



第2回 日本外来精神医学会学術総会

これからの
精神医療は
どのような場で
おこなわれるのか

プログラム・抄録集

会期 | 2025年9月13日(土)・14日(日)

会場 | 神戸ベイシェラトンホテル&タワーズ
〒658-0032 神戸市東灘区向洋町中2-13(六甲アイランド)

大会長
浅野 達藏

日本精神神経科診療所協会 常任理事
兵庫県精神神経科診療所協会 会長
浅野神経内科クリニック 院長

副大会長
稲田 泰之

日本精神神経科診療所協会 理事
大阪府精神神経科診療所協会 会長
(医)悠仁会 稲田クリニック 院長

実行委員長
吉原 育男

日本精神神経科診療所協会 理事
兵庫県精神神経科診療所協会 副会長
こころのクリニックよしはら医院

主催：公益社団法人日本精神神経科診療所協会

<https://convention.jtbcom.co.jp/jspc2025/>



セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤(SNRI) 薬価基準収載

イフェクサー[®]SR カプセル 37.5 mg・75 mg

EFFEXOR[®] SR CAPSULES

ベンラファキシン塩酸塩徐放性カプセル

劇薬 処方箋医薬品

注意－医師等の処方箋により使用すること

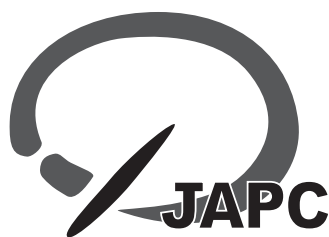
●効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む注意事項等情報等については、電子添文をご参照ください。

製造販売

ヴィアトリス製薬合同会社

〒106-0041 東京都港区麻布台一丁目3番1号

文献請求先及び問い合わせ先：メディカルインフォメーション部



第2回 日本外来精神医学会学術総会

Japanese Society of Psychiatric Clinics



目 次

ご挨拶	3
開催概要	4
実行委員	5
参加者へのご案内	6
座長・発表者へのご案内	8
交通のご案内	10
会場案内図	11
日程表	12
プログラム	15
抄録：特別講演 1	27
産業医研修会シンポジウム	33
シンポジウム 1	41
シンポジウム 2	47
シンポジウム 3	53
シンポジウム 4	59
シンポジウム 5	65
シンポジウム 6	71
シンポジウム 7	79
シンポジウム 8	85
シンポジウム 9	91
シンポジウム 10	97
シンポジウム 11	103
シンポジウム 12	109
ワークショップ 1	115
ワークショップ 2	119
スペシャリストにきく 1	123
スペシャリストにきく 2	127
日精診研究助成事業（田中健記念研究助成後継事業）	
2024 年度 研究・調査助成部門及び	
2025 年度 実践活動奨励賞部門対象者発表会	131
一般演題（口頭発表）	135
一般演題（ポスター発表）	141
ランチョンセミナー 1	147
ランチョンセミナー 2	151
ランチョンセミナー 3	155
ランチョンセミナー 4	159
ランチョンセミナー 5	163
ランチョンセミナー 6	167
モーニングセミナー 1	171
モーニングセミナー 2	175
スポンサードセミナー 1	179
スポンサードセミナー 2	183
スポンサードセミナー 3	187
共催・協賛企業一覧	190

ご 挨 拶

私たちはこの度、2025 年 9 月 13 日（土）～14 日（日）に「第 2 回日本外来精神医学会学術総会」を開催する運びとなりました。本総会は、日本の健全な外来精神医療の発展と、地域精神保健医療福祉の深化を目指し、多職種連携を強化することを主な目的としています。外来での精神医療は、患者さまにとって最も身近な精神医療であり、その役割は近年ますます重要になってきております。

この学会では、地域における外来精神医療の質を高めるための実践的な知識や技術の共有が行われます。さらに、オンライン精神科診療や遠隔医療の導入、精神科医療の効率化に貢献する新たなシステムの提案など、未来をも見据えた議論を深めてまいります。多職種連携の強化を図るため、精神保健福祉士、看護師、公認心理師、作業療法士など、各分野の専門職との協力が今まで以上に重視される機会といたしたいとおもいます。

多くの皆さまにご参加いただきますようお願い申し上げます。

第 2 回日本外来精神医学会学術総会

大会長 浅野 達藏

（日本精神神経科診療所協会 常任理事／兵庫県精神神経科診療所協会 会長／

浅野神経内科クリニック 院長）

開 催 概 要

学 会 名 称：第2回日本外来精神医学会学術総会

(学会 HP：<https://convention.jtbcom.co.jp/jspc2025/index.html>)

テ ー マ：これからの精神医療はどのような場でおこなわれるのか

会 期：2025 年 9 月 13 日（土）～14 日（日）

会 場：神戸ベイシェラトンホテル&タワーズ

〒658-0032 兵庫県神戸市東灘区向洋町中 2-13（六甲アイランド）

TEL: 078-857-7000

大 会 長：浅野 達藏

(日本精神神経科診療所協会常任理事／兵庫県精神神経科診療所協会 会長／
浅野神経内科クリニック 院長)

