

authors have declared that there are no conflicts of interest in relation to the subject of this article.

## Funding

National Health and Medical Research Council (Australia) Senior Research Fellowship (#566593), and the Colonial Foundation (to A.R.Y.); National Institute for Mental Health (NIMH) grants (#5U01MH081857 and #5R01MH061523 to B.A.C.); German Research Foundation, NARSAD, the German Ministry of Education and Research, the Faculty of Medicine of the University of Cologne (to A.B.); the National Institute for Health Research (NIHR) Birmingham and Black Country Collaboration for Leadership in Applied Health Research and Care (to M.B.); NIHR Biomedical Research Centre for Mental Health at the South London and Maudsley NHS Foundation Trust and Institute of Psychiatry King's College London (to P.F.-P., P.M., and L.V.); the German Research Foundation, the European Commission, the German Ministry of Education and Research, and the Faculty of Medicine of the University of Cologne (to J.K.); the University of Basel (to S.B. and A.R.-R.), Swiss National Foundation, Stanley Foundation, European Union FP7, Österreichische Forschungsförderungsgesellschaft, Foundation Alamaya (to A.R.-R.); NIMH (U01 MH081928, P50 MH080272), Massachusetts Department of Mental Health, R21 MH093294, R01 MH096027 (to L.S.); and NIMH and the Norwegian Research Council (to T.H.M.).

## References

1. Yung AR, McGorry PD. The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophr Bull.* 1996;22:353–370.
2. Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A, et al. The psychosis high risk state: a comprehensive state of the art review. *Arch Gen Psychiatry.* In press.
3. Cannon TD, Cadenhead K, Cornblatt B, et al. Prediction of psychosis in youth at high clinical risk: a multisite longitudinal study in North America. *Arch Gen Psychiatry.* 2008;65:28–37.
4. Yung AR, Nelson B, Stanford C, et al. Validation of “prodromal” criteria to detect individuals at ultra high risk of psychosis: 2 year follow-up. *Schizophr Res.* 2008;105:10–17.
5. Fusar-Poli P, Bonoldi I, Yung AR, et al. Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Arch Gen Psychiatry.* 2012;69:220–229.
6. Fusar-Poli P, Bechdolf A, Taylor M, Carpenter W, Yung A, McGuire P. At risk for schizophrenic or affective psychosis? A meta-analysis of DSM/ICD diagnostic outcomes in individuals at high clinical risk [published online ahead of print May 15, 2012]. *Schizophr Bull.* doi:10.1093/schbul/sbs060
7. Fusar-Poli P, Yung AR. Should attenuated psychosis syndrome be included in DSM-5? The debate. *Lancet.* 2012;379:591–592.
8. Nelson B, Yung AR. Should a risk syndrome for first episode psychosis be included in the DSM-5? *Curr Opin Psychiatry.* 2011;24:128–133.
9. Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Klosterkötter J. Probably at-risk, but certainly ill—advocating the introduction of a psychosis spectrum disorder in DSM-V. *Schizophr Res.* 2010;120:23–37.
10. Yang LH, Wonpat-Borja AJ, Opler MG, Corcoran CM. Potential stigma associated with inclusion of the psychosis risk syndrome in the DSM-V: an empirical question. *Schizophr Res.* 2010;120:42–48.
11. Yung AR, Nelson B, Thompson AD, Wood SJ. Should a “Risk Syndrome for Psychosis” be included in the DSMV? *Schizophr Res.* 2010;120:7–15.
12. Woods SW, Walsh BC, Saksa JR, McGlashan TH. The case for including Attenuated Psychotic Symptoms Syndrome in DSM-5 as a psychosis risk syndrome. *Schizophr Res.* 2010;123:199–207.
13. Frances A. Predicting psychosis risk is pretty risky. *Huffington Post.* March 10, 2012. [huffingtonpost.com/allen-frances/psychosis-risk\\_b\\_1289022.html](http://huffingtonpost.com/allen-frances/psychosis-risk_b_1289022.html). Accessed March 26, 2012.
14. Norrie J (ed). Backdown on new psychiatric diagnoses a welcome respite. *The Conversation.* May 17, 2012. <http://the-conversation.edu.au/backdown-on-new-psychiatric-diagnoses-a-welcome-respite-7092>. Accessed May 18, 2012.
15. Castle DJ. Is it appropriate to treat people at high-risk of psychosis before first onset? - no. *Med J Aust.* 2012;196:557.
16. Carpenter WT, van Os J. Should attenuated psychosis syndrome be a DSM-5 diagnosis? *Am J Psychiatry.* 2011;168:460–463.
17. McGlashan TH, Addington J, Cannon T, et al. Recruitment and treatment practices for help-seeking “prodromal” patients. *Schizophr Bull.* 2007;33:715–726.
18. Ruhrmann S, Paruch J, Bechdolf A, et al. Reduced subjective quality of life in persons at risk for psychosis. *Acta Psychiatr Scand.* 2008;117:357–368.
19. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 4th ed., text revision ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
20. International Early Psychosis Association. International clinical practice guidelines for early psychosis. *Br J Psychiatry.* 2005;187:120–124.
21. Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, et al. Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk (“prodromal”) group. *Schizophr Res.* 2003;60:21–32.
22. Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Salokangas RK, et al. Prediction of psychosis in adolescents and young adults at high risk: results from the prospective European prediction of psychosis study. *Arch Gen Psychiatry.* 2010;67:241–251.
23. Yung AR, Yuen HP, Berger G, et al. Declining transition rate in ultra high risk (prodromal) services: dilution or reduction of risk? *Schizophr Bull.* 2007;33:673–681.
24. Addington J, Epstein I, Liu L, French P, Boydell KM, Zipursky RB. A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for individuals at clinical high risk of psychosis. *Schizophr Res.* 2011;125:54–61.
25. Morrison AP, French P, Stewart SL, et al. Early detection and intervention evaluation for people at risk of psychosis: multi-site randomised controlled trial. *BMJ.* 2012;344:e2233.
26. Fusar-Poli P, Borgwardt S. Predictive power of attenuated psychosis syndrome: is it really low? The case of mild cognitive impairment. *Schizophr Res.* 2012;135:192–193.
27. Tabak AG, Herder C, Rathmann W, Brunner EJ, Kivimaki M. Prediabetes: a high-risk state for diabetes development. *Lancet.* 2012;379:2279–2290.
28. Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association between duration of untreated

- psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:975–983.
29. Hegelstad WT, Larsen TK, Auestad B, et al. Long-term follow-up of the TIPS early detection in psychosis study: effects on 10-year outcome. *Am J Psychiatry*. 2012;169:374–380.
  30. Klosterkötter J, Schultze-Lutter F, Bechdolf A, Ruhrmann S. Prediction and prevention of schizophrenia: what has been achieved and where to go next? *World Psychiatry*. 2011;10:165–174.
  31. Cornblatt BA, Carrión RE, Addington J, et al. Risk factors for psychosis: impaired social and role functioning. *Schizophr Bull*. In press.
  32. Hanssen M, Bak M, Bijl R, Vollebergh W, van Os J. The incidence and outcome of subclinical psychotic experiences in the general population. *Br J Clin Psychol*. 2005;44:181–191.
  33. Green JG, McLaughlin KA, Berglund PA, et al. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67:113–123.
  34. Koutsouleris N, Meisenzahl EM, Davatzikos C, et al. Use of neuroanatomical pattern classification to identify subjects in at-risk mental states of psychosis and predict disease transition. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66:700–712.
  35. Job DE, Whalley HC, Johnstone EC, Lawrie SM. Grey matter changes over time in high risk subjects developing schizophrenia. *Neuroimage*. 2005;25:1023–1030.
  36. Pantelis C, Velakoulis D, McGorry PD, et al. Neuroanatomical abnormalities before and after onset of psychosis: a cross-sectional and longitudinal MRI comparison. *Lancet*. 2003;361:281–288.
  37. Fusar-Poli P, Deste G, Smieskova R, et al. Cognitive functioning in prodromal psychosis: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69:562–571.
  38. van Tricht MJ, Nieman DH, Koelman JH, et al. Reduced parietal P300 amplitude is associated with an increased risk for a first psychotic episode. *Biol Psychiatry*. 2010;68:642–648.
  39. Wood SJ, Berger G, Velakoulis D, et al. Proton magnetic resonance spectroscopy in first episode psychosis and ultra high-risk individuals. *Schizophr Bull*. 2003;29:831–843.
  40. Kéri S, Kiss I, Kelemen O. Effects of a neuregulin 1 variant on conversion to schizophrenia and schizophreniform disorder in people at high risk for psychosis. *Mol Psychiatry*. 2009;14:118–119.
  41. Mössner R, Schuhmacher A, Wagner M, et al. DAOA/G72 predicts the progression of prodromal syndromes to first episode psychosis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2010;260:209–215.
  42. Yung AR, Yuen HP, McGorry PD, et al. Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *Aust N Z J Psychiatry*. 2005;39:964–971.
  43. Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL, et al. Prospective diagnosis of the initial prodrome for schizophrenia based on the Structured Interview for Prodromal Syndromes: preliminary evidence of interrater reliability and predictive validity. *Am J Psychiatry*. 2002;159:863–865.
  44. Wigman JT, van Nierop M, Vollebergh WA, et al. Evidence that psychotic symptoms are prevalent in disorders of anxiety and depression, impacting on illness onset, risk, and severity—implications for diagnosis and ultra-high risk research. *Schizophr Bull*. 2012;38:247–257.
  45. Amminger GP, Schäfer MR, Papageorgiou K, et al. Long-chain omega-3 fatty acids for indicated prevention of psychotic disorders: a randomized, placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67:146–154.
  46. McGorry PD, Purcell R, Hickie IB, Yung AR, Pantelis C, Jackson HJ. Clinical staging: a heuristic model for psychiatry and youth mental health. *Med J Aust*. 2007;187:S40–S42.



