

# rethink

Working together to help everyone  
affected by severe mental illness  
recover a better quality of life

Forresters Respite Centre  
2 Southampton Road, Hythe  
Hampshire SO45 5GQ

Phone 023 8084 3042

Fax 023 8084 1250

Email [forresters@rethink.org](mailto:forresters@rethink.org)

[www.forresters.info](http://www.forresters.info)

For further information on Rethink

Phone 0845 456 0455

Email [info@rethink.org](mailto:info@rethink.org)

[www.rethink.org](http://www.rethink.org)

Registered in England Number 1227970  
Registered Charity Number 271028  
Registered Office 28 Castle Street, Kingston upon Thames, KT1 1SS  
Rethink is the operating name of National Schizophrenia  
Fellowship, a company limited by guarantee  
© Rethink 2007



# rethink

residential care

**an introduction to**  
**forresters respite centre**  
Hampshire

## Short term breaks

Forresters is a unique, high quality respite centre for people experiencing mental health problems and carers.



Located between the New Forest and Southampton Water, Forresters offers a hotel experience with the added benefits of a registered care home.

Owned and managed by Rethink, Forresters is a not for profit service which is registered with CSCI (reports available from their website [www.csci.org.uk](http://www.csci.org.uk))

### Why stay at Forresters?

- A break from the usual routine and have a holiday with support.
- A chance to give carers a break.
- An alternative to hospital admission.
- An opportunity to get back on track.

### Recovery and well-being

Forresters staff are committed to enabling guests to explore methods that can forward their recovery and well-being, including social inclusion, diet, exercise and self directed therapies.

### Equal opportunities

We are committed to offering places and support based on personal circumstances regardless of race, culture, age, disability or sexuality.

### Facilities

- Two lounges; one non smoking
- Games room with pool table and computers with internet access.
- Dining room with access to tea and coffee facilities.
- 21 bedrooms; several are en suite, including one disabled room.
- TVs and radios in all rooms.

### Guest criteria

#### Guests should;

- have a mental health problem or be a carer.
- be aged over 18.
- be able to wash, dress and feed themselves (or be accompanied by a carer).
- be compliant with their prescribed medication.

#### We cannot accept guests who;

- are acutely ill.
- are violent or destructive.
- are suicidal or indiscreet in their self harming.
- have a severe learning disability.
- present a fire risk.
- have a current drug or alcohol dependence.
- have a continence problem which is not self managed.

### Payment

Many of our guests are funded by their social services dept or community mental health team (CMHT), also there are some charitable trusts that may assist with payment, please contact us for an information pack.

The prices below are effective from 31.03.08 subject to annual review.

Week long breaks are available all year round. Monday is the usual day of arrival.

Nightly breaks are subject to availability

### Prices include;

- transport to and from Southampton station at specified times (a charge may be made at other times and locations).
- care staff available 24hrs a day for support.
- support with medication.
- daily trips and activities, fully supported by staff (some charges may apply)
- full board including tea, coffee and squash throughout the day. (most dietary requirements are catered for).
- bed linen and towels (a small charge may be made for personal laundry).

## Price list 2008 – 2009

	En Suite (per person per week)	Shared bathroom (per person per week)	En Suite (per person per night)	Shared bathroom (per person per night)
<b>Spring 2008</b>				
31.03.08 – 04.05.08	£550	£375	£79	£54
<b>Summer 2008</b>				
05.05.08 – 28.09.08	£740	£550	£106	£79
<b>Autumn 2008 date</b>				
29.09.08 – 21.12.08	£550	£375	£79	£54
<b>Winter 2008 / 09</b>				
<b>Christmas Week</b> 22.12.08 – 28.12.08	£750	£680	£108	£98
<b>New Year Week</b> 29.12.08 – 04.01.09	£750	£680	£108	£98
05.01.09 – 29.03.09	£550	£375	£79	£54

You can make a provisional booking by ringing the office on 023 8084 3042 (Monday to Friday, 9pm to 5pm).

思春期精神病理への早期介入と自助組織の役割と育成の研究(摂食障害について)

分担研究者 生野 照子 浪速生野病院・部長

研究要旨

摂食障害の早期発見・早期介入においては、教育現場における養護教諭の存在が非常に重要である。そこで、中学・高校の養護教諭を対象とし、摂食障害の早期発見・早期介入における現状と課題の検討を目的とした質問紙調査を実施した。その結果、摂食障害の生徒の早期介入には、「保護者との連携」、「病識の薄い本人とのコミュニケーション」の問題への対応が必要であることが示された。また、自助組織との協働活動では、摂食障害ネットワーク主催の総会や養護教諭対象の講演会を開催した。そこでは当事者をシンポジストに迎えた「早期発見・早期介入」に関するシンポジウムや、当事者・家族・専門家を交えた交流企画に対する参加者の満足度が高かった。特に家族による疾病理解や本人へのサポートの工夫を学ぶ場として摂食障害ネットワーク活動の継続を求める意見が多かった。

A.研究目的

摂食障害は、思春期・青年期にその発症のピークを迎えることから、早期発見・早期介入には中学・高校などの教育現場における養護教諭の役割が非常に大きいと考えられる。そこで、本研究では、中学・高校の養護教諭を対象とした質問紙調査及びインタビュー調査を実施し、摂食障害の生徒の早期発見・早期介入の現状と課題について検討することを目的とした。同時に、摂食障害自助組織との協働活動を通して、当事者や家族が必要としている「早期発見・早期介入」について検討した。

B.研究方法

以下の3研究を実施した。

<1.中学・高校の養護教諭を対象とした「摂食障害の早期発見・早期介入における現状と問題点」に関するアンケート調査>

2008年8～10月に近畿6府県の中学、高校の中から無作為抽出した中学校326校、高等学校174校、合計500校の養護教諭宛に質問票を郵送した。郵送に際しては、本研究の目的及び意義、プライバシー保護について明記した依頼書を同封し、無記名にて返送を依頼した。返送された中学校142校、高等学校81校、合計223校(回収率、有効回答率44.6%)を調査対象とした。

調査内容は①摂食障害あるいは摂食障害を疑われる生徒(以下摂食障害の生徒と記す)へのこれまでの対応の実態、②摂食障害の生徒への対応に関する養護教諭の意識についてであった。

<2.養護教諭への早期発見・早期介入に関するインタビュー調査>

2008年8～12月に近畿3府県の養護教諭15名(小学校4名、中学・高校11名)にインタビュー調査を実施した。インタビュー内容は、質問票では把握が困難な「早期発見・早期対応についての具体的な体験談や工夫」、「摂

