

- Early Psychosis; 2014 Nov 17-19; Tokyo.
- 9) Takayanagi Y, Sasabayashi D, Nakamura M, Takahashi T, Furuichi A, Kido M, Nishikawa Y, Katagiri N, Sakuma A, Matsumoto K, Mizuno M, Suzuki M. Cortical thickness changes in subjects at risk for developing psychosis. 9th International Conference on Early Psychosis; 2014 Nov 17-19; Tokyo.
 - 10) Wang C, Tsuboi D, Kushima I, Kunimoto S, Yoshimi A, Nakamura Y, Koide T, Kimura H, Takasaki Y, Xing J, Uno Y, Okada T, Iidaka T, Aleksic B, Mori D, Suzuki M, Ujike H, Ikeda M, Iwata N, Kaibuchi K, Ozaki N. Novel rare disruptive variants in Rho GTPase Activating Protein 10 (ARHGAP10) in schizophrenia and autism spectrum disorder. 22nd World Congress of Psychiatric Genetics; 2014 Oct 12-16; Copenhagen.
 - 11) 藤岡珠美, 池田英二, 増原 幸, 沢田与志一, 神通一仁, 樋口悠子, 高柳陽一郎, 高橋 努, 鈴木道雄. 自殺未遂者に対する電話フォローアップによる再企図防止効果～富山県自殺未遂者支援モデル事業～. 第 11 会日本うつ病学会; 2014 Jul 18-19; 広島.
 - 12) 樋口悠子, 住吉太幹, 瀬尾友徳, 宮西知広, 西山志満子, 鈴木道雄. 精神病発症リスク状態のミスマッチ陰性電位: シンポジウム 11 前駆状態・初発統合失調症の神経生理学的研究. 第 44 回日本臨床神経生理学会学術大会, 2014, 11, 19-2 : 福岡
 - 13) 木戸幹雄, 中村由嘉子, 根本清貴, 高橋 努, Aleksic B, 古市厚志, 中村祐美子, 池田 匡志, 野口 京, 貝淵弘三, 岩田仲生, 尾崎紀夫, 鈴木道雄. 14-3-3 イプシロンをコードする YWHAЕ の遺伝子多型と統合失調症患者の脳形態との関連: voxel-based morphometry を用いた研究. 第 9 回日本統合失調症学会; 2014 Mar 14-15; 京都.
 - 14) Nakamura M, Takahashi T, Nakamura Y, Aleksic B, Kido M, Sasabayashi D, Takayanagi Y, Furuichi A, Nishikawa Y, Noguchi K, Ozaki N, Suzuki M. DISC1 polymorphism and orbitofrontal sulcogyral pattern in schizophrenia and healthy subjects. 第 36 回日本生物学的精神医学会・第 57 回日本神経化学学会大会合同年会; 2014 Sep 29-Oct 1; 奈良.
 - 15) 西山志満子, 高橋 努, 古市厚志, 樋口悠子, 松岡 理, 松井三枝, 住吉太幹, 倉知正佳, 鈴木道雄. 自我障害尺度 (SELF28) の開発とそれを用いた統合失調症の病期による横断的比較. 第 18 回日本精神保健・予防学会学術集会, 2014 Nov 15-16; 東京.
 - 16) 西山志満子, 高橋 努, 樋口悠子, 古市厚志, 數川 悟, 古田壽一, 鈴木道雄. At Risk Mental State と初回エピソード精神病における認知機能の比較. 第 185 回北陸精神神経学会; 2014 Jan 26; 金沢.
 - 17) 西山志満子, 高橋 努, 樋口悠子, 古市厚志, 西川 祐美子, 川崎康弘, 住吉太幹, 鈴木道雄. 統合失調症の顕在発症を予測する前駆期の神経認知機能障害. 第 14 回精神疾患と認知機能研究会; 2014 Nov 8; 東京.
 - 18) 笹林大樹, 高柳陽一郎, 中村美保子, 高橋 努, 古市厚志, 木戸幹雄, 西川祐美子, 片桐直之, 佐久間篤, 松本和紀, 水野雅文, 鈴木道雄. At-risk mental state における大脳皮質厚の変化. 第 36 回日本生物学的精神医学会・第 57 回日本神経化学学会大会合同年会; 2014 Sep 29-Oct 1; 奈良.
 - 19) 鈴木道雄. 教育講演: 統合失調症の脳構造画像研究からわかったこと. SST 普及協会第 20 回全国経験交流ワークショップ in 前橋; 2014 Apr 24-25; 前橋.
 - 20) 高橋 努, 中村祐美子, Malhi GS, 高柳陽一郎, 古市厚志, 木戸幹雄, 笹林大樹, 中村美保子, 野口 京, Pantelis C, 鈴木道雄. 統合失調症および双極 I 型障害における嗅溝形態の変化. 第 9 回日本統合失調症学会; 2014 Mar 14-15; 京都.
 - 21) Takahashi T, Nakamura M, Nakamura Y, Aleksic B, Kido M, Sasabayashi D, Takayanagi Y, Furuichi A, Nishikawa Y, Noguchi K, Ozaki N, Suzuki M. DISC1 Ser704Cys polymorphism and midline brain structures in schizophrenia and healthy subjects. 第 36 回日本生物学的精神医学会・第 57 回日本神経化学学会大会合同年会; 2014 Sep 29-Oct 1; 奈良.
 - 22) Takayanagi M, Takayanagi Y, Suzuki M, Sawa A, Barta PE, J. Tilak R, Cascella NG. Reduced anterior cingulate gray matter volume and thickness in subjects with deficit schizophrenia. 第 9 回日本統合失調症学会; 2014 Mar 14-15; 京都.
- 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
- 西山 志満子 (富山大学大学院医学薬学研究部)
高橋 努 (富山大学大学院医学薬学研究部)
樋口悠子 (富山大学大学院医学薬学研究部)
高柳陽一郎 (富山大学大学院医学薬学研究部)
笹林大樹 (富山大学大学院医学薬学研究部)

精神疾患患者に対する早期介入とその普及啓発に関する研究

担当責任者	松本和紀	東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座
研究協力者	大室則幸	東北大学病院精神科
	桂 雅宏	東北大学病院精神科
	小原千佳	東北大学大学院医学系研究科精神神経学分野
	菊池達郎	東北大学大学院医学系研究科精神神経学分野
	濱家由美子	東北大学病院精神科
	砂川恵美	東北大学病院精神科
	石井 優	東北大学病院精神科
	本庄谷奈央	東北大学病院精神科

研究要旨

精神疾患の早期介入を推し進めていくためには、早期段階の精神疾患への効果的な支援・治療アプローチを発展させ、これを均てん化していくことが求められる。また、精神疾患のリスクを持っていたり、早期段階にある若者を地域全体で支援していくためのネットワーク作りが大切だと考えられ、そのモデルを明確にしていく必要がある。

そこで、平成 26 年度の研究としては、精神病の発症リスク状態である ARMS (At-Risk Mental State) に対する治療法として認知行動療法 (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) がわが国において実施可能であるか否かの検討を行っている多施設研究の研究プロトコルの概略と進捗状況、本事業において実施した事例についての報告、若者に向けた CBT の普及に向けた治療者向けの研修会、宮城県石巻地域における若者支援のネットワーク状況の聞き取り調査を実施した。

ARMS への CBT の実施可能性を検討する研究では、これまでに 4 施設において 14 例の症例登録がなされた。各施設ともプロトコルに適した事例を集めることには苦労しており、事例にお組み入れは予定よりも遅れている。ARMS の CBT を適用した事例は中学生、高校生、大学生などの学生がほとんどであり、CBT は安全に実施することができている。中間解析を行った 9 名中 7 名において、PANSS の合計点で評価される精神症状の改善が認められている。追跡期間中に精神病への移行や抗精神病薬治療の開始、入院、その他の有害事象などの出現は認められていない。東北大学の事例としては、CBT 終了 6 例、継続中 1 例、適応外 2 例を報告した。また、2015 年 2 月 20 日、21 日には仙台市において若年者への早期介入に役立つ CBT の研修会を実施し、全国から 45 名の参加者があった。

