

**Table 2**  
Demographic characteristics and positive rate, total score and rank of severity of the PS-R

Variable	Help-seeking outpatients							
	Non-help-seeking students (N=496)		All patients (N=528)		Patients interviewed with SIPS (N=119)		Patients not interviewed with SIPS (N=409)	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Age (years) <sup>a</sup>	19.3	1.1	23.6	4.1	23.6	4.2	23.5	4.0
	N	%	N	%	N	%	N	%
Male	197	39.8	187	35.4	48	40.3	135	33.0
PS-R positive <sup>b,c</sup>	50	10.1	147	27.8	46	38.7	101	24.7
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
PS-R total score <sup>d</sup>	14.5	11.8	18.0	13.9	20.7	15.5	17.3	13.4

<sup>a</sup> Significant difference between students and all outpatients,  $t = -22.461$ ,  $df = 1015$ ,  $p < 0.0001$ .

<sup>b</sup> Students vs all outpatients,  $\chi^2 = 50.784$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0.0001$ .

<sup>c</sup> Patients interviewed with SIPS vs those not interviewed,  $\chi^2 = 8.818$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0.0030$ .

<sup>d</sup> Students vs all outpatients,  $Z = -3.70$ ,  $p = 0.0002$  (Mann-Whitney  $U$  test).

seeking subjects were significantly younger than the subjects in the clinical sample, whereas no significant difference in sex was observed overall and no significant difference in age was observed between the patient subgroups. The positive rate, the total score, and the rank of severity of the PS-R were significantly higher in the patient subgroups than in the student group. Between the patient subgroups, although no differences in the demographic characteristics (age:  $Z = 0.33$ ,  $p = 0.74$ ; gender:  $\chi^2 = 3.07$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0.096$ ), the PS-R total score ( $Z = 1.87$ ,  $p = 0.06$ ) or the PS-R rank ( $Z = -1.94$ ,  $p = 0.052$ ) were observed, only the positive rate of the PS-R among the

**Table 3**

a. Relationship between the results of the PS-R at base line and the initial SIPS or SCID diagnosis

	PS-R		Total
	Positive	Negative	
Psychosis	2	0	2
Prodrome	19	0	19
Not prodrome	25	69	94
Total	46	69	115

b. Relationship between the results of the PS-R at base line and psychosis state at the end of the 6-month follow-up period

		PS-R		Total
		Positive	Negative	
Transition to psychosis	Yes	4	0	4
	No	31	47	78
Total		35	47	82

c. Relationship between the initial SIPS diagnosis and psychosis state at the end of the 6-month follow-up period

		SIPS		Total
		Positive	Negative	
Transition to psychosis	Yes	4	0	4
	No	12	66	78
Total		16	66	82

patients interviewed with the SIPS was higher than that among the patients that were not interviewed.

As Table 3 shows, of the 115 patients interviewed using the SIPS, 46 were positive and 69 were negative for the PS-R. Of the 46 positive patients, 2 were excluded because they were already at a psychotic level. Of the remaining 44 patients, 19 were diagnosed as having prodromal symptoms according to the SIPS. The PPV was 19/44, or 0.43. Of the 115 patients, excluding the 19 prodromal patients and the 2 psychotic patients, 94 patients were diagnosed as having neither prodromal symptoms nor psychosis according to the SIPS. The specificity was 69/94, or 0.73. All 19 prodromal patients were positive on the PS-R, and the sensitivity was 19/19, or 1.00.

The predictive validity of the PS-R was measured using the transition rate to psychosis during a 6-month follow-up period. Of the 115 patients interviewed, 31 (27.0%) could not be reached for 6 months and of the remaining 84 patients, two were already psychotic; the other 82 (71.3%) patients completed the study. These 82 patients received supportive counseling or symptomatic intervention with neurotropic medication. At the end of the 6-month follow-up period, 4 patients had developed psychosis. None of the patients with negative PS-R results ( $n = 47$ ) developed psychosis. The positive predictive values of the PS-R and the SIPS, defined as the transition rates to psychosis, were 0.11 and 0.25, respectively.

To evaluate the accuracy of the PS-R, ROC analyses were conducted for both the rank of severity and the total score to determine if one performed better than the other. Fig. 1 shows the ROC curve for the rank and the total score. The AUC was 0.851 (95% Confidence interval [CI]: 0.775–0.913) for the rank of severity of the PS-R and 0.836 (95% CI: 0.756–0.900) for the total score of the PS-R. Although no significant difference between the AUC for the rank and for the total score was observed ( $p = 0.81$ ), in the field of the higher false-positive rate (1-specificity), the sensitivity measured according to the rank of severity was better than that measured according to the total score. Sensitivity, specificity, positive predictive value (PPV) and negative predictive value (NPV) at various cut-points (rank and total score) of the PS-R are presented in Table 4.

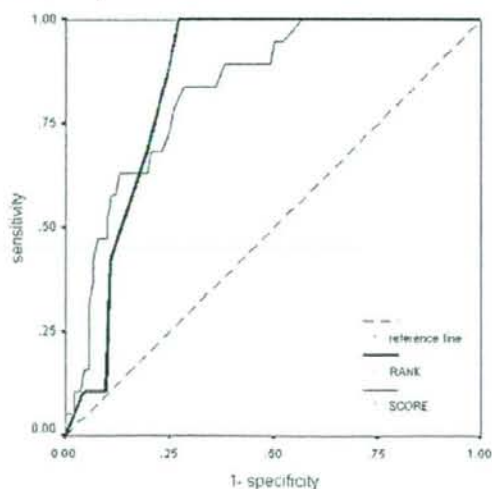


Fig. 1. ROC curve for the rank of severity and the total score of the PS-R.

When the entire sample ( $n=1024$ ) was used, the internal consistency coefficient of the PS-R was calculated to be sufficiently high (Cronbach's  $\alpha=0.88$ ).

#### 4. Discussion

##### 4.1. General feasibility of the PS-R

This study shows that the PS-R is a useful screening instrument for 'at risk' populations for the following reasons. First, the positive rate and the total score of the PS-R were significantly higher in the clinical population than in the non-clinical population. Clinical construct validity refers to a test's ability to distinguish cases manifesting clearly psychiatric symptoms from those that are not. Our findings support the clinical construct validity of the PS-R.

Second, in the non-help-seeking sample, the positive rate of the PS-R was relatively low (10%). This rate was less than expected from studies of the general population (Poulton et al., 2000; Bijl et al., 1998; Kendler et al., 1996). Lowey et al. reported that when a large sample of undergraduate college students completed the Prodromal Questionnaire (PQ), a self-reported instrument for prodromal symptoms, 43% of the sample scored above the cut-off suggested for screening treatment-seeking patients (8 or more positive symptom items), although that proportion would drop to only 2% if the cut-off were 8 positive symptom items rated as distressing. These results suggest that the false-positive rate of the PS-R might be less than that of other instruments. Also, the PS-R might have an ability to identify distressed cases by assessing

the duration of symptoms, supporting the feasibility of using the PS-R in the general population.

Finally, the PS-R had an excellent sensitivity (100%) and a good specificity (74%). Several screening instruments for prodromal symptoms have been tested for concordant validity using the SIPS as a gold standard. The PROD-screen (Heinimaa et al., 2003) demonstrated a sensitivity of 80% and a specificity of 75% in an epidemiology-mixed sample ( $n=132$ ; first degree relatives of schizophrenic patients, outpatients and inpatients, normal controls). The Prodromal Questionnaire (PQ) (Lowey et al., 2005) showed a 90% sensitivity and a 49% specificity in the clinical sample ( $n=113$ ). Compared to these instruments, both the sensitivity and specificity of the PS-R were relatively higher, though this questionnaire contained fewer items than the others. We assumed that this result was because of mainly two reasons. One is that the PS-R is assessed using multiple aspects (severity, duration of symptoms and total score). Although no significant difference in the AUC was observed between the rank (multiple aspects) and the total score (single factor), in the field of higher false-positive rates, sensitivity according to multiple aspects was better than that according to a single factor. When a screening test is administered for a serious disease in a high-risk group, the cut-off range for a positive test should be chosen in such a way as to provide good sensitivity, even if the false-positive rate is high. Therefore, assessing by rank may be better than by total score only. The other reason is that the items of the PS-R are directly derived from those of the SIPS. If another instrument had been used as the gold standard to test for concordant validity, the results might have been different. However, it is important to note that the sensitivity of the PS-R was perfect. In other words, the false-negative rate of the PS-R would likely be minimal, even if instruments other than the SIPS were used as the gold standard.

**Table 4**

Sensitivity, specificity, positive predictive value (PPV) and negative predictive value (NPV) at various cut-points of the PS-R

Criterion	Sensitivity value (%)	95% CI	Specificity value (%)	95% CI	PPV <sup>a</sup> (%)	NPV <sup>a</sup> (%)	Positive LR <sup>a</sup>
<b>Rank</b>							
≥0	100	82–100	0	0–4	17	100	1.00
≥1	100	82–100	35	26–46	24	100	1.54
≥2	100	82–100	45	34–55	27	100	1.81
≥3	100	82–100	61	50–71	34	100	2.54
≥4	100	82–100	73	63–82	43	100	3.76
≥5	89	67–98	76	66–84	43	97	3.66
≥6	68	44–87	81	71–88	42	93	3.57
≥7	42	20–67	89	81–95	44	88	3.96
≥8	11	2–33	90	83–96	18	83	1.10
≥9	11	2–33	93	85–97	22	84	1.41
≥10	11	2–33	96	90–99	33	84	2.47
<b>Score</b>							
≥0	100	82–100	0	0–4	17	100	1.00
≥5	100	82–101	28	19–38	22	100	1.38
≥10	100	82–102	41	31–52	26	100	1.71
≥15	89	67–98	53	43–64	28	96	1.91
≥20	84	60–96	65	54–75	33	95	2.40
≥25	79	54–94	74	64–83	39	95	3.09
≥30	68	44–87	79	70–87	41	93	3.30
≥35	58	34–79	89	81–95	50	91	4.95
≥40	47	25–71	93	85–97	56	90	6.36
≥45	32	13–57	95	88–98	55	87	5.94
≥50	11	2–33	98	93–99	33	84	2.47
≥55	0	0–18	100	96–100	100	83	2.47

<sup>a</sup> PPV = positive predictive value, NPV = negative predictive value, LR = likelihood ratio.

