

着々と整えられてきたが、退院促進の実績は本当に上がっているといえるのだろうか。少なくとも総病床数にみる減少は著しくない上、長期在院者が急激に減少してきたという話は聞かない。いったい何が退院促進や地域生活の実現を妨げているのであろうか。

本稿では、筆者らが長期在院患者の退院促進として取り組んできた福島県郡山市における「ささがわプロジェクト」をモデルとし、その実現のためのプロセスと体験から現行制度やシステムを振り返り、地域生活を困難にする理由を挙げて考察したい。

I. ささがわプロジェクト

ここでは医療と福祉による統合型地域精神科治療プログラム (Optimal Treatment Project ; OTP) を中心戦略として行ったささがわプロジェクトについて紹介する。

1. 概要

ささがわプロジェクトとは、福島県郡山市にあるあさかホスピタルにおいて、病院医療から地域ケアへの転換を進めるにあたって、適切な医療を提供しつつ、生活の場を確保し、社会参加や就労などの社会的サポートをいかにして行うか、すなわち医療、心理、社会的側面を統合した地域ケアシステムをどう構築するかという視点に立ちながら、検討が開始されたプロジェクトである。2002年3月31日にあさかホスピタルの分院であった102床の開放型の病院のささがわホスピタルを閉院し、共同住居「ささがわヴィレッジ」と地域生活支援センター「アイ・キャン」へ機能の変更を行い、その運営をNPO法人アイ・キャンが担った^{2,5)}。当時、平均年齢55歳の94名の当事者が退院をし、ささがわヴィレッジでの生活を開始した。その際、地域中心型医療福祉モデルであるOptimal Treatment Project (OTP) を用いた多職種チームによる介入実践を行い、経過について時間軸に沿って検討を深めた。

その後、2003年、あさかホスピタルではD-プロジェクトが発足し、慢性期領域と地域ケア領域がチームを組み、OTPを中心戦略とし、退院支援が行われた (DはdeinstitutionalizationのDから命名した)。また平成18年度から、ささがわプロジェクト2nd stageの取り組みが開始されている。2nd stageでは、共同住居ささがわヴィレッジから、より地域に点在した小規模なグループホームへ移行し、より地域に点在したメンバーを支援していくシステムが検討された。ここでは制度の利用面からいくつかの点に触れる。

2. 実際の介入

当事者への実際的な関わりにおいては、当初、精神障害者地域生活支援センターがケアマネジメントを行い、訪問看護ステーションによる訪問看護、デイナイトケアによるリハビリテーションを行った。またメンバーのニーズに応え、地域生活支援センターとデイナイトケアが中心となり、就労支援を行った。症状の再燃など、メンバーの変化については、チーム内において情報の共有を行い、必要に応じて、本人を交えてケア会議を開き、目標や課題を明確にしている。

平成18年に障害者自立支援法が施行となり、地域生活支援センターアイ・キャンは障害者自立支援法サービス体系へ移行し、相談支援事業・地域活動支援センターI型・就労移行支援事業・就労継続支援事業B型・共同生活援助事業 (グループホーム)・共同生活介護事業 (ケアホーム) を実施している。メンバーの多くはグループホームやケアホームを利用しており、サービス管理責任者がケアマネジメントを行い、引き続き、チームアプローチにより支援を継続している。

3. 転帰

ささがわプロジェクトによる当事者の転帰は表1の通りである。

精神症状の再発による一時的入院中の者も含め、11名が地域生活の中断を余儀なくされているものの、その他の多数の者が、7年経過した現在も

表1 ささがわプロジェクト94名の退院者5年目の転帰

アパート単身生活	9名
アパート2人暮らし(結婚)	4名
グループホーム	57名
ケアホーム	11名
養護老人ホーム	1名
知的障害者更生施設	1名
入院(身体疾患)	4名
入院(再発)	3名
死亡	4名

地域生活を継続できている。

入院から地域生活移行、そして継続支援まで医療機関および地域ケアスタッフがチームを形成し、アプローチを行う一連の流れの中で重要であったと思われる点は、いわゆる「橋渡し」的な支援に留まるのではなく、理念や目標を共有し、いかにチームを形成していくかということであった。

退院促進を進める側にとって大切なキーワードは、退院＝ゴールではないということであろう。長期の入院生活を経てようやく退院した後、いかに自分らしく生きることがもっとも大切であり、精神疾患をもつ当事者にとって、自分らしい生き方を継続していくためには、再発を防止し、適切な薬物療法や症状への対処を行うなど、医療は欠かせない存在である。一方ストレスマネジメントを含めた生活支援、就労支援やさまざまな社会生活参加への支援もまた重要であり、各当事者にとって必要なアプローチを各専門職が随時行っていくシステム作りが望まれるのではないかと。多職種チームによるアプローチを入院中から地域生活移行後も継続して行っていくことが、精神障害をもつ当事者のライフスタイルを獲得していく上でとても重要である。

次にこれらを支える制度・システムの問題点について、①ケアマネジメントのあり方を特に退院促進の視点から、②住居の確保、③高齢化問題、④就労支援と雇用の創出の視点から取り上げたい。

Ⅱ. ケアマネジメント

入院から地域生活への移行支援や地域生活支援

において、ケアマネジメントはきわめて重要な役割を担っている。当事者が望む生活の実現に向けて、当事者がどんな will (希望、意思、ニーズなどさまざまな意味を持つので will と表記する) を持ち、生活技能や病状のアセスメントにより、導かれたニーズが何であるのか、医療機関も地域の支援機関もそれらを共有し、初めて当事者主体の支援が可能となる。

この点について障害者自立支援法は、相談支援事業を市町村事業として位置づけ、ケアマネジメントを実施する役割を担わせている。しかしながら実際には、市町村の中にはいまだに相談支援事業所への委託が進んでいないところも多く、ケアマネジメント体制が確立しているとはいいがたい。多くの市町村の窓口機能は、サービス申請受付および支給決定の機能に留まっており、本来、ニーズを明確にした上でサービスを申請するという流れすらできていないのが現状である。

さらに市町村からの委託による相談支援事業では、受託市町村以外の当事者の相談に応じることが原則的には難しく、柔軟に対応・運用されているとはいいがたい。精神保健福祉法に基づき、圏域単位で設置されていた地域生活支援センターのほうが市町村の枠にとらわれず、機動力を持って当事者支援にあたることができていたのではないだろうか。

当事者の will に沿って進められるケアマネジメントは地域移行や地域支援の柱であることを再度認識し、市町村単位ではなく、圏域を担当するなど、もっと柔軟に対応できる体制を検討する必要がある。

Ⅲ. 住居の確保

ささがわプロジェクト 2nd stage においては、ささがわホスピタル閉院後いったん旧ささがわホスピタルの建物内に集団生活を開始した 87 名の当事者の次の住居探しが大きな課題であった。アパートや賃貸マンション、戸建ての貸家など、当事者に家賃の経済的負担が少ない住居を探し、お

よそ1年がかりで確保された。

住居の確保にあたり障壁となったのは、精神疾患に対するスティグマの存在であった。

長期入院者の住居探しは困難を極めた。まずは不動産業者の理解を求め、続いて家主へ、そして近隣住民へと説明を続けた。なかには地域住民の強固な反対にあい、断念せざるを得ない物件も多々ある。反対の声の多くは、「何をするかわからないから心配だ」「責任は誰がとるのか」「何かあってからでは遅い」といったもので、地域住民の精神疾患の正しい理解の促進に向けて、精神障害全般についての知識の普及啓発の必要性が痛感された。さながらスティグマは見えない「制度」のようなものであった。

厚生労働省が掲げた精神保健医療福祉の改革ビジョンの1つに「国民の理解の進化」が挙げられている。ここでは国民意識変革の達成目標を「精神疾患は生活習慣病と同じく誰もがかかりうる病気であることについての認知度を90%以上」とし、「精神疾患を正しく理解し、態度を変え行動するという変化が起きよう精神疾患を自分自身の問題として考える者の増加を促す」とされている。退院者の生活の場を確保していく上で、地域住民の理解促進を図ることも地域移行支援と両輪で行わなければ推進せず、こうした実際の働きかけを行政機関と事業所が協働で行っていくことが重要である。

Ⅳ. 高齢化問題

ささがわプロジェクトの開始時点、すなわち閉院時（平成14年）の退院者の平均年齢は55歳であった。7年が経過し、全員が7歳年を取ったことになる。長期入院をしている当事者の多くも高齢化していると言われている。厚生労働省の患者調査（平成17年）によると、「入院患者の年齢分布」では入院患者の43%が65歳以上となっている。