さらに、石巻市においては、東日本大震災後に、精神保健福祉領域を含むさまざまな支援団体や支援機関が増えたことで、若者支援のためのネットワーク作りが進んでいる。若者支援のためには、公的機関と民間団体との連携が重要と考えられた。

1. 日本における ARMS への CBT の実施可能性を検討する臨床試験

A. 研究目的

統合失調症などの精神病性障害は 10～20 代にかけて顕在発症することが多い。顕在発症前には、不安、抑うつ、対人恐怖、妄想的思考、異常知覚体験などの症状に加え、不登校、ひきこもり、就労困難など社会的機能も低下する。このため、前駆期に適切な治療介入を行うことで、精神病への発症を食い止めたり、遅らせたり、長期予後を改善させるための方法が模索されてきた。メルボルンの PACE クリニックのグループは、精神病を発症するリスクが高い精神状態 (At-Risk Mental State: ARMS) の診断基準を開発し、現在この基準は世界的に広く用いられている。ARMS の基準を満たした者が、実際に精神病を発症するリスクは 2 年間でおよそ 30%とされている。

ARMS にはこれまで抗精神病薬、認知行動療法 (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) などの治療方法が検討されてきた。抗精神病薬は、精神病症状を軽減する効果はあるが、治療中断率や副作用の出現率が高く、国際ガイドラインでは例外的な場合を除き初期治療としては勧めていない。このため薬物療法以外の方法として CBT への関心が高まっている。CBT は、うつ病や不安障害に対する治療法として効果が確立されており、安全性が高く、若者が好む治療法と考えられている。ARMS では、抑うつや不安を訴える者も多く、こうした症状の軽減効果も期待される。これまでに英国、オランダ、ドイツのグループが精神病の移行率を低下させる効果を報告している。

一方、わが国の一般的な医療現場では、ARMS の基準を満たす若者は、統合失調症と同様に抗精神病薬を中心とした治療がしばしば行

われる。しかし、なかには副作用が強く出現したり、必要以上長期に抗精神病薬が処方されたり、必要でない患者にまで抗精神病薬が使用されたりすることが懸念されている。また、抗精神病薬の服薬を希望しない患者への治療が困難という問題もある。こうした患者では、CBT での治療を検討すべきであるが、わが国では ARMS に対する CBT は普及しておらず、その効果も検証されていないため、この治療を受けることは極めて難しい。このため、わが国においても ARMS に対して CBT を実施し、効果を検証する研究が今後行われる必要がある。

そこで、平成 26 年度は、研究プロトコルの提示と多施設共同の現在までの進捗状況について報告する。

B. 研究方法

昨年度に作成された、日本における At-Risk Mental State への認知行動療法の実施可能性を検討する臨床試験プロトコルと CBT for ARMS 実施ガイドラインにもとづき、症例の登録と治療を開始する。なお、これらは、東北大学病院の倫理委員会にて承認を受けた。また、東邦大学、富山大学、奈良医科大学においても同プロトコルの倫理申請が承認されている。

At-Risk Mental State への認知行動療法の実施可能性を検討する臨床試験プロトコルの概略は以下の通りである。

1) 患者適格規準

A) CAARMS による評価で PACE 基準の ARMS の診断基準を満たし、治療介入前に以下の閾値下精神病群の基準を満たす。

閾値下精神病群の基準

次の a) もしくは b) を満たし、かつ、これらの症状が過去 1 年に存在することを条件とする。

a) 閾値下の強度

全般的評価尺度得点が、CAARMS の普通でない思考内容下位尺度で 3~5 点、かつ/又は奇異でない観念下位尺度で 3~5 点、かつ/又は知覚的な異常下位尺度で 3~4 点、かつ/又は会話の解体下位尺度で 4~5 点

かつ

頻度尺度得点が、CAARMS の普通でない思考内容、かつ/又は奇異でない観念、かつ/又は知覚的な異常、かつ/又は会話の解体下位尺度で最低 1 週間 3~6 点

b) 閾値下の頻度

全般的評価尺度得点が、CAARMS の普通でない思考内容下位尺度で 6 点、かつ/又は奇異でない観念下位尺度で 6 点、知覚的な異常下位尺度において 5~6 点、かつ/又は会話の解体下位尺度で 6 点

かつ

頻度尺度得点が、CAARMS の普通でない思考内容、かつ/又は奇異でない観念、かつ/又は知覚的な異常、かつ/又は会話の解体下位尺度において 3 点

B) 年齢：14~35 歳

C) 社会機能の障害：治療開始前において GAF 得点が病前レベルから 30%低下し、これは 1 ヶ月間持続し、過去 12 ヶ月内に起こった、又は、過去 12 ヶ月以上の間、GAF 得点が 50 点以下の者を対象とする。

D) 日本語を母国語とする

E) 外来患者であること

F) 本研究の目的、内容を理解し、本人から必要な研究参加の同意を文書で得られた者

2) 除外基準

A) 抗精神病薬を過去 1 ヶ月以内に服用。服用していない場合でも、過去 6 ヶ月間の通算でハ

ロペリドール換算 30mg 以上の抗精神病薬使用。

B) 重度の学習障害

C) 器質的な脳障害による問題

D) 精神病の既往

E) 現在の顕著な自殺念慮あるいは危険な行動

F) アルコールや物質依存

G) IQ70 未満

3) 登録手順

A) 施設・ユーザー登録

各施設において倫理委員会での承認を得た後、研究に参加する施設の施設登録を事前に実施する。さらに研究に参加する医師がユーザー登録を事前に行う。

B) 症例登録

施設登録を行った施設において ARMS に該当する対象者が現れ、CBT 治療を実施する前に本研究の CBT 治療開始前のインタビュー面接を実施する。CBT 治療開始前のインタビュー面接終了後すみやかに同意説明文書による同意を取得後、適格規準を満たし除外規準のいずれにも該当しないことを確認し、研究データセンターに必要な事項を記載の上、データ登録を行う。

4) 治療計画

A) 通常治療

対象者は各医療機関において、精神的問題に対する通常治療（7.3.併用療法参照）を受け、これに加えて CBT による治療を受ける。

B) セラピストのトレーニングと CBT の質の確保

・すべてのセラピストは、病院や相談施設で臨床経験が 3 年以上ある心理士あるいは精神科医である。セラピストは、指定の 2 日間のワークショップを受講済みであり、その後はトライアル期間中に定期的なスーパービジョンを受ける。
・期間中にセラピストは合同のスーパービジョ

ン研修を受ける

- ・すべてのセッションはテープ録音される。
- ・各セッションの CTS (Cognitive Therapy Scale) を各セラピストは自己評価する。
- ・各セラピストのフィデリティは、各セラピストの 2 回のセッションの録音テープを治療に参加していない評価者が独立で CTS にもとづいて評価する。

C) CBT の期間、頻度、セッションの時間

- ・CBT は 6 ヶ月間の期間で最大 25 回実施する。
- ・各セッションは約 50 分とするが、精神状態に合わせて面接時間を変更することは可能。
- ・最初の 1 ヶ月は原則 1 週間に 1 回のセッションを実施し、それ以降は 1~2 週間に 1 回の頻度をめどにセッションを行う。ただし、セッションの頻度や時間は、被験者個人の精神状態と、個々の被験者やセラピストの間の取り決めに応じて柔軟に実施する。
- ・6 ヶ月以降は、被験者の希望に応じて 1 ヶ月に 1 回以上の間隔をあけたブースターセッションを 12 ヶ月目まで最大 6 回実施することを可能とする。
- ・セッションのキャンセルがあった場合には、セラピストは被験者と電話連絡を行い、次の予約について相談する。

D) CBT のガイドライン

CBT については、「統合失調症の早期発見と認知療法：French、Morrison 著；松本和紀、宮腰哲生訳」とわが国での使用に合わせた本研究での実施ガイドラインに基づく。治療ガイドラインには、認知療法尺度改訂版 (CTRS)、ARMS の認知療法アドヒアランス尺度 (CTARPAS) を含む。

