

出席、学校での講演など)、Peer Support (Platform のメンバーの中から、3セッションのトレーニングを受けて選ばれる) がある。

3) グループプログラム

毎日 2~3 プログラム行われている。レクリエーション、表現、など 5 種類のストーリーがある。畑もあり、週 1 回は食堂で食事を作る。

4) 教育的リカバリー

Travancole (15~25 歳)、Royal Children Hospital (~15 歳) から教師が来る。

5) 職業的リカバリー

まず仕事の意味についてよく話し合いをして、カウンセリング、コーチングの他、CV の書き方、洋服の選び方、携帯電話の留守電メッセージなどについてアドバイスする。職種については、まずは通常雇用を目指し約 75%が就労している。

考察

メルボルンにおけるメンタルヘルスに課題のあるユースへの就学や就労に関するサポートでは、Orygen における Psychosocial Recovery Program と Headspace における Psychosocial Recovery Program がある。ORYGEN ではケースマネジャーの担当制であり、Headspace ではケースマネジャーは存在しない。これらのプログラムから①就労や就学、ハウジングなど必要なサポートを 1 か所で受けることができる Headspace でのサービス、②若者がアクセスしやすい場所や環境でのサービス提供、③医療と地域サポートの協働、④若者や家族のピアサポートといった点が学べることである。

これらを日本に導入する際に現状の状況を見てみると、多くの若者やその家族は精神科医療への不安や抵抗がある。現在の日本のシステムではクリニックに自由に受診ができるが、特に思春期のメンタルヘルスでは病気か否かを見分けることは専門家でさえも困難な場合がある。そこで、若者がアクセスしやすいような立地を窓口としてメンタルヘルスについてアセスメントできることは、必要な精神科治療を早期に行い、不必要な治療が行われることを避けることができる。日本でも引きこもりやニートと呼ばれる若者のための支援が進みつつあるが、これらが医療と連携していくことが望ましい。

学校教育支援、就労支援をみると支援を行う機関はあるが、医療と地域サービスをつなぐシステムがないという課題がある。また何をどこに相談したらよいのかサービスにつながる事自体が難しいこと、やっとの思いで相談に出向くと別の組織に相談するように紹介されるといった、複雑な地域サービスの活用が困難であるというのが現状である。またサービスにつながった当事者は就労に関してさまざまな制度を活用するが、内服や精神症状について多くの悩みを抱えているにも関わらず就労支援と医療が連動していないことが多い。就学や就労につながるためには病状や治療の流れを把握しながら全体をマネジメントできるケースマネジャーの存在が必要といえる。これらを活用する際に、若者が Headspace など 1 ヶ所でサービスを受けられるシステムといった、当事者が活用しやすい

サービスの提供が日本でも望まれる。

またオーストラリアでは専門家の育成と合わせて、過去にメンタルヘルスの課題があった若者によるピアサポート、過去に家族メンバーが Orygen を利用していた家族ピアサポートといった制度がある。これらのシステムは実際の経験を踏まえた支援が得られる、相談にのってもらえるといった支援を受ける側のメリットと支援をする側にとっても自己効力感を高めることができるというメリットがある。また、サービスや組織の質を向上させるためには、このような当事者の声を取り入れるシステムが有効であり、日本に取り入れることによるメリットがあると言える。

このような若者に対する医療や就労・就学を含む包括的支援を実施するためにはハード面とソフト面の調整が必要となる。若者がアクセスしやすい環境、医療と地域サポートが協働できるといった連携システム作りがハード面として必要になる。そして、若者の特性を理解し病気や症状に関するアセスメントができる、エンゲイジメントの構築と当事者や家族とともに考えプランニングできる、リカバリーに向けた支援について慢性期の精神障害者への支援との違いが理解でき実践できる、といった人材の育成が必要となる。

三重県立こころの医療センター 前川早苗

添付資料①：写真



Orygen 正面入口



入院病棟正面入口



Headspace 正面入り口



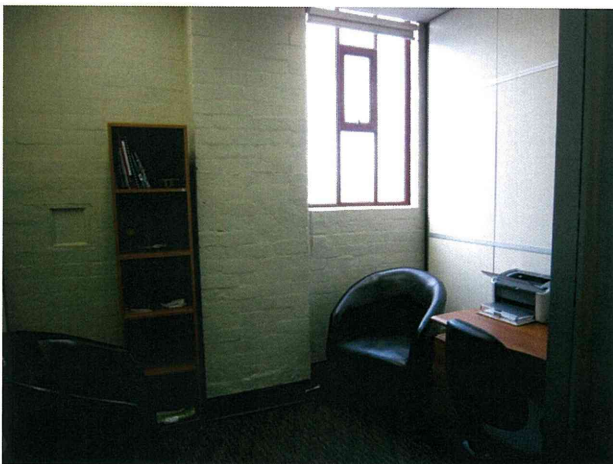
Headspace 待合スペース



Headspace 玄関ホール①



Headspace 玄関ホール②



Headspace 診察室

<資料②> 若年の早期精神病患者に対する認知行動ケースマネジメント
(cognitive-behavioural case management : CBCM)

目 次

はしがき

概論

パート A :

理論と背景

1.0 早期精神病概論

1.1 最適な治療を行う機会

1.2 定義と診断

1.3 精神病についての現在の概念

1.4 精神病の臨床病期モデル：回復の見通し

2.0 精神病の初回エピソードの特徴

2.1 進展の背景

2.2 発達上の軌道の復元

2.3 病期

2.4 診療ガイドライン：治療の原則

2.5 精神病の心理学的モデル

3.0 認知行動のケースマネジメントの概要

3.1 ケースマネジメント概論

3.2 ケースマネジメント

3.3 ケースマネージャの目的と任務

3.4 認知行動療法概論

パート B:

