

第16回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会

平成21年4月23日

資料3

早期支援について

「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する研究会」

これまでの議論の整理と今後の検討の方向性(論点整理)より抜粋

Ⅲ 今後の精神保健医療福祉施策の基本的考え方

「精神疾患に罹患した場合にも早期に適切な医療にかかれるような社会としていくことを基本的な考え方とし、以下の柱に沿って、施策を講ずるべきである。

1) 精神疾患の早期発見・早期対応による重症化の防止のための体制の整備

2) 急性期入院医療の充実等による入院医療の質の向上や、精神科救急医療、精神科訪問看護等地域生活を支える医療の整備を通じた入院の長期化や再入院の抑止

3) 地域における福祉サービス・医療サービス等の充実を通じた入院患者の地域生活への移行及び地域生活の支援の一層の推進と、長期入院が必要な患者に対する適切な療養の提供」

V 精神保健医療体系の再構築に関する今後の検討の方向

(3) 医療体制・連携について

○ 相談体制、入院医療及び通院・在宅医療のあり方に関する検討や、医療計画制度の見直しを踏まえ、今後の精神医療体制のあり方について検討を行うべきではないか。

・ 精神疾患の重症化の防止を図るための早期支援のあり方について

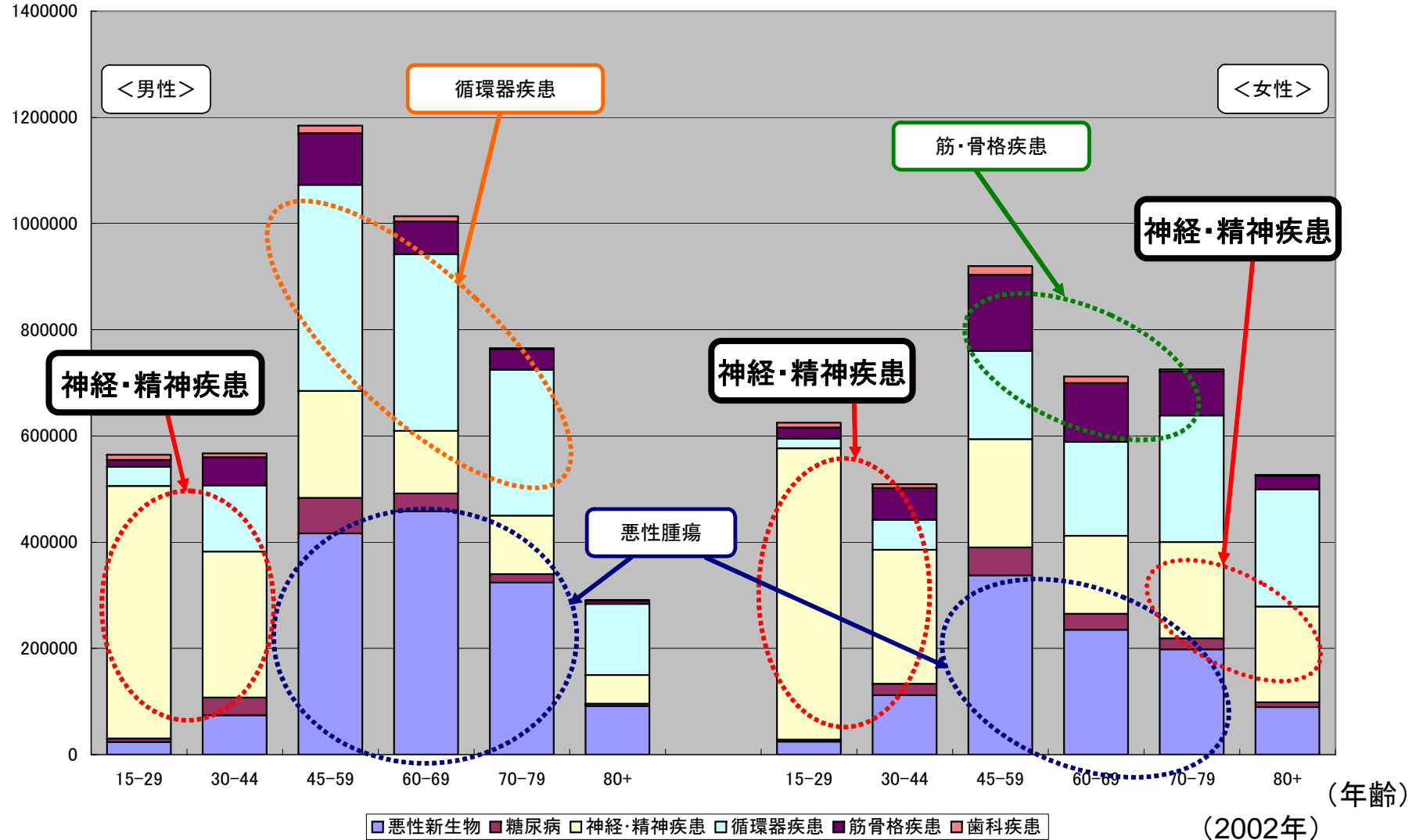
IV 精神疾患に関する理解の深化(普及啓発)に関する今後の検討の方向

「精神疾患の早期発見・早期対応による重症化の防止を図ることを念頭に置いて、今後の具体的な普及啓発方策について検討を行ってはどうか。」

日本における疾病負担

(DALYs)

DALYs(性・年齢階級・主要疾患別)※



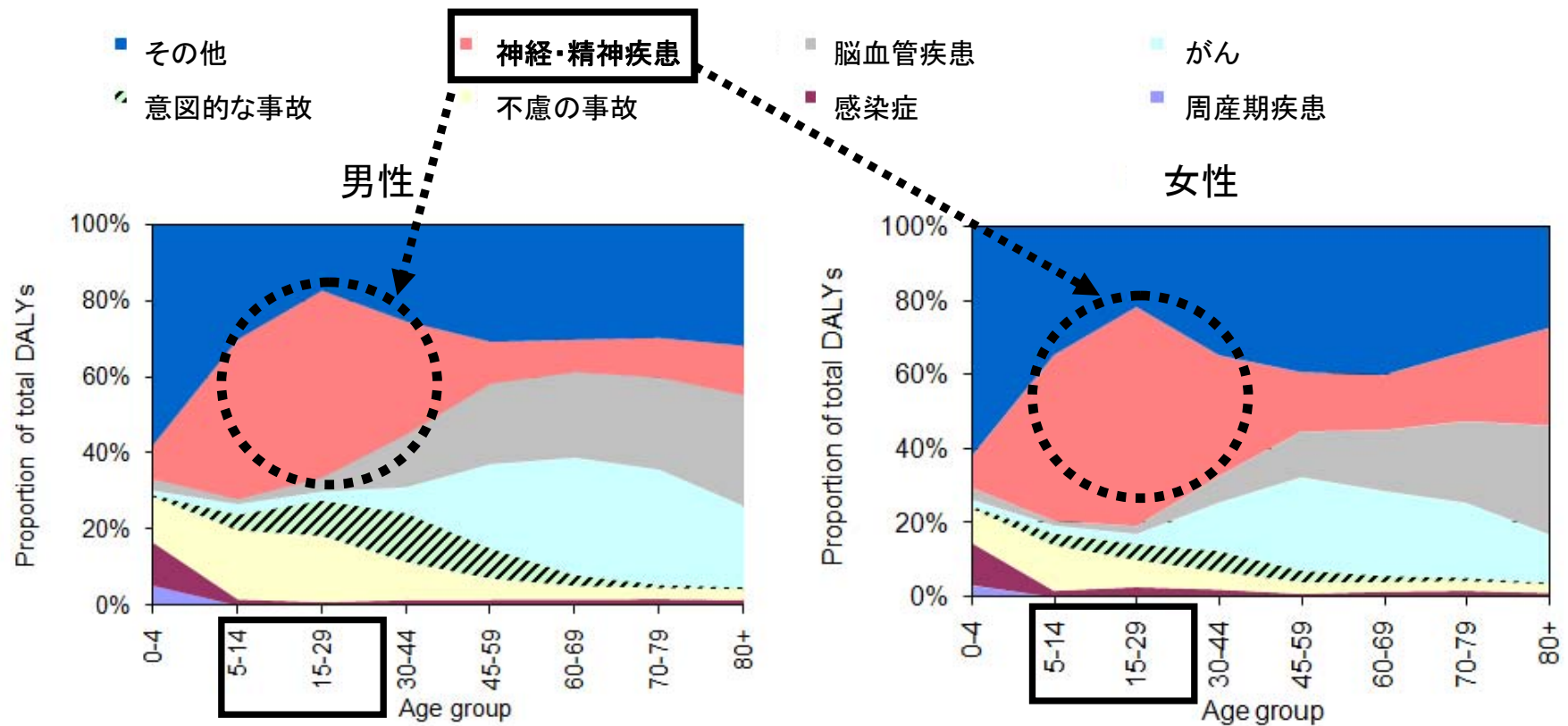
※ DALYs (Disability-Adjusted Life Years) = 疾病により失われた生命や生活の質を包括的に測定するための指標 2

