

名取EIプロジェクト——宮城県立精神医療センターを中心とした 早期介入プロジェクトについて——

大野 高志¹⁾，船越 俊一¹⁾，角藤 芳久¹⁾，谷口 宏¹⁾，高松 杏子¹⁾，野村 綾¹⁾，
横川 信弘¹⁾，齋藤 和子¹⁾，香山 明美¹⁾，石黒 奈々子¹⁾，大室 則幸²⁾，
桂 雅宏²⁾，濱家 由美子⁴⁾，小高 晃¹⁾，松本 和紀³⁾，松岡 洋夫²⁾

精神疾患に対する早期介入（EI）の試みは世界的な拡がりをみせている。わが国においてもいくつかの試みは始まっているが、この動きはまだ限定的であり、地域に即した早期介入サービスの具体的な発展が求められている。宮城県立精神医療センターでは、若年者のメンタルヘルスの向上を目的とする早期介入のための試行事業を名取EIプロジェクトと称して実施している。プロジェクトでは、高校での普及啓発活動、若年者に特化した外来診療、初回サイコースへの心理社会的介入の3つの活動を具体的に試みている。こうした早期介入を実現するための体制作りは、従来型の医療システムの枠組みでは多くの困難があることも事実である。行政や教育機関との連携、早期介入の理念の共有、医療経済的な問題とマンパワーの確保、スタッフの研修体制などについての問題点を1つずつ整理していく必要がある。

<索引用語：早期介入，普及啓発活動，初回サイコース>

はじめに

統合失調症をはじめとする精神疾患に対する早期介入（early intervention：EI）の試みはオーストラリアや英国を中心に世界的な拡がりをみせている。その形態は様々であるが、現在およそ200のサービスが施行されている。わが国においてもその試みは始まっているが、精神医療の文化やシステムの違い、早期介入への懐疑論などによりいまだ一部にとどまっているのが現状である。

早期介入サービスは様々な点において可塑性のある若者に焦点をあてたサービスであることが重要な特徴であり、慢性・進行性に経過し予後不良であるという従来の疾病観の影響下にあるサービスでは対応が不十分とならざるを得ない。精神病

未治療期間（duration of untreated psychosis：DUP）を短縮し、病相特異的（phase-specific）、集中的（intensive）、包括的（comprehensive）、個別的（individualized）なサービスを提供する戦略を持つ必要がある。その主要な構成要素としては、①エンゲイジメントや家族支援の重視を含めた心理社会的介入や担当制によるケースマネジメント、低用量・単剤の薬物療法などによる臨界期（病初期3～5年）での包括的支援、②DUPを短縮するための地域での普及啓発活動や学校との連携、アクセスの改善などによる早期発見・介入への取り組みが挙げられ⁴⁾、従来サービスの中でその試みを可能にする体制作りは容易ではない。

宮城県立精神医療センター（以下、当センター）

著者所属：1) 宮城県立精神医療センター

2) 東北大学大学院医学系研究科精神神経学分野

3) 東北大学大学院予防精神医学寄附講座

4) 東北大学病院精神科

では、若年者のメンタルヘルスの向上を目的とする早期介入のための試行事業を、宮城県からの委託事業として平成23年度より実施している。この取り組みは東北大学精神科との共同で行っており、当センターの所在地である名取市にちなんで名取EIプロジェクトと称している。当院でのサービス構築の中で浮かび上がった問題点やその際行った工夫などについて考察し、早期介入サービスの裾野を拓げる一助としたい。

I. 名取EIプロジェクトの背景

当院は昭和32年開設の公立単科精神科病院で宮城県中央南部の太平洋岸に位置する名取市（人口約7万人）にあり、主な通院圏は、隣接する仙台市や県南部で、都市部、農村部の両方が含まれる。県の基幹病院として救急・急性期医療、地域移行、地域精神保健活動などに取り組み、宮城県唯一の精神科救急入院料病棟（54床）を有し、精神科救急の拠点となっている。