実行委員長：吉原 育男

(日本精神神経科診療所協会 理事／兵庫県精神神経科診療所協会 副会長／
こころのクリニックよしはら医院)

主 催：公益社団法人日本精神神経科診療所協会

後 援：兵庫県

公益社団法人 日本医師会

一般社団法人 兵庫県医師会

一般社団法人 日本産業精神保健学会

一般社団法人 日本精神科産業医協会

公益社団法人 日本精神神経学会

公益社団法人 日本精神科病院協会

公益社団法人 日本精神保健福祉連盟

事 務 局：日本外来精神医学会

〒160-0022 東京都新宿区新宿 2 丁目 12-13

E-mail: jspc@lilliputs-art.com

お問い合わせ先：株式会社 JTB コミュニケーションデザイン コンベンション第二事業局内

〒105-8335 東京都港区芝 3-23-1 セレスティン芝三井ビルディング 12 階

TEL: 03-5657-0777 E-mail: jspc2025@jtbcom.co.jp

実 行 委 員

大 会 長	浅野 達藏	日本精神神経科診療所協会 常任理事 兵庫県精神神経科診療所協会 会長 浅野神経内科クリニック 院長
副 大 会 長	稲田 泰之	日本精神神経科診療所協会 理事 大阪府精神神経科診療所協会 会長 (医) 悠仁会 稲田クリニック 院長
実行委員長	吉原 育男	日本精神神経科診療所協会 理事 兵庫県精神神経科診療所協会 副会長 こころのクリニックよしはら医院

公益社団法人 日本精神神経科診療所協会

上田 容子	日本精神神経科診療所協会 事務局長 常任理事 (医) 美帆会 神楽坂ストレスクリニック
上ノ山一寛	日本精神神経科診療所協会 副会長 常任理事 (医) 遙山会 南彦根クリニック
後藤英一郎	日本精神神経科診療所協会 副会長 常任理事 (医) 心和堂 後藤クリニック
高野 知樹	日本精神神経科診療所協会 理事 常任理事 (医) 弘富会 神田東クリニック
堤 俊仁	日本精神神経科診療所協会 監事 (医) 適水会 つつみクリニック
寺田 浩	日本精神神経科診療所協会 理事 常任理事 こころとからだのクリニックあおいクリニック
三木 和平	日本精神神経科診療所協会 会長 常任理事 (医) ラルゴ 三木メンタルクリニック

一般社団法人 兵庫県精神神経科診療所協会

浅野 達藏	浅野神経内科クリニック
今井 必生	大橋クリニック
武田 敏伸	一般財団法人仁明会 仁明会クリニック
豊田 裕敬	とよだクリニック
橋本 健志	橋本健志クリニック
藤原 豊	ふじわら心のクリニック
松井 裕介	まついこころのクリニック
松本 具樹	精療クリニック小林
吉原 育男	こころのクリニックよしはら医院

公益社団法人 大阪精神科診療所協会

池下 克実	(医) いちメンタルクリニック日本橋
稲田 泰之	(医) 悠仁会 稲田クリニック
勝元 榮一	かつもとメンタルクリニック
杉山 博通	(医) 杉山診療所
中村 芳昭	中村医院
西川 瑞穂	(医) 瑞月会 かく・にしかわ診療所
李 利彦	(医) 宏彩会 李クリニック

オブザーバー

赤塚 英則	一般社団法人神奈川県精神神経科診療所協会 会長 公益財団法人柿葉会 神奈川診療所 精神神経科
-------	---

参加者へのご案内

1. 参加受付

場 所：参加受付／総合案内（神戸ベイシェラトンホテル&タワーズ 3F ホワイエ）

時 間：9月13日（土） 9:00～19:00

9月14日（日） 7:30～16:00

2. 参加費、抄録集販売など

・学術総会に参加される方は、必ず参加登録を行ってください。

参加区分	早期参加登録費 (7/31まで)	後期参加登録費 (8/13以降)	課税区分
会 員	12,000円	16,000円	不課税
非会員	15,000円	17,000円	課税
会 員 その他（メディカルスタッフ等）	3,000円	6,000円	不課税
非会員 その他（メディカルスタッフ等）	3,000円	6,000円	課税