北里大学佐藤敏彦先生提供資料より

日本における疾病負担

(年齢別割合・2002年)

Percent of DALYs by cause, age & sex Japan, 2002



成人精神疾患患者の児童思春期の状況

成人期以降に何らかの精神疾患に罹患している者のうち

約50%はすでに10代前半までに何らかの精神科的診断に該当

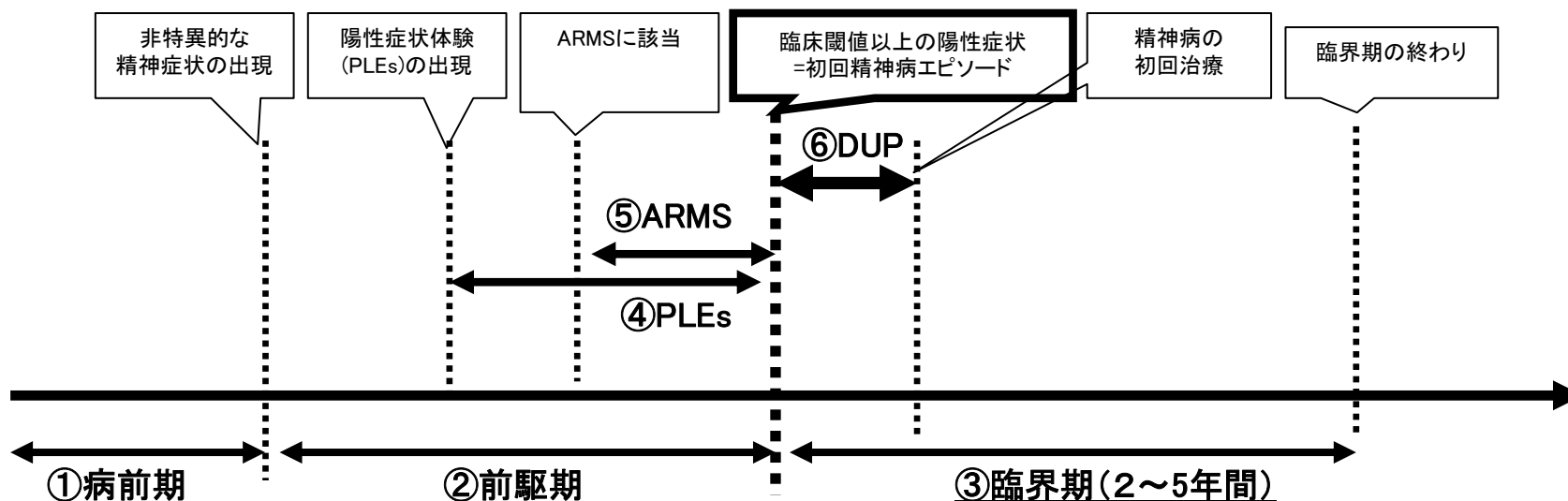
約75%はすでに10代後半までに何らかの精神科的診断に該当

26歳時の診断	何らかの精神科的診断に		
	11~15歳に該当	11~18歳に該当	11~21歳に該当
何らかの精神障害	<u>50.0%</u>	<u>73.9%</u>	<u>82.4%</u>
不安障害	54.5%	76.6%	84.9%
うつ病性障害	52.3%	75.3%	84.5%
躁病エピソード	58.6%	79.3%	93.1%
摂食障害	64.0%	84.0%	92.0%
物質使用障害	52.6%	75.8%	83.7%
統合失調症	<u>52.8%</u>	<u>88.9%</u>	<u>94.5%</u>
反社会性人格障害	62.5%	85.0%	92.5%

例) New Zealand, Dunedin に1972年に出生した1000人以上の新生児一般人口標本を胎生期から成人期以降まで縦断的追跡。 4
厳密な臨床評価面接を繰り返し実施。

資料: Julia Kim-Cohen. et.al., "Prior Juvenile Diagnoses in Adults with Mental Disorder". Arch Gen Psychiatry.2003;60:709-717

統合失調症の早期支援関連概念の定義



①病前期・・・精神症状や機能低下なし

②前駆期・・・発病した時点から後方視的にそれ以前を振り返った際の概念。ARMSと異なる。

③臨界期 (Critical Period)・・・初回精神病エピソードから2年～5年の期間。DUPを含む。

④PLEs (Psychotic-like experiences)・・・精神病様症状体験

⑤ARMS (At Risk Mental State)・・・精神病発症危険状態；発病する危険のある精神状態

⑥DUP (Duration of Untreated Psychosis)・・・未治療期間；顕在発症後、治療につながるまでの期間。

発生頻度等に関する疫学的知見

◆我が国のDUPに関する知見

2002年の都内医療機関2施設における調査では、DUPの平均値は13.7月、中央値5.0月であった(Yamazawa, 2004)。

◆初回精神病エピソードに関する知見

年間発生率(20/100万人)(Department of Health, England, 2001)

