

【はじめに】

精神科作業療法は医療分野で行われるため、精神科の作業療法士が早期精神病患者に出会う場合は病院施設が大半である。よって、早期精神病を精神病発症リスク状態（At-Risk Mental State:ARMS）、初回エピソード精神病、初回エピソードを含めた5年間の臨界期の3つに分けたなら、早期精神病に適用されている精神科作業療法は、初回エピソードを含めた5年間の時期に該当する入院患者および通院患者を対象にしていることになる。

精神科作業療法では、急性期精神病状態を経て入院治療の対象となり要安静期を過ぎたころから開始される急性期作業療法が実施されている。急性期作業療法の目的や方法論¹⁾が示され、その有効性が認識されている。ここでの対象者、つまり急性期作業療法の対象者は急性期精神病状態を経験した者がすべて対象となるため、再発した者も初回エピソード者も含まれ、提供される治療プログラムは区別されていない。統合失調症初回エピソード者に対する作業療法についてインタビュー調査を行った研究²⁾からも、現行の急性期作業療法では、統合失調症初回エピソード者も再発を繰り返した統合失調症者にも概ね同様の治療プログラムが採用されていることが分かっている。しかし、将来的には初回統合失調症エピソード者を含め早期精神病患者の各病相特異性に適応する作業療法プログラムが求められるだろうと思われる。例えば、統合失調症初回エピソード者と発症して5年経過した統合失調症者の1年間の追跡調査をしたところ認知機能の回復に差があったという報告³⁾に従えば、統合失調症者の生活障害は認知機能障害に相応すると考えられるため、作業療法で取り上げられる治療プログラムも対象者の病相特性に合わせた内容になることが求められるだろう。今後、現在行われている急性期作業療法を基盤にして、認知機能障害との関係性という側面から、早期精神病患者に対する作業療法プログラムの提示が求められると推測される。本稿では、早期精神病患者

の回復を促進するために精神科作業療法が貢献できる可能性を示すことを目的とし、早期作業療法の有用性と早期作業療法の実際について述べる。なお、作業療法分野において精神科急性期作業療法も精神科早期作業療法もほぼ同義語として使用されているが、本稿では要安静期を過ぎたころから開始される作業療法を対象者の病相特異性に細かく対応できうる治療プログラムとして機能することの期待も込めて早期作業療法と呼称することにする。

【リハビリテーションシステムにおける作業療法】

精神科および精神障害領域のリハビリテーションにおいて早期作業療法は精神科早期退院支援システムの一部として機能し、従来の精神科作業療法が病院施設で担っていた生活技能の改善は対象者が地域生活に戻った時点で行うのが望ましいと考えられるようになってきた。ただし、対象者の回復程度や生活環境に合わせて治療プログラムは遂行されるため、精神科作業療法で生活技能の改善をまったく取り上げないわけでも作業種目として日常生活動作を選択しないわけでもない。従来の“生活技能を獲得してから退院するリハビリテーション”ではなく、対象者が地域生活を送るうえで最低限必要な生活機能が整えられている環境に戻ってから“生活技能を適応的に発揮できるようなリハビリテーション”の方がリスクは少な

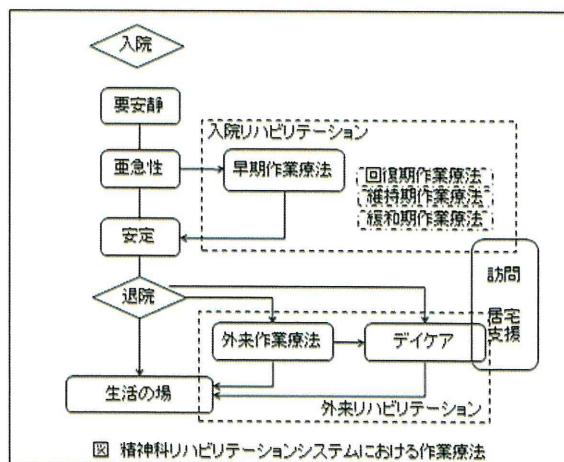


図 精神科リハビリテーションシステムにおける作業療法

いと考えられるようになったからである。図に精神科リハビリテーションシステムにおける作業療法の位置づけを示す。

作業活動を用いる効果⁴⁾として次の3つが期待される。病状の安定と身体の基本機能の維持と改善（作業の身体性・精神性およびその相互性）、自己認識や生活技能の習得、セルフアセスメントと自己管理（作業の目的性と具体性）、所属体験と自己有用感（作業の共通体験）である。また、対象者の回復過程に合わせた作業療法の指針（表1）が示されている。

【早期作業療法】

安静が必要な急性期状態を脱した時期から、少し現実とのかかわりを取り戻し始める回復期前期にあたる時期に、「病的状態からの早期離脱」、慢性化や遷延による「二次的障害の防止」を目的に開始され「現実への移行の援助」や「心身の基本的機能の回復」をはかる⁵⁾とされている。表2に早期作業療法における役割を示す。

【作業療法の効果と目的】

作業療法は生活機能改善を担うリハビリテーションであり、主にことばや作業活動を治療媒体に用いる。早期作業療法を開始する時期の対象者の多くは、明確な目的をもった行為はできないが何もしないと落ち着かない不安定な状態か、活動性が極端に低下した疲弊状態にある。入院の場合は入院後およそ1～2週間から1ヶ月以内に相当する。早期作業療法において提供される作業活動の特徴としては、新しい知識や技術、作業遂行時に判断を要しないこと、活動の進行度や結果までの手順が明確で構成的であること、適度な繰り返しとリズムをもつことが挙げられる。加えて早期作業療法での作業活動の使い方として重要なのは、不用意に入り込まない心理的距離を維持しやすく、外的および内的刺激からの保護と鎮静、自己の内外の刺激の明確化が挙げられる。作業療法士は作業活動の特徴と使い方（表3）を踏まえて、対象者の状態に合わせた質と量の活動を提供する。

表1 回復レベルと作業療法

	急性期		回復期		維持期	緩和期
	要安静期	亜急性期	前期	後期		
	1～2週間	～1ヶ月	～3ヶ月	～1年	必要期間	必要期間
作業療法		早期 OT		回復期 OT	維持期 OT	緩和期 OT
入院治療	精神科救急・急性期病棟			回復期病棟	療養病棟	緩和病棟
外来治療				デイケア（1～2年）		
				外来 OT（必要期間）		
生活支援				社会復帰施設（必要期間）		

「回復状態に応じたリハビリテーションと作業療法」⁵⁾より抜粋

表2 早期作業療法における役割

	早期作業療法	
回復状態	亜急性期	回復期前期
期間	入院数週間後～3ヵ月間	
リハビリテーションの目的	病的状態からの早期離脱 二次的障害の防止	現実への移行の援助 心身の身体的機能の回復
作業療法の役割	安全・安心の保障 症状の軽減 無意識的欲求の充足	身体感覚の回復 基本的な生活リズムの回復 楽しむ体験