65歳以上の場合、地域生活に必要なサービス（グループホームやホームヘルパーなど）の利用

にあたっては、まずは介護保険の申請が優先される。介護保険において要介護認定が非該当となった当事者だけが障害者自立支援法に基づく福祉サービスを利用することが可能となる。明らかに要介護状態に相当しないと思われても、この手続きを踏まなければならない、サービス利用開始までに時間を要する。また毎年、介護保険による要介護認定を受け続けることが必要となる。仮に要介護認定を受け介護保険サービスの対象となっても、介護保険サービスを利用できる所得がないケースではいずれのサービスも利用できず、地域生活に支障が生じている。受給対象を年齢で区切るのではなく、ニーズに応じた選択が可能となるシステムが望まれるのではないかな。

法や制度の狭間にサービスを必要とする人がとり残されることがあってはならない。

Ⅴ. 就労支援と雇用の創出

障害者基本計画（2002年12月）では障害者の地域生活を支える重要な柱の1つが「就労支援」であると位置づけている。また、経済財政運営と「構造改革に関する基本方針2004」（骨太方針2004）においても「障害者の雇用・就労、自立を支援するため、在宅就労や地域における就労の支援、精神障害者の雇用促進、地域生活支援のためにハード・ソフトを含めた基盤整備等の施策について法的整備を含め充実強化を図る」とされ、2006年4月に施行された障害者自立支援法においても「就労支援を抜本的に強化」することが掲げられている。しかしながら、国内における就労支援の試みの報告はいまだに少ないのが現状である¹⁾。

また障害者雇用促進法の改正により、障害者雇用率制度における障害者の雇用機会の確保（法定雇用率＝1.8%）の適用の中小企業への拡大、法定雇用率の算定に精神障害者が対象となるなど、精神障害者の雇用促進に向け、施策の整備が進められている。しかし、就労支援を進めるにあたってはさまざまな課題が存在している。

表2 地域で展開する精神医療・保健福祉サービスに求められる4つのA

・ Accessibility：利便性
利用者にとってアクセスしやすく、短時間で最大の効果をもたらす方法を持ち合わせ、最適のサービスを提供できること
・ Acceptability：受容性
利用者がスティグマを感じずに利用可能であり、出費に見合うかそれ以上の便益があると評価されるサービスであること
・ Accountability：説明責任性
そのサービスの提供する内容が科学的エビデンスに基づいており、スタッフの技量も質的に常に保障されているサービスであること
・ Adaptability：適応性
各障害のさまざまな時期やニーズに応じることができ、時代の変化や地域のニーズの変化にも適応していけるサービスであること

1. 障害者自立支援法

障害者自立支援法において、就労移行支援事業および就労継続支援事業（A型・B型）が位置づけられている。利用者は就労訓練として作業に従事し、工賃を受け取り、その障害福祉サービスを受ける対価として、1割の負担をするシステム、いわゆる「応益負担」である。利用者の属する世帯の収入に応じて、サービス利用料の上限額が設定されてはいるものの、利用者間に差が生じる。それでも工賃が利用料を上回ればよいが、利用料負担の方が大きくなってしまう場合もあり、利用者によっては、サービスの利用を断念せざるを得なかったり、利用を渋ることもある。国は就労系事業所へ工賃アップの努力を求めているが、事業者側にとってそれは容易なことではない。

一方、サービス事業者が利用者の負担に見合うサービスを提供できているかを考えることも重要である。国は障害者自立支援法により、サービスの標準化を目指している。3障害一本化により、障害によって制度やサービス量に違いがなくなるというメリットはあるが、精神障害においては、疾病と障害が共存していることから、関わる側には、精神疾患や障害特性についての知識と認知行動療法をはじめとした技法が担保されていることが望ましく、専門職の配置を要件としていない福祉サービスの質をどう高めていくかが課題である。サービスのあり方として、「地域で展開される精神医療・保健福祉サービスに求められる4つの

A」(表2)^{3,4)}が望まれるのではないだろうか。

2. 雇用の創出

障害者雇用納付金制度では、法定雇用率に相当する数に達するまで身体障害者、知的障害者または精神障害者を雇用していない企業は納付金を徴収される。したがって、企業にとって障害者雇用はインセンティブになっているという見方もできる。

筆者らが2006年に事業主や障害者の就労支援を行う機関向けに実施したフォーラム「障がい者雇用促進セミナー・職場定着推進等講習会」(福島県障害者雇用促進協会・福島障害者職業センター・NPO法人アイ・キャン共催)において企業を対象とし事前アンケートを実施し、124の企業から回答を得た。「法定雇用率算定に際して、今現在、優先的に雇用したい障害領域をお答えください」という質問に対して、精神障害領域を1位とした企業はわずか2社のみであった。

精神障害に対するスティグマは、企業の側だけがもっているのではなく、当事者自身も精神障害へのスティグマを抱えている。就職を考えると、自分の障害を開示せず、できれば隠して就職をしたいと考える当事者は多い。しかし障害を隠すこと自体がストレスとなり、就業の継続が困難になることもある。法制度の整備とともに精神障害に対するスティグマ払拭に向けた取り組みも重要である。

おわりに

現在、障害者自立支援法の抜本的見直しが検討されている。ICF（国際生活機能分類）によれば、人の生活機能と障害は「健康状態と背景因子（個人因子と環境因子）のダイナミックな相互作用」であり、当事者のQOLの向上、またはライフスタイルの獲得という視点に立ち、不足しているものを補うなど環境への働きかけと、個人の長所を活かし、持っている能力をのばしていく個人への働きかけの両方が重要になる。そういった視点に立ったケアマネジメント体制や制度のあり方を考えていく必要があると考える。

文 献

- 1) 安西里実, 佐久間啓, 龍庸之助ほか: 長期入院者の退院後の就労支援の試みと今後の課題. 明治学院大学社会学部付属研究所年報 38号, 2008.
- 2) 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.
- 3) 水野雅文: “再施設化” しない脱施設化を達成するための地域ケア戦略. 最新精神医学, 10; 183-189, 2005.
- 4) 水野雅文: 精神科臨床サービスの質を高める諸要因. 精神科臨床サービス, 5; 151-155, 2005.
- 5) 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. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40; 462-470, 2006.

■第28回日本社会精神医学会：シンポジウムⅠ 教育現場での子どもの対応

教育現場での子どもへの対応 —インクルージョン教育を理想として—

中村道子, 蓮舎寛子, 水野雅文

1. はじめに

今日の教育現場では様々な精神的な問題を抱えている多くの子ども達が存在する。その中には発達障害を基礎に持ち対人関係にトラブルを抱えている子どもや精神疾患の発症過程にいる子ども達や様々な厳しい家庭環境におかれている子どもも存在する。また健康度はある程度高いが、不登校などの問題を抱えている子どもも存在する。学校精神保健上の問題は増加しており、内容も多彩になっている。

教育現場で問題を抱える子どもの対応について、学校や家庭などの実際の社会の現場での視点に立って問題を捉え考察した。子ども達が適切な対応を受ける過程において学校や家庭など社会の現場で様々な問題が整理されつつ、医療機関への受診など必要な対応が行われていく過程について考えた。

このシンポジウムで語られた内容は学校における問題を抱える子どもに対する対応のみではなく、教育現場で一人ひとりの子どもを大切に教育活動を行うという『インクルージョン教育』を理

念のみに留まらず、実践の中でいかに捉えていくかという試みである。筆者ら以外のシンポジストは養護教諭とスクールカウンセラーとして実践されているサイコロジストである。

学校現場での精神保健に関わる人は、本人以外の生徒、学級担任、学年主任、生活相談担当教諭、教育相談担当教諭、保健室の養護教諭、スクールカウンセラー、教頭、校長、学校医（一般身体科、精神科）と多数存在する。

学校の外で本人の支援に携わる人は当事者本人の家族である両親、兄弟、祖父母など親族や他の生徒の家族である親や兄弟、近隣住民、学校外の社会的資源としては、地域の民生児童委員、児童相談所の児童福祉司、臨床心理士、発達（障害者）相談支援センターのケースワーカー、保健福祉センターの保健師やケースワーカー、教育相談センターの教員、臨床心理士、精神科医、精神保健福祉センターの臨床心理士、ケースワーカー、医師、療育センターのケースワーカー、臨床心理士、医師、病院・医療施設の精神科、小児科、児童精神科など各科の医師・臨床心理士など多数存在する。

今回のシンポジウムでは筆者らが4ケースを提示した。2ケースは公立中学校養護教諭小河光子教諭と共有したケースである。ケースAは精神病を発症して、病院受診に至るまでの学校内外の人間関係について検討した。ケースBはケースの見立てについて学校と病院の情報共有のあり方を検討した。ケースCとケースDは私立学校でスクールカウンセラーとして熱心に生徒のカウンセリングに当たっている明正大学黒岩誠教授と共有したケースである。両名は学校現場で医療への橋渡しが必要な子どもたちと常に関わり、様々な学校現場の関係性の中で奮闘されている。