16～30歳の年齢域に初回精神病エピソードの80%が集中する。15歳以下の年齢域では5%(Hafner, 1998)。

◆ARMSに関する知見

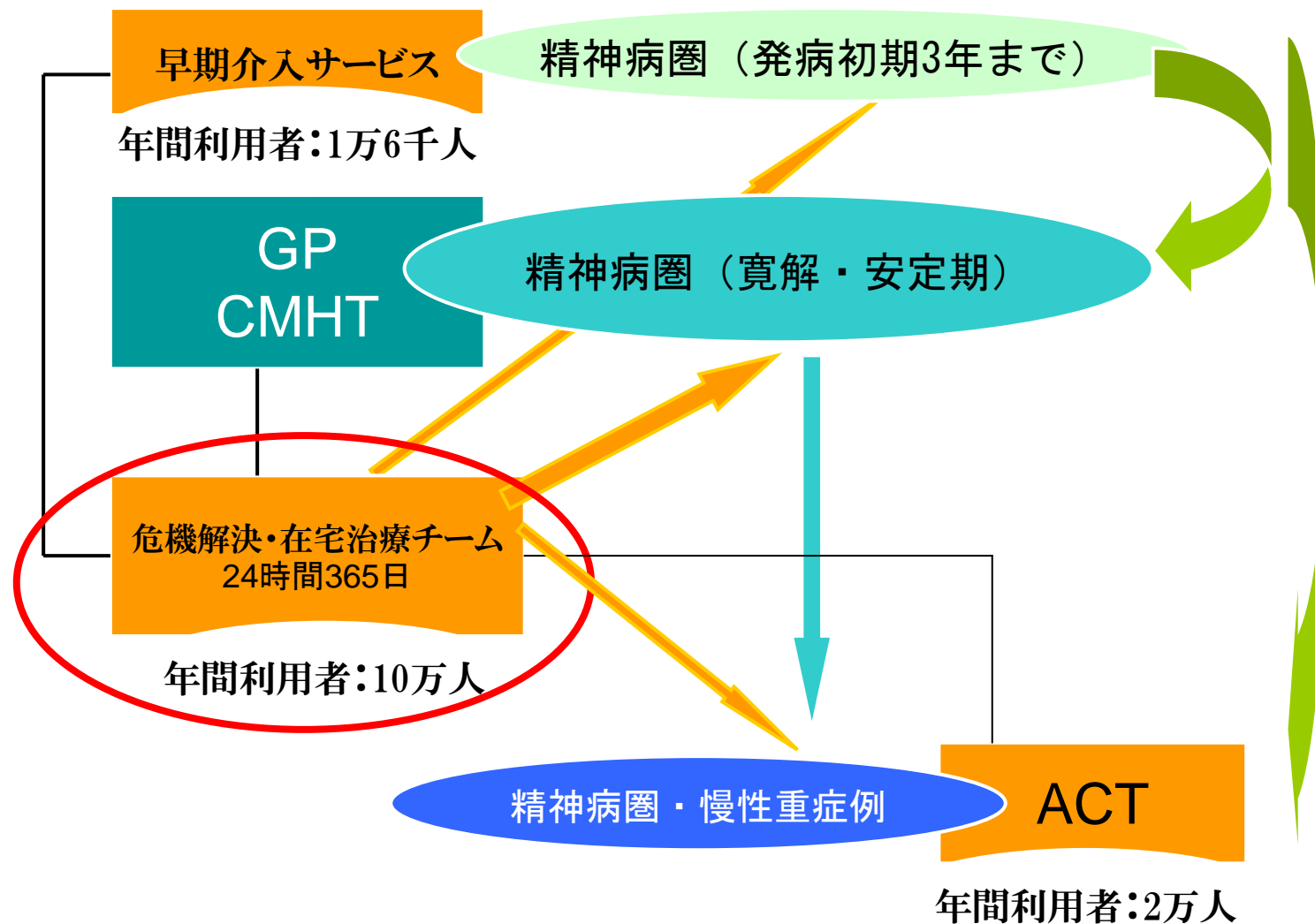
ARMSに該当する若者(自ら精神的不調を自覚し、help-seekingしてきた者)のうち、1～2.5年以内の精神病移行率は、10%～35%(Yung et.al., 2006; Cannon et al., 2008)。精神病へと移行した若者のうち2/3が最初の12ヵ月間に集中。

◆PLEsに関する知見

一般人口標本1000名を前方視的に追跡した結果、11歳時点でPLEsを体験していた児童(14%(そのうち強い症状群1.6%))のうち、15年後の時点で11%が統合失調症様障害を発症、強い症状群では25%が発症。

イングランド 入院を予防するための3つの専門アウトリーチサービス

～分担と連携～



精神病早期支援サービスの例 ～英国保健省サービス実践ガイド(2001)より～

(目的)

- ・ 専門家および一般の人々に対する啓発を行い、精神病に対するスティグマを低減させ、精神病症状の知識、および早期アセスメントの必要性に関する認識を高める。
- ・ 若者が未診断、未治療で放置されている期間を短縮する。
- ・ 病初期の継続的な関係(engagement)を構築し、エビデンスに基づいた介入を実施し、回復を促進する。

(サービス対象、期間)

- ・ 14歳から35歳で、精神病を初回発症した人々
- ・ 14歳から35歳で、精神病罹病期間が3年以内の人々
- ・ 上記該当者に対し、2年ないし3年の集中的・包括的支援を行う。

(典型的なサービス規模)

- ・ 人口100万人の地区に、3～4チーム(アウトリーチチーム)および1専門入院施設。
- ・ 1チームに6～7名のケアコーディネーター。ケースロードは15程度。