実践における認知行動ケースマネジメント

4.0 治療の手続き

4.1 関係作り、評価、定式化

4.2 治療計画

4.3 リスク評価

4.4 心理教育

4.5 陽性症状への対処

4.6 薬物療法の開始

4.7 家族およびその他の介護者のサポート

5.0 回復期

5.1 回復期中の薬物療法

5.2 精神病性症状への対応

5.3 陽性症状の評価

5.4 幻覚に対する CBT

5.5 妄想に対する CBT

5.6 中心的信条への取り組み

5.7 陰性症状

5.8 家族の仕事

5.9 回復期の心理的適応

5.10 回復延長

6.0 共存症への対応

6.1 不安

6.2 抑うつ症

6.3 物質乱用

6.4 人格上の問題点

7.0 回復力の構築、再発予防

7.1 ストレス対策

7.2 対人関係の強化

7.3 怒りの管理

7.4 健康と栄養

7.5 再発予防

8.0 ケースマネジメントの終了

8.1 ケースマネジメントの終了

8.2 移行

9.0 参考文献

II. 分担研究報告

平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金
(障害者対策総合研究事業 (精神障害分野))

「精神病初回発症例の疫学研究および早期支援・早期治療法の開発と
効果検証に関する臨床研究」
分担研究報告書

精神病初回発症例の疫学調査 長崎センター進捗状況

研究分担者

中根秀之 (長崎大学大学院医歯薬学総合研究科医療科学専攻 教授)

研究要旨：精神病早期介入サービスの対象と必要規模を推定するために、長崎市（人口 44 万人）において、WHO DOSMeD Study を参考としたプロトコルを用いて、平成 23 年 8 月 1 日より長崎市内全精神科医療機関の協力を得て精神病（サイコース）初回発症例の年間新規発生率を調査している。高知市（人口 33 万人）でも同様のプロトコルにより平成 23 年 8 月 1 日より調査が実施されている。

A. 研究目的

我が国の精神障害者は 6 年間で約 100 万人増加して平成 17 年度で約 300 万人、人口の約 2.5% となり、その対策は公衆衛生上急務である。統合失調症の発生率は、わが国では WHO の DOSMeD 研究として長崎市で実施され、年間発生率人口万対 1、広義の基準では 2 という値が報告されているが、実際、早期支援・医療サービスの量を規定する精神病新規発症率のデータはなく、今後の早期支援・医療サービスを確立していくために必須である。

精神病早期介入サービスの対象と必要規模を推定するために、長崎市（人口 44 万人）（中根）、高知市（人口 33 万人）（下寺）の両市において、共通のプロトコル（WHO DOSMeD Study を参考）を用いて、市内全精神科医療機関の協力を得て精神病初回発症例の年間新規発生率を調査する。

初年度である平成 22 年度は、プロトコ

ルの確定と調査実施に向けた連携体制の整備を行った。しかし、平成 23 年 3 月 12 日に実施する予定であった高知大学調査担当者との合同研修が、同年 3 月 11 日の東日本大震災の影響で延期となり、同年 6 月に実施された。そのため、調査が開始されたのは当初の予定であった平成 23 年 6 月 1 日から遅れて同年 8 月 1 日となった。調査期間は予定通り 12 ヶ月間であり、調査終了は平成 24 年 7 月 31 日である。

3 年目である平成 24 年度はデータ解析を行い、長崎市及び高知市における精神病初回発症例の年間発生率を明らかにする。初発精神病エピソードに関する疫学研究の計画と実施に際し、これまでの研究成果について検討し、本研究の実施に役立てることが目的である。尚、本調査では、若年人口における精神病の新規発症率等を疫学的研究によって把握、早期支援および医療サービスの需要と資源配分の目安を解明するた

めのエビデンスを得ることにより、改革ビジョンの柱である普及啓発等の精神保健福祉行政の基礎資料とする。

B.研究方法

1) 疫学デザイン

コホート研究による。

2) 対象地域・施設および対象集団

長崎大学病院（長崎県長崎市）を中心に、各市内あるいは周辺地域の関連病院精神科、関連診療所精神科の受診者を対象集団とする。これらに加え、保健所、精神保健福祉センター（長崎においては長崎こども女性障害者支援センター）といった公的機関についても協力を依頼する。これらの参加施設を、Case Finding Network (CFN)とし、B 7) に記載する。対象者はこれらの参加施設を受診した精神病初回エピソード症例で、年齢は初診時において65歳までの者である。精神病の疑いにて受診した初診患者全てが対象であり、在住地域は長崎市あるいは高知市であるものとする。主治医（初診医）により、国際疾病分類ICD-10により統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害(F2)、感情障害(F3)と診断された者で、下記の条件を満たすこととする（感情障害に伴う精神病状態、妄想性障害、短期精神病性障害、統合失調感情障害、鑑別不能な精神病状態は除外しない）、合併症があることは妨げない。但し、追跡対象は様々な検査に耐え認知行動療法的介入を理解できる知的機能が保たれている者とする。認知症および他の器質的精神障害が疑われる場合には、必要に応じてMRI等の精査を行う。出生地、国籍、発症年齢、家族歴などでの

制限はもうけない。非協力者については改めて後方視調査の計画により情報の補完を行う予定である。

生涯初回エピソードであれば、他院受診歴の有無は問わない。他院を受診していても抗精神病薬の処方されていないものは対象とするがその間の治療歴の詳記が望まれる。また対象施設において登録され、後にさまざまな理由により治療施設が変わった場合でも、適切にフォローされている場合には脱落例とせず、対象とみなす。

尚、調査対象者の採用基準を簡略化した上で、その内容を書面にて作成し、それに透明のプラスチックプレートでコーティングし、各調査協力医療機関に配布した。

3) 研究期間

平成23年8月1日～平成24年7月31を登録期間とする。対象者に対する説明と同意のプロセスを経た後、初回診察終了毎に各施設内で登録し、直後より継続的に観察を開始する。追跡調査のため、長期にわたる場合にはその後プロトコールを再検討した上で、さらに追跡継続を検討する。