E) CBT セッションの全体の流れの概要

- a) 1~3 回目：アセスメントと治療関係の構築
 - ・本人および家族との信頼関係の構築

- ・本人のニーズの把握、抽出、整理→問題リストの作成

- ・概念化（共有できる範囲、簡便なものでも構わない）

- ・ノーマライジングと心理教育（基本的部分）

- ・必要に応じたケース・マネジメントやアドバイス

- b) 4 回目以降：概念化と問題リストに応じた介入

- ・フォーミュレーションを深める・症状の理解と対処

- ・各精神症状に対する対応：精神病様症状、うつ、社交不安、強迫、パニック、意欲低下、陰性症状

- ・情報の収集と心理教育

- ・必要に応じたケース・マネジメントとアドバイス

- ・用いられる主な技法の例

行動活性化、問題解決技法、認知再構成（代わりの選択肢の考案、メリット・デメリット法、支持する証拠と反対の証拠探し）、中核信念・私は人と違っている、メタ認知的信念、安全行動・行動実験、人間関係を見直す・社会的孤立に取り組む、アサーション・トレーニング、対処法の検討／リラクゼーション法

- c) 終了前の 1~2 回

- ・概念図の作成とブループリントの作成

- ・振り返りの作業

- ・今後のストレス対策と再発予防

F) 治療変更規準

- ・本研究では、参加者の精神症状の悪化により CBT が実施不可能となった場合には、担当医の判断により CBT を中止とする。

- ・精神病に移行した場合であっても、参加者本人と担当医およびセラピストの 3 者の合意により CBT が実施可能であれば、CBT を継続することは可能とする。

- ・本研究では、参加者の精神症状が悪化した場

合には、研究期間内であればセッションの延期を可能とする。

・研究代表者は、以下の事項に該当する場合は試験実施継続の可否を検討する。

- ✓ CBT の品質、安全性、有効性に関する重大な情報が得られたとき。
- ✓ 倫理委員会により、実施計画等の変更があり、これを受け入れることが困難と判断されたとき。
- ✓ 倫理委員会により、中止の勧告あるいは指示があった場合は、試験を中止する。

G) 併用療法、支持療法

通常治療は、精神科医による 15～30 分程度の本人および家族への診察と各施設で利用可能な精神保健福祉士などによる一般的な相談などとする。心理士によるカウンセリングなどは含まれない。ただし、臨床的に必要と判断された場合はこの限りではない。通常治療においては、症状に合わせて向精神薬による一般的な治療を行うことができる。ただし、抗精神病薬の使用については、国際ガイドラインの推奨にもとづき、以下の場合に限定する。

- ・自殺にリスクがきわめて高く、抑うつに対する治療が無効な場合
- ・攻撃性や敵意が増大しており、他害のリスクが高まっている場合
- ・急速に症状が悪化している場合
- ・精神病に移行し、その治療に必要なため

抗精神病薬の使用については、事前に診断・治療評価委員会に申し出て、事例への投与がガイドラインの推奨にもとづいていることを確認する。ただし、緊急時については事後報告を可能とする。

抗精神病薬の使用は国際ガイドラインにもとづき、非定型抗精神病薬による低用量での使用が期間限定の「治療的試み」として検討される。6 週間後に効果と症状の軽減がもし認められれば、リスク／ベネフィットについて説明がなされた

上で、本人の同意のもとに 6 か月から 2 年の間投与を継続可能とする。良好な回復が認められ、本人が同意する場合には、上記期間の後に徐々に内服を中止するよう試みるべきである。1 つの非定型抗精神病薬治療に反応しない場合、上記条件を満たすのであれば、さらに別の非定型抗精神病薬を試してもよい。

H) 治療中止規準、完了規準

a) 治療の完了

・CBT の実施回数については、参加者とセラピストとの合意で決定する。

・最大 25 回の実施あるいは 6 ヶ月間の期間をもって CBT を終了とする。それ以前に、参加者とセラピストとの合意で治療を終結することは可能とする。

b) CBT の中止：下記の場合 CBT を中止し、通常治療のみを行い、評価を継続する。

・被験者から CBT 参加辞退の申し出や同意の撤回があった場合

・登録後に適格性を満足しないことが判明した場合

・原疾患が完治し、継続 CBT 治療の必要がなくなった場合

・原疾患の悪化のため、CBT 治療継続が困難な場合

・被験者が何らかの事情によって通院不能となった場合

・有害事象により試験の継続が困難な場合

・著しくアドヒアランス不良の場合（CBT セッションを 3 回以上無断で欠席した場合）

・試験全体が中止された場合

・その他の理由により、研究責任医師／分担医師が中止することが適当と判断した場合

・その他の理由により、独立データモニタリング委員会が中止することが適当と判断した場合

c) 評価の中止：下記の場合には追跡調査を中止する

- ・ 被験者が何らかの事情によって通院不能となった場合
- ・ 被験者が何らかの事情によって連絡不能となった場合
- ・ その他の理由により、研究責任医師／分担医師が中止を適当と判断した場合
- ・ その他の理由により、独立データモニタリング委員会が中止を適当と判断した場合

d) 研究自体の中止：下記の場合には、研究代表者の判断もしくは独立データモニタリング委員会からの勧告を受けて研究自体を中止する

- ・ 諸外国の最新の研究により、CBT の有害性が明らかになった場合
- ・ 本研究において CBT による重篤な有害事象が連続して認められた場合
- ・ その他の理由により、研究代表者／分担者が中止することが適当と判断した場合
- ・ その他の理由により、独立データモニタリング委員会が中止することが適当と判断した場合

I) 治療終了後の治療

- ・ CBT による介入終了後は、通常治療を実施するが、12 ヶ月後の追跡終了時までには、通常治療における抗精神病薬の使用ガイドラインに沿うものとする。
- ・ 被験者とセラピストとの合意により、6 ヶ月以降は希望に応じて 1 ヶ月に 1 回以上の間隔をあけたブースターセッションを 12 ヶ月目まで最大 6 回実施することを可能とする。

J) 検査項目とスケジュール

各評価は、CBT を実施するセラピストと独立した評価者が実施する。

a) 観察・検査項目スケジュール

- ・ 患者背景：性別、入院・外来の別、身長、体重、合併症、既往歴、現病歴、前治療
- ・ CBT 治療の実施記録：診療日時、診療時間、

治療の概要

- ・ 通常治療の実施記録：治療日時、投薬内容、診療時間、診療の概要
- ・ 精神・心理測定：治療開始前、6 ヶ月後、12 ヶ月後に実施
- ・ CAARMS の評価については 15 例すべてについて、評価記録にもとづいて評価者間で合同のカンファレンスを実施する。
- ・ 各評価者の信頼性を保つために、CAARMS 面接の記述レポートは、別の評価者による評価によって確認を行い、評価が異なる場合には、診断・治療評価委員会での確認を行う。
- ・ CAARMS の評価者間信頼性は、評価者のためのワークショップの受講者で行い、試験期間中に評価者間の信頼性を確認するための会議を実施する。

b) 登録前・治療開始前の観察・検査項目

b-1) 登録前

- ・ 背景情報：施設内登録番号、入院・外来の別、身長、体重、家族の精神科既往歴、両親の学歴、本人の学歴、合併症、既往歴、現病歴、前治療、自傷・自殺企図の既往、飲酒歴、喫煙歴、物質/ドラッグ類の既往
- ・ 就学／就労状況
- ・ DSM-IV-TR 診断
- ・ 向精神薬の内容と量：過去と現在の向精神薬の使用歴と過去 6 ヶ月の抗精神病薬の使用量
- ・ SIPS/SOPS もしくは CAARMS
- ・ CAARMS 陽性症状 4 項目
- ・ 機能の全体的評定尺度 (GAF)
- ・ 社会的状況評定尺度 (SOFAS)
- ・ 就学／就労状況
- ・ 自殺リスク (CAARMS の自殺・自傷)
- ・ 他害リスク (CAARMS の攻撃性)

