

地域支援の方法論

精神病状態のきわめて早期に治療を始めることがよい結果を生むことは自明のことと思われるが、早期介入は日本ではこれから整備されるべき段階にあり、当事者への啓発のみならず周囲や社会全体への啓発が重要である。この時期に特化した介入は大きな効果があるというエビデンスがあるものの、既存のサービスでは上手く対応できないため医療や福祉のネットワークから脱落してしまうことが多い。したがって、当事者が日常生活や社会生活を保つことを目的とした支援が行われるべきこと、家族をはじめ多様な支援者による関わりが必要なこと、社会全体が早期精神病状態への理解を深める必要があることなどを通じて、実情に合わせたシステムを構築していかなければならない。

当事者は精神症状の改善だけでなく、毎日の人間関係や家庭生活、社会との関係、余暇や満足できる仕事の充実といったことを願っている。世界保健機関 (the World Health Organization; WHO) と国際早期精神病学会 (International Early Psychosis Association; IEPA) は早期精神病宣言 (Early Psychosis Declaration) を 2004 年に発表した⁷⁾。そこでは、精神病を有する若者とその家族が普通の生活をあたりまえに送れるようにすること、そのために早期発見と早期治療の実現、地域社会の関心の向上、家族支援、介入サービス従事者の訓練などについて、達成目標とともに取り組むべき具体的な活動が示されている。

単に精神疾患や症状がないという意味ではなく、当事者が希望を持ってそれぞれの求める生き方を主体的に追及することをリカバリーとよび、その実現には周囲の理解や支援といったパートナーシップが必要である。リカバリーを実現させるための支援はエンパワーメントともよばれる。近年では、リカバリーを最大限にするような支援を基軸とし、精神科リハビリテーション (心理社会的治療) と薬物療法を位置付けることが、国際標準の治療指針となっている。

当事者への包括的な支援を継続的に提供しリカバリーを促進するためには、さまざまな支援を統合し調整しながら継続的に当事者とかかわり続ける多職種チームアプローチが望まれている。チームが有効に機能するためにはケースマネージャーが必須であるが、ケースマネージャーは継続的にかかわり続け、対象者のアセスメントとモニタリング、家族支援、心理教育、就労・就学支援、再発予防などを担当する。当事者をとりまく実情に合った根拠のある支援を提供するためには、広く用いることができるような早期介入サービスのガイドラインが制定され、それに基づいた人材育成のプログラムが整備されるべきである。また各職種に対するトレーニング・マニュアルの作成などが急ぎ望まれる⁸⁾。

早期介入サービスが発展した英国やオーストラリアでは地域担当制 (キャッチメントエリア) が医療制度として浸透しているため、ケースマネージャーが割り当てられ、多職種による医療・保健・福祉・教育などのさまざまなサービスが効率よく提供され、リカバリーの促進が可能である。

利用者がフリーアクセスできる日本とはサービスの入り口で異なるため、効率的なサービス提供のためには実情に合わせた工夫が必要である。たとえば保健・福祉行政と連携した専門の診療拠点の設立や多機能型精神科診療所などが試みられている。さらにいわゆる病診連携、診診連携などの地域の中で顔の見える関係を構築し、精神科医療へのアクセスのしやすさを工夫する必要がある。また学校では、養護教諭と精神科医の連携など、さまざまな形でのネットワークの構築が求められよう。(川崎康弘)

早期介入の医療経済効果

精神疾患に対する予防・早期介入においては、介入によって当事者一人一人の精神症状や生活機能の予後を改善させることが目標であることはいうまでもないが、適切なアプローチを広く普及させるためには、経済的にも対費用効果に優れることが欠かせない。

オーストラリア・メルボルンにおいて FEP への早期介入を行った EPPIC (The Early Psychosis Prevention and Intervention Centre)⁴³⁾では、通常治療を行った歴史的コホートと比較し、EPPIC の対象者は、症状や機能などの回復率に優れ、さらに、そのコストは通常治療の 3 分の 1 で済むことが示された。同様の結果は、香港、ミラノ、スウェーデンの早期介入サービスからも示されている⁶⁷⁾。

早期介入の RCT に基づいた研究としては、デンマークの FEP への早期介入 OPUS の 5 年間の 1 人当たりのコストは通常治療と比べ、外来費用は高かったが入院費用は安く、支援付き居住施設の利用費は介入から 4 年、5 年後で OPUS のほうが安かった²³⁾。このため、OPUS の平均総コスト (123,683 ユーロ) は、通常治療 (148,751 ユーロ) よりも 25,713 ユーロ安かった (統計学的には有意差なし)。

ロンドンのランベス地区の早期介入サービス LEO と通常治療とを比較した RCT では、LEO は通常治療と比べて再入院率が低く (33% 対 51%)、平均入院期間も短かった⁶⁷⁾。統計学的には有意ではなかったが、平均治療費用は通常治療 (14,062 ポンド) と比べて LEO (11,685 ポンド) のほうが安かった。さらに、就労や生活の質は LEO のほうが優れていた。最近、このデータを利用して、英国における就労や就学についての改善、自殺、殺人などによる社会的損失を含めた早期介入の費用対効果が試算された⁵³⁾。この結果、早期介入は生産性の向上により 3 年間で 2,087 ポンド、殺人に関連する 10 年間のコストが 1 人平均年間 80 ポンド、自殺に関連する 4 年間のコストが 1 人平均 957 ポンド節減されることが示された。

わが国における統合失調症の疾病費用 (2008 年) は、2 兆 7,700 億円であり、その内訳は、直接費用が 7,700 億円、罹病費用が 1 兆 8,500 億円、死亡費用が 1,550 億円であったことが、Sado らにより報告されている⁵⁹⁾。統合失調症の間接費用では、非就業費用が非常に大きな割合を占めてお

り、就業リハビリテーションなど社会機能の改善などに焦点化した方略の検討が必要である。

ARMS に対する研究については、オランダの CBT による RCT 研究について報告がなされている²⁷⁾。通常治療に CBT を付加した特別な介入では、CBT により追加コストがかかるが、医療サービスのコストは低く、就労などによる生産性コストの損失が低いため、介入期間 18 か月間の総コストは ARMS への CBT を付加した介入 (8,007 米ドル) のほうが通常治療 (8,852 米ドル) よりも安かった。CBT を付加した治療の精神病移行リスク (10.5%) は通常治療 (23.8%) の半分以下であり、通常治療と比べて費用対効果が高かった。ロンドンの ARMS への早期介入サービス OASIS では、直接費用は通常治療よりも高いものの、DUP の短縮により生産性の損失が少なく、費用対効果が高いと見積もられた⁶⁷⁾。

英国保健省が 2011 年に出した報告書¹⁵⁾では、メンタルヘルス・プロモーションと精神疾患予防について、精神病の早期介入だけではなく、自殺対策、職場のメンタルヘルス対策、学校でのいじめや素行上の問題を予防するプログラムなどを含む 15 の事例について、それぞれの経済効果が報告されている。これらの結果は、総じて早期介入の対費用効果の高さを示しており、この領域の裾野の広さと可能性の高さが分かる。

介入による経済効果は、医療制度を含めた全体的なシステムや社会の仕組みとも関係するため、海外での成果が日本でも適用可能か否かについては、今後の研究を待つ必要がある。また、研究で示されている効果的な介入を提供するためには、人材育成、人材/資金の確保を含めた環境の整備が必要である。医療政策を決定する上で、費用対効果の検討は欠かせないが、これまでの研究成果は、予防・早期介入は経済的にも社会に利益をもたらす可能性が高いことを示している。

(松本和紀)

学校教育への取り組み

学校は世界的にもメンタルヘルス教育を行う上で有望な機関と考えられているが、学校に対する心理的介入の効果を実証した報告は少ない。一般社会に対する啓発活動を行う中で、学校教育への介入を行いその効果を示した研究としてシンガポールにおいて行われた精神病早期介入のモデル事業 (Early Psychosis Intervention Programme ; EPIP) がある。その事業内では、学校教師や家族を対象とした精神疾患に関する啓蒙書の出版、学校教師と生徒に対する精神保健に関する教育などといった学校教育と医療の連携を意識した介入が行われた。その結果、事業開始前の FEP 患者の DUP の中央値 12 か月が、EPIP 開始後中央値 4 か月まで有意に短縮された¹¹⁾。介入は学校精神保健分野に限られていなかったが、学校教育と医療の連携を含めた普及啓発活動の重要性が示されている。

学校教育への取り組みの実例を挙げる。オーストラリアにおいては、2000 年前後から国家的プロジェクトとして学校精神保健システムの開発として MindMatters (マインドマターズ) とよばれる包括的な学校精神保健プログラムが広く普及し、国内の多くの中学・高校で実践されている。MindMatters は、①優れた教材を活用した授業プログラム、②学校と地域(行政・医療)、家庭との連携強化のための取り組み、③効果的な学校精神保健活動を展開するための設備・環境の整備の主に 3 点より構成されている。授業プログラムは、「自殺の予防」、「いじめについて」、「精神的健康を高めるためのコミュニケーションスキルの習得」、「ストレスへの効果的な対処法」、「精神疾患の正しい理解」などをテーマとした教材を用いて行われている。国内の教職員も MindMatters の研修センターでトレーニングを受けることが可能であり、ホームページも設けている¹⁷⁾。

