

第8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20年8月21日	資料3

西田参考人提出資料

(2008-08-21) 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 資料

今後の精神保健医療福祉における 精神保健普及啓発および早期介入の意義

東京都精神医学総合研究所
統合失調症研究チーム 研究員
西田淳志

少子高齢化の進む先進諸国 ～その共通の課題～

若年労働人口の労働収益を最大限高めること
若者の労働収益の損失につながる要因を
減少させること、予防すること

The Burden of Disease Study
(疾病障害による国家的経済損失の研究)

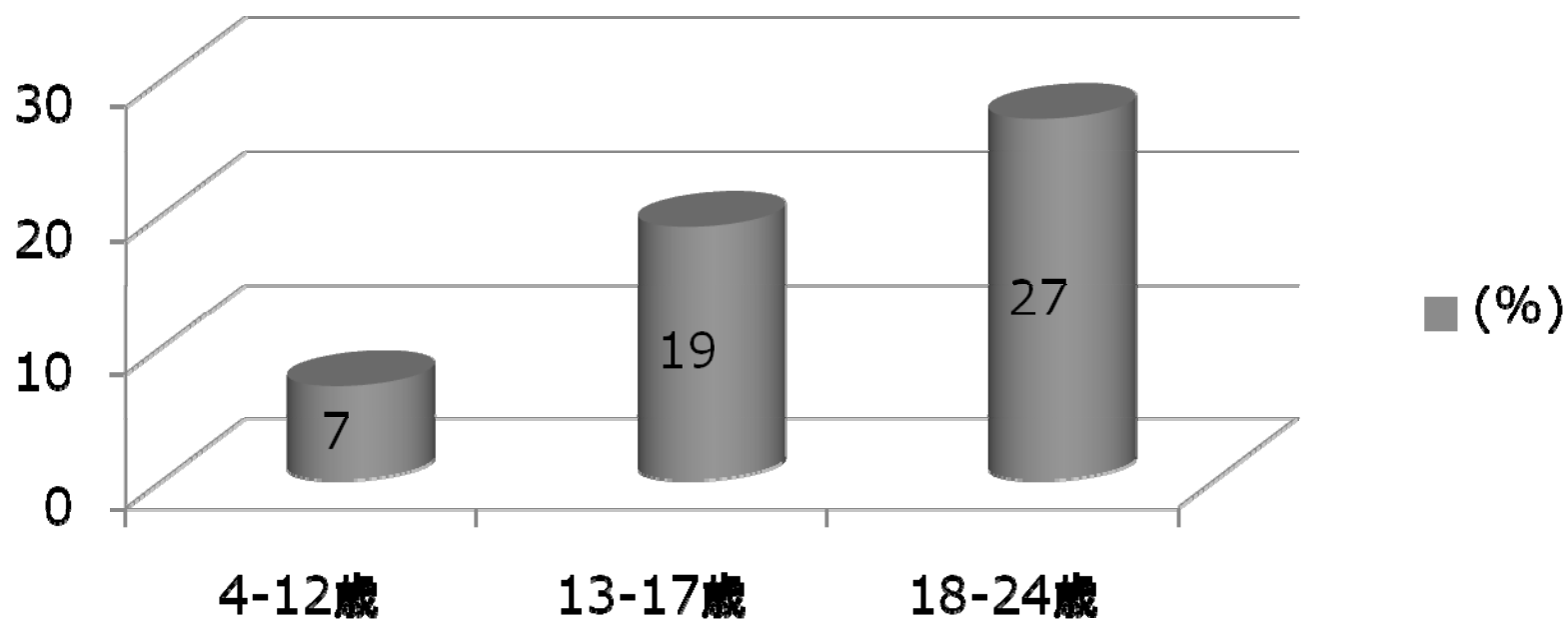
若年層の総疾病負担(疾病による経済損失)に占める
精神疾患の割合は50%を超える

Murray C.J.L et al.1996

若年層における精神疾患の頻度

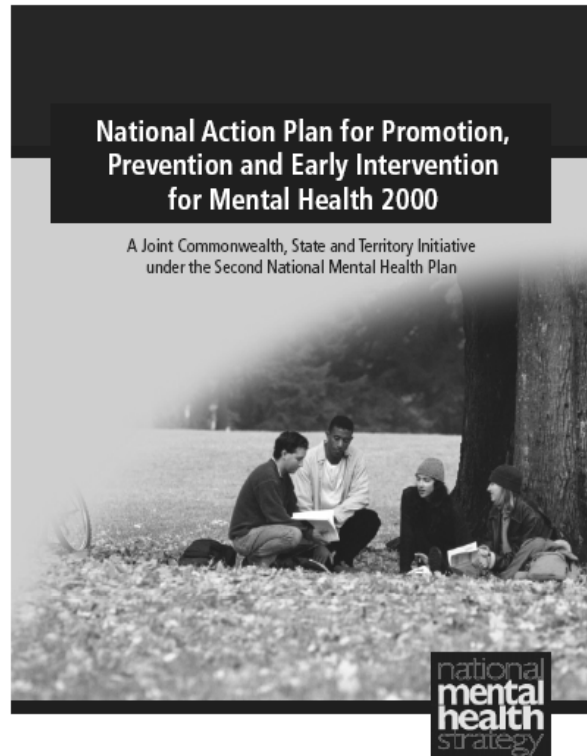
豪国・保健省と財務省による
若年層の精神疾患に関する全国疫学調査

若年層における精神疾患の罹患率 (%)



Department of Health and Age and Care, 2000

精神障害の予防を重視した精神保健国家戦略 (オーストラリア保健省)



National Action Plan for Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health 2000 (Second Plan)

- 1998～2003年:5年計画
- 予防的取り組みに巨額の予算を投入
- 年齢階層別に個別化した精神疾患予防対策の具体的指針
- 特に10～20代の若者を対象とした予防的取り組み・対策を重視

ブレア政権下で飛躍的に進んだ 英国の精神保健医療改革

- サッチャー政権下で荒廃した保健医療サービスの改革（第三の道）
- ガン、心疾患、精神疾患に対する対策を最優先課題とし、精神保健医療費を1.5倍に増額。有望なサービスの開発に積極的に投資。
- 1999年にNSFMHを発表。以後、着実に前人未到の精神保健医療改革を進めている。
- ブラウン政権化においても、臨床的効果（エビデンス）と費用対効果の双方を重視した精神保健医療改革が継承され、特に、精神疾患の予防対策への投資を重視する方針が掲げられている。

持続可能な20年後の精神保健医療のあり方 (2008年5月・英国・*King's Fund*)

PAYING THE PRICE

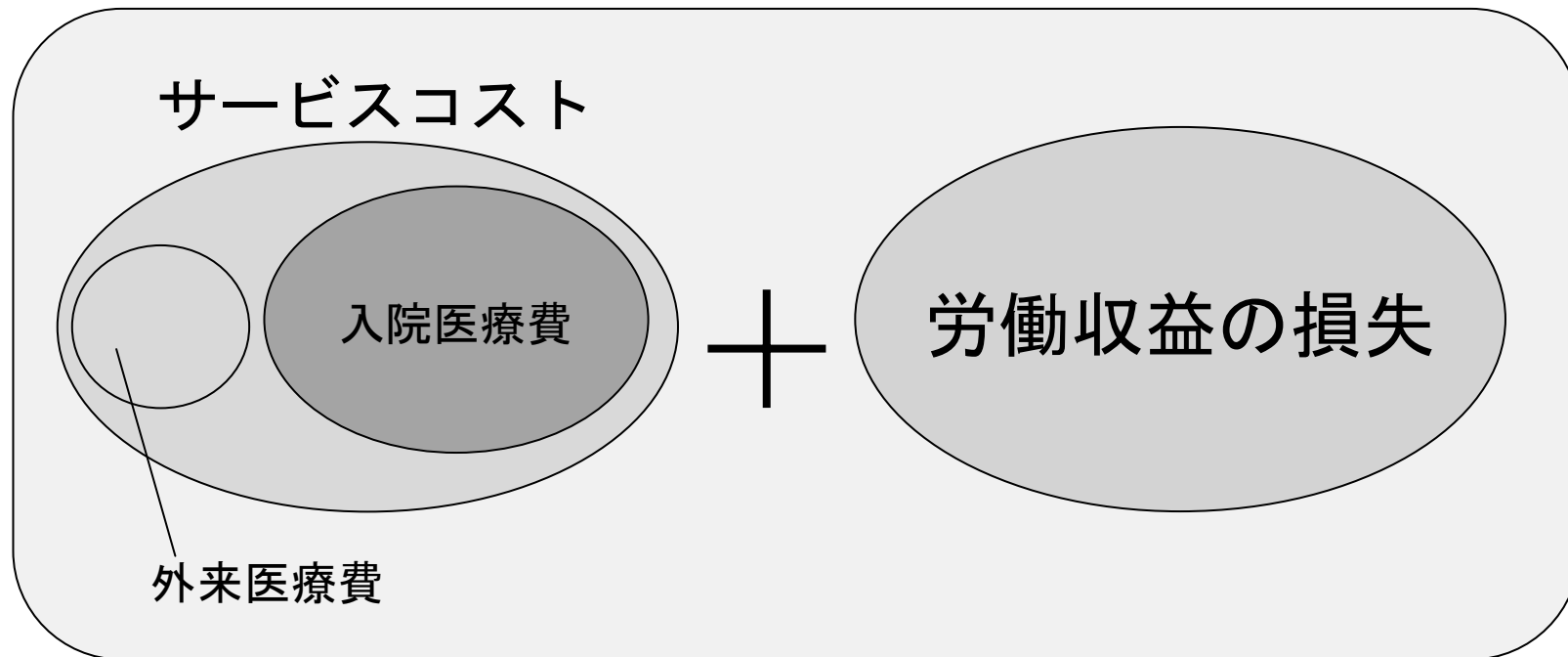
The cost of mental health care in England to 2026