DUPはその施設やその施設が所在する地域の早期介入サービスを反映する重要な指標であり、その調査はシステム構築に有用な情報を与えてくれる。当院のDUP調査結果（平成20年10月1日～平成21年6月30日）によれば、平均が10.5月、中央値が3.0月であり、従来の報告³⁾と比べると比較的短期間であった。初回サイコシスの受診経路は警察経由が多く、また入院率は69.7%と高値であった。当院の24時間精神科救急体制などのアクセスの容易さや急性発症、興奮患者などの対象患者層の影響が窺われた。DUPは比較的短期間であったが、個別の事例を詳細に調査すると、長期の引きこもりなど、何らかの精神症状がありながらも顕在発症に至らず援助を受けられなかった例が多数でいわゆる長期DUI〔前駆期を含めた未治療期間（duration of untreated illness）〕例の存在やその後の治療中断への要因ともなりえる警察経由や強制治療により精神科医療が始まる例が多数といった問題も認められた。

こうしたDUP調査結果から、DUPだけでなくDUIについても着目し、顕在発症前の早期介入、

地域社会での教育・啓発やプライマリケアの従事者への教育といった早期介入のためのシステム構築の必要性が浮かび上がった。

II. 名取EIプロジェクト開発過程

当院は各医師が周辺市町村の精神保健指導医を兼務し、積極的な訪問看護、地域の保健師などの支援者を含めたカンファレンスを定期的に行い、入院早期から社会復帰を目指す医療、地域との密接な連携、治療指針に基づくチーム医療を実践してきた歴史がある。こうした背景の中で前述のDUP調査の結果を踏まえ、平成21年4月に院内に早期精神病についてのワーキンググループを設置し、早期精神病に対する包括的な入院治療プログラムの作成を開始した⁵⁾。その後、平成21年10月に宮城県の精神保健福祉審議会に若年者対策検討部会が設置され、医療・保健分野のみならず、教育や福祉関係者も参加し、早期介入サービスについて県として取り組む体制について検討が進められた。この部会での検討結果を踏まえ平成23年7月に県の試行事業として名取EIプロジェクトが開始された。

III. 名取EIプロジェクトの内容と開始後の経過

名取EIプロジェクトの目的は精神病性障害の顕在発症から早期（～5年）の臨界期¹⁾に焦点をあて、若年患者とその家族のニーズに合わせた包括的な診療・支援体制を地域を基盤として構築することである。まず当院周辺の名取地区において、支援体制の構築に必要な事業をモデル的に実施し、その効果を検証する作業を開始した。本プロジェクトの中身は、①早期発見・早期介入の手段として高校での普及啓発活動、②アクセスの改善を目指したユース専門外来の立ち上げ、③臨界期支援の強化として初回サイコシスへの心理社会的介入プログラムの導入の3つである。

1. 高校での普及啓発活動

この活動は、現在、市内の3つの高校をモデル校として行っている。具体的には医師、精神保健

福祉士の2名が各学校に出向き、既存の「ユース連携委員会」（養護教諭，スクールカウンセラー，管理職，学年主任，担任が参加し問題行動がある学生について検討する会）に助言者として各校隔月1回2時間程度参加し，精神疾患全般に関する知識提供の講演と個別ケースの相談を行っている。講演に関しては正確な知識提供は当然であるが，わかりやすさと楽観的な視点を重視し，精神疾患の特異的な部分の強調ではなく，一般的な要素や健康的な部分の説明も行うことを基本としている。早期治療の有効性の理解だけでなく，精神疾患のスティグマの軽減も大切な目的である。個別ケースのコンサルテーションにおける1回の相談数は0～15事例で，主な相談内容は不登校，対人関係に悩む生徒への対応，非行，抑うつ，保護者への対応の仕方，震災関係の相談などであった。一方で，精神病圏の問題が相談に上ることはほとんどなく，教員を介した学校現場への介入では問題が表面化しにくい印象がある。

