

『70代三人娘、元気の秘訣』

依 萌子・吉武輝子・樋口恵子 共著

ノンフィクション作家 沖藤典子

うな問題解決力や対処技能についての教育が行われるべきである。驚くべきことに現在のわが国では、中学高校段階でメンタルヘルスの授業を1コマでもしている学校は皆無に近い。病識を得にくい疾患について、知識も得る機会も無いのである。これではDUPが長いのは無理も無い。

メンタルヘルスに対する国民的関心と理解の高まりにはまだまだかなりの時間といろいろな工夫が必要であるように思う。しかしその実現無くして、統合失調症のような特定の精神疾患の発症頓挫はきわめて困難なことであるし、うつや自殺の予防にも必須のことのように思う。

「二十歳婆と七十娘」、書名の元になった諺である。示唆に富む言葉だ。本書は、NHK番組で大好評であった、「七十代三人娘」の罪談に加えて、各人の生き方老い方のエッセイをまとめたものである。

三人は生涯現役どころか「生涯第一線」として、女性問題や高齢社会の問題をテーマとする著述活動に、トップランナーであり続けている。現在それぞれに病を抱えているが、時に泣きつつ怒りつつ、己が我が身を慰め励まし、持ち前の根性で乗り越えてきた。その率直な心情の吐露に、心の太さ、強さ、意地っ張りを感じて、人間こうでなくちゃと励まされる思いだ。

三人に共通するのは、思春期の入り口で敗戦を迎え、嵐のような価値観の転換を経験したことである。その中で、女性問題に目覚めていった。大学進学そのものが「女の粹」をみ出したもので、その結果「就職の粹」はななく、結婚という女の幸せ論に複雑な思いを抱いてきた。「売れ残り」と返品恐怖」(樋口)、「結婚できないんじゃない

ないか」(吉武)、「結婚改姓なんていやだ」(依)と三人三様に思いつつ、やがて働く母への道を歩み、そこから、女性の視点、生活者の視点から社会に発言することの重要性に気付いていく。生涯一貫して女性の生き方や、小さい命、弱い命に発言し続けているのも、社会がかぶせてくる「粹」の窮屈さ、社会通念の根強さへの異議申し立てが、その背筋に一本通っているからだろう。

今「三人娘」は、人生の第三幕にいる。激しく生きてきて、どういう地平に立っているのだろうか。

「自立して、やさしく、やわらかく依存して生きる」(吉武)、「自分の路線を突っ走れ。倒れた時におやめになればいい(独楽の舞い倒れ)」(依)、「自分の弱さを受け入れつつ、人の世話をどう感謝し、ちゃんと文句いえるか」(樋口)。通底しているのは、自尊心と尊敬に満ちた老いの受容である。

彼女達は、言葉こそ遠え、こういつている。

夢と希望を持って、人生最期まで

統合失調症の予防と早期介入

森田桂子*, 水野雅文*

抄録 近年、精神科領域においても、早期介入 (early intervention) について着目する研究が相次いで発表され、各国で様々な援助サービスや治療が模索されているところである。

統合失調症については、既存の診断基準において陽性症状が出現した時を発症としている。しかし、その2~5年前から社会機能の低下や陰性症状が高い割合で認められることや、発症時にはすでに脳の形態学的変化が起こっていることなどが分かっており、生物学的な病気の始まりは、臨床症状が目立ってくる発症時よりかなり前であることが想定されている。また最近では、治療介入の遅れによる弊害も論じられている。適切な早期介入は疾患の進行を防ぎ、社会機能、学業問題、就職活動に關した二次的ダメージを最小化しうるものであり、現在できる最善の策でもある。行政や教育関係との連携は今後ますます重要になると思われる。また、当院における早期介入の取り組みについても紹介する。

精神科臨床サービス 8:170-173,2008

キーワード: スティグマ, DUP, 学生相談, ARMS, 前駆状態

はじめに

統合失調症をはじめとする精神障害は、10代から20代で発症することが多い。しかし、授業や講義等でメンタルヘルスについての知識を教えてくれる学校は限られているのが現状であり、実際に前駆症状や初期症状に困っていたり、社会機能の障害が既にみられていながらも、一度も専門家の見立てを受けることなく取り残されることもしばしば生じる。また病識がない場合、周囲の「病気への気づき」はより重要なものとなり、その助けなしには本人が必要な援助につながるができない場合がある。実際に大学調査研究によ

ると、日本における大学生の死亡原因の第1位は自殺であり、何らかの精神疾患が診断されていたことが確認されるケースは僅か18%に過ぎない¹⁾。援助を受ける方法も知らされずに、長きにわたって障害を残しうる重大な疾患の悪化を待っている状況は看過できない。筆者らは多くの若者が精神疾患やメンタルヘルスに関する知識を持つことは早期発見という意味での予防的観点から極めて重要であると考えます。

筆者らが所属する東邦大学医療センター大森病院メンタルヘルスセンターには以前より児童思春期外来が存在するが、これとは別に2006年より特に精神病状態やその前駆状態を呈する若者への早期介入を目的としたユースクリニックという専門外来をスタートした。近年、精神科領域においても、早期介入 (early intervention) について着目する研究が相次いで発表され、各国で様々な

もりたけいこ, みずのまさふみ

*東邦大学医学部精神神経医学講座

[〒143-8541 東京都大田区大森西 6-11-1]

援助サービスや治療が模索されているところである。ここで言う早期介入という言葉は一次予防とは異なり、早期の臨床例への治療を意味する。また当院では外来や病棟と連動して疾患早期からの包括的治療介入をめざす通院型急性期リハビリテーション施設としてEPU (early psychosis unit) を開設している。デイケアなどの従来からの名称による不要なスティグマを排するために、イルボスコ (イタリア語で森の意味) と称している。イルボスコは従来のデイケアと異なり、疾患、年齢、期間を限定し、認知機能や社会機能の回復に配慮した集中的な治療介入を目的としている。

若者の課題と環境

若者にはその年代特有の人生の課題が存在する。社会的には、高校から大学への大きな環境変化や法律的な成人への変化の時期である。Erikson, E. H. の発達段階によれば「同一性 vs. 同一性混乱」「親密 vs. 孤立」という課題があり、うまくいかないとアイデンティティの危機による混乱や孤独を感じやすくなるなど、ストレスを感じやすい時期と言える。また昨今の核家族化、少子化、子どもの遊び方の変化などにより社会的スキルの未熟な若者も目立つように感じられる。こうした環境下であっても、精神障害の疑いがある若者が学生であれば、保健室や学生相談室や保健管理センターのスタッフが、援助を求めている学生を医療につなぐ支援者になる可能性がある。適切な早期介入は疾患の進行を防ぎ、社会機能、学業問題、就職活動に関する二次的ダメージを最小化するものであり、この時期に介入することは現在できる最善の策でもある。特に教職、学生相談関係者、養護教諭、スクールカウンセラー、プライマリケアを担当する医師などの果たす役割は今後ますます大きくなってゆくものと思われる。

精神病はいつ始まるか

統合失調症については、既存の診断基準におい

て陽性症状が出現した時以降を発症としている。しかし、その2～5年前からすでに社会機能の低下や陰性症状が高い割合で認められることや、発症時にはすでに脳の形態学的変化が起こっていることなどが分かっており、生物学的な疾患の始まりは、臨床症状が目立ってくる発症時よりかなり前であることが想定されている。最近では、治療介入の遅れによる弊害も論じられている。精神病発症から受診にいたるまでの時間を精神病未治療期間 (duration of untreated psychosis : DUP) という。様々な地域での調査により DUP はおおむね1～2年と言われており、DUP が長いほど精神病の予後は不良であるという結果が示されている^{9,10)}。治療の遅れにより生じる具体的なデメリットとして、回復の遅れ、より不良な予後、心理社会的機能の低下、家族や社会からの支援の喪失、自殺リスクの増加、医療コストの増大などが挙げられている¹⁰⁾。それらのデメリットは適切な時期の治療介入によって、阻止されうると考えられている。治療の成否をかける治療臨界期 (critical period) は発症から3～5年間といわれており、この期間に十分な治療をするためにも DUP の短縮は有用である。