## 早期介入の臨床倫理

藤井 千代\* 水野 雅文\*\*

Key Words 早期介入, 精神病, 倫理, スティグマ, ARMS

抄録：精神病顕在発症前の早期介入では、介入の時点では近い将来に精神病を発症するリスクが高いと同定されながら実際には発症しない例、すなわち「偽陽性」例をめぐる倫理的問題への配慮が不可欠である。偽陽性例への介入はスティグマ化のリスクを伴い、顕在発症の予防という視点だけからみれば、結果的には不要あるいは過剰な治療がなされるおそれがある。顕在発症閾下であったとしても、援助を求めてきた人に対して何らかのケアを提供することは専門職としての倫理的責務である。その人にとって最善の利益となるケアを提供するためには、医学的適応のみならず、本人の意向や価値観、周囲の状況を考慮に入れた臨床倫理的アプローチが有用である。早期介入に伴う倫理的問題に適切に対処するためには、専門職個人の倫理的資質を高めるとともに、医療資源配置という社会的な課題も視野に入れる必要がある。

### はじめに

臨床医学の実践において、われわれは、インフォームド・コンセントや守秘義務、患者の権利といった倫理的問題にしばしば直面する。最近注目を集めている終末期における延命治療の差し控えや重度認知症の高齢者への胃ろう造設の是非といった問題では、個々の状況における倫理的ジレンマへの気づきと明確化、問題の分析とその対応といったプロセスが重要視されており、臨床倫理的検討が必要となる。医療の目覚ましい進歩によってもたらされた複雑な臨床問題に適切な対処をするためには、すべての医療関係者が、倫理が臨床医学の本質的な一側

面であるということ認識しなくてはならない時代になったといえる。

精神科医療においても、優れた臨床実践のためには倫理的問題への適切な配慮が重要であることはいうまでもない。しかし精神科臨床の現場では、非自発的入院・治療のあり方などの倫理的ジレンマ状況に日常的に遭遇するにもかかわらず、「精神保健福祉法に則った一連の手続きが行われているか」には気を配っても、「その医療行為が倫理に適っているか」について深く議論する機会はあまりない。「法は倫理の最低限」といわれるように、法に則した行為がすなわち倫理に適った行為とはいえない場合があることにも、われわれは目を向けるべきである。

#### Ethics in early intervention

\* FUJII Chiyo 公立大学法人埼玉県立大学保健医療福祉学部 [〒343-8540 埼玉県越谷市三野宮 820]

\*\* MIZUNO Masafumi 東邦大学医学部精神神経医学講座

ここで取り上げるのは、精神病への早期介入という臨床場面における倫理的問題である。精神病の早期介入には、DUP (Duration of Untreated Psychosis; 精神病未治療期間)の短縮を目指す2次予防と、顕在発症には至らないものの何らかの指標(症状, 機能障害など)を示している人を早期に専門家につなぎ、疾患の進行あるいは本格的発症を頓挫させることを目指す取り組みとがある<sup>32)</sup>。後者は予防医学概念における1次予防ではなく、狭義の2次予防とも異なる、いわば1.5次予防とも呼ぶべき位置づけであり<sup>23)</sup>、1990年代後半から今日までの間、イギリスやオーストラリアをはじめとする多くの国で急速に発展してきたアプローチである。この1.5次予防においては、法的な問題が生じることは多くはない。しかし実際に介入を行うにあたっては、倫理的問題に直面するという状況に少なからず遭遇する。実際、顕在発症前の早期介入に対する倫理的側面からの議論は、この取り組みが注目されはじめた当初より活発に行われている<sup>6,7,19)</sup>。今後わが国でこの取り組みを積極的に推進していくにあたっては、早期介入に伴う倫理的陥穽について十分に認識したうえで、倫理的側面からの議論を深めていく必要がある。

本稿では精神病顕在発症前の早期介入において生じる可能性のある倫理的問題について概説し、臨床現場で遭遇しうる架空の事例を通じて、この問題に対する臨床倫理的検討を行ってみたい。

## ● 早期介入における倫理的諸問題

### 1. 「偽陽性」問題の課題

ここでの「偽陽性」とは、近い将来に精神病を発症するリスクが高いと同定されているものの、実際には精神病を発症しない例のことである。発症前の早期介入においては、顕在発症の予防という視点だけからみれば、結果的には不要あるいは過剰となりうるさまざまな治療がなされるおそれがある。微弱なあるいは閾下の精

神病症状は、思春期から成人早期にかけては一般人口においてもしばしば認められることが知られているが<sup>30)</sup>、最近のメタ解析でも、臨床的にハイリスクとされた人が精神病に移行する率は3年間で36%であったと報告されており<sup>10)</sup>、偽陽性率は決して低くない。

精神病に発展するリスクのある精神状態は at-risk mental state (ARMS; 精神病発症危険状態)と呼ばれる。顕在発症前の早期介入では、ARMSのなかでも近い将来に精神病へ移行するおそれが極めて高い状態として、ultra high risk (UHR)基準が広く採用されている。これは、①短期間の間欠的な精神病症状、②微弱な陽性症状、③遺伝的なリスクと機能低下、の3条件のうち1つを満たすことを要件としている<sup>28)</sup>。この基準は早期介入の推進においてはわかりやすい指標であるが、診断的厳密さを欠く。このため実際の介入にあたっては、何らかの援助希求行動(help-seeking)をとった人に対して、まず臨床的かつ主観的な治療の必要性が確認され、次いでUHR基準を確認するという方法がとられている<sup>24)</sup>。これにより、たまたま精神病様体験を経験したにすぎない十分に機能している健康な人をハイリスクと同定する危険を最小限とすることができる。しかし本来次元的であるはずの精神病症状<sup>26)</sup>に敢えて恣意的なカテゴリー区分を強いているのであるから、不可避免的に一定割合の偽陽性を含むことになる。したがって、偽陽性の人何らかの介入を行うことが本人にとっての不利益となりうる危険性について、倫理的側面からの検討が不可欠となる。

### 2. 抗精神病薬使用の是非

ARMSの治療をめぐる倫理的問題の中心は、一定割合の偽陽性を含む精神病閾値下の症例に対する抗精神病薬の使用は容認可能かという点である<sup>4)</sup>。

実際の臨床場面では、半数以上のARMSの人々が抗精神病薬による治療を受けていたとの報告があり<sup>18,25)</sup>、わが国の精神科医を対象に行った仮想事例を用いたシナリオアンケートの

結果からは、顕在発症の基準を満たす前から精神病様症状に対して抗精神病薬が使用される傾向にあることが示唆されている<sup>27)</sup>。これらのことから、実臨床においては、ARMSに相当するような症候に対して抗精神病薬を用いることが一つの治療選択肢としてある程度容認されている状況が見て取れる。しかし、多くの専門家が行っている治療が必ずしも医療的または倫理的に適切であるとは限らない<sup>18)</sup>。かつて多くの医療機関でロボトミーやインスリンショック療法が行われていた歴史を鑑みれば、経験的な判断に偏ることなくエビデンスを重視した治療を行うよう努めることが倫理的な臨床姿勢といえるだろう。

ARMSへの薬物療法に関するエビデンスはいまだ十分とはいえないのが現状である。ARMSに対する介入研究では、少量の非定型抗精神病薬が精神病の発症を遅延あるいは予防する可能性が示唆されている<sup>20,21)</sup>。しかし方法論的な限界から、アドヒアランスの統制や薬物療法単独の効果の評価が困難であるといった点も指摘されており、非定型抗精神病薬による副作用についても問題視されている。最近の非定型抗精神病薬では不可逆的な錐体外路系の副作用は少ない<sup>16)</sup>とはいえ、体重増加、糖尿病、性機能障害などに関連することが知られており<sup>9,14,17)</sup>、悪性症候群のような致死的副作用が生じる危険もわずかではあるが存在する<sup>5)</sup>。さらには、発達過程にある若年者の脳に対する抗精神病薬の影響は十分に解明されていないことにも配慮する必要がある。

このように、さらなるエビデンスの蓄積が求められている状況では、有害事象を引き起こす可能性のある薬物療法をARMSに適用することは容認できないという主張<sup>2,31)</sup>は、医療倫理における「無危害原則」(表1)を重視した考え方として倫理的にも説得力がある。しかしここで留意しなくてはならないのは、ARMSの症状や機能障害の程度には幅があるということである。ARMSの早期段階で症状がより軽く特異性に乏

