

- 欧米の最新の地域精神保健 若者への早期支援システムから見る地域精神保健のイノベーション. 精神科臨床サービス 12(2):172-177, 2012.
- 14) 市川絵梨子・山崎修道・小池進介・笠井清登：青年期の精神病様症状体験を早期に発見しケアする. 保健の科学 54(5):333-337, 2012.
- 15) 小池進介・西田淳志・山崎修道・安藤俊太郎：Nature 誌編集長 Philip Campbell 氏に聞く「精神疾患のための 10 年 (A Decade for Psychiatric Disorders)」 精神神経学雑誌 114(5):508-516, 2012
- 16) 石倉習子・青野悦子・西田淳志・岡崎祐士：東京都立松沢病院早期支援青年期外来 wakaba の経験より. 精神神経学会誌 115(2):174-179, 2013
- 17) 朝倉起己・中村泰久・山田純栄・野中猛：早期精神病患者への作業療法の実際と課題～グループインタビューによる一考察. 日本福祉大学健康科学論集 16 卷 (印刷中) 2013.
- 18) 山崎修道：統合失調症の認知行動療法 (CBTp) -わが国での現状と今後の展望- 精神神経学雑誌 (印刷中)
- (学会発表)
- 1) 野中猛：精神病早期介入におけるケースマネジメント. シンポジウム「統合失調症の思春期病態と早期介入」、第 106 回日本精神神経学会学術総会、2010.5.20
- 2) 石倉習子・他：都立松沢病院早期支援外来 wakaba における心理社会的支援. 第 14 回日本精神保健・予防学会、2010.12.11
- 3) 宮越裕治：地域における精神疾患早期支援体制. 全国病弱虚弱教育研修連盟研究協議会、2010.11.11
- 4) 宮越裕治：教育現場における早期介入～YESnet が可能にしたこと. 第 14 回日本精神保健・予防学会、2010.12.11
- 5) 野中猛：ケースマネジメントの視点から. ワークショップ「精神病早期介入における心理社会的介入の実際」、第 14 回日本精神保健・予防学会大会、2010.12.12
- 6) 山崎修道：認知行動療法の視点から. ワークショップ「精神病早期介入における心理社会的介入の実際」、第 14 回日本精神保健・予防学会大会、2010.12.12
- 7) 野中猛：精神病的早期支援・早期治療における心理教育. ワークショップ「子どもとそれを支える人たちへの心理教育」、第 14 回心理教育・家族教室ネットワーク研究集会、2011.1.24
- 8) 中村泰久 山田純栄 朝倉起己 野中猛：早期精神病患者に対する就労支援の特徴～グループインタビュー調査からの考察～. 第 19 回 愛知県作業療法士学会、2011.5.15
- 9) 中村泰久 朝倉起己 山田純栄 野中猛：First Episode Psychosis(FEP)者に対する就労支援プロセスの特徴～グループインタビュー調査からの考察～. 第 39 回日本職業リハビリテーション学会、2011.8.25
- 10) 朝倉起己 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徵～グループインタビューによる一考察～. 第 19 回 愛知県作業療法士学会 2011.5.15
- 11) 山田純栄・港美雪・本間貴宣・中村泰久：早期精神病患者への就労支援～精神障害者の障害像の変革にとめない私たちも変わる準備をしよう. 第 39 回日本職業リハビリテーション学会、2011.8.25
- 12) 山崎修道：早期警告サイン実践ワーキンググループ、第 15 回日本精神保健・予防学会、2011.12.4
- 13) 山崎修道：シンポジウム「人材育成の課題と研修の取り組み」、第 15 回精神保健・予防学会、2011.12.4
- 14) 石倉習子：ケースマネジャーの役割と支援の実際. 第 15 回日本精神保健・予防学会、2011.12.4
- 15) 石倉習子・他：東京都立松沢病院早期支援青年期外来 wakaba における心理社会的支援. 第 14 回日本精神神経学会、2012.5.26
- 16) 石倉習子・他：東京都立松沢病院早期支援青年期外来 wakaba における就労支援. 第 16 回日本精神保健予防学会、2012.12.15
- 17) 宮越裕治：精神疾患早期支援事業における精神保健福祉士の役割. 第 48 回日本精神保健福祉士協会全国大会 2012.6.23
- 18) 宮越裕治：早期支援における医療と教育の連携～教諭への調査から. 第 16 回日本精神保健予防学会学術集会 2012.12.15
- 19) 野中猛：早期精神病支援チームの教育 (シンポジウム：精神疾患の早期介入と継続支援におけるスタッフ・トレーニング)、第 16 回日本精神保健・予防学会 2012.12.15
- 20) 山田純栄・松井泰彦・赤木裕太郎・中村泰久・朝倉起己：精神科早期作業療法の有用性に関する一考察. 第 46 回日本作業療法学会 2012.6.15
- 21) 山崎修道：精神病早期支援における心理社会的支援の教育・研修について. (シンポジウム：精神疾患の早期介入と継続支援におけるスタッフ・トレーニング)、第 16 回日本精神保健予防学会 2012
- 22) 山崎修道：就労継続を支える心理社会的リハビリテーション. 第 20 回日本精神障害者リハビリテーション学会・シンポジウム

2012.11.17

- 23) 野村義子・小笠原勝二・粕谷嘉子・島本禎子・瀬戸紗智子・山崎修道：精神疾患を持つ人と共に生きていく家族が欲しい支援とは？リカバリー全国フォーラム,2012.8.25
- 24) 山崎修道：統合失調症の認知行動療法 (CBTp) ～わが国での現状と今後の展望。第 108 回日本精神神経学会,2012.5.24
- 25) 山崎修道・石垣琢磨：早期精神病への認知行動療法入門。第 16 回日本精神保健・予防学会 2012.12.15

H. 知的財産の出願・登録状況
特になし

研究協力者：

- 石倉 習子 (東京都立松沢病院・精神保健福祉士)
前川 早苗 (三重県立こころの医療センター・看護師)
山崎 修道 (東京都医学総合研究所・臨床心理士)
香月 富士日 (名古屋市立大学・看護師)
小西 瑞穂 (東海学院大学・臨床心理士)
竹内 浩 (名古屋市立大学・医師)
白石 直 (名古屋市立大学・医師)
山田 純栄 (京都大学・作業療法士)
朝倉 起巳 (共和病院・作業療法士)
中村 泰久 (日本福祉大学・作業療法士)
宮越 裕治 (総合心療センターひなが・精神保健福祉士)

平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業
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
(総合) 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に関する 3 年間の総合分担研究報告

研究分担者 伊勢田堯 (東京都立松沢病院)

本分担研究は、早期支援・早期治療の家族支援に関する 3 年間の研究結果から、早期介入サービスで提供される家族支援プログラムの要点を以下のようにまとめた。

精神病初回発症例の早期支援・早期治療にとって、再発率の低下・社会的機能の改善、家族負担の軽減、治療費の低減などのエビデンスによって、家族支援の有効性は確立されており、不可欠なサービスであることが確認された。

