

早期精神病の診療プランと実践例ー予備的ガイダンス 2017ー
Treatment Plans and Implementation for Early Psychosis:
Preliminary Guidance 2017.

研究開発代表者

水野 雅文

東邦大学・医学部医学科精神神経医学講座・教授

研究開発分担者

鈴木 道雄

富山大学・大学院医学薬学研究部・教授

松本 和紀

東北大学・大学院医学研究科・准教授

下寺 信次

高知大学・医学部神経精神科学教室・准教授

岸本 年史

奈良県立医科大学・精神医学・教授

川崎 康弘

金沢医科大学・医学部精神神経科学・教授

中込 和幸

国立精神・神経医療研究センター・精神保健研究所・所長

はじめに

わが国の精神医療サービス体制は、これまでの入院中心型から地域ケア中心型への移行が進んできている。その中で、精神疾患を重症化させず、地域の中で社会包括しながら支える早期介入の重要性については、その概念は次第に認識されてきているものの、地域における実践レベルには至っていない。精神疾患に対する早期介入の重要性は欧米では広く認識され実践されている地域もあるが、わが国においては今後のさらなる普及が期待されている。その実現には医療供給体制の違いや精神疾患に対する差別・偏見を克服し、地域差、ライフサイクルによる差異、サービス受療者の利便性を考慮した、わが国の保健医療体制で実施可能なシステムの確立が求められている。

本研究班は、当初平成 26 年度は厚生労働科学研究委託事業（障害者対策総合研究事業（障害者対策総合開発事業（精神障害分野））「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」班として発足した。これまで厚生科学研究班からの初発統合失調症患者および精神病発症危険状態にある症例からなるコホートを維持し、わが国の初発統合失調症における DUP の長期予後への影響、発症前段階（ARMS）における臨床特性を検証し、ARMS 症例に対する基本的介入方法とされる認知行動療法がわが国の治療環境においても活用可能であるか等、早期介入に関連する諸課題を幅広く検討してきた。各年度では認知行動療法（CBT）研究実施やその人員育成のための講習会、神経画像グループでは研究データの検討会などを開催しつつ、成果の凝集をはかった。平成 27 年度からは、日本医療研究開発機構(AMED)障害者対策総合委託事業となり、班会議に際しては各分野の専門家を招聘して特別講演を開催し、議論を深めた。

その過程において、早期精神病の概念整理、診断、治療、に関する包括的なレビューに加え、地域支援の方法論、海外事例の検討、医療経済的検討、学校教育における連携のあり方、フィデリティ、さらに海外におけるガイドラインの参照などを行い、早期治療に関する普及啓発のためには、精神疾患の早期介入に関する総合的なエビデンスや実践例を集約し、最新情報の普及をはかる必要があると考えた。

早期精神病、特に ARMS に対する関心の高まりは近年のことであり、わが国からのエビデンスや治療実践は乏しい。このような作成経緯からご理解いただけるように、本書は系統的レビューを経たいわゆる「ガイドライン」ではなく、エキスパートコンセンサス的であり、ガイダンスと名付けた。今後の改訂作業の積み重ねが重要と考える。

なお、本ガイダンスは、医師と患者とのコミュニケーションを通じて治療方針を決めていく中で、参考にするための 1 つの資料にすぎず、医師の裁量を否定するものではありません。

本研究は国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）の障害者対策総合研究開発事業（精神障害分野）の支援によって行われた。

平成 29 年 8 月 1 日

研究開発代表者

水野 雅文 東邦大学・医学部医学科精神神経医学講座・教授

研究開発分担者

鈴木 道雄 富山大学・大学院医学薬学研究部・教授

松本 和紀 東北大学・大学院医学研究科・准教授

下寺 信次 高知大学・医学部神経精神科学教室・准教授

岸本 年史 奈良県立医科大学・精神医学・教授

川崎 康弘 金沢医科大学・医学部精神神経科学・教授

中込 和幸 国立精神・神経医療研究センター・精神保健研究所・所長

ガイドンス執筆者一覧（執筆順）

西山志満子

鈴木道雄

高橋努

樋口悠子

松本和紀

中込和幸

藤田博一

下寺信次

根本隆洋

岸本年史

盛本翼

岡崎康輔

水野雅文

川崎康弘

藤井千代

松本和紀

船渡川智之

辻野尚久

馬場遥子

田形弘実

内野敬

目次

第一部 エビデンス編

1. 早期精神病の概念整理
2. アセスメントと臨床診断 (症候)
3. アセスメントと臨床診断 (画像・生理)
4. 心理社会的介入
5. CBT 認知行動療法
6. CRT 認知矯正療法
7. ARMS と心理教育
8. デイケア
9. 初回エピソード統合失調症および初回エピソード精神病に対する薬物療法
10. ARMS に対する薬物療法

第二部 実践編

1. 地域における早期介入
2. 地域における早期介入—大都市モデル
3. 地域における早期介入—小都市モデル
4. 地域包括ケアシステムの中での早期支援
5. 早期介入の医療経済効果
6. 学校教育への取り組み
7. 海外におけるモデル
8. ファイデリティ測定とその意義
9. NICE 診療ガイドライン 翻訳解説

1. 早期精神病の概念整理

1.1 初回エピソード精神病 first episode psychosis (FEP)

1.1.1 初回エピソード精神病 first episode psychosis (FEP) は、明らかな陽性の精神病症状が生涯で初めて出現している状態である。FEP は統合失調症、統合失調症様障害、統合失調感情障害や精神病症状を伴う気分障害など、多様な病態からなる異質な群である。FEP の中で初回エピソード統合失調症 first episode schizophrenia (FES) が占める割合は初診時には 30%程度であると報告されている (Haahr et al., 2008)。1~2 年後の再診断では 50%程度になるが、これは主に初診時に統合失調症様障害や特定不能の精神病性障害とされていたものの一部が、統合失調症と再診断されることによる。すなわち、より早期に受診するほど、統合失調症と診断できる患者の割合は低くなり、より多様な転帰を考慮することが必要になる。

1.1.2 精神病未治療期間 duration of untreated psychosis (DUP) とは、FEP が発症してから、適切な治療を開始されるまでの時間的遅れのことである。メタ解析によると、DUP が長いことは、治療開始後の臨床症状、社会機能、QOL、寛解率、抗精神病薬に対する反応性などの不良と関連する (Marshall et al., 2005; Perkins et al., 2005)。わが国の前方視調査では、DUP の平均値は 17.3 月 (中央値 2.5 月) であり、潜行性発症の群では DUP が長いと治療開始 18 ヶ月後の認知機能が不良であった (Ito et al., 2015)。これらの知見は DUP の短縮が予後の改善につながることを示唆し、統合失調症に対する早期介入の重要な根拠となっている。実際に、早期介入キャンペーンにより DUP を短縮することにより、治療開始 1 および 2 年後の陰性症状などが改善することが報告されている (Melle et al., 2008)。

1.1.3 治療臨界期仮説 critical period hypothesis とは、統合失調症の発症初期の数年間が予後を決定する重要な時期であり、重点的な治療・支援を行うべきとする考えである (Birchwood et al., 1998)。この仮説は、統合失調症の多くの症例で、社会機能などの悪化は発症早期に生じ、発症後 2~5 年の間に比較的安定化すること、また発症後の数年間には再発や自殺が起こりやすく、患者本人や家族への心理社会的影響も大きいことなどの臨床的事実に基づいている。近年の脳画像研究における、統合失調症の発症からの数年間に脳灰白質体積が進行性に減少するという所見は、この仮説の神経生物学的基盤であるかもしれない。早期の重点的介入を 2 年間行くと、通常治療と比較して、臨床症状などがより良好となるが、介入終了後にその効果は次第に減少することが報告されている。しかし、10 年後においても独立した生活を営んでいる率や就労率が依然として高いことが報告されている (Hegelstad et al., 2012; Secher et al., 2014)。早期の重点的介入の期間は、2 年間では十分でないことが示唆されている。

1.2 精神病発症危険状態 at risk mental state (ARMS)

1.2.1 精神病発症危険状態 at risk mental state (ARMS) とは、明らかな精神病症状を発

症する高いリスクを有すると考えられる臨床的狀態を意味する。後方視的概念である前駆状態 prodrome に対し、ARMS は前方視的に評価されるもので、精神病発症のリスクは高くてもそれが避けられないものではないことを意識して概念化された (Yung et al., 1996)。

1.2.2 ARMS を操作的に診断するために、オーストラリア (メルボルン) の研究グループが開発したのが ultra high risk (UHR) 基準である (Yung et al., 1998)。UHR 基準では、①閾値下の弱い精神病症状 (attenuated psychotic symptoms, APS)、②一過性で自然軽快する精神病症状 (brief limited intermittent psychotic symptoms, BLIPS)、③遺伝的素因に機能低下を伴う (genetic risk and deterioration syndrome, GRD)、のいずれかを示す場合に ARMS とする。メタ解析によると、APS が 85%、BLIPS が 10%、GRD が 5% を占める (Fusar-Poli et al., 2016)。UHR 基準による ARMS を診断するための構造化面接としては、メルボルンで開発された Comprehensive Assessment of At-Risk Mental State (CAARMS) および北米で開発された Structured Interview for Prodromal Symptoms/Scale of Prodromal Symptoms (SIPS/SOPS) が代表的である。一方、ドイツの研究グループは、基底症状 basic symptoms (BS) のうち知覚および認知面の症状の存在が、高率に後の顕在発症につながることを見だし、上記の UHR 基準に BS 基準を加えて、臨床的ハイリスクの評価に用いている (Schultze-Lutter et al., 2012)。BS 基準は、UHR の閾値下あるいは一過性の精神病症状より早期に出現する前駆症状と想定されている。

1.2.3 ARMS でかつ援助希求 (help seeking) をする者が、1~2 年の間に明らかな精神病を発症する率 (移行率) は、当初 30~40% と報告されていたが、研究の進展とともに徐々に低下する傾向にあることが指摘されている。約 2,500 例の ARMS のメタ解析によると、移行率は 6 ヶ月で 18%、1 年で 22%、2 年で 29%、3 年で 32%、それ以上で 36% である (Fusar-Poli et al., 2012)。また、UHR 基準のうち、発症リスクは BLIPS > APS > GRD の順に高い (Fusar-Poli et al., 2016)。ところで、移行例のうち統合失調症を発症するのは約 60% であり、それ以外は統合失調症様障害や短期精神病性障害、統合失調感情障害、精神病症状を伴う双極性障害やうつ病など多様である (Fusar-Poli et al., 2013a)。

1.2.4 援助希求する ARMS は、精神病を発症する以外にも少なからぬ精神医学的問題を有する。すなわち、深刻な社会生活機能の障害を示し、多くが併存症として不安障害やうつ病などを有し、自殺も高率である。神経認知や社会認知の障害も認められ、移行例でより顕著である。また、ARMS においてすでに、脳灰白質減少などの神経生物学的変化が認められ、移行例では進行性変化も報告されている。ARMS の中でより発症リスクの高い者を同定するための研究では、臨床症状のみならず、認知機能や脳画像についても検討され、有望な結果が得られつつある (Fusar-Poli et al., 2013b)。なお、ARMS の非移行例には、閾値下の精神病症状が持続するもの、持続性または反復性の気分障害や不安障害を示すものなどが含まれ (Lin et al., 2015)、長年に渡って生活機能の低下を示すこ

とが報告されている (Addington et al., 2011)。

1.2.5 精神病症状様体験 psychotic-like experiences (PLEs) は subclinical な精神病症状の総称である。一般人口における PLEs の有症率は報告によって差異が大きい、メタ解析によると中央値が 5.3% である (van Os et al., 2009)。PLEs は一過性で苦痛や機能低下を伴わないものから、苦痛、機能低下、併存症を伴うものまでさまざまな程度があると考えられる。すなわち、PLEs を体験する者のうち、それに伴う苦痛や機能低下などにより、援助希求に至った者が ARMS と診断されると考えられる。

1.2.6 減弱精神病症候群 Attenuated Psychosis Syndrome (DSM-5) は、UHR 基準の中で最も高頻度に見られる①閾値下の弱い精神病症状 (APS) に相当するものだが、DSM では「今後の研究のための病態」として扱われている。将来の精神病発症リスクよりも、すでに存在する苦痛や能力低下などを重視し、治療の必要な状態であることを重視した診断カテゴリーである。

【文献】

- 1) Addington J, Cornblatt BA, Cadenhead KS, Cannon TD, McGlashan TH, Perkins DO, Seidman LJ, Tsuang MT, Walker EF, Woods SW, Heinsen R: At clinical high risk for psychosis: outcome for nonconverters. *Am J Psychiatry* 168: 800-805, 2011.
- 2) Birchwood M, Todd P, Jackson C: Early intervention in psychosis: The critical period hypothesis. *Br J Psychiatry* 172 (suppl. 33): 53-59, 1998.
- 3) Fusar-Poli P, Bechdolf A, Taylor MJ, Bonoldi I, Carpenter WT, Yung AR, McGuire P: At risk for schizophrenic or affective psychoses?: a meta-analysis of DSM/ICD diagnostic outcomes in individuals at high clinical risk. *Schizophr Bull* 39: 923-32, 2013a.
- 4) Fusar-Poli P, Bonoldi I, Yung AR, Borgwardt S, Kempton MJ, Valmaggia L, Barale F, Caverzasi E, McGuire P: Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Arch Gen Psychiatry* 69: 220-229, 2012.
- 5) Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A, Addington J, Riecher-Rössler A, Schultze-Lutter F, Keshavan M, Wood S, Ruhrmann S, Seidman LJ, Valmaggia L, Cannon T, Velthorst E, De Haan L, Cornblatt B, Bonoldi I, Birchwood M, McGlashan T, Carpenter W, McGorry P, Klosterkötter J, McGuire P, Yung A: The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry* 70: 107-120, 2013b.

- 6) Fusar-Poli P, Cappucciati M, Borgwardt S, Woods SW, Addington J, Nelson B, Nieman DH, Stahl DR, Rutigliano G, Riecher-Rössler A, Simon AE, Mizuno M, Lee TY, Kwon JS, Lam MML, Perez J, Keri S, Amminger P, Metzler S, Kawohl W, Rössler W, Lee J, Labad J, Ziermans T, An SK, Liu CC, Woodberry KA, Braham A, Corcoran C, McGorry P, Yung AR, McGuire PK: Heterogeneity of psychosis risk within individuals at clinical high risk: a meta-analytical stratification. *JAMA Psychiatry* 73: 113-120, 2016.
- 7) Haahr U, Friis S, Larsen TK, Melle I, Johannessen JO, Opjordsmoen S, Simonsen E, Rund BR, Vaglum P, McGlashan T: First-episode psychosis: diagnostic stability over one and two years. *Psychopathology* 41: 322-329, 2008.
- 8) Hegelstad WV, Larsen TK, Auestad B, Evensen J, Haahr U, Joa I, Johannessen JO, Langeveld J, Melle I, Opjordsmoen S, Rossberg JI, Rund BR, Simonsen E, Sundet K, Vaglum P, Friis S, McGlashan T: Long-term follow-up of the TIPS early detection in psychosis study: effects on 10-year outcome. *Am J Psychiatry* 169: 374-380, 2012.
- 9) Ito S, Nemoto T, Tsujino N, Matsumoto K, Matsuoka H, Tanaka K, Nishiyama S, Suzuki M, Kinoshita H, Ozawa H, Fujita H, Shimodera S, Kishimono T, Matsumoto K, Hasegawa T, Mizuno M: Differential impacts of duration of untreated psychosis (DUP) on cognitive function in first-episode schizophrenia according to mode of onset. *Eur Psychiatry* 30: 995-1001, 2015.
- 10) Lin A, Wood SJ, Nelson B, Beavan A, McGorry P, Yung AR: Outcomes of nontransitioned cases in a sample at ultra-high risk for psychosis. *Am J Psychiatry* 172: 249-258, 2015.
- 11) Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T: Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients. *Arch Gen Psychiatry* 62: 975-983, 2005.
- 12) Melle I, Larsen TK, Haahr U, Friis S, Johannessen JO, Opjordsmoen S, Rund BR, Simonsen E, Vaglum P, McGlashan T: Prevention of negative symptom psychopathologies in first-episode schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 65: 634-640, 2008.
- 13) Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA: Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 162: 1785-1804, 2005.
- 14) Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, Fusar-Poli P, Bechdolf A, Schimmelmann BG, Klosterkötter J: Basic symptoms and the prediction of first-episode psychosis. *Curr Pharm Des* 18: 351-357, 2012.

- 15) Secher RG, Hjorthøj CR, Austin SA, Thorup A, Jeppesen P, Mors O, Nordentoft M: Ten-year follow-up of the OPUS specialized early intervention trial for patients with a first episode of psychosis. *Schizophr Bull* 41: 617-626, 2015.
- 16) van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L: A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med* 39: 179-195, 2009.
- 17) Yung AR, McGorry PD, McFarlane CA, Jackson HJ, Patton GC, Rakkar A: Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophr Bull* 22: 283-303, 1996.
- 18) Yung AR, Phillips LJ, McGorry PD, McFarlane CA, Francey S, Harrigan S, Patton GC, Jackson HJ: Prediction of psychosis: a step towards indicated prevention of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 172 (suppl 33): 14-20, 1998
- 19) Yung AR, Woods SW, Ruhrmann S, Addington J, Schultze-Lutter F, Cornblatt BA, Amminger GP, Bechdolf A, Birchwood M, Borgwardt S, Cannon TD, de Haan L, French P, Fusar-Poli P, Keshavan M, Klosterkötter J, Kwon JS, McGorry PD, McGuire P, Mizuno M, Morrison AP, Riecher-Rössler A, Salokangas RKR, Seidman LJ, Suzuki M, Valmaggia L, van der Gaag M, Wood SJ, McGlashan TH: Whither the attenuated psychosis syndrome? *Schizophr Bull* 38: 1130-1134, 2012.

(西山志満子、鈴木道雄)

2. アセスメントと臨床診断（症候）

2.1 初回エピソード精神病（First episode psychosis: FEP）

2.1.1 専門的なアセスメントへの紹介

2.1.1.1 FEP が疑われる者に対しては、患者の安全を確保し、遅滞なく精神科医による専門的なアセスメントが受けられるようにすべきである。(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010; National-Institute-for-Health-and-Care-Excellence, 2014)

2.1.2 アセスメント

- FEP の患者に対しては生物・心理・社会の領域における全人的な包括的評価を行う。(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010)
- アセスメントの開始は、治療のはじまりでもある。患者の安全に配慮した上で、信頼関係と治療関係の構築を大切にする。(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010)
- アセスメントの実施には、精神科医に加えて、必要に応じ看護師、精神保健福祉士、心理士、作業療法士、精神科医以外の医師などの多職種が参加する。
- アセスメントは継続的に進めていくプロセスとして実施する。(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010)

2.1.3 身体医学的評価(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010; National-Institute-for-Health-and-Care-Excellence, 2014)

- 既往歴、神経学的評価（脳 CT や脳 MRI を含む）、血圧／血糖／脂質代謝、心血管系、その他の一般的身体的検査
- 物質使用：アルコール、危険ドラッグ、麻薬、覚醒剤
- 身体的健康：体重、喫煙、食生活、運動、性機能や性生活

2.1.4 精神医学的評価(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010; National-Institute-for-Health-and-Care-Excellence, 2014)

- 精神病症状に加え、抑うつや躁症状、不安、行動上の問題などについての包括的評価
- 神経発達：知的能力／認知機能、社会的発達、神経発達症の評価
- 暴力を含む他害性、自傷／自殺のリスク

2.1.5 心理・社会的評価(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010; National-Institute-for-Health-and-Care-Excellence, 2014)

- 虐待（身体的・精神的）、幼少期の親との別離、トラウマ、いじめの既往
- 精神疾患についてのスティグマや偏見：罹病したことについての個人的な文脈についての理解や病識などを含む
- 家族についての評価：家族のニーズ、精神病についての知識、患者の精神疾患が家族に及ぼす影響、ストレングス、対処のための資源などを含む
- 対人関係：友人、ソーシャル・ネットワーク
- 学業と就労：最終学歴、就労歴、学校や職場との関係、ニーズ
- ストレングス
- 利用できる心理・社会的資源
- 経済的な状態

2.1.6 診断

2.1.6.1 FEP は、幻覚や妄想などの陽性症状が精神病の閾値を超えた精神状態（精神病状態）が1週間以上続くものとして定義される。(Galletly et al., 2016)

2.1.6.2 FEP には、統合失調症スペクトラム障害における様々な診断カテゴリーに加えて、精神病徴候を伴ううつ病や双極性障害などの感情性精神病も含まれる。

2.1.6.3 FEP の約 60%は、統合失調症スペクトラムにこの時点で当てはまるが、その後時間の経過とともに少しずつその割合は高まる。(Galletly et al., 2016)

2.1.6.4 FEP のなかのカテゴリー診断の確定は、診療経過のなかで患者についての情報収集が進み、また、患者の経過についての情報が集まることで可能になる。アセスメントの初期段階における診断は信頼性が乏しく、誤った診断による弊害のリスクもある。診断の暫定性を担保し、継続的な見直しを行うことが奨められる。(Spencer et al., 2001)

2.1.6.5 併存する気分症状や不安症状、物質使用についての評価を行い、併存診断や鑑別診断を行う。(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010; National-Institute-for-Health-and-Care-Excellence, 2014)

2.1.6.6 FEP では、心的外傷後ストレス障害を併存したり、トラウマと関連する幼少期の不遇体験を経験することが多い。また、精神病の発症に関わる体験や治療に伴う体験がトラウマになる場合がある。トラウマ体験についての十分な配慮の上で、慎重にトラウマに関わる体験についての評価を行う。(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010; National-Institute-for-Health-and-Care-Excellence, 2014)

2.2 At-risk mental state: ARMS

2.2.1 専門的なアセスメントへの紹介

2.2.1.1 説明のつかない機能の低下（学業、就労、家庭、対人関係などの領域）が認められ、精神疾患が疑われる場合、精神病性障害とそのリスク状態の可能性を検討すべきである。(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010;

International-Early-Psychosis-Association-Writing-Group, 2005)

2.2.1.2 弱い精神病症状が認められ、機能の低下を伴う場合には、精神科医による専門的なアセスメントが受けられるようにする。(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010; National-Institute-for-Health-and-Care-Excellence, 2014)

2.2.1.3 精神病に移行するリスクが高い精神状態（アットリスク精神状態 at-risk mental state: ARMS）に該当するか否かの専門的なアセスメントは、精神病の診療や若者の精神医療について十分に経験を積んだ精神科医や、ARMS 診療についてのトレーニングや臨床経験のある精神科医や心理士が行うことが望ましい。(National-Institute-for-Health-and-Care-Excellence, 2014; Schultze-Lutter et al., 2015)

2.2.2 診断

2.2.2.1 ARMS の診断は、超ハイリスク（ultra-high risk : UHR）基準による以下の 3 群のいずれかに該当した場合になされる。(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010; International-Early-Psychosis-Association-Writing-Group, 2005; National-Institute-for-Health-and-Care-Excellence, 2014)

- ・弱い精神病症状（attenuated psychotic symptoms, APS）群：精神病閾値下の弱い陽性症状を示す群

- ・短期間欠性精神病症状（brief limited intermittent psychotic symptoms, BLIPS）群：1 週間以内に自然寛解する精神病症状を示す群

- ・素因と機能低下群（genetic risk and deterioration syndrome, GRD）：精神病の遺伝負因や統合失調型パーソナリティ障害に加えて、機能低下が認められる者

2.2.2.2 UHR 基準は、精神的な問題のために苦痛を経験していたり、機能低下をきたしていたりする場合に適用されるのが一般的である。(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010; National-Institute-for-Health-and-Care-Excellence, 2014)。ただし、UHR 基準には、機能低下の基準を含むべきではないとする意見もある。(Schultze-Lutter et al., 2015)また、素因群は、精神病への移行リスクが他の群よりも低いため ARMS に含めるべきではないとする意見もある。(Schultze-Lutter et al., 2015)

2.2.2.3 UHR 基準の評価には、客観的な評価指標（例：CAARMS、SIPS/SOPS）を用いられることが多い。(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010)

2.2.2.4 UHR 基準は、18 歳未満の子供に対する精神病への移行リスクについてのエビデンスは限られており、特に 10 代前半への適用については慎重に適用することが奨められる。(Schultze-Lutter et al., 2015)

2.2.2.5 UHR 基準を満たさずに、特定の基底症状（basic symptoms: BS）を示す者を ARMS と診断する方法もある。(Schultze-Lutter et al., 2015)ただし、日本ではこの基準に基づいた診断

について十分な検証は行われていない。

2.2.3 アセスメント

2.2.3.1 併存する精神症状や精神疾患

・併存する抑うつや不安と関連する精神疾患についてのアセスメントを行う(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010; National-Institute-for-Health-and-Care-Excellence, 2014; Schultze-Lutter et al., 2015)。このなかには、抑うつ障害群、不安症群、強迫症および関連症群、心的外傷およびストレス因関連障害群などが含まれる。これらの精神症状は、診断閾値下のレベルにある場合でも、患者の苦痛や機能障害、その他の精神症状と関連する場合がある。

・併存する神経発達症群（例；自閉スペクトラム症、注意欠如・多動症）の症状を評価する。神経発達症群の症状は、診断閾値下のレベルにある場合でも、患者の苦痛や機能障害、その他の精神症状と関連する場合がある。

【文献】

- 1) Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program: Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis, 2nd edition: A Brief Summary for Practitioners. Orygen Youth Health, Melbourne, 2010
- 2) Galletly, C, Castle, D, Dark, F, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. Aust N Z J Psychiatry 50(5): 410-472, 2016
- 3) International-Early-Psychosis-Association-Writing-Group. International clinical practice guidelines for early psychosis. Br J Psychiatry Suppl. 48: s120-124., 2005
- 4) National-Institute-for-Health-and-Care-Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. from National Institute for Health and Care Excellence, 2014
- 5) Schultze-Lutter, F, Michel, C, Schmidt, SJ, et al. EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses. Eur Psychiatry 30(3): 405-416, 2015
- 6) Spencer, E, Birchwood, M, McGovern, D. Management of first-episode psychosis. Advances in Psychiatric Treatment 7: 133-142, 2001

(松本和紀)

3. アセスメントと臨床診断（神経画像・神経生理検査等による評価）

3.1. 初回エピソード精神病 first episode psychosis (FEP) や精神病発症危険状態 at-risk mental state (ARMS) の診断は臨床症状に基づき行われるため、脳画像検査や神経生理学的検査を行う最も重要な臨床的意義は脳器質因の除外である。

3.2. 初診の際には除外診断のため種々の精神作用物質（覚せい剤、大麻、危険ドラッグなど）の使用の確認および採血検査（一般的には血算・生化学および甲状腺機能、耐糖能）を行う。

3.3. 精神症状が主訴であっても過去に頭部検査歴のない場合や神経学的所見で異常を認める場合には、粗大な脳器質因を除外するために頭部 CT などを行うことを推奨する（川崎, 2014）（ただし保険適応なし）。意識障害や不随意運動を伴う精神病症状を認めた場合などには、積極的に脳器質因を疑い、脳波検査、頭部 MRI、脳血流 SPECT などを行うことを推奨する。特に抗 N-methyl-D-aspartate (NMDA) 受容体脳炎（神林ら, 2014）や橋本脳症（米田, 2012）といった自己免疫性脳症では精神病性障害との鑑別が重要となる。自己免疫性脳症の診断においては髄液および血清の抗体検査の役割が大きいが、脳画像検査や脳波検査の所見は、初期に器質因を疑う根拠となる。

3.4. 光トポグラフィー検査（Near infra-red spectroscopy, NIRS）による脳機能評価はうつ症状の補助診断法として保険適応があり、うつ症状があり、かつ統合失調症との鑑別が問題となる症例では診断に有用である可能性がある。一定のうつ症状を認めた場合、NIRS により統合失調症患者の約 7 割を正しく判別できることが報告されているが（滝沢ら, 2009）、FEP や ARMS における検討は乏しい。また現時点で光トポグラフィー検査を施行可能な施設は限られる。

3.5. MRI 研究では、統合失調症で報告される大脳灰白質（前頭-側頭-辺縁系領域）の軽度体積減少などの脳構造変化が、FEP や ARMS においてもある程度認められることが報告されている（鈴木と高橋, 2010）。これらは群間の統計学的比較により見出される変化であり、個別の症例で診断に有用とは言えない。複数の脳部位の計測値の組み合わせや脳全体の形態変化のパターンにより統合失調症患者と健常者の判別（鈴木ら, 2012）や ARMS 症例の精神病発症予測（Koutsouleris et al., 2009）が 8 割程度の精度で可能との研究報告があり、今後の臨床応用が期待される。

3.6. 統合失調症患者では事象関連電位（event-related potential, ERP）に異常がみられることが報告されている。主な ERP として P300 とミスマッチ陰性電位（mismatch negativity, MMN）があり、振幅および潜時をパラメータとする。各種 ERP のうち、持続長ミスマッチ陰性電位（duration MMN）は統合失調症において健常者と比較して振幅が低下しており（Näätänen et al., 2016）、さらに後に精神病を発症する ARMS ではベースライン時点で振幅が低いことが報告されてい

る (Erickson et al., 2016) 。簡便に測定する方法の開発も進められており (Light et al., 2015) 、今後の臨床応用が期待される。

【文献】

- 1) Erickson MA, Ruffle A, Gold JM: A meta-analysis of mismatch negativity in schizophrenia: from clinical risk to disease specificity and progression. *Biol Psychiatry* 79(12): 980-987, 2016.
- 2) 神林 崇, 筒井 幸, 田中恵子, 大森佑貴, 高木 学, 面川真由, 森 朱音, 草薙 宏明, 西野精治, 清水徹男: 精神科における anti-NMDAR 脳炎:悪性緊張病と非定型精神病と電気治療. *臨床神経* 54: 1103-1106, 2014.
- 3) 川崎康弘: 脳構造画像 (CT) . 笠井清登, 鈴木道雄, 三村 将, 村井俊哉 (編) : 精神疾患の脳画像ケースカンファレンス—診断と治療へのアプローチ—. pp2-14, 中山書店, 2014.
- 4) Koutsouleris N, Meisenzahl EM, Davatzikos C, Bottlender R, Frodl T, Scheuerecker J, Schmitt G, Zetzsche T, Decker P, Reiser M, Möller HJ, Gaser C: Use of neuroanatomical pattern classification to identify subjects in at-risk mental states of psychosis and predict disease transition. *Arch Gen Psychiatry* 66(7): 700-712, 2009.
- 5) Light GA, Swerdlow NR, Thomas ML, Calkins ME, Green MF, Greenwood TA, Gur RE, Gur RC, Lazzeroni LC, Nuechterlein KH, Pela M, Radant AD, Seidman LJ, Sharp RF, Siever LJ, Silverman JM, Sprock J, Stone WS, Sugar CA, Tsuang DW, Tsuang MT, Braff DL, Turetsky BI: Validation of mismatch negativity and P3a for use in multi-site studies of schizophrenia: characterization of demographic, clinical, cognitive, and functional correlates in COGS-2. *Schizophr Res* 163(1-3): 63-72, 2015.
- 6) Näätänen R, Todd J, Schall U: Mismatch negativity (MMN) as biomarker predicting psychosis in clinically at-risk individuals. *Biol Psychol* 116: 36-40, 2016.
- 7) 鈴木道雄, 川崎康弘, 高橋 努, 高柳陽一郎, 中村主計: 構造 MRI を用いた統合失調症の診断法. 三國雅彦, 福田正人, 功刀浩 (編) : 精神疾患診断のための脳形態・機能検査法. pp7-17, 新興医学出版社, 2012.
- 8) Suzuki M, Nohara S, Hagino H, Takahashi T, Kawasaki Y, Yamashita I, Watanabe N, Seto H, Kurachi M: Prefrontal abnormalities in patients with simple schizophrenia: structural and functional brain-imaging studies in five cases. *Psychiatry Res* 140 (2): 157-171, 2005.
- 9) 鈴木道雄, 高橋 努: 統合失調症前駆期および初回エピソードにおける脳構造画像所見の特

徴. 臨床精神薬理 13: 13-21, 2010.

10) 滝沢 龍, 西村幸香, 小池進介, 笠井 清登, 福田正人: 統合失調症の神経生理学的研究
—NIRS を用いた検討—. 脳と精神の医学 20 (4): 319-329, 2009.

11) 米田 誠: 橋本脳症の診断と治療. 臨床神経 52: 1240-1242, 2012.

