「早期精神病の診療プランと実践例-予備的ガイダンス2017-」について

第8回城南ティーンこころのメンテ研究会
　於）2018/3/28　15～17時　イルボスコ

東邦大学医学部精神神経医学講座
助教　舩渡川智之

早期精神病の診療プランと実践例
予備的ガイダンス2017

講習会用解説ガイドライン

http://www.jseip.jp/top/document
を参照の上ご使用ください。

国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）障害者対策総合研究開発事業

「児童・思春期における心の健康発達・成長支援に関する研究」班（研究開発代表者：水野雅文）の普及啓発講習会スライド

早期精神病の診療プランと実践例－予備的ガイダンス 2017－

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

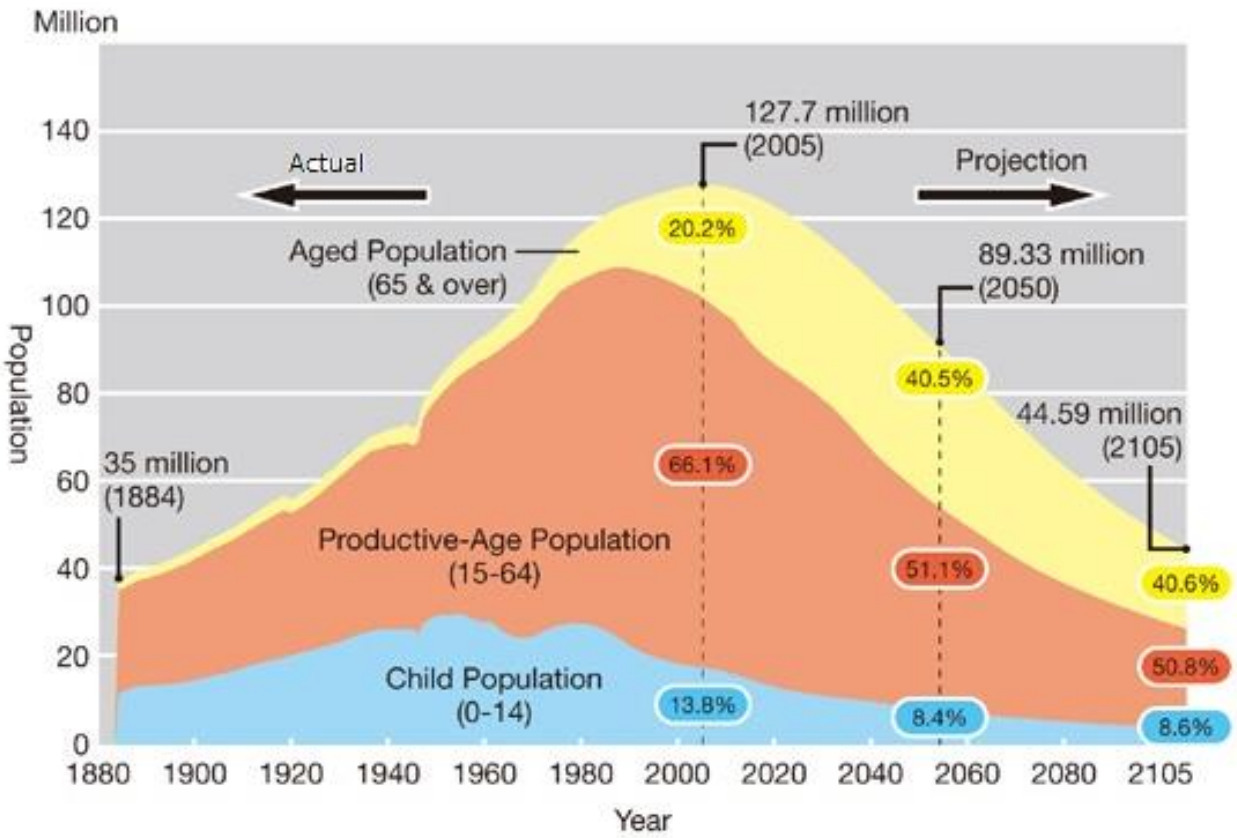
http://www.jseip.jp/top/document

少子超高齢社会がもたらすもの

Population Projection for Japan

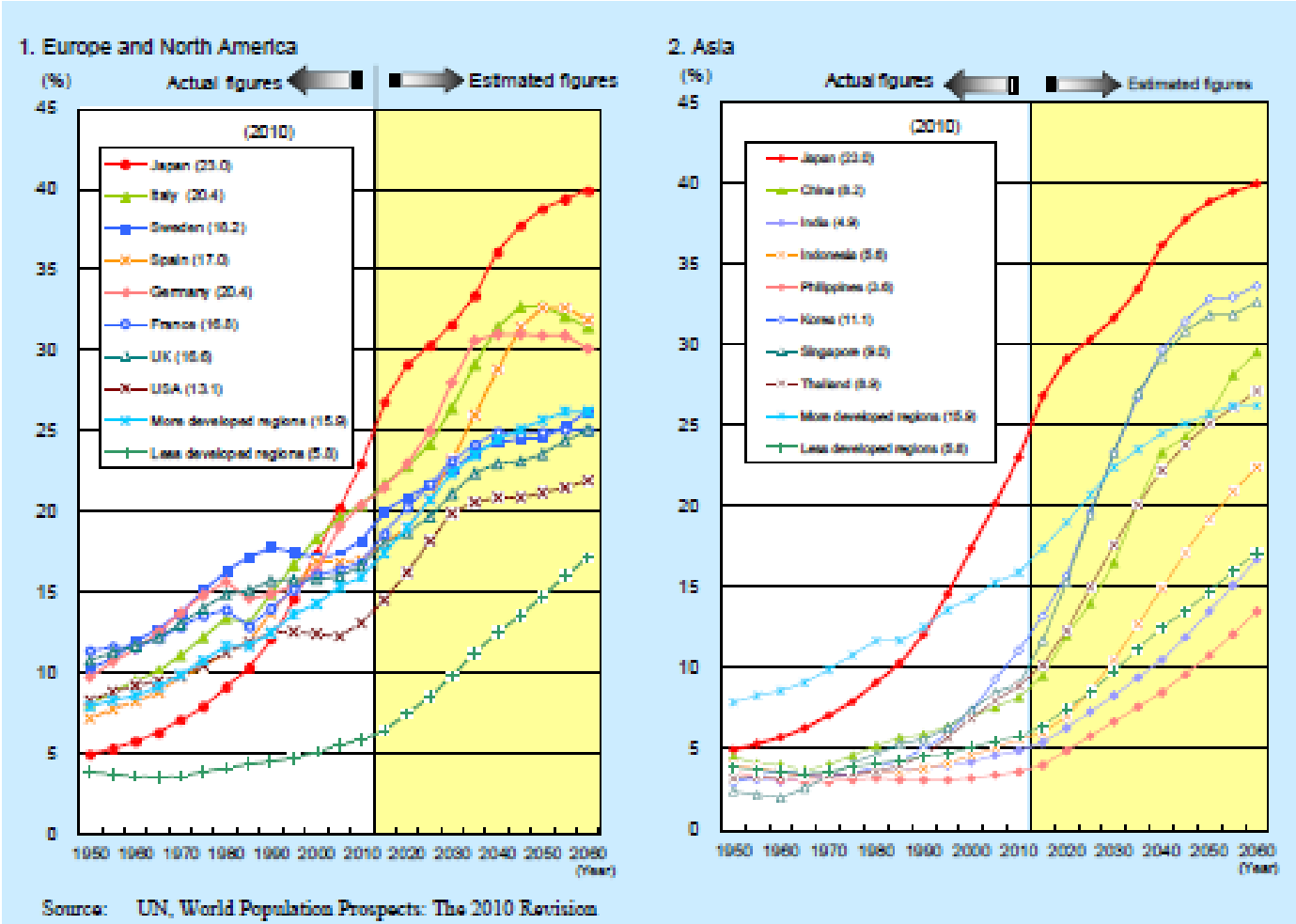
"Population Projection for Japan" is a projection of the overall size and the age-sex breakdown of the future population in Japan, used widely as an important reference by the national and local governments and in other various fields. This projection is based on information from the Census, vital statistics, as well as research developed from various national representative surveys on population and social security problems conducted at the Institute.

Population Trends in Japan



http://www.ipss.go.jp/pr-ad/e/eng/04.html

Trends in the Ratio of Aging in the World



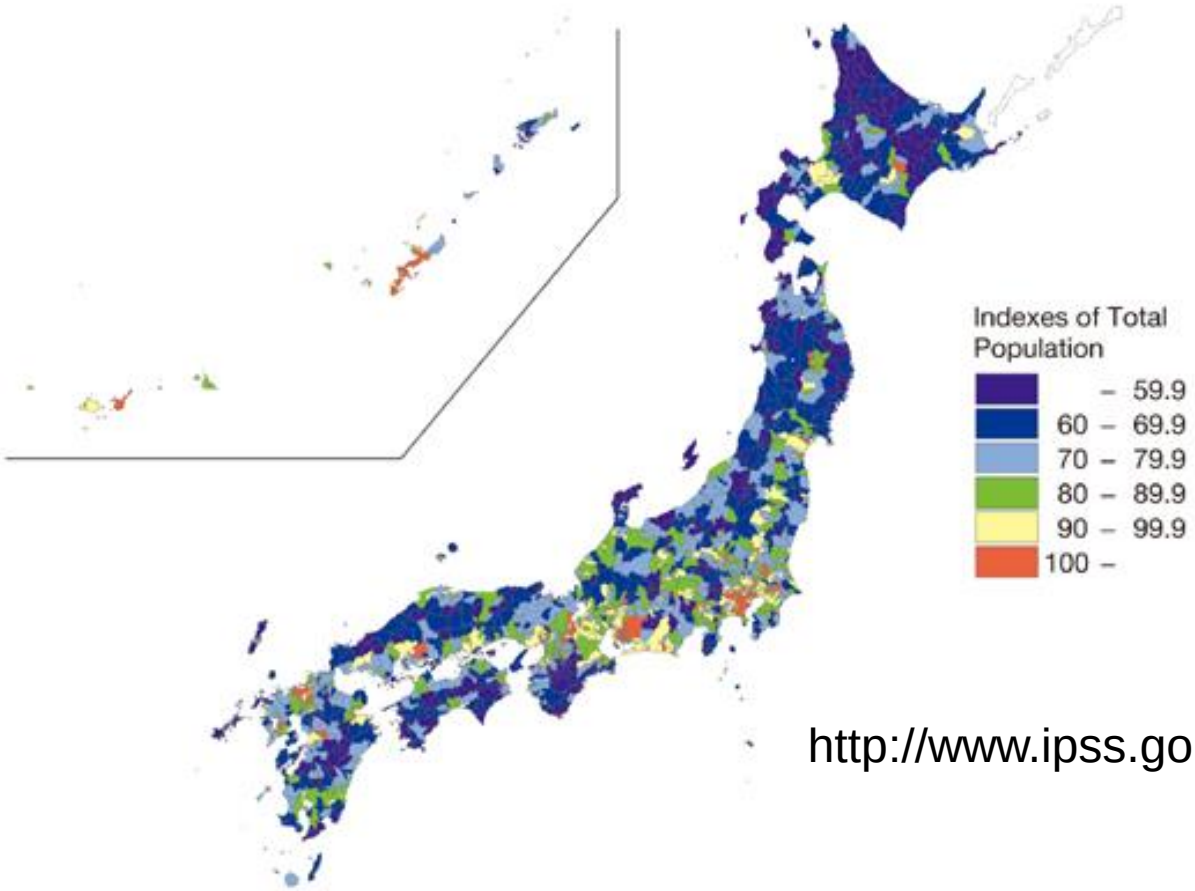
○ **Japan is an aged society on a scale unlike any other in the world**

• The pace of aging in Japan is expected to enter the phase that no other country in the world has yet experienced.

Projections by Municipality

"Population Projections by Municipality, Japan" was released in response to the growing demand for population projections by small region, due to low birth rate and aging population, as the fundamental data for administrative social, economic and regional welfare planning. According to the projection, population declining municipalities will be rapidly increasing, although the pattern of population change varies by regions.

Indexes of Total Population in 2035 (Indexes equal to 100.0 in 2005)

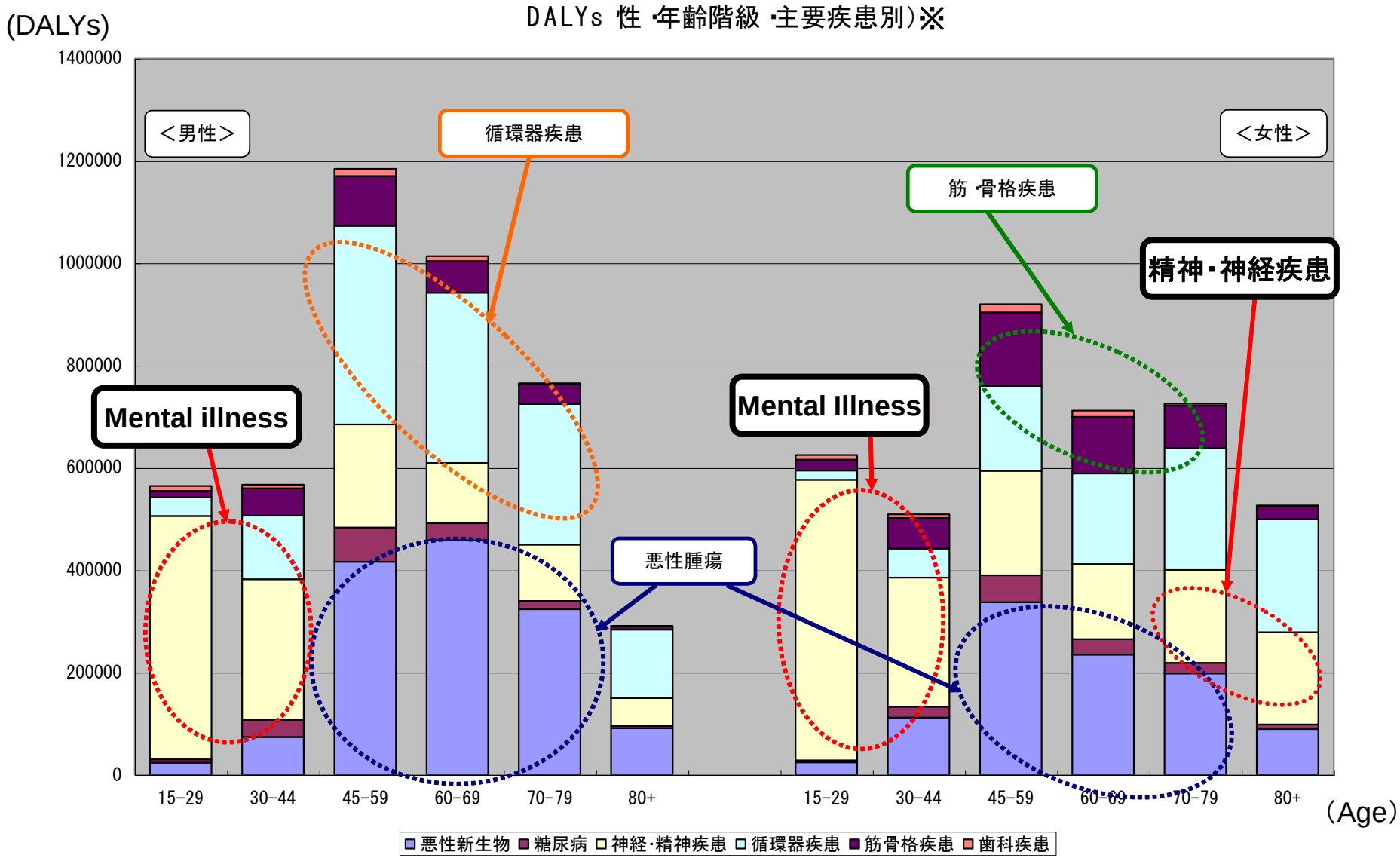


http://www.ipss.go.jp/pr-ad/e/eng/04.html

Source: Population Projections by Municipality, Japan: 2005-2035

DALY と 若年層

DALYs in Japan



※ DALYs (Disability-Adjusted Life Years) ＝疾病により失われた生命や生活の質を包括的に測定するための指標

佐藤敏彦先生提供資料より

Cause of Death Ranking in 2011 Japan

Age class	1st	2nd	3rd
	Cause of Death	Cause of Death	Cause of Death
10～14	Accident	malignant neoplasm	Suicide
15～19	Accident	Suicide	malignant neoplasm
20～24	Suicide	Accident	malignant neoplasm
25～29	Suicide	Accident	malignant neoplasm
30～34	Suicide	Accident	malignant neoplasm
35～39	Suicide	malignant neoplasm	Accident
40～44	malignant neoplasm	Suicide	Accident
45～49	malignant neoplasm	Suicide	cardiac disorder
50～54	malignant neoplasm	cardiac disorder	Suicide
55～59	malignant neoplasm	cardiac disorder	CVD
60～64	malignant neoplasm	cardiac disorder	CVD

Cause of Death Ranking in 8 countries aged 15-34

8か国の年齢階級別人口10万人対死亡者数（15～34歳、死因の上位3位）

	Japan	France	German	Canada	USA	UK	Italy	Korea
	2009	2008	2010	2004	2007	2010	2008	2009
1st	Suicide	Accident	Accident	Accident	Accident	Accident	Accident	Suicide
2nd	Accident	Suicide	Suicide	Suicide	Homicide	Suicide	malignant neoplasm	Accident
3rd	malignant neoplasm	malignant neoplasm	malignant neoplasm	malignant neoplasm	Suicide	malignant neoplasm	Suicide	malignant neoplasm

