

図1 疾病の未治療期間 (duration of untreated illness : DUI) とは

とより、医療保健福祉関係者全般へ最新のエビデンスを提供し、地域や社会へも働きかけていかなければならない。

統合失調症とならび、うつ病の早期発見・早期治療も重要な課題である。わが国では平成10年以降、毎年3万人を超える自殺者を生じており、その約75%は精神障害によるとされ、さらにその約50%はうつ病であると考えられている<sup>1)</sup>。しかし、うつ病の患者で医療機関を受診している割合はそのうち25%にすぎず<sup>10)</sup>、精神疾患に関する知識や情報がまだまだ十分には行き渡っていないことは明らかである。これを受けて、平成18年6月に「自殺対策基本法」が成立し、平成19年6月に「自殺総合対策大綱」が策定された。

このようにうつ病の早期発見・早期治療は早急な取り組みを求められているものの、未治療期間については国内外において十分な研究がなされていない。そこで我々はこれをうつ病の前駆期研究<sup>6)</sup>を参考に、DUI (duration of untreated illness, 疾病の未治療期間) と定義し (図1), 平成14年より調査を開始した。

## II. 大学病院における初回うつ病

まず我々は、平成14年2月～7月の半年間に慶應義塾大学病院精神神経科 (<http://www.hosp.keio.ac.jp/>) を受診した初回うつ病の患者35人を調査した<sup>2)</sup>。その結果、DUI:  $14.5 \pm 15.3$  (Min: 2, Max: 48, Med: 8, Mode: 8) 週だった。患者背景は、男性21人・女性14人、年齢  $42.4 \pm 14.1$  歳、

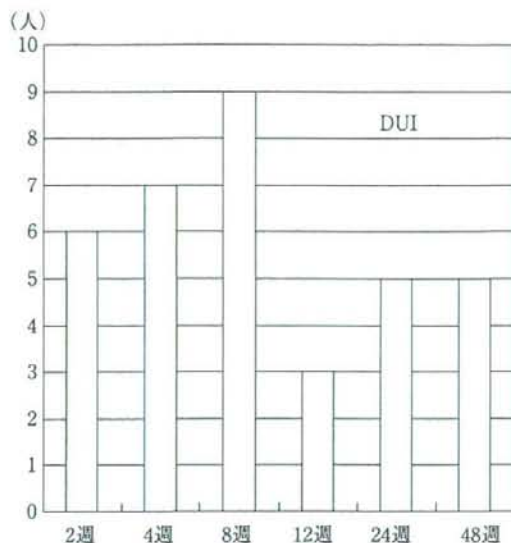


図2 大学病院における初回うつ病 (文献2をもとに作成)

DUI; duration of untreated illness

職業は会社員19人、主婦3人。受診経路は紹介21人 (院内9人) だった (図2)。すなわち、中年の会社員が発病後3ヵ月後に紹介されて初診したと言える。なお、初診後の半年以内に寛解した患者23人 (65.7%) において寛解に要した期間 (10.5週)・処方量 (86.1mg, imipramine 換算) と DUI の間に相関は認められなかった。

琉球大学医学部付属病院 (<http://www.hosp.u-ryukyu.ac.jp/>) における2000年4月から2001年3月の1年間に総合診療科を初診した気分障害の患者10名と精神科を初診した気分障害の患者17名の未治療期間を比較したところ、 $25.6 \pm 14.1$  vs  $6.8 \pm 4.3$  週であったという<sup>7)</sup>。総合診療科のDUIが長い理由は、身体症状の方が精神症状よりも時期を特定しやすいこと、適切な診断・治療を受けることなく医療機関を転々としてきた可能性があることと考察された。慶應義塾大学病院のDUIは、琉球大学医学部付属病院の総合診療科と精神科の中間の値であり、この両者の傾向を有していると考えられる。そして両大学病院とも今後、早期治療を促進するためには、紹介元との連携を強化することが必要と考察された。

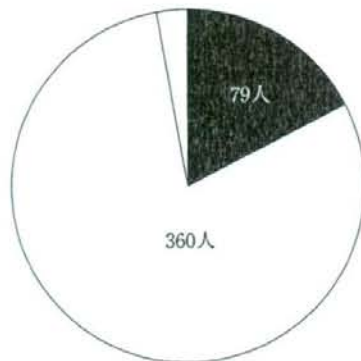


図3 インターネットによる精神保健相談  
■ 男性, □ 女性, □ 不明

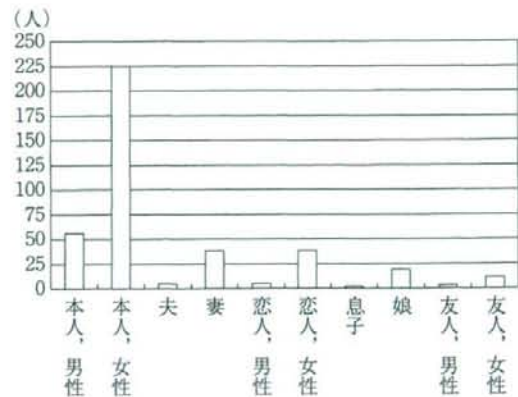


図4 All Aboutプロフィールの質問者の内訳

### Ⅲ. クリニックにおける初回の気分障害

次に我々は、平成18年4月～9月の半年間に銀座泰明クリニック (<http://www.medical-complex.com/ginza/psychosomatic/index.htm>) における初回の気分障害の患者172人を調査した<sup>9)</sup>。その結果、DUI:  $64.1 \pm 122.9$  (Min: 1, Max: 768, Med: 12, Mode: 4) 週だった。患者背景は男性75人・女性97人、年齢  $32.4 \pm 8.1$  歳、職業は会社員128人であった。主訴は不眠28人、うつ24人、頭痛21人だった。受診経路はインターネット150名、看板14名。検索に用いた言葉は「心療内科」67人、「うつ病」28人、「精神科」13人、「メンタルクリニック」3人であった。

銀座泰明クリニックは平成18年4月に開院したばかりで十分に周知されておらず、紹介患者は少なかった。また都心部に位置して、看板も目立たない。しかし、インターネットで自ら検索してくる患者がきわめて多かった。大学病院と比べて患者の平均年齢が10歳ほど若いのも特徴的であった。これらはインターネットの利用世代が若年層に偏っているためと考えられる。

DUIが64.1週と1年を越している理由は「持続性気分障害 (F34)」を含めたことによる。従来、抑うつ神経症とされていた疾患である。もっとも中央値12週、最頻値4週であり、中核である「うつ病エピソード (F32)」に関しては大学病院の

8週と近似している。

主訴の第2位が「うつ」であることは、うつ病の啓発活動の効果と思われるが、インターネット検索において「心療内科」が「精神科」よりはるかに多いことは、「精神科」に対するステイグマを意味しているのかもしれない<sup>15)</sup>。

初回うつ病のDUIは、引き続き銀座泰明クリニックと東邦大学医学部精神神経医学講座 (<http://www.lab.toho-u.ac.jp/med/psycho/index.html>) の関連施設で平成19年4月～12月に86人に調査された<sup>9)</sup>。この結果、DUIは  $30.4 \pm 60$  週だった。患者背景は男性55人、女性31人、平均年齢  $34.5 \pm 9.5$  歳であった。同居者のいない者はいる者よりDUIの短い傾向が認められた。この調査は継続して行われている。