(高橋 努、樋口悠子、鈴木道雄)

4. FEPとARMSへの介入

4.1 初回精神病エピソード (First episode psychosis: FEP)

4.1.1 包括的な治療計画の作成

4.1.1.1 生物・心理・社会的領域を含む包括的なアセスメントに基づいて、ケース・フォーミュレーションを行い、これに基づいて包括的な治療計画を作成する。(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010; National-Institute-for-Health-and-Care-Excellence, 2014)

4.1.1.2 アセスメント、ケース・フォーミュレーション、治療計画の作成は、治療に関わる多職種で行う。(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010; National-Institute-for-Health-and-Care-Excellence, 2014)

4.1.1.3 患者や家族も治療計画の作成に参加する。(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010; National-Institute-for-Health-and-Care-Excellence, 2014)

4.1.2 介入の原則

4.1.2.1 FEPの管理には、包括的な身体治療と心理社会的介入から成る、総合的なアプローチを必要とする。(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010)

4.1.2.2 治療では、精神症状の緩和だけでなく、就労、教育、対人関係、健康など患者が重要と捉えている領域でのニーズを満たすことを目標にする。(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010)

4.1.2.3 FEPの治療は、できるだけ制限の少ない治療環境で行われるべきである。(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010)

4.1.2.4 必要に応じて、訪問診療や訪問看護などのアウトリーチによる治療を行う。

4.1.2.5 海外の先進地域ではFEPを中心とした早期精神病に対する専門サービスが包括的な治療を提供しており、このような専門サービスは対費用効果が高いことが示されている。こうした包括的な治療は2-5年間、継続的に提供されるべきであると考えられている。(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010; National-Institute-for-Health-and-Care-Excellence, 2014)

4.1.3 DUPの短縮

4.1.3.1 精神病未治療機関 (duration of untreated psychosis: DUP) をできるだけ短くして、機能の維持と回復を促す。

4.1.3.2 DUPの短縮のために、一般市民や様々な関係者 (教育機関、相談機関、医療機関など) への継続的な情報提供や研修機会の提供、FEPの治療アクセス改善のための取り組みが奨められる。

(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010; International-Early-Psychosis-Association-Writing-Group, 2005; National-Institute-for-Health-and-Care-Excellence, 2014)

4.1.4 心理社会的アプローチ

4.1.4.1 治療を必要とするあらゆる FEP の患者に対し心理社会的介入を提供する。(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010; International-Early-Psychosis-Association-Writing-Group, 2005)

4.1.4.2 FEP における心理社会的な治療には、一般的な支持療法やケースマネジメントに加えて、本人や家族への心理教育、家族介入、認知行動的な治療（CBT や CRT を含む）、職業リハビリテーションなどが含まれる。(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010; National-Institute-for-Health-and-Care-Excellence, 2014)

4.1.5 家族介入

4.1.5.1 FEP の家族への介入は、患者が慢性化していない、疾患の早期段階にあるという特性に配慮して実施されるべきである。例えば、家族は、疾患についての知識は乏しかったり、重症精神疾患に向き合うことは初めてであったりし、家族自身が混乱し、精神的にも不安定であったりする。

4.1.5.2 可能であれば、家族と当事者が一緒に参加するセッションをもつことが奨められる。(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010)

4.1.5.3 英国のガイドラインでは最低 10 回のセッションを 3 ヶ月から 1 年間で実施することが推奨されている。(National-Institute-for-Health-and-Care-Excellence, 2014)

4.1.6 就労・就学支援

4.1.6.1 就労や就学に向けた支援のために、直接的な介入を行ったり、支援サービスの調整を行う。(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010)

4.1.6.2 就労支援としては援助付き雇用の導入が奨められる。(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010; National-Institute-for-Health-and-Care-Excellence, 2014)

4.1.6.3 援助付き雇用では、個別就労支援プログラムについての効果が実証されている。(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010)

4.1.7 身体的健康への介入

4.1.7.1 身体医学的評価を定期的に行い、血圧／血糖／脂質代謝、心血管系の指標を定期的にモニターする。(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010; National-Institute-for-Health-and-Care-Excellence, 2014)

4.1.7.2 体重増加を避けるために、生活習慣への介入を行う(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010; National-Institute-for-Health-and-Care-Excellence, 2014)

4.2 At-risk mental state: ARMS

4.2.1 介入の目的

ARMS への介入は、精神病への移行を予防することは重要な目的のひとつである。しかし、精神病への移行予防のみを唯一の目的とすべきではなく、現在の症状や問題に伴う苦痛を緩和し、社会的、学業的、職業的な機能障害の予防や回復を目指すべきである。(Schmidt et al., 2015)

4.2.2 ARMS への介入の一般的な原則

4.2.2.1 段階的ケアアプローチ

ARMS への介入はでは、段階的ケアアプローチが推奨される。(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010; Schmidt et al., 2015) 段階的ケアアプローチでは、患者の臨床的な重症度や緊急性の高さに応じて、低強度の非特異的なアプローチから高強度の特異的なアプローチの中から治療法が選択される。

4.2.2.2 臨床経過に応じた治療

ARMS の臨床経過は多様であるため、経過に応じて治療計画を修正していくことが必要である。(Schmidt et al., 2015)

4.2.3 心理社会的介入

4.2.3.1 治療を必要とするあらゆる ARMS の患者に対し心理社会的介入を提供する。(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010; International-Early-Psychosis-Association-Writing-Group, 2005)

4.2.3.2 ARMS に対する一般的な心理社会的介入としては、個々の事例の必要性に応じて提供する。こうした介入には、定期的な経過観察、支持的な精神療法、家族介入、ケース・マネジメントなどが含まれる。(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010; International-Early-Psychosis-Association-Writing-Group, 2005)

4.2.3.3 支持的な治療は、患者の社会機能を改善する可能性がある。(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010)

4.2.3.4 患者のニーズに応じて「ARMS のための CBT」を提供することが奨められる。(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010; National-Institute-for-Health-and-Care-Excellence, 2014; Schmidt et al., 2015)

4.2.3.5 併存診断（例：うつ病、社交不安障害、強迫性障害、PTSD、パニック障害）がある場合には、併存診断に対する標準治療（CBT などの精神療法や薬物療法を含む）を治療計画の中にも含める。(National-Institute-for-Health-and-Care-Excellence, 2014; Schmidt et al.,

2015)

(松本和紀)

5. CBT (Cognitive Behavior Therapy) 認知行動療法

5.1 初回エピソード精神病 (FEP) への CBT

5.1.1 CBT を実施する場合には、個々の患者の病態に応じたケース・フォーミュレーションに基づいた個人 CBT が推奨される。(National-Institute-for-Health-and-Care-Excellence, 2014)

5.1.2 CBT は、エビデンスが示されているマニュアルやガイドラインに従うことが奨められる。(National-Institute-for-Health-and-Care-Excellence, 2014)

5.1.3 CBT は、スーパーバイザーによるスーパービジョンを受けて実施することが奨められる。(National-Institute-for-Health-and-Care-Excellence, 2014)

5.1.4 CBT は、16 回以上のセッション数で実施されることが推奨される。(National-Institute-for-Health-and-Care-Excellence, 2014)

5.1.5 急性期の CBT は、回復を早める可能性がある。(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010)

5.1.6 回復の遅れが認められる場合、CBT を補助療法として検討すべきである。(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010)

5.2 ARMS への CBT

5.2.1 CBT は、弱い精神病症状を軽減し、精神病への移行を防いだり、遅らせる可能性がある。(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010; Stafford et al., 2013)

5.2.2 CBT は、患者の社会機能を改善する可能性がある。(Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-Program, 2010)

5.2.3 CBT は、個人 CBT の形式で、個々の患者の病態に応じたケース・フォーミュレーションに基づいて実施することが奨められる。(National-Institute-for-Health-and-Care-Excellence, 2014)この CBT は、エビデンスが示されているマニュアルやガイドラインに従うことが奨められる (補足参照)。

5.2.4 CBT は、スーパーバイザーによるスーパービジョンを受けて実施することが奨められる。(National-Institute-for-Health-and-Care-Excellence, 2014)

5.2.5 併存診断がある場合には、併存診断の治療ガイドラインの推奨に沿った CBT を治療モデルに採り入れたり、別に付加して実施することを検討すべきである。(van der Gaag et al., 2013)

5.2.6 ARMS のための CBT は、半年の介入期間で最大 26 回程度のセッション数が一般的には準備されるが、セッション数は患者のニーズや経過に応じて決められる。(Morrison et al., 2004; van der Gaag et al., 2013)

【文献】

1) Early-Psychosis-Guidelines-Writing-Group-and-EPPIC-National-Support-

Program: Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis, 2nd edition: A Brief Summary for Practitioners. Orygen Youth Health, Melbourne, 2010

- 2) International-Early-Psychosis-Association-Writing-Group. International clinical practice guidelines for early psychosis. Br J Psychiatry Suppl. 48: s120-124., 2005
- 3) Morrison, AP, French, P, Walford, L, et al. Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial. Br J Psychiatry 185: 291-297, 2004
- 4) National-Institute-for-Health-and-Care-Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. from National Institute for Health and Care Excellence, 2014
- 5) Stafford, MR, Jackson, H, Mayo-Wilson, E, et al. Early interventions to prevent psychosis: systematic review and meta-analysis. BMJ 346: f185, 2013
- 6) van der Gaag, M, Smit, F, Bechdolf, A, et al. Preventing a first episode of psychosis: meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer-term follow-ups. Schizophr Res 149(1-3): 56-62, 2013

(松本和紀)

6. CRT (Cognitive Remediation Therapy) 認知矯正療法

6.1 背景：

6.1.1 認知機能は、ハイリスク者の長期的な機能的転帰の予測因子である。

・232名のハイリスク者の2-13年にわたる経過を追跡し、その機能的転帰を検証したところ、ベースラインでの認知機能、とくに言語学習・記憶、注意と処理速度、語流暢性の成績低下が長期的な機能的転帰不良と関連していた (Lin et al., 2011)。

6.1.2 認知矯正療法は、高年者より若年者での 認知機能に対する 効果が強い。

・39-40歳で被験者を分けて、認知矯正療法と通常治療を用いたRCTの結果、若年者群では高年者群と比較して認知柔軟性、計画立案能力において強い効果が実証された (Wykes et al., 2009)。

6.2 早期精神病

6.2.1 初発エピソードのうつ病および精神病の 認知機能 に対して認知矯正療法は有効である。

・初発エピソードのうつ病および精神病患者を認知矯正療法群 (28名)、通常治療群 (27名) にランダム割付けした試験で、認知矯正療法群で通常治療群と比較して注意、作業記憶、即時学習・記憶のほか、社会機能で有意に高い有効性が認められた。一方、遅延学習・記憶機能が社会機能における効果の予測因子であることが示された (Lee et al., 2013)。

・初発エピソード精神病患者を代償性認知トレーニング (CCT : Compensatory Cognitive Training) 群 (16名)、通常治療群 (11名) にランダム割付けして、認知機能、社会機能に対する効果を検証した。CCT群は、通常治療群と比較して、認知機能全般 (ES=0.35)、注意と処理速度 (ES=0.178)、社会認知 (ES=0.170) で有意に強い効果を示した。一方、社会機能への汎化には、技能訓練などを付加する必要性があることが示唆された (Mendella et al., 2015)。

6.2.2 長期・慢性患者と比較して 認知機能に対する 効果はより強い可能性があるが、ベースラインでの機能が高い場合は、その効果は限定的である。

・早期精神病 (発症5年以内) 患者12名、長期精神病 (発症15年以上) 患者27名を対象に認知矯正療法の有効性について、認知機能、社会機能を効果指標として群間比較を行った。長期精神病患者より早期精神病患者の方が、遂行機能、注意と処理速度、適応能力、仕事のスキルの面で効果が勝っていた。罹病期間は、認知機能全般と仕事のスキルの改善と負の相関を示した。認知矯正療法は、早期に実施することでより強い効果が得られることが示唆された。また、早期精神病患者では、社会機能や生活スキルの低下がまだ目立たないため、その他の心理社会的介入をあまり必要としないことが推測された (Bowie et al., 2014)。

・認知矯正療法は認知機能に対して、とくに神経発達過程で柔軟性が保たれている初発エピソード患者において有効である可能性がある (Killackey, 2009、レビュー)。

一方、メタ解析を用いて、慢性統合失調症患者と比較してその効果は弱いと 結論付けた 報告もある。

- ・初発エピソード統合失調症患者を対象とした 11 の論文のメタ解析の結果、認知機能全般に対しては有意な効果は認められず (ES=0.13)、言語学習・記憶に対してのみ有意な効果が認められ (ES=0.23)、その他、処理速度 (ES=0.19)、作業記憶 (ES=0.19)、問題解決 (ES=0.21)、社会認知 (ES=0.30) については有意な傾向が認められたが、いずれの効果サイズも統合失調症全般を対象としたメタ解析の結果 (Wykes et al., 2011) と比較して小さかった。また、社会機能や精神症状に対して有意な改善効果が認められたが、社会機能に対する効果サイズも先の報告と比較して小さかった。初発エピソード患者の大部分は外来通院患者であり、統合失調症全般を対象としたメタ解析においては、外来通院患者は 50%しか占めておらず、初発エピソード患者におけるベースラインでの認知・社会機能が高かったためである可能性がある (Revell et al., 2015)。

6.3 ARMS・ハイリスク者

6.3.1 ARMS 患者の 認知機能 に対して、認知矯正療法は有効である。さらに、その効果は統合失調症患者に対する効果より強い可能性がある。

- ・ARMS 患者 10 名、統合失調症患者 16 名に対して、10 セッション認知矯正療法を実施したところ、ARMS 患者については長期記憶、注意機能に関して有意な改善が認められたが (ES=0.73-0.88)、統合失調症患者については有意な改善は認められなかった (ES=0.55-0.53)。長期記憶に関しては改善度に有意な群間差が見られた (Rauchensteiner, et al., 2011)。
- ・若年の精神病性障害あるいは ARMS 患者 32 名を対象に、8 週間認知矯正療法を実施する群とコンピュータゲームに従事する群に分けて、6 ヶ月後の認知機能について検討したところ、抑制、論理的思考に関して認知矯正療法群で有意な改善が認められた (Urban et al., 2012)。

6.3.2 認知矯正療法を含む統合的心理療法は、ARMS 患者の顕在発症を抑制し、遅延させる効果がある。

- ・ARMS 患者 (基底症状を呈するもののみ) を統合的心理療法群 (認知矯正療法、個人認知行動療法、技能訓練、心理社会的家族療法の組み合わせ) 63 名と支持的カウンセリング群 65 名にランダム割付を行い、それぞれ 12 ヶ月実施して、閾値下精神病への転換率と時期を測定した。その結果、統合的心理療法群の方が有意に 12 ヶ月時点および 24 ヶ月時点での転換率は低く、転換時期は遅延していた (Bechdolf et al., 2012)。

6.4 現在進行中の研究

- ・ARMS 患者を標準的治療に認知矯正療法 (神経認知、社会認知) を追加した群 (CR 群 : 63 名) と標準的治療群にランダム割付けし、CR 群は神経認知トレーニング、社会認知トレーニングをそれぞれ 1 回/週、24 週間実施し、さらにその間 12 回のブリッジセッション (動機付け強化のためにトレーニングと実生活の関連について話し合う集団療法) を行い、1 時間/週自宅で実施するコンピュータセ

ッションを宿題として課した。効果指標としては、神経認知機能、社会認知機能、精神症状、社会機能等を用いている (Glenthøj et al., 2015、プロトコル論文)。

6.5 まとめ

初発エピソード患者については、これまでの研究をまとめると、認知矯正療法は慢性期の患者と比較して効果が強いことが示唆されているが、ベースラインでの機能が高い患者については、それほど大きな効果は望めないことも示されている。ただし、個々の研究におけるサンプルサイズは小さく、より大規模なサンプルサイズを用いて、ベースライン値を考慮した試験デザインでの追試が望まれる。

ARMS についても同様であるが、初発エピソード患者における研究よりさらに報告は少なく、Glenthøjら (2015) の研究結果が待たれるところである。

【文献】

- 1) Lin A, Wood SJ, Nelson B, et al.: Neurocognitive predictors of functional outcome two to 13 years after identification as ultra-high risk for psychosis. *Schizophr Res.* 132(1): 1-7, 2011.
- 2) Wykes T, Reeder C, Landau S, et al.: Does age matter? Effects of cognitive rehabilitation across the age span. *Schizophr Res.* 113(2-3): 252-8, 2009.
- 3) Lee RS, Redoblado-Hodge MA, Naismith SL et al.: Cognitive remediation improves memory and psychosocial functioning in first-episode psychiatric out-patients. *Psychol Med.* 43(6): 1161-73, 2013.
- 4) Mendella PD, Burton CZ, Tasca GA, et al.: Compensatory cognitive training for people with first-episode schizophrenia: results from a pilot randomized controlled trial. *Schizophr Res.* 162(1-3): 108-11, 2015.
- 5) Bowie CR, Grossman M, Gupta M, et al.: Cognitive remediation in schizophrenia: efficacy and effectiveness in patients with early versus long-term course of illness. *Early Interv Psychiatry.* 8(1): 32-8, 2014.
- 6) Killackey E.: Psychosocial and psychological interventions in early psychosis: essential elements for recovery. *Early Interv Psychiatry. Suppl 1:* S17-21, 2009.
- 7) Wykes T1, Huddy V, Cellard C, et al.: A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *Am J Psychiatry.* 168(5): 472-85, 2011.
- 8) Revell ER, Neill JC, Harte M, et al.: A review and meta-analysis of cognitive remediation in early schizophrenia. *Schizophr Res.* 168(1-2): 213-22, 2015.

- 9) Rauchensteiner S, Kawohl W, Ozgurdal S, et al.: Test-performance after cognitive training in persons at risk mental state of schizophrenia and patients with schizophrenia. *Psychiatry Res.* 185(3): 334-9, 2011.
- 10) Urban S, Pihet S, Jaugey L, Halfon O, et al.: Computer-assisted cognitive remediation in adolescents with psychosis or at risk for psychosis: a 6-month follow-up. *Acta Neuropsychiatr.* 24(6): 328-35, 2012.
- 11) Bechdolf A, Wagner M, Ruhrmann S, et al.: Preventing progression to first-episode psychosis in early initial prodromal states. *Br J Psychiatry.* 200(1): 22-9, 2012.
- 12) Glenthøj LB, Fagerlund B, Randers L, et al.: The FOCUS trial: cognitive remediation plus standard treatment versus standard treatment for patients at ultra-high risk for psychosis: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials.* 16: 25, 2015.

(中込和幸)

7. ARMS (At Risk Mental State)と心理教育

7.1 はじめに

統合失調症では、幻覚や妄想などの多彩な症状を呈するが、その発症はこれらの陽性症状が発症の閾値を超えたかどうかで判断される。しかし、発症の前段階といえる発症閾値下の精神病症状を呈する ARMS が存在することが明らかにされている。ARMS へのアプローチにおいて向精神薬を用いた薬物治療は、その適応の決定にあたってはかなり慎重になる必要がある。認知行動療法などの心理・社会的なアプローチがまずは重要である（辻野, 2011 ; 辻野ら, 2014）。その心理・社会的なアプローチの中でも、エビデンスレベルの高い心理教育は ARMS の対象者にも有効と思われるが、残念ながらエビデンスが十分に確立されている訳ではない。今まで培われてきた統合失調症などの精神疾患に対する心理教育のエビデンスや経験をもとに、ARMS に対して心理教育という手段を用いてどのような効果的なアプローチができるか示していきたい。

7.2 心理教育とその効果

心理教育の歴史は古く、英国において、批判的もしくは情緒的に巻き込まれ過ぎた家族とともに生活をする統合失調症の患者は再発しやすいことが報告されたことから始まる（Brown et al.,1966）。ここでは、家族の心理的状態を感情表出（Expressed Emotion; 以下 EE）という言葉を用い、批判的または情緒的に巻き込まれ過ぎた家族の状態を「高い感情表出；高 EE」と表現した。

日本では、この EE 研究を基に、家族心理教育が統合失調症の再発リスクを下げることを示す研究が発表され（Shimodera et al, 2000a）、現在では気分障害などにもその効果は認められるようになった。特に、うつ病の心理教育においては、対象者を家族としても当事者としても再発予防の効果を認めている（Shimazu et al., 2011; Morokuma et al., 2013）。

ARMS の対象者への無作為割り付けによる心理教育の報告が見られる（Miklowitz et al,2014）。介入群では6ヶ月間で18セッション、コントロール群には3回のみ家族心理教育を行った（Miklowitz et al,2014）。介入群ではサイコーシスの初期サインの教育、ストレスマネジメント、コミュニケーションの訓練、問題解決技法を取り入れ、コントロール群には症状予防と関連した個別対応を行ったのみであった（Miklowitz et al,2014）。129名のARMSの対象者（平均年齢17.4歳）のうち102名（追跡率79.1%）において介入群では微弱な陽性症状が有意に改善したが、陰性症状には影響が見られなかった（Miklowitz et al,2014）。介入群においても心理社会的な機能が改善傾向にあったのは19歳以上の対象者のみであった（Miklowitz et al,2014）。

7.3 ARMSにおける心理教育の対象者

まず、この心理教育を実施する対象者は誰かという問題がある。家族との同居の割合についてはオーストラリアのEPPIC (Early Psychosis Prevention and intervention Centre 1997) のプログラムに新しく参加した10代後半の患者の63%が両親と共に住んでおり、成人での両親との同居割

合が 30 から 65%であった(Solomon and Draine, 1995)というデータに比べても高く (McGorry and Jackson 1999) 、家族の重要性と影響が若年者でより大きいことが予測される。

前駆期の若者に対するアプローチとして、認知行動療法やストレスマネジメントと同様に、家族を基盤としたアプローチの重要性はストレス脆弱性モデルという視点で、発病した患者と同様に考え得ることも述べられている (McGlashan et al., 2007) 。

しかし、ARMS の状態にある対象者の多くは小学生から大学生までの比較的若年者であり、幻覚や妄想などの陽性症状が微弱な状態に加え、うつ症状や不安症状などの非特異的な症状も強く、病状としては安定していないことも多い。そのような状態の時に、疾患の教育や治療などを説明することは現実的に難しいこともある。本人への対応は、知識教育を重要視する心理教育よりも認知行動療法の方が適している場合も多いと思われる。また、松本らも、精神病や統合失調症の負の部分を通じて過度に強調することは、精神病や統合失調症のスティグマを強める危険性があることなどを挙げており (松本, 2009) 、扱う情報や対象者については十分な配慮が必要である。

7.4 ARMS における心理教育に期待される効果

心理教育の対象者を主要な家族とするのは妥当だと思われる。その理由として、ARMS の状態にある患者の家族というのは主に両親であることが多いことから、子供の状態に一喜一憂しすぎている状態、すなわち情緒的に巻き込まれ過ぎている可能性が高いことが想像される。こういった状況では、親の心理的なストレス、疲弊感も大きいという問題が示されている (Shimodera et al., 2000b) 。そのため、正確な知識を持って冷静かつ愛情を持って対処してもらうために、心理教育という手段を使って情報提供することはニーズに合っていると思われる。

一方では、この親の情緒的な巻き込まれ過ぎ (Emotional Overinvolvement; 以下 EOI) な態度は、本人に対して保護的に働き、症状の軽減にもつながるという研究もある (O'Brien MP et al., 2006) 。情緒的巻き込まれ過ぎは、親の愛情によって生じる心理状態でもあるため、本人に対しては良い方向に働くことは理解できる。しかし、一方では親は心理的ストレスのため不安、抑うつといった気分が持続しており、EOI の状態が長期化することは望ましくないとと言える。家族の心理的な安定に十分に配慮する必要がある。

また、Perkins らが行ったメタ解析では、発症から治療までの期間、すなわち精神病未治療期間 (duration of untreated psychosis ; 以下 DUP) が初回エピソードからの症状や機能回復や長期予後と関連がある事を示している (Perkins et al., 2005) 。すなわち、ARMS から精神疾患の発症に至った場合、早く治療に結びつけることが予後を不良にさせないために重要である。そのためには、家族が患者の変化に早く気づき、受診や主治医への報告へつなげること、すなわち、DUP をできるだけ短縮させるためには、その判断をするための正確な知識が家族には必要不可欠である。そのような効果は心理教育が最も得意とするものである。

7.5 心理教育を実施する点で問題になること

従来から行われている一般的な心理教育は、情報提供の要素と家庭内で生じている問題の解決にむけた話し合いという2つの大きな要素がある。

まず、情報提供の観点からみると、ARMSに関してどのような情報を提供するかということは大きな問題である。前述通り、かえってスティグマを強化してしまう可能性も指摘されている。さらに、ARMSという概念自体が単一の疾患ではなく、専門職以外の人理解することは難しいと思われる。また、ケースによって症状や背景はかなりの違いがあり、それに対処する方法も、支持的療法、認知行動療法（Landa Y et al., 2016; Stain HJ et al., 2016）、精神分析的アプローチ、薬物療法など様々である。

心理教育は集団でも行うことも多いが、ARMSでは、個々の症状、アプローチ方法などの個別性に対応するために、単家族ごとに心理教育を行う方が情報提供を行いやすい可能性がある。

複数家族に対して実施する心理教育の中では、家庭問題の解決のセッションは似た状況にある家族が集まって話し合うことで、ピアカウンセリング的な要素が大きな特徴であり、施設のスタッフと交流がより深まることで危機介入の場面で有利に働く可能性がある（McGlashan TH et al., 2007）。

7.6 心理教育の実例

実際の心理教育について検討をする。

（症例）

女性の大学生。中学からもともと人前で話すことが苦手だった。高校を卒業後大学へ進学。大学での長期実習が始まったが、ストレスが高いと感じていた。実習中は胸がどきどきし、泣き出してしまったり過換気を起こしたりしたため、実習を途中で早退することがあった。人と視線が合うと、自分に敵意があるのではないかと思ってしまう。帰宅すると、自宅周囲で自分を監視する人がいるから外出を極力控えているが、近所のコンビニへ買い物に出かけている。幻聴は否定する。気分の浮き沈みを自分でも自覚していた。

実習が継続できなくなったため、母親に付き添われて初診となった。過去1年間におけるGAFの最高レベル70、受診時のGAFは40だった。

リスク診断：微弱な陽性症状

併存診断：双極Ⅱ型障害、社交不安障害

心理教育は母親に行った。週に1回、1時間程度の時間を予定した。

1回目

母親は、中学の頃から人前に出ることが苦手だったこと、大学は将来を考え、本人の希望とは違う道に進ませたことが、今の状態につながっているのではないかと考え、自分を責めていることや父親は単身赴任で県外にあり、頼る人がいないため強い不安を感じていたことなどを話された。初回の心理教育のセッションは、母親の気持ちを傾聴することに専念せざるを得なかった。

2回目

前回、十分話せたこともあり母親は少し落ち着いた雰囲気であった。そこで、現在のリスク診断や併存診断について説明することができた。母親からは「統合失調症なのか？」「躁うつ病なのか？」「無理させすぎたのではないか？」などの質問があり、丁寧に説明をする時間を取ることができた。2回目以降、自宅で生じている問題を具体的に挙げていただき、その解決のための話し合いの時間をとった。

3回目

前回の話を踏まえ、治療について説明をおこなった。特に対処的に行っている薬物療法、認知行動療法を意識した精神療法、環境調整について説明をおこなった。

4回目

2回目、3回目の話を含めて、今後予想される経過について説明した。特に、陽性症状が持続して顕著になった場合の対処について説明をおこなった。これは、DUPを極力短くすることを意識して行った。特に、具体的な連絡方法や受診方法など実務的な内容まで行った。

5回目

今までの内容を踏まえて、疑問点などに答える時間を取った。母親からは大学を退学した方がいいのか、また復学するとしたら、実習に復帰するタイミングについて質問があった。やはりこの点は家族が一番心配しており、ゆっくり時間をかけて説明をおこなった。

7.7 まとめ

ARMSに対する心理教育に関しての報告は少なく、エビデンスレベルはまだ高くない。今後エビデンスを蓄積していくことは対象者の収集など困難も多いが重要である。心理教育を実践していく上で意識すべき重要な点は、対象者が現状を正しく認識し、正しい知識を持つことである。そのことが、家族の負担軽減につながり、本人の症状変化に早く気づいて対処することで重症化の予防につながると思われる。

利益相反 (COI) : 本論文において開示すべき利益相反情報はありません。

【文献】

1. Brown GW, Rutter M: The measurement of family activities and relationships: a methodological study. Hum Relat. 19: 241-263, 1966
2. Landa Y, Mueser KT, Wyka KE, Shreck E, Jespersen R, Jacobs MA, Griffin KW, van der Gaag M, Reyna VF, Beck AT, Silbersweig DA, Walkup JT: Development of a group and family-based cognitive behavioural therapy program for youth at risk for psychosis. Early Interv Psychiatry. 10(6):511-521, 2016

3. 松本和紀：臨床医のための精神科臨床リュミエール 5・統合失調症の早期診断と早期介入, 水野雅文（責任編集）：Ⅲ 前駆期における早期診断と早期介入・4 前駆期における非生物学的治療. pp72-78, 中山書店, 2009
4. McGlashan TH, Addington J, Cannon T, Heinimaa M, McGorry P, O'Brien M, Penn D, Perkins D, Salokangas RK, Walsh B, Woods SW, Yung A: Recruitment and treatment practices for help-seeking "prodromal" patients. *Schizophr Bull.* 33(3):715-726, 2007
5. McGorry PD, Jackson HJ : The recognition and management of early early psychosis: A preventive approach. Cambridge University Press, 1999 (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, 2001)
6. Miklowitz DJ, O'Brien MP, Schlosser DA, Addington J, Candan KA, Marshall C, Domingues I, Walsh BC, Zinberg JL, De Silva SD, Friedman-Yakoobian M, Cannon TD: Family-focused treatment for adolescents and young adults at high risk for psychosis: results of a randomized trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 53(8):848-858, 2014
7. Morokuma I, Shimodera S, Fujita H, Hashizume H, Kamimura N, Kawamura A, Nishida A, Furukawa TA, Inoue S: Psychoeducation for major depressive disorders: A randomised controlled trial. *Psychiatry Res.* 210(1), 134-139, 2013
8. O'Brien MP, Gordon JL, Bearden CE, Lopez SR, Kopelowicz A, Cannon TD: Positive family environment predicts improvement in symptoms and social functioning among adolescents at imminent risk for onset of psychosis. *Schizophr Res.* 81(2-3):269-275, 2006
9. Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA: Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *Am J Psychiatry.* 162(10): 1785-1804, 2005
10. Shimazu K, Shimodera S, Mino Y, Nishida A, Kamimura N, Sawada K, Fujita H, Furukawa TA, Inoue S: Family psychoeducation for major depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 198(5): 385-90, 2011
11. Shimodera S, Inoue S, Mino Y, Tanaka S, Kii M, Motoki Y: Expressed emotion and psychoeducational intervention for relatives of patients with schizophrenia: a randomized controlled study in Japan. *Psychiatry Res.* 96(2): 141-148, 2000a
12. Shimodera S, Mino Y, Inoue S, Izumoto Y, Fujita H, Ujihara H: Expressed emotion and family distress in relatives of patients with schizophrenia in Japan. *Compr Psychiatry.* 41(5):392-397, 2000b

13. Solomon P. and Draine J. Subjective burden among family members of mentally ill adults: relation to stress, coping and adaptation. Am J Orthopsychiatry. 65:419-27
14. Stain HJ, Bucci S, Baker AL, Carr V, Emsley R, Halpin S, Lewin T, Schall U, Clarke V, Crittenden K, Startup M: A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy versus non-directive reflective listening for young people at ultra high risk of developing psychosis: The detection and evaluation of psychological therapy (DEPTTh) trial. Schizophr Res. 176(2-3): 212-219, 2016
15. 辻野尚久（水野雅文編集）：早期段階の治療と対応・精神科臨床エキスパート重症化させないための精神疾患の診方と対応. pp93-101, 医学書院, 2014
16. 辻野尚久, 根本隆洋, 水野雅文：精神科・私の診療手順 早期精神病—精神病発症危険状態 at risk mental state (ARMS)—. 臨床精神医学 40: 149-152, 2011
17. Yung AR, McGorry PD, McFarlane CA, Jackson HJ, Patton GC, Rakkar A: Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. Schizophr Bull. 22(2): 283-303, 1996

（藤田博一、下寺信次）

抄録

発症閾値下の精神病症状を呈する精神病発症危険状態（at risk mental state: 以下 ARMS）に対するアプローチは、認知行動療法をはじめ、いろいろな手段を用いた介入が実践されている。ARMS に対する薬物療法は慎重に行うべきであり、治療者の適切な裁量にもよるが、ファーストラインは心理・社会的なアプローチとなる。本稿では主要な心理・社会的アプローチである心理教育について文献検索を行った。ARMS に対して求められる心理教育の効果は、正しい知識を持つことで家族の心理的な安定が得られることや、もし統合失調症の発症閾値を超えた場合でも、いち早く異変に気づき治療を開始できることで精神症状の重症化の予防や社会機能などの予後を改善することが期待できる。さらに心理教育を受けることによって医療スタッフとのつながりができ、危機介入のハードルを下げる効果もあると考えられた。

8. 心理社会的アプローチ：デイケア

8.1 精神病早期段階におけるデイケアサービス

精神科デイケアは心理社会的手法を主とする包括的で多職種からなるケアサービスであり、そのプログラムや対人関係の中で、生活を安定させ、集団や対人関係における経験から社会性を獲得したり回復したりしていく。海外では psychiatric day treatment と記載されることが多い。その効果については明確でない点も多いものの (Marshall et al., 2011)、本邦はその実施や効果の検証に積極的な国の一つである (Handa et al., 2009)。これまで慢性期の精神疾患患者を対象としたサービスが多数であったが、急性期におけるデイケア機能が重要視されつつある。加えて、精神疾患の早期段階、主に早期精神病に特化し機能を強化したデイケアサービスの重要性やニーズの高さが認識されてきている (Mizuno et al., 2012; Nemoto et al., 2013)。

早期精神病患者に対する集団療法は回復を促進し障害の進行を抑え、地域生活を発展させる上で効果的である (Edwards et al., 2002)。グループプログラムとして、自尊心の欠如や不安症状への対処、対人関係技能をはじめ、様々なテーマが取り上げられる (Hughes et al., 2014)。早期精神病患者のニーズに特に合わせた包括的で幅広いプログラムを準備する必要がある。それらには、心理教育や家族支援、再燃の早期徴候のモニタリング、遷延する症状への認知行動療法なども含まれる (Edwards et al., 2002)。

包括的な早期介入におけるシステムやプログラムについて、その適切さ (fidelity) を評価して質を高めようとする動きもみられる (Csillag et al., 2016)。包括的な介入は、近年は若年者のより広い精神科的健康問題の発見と適切な支援の取り組みへと広がりがつつある。豪州の「headspace」は、12歳から25歳の若者のメンタルヘルス問題に向けて、地域における同問題への認識を高めたり、若者との交流を通じてメンタルヘルス問題へのより早期の支援にあたっている (Malla et al., 2016)。

8.2 早期精神病に特化したデイケアの意義

早期精神病に特化することは、すなわち若年患者を対象とすることである。そこで、精神病に特化したデイケアの意義については、①通常発達過程を補い復帰させるサービスであることと、②初回エピソードもしくはハイリスクを扱う精神科専門ケアシステムであることに集約できる。

就学年齢でありながら通学が困難である患者に対する学校生活様体験、友人を失ったり新たに見つたりしにくい患者への対人希求やその促しの場、なかなかうまく描けない将来図を語り合う仲間やスタッフなど、本来なら保っているはずの成長に不可欠な同世代との接点の提供は重要な役割である。また、同世代に囲まれた環境であるがゆえに、治療も効率的・効果的に機能すると考えられる。同世代に囲まれているからこそ通所やプログラム参加に対するモチベーションが高まるし、そこでの積み重ねや成功体験はより自己効力感が高まる。

一方で、早期段階の専門ケアシステムとして、疾患早期における機能維持を念頭においてプログラムや課題の難易度設定を高めにして彼らのニーズに応えてより効果的なケアを提供でき、内容もより早期に

特化することで、集団療法でありながら phase-specific で personalized なサービスを提供することができると考えられる。

8.3 初回エピソード精神病に対する心理社会的治療

初回エピソード精神病もしくは統合失調症における心理社会的治療は、精神症状と社会機能障害の両方の回復を目指した複合的なサービスを提供し、若年患者がしばしば伴うような、物質依存、自殺関連問題、ケアシステムへのアクセスなどについても積極的なアプローチが行われる (Galletly, et al., 2016)。オーストラリアの Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC, Hughes et al., 2014) やノルウェイ・デンマークの TIPS (Hegelstad et al., 2012) などの包括的なケアモデルがよく知られているが、近年米国においては NIMH 主導による初回エピソード精神病に対する介入研究 (Recovery After an Initial Schizophrenia Episode, RAISE) が行われ、包括的治療プログラム (NAVIGATE) の有効性 (QOL, 寛解・回復、費用対効果など) について通常治療との比較が行われた (Browne et al., 2016)。多職種チームによる個別的な処方決定支援、家族心理教育、レジリエンスを高める個別トレーニング、就労・就学支援などを含み、shared decision-making (SDM) や認知行動療法等のアプローチも広く取り入れている。

8.4 ARMS に対する心理社会的治療

精神病発症の予防に対する心理社会的治療の効果については、依然として不明瞭な点が多いもの (Mokhtari et al., 2013)、ARMS への適切な介入が推奨されている (Fusar-Poli et al., 2012; Galletly, et al., 2016)。ARMS における介入の潜在的な利点は、顕在発症の前にメンタルヘルスサービスと関わり合いをもてることである。もし臨床家がすでに ARMS 患者と関係性を築き、そして患者が疾患や症状、経過などの教育を受けていたならば、速やかに発症を同定し患者の十分な理解のもとで適切に治療を開始することができる。すなわち DUP を最短に抑えることができる。英国の Outreach and Support in south London (OASIS) では平均 DUP が 12 ヶ月の地域で、早期介入プログラムに関わっていた患者では平均 10 日に抑えられていた (Valmaggia LR, 2009)。この時期に積極的な介入を行うことは、不適切な行動の形成や社会的なひきこもりを軽減するなど、社会機能や精神機能の回復や予後の改善に重大な影響を与え、さらには自己効力感にも影響を与えたと考えられる。

8.5 具体的なデイケアサービスの開始と運営－「イルボスコ」を例に－

早期精神病に特化したデイケアサービスの開始と提供のために、東邦大学医療センター大森病院の「イルボスコ」を例に早期精神病に特化したデイケアサービスの開始と運営について解説する。

イルボスコでは対象を ARMS や初回エピソード統合失調症の若年患者 (15-30 歳) に特化したサービスとし、目的を①統合失調症の前駆状態から顕在発症への進展を頓挫させる早期介入、②初回エピソード後の社会復帰に向けた積極的なリハビリテーション、と掲げた。

スタッフは、イルボスコ担当医師に加えて、看護師、作業療法士、臨床心理士の専属常勤職員の他に、精神保健福祉士、薬剤師、管理栄養士、研修医なども関わり、多職種チームを構成している。また、