	衝動の発散 休息の保障 基本的な生活リズムの回復 現実への移行の準備 鎮静と賦活	基礎体力の回復 身辺処理能力の回復 自己のペースの理解 自己コントロール能力改善 退院指導・援助
--	------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

「急性期作業療法における役割」⁵⁾ より抜粋

【早期作業療法によって期待される効果】

亜急性期であっても対象者らは常に病的状態に占められているわけではない。当該時期は病的状態に占められる時間が長いため日常生活に支障が生じている程度が著しく大きいと考えられる。病的状態で遮られ適応的に駆動する機会を失われがちではあるけども、正しく機能する認知機能はすべて失われてはいない。早期作業療法では、安全と安心が保障された環境で、適応的に駆動する認知機能を基に、質と量が調整された作業活動が提供され、それによって、作業の身体性による脳内のコントロール、作業療法場面および作業活動依存による離床が期待できると考えられている。

表 3 早期作業療法で用いられる作業活動の特徴と使い方

作業活動の選択	使い方
新しい知識や技術、作業遂行時に判断を要しない	不用意に入り込まない心理的距離の維持
活動の進行度や結果までの手順が明確で構成的	外的および内的刺激からの保護と鎮静
適度な繰り返しとリズム	自己の内外的刺激の明確化

表3に示した作業活動の選択と使い方に留意すれば、対象者は作業療法で適度な繰り返しとリズムをもつ刺激を入力し、不要な外的刺激を遮断しつつも自己刺激を軽減させることが可能になる。たとえば刺し子で下絵の線上を縫うという作業活動を例にすると、まず針を刺す場所を確認し目指した場所に針を入れて出す。つぎに布が引っ張られない程度に糸を引く。糸を

引っ張りすぎて布がシワになっていないか、糸がたるんでいないか目と手で確認し、問題がなければ次はどこに針を指すのかを探索し、目指した一点に針を刺す。針を刺す場所の確認、糸を程良くひっぱる感覚、布がシワになっていないかの触覚などの「単純で適度な刺激の入力」があり、糸の引っ張り具合の過不足を正し、シワをなおし、次に針を刺す場所を判断して、目指す場所に針を入れるという「適応的な刺激の出力」を繰り返すことになる。正しく機能する認知機能を駆動させ、適応的な刺激の入出力を集中して行っている間は、病的状態に占められる時間とは区別される。よって対象者は早期作業療法を行っている間は、健康的な時間を過ごすことが可能になり、病的状態からの早期離脱を促進する。加えて対象者は早期作業療法がおこなわれる場に参加することで離床を促し精神運動機能の適度な賦活と鎮静化を図ることができ、対人緊張が強い対象者でも作業活動に閉じこもることで、集団の中にながらも不用意に入り込まれない心理的距離が保障される。医原性の生活機能障害を防ぎ、現実感や心身の基本的機能を回復することが可能になる。早期作業療法は精神病症状を早期に軽減させ、対象者の早期退院を促進すると考えられるだろう。

【早期作業療法の紹介】

実践例として京都大学附属病院精神科神経科で行われている早期作業療法⁶⁾を紹介する。当院は約1200床の大学病院であり、精神科神経科病棟は60床である。入院作業療法とデイケアがあり、早期作業療法は入院作業療法で行われている。2011年3月までの統計によれば、対象者の年齢は10～70歳代と幅広く、約4割が統合失調症、ついで感情障害、摂食障害、人格障害、非定型精神病と続き、処方疾患は年々多様化して

いる。作業療法の1日平均参加人数は約20～30名で毎月10～15名の新規処方を受け、処方左籍数は約40名（入院の6割）である。精神科神経科病棟の平均入院日数は90日、作業療法平均利用日数は約50日であった。なお作業療法を受けた者は作業療法開始後1ヶ月以内に3～5割が、2ヶ月以内に6～8割が退院する。早期作業療法を経験した者は、作業療法を始めてから平均約40日で退院となる。

作業療法プログラムを表4に示す。実施頻度は週5日で、治療形態は個人セッションとグループセッションに分けられ、個人セッションはさらに個別と平行に分けられる。運営スタッフは作業療法士2名、大学教員2名（作業療法士）、他職種の補助若干名（臨床心理士）である。

早期作業療法としては、感覚運動プログラムと平行活動が主軸となる。感覚運動プログラムでは、現実感の乏しい、もしくは物を操作し何かをつくるより感覚運動レベル

でかわるこ
とが適切な者

表4 作業療法プログラム

	月	火	水	木	金
午前	病棟カンファレンス	園芸			
		病棟内パラレル	リラクゼーショングループ	スポーツ・レクグループ	ストレッチグループ
		活動場所 病棟ホール			
午後	平行（活動場所 作業療法室 院庭 グランド）				
	個別作業療法（活動場所 病室 作業療法室 院外）				

が主な対象となり、適度な精神運動機能の発散、身体イメージの是正を目的に行われる。参加しやすく、途中で休憩しやすいようにとの配慮から病棟ホールで実施する。平行活動は、場を共有しながら、人と同じことをしなくてもよく、集団としての課題や制約を受けず、自分の状態や目的に応じた利用ができ、いつだれが訪れても断続的な参加であっても、分け隔てなく受け入れられる場と定義され、早期作業療法を実施するのにもっとも適している治療構造であるとされている。

過去8年間の早期作業療法の統計的資料詳細はWeb上に公開されているので次記URLを参照（http://www.geocities.jp/zizi_yama60/base/images/KyotoUnivPsyOT2011.pdf）されたい。

【文献】

- 小林正義, 香山明美: 急性期作業療法の考え方と実践. 香山明美ら編: 精神障害作業療法 ―急性期から地域実践まで―. p51-110. 2007. 医歯薬出版株式会社.
- 朝倉起巳, 中村泰久, 山田純栄, 野中猛: 精神病初回エピソード者への作業療法の特徴. 第19回愛知作業療法学会: 33. 2011.
- 松田康裕, 初瀬記史, 池淵恵美: 統合失調症初回エ

ピソードの認知機能障害の経過と発症5年経過群との比較. 日本社会精神医学会雑誌 vol.20(2): 157-157. 2011.

- 山根寛: ひとと作業・作業活動 第2版. 三輪書店 2007.
- 山根寛: 精神障害と作業療法 治る・治すから生きるへ 第3版. 三輪書店 2010.
- 腰原菊恵, 山根寛, 岩佐順子, 金井伸恵.: 暮らしを奪わない作業療法の実践 早期作業療法の導入における評価とポイント. 臨床作業療法 vol.4(6): 467-471. 2008.

