

# こころの科学 131

HUMAN MIND

January 1・2007

■好評発売中 定価1,200円(税込)

## [特別企画] 双極性障害

加藤忠史／編

[対談] 躁うつ病の父をもって

斎藤由香・加藤忠史

### ■双極性障害と社会

双極性障害の疫学 川上憲人

双極性障害の社会負担 長沼洋一・竹島 正

ゲーテと躁うつ病 高橋正雄

躁と逸脱 中谷陽二

躁うつ病のエソロジー—進化学的観点から 小澤寛樹

### ■原因・診断・概念

双極性障害の原因は何か 加藤忠史

気分安定薬の作用メカニズム

橋本亮太・安田由華・大井一高・武田雅俊

双極スペクトラムと気質

秋山 剛・酒井佳永・松本聡子

パニック障害と双極性障害

貝谷久宣・井上 顕・山中 学

非定型精神病と双極性障害—歴史的展望から 須賀英道

子どもの双極性障害 傳田健三

治療困難な病態—双極性うつ病

井上 猛・田中輝明・鈴木克治・小山 司

### ■治療

生活と治療をどうサポートするか—ケースワークの実際

古谷真理子

双極性障害と新薬 堤 祐一郎

双極性障害の治療アルゴリズムとその限界 大嶋明彦

双極性障害の心理教育 三野善央

●巻頭に—精神障害の早期からの治療への期待 岡崎祐士

●論説

医療現場での臨床心理士—チームの中でのかわり

吉村佳世子

●連載

タイムマシン心理療法 黒沢幸子

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

都市型臨床の時代 井原 裕

●ほんとの対話

●こころの現場から

児童入所施設(養護学校) 鈴木彰典

約束(小学校) 山際敏和

 日本評論社

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

である (Hospital Care)。入院環境はできる限り快適であるようにデザインされていて、一六床のベッドがある。

退院前には、今後の治療と回復について会議が開かれる。会議には青年と親族や治療チーム、関連職員、そして必要な際は通訳者も含まれる。

### グループ・プログラム

グループ・プログラム (Group Programs) は、入院・通院者のニーズやゴールに合わせた臨床的サービスを提供する。治療全体において統合的な役割を果たし、広範囲な活動を含むと考えられている。プログラムは、ケースマネー

ジャーからいつでも紹介することができる。

### 家族プログラム

ほとんどのケースで家族も治療に参加することになる (Family Programs & Participation)。したがって、家族に対し問題や治療に関して十分に情報提供をし、困難や混乱を生じている時はサポートすることが重要である。プログラムは、両親、配偶者、親族、親友、そして看護にあたる誰でも参加できる。

### 神経心理ユニット (Neuropsychology Unit)

ORYGEN に紹介される青年の一部には発病に先立ち認知機能障害を呈していることがあ

る。すなわち、注意力や集中力、記憶や自身の病気に対する学習障害などを呈している。これらの障害の原因や程度を評価することは重要で、青年の学業や職業、家庭生活の成否にもかわる。神経心理ユニットでは、認知機能や行動・性格テストなどを行い、その結果については個々人の問題に対処するために、本人、家族、学校関係者らへ説明される。

### ORYGENの研究センター

ORYGENの研究センターは、メルボルン大学の心理学と精神科部門と提携し、オーストラリア国内をはじめ海外の研究者とも連絡をと

りながら、青年期の精神保健における包括的な研究を行っている。青年期の精神疾患の原因、予防、そして治療について調査することを主な目的としている。

研究センターは新しい研究成果を実際の臨床に反映させていく要にもなっている。左記の促進事業はサービスの改善やポリシーの発展、そして精神保健や青年サービスの基金も進め、市民の精神保健の知識を高めることに貢献している。

- ・ 治療を改善するために青年の精神保健についての知識を高める。
- ・ 精神障害の知識、早期発見と受容、援助探索経路、そして青年が親しみやすいサービスモデルを高める。
- ・ 精神障害の原因について、より深い理解を得る。
- ・ 精神障害の発症時期について、新しい診断と治療を開発する。

### その他の精神保健サービス

the Royal Children's Hospitalには一五歳までの専門的な精神保健プログラムがあり、the Woman's and Children's Health Networkにより運営されている。メルボルン西部において地域密着サービスを、月曜〜金曜、午前八時半〜夕

表3 その他の精神保健サービス

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ Child and Adolescent Mental Health Service (CAMHS)</li> <li>・ Adult Mental Health Services (AMHS)</li> <li>・ Primary Mental Health Teams (PMHT)</li> <li>・ Crisis Assessment Treatment Team (CATT)</li> </ul> <p>緊急の評価や短期間の集中的な治療を行う。最も効果的なサービスを施し、入院病床のスクリーニングを行う。入院に代わり、集中的な訪問サービスにより急性の精神疾患の人々をサポートする。24時間、週7日、提供する。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入院病棟</li> </ul> <p>ビクトリア州にはいくつかの公的な精神病棟がある。CAMHS、AMHS、そしてCATTは必要に応じてどの入院も調整することができる。</p>

方六時に行っている。

AMHSは西部と北西部において、二五歳以上の成人にサービスする。またORYGENで一八ヵ月以上の治療を行った一八歳以上の青年にも行われる。

ビクトリア州には地域機関（家庭医、地域保健センター、青年の関係者、薬物やアルコールの従事者、住居サービス、そして教育サービス）や個人の治療者（精神科医、心理士）、そして公的な精神保健システムを含む大きなサービスのネットワークがある（表3）。公的な精神保健システムは対象範囲が限られており、基本的に重症の精神疾患に対して提供される。

### おわりに

以上、早期治療をめざし、メルボルンの事例としてORYGEN・ユース・ヘルスを紹介した。世界に先駆けて早期精神病に対する介入システムを導入し、その成果は臨床・研究ともに国際的に有名である。成功の秘訣はマクゴリー教授を中心としたシステム・ネットワークの充実であり、それは地域をあげて精神疾患へ取り組んできた結果であろう。

翻ってわが国では、一般市民の精神病への理解や関心が乏しく、その結果、誤解や偏見を生じたまま悪循環を生じている。したがって、精神医療の従事者としては既存の医療を行うだけでなく、正確な知識や情報を発信・提供していくことが必要である。これには病院の他診療科や保健所、学校、地域の諸機関らと連携のうえで推進していくことが求められる。そしてわが国においても、顕在発病前の早期発見・早期治療・発病頓挫させるための「一・五次予防」が実現することを望む次第である。

(ちの・ぶん／精神医学)  
(みずの・まさふみ／精神医学)

# こころの科学 130

HUMAN MIND November 11・2006

■好評発売中 定価1200円(税込)

[特別企画]

## 習癖異常

子どもの困ったくせ

飯田順三 / 編

### ●習癖異常について

習癖異常とは 飯田順三  
 習癖異常への対処と治療 三上克央・松本英夫  
 習癖異常の生物学的基盤 久保田泰考・十一元三  
 習癖異常の予後 宮脇 大・松島章晃  
 軽度発達障害と習癖異常 渡部京太

### ●さまざまな困ったくせ

食事に関する問題 亀岡智美  
 一異食・拒食・過食・偏食・反芻  
 睡眠に関する問題 岡田 俊  
 一睡眠異常・夜驚・夢中遊行など  
 排泄に関する問題 根来秀樹  
 一遺尿・夜尿・遺糞など  
 ことばに関する問題 笠原麻里  
 一場面緘黙・吃音  
 行動に関する問題 小野善郎  
 一虚言・盗み  
 指しゃぶり・爪かみ・性器いじり 金子一史  
 チックートゥレット症候群を中心に 金生由紀子  
 抜毛症(トリコチロマニア) 岩坂英巳

### ●巻頭に——こころの医療の病診・病病連携 宮岡 等

#### ●論説

若手の心理臨床家をどう育てるか 野島一彦  
 「心神喪失者等医療観察法」施行一年を迎えて 田口寿子

#### ●連載

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  
 都市型臨床の時代 井原 裕  
 タイムマシン心理療法 黒沢幸子

#### ●ほんとの対話

ガンターソン著『境界性パーソナリティ障害』 松本俊彦  
 奥村雄介・野村俊明著『非行精神医学』 青木紀久代  
 ウィレンズ著『わかりやすい子どもの精神科薬物療法ガイドブック』 笠原麻里

