

## ARMS:日常臨床適用への課題 専門外来の立場から

桂 雅宏

キーワード: 1. ARMS 2. 精神病 3. 早期介入 4. 専門外来 5. 日本

Key words: 1. ARMS 2. psychosis 3. early intervention 4. specialized clinic 5. Japan

## 抄 録

アットリスク精神状態 (At-Risk Mental State: ARMS) の概念が、精神病性疾患の発症予測や予防に役立つことが示されてから久しく時が経つ。しかし、専門外来で診療を行う立場からは、先行研究の知見や専門外来で得られたノウハウが日常臨床の現場には十分活かされていないと感じられる。

その理由は、ARMS の概念や診断、診療指針等の知識が十分に普及していないことと、ARMS に対する理想的な診療の実践が難しいこととに大別できるかもしれない。前者は、ARMS が看過される、逆に症状が過大評価され、過剰な治療が施される、精神病以外の併存症や機能障害への対応が疎かになるなどの問題につながっていく。後者には、診療時間が限られ薬物療法偏重となり易いこと、適切な診断を行うのが難しいこと、認知行動療法を行う治療者や体制が準備できないことなどの問題が含まれる。

これらの課題を解決するために、ARMS の臨床研究や専門診療に携わる者は、自らが診療を行うのに留まらず、より明確な形で ARMS の実例や診療指針を呈示する、敷居の低いコンサルト体制を整える、診断・治療技術向上のための訓練の機会を提供するなど、ARMS を普及していくための試みが求められる。一方、一般診療の現場では、ARMS と精神病の診療方針の違いよく認識した上で、縦断的にも横断的にも多様性をもつ ARMS に柔軟に対応する姿勢を保ち、心理社会療法を中心に据えた治療を多職種で提供すること、日常臨床に取り入れられる工夫から重ねていくことが大切である。

## 1. はじめに

豪州から発信されたアットリスク精神状態 (At-Risk Mental State: ARMS) の概念は、過去 20 年弱の間に欧米を皮切りに世界各国に広まり、臨床・生物学的研究によってその意義が確かめられてきた。その間に本邦でも、主に大学病院を基点とした幾つかの専門外来が設立され、一般臨床家の間でも

本論文の内容は第19回日本精神保健・予防学会学術集会でシンポジウム8 (2015年12月13日、仙台国際センター)にて発表したものを中心にまとめた。

Application of At-Risk Mental State (ARMS) to clinical practice: from the perspective of a Japanese specialized clinic

KATSURA Masahiro

東北大学病院精神科、Department of Psychiatry, Tohoku University Hospital

ARMSの知名度は高まっていった。

一般人口における統合失調症の生涯有病率は0.7-1%であり、また精神病状態を呈する者は約3%であると言われているが (Perala et al., 2007)、その多くは病状を進展させる過程で、一過性にARMSと診断可能な段階を通過しているとされる。また、直ちに臨床的関与を行うべき状態ではないことには留意する必要があるが、中学生を対象とした本邦の疫学調査では、ごく軽微な症状を含む何らかの精神病様症状体験 (Psychotic-Like Experiences : PLEs) を経験している者は15.2%にも上ったという (Nishida et al., 2008)。それらの事実から、弱い精神病症状を呈した若者と臨床の中で出会うことは、臨床家にとっては日常的なことであると言って差し支えないだろう。しかしながら、ARMSについての国内向け情報の入手が容易となった現在でも、それが日常臨床に適切な形で還元されるには至っていないと感じられる。そこで本稿では、これまでに得られた知見と、専門外来での著者の経験とを元に、一般的な臨床現場でARMSを役立てるに当たっての課題を整理したい。

尚、現時点で、ARMSは一般的な臨床現場に定着した概念ではなく、診断や治療を適切に行うためには、通常の精神医学的な素養に加えて、ARMSに関する一定の専門的知識や診療経験を有することが求められている。そのためここでは、専門外来等での診療経験を有し、研究上の知見に精通した医療者を「専門家」と呼ぶものとする。

## 2. ARMSの主要な臨床的性質と診療指針

はじめに、この問題を論ずるにあたって必要なARMSの臨床的性質や診療指針を概観しておく。ARMSの定義や診断基準 (Yung et al., 1996; 水野ら, 2015)、各国の診療指針の詳細 (桂ら, 2016) については割愛する。

ARMSには幾つかの診断基準が存在するが、日常臨床で最も頻繁に遭遇し、ARMSと診断される者の多くが満たすのは、弱い精神病症状が一定期間持続する減弱精神病症候群 (Attenuated Psychosis Syndrome : APS) 基準である。ARMSは将来的な精神病 (本稿では、現実検討能力を失うほどの陽性症状の存在で規定される精神病状態を一定期間呈したものを「精神病」と称する。ここには統合失調症も含まれる) の発症を予測するための概念であるが、経過中、実際に精神病を顕在発症する者は3年で約3分の1であり、残る3分の2は発症しない (Fusar-Poli et al., 2012)。一方で、精神病に移行しないARMSのうちAPSが持続するのは約半数であり、残る半数ではAPSは消失していく (Simon et al., 2013)。

精神病の顕在発症までに要する期間には個人差があり、約半数がインテイクから8ヶ月未満である一方で (Kempton et al., 2015)、10年以上を要する者もいる (Nelson et al., 2013)。精神病発症の臨床的な予測因子に関して一貫した研究結果は得られていないが、短期間欠型精神病症状 (Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms: BLIPS) 基準を満たした者で精神病移行率が有意に高いことや (Fusar-Poli et al., 2016)、低年齢の事例では移行率が有意に低いことなどが分かっている (Schultze-Lutter et al., 2015)。

