

表2 早期介入サービスのサービス内容

全 般	
精神病についての理解促進・スティグマの軽減	・プライマリケア、教育機関、福祉サービス等関連機関への教育プログラム
アセスメント	
早期発見	・GP（一般医）や関連機関への研修プログラムと指針文書が必要
評 価	・ケアコーディネーターによる客観的方法（評価尺度）による評価
包括的ケアプランの作成	・ケアプランを評価から1週間以内に作成し、3ヵ月後に再検討する。少なくとも6ヵ月ごとに更新する。
介 入	
早期かつ継続した関与	・各利用者にケアコーディネーターを割り当てる ・「フォローできない」利用者がいないよう、AO（地域訪問型）アプローチを使った継続的な関与
薬物療法	・低用量あるいは非定型の抗精神病薬を第一選択とし、必要に応じて気分安定薬や抗うつ薬を併用する ・スタッフと利用者は標準的な副作用モニタリングツールを定期的に通じる
心理療法	・必要に応じて認知行動療法を用いる ・心理教育
家族やケア者に参加してもらい、また支援を与える	・家族やケア者にできるだけ早期に評価と治療の過程に参加してもらう ・心理教育、家族療法、支援 ・最低月1回は連絡を取る
日常生活の基本的な事柄に対応する	・ケアプランは、日常生活のあらゆる側面に対応すること
学業・職業に関する支援	・必要ならば職業的評価を紹介の3ヵ月以内に行う ・就労支援の専門サービスとの連携
併存疾患の治療	・物質乱用、抑うつ/自殺念慮、不安性障害といった併存疾患について定期的に評価する
再発予防プラン	・各利用者の早期警告徴候プランを作成しておく
危機介入プラン	・急性期治療が必要な場合、早期介入チームと危機介入チームが合同で評価し、治療環境を決定する
入院および休息ケア	・可能であれば入院を避け、community hostelやcluster home、デイケア等を利用する ・入院が必要な場合 ▽年齢・性別・文化に応じた別の入院環境 ▽できるだけ早期に制限の少ない環境へ移すことのできるよう、定期的に入院スタッフと早期介入スタッフが合同で検討する ▽EIチームは積極的に退院計画にかかわる
定期的な再検討	・ケアの有効性をチームで定期的に再検討する ・必要に応じて第二、第三選択の薬物やさまざまな心理療法を検討する
退 院	・安定している場合、プライマリケアへ紹介する ・安定せずAOの基準を満たす場合、AOチームに紹介する ・安定しているがプライマリケアの能力に懸念がある場合、外来でフォローする ・3年以内に転居した場合、次の地域でのケアが確立するまで早期介入チームがケアを続ける

地域の保健・福祉サービスは二〇〇一年から二〇〇二年の二年間に効率よく準備し、次の二年間で実施する新しいサービスモデルを策定しなければならない。

このような変革へむけた包括的な取り組みは、一つの団体や専門職で達成できるものではない。またそれぞれのサービスは、お互いの機能や環境についてよく理解し合

い、有機的に連携し、相互に機能を補完する必要がある。それゆえ新しいサービスを提供するための改革にむけて、一部のサービスが変わるだけでなく、精神保健システム全体の変革が求められるのである。

個々のサービスを統合するだけでなく、新しいサービスの提供を可能とするための基礎システムや戦略（財務管理や労働力開発

など）を整備することも不可欠である。

②実践ガイドの形式

この実践ガイドの目的は、地方における各種サービスに変化をもたらすことであり、地方における精神保健サービスにおいて、現在何が求められているかを明らかにすることを意図して作成されている。

この指針は、まず、(i)新しい三つのサービ

モデルについての詳細（危機的状況の解決、包括的アウトリーチ、早期介入）について説明した後、(ii)プライマリケアにおける精神保健政策、および、精神保健促進の枠組みの概要について述べている。それぞれの章は、サービスの対象、サービスの目的、サービス内容、他サービスと連携方法、運営上の手続、参考文献、の順に沿って記述されている。さらに(iii)サービスモデルを各地域のニーズに合わせるための方法を明らかにし、(iv)基礎となるシステムや戦略について説明している。

(4) 第5章 早期介入 (Early Intervention) : 以下 E-I サービス (一部抜粋)

① 5-1 サービスの対象

一四〜三五歳で最初の精神病症状出現から三年以内の者。

② 5-2 サービスの目的

- ・ 早期に治療を開始することによって、主要な問題を予防し、長期予後を改善し、回復の見込みを改善する。
- ・ ステイグマを軽減し、精神病症状の早期評価の必要性に関する専門家および一般人の知識を高める。
- ・ 若者が診断も治療もされない期間を短縮する。
- ・ サービス利用者の生活を安定化させ、自己実現のための機会を提供する。

・ ケアの原則は、(i)文化、年齢、ジェンダーに対応する、(ii)家族と一緒に行うサービス (Family oriented)、(iii)包括的アウトリーチの原則に基づく継続的なかかわり、(iv)最も制限が少なく、最もステイグマを与えない環境での治療、(v)診断をつけるよりも症状に対処することに焦点をおく、である。

③ 5-3 サービス内容 (表2)

④ 5-4 サービスの管理と運営の手続き

・ E-I サービスは、

精神病早期の人々へのマネジメント責任を明確にもつ専門職チームによって提供される。

- ・ 担当件数・理想的には各E-Iサービスが一年間に新規一五〇件、合計四五〇件を取り扱う (各サービスは約一〇〇万人の住民に対応すると想定されている)。一つのサービスを三つか四つのチームに分け、それぞれのチームが一年間

に三〇〜五〇件、合計二二〇〜二五〇件を取り扱う。

⑤ 5-5 スタッフの配置 (表3)

・ 活動時間…週七日の八時〜二〇時まで。ただし時間外にもE-Iチームもしくは他サービスのスタッフが電話で対応できる体制を確立しておく。時間外に訪問治療は行わないが、緊急の対応が必要な場合は危機介入チームが訪問する。

表3 120〜150のケースを取り扱うチームに必要なスタッフと技術

ケアコーディネーター	・10人 (サービス利用者とかケアコーディネーターの割合は最大15:1) ・すべての支援がチーム内で提供されるために、精神科看護師、認定ソーシャルワーカー、OT、心理士が適切にミックスされる
精神科医 (成人の精神保健)	成人精神科医長0.5人 通常の精神科医1.0人
精神科医 (児童・思春期精神保健サービス)	児童・思春期精神保健サービス医長0.1人
専門技術 (成人用) ・チーム内で専門技術が利用可能 ・早期介入を提供する‘非専門家’にとって必要な外部からの監督、支援、訓練	OT/OTの技術 心理士/心理学的技術 認定ソーシャルワーカー/社会サービスとの密な連携、十分な評価を行いサービスを活性化させる能力
専門職の技術 (児童・思春期精神保健サービス)	児童・思春期精神保健サービスを専門とする臨床心理士0.2人
サポート・ワーカー ・医療や社会保障の実務経験あるいは適切な人生経験を有する人、あるいは自身が精神保健問題/治療の経験を有する人	サポート・ワーカーの数は各チームによって決定され、地域住民の人口統計を反映する
プログラムサポート	管理アシスタント1人 IT、調査、評価に関する支援が必要なこともある

- ・利用者の年齢に適した地域休息ケアへのアクセスが容易である。具体的には、(i)二歳以上の成人用の休息ベッド(他の精神保健施設とは別になっているもの)、(ii)若者のベッド(一六歳～二二歳)、(iii)地域の病棟内の思春期用ベッド、と分けられている。

- ・スタッフへのトレーニングサービスが不可欠。前記のサービス内容すべてに關してのトレーニング、薬物治療(保管、処方、法的问题、副作用マネジメント、一六歳以下への処方)、精神保健法の適応および入院に代わる治療方法、児童法の理解、利用者および家族が受ける利点、自殺予防、などについて精通している必要がある。