食障害の予防教育・教材の是非」「養護教諭向けの早期対応ガイドブックへの要望」などについてであった。

### <3. 摂食障害自助組織との協働活動>

①摂食障害ネットワーク総会の開催：日本摂食障害ネットワーク第8回総会を2008年11月に開催。内容は当事者によるシンポジウム、専門家による講演会、自助グループなどによる分科会、交流会であった。約300名が参加。

②養護教諭を対象とした「摂食障害講演会」の開催。2009年2月、「当事者が早期発見・早期介入について養護教諭に伝えたい事」をテーマとしたシンポジウムや講演を実施した。養護教諭40名の参加があった。

## C. 研究結果

### <1. アンケート調査>

#### ①摂食障害の生徒へのこれまでの対応の実態

##### ・摂食障害の生徒の存在

中学で73.7% (n=101)、高校で93.6% (n=73)、全体で78.4% (n=174)の養護教諭が「これまでの勤務校において摂食障害の生徒がいた」と回答した。高校の養護教諭の方が中学と比べて「いた」と回答した比率が高かった。過去3年間で経験した摂食障害の生徒の総計は、中学ではほとんどが1~3人以内であるが、高校では6~10人 (n=5)、11~15人 (n=6)の生徒を経験した養護教諭も存在した。

##### ・医療機関等との連携の実態

調査対象者の60.6%が「医療機関等専門機関との連携を行なった」と回答し、その内72.2%が「その連携は順調にいった」と回答した。連携内容としては「主治医との情報交換や相談」が多かった。

##### ・摂食障害の生徒への対応の困難さ

88%の対象者が「大変困難であった」「やや困難であった」と回答し、その理由として「本人の病識の無さ」や「コミュニケーションの困難さ」など本人とのコミュニケーションの難しさと「保護者の病気への無理解」などからく

る保護者との連携の難しさが挙げられた。

#### ②摂食障害の生徒への対応に関する養護教諭の意識について

##### ・発見した生徒への対応について

「発見した摂食障害の生徒に対して適切な対応が出来ると思う」者は、対象者の50%であり、「適切な対応が出来ると思わない」者は48%であった。「適切な対応が出来ると思わない」理由として、「対応の経験や自信がない」「支援に対する本人の拒絶の問題」「学校における支援の限界」「保護者との連携困難」が挙げられた。

##### ・保護者との連携の意識

69%が保護者との連携が「できる」と、28%が「できない」と回答した。「できる」と回答した対象者に連携方法を質問すると、「家庭と学校の情報交換、共通理解」「保護者への継続的な心理的支援」が挙げられた。また連携できない理由として「保護者の病気への意識の低さ」「支援への拒否」「親自身が心理的問題を抱えている」点が挙げられた。

##### ・医療機関との連携

66%の対象者が「医療機関と連携できる」とし、33%が「連携できない」と回答した。「連携できる」と回答した対象者は、連携しようと思う方法として「主治医に相談、情報交換」「医療機関の紹介」「受診前に保護者と連携」「カウンセラー・校医につなぐ」「馴染みの病院との連携強化」を挙げ、「連携できない理由」としては「個人情報保護のため、直接医師と情報交換できない」「保護者、本人が非協力的で医師とコミュニケーションがとれない」「治療機関が無い、知らない」点が挙げられた。

### <2. インタビュー調査>

「早期発見の手立て」としては、春に加えて秋の体重測定は有効であるが実施困難校が多いこと、複数の教諭による生徒の日常観察が有効であることが挙げられた。また「早期対応の工夫」では、「体重測定後の個別懇談」や「保健室での安心できる居場所作り」が効果的

であると回答された。また「保護者への対応」は「日常的なコミュニケーション」が必要であり、教員間の連携があると保護者対応がスムーズに進むようであった。さらに「摂食障害の予防教育・教材の是非」では、予防教育をカリキュラムに組み込むことは中学・高校では無理があり、養護教諭向けの早期対応ガイドブックの要望が高かった。その内容として発見時の対応のこつ、医療機関に繋ぐタイミングなどの具体的な事例集を必要としているという回答が多かった。

#### D. 考察

摂食障害の生徒の早期介入には、まず保護者との連携、つまり生徒の病状の共通理解や保護者への心理的支援の重要性が示唆された。さらに摂食障害の疾病特性と関わる病識の薄い本人とのコミュニケーションの問題、保護者や本人の協力の元に医療機関との連携を行なう必要性が示された。これらの結果は、今後養護教諭を対象とした支援、例えば早期対応ガイドブック作成においてその方向性を示す資料となると思われる。

#### <3. 摂食障害自助組織との協働活動>

第8回日本摂食障害ネットワーク総会においては当事者のシンポジウムや・回復者・家族・専門家を交えた交流企画に対する参加者の満足度が高かった。特に家族による疾病理解や本人へのサポートの工夫を学ぶ場

として摂食障害ネットワーク活動の継続を求める意見が多かった。また、養護教諭対象の講演会においては、「当事者が早期発見・早期介入について養護教諭に伝えたい事」をテーマとしたシンポジウムにおいて、当事者から「養護教諭に『病気だ』と言われたことが医療につながるきっかけとなった」「養護教諭が生徒を気にかけてそばで見守ってくれる安心感」について語られ、養護教諭側から「本人の気持ちが非常に良く分かった」との感想が多く寄せられた。

#### E. 結論

本年度の研究結果から、摂食障害の生徒の早期発見・早期介入においては養護教諭は重要な役割を果たす存在であること、そのためには養護教諭と保護者との連携が必要であることが示唆された。今後、本人のみならず保護者への支援や連携をテーマとした研究の必要性があると考えられる。

研究協力者：

三井知代(神戸親和女子大学)、野村佳絵子(龍谷大学)、鈴木朋子(甲子園大学)

厚労科研費補助金 こころの健康科学研究事業  
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  
平成20年度分担研究報告書

自殺ハイリスクユースへの早期介入方策の開発  
分担研究者 氏名 林 直樹 都立松沢病院精神科

研究要旨:本研究では、自殺ハイリスクの若年精神科患者の治療ひいては自殺予防に資するため、都立松沢病院に自殺関連行動(SB)を呈して入院した精神科患者を対象として、若年患者(入院時25歳以下)および早期SB開始患者(SB開始時年齢が20歳以下)の臨床的特徴をそれ以外の患者との比較によって明らかにすることが試みられた。若年患者とその他の患者との比較では、有意な所見がほとんど得られなかったことから、若年患者はその上の年代の患者と同様の特徴を示すと考えられ、特別な治療的対応の必要性は示唆されなかった。他方、早期SB開始患者では、境界性パーソナリティ障害や不安障害が多い、養育期の虐待が多いといった特徴が認められた。また、初回治療開始時にSBを呈している患者では、境界性PD、物質使用障害の(もしくはそれらを後に発症する)リスクの高いことが確認された。これらの知見は、SBを呈する若年患者の診療指針として利用することができる。

