

## 特集 統合失調症の思春期病態と早期介入

## 精神病早期介入におけるケースマネジメント

野中 猛

精神病早期介入活動における臨床実務の基盤であるケースマネジメントについて、英米圏に蓄積された政策や技術を紹介し、一方でわが国におけるケアマネジメント活動の現状から課題を論じた。精神病早期介入活動に特化したケースマネジメントには、次のような特徴がある。すなわち、①プライマリーな治療モデルである、②アウトリーチによるエンゲージメントを重視する、③協働的關係を重視するため、ケースロードを限定する、④積極的の仲介を行う、⑤期間を2～3年に限定する、である。わが国におけるケアマネジメントをめぐる課題として、一般的な理解がサービス給付管理に偏っている一方、代行行為など直接サービスが前面に出て、間接サービスの重要性が広まっていないこと、機関中心であったり、専門職同士が閉鎖的であったり、いまだに医療と福祉の溝が大きいことなどが挙げられる。わが国に早期介入のケースマネジメントを導入する際には、あらためて人材育成を要すると思われる。

〈索引用語：ケースマネジメント、ケアマネジメント、精神病早期介入、エンゲージメント、積極的の仲介〉

## I. はじめに

精神病早期介入活動における臨床実務の基盤はケースマネジメントである。対象者の疾病性ばかりでなく、教育や就労、家族や仲間関係、趣味や将来への夢など、生活上の多様な要因を考慮する必要があるからである。ケースマネジメントは、現状を総合的に把握したうえで、具体的に現実的な支援の計画を立て、多様な機関のさまざまな人々と連携協働して支援を実行し、状況変化に応じて微修正するといった一連の技術を指している。

本論では、ケースマネジメント技術の原則を確認し、現在までの到達点を整理したうえで、精神病早期介入におけるケースマネジメントをめぐる工夫や強調点について論じる。

## II. ケースマネジメント一般の到達点

1970年代アメリカ合衆国における脱施設化とともに、地域生活支援の技術的工夫として生

まれたケースマネジメントは、その後、さまざまな対象と場面、目的や制度設計などによって、工夫と経験が重ねられ、技術的な蓄積が得られている。

1990年代には複数の類型が並立している。プリミティブな形態は仲介型ケースマネジメントで、利用者のニーズと社会資源側のサービスを結びつける機能をはたす。仲介は、ケースマネジメントと呼称する限り欠くことのできない機能である。主な類型として、医師も含めたチームで訪問診療も行うACTは総合型ケースマネジメントに位置づけられ、利用者と環境のストレングスに注目した活動はストレングスモデルと呼ばれ、リハビリテーション場面で工夫されたリハビリテーション型なども挙げられる。イギリスにおいて、1990年コミュニティケア法にて制度化された際にケアマネジメントという用語が採用された。精神保健領域では、別にケアプログラムアプローチ

(CPA) という方式が行われてきて、近年ようやく一本化されつつある。

わが国では、高齢者ケアから導入され、介護保険制度における介護支援専門員、障害者自立支援法における相談支援専門員、特別支援教育における教育コーディネーター、医療観察法における社会復帰調整官などが制度化されている。資格が定められていなくても、障害者就労支援、自殺未遂、被虐待、ホームレスなどに対してもケースマネジメントが公的に導入されている。もはやわが国でも、医療保健福祉におけるほとんどの対人サービスには、ケースマネジメントが基盤として存在している。

各類型を広く取り込む総合的な定義を紹介しておく。Moxley, D.P. は、「多様なニーズをもった人々が、自分の機能を最大限に発揮して、健康に過ごすことを目的として、公式非公式の支援ネットワークを組織し調整し維持することを、計画的に実施する人やチームの活動」としている<sup>5)</sup>。一般的なケースマネジメント・プロセスは、次のような順序を踏み、期間を限定して利用契約（再契約あり）するのを原則とする。すなわち、受理（Intake）→ 査定（Assessment）→ 計画策定（Planning）→ 介入（Intervention）→ 追跡（Monitoring）→ 評価（Evaluation）→ 終結（Termination）であり、それぞれの段階で多様な技術が工夫されている。