4) 初回精神病エピソードの定義

精神病（サイコーシス）とは幻覚妄想状態を呈し治療的介入が必要な状態であり、欧米では予防医学的には統合失調症以上に重要視される概念である。初回精神病エピソードについては、本研究では、操作的診断基準を用いて、閾値下精神病状態を除外し、以下の精神障害全体とする。初回面接時の診断確定に至らないことも予想されるため、追跡調査を行うことにより、診断の確定が可能となることが予想される。

- ・統合失調症
- ・短期精神病性障害
- ・統合失調症様障害
- ・統合失調感情障害
- ・妄想性障害
- ・物質誘発性精神病性障害
- ・特定不能の精神病性障害
- ・双極性（感情）障害
- ・精神病症状を伴う重症うつ病エピソード
- ・反復性うつ病性障害，現在精神病症状を伴う重症エピソード

ただし，精神発達遅滞，および器質性疾患に伴う精神病状態は除外する。

5) 追跡期間中の治療方法

登録後の追跡期間中の治療方法には一切の制限を設けない。ただし治療の原則は，各国のガイドラインなどで推奨されているものとする。

認知行動療法的介入方法を行った場合にはその旨を記録に残すこととする。

6) 追跡

追跡期間中に死亡や登録施設への通院が困難な遠方への転居，他院へ入院などの何らかの理由により研究実施責任者による調査が不可能となった症例については，本人の同意が得られる場合には可能な限り追跡し，追跡調査時点においては郵便・電話・直接訪問などの手段により調査を行う。

7) 調査実施の流れ

登録期間中（2011.8.1-2012.7.31），毎日（祝祭日の場合はその翌日）各医療機関に応じて設定された時間に，センターから51

施設（長崎市 36施設，長与・時津町 2施設，諫早市 7施設，大村市 5施設，西海町 1施設）に電話。

初診の精神障害者の有無を訊ね，採用が疑われる症例があった場合，外来医の了解のもと患者・家族の同意を得て，研究員が当該病院を訪問。所定のステップに則って抽出が進められる。審査基準に照らして，採用基準を充足した事例についてだけ，詳細な評価のための面接が開始される。

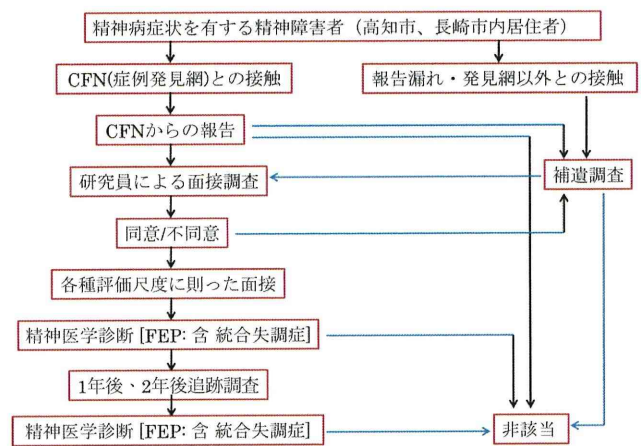


図1 症例発見のシステム

調査協力医療機関（Case Finding Network）一覧

<長崎市内>

光仁会病院

清原龍内科

いりえ心療内科クリニック

西脇病院

西脇診療所

佐藤クリニック

出口病院

でぐちクリニック

檀クリニック

MOMOクリニック
田川クリニック
田川療養所
山の手クリニック
けんクリニック
みちクリニック
ひめのクリニック
あきよし都美内科クリニック
みちのおメンタルクリニック
長崎北徳洲会病院
三和中央病院
道ノ尾病院
長崎市立市民病院
すがさきクリニック
杠葉病院
ゆずクリニック
中島川クリニック
心療内科新クリニック
諏訪ノ杜クリニック
ふくしまクリニック
日見中央病院
こころ元気クリニック
広中病院
築城クリニック
出島診療所
長崎市中央保健センター
長崎子ども女性障害者支援センター
<長与町・時津町>
もとやま心のクリニック
サザンクリニック
<諫早市>
神宮司クリニック
横尾クリニック
あきやま病院
横尾病院
みどりの園病院

小鳥居諫早病院
城谷病院
<大村市>
うえき心療内科クリニック
大村共立病院
長崎県精神医療センター
中澤病院
国立病院機構長崎医療センター
<西海市>
真珠園療養所

8) 結果の評価

1. 初回面接時において閾値下でないことを CAARMS を用いて確認する。
2. 精神障害の診断に M.I.N.I.を、精神症状の詳細について PANSS (PSE-9) を使用する。
3. 加えて、PPHS による患者背景、社会機能、QOL、認知機能、処方内容についても情報の収集を行う。
4. その他として、基礎データとして長崎市および高知市内の年代別人口動態について統計データ収集

9) 評価尺度

初回評価

1. CAARMS (Yung et al.,2005); comprehensive assessment of at-risk mental state
2. PPHS; Psychiatric and Personal History Schedule (WHO 1978) : 家族歴, 生活歴, 病前因子, 社会経済的因子の評価
3. M.I.N.I.; The Mini-International Neuropsychiatric Interview: 精神疾患簡易構造化面接法
4. PANSS; Positive and Negative

Syndrome Scale : 統合失調症の陽性症状も含めた全体的な症状評価

5. WHOQOL26: 生活の質 (QOL) 評価票

6. GAS; Global Assessment Scale, GAF; Global Assessment of Functioning , WHODAS-II; World Health Organization Disability Assessment Schedule II : 社会的機能評価.