##### 4.2. Concordant validity against the SIPS

The PS-R showed moderate concordant validity (43%) against the SIPS. Given that the SIPS requires training for reliability and takes almost 1 h to complete the interview, the PS-R could be feasibly used as an easy screening tool. If the PS-R were to be administered before the SIPS, both the time and the cost of testing could be reduced.

However, we cannot disregard the fact that over half of the positive cases on the PS-R would be false-positives on the SIPS. This outcome may be partially due to differences in the rating methodologies for the duration and intensity of the symptoms. Although the PS-R emphasizes symptoms with a longer duration, a constant symptom rating duration of more than one year would not meet the prodromal criteria of the SIPS. However, the SIPS criteria also emphasize symptomatic changes that occurred during the previous year. If an item concerning whether or not any changes had occurred during the previous year was to be added to the PS-R, the consistency with the SIPS would likely increase.

##### 4.3. Limitations

This study also has some methodological limitations. We used simple settings: two universities and one mental health clinic. These samples may not represent general clinical or non-clinical samples exactly. Besides, the non-clinical sample

was significantly younger than the clinical sample. The younger the subjects, the larger the rate of false-positive or false-negative results on self-reported instruments because the prodromal features might conceivably be "normal" in adolescence and could be surface behaviors or final common pathways for a range of underlying disturbances (McGorry et al., 1995). Also, for the students, the PS-R was administered while the students were together in a classroom, which may have decreased the positive rate because the students may not have answered as accurately as if they had been alone.

In addition, for the concordant validity study, we selected only 22.5% of the outpatients. Since Table 2 shows that the positive rate on the PS-R differed among the patients who were interviewed using the SIPS and those that were not, these selected subjects do not represent the entire sample. A larger number of 'at risk' subjects and a longer follow-up period may be needed to accurately predict the validity of the PS-R.

## 5. Conclusions

In conclusion, our findings show that the PRIME Screen-Revised was a highly valid instrument, and its usage is feasible for both general practice and clinical settings. This self-reported instrument represents a useful screening tool for alerting clinicians to subjects with psychotic prodromal symptoms.

### Role of funding source

This study was conducted without any financial support.

### Contributors

Hiroyuki Kobayashi and Masafumi Mizuno designed the study and wrote the protocol. Takahiro Nemoto, Ryoko Yamazawa and Haruo Kashima were involved at the conceptualization level of the project. Masaaki Murakami, Yasunori Osono and Hiroki Koshikawa collected the data. Hiroyuki Kobayashi analysed and interpreted the data and wrote the first draft of this manuscript. Masafumi Mizuno contributed to the writing, editing and revision of the manuscript. All authors contributed to and have approved the final manuscript.

### Conflict of interest

All authors declare that they have no conflicts of interest.

### Acknowledgment

None.

## Appendix A: The items of the PRIME Screen-Revised

1. I think that I have felt that there are odd or unusual things going on that I can't explain.
2. I think that I might be able to predict the future.
3. I may have felt that there could possibly be something interrupting or controlling my thoughts, feelings, or actions.
4. I have had the experience of doing something differently because of my superstitions.
5. I think that I may get confused at times whether something I experience or perceive may be real or may be just part of my imagination or dreams.
6. I have thought that it might be possible that other people can read my mind, or that I can read other's minds
7. I wonder if people may be planning to hurt me or even may be about to hurt me.
8. I believe that I have special natural or supernatural gifts beyond my talents and natural strengths.
9. I think I might feel like my mind is "playing tricks" on me.
10. I have had the experience of hearing faint or clear sounds of people or a person mumbling or talking when there is no one near me.
11. I think that I may hear my own thoughts being said out loud.
12. I have been concerned that I might be "going crazy".

## References

- Bijl, R.V., Ravelli, A., van Zessen, G., 1998. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 33 (12), 587–595.
- Falloon, I.R., 1992. Early intervention for first episodes of schizophrenia: a preliminary exploration. *Psychiatry* 55 (1), 4–15.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J.B.W., 1997. *The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders—Patient Edition*. New York, Biometrics Research.
- Häfner, H., Riecher-Rössler, A., Maurer, K., Fätkenheuer, B., Löffler, W., 1992. First onset and early symptomatology of schizophrenia. A chapter of epidemiological and neurobiological research into age and sex differences. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 242 (2–3), 109–118.
- Hanley, J.A., McNeil, B.J., 1982. The meaning and use of the area under a receiver operating characteristic (ROC) curve. *Radiology* 143 (1), 29–36.
- Hanley, J.A., McNeil, B.J., 1983. A method of comparing the areas under receiver operating characteristic curves derived from the same cases. *Radiology* 148 (3), 839–843.
- Heinimaa, M., Salokangas, R.K., Ristkari, T., Plathin, M., Huttunen, J., Ilonen, T., Suomela, T., Korkeila, J., McGlashan, T.H., 2003. PROD-screen—a screen for prodromal symptoms of psychosis. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 12 (2), 92–104.
- Horneland, M., Vaglum, P., Larsen, T.K., 2002. The prevalence of DSM-III-R "prodromal" symptoms of schizophrenia in non-psychotic psychiatric outpatients. *Nord. J. Psychiatry* 56 (4), 247–251.
- Huber, G., Gross, G., Schüttler, R., Lenz, M., 1980. Longitudinal studies of schizophrenic patients. *Schizophr. Bull.* 6 (4), 592–605.
- Jackson, H.J., McGorry, P.D., Dudgeon, P., 1995. Prodromal symptoms of schizophrenia in first-episode psychosis: prevalence and specificity. *Compr. Psychiatry* 36 (4), 241–250.
- Kendler, K.S., Gallagher, T.J., Abelson, J.M., Kessler, R.C., 1996. Lifetime prevalence, demographic risk factors, and diagnostic validity of non-affective psychosis as assessed in a US community sample. The National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry* 53 (11), 1022–1031.
- Klosterkötter, J., Ebel, H., Schultze-Lutter, F., Steinmeyer, E.M., 1996. Diagnostic validity of basic symptoms. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 246 (3), 147–154.
- Kobayashi, H., Nozaki, S., Mizuno, M., 2006. Reliability of the Structured Interview for Prodromal Syndromes Japanese version (SIPS-J). *JPN. J. Soc. Psychiatry* 15 (2), 168–174 (Japanese).
- Loewy, R.L., Bearden, C.E., Johnson, J.K., Raine, A., Cannon, T.D., 2005. The prodromal questionnaire (PQ): preliminary validation of a self-report screening measure for prodromal and psychotic syndromes. *Schizophr. Res.* 77 (2–3), 141–149.
- McGorry, P.D., McFarlane, C., Patton, G.C., Bell, R., Hibbert, M.E., Jackson, H.J., Bowes, G., 1995. The prevalence of prodromal features of schizophrenia in adolescence: a preliminary survey. *Acta Psychiatr. Scand.* 92 (4), 241–249.
- Miller, T.J., McGlashan, T.H., Rosen, J.L., Somjee, L., Markovich, P.J., Stein, K., Woods, S.W., 2002. Prospective diagnosis of the initial prodrome for schizophrenia based on the Structured Interview for Prodromal Syndromes: preliminary evidence of interrater reliability and predictive validity. *Am. J. Psychiatry* 159 (5), 863–865.
- Miller, T.J., McGlashan, T.H., Rosen, J.L., Cadenhead, K., Cannon, T., Ventura, J., McFarlane, W., Perkins, D.O., Pearlson, G.D., Woods, S.W., 2003. Prodromal assessment with the structured interview for prodromal syndromes and the scale of prodromal symptoms: predictive validity, interrater reliability, and training to reliability. *Schizophr. Bull.* 29 (4), 703–715.
- Miller, T.J., Cicchetti, D., Markovich, P.J., McGlashan, T.H., Woods, S.W., 2004. The SIPS Screen: a brief self-report screen to detect the schizophrenia prodrome. *Schizophr. Res.* 70 (suppl1), 78.
- Poulton, R., Caspi, A., Moffitt, T.E., Cannon, M., Murray, R., Harrington, H., 2000. Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder: a 15-year longitudinal study. *Arch. Gen. Psychiatry* 57 (11), 1053–1058.
- Van Os, J., Hanssen, M., Bijl, R.V., Ravelli, A., 2000. Strauss (1969) revisited: a psychosis continuum in the general population? *Schizophr. Res.* 45 (1–2), 11–20.