家族支援プログラムに以下の項目を入れることが必要であると考えた。

- ①出来るだけ早期に、当初は週 1 度など頻回に家族と接触し、関係づくりに努め、家族へのレジリアンス支援を提供する。
- ②そのためには、家族の多様な状況やニーズを把握して、配慮の行き届いた支援を届ける。
- ③まずは情緒的支援、必要時に危機介入、そして家族心理教育を中心とする支援を行う。
- ④個別の単家族心理教育を実施する。疾病理解、中でも、ストレングスモデル・レジリアンス支援、リカバリー理念の重要性と有効性を強調する心理教育を丁寧に実施する。
- ⑤複合家族のための家族心理教育にも誘導する。家族心理教育は、最低月に 1 回、10 セッション実施する。
- ⑥これらの家族心理教育の内容は、疾病教育、対応法、社会資源、経験交流などとする。
- ⑦患者の進路が不確定な場合など中・長期的支援が必要なケースでは、両親の家族史聴取によって両親の価値意識を把握し、患者・家族・支援者で進路の検討を行い、その達成支援を学校や社会資源の関係者と共に行う。
- ⑧多様な変化する患者・家族のニーズに的確に対応するために、家族支援の進捗状況をモニターする。
- ⑨以上の家族支援を実施するために、早期介入サービス担当者は全員年 1 回の初級研修を受講する。更に、家族支援担当者は、最低年 2 回の専門的な家族支援研究会に参加し、研鑽を深める。

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

これまでの 3 年間の研究報告の要約を述べる。

<平成 22 年度研究報告の要約>

英国でエビデンスベースの家族支援技法として

普及している行動学的家族療法である MERIDEN FAMILY WORK (MFW) を調査し、わが国で開発された生活臨床の家族療法と比較検討し、わが国の早期介入サービスにおける家族療法の課題について考察した。

【MFW と生活臨床の基本的戦略】

MFW ;

家族ストレスと家族のコーピング・スキルとの関連性に注目し、コーピング・スキルの向上を目指し、家族機能改善を主要な目標とする。

生活臨床 ;

患者・家族の症状・障害・困難は、患者・家族の主要な社会生活上の生活目標の達成が困難に直面している状況で発生した症状と捉え、生活目標の達成支援を主要な目標とする。

【家族支援の手法】

MFW；

主に家庭において、アセスメント、コミュニケーション・スキル、問題解決技法などのきめ細かいセッションを繰り返す。注目点は、社会生活上の問題ではなく、家族内の関係性における具体的な問題に焦点を当て、人生の主要な問題には触れない。一人のファミリーワーカーが担当し、スーパーバイザーの支援、早期介入チームで集团的検討をする。

生活臨床；

患者・家族の具体的生活行動を主に病院施設で聴取する。担当は主治医（担当ワーカー）ともう一人の家族療法チームの二人で担当。家族療法チームで集团的検討を行う。行き詰まりを打開するための基本戦略を策定し、家族と協議する。家族・担当者と当面の方針を策定する。

【家族支援アプローチの特徴】

MFW；

技法としての洗練度が高く、エビデンスで効果が立証されている。家族ワーカーの訓練法も確立されている。ただ、疾病観は、近年のリカバリー支援を促進するという面もあるが、症状改善を主要な目標としている点でこの技法が開発された1970年、1980年代の時代的影響を反映している面もある。

生活臨床；

手作りの経験に基づく家族支援。効果を立証するレベルまで洗練されていない。他の治療では効果が見込めない困難事例が対象。

【わが国における早期支援・早期治療における家族支援プログラムの可能性】

MFWの実績、生活臨床の経験から、わが国における早期支援・早期治療における家族支援プログラムには3つの方策が考えられる。

第一が、高度に洗練されたMFWをそのまま適応することである。

第二は、MFWと生活臨床の長所を取り入れた家族支援プログラムを開発する方策である。

第三が、生活臨床の家族支援を実施する。

3つの可能性のメリットとデメリットを挙げてみる。

第一の案のメリットは、効果が立証され、洗練された家族支援プログラムであることから、わが国で研修によって普及することは容易である。その一方で、ほぼ30年前に開発されたものを直輸入するというわが国の海外の経験に学ぶ伝統的な

やり方の弊害が生ずる恐れもある。近年の精神医療改革は急速に進展しているので、発展方向を見定めた、出来ることなら一歩先に行く家族支援プログラムを創造したいところである。

第二案は、双方のメリットを吸収するものであり、これが実現するならば、将来有望なわが国の独自の家族療法・家族支援を創造するものとなる。デメリットではないが、アプローチの異なる二つの技法を折衷するには、相当工夫が必要となる。

第三案は、わが国独自の家族支援プログラムとしてすっきりと打ち出せるので、海外の家族支援の発展に貢献できる可能性がある。しかしながら、生活臨床の家族支援はわが国の関係者の間で評価が一致するとは限らず、早期介入支援におけるサービスとして採用するという合意が得られるかどうか、未知数である。その上に、技法として未だ洗練されておらず、集中的な検討が必要である。

とりあえず、本報告では、第二のMFWと生活臨床の長所を取り入れた家族支援プログラムの概略を考察する。

- ① 関係づくりのセッションはMFWのものを採用する。
- ② 情報の共有における家族心理教育の内容では、希望・アスピレーションを実現するための治療同盟を築くことを中心とするアプローチを採用する。
- ③ この家族心理教育は早期介入サービスを利用する家族全員に提供する。
- ④ サービスユーザー（患者）の希望・アスピレーションの特定の作業を進める。
- ⑤ この作業が困難な場合、コミュニケーション・スキル、問題解決のセッションを提供する。
- ⑥ 更に困難事例の場合、家族史的検討と支援を提供する。
- ⑦ 家族支援チームを創設し、集团的検討を行い、進捗状況をモニターする。

<平成23年度研究報告の要約；豪州メルボルン早期介入サービスに関する視察>

豪州の早期介入サービスにおける家族支援は、包括的で詳細なシステムとして発展している。わが国の目指すべき方向性を示しているので要約する。

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に対応した配慮の効いた支援を提供する。
 - ・ 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て、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

【一般的な家族向け臨床活動】

- ① Young 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
- ③ 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

④ 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」

【特定の家族向け臨床活動】

① 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

② 複数家族グループ（スローレスポnder）

- ・ 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

< 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つたり、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ったり、治療の質に不満があっ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

<平成24年度国際早期精神病学会報告の要約>

平成24年10月11日から13日まで、米国サンフランシスコで開催された国際早期精神病学会第8大会に参加した。大会の抄録、プレゼンテーションおよび討論から、最近の早期介入サービスの動向を追った。「神経生物学から公衆衛生政策へ」をテーマに開かれた大会では、神経科学研究と臨床のエビデンスベースの報告が相次ぎ、第一世代の早期精神病学会として、その存在価値を不動のものとした感があった。