本邦における取り組みの例としては、三重県四日市市において行われた四日市市早期支援ネットワーク (Yokkaichi Early intervention Service

network ; YESnet) がある。YESnet での学校教育と医療との連携として、①市内小中学校からの精神疾患が疑われる児童・生徒についての事例検討の中で、保護者が医療機関への相談を希望している場合、医療機関の医療福祉相談室への案内を行うなどの相談体制の確立、②中学校生徒を対象とした精神保健の出前授業の実施や啓発用絵本の配布を通じた普及啓発活動、③教育相談担当、養護教諭、一般教職員を対象とした教職員研修などが行われ、早期発見に一定の効果を上げている^{22, 25)}。

本邦においては、学校教育と医療の連携への障壁として、精神疾患へのスティグマの影響が示唆されている。中根らは、日豪両国で国民のメンタルヘルス・リテラシーを調査し、比較的日本人は精神障害への認識が低だけでなく、明白な偏見を有していて、精神障害を有する者との社会的距離が大きいことを明らかにした^{29, 49, 50)}。さらにその要因を探るべく 1950 年から 2002 年に中学・高校で使われていた保健体育(保健科)教科書における精神障害などに関する記載を叙述的解析・統計的手法を用いて分析した⁵¹⁾。その結果 1950 年から 1965 年頃まで、精神障害(者)は理解し難い言動や問題行動に走る人たちが最終的には廃人同様になり、かつ優生手術の対象となるべき人たちだと見なされていたこと、その後一時的に適切な理解・認識が必要だと記述されたが、1970 年代後半以降は精神障害にかかわる記載が病名だけでなく全く排除されていたことが判明した。旧弊に囚われた精神障害の記載が偏見を生む素材になり得たこと、一方で精神障害にかかわる記載が排除されたことで、全く知らされないことによる精神障害(者)への不安や恐怖感の発露・増強が偏見に繋がり得ることが否定できないと考えられた。

医療と学校教育との連携をもたらす取り組みは、本邦において限られた地域のみで行われているのが現状である。今後は取り組みの汎化、介入効果の実証、精神疾患へのスティグマの低減に向けた教科書記載内容の検討が当面の課題と考えられる。(舩渡川智之, 根本隆洋)

海外における早期支援モデル

1. シンガポールの早期支援プログラム

精神疾患の早期支援プログラムは、1990年代より豪州および西欧諸国を中心に発展してきた。最も認知されているのは、オーストラリアのメルボルンで展開されているEPPIC⁴³⁾のプログラムであろう。EPPICの詳細については成書にゆずる²⁸⁾が、アジアにおける早期支援プログラムの先駆けとなったシンガポールのEPIPも、EPPICの取り組みから得られた多くの知見を取り入れている。

EPIPは、シンガポールのDUPが平均32.6か月(中央値12か月)^{11,12)}とかなり長かったことから2001年に保健省の支援で開始された包括的な早期支援プログラムであり、次の4つの目標を掲げている¹⁰⁾。

①精神病の早期徴候の周知、②精神病に関連するスティグマを減らすこと、③精神病の発見とマネジメント、紹介システムにおいて、プライマリケアサービスの提供者と協力できる連携体制を構築すること、④患者の予後を改善し、家族の負担を軽減すること。

これらの目標を達成するために、一般市民への啓発教育と家庭医などへの教育、EPIPへの紹介経路の整備を行うと同時に、リカバリーの概念を重視した治療プログラムを提供できる体制を構築した。啓発教育ではテレビ番組や雑誌の特集記事、SNSなどを積極的に活用し、有名タレントの協力を得るなど若者の興味を引く工夫をしている。また保健省以外の省庁の協力のもと、教育関係者のみならず、軍関係者や警察関係者に対する教育も実施されており、定期的な研修会の開催の他に教育用DVDの配布などを通じて早期徴候とEPIPへの紹介方法の周知を徹底させている。

EPIPは、初回エピソード精神病の診断を受けた16~40歳までの患者を対象としている。多職種チームにより、入院治療、外来治療、アウトリーチサービス、危機介入、作業療法、就労支援、家族支援など多岐にわたるサービスが提供され、

ケースマネージャーがサービス全体をコーディネートしている。プログラムの期間は原則2年であるが、状況に応じて1年の期間延長が認められることもある。EPIP終了後のサービスに関しては、各患者の状態に応じて、経過観察のみ、家庭医への紹介、一般的な精神科治療への移行などが検討される。EPIP開始後は、DUPは平均14.6か月(中央値6か月)に短縮している。また2年間の追跡調査が可能であった利用者284名71.1%は寛解状態に至り、76.5%は学校に戻るか収入のある職に就いている⁷⁰⁾。

シンガポールでは2008年にはARMSと診断された16~30歳までの若者を対象とした心理社会的治療を中心としたサービスを提供するSupport for Wellness Achievement Programme (SWAP)を開始し⁶⁵⁾、2009年には若者の一般的な心理的問題にも対応するCommunity Health Assessment Team (CHAT)によるサービスも始まっている⁵⁶⁾。CHATは、若者をターゲットとした店舗が並ぶビルの一角にCHAT-hubと称するコミュニティスペースを設置し、若者が抵抗なく利用できる工夫がされている。必要に応じて、CHATからSWAPもしくはEPIPに紹介されるという仕組みである。

2. 独自文化との融合とシステム評価の重要性

シンガポールにおける早期支援サービスでは、海外のモデルを取り入れつつも、独自文化との融合を図っている点にも着目したい。シンガポールでは現代でも、「伝統療法家(traditional medicine practitioner)」に治療を求めるケースは少なくないという。EPIPでは、伝統的治療を否定するのではなく、彼らとの対話および情報提供によって連携体制を構築することにより、それらとの融合を図っている¹³⁾。多民族から構成されるシンガポールでは、それぞれの民族の伝統的治療や信仰に敬意を払い連携することが、よりよい医療を提供する上で不可欠なのである。わが国においても、海外のモデルを取り入れる際に、わが国の文化や各地域の実情に合ったものにする工夫は必須であることは論をまたない。

またシンガポールでは、早期支援サービスという新たなシステムを導入したことによる成果をステークホルダーに定期的に公開することを重要視している。システムの構造(人材育成, 治療内容など), プロセス(入院率, サービス利用回数など), アウトカム(症状, QOL, 満足度など)といったそれぞれの側面から評価することにより, システムの医療経済効果についても検討することができる。わが国においても, 精神保健サービス全体の予算が限られる中でより適正なシステムを構築するためには, サービスの質の適正な評価方法について検討していくべきであろう。(藤井千代)

おわりに

わが国の精神科医療サービスは, 未だ予防や早期発見・支援などの具体的な方略に欠けている。先年精神疾患は, ようやく地域医療計画に取り上げるべきいわゆる 5 疾病に取り上げられ, 各地において整備が本格化するところである。今後は, 精神疾患の早期介入に関するガイドラインの作成をはじめとして, 精神疾患の治療開始の遅れに伴う長期予後への影響, 発症前段階における臨床特性や治療指針をいっそう明らかにすることが重要である。

さらに先進諸国の取り組みを参照しつつ, わが国においても, 医療に限らず, 教育, 福祉あるいはかかりつけ医をはじめとする一般身体科医師との連携ネットワークの地域連携モデルの提案, メンタルヘルス・リテラシーのための教育資料の開発などを行い, 医療経済的な視点を採り入れた効果的な予防・早期介入プログラムを開発し, 包括的なメンタルヘルス・プロモーションを進めることが求められている。(水野雅文)

なお, 本論文の内容は, 平成 26 年度厚生労働科学研究委託事業〔障害者対策総合研究事業(障害者対策総合開発事業(精神障害分野))〕精神疾患患者に対する早期介入とその体制の確立のための研究(研究代表者水野雅文)による検討会議などを経てまとめられた。