高校との連携での問題点は，①学校組織特有の情報共有の困難さ，②教員は内面ではなく表面に出た問題行動に注目しがち，③精神保健に関する知識・理解の不十分さ，④医療への不信感などが挙げられる。

当初は生徒への直接の啓発を考えていたが了解が得られなかった。教員の精神保健への関心は高いが，日常業務で多忙なため，積極的な関与を求めることは容易ではなかった。学校との連携を開始するためには，医療と教育領域における制度や文化的な違いを含めた様々な障壁があった。このため，まず上位組織である県の教育課に事業の説明を行い支援を得ることで教員が参加しやすい構造を作ることとした。組織同士の連携においても関係作りが重要であり，まずは学校側のニーズを中心に対応するように工夫した。

連携を模索する中で感じられたのが，教育関係者の精神医療へのある種の不信感である。この不信感を払拭するためには精神医療側から知識や理解を深めてもらうための働きかけが必要であった。また，教育機関には進路を決めていくという

役割があり，客観的な行動が重視されるため，問題行動・非行という側面に注目が集まる傾向が強かった。生徒の内面的な変化に関しても注意が向くようにするためにも，こちらからの働きかけが必要であった。連携を促し，コミュニケーションを円滑に進めるためには，お互いの専門性や目標設定の違いに配慮しながらも，協働的に問題解決を図ることを意識したケースカンファレンスが有用であると感じられた。

我々の方針としては，問題のある事例についても，できるかぎり学校現場での対応を目指した。しかし，それだけでは困難な事例もあり，精神保健福祉士による柔軟な相談体制や専門外来へのアクセスを確保するようにした。連携にはタイムリーな情報交換とトリアージ，調整が重要であり，コーディネーターの役割が不可欠である。今回は精神保健福祉士がその役を担ったが，こうしたコーディネーターの育成は今後の課題である。

本プロジェクトにより教員の精神疾患への知識向上や相談，受診件数の増加を含め一定の成果はあったが，学校においては精神保健活動を進めるための環境が必ずしも十分ではないという現状も浮き彫りになった。オーストラリアで行われている学校精神保健増進プロジェクト Mind Matters⁶⁾のように，教員研修の質を高めた上での精神保健啓発授業の実施やスクールカウンセラー，スクールソーシャルワーカーの活用を含めさらなる検討が必要である。

2. ユース専門外来の立ち上げ

当院のユース専門外来は地域との連携を重視して活動することとし，under19 外来と名付けた。目的はユース世代の診療・相談システムの強化であり，対象年齢は15～19歳である。受診への紹介元は教育機関，市町村，保健所，相談機関などに制限し，多職種による調整会議で受け入れを判定することとした。外来体制は担当医師1名，精神保健福祉士2名で，新患は月曜日午前2枠で再来は火曜日午後とした。精神病圏の事例は初回サイコース治療プログラムを導入する体制にした。

平成 23 年度の実績は、新患者数が約 3 名/月、再来患者数は約 20 名/月であり、再来患者数は増加傾向にある。

ユース専門外来開始にあたって最初に検討したことは、当院は伝統的な公立単科精神科病院であり、地域の若者が受診するにはスティグマに伴う障壁を少なくする必要があった点である。この点を考慮し、専門外来の名称を工夫し、設備に関しても若者にできるだけ受け入れられやすいように専用の待合、診察室を準備するなど配慮を行った。開始後の問題点として予測されたのは、医療モデルには取まらない多様なニーズに応えるためのマンパワー不足である。その対応策として本プロジェクトにおいては相談記録に基づいた多職種によるトリアージを行い、また受診経路を制限した。紹介元の教育機関の職員や保健師などを治療参加させ、専門外来がケア会議の場でもあるようにし、相談機関・地域・病院・家族・本人がチームを作る形での支援と診療を進めることを目標としている。今後も学校・地域において、関係者との事例を共有していく中で、精神保健活動を進めるための基盤作りを継続的に進めることが必要と考えている。