### Ⅳ. インターネットを利用した精神保健相談

インターネットを利用した精神保健活動が効果的であるという示唆のもと、我々はAll Aboutプロフィール (<http://profile.allabout.co.jp/>) の公開相談サイトを用いて精神保健相談を試みた<sup>3)</sup>。その結果、2006年12月～2007年12月の約1年間に451人から相談が寄せられた。質問は匿名投稿も可能で、個人情報の公開は本人の意思に基づいている。質問者は男性79人、女性360人、不明12人、平均年齢  $31.3 \pm 7.2$  (Min: 14, Max: 54) 歳であった (図3)。内訳は本人女性225人、本人男性56

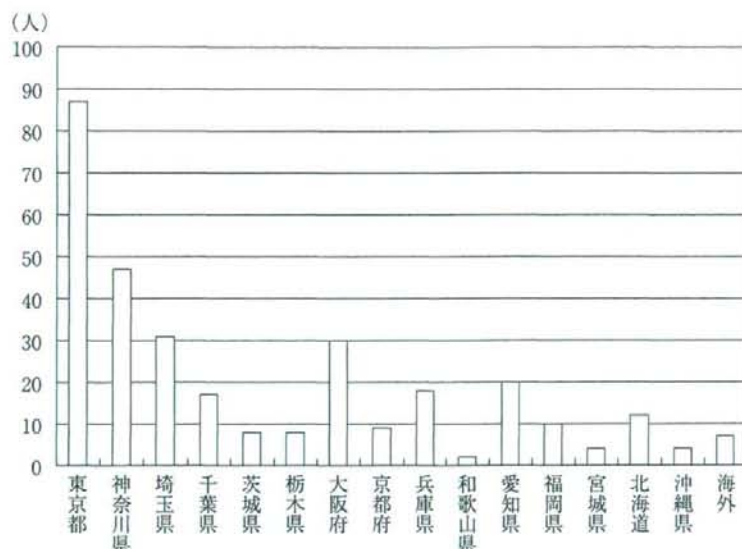


図5 All Aboutプロフィールの質問者の住所 (文献3をもとに作成)

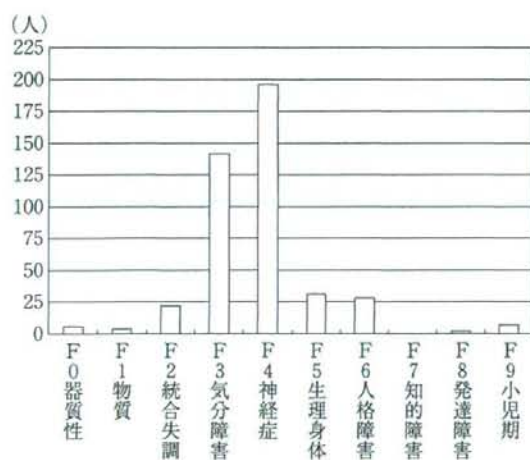


図6 All Aboutプロフィールの質問者の疾患 (文献3をもとに作成)

人、妻38人、恋人女性38人(図4)。住所は東京都87人、神奈川県47人、埼玉県31人、大阪府30人、愛知県20人と首都圏・大都市が多かったが、北海道12人、沖縄県4人、海外7人も認められた(図5)。疾患は統合失調症圏(F2)22人、気分障害圏(F3)142人、神経症性障害圏(F4)196人だった(図6)。未治療154人が受診の適否につい

て、治療中105人がセカンドオピニオンとして現在の治療について質問してきた。内訳は、統合失調症圏が未治療5人、治療中17人、気分障害圏は未治療43人、治療中100人、神経症性障害圏は未治療139人、治療中56人であった(図7)。

すなわち30歳前後の女性が相談者の中心を占めていた。首都圏・大都市をはじめ、地方や海外からの相談も複数、認められた。疾患の中心は気分障害圏・神経症性障害圏であった。質問内容は未治療の受診の適否や、治療中のセカンドオピニオンが大半だった。主治医との治療関係や現在の治療内容など、主治医に相談できない悩みも少なかった。

逆に男性からの相談がとて少なかった。All About利用者の男女比はおおむね等しいため、質問することをためらっているのかもしれない。これは「援助探索行動 help seeking behavior」を取っていないとも言える。毎年3万人を超える自殺者の多くを高齢男性が占めている事実を考慮すると、今回の結果にもその一端が表れているのではないかと考えられる。さらに、All About利用者の平均年齢は約40歳であるため、高齢者の利用も少ない。このようにインターネットを用いることのできる人とできない人との間に格差を生じ

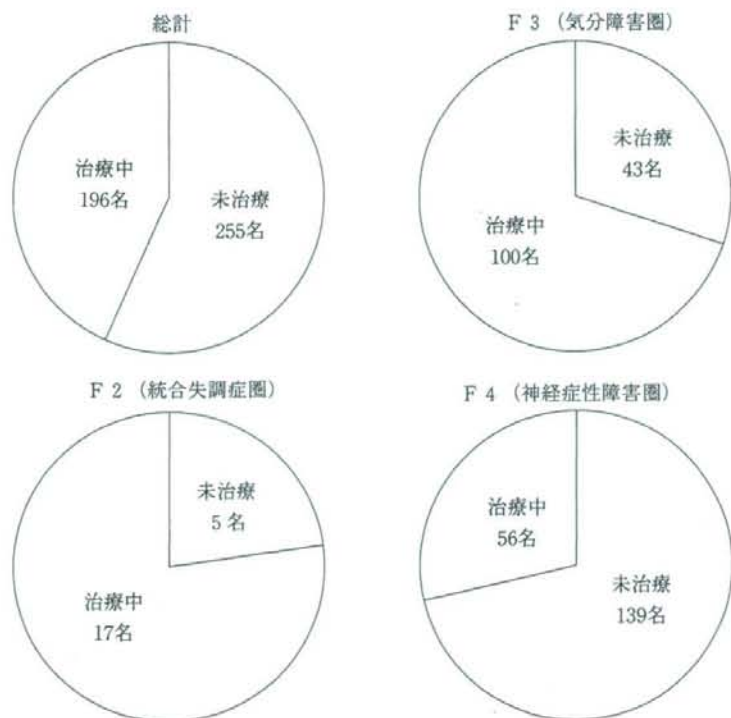


図7 All Aboutプロフィールの質問者の治療・未治療の内訳 (文献3をもとに作成)

る「デジタル・ディバイド」が生じることを認識して、世代を超えた「インターネット・リテラシー」(インターネットを使いこなす能力)が実現されることが望まれる。

また統合失調症圏の相談が少なかった。有病率自体も少ないからであろうが、注目すべきは未治療の質問の割合が神経症性障害圏に比較して明らかに少ないことである。この割合は気分障害圏も同様である。実際に「このような症状は病気なのでしょうか?」「何科を受診すればよいのでしょうか?」という質問を多く認めた。これは精神疾患に関する情報が不足している事情と、各精神疾患の持つ性質によると思われる。神経症性障害圏の患者が「わかってほしい」と思う反面、気分障害圏の患者は「わかりっこない」と思い込み、統合失調症圏に至っては「わかれている」という被害妄想的な心理を抱えていることが想像される<sup>5)</sup>。これらの課題に対して我々は1998年より統合失調症の当事者・家族を対象としてみなとネット21

(<http://www.minatonet.min.gr.jp/>) および東京ユースクラブ (<http://www.tokyo-yc.org/>) を通じて、精神障害に関する情報提供をしながら早期発見・早期治療を呼びかけてきた<sup>19)</sup>。

