

201122080A

厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究事業（精神障害分野）

精神病初回発症例の疫学研究
および早期支援・早期治療法の
開発と効果確認に関する臨床研究
（課題番号：H22-精神-一般-015）

平成23年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 岡崎 祐士（東京都立松沢病院）

平成24（2012）年5月

厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業（精神障害分野）
精神病初回発症例の疫学研究および早期支援・早期治療法の開発と効果確認に関する臨床研究
（課題番号：H22-精神-一般-015）
平成23年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 岡崎 祐士（東京都立松沢病院）

平成24（2012）年5月

目 次

I. 総括研究報告	
精神病初回発症例の疫学研究および早期支援・早期治療法の開発と効果確認 に関する臨床研究 第2年度	4
岡崎祐士	
(資料) オーストラリア・メルボルンの早期支援サービス視察報告	10
安藤俊太郎・石倉習子・原田雅典・伊勢田堯・前川早苗	
II. 分担研究報告	
1. 精神病初回発症例の疫学調査 長崎センター進捗状況	24
中根秀之	
2. 精神病初回発症例の疫学調査—調査実施までの状況、 特に評価尺度合同研修会について	35
今村 明	
3. 精神病初回発症例の疫学調査 高知センター進捗状況	39
下寺伸次	
4. 精神病初回エピソード早期介入サービスの効果検証研究 (J-CAP Study)～ 多施設ランダム化比較試験 (RCT) 進捗状況～	45
西田淳志、小池進介、笠井清登、分島 徹、針間博彦、藤田 泉、原田雅典	
5. 精神病初回発症例の早期支援・早期治療効果検証RCTの東大病院での 実施	53
笠井清登	
6. 精神病初回エピソード早期介入サービスの効果検証研究RCTの都立松沢病院 での実施	59
針間博彦・分島 徹	
7. 精神病初回エピソード早期介入サービスの効果検証研究 (J-CAP Study) 多施設ランダム化比較試験 (RCT) の津市における実施	62
原田雅典	
8. 初回精神病エピソードに対する包括的な早期支援・治療の多施設ランダム化 比較試験 (J-CAP Study) の四日市における実施状況	65
藤田 泉	
9. 啓発心理教育資材の開発	69
宮田雄吾	
(資料) ①初回エピソード精神病のきょうだいを見守る「あなた」のために	73
②こころの健康について (授業用キット)	98
10. 精神疾患リテラシー向上のための授業の試行	111
佐々木 司、宮田雄吾	
11. 精神病の早期支援・早期治療法をめぐる技術開発と人材育成に かかる研究	114
野中 猛	
(資料) ①ケースマネジメント (HP 掲載文)	120
②ケースマネジメント (HP ダウンロード用)	121
③認知行動療法 (HP 掲載文)	123

④認知行動療法 (HP ダウンロード用)	125
⑤家族心理教育 (HP 掲載文)	127
⑥家族心理教育 (HP ダウンロード用)	129
⑦就労支援 (HP 掲載文)	131
⑧就労支援 (HP ダウンロード用)	133
⑨作業療法 (HP 掲載文)	136
⑩作業療法 (HP ダウンロード用)	139
12. 早期支援・早期治療における家族支援プログラム開発—豪州メルボルン 視察における家族支援の概要とわが国の課題	144
伊勢田 堯	
13. 早期介入の精神保健システムにおける位置づけの検討	149
竹島 正	
14. 初回精神病症例への早期介入プログラムの診療報酬および原価の算定方法 の予備的検討	157
横山和仁	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	170
IV. 研究成果の刊行物・別刷	176

I. 総括研究報告

精神病初回発症例の疫学研究および早期支援・早期治療法の開発と効果確認に関する臨床研究

研究代表者 東京都立松沢病院長 岡崎祐士

研究要旨

統合失調症に代表される精神病性疾患は、今なお病因や本態が不詳で、社会生活の障害が強く、人類に大きな負担を強いる疾患である。しかし、近年、発症後早期からの支援や治療が転帰を改善することが明らかにされた。本研究は、そのような精神病の早期支援・治療サービスのデザインとその効果をわが国に置いて確立するのに必要な条件を明らかにしようとするものである。研究代表者は19年度から21年度までのこころの健康科学研究事業で、思春期の精神病理の現状を疫学的に調査し、学校あるいは地域ベースに精神疾患への早期支援を行う必要性を明らかにし、三重県と東京都各2箇所、計4か所に早期支援組織を立ち上げて、本研究の準備を整えた。

本研究では、対象となる精神病初回発症例の発生率疫学調査と、早期支援効果の検証を中心課題として、関連する必要な研究を行う。具体的には、早期支援サービスの対象となる精神病初回発症例の年間発生率の疫学調査、早期介入の効果と早期支援サービスの形態による違いに関するRCT研究、および早期支援技術の開発、早期支援サービスの政策的・医療経済学的検討である。一方で、未治療期間短縮のための啓発を行う。また、医療サービスの質を落とさないように、スタッフの研修が重要である。これらの課題が連携して進められることが必要である。

本年度は、初年度に準備した各課題を本格的に立ち上げた。震災による実質的開始の遅れもあり、RCT研究に協力いただく方の確保が少ない他は、ほぼ順調に進行している。本報告書は、2年目に当たる平成23年度の研究結果をまとめたものである。

A. 研究目的

本研究は精神病の早期支援サービスのデザインとその効果を確立するのに必要な研究を行おうとするものである。よく知られてきたように、統合失調症の発症後なるべく早期に治療を開始する（つまり発症後から治療開始までの期間duration of untreated psychosis: DUPを短縮する）と、その後の入院回数、入院期間、陰性症状、あるいは生活機能水準の改善に繋がることが知られてきた。

