

## 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)

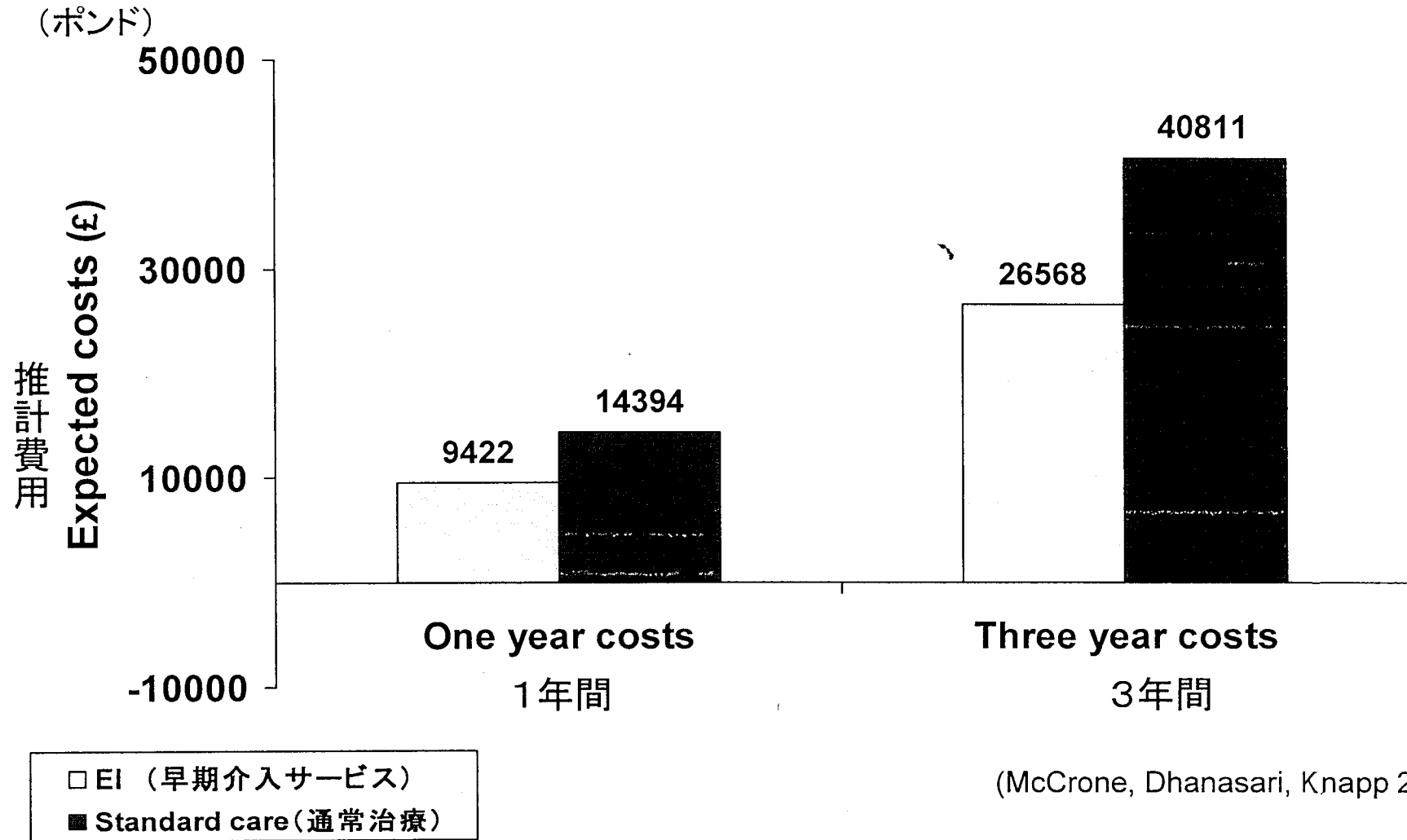
	初期評価(迅速)	集中的治療と合併症の早期発見	集中的治療と再発防止	アウトカム
医学的アセスメントと治療計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神疾患の疑いによる紹介から診断へ: 病歴、精神状態、リスク評価(自殺を含む)、再発のリスク</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>抑鬱状態の査定と治療</li> <li>自殺念慮の早期発見と治療</li> <li>治療抵抗性の陽性症状に CBT を実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> 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