英文タイトル：「Support for Children Who Have Problems at Education Institutions」-inclusive education as an ideal-
著者連絡先：中村道子（東邦大学医療センター大橋病院精神科）

〒153-8515 東京都大田区大森西 2-17-6

TEL: 03-3468-1251

E-mail: michi@qf6.so-net.ne.jp

Corresponding author: Michiko Nakamura

Department of Neuropsychiatry, Toho University School of Medicine

2-17-6 Ohmori-nishi Ohta-ku, Tokyo, 153-8515, Japan

東邦大学医学部精神神経医学講座

Michiko Nakamura, Hiroko Hasuya, Masafumi Mizuno;

Department of Neuropsychiatry, Toho University School of Medicine

2. 特別支援教育の実施に関連して

公立学校で特別支援教育が実施されるようになり変化したことの一つとして、学校内の連携の強化が挙げられる。具体的には校内委員会、ケース会議が定期的に行われるようになった。そのため保健室の役割が増大している。また特別支援教育の実施に当たり、教育相談センター、発達相談支援センター、児童相談所など学校外施設との連携の強化もなされ、病院など医療との連携も強化されてきている。しかしそれは学校により様々な地域性や事情を抱えており、学校の中で管理職と養護教諭やスクールカウンセラー等との関係性のあり方や管理職のリーダーシップや地域との関係性のあり方など多くの問題が存在する。

私立中学校では発達障害圏の子どもが入学した際に卒業校からの情報も乏しく、親はそのような情報については学校と共有することに抵抗を示す場合も多い。また厳しい受験競争を勝ち抜いて来た子どもたちではあるが、人との関わりについては丁寧な育まれてきているとは言えない。その子どもたちが入学後自分と同じほどの、または自分以上の能力を持っている子どもたちが大勢存在する現実と直面した時の精神的動揺は大きい。従って今や私立学校といえども、発達障害を抱えている子どもたちに充分に対応する能力を備える必要があるが、進学校としてあり方を規定している限り、そこにはやはり競争社会が厳然として存在する。そのような矛盾をどのように乗り越えていくかは、各私立学校の知恵に任されているのが現状である。人との関わりについて学び、より深い成長を促すことができる私立学校独自の学校教育の今後のあり方に期待するとともに、わが国全体の学校精神保健のあり方を考えていく必要がある。

3. 学校で起きるメンタルヘルス不調に関する問題とその対応

学校で起きるメンタルヘルス不調に関する問題

は種々存在するが、不登校や保健室登校、友達関係としては孤立、かげぐち、いじめ、ネット(メールやブログ)上のいじめ、家族との人間関係、性に関する問題、学校内暴力などが存在する。自傷行為や自殺の問題、身体的な問題(頭痛、てんかん発作など)、食事(給食など)摂取の問題、窃盗など金銭的トラブル、薬物使用、児童虐待の問題、精神疾患などが存在する。

一人の生徒の異変に保健室などで気づき養護教諭が生徒に働きかけを行う場合がある。また担任教師が親へ働きかけを行う場合もある。学校長や管理職も親への働きかけを行う。スクールカウンセラーが担任教師や養護教諭と情報を共有し見立てるという「協働」をする。そして父母が子どもの受診について同意をする。親が学校現場の努力に期待する場合は『保健室登校などを積極的に行うべきである』と保健室の努力に過度に期待すると中々医療につながらない場合もある。『いじめている周囲の生徒が悪い』『担任教師の対応に問題がある』という保護者の考え方が強い場合も受診につながらない。受診については緊急な場合を除き、なるべく本人の同意を得る必要がある。子どもの周囲の大人がうまく協働し、受診する同意を得るタイミングを計る必要がある。

学校で起きるメンタルヘルス不調についてコーディネーターとしての機能を果たすのは養護教諭である。養護教諭のコーディネーション機能としては生徒本人とのコミュニケーションを図ることや担任教師やスクールカウンセラーとのコミュニケーション、学年主任や学校管理者とのコミュニケーション、家族(親や祖父母など)とのコミュニケーションを図ることであり、養護教諭は其中でキーパーソンを見出す必要がある。また養護教諭は医療機関や民生児童委員など近隣、相談機関としては教育相談センター、精神保健センター、児童相談所、発達障害支援センターなどと連携する。

養護教諭がコーディネーション機能を発揮する場合には様々な問題が存在する。担任教師の生徒に対する理解度や、学校管理者の理解と判断、保護者の理解度が問題である。伝達が必要な学校で

の情報が病院や学校外の支援者に本人や保護者を通してでは適切に伝わらない場合は、利害関係がない、中立的な学校外の支援者（精神科医など）を必要としている場合もある。学校で緊急の危機介入が必要な時（生徒本人が保護者等に虐待されていると学校で訴えているケースや薬物使用のケースなど）の公的機関などとの連携における生徒の個人情報の取り扱い方とその責任の所在が問題になるケースも存在する。

4. 発達障害を抱える子どもに生じる問題

発達障害を抱える子どもの場合、「いじめ」によるストレスと心的外傷体験は、周囲の大人の想像以上に子どもの心に大きな影響をもっている。担任教師は子ども同士の関係性の調整をはじめ、教室環境の整備を行う必要がある。不登校の背景にある要因の一つとして発達障害が考えられる場合も成育歴も含めた心理アセスメントをていねいに行う必要がある¹⁾。

このような子ども達には、ある年齢の節目に共通して生じる一時的な不安定状態がある。代表的な状態は「10歳の壁」¹⁾である。中学生では14歳前後にも生じる。中学校では進学についての問題を抱える。精神医学的な合併症の頻度は高く、神経症的症状（強迫性障害、チック、夜尿）や精神症状（うつ状態、統合失調症）を合併しやすい²⁾。

発達障害を抱える子どもは見通しをもつことの苦手さと自己をモニターする力が育ちにくいという特徴がある。不登校などが改善された後から学校と家庭の連携のもとに、身体管理や過敏性コントロール、ソーシャルスキル等を個々の特徴に合わせて継続的に指導することが重要である。小学校から中学校への移行支援にも配慮が必要である。不登校から立ち直った後からが、それぞれの子ども達にとっては本当に必要な対応のスタートである。発達障害児は二次性障害が生じやすいというよりも、常に二次性障害を抱えている¹⁾。

競争社会に生きる私達にとって成果主義は、「共に生きる」という人間本来のあるべき構えを大きく変えてしまう危険性がある。子どもに対して絶

えず努力することを求め、努力が成果を伴えば大いに誉め、成果を伴わなければ蔑むという態度が導かれる。子ども本来の生き生きとした生きる姿勢が見失われ、自分が自分らしく生きることができないという結果をもたらす。学力面でも運動面や芸術面でも他から際立たない子どもは「だめな子」という親のまなざしに傷つき、自己疎外感と自信喪失にとらえられる。「自分の心」は自らのものでありながら、自分一人の力でかたちづくることのできるものではない。重要な他者達との関係を媒介することなくしては成立しない³⁾。

5. ケース提示

個人情報保護のため、ケースの性質を変えない程度に情報の修正を行っている。

ケースA：中学生 男子 14歳 不登校傾向 『自分の悪口が聴こえる。』

小学校の頃から不登校傾向を認めた。中学校1年生当時より自身の母親の家事について被害的な言動が認められた。2年生になって『友達が悪口を言っているから教室に行きたくない』と訴えるようになった。相談室登校を行った。関係教員で話し合ったが、担任の理解は得られなかった。民生児童委員の協力を得た。学校と家庭の連携をとることができた。病院への受診につながった。病院では患者は『近所の人が自分の悪口を言っている。そのような声が聞こえる』と訴えた。薬物療法が開始になった。学校と地域と家庭がうまく連携がすることができたグッドプラクティス・ケースである。

ケースB：中学生 男子 14歳 不登校傾向

主訴：教室に入れない。人ごみに出られない。現病歴：保育園の時から、話すのが苦手であった。人見知りがあり、友達からいじめられていた。小学校のころから無視される程度のいじめがあった。友達は少なかった。小学校5年生のころはいじめがひどく、男の子からは後ろから蹴られたこともあった。担任の先生はいじめを認めず、相談にのっ

てくれなかった。中学校2年生より学校の教室に入っていくのが嫌になった。3年生6月より学校からの早退が増えた。教室にいと頭痛、吐き気、『虫ず』が走る感じがした。カウンセリングの先生から病院を進められた。父親には話せなかった。祖母に相談した。家庭では『親から叩かれる』という情報が本人から話された。