・プログラム・抄録集について以下の通り受取方法が異なります。

【日本外来精神医学会会員】

本会の参加登録の有無に関わらず、抄録集を事前に送付いたします。

（2025年8月末発送予定）

送付先は、オンライン参加登録でご入力された住所ではなく、日本外来精神医学会会員情報に登録されている住所です。

【非会員の方】

●早期登録された方

期日までに早期参加費の入金確認が完了した方には、オンライン参加登録でご入力された住所宛に、プログラム・講演抄録集を送付いたします。（2025年9月上旬発送予定）

●後期登録された方

会場の受付で、ネームカードと一緒にお渡しいたします。『登録費決済完了のお知らせ』メールを受付にご提示ください。

※プログラム抄録集は現地で販売もいたします。（1冊2,000円（課税））

・学術総会に参加される方は、必ず参加登録を行ってください。

・ネームカードに関しましては早期登録と後期登録で受取方法が異なります。

●早期登録された方

期日までに早期参加費の入金確認が完了した方には、オンライン参加登録でご入力された住所宛に、事前にネームカードを送付いたします。（2025年9月上旬発送予定）

当日はお忘れの無いよう必ずお持ちください。

※プログラム抄録集とは別送で発送いたします。

●後期登録された方

会場の受付で、プログラム抄録集と一緒にお渡しいたします。『登録費決済完了のお知らせ』メールを受付にご提示ください。

3. 懇親会

日 時：2025年9月13日（土） 19:00～20:30 予定

会 場：オーシャン（神戸ベイシェラトンホテル&タワーズ 別館（シェラトンアネックス）4F）

参加費：会員／非会員：11,000円（課税）

その他（メディカルスタッフ等）：5,000円（課税）

※お席に余裕がある場合のみ、当日、総合受付にて受付いたします。（現金のみ）

参加者へのご案内

4. 単位取得

本学術総会では、下記の単位が取得いただけます。

1) 日本精神神経学会 専門医単位

対 象 者：日本精神神経学会 専門医取得者

単 位 数：3 単位

受付手順：専門医単位受付（総合受付付近）にて申請をお願いします。

受付日時：9 月 13 日（土） 9:00～19:00

9 月 14 日（日） 7:30～16:00

2) 日本医師会認定産業医研修（更新・専門）

対 象 者：日本医師会認定産業医 資格保有者 ※事前申込者のみ

対象プログラム：産業医研修会シンポジウム

会場・日時：2025 年 9 月 14 日（日） 13:50～16:50

第 1 会場（3F 六甲）

※当日現地会場へご来場いただいた方のみ単位付与対象となります。

単 位 数：3 単位

・（更新）1 単位

・（専門）2 単位

※単位取得の申請は、日本医師会認定産業医有資格者に限ります。

非認定産業医、またはこれから認定医の申請をされる方は研修単位になりません。

受付手順：参加登録システム画面（メインメニュー）より「受講票」をダウンロード・印刷の上、会場までお持ちください。

<入場時>

・会場入口で受講票をスタッフにご提示ください。入場チェックを行います。

<退場時>

・講演終了後、会場出口で受講票をスタッフにお渡しください。

※2025 年 4 月 1 日以降に開催される研修会では、単位シール・紙（または PDF）の修了証は一切発行されません。研修会主催者が受講履歴を MAMIS に登録し、申請後は取得単位を MAMIS のマイページから確認できます。確認できる時期については改めてご案内いたします。

※遅刻・早退の場合は、単位付与はできかねます。

5. モーニングセミナー、ランチョンセミナー、アフタヌーンセミナー

整理券の配布はございません。セミナー入場時にお弁当、軽食等をお受け取りください。

6. クローク

神戸ベイシェラトンホテル&タワーズ 3F クロークをご利用ください。

7. 託児室

託児所の用意はございません。

8. その他

1) 会場内では、携帯電話をマナーモードに設定してください。

2) 会場内は全館禁煙です。

3) 会長の許可の無い掲示・展示・印刷物の配布・録音・写真撮影・ビデオ撮影は固くお断りいたします。

座長・発表者へのご案内

1. 進行情報

- ・発表時間については個別にご案内している時間をご参照ください。
- ・発表終了1分前に黄色ランプ、終了・超過時には赤色ランプを点灯してお知らせします。円滑な進行のため、時間厳守をお願いします。

2. 座長の皆様へ

担当セッション開始予定時刻の15分前までに、会場内前方の「次座長席」にご着席ください。座長紹介のアナウンスはありません。時間になったら座長席にお進みいただき開始してください。

3. 発表者の皆様へ

【口演セッション 発表方法】

- ・口演発表はすべてPC発表（PowerPoint）のみといたします。
- ・発表データは、Windows PowerPointで作成してください。
- ・PowerPointの「発表者ツール」は使用できません。発表用原稿が必要な方は各自ご準備ください。
- ・画面サイズはすべての会場で「16：9」です。
- ・演台上には、モニター、キーボード、マウス、レーザーポインターを用意いたします。演台上上がると最初のスライドが表示されますので、その後の操作は各自でおこなってください。

＜データ発表の場合＞

- 1) 作成に使用されたPC以外でも必ず動作確認を行っていただき、USBフラッシュメモリーでご持参ください。
- 2) フォントは文字化け、レイアウト崩れを防ぐため下記フォントを推奨いたします。
MSゴシック、MSPゴシック、MS明朝、MSP明朝
Arial, Century, Century Gothic, Times New Roman
- 3) 動画データ使用の場合は、Windows Media Playerで再生可能な物をご使用ください。
- 4) 発表データは学会終了後、事務局で責任を持って消去いたします。