ICD-10 や DSM-IV には該当項目がないため、精神病前駆状態の診断については様々な議論がある。前駆期には、うつ状態や不安など非特異的な症状がみられ、陽性症状が顕在化するまで統合失調症とうつ病等の他の精神疾患を区別することは困難である。また、陽性症状のみの発症はわずか6.5%であるという報告があり、ほとんどの症例は発症に先立って陽性症状以外の何らかの徴候があるということになる⁹⁾。前駆という概念が、統合失調症や精神病状態への進展を前提とする後方視的概念であるのに対して、早期の予防的介入対象をより明確にするため、近年、Yung らによって ARMS (at risk mental state) という前方視的概念が提唱されている。ARMS の定義は、過去あるいは現在において精神病になったことがなく、①短期間の間歇的な精神病症状の出現、②微弱な陽性症状の持続、③遺伝要因と社会的機能低

下のいずれかに該当するもので、UHR (ultra high risk) と呼ぶ場合もある。これらの状態については様々なアセスメント (評価) 方法が開発されている。代表的なものに、SIPS/SOPS と CAARMS がある。SIPS (「精神病前駆状態に対する構造化面接」: structured interview for prodromal syndromes) を用いて SOPS (「前駆期症状評価スケール」: scale of prodromal symptoms) を評価し精神病前駆状態と判定された場合、6カ月後までに46%、1年後までに54%の症例で統合失調症様精神病状態に移行することが認められている⁴⁾。一方 CAARMS (「発症リスクのある精神状態の包括的評価」: comprehensive assessment of ARMS) という評価法で UHR と判定された場合、当初1年後までに約4割が精神病状態に移行すると報告されたが、その後の研究では10~50%が1年以内に精神病水準へ進展するとの報告がなされている⁵⁾。

未治療の精神病状態自体が脳器質に対する生物学的毒性となっていると考えている研究者もおり、その視点からみれば治療開始の遅れ自体が回復不可能性を高めている一因となっている可能性がある⁶⁾。統合失調症患者の脳の形態学的な変化については、まだ必ずしも均一な見解ではないが、未治療期間における器質的変化の進行を裏付けるエビデンスが死後脳の研究や画像診断技術の向上とともに集積しつつある。症状との関連については上側頭回吻側部の容積減少と幻聴体験や思考障害との関連性や、左の腹内側前頭前野領域の灰白質の容積減少と陰性症状の重症度の関連性が示唆されている。更に病期から見れば、初回エピソード患者で既に内側側頭葉、内側前頭前野の萎縮や第III脳室拡大などの形態異常がみられた報告や、初発統合失調症患者でわずか1年半の間に初回測定時に認められた側頭葉の萎縮が更に進行したとする報告もある。これらの報告はかなり早い段階から脳形態異常と体積減少などの器質的変化がみられることや発病後にも体積減少が進行することを示唆している。

これらを受けて、出生早期から認知機能障害を

伴う premorbid phase (病前期) が始まっていると考えられるエビデンスが増えており、特にワーキングメモリーは早期から障害されその責任領域である、前頭前野背外側 (DLPFC) や辺縁系の血流低下や萎縮が様々な検査で認められている⁸⁾。統合失調症の病態仮説として、神経変性障害仮説 (neurodegenerative hypothesis) と神経発達障害仮説 (neurodevelopmental hypothesis) は相対する仮説として議論されてきたが、Woods, B. T. (1998) は両者を統合する概念として進行性神経発達障害仮説 (progressive neurodevelopmental disorder hypothesis) を提唱している。死後脳研究において脳の形態異常は胎生期早期にすでに発現した神経発達障害とされ、重度の精神病エピソードの反復により、初発時に存在していた脳の萎縮が進行する場合があると考えられている。最近ではアポトーシスという神経変性のメカニズムが明らかにされ、この点でも神経変性進行の可能性は否定できない。ほかの研究では統合失調症脳の病理学的所見として樹状突起の形態の異常などが認められ、これは神経細胞死ではないものの進行性の神経細胞障害ともとらえることができると考えられている。それぞれの異常の発現時期についてはまだ今後の研究の課題である²⁾。

予防と予見

ハイリスク研究については、15歳頃に行った MMPI において、後に統合失調症を発症した群において精神病症状尺度の高得点者が有意に多かったとされている。また複数の研究で教師の評価により、15歳時の感情コントロールの不得手や不安傾向などの有意な高さが見出されている⁹⁾。

Cannon, M.ら (2000) によるニュージーランドの出生コホート研究では、まずコホート全体の15%が11歳の時点で何らかの精神病症状を体験し、特に精神病症状の強い群で統合失調症様障害の発症リスクが16倍も高いことが示された。更にその群の25%が成人期以降に統合失調症様障

害を発症し、70%が成人期以降においても1つ以上の精神病症状を体験し、約90%が26歳の時点で社会機能や職業生活に関する何らかの困難を抱えていることも報告されている。11歳時の精神病症状体験は統合失調症様障害の発症群のほうが有意に多く認められ、疾患特異的な病前特徴であることが示されている^{7,8)}。

この高い予見性や疾患特異性は予防介入への希望をもたらし、また多くの子どもが症状を体験していることは、ある意味「しばしばあること」と普遍化でき、精神疾患に対するスティグマの軽減に寄与する可能性もある。それと同時に潜在的に症状に苦しんでいるたくさん子ども達がいるという事実を忘れてはならない。

早期介入の倫理面については、介入しなければ事態が悪化する可能性が極めて高い状況において、当事者への恩恵が保証できる手法が確立されていることが必要条件であると考えられており、多くの研究においてこれを首肯する意見が多い。この点については比較的副作用の少ない非定型精神病治療薬の出現も寄与する点大きい。英国では政権主導で精神病早期介入の国家的戦略がなされているが、わが国において大規模な早期介入の実践はまだ無い。早期介入の取り組みにより英国では自殺・入院・医療費の減少が数値的に報告され、病床も削減できている。適切な治療介入により、精神病の発症や重症化や社会機能の低下を防ぐということは、患者個人の人生においても、入院期間短縮や入院回数の減少、治療による経済的負担の減少、勉強や仕事の継続、円滑な人間関係の構築、自殺の回避など、メリットが大変多いと思われる。患者が重症化を免れた結果、ケアにあたっていた家族や本人が仕事を続けられ活発な経済活動をするのであれば、その経済的効果は計り知れない。もし個人の精神病による人生のダメージを減らすことが、家族や国家にとっても大きな恩恵をもたらすのなら、それはとても希望に満ちたことに思える。精神病を発病した患者が家族に付き添われて病院に来るのを待っているだけでは不十分であり、プライマリケアに携わる者が精神疾患

の早期徴候、精神科サービスなどに関する正しい知識を持っていなければならない。また、様々な早期介入の研究では、学校からの紹介も重要な役割を果たしている。一般家庭へのメンタルヘルスの知識の普及や学校や職場への支援も大切である。具体的には健常者を含んだ対象への予防教育・啓蒙やアンチ・スティグマのための取り組みなどが考えられ、行政や教育関係との連携は今後ますます重要になると思われる。

文 献

- 1) Falloon, I. R. H.: Early intervention for first episodes of schizophrenia. A preliminary exploration. *Psychiatry*, 55; 4-15, 1992.
- 2) 橋本亮太, 武田雅俊: 神経生化学的観点から. *脳* 21, 9; 409-412, 2006.
- 3) 小林啓之, 水野雅文: 早期診断・治療の実際. *こころの科学*, 133; 20-25, 2007.
- 4) Miller, T. J., McGlashan, T. H., Rosen, J. L. et al.: Prodromal assessment with the structured interview for prodromal syndromes and the scale of prodromal symptoms: Predictive validity, interrater reliability, and training to reliability. *Schizophrenia Bulletin*, 29; 703-715, 2003.
- 5) 水野雅文: 早期介入の推進. *脳* 21, 9; 433-437, 2006.
- 6) 野中猛: 早期介入を軸とする精神保健システムの改革. *臨床精神医学*, 36; 409-414, 2007.
- 7) Poulton, R., Caspi, A., Moffitt, T. E. et al.: Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder. A 15-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 57; 1053-1058, 2000.
- 8) 谷井久志, 西田淳志, 岡崎祐士: 統合失調症の危険因子と病前を中心とする自然経過について. *脳* 21, 9; 419-423, 2006.
- 9) 内田千代子: 「大学における休・退学, 留年学生に関する調査」第27報. 第28回全国大学メンタルヘルス研究会報告書, p.13-25, 2007.
- 10) 山澤涼子, 水野雅文: 早期介入と治療予後. *Schizophrenia Frontier*, 6; 42-46, 2005.