- ・利用者に提供されるべき情報・サービスについての説明、ケアコーディネーターやスタッフの名前と連絡先、時間外の連絡先、ケアプランや処方薬について、サービスに對する意見の伝え方などが提供されるべきである。

EPDの評価ツールキット

(1) 早期精神病宣言とは

「早期精神病宣言(Early Psychosis Declaration EPD)」とは、二〇〇四年にIRISが発表した、早期精神病を有する人とその家族が期待

<p>III 回復と普通の生活への復帰を促進する</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・一部の学校、職場、余暇活動における精神保健プログラムが始まっている ・ボランティア団体が積極的にクライアントにかかわっている 	<ul style="list-style-type: none"> ・一部の学校、職場、余暇活動における精神保健プログラムが十分確立されている ・物質乱用と精神病の治療プログラムが連携している 	<ul style="list-style-type: none"> ・非自発的な治療・入院の率がモニターされ、可能な場合は地域社会の中で医療・治療が提供され、人種や背景に左右されない ・クライアントの満足度、雇用率、学業成績、住居確保を調査することにより就労、学業、余暇活動への支援を示す、若者に優しい統合プログラム ・人種や背景にかかわらずクライアントの自殺を減少させることが戦略的目標である ・早期精神病と物質乱用問題を合併した人に対する医療・治療の統合プログラムが、同じサービスシステム内で提供されている
<p>IV 実務家に学習を提供する</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・プライマリケアの実務家は理解トレーニングを通じて、精神病を有する若者には独自の精神保健問題・ニーズがあることを認識している ・精神科医と看護師に対し、早期精神病の医療・治療に関する理解トレーニングを行う 	<ul style="list-style-type: none"> ・専門の精神保健実務家は早期精神病を有する若者の発見・医療・治療に關する専門トレーニングを受けている ・専門の精神保健実務家は若者の精神病性障害の早期発見・医療・治療に關して高度な技術と知識をもっている 	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病を有する若者とその家族の発見・医療・治療は、すべてのプライマリケア(かかりつけ医)・社会保障実務家のトレーニングカリキュラムの必須部分になっている ・精神病理解のトレーニングが、教師、若者ワーカー・福祉ワーカー、警察、司法サービス、他の関連する地域共同体の団体に対して行われている
<p>V 家族の関与と家族支援</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病を有する若者、家族、主要な援助者のための自助グループの形成をサポートする ・NGOや精神保健行動計画に資金援助する 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族や主要な援助者が早期精神病に關する支援と情報にアクセスする手助けをするパイロット行動計画 ・サービスと方針決定に地域社会、消費者、家族の代表が参加している 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族と主要な援助者は、そのニーズに適した有効なサービスと、必要に応じて代理人へのアクセスを受ける。サービスは、家族と親しい友人に早期に關与することの有効性と、家族が治療上のパートナーとして尊重されていると感じているかを、体系的に示す。

すべき医療の水準に関するコンセンサスである
 「ニューキャッスル (Newcastle) 早期精神病宣言」を、二〇〇四年にWHOと国際早期精神病学会 (IEPA) が国際宣言として修正し合同で発表したものである。この宣言には、早期精神病を有する若者への早期介入と回復促進のために必要な最低限の戦略的行動が示されている。

(2) EPD自己評価ツールキット

これはとくに各地域の早期介入チームを対象に、EPDに示された行動プログラムを各地域で実践するための実際的方法を示すものである。五つの目標を達成するための、地域の資源レベルに応じた具体的行動を示し、各チームが現在の目標達成度や今度達成するために必要なプランを記入できるチェックリストになっている。ここでは資源レベルごとの具体的行動目標を紹介しよう(表4)。

(3) ツールキット付属のCD-ROM「精神病早期介入・トレーニングと資料」

前記ツールキットにはCD-ROMが付属しており、専門家および非専門家に対する教育プログラムである「早期介入トレーニング・パッケージ」、専門家のための「IRIS臨床ガイドライン」、家族のための「情報パック」などのファイルが収録されている。

①早期介入トレーニング・パッケージ

これは早期介入チームが関連する専門家・非専門家に対して、早期精神病およびそれに対す

表4 EPD自己評価ツールキットの項目

	低い資源レベル	中間の資源レベル	高い資源レベル
I 地域社会の理解を高める	<ul style="list-style-type: none"> ボランティア団体が精神疾患に関する公共教育を行うよう支援されている 精神疾患が若者に与える影響について、たとえば公共のキャンペーンを通じて理解を高める 	<ul style="list-style-type: none"> 若者をターゲットにした、精神疾患に対するステイグマと差別を減少させる文化的に適切な(若者、人種、性別)キャンペーンを行う 	<ul style="list-style-type: none"> 早期精神病を発見し援助を求める方法について理解を高める公共キャンペーンを実施する 根拠に基づく精神保健推進および早期介入プログラムを他の協力団体と共同して実施する 早期精神病の発見と治療に関する理解を高める公共キャンペーンを実施する 教師、若者・福祉ワーカー、警察、司法サービス、他の関連する地域社会団体に対し、精神病理解のためのトレーニングを行う
II アクセスとかわり方を改善する	<ul style="list-style-type: none"> プライマリケア従事者は早期精神病を発見し治療を開始することができる 低用量の非定型抗精神病薬および他の関連する薬物療法が利用可能であり、すべての医療環境において早期精神病的若者に定期的に提供されている 	<ul style="list-style-type: none"> 発見と治療を改善するために早期精神病を生じている人々の受診経路のパイロット調査を行う 包括的な医療・治療を提供するためのパイロット精神保健プログラムを開始する 	<ul style="list-style-type: none"> 未治療精神病期間が定期的に調査され、プライマリケア・関連する地域社会団体・専門サービスの間で同意された紹介ガイドラインに基づいて統合的な受診経路が評価されている 認知行動療法が定期的に利用可能である 早期発見行動計画は、プライマリケアからの早期の紹介、専門家による評価、モニタリング、「危険な精神状態」(精神病を生じる危険が高い)にある人々に対する根拠に基づいた治療をサポートしている 低用量の非定型抗精神病薬が第一選択薬物として用いられている 精神保健モニタリングシステムは、未治療精神病期間、良好な回復転帰、保健・社会的観点からの有病率、死亡率(自殺を含む)、精神保健法の適用、文化的差異、コストと負担を定期的に調査している クライアントが早期介入にアクセスする特別なチャンネルがある

特集



早期精神障害—診断と治療—

統合失調症脳画像研究と早期診断

笠井清登

Key Words

Schizophrenia, at-risk mental state, high-risk, early diagnosis, neuroimaging

1 はじめに

精神病未治療期間 (duration of untreated psychosis) と予後の関連¹⁾や、初発統合失調症の病初期における進行性脳異常の存在²⁾がエビデンスとなりつつあり、統合失調症の前駆期における早期診断・介入に注目が集まっている。しかし、横断面の症候学のみでは、本当に前駆状態といえるのか、その個人が今後明らかな精神病症状を呈すると予測できるのかに不確実性がつきまとう。もし統合失調症前駆期の補助診断や精神病発病の予測に役立つ客観的な生物学的マーカーが存在すれば、介入をすべきかどうか、介入法の選択などの臨床判断に役立ち、統合失調症の一次予防に大きく資するであろう。本稿では、海外で先行している統合失調症ハイリスク者を対象とした前方視的研究で得られた神経画像知見についてレビューするとともに、わが国で同様な研究を行うにあたっての展望と問題点について言及する。