- Weiss, R.D., T. Hajavits, L.M., Greenfield, S.F., Soto, J.A., Shaw, S.R., Wyner, D., 1998. Validity of substance use self-reports in dually diagnosed outpatients. *Am. J. Psychiatry* 155 (1), 127–128.
- Winston, F.K., Kassam-Adams, N., Garcia-España, F., Ittenbach, R., Cnaan, A., 2003. Screening for risk of persistent posttraumatic stress in injured children and their parents. *JAMA* 290 (5), 643–649.
- Yung, A.R., McGorry, P.D., 1996. The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophr. Bull.* 22 (2), 353–370.
- Yung, A.R., Phillips, L.J., McGorry, P.D., McFarlane, C.A., Francey, S., Harrigan, S., Patton, G.C., Jackson, H.J., 1998. Prediction of psychosis. A step towards indicated prevention of schizophrenia. *Br. J. Psychiatr., Suppl.* 172 (33), 14–20.
- Yung, A.R., Yuen, H.P., McGorry, P.D., Phillips, L.J., Kelly, D., Dell'Olivo, M., Francey, S.M., Cosgrave, E.M., Killackey, E., Stanford, C., Godfrey, K., Buckby, J., 2005. Mapping the onset of psychosis: the comprehensive assessment of at-risk mental states. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 39 (11–12), 964–971.

# Perspectives in Early Intervention

## Clinical practice and research activities for early psychiatric intervention at Japanese leading centres

Masafumi Mizuno,<sup>1</sup> Michio Suzuki,<sup>2</sup> Kazunori Matsumoto,<sup>3</sup> Masaaki Murakami,<sup>4,5</sup> Kiyooki Takeshi,<sup>1</sup> Tetsuo Miyakoshi,<sup>3</sup> Fumiaki Ito,<sup>3</sup> Ryoko Yamazawa,<sup>5</sup> Hiroyuki Kobayashi,<sup>5</sup> Takahiro Nemoto<sup>5</sup> and Masayoshi Kurachi<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Il Bosco, Toho University Omori Medical Center, <sup>4</sup>Department of Social Welfare, Faculty of Sociology, Meiji Gakuin University, <sup>5</sup>Non Profit Organization, Minato net 21, Tokyo, Departments of <sup>2</sup>Neuropsychiatry and <sup>6</sup>Psychiatric Early Intervention, University of Toyama Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences, Toyama, and <sup>3</sup>Department of Psychiatry, Tohoku University Hospital, Sendai, Japan

Corresponding author: Dr Masafumi Mizuno, Department of Neuropsychiatry, Toho University School of Medicine, 6-11-1, Omori-Nishi, Ota-ku, Tokyo 143-8541, Japan. Email: mizuno@med.toho-u.ac.jp

Received 13 May 2008; accepted 18 November 2008

### Abstract

**Aim:** To describe clinical practice and research activities for early psychiatric intervention in Japan, a country with a huge number of psychiatric beds and a history of long-stay, hospital-based psychiatry.

**Methods:** The characteristics, methods and activities of early intervention studies and implementation at four leading institutions in Japan are described.

**Results:** The Tokyo Youth Club (Tokyo), the Department of Neuropsychiatry of Toyama University Hospital (Toyama), the Sendai At-risk Mental State and First Episode (SAFE) service (Sendai), and the Il Bosco of Toho University Omori Medical Center (Tokyo) have unique and

active psychiatric programmes. Each centre has its own clinical research programme and treatment strategies. The Japanese Society for the Prevention of Psychiatric Disorders, founded in 1996, has made a steady contribution to psychiatric care by providing a forum for members to promote best practices for early intervention and by hosting annual meetings to discuss research and treatment.

**Conclusions:** The Japanese psychiatry service is continuing its transition from hospital-based psychiatry to community-based psychiatry. Despite these difficult circumstances, the publication of data on the duration of untreated psychosis in Japan along with evidence that early detection determines outcome has encouraged new attempts to promote early psychiatric intervention.

Key words: ARMS, early intervention, Japan, prevention, schizophrenia.

### INTRODUCTION

For many years, the Japanese psychiatric service has struggled against conservative hospital-based psychiatry to realize a transition to community-based psychiatry.<sup>1</sup> Despite these efforts, the psychiatric service in Japan remains predominantly hospital-based, involving huge numbers of psychiatric beds and long-term stays. A decline in hospital beds has been observed since 1994, but the total number of inpatient beds is still 2.9 per 1000 persons, compared with 0.9 in the UK and 0.5 in the USA. Such

reliance on hospital-based psychiatry is a barrier to the development of community-based psychiatry. The Japanese government first mentioned the term 'community psychiatry' in 1965 and acknowledged the need for a transition to community-based psychiatry. According to several surveys conducted by different agencies, approximately 30% of the patients in psychiatric hospitals would be capable of living in the community if appropriate community support programmes were available. The background of this situation lies mainly in the historical structure of the Japanese psychiatric system itself.

In 1950, the Japanese government declared that mental hospitals should be constructed within each of the 47 prefectures in Japan and that the construction of these hospitals was the responsibility of the public sector; however, the government never provided any funding for this endeavour. Thereafter, the government abandoned all responsibility for giving psychiatric services to the public, instead providing subsidies to the private sector to build mental hospitals. Even persons who were not involved in the medical profession became interested in this field, as managing psychiatric hospitals is a lucrative undertaking. Consequently, nearly 90% of all the psychiatric beds in Japan are operated by the private sector. Drastic changes to the Japanese psychiatric system are now impossible to make without considering the intention of the Japanese Association of Psychiatric Hospitals. Even in this adverse situation, some innovative hospitals have attempted to make the transition to community-based psychiatry through their own endeavours.

The reason for the adverse situation being faced by these hospitals lies in the characteristics of the financial system for Japanese health care. In Japan, all citizens are covered by a national health plan and have access to all sorts of medical resources, paying only 10–30% of the medical fees personally; the remainder of the health costs are covered by public expenditure and national insurance. A fee is paid for each service. These fees are regulated by a nationally uniform reimbursement schedule that does not favour community-based psychiatry, although it has made gradual changes towards this goal over the last 10 years, such as the creation of a new category for nurse visits to patients' homes (outreach activities) and decreasing the administration fees for inpatients as the length of the hospital stay increases. At present, no category for early intervention exists in the national reimbursement schedule. This slow and incomplete transition to community-based psychiatry is still a long way from an 'inclusive society' and remains a source of stigma against patients with schizophrenia.

#### TOKYO YOUTH CLUB (<http://www.tokyo-yc.org/>)

Minato net 21 is the Tokyo centre of the Optimal Treatment Project, an international project advocated by the late Ian R.H. Falloon that collects data to develop effective evidence-based treatment strategies for persons with mental illness.<sup>2</sup>

Minato net 21 has a home page for the 'Tokyo Youth Club', a site intended for teenagers and young adults that provides the latest information on

mental health and consultations concerning mental health. Its aim is early detection and intervention to prevent the onset of psychosis, as part of the strategies included in the Optimal Treatment Project. The site contains general information on schizophrenia, including its prodromal signs, pathology, latest biopsychosocial treatment and the duration of untreated psychosis (DUP) data for Tokyo (approximately 14 months).<sup>3</sup> The site stresses the importance of early intervention for a good prognosis.<sup>4</sup> This undertaking has been named 'project DUP zero', reflecting its goal of shortening the DUP. A revised version of the self-check 'Yale University PRIME Screening Test' has been translated into Japanese, with some improvements, so that persons visiting the website can take the screening test and, if they match the criteria and feel that they are in need of help, can select one of the collaborating medical facilities where they can receive an initial consultation. Also, any consultation emails sent to the site are answered directly and, if needed, a referral to an appropriate clinic or hospital is given. Information for family members is also available on the site because older generations continue to have a strong stigma against psychiatric care and they might be unsupportive of their child's wish to consult a psychiatrist.

The homepage contains animations and friendly logos targeted at teenagers and young adults who might be at risk. The goal of the website is to promote mental health literacy among young persons and to help create pathways to professional consultation, either preventing the onset of psychosis or reducing the DUP to improve the prognosis.

#### EARLY DETECTION AND INTERVENTION PROJECT IN TOYAMA (<http://www.med.u-toyama.ac.jp/neuropsychiatry/index-kokoro.html>)

Intervention during the prodromal phase of schizophrenia might prevent or delay the onset of psychosis, reduce the severity of illness or improve the long-term outcome. Promoting efficacious intervention requires the implementation of optimal services, as well as the development of better diagnosis methods and treatments for at-risk individuals.

Over the past decade, the Department of Neuropsychiatry of Toyama University Hospital has been active as a clinical and research centre for early detection and intervention for schizophrenia in Toyama prefecture. It has provided opportunities for assessment and treatment to patients with early-phase schizophrenia, as well as prepsychotic individuals who visit the hospital. Research has focused

on the biological aspects of early-phase schizophrenia. Analyses of data have shown the morphological basis of the brain for the schizophrenia spectrum,<sup>5</sup> the effect of the DUP on brain morphology,<sup>6</sup> the applicability of structural brain imaging for the objective diagnosis of schizophrenia<sup>7</sup> etc.

The Consultation and Support Service in Toyama (CAST) for at-risk mental state (ARMS) is a newly established, specialized clinical setting to study and treat young persons (aged 15–30 years) at risk for developing psychosis. The CAST service was launched in October 2006 by the Toyama University Hospital in cooperation with the Toyama Prefectural Mental Health Centre. The specific aims of the service are: (i) to provide young persons suspected to be at risk with opportunities to be assessed by specialists and to receive specific intervention; (ii) to reduce the delay in access to evidence-based treatment for persons who already have psychosis; (iii) to contribute to the elucidation of the biological basis for risk of schizophrenia; and (iv) to develop innovative and optimized approaches for diagnosing and treating persons at risk for psychosis.

The consultation service is offered free of charge at the Mental Health Centre by psychiatrists or psychologists to persons referred because of a suspicion that they might be at risk for psychosis. It accepts self-referrals, as well as referrals made by surrounding persons. An initial non-psychiatric setting for consultation is intended to promote access. Individuals who are thought to fulfil the criteria for ARMS are then referred to the monitoring and support service at the University Hospital for further evaluation.