#### ●こころの現場から

交流(小学校) 山際敏和  
 文化祭の劇「銀河鉄道の夜」(養護学校) 鈴木彰典

#### ●伝言板

日本評論社

http://www.nippsy.co.jp/

急速なサービスの展開にともない、十分に訓練されたスタッフの不足、サービス間でのサービスの質の違い、地域によって異なるニーズ、計画された症例数をこなすための過重な労働負担などの問題も挙がっている。また、早期介入

にサービスが提供されているという。二〇〇六年には一一九の早期介入チームが活動しており、さらにいくつかのチームが設立の準備中であるという。二〇〇四年春までに三〇四チームからなる早期介入サービスを五〇(つまり一五〇〜二〇〇チーム)設立するという当初の目標からは遅れをとっているが、過去五年の間に早期介入サービスがイギリス全土に急速に広がっていることがわかる。

サービスのどのような要素が介入効果をあげるために重要なかは不明であり、今後の検討課題となっている。しかし、このような画期的な新しい試みを実践するなかで持ち上がったくる問題は、今後の精神医療のさらなる発展の原動力となる可能性もある。イギリス国内の精神病の早期介入に携わるスタッフの研修、研究、交流の受け皿として国内学会が開催されており、二〇〇六年にバリーミンガムで開かれた第三回大会も大変な盛り上がりを見せていた。

おわりに

イギリスでの精神病の早期介入に向けた新たな

な取り組みについて紹介した。この取り組みが、どのような成果をあげるのか——その評価には、しばらく時間がかかるかもしれないが、これまでの問題点を踏まえたうえで、当事者と家族からも支持される方向で精神医療の改革を進めており、二一世紀の精神医療の先鞭となる活動として大変注目される。わが国においても、このような新しい流れに沿った取り組みが試みられていくことが期待される。

(まつもと・かずのり / 精神医学)

# 早期介入チームの実際

日本福祉大学社会福祉学部  
野中 猛

鳥取県立精神保健福祉センター

植田俊幸

はじめに

精神病に対する早期介入の活動は、先進諸国において、もはや試行段階から実行段階に入っている。精神病に対する早期介入とは、①ハイリスク集団に対する発病予防、②前駆症状（プロドローム）状態に対する発病阻止を含めた支援、③最初の精神病エピソード後のすみやかな治療開始、④精神病発病後二年間における強力な支援、以上が現在のところ意味される。先進諸国では唯一わが国だけが実践に至っていない。世界中で急速に実証的な研究が蓄積されてきている。しかし、いまだ早期介入の長期効果がランダム化試験で確認されていないこと、発病前の対象集団のとらえ方がなおも確実ではないこと、発病前の治療的介入の倫理的問題が解決していないこと、などの課題が残っている。しかし、困難を感じた人々が支援を求め、発病過

程における身体心理社会的苦悩に対して、あえて介入を遅らせる理由もまたない。

ここでは、とくに先駆的に取り組んできたオーストラリアとイギリスにおける早期介入チームの実際を紹介する。早期介入の臨床活動は、①発見と紹介のシステム形成、②ケースマネジメント（ケアマネジメント）、③少量の抗精神病薬投与、④疾病やストレスに対する心理教育、⑤家族に対する支援、⑥ごく短期の入院もしくは入所、これらが中心となる。

## イギリスの早期介入チームの実際

イギリスにおける早期介入サービスは、国の政策項目に挙げられ、ここ数年で急速に広まった。二〇〇四年初頭に五〇カ所であったものが、年度末には一二〇カ所になるといふ広がり

方である。しかし、そのほとんどは実働一〜二人で十数事例に対応するというトライアルの時代である。北バーミンガムを事務局に、臨床上の国内ネットワークができていく。イギリスで最も早く一九九五年にサービス活動を開始した北バーミンガムの場合は、病棟がなく宿泊施設を使って活動している。

政府のガイドラインでは、早期介入の対象者を人口一〇〇万人あたり年間一五〇事例と推計している。「早期発見・危機評価チーム」がまず対応し、地域の早期介入チームに各一五〇例（各チーム一〇スタッフでケースロード各一五例）を振り分けて、三年間をフォローするという構造を勧めている。

### (1) ケンブリッジの事例

ケンブリッジ地域の早期介入チームはCAM

EOと称している。いまだNHS (National Health Service) は予算をつけないので、大学の研究費で運営して二年目の、二〇〇五年六月に見学した。積極的訪問チーム(いわゆるACI)と部屋が続いている。

毎週の臨床会議が九時から始まった。ずいぶん職員が多いと思ったが、実働は地域精神科看護師(CPN)の四人とサポートワーカー一人である。二人のサイコロジストは非常勤、指導医と研究医と研修医が専属で配置されているがこちらも非常勤である。研究看護師や大学研究者、さらに医学生まで加わっているから多く感じる。臨床会議は、新患と問題を抱えた事例の検討が主な目的である。この日は研修医の新患説明が大部分をしめた。一九歳のイスラム系男性で、先天性骨異常があり、薬物乱用と後頭部の外傷があり、不安と強迫症状のために暴力的となる事例が提出された。とんでもなく診断が難しそうだ。研修医は資料を見ずに事例紹介をした。よくトレーニングされている。研究者が全患者リストを映写しながら検討するので便利である。

この体制でこれまでに二九五例を診て一三一例を対象とした。一〇代後半から二〇代前半の重症な精神病を対象としている。実際は「統合失調症」が目標だが、「シゾフレニア」はなおも偏見がともなうので、偏見の少ない「サイコ

ーシス」の用語を使うという。現在の事例数は六九例で、一人のケースロードは一五人以下にしている。紹介は地域精神保健チーム(CMH I)からが多く、これまでに終了した八六例のうち五三例が仕事か大学に行っている。入院につなげ、入院から地域ケアに至るまで、積極的な訪問で支援する。心理教育グループやピリヤードグループがあり、これからリカバリーグループを作ろうとしている。親に対する心理教育も行っており、これまでに一七家族が終了している。

新たなクライアントとその家族に渡されるセツトをもらった。ストレスの症状とその対策、ストレスのメカニズム、問題解決方法、早期兆候、体重制御、薬物乱用への対策などを記した文書が入っている。基本的にズビンの脆弱性ストレス学説に準拠している。「問題解決への五ステップ」を紹介する。①何が問題か見定め、②できることをいくつも挙げてみる、③どれが現実的か決定する、④最も役立つて実行可能な方法を選ぶ、⑤選択した方法の戦略や手順を準備する、というものである。

チームのリーダーである看護師のキム女史が作成した「精神病エピソードが生じたときに周りの人ができる行動」を紹介する。①怖くてもその人の側にいる、②可能な限り正直にふるまう、③自分の助けのために友人や家族に話す、

④精神病に関する情報を集める、⑤その人と家族にとってストレスの大きなときなので、ストレス対策を十分にする、⑥自分自身も将来に不安や恐れを感じるかもしれないと自覚する、⑦相手が傷つけるようなことを言っても病気になることを思い出し、その体験に耳を傾ける、⑧楽観的な励ましは大切である、⑨ケアコーディネーター(ケアマネジャー)と連絡を取り続ける、⑩ケアコーディネーターは防衛と支援提供のバランスをとってくれる、⑪再発兆候や早期兆候に対するあなたの介入が助けになる、⑫元気になる場合もあるが、それが病気になることでもあるので相談する、⑬家族や友人も困惑し、ひきこもり、不安になるのも当然であると自覚する、といった具合でまことに実践的である。

午後は、副リーダーがフルボーン病院のひとつの病棟(ハウス)に紹介してくれたが、彼女はそのままデポーを打ちに訪問に出かけた。各二五床三病棟あり、鍵のかかる急性期病棟はそのうちのひとつである。夜間(一七時〜九時)や必要時に鍵をかけるだけで、いつもは開いている。詰め所が入口にあり、死角はテレビで監視する。三人の指導医を中心に三チームに分かれ、うち二つがケンブリッジ市内を受け持ち、もう一つを早期介入チームが直接に管理する。人員は九人の看護師と四人の看護助手と二人の作業療法士だが、これは昼の体制で、夜間の看

護人員は別に確保されている。夜間は三人から五人体制で、三日勤務の三日休みのサイクルとなっており、給与も高い。プライマリナースが決まり、退院時にはケアプラン(CPA)が作成される。新患や重症者には常時一対一のシフトになり、時間ごとに誰が担当か詰め所に張り出されている。この日は四例もいて特別だという。制服はなく個人名で呼ぶ。詰め所にはほとんどいないし、椅子もわずかであるが、必ず誰かがいるようにしている。カルテはいまだに紙のまま、電子カルテに移行中だという。