ARMSで問題となるのは、必ずしも精神病症状だけであるとは限らない。ARMSでは非精神病性の精神疾患を併存する場合が多く、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す (Fusar-Poli et al., 2014a)。またARMSでは、精神病症状は弱くとも、社会機能は相当に低下し、QOLの低下は精神病に匹敵することも知られている (Fusar-Poli et al., 2015)。

治療法は、事例の重症度や個別性に応じて選択することが推奨されている (National Institute for

Health and Care Excellence (NICE), 2014)。症状の程度によっては直ちに薬物療法を開始する必要はなく、生活上の問題解決や経過観察が重要かつ十分効果的な事例は多い。その中で、メタ解析レベルでは、認知行動療法 (Cognitive Behavioral Therapy : CBT) や薬物療法などの特異的な治療が、1年後の精神病移行率を約半分に、2年～4年後の移行率を約3分の2に低減させることが示されている (van der Gaag et al., 2013)。各国の治療ガイドラインでは、CBTを含む心理社会療法を治療の中心に据えるべきとし、抗精神病薬は治療の第一選択ではないとするのが標準的である (NICE, 2014; Schmidt et al. 2015)。抗精神病薬を使用するのは、精神病症状の急性増悪や自殺企図の危険に対して危機介入を要する時や、心理的介入を行う素地として精神状態の安定を得ることが必要な時とされる。

構造的な家族療法が患者自身の精神症状を有意に改善させたという報告がある (Miklowitz et al., 2014)。精神疾患の予後に悪影響を及ぼす家族の批判的な感情表出は、ARMSから精神病的発症早期までの間に、患者の症状や家族の抑うつと関連しながら発展していくことが示唆されているが (Hamaie et al., 2016)、家族療法には、家族自体への支援と家族を介した患者本人への支援の両面から、ARMSの経過を改善する効果が期待される。

このように、ARMSはあくまで将来の精神病発症を確率的に予測するに留まる概念である。縦断経過や横断的性質は実に多彩であり、優先的に扱うべき問題は事例により異なってくる。そのため、典型的な精神病が軽症化しただけの病態としてARMSを扱い、統合失調症など精神病に対する一般的なガイドラインをARMSに対してもそのまま当てはめるのは不適切であるという点が強調される。

### 3. 東北大学病院SAFEクリニックにおけるARMSの実態

本邦のARMS専門外来で行われている臨床研究でも、欧米の先行研究と類似した結果が示されている。ここでは、東北大学病院精神科内の専門外来であるSAFE (Sendai At-risk mental state and First Episode) クリニックでの研究結果を紹介する (Katsura et al., 2014)。SAFEクリニックでは、2012年までに106名 (平均年齢20.0歳、男性：女性 = 39：67) がARMSとしてインテイクされ、ニーズに応じた専門治療を受けながら追跡された。

本邦の専門外来は、欧米諸国とは受診経路が異なるのが特徴である。欧米諸国では家庭医やアウトリーチ・チームからの紹介が専門外来への主要な受診経路であるのに対して、患者が自由に受診先を選択できる本邦では、患者はまず精神科医・心療内科医などの専門家を受診し、そこから専門外来に紹介されることが多い。本研究では、106名のうち85.8%に精神科等での治療歴があり、専門外来への紹介元の67.9%は精神科医療機関であった。過去に複数の精神科医療機関を受診したことのある事例は42.4%に上り、症状や経過が複雑な事例や、転医や通院中断を繰り返してきた事例が多く含まれていることが窺われた。精神科医療機関から紹介されてきた72例のARMSのうち42.3%は既に精神病と診断され、40.3%には抗精神病薬が処方されていた。

このような背景をもった106名の精神病移行率は、6ヶ月で8.7%、12ヶ月で11.5%、24ヶ月で15.8%、30ヶ月で17.5%であった。本研究が治療介入下での追跡であったこと、近年諸外国から報告される精神病移行率が低下傾向にあることを加味すると (Fusar-Poli et al., 2012a)、本外来の精神病移行率は欧米の先行研究と同程度であったと解釈できそうである。

また、インテイク時のGAF (Global Assessment of Functioning : 機能の全体的評定) の症状得点、機能得点はそれぞれ52.1、49.9と「重篤な症状」、「深刻な機能の障害」に相当し、BDI (Beck Depression Inventory : ベック抑うつ質問票) 得点は31.9と「重度抑うつ」に該当した。また92.5%は、インテイク

時に何らかの併存疾患の診断を受けており、気分障害よりも不安障害、中でも社交不安障害と診断される者が多いことが特徴的であった。このように本外来でも、ARMSの若者はAPSだけではなく、機能低下や併存疾患にも苦しんでいることが確認された。

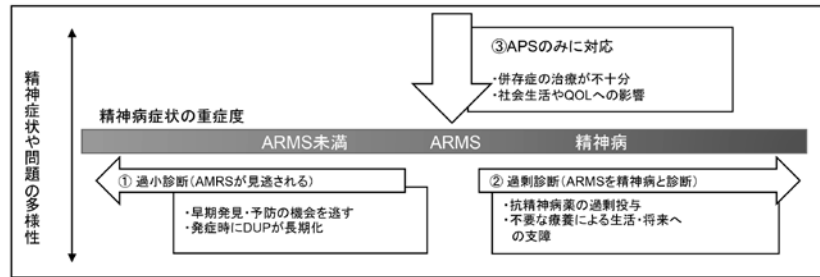
#### 4. ARMSを日常臨床に適用することの是非

既に精神病を発症した者の前駆期の症状を振り返って記述する試みはこれまでも繰り返されてきたが、それらとは異なりARMSには、精神病の発症を前方視的に予測するためのリスク診断であるという特徴がある。必ずしも精神病には発展しないリスク診断としてARMSを規定することで、微細な症状を呈してはいるが、その後の経過は様々な事例を診る実臨床と同じ視点に立った考え方が可能となる。そして、APSを呈する者の性質や予後を、定量的・統計的に明らかにできるという利点がある。したがって、必ずしもARMSの概念に立脚して日常臨床を行うべきであるとは言えないが、ARMS研究から得られてきた知見に通じることで、日常臨床に利益をもたらすことができる。