表1 医療倫理の四原則(文献1より)

自律尊重原則	自律的な患者の意思決定を尊重せよ
無危害原則	患者に危害を及ぼすのを避けよ
善行原則	患者に利益をもたらせ
正義原則	社会的な利益(医療資源など)と負担を公平に配分せよ

しいケースと、閾値を超えた精神病に移行する直前の後期の段階にあるケースとでは、介入のリスクベネフィットバランスは異なる。さらに、実際にはすでに精神病を発症しているにもかかわらずARMSと判断されているケース(偽陰性例)が存在する可能性についても考慮すべきであろう。これは、精神病症状をみずから訴えたり、周囲の人が気づくことが難しい場合も少なくないことを考慮すると、十分起こり得る状況である。ARMSに対して一律に抗精神病薬を用いないということになれば、有害事象を避けるという無危害原則を重視するあまりに、効果が十分期待できるはずの治療が提供されない、すなわち善行原則(表1)に反することにもなりかねない。

このようなジレンマに直面しつつも、専門職の倫理的な責務として、われわれは援助を求めてきたARMSの人々に、定期的なモニタリングを含む何らかのケアを提供しなければならない。

現時点で推奨されるのは、International Early Psychosis Association (IEPA)の「早期精神病状態に対する国際的臨床実践ガイドライン」<sup>12)</sup>に則った介入である。すなわち、ストレスマネジメントや認知行動療法などのよりリスクの少ない治療的介入をベースに、症状の急速な悪化や深刻な自殺リスクがある場合、攻撃性が高まった場合などには少量の非定型抗精神病薬の使用を考慮するという対応である。介入の際には臨床症状や病期<sup>22)</sup>のみならず、本人の価値観や周囲の状況なども考慮に入れてリスクベネフィットバランスを検討し、本人の最善の利益を追求していく。

今後より合理的な治療選択肢が示されるよう、ARMSを対象としたさらなる臨床研究が必要であることはいうまでもない。現時点でARMSに相当する症候群に新たな診断名を付与することは時期尚早とはいえ<sup>11)</sup>、より信頼性の高いエビデンスの蓄積のためには、研究者および臨床家がこの概念を正しく認識することが必要である<sup>11,28)</sup>。

### 3. スティグマ

偽陽性に関連するもう一つの主要な倫理的問題はスティグマである。自律尊重原則(表1)に則れば、将来的に精神病を発症する危険があるという見立てと同時に、すべての治療選択肢とそれらから期待できる効果および副作用について本人に伝えることが専門職の義務である。しかしその際には、早期介入の対象となるのは、多くの場合思春期から青年前期という心身の発達段階の重要な時期にある若者であるという点を考慮しなくてはならない。この時期の若者はさまざまなストレスの影響を受けやすいことに加えて、判断能力がまだ十分に備わっていない可能性もある。

ARMSであると知らされることが本人に直接的に及ぼし得る危害としては、セルフスティグマの問題、人生設計や教育、職業選択に影響を及ぼすという問題、友人や家族との関係性が変化する可能性などが挙げられる。ただしこれらの潜在的危害は、精神病発症リスクに関する情報とともに十分な心理教育と心理社会的サポートを提供することにより、最小限とすることが可能である<sup>18)</sup>。また家族のスティグマについての懸念は、ARMSであると判断されることよりもむしろ介入前の問題行動と関連しており、本人の状態が「性格的な欠陥」によるものではなく病気によるものであるとの見立ては、治療可能性という希望につながるのと指摘もある<sup>8,18)</sup>。

したがって、ARMSと同定することやそれを知らせることがスティグマ化という危害を及ぼすのか、希望と安心の提供という善行につながるのかは、介入前の本人の状態にもよるが、治

療者側の対応次第という側面があることを認識する必要がある。スティグマ化の危害を最小限とするためには、治療的介入をスティグマや制限の少ない環境で提供するよう努めること<sup>12)</sup>や、「気が狂う」のではないかとの不安を軽減させるようなノーマライジングを重視した心理教育を提供するといった対応が推奨されている<sup>13)</sup>。しかし個々の事例に対するインフォームド・コンセントのあり方に関しては、どの情報を誰にどの程度伝えるべきかについての明確な基準を示すことは難しい。インフォームド・コンセントのあり方は倫理的に重要であるばかりでなく介入の成否をも左右するものであり、治療方法の選択と同様、臨床倫理的にリスクベネフィットバランスを慎重に検討する必要がある。

### 臨床倫理学を用いた倫理的課題へのアプローチ

早期介入における「抗精神病薬の使用は是非か」、「情報提供はどのようにすべきか」といった問題は、医学的適応のみならず、本人の年齢や価値観、周囲の状況などさまざまな要因を考慮して総合的にリスクとベネフィットを比較考量すべきことであり、一般論としての明確な答えを出すことは困難である。これは例えば、「重度認知症の高齢者が摂食困難となった場合には胃ろうを造設すべきか」といった倫理的問題に絶対的に正しい回答はないことと同様である。臨床倫理学は、このような個別の倫理的問題に対処するための体系的なアプローチを提供する実践的学問である<sup>15)</sup>。

以下に示すのは、母親とともにメンタルクリニックを受診した架空の高校生の事例である。この事例を用いて臨床倫理学を用いたアプローチの概略を述べたい。

模擬事例：Aさん 16歳(高校2年生) 女性

主訴：悪口を言われている気がする、人の視線が怖い。

表2 Jonsen の四分割表 (文献1より)

<b>医学的適応</b> 1. 診断と予後 2. 治療目標の確認 3. 医学の効用とリスク 4. 無益性	<b>患者の意向</b> 1. 判断能力 2. インフォームドコンセント 3. 治療の拒否 4. 事前の意思表示 5. 代理決定
<b>QOL</b> 1. QOLの定義と評価 (身体, 心理, 社会的側面から) 2. 誰がどのような基準で決めるか ・ 偏見の危険 ・ 何が患者にとって最善か 3. QOLに影響を及ぼす因子	<b>周囲の状況</b> 1. 家族など他者の利益 2. 守秘義務 3. コスト・経済的側面 4. 希少資源の配分 5. 法律 6. 公共の利益 7. 施設の方針, 診療形態, 研究教育 8. その他のあらゆる問題

既往歴・家族歴：特記すべきことなし・精神科受診前に行った内科での検査では異常なし。

生活歴：2人同胞第1子。両親，妹と同居。成長発達に異常なし。元来明朗闊達で友人も多い。成績は中位。不登校やいじめの経験はない。中学から新体操を始め，新体操部のある高校に入学。2年生の1学期までは問題なし。

経過：(本人の訴え)高校2年生の夏，新体操部の部長に選ばれ，嬉しい反面プレッシャーも感じるようになった。夏休み中の部活の練習中，休憩時間に同級生が自分の悪口を言っているのが聞こえ，友だちを信用できないと思うようになった。2学期が始まった後も，同級生とすれ違うときに悪口を言われたような気がしたことが何度かある。1カ月ぐらい前，授業中に急に不安になって過呼吸を起こして早退した。それから何となく周りの目が怖い気がして，学校に行けなかったり，早退したりするようになった。この1週間は全く登校していない。家にいても，学校のことを考えると急に不安になることがある。

外来担当医のB医師はAさんを診察し，母親からの話を聞いたうえで，ARMSに相当すると判断した。B医師の経験からは，Aさんは精神病に移行する可能性が極めて高いように思われ

た。母親はこの1週間，Aさんの不安定な様子が心配でパートを休んでおり，治療については「先生にお任せします」という。Aさんは，「ネットで調べたら，精神科の薬は太ると書いてあった。また学校に行けるようになりたいけど，新体操ができなくなるから太る薬は絶対に嫌です」という。

模擬事例で示したような状況は，精神科の外来では全くめずらしくない。このような日常的な事例が上述のような倫理的問題を含んでいる。

臨床倫理的検討を行うにあたっては，多くの医学的問題と背景事情，さまざまな価値観の関わる複雑な状況を秩序立ったパターンに整理し，倫理的問題の解決が促進されるような方法が必要とされる。臨床現場で倫理的問題について議論し，意志決定をするための方法としてよく知られているのは，Jonsenらによる四分割表を用いたアプローチである(表2)<sup>1)</sup>。これは，倫理的問題を伴う臨床症例について「医学的適応」，「患者の意向」，「QOL」，「社会，経済，法律，行政など患者をめぐる周囲の状況」の項目ごとの状況を具体的に把握し，体系的に問題を整理する方法である<sup>15)</sup>。まず表2に示すような内容について表に記入し，次にさらに必要な情