2 統合失調症ハイリスク者の神経画像研究

一般に統合失調症ハイリスク群の研究というと、第一度親族に統合失調症発病者を持つなど、統合失調症の遺伝的素因を持つ者と素因を持たない健常対照者との比較を行う横断的研究が数多く存在する。しかしこうした横断的研究では、統合失調症の素因指標を見いだすにとどまり、臨床に役立つ発病予測指標の同定は困難である。また、ハイリスク群同定の基準を遺伝的素因のみとすると、その後の発病率が低い、すなわち偽陽性率が高くなる可能性がある。したがって、メルボルン大学のグループなどによる前方視的デザインを含む研究では、偽陽性を最小にするよう状態因子として閾値下精神病症状、短期間欠性精神病症状、社会機能の低下など(のいずれか)を加味した「アットリスク精神状態」(At-Risk Mental State; ARMS)として精神病「超」ハイリスク(Ultra-High Risk; UHR)者を定義している³⁾。そこで本稿においても、上記のような状態因子を含むARMS者を対象としたものと、遺伝的素因に基づいて選定された

high genetic risk者を対象としたものに区別して、前方視的研究に限定してレビューする。なお、ハイリスク者の横断的神経画像研究を中心としたレビュー論文として、Fusar-Poliら²⁾、Keshavanら⁷⁾などがあるので、参照されたい。

1. ARMS(UHR)者の前方視的神経画像研究

ARMS(UHR)者を対象とした前方視的神経画像研究は、メルボルン大学のグループによる一連の構造MRI研究が現時点ではほぼすべてとあってよい。Phillipsら¹³⁾は、UHR者を対象として海馬体積を計測した。UHR 60名のうち、1年間の経過で精神病を発病した者(UHR-P)は20名(33%)であった。UHR-P群は、発病しなかったUHR群(UHR-NP)に比べて、ベースライン測定時の左海馬体積が大きかった。すなわち、UHR者において左海馬体積が大きいことが、後の精神病発病を予測するマーカーとなりうることが示唆された。しかしその後Velakoulisら¹⁴⁾はNを増やしてUHR者135名に対して海馬・扁桃体体積の計測を行ったが、UHR-P群(N=39)とUHR-NP群(N=96)の間に海馬・扁桃体体積の有意差を認めなかった。Yucelら¹⁶⁾は、UHR男性63名を対象として前部帯状皮質の脳溝パターン(傍帯状溝、帯状溝の中断の存在)を検討した。その結果、UHR群全体としては、健常対照群に比べて左傍帯状溝の存在率が少なく、左帯状溝の中断の存在率が多かった。しかしながら、UHR-P群(N=21)とUHR-NP群(N=42)の比較では、前部帯状皮質の脳溝パターンに有意な差を認めなかった。Garnerら³⁾は、94名のUHR者を対象にベースラインの下垂体体積を測定し、UHR-P群(N=31)はUHR-NP群より有意に下垂体体積が大きいことを見だし、精神病前駆期におけるHPA系の過活動を反映しているものと推論した。メルボルングループ以外からの唯一の報告は、Borgwardtら¹⁾によるARMS者(N=35)を対象としてVBMを用いた構造MRI研究である。2年の経過ののちに統合失調症を発病した者(N=12)は、そうでない者に比べて、右島回・下前頭回・上側頭回前部の灰

白質体積が有意に小さかった。

精神病を発病した者について、ARMSの時点と発病後で同一個人内のMRIを比較した唯一の検討が、やはりメルボルングループから報告されている。Pantelisら¹²⁾は、voxel-based morphometry(VBM)を用いて精神病発病前後におけるMRI体積の個人内比較を行った。まずベースラインにおけるUHR-P群(N=23)とUHR-NP群(N=52)の比較では、前者で右海馬・海馬傍回、右上側頭回・側頭極、右下前頭回・腹外側前頭前皮質・基底核、両側前・後部帯状回の灰白質体積が有意に小さかった。さらにUHR-P者(N=10)の同一個人内における縦断的検討の結果、発病する前に比べて、左海馬傍回・紡錘状回、左小脳、両側帯状回、左眼窩前頭皮質に進行性の灰白質体積減少を認めたが、UHR-NP者(N=11)の個人内進行性変化は、左小脳のみであった。

以上は構造MRIの知見であったが、他にメルボルングループから、核磁気共鳴スペクトロスコピー(MRS)を用いた予備的検討結果が発表されている。Woodら¹⁶⁾は、1H-MRSを用いて、UHR群(N=30)のベースライン時点における背外側前頭前皮質のNAA/Cr比、Cho/Cr比が健常対照者(N=21)より有意に上昇していることを見いだしたが、UHR-P群(N=6)とUHR-NP(N=24)の間でそれらの指標に有意な差はなかった。

2. 統合失調症high genetic risk者の前方視的神経画像研究

統合失調症high genetic risk者の前方視的神経画像研究をすでに論文発表しているのはエジンバラグループのみである。彼らのhigh risk者の定義は、第2度親族以内に少なくとも2名の統合失調症発病者を持つことである。Harrisら⁴⁾は、high genetic risk者(N=30)を対象に、MRIを用いて脳回形成パターン(Gyrification Index; GI)を計測したところ、のちに統合失調症を発病した者(N=16)はそうでない者に比べて右前頭前皮質のGIが有意に上昇していた。Jobら⁵⁾

はVBMを用いた研究で、high genetic risk者65名のうち、のちに統合失調症を発病した8名の個人内比較において、左下側頭回、左鉤、右小脳に進行性減少を認めている。McIntoshら⁹⁾は、high genetic risk者を対象とした検討で、catechol-o-methyltransferase(COMT)val158met多型のvalアレルを持つことが統合失調症の発病を有意に増加させることを示した。また、これらのハイリスク者全体で、valアレルを持つ個体は、前部帯状回の灰白質体積が小さく、認知負荷に対する外側前頭皮質・帯状回の過剰な活動がみられることを示した。また、Whalleyら¹⁰⁾はfMRIを用いた予備的検討で、ハイリスク者のうち統合失調症を発病した者(N=4)はそうでない者に比べ、ベースラインにおける認知負荷に対する頭頂葉の活動上昇、前部帯状回の活動減少を見いだした。

3 今後の展望と問題点

以上、精神病ARMS(UHR)者または統合失調症high genetic risk者における前方視的神経画像研究をレビューした。ベースラインにおける神経画像所見をのちに精神病発病した者と発病しなかった者で比較する横断的デザインの検討では、おおむね前・側頭皮質の構造・機能異常を認めているが、所見に不一致が大きく、神経画像がARMS者における発病予測のマーカーとして臨床応用されるためには、さらなる検討が必要である。一方、精神病を発病した同一個人内において、発病前後で神経画像所見を比較する縦断的デザインを用いた研究は、統合失調症の予防・早期介入に有用な知見をもたらすことが期待されるが、まだ研究数が少ないため、大規模な研究が複数の施設・国で行われることによって、所見の確立が待たれる。

こうした統合失調症ハイリスク者の前方視的神経画像研究は、わが国でも早急に取り組む必要があるが、そのためにはいくつかの留意点がある。第1に、ハイリスク者の同定法の確立で

ある。専門学会・研究班などが主導して、わが国の研究者が統一して用いることのできる、状態・遺伝的素因を組み合わせた診断基準を作成する必要がある。第2に、複数の施設で得られた所見を比較検討したり、多施設共同研究を可能とするために、画像機器・解析法の標準化が必要である。特に、VBMを応用したMRI体積導出ソフトウェアの開発、近赤外線スペクトロスコピー(NIRS)計測・解析法の標準化などが求められる。第3に、統合失調症ハイリスク者の年齢は、脳の正常発達途上である思春期・青年前期を含んでいるが、正常脳発達の個人差・ダイナミックな経年変化に関する基礎的な神経画像データが不足しているため、現時点ではハイリスク者個人の神経画像所見を臨床的判断に持ち込むことは不可能に近い。このため、こうした年代における大規模な神経画像データベースをわが国独自に作成する必要がある。第4に、統合失調症ハイリスク者を対象として研究・介入を行うこと自体に倫理的検討が必要なのはいうまでもないが、忘れてはならないのは神経画像の倫理的側面である¹⁰⁾。論文に発表される構造・機能画像所見は、複数被験者のデータの加算によって得られたものであり、個人に適用できるかどうかはわからないこと、こうした画像データは多くの二次的計算処理の結果得られたものであること、多くの画像研究は少数の被験者群を対象として得られた結果であり、他の研究で再現されるかどうかは確実ではないことなど、さまざまな限界がある。こうした限界を認識して真に個人の臨床的判断に資する神経画像法を開発する努力が必要であると同時に、医療従事者のみならず当事者や一般の人に対しても、神経画像法の持つ限界を正しく認識してもらう必要がある。