ARMSを日常臨床に適用することの是非に関しては、国際的にも議論が活発に行われてきた経緯があり (Carpenter et al., 2011; Fusar-Poli et al., 2012b)、本邦でARMSの日常臨床適用を進める場合にも、もちろん細心の注意を払う必要がある。そこでここからは、そうした議論を踏まえながら、諸外国や本邦で行われてきた研究の成果と、専門外来での著者自身の経験とに基づき、本邦においてARMSを日常臨床に適用していくにあたっての課題を整理していきたい。課題は1) ARMSに関する知識が十分に、或いは正しく普及していないことに関連したものと、2) ARMSを十分に理解していても、理想的な診療を実践することが困難であるというものとに大別すると、考え易いのではないだろうか。それらを整理した上で、ARMSの普及のために専門家が取り組むべき対策と、一般的な臨床家が日常臨床の現場で活用できる工夫を提案してみたい。

#### 5. 課題1: ARMSに関する知識の普及が不十分である

冒頭で述べたように、ARMSの主要な性質が明らかになり、診療指針がコンセンサスを得つつある現在においても、非専門家にとってはそれが手近に利用可能なものとして親しまれてはいないように筆者には感じられる。臨床現場では、ARMSの概念が完全に見過ごされていることもあれば、ARMSが具体的にはどの程度の状態を指すのか、戸惑いをもって受けとめられていることもある。ARMSに対する最も一般的な認識は、ARMSとは精神病発症の危険がとても高まった状態であり、程度は軽度でも統合失調症と類似したもの、というものかもしれない。したがって多くの臨床家にとっては、ARMSは必ずしも精神病に移行せず、異種性に富んだ状態であり、精神病に対する診療指針をARMSにそのまま適用することはできない、という考え方は、意外に感じられるかもしれない。ARMSへの理解が不十分・不適切であった場合、ARMSに対する過小・過剰診断がなされたり、多様性に対応した治療ができなかったりすることがある(図)。



ARMS = At-Risk Mental State (アットリスク精神状態)  
 APS = Attenuated Psychosis Syndrome (減弱精神病症候群)  
 DUP = Duration of Untreated Psychosis (精神病未治療期間)

図 ARMSに関する知識の普及が不十分であることにより生じる問題

ARMSが過小診断により看過されてしまう場合、APSを呈した若者がせっかく診察室を訪れたとしても、早期発見の機会を逸することになる。そして、有効とされる治療を受けられないことで、将来精神病を顕在発症するリスクが上昇することになる。また、仮にARMSの段階で受診したとしても、治療や経過観察につながらなかったケースでは、精神病を発症した際に対応が遅れ、精神病未治療期間(Duration of Untreated Psychosis : DUP)が長期化してしまうおそれがある。

ARMSが過剰に重く診断される場合、幻覚や妄想などの陽性症状やその徴候が認められた時点で、強度や頻度が勘案されることなく、ARMSに対しても精神病や統合失調症という画一的な診断が下されてしまう。ここで問題となるのは、弱い精神病症状を呈している者に対しても、重篤な精神病に対するのと同様の治療が実施される場合であろう。たとえそれが、目の前の患者の苦痛を軽減しようとする意図に基づくものであったとしても、その事例が重症化、慢性化することを前提として、例外なく抗精神病薬を中心とした治療を行ったり、本来は不要なはずの長期の療養を勧めたりすることで、若者の生活や将来に支障を来したのでは、早期介入はかえって弊害を及ぼすことになりかねない。実際に、専門外来を受診した事例の中には、こうした過剰診断や抗精神病薬の過剰投与が行われていた事例が頻繁に含まれる。同様の懸念は、一般精神科医を対象に行われた本邦の調査結果でも既に指摘されている(辻野ら, 2010)。この調査では、ARMSを想定した仮想事例を呈示された精神科医の92%がこれを精神病と診断し、99%が抗精神病薬治療を選択している。

一般の臨床家にとって、ARMSの概念や性質は多少難解かもしれない。ARMSは本来、精神病の早期発見・介入を目的に生み出された概念ではあるが、操作的な診断基準に記されたような統合失調症の典型症状をイメージして、精神病症状の軸だけで端的にARMSを理解しようとすると、ARMSのもつ多様性には対応できない。ARMSの診療において最優先すべき問題はAPSであるとは限らず、併存症や、学校や家庭、社会生活上の困難やQOLの低下などであることも多い。APSだけに目を奪われることなく、その時々で支援の標的を見定めていくことが、ARMSの最適な支援には不可欠である(Schmidt et al., 2015)。

6. 課題2: ARMSを理解しても理想的な診療の実践は難しい(表1)

たとえ、ARMSの概念や診療指針を十分理解したとしても、それを実臨床に満足に反映することができているのは、世界でも一部の専門機関だけに過ぎない。ここでは、ARMSを実臨床に活かすことが困難であると考えられる理由を列挙する。

---

① 診断、治療に求められる十分な時間の確保が困難
1. 本邦の医療現場が多忙である。
2. 主治医がコーディネーターとして、複数の役割をこなす必要がある。
3. 薬物療法偏重に陥る危険性がある。
② ARMSの診断が困難
1. 非専門的環境では、診断の信頼性が保てない。
2. 非専門家による診断では、精神病に移行しない偽陽性例が増加する。
③ CBTを施行する治療者の確保が困難
1. 本邦では、そもそもCBTが普及の途上。
2. ARMSに対するCBTは、様々な疾患に対するCBTを駆使する応用的なCBTである。
④ 従来型の社会資源が使いづらい
1. ARMSの若者は早急に元の社会適応水準に戻すことを求める。
2. 就労や就学を直接的に支援する社会資源が必要である。
⑤ 重厚な診療が診療報酬に反映されない
1. ARMSの診療には時間とマンパワーが必要である。
2. 現時点で、通常診療と同等の保険点数しか期待できない。