b-2) CBT 治療開始前

CBT による治療開始の 1 ヶ月以内の観察・検査結果を記録する

・MINI (精神疾患簡易構造化面接法) にもとづく診断面接

- ・CAARMS 陽性症状 4 項目
- ・陽性陰性症状評価尺度 (PANSS) の陽性症状得点、陰性症状得点、総合精神病理得点
- ・機能の全体的評定尺度 (GAF)
- ・社会的状況評定尺度 (SOFAS)
- ・就学/就労状況
- ・ベック抑うつ評価尺度 (BDI-II)
- ・ベック認知的洞察尺度 (BCIS)
- ・簡易中核スキーマ尺度 (BCSS)
- ・WHO-QOL26
- ・新版 STAI 状態-特性不安検査 (STAI)
- ・知的機能の簡易評価 (JART)
- ・自殺リスク (CAARMS の自殺・自傷) と他害リスク (CAARMS の攻撃性)
- ・向精神薬の内容と量

c) 治療期間中の観察・検査項目

c-1) 治療期間中、CBT 治療と通常治療の実施記録を、セラピストと主治医のそれぞれが記録。

c-2) 登録から 3 ヶ月後 (治療終了直後: 登録後 6 ヶ月から 1 ヶ月を超えない時期) に下記評価を実施。

- ・ベック抑うつ評価尺度 (BDI-II)
- ・新版 STAI 状態-特性不安検査 (STAI)
- ・自殺リスク (CAARMS の自殺・自傷) と他害リスク (CAARMS の攻撃性)
- ・向精神薬の内容と量

d) 治療終了後 (6 ヶ月後と 12 ヶ月後) の観察・検査項目

d-1) CBT 治療終了直後の 6 ヶ月後 (登録後 6 ヶ月から 1 ヶ月を超えない時期)

d-2) 追跡終了時の 12 ヶ月後 (登録後 12 ヶ月から 1 ヶ月を超えない時期)

- ・DSM-IV-TR 診断
- ・CAARMS 陽性症状 4 項目
- ・陽性陰性症状評価尺度 (PANSS) の陽性症状

得点、陰性症状得点、総合精神病理得点

- ・機能の全体的評定尺度 (GAF)
- ・社会的状況評定尺度 (SOFAS)
- ・就学/就労状況
- ・ベック抑うつ評価尺度 (BDI-II)
- ・ベック認知的洞察尺度 (BCIS)
- ・簡易中核スキーマ尺度 (BCSS)
- ・WHO-QOL26
- ・新版 STAI 状態-特性不安検査 (STAI)
- ・自殺リスク (CAARMS の自殺・自傷) と他害リスク (CAARMS の攻撃性)
- ・臨床全般印象尺度 (Clinical Global Impression of Change: CGIC)
- ・クライアント満足度調査票 (Client Satisfaction Questionnaire: CSQ)
- ・向精神薬の内容と量

e) その他

・試験治療が何らかの理由 (「7.4. 治療中止規準、完了規準」を参照のこと) で中止又は追跡不能となった場合は、その時期及び理由を記録する。研究責任医師/分担医師は、患者の権利を十分に尊重した上で、その理由を確認するための適切な努力を払う。

K) エンドポイント (評価項目)

a) 有効性エンドポイント

a-1) 主要エンドポイント

・6 ヶ月後の陽性陰性症状評価尺度 (PANSS) の総合得点 (陽性症状得点、陰性症状得点、総合精神病理得点の合計)。

a-2) 副次エンドポイント

副次エンドポイントは、6 ヶ月後、12 ヶ月後の下記指標

・ARMS の包括的評価尺度 (CAARMS) による精神病のリスク診断 (非 ARMS、ARMS、精神病)。

・参加者の体験についての詳細な情報を CAARMS 評価に基づいて実施。CAARMS によ

り精神病への移行と判断された場合の診断については、SCID の「B.精神病症状およびその随伴症状」モジュールおよび、「C 精神病性障害の鑑別診断モジュール」を使用する。また、必要に応じてマニュアルに従い、「D 気分障害モジュール」などを利用する。精神病のリスク診断については、精神科医としての臨床経験が 15 年以上の精神医学の教授もしくは准教授によって構成される診断・治療評価委員会を設置し、複数の評価者によるレビューによって確認される。

・陽性陰性症状評価尺度 (PANSS) の陽性症状得点、陰性症状得点、総合精神病理得点

- ・ CAARMS 陽性症状 4 項目
- ・ ベック抑うつ評価尺度 (BDI-II)
- ・ ベック認知的洞察尺度 (BCIS)
- ・ 簡易中核スキーマ尺度 (BCSS)
- ・ 機能の全体的評定尺度 (GAF)
- ・ 社会的状況評定尺度 (SOFAS)
- ・ 新版 STAI 状態-特性不安検査 (STAI)
- ・ WHO-QOL26
- ・ 自殺リスク (CAARMS の自殺・自傷)
- ・ 他害リスク (CAARMS の攻撃性)
- ・ 臨床全般印象尺度 (Clinical Global Impression of Change: CGIC)

b) 安全性エンドポイント

- ・ 自殺リスク重症度 (CAARMS) : 6 ヶ月後、12 ヶ月後の評価
- ・ 自殺者数 : 本研究期間中および研究終了後 30 日以内の自殺者数
- ・ 入院者数 : 本研究期間中および研究終了後 30 日以内の精神疾患の治療のための入院者数
- ・ 脱落者数 : 研究を中止した者。

L) 統計解析

a) 解析対象集団

登録を行った被検者全て

b) 有効性の主要評価項目の解析

・ 6 ヶ月後の陽性陰性症状評価尺度 (PANSS) の総合得点 (陽性症状得点、陰性症状得点、総合精神病理得点の合計) について、治療開始前と 6 ヶ月後の変化について、ウィルコクソンの符号付順位和検定を実施する。

・ 症状改善の効果量について Cohen's d を算出する。

c) 有効性の副次的評価項目の解析

c-1) 6 ヶ月後 (治療終了直後) と 12 ヶ月後 (追跡終了時) の副次エンドポイントの指標について、治療開始前との差の検討をウィルコクソンの符号付順位和検定によって行う

c-2) 症状改善の効果量について Cohen's d を算出する。

c-3) 6 ヶ月後 (治療終了直後) と 12 ヶ月後 (追跡終了時) の 6 ヶ月後の ARMS の包括的評価尺度 (CAARMS) による精神病のリスク診断 (非 ARMS、ARMS、精神病) について、精神病移行率 (精神病移行者数 / 全被検者数)、ARMS からの改善率 (非 ARMS 者数 / 全被検者数) を算出する。

d) 安全性評価項目の解析

d-1) 6 ヶ月後 (治療終了直後) と 12 ヶ月後 (追跡終了時) の自殺リスク重症度 (CAARMS) について、治療開始前との差の検討をウィルコクソンの符号付順位和検定によって行う

d-2) 自殺者、入院者、脱落者の割合を算定する。

M) 倫理的事項

a) 患者の保護

本試験はヘルシンキ宣言 (2008 年 10 月修正) に基づく倫理的原則を遵守し、改正 GCP (2012 年 4 月 1 日改訂) 及び「臨床研究に関する倫理指針」(平成 20 年 7 月 31 日全部改正) を準用して実施する。

b) 患者への説明と同意 (インフォームド・コンセント)

・ 東北大学病院臨床研究倫理委員会で承認の得

られた同意説明文書を対象者に渡し、文書および口頭による十分な説明を行い、対象者の自由意志による同意を文書で得る。

・同意書には説明を行った研究責任医師／分担医師、患者が記名捺印又は署名し、各自日付を記入する。研究責任医師／分担医師は、患者が本試験に参加する前に、記名捺印又は署名と日付が記入された同意書の写し及び説明文書を患者に渡し、同意書をカルテに保管するものとする。同意書の保管期間は、5年間とする。

