

統合失調症における受診経路および初発症状に関する調査

安部 秀三^{1,2)}, 高沢 彰^{1,3)}, 小徳 勇人^{1,4)}, 高濱 浩輔^{1,5)}, 齋藤 悟^{1,6)},
茂木 尚子^{1,7)}, 松岡 大介^{1,8)}, 片見 眞由美^{1,9)}, 土井 永史^{1,10)}, 朝田 隆^{1,11)}

Shuzo Abe, Akira Takazawa, Hayato Kotoku, Hirosuke Takahama, Satoru Saito, Naoko Mogi,
Taisuke Matsuoka, Mayumi Katami, Nagafumi Doi, Takashi Asada : Pathways from
Initial Symptoms to Psychiatric Treatment in Patients with Schizophrenia

統合失調症の長期予後改善のためには早期介入が重要である。今回我々は早期介入のための課題抽出を目的として後方視的に受診経路および受診に至る経緯、初期症状などの患者調査を行った。統合失調症と診断され治療中の本人125名、家族74名を対象とし、受診経路、変調時の年齢、未治療期間、初発症状、必要とした情報などを後方視的にのおの調査員が調査シートをもとに面接調査した。さらに受診経路は精神科医院、精神科病院、総合病院精神科、一般科に分類し、その傾向を検討するとともに、初期症状については本人、家族で異同を検討した。最初の相談機関は医療機関が多く全体の約8割であった。変調から精神科初診までの期間は24.7±3.3ヵ月、中央値6.0ヵ月であり、特に最初に一般科を受診する群では長期化していた。初期の症状では本人は自覚症状として精神症状を7割に、同様に家族も7割以上精神症状を把握していた。一方陽性症状について本人は4割が気づいていたが、家族は2割しかとらえていなかった。また身体症状は本人の3割が自覚しており、この場合最初の医療機関として有意に身体科を選択することがわかった。受診の遅れに関しては、変調時年齢が低いと初診までに時間を要す傾向が認められた。以上の結果から、発病時期にあたる学校での疾患教育、メンタルヘルスの対応の整備、かかりつけ医の精神疾患の理解と精神科医療機関との連携、一般住民への精神疾患の啓発の必要性が確認された。

<索引用語：統合失調症，受診経路，初発症状，早期介入>

著者所属：1) NPO 法人I ネット，NPO I net

2) 医療法人有朋会栗田病院，Kurita Hospital

3) 医療法人碧水会汐ヶ崎病院，Shiogasaki Hospital

4) 医療法人ナザレ園ルリア記念クリニック，Luria Memorial Mental Clinic

5) 公益財団法人鹿島病院，Kashima Hospital

6) 社会福祉法人光風会，Koufuukai Social Welfare Corporation

7) 社会福祉法人町にくらす会，Machinikurasukai Social Welfare Corporation

8) みやざきホスピタル，Miyazaki Hospital

9) 茨城県日立保健所，Ibaraki Prefecture, Hitachi Health Center

10) 茨城県立こころの医療センター，Ibaraki Prefectural Medical Center of Psychiatry

11) 筑波大学大学院人間総合科学研究科・精神医学，Department of Psychiatry, University of Tsukuba

受 理 日：2014年7月9日

はじめに

近年精神疾患に関する啓発や早期介入の重要性が従来にも増して強調されている。精神疾患の治療予後には様々な要因が関与している。その中で介入可能な予後を左右する因子として、精神病的エピソードの始まりから治療開始までの期間である精神病未治療期間 (duration of untreated psychosis : DUP) や前駆期も含めた未治療期間 (duration of untreated illness : DUI) が知られており、この治療の遅れを最小化することにより当事者の長期予後改善を目指すことが可能とされている。DUP と DUI には国・地域、医療制度や充実度、社会背景などにより地域差があるが、この地域特性を知る上で有効な方法として、従来から受診経路調査が用いられている。対象となる患者群の受診履歴を後方視的に調査することでその地域の特徴を知り、ひいては早期介入を実現していくための改善点を見出すことができる。

「NPO 法人 I ネット」は、当事者のスムーズな治療導入が可能となる地域連携作りを 1 つの活動目的として設立された。過去の調査において同法人は、早期対応を遅らせている要因として、地域の精神障害に対する偏見、当事者に対して精神科医療の情報公開が十分でないことなどを指摘した^{7,8)}。今回は、早期介入を実現していくための方策を提案することを目的に、この地域での統合失調症患者の受診経路調査を行った。統合失調症の患者および家族を対象に 2 回の調査を実施したが、単に従来の受診経路の調査のみではなく、当事者の初期の症状にも併せて着目し実施した。なぜなら臨界期を含む初期症状を理解することは、我々精神科医だけでなく当事者である本人および家族、さらには一般社会にとって重要性が高いからである。特に 2 回目の調査では、患者およびその家族の双方から受診に至る経緯や症状などに関して調査し、受け止め方の異同も含めて調査を行った。