英国における精神病早期介入サービスの主要コンポーネント

① 臨界期の包括的治療

- ・ ケアコーディネーターによる担当制の訪問型支援・治療
- ・ ケアプランの作成、ケースマネジメント
- ・ エンゲイジメントの重視
- ・ 家族支援の重視
- ・ 低用量単剤・薬物療法
- ・ 心理療法(CBT)
- ・ 就学・就労支援

② 早期発見のための取り組み

- ・ DUP短縮のための啓発活動
- ・ 早期紹介のための地域連携
- ・ 紹介後の迅速な訪問型アセスメント(若者が可能な限り緊張しない環境での初回アセスメント)
- ・ 臨界期治療サービスへの紹介・エントリーサービスとしての役目

Marshall M et al , 2004

早期支援の構成要素モデル化例(イギリスの専門家のコンセンサスによる)

対象	精神疾患の初回エピソードを体験した人
チーム構成	専任の専門職(精神科医、1名以上の精神科看護師、臨床心理士)、うち1名以上は認知行動療法の研修を受けていること
アプローチ	医学・社会学・心理学のモデルを用いた統合的アプローチ
位置づけ	従来の精神疾患へのサービスからは独立した機関(従来のサービスの付加的施設ではないこと)

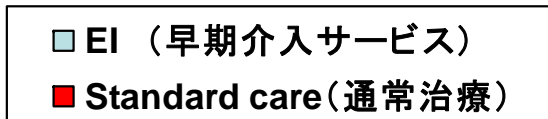
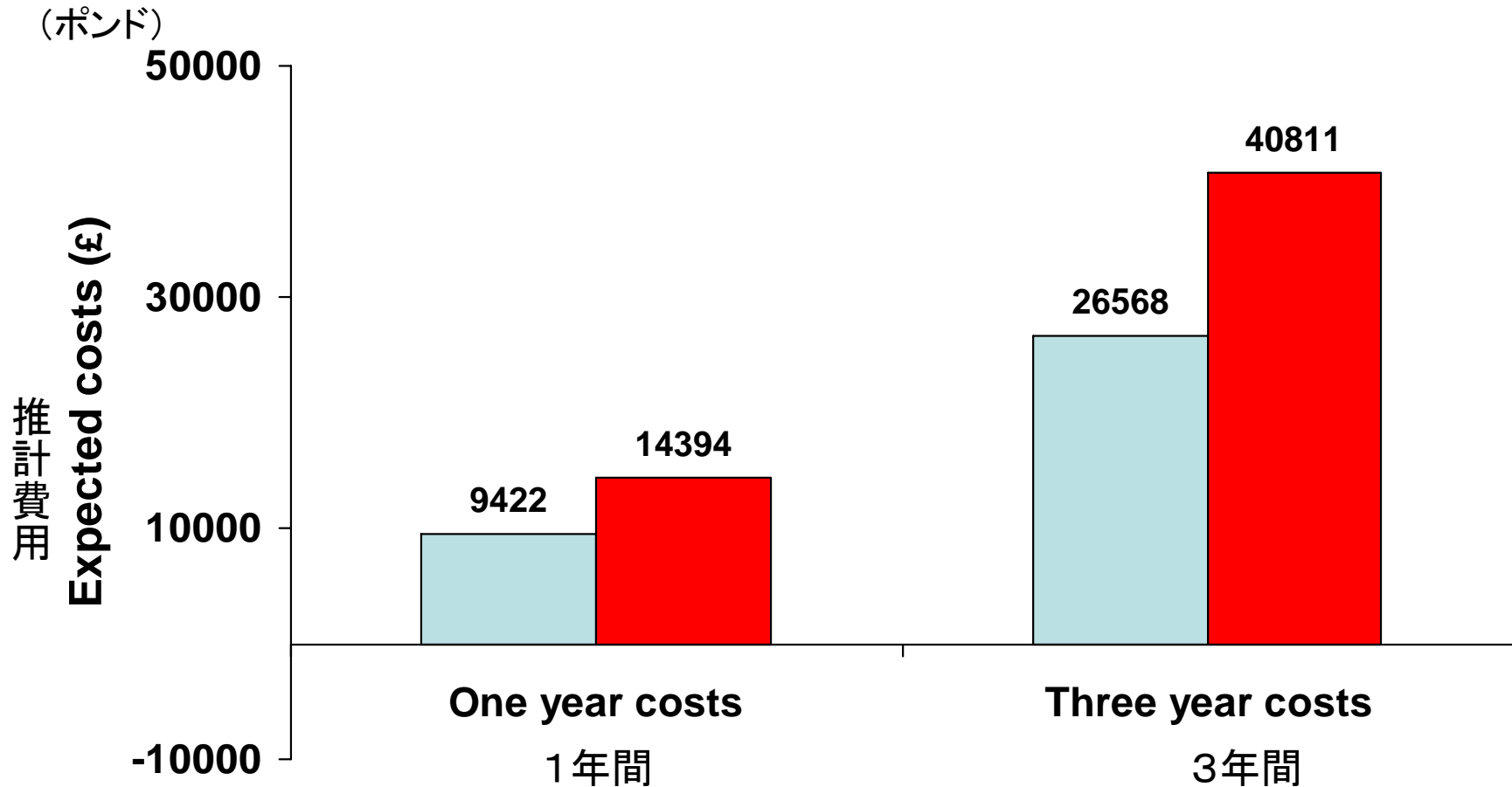
	初期評価(迅速)	集中的治療と合併症の早期発見	集中的治療と再発防止	アウトカム
医学的アセスメントと治療計画	<ul style="list-style-type: none"> 精神疾患の疑いによる紹介から診断へ: 病歴、精神状態、リスク評価(自殺を含む)、再発のリスク 	<ul style="list-style-type: none"> 抑鬱状態の査定と治療 自殺念慮の早期発見と治療 治療抵抗性の陽性症状に CBT を実施 	<ul style="list-style-type: none"> 左記全項目の継続実施 再発防止計画の作成 	<ul style="list-style-type: none"> 早期治療導入の決定 合併症の早期発見 リスクの明確化
薬物療法		<ul style="list-style-type: none"> 低用量の第2世代抗精神病薬の投与 薬物療法の詳細な情報を提供 患者の意思決定への参加 	<ul style="list-style-type: none"> 生活に支障を来す陰性症状に対する薬物療法の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> 精神症状の安定化 最小限の副作用 患者の参加