本論文の執筆に際し, 開示すべき利益相反関係はない。

文献

- 1) Amminger GP, Schaier 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* 67 : 146-154, 2010
- 2) Amminger GP, McGorry PD : Update on omega-3 polyunsaturated fatty acids in early stage psychotic disorders. *Neuropsychopharmacology* 37 : 309-310, 2012
- 3) Argo TR, Crismon ML, Miller AL, et al : The Texas Medication Algorithm Project procedural Manual. Schizophrenia treatment algorithms. Texas Department of State Health Services, 2008
- 4) Bechdolf A, Wagner M, Ruhrmann S, et al : Preventing progression to first-episode psychosis in early initial prodromal states. *Br J Psychiatry* 200 : 22-29, 2012, doi : 10.1192/bjp.bp.109.066357. Epub 2011 Nov 10
- 5) Birchwood M, Todd P, Jackson C : Early intervention in psychosis : The critical period hypothesis. *Br J Psychiatry* 172 (Suppl 33) : 53-59, 1998
- 6) Bowie CR, Grossman M, Gupta M, et al : Cognitive remediation in schizophrenia : Efficacy and effectiveness in patients with early versus long-term course of illness. *Early Interv Psychiatry* 8 : 32-38, 2014, doi : 10.1111/eip.12029. Epub 2013 Jan 24
- 7) Brtolote J, McGorry P : Early intervention and recovery for young people with early psychosis : Consensus statement. *Br J Psychiatry (Supple)* 187 : s116-s119, 2005, doi : 10.1192/bjp.187.48.s116
- 8) Chen EYH, Lee H, Chan GHK, et al : Early Psychosis Intervention. In : A Culturally Adaptive Clinical Guideline. Hong Kong University Press. Hong Kong, 2013
- 9) Chen FP, Gearing RE, DeVlyder JE, et al : Pathway model of parental help seeking for adolescents experiencing first-episode psychosis. *Early Interv Psychiatry*, doi : 10.1111/eip.12159 [Epub ahead of print]
- 10) Chong SA, Lee C, Bird L, et al : A risk reduction approach for schizophrenia : The Early Psychosis Intervention Programme. *Ann Acad Med Singapore* 33 : 630-635, 2004
- 11) Chong SA, Subramanian M, Lum A, et al : Determinants of duration of untreated psychosis and the pathway to care in Singapore.

- Int J Soc Psychiatry 51 : 55-62, 2005
- 12) Chong SA, Mythily S, Verma S : Reducing the duration of untreated psychosis and changing help-seeking behavior in Singapore. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 40 : 619-621, 2005
 - 13) Choo CH, Verma S, Chong SA : Delusions, possession or imagination? : Experiencing and recovering from psychosis/Early Psychosis Intervention Programme. SNP Corporation, Singapore, 2003
 - 14) Cornblatt BA, Lencz T, Smith CW, et al : Can antidepressants be used to treat the schizophrenia prodrome? Results of a prospective, naturalistic treatment study of adolescents. *J Clin Psychiatry* 68 : 546-557, 2007
 - 15) Department of Health : Mental health promotion and mental illness prevention : The economic case. Martin Knapp, David McDaid, Michael Parsonage, eds. Department of Health, London, 2011
 - 16) Eack SM, Hogarty GE, Cho RY, et al : Neuroprotective effects of cognitive enhancement therapy against gray matter loss in early schizophrenia : Results from a 2-year randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 67 : 674-682, 2010, doi : 10.1001/archgenpsychiatry.2010.63. Epub 2010 May 3
 - 17) Flyckt L, Mattsson M, Edman G, et al : Predicting 5-year outcome in first-episode psychosis : Construction of a prognostic rating scale. *J Clin Psychiatry* 67 : 916-924, 2006
 - 18) 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* 69 : 220-229, 2012
 - 19) Fusar-Poli P, Bechdolf A, Taylor MJ, et al : At risk for schizophrenic or affective psychoses? A meta-analysis of DSM/ICD diagnostic outcomes in individuals at high clinical risk. *Schizophr Bull* 39 : 923-932, 2013
 - 20) Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A, et al : The psychosis high-risk state : A comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry* 70 : 107-120, 2013
 - 21) Haahr U, Friis S, Larsen TK, et al : First-episode psychosis : Diagnostic stability over one and two years. *Psychopathology* 41 : 322-329, 2008
 - 22) 原田雅典, 前川早苗, 濱幸伸, 他 : 日本における早期介入の実践モデル. *臨床精神医学* 41 : 1481-1488, 2012
 - 23) Hastrup LH, Kronborg C, Bertelsen M, et al : Cost-effectiveness of early intervention in first-episode psychosis : Economic evaluation of a randomised controlled trial (the OPUS study). *Br J Psychiatry* 202 : 35-41, 2013, doi : 10.1192/bjp.bp.112.112300
 - 24) Hegelstad WV, 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* 169 : 374-380, 2012
 - 25) 市橋香代, 宮越裕治 : 【精神病早期介入のエビデンス : アップデート】 教育との連携—精神病早期介入から児童・生徒の精神保健へ. *臨床精神医学* 41 : 1449-1454, 2012
 - 26) International-Early-Psychosis-Association-Writing-Group : International clinical practice guidelines for early psychosis. *Br J Psychiatry* 48 (Suppl) : s120-s124, 2005
 - 27) Ising HK, Smit F, Veling W, et al : Cost-effectiveness of preventing first-episode psychosis in ultra-high-risk subjects : Multi-centre randomized controlled trial. *Psychol Med* 21 : 1-12, 2014 [Epub ahead of print]
 - 28) Jackson HJ, McGorry PD, eds : The recognition and management of early psychosis : A preventive approach, second edition. Cambridge University Press, New York, 2009 (水野雅文, 鈴木道雄, 岩田伸生監訳 : 早期精神病的診断と治療. 医学書院, 2010)
 - 29) Jorm AF, Nakane Y, Christensen H, et al : Public beliefs about treatment and outcomes of mental disorders : A comparison of Australia and Japan. *BMC Medicine* 3 : 12, 2005
 - 30) Kane JM : Tardive dyskinesia rates with atypical anti-psychosis in adults : Prevalence and incidence. *J Clin Psychiatry* 65 : 16-20, 2004
 - 31) 桂雅宏, 小原千佳, 松本和紀 : 精神病アットリスク (ARMS) に対する早期介入. *臨床精神医学* 41 : 1413-1419, 2012
 - 32) 厚生労働科学研究補助金障害者対策総合研究事業 : 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 (H20-こころ—一般-010) 平成 20 年度—22 年度総合研究報告書 (研究代表者 水野雅文). pp 7-34, 2011
 - 33) Lambert M, Conus P, Lambert T, et al : Pharmacotherapy of first-episode schizophrenia. *Expert Opinion on Pharmacotherapy* 4 : 717-751, 2003
 - 34) Lambert M, Conus P, Lubman DI, et al : The impact of substance use disorders on clinical

- outcome in 643 patients with first-episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 112 : 141-148, 2005
- 35) Lee RS, Redoblado-Hodge MA, Naismith SL, et al : Cognitive remediation improves memory and psychosocial functioning in first-episode psychiatric out-patients. *Psychol Med* 43 : 1161-1173, 2013, doi : 10.1017/S0033291712002127
- 36) Leucht S, Cipriani A, Spinel L, et al : Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia : A multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 382 : 951-962, 2013
- 37) Marshall M, Lewis S, Lockwood A, et al : Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients. *Arch Gen Psychiatry* 62 : 975-983, 2005
- 38) 松本和紀, 濱家由美子, 光永憲香, 他 : サイコソシス早期段階における CBT の活用. *精神経誌* 115 : 390-398, 2013
- 39) Mattsson M, Lawoko S, Cullberg J, et al : Background factors as determinants of satisfaction with care among first-episode psychosis patients. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol* 40 : 749-754, 2005
- 40) McFarlane WR, Levin B, Travis L, et al : Clinical and functional outcomes after 2 years in the early detection and intervention for the prevention of psychosis multisite effectiveness trial. *Schizophr Bull* 41 : 30-43, 2015, doi : 10.1093/schbul/sbu108, Epub 2014 Jul 26
- 41) McGlashan TH, Zipursky RB, Perkins D, et al : The PRIME North America randomized double-blind clinical trial of olanzapine versus placebo in patients at risk of being prodromally symptomatic for psychosis. I . Study rationale and design. *Schizophrenia Res* 61 : 7-18, 2003
- 42) 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* 185 : 291-297, 2004
- 43) McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, et al : EPPIC : An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr Bull* 22 : 305-326, 1996
- 44) McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ, et al : Randomized control trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Arc Gen Psychiatry* 59 : 921-928, 2002
- 45) McGorry PD, Nelson B, Phillips LJ, et al : Randomized controlled trial of interventions for young people at ultra-high risk of psychosis : Twelve-month outcome. *J Clin Psychiatry* 74 : 349-356, 2013
- 46) Miklowitz DJ, O' Brien MP, Schlosser DA, et al : Family-focused treatment for adolescents and young adults at risk for psychosis : Results of a randomized trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 53 : 848-858, 2014, doi : 10.1016/j.jaac [Epub ahead of print]
- 47) MindMatters : Resource kit. A mental health promotion program for secondary schools commonwealth department of health and aged care. Australian Principals Associations Professional Development Council. MindMatters. <http://www.mindmatters.edu.au/>
- 48) Morokuma I, Shimodera S, Fujita H, et al : Psychoeducation for major depressive disorders : A randomized controlled trial. *Psychiatry Res* 210 : 134-139, 2013
- 49) Nakane Y, Jorm A, Yoshioka K, et al : Public beliefs about causes and risk factors for mental disorders : A comparison of Japan and Australia. *BMC Psychiatry* 5 : 33, 2005
- 50) 中根允文, 吉岡久美子, 中根秀之 : 心のバリアフリーを目指して. 勁草書房, 2010
- 51) 中根允文, 三根真理子 : 精神障害に係る Anti-stigma の研究 教科書に見るメンタルヘルス教育—中学校・高等学校の教科書における記載を通して(1950~2002年までの「保健体育」教科書調査から). *日社会精神医学会誌* 22 : 452-473, 2013
- 52) NICE (2014). Psychosis and schizophrenia in adults. The NICE guideline on treatment and management. Updated edition 2014 : National Collaborating Centre for Mental Health
- 53) Park AL, McCrone P, Knapp M : Early intervention for first-episode psychosis : Broadening the scope of economic estimates. *Early Interv Psychiatry*. 2014 Apr 17, doi : 10.1111/eip.12149. [Epub ahead of print]
- 54) Perkins DO, Gu H, Boteva K, et al : Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia : A critical review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 162 : 1785-1804, 2005
- 55) Phillips LJ, Nelson B, Yuen HP, et al : Randomized controlled trial of interventions