I. 対象と方法

1. 対象症例

今回我々は 2 度の調査を行った。1 回目は平成 18 年 6 月～平成 19 年 5 月の間に参加施設において通院加療中ないしは施設利用中の統合失調症の患者本人 70 名、家族 19 名である。2 回目は平成 20 年 7～11 月までに同参加施設に通院および通所をしていた本人およびその家族の 55 組である。アンケートの実施にあたっては書面で趣旨を説明し同意が得られた上でを行った。なお、2 回の調査で対象の重複はない。

2. 調査参加施設

参加施設は、精神疾患に関する正しい知識の普及および相談事業、地域精神保健事業の普及促進を図り、医療・保健・福祉の資質の向上を促進させ精神障害者の福祉の増進および精神保健の向上に貢献することを目的に設立された「NPO 法人 I ネット」に参加する委員の所属機関である。1 つの大学病院精神神経科 (筑波大学附属病院)、3 つの精神科病院 (公益財団法人鹿島病院、医療法人碧水会汐ヶ崎病院、医療法人有朋会栗田病院)、2 つの精神科医院 (医療法人温心会ヒヨドリ医院、医療法人ナザレ園ルリア記念クリニック)、1 つの社会福祉法人 (社会福祉法人光風会) である。参加機関は茨城県の主に水戸 (茨城県県央部) および鹿行地域 (茨城県南東部) における医療福祉機関である。調査対象は、特定の参加機関からの対象数が多くなならないよう、様々な医療機関や社会復帰施設などから対象を募った。

この地域特性を以下に記載する。水戸 (茨城県県央部) : 人口約 72 万人 (都市部、都市近郊部および農村部)、医療機関数 (総合病院 6、総合病院精神科 2、精神科病院 5、精神科クリニック 10、社会福祉施設 7)。鹿行地域 (茨城県南東部) : 人口約 28 万人 (都市近郊部および農村部)、医療機関数 (総合病院 2、総合病院精神科 0、精神科病院 2、精神科クリニック 2、社会福祉施設 1)。さらに各調査の参加対象施設および対象数については、第 1 回目が本人 70 名、家族 19 名 (筑波大学附属

表1 調査項目および検討項目の一覧

	実施調査		調査検討項目	
	1回目	2回目	共通調査	本人家族調査
性別	○	○	○	○
調査時年齢	○	○	○	○
変調時年齢		○		○
初診時年齢		○		○
未治療期間	○	○	○	
未治療期間と要因検討		○		○
相談機関	○	○	○	
医療機関	○	○	○	
その順路	○	○	○	
本人が自覚した最初の症状	○	○	○	○
家族が把握した最初の症状	○	○	○	○
本人が自覚した具体的な身体症状		○		○
家族が把握した具体的な身体症状		○		○
身体症状で身体科受診検討	○	○	○	
症状出現時に必要とした情報	○	○	○	
援助希求行動		○		○

○は調査項目を示す

病院 11, 栗田病院 21, 鹿島病院 15, 社会福祉法人光風会 29, ヒヨドリ医院 13)。第2回目が本人およびその家族各々 55 名 (汐ヶ崎病院 17, 栗田病院 15, 鹿島病院 7, ルリア記念クリニック 10, ヒヨドリ医院 6)。なお, 施設数, 人口は調査時の数字である。

3. 調査方法および内容

調査にあたり NPO 法人 I ネットにて作成した調査表により各施設職員, 主に精神保健福祉士が対象者に直接質問し聴取する形式で記載した。調査項目は第1回目と第2回目では若干の相違がある(表1)。共通調査項目は, 対象の属性「調査年齢」「性別」, 現在までにどのような相談・医療機関を受診したかという経路「受診経路」, 「本人および家族が最初に把握した症状」として不眠, 陽性症状, 身体症状, その他に分類した。これは初期の症状は非特異的であり多彩であることから, よ

り正確に分類するため上述のとおり区分した。さらに変調時から最初の精神科医療期間受診までの期間「初診に要した期間」, 「最初の症状出現時に必要とした情報」を調査した(以下, 共通調査)。

一方, 第2回目の調査では上記の共通調査項目のほか, 本人とその家族の相違に着目して調査を行った(以下, 本人家族調査)。すなわち「本人および家族が最初に把握した症状」として本人とその家族で各々「本人が自覚した最初の症状」「家族が把握した最初の症状」を調査した。とりわけ身体症状に関しては, 呼吸器系, 循環器系, 消化器系, 神経系に分けて分類を試みた。また, 何らかの行動を起こしたかについて「援助希求行動の有無」を調査した。最後に, 対象の属性, 発病年齢, 初発の症状の内容により出現後医療機関を受診するまでの期間について何らかの要因がこの期間に影響しているかも併せて検討した。

これらの調査は NPO 法人 I ネットには倫理審

査委員会が設置されていないため、筑波大学附属病院の倫理委員会で代理審査申請をし、その承認を得て実施した。調査用紙の記入にあたっては、同一の対象が重複しないために調査回収段階において施設名や個人情報（イニシャル、年齢、性別）の確認は行ったが、以後は通し番号にて調査検討するなどの個人情報への配慮を行った。