全体が三角構造で、棟は男女に分かれるが中央の部分は途中にドアがいくつもあつて、男女比に合わせて調整できる。観察個室は三床で小デイルームをもつ。大部屋といつても三人仕様で、各部屋にシャワー機能がついている。作業療法室や集団室に比べると、職員用はいかにも狭い部屋で、外から見えてしまう。勤務中に休むことをあまり考えていない。勤務時間そのものが短いのだ。食事は、朝食がセルフで七時半、暖かい料理の昼食が一二時、サンドイッチの夕食が一七時である。一週間の活動表はかなりこまかくできており、主に作業療法士が作成するが、看護師との役割分担はそれほど違くないという。羅列すると、リラクゼーション、週間予定作成ミーティング、ジム、ぶらぶら歩き、教育グループ、アート、テニス、ダンス、

ヨガ、コミュニティミーティング、CAB(法律や経済的な相談にのるチャリティ団体)、音楽、陶芸、健康教室、週間レビューミーティングなどである。歩いて行ける近くにスパーができたので買い物にも行く。垣根はあるが花が咲いている庭であるため、ほとんど閉塞感はない。

平均在院日数にはあまりこだわっておらず、人によって違うことを強調した。入院に待ち期間はないと明言していた。病棟を直接に変えるのではなく、初診から入院の過程を支えるチームが病棟に入り込むことで、早期介入から地域ケアへの移行が滑らかになる。

## (2) ロンドンの事例

ロンドンで早くから早期介入に取り組んだLEOを、二〇〇五年七月に見学した。クラップムは高級住宅街だが、東に進むと南ロンドンの貧しい人々が住む地域に入る。アフリカ人やカリビアンが多い。ここの精神保健を管轄するのは、南ロンドン&モズレイNHSTラストである。LEOが置かれたランベス病院の前身は、天然痘をはじめとする疫病患者収容のための病院であったが、現在は精神科病院で、七年前に立て替えられた。筆頭指導医のパワー医師から説明を受けた。

南ロンドンは人口が約一〇〇万人で、年間四

〇五〜四八五人が新たな事例として出現すると推計している。うち統合失調症が四〇%、統合失調症圏が二二%、双極性一七%などであり、七割には薬物乱用がからみ、五分の一は犯罪歴をもつ。一般人口の一七・五%は広義の精神病体験があり、四・二%は一級症状があり、一・五%を早期介入の対象としている。これまでの方法では、ロビンソンら(一九九九)を引用し、一回目の精神病エピソードで治療が開始され、八八%が回復し、二回目で五七%が回復し、三回目で三二%が回復し、結局三回目までで五五%が治療抵抗性の状態になると考えている。従来の方法では、最初の兆候から専門家にたどり着くまで約五〇〇日、精神病状態になつてから治療が開始されるまで約二五〇日がかかっている。こうした未治療期間(DUP)をいかに短くするかが重要となる。

この南ロンドンのLEOサービスは、積極的訪問チームの中心において、一九九八年から二年間の研究費で開始された。二〇〇〇年に地域チームと病棟チームが活動を開始し、二〇〇二年から危機評価チーム(CAT)と訪問支援チーム(OASIS)がつけ加えられた。プライマリケアの中で発見された精神病がCATで数週間のうちに評価され、病棟チームや地域チームに振り分けられる。プロドローームであればOASISクリニックで対応するが、今後はCAT

と合体してしまう予定である。CATは年間一七五件に対応し、うち一〇〇件が対象事例であった。ここで一般医の教育も行われる。早期介入チームの病床は一八床で、他の病床も借りることがある。入院期間は一六〜三〇日で、住居問題が退院を阻んでいる。地域チームは一〇人のケアコーディネーターがケースロード二〇例で対応し、五年間をフォローする。その後一般の地域精神保健チーム(CMHT)につなぐ段階が、複数の要因で阻まれがちである。他にサイコロジストや作業療法士も配置されている。家族心理教育は、四〜五家族を対象に、夜の時間帯に四セッション実施し、その後には家族支援グループが組織されている。就労支援員も配置されて就労支援や教育支援を行っている。その後、病棟を見せてくれた。詰め所が入口にあり、そこで正面入口の鍵を操作する仕組みになっている。すべてシャワートイレ付きの個室で、プログラム参加のためかほとんど患者はいなかった。

## オーストラリアの 早期介入チームの実際

ビクトリア州のORYGENセンターは、医療機関の少ないメルボルンの西部と北西部地区を対象にして、若年者に対するさまざまなサー

ビスを提供している。この機関に、医療機関、行政機関、大学などと連携した「早期精神病の予防と介入センター」(EPPIC)がある。EPPICは、一九九二年にサービスを開始し、一九九五年以降はビクトリア州(人口五〇〇万人)全体を対象としている。以下に症例を提示し、その活動内容を紹介する。この症例は、二〇〇六年九月に現地を視察した際に、看護師のサイモン・ドッド氏によって示された架空の事例である。

### (a) EPPICへの導入

ジョンは一八歳の男性で、両親、兄との四人家族である。母方祖父に精神科入院歴がある。ジョンは家族との関係が悪く、とくに父とは話をしない。兄はジョンのことをどこかおかしいと思っている。友人はいるが麻薬を常習しており、ジョンも少し使用したことがあるという。ジョンは高校入学後から成績が急に低下した。学校の担任に比較的よく話をしてきたが、いつも家族のこと、とりわけ父への不満を話した。この日は、ここ二カ月よく眠れず、幻聴があることを初めて話した。心配した担任は、EPPICの相談窓口で電話をかけた。

EPPICへの最初の相談は教育現場のほか、一般医や救急医療部門からが多い。家庭あるいは警察からの相談もある。紹介時にもし病

気の急性期であれば、まず症状のアセスメントを優先して精神科医療につなげ、チームでかわりを保つようにする。

### (b) 関係を保ちアセスメントを行う

ジョンはアセスメントチーム(看護師、ソーシャルワーカー、作業療法士、精神科医、研修医で構成される)に紹介され、看護師のサイモンが直接の担当者になった。サイモンは学校に向いて二時間の面接を行い、ジョンには思考障害があつて集中できず、父と祖父の声が話しかけてくる幻聴があるなどの症状を聞いた。ジョンは「祖父がそういうことを言うはずがない」とも考え、とても混乱していた。自傷他害などのリスクアセスメントも同時に行い、在宅生活を継続しながら関係を保つこととした。次の面接は、よりリラクセスして話せるように、近所のハンバーガーショップで行われた。初期介入で最も重要なのは良い関係を作ることであり、できるだけ普通の環境で関係を保つことを重視している。

### (c) 初期治療への導入

三回目の面接で、ジョンは初めてEPPICの事務所に来た。サイモンは治療導入ができる関係がもてたと判断して、薬物療法の話 시작했다。医師と相談し、オランザピン二・五mg/日、あるいはリスペリドンやクエチアピンといった少量の非定型抗精神病の処方検討され

た。薬物療法と同時に、どうしてこのような症状が起きているのかを説明するために、統合失調症に関する心理教育が開始された。

治療チームには、必要があれば家族や担当教員が入る。境界性人格障害などの、精神病症状が中心ではない若年者に対しては、別のチームが用意されている。

#### (d) 危機介入と入院治療

ジョンは、薬を服用しても何も変化がないと感じ、数日で服用を中止した。幻聴は増悪し、夜間落ち着きなく過ごすことが増えた。面接から一週間後の夜九時ごろ、ジョンは自宅で父と言い争いを始めた。争いはおさまらず、ジョンが父に暴力をふるったため兄が仲裁に入った。母は警察に電話し、駆けつけた警官に促されてジョンは救急外来に行くことになった。

ジョンは幻聴が強く、父に対する暴力のリスクが高い状態であった。母は救急外来からEPPICに電話を入れた。サイモンは呼び出しを受けて、救急診察室を訪れた。ジョンは顔見知りのサイモンを見て安心したようであった。サイモンは治療の必要性をわかりやすく説明し、ジョンは自分で入院同意書にサインをした。ジョンは一週間入院し、オランザピン5mg/日の治療が開始された。入院中にサイモンは家族と会い、家族への心理教育を行った。退院後にジョンは外来通院を続け、オランザピンは10

mg/日に増量された。不眠は改善し、体重増加はなかったため、この処方継続することとした。

EPPICでは危機が生じたことを、介入のための良い機会として考えている。サイモンは今回の出来事について、①ジョンを治療に参加させることができた、②家族の危機を乗り越え絆を強くした、③支援者として密接なかわりももて、疾病の回復過程に介入することができた、と評価した。