- for young people at ultra-high risk of psychosis : Study design and baseline characteristics. *Aust NZ J Psychiatry* 43 : 818-829, 2009
- 56) Poon LY, Tay E, Lee YP, et al : Making inroads across the youth mental health landscape in Singapore : The Community Health Assessment Team (CHAT). *Early Interv Psychiatry*, 2014 Oct 2, doi : 10.1111/eip.12192 [Epub ahead of print]
- 57) Rauchensteiner S, Kawohl W, Ozgurda S, et al : Test-performance after cognitive training in persons at risk mental state of schizophrenia and patients with schizophrenia. *Psychiatry Res* 185 : 334-339, 2011, doi : 10.1016/j.psychres.2009.09.003.
- 58) Remington G, Kapur S, Zipursky RB : Pharmacotherapy of first-episode schizophrenia. *Br J Psychiatry* 172 : 66-70, 1998
- 59) Sado M, Inagaki A, Koreki A, et al : The cost of schizophrenia in Japan. *Neuropsychiatr Dis Treat* 201 : 787-798, 2013
- 60) Schlogelhofer M, Amminger GP, Schaier MR, et al : Polyunsaturated fatty acids in emerging psychosis : A safer alternative? *Early Interv Psychiatry* 8 : 199-208, 2014
- 61) Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, Fusar-Poli P, et al : Basic symptoms and the prediction of first-episode psychosis. *Curr Pharm Des* 18 : 351-357, 2012
- 62) Secher RG, Hjorthøj CR, Austin SA, et al : Ten-year follow-up of the OPUS specialized early intervention trial for patients with a first episode of psychosis. *Schizophr Bull*, 2014 Nov 7. pii : sbu 155. [Epub ahead of print]
- 63) Shimazu K, Shimodera S, Mino Y, et al : Family psychoeducation for major depression : Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 198 : 385-390, 2011
- 64) Stafford MR, Jackson H, Myo-Wilson E, et al : Early interventions to prevent psychosis : Systematic review and meta-analysis. *BMJ* 346 : f185, 2013
- 65) Tay SA, Yuen S, Lim LK, et al : Support for Wellness Achievement Programme (SWAP) : Clinical and demographic characteristics of young people with at-risk mental state in Singapore. *Early Interv Psychiatry*, 2014 Sep 9, doi : 10.1111/eip.12176
- 66) 坪井貴嗣, 稲垣中 : 初回エピソード統合失調症の薬物療法. 水野雅文編 : 前駆期における薬物療法. 専門医のための精神臨床リュミエール 5, 統合失調症の早期診断と早期介入. 中山書店, pp 138-150, 2008
- 67) Valmaggia LR, McGuire PK, Fusar-Poli P, et al : Economic impact of early detection and early intervention of psychosis. *Curr Pharm Des* 18 : 592-595, 2012
- 68) van der Gaag M, Smit F, Bechdolf A, et al : Preventing a first episode of psychosis : Meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer-term follow-ups. *Schizophr Res* 149 : 56-62, 2013, doi : 10.1016/j.schres.2013.07.004.
- 69) van Haren NE, Cahn W, Hulshoff Pol HE, et al : The course of brain abnormalities in schizophrenia : Can we slow the progression? *J Psychopharmacol* 26 (Suppl 5) : 8-14, 2012, doi : 10.1177/0269881111408964.
- 70) Verma S, Lye YP, Subramanian M, et al : The Singapore Early Psychosis Intervention Programme (EPIP) : A programme evaluation. *Asian J Psychiatr* 5 : 63-67, 2012
- 71) 山澤涼子 : 精神病未治療期間 (DUP) と初回エピソード統合失調症. 水野雅文編 : 前駆期における薬物療法. 専門医のための精神臨床リュミエール 5, 統合失調症の早期診断と早期介入. 中山書店, pp 88-95, 2008
- 72) 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
- 73) Yung AR, Woods SW, Ruhrmann S, et al : Whither the attenuated psychosis syndrome? *Schizophr Bull* 38 : 1130-1134, 2012
- 74) Yung AR, Phillips LJ, Nelson B, et al : Randomized controlled trial of interventions for young people at ultra-high risk of psychosis : 6-month analysis. *J Clin Psychiatry* 72 : 430-440, 2011
- (2) 以下の筆者所属, 英文表記]
- 2) 富山大学大学院医学薬学研究部神経精神医学講座, SUZUKI Michio : Department of Neuropsychiatry, University of Toyama Graduate School of Medical and Pharmaceutical Sciences
- 3) 東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座, MATSUMOTO Kazunori : Department of Preventive Psychiatry, Tohoku University Graduate School of Medicine
- 4) 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院, NAKAGOME Kazuyuki : National Center

- Hospital, National Center of Neurology and Psychiatry
- 5) 高知大学医学部神経精神医学教室, SHIMODERA Shinji : Department of Psychiatry, University of Kochi, Faculty of Medicine
- 6) 奈良県立医科大学精神医学講座, MORIMOTO Tsubasa, KISHIMOTO Toshifumi : Department of Psychiatry, Nara Medical University
- 7) 金沢医科大学精神神経科学, KAWASAKI Yasuhiro : Department of Neuropsychiatry, Kanazawa Medical University
- 8) 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所司法精神医学研究部, FUJII Chiyo : Department of Forensic Psychiatry, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

論文公募のお知らせ

テーマ：「東日本大震災を誘因とした症例報告」

「精神医学」誌では、「東日本大震災を誘因とした症例報告」（例：統合失調症、感情障害、アルコール依存症の急性増悪など）を募集しております。先生方の経験された貴重なご経験をぜひとも論文にまとめ、ご報告ください。締め切りはございません。随時受け付けております。

ご論文は、「精神医学」誌編集委員の査読を受けていただいたうえで掲載となりますこと、ご了承ください。

■募集欄

「研究と報告」：400 字×20 枚程度（図表，文献を含む。分量は，今回の募集用に調整してあります。）。300 字の和文抄録と，できる限り英文抄録（300 語以内）をおつけください。

「短報」：オリジナリティのある症例報告。400 字×11 枚以内。

「私のカルテから」：日常臨床で遭遇した心に残った症例。400 字×8 枚以内。

* 詳細は，弊誌投稿規定をご覧ください。

■ご送付先：〒113-8719 東京都文京区本郷 1-28-23 医学書院「精神医学」編集室

* お問い合わせは，☎ 03-3817-5711 までお願いします。

巻頭言

精神疾患の予防をめざして

水野雅文 日本精神神経学会理事
Masafumi Mizuno

本年11月17日から19日まで、新宿京王プラザホテルにおいて、当学会も共催する第9回国際早期精神病学会—精神疾患の予防と早期治療に関する国際会議2014が開催される。今大会のメインテーマは“To the New Horizon”，特に双極性障害やうつ病などの気分障害や不安障害への早期介入も主要なテーマとなっている。この機会に是非多数の会員にご参加いただき、あらゆる精神疾患の早期治療の可能性と重要性を再確認していただければと願う。

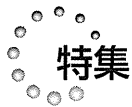
精神疾患に対する早期介入 (early intervention) には2つの視点が存在する。第1は顕在発症してしまった“初回エピソード”症例において、治療開始の遅れ (Duration of Untreated Psychosis : DUP) を短縮すべきである、発症してしまったら早期発見・早期治療が重要という主張である。これに対する異論は耳にしない。早く治療した方が予後もよい、あるいは悪さ加減が少ない、と考えるのは一般医学の常識であり、エビデンスが少なくともおそらく脳の病も同じと考えることは許容されるであろう。