調査を正確に行うために、精神保健福祉士などの専門職員が直接面接した。しかし、10年以上前の出来事を回想するケースが含まれており、記憶錯誤や健忘の可能性が排除できないことは本研究の限界の1つである。

4. 解析方法

今回の調査では、最初の受診医療機関（精神科医院、精神科病院、総合病院精神科、一般科）の4群間での検討、単位期間でののべ受診医療機関数について、最初の症状出現から医療機関受診までの期間に差があるかについて一元配置分散分析法を行った。身体症状の有無により最初の医療機関として一般科を選択するかどうかについては、Fisherの直接確率計算法を行った。最初の症状の内容による受診期間への影響の有無に関しては、該当する各症状の有無の平均値をWelchのt検定を用いて比較した。受診期間と変調時年齢の関係については、Spearman順位相関係数の検定を用いた。

II. 結 果

1. 共通調査（1回目および2回目）項目

1) 患者背景

1回目の調査では89名（うち患者本人70名、家族19名）、2回目調査は110名（患者55名およびその家族55名）であり、1回目および2回目の調査を集計した総数は、患者125名、家族74名であったが、情報を得られた対象は直接面接した125名と、1回目に家族からのみ聴取した19名も加えた144名（男性73名、女性71名）となる。調査時の本人の年齢は 39.0 ± 0.97 歳（以下、平均値±標準誤差で示す）（中央値37.5歳）である。

変調時から初診までの期間は 24.7 ± 3.3 ヵ月、中央値6.0ヵ月である。診断はICD-10で全例統合失調症（F20）である。

2) 受診経路

最初の相談機関は、医療機関が112名（77.8%）、学校教師・カウンセラーなど学校関係が9名（6.3%）、精神保健福祉センター5名（3.5%）、保健所・市町村窓口など身近な公的機関3名（2.1%）、その他7名（4.9%）、不明8名（5.6%）であった。医療機関の分類は精神科医院、精神科病院、総合病院精神科、一般科の4つに分類して示した。最初の医療機関は、精神科病院が最も多く45名（31.3%）、次いで一般科37名（25.7%）、精神科医院33名（22.9%）と続き、総合病院精神科は28名（19.4%）、不明1名（0.7%）であった。

最初の受診医療機関により、その後ののべ医療機関数に傾向があるかどうか調査を行った。最初に精神科病院を受診した群が最も少なく 2.0 ± 0.4 医療機関であり、その他精神科医院 3.1 ± 0.7 、総合病院精神科 2.7 ± 0.5 、一般科 3.3 ± 0.5 医療機関であった。4群間で有意な差は認めなかった。また、各群について、治療経過中にデイケア、作業所、授産施設など地域の精神科リハビリテーションを行う地域資源を利用した人数を分子とし、分母を各群総数とした割合を社会資源利用率としたところ、最も利用経験のある群は精神科病院で51.1%であり、精神科医院27.3%、総合病院精神科39.3%、一般科40.5%であった。

3) 症状出現時に必要とした情報

精神的な病気の可能性ととらえ、病気や治療法について知りたいとする精神科への相談が46名（31.9%）と最も多かった。「（自分が病的なのかどうかということについての）周囲からの援助・助言」10名（6.9%）、医療機関の情報9名（6.3%）、他科への相談2名（1.4%）であった。その他が41名（28.5%）であり、病気とは理解できていない群である。すなわち「仕事上の問題」「反抗期」「魔物・霊界に取り憑かれた」などの記載があったが、これらは仕事上の悩み、反抗期という心理発達、魔界・霊界の情報を必要とし、ケースによっては

表2 本人および家族が最初に把握した症状

A. 共通調査 (1回目および2回目)

各対象者数	本人 (125人)	家族 (74人)
何らかの症状あり	118 (94.4%)	65 (87.8%)
不眠	61 (48.9%)	16 (21.6%)
精神症状	90 (72.0%)	57 (77.0%)
陽性症状	54 (43.2%)	15 (20.3%)
その他	36 (28.8%)	42 (56.8%)
身体症状	42 (33.6%)	16 (21.6%)

B. 本人家族調査 (2回目)

各対象者数	本人 (55人)	家族 (55人)
何らかの症状あり	48 (87.3%)	46 (83.6%)
不眠	28 (50.9%)	12 (21.8%)
精神症状	36 (65.5%)	41 (74.6%)
陽性症状	25 (45.5%)	10 (18.2%)
その他	11 (20.0%)	31 (56.4%)
身体症状	25 (45.5%)	13 (23.6%)
呼吸器系	7 (12.7%)	2 (3.6%)
循環器系	10 (18.2%)	3 (5.5%)
消化器系	11 (20.0%)	9 (16.4%)
神経系	5 (9.1%)	3 (5.5%)