インターネットによる精神保健相談は他にも国内各地で試みられている<sup>16,10)</sup>。筑波大学大学院人間総合科学研究科精神病態医学では2003年から“3rd life” (<http://www.psychosoft.com/>) を開設し、アンケート・心理相談・心理検査を行っている<sup>21)</sup>。その結果、33,590人の対象者の8割にうつと不安の訴えが認められ、治療必要な者のうち半数が未受診であったという。この理由として「精神科への抵抗感」や「精神科病院に関する情報不足」が挙げられた。

#### V. インターネットを利用した精神障害の早期発見・早期治療

このようにインターネットを利用して未治療の

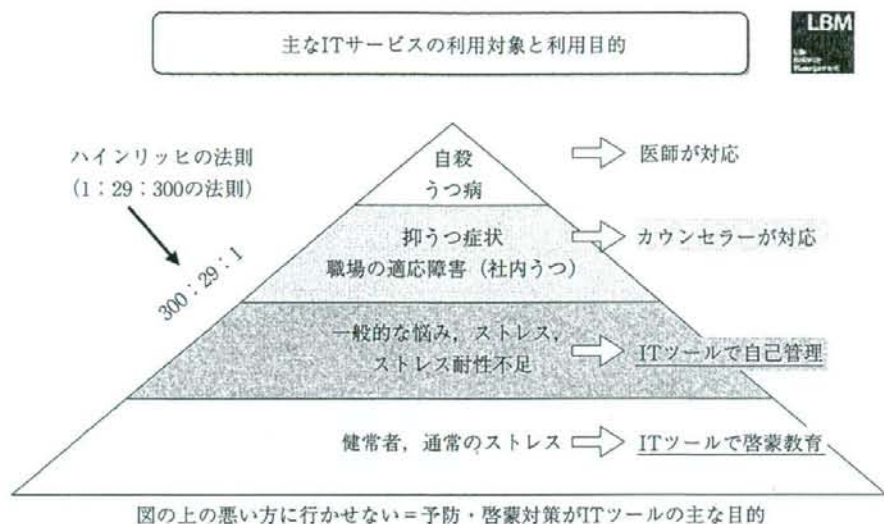


図8 インターネットによるメンタルヘルスの自己管理用教材の例 (LBM社の許可を得て掲載)

患者へ必要な情報を提供し、適切な治療へ導くことができる。軽症ならばメール相談のみで解決できるケースもあり、中等症以上ならば速やかな受診を指示することができる。

すでに治療中の患者へはセカンドオピニオンとして、現在の治療の是非について第三者的なアドバイスができる。原則として現在の治療・主治医を尊重し、本人の疑問や不安を解消することに努める。しかし時には明らかに不適切な治療を受けているケースも認められ、その場合は転医を勧める。

今回はメール相談のみであったが、今後は動画やビデオ通話などのツールを利用することによりさらに面接へ近似した情報交換が期待できる。SNS (social network services) を利用することにより自助グループや集団精神療法に準じた活動をインターネット上で展開することも可能であろう。

株式会社ライフバランスマネジメント (<http://www.lifebalance.co.jp/>) は EAP (employee assistance program) の立場から社員がインターネットによりメンタルヘルスの自己管理をできるよう各種教材を取り揃えている (図8)。特にメンタフダイアリー (<https://www.mtop.jp/diary>) は

インターネット上で認知行動療法を行える画期的なプログラムである。

インターネットは精神障害の早期発見・早期治療において大変有用な手段であるが、注意しなければならない問題もある。まず自傷行為や自殺念慮が増悪している時に危機介入できる保証がない。相手は匿名で不定期に相談してくるだけである。家族や友人に連絡することもできない。このような場合、とにかく本人へ自傷や自殺を思い止まり、適切な治療や援助を受けるように勧める。治療へ確実につながるまで、いつでも相談を受け入れる姿勢を示しておくことが少しでも自傷や自殺を減らすことになりうる。

メールのみでは判断しきれない病態もある<sup>11,16)</sup>。重症の精神病や器質性の疾患は実際に面談したり、身体を診察したりしなければ確実な診断ができない。DUPを短縮するためには、速やかな診断・治療を開始しなければならない。したがって、常にメール診療の限界を意識しながら対応することが望まれる。メールは便利な道具ではあるが、やはり実際に「会って話す」ことがコミュニケーションの基本であることを忘れてはならない。時にはメール上の些細な誤解が強い不信を生じることもあるし、一方的な空想や妄想に発展す

ることもある。これらが攻撃性や集団性を帯びると、「フレーミング flaming」と呼ばれるインターネット上での誹謗・中傷合戦に発展する<sup>20)</sup>。

さらにコストも避けて通れない問題である<sup>17)</sup>。有用な手段でも労力・時間・費用がかかるため、サービスを継続していくためには資源を確保していく必要がある。現在のところ、健康保険は適用できない。自費診療では高額になり継続できなくなる可能性もある。広く普及させるためには、本人負担を軽減させるシステムを考案していく必要がある。

## VI. おわりに

以上、初回うつ病のDUIを大学病院やクリニックで調査し(約3ヵ月)、インターネットを利用して精神保健相談(451件)を試行した。首都圏・大都市をはじめ、地方や海外からも多数の相談を認めた。内容は未治療の受診の適否や治療中のセカンドオピニオンが大半であった。主治医との治療関係や現在の治療内容など、主治医に相談できない悩みも少なくなかった。

早稲田大学大学院国際情報通信研究科加納研究室(<http://kanolab.ddo.jp/>)では、インターネットを用いて「どこでも」医療を利用できる「ユビキタス医療」(ユビキタスとはラテン語で「至る所に」という意味)を研究している。ユビキタス医療により在宅医療の推進や医療の地域格差を解消しようと言われている。精神医療においても、これまで医師や病院に偏在しがちであった知識や情報を、インターネットを利用して患者や家族と共有しながら、精神障害の早期発見・早期治療を促進していくことが望まれる。

## 文 献

- 1) 飛鳥井望:自殺危険因子としての精神障害—生命的危険の高い企図手段を用いた自殺失敗者の診断学的検討. 精神経誌, 96:415-443, 1994.
- 2) 茅野分, 水野雅文, 渡邊衛一郎ほか:初回うつ病エピソードの未治療期間(DUI:Duration of Untreated Illness)と治療予後. 日本社会精神医学会雑誌, 12:126, 2003.
- 3) 茅野分, 根本隆洋, 藤井千代ほか:インターネット

による精神保健相談の試み. 日本社会精神医学会雑誌, 2008 (in press).

