

## 精神科早期介入の変遷とその社会実装

根本隆洋<sup>1)</sup>

---

キーワード：1. 早期介入 2. 予防パラドックス 3. 臨床病期分類  
4. ユースメンタルヘルス 5. 社会実装

Key words：1. Early intervention 2. Prevention paradox 3. Clinical staging  
4. Youth mental health 5. Social implementation

---

### 抄 録

精神医学領域における早期介入は、1990年代の豪州での精神症（psychosis）を対象とした取り組みに始まり、早期段階におけるリスクや診断などの適切な評価が求められてきた。精神症発症危険状態（ARMS）はあくまでリスクを表すもので、標準的な診断基準のもとでは、ARMS患者の多くが複数の基準を満たし、抑うつ症群や不安症群が多くを占める。これまで「指標的予防」が重視されてきたが、一般人口レベルではARMS該当よりも、気分症群の先行が精神症の発症により深く関与している。一般的（common）な精神病理や症候に焦点を当てた包括的な戦略が有効である可能性が示唆される。また、より広い精神疾患の早期介入を目指し、そのリスク状態を表す「CHARMS」の概念も注目されている。疾患横断的に捉え、重篤な精神疾患（serious mental illness：SMI）に先立つ精神不調状態（common mental disorder）への対応の中で、疾患特異的なリスク状態（at-risk）の評価を行い介入するのが効果的であろう。併せて、「mental well-being」や「mental health promotion」の促進も重要である。好発年齢層の若者へのアプローチとして「Youth Mental Health（YMH）」と広く捉えるのも近年の潮流である。今後は我が国における早期介入の社会実装が求められる。

### 1. 早期介入の目的

精神医学領域における早期介入は、1990年代の豪州での精神症（psychosis）を対象とした取り組みに始まる。1998年に国際早期精神症学会（International Early Psychosis Association：IEPA）が設立され、精神症の早期発見・治療を世界的に牽引してきた。

統合失調症を主とする精神症群は、種々の治療法の発展にもかかわらず、その「リカバリー」の達成

---

本論文の内容は第26回日本精神保健・予防学会学術集会で発表したものを中心にまとめた。

Transition of early intervention in psychiatry and its social implementation

Takahiro Nemoto

1) 東邦大学医学部精神神経医学講座・社会実装精神医学講座, Department of Neuropsychiatry, Department of Psychiatry and Implementation Science, Toho University Faculty of Medicine

は依然として容易ではなく、メタ解析においてその達成率は平均値16.4%、中央値13.5%と報告されている (Jääskeläinen et al., 2013)。こうした状況を打開するために、早く発見し速やかに治療を開始して良好な予後につなげる早期介入が注目され、早期発見により良好な転帰となる研究結果の報告 (Hegelstad et al., 2012)などに伴い、リカバリー達成の切り札としての期待が高まっていった。

精神症群の早期段階は図1のように示すことができ、精神症発症危険状態 (at-risk mental state : ARMS) および顕在発症による初回エピソードにわたる早期精神症 (early psychosis) の時期に、微細ではあるが統計学的に有意な大脳の萎縮といった形態学的な変化や、認知機能の低下といった脳機能の変化がみられ (Nemoto, 2023)、スロープを下るかのようなその変化をなるべく早い段階で如何に食い止めるかが重要になる。ARMSへの介入は精神症顕在発症の予防に繋がりうるだけでなく、前駆期における不適応行動の形成やひきこもりの軽減など、その時期における様々な問題解決にも寄与し、万が一精神症群を発症した際にも遅滞なく治療を開始することができる。