3. 初回サイコースへの心理社会的治療プログラム導入

今回のプロジェクトにおいては英国 IRIS (Initiative to Reduce the Impact of Schizophrenia) の治療指針²⁾を参考に初回サイコースへの治療プログラム (表 1) を作成した。サービスの基本理念は病相特異的 (phase-specific)、集中的 (intensive)、包括的 (comprehensive)、個別的 (individualized) な治療サービスの提供である。構造としては多職種チームによるサービスであり、対象者には専属キーワーカー 1 名が割り当てられ、ケースマネジメントが行われる。キーワーカーの主な業務は、多職種チームの中心となり包括的なアセスメントを行い、それに基づいてケアプランを作成し、家族支援、心理教育・認知行動療法的アプローチ、復学・復職支援などを施行す

表 1 初回サイコースへの治療プログラム：
病相特異的、集中的、包括的、個別的な
治療サービスを提供

- ・若年者に焦点をあて、治療関係の成立・維持を重要視
- ・低用量の薬物療法と、最大限に配慮された制限の少ない治療環境
- ・介入直後から通院後まで一貫して関わるキーワーカーを個別に配置
- ・包括的なアセスメント・カンファレンスによる個別のケアプランを展開
- ・より侵襲の少ない急性期心理教育の実施 (診断の不確かさを容認)
- ・再発予防プログラムの作成
- ・早期作業療法・認知行動療法的介入
- ・家族指向的アプローチ
- ・就学・就労支援

英国 IRIS (Initiative to Reduce the Impact of Schizophrenia) の治療指針を参考

ることである。キーワーカーは職種を固定せず、精神保健福祉士、心理士、看護師、作業療法士などが担当している。キーワーカーが施行する標準的な心理プログラムは計 10 回、1 回 30 分程度である。受診後の過程を図 1 に示した。

このようにこのプログラムの中心はキーワーカーである。そのキーワーカーからは表 2 に示すような課題が挙げられた。広い意味で技術的な面での課題が挙げられているが、特に当院においては強制入院などから治療が始まる場合も多く、関係作りに難渋している。また、地域の資源、ネットワークの問題も挙げられた。いまだ地域において若者向けサービスは不十分であり、院内で対応せざるを得ない部分が多いのが現状である。また、精神医療におけるキーワーカーの役割や位置づけなどの問題も挙げられた。海外ではキーワーカーは専任で、ケースロードを決めていくのに対し、本プロジェクトにおいては兼任で一般業務に付加的な形で行っていることも課題である。

このような課題に加え、早期介入サービス導入においては従来の古典的な枠組みからのパラダイム転換が必要である (図 2)。これらは早期介入サービスのみならず一般精神科医療においても取り組むべき課題であり、今回の取り組みにおいてすぐに実践することは容易ではない。再発を繰り返