不登校傾向が出現した。また『死にたい』と訴えていた。管理職・養護教諭・カウンセラーと保護者が話し合った。医療機関との連携を行った。医療機関ではWISC-III検査を施行した。その結果は以下のものであった。言語性IQ:91, 動作性IQ:76, 全IQ:82(群指数言語理解:95, 知覚統合:79, 注意記憶:73, 処理速度:80)学校での課題としては進路指導も存在した。高校に進学しない場合の居場所の確保などを考慮する必要がある。

ケースC:高校生 女子 17歳『死にたい, 他の生徒を殺したい』と訴えたケース

学校では大変成績優秀であり, 学校の生徒会活動なども積極的にできる子どもであった。

ある日スクールカウンセラーに『勉強が全く手につかない。死にたくなった。他人を殺したくなった。もう人生を終わらせてしまおうかと包丁を手につけた』と面談に来た場面で打ち明けた。自殺および他殺願望が打ち明けられた。スクールカウンセラーは急いで専門医の受診を勧めた。母親は受診に同意しなかったが, 父親が受診に賛成し, 病院に同伴した。病院では統合失調症を発症していると診断され, 治療が開始された。同じ部活の生徒に対する被害関係妄想を認めた。

ケースD:中学生 女子 13歳 校内暴力が激しいケース

中学校入学時から学校で突然暴力を振うことが認められた。ちょっとした友達のふざけやからかいに対して, 激高し, クラスメートを壁に押し付けたり, 彫刻刀を振りかざしたりした。小学校の頃の様子でも問題行動は存在した様子であった。ある日家庭科の実習で包丁を使う場面で激昂し,

廊下に飛び出していった。教員が多数でその生徒を押さえた。スクールカウンセラーは本人と家族に面接した。担任やカウンセラーからも病院への受診の必要性を説得した。しかし受診には中々至らず, 最終的に病院に受診時には親は学校での問題行動を病院の医師には正確には伝えなかった。親は学校での『いじめ』のために起きている行動と伝えた。

ケースAはグッドプラクティスと考えられるケースである。その理由として, ケースAは地域の民生児童委員の協力を得て, 病院受診につながっているケースであり, 治療を超えた人と人との関わりとしての支援がなされていると考えられるケースである。そこでは学校長をはじめとする管理職や養護教諭, 担任や地域民生児童委員などの一丸となった協力体制が存在する。また地域を含めた理解に及ぶまでには, 養護教諭を中心とした協力体制を作るための長い苦闘の時間の流れがある。普段病院で診療に当たっている医師には中々見えてこない学校現場での苦闘を医師も丁寧に個別に知る努力が必要である。

ケースBについては, スクールカウンセラーと学校教員, 養護教諭と医療との連携が問題になったケースである。本人の希望をいかに拾い上げて, 社会参加を達成できるかを検討する必要がある。本人の能力を本人や家族がいかにプラス志向に受け入れ, 社会参加を達成していくかが課題である。

ケースCについても, グッドプラクティスのケースである。スクールカウンセラーが病態を知り, 速やかに学校医に伝えることによって, 速やかに病院受診がかない, 本人が安定していったケースである。

ケースDは多くの課題を残した。学校全体がこの生徒に対して, どのようなアクションプランを作成するかが問題であった。親は子どもの情報の開示を拒否し, 一方的に学校に対応を押し付けてしまったことで, 互いの関係は膠着した。生徒は最終的には転校を余儀なくされた。互いに情報を開示し, 現実的な枠組みを作ることによって, 関係性が互いに発展し相互理解への歯車が回ること

はなかった。学校側がこの生徒をインクルードすることは本当に不可能であったのだろうか。この生徒のアウトカムを評価するとどのようなことになるのだろうか。学校内で重大な事故が起きることはなかったが、互いに理解しあう関係には至らなかった。私立学校の独自の環境に合わない生徒は必ず出現する中で互いの関係性が成長するためにはどのようなコンセプトで関わっていくことが望ましいのか、改めて互いに考察する必要がある。

子どもに関わる人々が個別の検討を丁寧に行い、連携をすることによってのみ、最善のオーダーメイドの対応が行えることもそれぞれの立場の人間が肝に銘ずる必要がある。

今回の学会のテーマが『ローカルな知と普遍的な知の練りあげ』であるが、このシンポジウムにおいて、学校現場でのローカルな知は、その個人に関わる多くの人々がそれぞれの努力を行う中で、知が練り上げられ、初めて子ども達に普遍的な知として、最善の治療環境と養育および教育環境を提供できることを改めて知ることができた。

6. これからの学校精神保健

これからの学校精神保健の課題としては、メンタルヘルス課題に対する生徒の意識醸成やリスクのある生徒へのサポート、メンタルヘルス不調者へのサポート、プライバシーポリシーの重要性、評価は方針立案段階で計画されていることやアウ

トカムの評価をどうするか、問題点改善のためのアクションプランを作成することやアクションプランを実行に移すためのサポート体制をどうするかなど産業精神保健とも共通したサポート体制を作る必要がある。

『インクルージョン教育』とは日本では特別支援教育の専門用語というイメージが強い。健常児が学ぶ学級に、何らかの心身の障害を持つ子どもも「包含して(インクルード)」という意味にとどまっている。障害の有無にかかわらず、子どもたちが互いに個性を持ったユニークな存在として、場合によっては相互補完的・役割分担的に受け入れ合う概念、また教員と生徒の間の関係も、「教え」「習う」関係として対峙するのではなく、同じ社会の成員として受け入れあう概念としてオランダなど欧米では発達してきた。互いを排除しない関係である。そのような意味合いで、教員と生徒や親の間も互いに支えあう中で、互いの成長を認めあえる関係性を築いていく必要がある。

文 献

- 1) 木谷秀勝：減らない不登校 発達障害と不登校について、教育と医学 56(4): 338-344, 2008
- 2) 神尾陽子、石坂好樹：知的障害のある自閉症生徒における ComorBidity、児童青年精神医学とその近接領域 43(3): 2002
- 3) 鯨岡 峻：子どもは「育てられて育つ」親と子の関係発達を考える 関係発達という考え方 心の育ちに定位する、教育と医学 56(11): 1093-1101, 2008

初回エピソード改善後の維持治療期間

藤井千代* 水野雅文**

抄録：統合失調症の初回エピソードが改善した後の薬物療法については、寛解状態を維持するために必要な治療の期間、抗精神病薬の中止を検討できる患者の選択基準など、未だ多くの疑問が残されている。最低有効量の抗精神病薬を継続する維持治療は、再発のリスクを下げる効果が認められている。しかし初回エピソード患者では治療中断率が高いこと、抗精神病薬の長期的な副作用等を考慮すると、6ヵ月～1年程度寛解状態が維持できた患者については、抗精神病薬を漸減し、可能であれば中止を試みる間欠的維持療法も選択肢のひとつとなりうる。治療法の選択にあたっては、当事者に対して抗精神病薬を中止することによる症状悪化のリスク、再発した場合に生じ得る不利益等についての説明を十分に行った上で慎重に判断する必要がある。薬物療法を中止した場合でも、症状の悪化傾向が認められた場合に速やかに対応するためのモニタリングの継続が不可欠であり、アドヒアランスを維持するための治療戦略が重要となる。

臨床精神薬理 12 : 2141-2149, 2009

Key words : schizophrenia, first-episode, maintenance treatment, antipsychotics, adherence

I. はじめに

抗精神病薬による維持治療 (maintenance treatment) が統合失調症の再発予防に有効であるということについては、現在ほぼコンセンサスが得られているといえる¹⁰⁾。しかしながら、寛解状態を維持するために必要な治療の期間、抗精神病薬の中止を検討できる患者の選択基準などについては、未だ多くの疑問が残されている。

精神科の臨床現場においては、患者あるいはその家族から「いつまで薬を飲まなくてはならないのか」と質問される場面にしばしば遭遇する。特に初回エピソードから回復した後は、その後の治療の必要性について疑問を持つ患者が多いことが指摘されている³⁵⁾。我々がこの疑問に対してより適切に対応するためには、個々の症例についてその経過や家族歴、サポート体制などを含めた状況を総合的に検討すると同時に、根拠となるエビデンスについても理解しておく必要がある。本稿では、初回エピソード回復後の維持治療に関して、抗精神病薬の中止は可能かどうかという点を中心に、現在までに蓄積されたエビデンスに基づき検討していきたい。

II. 初回エピソードに対する治療の重要性

統合失調症では、症状の重症化および社会的、

Maintenance treatment in remitted first-episode schizophrenia.

*埼玉県立大学保健医療福祉学部社会福祉学科
〔〒343-8540 埼玉県越谷市三野宮820〕

Chiyo Fujii : Department of Social Work, Saitama Prefectural University, 820 San-Nomiya, Koshigaya-shi, Saitama, 343-8540, Japan.

**東邦大学医学部精神神経医学講座

Masafumi Mizuno : Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, Toho University.