A. 研究目的

若年層の自殺は、自殺者の中に占める比率は大きくないものの、それによる損失の大きさや近年の増加傾向を考慮するなら、特別の対策を講じるべき重要な問題である。そしてまた、若年者の自殺には、予防対策において考慮されるべき自殺未遂が先行している比率が高い、ライフイベントの影響を受けやすいなどの特徴のあることが報告されている。しかし、わが国ではその実態を明らかにする作業が十分に進められていない。

本研究では、自殺未遂もしくは自傷行為(自殺関連行動)を事由として入院した精神科患者を対象として、若年者および早期SB開始患者の臨床的特徴を抽出することが試みられる。自殺関連行動を示す人々は、自殺のハイリスク集団であるため、本研究によって得られる所見は、若年者の自殺予防対策を考案するうえで役立つものと考えられる。

B. 研究方法

研究対象は、松沢キャンパス自殺関連行動研究の対象患者155人(男68人、女87人、平均(SD)年齢36.5(11.9)歳)である。

松沢キャンパス自殺関連行動研究の詳細は別の論文で記述されている<sup>9-1)</sup>。本研究で取り上げられた自殺関連行動(suicidal behavior 以下SBと略)とは、WHO/EURO支部(1999)によって「死もしくは身体が傷つくことを期待もしくはその危険を承知しながら、特定の変化を生じる目的で開始され、実行される非致死的な結末となる行為」と定義されている自殺未遂や重度の自傷行為を包含する概念である。

対象患者は、入院事由として自殺関連行動がみられるという条件の他、外国人でないこと、入院時年齢が20歳以上であること、患者とその家族からインフォームド・コンセントが得られることなどの選択条件を満たしている。

本研究では、対象患者に対して、SB手段、構造化診断面接(SCID-II CV, SCID-II)に基づく診断、Beckうつ

病尺度などのSB関連精神症状、入院前のライフイベント(以下LEと略)や悩み、生育環境における虐待といった事項について面接による調査を行った。

解析方法は、①対象患者を入院時年齢が25歳以下の入院時若年群(N=29)とそれ以外の入院時非若年群(N=126)に分けて、人口統計学的データおよび調査事項の比較、②対象患者をSB開始時年齢が20歳以下の早期SB開始患者群(N=49)とそれ以外の早期SB開始患者群(N=106)に分けて、人口統計学的データおよび調査事項の比較、を行うことである。

### C. 研究結果

対象患者の入院前に見られたSB手段は、刃器による切傷40%、過量服薬32%、縊首14%、飛び降り12%であった。対象患者の主なI軸精神障害の内訳は、感情障害62%、不安障害55%、物質使用障害38%、精神病性障害27%、摂食障害10%であった。パーソナリティ障害(Personality disorder (PD))は、87%に認められ、中でも境界性PDが56%と最も多かった。ライフイベント(LE)では、対人関係のLE、生活状況のLEがそれぞれ69%、62%と多く報告されていた。入院時の重度の抑うつ症状(Beckうつ病尺度による)、絶望感(Beck絶望感尺度による)は、それぞれ55%、48%の対象に認められた。養育期の虐待、性的虐待は対象患者のそれぞれ61%、17%で報告された。

① 入院時年齢25歳以下の若年患者群(N=29)とそれ以外の非若年群(N=126)との比較

この比較では、若年群に未婚者が多い、対人関係の悩みが多い以外に有意な所見が認められなかった。

解析②の結果提示と重複しない範囲で、両群の比較の表を以下に示す。

表1. 人口統計データや家族歴の比較

	若年群(N=29)	非若年群(N=126)
性別(男:女)	15:14	53:73
年齢(平均)	22.8	39.9
未婚者	26	62*
無職者	13	70
精神科治療歴	26	122
自殺の家族歴	4	10
感情障害の家族歴	6	16

	若年群(N=29)	非若年群(N=126)
Beckうつ病尺度 BDI	27.2	31.3
Beck絶望感尺度 BHS	12.3	13.3
攻撃性 OAS-M Q1-4	7.7	5.4
怒り易さ OAS-M Q5-6	4.4	3.3
身体重篤度 OAS-M 7b	1.8	1.8
自殺意図(客観的評価)	4.7	4.5
自殺意図(主観的評価)	7.1	7.2

\* p<0.01,  $\chi^2$  test

表2. SB関連精神症状の比較

	若年群(N=29)	非若年群(N=126)
対人関係のLE	23	86
状況的LE	22	76
健康上のLE	5	25
対人関係の悩み	24*	84

表3. ライフイベント、悩みの頻度の比較

	若年群	非若年群
対人関係のLE	23	86
状況的LE	22	76
健康上のLE	5	25
対人関係の悩み	24*	84

状況的悩み	25	87
健康悩み	15	88

<sup>a</sup> p<0.05,  $\chi^2$  test

対象患者の臨床特徴と年齢との関連では、入院前のSB以外に入院前の一ヶ月間にSBを示していた患者は、そうでない患者と比較して平均年齢が低い(32.7歳 vs. 39.9歳)、境界性PD患者と反社会性PD患者では、それのない患者よりも平均年齢が低い(それぞれ、32.7歳 vs. 41.3歳, 31.2歳 vs. 38.5歳)、何らかの虐待を経験している患者は、それ以外の患者より平均初診時年齢が低い(27.1歳 vs. 31.9歳)という有意な所見が得られているので(ANOVAによる)、この25歳以下の若年群とそれ以外の非若年群との比較でそれが所見として見られないのは、この若年患者群がそれより上の年齢の比較的若年の対象患者と相違していないゆえ(つまりこの年齢と臨床特徴との関連は若年患者のみの特徴でないゆえ)だと思われる。