EPPICが利用者にかかわる期間は一八ヵ月が標準であり、この間に約六五%が入院する。平均入院日数は約一日である。

#### (e) 危機介入後の継続支援

ジョンは危機介入後も、回復過程において支援のニーズが高いと判断され、継続的な支援のために継続ケアチーム(CCT)に紹介された。このチームは、精神科医や看護師など多職種で構成されており、毎日の訪問が可能である。

もし陽性症状が続いていれば、薬物療法をリスペリドン4mg/日に変更するなどの選択肢がある。薬物療法への反応が悪いと判断されれば、バルプロ酸の追加投与などの増強療法や、クロザピンへの変更が可能である。もし再発があれば、再び急性期治療のプロセスを導入する。このように、関係性を重視しながら、薬物

療法や心理教育を積極的に活用して介入を行う。

ジョンは、約三ヵ月の介入で全体的な状態が改善し、CCTの援助を必要としなくなった。これで早期介入チームのかかわりが終了する。もし継続的なチームケアが必要であれば、成人を対象としたサービスマスへ引き継ぐ。医療ケアだけでなくであれば、精神科の開業医や、精神疾患の治療を理解している一般医に紹介する。

#### おわりに

最後に、日本への適用可能性についてわずかにふれる。個々の臨床技術は、わが国の専門家にとつて、さほど違和感のないものである。実践の現場を確保するためには、発症リスクの高い地域を設定して、モデル的な実践研究機関を設置し、必要な人員を配置することから始められる。入院機関は既存の医療機関と提携することで可能であろう。むしろ、学校現場や一般の医療相談機関への啓発活動が重要な作業となる。

早期の介入が効を奏することと、地域社会の理解が変わることは、相乗的に作用すると思われる。わが国においては是非とも早期に実現したい活動であり、国や自治体の決断が求められる。

(のなか・たけし／精神医学)  
(うえた・としゆき／精神医学)



# 摂食障害の早期治療と自助組織

神戸女学院大学人間科学部  
生野照子

はじめに

摂食障害は神経性食欲不振症、神経性過食症、特定不能の摂食障害に分類されている。それらの基本病像は、

- 顕著な「やせ願望」
  - 体重増加への強い嫌悪感
  - 体重や体型への過剰評価とこだわり
  - 食べ物への執着
- などである。

神経性食欲不振症と神経性過食症は思春期〜青年期の女性に多発する病態であるが、この数十年間に増加の一途をたどってきた。しかし近年、欧米においては増加傾向がおさまりつつあるといわれている。その代わり、過食症のような代償行動（食後の自己誘発嘔吐や下剤使用、過剰な運動などで体重増加を防ごうとする行動）を伴わない「むちゃ食い障害」が増加

し、肥満に結びつく病態として注目を集めている。摂食障害は社会文化的な影響を大きく受けるため、世相に応じて変化しているのかもしれない。ただ、アジアなどでは変わらず増加していると報告されており、わが国においては今後取り組んでいかなばならない重要課題である。

## 摂食障害の動向

生涯有病率は、前述したように並行状態か低下傾向がみられている。神経性食欲不振症は一九九三年頃から約〇・三〜〇・五%あたりで報告されており、あまり増えてはいない。神経性過食症は急増した後で女性の約一〜三%にとどまり、近年では成人女性の発症が減って一〇〜一九歳が発症のピークになっていると報告さ

れている。特定不能の摂食障害（むちゃ食い障害を含む）は、フェアバーンらの調査によると受診者の六〇%を占めるようになり、神経性食欲不振症一四・五%、神経性過食症二五・五%に対して最も多くなっているとのことである。むちゃ食い障害は男性に珍しくなく、女性・男性は三・一の割合であるため、これからの摂食障害は男女に共通する問題として検討する必要があると思われる。

もう一つの動向は、摂食障害の診断基準を完全には満たさないが「準備群」といえるような人々が増えていることである。わが国においてもスリム志向がエスカレートし（とくに若い女性）、やせる必要がない人までダイエットに励むという風潮になっている。その結果、病的な体重操作をして栄養状態を悪化させるケースが増えているのである。

米国では、出産可能年齢の女性の少なくとも約三〇％が病的な体重コントロールを行い、一五％が過食や排出行動を行っているといわれる（シュタイナーら、二〇〇〇）。また同国の調査によると、思春期女子の半数以上、男子の約三分の一が病的な摂食行動と体重調節（減食や断食、やせ薬の使用、自己誘発嘔吐、下剤使用、喫煙、むちゃ食いなど）を行っているという（クロルら、二〇〇二）。若者を対象とした長期的な調査では、慢性的なダイエットが肥満になりやすいという結果が得られており（アッカードら、二〇〇三）、「やせと肥満」の両見地から誤ったダイエットへの啓発が必要であるといわれている。わが国では「若者のダイエット」に対する危機感が少ないため大規模な調査が実施されていないが、米国に近い状況ではないかと推察されることである。

フェアバーンらは、食欲のコントロール、身体への不満足、不健康な体重調節法、むちゃ食い、ダイエットなどはまさに治療すべき対象であるとして、それらを含めた連続体として摂食障害を考える必要があると述べている。

### 早期治療の難しき

摂食障害では心身が相互影響しながら悪化する、病気の経過が長くなるほど治りにくく

なる。長期化すると社会的行動や対人関係も阻害されるので、問題はますます複雑化することになる。とくに神経性食欲不振症は経過が長くなるほど予後が悪くなり、治療脱落率も高くなるため、早期治療が第一であるとされている（National Institutes of Health, 2002）。

しかし、早期治療の重要性が明白であっても、なかなか容易に運ばないという要因が存在する。たとえば発症者側の要因としては、過食症では「症状は一時的な問題である」「自分の気持ちや決心しだいで治すことができる」「過食はつらいが唯一のくつろぎである」「排出行為がなくなると太ってしまう」「過食や嘔吐など恥ずかしい行為を知られたくない」などという気持ちだが、「治りたいが治りたくない」という両面的な態度を生み出し、受診を遅らせることになりやすい。病気がシエルトアとなってストレスを緩和するので、治療意欲が湧きにくい状態になっている面もある。また、一人で受診できない場合には、家族の態度や考えに左右されることもある。初期では過食があまり目立たず、外見的に健康に見えるので「気持ちさえ変えれば治るかも」と家族が安易に考え、そのために受診が遅れてしまうケースも少なくない。

これに対して食欲不振症では著しい体重減少で受診する。しかし昨今では多くの若い女性がやせているため、多少の体重減少では病気だと

いう認識がでてこない。かなり病的なやせになってからはじめて気づくことも多い。また、やせていると精神的な高揚状態で活動性が亢進し、とても元気に見えることも病気と認識しにくい一因である。本人における最大の受診阻害要因は、低体重になるほど体重へのこだわりが強くなり、治療への拒否感が強くなることである。同時に、病識が乏しく変化への抵抗が強いことも阻害因子となる。「みずから進んで受診するケースは神経性食欲不振症ではないかもしれない」といわれるほどであり、治療モチベーションがきわめて低いのが特徴的である。

したがって、受診するには家族や教師、年上のきょうだいなど、本人が信頼する人の後押しが必要である。そのうえ、たとえ受診しても治療者を拒否して中断することも多いので、治療者は好ましい治療関係を迅速につくって本人の治療意欲を保つようにしなければならない。

早期治療が遅れやすい原因は、治療者側にも多くある。医療機関や相談機関に受診しても適切な治療が開始されないような状況があることも事実である。それは、

- プライマリケアでの知識の乏しさ
- 早期スクリーニング法の少なさ

○一般専門家が行いやすい早期治療法が確立されていないこと

などが原因となり、「摂食障害は扱えない」と

感じている専門家が少なくないからである。

本人や家族、教師、一般医、スポーツコーチ、保健関係者などが発症のリスクファクターを知り、早期の徴候を見逃さないようにすることが肝要である(表1)。

## 早期治療の方法

### (1) 予防活動と早期発見

欧米では一九八九年頃から摂食障害の予防活動が実施されている。予防活動のうち、一次予防は一般教育や啓発によって発症率を下げるこ

とであり、摂食障害の知識を教えて「思春期の正常な身体変化」や「やせを礼賛する社会風潮」などのテーマを取り上げる。二次予防はハイリスクグループに焦点をあてて早期発見と早期治療を促進することである。