表3 四分割表の事例への適用例

<p>医学的適応</p> <p>ARMSである</p> <p>精神病に移行する可能性が高い</p> <p>薬物療法は体重増加などの副作用</p> <p>認知行動療法の適応あり</p> <p>治療により症状改善が期待できる</p>	<p>患者の意向</p> <p>病識（病感）あり，治療を希望</p> <p>薬物療法には強い抵抗感</p> <p>（精神病リスクについてはまだ明確に伝えていない）</p> <p>16歳の判断能力は？</p>
<p>QOL</p> <p>症状が持続し登校できなければ</p> <p>留年の可能性</p> <p>新体操のための体型維持が重要</p> <p>セルフスティグマの可能性は？</p> <p>治療を受けることによる周囲からの偏見の可能性は？</p>	<p>周囲の状況</p> <p>家族に精神疾患の知識はほとんどなし</p> <p>母親が仕事を休むことによる経済的損失</p> <p>精神科への偏見が強い土地柄</p> <p>本人はネットで精神科医療情報をチェック</p> <p>学校との情報共有の必要性</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>町内唯一のメンタルクリニック</p> <p>クリニックには心理士，PSWはいない</p> <p>再診に費やせる時間は約5～10分</p> <p>危機介入の手段なし</p> <p>通院可能圏内にARMSの専門外来なし</p> </div>

報を調査し，そのうえで表全体を見渡して最善の判断を行う。

表3に，上記の事例への四分割表の適用例を示す。実際の臨床倫理的検討では個々の項目についてさらに詳細に検討していくことになるのであるが，表を見渡すと，前述した偽陽性に関連する問題とは別の倫理的問題もみえてくる。表1に示した「正義原則」に関わる問題である。

「抗精神病薬を使用すべきか否か」，「ARMSであるということのをどのように伝えるべきか」については，そこに倫理的問題が含まれていることに気づき，問題点を整理しつつリスクとベネフィットを慎重に比較考量すれば危害を最小限とすることは可能である。また，いったん方針を決定した後でも，臨床倫理的観点からの検討を継続的に行うことによってより良い方向へと軌道修正できる。問題は，そのような倫理に適った対応を行うためには多くの時間と人的資源が必要だという点である。

この模擬事例は，それほど複雑な倫理的ジレンマを含んでいるわけではない。それでも倫理的な判断を的確に行い，実行するためには，患者や家族の価値観を十分に把握し，慎重に情報

提供を行った後に，提供可能な治療選択肢を示したうえで患者の意向を尊重した治療方針を決定するというプロセスが必要である。ところがB医師の勤務するクリニックは，表3の「周囲の状況」のボックスにあるように，一人の患者に十分な時間と人的資源を費やすことが不可能な状況にある。町内唯一のメンタルクリニックの医師として，全患者に公平な医療を提供するという「正義原則」（表1）に則った対応をすべき倫理的責務を負ったB医師が，「Aさんは将来のある若者で，初期段階の治療がその後の予後を決定する<sup>9)</sup>」という理由でAさん一人に多くの時間を費やすことは容認されるのだろうか。ここでわれわれは，個々の事例への対応の倫理を超えた，より大きな視点での医療資源の配置という倫理的問題に直面することになる。これは行きつくところ，精神科医療の枠をも超えた，医療資源配置にかかわる問題である。

しかしながらB医師は大きな制約のある中で，Aさんにとって最善の利益となるよう治療方針を決定しなくてはならない。B医師はどのような対応をすべきなのだろうか。



## ● おわりに

本稿では、早期介入において着目すべき倫理的問題に焦点を当て、適切な介入を行うためには個々の事例に対する臨床倫理的検討が重要であることを示した。現実的には、臨床現場ですべての事例について詳細な臨床倫理的検討を行うことは不可能であり、ほとんどの場合は医師自身がそれまでに培ってきた知識や経験、価値観により、直観的な判断(gut-level decision)を下し、問題への対処を行うことになるだろう。判断のための時間が限られている場合は特にそうである。しかしこの直観は、多くの倫理的問題について、医療従事者間で医療倫理の原則をふまえた議論を重ねてきたという経験によって培われたものであることが望ましい。医学教育や初期研修において臨床倫理検討会を取り入れるなど、倫理的感性を養うための教育<sup>4)</sup>の重要性が一層増していくものと思われる。

わが国において倫理に適った早期介入を行おうとすれば、いかに各専門職個人の資質を高めたとしても、資源配置の正義<sup>4)</sup>という社会的課題に直面する。精神科医療への大きな投資の増加が困難な状況下で、既存の資源をいかに有効利用していけばよいのか、倫理的側面からの検討をふまえたシステムの構築が求められる。

## 文献

- 1) 赤林 朗編：入門・医療倫理 I. 勁草書房，東京，2005
- 2) Bentall RP, Morrison AP : More harm than good : the case against using antipsychotic drugs to prevent severe mental illness. *J Mental Health* 11 : 352-356, 2002
- 3) Birchwood M, Todd P, Jackson C : Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *Bu J Psychiatry Suppl* 172 : 53-59, 1998
- 4) Bloch S, Green SA : *Psychiatric Ethics* fourth edition. Oxford University Press, New York, 2008 (水野雅文, 藤井千代, 村上雅昭, 菅原道哉 監訳：精神科臨床倫理 第4版. 星和書店，東京，2011)
- 5) Caroff SN, Mann SC, Campbell EC et al : Movement disorders associated with atypical anti-psychotic drugs. *J Clin Psychiatry* 63 Suppl 4 : 12-19, 2002
- 6) Candilis PJ : Early intervention in schizophrenia : three frameworks for guiding ethical inquiry. *Psychopharmacology* 171 : 75-80, 2003
- 7) Castle DJ : The truth, and nothing but the truth, about early intervention in psychosis. *Aust N Z J Psychiatry* 46 : 10-13, 2012
- 8) Corcoran C, Malaspina D, Hercher L : Prodromal interventions for schizophrenia vulnerability : the risks of being "at risk". *Schizophr Res* 73 : 173-184, 2005
- 9) Eder-Ischia U, Ebenbichler C, Fleischhacker WW : Olanzapine-induced weight gain and disturbances of lipid and glucose metabolism. *Essent Psychopharmacol* 6 : 112-117, 2005
- 10) Fusar-Poli P, Bonoldi I, Yung AR et al : Predicting psychosis : a meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Arch Gen Psychiatry* 69 : 1-10, 2012
- 11) Fusar-Poli P, Yung AR : Should attenuated psychosis syndrome be included in DSM-5? *Lancet* 18 ; 379 : 591-592, 2012
- 12) International Early Psychosis Association Writing Group : International clinical practice guidelines for early psychosis. *Br J Psychiatry* 187 Suppl 48 : s120-124, 2005
- 13) Jackson HJ, McGorry PD : *The Recognition and Management of Early Psychosis : A Preventive Approach*. Cambridge University Press, Cambridge, 2009 (水野雅文, 鈴木道雄, 岩田伸生 監訳：早期精神病の診断と治療. 医学書院，東京，2011)
- 14) Jayaram MB, Hosalli P, Stroup S : Risperidone versus olanzapine for treatment of schizophrenia. *Schizophr Bull* 36 : 1274-1276, 2007
- 15) Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ : *Clinical Ethics : A practical approach to ethical decisions in clinical medicine* fifth edition, The McGraw-Hill Companies, New York, 2002 (赤林 朗, 蔵田伸雄, 児玉 聡 監訳：臨床倫理学 第5版. 新興医学出版社，東京，2006)
- 16) Kane JM : Tardive dyskinesia rates with atypical anti-psychotics in adults : prevalence and incidence. *J Clin Psychiatry* 65 Suppl 9 : 16-20, 2004
- 17) Kion BJ, Kaiser CJ, Ahmed S et al : Association between early and rapid weight gain and change in weight over one year of olanzapine therapy in pa-

- tients with schizophrenia and related disorders. *J Clin Psychopharmacol* 25 : 255–258, 2005
- 18) McGlashan TH : Psychosis treatment prior to psychosis onset: ethical issues. *Schizophr Res* 51 : 47–54, 2001
- 19) McGlashan TH : Early detection and intervention in psychosis : an ethical paradigm shift. *Br J Psychiatry Suppl* 48 : s113–115, 2005
- 20) McGlashan TH, Zipursky RB, Perkins D et al : Randomized, double-blind trial of olanzapine versus placebo in patients prodromally symptomatic for psychosis. *Am J Psychiatry* 163 : 790–799, 2006
- 21) McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ et al : Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with sub-threshold symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 59 : 921–928, 2002
- 22) McGorry PD, Hickie IB, Yung AR et al : Clinical staging of psychiatric disorders : a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Aust N Z J Psychiatry* 40 : 616–622, 2006
- 23) 水野雅文 : 1.5 次予防のメンタルヘルスケア. *精神医学* 49 : 4–5, 2007
- 24) Phillips LJ, Yung AR, McGorry PD : Identification of young people at risk of psychosis : validation of Personal Assessment and Crisis Evaluation Clinic intake criteria. *Aust N Z J Psychiatry* 34 Suppl : S164–169, 2000
- 25) Preda A, Miloler TJ, Rosen JL et al : Treatment histories of patients with a syndrome putatively prodromal to schizophrenia. *Psychiatric Services* 53 : 342–344, 2002
- 26) Strauss JS : Hallucinations and delusions as points on continua function. Rating scale evidence. *Arch Gen Psychiatry* 21 : 581–586, 1969
- 27) 辻野直久, 片桐直之, 小林啓之ほか : 早期精神病における精神科医の意識と治療判断について. *精神医学* 52 : 1151–1159, 2010
- 28) Yung AR, McGorry PD, McFarlane CA et al : Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophr Bull* 22 : 283–303, 1996
- 29) Yung AR, Woods SW, Ruhrmann S et al : Whither the attenuated psychosis syndrome? *Schizophr Bull* (in press)
- 30) Van Os J, Hanssen M, Bijl RV et al : Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms : an urban-rural comparison. *Arch Gen Psychiatry* 58 : 663–668, 2001
- 31) Warner R : Problems with early and very early intervention in psychosis. *Br J Psychiatry Suppl* 48 : s104–107, 2005
- 32) Wyatt RJ, Henter I : Rationale for the study of early intervention. *Schizophr Res* 51 : 69–76, 2001

