

初回エピソード統合失調症患者への包括的支援 —病棟から地域まで—

佐藤康治郎、吉村文太、石神弘基、初鳥日美、村尾利之、来住由樹

キーワード：1. 初回エピソード統合失調症 2. 初回エピソード精神病 3. ケースマネジメント
4. 訪問看護 5. デイケア

Key words：1. first-episode schizophrenia 2. first-episode psychosis 3. case management
4. home nursing 5. day care

抄 録

【目的】岡山県精神科医療センターにおける初回エピソード統合失調症First-episode schizophrenia (以下FES)患者への入院棟、外来、回復期デイケア、訪問看護が連携した包括的支援の成果を検証する。

【対象と方法】対象は2013年4月～2015年10月の期間に回復期デイケアの利用を終了したFES患者、訪問看護を利用し6ヶ月経過したFES患者52名である。調査方法は、診療録の後方視的調査である。調査項目は対象者の特徴、ベースラインの重症度、社会機能などとした。支援内容は、入院棟では薬物療法アルゴリズム、クリニカルパスの適応、病早期の患者を集めた疾病教育を行い、外来部門では、若年者向けの回復期デイケア、訪問看護によるケースマネジメントを中心とした支援を行った。

【結果】回復期デイケアの終了までの通所期間は平均36.9週であり、訪問看護の利用期間は平均69.4週であった。支援導入時の社会機能は、社会的ひきこもり50名(96.1%)であった。支援後の社会機能は、一般就労15名、障害者枠就労3名、就労継続支援A型11名、就労継続支援B型5名、地域活動支援センター1名、復学5名、主婦業2名、社会的ひきこもり6名(11.5%)であった。

【結論】FESに対する包括的支援は、社会機能の回復において有効である可能性が示唆された。

【緒言】初回エピソード統合失調症First-episode schizophrenia (以下FES)のクリティカルピリオドは3-5年といわれており、その間に集中的な支援を行うことで、再発の予防および良好な社会機能の回復を目指すことができ(Jackson et al., 1996; Lincoln et al., 1995)、長期のリカバリーの達成に寄与すると考えられている(水野ら, 2015)。岡山県精神科医療センター(以下当院)では、年間約50名のFES患者の入院治療を行っている。当院では2013年4月に若年患者を主な対象とした回復期デイケア(1年以内に卒業していく通過型かつ目的志向型のデイケア)を開設し、FES患者の再発予防および社会復帰

本論文の内容は第19回日本精神保健・予防学会学術集会以シンポジウム11(2015年12月13日、仙台国際センター)にて発表したものを中心にまとめた。

Comprehensive care for first-episode schizophrenia. The continuity from inpatient psychiatric treatment to community care.

SATO Koujiro, YOSHIMURA Bunta, ISHIGAMI Hiroki, HATSUTORI Terumi, MURAO Toshiyuki, KISHI Yoshiki
岡山県精神科医療センター、Okayama Psychiatric Medical center

に向けた支援を行っている。また、訪問看護を中心とした多職種による包括的なアウトリーチ支援も実施している。救急急性期入院棟（以下入院棟）、回復期デイケア、訪問看護がそれぞれ連携し、FES患者に対して入院棟から地域移行とその後の社会復帰まで継ぎ目のない包括的支援を行っている。また入院治療には至らないFES患者に対しても外来、回復期デイケアおよび訪問看護による包括的な支援がなされている。

【目的】 当院におけるFES患者への入院棟、外来、回復期デイケア、訪問看護が連携した包括的支援の成果を検証する目的で、同支援を受けたFES患者の特徴および転帰について後方視的な診療録調査を実施した。

【研究対象および研究方法】 FES患者への取り組みとして、入院棟では、2012年10月からFESを対象とした薬物治療アルゴリズム、2014年4月から急性期クリニカルパスを導入した。また外来地域部門では、2013年4月から回復期デイケアを開設し、2013年6月からFES患者に対する集中的なケースマネジメントを訪問看護が行うようになった（表1）。調査の対象は2013年4月～2015年10月の期間に回復期デイケアの利用を終了したFES患者、訪問看護を利用し6ヶ月経過したFES患者52名である。調査項目は対象者の特徴、ベースラインの重症度、社会機能などである。また、具体的な支援については、症例提示にて紹介する。

表1 当院の初回エピソード統合失調症患者に対する取り組み

【入院棟】	
2012年10月	薬物治療アルゴリズム開始
2013年4月	回復期デイケア、訪問看護 スタッフが病棟会議に参加開始
2014年4月	急性期クリニカルパス導入
【外来地域部門】	
2013年4月	回復期デイケアを開設
2013年6月	訪問看護がFESに対する ケースマネジメントを開始
2015年4月	早期介入チーム(FIT)の設立
2015年9月	家族心理教育F-SPEAK開始

