学的な所見に頼らざるをえない現状は変わらないが、適切な補助診断を導入したり、科学的な知見を症候の解釈に反映させたりすることによって、より洗練された診断システムを構築

することも可能である。

ここでは、まず現状でどの程度までそうした診断システムの実現が可能となっているかを確認していくこととしよう。

前駆症状と警告症状

早期診断において、まず参照すべき情報が症候学的側面であることはあえて繰り返すまでもないが、問題はそれをどう解釈し、治療に結びつけていくかということにある。客観的症状や主観的体験の変化を治療者側がどのように解釈するかという問題は、精神科診断全般においてつねに対峙させられるものであるが、とりわけ早期診断ということになると、その客観的症状についても主観的体験の変化についても、曖昧模倣として気づかされない場合が多い。

これには広く詳細な問診を行うなどといった診断側の努力が必要であるが、そればかりでなくどういった症候が診断に重要であるか、あるいは重要視せずともよいかといった、各症状の重みづけが問題となる。早期診断においては、こうした重要視すべき特異的な症候が何であり、非特異的な症候として解釈すべきものは何か、といった点が以前から議論されてきた。これはわが国においても比較的さかんに論じられ

てきた分野であり、多くの注目すべき業績があるが、一方でやや概念や用語の混乱が見受けられるようにも思う。

たとえば広く知られているのは中安信夫（一九九〇）が示した「初期統合失調症」という疾患概念であるが、これを中安自身が「統合失調症の初期症状であつて、発症前の前駆症状ではない」と断言しているにもかかわらず、多くの臨床家にとっては「発症前の前駆症状」と目されているといった誤解である。中安は「初期症状」はその後の「顕在化の」前駆症状ととらえることはできてもすでに発症をしている時点での話であり、したがって「発症の」前駆症状ではないと強調する。

これは精神病の発症を初回エピソードの出現時に置いている現行の診断基準に対する批判ともとれるが、臨床家の大多数にとっては発症をエピソード以前に設定することにはややためらいもある。その結果として、初期段階での精神病特有の変化という本来注目すべき指摘よりも、疾患概念としての妥当性や前駆症状としての有用性などに批判が移ってしまったのは残念な事態である。

こうした事態を回避するためには用語や概念の統一が必要であるが、これは多くの科学的知見を援用することによって可能であるかもしれない。現在多くの研究者は、精神病の発症の基

盤には、いくつかの素因によって形成された脆弱性が存在するという考え方をとっている。すなわち精神病の発症にとっては、遺伝的なりスクや出産前後における外的要因などの脆弱因子が必要条件であり、これに種々のストレスが加わるのが十分条件であるという、いわゆる神経発達障害仮説である。

このような考え方に通底しているのは、エピソードの出現を疾患特異的とするのではなく、それ以前から特異的な変化が生じているとする点であり、これは中安の視点にも通ずるものである。したがって発症の時期をどこに置か否かを議論するよりも、それ以前の特有の変化を検出することのほうが診断的にも重要である、という言い方ができるかもしれない。

ここにおいてあらためて重要視されるのは、どういった症候が「初期」症状あるいは「前兆」かといった経時的な側面を強調した見方ではなく、何が「疾患特異的」という見方である。中安の指摘は、精神病発症前のいわゆる「前駆症状」は非特異的で臨床上有用とはいえないが、発症初期の「初期症状」は疾患特異的で臨床上有用である、というものであった。

たしかにパトリック・マクゴリらが以前指摘したように、いわゆる発症の前駆症状というものとは非特異的で、疾患を予測するものとはいえない（表1）。だが中安の問題はこの「初期

表1 精神病前駆状態に認められる症状(頻度順)

注意・集中の減弱
意欲減退
抑うつ
不眠
不安
社会的ひきこもり
猜疑心
社会的役割機能の悪化
焦燥

マクゴリーら、1998年

症状」を「前駆症状」と対比させ、その違いを強調した点にあり、その結果本来は疾患特異的な変化であったはずの初期症状が、疾患の経過からは宙に浮いた別種の概念として扱われるという不遇さえ受けている。実際中安は「初期統合失調症の特異的四主徴」(漠とした被注察感、緊迫困惑気分、自生体験、気づきの亢進)を挙げる中で、その基盤に「状況意味失認」という経過によらず一定に観察される特異的な障害を想定しており、その本来の意図が十分に汲まれていない感がある。