② SB開始時年齢が20歳以下の早期SB開始患者群(N=49)とそれ以外の患者群(N=106)との比較

対象患者の初回SB時年齢、初回治療時年齢、初回入院時年齢、調査時年齢の平均は、それぞれ29.2歳、30.0歳、32.2歳、36.5歳であった。

以下、SB手段(表4)、精神障害(I軸)(表5)、パーソナリティ障害(表6)、養育期における虐待(表7)の両群の比較を示す。

表4. SB手段およびその回数の比較

	若年群 (N=49)		非若年群 (N=106)	
	人	平均	人	平均
薬物の服用	37 <sup>a</sup>	8.5 <sup>c</sup>	62	5.1
刃器の切傷	40 <sup>b</sup>	17.1 <sup>d</sup>	66	5.3
飛び降り	17	0.7	28	0.6
飛び込み	9	0.7	18	0.2
縊首	12	0.9	25	0.5

<sup>a</sup> p=0.040, <sup>b</sup> p=0.016,  $\chi^2$  test

<sup>c</sup> p=0.008, <sup>d</sup> p<0.001, Mann-Whitney Test

表5. 既往を含む精神障害(I軸)の頻度の比較

	若年群 (N=49)	非若年群 (N=106)
感情障害	37	64
精神性病性障害	6 <sup>a</sup>	36
物質使用障害	27	46
不安障害	38 <sup>b</sup>	49
広場恐怖を伴うパニック障害	17 <sup>c</sup>	16
広場恐怖のないパニック障害	6	16
強迫性障害	5	12
PTSD	13 <sup>d</sup>	12
特定の恐怖症	6	8
社会恐怖	5	4
全般性不安障害	11 <sup>e</sup>	5
摂食障害	17 <sup>f</sup>	16
神経性無食欲症	7	5
神経性大食症	6	8
特定不能の摂食障害	7 <sup>g</sup>	4

<sup>a</sup> p=0.005, <sup>b</sup> p<0.001, <sup>c</sup> p=0.006, <sup>d</sup> p=0.017, <sup>f</sup> p=0.006,  $\chi^2$  test

<sup>e</sup> p=0.001, <sup>g</sup> p=0.018, Fischer's exact test

表6. パーソナリティ障害の頻度の比較

	若年群 (N=49)	非若年群 (N=106)
妄想性PD	15 <sup>a</sup>	14
統合失調質PD	8	17
統合失調型PD	6	6
境界性PD	41 <sup>b</sup>	45
反社会性PD	16	26
自己愛性P	8	17
演技性PD	8 <sup>c</sup>	3



回避性PD	21 <sup>d</sup>	28
強迫性PD	16 <sup>a</sup>	18
依存性PD	10 <sup>f</sup>	7

<sup>a</sup> p=0.010, <sup>b</sup> p<0.001, <sup>d</sup> p=0.041, <sup>e</sup> p=0.028,  $\chi^2$  test

<sup>c</sup> p=0.002, <sup>f</sup> p=0.011, Fischer's exact test

表7. 養育期における虐待の比較

	若年群 (N=4 9)	非若年群 (N=10 6)
性的虐待	12	14
身体的虐待	26 <sup>a</sup>	30
言語的虐待	31 <sup>b</sup>	48
ネグレクト	14 <sup>c</sup>	13
何らかの虐待	36 <sup>d</sup>	58

<sup>a</sup> p=0.003, <sup>b</sup> p=0.037, <sup>c</sup> p=0.013, <sup>d</sup> p=0.026,  $\chi^2$  test

さらに初回受診時にSBが見られるか先行している場合に予測される精神障害のリスクを算出したところ、境界性PD、物質使用障害が有意に予測されるという結果が得られた(それぞれのOdds比, 95%CIは, 2.8, 1.4-5.5, 2.6, 1.3-5.1であった)。

#### D. 考察

若年者に見られるSBに着目した本研究の所見では、25歳までの若年対象患者の臨床的特徴は、26-35歳までの対象患者と明らかな相違が認められなかった。すなわち、SB手段、精神障害(1軸)やPDの比率、SB関連精神症状、連続してSBをしているか(一か月以内に先行するSBがあるか)否か、といった特徴において臨床的に意味のある相違が見られず、若年群に未婚者が多い、対人関係の悩みが多いといった所見が得られたのみであった。この結果から示唆されることは、若年患者群に対して特別な治療上の区別は必要とされないというものである。

他方、20歳までにSBを行っている患者とそれ以外の対象患者の比較では、多くの臨床特徴の相違が見出された。早期SB開始患者では、入院時に薬物の服用、刃器による切創、およびそれらの既往の回数も多い、入院時の精神病性障害が少ない、不安障害(広場恐怖を伴うパニック障害、PTSD、全般性不安障害)、摂食障害が多い、妄想性、境界性、演技性、回避性、強迫性、依存性PDが多い、身体的虐待、言語的虐待、ネグレクトが多いといった所見が得られた。これらの所見は、早期発生のSBを呈する患者に対する診断指針として考慮されるべきである。

また、20歳以下でSBを呈して受診する患者を診て可能性が高いと考えなくてはならないのは、身体的虐待、境界性PD、物質使用障害(もしくはそれらの後の顕在化)であることも明らかにされた。

従来、若年者のSBの特徴としては、刃器による切創や過量服薬といった非致死性のSBが多い、SBは男性よりも女性でよく見られる(女性の比率が特に高率なのは15~19歳)、失業率、核家族の増加、婚姻率、女性の社会参加など社会変化と関連する、同性愛などジェンダーの問題と関連する、自殺、SBの家族歴が若者のSB発生率を高める、ライフイベント(LE)(特に対人関係のLE)の影響を受けてSBや自殺を起こしやすい、衝動性、怒り、不安が要因として作用している、といったことが報告されている<sup>1,4)</sup>。若年者ではSBが成人と同様に重要な危険因子であることが指摘されているが<sup>4)</sup>、そのSBがどれくらいの頻度で自殺に発展するかどうかは確認されていない。過量服薬では、長期経過の中で3-7%が自殺に至ることが報告されている。

精神障害の存在が、SBの再発リスク(Hawton et al, 1999)や自殺のリスクを高める(Shaffer et al, 1998)ことが報告されている。特に若年者の自殺で問題となる精神障害としては、気分障害と境界性PD、物質使用障害、精神病が挙げられている<sup>4)</sup>。

本研究の所見としては、早期SB開始と境界性PD、不

安障害が関連していること、若年者に対人関係の悩みが多いことなど、従来の報告と一致する所見が多く見出されている<sup>3,4)</sup>。これらの所見は、今後確認され、その関連の検討が進められる必要がある。

#### E. 結論

早期にSBを呈して精神科を受診する患者の診断と治療は、臨床精神医学の重要なテーマである。自殺ハイリスクである患者の診断、治療を行うことは、若年者の自殺率低減に貢献すると考えられる。但し、医療機関では、1/3しか把握できていないと考えられている<sup>4)</sup>ので、SBとその治療についての啓発活動を行い、治療対象となる精神障害を認める患者に受診を促すこと、も並行して行うことが必要である。