増え続ける中・高校生の自殺

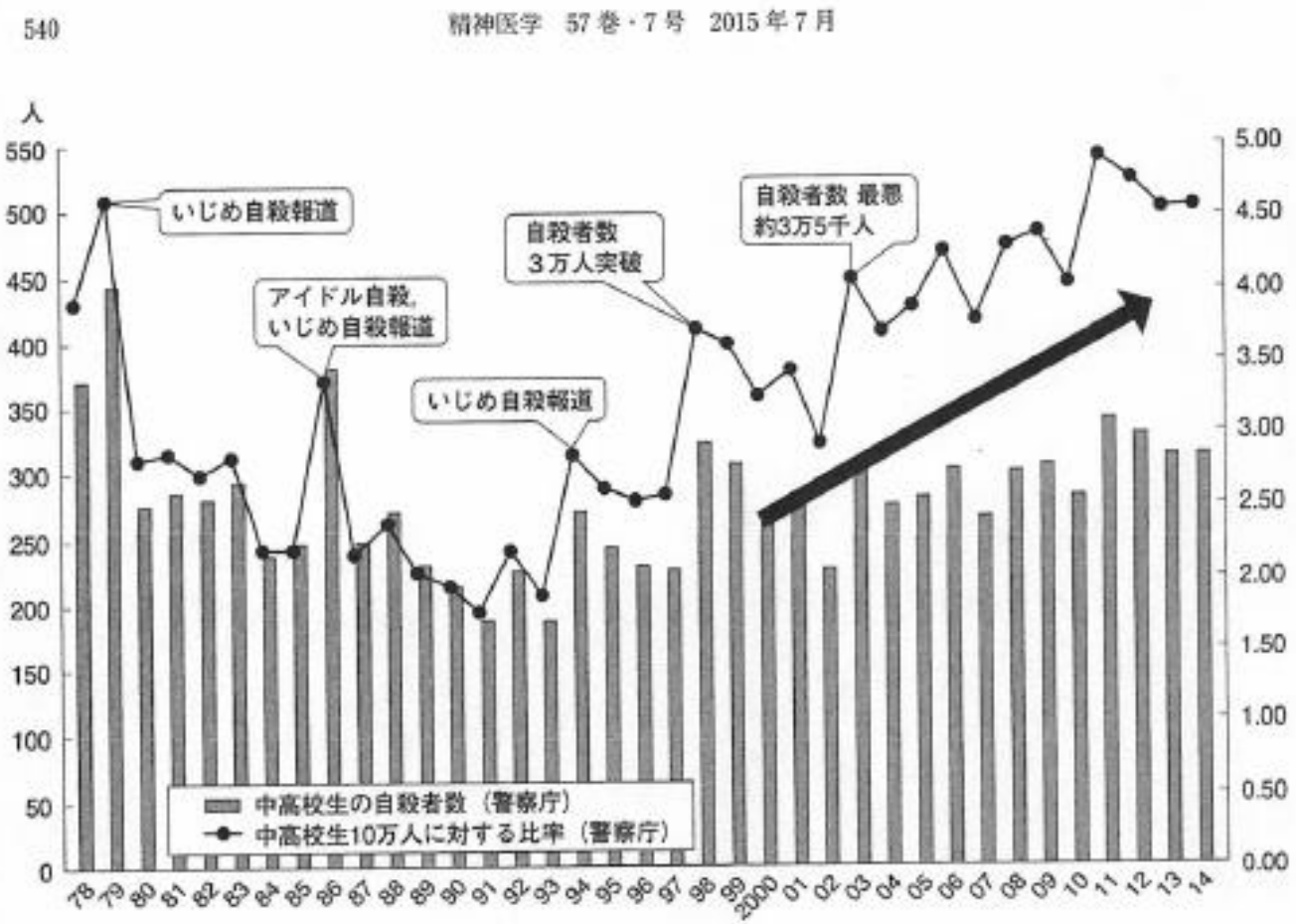


図1 中高校生の自殺者数と自殺率の推移
警察庁・文部科学省調査結果より作成（全国の中・高校生の総数は1986年：1,137万人，2014年：684万人）

阪中順子：学校における自殺予防教育の実践からみえてきたもの 精神医学 57: 539-545, 2015

こころもメンテしよう ～ご家族・教職員の皆さんへ～

子どもの様子が気になる、こころの健康や病気が心配なときに。

こころもメンテしよう ご家族・教職員の皆さんへ

子どもの様子が気になったり、こころの病気が心配になったとき、
子どもたちを支えられるのは、身近なご家族や教職員の皆さんです。
そんなとき、どうすればいいのか、何が必要なのかをご紹介しています。

こころの病気を予防する
こころとの上手なつきあい方

自動車をたとえに、「こころのメンテ」の大切さや仕組み、セルフメンテナンスの方法を楽しく、分かりやすくご紹介しています。

こころの病気のサイン
ひとりで悩まないで

様々なこころの病気に気づくため、どのような症状があるのかをアニメを使ってわかりやすくご紹介しています。

こころの病気と向きあう
回復へのマイ・ステップ

こころの病気をかかえ、悩んだり、不安を覚えながら、回復への道を歩んで来た方たちの体験をご紹介しています。

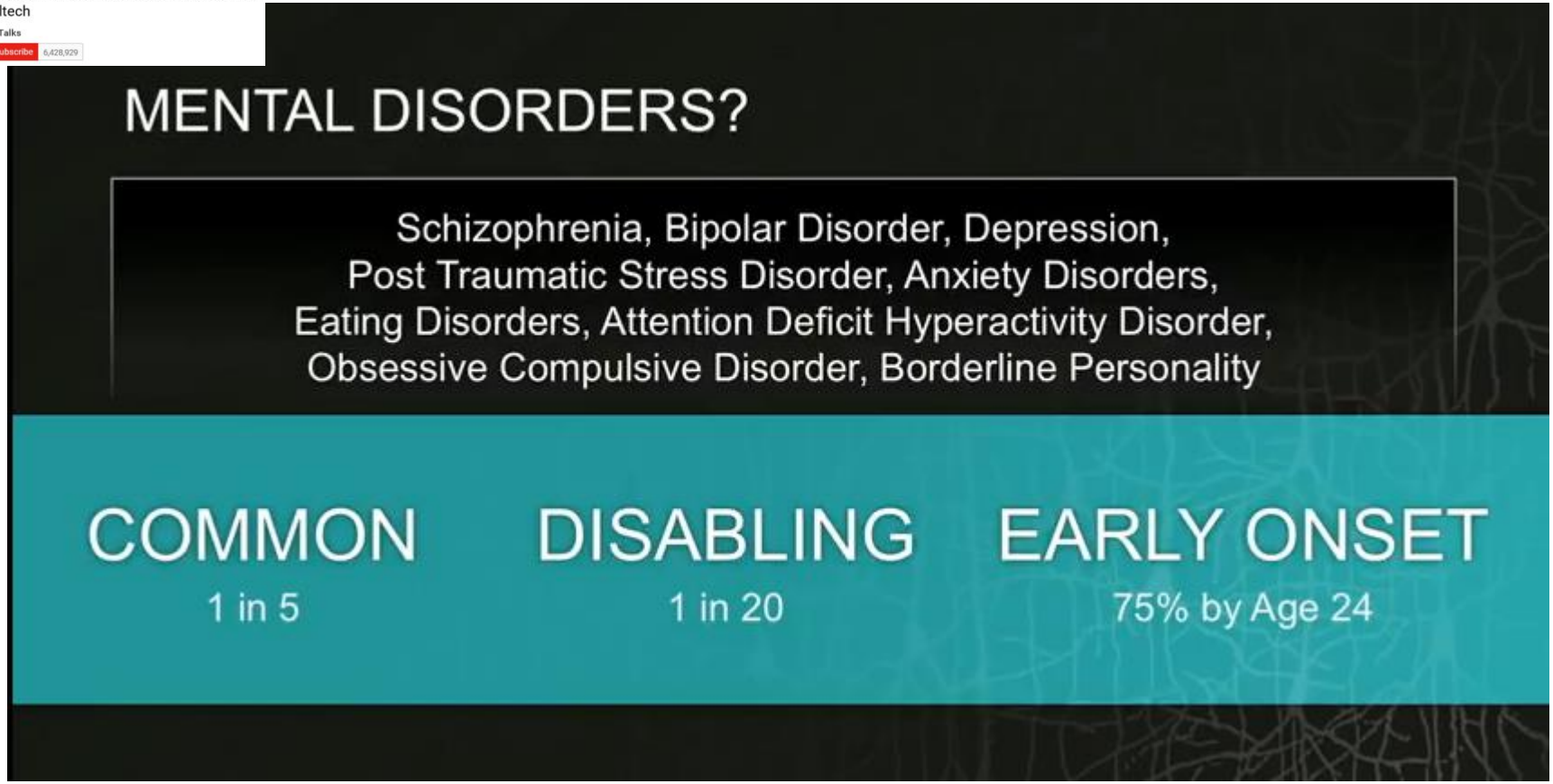
体がだるい、眠れない、朝起きられない
こころの健康が気になるときに。

こころもメンテしよう
～若者を支えるメンタルヘルスサイト～

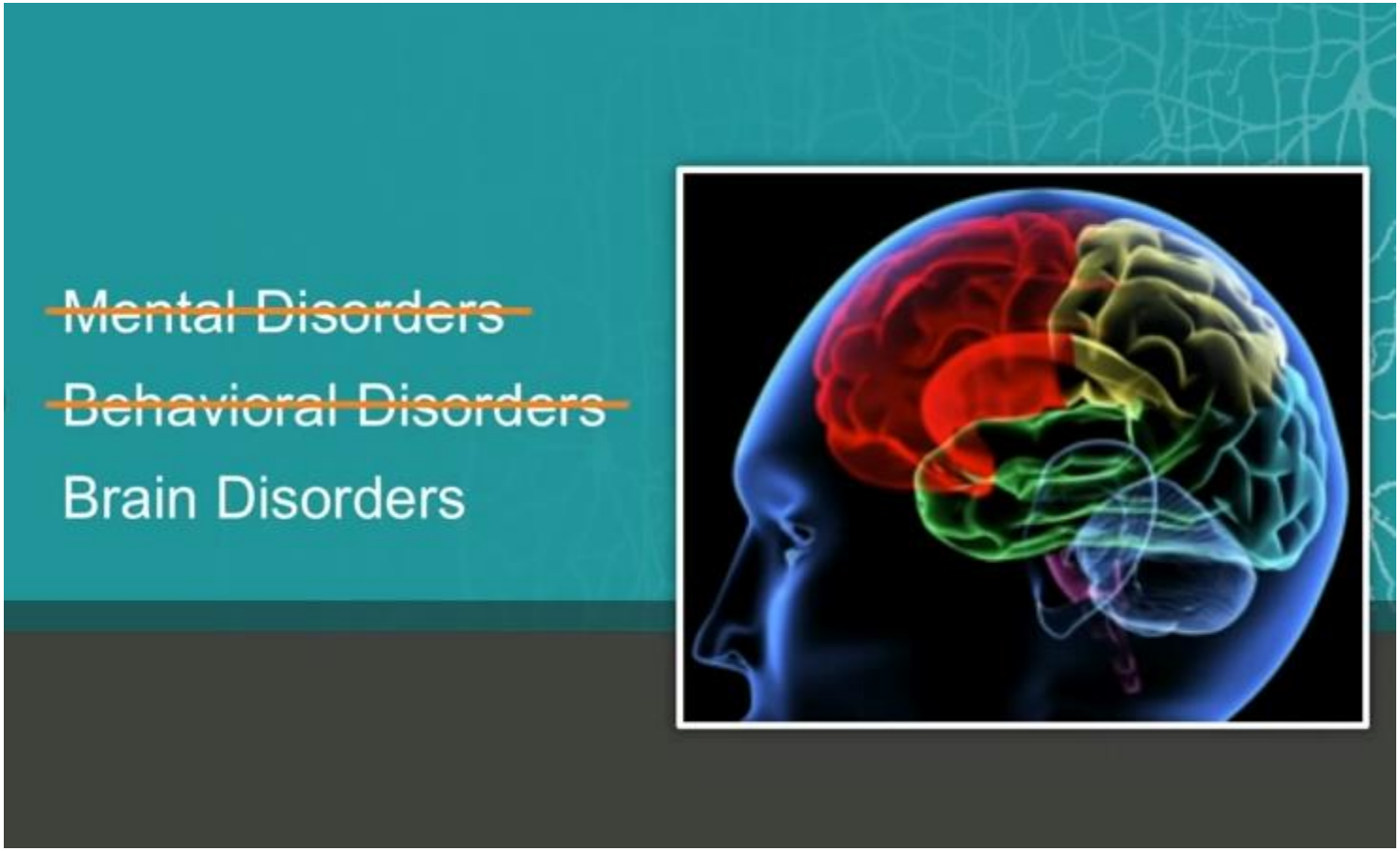
Mental Disorders as Brain Disorders: Thomas Insel at TEDxCaltech

TEDx Talks

Subscribe 6,428,929



https://www.youtube.com/watch?v=PeZ-U0pj9LI



https://www.youtube.com/watch?v=u4m65sbqbhY

WHY DOES THIS MATTER?

- For brain disorders, behavior is the last thing to change
- New tools can show us the presence of brain changes long before symptoms emerge
- Early detection and early intervention will give us the best outcomes

https://www.youtube.com/watch?v=PeZ-U0pj9LI

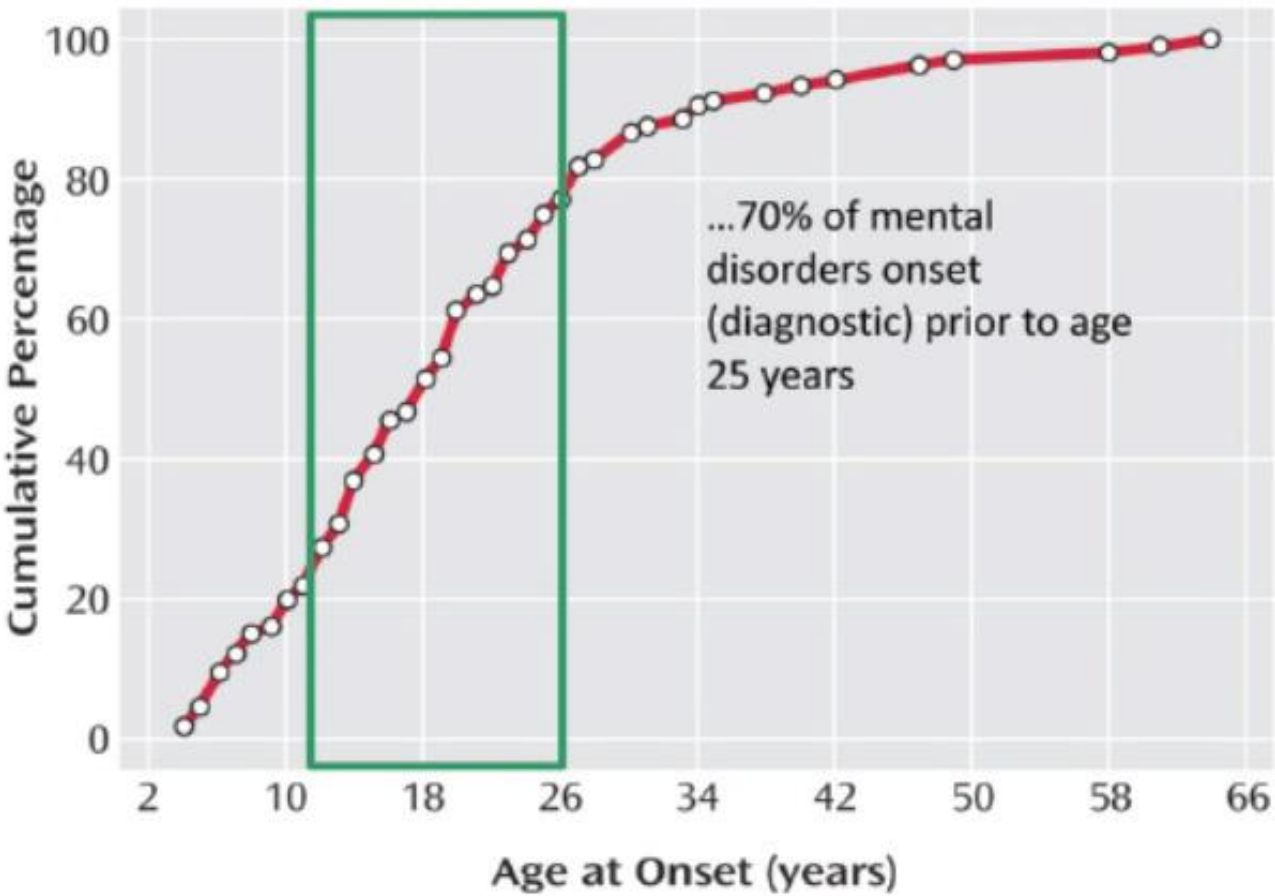


FIGURE 2-1 Mental disorder diagnosis by age.
SOURCE: Halfon, 2015. Data from Kessler et al., 2007.

精神疾患への早期介入

1. 治療開始の遅れを解消

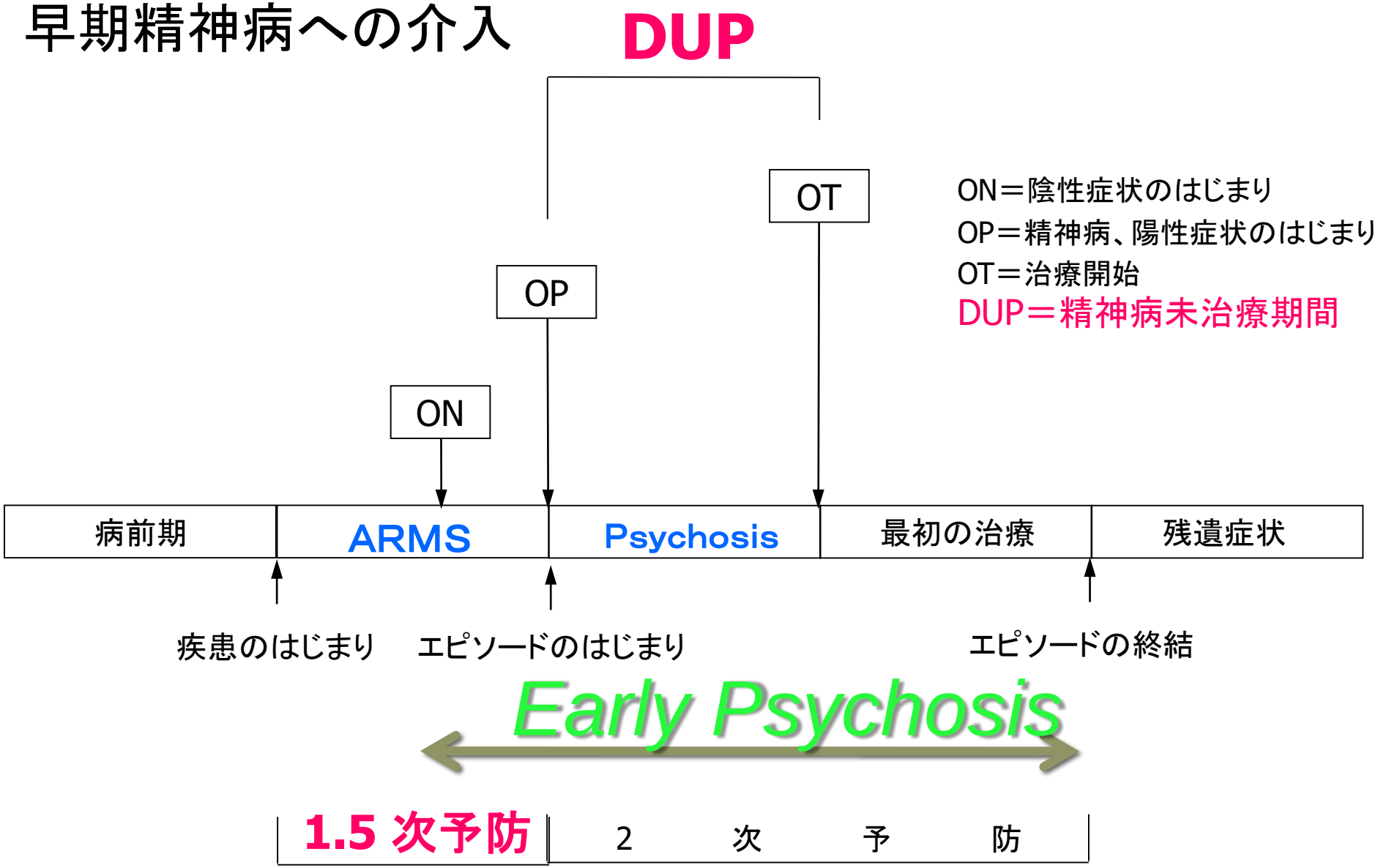
⇒ DUPの短縮
Critical Period（治療臨界期）

2. 発症の頓挫

⇒ リスクシンドロームでの介入
(Risk Syndrome)