統合失調症

片桐直之

東邦大学医学部精神神経医学講座

水野雅文

東邦大学医学部精神神経医学講座

概念

統合失調症は、かつては世界のどの地域でもほぼ同じ割合で存在し、全人口の〇・五〜一・五%（通常は〇・七〜一%の間）が一生のうち発症するとされてきた。近年、遺伝子環境相互作用への注目から、人口密集地や移民などのストレス環境下においては、より高率に発症するという見解が述べられるものの、その差異は微小である。

一方、人種差を超えて統合失調症がほぼ同じ割合で存在することから、この疾患の起源は古く、人類がそれぞれの人種に分岐する以前（六

万年以上前）から人類に密接にかかわってきたことが示唆されている。

古代では、精神病はその神秘的性質によって呪術や宗教などと深くかかわったが、ギリシャではすでにヒポクラテスらにより「病」としてとらえられ、その成因についての検討が行われていた。中世ヨーロッパでは、強力な宗教支配のもとで科学の発展は停滞し、精神疾患の研究において見るべきものはなく、精神障害者が迫害の対象にすらなつた時期もあった。

近代に入ると、科学は再び発展をはじめ、社会・文化的背景の変化とともに精神病にも科学的な視点が見られるようになった。一九世紀中頃には、グリージナー (Wilhelm Griesinger)

は「精神病は脳病である」と看破し、その後、クレペリン (Emil Kraepelin) が増悪しつつ進行する長期的経過と、幻聴や妄想という共通の臨床症状を呈する「早発痴呆」とよばれていた一群を一つの疾患単位としてとらえた。二〇世紀に入つて間もなく、プロイラー (Eugene Bleuler) は、この疾患の心理学的特徴は連合弛緩、感情鈍麻、自閉、両価性であるとし「統合失調症 (Schizophrenie)」という診断名を用いるようになった。

現在では統合失調症に関する概念は世界でおおむね一致したものであるが、最近の統合失調症に関する生物学的研究の進歩はめざましく、統合失調症の病因、診断、治療なども大きく変化し、統合失調症の概念そのものも徐々に変化を続けている。

症状

臨床の場面では、統合失調症の診断は全面的に精神科病歴と精神的現在症の診察に基づき診断される。操作的診断は一般的に国際疾病分類 (ICD-10) やアメリカ精神医学会による精神疾患の診断・統計マニュアル第四版 (DSM-IV) などの国際的な操作的診断基準により行われる。

ICD-10では統合失調症の障害は「一般的

には、思考と知覚の根本的で独特な歪曲、および不適切なあるいは鈍麻した感情によって特徴づけられる」と定義されているが、実際には個人ごとに症状、経過は大きく異なり多彩であり、症状学に関してこれまで多くの精神病理学的検討がなされてきた。

統合失調症を理解するうえで重要な症状につき、以下に記す。

シュナイダーの一級症状

シュナイダー (Kurt Schneider) は、自我障害を統合失調症に特有な症状であるとし、一級症状として自我障害を中心とする以下のものを挙げた。考案化声、言い合う形の幻声、自身の行動とともに発言する幻声、身体的被影響体験、妄想奪取およびその他の妄想被影響体験、妄想伝播、妄想知覚、感情・思考(欲動)・意思の領域における他者によるすべてのさせられ体験・被影響体験。

シュナイダーはこうした体験様式が異論の余地なく存在し、身体的基礎疾患を見いだし得ない場合、臨床上、控えめに統合失調症と呼ぶことができる⁽¹⁾とした。

陽性症状と陰性症状

ジャクソン (Hughlings Jackson) らは、統合失調症で認められる多彩な症状を陽性症状と

陰性症状に分類した。陰性症状は正常な精神機能の減少あるいは欠如を意味するもので、感情の鈍磨と平板化、無感情、意欲・自発性の欠如、快感消失、会話の貧困、寡動・動きの緩慢、社会的ひきこもり、連合弛緩などが含まれる。陽性症状は明らかに病的体験といえる症状で、シュナイダーの一級症状、各種の妄想、顕著な思考障害、緊張病症状、奇異な行動などである。

認知機能障害

認知機能とは、自己をとりまく世界について学習し理解し、概念を構築するといった活動にかかわる要素全般である。統合失調症ではさまざまな神経心理検査の成績が低下することから、認知機能の障害が統合失調症の中核にあると考えられている。とくに認知機能障害は、社会生活障害と強く関連することが示されている。

また、統合失調症で生じる認知機能障害は、事象関連電位、脳機能画像や脳構造画像の所見の変化が関連するという報告も多数あり、統合失調症の認知機能障害の根底には脳の機能や構造の変化が存在することが示唆されている。

残遺症状

統合失調症の経過では、精神病症状が発症す

る初期の陽性症状が目立つが、長期の経過を経た後の慢性期には、しばしば陰性症状が強固に残存し、大きな障害となる。こうした慢性期に根強く残存する陰性症状を主とする症状は、医療モデルには残遺症状と見なされている。

精神活動の緩慢、活動性の減退、感情鈍麻、自発性の欠如、思考内容の貧困化、社会機能の低下、認知機能の障害などが残遺症状の主症状であるが、これらは年余に及ぶ場合も少なくなく、この疾患で生じる障害の中で最も深刻で予後を分けるうえで重要な症状である。

病因

脆弱性・ストレスモデル

統合失調症は、おそらく多様な病因によるさまざまな症候群であり、そのため臨床症状、治療反応性、経過などにおいてさまざまなバリエーションがみられる。統合失調症の成因はいまだ不明な点が多いが、統合失調症の発生については、生物学的原因による病的素因ないし中枢神経機能の脆弱性に、病気の発症を促す環境因も含めたさまざまなストレスが加わり、症状を形成すると考えられている。

こうした脆弱性・ストレスモデルは、統合失調症の治療やリハビリテーションまでを包括的に説明するうえで非常に合理的である。

遺伝学的研究

統合失調症の発症にはいくつかの要因が関与していると考えられるが、統合失調症では遺伝性が示唆されている。一般人口における統合失調症の有病率は1・0%前後であるが、兄弟に統合失調症がいる場合は、有病率は8・0%前後と上がり、さらに一卵双生児である場合、有病率は四七・0%というデータもある。

統合失調症に対する遺伝学的研究は多く、遺伝子そのものの解析も行われている。その結果から、統合失調症は単一の遺伝子の障害により生じるものではなく、さまざまな遺伝素因に基づくと考えられている。

神経科学的研究

統合失調症の病態生理を説明するうえで最も代表的なものはドパミン仮説である。一九六〇年カールソン (Carlson) らは、脳内で大脳基底核にドパミンが高濃度で存在することを示し、ドパミンが脳内で神経伝達物質として重要な役割を果たしていると報告した。その後、ほとんどの抗精神病薬がドパミンD₂受容体に拮抗する能力を有していること、統合失調症に似た精神異常を発現する薬物はドパミン活性を強めることなどから、統合失調症ではドパミンが過剰に生じているというドパミン仮説が提唱された⁽²⁾。現在でも、統合失調症に有効な治療薬は

ほとんどがドパミン拮抗薬であり、ドパミン仮説は統合失調症を説明するうえで最も広く支持されている。

一方、セロトニン作用物質等でも幻覚を呈することなどから、統合失調症で生じる精神症状にセロトニン神経系の異常がかわることも示唆されている。最近の抗精神病薬の多くはセロトニン5-HT₂受容体への拮抗作用をもち、精神症状を減じ、D₂拮抗性に関連した運動障害を軽減する。その他、ノルエピネフリン、GABA、グルタミン、神経ペプチドなど脳内の主要な神経伝達物質の異常なども統合失調症の病因として考えられている。