＜PC本体持込みによる発表の場合＞

- 1) Macintoshで作成したものと動画・音声データを含む場合は、必ずご自身のPC本体をお持込みください。
- 2) 会場で用意するPCケーブルコネクタの形状は、HDMI（Type-A）（図参照）です。この出力端子を持つPCをご用意いただくか、この形状に変換するコネクタを必要とする場合には必ずご持参ください。電源ケーブルもお忘れなくお持ちください。
- 3) 再起動をすることがありますので、パスワード入力は“不要”に設定してください。
- 4) スクリーンセーバーならびに省電力設定は事前に解除しておいてください。
- 5) PCをご持参された方は、発表終了後、降壇時に各会場のPCオペレーター席にてPCをお受け取りください。



座長・発表者へのご案内

【ポスターセッション 発表方法】

- 1) 各演題のポスターパネル、掲示用の画鋏、演題番号（プログラム番号）は事務局にて用意いたします。
- 2) 貼付・発表・閲覧・撤去の時間は下記の通りです。

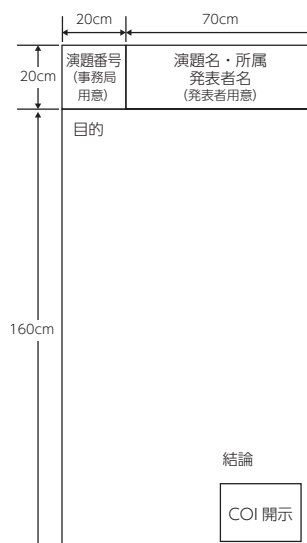
	貼付	発表 (対象セッション)	閲覧	撤去
9月13日(土)	9:00～10:00	10:20～11:20	11:30～17:00	17:00～19:00

※所定の時間を過ぎて掲示されているポスターは、事務局で撤去の上、会期終了後に廃棄いたしますのであらかじめご了承ください。

- 3) ポスターの貼付スペースは、横 90cm×縦 160cm の範囲内とします。

演題名・演者名（所属）は、パネル上方の演題番号の横に横 70cm×縦 20cm でおさまるようにご自身でご準備ください。演題番号と画鋏は、事務局で準備いたします。

- 4) セッション（発表）開始 5 分前までにご自身のポスター前に待機してください。
- 5) 発表時間は 10 分、討論時間は 5 分です。発表、討論時間を厳守いただきますようお願いいたします。



4. 利益相反（COI）の開示について

すべての演者は、研究会当日に利益相反(COI)の開示をスライドで行う必要があります。発表スライドの最初に筆頭演者の COI 状態について開示を必ずご提示ください。（共同演者のものは開示不要です。）

様式2(開示情報ない場合)

日本精神神経学会
利益相反(COI)開示
筆頭発表者名: ○○ ○○

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

※この形式はサンプルなので、必要な情報が開示されれば、形式は自由です。

様式2(開示情報ある場合)

日本精神神経学会
利益相反(COI)開示
筆頭発表者名: ○○ ○○

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業など:

- ・受託研究・共同研究費: ○○製薬
- ・奨学金: ○○製薬
- ・寄付金講座所属: あり(○○製薬)