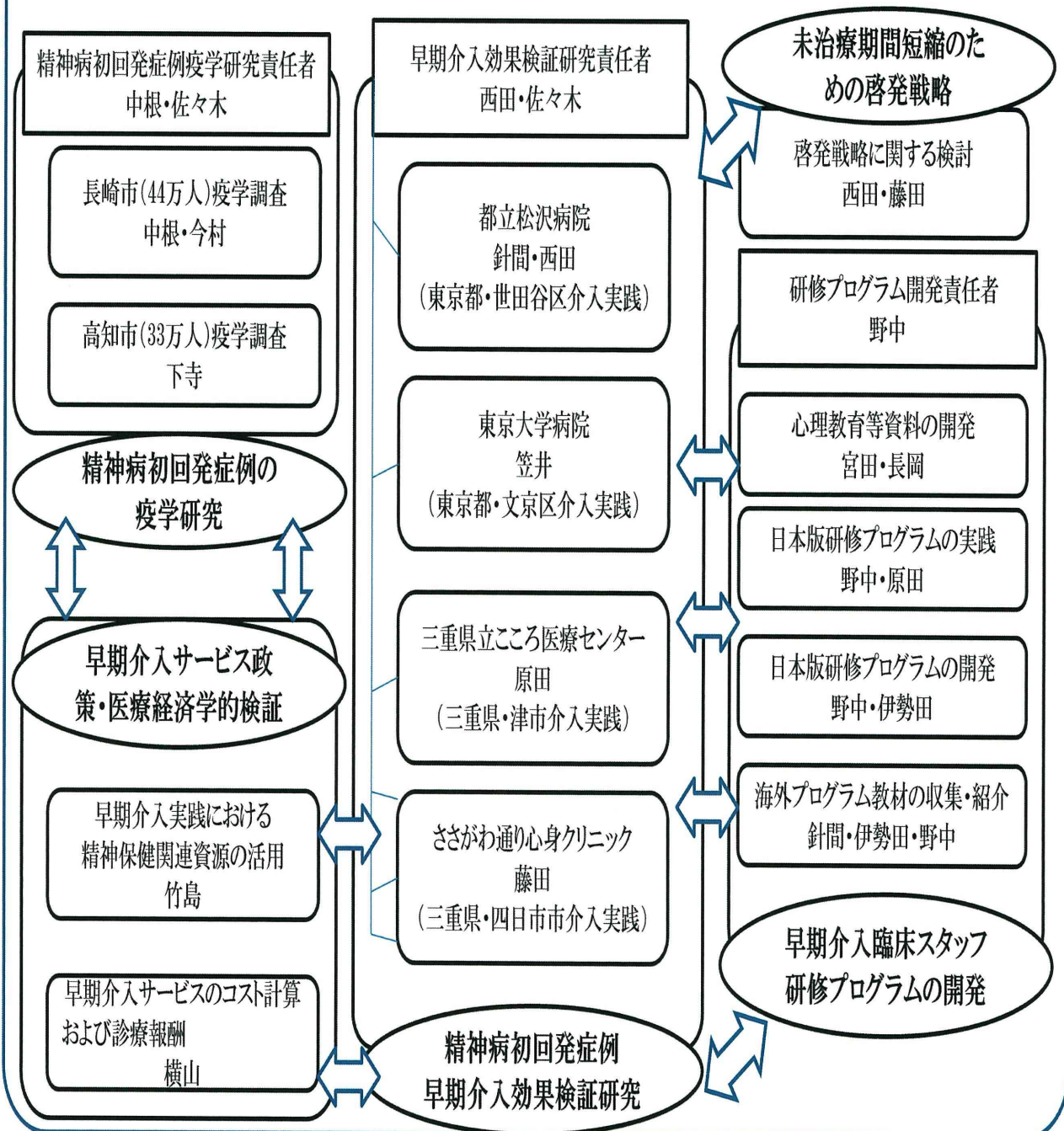
そのために、①若年人口における精神病の新規発症率等の疫学的研究によるサービス対象の規模を把握した上での早期支援および医療サービスの需要と資源配分の目安の解明、②発症から2～5年間の臨界期の若年患者やその家族等への標準的診療と支援方法の開発、および質の高いサービスを提供できる相談支援技術の開発と確立、③転帰の改善および精神病未治療期間（DUP）の短縮等の効果を確認する臨床研究、④早期支援・医療をわが国の精神保健・医療システムの中に導入するためのシステム論的・医

療経済学的検討、を行うものである。

統合失調症の発生率は、わが国ではWHOのDOSMeD研究として長崎市で実施され、年間発生率人口万対1、広義の診断基準では2という値が報告されているが、実際、早期支援・医療サービスの量を規定する精神病新規発生率のデータはなく、今後の早期支援・医療サービスを確立していくために必須である。

申請者らはこころの健康科学研究事業において、英国やオーストラリアで開発された早期支援・治療に関する知識や技術を導入しながら、わが国独自の技術の開発に努めてきた。また、申請者らは、前記こころの健康科学研究事業によって、学校・地域をベースとする早期支援・治療施設を3か所、大学病院にこころのリスク外来を1箇所立ち上げた。これらの施設は、臨床評価プロトコールも共通のものを使用しており、初年度の準備を経て、研修教材を確立し、施設スタッフのトレーニングも実施したので、年度当初より研究計画をスタートさせることができた。本年度研究計画については次図に示されている通りである（括弧内は、研究分担者である）。

研究統括 岡崎



B. 研究方法

本年度実施した課題は、精神病初回発症例に対する早期支援サービスの開発とその効果検証をはじめとする以下の5つの主要課題に取り組む。()内は分担研究者を示す。

1. 精神病初回発症例の疫学調査

精神病早期介入サービスの対象と必要規模を推定するために、長崎市(人口44万人)(中根)、高知市(人口33万人)(下寺)の両市において、共通のプロトコール(WHO DOSMeD Studyを参考)を用いて、市内全精神科医療機関の協力を得て精神病初回発症例の年間新規発生率調査を開始した。震災の影響もあり、調査開始が8月1日の開始となった。したがって調査期間を少なくとも3年目の1月末日まで(18ヶ月)延期し実施したいと考えている。その上でデータ解析を行い、長崎市及び高知市における精神病初回発症例の年間発生率を明らかにする予定である。

疫学調査は、各市内全精神科医療機関の協力を得て、対象者、つまり精神病初回発症例を発見し、当該医療機関に初診後極早期に伺って協力への同意を得て臨床評価を行う。疫学的な検討には、西田、佐々木も加わって行う。

2. 早期介入サービスの効果確認研究

都立松沢病院(分島・針間・西田)、東大病院精神科(笠井)、ささがわ通り心身クリニック(藤田)、三重県立こころの医療センター(原田)の4施設において、若年(14-35歳)の精神病初回発症例とその家族に対し、ケアコーディネーターを主とする多職種チームによる共通のサービスコンポーネントを含む臨界期支援・治療を提供し、その効果を、従来の医師のみによる外来診療による治療効果と比較検討する。すでに上記4施設では、実際のサービス提供が開始されている。研究初年度は、支援・治療・アセスメントプロトコールの確定、合同スタッフ研修を実施し、被験者のリクルート及びベースラインアセスメント、アウトリーチを含む臨界期支援・治療(介入)の準備ができていた。

4施設協同のランダム化比較試験(J-CAP-Study)と都立松沢病院の初回精神病エピソード専門サービスの利用者群ならびに同施設通常サービスの利用者群のヒストリカルコホートデータの比較(Wakaba-Study)による、サービス効果の検証である。これにより、初回精神病エピソード早期介入専門サービスのモデルを確立する。