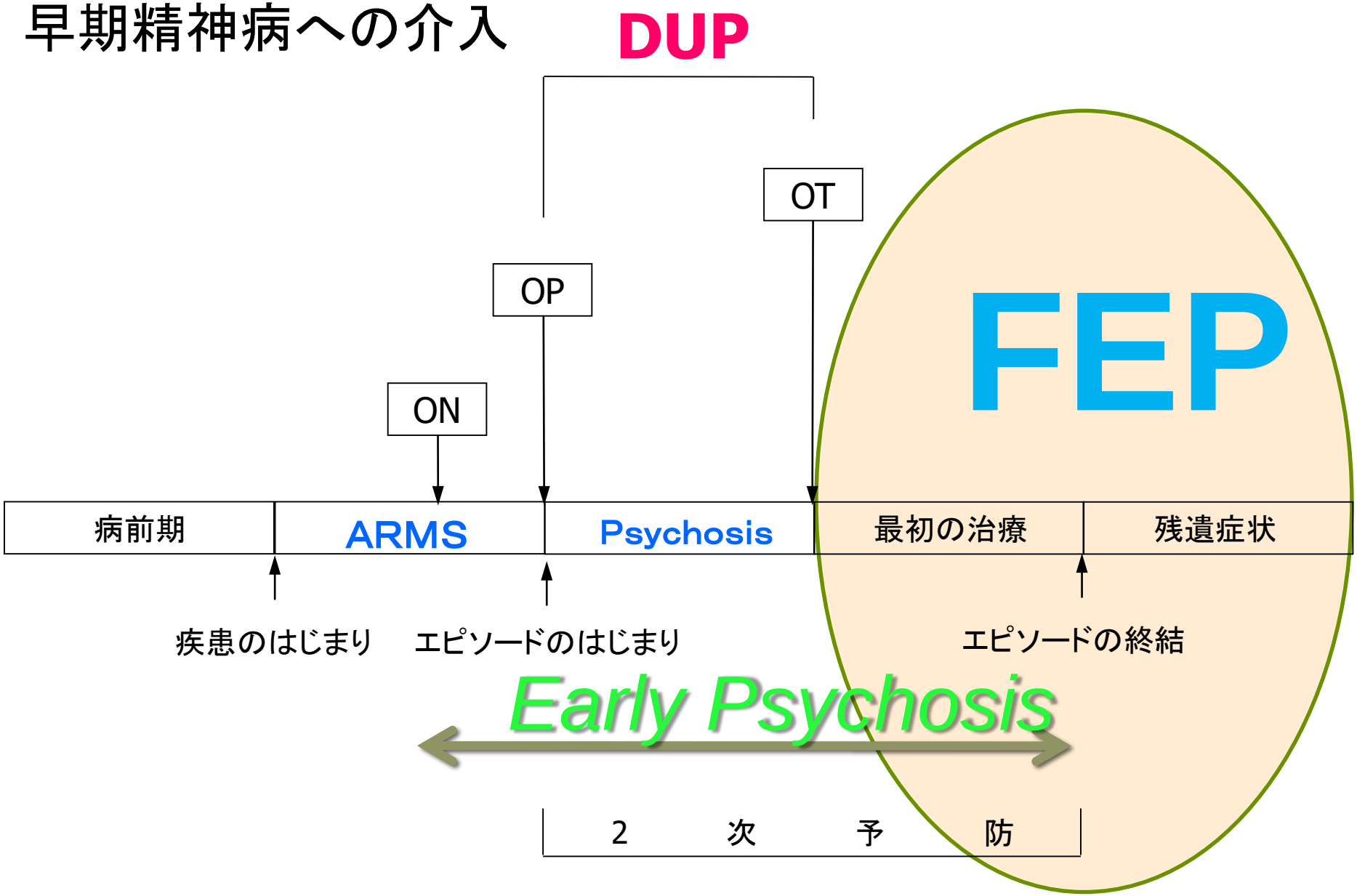
DUP と CRITICAL PERIOD

早期精神病への介入



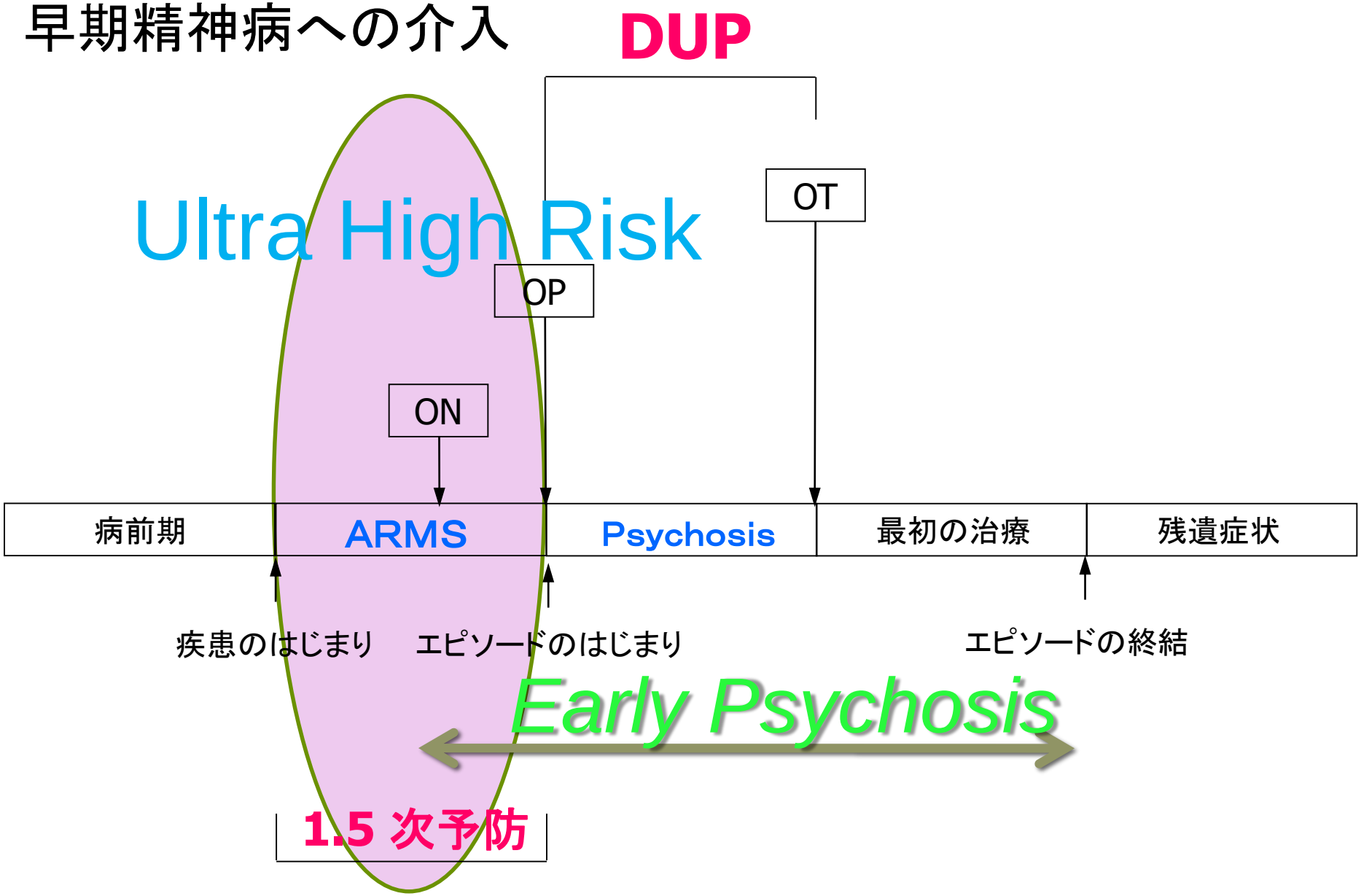
水野雅文、山澤涼子：Schizophrenia Frontier Vol.3 No.1 35-39

早期精神病への介入



水野雅文、山澤涼子：Schizophrenia Frontier Vol.3 No.1 35-39

早期精神病への介入



水野雅文、山澤涼子：Schizophrenia Frontier Vol.3 No.1 35-39

FES 17歳 女性 高校2年生

- 経過：9か月前より，突然高校に行かなくなり，自室に閉じこもりがちになった。親が理由を尋ねると「学校でみんながSNS上で，自分のことを中傷しているから」と答えたが，学校側に確認するとそのような事実は把握されていなかった。さらに，家族がリビングでテレビを観ていると部屋から出てきてテレビのスイッチを勝手に消すようになった。家族がスイッチを再び入れようとすると「テレビで自分の考えや自分のことが放送されているから」と真面目な顔で発言し，つけさせようとしなかった。2か月前からは「お風呂に入るなと命令されている」と訴え，入浴しなくなった。隣家の犬が吠えると「また、自分を見つけた合図を出している」と怯え、「常に監視されているから」と訴えて部屋のカーテンは開けようとしなかった。心配した両親に連れられて、精神科クリニックを受診した。
- 診察時，会話はまとまらず、自分に対して命令する声は実在するものと信じており，それが毎日のように存在していることが確認された。検査所見などからは器質性疾患や薬物の影響は除外された。

ARMS 17歳 男性 高校2年生

- 経過：9ヶ月前より，学校に行くと周囲の学生がなんとなく「自分の悪口を言っているのでは」，「自分を馬鹿にしているのでは」と感じるようになった。徐々に頻度が増え，6か月前からは最低週1回はそのように感じるようになった。周囲を警戒するようになり，授業にも集中できなくなった。2か月前からは，登下校中も周囲の人が自分の名前を呼んだり、悪口を言っているように感じたり，ときに「他者が自分を傷つけようとしているのでは」と不安になったり、「自分の考えが読み取られてしまうのでは」と感じるようになった。親にそのことを相談し，自分の意思で精神科クリニックを受診した。
- 診察時，会話の内容は比較的まとまっていた。自身の体験が現実ではないと思っており，確信には至っていなかった。抑うつ気分は認められるものの軽度であった。検査所見などからは器質性疾患や薬物の影響は除外された。

統合失調症　診断基準（DSM-5）

A) 以下のうち2つ（またはそれ以上）、おのおのが1カ月間（または治療が成功した際はより短い期間）ほとんどいつも存在する。これらのうち少なくともひとつは（1）か（2）か（3）である。

1. 妄想
2. 幻覚
3. まとまりのない発語（例：頻繁な脱線または滅裂）
4. ひどくまとまりのない、または緊張病性の行動
5. 陰性症状（すなわち感情の平板化、意欲欠如）

B) 障害の始まり以降の期間の大部分で、仕事、対人関係、自己管理などの面で1つ以上の機能のレベルが病前に獲得していた水準より著しく低下している（または、小児期や青年期の発症の場合、期待される対人的、学業的、職業的水準にまで達しない）。

C) 障害の持続的な徴候が少なくとも6カ月間存在する。この6カ月の期間には、基準Aを満たす各症状（すなわち、活動期の症状）は少なくとも1カ月（または、治療が成功した場合はより短い期間）存在しなければならないが、前駆期または残遺期の症状の存在する期間を含んでもよい。これらの前駆期または残遺期の期間では、障害の徴候は陰性症状のみか、もしくは基準Aにあげられた症状の2つまたはそれ以上が弱められた形（例：奇妙な信念、異常な知覚体験）で表されることがある。

D) 統合失調感情障害と、「抑うつ障害または双極性障害、精神病性の特徴を伴う」が以下の理由で除外されていること

1. 活動期の症状と同時に、抑うつエピソード、躁病エピソードが発症していない
2. 活動期の症状中に気分エピソードが発症していた場合、その持続期間の合計は、疾病の活動期および残遺期の持続期間の合計の半分に満たない

E) その障害は、物質（例：乱用薬物、医薬品）または他の医学的疾患の生理学的作用によるものではない。

F) 自閉スペクトラム症や小児期発症のコミュニケーション症の病歴があれば、統合失調症の追加診断は、顕著な幻覚や妄想が、その他の統合失調症の診断の必須症状に加えて少なくとも1カ月（または、治療が成功した場合はより短い）存在する場合にのみ与えられる。

DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル 原著：American Psychiatric Association 日本語版用語監修：日本精神神経学会 監訳：高橋三郎／大野 裕 訳：染矢俊幸／神庭重信／尾崎紀夫／三村將／村井俊哉, 医学書院, 2014.

減弱精神病症候群　診断基準（DSM-5）
（今後の研究のための病態）

A) 以下のうち少なくとも1つが弱い形で存在し、現実検討は比較的保たれており、臨床的関与に値する程度の重症度または頻度を有している。

1. 妄想
2. 幻覚
3. まとまりのない発語

B) 上記の（1つまたは複数の）症状は、過去1ヶ月の間に少なくとも週1回は存在していなければならない。

C) 上記の（1つまたは複数の）症状は、過去1年の間に始まったか、あるいはその間に増悪していなければならない。

D) 上記の（1つまたは複数の）症状は、臨床的関与に値するほど苦痛を与え、能力を低下させている。

E) 上記の（1つまたは複数の）症状は、精神病性の特徴を伴う抑うつ障害または双極性障害を含む他の精神疾患によってうまく説明されるものではなく、物質または他の医学的疾患の生理学的作用によるものでもない。

F) どの精神病性障害の基準も満たされたことはない。

DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル 原著：American Psychiatric Association 日本語版用語監修：日本精神神経学会 監訳：高橋三郎／大野 裕 訳：染矢俊幸／神庭重信／尾崎紀夫／三村將／村井俊哉, 医学書院, 2014.

統合失調症の未治療期間とその予後に関する疫学的研究

H20ーこころーー般ー010（代表研究者　水野雅文）

1. 対象　298名（女性155名・男性143名）
2. 発症年齢：29.8±9.7歳
3. 初回受診時年齢 ：31.4±10.1歳
4. DUP 平均　　17．6M (0-360M)
   中央値　2．7M
5. GAF：36.3±15.2
6. 自殺未遂の既往：無256名・有29名

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
統合失調症の未治療期間とその予後に関する疫学的研究
平成20年度ー22年度　総合研究報告書（2011年）
主任研究者　水野雅文

統合失調症の経過研究

(Ogawa et al.,1987)

140 schizophrenic patients consecutively discharged from the Department of Neuropsychiatry, Gunma Univ.Hosp. from 1958-1962.

The social outcome of the 105 patients,

- 47% self-supportive
- 31% hospitalized

The psychopathological outcome

- 31% recovered
- 46% improved
- 23% unimproved

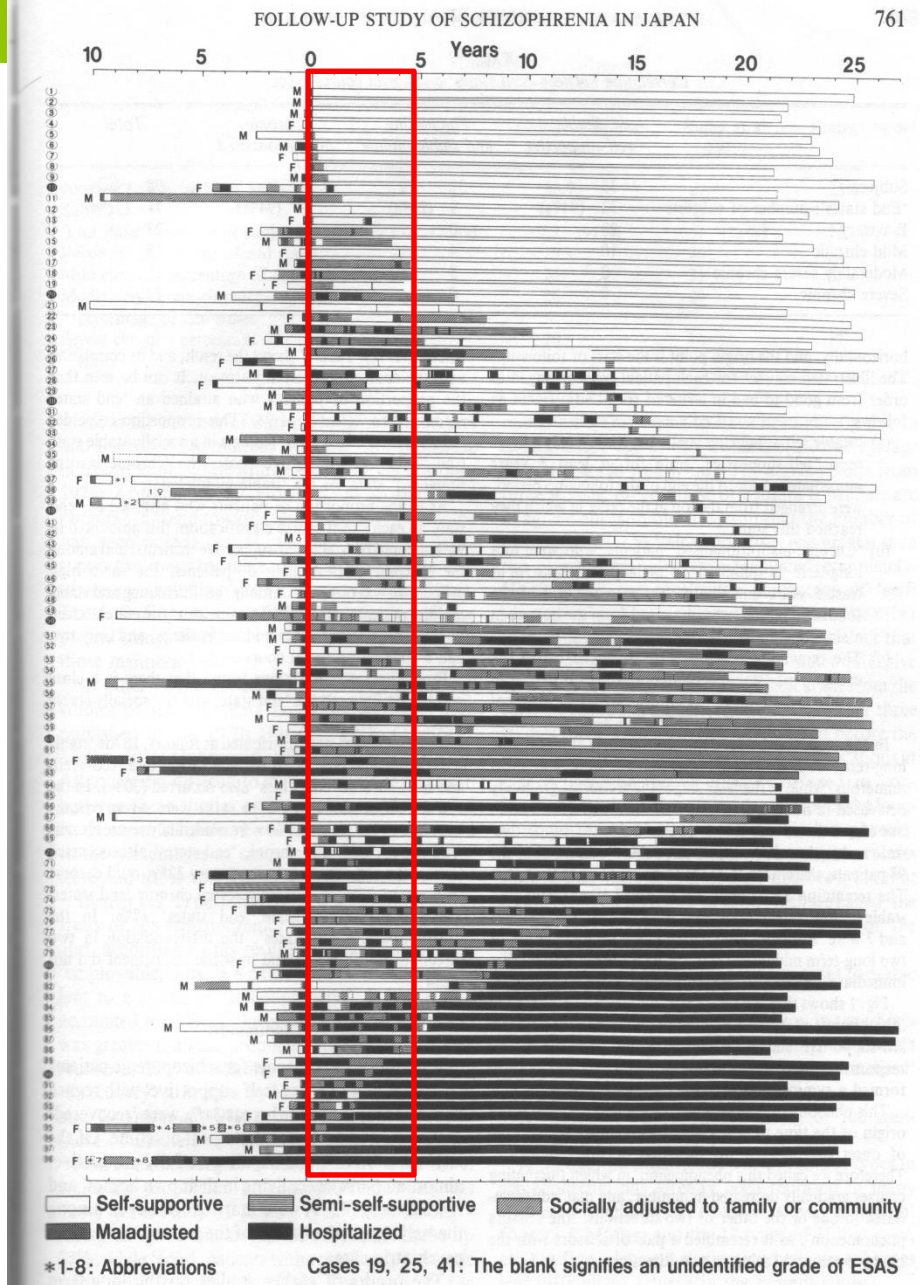
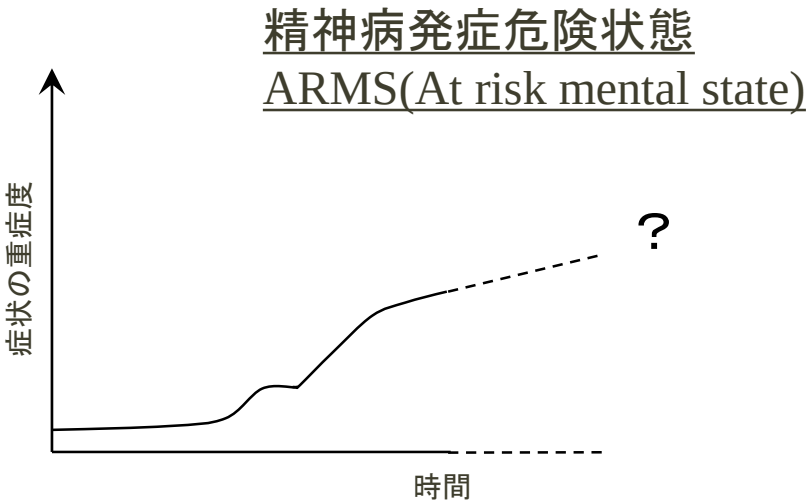
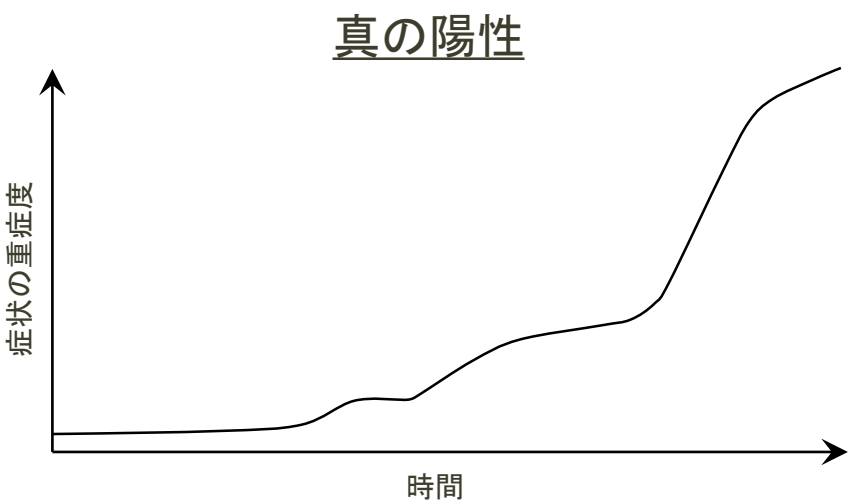
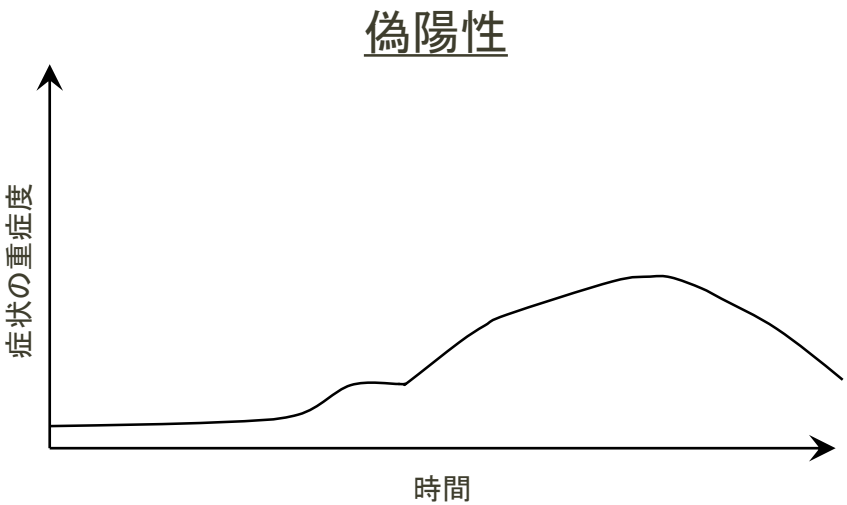