こうした予防活動は学校で行うことが有効とされており、筆者らも二〇〇〇年から大学キャンパスをベースとして活動を展開している。その結果、学生の自主的な活動が効果的であることがわかり、学生が主催するミーティングを催している。学校での予防活動は、発症した学生がアクセスしやすく、治療機関に効果的に導く

ことができるといわれている。さらに、同じ学生や先輩との会合であればこころを開いて相談することができる。

小々高校生に対しては、担任教師、養護教諭、スクールカウンセラーなどが早期発見の任務を担うことになるが、学校全体の取り組みと重要性の認識が求められるところである。

### (2) 早期治療の開始

発症早期においては、病気の認識や治療意欲の程度を見定めてから治療を始めるようにする。たいていの発症者は「病気を認識していない段階」か「病気を認識している段階」、あるいは「治療を受ける準備段階」にとどまっております。症状はまだ自我同調的である。治療ではそれに対抗するために適切な情報を与え、教育的アプローチを行うことが効果的である。冊子やパンフレットなどを用いてわかりやすく説明し、今後の治療につなげていくように導入する(表2)。

表1 摂食障害のリスクファクターと発症の徴候

#### 摂食障害のリスクファクター

女性、思春期の身体的変化(とくに早熟)、急激な体重変動、身体への不満、体重調節を必要とする職業(ダンサー、モデル、運動選手など)、体重コントロール行動(ダイエットなど)、低い自己評価・完璧性・オールオアナッシング思考・他者優先思考・抑圧型思考・強迫性・抑うつ性・人格障害、達成困難な発達課題、学業・仕事・対人関係の不適合、急激な環境変化や喪失、被虐待体験やトラウマ、家族歴(遺伝要因など)、家族機能不全、食事療法を要する慢性疾患 など

#### 発症の徴候

##### ○摂食行動の変化

家族と一緒に食べない、夜間摂食、減食、過食、食後に排出する、甘いものや高カロリーの食べ物を避ける、間食をしなくなる、他人の摂食量を気にする、カロリー計算に精を出す、食べ物の選択に時間をかける、食べ物を切り分けるなどして食事に時間がかかる、料理に関心を強める、家族に摂食を強要する、特定の食品しか食べない、盗食 など

##### ○精神的变化

学業や仕事に集中できない、友人とのつきあいを楽しめない、家族の注意に耳を貸さず拒絶的になる、気分の変化が激しい、衝動的な言動が増える、気持ちの余裕や協調性が減る、数字や金銭にこだわる など

##### ○日常行動の変化

頻りに体重を量り増減に一喜一憂する、運動量が増える、下剤・ダイエット食品・やせ薬などを購入する、鏡をよく見てまだ太っていると言う、トイレや風呂に長時間入る、スーパーなどに通って大量の食べ物を買う、部屋にこもる、食べ物を蓄える など

また、摂食障害の早期治療では栄養指導が非常に重要であり効果的である。異常な摂食パターンをとっている限りはダイエットやむちゃや食いが繰り返され、経過を長引かせることになってしまう。栄養状態を再建することと、不健康なダイエット行動を是正することは、摂食障害の初期治療に組み入れるべきプログラムである。

表2 摂食障害の早期治療：変化への段階と治療課題（文献1を改変）

	病気の認識が乏しい時期 Pre-contemplation	病気を認識している時期 Contemplation	治療を受けようとしている時期 Preparation
受診時の状況	症状は自我同調的だが、周囲のプレッシャーによって来院	問題に気づいているが、変化する決心ができていない	変化するための一歩を踏み出すことができる
治療の課題	病気や治療法について知識や情報を与える	症状が何を支えているのかを自覚し、症状を追い出すことができると知らせる	動き出すためのプランを具体化する
治療の進め方	<ul style="list-style-type: none"> <li>・周囲から状況を聞く</li> <li>・治療者-受診者の協調的関係をつくる</li> <li>・教育的治療（病気とその影響について）</li> <li>・情報を与える（医学的、栄養学的、社会的援助）</li> <li>・質問中心の面接を行い、善悪の判断をしない</li> <li>・変化するための前段階にきていることを強調する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・葛藤の両面を探る</li> <li>・変化することによるプラス・マイナスを検討する：自分や周囲がどう変わるか、何が妨げるか</li> <li>・摂食障害に関する情報や知識を深める</li> <li>・可能な治療について話し合う</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・症状を減じるための初歩的プランを立てる</li> <li>・治療目標の明確化（何が成功で失敗かを明らかにする）</li> <li>・治療法・治療者など、症状をモニターする方法を決める</li> <li>・他の治療（代替案）についても検討する</li> <li>・病気の影響について強く自覚する</li> <li>・回復を阻害する要因を検討する</li> </ul>

薬物療法に関しては、若年者では抗うつ薬を

第一選択として、あるいは唯一の治療法として

使うべきでないと考えられている（NICED）

National Institute for Clinical Excellence, 2004）。

### 摂食障害の自助組織

それよりも心理療法や家族介入が適切であり、個人療法や、きょうだいを含む家族をベースとした心理療法の重要性が強調されるようになってきている。とくに神経性食慾不振症では、家族が知識を共有して家庭内の治療的環境をつくることが最善であるとされる。

また、近年ではモチベーションアプローチが有効とされ、普及しはじめている。葛藤の両面を取り上げるモチベーションインタビューが、受診者の治療動機を高め、早期の行動変容に有効であると報告されている。同時に、思春期患者に対する「友人関係に焦点をあてたグループ治療」も効果的であるとされる。

最も有効とされてきた認知行動療法は、強化した統合的な方法が使われるようになり、現在その成果が確かめられているところである。

ストレスフルな現代社会を背景として、摂食

障害は「通常の病気（common illness）」となり、当事者を支援するソーシャルサポートの充実が急がれている。しかしわが国では、専門的治療者が少なく、治療機関もきわめて限られているのが現状である。

そうした中で本人や家族などの当事者による「家族の会」や「セルフヘルプグループ」が結成されるようになった。そこでは、自由な話し合いや専門家の講義、体験発表、グループワークなどを行って、メンバーが相互支援、相互学習の場として利用できるようになってきている。たとえば筆者が関係している家族会のアンケートでは、「入会後は病気が理解できた」「家族関係が改善に向かった」「本人への理解が進んだ」などという回答が寄せられている。

また、二〇〇一年には全国的な「日本摂食障害ネットワーク」が発足し、各地の患者・家族会が特色を保ちながら緩やかに連携するためのシステムとして活動している。本ネットワークは、英国のEDA（Eating Disorders Association）をモデルとしている。

欧米では自助グループや家族サポートシステムが治療の補助機能を担うのが通常である。本人や家族は発症初期からグループに参加することができるので、必要なときだけ医療などの専門的治療を受けるといった発症者もみられる。そのぶんグループのリーダーは責任を担うこと

になり、トレーニングを受けたり研修に参加したりして信頼に応えるように努めている。欧米では摂食障害の情報も身近にあり、ミーティングやセミナーの機会も多いので、グループが育ちやすい状況にあるといえるだろう。

### 早期治療での自助組織の役割

自助組織は早期治療において大切な役割を担うことができる。

家族会の役割を以下に示す。

○発症当初の不安を和らげる足場となり、今後の問題に向かうための勇気をだすことができる（もちろん他家族の苦しい状況を見て絶望することもあるが、たいていは参加を続けるうちに対処法を会得することで希望を見出すようになる）。

○初期には摂食障害の知識も少ない状態であるが、メンバーから実体験を通じた情報を得ることは、専門家からの情報以上に家族にとって有用であることが多い。また、ミーティングの講師などから主治医とは違った見解を得ることができ、融通性のある見方で病気を考えることができる。

○初期治療では摂食障害におけるスティグマを軽減することが治療意欲を向上させるが、会に参加して「自分たちだけではな

い」と知ることが助けになる。

○初期では症状を十分に理解できないため、「食べさえすれば、体重さえ増えれば治るの」などと、本人のわがままを責めがちであるが、他家族と接することで「病氣」と「本人」を区別して考えることができ、受容的に接することができるようになる。

○初期に家族会に参加することによって、家族、とくに父親の治療参加がうながされ、家族が一致協力して治療的環境をつくりやすくなる。

本人の会に関しては、発症当時は専門家がいくぶんか関与するサポート的なグループに参加するのがよいのではないかと思われる。病気をある程度理解した後は、自分に適したグループを選ぶことができるからである。いずれにしても、体験を共有する仲間がいるという感覚は、発症者の孤立感を軽減し、今後への安心感をもたらす。また、発症初期はいったい何が病気なのかが自覚しにくいものであるが、仲間と出会うことで病気であることを認識し、治療への動機づけを強め、回復への意欲が促進される。また、羞恥や自責感を「病気の症状」と理解することで減少させ、社会的背景や要因を理解することによって個人的な過去や人間関係への過剰なこだわりから解放されやすくなる。