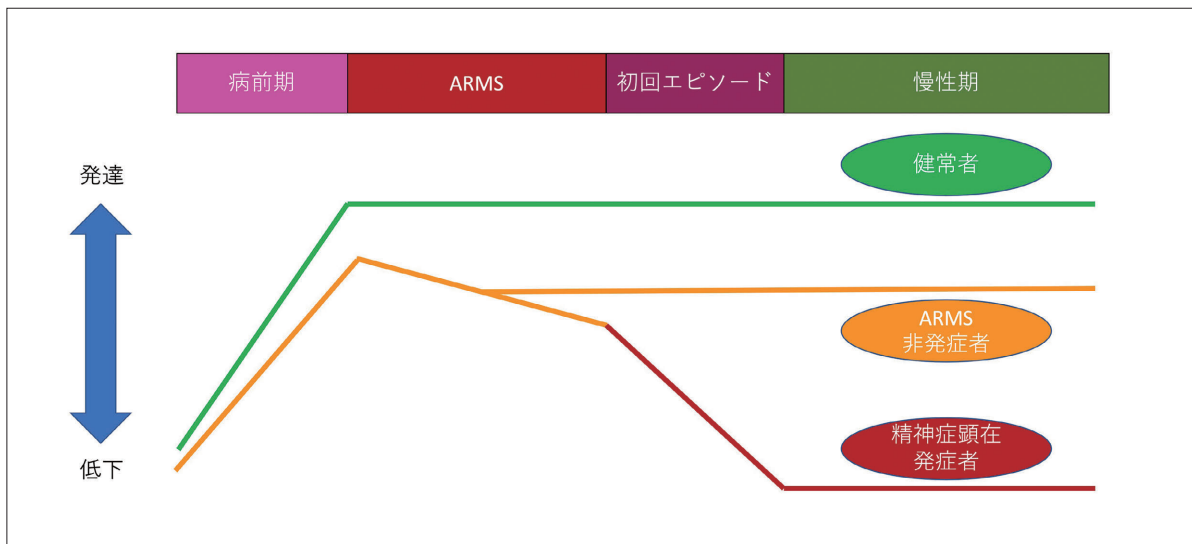


図1 精神症群における脳形態・機能の変化

## 2. 早期診断の可能性と課題

さて、早期介入を行うには危険状態や顕在発症、そして疾患診断と、確かな評価が求められるが、図1に示すように早期段階は大きく激しい変化を伴う時期であり、その精度は大きな課題である。

初回エピソード精神症における診断の安定性について、Fusar-Poliら (2016) の42研究および総計14,484人の初回エピソード精神症患者を対象としたメタ解析では、平均観察期間4.5年のもとで、統合失調症圏 (schizophrenia spectrum psychoses) の診断の安定性は0.93、感情精神症圏 (affective spectrum psychoses) においては0.84と、高い安定性が示された。初回エピソードのさらに前段階であるARMSにおいて、36カ月以上の期間において顕在発症する割合は35.8%とのメタ解析の結果が報告されている (Fusar-Poliら, 2012)が、その多寡については種々の解釈がある。

では、顕在発症した場合にはどのような疾患診断となるのかについて、Fusa-Poliら (2013) のメタ解析は、平均観察期間2.35年のもとで2,182人のハイリスク患者のうち560人 (26%) が精神症を発症し、73%が統合失調症圏 (59%が統合失調症, 6%が統合失調症型症, 8%が統合失調感情症), 11%が感情精神症圏 (6%が精神症症状を伴う双極症, 5%が精神症症状を伴う抑うつ症)であったと報告している。

ARMSはあくまで精神症発症の危険状態にあることを表しているのであり、標準的な診断基準のもとではどのような診断がつくのかを考えることは重要であろう。Addingtonら(2017)は、North American Prodrome Longitudinal Study (NAPLS 2)における774人のARMS患者において、多くの者が複数の精神疾患の診断基準(DSM-IV)を満たし、37%が1つの診断、28%が2つの診断、10%が3つの診断、4%が4つの診断を有していたと述べている。抑うつ症群(42.5%が該当)や不安症群(47.8%が該当)が多くを占め、いかなる診断(併存症)も持たない者は21%に過ぎなかった。併存症と精神症顕在発症の関連については、大麻乱用の精神症発症への関与が示されたものの、他の診断において関連はみられなかった。