#### (参照文献)

- 1) Brent, D.A., Perper, J.A., Moritz, G., et al.: Stressful life events, psychopathology, and adolescent suicide: a case control study. *Suicide Life Threat Behav.*, 23: 179-187, 1993
- 2) De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J.M., et al.: Definitions of suicidal behaviour. De Leo, D., Bille-Brahe, U., et al. Eds. *Suicidal behaviour*. Hogrefe & Huber, Massachusetts, 2004
- 3) Hawton K, Rodham K, Evans E: By their own young hand: Deliberate self-harm and suicidal ideas in adolescents. Jessica Kingsley, London, 2006 松本俊彦, 河西千秋監訳 自傷と自殺—思春期における予防と介入の手引き, 金剛出版, 東京, 2008
- 4) Wasserman D, et al.: *Suicide: An unnecessary death*. Martin Dunitz, London, 2001 坪井宏仁, 小林章雄, 堀 礼子, 渡邊美寿津訳 自殺予防学. 学会出版センター, 東京, 2006

#### G. 研究発表

G-1) 林 直樹, 五十嵐 雅, 今井淳司, 大澤有香, 内海香里, 石川陽一, 大島淑夫, 徳永太郎, 石本佳代, 前田直子, 針間博彦, 楯林義孝, 熊谷直樹, 野津 眞, 石井秀宗, 岡崎祐士: 自殺関連行動を呈する精神科入院患者の診断と臨床特徴: 都立松沢病院入院例の検討. *精神神経誌* 111, 2009 (掲載予定)

G-2) 徳永太郎, 林 直樹: 双極II型障害と境界性パーソナリティ障害は関連しているのか?: 自殺関連行動を呈した感情障害患者の検討から. *精神科治療学* 23: 805-811, 2008

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

#### 研究協力者

東京都立松沢病院

五十嵐 雅, 今井淳司, 大澤有香, 内海香里, 石川陽一, 大島淑夫, 徳永太郎, 石本佳代, 前田直子, 針間博彦

東京都精神医学総合研究所

楯林義孝

多摩総合精神保健福祉センター

熊谷直樹, 野津 眞, 石井秀宗

厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学 研究事業)

「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」

(主任研究者:岡崎祐士)

(分担)研究報告書

「ARMS青年への大学病院での介入に関する研究」

(分担)研究者 水野雅文 東邦大学医学部精神神経医学講座教授

研究要旨 At risk mental state (ARMS)の青年に対して、大学病院におけるユースクリニックという視点での外来ならびにデイケアを実施し、その有効性を臨床的視点から考察した。またシステム運用上の工夫を検討した。

#### A. 研究目的

近年、オーストラリアをはじめとする諸外国において統合失調症などの精神病状態の早期介入 (early intervention) について各国で様々な援助サービスや治療が模索されている<sup>1, 5)</sup>。統合失調症の場合、発症の2~4年前から社会機能の低下や陰性症状が高い割合で認められ、形態学的変化も含めた生物学的な病気の始まりは臨床症状が目立ってくる発症時よりもかなり前であることが想定されている<sup>3, 12, 14, 15)</sup>。また、精神病前駆状態や病前期に対するアプローチも議論されているところである。少子高齢社会であるわが国において、精神病の早期介入によって外来治療で若者の発症や重症化・慢性化が頓挫され、入院によって日常生活から離脱すること無く、就学や就労を継続もしくは再開出来るのなら、早期介入

は最も推進されるべき事項の一つであると思われる。それを実証するために、我々は更に国内におけるエビデンスの蓄積が必要である。

#### B. 研究方法

東邦大学医療センター大森病院では、早期精神病と精神病前駆状態の患者を対象とした専門治療外来を行っている。スティグマを排するために早期精神病外来については「ユースクリニック」と名付け、一定の基準にそって介入を開始している。また従来型のデイケアを廃止し、通院型の早期精神病ユニットを立ち上げた。早期精神病ユニットは「イル ポスコ(イタリア語で“森”の意、大森病院に因んだ)」と名付け、利用条件をある程度絞った集団に対し、認知機能等にも配慮したプログラムや積極的な介入を行っている。

本研究ではその適応や対象の特性について検討した。

### C. 研究結果

当院では前述のように早期精神病外来をユースクリニックと呼んでいる。対象は精神病前駆状態の若者である。人手や検査時間の確保の問題もあり、より精神病前駆状態に特化したサービスを展開するために、現在は下記の手順で対象を絞っている。(図1)

まず精神病前駆状態を見出すためにメンタルヘルスセンターの全ての外来初診患者に対して自記式スクリーニングテストを行っている。スクリーニングは簡便さが求められるため、SIPSの陽性症状項目から特異性の高い項目を集めたPRIME-screenの日本語版であるPRIME-Jを使用している。これは11項目の症状の度合いと期間についての質問からなり、2~3分で記入できる。

初診時スクリーニング検査(PRIME-J)で陽性となった患者や、主観的体験の変化、ごく短期間もしくは微弱な陽性症状、遺伝リスクや社会機能低下等、初診時の診察所見から精神病前駆状態が疑われた患者を積極的にユースクリニックに紹介してもらおう。ユースクリニック紹介の条件として、統合失調症を発症していない患者で、抗精神病薬服用経験が無く、薬物関連障害患者でなく、年齢は中学生くらいから39歳までで、検査施行が可能なる者に絞っている。気分障害、神経症、軽度の発達障害等の合併は許容している。

ユースクリニックでは紹介された患者に対して構造化面接(SIPS/SOPS)を用い、精神病前駆状態の診断をしている。SIPS/SOPSについては30分程の時間が必要であるため、ある程度本人の協力と了承が得られない場合は施行が難しい場合もある。

PRIME-J陽性になった患者はユースクリニックへの紹介条件を絞った後では精神病前駆状態であることが多いが、条件を絞る前は統合失調症、薬物関連障害や加齢性変化に伴う精神障害等が含まれることも多い。またPRIME-J陰性であっても、臨床症状からARMSが強く疑われた場合もSIPS/SOPS検査で精神病前駆状態の診断につながることもある。但し、PRIME-J陰性の精神病前駆状態の場合は比較的軽症であることが多く抗精神病薬加療に副作用の観点から馴染みにくい場合もある。このような点からMcGorryの提唱するような病期分類の必要性は、治療アプローチを進める上で今後ますます注目されるものと思われる<sup>4, 9)</sup>。更に必要に応じてMRIや認知機能検査等を併用することもある。