【結果】 平均年齢は27.3歳、男性19名、女性33名であった。精神病未治療期間（Duration of Untreated Psychosis: DUP）は平均36.2週であった。回復期デイケアを利用した患者28名、訪問看護を利用した患者13名、両方の支援を受けた患者11名であった。入院から支援導入された患者は35名、外来からの患者は17名。回復期デイケアの終了までの通所期間は平均36.9週であり、訪問看護の利用期間は平均69.4週であった。（表2-1）またベースラインの重症度は表2-2,2-3に示すとおりであり、ほとんどの患者は急性期を脱しており寛解状態もしくは軽微な精神症状が残っている状態であるが、多くの患者が中等度の機能障害を有していた。

表2-1 初回エピソード統合失調症患者の特徴

	Value (n=52)
年齢, mean (SD)	27.3(7.35)
性別, 男性, n (%)	19(36.5)
DUP, mean(Med), week	36.2(10.5)
導入経路, 入院, n (%)	35(67.3)
デイケア, n (%)	28 (53.8)
訪問看護, n (%)	13 (25.0)
デイケア、訪問看護併用, n (%)	11 (21.2)
デイケア通所期間, mean(SD), week	36.9 (21.1)
訪問看護支援期間, mean (SD), week	69.4(40.1)

DUP: Duration of Untreated Psychosis

表2-2 重症度、デイケア利用者

	Baseline (n=39)
PANSS (Total) mean (SD)	63.1 (11.0)
PANSS (Positive) (SD)	11.4 (3.1)
PANSS (Negative) (SD)	18.4 (4.4)
PANSS (General) (SD)	33.8 (5.7)
PSP (SD)	54.5 (11.3)
JSQLS (SD)	44.5 (16.9)

PANSS: 陽性・陰性症状尺度 Positive: 陽性症状, Negative: 陰性症状, General: 総合精神病理, PSP: 個人的・社会的機能遂行度尺度, JSQLS: The Schizophrenia Quality of Life Scale 日本語版

表2-3 重症度、訪問看護のみの利用者

	Baseline (n=13)
BPRS mean (SD)	34.4 (7.6)
GAF (SD)	52.4 (8.7)

BPRS: 簡易精神症状評価尺度, GAF: 機能の全体的評定

発症3ヵ月前の社会機能は学生5名、一般就労12名、社会的ひきこもり33名であった。支援導入時の社会機能は、社会的ひきこもりが50名(96.1%)と増加しており、他は主婦1名、地域活動センター1名であった。支援導入後の転帰は、一般就労15名、障害者枠就労3名、就労継続支援A型11名と就労している患者が前駆期よりも増していた。学生5名は全員復学でき、他は就労継続支援B型5名、地域活動支援センター1名、主婦業2名、社会的ひきこもり6名であった(図1)。