外部から各プログラムの講師も招聘している。看護師は精神科病棟から定期的にローテーションで着任しており、入院治療との連続性の確保に寄与している。

8.5.1 プログラムへの導入

イルボスコへの導入の経路としては、ウェブサイトや書籍などで知り直接受診した、他院通院患者で主治医により勧められた、保健所や学校教員などの地域資源に勧められた、入院を契機に導入が促された、などが主なものである。年齢層の若い者を主な対象としているために、一般デイケア以上に利用者の導入の際にはより細かい配慮が必要である。導入にあたっては、疾患の視点のみならず思春期・青年期というライフステージを踏まえた実際の生活のしづらさに着目することが重要である。

集中的なリハビリテーションを目的とするため、イルボスコの利用期間は原則として1年間に設定しているが、状況に応じてさらに1年までの延長（最長2年）も弾力的に行っている。はじめから2年間の利用を想定することはせず、1年の利用の後どうしても利用継続を要する場合に、半年ごとの再評価を前提に延長を行うことがあるとしている。

イルボスコでは通常のデイケアに比べてかなりのスピード感があり、利用開始時からすでに次のステップへの取り組みを意識している。社会的立場や役割がまだ維持されており、社会生活から離れて間もない者が大半で、速やかに従来の期待される社会参加に復帰させる必要があるためである。利用開始に合わせて速やかに当事者の目標設定とそれに向けた取り組みや計画を明確にするようにしている。早い時期に具体的な目標と道筋を明らかにすることで、予後に希望を持ち、プログラム参加への動機づけも高まる。

イルボスコへの導入や参加の継続において、スティグマ（偏見）の問題は細心の配慮を行う必要がある(Baba et al., 2017)。ユース世代を扱うことと、ARMS患者においては実際には多くの者が精神病の顕在発症に至らないことがその背景にある。

8.5.2 プログラムの概要

ユース世代が関心を持ちやすい活動を取り入れるとともに、一般的なプログラムの中にも世代特性を活かした内容や手法を取り入れるとよい。統合失調症の前駆期や早期段階においては、発症や再発の予防のためにストレス対処技能や再発の早期警告サインといった認知行動療法的な取り組みが慢性期以上に重要となる。①認知行動療法的介入、②認知機能リハビリテーション、③対人技能の習得、③疾患早期に特化した疾病教育と生活支援、④同世代の中での集団体験を目的としたグループワーク、⑤就学・就労支援、⑥家族心理教育などが骨格となっている。

認知機能障害について、統合失調症の初回エピソード、さらにはその前駆期から存在すること、そして顕在発症から治療臨界期にかけてさらに低下していくことが知られている（Fusar-Poli et al., 2012）。そこで近年においては、疾患早期の生物学的な保護・増強作用を期待して、認知機能リハビリテーションへの期待が高まってきている。イルボスコでは、前駆期もしくは発症間もない若年者が有する柔軟な脳の可塑性を最大限に発揮させられるよう、脳機能への直接的介入を目指した認知機能リハビリテーション

(cognitive remediation, cognitive training) を軸とした生物学的アプローチを積極的に取り入れている(Nemoto et al., 2012)。

イルボスコの対象者はユース世代であるため、運動を好むメンバーがとても多く、またその質や量もレクリエーション程度では満足せずかなり活発なもの、部活レベルのものを望む者も少なくない。

8.5.3 地域資源との連携

イルボスコは就学年齢の者が多く、学校関係者との連携はとりわけ重要である。復学の際などは、学校に出向いたり教員に来てもらったりして復帰を確実にするように準備している。医療的な側面を学校に理解してもらうために養護教諭の果たす役割も非常に重要である。こうした取り組みを通じて、学校との勉強会やケースカンファレンスへと発展していくことも少なくない。

8.6 ARMS と初回エピソード精神病の相違

早期段階の細分化、すなわち ARMS と初回エピソード精神病での対応は同じではない。イルボスコの効果を認知機能、精神症状、社会機能などの領域から評価しているが、ARMS と初回エピソードで分けると初回エピソードにおける改善効果の方がより明確である点からも、今後は両者にそれぞれにより適したサービスの提供が必要であると考えられる。現在のところは、イルボスコ全体として実施していない内容であれば枠外で臨機応変に特別プログラムを実施したり、個別面接も頻回に行ったりしている。

8.7 まとめ（推奨事項）

- ・早期精神病に対しては、病期における症状や障害の特性および対象が若年世代であることを考慮した、それに特化し機能を強化したデイケアサービスの提供が望ましい。
- ・対象は主に若年世代であるため、すみやかに通常の発達過程に復帰および回復できるよう留意したサービスの提供が必要である。
- ・早期精神病患者に対する集団療法は回復を促進し、さらに障害の進行を抑え個人の目標を達成し、地域生活を発展させる上で効果的である。
- ・発症前駆期および初回エピソード時より認知機能や社会認知の低下を認めるため、それらの訓練をプログラムに組み込むことが望ましい。
- ・サービスの運営や対象患者の導入に対しては、スティグマの問題に最大限に留意する。
- ・デイケアの登録および利用期間については、その利用を十分に保障しながらも、当初から漫然とした設定を行うのではなく、速やかな回復と社会への復帰に向けた検討と設定を行う。
- ・集団プログラムの中で、個別的な面接や対応を取り入れて個々のニーズや疾患の段階に対応していくことが重要である。

【文献】

- 1) Baba Y, Nemoto T, Tsujino N, et al.: Stigma toward psychosis and its formulation process: prejudice and discrimination against early stages of schizophrenia. *Compr Psychiatry*. 73:181-186, 2017
- 2) Browne J, Penn DL, Meyer-Kalos PS, et al.: Psychological well-being and mental health recovery in the NIMH RAISE early treatment program *Schizophr Res*. 2016 Nov 29. pii: S0920-9964(16)30525-4
- 3) Csillag C, Nordentoft M, Mizuno M, et al.: Early intervention services in psychosis: from evidence to wide implementation. *Early Interv Psychiatry*. 10(6):540-546,2016
- 4) Edwards J, McGorry PD.: *Implementing Early Intervention in Psychosis: A Guide to Establishing Early Psychosis Services*. Martin Dunitz Ltd., 2002
- 5) Fusar-Poli P, Bonoldi I, Yung AR, et al.: Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Archives of General Psychiatry* 69, 220-229, 2012
- 6) Fusar-Poli P, Deste G, Smieskova R, et al.: Cognitive functioning in prodromal psychosis: a meta-analysis *Arch Gen Psychiatry*. 69(6):562-71, 2012
- 7) Galletly C, Castle D, Dark F, et al.: Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 50(5):410-72, 2016
- 8) Handa K, Grace J, Trigoboff E, et al.: Continuing day treatment programs promote recovery in schizophrenia: a case-based study. *Psychiatry (Edgmont)*. 6(4):32-6, 2009
- 9) Hughes F, Stavely H, Simpson R, et al.: At the heart of an early psychosis centre: the core components of the 2014 Early Psychosis Prevention and Intervention Centre model for Australian communities. *Australas Psychiatry* 22(3):228-234, 2014
- 10) Hegelstad WT, Larsen TK, Auestad B, et al.: Long-term follow-up of the TIPS early detection in psychosis study: effects on 10-year outcome. *Am J Psychiatry*. 169(4):374-80, 2012
- 11) Malla A, Iler S, McGorry P, et al.: From early intervention in psychosis to youth mental health reform: a review of the evolution and transformation of mental health services for young people. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 51:319-26, 2016
- 12) Marshall M, Crowther R, Sledge WH, et al.: Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. (12), 2011

- 13) Mizuno M, Nemoto T, Tsujino N, et al.: Early psychosis in Asia: Insights from Japan. *Asian J Psychiatr.* 5(1):93-7, 2012
- 14) Mokhtari M, Rajarethinam R.: Early intervention and the treatment of prodrome in schizophrenia: a review of recent developments. *J Psychiatr Pract.* 19(5):375-85, 2013
- 15) Nemoto T, Funatogawa T, Takeshi K, et al.: Clinical practice at a multi-dimensional treatment centre for individuals with early psychosis in Japan. *East Asian Arch Psychiatry.* 22(3):110-3, 2012
- 16) Valmaggia LR, McCrone P, Knapp M, et al: Economic impact of early intervention in people at high risk of psychosis. *Psychol Med* 39:1617-26, 2009

(根本隆洋)

9. FES・FEP に対する薬物療法

9.1 はじめに

- ・FES、FEP の治療において重要なことは精神病未治療期間(duration of untreated psychosis: DUP)を短縮し機能の維持を図ることと、良好なアドヒアランスを維持し再発を防止することである。
- ・両病態の治療では、薬物療法、特に経口抗精神病薬と心理社会的療法を組み合わせた治療が推奨される(National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People, 2013)。
- ・再発予防の観点から良好なアドヒアランスは非常に重要である。
- ・ここでは、FES、FEP それぞれの病態における抗精神病薬治療の概要、アドヒアランスについての考察、ならびに不良なアドヒアランスに対する対策とされる持効性精神病薬(long-acting injectable antipsychotics: LAIs)について考察したい。

9.2 FES・FEP における抗精神病薬治療

- ・抗精神病薬による薬物療法では、第一選択として経口抗精神病薬が推奨される。(National Institute for Clinical Excellence, Violence: The Short-term Management of Disturbed/violent Behaviour in In-Patient Psychiatric Settings and Emergency Departments. National Institute for Clinical Excellence. 2005.) (Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis Second edition)
- ・第一世代抗精神病薬と比較し、有効性があり、かつ副作用の少ないため(Zhang JP et al., 2013)(Kumar et al., 2013)、第一選択として第二世代抗精神病薬の投与が推奨される。(National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); Psychosis and Schizophrenia in adults: prevention and management) (Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis Second edition)
- ・抗精神病薬の多剤併用は副作用やアドヒアランス不良、薬物相互作用のリスクを上げる(Lochmann et al., 2013)。
- ・そのため、抗精神病薬の単剤治療が推奨されている。(Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis Second edition) (National Collaborating Centre for Mental H. National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People: Recognition and Management, 2013) (National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) ; Psychosis and Schizophrenia in adults: prevention and management) (Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders, Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders, 2005)

・しかし、抗精神病薬の切り替え時(National Collaborating Centre for Mental H. National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People: Recognition and Management., 2013) (Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders, Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders, 2005)やクロザピンを使用するも治療抵抗性である場合(Lochmann et al., 2013)は抗精神病薬の多剤併用になりうる。

・経口抗精神病薬のより詳細な考察は別紙を参照されたい(統合失調症薬物治療ガイドライン, 2016)。

9.3 FES・FEP におけるアドヒアランス

・FES は抗精神病薬の治療反応性は比較的良好である(Agid et al., 2011)とされるものの、5 年間での再発率は 80%を超えるとする報告もみられる(Robinson et al., 1999)。

・服薬を中断してしまうことで再発リスクが約 4-5 倍になるとも報告されている(Robinson et al., 1999)。

・FEP においても 6 ヶ月間の治療中に 45%が抗精神病薬のアドヒアランス不良になったという報告や (Rabinovitch et al., 2009)、4 年間で 26%がアドヒアランス不良になった(Hill et al., 2010)、といった報告もあり FEP においてもアドヒアランスは良好とは言い難い。

・アドヒアランスを不良にするリスクファクターとして、若年者(Coldham et al., 2012)や社会支援の問題(Abdel et al., 2012)、自宅がない・不安定な居住(Abdel et al., 2012) (Lambert, 2009)、患者自身の疾患の受け入れや洞察力の乏しさ(Abdel et al., 2012) (Lambert, 2009)、薬物療法を必要としないといった考え(Taylor and Ng, 2013)、家人の薬物療法に対する理解や家族との関係性(Abdel et al., 2012) (Allison and Casey, 2001) (Barnes, 2011)、薬物療法に伴う副作用の過敏さ(Taylor and Ng, 2013)、物質使用の問題(Abdel et al., 2012)などがあげられる。

・体重増加、鎮静、認知的鈍麻などの、薬物療法による副作用はアドヒアランス不良につながる (Dibonaventura et al., 2012)。そのため、治療を開始する際は副作用について話し合う必要がある。

・初期治療で薬物に対する忍容性の問題があれば、変薬の際にその点についても話し合うべきである (Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis Second edition)。

・アドヒアランス不良を未然に防ぐために、体重増加がみられている場合は食事療法の教育や運動療法を行い、アドヒアランス不良に関わる副作用を減らすことが必要である。

・薬物管理ができるケースマネージャーの育成や個別治療プログラムの作成、電話介入、認知機能障害を持つ統合失調症に対する認知適応訓練を含んだプログラムの作成などは、FEP のアドヒアランス改善においても有用であると考えられる(Barkhof et al., 2012)。

9.3.1 Shared Decision Making (SDM)

- ・アドヒアランスを高めるものとして Shared Decision Making (SDM)があげられる。
- ・SDM は治療における決定を患者の意向を含んで行うことである(Lambert and Naber, 2012)。
- ・治療決定において当事者と家族が、ともに臨床的なアドバイスを理解できるよう努めることでアドヒアランスは高まる。
- ・若年者においては、患者と治療者が、治療目標と治療目標を達成するために必要なことを共有し理解することが、薬物療法のアドヒアランスを高めることにつながる(Kane et al., 2013)。
- ・抗精神病薬における decision making では、治療がなぜ必要なのか、治療が反応した際に治療継続がなぜ必要なのか、といった内容の心理教育を含めるべきである(Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis Second edition)。

持効性抗精神病薬(long-acting injectable antipsychotics: LAIs)

- ・アドヒアランス不良に対する持効性抗精神病薬(long-acting injectable antipsychotics: LAIs)の導入は、再発予防の観点から選択肢として考慮される。
- ・LAIs の使用により、確実に安定して抗精神病薬を投与することができ、さらに過量服薬による副作用を最小限にしうる(Heres et al., 2007)。
- ・経口抗精神病薬では内服後の薬物血中濃度の急な上昇や、内服前の低下がみられるが、LAIs の投与により、血中濃度を安定させることでそれらを防ぎ、より忍容性を改善させると考えられる(Taylor and Ng, 2013)。
- ・経口抗精神病薬では、経口内服のたびに疾患のことを思い出してしまうことがあり、LAIs は服薬回数を減らしうるため、受け入れやすい治療の一つかもしれない。
- ・アドヒアランス不良の原因となりうる認知、社会的機能の障害を有する患者においても、LAIs はより簡易に抗精神病薬治療を受けることができるであろう(Lambert, 2013)。
- ・治療者側からみて LAIs が患者にとって有用なものと考えられるのであれば、父権的になりすぎない（つまり、患者の自己決定権を十分に尊重する）よう注意しつつ情報を提供したうえで、治療選択肢の一つとして提案することが、SDM の観点から大切である。

9.4 FES・FEP における治療継続期間

- ・FES・FEP において、症状が寛解・回復した場合、再発予防の観点から抗精神病薬は少なくとも 1 年間継続することが推奨されている(統合失調症薬物治療ガイドライン, 2016)。
- ・抗精神病薬の再発予防効果の検討はこれまでに複数されている(Gitlin et al., 2001) (Leucht et al., 2012)。それらの結果からは抗精神病薬には明らかな再発予防効果があるとしている。
- ・しかし、抗精神病薬の長期的な治療効果は多くの臨床試験が 2 年間以下という期間で行われており依然不明である(統合失調症薬物治療ガイドライン, 2016)。

・Wunderink らは寛解後 6 ヶ月経過している FEP 患者 131 名を治療継続群と減量・中止群に無作為に割り付け、1 年半後の再発率および社会的・職業的機能を比較し、7 年後にも追跡調査をしている。1 年半後では減量・中止群の再発率は治療継続群と比較し約 2 倍高かったが、7 年の追跡調査では抗精神病薬の減量・中止群の方が治療継続群よりも約 2 倍も回復率が有意に高かったと報告している(Wunderink., 2013)。

・FES・FEP において症状の寛解がみられた際は、抗精神病薬の減量・中止のリスクやベネフィットについて、患者に対して十分に説明し共有した上で、減量・中止を判断するのが好ましい(統合失調症薬物治療ガイドライン, 2016)。

【文献】

- 1) Abdel-Baki A, Ouellet-Plamondon C, Malla A: Pharmacotherapy challenges in patients with first-episode psychosis. *Journal of affective disorders* 138 Suppl: S3-14, 2012.
- 2) Agid O, Arenovich T, Sajeev G, et al: An algorithm-based approach to first-episode schizophrenia: response rates over 3 prospective antipsychotic trials with a retrospective data analysis. *The Journal of clinical psychiatry* 72(11): 1439-44, 2011.
- 3) Allison DB, Casey DE: Antipsychotic-induced weight gain: a review of the literature. *The Journal of clinical psychiatry* 62 Suppl 7: 22-31, 2001.
- 4) Barkhof E, Meijer CJ, de Sonnevile LM, Linszen DH, de Haan L: Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia--a review of the past decade. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists* 27(1): 9-18, 2012.
- 5) Barnes TR: Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of psychopharmacology (Oxford, England)* 25(5): 567-620, 2011.
- 6) Coldham EL, Addington J, Addington D: Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis. *Acta psychiatrica Scandinavica* 106(4): 286-90, 2002.
- 7) Dibonaventura M, Gabriel S, Dupclay L, Gupta S, Kim E: A patient perspective of the impact of medication side effects on adherence: results of a cross-sectional nationwide survey of patients with schizophrenia. *BMC psychiatry* 12: 20, 2012.

- 8) Gitlin M, Nuechterleine K, Subotnik KL, et al: Clinical outcome following neuroleptic discontinuation in patients with remitted recent-onset schizophrenia. *Am J Psychiatry* 158: 1835-1842, 2001.
- 9) Heres S, Schmitz FS, Leucht S, Pajonk FG: The attitude of patients towards antipsychotic depot treatment. *International clinical psychopharmacology* 22(5): 275-82, 2007.
- 10) Hill M, Crumlish N, Whitty P, et al: Nonadherence to medication four years after a first episode of psychosis and associated risk factors. *Psychiatric services (Washington, DC)* 61(2): 189-92, 2010.
- 11) Kane JM, Kishimoto T, Correll CU: Non-adherence to medication in patients with psychotic disorders: epidemiology, contributing factors and management strategies. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 12(3): 216-26, 2013.
- 12) Kumar A, Datta S. S, Wright S.D, Furtado V.A, Russell P.S: Atypical antipsychotics for psychosis in adolescents. *Cochr Database Syst Rev* 10: P. 97-103, 2013.
- 13) Lambert, M: Initial assessment and initial pharmacological treatment in acute phase, in *The Recognition and Management of Early Psychosis: A prevention Approach*, Jackson, H.J., & MacGorry, P.D., Editors. Cambridge University Press. P. 1598-1607, 2009.
- 14) Lambert, M. & Naber, D: *Current schizophrenia*. 3rd ed. London, UK,: Springer Healthcare, 2012.
- 15) Lambert TJ: Practical management of schizophrenia: the role of long-acting Antipsychotics. *International clinical psychopharmacology* 2013.
- 16) Leucht S, Tardy M, Komossa K, et al: Maintenance treatment with antipsychotic drugs for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 5:CD008016, 2012.
- 17) Lochmann van Bennekom, M.W., Gijsman, H.J. Zitman, FG: Antipsychotic polypharmacy in psychotic disorders: a critical review of neurobiology, efficacy, tolerability and cost effectiveness. *J Psychopharmacol* 27(4): p. 327-326, 2013.
- 18) Rabinovitch M, Bechard-Evans L, Schmitz N, Joober R, Malla A: Early predictors of nonadherence to antipsychotic therapy in first-episode psychosis. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie* 54(1): 28-35, 2009.

- 19) Robinson D, Woerner MG, Alvir JM, et al: Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. Archives of general psychiatry 56(3): 241-7, 1999.
- 20) Taylor M, Ng KY: Should long-acting (depot) antipsychotics be used in early schizophrenia? A systematic review. The Australian and New Zealand journal of psychiatry 47(7): 624-30, 2013.
- 21) Wunderink L, Nieboer RM, Wiersma D, et al: Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. JAMA Psychiatry 70: 913-920, 2013.
- 22) Zhang JP, Gallego JR, Robinson DG, et al: Efficacy and safety of individual second-generation vs. first-generation antipsychotics in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis. Int J Neuropsychopharmacol 16: 1205-1218, 2013.
- 23) Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis Second edition: Orygen The National Centre of Excellence in Youth Mental Health
- 24) National Collaborating Centre for Mental H. National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People: Recognition and Management. Leicester (UK): British Psychological Society Copyright (c) The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2013.
- 25) National Institute for Clinical Excellence, Violence: The Short-term Management of Disturbed/violent Behaviour in In-Patient Psychiatric Settings and Emergency Departments. National Institute for Clinical Excellence. 2005.
- 26) National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) ; Psychosis and Schizophrenia in adults: prevention and management
- 27) Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders, Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. Aust N Z J Psychiatry 39(1-2): p. 1-30, 2005.
- 28) 統合失調症薬物治療ガイドライン Guideline for Pharmacological Therapy of Schizophrenia 編集 日本神経精神薬理学会. 医学書院. 2016.
(岸本年史、盛本翼、岡崎康輔)

抄録

・FES・FEP の治療戦略として、心理社会的療法と薬物療法、特に経口抗精神病薬を組み合わせた治療が望ましい(National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance.

Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People, 2013)。

・抗精神病薬による薬物療法では、第一選択として第二世代抗精神病薬の投与が推奨される。

(National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); Psychosis and Schizophrenia in adults: prevention and management) (Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis Second edition)

・抗精神病薬の開始量、滴定速度は効果と副作用の観点から、“少量”かつ“緩徐に増量”することが望ましい。(National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); Psychosis and Schizophrenia in adults: prevention and management) (Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis Second edition)。

・抗精神病薬は単剤治療が推奨され、特定の場を除き多剤併用は避けなければならない。

(National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); Psychosis and Schizophrenia in adults: prevention and management) (Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis Second edition)

・治療予後の観点から DUP を短縮することや服薬アドヒアランス(以下、アドヒアランス)を良好にすることが、FES・FEP の治療において重要である。

・アドヒアランス不良には様々なリスクファクター(Abdel et al., 2012) (Allison and Casey, 2001) (Barnes, 2011) (Coldham et al., 2012) (Lambert, 2009) (Taylor and Ng, 2013)が考慮されるが、shared decision making(SDM)はアドヒアランスを向上させるために必要である (Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis Second edition)。

・持効性抗精神病薬(long-acting injectable antipsychotics: LAIs)はアドヒアランス不良例において、安定した抗精神病薬の投与を行える点(Taylor and Ng, 2013)で、再発予防の観点からも FES・FEP の治療選択肢となりうる。

・FES・FEP において、症状が寛解・回復した場合、再発予防の観点から抗精神病薬は少なくとも 1 年間継続することが推奨されている(統合失調症薬物治療ガイドライン, 2016)。

10. ARMS・UHR に対する薬物療法

10.1 抗精神病薬投与に関する倫理的問題点

- ARMS の精神病移行率は 6 ヶ月で 18%、3 年間で 36%と報告されており(Fusar et al., 2012)、偽陽性率は少ないとは言い難い。
- ARMS に抗精神病薬を用いることによって、この偽陽性例が副作用を被る可能性がある点に、大きな倫理的問題がある。
- 第二世代抗精神病薬(Second- Generation Antipsychotics: SGA)は、不可逆的な錐体外路系の副作用は少ない(Kane, 2004)ものの出現する可能性があり、その他にも体重増加や糖尿病、性機能障害などが現れるリスクもある。
- ARMS・UHR に対して抗精神病薬を用いたさらなる介入研究を行うことに対して否定的に締めくくられたメタ解析もみられ(Stafford et al., 2013)、今後は、抗精神病薬よりも効果的な治療法を検索する研究が必要(Woods et al., 2003)と考えられる。

10.2 抗精神病薬の単独治療に関する過去の研究

- ARMS に少量の SGA を用いることにより、精神病の発症を遅延または予防することを示した報告が存在する(McGlashan et al., 2003) (McGlashan et al., 2004) (McGorry et al., 2002)。
- 前駆期の 60 人を対象とした二重盲検ランダム化研究では、オランザピン(5~15mg/日)投与群とプラセボ投与群を比較した。8 週間後の短期解析にてオランザピン投与群はプラセボ投与群よりも弱い精神病症状の有意な改善がみられた (Woods et al., 2003)。1 年間の追跡では、オランザピン投与群の移行率は傾向レベルの差(オランザピン投与群 16%: プラセボ投与群 38%)であった。また、2 年間の追跡では両群間の精神病移行率に有意差は認めなかった(McGlashan et al., 2006)。
- 一方で、抗精神病薬による精神病の発症予防や遅延効果に対して否定的な報告もみられる (McGorry et al., 2013) (Phillips et al., 2009) (Yung et al., 2011)。

10.3 抗精神病薬と CBT の併用療法

- ARMS に対する抗精神病薬と CBT の併用療法の有効性が報告されている(McGorry et al., 2002) (Nordentoft et al., 2006) (Phillips et al., 2007)。
- CBT と少量のリスペリドンまたはプラセボ投与群、支持的療法単独群、そして支持的療法とプラセボ併用群に関して比較検討された研究では、支持的療法群は他の群と比較して、介入 6 ヶ月後の精神病移行率が有意に高かったが、1 年間の追跡ではもはや有意差はみられなかった (McGorry et al., 2002)。また、3 年間の追跡研究でも同様に有意差は認めなかった(Phillips et al., 2007)。
- この研究からは、抗精神病薬と CBT の併用は ARMS・UHR の精神病移行を遅延しうるが、確実に予防するものではないと考えられる。

10.4 抗精神病薬の投与が勧められる時

・ARMS・UHR は精神病への移行が必然的ではないことや、副作用の観点から、予防のみを目的とした抗精神病薬の投与は控えるべきである。(Australian Clinical Guidelines for early psychosis Second edition.)(International clinical practice guidelines for early psychosis. 2005)。

・急速に精神病症状が悪化した場合や精神病症状に関連した著しい機能的な悪化によって本人や他者に危険性がある場合、例えば抑うつに対する治療が無効であり自殺の危険性がある、攻撃性、敵意、他害がある場合 (Australian Clinical Guidelines for early psychosis Second edition.) (International clinical practice guidelines for early psychosis. 2005)に低用量の抗精神病薬の投与が考慮される。

・抗精神病薬を 6 週間投与し効果的であった場合、抗精神病薬による治療継続に伴うリスクと効果について患者に説明し同意を得た上で、さらに 6 ヶ月から 2 年間抗精神病薬の投与を継続する。(International clinical practice guidelines for early psychosis. 2005)

・症状の改善がみられた際には、患者に同意を得た上で抗精神病薬を漸減し(International clinical practice guidelines for early psychosis. 2005)、漫然と抗精神病薬の長期投与を行わないことが推奨される。

10.5 ω -3 不飽和脂肪酸

・魚油に含まれる ω -3 不飽和脂肪酸が ARMS から精神病への移行を減少させるとする報告 (Amminger et al., 2010) (Amminger et al., 2015)がある。

・Amminger らのランダム化比較試験では、UHR を ω -3 不飽和脂肪酸 (DHA 480mg/日 + EPA 700mg/日) 投与群とプラセボ投与群に割り付け、12 週間の投与を行った。1 年間の追跡の結果、精神病移行率は ω -3 不飽和脂肪酸投与群で有意に低下していた (ω -3 不飽和脂肪酸投与群 4.9%: プラセボ投与群 27.5%)(Amminger et al., 2010)。

・この研究の 6.5 年間の追跡結果でも、両群間における有意差は持続していた (ω -3 不飽和脂肪酸投与群 9.8%: プラセボ投与群 40%) (Amminger et al., 2015)。また、 ω -3 不飽和脂肪酸群はプラセボ投与群と比較して抗精神病薬の処方割合が低く、生活機能低下を生じさせる割合が低く、就労割合が高かったことが報告された(Amminger et al., 2015)。

・ ω -3 不飽和脂肪酸は、比較的高容量で用いた際の安全性が示されており(Schlogelhofer et al., 2014)、副作用のほとんどない薬物療法であるため、安全である(McGorry et al., 2008) (McGorry et al., 2017)といえる。ただ、warfarin などの抗凝固剤との併用により、出血時間の延長がみられることがある(McClaskey EM1 and Michalets EL., 2007)。

・McGorry らの多施設ランダム化比較試験では、UHR を ω -3 不飽和脂肪酸 (DHA 560mg/日 + EPA 840mg/日) 投与群とプラセボ群に割り付け、どちらの群にも心理社会的介入を行なった。半年間の追跡の結果、精神病移行率は両群間で有意差を認めず (ω -3 不飽和脂肪酸投与群 6.7%: プラセボ投与群 5.1%)、1 年間の追跡でも有意差はみられなかった (ω -3 不飽和脂肪酸投与群

11.5%: プラセボ投与群 11.2%)。また、有意差がみられなかった可能性として心理社会的介入や併用した抗うつ薬の効果が示唆されており、今後さらなる効果検討を要する。(McGorry et al., 2017)

・ ω -3 不飽和脂肪酸に関するランダム化比較試験は、参加同意率が高く、かつ中断率が低いとされており、今後さらなる効果検討のうえ、ARMS に対する実践的な治療法となることが期待される(桂ら, 2012)。

10.6 その他の薬物療法

・併存疾患（たとえば不安障害や抑うつ障害）の治療に必要な薬物療法を含めた介入を行うことが望ましい(Nemeroff, 2005) (Stathis et al., 2005) (International clinical practice guidelines for early psychosis. 2005)。

・ARMS における精神病発症に対する予防の有用性は抗うつ薬でも報告されている(Cornblatt et al., 2007)(Fusar et al., 2007)一方で、若年者に対する抗うつ薬使用に関しては、自殺既遂の増加(Gibbons et al., 2007)などの観点から慎重に行うべきであるという意見もあり、その点については個別のガイドラインを参照されたい（日本うつ病学会治療ガイドライン II. うつ病(DSM-5)/第うつ病性障害 2016）。

【文献】

- 1) Amminger GP, Schafer MR, Papageorgiou K, et al: Long-chain omega-3 fatty acids for indicated prevention of psychotic disorders: a randomized, placebo-controlled trial. Archives of general psychiatry 67(2): 146-54, 2010.
- 2) Amminger GP, Schafer MR, Schlogelhofer M, Klier CM, McGorry PD: Longer-term outcome in the prevention of psychotic disorders by the Vienna omega-3 study. Nature communications 6: 7934, 2015.
- 3) Cornblatt BA, Lencz T, Smith CW, Olsen R, et al: Can antidepressants be used to treat the schizophrenia prodrome? Results of a prospective, naturalistic treatment study of adolescents. J. Clin. Psychiatry. 68(4): 546-557, 2007.
- 4) Fusar-Poli P, Valmaggia L, McGuire P: Can antidepressants prevent psychosis?. Lancet. 370(9601): 1746-1748, 2007.
- 5) Fusar-Poli P, Frascarelli M, Valmaggia L, Byrne M, Stahl D, Rocchetti M, Codjoe L, Weinberg L, Tognin S, Xenaki L, McGuire P. Antidepressant, antipsychotic and psychological interventions in subjects at high clinical risk for psychosis: OASIS 6-year naturalistic study. Antidepressant, antipsychotic and psychological interventions in subjects at high clinical risk for psychosis: OASIS 6-year naturalistic study. 45(6): 1327-39, 2015.

- 6) Fusar-Poli P, Bonoldi I, Yung AR, et al: Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Archives of general psychiatry* 69(3): 220-9, 2012.
- 7) Gibbons RD, Brown CH, Hur K, et al. Early evidence on the effects of regulators' suicidality warnings on SSRI prescriptions and suicide in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 164: 1356-63, 2007.
- 8) Kane JM: Tardive dyskinesia rates with atypical antipsychotics in adults: prevalence and incidence. *The Journal of clinical psychiatry* 65 Suppl 9: 16-20, 2004.
- 9) 桂雅宏, 小原千佳, 松本和紀: 精神病アットリスク(ARMS)に対する早期介入. *臨床精神医学* 41: 1413-1419, 2012.
- 10) McClaskey EM1, Michalets EL: Subdural hematoma after a fall in an elderly patient taking high-dose omega-3 fatty acids with warfarin and aspirin: case report and review of the literature. *Pharmacotherapy*. Jan;27(1):152-60, 2007
- 11) McGlashan Th, Zipursky RB, Perkins D, et al: The PRIME North America randomized double-blind clinical trial of olanzapine versus placebo in patients at risk of being prodromally symptomatic for psychosis. I . Study rationale and design. *Schizophrenia Res* 61: 7-18, 2003.
- 12) McGlashan Th, Zipursky RB, Perkins D, et al: Randomized, double-blind trial of olanzapine versus placebo in patients prodromally symptomatic for psychosis. *Am J Psychiatry* 185: 291-297, 2004
- 13) McGlashan TH, Zipursky RB, Perkins D, et al: Randomized, double-blind trial of olanzapine versus placebo in patients prodromally symptomatic for psychosis. *The American journal of psychiatry* 163(5): 790-9, 2006.
- 14) McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ, et al: Randomized control trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Arc Gen Psychiatry* 59: 921-928, 2002.
- 15) McGorry PD, Killackey E, Yung A: Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 7(3): 148-56, 2008.
- 16) McGorry et al: Effect of ω -3 Polyunsaturated Fatty Acids in Young People at Ultrahigh Risk for Psychotic Disorders: The NEURAPRO Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 1;74(1):19-27, 2017.

- 17) McGorry PD, Nelson B, Phillips LJ, et al: Randomized controlled trial of interventions for young people at ultra-high risk of psychosis: twelve-month outcome. *The Journal of clinical psychiatry* 74(4): 349-56, 2013.
- 18) Nemeroff CB: Use of atypical antipsychotics in refractory depression and anxiety. *The Journal of clinical psychiatry* 66 (Suppl. 8): 13-21, 2005.
- 19) Nordentoft M, Thorup A, Petersen L, et al: Transition rates from schizotypal disorder to psychotic disorder for first-contact patients included in the OPUS trial. A randomized clinical trial of integrated treatment and standard treatment. *Schizophrenia research* 83(1): 29-40, 2006.
- 20) Schlogelhofer M, Amminger GP, Schaefer MR, et al: Polyunsaturated fatty acids in emerging psychosis: a safer alternative? *Early intervention in psychiatry* 8(3): 199-208, 2014.
- 21) Stafford MR, Jackson H, Mayo-Wilson E, Morrison AP, Kendall T: Early interventions to prevent psychosis: systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical research ed)* 346: f185, 2013.
- 22) Stathis S, Martin G, McKenna JG: A preliminary case series on the use of quetiapine for posttraumatic stress disorder in juveniles within a youth detention center. *Journal of clinical psychopharmacology* 25(6): 539-44, 2005.
- 23) Phillips LJ, McGorry PD, Yuen HP, et al: Medium term follow-up of a randomized controlled trial of interventions for young people at ultra high risk of psychosis. *Schizophrenia research* 96(1-3): 25-33, 2007.
- 24) Phillips LJ, Nelson B, Yuen HP, et al: Randomized controlled trial of interventions for young people at ultra-high risk of psychosis: study design and baseline characteristics. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry* 43(9): 818-29, 2009.
- 25) Woods SW, Breier A, Zipursky RB, et al: Randomized trial of olanzapine versus placebo in the symptomatic acute treatment of the schizophrenic prodrome. *Biological psychiatry* 54(4): 453-64, 2003.
- 26) Yung AR, Phillips LJ, Nelson B, et al: Randomized controlled trial of interventions for young people at ultra high risk for psychosis: 6-month analysis. *The Journal of clinical psychiatry* 72(4): 430-40, 2011.
- 27) Australian Clinical Guidelines for early psychosis Second edition. The National Centre of Excellence in Youth Mental Health.
- 28) International clinical practice guidelines for early psychosis. *The British journal of psychiatry Supplement* 48: s120-4, 2005.