Millerらの研究によればSIPS/SOPSによって精神病前駆状態と判定された場合、統合失調症様精神病に移行する確率は、1年後までに54%とされている。精神病前駆状態の診断については常に陽性と偽陽性の問題がある<sup>9)</sup>。しかし、大学病院に紹介された患者は既にクリニック等で気分障害や神経症の加療が既に開始されていることも多く、広い意味で精神科

加療を継続することに問題が無い場合が多い。一方で英国とは異なり、医療圏や家庭医の制度が無い我が国では、特に都市部において複数の医療機関を転々とするのが容易であり、気軽に通院が途絶えやすい傾向も感じられる。

治療として、組み合わせは重症度にもよるが、薬物療法(低用量の抗精神病薬、抗うつ薬)、家族も含めた心理教育、ストレスマネジメントや認知行動療法、早期からのリハビリテーション(イル ポスコ)等を併用する。

当院では発症危険状態(at risk mental state : ARMS)や統合失調症の初回エピソードの患者に対し、急性期治療を行う早期精神病ユニット(early psychosis unit:EPU)を2007年5月に大規模認可のデイケアとして開設し、スティグマを避け若者に受け入れられやすい治療施設とするべく「イル ポスコ(イタリア語で森の意)」と命名した。対象者は年齢15~30歳で、スタッフは大規模デイケアであるから法定基準は看護師、精神保健福祉士、作業療法士各1名の計3名である。しかし131㎡に対しての定員は31名であるが、急性期の若者を多数集めてリハビリテーション訓練を行うにはスタッフが法定数では明らかに不足する。そこで現在はイル ポスコ担当医(精神科医)1名、臨床心理士1名、前期研修医1名が毎日加わり、さらにボランティア講師や非常勤の協力者が適宜参加している一方、参加者は定員の半数程度にとどめている。インテンシブなリハビリテーシ

ョンを目的とするため利用期間は1年間に設定している。プログラムの開発やスタッフの関わりは、Falloonらが検討を重ねてきたOptimal Treatment Project (OTP)をモデルとし<sup>10)</sup>、特にプログラムについては認知機能障害の改善を促すことと、若者が飽きずに継続できる内容とするように配慮している。

活動内容はウェブサイトやパンフレットの作成など普及・啓発活動などの予防を目的とする活動から、実際の介入まで幅広く行っている。プログラムは思春期・青年期が対象となっていることに十分な配慮を行った上で、認知行動療法を軸とした心理社会的アプローチと認知機能トレーニングを軸とした生物学的アプローチの2つの観点を中心に作成した。具体的には①ツールやゲームを用いた認知機能トレーニング、②ロールプレイやシートを用いた対人関係技能の習得及び向上、③疾病管理・生活支援を目的とした心理教育、④成長過程で経験し得なかった集団体験を目的としたグループワーク、などを行っている。

#### D. 考察

早期介入について我が国には様々な課題がある。精神疾患に対する正しい情報提供、スティグマに関する対策、自殺の予防、早期精神病患者の相談や治療の受け皿の確保、患者がたどり着きやすいサービス展開、エビデンスの集積等、多角的な切り口があり、全国展開するには保険診療報酬の裏づけは欠かせない。一般家庭、学生、教師、勤労者など

様々な対象への啓蒙や病態レベルや病期に応じた支援、プライマリケア医、学校医、産業医、保健師等の医療職への啓蒙も必要である。今後、精神科医や精神保健関係者が共有できるわが国の現状に適したサービスや技術の確立も待たれるところである<sup>11)</sup>。

#### E. 結論

統合失調症や発症危険状態(At Risk Mental State: ARMS)をはじめとする精神病治療にも早期介入が有用であることは多数のエビデンスがあるものの、若い当事者がスティグマを感じずに速やかに受診できる施設は少なく、今後一層の発展が求められる。

#### F. 健康危険情報

特記すべきことなし

#### 図1 早期精神病外来フローチャート

別頁

#### G. 参考文献

1. 茅野分 水野雅文 早期治療をめざすメルボルンにおける早期介入サービスの実例—オリジン・ユース・ヘルス— こころの科学 133号 26-32 2007年5月号
2. 小林啓之, 水野雅文: 早期診断と治療の根拠. 臨床精神医学, 36 ; 377-382, 2007
3. 松本良平, 高橋英彦, 須原哲也: 脳機能画像の観点から. 脳 21, 9 ; 399-402, 2006
4. McGorry, P. D., Hickie, I. B., Yung, A. R., et

al.: Clinical staging of psychiatric disorders: A heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. Aust N Z J Psychiatry 40 : 616-622,2006

5. McGorry, P.D., Jackson, H.J. Ed. The Recognition and Management of Early Psychosis. A preventive approach. Cambridge University Press, Cambridge, 1999. (鹿島晴雄監修, 水野雅文, 村上雅昭, 藤井康男監訳: 精神疾患の早期発見・早期治療 金剛出版, 東京, 2001)

6. Miller, T. J., McGlashan, T. H., Rosen, J. L. et al.: Prodromal Assessment With the Structured Interview for Prodromal Syndromes and the Scale of Prodromal Symptoms: Predictive Validity, Interrater Reliability, and Training to Reliability. Schizophrenia Bulletin, 29 ; 703-715, 2003

7. 宮腰哲生, 松本和紀, 伊藤文晃ら: 統合失調症の前駆症とアットリスク精神状態. 臨床精神医学, 36 ; 369-375, 2007

8. 水野雅文: 早期介入の推進. 脳 21, 9 ; 433-437, 2006

9. 水野雅文: 精神疾患に対する早期介入. 精神医学, 50(3):217-225,2008

水野雅文, 村上雅昭, 佐久間啓編 精神科地域ケアの新展開—OTP の理論と実際— 星和書店 2004

10. 森田桂子, 水野雅文: 統合失調症の予防と早期介入. 精神科臨床サービス 8;

170-173, 2008

11. Niendam, T. A., Bearden, C. B., Johnson, J. K. et al.: Neurocognitive performance and functional disability in the psychosis prodrome. *Schizophrenia Research*, 84 ; 100-111, 2006

12. 野中猛: 早期介入を軸とする精神保健システムの改革. *臨床精神医学* 36 ; 409-414, 2007

13. Simon, A. E., Dvorsky, D. N., Boesch, J. et al.: Defining subjects at risk for psychosis: A comparison of two approaches. *Schizophrenia Research*, 81 ; 83-90, 2006

14. Svirskis, T., Korkeila, J., Heinimaa, M. et al.: Axis - I disorders and vulnerability to psychosis: *Schizophrenia Research*, 75 ; 439-446, 2005

15. Yamazawa, R., Mizuno, M., Nemoto, T., et al.: Duration of untreated psychosis and pathways to psychiatric services in first-episode schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 58; 76-81, 2004.