7. その他; DUP, 薬物療法内容, 臨床経過転帰分類, 対象者の基本情報, 情報提供者の基本情報, 面接拒否例の要因評価, 死亡例の死因や精神疾患との関連評価

8. PSE9 ; Present State Examination : 現在症評価表であるが, PSE-10 より SCAN システムの一部に吸収されているが, 前回調査との比較のためあえて旧版の使用を検討する.

9. FAS ; Family Attitude Scale : 近親者の患者に対する感情表出

10. GHQ-12 ; General Health Questionnaire : 全般的健康質問票 [一般健康調査票]

10) 倫理面での配慮

調査対象候補者に対しては, 調査協力の依頼・説明ののち, 参加拒否の機会を設けて, 書面による同意 (Informed Consent) を得る. 実施に先立ち, 各施設における倫理委員会の承認を得る.

長崎大学医学系倫理委員会に研究計画を提出し, 平成 23 年 3 月 11 日付で承認された (承認番号 11022320).

C. 研究結果

(1) 調査対象者

平成 23 年 8 月 1 日から平成 24 年 2 月 29 日までの 7 ヶ月間の調査期間において, CFN からの情報総数は 77 例であった.

情報総数 77 例の内, 面接実施 17 例, 対象外 31 例, 調査拒否 9 例, 面接実施可否確認中 14 例, 面接実施予定者 5 例, 面接実施後に登録拒否 1 例であった. 情報提供先 CFN の構成では, 77 施設中 46 施設 (59.7%) が精神科病院, 31 施設 (40.3%) が精神科クリニックであった. また治療状況は, 外来 58 例 (75.3%)、入院 19 例 (24.7%) であった.

面接実施 17 例中, 閾値上精神病発症は 15 例, 閾値下精神病 1 例, 地域対象外 1 例 (長崎市在住との誤情報あり面接実施) であった.

研究登録された閾値上精神病発症 15 例について, 男性 6 例, 女性 9 例であった. 外来症例は 9 例, 入院症例は 6 例であった. 年代別の内訳は 10 歳代 2 例, 20 歳代 4 例, 30 歳代 2 例, 40 歳代 2 例, 50 歳代 4 例, 60 歳代 1 例であった.

対象外者 31 例の対象外理由の内訳は, 器質性精神障害や明らかに精神病症状が認められない等の病状を理由として除外された症例が 14 例, 長崎市外在住 6 例, 年齢基準外 5 例, 登録期間以前から医療機関にて治療歴を有していた症例が 4 例, 登録期間外に初診 1 例, 検査のみ希望され受診されたため病状不明であった例が 1 例であった.

調査拒否 9 例および面接実施後に登録拒否 1 例の合計 10 例の診断の内訳は, 統合失調症または統合失調症疑いが 9 例, 感情障害が 1 例であった. 調査拒否および登録拒否の理由の内訳として, 被害関係妄想や猜疑心, 精神運動興奮, 病識欠如といった病

状を理由に調査に協力が得られなかった例が6例、個人情報（調査対象者が医療関係者）を理由に拒否された症例が2例、患者自らの意思での拒否が2例であった。調査医療機関によると、この10例とも閾値上精神病発症例である可能性が高いことが報告されている。

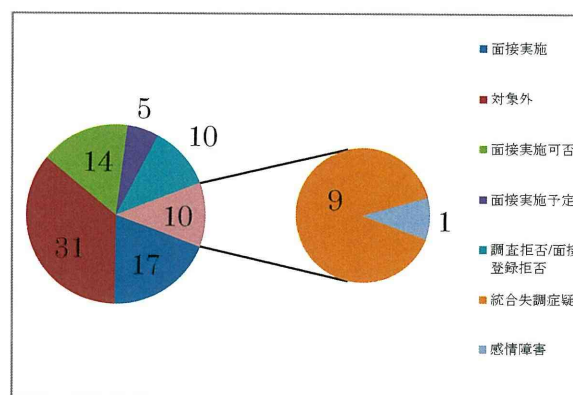


図2 情報総数に対する面接実施状況

(2) 面接実施者

面接による該当症例対象者における年代別の内訳は10歳代2例、20歳代4例、30歳代2例、40歳代2例、50歳代4例、60歳代1例であった。対象者の男女比は6:9で女性の方が多かった。治療状況については、入院症例6例、外来症例9例と外来症例の方が多かった。

研究登録された対象者15例について、精神科未治療期間(DUP)は平均値1294日、中央値36日であった。また、調査開始7カ月の時点で長崎市(人口441,706人うち64歳まで330,705人)における年間新規発症率を推計すると、人口1万人に0.78人であった。

CAARMSによる陽性症状の評価得点の

平均は、それぞれ普通でない思考内容3.3、奇異でない概念5.5、知覚的な異常5.1、解体した会話1.2であった(表1)。

表1 CAARMSの結果

対象者	普通でない思考内容				奇異でない概念				知覚的な異常				解体した会話			
	全般		症状		全般		症状		全般		症状		全般		症状	
	頻度	パタ	のレ	ン	頻度	パタ	のレ	ン	頻度	パタ	のレ	ン	頻度	パタ	のレ	ン
N00 2	4	4	0	8	6	4	0	9	5	4	0	8	5	4	0	5
N00 3	0	0	0	0	6	5	0	8	4	2	0	0	0	0	0	0
N00 4	6	1	0	10	6	6	0	10	6	6	0	10	3	6	0	0
N00 5	0	0	0	0	6	5	0	0	5	5	0	0	6	6	0	0
N00 6	0	0	0	0	2	5	0	9	5	4	0	9	0	0	0	0
N00 7	6	5	0	0	3	5	0	0	6	6	0	0	0	0	0	0
N00 8	6	5	0	5	6	4	0	10	6	5	0	4	0	0	0	0
N00 9	0	0	0	0	6	4	0	10	5	6	0	10	0	0	0	0
N01 0	0	0	0	0	6	6	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0
N01 1	6	6	0	10	6	6	0	10	6	6	0	10	0	0	0	0
N01 2	4	4	0	5	6	6	0	5	6	4	0	7	0	0	0	0