ここで神経発達障害仮説のような科学的な視点を援用すれば、疾患特異的な脆弱性としてたとえばこの「状況意味失認」という事態を取り上げ、それが前駆的な兆候の中にも包含される、と位置づけることもできる。すなわち前駆症状 (prodromal signs) はあくまで非特異的な兆候全体を指しながら、その中で「初期症状」のような疾患特異的と目される兆候を警告症状 (premonitory signs) としてとらえるのが臨床

表2 精神病前駆状態の診断基準

- (A) 短期間の間歇的な精神病状態 (Brief Intermittent Psychotic Syndromes)
 精神病的強度 (重症度評価において「重度かつ精神病的」) を備えた陽性症状が、過去3ヵ月以内に始まり、かつ少なくとも1ヵ月に1回の割合で1日に数分間以上存在する。
- (B) 微弱な陽性症状 (Attenuated Positive Symptom Syndrome)
 重症度評価において「中等度」レベル以上、「重度だが精神病的ではない」レベル以下の陽性症状を認める場合。またその症状は過去1年間の中に始まったか、あるいは1年前に比べ重症度評価でレベルの上昇を認め、さらにそれが過去1ヵ月の間に少なくとも平均週1回の割合で認めることが必要である。
- (C) 遺伝的なリスクと機能低下 (Genetic Risk and Deterioration Syndrome)
 第1親等家族に精神障害 (感情障害も含む) を認めるか、または DSM-IV において統合失調型人格障害の診断を満たす場合。さらに過去1ヵ月間の GAF 評点が1年前に比べ30%以上低下している場合。

「統合失調症前駆症状に対する構造化面接日本語版」(小林ら、2007年)

く、微弱な陽性症状あるいは短期間で間歇的な陽性症状といった、いわば疾患特異的な症状を重視している。構造化面接を用いてこれらの診断基準を適用した結果、一年後の発症率は約四割に上り、前方視的な意味での前駆状態として、これらの基準が妥当であることが確認された。この事実はまた、こうした疾患特異的な症状を検出する試みが、発症前から実現可能であるということも示唆している。

疾患特異的な指標とは何か

精神病発症に脆弱性などの素因の存在を前提とするという考え方は、早期診断が出生早期にまでさかのぼることを可能にしている、ともいえるかもしれない。事実多くの研究者はこの出生早期から病前期 (premorbid phase) が始まっているととらえており、現在まで疾患を規定する遺伝子の検索や、出生前後の外的なストレス要因の影響についての研究が数多くなされている。この素因に複数の外的要因が加わることによつて、思春期前後に特有の精神病的变化が生じると考えられており、この段階が生物学的な見地での前駆期 (prodromal phase) と考えられているようである (図1)。

この前駆期から発症後に至るまで、比較的

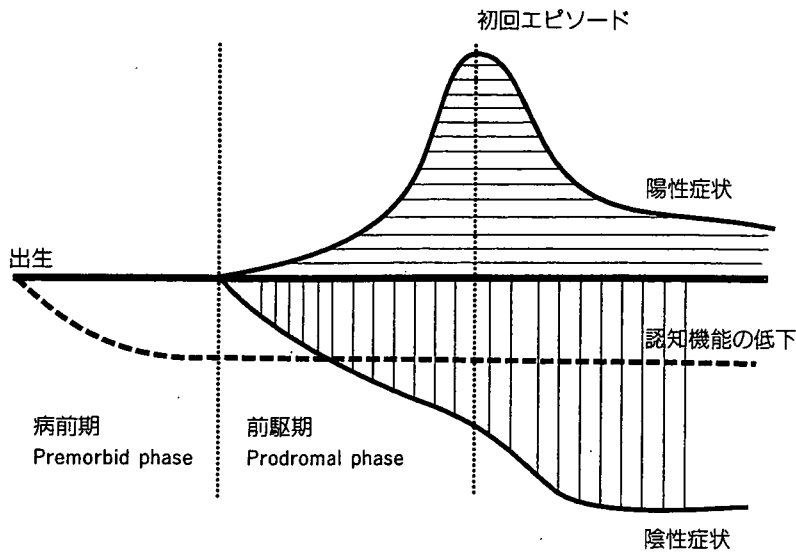


図1 統合失調症の経過モデル

定した認知機能障害が認められたことから、発症の脆弱性の根拠や疾患特異的な指標として認知機能の低下が再認識されている。とくにワーキングメモリーについては早期から障害されていることが確認されており、その責任部位である前頭前野背外側(DLPFC)あるいは海馬、扁桃体といったいわゆる辺縁系の領域についても、種々の画像検査で萎縮や血流の低下などが認められている。