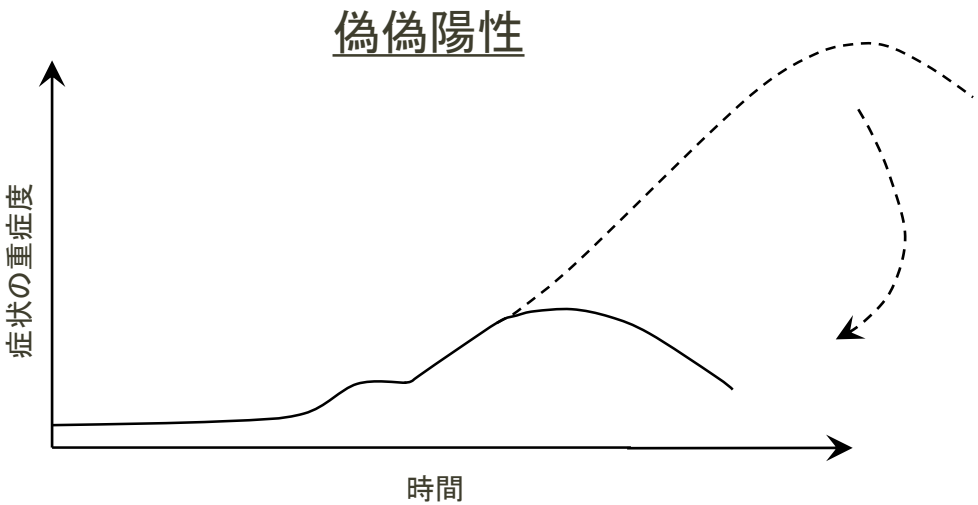
FIG. 1 The course of social adjustment.

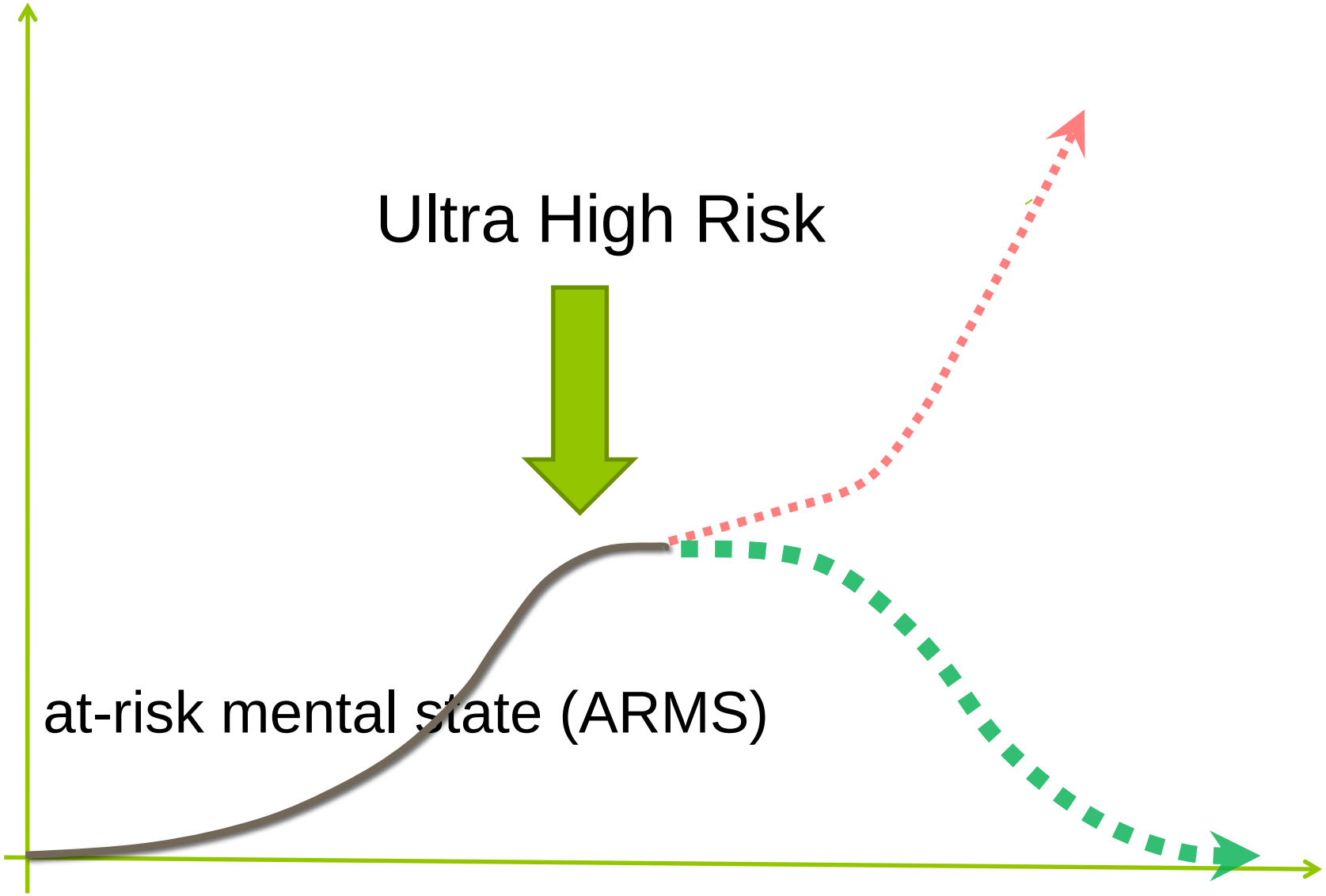
臨床状態別にみた精神病への発展の可能性










Ultra High Risk
at-risk mental state (ARMS)

Ultra High Risk(ARMS)の診断基準

(A) 短期間の間歇的な精神病状態

(Brief Intermittent Psychotic Syndromes)

(B) 微弱な陽性症状

(Attenuated Positive Symptom Syndrome)

(C) 遺伝的なリスクと持続的な機能低下

(Genetic Risk and Deterioration Syndrome)

上記の1項目を満たす者のうち、
約40%が1年以内に精神病を発症する

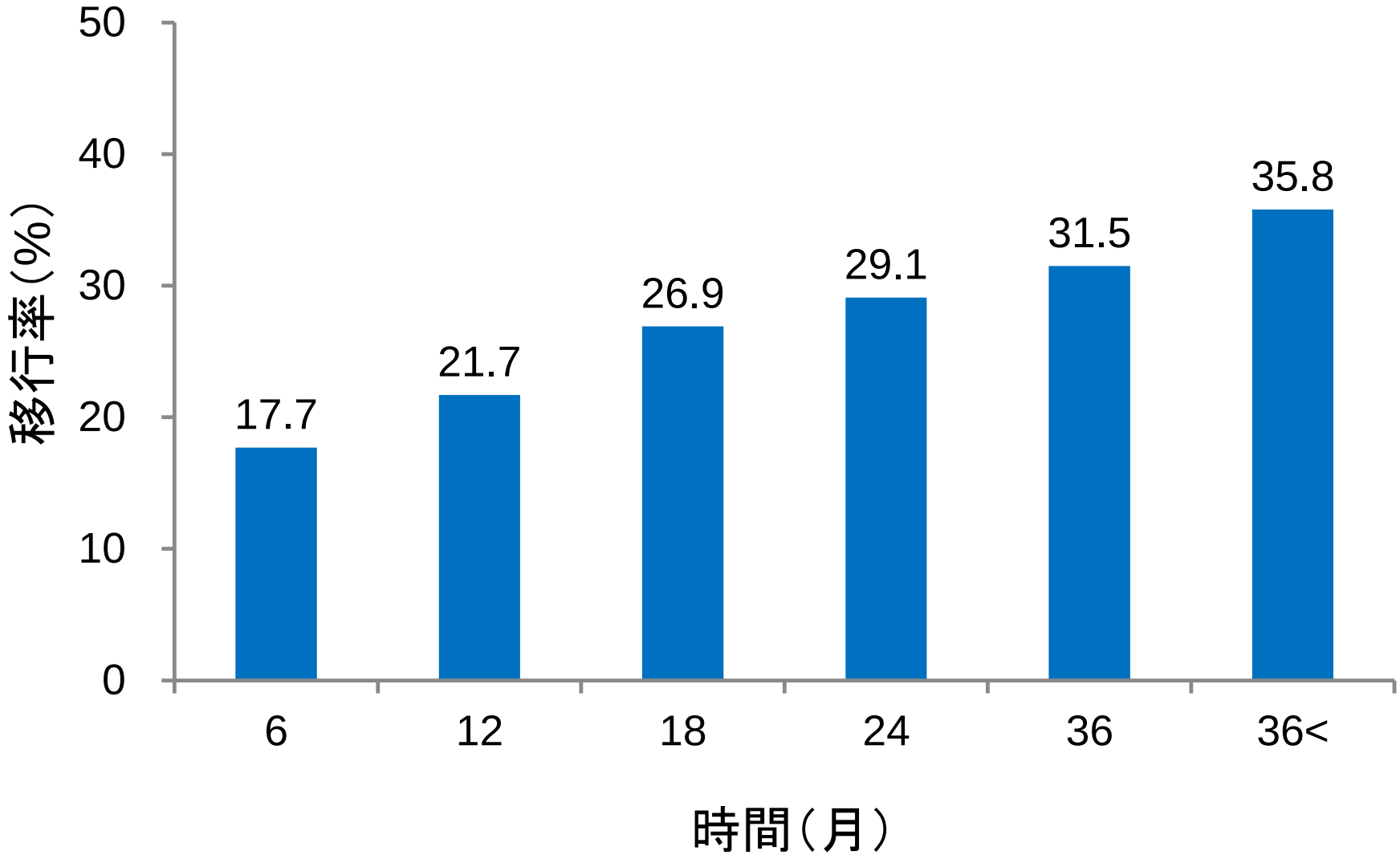
(Yung et al., 1998)

UHR(ARMS)基準の有用性
1年以内の精神病状態への移行率

- Yung A, et al.(2003)　40%
- Miller TJ, et al. (2002)　50%
- Larsen TK, et al. (2002)　42.9%
- Ruhrmann S, et al. (2003) 36.7%
- Olsen & Rosenbaum (2006, review)

10% - 54%

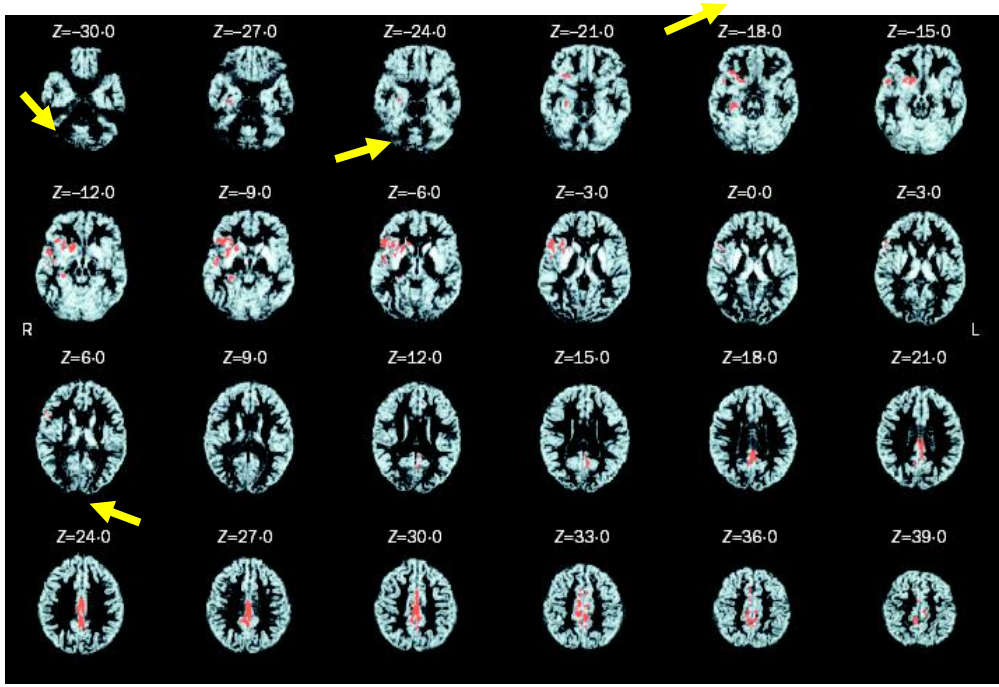
ARMSからの精神病移行率



Fusar-Poli P et al. Arch Gen Psychiatry 2012;69. 220-229

Grey-matter probability maps for comparison of people who developed psychosis with those who did not

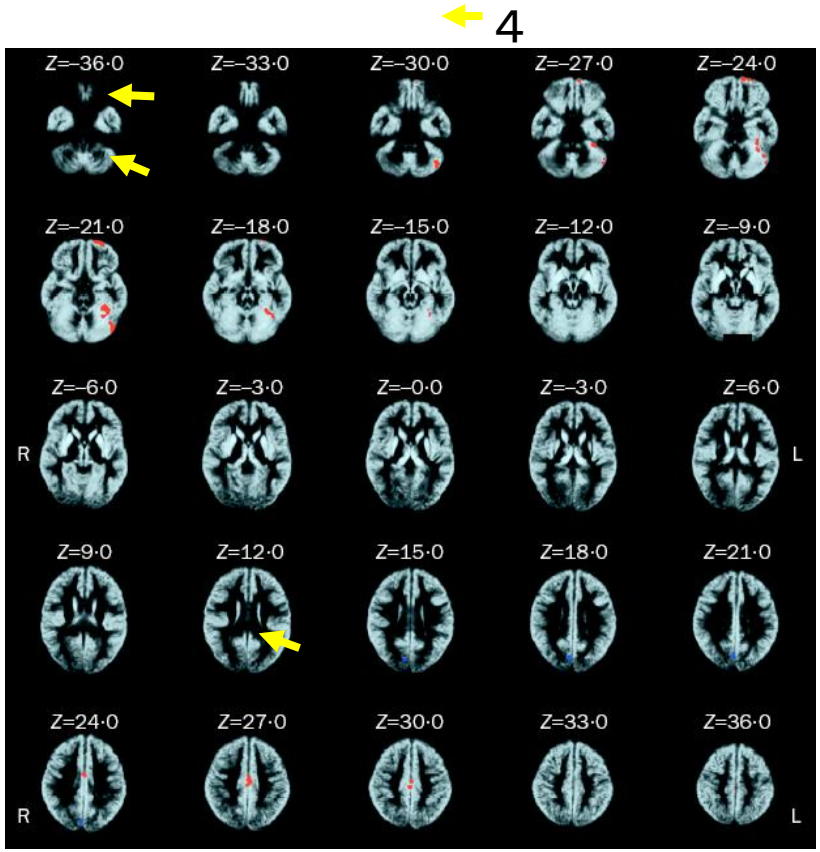
1. R Hippocampus, Parahippocampus
2. R STG, Temporal pole
3. R IFG, Ventrolateral prefrontal
4. Cingulate Gyrus



Christos Pantelis, Dennis Velakoulis, Patrick D McGorry, et al. THE LANCET,Vol 361,281-288,Jan 25,2003