※この形式はサンプルなので、必要な情報が開示されれば、形式は自由です。

5. PC 発表データの受付

学会当日に発表データの受付を行います。セッション開始 30 分前までに PC センターにて、発表データの試写ならびに受付をお済ませください。

受付場所: 神戸ベイシェラトンホテル&タワーズ 3F ホワイエ

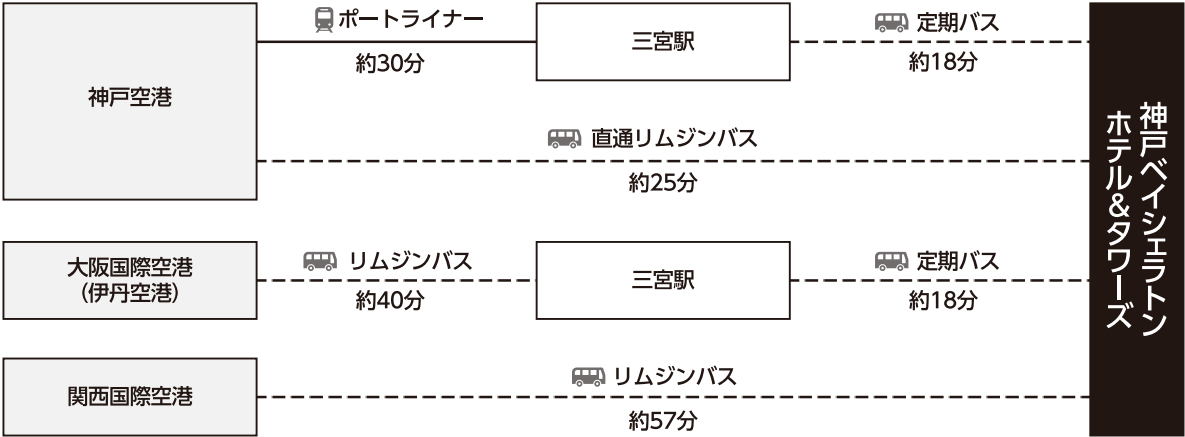
受付日時: 9月13日(土) 9:00～18:00

9月14日(日) 7:30～16:00

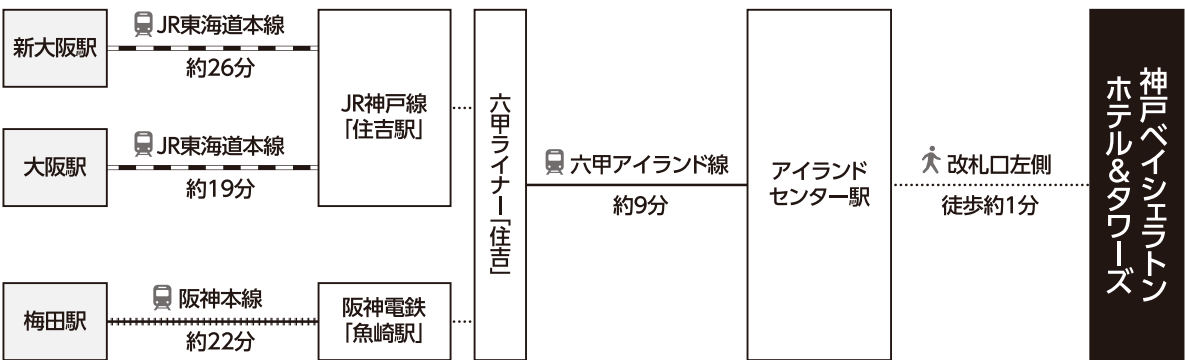
交通のご案内



✈ 空港からのアクセス

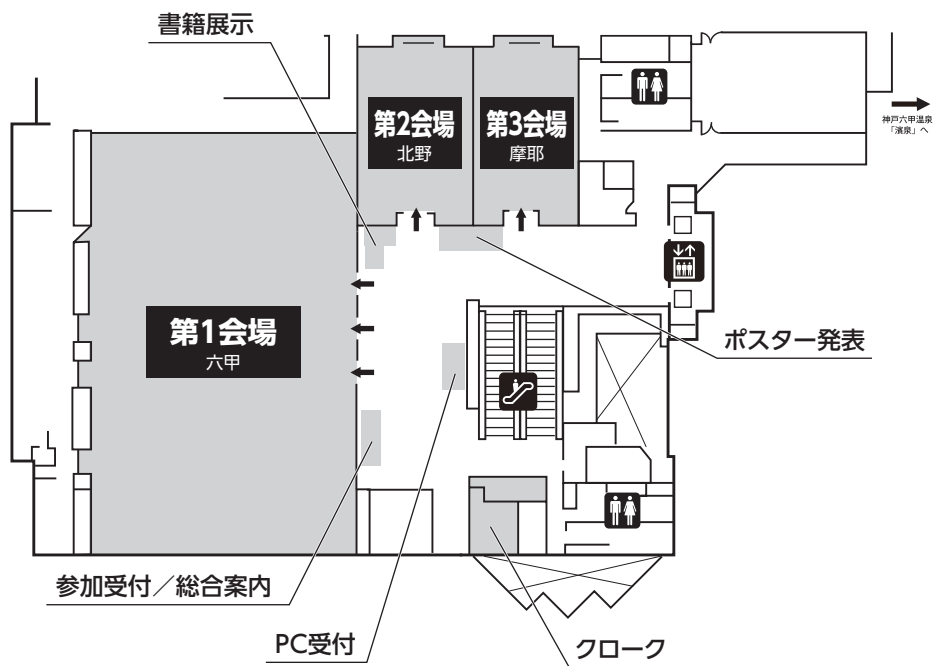


🚆 電車でのアクセス

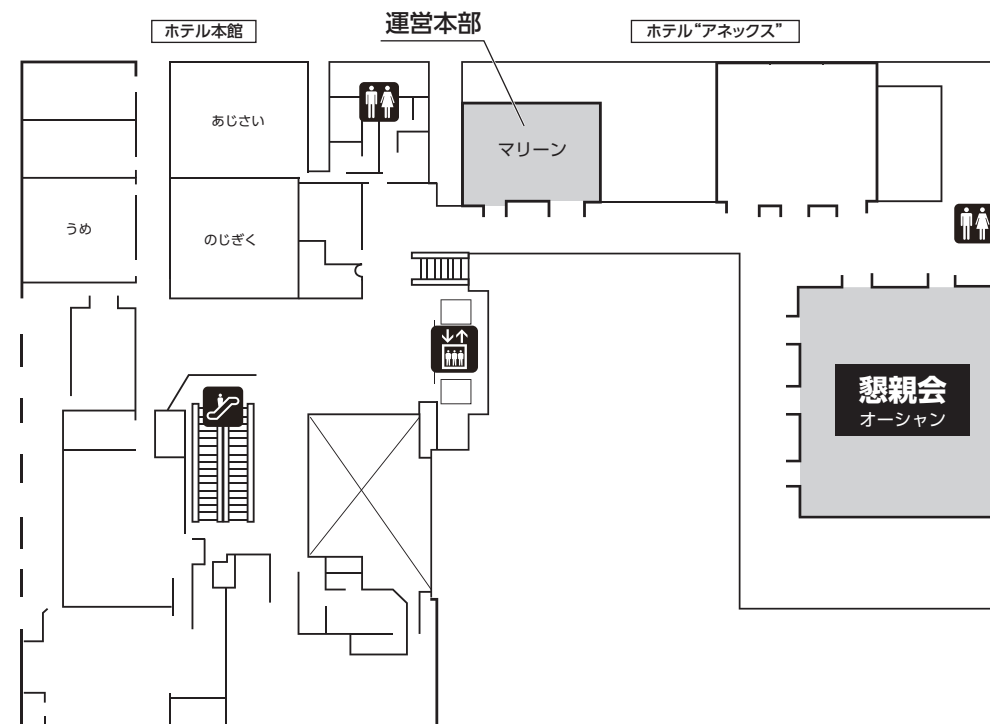


会場案内図

3F



4F

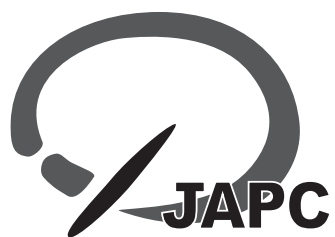


日 程 表 1日目 9月13日(土)

	第1会場	第2会場	第3会場	ポスター会場
	3F 六甲	3F 北野	3F 摩耶	3F 北野・摩耶前ホワイエ
8:00				
9:00				
10:00	10:00～10:15 開会式			
11:00	10:20～12:20 S1 シンポジウム 1 精神科外来の 診療報酬を考える 座長：李 利彦 演者：足立 直人 寺田 浩 稲田 泰之	10:20～12:20 S3 シンポジウム 3 災害のとき診療所は どう活動できるか 座長：浅野 達藏 吉原 育男 演者：鈴木 竹仁 吉原 育男 浅野 達藏 斎藤 庸男	10:20～11:20 O 一般演題（口頭発表） 座長：花田 進 11:20～12:20 日精研研究助成事業（田中健記念研究助成後継事業） 2024年度 研究・調査助成部門及び 2025年度 実践活動奨励賞部門 対象者発表会 座長：窪田 幸久	10:20～11:20 P 一般演題（ポスター発表） 座長：武田 敏伸
12:00				
13:00	12:30～13:30 LS1 ランチョンセミナー 1 その「うつ」が治りにくいのはなぜか？ ―就労を目指すうえで必要な条件とは― 座長：稲田 泰之 演者：上田 均 共催：武田薬品工業株式会社/ルンドベック・ジャパン株式会社	12:30～13:30 LS2 ランチョンセミナー 2 レキサルティのうつ病への有効性と 日本うつ病学会治療ガイドラインについて 座長：寺田 浩 演者：伊賀 淳一 共催：大塚製薬株式会社	12:30～13:30 LS3 ランチョンセミナー 3 自殺予防の視点から見た 外来精神医療の役割と広がり 座長：田中 禎 演者：張 賢徳 共催：ヴィアトリス製薬合同会社	