Paul McCrone
Sujith Dhanasiri
Anita Patel
Martin Knapp
Simon Lawton-Smith

King's Fund

- 精神保健医療サービスの質を向上させ、かつ、国の精神保健医療コストを削減できる方向性を検討した報告書。
- 現状のサービスの臨床的効果と費用対効果を分析。
- エビデンスに基づいて20年後(2026年)の精神保健的ニーズ、コストを推定。
- そのうえで、サービスの質を高め、かつ、コストを削減できるサービスモデルや政策的方向を提案している。

費用対効果に基づく考え方 ～その前提～



トータルコスト

2026年の精神障害者数と精神保健医療コストの推定値（英国）

疾患	人数 (100万人)		サービスコスト (10億ポンド)			労働収益の損失 (10億ポンド)			トータルコスト (10億ポンド)		
	2007	2026	2007	2026	2026 実支出と 価格効果 を含む	2007	2026	2026 実支出と 価格効果 を含む	2007	2026	2026 実支出と 価格効果 を含む
				2007年 物価			2007年 物価			2007年 物価	
うつ病	1.24	1.45	1.68	2.03	2.96	5.82	6.31	9.19	7.50	8.34	12.15
不安障害	2.28	2.56	1.24	1.40	2.04	7.7	8.34	12.15	8.94	9.74	14.19
統合失調症	0.21	0.244	2.23	2.52	3.67	1.78	1.94	2.83	4.01	4.46	6.5
双極性障害	1.14	1.23	1.64	1.8	2.63	3.57	3.83	5.58	5.21	5.63	8.21
摂食障害	0.117	0.122	0.016	0.016	0.024	0.035	0.036	0.052	0.051	0.052	0.076
人格障害	2.47	2.64	0.7	0.78	1.13	7.2	7.65	11.16	7.9	8.43	12.29
児童思春期関連 精神疾患	0.61	0.69	0.14	0.16	0.24	0	0	0	0.14	0.16	0.24
認知症*	0.58	0.94	14.85	23.88	34.79	0	0	0	14.85	23.88	34.79
合計	8.65	9.88	22.5	32.59	47.48	26.1	28.1	40.97	48.6	60.69	88.45

	↓		↓		↓		↓		↓		↓
(参考 : 1£ = 210円)		4兆7250億円	6兆8439億円	5兆4810億円	5兆9010億円	10兆2060億円	12兆7449億円				

(McCrone et al, 2008)

Paying the Price

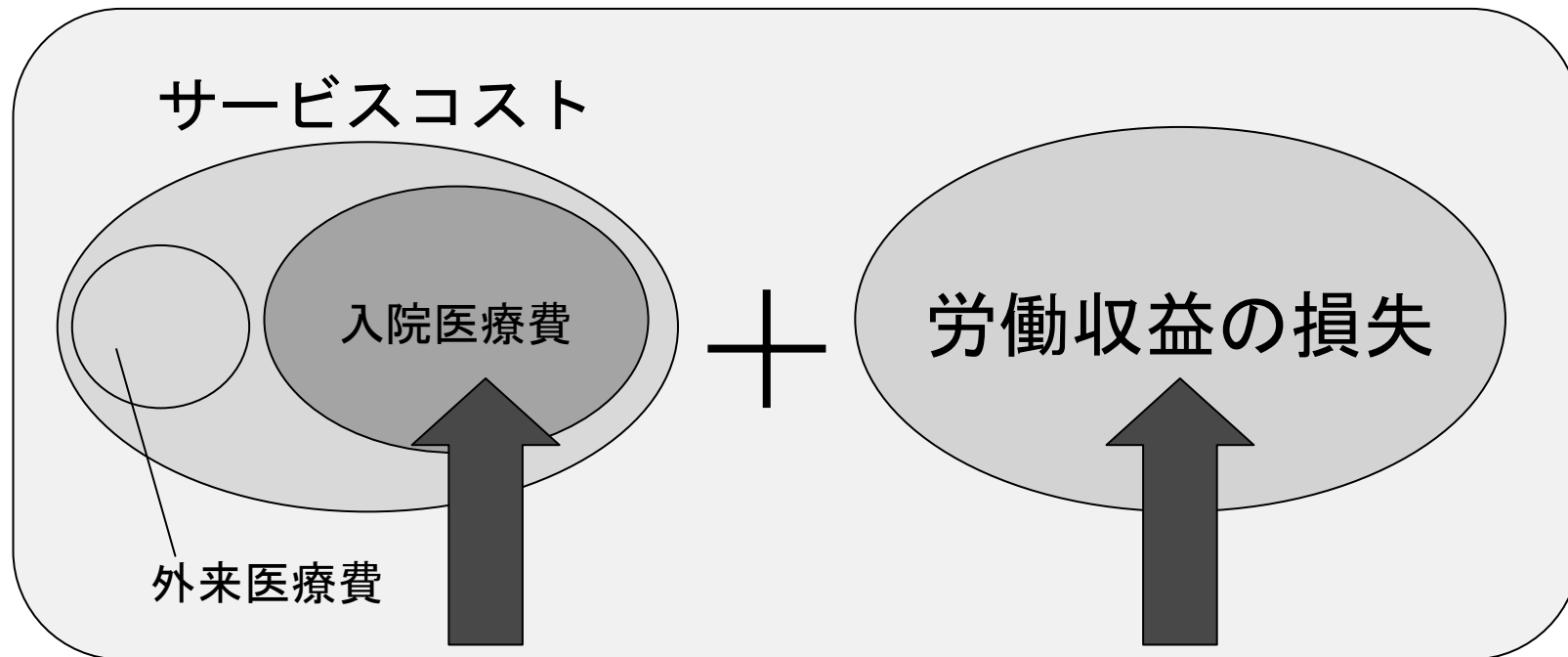
～要点～

- 精神疾患の罹患率は20年後も横ばい。現状とほぼ変わらず。
- ただし、認知症は例外である。現在、精神保健医療サービスコストの66%を占める認知症のコストが2026年までに73%まで増加する。
- 現状の精神保健医療サービスコスト(年間)は225億ポンド(約4兆7千億円)であるが、2026年には326億ポンド(約6兆8500億円)にまで増加する。その最大の要因は認知症に関する著しいコスト増加である。
- 現状の分析では、うつ病の診断基準に該当する国民の35%、不安障害の診断に該当する国民の51%は、精神保健医療サービスにつながっていない。また、摂食障害、行為障害、特に児童思春期の子どもたちの未治療率は極めて高い。特に、うつ病・不安障害の未診断・未治療がもたらす労働収益の損失は著しい状況にある。
- エビデンスに基づいた有効なサービスの直接コストは、かならずしも安いものではないが、ただし、適切なサービスによって、労働収益の損失が軽減されることでトータルコストを削減できる可能性がある。トータルコストを削減しうるサービスを拡充するための重点的な投資が必要である。

(McCrone et al, 2008)

コストセービングの標的(英国)