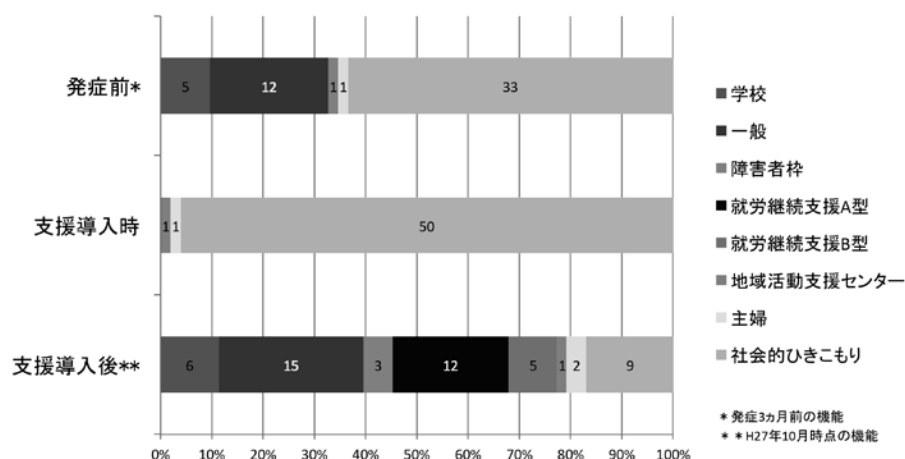


図1 包括的支援を受けたFES患者の社会機能の変化

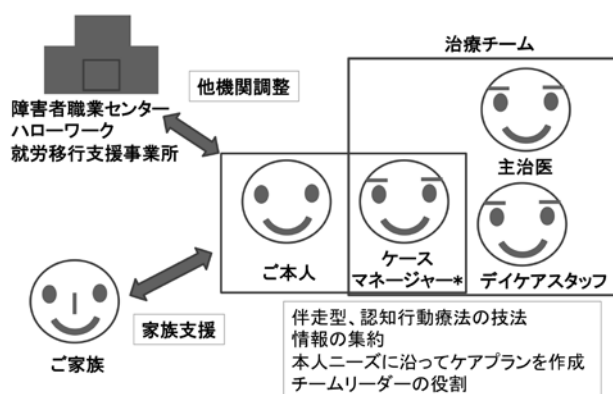
症例提示

以下の事例はプライバシー保護の観点から症例の趣旨が変わらない程度に変更を加えている。また本人には本誌投稿について十分に説明し同意を得ている。

20歳代 男性 診断：初回エピソード統合失調症

生来健康であり、精神的な家族負担はない。A県の大学を卒業後、地元に戻り販売業をしていたX-3年頃より漠然とした恐怖感、不安などの前駆症状がみられた。X-1年11月頃幻聴、注察妄想等が明確になり統合失調症を発症した。同年12月、近医を受診し抗精神病薬を処方されたが統合失調症の診断に納得がいかず、服薬も通院もせず治療中断となった。不眠と幻聴、注察妄想が続き、無断欠勤が増える中で退職し、自宅で自閉的な生活をしていた。自身も不調を自覚し、家族の説得によりX年4月当院を初診し、同年5月に救急急性期入院棟へ任意入院となった。薬物治療アルゴリズムに従い、Risperidone少量から投与開始し幻聴、注察妄想、体感幻覚は軽減したものの、寡動、筋強直、小刻み歩行などの錐体外路症状が出現するなど忍容性不良のためAripiprazoleに変薬した。入院棟疾病教育プログラムに参加し、病識が形成されつつあったが早期の退院を希望し、約2週間で退院となった。

X年6月外来にて訪問看護を導入し訪問看護スタッフがケースマネージャーとなり、本人のニーズに沿った治療プランを協同的に作成し本人と治療チームで共有した（伴走型のケースマネジメントを中心として、他施設との連携、認知行動療法の手法を用いた関わり、家族支援を特徴とした包括的支援について図2に提示した）。精神症状は寛解状態となっていたが、意欲および実行機能の低下を認めたためX年7月から回復期デイケアに参加した。疾病教育プログラム「ステップアップ」に参加しデイケア担当者と共に前駆症状を含めた過去の体験を詳細に振り返ることを通してクライシスプランを作成した。そして本人、家族と治療チームで共有した。Neuropsychological Educational Approach to cognitive Remediation (NEAR) およびメタ認知トレーニング (Metacognitive training: MCT) (考察にて後述) などの認知機能リハビリテーションに参加した。また就労系 Social Skill Training (SST) では社会人経験を活かして他の利用者のお手本となり、発症したことで低下していた自尊感情が若干回復したようであった（以上のように訪問看護と回復期デイケアを並行利用していた頃の1週間の支援スケジュールを表3に提示する）。



*本症例では訪問看護スタッフ(看護師、作業療法士、精神保健福祉師など)がケースマネジメントを行っている

図2 回復期デイケア・訪問看護による包括的支援

表3 症例患者の支援スケジュール

	月	火	水	木	金
午前 9:00-12:00 (デイケア)	デイケアPG* NEAR**	外来 (デイケア担当 が同席)	デイケアPG NEAR (ブリッジング)	デイケアPG 就労準備 SST	デイケアPG NEAR
午後 13:00-15:00 (デイケア)	デイケアPG メタ認知ト レーニング	17:00- 支援者のみ でケア会議	訪問看護 (ケースマ ネージャー) が自宅で 両親と面談		デイケアPG 疾病教育2 (クライシス プラン作成)

* PG: プログラム
** NEAR: Neuropsychological Educational Approach to cognitive Remediation

訪問看護担当がケースマネジメントを行う。
当初はデイケアは週1日から開始、通所に慣れてきたため利用日を週4日に増やした。
生活リズムを作るためなるべく午前中に通所することになった。
ケースマネージャーが家族と面談するなど家族支援を行った。

包括的支援を導入して数か月経過する中、就労意欲が出てきたが、「仕事をする中で本人の負担が増えて再発するのではないかと両親の不安が非常に強くなっていた。このため、主治医、デイケア担当、ケースマネージャーら治療チームと本人、両親でケア会議を何度か開き、就労など社会参加がさらなる回復であることを伝え、就労後も本人、家族と担当医、訪問看護が協同してクライシスプランに沿ってモニタリングを行う再発予防プランを呈示し、両親が納得した上で就職活動を開始した。本人の希望で病名を明かさない形の就労に挑戦し製造業に就職したため、X+1年1月、デイケアの利用は終了した(約7ヶ月間の利用)。しかし、職場で作業速度の遅さを叱責されることが増え、心理的な負荷が強まった結果不眠となり、抑うつも生じたため約3ヵ月で退職した。そこで生活リズムの立て直し目的で再び回復期デイケアを利用(約1ヵ月)した。その後、別の製造業の会社に就労(障害を明かさず)し、現在まで24ヵ月間続いている。訪問看護によるケースマネジメントは訪問の頻度は徐々に下げつつ継続しており、これまで再発はない。