The specialized clinic at the University Hospital provides a detailed assessment of clinical symptoms using the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States (CAARMS) and other instruments, supplying information about the risk of psychosis, clinical case management, and treatments using cognitive behaviour therapy and/or need-based low-dose medication regimens. Individuals who provide their informed consent undergo evaluations by neuropsychological tests, magnetic resonance imaging, electroencephalography, exploratory eye movement etc. The neurobiological characterization of the prodromal state will not only add to knowledge regarding the pathogenesis of schizophrenia, but will also lead to innovative early diagnosis and treatments.

The number of referrals to CAST in the first year (between October 2006 and October 2007) was 28 (16 women, 12 men; mean age:  $23.1 \pm 6.1$  years). They included 13 individuals with ARMS and four individuals who had already satisfied the criteria for

schizophrenia. CAST has just made its first steps. Nevertheless, the preliminary results suggest that this specialized service can promote early intervention in patients with schizophrenia.

**SENDAI AT-RISK MENTAL STATE AND FIRST EPISODE SERVICE (SAFE)**  
(<http://safe-youthcentre.jp/>)

At Tohoku University Hospital in Sendai, Japan, a clinical service for persons with prodromal symptoms was launched in November 2004. Initially, the service was restricted to only the patients of the hospital; currently, however, referrals from nearby areas are also accepted. A Japanese website was recently established for the benefit of young persons with ARMS. The criteria used to identify ARMS individuals are similar to those developed by the Personal Assessment and Crisis Evaluation (PACE) clinic in Melbourne, and the Japanese version of the CAARMS<sup>8</sup> is used as an assessment tool. All clinical assessments and treatments are conducted by psychiatrists in accordance with international clinical practice guidelines.<sup>9</sup> Eclectic psychological therapy, including cognitive and/or supportive therapy, is applied based on information provided in a textbook on cognitive therapy for ARMS that was authored by French and Morrison.<sup>10</sup> Second-generation antipsychotics, antidepressants and benzodiazepines are prescribed, if required.

Thus far, they have interviewed 81 patients: 43 were referred from within the hospital; 24 were referred from other psychiatric hospitals or clinics; and 7 were referred from mental health services at universities/colleges. Of the 81 patients, 48 met the ARMS criteria, whereas 11 met the criteria for psychosis. The mean age of the ARMS patients was  $20.0 \pm 4.6$  years, and two-thirds of the patients were students. Among these 48 patients, 38 met the attenuated psychotic symptoms (APS) criteria, 2 met the Trait plus State criteria, 6 met both the APS and Trait plus State criteria, and 2 met the APS and Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms criteria. Most of the patients experienced comorbid anxiety and mood disorders. Of the 81 patients, 29 ARMS patients completed the follow-up examinations, spanning a period of 6 months, and 4 patients (13.5%) were found to be transitioning to a state of psychosis despite previous antipsychotic treatment. Most of the remaining 25 non-psychotic ARMS patients exhibited an improvement during the 6-month follow-up period, and 8 patients did not meet the ARMS criteria after 6 months. Of the 29 patients, 10 received antipsychotic treatment for more than 2 months.

TABLE 1. The details and staff members of 'Il Bosco'

---

Floor space 132 m <sup>2</sup>
Open from 9.00 to 17.00 hours
Professional staff† 5.5 (psychiatrist 1, resident 1, occupational therapist 1, nurse 1, social worker 1, clinical psychologist 0.5)
Non-professional staff 1.5 ( administrator 0.5, educator 1)

---

†Full-time member (5 days work weekly) is counted as one.

In Japan, the ARMS approach is a feasible strategy for offering clinical services to persons with prodromal symptoms. Because the medical service system in Japan is different from those in other countries such as Australia, the UK, Germany or the USA, where most ARMS research has been conducted, accurate guidelines for care and the establishment of a care system for ARMS patients under the existing public medical service system are needed. In our study sample, more than 85% of the patients with ARMS did not develop psychosis within the 6-month follow-up period. A longer follow-up period is necessary to determine the long-term transition rate of ARMS patients. The significance of early intervention to individuals with ARMS should be considered from the viewpoint not only of preventing psychosis, but also of improving youth mental health in general.

**IL BOSCO (<http://www.lab.toho-u.ac.jp/med/omori/mentalhealth/>)**

The Toho University Omori Medical Center in Tokyo established a new early psychosis unit named 'Il Bosco' in May 2007. The DUP of the hospital catchment area is longer (mean DUP: 30 months) than that of other areas in Tokyo. The unit is run by a strategy of Optimal Treatment Program (OTP). This OTP is a multidisciplinary team that uses the cognitive-remediation-oriented approach advocated by Ian R.H. Falloon.<sup>11</sup> The service model includes early detection and intervention, repeated assessment and psychoeducation. Treatment strategies consist of optimal pharmacotherapy by atypical neuroleptics, cognitive function trainings, cognitive behavioural therapy and job coaching as a final treatment programme. The cognitive function training is aimed at stimulating divergent thinking using mainly computers. Details are shown in Table 1. The number of staff members is larger than that at other typical day-care services for chronic patients restricted by the health insurance system, which defines three professionals (one nurse, one

occupational therapist and one social worker or clinical psychologist) are always in attendance. This large staff number in 'Il Bosco' was made possible through the hospital's independent efforts and a research grant from the government.

The participants are restricted to ARMS patients or first-episode schizophrenia patients between the ages of 15 and 30 years. One year has passed since its opening, and so far 20 outpatients (13 women and 6 men; mean age: 23.1 years) are registered. Several patients have recovered through the rehabilitation programme, which focuses on social cognition to enable them to return to their former workplaces and schools. Some patients have shown a drastic recovery in their negative symptoms and global functioning, as assessed by the global assessment of functioning. The percentage of attendance was better than the former day care, which had no age limitation. We are developing some new programmes for cognitive rehabilitation and remediation<sup>12</sup> and a psychoeducation website for early psychosis. In February 2008, three members had returned to school and three members were planning to return to school, whereas eight members were able to get new jobs.

**THE JAPANESE SOCIETY FOR THE PREVENTION OF PSYCHIATRIC DISORDERS (<http://square.umin.ac.jp/JSPD/>)**

The Japanese Society for the Prevention of Psychiatric Disorders (JSPD) was officially funded in March 1996 by Professor Tsutomu Ogura, Professor Yuji Okazaki and their colleagues. The JSPD is an organization for persons conducting research on the prevention of psychiatric disorders in Japan. To promote treatment and research for prevention and early intervention for psychiatric disorders, the JSPD provides a forum for members to promote best practice in early intervention and has hosted an annual meeting to present research and treatment findings. In 2007, the 10th annual academic conference was held in Yokohama, and a multicentre research project on early psychosis in Japan was proposed.

**CONCLUSION**

The development of early psychosis services is expected to be a breakthrough for many issues in Japan, such as the antistigmatization movement, the prevention of suicide in younger generations,



and the development of early interventions for psychosis itself and the promotion of mental health literacy in general.

Professor McGorry was invited as a keynote speaker to the 104th Japanese Society of Psychiatric Association in 2008. We hope that the message he delivered will become an epoch-making event for future early intervention movements in our country.

## REFERENCES

- Mizuno M, Murakami M. Differences in strategies for implementing community-based psychiatry in Japan. In: Lefley HP, Johnson DL, eds. *Family Interventions in Mental Illness: International Perspectives*. Westport, CT: Praeger Publishers, 2002; 185–192.
- Falloon IRH, Montero I, Sungur M et al. Implementation of evidence-based treatment for schizophrenic disorders: two-year outcome of an international field trial of optimal treatment. *World Psychiatry* 2004; **3**: 104–9.
- Yamazawa R, Mizuno M, Nemoto T et al. Duration of untreated psychosis and pathways to psychiatric services in first-episode schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004; **58**: 76–81.
- Yamazawa R, Nemoto T, Kobayashi H, Chino B, Kashima H, Mizuno M. Association between duration of untreated psychosis, premorbid functioning, and cognitive performance and the outcome of first-episode schizophrenia in Japanese patients: prospective study. *Aust N Z J Psychiatry* 2008; **42**: 159–65.
- Suzuki M, Zhou S-Y, Takahashi T et al. Differential contributions of prefrontal and temporolimbic pathology to mechanisms of psychosis. *Brain* 2005; **128**: 2109–22.
- Takahashi T, Suzuki M, Tanino R et al. Volume reduction of the left planum temporale gray matter associated with long duration of untreated psychosis: a preliminary report. *Psychiatr Res Neuroimaging* 2007; **154**: 209–19.
- Kawasaki Y, Suzuki M, Kherif F et al. Multivariate voxel-based morphometry successfully differentiates schizophrenia patients from healthy controls. *Neuroimage* 2007; **34**: 235–42.
- Yung AR, Yuen HP, McGorry PD et al. Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; **39**: 964–71.
- International early psychosis association writing group. International clinical practice guidelines for early psychosis. *Br J Psychiatry Suppl* 2005; **48**: s120–4.
- French P, Morrison AP. *Early Detection and Cognitive Therapy for People at High Risk of Developing Psychosis – A Treatment Approach*. Chichester: John Wiley & Sons, 2004.
- Falloon IRH, Coverdale JH, Laidlaw TM, Merry S, Kydd RR, Morosini P. Early intervention for schizophrenia disorders. *Br J Psychiatry* 1998; **177** (Suppl. 48): 33–8.
- Nemoto T, Kashima H, Mizuno M. Contribution of divergent thinking to community functioning in schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol* 2007; **31**: 517–24.