2年目当初から開始したが、震災の影響で実質の開始は数ヶ月遅れた。今年度は、症例数を拡大するために、組み入れ期間を今年度のぎりぎりまで延長して行う予定である。6ヶ月後、9ヶ月後、12ヶ月後(最大18ヶ月後)のアウトカム評価(再発率、入院率、治療脱落率、サービス満足度、QOL、PANSSを指標)を実施する予定である。

3. 早期介入専門スタッフの育成研修プログラムの開発

早期介入サービスにおいて中心的役割を果たすケアコーディネーターなど専門スタッフ対象の育成研修プログラムの開発の課題である(野中、伊勢田、針間)。海外の研修教材やプログラム情報を収集し、日本での研修や適応経験を踏まえて、わが国の実情にあった研修プログラムに発展させたい(伊勢田、針間、野中)。

本年度は、精神病の早期支援・早期治療活動を実践するための技術として、①ケースマネジメント、②認知行動療法、③家族心理教育、④就労支援、⑤作業療法、について検討、早期介入実践4施設のスタッフの合同研修会で試用、改良を加えて作成した。本年度は、作成した教材、研修プログラムにより研修を実施、他施設を含むケアコーディネーターの研修を行った。

4. 未治療期間短縮のための啓発戦略の検討

従来の慢性の統合失調症を対象としたものから、初回エピソード精神病に特化した形での早期支援のツールの開発、および早期介入において重要なDUP短縮のための、子ども自身が直接精神疾患に関する知識を獲得できるようにするための啓発資料の開発を課題にしている(宮田、西田、佐々木)。

今年度は、昨年度に開発した初回エピソード精神病の子どもをもつ親及び発病した子ども自身のための心理教育資料に引き続いて、発症した者の身近な存在である、兄弟姉妹を対象とした心理教育資料の開発を行った。また、中学生をターゲットにした啓発図書出版、中高校生向けの精神疾患についての教育資料の開発を併せて行った。

この教材と厚生労働省で開発した精神疾患教育アニメーションを用いた授業を中高校で行い、中高生における精神障害のリテラシー向上に寄与するか否かを検討した。

5. 早期介入サービスの政策的検討・医療経済分析

早期介入実践における既存の精神保健関連資源の活用可能性について、既存資料及び新たに実施する調査結果に基づいて検討する(竹島)。欧米では、精神疾患患者の早期介入により、社会生活水準の低下の軽減が可能になり、入院日数の短縮により医療費の低減が示されている。わが国は、早期介入プログラムの標準的なケアが確立されておらず、先駆的な施設の実施症例があるものの、早期介入プログラムの効果やその普及に必要な社会資源の量も不明である。そこで、早期介入サービスと従来の外来・入院サービスとのコストの比較を行い、費用対効果を検証するための予備的研究を実施した(横山)。

(倫理面への配慮)

介入研究及び疫学研究における対象者に対しては、

必ずインフォームドコンセント を得て行うが、調査協力者がいつでも拒否できる条件を尊重して行う。研究実施に当たっては、すべての所属機関において研究計画の所属機関倫理委員会での承認を得る。疫学研究に関する倫理指針（平成14年6月17日文部科学省・厚生労働省告示第2号）および疫学研究に関する倫理指針の施行について（平成14年6月17日付け文部科学省研究振興局長・厚生労働省大臣官房厚生科学課長連名通達）に則って実施する。介入研究においては、臨床研究に関する倫理指針（平成17年4月1日施行）に則って行う。

C. 研究結果

1. 精神病初回エピソード早期介入サービスの効果検証研究（J-CAP Study）：予備研究及び多施設ランダム化比較試験（RCT）の準備と実施

本研究の目的は、精神病初回発症例の早期支援・早期治療法の開発と効果確認のための臨床研究を行うことである。平成22年4月より東京大学医学部附属病院・東京都立松沢病院・三重県立こころの医療センター・笹川通り心身クリニックの4施設において多施設ランダム化比較試験を実施するための協議を継続して行った。平成23年1月に概要を決定し、事前に臨床試験登録を行い、論文化して公表した。平成23年3月より登録開始とし、平成24年3月現在30名の登録・割付を行った。また、多施設合同の研修会を平成24年3月まで5回行った。

研究方法に記したように、当初計画はhistorical cohort 及びprospective cohortを対照群とする患者-対照研究を主とするものであったが、わが国とどまらずアジアに置いて、早期介入サービスの効果確認はなされていない。効果確認のためには、randomized control study (RCT) が必須である。したがって研究班としては、早期介入サービスをすでに開設し、共通の技術研修を受けたスタッフを擁する4つの臨床施設の多施設共同研究として、対照・ランダム化・単盲検・並行群間比較・検証的臨床試験（RCT）を実施することにした。

RCT 実務者ミーティングにおける複数回の協議を経て、本介入試験に関するプロトコルの詳細を確定し、「研究実施計画書」を策定した（西田淳志ほかによる分担研究報告1.を参照）。研究実施計画書は、CONSORT 声明に準拠し、東京大学医学部臨床研究支援センターのコンサルテーションを経て作成されている。本介入試験は、大学病院医療情報ネットワーク臨床試験受付（UMIN-CTR）への登録を申請し、医学誌編集国際委員会（ICMJE）によって、登録受理されている（受理番号：UMIN000005092）。また研究計画は、*Trials* 誌上に発表した（2011）。

サンプル規模推定に基づいて、18カ月間の登録期間中に150名の症例登録を目指す。9カ月・18カ月間

の介入の後、早期介入群と通常治療群のアウトカム（再入院、再発、治療脱落、社会機能など）を比較検証する。

すでに4施設のスタッフの複数回の研修会も実施し、倫理委員会の承認も終えて研究を開始し、症例登録も年度内に開始した。

本研究によって、わが国およびアジアではじめてのRCTによって精神病初回エピソード早期介入サービスの効果についての知見が得られるはずである。

特に東京の2施設（松沢病院、東京大学）が震災による実質的な開始の遅れがあったが、7月までに順調に開始された。しかし、各施設における研究への同意の取得はなかなか困難であり、3月現在、松沢病院5人、東京大学4人、三重県立こころの医療センター9人、笹川通り心身クリニック12人、合計30人であった。目標の半分にとどまっているので、各施設で具体的な改善策を具体化している。

なお、本研究に先立って、J-CAP Study の予備的研究として、都立松沢病院初回精神病エピソード早期支援専門サービス WAKABA、および同施設通常外来サービスのヒストリカルコホートデータを用いた効果検証研究を実施した。サービス利用開始後12カ月アウトカムは、治療脱落率について、WAKABA サービス群が有意に低い結果であった。また、統計的有意差は認められなかったものの、再入院率について、WAKABA サービス群で低い傾向がみられた。早期支援サービスの一定の効果が確認された。