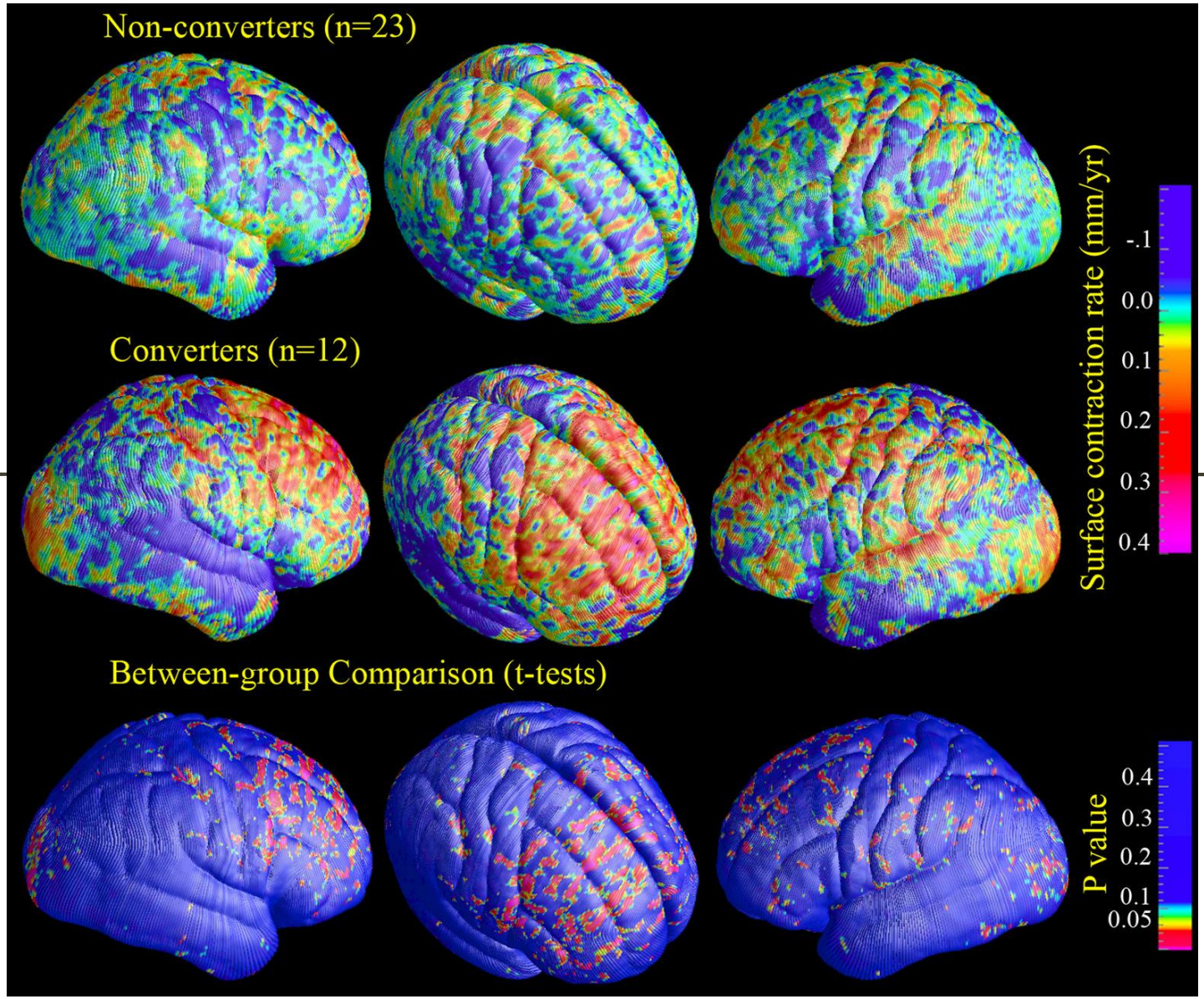
Grey-matter probability map for people who developed psychosis

1. L Orbital fronal gyrus
2. L Parahippocampal gyrus
3. Cingulate gyrus
4. Cerebellum



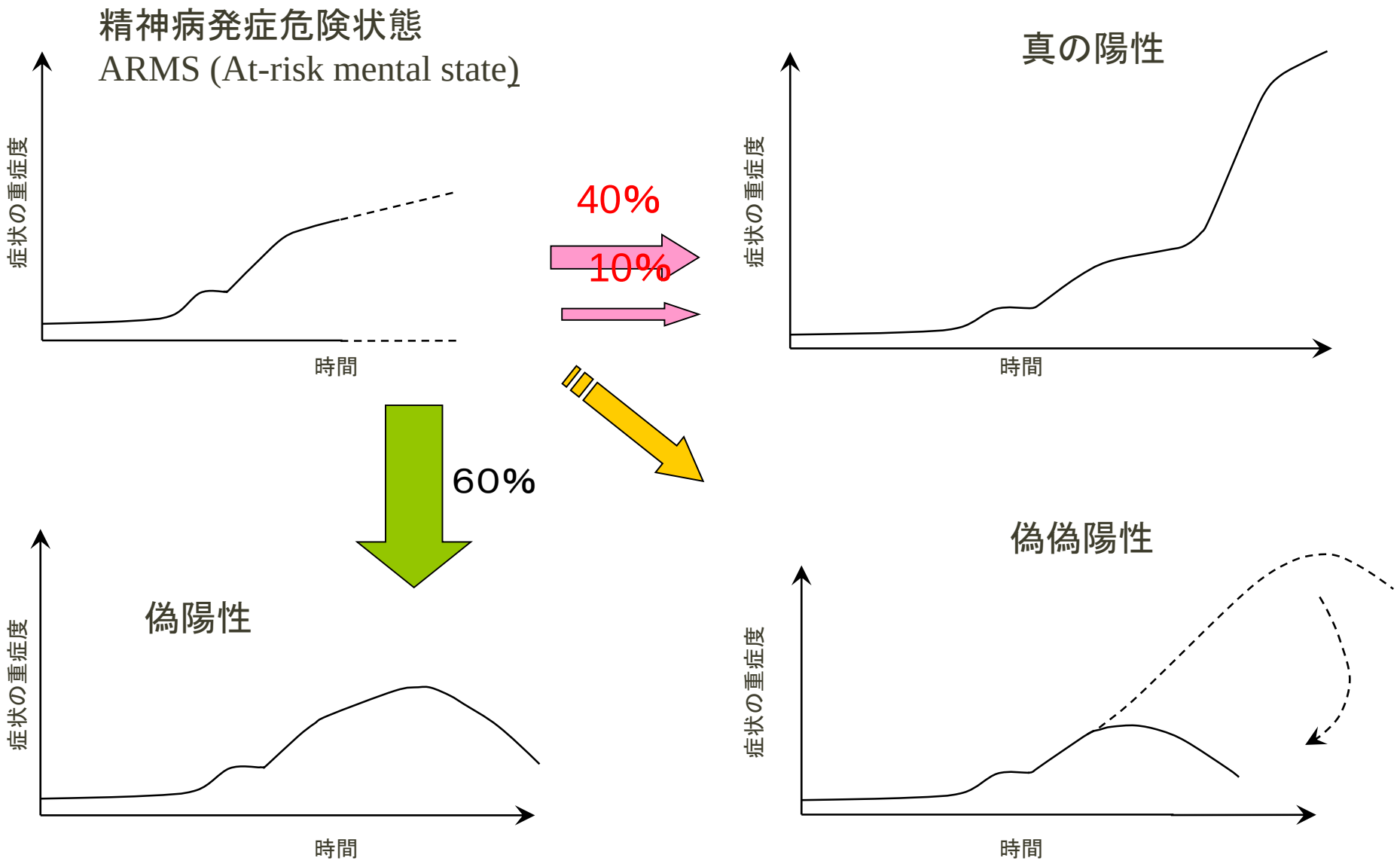
Christos Pantelis, Dennis Velakoulis, Patrick D McGorry, et al. THE LANCET,Vol 361,281-288,Jan 25,2003

Maps of average brain surface contraction rates and uncorrected p-maps of converters v.s. non-converters comparison



Sun et al., Schizophrenia Res 108; 85-92, 2009

精神病状態への発展の可能性



日本精神保健・予防学会（JSEIP）
Japanese Society for Prevention and Early Intervention in Psychiatry

トップページ TOP PAGE | 学会案内 About us | 学術集会 Annual meeting | 文献 Reference | 資料 Document | 学会誌 Journal of the Society | リンク Link | お知らせ JSEIP News

会員専用ログイン

学術集会演題募集

入会申し込み

日本精神保健・予防学会 更新情報

一覧を見る

2017-11-21 「早期精神病の診療プランと実践例－予備的ガイダンス2017」（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）（研究開発代表者：水野雅文）が資料として掲載されました。

2017-09-05 第21回日本精神保健・予防学会学術集会の演題募集を9月13日(水)まで延長しました。

日本精神保健・予防学会(JSEIP)
Japanese Society for Prevention and Early Intervention in Psychiatry

トップページ TOP PAGE | 学会案内 About us | 学術集会 Annual meeting | 文献 Reference | 資料 Document | 学会誌 Journal of the Society | リンク Link | お知らせ JSEIP News

資料 – Documents

会員専用ログイン

学術集会演題募集

入会申し込み

JSEIP 事務局
〒143-8541
東京都大田区大森西6-11-1
東邦大学医学部精神神経医学講座内

資料一覧

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

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）（研究開発代表者：水野　雅文）によって作成された早期精神病の診療プランと実践例についての予備的なガイダンスである。今後、できるだけ多くの関係者の意見を参考に改訂していくことを予定している。

資料ダウンロード

早期精神病の診療プランと実践例－予備的ガイダンス 2017－

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

http://www.jseip.jp/top/document

ガイダンス目次

第1部　エビデンス編

1. 早期精神病の概念整理　鈴木道雄ほか
2. 臨床診断（症候）松本和紀ほか
3. 臨床診断（画像・生理）鈴木道雄ほか
4. 心理社会的介入　松本和紀ほか
5. CBT　松本和紀ほか
6. CRT　中込和幸ほか
7. ARMSと心理教育　下寺信次ほか
8. デイケア　根本隆洋ほか
9. ARMS・UHRに対する薬物療法　岸本年史ほか
10. 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　岸本年史ほか

第2部　実践編

1. 地域支援の方法論　水野雅文ほか
2. 地域支援の方法論　大都市モデル　水野雅文ほか
3. 地域支援の方法論　小都市モデル　川﨑康弘ほか
4. 地域包括ケアシステムの中での早期支援　藤井千代ほか
5. 早期介入の医療経済効果　松本和紀ほか
6. 学校教育への取り組み　舩渡川智之ほか
7. 海外におけるモデル　藤井千代ほか
8. フィデリティ　水野雅文ほか
9. NICE診療ガイドライン　翻訳解説　辻野尚久ほか

第1部　エビデンス編

1. 早期精神病の概念整理　鈴木道雄ほか
2. 臨床診断 （症候） 松本和紀ほか
3. 臨床診断 （画像・生理） 鈴木道雄ほか
4. 心理社会的介入　松本和紀ほか
5. CBT　松本和紀ほか
6. CRT　中込和幸ほか
7. ARMSと心理教育　下寺信次ほか
8. デイケア　根本隆洋ほか
9. ARMS・UHRに対する薬物療法　岸本年史ほか
10. 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　岸本年史ほか

第一部　1. 早期精神病の概念整理(1)

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):明らかな精神病症状が生涯で初めて出現している状態を意味し、幻覚や妄想などの陽性症状が精神病の閾値を超えて1週間以上続いた場合と定義される。

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%程度と報告されている。

1.1.2 精神病未治療期間duration of untreated psychosis(DUP):FEPが発症してから適切な治療を開始されるまでの期間。

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が不良であることと関連する。

1.1.3 治療臨界期仮説critical period hypothesis:統合失調症の発症初期の数年間は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。

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。

第一部　1. 早期精神病の概念整理(2)

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):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状態。

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。

1.2.2　ARMSの診断基準(メルボルンのultra high risk(UHR)基準)

①閾値下の弱い精神病症状(APS)、②一過性で自然軽快する精神病症状(BLIPS)、③遺伝的素因に機能低下を伴う(GRD)、のいずれかを示す場合に診断される。

1.2.3　援助希求するARMSから精神病を発症する率(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%。

1.2.4　ARMSから精神病を発症しない、いわゆる非移行群でも、閾値下の精神病症状が持続したり、気分障害や不安障害を示し、長期に渡って生活機能の低下を示すことがある。

1.2.5　精神病症状様体験psychotic-like experiences(PLEs):subclinical な精神病(様)症状の総称。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。

1.2.6　減弱精神病症候群Attenuated Psychosis Syndrome(DSM-5):「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により、治療の必要な状態であることを重視している。

第一部　4. 心理社会的介入　FEP

4.1.1 包括的な治療計画の作成：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。この作成は治療に関わる多職種で行い、患者や家族も治療計画の作成に参加する。

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が必要。

4.1.2.2 治療では、精神症状の緩和だけではなく、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。

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う。

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 海外では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、対費用効果が高いことが示されている。こうしたサービスは2-5年間、継続的に提供されている。

第一部　4. 心理社会的介入　FEP

4.1.3 DUPの短縮：精神病未治療機関（DUP）をできるだけ短くして、機能の維持と回復を促す。このために、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。

4.1.4 心理社会的アプローチ：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。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。

4.1.5 家族介入：患者が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。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。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を推奨している。

4.1.6 就労・就学支援：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。就労支援としては援助付き雇用、特に個別就労支援プログラムが奨められる。

4.1.7 身体的健康への介入：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。体重増加を避けるために、生活習慣への介入を行う

第一部　4. 心理社会的介入　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。

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への介入では、段階的ケアアプローチが推奨される。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アプローチの中から治療法が選択される。

第一部　4. 心理社会的介入　ARMS

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。

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。

4.2.3.2 ARMSに対する一般的な心理社会的介入を、個々の事例の必要性に応じ提供する。これには、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。

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。

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。

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）を治療計画の中に含める。

第一部　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。

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。

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。

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。

5.1.5 急性期のCBTは、回復を早める可能性がある。

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。

第一部　5.　CBT（Cognitive Behavior Therapy）認知行動療法

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。

5.2.2 CBTは、患者の社会機能を改善する可能性がある。

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。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。

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。

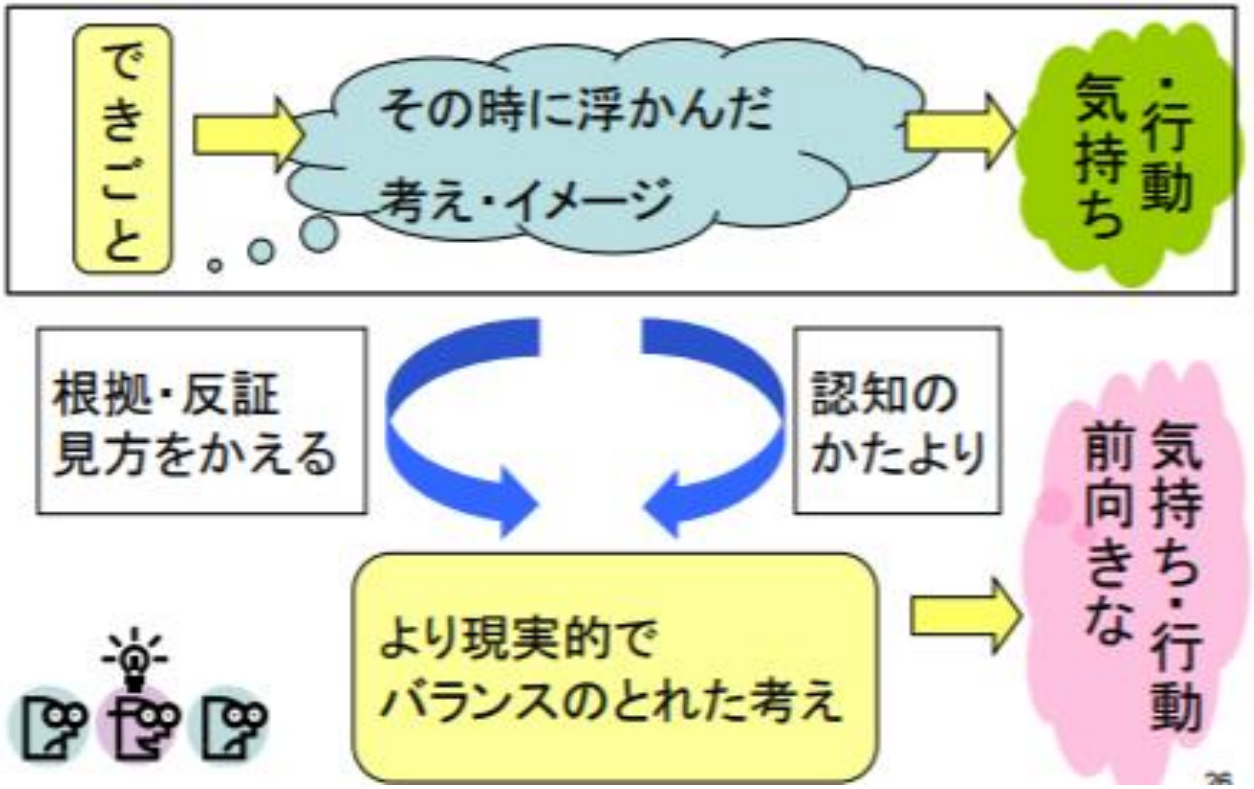
5.2.5 併存診断がある場合には、併存診断の治療ガイドラインの推奨に沿ったCBTを治療モデルに採り入れたり、別に付加して実施することを検討すべきである。

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。

認知行動療法（CBT）とは
認知・行動を修正し，症状・問題の軽減をめざす

気持ちや行動は，
「考え」（認知）に
よって影響される

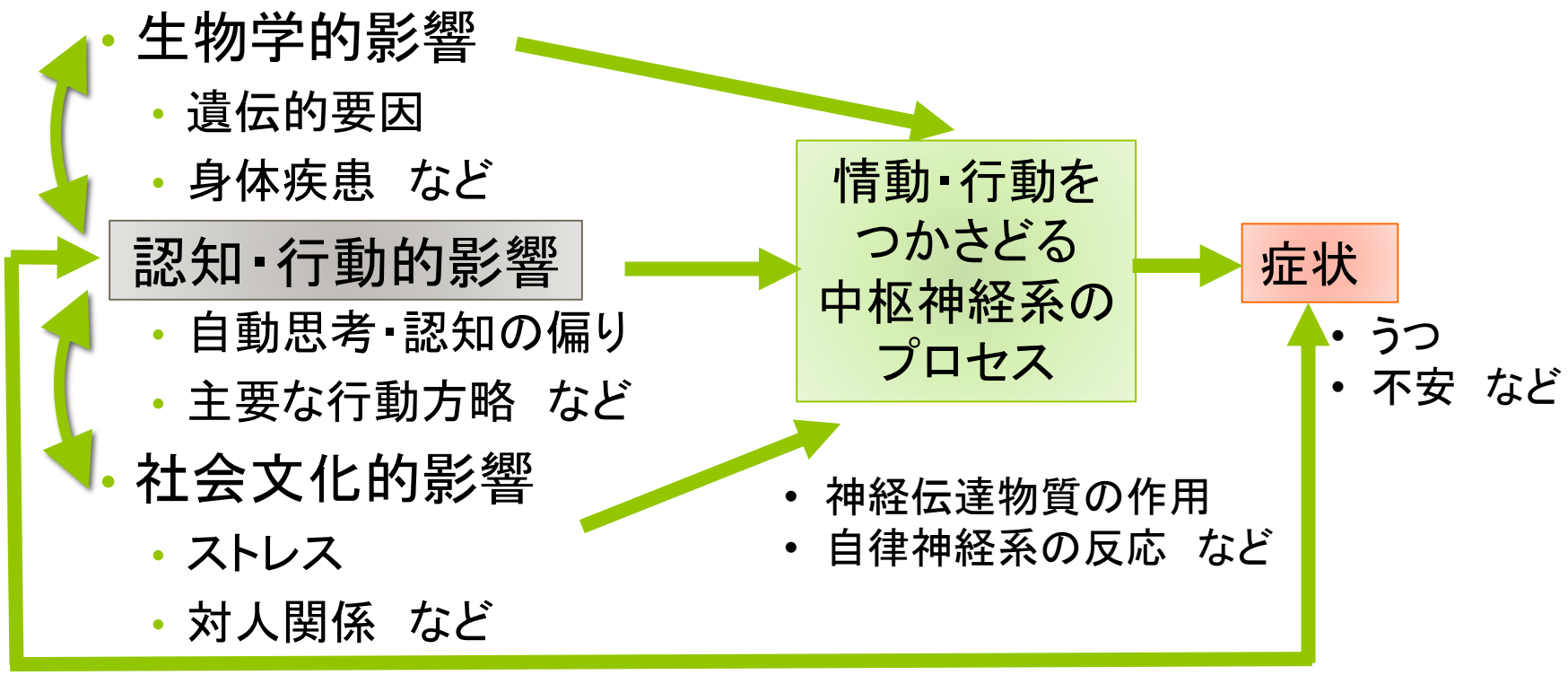
バランス思考に切
りかえる



厚労省：うつ病の認知療法・認知行動療法（患者さんのための資料）
http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/kokoro/dl/04.pdf