その一方で、英国のバーチウッドらは第一世代の早期介入サービスの課題にも注目し、「次世代の早期介入サービス」への発展を促した。

報告者は、バーチウッドらの問題提起を受けて、「次世代の早期介入サービス」の主要な課題として、サービスユーザーと家族の価値意識を見極める手法およびその価値意識を実現する支援法の開発が重要であると考えた。

C. 考察および結論：3年間の総合分担研究で得られた所見と家族支援プログラムの要点

3年間の総合分担研究によって精神病初回発症例の早期支援・早期治療法の開発において、早期支援・早期治療のための家族支援の有効性のまとめ、および求められる家族支援プログラムの要点を挙げる。

精神病初回発症例の早期支援・早期治療によって、再発率の低下・社会的機能の改善、家族負担の軽減、治療費の低減などのエビデンスによって、家族支援の有効性は確立されており、不可欠なサービスであることが確認された。

家族支援プログラムに以下の項目を入れることが必要であると考えた。

- ① 出来るだけ早期に、当初は週1度など頻回に家族と接触し、関係づくりに努め、家族へのレジリアンス支援を提供する。
- ② そのためには、家族の多様な状況やニーズを把握して、配慮の行き届いた支援を届ける。
- ③ まずは情緒的支援、必要時に危機介入、そして家族心理教育を中心とする支援を行う。
- ④ 個別の単家族心理教育を実施する。疾病理解、中でも、ストレングスマodel・レジリアンス支援、リカバリー理念の重要性と有効性を強調する心理教育を丁寧に実施する。
- ⑤ 複合家族のための家族心理教育にも誘導する。家族心理教育は、最低月に1回、10セッション実施する。
- ⑥ これらの家族心理教育の内容は、疾病教育、対応法、社会資源、経験交流などとする。
- ⑦ 患者の進路が不確定な場合など中・長期的支援が必要なケースでは、両親の家族史聴取によって両親の価値意識を把握し、患者・家族・支援者で進路の検討を行い、その達成支援を学校や社会資源の関係者と共に行う。
- ⑧ 多様な変化する患者・家族のニーズに的確に対応するために、家族支援の進捗状況をモニターする。
- ⑨ 以上の家族支援を実施するために、早期介入サービス担当者は全員年1回の初級研修を受講する。更に、家族支援担当者は、最低年2回の専門的な家族支援研究会に参加し、研鑽を深める。

D. 健康危険情報

なし

E. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 伊勢田堯、長谷川憲一、近藤智恵子、小川一夫：家族とともに取り組む急

性期治療の指針. 精神科臨床サービス、10:22-26,2010.

- 2) 伊勢田堯、岡崎祐士、針間博彦、西田淳志：紹介：「新しい仕事の仕方」を实践したコンサルタント精神科医の日記～英国の精神保健改革における人材開発への挑戦～. 心と社会、139:106-114,2010.
- 3) 伊勢田堯、岡崎祐士、針間博彦、西田淳志：英国の精神医療改革における人材開発～新しい仕事の仕方(New Ways of Working, NWW)～. 臨床精神医学、39:181-186,2010.
- 4) 伊勢田堯、長谷川憲一、近藤智恵子：統合失調症治療における家族支援. こころのりんしょうア・ラ・カルト、29(2):257-262,2010.
- 5) 伊勢田堯：統合失調症の家族はどのような医療と保健サービスを望んでいるのでしょうか？こころのりんしょうア・ラ・カルト、29(2):197,2010.
- 6) 伊勢田堯、岡崎祐士、針間博彦、西田淳志：特集家族のリカバリーをどう支援するか第1章総論：今、求められる家族支援とは？あるべき家族支援サービスネットワークー英国の家族支援の動向一. 精神科臨床サービス、10:290-294,2010.
- 7) 伊勢田堯、増田一世、堀江紀一、岡崎祐士：精神保健医療における歴史的誤りを正すための家族支援の意義と課題. 臨床精神医学 40:63-68,2011.
- 8) 伊勢田堯：特別寄稿「歴史的躍進をとげる英国の精神保健改革の動向」. 外来精神医療 11:52-59,2011.
- 9) 伊勢田堯、中村伸一（責任編集）：専門医のための精神科臨床リュミエール 17 精神科治療における家族支援. 中山書店、東京、2010.
- 10) 伊勢田堯、西田淳志：近年のイギリスにおける精神保健改革、24-40,専門医のための精神科臨床リュミエール 22；世界における精神科医療改革(松原三郎、佐々木一責任編集). 中山書店、東京、2010.
- 11) 伊勢田堯、小川一夫、長谷川憲一編著：生活臨床の基本(伊勢田堯、小川一夫、長谷川憲一編著)、日本評論社、東京、2012.

2. 学会発表

なし

F. 知的財産権の出願・登録状況(予定も含む)
無し

(参考文献)

- 1) 伊勢田堯：家族支援政策のパラダイムシフト～日英の比較から～. NPO メンタルヘルケア協議会 第12シンポジウム；精神障害者の家族支援と Early Intervention を考える～英国の経験に学ぶ～. 2008年6月23日東京. (NPOメンタルヘルスケア協議会第12回シンポジウム報告書 p11-17,2008年10月.)
- 2) 伊勢田堯：生活臨床と家族史研究ー地域活動が世界基準に 世界基準を地域に活かす. やどかり出版、さいたま、2008.
- 3) 伊勢田堯：PHNブックレット7 自治体における精神保健活動の課題ー今緊急に求められる家族支援・自殺対策・人格障害への対策. 萌文社、東京、2008.
- 4) 長谷川憲一、伊勢田堯：(特集；家族の歴史を治療に活かす) 統合失調症. 精神療法、35:9-15,2009.
- 5) 伊勢田堯：(特集；今日の生活臨床と統合失調症の心理社会的治療) 生活臨床原典解題と今日的理解(私論). 臨床精神医学 38:135-141,2009.
- 6) 伊勢田堯、西田淳志、岡崎祐士：英国における精神保健福祉改革の動向～更なる進化のプロセス～. 精神保健政策研究、18:79-88,2009.
- 7) 伊勢田堯：求められる家族への支援 英国の精神保健福祉施策から学び、明日につなげる施策づくりを. 響き合う街で、51:27-33,2009.