トータルコスト



- ①入院率を減少させ、②労働収益の損失を最小限にとどめ、かつ③臨床的に有効性が高いサービスや対策に重点的に投資を行う

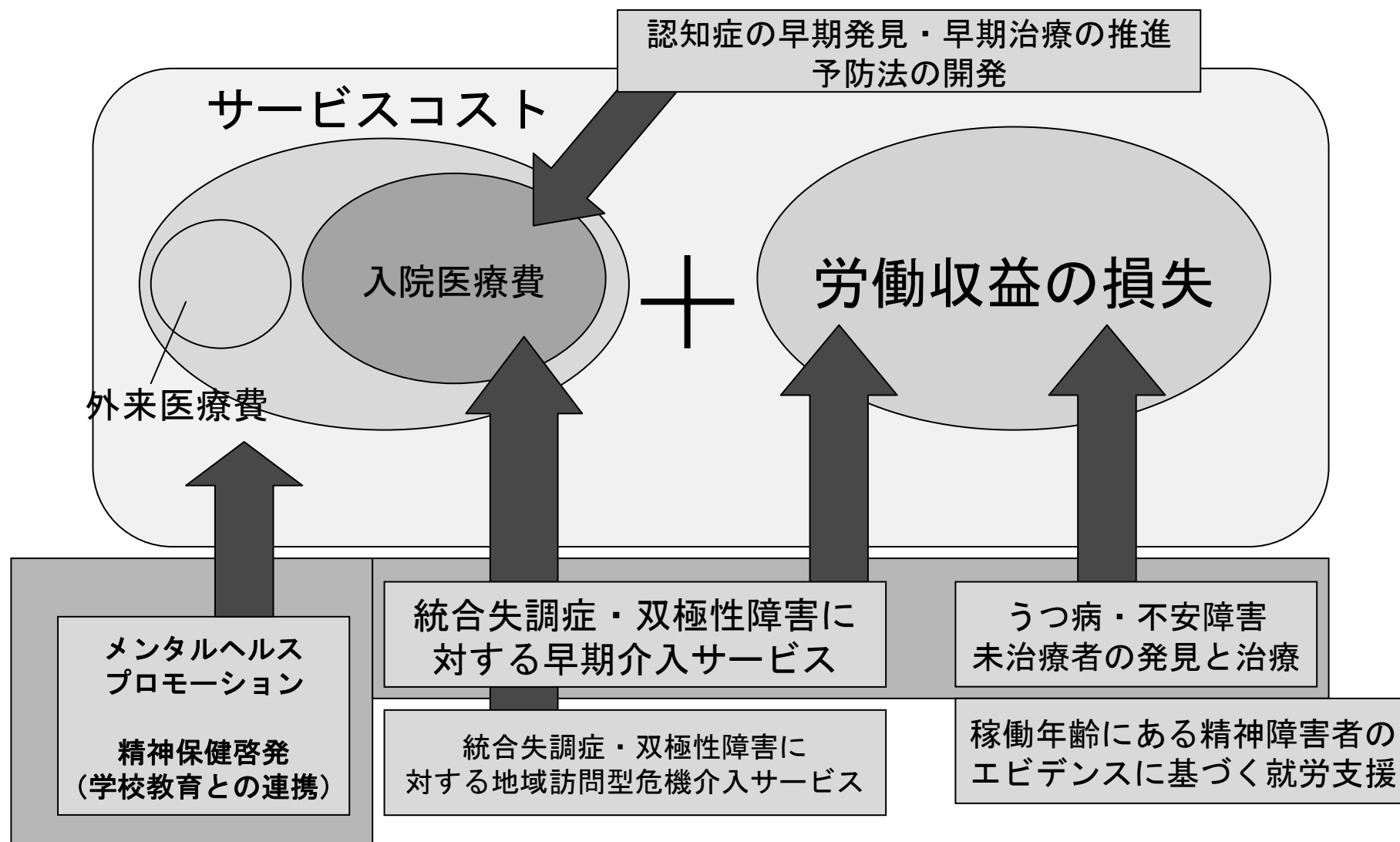
年間あたりのコストセービング推定値（英国）

コストセービングに寄与する介入方法	2007	2026	(参考: 1£=210円)
うつ病			
未治療者に対する薬物療法	500万~3600万ポンド	800万~6100万ポンド	16億8千万~128億1千万円
未治療者に対する薬物療法と心理療法	100万~900万ポンド	200万~1600万ポンド	4億2千万~33億6千万円
不安障害			
未治療者に対する薬物療法	800万~6600万ポンド	1300万~10200万ポンド	27億3千万~214億2千万円
未治療者に対する薬物療法と心理療法	100万~700万ポンド	200万~1100万ポンド	27億3千万~214億2千万円
統合失調症			
危機介入地域治療チームの拡充 早期介入サービスの拡充 早期発見サービスの導入	400万~2200万ポンド 0万ポンド 0万ポンド	700万~3700万ポンド 1300万~6500万ポンド 最大1900万ポンド	14億7千万~77億7千万円 27億3千万~136億5千万 最大39億9千万円
双極性障害			
危機介入地域治療チームの拡充 早期介入サービスの拡充 早期発見サービスの導入	200万~1000万ポンド 0万ポンド 0万ポンド	300万~1600万ポンド 800万~3100万ポンド 最大400万ポンド	6億3千万~33億6千万円 16億8千万~65億1千万 最大8億4千万円
認知症			
65-74歳人口中の罹患率の低減 65-84歳人口中の罹患率の低減	2億~6億ポンド 8億~24億ポンド	4億~12億ポンド 17億~52億ポンド	840億~2520億円 3570億~1兆920億円

The range of potential savings depends on how many more patients are treated and how quickly new services come online

(McCrone et al, 2008)

2026年の精神医療サービスのあり方に関する提言 (McCrone et al, 2008)



**統合失調症および双極性障害を発症した
若者を対象とした早期介入サービス
～英国の推定分析～**

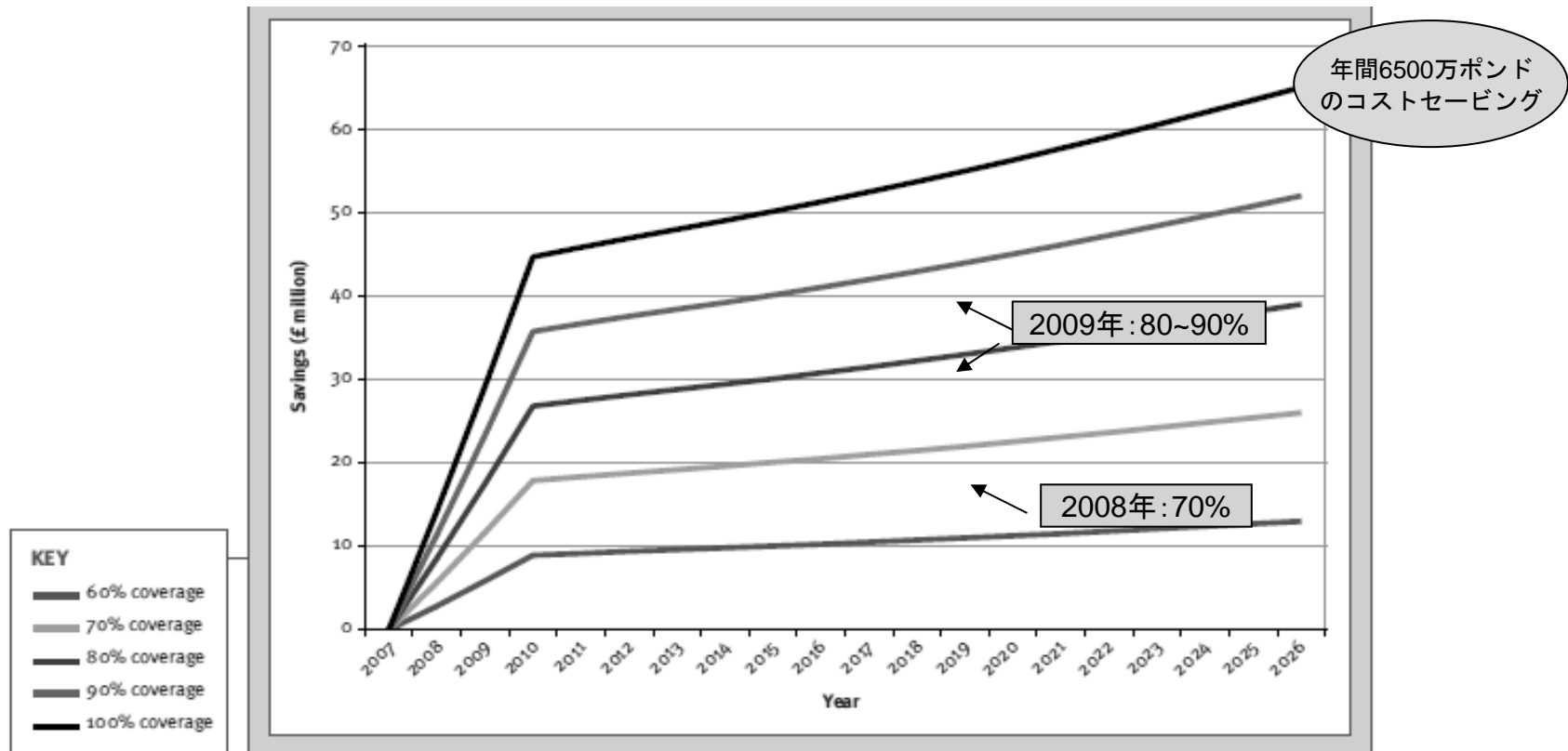
年間あたりのコストセービング推定値（英国）

コストセービングに寄与する介入方法	2007	2026	(参考: 1£=210円)
うつ病			
未治療者に対する薬物療法	500万~3600万ポンド	800万~6100万ポンド	16億8千万~128億1千万円
未治療者に対する薬物療法と心理療法	100万~900万ポンド	200万~1600万ポンド	4億2千万~33億6千万円
不安障害			
未治療者に対する薬物療法	800万~6600万ポンド	1300万~10200万ポンド	27億3千万~214億2千万円
未治療者に対する薬物療法と心理療法	100万~700万ポンド	200万~1100万ポンド	27億3千万~214億2千万円
統合失調症			
危機介入地域治療チームの拡充 早期介入サービスの拡充 早期発見サービスの導入	400万~2200万ポンド 0万ポンド 0万ポンド	700万~3700万ポンド 1300万~6500万ポンド 最大1900万ポンド	14億7千万~77億7千万円 27億3千万~136億5千万 最大39億9千万円
双極性障害			
危機介入地域治療チームの拡充 早期介入サービスの拡充 早期発見サービスの導入	200万~1000万ポンド 0万ポンド 0万ポンド	300万~1600万ポンド 800万~3100万ポンド 最大400万ポンド	6億3千万~33億6千万円 16億8千万~65億1千万 最大8億4千万円
認知症			
65-74歳人口中の罹患率の低減 65-84歳人口中の罹患率の低減	2億~6億ポンド 8億~24億ポンド	4億~12億ポンド 17億~52億ポンド	840億~2520億円 3570億~1兆920億円

**早期発見・早期介入サービスにより年間最大250億円
のコストセービング（2026年推定）**

(McCrone et al, 2008)

