

## 精神科診療所における ARMS 診療

茅野 分

キーワード：1. 精神病発症危険状態 2. 援助希求行動 3. 精神病未治療期間 4. 精神科診療所  
5. 精神科医

Key words：1. At-Risk Mental State (ARMS) 2. Help-Seeking Behavior 3. Gate-keeper.  
4. Mental clinic 5 Psychiatrist.

## 抄 録

“At-Risk Mental State, ARMS (精神病発症危険状態)”とは、精神病発病へのリスクの高い状態を意味する。一見軽症で、注意深く診察しないと一般的なうつ状態などと鑑別できない。精神科診療所へはうつ状態や不眠、不安などを主訴とする患者が数多く受診している。ARMSの具体的な診療について、国内に6000を超えるとされる精神科診療所で共通の認識を得ているとは言いがたい。そこで、銀座泰明クリニックを受診したARMS 3症例、診断基準は満たさないものの可能性ある2症例を提示して考察した。精神科診療所は精神医療の「ゲートキーパー」としてARMS診療、早期発見・早期治療に寄与できる。夜間・土日、駅前・街中など、いつでもどこでも気軽に受診できるのは診療所の強みであろう。高次医療や救急医療を求められる場合は大学病院や精神科病院へ紹介し、良好な連携を取っていくことが望まれる。そのためには、日ごろから大学病院や精神科病院との「病診連携」を高めるため、診療所の医師が学会や研究会などへ積極的に参加し、お互い顔の見える関係を構築・維持することが望まれる。最後に「精神科医」として最も大事なことは「診断」という「ラベリング」ではなく、苦痛を訴える患者に寄り添い、できる限り「援助」を提供していこうとする、「治療者」の「マインド」である。

## 【はじめに】

精神病の治療において“At-Risk Mental State, ARMS (精神病発症危険状態)”の段階から早期発見・早期介入していく意義については論を待たない。しかし、具体的な診療について、国内に6000を超えるとされる精神科診療所において、共通した認識が得られているとは言いがたい。

ARMSは精神病状態へ移行しやすいハイリスクな状態であるが、一見軽症で、注意深く診察しないと一般的なうつ状態などと鑑別することができない。精神科診療所へはうつ状態や不眠、不安をはじ

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。

Strategic intervention for patients in at-risk mental states in a mental clinic

CHINO Bun

銀座泰明クリニック、Ginza Taimei Clinic

め様々な精神症状を主訴とする患者が数多く受診する。その中にはARMSと診断されるべき患者も一定数存在するはずであるが、適切な診断・治療が行われないと精神病の発症に至ってしまうこともある。そこで本稿では「精神科診療所におけるARMS診療」について考察する。

構成として、はじめにARMSの診断・治療について再確認する、次に筆者が診療している銀座泰明クリニックを紹介する、そこで経験した症例5例を提示し、それをもとに精神科診療所におけるARMS診療について総括する。

### 【ARMSとは】

“At-Risk Mental State, ARMS (精神病発症危険状態)”とは、精神病への移行リスクが高い状態のことであり、前方視的に治療的意義を持つ(図1)(水野・山澤, 2003; 水野, 2009; 水野ら, 2010)。ARMSと診断された患者は、大脳の複数部位に体積減少が認められ、認知機能障害や社会機能障害を生じることが知られている(根本, 2015; 高橋, 2015; 多田ら, 2015)。DSM-5への改訂作業においては、ARMS概念を診断基準に含めるかをめぐって活発な議論が交わされたが、結局「今後の研究を要する病態」の中に“Attenuated Psychosis Syndrome, APS (減弱精神病症候群)”(「別表」参照)として位置付けられている。