こうした説明は一見早期診断が画像検査や遺

伝子検査で可能、という見方を支持するものであるように思われる。だが現時点ではまだこのような検査による所見は補助的な診断にすぎない。それが疾患特異的な所見を目指していることは間違いないが、決定的な所見は得られておらず、前述したようにあくまで症候から得られた所見を補強するものでしかない。ただしこの分野は現在急速に進歩を遂げており、近い将来より精度の高い診断システムを提供する可能性は高いと考えられる。

早期診断における鑑別診断

疾患特異性の議論の延長として、早期診断において鑑別をどのように進めるべきかという点について論じておきたい。前述したような精神病特異的な所見としての警告症状も、多くの疾患との重複は否定できない。

統合失調症の早期において鑑別疾患として重要なのは、感情障害のほか、発達障害、人格障害、強迫性障害、離人症などの神経症性障害である。感情障害ではしばしば抑うつが前景に立ち、注意力障害や被害念慮などといった一見統合失調症の早期の症状を呈するかもしれない。発達障害でも精神病症状を呈する頻度は比較的高く、人格障害においても同様である。強迫症

状、離人症状も統合失調症のとくに早期には頻度の高い症状であり、この症状だけからでは鑑別困難であることが多い。

こうした鑑別診断を進める際に重要なのは、早期診断がいわゆる即時診断ではなく経過によって判断されるべきものであるという認識と、主観的体験の変化を重視するという姿勢である。

早期精神障害の中にはしばしば一過性に終わるものがあり、一時点での症状変化だけでは判断ができないことが多い。したがってたとえ警告的な兆候があったとしても、診断は経過を慎重に観察する中で行うべきである。シュナイダーは「可逆的な変化はすべて反応性と考えるべき」であるとしており、不可逆の質的な変化を観察することの重要性を説いている。

また主観的体験の変化については、本来は早期の段階でとくに重視されるべきものといえるが、客観的に観察可能でないという点から、実証性を重視する風潮にあつてはやや軽視されていたともいえるかもしれない。主観的体験に関する研究はゲルト・フーバーら(一九八七)による基底障害説などの成果があり、彼らの作成した質問紙(ボン基底症状評価尺度)などを利用することも早期診断にあたっては有効だろう。客観的な症状に至らない主観的な変化は、しばしば疾患特異的な特徴を有していることが

あり、援助探求行動や治療へのアドヒアランスなどに影響を与えることが知られている。

鈴木國文(二〇〇六)は統合失調症の前駆期とアスペルガー障害を例に挙げ、両者においては被害念慮など重複する症状が認められるが、前者では主体性が希薄化していくのに対し、後者では主体性へのこだわりを増していく、といった主観的体験の変化を見分けることによって鑑別が可能としており、興味深い。

早期治療の実際

早期精神障害に対する治療については、現在多くのアプローチが試みられているが、決定的なコンセンサスはまだ得られていない。具体的なアプローチの手法や治療システムなどについての詳細は他の稿に譲り、ここでは大まかな治療のガイドラインについて述べてみたい。

冒頭でも述べたように、早期治療とは主として精神科医療サービスを初めて利用する若者に対して施されるケアであり、当事者に最も恩恵をもたらす戦略を採用するために最適な判断が必要である。したがって、これまで述べてきたような症候学主体の診断を行うことに加えて、当事者がどのような環境に属しており、何に不安を感じ、何を治療のゴールとすべきかなどを