そうであるならば、把握困難な精神疾患に向き合うほどに、より早く、もっと早く見つけて、進展を食い止めたい。それが真に発症を阻止しうるのであれば、顕在発症前から何らかの手立てはないのか。そうした臨床家の思いが、第2の視点を生み出している。適切な、何らかの指標を示す対象に対して適時に介入することが発症頓挫の可能性を効率よく高めると考え (indicated prevention)、閾値下においてさまざまな介入を試みるのがより積極的な早期介入の取り組みである。多様な精神症状を精神病状態の前駆症状の可能性として捉え、重度の精神疾患への進展を早期に食い止めることは、現状においてはまだ夢の物語である。病因さえも明らかでない段階で、予防を論じることには尚早との意見もあるだろうが、ここでいう予防とは“1次予防”ではない。徴候が現れた時点で、素早く予防的あるいは治療的に関与することで顕在化を防ぐことを目指す医療的アプローチはいわば1.5次予防である。

早期介入は、これまで統合失調症をモデルに臨床・研究が発展してきた。しかし、At-Risk Mental State (ARMS, 発症危険状態) あるいは“前駆状態”は精神病への進展が必ずしも運命づけられているわけではない。精神病状態に発展する可能性か、不安定な状態に長く留まるか、あるいは思春期の一過性の困難としていつの間にかやり過ぎされてしまう“偽陽性”であるのか、ほかにもさまざまな経過を取りうるが、どのような状態に進展するかを個別に予測することは残念なことに現状では全く困難である。このような時点で、DSM-5が議論の末にARMSの中心を占めるattenuated psychotic symptomsを統合失調症圏の新たな診断項目として採用しなかったことは、ARMSでの介入が単に統合失調症への進行予防を目指すものではなく、さまざまな状態への重症化を妨げる有効な手段であることを考えれば、むしろ幸いであった。

よく指摘される偽陽性に対する倫理的課題をクリアするうえでは、ごく初期のコモンな症状をみながらその先にある病勢を的確に見抜いていくための科学的根拠が必要である。患者が知りたいことは、この薬は他の薬よりも有効か否かという群間比較で得られる相対的な一般論ではない。この治療が自分のこの病気に効くのか効かないのか、自分にはいつどのような副作用がどのように生じうるのかを知りたいのだ。こうした真のニーズに応えるには精密な医学診断を可能にする正確な科学の眼が求められている。福澤諭吉は北里柴三郎に贈った『贈医』という七言絶句の中で、医師に期待するものは「離婁明視麻姑手」とし、医師たるものは自然の臣であるなどと言わず、優れた眼力と熟練の技をもって真理を解明すべしと迫っている。

早期精神病研究は個体の治療反応性や予後予測性への明視を切り開く。世界の早期介入は研究も実践も新たな地平に進み始めている。我々もまた遅れることなく、日本独特のきめ細かい臨床経験に基づいた知力を結集するべき時だと思う。



イタリアの精神科入院制度

水野 雅文*

Key Words イタリア, バザーリア, 強制入院, 精神病院, 精神科病院

抄録：精神病院の廃止という壮大な改革で知られる1978年法180号の成立から40年経つ。イタリアには「精神科病院」がないとされており、入院治療は大学病院を含む総合病院の数少ない精神科病床と、病院とは呼ばれない民間施設で行われている。「精神科病院」の語感や語義は歴史的背景、文化により異なり、多文化間の比較には慎重を要する。2014年には、多くの臨床家が危惧する中、司法精神病院の廃止が決まった。理念の完遂を迫るイタリアの精神科医療における“入院”の実際を紹介する。

はじめに

精神病院の廃止という壮大な改革で知られる法180号の成立(1978年)から30年経つ。統計資料の不足や地域格差の大きさなどが障壁となり、その詳細が知られなかったイタリアにおける一連の精神医療変革について、近年になり、この間の総括とも呼ぶべき報告がなされている。

本稿では、それらの諸論文に関わり、今回改めてレビューを執筆したde Girolamoら^{1,2)}による論文などを参照しつつ、筆者の見聞も交えて地域ケア中心となったとされるイタリアの入院制度の実際を紹介する。

イタリアの精神医療

イタリアの国土はおおよそ31万平方キロメートル(日本は約37万)、人口は60.8百万人(2014年、日本の約半分)とされている。このうち65

歳以上の高齢者がおおよそ20%を占め、日本と同じく少子高齢化が著しい。

イタリアの医療制度は国民皆保険を原則としており、家庭医登録制となっている。利用者は家庭医を地域のリストの中から自由に選べる比較的フレキシブルな制度である。専門医を受診する場合には通常家庭医の紹介を要するが、精神保健サービスに関しては例外となっている。一部の薬剤を除き、医療費は無制限に保険適用されている。国民保険制度によりイタリア全土は200以上の地域医療事業体(ASL: Azienda Unita' Sanitarie)に割られ、各事業体は人口5~20万のキャッチメントエリアとして定められている。

大改革を迎えるに至るイタリア精神医療の背景を知るには歴史的概観を理解する必要もあるが、詳細は別稿³⁾を参照されたい。

本稿においては180号法成立前後の経緯からごく簡単に振り返ることとする。

● イタリアにおける精神医療改革小史

1906年の精神衛生法以来、2000床を超える巨大精神病院が乱立する中、1961年にバザーリア(Basaglia F)がゴリーツィアの州立精神病院長として赴任した頃から、北イタリアを中心に脱施設化をめざした改革が始まった。この運動は次第に各地へ広まり、1968年イタリア精神病院医師会の働きかけにより法431号が制定され、ようやく自由入院が認められ、精神病院の縮小、1:4は人員配置、医師、看護師のほかには社会福祉士や心理士の配置、総合病院内への精神科病床の設置、退院者の治療のための外来設置や精神衛生センターの設置なども進められた。

1973年には改革をすすめる精神科医療従事者を中心とした民主精神科連合が結成され、精神医療改革をめぐる政治的活動が一層強く押し進められた。1978年5月、イタリア議会は新たに「法180号」または「バザーリア法」として知られる精神医療改革に関する法(「任意及び強制入院と治療」に関する法180号)を公布した。続いてより具体的に細則を示した1978年12月の法833号(「国民保健サービスの制度」に関する組織案)が整備された。法180号は精神病院への新たな入院を禁じるものであり、次いで法833号の64条では1980年12月31日以降新たに退院患者の再入院も禁じられた。さらに、1979年1月1日からは総合病院に新たに精神科入院病棟を整備することとし、これらは15床を超えてはいけないことを定めた。新法は新たな精神病院の設立を禁じ、各州に対して精神病院を漸進的に廃止する責任と精神科治療に関するあらゆる権限を与えた。

1978年の精神医療改革以後の入院制度の要点をまとめると、①精神病院への新たな入院の禁止、漸次閉鎖、②各地区保健単位における精神科治療についての多職種チームの配置、③総合病院内に地域サービスと関連した精神科病棟を設置、④強制治療(Trattamento Sanitario Obbligatorio; TSO)の要件を治療必要性和明記

し期間を制限(最大7日)したこと、などである。これによりイタリア各地における精神医療サービスは、それまでの入院中心主義から一転して地域ケア・外来治療中心へと展開した。

1978年当時、イタリアには78,538人が精神病院に入院していた。1996年の時点でも75の公立病院に11,803名の入院患者が残っており、そのうち約半数は精神疾患そのものによる入院、残りは身体的障害または高齢による援助の必要性によるものとされた。また11の私立病院には3,726名が残っていた。1998年初頭には39の公立病院に4,769名、10の私立病院に2,935名までに減少していたが、イタリア政府は政策の完全実施をめざし、病院の閉鎖や地域サービスの整備が遅れている州における予算配分に制限を加えた。その結果残っていた患者は全員が施設などに移され、2000年末にイタリア政府保健大臣は国内の公立精神病院の完全閉鎖を宣言した。

● 精神保健サービスと入院制度

1. 急性期入院治療

ローマの国立保健研究所とトリエステの精神保健部が2002～2003年にかけて共同で行った調査によれば、全イタリアには4,113の公的入院病床が存在した。その内訳は、266の総合病院精神科として3,498床、23大学病院精神科に399床、16の24時間体制地域精神保健センターに98床であった。このほかに、Casa di Curaと呼ばれる54の私立精神科施設に4,862床があるが、民間施設は強制入院には対応していない。

すなわち合計で8,975床が急性期病床として機能しており、人口10,000比で1.72(公立0.78, 私立0.94)である。州間で著しい差があり、最多のカラブリア州と最低のウンブリア州では7倍の差があった。精神科医療では民間施設の病床が過半数を占めている中、他科のデータでは民間の病床は20%に満たない。民間施設での平均在院日数は39.7日、大学病院18.5日、総合病院12.0日であった。公立病院の平均在院日数は、病床数の多い北部でより長く、少ない南部では

短かった。職員数は公立が8,058、民間は2,384であった。

総合病院と大学病院の精神科病床は基本的には入院期間制限を定めていない一方で、18歳以下の入院や重度身体疾患の合併症、アルコール依存などには応じていない。ほとんどの民間施設は、アルコールや薬物乱用、希死念慮、行動障害や暴力行為のある患者などの困難症例は受け入れていない。総合病院の精神科病床は設備が悪く、3分の1の病院で入院患者用の屋外スペースがなく、40%では食堂以外の居間が用意されていない。