---

ARMS = At-Risk Mental State (アットリスク精神状態)  
 CBT = Cognitive Behavioral Therapy (認知行動療法)

表1 日常的な臨床現場でARMSの診療を行う場合の困難

## 1) 十分な診療時間の確保が困難である

ARMSの診療では、十分な時間を確保した上で、良好な治療関係の構築し、慎重な診断や心理社会療法を重視した治療を行うことが推奨されている (International Early Psychosis Association Writing Group, 2005)。しかし、精神医療に限らず、本邦の医療現場は多忙を極めており、現実的には、個々の診療にあてられる時間は限られている。更に、精神疾患への早期介入の先進地域では、事例のコーディネーターはケース・マネージャーが行い、医師は医師としての役割に専念できる体制が整っているが (松本, 2008)、本邦では、主治医がコーディネーターとなって、忙しい臨床業務の合間に多くの役割をこなさなければならない。

こうした制約の下では、主治医がどんなに良心的に医療を展開しようとしても、多くは短時間診療とならざるを得ず、予防や将来に向けた取り組みどころか、目立った問題が起きていない状態を維持するのが精一杯となる場合もあるだろう。また、見立てや診療方針を再検討する時間的余裕がなければ、状況に応じた臨機応変な診療を行うことも難しい。

一方で本邦は、国民皆保険に守られる形で、薬物療法を行うことには比較的寛容な環境にあり、医師が良心的であろうとするからこそ逆に、せめて薬物療法だけは提供しようとするかもしれない。これは本邦の精神医療全般に関わる課題であるが、ことにARMSで推奨される診療指針とは対極に位置してしまう。

## 2) 日常臨床でのARMSの診断は容易ではない

ARMSの診断には、専門家であっても時間を要し、また診断が不確かな場合にはしばしば診断を保留したまま治療を進めるなど、慎重を期するものである。一般医が日常診療の場で研究用の診断基準を厳密に用いる必要はないが、ARMSを適切に扱うためには、ある程度的確にARMSの診断を行えるようになることが望ましい。しかし、非専門的環境でARMSの診断が行われた場合には、その信頼性を担保することが難しく、精神病に移行しない偽陽性例が増加することから (Yung et al., 2006)、各国のガイドラインでは、ARMSの確定診断は専門家が行うべきであるとしている (NICE, 2014; Schultze-Lutter et al., 2015)。

### 3) CBTを施行する治療者の確保が難しい

治療面で最大の課題は、最も勧められる治療法であるCBTを施行する治療者の確保が難しいことであろう。ARMSに対するCBTでは、治療の標的はAPSに限定されておらず、うつ病や不安障害など様々な疾患を対象としたCBTの技法を臨機応変に駆使する必要がある (NICE, 2014; Schmidt et al., 2015)。しかし、本邦において保険診療でCBTを行うことができる対象疾患は、現時点ではうつ病と不安障害に限られており、これを実施できる有資格者もまだ僅かである。様々な疾患へのCBTに習熟し、それを複合的に用いる技術を有した治療者を診療チームに加えられる治療現場は、現時点では尚のこと希有である。

### 4) 従来型の社会資源はARMSの若者とミスマッチである

ARMSを呈した若者の最大の関心事のひとつは、就労や就学である。精神疾患に罹患してから長期間が経過した慢性例とは異なり、ARMSの場合には、一般の若者と同様に職場や学校に所属していたり、通常の就労・就学を目指していたりする状況で医療機関を訪れることが多い (Katsura et al., 2014)。そのため、居場所型の、或いは社会復帰までに長期間を要することを前提とした既存の医療・福祉サービスは、ARMSの若者にとっては魅力を感じられないものであることが多い。

### 5) 重厚な診療を行っても診療報酬に反映されない

理想とされる重厚な診療を一般的な医療現場で実現することには、マンパワーや診療報酬の面で多大な困難を伴う。実際に本邦の多くの専門外来でも、研究活動の一環として診療を行い、大学院生やコメディカルなどのマンパワーを活用することで、何とか運営を成り立たせている場合が少なくない (濱家ら, 2010)。そのため、より一般的な医療現場でサービスを継続していくためには、保険診療による後ろ盾が欠かせない。欧米では、医療経済的な視点から専門治療の効果を検証する研究が実施されている。例えば、オランダで行われた研究では、ARMSに対してCBTを行った群と、通常治療のみを行った群とを比較し、前者の方が費用対効果に優れていることが証明された (Ising et al., 2015)。本格的に精神疾患の早期介入に取り組むためには、このように早期介入の意義を国の施策に反映させるための根拠を示す研究活動が重要である。

## 7. 専門家の側が取り組める対策(表2)

一般的な診療環境でのARMSの普及を目指すためには、専門家が研究活動や自らの専門外来での診療に従事するだけでなく、研究成果を広く臨床現場に落とし込んだり、非専門家との有機的な連携を行ったりする工夫が必要である。そこで、専門家の側が取り組める可能性のある対策について考察する。