- 4) 茅野分, 根本隆洋, 山澤涼子ほか:精神医療におけるITの活用と地域連携初回気分障害エピソード患者の受診におけるその役割. 日本社会精神医学会雑誌, 16:82-82, 2007.
- 5) 土居健郎:新訂方法としての面接. 医学書院, 東京, 1992.
- 6) Fava, G.A. and Tossani, E.:Prodromal stage of major depression. Early Intervention in Psychiatry, 1:9-18, 2007.
- 7) 福田吉顕, 山本和儀, 平松謙一ほか:うつ病の早期発見・早期治療—琉球大学病院における総合診療科と精神科との連携をとおして. 小椋力編:精神障害の予防をめぐる最近の進歩. 星和書店, 東京, p.224-225, 2002.
- 8) 長谷川千絵, 茅野分, 小堀俊一ほか:初発うつ病エピソードの未治療期間と受診を遅らせる因子の検討. 日本社会精神医学会雑誌, 2008 (in press).
- 9) 鹿島晴雄監修, 水野雅文, 村上雅昭ほか監訳:精神疾患の早期発見・早期治療. 金剛出版, 東京, 2001.
- 10) 川上憲人(主任研究者):こころの健康問題と対策基盤の実態に関する研究. 厚生労働科学特別研究事業, 平成14年度総括・分担報告書, 2003.
- 11) 小林聡幸:サイバー空間と精神医学. 加藤敏編:新世紀の精神科治療7—語りと聴取. 中山書店, 東京, p.267-283, 2003.
- 12) 小阪淳, 飯田順三, 崎山忍ほか:e-mail相談の試み—奈良医大精神科ホームページ25ヶ月. 日本社会精神医学会雑誌, 11:126-126, 2002.
- 13) 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.
- 14) 水野雅文, 村上雅昭監訳:精神疾患早期介入の実践—早期精神科治療サービスガイド—. 金剛出版, 東京, 2003.
- 15) 中根允文, 吉岡久美子, 中根秀之:精神疾患に対する日本人のイメージ—Mental health literacyに関する日豪比較調査から. 日本社会精神医学会雑誌, 15:25-38, 2006.
- 16) 関口隆一, 菊池礼子, 照屋智子ほか:電子メールによるこころの電話相談. 日本社会精神医学会雑誌, 2008 (in press).
- 17) Styra, R.:The internet's impact on the practice of psychiatry. Can. J. Psychiatry, 49:5-11, 2004.
- 18) 田村毅:インターネット・セラピーへの招待—心理療法の新しい世界. 新曜社, 東京, 2003.
- 19) 宇野舞佑子, 水野雅文, 稲井友理子ほか:東京ユースクラブの目的と設立の背景. 日本社会精神医学会雑誌, 15:89-90, 2006.

- 20) ウォレス, P. (川浦康至, 貝塚泉訳): インターネットの心理学. NTT出版, 東京, 2001.
- 21) 矢作千春, 太刀川弘和, 谷向知ほか: インターネットを用いた精神障害の動向調査. 精神医学, 49:301-309, 2007.
- 22) Yamazawa, R., Nemoto, T., Kobayashi, H. et al.: 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, 42:159-165, 2008.

第103回日本精神神経学会総会

教育講演

## 精神疾患の早期発見と早期治療

水野 雅文 (東邦大学医学部精神神経医学講座)

## 1. はじめに

欧米を中心に、統合失調症をはじめとする精神疾患の早期発見・早期治療への関心が高まっており、2007年からは専門誌“Early Intervention in Psychiatry”も刊行の運びとなった。

わが国でもようやく統合失調症をはじめとする精神疾患への、いわゆる早期介入と早期治療に対する関心が次第に高まってきている。一般医学においては医療の常識である早期発見・早期治療についても、精神科医療、とくに統合失調症をはじめとする精神病状態への介入をめぐることは倫理的問題も含めて様々な観点からの検討を要する。

本稿では、早期介入を是とする立場からその根拠となる所見をまとめ、現在これを推進している状況について紹介する。

## 2. 統合失調症の顕在発症の頓挫をめざして

## 1) イアンRH ファルーンによるパッキングム・プロジェクト

ここで述べる早期介入は、予防医学概念における一次予防ではなく、さりとて二次予防とも異なる<sup>23)</sup>。いわゆる二次予防は疾患の早期発見を意味しているが、精神疾患特に統合失調症において、時間経過になぞらえれば顕在発症に先立ち後方視的には前駆期あるいは前駆症状の出現を認める期間が存在する(図1)<sup>21)</sup>。この間に見られるあるいは自覚される症状は、不眠、不安、焦燥、ある

いは身体症状などの非特異的の症状であり、必ずしも後の精神病状態を確定的に示唆する所見や症状ではない。しかしこのプロセスにおいて、もしもストレス反応などではなく、精神病状態への前駆期であるならば今日の神経発達障害仮説<sup>9,25)</sup>に照らしても、疾患の萌芽は認められている時点である。ここで言う早期介入とはこれらを見過ごすことなく、より精神病症状につながりやすい症候を少しでも早く見だし、専門家につなげ、適切な介入により本格的発症を頓挫させるという基本戦略であり、1.5次予防とも呼ぶべき位置づけである。

早期介入の先駆けとなった、イアン・ファルーンによる介入研究は、これを象徴するデザインとなっている<sup>6)</sup>。このプロジェクトは地域における精神病状態の早期発見と発症頓挫に対するおそらくは世界最初の試みである。この計画は1984年から、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歳から65歳の約20,000人を対象に行われた。当時この地域における既存の精神保健サービスは皆無であり、派遣されたファルーンの任務は地域精神保健サービスの設立と運営であった。その経緯は「インテグレイテッドメンタルヘルスケア」に詳しい<sup>7)</sup>。当該地域で開業する16人の家庭医はあらゆる精神身体疾患のゲートキーパー役とし、これに12人の看護師、精神科医2、心理士1、社会福祉士1、



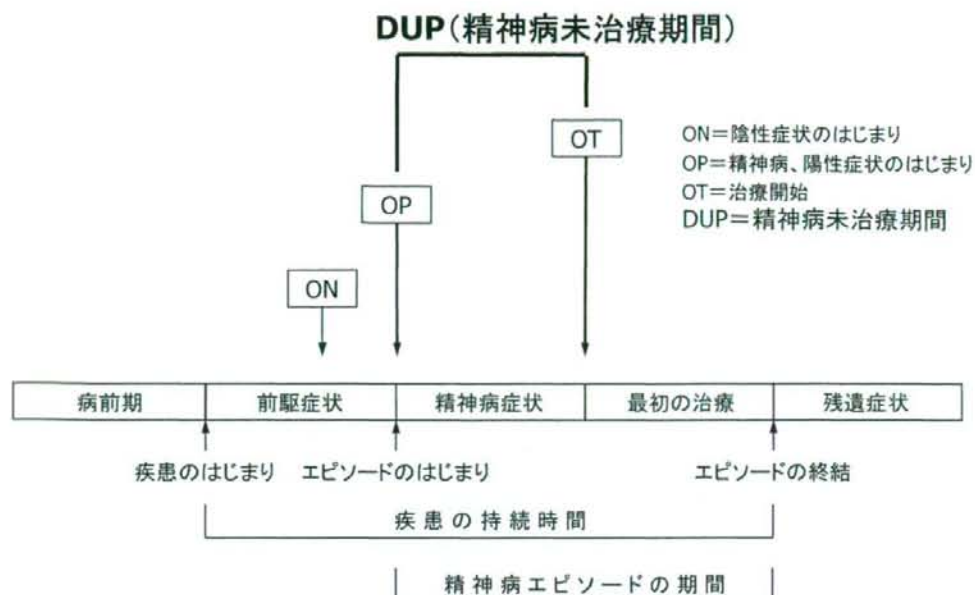


図1 統合失調症の経過における DUP<sup>21)</sup>

作業療法士1, 事務職員2で多職種チームを形成した。参加スタッフには、心理社会的評価をはじめとする諸訓練が行われた。

精神病状態の早期発見には、2段階から成るアプローチが展開された。第1は、前駆症状を持つ可能性のある全ての患者を認識し、専門家に紹介できるように家庭医にDSM-IIIにある統合失調症の前駆症状を教育することであり、第2は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、即座に受け入れ可能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。前駆状態にあると判断されたケースに対しては、直ちに心理教育、家庭中心型のマネジメント、少量の抗精神病薬による薬物療法が各自のニーズに合わせて行われた。また維持療法として、ストレスマネジメントと薬物療法、早期警告サインなどを用いた再発予防の訓練、定期的な症状評価が行われた。