・本人が未成年者の場合には本人の同意に加えて、保護者もしくは代諾者に対して書面で説明し同意を得る。本人が16歳以上の場合には、本人に対しても説明同意文書による説明を書面・口頭で行い同意を得る。また、本人が14歳もしくは15歳の場合には書面と口頭で説明を行い、インフォームド・アセントを得る。研究期間中に16歳を超えた場合は、その時点で新たに説明同意文書による説明を書面・口頭で行い同意を得る。

c) プライバシーの保護

登録者の同定や紹介は、登録時に発行される登録番号を用いて行われる。登録患者の氏名、生年月日、住所、電話番号等の個人データは実施医療機関からデータセンターへ知らされることはない。データは、連結可能匿名化とし、登録番号によって個人を識別できるようにする。対応表は各研究施設で厳重に管理する。

d) 実施計画書の遵守

本試験に参加する研究者は、患者の安全と人権を損なわない限り、本実施計画書を遵守する。

委員会の事前の承認なしに治験実施計画書からの逸脱又は変更を行うことができる。その際には、逸脱又は変更の内容及び理由並びに治験実施計画書の改訂案（適切な場合）を可能な限り早急に独立データモニタリング委員会に提出し、その承認を得なければならない。

違反が見つかった場合は、独立データモニタリング委員会において、研究の中止を含め、研究

e) 東北大学第2倫理委員会による承認

本試験実施前及び試験実施予定期間中を通じて、東北大学病院臨床研究倫理委員会において、本試験の実施、継続等について倫理的、科学的及び医学的妥当性の観点から承認を得るものとする。研究代表者は、実施計画書、症例報告書の見本、説明同意文書など審査の対象となる文書を東北大学病院臨床研究倫理委員会に提出する。

f) 新たな情報の報告

本研究で用いる CBT の有効性、安全性に関する新たな情報を得た場合、研究代表者は必要に応じて、各施設の医師に文書にて報告する。各施設の医師は患者にすみやかにその旨を通知し、患者に対する適切な治療及び事後処理を保証する。

O) モニタリング

a) モニタリング

中央モニタリングを実施し、データセンターに収集される症例登録票、症例報告書などの記録情報は、独立データモニタリング委員会に3ヶ月ごとに報告を行い、独立データモニタリング委員会は、この報告に基づいてプロトコル遵守を確認する。

研究責任医師又はその指名した者は、承認された治験実施計画書から逸脱した行為を全て記録し、その理由等を説明しなければならない。

b) プロトコル違反・逸脱

研究責任医師は、被験者の緊急の危険を回避するために、治験審査委

所の取り扱いについて検討する。

逸脱が見つかった場合は、独立データモニタリング委員会において、被験者の緊急の危険を回避するための逸脱であったのか、エンドポイントの評価に影響を及ぼすものであるのか、その程度を評価し、研究上の取り扱いについて検討する。

C. 研究結果

CBT 導入症例の一覧につき表 1 に示す。研究開始後、現時点で、14 例が登録され、通常治療に付加する形で CBT による治療を開始されている。各施設ともプロトコルに適した事例の組み入れに苦勞しており、研究は予定よりも遅れている。14 例中、9 例については、最大 6 ヶ月間の CBT セッションが終結しており、うち 8 名は、12 ヶ月後の最終評価が完了し、追跡が終了している。そのうち東北大学では 7 例の症例登録がなされ、5 例については、最大 6 ヶ月間の CBT セッションが終結しており、うち 4 名は、12 ヶ月後の最終評価が完了し、追跡が終了している。

表 2 は、各大学における CBT の導入状況である。全体として ARMS 事例が少なく、また、その中で、ARMS に対して CBT が導入できない事例も多いことが分かる。

図 1 は、これまでに解析を行った 9 例についての CBT 治療前後の PANSS の得点の推移である。9 例中、7 例では症状が改善していることがわかる。全例ともに 12 ヶ月間の追跡終了時点もしくは通院最終日時点で、この間における精神病への移行や抗精神病薬治療の開始はなく、入院や、その他の有害事象などの出現も認められていない。

CBT は、毎回のセッションの内容が、セラピストによって実施記録票にまとめられ、CTRS を用い、CBT へのフィデリティの自己評価を毎回行っている。また、毎回の CBT の内容については、録音内容に基づき、施設内でのスーパーバイズが全例につき実施されている。

D. 考察

今回、ARMS に対する CBT による治療の実施可能性を検討するための多施設共同の介入試験を開始した。

このような、ARMS に対する CBT を用いた介入試験は国内で例がなく、今回は特に実施可

能性についての検討を行っている。研究が開始されてから全体で 14 例、東北大学では 7 例の症例が登録された。各施設とも、プロトコルに適した事例を集めることに苦勞している。今後は、事例を適切に集めていくための工夫や、適応外となった事例についても、その内容について分析を勧めていくことが必要だと考えられる。

現時点で、CBT 自体は、国内で気分障や不安障害などの精神障害に対しても実施されるようになりつつあり、一部では精神病性障害に対して実施される場合も増えつつある。CBT は侵襲性が小さく、比較的安全に実施できる治療法であるといえる。

東北大学の事例については、6 ヶ月間の介入期間中、精神病様症状を直接 CBT の標的にしていないが、PANSS および CAARMS で測定した臨床症状には改善が見られている。また、追跡期間中の精神病移行、抗精神病薬の開始、入院などの事象は生じていないことから、症状悪化を抑止する側面があると考えられ、現在のところは CBT 介入に伴う安全性が確保されていると言える。また、通常治療に付加して CBT を提供している環境下であるために、危機介入の必要が生じた場合の対応が準備されており、CBT 単独での提供を行う場合と比較して、より安全性の高い環境下での介入を行う事が可能となっている。

一方で、在学中で通学しながらの通院形態を取る症例も多いため、一般的な医療機関では通院時間に対応しきれない事が生じうる。また、症例の多くが若年者であるために、継続的通院と治療維持には保護者の理解と承諾を得る必要がある。現在までには家族に特別なアプローチを要する症例は生じていないものの、クライアント自身と保護者の意向が異なることもあるため、クライアントの見方を尊重しつつ、保護者を味方につけるといふマネジメント能力が求められる。また、本邦においては心理的介入全般に対する認知度が未だ高くはなく、抵抗感を持

たせてしまうこともある。面接の録音を前提とすることにより、更に抵抗感が増して治療に消極的になってしまう症例も見られた。

ARMS では、急性期に治療が開始されるため、取り巻く状況が刻一刻と変容し、それに伴い目標や問題が揺れ動く事が多い。そのため、通常の CBT に比較して一貫した治療標的を定めづらいという特徴があった。精神病様症状に特化した介入を実施したケースが少ない事を踏まえると、ARMS の治療原則を習得するだけでは不十分で、認知行動療法に関する幅広い知識と実践能力が必要であると言える。一定水準の実務能力を持ったセラピストの養成には一定の時間を要すると考えられる。

また、心理的介入への抵抗感や対人緊張により、初期のラポール形成に時間を要するケースが多く見られた。専門外来受診後、可能な限り早い段階での CBT 導入を勧めているが、抵抗感の強いクライアントに対しては CBT 開始に猶予を持たせ、開始時期を見定める工夫も必要かもしれない。症状が改善したために明確な最終期を経ずに休止するケースもある。このようなケースの分類、フォローアップについての指針が必要だろう。

本研究では、CBT の質を確保するために、セラピストによる CTRS を用いた CBT の遵守度のチェックと、セッションの録音内容に基づき、施設内でのスーパーバイズが実施されている。これらも特に問題なく現時点で実施が可能であった。セラピストの質の確保には定期的なスーパーバイズが不可欠である。そのためには、スーパーバイズ体制を維持し続ける事も重要である。適切かつ負担のかかり過ぎないスーパーバイズ体制の確立と維持が求められる。

表 1 のとおり、現在追跡中の症例もあり、データも集積中であるが、現時点では、解析した 9 例中 7 例において主要エンドポイントである 6 ヶ月後の PANSS の総合得点が改善している