### Ⅲ. 精神病早期介入の実践活動

オーストラリア・メルボルンの EPPIC (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre) による 1992 年のサービス提供を嚆矢として、精神病早期介入活動は開始された。この機関は、人口約 100 万人の地域においてメンタルヘルスの問題をもつ若者を対象とする ORYGEN Youth Health (OYH) の 1 つのコンポーネントとして位置づけられる。OYH は 15～24 歳の若者に最長 18 ヶ月の間、最大 18 歳までケアを提供する<sup>2)</sup>。

同じくコンポーネントである Youth Access Team が 24 時間体制で活動しており、あらゆる

機関や個人から主に電話で相談を受け、アウトリーチや危機介入を行い、必要な者を EPPIC に導入する。実際には接触した事例の 1/3 が導入されている。EPPIC では、継続的ケアチームがケースマネジメントを提供する。常勤のケースマネジャー 13 人と常勤医療職 3.9 人で、350～400 人を受け持っている。精神病症状が持続したり、関わりを拒否しがちであったりする事例は、集中的なケースマネジメント・チームが受け持つ<sup>2)</sup>。16 床の入院病棟をもっており、利用者の 65% は入院治療を要したが、平均在院日数は 11 日である<sup>7)</sup>。低用量の抗精神病薬治療が標準的で、各種の心理社会的支援が中心となっている。

早期介入活動を促進する目的で、Headspace という組織が別にあり、2008 年現在で全国に 30 カ所が活動している。多職種による直接サービスはあってもケースマネジメントは行わず、アクセスの改善、資源同士の連携促進、研修ニーズにそった人材育成、研究といった地域全体のマネジメントを分担する。ケースマネジメント・チームが地域づくりまでを業務とすると、肝心の個別支援がおろそかになってしまうからである。

イギリスでは早期介入チームを国中に政策展開した。1990 年代にバーミンガムや南ロンドンにて試行されていたが、2000 年の NHS プランによって全国に 50 カ所の早期介入 (EI: Early Intervention) チームを設置することが目標とされた。翌年には精神保健政策実践ガイドが配布される。ここで想定したモデルは、住民 10 万人あたり年間 15 人発症するという前提で、まず早期選定および危機査定チームが判定し、地域ケア継続チームが 3 年間をフォローアップする。この継続チームには 10 人の専門職においてケースマネジメントを行い、ケースロードを各 10～15 例として、1 チームが 120～150 例を受け持つとした<sup>2)</sup>。医師の配置は 1.5 人である。

1994 年にバーミンガムのグループが中心になって設立した IRIS: Initiative to Reduce the Impact of Schizophrenia (統合失調症の影響を減弱させる運動体) は、理念と必要性を国民に啓

表 IRIS 臨床ガイドライン〈6つの原則と  
10の臨床指針〉

6つの原則

- 1 若者とクライアントを中心とする
- 2 治療契約に失敗してもケースを終了させない
- 3 社会的役割に重点を置く
- 4 精神科治療は最もスティグマの少ない環境で行い、クライアントによる選択と低用量の抗精神病薬に重点を置く
- 5 診断的不確かさを許容する
- 6 家族と一緒にあったアプローチ

10の臨床指針

- 1 明らかな精神病の早期発見・早期評価のための戦略は、早期介入の重要な要素である。
- 2 早期に紹介されたケースにはキー・ワーカーを割り当てるべきである。その目的は治療契約とラポールを作り出し、最初の3年間（「臨界期」）を通じ、できれば包括的アウトリーチモデルの中で、クライアントおよび家族/友人と「共にいる」ことである。
- 3 クライアントおよび家族・友人のニーズと意向に基づき、包括的で共同の評価計画およびニーズの共同評価を作成するべきである。
- 4 精神病急性期のマネジメントには、低用量の、できれば非定型の抗精神病薬と、認知療法の構造化された実施が含まれるべきである。
- 5 家族と友人が治療契約、評価、治療、回復過程に積極的にかかわるべきである。
- 6 再発予防と治療抵抗性に対する戦略が施行されるべきである。
- 7 臨界期の間に、クライアントが仕事や職業に戻る経路を容易にするための戦略を作り出さねばならない。
- 8 日常生活上の基本的ニーズ（住居、金銭、实际的支援）が確実に満たされるようにする。
- 9 精神病の評価と治療と同時に、「合併疾患」の評価と治療を行わねばならない。
- 10 精神病を有する人に対するポジティブなイメージを促進する戦略を各地で作らなければならない。