社会・心理学的アセスメントとケア計画	<ul style="list-style-type: none"> 社会機能の評価 資源の評価 家族評価 患者の希望、疾患理解度の査定 苦痛や困難の領域の特定 	<ul style="list-style-type: none"> 抑鬱状態・自殺念慮の早期発見と対処 	<ul style="list-style-type: none"> 再発防止計画の作成 患者評価への家族/身近に人の参加 	<ul style="list-style-type: none"> 「痛み」の明確化 社会機能・家族機能の明確化 自殺予防
プログラム(非薬物)	<ul style="list-style-type: none"> プライマリの割当 関係作りと見守り 家族/身近な人の治療参加 	<ul style="list-style-type: none"> 精神病学習教材の提供 薬物療法の詳細な情報を提供 家族への介入: 心理教育と支援 家族/ケア提供者への情報提供(危機的状態時の対処方法) 24時間管理チームの時間外支援の提供 	<ul style="list-style-type: none"> 左記全項目の継続実施 再発防止計画を家族と共有 プログラムの有効性の評価(患者・家族の積極的参加可能な内容) プログラムの継続(患者が参加しなくても終了しない) 	<ul style="list-style-type: none"> 家族の治療参加 コンプライアンスの向上 症状のセルフマネジメント 再発予防
地域との連携	<ul style="list-style-type: none"> プライマリケア施設からの紹介 児童・思春期精神保健サービスからの紹介 翻訳サービスの利用 プライマリケア施設や他の機関に対する窓口の設置 	<ul style="list-style-type: none"> クライシスインターベンション(集中的な地域支援) 個別の年齢に応じた入院施設の利用 入院患者に場合はその入院の見直しに積極的に関わる 入院患者: 退院計画に積極的に関わる 	<ul style="list-style-type: none"> 左記全項目の継続実施 紹介経路の評価 	<ul style="list-style-type: none"> より早い早期介入 危機的状況時への早期対処 プライマリ施設と早期介入サービスの役割の明確化
目標	<ul style="list-style-type: none"> 早期治療の導入の決定 状態・機能把握 見通しの評価 	<ul style="list-style-type: none"> 治療・ケア計画の作成 治療・ケアの実施 危機介入、合併症の早期発見と予防 	<ul style="list-style-type: none"> 再発防止計画の作成と実施 治療の評価と見直し 地域との連携の強化 	