これまで精神症の発症リスクは、Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States(CAARMS)やStructured Interview for Psychosis-Risk Syndromes(SIPS)などの半構造化面接手法を用いて評価され、その発症予測の精度や有用性が議論されてきた。こうしたリスクを同定する基準を用いたアプローチは、一次予防における疾病を示唆する軽微な徴候を示す者を対象とする「指標的予防(indicated prevention)」に位置づけられる(鈴木, 2023)。より早期段階の予防である、一般人口を対象とする「全般的予防(universal prevention)」や潜在的な発症リスク(遺伝的, 心理的, 社会的)を有する者を対象とする「選択的予防(selective prevention)」の観点からの検討ともいえるGuloksuzら(2020)の研究によると、一般人口における精神症の発症について、先行する気分症群(ハザード比10.67)、ARMS(ハザード比7.86)、薬物使用症群(ハザード比5.33)が、精神症発症リスクの上昇と有意に関連していることが示された。集団における疾患に対する危険因子の影響力の大きさを示す指標である人口寄与割合(PAF: population attributable fraction)についても、気分症群(66.2)、ARMS(36.9)、薬物使用症群(18.7)と同様の結果であった。ARMS診断基準該当よりも気分症群の先行が精神症の発症により深く関与していたことは、これまでのARMSを対象を絞った介入の「予防パラドックス(prevention paradox)」とも称され、一般人口ベースで精神症の予防を行う際には、より広範で一般的な精神病理や症候に焦点を当てた包括的な戦略が効果的である可能性が示唆された。

一方で、Ratheeshら(2023)は双極症の発症危険状態の診断基準として提唱されているBipolar At-Risk Criteria (BAR)を用いて、ベースラインでBARにより双極症の発症のリスクがあるとされた群は、BAR基準を満たさなかった群と比較して、10~13年の追跡調査において双極症(I型またはII型)を新規に発症する割合が有意に高かった結果(BAR基準該当者28.6%、非該当者0%)を報告している。

精神症群の発症予防は、特異的な精神症症状のみならず気分症状など、より一般的(common)な症状に目を向ける必要性が認識され、また、精神症群を対象に発展してきた精神科早期介入は、その手法を応用して気分症群など他の疾患の予防にも広がりを見せているといえる。

### 3. 臨床病期分類(clinical staging)の意義

ところで前述のIEPAについて、近年その語がスペルアウトしてInternational Early Psychosis Associationと表記されることはない。学会のホームページにも、2年ごとに開催される学術総会のホームページにも、IEPAはIEPAとしか書かれていない。コロナ禍を過ぎてようやく久しぶりに、2023年7月にスイスのローザンヌで第14回学術総会(IEPA 14)が現地開催された。前年から筆者はIEPAのboard memberを務めており、そのディナーパーティーにおいてIEPA PresidentであるAlison Yung教授と話した際に、IEPAのEとPは、今はEarly interventionとPreventionと考えるのが適切だろうと仰っていた。もはやEarly Psychosisではないのである。

精神科における早期介入は精神症群の早期発見・治療を目指して、初回エピソード精神症を対象にその介入が始まり、さらにその危険状態である ARMSへと介入対象を拡大し、それに対応した精神症の病期分類も提唱された (McGorry et al., 2006; 根本・水野, 2013)。そして精神症群に限らず、抑うつ症, 双極症, 物質使用症, パーソナリティ症などを含むより広い「精神疾患」の早期介入を目指し、そのリスク状態を表す Clinical High At-Risk Mental State (CHARMS) の概念が提唱されている (McGorry et al., 2018)。精神症, 双極症, (重度)抑うつ症を重篤な精神疾患 (serious mental illness : SMI) として、「SMI のリスク状態」と見立てる捉え方もある (Hickie et al., 2013)。

リスクに応じた臨床病期分類 (clinical staging) は、ステージ 0 (未病), 1a (援助希求), 1b (発症リスク増大), 2 (初回エピソード), 3 (再発と残遺症状), 4 (重症・遷延化) として考えることができる (図2)。これまで精神症を念頭に置いて、そのリスク状態である ARMS の同定とその介入が重視されてきたが (図2上), SMI に先立つ一般的な臨床水準の精神不調状態 (common mental disorder) への対応の中で、SMI に対する疾患特異的なリスク状態 (at-risk) に関する評価を行い介入していくことが有効かつ有用ではないかと考えられる (図2下)。それとともに、より心の健康を向上させていく方向性を内在する「mental well-being」や「mental health promotion」を常に念頭に置き、その向上に取り組み努めることも重要である。