\*

\*

\*



## 精神病早期介入のための未治療期間 (DUP) 短縮を 目的としたプライマリケアとの連携, 関係づくり

船渡川智之\* 水野 雅文\*

Key Words 精神病未治療期間, 治療臨界期, プライマリケア, 地域連携, 早期介入

### はじめに

精神病未治療期間(Duration of Untreated Psychosis ; DUP)とは一般に, 陽性症状や一級症状の顕在化, すなわち「エピソードのはじまり」から抗精神病薬による薬物療法や入院治療が開始されるまでの期間と定義されている<sup>1)</sup>。DUPの短縮が統合失調症の予後の改善に大きく関与していることが, 厚生労働省班研究の報告にもあるような諸研究における共通した知見となっている<sup>2)</sup>。また, それまで顕在発症前の状態を後方視的にみて決定されていた「前駆状態」が, 近年では, 発病する危険のある精神状態として前方視的に同定し, 発症危険状態(At-Risk Mental State ; ARMS)と称し, この期間から介入することの意義が強調されはじめている。

DUPが統合失調症の予後を規定する理由の一つには, 治療臨界期(critical period)の存在があげられる。その期間は, 発症後およそ2~5年以内の治療の成否が長期予後を決定的にする期間であり, 発症後の早期段階での治療の重要性

を示している。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や, 精神病症状が進行性に脳の器質的変化に及ぼす影響が挙げられる。また, その基礎疾患ともいえる精神疾患の治療の遅れによる未治療期間に本人はさまざまな精神症状に苦しめられ, また, その状態を支える患者家族も同様に大変な負荷を背負っていることは明らかである。この期間が長引くほど, 病状がこじれるだけでなく, 家族の消耗も大きくなり, 最後には入院させた時の家族の抱く安堵感が, ともすれば本人との間に深い溝を生んでしまうこともある。

### 一般診療科医師, 特にかかりつけ医によるスクリーニングの意義

わが国の保険医療体制下, 住民は, いつでも, どこでも, 保険証1枚あれば自由に選んで保険診療を受けることができる。わが国とは対象的に, 英国の国民健康保険制度(National Health Insurance)では, 全土が細かな診療圏に区切られており, 住民は救急などの例外を除き,

Collaboration with primary care professionals for reducing DUP and early intervention for psychosis

\* HUNATOKAWA Tomoyuki and MIZUNO Masafumi

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]

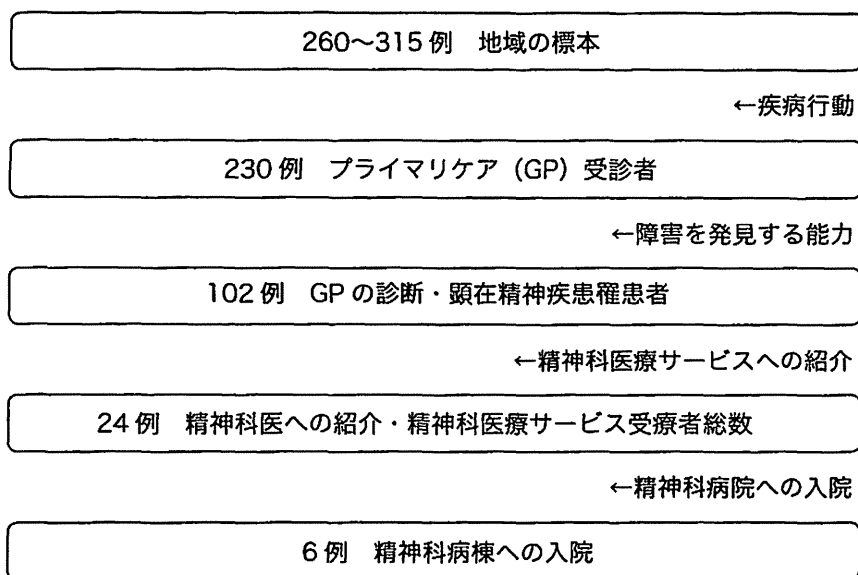


図1 各レベルへの common mental disorders 人口1,000人当たりの年間罹患数 (文献2より一部改変)

1年間で少なくとも2週間は持続する精神障害の症状を持つ患者の見積もり数

まずはあらかじめ登録した General Practitioner (GP) と呼ばれる家庭医を受診し、必要があれば専門医に紹介されるシステムになっている。したがって受診経路などの診療実態の把握がしやすい仕組みである。

このような自由アクセスシステムのもとでは受診行動に関する調査は困難であり、わが国における精神疾患に関する地域疫学データは極めて乏しい。そこで上述のような英国において、メンタルヘルスの受診行動を調査した結果を図1に示し、精神疾患の初期段階での受診行動について考えてみる。

不安や不眠、軽い抑うつなども含めたありふれた精神症状は Common mental disorders と呼ばれている。2週間以上にわたり何らかの Common mental disorders を呈した人の数を地域で調査すると、人口1,000名の住民の中で、1年間に約300名が該当するという。このうち約90% (230名) が何らかの訴えをもって家庭医を受診しているものの、実際にその訴えが精神疾患に基づくものであると正しく診断できたのは102例に留まっていた。もちろん大部分は身体症状を主訴に受診した者であろうし、精神症状

に関する問診時間はごく限られた中でのこととはいえ、家庭医の臨床能力が相対的に高いとされる英国においても、精神疾患の正しい診断にはかなり限界がある(約4割強に留まっている)ことが示される。見逃された者や受診しなかった者が、自然に回復するほど軽症であったとは限らない。

英国の家庭医はごく日常的にSSRIなどの抗うつ薬を用いて、相当数の精神疾患患者に対応している。その結果、102例のうち精神科専門医へ紹介された者は24例に留まっている。したがってこの時点で、何らかのメンタルヘルス上の問題をもつ約300名のうちの9割は、1年間に一度も専門家の診療を受けていないことになる。受診の機会を逃した中には、軽症者ばかりではなく、統合失調症をはじめとする重度の精神疾患の前駆状態にある者も含まれていることだろう。これには多くの理由が挙げられる。まず受診者は身体的愁訴を訴えて来院し、第一線の医師は社会的な機能障害よりも、まずは生命的危機に関するような疾患を発見することを役割と認識していることだろう。抑うつや不安を呈する患者が身体症状を訴えているときに、そ

の背後にある精神症状に素早く的確な診断を下すには相応の技術を要する。精神科医が診察したときでさえ誤診は生じる。

逆に、身体愁訴に相当する身体的所見が見いだせないときには、精神疾患が存在しなくても、精神障害ありとみなされてしまう。多くの場合は、慢性的な疼痛や神経学的な訴えのある患者で、従来の身体疾患や症候群の診断基準を満たさない場合である。このような場合、心気症と混同されることがしばしばある。こうした時にも精神科専門医がいる施設との連携が有効である。すべての精神疾患には身体症状がつきものであり、すべての疾患は気分の障害を伴うものであることが忘れられてはならない。

一般診療科医師がしばしば直面し困惑する場面として、明らかな生活上のストレスに対する心理的反応を、精神疾患の症状として捉えられるか否かという点が挙げられる。不眠、食欲不振、焦燥、集中困難、筋緊張亢進、不安、不快な気分、希死念慮などは、生活上の重大なストレス(ライフイベント)に遭遇した際に万人が呈し得る一般的な心理反応でもある。しかしこれらは、重篤な精神疾患の初期あるいは前駆期の症状の特徴でもある。前駆状態は、「疾患(障害)」の基準は満たしていなくても、本人や家族の負担はかなり大きい場合もあり、援助を求めたりケアを必要とする状態である。これらの一般的な症状が前駆症状や初期症状となる症例を的確に診断する能力は、有効な治療を早期に開始することを可能とし、予後不良な疾患の転帰を良好なものにする可能性につながるが、精神科医にとっても容易な課題ではない。

### ● 前駆症状である可能性

図1で示したようなCommon mental disordersと呼ばれる不安や抑うつに代表されるありふれた精神症状と、統合失調症や躁うつ病などの精神病の前駆症状、さらに精神病を発症する思春期の心性にともなうさまざまな行動変化の間には、それぞれ大きな重複がある。