29) 日本うつ病学会治療ガイドライン II. うつ病(DSM-5)/第うつ病性障害 2016. 日本うつ病学会 気分障害の治療ガイドライン作成委員会, 2016.

(岸本年史、盛本翼、岡崎康輔)

抄録

・ARMS は精神病への必然的な移行を前提としていないため、予防のみを目的とした抗精神病薬の投与は控えるべきであり (International clinical practice guidelines for early psychosis. 2005)、併存疾患 (たとえば不安障害や抑うつ障害) の治療に必要な薬物療法を含めた介入を行うことが望ましい(Nemeroff , 2005) (Stathis et al., 2005) (International clinical practice guidelines for early psychosis. 2005)。ただし、急速に精神病症状が悪化した場合や、自殺の危険性がある場合、他者に対する攻撃性や敵意、他害行為がある場合(International clinical practice guidelines for early psychosis. 2005)には、低用量の抗精神病薬の投与を考慮する必要がある。

・ARMS に対する ω -3 不飽和脂肪酸の投与について、プラセボ対照比較試験によって有意な精神病移行率の低下が示されている(Amminger et al., 2010) (Amminger et al., 2015)。しかし、健康保険の適応ではなく、使用に際して十分な説明を本人および家族に行う必要がある。

第2部 実践編

11. 地域支援の方法論

11.1. 地域特性の考慮

ここで大都市部とは人口30万人以上の大都市を想定する。東京都の人口は、2016年6月現在1362万人とされ、日本の都道府県の中では最も多く、日本の人口の10%以上を占めている。人口密度も日本の都道府県のなかで最も大きく、東京を中心とする首都圏は3700万人を超える世界最大の都市圏である。日本全国民の34%が首都圏に集中し、カナダ、ポーランドなどの国全体の人口に匹敵する(1,2)。

東邦大学医学部精神神経医学講座が位置する東京都大田区は、その中心地蒲田駅周辺は都心(都庁)から15km圏であり、23区の中では一番離れている。大田区内の人口は70万1千人(平成26年1月、外国人含む)、人口密度は11,609人/km²で、東京23区で21番目の低人口密度となっているが東京都平均の約2倍、全国平均の約33倍に相当する(3,4)。

金沢医科大学精神科が位置する石川県内灘町は、西に日本海、東に河北潟を擁し、白山・立山連峰を望む光溢れる砂丘のまちであるが、人口は26,959人(平成29年2月)、人口密度は1,326人/km²で、大田区のおよそ10分の1に相当するが、人口集中地区では3.73km²に2万人以上が集中し、人口密度は5,906人/km²で大田区平均の半分程度である。15歳から30歳の思春期・青年期人口は4,242名で住民の16%に相当する(5)。

2地域の特性は対照的であり、同一サービスモデルの実施は困難であり、成果にも疑問が残る。それぞれの特色を踏まえ、どのようなサービスの在り方が望ましいかを示す。

11.2 早期精神病に対する介入サービスの発展

1980年代以降、欧米における統合失調症の地域ケア研究は、おもにその中身すなわちサービスの提供技法に関心が集まった。統合失調症に対する心理教育や家族教育をはじめとする心理社会的介入の有効性についての様々な検討がなされた。認知行動療法的家族介入による多数の比較対照試験研究で、当事者中心よりも援助者中心のストレスマネジメントが統合失調症の再発防止により有効であることが示され、当事者を含めた家族単位での統合的認知行動療法的家族介入が提案されている。その多くは脆弱性-ストレスモデルに則っており、統合失調症に対する治療的あるいは医学的リハビリテーションの視点から、生物学的脆弱性を補い心理環境面のストレスに対処する為の適切なアプローチを包括的に実施することを求めている。その先駆けといえるのがIan R. H. Falloon(1945-2006年)によるバッキンガム・プロジェクトであるが、連続例研究でありここでは文献紹介にとどめる。その後Falloonは諸外国で初回エピソード統合失調症(FES)に対する包括的介入の成果を検討し、FESに対する包括的介入の有用性を再入院率、援助者の負担感、再入院率などから検証しており、その中には筆者らによる日本からのデータも含まれている(Falloon, 2004)。統合失調症に対する早期介入の臨床サービスの展開や研究の進展の上で重要と思われる諸外国の取り組みは、当初は研究資金のもと研究ベース

で開始し、やがて一般的な臨床サービスへ移行していった例が多い(Harris, 2010)。オーストラリアの EPPIC モデル、イギリスの LEO サービス、OASIS サービス、カナダの FEPP などがそれにあたる。ここで、現時点のわが国において参考となる直接的データは、介入時期と内容の予後への影響に関するものであろう。

11.2.1 精神病の早期段階における集中的統合的治療（デンマーク）

Nordentoftらによる OPUS 研究では①アウトリーチ、②薬物療法、③心理教育的家族療法、④社会生活技能訓練（Social Skill Training: SST）のサービスを行う。

アウトリーチサービスでは、精神科医、精神科看護師、心理士、作業療法士、ソーシャルワーカーを含む多職種チームが関わり、アウトリーチ型の統合的治療を 2 年間提供している。各チームのケースロードは約 10 である。各患者に 1 人ずつプライマリーチームメンバーが割り当てられ、治療の調整を行う。活動は、月曜日から金曜日の 8-18 時の間に、自宅、職場、チームのオフィスのうち好みの場所で行われる。チームメンバーは携帯電話でいつでも患者の相談を受け付け、時間外の相談については留守番電話に残してもらい翌朝チームが対応する。

治療開始後 1 か月以内に、心理教育的家族療法を始める（2 週に 1 回、1 回 1 時間半、期間は 1 年半）。SST は、患者 6 名とセラピスト 2 名で行われる。①服薬自己管理、②症状対処、③会話、④問題解決技能、⑤コンフリクト解決技術の 5 つのモジュールがあり、自立生活の基礎的技術を向上し集団の中でうまく生活できるようになることを目指す。

OPUS のランダム化比較試験（RCT）(Bertelsen M,4) では、初発統合失調症と関連障害の 574 名を、集中的統合的治療 275 名と標準的治療 272 名に無作為に振り分けた。集中的治療群では、上記の統合的治療を 2 年間行い、その後は標準的治療に移行した。標準的治療群では、当初より通常の介入を継続した。介入開始 2, 5 年後に評価を行った。その結果、集中的治療群は、フォローアップ 2 年後の精神病症状・陰性症状の改善、治療アドヒアランス、抗精神病薬の低用量使用に優れていたが、5 年後には、両群で治療効果の有意差がつかなかった。

11.2.2 Treatment and Identification of Psychosis（ノルウェーとデンマーク）

ノルウェーとデンマークの多施設研究である Treatment and Identification of Psychosis

（TIPS）の早期発見研究 Hegelstad WV,20125)では、精神病未治療期間（DUP）を短縮することがどのような臨床的アウトカムを生じるのか検討した。

まず、初回エピソード精神病の早期発見を積極的に行うエリアと通常を受診エリアそれぞれにおいて 2 年間の標準的なプロトコルによる治療介入（抗精神病薬治療、支持的療法、集団家族心理教育）を行った。早期発見エリアでは、啓発・教育チームと早期発見チームが活動した。啓発・教育チームは、新聞、ラジオ、テレビ、ポスター、パンフレットなどで精神病の早期兆候、早期治療の重要性、早期発見チームの情報などを一般市民に提供し、教師や家庭医には特別な教育プログラムを実施した。精神科医 1 名、精神科看護師 2 名、心理士 1 名、ソーシャルワーカー 1 名で構成された早期発見チームが、月曜日から金曜日の 8:00-15:30 に活動し、紹介後 24 時間以内に訪問面接を行い、必要なら

ば専門的治療を手配した。その結果、早期発見エリアでは DUP の中央値は 26 週から 5 週に短縮した。一方、通常受診エリアでは DUP の中央値は 16 週であった。

18-65 歳の初回エピソード精神病につき、早期発見エリア群の 141 名と通常受診エリア群の 140 名を 10 年間追跡し、ベースラインと 1, 2, 5, 10 年後に評価した。その結果、早期発見エリア群では通常受診エリア群に比べ、2 年後・5 年後とも陽性症状・陰性症状・認知機能障害・抑うつ症状ともに少なかった。また、10 年後においては、症状の有意差はほぼなくなっていたが、早期発見エリア群では通常受診エリア群に比べ、継続通院率・回復率・就労率が高かった。

11.3 早期介入の時期と期間について

統合失調症の早期介入におけるさまざまな取り組みにより、統合的な治療を行うと、その治療を続けている間は通常の介入よりも効果が高いというエビデンスが蓄積してきている。しかし、統合的治療をやめてしまうと、その効果はなくなってしまい、持続しない。これまでのところ、早期介入において持続的な効果をもたらすのに適切な治療期間を明らかにしたエビデンスは確立されていない。すなわち、「初発エピソードの患者は、早期介入サービスにおいてどれぐらいの期間フォローアップすべきなのか」、また、「完全に回復した患者をどれぐらいの期間治療し続けるべきなのか」は未だ不明である Harris³⁾。

McGlashan, 2012⁷⁾によれば、統合失調症に対する様々な早期介入研究があるが、メタ研究でも治療のタイプによる効果の差については、はっきりした結論が出ていない。なぜならば、これまでの早期介入研究では治療開始のタイミングについての検討がほとんど行われていないからである。しかし前述の 2 研究、TIPS と OPUS を組み合わせると興味深い知見が得られるという。いずれも初回エピソード精神病のコホートのベースラインと 2, 5 年後を追跡調査している 2 つの経時的研究の結果を比較しているが、OPUS は治療強度の異なる 2 群（治療タイミングは一緒）の比較、TIPS は治療タイミングの異なる 2 群（治療強度は一緒）の比較を行っている。TIPS と OPUS から得られた初回エピソードについての 2 年後と 5 年後の結果を比べてみると明らかな相違がある。TIPS では、早期発見エリアと通常受診エリアの地域の異なる 2 群に対し、同様の標準的治療を行って長期予後を検討したが、両群間での疾患重症度の差は追跡 5 年後まで保持されている。早期発見・早期治療された群は、軽症であり機能障害も軽いままである。一方 OPUS では、集中的治療群と標準的治療群との追跡 2 年後の評価の差異は、集中的な治療が 2 年間で終わり両群に治療強度の差がなくなった追跡 5 年後には失われたのである。以上より、統合失調症の早期介入においては、治療の強度やタイプよりも、治療開始のタイミングが決定的な意味を持つことがわかった。

【文献】

1. 東京都：東京都の人口（推計）<http://www.toukei.metro.tokyo.jp/jsuikai/js-index.htm>
2. 東京都 都内区市町村マップ
http://www.metro.tokyo.jp/PROFILE/map_to.htm

3. 大田区：ホームページ 区の世帯と人口
<http://www.city.ota.tokyo.jp/kuseijoho/suuj/>
4. 東京都の統計：
<http://www.toukei.metro.tokyo.jp/juukiy/2014/jy14000001.htm>
5. 内灘町：暮らし
http://www.town.uchinada.lg.jp/webapps/www/life/list.jsp?life_genre=076
6. Falloon IRH, Montero I, Sungur M, Mastroeni A, Malm U, Economou M, Grawe R, Harangozo J, Mizuno M, Murakami M, Hager B, Held T, Veltro F, Gedye R, and the OTP Collaborative Group: Implementation of Evidence-Based Treatment for Schizophrenic Disorders: Two-year outcome of an international field trial of optimal treatment. *World Psychiatry* 3: 104-109, 2004
7. Falloon, IRH: Early intervention for first episodes of schizophrenia: A preliminary exploration. *Psychiatry* 55: 4-15, 1992.
8. Harris M, Craig T, Zipursky RB, 他: 早期精神病のサービスモデル：各国での取り組み。“早期精神病の診断と治療” (Jackson HJ, McGorry PD 編). 医学書院, 東京, 2010, p376-396.
9. Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L, et al: Five-Year Follow-up of a Randomized Multicenter Trial of Intensive Early Intervention vs Standard Treatment for Patients With a First Episode of Psychotic Illness. *Arch Gen Psychiatry* 65 (7): 762-771, 2008.
10. Hegelstad WV, Larsen TK, Auestad B, et al: Long-Term Follow-Up of the TIPS Early Detection in Psychosis Study: Effects on 10-Year Outcome. *Am J Psychiatry* 169:374-380, 2012.
11. Mizuno M, Suzuki M, Matsumoto K, et al: Clinical practice and research activities for early psychiatric intervention at Japanese leading centres. *Early Interv Psychiatry* 3 (1): 5-9, 2009.
12. McGlashan TH: Treatment Timing vs Treatment Type in First-Episode Psychosis: A Paradigm Shift in Strategy and Effectiveness. *Schizophrenia Bulletin* 38 (5): 902-903, 2012.

(水野雅文・川崎康弘)

12. 地域における早期介入 大都市モデル

12.1 東邦大学医療センター大森病院から見た精神保健をめぐる地域連携

12.1.1 施設特徴

当院は病床数約 1,000 床を有し 3 次救急指定を受けており、年間救急車受入台数総数は 6,430 件である。大田区や品川区、川崎市がキャッチメントエリアであり、地域住民 100 万人程度であるのに対し、精神科閉鎖病棟は 18 床のみである。地域ケアを実践するにあたり、救急と入院、後方病床との連携が必須である。

精神科病棟では病床数に限りがあることから、救命センターや各科の病棟に入院するケースがあり、リエゾンサービスが必要となる。しかしリエゾンサービスを行うにあたっては、各診療科担当医および担当病棟においては精神科疾患に対するステイグマがあり、退院調整の困難さや危機管理への不安などが障壁となることもある。さらには家族においても同様にステイグマがあり、現状に対する受容の困難さが問題となる。また退院後は他院によりフォローアップされることから、後方病床との連携が重要なポイントである。当院における精神科病棟 36 床は 13:1 の看護体制になっており、医師 14 名とソーシャルワーカー 2 名の診療体制である。長期入院例が増えることにより、待機患者が増加することから是正が必要である。

12.1.2 地域連携・教育

当院では大田区を中心とした城南地区において、あらゆる機会を捉えて地域の医師や社会資源との連携を推進している。精神疾患は早期発見・早期介入によりその予後が大きく改善されることから OTP (Optimal Treatment Project :統合型地域精神科治療プログラム) に関するワークショップを毎年 1-2 回地域の訪問看護ステーションや地域包括支援センターの職員および当科の研修医を中心におこなっている。

また地域連携の一環として、近隣の都立学校における専門医派遣事業の一環で学校協力医としての派遣を行っている。訪問校は大田区、目黒区、世田谷区などの都立 6 高校、他私立高校 2 校であり、1 高校あたり年 2-5 回程度精神開始が訪問し、担任教諭、養護教諭などの相談に対応している。そうした学校からの紹介な患者も多い。

この他、大田区教育委員会 大田区立中学 6 中学、近隣の児童相談所、教育センター、障害者センターにも適宜教室員が出張し、顔の見える連携に努めている。また地域のケア会議には PSW が出張して対応している。「詳細は別項参照のこと」

12.1.3 サービスモデル

サービスモデルとして早期介入、多職種チームアプローチ、継続的なアセスメントや訪問サービスで、治療内容としては、治療プログラムとして非定常抗精神病薬による薬物療法、ストレスマネジメント、認知行動療法、就労支援を行う包括的なアプローチである。こうしたプログラムを治療の主題として働きかけるとや地域への理解を促進し、大学病院と共通した治療アプローチをおこなうことで、信頼できる関係性が

構築できる。社会復帰においては入院治療から地域連携による地域の中での完結した治療が必要であり、早期介入が重要と考えられる。

12.1.4 イルボスコ

そこで2007年5月に当院ではデイケアセンターとして「イルボスコ」を設置した。対象は15-30歳、At Risk Mental State (ARMS)の患者や初回エピソードが安定した早期の患者である。

若年者に対しては、neurocognitive remediationが重要であるが、単純な機械的な脳機能回復のみでは、アドヒアランスの点から不十分である。患者が興味をもって長い期間楽しく通院できるように工夫が大切である。できるだけ本人たちが自主的に運営する一方で単なる集団ではなくて、登録時点で詳細な神経心理学的なアセスメントを行い、個別のプログラムを作成しマネージメントする。この場合、プログラムは作業療法士を中心に組み立て、さらに集団のプログラムの中には脳機能を復活するような仕掛けを設けるようにしている。

もう一つのネットワークづくりとして「イルボスコ」を中心に「城南ティーンこころのメンテ研究会」を開催している。これには地域の高等学校の養護教諭らの参加を得ており、学校におけるメンタルヘルスケアについて情報交換やトラブルが生じた際の対応として、早期に地域の学校から「イルボスコ」あるいは当院外来に受診できるようにしている。学校側と医療側の連携についてディスカッションを繰り返しながら、精神疾患に対するステイグマを減らすような試みを行っている。

最近ではメディア報道を通じて、遠方から受診を希望される方もいる。しかし長期間の通院により、効果がみられる患者は、通院圏がある程度限られていることがわかってきた。人口数と統合失調症の年開発生率、通院時間などを掛け合わせれば、各地域においてどの程度の大きさ、頻度で早期介入センターを設けていくかは今後、疫学的な手法により明らかとなるので後述する。

12.2 早期介入サービスの所在について

統合失調症の、1年間の新たな発症は人口10万人あたり15（8-40人）とされている。

大森病院の若者に特化したデイケア、イルボスコの定期的通院者は施設から半径5キロ程度に住む者が多く、参加者のXX%程度を占めている。

このことは5キロ圏内であれば、比較的良好なアドヒアランスを期待できることを意味し、大田区の人口密度から概算すると次のような推論が成り立つ。

半径5キロの円の面積は、 $5 \times 5 \times 3.14$ で 78.5 km^2 となる。大田区の人口密度からすると、この中には、 $11,609 \text{ 人/km}^2 \times 78.5 = 911,306$ 人が住むエリアとなる。これは大田区の人口70万人のおよそ、1.3倍である。また年間発症数という点では、このエリアから毎年 $15 \times 910000 \times 100000 = 135$ 人程度が発症していることになる。

現在大田区の保健行政は、地域健康課は4行政地区（大森、調布、蒲田、萩谷羽田）に分かれており、4地区の保健センターが精神科デイケアのサービスなどを行っている。従って1保健センターに1か所程度のユース・デイケアの設置があれば、かなり良好な支援体制を期待できることになる。

12.3 まとめ

人口密集地として、東京大田区における東邦大学医療センター大森病院精神神経科における早期介入活動を紹介した。精神疾患の予防や早期介入には、医療の側で早期の来院を期待して待つのではなく、地域資源と共に多職種連携を図って地域の中にゲートキーパーをおく必要がある。

以上

(水野雅文)

13. 地域における早期介入 小都市モデル

13.1 地域特徴

内灘町は、石川県の中西部に位置する町で河北郡に所属しており、隣接する石川県の県庁所在地である金沢市のベッドタウンとなっている。総人口は 26,959 人（平成 29 年 2 月）で、人口は増加傾向にある。高齢化率は 23.8%と全国平均（26.3%）と比べると若年者の割合が高く、5 校の公立小学校、公立の中学校と高等学校が各 1 校、私立の医科大学医学部と看護学部がある。精神科の診療機関は医科大学病院のみであるが、隣接地域に複数の精神科診療所と精神病院がある。医療圏としては金沢市とおなじ石川中央医療圏に含まれるが、その最北部で能登半島寄りにあることや、医療圏別の本院入院患者割合などを加味すると、能登中部と能登北部医療圏に対する役割も大きい。

13.2 サービスモデル

医療において早期発見と早期治療は疾病がもたらす様々な苦痛を軽減するために有用であると考えられており、精神科領域でも取り組みがなされるようになってきている。たとえば、統合失調症などの精神病的障害の前駆期のように、明らかな発症には至っていない状態を精神病発症危険状態（at risk mental state, ARMS）と定義し（Yung et al. 1996）、この状態にある対象に早期介入をおこなう試みがなされるようになってきた。ARMS の対象者は精神病と診断されるまでには至っていないが、その徴候を呈しているハイリスク者である。くわえてストレス状況下で出現しやすい不安、抑うつ、強迫、不眠などの非特異的な精神症状を有している。これらの精神症状によって日常生活に支障をきたしており、本人が何らかの助けを求めている場合に早期介入の対象とされる。したがって、介入は当事者の助けを求め声に応じる形でなされる問題解決型のアプローチである。

金沢医科大学病院神経科精神科では、精神病の発症リスクが高いと考えられる若者を対象とした臨床サービス Outpatient clinic for Assessment, Support and Intervention Services

（OASIS）を運用している。OASIS は ARMS が疑われる思春期・青年期の若者やその家族に対して、専門家による相談、診断、治療の機会を提供することを目的としている。また、すでに精神病を発症している患者に対しては、エビデンスに基づいた医療をできるだけ早期に提供する。すなわち、精神病未治療期間 duration of untreated psychosis (DUP)の短縮も目的としている。

金沢医科大学病院神経科精神科では「こころのリスク外来」（<http://www.kanazawa-med.ac.jp/~psychiat/oasis/>）と「こころの健康検査入院」（<http://www.kanazawa-med.ac.jp/~psychiat/kokoro/>）が開設されており、ホームページや雑誌、TV 放映などを通じて一般市民へ周知をはかっている。そこには ARMS や精神病についての情報や、専門外来の案内なども掲載されている。ホームページにはセルフチェックがおこなえるように Prevention Through Risk Identification Management and Education (PRIME) - Screen 日本語版 (Kobayashi et al., 2008) が用意されている。こころのリスク状態の可能性があるという判定を受け、困っている症状や問題がある対象には、専門機関での相談を促せるように配慮しており、このホームページの情報を見て受診する例もみられる。

13.3 地域連携・教育

担当医師が中心となって行われる、早期介入を関係領域に周知する活動としては、年に一度、県教育センターの中学校高等学校の教員研修として OASIS の施設見学と活動紹介がおこなわれた。毎年開催される県看護協会の研修プログラムを担当し精神障害者に関する研修にて早期介入の必要性を述べた。一般市民に対する情報提供は保健所主催のこころの病気を理解する市民公開講座の講師、精神保健福祉協会が主催する若者の生きづらさに関するシンポジウムの企画、精神障害者家族会連合会の企画する講演会の講師を担当し、精神病に関する一般的な理解を深め、早期介入の必要性についても理解できるよう努めた。平成 25 年 4 月 6 日

(http://fcslib.tvkanazawa.co.jp/karada/broadcast/?bc_id=362) と平成 28 年 3 月 5 日 (http://fcslib.tvkanazawa.co.jp/karada/broadcast/?bc_id=441) には 10 分間のテレビプログラムにて早期介入の有用性が紹介された。

担当心理士による周知活動としては、臨床心理士会を介して地域の中学校と高校にスクールカウンセラーとして派遣されていることから、心理士相互が情報共有をしつつ、こころのリスク外来への紹介と受診調整が可能である。また、教育センターに心理士が週 1 回出向し、教育センター通所中の児童生徒への直接介入やストレスマネジメントのグループワーク、教育センター教員・支援スタッフへのコンサルテーションを担当している。そのほか医療機関への紹介と受診調整、地域の教育相談担当者会議や教育委員の研修におけるファシリテーターや講師などを担当している。

精神科医療機関から症例の紹介を受けることもしばしば経験されるが、そういった連携を強化するために、大学病院が主催する精神科の関連医療機関との診療連携会議を年一回開催している。そこでは ARMS が疑われて紹介となった対象者の診療経緯について報告し、人的資源を活用した心理社会的アプローチが可能であることを紹介している。

13.4 活動内容

金沢医科大学病院神経科精神科の「こころのリスク外来」ないし「こころの健康検査入院」では、予約受診した 15～30 歳の相談者に対して精神医学的診断をおこなう。PRIME- Screen 日本語版を用い、ARMS が疑われた対象者には Comprehensive Assessment of At-Risk Mental State (CAARMS) (Yung et al., 2005) の日本語版、および前駆症状構造化面接と重症度スケール (Structured Interview for Prodromal Syndrome/Scale of Prodromal Symptoms : SIPS/SOPS) (Miller et al., 2003) の日本語版を用いて診断的検討がおこなわれる。

初回エピソードにある統合失調症患者 (first episode schizophrenia, FES) を特定するための評価は、陽性・陰性症状評価尺度 (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS) のうち主要な 5 項目のいずれかが評点 4 (中等度) を超えた時点としている。治療の開始時点は 2 週間以上の抗精神病薬服用が確認された場合の最初の処方時点とし、この 2 時点の差を未治療期間 (Duration of Untreated Psychosis, DUP) として定義している。

生物・心理・社会的検査としては陽性・陰性症状評価尺度（Positive and Negative Syndrome Scale、PANSS）、社会機能評価尺度（Social Functioning Scale、SFS）、WHO Quality of Life 26 日本版（WHO-QOL26）、Japanese Adult Reading Test（JART）、統合失調症認知評価尺度（Schizophrenia Cognition Rating Scale、SCoRS）、Family Attitude Scale 日本版（FAS）、陽性症状評価尺度（Scale for the Assessment of Positive Symptoms、SAPS）、陰性症状評価尺度（Scale for the Assessment of Negative Symptoms、SANS）、統合失調症認知機能簡易評価尺度（Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia、BACS）、磁気共鳴画像（MRI）検査、光トポグラフィ、事象関連電位検査をおこなっている。

ARMS への介入は東北大学の SAFE こころのリスク外来の介入指針（松本ら、2009）を踏襲している。すなわち：①治療関係の成立と維持に焦点を当てる。②問題指向的アプローチを基本とする。③焦点となる問題に応じて様々な治療方法を選択する（ケアマネジメント、認知行動療法、支持的精神療法、心理教育、家族介入、必要最小限の薬物療法）。④治療セッションには十分に時間をかける。⑤精神病への発展を前提とせず回復に焦点を当てた治療を心がける。これらは海外の主要な介入サービスでの推奨やガイドラインを参考にしており、心理・社会的治療を主体として問題解決型の医療をおこなうことを意味する。薬物療法についても同様に東北大学の SAFE こころのリスク外来の指針（松本ら、2009）に従い：①向精神薬使用は必要最小限とする。②患者との合意を重視する。③前景に立つ症状に合わせて薬剤を選択する。抑うつ、社会不安、強迫などに SSRI。不眠、内的不穏、焦燥などにベンゾジアゼピン系。④抗精神病薬の使用は以下に限定。深刻な焦燥、自殺念慮、または興奮、暴力。精神症状に圧倒されている場合。精神症状が急速に進展する場合。⑤抗精神病薬の使用は新規抗精神病薬を少量投与。⑥標的症狀が安定している場合には抗精神病薬の減量、終結を検討。すなわち対症療法的に使用することと、心理社会的アプローチを主体とし、ケースマネジメント、心理教育、問題解決法などの認知行動療法による介入を優先しておこなう。

13.5 まとめ

精神科領域の早期介入が有効に機能するためには、介入の対象となるべき人々や家族が学校関係者、保健所や福祉サービス、プライマリケアの医療機関に相談した場合、そこから適切な精神科サービスに結びつくことが求められる。そのためには、プライマリケアに携わる人々に、精神疾患の早期サインや症状、精神科サービスなどに関する正しい知識を広げ、個別の症例に柔軟に対応でき、妥当性が検証され標準化された介入法が整備されていくことが必要である。

【文献】

- 1) Yung AR, McGorry PD, McFarlane CA, et al: Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. Schizophr Bull 22(2): 283–303, 1996

- 2) 松本和紀, 宮腰哲生, 伊藤文晃ほか: 精神病発症危険群への治療的介入: SAFE こころのリスク外来の試み. 精神神経学雑誌 111(3); 298-303, 2009
- 3) 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 39(11-12):964-71, 2005
- 4) Kobayashi H, Nemoto T, Koshikawa H, et al: A self-reported instrument for prodromal symptoms of psychosis: Testing the clinical validity of the PRIME Screen-Revised (PS-R) in a Japanese population. Schizophr Res 106(2-3):356-62, 2008
- 5) Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL, 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(4):703-15, 2003

(川崎康弘)

14. 地域包括ケアシステムの中での早期支援

14.1 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム

平成 25 年度からの第 6 次医療計画においては精神疾患が新たに追加され、5 疾病 5 事業として精神科医療連携体制の構築が進められてきている。平成 30 年度からの第 7 次医療計画では、精神保健福祉法に基づく「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」（平成 26 年 3 月）（以下、「指針」）に位置づけられている、児童・思春期精神疾患をはじめとする多様な精神疾患・患者像への医療の提供体制の構築が求められている。さらに平成 30 年度からは、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画の 3 計画が同時に開始されることから、それぞれの計画が、同一の理念に基づき連動することが必要とされている。

上記のような状況に対応するため、厚生労働省が実施する「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」では、精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、社会参加、住まい、地域の助け合い、教育が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を目指すことを理念として明確にすべきと結論づけた（厚生労働省, 2017a）（図 1）。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいては、

- 障害福祉計画に基づき、障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などの重層的な連携による支援体制を構築すること
- 医療計画に基づき、精神医療圏ごとの医療関係者等による協議の場を通じて、圏域内の病院・病院間連携や病院・診療所間連携等の医療連携による支援体制を構築すること
- 第 7 次医療計画の策定の際には、患者本位の医療を実現していけるよう、各都道府県が設定する精神医療圏について、二次医療圏を基本としつつ、地域の実情を勘案して見直しを検討することが必要とされている。

これらの対応が適切に行われるためには医療機能の明確化が必要であり、図 2 に示すような表を作成し、関係者間の協議を行っていくことが求められることになる。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの中には保健医療福祉外のサービス等も含まれており、早期介入を推進するにあたっては、学校との連携が不可欠であると考えられる。この章では、医療と行政、学校の連携のあり方について、実際の取り組み事例を紹介する。

14.2 M 市における学校—行政—医療連携による早期支援体制

M 市は人口約 24 万人、高齢化率約 26%の地方都市である。約 20 年前より養護教諭、保健師、精神科医師の事例検討から活動を開始し、徐々に連携を構築していった好事例である。

14.2.1 現在の早期支援体制

M市およびその周辺の地域では、高等学校（一部中学校）の養護教諭と精神科病院、精神科診療所との連携が構築されている。この連携体制の中心となっているのが保健福祉事務所、教育事務所、地域精神保健福祉協議会の主催により月1回のペースで定期的に行われる「思春期精神保健研究会」および関係医療機関の主催により年1回開催される「思春期臨床問題研究会ワークショップ」である。

「思春期精神保健研究会」は、毎月第3金曜日16:00～、M市合同庁舎で開催され、保健福祉事務所健康づくり支援課の所掌である。この研究会は、高校等で実際に対応に苦慮している事例の支援方法を話し合うことにより、学校関係者等が思春期の問題行動と精神疾患について理解を深め、的確な対応がとれるようになることを目的としている。

参加対象者は、

- ・養護教諭および教諭
- ・精神科医療機関（精神科医師、精神保健福祉士等等）
- ・市町村職員（子ども福祉担当者、保健師等）
- ・児童相談所職員
- ・保健福祉事務所職員

である。毎回精神科医師2～3名を含む20人程度が出席している。

養護教諭は、研究会の開催日までに事務所に事例を提出し、当日はまず養護教諭から事例の説明を行う。質疑応答を経て、精神科医等の医療関係者からの助言、受診が必要と判断された場合は受診までの具体的な方法を検討する。事例紹介は個人情報等を伏せた形で行われるが、研究会で事例の紹介などに使用したレジュメがあれば、研究会終了後に回収することを徹底している。

実際の相談の場としては、保健所で行われる思春期精神保健相談が活用されており、直接受診に抵抗がある場合などは、一旦思春期精神保健相談を経由して受診につなげるなど関係者が連携して必要な支援を提供している。

相談および受診の際には養護教諭が同行するケースが多く、一旦医療につながった後も必要に応じて養護教諭が電話や同行受診で医師と双方向性の情報交換ができる体制となっている。精神科医による思春期精神保健相談は2週に1回であり、毎回10人程度が相談を利用している。必要に応じて、相談日以外の対応も行っている。

このような連携体制の実際の効果については検証されていないが、年1回開催される「思春期臨床問題ワークショップ」は平成28年で26回目を数え、参加者は増加傾向にあり、最近数年は100名を超える参加者があることから、地域において一定の評価を得ていることが推察される。

ワークショップでは事例検討および講演会、全体討論などが行われる。事務局は市内の精神科診療所であるが、ワークショップの運営にあたっては高校の養護教諭が当番制で幹事を担当している。

14.2.2 連携構築のプロセス

このような連携体制は、学校現場からの要望により、平成元年頃より始まった。高校の養護教諭が、精神疾患が疑われ学校現場で対応に苦慮している事例について地域の民間精神科病院に勤務する精

精神医師に相談し、相談に対して丁寧に対応していったという基本的な臨床的対応が原点である。保健所における精神保健相談を活用しての対応から、養護教諭を対象とした勉強会の開催に発展していった。

当初、勉強会は診療時間外に行われ、養護教諭は勤務時間外のいわゆる「ロコミ」による任意参加であったが次第に参加者が増え、行政への働きかけにより保険福祉事務所の事業として定着するに至った。この勉強会を通じて医療機関と学校関係者との顔の見える連携が構築された。また養護教諭の支援のスキルが上がることにより、精神科医療が必要である生徒を養護教諭が的確に把握できるようになった。

14.2.3 連携構築のポイント

一部の意欲のある養護教諭と精神科医療関係者との連携から、いわば草の根的に開始された連携体制の構築であるが、20年以上継続し、連携の幅が徐々に広がってきた背景にはいくつかの着目すべきポイントがある。

・現場のニーズに即した対応

学校現場のみでは対応が難しい生徒に関する相談に医療機関が丁寧に応じ、受診後の情報共有を十分に行うことにより、学校側の医療関係者への信頼関係が構築されていたことが連携構築の基本的な前提条件である。

・事例検討を通じた学習の場の提供

勉強会では、養護教諭が当該生徒と交わした会話の詳細や保護者への対応方法の詳細に至るまで検討し、具体的な症状の把握のしかたや支援方法を教育している。講演などの一方向性の一般的な知識の伝達ではなく、具体的な事例を通じた相互学習により養護教諭を育てていったことが大きな特徴である。精神科受診の際にもできる限り養護教諭の同行を求めることも養護教諭の精神疾患への理解を深めるとともに、学校と医療機関の連携促進に寄与した。

・行政への働きかけ

精神科医師と養護教諭の勉強会に行政の関与を促し、行政主体の取り組みに発展させたことには大きな意義がある。

早期介入の初期の段階では医療機関との治療契約が結ばれておらず、障害福祉サービスも利用できない。このため、学校関係者（養護教諭、担任等）が支援しているケースが多いが、学校からの支援は当事者が学校を卒業あるいは中退すれば途切れてしまうことになる。その場合、地域の保健所や保健センター、その他のインフォーマルサービスによる支援が提供されることになるが、効果的な支援を提供し、必要に応じて時宜を得た医療的介入につなげるためには、これらの地域資源の連携が不可欠である。行政が積極的に早期介入の支援体制に関与することにより、シームレスな支援の提供につながることが期待できる。

事例検討は効果的な連携構築の場となり得るが、一方で個人情報保護には十分配慮する必要がある。個人が特定できないような事例提示の方法や、事例検討後の情報の取り扱いなど、関係者間でルールを徹底しておくことが重要である。また、近年では保健所の人員削減、業務の多様化等により、精神保健に十分な人的資源を確保できないことも多く、早期介入の重要性は認識しながら、現実には対応できていない自治体は少なくない。「指針」には、「保健所や精神保健福祉センター等における相談支援及び訪問支援を通して、地域の病院及び診療所が連携・協力しつつ、精神障害者が早期に必要な医療に適切にアクセスできる体制の整備を推進するとともに、関係機関の連携を進める。」との記載があり、今後、保健所や精神保健福祉センター等が連携構築に寄与できるような体制づくりを推し進めていくという方針を国が明確に示す必要があると思われる。