研究協力者

青野 悦子 (東京都立松沢病院)
石倉 習子 (東京都立松沢病院)
岡崎 祐士 (東京都立松沢病院顧問)
西田 淳志 ((財)東京都医学総合研究所)
安藤俊太郎 ((財)東京都医学総合研究所)
山崎 修道 ((財)東京都医学総合研究所)
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ー)
荒木 剛 (東京大学)
野村 忠良 (東京つくし会会長)
針間 博彦 (東京都立松沢病院)

「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」

(総合) 分担研究報告書

「心理教育資材の開発」

分担研究者 宮田雄吾 医療法人カメリア大村共立病院副院長

研究要旨

初回エピソード精神病に関する心理教育資材の開発及び思春期児童における精神病未治療期間の短縮のための啓発資材の開発を行なう。

A. 研究目的

本研究は精神病の早期支援・治療サービスのデザインとその効果を確立するのに必要な研究を行うものである。

その一環として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早期支援のツールの開発を行った。さらに早期介入において重要なDUP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するための啓発資材の開発も並行して行った。

B. 研究方法

初回エピソード精神病に直面する当事者とその家族が、その状態像を理解し、理解を共有できるようにすることは初回エピソード精神病の支援において大切である。しかし、患者本人、親、きょうだいは同じ家族成員ではあるが、その抱える課題には一部、特異性がある。そのためにそれぞれの立場に応じた心理教育資材の開発を行うものとした。さらにDUP短縮のためには、初回エピソード精神病の好発時期を前にした思春期児童への直接的なメンタルヘルスに関する啓発活動を行うことが必要と考え、学校教育用の資材の開発を行なうとともに、中学生向けの図書の出版を計画した。さらにより幅広い層に対する広がりをもった心理教育資材として映像資料を試作することとした。

(倫理面の配慮)

本中に扱われたケースについては、疾患や状態像に関して典型的な特徴を記載することを目的とした創作ケースとし、特定の個人とはしなかった。その他、倫理面における問題は無い。

C. 研究結果

(1) 初回エピソード精神病の子どもをもつ親の

ための心理教育教材の開発 (添付 1)

統合失調症初回エピソードの研究において、薬物療法に加えて家族に対する心理教育を実施することで再発率を有意に低下させるという従来の研究成果を受けて、心理教育資材の開発に着手した。しかし従来の心理教育教材が慢性統合失調症患者を対象としたものが多かったため、初回エピソード精神病の子どもをもつ親が必要とする情報に特化した形での資材を執筆、印刷した。

【タイトル】『初回エピソード精神病の子どもを見守る「家族」のために』

【内容】

1. 自分自身の心を知ろう①
～発病が親に与える影響～
2. 自分自身の心を知ろう②
～心の病気を受け入れるためのステップ～
3. 精神疾患への誤解を減らそう
4. 初回エピソード精神病について知ろう
5. 精神病症状について知ろう① ～幻聴～
6. 精神病症状について知ろう② ～妄想～
7. 精神病症状について知ろう③
～まとまりのない会話～
8. 統合失調症について知ろう①
～診断基準、疫学、原因、転帰～
9. 統合失調症について知ろう②
～経過と時期に応じた対応～
10. 初回エピソード精神病への早期介入
11. 初回エピソード精神病の早期発見・介入のために大切な心構え
12. 初回エピソード精神病への治療①
～薬物療法～
13. 抗精神病薬の飲み方について①
14. 抗精神病薬の飲み方について②
15. 初回エピソード精神病への治療②

～精神療法～

16. 初回エピソード精神病への治療③
～作業療法およびケースマネジメント～
17. 医療と学校と親が連携するために
18. 学校に再登校する際の工夫
19. 利用できる福祉制度
20. 初回エピソード精神病をもつ子どもを支えるために親に望みたいこと

(2) 初回エピソード精神病の子どもの心理教育教材の開発(添付2)

心理教育教材において、初回エピソード精神病の子ども本人に対する心理教育教材は少ない。そこで今回は本人に対する心理教育資材を執筆、印刷した。

【タイトル】『初回エピソード精神病の「本人」のために』

【内容】

1. 症状が自分自身に与える影響
2. 心の病気を受け入れるためのステップ
3. 精神疾患への誤解を減らそう
4. 初回エピソード精神病について知ろう
5. 精神病症状について知ろう① ～幻聴～
6. 精神病症状について知ろう② ～妄想～
7. 精神病症状について知ろう③
～まとまりのない会話～
8. 統合失調症について知ろう①
～診断基準、疫学、原因、転帰～
9. 統合失調症について知ろう②
～経過と早期発見・介入するための心構え～
10. 統合失調症について知ろう③
～時期に応じた生活の仕方～
11. 初回エピソード精神病への早期介入
12. 初回エピソード精神病への治療①
～薬物療法～
13. 抗精神病薬の飲み方について①
14. 抗精神病薬の飲み方について②
15. 初回エピソード精神病への治療②
～精神療法～
16. 初回エピソード精神病への治療③
～作業療法およびケースマネジメント～
17. 学校に再登校する際の工夫
18. 利用できる福祉制度
19. 初回エピソード精神病を再発させないために

(3) 初回エピソード精神病の患者の兄弟のための心理教育資材の開発(添付3)

慢性の統合失調症患者の家族に比べ、年齢的に若い初回エピソード精神病の患者の家族には、親のみならず兄弟姉妹が同居していることが多いと推察される。そこで初回エピソード精神病の兄弟姉妹が必要とする情報に特化した形での資材を執

筆、印刷した。その中では初回エピソード精神病の知識のみならず、兄弟姉妹の心理的なサポートや実際に患者に対応する際の工夫などを記載した。

【タイトル】『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』

【内容】

1. 自分自身の心を知ろう①
～発病があなたに与える影響～
2. 自分自身の心を知ろう②
～心の病気を受け入れるためのステップ～
3. 精神疾患への誤解を減らそう
4. 初回エピソード精神病について知ろう
5. 精神病症状について知ろう① ～幻聴～
6. 精神病症状について知ろう② ～妄想～
7. 精神病症状について知ろう③
～まとまりのない会話～
8. 統合失調症について知ろう① ～診断基準、疫学、原因、転帰～
9. 統合失調症について知ろう②
～経過と時期に応じた対応～
10. 初回エピソード精神病への早期介入
11. 初回エピソード精神病の早期発見・介入のために大切な心構え
12. 初回エピソード精神病への治療①
～薬物療法～
13. 抗精神病薬の飲み方について①
14. 抗精神病薬の飲み方について②
15. 初回エピソード精神病への治療②
～精神療法～
16. 初回エピソード精神病への治療③
～作業療法およびケースマネジメント～
17. 利用できる福祉制度
18. 初回エピソード精神病のきょうだいをもつ、あなたに望みたいこと
19. 引用・参考文献

なお(1)～(3)の資材については医療法人カメリアのホームページ上で公開した。

(4) 中学生むけの啓発図書の出版

従来の学術書は中学生が目にするには難しく、中学生の興味を引きにくい。そこで中学生が読むことを想定した図書の企画・執筆を平成22年度から平成24年度にかけて行い、日本評論社から平成23年10月25日出版、その後、重版(5版 11500部)した。

【タイトル】『14歳からの精神医学——こころの病気ってなんだろう?』

【主な構成】

第1部、心の病気ってなんだろう

1-1 摂食障害

- 1-2 社交不安障害
- 1-3 強迫性障害
- 1-4 うつ病
- 1-5 双極性障害
- 1-6 統合失調症

第2部、精神科でよくみる問題行動

- 2-1 不登校
- 2-2 暴力行為
- 2-3 リストカット
- 2-4 多量服薬

第3部、心の病気に陥りにくくするために

- 3-1 ストレスに強くなるために
- 3-2 思いつめないために
- 3-3 ト라우マに支配されないために
- 3-4 心の病気を早期発見するために

(5) 中高生に対する精神疾患に関する授業用キットの開発(添付4)