その書籍を購入するものもあった。「特になし・わからない」は36名(25.0%)であった。

4) 本人および家族が最初に把握した症状

ここでは患者本人が感じた自覚症状と家族の感じた症状について分けて表に示した(表2A)。また様々な症状について精神症状, 身体症状, 不眠に分類し(複数該当可), かつ精神症状は陽性症状, その他とした。陽性症状は主にシュナイダーの第一級症状に属する症状に基づき, その他には抑うつ, 不安, イライラ, 意欲の低下, ひきこもり, 集中力の低下などを含んでいる。

表2Aのとおり患者本人による自覚症状では, 自覚症状ありが118名(94.4%), 不眠61名(48.9%), 精神症状90名(72%), 身体症状42名(33.6%)であり, 精神症状として陽性症状がすでに54名(43.2%)に認められていた。その他とし

表3 身体症状把握の有無による診療科の選択

A. 本人による症状自覚

	一般科	精神科
自覚症状あり	16	25
自覚症状なし	16	68

P=0.016

Fisherの直接確率計算法

B. 本人または家族による症状把握

	一般科	精神科
自覚症状または家族の症状把握あり	20	29
自覚症状または家族の症状把握なし	17	76

P=0.004

Fisherの直接確率計算法

N=142, 2名は不明

て36名(28.8%)であった。家族による症状把握では, 症状あり65名(87.8%), 不眠16名(21.6%), 精神症状57名(77.0%), 身体症状16名(21.6%)であり, 精神症状の中では陽性症状は15名(20.3%)と自覚症状よりは低く, その他は42名(56.8%)であった。

ここで, 身体症状の有無によりその後の受診医療機関として一般身体科を受診するかどうかについて検討を試みた(表3A, B)。結果は本人による症状自覚の場合(表3A, P=0.016), 本人の症状自覚あるいは家族によって症状が把握された場合(表3B, P=0.004)のいずれもが有意に身体科を選択するという結果となった。

2. 本人家族調査(2回目:本人およびその家族)項目

1) 患者背景

調査対象は本人55名およびその家族55名である。本人性別は男性28名, 女性27名, 家族の内訳は, 父17名, 母24名, 配偶者6名, 兄弟4名, その他4名であった。本人の調査時年齢, 変調時年齢, 初診時年齢, 罹病期間は, 各々39.3±1.6歳(中央値39歳), 22.8±1.1歳(中央値20歳), 24.7±1.2歳(中央値22歳), 16.5±1.4年(中央値16年)である。変調時から初診までの期間は25.3±

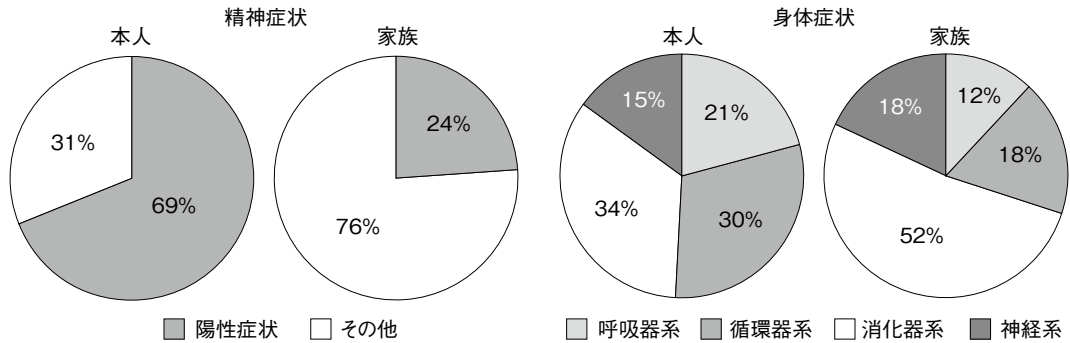


図1 本人およびその家族が最初に把握した症状

5.2 ヶ月(2~168 ヶ月, 中央値 10 ヶ月)であった。

2) 援助希求行動の有無について

相談, 受診, 情報収集など何らかの援助を求める行動を起こしたかについては, 本人・家族それぞれ 55 名のうち, 本人 16 名 (29.1%), 家族 31 名 (56.4%) が行動を起こしていた。本人 39 名 (70.9%), 家族 24 名 (43.6%) において行動はみられなかった。

3) 本人および家族が最初に把握した症状

本人および家族が最初に把握した症状を表 2B に示す。何らかの自覚症状を感じているのは 55 名中の 48 名と 9 割程度であった。一方, 家族は全体 55 名中 46 名と 8 割以上で症状出現をとらえていた。本人は 6 割強の 36 名が精神症状を自覚しており, 家族も精神症状については約 7 割の 41 名が察知していた。

さらに本人と家族のとらえ方を対比するために図 1 に精神症状, 身体症状のグラフを示した。本人からの調査では, 精神症状が出現した例の 7 割程度で本人が陽性症状を感じている一方で, 家族は 2 割強にとどまっていた。また身体症状では本人は食欲低下, 下痢, 腹痛などの消化器症状, 動悸や胸痛などの循環器症状, 呼吸器症状など多彩な症状を感じているものの, 家族が外見上認めるのは食欲低下, 下痢, 腹痛などの消化器症状が多いという結果であった。