4年間の追跡期間で、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、介入前の同地域のデータからの予測値(7.4)を著しく下回った。

こうした働きかけを広く地域の医療関係者が日常的な診療技能として持つことにより、コモンメンタルディスオーダーや精神病前駆状態の発見につながり、早期治療を可能にしていくだろう。

## 2) 治療臨界期とDUP

こうした早期介入を肯定あるいは推進する上で、もっとも重要な点は、リスクのある状態を早期に発見することにより、その進展を阻止できるような治療が用意されていることである。治療手段がない早期発見はおよそ不毛である。わが国にあって、非定型抗精神病薬の登場やSSTなどのCBTや心理教育の普及など、特にこの10年間における統合失調症の治療手段の広がりは著しい。

早期介入を推進するには、そうしたツールの拡がりに加えて早期介入によりもたらされる転帰の改善などのエビデンスが欠かせない。諸研究により注目されているのは、精神病治療臨界期

(Critical Period) と未治療期間 (Duration of Untreated Psychosis; 以下 DUP) の影響である。

治療臨界期については Birchwood らの指摘に詳しい<sup>1)</sup>。器質性変化は前駆期あるいは精神病状態の極めて初期において著しく、2~5年後には安定してくる<sup>11)</sup>。従って Birchwood によれば、発症後の早期段階での治療こそ重要であり、3年以内の介入こそが有効性が高いとされている。それによって短期での回復、より良い転帰、社会的機能の保持、家族や社会的支援の維持、入院期間の減少などが期待される。わが国でも長崎大学の研究<sup>12)</sup> などでは転帰への影響に関する疫学研究からも初期治療の重要性が強調されている。

一方 DUP は欧米では 90 年代から注目されている<sup>14,22,29)</sup>。DUP (図 1) は精神病状態の始まりから最初の治療を受けるまでの期間を指している。

精神病水準の多くの症例では、精神病状態の症状が生じる前に何らかの精神状態の変化が起こる。従って少なくとも後方視的には、精神不調の非特異的徴候の出現時点である「疾患の始まり」の時点と、一級症状のような特異的徴候の出現時点や操作的診断基準を初めて満たした「エピソードの始まり」の時点とを、区別することができよう。非特異的徴候の出現する前駆期では、不安、焦燥などのいわゆる神経症的症状から、抑うつ気分などの気分変調、意欲の変化、認知の変化、注意力や集中力の低下、食欲低下や不眠などの身体症状、社会的役割機能の低下、社会的引きこもり、など幅広い徴候がみとめられる。この前駆期をも含めた未治療期間は DUI (Duration of Untreated Illness) と呼んで区別されている。DUP の定義は上述のようにほぼ一致しているが、算出方法には研究者間に差異を認め、週単位の報告や年単位の報告など様々である<sup>4)</sup>。

これまでの報告を概観すると、諸外国における DUP の平均はおおよそ 1 年前後である。しかし、標準偏差も非常に大きく、症例による差異が大きいといえる。わが国における DUP 研究で、定義と測定方法を明確に示した文献報告は筆者が知る限り Yamazawa ら<sup>27)</sup> によるもののみである。そ

れによれば、2002 年に都内 2 施設を対象として行った調査では、15 歳から 54 歳の初回エピソード精神病患者の DUP の平均は 13.7 ヶ月、中央値は 5 ヶ月であった。DUP の平均値が 1 年前後という結果からは、現状において早期介入が適切に行われているとは言いがたい。DUP が注目される理由は、多くの研究がその長さや治療予後に関連を認めているためであり、適切な早期介入の指標にもなっている。2 つのレビューがあるものの<sup>16,24)</sup>、測定方法も含めさまざまな問題があり議論されている<sup>9)</sup>。こうした中で最も注目されているのは、DUP と 1 年内外の比較的短期の転帰の関連であり、多くの研究が関連を認めているものの、さまざまな交絡因子を抱えた研究が多く議論は尽きない。4 年<sup>3)</sup>、8 年後<sup>10)</sup> の転帰を検討した研究では、それぞれ DUP の長さや機能障害や精神症状との有意な関連、あるいは陰性症状の改善、QOL などとの関連を認めている。筆者らも最近日本人例で DUP の短さと 2 年後の良好な機能予後との間に相関を認めることを確認している<sup>27)</sup>。

### 3. 前駆期症状と ARMS

Yung ら<sup>30)</sup> は、顕在発症へ向かうプロセスの詳細な検討を経て、「前駆状態」があくまで後方視的概念であるのに対して、前方視的にみて発病する危険のある精神状態を at risk mental state (ARMS) (発症危険状態) と呼んでいる。「前駆」症 (状態) という語には、発症への移行が含まれているが、無論前方視的に精神病状態への発展を特異的に想定させる徴候があるわけではないから、症候学的にはこれに替わる正確な状態を意味する語が求められる。これに対して ARMS はあくまで精神病へ進展する危険が極めて高い危険な状態像を指しているのであって、必然的な移行を意味する前駆と同義ではない。Yung ら<sup>30)</sup> は、ARMS の中でも近い将来に精神病へ移行する恐れが極めて高いとして以下の 3 条件のうちの 1 項を満たす場合を Ultra High Risk 群 (UHR) としている。

第 1 は brief limited intermittent psychotic

symptoms (BLIPS) (短期一過性精神病前駆状態)で、陽性精神症状はあるものの短期間であり、頻度、期間が精神病にみられる特異な基準には合わないものと定義される。第2の群は、直近数年のうちに、明らかな精神病状態には至らないものの軽微な陽性症状を体験している状態であり、それが前の月で一週間に最低一度は生じていたと定義される。すなわち体験の強さにおいて精神病水準とは言えないものの、かなりの時間体験を伴っている状態である。第3の群は、遺伝的にハイリスクである上に機能低下を認めているものである。遺伝的危険と直近の社会機能低下により特徴づけられ、有意な機能低下を経験している(過去1ヶ月でGAFのスコアで30点以上の低下)。今日の早期介入研究においてはこのUHR基準が広く採用されており、この3条件のうちの1つを満たす対象を追跡すると12ヶ月以内に10~50%が精神病水準へ進展するとの報告がなされている。今日ではこうした報告をもとに、①前精神病症状の改善、②社会機能の低下の予防、③精神病への移行の頓挫や延長を目的として、ARMSにおける早期介入研究が盛んに行われている。

またARMSをより厳密に特定するための症状評価尺度としてはMcGlashanら<sup>20)</sup>が、前駆症状スケール(SOPS; the Scale for Prodromal Symptoms)と前駆症状用構造化面接(SIPS; the Structured Interview for Prodromal Symptoms)を開発した。SIPSとSOPSは、①精神病の存否を定める、②Yungらにより定義された3つの前駆状態のうちの1つ以上の有無を確認する、③前駆症状の重症度を横断的縦断的に測定するために開発された。両者を併用することにより、前駆状態の診断と前駆の精神症状の変動の評価の両者を行うことができる。このSIPS & SOPSは、ニューヨーク、マンチェスターをはじめ多数の早期介入研究や臨床の現場で使用され、すでに10数ヶ国語に翻訳され日本語版も用意されている<sup>13)</sup>。