【文献】

- 1) 厚生労働省：これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書。2017a.
- 2) 厚生労働省：これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会参考資料。2017b.
(藤井千代)

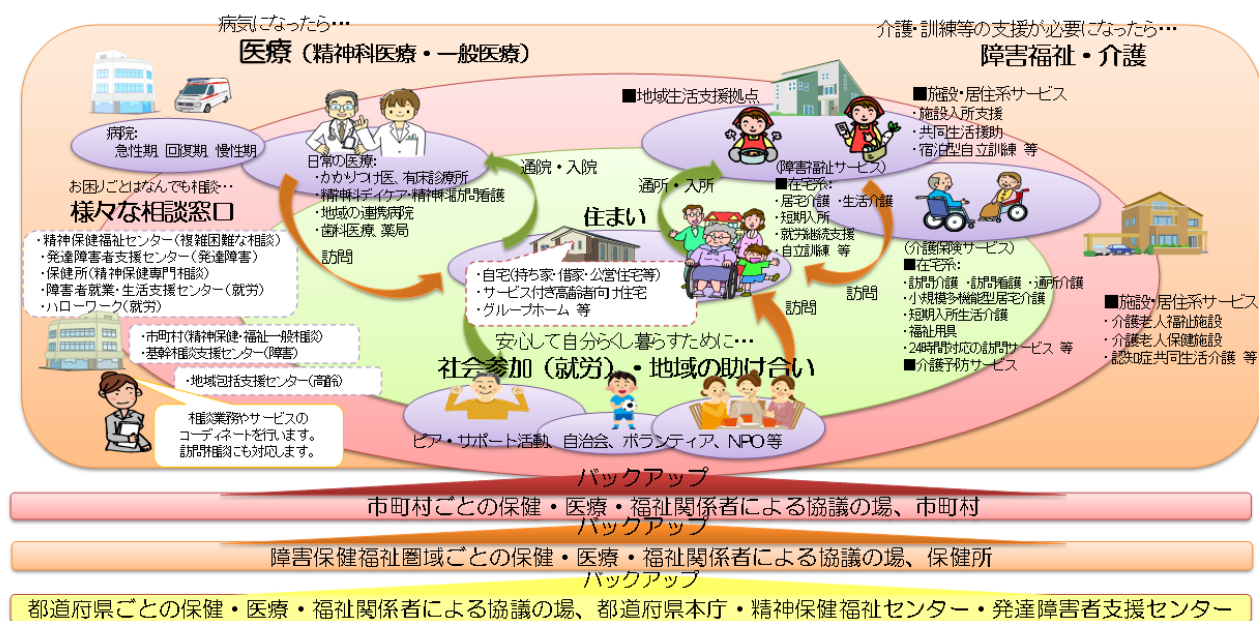


図1 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムのイメージ

(厚生労働省, 2017b)より一部改変

圏域	医療機関	統合失調症	認知症	児童・思春期精神疾患	精神科救急	身体合併症	自殺未遂	うつ	PTSD	依存症	てんかん	高次脳機能障害	摂食障害	災害医療	医療観察
全域	A病院	☆	☆		☆	☆	☆				☆			☆	☆
	B病院	☆	☆		☆	☆	☆	☆	☆						
	C病院			☆						☆		☆	☆		
〇〇圏域	A病院			◎									◎		
	D病院	◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎	◎
	E病院	◎	◎		◎	○	○	○				○		○	
	F診療所	○	○	○	○								○		
	G診療所	○	○					○	○	○		○		○	○
H訪看ST	○	○			○						○				
△△圏域	B病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎			◎		◎	◎	◎	◎
	I病院	◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎		◎				
	J病院	◎	○	○	○			○	○	○	○	○	○	○	
	K病院	○	○		○			○		○				○	
	L診療所	○	○								○				

☆：都道府県拠点機能を担う医療機関 ◎：地域連携拠点機能を担う医療機関
 ○：地域精神科医療提供機能を担う医療機関

図2 医療計画上の多様な精神疾患等ごとの医療機能の明確化のイメージ

(厚生労働省, 2017b)より一部改変

15. 精神疾患の早期介入の医療経済効果

15.1 精神疾患の予防・早期介入と医療経済

精神疾患に対する予防・早期介入においては、介入によって当事者一人一人の精神症状や生活機能の予後を改善させることが目標であることはいうまでもない。しかし、いかに優れた介入方法であったとしても、そのアプローチを広く普及させるためには、経済的な費用対効果が優れていることが必要である。

15.2 早期介入サービスの歴史的コホートと比較した優位性

海外の先進地域では、初回エピソード精神病（FEP: First Episode Psychosis）を対象に、多職種から構成されるアウトリーチ活動を含む包括的な支援を地域の精神医療保健サービスに組み入れた早期介入サービスが行われている。この包括的な早期介入サービスを導入した前後の費用対効果を調べる目的で、導入前の歴史的コホートを利用した研究が行われた。オーストラリアのメルボルンにおける FEP への包括的な早期介入サービスである EPPIC（The Early Psychosis Prevention and Intervention Centre）では、通常治療を行った歴史的コホートとの比較を行った(Mihalopoulos et al., 1999)。EPPIC の利用者は過去の FEP 治療における利用者と比べて、症状や機能などの回復率に優れ、さらに、そのコストは通常治療の 3 分の 1 で済むことが示された。同様の結果は、香港、ミラノ、スウェーデンの早期介入サービスでも示されている(Valmaggia et al., 2012)。つまり、FEP に対する地域に根ざした包括的な早期介入サービスは、サービスを導入する前の歴史的コホートと比べて費用対効果に優れていることになる。

15.3 早期介入サービスの RCT における費用対効果

早期介入のランダム化対照試験（RCT）に基づいた研究としては、デンマークの FEP への早期介入 OPUS の 5 年間の 1 人当たりのコストが、通常治療と比べられた。OPUS は、通常治療と比べ外来費用は高かったが入院費用は安く、支援付き居住施設の利用費は介入から 4 年、5 年後で OPUS の方が安かった(Hastrup et al., 2013)。このため、OPUS の平均総コスト（123,683 ユーロ）は、通常治療（148,751 ユーロ）よりも 25,713 ユーロ安かった。しかし、この差は統計学的には有意ではなかった。

同様に、ロンドンのランベス地区の早期介入サービス LEO と通常治療とを比較した RCT の治療成績では、LEO は通常治療と比べて再入院率が低く（33%対 51%）、平均入院期間も短かった(Valmaggia et al., 2012)。一方、平均の治療費用は、通常治療（14,062 ポンド）と比べて LEO（11,685 ポンド）の方が安かったが、この差は統計学的には有意ではなかった。一方、LEO では、就労や生活の質が優れていたが、このデータを利用して、英国における就労や就学についての改善、自殺、殺人などによる社会的損失を含めた早期介入の費用対効果の試算がなされた(Park et al., 2014)。この結果、LEO による早期介入は生産性の向上により 3 年間で 2,087 ポンド、殺人に関連する 10 年間のコストが 1 人平均年間 80 ポンド、自殺に関連する 4 年間のコストが 1 人平均 957 ポンド節減されることが示された。

このように、RCT による対照群との前方視的な比較においても、早期介入サービスは通常治療と同等の費用によって、通常治療よりも優れた効果を発揮することが示されている。さらに治療効果によって社会に対して様々な利益を生み出す可能性すら示唆されていることになる。

15.4 ARMS に対する治療の費用対効果

ARMS (At-risk Mental State) に対する研究については、オランダの CBT (認知行動療法) による RCT 研究について報告がなされている(Ising et al., 2014)。通常治療に CBT を付加した特別な介入では、CBT により追加コストがかかるが、医療サービスのコストは少なく、就労などによる生産性コストの損失も少ないため、介入期間 18 ヶ月間の総コストは ARMS への CBT を付加した介入の方が (8,007 米ドル) 通常治療 (8,852 米ドル) よりも安かった。CBT を付加した治療の精神病移行リスク (10.5%) は通常治療 (23.8%) の半分以下であり、通常治療と比べて費用対効果に優れていたことになる。また、ロンドンの ARMS への早期介入サービス OASIS における調査では、OASIS における支援の直接費用は通常治療よりも高いものの、精神病未治療期間 (DUP) の短縮により生産性の損失が少なく、費用対効果が高いと見積もられた(Valmaggia et al., 2012)。

15.5 メンタルヘルスに関わるさまざまな領域の予防・早期介入における費用対効果

英国保健省が 2011 年に出した報告書では(Knapp et al., 2011)、メンタルヘルス・プロモーションと精神疾患予防について、精神病の早期介入だけではなく、産後うつ病の予防、素行障害の予防に向けた家族介入や学校でのプログラム、学校でのいじめを予防するための介入、プライマリケアでのアルコール使用障害へのスクリーニングと介入、職場でのうつ病や不安障害のスクリーニング、職場でのメンタルヘルス・プロモーション、自殺予防対策、II 型糖尿病のうつ病に対する介入、医学的に説明されない症状への CBT、高齢者の孤立予防などを含む 15 の事例について、それぞれの経済効果が報告されている。これらの結果の多くは介入に伴う費用対効果が示されており、精神疾患の予防のみならず、メンタルヘルスに関わるさまざまな領域において、健康増進や不健康の予防などを目的とした介入に、優れた費用対効果を期待できることになる。一方で、報告された取り組みのなかには、研究数がまだ乏しいものや、費用対効果は限定的な範囲でしか示されていないものもある。いずれの領域でも費用対効果の検討がさらに進むことが期待される。

15.6 今後の課題

介入による経済効果は、医療制度を含めた全体的なシステムや社会の仕組みとも関係するため、海外での成果が日本においてもそのまま適用可能か否かについては、今後の研究を待つ必要がある。また、研究で示されている効果的な介入を提供するためには、人材育成、人材／資金の確保を含めた環境の整備が必要である。医療政策を決定する上で、費用対効果の検討は欠かせないが、これまでの研究成果は、予防・早期介入は経済的にも社会に利益をもたらす可能性が高いことを示している。今後、わが国においても医療経済的な視点を採り入れた効果的な予防・早期介入プログラムを開発し、これを普及させていくことが求められる。

【文献】

- 1) Hastrup LH1, Kronborg C, Bertelsen M, et al. Cost-effectiveness of early intervention in first-episode psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial (the OPUS study). *The British Journal of Psychiatry* 202, 35-41, 2013.
- 2) Ising HK, Smit F, Veling W, et al. Cost-effectiveness of preventing first-episode psychosis in ultra-high-risk subjects: multi-centre randomized controlled trial. *Psychol Med* 45: 1435-46, 2014.
- 3) Martin Knapp, David McDaid and Michael Parsonage (editors). Department of Health. Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case. Department of Health, London, 2011
- 4) Mihalopoulos C, McGorry PD, Carter RC. "Is phase-specific, community-oriented treatment of early psychosis an economically viable method of improving outcome?". *Acta Psychiatr Scand* 100 (1): 47-55, 1999.
- 5) Park AL1, McCrone P, Knapp M. Early intervention for first-episode psychosis: broadening the scope of economic estimates. *Early Interv Psychiatry* 10: 144-51, 2014.
- 6) Valmaggia LR, McGuire PK, Fusar-Poli P, et al. Economic impact of early detection and early intervention of psychosis. *Curr Pharm Des* 18(4):592-5, 2012.

(松本和紀)

16. 学校教育への取り組み

16.1 本邦の高等学校における生徒のメンタルヘルス上の課題

近年、児童生徒の抱えるメンタルヘルス（精神保健）の問題は、社会環境や生活習慣の変化とともに多様化、深刻化している。具体的には、いじめ、不登校、性の問題行動、拒食症、うつ状態、感情の爆発、集団への不適応などが教育現場でも問題となっており、学校が取り組むべき重要な課題とされている。また、いじめ、不登校とともに生徒指導上の問題として重要視されてきた児童生徒の暴力行為や自殺（企図）・自傷行為も、多くはメンタルヘルスの問題が関与していると考えられ、医療機関との連携を要する事例も多くなっている（財団法人日本学校保健会，2007）。

16.2 高等学校におけるメンタルヘルスの状況

日本学校保健会が実施した「保健室利用状況に関する調査報告書」によると、調査時点で心の健康問題のために養護教諭が継続支援をしている事例のある学校の割合は、平成2年度70.6%、平成8年度79.6%、平成13年度87.5%、平成23年度91.2%と年々上昇している（財団法人日本学校保健会，2002），（財団法人日本学校保健会，2008），（財団法人日本学校保健会，2013）。平成23年度調査では、養護教諭が関わり、心身の健康問題のために健康相談等で継続支援した児童生徒数は1校あたり15.7人、1日平均保健室利用者数は全体で26.6人、そのうち記録の必要「有」と判断された子どもにみられる健康問題の主な背景要因については、「主に心に関する問題」が4割以上を占めており、「主に身体に関する問題」を上回っている（財団法人日本学校保健会，2008）。同調査における「心の健康に関する状況」では、養護教諭や学校医、スクールカウンセラーが把握している中でのメンタルヘルスに関する問題の頻度は、生徒千人あたり摂食障害1.7人、自傷行為3.7人、精神疾患に関する問題（統合失調症・うつ病等疑いを含む）3.3人、発達障害に関する問題（疑いを含む）5.8人と決して少なくない（財団法人日本学校保健会，2013）。又、平成27年度の調査では、国公立私立高等学校における不登校生徒数は49,591人（在籍者数に占める割合1.49%）と平成16年以降は横ばいの状況であるが、自殺した生徒数は154人と平成25年以降は年々減少しているものの平成18年以降より増加傾向にある（文部科学省，2016）。メンタルヘルスに取り組む体制の状況としては、平成19年度調査によると、校内での組織的取組については、メンタルヘルスを扱う校内組織が「ない」学校が数～10%程度みられ、さらに「ある」と回答した学校においても、担任および養護教諭が共通して校内組織の存在を認識している割合は4分の3程度に過ぎなかった（財団法人日本学校保健会，2007）。メンタルヘルスの問題に対しての組織的取組は十分に行われているとは言えない。

16.3 養護教諭に期待される役割

「子どものメンタルヘルスに関する問題」は、不登校、保健室登校の問題、友達などの人間関係の問題、発達障害、いじめ、性に関する問題、自傷行為、虐待、睡眠障害など多様である（財団法人日本学校保健会，2007）。そのような多様化に伴い、問題の解決に向けて、学校全体で組織的に対

応していくことが求められ、そのような潮流の中、学校保健法の一部改正がなされた。従来健康相談を行ってきた学校医や学校歯科医の他、新たに養護教諭やその他の職員が行う健康相談や保健指導の明確化が図られ、特に保健指導については、養護教諭を中心として関係教職員の協力の下で実施されるべきことが明確に規定された（文部科学省，2011）。養護教諭の主な役割は、「いじめや虐待等の早期発見、早期対応における役割」、「受診の必要性の有無を判断し医療機関へつなぐ役割」、「学校内及び地域の医療機関等との連携におけるコーディネーターの役割」があり、問題のレベルにより、スクールカウンセラー、公的機関や精神科クリニック、病院のソーシャルワーカーとの連携を活用しつつ問題の解決を図っていくことが必要となる（財団法人日本学校保健会，2007）。

16.4 本邦における医療からの教育への取り組みの現状について

16.4.1 養護教諭への取り組みの一例

医療機関から養護教諭への取り組みとしては、東邦大学医療センター大森病院において行われている「城南ティーンこころのメンテ研究会」がある。2014年7月より開催され、予め決められたテーマでの精神科医師による心理教育と事例検討を行なっている。心理教育のテーマは、MindMattersのプログラムを参考とし（Boucher，2000）、「精神疾患への早期の対処について」、「自傷行為の対応について」、「ひきこもりへの対応について」、「レジリエンスを高める関わり」、「インターネット依存への対応について」といった高校生年代の学校現場で事例化する可能性の高いテーマを扱っており、東邦大学大森病院イルボスコのホームページ上にも公開している。

16.4.2 医療機関と教育機関の連携促進への取り組みの一例

教育機関に対する取り組みとしては、三重県四日市市において行われている四日市市早期支援ネットワーク（Yokkaichi Early intervention Service network：YESnet）がある（市橋ら，2012）。YESnetでは、学校と医療との連携促進を目的に、①市内小中学校での事例検討内で、保護者が医療機関への相談を希望している場合、医療機関の医療福祉相談室への案内を行う等の相談体制の確立、②中学校生徒を対象とした精神保健の出前授業の実施や啓発用絵本の配布を通じた普及啓発活動、③教育相談担当、養護教諭、一般教職員を対象とした教職員研修等を行っており、精神疾患の早期発見に一定の効果をおよぼしている。

16.4.3 学校における生徒への自殺予防教育への取り組みの一例

わが国では最近20年、生徒（中高校生）の自殺者数が年間300人前後である一方、自殺率は少子化もあって上昇している。教師も保護者も子どもの自殺予防のために十分な取り組みをしているとは言いがたい現実がある一方で、思春期の子どもは困ったときの相談相手として教師や家族よりも友達を選ぶことが多い（阪中，2015）。このような状況の中、阪中からは生徒向け自殺予防プログラム（「いのちの授業」）を、「援助希求（助けを求める）」と「心の危機理解（心の危機に気付く）」の促進を目標とし、①関係者の合意形成、②適切な教育内容、③ハイリスク生徒のフォローアップを前提条件として行っている（阪中，2016）。実際のプログラムとしては、総合的な学習の時間等を使い、価値の押しつけ

にならぬようグループワークを重視した参加型学習中心の授業として、下地作りの授業（10 時間程度）と、核となる授業（2 時間程度）を行い、生徒の自殺予防に関する意識と行動の変容に一定の効果があることを示している。

16.5 生徒への精神疾患教育の現状

わが国においては、学校教育と医療の連携への障壁として、精神疾患へのスティグマ（偏見）の影響が示唆されている。中根らは、日豪両国で国民のメンタルヘルス・リテラシーを調査し、その結果日本人は精神障害への認識が低だけでなく、明白な偏見を有して、精神障害を有する者との社会的距離が大きいことを明らかにした。さらにその要因を探るべく 1950 年から 2002 年に中学・高校で使われていた保健体育（保健科）教科書における精神障害等に関する記載を叙述的解析・統計的手法を用いて分析している（中根ら，2010）。その結果 1950 年から 1965 年頃まで、精神障害（者）は理解し難い言動や問題行動に走る人たちで最終的には廃人同様になり、且つ優生手術の対象となるべき人たちだと見なされていたこと、その後一時的に適切な理解・認識が必要だと記述されたが、1970 年代後半以降は精神障害に係る記載が病名だけでなく全く排除されていたことが判明した。旧弊に囚われた精神障害の記載が偏見を生む素材になりえたこと、一方で精神障害に係る記載が排除されたことで、全く知らされないことによる精神障害（者）への不安や恐怖感の発露・増強が偏見に繋がりがうることが否定できないことを考察している。

精神疾患に関する正しい知識を得ることは、必要とされることであり、様々な成果が期待されている。具体的には、生徒本人が正しい知識を得ることによって、本人の受診行動の改善だけでなく、その前段階としてのストレスマネジメントや予防的な対処が身につく、家庭においては家族としての関わり方が理解できるようになり、就労場面においては精神疾患から職場復帰する人への適切な対応が可能となり、社会全般で見れば障害者差別の低減などにもつながっていくこと等である。自らの症状に気づき、援助を求められるようになること、さらには周囲の人の症状、苦痛に気づき、差別感なく、適切なアドバイスをできるようになるためには、健康問題としての科学的かつ今日的な教育内容が求められる（水野，2015）。

医療と学校教育との連携をもたらす取り組みは、本邦において限られた地域のみで行われているのが現状であり、その各々について取り組みの汎化、介入効果の実証、精神疾患へのスティグマ（偏見）の低減に向けた教科書記載内容の検討が目下の課題となっている。

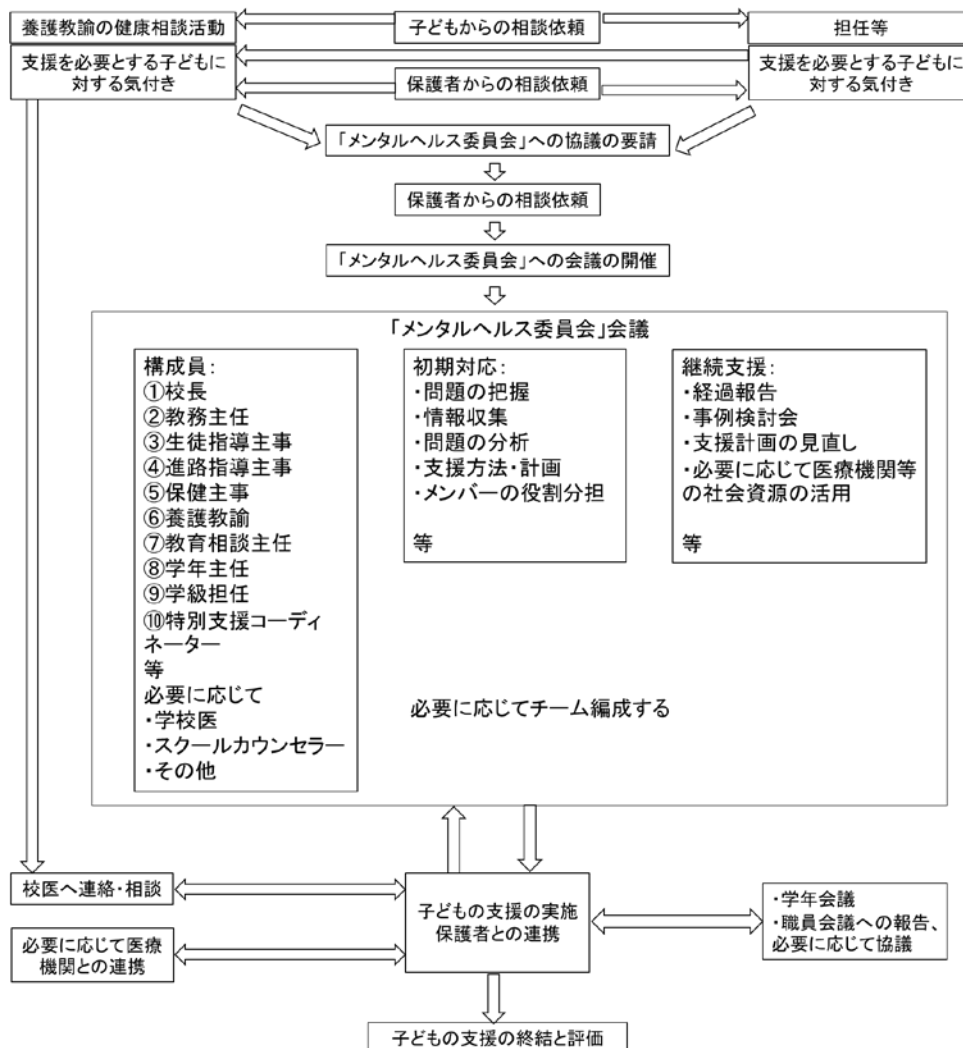
16.6 医療機関と教育機関の連携方法

児童生徒数 500 人以上の学校に勤務する学校医（内科系）、担任教師、養護教諭を対象に質問紙を用いた「心の健康づくりに関する調査」では、「子どものメンタルヘルスに関する問題」は、「友人や家族などの人間関係の問題」、「不登校・保健室登校・登校しぶり・引きこもり等の問題」、「軽度発達障害等の集団生活等への不適応の問題」などが多かった。その対応に当たっては、学校のみで解決するのは困難であり、社会全体としての取り組み、学校・家庭・医療機関を始めとする地域の関係機関等との連携など組織的な対応の必要性が示されている（財団法人日本学校保健会，2007）。

16.7 保健室（養護教諭）が行うべき精神疾患が疑われる生徒の見立て方

精神疾患が疑われる生徒の問題の把握に当たっては、児童生徒を多面的・総合的に理解した上で、問題の本質（医学的・心理社会的・環境要因）を捉えていくためにも、一人の情報のみでなく学級担任等関係者との情報交換を行う必要がある（文部科学省，2011）。日本学校保健会による「心の健康問題の組織的な対応の進め方」には、校内組織「メンタルヘルス委員会」を図のように組織することを提唱しており、組織内で情報を交換し、検討することによって、的確に問題の背景をつかめるようにするとともに、学校内の支援活動で解決が可能か、医療や関係機関等との連携が必要となるものかを見極めやすくすることが可能となる。養護教諭はこの組織内においても「健康相談活動の実施等により、子ども、保護者等、医療機関等への対応に当たる役割を担っており、中心的な役割を果たす」とされている（財団法人日本学校保健会，2007）。

（図）メンタルヘルス委員会の組織図（財団法人日本学校保健会，2007 より一部改変）



16.7.1 生徒本人との面接の際に配慮すべきこと（齊藤ら，2014）

- ・生徒は自分の心の中のことを言葉にして他者に話すという体験がほとんどないため、面接者はわかりやすい言葉や表現での対話を心がける。
- ・生徒との信頼関係を形成することに最大の配慮をする。笑顔で対応することや答えやすい質問をするよう心がける。
- ・生徒本人に決定権を与えるようなかかわり方をしよう心がける。
- ・保健室に訪れる契機は多くは身体的な症状であるが、言葉にできない問題が存在する場合があることを肝に銘じておく。

16.7.2 生徒本人との面接・対応の実際（齊藤ら，2014），（本城ら，2016）

- ・生徒本人の表情、態度、話し方をよく観察する（幸せそうであるか、不幸せであったり涙ぐんでいたり、心配そうであったりするか、季節や天候にふさわしい洋服であるかなど）。

16.7.3 生徒本人より聴取すべき内容

- ・相談の主訴とその経緯（どのような問題で保健室に来室したか、いつからその問題が生じているかなど）
- ・学校での生活状況（学校は好きか、学業について、教師や他の職員についてどう思うか）
- ・家庭での生活状況（家族とどんな話をするか、睡眠の問題の有無、食事摂取状況、趣味や関心を抱いているもの、余暇活動の内容など）
- ・友人関係（友達の人数、遊びの内容など）
- ・現状への生徒自身の理解について（生じている問題に対しどのようなことが関わっていると考えているか）
- ・他者への相談状況（クラスメートや友人、家族、担任教師へどの程度相談しているのか）

16.7.4 関係者（担任教師など）より収集すべき情報（財団法人日本学校保健会，2007），（文部科学省，2011）

- ・出欠席・遅刻・早退など登校の状況
- ・学級（ホームルーム）での所見（教室での過ごし方、授業態度、問題が生じた場面でのどのような場面で、誰（何）とのかかわりの中で、どのような状況に陥っているのかなど）
- ・友人関係（クラスメート・友人との付き合い方、いじめの有無、部活動での様子など）
- ・学業成績（課題の履行状況、得意科目、不得意科目など）

16.8 保護者へ生徒の状態を伝える手順

16.8.1 配慮すべきこと（齊藤ら，2014），（本城ら，2016）

- ・生徒の状況は、必ずしも家族に伝わっていない場合があり、保護者への連絡に際しては生徒本人の理解を得るように努める必要がある。
- ・保護者への説明の際には、わかりやすく、肯定的な表現を心がける。

・希望につながる内容を伝えるように心がける。

16.8.2 実際の方法（齊藤ら，2014），（本城ら，2016）

・保護者への連絡が必要と判断される状態は、遅刻・欠席が多い場合、生徒本人からの訴えや見られる症状に改善が見られないなどの場合である。

・生徒本人に対して現在の本人の状態や現状について説明する。その上で、保護者への連絡の必要性を説明し、本人の理解の上で保護者に連絡する。

・保護者からは、家庭での生徒の状況を伺いつつ、生徒本人の学校での様子を伝え、学校側で行える対応（保健室への登校、スクールカウンセリングの利用など）について説明する。

16.8.3 保護者より聴取すべき内容

・家庭での様子（過ごし方、睡眠の状態、食事摂取状況など）

・本人の健康状況（身体疾患の既往歴など）

・これまでの学校生活上のエピソード（小・中学校時期の登校状況、長期欠席の有無など）

・これまでの家庭生活・生育史上のエピソード（家族構成の変化、転居、転校の有無など）

・生徒本人の性格や行動の特徴（交友関係の状況など）

・家庭状況（家族構成や家族間の人間関係、両親の職業、家族の経済状況、兄弟の通学する学校、両親の生徒本人への関わり方や子育てについての考え方など）

16.9 精神科医への受診の進め方

・精神科医受診の必要があると判断される場合は、環境や対人関係をはじめとするストレスによる心身の不調や不適応（うつ状態、自殺願望、食欲低下、感情の不安定、不眠、不登校、引きこもりなど）、発達障害（自閉性障害、注意欠陥多動性障害、学習障害など）や精神病（統合失調症、内因性うつ病、躁うつ病など）が疑われる場合である（財団法人日本学校保健会，2007）。

・生徒本人自身に問題意識が乏しい場合があり、現在の本人の状態や現状、勧められる方針についてまず本人自身に説明する必要がある。

例)

「今の状態では、学校で授業を受けるのも難しい。」

「色々がんばってきたけれど、これ以上がんばるのは無理があります。教室に行かなければ、と思っても体がいうことをきかない状態でしょう。」

・生徒本人からの了承が得られ次第、保護者に連絡し受診の必要性について説明する。

・生徒本人が保護者に知らせたくないとする場合もあるが、必要性を丁寧に説明し、保護者への連絡に努める。自傷行為の悪化など生命に危険が及ぶ可能性がある場合、生徒本人の了承よりも保護者へ連絡を優先する必要がある場合もある。

・保護者に心当たりの医療機関の有無を確認し、ない場合は希望に従い医療機関を学校側から紹介する。その際には、学校医を介した医療機関の紹介も検討する。

16.10 困難ケースへの対応について

16.10.1 生徒本人・保護者が受診を拒否する場合：

・精神科への受診が必要と判断した理由を本人・家族に丁寧に説明する。理解が得られなければ担任教師や管理職とともに説明を行う。

例)

「症状は悪化しています。私たちは医師ではないので、あなた（ご本人）がこのままで命に関わらないかどうかの判断ができません。この後どうしていったらいいかを専門家に診てもらう必要があります。まずは病院に行き診てもらいましょう。その方が安心です。そしてどのような状態が分かったら、その上で今後どうしたらよいかを医師に聞きましょう。そして、この先やっていきましょう。私たちも一緒に考えるので心配しないで下さい。」

・精神科への受診への抵抗が強い場合は、やむを得ず小児科、内科など身体科の受診を促し、その医療機関より精神科受診につながるよう働きかけることも考慮する。

16.10.2 保護者と連絡がとれない場合（保護者が病気である場合）：

可能な限り連絡を試みるが、時間ばかりが経過し、生徒本人の状態に改善が見られない場合は、ネグレクト事例の可能性を考え、福祉施設（児童相談所等）との連携を図る。その際、可能な限り本人及び保護者からの福祉施設への相談を促すが、生徒本人の状態の悪化がみられる場合は学校側から福祉施設への通報も検討する。

16.10.3 保護者が生徒に登校を強要する場合：

担任教師、養護教諭、スクールカウンセラー、精神科主治医が連携して保護者に心理教育を行う。状況に改善がみられない、悪化している場合は、心理的虐待事例と考え、福祉施設（児童相談所等）との連携を図る。

16.10.4 担任教師の協力が得られない場合：

養護教諭、スクールカウンセラーなどで生徒対応の方針を決めた上で、管理職（学年主任、学校長など）へ報告する。医療機関を受診している場合は「医師からの指示内容（診断書及び意見書など）に従い生徒は学校生活を行う」という方針を担任教師と共有するよう努める。

16.10.5 精神科医が学校との連携を拒否する場合、不適切と思われる対応がみられる場合：

生徒本人と保護者の了承の上、可能な限り直接の連携を図る。それでも拒否がみられる場合は、担任教師より学校での生徒の様子を記した手紙を受診時に持参するよう促す。状況が改善しない、又は悪化し生徒本人に生命の危険が及ぶ恐れがある場合は、生徒本人、保護者とともに他の医療機関への相談も検討する方向で働きかける。

16.11 まとめ

以上のように、わが国では精神疾患の早期発見に取り組む際に、教育現場では担任教師や養護教諭がゲートキーパーとして役割を果たすことが期待される中で、教育と医療の連携は不足し、地域には精神疾患へのスティグマ（偏見）が存在しているという状況がある。このような状況下で、地域の精神疾患に苦しむ本人やその保護者へ教育機関がどのように関わっていくかの具体的なマニュアルは不足しており、不十分な状態にある。今後そのマニュアルの開発は急務である。

【文献】

- 1) Boucher S : Mindmatters : A mental health promotion program for secondary schools. Curriculum Perspectives 20, 2000.
- 2) 阪中順子：【子どもの自殺をめぐって】学校における自殺予防教育. 児童青年精医と近接領域 56 : 190-198, 2015.
- 3) 阪中順子：【学校と精神医学 I】学校における自殺予防教育. 精神科治療 31 : 471-477, 2016.
- 4) 本城秀次, 野邑健二, 岡田俊：臨床児童青年精神医学ハンドブック. 西村書店, 2016.
- 5) 市橋香代, 宮越裕治：【精神病早期介入のエビデンス：アップデート】教育との連携 精神病早期介入から児童・生徒の精神保健へ. 臨床精神医学 41 : 1449-1454, 2012.
- 6) 水野雅文：心の健康教育の必要性. 保健体育教室 301 : 10-14, 2015.
- 7) 文部科学省：教職員のための子どもの健康相談及び保健指導の手引. 2011.
- 8) 文部科学省：平成 27 年度「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」について（速報値）. 2016.
- 9) 中根允文, 吉岡久美子, 中根秀之：心のバリアフリーを目指して. 勤草書房, 2010.
- 10) 齊藤万比古, 松本英夫：子どもの心の処方箋ガイド：診察の仕方 診断評価 治療支援. 中山書店, 2014.
- 11) 財団法人日本学校保健会：保健室利用状況に関する調査報告書（平成 13 年度調査結果）. 2002.
- 12) 財団法人日本学校保健会：子どものメンタルヘルスの理解とその対応. 2007.
- 13) 財団法人日本学校保健会：保健室利用状況に関する調査報告書（平成 18 年度調査結果）. 2008.
- 14) 財団法人日本学校保健会：保健室利用状況に関する調査報告書（平成 23 年度調査結果）. 2013.