4) 初診までに要した期間

変調時年齢は 22.8±1.1 歳 (中央値 20 歳), 初診時年齢は 24.7±1.2 歳 (中央値 22 歳), 初診までに

要した期間は 25.3±5.2 ヶ月 (2~168 ヶ月, 中央値 10 ヶ月)であった。最初の医療機関ごとに精神科初診までに要した期間についてまとめた。精神科病院 9.6±2.5 ヶ月 (以下, 中央値, サンプル数: 6 ヶ月, 18), 精神科病院 19.5±8.4 ヶ月 (6 ヶ月, 14), 総合病院精神科 29.6±11.2 ヶ月 (12 ヶ月, 7), 一般科 45.5±14.4 ヶ月 (12 ヶ月, 16) であった。サンプル数やばらつきのため 4 群において有意な差を認めなかった。

また, 諸要因として本人および家族が最初に把握した症状の種類により初診に要する期間の差異があるかを検討したが, 表 4 のとおり有意差を認めなかった。ただし, 変調時年齢と初診までに要した期間の間には弱い負の相関がえられた (図 2, $r=-0.25$, $P<0.05$)。

特に初診までに要した期間が 100 ヶ月以上の症例を抽出して表 5 に示した。特に 2 例は変調時年齢が小学生であった。5 例のうち 3 例は初発症状として特有の陽性症状を呈していたが, 受診までに長期間を要していた。

III. 考 察

本調査は, 統合失調症の本人および家族に発病前後の情報を聞き取り, その結果をまとめ報告したものである。より正確性を期するために精神保健福祉士などの専門職員が面接式で直接対象者に調査を行った。このような方法は, 過去の体験を追想する作業であり, 調査結果に記憶錯誤や健忘の可能性, また, 専門職の調査員とはいえ個々の

表4 各症状の有無による受診までの期間（ヵ月）

	症状あり		症状なし		検定 P 値
	平均±標準誤差	中央値	平均±標準誤差	中央値	
何らかの症状あり					
本人：精神症状	29.3±4.2	12	18.6±6.6	10	0.18
本人：陽性症状	27.5±5.5	12	26.0±4.9	10	0.83
本人：身体症状	29.8±6.0	12	25.1±4.6	8	0.54
家族：精神症状	21.3±4.9	10	27.1±9.9	11	0.60
家族：陽性症状	14.1±6.8	9	24.8±5.2	10	0.22
家族：身体症状	26.4±12.1	6	21.6±4.5	12	0.71

Welch の t 検定

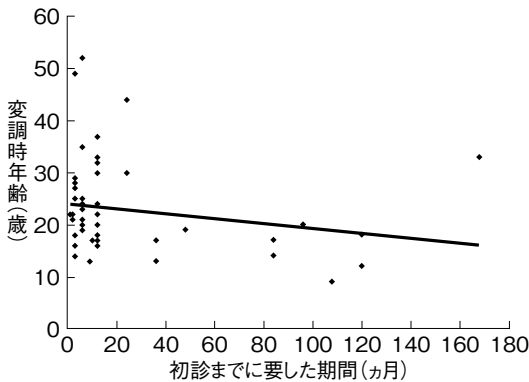


図2 変調時年齢と初診までに要した期間
 $r = -0.25, P < 0.05$
 Spearman 順位相関係数の検定

調査員による内容を聞き出す力量の差が内在している可能性がある。さらには、研究に賛同してくれる本人・家族による調査が地域全体の集団特徴を正確に反映しうるのかというサンプリングの問題もあり、調査そのものに一定の限界性は含まれる。その上でも特定の地域での調査報告は意義のあることであり、統合失調症を対象とした受診経路調査は本邦でも過去にいくつか報告^{8,9)}はみられるが、100例を超える報告は調べる限り1990年の富永らの報告⁹⁾のほかは本調査のみである。特に本調査で行った本人とその家族の調査はこれまでに本邦の調査研究では乏しい。いくつかの視点から以下に考察を述べる。

1. 受診経路について

1) 相談機関・窓口および必要とした情報の特徴について

最初の相談機関・窓口としては直接医療機関を選択する割合が多くを占めた。学校関係機関、公的機関（保健所・市町村窓口など）がこれに続いた。最初の症状出現時に必要とした情報としては医療機関への相談や情報が多くを占めたが、「病気なのかわからない」、あるいは病気と認識できていないケースが多く、病気と直接関係しない内容や「特になし、わからない」など含めると半数を超えた。病初期において当事者の当惑している様子を示していると推察され、当事者の相談を受ける窓口の情報や機能充実が必要だと思われる。

2) 最初の医療機関によるその後の受診行動の特徴について

最初の医療機関としては、精神科病院、一般科、精神科医院、総合病院精神科などが各々2~3割であった。最初の医療機関によって以後の受診医療機関数には有意な差は認めなかった。過去に社会資源（精神科デイケア、共同作業所、地域生活支援センターなど）を利用していた割合は、有意差は認めないものの精神科病院が最も多かった。これは精神科病院を最初の医療機関とする対象群の病状程度からより精神科リハビリテーションが必要な対象であったと考えられるが、さらには精神科病院ではデイケアなどの医療資源が併設されており、精神保健福祉士などの専門職種が配置され