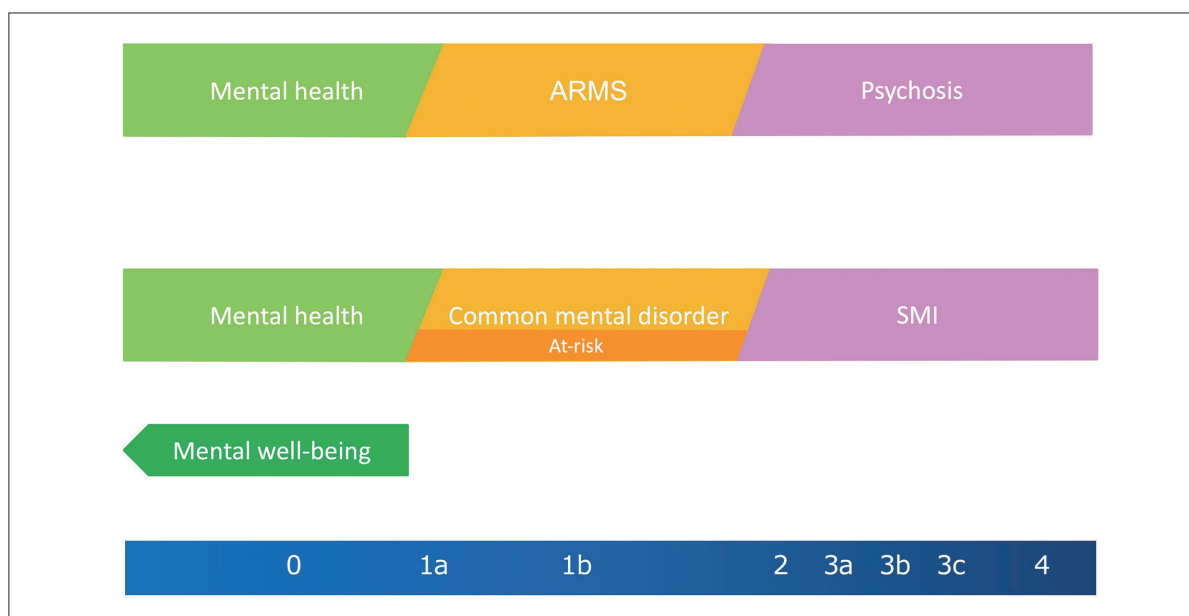


図2 臨床病期分類と早期介入のパラダイムシフト

疾患横断的な視点が重視される中で、好発年齢層の若者へのアプローチとして「Youth Mental Health (YMH)」としてより広く捉えるのも近年の早期介入の潮流であり、そのようなアプローチの抑うつ症状などへの効果が示されている (McHugh et al., 2024)。

#### 4. 社会実装に向けて

こうした世界的な動きも見据えながら、2019年度から2022年度にかけて、筆者らは厚生労働科学研究事業 MEICIS (Mental health and Early Intervention in the Community-based Integrated care System, メイシス) プロジェクトにおいて、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」に「早期相

談・支援サービス」を導入する意義とその具体的な実装方法を、地域特性を考慮した5か所のモデル地域（京浜地区、足立区、秋田県、所沢市、川口市）での取り組みを通じて明らかにしてきた（根本ら、2022b）。その事業の中で、若者に向けた相談・支援サービス「SODA (Support with One-stop care on Demand for Adolescents and young adults)」を開始した(Uchino et al., 2022)。その特徴は、①教育、行政、医療、福祉、他の地域支援のハブ（中心）となり、ワンストップで相談・支援サービスを提供する、②スティグマや抵抗感を払拭する若者フレンドリーなデザインやコンテンツ、③保健医療福祉領域の資格を有する専門家からなる多職種チームによる運営、④一定期間治療・支持的な関わりを続けたいという次のサービスに橋渡しをする「臨床型ケースマネジメント」の実施、にあるといえる。

SODAへの相談者の精神医学的評価をみると、37.8%がすでに精神科医療に通院中であり、現在の医療機関での診療に十分満足できていない状況が反映されているのではないかと考えられた。25.6%は診断閾値下の精神不調であり、34.1%は疾患診断がつくような臨床水準であるにもかかわらず受診に至っていない者であった。このような相談・支援サービスが、診断閾値下の不調を抱える若者の支援や、臨床水準の未受診者の治療の「入口」として機能しうると考えられ、実際に、どこにも相談できずようやくSODAにたどり着いたと回答した者が大多数を占めた。