【謝辞】

今回、早期作業療法に関しまとめるにあたり、京都大学大学院教授の山根寛先生が実践し学術的にまとめた資料に依拠しております。加えて、山根氏の教育的配慮という恩情に支えられています。また、京都大学附属病院デイケア診療部精神科作業療法室の金井伸恵氏、有馬裕美子氏のお二人には、主に臨床的側面からご協力いただきました。ここにお礼の言葉を記します。

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
開発と効果検証に関する臨床研究」（主任研究者 岡崎祐士）
分担研究報告書

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

研究分担者 伊勢田堯（東京都立松沢病院）非常勤医員

研究要旨

本分担研究は、早期支援・早期治療の家族支援プログラムをわが国で開発することである。平成 23 年 6 月 12 日から 18 日まで、この道の世界のパイオニアとして知られている豪州メルボルン早期介入サービスの当研究班による視察に同行した。その際のプレゼンテーションおよび提供された資料を基に、早期支援・早期治療における家族支援プログラムの概要をまとめた。そして、わが国で早期介入サービスに導入すべき課題と留意点について考察した。

A. 研究目的

「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検証に関する臨床研究」において、早期支援・早期治療のための家族支援プログラムをわが国で開発することが本分担研究の目的である。

B. 研究方法

豪州メルボルン早期介入サービスに関する視察の際のプレゼンテーション、および視察時に推奨された ORIGEN Youth Health, EPPIC(Early Psychosis Prevention and Intervention Centre) 発行の早期精神病に関するハンドブック、ガイドラインを基に、メルボルンにおける早期支援・早期治療のための家族支援プログラムの特徴をまとめた。

使用した資料は以下の通りである。

①Case management in early psychosis: a handbook(2001)（翻訳針間博彦、平成 21 年

度厚生労働省科学研究費補助金・こころの健康科学事業思春期精神病理の疫学と精神疾患の早期介入方策に関する研究（代表者岡崎祐士、東京都立松沢病院）、平成 21 年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業精神病臨界期における包括的支援・治療技法、および早期発見・治療スタッフプログラムの開発事業（代表者：長岡和、医療法人カメラア）

②The acute phase of early psychosis: a handbook on management (2004)

③ COGNITIVE-BEHAVIOURAL CASEMANAGEMENT IN EARLY PSYCHOSIS: A HANDBOOK(2010)

④ AUSTRALIAN CLINICAL GUIDELINES FOR EARLY PSYCHOSIS SECOND EDITION(2010)

C. 研究結果

提供されてたプレゼンテーションと資料から、メルボルン Oregon Youth Health における家族支援サービスの概要をまとめる。

1. 初回エピソード精神病を体験した人の家族を支援する意義と役割

・家族が抱く可能性のある恐れ：①疾患、もっと早い時期に気が付き援助を求めなかったのかについて非難されるのではないか、②相談なしに患者が入院させられるのではないか、③アセスメントが終わった後には適切なフォローアップが無いのではないか、④患者が薬物療法によってゾンビー状態になるのではないか、⑤患者が家族にサービスと接触を持つことを許可しないのではないか。

・家族支援は、初回エピソード精神病を体験した人を支え、治療における関係づくりを促し、長期の病態を最小化する。

・初回エピソード精神病は、家族自身が情報と支援を必要としている。

・家族の罪悪感、怒り、悲しみ、喪失感などのデブリーフィングを提供し、精神保健サービスや家族の関与が精神病を体験した人の利益になることを説明するケースマネジャーが求められる。

・家族支援は、共同的方法で家族のニーズに合わせ、家族が精神病性疾患に対処し抵抗するようにエンパワメントすることを主な目的とし、家族内に存在する問題には危機介入の一般原則を指針として実施する。

・家族支援から得られる利点は、①患者の治療に役立つ重要な情報が家族から得られる、②家族自身の気持ちが楽になる、③家族自身が楽になり、患者を支えられると感じるようになる、④家族が患者の薬物治療に対するアドヒアランスの確立の助けになる、である。

2. 患者のプライバシーと治療関係とのバランスを取った家族支援の戦略

・患者の初回評価から 48 時間以内に家族やケアする人に連絡を取り、危機介入、支援、心理教育を行う。

・家族との初回面接では、精神疾患に関する

家族の知識レベルを理解し、家族のニーズを確認する。

・家族は疾病と回復の経過全体を通して継続的見直しのプロセスに参加する。

・個別および集団プログラムを通して、家族に心理教育と支援を初回、継続的に、その後は必要に応じて提供する。

3. 家族支援サービスと照会経路

<家族支援ガイドライン>

- ・通訳へのアクセス
- ・情報パックの提供
- ・ピアサポートの電話
- ・家族代表への紹介

<一般的 EPPIC の家族向け臨床活動>

①Young Access Team と入院スタッフ

- ・家族ニーズへの気配り
- ・初期の情報提供（言語的、文書、視聴覚）
- ・必要に応じた初期のサポートとデブリーフィング

②外来ケースマネジャー／治療医

- ・定期的接触
- ・家族問題への気配り
- ・情報、サポートの提供
- ・低 EE 行動のモデリング
- ・簡便な問題解決技法

<家族サポートプログラム>

- ・サポートグループ
 - ・継続群
 - ・必要時の再開
 - ・情報／サポート
- ・ピアサポート・ワーカー
- ・家族リソース・ルーム

<家族と友人グループ>

家族と友人の心理教育プログラム

・すべての家族に案内する。最大 25% から 30% が参加。

- ・4 週間ごとのイブニングセッション
- ・取り上げるトピックス
 - ・「精神病とは何か」
 - ・「薬物療法／介入」
 - ・「リカバリー」

・「次へのステップ」

<特定の EPPIC の家族向け臨床活動>

・個別ファミリーワーク（急性期、回復期）

・通常の紹介理由：

- ・高レベルの家族内葛藤
- ・言語的または身体的暴力
- ・高レベルの緊張と苦悩
- ・困難な行動（薬物使用、アドヒアランス欠如、II 軸障害）
- ・複数家族の精神疾患／自殺の既往
- ・症状の持続／頻回再発
- ・非英語圏から移住したばかりの家族
- ・関係づくりと「境界」の問題

・複数家族グループ（スローレスポンドー）

・家族治療グループ

- ・6 か月時点で回復が不十分であったり、頻回に再発したりする複数家族（若い患者を含む）が紹介される。
- ・通常統合失調症と診断されたクライアント。
- ・6 か月間 2 週間毎のセッション。
- ・構造化された CBT を用いる。