2. 強制入院の実際

強制入院は総合病院精神科における全入院の12.9%であった。この割合は欧州のごく平均的な数値(13.2%)であるが、人口10,000に対して2.5という数値は欧州平均の3分の1である(欧州平均7.4)。入院者の身体拘束については後述するが、施設によって年間数件から毎週数件まで異なり、管理方式による違いが著しい。手続き的には、1名の医師の通報、自治体の警察官の立ち会い、救急車による搬送により、空床のあるSPDCへ搬送し、その後1名の精神科専門医の判断によりTSOの適否が決定される。日本のように精神保健指定医制度はないが、医師2名の判断の合致を要する点は同じである。実際には、この法制度を理解している一般の医師はほとんどいないし、警察官についても同じことがいえる点も、日本と同様である。

2004年に130の公立病院と36の民間施設を対象として行われた別の調査では、1,577名が入院し、平均年齢は42.2歳、半数が未婚、3分の1が家族と同居、3分の1はパートナーと住んでいた。診断は、統合失調症圏が36%、うつ病21.4%、躁うつ病18.5%、パーソナリティ障害10.4%、物質乱用8.7%であった。民間施設は統合失調症圏の割合が低かった。自殺企図による入院は14.8%に及び、40%の患者が1年間に3回以上入院していた。これらの頻回利用者の特徴としては、若年、未婚、未就労、障害年金受給、

ホームレスあるいは居住施設入居者である。

337名(21.4%)の初回入院者の特徴としては、55%が男性で、平均年齢は42.1歳、うつ病、統合失調症、躁うつ病の順に頻度が高く、3疾患で60%を占めていた⁴⁾。入院の前月に受診していなかった人が46%で、非イタリア人が多く、ケアへの障壁が示唆された。精神疾患は20歳代での発症が多いことを考えれば、平均の初回入院が42歳であることは現行の地域ケアシステムが入院に至る前のより重篤な状態を入院させずに保つことに成功しているともいえる。一方で、入院前月の受診者が低いことは、良好なタイミングで初回罹患者をケアできるように機能していないことが示唆される。

入院治療は薬物療法が中心であり、光線療法や電気けいれん療法などのその他の生物学的治療はほとんど行われていない。イタリアの精神医療現場における薬物療法の特徴は、多剤併用ながら低用量処方とされ、時には不十分な薬物療法が再発の原因にさえあげられており、精神病院廃止後外来治療を抗精神病薬の大量療法で維持しているわけではない。支持的精神療法は入院患者の70%の施設で実施され、家族心理教育は4分の1の施設でのみ行われ、心理教育や構造化された家族療法を含む家族介入は3分の1の施設で実施可能である。半数以上の施設でリハビリテーションプログラムの用意はなく、就労訓練は一般的にはなっていない。

退院者の72.4%は家庭へ戻り、12.4%はcomunitàと呼ばれる居住施設へ、9.8%は他の入院施設へ転院となっていた。退院計画に家族が参加することは稀であり、64%の総合病院精神科では地域精神保健サービスと連携して決定している。

3カ月以上の長期在院者についての調査では、長期在院者とその他の比較により、精神症状の重篤度、診断に違いはなかったが、民間施設入所、暴力行為、社会機能低下、未婚、高齢、高学歴、リハビリテーションなどが、長期入院と関連していた。

以上のように、イタリアにおける急性期入院治療の最大の課題は、州間や地域間の入院施設数の差異である。このことは保健上の課題ではなく、州間の政策立案における差異であり、国レベルでの統一した基準設定が求められる。イタリアの経済不振が大きな原因ではあるものの、総合病院の旧態として不十分な施設や人員不足は長年にわたって指摘されている。さらに治療の中身に至っては、薬物療法も含め改善の余地が大きく、疾患特異的な治療指針の充実など課題は山積みである。

3. 隔離と拘束

イタリアも他国と同様に、強制治療、特に拘束に関して明確な定義があるわけではない。拘束は、個人の自由と患者の安全を守る葛藤の中で例外的に認められる法解釈に基づく行為にすぎない。強制入院に際して、一部が1978年法180号の“急性精神病症状による緊急入院を本人が拒否する場合”に、刑法第54条の緊急時の不法行為の免責条項に基づいて、刑法第40条の保護規定によって、必要に迫られた拘束は間接的に許容されている。180号法以来、イタリアの精神科医療施設に保護室は存在しない。個人の自由と尊厳を最大限に守る法の精神に則っているためだ。しかし4人部屋でベッドに拘束している姿を見ると、保護室がないことを高度な人権的配慮とみなせるだろうか。

エミリア・ロマーニャ州にあるSPDCでの調査によれば、2005～2008年の間の全入院患者のうち拘束を要したのは13～21%であり、拘束された患者の年齢(中央値)は35～47歳であった。強制入院に多く、入院から3日以内に多く、日中より夜間に多かった³⁾。

● 居住施設 (comunità)

精神科病院を廃止する以上、入院患者の居住施設の確保は必須である。

精神障がい者のための居住施設は、2000年時点において、全イタリアで1,370施設あり、17,138床(1施設平均12.5床)にのぼった。人口

10,000人当たり2.98床が用意されていることになる。州間のばらつきが著しく、平均で0.67～6.93に及んでいる。73.4%の施設では、24時間体制でスタッフが常駐しており、1施設当たりの常勤職員数は平均で13.7、また利用者対比は1.4対1.0で利用者数が上回っていた。これらの数値は2000年時点のものであり、入院に頼れなくなったイタリアでは、居住施設のニーズが急増している。2005年に北部で行われた調査では、人口10,000人に対し、3.1から4.1に増加していた。入居者のうち、旧精神病院への入院経験があるものはすでに約40%にすぎず、新たに発症した患者は病院の代用として、居住施設に入居していることがわかる。新たなロングステイを生み出さないことは、深刻な課題である。1999年の調査では、1年間に1名も退所した利用者のいなかった施設が37.7%にのぼり、1～2名であった施設は31.5%あった。回転は悪く、24.4%の施設では新規入所者が0であった。

イタリア全土の20%にあたる265施設、2,962名の患者を対象とした調査によれば、生涯最初の受診年齢は平均22歳、罹病期間は平均25年、48.3%の患者はGAFスコアが40以下であり、明らかな精神障がい者である。21%の患者が施設内でも暴力などの問題行動の履歴があったが、居住施設におけるこうした問題行動が報道されることはごく稀であるという。施設長たちの印象では、入所患者のうち、4分の3は長期入居者であり、短期に退院可能性のある人は極めて少ない。実際に、最近の大規模コホート研究では、平均年齢49歳の403名の入所患者のうち、罹病期間は23年、調査時の居住施設への平均在所期間は2.2年であった。診断では、統合失調症が67.5%を占め、1年間の追跡のうち自宅へ退所したものは13.6%にすぎなかった。

社会復帰のためのプログラムはほとんどの施設で実施されておらず、障害の程度についての個別のアセスメントも乏しい。薬物療法は多くの利用者に行われており、多剤併用が多く、定型抗精神病薬の処方が多く、双極性障害患者で

リチウムなどの気分安定剤を処方されている者は3分の1にすぎない。

以上をまとめるとイタリアにおける居住サービスは、1)一部の急性期リハビリテーション、2)精神症状が重度で家族の支援があてにできない人たちへのケア、3)重度精神障がい者の住居提供、という3つの活用がなされている。今後はこれらのパスウェイの整理が課題となっている。必要なケアも社会的背景も異なる各種の障がい者が混沌として生活していることが効率化を阻んでいる。

● デイセンター

こうした入院施設の不備とより一層の集中的外来ケアを行うためのデイケアセンターは、イタリア全土で481施設存在する。環境療法(milieu therapy)を基本としつつも、就労支援が中心的な課題で、伝統的にcooperativaと呼ばれる地域互助組織と連携している。40%の利用者が3年以上在籍しており、どの施設も利用者の卒業が課題となっている。

● 地域精神保健センター

イタリアにおける精神保健サービスの要となっているのは、地域精神保健センター(Centro Salute Mentale, CSM)である。大部分の精神科受診者は、CSMにおいて外来治療や居宅施設を含めたりハビリテーションなどに割り振られている。2001年に大規模実態調査が保健省により実施され、イタリア全土で707施設が稼働していた。60%が人口300,000以下の小都市にあり、人口80,460人に1カ所の割合となっている。CSMの利用者の57%が女性で、42.5%が44歳以下で、36%が45～64歳で、21.5%が64歳以上であった。

2009～2010年にかけて22カ所のCMSが参加して、Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders– Axis I (SCID-I)を用いた患者実態調査が行われた。343名の初回受診者があり、14歳以上の人口100,000に対し17.7に相当した。