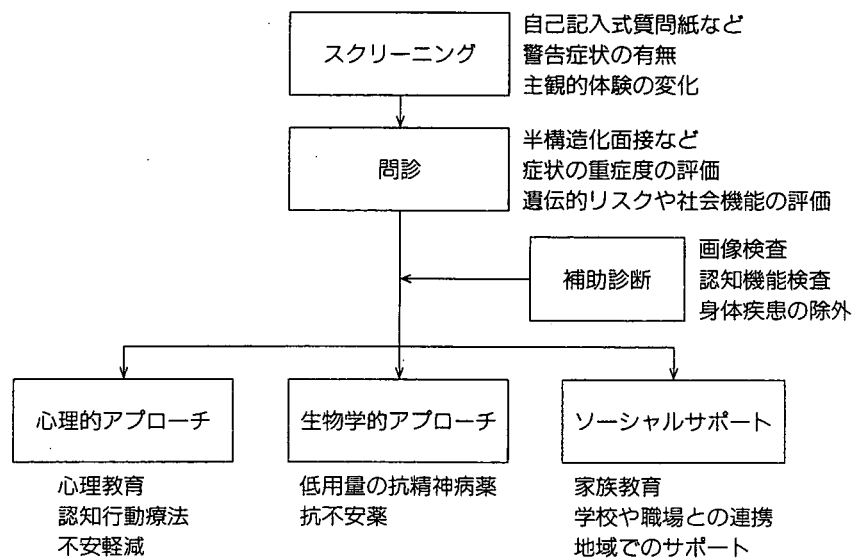


図2 早期診断と治療のフローチャート

詳細に知ることが重要である。それと同時にケアそのものへの不安を軽減し、スティグマを払拭するように努め、必要であれば当事者の周囲と連携をとることによって、継続的にケアが行える環境を作り出す必要がある。

こうしたアプローチは包括的かつ体系的になされなければならず、また可能な限り迅速に進められなくてはならないため、診断および治療のためのチームを作成してあらかじめ準備して

表3 早期精神障害への治療的アプローチの実際

	心理的アプローチ	薬物療法	ソーシャルサポート
非特異的症状のみ	心理教育 ケアの必要性 スティグマの軽減 不安の軽減 認知行動療法	抗不安薬	家族との連携 学校や職場との連携
警告症状あり	認知行動療法 ストレスマネジメント 不安のコントロール	低用量の 抗精神病薬 抗不安薬	家族への心理教育 学校や職場との連携強化 地域でのサポート強化

おくことが望ましい。図2に現時点で考えられる診断と治療のフローチャートを示した。

治療の選択に際しては、その病期を把握することが重要である。非特異的な前駆症状のみ認められる場合であれば心理的サポートを重点に置き、警告症状が認められる際には不安を軽減するための認知行動療法やストレスマネジメント

監修＝岡崎祐士 | 青木省三 | 宮岡 等

こころの科学 132

HUMAN MIND

March 3・2007

■好評発売中 定価1200円(税込)

■ISBN978-4-535-14032-5

[特別企画]

精神医学と法

武井 満 / 編

●精神医学と司法の対話

責任主義と精神医学	前田雅英
司法精神医学確立への期待	山上 皓
宇都宮病院事件と医療観察法	秋元波留夫
医療観察法の成立をめぐる	松下正明
「強制」処遇をめぐる一移送手続とその問題点	山本輝之
医療観察法成立後の弁護活動	内嶋順一

●医療観察法以後の精神科医療システム

刑事精神鑑定—医療観察法施行後の変化	岡田幸之
医療観察法病棟の実際	平林直次
精神科救急と精神障害者措置移送制度	赤田卓志朗
行政責任としてのアウトリーチ活動	
—精神科救急情報センターの立場から	芦名孝一
矯正施設内処遇の課題と今後	野村俊明・岩堀武司
社会復帰調整官の役割	弥永理絵
「精神保健福祉法」を読み解く	
—「措置入院制度」を窓口	佐藤浩司
精神障害者の地域生活支援と地域福祉権利擁護	
—北海道浦河町における権利擁護サービスの活用現状から	向谷地生良
「刑罰法令に触れる行為」をめぐる	
—その処遇システム	武井 満

●巻頭に——若者のゆくえ 青木省三

●論説
少年の再出発を支援する 黒澤良輔
—少年鑑別所の現場から

●連載
都市型臨床の時代 井原 裕
うつ病の真実 野村総一郎
学び方の違う子どもたち 畠垣智恵
タイムマシン心理療法 黒沢幸子

●ほんとの対話
品川裕香著「心からのごめんなさいへ」 神田橋條治
ブレイクモア&フリス著「脳の学習力」 加藤忠史
小俣和義著「親子面接のすすめ方」 滝口俊子
清水将之著「災害の心理」 柳田邦男

●こころの現場から
食の指導(小学校) 山際敏和
同窓会(養護学校) 鈴木彰典

 日本評論社

<http://www.nippyo.co.jp/>

おわりに
早期精神障害における診断・治療について、主として統合失調症を対象に論じてきたが、これらのアプローチは当然ながら対象となる疾患を限定するものではない。統合失調症の前駆状態についても ARMS (At Risk Mental States …発症危険状態) という特定の疾患への発展を