心理的、生物学的な機能の荒廃は発病後2～5年までの間で最も顕著に認められ、初回エピソード後の早期経過は長期予後に大きく影響するとされている^{4,6,34)}。これは精神病の「臨界期仮説 (critical period hypothesis)⁶⁾」として知られており、治療的介入の効果が高く、可塑性に富む病初期に適切な介入を行うことの重要性を示唆するものである^{27,55)}。またこの時期は、自尊心の低下やステイグマのために自傷行為のリスクが高まっているとの指摘もあり⁵⁾、この観点からも、発病早期に、薬物療法のみならず心理社会的な介入を含めた集中的かつ包括的な治療を行うことが必要であるといえる。初回エピソードの治療を成功させることは、連鎖的に起こる社会的職業的不利益を減じることにもつながる⁴⁷⁾。

多くの統合失調症患者では、エピソードを繰り返すことによって治療抵抗性となり慢性化のリスクが高くなるとともに、脳の解剖学的変化が進行する可能性についても指摘されている^{19,27-29)}。統合失調症の初回エピソードでは、一般的に薬物療法への反応がよく^{25,46)}、低用量の抗精神病薬でも効果が認められる傾向にあることが知られており^{36,40)}、80%以上の患者が治療開始後1年以内に寛解に至ったとの報告もある²⁰⁾。しかしその一方で、抗精神病薬投与による副作用が出現しやすいことや⁴⁷⁾、治療中断率が高いことも特徴とされており^{8,13,33)}、初回エピソードが改善した後は、再発を予防するための戦略について十分に検討されなくてはならない。

Ⅲ. 初回エピソード改善後の薬物療法

1. 抗精神病薬による維持治療の有効性

初回エピソード改善後の維持治療 (maintenance treatment) に関する主な報告を表1に示す。維持治療とは、再発のリスクを減らすための予防的治療を指し、最低有効量の抗精神病薬を継続することを原則とする。

維持治療の再発予防効果を検証するための方法のひとつは、プラセボ投与群と抗精神病薬投与群との対照試験である。Kaneらは、初回エピソードから回復し、症状の安定した状態が少なくとも

4週間続いた患者を、プラセボ投与群と fluphenazine 投与群に無作為に割り付け、二重盲検により再発率を調査した²⁹⁾。1年間の追跡期間中に、プラセボ投与群では41%が再発を認めたが、fluphenazine 投与群の再発率は0%であったと報告されている。Crowらは、初回エピソードにより入院した患者を、退院時にプラセボ投与群と抗精神病薬投与群に無作為に割り付け、2年間の追跡調査を行った⁹⁾。追跡期間中の再発率は、プラセボ投与群が62%であったのに対し、抗精神病薬投与群では46%であった。またHogartyらの実施した無作為二重盲検対照試験では、2年間の追跡期間中、プラセボ投与群の再発率は1年目で61%、2年目は64%であったのに対し、chlorpromazine 投与群では1年目27%、2年目は43%であった²⁰⁾。

これらの先行研究は、抗精神病薬の中止によって再発のリスクが大きくなることを示唆するものである。ただし、いずれの研究においても、初回エピソード改善後の比較的早い段階で無作為割り付けを実施していることを考慮する必要がある、エピソード改善後に長期間寛解状態が維持された後で抗精神病薬の中止を試みた場合には、違う結果が得られる可能性は否定できない。しかし少なくとも、初回エピソード改善直後の薬物療法の中止は避けるべきであるといえる。

2. 間欠的維持療法への着目

初回エピソードの改善後、多くの患者は、抗精神病薬の継続が再発予防のために効果的であるという情報が十分に与えられている場合であっても、いずれは薬物療法を中止したいと考えていることが知られている⁴⁰⁾。抗精神病薬の副作用について考慮した場合でも、第二世代抗精神病薬では第一世代抗精神病薬と比較して錐体外路症状については出現頻度が低くなっている⁴⁰⁾ものの、体重増加⁴¹⁾、糖代謝あるいは脂質代謝の変化^{47,48)}などの問題があることは無視できない。また治療者の立場としても、エピソードが初回1回のみで、その後長期間安定した状態を維持している若年の患者に対して、今後何十年にもわたって維持投薬を続けることの是非について疑問が生じるのは当然

表1 初回エピソードへの維持療法に関する先行研究

	対象	方法	症状悪化 (再発) の判断基準	悪化 (再発) 率
Kane ら, 1982 ³³⁾	統合失調症の初回エピソード (N=28) 少なくとも4週間の寛解状態が維持されていること	無作為二重盲検対照試験 fluphenazine 投与群とプラセボ群との比較	社会生活への支障を伴う臨床症状の悪化	fluphenazine 群 0% プラセボ群 41% (観察期間: 1年)
Crow ら, 1986 ³⁴⁾	統合失調症の初回エピソード (N=120)	退院時にプラセボ投与群と抗精神病薬投与群に無作為割り付け	再入院, または再入院が必要 な状態 再発が切迫した状態のため抗 精神病薬を変更した場合	抗精神病薬群 46% プラセボ群 62% (観察期間: 2年)
Hogarty ら, 1998 ³⁵⁾	統合失調症の初回エピソード 退院後3週間以内 (N=75)	無作為二重盲検対照試験 chlorpromazine (CP) 群とプラセボ群との比較	再入院を考慮する必要がある 状態	1年目 CP 群 27%, プラセボ群 61% 2年目 CP 群 43%, プラセボ群 64%
Robinson ら, 1999 ³⁶⁾	統合失調症および統合失調感情障 害の初回エピソード 少なくとも2ヵ月間の寛解状態が 維持されていること (N=118)	標準化されたアルゴリズムによる治療を実施し, 症状改善から1年間寛解 状態が維持された場合, 維持治療または間欠的維持療法を患者に選択させ る	CGI scale*, SADS-C + Pd scale**により1週間以上 継続して症状が悪化が認めら れた場合	抗精神病薬の中止により, 再発の危 険率は約5倍となる (観察期間: 2年)
Gidlin ら, 2001 ³⁷⁾	統合失調症および統合失調感情障 害の初回エピソード fluphenazine decanoate による治 療を1年以上継続し, 3ヵ月以上 寛解状態が維持されていること (N=53)	fluphenazine decanoate とプラセボによる二重盲検交叉試験を24週間実施 交叉試験中に症状が悪化が認められなかった対象については, fluphen- azine を中止とする (オープン試験) 症状の悪化が認められた場合は直ちに抗精神病薬を再開する	BPRS によって症状が悪化し たと判断された場合 BPRS の点数にかかわらず, 臨床的に症状の悪化が認めら れた場合	交叉試験期間中 fluphenazine 群 6% プラセボ群 13% オープン試験中 1年目 78% 2年目 96%
Gaebel ら, 2002 ³⁸⁾	統合失調症および統合失調感情障 害の初回エピソード 少なくとも3ヵ月間の寛解状態が 維持されていること (N=115)	オープン試験 1. 維持治療 2. 間欠的維持療法 ①前駆症状対応法 再発の徴候が認められた場合直ちに薬物療法を再開 ②危機対応法 再発が確認された場合にのみ薬物療法を再開	BPRS, GAS, CGI による悪 化の確認 再入院の場合	維持治療 38% 前駆症状対応法 42% 危機対応法 67% (観察期間: 2年)
Wunderink ら, 2007 ³⁹⁾	統合失調症の初回エピソード 薬物療法に対して6ヵ月以内に反 応 その後6ヵ月以上寛解状態を維持 していること (N=131)	無作為対象化試験 1. 維持治療 APA ガイドラインに基づく治療 2. 間欠的維持療法 抗精神病薬を漸減し, 可能であれば中止 症状の悪化が認められた場合, 担当医の判断で適切に対応	臨床的な症状の悪化が1週間 以上続いた場合 担当医の報告に引き続き, 研 究チームが PANSS により陽 性症状の悪化を確認する	維持治療 21% 間欠的維持療法 43% 間欠的維持療法群の約50%は抗精 神薬の完全な中止に至らなかつ た

*the Clinical Global Impression scale

**the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Change Version With Psychosis and Disorganization Items rating scale

であるといえる。そこで維持治療に代わる方法として注目されたのが、間欠的維持療法 (intermittent maintenance approach) である。

間欠的維持療法は、targeted medication approach あるいは guided discontinuation 等の名称で記載されることもある。これは、エピソード改善後に一定期間寛解状態が持続していることを確認した後に、抗精神病薬を漸減し、可能であれば維持投薬を完全に中止する方法である。ただし、患者のモニタリングを綿密に実施し、症状の悪化が認められた場合には必要に応じた量の抗精神病薬が再開される。