特集

精神疾患に対する早期介入の現状と将来

## 精神疾患に対する早期介入\*

水野雅文\*\*

## Key words

Early intervention, Psychosis, Prevention, Schizophrenia, Community care

## はじめに

精神疾患への早期介入 (early intervention) を論じる時には、“精神障がい”という重い現実には心得ながらも、全治や予防、発症頓挫という大いなる夢を持って語る必要がある。夢で終わらせないために、どのような戦略が必要であるかを考えてみたい。

疾患の早期発見・早期治療がその転帰や機能回復にとっても、さらには医療経済的な視点からも是とされることは、古来医学の常識であり異議を唱える者は少ない。ただし今日では、これには発見後の対応すなわち十分なケアができる技能や資源があり、それにより回復可能性があるというエビデンスの提示が大前提である。もちろん介入手段は安全にして、身体的にも心理的にも苦痛の少ないものでなければならない。欧米や豪州を中心に急速に関心を集め、その実践に広がりが出てきている早期介入は、精神科サービスの諸側面におけるこうした条件が次第に整備されたのと時を同じくして動き出した。

精神疾患の早期介入は、特定の疾患、特に統合

失調症のような重篤な精神病をモデルとしたストラテジィだけでは成功はおぼつかない。精神科領域では、どんな優れた専門家がいても、患者さんがはじめから特定の疾患の専門家を目指して受診してくることは少ないし、残念ながら我々は特定の疾患を予測させる確定的で特異的な初期徴候をつかんではいない。夢を実現するには、特定の疾患に対する個別的な診断治療ツールの開発と、普遍的で応用可能な地域システムやネットワークを早期介入というキーワードのもとで同時進行的に発展させていく必要がある。

本特集の各論で各疾患の臨床的な早期段階について語られる共通点は、おそらくはその未分化な症候の問題であったり、早期治療による症状や病態の可逆性についての検討であろうし、さらには早期発見・早期治療を可能とするさまざまな現場や状況についての整理であろう。またこれらに対峙するものとして、精神疾患に対するスティグマや病識をはじめとする脳の疾患に特有の問題が、共通して示されることだろう。いずれにせよ各疾患への早期介入は、各疾患別では成り立ち得ないものであり、精神疾患全体に共通した理解と働きかけが必要になってくる。

そこで本稿では、各疾患における早期介入の実現を図るうえでの共通課題を、1) 脳を中心とする個体へのアプローチ、2) それを取り巻く環境としての社会やシステムへのアプローチ、3) 個

\* Early Intervention in Psychiatric Disorders

\*\* 東邦大学医学部精神神経医学講座 (〒143-8541 東京都大田区大森西 6-11-1), Mizuno Masafumi: Department of Neuropsychiatry, Toho University School of Medicine, Tokyo, Japan

体と外部環境のインタラクションへのアプローチに分けて論じてみる。

## 個体へのアプローチ

ここで個体へのアプローチとは、直接的な脳への働きかけを意味するのではなく、結果として個体の行動変容(受療行動やアドヒアランスなど)を来すようなアプローチを取り上げたい。なぜなら脳をめぐる生物学あるいは神経科学的研究の新たな知見は枚挙に暇がないが、個別的にはいまだ臨床サービスとしての早期介入にただちに生かされる発見や技術革新は限られているのが現実だからである。

### 1. 治療技術は十分に進歩したのか?

今日精神科医が手にしている治療は、残念ながら対症療法にとどまり、必ずしも十分な成果を挙げているとはいえない難い面を残している。たとえばDSM-IV-TRによれば、大うつ病エピソードの自然史追跡研究において、診断された1年後に40%の者が依然として大うつ病の診断基準を満たす状態が続き、20%の症例は部分寛解にとどまり、症状が完全に消失する人は40%に過ぎないという。約1/3では持続性エピソードに至ることも指摘されているし、回復しても60%が2度目のエピソードを来しているという<sup>1)</sup>。多くの人で改善は見込まれているが、回復や再発については多少のリスクファクターは知られているものの個別の症例では予測は立たず、いわば手探りの心もとない臨床である。統合失調症の治療においても、非定型抗精神病薬に代表される副作用の少なさを強調したより安全な薬が用意されたことは喜ばしいことであるが、一方で、今日精神症状以上にその改善が期待されている認知機能障害に著効する薬剤の登場にはまだかなりの時間がかかるだろう。

こうした状況にもかかわらず、最近では、精神科の治療は近年格段の進歩を遂げ、入院治療から地域ケアの時代へと治療パラダイムは劇的に変化した、といわれることもしばしばあるように思う。かつての諦めに近い精神疾病観が一般的価値

観やあるべき期待を覆い、治療者・患者双方の要求水準を引き下げているのではないだろうか。我々には精神科医療の治療観そのものを、他の医学領域の治療観に近づける努力も求められている。

### 2. 目指すべき治療観

昨年創刊された早期介入の国際専門誌 *Early Intervention in Psychiatry* の第1号誌に寄せられた論説の中で、NIMHのThomas Inselは、精神医学が他の医学領域と同等の治療観を持つうえで不可欠の要因として、Pで始まる4つのキーワード *participatory, personalized, predictive, preemptive* を挙げている<sup>6)</sup>。

**Participatory**(参加型)は、文字通り患者およびその家族が治療における意思決定に参加することを意味している。他疾患では、たとえば癌治療などにおける治療選択では、医師から十分な情報を得た本人と患者が自らの人生観や価値観に基づいて選択する機会が増えている。もちろん専門家の豊富な経験に根ざした意見は大いに参考にされることであろうが、いまや患者や家族にはインターネットを介して膨大な医学情報が直接入手できる状況が整っているし、やがては患者側にもそれらの利用が求められる時代が来るだろう。その意味では、インターネットも介した正しい情報発信は、ニーズの高まりも加わり、専門家の責務ともなっている。ただし精神疾患にかかった状態で、適切な参加や判断が可能であるかには議論が残るところであり、その意味での精神科医療倫理の分野からの検討が急がれる必要があるだろう。

**Personalized**(個別化)とは、治療が個人のニーズに基づいて選択されることを意味している。無作為化臨床試験の結果は、確かにどちらかの治療の優位性を示してはいる。しかし個人にとっては、その治療が自分にとって効果が期待できるか否かがすべてであり、その情報こそ疾患の種類を越えたニーズである。ある1人の患者がSSRI投与を受けるべきかそれともCBT(認知行動療法)を受けるべきか、どんな人が非定型抗精神病薬でメタボリック症候群を発症するのか、どんな人が

クロザピンで顆粒球減少症を発症するのか、といった疑問点への答えを導くことによって、臨床医は治療を個別化し、現行の治療法を最適化することが可能になる。早期介入を実現するためには、よく言われる personalized medicine は精神科領域でも積極的に検討されるべきであろう。

**Predictive** (予測) では、バイオマーカーのような予測ツールの登場を期待している。すでに他の医学領域では、たとえば乳癌リスクのゲノムバイオマーカー(マンブプリントなど)や、前立腺癌の再発を追跡するための蛋白質バイオマーカー(PSA など)は日常診療に採り入れられ広く使用されている。精神医学の領域では抗精神病薬や抗てんかん薬の処方の際に、CYP などでの代謝に関連するバイオマーカーが開発され副作用発現の予測に役立てられようとしているものの、今のところ病態を反映するマーカーはない。しかし今後数年以内に、統合失調症のリスクを特定する画像バイオマーカー、うつ病の再発を予測する血漿蛋白、自閉症を予測するゲノムバイオマーカーなどが登場することは想像に難くない。

**Preemptive** (先制的) とは、こうした予測ツールが開発されていく中で、究極的には精神医学分野の将来において最も期待される **preemptive** (先制的) 医療という視点を指している。「先制的治療」といってもいいが、Insel は冠動脈疾患を例に挙げて説明している。冠疾患では、血漿脂質と家族歴に基づくリスクを予測し、さらに画像診断に基づいた早期発見を組み合わせて、ステントや薬物療法、ライフスタイルの変化を促すことなどを、心筋梗塞への先制的治療とみなすことができる。これにより、米国では 2006 年 1 年間で心臓病で死亡するはずであったおよそ 100 万人が一命を取りとめたこと NIH は推定している。同じ革新的技術を統合失調症の前駆症状の発症初期に応用した場合、どのくらいの初発精神病エピソードに先手を打ち、この慢性疾患の罹患率を低下させることが可能かについては、想像の域を出ないものの、統合失調症、自閉症、気分障害の「治癒」という夢の実現にはこの先制的介入が欠かせな

い。

### 3. 臨床病期分類 (clinical staging) の提案

精神科における早期介入の先駆者の 1 人である McGorry らは、早期介入の実現と安全かつ効果的な介入には発見の方法を枠組みにした臨床診断分類の作成と活用が欠かせないとしたうえで、早期介入の推進に際して臨床的にも非常に魅力的な臨床病期分類の作成を提案している<sup>11)</sup>。実際、今日の精神科臨床における診断が質的方法に根ざしており、その診断的意義については繰り返し問題視されてきていることは周知のとおりである<sup>9)</sup>。DSM 診断では、DSM-III 以来統合失調症の診断基準においては「機能の低下」と「障害の期間 (6 か月)」を必要条件としている。この基準を用いることによる診断の遅れのために、統合失調症を発症しているあるいは発症しつつある者への介入が遅れ、貴重な治療の時期を逃している。早期介入の視点からは、こうした現象学に基づく横断的診断基準は早急な修正が望まれる。

他の医学領域において用いられている臨床病期分類 (clinical staging) は、病理所見、特に悪性腫瘍の臨床病理分類 (clinicopathological staging) は病理組織診断や血液生化学所見、画像所見、診断的外科処置 (diagnostic surgical procedures) などの所見も集約されたものであり、きわめて実際的なツールとして運用されている。多くの悪性疾患の治療指針がこの臨床病期分類に基づいて作成されていることはよく知られているとおりである。