トなどに加え、少量の抗精神病薬の投与も検討すべきかもしれない。海外の研究ではすでに警告症状に対してこれらの治療が有効であったとする結果が得られており、発症の予防が期待される。表3に病期によつての治療選択の判断についてまとめた。

積極的に示唆しないやり方が主流になっており、決定論的な「前駆」という見方を少なくとも臨床的には表面化しない方向になってきている。
これはケアを受ける側にとつてはステイグマの少ない、アクセスしやすい方法論であるが、治療する側にとつては、ともすると視点の定まらない、曖昧なルートを辿つてしまいかねない。そういう意味では早期診断が適切に進められることは、さまざまな可能性について探索しながら、治療の方向性を絞り込んでいくという意味において、きわめて重要なプロセスともいえる。今後この分野での地道な努力が、早期診断・治療のシステムをより洗練されたものに

発展させ、ケアを受ける側に多くの恩恵を与えられるようになることを期待したい。

(こぼやし・ひろゆき / 精神医学)
(みずの・まさふみ / 精神医学)

メルボルンにおける

早期介入サービスの事例

ORYGEN・ユース・ヘルス

はじめに

昨今、わが国においても精神病の早期発見・早期治療の重要性が唱えられている。

これは、「精神病未治療期間」(DUP: Duration of Untreated Psychosis) と治療予後との関連を示す報告が続いていることや、発病後約五年以内といわれている「治療臨界期 critical period」の重要性が指摘されていることによる。

しかしながら、わが国の実際の臨床場面では、長期間のDUPや臨界期治療の不十分さを目にすることが少なくない。この原因として、一般市民が精神疾患の知識や情報をもっていないことや、もっていても誤解や偏見 (stigma) から受診や相談をためらっていることが考えられる。そして、受診したとしても、それに応えるだけの十分な治療環境を提供できていないという治療者側の責任も考えられよう。早期治

療とは、有効な治療方法があつてこそ成り立つものである。

一方、海外へ目を転じると、これらの問題を組織的・地域的に解決している実例がある。メルボルンの思春期・前青年期に特化した精神保健システム、ORYGEN・ユース・ヘルス (ORYGEN Youth Health) である。

本稿ではこの組織を紹介し、わが国においても早期治療を実現させるためのヒントを提示したい。

オーストラリアについて

メルボルンの精神保健システムを理解するには、オーストラリアやメルボルン自体についての背景を知ることが重要なため、簡単に紹介する。

銀座泰明クリニック

茅野 分

東邦大学医学部精神神経医学講座

水野雅文

オーストラリアでは国民の一〇人に四人が移民であり、その半数が非英語圏からの移民である。この構成は歴史によるところが大きい。もともと六〇七万年前からアボリジニが住んでいたが、一八世紀にイギリス政府が流刑植民地として利用し始めた。その後、ゴールドラッシュでアジアから人口が流入したため、オーストラリア政府はこれを制限し、白人中心の社会を目指した。いわゆる「白豪主義」である。これは第二次世界大戦後も続き、一九七三年にイギリスがECに加盟してオーストラリアとの連携を弱めたことで終焉を迎えた。その後は積極的にアジアからの移民を受け入れたが、一九九〇年代になり失業率が悪化すると再び移民制限がとられるようになった。

つまりオーストラリアは「多民族国家」なのである。

メルボルンについて

メルボルンはオーストラリア南東に位置するビクトリア州にある(図1)。シドニーに次ぐ第二の都市で、面積はオーストラリア最小だが、人口密度は最高である。「ガーデンシティ」と呼ばれ、四五〇以上もある公園を有する緑豊かな美しい街である。

しかし街は東西で性格を異にしている。東部は富裕層が多く、白人はもとより、アジア系では日本・韓国・香港・シンガポールからの人々が住む。西部は移民による貧困層が多い。アジアやアフリカ、とくに最近ではベトナムからの経済移民が増加している。このため精神病もさる



図1 オーストラリア・ビクトリア州

ことながら、アルコール・薬物の乱用やさまざまな犯罪が多発している。この格差や問題が、以下に述べる精神保健システムを必要とした一つの要因となっている。

メルボルンの精神保健システム

ビクトリア州の公的な精神保健システムは、従前は小児・思春期(一〜一八歳)のCAMHS (Child and Adolescent Mental Health Service) と成人(一六〜六五歳)のAMHS (Adult Mental Health Services) に大別されていた。