3. 複数回エピソード患者における間欠維持療法の有効性

複数回エピソードを有する統合失調症患者に対する間欠的維持療法の再発予防効果についての研究では、再入院率は維持治療と差がないとする報告⁷⁾がある一方で、維持治療と比較し精神症状の再出現率が高いとするもの^{18,21)}もあり、必ずしも一致した結果は得られていない。しかしながらその後の Gaebel のレビューでは、複数回エピソードの統合失調症に対しては、間欠的維持療法は維持治療と同等の再発予防効果があるとは認められないと結論づけられている¹¹⁾。また APA (American Psychiatric Association) の治療ガイドライン (第2版, 2004年) においても、複数回エピソードが認められる場合には維持治療を行うことが推奨されている¹⁾。

4. 初回エピソード患者における間欠的維持療法の有効性

Gaebel らは、複数回エピソード患者と初回エピソード患者では、間欠的維持療法の有効性に差がある可能性に着目し、それぞれの再発率について報告している¹²⁾。この研究では、間欠的維持療法を、前駆症状対応法 (prodrome-based intervention) と危機対応法 (crisis intervention) に分けて検討している。前駆症状対応法では、抗精神病薬を漸減した後に中止とするが、症状悪化の徴候 (前駆症状) が認められた場合には直ちに薬物療法を再開し、症状が安定したことが確認できた

後、再度抗精神病薬を漸減していく。危機対応法では、薬物療法の再開は再発が確認できた場合に限られる点が、前駆症状対応法と異なる。少なくとも3ヵ月間の寛解状態が維持できている複数回エピソード患者と初回エピソード患者を、それぞれ維持治療群、前駆症状対応群、危機対応群に割り付けて2年間の再発率を比較したところ、複数回エピソード患者と初回エピソード患者では異なった結果が得られた。複数回エピソード患者においては、2種類の間欠的維持療法は維持治療と比較していずれも有意に再発率が高かったが、初回エピソード患者においては、維持治療と前駆症状対応法には有意差は認められず、危機対応法群での再発率のみ有意に高いことが確認された。

Robinson らは、初回エピソード改善後1年間以上再発が認められなかった患者に対して維持治療か間欠的維持療法かの選択肢を示し、患者の自由意思により2群に振り分けた。両群の再発率を比較したところ、2年間の追跡期間中の再発リスクは間欠的維持療法で約5倍高かったと報告している⁴⁰⁾。Gitlin らは、2週間ごとの fluphenazine decanoate 筋注による治療を1年以上継続し、3ヵ月以上精神症状が安定している初回エピソード患者を対象として、綿密な臨床的モニタリングの下で fluphenazine decanoate を中止した場合の症状再燃の状況を観察している¹⁵⁾。対象者は、当初24週間は、無作為割り付けによるプラセボと fluphenazine の二重盲検交叉試験に参加する。この期間中に症状の悪化がなかった対象者については、24週の交叉試験終了時点から fluphenazine 投与を中止し、2～4週間ごとの追跡調査を行った。その結果、1年間で78%、2年間では96%の対象者に症状の悪化あるいは再発が認められた。2年間は症状の悪化が認められなかった2例についても、その後の追跡により、それぞれ28ヵ月および93ヵ月の時点で症状悪化を認めている。

注目に値するのは、Wunderink らによる、より実際の臨床場面に近い状況での間欠的維持療法の有効性についての研究結果である⁵¹⁾。この研究では、第二世代抗精神病薬による薬物療法に対して6ヵ月以内に反応し、その後6ヵ月以上寛解状態を維持している初回エピソード患者131名を、

無作為に維持治療群と間欠的維持療法群に割り付け、2年間の追跡調査を行っている。間欠的維持療法群では可能な限り薬物療法を中止する試みを行ったにもかかわらず、追跡期間中に抗精神病薬の中止が可能であったのは約50%にすぎなかった。さらに、薬物療法中止の後も継続して寛解状態を維持できていた対象者は、わずか21.5%であった。再発率を比較すると、維持治療群では21%であったのに対し、間欠的維持療法群では43%であった。この研究の対象となった症例については、費用対効果の比較検討も実施されている¹⁹⁾。その結果、2年間にかかった医療および社会的なサポートのための費用は両群で有意差はなく、QALY (Quality-adjusted life years: 生活の質を調整した生存年) についても有意差を認めなかったと報告されている。

5. 初回エピソード改善後の薬物療法のあり方

以上のような先行研究の結果からは、初回エピソード患者においても、再発予防という観点からは抗精神病薬による維持治療を行うことが望ましいと考えられる。しかしながら、初回エピソードにおける間欠的維持療法群では症状の悪化は軽度であり、完全な再発あるいは入院を必要とする状態にまで至った例はわずかであったことにも着目する必要がある^{15, 16, 51)}。さらには、間欠的維持療法群の中には、完全に抗精神病薬を中止した後も一定期間寛解状態を維持できた例が、少数ながら存在するという点も無視できない。

すなわち、少量の抗精神病薬による維持治療で、6ヵ月～1年以上寛解状態が維持できた症例に対しては、間欠的維持療法を導入することもひとつの選択肢となりうると考えられる。薬物療法を中止する方向で治療を行うことのプラスの側面を重視すれば、間欠的維持療法を行っている間に症状の悪化傾向が認められた場合でも、速やかに抗精神病薬を再開することにより再び症状が改善する可能性は高く、患者がそのような危機的状況を治療者と共に乗り越えることにより、その後の治療者—患者関係の強化あるいは患者自身の自己コントロール感の向上につながる可能性もあると考えられる。症状の再燃が抗精神病薬の再投与

により改善するという体験により、結果的に抗精神病薬へのアドヒアランスが向上することも期待できるであろう。

ただし治療法の選択にあたっては、患者とその家族に対して抗精神病薬を中止することによる再発あるいは症状悪化のリスク、再発した場合に生じ得る不利益等についての説明を十分に行った上で、当事者の意向を尊重しながら、個々の症例の特性を考慮して慎重に判断する必要がある。またその際には、患者とその家族が、医療的なモニタリングを定期的に受けることの意義を十分に理解していること、自身の再発の徴候（早期警告サイン）とその対応法について知っていることが前提条件となる。

IV. アドヒアランス維持のためのストラテジー

間欠的維持療法を行う選択をした場合であっても、医療的なモニタリングが不可欠であることを考慮すると、再発予防のためには治療へのアドヒアランスを良好に保つことが重要であることは明らかである。

アドヒアランス維持のためのストラテジーとして、まず自己中断の可能性の低い薬物の選択が挙げられる。統合失調症初回エピソードへの薬物療法では、副作用や再発予防効果などの観点から、第二世代抗精神病薬の優位性が指摘されている^{30, 31)}。また欧州13ヵ国およびイスラエルにおいて実施された EUFEST (European First-Episode Schizophrenia Trial) では、初回エピソードの統合失調症・統合失調症様障害などの患者を対象に4種類の第二世代抗精神病薬と低用量 haloperidol の治療中断率などを比較した、無作為割り付けオープン試験が行われた²⁹⁾。1年間の介入の結果、治療中断率については、haloperidol 投与群と比較していずれの第二世代抗精神病薬投与群でも有意に低かったとされている。この研究では、症状の改善および再入院率では各第二世代抗精神病薬と haloperidol の間には有意差が認められなかったとされているが、少なくともアドヒアランス維持の観点からは、現在のところ第二世代抗精神病薬に優位性があると考えられる。また、最近

我が国においても使用可能となった第二世代抗精神病薬の持続性注射製剤（long-acting injection：LAI）は、初回エピソード患者においてもアドヒアランスの向上と再発予防効果が認められるとされており³⁰⁾、維持治療における薬物療法の新たな選択肢となりうる。LAIは、単に服薬アドヒアランスの低い患者に対して用いる手段という認識から、患者の自己決定権を尊重しつつ、より良好なアドヒアランスと確実な再発予防のための重要な治療技法のひとつであるという認識へと転換する必要があると考えられる。

しかし一方で、薬物療法単独では社会機能の回復は不十分である⁵¹⁾ということも知られており、再発予防効果についても限界があるとの指摘がある⁴²⁾。前述のGitlinらによる間欠的維持療法に関する研究では¹⁵⁾、fluphenazineの血中濃度と症状悪化の時期との関連性が認められなかったとされており、別の研究では、再発の徴候に対する薬物療法において、プラセボ投与群の48%で症状の悪化が予防できたとの結果が報告されている³²⁾。これらのことを考慮すると、統合失調症の初回エピソードに対しても、薬物療法以外の心理社会的介入が不可欠であるといえる。