中学校・高校において生徒に対し、教員が授業の形で精神疾患に関する知識を講義することを想定した「授業用キット」を開発した。その際には50分の授業2コマを想定し、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

<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/youth/> の中の「ひとりで悩まないで～気になるときは早めに相談しよう」を活用して行う形をとった。1時間目では心の病気についての総論、さらに社交(社会)不安障害、うつ病、統合失調症に関する各論講義を行い、2時間目では、「自分が病気になった際にどんな気持ちになり、どんな問題が発生するか」、そして「友だちや知り合いが心の病気になったらどうすればいいか」という2つのテーマに関するグループワークを行うスタイルをとった。そのうえで開発後、平成23年11月15日、東京大学教育学部附属中等教育学校の3年B組の保健授業で実際に使用した。

【タイトル】「心の健康について(授業用キット)」

【主な構成】

「目的」「構成」「使い方」「生徒用資料」「教師用解説と使用法」「参考資料」等。

(6) 初回エピソード精神病に関する映像資料の開発

今日、インターネットや携帯電話の普及に伴い、紙媒体以上に映像媒体が容易に普及できる時代となった。そこで今回、映像媒体を作成した。内容は実際に病院に受診した患者とその家族が初回エピソード精神病へ対応するにあたり有用な情報とした。最終的にDVD媒体を作成したうえで、前述の「初回エピソードの子どもを見守る「家族」のために」を同包したキットを作成し、横浜カメリ

アホスピタル内で実際に使用した。

【タイトル】「心理教育 DVD 初回エピソード精神病～はじめて精神病症状が出た人～」

【主な構成】

1. 心の病気が心理面や生活面に及ぼす影響
2. 精神疾患への誤解を減らそう
3. 初回エピソード精神病について知ろう
4. 精神病症状について知ろう① ～幻聴～
5. 精神病症状について知ろう② ～妄想～
6. 精神病症状について知ろう③
～まとまりのない会話～
7. 統合失調症について知ろう①
～診断基準、疫学、原因、転帰～
8. 統合失調症について知ろう②
～経過と時期に応じた対応～
9. 初回エピソード精神病への早期介入
10. 初回エピソード精神病の早期発見・介入のために大切な心構え
11. 初回エピソード精神病への治療①
～薬物療法～
12. 初回エピソード精神病への治療②
～認知行動療法～
13. 初回エピソード精神病への治療③
～作業療法およびケースマネジメント～
14. 医療と学校と親が連携するために
15. 学校に再登校する際の工夫
16. 初回エピソード精神病を再発させないために
17. 初回エピソード精神病をもつ周囲の人に望みたいこと 等

D. 考察

今回、計画に基づいた形で初回エピソード精神病に関する多様な啓発資料を開発できた。これらの資料の開発にあたって、初回エピソード精神病が思春期に現れやすく、学校との連携やきょうだいが同居しているが増えるなどの従来の慢性期の統合失調症を対象とした心理教育資料では、カバーできない特有の問題があるため、それらに配慮した。図書に関しては、好調な売れ行きを見せ、いくつかの新聞などでも取り上げられるに至った。最近、子どもを読者対象とした精神医学に関する図書が散見されるようになってきたが、今回の取り組みが出版社に対して、一定の刺激を与え得た可能性がある。また初回エピソード精神病への早期介入に関しては、より幅広いメンタルヘルスに関する知識をベースとしなければならない。その点において、中高校生に対する教育は大きな役割を有する。残念ながら、その点に関しての学校とのつながりを構築するにはまだ障壁も大きく、授業を広く実施することはできなかった点は課題として残った。インターネットの普及を背景とし

て、映像資料の作成もおこなったが、若者の関心を高めるまでに資料の質を高めるには、医療職にとどまらず、さらにより多角的な人材の参入が必要であると考えられた。

E. 結論

- (1) 初回エピソード精神病の親への心理教育資料を開発した。
- (2) 初回エピソード精神病の本人への心理教育資料を開発した。
- (3) 初回エピソード精神病のきょうだいへの心理教育資料を開発した。
- (4) 中学生向けのメンタルヘルスに関する啓発図書を出版した。
- (5) 中高生に対する精神疾患に関する授業用キットを作成・実施した。
- (6) 初回エピソード精神病に関する映像資料を開発した。

F. 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

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
特記なし

以上

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確認に関する臨床研究」
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)
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)
	小楠 真澄	(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)
	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)
	趙 香花	((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
	西 大輔	((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
	大塚 俊弘	(長崎県長崎こども・女性・障害者支援センター)
	小野 善郎	(和歌山県精神保健福祉センター)
	二宮 貴至	(浜松市精神保健福祉センター)
	藤田 健三	(岡山県精神保健福祉センター)

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】22年度：児童青年期のメンタルヘルスの問題がそれぞれの場でどのように経験されているかを把握するため、都道府県・政令指定都市2か所で聞き取り調査を行った。

23年度：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。

24年度：全国の精神保健福祉センター（以下、センター）69か所を対象に児童青年期の精神保健医療サービス等の概況を把握するための質問紙調査を実施し、66か所から回答を得た(有効回答率95.6%)。

【結果および考察】22年度：学校現場からは、生徒のかかえるメンタルヘルスの問題は多様であって、発達障害、不登校、自傷行為、児童虐待、摂食障害、緘黙等があるとの報告があった。また、学校で経験されるメンタルヘルスの問題は、学校所在地の地域性や、生徒個々の養育環境とも深く関係するとの報告があった。地域の相談機関等からは、子どものかかえているメンタルヘルスの問題がしばしば家族の問題と密接に関係するが、その解決には、家族全体の支援や、基本的生活習慣を身につける段階からの支援が必要との指摘があった。

23年度：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、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。

24年度：児童青年期のメンタルヘルスの問題に対応する精神保健医療サービスの不足とそれと関連する領域との連携に改善すべき多くの点があることが明らかになった。また、筆者らが指摘してきたように、児童青年期の精神保健の問題は、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、連携の一環として存在する必要性があることも明らかになった。精神病初回発症例の早期支援・早期介入は、それらと連携しながら、地域に発生する多様なニーズに応じていくサービス、連携の一環として存在することが望まれる。

【結論】早期介入の精神保健システムは、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、連携の一環として存在する必要性があることも明らかになった。

A. 研究目的

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。

B. 研究方法

22 年度：児童青年期のメンタルヘルスの問題がそれぞれの場でどのように経験されているかを把握するため、都道府県・政令指定都市 2 か所で聞き取り調査を行った。

23 年度：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。

24 年度：全国精神保健福祉センター長会の協力を得て、全国 69 か所の精神保健福祉センター(以下、センター)を対象に、児童青年期の精神保健医療サービス等の概況を把握するための質問紙調査を実施し、66 か所から回答を得た(有効回答率 95.6%)。調査実施期間は平成 24 年 8 月 22 日～10 月 24 日であった。(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