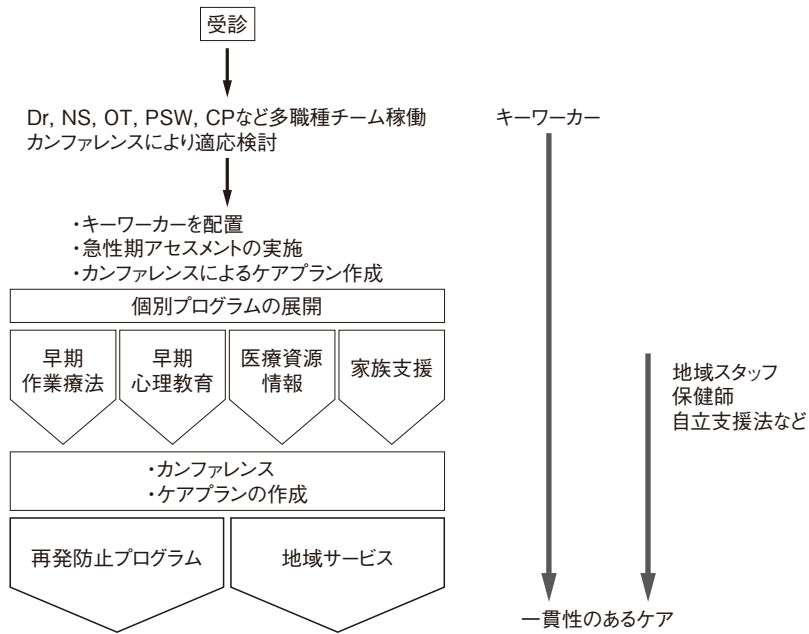


図1

表2 キーワーカーから挙げられた課題

<ul style="list-style-type: none"> ・初発特有の心理（喪失感、恥辱感など）をどのように取り上げ、向きあっていくか ・初発・若年者は支援者に頼らず自分で何とか対処しようとする人が多い；否認、抵抗、自立心 ・治療中断時の対応指針が不明確 ・初回の病名告知，若年者への情報提供型心理教育の困難さ ・強制入院・行動制限から治療開始した場合の治療関係構築の困難さ ・若年者の就学・就労支援体制 ・若年者，初発例における地域との連携，概念の共有 ・一般業務と並行した役割は，業務量が過重 ・キーワーカーの役割：従来の精神科医療では概念の共有が難しく，本人・家族だけでなく病院スタッフにさえも浸透しなかった ・再発の経験がない患者に，「再発を予防する」という関わりにどれぐらいリアリティを持たせることができるかが課題
--

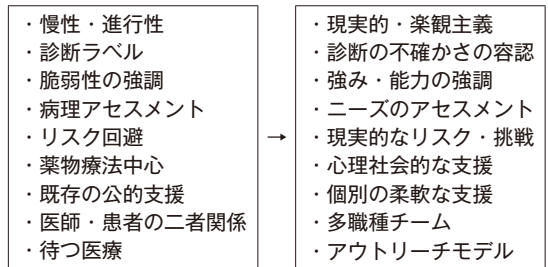


図2 EIサービスへのパラダイム転換

返している患者と初回サイコシスの若者が同じ病棟に混在する中では，若年患者が過ごしやすい環境を整えたり，スタッフの中に楽観主義を醸成していくことは容易ではない。患者の問題点や脆弱性に注目してしまい，ストレングスを見つけて

いく作業はおろそかになりがちである。就学や就労を進めていく際に，現実的な課題やリスクを抱えながらも挑戦的に支援を進めていくための多職種チームやアウトリーチによる体制は不十分である。チーム内のメンバー構成や役割，この活動に費やす時間の確保，薬物療法や心理社会的介入のスキルの習得などについての問題を1つずつ整理していく必要もある。

こうした様々な課題に取り組むために試行錯誤を事例ごとに繰り返しているのが現状であるが，少しずつ人材育成，研修体制を整備している。本

プロジェクトでは東北大学精神科の早期精神病グループの協力を得て、隔週での事例検討会、月1回のスーパーヴァイズ、年3回の研修会やワークショップを実施している。また、先駆的な取り組みを行っている三重県立こころの医療センターや東京都立松沢病院などの国内施設への見学・視察研修を実施した。キーワーカーの院内資格制度の設立についても現在、検討中である。今後は、早期介入に取り組んでいる他の施設との連携が可能となるように国内の環境が整っていくことを期待したい。

通常の精神医療に早期介入サービスを付加的に実施する困難さはあるが、本プロジェクトが当院の一般診療に与えたポジティブな影響や今後の方向性と結びついたメリットも大きい。たとえば、初発あるいは早期段階といった1人1人の患者の経過に応じた治療を行っていくことの大切さを再認識し、このための診療体制を強化したり、ケースマネジメントに基づくチーム医療体制の強化や多職種訪問機能などのアウトリーチサービスの強化、デイケアの機能分化、就学・就労支援体制の強化を早期介入サービスに取り組む中で具体的に検討し前に進めていくための努力が始まりつつある。