<家族支援サービス>

①一般的家族支援サービス

- ・ピアサポート
- ・家族リソース・ルーム
- ・家族と友人グループ
- ・家族サポートグループ

②標的家族支援サービス

- ・個別ファミリーワーク
- ・治療ファミリーワーク

③外部の専門家族療法への紹介

<照会経路>

・ Youth Access Team と入院スタッフから一般家族支援サービスへ

・ Youth Access Team と入院スタッフから紹介された外来ケースマネジャー／治療医から一般家族支援サービスへ

・ 外来ケースマネジャー／治療医から標的家族治療と外部専門家族療法への紹介

<家族支援の頻度と期間>

- ・家族との初回面接は 48 時間以内に行う。

・急性期は週 1 回の接触。

・早期回復期は、2 週間に 1 回。

・後期回復期は、2 か月に 1 回。

・家族支援は 24 か月継続する。

4. 家族支援サービスとその効果と反応

<急性期>

・家族の問題対処によって安堵する。

・状況とその影響への折り合いをつける支援になる。特に、患者が退行している時に家族は治療効果に貢献する。

・しかし、回復が速やかでない場合は欲求不満になる。

<回復期>

・急性エピソードの早期警告サインを特定できるようになる。

・そうするともっと早く気付かなかったり、適切に対処できなかつたりしたことに罪悪感を持つことがある。

・治療へのアクセスに困難があつたり、治療の質に不満があつたりすると怒りを示すことがある。

・家族もまた否認や体験の統合まで多岐にわたる反応を示す。

<説明モデル>

ストレス—脆弱性モデルによる心理教育

<文化的問題>

民族の文化的違いに配慮した支援

5. 家族支援サービスに携わるスタッフと研修体制

<スタッフ>

・各ケースマネジャーが担当

・より複雑なケースは二人の専門スタッフが受け持つ

・EPPIC のサービスを利用した経験を持ち研修を受けた元家族が、家族ピアサポートワーカーとして、外来や臨床プログラムで family helping family を担当する。

<研修>

・スタッフ全員が年 1 回 2 日間コースの研修を受ける。

- ・上級コース
- ・基礎コース

D. 考察

オーストラリアでは、精神保健サービスは国の主要な政策のひとつに押し上げられている。多様な文化を持つ民族を背景にし、若者の文化や気分には十分に配慮したきめ細かい包括的な早期介入サービスを驚異的スピードで発展させている。そうした中で、取り組まれている家族支援である。

Oregon Youth Health で開発されている家族支援サービスのある部分、ある技法をわが国に導入するというアプローチでは、これらの業績の大切なものを学んだことにはならない。その精神をわが国の現状のサービスに活かす姿勢が重要である。

そのために Oregon Youth Health の経験から学び、早期介入サービスに活かすべきいくつかの項目を挙げてみる。

- ・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。そのための幾つかの課題を挙げる。精神疾患を三大疾病、少なくとも五大疾病の一つとして充実させ、精神医療保健福祉サービスを病院・施設中心ではなく地域生活中心に抜本的に改革しなければならない。オーストラリアはこうした改革を成し遂げた上

でのサービスであることが基本的問題として認識しなければならない。その上で、当面の幾つかの課題を挙げる。

- ・家族支援を医療サービスとしても実施できるようにする。
- ・それだけではなく、無料で訪問して提供できる精神保健サービスを発展させることは欠かせない。
- ・また、家族のケアの負担を最小限にする就労支援・就学支援・レスパイト支援・所得補償など社会経済的サービスを発展させなければならない。

これらの課題を導入するにあたって、Oregon Youth Health の経験を批判的に取り入れる姿勢も必要である。そのひとつとして、心理教育で使われている説明モデルである。

説明モデルが、ストレス—脆弱性モデルによっているので、ストレス要因をより深めたモデル、より心理社会的要因を重視したモデル、ストレングス・レジリアンス・アスピレーションを中心とするモデル、リカバリーモデルを中心としたものに発展させる。

E. 結論

早期介入サービスにあっては、家族支援は重要な基本的支援の一つである。それぞれの家族のニーズに合わせた本格的支援を提供する家族支援チームを立ち上げなければならない。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

なし

(参考文献)

- 1)Case management in early psychosis: a handbook(2001) (翻訳針間博彦、平成 21 年度厚生労働省科学研究費補助金・こころの健康科学事業思春期精神病理の疫学と精神疾患の早期介入方策に関する研究 (代表者岡崎祐士、東京都立松沢病院)、平成 21 年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業精神病臨界期における包括的支援・治療技法、および早期発見・治療スタッフプログラムの開発事業 (代表者：長岡和、医療法人カメラ))
- 2)The acute phase of early psychosis: a handbook on management (2004)

- 3)COGNITIVE-BEHAVIOURAL CASEMANAGEMENT IN EARLY PSYCHOSIS: A HANDBOOK(2010)
- 4)AUSTRALIAN CLINICAL GUIDELINES FOR EARLY OSYCHOSIS SECOND EDITION(2010)

研究協力者

- 石倉習子 (東京都立松沢病院)
- 中村正信 (東京都立松沢病院)
- 田部井伸一 (東京都立松沢病院)
- 安藤俊太郎 ((財)東京都医学総合研究所)
- 荒木剛 (東京大学)
- 山崎修道 (東京大学)
- 原田雅典(三重県立こころの医療センター)
- 前川早苗 (三重県立こころの医療センタ

分担研究報告書

早期介入の精神保健システムにおける位置づけの検討

研究分担者 竹島 正 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 部長)

研究要旨：

【目的】精神病初回発症例の早期支援・早期治療と、児童青年期に多く見られるメンタルヘルスの問題への対応の向上の両者を実現することのできる精神保健システムを検討することを目的とした。

【方法】地域、行政と精神科医療機関の間で、児童思春期の精神保健をめぐる連携のある H 市において聞き取り調査を行った。

【結果および考察】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。また、精神病初回発症例であるか、それ以外の問題であるかはなかなか判断しづらい事例もあることが示唆された。

【結論】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応じていくサービス、連携の一環であることが求められる。

A. 研究目的

本研究は精神病初回発症例の早期支援・早期治療と、児童青年期に多く見られるメンタルヘルスの問題への対応の向上の両者を実現することのできる精神保健システムを検討することを目的とする。

22 年度の聞き取り調査によって、(1)精神病初回発症例は、ひきこもり、不登校、非行、自傷行為、児童虐待、摂食障害、発達障害などの事例の中にも埋もれるように存在していること、(2)子どものメンタルヘルスの問題は、しばしば家族の問題と密接に関係すること、が明らかになった。

23 年度は、地域、行政と精神科医療機関の間で、児童思春期をめぐる連携が発達していると考えられる地域において聞き取り調査を行い、早期介入の精神保健システムの具体像を提示することを目的とした。