文献

- 1) Borgwardt SJ, Riecher-Rössler A, Dazzan P et al : Regional gray matter volume abnormalities in the at risk mental state. *Biol Psychiatry* (in press)
- 2) Fusar-Poli P, Perez J, Broome M et al :



早期介入を軸とする精神保健システムの改革

野 中 猛

Key Words

early intervention, psychosis, mental health system, innovation, prevention

1 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 (prodrome) 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 (first episode) 後の速やかな治療開始、④精神病発病後2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。

最新の研究動向では、いまだ早期介入の長期効果がRCTにおいて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。次章に述べるように、ここ数年続々と現れている研究は相当に知見を増やしており、いずれも早期介入を肯定的にとらえている。

本論では、先進諸国で唯一、精神病に対する早期介入活動の実践が始まっていないわが国において、この活動を実践する際に、障壁として直面しそうな社会的および制度的システムについて検討する。

2 背景となる研究動向

前駆症状研究は古く Sullivan や Cameron によって始められたが、第二次世界大戦で中座してしまった。戦後にエジンバラ high-risk 研究やメルボルン早期介入プログラムにて行われたものの、臨床活動には発展しなかった¹³⁾。

メルボルンの McGorry は、Gordon, Mrazek & Hggerty などを引用して、①一般人口に対する全般的予防、②リスクのある集団に対する選択的予防、③検査や診察によって特定し得るはっきりしたリスクのある個人を対象としたサブクリニカル水準の予防と整理し、当面の早期介入を③に位置づけた¹³⁾。

マンハイムの Häfner らはABC統合失調症研究によって、population-basedで、統合失調症スペクトラム障害による最初の精神病エピソード

ドを呈した232事例(12～59歳)を前方視的に追跡した。その結果、前駆症状期は平均4.8年(中央値2.33年)、初回の陽性症状から入院治療までに平均1.3年(中央値0.8年)を要した。そのうち18%は4週間以内の急性タイプで、15%は4週間から1年以内の亜急性タイプで、68%は1年以上の慢性タイプであり、陽性症状だけで発症した者は6.5%にすぎなかった⁹⁾。

その後も多くの研究が続き、前駆症状という最初の徴候から治療開始までをDuration of Untreated Illness(DUI)、精神症状発現から治療開始までをDuration of Untreated Psychosis(DUP)と呼ぶようになった。また、前駆症状と呼ぶのは後方視的な結果にすぎないので、McGorryらは「危険な精神状態」¹²⁾と呼んでいる。

精神病発症後についてもMcGorryは、Kraepelinの時代から、疾患発症から2、3年前後で機能障害も能力障害もプラトーに達するという見方で一致していると述べている¹³⁾。バーミンガムのBirchwoodら²⁾はこの時期を「臨界期」と名づけて、この間に「救出活動」を行い、その後も「維持活動」を続けることによって、治療抵抗性の減少が期待できると考えている。

疾病診断の安定性について、トロント大学のAddingtonらの最新報告¹⁾によると、最初のエピソード時における診断と1年後診断の一致率は、統合失調症に限ると前方視的に95%の高さになり、schizophreniformやその他の精神病状態などでは統合失調症への移行があつて、1年後の一致率は低く、統合失調症の後方視的な一致率は63%となる。

Häfnerら⁸⁾は、うつ病と不安障害と精神病エピソードとの連続的な関係を予想して、14～24歳の一般人3,021人を対象に3～5年追跡し、統合失調症スペクトラム群、うつ病群、健常群の各130例について、最初の入院時と半年後に構造的な評価を行っている。統合失調症スペクトラム群は、DUIがうつ病(7.3年)より短く(5.3年)、入院時の精神症状では、統合失調症群が、

「不安、神経質、うつ気分など」の順で、うつ病群が、「うつ気分、不眠や食欲不振、思考や注意集中の困難など」の順であった。結局、陽性症状が出現するまでは区別が付き難いことと、始まりではどちらも共通にうつ気分が目立っていたという。

早期介入を臨床的に実践し始めたのはメルボルンのEPPIC(早期精神病に対する予防と介入センター)(1992年)やバーミンガムのIRIS(統合失調症の被害を減ずるための先行機関)(1994年)である。介入内容は主に、①少量の抗精神病薬の投与、②本人に対するストレス対処能力指導や認知行動療法、③家族に対する心理教育的介入であり、トレーニングパック⁷⁾としてまとめられている。

その後も世界各国で、DUPを指標にした早期介入と臨床的予後の検討が精力的に行われた。半年から1年程度の短期的な予後では、Perkinsら¹⁶⁾のメタ分析(43研究)によると、DUPと陰性症状とは中等度の相関が認められている。ただし、RCTが難しいために、2006年のCochrane共同研究¹²⁾では7つの研究が取り上げられたものの、結論を出せないでいる。

臨床実践において、精神病に対する早期介入を展開することと、診断によって差別が生じる問題は最大のジレンマである。これに対する原則的な戦略についてHäfner⁸⁾は、前駆期の後半に精神病発症を予想できる評価能力を向上することと、総合的なリスク要因を追加して考慮することをあげている。メルボルンのYungら¹⁹⁾は、家族歴と現在の精神症状からUltra-High Risk(UHR)を4類型に分けて追跡した。At-Risk Mental States (ARMS)と呼んだこれらの対象は、9カ月後に40%が精神病を発現した。こうしたUHR群のうち治療を求める者(Numbers Needed to Treat; NNT)に対する介入研究も一定の有効性を示している。Häfnerらの統合失調症に関するドイツ研究ネットワークは、神経心理学的なテストと神経生物学的な検査を組み合わせた「多層的な早期発見セット」を用いている⁹⁾。

3 実践化の過程

政策化の過程ではイギリスが一步先んじている。ブレア政権の下で医療および福祉システムの改革が行われ、2000年のNHSプラン⁴⁾では、循環器疾患と悪性新生物に並んで精神疾患が重視された。この段階で、未治療期間を短縮する早期支援サービスが取りあげられ、向こう3年間で全国に50カ所の早期介入チームを創設するとした。他にも、積極的訪問チーム(AO=いわゆるACT) 220カ所、危機解決・在宅処遇チーム(CRHT) 335カ所も同時に予定された。先立つ1999年に精神保健全般に関する国家的な戦略をナショナルサービスフレームワーク(NSF)³⁾として発表しており、NHSプランは、そこで設定され方針の数値目標である。さらに2001年には精神保健政策実践ガイド⁵⁾が出され、地域格差や施設間格差のないサービスが実現できるように政策的に整備された。2004年にはNSFの中間報告⁶⁾が出版され、早期介入チームの実績は41カ所となっているが、その年度末には120カ所へと増加し、設置予定を大幅に満たす結果になっている。サービスを提供するNHSトラストの立場とすると、入院やデイサービスに対する予算が削減されており、こうした新たなサービスを展開しないと運営できないという事態も背景にある。

イギリスの国家政策として早期介入が導入された要因について、石倉¹⁰⁾は、①ブレア政権の医療改革、②早くからの先駆的実践研究に加えて、③当事者団体Rethink(以前はNational Schizophrenia Fellowshipと称した)の貢献をあげている。Rethinkは、IRISと共同してユーザー調査を行い、イギリスにおけるDUPが約18カ月と長期になっているのを指摘し、各機関の連携が不十分なことや既存機関のサービスが不備であることを訴えた。

Rethinkは2002年に、精神疾患のさまざまな段階にあるすべての人々が適切なサービスを得

られるように、キャンペーン“Reaching People Early”を組んでいる^{17,18)}。スローガンは、“get the right help to people at the right time”であり、回復を目指す一連の過程を、“smooth help-seeking journey”と表現した。これを妨げる障壁として次の8項目をあげている。