臨床病期分類を精神科疾患に応用することの利点の 1 つは、とりわけ初期ないし前駆期における治療的介入においての明確な治療指針ないし予後予測を可能にすることである。臨床病期分類を当てはめることにより、顕在発症間際の状態に関しても明確な診断的位置づけがなされる。これまでともすると顕在発症を待たなければ確定診断に至らず、そのための「保険病名」をつけての苦し紛れの処方行為などは解消される。また発病の恐れがあるとか、疑わしいから服薬しましょうというような根拠の希薄な説明ではなく、根拠に基づ

く治療戦略を患者や家族も参加して相談することが可能になってくるだろう。

精神疾患の臨床病期診断においては、少なくとも早期段階においては治療反応性も良好でありより良好な転帰が期待できること、初期段階での治療はより侵襲性の低い穏和な治療手段がとられるべきであることを原則とするべきである。治療の実際に当たっては、なんとかして次の段階への進行を妨げるべく、生物学的、心理社会的、個性特性を理解し統合的な治療を動員することになる。各段階に特有の治療方法もあろうし、共通するものも当然ある。

このような病期分類モデルに好適な精神疾患は、原則的に無治療であれば進行性に機能水準が低下していくものの、自然寛解や一時的安定もある、身体疾患でいえば悪性腫瘍のそれに類似したものになるだろう。治療臨界期における濃密な治療が予後を改善することはよく知られていることである。時宜を得た介入により、明らかな自然史的経過の改善が望めることも病期分類のもたらす大きな成果である。

その意味では、精神疾患の中でも統合失調症は病期診断のモデルとしての条件を備えており、早期介入の促進上も好ましいものと思われる。これに対して、認知症のように基本的に進行性で現時点の治療手段を動員しても回復可能性の乏しい疾患では、この診断方法がもたらす成果は乏しいかもしれない。表に、McGorryらが提唱する精神病ないし気分障害の臨床病期分類案を提示する。各段階での治療反応性の検討など詰めなければならない問題は多々あるものの、ロジカルな治療を導く有効な手段になるように思われる。

## 社会や外部環境へのアプローチ

### 1. 実現に向けての準備状況

早期介入という視点は、諸外国における進展の歴史を振り返る限り、脱施設化、あるいは入院中心医療から地域精神科ケアへの移行が実現した後、地域の中でのケアの完結を目指す新しい精神科サービスの展開の中で現実味を帯びてきたもの

である<sup>14,15)</sup>。わが国の精神保健サービスはまさしく入院中心型から地域ケア中心型への移行のただ中にあり、早期介入の実現には好機といえるだろう。

欧州における早期介入の嚆矢となった取り組みは、FalloonとFaddenによるバッキンガム・プロジェクトにまで遡る<sup>9)</sup>。後に発表される研究部分<sup>9)</sup>だけを取り上げればこの計画は統合失調症をはじめとする精神病への早期介入であるが、実際には精神保健サービス全般を視野に入れたものであり、統合失調症のみに焦点を当てて整備されたプロジェクトではない。このことはメンタルヘルスにおける早期介入の実現上非常に重要な意味を持つ。MrazekとHaggertyによれば、「サブクリニカル水準の予防的介入の焦点は、精神疾患を予見する感知し得る限りの最小限の症状が存在するか、精神疾患に対する素因を示すマーカーによって同定されるハイリスクな個人であるが、その時点ではDSM-III-Rの診断基準には達していない」症例を対象とすることになる<sup>17)</sup>。すなわち早期介入の対象は、後方視的な表現をすれば前駆期における介入を目指すものではあるものの、その段階では指標となる症状がまだ精神病とはいえない非特異的でない症状ないしはコモン・メンタル・ディソオーダーと呼ばれる一般症状にとどまっている<sup>12)</sup>。統合失調症へと発展するケースに対する早期介入は1次以降顕在発症前という意味で“1.5次予防”に相当するものである<sup>15,16)</sup>。

### 2. バッキンガム・プロジェクトに学ぶ

このバッキンガム・プロジェクトと呼ばれる介入計画はFalloonらにより1984年から、英国オックスフォードのアイルスビューリーという人口35,000人の村で、17~65歳の約20,000人を対象に行われた。

精神疾患の予防を目的とした精神保健システム作りを目的としたこの計画は、家庭医(GP)をあらゆる精神身体疾患のゲートキーパー役としてトレーニングし、同時に精神科医、保健師、看護師、ケアワーカーなどからなる多職種チームを形成した。精神病状態の早期発見には、2段階から

表 精神病状態と重篤な気分障害の臨床病期分類モデル [文献11]の著者と出版社の許可を得て翻訳の上転載、一部加筆]

臨床病期	定義	対象	効果が期待される介入方法	指標となる生物学的マーカーとエンドフェノタイプ
0	精神病状態ないし重篤な気分障害の危険が増大している。精神病症状はない。	1親等に遺伝負因のある10代の若者	精神保健や家族心理教育、薬物療法、短期認知技能訓練などに関する知識の普及・啓発活動	トレイトマーカーやエンドフェノタイプの候補例：追跡眼球運動、P50、ナイアシン感受性、双眼視野競合、プレパルスインヒビション(PPI)、MMN(ミスマッチ陰性電位)、嗅覚脱失など
1a	精神病状態ないし重篤な気分障害の軽度または非特異的の症状。中等度の認知機能障害や軽度な機能障害や機能低下。	10代人口のスクリーニング、かかりつけ医やスクールカウンセラーからの紹介があった10代のスクリーニング	メンタルヘルスの知識教育、家族心理教育、CBT、積極的な物質乱用予防対策の実施	サンプルサイズに応じたトレイトやステートの候補
1b	超危険状態(Ultra High Risk)：中程度だが閾値下の症状。中等度の認知機能障害や事例性直前の機能低下(GAF<70)。	教育機関やかかりつけ医、救急部や福祉関連施設からの紹介	家族心理教育、CBT、積極的な物質乱用予防対策の実施、非定型抗精神病薬の投与や抗うつ薬や気分安定薬	ナイアシン感受性、葉酸値、MRI MRS所見、視床下部-下垂体-副腎系(HPA系)不全
2	精神病状態ないし重篤な気分障害の初回エピソード中等度-重度の症状を呈し、認知機能障害や機能低下を呈し、閾値を完全に越えている(GAF 30-50)。	かかりつけ医、救急部や福祉施設、精神科クリニック、薬物物質乱用治療施設からの紹介	家族心理教育、CBT、積極的な物質乱用予防対策の実施、非定型抗精神病薬や抗うつ薬や気分安定薬、職業リハビリテーション	引き続き上記のマーカーや疾患の状態、トレイト、進行状況を見ながらの継続
3a	初回エピソードからの不完全寛解。病期4への連続がうかがわれたり移行する可能性がある。	かかりつけ医または専門医療サービス	病期2と同様であることに加え、完全寛解を目指した医学的あるいは心理社会的戦略に重点を置く	マーカーや疾患の状態、トレイト、進行状況を見ながらの継続
3b	精神病状態ないし気分障害の再発と再燃。これらは治療により初回エピソードから寛解までの間に到達した最善の水準より低いGAFや残遺症状、認知機能の水準で安定する。	かかりつけ医または専門医療サービス	病期3aと同様であることに加え、再発予防と“早期警告サイン”戦略	マーカーや疾患の状態、トレイト、進行状況を見ながらの継続
3c	臨床症状の拡大を伴う多数回の再発。疾患の影響が明らかに存在。	専門医療サービス	病期3bと同様であることに加え、長期の安定を強調すること	マーカーや疾患の状態、トレイト、進行状況を見ながらの継続
4	重篤かつ遷延性あるいは寛解しない疾患。症状、認知機能、障害の各診断基準に照らして判断すること。注意：特定の臨床的基準あるいは機能的基準(病期2から)から、あるいは治療への反応性不全(病期3aから)により、初回診察時点から直接この病期へ向かうこともある。	専門的治療	病期3cと同様であることに加え、クロザピンはじめ他の第3世代薬剤処方の可能性の検討、障害が併存する中での社会参加の推進	マーカーや疾患の状態、トレイト、進行状況を見ながらの継続

臨床病期分類モデルは介入研究における効果研究、費用対効果、リスク便益比や実行可能性研究にも非常に便利なものである。臨床病理や疾患病期の予測因子は神経発達説議論の中でも活用できる。

なるアプローチが展開された。第1段階は、前駆症状を持つ可能性のあるすべての患者を認識し専門家に紹介できるよう、家庭医にDSM-IIIにある統合失調症の前駆症状を教育し、簡便なスクリーニングシートの活用を促すことであった。第2段階目は、精神症状陽性時にただちに専門の精神保健ワーカーによるアセスメントが受けられるようなシステムを立ち上げることであった。家庭医からの照会があれば24時間以内に多職種チームの誰かによりアセスメントがなされた。

その結果前駆状態にあると判断されたケースに対しては、ストレスマネジメントや精神障害に関する本人や家族への心理教育といった心理的な介入と、ごく少量の抗精神病薬の投与とを組み合わせ、包括的アプローチを実施した。

4年間の追跡期間中、発見された統合失調症の顕在発症はわずか1例のみで、これは人口10万人地域での年間発症率で0.75にあたり、同じ地域での介入前のデータからの予測値(7.4)を著しく下回った<sup>9)</sup>。