統合失調症を対象とした早期介入サービスのコストセービングの推定（2026年）



CMHTによる従来型の地域サービスは、Early Intervention Serviceに比べ、入院率が1.6倍高い→入院率減少がコストセービングの最大の要因

EIサービスにより、患者1人当たり3年間で15,000ポンド（約300万円）のコスト安

2000年にEIサービス創設のために投資した5000万ポンド（約100億円）は、2010年までに回収が可能な見通し（双極性障害と統合失調症のコストセービングを合わせて）

(McCrone et al, 2008)

早期支援の指針

英国保健省作成サービス実践ガイドより

- 3年間にわたって提供される専門サービス
- 発病後3年以内の14～35歳の若年患者を対象とする
- 一人のケースコーディネーターが15ケース程度担当
- 多職種からなる専門家アウトリーチチームによって、若者や家族への支援が行われる。具体的には低用量の薬物療法、認知行動療法、再発予防、薬物乱用等2次的問題の予防
- 必要な場合、週末や時間外でも対応できるシステムと連携する。
- 未治療期間や再発率、再入院率、自殺や自殺未遂、就学や就労状況をアウトカムとしてサービスの成果をモニタリングする。

(NHS, 2001)

臨床的効果

Worcestershire EIS (Smith, 2006)

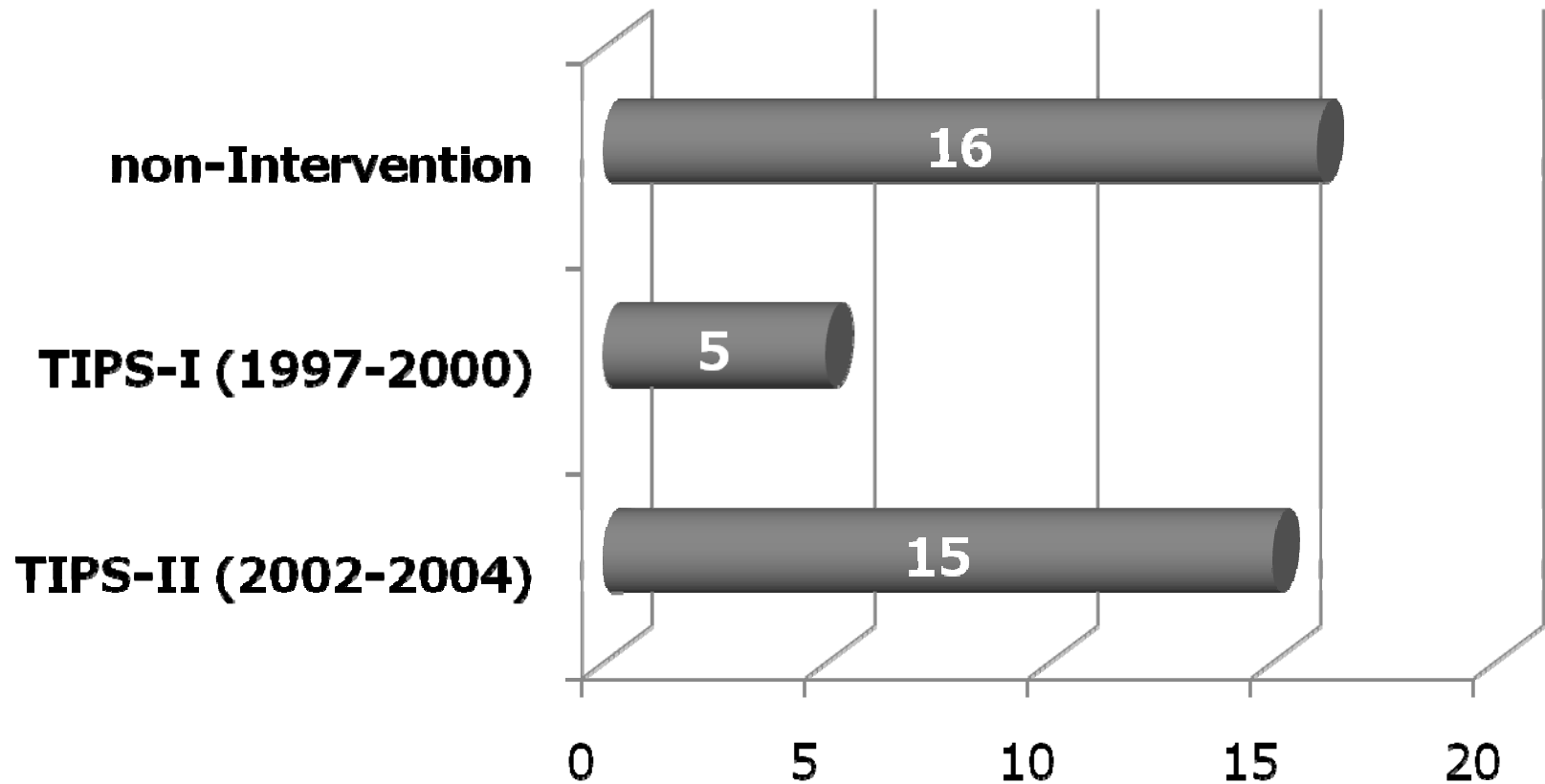
	<u>National</u>		<u>EIS (3y) 2003-6</u>
未治療期間	12-18月		5-6月
% 初発例の入院率	80%		41%
% 初発例の強制入院率	50%		27%
再入院率	50%		27.6%
% 12ヵ月間の治療継続率	50%		100% (79% well engaged)

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%

若者を対象とした 精神保健啓発の重要性

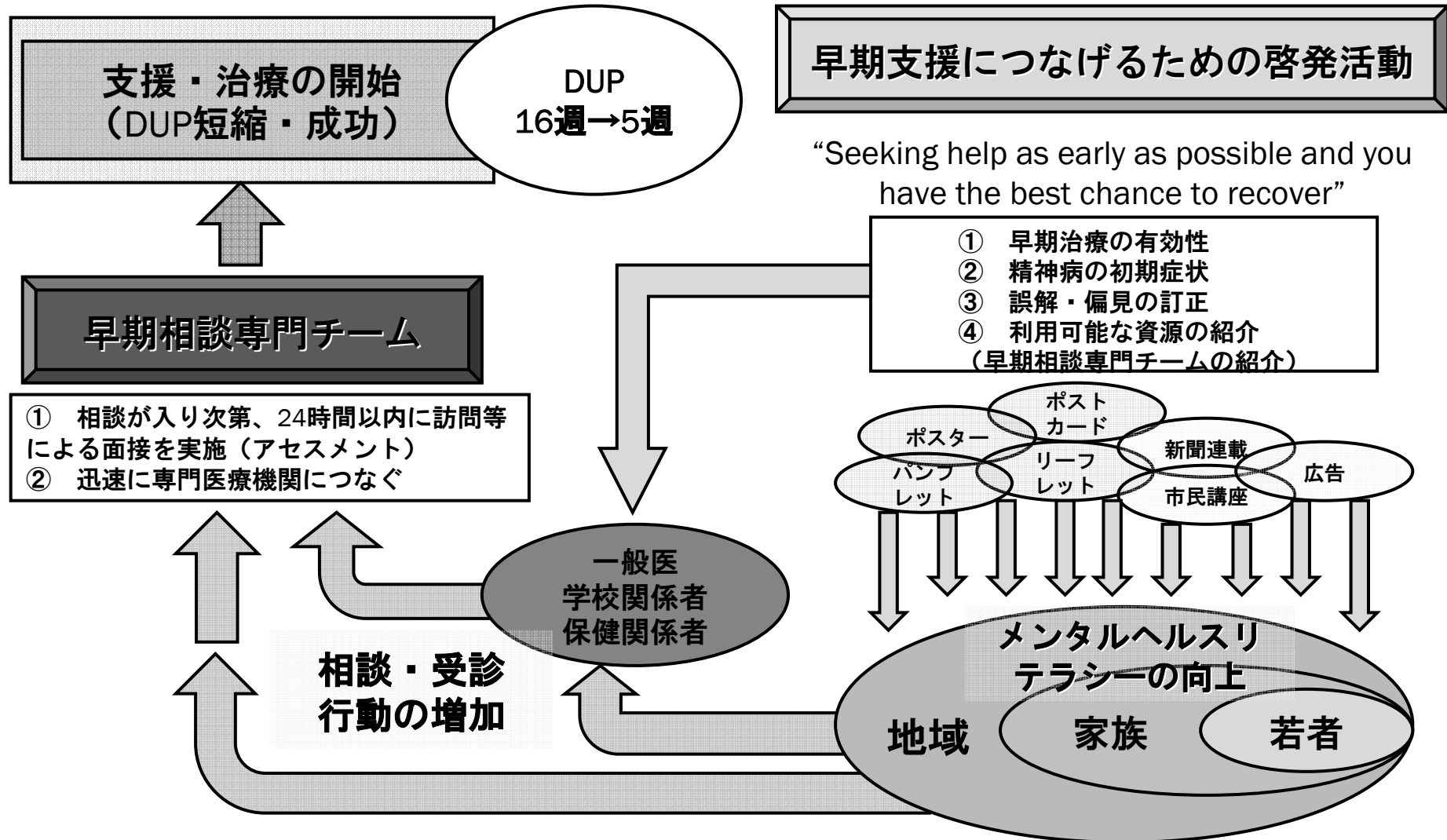
TIPS early intervention program, Norway

DUP median (week)