# 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



# 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

# イル Bosco

イル Bosco の概要    心の病について    セルフチェック    医療・福祉・教育関係の方へ    お問い合わせ

*Psychosis can be treated  
We can help*

東邦大学医療センター大森病院 メンタルヘルスセンター

## イル Bosco におけるケア



イル Bosco では、精神科医、看護師、作業療法士、精神科ソーシャルワーカー、臨床心理士が一体となって、15～30歳の若者の心の病の早期発見と早期治療を目指しています。

1年間の期間を設け、ミーティングなどのコミュニケーションを通じてレジリエンス(自己回復力)を高め、心のバランスを取り戻すのをお手伝いします。この

サイトを通じて、若者の心の病についての正しい知識や回復方法についての理解を深めてください。

▶ [詳細はこちらから](#)

## 専門職の方へ

イル Bosco では、医療従事者向けにも東邦大学医学部精神神経医学講座のスタッフが様々なケーススタディを元にエビデンスに基づいた効果的な治療法などの情報提供を行っています。

ご開業の先生方、地域の精神保健福祉従事者の方からのお問合せはこちらへお送り下さい。

▶ [お問い合わせフォームへ](#)

## INFORMATION

一覧へ

▼ [掲載日](#)

▼ [内容](#)

[交通案内](#)

[関連リンク](#)

# 三重県津市における早期発見・支援モデル事業

## モデル地区(校区)

### 啓発プロジェクト

(対象:啓発手法)

1. 生徒: 中学卒前啓発授業プログラム
2. 生徒: 啓発リーフレット配布プロジェクト
3. 生徒・保護者: 保健室だよりによる啓発
4. 保護者: 幼・小・中保護者合同啓発研修会
5. 教員: 早期事例ケースマネジメント研修会
6. 養護教諭: 幼・小・中養護教諭合同勉強会
  
7. 一般医: 早期連携促進訪問活動
8. 一般医: 早期発見パンフレット配布プロジェクト

### 学校内精神保健推進プロジェクト

1. 校内精神保健特別支援委員会の設置  
特別支援コーディネーター、養護教諭、  
スクールカウンセラー、各学年特別支援担当者  
スクールソーシャルワーカー、管理職(教頭・校長)  
等による定期的な検討会議  
議題: 精神的不調を抱える生徒の把握と校内に  
おける対応、保護者との連携の検討
2. 校内精神保健特別委員会、保護者からユースメンタルサポートセンターMIE早期支援アウトリーチチームへの相談、連携要請