B. 研究方法

児童思春期を専門にするクリニック、児童精神科病棟を有する病院などの活動が地域に浸透していて、地域、行政と精神科医療機関の間で、児童思春期の精神保健をめぐる連携が発達していると考えられる H 市において聞き取り調査を行った。聞き取り調査の対象となった組織団体とその業務は次のとおりである。訪問先については、平成 22 年度の聞き取り調査を参考に、本研究に関連の深いと考えられる組織団体を選定した。協力の得られたのは下記の組織団体であって、平成 23 年 8 月に聞き取り調査を行った。

1) H 市精神保健福祉センター

- ・こころの健康の増進やこころの病の予防や知識の普及、社会復帰・社会参加の援助、保健所の指導、メンタルヘルスの調査事業、自殺対策事業、ひきこもり対策事業を行っている。
- ・子どもを対象にした自殺対策事業として、小学生へのストレスマネジメントプログラ

ムの作成・実施、小中学校での心の緊急支援なども行っている。

2) H市教育委員会指導課

- ・平成19年度に「教育相談支援センター」を開設した。児童・生徒や保護者あるいは教職員からの相談を受け持つ「教育相談室」と「外国人教育支援室」を設置している。
- ・教育相談室の性格上、行政機関や精神科医療機関との情報交換および連携は無くってはならないものであり、(1)「教育相談室」スーパーバイザーを中心とした学校(保護者)と医療現場・社会福祉課との連携、(2)「H市不登校児支援協議会」にける医療現場や行政機関との連携、(3)「適応指導教室」における精神保健福祉専門家との連携、(4)「相談員研修会」における児童思春期を専門にする精神科医との連携、(5)家庭訪問相談員の派遣(臨床心理士1名と精神福祉士1名を雇い上げ、臨床心理士はスクールカウンセラーの派遣のない幼稚園に派遣、精神福祉士は主に夜間の家庭訪問)を実施している。

3) H市児童相談所

- ・児童福祉法に基づいて、18才未満の子どもの福祉を図るとともに、その権利を守るために設置された公立の相談機関である。
- ・主たる機能は、(1)区援助機能、(2)相談機能、(3)一時保護機能、(4)措置機能、(5)その他(民法上の権限、家庭および地域への援助活動)である。

4) A児童相談所(H市に隣接)

- ・H市児童相談所と同じく、児童福祉法に基づいて、18才未満の子どもの福祉を図るとともに、その権利を守るために設置された公立の相談機関である。
- ・主要な活動は、(1)発達・障害についての相談、(2)性格・行動などの相談、(3)非行相談、(4)家庭で育てられない子供の相談、(5)虐待の相談・通報への対応を行っている。
- ・市町の児童家庭相談の支援も行っている。

5) H市で活動する民間団体B

- ・児童福祉施設のケースカンファレンスに参加し、児童福祉施設や里親の助言、個別の

相談に応じる。

- ・福祉のネットワーク(要保護児童対策地域協議会)においてケースについての助言をする。
- ・人材育成事業として、児童精神科領域のセラピストやワーカー、児童福祉施設などのスタッフとの症例検討・勉強会を主催している。
- ・児童相談所や養護施設、あるいは家庭児童相談室に、児童福祉に関する情報を提供している。
- ・事例を通して機関連携の推進、支援ネットワークの更新を目指している。

6) H市発達相談支援センター

- ・全国的にいうと発達障害者支援センターにあたる。
- ・主要な活動は、(1)相談活動、(2)幼稚園、保育園訪問、(3)啓発・研修、(4)関係機関との連携、(5)発達支援広場への参加である(発達支援広場は、1歳6ヶ月健診後から就園までの子どもを対象に、子どもの観察や母親との面接を通して、子どもと母親の見立てを行い、適切な機関につないでいく役割を担っている)。
- ・H市発達相談支援センターの特徴として、未成年に焦点を当てた事業展開を行っている。
- ・早期発見、早期療育の仕組みづくりの重要な部分は、幼稚園・保育園訪問、発達支援広場への参加である。
- ・発達支援広場からつながる場として、親子の居場所としての子育て支援広場がある。
- ・普及啓発として、一般向けの発達障害の理解を進める取組や、幼稚園・保育園・小学校・中学校・高校の先生を対象とした研修を行っている。
- ・地域で活動している民生委員への研修会も全市的に行っている。

7) H市にある大学の発達研究センター

- ・「子どものこころのひずみ」の原因と対策を、総合的視点に立って明らかにしようとする研究センターとして設置された。
- ・分子生物学と臨床精神医学との連携融合に

より、「子どものこころの発達」を科学的に解明するための新しい研究領域を創生するとともに、この研究領域を基盤とした革新的教育研究事業を展開していくことを目標、使命としている。

- ・行われている研究として、(1)犯罪の被害と加害を防ぐ家庭と少年へのサポート・システムの構築に関する研究、(2)自閉症および広汎性発達障害の原因に関する研究、(3)子どもの発達全般に関するコホート研究、(4)外国籍の子どものメンタルヘルスに関する研究などがある。

8) メンタルクリニック C (児童思春期を専門)

- ・乳幼児から老年期まで対応しているが、特に、乳幼児から児童思春期にかけての外来に力を入れている。
- ・児童思春期の症例検討会、小児科研究会、乳幼児勉強会、こどもの精神保健福祉フォーラムを立ち上げ、地域の機関と連携して活動している。
- ・H市教育委員会指導課のアドバイザーを務め、臨床心理士会や児童精神科医、大学、E病院の児童病棟とも連携している。
- ・親指導グループ、広汎性発達障害のグループ、遊戯療法、精神療法的小集団、発達の特徵ごとのグループ活動を実施している。
- ・デイケア、ナイトケアの開催、24年4月から宿泊型自立訓練事業となる援護寮、地域活動支援センター、生活訓練事業、障害者就労支援事業、障害者就業・生活支援センター、障害者相談支援事業を実施している。
- ・子どもが幼稚園や学校という集団に入ること、そこから社会に入ることと、地域への社会復帰には共通点が多いと考え、援護寮を中心とした社会復帰前の丁寧な支援を行っている。
- ・精神保健福祉を支えるスタッフの基本的教養として、赤ちゃんから大人までの成長や営みについて精通していることが必要と考え、スタッフはみな、誕生からの生育史をイメージできるようにケース検討会などのトレーニングを行っている。

9) H市で活動する民間団体 D

- ・精神障害を抱えている人にとって、必要な地域支援は何か、自分たちは何ができるかを考えながら、所属や立場を超えて活動する特定非営利活動法人(NPO)である。
- ・主要な活動として、(1)定期交流会、(2)普及・啓発活動、(3)市民ボランティアによる支援、(4)施設見学ツアーのコーディネートを行っている。
- ・相談支援事業所、ひきこもり相談支援事業所、緊急雇用創出事業としてコミュニティスペース事業、就労支援として地域若者サポートステーションを実施している。