いつぼう治療者にとっても、病気のガイドン

スを担う場として貴重であり、治療機関が少ない現状にあつて、治療までの待機時間を減らせるというのもメリットである。

おわりに

摂食障害において早期治療はきわめて重要であるが、阻害要因もきわめて多い。ただし、病気に付随した阻害因子でなければ、改善することができはすである。そうした意味でわれわれに残された課題は非常に多い。この解決は、医療や心理など多くの専門家が協力していかねば実現不可能である。しかし、自助組織を介して当事者が力いっぱい歩み続けているのに対し、専門家の立ち上がりはやや遅きに失している。若い人々の健康と命がかかっている問題であることを多くの人に理解してもらえらう、専門家が先立って啓発していかねばならないと思う。

なお、自助組織についての詳細は『こころの科学』一一二号を参照していただければ幸いである。

〔参考文献〕

Villapiano, M., Goodman, L. J.: *Eating disorders: time for change*. Brunner-Routledge, 2001.

生野照子「摂食障害と自助グループ」『こころの科学』一一二号、八八―九三頁、二〇〇三年

(いくの・てるこ) / 心身医学)

# 医療費適正化と精神障害予防

国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部  
伊藤弘人

はじめに

医療費問題と精神障害予防というテーマを受け、本論では精神障害の予防が医療費適正化の解決策のひとつであることを述べる。まず、精神科医療費にどのような問題があり、その適正化の方向性と課題を整理する。次に、精神障害予防が医療費適正化に寄与することを論じた後、精神障害予防の可能性を考える。

## 精神科医療費問題とその適正化の方向

### (1) 外来医療の進展

四年前に本誌において、精神科医療を医療経済の観点から考察した（日本の精神科医療と医療経済）『こころの科学』一〇九号、七七一―八二頁、二〇〇三年）。当時、国民医療費に占める精神科医療費の割合は一九九〇年代半ばで

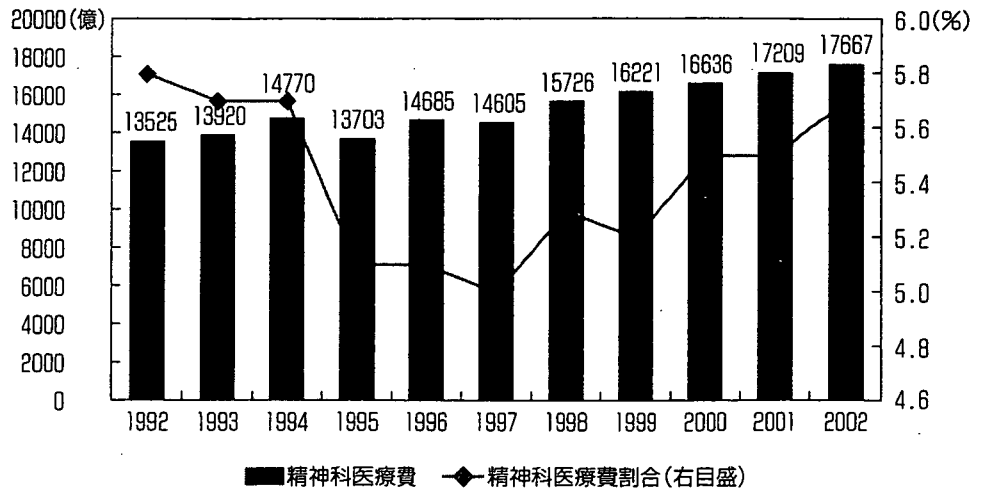
底（五％）を打ちその後微増していること、その理由は主に外来医療費の増加、とくに一五～四四歳の年代の外来医療費の増加であること示した。一九九〇年代は、精神科外来医療が進展した年代であった。その背景には、国民が気軽に「メンタルヘルス・クリニック」を受診するようになったこと、精神科・神経科診療所が増加したことがある。デイケアと組み合わせると経営的に成り立つために、多くの精神科医が病院を退職して精神科診療所・クリニックを開業した。

外来医療の進展を含む社会の変化により、精神科入院医療へのニーズも変化してきた。入院ニーズは、①これまでの歴史的な経緯のために長期在院となってしまった群（Old Long Stay Patient）と、②これからも初発患者の中にある一定割合で出てくる在院が長期化する可能性

がある群（New Long Stay Patient）、および③短期で入院を繰り返す多様なニーズのある群、への分類を提案してきた。それぞれの群に必要な施策は、①社会復帰施設の充実と生活の質（QOL）向上施策、②濃厚な地域ケアの充実、および③多様なニーズに対応した急性期医療の充実、であることを論じた。

### (2) 精神科救急・急性期医療の進展

今回本論の依頼を受け、改めて分析してみると、おおむね四年前に指摘した方向に進んでいたが、あわせて興味深い新しい傾向が見出された。まず、図1に示すとおり、国民医療費に占める精神科医療費の割合の着実な増加が確認できた。二〇〇二年の精神科医療費は一兆七六七億円で、全医療費の五・七％であった。新たな診療報酬の取得状況の動向から考えると、こ



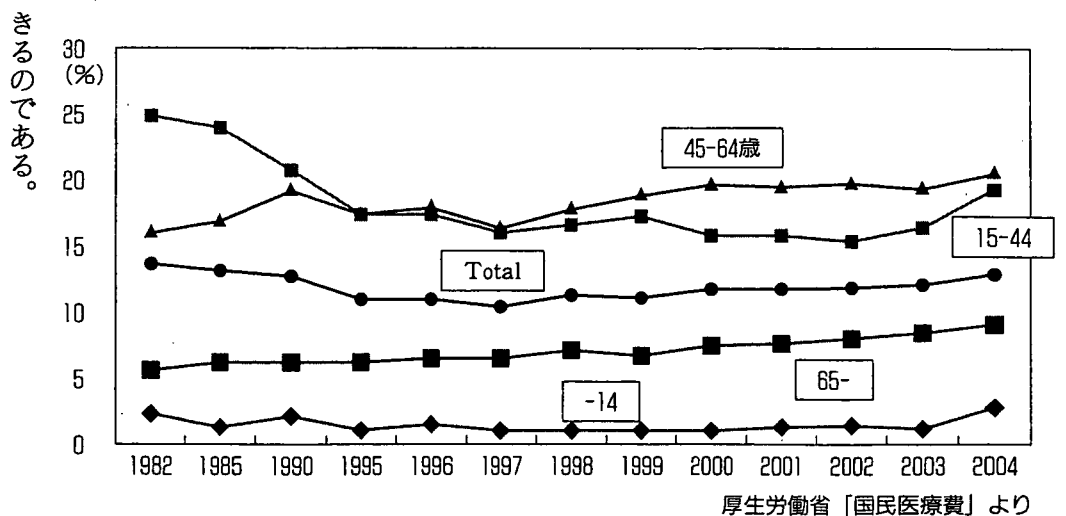
厚生労働省「わが国の精神保健福祉」より

図1 国民医療費に占める精神科医療費の割合

の傾向は大きな診療報酬改定がなかった二〇〇五年度までは少なくとも続いていると考えられる。一方で、各年代層の医療費の割合を分析すると、新たな傾向が明らかになった。二〇〇二年頃まで低下傾向にあった一五〜四四歳の全入院

医療費に占める精神科医療費の割合が、その後増加に転じていることである。図2に示す通り、二〇〇四年ではこの年代層の全入院医療費は一九％であり、長期在院者の割合が多い四五〜六四歳の割合（二〇％）に肉迫しつつある。図2には、一四歳以下の年齢層でも、増加傾向が見られており、四四歳以下の年齢層における全入院費の中で、精神科入院医療費の割合が増加する傾向が明らかである。先に分類した、②のNew Long Stay Patientの患者数は、現在では限られていることから、今回見られた増加は、③の「新しい患者層」が精神科急性期入院医療費を利用したことによる影響と考えられる。