①精神疾患と精神保健に関する一般の人々の理解が低い。利用者の27%が最も必要なものとして差別軽減をあげている。これに対して、学校、職場、地域、メディアにおけるスティグマ解消のプログラムが必要であると訴えている(イギリスにおいても、すべての学校の保健科目で精神疾患が教えられているわけではない)。

②最初から適切な治療を得ることが困難である。自覚の難しさという疾患の特異性ととも、一次保健の低質さを指摘している。これに対して、一次保健と二次保健の連携強化、学校職員などへの研修や、身近な家族や友人たちの話に耳を傾けることを求めている(イギリスの医療サービスは一般医(GP)が入り口となり、精神保健は二次保健に位置づけられる)。

③治療のアクセスにおいて同じ困難が繰り返される。サービス機関に対して、電話が通じない、待ち期間が長い、開設時間が限られているなどの問題点を指摘している。これに対して、365日24時間のサービスを求めている(イギリスでは、わが国で得られるような専門家の個人的な配慮を期待できない)。

④初診における否定的な体験がある。利用者の52%は、医療の初診において、職員から否定的に扱われたことに不満と恐れを抱いている。これに対して、緊急時の連絡体制、訓練された職員、在宅集中治療サービスを求めている。

⑤最良の治療を得ることが困難である。新しい抗精神病薬の普及率が低い、職員の説明が不十分、認知行動療法などの心理療法が不足などといった理由のために、治療が途切れがちになるとした。最新の臨床ガイドラインの整備と実施を求めている。

⑥リカバリー(回復)志向の治療や支援が不足

している。疾病だけの治療でなく、人生に対する支援を求めており、ユーザー団体、ボランティア、学習機会などが役立ったとしている(リカバリー概念もわが国では広まっていないので、文献15参照)。

⑦利用者やケアラー(主に家族)が治療に参加できない。利用者の52%は自分の治療計画を知らないと答えており、治療についての選択や決定に参加できないことを不満に感じている(しかしイギリスでは、わかり次第少なくとも病名が告げられるし、すべての事例でケアコーディネーションが提供されている)。

⑧既存の治療は入院が主であった。近年のイギリスでは、急性期に入院となったのはわずか18%であるが、地域における集中的なサービスはなおも不足している(イギリスでは、全国くまなく地域精神保健チーム(CMHT)が存在しており、加えて各種民間団体が実質的なサービスを提供している)。

以上、わが国の精神保健の実状と相当に異なっており、結構切れ目のない支援体制が存在しているものの、早期支援が実現していたとはいえない。

そこで専門家側からは、国立精神保健研究所(NIMHE)が、2003年に早期介入に関する報告書¹⁴⁾を出して、早期介入サービスを実践する際に不可欠な要素を次のように整理した。

- ①地域の関係機関に連携および紹介システムを確立する。
- ②初回アセスメント体制を整備する(利用者の身近な場所に訪問する形を意味する)。
- ③質の高いケアマネジメントを行う(つまり、包括的なサービスを実現する)。
- ④訪問型のサービスを強化する。
- ⑤入院サービスと連携してかかわる。
- ⑥適切な薬物療法と心理社会的治療を導入する。
- ⑦ケアラー(主に家族)への支援を強化する。

以上を受けて、イギリス政府は精神病に対する早期介入サービスの整備を重点目標としたの

である。

これらの過程から学ぶと、早期介入サービスの整備は、すなわち精神科医療および精神保健システムの全体を改善する必要性が同時に求められる。

4 わが国における適用可能性

わが国では、先進諸国の中で唯一、精神病に対する早期介入活動が実践されておらず、わずかな研究者による試行が開始されているにすぎない。この段階で、わが国においても早期介入活動を実現するために、医療保健福祉システムのどのような改善が目標になるべきか、思いつくままにあげてみたい。

1. 知識普及

- ①精神病とその支援に関する正しい理解について、マスメディアを通して広める。
- ②義務教育期間において、精神病の早期介入をめぐる知識教育を行う。
- ③早期介入、特に「危険な精神状態」に関する知識について、医療・保健・福祉にかかわる専門職に広める。
- ④適切な抗精神病薬の適用について、製薬会社と共同で宣伝を行う。

2. 相談支援体制整備

- ⑤「危険な精神状態」に関する専門的な相談支援機関を主要都市に設置する。
- ⑥早期介入に特化した多職種で構成される支援チームを全国に配備する。
- ⑦精神病の予防的介入活動に何らかの報酬制度を設ける。
- ⑧薬物療法以外の心理社会的介入に対する診療報酬を保証する。
- ⑨家族や関係者に対する指導や教育に何らかの報酬制度を設ける。
- ⑩特にUHR集団に対する情報提供と相談支援体制を整備する。
- ⑪精神病発症後2～3年間を強力介入期と位置づけて、診療報酬上も重く算定する。

⑫心理社会的介入の技術的研修および日常的指導体制を整備する。

3. 評価研究

⑬population-basedの疫学調査, UHRの同定と追跡, および早期介入活動の評価研究を行って, 費用対効果を明らかにする。

4. 利用者団体の運動

⑭ユーザー団体および全国家族会連合会が早期介入制度導入を重点目標におく。

⑮ユーザー団体や家族会が心理教育の場を持つように, 経済的および技術的支援を行う。

しかし, 医療保健福祉システム内だけの議論や改革では, いくら価値が高いとわかっても実行に至らない。わが国特有の政策決定システムや社会的関係も射程に入れなければならない。次のような問題点が思い浮かぶ。

- ①縦割り行政のために, 厚生労働省内にとどまらずに財務省, 文部科学省, 法務省などにかかわるシステム改革をしようとしても, 経済的および人員的な集中を決定できない。
- ②科学的エビデンスがあっても, 現場技術者の意見に重きが置かれず, 政策は別の次元で決定される。また, 実務活動の追跡や評価も形式的で, 実効性や成果が認められない。
- ③専門家側も縦割りとなっていて, 精神保健領域外の専門家との協働が難しいし, 精神保健関係団体の中でも考えが一致しないまま, 政策は妥協の産物となる。
- ④ユーザー団体, 家族会などの利用者集団の力が統合されていない。
- ⑤地域住民としても, 地域の仕組みに対する権利と責任を引き受けていない。

精神病の早期介入活動導入が, こうしたわが国の社会や政治そのもののシステム改革を刺激する機会となれば, 望外の喜びである。しかし現実的には, 特定地域において先駆的モデル実践を試行すると同時に, 中央の公的機関に早期

介入促進センターを設置して情報を集めることが第一歩であろう。

5 おわりに

わが国では, 目の前に見える長期入院や慢性精神病だけが注目されがちだが, そうならない対策があり得るという可能性と, その具体的サービスを実現する方向に, ようやくたどり着いた。早期介入の視点と活動は, 基礎研究, 臨床実践, 社会政策といったより大きなレベルで精神保健システムが向上する機会となるであろう。

文献

- 1) Addington J, Chaves A, Addington D : Diagnostic stability over one year in first-episode psychosis. *Schizophr Res* 86 : 71-75, 2006
- 2) Birchwood M, Macmillan JF : Early intervention in schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry* 27 : 374-378, 1993
- 3) Department of Health : A National Service Framework for Mental Health. 1999
- 4) Department of Health : The NHS Plan: A Plan for Investment, A Plan for Reform. 2000
- 5) Department of Health : Mental Health Policy Implementation Guide. 2001
- 6) Department of Health : The National Service Framework for Mental Health: Five years on. 2004 (日本精神障害者リハビリテーション学会監修: 英国保健省 精神保健に関するナショナル・サービス・フレームワーク5年の経過. 日本精神障害者リハビリテーション学会, 2005)
- 7) Edwards J, McGorry PD : Implementing Early Intervention in Psychosis: A Guide to Establishing Early Psychosis Services. Martin Duritz, 2002 (水野雅文・村上雅昭監訳: 精神疾患早期介入の実践—早期精神病治療サービスガイド. 金剛出版, 東京, 2003)
- 8) Häfner H, Maurer K, Trendler G et al : Schizophrenia and depression: Challenging the paradigm of two separate disease: A controlled study of schizophrenia, depression and health controls. *Schizophr Res* 77 : 11-24, 2005
- 9) Häfner H, Maurer K : Early detection of schizophrenia: Current evidence and future perspectives.