2. 精神病初回発症例の疫学調査

長崎市（人口44万人）と高知市（人口33万人）において、精神病早期介入サービスの対象と必要規模を推定するために、長崎市で1979-1980年に実施されたWHO DOSMeD Study を参考としたプロトコルを用いて、市内全精神科医療機関の協力を得て精神病（サイコーシス）初回発症例の年間新規発生率の調査を開始した。長崎大学医学系倫理委員会承認された研究計画（平成23年3月11日付、承認番号11022320）にもとづいて、長崎市内では、長崎県精神科病院協会と長崎県精神神経科診療所協会との調査協力の同意が得られている。高知市に置いて倫理委員会の承認を経て、市内全精神科医療機関の協力を得て、2011年8月1日から開始した（中根秀之、今村明、下寺信次）。共通の研究プロトコルは、分担研究報告の通りである。

調査協力医療機関CFN（Case Finding Network）からの情報総数は長崎で77人（2012年2月末迄）、高知で34人（2012年2月初旬迄）であった。また、面接に応じて研究登録されたのが長崎15人、高知12人であった。なお、急性期病状も影響して協力が得られなかったケースは後に協力を得られる可能性があり、接触を継続している。

3. 未治療期間短縮のための啓発戦略の検討

宮田がこの課題を分担した。今年度は初回エピソード精神病のきょうだいをもつ「あなた」に向けた早期支援冊子の開発を行った(『初回エピソード精神病のきょうだいを見守る「あなた」のために』)。これで、本人、親、きょうだい向けの3部作の冊子が完成した。また、早期介入の重要な目標であるDUPの短縮に向けて、子ども自身が直接精神疾患に関する知識を獲得できるように、啓発本「14歳からの精神医学～こころの病気ってなんだろう?」の出版も並行して行った。また、中高生向けに対する精神疾患に関する「授業用キットを開発した。厚生労働省の「こころもメンテしよう～若者を支えるメンタルヘルスサイトも活用して、50分の授業を構成した。知識と自分や友達が心の病気になったときにどんな問題が生じるか、どうしたらよいかをのグループワークを行った。心の病に関する理解の促進が認められた。

4. 早期介入技術開発および専門スタッフの育成研修プログラムの開発

「精神病早期介入―回復のための実践マニュアル」(Promoteing Recovery in Early Interventionの翻訳)を出版した(2011秋)。これは英国の早期介入の実践の総まとめとも言うべきもので、早期支援に携わるすべての人々の基礎的な知識と技術を提供してくれる。

野中猛は、その上に、オーストラリアの実践的知識も統合した、精神病の早期支援・早期治療活動を実践するための技術を開発し、その活動をにう人材を育成するための研修方法を提言することを目的に研究を行った。初年度に先進諸国のガイドライン、先行文献を検索、更に、わが国の先行する活動実績からの聞き取り調査によって、ケースマネージメント、認知行動療法、家族心理教育、就労・就学支援、作業療法という5つの課題を抽出した。昨年度の調査メモを発展させ、わが国に相応しい技術指針を開発し、東大精神科ユースメンタルヘルス講座のホームページにて公開した(後掲の資料①～⑩参照)

伊勢田堯は、わが国に相応しい早期介入における家族支援の技術を開発するために、昨年度は英国MERIDENプログラムの解析とわが国で開発された統合失調症の心理社会的治療法である生活臨床の家族支援の視点を比較検討した。そして、両者の長所を取り入れた家族支援プログラムの概略を提示した(伊勢田堯の分担研究報告8を参照)。

今年度は、オーストラリアメルボルンのORYGENの早期支援・早期治療のための家族支援プログラムの特徴をまとめ、わが国で早期支援において家族支援を実施する際に学ぶべき事項を抽出した。

早期介入サービスに限らない精神保健医療福祉サービス全般に関わることはあるが、家族支援を中心的サービスに位置づけることである。

・早期介入サービスに携わるすべてのスタッフが家

族支援をできるようにする。

・その上で、より複雑な家族問題に対応できる行動学的家族療法などの専門的家族治療ができるスタッフを養成する。

・家族支援サービスのスタッフに研修を受けた家族を適切なポジションを創設し、採用する。

・これらを実現するためのスーパーバイザーシステム、研修制度を確立する。

これらの家族支援をわが国で発展させるためにも、わが国のサービス体系の変革は避けて通れない。

今年度の大きな前進は、これらの早期支援・早期治療活動を実践するため開発された技術および教材を用いて、スタッフの専門研修の方法を深めた。特に研修会における症例の検討、Skypeを用いた外国の専門家によるスーパービジョンも複数回行った。この研修方式を普及させて、早期支援・早期治療活動を行うスタッフの研修方式を確立したい。

5. 早期介入サービスの政策的検討・医療経済分析

竹島は、聞き取り調査から、子どもの経験するメンタルヘルスの問題は、発達障害、児童虐待、不登校、親のかかえるメンタルヘルスの問題など多様であり、その中に埋もれるように精神病初回発症例も現れることが示された。したがって、早期介入の精神保健システムは、それ自体を単独に目的として存在するのではなく、母子保健、児童福祉、学校保健などと連携しながら、地域に発生する多様なニーズに添えていくサービス、連携の一環であることが求められる、としている。

横山は、精神科医療の経済的側面を検討してきたが、早期介入の経済的側面の検討の準備として、今年度は2人の入院+デイケア利用の症例の医療費を算出した。統合失調症の26歳と15歳の男性の2症例で、治療効果と診療報酬および病院・診療所の原価を検討した。診療内容は、病院と診療所とデイケア施設の連携により、薬物治療に加えて、疾患教育、心理教育、認知行動療法、就職あるいは復学を目標とした多職種チームによる個別対応プログラムが実施された。初診後約2年半で26歳症例は一般企業へ就職し、15歳症例は復学し大学へ進学することができた。26歳の症例(入院7ヶ月、デイケア31ヶ月)の診療報酬は12,677,190円、原価15,249,128円であり、15歳症例(入院3ヶ月、デイケア35ヶ月)の診療報酬は9,092,600円、原価11,082,027円であった。このような解析を早期支援介入群と対照群に実施し、費用効果の比較検討、および診療報酬のあり方を検討する予定である。

D. 考察

大震災の影響で、RCT研究は明らかに出発が遅れた。

2施設（松沢病院、東大病院）に影響がでたが、現在対策を講じて、その後の協力率は高まってきているので、今年度に対象者の増加は見込められると思われる。全体に組み入れ期間を数ヶ月間延長することを検討している。

早期介入サービスの効果確認研究は、ウェブ上に公開して、行っている。これはわが国だけでなくアジアで初めての臨床治験であり、多職種チームによる早期支援の効果が確認できるならば、新しい精神病治療指針に確かな根拠を与えるものとなる。この研究計画は論文化され、*Trials* 誌上に出版された (Koike S et al, 2011)