表1 重篤な精神疾患の前駆症状(文献7より一部改変)

- |   |                 |
|---|-----------------|
| ① | 注意力・集中力の減弱      |
| ② | 欲動、動機づけの減少、意欲減退 |
| ③ | 抑うつ気分           |
| ④ | 不眠              |
| ⑤ | 不安              |
| ⑥ | 社会的引きこもり        |
| ⑦ | 猜疑心             |
| ⑧ | 社会的役割機能の低下      |
| ⑨ | 焦燥              |

前駆症状は、ある一時点において症状が急激に出揃うのではなく、主観的体験や行動が時々刻々と変化する過程であることが多数の研究により指摘されている。さらに前駆症状は元来後方視的な概念であるため、記憶の再生過程の正確さが問題になる。再生は、最初に生じる変化と後に起こる明らかな精神病症状の間の期間が長いと影響を受けてしまう。家族が早期の変化に全く気づいておらず、すばやく対処していない場合などには罪責的になっており、そのことが再生の正確さに影響を与える。さらに患者が自分の体験を話すように指示された時、面接時の患者の精神状態が想起内容に影響する。患者と家族の対処様式が前駆症状の後方視的記述に影響を与える。したがって診察場面で想起される経過よりも、かなり以前から不調を自覚していた可能性が残る。

Yungらの検討<sup>7)</sup>による初回エピソード精神病にいたる前駆症状の特徴としては、注意力・集中力の減弱、欲動、動機づけの減少、意欲減退、抑うつ気分、不眠症、不安、社会的引きこもり、猜疑心、社会的役割機能の低下、焦燥の順に出現頻度も高い(表1)。これらの諸症状を一般診療科の診察場面で気付き適切な支援につなぐことが、治療開始の遅れや重症化を防ぐ重要なポイントになる。

### ● 東京都におけるプライマリアケアとのネットワークの試み

東京都では、地域精神保健福祉審議会での検

討をふまえ、精神保健医療福祉に関する取り組みの具体的な課題として、訪問型(アウトリーチ)支援事業の本格実施、地域精神科医療ネットワークモデル事業、精神疾患の早期発見・早期対応のための連携体制、精神身体合併症医療対応の強化が挙げられている。

そこで、具体的なプライマリケアと精神科サービスのネットワークングについて、東京都での取り組みを紹介する。地域精神科医療ネットワークモデル事業として都内2カ所でモデル事業が展開された。区東北部二次保健医療圏モデル事業を委託された東京足立病院の田代芳郎氏によると<sup>6)</sup>、具体的には以下のような取り組みがなされている。

①訪問型(アウトリーチ)支援事業の本格実施：医師、保健師、福祉職等他職種チームを精神保健福祉センターに配置し、区市町村・保健所との連携を強化する。症状悪化前に、精神障害者への医療的ケアを提供できるようにする。

②地域精神科医療ネットワークモデル事業：精神障害者が地域で必要時適切な医療が受けられるよう、協力医療機関を確保し、連携のためのツール開発を行う。

③精神疾患の早期発見・早期対応のための連携体制：一般診療科医師に対して、精神疾患や精神保健医療制度に関する研修を行い、精神保健医療への理解を深め、地域における一般診療科と精神科との連携を深める。

④精神身体合併症医療対応の強化：精神科医の精神身体合併症患者に対する救急医療への参画を促すことで、精神科救急における受け入れ困難を改善し、転院先など受け入れ医療機関の確保に向けた取り組みを行う。

②の地域精神科医療ネットワークモデル事業は、区東北部二次保健医療圏および南多摩二次保健医療圏をモデル地区として、2カ年かけて実施される。企画、進行管理、評価・検証などを目的とした、地域医療関係者などで構成された地域精神科医療ネットワーク構築推進会議(以下、推進会議)とその推進会議で示された方

針をふまえ、各地域特性に合った精神科地域医療連携の構築を目的とした各圏域のネットワーク会議の運営が主な内容である。モデル事業として、区東北部圏域を東京足立病院が、南多摩地域を医療法人社団博明会ひらかわクリニックがそれぞれ受託した<sup>6)</sup>。

田代論文によれば<sup>6)</sup>、区東北部圏域は、都内人口の10%、生活保護受給率が高め、精神科病院・診療所の数が人口に比して少ない、手帳・自立支援医療が多い、保健師が積極的に活動していることを医療資源上の特徴と分析している。そこで、原則平日昼間の対応、退院後の通院先としてのかかりつけ医探し、タイミングの良い入院・処方・診療の提供、専門治療や身体合併症治療可能機関への紹介・訪問診療・看護・介護を活動を提案した。そのうえで、保健師を起点とした相談業務ネットワーク、外来治療のための診療所ネットワーク、入院が必要な場合の病院ネットワーク、の3つのネットワークを構築している。

もう一方の南多摩地域の中心者である医療法人社団博明会ひらかわクリニック平川博之氏は、一般診療科診療所と精神科診療所との「連携意識」に関する大規模調査を、都内1万カ所を超える医療機関を対象にアンケート調査を行った<sup>3)</sup>。アンケートには、精神科・神経科または心療内科を標榜する診療所に対する「精神科・心療内科向け調査票(精神科調査票)」、精神科関連の診療科目を標榜していない診療所に対する「一般診療科向け調査票(一般診療科調査票)」の2種が用いられた。

その結果の特徴を平川博之氏は、以下のように述べている。まず精神科と一般診療科との連携の実態については、まだ確立しておらず、実績数も少なかった。一般診療科通院中の患者の自殺について6.2%が「あった」と回答し、精神科と一般診療科との連携実態については、「ほとんどないので探したい」と回答した精神科診療所が14.9%、一般科診療所が28.3%と2倍の差があり、最近1年間に一般診療科通院者で精

精神医療機関の受診が必要となったケースが54%の診療所で「あった」と回答した。これらの結果より、連携のニーズは精神科医療機関よりもむしろ一般診療科でより高いことが示された。また、通院中の患者の中で一般診療科や精神科で連携を取っているケースがあるかの質問において、精神科診療所では80%近くがあると答え、一般診療科では23%と少なく、一般診療科にとって「連携意識」は少ないことが示された。以上をふまえ、精神疾患の早期に専門治療へ導入するようなくみ作りが必要であると考察している。

上説のとおり、具体的なプライマリケアとのネットワークングについて東京都での2つの取り組みを簡単に紹介した。平川氏の一般診療科診療所と精神科診療所間の「連携意識」に関する大規模調査が示すように、互いに連携の重要性を認識してはいるものの、それをどう実現していくかの具体的な施策の立案が必要と考えられた。その具体策の立案として、田代氏が述べているように、地域特性に基づいたより実現可能な施策の考案が重要である。このような連携体制確立の試みを通して、精神疾患の早期発見・早期対応、やがては精神疾患のDUP短縮につながっていくものと考えられる。

### ● 学校医，養護教諭，スクールカウンセラー，産業医への期待

かかりつけ医には診療施設での治療者としての役割のほかに、学校医や産業医をはじめとする予防に力点を置いた役割も果たしている医師

も多い。とりわけ地域の一人医師で開業するかかりつけ医を想定している学校や職域では、養護教諭、保健師、スクールカウンセラー、産業カウンセラーなど、さまざまな職種との連携が強く求められている。

教育現場や企業においてもメンタルヘルス関連のニーズは急速に高まってきており、各々の職種が誰に、どのように相談すべきか判断がつかないまま困難事例を抱えることも多い。こうした場面でも上記学校、職域関係者が、精神疾患のゲートキーパーとしての役割を発揮し、精神科専門医との連携を的確に活用されることが期待される。

### 文献

- 1) Birchwood M, Todd P, Jackson C et al : Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. Br J Psychiatry Suppl 172 : 53-59, 1988
- 2) Goldberg D, Huxley P : Common mental disorders-A bio-social model. 1993 (中根允文訳：一般診療科における不安と抑うつ。創造出版，東京，2000)
- 3) 平川博之：診療所の視点で地域の医療連携を考える。日精協誌 31 : 56-66, 2012
- 4) 水野雅文：Dup. keyword 精神 第4版。先端医学社，東京，pp98-99, 2007
- 5) 水野雅文：統合失調症の未治療期間とその予後に関する疫学的研究。厚生労働省科学研究費補助金（障害者対策統合研究事業）。平成20年度-22年度統合研究報告書。pp7-34, 2011
- 6) 田代芳郎：地域精神科医療ネットワークモデル事業と地域連携パス。日精協誌 30 : 37-44, 2011
- 7) Yung AR, McGorry PD : The prodromal phase of first-episode psychosis : past and current conceptualizations. Schizophrenia Bull 22 : 353-370, 1999