- 
- ① ARMSに関する情報を明示する。
1. 診療指針を簡潔なものとして提示する。
  2. 精神病に対するものとの区別を明確にする。
  3. APSの指す具体的な症状の程度を明示する。
  4. APSと類似した症状との鑑別点、または併存関係を分かり易く例示する。
  5. 具体的な実例集を示す。
  6. 情報へのアクセスが極めて容易であることを重視する。
- ② コンサルト体制を整備する。
1. 専門外来へ紹介する立場に立ち、コンサルトし易い専門外来とする。
  2. 地域の医療体制に合わせたコンサルト体制とする。
- ③ 診断や治療のための研修を行う。
1. 診断や診療指針の理解のためのトレーニングの機会を整える。
  2. CBTのための研修を実施する。
  3. CBTのスーパーバイズ体制を整える。
- ④ より鋭敏なハイリスク基準を模索する。
- 
- ARMS = At-Risk Mental State (アットリスク精神状態)  
 APS = Attenuated Psychosis Syndrome (減弱精神病症候群)  
 CBT = Cognitive Behavioral Therapy (認知行動療法)

表2 専門家が取り組める対策の例

## 1) 簡便で明確な診療指針を表明する

ARMSに対する理解が進まないひとつの原因に、ARMSのもつ複雑性が挙げられる。専門誌等で語られる診療指針は時に、ARMSの性質や経過の多様性に対応するための幅や曖昧さを残しており、読み手の目には歯切れの悪いものに映る場合があるかもしれない。診療指針の策定・表明に際しては、ARMSのもつ複雑性が利用者を惑わすことのないよう、簡便で明確な指針とすることが重要である。

またその際には、精神病に対する診療指針との明確な違いを強調してはどうだろうか。確かに米国では、APS症候群を独立した項目としてDSM-5の本編に採用することが見送られた経緯があり (Carpenter et al., 2011)、本邦でも臨床的な疾患カテゴリーとしてのARMSの提唱を安易に行ってはいけないのは同様である。ARMSの診断が氾濫することで、本来は医療が不要な軽症例に対してまで過剰な介入が行われることは、極力避けなければならないのである。しかし、APS症候群を日常診療に適用するか否かに関わらず、本邦の日常的な臨床現場では現実問題として、ARMSへの精神病の過剰診断や、抗精神病薬の過剰投与が散見されているのもまた事実である。特にそのようなケースでは、精神病とは独立したものとしてARMSにスポットを当てることで、診療が適正な方向に進む可能性も検討しなければなるまい。

一般に表された臨床ガイドラインが活用されるのは短期間に留まり、5.9年で半数が用いられなくなるという (Shekelle et al., 2001)。臨床指針が十分活用されるためには、それを手の届きやすい場所に示す方法論にも検討の余地がある。

## 2) APSに該当する具体的な症状の程度を明示する

筆者の体験として、どの程度の強度・頻度の症状をAPSと呼ぶのか、という疑問を一般の臨床家から投げかけられることは少なくない。研究のための操作的診断基準には、ARMSに該当する症状の強度や頻度が具体例と共に記載されているものの (Miller et al., 2003; Yung et al., 2005)、一般的な臨床家がこれを目にする機会はほとんどない。また、社交不安や強迫、時に発達障害など他の精神疾患で見られるAPSと類似した症状との鑑別点、或いは併存関係、また、いわゆるプレコックス感など、操作的診断基準とは別に精神科医が精神病を疑う症状との概念の違いが分かりにくい場合もある。それらを平易に説明するため、診断指針と共に具体的な症状の実例集を示すなど、一般医がARMSに触れることのできるコンテンツを整える工夫ができるのではないか。



### 3) アクセスの容易なコンサルト体制を整備する

現在、ARMSの専門外来は主に大学病院の外来に併設され、臨床研究を兼ねて診療が行われている。ところが、研究実施に当たっては厳密な診断が求められ、定められたインテイク基準を満たした者だけが対象者となることが多い。また、専門外来に紹介しようにも、大学病院への紹介手続きはしばしば煩雑で、ハードルが高いと感じさせるものである。専門外来で培ったARMS診療のノウハウを専門外来の外にも還元するためには、専門外来の側ではなく、紹介する側の視点に立って、活用し易い専門外来とする必要がある。専門外来と一般外来の双方向のアクセスが容易なものになるよう、地域の医療システムの特性を鑑みたコンサルト体制の整備が検討課題となる。

### 4) 診断や治療の質の向上のための研修を実施する

ARMSを専門家だけのものとしなないためには、一般医に対するトレーニングの機会を設けることも検討しなくてはならない。臨床医が日常臨床の中でARMSを活用可能となるために、そして特に地域のコンサルト体制の中核を担うべく、精緻な診断を行えるような臨床家を養成していくためには、トレーニング体制の整備が尚のこと欠かせない(松本ら, 2015)。

治療技術の向上を目指した研修の開催も検討事項である。公認心理師の国家資格化が決定したことで、心理職によるCBTの実施が可能になれば、ARMSの診療にも追い風となる。ARMSの診療指針、CBTを用いた治療法に精通した治療者を養成する研修と、その後にスーパーバイズを実施する体制の確立も課題である。

### 5) より鋭敏なハイリスク診断を模索する

現在のハイリスク基準は、一定の確率で近い将来に精神病を顕在発症する者を同定することには成功したが、約3分の2の偽陽性例が発生する基準でもある。ARMSの基準を用いた研究によって示されたのは、精神病のみならず、あらゆる精神疾患と関連したリスクであり、多様な経過を辿ることを前提とした診療の必要性である (Fusar-Poli et al., 2014b)。そしてそれは、精神疾患全般における早期介入のあり方についても重要な示唆を与えるものであった。しかし、本来の目的であった精神病発症を高確率で予測するという観点からすると、ARMSという基準からは期待した結果が得られなかったと言うこともできよう。精神病の早期介入研究の原点に戻り、精神病発症率の高い中核的な群を同定することができれば、より重点的な対象に、より特異的な治療を早期から開始できる可能性がある。現在のARMSの基準を発展させた、鋭敏な臨床的、生物学的指標の開発は、専門家に課せられた使命である。