14:00	13:40～15:40 S2 シンポジウム 2 これからの外来精神医療 について 座長：三木 和平 上田 容子 演者：三木 和平 寺田 浩 阿瀬川孝治 張 賢徳	13:40～15:40 S4 シンポジウム 4 認知症高齢者の在宅看取り 座長：芦刈伊世子 講演：森田 洋之 シンポジスト：山崎 英樹 李 利彦	13:40～14:35 SL1 スペシャリストにきく 1 精神科臨床とわたし ―統合失調症・トラウマ・発達障害と― 座長：橋本 健志 演者：田中 究 14:45～15:40 SL2 スペシャリストにきく 2 中井久夫の精神医学 座長：松本 具樹 演者：杉林 稔	
15:00				
16:00	15:45～16:45 SS1 スポンサードセミナー 1 睡眠障害への対応からみる 精神科外来における神経発達症診療 座長：西川 瑞徳 演者：辻井 農亜 共催：ノーベルファーマ株式会社/株式会社メディカルホールディングス	15:45～16:45 SS2 スポンサードセミナー 2 眠れない不安へのアプローチ ～ベンゾジアゼピンとオレキシン受容体拮抗薬の活用 座長：上田 均 演者：稲田 泰之 共催：エーザイ株式会社	15:45～16:45 SS3 スポンサードセミナー 3 患者さんにも治療者にも安全な向精神薬治療を考える ～統合失調症・双極症の患者さんがもつ個別性の観点から～ 座長：上ノ山一寛 演者：藤井久彌子 共催：住友ファーマ株式会社	
17:00	16:50～18:50 SP1 特別講演 1 臨床精神医学を再考する ―疾患カテゴリーから 個人的経験へ 座長：北中 淳子 浅野 達藏 演者：Arthur Kleinman 北中 淳子 江口 重幸	16:50～18:20 WS1 ワークショップ 1 服薬拒否の統合失調症患者にどう向き合うか？ ―実臨床に即した戦略を探る― 座長：勝元 榮一 ファシリテーター： 福本健太郎、山田 恒 安田 由華、勝元 榮一	16:50～18:50 S5 シンポジウム 5 明日から使える デイケアプログラム 座長：高尾 哲也 堀越 翔 演者：保科 輝之 時田 陽介 山崎 聞平	
18:00				
19:00	19:00～ 懇親会 (神戸ベイシェラトンホテル & タワーズ 別館 (シェラトンアネックス) 4F オーシャン)			