神経病理学的研究

統合失調症では脳の連合機能を仲介する軸索、樹状突起、そしてシナプスの密度の低下が認められ、脳量そのものも失われることが報告されている。健常者ではシナプス密度は一歳時に最も高く、青年期早期に成人の水準までに低下する。統合失調症では、脳の発達の段階でシナプスが過剰に刈り込まれ、何らかの脳機能の異常が生じる可能性が示唆されている(神経発達障害仮説)。

神経画像研究

統合失調症患者の脳内での変化に関する検討

は、長らく死後脳研究により行われている時期もあったが、近年のめざましい画像技術の発達により、これまで機能障害と考えられていたこの疾患で多くの病理学的な変化が生じていることが明らかとなった。

とくに磁気共鳴画像 (magnetic resonance imaging: MRI) が一般的に用いられるようになってから、統合失調症患者では、海馬、上側頭回、帯状回、背外側前頭前野をはじめ、脳のさまざまな部位での体積の減少が明らかとなっている。また、fMRI、PET、SPECT、NIRSなどの脳機能画像では、前頭葉低活性 (hypoactivity) が生じていることが報告されている。

薬物療法

統合失調症の治療には、生物・心理・社会的な背景に対して、包括的な治療戦略をたてて望むことが必要であり、それにより症状の軽減はもちろん、認知機能や社会機能の回復が得られる。ここでは、近年新たな薬物の登場もあつた薬物療法について、誌面の都合で簡潔に解説する。

一九五二年にクロロプロマジン、一九五八年にはハロペリドールが統合失調症の主に陽性症状に有効であることが示され、以後、統合失調

症の治療において薬物治療が最も有効な治療となつた。しかし、これらの薬はドパミン拮抗作用 (Antagonists) により陽性症状を抑える一方、

ドパミン拮抗作用によるパーキンソンニズムや錐体外路症状などを主とする副作用も伴つた。

近年では、ドパミン拮抗作用に加え、セロトニン拮抗作用などを有するリスペリドン、ペロスピロン、オランザピン、クエチアピンなどの薬剤が開発され、統合失調症に対する薬物療法は進歩した。セロトニン₅-HT₂ 受容体への拮抗作用は、精神症状を減じ、D₂拮抗性に関連した運動障害を軽減するため、セロトニン₁ドパミン拮抗薬は統合失調症の陽性症状を抑えるのみならず、錐体外路症状などの副作用を少なくし、また陰性症状を含む精神症状の悪化も軽減する。

二〇〇七年からは、ドパミン受容体に対し拮抗作用としてではなく、部分作動薬 (Partial agonists) として機能するアリピプラゾールが日本でも発売となつた。この薬は陽性症状を抑える一方、これまでの薬とは異なり、ドパミンを過剰に抑制しないことから、ドパミンの過剰な拮抗により生じうる陰性症状、認知機能障害の悪化を防ぐことが期待されている。すでに、アリピプラゾールにより陽性症状のみならず陰性症状、認知機能障害も改善したという報告は多い。

疫学

前述のように、統合失調症において激しい精神病症状が生じる初期の症状と、長期の経過を経た後に認められる慢性期の症状では大きく異なる。慢性期に根強く残存する残遺症状は、この疾患で生じる障害の中で最も深刻なものの一つである。残遺症状では、精神活動の緩慢、活動性の減退、感情鈍麻、自発性の欠如、思考内容の貧困化、社会機能の低下、認知機能の障害などが認められる。

とくに注意、遂行機能などの要素的な認知機能障害は、社会的な場面での行動障害となり、円滑な社会生活を困難にする。社会的な場面において適切な行動をとる能力の低下は、「社会機能」の低下と言ひ換えることができる。いくつもの実証的研究により、社会機能は幻覚や妄想などの陽性症状とは相関せず、陰性症状や認知機能障害と相関することがわかつている。また、認知機能障害は予後の指標のひとつとも考えられている。

現在、日本の精神科治療を受けている患者数三〇二万八〇〇〇人のうち、統合失調症患者の占める割合はおよそ七五万七〇〇〇人で二五％程度である。しかし、精神科病院に入院する患者数三五万三〇〇〇人のうち、統合失調症患者

数は一九万六五〇〇人であり、実に五六％に及ぶ。

統合失調症の入院患者の平均在院日数は、平成一七年の時点で三二八・六日であり、平成八年の六〇六・一日を下回るものの、依然、入院期間は長期である。入院患者の五〇％前後は五年以上入院している患者であり、統合失調症患者の入院患者が多い理由として、退院が困難で入院期間が長期化していることが考えられる。

長期入院を余儀なくされている統合失調症の入院患者のおそらく大半が、残遺症状を呈していると考えられる。長期の入院は患者をより社会から隔絶し、残遺状態の主症状である、意欲の低下、認知機能や社会機能の低下を助長し、社会の中でのリハビリの機会を逸するという悪循環を生む結果となる。入院が長期になればなるほど、家庭での居場所が失われ、再び自宅での生活を始めることが困難となる。

平成一七年度の患者調査によると、五年以上入院した者のうち退院後に自宅へ戻れた者は二〇％を下回り、多くが転院や施設へ入所している。

長期入院には、莫大な医療費がかかる。平成一六年度の日本の一般医療費のうち入院医療費は一・八兆円であるが、精神障害に関しては一・五兆円であり、循環器疾患、新生物に続く第三位となっている。

統合失調症の早期介入の必要性

統合失調症で陽性症状や一級症状の顕在化から、精神科治療が開始されるまでの期間は精神病末治療期間 (DUP: Duration of Untreated Psychosis) と定義されてこゝ。

最近のさまざまな研究によると、統合失調症の早期治療は、少なくとも短期的には良好な予後をもたらすことが認められているだけでなく、その自然経過をも良好に変化させうる可能性が示唆されている。すでにDUPの長さとの密接な関連を示唆する報告はあり、DUPが一年以上だと以後二年間における再発率は三倍に上昇すること、DUPが長いと寛解の程度が悪く再発率も高いことや、DUPが長いほど陽性症状は遷延することなど、多くの論文でDUPが長いほど予後は不良であるという結果が示されている。

統合失調症と関連する脳構造変化は病初期の数年間に集中的に生じることが多く報告されている。さらに、この時期に適切な薬物療法を継続し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。ワイアット (Wyatt) らは、未治療の精神病状態はそれ自体が脳器質に対する生物学的毒性になっている可能性もあり、治療の遅れが回復の困難さを強

める可能性がある」と指摘している。

わが国でこれまでに示されているDUPの検討 (Yamawara, 2004) では、平均値は一三・七±二〇・二ヵ月であるという。DUPが五ヵ月以上であった場合、DUPが五ヵ月未満であった場合と比べ、初回の入院期間は有意に短かった (DUP<5: 一三・一±一・二、DUP>5: 一三・三±一・二、DUP<5: 四〇・七±二・一、DUP>5: 四〇・一±一・八)。また、DUPが五ヵ月以上かそれ未満かによって治療開始後一年後の処方量も異なった (DUP<5: 七七〇・五±八五・六、DUP>5: 二二六・一±二二・〇、P=〇・〇〇八)。

DUPの短縮は長期予後への影響も大きいとされている。統合失調症の長期予後に関する研究では、発病初期の二〜五年以内の病状が、その後の長期予後を強く予測することが明らかにされている。いわば治療の成否をかける発病後およそ五年とされる治療臨界期 (critical period) において十分に有効な治療を行ううえでも、きわめて重要なことである。

統合失調症は思春期から青年期において好発するが、発症間もない時期においてこそ、現実との接触を喪失したり、時には自傷を含めた衝動的な行為や薬物・アルコール乱用などの不適切な行動が顕在化する。病識の形成や治療関係の確立上重要な時期であり、この時期にこそ、

強い支援が必要となる。治療開始の遅延は、仮に治療が良好な経過をたどり、生物学的障害が最小限であったとしても、治療の遅れにより放置された期間のこころの発達に決定的な影響を与えるのみならず、場合によって心理社会的回復に著しい影響を残しうる⁽⁴⁾。