10) H市にある病院E/隣接する特別支援学校F

①病院 E

- ・児童精神科病棟を有する。
- ・児童精神科の入院医療の目的は、診断の確定、精神症状の治療、保護的な環境下での対人交流の練習、特別支援学校への通学、家族との分離・再統合(家族への心理教育を含む)である。
- ・児童精神科は、初診を18歳以下に制限し、より多くの子どもたちを診察するようにしている。

②特別支援学校 F

- ・病弱特別支援学校であって、病院Eで継続的な治療を受けている子どもを対象としている。

各訪問先における聞き取り内容は、(1)訪問先の業務または活動、(2)精神病初回発症例またはそれと関連する問題の経験、(3)上記以外のメンタルヘルスの問題の経験、(4)児童青年期のメンタルヘルスの問題についての課題/大切と思われることであった。

訪問先の業務または活動については研究方法の中に記載したので、(2)、(3)、(4)について箇条書きにまとめ、それをもとに早期介入の精神保健システムの具体像について考察した。

なお、H市にある大学の発達研究センターについては、(2)、(3)についての聞き取りは行

わなかったので、結果の記載を省略した。

(倫理面への配慮)

本研究は個人情報扱うものではないが、個別の施設名が特定される形での調査結果の公表は行わないこととした。

C. 研究結果

1) H 市精神保健福祉センター

(1) 精神病初回発症例またはそれと関連する問題の経験

・発達障害の早期療育と、ストレスをうまく表現するという啓発のふたつが普及することによって、早い段階での介入の可能性が高まることが期待される。

(2) 上記以外のメンタルヘルスの問題の経験

・孤立している精神障害者の場合、本人だけでなく、親や家族も孤立している状況がある。
・H 市の過疎地では、通院しづらい、社会支援が少ない状況であるため、治療中断や入退院を繰り返しているケースが多い。

(3) 児童青年期のメンタルヘルスの問題についての課題/大切と思われること

・精神保健福祉センターがメンタルヘルスの問題に取り組んでいること、メンタルヘルスの問題は市役所内のさまざまな部署に関連することの理解を広げる必要がある。

2) H 市教育委員会指導課

(1) 精神病初回発症例またはそれと関連する問題の経験

・適応指導教室に入級・登録しているうちで、精神疾患や、精神科に入院または通院している児童・生徒は 4～5 割である。

(2) 上記以外のメンタルヘルスの問題の経験

・特別支援の対象になる子どもの親の中に、親自身も発達の問題をかかえているケースがある。
・適応指導教室には、保護者の精神疾患や DV などの家族の問題を抱えている子どもも在籍している。
・母親の養育能力が低く、子どもがほとんど放置されているケースがある。
・医療との連携や児童相談所との連携の必要なケースが増えてきている。

(3) 児童青年期のメンタルヘルスの問題についての課題/大切と思われること

・不登校の子どもを適応指導教室だけで考えないために、ワーキンググループを作り、そのなかで問題解決を進めていくようなコーディネートをしている。
・不登校児支援協議会において、全市的に不登校の対策について話し合う連携の仕組づくりを始めている。しかし実際には、ケースに引っ張られるようにして連携が進められているという印象がある。
・養護教諭は、医療との関わりも含めて大きな役割をもつ。

3) H 市児童相談所

(1) 精神病初回発症例またはそれと関連する問題の経験

・精神病圏の診断までつくケースはあまりない。
・早く受診した方がいいと考えても、保護者の理解が得られないと、児童相談所から受診に進めることは難しい。

(2) 上記以外のメンタルヘルスの問題の経験

・家族が精神疾患あるいは精神科を受診しているケースは多い。
・虐待、知的障害、発達障害、非行の相談事例が多い。
・万引きなどの非行の背景に虐待(ネグレクト)が潜んでいるケースがある。
・軽度の知的障害の子どもにはなかなか指導が入りにくい。非行グループと付き合いようになって、非行に走ることもある。
・衝動性が高く、落ち着きのない子どもが虐待を受ける傾向が高い。
・発達障害の疑われるケースは多い。
・発達障害と虐待が重複しているケースの場合、落ち着きがなく、粗暴で、攻撃的な場合がある。
・子どもを虐待する家族には、メンタルヘルスの問題を抱えた人が多いと感じる。

(3) 児童青年期のメンタルヘルスの問題についての課題/大切と思われること

・日常的に精神疾患、メンタルヘルスの問題は多いと感じてはいるが、データとしては把握していない。

- ・児童相談所で受理し、保護者からも相談意欲があれば、場合によっては医療へつないでいくことが必要である。

4) A 児童相談所(H 市に隣接)

(1) 精神病初回発症例またはそれと関連する問題の経験

- ・両親が統合失調症で子どもたちのケアがされていない、きょうだいも統合失調症で家族全体のケアをするところがないなど、家族が支援から漏れているケースがある。
- ・相談のあった事例の家族で、生活保護になっではじめて受診につながるケースも経験される。

(2) 上記以外のメンタルヘルスの問題の経験

- ・一時保護された虐待相談、性格や行動の相談、非行相談といったケースには、PTSD、解離性障害、愛着障害、発達障害、うつ傾向が見られることがあり、児童精神科への受診や治療の必要な場合がある。
- ・子どものメンタルヘルスの問題だけでなく、保護者のメンタルヘルスの問題も大変な状況にある。
- ・子どもが母親の自殺を目撃して、PTSD になって保護されたケースがある。
- ・多問題世帯は少なくない。
- ・リストカットなどの自殺関連行動は、保護者でも、子ども本人でも、経験される。
- ・自殺企図を何回も繰り返す子どもがいる。
- ・市町から、精神疾患を持った親へのアプローチの仕方がわからないという声が多数寄せられている。

(3) 児童青年期のメンタルヘルスの問題についての課題/大切と思われること

- ・市町は、子どもや家庭の相談を受ける体制ができておらず、児童福祉法改正の理念に沿った動きを実行できるようになるためには、まだまだ時間がかかる。
- ・児童相談所の活動は、医療と十分に連携しなければ、適切な支援は難しい。
- ・母子保健と共同して、母親グループのケア、保健師とのチェックリストの共有の取り組みを進めている。
- ・早期発見、早期対応を考えると、市町の相談

窓口の充実が必要である。そのためにも市町への支援システムを確立する必要がある。

- ・児童福祉、障害、教育のそれぞれに連絡協議会があり、ほとんど同じメンバーが集まる。これらを再編・連携させて、より効率的にすることが望まれる。

5) H 市で活動する民間団体 B

(1) 精神病初回発症例またはそれと関連する問題の経験

- ・乳幼児は保健センター、幼稚園、保育所などで、学齢児は学校で、メンタルヘルスの問題の早期発見と早期対応が望まれる。

(2) 上記以外のメンタルヘルスの問題の経験

- ・児童相談所では、重篤な子どものケースを扱っている。特に一時保護される子どもたちは、PTSD や解離性障害、愛着障害、発達障害、うつ傾向など、児童精神科への受診が必要なケースが少なくない。
- ・児童福祉施設や里親への委託後に不安定になり、万引きや性加害などの問題を呈する子どもは少なくない。