- World Psychiatry 5 : 130-138, 2006
- 10) 石倉習子 : イギリスにおける精神疾患早期支援サービスとその福祉的意義, 同志社大学大学院社会学研究科修士論文, 2007
 - 11) Marshall M, Rathbone J : Early intrvention for psychosis. Cochrane Database Syst Rev 18 : CD004718, 2006
 - 12) McGorry PD, Singh BS : Schizophrenia: Risk and possibility. In Raphael & Burrows GD (Ed): Handbook of Studies on Preventive Psychiatry. Elsevier Science Publishers, pp491-514, 1995
 - 13) McGorry PD, Jackson HJ : The Recognition and Management of Early Psychosis: A Preventive Approach. Cambridge University Press, 1999 (鹿島晴雄監修 : 精神疾患の早期発見・早期治療. 金剛出版, 東京, 2001)
 - 14) NIMHE : Expert Briefing: Early Intervention for People with Psychosis. 2003
 - 15) 野中 猛 : リカバリー概念の意義. 精神医学 47 : 952-961, 2005
 - 16) Perkins DO, Hongbin Gu, Boteva K et al : Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode Schizophrenia: A critical review and meta-analysis. Am J Psychiatry 162 : 1785-1804, 2005
 - 17) Rethink : Reaching People Early Report. 2002
 - 18) Rethink : Right from the Start: The Second Rethink Report on Reaching People Early. 2003
 - 19) Yung AR, Phillips LJ, McGorry PD, et al : Prediction of psychosis: A step towards indicated prevention of schizophrenia. Br J Psychiatry (Suppl) 172 : 14-20, 1998

*

*

*

〈教育講演〉

西園マールハ 文

摂食障害の治療における多職種連携

〈教育講演〉

西園マーハ 文*

摂食障害の治療における多職種連携**

児童青年精神医学とその近接領域 48(4) ; 422-428 (2007)

I. はじめに

摂食障害の症状は、心身両面に表われる。DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) の診断基準に挙げられた症状だけを見ても、神経性食欲不振症では、低体重や無月経などの身体面の症状と、肥満恐怖や「自己評価に対する体重や体型の過剰な影響」など心理面での特有の諸症状とがある。摂食障害患者と日常的に接していない職種には、「やせ願望」以外の心理的特徴は見落とされることもあるが、アレキシミア、あるいは Eating Disorder Inventory-2 (摂食障害質問紙第2版) などで、内的気付きの障害 (interoceptive awareness) (Garner, 1991) と呼ばれるような、自分の感情をつかみきれないという特徴や、無力感なども重要な心理である。また、過食症についても、心身両面に症状が表われる。過食行動はもちろん、自発性嘔吐や下剤乱用などの体重増加防止のための「代償行動」は身体に悪影響があり、心理面では、神経性食欲不振症に共通の「自己評価に関する体重や体型の過剰な影響」などの特徴が見られる。摂食障害には、精神医学的併存診断が多いのも特徴であり、摂食障害の心理的特徴に加えて、大うつ病や気分変調症による抑うつ気分、パニック障害や全般性不安障害による不安、境界性パーソナリティ障害による気分易変性や衝動性などが見られる。摂食不足や過食嘔吐による低血糖や電解質異常などの身体

症状も、初期には代償が効いて検査上目立った異常を伴わないことも多いが、長期化すると、食事を少々増やす程度の努力にはなかなか反応しない状態となる。摂食障害の場合、これらの身体病理に対する自覚症状の訴えが少なく、未治療のまま経過しやすいのも大きな特徴である。

「摂食障害は現代女性特有のこころの病」といった考え方が一般には浸透しており、家族の中には、精神科受診で心がほぐれば食べられるようになると期待される場合も多い。しかしながら、上記のような身体症状が進行している場合は、本人の自覚を待たずに身体の治療を行わざるを得ない状況が生じる。また一方、内科や小児科、婦人科などで、身体面の診療だけを長く受けているケースも見られるが、精神面への働きかけがなければ、根本的な変化は難しい場合が多い。このように、症状が多彩であり、しかも、症状の全体像を本人が把握して相談する率は低いという摂食障害の特徴を考えると、本人が最初に選択して受診した治療機関の専門分野をスタート地点として、全体的な治療につながっていくような働きかけが必要だということがわかる。また、自覚症状なしに重症化したり、重症でも治療動機が乏しい場合が多いことを考えると、少なくとも治療の導入部分では、生命の危機状態の改善のために、本人が必ずしも100%同意しない何らかの治療的働きかけが必要となる場合もある。いわゆる強制的治療についてはさまざまな議論 (Rathner, 1998; Griffith et al., 1998) があるが、治療にかかわる専門家のうち、ひとりでも「本人の好きなよ

*東京都精神医学総合研究所

**2006年10月18日、幕張メッセ国際会議場において開催された第47回日本児童青年精神医学会総会教育講演である。

うにさせたら」という意見の人がいたら、まず確実に本人は治療から脱落する。カウンセラーが、「早く体重を増やさないと危険」と心配する一方、医療機関では、「焦らず様子を見ましょう」とアドバイスされるなど、本来の職種役割が逆転するような場合もしばしばある。また、内科医が精神科入院を勧めても、入院後の治療内容についての説明が少なく、入院後の治療が期待とは異なったことを理由にした治療からの脱落もある。もちろん、精神科医が他の職種の方法論をよく理解せず、治療に混乱をきたすこともある。どのような疾患の治療においても、複数の治療者が治療に当たる場合、相互の協力が必要なのはもちろんであるが、摂食障害の場合には、高度な連携技術を必要とする。摂食障害には、病状の一部しか特定の治療者には見せない「スプリットング」などの心理があり、これについては後に詳述するが、これに加えて本人には動機が十分でない場合も多い。このため、治療者間のわずかな意見の違いを理由にした治療不信や治療からの脱落が起こりやすい。本人が嫌う高カロリー輸液を実施することの是非だけを論じるのではなく、高カロリー輸液をしないとしたらどのような治療ができるのか、本人の意見も取り入れ、各職種のアイディアも生かして、治療からの致命的脱落は起きないように、かかわる全ての職種で協力して、ゆるやかな安全網を持っておく必要がある。

II. 専門医療機関を受診するまでの段階での連携

オランダのHoekら(1995)は、地域における摂食障害有病者の医療機関受診率は低く、神経性食欲不振症の約半数、過食症の約1割しかプライマリケア医を受診しないことを示した。日本では、プライマリケアの場の選択がケースごとにさまざまである。また、内科や小児科などのかかりつけ医がいたとしても、精神科への紹介はシステムとして整っているというよりは、医師間の個人ネットワークに任されている場合が多い。家族が精神科を探して初診する場合も多いが、精神科への期待と現実との食い違