ARMSという概念は早期介入の推進には好都合であるが、診断学的厳密さを欠く。一方前駆期

という用語は、精神病状態への進展を含意しているがそれに見合う決定的症候を診断概念の中に含んでおらず、これもまた未成熟な概念といわざるを得ない。現代の精神症候学あるいは精神科診断学は、これらの欠陥を補完することに成功するだろうか。その行き先を見届けられないならば、早手回しに生物学的精神医学の様々なツールを動員し、McGorryらが主張するような<sup>19)</sup>臨床ステージ分類を用いた治療可能性と合理的な治療選択を追求していくことが次なる臨床研究の向かう先であると考えられる。

#### 4. 発症の頓挫は可能か

McGorryら<sup>18)</sup>は、Ultra High Risk症例を対象にRCT研究を行い、早期介入の有効性を検討している。介入群にはrisperidone 1mgと認知行動療法を行い、対照群には必要に応じて抗うつ薬(sertraline)処方と支持的精神療法を行った。その結果6ヶ月の介入期間終了後には、介入群では31例中3例が、対照群では28例中10例が精神病状態を呈し、介入群で有意に少なかった。さらに続く6ヶ月間は介入を中止して観察したところ、アドヒアランス不良群17例のうち5例が精神病状態に至り、その結果12ヶ月時点では介入群と対照群の間で有意差が見られなくなった。この研究は、早期における適切な介入は、精神病の顕在発症を頓挫または延期する可能性を示唆するものとして早期介入を是とする結果となった。結果が公表されているRCTによる他の早期介入は、その多くが介入手段としては認知行動療法的手法を、また本人の援助探索行動に基づく介入開始であることを強調している。同時に前精神病症状の同定・評価方法や偽陽性例への介入の問題などが指摘されている<sup>15)</sup>。

またこの研究でも述べられていることであるが、ARMS段階における介入においては薬物療法にのみ頼ることなく、むしろ心理療法的なアプローチの重要性が強調されており、もっぱらCBTに頼る検証も進められ今後の発展に期待が寄せられるところである<sup>8)</sup>。

## 5. 早期介入のためのあらたな試み

## “イル ポスコ”

上述するように、早期介入を是とするエビデンスは着々と積み上げられ、早期段階における治療手段が揃いつつある中で、次に早期介入を実現する上で重要なのは専門治療機関へのアクセス環境の整備であろう。

メルボルンのEPPIC (Early Psychosis Prevention and Intervention Center) は早期介入の研究と実践に関する世界の第一人者であるPatrick McGorry教授が運営する早期介入のための複合的な地域ケアシステムである。地域における精神保健センターと大学付属の研究機関としての顔を持つEPPICについての詳細は他誌を参照頂きたいが、EPPIC設立の背景あるいはその着想として本質的に重要な点は、これが発症脆弱性を備えた若者を対象として特化した施設であることである<sup>2,5,17)</sup>。

わが国におけるデイケアなどの社会復帰のための資源を概観しても、その多くの課題として“卒業”があり、次なるステップへの移行が必ずしも容易でないためにしだいに参加者が固定し、やがて高齢化をし、そこで実施されるプログラムはともすると単調になる。こうした場への若者の参加は望ましくなく、当人にとっても興味をそそられないばかりか、予後の不良さを思い知らされるという体験にさえることがある。早期段階の治療こそが有用であり、その時期に可能な限りの治療手段を用いられるように、体制の整備が必要であり、そうした場こそが若者が回復の夢を捨てずにアクセスできる施設になるだろう。その意味でEPPICが、慢性期の患者の治療とは明確に入り口を分けていることには深刻な意味があり、有意な成果につながっているという。

翻ってわが国にはそうした急性期治療に焦点をあてた治療施設は乏しい。急性期であろうが、慢性期であろうが、保険点数から治療内容まで均一なのがわが国の精神科リハビリテーションの特徴である。

東邦大学医療センター大森病院メンタルヘルス

センターでは、15歳から30歳の初回エピソード後およびARMSの患者に限定したデイケアサービスを行っている。デイケアという従来の名称が、即座に慢性疾患や治りにくさというスティグマに直結することから、われわれはこの施設を“イルポスコ (イタリア語で森の意)”と名づけ、スティグマの払拭を誓っている。プログラムの内容は認知機能訓練の要素があらゆるところで発揮されるように工夫している。また外来 (ユースクリニック) と病棟の連続したケアが可能となるようスタッフならびに情報のネットワークに留意し、より濃厚な早期治療が実現されるよう努めているところである。詳細はイルポスコのサイト<sup>26)</sup>を参照して頂きたい。

## 文 献

- 1) Birchwood, M., McGorry, P., Jackson, H.: Early intervention in schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 170; 2-5, 1997
- 2) 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; 26-32, 2007
- 3) Clarke, M., Whitty, P., Browne, S., et al.: Untreated illness and outcome of psychosis. *Br J Psychiatry*, 189; 235-240, 2006
- 4) Compton, M.T., Carter, T., Bergner, E., et al.: Defining, operationalizing and measuring the duration of untreated psychosis: advances, limitations and future directions. *Early Intervention in Psychiatry*, 1; 236-250, 2007
- 5) Edwards, J., McGorry, P.D.: *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例—早期精神治療サービスガイド—. 金剛出版, 東京, 2003)
- 6) Falloon, I.R.H.: Early intervention for first episodes of schizophrenia: A preliminary exploration. *Psychiatry*, 55; 4-15, 1992
- 7) Falloon, I.R.H., Fadden, G.: *Integrated Mental Health Care*. Cambridge University Press, Cambridge, 1993 (水野雅文, 丸山 晋, 村上雅昭ほか監訳: *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, 東京, 1997)
- 8) French, P., Morrison, A.P., Walford, L., et al.:

Cognitive therapy for preventing transition to psychosis in high risk individuals: a case series. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31; 53-67, 2003

9) Green, M.F., Satz, P., Christenson, C.: Minor physical anomalies in schizophrenia patients, bipolar patients, and their siblings. *Schizophr Bull*, 20; 433-440, 1994

10) Harris, S.M., Henry, L.P., Harrigan, S.M., et al.: The relationship between duration of untreated psychosis and outcome: an eight-year prospective study. *Schizophrenia Res*, 79; 85-93, 2005

11) Harrison, G., Hopper, K., Craig, T., et al.: Recovery from psychotic illness: a 15 and 25 year international follow up study. *Br J Psychiatry*, 178; 506-517, 2001

12) Kinoshita, H., Nakane, Y., Nakane, H., et al.: Nagasaki schizophrenia study: Influence of the duration of untreated psychosis on long-term outcome. *Acta Med Nagasaki*, 50; 17-22, 2005

13) 小林啓之, 野崎昭子, 水野雅文: 統合失調症前駆症状の構造化面接 (Structured Interview for Prodromal Syndromes: SIPS) 日本語版の信頼性の検討. *日本社会精神医学雑誌*, 15; 168-174, 2006

14) 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

15) 小林啓之, 宇野舞佑子, 水野雅文: 早期介入を旨と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

16) Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., et al.: Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry*, 62; 975-983, 2005.