CBTの作用メカニズム

認知・行動ー生物ー社会モデル



Wright, 2004より
一部翻訳して引用

CBTの実施上の特徴

1. 短期間の治療である（適応疾患の診療報酬は16回まで算定）
2. 実施方法は主に2つ
   - ケース・フォーミュレーションに基づく
   - マニュアルに基づく
3. 症状や問題の発生要因よりも，維持要因（悪循環）に着目する

CBTの治療経過（16回程度）の全体像

導入期		治療プラン実施期	終結期
1～2回	3～4回	5～14回	15～16回
• 問題の査定 • CBTと疾病に関する心理教育	• 事例定式化（ケース・フォーミュレーション） • 治療プランの設定	• 治療プランの実施	• 再発予防 • まとめ

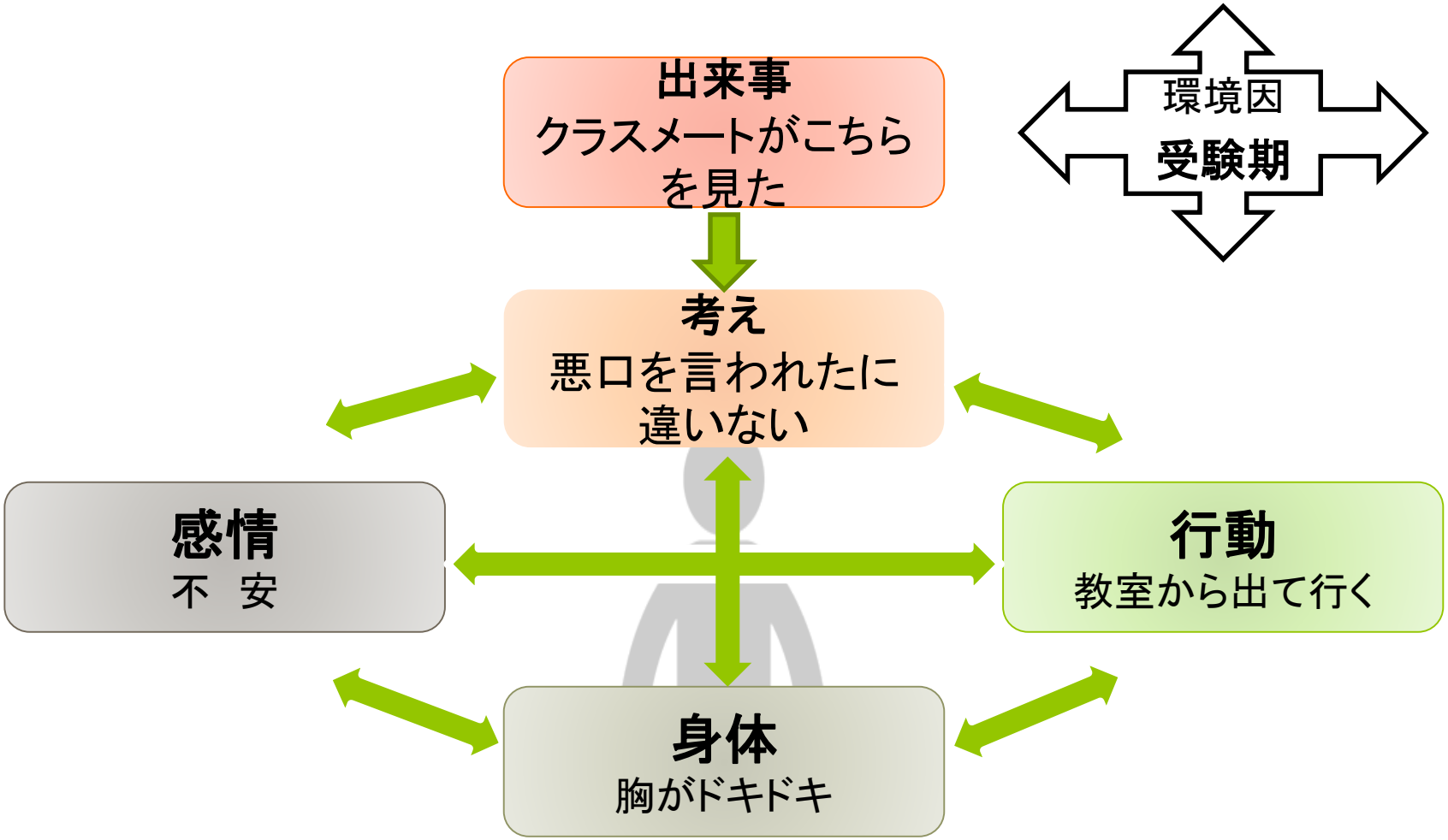
治療者側のケース・フォーミュレーション

患者名:	日付:	
診断・症状		
形成期の影響:		
状況的な問題:		
生物学的・遺伝的・医学的要因:		
長所・強み:		
治療の目標:		
出来事1	出来事2	出来事3
自動思考	自動思考	自動思考
情動	情動	情動
行動	行動	行動
スキーマ:		
作業仮説:		
治療計画		

治療者側のケース・フォーミュレーション

患者名：17歳　女子高校生		日付：20XX/Y/Z
診断・症状：うつ病，学校を休むことが増えてきた		
形成期の影響：小学校時代のいじめ		
状況的な問題：高校入学後，クラスに馴染めない，受験期に入り，同級生がピリピリし始めた		
生物学的・遺伝的・医学的要因：父親：うつ病で入院歴あり		
長所・強み：真面目，基本的に勉強は好き		
治療の目標：学校に安定して通えること		
出来事1：同級生がこちらを見た	**出来事2**：駅で人とすれ違った	**出来事3**：クラスメートが笑った
自動思考：バカにされた	**自動思考**：変な子と思われた	**自動思考**：悪口を言われた
情動：悲しい	**情動**：恥ずかしい	**情動**：悔しい
行動：教室から外へ出た	**行動**：足早に通り過ぎた	**行動**：次の日学校を休んだ
スキーマ：私は人から好かれない		
作業仮説：形成期の影響による他者への信頼感の欠如，受験のプレッシャーによる不安と抑うつの増大		
治療計画：(1) 自分の能力に対する認知の偏りの修正，(2) 得意な活動を増やす，(3) アサーション・SST		

患者と治療者が共有する ケース・フォーミュレーションの例



患者と治療者が一緒に書き込む ケース・フォーミュレーションの例

症状・問題の維持要因になっている悪循環に気づいてもらう

現実に即して考えてもらう

出来事・状況	
クラスメートがこちらを見た	
感情	考え（認知）
不安	悪口を言われたに違いない
身体	行動
胸がドキドキ	教室から出て行く
環境要因・対人関係	
受験期でピリピリしている，クラスの中で孤立している	

行動的技法の1つ＜モニタリング＆行動活性化＞
代表的ツール:「活動記録表」

各欄に活動を書き，その時の気分の程度を点数（0～100）で書き込む　【記録する気分：　不　安　】

	1/29（月）	1/30（火）	1/31（水）	2/1（木）	2/2（金）	2/3（土）	2/4（日）
07:00~	起床　100					起床　10	起床　20
08:00~	通学　100						朝食　30
09:00~	授業　80						
10:00~							
11:00~							
12:00~	昼食　100	昼食　50	昼食　100	昼食　100	昼食　100	昼食　30	昼食　40
13:00~	授業　50						
14:00~							

モニタリング → 問題の発見 → 対応策を練る

認知的技法の1つ＜認知再構成法＞

代表的ツール:「思考記録表(コラム表)」

現実に即して考えてもらう
「本当にいつもそう？」
「見落としている事実は？」

① 状況	クラスメートがこちらを見た
[illegible]	不安(90), 怖い(80)
[illegible]	悪口を言われたに違いない
[illegible]拠	Aさん達は, いつも人の悪口を言っている
⑤ 反証	少し前に, Aさん達に良い参考書を教えてあげたら, 有難うと言われた
⑥ 適応的思考 (バランスの取れた考え) 確かに④＋しかし⑤⇒⑥	確かに, Aさん達は, いつも人のことを悪く言っているが, 勉強に関しては, 私のことを頼ってくることもある。もしかしたら, 先日, 薦めてあげた参考書のことを話していたのかも知れない。
⑦ 心の変化(0～100)	不安(50), 怖い(40)

第一部　7. ARMSと心理教育

- **目　的**
  - ARMS状態にあるものとその家族が現状を正しく認識するために、知識や対処法などの正しい情報を提供することであり、そのことを通じて家族の負担軽減や本人の重症化の予防あるいは発病時に早期発見することである。
- **対象者**
  - ARMSの状態にある若年者は、陽性症状、抑うつや不安などの症状に変動があるため、心理教育に先行あるいは並行してCBTの実施が必要と思われる。
  - 同居する家族は両親が多く、自らの子供の状態に一喜一憂しすぎているため、心理的なストレスや疲弊感が大きい（情緒的な巻き込まれすぎ）。そのため、家族（両親）を対象とすることが望ましい。
  - ARMSは個別性が高いため、心理教育の対象は単家族を対象に行う方が運営しやすいが、複数家族で行うとピアカウンセリング的な効果もあるため、家族背景などに留意して柔軟に対応する。
- **効　果**
  - 家族（両親）が冷静に対処するためには、正しい知識を持つことは必須であり、心理教育は適した手法である。
  - 微弱な陽性症状は有意に改善したが、陰性症状には効果が乏しく、19歳以上に心理･社会的な機能改善の傾向が見られた報告がある。
  - 精神病未治療期間（DUP）が短縮できる可能性が高い。
  - スタッフとの交流を通じて、危機介入しやすい人間関係の構築に役立つ。
- **注意点**
  - ARMSの概念自体が、単一の疾患ではなく症状は多彩である。専門職以外の人が理解することは簡単ではない。精神疾患の負の部分を強調しすぎると、スティグマをかえって強めてしまう恐れがあるため、どのような情報を扱うかは慎重に検討する。

第一部　8. デイケア

推奨

- 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。

若者のためのデイケア 「イルボスコ」

2007年5月1日開設
対象：15～30歳までの早期精神病患者
総登録者数：247名(2017年12月31日時点)
利用期間：原則1年
平均年齢：約21.2歳（SD = 3.8）
施設規格：面積 121.37m² 定員 28人

スタッフ：常勤3名
(看護師、作業療法士、臨床心理士)
兼任1名(精神科医師)
前期研修医1名/日
非常勤講師(特別プログラム担当)
ピアスタッフ

イルボスコの概要

目的

①精神病発症危険状態から顕在発症への進展を頓挫させる早期介入

②発症間もない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

プログラムのコンセプト

認知機能トレーニングを軸とした生物学的アプローチ

認知行動療法を軸とした心理社会的アプローチ

↓

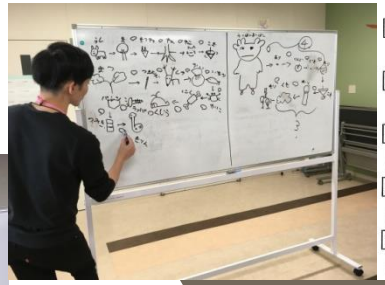
①ツールやゲームを用いた認知機能トレーニング
②ロールプレイやシートを用いた対人関係技能の習得及び向上
③疾病管理・生活支援等の心理教育
④集団体験を目的としたグループワーク

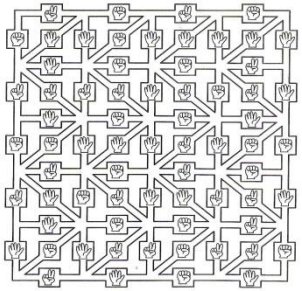
早期介入、思春期・青年期前期であることを踏まえた内容を考慮して作成し、常に見直しを行なっている

イルボスコ1週間のプログラム例

	月	火	水	木	金
午前	ボスコ MUSIC アワー♪	Bosco Cooking Studio	認知機能ゲーム	リラクゼーション	蒲田アート学院（創作）/ 野外活動
午後	メンバー講師の時間/ 就労講座	スポーツ	心理教育	問題解決技法	SCIT（社会認知ならびに対人関係のトレーニング）
終了後	認知機能ワークシート	認知機能ワークシート	認知機能ワークシート	認知機能ワークシート	認知機能ワークシート
	個人面談	個人面談	個人面談	個人面談	個人面談

プログラムの概要

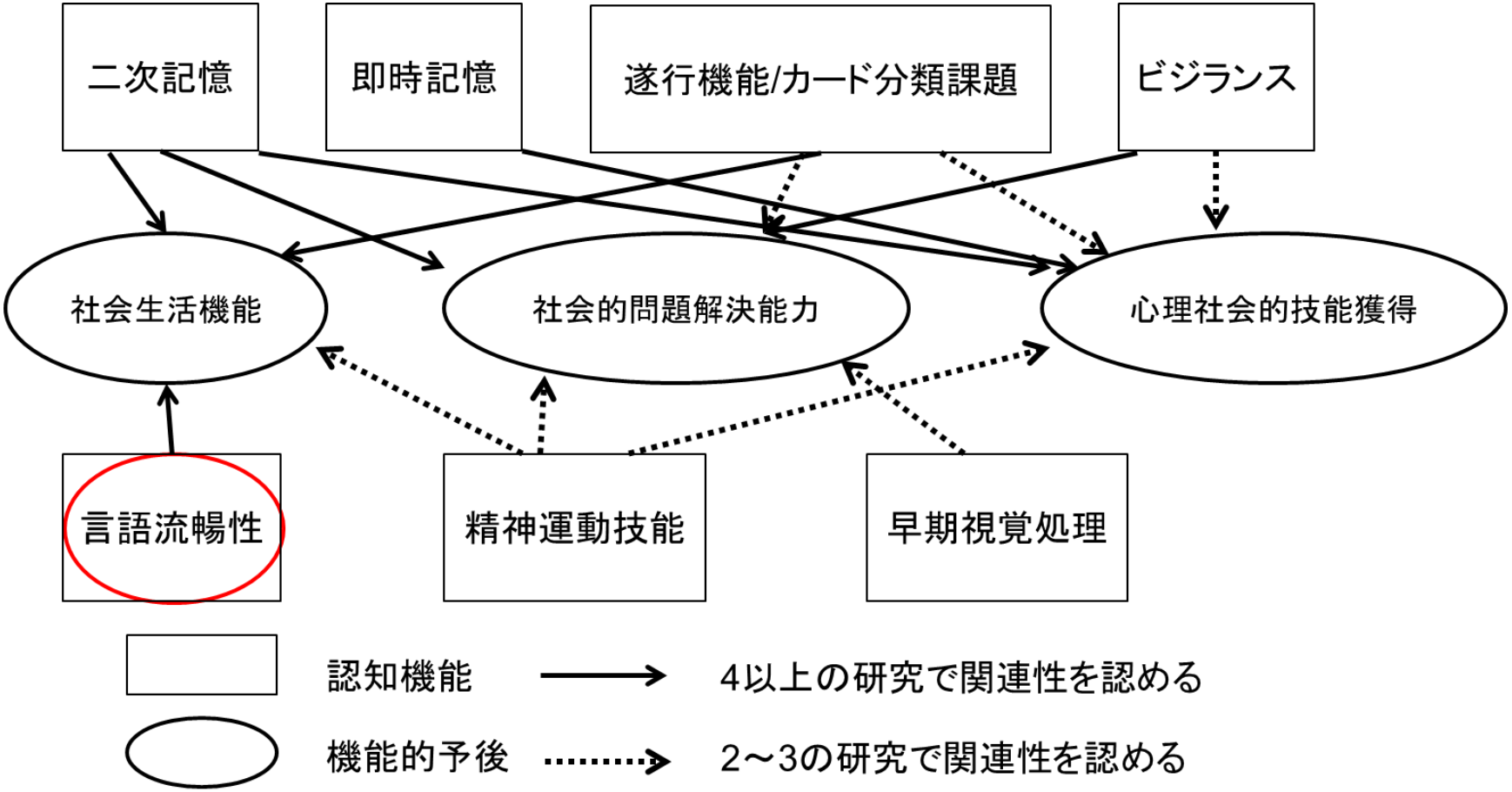




就労

②対人関係

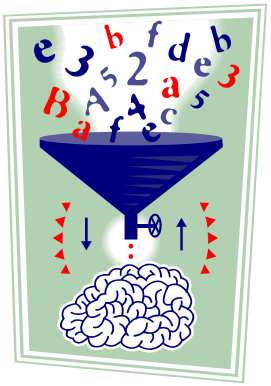
言語流暢性の障害



Green MF, Kern RS, Braff DL, et al.，Shizophr Bull, 2000（一部改変）

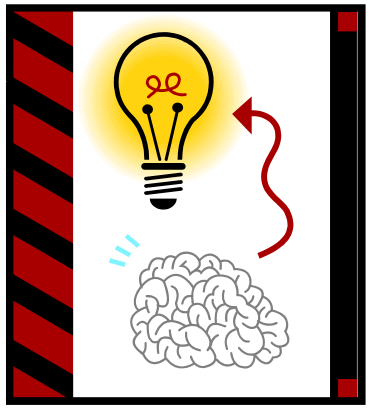
流暢性と発散的思考

- 初回エピソードの時点からverbal fluencyの障害が存在
  (Riley EM et al., 2000)
- 認知機能障害は、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し、そして顕在発症から治療臨界期にかけてさらに低下する
  (Fusar-Poli et al., 2012)
- 発散的思考(divergent thinking)の障害は社会機能障害との深い関連性がある
  (Nemoto et al. 2007)



しお　しきい　しんよう …

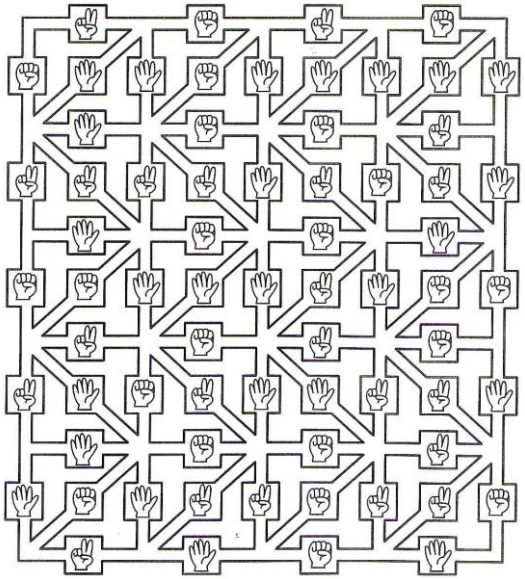
さる　うし　きつね …



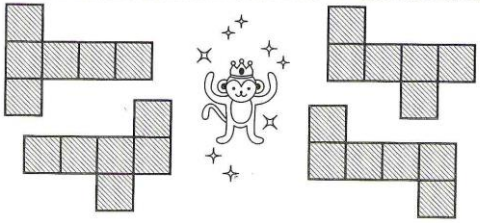
Open-ended

発散的思考のトレーニング

			DT training		Controls		ANOVA	
			Mean	SD	Mean	SD	$F(1,15)$	p
Idea Fluency Test		Baseline	4.2	2.3	4.6	4.2		
		Post	7.8	5.9	3.9	3.0	5.670	0.031
Design Fluency Test		Baseline	8.1	7.0	8.8	4.9		
		Post	8.3	7.1	7.3	4.9	0.303	0.590
Letter Fluency Test		Baseline	22.3	9.1	18.3	6.2		
		Post	24.8	11.3	22.4	6.5	0.376	0.549
Category Fluency Test		Baseline	33.2	11.0	33.3	9.6		
		Post	37.6	10.1	31.4	9.3	4.478	0.051
Digit Span		Baseline	7.4	2.8	6.6	1.6		
		Post	6.7	2.7	6.5	2.1	0.420	0.527
Trail Making Test		Baseline	155.2	68.2	155.0	30.0		
		Post	134.8	45.1	152.0	49.0	0.762	0.396
PANSS	Positive	Baseline	10.1	4.3	13.0	4.8		
		Post	9.3	3.2	12.8	4.7	0.393	0.540
	Negative	Baseline	17.3	4.2	20.6	5.2		
		Post	14.7	6.2	21.1	5.4	9.954	0.007
	General	Baseline	30.0	7.5	32.9	7.4		
		Post	25.9	8.7	33.0	8.5	10.021	0.006
SFS	Total	Baseline	108.3	20.3	124.8	32.3		
		Post	113.7	24.5	122.8	31.0	1.358	0.262
	Interpersonal	Baseline	7.0	3.5	5.9	2.2		
		Post	8.3	4.0	5.9	2.0	8.067	0.012
GAF		Baseline	61.2	10.5	62.1	10.5		
		Post	71.3	17.3	62.3	11.5	11.781	0.004