ユースメンタルサポートセンターMIE  
(三重県立こころの医療センター内)  
早期支援多職種専門支援チーム

### DUP短縮早期発見連携チーム

1. 一般医との連携・啓発
2. 学校・保護者からの相談
3. アウトリーチによるアセスメント 等

### 学校特別支援委員会サポート事業

### ARMS事例に対する個別支援

### 精神病臨界期治療チーム

1. 臨界期包括治療支援プログラムの提供
2. ケースコーディネーター担当制
3. アウトリーチ活用によるエンゲイジメント強化

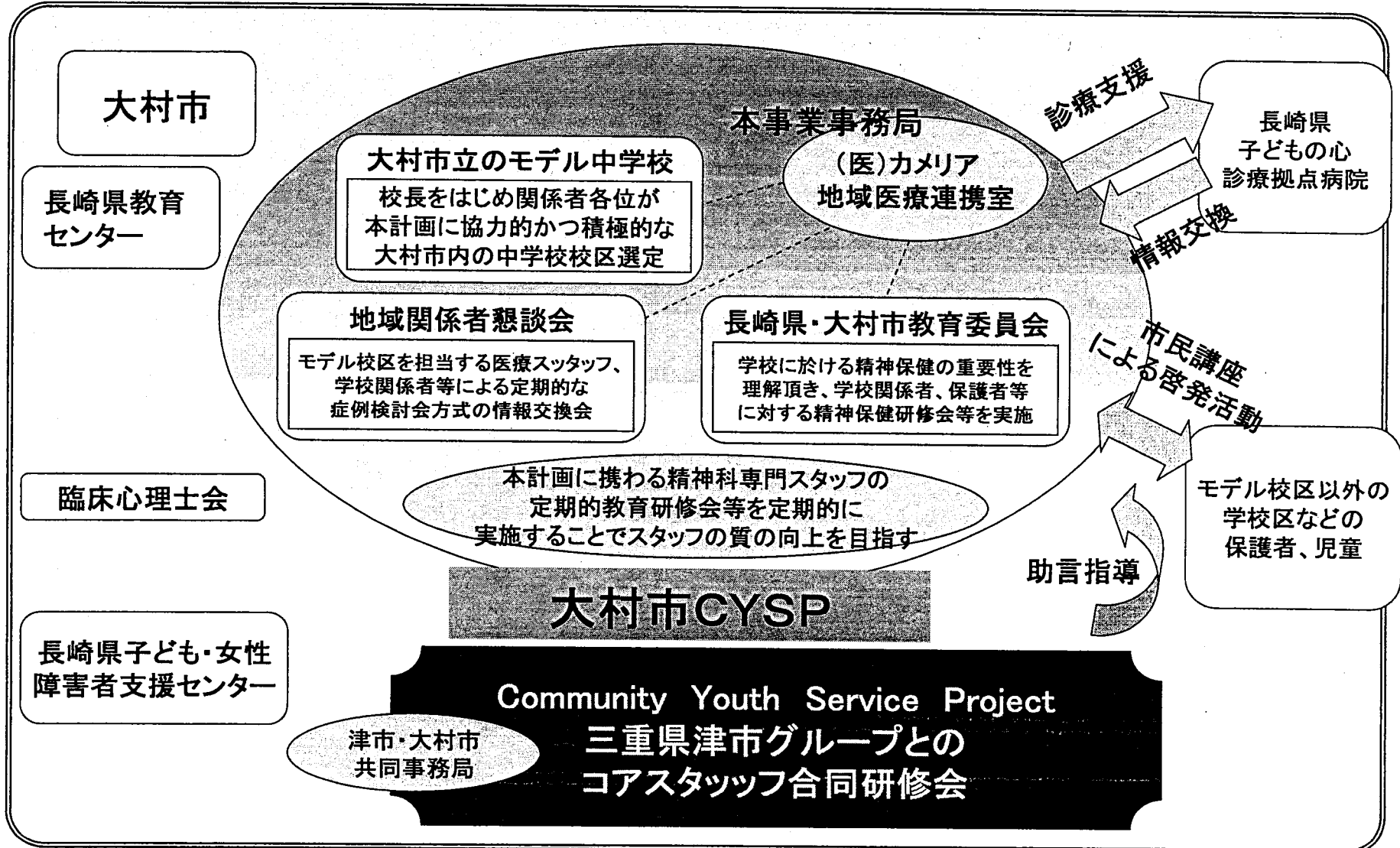