(1 例は悪化、1 例はデータ欠損)。また、追跡期間中の精神病移行や抗精神病薬の開始、入院などの事象は生じていない。

今後、さらなる症例への実施と追跡中の症例の評価によって、CBT の安全性と忍容性の確認を行い、本邦での ARMS に対する CBT の実施可能性の確認を行い、臨床評価によって CBT の介入の結果についての検討を行っていく予定である。

E. 結論

ARMS に対する CBT の実施可能性と安全性を検証するオープンスタディのプロトコルと研究の進捗状況について報告した。症例の組み入れは予定より遅れているが、来年度中には研究に必要な事例の組み入れが終了する予定である。現在までに CBT セッションが完了した症例の多くにおいて、セッション完了時点での症状改善が認められている。また、これまで追跡期間中の有害事象は確認されておらず、精神病移行や抗精神病薬の開始、入院などの事象も認められていない。今後、さらに症例を集め、多数例で、実施可能性と安全性について確認していく必要がある。

表 1. CBT 導入症例のプロフィール

施設	年齢	性	職業
東北	25	F	無職
東北	17	F	高校生
東北	19	F	短大生
東北	22	F	大学生
東北	18	M	高校生
東北	16	F	高校生
東北	18	F	高校生
東邦	21	M	大学生
東邦	15	M	高校生
東邦	18	F	高校生
東邦	14	F	中学生
富山	25	M	大学生
富山	15	M	高校生
奈良	15	F	中学生

表 2. 各施設における CBT の導入状況

施設名	介入 終了	介入 中	非適 用例	非適用の理由
東北大学	6	1	2	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人が拒否／消極的 録音に対する抵抗 ・ 早期に症状が改善 ・ 通院同伴者の都合を合せることが困難
東邦大学	3	1	3	<ul style="list-style-type: none"> ・ 主治医の判断（言語コミュニケーション能力の乏しさ、通院自体への拒否が見られたため、主治医との関係構築を優先） ・ 通学しながら通院時間を確保することが困難
富山大学	1	1	3	<ul style="list-style-type: none"> ・ 週 1 回の継続通院が困難 ・ 録音に対する抵抗
奈良県立医科 大学	1	0	10	<ul style="list-style-type: none"> ・ 抗精神病薬治療を優先 ・ 通院が不規則／不定期である ・ 本人が CBT 治療に消極的／拒否

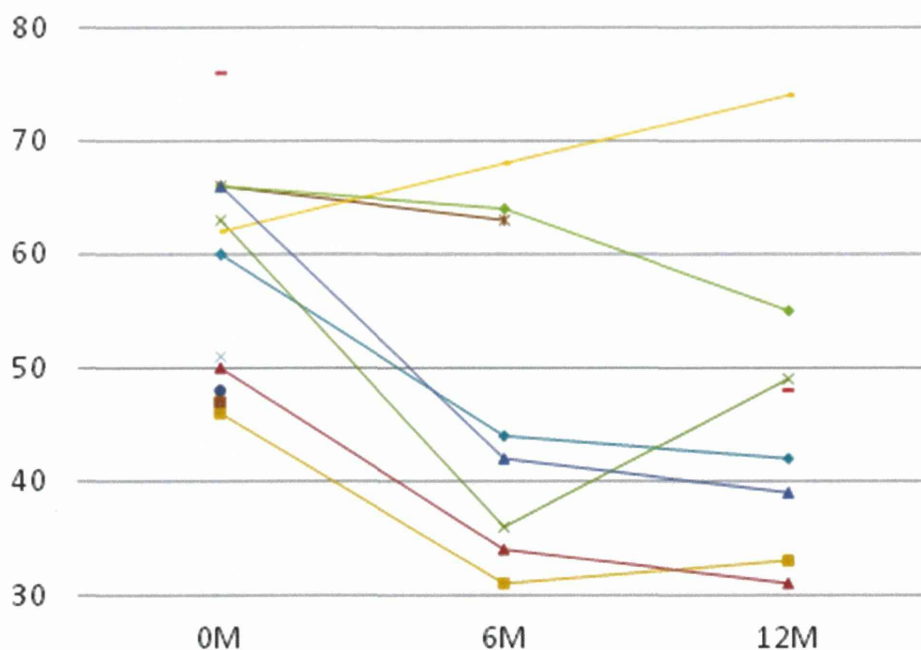


図 1. 各症例の PANSS 合計得点の変化

若年者への早期介入に役立つ CBT 研修会

平成 27 年 2 月 21 日（土）9:00～15:30

A. 目的

若年者への早期介入を実現するためには、エビデンスにもとづいた適切な心理社会的支援方法を専門家に広く普及させ、支援技術の均てん化を図る必要がある。

そこで、全国の精神科医、心理士を対象として、若年者への早期介入に役立つ CBT についての研修会を実施した。

B. 方法

下記の要項（図 1）で研修会を開催した。

研修名：第 1 回 若年者への早期介入に役立つ CBT 研修会

講師：堀越 勝（国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター研修指導部長）

日時：平成 27 年 2 月 20 日（金）11:00～18:00

内容：CBT に必要な精神療法の基本スキル、不安障害に対する CBT の基本と適用

対象者：全国の精神科医療機関等に所属する医師および臨床心理士を対象に募集を行った。

C. 結果

参加者 45 名（精神科医 20 名、臨床心理士 23 名、精神保健福祉士 1 名、作業療法士 1 名）。が得られ、参加者は熱心に研修に参加し技能を取得した。

D. 考察

わが国では認知行動療法の普及は遅れており、特に若年者に対する提供は限られた施設でしか行われていない。今後とも、専門家に対する研修を継続的に行うことが重要と考えられる。

厚生労働科学研究委託事業
精神疾患患者に対する早期介入とその体制の確立のための研究（研究代表者：水野雅文）

第 1 回 若年者への早期介入に役立つ CBT 研修会

日時 平成27年2月20日（金）11:00～18:00
21日（土）9:00～15:30

講師 堀越 勝 先生
国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター 研修指導部長

内容 1日目：CBTに必要な精神療法の基本スキル
2日目：不安障害に対するCBTの基本と適用

本研修会では、精神病のリスク状態（ARMS）を始め、10～20代の不安障害、気分障害、精神病的障害などに早期介入を行う際に、CBT（認知行動療法）を役立てる方法について学びます。若年者に対する早期介入では、特定の疾患だけではなく、あらゆる精神疾患を標的とした上で、個々の事例に合わせた治療の提供が必要とされます。今回は、CBTを実施する際に必要となる精神療法の基本スキルと不安障害のCBTについて、ワークショップ形式での研修を行う予定です。

対象 精神科医・臨床心理士（研修会参加者の割合が規定を満した場合は、本研修会は臨床心理士継続研修ポイント申請予定です）

定員 50名（申込み多数の場合、先着・早期介入の実践機会の有無等を優先）

参加費 無料

場所 T K P 仙台カンファレンスセンター・ホール4 A
(〒980-0013 宮城県仙台市青葉区花京院 1丁目2-3ソララガーデン・オフィス4F)

お申込 平成26年12月5日（金曜日）までに、事務局宛（tohoku.cbt@gmail.com）に Eメールでお名前、ご所属、職種を記載の上、お申込ください。Eメールにて申込み書を送付いたします。申込み内容を検討の上、受講決定についての通知をメールにて送付させていただきます。



研修会事務局：東北大学大学院医学系研究科 予防精神医学寄附講座

3. 小都市における若者支援のための連携モデル：東日本大震災後の支援を契機とした支援ネットワーク

【目的】

海外では、若者の精神保健福祉の向上を目的に、若者支援のための組織やネットワーク作りが行われており、我が国においても、このような組織やネットワークを発展させる必要があると考えられる。大都市では少しずつではあるがこうし動きが始まっているが、地方の市町村では、従来から若者の精神保健・福祉対策にはリソース不足を含めた様々な課題と限界があった。