いが大きく、初診後が続かない場合もある(西園, 2006)。海外では、学校側が拒食や過食に気付いた場合、本人にプライマリケア医受診を勧められる。地域における患者の家庭ベースの多職種連携(Robinson, 2006)を考える上でもプライマリケア医の果たす役割は大きい。日本においては、学校の保健室やスクールカウンセラーが問題を把握していても、医療機関には受診せずにそのまま学校で抱える場合も少なくない。学校という場で、すべての症状について評価したり、学校を治療の場にするのは難しい。やはり、ある程度症状があるものは、医療機関の受診が望ましい。そのためには、本人自身はどのようなことに困っているのか、治療内容や治療機関についてどのようなイメージを持っているのかなどについて確認しながら受診を勧めると良い。同時に、治療を勧める側が、治療について、明確なイメージを持っておく必要がある。学校側で摂食障害の可能性を考えて接すべき対象には、いくつかの群がある。例えば、前年に比べて健診で体重が激減していたり、身長があまり伸びていない生徒、摂食障害のアンケートを実施した場合は、やせ願望や食行動の問題が極端に強い生徒、また、やせ願望はそれほどではないが、無力感や完全癖、内的気付きの混乱など心理面で摂食障害心性が強い生徒、部活で体重制限を指導者から強く勧められている生徒などである。摂食障害についての授業などを行って、ダイエットの危険について知らせることにより、摂食障害の発生そのものを予防(一次予防)しようという考え方もあるようだが、現実には、精神疾患に対する完全な一次予防は困難である。むしろ、保健室やスクールカウンセラー、また担任や部活顧問などが協力して、早期発見、早期治療の働きかけ(二次予防)を行うのが良い。そして、この過程で、地域の医療機関と連携するのが望ましい。早期治療を依頼する医療機関をどのように選ぶかについては、その地域の治療資源によるが、必ずしも全員が精神科を受診しなくてはいけないわけではない。「摂食障害かもしれない」と思われる生徒

の中には、プライマリケア的受診がまず必要で、その結果によって次のステップを考えればよい場合も多い。地域の中で、特定のいくつかの小児科や内科と連携し、日頃から生徒を紹介していれば、受診を勧めるほうも診療内容をよく知ることができ、主治医側にも学校生活について知ってもらう機会が増える。もちろん、地域に、身体面のフォローが可能な精神科があれば、精神科でも良い。あまり重症でないケースについては、1カ月に一度採血と体重測定、あるいは1学期に一度採血と心電図などの経過観察受診を上手に活用し、症状が悪化したり精神面の症状が目立つ場合に精神科紹介という方法も良い。この場合も、もしプライマリケアで改善しなかったら精神科に相談するという多職種治療のスタンスを最初から伝えておくのが良い。手に負えなくなって精神科へ、という紹介では、その後の治療経過が芳しくない。

Ⅲ. 既に治療中の生徒についての学校と治療機関との連携

既に、ある程度以上の症状があって、医療機関を受診している生徒もいるだろう。本人と家族の治療動機が高く、学校側は特に積極的なアプローチを必要としない場合も中にはある。しかし、多くの場合は、毎日数時間を過ごす学校生活の中で、病状を悪化させない配慮が必要となる。そのためには、医療と学校が最低限の連携は行う必要がある。例えば、体重が低下し始めて、体力を消耗することは主治医に止められているような場合、本人の治療動機が明確であれば、本人や家族が担任と相談するだろう。その結果、体育の授業は見学するとか、運動系の部活は休むなどの対応を自発的にとるものと思われる。一方、本人に危機感が薄い場合には、主治医との相談内容は何も学校に伝えず、体育の授業も全部出席してしまう場合もある。担任や養護教諭は、気になりながらも、本人が大丈夫だと主張すれば、病院に行っているから大丈夫なのだろうと見守るしかない場合も多い。生徒への対応は、病型や経過によって異なり、個

別対応が必要である。過活動傾向の生徒には、できるだけ休憩を取らせる方針でのぞむ必要があるが、逆に、体調が悪いと本人が主張しても、規則正しく出席して、健康な学校生活の刺激を受けた方が良い生徒もいるだろう。このような場合、医療機関での治療方針と本人、家族の方針と、学校の対応が同じ方向を向いていなければ、治療は頓挫してしまう。個人情報保護されている昨今、本人の同意なしに、学校と主治医がこのような詳細な話し合いをすることは困難である。学校と医療機関との連携が進むためには、併行して本人の動機付けを向上させていく必要がある。少しでも本人の動機付けができれば、例えば、本人に連絡ノートあるいは自分用カルテを持たせると良い。この中に、主治医が治療方針や、その週の活動に対する具体的な指示を書き込む。例えば、治療方針としては、「体重が低下気味なので、今大事な時期。これ以上低下しないように工夫が必要」、あるいは「身体的には安定しているので、学校行事にも出来るだけ参加する」といったものがあり、こういった方向性を学校側に伝えていけば、学校側も対応がしやすくなる。具体的な指示としては「体育の授業は見学」「お弁当は、時間をかけても全量食べる。保健室は使えないか」など必要に応じて記入する。本人も学校も家族も、具体的対応の「各論」だけに注意が向きがちなので、今はこういう方針だからこのような対応が必要だ、という大きな治療の方向性も見失わないようにすることが重要である。ノートには、本人が、自宅での食事量や体重、脈拍などを書き込むこともできる。学校の保健室には、ノートの内容を見せるだけでも良いし、治療動機があまりにも低い生徒には、保健室で測定した体重を保健の先生に記入してもらい、などの目に見える具体的な連携があった方がよいだろう。このような目に見える具体的な連携の手段があると、治療に関与しているのは、本人と家族と養護教諭と主治医、といったイメージがしやすくなる。自分のいないところで、大事なことが話し合われているのではないかと不安を解

消することもできる。

このような方法は、学校の関与が必要でないケースにおいても、本人と主治医との間で行うことができる。通院は多くても1～2週間に1度なので、通院しない日を治療のために生かすには、このような作業があった方が、本人が毎日治療に参加している感覚が出てよい。糖尿病や高血圧の治療には、毎日の生活の中に治療という視点があるのが欠かせないが、摂食障害にもこのような「生活習慣病モデル」が必要と思われる。家族が受診できない日に家族からの質問を書き込んでおくなどの活用も可能である。

IV. 院内の多職種連携

古くから、精神分析の分野では、A-T スプリットあるいはA-T スプリッピングと呼ばれる概念があり、多職種連携の一つのモデルとなっている。Aは、administratorの頭文字であり、管理医という意味である。Tは、therapistの頭文字で、治療者と訳されるが、精神療法の担当者という意味である。A-T スプリットでは、精神療法は構造化して行うことが多い。面接の曜日や時間、面接の長さもあらかじめ決められて、面接条件をできるだけ一定に保つように設定される(岩崎, 1981)。つまり、精神療法家との関係以外のファクターが、面接内容にあまり影響しないような工夫がなされている。「今話がしたい」というような患者からの要求に応じた面接は、面接時間が十分確保できなかったり、面接内容が患者側の申し訳なさや治療者側の怒りなどに強く影響されてしまうので行わない。逆に、特に話がないと患者が思っても、設定された日時には面接を行うため、その場その場のトラブルシューティングのレベルより掘り下げた内容の面接ができる。現実的な問題、例えば入院患者の場合、病院食の内容変更や外出希望などにリアルタイムで対応するのは専ら管理医である。A-T スプリット方式では、精神療法の場で話したことは基本的には秘密が守られる。管理医と精神療法家が意見交換をする場合も、無構造な自然発生的な情報交換ではなく、

正規のカンファレンスなどの形をとることが多い。このような、精神療法と管理医による治療という、専門職の技法の違いを際立たせた連携形式は、多職種連携の一つのモデルを提供する。「スプリット split/スプリッピング splitting」は、既に述べた、心理的特徴の「スプリッピング」とたまたま同じ単語であるが、「分かれている」ことに意味がある。かかわる人が役割分担をしっかりと行い、違うアプローチをするということを目的とした方式である。心理的問題をなかなか掘り下げられないケースには、もっと用いられて良い今でも有効な技法である。ただし、A-T スプリットが盛んに論じられた時代は、栄養士などの臨床心理士以外の専門技術についてはあまり論じられず、管理医の仕事の一部とみなされる傾向があった。また、精神療法のことを治療と呼んでいるように、精神療法による心理面の変化こそが治療であって、管理医の役割は、精神療法を効果的に行うための環境作りというニュアンスもあった。また、治療の方向性として、精神面での成熟に焦点があり、生活の自立は二次的関心であった傾向がある。現在は、かかわる職種の数も増えている。また、以前よりも、本人の自立も視野に入れた、具体的な結果の出る方法が望まれている。精神療法は治療の一部として、本人を中心にさまざまな職種を統合することに注意を払ったモデルが必要であろう。職種によるアプローチの違いを知った上での連携のあり方については、A-T スプリットモデルを参考に、それぞれの治療施設で、関係者が納得できる型を作り上げる必要がある。