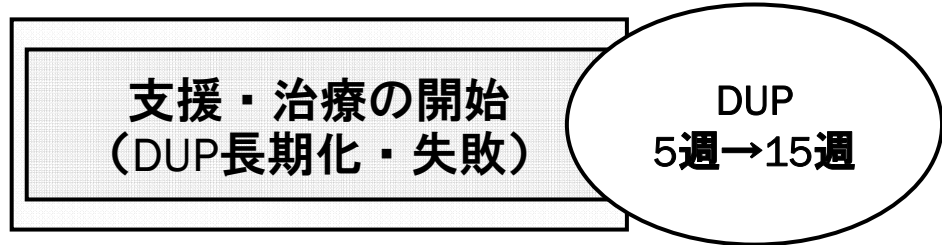


Joa et al., 2008, Schizophr Bull

TIPS-I EARLY INTERVENTION PROGRAM (1997-2000)



TIPS-II EARLY INTERVENTION PROGRAM (2002-2004)



- 早期相談専門チーム**
- ① 相談が入り次第、24時間以内に訪問等による面接を実施（アセスメント）
 - ② 迅速に専門医療機関につなぐ

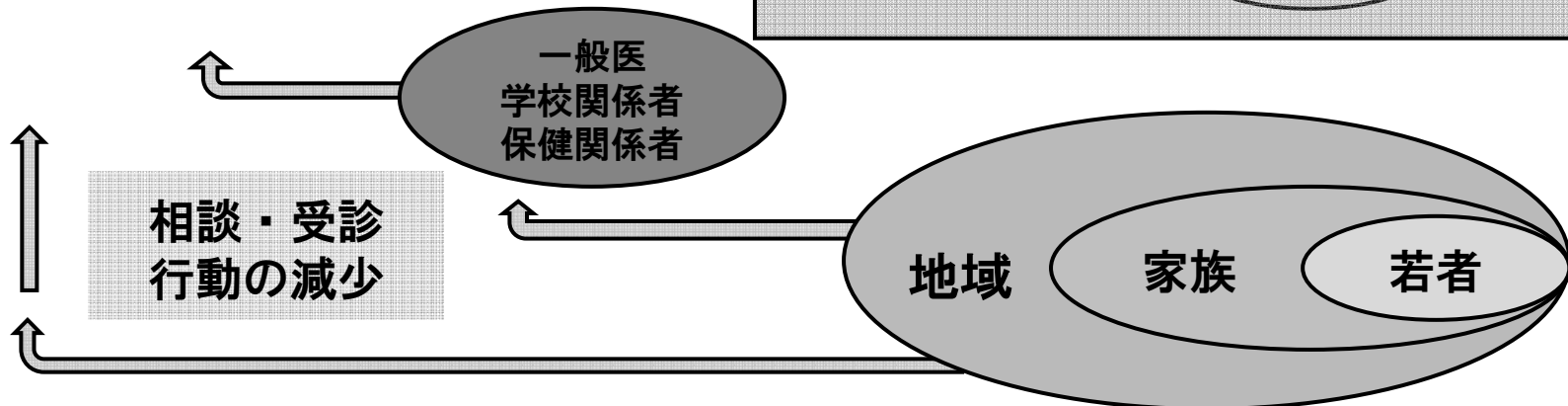
早期支援につなげるための啓発活動

“Seeking help as early as possible and you have the best chance to recover”

啓発活動の中止

- ① 早期治療の有効性
- ② 精神病的な症状
- ③ 診断・治療の遅延
- ④ 利用可能な資源の紹介
(早期相談専門チームの紹介)