そこで二〇〇二年、ORYGEN・ユース・ヘルスが一五〜二四歳の青年層に特化したシステムを導入した。これは、青年期において精神保健がとも注目されており、この時期に適切な対処をすることで、罹患の影響を最小限に食い止められるという考えからである。

ORYGEN・ユース・ヘルス

ORYGEN・ユース・ヘルス (<http://www.orygen.org.au/>) では、メルボルン西部・北西部(図2)に住む一五〜二四歳を対象とした精神保健の評価と治療を行う。前述した移民や貧困層の多い地域であり、精神疾患や問題行動への対処は地域的な課題でもある。年間約二〇〇

〇人の青年が新規紹介され、随時約七〇〇人に対応している。対象地域の人口は約八〇万人である。

治療は最長一八カ月にわたり、気分障害、不安障害、摂食障害、境界性人格障害、初回精神病、そして精神病へ発展する危険の高い青年らを対象とする。思春期・青年前期は、心身の成長、教育・就職の機会として重要な時期である。したがって、精神疾患を早期に発見・治療しなければ、能力障害・社会的不利へとつながってしまう。ORYGENでは青年に特化した包括的な精神保健介入を行い、教育機会や成長・発展への悪影響を最小限にすることを目標としている。

具体的には以下のような事項を理念として掲げている。



図2 メルボルン西部・北西部

- ・質の高いサポート、治療、そしてケアを、個別の状況に合わせ提供する。
- ・適切な介入を最も早い時期に提供する。
- ・青年と周囲の人々が回復するためにサービスを提供し、彼らの気持ちや意見を尊重する。
- ・資源は必要や結果に応じて合理化する。
- ・青年の個性や多様性を尊重する。
- ・サービスを提供する時は、家族や他の協力者にも報告する。
- ・介入や治療は確実なエビデンスに基づいている。
- ・国際基準において最高の治療を提供する。
- ・より効果的な結果をもたらすための情報を提供する。
- ・エビデンスに基づき、治療と方針の改善を行う。

ORYGENでは、約二三〇人のスタッフが臨床（約一五〇人）と研究（約八〇人）に従事している。パトリック・マクゴリー (Patrick McGorry) 教授が Executive Director であり、この分野において国際的な名声を博している。彼は国際早期精神病学会 (International Early Psychosis Association: IEPA <http://www.iepa.org.au/>) の設立者のひとりであり、初代理事長でもある。彼の著書は日本でも翻訳されており、早期精神病とその治療について詳細を知

ることができる (『精神疾患の早期発見・早期治療』パトリック・D・マクゴリー、ヘンリー・J・ジャクソン編著、鹿島晴雄監修、水野雅文、村上雅昭、藤井康男監訳、金剛出版、二〇〇一年、『精神疾患早期介入の実践―早期精神療養治療サービスマニュアル』J・エドワーズ、P・D・マクゴリー著、水野雅文、村上雅昭監訳、金剛出版、二〇〇三年)。

ORYGENの臨床サービス

ORYGENは精神的な問題を生じている青年のために、表1、図3のような包括的プログラムを提供している。ORYGEN・ユース・ヘルスへの紹介を図4に示す。

ユース・アクセス・チーム

ユース・アクセス・チーム (YAT: Youth Access Team) とは、青年を評価するチームである。二四時間・週七日、以下の三つのサービスを提供している。

① トリアージ/インテイク

ORYGENへ青年が紹介された時の最初の接点である。スタッフは青年の問題点を検討し、専門家の精神的評価や危険度・緊急性を必要とするかどうかの初期評価を行う。トリアージの担当者は他の関係者らとも連絡をとり、問

表1 ORYGENの臨床サービス

・ Youth Access Team (YAT)
・ Early Psychosis Prevention & Intervention Center (EPPIC)
・ Intensive Case Management (ICM)
・ Intensive Mobile Youth Outreach Service (IMYOS)
・ YouthScope
・ Personal Assessment & Crisis Evaluation (PACE)
・ Hospital Care
・ Group Programs
・ Family Programs & Participation
・ Neuropsychology Unit