発し、臨床活動指針を提案し、人材育成の方法を整備した。例えば、2004年に配布された早期介入ツールキットには、専門家を対象とする「臨床ガイドライン」と、家族のための「情報パック」が収録されており、ガイドラインには10の臨床指針と6の原則が挙げられている（表参照）<sup>6)</sup>。

こうした政策的な推進によって、早くも2006



図 イギリス精神保健システムにおける複数のケースマネジメント

年には想定されたチームの配置が完成し、いまはチームの数を増やすよりもケース数を増やすことが目標となっている。なお、イギリスではすべての地域で、精神疾患および精神障害のために支援を必要とする者に対して、地域精神保健チーム（Community Mental Health Team：CMHT）がケアプログラムアプローチを提供しており、1週間に1回以上の接触を要する者は積極的訪問（Assertive Outreach：AO）チーム（ACTとほぼ同義）、頻回の入院に至るような事例は危機解決在宅治療（Crisis Resolution/Home Treatment：CRHT）チームに移行する（図参照）。早期介入チームはこうした特別チームの1つであり、場所によっては積極的訪問チームの1つの機能として位置づけられている。なお、ケアコーディネーターはいわゆる認定4職種、すなわち看護師、心理士、作業療法士、ソーシャルワーカーの資格がないと従事できない。

#### IV. 精神病早期介入におけるケースマネジメント

ここでは、オーストラリアのEPPICが提供する「早期精神病のケースマネジメント・ハンドブック」（2001）<sup>1)</sup>と、イギリスのIRISが提供する「精神病早期介入のトレーニング・リソース」（2004、CD-ROM版2006）<sup>4)</sup>を主に参考にして、早期介入におけるケースマネジメントの要点を整理する。事例のイメージは、筆者らがEPPICを

訪問した際に提示された具体例がわかりやすい<sup>7)</sup>。

### 1) 基本的な性質

両者ともに共通する基本的な性質は次のとおりである。

- ①サービス仲介だけでなく、プライマリーな治療モデル (primary therapeutic model) である。
- ②事務所で待って受理するだけでなく、積極的なアウトリーチによる関係づくり (engagement) を重視する。
- ③協働的關係 (collaborative relationship) を重視するため、ケースロードは最大でも 30~36 例に抑える。
- ④伴走者的な立場をとり、積極的仲介 (active brokerage) を行う。
- ⑤期間を 2~3 年に限定して (time-limit setting), 次のサービスにつなげる。

### 2) 急性期

初回エピソード発症後の数週間において行う活動の要点を述べる。いまだ経験則を列挙しているにすぎないが、英米圏において、これまで長期の臨床的要請に応じている臨床知となっている。

エンゲージメントを重視する。利用対象者が生活する場にアウトリーチして、週 2~3 回の頻度で会い、次第に自主的な通院通所を勧める。自己紹介に始まり、実際的に有用な情報を提供し、解決策を一緒に見つけ、情緒の混乱や感情の不安定さに対して傾聴する。

包括的評価である定式化 (formulation) を行う。精神症状は継続的に観察して繰り返し評価し、家庭や学校における出来事、周囲の人々との関係、利用者自身の夢や希望、葛藤や不安など、心理社会学的視点を総合して理解する。