## 8. 一般的な臨床現場で取り入れられる工夫(表3)

専門外来と同水準の診療を一般的な臨床現場で提供することは難しい。しかし、ARMSの性質を理解した上で、診療指針のエッセンスを日常臨床に援用することは可能である。最後に、専門的なリソースが整わない環境下でも、比較的取り入れ易い診療上の工夫に言及したい。

---

① ARMSと統合失調症の治療指針が異なるものであることを前提とする。
② 基本姿勢
1. ARMSに対するCBTの中で強調された基本姿勢を参考にする。
2. 医療者側が過剰反応して焦ったり、経過の悲観的な面を強調し過ぎたりしない。
3. 本人や家族に不要なスティグマ与えない。
4. 良好な治療関係の維持を優先する。
5. 治療をいったん終結する場合にも、いつでも治療再開できる準備を予め行っておく。
③ 診断
1. 診断が不確かな場合には、確定診断を急がない。
2. 併存疾患の診断を確実に行う。
3. 診断や治療方針について、専門外来との連携をもつ。
④ 治療
1. 治療法の選択は、個々の事例の重症度に応じて行う。
2. 抗精神病薬をはじめとする薬物療法の開始を急がない。
3. 精神病症状だけでなく、困っている症状や問題、機能の維持や回復を優先する。
4. CBTの考え方や技法を部分的に援用する。
5. 非特異的治療の効果にも期待する。
⑤ 診療時間の確保
1. 重点的な治療を行う時期を見定める(治療開始時、症状評価・診断時、危機介入、治療動機の高まった時期等)。
⑥ 多職種での役割分担
1. 主治医とは別個の治療者がCBTを担当する。
2. 若者に適した就労・就学支援に精通した精神保健福祉士と連携する。
⑦ 家族に対する支援
1. 見立てや見通しについての丁寧な説明を行い、早期に家族との協働関係を築く。
2. 家族自体の苦痛を軽減するためのセッションを設ける。
3. 家族教室の対象家族を、疾患のステージで分ける。

---

ARMS = At-Risk Mental State (アットリスク精神状態)  
 CBT = Cognitive Behavioral Therapy (認知行動療法)

表3 一般的な臨床現場で取り入れられる工夫の例

## 1) 診療姿勢に関する工夫

ARMSの予後は必ずしも不良であるとは限らない。そのため、ARMSの診療では、治療者の側が慌てて侵襲的な治療を行ったり、ことさらに悪い見通しだけを患者に対して強調したりするなど、過剰反応しないことの重要性が強調されている (French et al., 2004)。患者や家族に無用なスティグマを与えたり、若者の将来への希望を壊したりすることが極力ないように努めたい。

診療においては、良好な治療関係を保つことがとりわけ重要視されている。たとえ、患者が治療に協力的でなかったり、望ましい治療が受け入れられずに治療上の妥協を迫られたりすることがあっても、治療関係を保つことの方が優先される場合がある (French et al., 2004)。

その時点で積極的な介入を行う必要性が乏しい事例であっても、中には超長期的な経過の後に精神病を発症する者も存在する (Nelson et al., 2013)。相談の上、治療を一時終結することがあったとしても、いつでも治療を再開できる旨を保証し、治療再開が必要な徴候や目安を共有しておくことが望ましい。

## 2) 診断に関する工夫

ARMSの症状は微細で易変性であることが多く、専門家にとってもしばしば症状評価や診断の確定が難しい。そのため、診断の確定に足る情報が得られない時には、確定診断を保留し、患者の体験を精神医学的に理解していく中で診断を行っていく慎重さが必要なこともある。

また、多様な症状を呈する可能性があることを念頭に置き、必要な場合には、併存疾患に関しても守備範囲を狭めることなく確実に診断を行うべきである。

## 3) 治療に関する工夫

精神症状全体の中でも、精神病症状は重視され、優先的に扱われる傾向があるかもしれない。しか

し繰り返しになるが、ARMSの治療においては、精神病症状だけを優先的に扱うことなく、生活上困っている症状や問題、機能の維持や回復を第一に目指した治療を行うことが推奨される。そうするうちに、精神病症状がいつしか消失する場面にしばしば遭遇する。

構造化された狭義のCBTの提供は難しくとも、ARMSへのCBTの根底に流れる考え方を参考にし、技法の一部を援用することはできる。ARMSに対するCBTの教本は、大いに診療の助けとなる(French et al., 2004)。

良好な治療関係、支持的療法、生活上の問題の解決といった非特異的な要素にも大きな治療効果があることが知られている。CBTなどの特異的な治療の効果を調べるためのRCTでは、それと比較するために通常治療のみが行われた群でも症状の著明な改善がみられており、非特異的治療にも決して看過できない大きな効果があることを窺い知ることができる(Morrison et al., 2012; McGorry et al., 2013)。

#### 4) 診療時間の確保に関する工夫

本邦の医療環境下では、理想として掲げられている十分な診療時間を確保することは難しい。そのため、業務全体を見渡して、限られた時間の中で可能な限り効率的にARMSの診療を行うための、時間配分の工夫が求められる。ARMSの診療に限らず、精神科診療においては、重点的な介入を行うのに適した時期が存在する。例えば、治療関係を構築し、患者の全体像を把握したりARMSの診断を行ったたりする治療初期、精神病症状や併存症が急激に悪化したり、行動上の問題が顕著となったりした場合の危機介入時、そして患者の治療意欲が高まり心理療法が効果を発揮できそうなタイミングなどである。こうした時期に重点的に時間を配分し、マンパワーを投入することによって、多忙な一般診療の中にもARMSの診療を組み込みやすくなる。