精神科急性期入院医療の進展は、保険医療機関における診療内容に対する公定価格である「診療報酬」において、急性期医療をあくく評価してきたことによる。一九九六年に創設された「精神科急性期治療病棟」や二〇〇二年に創設された「精神科救急入院病棟」は、入院期間を三カ月以内にするのを病院側に求めて高い診療報酬を設定している。とくに後者の救急入院料病棟は、低く設定されてきた精神科入院医療の中で、一般医療と肩を並べる水準の診療報酬となっている。一九九〇年代の外来医療の進展に続き、二〇〇〇年初頭は、精神科救急・急性期入院医療が広がった年代ということが



厚生労働省「国民医療費」より

図2 精神および行動の障害に関する医療費の総医療費に占める割合（入院）

(3) 医療費問題・国民ニーズに合った精神科医療 外来医療と救急・急性期医療の充実、国際的にみても精神保健医療が進む方向であり、その着実な進展をこれからも期待したい。しか

し、このような医療費構造の変化は、さまざまな点でひずみを生み出していることを、あわせて認識する必要がある。

第一に、①の Old Long Stay の患者層の入院医療費も増加していることである。この群の主要な年代は六〇歳前後であり、図 2 に示すように四五〜六四歳の精神科医療費割合は増加している。また六五歳以上の高齢者、とくに認知症を有する患者も精神科入院医療の中で増加してきている。すなわち精神科入院医療費の増加は、「これからの患者層」の急性期医療の増加と、Old Long Stay の患者層の入院医療費の増加、という二つの側面が併存しており、問題を複雑にしている。

政府は、Old Long Stay 患者を、本人の意向を尊重しながら、病院から地域への生活へ移行させる政策を推進している。長期入院患者の地域移行政策（脱施設化と呼ばれることもある）は、先進諸国ではすでに完了しているもので、わが国でも必須で強力に推進すべき政策である。とくに二〇〇四年に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（精神保健福祉対策本部）（<http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf>）それに続く「今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」（<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/10/s1012-4c.html>）において、その政策の方向性が示され、診療報

酬改定や障害者自立支援法および介護保険法においても、その趣旨が反映されつつある。

この政策は、長期入院医療費の抑制と地域精神保健医療福祉費用の充実という医療費の配分バランスの変化とセットになっているため、精神科の入院医療費の増加に素朴に疑問を感じる政策担当者や関係者も少なくない。総医療費を抑制しようというインセンティブが強く働いている今日、「これからの患者層」の急性期医療費の増加と、Old Long Stay の患者層の入院医療費の抑制という二つの側面を、関係者は理解する必要がある。

第二は、精神科医の偏在の問題である。診療所を開業する精神科医が増加し、精神科医療へのアクセスは格段に改善してきたことは、一方で大学病院や病院で精神科医療を担う精神科医の減少を招いている。医師の臨床研修制度の導入によって、新人医師は大学病院ではなく地域の医療機関での研修を望むようになった。これまで医師を地域の医療機関に派遣してきた大学医局における、卒業生の関連医療機関への派遣機能が希薄になってきたのである。また、入院医療、とくに急性期入院医療には当直があり、また患者の状態が不安定であるため、いつも病棟へ指示できる生活を余儀なくされる。一方、診療時間が日中のみの診療所は少なくなく、高収入が得られる。大学病院や急性期入院医療に

従事する医師が、家庭で「お父さんいつ開業するの？」と妻子に問われることも少なくない。その結果、患者より先に精神科医が診療所へ「地域移行」して、入院医療の担い手が少なくなってきたのである。精神科医の病棟での忙しさが経済的にも報われる仕組みをつくる必要がある。

第三の問題点は、医療保険のカバーする範囲である。世界にまれにみる医療へのアクセスのよさを誇るわが国の医療保険制度は、今後も維持していく必要がある。すでに PET 検査や人間ドックなどの健康診断を、保険を使わず自由診療で受けている者は少なくない。今後どこまでの医療サービスを保険でまかなうかについては、議論していく必要がある。

### 精神障害予防

#### (1) 精神障害予防という新しい考え方

精神障害の予防については、統合失調症の早期診断・早期治療を進めようという国際的に新しい考え方が出てきた。この考え方のベースにあるのは、統合失調症を早期に診断して治療をすると予後がよいという研究成果に基づく。統合失調症の発症から治療開始までの期間を短くすることは、再発を抑制するために効果的であるばかりか、再発のときの医療費を抑えられる



ことになる。オーストラリアのビクトリア州ではこの治療戦略を州政府が支援して一定の成果をあげたため、英国も一九九九年以降の医療政策に反映させ、精神疾患早期の訪問治療チームによる相談や診断・治療を開始している。

統合失調症の早期診断・早期治療は、治療者の前に浮かび上がってきた事例から始めるという考え方が、どちらかというところまでの主流であった。専門家は治療の必要性は認識しているものの、自傷他害のおそれがあるか家族が治療の必要性を認識しているかでない限り、精神的診断・治療をすること自体が課題であると考えてきたのである。

しかし、岡崎祐士(二〇〇六)が指摘する通り、ビクトリア州や英国での統合失調症の早期診断・早期治療の基本的な考え方は、一〇歳台前半で精神症状を体験した子どもへ必要な相談や支援を行うことよって、病気の発症や病状の軽減ができる、というものである。もちろん多くは一過性で、対象となるすべての子どもが精神障害を発症するわけではないが、児童のときにこのような症状の理解を深め、対処方法を獲得することは、その後の長い人生において、多くの選択肢を与えることができるという前提があると考えられる。この考え方は、次に論じるように、生活習慣病予防と同じように精神障害予防を進めることを意味している。

## (2) 精神障害予防の意味

そもそも、わが国の精神保健医療政策は、あまりに精神障害者対策に重点が置かれすぎてきたのかもしれない。これまで精神障害者対策は、精神障害者に対して適切な医療・保護の機会を提供するという観点から講じられてきた。大切な施策であることに間違いはないが、その中に「予防」という視点は強くなかったように思われる。

その背景には、精神科医療の専門家の前に浮かび上がってこない事例はそつとしておこうという意識が、専門家の中に働いてきたからかもしれない。この点は、「事例性」と「疾病性」という二次元で考えると理解しやすい。事例性と疾病性の有無によつて四つに分類すると、精神科医療は、事例として浮かび上がってきた精神障害のグループ(事例性あり・疾病性あり)を対象としてきた。一方で、事例として浮かび上がってこない精神障害(事例性なし・疾病性あり)へのかかわりを、躊躇してきたのである。

その理由は、治療を受ける動機が本人・家族に希薄であること、医療を受けることの本人・家族にとつての意味や影響が予測できないこと、そして医療を受けたことによる効果が不明確であること、などが考えられる。精神障害にまつわる偏見にさらさないために、本人の動機が明確になるまで待ったほうがよいのではない

か、と考える傾向があるのかもしれない。

近年精神障害予防の効果が明らかになりつつあることは、以上の姿勢を検討し直す必要性を示している。専門家は、精神障害の早期診断・早期治療は効果があるというメッセージを、国民に明確に示すことが求められる。そのメッセージをどのように受け止め、判断し、行動するかは、本人や家族の自由であるものの、事例として浮かび上がっていないグループにも、これらを明確に伝える役割が専門家にはあるということ、精神障害予防という考え方は提起している。

## 医療費適正化と精神障害予防

精神障害の予防は、「予防」という観点のみならず、診断・治療の費用を抑制するという観点からも、推進が期待されている活動である。慢性疾患が増加している今日、保健医療は国際的にも予防に関心が向けられている。米国の保険会社では、被保険者の健康増進活動を援助するところも出ているが、これには治療費より健康増進活動支援の費用のほうが安価になるという判断が背景にある。英国において早期支援・早期治療サービスへ重点的に資金が投入された背景には、入院治療や重度精神障害者への地域ケアのコストの問題があるといわれている。

# こころの科学 129

HUMAN MIND September 9・2006

■好評発売中 定価1200円(税込)

[特別企画]

## PTSD ストレスとこころ

加藤進昌 / 編

### ●ストレスとPTSD

ストレスとPTSD	加藤進昌
ストレスと脳	加藤忠史
トラウマについての断想	中井久夫
PTSDと解離	柴山雅俊
PTSDと悪夢	
一夢の「エピソード記憶化」現象について	前田正治・土生川光成

PTSDの生物学—脳画像を中心に	笠井清登・山末英典
------------------	-----------

PTSDの治療法	飛鳥井望
PTSD診断と法律	
—他の医学領域の疾患の診断と比較して	岡田幸之

### ●さまざまなPTSD

自然災害とPTSD	加藤 寛
交通事故とPTSD	松岡 豊・西 大輔
暴力被害の体験とPTSD	小西聖子
子どものトラウマ	
—その特徴と新しい治療的試み (EMDR)	伊東ゆたか
がんとPTSD	松岡 豊・大園秀一
PTSDと人格障害	岡野憲一郎