この研究において介入の対象となった症例の中には、精神病状態の前駆症状を示していた者のほかに、むしろ多数のその他の疾患が含まれている。その中から特定の状態や疾患への移行を阻止することを目標に介入を行うには薬物療法をはじめとするより疾患特異的な治療が求められるが、非特異的症状の段階で発見することができれば、ストレスマネジメントやより一般的なメンタルヘルス教育が奏効し、深刻な段階への進行を食い止める可能性が高まることが期待できる。

### 3. 受診経路から考える

少し古いデータだが、GoldbergとHuxleyが家庭医(GP)を中心とする地域医療制度の整ったロンドンで行った地域疫学研究(1992)によれば、1年間に2週間以上にわたる不眠や不安も含めたなんらかの精神障害(common mental disorder)を呈する人口は、1,000人に対し年間260~320名程度であるという。しかし地域の中で、実際に精神科受診に至る受療行動には、いくつかのふるい分けのプロセス(フィルター)があるという。す

なわち、この中で家庭医を受診する者は230名ほどで、残り(320-230名)は、症状の軽重によらず受診することがない。230名の受診者に対して、さすが英国の家庭医はこのうち140名を精神障害ありと正しく診断していたという。逆をいえば、家庭医としての専門的訓練を十分に受けているイギリスのGPでさえ(230-140)名の中に精神変調を見いだすことができなかったことになり、ここでも早期介入の視点からみれば治療の機会を失っている人々が生じている。この調査の中で、精神障害ありと認識された140名の中で、家庭医が精神科専門医へ紹介するケースは23~24例に過ぎず、さらに入院を必要としたものは6名程度であった<sup>7)</sup>。

問題は、具合が悪いが受診していない人々と、受診しながらも自覚症状をうまく伝えられないあるいは受け止めてもらえていない人々、さらには精神疾患ありと判断されながら専門家へ紹介されていない者の存在である。もちろん、受診していない人がより軽症なわけではない。こうした病者の存在はどの疾患にもある問題であるが、精神疾患が進行するとともに病識に乏しくなり、臨界期における貴重な治療機会をみすみす逃していることは特に留意されるべきだろう。一向に減少しないわが国の自殺者の問題もこれに類似していると思われる。

もちろん日本では、受診経路自体が大きく異なり、急増している精神科クリニックを直接受診するケースも多くあろうが、コモン・メンタル・デイスオーダーに悩む人々の多くはやはり家庭医や開業医を受診しているはずである。かかりつけ医のメンタルヘルスにおけるゲートキーパーとしての役割は大きく重いといえる。したがってわが国でいえば、かかりつけ医と地域の精神保健サービスとの統合的アプローチあるいはネットワークともいえるものを形づくる工夫が必要である。

医療費削減ムードの中で新たなインフラの整備は期待薄である。現状のインフラと保険制度の縛りの中で、今日のニーズに応えられる精神保健サービスの新たな機能を発揮させるにはさまざまな

困難がある。しかし、メンタルヘルスにおいても医療経済的には疾患の予防こそが一番効果的であることを忘れてはならないだろう<sup>3)</sup>。

#### 4. 早期介入に望ましい精神科サービス

では、早期介入の実現を視野に入れた地域に望ましい精神科サービスが備えるべき条件は何であろうか？ Falloon と Fadden によれば、地域で展開する精神医療保健福祉サービスが備えるキーワードとして、A で始まる 4 つの単語 accessibility, acceptability, accountability, adaptability が挙げられている<sup>9)</sup>。

**Accessibility** (アクセスのしやすさ) は、サービス機関の地理的な近接性に加えて、前述のように苦痛を感じながらも未治療未受診のままに過ごす人口ができる限り少ないことによって示される。その指標は、本来であれば地域の悉皆調査で得られる患者数と受診者数の比較によってのみ正確に評価できる。実態調査がままならないわが国の状況では、残念ながら客観評価は困難である。

**Acceptability** (受容可能性) という視点からは、当事者がスティグマを感じずに利用可能であり、費用負担に見合うかそれ以上のメリットがあると感じられるサービスであることが求められる。長期化する治療の中では、それが情緒的にも経済的にも負担に見合う対価が得られると感じられなければ中断につながる。また初診までの待ち時間は、受診を躊躇させる大きな要因である。この点わが国の受診システムは原則予約なしでも初診を受けられるが、最近の精神科開業では初診から予約制をとり、なかには数か月先まで予約が取れないクリニックもある。受容可能性の指標としては、利用者の満足度で評価されよう。

**Accountability** (説明責任性) は、介入に用いられる技能や評価尺度の科学的信頼性のことであり、さらには介入により実際にもたらされる成果が確かなものであり、そのプロセスがエビデンスに基づくものであることを強調している。発生率の低下そのものが、早期介入という新たな精神科サービスシステムに対するアカウンタビリティに相当する。

最後に **Adaptability** (適応可変性) は、障害の時期やニーズに応じられること、さらに時代の変化や地域のニーズの変化に対するサービス内容の可変性を意味している。新しい治療方法に対していつでも応需できる進取性などもこれに含まれるだろう。

## 個体と外部環境のインタラクションへのアプローチ

早期介入の問題は、理想的には地域差や民族特性などを考慮に入れて進められるべきであり、時代とともに変わりゆく外部環境、人口変化、災害・戦争や地球環境変化などさまざまなストレス要因をはじめとする社会精神医学的課題を切り離して論じることはできない。精神科疫学研究の領域で、近年脳と外部環境のインタラクションに強い関心が寄せられている。統合失調症では、成育環境と疾病発現の間の関連について多数の研究がなされ、都市部の人口密集地における成育がもたらす影響や、さらに同じ都市部内においても、いわゆる社会資本 (social capital) や隣人関係をはじめ地域社会との個人的関係性などの差異と発症との関連などいわゆる gene-environmental interaction についても、さまざまな研究が進められている<sup>10)</sup>。これらの成果は地域における予防や早期介入の方法論に大きな影響をもたらすことだろう。

最後に、早期介入を妨げる最大の要因の 1 つに違いないスティグマの問題について言及したい。スティグマは確かに社会の中側に漂う問題ではあるが、その源泉はまぎれもなく個体の中に明確な体験として、精神疾患や精神障がい者への嫌悪感・差別感として存在している。このことはいったん本人が病者となったときに、受診行動を遅れさせるし、自己評価を下げ、さらに内なる差別感に愕然とする驚きの体験に至ることがある<sup>11)</sup>。アンチスティグマ・キャンペーンはスティグマを抱える社会に対峙するものとして位置づけられることが多いが、実は社会と個体の両者に適切に届かせることが重要になる。これには学校現場での



教育などが重要になるし、初回の受診行動に対して躊躇を与えないようなサービスの確立や情報提供の努力が求められる<sup>18)</sup>。

早期介入が今日の現実的かつ倫理的にも想定範囲内といえる“1.5 次予防”の範囲にとどまる限り、Goldberg らの第一のフィルターに相当する当事者自身の受診行動の変容を来すことは、医療者側の努力だけでは満たされないことになる。驚くべきことに、わが国の義務教育、あるいは高等学校教育では、メンタルヘルス関連の授業はほとんど行われていないのが現実である<sup>8,20)</sup>。好発年齢の児童生徒が精神病の存在さえ知らず、代表的な症状も理解していない。これではアンチスティグマの観点からも知らないものに対する不安が高まるだけであろうし、DUP の短縮や早期の受診など望むべくもない。諸外国では授業の内外で、生徒学生に対してのみならず教員に対しても、本人のメンタルヘルス相談だけでなく、メンタルヘルス関連の授業の行い方から学校現場での介入方法への指導など、きわめて実践的な取り組みが行われている<sup>2,13)</sup>。

わが国における早期介入の実現が、医療の側だけの先走りとならないよう、教育界、産業界、保健福祉領域など多元的な取り組みが推進されることを願いたい。

慶應義塾大学医学部精神神経科 鹿島晴雄教授、故・Ian RH Falloon 教授のご指導と明治学院大学社会学部社会福祉学科 村上雅昭教授、あさかホスピタル 佐久間啓院長のご支援に感謝する。

#### 文献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition text revision, Washington DC, 2000 (高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸 訳: DSM-IV-TR 新訂版 精神疾患の分類と診断の手引, 医学書院, p 361, 2003)
- 2) 茅野分, 水野雅文: 特別企画 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: 26-32, 2007
- 3) Edwards J, McGorry PD: Implementing Early Intervention in Psychosis. Martin Dunitz, London, 2002 (水野雅文, 村上雅昭 監訳: 精神疾患早期介入の実際—早期精神科治療サービスガイド, 金剛出版, pp 104-128, 2003)
- 4) Falloon IRH: Early intervention for first episodes of schizophrenia: A preliminary exploration. *Psychiatry* 55: 4-15, 1992
- 5) Falloon IRH, Fadden G: Integrated Mental Health Care. Cambridge University Press, Cambridge, 1993 (水野雅文, 丸山晋, 村上雅昭, 他 監訳: インテグレイテッド・メンタルヘルスケア—病院と地域の統合をめざして, 中央法規出版, 1997)
- 6) Insel T: The arrival of preemptive psychiatry. *Early Intervention in Psychiatry* 1: 5-6, 2007
- 7) Goldberg D, Huxley P: Common Mental Disorders: A Bio-Social Model. Publishers, Roudledge, 1992 (中根允文 訳: 一般診療科における不安と抑うつ—コモン・メンタル・ディソオーダーの生物・社会的モデル, 創造出版, p 6, 2000)
- 8) 小林啓之, 宇野舞佑子, 水野雅文: 早期介入を目指したメンタルヘルス教育の実践. *精神科臨床サービス* 7: 133-139, 2007
- 9) 小林啓之, 水野雅文: 早期診断と治療の根拠. *臨精医* 36: 377-382, 2007
- 10) Krabbendam L, van Os J: Schizophrenia and urbanicity: A major environmental influence—conditional on genetic risk. *Schizophrenia Bull* 31: 795-799, 2005
- 11) McGorry PD, Hickie IB, Yung AR, 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
- 12) McGorry PD, Jackson HJ 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, pp 3-44, 2001)
- 13) Mind Matters ホームページ (<http://cms.curriculum.edu.au/mindmatters/>)
- 14) 水野雅文: “再施設化”しない脱施設化を達成するための地域ケア戦略. *最新精神医学* 10: 183-189, 2005
- 15) 水野雅文: 早期介入の推進. *脳* 21 9: 433-437, 2006
- 16) 水野雅文: 1.5 次予防のメンタルヘルスケア. *精神医学* 49: 4-5, 2007