N01 4	6	6	0	10	6	6	0	10	6	6	0	10	4	6	0	0
N01 5	0	0	0	0	5	5	0	10	5	4	0	10	0	0	0	0
N01 6	6	5	0	0	6	5	0	5	6	5	0	2	0	0	0	0
N01 7	5	3	0	5	6	6	0	10	6	6	0	10	0	0	0	0

PANSS 合計得点について、入院外来症例 15 例の平均値は 76.7 であった。また、それぞれサブカテゴリの平均得点については陽性項目 23.7、陰性項目 15.3、総合精神病理 37.8 であった。外来症例では平均 69.8、入院症例は平均 87.2 であった (表 2)。

表 2 PANSS の結果

	陽性 項目	陰性 項目	総合精 神病理	
対象者	合計	合計	合計	合計
N002	21	18	48	87
N003	21	24	64	109
N004	19	18	34	71
N005	25	37	53	115
N006	12	7	27	46
N007	21	7	28	56
N008	20	7	38	65
N009	25	21	40	86
N010	25	12	41	78
N011	26	7	37	70
N012	22	7	26	55
N014	34	13	29	76
N015	19	20	31	70
N016	32	9	30	71
N017	33	22	41	96

M.I.N.I.による精神医学現在診断 (表 3) については、精神病性障害が 15 例、大うつ病エピソード 5 例、軽躁病エピソード 1 例、精神病像を伴う気分障害 6 例であった。さらにこれらを参考に実際に面接を行った精神科医が DSM-IV-TR に沿って診断したところ、統合失調症が 12 例と最も多く、統合失調感情障害 1 例も含めると F2 圏内が 13 例であった。感情障害 (F3) や精神作用物質による精神病性障害 (F1) は各 1 例であった。

表 3 M.I.N.I.による精神医学診断

N002	大うつ病エピソード 精神病性障害 精神病像を伴う気分障害
N003	大うつ病エピソード (現在) 軽躁病エピソード (過去) 精神病性障害 精神病像を伴う気分障害
N004	精神病性障害
N005	精神病性障害
N006	精神病性障害
N007	大うつ病エピソード (過去) 軽躁病エピソード (現在) 精神病性障害 精神病像を伴う気分障害
N008	大うつ病エピソード 精神病性障害 精神病像を伴う気分障害
N009	精神病性障害
N010	大うつ病エピソード 精神病性障害 精神病像を伴う気分障害
N011	精神病性障害

N012	躁病エピソード（過去） 精神病性障害 精神病像を伴う気分障害
N014	大うつ病エピソード（現在、過去、 メランコリー） 躁病エピソード（現在） 精神病症候群（現在、生涯）
N015	精神病症候群（生涯）
N016	精神病症候群（現在、生涯）
N017	精神病症候群（現在、生涯）

D. 考察

面接による該当症例対象者における年代別の内訳は 10 歳代 2 例，20 歳代 4 例，30 歳代 2 例，40 歳代 2 例，50 歳代 4 例，60 歳代 1 例であり，現時点においては各年代の症例数に目立った偏りは認められなかった。対象者の男女比は 6 : 9 で女性の方が多かった。

調査該当者の治療状況については，入院症例 6 例，外来症例 9 例と外来症例の方が多いため、情報提供元については、精神科病院が 60%弱を占める結果となり、初発エピソード精神病では多くが外来通院治療であるが、受診先としては精神科病院を選ぶ可能性が示唆された。

精神医学診断については、統合失調症が 12 例と最も多く、統合失調感情障害 1 例も含めると F2 圏内が 13 例であった。一方で、感情障害（F3）や精神作用物質による精神病性障害（F1）は各 1 例ずつと少数であった。

PANSS 合計値について、現在集計評価した 15 例の平均値は 76.7 であった。外来症例では平均 69.8，入院症例は平均 87.2 であ

り、より高度の精神症状によって入院治療が必要であることが考えられた。

精神病未治療期間（DUP）は平均値 1294 日，中央値 36 日であった。対象者 15 例の内、10 年以上未治療であった症例が 3 例存在することから、DUP の平均値が高かったが、中央値での評価が一般的に用いられるためより重要であると思われる。この結果から、比較的短期で精神科医療機関を受診していると思われる。

調査開始 7 ヶ月の時点で、1 年間調査を継続した場合の長崎市（人口 441,706 人うち 64 歳まで 330,705 人）における年間新規発症率を推計すると、人口 1 万人に 0.78 人であり、現時点においては先行研究と比較し低い値であると言える。ただし、面接実施で確認できたケースに加え、調査拒否、可否確認中、実施予定者にも FEP のケースが含まれていると考えられるためより詳細な解析が必要であると考えられる。

E. 本疫学研究実施にあたっての問題点及び課題

1) 本調査研究への同意取得について

調査実施中の現時点における問題点として、研究登録 16 例に比し調査拒否および登録拒否 10 例と、登録できない症例の割合が高い点が挙げられる。調査医療機関からの情報によると、全例とも閾値上精神病発症例である可能性が高い症例であった。そのため、調査への同意取得方法の見直し、並びに調査並びに登録不同意例への対策が課題として挙げられる。

現時点において、仮に研究登録 15 例に面接実施拒否並びに登録拒否 10 例に面接実施予定者 5 例を加えた 30 例をもって精神病

年間新規発症率を推計すると人 1.3 人/1 万人となる。しかしながら、現時点において研究登録 15 例のみで精神病年間新規発症率を推計すると 0.78 人/1 万人となる。(面接実施者に面接拒否を含めた場合 1.3/1 万人)となる。先行研究に比較して比較的妥当な数字といえるかもしれないが、今後も不同意症例数が増加すれば、本疫学研究の結果に大きな影響を与えることが予想される。

一方で、実際に診療にあたっている担当医師にとって、治療的観点から、特に医師患者関係の構築または維持の観点から、研究への協力を担当患者に勧めにくいという実情もある。