表5 初診までの期間が100ヵ月以上のケース

性別	変調年齢 (歳)	未受診期間 (ヵ月)	精神症状	身体症状	不眠
女	9	108	陽性症状	あり	あり
男	11	120	陽性症状	あり	なし
女	33	168	陽性症状	なし	あり
女	18	120	気分易変	なし	なし
男	18	120	なし	あり	あり

ていることも影響しているかもしれない。

3) 援助希求行動の有無について

相談、受診、情報収集などの援助を求める行動を起こした割合は本人では約3割、家族で半数を超えた。本人は症状を感じつつも実際の行動にはつながりにくい状況がうかがえた。

2. 最初の症状について

今回の調査では最初の症状について着目した。ここでの最初の症状とは精神病エピソードの始まりとして確認できる症状に限らず前駆症状を含めた症状である。

1) 初期から出現する陽性症状(一般住民への啓発)

表2Aに示したように自覚症状として7割以上に精神症状の出現を認めた。特に疾患に特徴的な陽性症状についても4割以上で自覚していた。これは過去の報告²⁾よりも頻度が高い結果であり、予測以上であった。本人からの聞き取り内容では、「自分に何が起きているのかわからなかった」「どこまでが病気なのか正気なのかわからない」との訴えがみられ、相談などの援助を求める行動以前に当事者の困惑している様子がうかがえた。

周知のとおり統合失調症は思春期以降に好発年齢があり、早期の介入が重要な疾患である。広く一般住民への疾患の啓発のみならずこの時期の重要性について、当事者となりうる思春期青年期の人々、家族さらには学校関係者の理解が必要である。

2) 前駆症状としての身体症状(身体科との連携)

最初の症状として身体症状も比較的多く、自覚症状で3割以上、家族の把握した症状で2割を認めた。従来から前駆期を含む調査においては不安、焦燥などいわゆる神経症的な症状から、抑うつ気分などの神経変調、意欲の変化、認知の変化、集中力の低下、ひきこもり、などに加えて食欲低下など身体症状も認められる。今回の調査では、身体症状を最初の症状としたケースは、本人による症状自覚(表3A)、本人または家族の症状把握(表3B)のいずれもが有意に一般科を最初の医療機関として受診することがわかった。このことを手がかりにして、精神疾患の理解や精神科とのスムーズな連携を一般科の医師に促すことにより早期に精神科医療に結びつけることが可能と考えられる。

3) 本人・家族による認識の差(家族への啓発)

今回我々の1回目の調査から、本人、家族による最初の症状のとらえ方に差異がみられていたが、この差異をとらえることで本人・家族に対して早期に注目すべき点を提供できると考えた。2回目の調査は本人およびその家族55組から調査を行った。表2Bのとおり、最初の症状について本人、家族とも同様の頻度で把握できているが、その内容については大きく異なる2点が明らかとなった。すなわち図1に示したとおり、1つには精神症状について本人は7割程度に陽性症状を感じているにもかかわらず、家族で把握できていたのは2割強であった。さらに身体症状に着目する

と、本人は消化器系、循環器系、呼吸器系など様々な症状をとらえていたが、家族は消化器系の症状を多くとらえていた。このような差異は、身近にいる家族であっても精神的な変調を体験している本人を外部から観察するためと考えられる。行動面の症状は家族に最も気づかれやすく、幻覚、妄想などの主観的症状は患者からの報告がより信頼できると McGorry らにより提唱されている³⁾。今回、病初期には身体症状など疾患非特異的な症状の背後に特異的な症状の存在が示唆されるケースが多いという調査結果が得られている。病初期において本人は困惑し、言語化が難しい段階であり、家族の積極的なサポートが重要である。そのためには家族に対して病気や相談窓口を事前に啓発していくことが重要だと考えられる。

うつ病の患者が身体症状を前景に一般科に受診することが多いことはよく知られたことであるが、同様に精神病への特異的な症状の出現を見逃さないよう、精神科医療は広く地域の一般科医師との連携をとることが必要である。家庭医制度が浸透している英国など欧州と本邦は保健医療制度が異なり、精神科医療との連携が必要な一般科は、かかりつけ医と総合病院の身体科医師の双方であろう。

3. 受診の遅れについて

1) 変調時から受診までの期間

今回の調査では変調時から初診までの期間は平均で 24.7 ± 3.3 ヶ月、中央値 6.0 ヶ月であった。本邦の報告では平均 6~11 ヶ月、13.7 ヶ月、8.3 ヶ月、中央値 3 ヶ月などとされており^{1,9,10,11)}、海外を含めると平均は約 2 年で中央値が 6 ヶ月程度である^{4,6)}。当調査での平均がやや長い結果であるのは、初期の症状から受診までの期間であり、発病前の前駆期を含んでいるため厳密には DUP ではなく、DUI に相当すると考えられる⁵⁾。また、特に 100 ヶ月を超える未治療期間のケースが 5 例含まれたことが全体の平均値に影響したものと思われる。