最初の心理教育を行う。患者と家族に疾病の性質や回復可能性について情報提供する。回復しうることと統御可能なことをはっきり伝える。

薬物療法などのアドヒアランスを確保する。疾病や治療について共通の理解となるように丁寧に対応する。治療に対する両個性に配慮し、脆弱性

ストレスモデルで説明を試みる。治療拒否の場合は、自傷他害のリスクを見極めなければならない。

発症によって生じた生活上のダメージコントロールを行う。仕事や学業に重大な支障をきたしているので、関係者と連絡し、調整し、介入する。家族や友人のトラウマに対するデブリーフィングも忘れてはならない。

精神病体験に対する心理的適応を支援する。初回エピソードに伴う喪失、屈辱、自責、偏見などの感情に焦点をあて、精神病体験をどのように解釈しているのか傾聴する。ときにソクラテス問答などを用いて、誤った行動に至らないよう話し合う。

### 3) 回復期

回復早期は急性期症状の消褪後 3~6 ヶ月間を目安として、回復後期は発症後 12~18 ヶ月間を指しているが、事例によって可変的である。

継続して関与しモニタリングを行う。疾病によって悪影響を受けていない健康な領域を見定めて、社会的な支障を乗り越える過程を支援する。二次的な疾病を発見して対処することも重要である。

十分な心理教育を行う。患者が抱えているすべての懸念を聞き出して、説明と情報提供を試みる。自己と精神病体験とを区別して同一性を確立する過程はときに困難であるが、繰り返し試みる。ピアサポートが有効なこともある。

再発徴候について話し合い、再発予防の対策を共有する。治癒 (cure) と回復 (recovery) との違いで混乱している場合もある。

併存する病態に対処する。他にも、気分障害、物質乱用、パーソナリティ障害、身体疾患などを見逃さない。

### 4) 終 結

精神病早期介入活動は、2年もしくは3年で終結し、その後は適切な支援機関に結びつけることを目標とする。

注意深い計画の下で関係を終結させる。次のサービス提供者に結びつける手配を十分に行う。こ

の際に薬物療法の中止を同時にしてはならない。

支援途中で関係を拒否される場合であっても、門戸が常に開いていることを伝え、最低の項目だけをモニタリングすることを提案するなど、可能な連絡方法を確保しておく。

初回エピソード体験者において、12ヶ月後に陽性症状が寛解しない者の割合は約10%と言われる。すなわち、残遺症状持続、回復の長期化、症状改善なしといった場合に「治療抵抗性」と呼ばれる。こうした場合に、特定の認知行動療法や精神分析的精神療法など、より専門的な心理社会的介入につなげる<sup>3)</sup>。

## V. わが国における課題

ここではわが国でなじみのあるケアマネジメントという呼称を用いる。わが国におけるケアマネジメントの一般的な理解はサービス給付管理に偏っている。制度的には、セルフケア能力の向上や社会資源の開発も業務にうたわれているが、現場で十分に行われているとは言い難い。現在のところ、わが国の専門職におけるケアマネジメントをめぐる事情には以下のような特徴があろう。

- ①ケアマネジメントが対人サービスに広く応用できる方法論として、まだ十分に理解されていない。
- ②利用者に対する直接サービスに流れがちで、環境に対する間接サービスの意義が注目されない。
- ③制度的な不備のために、常勤専任者が確保しにくいし、そのため人材育成もされにくい。
- ④ケアマネジャーの社会的権威が未確立で、責任性を十分にはたしているとは言い難い。
- ⑤他の専門職に比べて、ケアマネジャーに対する信頼性が確保されていない。
- ⑥社会資源がなおも少ないために、資源の開発や調整、あるいは代行までもが過剰に期待されてしまう。
- ⑦多職種チームや多機関連携の経験が少ないために、専門職同士が閉鎖的である。
- ⑧ケアサービスの質の評価制度がないために、利用者中心よりも機関中心に動いてしまう。