そのため、今後の調査及び登録不同意例への対策として、①調査員は対象候補者の調査実施時だけでなく、調査研究についての情報を対象候補者に提供をする時点で、調査協力医療機関へ赴いて担当医師に代わって説明を行うこと、②特に病状を理由に不同意であった症例に関しては、病状の改善をもって同意が得られる可能性があるため、調査協力医療機関と連携してその後再度のアプローチを試みること③不同意症例の追跡については、Leakage studyとして来年度以降改めて後方視的カルテ調査を検討する等が挙げられる。

現時点での調査結果における調査及び登録不同意例に関して個別的に考察すると、個人的理由(2例)や患者の意思により同意が得られなかった症例(2例)については今後同意取得が困難であることが予想されるものの、病状が重篤であるが故に面接の理解が困難で面接実施の同意が得られなかった症例(6例)については、ある程度

の病状改善をもって同意が取得できる可能性があると考えている。

2) 対象者の精神病症状評価の時期によって生じる問題点について

対象者の精神病症状について正確な情報を得るためには病勢極期または治療効果発現前に調査を実施することが適当であると考える。しかしながら、未治療期間が長期であったり、治療しないと調査面接実施が困難な病状であったり、また、昨今の外来医療の普及等により再診日時が限定的であったり等の事情により、病勢極期または治療効果発現前に調査を実施することは現実的に困難であるケースが多い。このような場合、仮に対象候補者が病勢極期に閾値上の精神病症状を呈していたとしても、調査時において治療効果が発現したことにより、病状改善の程度によっては『閾値下精神病』と診断されるおそれがあると考えられる。また、M.I.N.I. に関しても、『精神病性障害・現在あり・なし』『精神病性障害・生涯あり』といった項目があり、面接時において精神病症状が消褪していた場合には『精神病性障害・現在なし』と評価されてしまうおそれもある。

そのため、本調査において評価尺度を使用するに当たり、特に精神病の閾値を評価する CAARMS に関しては対象者採用の可否を評価する尺度であるので、病勢極期の情報を対象候補者からだけでなく、家族や担当医師、診療録等から収集して評価すべきであると考えられる。さらに各尺度の実際の使用に当たっては、より慎重でかつ十分評価尺度を理解しておく必要があると考えられた。

E. 結論

平成23年8月1日より長崎市内における初回精神病発症例の年間新規発症率の調査を開始し、CNFからの対象候補者の情報収集を開始し、その情報をもとに調査面接を実施した結果、現時点において0.78人/1万人と推計された。

調査実施または研究対象者の登録に同意が得られなかった症例を検証し、調査内容の説明方法並びに不同意例の追跡等を今後の課題とした。

F. 研究発表

論文：

英文

1) Saito M, Iwata N, Kawakami N, Matsuyama Y; World Mental Health Japan 2002–2003 Collaborators, Ono Y, Nakane Y, Nakamura Y, Tachimori H, Uda H, Nakane H, Watanabe M, Naganuma Y, Furukawa TA, Hata Y, Kobayashi M, Miyake Y, Takeshima T, Kikkawa T: Evaluation of the DSM-IV and ICD-10 criteria for depressive disorders in a community population in Japan using item response theory. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2010 Dec;19(4):211-22.

2) Koyama A, Miyake Y, Kawakami N, Tsuchiya M, Tachimori H, Takeshima T; World Mental Health Japan Survey Group, 2002-2006: Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of "hikikomori" in a community

population in Japan. *Psychiatry Res.* 2010 Mar 30;176(1):69-74.

和文

- 1) 赤澤彩織、木下裕久、中根秀之：メンタルヘルスリテラシーと精神保健教育・啓発。保健の科学 53巻9号：590-595, 2011
- 2) 中根秀之、大野裕、丸田敏雅：プライマリ・ケア・バージョンICDシステムの開発のために。精神科診断学 4巻1号：36-45, 2011
- 3) 中根秀之：世界保健機関との連携 九州神経精神医学別冊57(1)17-22 2011
- 4) 森貴俊、中根秀之：社会的認知とコミュニケーション。作業療法と脳科学：作業療法ジャーナル：45/7 2011年6月増刊号7 25-729, 2011

学会報告：なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

参考文献

1. 仲間一郎、中根允文、太田保之、荒木憲一、富永泰規：精神分裂病者の転帰に対し家族が及ぼす要因に関する計量疫学的研究、昭和59年度科学研究費補助金（一般研究C）（研究課題番号 59570.788）研究成果報告書、1986.
2. 中根允文・荒木憲一：新鮮精神分裂病の

10年後追跡調査，厚生省精神・神経疾患研究委託事業，精神分裂病の臨床像，長期経過及び治療に関する研究（班長鈴木淳）平成元年度研究報告書，211-215，1990.

3. 中根允文・荒木憲一：新鮮精神分裂病の10年後追跡調査，厚生省精神・神経疾患研究委託事業，精神分裂病の臨床像，長期経過及び治療に関する研究（班長鈴木淳）平成2年度研究報告書，161-167，1991.

4. 中根允文・荒木憲一：新鮮精神分裂病の10年後追跡調査，厚生省精神・神経疾患研究委託事業，精神分裂病の臨床像，長期経過及び治療に関する研究（班長鈴木淳）平成3年度研究報告書，172-177，1992.

5. 中根允文，太田保之，岡崎祐士，道辻俊一郎，高田浩一：初発分裂病者の10年長期転帰に及ぼす社会・心理・生物学的要因，平成4年度科学研究費補助金（一般研究B）（研究課題番号 03454290）研究成果報告書平成5年3月，1993.

6. 岡崎祐士（研究代表者），中根允文，太田保之，高田浩一：初発分裂病者の15年長期転帰に関わる社会・心理学的要因に関する研究，平成7年度科学研究費補助金（一般研究C）（研究課題番号 06670966）研究成果報告書平成8年3月，1996.