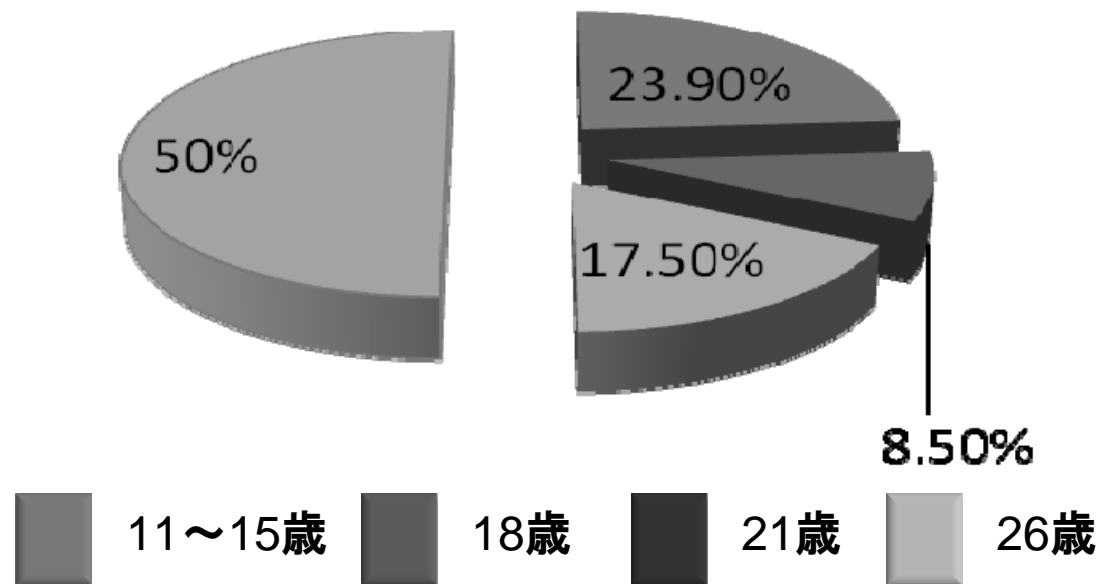
ポスター、パンフレット、ポストカード、リーフレット、新聞連載、市民講座、広告



啓発の最も重要なターゲットは？

諸外国における疫学研究 ①

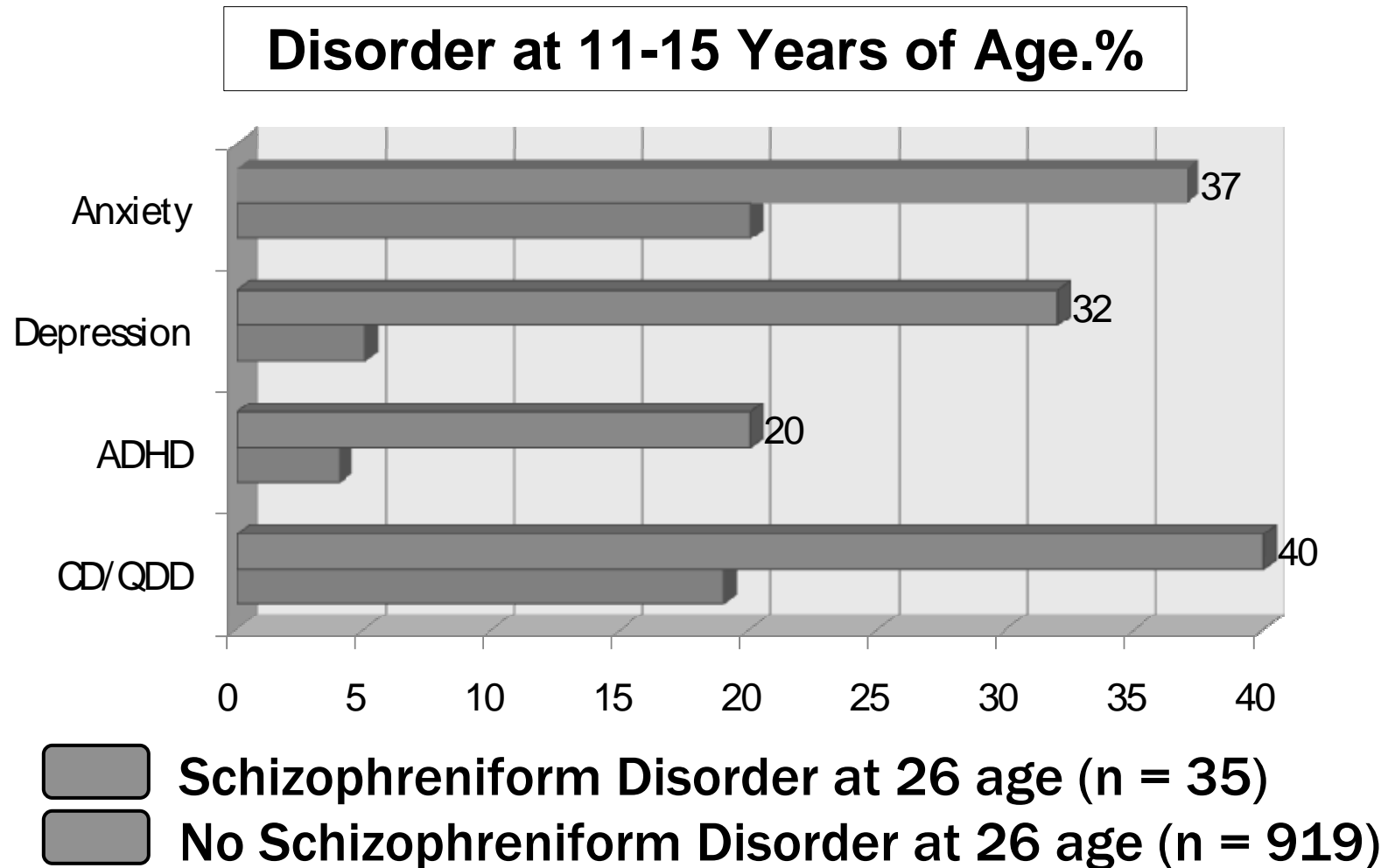
精神疾患患者がはじめて精神科的診断基準に該当した年齢



成人型精神疾患を罹患している26歳成人の50%以上は
すでに15歳までに何らかの診断基準に該当していた

Kim-Cohen et al., 2003, Arch Gen Psychiatry

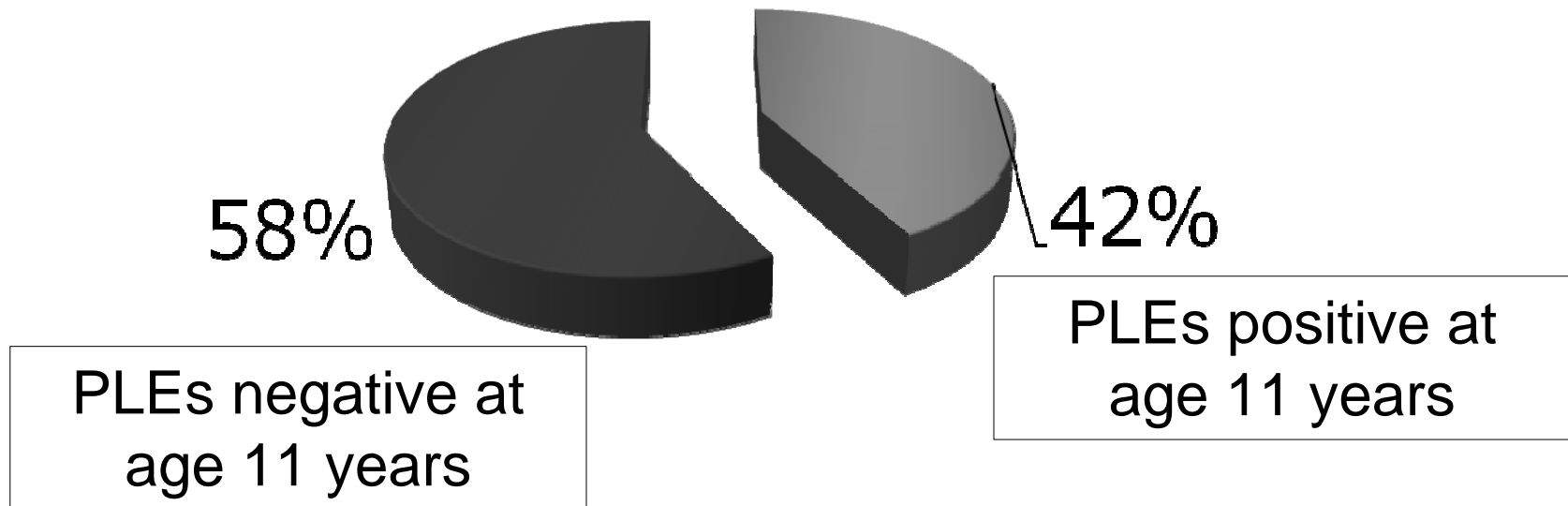
統合失調症様障害罹患者の思春期 ①



Kim-Cohen et al., 2003, Arch Gen Psychiatry

統合失調症様障害罹患者の思春期 ②

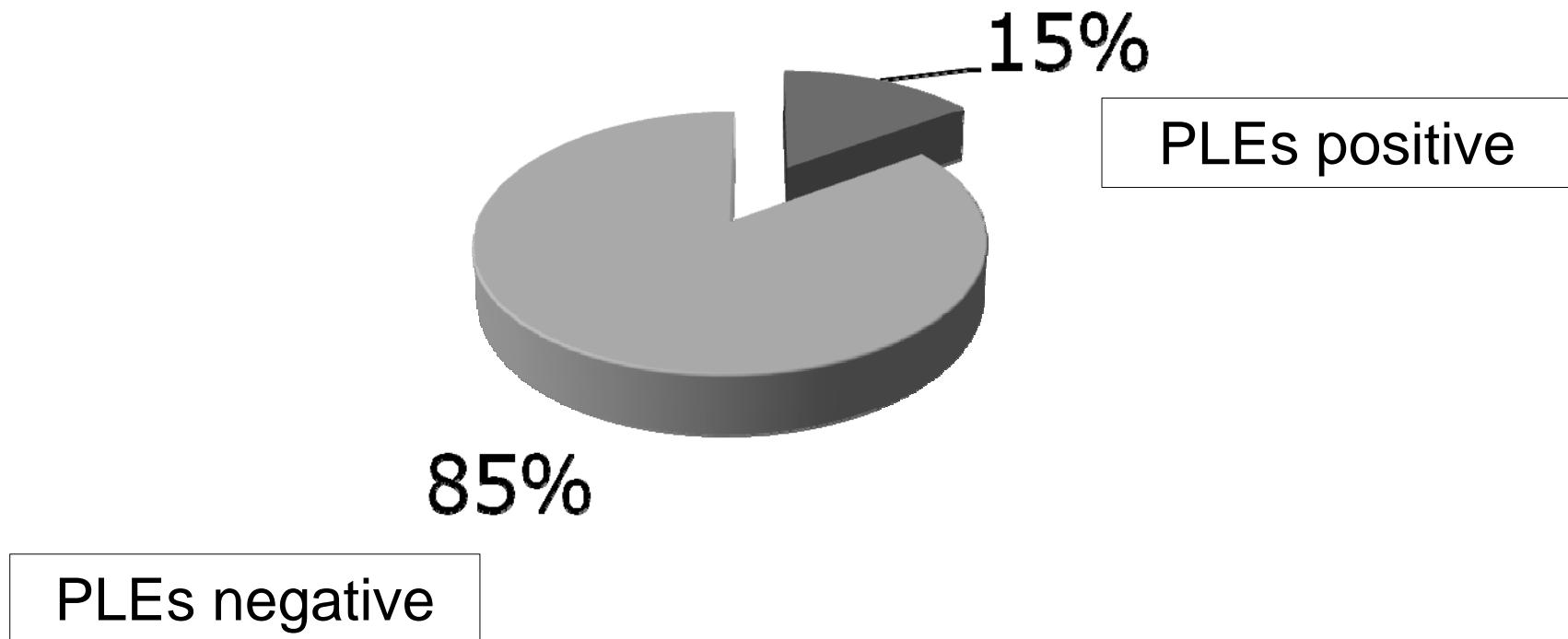
統合失調症様障害を罹患している26歳成人の42%がすでに11歳時に精神病様症状（PLEs）を体験していた



Poulton et al., 2003, Arch Gen Psychiatry

思春期地域標本におけるPLEsの頻度

津市中学生約5000名を対象とした調査
(平均年齢13.3歳)



Nishida et al., 2008, Schizophr Res

早期支援・普及啓発の焦点

- 精神疾患の初回発症は10代～20代前半に集中。
- 統合失調症患者の多くが10代早期からclinical & subclinicalな精神病理を抱えている。
- 早期支援が最も必要な若者層が最も支援を求めたがらない。(Rickwood et al., 2007)
- 低年齢群ほど自らの精神障害を認識しにくい。(Logan et al., 2001)

思春期児童や若者およびその周辺の支援者を
対象とした精神保健啓発が特に重要！

精神病早期支援宣言 (WHO & IEPA, 2004)

- 15歳の生徒全員が精神病についての教育を受けるようにする。
- 若者に関わる教育関係者が精神病早期発見のためのトレーニング研修を受講するようにする。
- 内科や小児科、行政関係者など思春期・青年期の若者に関わるすべての人々が早期の精神病を確実に発見できるようにする。
- 相談・受診3回以内に最良の支援機関につながるようにする。
- 未治療期間を3ヵ月以内にする。
- 早期発見により強制的治療を25%以内にする。
- 発病後2年以内の自殺率を1%以内にする。
- 治療開始後2年経過した時点で、90%の患者が就労や就学などに関して満足のいく状態を目指す。

等々

精神保健普及啓発は 諸外国共通の課題

- 若者向け啓発・教育キャンペーン
(例・メルボルン, Compass Project)
- 保護者や学校関係者を対象とした初期支援 トレー
ニング
(例・Mental Health First Aid Training)
- 包括的学校精神保健活動
(例・オーストラリア, Mind Matters Project)

10代の若者に対する精神保健啓発

学校ベースの精神保健啓発

包括的学校精神保健アプローチ

働きかけの対象

介入レベル

学校全体

心理社会的な能力と健康の促進に役立つ環境の整備

学校環境全体

全生徒・全教員

精神保健教育
(啓発)

授業の一部

20～30%の生徒

心理社会的
介入

追加援助が必要な生徒

3～12%の生徒

専門的治療

専門的な精神保健介入
が必要な生徒

WHO, 1994

豪国・学校精神保健プロジェクト

Mind Matters

(2000~)



予防・早期介入を目的とした 学校精神保健プロジェクト

若者の精神的健康を増進し、予防や早期介入の促進のために

- ① 学校環境の整備・改善
- ② 精神的危機を乗り越えるためのスキル・資源・精神疾患に関する正しい情報の提供
- ③ すでに精神的不調をきたしている若者に対し、効果的なサポートができるように支援する体制づくり

カリキュラム教育(教科書・教材)