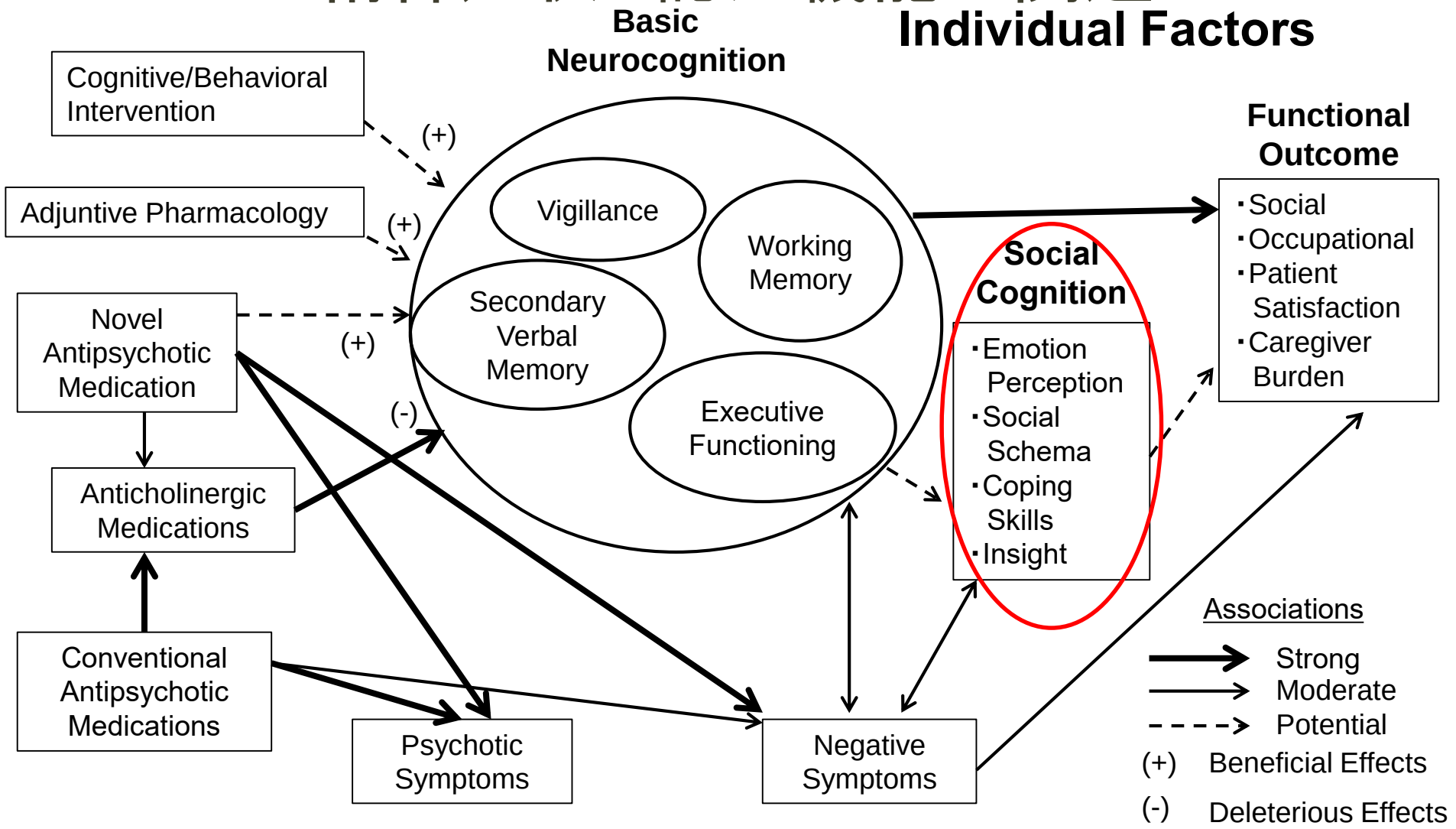


4	2	7	9	1	6	3	5	4	2	1	7
9	5	1	2	3	5	4	9	1	3	9	4
6	3	8	5	7	8	1	2	8	6	5	2
1	7	4	1	7	3	9	2	3	4	6	1
9	2	5	9	6	9	3	7	5	9	3	8
6	8	1	3	7	2	1	4	8	1	6	2
3	6	4	8	4	9	3	5	4	7	4	5
8	2	7	6	1	5	6	8	2	5	9	7



Nemoto T et al. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2009

社会的認知機能及び精神症状と認知機能の関連



Green MF, Nuechterlein KH.Schizophr Bull. 1999

社会認知ならびに対人関係のトレーニング
（Social Cognition and Interaction Training, SCIT）

- 社会認知への働きかけ
  - 表情感情の知覚
  - 原因帰属様式
  - 心の理論

- 全20セッション
  - 1セッション60～90分
  - テーマ：

    感情と社会的状況との因果関係、感情の定義づけ、他者の感情の推測、結論への飛躍、事実と推測の区別など

イルボスコでの包括的リハビリテーション

個人

社会機能（Social Functioning）

- 日常生活技能
  料理・健康管理Group
- 社会生活技能
  SST
- 疾病自己管理技能
  心理教育(CBT)
- 職業技能
  就労・就学準備Group

認知機能（Cognitive Function）

記憶・実行機能・注意・覚醒

認知機能リハビリテーション
（チャレラン・チャレンピック（レクリエーション）・認知機能ゲーム）

精神症状

閾値下精神病症状・不安・抑うつ
認知行動療法・精神療法

環境

家族
家族心理教育
エンパワーメント

社会資源
学校・職場・主治医との連携

外来

薬物療法

EPPIC（メルボルン）

http://www.eppic.org.au/

EASY （香港）

http://www3.ha.org.hk/easy/eng/index.html

Special Thanks to : Mr Craig Au-Yeung, Illustrator
Baron School of Music, Mr Victor TSE & Dr K. T. CHAN, Background Music Production

EPIP (シンガポール)
http://www.epip.org.sg/

厚生労働省

サイトマップ ｜ リンク ｜ このサイトに対するご意見

こころもメンテしよう ～若者を支えるメンタルヘルスサイト～

体がだるい、眠れない、イライラする……、こころの健康が気になるときに。

文字サイズ 標準 大 特大

サイト内検索

- ストレスとこころ
- ケースに学ぶ
- 友達のことが気になる
- 困ったときの相談先
- ダウンロードセンター

困ったときの相談先

困ったとき、誰に、どんなふうに相談すればいいの?
友達や親に相談する、また地域の相談窓口やこころを専門に診る医療機関など、様々な相談先があります。

こころの病気を予防する
こころとの上手なつきあい方

自動車をたとえに、「こころの

こころの病気のサイン
ひとりで悩まないで

様々なこころの病気に気づくた

こころの病気と向きあう
回復へのマイ・ステップ

こころの病気をかかえ、悩んだ

子ども・若者を支える方たちへ
ご家族・教職員向けサイト

こころもメンテしよう
～ご家族・教職員のみなさんへ～

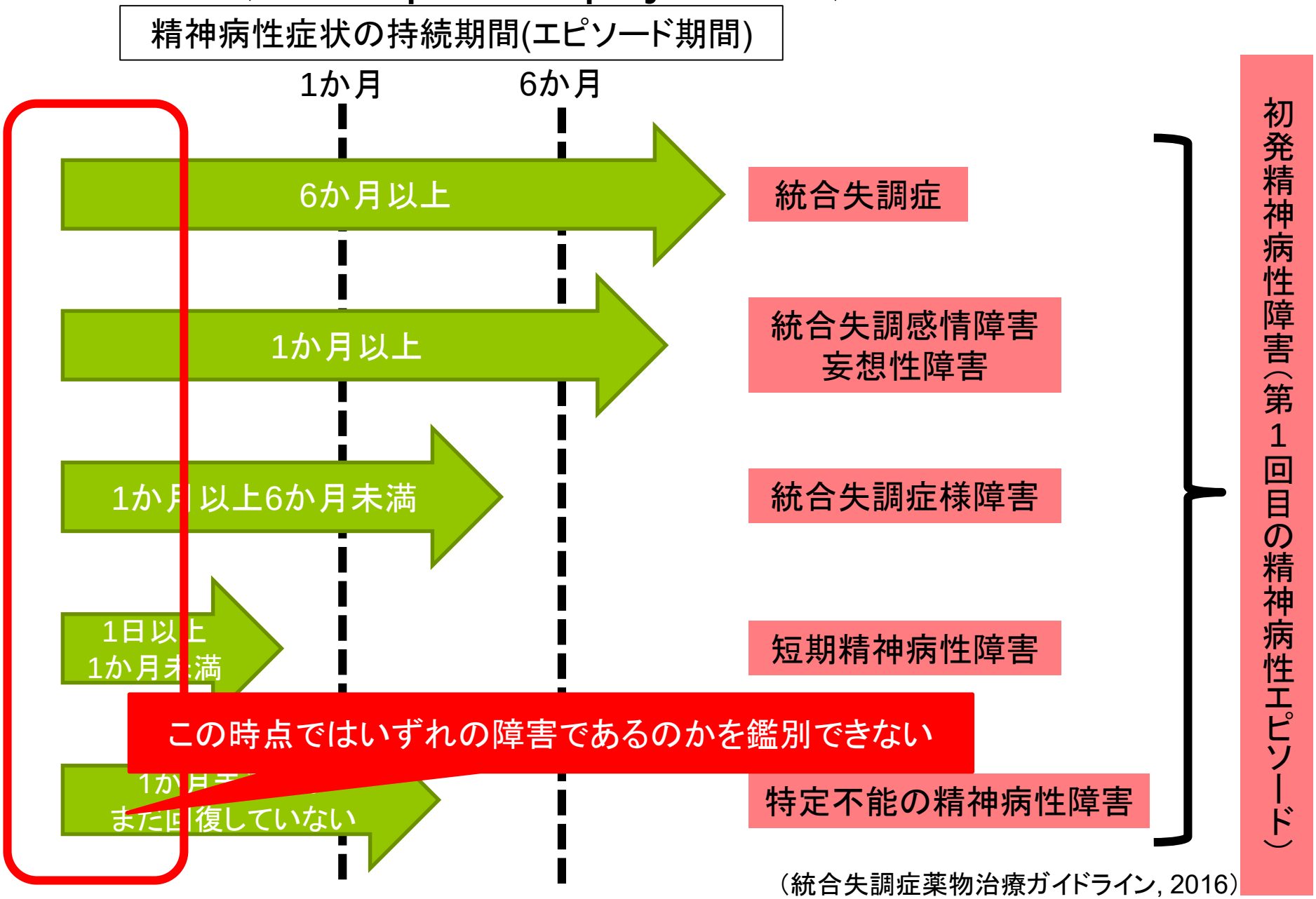
携帯電話でも、同じ内容をご覧いただけます。 こちらのQRコードを読み取り、アクセスしてください。

http://www.mhlw.go.jp/kokoro/youth/

第一部　9. FES･FEPに対する薬物療法

- ✓ 経口抗精神病薬と心理社会的療法とを組み合わせた治療が望ましく、第一選択としては第二世代抗精神病薬が推奨される。
- ✓ 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を良好にすることが重要である。
- ✓ 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。
- ✓ 持効性抗精神病薬はアドヒアランス不良例において、再発予防の観点から治療選択肢となりうるが、患者の自己決定権を十分に配慮したうえで提案すべきである。
- ✓ FEPのみを対象とした、第二世代抗精神病薬の最適な継続期間を検討したメタ解析は存在しない。
- ✓ 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。

FEP（first episode psychosis）について



（統合失調症薬物治療ガイドライン, 2016）

FEPについて

FEPの疫学的コホート

- ✓ あるFEPコホートでは、統合失調症様障害45%、統合失調症25%、双極Ⅰ型障害15%、統合失調感情障害10%、精神病症状を伴う大うつ病5%から成り立つという報告がある。

Lambert et al., 2005

- ✓ FEPに限った薬物療法に関するエビデンスは、統合失調症と比較して少ないため、ここでは必要に応じて**FES（first episode schizophrenia）に関する知見も盛り込んで論じる。**

FEPの薬物療法　はじめに

- ✓FEP･FESの治療において重要なことは、**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

FEPにおける抗精神病薬治療

- ✓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、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。

Zhang JP et al., 2013; Kumar et al., 2013;
NICE; Psychosis and Schizophrenia in adults: prevention and management

- ✓第二世代抗精神病薬間の比較に関して十分なエビデンスがないため、**順位付けはできない**。

統合失調症薬物治療ガイドライン, 2016

FEPにおける抗精神病薬治療

- ✓FEPの患者は複数回のエピソードをもつ患者に比べて、**治療反応性がより良好であり、副作用への感受性も高い**。

Lambert et al., 2003

- ✓それぞれの第二世代抗精神病薬の、FEPに対する最適な容量については、可変容量での有効性に関する試験が参考になる。

FESにおけるアドヒアランス

ORIGINAL ARTICLE

Predictors of Relapse Following Response From a First Episode of Schizophrenia or Schizoaffective Disorder

✓ 治療に反応したFESの、再発に関する研究。

Background: We examined relapse after response to a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder.

CI, 2.49-9.60]; hazard ratio for a second relapse, 4.57 [99% CI, 1.49-14.02]). Subsequent analyses controlling for antipsychotic drug use showed that patients with poor pre-

✓ FESの**5年間での再発率は80%**を超える。
✓ 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。

Results: Five years after initial recovery, the cumulative first relapse rate was 81.9% (95% confidence interval [CI], 70.6%-93.2%); the second relapse rate was 78.0% (95% CI, 46.5%-100.0%). By 4 years after recovery from a second relapse, the cumulative third relapse rate was 86.2% (95% CI, 61.5%-100.0%). Discontinuing antipsychotic drug therapy increased the risk of relapse by almost 5 times (hazard ratio for an initial relapse, 4.89 [99%

after the initial episode were not significantly related to time to relapse.

Conclusions: There is a high rate of relapse within 5 years of recovery from a first episode of schizophrenia and schizoaffective disorder. This risk is diminished by maintenance antipsychotic drug treatment.

Arch Gen Psychiatry. 1999;56:241-247

FEPにおけるアドヒアランス

Objective: To examine the hypothesis that poorer social and family support, identifiable at the onset of treatment, is associated with nonadherence in the first 6 months of treatment of patients

- ✓ FEPにおいて、**はじめの6か月間の治療中に45%がアドヒアランス不良**になった。

- ✓ アドヒアランス不良例では、ソーシャルサポートの受け入れが少ない傾向があった。

Results: Fifty-six patients (54.9%) were adherent (76% to 100% of doses taken) and 46 (45.1%) nonadherent (less than 76% of doses taken). Nonadherent patients were less likely to have received a good level of social support ($\chi^2 = 5.89$, $df = 1$, $P = 0.02$), as rated by their respective case manager, and more likely to be single (Fisher exact test, $P = 0.019$) and to have refused medication at the first offer of treatment ($\chi^2 = 19.70$, $df = 1$, $P = 0.001$). Using logistic regression, both the level of social support (OR = 3.552, $P = 0.03$) and early medication acceptance (OR = 11.092, $P < 0.001$) were significant as predictors of adherence.

Conclusion: These results suggest the significance of social and family support in achieving adherence to medications very early in the course of treatment of FEP, in addition to the influence of early acceptance or rejection of medication.

Can J Psychiatry. 2009;54(1):28–35.