SODAは2019年に東京都足立区で研究事業として開始したが、2022年6月には埼玉県川口市の「若年者早期相談・支援事業」として、「こころサポートステーションSODAかわぐち」を同市内の大型ショッピングモール内に開設するに至った。その際、東邦大学医学部精神神経医学講座スタッフで「一般社団法人SODA」を立ち上げて、同市の事業を受託し運営を続けている。足立区のSODAは2022年7月に足立区の委託事業として「あだち若者サポートテラスSODA」と名称を改め、MEICISプロジェクトの研究協力機関である医療法人財団厚生協会が受託しサービスを継続している。

SODAのような早期相談・支援サービスのニーズが非常に高いことを日々痛感し、そのさらなる普及について思案する中で、近年発展をみせる実装科学 (implementation science) に出会った。実装科学とは、エビデンスに基づく介入 (evidence-based intervention : EBI) を「どのように」すれば実装できるのか、という問いに対する知識体系を構築する学問領域である (島津ら、2022)。医学研究において、その成果が実地で役に立つまでには17年かかり、実際に活用できる成果も14%にとどまるといわれている (Estabrooks et al., 2018)。実装科学はそのエビデンスと現場におけるプラクティスのギャップを埋めることを目的とするといえる。実装を進めるにあたっては、概念的な枠組み（フレームワーク）を用いて実装に影響を与える促進要因や阻害要因を抽出することが重要であり、その代表的なものとして、Damschroderら（2009）による「実装研究のための統合フレームワーク」(Consolidated Framework for Implementation Research : CFIR)がある。CFIRはEBIの実装に影響しうる要因を、「Ⅰ. 介入の特性」「Ⅱ. 外的セッティング」「Ⅲ. 内的セッティング」「Ⅳ. 個人特性」「Ⅴ. プロセス」の5つの領域と、その下位の計39の構成概念に整理したものである。MEICISプロジェクトにおけるCFIRを用いた検討で、3つモデル地域に共通した要因として、外的セッティング領域において「潜在的な関係者を探り、連携する」が、個人特性領域において「職員に必要な技術を考え、伝える」が抽出された(根本ら、2022a)。

こうした取り組みに、ヘルスケアの促進に取り組む日本生命保険相互会社が強い関心を寄せてくれた。そして、同社と東邦大学医学部が共同研究契約を結び、2023年4月に東邦大学初の社会連携講座（大学と民間企業などの学外機関が、公共性の高い共通の課題について共同で研究を実施するために設置される講座）である「社会実装精神医学講座 (Department of Psychiatry and Implementation

Science)」が、精神神経医学講座に付設する形で開設された。「社会実装精神医学」という新たな学問を打ち立てる気概を持ち、研究のみならず地域における実践を重視し、わが国におけるメンタルヘルスの向上と関連するEBIの社会実装を目指している。それは、全世界の目標である「誰一人取り残さない (leave no one behind)」社会の実現につながるものであると考えている。