DUP短縮のために啓発については、啓発資料の開発は系統的に達成しつつあり、啓発資料の応用の場を増やしていく必要がある。

早期介入技術の開発の試案は、ケースマネジメント、認知行動療法、家族心理教育、就労・就学支援、作業療法の分野にわたるが、本研究班とも連携している東大精神科ユースメンタルヘルズ講座のホームページ上に公開し使用できるようにした。また、スーパービジョンを含むスタッフ研修に研修教育資料を試用し、改善開発を図った。

早期介入サービスの政策的検討・医療経済分析については、分析の方法が症例分析によって検討が済んだので、効果確認研究の症例によって介入群と非介入群の経済的側面の分析が可能になることが見込まれる。

なお、今年度は精神病初回エピソードへの早期支援について、先行国であるオーストラリアメルボルンのORYGENの活動を詳しく視察した。後掲資料①、②及び分担研究報告（伊勢田堯、野中 猛）を参照されたい。

E. 結論

以上のように、本研究は全体として所期の計画に沿って順調に進捗しており、RCT対象者の協力確保に若干の遅れはあるものの、わが国初の精神病初回エピソード患者の発生率、アジア初の早期介入効果確認研究、早期支援研修教材の開発、経済学的分析などの大きな成果が期待される。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Koike S, Nishida A, Yamasaki S, Ichihashi K, Maegawa S, Natsubori T, Harima H, Kasai K, Fujita I, Harada M, Okazaki Y: Comprehensive early intervention for patients with first-episode psychosis in Japan (J-CAP): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 12: 156-163, 2011
2. Kinoshita K, Kinoshita Y, Shimodera S, Nishida A, Inoue K, Watanabe N, Oshima N, Akechi T, Sasaki T, Inoue S, Furukawa T.A, Okazaki Y: Not only body weight perception but also body mass index is relevant to suicidal ideation and self-harming behavior in Japanese adolescents. *Journal of Nervous and Mental Disease*: (in press).
3. Furukawa TA, Watanabe N, Kinoshita Y, Kinoshita K, Sasaki T, Nishida A, Okazaki Y, *Shimodera S: Public speaking fears and their correlates among 18,104 Japanese adolescents. *Asia-Pacific Psychiatry*: (in press).
4. Kinoshita Y, Shimodera S, Nishida A, Kinoshita K, Watanabe N, Oshima N, Akechi T, Sasaki T, Inoue S, Furukawa TA, Okazaki Y: Psychotic-like experiences are associated with violent behavior in adolescents. *Schizophrenia Research* 126: 245-251, 2011.
5. Norio Watanabe, Atsushi Nishida, Shinji Shimodera, Ken Inoue, Norihito Oshima, Tsukasa Sasaki, Shimpei Inoue, Tatsuo Akechi, Toshi A. Furukawa, Yuji Okazaki : Deliberate self-harm in adolescents aged 12 to 18: A cross-sectional survey of 18104 students. *Suicide and Life-Threatening Behavior* in press

2. 学会発表

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得
2. 実用新案登録
3. その他

<資料①> オーストラリア・メルボルンの早期支援サービス視察報告
安藤俊太郎、石倉習子、原田雅典、伊勢田堯、前川早苗、

荒木剛、山崎修道

研究班の諸課題に関連する先行する諸外国の情報と実情を知るために、本年度はオーストラリアメルボルンの Orygen を視察した。その報告である。

I. 視察の概要 Orygen の早期支援システム

視察内容

2011年6月、研究者チームでオーストラリアのメルボルンにある Orygen Youth Health (以下 Orygen) という青年期専門の精神保健サービスを3日間視察したので、ここに報告する。今回の視察は、東京都立松沢病院における早期支援青年期病棟の開棟準備期間に行われ、日本の青年期精神保健サービスが新たな水準を目指す上で、その方向性や具体的取り組みへの貴重な示唆を与えてくれた。

視察の概要を説明する前に、日本の青年期精神保健医療サービスの抱える問題点について確認しておきたい。健康サービスは、一般に以下の4点から評価される。

- ①効果：目的に向けた効果的なサービスが行われているか。
- ②平等性：サービスを必要としている全ての人達が利用できる形になっているか。
- ③人道性：ケアは患者にとって受け入れられるものか。
- ④効率：ケアは最小のコストで最大の効果を生むものになっているか。

まず効果について、日本では薬物療法のみ提供している医療機関も多く、就学や就労といった生活支援サービスが乏しい。このため、社会生活への復帰という本来の目的が果たされないことも多い。次に平等性であるが、サービスのコスト、アクセス両面において課題がある。特に心理的障壁が大きい精神保健医療サービスへのアクセスを促すような仕組みが欠如している。人道性については、閉鎖的で居心地が悪いことの多い入院治療においては特に課題が多いであろう。最後に効率についてであるが、日本では治療の経済効果に関する研究自体が乏しく、実際の臨床場面で考慮されることは少ない。こうした問題点を踏まえ、Orygen の取り組みから参考にできる部分を探していく。

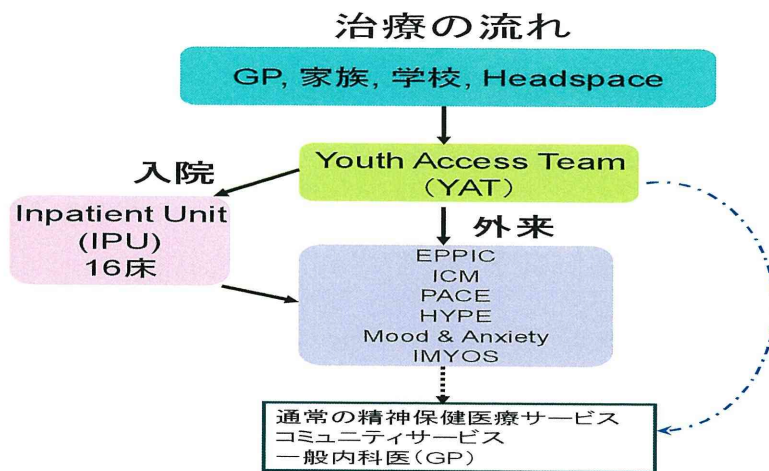
Orygen は、医師、看護師、心理士、作業療法士、ソーシャルワーカーなど多職種で構成されており、以下の3つの部門に分けられる。各職員は一つの部門に固定されておらず、複数の部門を兼務している職員が多くおり、部門間の連携が円滑に行われていることも大きな特徴である。