7. 中根秀之（研究代表者），木下裕久，一ノ瀬仁志，小澤寛樹，中根允文：初発統合失調症者の25年長期転帰に関わる社会心理学的・生物学的要因の影響，平成18年度科学研究費補助金（基盤C）（研究課題番号 18591294）研究成果報告書平成20年3月，2007

8. 中根允文：社会精神医学のいま 疫学的精神医学へのアプローチ 中山書店（東京）

2010

（参照文献）

9. Yung AR, et al. Aust N Z J Psychiatry. 2005 Nov-Dec;39(11-12):964-71.

研究協力者

金替伸治（長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 医療科学専攻）

本田純久（長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 医療科学専攻教授）

中根允文（長崎大学名誉教授，出島診療所）

小澤寛樹（長崎大学 大学院医歯薬学総合研究科医療科学専攻教授）

木下裕久（長崎大学病院 精神神経科）
一ノ瀬仁志（長崎大学病院 精神神経科）

野中俊輔（長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 医療科学専攻）

分担研究報告書

精神病初回発症例の疫学調査－調査実施までの状況、特に評価尺度合同研修会について

分担研究者

今村 明 長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 医療科学専攻 准教授

研究要旨：長崎市（人口 44 万人）と高知市（人口 33 万人）において、WHO DOSMeD Study を参考としたプロトコルを用いて、市内全精神科医療機関の協力を得て精神病（サイコーシス）初回発症例の年間新規発生率を調査している。今年度、研究のスタートの前に評価尺度についての両市の研究グループの合同研修会を開催し、特に PANSS については信頼性を評価したので報告する。

A. 研究目的

統合失調症の発生率の調査は、わが国ではWHOのDOSMeD研究として1979年から1980年に長崎市で実施され、年間発生率人口万対1、広義の基準では2という値が報告されているが、その後の社会的・文化的変化の影響などから、現在はその数値も変化しているものと考えられる。また統合失調症を中心とするより広い概念である「精神病（サイコーシス）」についての発症率調査は、本邦ではこれまでは行われていなかった。本調査は、現在の本邦での精神病の新規発症率等を疫学的調査によって把握することを目的とする。

今年度は、評価の信頼性を高めるために、長崎市と高知市の合同研修会を行った。調査開始までの流れと研修会の概略と成果について報告する。

B. 研究方法

1) CFNの登録

長崎市と高知市で、各市内あるいは周辺地域の関連病院精神科、関連診療所精神科の受診者を対象集団とした。これらに加え、保健所、精神保健福祉センター（長崎においては長崎こども女性障害者支援センター）といった公的機関についても協力を依頼した。これらの参加施設を、Case Finding Network (CFN)とし登録するために、それぞれの施設を研究分担者あるいは研究協力者が直接訪問して協力依頼を行い、施設長より文書による同意を得た。結果として長崎市51施設、高知市38施設がCFNとして登録された。

2) 対象の選定

今回は精神病、つまり幻覚妄想状態を呈し治療的介入が必要な状態を対象とした。統合失調症以外にも、幻覚、妄想、解体などの精神病症状を有する以下の疾患を含むものとした。「短期精神病性障害」「統合失調症様障害」「統合失調感情障害」「妄想性障害」「物質誘発性精神病性障害」「特定不能の精神病性障害」「双極性（感情）障害」「精神病症状を伴う重症うつ病エピソード」「反復性うつ病性障害、現在精神病症状を伴う重症エピソード」。

3) 評価尺度の選定

本研究では、精神病が閾値下でないことをCAARMSを用いて確認する。精神障害の診断にM. I. N. I. を、精神病症状の詳細についてPANSS (PSE-9) を使用する。加えて、PPHSによる患者背景、社会機能、QOL、認知機能、処方内容についても情報の収集を行う。

以下、それぞれの評価尺度について説明する。

1. CAARMS; comprehensive assessment of at-risk mental state (Yung et al., 2005) もしくは、SIPS/SOPS (structured interview for prodromal syndromes/scale of prodromal symptoms)
2. PPHS; Psychiatric and Personal History Schedule (WHO 1978) : 家族歴、生活歴、病前因子、社会経済的因子の評価
3. M. I. N. I. ; The Mini-International Neuropsychiatric Interview: 精神疾患簡易構造化面接法

4. PANSS; Positive and Negative Syndrome Scale : 統合失調症の陽性症状も含めた全体的な症状評価
5. WHOQOL26: 生活の質 (QOL) 評価票
6. GAS; Global Assessment Scale、GAF; Global Assessment of Functioning、WHODAS-II; World Health Organization Disability Assessment Schedule II : 社会的機能評価。
7. その他; DUP、薬物療法内容、臨床経過転帰分類、対象者の基本情報、情報提供者の基本情報、面接拒否例の要因評価、死亡例の死因や精神疾患との関連評価
8. PSE9 ; Present State Examination : 現在症評価表であるが、PSE-10 より SCAN システムの一部に吸収されているが、前回調査との比較のためあえて旧版の使用を検討する。
9. FAS ; Family Attitude Scale : 近親者の患者に対する感情表出
10. GHQ-12 ; General Health Questionnaire : 全般的健康質問票 [一般健康調査票]

4) 評価尺度についての合同研修会

調査を開始するにあたって、まず我々は CAARMS について Orygen Youth Health のウェブサイト (<http://oyh.org.au/>) から CAARMS のトレーニング DVD とマニュアルを入手し、それをもとに日本語版のトレーニング DVD を作製した。その DVD も活用して、長崎市の研究グループと高知市の研究グループで、評価の精度を上げ、評価者間の信頼性を高めるために、以下のようなスケジュールで、合同研修会を行った。

日時：平成 23 年 6 月 3 日 (金) (18:30-21:00)、6 月 4 日 (土) (9:00-12:00)
 場所：東京都立松沢病院 会議室

6/3 (金)

18:30~19:40

PANSS; Positive and Negative Syndrome Scale (陽性尺度 7 項目、陰性尺度 7 項目、総合精神病理尺度 16 項目、計 30 項目)