### 利益相反

筆者は日本生命保険相互会社と東邦大学医学部の共同研究契約に基づく社会連携講座「東邦大学医学部 社会実装精神医学講座」に所属している。

### 【参考文献】

- 1) Addington J, Piskulic D, Liu L, Lockwood J, Cadenhead KS, Cannon TD, Cornblatt BA, McGlashan TH, Perkins DO, Seidman LJ, Tsuang MT, Walker EF, Bearden CE, Mathalon DH, Woods SW: Comorbid diagnoses for youth at clinical high risk of psychosis. *Schizophr Res* 190: 90-95, 2017
- 2) Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC: Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci* 4: 50, 2009.
- 3) Estabrooks PA, Brownson RC, Pronk NP: Dissemination and Implementation Science for Public Health Professionals: An Overview and Call to Action. *Prev Chronic Dis* 15: E162, 2018
- 4) 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 (4): 923-932, 2013
- 5) 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): 220-229, 2012
- 6) Fusar-Poli P, Cappucciati M, Rutigliano G, Heslin M, Stahl D, Brittenden Z, Caverzasi E, McGuire P, Carpenter WT: Diagnostic Stability of ICD/DSM First Episode Psychosis Diagnoses: Meta-analysis. *Schizophr Bull* 42 (6): 1395-1406, 2016
- 7) Guloksuz S, Pries LK, Ten Have M, de Graaf R, van Dorsselaer S, Klingenberg B, Bak M, Lin BD, van Eijk KR, Delespaul P, van Amelsvoort T, Luykx JJ, Rutten BPF, van Os J: Association of preceding psychosis risk states and non-psychotic mental disorders with incidence of clinical psychosis in the general population: a prospective study in the NEMESIS-2 cohort. *World Psychiatry* 19 (2): 199-205, 2020
- 8) Hegelstad WT, Larsen TK, Auestad B, Evensen J, Haahr U, Joa I, Johannesen 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 (4): 374-380, 2012
- 9) Hickie IB, Scott EM, Hermens DF, Naismith SL, Guastella AJ, Kaur M, Sidis A, Whitwell B, Glozier N, Davenport T, Pantelis C, Wood SJ, McGorry PD: Applying clinical staging to young people

- who present for mental health care. *Early Interv Psychiatry* 7 (1), 31-43, 2013
- 10) Jääskeläinen E, Juola P, Hirvonen N, McGrath JJ, Saha S, Isohanni M, Veijola J, Miettunen J: A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophr Bull* 39 (6): 1296-1306, 2013
  - 11) McGorry PD, Hartmann JA, Spooner R, Nelson B: Beyond the "at risk mental state" concept: transitioning to transdiagnostic psychiatry. *World Psychiatry* 17 (2): 133-142, 2018
  - 12) McGorry PD, Hickie IB, Yung AR, Pantelis C, Jackson HJ: Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Aust N Z J Psychiatry* 40 (8): 616-622, 2006
  - 13) McHugh C, Hu N, Georgiou G, Hodgins M, Leung S, Cadiri M, Paul N, Ryall V, Rickwood D, Eapen V, Curtis J, Lingam R: Integrated care models for youth mental health: A systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry* 58 (9): 747-759, 2024
  - 14) Nemoto T: Cognitive Impairments and Rehabilitation in Individuals with at-Risk Mental State for Psychosis. *J Pers Med* 13 (6): 952, 2023
  - 15) 根本隆洋, 水野雅文: 精神病発症危険状態への薬物療法について. *精神科治療学* 28 (7): 901-908, 2013
  - 16) 根本隆洋, 清水徹男, 藤井千代, 田中邦明, 今村晴彦: 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける若年者等に対する早期相談・支援サービスの導入及び検証のための研究 (文献番号 202218028A). 厚生労働科学研究成果データベース (<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/163908>), 2022a
  - 17) 根本隆洋, 清水徹男, 田中邦明, 藤井千代, 辻野尚久, 内野敬, 今村晴彦: 精神科早期相談・支援の社会実装—MEICISプロジェクト—. *日本社会精神医学会雑誌* 31 (3): 272-277, 2022b
  - 18) Ratheesh A, Hammond D, Watson M, Betts J, Siegel E, McGorry P, Berk M, Cotton S, Chanan A, Nelson B, Bechdolf A: Bipolar At-Risk Criteria and Risk of Bipolar Disorder Over 10 or More Years. *JAMA Netw Open* 6 (9): e2334078, 2023.
  - 19) 島津太一, 小田原幸, 梶有貴, 深井航太, 今村晴彦, 齋藤順子, 湯脇恵一, 立道昌幸: 産業保健における実装科学. *産業医学レビュー* 34 (2): 117-153, 2022
  - 20) 鈴木道雄: 精神保健・予防研究の現状と展望: 精神症を中心に. *予防精神医学* 8 (1): 19-27, 2023
  - 21) Uchino T, Kotsuji Y, Kitano T, Shiozawa T, Iida S, Aoki A, Iwai M, Shirahata M, Seki A, Mizuno M, Tanaka K, Nemoto T: An integrated youth mental health service in a densely populated metropolitan area in Japan: Clinical case management bridges the gap between mental health and illness services. *Early Interv Psychiatry* 16 (5): 568-575, 2022