（船渡川智之、水野雅文）

17. 海外におけるモデル—シンガポールの早期支援プログラム

精神疾患の早期支援プログラムは、1990年代より豪州および西欧諸国を中心に発展してきた。最も認知されているのは、豪州のメルボルンで展開されている Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC) (McGorry et al., 1996) (Jackson and McGorry, 2009) のプログラムであろう。西欧諸国のプログラムと比較すると、アジアにおける早期支援プログラムはあまり認知されていないが、文化的、歴史的背景を共有しやすいアジア圏における取り組みから日本が学ぶべき点は多い。ここではアジアにおける早期支援プログラムの先駆けとなったシンガポールの Early Psychosis Intervention Programme (EPIP) を紹介する。

17.1 EPIP 開始の背景とゴール

EPIP は、2001年4月に開始された多職種チームによる包括的な早期支援プログラムであり、保健省の支援によりシンガポール唯一の精神科専門医療機関である Institute of Mental Health (IMH) が実施主体となってサービスを提供している。EPIP が開始される前のシンガポールの精神病未治療期間 (Duration of Untreated Psychosis, DUP) は平均 32.6 カ月 (中央値 12 カ月) (Chong et al., 2005) であり、欧米諸国の DUP と比較してかなり長かったことが EPIP 立ち上げの推進力となったとされる。

EPIP では次の 4 つを目標として掲げている (Chong et al., 2004)。

- ① 精神病の早期徴候の周知。
- ② 精神病に関連するスティグマを減らすこと。
- ③ 精神病の発見とマネジメント、紹介システムにおいて、プライマリケアサービスの提供者と協力できる連携体制を構築すること。
- ④ 患者の予後を改善し、家族の負担を軽減すること。

17.2 プログラムの実際

17.2.1 対象

初回エピソード精神病 (物質関連障害、精神遅滞、器質性疾患、司法精神医療の対象者を除く) と診断された 16~40 歳の人。

17.2.2 サービス提供期間

原則 2 年間。状況により 1 年延長されることもある。プログラム終了後のサービスに関しては、各患者の状態に応じて、経過観察のみ、家庭医への紹介、一般的な精神科治療への移行等が検討される。

17.2.3 提供されるプログラム

以下のようなサービスが提供される。

- 定期的なアセスメント (精神医学的評価、心理アセスメント、就労アセスメント)

- 継続的な心理教育、認知行動療法、認知機能トレーニング、レクリエーション、就労支援、ストレスマネジメント、学校・職場との調整等の心理社会的治療
- 必要に応じた薬物療法
- 必要に応じたアウトリーチサービス（危機介入を含む）
- 入院治療
- 家族等へのサポート

外来診療は、一般の患者とは別枠で行われている。一般の精神科外来は日本と同様に混雑しており、一人当たりの診察時間も十分に確保できないのが現状であるが、EPIPの外来診療ではEPIP専属の医師が十分な時間をかけて診察できるシステムとなっている。

心理社会的治療は個人のストレングスに着目したリカバリーモデルにより提供される。IMH内に「クラブEPIP」と称される部屋があり、日本のデイケアまたは作業療法室のような空間である。入院中の患者および外来通院者いずれも利用でき、作業療法士によるアセスメントに基づいて、集団および個人プログラムが提供される。リカバリーを果たした当事者の個人のストーリー（顔写真を掲載している場合もあれば、匿名の場合もある）を紹介した冊子やニュースレターを積極的に発行しており、それらの出版物の編集には当事者も参加している。入院中は多職種によるケースカンファレンスが行われ、ケースの情報の共有が図られる。平均在院期間は約15日である。

17.2.4 サービス提供体制

これらのサービスは、精神科医、心理士、ソーシャルワーカー、作業療法士、看護師で構成する多職種チームにより提供され、ケースマネージャー（Case Manager, CM）が全体をコーディネートする。1人のCMが14～15名の患者を受け持つ。

EPIPでは、ピアサポーター（自らの体験に基づいて仲間の障害者を支援する役割を担う精神障害の当事者）の養成にも力を入れている。ピアサポーターは原則的に本人の希望によるが、ペーパーテストおよび面接による「選抜試験」が実施される。ピアサポーターはIMHに雇用される形となる。

EPIPは若者を対象としたサービスであることから、作業療法等も若者が関心を持ちやすいプログラムが工夫されており、環境も若者の感性に合うよう工夫されている。スタッフの年齢も20～30代前半が中心である。EPIPでは一般精神医療に比べて1人の患者に十分な時間をかけ、ケアマネジメントを重視したサービスを提供していることから、若手スタッフの教育の場としても重要視されている。

17.2.5 EPIPの成果

EPIP開始後は、DUPは平均14.6カ月（中央値6カ月）に短縮している。また2年間の追跡調査が可能であった利用者284名71.1%は寛解状態に至り、76.5%は学校に戻るか収入のある職に就いている(Verma et al., 2012)。EPIP利用者の転帰は概ね以下の通り。

約20% 完全寛解、処方なし、定期フォローアップなし

約20～30% 寛解、処方あり、かかりつけ医（General Practitioner, GP）による診療継続

約20～30% 寛解、時に短期間の精神病エピソード

約 20% 軽快

2~3% 慢性化、難治

17.3 顕在発症前の支援

17.3.1 啓発活動

シンガポールでは、IMH で EPIP を提供すると同時に、一般市民への啓発教育とゲートキーパーや家庭医等への教育、EPIP への紹介経路の整備を同時に行っている。啓発教育ではテレビ番組や雑誌の特集記事、ソーシャルネットワークサービス等を活用し、有名タレントの協力を得るなど若者の興味を引く工夫をしている。また保健省以外の省庁（地方自治開発省、教育省等）の協力のもと、スクールカウンセラーや教員等の教育関係者のみならず、警察関係者に対する教育も実施されており、定期的な研修会の開催の他に教育用 DVD の配布等を通じて早期徴候と EPIP への紹介方法の周知を徹底させている。

またシンガポールでは現代においても、身体疾患であれ精神疾患であれ「伝統療法家（traditional medicine practitioner）」に治療を求めるケースは少なくない。EPIP では、伝統的治療を否定するのではなく、彼らとの対話および情報提供によって連携体制を構築することにより、伝統的治療との融合を図っている。中華系、マレー系、インド系等、多民族から構成されるシンガポールでは、それぞれの伝統的治療や信仰に敬意を払い、連携することが不可欠とされる(Poon et al., 2016)。

17.3.2 ARMS および一般的な心理的不調への支援

シンガポールでは EPIP に引き続き、2008 年には ARMS と診断された 16 歳から 30 歳までの若者を対象とした心理社会的治療を中心としたサービスを提供する Support for Wellness Achievement Programme (SWAP) (Tay et al., 2014)を開始した。IMH 内と市内のサテライトクリニックの 2 か所で診療を行っている。市内のクリニックは家庭医のクリニックが入っているビルにあり、家庭医から円滑に紹介を受けられるようにしている。

また 2009 年には、若者の一般的な心理的問題にも対応する Community Health Assessment Team (CHAT)(Poon et al., 2016)(Choo et al., 2003) によるサービスも開始された。CHAT は、若者が抵抗なく精神保健サービスを利用できるように、若者をターゲットとしたショップやシネマなどが入る繁華街のビルの一角に CHAT-hub と称するガラス張りのコミュニティスペースとして設置されている。スティグマへの配慮から、IMH が CHAT-hub を運営していることについては積極的に広報していない。気軽に立ち寄って談笑したり、無料のパソコン、ゲームなどを楽しむこともできるが、相談したいことがあるときにはコミュニティスペースの奥のカウンセリングルームで話をしたり、アセスメントを受けたりすることができる。CHAT-hub は精神病に限定したサービスではなく、若者のメンタルヘルス上の問題に幅広く対応する。EPIP 所属の医師が交代で CHAT-hub に詰めるほか、常駐のスタッフも対応する。相談およびアセスメント費用は無料であり、ネットや電話による予約ができる。ホームページやブログ等を通じてサービスを広報するとともに、EPIP スタッフが大学や専門学校に出向き、CHAT 等のサービスを紹介している。CHAT-hub でのアセスメントの結果、必要であれば SWAP もしくは EPIP に紹介されることもある。

CHAT-hub は、当初研究費により運営されていたが、現在では国の予算により賄われている。CHAT、SWAP、EPIP のサービスの流れを図 1 に示す。若者が対象であることに配慮し、それぞれ若者向けのロゴやキャラクターを活用している。

17.4 システムの評価

EPIP では早期支援サービスという新たなプログラムを導入したことによる成果をステークホルダーに定期的に公開することを重要視している。システムの構造（人材育成、治療内容等）、プロセス（入院率、サービス利用回数等）、アウトカム（症状、QOL、満足度等）といったそれぞれの側面から定期的に評価し、システムの医療経済効果についても検討している。紹介経路に関しては、当初警察が介入するケースが多かったが、現在ではそのようなケースは減少し、プライマリケアサービスからの紹介が増えている (Chesney et al., 2016)。

17.5 まとめ

シンガポールの人口は東京都の半数以下、面積も約 700 キロ平米（東京 23 区よりもやや広い）という小規模の都市国家である。IMH は国内唯一の精神科専門医療機関であることから、医学部卒業後に精神科専門医を目指す者は、いずれかの時期で一定期間は IMH での専門研修を受けることになる。したがって診療の方針や支援理念の専門職間での共有がしやすい環境にある。また EPIP の開始にあたり、保健省のみならず他の省庁も足並みを揃えて取り組みを行ったことから、早期支援において重要なポイントのひとつである教育機関との連携が比較的スムーズであったことも特筆すべき点であろう。これらの前提条件は日本とは異なる点も多いものの、わが国における早期支援モデル（都市型）を構築するにあたって参照にすべき点は多い。

- 健康な若者の一般的なメンタルヘルスの問題から、精神病を発症した場合の初期の集中的ケアからプログラム修了後のフォローアップまで連続性のある治療・ケアを提供すること。
- 物理的・心理的なアクセスのしやすさに配慮すること。
- 教育機関・プライマリケアサービス関係者（家庭医など）との顔の見える連携を構築し、紹介経路を周知させること。
- 一般への啓発と教育関係者や地域の保健医療福祉関係者への教育と、精神科専門医療機関での早期支援体制の整備を同時並行で実施すること。
- 担当ケースマネージャー制の導入により連携を円滑にし、限られた資源を有効活用すること。
- 定期的なアウトカム評価を実施するとともに早期支援の医療経済的評価を実施していくこと。

これらの点はわが国のモデルを確立させる上でも考慮すべきであると考えられる。シンガポールにおける早期支援サービスでは、海外のモデルを取り入れつつも、独自文化との融合を図っている点にも着目したい。わが国においても、海外のモデルを取り入れる際に、わが国の文化や各地域の実情に合ったものにする工夫は必須である。また、精神保健サービス全体の予算が限られる中でより適正なシステムを構築す

るためには、サービスの質の適正な評価方法について検討していくことも、今後重点的に取り組むべき課題である。

【文献】

- 1) Chesney E, Abidin E, Poon LY, et al.: Pathways to Care for Patients With First-Episode Psychosis in Singapore. *J.Nerv.Ment.Dis.* 204: 291-297, 2016.
- 2) Chong SA, Lee C, Bird L, et al.: A risk reduction approach for schizophrenia: the Early Psychosis Intervention Programme. *Ann.Acad.Med.Singapore* 33: 630-635, 2004.
- 3) Chong SA, Mythily, Lum A, et al.: Determinants of duration of untreated psychosis and the pathway to care in Singapore. *Int.J.Soc.Psychiatry* 51: 55-62, 2005.
- 4) Choo CH, Verma S, Chong SA: Delusions, possession or imagination?: experiencing and recovering from psychosis/ Early Psychosis Intervention Programme. SNP Corporation, Singapore, 2003.
- 5) Phillips L, Addington J, Morrison A: At-risk mental state: management, In: Jackson H, McGorry , ed. *The Recognition and Management of Early Psychosis: A Preventive Approach, Second Edition.* Cambridge University Press, New York, 2009 (早期精神病の診断と治療 (水野雅文, 鈴木道雄, 岩田仲生 監訳) , 医学書院, 2010.)
- 6) McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, et al.: EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr.Bull.* 22: 305-326, 1996.
- 7) Poon, L.Y., Tay, E., Lee, Y.P., et.al.: Making in-roads across the youth mental health landscape in Singapore: the Community Health Assessment Team (CHAT). *Early Interv Psychiatry*, Oct 2 doi: 10.1111/eip.12192, 2014
- 8) Poon LY, Tay E, Lee YP, et al.: Making in-roads across the youth mental health landscape in Singapore: the Community Health Assessment Team (CHAT). *Early Interv.Psychiatry.* 10(2): 171-177, 2016.
- 9) Tay SA, Yuen S, Lim LK, et al.: Support for Wellness Achievement Programme (SWAP): clinical and demographic characteristics of young people with at-risk mental state in Singapore. *Early Interv.Psychiatry.* 9: 516-522, 2015.
- 10) Verma S, Poon LY, Subramaniam M, et al.: The Singapore Early Psychosis Intervention Programme (EPIP): A programme evaluation. *Asian J.Psychiatr.* 5: 63-67, 2012.

(藤井千代)

図1 CHAT、SWAP、EPIPのサービスの流れ



18. フィデリティ測定とその意義

18.1 はじめに

医療機関や精神保健福祉センターなどの医療サービス提供機関のサービス内容についての評価は、サービス内容が極めて専門的であることに加え、実施される状況の様々な差異により、一般的に非常に困難であると考えられている。特に日本では、これまで医療の質に関する施設内容やサービス内容に関する評価やその公表は遅れており、医療従事者数や病床数などの外形的な数値は行政指導や医療評価機構などにより評価対象とされてきたが、サービス内容に関しては殆ど行われていないのが実情である。特に精神科治療施設については、精神保健福祉資料（通称 630 調査）などで一部の情報が公開されている(厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/630/assets/pdf/zantei_h27_630.pdf)ものの、個票を遡ることもなく、各施設のサービス内容についての一般的な評価はなされていない。そのため、フィデリティ尺度やアウトカム指標には馴染みがなく、これらについての調査研究も乏しく、現状ではガイドライン内で紹介することは困難である。

しかし当然のことながら、これらはサービス内容の相対化のみならず、安全性や有効性に関する絶対的評価においても本来は不可欠のものであり、わが国の臨床現場にも早急に取り入れられ、医療サービスの中身を担保する指標が公表されることは、サービス利用者が強く望むところである。

そこで本稿は、研究代表者である筆者が、国際早期精神病学会(IEPA Early Intervention in Mental Health)において、下記のような経緯で共著者として執筆した投稿中の論文を抄訳し、わが国における公表に向けて加筆したものである。

18.2 フィデリティ測定とその意義

IEPA 理事会は、2014 年東京大会において保健サービスの質とアウトカム研究に関する専門家と医療経済専門家からなるフィデリティタスクフォースを組織し国際的な共同研究を進めることとした。タスクフォースの目的は、現時点での国際的な早期精神病学サービスの現状をレビューし、フィデリティスケールやパフォーマンス測定のようなサービスのより広範な実施を支援するのに使用可能なツールを見出すことである。タスクフォースは 2015 年 12 月にケンブリッジで、2016 年 4 月にはフィレンツェにおいて会合を持ち検討を深めた。

初回エピソード精神病学や早期統合失調症の転帰を改善するための早期介入と、エビデンスに基づく薬物療法と心理社会的介入を組み合わせたプログラムは 20 年以上にわたって実践されている (McGorry et al., 1996)。いくつかの大きな RCT が異なるヘルスケアシステムの中で行われ、通常治療に比べて様々な領域においてより良好な改善を示した(Kane et al., 2015, Petersen et al., 2005, Ruggeri et al., 2015)。薬物療法と心理社会的介入の RCT 研究に関する系統的レビューも再発予防や雇用などのいくつかの領域で有意な結果が示されている(Alvarez-Jimenez et al., 2011, Bond et al., 2014)。このようなプログラムの効果を支持する膨大な証左にもかかわらず、その実践状

況はこれまで様々であった。英国のようないくつかの国々では、国策としてのサービス配置モデルがあり、サービスモデルは年間発生率を考慮して計画的に作られた。他の国では、大学などの研究ベースでは試行されているものの、標準治療として用意されているわけではない(Csillag et al., 2015)。サービス内容についてのアセスメントを実施すると、プログラムの標準化や資金配分がなされている場合でも、効率的な初回エピソード精神病治療プログラムの提供は取り組みがいのある課題であることが明らかになっている(Csillag et al., 2015, Cheg et al., 2014)。

エビデンスに基づく実践を日常臨床において実施することが問題となるのは、精神保健サービスに限った問題ではない。GrolとGrimshawは患者ケアの変化における実践についての論文の中で、手指洗浄の実践を例として引き合いにしている(Grol and Grimshaw, 2003)。それによれば研究レベルで支持された内容が臨床実践されているとは限らないし、あるいは実臨床においては、研究知見に基づいて期待される転帰が必ずしも得られるとは限らない(Greenhalgh et al., 2004)。Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)と呼ばれる研究成果を社会実装する枠組みが、ヘルスケアにおける実践を理解し推進する実用的な構造を提言した(Damschroder et al., 2009)。それによれば、コアになる要素を同定する能力、サービスを地域の条件に適応させる柔軟性、賛同を得た評価枠組みと経済的正当性が存在すること、これらの全てが成功に必要な重要な要素だとされている。

実践を支援することに加えて、質を維持し精神保健サービスの説明責任性を確かなものにするためには、プロセスとアウトカムを測定することが重要である(Kilbourne et al., 2010)。Donabedianは、構造(structure)とプロセス、アウトカムの3語を用いてケアの質を概念化した(Donabedian, 1988)。フィデリティスケールとパフォーマンス測定を組み合わせが、ケアの質のこれら3点を測定するのに用いられている。本章では、早期精神病サービスに基本的な要素のリストを見いだした。フィデリティスケールのセットと、国際的な初回エピソード精神病サービスの質の確保と実践の支援に使用可能な13のアウトカム測定方法をまとめておく。

18.3 基本的要素 (Essential Components)

タスクフォースメンバーが選定した初回エピソード精神病サービスが備えるべき基本的な要素を示す。いくつかのプログラムモデルとフィデリティスケールの基本的な要素を比較して検討した。表1に基本的な介入手法の一覧を示す。

早期介入サービスで患者に提供される薬物療法、認知行動療法のような特異的な介入のレビューは、多数の系統的レビューで示されているとおりである(Alvarez-Jimenez et al., 2011, Alvarez-Jimenez et al., 2008, Penn et al., 2005, Addington et al., 2013)。多職種チームモデルの利用やケアの継続的提供といったケアの統合的な要素は、早期精神病研究で個別に検討されたわけではないが、これまでもこれらの実践を支持する重要な研究がある。チーム中心型ケアや継続的ケアのような要素は臨床において実践されており、フィデリティスケールの開発の際にも含まれた(Addington et al., 2016)。米国における31プログラムの自記式調査では、32の基本的な要素のうち最も共通する

ものは個人レベルの心理教育と転帰の追跡であった。逆に最も行き渡っていないものはアウトリーチサービスと入院病棟との連携であった(White et al., 2015)。

18.4 フィデリティスケール (Fidelity Scales)

特定の介入研究における治療フィデリティは、行動介入の信頼性と有効性をモニターしたり、強化するのに使える方法論的戦略として定義されている(Bellg et al., 2004)。保健サービス研究では、治療フィデリティはエビデンスに基づいた臨床実践 (Evidence Based Practice; EBP) の標準的な実践度合いとしても定義された(Bond et al., 2000)。フィデリティスケールには、プログラムや介入ごとに客観的な基準の一覧が備えられており、それによりプログラムや介入が標準的介入に沿っているか否かを判定する。したがってフィデリティスケールは EBP の実践度合いの査定にも用いることができる。

文献検索ならびにタスクフォースメンバー自身の資料提供によって、早期精神病サービス用に開発された 6 件のフィデリティスケールが同定された(表 2)。このうち 3 件は国レベルで同定されるケアの標準についてのサービスフィデリティを評価するために作られたものである。英国では、早期介入サービス (EIS) は国の評価プログラムの一部として採用されている(Lester et al., 2006)。オーストラリアでは、フィデリティスケールは EPPIC モデルのコア要素に基づく早期介入サービスの実施を支援するために開発された(Hughes et al., 2014)。デンマークでは OPUS ケアモデルが国レベルに普及していく過程で、フィデリティスケールがプログラムの質のモニターとして広まった(Nordentoft et al., 2015)。米国では、2 カ所の早期精神病サービスモデルにおいて治療モデルの特徴把握ないしは測定のために、プログラムのデータに基づくフィデリティスケールが使用された(Essock et al., 2015)。EASA はオレゴン州におけるルーチンサービスの質をマネジメントし実践を支援するためにフィデリティスケールを開発した(Melton et al., 2012)。FEPS-FS は特定のプログラムから生まれたものではなく、初回エピソード精神病研究文献の系統的レビューと順位付けから誕生したもので、基本的な要素を同定する国際的なコンセンサスプロセスを経たものである(Addington et al., 2013)。2 カ国において信頼性と有効性が検証されている(Addington et al., 2013)。これらのフィデリティスケールに共通する項目については表 3 にまとめる。これらの尺度は異なる方法で開発されており、正式に検証するには限界があり、前向き有効性検証はされていない。

18.5 パフォーマンス測定 (Performance Measures)

フィデリティスケールは計画どおりにプログラムが届いているか、ある程度の質が確保されているか、を示すためのものである。これに対してパフォーマンス測定は、実臨床においてサービスの成果を示すのに必要なアウトカムを評価するのに用いられる(Hermann, 2002a)。ヘルスケアパフォーマンス測定は「特別に定義された目的に向けての進行具合を査定するための統計的なエビデンスの使用」と定義されている(Adair et al., 2006)。MeSH では Quality Indicators, Norms, criteria, standards で定義されるヘルスケア、さらにヘルスケアの質を決定するその他の直接的な質的量的測定値が使用されている。パフォーマンス測定は消費者、臨床サービスプログラム、ヘルスケアシステム、あるいは市民のレベルで実施される(Tansella and Thornicroft, 1998)。プログラムをまったく継続的なデータがあれば Standards と

Norms を確立するのに用いることができる(Addington et al., 2009, Hermann and Provost, 2003)。Standards は、行為の数的閾値と定義され、個人やグループ毎に確立される。Standards は任意で決めることも、コンセンサスを得て行うことも、統計的に得られた閾値に基づいても決めることができる(Hermann and Provost, 2003)。

初回エピソード精神病サービスのための一連のパフォーマンス測定は、系統的レビューにより同定され、カナダの多数の利害関係者（ステークホルダー）グループによって順位付けが成された(Addington et al., 2005)。これらのパフォーマンス測定は操作的であり(Addington et al., 2007)、特定の人口に対する 2 つのプログラムを比較する際に用いられる(Addington et al., 2009)。リスク適合アルゴリズムが良好な判別能力を示し、初回エピソード精神病患者の入院予測は比較的膨大であった(Addington et al., 2010)。アルゴリズムは異なる人口に使うプログラムのアウトカムを比較するのに用いられる。英国では NICE が初回エピソード精神病サービスの質の標準化に基づく 8 項目の質的測定基準を同定している。一例としては、ひとつの基準はメンタルヘルスサービスへの新規の紹介患者の 50% は 2 週間以内に受診できているというものである(NICE, 2015)。文献に基づき、我々は測定が簡便で、初回エピソード精神病サービスの評価に使用できる 13 の重要な基準をリストアップした(表 4)。これらは「有用で、用意可能で、実行可能な」という 3 つの主要なパフォーマンスに基づいて選択された(Hermann and Palmer, 2002b)。

18.6 まとめ

冒頭に述べたように、日本の医療体制はフィデリティ尺度やアウトカム指標などの医療の質の評価に対して馴染みが乏しい。加えて精神疾患における早期介入の重要性についての認識が専門家間においてさえないわが国の現状（辻野ら, 2010）では、これらのツールが直ちに現場で広く使われることは期待薄である。わが国の精神科医療体制はいまだに過大な精神病床数と長期在院という課題を背負っている（Mizuno et al., 2009）。こうした中で、退院支援地域移行の推進と並行しながら早期介入の普及を目指すには、サービス拠点の設立に血道をあげるのではなく、当初から質の担保されたサービスを継続的に提供できる施設が求められているのが、世界的な標準であることを認識しておくべきであろう。

本研究の一部は国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）の障害者対策総合研究開発事業（精神障害分野）（2014-2016 年度）「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」（研究開発代表者 水野雅文）の支援によって行われた。

なお本稿は、研究代表者である筆者が、国際早期精神病学会(IEPA Early Intervention in Mental Health)において、上記のような経緯で共著者として執筆した投稿中の下記論文を抄訳し、わが国における公表に向けて加筆したものである。

Fidelity and Quality Measures for First Episode Psychosis Services.

Authors: Addington D, Birchwood M, Jones P, Killackey E, McDaid D, Melau M, Mizuno M, Mueser K, Nordentoft M.

表 1. 基本的なエビデンスに基づく介入手法 (Essential Evidence Based Interventions)

<p>心理社会的治療 Psychosocial Interventions</p>	<p>精神病症状、不安、抑鬱に対する認知行動療法 Cognitive Behaviour Therapy for symptoms of psychosis, anxiety, and depression</p> <p>症状に対する対処技法、再発予防のための心理教育を含む 疾病自己管理 Illness self-management including psychoeducation, coping with symptoms and relapse prevention</p> <p>家族介入 Family Interventions</p> <p>援助付き雇用と教育機会への復帰支援 Supported Employment and support for a return to education</p> <p>物質使用障害への包括的治療 Integrated treatment of substance use disorders</p>
<p>薬理的治療 Pharmacological Interventions</p>	<p>寛解を維持するための継続的な抗精神病薬・薬物療法 Continuous antipsychotic pharmacotherapy for achieving and maintaining remission of psychosis</p> <p>副作用の少ない薬物の最小量処方 Use of lowest effective dose of low side effect potential medications</p> <p>代謝、錐体外路、内分泌系の副作用についての日常的なモニタリングと記録 Routine monitoring and recording of metabolic, extrapyramidal, and endocrine side effects</p> <p>必要性があればクロザピンのようなセカンドライン薬物の処方 Use of second line treatments such as clozapine when required</p> <p>物質使用障害に対する薬物療法 Pharmacological treatment of substance use disorders</p> <p>精神病症状の寛解を維持するための持続的な薬物療法 Continuous antipsychotic pharmacotherapy for achieving and maintaining remission of psychosis</p>
<p>ヘルスプロモーション</p>	<p>体重と中性脂肪の測定 Monitoring weight and triglycerides</p>

<p>Health Promotion</p>	<p>運動と健康的な食生活の推進 Promoting physical activity and health eating 喫煙中止プログラムの実施 Delivering smoking cessation programs</p>
<p>主要なプロセスとアウトカム測定のモニタリング Monitoring of key process and outcome measures</p>	

表 2. List of Fidelity Measures フィデリティ尺度の一覧

初回エピソード精神病サービス用フィデリティ尺度 First Episode Psychosis Services Fidelity Scale	Addington et al., 2016
早期介入サービス用フィデリティ尺度 Early Intervention Service Fidelity Scale	Lester et al., 2006
デンマーク初回エピソード精神病用フィデリティ尺度 Danish First Episode Psychosis Fidelity Scale	Nordentoft et al., 2015
初回統合失調症エピソードからの回復関連フィデリティ尺度 Recovery after an Initial Schizophrenia Episode, Connection Fidelity Scale	Essock et al., 2015
早期アセスメントと支援フィデリティ尺度 Early Assessment and Support Alliance Fidelity Scale	Melton et al., 2012
オーストラリア初回エピソード精神病用フィデリティ尺度 Australian first episode psychosis fidelity scale	Hughes et al., 2014

表 3 FEPS-FS と 4 つのフィデリティ尺度の共通項目 Items Common to FEPS-FS and Four Fidelity Scales ^{1,2,3,4}

FEPS-FS (31 items)
Individual Evidence Based Practices
1. 紹介患者の適時対応 Timely Contact with Referred Individual:
2. 患者と家族も含むアセスメント Patient and Family Involvement in Assessments:
3. 包括的な臨床評価 Comprehensive Clinical Assessment:
4. ケアプランに基づく心理社会的ニーズ Psychosocial Needs Assessed for Care Plan:
5. 初回アセスメント後の個別の臨床治療方針 Individualized Clinical Treatment Plan After initial assessment:
10. 患者向け心理教育 Patient Psychoeducation:
11. 家族向け心理教育と支援 Family Education and Support:

14. 毎年の正式な包括的アセスメントとその記録 Annual Formal Comprehensive Assessment Documented:
15. 専任精神科医 Assigned Psychiatrist:
16. ケースマネジャーの関与 Assignment of Case Manager:
17. 併存する物質使用障害についての動機付け治療または CBT Motivational Enhancement or Cognitive Behavioral Therapy for Co-Morbid Substance Use Disorder (SUD):
19. 主体的な参入と残留 Active Engagement and Retention:
21. 危機介入サービス Crisis Intervention Services:
Evidence Based Team Practices
22. 利用者/提供者人数割合 Participant/Provider Ratio:
24. 精神科医の役割 Psychiatrist Role on Team:
25. 多職種チーム Multidisciplinary Team:
26. FEP プログラムの継続期間 Duration of FEP Program:

¹Early Intervention Service Fidelity Scale (Lester et al., 2006)

²Danish First Episode Psychosis Fidelity Scale (Nordentoft et al., 2015)

³Recovery after an Initial Schizophrenia Episode, Connection Fidelity Scale (Essock et al., 2015)

⁴Early Assessment and Support Alliance Fidelity Scale (Melton et al., 2012)

表 4: 初回エピソード精神病サービスに関する主要なパフォーマンス測定値
Key Performance Measures for First Episode Psychosis Services

DOMAIN & パフォーマンス測定 Performance Measure	
Domain: 早期介入 Early intervention	
1. 2週間以内の受診割合 Proportion seen within two weeks	Percent
2. DUP 中央値 Median duration of untreated psychosis (DUP)	Median
3. 人口基準のプログラム登録割合 (15-55 歳) Population-based program enrollment rate (age 15 to 55). 年間発症率に基づくプログラム登録あるいは入院割合 Program enrollment or admissions as percentage of expected population based annual incidence	Percent

4. 初回入院患者サービスにおける新患紹介の割合 Proportion of new referrals to FEPS first admitted to inpatient services	Percent
Domain: 患者のアウトカム Patient outcome	
5. 1, 2, 3年後の追跡率 Proportion in follow-up at one year, two years and three years	Percent
6. ガイドラインに示された抗精神病薬の処方量 Antipsychotic medication doses within national guidelines	Percent
7. 1, 2, 3年後の累積入院者割合 Cumulative admissions to hospital at one year, two years and 3 years	Percent
8. 1, 2, 3年後の復学率 Education (% participating in education) at one year, two years and 3 years	Percent
9. 1, 2, 3年後の就労率 Work (% in competitive employment) at one year, two years and 3 years	Percent
Domain: 健康と安全 Health and Safety	
10. 遅発性ジスキネジアの割合 Assessment of tardive dyskinesia (TD)	Percent
11.1, 2, 3年後の体重 (BMI<25 の割合) Weight (% with BMI<25) at one year, two years and 3 years	Percent
12.1, 2, 3年後の自殺企図率 Attempted Suicide % at one year, two years and 3 years	Percent
13. 代謝指標の年間モニタリング回数 Annual monitoring of metabolic parameters	Percent

【文献】

- 1) Adair CE, Simpson E, Casebeer AL.: Performance Measurement in Healthcare: Part II - State of the science findings by stage of the performance measurement process. HealthCare Policy 2:56-78, 2006
- 2) Addington D, Mckenzie E, Addington J et al.: Performance measures for early psychosis treatment services. Psychiatric Services 56:1570-1582, 2005

- 3) Addington D, Mckenzie E, Addington J et al.: Performance measures for evaluating services for people with a first episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry* 1:157-167, 2007
- 4) Addington D, Norman R, Adair C et al.: A comparison of early psychosis treatment services using consensus and evidenced-based performance measures; moving towards setting standards. *Early Intervention in Psychiatry* 3:274-281, 2009
- 5) Addington DE, Beck C, Wang J et al.: Predictors of admission in first-episode psychosis: developing a risk adjustment model for service comparisons. *Psychiatr Serv* 61:483-488, 2010
- 6) Addington DE, Mckenzie E, Norman R et al.: Essential Evidence-Based Components of First-Episode Psychosis Services. *Psychiatr Serv* 64:452-457 , 2013
- 7) Addington DE, Norman R, Bond GR et al.: Development and Testing of the First-Episode Psychosis Services Fidelity Scale 1. *Psychiatr Serv* 67:1023-1025, 2016
- 8) Alvarez-Jimenez M, Hetrick SE, Gonzalez-Blanch C et al.: Non-pharmacological management of antipsychotic-induced weight gain: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry* 193:101-107, 2008
- 9) Alvarez-Jimenez M, Parker AG, Hetrick SE et al.: Preventing the second episode: a systematic review and meta-analysis of psychosocial and pharmacological trials in first-episode psychosis. *Schizophr Bull* 37:619-630, 2011
- 10) Bellg AJ, Borrelli B, Resnick B et al.: Enhancing treatment fidelity in health behavior change studies: best practices and recommendations from the NIH Behavior Change Consortium. *Health Psychol* 23:443-451, 2004
- 11) Bond GR, Evans L, Salyers MP et al.: Measurement of fidelity in psychiatric rehabilitation. *Mental Health Services Research* 2:75-87, 2000
- 12) Bond GR, Drake RE, Campbell K.: Effectiveness of individual placement and support supported employment for young adults. *Early Interv Psychiatry* 10:300-307, 2016
- 13) Cheng C, Dewa CS, Langill G et al.: Rural and remote early psychosis intervention services: the Gordian knot of early intervention. *Early Interv Psychiatry* 8:396-405, 2014

- 14) Csillag C, Nordentoft M, Mizuno M et al.: Early intervention services in psychosis: from evidence to wide implementation. *Early Interv Psychiatry* 10:540-546, 2016
- 15) Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE et al.: Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci* 4:50, 2009
- 16) Donabedian A. The quality of care; How can it be assessed? *J Am Med Assoc* 260:1743-1748, 1988
- 17) Essock SM, Nossel IR, McNamara K et al.: Practical Monitoring of Treatment Fidelity: Examples From a Team-Based Intervention for People With Early Psychosis. *Psychiatr Serv* 66:674-676, 2015
- 18) Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F et al.: Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q* 82:581-629, 2004
- 19) Grol R, Grimshaw J.: From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 362:1225-1230, 2003
- 20) Hermann RC.: Linking outcome measurement with process measurement for quality improvement: A critical review. In: IsHak WW, Burt T, Sederer LI, eds. 1 ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 23-34, 2002a
- 21) Hermann RC, Palmer RH.: Common ground: a framework for selecting core quality measures for mental health and substance abuse care. *Psychiatric Services* 53:281-287, 2002b
- 22) Hermann RC, Provost S.: Interpreting measurement data for quality improvement: standards, means, norms, and benchmarks. *Psychiatric Services* 54:655-657, 2003
- 23) Hughes F, Stavely H, Simpson R et al.: At the heart of an early psychosis centre: the core components of the 2014 Early Psychosis Prevention and Intervention Centre model for Australian communities. *Australas Psychiatry* 22:228-234, 2014
- 24) Kane JM, Robinson DG, Schooler NR et al.: Comprehensive Versus Usual Community Care for First-Episode Psychosis: 2-Year Outcomes From the NIMH RAISE Early Treatment Program. *Am J Psychiatry* 173:362-272, 2016
- 25) Kilbourne AM, Keyser D, Pincus HA.: Challenges and opportunities in measuring the quality of mental health care. *Can J Psychiatry* 55:549-557, 2010

- 26) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 精神保健福祉資料
- 27) http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/630/assets/pdf/zantei_h27_630.pdf
- 28) Lester H, Birchwood M, Marshall M.: EDEN: Evaluating the development and impact of Early Intervention Services (EISs) in the West Midlands. 1, 1-284. 2006. National Primary Care Research and Development Centre.
- 29) McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C et al.: EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. Schizophr Bull 22:305-325, 1996
- 30) Melton R, Blea P, Hayden-Lewis KA et al.: Practice Guidelines for Oregon Early Assessment and Support Alliance (EASA). 1, 1-83. 2012. Oregon, Oregon Health Authority
- 31) Mizuno M, Suzuki M, Matsumoto K et al.: Clinical practice and research activities for early psychiatric intervention at Japanese centers. Early Interv Psychia 3: 5-9, 2009
- 32) National Institute for Clinical Excellence.: Psychosis and Schizophrenia in Adults. Quality Statement 1: Referral to early intervention in psychosis services. QS 80, 1-52. 2015. London UK, National Institute of Health and Care Excellence. Quality Statements. Ref Type: Report
- 33) Nordentoft M, Melau M, Iversen T et al.: From research to practice: how OPUS treatment was accepted and implemented throughout Denmark. Early Interv Psychiatry 9:156-162, 2015
- 34) Penn DL, Waldheter EJ, Perkins DO et al.: Psychosocial treatment for first-episode psychosis: a research update. Am J Psychiatry 162:2220, 2005
- 35) Petersen L, Jeppesen P, Thorup A et al.: A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. Br Med J 331:602, 2005
- 36) Ruggeri M, Bonetto C, Lasalvia A et al.: Feasibility and Effectiveness of a Multi-Element Psychosocial Intervention for First-Episode Psychosis: Results From the Cluster-Randomized Controlled GET UP PIANO Trial in a Catchment Area of 10 Million Inhabitants. Schizophr Bull 41:1192-1203, 2015
- 37) Tansella M, Thornicroft G.: A conceptual framework for mental health services: the matrix model. Psychol Med 28:503-508, 1998
- 38) 辻野尚久, 片桐直之, 小林啓之 ほか: 早期精神病における精神科医の意識と治療判断について. 精神医学 52; 1151-1160, 2010