\*

\*

\*

## 児童・思春期患者への薬物治療における説明と同意

藤井千代<sup>1)</sup> 船渡川智之<sup>2)</sup> 水野雅文<sup>2)</sup>

抄録：児童思春期精神医学の臨床実践においては、子どもが自発的に精神科外来を受診することはほとんどなく、また従来の小児医療においては、子ども本人ではなく、家族（保護者）の意向が重視され、医療者は保護者への説明を中心に行い、子どもはその保護者からの説明、説得により医療行為を受け入れるという構図であった。一方国連が採択している「児童の権利条約」には、「自己の意見を形成する能力のある児童がその児童に影響を及ぼすすべての事項について自由に自己の意見を表明する権利を確保する。この場合において、児童の意見は、その児童の年齢及び成熟度に従って相応に考慮されるものとする」とあり、わが国でもこの条約が批准され、日本の医療現場でも徐々に子どもの認知発達に合わせた方法で子どもが納得できるような説明の重要性が注目されるようになった。本稿では、その方法として、インフォームド・アセント、Shared Decision Making (SDM) の概念を提示し、また、SDM の概念を用いた症例を提示し、考察した。児童思春期精神医学領域においては、「精神疾患を持つ子ども」という極めて脆弱な立場にある個人とその家族に対応しなくてはならない。患児や家族が主体的に治療に取り組めるような治療同盟の構築は、治療の成否の鍵ともなり得ることを我々は十分に認識する必要があるとともに、そのような対応が可能な精神保健医療のシステムの構築が求められる。

臨床精神薬理 15 : 1793-1800, 2012

**Key words :** *rights of the child, informed assent, shared decision making, competency, pharmacotherapy*

## I. はじめに

児童思春期精神医学の臨床実践においては、子どもが自発的に精神科外来を受診することはほとんどない。通常は、子どもの問題行動や表出の変

化を心配した親や学校関係者に連れて来られるか、家庭医あるいは小児科医からの紹介により精神科を受診することになる。したがって、子ども自身は必ずしも受診に積極的ではなく、何が問題とされているかについても認識していないことが少なくない。そのため子どもを対象とした精神科医療の実践においては、治療の導入時にいかにして本人の治療同意を得るか、さらには治療参加をいかにして促していくかといった問題への対応が、成人を対象とする場合よりも一層困難となる。

本稿では、子どもに対して精神科医療を提供する際に考慮すべき点を倫理的視点から概観し、特に薬物療法を行う際の説明と同意について、具体

Informed consent and assent in the pharmacotherapy for child and adolescent psychiatric disorders.

1) 公立大学法人埼玉県立大学保健医療福祉学部

〔〒343-8540 埼玉県越谷市三野宮820〕

Chiyo Fujii : School of Health and Social Services, Saitama Prefectural University, 820 San-Nomiya, Koshigaya-shi, Saitama, 343-8540, Japan.

2) 東邦大学医学部精神神経医学講座

Tomoyuki Funatogawa, Masafumi Mizuno : Department of Neuropsychiatry, Toho University Faculty of Medicine.



的な事例を示しながら検討する。

## II. 児童思春期患者の権利

何世紀もの間、子どもは家族、特に成人男性の所有物であるとみなされてきた<sup>1)</sup>。子どもが権利の主体とみなされることはなく、したがって医療における自己決定権は無視されてきたといっても過言ではない。

成人患者の権利に関しては、欧米において19世紀末頃から患者の自己決定権を重視する動きが現れ始め、1914年に米国において患者の同意のない手術を暴行としたシュレンドルフ事件判決として広く世に知られるようになった<sup>2)</sup>。その後1950年代にはインフォームド・コンセントという用語が登場している。わが国においても1990年に日本医師会の生命倫理懇談会が「説明と同意についての報告」を提出し、今日では患者の自己決定権の重要性が広く認められるようになってきている。

これに対して小児医療においては、従来から子ども本人ではなく、家族（保護者）の意向が重視されてきた。子どもに説明しても理解できないだろうという思い込みが医療者側にあり、結果的に患児本人への説明と意向の確認が軽視されてきたといえる<sup>3)</sup>。すなわち医療者は保護者への説明を中心に言い、子どもはその保護者からの説明、説得により医療行為を受け入れるという構図である（図1）。治療方針を決定するのは保護者と医療者であり、そこに子どもの意思は介在しない。この場合、親が本人にどのような説明をし、本人がどの程度了解しているのかが明確ではない状態のまま治療が行われることになる。

法的には、民法第3条において成人年齢は満20歳であり、未成年者には準委任契約とされている医療上の決定に関する単独での決定権はない。ただしこれは、治療方針決定に際して説明を受ける権利や、方針決定に参加する権利を否定するものではないことに留意する必要がある。

子どもの権利に関しては、1989年国連が採択した「児童の権利条約」にその根拠を求めることができる（ここでは18歳未満を「児童」と定義している）。この条約の第12条に「自己の意見を形成

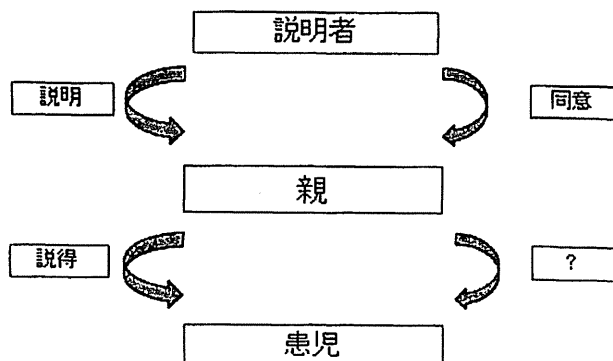


図1 従来の未成年患者に対する説明とICの関係  
（文献25）より一部改変

する能力のある児童がその児童に影響を及ぼすすべての事項について自由に自己の意見を表明する権利を確保する。この場合において、児童の意見は、その児童の年齢及び成熟度に従って相応に考慮されるものとする」とあり、医療行為は「児童に影響を及ぼす事項」とみなすことができる。1994年にはわが国でこの条約が批准され、日本の医療現場でも徐々に子どもの認知発達に合わせた方法で子どもが納得できるような説明の重要性が注目されるようになった。

## III. インフォームド・コンセントと インフォームド・アセント

### 1. インフォームド・アセントとは

インフォームド・アセント（Informed assent；以下IA）とは、これから実施する行為等について、医療従事者が子どもに理解できるようわかりやすく説明し、その内容について子どもの納得を得ることである。ただし、IAはインフォームド・コンセント（Informed consent；以下IC）と同格ではない。

ICとは、治療や臨床試験・治験の内容等について、説明を受け（informed）、十分理解した上で対象者が自らの自由意思に基づいて医療従事者と方針において合意（consent）を得ることである。医療における意思決定のプロセスに、患者が主体として参加することを権利として認め、患者の基本的な人権と人としての尊厳の尊重を具現化している。ICが成立するためには、同意能力があ

る患者にこれから行おうとしている医療について十分な説明を行い、患者がその説明を理解した上で、自発的にその医療の実施に同意する必要がある。すなわち、患者に同意能力があることが重要な要件となる。同意能力とは、説明を理解することができ、その上で医療を受けるか否かを自分の価値観に照らして理性的に判断できる能力（判断能力）である<sup>17)</sup>。

したがって、総合的な判断や理解ができないと思われる幼少児からはICを得ることができない。また治療にあたり未成年者の同意を得なくてはならないという法的根拠も存在しない。しかしながら倫理的には、子ども本人が理解できるような形で情報を伝え、本人の意思を確認すべきであり<sup>18)</sup>、このプロセスがIAである。

たとえば小児がん患者へのIAに関しては、国際小児がん学会（International Society of Pediatric Oncology；SIOP）のガイドラインでも、年齢に応じた方法で病気の性質、治療方法、副作用等について説明する必要があるとされている<sup>19)</sup>。患児が理解しやすい方法で病気と治療内容、副作用と治癒について医療チームから説明をすることや、家族とのオープンなコミュニケーションを促すよう勧めており、必要があれば個別の相談を行うべきであるとしている。具体的な方法としては、口頭で説明するだけでなく、文書やビデオを用いることが推奨されている<sup>20)</sup>。このような工夫は、小児がん患者に限らず、精神疾患など長期間の治療が必要とされる疾患の治療を行う際には特に考慮されるべきであろう。

米國小児科学会（American Academy of Pediatrics；以下、AAP）のガイドライン<sup>21)</sup>でも「両親と医師は、正当な理由なしに子どもを意思決定から除外してはならない」と明確に規定されており、子ども本人の認知発達に応じてわかりやすく説明し、納得をしてもらうことの必要性が強調されている。状況によっては、本人のアセントが得られなくても親の同意により治療を開始することになるが、その場合は子どもとの関係性に影響を及ぼすことを念頭に置くことが必要であるとされている。