FEP･FESにおけるアドヒアランス

アドヒアランス不良のリスクファクター

- ✓ 多剤併用　Lochmann et al., 2013
- ✓ 体重増加･鎮静･認知的鈍麻などの副作用　Dibonaventura et al., 2012

- ✓ 若年者　Coldham et al., 2012
- ✓ 自宅がない･不安定な住居　Abdel et al., 2012
- ✓ 患者自身の疾患の受け入れ　Abdel et al., 2012
- ✓ 家人の薬物療法に対する理解　Abdel et al., 2012

心理社会的治療との組み合わせが重要

FEP･FESにおけるアドヒアランス

SDM（shared decision making）

- ✓ **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

- ✓ 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;
International clinical practice guidelines for early psychosis. 2005

FEPにおけるアドヒアランス

SDM（shared decision making）

NICE guideline

1.3 *First episode psychosis*

1.3.4.2 ✓ 心理的介入のみを試してみたいという人には

→**まずは、抗精神病薬と併用すると効果的であるとアドバイス**

→それでもまだ心理的介入のみがよいという場合には

①家族介入とCBTを提供する。
②1ヶ月以内を目処に抗精神病薬治療を含めた治療についてもう一度じっくりと考えてもらう。
③症状とストレス、機能障害に関するモニタリングを継続する。

NICE; Psychosis and Schizophrenia in adults: prevention and management 2014

FEP･FESの治療継続期間

Maintenance treatment with antipsychotic drugs versus placebo/no treatment for schizophrenia

Patient or population: patients with schizophrenia
Settings: Inpatients and Outpatients
Intervention: Maintenance treatment with antipsychotic drugs versus placebo/no treatment

Outcomes	Illustrative comparative risks* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	No of Participants (studies)	Quality of the evidence (GRADE)	Comments
	Assumed risk	Corresponding risk				
	Control	Maintenance treatment with antipsychotic drugs versus placebo/no treatment				
Relapse: 7 to 12 months Follow-up: 7-12 months	**642 per 1000**	**263 per 1000** (218 to 315)	**RR 0.41** (0.34 to 0.49)	2669 (24 studies)	⊕⊕⊕⊕ **high**[1,2,3,4]	
failed Follow-up: 1-24 months						
Suicide Follow-up: 3-12 months	**2 per 1000**	**1 per 1000** (0 to 7)	**RR 0.34** (0.04 to 3.28)	1941 (8 studies)	⊕⊕○○ **low**[5,7,8]	
Quality of life Follow-up: 7-18 months		The mean quality of life in the intervention groups was **0.62 standard deviations lower**		527 (3 studies)	⊕⊕○○ **low**[2,5,9,10,11]	SMD -0.62 (-1.15 to -0.09)

✓抗精神病薬が、投与開始後、**半年から1年で有意な再発予防効果**を示す。

FEP･FESの治療継続期間

✓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**される。

統合失調症薬物治療ガイドライン, 2016

第一部　10. ARMS･UHRに対する薬物療法

- ✓ ARMSは精神病への必然的な移行を前提としていないため、精神病の発症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。
- ✓ 不安障害や抑うつ障害などの併存疾患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。
- ✓ 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、攻撃性や敵意、他害行為がある場合には、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、プラセボに対して有意な精神病移行率の低下が示されたRCTや、心理的介入を併用したところ有意差を認めなかったというRCTが存在する。実践的な治療法になるには、今後さらなる効果検討が必要である。

ARMSの薬物療法

抗精神病薬治療に関する報告

BMJ 2013;346:f185 doi: 10.1136/bmj.f185 (Published 18 January 2013)

RESEARCH

Early interventions to prevent psychosis: systematic review and meta-analysis

OPEN ACCESS

Megan R Stafford *systematic reviewer*[1], Hannah Jackson *research assistant*[1], Evan Mayo-Wilson

✓ 精神病発症予防のための早期介入に関するメタ解析。

BMJ

ARMSの薬物療法

Table 2| Summary of effects for transition to psychosis

Comparison	Time point (months of treatment)	No (%) of trials in analysis	No (%) of participants in analysis	Risk ratio (95% CI), random effects	Heterogeneity (I^2 (%), χ^2 (P))	Quality of evidence (GRADE)
CBT *v* supportive counseling[23-25, 28, 29]	0-6	4 (80)	591 (88)	0.62 (0.29 to 1.31)	17, 3.6 (P=0.31)	Low*‡
	6-12	5 (100)	645 (71)	0.54 (0.34 to 0.86)	0, 2.51 (P=0.64) =0.P2)	Moderate*
	12+	4 (80)	570 (85)	0.63 (0.40 to 0.99)	0, 2.50(P=0.48)	Low*‡
CBT and risperidone *v* supportive counselling[24, 30]	0-6	2 (100)	130 (100)	0.35 (0.13 to 0.95)	0, 0.59 (P=0.44)	Very low*‡§
	6-12	2 (100)	130 (100)	0.63 (0.33 to 1.21)	0, 0.25 (P=0.61)	Very low*‡§
	12+	1 (50)	41 (32)	0.59 (0.34 to 1.04)	NA	Very low*‡§
Integrated psychotherapy *v* supportive counselling[37]	6-12	1 (100)	125 (100)	0.19 (0.04 to 0.81)	NA	Very low*‡¶
	12+	1 (100)	125 (100)	0.32 (0.11 to 0.92)	NA	Very low*‡¶
Integrated psychotherapy *v* standard care[35]	6-12	1 (100)	67 (85)	0.24 (0.07 to 0.81)	NA	Low*‡
	12+	1 (100)	65 (82)	0.52 (0.26 to 1.02)	NA	Low*‡
CBT and risperidone *v* CBT and placebo[24]	0-6	1 (100)	87 (100)	1.02 (0.15 to 6.94)	NA	Very low*‡§
	6-12	1 (100)	87 (100)	1.02 (0.39 to 2.67)	NA	Very low*‡§
Olanzapine *v* placebo[27]	6-12	1 (100)	60 (100)	0.43 (0.17 to 1.08)	NA	Very low*‡§
Omega 3 fatty acids *v* placebo[26]	0-6	1 (100)	76 (94)	0.13 (0.02 to 0.95)	NA	Low*§
	6-12	1 (100)	81 (100)	0.18 (0.04 to 0.75)	NA	Low*§

✓ 発症予防および遅延に関する抗精神病薬のエビデンスはとても弱い。

ARMSの薬物療法

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3年間で36%と報告されており、偽陽性率は少ないとは言い難い。

Fusar-Poli et al., 2012

- ✓この**偽陽性例が抗精神病薬の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**。

ARMSの薬物療法

海外のガイドライン上の位置づけ

NICE guideline

1.2 *Preventing psychosis*

1.2.3 Treatment options to prevent psychosis

1.2.3.1 If a person is considered to be at increased risk of developing psychosis (as described in recommendation 1.2.1.1):

- ✓ CBT（＋家族介入）を推奨。かつ
- ✓ 不安障害、うつ、パーソナリティ障害、物質乱用に対する介入を推奨。

- ✓ **精神病ハイリスクという理由で抗精神病薬を使ってはいけない。**
- ✓ **精神病発症のリスク低減を目的に抗精神病薬を使ってはいけない。**

NICE; Psychosis and Schizophrenia in adults: prevention and management 2014

ARMSの薬物療法

海外のガイドライン上の位置づけ

European Psychiatry 30 (2015) 388–404

Contents lists available at ScienceDirect

European Psychiatry

journal homepage: http://www.europsy-journal.com

Original article

EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses

S.J. Schmidt [a], F. Schultze-Lutter [a], B.G. Schimmelmann [a], N.P. Maric [b], R.K.R. Salokangas [c], A. Riecher-Rössler [d], M. van der Gaag [e,f], A. Meneghelli [g], M. Nordentoft [h], M. Marshall [i,j], A. Morrison [k,l], A. Raballo [m,n], J. Klosterkötter [o,*], S. Ruhrmann [o]

✓ 欧州精神医学会の臨床ハイリスクに関するガイドライン。

European Psychiatry 30; 388-404, 2015

ARMSの薬物療法

海外のガイドライン上の位置づけ

4.2.4. Recommendation 4 (grade of recommendation: D)

①CBTが第一選択として提供される。

②心理的介入が無効で、症状が重症・進行性のときは、**少量の第二世代抗精神病薬**を追加すべき。これは、**心理的介入を行うために必要な症状的安定を得ることを主目的とする**。

③したがって、精神病発症予防を目的とした長期間の投与は推奨しない。

European Psychiatry 30; 388-404, 2015

ARMSの薬物療法

抗精神病薬投与が推奨される場合

- ✓ 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**がある場合に低用量の抗精神病薬の投与が考慮される。

Australian Clinical Guidelines for early psychosis Second edition;
International clinical practice guidelines for early psychosis. 2005

ARMSの薬物療法

その他の薬物療法

Schizophrenia Bulletin vol. 40 no. 1 pp. 120–131, 2014
doi:10.1093/schbul/sbs136
Advance Access publication November 22, 2012

Comorbid Depressive and Anxiety Disorders in 509 Individuals With an At-Risk Mental State: Impact on Psychopathology and Transition to Psychosis

Paolo Fusar-Poli*[,1], Barnaby Nelson[2], Lucia Valmaggia[1], Alison R. Yung[2,3], and Philip K. McGuire[1,3]

✓ARMSの併存疾患やそれに関する予後について検討した研究

Schizophrenia Bulletin 40 (1); 120-131, 2014

ARMSの薬物療法

その他の薬物療法

Table 1. Baseline Demographic and Clinical Characteristics of the ARMS Sample (n = 509)

Variable	Level	Median (25th–75th percentiles) or Number (%)
Age	Years	20 (17.7–23.7)
Gender	Males	257 (49.7)
	Females	256 (50.3)
ARMS subgroup	APS	360 (70.7)
	BLIP	29 (5.7)
	GRD	28 (5.5)
	Mixed	92 (18.1)
Comorbidities	None	134 (26.3)
	Anxiety	39 (7.7)
	Depression	134 (26.3)
	Depression and anxiety	71 (13.9)
	Others	131 (25.7)
GAF		58 (50.3–64)
CAARMS		
Unusual thought content	Severity	3 (3–5)

✓ ARMSの約40%はうつ病圏の、15%は不安障害圏の診断基準を満たした。

Note: ARMS, At-Risk Mental State; CAARMS, Comprehensive Assessment of the At-Risk Mental State; GAF, Global Assessment of Functioning; APS, Attenuated Psychosis Syndrome; BLIP, Brief Limited Intermittent Psychotic episode; GRD, Genetic Risk and Deterioration syndrome; Mixed, a mixture of the above subgroups.

Schizophrenia Bulletin 40 (1); 120-131, 2014

ARMSの薬物療法

その他の薬物療法

Can Antidepressants Be Used to Treat the Schizophrenia Prodrome? Results of a Prospective, Naturalistic Treatment Study of Adolescents

Barbara A. Cornblatt, Ph.D., M.B.A.;
Todd Lencz, Ph.D.; Christopher W. Smith, Ph.D.; Ruth Olsen, B.S.;
Andrea M. Auther, Ph.D.; Emilie Nakayama, Ph.D.; Martin L. Lesser, Ph.D.;
Julia Y. Tai, M.S.; Manoj R. Shah, M.D.; Carmel A. Foley, M.D.;
John M. Kane, M.D.; and Christoph U. Correll, M.D.

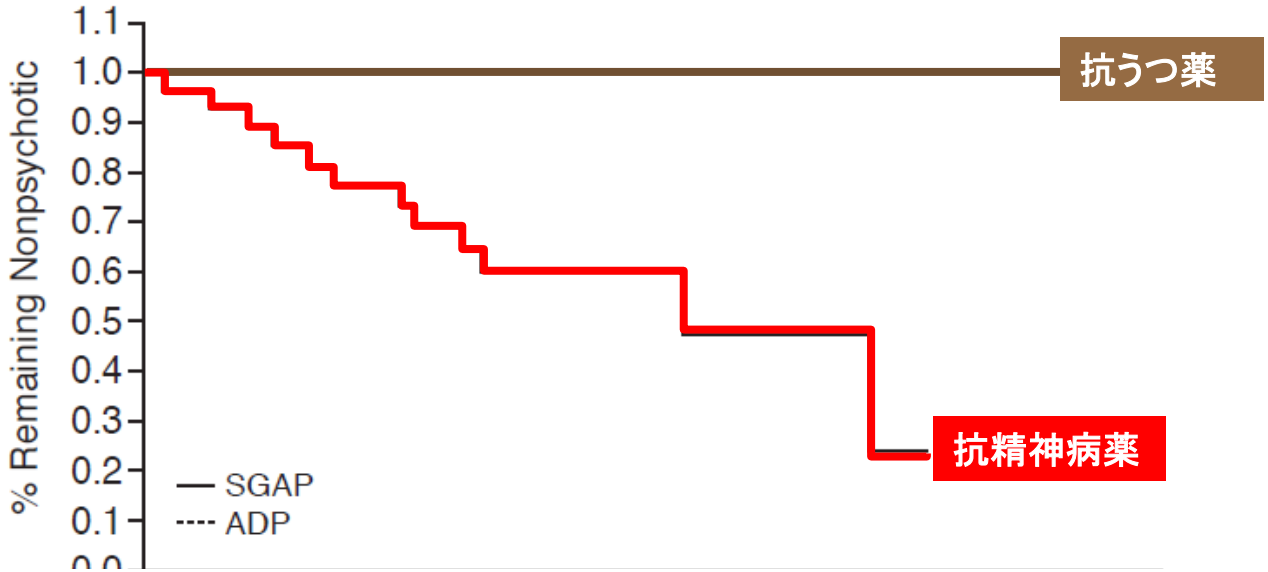
✓ARMSの自然治療経過を追った報告。

J Clin Psychiatry. 68; 546-557, 2007

ARMSの薬物療法

その他の薬物療法

Figure 2. Time to Conversion to Psychosis as a Function of Medication Group[a]



✓ 6か月間で、抗精神病薬を投与された患者では12/28人が発症したが、抗うつ薬を投与された患者20人で発症した者はいなかった。

J Clin Psychiatry. 68; 546-557, 2007

ARMSの薬物療法

その他の薬物療法

Table 4. Adherence as a Function of Medication and Outcome

A. Adherence × Medication

Medication Subgroup	Adherent, N	Nonadherent, N[a]	Log-rank Test
ADP 抗うつ薬	16	4	$\chi^2 = 7.86$
SGAP 抗精神病薬	11	17	$p = .005$

✓ アドヒアランス不良例の数は、抗精神病薬を投与された群で有意に大きかった。

C. Medication × Outcome

Outcome	ADP, N	SGAP, N	Log-rank Test
Improved/stabilized	20	16	$\chi^2 = 7.36$
Converted to psychosis[b]	0	12	$p = .007$

[a]Nonadherent: off medication for 4 weeks or longer.
[b]Converted to psychosis: requires a minimum score of 6 on any of the 5 positive symptoms.
Abbreviations: ADP = antidepressant medication subgroup, SGAP = second-generation antipsychotic medication subgroup.

J Clin Psychiatry. 68; 546-557, 2007

ARMSの薬物療法

その他の薬物療法

- ✓ 不安障害や抑うつ障害などの**併存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

- ✓ 一方で、若年者に対する抗うつ薬使用に関しては、自殺既遂の増加などの観点から慎重に行うべきであり、その点については個別のガイドラインを参照されたい。

Gibbons et al,. 2007
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

実践編　6. 学校教育への取り組み

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

1-1 高等学校におけるメンタルヘルスの状況

- 近年社会環境や生活習慣の変化とともに多様化、深刻化し、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問題となる一方で、多くはメンタルヘルスの問題が関与しており、医療機関との連携を要する事例も多い。
- 「心の健康に関する状況」平成23年度調査では、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。

1-2 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」は多様化に伴い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ている。平成20年学校保健法の一部改正がなされ、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。
- 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である。

実践編　6. 学校教育への取り組み

2 本邦における医療と教育との連携に向けた取り組みの現状

2-1 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。
- 内容としては、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う。心理教育のテーマは、「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い、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。

2-2 医療機関と教育機関の連携促進への取り組みの一例

- 教育機関への取り組みとしては、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。
- 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した普及啓発活動、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あげている。

実践編　6. 学校教育への取り組み

2 本邦における医療と教育との連携に向けた取り組みの現状

2-3 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

- 生徒への取り組みとして、阪中らが行っている中学校、高等学校生徒向け自殺予防プログラム（「いのちの授業」）がある。
- 「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、総合的な学習の時間等を用いて、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。

2-4 生徒への精神疾患教育の現状

- 中根らは、1950年から2002年に中学・高等学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た。
- 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ものの、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うることが否定できないことを考察している。

実践編　6. 学校教育への取り組み

3 医療機関と教育機関の連携方法

- 対応に当たっては、学校のみで解決するのは困難であり、地域の関係機関等との連携など組織的な対応を行うことが推奨される。

3-1 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

- 生徒の問題の把握に当たっては、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。
- 校内組織を組織し、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し、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。

3-1-1 生徒本人との面接の際に配慮すべきこと

- 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し、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関わり方をするよう心がける。

3-1-2 生徒本人との面接・対応の実際

- 生徒本人の表情、態度、話し方をよく観察する。

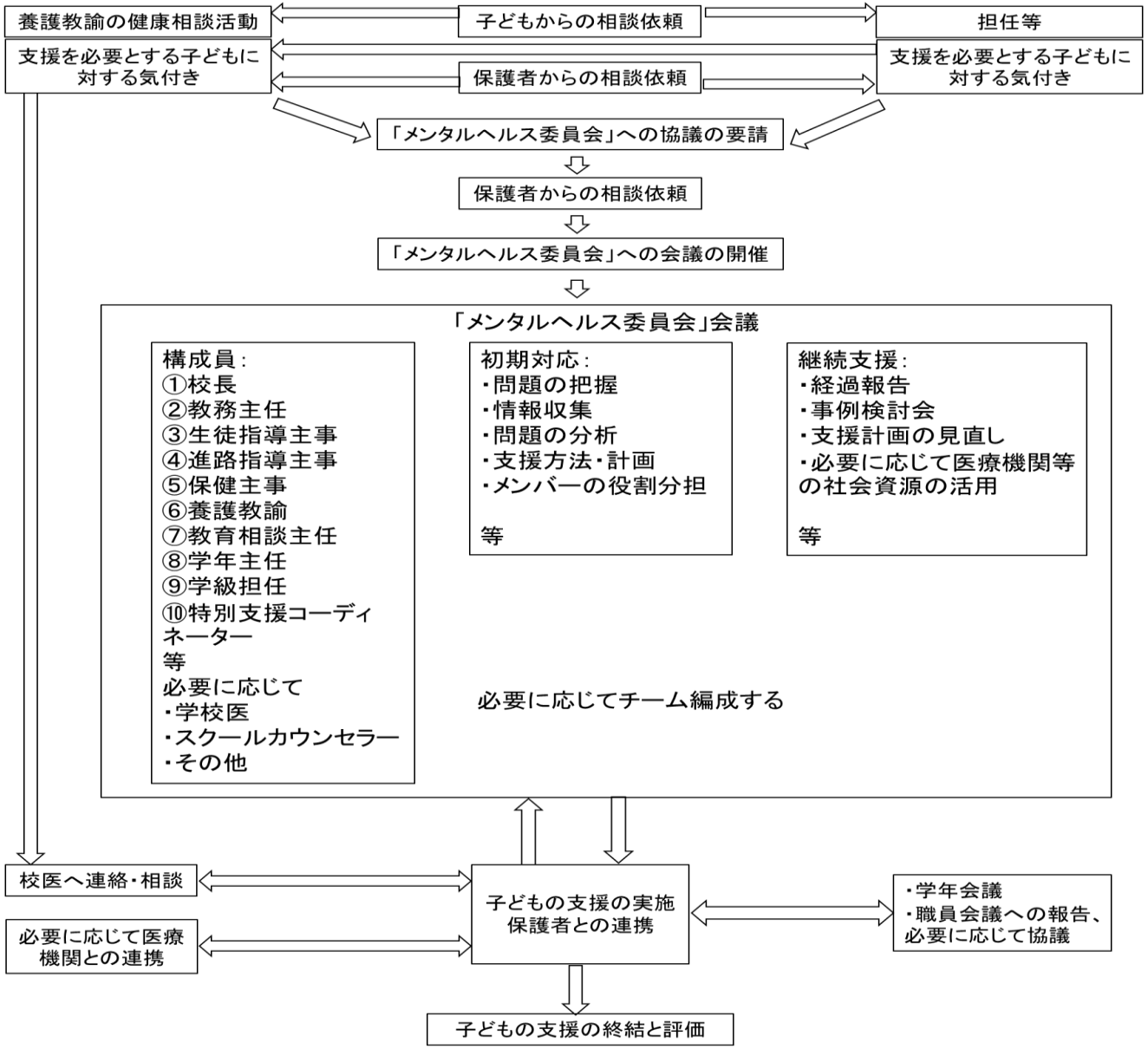
3-1-3 生徒本人より聴取すべき内容

- 相談の主訴とその経緯、学校・家庭での生活状況、友人関係、現状への生徒自身の理解、他者への相談状況など。

3-1-4 関係者（担任教師など）より収集すべき情報

- 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、友人関係、学業成績など。

実践編　6. 学校教育への取り組み



実践編　6. 学校教育への取り組み

3-2 保護者へ生徒の状態を伝える手順

3-2-1 配慮すべきこと

- 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、希望につながる内容を伝えるように心がける。

3-2-2 実際の方法

- 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。

3-2-3 保護者より聴取すべき内容

- 家庭での様子、本人の健康状況、これまでの学校生活上・家庭生活・生育史上のエピソード、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）など。

3-3 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。
- 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本人自身に説明する必要がある。
- 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。
- 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。

実践編　6. 学校教育への取り組み

3-4 困難ケースへの対応について

3-4-1 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。
- 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に働きかけることも考慮する。

3-4-2 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。

3-4-3 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。

3-4-4 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。

3-4-5 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。

ご静聴ありがとうございました