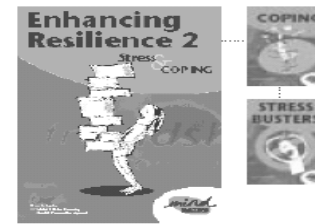
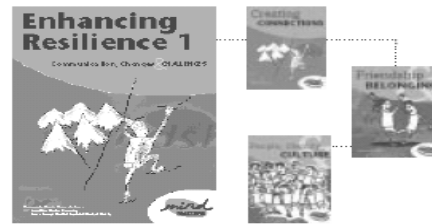
地域社会とのつながり

学校精神保健基本
(資料③)



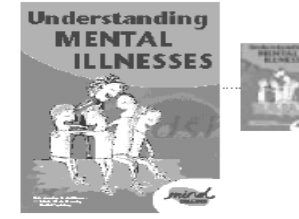
いのちの教育
(自殺・自傷予防)

心のしなやかさ
の強化 1

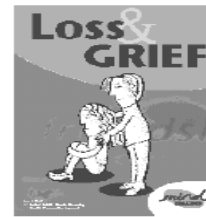


心のしなやかさ
の強化 2

いじめをしのぐ
(資料④)



心の病気を理解する
(スティグマの問題)



↑
中学校

別れと悲しみ

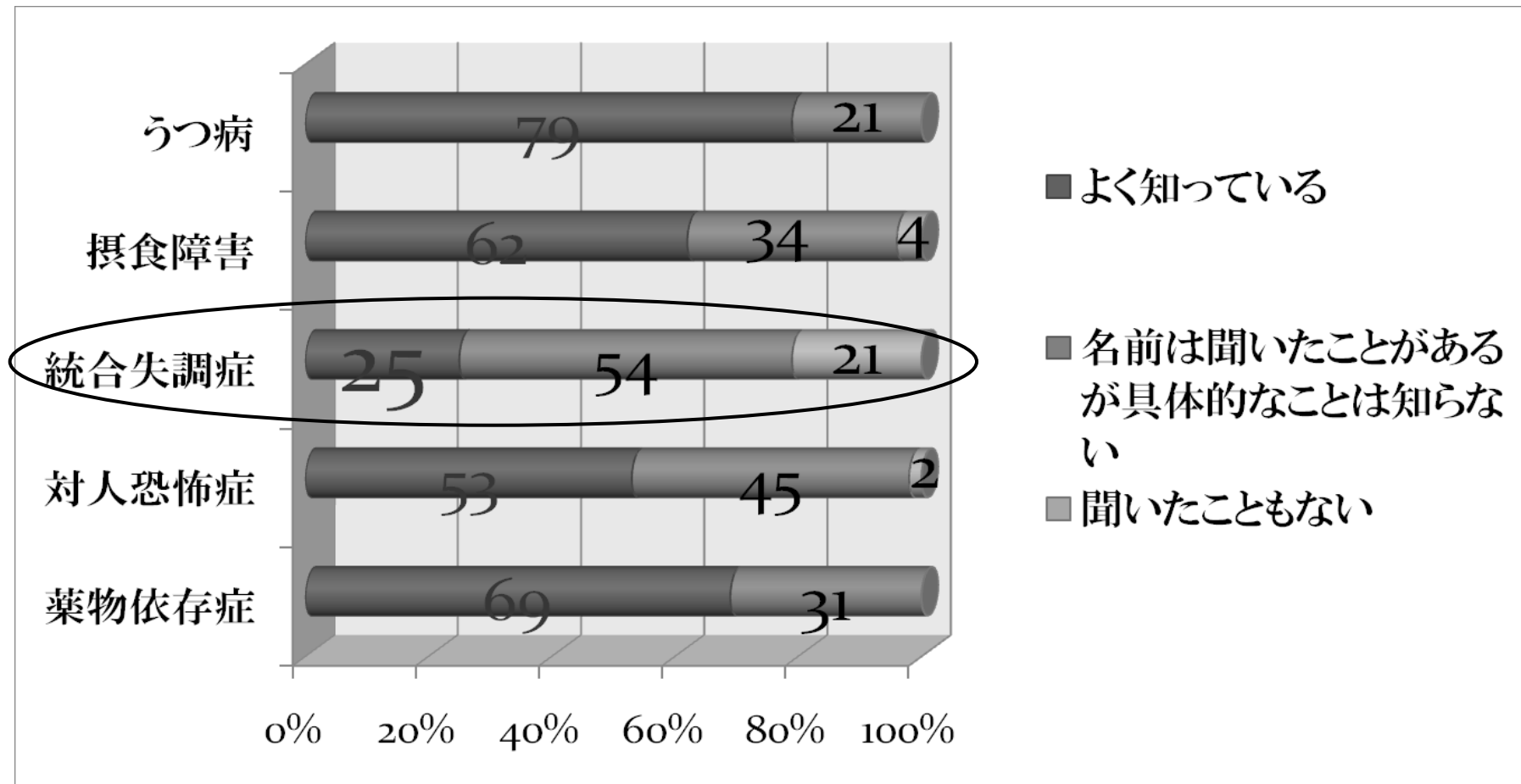
↑
高校

教育機関と連携した津市での啓発的取り組み

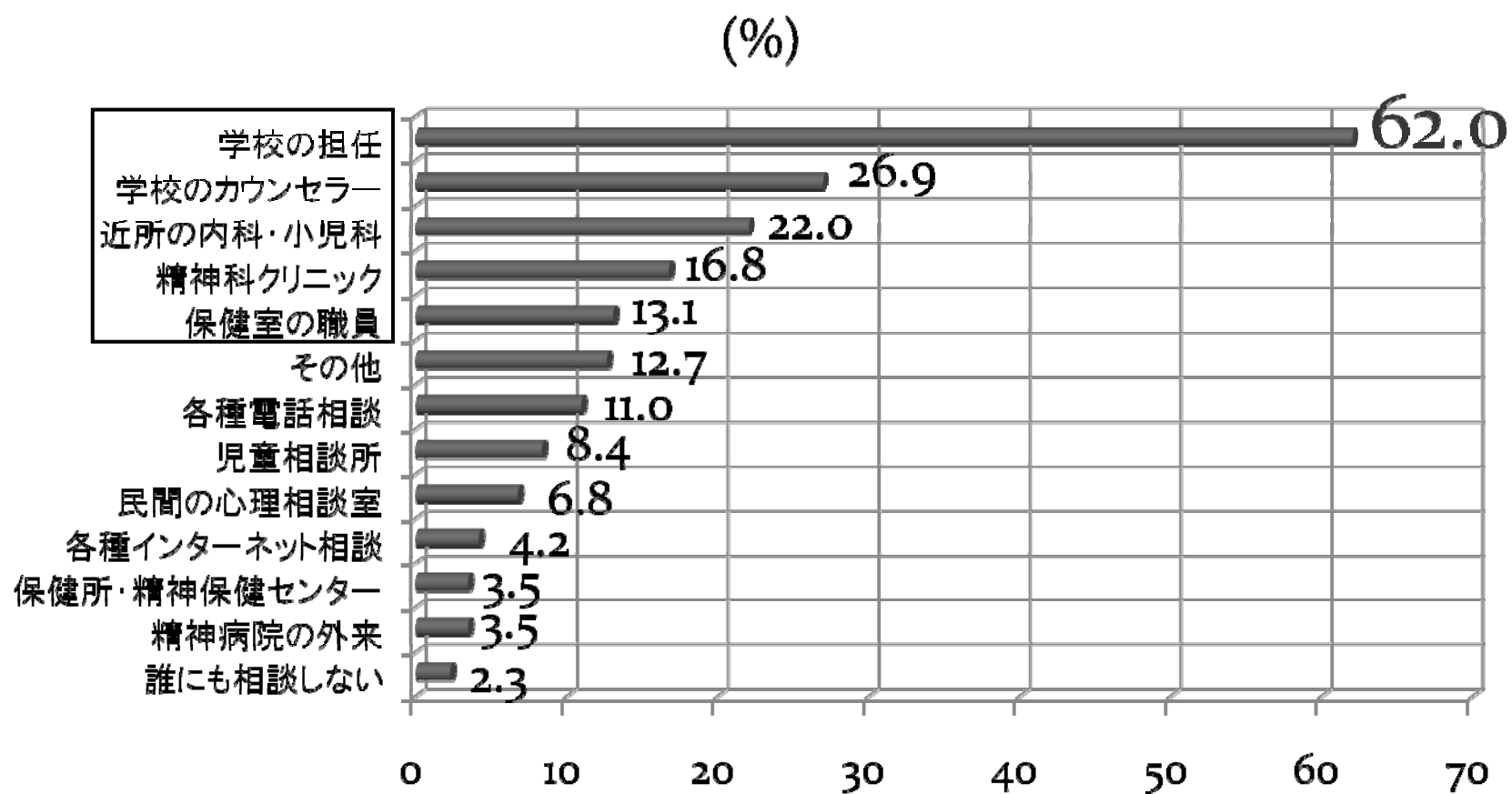
2007年度の状況

- 実態調査の結果を市内中学校の全教員・保護者に配布
- 市教育委員会・健康教育課との連携事業
- 市内公立中学校・小学校・幼稚園の教員を対象とした研修会
- 市内公立中学校全養護教員を対象とした研修勉強会
- 市内公立中学校全養護教員と対象とした早期発見・早期支援ケースマネジメントの講習会
- 津市・早期支援・相談に関する地域関係者会議
- 津市青少年育成協会と連携した研修会
- 津市内各学校における教職員や保護者との研修会