【考 察】

当院においては多くのFES患者に対応する中で、近年の早期介入の重要性(水野, 2016)を認識した上で、2012年10月の入院棟でのFESを対象とした薬物療法アルゴリズム導入を皮切りに、2014年4月

の急性期クリニカルパスの導入、また地域外来部門での2013年4月から回復期デイケアの開設、同年6月からFESに対応した訪問看護による多職種アウトリーチ支援などを順次導入してきた。以下、各取り組みと支援の詳細を紹介し、その導入理由等について考察したい。またあわせて、入院棟から外来部門への支援の組み立て方法の工夫についても症例を通じて学んだことを含めて報告したい。

入院棟での取り組み

入院棟では年間400人強の入院を受け入れており、その内統合失調症患者は200人強であり、約50人はFES患者である。抗精神病薬による薬物治療はFES治療の基礎とされており、心理と社会的介入が最も効果をもつための基本的骨格とされている (Jackson et al., 2010)。薬物治療においては最大限の治療効果を目指しつつ、体重増加や糖脂質代謝異常などの有害事象や、抗パーキンソン薬等併用による認知機能低下にも注意する必要がある。また我が国の臨床現場でよくみられる抗精神病薬の多剤併用は、服薬アドヒアランスの低下、有害事象の増加などの問題点がある一方で、多剤治療の有効性は不明確であるため、同薬の単剤化処方が望ましい。

当院ではFESに対する薬物療法の適正化を目指し、FESを対象とした薬物療法アルゴリズム (吉村ら, 2014) の導入に至った。同アルゴリズムは、(1) 高い有効性がある一方で、体重増加や糖脂質代謝障害という長期的な有害事象が最も生じやすいオランザピンは“準切り札”としてなるべく温存する (Buchanan et al., 2010; Leucht et al., 2009; Osser et al., 2013)、(2) 定型抗精神病薬よりも陰性症状と認知機能の改善に優れ、服薬中断と長期の再発リスクが低い非定型抗精神病薬でなるべく単剤治療する (Zhang et al., 2013)、(3) 低用量から開始する、(4) 十分期間かけて効果判定する、(5) 認知機能を低下させる抗パーキンソン薬 (Ogino et al., 2011) とベンゾジアゼピン系薬剤 (Kitajima et al., 2012) の使用を最小限にすること、を念頭においている。

当院においては、精神科治療の均てん化とチーム医療の円滑化の目的で2014年4月から入院棟にて急性期クリニカルパス (以下当院CP) をFES含めすべての入院患者に導入するに至っている。すべての精神科患者に対応が可能とした系統的・網羅的な13項目の評価項目 (表4) とそれぞれの目標とプランの設定を行っている。2週間ごとに各項目の再評価と目標、プランの修正を行い、基本的には2ヶ月以内の退院を目指している。これらは病棟看護師が中心となり、多職種で協議を行いながら進めている。チーム医療やカンファレンスを円滑に推進するためのツールとしてだけでなく、経験が浅いスタッフの教育的な側面も併せ持っている。退院後のリカバリーを見据えた網羅的なアセスメントが可能となっており、病棟の治療チームのみならず、外来地域部門のスタッフにとっても、評価に基づく課題を共有することで後述するスムーズな支援導入に寄与していると考えられる。また、評価と目標プランの設定とは別に、本人、家族と治療者が治療段階ごとに状況を共有できるツールも用いており、治療を可視化する工夫を行っている。FES患者と家族にとっては精神科治療および入院治療ははじめての経験であり、当院ではCPを導入することで治療計画が可視化され、患者と家族の安心感につながっていると考えられるが、今後その成果については検証が必要である。

表4 急性期クリニカルパスにおける13の評価項目

1	精神科診断(項目2、3は除く)、精神症状とそれによる機能障害・適応不全
2	アルコールや薬物など物質使用障害、ギャンブル、ネットなど嗜癖行動障害
3	知的障害、発達障害、パーソナリティ特性
4	自傷自殺企図、他害行為、触法行為などの既往
5	日常生活・セルフケア上の問題点
6	身体合併症、アレルギー、治療による有害事象
7	治療関係、現実検討、病識、治療アドヒアランス
8	キーパーソン、家族、その他の支援機関の状況
9	退院先、日中活動や役割、通院医療機関、通院手段
10	退院後に必要な精神保健(介護保険)サービス
11	経済状況、生活費、金銭管理
12	緊急時の対応、クライシスプラン
13	ストレングス、患者や家族の意向、他の特記事項