統合失調症における心理社会的介入方法に関しては、多職種によるチームアプローチ、患者および家族に対する心理教育、認知行動療法等を含む包括的な治療および生活支援サービス^{10,37)}が注目されている。デンマークで行われたOPUSトライアルでは、家族介入、SST (social skills training)、ストレスマネジメント等を含む集中的なケアと、従来型の治療とが比較された^{39,41,50)}。この研究においては、両群において、低用量の第二世代抗精神病薬による維持治療が行われている。その結果、1年目および2年目の時点では、アドヒアランスの向上、抗精神病薬の必要量の減少、精神症状の改善、治療満足度の向上などが認められた。しかし2年間の介入を終了し、従来型の治療に移行すると、その3年後には介入の効果が消失しており³⁾、継続的なケアを提供することの必要性が示唆される結果となっている。

V. 今後の課題

現在までのところ、初回エピソード改善後に抗精神病薬を継続する期間に関しては、十分なコンセンサスが得られているとは言い難い。維持治療期間に関する研究自体が少ないことに加えて、研究ごとに対象の選定基準や「寛解」の定義が異なることから、各研究の結果を比較検討することが困難となっているという側面もある。これまでの研究においては、多くの場合、陽性症状が消退した状態を「寛解」としている。しかし最近ではより多角的な「寛解」の定義が提唱されており²⁾、社会機能の予後予測にも有用であるとの報告もされている⁵³⁾。今後の研究においては、「寛解」の判断をより多角的に行うことによって、より信頼性の高いエビデンスが得られるものと考えられる。

さらに、初回エピソード改善後に服薬を中止した後も、長期にわたって症状の再燃が認められない少数例について、その臨床的特徴、背景因子、生物学的特徴などを詳細に検討することも必要であろう。それによって、より適切な予後予測が可能になるとともに、統合失調症におけるレジリアンスの強化に関係する要因の抽出に結びつくことも期待できる⁵²⁾。

現在、初回エピソード改善後の再発リスクに係る要因としては、病前の社会適応の悪さ⁴⁶⁾、児童思春期における社会的孤立²³⁾、精神病未治療期間 (Duration of Untreated Psychosis：DUP) の長さ⁹⁾などが指摘されている。これらの要因の中で、DUPについては、介入によって変えることが可能な因子である。近年、精神疾患の発症頓挫や予後改善の可能性への期待から、早期介入によってDUPを短縮させることの意義が注目されている³⁸⁾。DUPが短い方が抗精神病薬に対する治療反応性がよい⁴³⁾ことについては既に知られているが、今後は、DUPの短縮により、エピソード改善後の抗精神病薬の必要量や、必要な維持治療期間が変化しうるかどうかに関しても研究が進むことが期待される。また本稿では薬物療法を中心とした検討を行ったが、統合失調症は本来、そ

の病態の理解や治療のあり方に関してより多角的な視野に立って検討する必要のある疾患である。このことを考慮すると、心理社会的治療を含む包括的な治療が、症状や社会機能の予後、アドヒアランス、抗精神病薬の必要性等の長期経過にどのように影響するのかといったことに関して、さらなるエビデンスの蓄積が必要であるという点についても強調しておきたい。

文 献

- 1) American Psychiatric Association : Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. 2nd ed. American Psychiatric Association, Washington, D. C., 2004.
- 2) Andreasen, N. C., Carpenter, W. T. Jr., Kane, J. M. et al. : Remission in schizophrenia : proposed criteria and rationale for consensus. *Am. J. Psychiatry*, 162(3) : 441-449, 2005.
- 3) Bertelsen, M., Jeppesen, P., Petersen, L. et al. : Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness : the OPUS trial. *Arch. Gen. Psychiatry*, 65(7) : 762-771, 2008.
- 4) Birchwood, M., Macmillan, F. : Early intervention in schizophrenia. *Aust. NZ. J. Psychiatry*, 27(3) : 374-378, 1993
- 5) Birchwood, M., Mason, R., MacMillan, J. et al. : Depression, demoralization and control over psychotic illness : a comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis. *Psychol. Med.*, 23(2) : 387-395, 1993.
- 6) Birchwood, M., Todd, P., Jackson, C. : Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *Br. J. Psychiatry Suppl.*, 172(33) : 53-59, 1998.
- 7) Carpenter, W. T. Jr., Hanlon, T. E., Heinrichs, D. W. et al. : Continuous versus targeted medication in schizophrenic outpatients : outcome results. *Am. J. Psychiatry*, 147(9) : 1138-1148, 1990.
- 8) Coldham, E. L., Addington, J., Addington, D. : Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis. *Acta Psychiatr. Scand.*, 106(4) : 286-290, 2002.
- 9) 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.
- 10) Falloon, I. R., Montero, I., Sungur, M. et al. : Implementation of evidence-based treatment for schizophrenic disorders : two-year outcome of an international field trial of optimal treatment. *World Psychiatry*, 3(2) : 104-109, 2004.
- 11) Gaebel, W. : Is intermittent, early intervention medication an alternative for neuroleptic maintenance treatment? *Int. Clin. Psychopharmacol.*, 9(Suppl. 5) : 11-16, 1995.
- 12) Gaebel, W., Jänner, M., Frommann, N. et al. : First vs multiple episode schizophrenia : two-year outcome of intermittent and maintenance medication strategies. *Schizophr. Res.*, 53(1-2) : 145-159, 2002.
- 13) Gaebel, W., Möller, H. J., Buchkremer, G. et al. : Pharmacological long-term treatment strategies in first episode schizophrenia—study design and preliminary results of an ongoing RCT within the German Research Network on Schizophrenia. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, 254(2) : 129-140, 2004.
- 14) Gilbert, P. L., Harris, M. J., McAdams, L. A. et al. : Neuroleptic withdrawal in schizophrenic patients. A review of the literature. *Arch. Gen. Psychiatry*, 52(3) : 173-188, 1995.
- 15) Gitlin, M., Nuechterlein, K., Subotnik, K. L. et al. : Clinical outcome following neuroleptic discontinuation in patients with remitted recent-onset schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, 158(11) : 1835-1842, 2001.
- 16) Glazer, W. M. : Expected incidence of tardive dyskinesia associated with atypical antipsychotics. *J. Clin. Psychiatry*, 61 (Suppl. 4) : 21-26, 2000.
- 17) Henderson, D. C., Cagliero, E., Copeland, P. M. et al. : Glucose metabolism in patients with schizophrenia treated with atypical antipsychotic agents : a frequently sampled intravenous glucose tolerance test and minimal model analysis. *Arch. Gen. Psychiatry*, 62(1) : 19-28, 2005.
- 18) Herz, M. I., Glazer, W. M., Mostert, M. A. et al. : Intermittent vs. maintenance medication in schizophrenia. Two-year results. *Arch. Gen. Psychiatry*, 48(4) : 333-339, 1991.
- 19) Ho, B. C., Andreasen, N. C., Nopoulos, P. et al. : Progressive structural brain abnormalities and their relationship to clinical outcome : a longitu-