精神病の早期発見・早期治療の嚆矢となった報告は、一九九〇年代初頭まで遡る。この計画は一九八四年から、英国オックスフォードのアイルスビューリという人口三万五〇〇〇人の村で、一七〜六五歳の約二万人を対象に行われた。精神疾患の予防を目的とした精神保健システム作りを目的としたこの計画は、家庭医をあらゆる精神身体疾患のゲートキーパー役として教育し、同時に多職種チームを形成した。

精神病の早期発見には、二段階からなるアプローチが展開された。一段階目は、前駆症状をもつ可能性のあるすべての患者を認識し、専門家に紹介できるように、家庭医にDSM-IIIにある統合失調症の前駆症状を教育することであり、二段階目は専門の精神保健ワーカーによるアセスメントが受けられるような、即座に受け入れ可能なシステムを立ち上げることである。家庭医からの照会があれば二四時間以内に多職種チームの誰かによりアセスメントがなされた。前駆状態にあると判断されたケースに対しては、ストレスマネジメントや精神障害に関す

監修＝岡崎祐士 | 青木省三 | 宮岡 等

こころの科学 135

HUMAN MIND September 9・2007

■好評発売中 定価1200円(税込)

■ISBN978-4-535-14035-6

[特別企画]

職場復帰

うつかなまけか

松崎一葉 / 編

・職場復帰とうつ

当世うつ病事情 山登敬之

うつ病のタイプと職場復帰 牛島定信

「うつかなまけか」が問題となる人

一精神科医の立場から 宮岡 等・清水 西

職場復帰の理論とソリューション 松崎一葉

・職場復帰の実際

都庁における職場復帰 吉野 聡

産業保健師からみた職場復帰 中庭 慶子

躁と職場復帰 高田 絵梨子

メンタルクリニックにおける治療プラン 五十嵐 良雄

職場復帰のための認知行動療法

田島美幸・中村聡美・秋山 剛・大野 裕

パーソナリティの未熟に起因するうつと職場復帰

岩谷 泰志

・職場復帰を超えて

先進的職場復帰制度を考える

一退職も重要な選択肢のひとつ 笹原 信一郎

「こころのかせ」と操作主義 斎藤 環

職場復帰のオトシドコロ

一ミクロとマクロの視点から 松崎一葉

●巻頭に——大人の目の届かない世界 青木省三

●論説

子どものいじめをめぐる一その深層と対応 井上勝夫

今、脳科学が教育に貢献できること 加藤 忠史

●連載

タイムマシン心理療法(終) 黒沢 幸子

うつ病の真実 野村 総一郎

臨床を支える言葉 遠藤 裕乃

児童精神医学フロンティア 根来 秀樹

都市型臨床の時代 井原 裕

学び方の違う子どもたち 畠垣 智恵

●ほんとの対話

中井久夫著『こんなとき私はどうしてきたか』 神田 橋條治

北山 修著『劇的な精神分析入門』 妙木 浩之

B・W・ウォルシュ著『自他行為治療ガイド』 林 直樹

村上伸治著『実戦 | 心理療法』 東 豊

●こころの現場から

一本のヒット(特別支援学校) 鈴木 彰典

フランケン(小学校) 山際 敏和

日本評論社

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

る本人や家族への心理教育といった心理的な介入とごく少量の神経遮断薬の投与とを組み合わせた包括的アプローチを実施した。
四年間の追跡期間中、発見された統合失調症の健在発症はわずか一例のみで、これは一〇万人の地域での年間発症率で〇・七五にあたり、既存データからの予測値(七・四)を著しく下回った。

まとめ

統合失調症で最も深刻な問題は、きわめて長期に患者を悩ませ、治療が困難である陰性症状や認知機能障害であろう。最近では、最新の薬

物療法を中心にさまざまな治療法が登場し、その効果が期待されるが、いずれの治療法を選択したとしても、早期の治療開始こそが、病態の軽減、より早い回復、よりよい転帰、心理社会的スキルの維持、家族や社会からの支援の維持、入院の必要性の軽減をもたらすと確信する。

(文献)

- (1) クルト・シュナイダー(針間博彦訳)『新版臨床精神病理学』文光堂、二〇〇七年。
- (2) Iversen, S. D., Iversen, L. L.: Dopamine: 50 years in perspective. *Neurosciences* 30: 188-193, 2007.
- (3) 精神保健福祉研究会監修「我が国の精神保健福祉—精神保健福祉ハンドブック 平成一八年度版」太

(かたぎり・なおゆき / 精神医学) (みずの・まさふみ / 精神医学)

陽美術、二〇〇七年
(4) 水野雅文「早期介入の推進」『脳21』九巻四号、四三三—四三七頁、二〇〇六年



統合失調症—再発脆弱性とレジリエンスに基づく再発予防の試み—

辻野 尚久^{1,2)} 龍 庸之助³⁾ 佐久間 啓⁴⁾ 水野 雅文¹⁾

Key Words

統合失調症, 再発脆弱性, レジリエンス, 精神科
リハビリテーション, 地域ケア

1 はじめに

これまで長期予後が不良の疾患として考えられていた統合失調症において、近年、寛解の概念をめぐる議論が活発になり、その治療反応性に関する考え方も変化してきている。それにとともに統合失調症の治療において、症状を改善させるだけでなく、再発予防のための維持療法の質も求められてきている。

本稿では、統合失調症の再発モデルとして広く受け入れられている脆弱性—ストレスモデルを基に、統合失調症に対する治療的あるいは医学的リハビリテーションの視点から、生物学的脆弱性を補い心理環境面のストレスに対処し、レジリエンスを強化するための適切なアプローチを包括的に実施する統合型地域精神科治療プログラム(Optimal Treatment Program; OTP)について概説する。さらにこのOTPに則って地域における継続的なケアを提供することで、長期入院者の再発を抑制しながら地域生活を支援しているささがわプロジェクトの成果を紹介する。

2 再発脆弱性とレジリエンスについて

「再発脆弱性」がある一方で、統合失調症のすべての患者が再発するわけではないことから、抵抗する力も持ち合わせていることが考えられる。また、脆弱性—ストレスモデルは、発症・再発の見地に立った考え方であるが、これに対し、回復の見地に立ち、統合失調症の疾患の特徴を捉えていくことも必要である。この抵抗力もしくは回復の基となる力が、レジリエンスといえるだろう。

Richardson¹⁷⁾は、「崩壊(Disruption)」から、「再建(Reintegration)」への過程に着目し、図1のような「レジリエンスモデル」を提唱した。レジリエンスには、個人の資質だけでなく、家族や社会からの支援も含まれる。また、その強化因子として、Locus of Controlや自己評価(self-esteem)などがあげられる。Locus of Controlは、自己をコントロールする力が自己の内部にあるか、外部にあるかを感じる程度によって、個人の考え方や判断の仕方ははかるための指標として提案されたものである¹⁶⁾。この

Schizophrenia; Implementation of relapse prevention program for schizophrenia based on vulnerability and resilience

¹⁾ TSUJINO Naohisa and MIZUNO Masafumi 東邦大学医学部精神神経医学講座 (〒143-8541 東京都大田区大森西 6-11-1)²⁾ 精神医学研究所附属東京武蔵野病院 ³⁾ RYU Yonosuke 虎の門神経科龍医院, ⁴⁾ SAKUMA Kei あさかホスピタル

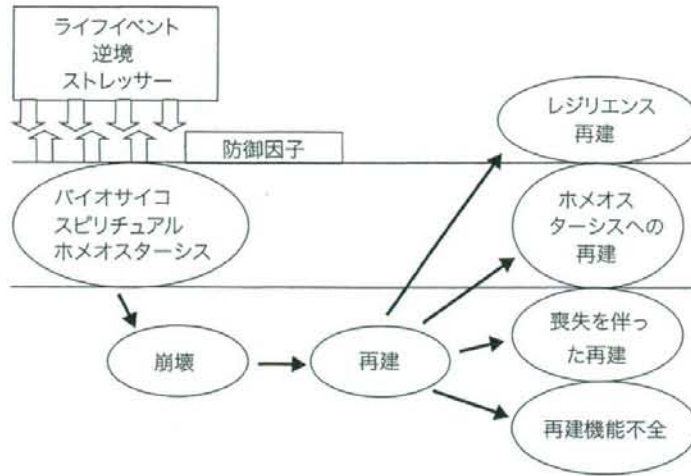


図1 レジリエンスモデル (文献17より一部改変)