病名の認知度（保護者 N = 536）

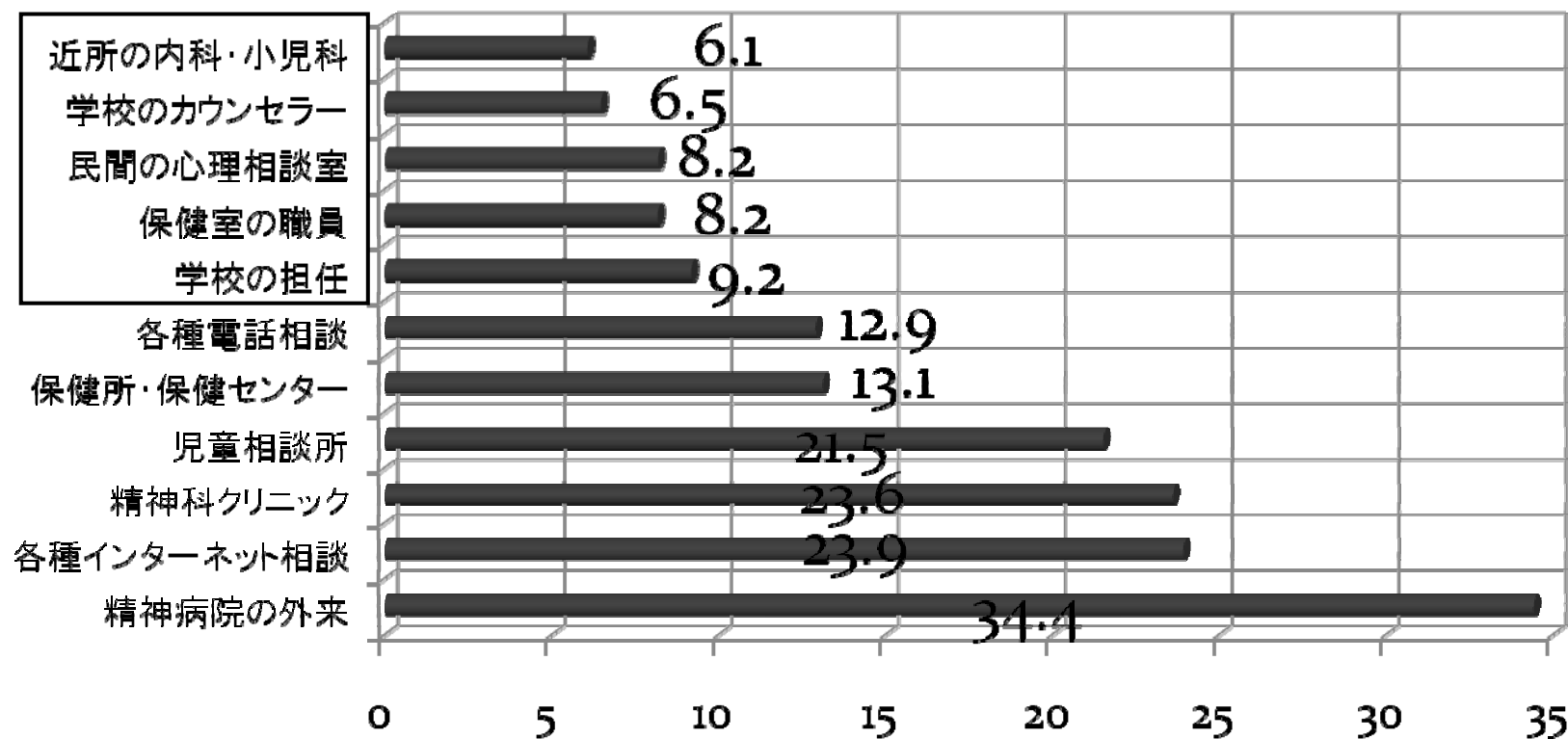


子どもの精神的不調に気づいた際の 最初の相談先（保護者N=536）

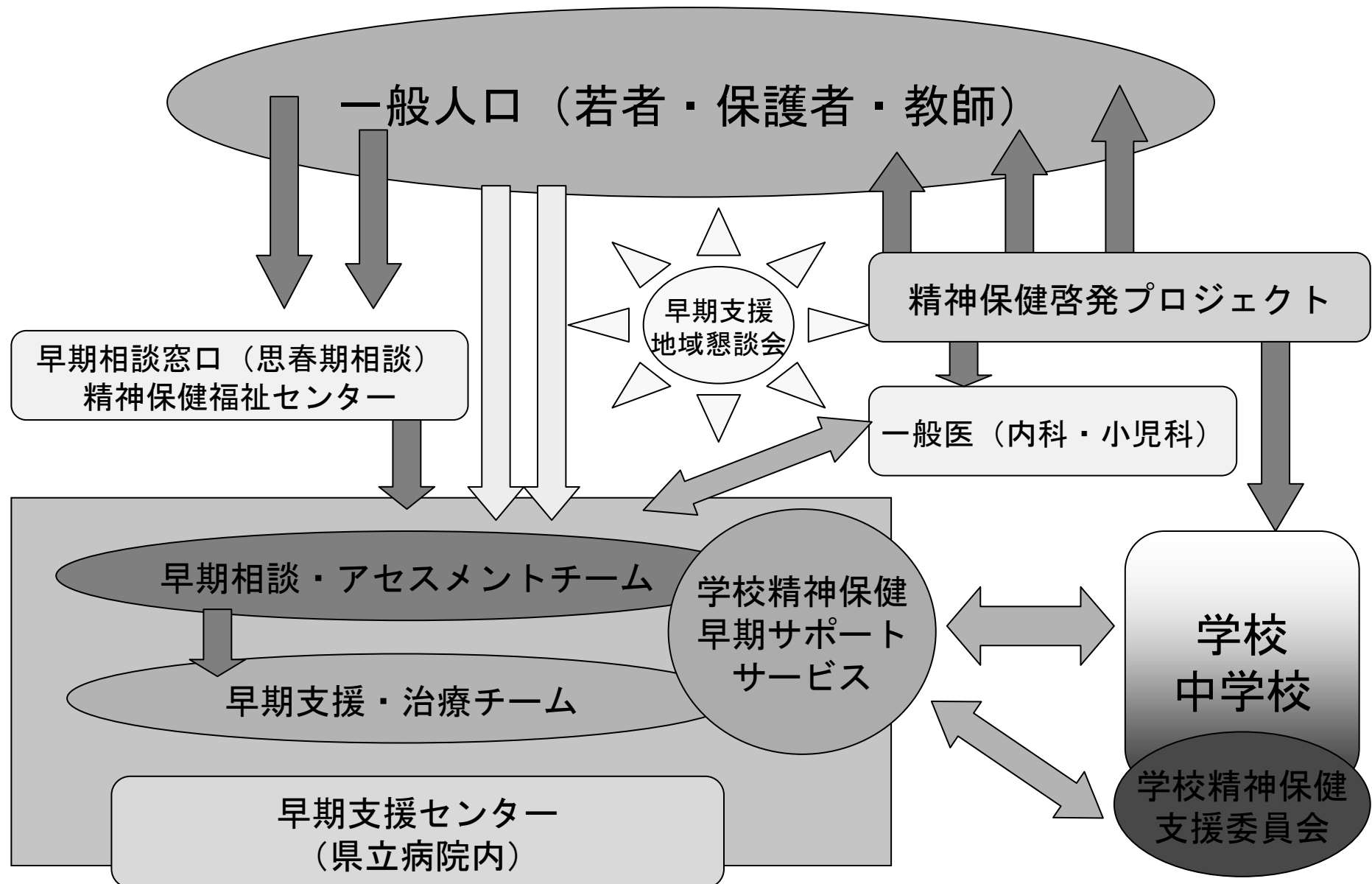


子どもの精神的不調を相談するのに 抵抗がある相談先(保護者N=536)

(%)



津市・大村市・早期支援事業概略図



津市・大村市早期介入関連 各プロジェクト

普及啓発プロジェクト

- 学校ベース(モデル校区)の啓発(生徒・保護者・教師)
- 地域を対象としたエビデンスに基づく啓発介入(各種メディア媒体を利用)
- 地域一般医(内科・小児科)を対象とした啓発と連携
- 普及啓発検討チームの発足(教育関係者・精神医療関係者・マスメディア・デザイナーなど)
- 啓発効果検討チームの発足(三重大学大学院公衆衛生学講座&都精神研)

学校精神保健早期サポートプロジェクト

- モデル校に学校精神保健検討委員会(校長・教頭・養護教諭など)を創設(毎週)
- 県立病院早期介入センター内に学校精神保健早期サポートチームを創設、多職種専門職による学校精神保健アウトリーチコンサルテーション、早期発見・相談事業

精神病を発病した若者を対象とする早期発見・治療サービス

- 県立病院早期介入センター内の早期発見チームによる訪問型初回アセスメントサービス、および
臨界期の多職種アウトリーチチームによる治療。そのための人材育成研修&マニュアル作成。

早期支援地域懇談会

- 学校、教育委員会、精神保健医療センター、保健所、県立医療センター、大学、児童相談所、精神科医療機関等の関係者の連携強化のための懇談会の定期的な開催