### TREATチーム

1. 3か月以上入院のFEP患者の再アセスメント
2. 寛解遷延例に対するコンサルテーション

### 早期支援専門スタッフ育成研修

1. 英国早期支援国家プロジェクト委員による集中研修
2. 定期的な事例検討とサービス内容のレビュー

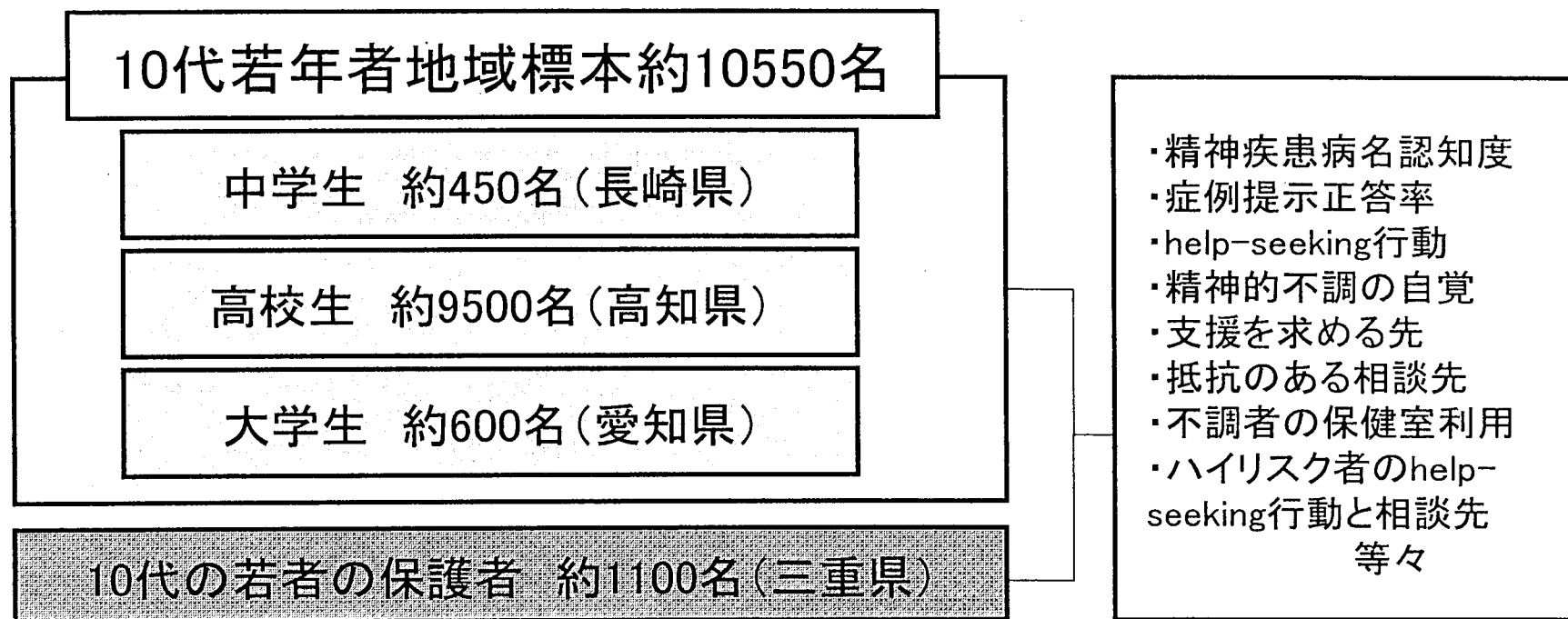
# 長崎県大村市における学校ベースの啓発と早期介入事業





# 若者を対象とした精神疾患病名認知度等の調査

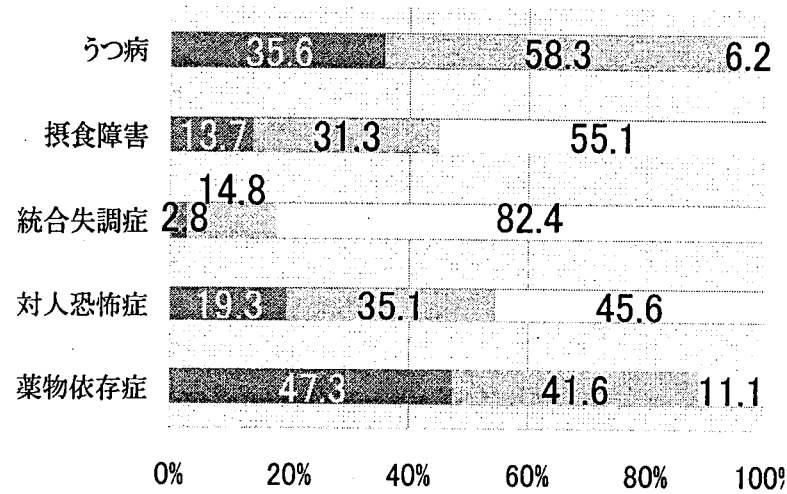
～思春期・青年期精神病理疫学研究3万人調査サンプルの一部～  
(平成21年3月末時点 中間報告)