スケールが高いほど、内在型の傾向が強く、自分本位で考え、対処していこうとする傾向があるのに対し、低い場合は外在型の傾向が強く、自分の状況の原因を外に求め、他力本願的に対処しようとする傾向がある。

Harrowら⁴⁾は、15年間の統合失調症例のフォローアップ研究で、抗精神病薬を服薬していない群で40%が回復し、服薬している群の5%よりも多かったことから、統合失調症患者に抗精神病薬の継続が必要ない群があることを示唆した。さらに、抗精神病薬を服薬せずに、回復している群で、Locus of Controlや自己評価(self-esteem)のスケールが高かったことを示し、レジリエンスの強さと統合失調症の予後とが関連していることを報告している。

筆者らは¹⁵⁾、かつて大学病院の精神科外来に25年以上の極めて長期間通院加療し、この間小さな再発・再燃はあるものの外来加療中心に経過した症例について検討したことがある。協力が得られた24名の発症年齢は26歳であったが、調査時点の平均年齢は58.5歳になり、haloperidolで3mg程度の内服を続け、1時間程度の通院時間をかけて4週に一度程度通院していた。半数には入院経験もあったが、平均3カ月程度の期間であり、20例が寛解状態で自立生

活を営み、就労している半自立群1名、家庭内適応状態群2名、悪いときが多いがときに良く、日常生活面の指導が絶えず必要な群1名であった。その中で病識、服薬観とも悪かった3例は、家族が極めて協力的で良いサポートとなっていたり、知的水準が高かったり、経済的な理由があったりと、何らかの強く具体的な要因が通院を維持させているように思われた。これに対して残りの大多数の症例では、病識や薬に対する構えも比較的良好で、通院も自主的になされていることが多く、総じて処方量も少なく抑えられるという好循環が認められた。長期に入院しない統合失調症例では、経過転帰の良好なものが多いこと、生物・社会・心理的要因に恵まれた例、すなわちレジリエンスに富む例が多いこと、家族のサポートの重要性があげられる。

近年、統合失調症の治療目標として、寛解・回復について活発に論じられるようになり、その寛解・回復率に基づいた長期経過研究が報告されるようになってきた⁹⁾。そのことから、統合失調症の概念が、「治らない」病気から、「治る」病気に変遷してきており、十分なレジリエンスを持ち合わせていることを意味している。表1はその主な研究報告をまとめたものである⁹⁾。この中でも、McGorryらの研究では^{1,10)}、

表1 統合失調症の寛解に基づいた経過研究

研究	地域, 国	統合失調症の型	症例数 (N)	症状寛解を経験した症例数	
				N	%
Ciampi, 1980	ベルン, スイス	慢性	289	153	53
Huber et al, 1975	ボン, ドイツ	初回エピソードおよび慢性	502	266	53
Ogawa et al, 1987	群馬, 日本	ほとんどが初回エピソード	105	67	64
Tsuang et al, 1979	アイオワ, 米国	慢性	186	85	46
McGorry et al, 1996	メルボルン, オーストラリア	初回エピソード	98	89	91
Edwards et al, 1998					
Loebel et al, 1992	ニューヨーク, 米国	初回エピソード	118	87	74
Lieberman et al, 1993					
Whitehorn et al, 1998	ノバスコシア, カナダ	初回エピソード	115	102	89
Harrison et al, 2001	世界 14 カ所	ほとんどが初回エピソード	1,171	562	48
Bleuler, 1968	チューリッヒ, スイス	慢性	208	118	57
Harding et al, 1987	バーモント, 米国	慢性	82	56	68

(文献9より引用)

表2 メンタルヘルスケアエビデンスに基づく統合的治療方針

サービスモデル	治療プログラム
<ul style="list-style-type: none"> ・早期発見 ・チームワークモデル…患者・家族・専門家 ・継続的な目標設定アセスメント ・効果的なケースマネジメント ・障害と治療に関する教育 	<ul style="list-style-type: none"> ・生物医学的治療 ・集団内(家族)でのストレスマネジメント ・さまざまな認知行動療法 ・支持的な雇用

(文献13より引用)

91%と高い寛解率を示している。McGorryらは^{10,11)}、1984年より、オーストラリアビクトリア州メルボルンにおいて、早期精神予防介入センター(Early Prevention and Intervention Center; EPPIC)を展開し、今日では、早期発見・早期治療のグローバルモデルの1つになっている。これは、病気が発症してから、可能な限り早期に発見し、最長18カ月におよぶ病気に特異的な集中した治療をするという2つの戦略により、早期精神病患者の一次的、二次的な病的状態を軽減することを目的としている。この取り組みが、高い寛解率につながっている。

3 統合型地域精神科治療プログラム (OTP)¹²⁾

OTPの基本原理は、統合失調症の再発モデルである脆弱性-ストレスモデルに則り、生物学的脆弱性を補い心理環境面のストレスに対処す

るための適切なアプローチを包括的に実施することを目指している。OTPでは統合失調症をはじめとする精神障害を固定した障害としてとらえるのではなく、できるだけ早期に適切な働きかけをすることで、機能障害のレベルから根本的に治療し、発症前の精神機能、社会機能の完全なる回復を得ることを目指している。長期間にわたる入院生活により社会機能の低下は逃れられるものではないが、人の脳機能の可塑性は高く柔軟である。OTPによるエビデンスに基づいた継続的な関わりの中で、確実な回復力(レジリエンス)を実感することができる。脳機能の可塑性は環境とのインタラクションの中でこそいっそう高められるのであろう。

また、OTPでは援助者中心のストレスマネジメントが統合失調症の再発防止により有効であることから^{2,3,6,7)}、当事者を含めた家族単位での包括的な認知行動療法的家族介入を行って

いる。ライフイベントで問題が発生したときにそれを処理していく能力を高め、家族からのサポートを維持していくことで、レジリエンスの強化にもつながる。ここでは、OTPについて、表2に示したサービスモデルと治療プログラムに分けて説明していく。

1. サービスモデル

1) 早期発見・早期治療

早期発見・早期治療により、精神病未治療期間(Duration of Untreated Psychosis; DUP)が短縮され、予後の回復が期待できる。また、心理社会的技能を維持し、家族や社会からのサポートも維持され、レジリエンスを高めていく。しかし、この目標を達成するためには、広く一般の人々に精神疾患および精神科サービスについての理解と知識の獲得を促していく必要がある。精神疾患の症状に関する正しい知識を持つことでその症状にいち早く気づくことができ、治療可能な疾患であるとわかっていることで速やかに治療に結びつくことが期待される。そのためには、学校現場でのメンタルヘルス教育の充実を図る必要があり、プライマリケアに携わる一般開業医や保健所の保健師などが精神病の初期症状の診断と治療に習熟していくことが重要である。オーストラリアでは、中学校・高校での予防を視野にいれた精神保健プロジェクト(Mind Matters)¹²⁾が導入されており、全国の中学校・高校でそのカリキュラムが実施されている。その中には中学生向けに『Enhancing Resilience』という教材を用いて、レジリエンスの強化をめざした指導も行われている。

また、精神疾患や精神科に対する悪いイメージやスティグマをなくすことも重要な目的である。スティグマは自己評価(self-esteem)の低下につながり、結果としてレジリエンスの低下につながるからである。

再発予防の観点からもこの早期発見・早期介入は有用である。患者ごとに再発のたびに同じ症状を繰り返される「再発サイン」とでも呼べるようなものがあればそれを発見することは、

治療計画を立てるうえで極めて有用であり、家族と患者の両者に薬物療法と心理教育を行うことの意味が強まる。

2) 多職種モデル

治療チームは、医師、保健師・看護師、精神保健福祉士(PSW)、心理臨床家など多職種から構成される。大切なことは、この多職種チームは単なる専門職の集まりではなく、基本的には全員が認知行動療法的家族介入などに関して一定水準の技能を持っていることである。すなわち各自の専門技能に加えて、自分の専門以外のさまざまな技能や知識に関しても各スタッフは十分な訓練を受けて、治療チームの一員として必要な技能を常に一定水準に保つことが求められる。また、複数の専門職が関わることで、ケースのより客観的・多面的なアセスメントが可能となり、各スタッフの負担感の軽減にもつながる。