2) 最初の医療機関種別による受診の遅れの差異

サンプル数の少なさやばらつきにより 4 群間で有意差は認めなかったが、受診までの期間は精神科医院が最も短く、一般科は最も長期化し、精神科医院の 5 倍の期間であった。受診を決断した時期には精神科に直接受診することが多いが、中でも精神科医院の場合にはより早めに受診につながっていた。受診しやすさという利便性や抵抗感の少ない医療機関が選択されたものと考えられる。一般科がより長期であった理由は、精神症状があるものの身体的な症状が前景となり経過し長期化したケースや気分変調があるが精神科には受診にならず内科のみで長期経過したケースが含まれていたためと考えられる。これらは、2. 2) に指摘したとおり、一般科と精神科の連携が望まれたケースであった。

3) 変調時年齢と初診までに要した期間の関係

変調時年齢と初診までに要した期間には弱い負の相関がえられた (図 2)。従来から、初診が遅れるケースでは、病状の潜行性発症、思春期や早期成人期の社会への低い適応水準などを認めるとする指摘がある。今回の結果では「より幼少期に症状が出現すると受診までの期間が長期化しやすい」ことを示している。今回の調査は発症経過の詳細を調査していないためその詳細は明らかではないが、より幼少期に発症し長期化したケースにおいては、従来指摘されている病状の潜行性発症の特徴をそなえていたものと推測した。

4) 長期間未受診ケースの特徴

上記に関連して長期間(ここでは 100 ヶ月以上)受診に至らないケースを表 5 にまとめた。一般的には緩徐な機能低下や社会的ひきこもりを伴う潜行性の発症のときに精神科受診が遅くなりやすいとされる³⁾。今回の調査では表 5 の 5 例のうち 3 例は最初の症状としてすでに統合失調症に特徴的な陽性症状の出現が認められている。このことも学校保健や医療機関との連携の必要性を示している。

おわりに

—調査を通しての提言—

今回茨城県県央部および県南東部における受診経路、初期症状などについて当事者から調査を行った。今回得られた結果は当地域のみの問題点だけでなく、他の地域でも共通した課題とも考えられる。このことから以下のことについて提言したい。

1. 学校における疾患の教育、メンタルヘルスの対応体制の整備

調査から「初めは自分に何が起きているのかわからない」症状が出現しても、この症状が病気なのかどうか判断もつかず1人で悩むケースが浮き彫りにされた。また、未治療期間の長いケースは潜在的な発症や学童期などでの発症が多く認められた。統合失調症の好発年齢を迎える時期にあわせて本人・家族に対してメンタルヘルスの啓発、より早期介入をするための学校でのカウンセリング、相談機関とのスムーズな連携など整備が必要である。

2. 一般科医師(かかりつけ医および総合病院身体科医師)の精神疾患の理解と精神科との連携

今回の調査では発病初期に身体的な変調を感じていたケースは全体の3割程度であった。特に身体症状が前景に出現しているケースは一般科にまず相談する上に、一般科を初診した群は精神科初診までに長時間を要している結果が認められ、一般科と精神科のスムーズな連携が必要であることが再確認された。また、身体症状の背後に疾患特異的な陽性症状の存在が認められるケースもあることから、一般科医師に精神疾患の理解や精神科とのスムーズな連携をさらに促す必要があることが示唆された。

3. 精神疾患についての正しい理解・啓発

地域住民が当事者になりうることを考えた上で、当事者のみならず地域住民に正しい理解のた

めの啓発活動が必要となる。また、より早期の受診を促進するためには家族だけでなく周囲からの助言も必要である。

4. 相談業務の充実、当事者ニーズに対応した医療機関を含めた社会資源情報の整備

家族、本人など当事者のみならず他の医療機関や相談機関からもアクセスしやすい情報公開が望まれる。例えば医療機関の情報として相談業務、心理相談、社会資源(デイケア、就労施設、入所施設など)の併設の有無などであろう。今回の調査で病初期において「病気なのかわからない」、および「病気と認識できていない」ケースは全調査対象数の半数を超える。上記提言での精神疾患についての啓発のみならず、病初期において実際に当事者の相談を受ける窓口の情報や機能充実が必要と思われる。さらに治療導入がなされた後にも相談業務として地域の社会資源の利用などに継続した支援がなされるべきである。今回の調査では、精神科病院を最初に受診したケースは社会資源の利用につながる傾向が認められた。精神科病院の精神保健福祉士などによる情報提供体制が社会資源の利用に寄与していることがうかがえた。すべての医療機関が相談対応可能となることが望ましいが、少なくとも早急にすべきことは、それぞれの医療圏域において当事者がそのニーズに応じてアクセスできる医療機関を含めた地域社会資源情報の整備であろう。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 橋本直樹, 藤澤大介, 大塚耕太郎ほか: 精神科受診経路に関する研究. 精神医学, 48; 1276-1285, 2006
- 2) 林 敬子, 小泉 泉, 仙谷倫子ほか: 統合失調症の初発症状. 広島医学, 62; 189-193, 2009
- 3) Jakson, H. J., McGorry, P. D.: The Recognition and Management of Early Psychosis: A preventive approach, 2nd ed. Cambridge University Press, New York, 2009 (水野雅文, 鈴木道雄, 岩田仲生監訳: 早期精神科の診断と治療. 医学書院, 東京, 2010)