- ①訪問部門：初期トリアージや評価、および危機介入 (YAT: Youth Access Team)
- ②外来部門：外来患者のフォロー、社会的サポート (EPPIC: Early Psychosis Prevention and

Intervention Center など6つのチーム)

- ③入院部門：入院患者の治療 (IPU: Inpatient Unit)

これらの各部門の連携、患者さんの治療の流れを図にすると下図のようになる。



まず、各所から紹介の連絡を受けた YAT は、患者の初期トリアージと評価を行う。この働きは 24 時間 365 日体制で行われている。YAT と患者の最初の接触はたいてい数回の電話で行われ、最終的には YAT が患者さんを直接訪問して評価を行う。この評価は、定式化された包括評価シートを用いて行われ、誰が評価したとしても共通の理解ができるように作られている。次に、YAT の評価に基づき、必要に応じて入院、各外来サービス、あるいは通常の精神保健医療サービス等に紹介される。

入院治療は、16 床の全個室の病棟で行われ、日中は 8 人のスタッフがいる。床はカーペット敷きで中央のホールにはテーブルやソファが設置されており、そこには常に菓子が容易されていて家庭的な雰囲気がある。日本での隔離室に相当する Intensive Care Unit が 4 床分あるが、複数人で入室でき、室内は家庭のリビングに近い雰囲気で、患者同士が交流できるようになっている。

外来治療は、精神病に対応した 3 つのサービス（早期精神病、アットリスク精神状態、集中的ケースマネジメントチーム）、非精神病に対応した 3 つのサービス（気分障害・不安障害、情緒不安定性パーソナリティ障害、集中的アウトリーチサービス）の計 6 つのチームで構成される。どのサービスにおいても、1 人の患者につき 1 人のケースマネジャー（心理士、作業療法士、看護師、ソーシャルワーカー）がついて、認知行動療法、認知機能リハ・作業療法、コミュニティサービスとの連携、家族支援、心理教育、リハビリ支援、家庭訪問といった包括的な生活支援が提供される。また、必要に応じて、ケースマネジャーから Orygen 内の教育サービスや就労サービスなどに紹介がなされる。このように、様々なサービスの担い手になっているのがコメディカルスタッフであるが、その人材育成体制も確立されている。各職種のシニアクラスのスタッフは臨床業務の他、同職種の後輩スタッフの育成も重要な業務として割り当てられている。具体的には、全スタッフがシニアクラスの先輩から定期的に個人スーパービジョンを受けられるよう体制が整えられており、シニアスタッフから各種講義も受けられるようになっている。

最後に、Orygen 内の機関ではないものの、Headspace という国によってサポートされた青年期向けの生活相談センターの存在を指摘しておきたい。Headspace はメルボルン市内

ではショッピングモールに隣接したビル内にあり、身体的・心理的問題のみならず、就労、ハウジング、法律相談など若者が包括的な生活相談をできる場所となっており、ここから患者が Orygen に紹介されることも多い。

考察

これまで述べてきた Orygen の概要を元に、前述の健康サービス評価の枠内で、Orygen に特に見習う点を列挙して締めくくりとする。

①社会生活復帰に向けた包括的な生活支援が、ケースマネジャーを中心として行われている。

②訪問部門や Headspace の存在により、サービスにアクセスしやすくなっている。また、全患者に

ケースマネジャーがつき、無料で包括的な生活支援サービスが提供されている。

③入院治療を含め、極力患者への心理的負荷が低くなる形でサービスが施行されている。

④初回精神病エピソード患者をフォローした研究で、EPPIC の経済的効率性が検証されている。

⑤臨床スタッフは個々人の関心領域や経験年数に応じて複数のサービス部門を兼任しており、早期支援における幅広い支援技術を身につけられるようになっている。また座学による研修の他、シニアスタッフによる個人スーパービジョンの機会が全職種に保障されているなど、人材育成プログラムが充実している。

東京都医学総合研究所 安藤俊太郎

東京都立松沢病院 石倉習子

II. 臨床体制

視察内容

Orygen Youth Health では人格障害や摂食障害などの専門外来や心理社会的リカバリープログラム、CBCM (認知行動療法的ケースマネジメント)、YAT などについて講義を受けた。また若者のための入院ユニットを見学した。この報告では個々の詳細は必要最小限にとどめ、この組織が提供している若者のメンタルヘルス支援サービスから学ぶべき点について書きたい。

まずは支援サービスの対象圏域 (25 万人×4 エリア、人口 100 万人、15 歳～25 歳若者人口 16 万人) が設定されており、それらを YAT がインテーク、アセスメントしたうえで、精神病圏、非精神病圏と区別してトリアージするシステムが作られていることである。ワンストップ・サービスであることはユーザーにとってきわめて分かりやすく、アクセスしやすい。

その後は精神病圏、非精神病圏それぞれに専門分化したクリニックが作られ、アウトリーチチームが組織されている。精神病圏では EPPIC が置かれ、PACE (ARMS クリニック)

があり、ICM（集中的ケースマネジメントチーム）がある。非精神病圏では Youth Scope が置かれ、HYPE クリニック、気分障害・不安障害クリニックがあり、IMYOS（若者アウトリーチサービスのための集中的機動班）がある。ここではその専門分化が印象的であるが、それよりもこれらを担う中心が心理士や看護師、ソーシャルワーカーなどのコメディカルであることが重要であるように思われる。ちなみに Orygen では全例にケースマネジャーが配置され、これも医師以外のコメディカルが担う。

入院ユニットは 16 床と小さいが、全個室でユースフレンドリーな雰囲気となるよう工夫されており、クリニックのある Popular Road からは離れたところに作られ、小児総合病院に隣接している。精神病圏、非精神病圏混合病棟である。個別ケアが重視され、ピアサポートワーカーが有給でケアに参加している。Popular Road の Orygen は古い精神科病院をリサイクルして使用し、各棟にそれぞれの機能が振り分けられている。ここも若者にとって親しみやすく、気取りのない温かな雰囲気となるよう工夫されている。またここでも同様にピアサポートが活用されており、そのための研修プログラムも組まれていた。

以上をまとめると、①圏域の設定とそれに対応した支援サービスシステムの構築、②ワンストップ・サービス、③若者のための専門クリニックと入院ユニット、④アウトリーチチーム、⑤コメディカル中心のクリニック、⑥全症例へのケースマネジャー配置、⑦ユースフレンドリーな治療環境づくり、⑧ピアサポートの活用、などが学ぶべきことであると思われる。

考察

背景となる保健医療システムが異なるため、メルボルンにおいて機能している若者支援システムや臨床実践をそのまま我が国に導入することはできない。例えば我が国においても医療圏域が設定され、医療計画が作られているが、医療はフリーアクセスであり、医療機関のほとんどは民営であるため、絵に描いた餅に終わっているのが実態である。YAT のようなワンストップ・サービスは圏域の設定がなければ成立しない。また若者を対象にした保健医療はライフサイクルのなかで最も立ち遅れた領域となっている。