●巻頭に——文化の地図 青木省三

●論説 塚田真紀子  
研修医の「うつ」を救えるか

●新連載 井原 裕  
都市型臨床の時代

●連載 野村総一郎  
うつ病の真実  
学び方の違う子どもたち  
タイムマシン心理療法  
黒沢幸子

●ほんとの対話

●こころの現場から 鈴木彰典  
宿泊学習(養護学校) 山際敏和  
トオル(小学校)

 日本評論社

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

たしかに、わが国での入院治療は一日一〜三万円である。二〇歳で発病して七〇歳まで長期入院となると、「一人あたり」二〜五億円の医療費が必要である。単純に考えても、もし早期支援・早期治療サービスで「たった一人」の入院期間が半分減るだけで、一〜二・五億円を予防活動や地域ケア費用として投じることができると。地域ケアは集団への医療費削減効果が期待できるため、精神障害予防は医療費適正化に寄与する。

ただし、精神障害予防に効果的な具体的プログラムを開発する必要がある。どのような方法が、児童への早期発見のアプローチとして適切なのか。精神病症状の体験をした時に、どこへ

相談すればよいのか、その時どのような支援をするのが効果的なのか。これらの疑問に回答できる仕組みを構築する必要がある。この特別企画における西田淳志の論考は、この疑問への回答の手がかりとなろう。「できるだけ早い治療の開始」と「治療中断の回避」の重要性から、若者がアクセスしやすい環境と訪問型治療を軸とする治療体制の整備のモデルを作り、それをどう普及させていくかが問われているといえよう。

現代は核家族化が進み、生活上の対処技能を子どもへ教えるという家庭の機能が低下しつつある。本来は家庭で獲得する対処技能を、学校で集団活動を通じて学ぶことも多く、さらには

仕事を通じて職場で身につけることも少なくない。これらの生活上の対処技能を習得するという機会を、さまざまな公的・民間サービスが提供する必要がある。

精神障害予防が現実的になりつつある今日、精神障害予防プログラムを、対処技能を獲得するひとつの機会として広く位置づけることが考えられる。国民の理解を得るために、幅広い対象に対してやわらかいメッセージを伝えることからはじめ、参加も任意である仕組みの構築が求められるであろう。このような精神障害予防は、国民の福祉の向上につながる最も効果的で長期的な施策といえるのではないだろうか。

(いとう・ひろと / 精神保健政策・管理学)

# 英国の精神保健 スタンダード&マニュアル(抜粋)

はじめに

近年、英国政府・保健省は、精神保健サービスの国家的改革に向けて、基礎となる緻密な計画策定とその試験的实施、およびその成果に基づく新たなサービスの全国的普及に着手してきた。その改革の焦点の一つとして、二〇〇四年末までに英国全土で五〇の精神病早期介入サービスの設置が目標として掲げられてきたが、同時期までにそれを上まわる一二〇以上の精神病早期介入サービスが設立され、今日では約一五〇前後の早期介入チームが活動を展開している。

今日までにオーストラリア・メルボルンなどをはじめとし、欧米やアジア諸国においても精神病早期介入サービスの実践に着手し、すでに成果をあげている地域は多くあるが、短期間に全国規模でこれほど急激に精神病早期介入サービスの普及に成功したのは英国のみである。

本稿では、英国の精神病早期介入サービスの国家的導入とその普及にいたる背景について、若干の説明を加えた後、その普及に大きく寄与した英国保健省作成の精神保健政策実践ガイド(Mental Health Policy Implementation Guide: 略称PIG)と、保健省・精神保健局・早期介入作業部会が昨今、作成し配布した早期介入サービスのためのツールキットの一部を抜粋紹介する。

## 英国における精神病早期介入サービスの普及の流れ

英国では一九九四年にバーミンガムのバーチウッド(Birchwood, M)を中心とするグループがIRIS (Initiative to Reduce the Impact of Schizophrenia)という先駆的な早期介入サービスの設立した。彼らは早期介入サービスの実践を展開するとともにその有効性に関する知見

三重大学大学院医学系研究科精神病態学分野  
西田淳志  
東京都立松沢病院  
針間博彦  
同志社大学大学院社会学研究科  
石倉習子

を多く蓄積し、早期介入サービスに関する情報を全国的に広めていくことに努めた(表1)。この間、破綻しかけた医療制度の立て直しを唱えたブレア政権が一九九七年に誕生し、一九九九年には今後一〇年間の精神保健サービスの改革の方向性を示した『精神保健に関するナショナル・サービス・フレームワーク』が発表された。その翌年の二〇〇〇年には、その後三年間の医療保健政策の全般的ビジョンを示したNHSプランが発表され、精神病早期介入サービスの開始・普及に巨額な追加資金(約六〇〇億円)を投資することが決定された。その際、二〇〇四年までに英国全土で五〇の早期介入チームの設立を目標として掲げたが、その期限までにそれを上まわる一二〇の早期介入チームが設立されている。

この劇的な早期介入サービスの普及成功の背

景には、それを誘導する診療報酬制度や医療評価基準の改定だけでなく、各地域でサービスを提供するスタッフが新たな精神保健サービスの導入に際し、参考にできる高質な実践ガイドであるPIGが二〇〇一年に保健省によって配布されたことが大きい。この実践ガイドは、早期介入サービスをはじめとする今後重要となる精神科臨床サービスの設立・展開の方法の詳細について、膨大なエビデンスに基づいてわかりやすく解説している。またPIGは、その前年の二〇〇〇年に英国最大の当事者団体リシンク(Rethink)が行った大規模なニーズ調査の結果も踏まえて作成されている。

また、昨年バーミンガムにて行われた第三回

表1 英国における精神病早期介入の展開と流れ

1986年	The UK Northwick Park Study
1994年	IRISの設立
1999年	今後10年間の精神保健改革ビジョンの発表(NSF)
2000年	NHSプランの発表
2000年	RETHINK Reaching People Early
2001年	精神保健政策実践ガイドの配布
2004年	120以上の早期介入サービスの設立達成
2006年	第3回英国精神病早期介入サービス全国会議 ツールキットの配布

英国精神病早期介入サービス全国会議においては、早期介入サービス普及成功後の「サービスの質の維持と向上」が今後の重要課題とされ、保健省精神保健局・早期介入作業部会がIRISグループに依頼して共同作成したツールキットが配布された。

以上で紹介した近年の英国における精神保健サービスの改革、およびそれにもなう早期介入の導入に関連する保健省の報告書やガイドラインなどの文書は、その内容の質・量ともに非常に優れており、今後のわが国の精神保健制度を考えるうえで一読する価値が十分にある。すでに、日本リハビリテーション学会によって、一九九九年以降の英国精神保健改革の中間報告書(「精神保健に関するナショナル・サービス・フレームワーク」五年の経過「二〇〇四年)が翻訳・出版されている。

本稿では、以上で紹介したPIG、ならびにツールキットの一部を抜粋紹介する。

### 英国保健省 精神保健政策実践ガイド

英国保健省の精神保健政策実践ガイド(PIG)は二〇〇一年に発表された、全一二〇頁におよぶ資料である。

## 1 目次

- 2 はじめに
- 3 (各論1) 危機的状況に対する介入サービス
- 4 (各論2) 包括的地域訪問型サービス
- 5 (各論3) 早期介入サービス
- 6 (各論4) プライマリケアにおける精神保健機能
- 7 (各論5) 精神保健促進の展開
- 8 (総論1) 地域のニーズに適したサービスを展開するために
- 9 (総論2) 精神医療システム全体の改革を達成するために
- (2) 序文(一部抜粋)
  - ・現在、英国精神保健サービスは挑戦的な時代を迎えており、地域に根ざしたサービス提供や利用者の回復を助ける効果的なプログラムの開発と普及が求められている。
  - ・この実践ガイドは、政府の指示ではなく、地域の実情に合わせてさらに議論される際の基礎的資料として、一定の指針を提案したものである。
  - ・このガイドは(サービスの量や質に関する)地域間格差や施設間格差を解消するためのシステムの発展に向けて、既存のシステムの課題修正を重視している。
- (3) はじめに(一部抜粋)
  - ① システム全体の改革(Whole system change)
    - ・精神保健サービスの抜本的改革にむけて、