⑨生物学的治療か心理社会的支援かの二者択一になりがちである。つまり、医療と福祉の溝はいまだに埋まっていない。

⑩ケアマネジメント理論の背景となるシステム論がまだ十分に共有されていない。

介護保険制度導入後10年を経て、ようやくケアマネジメントの専門職（介護支援専門員、相談支援専門員など）が育ってきたが、額面上の資格者数に比べて、実力のある者はいまだに少数である。この状況で、精神病早期介入活動を導入してケースマネジャーを育成しようとしても、現行の研修方法では不足になる。あらためてケースマネジメント・プロセスの理解と技術的訓練とともに、精神症状、薬物療法、精神療法、認知行動療法、家族論、青年期の発達論などの知識学習を加えた総合的な研修が求められる。

当面の段階では、多職種で行う事例検討会形式を利用した集団スーパービジョンが实际的である<sup>8)</sup>。早期介入活動で欠くことのできない教育領域、就労支援領域、司法領域などの関係者と、場を共にして検討できる点も有利であろう。

## VI. おわりに

国際的にも、早期介入活動のエビデンスが得られるようになってきたが、その活動におけるケースマネジメントという方法自体の有効性に関してエビデンスが得られているわけではない。特にわが国では、まずは実践を開始して経験を蓄積する段階にある。この場合に、活動の大枠が定まっているケースマネジメントを導入することで、多様な職種によるチームが活動を共有しやすいという点は確かなことであろう。

## 文 献

- 1) EPPIC: Case management in early psychosis: A Handbook. Melbourne, 2001 (針間博彦監訳: 早期精神病のケースマネジメント・ハンドブック. 研修資料, 2009)
- 2) Harris, M., Craig, T., Zipursky, R.B., et al. (西

田敦志, 石倉習子訳)：早期精神病のサービスモデル：各国での取り組み。The Recognition and Management of Early Psychosis: A Preventive Approach, 2nd ed (ed. by Jackson, H.J., McGorry, P.D.). Cambridge University Press, New York, 2009 (水野雅文, 鈴木道雄, 岩田仲生監訳：早期精神病の診断と治療。医学書院, 東京, p. 376-396, 2010)

3) Huber, C.G., Lambert, M. (天神朋美, 宮本聖也訳)：初回エピソード精神病における治療抵抗性。The Recognition and Management of Early Psychosis: A Preventive Approach, 2nd ed (ed. by Jackson, H.J., McGorry, P.D.). Cambridge University Press, New York, 2009 (水野雅文, 鈴木道雄, 岩田仲生監訳：早期精神病の診断と治療。医学書院, 東京, p. 356-373, 2010)

4) IRIS: Early intervention in psychosis: Train-

ing and Resource. CD-ROM, 2006

5) Moxley, D.P.: The Practice of Case Management. Sage Publication, Newbury Park, 1989 (野中猛, 加瀬裕子監訳：ケースマネジメント入門。中央法規出版, 東京, 1994)

6) 西田敦志, 針間博彦, 石倉習子：英国の精神保健スタンダード&マニュアル。特別企画：早期治療をめざす(岡崎祐土, 水野雅文編)。こころの科学 No. 133, p. 72-78, 2007

7) 野中 猛, 植田俊幸：早期介入チームの実際。特別企画：早期治療をめざす(岡崎祐土, 水野雅文編)。こころの科学 No. 133, p. 40-44, 2007

8) 野中 猛, 高室成幸, 上原 久：ケア会議の技術。中央法規出版, 東京, 2007

---

## On the Case Management of Youth with Early Psychosis

Takeshi NONAKA

*Nihon-Fukushi University*

Case management lies at the foundation of clinical activities for youth with early psychosis. While introducing the systems and skills accumulated in Anglo-American countries, the author affirms tasks associated with care management in Japan. The characteristics of case management for youths with early psychosis are as follows: 1) a primary therapeutic model, 2) emphasizing engagement by means of outreach, 3) limiting caseloads for the sake of fostering collaborative relationships, 4) adopting a method of active brokerage, and 5) establishing time limits of two or three years. The author calls for the establishment of a new training system for implementing these activities in Japan, due to the existence of significant misunderstandings of care management in that country.

<Author's abstract>

---