- dinal magnetic resonance imaging study early in schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*, 60(6) : 585-594, 2003.
- 20) Hogarty, G. E., Ulrich, R. F. : The limitations of antipsychotic medication on schizophrenia relapse and adjustment and the contributions of psychosocial treatment. *J. Psychiatr. Res.*, 32(3-4) : 243-250, 1998.
 - 21) Jolley, A. G., Hirsch, S. R., Morrison, E. et al. : Trial of brief intermittent neuroleptic prophylaxis for selected schizophrenic outpatients : clinical and social outcome at two years. *BMJ*, 301(6756) : 837-842, 1990.
 - 22) Kahn, R. S., Fleischhacker, W. W., Boter, H. et al. : Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder : an open randomised clinical trial. *Lancet*, 371(9618) : 1085-1097, 2008.
 - 23) Kane, J. M., Rifkin, A., Quitkin, F. et al. : Fluphenazine vs placebo in patients with remitted, acute first-episode schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*, 39(1) : 70-73, 1982.
 - 24) Kim, B., Lee, S. H., Choi, T. K. et al. : Effectiveness of risperidone long-acting injection in first-episode schizophrenia : in naturalistic setting. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*, 32(5) : 1231-1235, 2008.
 - 25) Lieberman, J., Jody, D., Geisler, S. et al. : Time course and biologic correlates of treatment response in first-episode schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*, 50(5) : 369-376, 1993.
 - 26) Lieberman, J. A., Alvir, J. M., Koreen, A. et al. : Psychobiologic correlates of treatment response in schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*, 14(3 Suppl.) : 13S-21S, 1996.
 - 27) Lieberman, J. A. : Pathophysiologic mechanisms in the pathogenesis and clinical course of schizophrenia. *J. Clin. Psychiatry*, 60(Suppl. 12) : 9-12, 1999.
 - 28) Lieberman, J. A., Chakos, M., Wu, H. et al. : Longitudinal study of brain morphology in first episode schizophrenia. *Biol Psychiatry*, 49 : 487-499, 2001.
 - 29) Lieberman, J. A., Perkins, D., Belger, A. et al. : The early stages of schizophrenia : speculations on pathogenesis, pathophysiology, and therapeutic approaches. *Biol. Psychiatry*, 50(11) : 884-897, 2001.
 - 30) Lieberman, J. A., Tollefson, G., Tohen, M. et al. : Comparative efficacy and safety of atypical and conventional antipsychotic drugs in first-episode psychosis : a randomized, double-blind trial of olanzapine versus haloperidol. *Am. J. Psychiatry*, 160(8) : 1396-1404, 2003.
 - 31) Lieberman, J. A., Tollefson, G. D., Charles, C. et al. : Antipsychotic drug effects on brain morphology in first-episode psychosis. *Arch. Gen. Psychiatry*, 62(4) : 361-370, 2005.
 - 32) Marder, S. R., Wirshing, W. C., Van Putten, T. et al. : Fluphenazine vs placebo supplementation for prodromal signs of relapse in schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*, 51(4) : 280-287, 1994.
 - 33) McEvoy, J. P., Lieberman, J. A., Perkins, D. O. et al. : Efficacy and tolerability of olanzapine, quetiapine, and risperidone in the treatment of early psychosis : a randomized, double-blind 52-week comparison. *Am. J. Psychiatry*, 164(7) : 1050-1060, 2007.
 - 34) McGlashan, T. H., Fenton, W. S. : Subtype progression and pathophysiologic deterioration in early schizophrenia. *Schizophr. Bull.*, 19(1) : 71-84, 1993.
 - 35) McGorry, P. D., Edwards, J., Mihalopoulos, C. et al. : EPPIC : an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr. Bull.*, 22(2) : 305-326, 1996.
 - 36) Merlo, M. C., Hofer, H., Gekle, W. et al. : Risperidone, 2 mg/day vs. 4 mg/day, in first-episode, acutely psychotic patients : treatment efficacy and effects on fine motor functioning. *J. Clin. Psychiatry*, 63(10) : 885-891, 2002.
 - 37) 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.
 - 38) 水野雅文 : 精神疾患に対する早期介入. *精神医学*, 50(3) : 217-225, 2008.
 - 39) Nordentoft, M., Jeppesen, P., Abel, M. et al. : OPUS study : suicidal behaviour, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis. One-year follow-up of a randomised controlled trial. *Br. J. Psychiatry Suppl.*, 43 : s98-s106, 2002.
 - 40) Oosthuizen, P., Emsley, R. A., Turner, J. et al. : Determining the optimal dose of haloperidol in first-episode psychosis. *J. Psychopharmacol*, 15(4) : 251-255, 2001.
 - 41) Parsons, B., Allison, D. B., Loebel, A. et al. : Weight effects associated with antipsychotics : a

- comprehensive database analysis. *Schizophr. Res.*, 110(1-3) : 103-110, 2009.
- 42) Penn, D. L., Waldheter, E. J., Perkins, D. O. et al. : Psychosocial treatment for first-episode psychosis : a research update. *Am. J. Psychiatry*, 162(12) : 2220-2232, 2005.
 - 43) Perkins, D. O., Lieberman, J. A., Gu, H. et al. : Predictors of antipsychotic treatment response in patients with first-episode schizophrenia, schizoaffective and schizophreniform disorders. *Br. J. Psychiatry*, 185 : 18-24, 2004.
 - 44) Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A. et al. : A randomized multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with first episode of psychotic illness. *BMJ*, 331(7517) : 602, 2005.
 - 45) Remington, G., Kapur, S., Zipursky, R. B. : Pharmacotherapy of first-episode schizophrenia. *Br. J. Psychiatry Suppl.*, 172(33) : 66-70, 1998.
 - 46) Robinson, D. G., Woerner, M. G., Alvir, J. M. J. et al. : Predictors of treatment response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Am. J. Psychiatry*, 156(4) : 544-549, 1999.
 - 47) Robinson, D. G., Woerner, M. G., Delman, H. M. et al. : Pharmacological treatments for first-episode schizophrenia. *Schizophr. Bull.*, 31(3) : 705-722, 2005.
 - 48) Saddichha, S., Manjunatha, N., Ameen, S. et al. : Metabolic syndrome in first episode schizophrenia - a randomized double-blind controlled, short-term prospective study. *Schizophr. Res.*, 101(1-3) : 266-272, 2008.
 - 49) Stant, A. D., TenVergert, E. M., Wunderink, L. et al. : Economic consequences of alternative medication strategies in first episode non-affective psychosis. *Eur. Psychiatry*, 22(6) : 347-353, 2007.
 - 50) Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P. et al. : Integrated treatment ameliorates negative symptoms in first episode psychosis : results from the Danish OPUS trial. *Schizophr. Res.*, 79(1) : 95-105, 2005.
 - 51) Tohen, M., Strakowski, S. M., Zarate, C. Jr. et al. : The Mclean-Harvard first-episode project : 6-month symptomatic and functional outcome in affective and nonaffective psychosis. *Biol. Psychiatry*, 48(6) : 467-476, 2000.
 - 52) 辻野尚久, 水野雅文 : レジリアンスモデルに基づく統合失調症の再発予防研究. レジリアンス—現代精神医学の新しいパラダイム(加藤 敏, 八木剛平 編), pp. 147-163, 金原出版, 東京, 2009.
 - 53) Wunderink, L., Nienhuis, F. J., Sytema, S. et al. : Predictive validity of proposed remission criteria in first-episode schizophrenic patients responding to antipsychotics. *Schizophr. Bull.*, 33(3) : 792-796, 2007.
 - 54) Wunderink, L., Nienhuis, F. J., Sytema, S. et al. : Guided discontinuation versus maintenance treatment in remitted first-episode psychosis : relapse rates and functional outcome. *J. Clin. Psychiatry*, 68(5) : 654-661, 2007.
 - 55) Wyatt, R. J. : Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophr. Bull.*, 17(2) : 325-351, 1991.

DUP(duration of untreated psychosis)と薬物療法による治療予後

辻 野 尚 久* 森 田 桂 子* 根 本 隆 洋* 水 野 雅 文*

抄録：統合失調症を含む精神病において DUP (duration of untreated psychosis) の短縮が予後の改善に繋がることから、早期発見・早期介入の必要性が強調されている。本稿では、まず DUP と予後の関係とその生物学的背景について概説した。さらに、薬物療法との関係性や DUP をめぐる今後の課題についてまとめた。

臨床精神薬理 13 : 47-51, 2010

Key words : schizophrenia, DUP, early detection, early intervention, antipsychotic drugs

I. はじめに

本稿では統合失調症顕在発症後における治療介入、特に薬物療法と治療予後の関係性について論じる。統合失調症の予後に DUP (duration of untreated psychosis) の短縮が大きく影響していることは、これまでに多数報告されている。しかし、DUP が短いほど、予後が良好であることはそれだけ薬物療法への反応が良好であることを意味しているものの、抗精神病薬の種類や量などにおける差についてはあまり調べられていない。また、これまでに抗精神病薬の効果判定の対象とされた初回エピソード患者においても早期治療に成功した例だけでなく、DUP が年余にわたる放置例も含まれることから、これらの症例を一緒にして検討することはもはや意味をなさない。ここで

は、DUP と薬物療法の関係性に焦点をあて、統合失調症の予後に及ぼす影響について考察した。

II. DUP と予後、治療臨界期、生物学的変化

DUP が重視される大きな理由として、DUP の短縮が予後の改善に繋がるという知見の蓄積と統合失調症における治療臨界期の存在が挙げられる。

2005年に発表された2つのメタアナリシス^{13,17)}において DUP が長いほど予後が不良であり、短いほど良好であることが示唆された。このように治療開始の遅れが予後不良に繋がる要因として、発症後一定期間内の病態水準が長期化しやすいこと (plateau effect) や精神病症状が進行性に脳の器質的变化に及ぼす影響が挙げられている。

Birchwood ら²⁾が提唱した治療臨界期仮説では、発症後2年以内における病態水準が長期に持続しやすく、発症後およそ5年以内の治療の成否が長期予後を決定的に上で重要であることを示唆している。近年、この治療臨界期仮説を検証するべく、Crumlish ら⁸⁾が DUP ならびに非特異的徴候が出現する前駆期を含めた DUI (duration of untreated illness) の長さとして4年後、8年後の転

Duration of untreated psychosis and prognosis in pharmacotherapy for schizophrenia.

*東邦大学医学部精神神経医学講座

〒143-8540 東京都大田区大森西 6-11-1

Naohisa Tsujino, Keiko Morita, Takahiro Nemoto, Masahumi Mizuno : Department of Psychiatry, Toho University School of Medicine. 6-11-1, Ohmorinishi, Ohta-ku, Tokyo, 143-8540, Japan.