#### 5) 多職種で役割分担を行う

本邦の一般的な臨床現場では、医師がコーディネーターを含む複数の役割をこなさなくてはならないことには既に言及した。しかし、医師が司令塔の役割を担わなくてはならないにせよ、各々の領域で専門技能を有し、時間的しがらみが少ない他職種との業務分担を行うことは可能である。

例えば、心理士など主治医とは別個の治療者がCBTだけを担当したり、社会復帰が主たる課題の時期には、精神保健福祉士による面接を治療の中心に据えたりする。精神保健福祉士は、将来への希望を抱く若者が受け入れやすい社会資源に精通することが重要である。社会資源の中には、通信制高校やサポート校といった教育機関、NPO法人等も含まれる。

#### 6) 要所で家族に対する支援を提供する

多くの両親は、我が子に生じた異変に気づき、不安が高まった状態で診察場面に現れる。そうした家族の不安を軽減し、早い段階で治療者と家族の協働関係を築くことが、治療経過に良好な作用を及ぼしていく。例えば、リスク状態の概念や経過の見通しを説明する、家族の抱えている不安やスティグマを同定し軽減する、患者への接し方を検討する、といった目的の面接を要所要所に設けることである。また、家族教室を活用する際には、悪い見通しだけを偏って強調し過ぎないこと、慢性期事例、重症例の家族とは機会を分けることも有効なようである。

## 9. おわりに

本邦の日常臨床に ARMS を適用するにあたっての課題を整理し、専門家が取り組むべき事項、一般臨床の現場で活用できる工夫について述べてきた。これまでに蓄積されてきた ARMS に関する知見、確立されてきた診療指針を適正に日常診療に応用することは、治療者にとっても患者にとっても恩恵をもたらすものである。そのための取り組みが、本邦の現状に即した形で、専門家と一般臨床家の双方から行われることを願う。

尚、演題発表並びに本稿に関連して、開示すべき利益相反はない。また、本稿内で報告した研究調査は、事前に東北大学大学院医学系研究科倫理委員会(受付番号:2015-1-751)の承認を得て実施されたものであり、臨床データは、個人情報に配慮し匿名化した上で解析に用いられている。

## 引用文献

- 1) Carpenter, WT, J van Os : Should attenuated psychosis syndrome be a DSM-5 diagnosis? *Am J Psychiatry* 168 (5) : 460-463, 2011.
- 2) French P, Morrison AP. Early detection and cognitive therapy for people at high risk of developing psychosis : A treatment approach. Wiley & Sons, Ltd, Chichester, 2004. (松本和紀, 宮腰哲生 訳. 統合失調症の早期発見と認知療法 - 発症リスクの高い状態への治療的アプローチ -, 星和書店, 2006).
- 3) 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 (3) : 220, 2012a.
- 4) Fusar-Poli P, Yung AR : Should attenuated psychosis syndrome be included in DSM-5? *The Lancet* 379 (9816) : 591-592, 2012b.
- 5) Fusar-Poli P, Nelson B, Valmaggia L, Yung AR, McGuire PK : Comorbid Depressive and Anxiety Disorders in 509 Individuals with an At-Risk Mental State : Impact on Psychopathology and Transition to Psychosis. *Schizophr Bull* 40 : 120-131, 2014a.
- 6) Fusar-Poli P, Yung AR, McGorry P, van Os J : Lessons learned from the psychosis high-risk state : towards a general staging model of prodromal intervention. *Psychol Med* 44 (1) : 17-24, 2014b.
- 7) Fusar-Poli P, Rocchetti M, Sardella A, Avila A, Brandizzi M, Caverzasi E, Politi P, Ruhrmann S, McGuire P : Disorder, not just state of risk : meta-analysis of functioning and quality of life in people at high risk of psychosis. *Br J Psychiatry* 207 (3) : 198-206, 2015.
- 8) Fusar-Poli P, Cappucciati M, Borgwardt S, Woods SW, Addington J, Nelson B, Nieman DH, Stahl DR, Rutigliano G, Riecher-Rossler A, Simon AE, Mizuno M, Lee TY, Kwon JS, Lam MM, Perez J, Keri S, Amminger P, Metzler S, Kawohl W, Rossler 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 (2) : 113-120, 2016.
- 9) 濱家由美子, 森本幸子, 大室則幸, 桂雅宏, 松岡洋夫, 松本和紀 : 思春期の精神疾患に対する早期治療の実際 東北大学病院精神科SAFEクリニックでの早期介入 発症リスク状態への認知行動的