説明と DVD による評価実習。PANSS 評価者トレーニングビデオ (監修：日本臨床精神神経薬理学会、総監督：青葉安里) を使用

19:50~21:00

CAARMS; comprehensive assessment of at-risk mental state

説明と評価実習

前述のトレーニング DVD を使用

6/4 (土)

9:00~9:50

M. I. N. I. ; TheMini-International Neuropsychiatric Interview

説明と DVD による評価実習

10:00~10:20

PSE9 ; Present State Examination

説明

10:30~11:10

その他の評価についての説明

- PPHS; Psychiatric and Personal History Schedule (WHO 1978) : 家族歴、生活歴、病前因子、社会経済的因子の評価

- GAS; Global Assessment Scale、

- GAF; Global Assessment of Functioning

- WHODAS-II; World Health Organization Disability Assessment Schedule II : 社会的機能評価。

- WHOQOL26: 生活の質 (QOL) 評価票

- 家族評価 : GHQ-12 および FAS

- その他; DUP、薬物療法内容、臨床経過転帰分類、対象者の基本情報、情報提供者の基本情報、面接拒否例の要因評価、死亡例の死因や精神疾患との関連評価、概要、データベース構築に関する要望、ニーズ

11:20~12:00 ミーティング

研修会には、長崎市 6 名、高知市 3 名、計 9 名の参加があった。この 9 名の PANSS を用いた評価について、SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 18.0J for Windows (SPSS Japan inc., Tokyo) を用いて、解析を行った。

C. 研究結果

1) 両グループ間の相関

PANSS の各項目について長崎市 6 名 (A~F)、高知市 3 名 (G~I) でそれぞれの平均を取り、その相関を求めた。Spearman の相関係数で 0.972 (N=30, P<0.0005) であり、両研究グループの評価値の平均が高い相関を示すことが示された。

2) 評価者間の相関

9 名の PANSS 計 30 項目の評価について、Cronbach の α は 0.989 であり、内的一貫性が高いことが示唆された。ある評価者が削除された場合の Cronbach の α を個々に計算すると、表 1 に示すように、すべての項目で 0.987 以上であり、どの評価者も、高い相関性に貢献していることが示された。

また級内相関係数は 0.903 (95%信頼区間 0.850-0.946; P<0.0005) であり、全評価者の評価で高い相関が認められた。

	評価者	ある評価者が削除された場合の Cronbach の α
長崎市	A	.988
長崎市	B	.990
長崎市	C	.988
長崎市	D	.989
長崎市	E	.987
長崎市	F	.988
高知市	G	.987
高知市	H	.987
高知市	I	.987

表 1. ある評価者が削除された場合の Cronbach の α

D. 考察

長崎市 (人口 44 万人) と高知市 (人口 33 万人) において、市内全精神科医療機関の協力を得て精神病初回発症例の年間新規発生率についての調査を、平成 23 年 8 月 1 日より実施している。

調査の実施にあたって、全検者の評価の精度と信頼性が高いことが要求されるため、今回我々は、CAARMS に関しては、トレーニング DVD を作製し、また PANSS に関しては、既存のトレーニング DVD を使用して合同研修会を行った。参加した 9 名のメンバーの評価の結果を統計学的に解析したところ、前述のとおり、高い信頼性が認められた。長崎市の研究グループと高知市のグループで評価は強い相関を示し、研修会に参加したすべての検者の評価に高い相関がみられることが示された。このため、今回の合同研修会は一定の効果が得られたものと考えられる。

複数の施設での共同の疫学研究では、施設ごとの評価が異なる場合があり、それが研究の信頼性の低下につながるが、本研究では、両市の研究グループが合同で研修会を行い結果として高い相関が示されたことから、実際の調査も信頼性が高いものとなることが期待される。

E. 結論

長崎市と高知市において、WHO DOSMeD Study を参考としたプロトコルを用いて、市内全精神科医療機関の協力を得て精神病初回発症例の年間新規発生率

を調査している。今年度、研究のスタートの前に評価尺度についての両市の研究グループの合同研修会を開催し、特に PANSS については統計解析を行い、評価についての高い信頼性が示された。

F. 研究発表

1. 論文発表

欧文

1) Kurotaki N, Tasaki S, Mishima H, Ono S, Imamura A, Kikuchi T, Nishida N, Tokunaga K, Yoshiura K, Ozawa H.

Identification of novel schizophrenia loci by homozygosity mapping using DNA microarray analysis.

PLoS One. 2011;6(5):e20589.

和文

1) 小野慎治、黒滝直弘、木下裕久、小澤寛樹、今村明 コピー数変異と統合失調症(解説/特集)

精神科治療学 26 巻 11 号 P1387-1393(2011)

2) 鬼塚美美、今村明、小澤寛樹

双極性スペクトラム障害(解説)

最新精神医学 16 巻 2 号 P229-234(2011)

2. 学会発表

1) 今村 明

シンポジウム“分子遺伝学の新しいアプローチによる精神疾患解明”

演題 一卵性双生児精神疾患不一致例におけるコピー数解析

第 33 回日本生物学的精神医学会 5 月 21-22 日

東京、台場、ホテルグランパシフィック LEDA I B A

2) Akira Imamura, Shinji Ono, Aoi Hashida, Naohiro Kurotaki, Hiroki Ozawa, Koh-ichiro Yoshiura, Yuji Okazaki

Copy number analysis in monozygotic twins discordant for autistic disorder

10th World Congress of Biological Psychiatry

29 May-2 June 2011

Prague, Czech Republic

G. 知的財産権の出願・登録状況

1) 特許取得

なし

2) 実用新案登録

なし

3) その他

なし

研究協力者

木下裕久 長崎大学病院 精神神経科

一ノ瀬仁志 長崎大学病院 精神神経科

金替伸治 長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科
医療科学専攻

野中俊輔 長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科
医療科学専攻