題についてさらに検討する。状況に応じて他のサービス機関とも連絡をとる。

② アセスメント

トリアージされた青年の全員に対し、ORYGENが最も適切なサービスであるかどうか決定する。

適切と評価された場合は、ケースマネージャーが割り当てられるまで、このアセスメントチームが初期治療を行う。

③ 危機介入

新しく紹介された、通常の予約まで待てない青年の危機評価を行う。時間外のクライアントも対象とし、ケースマネージャーが対応しきれない治療を求める時にも介入する。

ORYGEN の組織図

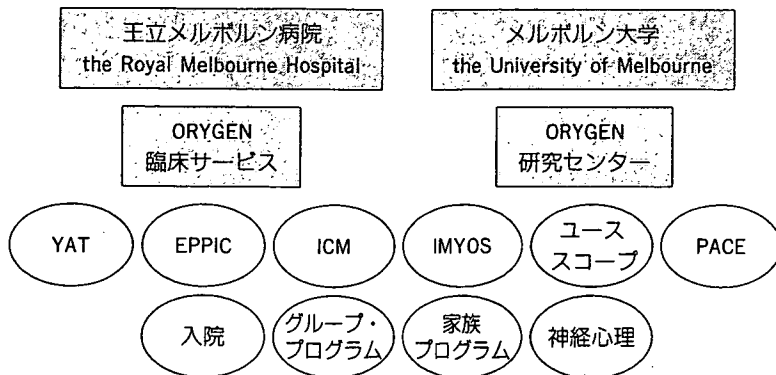


図3 ORYGEN・ユース・ヘルスの構成

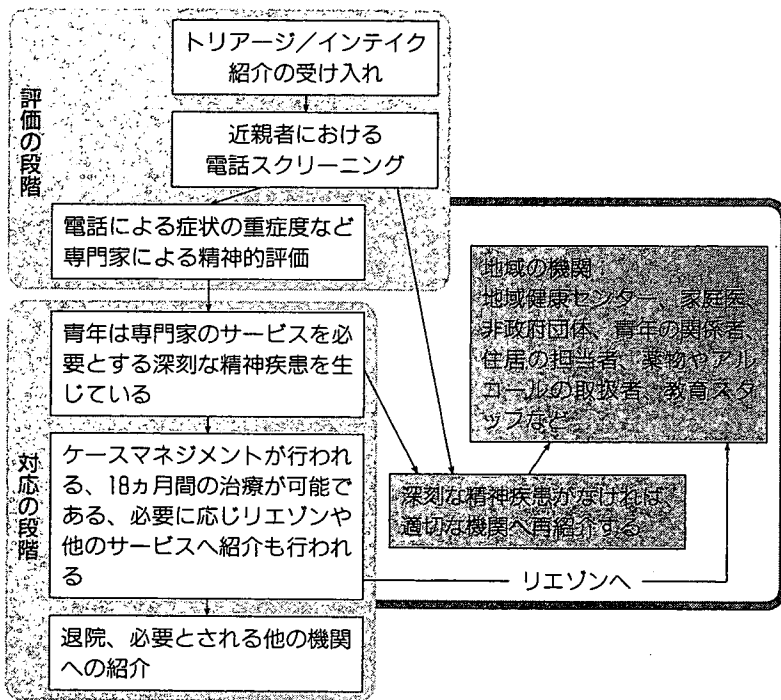


図4 ORYGEN・ユース・ヘルスへの紹介

評価から治療へ：外来患者のケースマネジメントからケースマネージャーは他のプログラムと同様に直接的な介入や調整を行うが、最も重要な役割は本人や家族に病気や治療の教育を行うことである（心理教育）。これを通じて本人は自分の病気と対処の仕方を理解する。ケースマネージャーは、ハローワークのような地域機関への紹介やリエゾン活動も行う。ときには本人の自宅へ訪問もする。通院治療の困難な青年には、より集中的な訪問サービスを紹介する。ケースマネージャーはソーシャルワーカー、看護師、

作業療法士、心理士などである。

EPPIC

EPPIC (Early Psychosis Prevention & Intervention Center <http://www.eppic.org.au/>)

とは、精神病の早期予防・介入センターのことである。精神病的な状態を呈する本人への包括的なサービスを行う。EPPICでは、精神病の早期診断と治療を行い、青年の心理・社会的な機能、発達の障害を緩和する。家族関係を改善し、介護の負担も軽減する。年間約三〇〇人

の青年が新規紹介される。

一九八四年より the Royal Park Hospital において青年期の初回精神病が注目されていたが、EPPIC は一九九二年に地域へ治療環境を移すために設立された。