22 年度：学校現場からは、生徒のかかえるメンタルヘルスの問題は多様であって、発達障害、不登校、自傷行為、児童虐待、摂食障害、緘黙等があるとの報告があった。また、

学校で経験されるメンタルヘルスの問題は、学校所在地の地域性や、生徒個々の養育環境とも深く関係するとの報告があった。地域の相談機関等からは、子どものかかえているメンタルヘルスの問題がしばしば家族の問題と密接に関係するが、その解決には、家族全体の支援や、基本的な生活習慣を身につける段階からの支援が必要との指摘があった。このように、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、発達障害等の事例に埋もれるように存在している可能性がある。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、学校だけでなく、地域を巻き込んだメンタルヘルスプロモーションを併せて取り組む必要があると考えられた。

23 年度：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、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。

24 年度：児童青年期を対象とした精神保健システムの基盤である治療・相談体制については、児童青年期の精神科医療の提供に関する情報は保有されているものの、精神科医療以外の社会資源に関する情報は入手しにくいことが示唆された。精神障害のた

めに特に必要とする家庭についての連携の機会、発達障害支援センター、ひきこもり地域支援センターが、他の機関よりも多いと考えられた。センター管轄内で発生頻度が高いと思われる児童・生徒の精神保健の問題については、センターの日常業務と比較的つながりが深い「不登校」、「発達障害」の回答が多かった。精神病初回発症例の受診・相談先としては「精神科クリニック」、「児童青年期の専門外来を有する精神科病院・精神科クリニック」、「総合病院の精神科・小児科」などの回答が多かった。精神科医療機関以外では「学校保健室・保健管理室」が最も多く、次いで「保健所・保健センター」、「精神保健福祉センター」が多かった。また、早期支援・早期治療の考え方の情報提供、専門外来への紹介の可能な機関として「大いに可能」という回答が半数を超えたのは、「保健所・保健センター・精神保健福祉センター」、「学校の保健室・保健管理室」であった。「ひきこもり地域支援センター」も半数近く「大いに可能」という回答があった。精神病初回発症例の専門外来への紹介可能性について「大いに可能」という回答が半数を超えたのは「保健所・保健センター・精神保健福祉センター」のみで、「児童相談所・市町村の家庭児童相談室」、「ひきこもり地域支援センター」、「発達障害支援センター」も半数近く「大いに可能」という回答があったが、その他は「少しは可能」、「困難または不可能」という回答が多くを占めた。早期介入の啓発・適切な治療サービスを受けられるシステムづくりの課題としては、学校関係者への精神保健に関する知識の普及とそのため学校の教育委員会との連携構築が多く述べられた。また、児童青年期の精神保健医療体制の充実を求める意見も多かった。

早期介入に関しては、導入を進める視点で書かれた意見がある一方で、積極的推進は慎重にすべきという意見もあった。

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、聞き取り調査と、全国の精神保健福祉センター69か所を対象に児童青年期の精神保健医療サービス等の概況を把握するための質問紙調査を行った。調査の結果、児童青年期のメンタルヘルスの問題に対応する精神保健医療サービスの不足とそれと関連する領域との連携に改善すべき多くの点があることが明らかになった。また、早期介入の精神保健システムは、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えていくサービス、連携の一環として存在する必要があることが明らかになった。

F. 健康危険情報

G. 研究発表

1. 論文発表
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

I. 引用文献

平成 22～24 年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：、本研究の目的は、平成 22 年度は精神疾患の症例について診療報酬と医療施設の原価の計算方法の検討を行うことであった。平成 23、24 年度は、初回精神病症例への早期介入プログラムを適用した介入群と対象症群の診療報酬および病院の原価を比較した。

平成 22 年度は早期介入プログラムを適用した 2 症例を対象とした、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。

平成 23 年度は介入開始後 9 か月間の費用は、介入事例は診療報酬 214 万円 に対して原価 639 万円、対照事例は、診療報酬 554 万円に対して原価 1223 万円であった。介入事例は対照事例よりも、8 ヶ月間の入院が 35 日短く、外来受診が 4 日、精神科作業療法の利用が 25 回少なく、外来薬剤費が 281 万円少なかった。介入事例は、ケース・マネジメント等、診療報酬に算定されない費用は、4 カ月で 86,276 円を要していたが、対照事例よりも診療報酬は 340 万円、原価は 584 万円少なかった。

平成 24 年度は、介入群 4 例、対照群 4 例の患者 1 人 1 か月あたり費用を比較した。対照群の診療報酬が 22,025 円、原価が 20,875 円に対して、介入群は診療報酬が 8,669 円、原価が 9,848 円であった。介入群は対照群よりもデイケアの費用が多いが、薬剤の費用は対照群の 45%に抑えられていた。以上のことから、初回精神病症例への早期介入プログラム群は対照群よりも費用が少ない可能性が示唆された。今後、対象病院や症例数を増やし、効果の評価と合わせて費用効果分析を行う必要がある。

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
小池進介 東京大学大学院医学系研究科
大学院生

A 研究目的

精神疾患における早期介入の医療経済学的評価について、欧米では複数の費用効果分析が報告されている。オーストラリアの Amos (2012) は、早期介入の費用効果分析の 9 論文を Drumond(2005)らの推奨する

保健プログラムの経済評価の視点に従って検討した。これによると、早期介入の費用効果を検討した研究のデザインは、ケースコントロール研究が殆どで、無作為化比較試験は McCrone et al (2010)、Phillips et al (2009)のみである。McCrone et al (2010)は、早期介入群 71 例と標準ケア群 73 例の臨床効果と費用を比較した。その結果、全面的な就業復帰は 2 群間で有意差はなかったものの、Manchester Short Assessment of Quality of Life score(MANSA)は早期介入群が標準ケア群よりも有意に向上していた。一方、費用については介入群平均 11,686 ポンドに対して標準ケア群 14,062 ポンドで有意差はなかったと報告した。McCrone et al の研究を含めて多くの費用効果分析では、介入群と対照群の間で、性別、人種、初回エピソードなのか、含まれている精神疾患の割合や重症度が異なるため交絡要因を上手く調整できていない。それゆえ、効果について有意な臨床上の違いを示せていないと報告されている (Amos, 2012)。費用については、入院のサービスの利用回数などの情報源の記載など、算定の正確さを評価するために必要な情報が記載されていないものがある。Mihalopoulos et al (2009)は、Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC) と従来型治療の医療費を比較検討した。効果として、EPPIC 群 (n=32) は非介入群 (n=33) よりも精神症状は有意に低かった。治療開始後 1 年間の費用は、1 症例あたり 3,445AUD (オーストラリアドル) で、従来型の 9,503AUD より低く、これは入院費用の減少によるところが大きかったと報告している。この研究では外来の費用から 2, 3 回目のコンサルテーションや短時間の電話