日 程 表 2日目 9月14日(日)

	第1会場	第2会場	第3会場
	3F 六甲	3F 北野	3F 摩耶
8:00		8:00～8:50 MS1 モーニングセミナー 1 扁桃体を通して考える双極症 座長：三木 和平 演者：押淵 英弘 共催：共和薬品工業株式会社	8:00～8:50 MS2 モーニングセミナー 2 月経前不快気分障害と月経前症候群の病態生理と精神疾患に与える影響 座長：上田 容子 演者：菊山 裕貴 共催：大塚製薬株式会社 ニュートラシューティカルス事業部
9:00	9:00～10:00 SP2 特別講演 2 新たな地域医療構想を踏まえた 今後の精神医療提供体制 座長：上田 容子 演者：江澤 和彦	9:00～10:40 S6 シンポジウム 6 日精診から世界へ—— 双極症と統合失調症の リアルワールドデータ最前線 座長：阿瀬川孝治、枝川 浩二 演者：本郷 誠司、加藤 正樹 嶽北 佳輝、勝元 榮一 有川 雅俊	9:00～10:40 S10 シンポジウム 10 外来精神医療と少年を 司法精神医学から考える 座長：川口 哲 演者：安藤久美子 定本ゆきこ 佐藤 順恒
10:00	10:10～11:10 SP3 特別講演 3 精神保健医療福祉行政の動向 座長：三木 和平 演者：渡邊 拓実		
11:00		10:50～12:30 S7 シンポジウム 7 性被害を巡る精神科医療 座長：鬼頭 有代 森 美緒 演者：亀岡 智美 久保田康愛 永本 能子 宮内和瑞子	10:50～12:30 S11 シンポジウム 11 精神科診療所における ひきこもり支援 座長：上ノ山一寛 演者：吉川 貴士 三家 英明 藤井美悠紀
12:00	11:20～12:30 全体会議		
13:00	12:40～13:40 LS4 ランチョンセミナー 4 不眠症治療の最適なアプローチとは？ ～エビデンスから考えるオレキシン受容体拮抗薬の位置付け～ 座長：上田 容子 演者：岸 太郎 共催：塩野義製薬株式会社	12:40～13:40 LS5 ランチョンセミナー 5 不安と不眠の深い関係 ～不安症と睡眠障害の関係とその対応～ 座長：上野 修一 演者：山田 恒 共催：Meiji Seika ファルマ株式会社	12:40～13:40 LS6 ランチョンセミナー 6 脳病態からひも解く成人期 ADHD の治療戦略 座長：勝元 榮一 演者：上田 均、坂元 薫 共催：武田薬品工業株式会社
14:00		13:50～15:20 S8 シンポジウム 8 自殺後の紛争化防止について 座長：稲田 泰之 三木 和平 演者：上ノ山一寛 里村 淳 池下 克実	13:50～15:50 S12 シンポジウム 12 新たに注目される依存症： 過量服薬と行動嗜癖 座長：曾良 一郎 藤原 豊 演者：山木 愛久 中元 康雄 田中 禎 曾良 一郎
15:00	13:50～16:50 産業医研修会シンポジウム 精神科医のための産業医実務講座総括編 ～重点ポイントをめぐって～ 座長：高野 知樹 演者：高野 知樹 奥山 真司 田中 和秀 兼田 康宏 赤松 拓 指定発言：神山 昭男	15:20～16:50 S9 シンポジウム 9 児童精神科から見た大人の ADHD 座長：西川 瑞穂 大瀧 和男 演者：大瀧 和男 原田 剛志 大久保圭策	
16:00			16:00～16:50 WS2 ワークショップ 2 外国出身者への精神科診療と医療人類学 座長・演者：阿部 裕、植本 雅治
17:00	16:50～17:00 閉会式		
18:00			
19:00			



プログラム



プログラム

1 日目 9 月 13 日 (土)

第 1 会場 3F 六甲

10:20~12:20 シンポジウム 1

精神科外来の診療報酬を考える

座長：李 利彦（宏彩会 李クリニック）

- S1-1 精神科外来医療費は増大しているのだろうか
足立 直人（武蔵屋足立医院）
- S1-2 精神科外来の診療報酬を考える～通院精神療法の意義とは
寺田 浩（こころとからだのクリニック あおいクリニック）
- S1-3 精神科医療の地域貢献
稲田 泰之（医療法人悠仁会稲田クリニック）