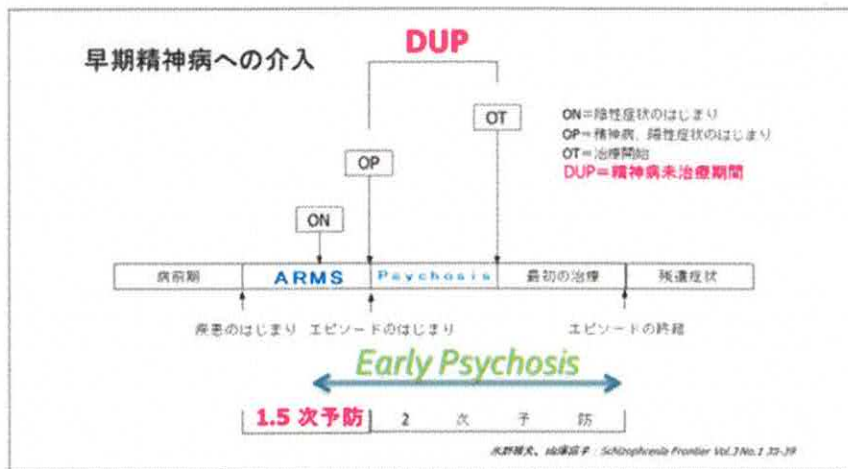


図1: ARMSと早期精神病への介入

ARMSやAPSのような前駆状態において、現在の種々の治療ガイドラインは抗精神病薬を基本的に推奨せず、不安や抑うつにはSSRIが有効との意見もある。副作用のとても少ない「 $\omega$ 3脂肪酸群」を服用すると精神病発症が抑制されることも報告されている(Amminger et al., 2010)。発症リスクが低く、機能低下も少なければ、「認知行動療法」をはじめとした心理社会的治療を速やかに行うべきである。(辻野ら, 2011; 辻野, 2014)。それには治療支援体制と新たな知見に基づく診療ガイドラインの確立が必要となる。ARMS診療における段階的ケアモデルを図2へ紹介する(松本ら, 2015)。

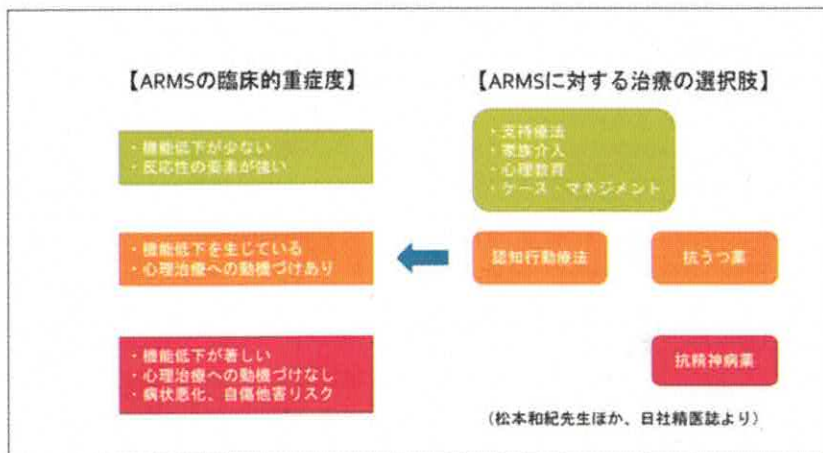


図2: ARMS診療における段階的ケアモデル

### 【銀座泰明クリニックの特徴について】

精神科診療所における ARMS 診療を考察する上で、筆者が診療している「銀座泰明クリニック」の特徴について紹介させていただく（図3）。同クリニックは2006年開院。東京都中央区銀座、東京メトロ銀座駅から徒歩3分、JR有楽町駅から徒歩5分以内にある。周辺は大型デパートやブランドショップ、数多くの飲食店であふれている。深夜でも明るく、若い女性でも安心して受診できるように立地の選択を行った。精神科を受診するという行為は、まだ残念ながら周囲に対する劣等感や自分自身に対する差別意識「セルフスティグマ」も抱かせてしまう。そこで、少しでもそのような感情や意識を薄めるため、施設の立地や建物、内装や空間などへも配慮する必要がある（原田, 2015a; 原田, 2015b）。

立地に加え、複数の診療科目・クリニックと同じビルに入居することにより「銀座メディカルセンター」を設立した。これにより特に、メタボリック症候群のような内科の併発疾患は一度に受診可能となり、検査結果や治療方針なども患者・両医師の三者間において共有でき、心身両面から治療へ主体的に関われるようになる。薬局も併設されており、重複した薬剤などの整理はもちろんのこと、各薬剤の作用と副作用を再確認し、患者と薬剤師と医師とが薬剤と病状について情報共有し、処方調整に関われる“Shared Decision Making, SDM (共有意思決定)”が展開される。

内装は「癒しの空間」を創造するため、土・木・布のような天然素材を用いている。色調はベージュやアイボリーなど薄い暖色を基調として温もりや優しさを醸し出し、家具はブラウンやウォールナツにより重厚感や信頼感を与える。間接照明、白熱灯の光により温かみが得られる。心安らぐBGMやアロマを流し、待合室にたたずんでいるだけでも、五感を通じ、心癒されることを期待している。海外では“Optimal Healing Environment”をはじめエビデンスが多く報告されている（茅野ら, 2010）。また、患者のプライバシーへも配慮し、入口の構造、待合室の座り方、診察室の防音壁など、個人情報を守られるよう、工夫している。

診療時間は平日12-21時、土曜10-18時と大学病院や総合病院が診察しない時間および都心に勤務する人々が受診しやすい時間に設定している。かつては日曜日にも診療を行っていたが、スタッフの休み間がないため、現在は休止している。