東日本大震災後の被災地でも、10代から20代の若者が精神的不健康に陥り、社会生活上の困難を抱える者も多く、精神保健・福祉上の課題となっている。一方で、震災後には新たな支援サービスが立ち上げられ、地域の関係者との連携により若者への支援体制が作られ始めている地域もある。我が国の地方小都市において、若者への支援体制を構築するためには、何が必要で、どのような工夫があるのか？本発表では、被災地における若者支援ネットワークの実例をとりあげ、この問題について検討を加えたい。

【方法】

東日本大震災の被災地である宮城県石巻市において、心の問題を抱える若者に関わる支援組織や機関としてどのようなものが立ち上げられ、既存のネットワークとどのように結びついているのかを聞き取り調査を行った。

【結果】

東日本大震災後、石巻地域では、被災住民への精神保健福祉活動を目的とした支援組織や機関が新たに立ち上げられた。代表的な組織としては、精神科診療所のスタッフを中心に立ち上げられた「からころステーション」、「みやぎ心のケアセンター石巻地域センター」、日本医療社

会福祉協会による「石巻医療圏健康・生活復興協議会」などがある。これらの組織は、周辺自治体や支援機関と連携し、アウトリーチ活動によって精神保健福祉、あるいは医療的ニーズの掘り起こしを行っている。この中には、若者が精神的不健康に陥り、ひきこもっているケースも少なくない（表1）。

若者支援を重点的においた組織としては、NPO Switchの運営する「石巻NOTE」がある。この組織では不登校傾向のある学生や心の問題を抱えている若者、精神科・心療内科へ通院しているが障害福祉の社会資源を利用しない若者に対し、就学・就労支援を行っており、公的支援が届きにくい若者への支援を行っている。そのほか、NPO「TEDIC」では、小中高生への学習支援、居場所、不登校支援を行っている。「石巻地域若者サポートステーション」も震災後に設立され、15歳以上への就労支援を行っている。そのほかにも、被災地での虐待防止を目的とし窓口を一本化した石巻市の「虐待防止センター」、宮城県精神保健福祉センター（大崎市）に設置された「宮城県ひきこもり地域センター」など、災害後に立ち上げられた公的支援サービスとの連携も行われている。また、アウトリーチ活動によって把握された事例が、既存の相談支援事業所、障害福祉サービス事業所に若者が紹介されることもある。

事例ごとのニーズに応じて市や保健所と関連組織がケース会議を行い、連携・協力し合う構図が少しずつ形成されている。また、宮城県ひきこもり地域センターでは、各支援機関とのネットワークである石巻不登校・ひきこもり支援ネットワーク会議を立ち上げ、支援組織間のネットワークづくりをしている。この会議は年数回開催されており、各機関の事業紹介や、教育機関との意見交換等を行っている（図1）。

【考察】

東日本大震災後の精神保健福祉ニーズの高まりを受け、さまざまな支援団体が立ち上げられ、地域の精神保健活動は厚みを増してきている。さらに、若者への支援を中心に据えたNPO団体によるサービスも行われるようになり、地域の関連機関の中で有機的な連携が強化されつつあると考えられた。海外においても、若者の精神保健福祉を改善する目的で、若者に重点をおいたサービスが近年発展してきているが、我が国においても、地域精神保健におけるアウトリーチ活動と若者支援に重点を置いた保健福祉領域での支援組織や機関が拡充されることは、若者の精神的健康の維持や精神疾患の予防、早

期発見、あるいは早期介入による回復の促進に結びつくものと考えられる。

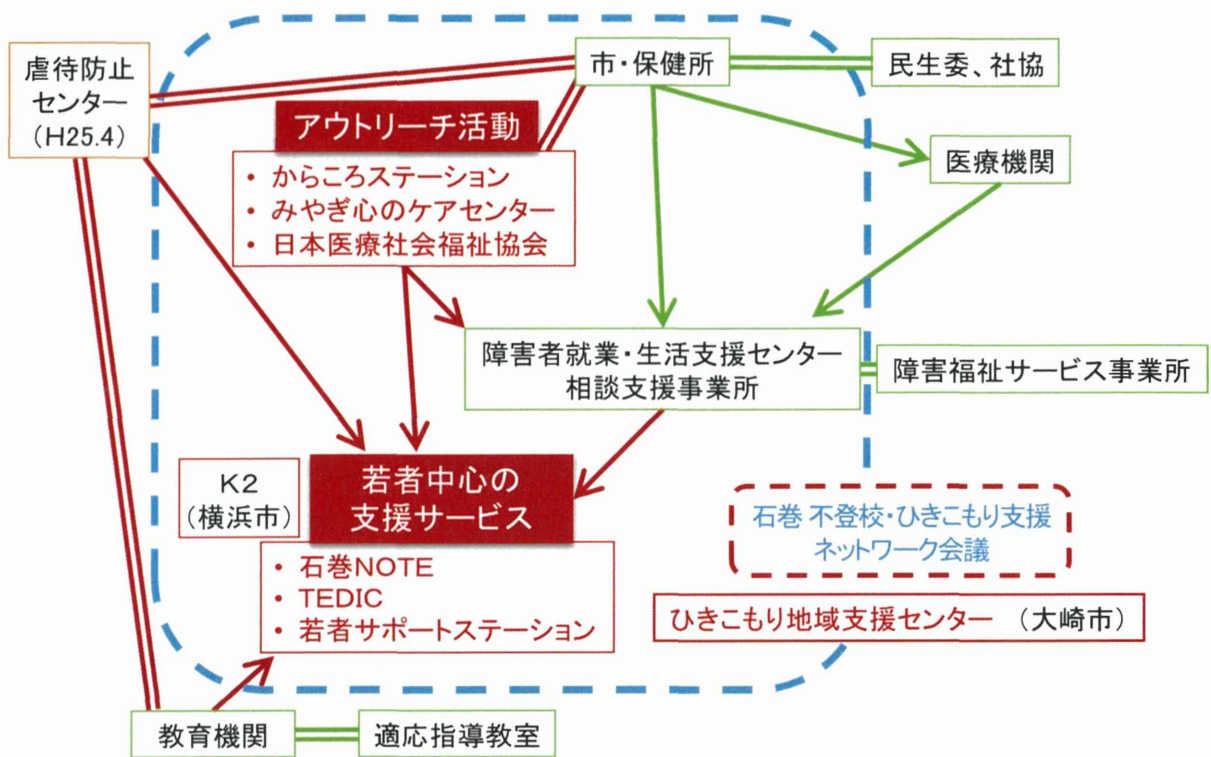
一方で、震災後に設立された支援機関の多くは、長期的な財源確保の見通しがなく、長期的視点から地域に若者支援のシステムが根付いていくかが今後の課題となっている。こうした若者支援のネットワークの形成が被災地のみならず、平時の活動として全国に広がるためには、省庁の枠組みを超えた予算確保と関連機関の連携によりNPOを含めた関連団体を育成、後押しするとともに、その成果を内外に示していく活動が必要だと考えられる。

表1. 震災前後の若者支援関係機関

震災以前からの若者支援関係機関	対象	主な支援内容等	
市・保健所、民生委員、社会福祉協議会	地域住民		
相談支援事業所	障害者	相談支援	
障害者就業・生活支援センター、 障害福祉サービス事業所	障害者	就労支援	
適応指導教室	小中学生	不登校	
震災以降に設立された若者支援関係機関	設立	対象	主な支援内容等
からころステーション (一般社団法人震災心のケア・ネットワークみやぎ)	H23.10 (H23.3~)	被災住民	アウトリーチ 精神保健活動
みやぎ心のケアセンター石巻地域センター (公益社団法人 宮城精神保健福祉協会)	H24.4	被災住民	アウトリーチ 精神保健活動
日本医療社会福祉協会 (公益社団法人 日本医療社会福祉協会)	(H23.3~)	被災住民	アウトリーチ ひきこもりの親の会
TEDIC (NPO法人TEDIC)	H23.5	小中学生 高校生	不登校 学習支援、居場所
ユースサポートカレッジ石巻NOTE (NPO法人Switch)	H25.6	中学生 ~20代	不登校、ひきこもり 就学・就労支援
石巻地域若者サポートステーション (NPO法人ワーカーズコープ、厚労省認定事業)	H25.6	15~ 概ね39歳	ひきこもり 就労支援
宮城県ひきこもり地域支援センター (宮城県精神保健福祉センター)(大崎市)	H26.1	概ね18歳 以上	ひきこもり