- 17) Mrazek PJ, Haggerty RJ eds : Reducing Risk for Mental Disorders : Frontiers for preventive intervention research. National Academic Press, Washington DC, 1994
- 18) 東京ユースクラブホームページ (<http://www.tokyo-yc.org/>)
- 19) 八木剛平 : 統合失調症の薬物療法と病名告知に関する失敗学. 精神臨床サービス 7 : 177-182, 2007
- 20) 山澤涼子, 水野雅文 : 早期介入と治療予後. Schizophrenia Frontier 6 : 42-46, 2005

## 心の病の早期発見・早期治療へむけて

水野雅文

東邦大学医学部精神神経医学講座

筆者らがメルボルン大学のバトリック・マクゴゴリー教授らによる「精神疾患の早期発見・早期治療」(金剛出版刊)を翻訳出版したのは2001年のことであった。7年が経過したものの、わが国の精神保健における早期介入への取り組みはまだまだ端緒にいたるところである。出版当初、本書が精神疾患の“予防”に主眼を置いた著作であり、当時日本の精神科医の殆ど誰もが口にしないアプローチであったうえ、歴史的背景を知る先輩からは教育的なさまざまな示唆も頂いたのであるが、反響を羨しみにしていたのであるが、残念ながら殆ど何も無かった。売れるあてのない500ページの本を出版してくださった出版社の社長には今でも心から感謝している。

近年の欧米や豪州における早期介入への関心の高まりは、90年代のDUP研究に始まると言っても過言ではない。DUPとはDuration of Untreated

Psychosisの略であり、「精神未治療期間」と訳される。すなわち精神病状態の顕在発症から初めて専門家の治療を受けるまでの未治療期間のことであり、治療を引き受けた精神科医から見れば“治療の遅れ”でもある。どんな病気でもDUPは存在するはずだが、他の疾患ではこうした社会医学的な表現で問題にすることは少ない。精神病状態のそれは精神病理学的な意義よりも、公衆衛生的指標として欧米では多くのメンタルヘルスの専門家のところを捉え、早期治療の必要性に目覚めさせた。すなわちこれまで夥しい数のDUP研究が行われてきたが、欧州の医療先進諸国でさえそのDUPは1~2年にも及んでおり、例外は無かった。その後多くの国や地域で“DUP短縮運動”とも呼ぶべきものが始まり、すでにTVコマーシャルやダイレクトメール、学校教育を通じて広く活動した国からはDUPの短縮成功の報も伝

わっている。アジアでは香港やシンガポールが好例である。

早期発見・早期治療は一般医学の常識であり、その有用性に異議を唱える者はいない。メタポリックをはじめ“予防”流行りであるが、早期受診や予防検診を促す背景には、それにより転帰の改善が期待できるエビデンスがあること、すなわち適切な治療があり奏功する可能性が高いことが必須の要件である。早期に病気がみつかったが治療はありませんとか重篤な副作用のリスクがあつては、誰も検診など受けないだろう。

期待に応えて精神病状態の治療は、わが国においてもこの10~20年で長足の進歩を遂げた。非定型抗精神病薬はS剤がそろっているし、認知行動療法や心理教育、社会生活技能訓練などの心理社会的治療も予想以上に理解と拡がりを得ている。精神病状態への早期介入も、ようやく道具は揃ってきたのである。

筆者が早期介入に強い関心を引かれたのは、無論マクゴゴリー教授との出会いであるし、彼の人を惹きつけて放さない予防精神医学に対する強い情熱、フランクでオープンマインドな人柄に

よるところが大きいが、これに加えて、上述のDUPを慶應時代の仲間とともに調査した体験も大きなものである。結果はYamazawa et al. (2004)の論文に詳しいが、2000年当時の慶應病院精神・神経科外来と都内のある精神科病院の平均DUPは13.7ヶ月にも及んでいた。医者好きの日本人が症状を我慢して受診を先延ばしにするのは菌医者さんだけかと思っていたら、精神科医も敬遠されているらしい。この間、さまざまな症状に本人や家族が苦痛を味わっていることはもちろん、社会機能や援助を喪失し、何より初期治療のチャンスも失われていることになる。東京のような医療先進地でありながらこの数値はいかにも長く、ステイグマの強さ、あるいは正しい情報の乏しさを如実に反映していると思われた。当時筆者は精神科病院の無い国イタリアでの留学から帰り、ファルーン先生によるOTP (Optimal Treatment Project)の実践として、港区における地域サービス“みなとネット21”や郡山市あさかホスピタルにおける“さががわプロジェクト”などを通じて、わが国における地域中心型の精神科サービスモデルを作ることに夢中であつた。しか

しようやく退院してもすでに「高齢」にさしかかる人々の地域支援の中では、時として遅きに失しているかという疑問が監視を掠める体験もした。地域ケアサービス充足の重要性に加え、早期治療の有効性を示し、慢性化を食い止める治療やサービスデリバリーの実現こそが国の精神科サービスにとって焦眉の課題であるとの思いを強くした貴重な経験であった。

マクゴリー教授の主宰するメルボルン大学オリゲン・ユースセンターはEPPIC (Early Psychosis Prevention and Intervention Center) と呼ばれ、年間数百人の専門家が見学に訪れ、研修に滞在し、いまや精神科早期介入の世界的メッカである。その設立当時の発想の根源と成功の鍵は、ユースサービスのすなわち好発年齢の思春期・青年期の若者にとつてアクセスのしやすいサービスの設立であった。メルボルンにももちろん慢性期患者のためのリハビリ施設は以前からあったものの、オリゲンはこれらとは明確に一線を画した。当初はEPPICと称していたが、英語で early psychosis ではすぐに精神科施設と分かってしまうので、名称も変えた。Orygen は誰かの思いつきで、何

だか分からなければ何でも良かった、とマクゴリー教授は笑っていた。

筆者らも昨年5月「イルボスコ」(イタリア語で森の意) <http://www.lab.toho-u.ac.jp/med/omori/mentalhealth/> と称する若者専用の早期精神病学ケアをオープンした。早期段階で十分な治療を用意し、手間と時間をかけて初回エピソードに完全覚醒をもたすあるいは ARMS (at risk mental state) の段階で発症を頓挫させることを目指して、認知機能訓練を主体としたプログラムを用意している。地域の中に早期段階からの治療ネットワークを張り巡らすための第一歩である。学校、保健所、開業医とのネットワークの中でアクセスのしやすいサービスを構築したいと考えている。

昨年度から日本精神障害予防研究会の事務局を担当させて頂いている。本会は1996年に当時琉球大学教授であった小椋力先生を中心に設立され、毎年日本社会精神医学会総会の際に研究会を同時に開催させていただきながら、2008年で11回を迎えるところである。本年は「精神疾患予防のための教育・啓発活動一誰に、何を、どう伝えるか」と題するシンポジウムを

行う。同会のサイト <http://square.umin.ac.jp/JSPD/index.html> もご参照いただければ幸いである。同会と趣旨を同じくする国際学会にあたる IEPA (International Early Psychosis Association) からは Early Intervention in Psychiatry という国際学会誌が発刊されているが、幸いスポンサーを得て日本精神障害予防研究会を中心に一部日本語をつけて配布している。

早期介入については、みたととネット21が運営する東京ユースクラブ、富山大学精神科の“こころのリスク相談”、東北大学精神科の“SAFEメンタル・ヘルス・ユースセンター”、東邦大学医療センター大森病院の“ユースクリニック”“イルボスコ”などで早期介入を主眼とした専門的相談や情報提供、専門外来の取り組みがはじまっている。しかし残念ながらはあくまで点の増加に過ぎず、なかなか面としての拡がりを得られないのが現状である。

では早期介入の活動を、面で拡げていくには何が必要なのだろうか。筆者は、上記の活動がいずれも大学病院の精神科など専門的医療機関に偏っていることに危惧を抱いている。真に早期

段階において、自分が精神病状態にあると自覚してあるいは周囲が気づいて精神科専門医を受診することは少なく、その多くはあくまでもコモモンメンタルディスタンスとして、あるいは不安、不眠、抑うつ、種々の身体症状などいわゆる前駆期の非特異的症状を得て援助探索を起こすのである。従ってそのファーストコンタクトはあくまでかかりつけ医であることが多く、あるいは学校であれば養護教諭や企業では産業保健師になるだろう。ゲートキーパーとしての開業医の先生には是非とも幅広いメンタルヘルスの知識とコモモンメンタルディスタンスに対する治療経験を持っていただきたいと思う。さらに動員すべきは保健所や精神保健センターのような社会資源である。わが国の保健所制度は素晴らしいものであり、長年地域予防活動の先駆的役割を果たしてきた。しかしながら残念なことに近年精神保健に関してはその活動は極めて乏しいものになっている。

一方特に統合失調症を念頭にすれば、好発年齢を考えれば中学生や高校生における知識教育は重要なものであるし、広くはストレス耐性を高めるよ