入院時に各項目の評価と目標を設定し、2週間ごとに評価を行う。
基本的には2ヶ月以内の退院を目指す。

心理教育は早期精神病において重要 (Jackson et al., 2010) と言われており、特に入院棟では統合失調症患者に対するグループ心理教育を、初回エピソードもしくは発病後数年以内の発病早期のグループと再発を繰り返すグループの2つに分けて行っている。このように比較的若年、病早期の患者をグループ化することで集団としての凝集性が高まり、心理教育が効果的かつ効率的に機能すると考えられる。また同グループに対して再発により認知機能が低下するリスク (Birchwood et al., 1998) だけではなく、早期の段階で治療を継続すれば回復しうる病気であることを強調して伝えるなど希望を持つような情報提供を心がけている。

入院中からの支援の組み立て

ここではFES患者が入院後、どのように支援が導入されるのかを紹介する。入院後1週間以内に入院時初回カンファレンスが開かれ、そこには外来部門から回復期デイケア、訪問看護スタッフが参加し、FES患者の情報収集を行う。病棟主治医から退院後の包括的支援が必要と判断がなされた場合は、外来部門のスタッフが入院中から関わり、退院後に急激に支援密度が下がらないよう、切れ目のない支援を行っている。

平成27年度からは、地域支援部門(回復期デイケア、訪問看護、外来)でFESに対する早期介入チーム First-episode psychosis Intervention Team (以下FIT) を立ち上げ、FITから主治医に対して包括的支援が必要かどうかの提案を行い、主治医の了解が得られれば、本人家族への説明と同意の後、入院中からケースマネージャーが関わり、退院後切れ目のない支援を行っている。

尚、先に提示した症例は短期間の入院であり、退院が急遽決定したため、入院中からの支援導入は行えず、外来にて支援導入を行うことになったが、入院時カンファレンスにて外来スタッフ間で情報共有が行われていたため導入はスムーズであった。このため、導入時のカンファレンスに外来スタッフが入ることの重要性を改めて認識させられた。

回復期デイケアを中心とした包括的支援

FESに対するケースマネジメントを中心とした包括的支援の有効性は数多く報告されており (Craig

et al., 2004; Verma et al., 2012; Ruggeri et al., 2015)、当院でも症例提示のように伴走型のケースマネジメントを中心とし、他施設との連携、認知行動療法の手法を用いた関わり、家族支援を特徴とした包括的な支援を行うようになった(図2)。

ここでは回復期デイケアが誕生した経緯と内容について簡潔に述べ、FES患者が選択する機会が多いプログラムの導入根拠について述べる。当院にはこれまで主に慢性期の統合失調症患者を対象として生活支援型のデイケア(以下、従来デイケア)を運営してきた。救急急性期入院棟退院後のリハビリテーション、若年患者のニーズに応じたデイケアが必要とされていた。しかし、病早期の若年患者と慢性期患者では機能レベル、目標、治療および求められる支援内容が大きく異なる(根本ら, 2016)ため、集団の凝集性を考慮すると従来デイケアでは前者に対するケアが十分にはできないと考えられた。そこで従来デイケアはより地域に近い病院の近隣に移転し、平成25年4月から新たに目的志向型の通過型デイケアである回復期デイケアを開設した。回復期デイケアでは目的別に3コース(疾病理解コース、就労準備コース、生活安定コース)を用意している。同デイケアは大規模デイケア1単位で、スタッフは専任医師2名、看護師1名、作業療法士2名、心理士2名、精神保健福祉士2名で構成されている(2016年7月31日現在)。様々なプログラムを準備しているが、中でもFESの利用者が選択する機会が多いプログラムを紹介する。精神病の早期介入研究では認知行動療法(Cognitive Behavioral Therapy: CBT)による介入が効果的である(Craig et al., 2004)と言われており、認知行動療法の要素を取り入れたプログラムを選択してもらっている。統合失調症疾病教育プログラムとしては2段階構成となっている。1段階目の疾病教育プログラム「ステップ」は主に情報提供を目的として計4回シリーズで行っており、2段階目の疾病教育プログラム「ステップアップ」も同様に4回シリーズではあるが、過去の体験を協働的に振り返り、症例概念化を行い、非自発入院の予防効果もあるクライシスプランを作成することを目的としている。(de Jong MH et al., 2016)