メンタルヘルス上の諸問題が正しく認識されるまでには、たいてい長期間の遅延が生じる（平均二〜三年）。これは不適切な援助探索行動をしていたり、不適切な対処行動をしていたりするためである。この遅延は、思春期という大事な時期に起こる。ときに成長が停滞し、家族関係や社会関係が混乱し、学業や職業から逸脱する。そして物質乱用、無職、そして行動上の問題といった二次的な問題へ発展し、病気自体もより重症化してしまう。

そこで EPPIC では、①精神病の初期症状を早期に評価し治療を開始する、②初期治療へのアクセスを改善し、遅延を減らす、③再発の頻度や程度を緩和する、④精神病後の二次的な病態を緩和する、⑤社会的・職業的な機能や心理・社会的な成長の破綻を回避する、⑥家族の健康度を高め、ケアの負担を軽減する、といった介入を行う。

そして EPPIC では、精神疾患に対して「全人的」アプローチをとり、①精神病症状の原因を探索し、治療を行う、②青年と家族に病気の教育を行う、③病気に伴う青年の人生の破

綻を回避する、④回復にむかつて青年をサポートする、⑤再発を予防する、ことを目指している。

ICM

ICM (Intensive Case Management) は、精神病症状を呈して他のサービスを利用することが困難であったり、より集中的なサービスを必要としていたりする青年に対して提供される。訪問・アウトリーチにより、地域において、表2のような評価、治療、そしてサポートを行う。

ICMは、EPPICに登録された一八〜二四歳の青年に対して行われるが、彼らは精神病の進行そのものや、治療の継続性の問題、安全に関する問題や他の複合的な問題を抱えている。

ICMへ紹介されると、包括的な評価が二〜四週間かけて行われる。そして青年と家族との共同治療が計画される。介入はアウトリーチを基本とする。家庭訪問を行い、他の機関と連携し、定期的に、柔軟に、そして最も適切な治療を提供する。月曜〜金曜、午前九時〜午後五時に行われ、それ以外はユース・アクセス・チーム(YAT)がトリージを行う。

ICMは、神経心理士、ソーシャルワーカー、精神科看護師、精神科医などさまざまな専門家からなる多職種チームである。

表2 ICMにおける治療内容

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・ケースマネジメント・家庭へ訪問・精神状態の評価・特別な治療、薬物療法・心理療法も含む・神経心理学的、職業的な治療や介入・地域の機関への紹介やリエゾン活動(職業安定所など)・家族や介護者との定期的な接触と支持・青年と家族に対する病気に関する教育・回復を目指した青年へのサポート |
|--|

IMYOS

IMYOS (Intensive Mobile Youth Outreach Service) とは、集中的な訪問によるアウトリーチサービスのことである。一二〜二四歳の、通院治療が困難な、複合的な問題を伴うハイリスクの青年を対象とする。平日の昼間に、自宅か、本人が安心だと感じる他の場所で面会する。青年らはORYGENの外来クリニックやthe Royal Children's Hospitalから紹介される。

ユーススコープ

ユーススコープ (Youth Scope) では、初回エピソード精神病以外の精神保健的な問題を扱う。すなわち、うつ病、不安障害、摂食障害、そして人格障害などである。ケアの期間は短く、たいてい四〜六ヵ月であるが、最長一八ヵ月まで可能である。具体的に以下二つのサービ

スを提供する。

①気分障害と不安障害のクリニック

②HYPERクリニック

HYPERクリニック (Helping Young People Early Clinic) において、精神的、行動的問題を生じている青年へ評価と治療を行う。この問題は「人格における困難の出現 (emerging personality difficulty)」とも呼ばれ、青年が自身の感覚や感情や衝動を制御する能力に影響を及ぼす。これらは、家族や友人にも緊張や混乱をもたらし、治療されないと、成人期にまで至る。

PACE

PACE (Personal Assessment & Crisis Evaluation) とは、個人評価と危機評価のことである。メルボルン全域に住む一四〜三〇歳の、精神病に発展する危険性をもつ青年に対して働きかける。これらの青年を同定し、適切な治療を提供することにより、初期症状は緩和され、精神的な問題を遅らせるか、または防ぐことが期待される。

入院治療

ほとんどの青年は自宅で治療を行うが、ときに病気の重症度や危険な問題により自宅で行えないこともある。この際、短期間の入院が有効