V. ライフサイクルから見た児童思春期と多職種連携

摂食障害が広く知られるようになった1960年から70年当時は、長期予後についての知見は少なかった。難治のイメージがある一方で、「思春期やせ症」という、ある時期限定の疾患というイメージも強かったといえよう。思春期発症で、短期間で解決する症例は今でも多いが、最近は、

長期予後についても報告が増えている。(Steinhausen, 1995; 西園, 2000a) その結果, 神経性食欲不振症, 体型の懸念などの心理面も含めて完全に回復するには数年を要する場合もあることが明らかになってきた。Strober ら(1997)によれば, 思春期に入院を要した神経性食欲不振症の既往歴を持つもののうち, 4年後の部分回復(体重, 月経の回復)は33%であったが, 完全回復(心理面も回復)は9%であった。短期の完全回復は難しいことがわかる。しかし, 8年後は, 部分回復が75%, 完全回復が63%で, 数年後に回復の大きなスパイクがあることがわかる。残念ながら, 11年後以降は, 部分回復が87%, 完全回復が73%という線で, 回復曲線は横ばいである。最終的には回復するものが多いのは喜ばしいことだが, 数年間を症状とともに過ごすのはその人の人生には大きな影響を与える。経過中, 完全回復率と部分回復率の間に開きがあるのは, 身体が回復しても心理面が回復していない状態を経験するものが多いことを示しており, この間の過ごし方が重要である(西園, 2005)。このような回復パターンを考えると, 思春期に発症した時点で, 将来を見越して念頭においておくべきことがある。発症時点での予後予測は, 今の研究レベルではまだ困難である。ある程度以上の症状がある場合は, 早い時期に次のような課題を念頭に置いておく必要がある。

①摂食障害について, 人に相談し, 話を聞いてもらうという体験をする。

動機が十分でなかったり, 適切な病院がないなどさまざまな理由で, 思春期には本格的な治療がスタートできない場合は多い。長い経過の中で, 何らかの医療的ケアが必要になることも多いが, その場合, 「高校時代にスクールカウンセラーに話をした。」というような経験がある場合は, 全くない場合に比べて治療に導入しやすい。自分の問題について, 臨床家と1回でもきちんと話をした経験をしておくことは有用である。

②家族以外の人間関係を持つ。

摂食障害は, 慢性化すると生活圏が極端に狭まる。仕事にも学校にも行っていないと, 対人関係は家族だけになりがちである。思春期には, 本人が積極的に対人関係を作り上げなくても, 学校という場が, 最小限の居場所と人間関係を保証する。成人期になって, 所属がなければ, 対人関係は増えにくい。対人関係が家族のみの場合, 家族が批判的なことを言えば, それがそのまま自己評価として取り込まれてしまう場合も多い。家族外の友人がいれば, 闘病に対する励ましや肯定的なコメントもある。アルバイトのきっかけなども得られるので, 家族外の人間関係は非常に重要である。

③生活の自立を視野に入れる。

摂食障害患者には, 自立と依存の葛藤があるとしばしば言われるが, 思春期年代には, これは主に心理的葛藤である。しかし, 長期化するうちに, 生活の自立が大きな課題となる。発症時は神経性食欲不振症であっても, 経過中に過食に転じて, 莫大な過食代が必要になることも多い。発症後10年以上経過すると, 親も引退し, 経済的に逼迫してしまうケースが少なくない。急性期を過ぎたら, 生活の自立を視野に入れた治療計画を立てる必要がある。今後は職業カウンセラーなどとの連携も必要になるだろう。

④本人が生産的に関われる趣味や時間をかけて育てられるスキルを持つ。

体力に問題があると, 仕事をして収入を得るのは容易なことではない。時間をつぶすための受身的な娯楽だけでなく, 習得にかけた時間と上達を実感できるスキルがあると, 闘病中にも少しずつそれを伸ばしたり, 症状が軽快してから本格的に戻ったりすることもできる。このようなものがないと, 闘病の10年間は空白になり, その後の社会適応の時に, 人に説明できない期間になりがちである。

発症は思春期でも, 本人の年齢が上がってきた場合は, どこかで, 上記のようなテーマを念頭に入れて, 治療目標をリセットする必要がある。これらのテーマは医師だけで解決できることではなく, 関連する職種との連携が必須であ

る。

Ⅶ. 摂食障害の病理と多職種連携

どのような疾患においても、多職種連携は重要だが、摂食障害においてその重要性がことさら強調されるのは、ここに述べてきたように、摂食障害の特徴が連携を必要としているからである。中でも「スプリッティング」が特に重要である。この精神分析用語は、「分裂」と訳されるが、統合失調症（精神分裂病）には関係がない。具体的には、「自分が認める自分」と、自分でも認められない、「見たくない自分」が本人の中で分かれており、接する相手や状況によって、どちらか一方だけが強く表われるという現象である。主治医には「良い患者」として努力していることを強調していても、病院食をこっそり捨てているとか、入院中過食は禁止という約束にもかかわらず、病棟の外の売店で過食をしているなどの例はしばしば見られる。このような「失敗」や自分で認められない部分も、自己の一部として認識しない限り、当然ながら治療は進まない。スプリッティングは、患者が相手を振り回そうという意図をもって使い分けているのではなく、本人はほとんど無意識、半意識のため、かかわる各職種が協力して統合しなければ、自力での統合は難しい。

このような「失敗」「見込み違い」は、本人の理想が高すぎることから来ることが多い。自分の身体を体重などの数字でしか把握してない点からもわかるように、摂食障害の患者においては、現実的な生活感や身体感覚を伴わない理想がかなり生活を侵食している。「明日から過食はやめます」「1カ月に2キロずつ増やして、2学期までには〇kgにします」などである。失敗が、いかに自分の現実を無視した絵に描いた理想であったかどうかを率直に話し合うのは非常に治療的である。このためには、かかわる職種が協力して、本人が自分では見たくない失敗の部分も常に本人にフィードバックしながら、本人の全体像を完成していくことが必要である。「失敗」を認めた上で現実的な目標を立てれば、

達成できる機会が増え、本人の自己評価は高まる。

Ⅶ. 多職種連携の利点と注意点

このように、多職種連携にはさまざまな利点がある。一人の医師が長年一人で治療を抱える場合の弊害についてはさまざまな報告がある。慢性の神経性食欲不振症患者は、急性期の爽快気分とは違って、気分変調症など何らかの抑うつ気分を抱えていることが多い。「何をやっても治らない」という気分は、主治医にも影響し、医師が一人で抱えていると、主治医も悲観的になりやすい。海外では、慢性の神経性食欲不振症に対して安楽死が検討されることもあるほどである（西園，2000b）。一人の医師だけがその患者を抱えている場合は、その医師が転勤したりした場合の患者の混乱や動揺も大きい。新しい医師の元では、患者の見立てや治療目標がかなり変わる場合もあるからである。日常的に、多職種の目が入っていれば、患者の見立ては立体的になり、変化に強いものになる。A-T スプリットの時代には、精神療法の中でどのような変化が起きているかあまり外には知らされず、知らされても、精神分析理論は理解が難しい傾向があった。より多くの職種が協力するようになると、最低限の共通理解を共有するための努力は行われるため、治療はわかりやすいものになる。これは、将来的に、転医など、経過の中での連携が必要な事態にも役に立つ。

もちろん、多職種連携には注意点もある。かかわる人が増えることにより、情報が必要以上に散逸するようだと、患者も安心して話ができない。治療に必要な情報を必要な人だけが共有する、誰が情報を共有する人かを患者本人も知っておく、といった情報管理が重要になる。また、かかわる人が多ければ、「他の人とは詳しく話しているのだろう」と皆が思って、核心的問題がカモフラージュされてしまうこともある。かかわる職種が他の職種の仕事内容を全く理解していなかったり、逆にある程度重なりのある栄養士、看護師、養護教諭などが「自分にだけ