また、この治療チームには原則として家族全員参加を求めている。家族がセッションに参加することで、実際に生活しているうえでストレスとなっている問題を取り上げることが可能となり、その軽減が期待でき、また家族の本人に対する感情表出を直接改善するように介入することが可能となる。セッションを実施する中で、参加している家族を、いわばその症例についての極めて専門的な治療者に育て上げていくことを大きな狙いとしており、家族としてのエンパワメントを強化し、レジリエンスの増強につながっていく。

3) 継続的なアセスメント

統合的な介入に当たっては、当事者・家族双方についての生物医学的・心理社会的両面からの持続的アセスメントが重要である。BPRS(Brief Psychiatric Rating Scale)を一部改変したBPRS拡大版のほか、OTPで独自に開発したCommunity Health Record(CHR)、精神症状評価尺度であるCurrent Psychiatric Status-50(CPS-50)などを用いている。CHRはイギリスのバッキンガムシャーにおける地域介入プログ

ラムで実際に使用されている記録用紙を改変したものである。3カ月ごとにこれらの評価を繰り返して、その結果を介入プログラムにフィードバックして、各症例の特性に応じたプログラムの維持に役立てる。薬物の副作用に関しても半構造化面接を用いてアセスメントし、総処方量の削減と理想的用量の向精神薬の処方へとつなげることができる。このようにアセスメントに基づいたフィードバックを繰り返していくことで、Locus of Controlをより内在型にし、レジリエンスを高めていく。

4) 訪問サービス (assertive community treatment; ACT)

わが国でもACTの名前は広く知られるようになってきている。ACTはさまざまな地域で行われており、地域により実施内容は異なっている。訪問により治療コンプライアンスの向上が期待できるだけでなく、認知機能障害を持つ当事者に対して、その場で行動修正を図ることは、より効果的である。

5) 心理教育

当事者や家族に対しての心理教育は、原則的にはOTP導入の冒頭に数セッションかけて行われるが、必要に応じて適宜繰り返されるのが重要である。この際一方的な知識の提供ではなく、十分に精神療法的配慮を添える必要もある。個別の家族で行うことのメリットとして、一般論にとどまらず各当事者の症状の特性などに合わせて具体的な話をすることができる点があげられる。

2. 治療プログラム

1) 生物医学的治療

精神病症状の改善とその再燃予防のために、抗精神病薬の使用とその継続が必要となってくる。そのためには、当事者にとって不快となる副作用の出現を抑えることが重要である。現在、従来の定型抗精神病薬より、錐体外路症状が少ない新規の非定型抗精神病薬が第一選択薬として、処方されていることが多い。しかし、これらの非定型抗精神病薬が必ずしも錐体外路症状

を起こさないわけではなく、その用量によっては、錐体外路症状が出現する可能性もある。抗精神病薬の処方量は、レジリエンスを発揮する妨げとならない最小量であることが求められる。

2) 家族内でのストレスマネジメント

本人および家族の対処技能を強化する目的で「問題解決技能の強化」がある。これはOTPで最も重視される技法の1つである。問題解決技能の訓練は、話し合いの過程と方法を本人と家族に訓練することにより、家族内で日常的に問題となるような緊張や葛藤を処理していく方法を習得させるものである。

このように問題解決技能を高めることにより、ライフイベントがもたらすストレスを軽減することができ、レジリエンスの強化にもつながる。

3) 認知行動療法

同じ診断であっても精神症状がさまざまに異なるように、コミュニケーション技能を個別に評価すると、各当事者や各家族により訓練を要する課題が異なる。そこで個別の課題に対しては、「積極的傾聴(アクティブリスニング)ふりかえシート」、「上手に頼み事をするワークシート」、「週間行動記録表」などの種々のモジュールを用いて行動面の修正を図り、家族全体の対処技能の向上を目指していく。実際の家族セッションでは、これらの統合的な介入を、個々のニーズに最適な形で支持的に展開する。コミュニケーション技能や家族全体の対処技能を向上させることで、レジリエンスを高めていく。

4) 支持的な雇用

独立した個人の尊厳を保つうえで、就労能力の再獲得は精神科治療における最も重要な課題の1つである。OTPは精神障害の治療を目指すものであり、完全な社会復帰を目指している。その過程において、さまざまな支持的雇用の経験を積むことも有意義であろう。就労を目指すうえで、作業療法的な視点から当事者のスキルを評価し、科学的な方法論に基づいたリハビリ

ーションを行っていくことが求められる。仕事を通じて、社会的なサポートも維持し、自己評価(self-esteem)も高め、レジリエンスの強化にもつながってくる。

4 ささがわプロジェクトにおける 経験から

筆者らは、福島県郡山市にあるあさかホスピタルの分院、ささがわホスピタルの閉院(2002年3月末)と、それに伴う居住環境の劇的な変化や生活の自立、さらに地域社会における自立への過程をサポートするささがわプロジェクト^{14,18)}を実施してきた。同院は2002年3月末で閉院し、4月1日からNPO法人の生活支援センターが運営する生活施設“ささがわヴィレッジ”へと転換された。ヴィレッジは終の棲家ではない。もはや病院ではなくなったここを拠点に、実社会生活の体験と再発予防への基本的な支援を受け、その間にレジリエンスの高まりを得ていく場として機能した。この閉院からまもなく6年が経過しようとしている。2007年12月には最後の住民もヴィレッジを出て、それぞれが自宅やアパートあるいはグループホームなどで生活をしている。ここでは平均26年におよぶ長期入院から退院し、地域生活を行うという大きな生活の転換により当事者がどのように変化したかを2年追跡データ¹⁸⁾をもとに振り返る。

病院閉鎖に伴って94名がささがわホスピタルを退院したが、このうち統合失調症の78名(うち男性51名)の退院時の状態は、PANSS(Positive and Negative Syndrome Scale)は陽性症状評価尺度9.0(7~25)、陰性症状評価尺度19.0(7~29)、総合精神病理評価尺度26.5(16~41)、GAF(The Global Assessment of Functioning)は57.5(25~82)であった。このうち60名(76.9%、以下生存群)は、退院後2年間継続して地域社会生活を送っていた。

60名のうち当初の2年間の観察期間中に2名がささがわヴィレッジを出て自立生活を始めた。1名は福祉ホーム、もう1名はアパートで

あった。また退院9カ月後に就労支援を開始したところ、2カ月の訓練の後、9名(うち男性6名)が、清掃担当や、給食補助として仕事に就いた。1名は脱落したが、8名は就労訓練を続けていた。

退院後2年の間に77%が精神的な再発や身体的な問題の出現なく、共同住居で社会生活を継続した。犯罪行為や暴力行為、ホームレス化に至る居住者はなかった。社会的、臨床的な変化を最小にする配慮がこのような移行作業の成功をもたらした。一方高齢と生活変化による身体疾患のために入院を余儀なくされる者もあった。

PANSSの下位項目とGAFでは著明な改善を認め、抗精神病薬の処方量は2年経過で変化がなかったものの、肥満の指標としてのBMIでは有意な増加を認めた。症状の改善は、薬物療法ではなく、生活様式の変化と多職種チームによる認知行動療法を含む包括的な介入の結果であると考えた。しかし病識は残念ながら悪化した。これは退院前と比較して退院後は疾患についての心理教育が相対的に減少したため、教育セッションは繰り返し行われることが重要であろうと考えられた。

SFS(Social Functioning Scale)の全得点、対人関係能力では変化は認めなかった。デイケアへの参加は引きこもりの改善に寄与していた。退院後開始された就労支援プログラムは実際に就労に至る成果もあげた。

退院後も継続した援助が必要であるが、実際には短期間で数名がグループホームなどへ生活の場を移すことが可能であった。日常生活技能の進歩は、単身生活に伴う必然性から生まれ、状況にあった支援が求められた。