図1. 震災前後の石巻地域の若者支援ネットワーク

緑: 震災以前 赤: 震災以降



1. 介入終了者

【症例①】

年齢：20 代、性別：女性、職業：無職

【診断】

ARMS 類型：APS

DSM-IV-TR：特定不能の気分障害

M.I.N.I.：気分変調症

※以前にストレス関連状況で軽躁エピソードを疑わせる症状が存在し、その他にも特定不能のパーソナリティ障害も疑われるが、情報不足で評価困難のため判断保留（インテイク時）。

【主要症状】

- ・精神病様症状（誰かに見られている感じがする、空き部屋の隣室から人の話し声が聞こえる等）
- ・慢性の亜症候性抑うつ症状

【現病歴（簡潔なもの）】

X-3 年に職場でストレスが増大し、不眠、食欲低下、持続的な緊張感、気分の落ちこみが生じ、X-2 年 2 月同僚の解雇に伴い業務量増大し、3 月には会社支店の撤退により職を失った。症状改善しないため X-2 年 5 月に A クリニック受診、抗うつ薬などを処方されたが治療は自己中断。

同年 11 月幼少期に離別した母親とのトラブルが生じた頃から、精神病様症状が出現、加えて活動性亢進、衝動性統御困難が生じた。X-1 年 1 月に A クリニックを再診するも、断続的な受診で 9 月には再び自己中断。その後も精神病様症状は持続し、X 年 2 月に A クリニックを再診したところ、当院を紹介され、X 年 4 月に初診となる。一人暮らしで、ひきこもりがちな生活。

【CBT における主な標的】

- ・人との関わりで「間違った事を言っただけでいい」と考え過ぎ、対人状況の回避に繋がること
- ・自己批判的で極端な認知（「甘えてはいけない」「常に頑張らないといけない」）

【セッション数／頻度】

- ・セッション数：17 回
- ・頻度：1/W（但し、APS 増悪時に診察の回避があり、1 ヶ月の中断期間あり）

【CBT 治療経過】（※初期／中期／後期／終結期等に分類し、該当するセッション回数と CBT の内容を併せて記載ください）

- ・初期（#1～#3）：問題リストの作成、CBT 心理教育、取り組む問題の同定
- ・中期（#4～#10）：「人との関わりで考え過ぎる」問題のフォーミュレーション
- ・後期（#11～#16）：（APS 増悪で中断）APS 心理教育、適応的思考の検討、スキーマ同定と検討
- ・終結期（#17）：面接のふり返り、ブースターセッションを投げ出さないための工夫

【CBT 終了後の経過：ブースターセッションの有無や内容を含めて記載ください】

CBT 介入終了後、月 1 回のブースターセッションを 6 回実施（6 ヶ月間）。ブースターセッション期間中には、実家との関わり方を模索し始めたり、学生時代に受けたトラウマを解消しようとする動きも見られたが、新たな問題に関しては共感的対応に留めて主治医に対応を一任。セッション内では、実生活で刺激される認知（主には「頑張っていない」「甘えている」）に対する適応的思考の検討を中心に扱った。

その後も継続的に治療は続け、主治医によりトラウマにかかわる介入が行われ、これにかかわる症状はある程度改善。躁極Ⅱ型障害～気分循環症的な症状が標的となっている。

【治療上の配慮や感想、コメント】

精神症状のみならず、不安定な対人関係、虐待やトラウマ体験などの問題背景が存在。引きこもりがちで孤立した社会状況下にもあり、CBT の焦点の当て処が想定しづらい CI であった。対人関係を築く事への緊張感、他者への不信感があり心理的介入に懐疑的で、協働的治療関係の構築に時間を要した。また、間違いを恐れる認知の強さから内面の率直な表現が難しく、通院自体に強い緊張感を持っていた。これらの問題を解消する目的で、受診に伴う緊張感やセッション中に生じる不安を直接扱うことで、CI の体験に即したフォーミュレーションの共有が可能となり、徐々に治療動機が高まったと推測される。

介入中 APS が増悪し外出への恐怖感が高まり、一か月ほどの中断期間を挟むこととなったが、治療中断には至らずに治療を再開。APS 増悪のきっかけになった出来事を振り返る事で、スキーマ同定に至った。

スキーマ（「頑張っていない」「自分は甘えている」）の検討は家族に対する葛藤を直面化することにも通じ、作業には苦痛が伴ったようだが、最終的には極端な認知を判断基準とするのではなく、適応的思考の検討を踏まえることで、気分が楽になり選択肢が増える感覚を得られたと考えられる。

【治療評価：治療者による評価】

APS に特化した介入は行わなかったが、フォロー期間中に APS の減弱が見られた。

CBT 介入が全体的な社会機能の向上に即座には結びついていないものの、対人緊張感、拒絶感が薄まった印象が持たれる。経過中に繰り返していた不定期な通院や自己中断はなく、定期的通院を継続している点は評価できる。

スキーマを見直し、適応的思考を導き出す体験を通すことで『高い目標を掲げて（頑張り続けなくてはならない、人に甘えてはならない）、目標に到達できないと徹底的に自己批判する』という認知への気づきは CI にとって有意義なテーマとなったと考えられる。

【治療評価：評価尺度】

評価項目	インテイク	6 ヶ月	12 ヶ月
PANSS 合計	60	44	42
PANSS 陽性症状	13	8	9
PANSS 陰性症状	11	9	8

PANSS 総合精神病理	36	27	25
CAARMS	奇異でない思考内容 (重症度 ; 頻度)	1 ; 1	0 ; 0
	奇異でない観念 (重症度 ; 頻度)	5 ; 3	2 ; 2
	知覚的な異常 (重症度 ; 頻度)	4 ; 3	2 ; 2
	解体した会話 (重症度 ; 頻度)	2 ; 3	0 ; 0
GAF	45	46	48
SOFAS	45	46	48
BDI	37	34	32
STAI (特性不安 ; 状態不安)	65 ; 66	55 ; 59	59 ; 61

【症例②】

年齢 : 10 代、性別 : 女性、職業 : 学生

【診断】

ARMS 類型 : APS

DSM-IV-TR : 大うつ病性障害

M.I.N.I. : 大うつ病エピソード

【主要症状】

抑うつ気分

【現病歴 (簡潔なもの)】

X 年 4 月末頃から、特にきっかけなくテンションの上がり下がりがあり、中途覚醒も増え、食欲が低下し、体重が 4 kg 減少した。同年 5 月、A 脳神経外科を受診したところ、うつ病と診断され、抗うつ薬を処方された。また、すぐに B クリニックを紹介され、受診。電車などで人から見られていると感じる、友人の声やキーンという音やノックの音が週に数回聞こえるという症状もあり、当院を受診した。意欲低下、興味関心の低下があり、ほとんどの場合気分の落ち込みが強いが、テンションが上がり過ぎる状態が半日くらい続く時もあった。また、包丁を見ると自分が何かしてしまうのではないかと怖くなり、ニュースなどの事件も怖くて見られなくなった。人から見られているという信念も根拠に乏しく、確信度が高いものであった。2 回目の診察では、一人でいても誰かに見られている感じがするという注察念慮も新たに訴えられた。

【CBT における主な標的】

抑うつ気分、気分の波

【セッション数 / 頻度】

合計セッション数 : 21 回 / 週 1 回 (終結期は隔週)

【CBT 治療経過】 (※初期 / 中期 / 後期 / 終結期等に分類し、該当するセッション回数と CBT の内容を併せて記載ください)

- ・ 初期 (#1~#4) : 問題の経過と治療への期待を確認し、問題リストの作成を行った。問題リストの多くがうつ症状から生じていると考えられたため、うつと CBT の心理教育を行い、うつ