連絡そして、患者以外の者との接触などの費用を除外している。さらに、費用の計算方法が記述されていないものが多い。このため、外来の費用を適切に評価して、費用削減が入院の減少によるものであることをシミュレーションによる推計ではなく実際の原価を示した研究はみられない。さらに、介護者の時間や薬剤の副作用など間接費用は、分析されていない。以上のことから、現在、早期介入は費用効果が高いことを強く支持する研究は見当たらないと報告されている (Amos,2012)。

一方、わが国については、精神疾患における早期介入の効果または費用に関する報告は見当たらない。しかしながら、精神障害の経済分析がいくつかみられる。Mino et al (2007) は家族療法を行った場合、患者 30 名の 9 ヶ月の平均医療費は、介入群では 502,042 円 (うち入院 273,777.8) と、非介入群の 711,153.8 円 (同 472,013.9) より有意に低かったと報告した。さらに、Chang et al (2007) は、慢性期患者を 2 年間追跡調査した結果、精神障害者福祉ホーム B による支援を受けた場合の総医療費は平均 302,125 円と、このような支援を受けなかった場合の平均 864,177 円より大幅に低いことを報告した。

これらのわが国の研究では、診療報酬点数が用いられていた。しかし、精神疾患のケアには、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サービスがある。また、診療報酬に収載されたサービスでも、医師等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。それゆえ、経済評価に診療報酬点数のみを用いると過少評価となる場合がある。また、我が国では、Unit Costs of

Health & Social Care ように医療保健福祉サービス単位の原価を集計した資料は作成されていない(Curtis, 2009)。したがって、サービスの提供主体ごとに、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(飯島ほか, 2003)。

以上のことから、平成22年度は精神疾患の症例について診療報酬と医療施設の原価の計算方法の検討を行った。平成23、24年度は、初回精神病症例への早期介入プログラムを適用した介入群と対象症群の診療報酬および病院の原価を比較することを目的とした。

尚、本研究は医療施設と保険者の立場で分析を行った。費用の算定の範囲は、医療サービスの提供に要した直接費用を算定の対象とし、介入プログラムによって消費された患者の時間、生産損失などの機会費用である間接費用および健康改善の価値は含まれていない。

B 研究方法

平成22年度

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症例の初回受診から診察終了までの期間とした。2011年1月~2月に精神科早期介入を実施している2つの医療施設(A病院、B診療所)等へ研究協力者が各施設へインタビュー調査と調査票による財務調査を実施した。診療報酬およびレセプトに記載されていない電話対応などの原価を比較した。

平成23年度

1) 調査対象は、C大学医学部附属病院において、対象事例は、2011年4~12月に

J-CAPStudy にエントリーした4例のうち6か月以上経過した2症例を担当した精神科医師により選択してもらった。費用の算定期間は、入院開始時から8か月とした。

費用の調査は、診療に関わった精神科医師と早期介入にかかわっている心理技術者および、医事課、財務課職員のうち研究参加の同意の得られた者とした。

2) 対象事例に提供された医療サービスの種類と回数・日数の情報は、診療報酬請求明細書のコピーから得ることとし、電子媒体で提供を受けた。診療報酬請求明細書のコピーを用いて、縦軸に医療サービスの種類、横軸に月をとり、提供回数・日数、診療報酬点数サービス提供プロセスの一覧表を作成し、診療報酬点数を集計し10倍することで診療報酬金額とした。外来処方薬剤については、処方箋を提供してもらい、平成23年版薬価基準点数早見表で薬価基準点数を調べ10倍することで薬剤報酬金額とした。

(2) 早期介入プログラム(ケース・マネジメント、家族支援、精神科医師によるアウトリーチの面談、電話対応、メール対応)の実施状況は、診療報酬に記載されていない。このため、介入にかかわる医師、心理技術者がサービス提供した回数、1回あたり時間、サービスを提供する場所の面積について医師、心理療法士に調査票に記載してもらい、電子媒体で回収した。

(3) 財務課より、病院の原価に関する調査票に記載してもらった。平成22年度の財務諸表の情報の記載にあたり、公立立病院の営業収入に含まれている、運営交付金、補助金、寄付、資産見返補助金払い戻し、施設収益は収入から除外した。また、民間病院と異なり、地代など土地の経費は除外されて

いる。調査項目は、種別労務費、経費、材料費、部門別床面積。部門別のべ患者数、診療行為分類別診療報酬収入金額であった。

3) 原価計算の方法

(1) 診療報酬の算定対象の医療サービスの原価計算：病院全体の費用を、介入行為に対応して「その他診療科入院」、「精神科入院」、「その他診療科外来」、「精神科外来」、「精神科作業療法」、「デイホスピタル」「その他」7部門を設定した(図1)。

(2) 職種別給与費の調査票から、常勤と非常勤職員を合計した 職種別給与合計を求めた。7部門別職員数の調査票から、職種別給与合計を職種別職員数で除し、1人あたり労務費を求めた。部門別の労務費は、部門別の職種別職員数に職種別1人あたり労務費を乗じて求めた。

(3) 病院全体の材料費は、費目ごとに下記の配賦基準で7部門に配賦した。投薬・外用薬品費・注射薬品費は投薬・注射収入割合で配賦した。その他試薬等薬品費は処置収入割合で配賦した。その他材料費は、手術収入割合で配賦した。

(4) 病院全体の経費は、費目ごとに下記の配賦基準で7部門に配賦した。経費、減価償却費は床面積割合で配賦した。研究研修費は、職員数の割合で配賦した。その他費用は患者数割合で配賦した。

(5) 「精神科入院」「精神科外来」「精神科作業療法」「デイホスピタル」の労務費、材料費、経費を合計し部門別の費用を計算した。患者1人1日あたり費用は、部門別費用合計を部門別のべ患者数で除して計算した。原価収入比は、門別の費用合計を部門別の費用合計で除した値とした。

(6) 対象症例の早期介入プログラムの原価

計算：「ケース・マネジメント」(提供時間60分)、「家族支援」(60分)、精神科医師による「アウトリーチ」の面談(30分)、電話対応(30分)、メール対応(30分)の各サービス提供に要した労務費は、提供回数×1回あたり提供時間(分)×時給(医師：3422円、心理療法士：1168.5円)によって計算した。また、経費は以下のように求めた。1㎡あたり経費=(病院全体の経費9,896,710千円/述べ床面積180733㎡=54,759円であった。1時間あたり面談室の経費=54,759円×面談室の面積20㎡/年間のべ利用時間1050時間=1043円とした。また、30分あたり電話・メール対応の経費=(54,759円×研究室の面積40㎡)/年間のべ利用時間1050時間/研究室使用人数9人=115.8円とした。