16. Yung, A. R., Phillip, L., McGorry, P. D.:

*Treating Schizophrenia in the Prodromal Phase.* Taylor & Francis Books Ltd., London, 37-39, 160-179, 2004. 邦題: 統合失調症の前駆期治療. 宮岡等, 齋藤正範監訳: 中外医薬社, 東京, 2006

17. Yung, A. R., Yuen, H. P., McGorry, P. D. et al.: Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of at-Risk Mental States. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39 ; 964-971, 2005

#### H 健康危険情報

なし

#### 研究協力者

森田桂子(東邦大学医学部精神神経医学講座助教)

武士清昭(東邦大学大学院医学研究科)

(図1)早期精神病外来フローチャート

<ユースクリニックのフローチャート>	<介入の特徴>	<イルボスコのフローチャート>
1. 受診経路 ・自らの意思もしくは家族の勧めで受診 ・開業医の紹介で受診 ・院内他科の医師の紹介で受診	・受診経路の確保 ・地域における早期発見 ・心の健康知識の普及 ・正しい知識によるスティグマの軽減	1. 受診経路 ・開業医の紹介で受診 ・メンタルヘルスセンター外来からの紹介 ・ユースクリニックからの紹介 ・インターネットホームページ
2. ユースクリニックへの紹介対象者 ・ARMSが疑われる外来患者 ・中学生から39歳まで	・早期からのかかわりによるDUP短縮 ・治療境界期における十分な治療 ・若者のアクセスのしやすさへの配慮	2. イルボスコの参加対象者 ・ARMS及び統合失調症の初回エピソード ・15歳から30歳
3. 初診時診察 ・スクリーニング検査(PRIME-J) ・ARMSを疑わせる診察所見 主観的体験の変化 微弱な陽性症状 短期間の間歇的な精神病症状 遺伝リスクや社会機能低下	・臨床レベルにおける早期発見 ・見落としを防ぐスクリーニング  ・構造化面接を併用した診断 ・言語化されにくい症状を拾う検査の併用 ・客観的な情報に基づくフィードバック	3. アセスメント ・ARMSもしくは統合失調症初回エピソードに 合致するか判断 ・各種神経心理学的検査
4. ユースクリニック受診 ・SIPS/SOPSを用いた診断 ・必要に応じた各種検査	・早期からの生物・心理・社会的アプローチ によるリハビリテーション	4. イルボスコ導入 ・登録期間は最長1年
5. 治療 ・薬物療法 低容量の抗精神病薬 抗うつ薬 ・本人と家族の心理教育 ・認知行動療法 ・ストレスマネジメント ・イルボスコとの併用	・通常の生活活動から離脱しない治療環境 ・集中的ケアに必要な受け皿の確保 ・疾病との主体的なかわりの促進 ・セルフケア能力の向上を目指す心理教育  ・継続的な支援 ・目標志向的なかわり ・再発予防と危機介入	5. 活動内容 ・認知行動療法を軸とした 心理社会的アプローチ ・認知機能トレーニングを軸とした 生物学的アプローチ ・疾病管理や生活支援を目的とした 心理教育 ・個別のニーズに合わせた就労・就学支援
		6. アフターフォロー ・終了者に対するサポート



厚生労働科学研究費補助金(こころの研究科学事業)

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

分担研究報告書

「精神病前駆期受診者の臨床評価と治療的介入」

分担研究者 松本和紀 東北大学病院精神科講師

#### 研究要旨

精神病発症危険群であるARMS(At-Risk Mental State)の多くは、思春期にあって微弱な陽性症状を経験している。こうした若者に対して、治療介入の必要性の有無を判断したり、適切な介入を行うためにはARMSに対する専門外来が有用と考えられる。本研究では、ARMSにおける専門外来での臨床データを元に、わが国におけるARMSの専門外来での臨床評価と治療介入について検討した。

これまでに113名の評価を行い66名がARMSと診断された。受診者のおよそ半数は大学病院精神科の一般外来の新患からの紹介であり、残りのおよそ半数は他の精神科施設からの紹介や、家族や本人が自ら受診した者であった。ARMSと判定されたほとんどの者は閾値下の微弱な陽性症状を示していたが、素因性のリスクをもつ者もおよそ20%存在した。精神療法や必要に応じた薬物療法などの治療を行った上で6ヶ月間の精神病移行率は、10.7%であった。精神病に移行しなかった者の多くは、症状の改善をみたが、13ヶ月後に顕在発症した症例もあり、さらなる長期経過のデータが必要と考えられた。ARMSの若者の多くの短期予後は比較的良好であり、回復に焦点を当てた、侵襲性の小さい介入方法の開発と普及が必要であると考えられた。本調査の結果から、ARMS専門外来は、精神病性の症状を経験する思春期の若者に対して専門的な支援を提供することができるサービスとしてわが国でも有益な役割を果たすと考えられた。

#### A. 研究目的

統合失調症をはじめとした精神病性障害では、思春期に前駆症を経験することも多く、その一部は、思春期に顕在発症する。精神病性障害の前

駆症は、一般的には特異性に乏しく、前方視的に

これを診断することは困難である。一方、メルボルのPACEクリニックにおいて提唱されたARMS(At-Risk Mental State)(Yungら、2004)は、後に精

精神病性障害に発展するリスクの高い一群を規定しており、精神病性障害の前駆期にある可能性が高い若者に対して早期介入を行うための実践的な基準を提示している。

思春期の若者はしばしば精神病様体験症状を経験するが(Nishidaら、2008)、こうした若者に対して臨床的介入が必要であるか否かの判断をし、必要な症例に対して適切な支援を実施することは、精神病性障害を含めた精神疾患を予防したり、その予後を改善する上で重要な役割を占める可能性がある。海外では、ARMSを対象にした専門外来における介入によって、ARMSを効果的に発見し、精神病性障害の早期介入に有益であることが示されている(Yungら、2004)。

そこで、本研究では、わが国における精神障害の予防と早期介入を実践的に発展させるためのサービスとしてARMS専門外来の機能や役割を検討するために、SAFEこころのリスク外来における臨床評価と治療介入下での臨床経過について調査し報告することを目的とした。