39) White DA, Luther L, Bonfils KA et al.: Essential components of early intervention programs for psychosis: Available intervention services in the United States. Schiz Res 168:79-83, 2015

(水野雅文、辻野尚久)

抄録

目的：初回エピソード精神病治療施設では、精神病の初回エピソードや統合失調症の早期段階の転帰を改善するエビデンスに基づく数々の治療法が実践されている。フィデリティとアウトカム測定はこれらの施設が提供するサービス内容の質を維持し、プログラムの実践を拡大していく上で非常に重要なツールである。本章では、初回エピソード精神病治療施設の実施を拡大し現存するサービス内容の質を担保するための、フィデリティとアウトカム測定法をレビューする。

方法：まず初回エピソード治療施設を下支えするエビデンスに基づく基本的な要素をレビューした。次いで、信頼性と妥当性の高いフィデリティ測定方法とアウトカム測定法をレビューした。最後に、このようなサービス内容の国際的な実施状況をまとめ、サービスとその質の評価を実施する上での困難について検討した。

結果：現時点で、初回エピソード精神病治療施設の目標、効果的なサービス内容や主要な実施内容測定を行うのに必要な基本的な要件についてのコンセンサスがすでに存在していることが判明した。初回エピソード治療施設は高所得国においては様々な形で存在しているが、アクセスやサービス内容の質について必ずしも十分な注意は払われていない。特に日本においては、精神科治療の質の評価は不十分である。

結論：初回エピソード精神病治療施設の質、アクセス、転帰を評価するツールは存在しており、これらは実践の拡大を支援する重要な資源である。日本においても、サービスの内容に対する評価の実施が、治療文化として定着していくことが望まれる。

Key words: フィデリティ、アウトカム、早期精神病、施設、初回エピソード

19. 英国 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) 診療ガイドライン ; Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management 解説・翻訳

19.1 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) ガイドラインとは

NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) は、英国国営の NHS (National Health Service) の下、健康増進と社会的ケアを促進していくために「国の助言 (national guidance)」を作成する独立機関である(NICE, URL:<http://www.nice.org.uk/>)。NICE が作成するガイダンスには、診療ガイドライン (clinical guideline) だけでなく、医療技術 (医薬品、医療機器、診断方法など) 評価ガイダンス、介入的技術 (処置、手術、検査など) ガイダンス、公衆衛生ガイドラインなどがある。それらのガイダンスの作成方法は、先進的な方法論を取り入れながら、臨床的な効果と費用対効果の双方の観点からのエビデンスに基づいて、推奨が決められている。また、エキスパートだけでなく、非専門家である国民の代表 (患者、援助者、一般市民など) も参画し、独立性と透明性を担保し、社会的価値観も反映されるように市民評議会 (Citizens Council) とも協働している。このように厳密な手順で推奨される治療法を決定し、さらにそのガイドラインは定期的に見直され、新たなエビデンスに基づき改訂されている。このように「単なるエビデンス」だけでなく、医療経済評価を重視していること、また、作成委員には、専門職だけでなく、当事者や援助者 (carer) などが含まれているところが特徴的である (藤井, 2016)。

19.2 初回エピソード精神病への介入

抗精神病薬治療を選択する際には、「当事者と医療従事者が一緒に選択すべき」(1.3.5 抗精神病薬の選択) と記載されているように当事者と治療者の間で、Shared Decision Making (SDM) をすることが推奨されている。その際に、代謝性障害や錐体外路障害、心血管障害、内分泌障害、その他の障害 (不快な主観的体験) などの副作用についての情報提供をするように求めている。抗精神病薬の定期的な併用療法は「薬剤変更する場合などを除いては行わないこと」とされており、単剤治療が推奨されている。また、少なくとも 2 種類以上の抗精神病薬の適切な用量で継続的に投与しても治療反応性が乏しい場合には、クロザピン使用を提案することとしている。

薬物療法以外の介入方法としては、認知行動療法 (Cognitive Behavioural Therapy; CBT) と家族介入が、急性期や慢性期などの病相を問わず、「すべての症例に対して、実施すること」が推奨されている (1.4.4 心理的介入および心理社会的介入)。また、援助者 (carer) に対する支援や心理教育を行っていくこと (1.1.5 援助者への支援)、当事者にピア・サポートプログラムへの参加や自己マネジメントプログラムに参加を促していくこと (1.1.6 ピア・サポートと自己マネジメント) が推奨されるなど、薬物療法以外の介入の重要性が示されている。

病状回復後のケアとしては、急性期治療が終了し、プライマリ・ケア医でモニタリングを継続する際には、「定期的に身体的な状況についてもモニタリングすべき」であることが推奨されている (1.5.3 プライマリ・ケアへの復帰)。また、当事者が求職もしくは復職を希望している場合には、援助付き雇用プログラム

を提供すること、就業できないもしくは求職がうまくいかない場合には、職業訓練などを検討することが推奨されている（1.5.8 雇用、教育および職業的活動）。

全体を通して、精神症状だけでなく、身体的な健康にも留意し、体重や血糖、運動障害などのモニタリングをしていくことが推奨されている。身体的なモニタリングに焦点があてられた背景には、精神病患者の寿命が一般人口よりも約 10-25 年短く、その要因として、体重増加や糖脂質代謝異常、心血管イベントなどの身体的合併症が関連していることが報告されている。(Nordentoft et al., 2013) 抗精神病薬の副作用だけでなく、精神病患者に特徴的なライフスタイル（食事摂取の偏り、運動不足、喫煙率の高さ）が精神病患者における身体合併症のリスクとして挙げられているが、治療者は前景となっている精神症状の治療に集中するあまり、身体的な健康への配慮が疎かになっている傾向は否定できない。2014 年に東京で開催された『第 9 回国際早期精神病学会（9th International Conference on Early Psychosis）』（9th International Conference on Early Psychosis from: <https://iepa.org.au/9th-international-conference/>）において、『Healthy Active Lives (HeAL)～Keeping the Body in Mind in Youth with Psychosis～（若年者の精神病患者の身体的な健康をより積極的に守っていくこと）』が宣言されたように、身体管理の重要性について再確認させられた。

19.3 ARMS への介入

「1.2 精神病の予防」という項目の中に、ARMS への介入方法についてのガイドラインが記載されている。まず、プライマリ・ケアにおいて ARMS の可能性が同定されたら、遅滞なく専門機関に紹介し、アセスメントを受けることを推奨している（1.2.2 専門家のアセスメント）。そこで、正式に ARMS と同定された場合には、CBT を単独で、もしくは家族介入と併用で実施することを推奨している（1.2.3 精神病の予防治療の選択肢）。抗精神病薬の使用については、ARMS という基準を満たすだけで処方しないこと、また「発症予防目的」に処方しないこととしている。治療後のモニタリング方法とその追跡期間として、「構造化され、かつ検証されている評価ツールを使用し、最長 3 年間は定期的にモニタリング」することが推奨されている（1.2.4 モニタリングおよび追跡調査）。総じて、より専門的なサービス提供が求められている。

別のガイドライン(Scmidt et al., 2015, Woods et al., 2010)上における ARMS への介入の推奨一覧を表 1 にまとめた。NICE 診療ガイドラインとの共通点としては、抗精神病薬は通常治療として使用すべきではないとしている。しかし、他のガイドラインでは、「急激な悪化」や「深刻な自殺念慮」、「攻撃性の悪化により、他者に対して危険が及ぶ」場合を抗精神病薬の限定的な使用条件として、明記しているのに対して、NICE 診療ガイドラインでは、このような抗精神病薬の使用条件についての提示はない。また、ARMS のアセスメントについては、EPA（European Psychiatric Association）(Schultze-Lutter, et al., 2015)においても NICE 診療ガイドラインと同様に経験のある専門家がするべきとされており、ARMS の同定について、現在のところ一般臨床において普遍化されておらず、より特殊性があることを示唆している。

19.4 今後の研究において、推奨される課題

今後の研究によって、解決すべき課題（2 研究に対する推奨）として、以下の5項目が挙げられている。①ピア・サポート介入の臨床効果および費用対効果、②抗精神病薬の服用を拒否している方への心理的介入の単独での臨床効果および費用対効果、③抗精神病薬投与中止による身体面における益と害のバランス、④早期介入によって得られた効果を維持していくための方法、⑤精神病患者に併発する PTSD に対する介入方法。抗精神病薬のアドヒアランスの問題は、これまでの精神病治療の歴史において未だに解決できていない課題の一つである。しかし、②のように服薬治療を拒否している患者に対して、必ずしも強引に薬物療法につなげようとするのではなく、薬物療法以外の代替治療が検討され始めており、新たな解決の糸口に繋がる可能性がある。

【文献】

- 1) 藤井千代：NICE ガイドライン. 精神科 28：191-195, 2016.
- 2) NICE. Available from : URL:<http://www.nice.org.uk/>.
- 3) 9th International Conference on Early Psychosis from:
<https://iepa.org.au/9th-international-conference/>
- 4) Nordentoft M, Wahlbeck K, Hällgren, J, et al.: Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. PLoS One 8: e55176, 2013.
- 5) Schultze-Lutter F, Michel C, Schmidt SJ, et al.: EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses. Eur Psychiatry 30: 405-416, 2015.
- 6) Schmidt SJ, Schultze-Lutter F, Schimmelmann B, et al.: EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. Eur Psychiatry 30: 388-404, 2015.
- 7) Woods SW, Walsh BC, Saks JR, et al.: The case for including attenuated psychotic symptoms syndrome in DSM-5 as a psychosis risk syndrome. Schizophr Res 123: 199-207, 2010.

(辻野尚久,馬場遥子,田形弘実,内野敬,根本隆洋,水野雅文)

表 1 ARMS に対する介入方法における各治療ガイドライン上の推奨 (引用文献 6,7 より加筆改変)

団体・組織	推奨
American Psychiatric Association (2004)	注意深い評価と頻回のモニタリング モニタリングが提供されるべき。
Canadian Psychiatric Association (2005)	支持的精神療法と対症療法が提供されてもよい。 通常モニタリングと支援。
International Early Psychosis Association (2005)	心理教育。 家族教育と支援。 抗精神病薬は通常は使用しない。ただし、急激な症状悪化もしくは抑うつ症状に対する治療が無効で重篤な自殺念慮がある場合や攻撃性や敵意から著しく他者への危険行為に及ぶ危険性がある場合を除く。 抗精神病薬を使用する場合は、少量の非定型抗精神病薬を使用し、6週間後に効果や症状の改善を認めたら、益と害について説明し、患者の同意を得たうえで、さらに6か月から2年間使用してもよい。 継続的な支援とその中でのモニタリング。
Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (2005)	抗精神病薬は通常、処方しない。ただし、症状が、自傷もしくは他害に直接的に関与する可能性がある場合を除く。
Italian National Institute of Health (2008)	抗精神病薬の使用は懐疑的。 CBTが推奨される。
European Psychiatric Association (2015)	CBTが第一選択肢として提供されるべきである。心理介入が無効で、重症で進行性の場合には、成人患者には少量の第二世代抗精神病薬を追加するべきである。これは、心理的介入を行うために必要とされる症状的な安定化を得ることを目的とする。予防を主目的とした長期の抗精神病薬治療は推奨されない。 併存精神障害(うつや不安)に対して、それぞれの疾患のガイドラインに沿った治療を行う。 児童と思春期前期には、心理療法、薬物療法いずれもエビデンスが乏しい。機能改善を目的とした特異的心理介入は、全体的な治療計画の一部として提供されるべきである。

付録 NICE 治療ガイドライン 翻訳

ガイドラインは CG82 の改訂版である。

はじめに

本ガイドラインは、「統合失調症」(NICE 診療ガイドライン 82)を更新し、これに替わるものである。推奨は旧版に準拠して分類している(詳細については「[本ガイドラインについて](#)」を参照のこと)。

本ガイドラインで扱う範囲は、60 歳以前に発症した成人(18 歳以上)の精神病および統合失調症、統合失調症関連障害の治療およびマネジメントである。本ガイドラインにおいて、「精神病」という用語は、統合失調症、統合失調感情障害、統合失調症様障害および妄想性障害を含む精神病性障害の一群を表す用語として使用している。感情精神病(双極性障害または精神病性の特徴を伴う単極性うつ病など)の診断、治療およびマネジメントは他の NICE ガイドラインの対象である。本ガイドラインでは、精神病サービスの早期介入による治療やサポートを受けている場合を除き、18 歳未満の青少年に対する特定の治療には対応しておらず、そこは別の NICE ガイドライン(「[小児および青少年の精神病および統合失調症](#)」)で扱っている。

精神病や統合失調症という特定の診断は、知覚、思考、気分および行動が著しく変容する主要な精神障害(または障害のクラスター)を代表するものである。精神病および統合失調症の症状は、一般的に幻覚(刺激の非存在下での知覚)や妄想(固定した、または誤った信念)などの「陽性症状」と「陰性症状」(感情鈍麻、意欲減退、会話の貧困、社会的引きこもり、セルフケアの低下など)に分類される。症状や病的体験の組み合わせは、人によって様々である。

一般的に精神病の初回エピソードが出現する前には前駆期が存在し、前駆期は数日から約 18 か月間続く可能性がある。前駆期は、ある程度の機能低下をきたすことを特徴とすることが多い。こうした変化の例として、一過性(短期間)の、あるいは微弱な(強度が低い)精神病症状の出現、記憶や集中力に関する問題、異常な行動や観念、コミュニケーションや情動の障害、社会的引きこもり、アパシーおよび日常的な活動における関心の低下などが挙げられる。前駆期の後には通常、幻覚、妄想および行動障害を特徴とする急性エピソードを呈し、激越や苦悩を伴うことが多い。薬理的介入や心理的介入、その他の介入などにより急性エピソードが回復した後は、患者の多くは症状が軽減し、しばしば消失することもあるが、時に多くの陰性症状が残存する場合もある。この病相は長年続くこともあるが、急性エピソードの再発によって中断され、前回のエピソードと同様に薬理的介入、心理的介入、その他の介入などをあらためて施行して必要性が生じる場合もある。

しかし、これは一般的なパターンであり、統合失調症の経過には著しい個体差が存在する。陽性症状がごく短期間出現する人もいれば、長年にわたって経験する人もいる。また、前駆期がなく、急性エピソード

とともに突発性に発症する場合もある。

精神病および統合失調症を生涯で発症する確率は人口の約 1%である。通常は自立した生活を始める若年成人期に最初の症状が出現する傾向にあるが、どの年齢においても発症する可能性がある。精神病および統合失調症に伴う症状や行動は、本人、家族および友人を苦悩させる可能性がある。

精神病および統合失調症に対するスティグマや恐怖心は強く、社会一般の理解も乏しい。発症後 2~3 年は特に動揺や混乱をきたしやすく、自殺のリスクも高い。急性エピソードが回復した後も、復職や復学の機会の減少に伴う社会的孤立や、新たな対人関係を構築する困難さなどの他の問題を抱えることが多い。

この 10 年間で早期発見や介入のためのサービスに新たな重点が置かれるようになり、長期的な回復や本人の選択に基づく病態のマネジメントを奨励することが注目されている。障害が持続している人や再発に対する脆弱性が持続している状態の人も存在する一方で、大半の患者は回復することを示したエビデンスが存在する。すべての患者が法律で定められたサービスの支援を受けるわけではない。さらに長期的には、ほとんどの患者が急性期に存在した問題に対処する方法を見だし、残存している障害に対しては代償的に対応していく。

精神病および統合失調症患者において援助者、親類および友人の存在は、アセスメントや持続的関わり（エンゲージメント）の過程、長期にわたる効果的な治療の実施において重要である。援助者になることを選択しない家族もいるが、本ガイドラインで使用している「援助者(carer)」という用語は、権利擁護者、友人または家族など、当事者と日常的に密接に関わるすべての人に適用している。

精神病および統合失調症は、うつ病、不安障害、心的外傷後ストレス障害、パーソナリティ障害および物質乱用などの他の多くの病態と関連することが多い。これらの病態については本ガイドラインの対象外である。これらの病態のマネジメントについては、別の NICE ガイドラインを作成している（「関連の NICE ガイドライン」を参照）。

本ガイドラインでは、処方医がそれぞれの患者に対して治療薬の意思決定をしていくための情報として、薬剤の製品特性概要（添付文書）を使用することを想定している。

患者を中心としたケア

本ガイドラインでは、精神病および統合失調症に罹患した成人患者のケアに関して、最良の実践的アプローチを提案する。

患者と医療従事者は英国の NHS 憲章に規定されている権利と義務を有しており、NICE のあらゆるガイ

ドラインもこれを考慮して作成している。治療やケアには個人のニーズや嗜好を考慮に入れるべきである。ウェールズにおけるサービスには、**Mental Health Measure** (メンタルヘルス対策)を通じてこれを満たすという法的義務がある。患者には、医療従事者の協力を得ながら、情報に基づいて自身のケアや治療を決定する機会を与えるべきである。判断能力を欠く場合には、医療従事者は 保健省の同意に関するアドバイス(**Department of Health's advice on consent**)、意思決定能力法(**Mental Capacity Act**)に伴う行動指針、および補足的に 自由剥奪セーフガード(**deprivation of liberty safeguards**)に関する行動指針に従うべきである。ウェールズの医療従事者は、ウェールズ政府の同意に関するアドバイスに従うべきである。

NICE は、成人向け NHS サービスにおける患者の良好な経験の各要素に関してガイドラインを作成している。すべての医療従事者は、「成人向け NHS サービスにおける患者経験 (Patient experience in adult NHS services)」の推奨に従うべきである。

また、NICE では、サービス利用者の良好な経験の各要素に関するガイドラインも作成している。成人向けの NHS 精神保健サービスを利用する人と協働する医療従事者や社会的ケアを行う一般医は、いずれも 「成人の精神保健におけるサービス利用者の経験(Service user experience in adult mental health)」の推奨に従うべきである。

主な優先度の高い実行項目

優先度の高い実行項目として、以下の推奨を特定している。推奨の全リストは第 1 項に記載している。

精神病の予防

・精神病を発症するリスクが高いと判断された場合は(第 1.2.1.1 項の推奨に記載のとおり)：

－ 個別認知行動療法(CBT)を単独で、または家族介入と併用で実施すること(第 1.3.7 項に記載のとおり実施する)。および、

－ NICE ガイドラインにおいて、不安障害、うつ病、エマージング・パーソナリティ障害 (*訳注、正式な診断名ではなく、パーソナリティ障害と一致する特性が認められるものの、患者の年齢が若年でパーソナリティ障害の基準を満たさない場合) または物質乱用のある人に対して推奨されている介入を提供すること。[2014 新]

初回エピソード精神病

・精神病の初回エピソードもしくは精神病を初めて発症した患者は、本人の年齢や精神病未治療期間に関

ならず、精神病サービスにおける早期介入にアクセスできるようにするべきである。【2014 新】

・精神病または統合失調症患者は、精神病から派生した、もしくは精神病それ自体の結果として生じる有害事象や心的外傷を経験しやすいため、心的外傷後ストレス障害および心的外傷に対するその他の反応についてのアセスメントを行うこと。心的外傷後ストレスの徴候が見られる人については、「心的外傷後ストレス障害」(NICE 臨床ガイドライン 26)の推奨に従うこと。【2014 新】

・抗精神病薬は、当事者と医療従事者が一緒に選択するべきであり、当事者が同意した場合は援助者の意見も考慮に入れる。それぞれの薬剤について期待される益（ベネフィット）と、以下に挙げるような発現の可能性のある副作用の情報を提供した上で話し合うこと：

- － 代謝性障害(体重増加および糖尿病を含む)
- － 錐体外路障害(アカシジア、ジスキネジアおよびジストニアを含む)
- － 心血管障害(QT 延長を含む)
- － 内分泌障害(血漿プロラクチン増加を含む)
- － その他の障害(不快な主観的体験を含む)。【2009、2014 修正】

・抗精神病薬の定期的な併用療法は、短期間(薬剤を変更する場合など)を除いて行わないこと。【2009】

精神病または統合失調症の急性エピソードの出現後と、危機的状況における介入

・精神病または統合失調症に罹患したすべての人に CBT を提供すること(第 1.3.7.1 項の推奨に記載のとおり実施する)。CBT は、急性期またはそれ以降の病相で開始できる(入院患者を含む)。【2009】

・精神病または統合失調症に罹患した人の家族で、当事者と同居している家族または当事者と密接に関わる家族には、すべて家族介入を提供すること(第 1.3.7.2 項の推奨に記載のとおり実施する)。家族介入は、急性期またはそれ以降の病相で開始できる(入院患者を含む)。【2009】

回復の促進および可能な将来的ケア

・一般開業医 (general practitioner; GP) やその他のプライマリ・ケアなどの医療従事者は、セカンダリ・ケア (*訳注、専門職により診断、治療。地域精神保健チーム Community Mental Health Team、積極的アウトリーチ・チーム Assertive Outreach Team、危機解決・家庭支援チーム Crisis Resolution and Home Treatment Team、早期介入チーム Early Intervention Team などがある。さらに、保健サービスと社会サービスの統合を進め、摂食障害・学習障害などの準専門サービス、パーソナリティ障害へのサービスにも対応している) から紹介され、モニタリングの責任が生じた時点と、その後は少なくとも年 1 回の間隔で精神病または統合失調症患者の身体的健康をモニタリングするべきである。健康診断は、精神病および統

合失調症患者に共通した身体的健康問題に重点を置いた包括的な健康診断とすべきである。第 1.3.6.1 項で推奨しているすべての検査項目を含めるほか、心臓血管疾患、糖尿病、肥満および呼吸器疾患のモニタリングに関する NICE ガイドラインを参照すること。検診結果の写しはケアコーディネーターおよび精神科医に送付し、セカンダリ・ケアのノートに綴じるべきである。【2014 新】

・少なくとも 2 種類以上の抗精神病薬を適切な用量で継続的に投与しても治療への反応が不十分な統合失調症患者には、クロザピンを提案すること。クロザピンを使用する際の基準として、使用前の抗精神病薬のうちの少なくとも 1 種類は、クロザピン以外の第二世代抗精神病薬であるべきである。【2009】

・精神病または統合失調症患者で、求職または復職を希望している場合には、援助付き雇用プログラムを提供すること。就業できないまたは求職がうまくいかない場合には、就職前の職業訓練など、他の職業的活動や教育的活動を検討すること。【2014 新】

1 推奨

以下のガイドラインは、入手可能な最良のエビデンスに基づいて作成している。ガイドラインの作成に使用した方法やエビデンスの詳細については、ガイドライン全体の中（* 訳注 ガイドラインから抜粋した一部のセクションではなく、ガイドライン全体の中に記載されている）に記載している。

本ガイドラインの推奨で使用している文言（例えば、「提供する (offer)」や「検討する(consider)」などの言葉）は、推奨の確実性(推奨の強さ)を表している。詳細については「本ガイドラインについて」を参照のこと。

本ガイドラインについて追記

推奨度の強さ

必ず行う（行ってはならない） must(or must not)・・・法的に必須である介入、またはもしその介入を行わなければ（もしくは行ったなら）重篤な症状や生命の危険をとまなう可能性のある介入。

提供する offer・・・強い推奨。患者の大多数にとって、害よりも益が上回り、費用対効果がある介入。

検討する consider・・・推奨。多くの患者にとっては、害よりも益が上回り、費用対効果があると思われる介入だが、同じくらいの費用対効果が期待できる他の介入方法の選択肢も存在する場合。“強い推奨”の介入に比べて患者の価値観や嗜好に依拠するところがより大きい。そのため、医療従事者は患者とよく話し合っていく必要がある。

1.1 すべての病相にわたるケア

1.1.1 当事者の経験

1.1.1.1 本ガイドラインは、「成人の精神保健におけるサービス利用者の経験」(NICE 臨床ガイダンス 136)と併せて使用すること。これは、精神保健サービスを利用している精神病または統合失調症患者におけるケアの経験を改善すること、ならびに以下に挙げる事項を目的とする：

- ・統合失調症患者およびその援助者と連携して取り組む。
- ・援助、治療およびケアを希望と楽観的な雰囲気の中で提供する。
- ・ケアに不可欠なものとして、支援的關係や共感的關係を構築するための時間をとる。[2009、2014 修正]

1.1.2 人種、文化および民族

NICE ガイドラインの「成人の精神保健におけるサービス利用者の経験」(NICE 臨床ガイドライン 136)には、本項と関係のあるコミュニケーションに関する推奨が含まれる。

1.1.2.1 多様な民族的・文化的背景を持つ精神病または統合失調症患者との協働経験のない医療従事者は、異文化間での協働経験のある医療従事者に助言やスーパービジョンを求めること。[2009]

1.1.2.2 精神病または統合失調症患者と協働する医療従事者は、以下の事項に関する能力が保証されているべきである：

- ・多様な民族的・文化的背景を持つ人々をアセスメントできるスキル
- ・多様な民族的・文化的背景を持つ人々の疾患の説明モデルを使用すること
- ・精神病または統合失調症の原因と治療選択肢について説明すること
- ・治療予測およびアドヒアランスにおける文化的および民族的な違いについて検討すること
- ・異常な精神状態の原因と考えられている生物学的影響、社会的影響および家族の影響に関して、文化的および民族的な違いについて検討すること
- ・精神病または統合失調症患者の家族と協働していくために話し合っていく能力
- ・民族的・文化背景的な要因による対立（コンフリクト）のマネジメントおよび解決。[2009]

1.1.2.3 精神保健サービスは、地域の黒人、アジア人および少数民族グループのボランティアとの連携を図り、本ガイドラインに準拠し文化的にも適切な心理療法および心理社会療法が、能力のある一般医により多様な民族的・文化的背景を持つ人々に提供されるようにするべきである。[2009]

1.1.3 身体的健康

1.1.3.1 特に抗精神病薬を服用している精神病または統合失調症患者には、精神保健サービスの提供者による健康的な食事と身体活動プログラムが併せて提供されるべきである。[2014 新]

1.1.3.2 急速あるいは過度の体重増加、脂質代謝異常または血糖コントロールに問題がある人には、関連の NICE ガイドラインに従った介入を提供すること（「肥満」[NICE 臨床ガイドライン 43]、「脂質改善」[NICE 臨床ガイドライン 67]および「2型糖尿病の予防」[NICE 公衆衛生ガイドライン 38]を参照）。[2014 新]

1.1.3.3 喫煙習慣のある精神病または統合失調症患者には、これまでに禁煙の試みが失敗している場合であっても、禁煙のための支援を提供すること。喫煙量の減少は、他の薬剤、特にクロザピンおよびオランザピンの代謝に著しい影響を及ぼす可能性があることについて認識しておくこと。[2014 新]

1.1.3.4 禁煙を促進するため、以下に挙げる事項のひとつを検討すること：

- ・精神病または統合失調症患者には、ニコチン置換療法(通常は経皮パッチと短時間作用型の吸入薬、ガム、薬用ドロップまたはスプレーなどを併用)、または、
- ・統合失調症と診断された患者にはブプロピオン^[1]、または、
- ・精神病または統合失調症患者にはバレニクリン。

ブプロピオンまたはバレニクリンを服用している患者には、精神神経症状に悪影響が及ぶリスクが増大することについて警告し、特に最初の 2～3 週間は定期的にモニタリングすること。[2014 新]

1.1.3.5 入院患者で禁煙を望まない人には、喫煙量の減少または一時的な禁煙を援助するためにニコチン置換療法を提供する。[2014 新]

1.1.3.6 精神病および統合失調症患者の死亡率に関与する体重、心臓血管疾患および代謝性疾患の指標を定期的にモニタリングすること。これらの結果は、治療チームの年次報告で検証するべきである。[2014 新]

1.1.3.7 トラスト（英国の国民保健サービスにおける公共事業体的組織）は、保健局レベルの履行指標を通じて、精神病または統合失調症患者における心臓血管疾患や代謝疾患のモニタリングおよび治療についての質的基準の順守を保証するべきである。[2014 新]

1.1.4 包括的サービスの供給

1.1.4.1 精神病または統合失調症患者にサービスを提供するすべての治療チームは、本ガイドラインに則した包括的な介入を提供するべきである。【2009】

1.1.5 援助者(carer)への支援

1.1.5.1 精神病または統合失調症患者の援助者には、援助者のニーズの(精神保健サービスにより供給される)アセスメントを提供し、援助者の本来備わっている力(ストレングス)や意見について話し合うこと。確認されたすべてのニーズに対応するためのケアプランを作成し、このコピーを援助者と彼らのGPに交付して年1回再検討すること。【2014 新】

1.1.5.2 社会的ケアサービスによって供給される正式な援助者のアセスメントに関して、援助者の法的権利を援助者にアドバイスし、そのアクセス方法について説明すること。【2014 新】

1.1.5.3 援助者には、以下の情報を援助者がアクセス可能な形式で書面または口頭で伝えること：

- ・精神病および統合失調症の診断とマネジメント
- ・良好な転帰および回復
- ・援助者支援の種類
- ・治療チームおよびサービスの役割
- ・危機的状況が生じたときに支援を受ける方法

情報提供時には、必要に応じて援助者支援を提供すること。【2014 新】

1.1.5.4 当事者に関する情報の共有方法について、可能な限り早急に当事者および援助者と協議すること。個人情報保護の権利について話し合う際は、リスクに関する情報を共有することの重要性や、援助者がサービス利用者の観点を理解する必要性について強調すること。サービス利用者と援助者の両者をサポートする共同アプローチを促進して、両者の個人的ニーズや相互依存を尊重すること。【2014 新】

1.1.5.5 特に当事者と援助者の間にコミュニケーションや協力上の問題がある場合は、情報の共有方法を定期的に再評価すること。【2014 新】

1.1.5.6 当事者が同意した場合は、治療意思決定の際に援助者を含めること。【2014 新】

1.1.5.7 すべての援助者に対し、援助者に重点を置いた教育およびサポートプログラムを可能な限り早急に提供すること。これは、精神病および統合失調症に対する家族介入の一環としてもよい。

この介入は：

- ・必要に応じて利用できるようにするべきである。

- ・回復に関して肯定的なメッセージが含まれているべきである。[2014 新]

1.1.6 ピア・サポートと自己マネジメント

1.1.6.1 精神病または統合失調症患者に対し、当事者の経験や QOL の改善を促進するため、ピア・サポートの提供を検討すること。ピア・サポートは、精神病または統合失調症が回復し、安定状態にあり、訓練を受けたピア・サポート専門員が実施するべきである。ピア・サポート専門員は、治療チーム全体や経験豊富なピア・サポート専門員のメンバーからの支援を受けるべきである。[2014 新]

1.1.6.2 精神病または統合失調症の治療および自己マネジメントの一環として、マニュアル化した自己マネジメントプログラムを当事者と対面形式で実施するよう検討すること。[2014 新]

1.1.6.3 ピア・サポートプログラムや自己マネジメントプログラムには、以下の情報やアドバイスを含めるべきである。

- ・精神病および統合失調症
- ・薬剤の効果的な使用
- ・症状についての認識、マネジメント
- ・精神保健サービスやその他のサポートサービスへのアクセス方法
- ・ストレスやその他の問題の対処方法
- ・危機的状況が生じたときに何をすべきか
- ・社会的支援ネットワークの構築
- ・再発の予防と個人の回復目標の設定。[2014 新]

1.2 精神病の予防

1.2.1 プライマリ・ケアからの紹介

1.2.1.1 本人が苦悩を感じ、社会的機能の低下がみられる場合で、:

- ・一過性もしくは微弱な精神病症状がある人、または、
- ・精神病の可能性を示唆するその他の経験または行動がある人、または、
- ・精神病または統合失調症の罹患歴がある第一親等家族が存在する人

上記に該当する人は精神病を発症するリスクが高いため、専門家による精神保健サービスまたは精神病サービスにおける早期介入のアセスメントを受ける目的で、遅滞なく紹介すること。[2014 新]

1.2.2 専門家によるアセスメント

1.2.2.1 精神病発症危険状態(at-risk mental states, ARMS)の対応経験を有するコンサルタント精神科医または訓練を受けた専門家がアセスメントを実施すべきである。[2014 新]

1.2.3 精神病の予防治療の選択肢

1.2.3.1 精神病を発症するリスクが高いと判断された人には(第 1.2.1.1 項の推奨に記載のとおり)：

- ・個別認知行動療法(CBT)を単独で、または家族介入と併用で提供すること(第 1.3.7 項に記載のとおり実施する)、および

- ・NICE ガイドラインにおいて、不安障害、うつ病、エマージング・パーソナリティ障害または物質乱用のある人に対して推奨されている介入を提供すること。[2014 新]

1.2.3.2 以下に該当する場合は抗精神病薬を提供しないこと：

- ・精神病を発症するリスクが高いと考えられる人に対して(第 1.2.1.1 項の推奨に記載のとおり)、または、
- ・精神病発症リスクの軽減または予防を目的とする場合。[2014 新]

1.2.4 モニタリングおよび追跡調査

1.2.4.1 治療後も(第 1.2.3.1 項の推奨に記載のとおり)症状が続いている場合、機能が低下している場合または苦悩がある場合で、精神病と明確に診断できない人には、症状および機能の変化について、構造化され、かつ検証されている評価ツールを使用し、最長 3 年間は定期的にモニタリングすること。モニタリングの頻度および実施期間は、以下の事項を考慮して決定すること：

- ・症状の重症度および発生頻度
- ・障害および／または苦悩のレベル、および
- ・家庭崩壊または懸念の程度。[2014 新]

1.2.4.2 サービスからの離脱を求める人には、追跡調査のための予約や今後、自ら必要に応じて受診することの選択肢について提供すること。本人の GP には、精神状態の変化のモニタリングを継続するように求めること。[2014 新]

1.3 初回エピソード精神病

1.3.1 精神病サービスにおける早期介入

1.3.1.1 精神病の初回エピソードもしくは精神病を初めて発症したすべての人が、本人の年齢や精神病未治療期間に関わらず、精神病サービスにおける早期介入にアクセスできるようにするべきである。【2014 新】

1.3.1.2 精神病サービスの早期介入に訪れた人には、遅滞なくアセスメントを行うこと。危機的状況にある人に対して、当該サービスが緊急介入を提供できない場合は、当事者を危機解決および在宅治療チームに紹介すること(精神病治療サービスの早期介入の支援の下で)。プライマリ・ケアまたはセカンダリ・ケア(その他の地域サービスを含む)からの紹介や、自ら必要に応じて受診することまたは援助者からの紹介されるケースを想定している。【2014 新】

1.3.1.3 精神病治療サービスにおける早期介入では、本ガイドラインに準拠して、精神病患者にあらゆる薬理的介入、心理的介入、社会的介入、職業的介入および教育的介入を提供することを目指すべきである。【2014】

1.3.1.4 精神病または統合失調症から安定した寛解状態が得られない人には、精神病治療サービスにおける早期介入の利用を3年以上に延長するよう検討すること。【2014 新】