早期介入サービス(EIS)[※]における臨床的効果

	<u>National</u>		<u>EIS[※] (3y) 2003-6</u>
未治療期間	12-18月		5-6月
% 初発例の入院率	80%		41%
% 初発例の強制入院率	50%		27%
再入院率	50%		27.6%
% 12ヵ月間の治療継続率	50%		100% (79% well engaged)
家族の参加率	49%		91%
家族の満足度	56%		71%
就労率	8-18%		55%
自殺企図	48%		21%
自殺完遂			0%

※Worcestershire EIS (Smith, 2006)

早期介入サービスによるコスト削減効果



(McCrone, Dhanasari, Knapp 2007)

早期支援の効果に関するエビデンス

◆RCT(ランダム化比較試験)(1) ~英国 LEO~

初回精神病エピソード患者(144名)を、標準サービスと早期介入サービスに無作為化割付。18ヶ月後を評価。社会機能、就労率、サービス満足度、QOL、治療継続率、服薬アドヒアランスにおいて、有意に早期介入サービス群で改善がみられた。ただし、症状そのものの改善については、両群に有意差みられず(Garety et al.,BJP 2006; Craig et al., BMJ 2004)。

◆RCT(ランダム化比較試験)(2) ~デンマーク OPUS~

初回精神病エピソード患者(547名)を標準サービスと早期介入サービスに無作為化割付。1年後、2年後を評価。陰性症状、陽性症状、社会機能の改善に有意差あり。家族の負担感も有意に軽減。5年後の評価では、入院施設利用率、入院日数が有意に低かった(Thorup et al.,Schi Res 2005; Petersen et al., BJP 2005, Bertelsen et al., Arch Gen Psych 2008)。

◆地域介入比較調査 ~ノルウェー TIPS~

早期介入を行っている地域とそうでない地域におけるDUP、症状、社会機能、自殺率を比較。介入地域でDUPが有意に短く、初回精神病エピソード患者の2年後の症状、特に陰性症状レベルが有意に低く、就労・就学の割合も有意に高い。自殺率も介入地区で有意に低い(Melle et al.,Arch Gen Psych 2004; Melle et al., AJP 2006, Larsen et al., Schizophr Bull 2006)。

平成20年度厚生労働科学研究費補助金「思春期精神病理の疫学と精神疾患の早期介入方策に関する研究」

岡崎祐士研究代表者・西田淳志研究分担者提供資料より

我が国における早期治療のための取り組み例

イルボスコ

東邦大学大森病院メンタルヘルスセンター・早期精神病ユニット
(外来 + デイケア + 入院病棟)

治療方針: 統合型地域精神科治療プログラム(OTP)

サービスモデル

1. 早期発見・早期介入
2. 多職種チームモデル
3. 継続的なアセスメント
4. 訪問サービス
5. 双方向性の心理教育

治療プログラム

1. 非定型抗精神病薬による薬物療法
2. ストレスマネジメント
3. 認知行動療法
4. 就労支援