図3: 銀座泰明クリニックの特徴について

ホームページ、ブログ、フェイスブック、ツイッターなど開設し、できる限り情報公開・発信している(図4)。フロイトの言う「治療者の匿名性」とは正反対の治療構造になるが、現代の高度情報社会ではむしろ治療的な作用と副作用を常に注意しながら自己開示したほうが良いと考える。非公開にしても患者らはインターネットでかなり詳しく「検索」をしているものである。それよりも患者や家族へ正しく新しい医療情報を届けることがリテラシーの拡大(広義の心理教育)になる。世間で重大な事件や事故が起こった時に精神医療の見地からコラムを書くとテレビ局・新聞社・出版社などから取材が入る。内容を十分推敲して放送・出版していただくが、これもマスメディアを通した「心理教育」と考えている。これに反応して、メール相談もいただくが、込み入った内容は受診へつなげる。まずはメールで「コンタクト」を得ることが早期介入の第一歩であることは間違いない。相談者の訴える内容は精神医学的に疾病に相当し、正確な診断と治療を要することを伝え、安心されるようである。早速当日または翌日に予約の電話が鳴る。

予約もインターネットで初診・再診ともに可能である。電話は診療時間しか受けることができず、回線は限られ、話し中のことが多いとクレームをいただくことがよくあった。インターネットならば24時間365日間、対応可能である。

これにより様々な年齢・性別・職業・地域の患者が訪れる。都心部の方々はもちろん、茨城・栃木・群馬などから、地元ではすぐに気軽に受診できないためと、東京まで新幹線や特急列車に乗って来られる方もいらっしゃる。

患者層としては「インターネット・リテラシー」の高い20-40年代の青壮年層が圧倒的に多い。反対に高齢者は少ない。この点は「デジタル・デバイド(インターネットを使いこなせる人と使いこなせない人との間に生じる格差)」を考慮して、保健師や福祉士らと補完していくべき年齢層であると考えられる。

いずれにおいても「精神科受診は初めて」という患者が少なくなく、いわゆる精神医療における「ゲートキーパー」を務めている。“DUI, Duration of Untreated Illness (精神疾患未治療期間)”は短く(茅野ら, 2008)、大半は不眠・不安・うつ症状を主訴とした気分障害、不安障害であるが、ARMSと考えられる症例も時に認められる。



図4: インターネットを活用した精神医療

### 【精神科診療所における ARMS 診療の具体例】

銀座泰明クリニックを受診した ARMS 3 症例、診断基準は満たさないものの可能性ある 2 症例、計 5 症例を提示し、「精神科診療所における ARMS 診療」について考察する。なお、症例は個人情報保護の精神に基づき、複数例を組み合わせた、いわば架空の症例である。

#### 症例 1: 男性、17 歳、高校生

母方叔父に精神科へ入院歴があったらしい。父は大手企業勤務、母は家事専従、妹一人。おとなしくまじめな子どもだった。成績優秀、表彰されることもあった。しかし、有名高校入学後より何のために勉強しているのか、何のために生きているのか悩むようになった。そして眠れなくなり、頭の中で考えがグルグルと回るため、担任教師と養護教師へ相談した。養護教諭は以前にも別の生徒が通院していたことで知っていた当院を紹介した。話を詳しく聞くと、子どもの頃から親の期待を一身に背負い育ってきた。高校入学後、大学受験勉強に備え、自分の人生は何のためにあるのか分からなくなっているという。

了解可能な内容であったが、表情は硬く、瞬きが多く、落ち着きのない様子であった。ロラゼパム 0.5mg 不安時にて 1 週間、経過観察したが、もう居ても立ってもいられない、皆から責められているような気がするという訴えにより、両親に伴われ受診した。精神病の可能性が高いことを本人および両親に説明し、抗精神病薬を用いた治療を提案したところ、十分な理解と同意を得られなかった。本人もさることながら、両親は「思春期の心の迷い」と認識しており、「精神病の疑い」であることは受け入れ難いようだった。このため、精査の目的で都内大学病院の「ユースクリニック (若者向けの精神科専門外来)」を紹介したところ、本人・両親より転医の同意を得た。

精神病的な遺伝素因を背景とし、過剰適応的に成長しつつ、思春期に神経症的な悩みから発症し、精神病症状を来した症例である。本人もさることながら、両親も「精神病の疑い」という診断を受け難かった。このような場合、セカンドオピニオンも兼ねて、精査の目的で高次医療機関、特に専門的な大学病院へ紹介すると同意を得られ、適切な医療へ導ける。