このような我が国の事情を考慮した上でメルボルンのシステムに習うとすれば、二次医療圏毎に若者関連機関や当事者・家族が集合し、その地域特性に見合った若者支援プランを策定し、そのなかで YAT のような機能を確保し、地域内の機関特性に応じてその後の支援サービスを提供していくようなシステムを構想することであろう。若者に特化しないのであれば、現在の精神科救急システム、殊に精神科情報センターを再構築し、YAT と同様の機能を確保することも考えられよう。

心理社会的支援をコメディカル中心で実践する臨床体制は我が国においても早急に検討すべきであると思われる。ここでもすべてのコメディカル職種が「医師の指示の下に」統制される制度上の制約がある。またそのためもあって自立したコメディカルの育成が立ち遅れている。この状況を乗り越えるには 2 つの方策があるように思われる。

1 つは現在の医師による診療に加えてコメディカルによる相談を大幅に取り入れること

である。現在の当事者ニーズは医師が提供できる精神科サービスをはるかに超えており、高い専門性を持ったコメディカルも育ちつつある。Orygen Youth Health のようなコメディカルによるクリニックは診療報酬上の問題はあるものの、満足度の高いサービスとして当事者に歓迎されるものと思われる。この際特定の精神障害に特化したクリニックよりもまずはコメディカル各々の専門性に対応したクリニック（例えば看護相談や心理相談など）として立ち上げ、実質上コメディカルが自立して担当することとし、外来担当表などにも医師と同じように担当者名を明示すべきである。

もう 1 つは仲介型ではなく、治療型のケースマネジャー制の導入であろう。ここには 2 つの意味がある。1 つは医師よりもはるかに患者に近く強固なエンゲイジメントを築くことができ、継続的な支援を提供できることによる治療効果である。もう 1 つは治療型のケースマネジャーは認知行動療法や家族支援、アウトリーチ、ケースマネジメントといったさまざまな支援技術を習得する必要がある、そのための研修を通じてコメディカルの力量が向上することである。またチームの中心となって支援を組織し、支援の責任主体になることもコメディカルの自立を進めることになるだろう。現在のところ精神科領域におけるケースマネジャーは制度的に位置づけられておらず、診療報酬上のバックアップもないが、精神疾患の予後やそのための損失を考えれば、少なくとも初回エピソード精神病症例にケースマネジャーを配置することなどが検討されるべきであろう。

アウトリーチは我が国でもすでに往診、訪問看護、ACT などが行われており、多職種アウトリーチチームモデル事業も開始されつつある。ICM や IMYOS のような若者に特化したアウトリーチチームへの分化以前に、まずはアウトリーチが日常的な医療手段となるような制度的裏付けが必要である。Orygen ではインリーチとアウトリーチが必要に応じて使用されていたことも印象的である。病院におけるサービスを至適に確保し、これでは支援不可能な患者にアウトリーチを活用するという考え方は、我が国の精神科医療をリフォームするに際しても示唆的である。

精神科医療をユーザーの視点から見直すことや、支援にユーザーが参加することも学ばべきことである。我が国においても患者や家族のピアサポートはすでに行われてきているが、Orygen の Platform や西部メルボルン Headspace の Youth Advise Committee にみられる若者当事者による、精神科医療や地域に向けた意見提案を汲み取る仕組みはほとんど確立されていない。またピアサポートワーカーが有給で支援に加わることも注目すべきことである。若者にフレンドリーな治療環境もこのような当事者の視点の尊重という考え方の結果であろう。医療機関や地域精神保健機関と家族・当事者の定期的な話し合いの場の設定が有効であろう。

以上をまとめると、① 2 次医療圏毎に若者支援プランを策定し、地域特性に見合った支援システムを構想すること、② 外来レベルでコメディカルによるクリニック（相談）を開設すること、③ アウトリーチが日常的医療手段となるような制度的裏付けをつくること、④ 治療型のケースマネジャー制を導入することとそのための研修システムを確立するこ

と、⑤精神科医療に若者の意見を取り入れる仕組みをつくること、などである。

三重県立こころの医療センター 原田雅典

Ⅲ. 家族支援

視察内容

Orygen における初回エピソードの治療を担当する EPPIC では、家族支援を精力的に取り組んでいる。

わが国で早期介入サービスを導入する際に、家族支援は主要なサービスのひとつとして発展させる必要があることを今回の視察を通して確認できた。本報告では、EPPIC の家族支援の概要を紹介し、わが国に導入する際の課題と提言をまとめる。

1. EPPIC におけるファミリーワークの概要

1) 家族支援導入によって得られる効果

早期介入のサービスに家族参加と家族支援を入れることの効果を以下のように挙げている。

- ・家族から重要な情報を得ることが出来て、患者の治療の助けになる。
- ・家族メンバーが参加すること自体で家族の感情が好転する。
- ・家族も感情がより安定し、精神病をもつ人へのサポートが良くなり、家族の苦悩が改善する。
- ・家族は、治療早期の薬物療法へのアドヒアランスの確立に役立つ可能性がある。

2) ORYGEN YOUTH Health の家族プログラム

主要な家族支援プログラムには以下ものがある。

①臨床プログラム

以下の3つのプログラムを提供している。

- ・ケースマネジャーとの個別セッション
- ・精神疾患の理解のための定期的な情報提供セッション
- ・より困難な問題に直面している家族への専門的ファミリーワーク

②家族ピアサポートワーカーによるプログラム

家族による家族支援(family helping family)では、研修を受けた家族を職員として採用し、家族による家族支援を提供している。

③家族リソース室

家族支援に関する情報を集めた部屋を開設した。

3) ファミリーワークのサービス

ファミリーワークには、一般的サービス(General Services)と個別サービス(Targeted Services)があり、2年間継続する。より専門的家族療法が必要な場合は外部に紹介する。

一般的サービスへの紹介は、まずは YAT および入院スタッフより、次いで外来ケースマネジャー／担当医から行われる。これらのサービスでは効果が不十分な場合、外部の専門

的家族療法サービスに紹介する。

①一般的サービス

ガイドラインを出版し、以下のサービス提供を促している。

連絡があった場合、48時間以内に初回面接を行い、急性期には毎週、回復早期は2週間ごと、回復後期は2か月に1回のコンタクトを取ること、非英語圏の移民者へは、通訳使用、情報パック、電話によるピアサポート、家族代表の紹介をする。