(7) 対象症例の医療サービスの原価計算：診療報酬請求明細書から得られた「精神科入院」「精神科外来」「精神科作業療法」の種類ごとの診療報酬点数に「精神科入院」「精神科外来」「精神科作業療法」部門の原価収入比を乗じた値を合計して原価とした。

外来処方薬剤の原価は、平成23年6月に実施された「第18回医療経済実態調査の報告」にから全国の863保険薬局の平均を得た値を用いて計算した。保険調剤収益12953千円を費用合計12427千円で除した原価/保険調剤料比は、0.9594であった。これにより、対象症例の外来処方薬剤の原価=外来処方薬剤報酬金額×原価/保険調剤料比0.9594とした。

4) 研究等における倫理的配慮

(1) 当該施設の倫理審査委員会で承認の得られた同意説明文書を被験者に渡し、文

書および口頭による十分な説明を行い、自由意思により同意書を得た。財務課職員、医事課職員には、同意の得られた職員に資料の閲覧および記載を依頼するものであり、調査への協力は自由意志とし、調査票への記載をもって同意を得たものとした。調査票への個人情報への記入はなく個人が特定されることはない。医師、心理技術者：調査への協力は自由意志とし、調査票への記載をもって同意を得たものとする。調査票への個人情報の記入はなく個人が特定されることはない。

(2)研究データは独自のID番号を用い、連結可能匿名化を行う。個人名とID番号の対応表は研究責任者が研究室の鍵のかかるロッカーで保管する。電子データは研究室で保管し、データの入力には研究従事者しか知りえないパスワードを使用する。尚、本研究は、東京大学医学研究科の倫理審査委員会で承認を得て実施した。

平成 24 年度

1)対象施設は 555 床の精神科病院施設である。調査対象は、2011 年 1 月～2012 年 6 月 J-CAPStudy にエントリーし 6 カ月以上経過した症例のうち無作為に割り付けられた介入群 4 例と対照群 4 例を対象とした。介入症例には、通常の治療に加えて、早期介入として社会参加に向けて、認知行動療法、心理教育、家族介入、退院支援、および初回精神病エピソードのためのガイドラインに基づく薬物療法を医師、心理技術者が提供した。費用の算定期間は、エントリー時から 2012 年 6 月までとした。

2)調査内容は、診療報酬請求明細書、外来処方薬剤、財務諸表の種別労務費、経費、材料費、部門別床面積。部門別のべ患者数、診療行為分類別診療報酬収入金額であっ

た。

3)原価計算の方法は平成 23 年度と同様に行った。診療行為分類別の原価収入比を計算しこれを診療報酬に乗じて原価を計算した。対象症例の外来処方薬剤の原価＝外来処方薬剤報酬金額×原価/保険調剤料比 0.9594 で算出した。

C 結果

平成 22 年度：症例 A の診療報酬は 12,677,190 円に対して原価 15,249,128 円であり、2,571,938 円の赤字であった。症例 B の診療報酬は 9,092,600 円に対して、原価 11,082,027 円であり 1,989,427 円の赤字であった（表 1）。デイケアは回数を増やすほど赤字が累積されることが示された。また、電話対応は夕方など時間外が多く、診療報酬の算定対象とならないが、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士などの平均時給 3067 円の専門職 1 名が 5～90 分平均約 30 分で対応しているため、原価に算定した。また、家族教室は病院内の部屋を利用し年 10 回開催されている。医師 1 名、作業療法士 5 名、精神保健福祉士 3 名、看護師 12 名の職員が 20 名の患者家族を対象に 3 時間かけて疾患や症状への対応方法、社会サービスの利用方法の教育講演と家族交流会を行っている。家族 1 人あたり 1 回の原価は 10,934 であった。

平成 23 年度：入院治療は、介入症例 C の診療報酬が 1745510 円、原価が 5,968,977 円に対して対照事例 D の診療報酬が 2,104,810 円、原価は 7,197,645 円であった（表 2）。外来診察は介入症例 C の診療報酬が 42,100 円、原価が 263,197 円に対して対照事例 D の診療報酬が

224,380円、原価が1,402,758円であった。精神科作業療方は、介入事例Cは実施されず、対象事例Dは、診療報酬が55,000円に対して、602,765であった。外来処方薬剤は、介入事例Cの診療報酬が353,388円、原価が339,005円に対して、対照事例Dの診療報酬が3,163,147円、原価が3,034,407円であった。

平成24年度

介入群の平均診療期間は13か月、平均外来受診回数は13回、デイケア受診回数は24回であった。対照群の平均診療期間は10か月、平均外来受診回数は15回であった。1人1か月あたり費用を比較すると、介入群4例では、診療報酬が8,669円、原価が9,848であった。これに対して対照群4例では診療報酬が22,025円、原価が20,875円で約2倍以上の費用を要していた(表3)。内訳をみると、介入群は対照群よりもデイケアの費用が多いが、薬剤の費用は対照群の45%に抑えられていた。

D 考察

平成22年度の症例Aは1m回目の在院日数は115日、2回目の入院は55日であった(厚生労働省、2008)。平成20年患者調査によれば15~35歳の統合失調症患者の平均在院日数は103.8日であった。症例Aは症状が進行してからの初回入院であり、症状が改善するまでに要する入院期間が長かった。症例B、対照症例Dの在院日数は92日であり全国平均より短かった。また、A症例はB症例よりも密度の高い外来治療やデイケアが提供されたためB症例よりも診療報酬と原価が高かった。

平成23年度の介入事例Cは対照症例Dよりも費用が低かった。介入事例Cは入院期間も短く、ガイドラインにも基づく処方により薬剤費も低かった。しかし、対照症例Dは介入事例Cよりも重症であることも影響していると考えられる。

平成22年度のA病院、B診療所の収入原価比は入院0.941、病院外来1.797、診療所外来1.029、デイケア2.741であった。対象施設のデイケアでは、専門職を15.13人配置し、施設面積2054平米であり、診療報酬上の施設基準の2倍以上のため原価が高かった。平成23年度のC大学病院の収入原価比は入院3.42、病院外来6.25、精神科作業療法10.96であった。これは、病床数が多く建物設備の減価償却費等が莫大であるためであった。平成24年度の対象施設の収入原価比は入院0.941、病院外来1.797、診療所外来1.029、デイケア2.741であった。対象施設のデイケアでは、専門職を15人配置し、施設面積2054平米であり、診療報酬上の施設基準の2倍以上のため原価が高かった。症例Bと対照症例Dは同じ診断名92日間の入院であるが、民間A病院に対して公立C大学病院は診療報酬で5倍、原価は19倍の費用を要していた。医療の社会的費用負担ありかたや医療資源の有効利用を考える場合、設立主体や規模によって大きく異なる医療施設の原価も含める重要性が改めて確認された。

三野ほか(2010)は、統合失調症の家族への集中的心理教育群、簡便心理教育群、対照群の3群に無作為に割り付けて9ヶ月の外来医療費を比較した。その結果、外来医療費は、集中的心理教育群502,405円(1か月55,823円)、簡便心理教育群501,564円