(3) 児童青年期のメンタルヘルスの問題についての課題/大切と思われること

- ・市町の相談窓口と支援体制を確立する。
- ・市町に、子どものメンタルヘルスを扱う核となる機関と人が必要である。
- ・子どもの発達(年齢)に沿った支援システムの構築が必要である。
- ・児童福祉領域のメンタルヘルスの問題は、児童虐待の問題なしには議論できないが、人的にも、専門性においても対応する体制ができておらず、支援機関・専門集団のバックアップが必要である。
- ・児童相談所の根本的な問題は、子どもを保護する機関と、保護者と親をケアする機関とが同居しているところにある。
- ・児童相談所の専門性をどういうふうに高めていくかは大きな問題である。

6) H 市発達相談支援センター

(1) 精神病初回発症例またはそれと関連する問題の経験

- ・相談の段階で「眠れない」「死にたい」などの訴

えなど、精神障害の疑われる相談が紛れ込んでくることがある。

(2) 上記以外のメンタルヘルスの問題の経験

- ・小学生、中学生、大人でも、診断のなされていない人からの相談が圧倒的に多い。
- ・家庭環境に問題がある、虐待の被害者であるケースがある。

(3) 児童青年期のメンタルヘルスの問題についての課題/大切と思われること

- ・スタッフは、医療・保健・教育・福祉に通じている必要があるため、人材育成にとっても時間がかかる。
- ・相談支援の内容が、人生早期から成人期までとなるためあまりにも幅が広い。
- ・発達支援広場のキャパシティが広がっていくことで、より早期の見立てが可能になると考えられる。

7) H市にある大学の発達研究センター

(1) 精神病初回発症例またはそれと関連する問題の経験

(聞き取りは行っていない)

(2) 上記以外のメンタルヘルスの問題の経験

(聞き取りは行っていない)

(3) 児童青年期のメンタルヘルスの問題についての課題/大切と思われること

- ・発達障害の早期支援は、子どもの評価あたる人材が不足していること、評価法が確立していないことが大きな問題である。
- ・研究と地域活動の連携が地域の文化となっていて、人材育成が進むことが望まれている。

8) メンタルクリニック C (児童思春期を専門)

(1) 精神病初回発症例またはそれと関連する問題の経験

- ・学校の中に心のサポート体制を敷くことができるならば、早期介入には意味があるだろう。
- ・社会になじむ、人になじむということに人生の早期から取り組む必要がある。
- ・早期療育は発達の視点からだけでなく、精神病の超早期介入の意味もある。
- ・精神病の初発にゆっくり付き合うことには、育ちなおしの意味がある。

(2) 上記以外のメンタルヘルスの問題の経験

- ・不登校やひきこもりの、暴力的、被害的、衝動的または不安の強い子どもの中にアスペルガー症候群の子どもがいる。

- ・保育園、幼稚園、小学校 1~2 年までのクラスで、コミュニケーションに問題のある子どもが 1 割くらいいる。

- ・発達のバランスが悪く、ひとと一緒にいられない子が増えてきている。

- ・話の通じない、すぐに怒り出したり、わめいたりする親が増えてきている。

- ・人間として成熟してない人たちが増えてきて、マイペースに生きているうちはよいが、周囲との人間関係をつくる、社会に合わせようとする段階で容易に不適応をおこし、うつ病やパニック障害が生じやすくなっている印象がある。

(3) 児童青年期のメンタルヘルスの問題についての課題/大切と思われること

- ・精神科医が一般外来診療や短期の入院治療に終始して、患者の地域での生活がイメージできなくなっている。精神科医も地域を知らなければ、医師以外の人たちと一緒にチームを組めない。

- ・将来の対人関係のパターンや生き方の基本は人生の早期に出来上がり、社会復帰も治療的関わりも育ち直しである。

- ・親亡き後のことをイメージして患者が暮らせるようにする必要がある。

- ・お互いを支え合う地域をつくるにはどうしたらよいか、それが一番の悩みである。

- ・発達のバランスが悪い子どもでも、グループで療育をすると、そのうちに発達は追いついていく場合も多いが、それまでの人との関わりの傷のために思春期の適応が悪くなってしまう。その傷をできるだけ小さくして、周りに受け入れられているという感じをつくるのが大切である。

9) H市で活動する民間団体 D

(1) 精神病初回発症例またはそれと関連する問題の経験

- ・ひきこもりの中には、精神疾患、精神障害の治療をされてないケースがある。

- ・訪問支援開始後に受診につながり、統合失調症と診断されたケースがある。

(2) 上記以外のメンタルヘルスの問題の経験

- ・不登校、ひきこもりのケースが増えている。
- ・発達障害の疑われるケースが増えている。
- ・不登校には、家族が崩壊しているために学校に行けないというケースが多い。
- ・早期から支援を受けることができず、問題が大きくなってひきこもっている人たちがいる。

(3) 児童青年期のメンタルヘルスの問題についての課題/大切と思われること

- ・精神科ソーシャルワーカーのいない精神科診療所からの相談が非常に増えている。診療所の人員配置を何とかしないと、相談支援事業所の業務がパンクしてしまう。
- ・疾患や障害の予防という観点から、教育分野や児童青少年分野との連携、情報共有の必要性がある。

10) H 市にある病院 E/隣接する特別支援学校

(1) 精神病初回発症例またはそれと関連する問題の経験

- ・精神病圏のケースは月に 1~2 人経験される。
- ・家庭環境も含め、多重的な問題を抱えた子どもが多く、症状を見極めるのに時間がかかる。その結果、かなり本人がつらくなってから統合失調症の診断がつくことが経験される。
- ・子どもの年齢によって、発達障害と精神病圏の見極めが難しく、診断に迷うケースがある。

(2) 上記以外のメンタルヘルスの問題の経験

- ・親に精神病圏の精神疾患の既往歴のある事例は少なくない。
- ・不適切な養育環境にある子どもは少なくない。
- ・他病院から紹介されるケースには、学校や施設での問題行動、性的逸脱行為などがあり、病院でアセスメントしてから処遇変更となる子どもがある。
- ・初診の大半は発達障害の傾向がある。
- ・知的能力が低く、親自身がよい養育を経験していないケースは多い。