17) McGorry, P.D., Jackson, H.J., eds.: *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)

18) McGorry, P.D., Yung, A.R., Phillips, L.J., et al.: Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Arch Gen Psychiatry*, 59; 921-928, 2002

19) 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

20) Miller, T.J., McGlashan, T.H., Rosen, J.L., et al.: Prospective diagnosis of the initial prodrome for schizophrenia based on the structured interview for prodromal syndromes: Preliminary evidence of inter-rater reliability and predictive validity. *Am J Psychiatry*, 159; 863-865, 2002

21) 水野雅文, 山澤涼子: 初回エピソード分裂病の未治療期間 (DUP) と治療予後. *Schizophrenia Frontier*, 3; 35-39, 2003

22) 水野雅文: 精神疾患発症の前駆症状と働きかけ. *新世紀の精神科治療 10 巻, 慢性化防止の治療的働きかけ.* 中山書店, 東京, p.190-205, 2004

23) 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

24) Perkins, D.O., Gu, H., Boeva, K., et al.: Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and metaanalysis. *Am J Psychiatry*, 162; 1785-1804, 2005

25) Rapoport, J.L., Addington, A.M., Frangou, S., et al.: The neurodevelopmental model of schizophrenia: a update 2005. *Mol Psychiatry*, 10; 434-49, 2005

26) 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 “イルボスコ” サイト: <http://www.lab.toho-u.ac.jp/med/omori/mentalhealth/>

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

28) Yamazawa, R., Nemoto, T., Kobayashi, H., et al.: Association between duration of untreated psychosis, premorbid functioning, and cognitive performance and the outcome of first-episode schizophrenia in Japanese patients: a prospective study. *Aust N Z J Psychiatry*, 42; 159-165, 2008

29) 山澤涼子, 水野雅文: 早期介入と治療予後. *Schizophrenia Frontier*, 6; 42-46, 2005

30) Yung, A.R., McGorry, P.D., McFarlane, C.A., et al.: Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophr Bull*, 22; 283-303, 1996

## 早期精神病に対する専門外来

—ユースクリニック—

森田 桂子\* 武士 清昭\* 水野 雅文\*

抄録：近年、精神病の早期介入について様々な援助サービスや治療が模索されている。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外来を「ユースクリニック」と名付け、スクリーニング検査と診断のための構造化面接を用い一定の基準にそって介入を開始している。また一般的なデイケアを廃止し、通院型の早期精神病ユニットを立ち上げ「イルボスコ」と名付け、外来-病棟-デイケアを一貫したユニットとして位置づけながら、認知機能等にも配慮した治療プログラムを用いて積極的な介入を行っている。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。

精神科治療学 23(9) ; 1059-1064, 2008

Key words : early intervention, DUP (duration of untreated psychosis), critical period, ARMS (at risk mental state), SIPS (structured interview for prodromal syndromes), EPU (early psychosis unit)

## I. はじめに

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。

精神病発症から受診に至るまでの時間を精神病未治療期間 (duration of untreated psychosis: DUP) という。地域差はあるがDUPはおおよそ1~2年であり<sup>16)</sup>、DUPが長いほど精神病の予後は不良であるというエビデンスが示されている<sup>3,16)</sup>。治療の遅れにより生じるデメリットとして、精神病からの回復の遅れ、より不良な予後、心理社会的機能の低下、家族や社会からの支援の喪失、自殺リスクの増加、医療コストの増大などが挙げられている。さらに予後を改善するためには介入の時期も重要であり、発症から3~5年以内を治療臨界期 (critical period) とする考え方が主流になってきている。この期間に十分な治療をするためにDUP短縮の努力もまた重要である。

Youth Clinic and Il Bosco for young early psychosis patients.

\*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)

Keiko Morita, M.D., Kiyoaki Takeshi, M.D., Masafumi Mizuno, M.D., Ph.D.: Department of Neuropsychiatry, Toho University School of Medicine, 6-11-1, Omori-nishi, Ota-ku, Tokyo, 143-8541 Japan.

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なく、就学や就労を継続もしくは再開できるのなら、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、われわれはさらに国内におけるエビデンスの蓄積が必要である。

## II. 精神病の早期介入について

ここで述べる早期介入とは早期の臨床例への治療であり、何らかの症状によって自ら受診した患者が対象である。助けを求めて来院した患者と治療契約を結ぶこと自体は今までの医療と何ら矛盾するものではない。ただし、DUPの短縮について考えれば、病院で待っているだけでは不十分であり、市民社会への精神疾患や精神保健についての情報の普及啓発もまた急務である<sup>9)</sup>。

早期介入については英国において国家的戦略がなされているが<sup>10)</sup>、わが国において大規模な早期介入の実践はまだ乏しい。適切な治療介入により、精神病の発症や重症化や社会機能の低下を防ぐということは、患者個人の人生においても、入院期間短縮や入院回数の減少、治療による経済負担の減少、勉強や仕事の継続、円滑な人間関係の構築、自殺の回避など、メリットが多いと思われる<sup>2,5)</sup>。

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「イルボスコ（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。イルボスコのホームページ (<http://www.lab.toho-u.ac.jp/med/omori/mentalhealth/>) は国内外のホームページとリンクを設け、早期精神病と精神病前

駆状態をターゲットとした一般人および専門家を対象とした啓発を行いつつ、セルフチェックシートを用いて早めの相談や受診を促している。

早期介入の根拠については、介入しなければ事態が悪化する可能性がきわめて高い状況において、当事者への恩恵が保証できる手法が確立されていることが必要条件であると考えられている<sup>2)</sup>。薬物療法に限ってリスクとベネフィットの関係を考えれば、1990年代から副作用の比較的少ない非定型抗精神病薬が飛躍的に普及するにつれ、治療開始に伴う副作用というデメリットが軽減したこともあり、早期介入を後押しする結果となった。また、複数の早期介入研究や画像診断の進歩などから、現在多くの研究者によって何らかの早期介入をすることは有意義であると考えられている。

## III. 診断について

精神病前駆状態を調べた研究において、多くの症例が最初の時点では気分障害や不安障害などと診断されている<sup>10)</sup>。前駆期には非特異的な症状がみられ、陽性症状が出現するまで他の精神疾患と区別がつかないといわれている。さらに、陽性症状のみの発症はわずか6.5%であるという報告があり、ほとんどの症例では発症に先立って陽性症状以外の何らかの徴候があるということになる<sup>11)</sup>。また逆にICD-10やDSM-IVの統合失調症の基準は満たしていないものの、間歇的あるいは閾値以下の微弱な陽性症状がある精神病前駆状態の患者が、いわゆる従来診断として統合失調症と診断されている場合もありうる。

精神病前駆状態についてはYungらによって提唱された発症危険状態(at risk mental state: ARMS)という概念が用いられるようになっていく。これは精神病発症リスクが高い状態のことで、精神病前駆状態とはほぼ同義の概念である。ARMSの条件としてまず、過去あるいは現在において精神病状態になったことが否定されていることが必要で、その他に下記の1)～3)のいずれかに該当するものである<sup>12)</sup>。

- 1) 微弱な陽性症状(attenuated psychotic symptoms: APS)が継続している場合。

- 2) 短期間の間歇的な精神病症状 (brief limited intermittent psychotic symptoms : BLIPS) がある場合。
- 3) 精神病になりやすい特性 (家族歴や人格特徴) があり社会的機能低下のある場合。

ARMS の診断のための評価方法は様々だが、代表的なものに CAARMS と SIPS/SOPS がある。それぞれの診断基準が対象とする状態は大筋では同じであるが、期間や頻度などの細かい基準の設定はやや異なる<sup>6,10)</sup>。