AAPによると、IAの実践に必要な要件は以下

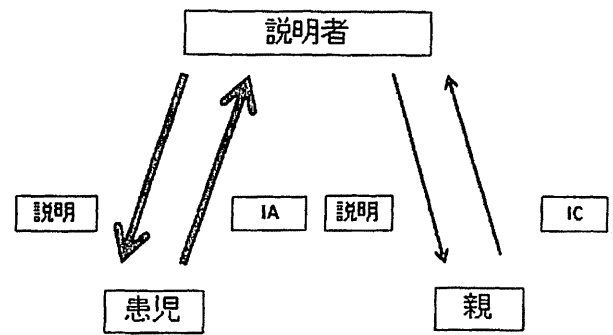


図2 未成年者に対する説明と同意  
（文献25）より一部改変

の4点である。

- 1) 子どもが自分の状態について、本人の発達段階に応じた理解を得ることができるよう支援すること。
- 2) 子どもに行われようとしている検査および治療の内容や、それによって生じ得ることについて子どもに説明すること。
- 3) 子どもが自分の状況を理解する能力や、子どもの反応に影響を与える要素（検査や治療を受けるような圧力が加かっていないかどうかなど）について臨床的に査定すること。
- 4) 提案されたケアについて子どもが自発的に受け入れているか否かを表現できるよう工夫すること。

AAPにより推奨されている未成年者に対する説明と同意の概念を図2に示す。説明者は未成年者である患児に対しても、親と同様に十分な説明を認知発達の程度に合わせて行い、患児からの同意を得る。このプロセスによって、子どもは自分に対して行われる医療行為の意味を自分なりに理解した上で治療を受けることができると期待される。

## 2. 児童思春期の同意能力

子どもから治療同意を得る際に問題となるのが、本人の同意能力である。しかし実臨床においては、認知能力の成長発達は個人差が大きいことに加えて、医療行為の内容によって必要な理解力、判断能力が異なるため、子どもの同意能力を適切に評価することは容易ではない。法的な枠組みにおいては年齢による任意の境界線が引かれて

いるが、これは全体的に見て理論的思考が未熟な傾向のある子どもを保護する目的で恣意的に決められたものである<sup>11)</sup>。したがって、その子どもが自分の病気や治療について説明をどの程度理解できるのか、自分の受けたいと思う治療を選ぶ能力があるのかといったことについて判断する際には、年齢は絶対的な基準にはなり得ない。しかし子どもの認知能力は、個人差はあるものの年齢とともに発達するという事実については、子どもの同意能力を判断する際に考慮する必要がある。

いくつかの実証研究によれば、成人と同程度の認知能力を獲得し、現在の状況や複数の治療選択肢から予測される結果を十分理解できるようになるのは概ね14歳以上であるとされている<sup>14, 16, 20)</sup>。一方で、子どもが成人と同等の認知能力を獲得していたとしても実際の判断に際しては非認知的要素が影響を及ぼす<sup>21)</sup>ことに加えて、これらの実証研究の多くは研究室で行われているため、実際の意思決定場面には必ずしも適用できないという批判<sup>14)</sup>もある。しかしながら一応の目安として、14~15歳以上の子どもに関してはより自律性を尊重し、成人と同程度の情報提供を行っていく必要があるといえそうである。わが国の法律家からも概ね15歳（高校生）以上では意思決定の主体を本人と考えるとの見解が示されており<sup>10)</sup>、厚生労働省の臨床研究に関する倫理指針では、16歳以上については代諾者とともに本人からのICを求めている<sup>13)</sup>ことも考慮しつつ、個々の患児の状況に応じて実際のIA（IC）のあり方を検討すべきである。

この年齢以下の子どもについては本来の意味でのコンセンツを得ることはできないものの、医療内容をわかりやすい言葉で説明し、了解してもらうことが望ましい。前述のAAPのガイドラインでは、学童期以上の子どもからはアセント（同意）を得るよう推奨されている<sup>3)</sup>。また7歳未満であっても、理解できると思われる事項があれば、子どもの理解を促す工夫をしながら説明をするべきであろう<sup>8, 12)</sup>。

実際には、本人の年齢をひとつの目安とし、医療者が家族から十分な情報を得た上で個別に患児の同意能力を評価することになる。精神疾患につ

いては、治療期間が長期にわたることも多く、治療過程において適宜本人の認知能力に応じた説明をしていく配慮も必要であろう。

#### IV. 児童思春期精神医学における薬物療法と治療同盟

##### 1. 児童思春期精神医学における薬物療法の問題点

実際の臨床場面では児童思春期における向精神薬の使用は着実に増加しており<sup>21)</sup>、特に非定型抗精神病薬と抗うつ薬の処方が増加が著しいとの報告がある<sup>20)</sup>。しかしながら現状では、大部分の向精神薬について、脳の発達に与える影響はほとんど知られていない<sup>21)</sup>。脳は児童思春期に著しく発達し、神経伝達物質や神経伝達制御システムも大きく変化する<sup>6, 15)</sup>。そのような時期に脳機能に影響を及ぼす薬物の投与をすることは是非については、医学的妥当性のみならず、その倫理的妥当性についても議論的となってきた<sup>11)</sup>。

子どもに対する向精神薬の安全性が十分に確立されていないことから、子どもに向精神薬を処方する際には現実的には「適用外使用」とならざるを得ないことも多い。さらには有効性についても検証は不十分であるといわざるを得ない。注意欠如多動性障害に対する薬物療法の有効性についてのエビデンスは蓄積されつつあるが<sup>20)</sup>、他の多くの向精神薬については経験的な試行錯誤により適用と処方量が決められてきているのが現状である<sup>18, 20)</sup>。成人においては有効である向精神薬が、必ずしも子どもにおいても同様の効果が期待できるとは限らない点についても指摘されている<sup>11)</sup>。

今後エビデンスが蓄積されることにより子どもに対する向精神薬使用についてのガイドラインが確立されることが望まれるが、子どもにおける臨床試験の実施にあたっては倫理的観点からの様々な制約があり、信頼性の高いエビデンスを得るには時間を要するであろう。したがって当面は、薬物療法の有効性や安全性が十分確立されていない状況でいかにして患児の最善の利益を追求していくかが問題となる。この場合最も重要なことは、薬物療法をはじめとする治療法の選択について患

表1 治療方針決定のパターン<sup>2)</sup>

		従来型	SDM	インフォームド
情報交換	流れ 方向 タイプ	一方的（ほとんど） 医師→患者 医学的	双方向性 医師↔患者 医学的，個人的	一方向（ほとんど） 医師→患者 医学的
審議		医師単独か 医師+他の医師	医師+患者（有力な他 者が加わることも）	患者（有力な他者が 加わることも）
最終的 治療決定		医師	医師+患者	患者

児と家族に必要な情報を提供し、合意の上で治療を行うこと<sup>2)</sup>、すなわち治療同盟の構築である。

## 2. Shared Decision Making (SDM)

治療同盟の構築にあたっては、治療者-患者関係のあり方が重要となる。この関係性そのものが治療効果に影響を及ぼしうる。

ICの概念が確立される以前は、患者の意向に関係なく治療者が患者にとって最善と判断した治療を行う、「パターナリズム（従来型）モデル」が一般的であった。救急医療や患者が意思決定できない時などには、このモデルは最も有効に機能する。しかしこのモデルでは、患者にとっての最善の利益を医学的適応のみから捉えてしまう可能性があり、患者の価値観や自律性が考慮されていない点が問題となる。

パターナリズムモデルの対極にあるのが、前述のICを重視した「情報提供（インフォームド）モデル」である。治療者の役割は治療に関係する医学的事実を患者に提供することであり、治療方針を決定するのは患者である。このモデルでは、考えられるすべての治療選択肢について、そのリスクとベネフィットを含む情報を提供し、患者は自らの価値観に基づいて治療上の選択をする。したがって患者の自律性は最大限に尊重されることになるが、反面、患者が医療情報を十分に理解しないまま結果的に自身にとって不利益となる選択をする危険性もある。

情報提供モデルは、本人に判断能力があることに加えて、本人の価値観が確立していることが前提となる<sup>4)</sup>。患者が十分な判断能力を持たない子

どもである場合、厳密な意味でのICを得られないことは前述したとおりである。しかしたとえ本人に理解力と判断能力が十分備わっていたとしても、思春期はまさにアイデンティティを獲得しようとしている時期であり、そのような時期に一貫した価値観が確立されているとは考え難い。したがって必然的に親の価値観により治療方針が決定されがちになることが予想される。

通常親は子どもの最善の利益を考えて決定を下すと期待されることや、親が子どもの養育の義務を負い、子どもに行われた医療行為の結果を引き受けなくてはならない立場にあることなどを考えれば、治療方針が親の価値観に大きく依拠すること自体は自然なことであり、大きな問題はないように思える。しかし治療同盟の構築という観点からは、本人がより主体性を持って治療に取り組めるようになることが望ましい。

近年注目を集めているShared Decision Making (SDM)の概念<sup>2)</sup>は、治療同盟構築を目指す際の最も適切な治療者-患者関係モデルといえる。SDMは従来型モデルとインフォームドモデルの中間に位置する（表1）。本人に理解しやすい形で治療選択肢をすべて提示し、それらのリスクとベネフィットを、何も治療を行わなかった場合のことも含めて十分説明する点はインフォームドモデルと同様であるが、SDMの特徴は双方向性の情報交換が行われる点にある。

したがって子どもを対象とした治療の場合、治療者は子どもの用いている言葉を使って受容的態度を示し、子どもや家族が困っていることを具体的に表現するよう促すことが必要である。子どもおよび家族双方、もしくは親が情報を理解してい