(3) 児童青年期のメンタルヘルスの問題についての課題/大切と思われること

- ・開放病棟なので、自傷行為が激しいと安全管理が難しい。

D. 考察

精神病初回発症例の早期支援・早期治療を効果的に行うには、それを、わが国の地域保健、学校保健、精神保健医療等のシステムの中に具体的に位置づける必要がある。

本研究においては、地域、行政と精神科医療機関の間で、児童思春期をめぐる連携の発達している H 市において聞き取り調査を行い、早期介入の精神保健システムの具体像の検討を行った。その結果、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。また、精神病初回発症例であるか、それ以外の問題であるかはなかなか判断しづらい事例もあることが示唆された。特に児童相談所などの児童福祉の領域では、子どもだけでなく、家族にも医療的な支援を要する事例があるにもかかわらず、適切な支援を提供することが難しい状況があると考えられた。児童福祉領域には、家庭環境も含め、多重的な問題を抱えた子どもが多く、精神病初回発症例の早期支援・早期治療を含めて、児童福祉領域に適した精神保健医療サービスが提供されやすい環境を整備していく必要がある。また、児童虐待、発達障害の事例が増えていることが各所で報告されたが、これらの問題には、母子保健段階での支援開始が望ましく、その支援が学校保健段階にも引き継がれることが期待される。このように考えると、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、地域の複雑なニーズに応じていく、連携、人材育成の一環であることが求められている。

本研究は、児童思春期のメンタルヘルスの取組が発達していると考えられる H 市における聞き取りをもとにまとめたものであり、

24 年度（最終年度）は精神保健福祉センターなどの協力を得て、精神保健システムとしての検証を重ね、最終的な提言をまとめる予

定である。

E. 結論

精神病初回発症例の早期支援・早期治療と、児童青年期に多く見られるメンタルヘルスの問題への対応の向上の両者を実現することのできる精神保健システムを検討することを目的として、地域、行政と精神科医療機関の間で、児童思春期をめぐる連携の発達しているH市において聞き取り調査を行った。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応じていくサービス、連携の一環であることが求められる。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

研究協力者

大場 義貴 (聖隷クリストファー大学社会福祉学部社会福祉学科)

白神 敬介 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

三井 敏子 (北九州市立精神保健福祉センター)

立森 久照 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

平成 22 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検証に関する臨床研究

精神疾患における早期介入プログラムの経済評価に関する研究

研究分担者 横山和仁 順天堂大学医学部教授

概要：統合失調症の早期介入リハビリプログラムを適用した統合失調症の 26 歳と 15 歳の男性の 2 症例について、その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。診断後約 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 歳の症例の診療報酬は 12,677,190 円原価 15,249,128 円であり、15 歳症例の診療報酬は 9,092,600 円、原価 11,082,027 円であった。今後症例数を増やし、介入群と対象群を設定し、費用効果を比較検討する必要がある。

研究協力者

飯島佐知子 順天堂大学医学部教授
市橋香代 総合心療センターひなが
リハビリテーション部 部長

A はじめに

WHO の 2002 年の推計値によると、日本の disability-adjusted life year (DALY、障害調整生命年)の合計値に対する各疾病の割合(%)は、がんが 17.8%、循環器疾患が 16.8%に対して、精神神経疾患は 22.5%と高い割合を占めている。しかし、WHO の 2002~2005 年の世界メンタルヘルス調査によると、軽度の精神障害者の受診率は、先進 9 カ国の中で、最も高いスペインが 35.9%に対して第 8 位の日本は 11.2%と

低いことが問題となっている。精神科疾患への早期介入の重要性が認識され、諸外国の例を検討し、我が国にあったシステムの構築が求められている。このため、平成 22 年 4 月に「こころの健康政策構想会議(座長:岡崎祐士松沢病院長)」が設置され、5 月に提言を厚生労働大臣に提出した。また、研究面では、厚生労働科学研究費補助金により平成 19~21 年度は「精神疾患の早期介入のための地域資源に関する研究」および平成 22 年度は「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検証に関する臨床研究」を実施している。一方、欧米では、精神疾患患者の早期介入により、症状の軽減から社会生活が可能になり、入院日数の短縮により医療費が下がることがいくつか示されている。わが国においては、

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、先駆的な施設による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。

直接費用の計算には、標準的なプログラムとして提供する医療保健福祉サービスの種類と提供回数の情報が必要である。例えば、formal careとして治療アセスメントチーム、開業医の診察、外来受診、入院、薬剤、保健師など地域サービスやボランティア、警察の利用について、標準的な患者1人あたり年間の提供回数や日数などのデータが必要である (Bertelsen et al, 2008、Valmaggia et al, 2009)。標準的なサービス提供量は介入プログラムとしてあらかじめ設定している場合と、Psychiatric Morbidity Survey や Hospital Episode Statistics などの特定診断名の患者の利用状況を集計したデータを用いる場合がある (McCorene et al, 2008)。

多くの先行研究では、サービスの費用を標準的なサービス提供量にサービスの一単位あたりの原価を乗じて求めている。このサービスの単価として80～90年代に発表された原価計算の症例報告の値を引用している場合も多いが、近年の英国の調査では、Curtis et al(2006)により作成された Unit Costs of Health & Social Care から引用している。これは、英国の病院や地域で提供している医療保健福祉サービスの種類ごとに、労務費、材料費、建物設備の経費のすべてを含んだ原価計算を行い、サービス提供1単位あたりの原価を一覧にしたものである (Curtis et al 2006)。

わが国においては、早期介入プログラム

標準的なケアが確立されていないため、合併症のないある診断名の患者の診療報酬請求明細書や診療記録から、提供されている平均的な医療サービスの種類と提供回数を特定する必要がある。あるいは、特定症例に標準的なサービスの種類と回数を設定する必要がある。次に、サービスの単価は、わが国の先行研究では、診療報酬点数が用いられてきた (Mino et al 2007)。しかし、精神疾患のケアには、精神保健福祉士や臨床心理士の活動など診療報酬点数の算定に含まれていないケアがある。また、診療報酬に収載されたサービスでも、医師、看護師の労働時間を十分に反映していないことが問題となっている (松原 2004)。それゆえ、サービス提供者や国の立場で分析する場合に診療報酬点数を用いると過少評価となる可能性がある。また、医療保健福祉サービスの単価を集計した資料は作成されていないため、病院、診療所、薬局、保健所、訪問看護ステーションなどサービスの提供主体ごとに、労務費、材料費、設備・施設の経費を含めた、医療保健福祉サービスの1単位あたりの原価の計算が必要である (飯島ら、2003)。

以上のことから、平成22年度研究の一部として本研究では、精神疾患の早期介入リハビリプログラムを適用した症例についての効果および診療報酬および病院、診療所等の原価を検討することとした。

B 研究方法

1) 調査対象は、早期介入として民間ベースの集中的治療および包括的心理社会的支援を受けた初回精神病エピソードの若者 (15～26歳)のうち既に支援を終了した者2症例の治療にかかわった病院・診療所の医