精神病圏は42%であり、双極I型30%、精神病性うつ病19%、摂食障害9%であった。3分の2が46歳以下であった。31%がかかりつけ医からの紹介で、その他医師からの紹介が21%であった。精神病症状の発現から受診までの期間いわゆるDUPは精神病、双極I型、摂食障害では5年に及び、精神病性うつ病で2年であった。この調査をきっかけに専門外来の設置による早期受診の促進の必要性が検討された。

2009年には、152のCSMが統合失調症の早期介入普及のための調査対象となり、56カ所30.3%で早期介入サービスが存在し、33施設21.7%には早期介入の専門チームが存在した。この分野では、イタリア早期精神病学会会長のCocchiによるProgramma2000が著名である。ミラノの包括的な多機能プロトコールモデルであり、17～30歳のハイリスクあるいは初回エピソード精神病の若者の治療を行っている。照会された全症例は詳しく評価され、介入プログラムを受けている。ローマのASL-D地区にも、各CSMや民間病院などとも協力した早期介入を目指した優れたネットワークが構成されている⁶⁾。

近年、イタリアでも家族に対する支援の重要性が強調され、精神保健サービスが常に家族と協力することが、良好な協力関係を気づくうえでの前提であると考えられている。

● イタリア精神科医療の将来像

精神病院をなくしたはずの国イタリアが目指した精神保健サービスの理想と堕ちた現実については、さらにさまざまな角度から検証する必要がある。その国が「病院」と区別し、自国のかつての精神病院とは全く異なると主張するCasa di curaやcomunitàを、精神科病院の小型版から医療者を除いた施設と概説するわけにもいかない。昨年には、多くの臨床家が反対する中、バザーリア改革では手が付かなかった司法精神病院についても、極めて政治的次元で全面的な廃止法案が可決された。予算が立たずに実

施に踏み切れていないものの、今後の成り行きが注目されている。

不振を極めるイタリア経済，厳然たる格差社会，日本以上の少子超高齢社会，若者の大量失業，絶え間ない移民流入など，イタリア社会を取り巻く状況は厳しい。早期介入をはじめ，少しでも医療経済負担が少なく効率的方法を求めて模索が続けられている。

謝辞：Giovanni de Girolamo, Giancarlo Vinci 両医師に深謝する。

本研究の一部は，平成26年度厚生労働省障害者対策統合研究開発事業（精神障害分野）委託費，精神疾患患者に対する早期介入とその体制の確立のための研究（研究代表者水野雅文）（H26-精神-一般-009）により行われた。

文献

- 1) de Girolamo G, Bassi M, Neri G et al : The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives, and lessons to learn. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 257 : 83-91, 2007
- 2) Picardi A, Lega I, Candici V et al : Monitoring and evaluating the Italian mental health system. *J Nerv Ment Dis* 202 : 451-459, 2014
- 3) Di Lorenzo R, Baraldi S, Ferrara M et al : Physical restraints in an Italian psychiatric ward: clinical reasons and staff organization problems. *Perspect Psychiatr Care* 48 : 95-107, 2012
- 4) Guzzetta F, Miglio R, Santone G et al : First-ever admitted psychiatric inpatients in Italy. *Psychiatry Res* 176 : 62-68, 2010
- 5) 水野雅文：改革15年後のイタリア精神医療事情—北イタリアの精神保健サービスの現状. *精神神経学雑誌* 98 : 27-40, 1996
- 6) Popolo R, Balbi A, Vinci G : *Interventi precoci nelle psicosi*. Alpes, Italia, 2013

*

*

*

思春期青年期に特化した デイケア（イルボスコ）での取り組みとその評価

船渡川智之（医師）、田中友紀（作業療法士）、根本隆洋（医師）、
井上直美（臨床心理士）、水野雅文（医師）

I. はじめに

早期精神病に対して、精神病未治療期間（Duration of Untreated Psychosis, DUP）の短縮と治療臨界期（critical period）に対する集中的治療が有効であることに関しては、現在までに多数の報告がなされている。東邦大学医療センター大森病院では精神病発症危険状態（At-Risk Mental State, ARMS）や初回エピソード統合失調症（First Episode Schizophrenia, FES）の患者を対象としたデイケア「イルボスコ」を2007年5月に開設し、現在まで活動を続けている。プログラムは生物学的アプローチとして、発散的思考（divergent thinking）の障害を標的とした認知機能トレーニング、実生活の中で起こるストレス反応や問題への対処や対応法を包括的に支援・訓練し、改善を図る統合型地域精神科治療プログラム（Optimal Treatment Project, OTP）に則った心理社会的アプローチ、思春期心性に配慮したアプローチを行っている。プログラムの詳細は他稿に記述したため、参考にされたい¹⁾。本稿では、統合失調症における認知機能障害の位置づけと世界的な取り組みの潮流、その中でイルボスコでの取り組みとその効果の評価について概説する。

II. 統合失調症における認知機能障害

神経認知障害は統合失調症において、中核的な障害と考えられている²⁾。そして、社会的問題解決、疾患発症後の日常生活の維持、生活満足度、社会復帰等の機能的転帰の重要な予測因子とも言われ³⁻⁵⁾、薬物療法で陽性症状等の精神症状が改善した場合でも改善を得にくい障害とされている⁶⁾。統合失調症における認知機能障害の内容は、処理速度、注意/覚醒度、作業記憶、言語と視覚の学習、理由付け及び問題解決、社会的認知の7領域⁷⁾、又は、知覚、作業記憶、注意力、遂行機能、長期記憶、社会的認知の6領域⁸⁾とされている。統合失調症の認知機能障害の程度を健常人と比較した研究では、記憶やワーキングメモリー等で-1～-2SD、遂行機能、注意（ビジランス）、運動速度、流暢性等で-2～-5SDと障害は重いことが報告され⁹⁾、それらの障害が環境の変化への適応や生活上の問題解決、ストレス状況への対処、病気に対する理解を深めることや生活スキル獲得への支障につながり、生活技能訓練（Social Skills Training, SST）をはじめとしたリハビリテーションの治療効果の乏しさとも関連する可能性が示唆されている⁹⁾。

III. 治療臨界期における認知機能 リハビリテーションの重要性

統合失調症では、治療臨界期において活発な脳の形態変化が生じており、ARMS、FESを対象と

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)

した脳画像研究においても疾患の早期段階において既に変化が生じていることが示唆されている。そしてその程度が急性期の臨床症状の改善のみならず、長期的転帰にも大きく影響することが示唆されている^{10,11)}。認知機能リハビリテーションにはそのような脳の生物学的変化を減弱させる可能性を有することが示されている。認知機能リハビリテーションの効果を実証した研究がある。言語性記憶を標的とした認知矯正療法の後、同様の記憶課題をテスト課題として効果を検証した研究では、治療前に比べ左下前頭前野の血流が増加していた¹²⁾。作業記憶を標的とした認知矯正療法の後、同様の課題をテスト課題とした研究においても、右下前頭前皮質 (Brodmann47 野)¹³⁾ や、左下および中前頭前回 (Brodmann44/45 野 (Broca 野))¹⁴⁾ 等の脳領域で活性化の程度が大きく、言語野の活動性の有意な増加が示されている¹⁴⁾。注意と記憶、実行機能領域の訓練課題を行った RCT においても、治療後に左海馬と海馬傍回、紡錘状回の脳萎縮の有意な抑制、左扁桃体体積の有意な増大を認め、左海馬傍回と紡錘状回の脳萎縮抑制、左扁桃体体積増大の程度が認知機能の改善度と有意に関連することが示されている¹⁵⁾。また、聴覚性課題、感情認知課題、視覚性課題を行った RCT においても、介入群において注意、記憶、遂行機能が有意に改善し、fMRI (functional Magnetic Resonance Imaging) において中前頭前野領域の有意な活性化がみられ、そして活性化の度合いと遅延再生の改善度との間に有意な相関がみられることを示す報告がある¹⁶⁾。生物学的視点からも治療臨界期内の認知機能リハビリテーションの重要性が示されている。

IV. 統合失調症における認知機能リハビリテーションの潮流

2010 年にイタリアのフィレンツェで開催された国際統合失調症研究カンファレンス (Biennial Schizophrenia International Research Conference) において、広義の認知リハビリテーションは認知機