精神疾患の再発で再入院した4例は、いずれも陽性症状が強く、全般的な機能が低く、ことばのわかりやすさ(理解、明瞭、伝達)が低いことが社会での生活への適応能力の低さを示していることが示唆された。これらの特徴は欧米における先駆的研究として知られるTAPS研究⁸⁾

で示された長期入院者の地域移行に際して失敗に至るリスクファクターと類似している。退院時の抗精神病薬の総投与量はHobbsら⁵⁾の「退院時の薬物量が高いことが社会生活への移行を失敗するリスクファクターになる」との報告とは異なり、再燃した4例で薬物量が多いということは認めなかった。

長期入院者の社会的入院の解消はわが国の精神科医療サービスにとって喫緊の課題ではある。しかしながらその解消には、包括的なケアと回復力を蓄えるのに必要な十分な時間が必要なのであろう。その結果として、単に退院し施設を移るというだけではなく、就労や結婚など自己決定に基づく社会生活を取り戻し得る者も現れてくる。障害者としての一方的な支援だけでなく、レジリエンスを有する者へのケアと障害特性を考慮に入れながら提供する姿勢が求められている。

5 おわりに

OTPのような包括的アプローチ実施していくうえで、大切なポイントがある。それは、これらのすべてのプログラムが肯定的で受容的な温かいムードの中で実施させるよう、スタッフだけでなく、家族構成員にも強調されることである。ここでいう家族とは、肉親だけではなく、ささがわヴィレッジでいえば長年の同居者、あるいは入院時代の仲間も家族とみなされる。地域生活の中にあってもそうした雰囲気に含まれているという体験そのものが当事者にとってかけがえのない安心感や自己効力感の高まりへとつながり、レジリエンスの強化に働きかけていく。退院促進が図られる中でこそ、このような包括的なプログラムが展開されていくことを期待する。

文献

1) Edwards J, Maude D, McGorry PD et al : Prolonged recovery in first-episode psychosis. Br

J Psychiatry 172 (suppl 33) : 107-116, 1998

- 2) Falloon IRH, Boyd JL, McGill CW et al : Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: A controlled study. N Engl J Med 306 : 1437-1440, 1982
- 3) Falloon IRH, Williamson M, Razani J et al : Family versus individual management in the prevention of morbidity of schizophrenia, I : Clinical outcome of two-year controlled study. Arch Gen Psychiatry 42 : 887-896, 1985
- 4) Harrow M, Jobe TH : Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications: a 15-years multifollow-up study. J Nerv Ment Dis 195 : 406-414, 2007
- 5) Hobbs C, Tennant C, Rosen A et al : Deinstitutionalisation for long-term mental illness: a 2-year clinical evaluation. ANZ J Psychiatry 34 : 476-483, 2000
- 6) Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ et al : Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia, I : One-year effects of a controlled study on relapse and expresses emotion. Arch Gen Psychiatry 43 : 633-642, 1986
- 7) Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ et al : Family psychoeducation, social skills training and medication in schizophrenia: The long and the short of it. Psychopharmacol Bull 23 : 12-13, 1987
- 8) Leff J, Trieman N : Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals -Social and clinical outcomes after five years in the community. The TAPS Project 46 : Br J Psychiatry 176 : 217-223, 2000
- 9) Liberman RP, Kopelowicz A : Recovery from schizophrenia: a concept in search of research. Psychiatr Serv 56 : 735-742, 2005
- 10) McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C et al : EPPIC ; An evolving system of early detection and optimal management. Schizophr Bull 22 : 305-326, 1996
- 11) McGorry PD, Jackson HJ : The recognition and management of early psychosis. A Preventive Approach. Cambridge University Press, Cambridge, 1999 (水野雅文ほか訳 : 精神疾患の早期発見・早期治療. 金剛出版, 東京, 2001)
- 12) Mind Matters ホームページ (<http://cms.curriculum.edu.au/mindmatters/>)
- 13) 水野雅文, 村上雅昭, 佐久間啓編 : 精神科地域ケアの新展開 - OTP の理論と実際 -. 星和書店, 東京, 2004

- 14) Mizuno M, Sakuma K, Ryu Y et al : The Sasagawa Project: A model for deinstitutionalisation in Japan. *Keio J Medicine* 54 : 95-101, 2005
- 15) 水野雅文, 山下千代, 渡邊衛一郎ほか: 精神分裂病超長期外来通院者の特徴—病識と薬に対する構えについて—. *日本社会精神医学会雑誌* 8 : 171-181, 2000
- 16) 永井直規, 鈴木盛夫, 神山吉輝ほか: Locus of Control の安定性に関する研究—精神科治療の変
化—. *臨床精神医学* 35 : 459-465, 2006
- 17) Richardson GE : The metatheory of resilience and resiliency. *J Clin Psychol* 58 : 307-321, 2002
- 18) Ryu Y, Mizuno M, Sakuma K et al : Deinstitutionalization of long-stay patients with schizophrenia: the two-year social and clinical outcome of a comprehensive intervention programme in Japan. *ANZ J Psychiatry* 40 : 462-470, 2006

* * *

特集—インターネットを利用した精神医療

インターネットを利用した精神障害の早期発見・早期治療

—DUI (duration of untreated illness, 疾病の未治療期間) を短縮するために—

茅野 分¹⁾ 水野 雅文²⁾ 長谷川千絵²⁾
 藤井 千代¹⁾ 根本 隆洋³⁾ 山澤 涼子³⁾
 小林 啓之³⁾ 村上 雅昭⁴⁾ 鹿島 晴雄³⁾

抄録：初回うつ病の DUI (duration of untreated illness, 疾病の未治療期間) を大学病院とクリニックで調査したところ、約3ヵ月間であった。クリニックの受診経路にインターネットが多かったため、次にメールによる精神保健相談を1年間で451名へ行った。内訳は30歳前後の女性を中心と占め、首都圏・大都市をはじめ、地方や海外からも多数の相談を認めた。内容は未治療の受診の適否や、治療中のセカンドオピニオンが大半だった。主治医との治療関係や現在の治療内容など、主治医に相談できない悩みも少なくなかった。一方、自傷・自殺への対応、診断の不確実性、コミュニケーションの不全、資源の確保など注意しなければならない点もある。これらの問題を解決・対処しながら、インターネットを利用して精神障害の早期発見・早期治療を促進していくことが望まれる。

精神科治療学 23(5); 579-586, 2008

Key words: internet, mental disorders, depression, early intervention, DUI (duration of untreated illness)

I. はじめに

精神障害の早期発見・早期治療が提唱されている^{8,12,14)}。世界では「IEPA (International Early Psychosis Association)」が定期開催され、「Early Intervention in Psychiatry」も定期刊行されている。国内では「日本精神障害予防研究会」が10年以上にわたり学術集会を行っている。これは「D-

UP (duration of untreated psychosis, 精神病の未治療期間)”と治療予後の相関が認められるようになったことが大きい。我々の調査においても、統合失調症の DUP や病前機能・認知機能が抗精神病薬量や入院期間を左右することが明らかとなった²⁾。したがって今後は「前駆期 (prodromal phase)」や「発症危険状態 (at risk mental state: ARMS)」において顕在発症を防止させることが必要である。それには精神医療関係者へはも

Early intervention of mental disorders by internet.

¹⁾銀座泰明クリニック (精神神経科)

〒104-0061 東京都中央区銀座6-2-3ダヴィンチ銀座アネックス4階

Bun Chino, M.D.: Ginza Taimei Clinic, 6-2-3, Ginza, Chuo-ku, Tokyo, 104-0061 Japan.

²⁾東邦大学医学部精神神経医学講座

Bun Chino, M.D., Masafumi Mizuno, M.D., Chie Hasegawa, M.D.: Department of Neuropsychiatry, Faculty of

Medicine, Toho University.

³⁾慶應義塾大学医学部精神神経科学教室

Bun Chino, M.D., Chiyo Fujii, M.D., Takahiro Nemoto, M.D., Ryoko Yamazawa, M.D., Hiroyuki Kobayashi, M.D., Haruo Kashima, M.D.: Department of Neuropsychiatry, Keio University School of Medicine.

⁴⁾明治学院大学社会学部社会福祉学科

Masaaki Murakami, M.D.: Department of Social Work, Faculty of Sociology, Meiji Gakuin University.