## B. 研究方法

ARMSの若者のための専門外来SAFEこころのリスク外来(東北大学病院精神科外来)において、ARMSの可能性のある者の診断と評価を行い、A

RMSと診断された者に対して治療介入を行った。評価にはアットリスク精神状態の包括的評価(Comprehensive Assessment of At-Risk Mental State: CAARMS; 2006年版)の日本語版(CAARMS-J)を作成して用い、ARMSの基準としてはメルボルンPACEクリニックの超ハイリスク基準(UHR基準)に準拠して診断を行った。その上で、受診者の受診経路、インテイク時の診断や評価、さらにインテイク時に抗精神病薬を服薬していなかったARMSのうち6ヶ月経過した者について精神病(性障害)への移行率を調べた。

本研究は、東北大学大学院医学系研究科の倫理委員会の承認を得ており、ヘルシンキ宣言、医学研究における「臨床研究に関する倫理指針」を遵守した。研究の遂行に関しては、対象者本人と未成年者の場合には本人と保護者から書面による説明とを行った上で同意を得た。

## C. 研究結果

ARMSとして紹介された者の受診経路を調べた。精神科医療施設からの紹介が113人中91人(80.5%)を占め、うち56人が当科内部から(49.6%)、35人(31.0%)が他の精神科病院、または精神科診療所からの紹介であった。大学・短期大学の精神科医からが5人(4.4%)、スクールカウンセラーから

が3人(2.7%)で、その他の紹介元として、臨床心理士から2人(1.8%)、紹介なし(自ら受診された)が11人(9.7%)、その他が1人あった。HPの開設後、HPを閲覧してから受診する者も数人みられるようになってきたが、受診者全体に占める割合はまだ少なかった。

113人のうち、66人(58.4%)がARMSと診断された。インテイク時に、精神病性障害の閾値を既に超えている者が19名(16.8%)あった。ARMSと診断された者の平均年齢は19.4±4.2歳であり、47名(71.2%)が学生で占められた。GAFの得点は46.1±7.0で、精神症状などの問題のために機能低下を来して受診して来た者がほとんどであった。UHR基準を満たしたARMSのうち、64人(97.0%)はインテイク時に閾値下精神病群の基準を満たし、このうち49人(74.2%)は、閾値下精神病群の基準のみによってARMSと判断された。閾値下精神病群の基準を満たす者のうち12人(18.2%)は素因と状態群の基準をさらに満たし、3人(4.5%)は、短期間欠性精神病群の基準も満たした。素因と状態群の基準のみを満たした2人(3.0%)を含めると、14人(21.2%)が素因と状態群の基準を満たしていた。66人のうち、25人(37.9%)はインテイク時に他施設より処方されていた抗精神病薬を服用しており、5人(7.6%)は以前に抗精神病薬を服用していた既

往があった。

ARMSと診断された者に対しては、認知行動療法の視点を採り入れた心理的アプローチ(French & Morrison, 2004; 松本, 2009)を実践し、必要に応じて、抗精神病薬やSSRIなどの抗うつ薬、ベンゾジアゼピン系の薬剤が投与された。SAFEこちらのリスク外来でのARMSに対する基本的な治療アプローチは表1に示したとおりであり、ARMSに対して必要な支援と介入方法については表2のようなものであった。

インテイク時に抗精神病薬服用の既往がなかったARMS症例のうち、6ヶ月間の経過した者は28人(男:女=10:18、年齢20.4±4.8歳)であった。精神病に移行した者は28人中3人(移行率10.7% 95%CI 2.7-28.2)で、精神病に移行した時期については2人が3ヶ月目、1人が6ヶ月目であった。抗精神病薬が新たに処方されたのは、28人中8人(28.6% 95%CI 13.2-48.7)であった。6ヶ月時にARMS基準を満たさない程度に症状が軽快していた例は10人(35.7%、95%CI 18.6-55.9)であった。精神病に移行した3人については、当外来での経過観察中に抗精神病薬の服薬が必要と判断され、精神病の発症前の段階で、新規に抗精神病薬が処方されていた。また、6ヶ月以降の追跡期間中において、1人がインテイクから13ヶ月後に、精神

病に移行した。

6ヶ月時点で精神病を発症していなかった21人のうち、インテイク時と6ヶ月時のPANSS、CAARMS-J、GAFの採点が全て完了した16人のデータを分析した(表3)。結果、全項目においてインテイク時よりも6ヶ月時に改善する傾向にあったが、特にPANSS陽性症状、陰性症状、一般精神病理の各得点、CAARMS妄想項目得点、およびGAF得点は6ヶ月後には有意に改善していた。

#### D. 考察

今回の調査によって、地方都市の大学病院精神科外来に開設されたARMS専門外来での受診経路、インテイク時のUHR基準の内訳、6ヶ月間の精神病移行率が明らかとなった。

受診者の多くは、学生で10代後半から20代前半の若者が多くを占めていた。ARMSのみならず、精神病性障害の若者も受診しており、ARMS専門外来が、顕在発症した精神病性障害の早期発見にも役立つことが示された。

受診経路では、大学病院の一般外来を受診した患者が半分を占めており、それ以外が半分であった。自発的にHP、リーフレット、知人からの紹介などで受診した者は11人であったが、最近は増加傾向にあり、今後も継続的な周知活動や啓発活

動が必要と考えられた。

ARMSの多くは、閾値下の微弱な陽性症状を示して受診することがほとんどであった。遺伝要因や統合失調症型パーソナリティ障害などの素因をもつ者もおおよそ20%含まれており、今後は素因をもつ者とそうでない者との経過や治療なども含めた比較検討も必要と考えられる。

インテイク時に抗精神病薬を服用していなかったARMS患者28人のうち6ヶ月間では8人に抗精神病薬が処方され、精神病に移行した者は3人で10.7%であった。この数値は、治療介入を行った6ヶ月間の追跡調査としては、概ね海外での最近の報告と相同なものであると考えられた。一方で、6ヶ月間の追跡期間を過ぎてから顕在発症した者が1名おり、合わせると28名のうち4名14.3%が、精神病に移行したことになる。追跡期間が長くなることで、さらに移行する者が現れる可能性もあり、今後は、より多くのARMS例を長期間追跡する必要がある。

また、精神病に移行していないARMSの多くは、6ヶ月間の介入で症状が改善していた。したがって、ARMSでは短期予後は良好な者も多く、こうした者に対してより侵襲性の小さい治療アプローチの開発する必要があると思われる。また、回復した者に対しては、治療終結を視野に入れたアプローチ