- アプローチを用いた支援. 思春期学 28 (4) : 391-396, 2010.
- 10) Hamaie Y, Ohmuro N, Katsura M, Obara C, Kikuchi T, Ito F, Miyakoshi T, Matsuoka H, Matsumoto K : Criticism and Depression among the Caregivers of At-Risk Mental State and First-Episode Psychosis Patients. PLoS One 11 (2) : e0149875, 2016.
  - 11) International Early Psychosis Association Writing Group : International clinical practice guidelines for early psychosis. Br J Psychiatry 187 (5) : s120-124, 2005.
  - 12) Ising H, Smit F, Veling W, Rietdijk J, Dragt S, Klaassen R, Savelsberg N, Boonstra N, Nieman D, Linszen D : Cost-effectiveness of preventing first-episode psychosis in ultra-high-risk subjects : multi-centre randomized controlled trial. Psychol Med 45 (07) : 1435-1446, 2015.
  - 13) Katsura M, Ohmuro N, Obara C, Kikuchi T, Ito F, Miyakoshi T, Matsuoka H, Matsumoto K : A naturalistic longitudinal study of at-risk mental state with a 2.4 year follow-up at a specialized clinic setting in Japan. Schizophr Res 158 (1-3) : 32-38, 2014.
  - 14) 桂雅宏, 阿部光一, 國分恭子, 松岡洋夫, 松本和紀 : ARMSへの早期介入 議論の整理と海外ガイドラインの紹介. 精神医学 58 (7), 2016.
  - 15) Kempton MJ, Bonoldi I, Valmaggia L, McGuire P, Fusar-Poli P : Speed of psychosis progression in people at ultra-high clinical risk : a complementary meta-analysis. JAMA psychiatry 72 (6) : 622-623, 2015.
  - 16) 松本和紀 : 統合失調症の早期介入と初期治療 早期介入・初期治療のためのサービスの組織化. Schizophrenia Frontier 9 (1) : 7-10, 2008.
  - 17) 松本和紀, 國分恭子, 砂川恵美, 濱家由美子 : 早期介入研究アップデート ARMSに対する心理社会的アプローチの現状と課題. 日本社会精神医学会雑誌 24 (4) : 400-408, 2015.
  - 18) McGorry PD, Nelson B, Phillips LJ, Yuen HP, Francey SM, Thampi A, Berger GE, Amminger GP, Simmons MB, Kelly D, Dip G, Thompson AD, Yung AR : Randomized controlled trial of interventions for young people at ultra-high risk of psychosis : twelve-month outcome. J Clin Psychiatry 74 (4) : 349-356, 2013.
  - 19) 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.
  - 20) Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL, Cadenhead K, Cannon T, Ventura J, McFarlane W, Perkins DO, Pearlson GD, Woods SW : 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) : 703-715, 2003.
  - 21) 水野雅文, 鈴木道雄, 松本和紀, 中込和幸, 下寺信次, 盛本翼, 岸本年史, 川崎康弘, 船渡川智之, 根本隆洋, 藤井千代 : 地域ケアの時代における精神疾患—早期発見・早期支援の課題と可能性. 精神医学 57 (2) : 89-103, 2015.
  - 22) Morrison AP, French P, Stewart SL, Birchwood M, Fowler D, Gumley AI, Jones PB, Bentall RP, Lewis SW, Murray GK, Patterson P, Brunet K, Conroy J, Parker S, Reilly T, Byrne R, Davies LM, Dunn G : Early detection and intervention evaluation for people at risk of psychosis : multisite

- randomised controlled trial. *BMJ* 344 : e2233, 2012.
- 23) Nelson B, Yuen HP, Wood SJ, Lin A, Spiliotacopoulos D, Bruxner A, Broussard C, Simmons M, Foley DL, Brewer WJ : Long-term Follow-up of a Group at Ultra High Risk (“Prodromal”) for Psychosis The PACE 400 Study Follow-up of Prodromal Psychosis. *JAMA Psychiatry* 70 (8) : 793-802, 2013.
  - 24) National Institute for Health and Care Excellence (NICE) : Schizophrenia in Adults : the NICE guideline on treatment and management, updated edition. London : NICE, 2014.
  - 25) Nishida A, Tani H, Nishimura Y, Kajiki N, Inoue K, Okada M, Sasaki T, Okazaki Y : Associations between psychotic-like experiences and mental health status and other psychopathologies among Japanese early teens. *Schizophr Res* 99 (1-3) : 125-133, 2008.
  - 26) Perala J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuoppasalmi K, Isometsa E, Pirkola S, Partonen T, Tuulio-Henriksson A, Hintikka J, Kieseppa T, Harkanen T, Koskinen S, Lonnqvist J : Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry* 64 (1) : 19-28, 2007.
  - 27) Schmidt S, Schultze-Lutter F, Schimmelmann B, Maric N, Salokangas R, Riecher-Rössler A, van der Gaag M, Meneghelli A, Nordentoft M, Marshall M : EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. *European Psychiatry* 30 (3) : 388-404, 2015.
  - 28) Schultze-Lutter F, Michel C, Schmidt SJ, Schimmelmann BG, Maric NP, Salokangas RK, Riecher-Rössler A, van der Gaag M, Nordentoft M, Raballo A, Meneghelli A, Marshall M, Morrison A, Ruhrmann S, Klosterkötter J : EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses. *Eur Psychiatry* 30 (3) : 405-416, 2015.
  - 29) Shekelle PG, Ortiz E, Rhodes S, Morton SC, Eccles MP, Grimshaw JM, Woolf SH : Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality clinical practice guidelines : how quickly do guidelines become outdated? *JAMA* 286 (12) : 1461-1467, 2001.
  - 30) Simon AE, Borgwardt S, Riecher-Rössler A, Velthorst E, de Haan LF, Fusar-Poli P : Moving beyond transition outcomes : Meta-analysis of remission rates in individuals at high clinical risk for psychosis. *Psychiatry research* 209 (3) : 266-272, 2013.
  - 31) 辻野尚久, 片桐直之, 小林啓之 : 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 (12) : 1151-1159, 2010.
  - 32) van der Gaag M, Smit F, Bechdolf A, French P, Linszen DH, Yung AR, McGorry P, Cuijpers P : Preventing a first episode of psychosis : Meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12month and longer-term follow-ups. *Schizophr Res* 149 (1-3) : 56-62, 2013.
  - 33) 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.
  - 34) Yung AR, Yuen HP, McGorry PD, Phillips LJ, Kelly D, Dell'Olio M, Francey SM, Cosgrave EM, Killackey E, Stanford C, Godfrey KB, Buckby J : Mapping the onset of psychosis : the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *Aust N Z J Psychiatry* 39 (11-12) : 964-971, 2005.
  - 35) Yung AR, Stanford C, Cosgrave E, Killackey E, Phillips L, Nelson B, McGorry PD : Testing the

Ultra High Risk (prodromal) criteria for the prediction of psychosis in a clinical sample of young people. *Schizophr Res* 84 (1) : 57-66, 2006.