デンマークでは早期介入サービスOPUS(Jappesem et al., 2005; Pettersen et al., 2005)の構成要素の一つにSocial Skill Training(SST)が組み込み込まれている。回復期デイケアにおいても就労を目指すFES患者には、就労プログラムとして「就労準備SST」という就労準備性を高めるためのSSTを用意している。PORT(The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team)(Dixon et al., 2010)で推奨されている治療法の中に認知機能リハビリテーションが含まれおり、また統合失調症の初回エピソードから回復直後の認知機能水準が将来の就労機能などの社会機能の予測因子となる可能性がある(Nuechterlein et al., 2011)ことから、病早期の認知的な介入が重要であると考えられる。このため回復期デイケアでは認知機能リハビリテーションとしてNEAR(Medalia et al., 2009)プログラム「脳力アップ」、MCTプログラム「やわらか頭体操」を施行している。NEARはコンピューターゲームで認知機能の改善を目指し、言語セッション(ブリッジング)で日常生活への般化を目指す(最上, 2008)ため、若年者が多いFES患者には選択しやすいものとなっている。MCTは統合失調症によくみられる認知的エラーや問題解決のバイアスに焦点をあてた8つのモジュールから構成され(石垣, 2012)ている。人前で話すことへの不快感があるなど不安や対人緊張が強いFES患者でも参加できるよう、小集団で施行するとともに、無理に発言させないなどの配慮を行っている。回復期デイケアではケースマネージャーが患者と協議し、ニーズに合わせて、上記プログラムを選択してもらっている。このようにオーダーメイドでリハビリテーションプランを提示し、病識の獲得、再発予防、自己実現に向けての就労準備性の向上、認知機能の改善など包括的なリハビリテーションを行っている。

訪問看護を中心とした包括的支援

ここからは訪問看護についての紹介と訪問看護が回復期デイケアと並ぶケースマネジメントの柱となっている根拠を述べたい。訪問看護は、看護師11名、作業療法士2名、精神保健福祉士1名で構成され（2016年7月31日現在）、自動車で1時間以内の距離をおおよそのキャッチメントエリアに設定し、地域別に3つのグループを設けて運用している。様々な疾患、重症度の患者に導入しているが、各グループには当院も研究協力機関として参加したComprehensive early intervention for patients with first-episode psychosis in Japan (J-CAP; 若年初回エピソード精神病患者に対する包括的な早期支援・治療の多施設ランダム化比較試験) (Koike et al., 2011) で早期介入の理念や技術を学んだケースマネージャー経験者が配置されFES患者への対応を行っている。FES患者の場合は、患者はもとより家族も初めての経験であり不安、困惑が強いため、家族も丁寧に支援している。また適宜個別で疾病教育、就労支援なども実施している。実際ケースマネジメントを行う際にはソクラテスの質問を用いて患者に気づきを促し、問題解決技法等を協同的に用いるなどCBT的手法を用いている。CBTに関しては院内研修会を定期的に行うなどの教育体制を整えている。また適宜ケースマネージャー会議を行い、ケアの質の担保を行っている。豪州のEarly Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC) (Edward et al., 2002)、英国のLambeth Early Onset service (LEO) (Craig et al., 2004) などの早期介入研究およびサービスでは、アウトリーチ型のケースマネジメントを中心とした介入を行い成果を上げていることから、最もケースマネジメントに適した部門の一つと言えるかもしれない。

今後の取り組みについて

これまでの当院の支援について述べてきたが、以下は今後の当院での取り組みについて述べたい。クリティカルピリオドにおけるFES家族の心理的負担は大きく (Addington et al., 2003)、家族は「患者のための」家族としてだけでなく、家族自身がケアを必要としている「危機に直面している」人々 (中坪, 2008) である。また患者の回復と同様に家族の回復も重要である (French et al., 2011)。もともと当院には情報提供を中心とした家族心理教育プログラムが存在したが、家族の心理的危機の対処法に重点を置いていなかった。家族への支援は、早期精神病宣言の中で5つのサービスプログラムの中の一つで (Bertolp et al., 2005)、早期介入においては重要な構成要素である (French et al., 2011)。以上から当院では家族の心理的危機の対処法に重点をおいた、家族のリカバリーを目指したプログラム「家族のリカバリーを目指した初回エピソード統合失調症家族に対する集団心理教育F-SPEAK」(First episode Schizophrenia PsychoEducAtion for Kazoku) を2015年9月から開始している。日本心理教育・家族教室ネットワーク (JNPF) による「標準版家族心理教育研修会」*の内容をFESに合わせて当院で改変した毎月1回、合計4回の計120分の家族向けプログラムで40分の情報提供、10分の休憩、70分のグループワークで構成される。初回シリーズは8家族が参加している。同プログラムは、病院内の各部門 (病棟、外来、デイケア、訪問看護、薬剤部) が共同で運用し、医師、看護師、薬剤師、作業療法士、臨床心理士、精神保健福祉士など多職種が参加している。同プログラムは今後当院の包括的支援に厚みを持たせることが期待される一方で、実行可能性等については今後検討が必要と考えられる。