SIPS/SOPS (Structured Interview for Prodromal Syndromes/the Scale of Prodromal Symptoms) はイェール大学 PRIME クリニックで McGlashan らによって開発された精神病前駆状態に対する構造化面接による評価法である<sup>6)</sup>。その特徴は SIPS に内包される「精神病状態の診断基準」で過去および現在の精神病状態を除外し、「前駆症状評価スケール (SOPS)」で前駆症状の診断基準に当てはまるかを確認できることである。SIPS は症状についての項目として、陽性症状、陰性症状、解体症状、一般症状についてさらに19項目の下位分類がされており、それらについて数字で重症度をつけていくため、障害されている機能がわかりやすい便利さもある。また家族歴、統合失調型パーソナリティ障害 (DSM-IV)、機能の全般的尺度 (Global Assessment of Functioning : GAF) についても触れられている。

CAARMS (Comprehensive Assessment of ARMS) はオーストラリアの Yung や McGorry らによって開発されたもので「発症リスクのある精神状態の包括的評価 (CAARMS)」という評価法である<sup>17)</sup>。この基準の特徴はすでに精神病を発症している患者は除外し「発症リスクのある精神状態」の基準に該当するの可否かを判定する<sup>7,17)</sup>。下位項目を見てみると、思考内容の障害、知覚の異常、解体した会話についてさらに細かい項目が設定されており、それらの出現頻度と持続、ストレスとの関連などから ARMS に該当するかどうかを判断している。

#### IV. 東邦大学大森病院 ユースクリニックの試み

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すべ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項目の症状の強度と持続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なく、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分ほど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



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

ることがある。ただし、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>。さらに必要に応じて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すでにクリニック等で気分障害や神経症の加療が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ない場合が多い。一方で英国とは異なり、医療圏や家庭医の制度がないわが国では、特に都市部において複数の医療機関を転々とすることが容易であり、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(イルボスコ)等を併用する。

#### V. イルボスコの試み

当院では発症危険状態(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: E-PU)を2007年5月に大規模認可のデイケアとして開設し, ステイグマを避け若者に受け入れられやすい治療施設とすべく「イルボスコ」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131mに対するの定員は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。そこで現在はイルボスコ担当医(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。インテンシブなり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といった普及・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および向上, 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。

#### VI. 今後の課題

早期介入についてわ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, ステイグマに関する対策, 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, 患者がとりつ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発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発も必要である。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>。

#### 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.
- 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. and Jackson, H.J. (eds.): 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. Schizophr. Bull., 29: 703-715, 2003.
- 7) 宮腰哲生, 松本和紀, 伊藤文晃ほか: 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; 217-225, 2008.
  - 10) 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, 東京, 2004.
  - 11) 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.
  - 12) Niendam, T.A., Bearden, C.B., Johnson, J.K. et al.: Neurocognitive performance and functional disability in the psychosis prodrome. *Schizophr. Res.*, 84; 100-111, 2006.
  - 13) 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.
  - 14) Simon, A.E., Dvorsky, D.N., Boesch, J. et al.: Defining subjects at risk for psychosis: A comparison of two approaches. *Schizophr. Res.*, 81; 83-90, 2006.
  - 15) Svirskis, T., Korkeila, J., Heinimaa, M. et al.: Axis-I disorders and vulnerability to psychosis. *Schizophr. Res.*, 75; 439-446, 2005.
  - 16) Yamazawa, R., Mizuno, M., Nemoto, T. et al.: Duration of untreated psychosis and pathways to psychiatric services in first-episode schizophrenia. *Psychiatry Clin. Neurosci.*, 58; 76-81, 2004.
  - 17) Yung, A.R., Phillip, L. and McGorry, P.D.: Treating Schizophrenia in the Prodromal Phase. Taylor & Francis Books Ltd., London, p.37-39, p.160-179, 2004. (宮岡等, 齋藤正範監訳: 統合失調症の前駆期治療. 中外医学社, 東京, 2006.)
  - 18) Yung, A.R., Yuen, H.P., McGorry, P.D. et al.: Mapping the onset of psychosis: the comprehensive assessment of at-risk mental states. *Aust. N Z J. Psychiatry*, 39; 964-971, 2005.

■原著論文

## 社会機能評価尺度 (Social Functioning Scale ; SFS) 日本語版の作成および信頼性と妥当性の検討

根本隆洋<sup>1)</sup>, 藤井千代<sup>1,2)</sup>, 三浦勇太<sup>1)</sup>, 茅野 分<sup>1)</sup>, 小林啓之<sup>1)</sup>, 山澤涼子<sup>1)</sup>,  
村上雅昭<sup>3)</sup>, 鹿島晴雄<sup>1)</sup>, 水野雅文<sup>4)</sup>

抄録：統合失調症においては社会機能の障害が、日常生活におけるさまざまな困難や制約をもたらす、それらの特徴づけることが知られる。同疾患における家族介入の治療効果を、社会機能の観点から測定するために開発された、英国の Birchwood による「社会機能評価尺度」(Social Functioning Scale ; SFS) の日本語版 (SFS-J) を作成し、その信頼性と妥当性を検討した。その結果、同尺度の高い信頼性と妥当性を確認した。SFS は現在最も頻繁に使用されている、統合失調症における社会機能の評価尺度のひとつであり、SFS-J は本邦における統合失調症の機能障害に関する国際比較研究や、心理社会的リハビリテーションの発展に寄与するものと期待される。

日社精医誌 17 : 188-195, 2008

索引用語：統合失調症, 社会機能評価尺度, 家族介入, リハビリテーション, 認知機能  
*schizophrenia, Social Functioning Scale (SFS), family intervention, rehabilitation, cognitive function*

### はじめに

2008年7月1日受付 2008年10月3日受理  
Reliability and validity of the Social Functioning Scale  
Japanese version (SFS-J)

<sup>1)</sup> 慶應義塾大学医学部精神神経科学教室  
[〒160-8582 東京都新宿区信濃町35]

E-mail: nemotaka@aol.com

Takahiro Nemoto, Chiyo Fujii, Yuta Miura, Bun Chino,  
Hiroyuki Kobayashi, Ryoko Yamazawa, Haruo Kashima : Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, Keio University, 35 Shinanomachi, Shinjuku-ku, Tokyo 160-8582, Japan

<sup>2)</sup> 埼玉県立大学保健医療福祉学部社会福祉学科  
Chiyo Fujii : Department of Social Work, Saitama Prefectural University, 35 Shinanomachi, Shinjuku-ku, Tokyo 160-8582, Japan

<sup>3)</sup> 明治学院大学社会学部社会福祉学科  
Masaaki Murakami : Department of Sociology and Social Work, Meiji Gakuin University

<sup>4)</sup> 東邦大学医学部精神神経医学講座  
Masafumi Mizuno : Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, Toho University

社会機能 (social functioning) とは、コミュニティの中もしくは家族や友人といった社会的関係性の中で、個人が相応の社会的役割を果たすために発揮すべき機能を指し、さらに役割に対する満足度、セルフケア能力、余暇を楽しむ能力なども社会機能を構成するとされる<sup>15)</sup>。精神障害の中でも特に統合失調症においては、社会機能の障害が日常生活におけるさまざまな困難や制約をもたらす、またそれらの特徴づけ、さらに予後を規定する大きな要因であると考えられている<sup>14)</sup>。

欧米においては1950年代以降の脱施設化の促進に伴い、さまざまな社会機能に関する評価尺度が考案されてきた。しかし社会機能についての議論は、個人差、心理学的要因、社会環境、治療やリハビリテーションなど、非常に広範囲かつ多面的であり、その評価方法の内容や手法もある程度の一致はみられるものの、多様であるのが現状である<sup>5,13,19,21-24)</sup>。本邦においても1980年代以降、