YAT および入院スタッフには、家族のニーズに敏感であること、言語・文書・ビデオによる初期の情報提供、必要に応じて初期の支援と説明を行う。

外来ケースマネジャー／担当医は、定期的コンタクトをとり、家族問題に敏感であること、情報と支援、低EE行動のモデル提示、簡便型問題解決技法を提供する。

家族支援プログラムを提供し、家族サポートワーカー、継続参加グループ・随時参加グループ・情報／支援グループから成るサポートグループ、ピアサポートワーカー、家族リソース室を整備した。

家族および友人グループを提供している。心理教育プログラムを実施し、すべての家族を招待しているが、参加は最大で25%から30%である。4週間に1回夕方に実施し、「精神病とは何か?」「薬物療法／治療法」「リカバリー」「進歩」などのトピックスを扱う。

②個別サービス(Targeted Services)としての特定(specific)家族のためのEPPICの臨床活動

i) 個別ファミリーワーク (individual family work) (急性期、回復期)

個別ファミリーワークに紹介される一般的理由は以下の通りである。

- ・ 家族内葛藤のレベルが高い。
- ・ 言語的、身体的暴力
- ・ 緊張と苦悩のレベルが高い。
- ・ 困難な行動 (薬物使用、アドヒアランス欠如、II軸障害)
- ・ 精神疾患／自殺企図歴をもつ複数の家族メンバーがいる。
- ・ 持続的症狀／頻回再発
- ・ 最近非英語圏から移ってきた家族
- ・ 関係づくりと「境界」問題

ii) 特定(specific)家族

治療への反応が遅い家族へのマルチ - ファミリー・グループワーク、家族治療グループの特徴

- ・ 6か月経過しても、クライアントが十分回復しないか、再発の多い家族 (青年期の人も含まれる) が紹介される。
- ・ この時点でのクライアントの診断は、通常統合失調症である。
- ・ 6か月間、2週間に1回のセッションが提供される。
- ・ 構造化されたCBTが使用される。

3. 研修制度

- ・年1回の2日間トレーニングコース　スタッフ全員が参加する。
- ・上級トレーニングコース
- ・基礎トレーニングコース

考察：わが国の早期介入サービスに家族支援を導入するにあたっての課題と提言

わが国に早期介入サービスを導入する際には、家族支援を必須のサービスとする。一般的家族支援と専門的家族支援に分けて、課題と提言を行う。

1. 家族支援サービスの課題

1) 一般的家族支援の課題と提言

早期介入サービスを利用するすべての家族への家族支援の課題

- ・連絡があった場合は、ケースマネジャーは、可能な限り1週間以内、遅くても2週間以内に家族面接を行う。家族には尊敬の念をもって接し、重症度と経過に応じて、毎週、2週間毎、月毎など、定期的に面接を行う。

- ・全家族を対象とした2か月に1回、1回2、3時間の随時参加型の家族心理教育プログラムを実施する。病気、対応法（低EEの接し方など）、社会的資源、等をテーマとし、グループワークも実施する。

2) 専門的家族支援

治療が難航しているケース、重度の精神症状・問題行動を呈するケースには、以下の専門的家族支援を提供する。

- ・ケアマネジャーによる個別家族への心理教育

- ・課題・問題別の家族グループワークを1～2か月に1回開く。1グループ10人から15人の参加者。

- ・ロンドンのメリデン・ファミリーワーク・モデルを実施する。家庭訪問を原則とし、1～2週間に1回、2、3か月間のセッションを組む。担当ケースマネジャーと専門ファミリーワーカーの2人で実施する。

2. 早期介入サービスにおける家族支援サービスを発展させるための短期的・中期的課題

- ・早期介入サービスを担当するスタッフ向けに、年1回全員を対象とする家族支援1日研修を実施する。研修には、家族支援の効果、家族支援の主なアプローチ、具体事例の検討などを盛り込む。

- ・メリデンモデルのファミリーワークを実施できる専門ファミリーワーカーを育成する。

- ・以上の専門的サービス以外の社会的サービスの活用を促進し、家族への実際的支援、家族ピアサポートを発展させる。

- ・研修を受けた家族を非常勤のファミリーサポートワーカーとして採用する。

東京都立松沢病院 伊勢田堯

IV. 就労就学支援

視察内容

メルボルンの若者に対する地域サポートとして、Headspace および Orygen の Psychosocial Recovery Program における就労就学支援を見学した。

ユースメンタルヘルスの専門的な支援として、不適応、軽度の障害、中等度の障害の一部を Headspace において支援し、中等度の障害、重度の障害について Orygen で支援を行っている。

1. Headspace

Headspace は 2006 年からマクゴリーらによる国家政策として開始した地域の若者向け相談センターであり、12 歳から 25 歳の若者の精神疾患や精神作用物質乱用の影響を軽減することを目的としている。オーストラリアには 30 か所をこす Headspace が設置されており、どこも駅からのアクセスが良い場所にある。

このサービスが開始となった背景としては、精神障害やメンタルヘルスの重篤な問題の多くが 25 歳までに発症していること、メンタルヘルスの問題をもつ若者のうち、専門的な援助を受けているのは 4 分の 1 にとどまっているといったことがある。

今回見学した Headspace はショッピングモールの隣、VISY CARE HUB の 2 階にあり、建物全体が若者向けの何でも相談センター (=Youth Junction) になっている。ここでは、健康、教育、就労、メンタルヘルス、薬物、アルコールなどの問題を抱えた若者への具体的支援を行い、プログラムは、地域社会の問題への啓発と若者のこころへの早期の支援が行なえるように組み立てられている。

若者に対して、カウンセリングや就労、ハウジングなどの支援が提供され、様々な組織からそれぞれの専門家が出向いてくる仕組みがあり、それぞれの企業や機関がなるべく無料で若者を支援するという理念で集まってきていることが大きな特徴といえる。

支援を受ける若者は 3 カ月で 720 名程度であり、支援者向けのトレーニングとして、医療スタッフやユースワーカー、学校関係者、司法関係者などに向けての専門的トレーニングを提供している。

また、身体科の相談などにもものっており、内科の医師もいる。基本的に相談にきた若者はなるべく無料で手厚いケアを行えるように、Orygen の治療プログラムに組み込まれることが多い。Headspace 専任で働いている職員は数名であり、Orygen と兼任している職員が非常に多く、職員は臨床と研究、教育も行っている。

2. Orygen における Psychosocial Recovery Program

Orygen では利用する若者に対して担当するケースマネジャーがおり就労や就学の支援を行う。Psychosocial Recovery Program では以下のようなサポートがある。

1) 家族のピア・サポート

子供が Orygen を使っていた家族が、ケースマネジャーや医師との調整をするために外来で当事者家族と会っている。

2) 若者のピア・サポート

Platform (組織の質の向上を目的とし、利用者の声を反映させる。インタビューへの