能改善療法 (Cognitive Remediation Therapy, CRT) という名称で公式に「認知過程 (注意、記憶、遂行機能、社会的認知ないしメタ認知) の持続と一般化を伴った改善を目指す行動的トレーニングに基づいた介入」と定義された。統合失調症において認知機能障害に照準を当て、直接的、あるいは代償的に機能回復を図ろうとするプログラム (認知機能リハビリテーション) が開発されるとともに、様々な研究によって注意力、記憶力、遂行機能等といった認知機能単位での改善効果が報告されている。認知機能リハビリテーションの初期の研究においては、ウィスコンシンカード分類課題を用いた遂行機能領域の改善効果を示した介入研究¹⁷⁾ 等、特定の認知機能を標的とした研究が中心に行われていた。しかし、その後単純な要素的認知機能のトレーニングを行うことは臨床的に有用な改善に結びつきにくく、社会機能への効果から複雑な認知機能を標的にすべきとされ¹⁸⁾、複数の認知機能を標的としたプログラムの研究が盛んに行われるとともに、複数のメタ解析が行われている。認知矯正療法の効果を検討したメタ解析において、効果サイズでは治療プログラムで学習した認知課題 0.96¹⁹⁾、認知機能 0.41、精神症状 0.28、社会機能 0.36 と良好な結果が得られ、そして治療終了後 6 ヶ月時点での平均効果サイズも 0.56²⁰⁾ と良好な状態が維持されていた。その他の報告でも、遂行機能、作業記憶、言語記憶の改善効果の少なくとも 6 か月間の効果の持続性²¹⁾、社会行動や日常生活での問題解決能力、職業等社会機能の指標においても改善効果の持続性を示す報告がある²²⁾。しかし、介入の方法やプログラムの特徴の独自性が目立つこと²³⁾、改善した認知機能の生活機能への波及効果、訓練効果の持続性にも一定の見解が得られないこと等の問題点も指摘されている²⁴⁾。このため近年では、認知機能訓練にグループセッションや就労支援等を付加するプログラムが増え^{18,25)}、精神症状や社会機能、主観的な QOL、治療アドヒアランス等を効果指標とした介入研究が行われるようになった²⁶⁾。複数の認知機能を標的としたプログラムの一つに SST と認知機能リハビリ

セッションを統合した Integrated Psychological Treatment (IPT) がある。IPT の効果に関する 36 研究のメタ解析では、神経認知、社会的認知、社会機能、陰性症状においていずれも介入群では前後で有意な改善効果を認め、平均 8.1 ヶ月後のフォロー期間中でも有意な効果の持続が示されている²⁷⁾。また、コンピュータセッションによる認知機能リハビリテーションと SST や社会的認知への介入を組み合わせた Cognitive Enhancement Therapy (CET) も開発されている。2年間の CET 群と症状自己管理等の心理教育のみを受ける対照群との効果を比較した研究においても、CET 群において認知機能の改善は中程度 ($d=0.46$) であり、社会的認知、社会機能の改善が大きく ($d>1.0$)、陰性症状の改善も認めることが報告されている²⁸⁾。また、統合失調症患者を認知機能リハビリテーションのみ群、対人スキルトレーニングを重点的に行う機能的適応訓練のみ群、認知機能リハビリテーションと機能的適応訓練の両方を受ける群の3群に無作為に割り付け12週間介入した研究では、認知機能リハビリテーションのみ群では認知機能の改善効果を、機能的適応訓練のみ群では生活技能の改善効果を認め、両方のトレーニングを受けた群では、認知機能と生活技能の改善の両方の改善を認めた²⁹⁾。これらの結果より、認知機能リハビリテーションに従来の心理社会的治療を統合した包括的な治療プログラムが、精神障害リハビリテーションに適しており、より広範な効果が得られる可能性が示唆されている。

V. イルボスコにおける取り組み

イルボスコでは治療対象を 15~30 歳、発症後 5 年以内と設定し、治療臨界期 (critical period) での集中的治療を意識している。治療の目的は ARMS から顕在発症への進展を頓挫させる早期介入、発症後間もない FES に対する社会復帰を目標とする積極的なリハビリテーションの 2 点にある。イルボスコで行うプログラムはツールやゲームを用いた認知機能トレーニング、成長過程で経験し

得なかった集団体験を目的としたグループワーク、疾病管理や生活支援等を中心とした心理教育、ロールプレイやシートを用いた対人関係技能訓練、就労・就学等社会復帰支援を行う複合的な治療プログラムである。対象者が思春期・青年期前期であるため、流行や年代特性に合った内容を適宜考案し、改変を加えている。イルボスコでの認知機能リハビリテーションとしては、他稿記述¹⁾の通り週 1 回 2 時間程の認知機能ゲームの他、発散的思考を標的とした認知機能トレーニングを毎日行っている。発散的思考の質的障害は統合失調症において特徴的であり³⁰⁾、認知機能障害のみならず社会機能障害との深い関連性があることが示されている³¹⁾。教育関係者とともに開発した発散的思考を標的とした訓練課題 (ペーパーチャレラン) が統合失調症の発散的思考障害のトレーニングに有効であることも示されており³²⁾、イルボスコではこの課題を用いている。認知機能ゲーム、ペーパーチャレラン以外のその他通常行っている創作、スポーツ、心理教育等のプログラムにおいても要素的認知機能を意識した関わりを行っている。また、イルボスコにおける各個人の効果評価については、精神症状の評価として Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)、認知機能の評価としての注意力・判断力の評価として Letter Cancellation Test、Digit Span、語彙流暢性の評価として Fluency Test、抑制機能の評価として Stroop 課題、遂行機能の評価としてウィスコンシンカード分類課題、Trail Making Test、社会機能の評価として Social Functioning Scale (SFS)³³⁾ を、主観的 QOL の評価として WHO-QOL 26 項目を用いて評価を行っている。

VI. 症例呈示

イルボスコでの取り組みにより安定した大学通学が可能となった症例を通じて具体的なアプローチを紹介したい。尚、プライバシーの保護に留意し、内容の一部は恣意的に変更した。

【症例】20代 男性 【診断】統合失調症

【生活歴および現病歴】

同胞2名中第1子長男として出生。遺伝負因無し。言語運動発達の遅滞はない。元来おとなしい性格であった。中学校3年生頃より体調不良を理由に度々欠席した。高校1年生頃より「クラスメイトからの悪口を言われている」と幻聴、被害関係妄想、「周囲の視線が気になる」といった被注察感が時に自覚されるようになった。X-1年4月大学受験を経て入学を果たし、大学の近くに一人暮らしを始めた。入学後クラスメイトからの悪口が気になり同年6月より休学した。同年9月自ら前医を受診し、統合失調症と診断され、リスパリドンの投与が開始された。幻覚妄想の改善傾向を認めたためX年4月大学を復学することとなったが、集団場面での緊張が続き、次第に通学の継続に不安と苦痛を訴えるようになった。主治医より安定した通学を目的としたイルボスコの利用を勧められ、同月当科紹介初診。以後当科に転院し、同時にイルボスコの利用を開始した。

【治療経過】

＜開始時評価＞

本人は大学に復学したものの幻聴、被害関係妄想が持続し、不安を抱きながら登校していた。また、「新しいことを覚えることが難しく、クラスメイトの名前も覚えられない」といった集中力、記憶力の低下、「クラスメイトと挨拶を交わした後に話す話題が思いつかない」という言語・思考の流暢性の低下を認めた。また、幼少期から同世代との交流が少なく、集団で物事を行う体験、他者と協力して物事を成し遂げる体験の乏しさより対人関係の形成に自信が無く、自己効力感の低さも認め、ストレス対処技能も乏しく、それらの技能の乏しさについての本人の自覚も欠けていた。精神症状、認知機能障害、自己効力感の低さが相互に作用し、さらに集団体験を遠ざけるという負の円環の中にいる状況と考えた。また、家族面接の中で、母親が「本人が過ごしやすいうように」と先回りして行動する傾向が認められ、そうした母親の関わりが本人の自立性の向上、成長に阻害的に働

いている可能性を考えた。

＜目標設定・治療計画＞（図1）

長期のリハビリテーションゴールを本人の希望より「安定した通学」とした。また、本人より「人と話せるようになりたい」という希望があったため、長期目標を達成するための短期目標として「コミュニケーション技能の向上」と設定した。目標を達成するための治療計画を上記のアセスメントに従い「認知機能の向上」、「集団内環境調整」、「ストレス対処技能の向上」、「疾病教育」、「家族介入」の観点より作成した。

目標設定・治療計画

「人と話せるようになりたい」(「」内は本人の言葉)

長期目標(12ヶ月後):安定した通学

短期目標(3ヶ月後):コミュニケーション技能の向上

リハビリテーションプラン:

- ・認知機能の向上
- ・集団内環境調整
- ・ストレス対処技能の拡大
- ・疾患教育
- ・家族介入

図1

＜介入経過 I（開始～3ヶ月）＞（図2）

本人は大学に復学していたため、授業の履修がない日を中心にイルボスコでの治療プログラムに参加した。認知機能ゲームの場面では、自発的な発話は乏しく、注意力の乏しさより教示を聞き逃すことが多く、スタッフの補助を要した。イルボスコ内では当初うつむいて立ち尽くす姿が目立った。しかし、メンバー達から程良い距離感での声かけを受け、安心して過ごせる場が提供されたことで、本人も受動的ではあるものの次第に会話を交わすようになった。スタッフとの個別面談の中では、「大学でもイルボスコでも休み時間の過ごし方が分からない」と話しており、幻聴と被害関係妄想がそのような休み時間に増悪する傾向が確認された。そのため、対処法として「休み時間の過ごし方」について具体的な対策を練るとともに、イルボスコでの昼休みの時間にコミュニケーションの実践の場として話題が合いそうなメンバーと