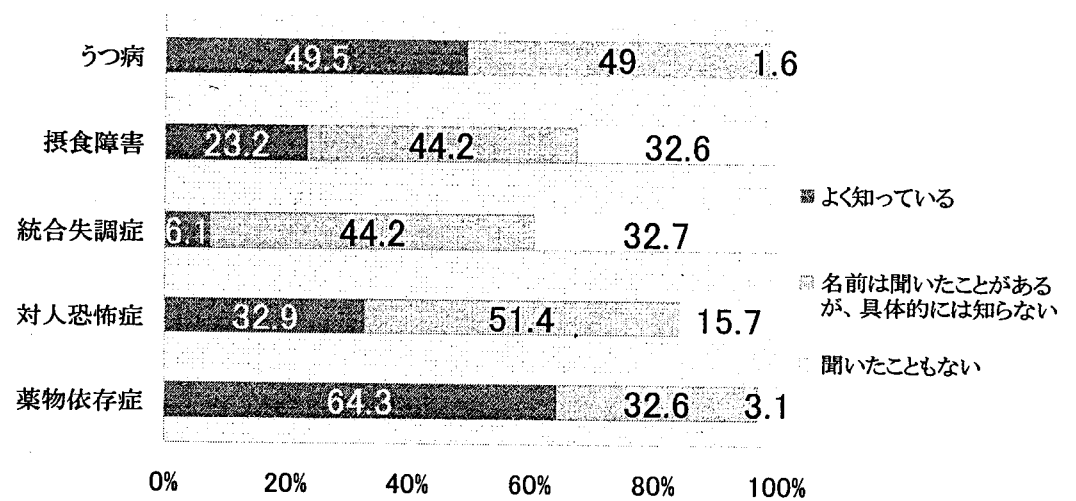
平成20年度厚生労働科学研究こころの健康科学研究事業  
「思春期精神病理の疫学と早期介入方策に関する研究」  
(研究代表者:岡崎祐士)研究分担者:西田淳志(東京都精神医学総合研究所)

# 病名認知度調査

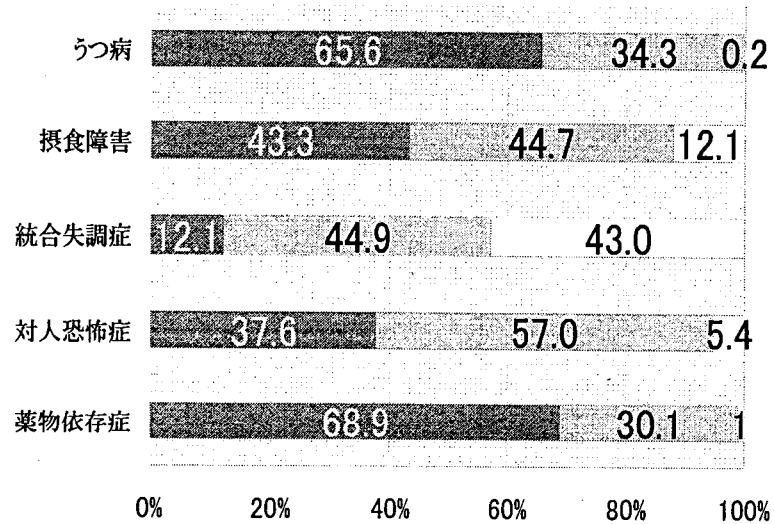
## 中学生 (N=450、長崎県)



## 高校生 (N=9566、高知県)



## 大学生 (N=586、愛知県)



## 小・中学生保護者 (N=1174、三重県)