- 4) Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., et al. : Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients : a systematic review. *Arch Gen Psychiatry*, 62 ; 975-983, 2005
 - 5) 水野 雅文：精神疾患の早期発見と早期治療，*精神経誌*，110 ; 501-506, 2007
 - 6) Norman, R. M., Malla, A. K., Verdi, M. B., et al. : Understanding delay in treatment for first-episode psychosis. *Psychol Med*, 34 ; 255-266, 2004
 - 7) 高島真澄：精神科医療における情報開示のあり方について—ユーザーへの聞き取り調査から，*精神経誌*，109 ; 463-470, 2007
 - 8) 高島真澄：精神科医療における受診経路に関する調査報告，*精神経誌*，109 ; 940-947, 2007
 - 9) 富永泰規，太田保之，塚崎 稔ほか：初発分裂病者の精神科施設初診までの経路について，*精神医学*，32 ; 1079-1085, 1990
 - 10) Yamazawa, R., Mizuno, M., Nemoto, T., et al. : Duration of untreated psychosis and pathways to psychiatric services in first-episode schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci*, 58 ; 76-81, 2004
 - 11) Yamazawa, R., Nemoto, T., Kobayashi, H., et al. : Association between duration of untreated psychosis, premorbid functioning, and cognitive performance and the outcome of first-episode schizophrenia in Japanese patients : prospective study. *Aust N Z J Psychiatry*, 42 ; 159-165, 2008
-

Pathways from Initial Symptoms to Psychiatric Treatment in Patients with Schizophrenia

Shuzo ABE^{1,2)}, Akira TAKAZAWA^{1,3)}, Hayato KOTOKU^{1,4)}, Hirosuke TAKAHAMA^{1,5)}, Satoru SAITO^{1,6)}, Naoko MOGI^{1,7)}, Taisuke MATSUOKA^{1,8)}, Mayumi KATAMI^{1,9)}, Nagafumi DOI^{1,10)}, Takashi ASADA^{1,11)}

- 1) *NPO I net*
- 2) *Kurita Hospital*
- 3) *Shiogasaki Hospital*
- 4) *Luria Memorial Mental Clinic*
- 5) *Kashima Hospital*
- 6) *Koufuukai Social Welfare Corporation*
- 7) *Machinikurasukai Social Welfare Corporation*
- 8) *Miyazaki Hospital*
- 9) *Ibaraki Prefecture, Hitachi Health Center*
- 10) *Ibaraki Prefectural Medical Center of Psychiatry*
- 11) *Department of Psychiatry, University of Tsukuba*

Early intervention is essential for improving the long-term prognosis of schizophrenic patients. With the objective of contributing to early treatment in communities in the future, we retrospectively investigated patient data, including the pathway to psychiatric care, the course prior to consultation, and initial symptoms. An interview survey was conducted involving a total of 125 patients receiving treatment for a diagnosis of schizophrenia and 74 family members using two questionnaire sheets to collect data on the pathway to psychiatric care, age at onset, time between onset and the initiation of treatment, initial symptoms, and the necessary information. For the pathway to psychiatric care, facilities were classified into : psychiatric clinic, psychiatric hospital, psychiatric department of a general hospital, and general practices, and tendencies were investigated. As for the initial symptoms, differences between those recognized by the patients themselves and their families were investigated. The results showed that approximately 80% of patients had first visited medical facilities, while the remaining patients had consulted psychologists, school nurses, teachers, or public health centers. The mean time from onset to initial psychiatric consultation was 24.7 ± 3.3 months, with a median period of 6.0 months. This duration was particularly long among patients who first visited general practitioners. As the initial symptoms, 70% of patients had psychiatric symptoms as subjective symptoms, and more than 70% of family members equally noticed psychiatric symptoms. On the other hand, 40% of patients had positive symptoms, but only 20% of family members had noticed the positive symptoms. A total of 30% of patients had been aware of somatic symptoms, and these patients were significantly more likely to initially visit physicians in a department other than the psychiatric department. As for delay in consultation, patients who

had onsets at an early age tended to take longer to make the initial visit. The above findings confirmed the necessity of disease education at schools, given that onset can occur in school-age children, as well as the establishment of a mental health network, understanding of psychiatric diseases among primary care physicians and their cooperation with psychiatrists, and increased public awareness regarding psychiatric diseases.

<Authors' abstract>

<**Keywords** : schizophrenia, pathway to psychiatric care, initial symptoms, early intervention>