包括的支援の効果についての考察

本稿では当院のFESに対する取り組みと各支援の導入根拠等について考察してきた。つづいて、診

療録調査の結果に基づき包括的支援の効果について考察する。社会機能については、発症3カ月前は、最低賃金以上の就労者および学生は18名(34.6%)、社会的ひきこもり者は33名(63.5%)であり、前駆期からすでに機能低下が生じていたと考えられた。支援導入時は社会的引きこもり者50名(96.1%)であり、これは統合失調症の初回エピソードにより社会機能が著しく低下したことによると考えられた。包括的支援の後は、復学、就労(一般、障害者枠)者は23名(47.9%)であり初回エピソード精神病に対する早期介入研究(Henry et al., 2010)と比較しても大きな差がなかった。また最低賃金以上の就労(一般、障害者枠、就労継続支援A型を含む)者は30名(57.7%)であり、著しく低下した社会機能が回復していることから、当院におけるFESに対する包括的支援は社会機能の回復において有効である可能性が示唆された。一方、6名(11.5%)は社会的引きこもりとなっており、現行の包括的支援の限界も示された。今回の調査結果は、当院が順次開始してきたFESに対する支援の後方視的な中間報告であり、各支援方法それぞれの有効性の評価はできない。その一方、筆者および支援に関わるスタッフの間では包括的支援による成果は臨床的な実感として存在している。今後は支援方法の見直し、改定のために、各支援方法の有用性についての検証が必要であると考えられる。

今後の課題

今回の調査の対象にならなかった患者、すなわち回復期デイケアに通所できない、訪問看護の利用を躊躇するなど包括的支援を受け入れないFES患者も少なからず存在する。そうした患者への支援をどう組み立てるかは課題である。デンマーク、英国、豪州などの早期介入サービスでは支援の質を担保しながら新たな利用者を受け入れる目的でケースマネージャーおよび担当の受け持ち患者数の制限と支援終結がなされている(Jackson et al., 2010)。回復期デイケアは1年間という利用期限がある通過型であるため、受け持ち患者数はコントロールしやすい。一方、包括的支援のもう一つの柱である訪問看護を中心としたケースマネジメントにおいては、支援の質を担保するため受け持ち患者数のコントロールを可能とすることが必要と考えられる。そのため、症状が安定しており、社会機能も回復している患者に対しては、就労移行支援機関や地域にある訪問看護ステーションなど次の支援に繋げ、当院における包括的支援を終了または支援密度を減らしていくという判断を適宜行う必要がある。また外来治療の質を担保する目的で、支援終結に伴い、外来治療も地域の医療機関に移行することも検討する必要がある。現時点では明確な終了基準は設けておらず、重症度、ニーズ等を考慮しつつ主治医と相談して判断しているのが現状である。今後は何らかの終結の基準設定が必要かもしれないが、画一的に判断するのではなく、患者の重症度、本人の目標、家族機能などを考慮して柔軟な判断は必要となると考える。

【利益相反について】

本論文において開示すべき利益相反はない。

【引用文献】

- 1) Addington J, The first episode of psychosis : experience of relatives. Acta Psychiatr Scand, 108 (4) : 285-289, 2003.
- 2) Bertolote J, McGorry P : Early Intervention and recovery for young people with early psychosis :