おわりに

我々が実施している早期介入サービスは発展途上の段階にある。また、現時点では期間限定の試行的なプロジェクトであり、継続性は担保されていない。今後は、早期介入サービスに関する研修

体制を強化し人材育成とマンパワーの確保を図るとともに、医療・保健・福祉の連携をさらに推進し、地域における若者への包括的な支援体制を構築することが必要である。診療報酬による医療経済的な裏づけは継続性の確保には不可欠である。早期介入サービスの質を高めていくためには、若年患者とその家族のニーズをくみ取り、サービスの有効性を評価し、より効果的な支援体制の開発を行うための調査や研究が必要であり、地域に即したガイドラインの作成が必要と思われる。

文 献

- 1) Birchwood, M., Todd, P., Jackson, C.: Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *Br J Psychiatry Suppl*, 172 ; 53-59, 1998
- 2) Initiative to Reduce the Impact of Schizophrenia (IRIS) : <http://www.iris-initiative.org.uk/>
- 3) Jackson, H., McGorry, P., eds.: *The Recognition and Management of Early Psychosis : A Preventive Approach*, 2nd ed. Cambridge University Press, New York, 2009 (水野雅文, 鈴木道雄, 岩田伸生監訳 : 早期精神科の診断と治療. 医学書院, 東京, 2010)
- 4) Marshall, M., Lockwood, A., Lewis, S., et al.: Essential elements of an early intervention service for psychosis : the opinions of expert clinicians. *BMC Psychiatry*, 4 ; 17, 2004
- 5) 松本和紀, 宮腰哲夫, 伊藤文晃ほか : 統合失調症に対する早期介入. *精神医学*, 50 ; 227-235, 2008
- 6) 白井由美, 川上俊亮, 河上 緒ほか : マインドマターズ-オーストラリアの学校保健プロジェクト, 「こころの疾病を理解する」. *こころの科学*, 144 ; 135-143, 2009

**Natori EI Project : The Early Intervention Project for Psychiatric Disorders
by the Miyagi Psychiatric Center**

Takashi ONO¹⁾, Syunichi FUNAKOSHI¹⁾, Yoshihisa KAKUTO¹⁾, Hiroshi TANIGUCHI¹⁾,
Kyoko TAKAMATSU¹⁾, Ryo NOMURA¹⁾, Nobuhiro YOKOKAWA¹⁾, Kazuko SAITOU¹⁾,
Akemi KAYAMA¹⁾, Nanako ISHIGURO¹⁾, Noriyuki OMURO²⁾, Masahiro KATSURA²⁾,
Yumiko HAMAIE⁴⁾, Akira KODAKA¹⁾, Kazunori MATSUMOTO³⁾, Hiroo MATSUOKA²⁾

1) *Miyagi Psychiatric Center*

2) *Department of Psychiatry, Tohoku University Graduate School of Medicine*

3) *Department of Preventive Psychiatry, Tohoku University Graduate School of Medicine*

4) *Department of Psychiatry, Tohoku University Hospital*

Attempts to promote early intervention (EI) for psychiatric disorders are becoming accepted worldwide. Although several attempts at EI have begun in Japan, this movement is still limited, and the development of concrete EI services suited to individual regions is required. At the Miyagi Psychiatric Center, the “Natori EI project” is being carried out with the aim of improving the mental health of young people. This project involves three activities : consultation and mental health promotion in high schools, specialized outpatient clinics for young people, and psychosocial intervention for first-episode psychosis. There are many difficulties in building a system to support this kind of EI within the framework of the conventional medical care system ; it is necessary to sort out issues such as collaboration with government and educational institutions, sharing the basic principle of EI, medical economic problems, ensuring manpower, and staff training system.

< Authors' abstract >

< **Key words** : early intervention, mental health promotion, first-episode psychosis >