1.3.2 プライマリ・ケア

1.3.2.1 プライマリ・ケアでは、持続性の精神病症状を初めて出現した患者に対して、コンサルタント精神科医に相談することなく抗精神病薬の投与を開始しないこと。【2009、2014 修正】

1.3.3 アセスメントおよびケアプラン

1.3.3.1 セカンダリ・ケアにおいては、精神病症状が出現している患者の包括的かつ学際的なアセスメントを実施すること。このアセスメントには、精神科医、心理学者、あるいは精神病または統合失調症患者の心理療法の専門知識を有する専門家によるアセスメントを含めるべきである。このアセスメントでは、以下の領域を取り扱うべきである：

- ・精神医学的領域(精神保健の問題、自傷または他者に危害を加えるリスク、飲酒、処方薬および一般用医薬品の薬歴)
- ・医学的領域[精神病の原因となったと考えられる身体的疾患(器質性脳損傷を含む)の既往歴や、身体的疾患を特定するための精密な身体的検査、および処方薬を含む]
- ・身体的健康および主観的に満たされた状態(ウェルビーイング)の領域[体重、喫煙、栄養、身体的活動および性行動(セクシャルヘルス)を含む]
- ・心理的および心理社会的領域(社会的ネットワーク、人間関係および心的外傷の既往を含む)

- ・発達の領域(社会機能、認知機能および運動機能の発達および技能、併存する神経発達障害を含む)
- ・社会的領域(順応、文化および民族、レジャー活動およびレクリエーション、子どもに対する責任または援助者としての責任)
- ・職業的および教育的領域(通学、学業成績、雇用および日常生活活動)
- ・QOLの領域
- ・経済状態の領域[2009、2014 修正]

1.3.3.2 精神病または統合失調症患者は、過去に精神病の発症に関連があるかまたは精神病それ自体の結果として、有害事象や心的外傷を経験している可能性が高いため、心的外傷後ストレス障害および心的外傷に対するその他の反応についてアセスメントを行うこと。心的外傷後ストレスの徴候が見られる人については、「心的外傷後ストレス障害」(NICE 臨床ガイドライン 26)の推奨に従うこと。[2014 新]

1.3.3.3 特に治療初期には、うつ病、不安障害および物質乱用など、重複している他の病態について定期的にモニタリングすること。[2009、2014 修正]

1.3.3.4 アセスメントの後は、精神および心理に関する系統的論述と精密な健康診断に基づいたケアプランを、当事者と共同でできる限り早急に作成すること。ケアプランの写しは、紹介したプライマリ・ケアの医療従事者と当事者に送付すること。[2009、2014 修正]

1.3.3.5 一般的な教育、訓練または仕事に参加できない人には、個人のニーズや能力に応じて代替りの教育的活動や職業的活動を促すことでこれらの活動に参加させるとともに、一般的な教育、訓練または仕事への復帰を最終目標とすること。[2014 新]

1.3.4 治療の選択肢

1.3.4.1 初回エピソード精神病患者には、以下の治療を提供すること：

- ・以下の介入と併用で経口抗精神病薬(第 1.3.5 項 および 第 1.3.6 項 を参照)
- ・心理的介入(家族介入および個別 CBT、第 1.3.7 項 に記載のとおり実施する)。[2014 新]

1.3.4.2 心理的介入のみを試みたいと希望する人には、心理的介入は抗精神病薬の服用を併用して実施した方が有効性は高いとアドバイスすること。本人が依然として心理的介入のみを試みたいと希望する場合は：

- ・家族介入および CBT を提供すること
- ・抗精神病薬の導入を含めた治療の選択肢について見直すための期限(1 か月以内)の設定について合意すること
- ・症状、苦悩、障害および機能水準(教育、訓練および雇用を含む)を定期的かつ継続的にモニタリングする

こと。[2014 新]

1.3.4.3 本人の症状および行動から感情精神病または感情障害(双極性障害および精神病性の特徴を伴う単極性うつ病を含む)が示唆される場合は、「双極性障害」(NICE 臨床ガイドライン 38)または「うつ病」(NICE 臨床ガイドライン 90)の推奨に従うこと。[2014 新]

1.3.5 抗精神病薬の選択

1.3.5.1 抗精神病薬は、当事者と医療従事者が一緒に選択すべきであり、当事者が同意した場合は援助者の意見も考慮に入れる。それぞれの薬剤について期待される益と、以下に挙げる発現の可能性がある副作用の情報を提供した上で話し合うこと：

- ・代謝性障害(体重増加および糖尿病を含む)
- ・錐体外路障害(アカシジア、ジスキネジアおよびジストニアを含む)
- ・心血管障害(QT 間隔延長を含む)
- ・内分泌障害(血漿中プロラクチン増加を含む)
- ・その他(不快な主観的体験を含む)。[2009、2014 修正]

1.3.6 抗精神病薬の使用方法

1.3.6.1 抗精神病薬の投与開始前には、ベースライン時に以下の検査を実施して記録すること：

- ・体重(グラフで表示)
- ・ウエスト周囲径
- ・脈拍および血圧
- ・空腹時血糖、グリコヘモグロビン(HbA_{1c})、血中脂質プロファイルおよびプロラクチン濃度
- ・運動障害のアセスメント
- ・栄養状態、食事および身体活動量のアセスメント。[2014 新]

1.3.6.2 精神病または統合失調症患者が以下に該当する場合は、抗精神病薬の投与開始前に心電図(ECG)を施行すること：

- ・製品特性概要(SPC)に規定されている場合
- ・身体的検査で具体的な心血管リスク(高血圧の診断など)が確認された場合
- ・心臓血管疾患の既往歴がある場合、または、
- ・当事者が入院患者として入院中の場合。[2009]

1.3.6.3 抗精神病薬による治療は、明確に個別化された治療と考えるべきである。これには以下の事項が含まれる：

- ・本人が最も我慢してもよいと考える副作用について話し合い、記録する。
- ・経口抗精神病薬の適応症と予想される益および害、症状に変化がみられるまでの予想期間および副作用発現までの予想期間について記録する。
- ・投与開始時には、英国国民医薬品集(BNF)または製品特性概要(SPC)に記載の承認されている投与量の範囲の最低用量から投与を開始し、承認されている投与量の範囲内で徐々に増量する。
- ・英国国民医薬品集(BNF)または製品特性概要(SPC)に記載の範囲外の投与量を投与する場合、その正当な理由について記録する。
- ・薬剤の投与継続、変更または中止の根拠と、これによる影響を記録する。
- ・薬剤を最適な用量で 4~6 週間投与するよう試みる。【2009、2014 改訂】

1.3.6.4 薬剤の投与中、特に増量中は、以下の事項を定期的かつ体系的にモニタリングして記録すること：

- ・治療に対する反応(症状および行動の変化を含む)
- ・一部の副作用と統合失調症の臨床症状の特徴が重複していること(例えば、アカシジアと激越または不安の重複など)を考慮した上で、副作用および機能に与える影響
- ・運動障害の出現
- ・体重：最初の 6 週間は週 1 回、その後は 12 週目および 1 年目、その後は年 1 回(グラフに記入)
- ・ウエスト周囲径：年 1 回(グラフに記入)
- ・脈拍および血圧：12 週目および 1 年目と、その後は年 1 回
- ・空腹時血糖、HbA_{1c}および血中脂質濃度：12 週目および 1 年目と、その後は年 1 回
- ・服薬アドヒアランス
- ・全体的な身体的健康。【2014 新】

1.3.6.5 セカンダリ・ケアチーム(*訳注、専門職により診断、治療。地域精神保健チーム Community Mental Health Team、積極的アウトリーチ・チーム Assertive Outreach Team、危機解決・家庭支援チーム Crisis Resolution and Home Treatment Team、早期介入チーム Early Intervention Team などがある)は、少なくとも最初の 12 か月間または本人の状態が安定するまでは(いずれか遅い方)、当事者の身体的健康と抗精神病薬の効果をモニタリングする責任を保持するべきである。その後、このモニタリングの責任は、ケア分担者の調整の下でプライマリ・ケアに移行してもよい。【2014 新】

1.3.6.6 当事者が利用を希望している処方された薬物療法以外の治療法(補助的治療を含む)について、サービス利用者および必要に応じて援助者と話し合うこと。その治療法の安全性および有効性と、その治療法が処方された薬剤および心理療法の治療効果に影響する可能性について話し合うこと。【2009】

1.3.6.7 アルコール、タバコ、医療用医薬品、一般用医薬品および違法薬物の使用について、当事者および必要に応じて援助者と話し合うこと。これらが処方された薬剤および心理療法の治療効果に影響する可能性について話し合うこと。【2009】

1.3.6.8 抗精神病薬の「頓用」(p.r.n.)での処方、第 1.3.6.3 項の推奨に従って行うべきである。適応症、投与頻度、治療の益および副作用について、週ごとにまたは必要に応じて再評価すること。「頓用」の処方により、投与量が英国国民医薬品集(BNF)または製品特性概要(SPC)に記載の最高用量を超えていないかどうかをチェックすること。 [2009]

1.3.6.9 抗精神病薬の負荷投与は行わないこと(「急速大量抗精神病薬飽和療法」と呼ばれることが多い)。 [2009]

1.3.6.10 抗精神病薬の定期的な併用投与は、短期間(薬剤を変更する場合など)を除いて開始しないこと。 [2009]

1.3.6.11 クロルプロマジン処方する場合は、皮膚の光線過敏が生じる可能性について警告すること。必要に応じて日焼け止めを使用するようアドバイスすること。 [2009]

1.3.7 心理的介入の実施方法

1.3.7.1 CBTは少なくとも16セッションを計画し、基本的に1対1で実施するべきである。
また、

・治療マニュアル²に従うことにより：

- 本人の思考、感情または行為を現在または過去の症状および／または機能と結び付けられる。
- 本人の知覚、信念または推論が治療の対象となる症状と関連しているかどうかを再評価する。

・また、以下の要素のうち1つ以上を含めること：

- 本人の思考、感情または行動を、本人の症状または症状の再発と関連付けて自分でモニタリングする。
- 治療の対象となる症状に対処するための代替的な方法を奨励する。
- 苦悩を軽減する。
- 機能を改善する。 [2009]

1.3.7.2 家族介入では：

- ・実用的には、精神病または統合失調症患者を含めるべきである。
- ・3か月～1年間は実施するべきである。
- ・少なくとも10セッションを計画するべきである。
- ・一人の家族に対する介入または複数の家族に対する介入のいずれにおいても、家族全体の嗜好を考慮に入れるべきである。
- ・主たる援助者と精神病または統合失調症患者との関係性を考慮に入れるべきである。
- ・具体的な支援機能、教育的機能または治療機能があり、協議による問題の解決または危機管理作業が含

まれているべきである。【2009】

1.3.8 心理的介入のモニタリングおよび再評価

1.3.8.1 心理的介入を提供する際は、当事者の満足度や必要に応じて援助者の満足度など、関連領域の一連の転帰を定期的かつ体系的にモニタリングすること。【2009】

1.3.8.2 精神病または統合失調症患者と協働するヘルスケアチームは、以下の項目について、モニタリングや再評価の責任を担う主たる医療従事者をチーム内で決定するべきである：

- ・心理的介入へのアクセスおよび持続的関わり（エンゲージメント）
- ・心理的介入の提供の決定や異なる民族グループ間でのアクセスの平等性。【2009】

1.3.9 心理的介入を実施するための適性

1.3.9.1 心理的介入を提供する医療従事者は：

- ・精神病または統合失調症患者への介入実施にあたり、適切なレベルの技能を有するべきである。
- ・心理療法の実施中は、常に十分な技能を有する療法士やスーパーバイザーからのスーパーバイズを受けるべきである。【2009】

1.3.9.2 トラスト（英国の国民保健サービスにおける公共事業体的組織）は、医療従事者が本ガイドラインで推奨する心理的介入を実施する際に必要な技能を備えるための訓練へのアクセスを提供するべきである。【2009】

1.4 精神病または統合失調症の急性エピソード出現後の危機的状況における介入

1.4.1 サービスレベルでの介入

1.4.1.1 急性エピソードの重症度や、自傷または他害のリスクが精神病サービスにおける早期介入または他の地域チームによる対処能力を超えている場合は、精神病または統合失調症患者の地域サポートにおける第一選択のサービスとして、危機解決および在宅治療チームを提供すること。【2014 新】

1.4.1.2 危機解決および在宅治療チームは、地域や病院、その他すべての急性期サービスへの単一の窓口となるべきである。【2014 新】

1.4.1.3 入院ユニットへの入院前に、かつ適切な時期に退院可能にするために、危機解決および在宅治療チーム内での急性期の地域医療を検討すること。危機解決および在宅治療チームのほかにも、本人の嗜好

やニーズに応じて、危機対応住居または急性期デイセンターを検討してもよい。【2014 新】

1.4.1.4 精神病または統合失調症患者に病院での援助が必要な場合で、特に入院施設が居住地から遠方にある場合は、本人、援助者およびその他の家族に対する影響について考慮すること。入院が避けられない場合は、本人の年齢、性別および脆弱性レベル、援助者の支援に適した入院施設であることを確実にし、「成人の精神保健におけるサービス利用者の経験」(NICE 臨床ガイドライン 136)の推奨に従うこと。【2014 新】

1.4.2 治療の選択肢

1.4.2.1 精神病または統合失調症の急性増悪または再発がみられる人には、以下の治療を提供すること：

- ・心理的介入と併用で経口抗精神病薬(第 1.3.5 項 および 第 1.3.6 項 を参照)
- ・心理的介入(家族介入および個別 CBT、第 1.3.7 項 に記載のとおり実施する)。【2014 新】

1.4.3 薬理的介入

1.4.3.1 精神病または統合失調症の急性増悪または再発がみられる人には、経口抗精神病薬を処方するか現在服用中の薬剤を再評価すること。薬剤は、投与開始時に推奨される場合と同じ基準に照らして選択すること(第 1.3.5 項 および 第 1.3.6 項 を参照)。当事者の現在服用中の薬剤や過去に服用していた薬剤の臨床効果および副作用を考慮に入れること。【2009、2014 修正】

1.4.4 心理的介入および心理社会的介入

1.4.4.1 全ての精神病または統合失調症患者に CBT を提供すること(第 1.3.7.1 項の推奨に記載のとおり実施する)。CBT は、急性期またはそれ以降の病相で開始できる(入院患者を含む)。【2009】

1.4.4.2 精神病または統合失調症患者の家族で、当事者と同居している家族または当事者と密接に関わる家族には、すべて家族介入を提供すること(第 1.3.7.2 項の推奨に記載のとおり実施する)。家族介入は、急性期またはそれ以降の病相で開始できる(入院患者を含む)。【2009】

1.4.4.3 全ての精神病または統合失調症患者に対し、特に陰性症状の緩和を目的として芸術療法の提供を検討すること。芸術療法は、急性期またはそれ以降の病相で開始できる(入院患者を含む)。【2009】

1.4.4.4 芸術療法は、Health and Care Professions Council に登録され、精神病または統合失調症患者への治療経験のある芸術療法士が提供するべきである。この介入は、受容性やアクセスおよび参加に関する問題がない限り、グループで提供するべきである。芸術療法には、創造的表現(体系化されていないことが多く、当事者によって導かれる)の促進を目的とした活動による心理療法的技法を組み合わせるべきである。

芸術療法の目的には以下の内容を含めるべきである：

- ・精神病または統合失調症患者にいつもと違った経験を可能にし、他者と交流するための新たな方法の開拓を可能にする
- ・自分の気持ちを表現するよう促し、自分の経験を満足のいく美的形式に体系化する
- ・創造的プロセスの中で浮かび上がった感情(場合によっては、どのようにしてそのような感情を抱くようになったかも含まれる)を、本人に適したペースで受容し、理解するように促す。[2009]

1.4.4.5 芸術療法を含め、心理療法を急性期(入院患者を含む)に開始する場合は、退院後にも全コースを不要に中断することなく継続するべきである。[2009]

1.4.4.6 精神病または統合失調症患者に対し、決まり事のように漫然とカウンセリングや補助的な心理療法(特定の介入として)を提供しないこと。しかし、特に CBT、家族介入および芸術療法などの他の有効性の高い心理療法が当該地域で利用できない場合は、当事者の嗜好を考慮に入れること。[2009]

1.4.4.7 精神病または統合失調症患者に対し、アドヒアランス・セラピー*(特定の介入として)を提供しないこと。[2009]

*訳注 アドヒアランス・セラピー：服薬アドヒアランスを改善するための簡易な個別的な認知行動療法

1.4.4.8 精神病または統合失調症患者に対し、社会生活技能訓練(特定の介入として)を決まり事のように漫然と提供しないこと。[2009]

1.4.5 問題行動

1.4.5.1 精神病または統合失調症患者は、急性エピソード時に自身や他者に対して差し迫ったリスクをもたらし、急速鎮静法が必要となることがある。差し迫ったリスクのマネジメントについては、関連の NICE ガイドラインに従うこと(第 1.4.5.2 項および第 1.4.5.5 項の推奨を参照)。[2009]

1.4.5.2 差し迫った暴力に直面するなど、急速鎮静法を検討する際は、「暴力」(NICE 臨床ガイドライン 25)の推奨に従うこと。[2009]

1.4.5.3 急速鎮静法の後は、精神病または統合失調症患者に対し、自身の経験について話し合う機会を提供すること。急速鎮静法の使用の決定について、本人に明確な説明を行うこと。これについて、本人のノートに記録すること。[2009]

1.4.5.4 精神病または統合失調症患者には、自身の急速鎮静法の経験に関する説明をノートに書く機会を与えるようにする。【2009】

1.4.5.5 精神病または統合失調症患者の自傷行為をマネジメントする場合は、「自傷行為」(NICE 臨床ガイドライン 16)の推奨に従うこと。【2009】

1.4.6 急性期後の早期段階

1.4.6.1 精神病または統合失調症患者には、急性エピソード後に自身の疾患に関する説明をノートに書くよう奨励すること。【2009】

1.4.6.2 医療従事者は、精神病または統合失調患者の経験や人間関係の理解に役立てるために、精神分析の原則や精神力動的原則を用いて検討してもよい。【2009】

1.4.6.3 当事者には、薬物の服用中止後 1~2 年間は再発のリスクが高いことを知らせること。【2009】

1.4.6.4 抗精神病薬の投与を中止する場合は、徐々に減量のうえ中止し、再発の徴候および症状について定期的にモニタリングすること。【2009】

1.4.6.5 抗精神病薬の投与中止後は、少なくとも 2 年間は再発の徴候および症状のモニタリングを継続すること。【2009】

1.5 回復の促進および可能な将来的ケア

1.5.1 一般原則

1.5.1.1 精神病サービスの早期介入において行われた治療およびケアを継続するか、または専門家を含む地域密着型のチームに紹介すること。このチームは：

- ・本ガイドラインで推奨しているすべての心理的介入、薬理的介入、社会的介入および職業的介入を提供するべきである。
- ・提供するすべての介入に適した能力を有するべきである。
- ・リスクマネジメントよりも、持続的関わり（エンゲージメント）に重点を置くべきである。
- ・「成人の精神保健におけるサービス利用者の経験」(NICE 臨床ガイダンス 136)に従い、制限やスティグマなどが可能な限り少ない環境の中で、また希望や楽観的な雰囲気の中で、治療およびケアを提供するべきである。【2014 新】

1.5.1.2 治療またはサービスから離脱する可能性の高い精神病または統合失調症患者には、集中的ケアマネジメントを検討すること。【2014 新】

1.5.1.3 抗精神病薬については、観察された益やあらゆる副作用を含めて年 1 回再評価すること。【2014 新】

1.5.2 プライマリ・ケアへの復帰

1.5.2.1 治療が奏効し、症状が安定している精神病または統合失調症患者には、プライマリ・ケアのところに戻って今後の管理を行う選択肢を提供すること。当事者がこれを望む場合は、これを本人のノートに記録し、ケアプログラム・アプローチを介して責任の移行を調整すること。【2009】

1.5.3 プライマリ・ケア

プライマリ・ケアにおける身体的健康のモニタリング

1.5.3.1 プライマリ・ケアで精神病または統合失調症患者の身体的・精神的健康をモニタリングするため、実臨床事例登録簿（訳注 ある特定人口にみられる特定疾病の全数のデータファイル）を開発して使用すること。【2009】

1.5.3.2 GP やその他のプライマリ・ケアの医療従事者は、モニタリングの責任がセカンダリ・ケアから移行した時点と、その後は少なくとも年 1 回の間隔で精神病または統合失調症患者の身体的健康をモニタリングするべきである。健康診断は、精神病および統合失調症患者によく見られる身体的健康問題に重点を置いた総合的な健康診断とするべきである。第 1.3.6.1 項で推奨しているすべての検査項目を含め、心臓血管疾患、糖尿病、肥満および呼吸器疾患のモニタリングに関する NICE ガイドラインを参照すること。検診結果の写しはケアコーディネーターおよび精神科医に送付し、セカンダリ・ケアのノートに綴じるべきである。【2014 新】

1.5.3.3 関連の NICE ガイドラインに従って、精神病または統合失調症患者で、高血圧の併存、脂質濃度異常の併存、肥満または肥満のリスクが高い場合、糖尿病または糖尿病のリスクが高い場合(血糖値異常により示唆)、または身体活動量が低い場合をできる限り早期に特定すること(「脂質改善」[NICE 臨床ガイドライン 67]、「2 型糖尿病の予防」[NICE 公衆衛生ガイドライン 38]、「肥満」[NICE 臨床ガイドライン 43]、「高血圧」[NICE 臨床ガイドライン 127]、「心臓血管疾患の予防」[NICE 公衆衛生ガイドライン 25] および 「身体活動」[NICE 公衆衛生ガイドライン 44]を参照)。【2014 新】

1.5.3.4 プライマリ・ケアにおいて、糖尿病および／または心臓血管疾患が併存する精神病または統合失

調症患者には、適切な NICE ガイドラインに従って治療すること（「脂質改善」[NICE 臨床ガイドライン 67]、「1 型糖尿病」[NICE 臨床ガイドライン 15]、「2 型糖尿病」[NICE 臨床ガイドライン 66]、「2 型糖尿病－新規薬剤」[NICE 臨床ガイドライン 87]などを参照）。【2009】

1.5.3.5 セカンダリ・ケアの医療従事者は、ケアプログラム・アプローチの一環として、精神病または統合失調症患者が第 1.5.3.1 項～第 1.5.3.4 項に記載の推奨のとおりプライマリ・ケアで精神保健を受けられるように保証するべきである。【2009】

再発およびセカンダリ・ケアへの再紹介

1.5.3.6 診断が確立している精神病または統合失調症患者に再発が疑われる場合(例：精神病症状の増悪またはアルコールや他の物質の使用量の著しい増加)、プライマリ・ケアの医療従事者は、ケアプランの危機管理部門に紹介するべきである。危機管理計画で指定されている主たる臨床医またはケアコーディネーターへの紹介を検討すること。【2009】

1.5.3.7 プライマリ・ケアで治療を受けている精神病または統合失調症患者が以下に該当する場合は、セカンダリ・ケアへの再紹介を検討すること：

- ・治療に対する反応が不十分な場合
- ・服薬不遵守の場合
- ・薬剤の忍容できない副作用が発現した場合
- ・物質乱用の併発した場合
- ・自傷または他害を加えるリスクがある場合。【2009】

1.5.3.8 精神病または統合失調症患者について精神保健サービスに再紹介する場合は、特に以下の事項についてサービス利用者と介護者の要望を考慮に入れること：

- ・現在の治療による副作用の再評価
- ・心理療法またはその他の介入。【2009】

転居

1.5.3.9 精神病または統合失調症患者が他の NHS トラストの担当医療圏への転居を予定している場合は、転居の前に関与しているサービスとサービス利用者との間でのミーティングを手配し、転居計画について合意するべきである。本人の最新のケアプランは、新たなセカンダリ・ケア提供者およびプライマリ・ケア提供者に送付するべきである。【2009】

1.5.4 心理的介入

1.5.4.1 陽性症状および陰性症状が持続する人、および寛解期にある人には、回復を促進するため CBT を提供すること。CBT は 第 1.3.7.1 項の推奨 に記載のとおり実施すること。[2009]

1.5.4.2 精神病または統合失調症患者の家族で、当事者と同居している家族または当事者と密接に関わる家族には、家族介入を提供すること。家族介入は 第 1.3.7.2 項の推奨 に記載のとおり実施すること。[2009]

1.5.4.3 家族介入は、特に以下のような精神病または統合失調症患者の家族に有用な場合がある：

- ・最近再発した人または再発のリスクが高い人
- ・症状が持続している人。[2009]

1.5.4.4 特に陰性症状のある人の回復を促進するため、芸術療法の提供を検討すること。[2009]

1.5.5 薬理的介入

1.5.5.1 薬剤は、投与開始時に推奨される薬剤と同じ基準に照らして選択すること(第 1.3.5 項 および 第 1.3.6 項 を参照)。[2009]

1.5.5.2 対象を限定した間欠投与による維持療法戦略^[3]を決まりごとのように使用しないこと。しかし、精神病または統合失調症患者で、維持療法プログラムを受け入れたくない人、または維持療法に対して副作用感受性などの別の禁忌がある場合には検討すること。[2009]

1.5.5.3 以下に該当する場合は、精神病または統合失調症患者にデボ剤／抗精神病薬持効性注射剤の提供を検討すること：

- ・急性エピソード後にこうした治療を好む人
- ・抗精神病薬の隠れた服薬不遵守(意図的かどうかに関わらず)を回避することが、治療計画の中でも臨床的に優先度が高い場合。[2009]

1.5.6 デボ剤／抗精神病薬持効性注射剤の使用

1.5.6.1 デボ剤／抗精神病薬持効性注射剤を開始する場合は：

- ・投与方法(定期的な筋肉注射)に対する当事者の嗜好や姿勢、および治療枠組み(訪問診療やクリニックの所在地など)を考慮に入れること。
- ・特に投薬プログラムの益と害に関しては、経口抗精神病薬の投与で推奨されるものと同じ基準を考慮に入れること(第 1.3.5 項 および 第 1.3.6 項 を参照)。
- ・最初は英国国民医薬品集(BNF)または製品特性概要(SPC)に規定されている低用量を試験的に投与すること。[2009]

1.5.7 疾患が治療に適切に反応しない人に対する介入

1.5.7.1 疾患が薬物療法または心理療法に適切に反応しない統合失調症患者については：

- ・ 診断を再評価すること
- ・ 抗精神病薬への服薬遵守状況と、正しい期間で適切な投与量が処方されていることを確認すること
- ・ 心理療法への参加度合いと利用状況について再評価し、本ガイドラインに準拠して提案されているかを確認すること。家族と密接に関わる人に家族介入が実施されている場合は CBT を提供し、CBT が実施されている場合は家族介入を提供すること。
- ・ 物質乱用(アルコールを含む)、他の処方薬の併用または身体疾患の併存など、治療に対する反応がないことなどの他の原因を検討すること。[2009]

1.5.7.2 2 種類以上の抗精神病薬を適切な用量で連続的に投与しても治療に適切に反応しない統合失調症患者には、クロザピンを提供すること。クロザピン開始前の薬剤のうちの少なくとも 1 種類は、クロザピン以外の第二世代抗精神病薬とするべきである。[2009]

1.5.7.3 医療従事者は、クロザピンを最適な投与量で投与しても適切に反応しない統合失調症患者に対し、クロザピンの増強治療として別の抗精神病薬を追加する前に、第 1.5.7.1 項の推奨を検討すること(治療薬物濃度の測定を含む)。このような増強治療の試験的な実施に適した期間は、最大で 8~10 週間必要となる。クロザピンと共通の副作用がない薬剤を選択すること。[2009]

1.5.8 雇用、教育および職業的活動

1.5.8.1 精神病または統合失調症患者で、求職または復職を希望している人には、援助付き雇用プログラムを提供すること。就業できない人または求職がうまくいかない人には、就職前の職業訓練など、他の職業的活動や教育的活動を検討すること。[2014 新]

1.5.8.2 精神保健サービスは、精神病または統合失調症などの精神保健に問題をもつ人々が仕事や教育を継続できるよう、また新たな雇用(自営業を含む)、ボランティア活動および教育機会にアクセスできるようにするために、黒人、アジア人および少数民族を代表する地域の利害関係者と連携して取り組むべきである。[2009、2014 修正]

1.5.8.3 精神病または統合失調症患者のケアプランでは、職業転帰を含めた日中の活動を定期的に記録すること。[2009]

①発行時に(2014年2月)、双極性障害のある人にプロピオンは禁忌であった。このため、精神病患者には統合失調症の診断がない限りこれを推奨しない。

②臨床試験において有効性のエビデンスが示されている治療マニュアルの方が望ましい。

③抗精神病薬の継続投与ではなく、再発時または症状増悪の初期のみに投与することと定義。

2 研究に対する推奨

本ガイドライン作成グループは、将来の NICE ガイダンスおよび患者ケアの改善に向けて、エビデンスのレビューに基づき以下の研究に関する推奨を作成した。本ガイドライン作成グループの研究に関する推奨の一式については、ガイドライン全体の中 (* 訳注 ガイドラインから抜粋した一部のセクションではなく、ガイドライン全体の中) に詳述している。

2.1 ピア・サポート介入

精神病および統合失調症患者に対するピア・サポート介入の臨床効果および費用対効果についての検討。

本項目の重要性について

当事者は、英国で最近普及しているピア・サポート介入の開発を支持しているが、精神障害患者に対するこれらの介入について現在のエビデンスレベルは低く、臨床試験も概ね質が非常に低い。さらに、プログラムの内容にも著しく差があり、構造的介入を使用したものもあれば、構造化されていないサポートを提供しているものもある。このため、この領域の質の高いエビデンスが早急に必要である。

研究のプログラムにはいくつかの段階がある。第一に、当事者が専門的医療者に求めることに対峙して、ピア・サポート専門員に特に求めることとは何か、また、この介入の実施に最適な条件とは何かを確立するための発展的研究である。この発展的研究では、当事者、経験を有するピア・サポート専門員およびピア・サポート介入の開発者の意見調査による共同制作を行い、ピア・サポートの目的を反映する適切な転帰指標を特定すべきである。第二に、可能な限り最適な条件下で実施した介入は、質の高い臨床試験において検証すべきである。さらに、今後の研究では構造的かつマニュアル化された形式と非構造的な形式(セッションの対象となる内容をサービス利用者とピア・サポート専門員が一緒に決定する)を比較して検討すべきである。ピア・サポート専門員が経験する益と害についても測定すべきである。

2.2 抗精神病薬を服用しないことを選択している人

抗精神病薬を服用しないことを選択している精神病または統合失調症患者に対する、心理的介入単独と通常の治療を比較したときの臨床効果および費用対効果についての検討。

本項目の重要性について

精神病および統合失調症患者の中では、抗精神病薬を服用しないことを選択している人、または副作用や効果不十分のため抗精神病薬の服用を中止した人の割合が高いため、代替治療戦略の開発は重要である。精神病および統合失調症の治療において抗精神病薬の補助療法として心理的介入(CBT および家族介入)を実施した場合、有効性が高くコスト削減につながるというエビデンスがある。しかし、抗精神病薬を使用しない家族介入または CBT 単独でのエビデンスはほとんどない。

研究のプログラムでは、ランダム化比較試験で適切な検出力のある試験を実施し、心理的介入単独(CBT および／または家族介入)と通常の治療を比較して、抗精神病薬を服用しないことを選択している精神病または統合失調症患者における臨床効果および費用対効果を検討するべきである。主要評価項目には、症状、再発率、QOL、治療受容性、社会的機能および介入の費用対効果を含めるべきである。

2.3 抗精神病薬の投与中止による身体的健康上の益

初回エピソード精神病における計画的な投薬中止および／または減量が身体的健康に及ぼす短期的および長期的な益とは何か、また重大な害をとまなうことなくこれらを達成することは可能かどうかについての検討

本項目の重要性について

精神病患者の抗精神病薬への累積曝露量が、健康に対する長期的なリスク、死亡率の増加および大脳皮質灰白質減少に関連しているという懸念が高まっている。このようなリスクから、若年成人の大半は服薬を無計画に中止している。オランダで実施された中規模の非盲検試験では、20%の患者は重篤な再発もなく薬剤の中止に成功したと報告されている。7年後の追跡調査時には、副作用、機能および雇用の点で計画的な減量の益が継続しており、長期的なリスクもなかった。これが再度証明されれば、抗精神病薬の投与に伴う身体的健康の長期的なリスクの低減と転帰の改善において、大きな躍進が遂げられる。

研究のプログラムでは、適切な検出力のある多施設共同二重盲検ランダム化比較試験を実施し、初回エピソード精神病後に寛解が達成された若年成人における抗精神病薬の投与中止または減量による身体的健康上の益と害およびコストを検証するべきである。主要評価項目は、QOL および代謝性障害(体重増加を含む)とするべきである。副次的評価項目には、副作用、重篤な再発、受容性および利用者の選好を含めるべきである。

2.4 精神病サービスにおける早期介入によって得られた益を退院後にも維持するために

サービス利用者の退院後 3 年間に、精神病サービスにおける早期介入によって得られた益をどのように維持できるかについて検討する必要がある。

本項目の重要性について

精神病サービスにおける早期介入では、肯定的で若年者により親しみやすい設定のエビデンスに基づいた介入を実施し、転帰も改善され、費用効率がよく、当事者の受容性や参加率も高い。しかし、本人がプライマリ・ケアまたは地域の精神保健サービスに移行した後は、こうした効果も減弱する。本ガイドラインではトラスト（英国の国民保健サービスにおける公共事業体的組織）に対し、これらのサービスの延長を検討するよう推奨する。しかし、どの程度改善が維持され、最も益を得られやすい対象については不明である。精神病サービスにおける早期介入を成功に導く要素は、おそらく精神病の主流なサービスに組み込むことが可能かもしれないが、これがどのように機能し得るか、ならびにその費用対効果については今後検討する必要がある。

提案する研究のプログラムでは、適切な検出力のある多施設共同ランダム化試験を実施し、精神病サービスにおける早期介入を延長(例えば、2 年間)した場合、地域の精神保健サービスにおいて特別ケア(ステップダウン)を提供した場合、または通常の治療を行った場合を比較して、早期介入による改善が維持できるかどうかと、どの当事者がそれぞれの条件下で最も益を受けられるかを検討するべきである。主要評価項目はサービスへの参加率とし、副次的評価項目には再発、再入院、機能および利用者の嗜好を含めるべきである。

2.5 精神病および統合失調症患者の PTSD の症状に対する介入

精神病および統合失調症のある人の PTSD の症状に対する CBT による認知再構成の益について

本項目の重要性について

PTSD の症状は、精神病および統合失調症患者の約 3 分の 1 にあることが実証されている。精神病および統合失調症患者に PTSD の症状がない場合は、精神保健上の転帰が良好で、サービスの利用率も低く、生活の満足度も改善すると予測される。初回エピソードや確定診断された精神病において観察されるトラウマ体験の侵入の 3 分の 2 は、精神病の症状やその治療(拘禁を含む)と関連がある。1 つの試験で、初回エピソード精神病における精神病関連の侵入に重点を置いたトラウマの認知再構成に関する原理が証明されている。このような試験を繰り返すことで、この患者集団の治療における大きなギャップが埋められ、精神

病の症状や治療サービスの利用にも他の益がもたらされる可能性がある。

提案する研究のプログラムでは、適切な検出力のある多施設共同ランダム化試験を実施し、CBTによるトラウマの認知再構成によって、精神病および統合失調症患者のPTSDの症状やこれに伴う苦悩を低減できるかどうかを検証すべきである。こうした試験は、初回エピソード精神病の出現後に高度なPTSDの症状、特にトラウマ体験の侵入がある人を対象として実施すべきである。追跡調査は最大2年間実施すべきであり、この介入には「ブースター」の要素、CBTによるトラウマの認知再構成の臨時セッションおよび医療経済評価を含めるべきである。