- consensus treatment. *Br J Psychiatry Suppl* 48 : s116-119, 2005.
- 3) Birchwood, M. et al. : *Br.J.Psychiatry, Suppl.*172 : 53-59, 1998.
 - 4) Buchanan, R., W., Kreyenbuhl, J., Kelly, D., L. et al. : The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements. *Schizophr. Bull.*, 36 : 71-93, 2010.
 - 5) Craig, T.K.J., Garety, P., Power, P. et al. The Lambeth Early Onset (LEO) team : randomized trial of effectiveness of specialist care for early psychosis. *British Medical Journal*, 329, 1067-8, 2004.
 - 6) de Jong MH, Kamperman AM, Oorschot M, Priebe S, Bramer W, van de Sande R, Van Gool AR, Mulder CL. Interventions to Reduce Compulsory Psychiatric Admissions : A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2016 Jul 1 ; 73 (7) : 657-64, 2016.
 - 7) Dixon L.B., Dickerson F. Bellack S.A, et al. : The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary. *Schizophr.Bull.*, 36 : 48-70, 2010.
 - 8) Edward, J. & McGorry, P.D. *Implement Early Intervention in Psychosis : A Guide to Establishing Early Psychosis Services*. London : Martin Dunitz, 2002.
 - 9) French P, Smith J, Shiers D et al : *Promoting Recovery in Early Psychosis : A Practice Manual* (針間博彦監訳, 精神病早期介入-回復のための実践マニュアル. 2011.)
 - 10) Henry L, et al. The Eppic follow-up study of First-Episode Psychosis : Longer-term clinical and functional outcome 7 years after index admission. *J Clin Psychiatry* ; 76 (6) : 716-728, 2010.
 - 11) 石垣琢磨 : メタ認知トレーニング (Metacognitive Training ; MCT) 日本語版の開発. *精神医学*, 54 : 939-947, 2012.
 - 12) Jackson, C. Birchwood, M. Early intervention in psychosis : opportunities for secondary prevention. *British Journal of Clinical Psychology*, 35.487-502, 1996.
 - 13) Jackson H, McGorry P. ; *Recognition and Management of Early Psychosis : A Preventive Approach*, 2010. (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, 2010.)
 - 14) Jeppesen P, et al. Integrated treatment of first-episode psychosis : effect of treatment on family burden : OPUS trial. *British Journal of Psychiatry*, 187 (Supple 48), s85-90, 2005.
 - 15) Kitajima, R., Miyamoto, S., Tenjin, T. et al. : Effects of tapering of long-term benzodiazepines on cognitive function in patients with schizophrenia receiving a second-generation antipsychotic. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry.*, 36 : 300-306, 2012.
 - 16) Koike S., Nishida A., et al. Comprehensive early intervention for patients with first-episode psychosis in Japan (J-CAP) : study protocol for a randomised controlled trial. *BioMed Central Ltd*, 2011.
 - 17) Leucht, S., Corves, C., Arbter, D. : Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia : a meta-analysis. *Lancet.*, 373 : 31-41, 2009.
 - 18) Lincoln, C.V. & McGorry, P. Who cares? Pathways to psychiatric care for young people experiencing a first episode of psychosis. *Psychiatric services*, 46, 1166-71, 1955.
 - 19) Medalia, A., Revheim, N. and Herlands, T. : *Cognitive remediation for psychological disorders : Therapist guide*. Oxford University Press, New York, 2009.
 - 20) 水野雅文, 鈴木道雄, 松本和紀, 他 : 地域ケアの時代における精神疾患-早期発見・早期支援の課題と可能性. *精神医学* 57 : 89-103, 2015.

- 21) 水野雅文：特集にあたって.精神医学58：561, 2016.
 - 22) 中坪太一郎：「統合失調症の家族研究の展望」東京大学大学院教育学研究科紀要 第48巻 2008.
 - 23) 根本隆洋, 馬場遥子, 船渡川智之：初回エピソード統合失調症.精神医学58：563-570, 2016.
 - 24) Nuechterlein, K.H.,Subotni, K.L., Green, M.F. et al.：Neurocognitive predictors of work outcome in recent-onset schizophrenia. Schizophr. Bull., 37；S33-S40, 2011.
 - 25) 最上多美子：統合失調症を対象とした認知機能リハビリテーション.精神療法,34；325-331, 2008.
 - 26) Ogino, S., Miyamoto, S., Tenjin, T.：Effects of discontinuation of long-term biperiden use on cognitive function and quality of life in schizophrenia. Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry., 35：78-83, 2011.
 - 27) Osser, D.,N., Roudsari, M.,J., Manschreck, T.：The psychopharmacology algorithm project at the Harvard South Shore Program：an update on schizophrenia. Harv. Rev. Psychiatry., 21：18-40, 2013.
 - 28) Pettersen, L et al. A randomized multicenter trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. British Medical Journal, 331, 602-5. 2005.
 - 29) Ruggeri M, Bonetto C, Lasalvia A, et al：Feasibility and Effectiveness of a Multi Element Psychological Intervention for First-Episode Psychosis：Results From the Cluster-Randomized Controlled GET UP PIANO Trial in Catchment Area of 10 Million Inhabitants. Schizophrenia Bull 41：1192-1203, 2015.
 - 30) Verma S, Lye YP, Subramanian M, et al：The Singapore Early Psychosis Intervention Programme (EPIP)：A program evaluation. Asian J Psychiatr 5：63-67, 2012.
 - 31) 吉村文太, 北川航平：Clozapine 施設導入と薬物治療アルゴリズム運用による統合失調症に対する薬物治療の適正化. 臨床精神薬理, 17.1545-1553, 2014.
 - 32) Zhang, J.,P., Gallego, J.,A., Robinson, D.,G. et al.：Efficacy and safety of individual second-generation vs. first-generation antipsychotics in first-episode psychosis：a systematic review and meta-analysis. Int. J. Neuropsychopharmacol., 16 (6)：1205-1218, 2013.
- (*)心理教育・家族教室ネットワーク：「標準版家族心理教育」(<http://jnpf.net/>)