12:30~13:30 ランチョンセミナー 1

座長：稲田 泰之（医療法人悠仁会 稲田クリニック）

- LS1 その「うつ」が治りにくいのはなぜか？
ー就労を目指すうえで必要な条件とはー

上田 均（医療法人ひまわり もりおか心のクリニック）

共催：武田薬品工業株式会社／ルンドベック・ジャパン株式会社

13:40~15:40 シンポジウム 2

これからの外来精神医療について

座長：三木 和平（医療法人社団ラルゴ三木メンタルクリニック）

上田 容子（神楽坂ストレスクリニック）

- S2-1 我が国の外来精神科医療の現状と提言
三木 和平
（公益社団法人日本精神神経科診療所協会／日本外来精神医学会／
医療法人社団ラルゴ三木メンタルクリニック）
- S2-2 これからの外来精神医療について
～地域包括ケアの推進と外来精神医療の社会的意義
寺田 浩（こころとからだのクリニック あおいクリニック）
- S2-3 〈いつもそこにあること〉の意義 ― 外来精神医療が担う日常と並走的支援 ―
阿瀬川孝治（汐入メンタルクリニック）
- S2-4 外来精神医療に求められるミニマム・リクワイアメント
張 賢徳（国立精神神経医療研究センター精神保健研究所）

15:45~16:45

スポンサードセミナー 1

座長：西川 瑞穂（医療法人瑞月会 かく・にしかわ診療所）

SS1 睡眠障害への対応からみる精神科外来における神経発達症診療

辻井 農亜（富山大学附属病院 こどものこころと発達診療学講座）

共催：ノーベルファーマ株式会社／株式会社メディパルホールディングス

16:50~18:50

特別講演 1

臨床精神医学を再考するー疾患カテゴリーから個人的経験へ

座長：北中 淳子（慶應義塾大学文学部）

浅野 達藏（浅野神経内科クリニック）

SP1-1 The Extraordinary Importance of High-Quality Care: For Psychiatry, The Rest of Medicine, and In Our World Today

Arthur Kleinman (Harvard Medical School / Harvard University)

SP1-2 『病いの語り』が拓いた世界：医療人類学の実践

北中 淳子（慶應義塾大学文学部）

SP1-3 クラインマンの足跡と方法

江口 重幸（一般財団法人精神医学研究所附属 東京武蔵野病院）

第2会場 3F 北野

10:20~12:20

シンポジウム 3

災害のとき診療所はどう活動できるか

座長：浅野 達藏（浅野神経内科クリニック）

吉原 育男（こころのクリニックよしはら医院）

S3-1 【医療機関向け】クリニックの防災・減災・BCP（前半）

鈴木 竹仁（株式会社MMP）

S3-2 クリニックの防災対策

吉原 育男（こころのクリニックよしはら医院）

S3-3 【医療機関向け】クリニックの防災・減災・BCP（後半）

鈴木 竹仁（株式会社MMP）

S3-4 災害時に電子化した機器をいかにつかうか

浅野 達藏（浅野神経内科クリニック）

S3-5 災害時の診療所を守る：太陽光発電の可能性

斎藤 庸男（さいとうクリニック（神奈川））

12:30~13:30

ランチョンセミナー 2

座長：寺田 浩（こころとからだのクリニックあおいクリニック）

LS2 レキサルティのうつ病への有用性と日本うつ病学会治療ガイドラインについて

伊賀 淳一（愛媛大学大学院医学系研究科 精神神経科学）

共催：大塚製薬株式会社

13:40~15:40

シンポジウム 4

認知症高齢者の在宅看取り

座長：芦刈伊世子（あしかりクリニック）

S4-講演 講演

介護・看護の連携による認知症高齢者の看取りの現場

森田 洋之（ひらやまのクリニック）

S4-1 ACP と認知症

山崎 英樹（いずみの杜診療所）

S4-2 高齢者施設での看取りについて

李 利彦（宏彩会 李クリニック）

15:45~16:45

スポンサードセミナー 2

座長：上田 均（医療法人ひまわり もりおか心のクリニック）

SS2 眠れない不安へのアプローチ

～ベンゾジアゼピンの役割整理とオレキシン受容体拮抗薬の活用

稲田 泰之（医療法人悠仁会 稲田クリニック）

共催：エーザイ株式会社

16:50~18:20

ワークショップ 1

服薬拒否の統合失調症患者にどう向き合うか？ ―実臨床に即した戦略を探る―

座長：勝元 榮一（かつもとメンタルクリニック）

ファシリテーター：福本健太郎（岩手医科大学医学部神経精神科学講座）

山田 恒（兵庫医科大学精神科神経科学講座）

安田 由華（医療法人フォスター 生きる育む輝くメンタルクリニック梅田本院）

勝元 榮一（かつもとメンタルクリニック）

開会挨拶

勝元 榮一（かつもとメンタルクリニック）

ワークショップ目的の説明

福本健太郎（岩手医科大学医学部神経精神科学講座）

講義（心理教育/病識について）

山田 恒（兵庫医科大学精神科神経科学講座）

解説

安田 由華（医療法人フォスター 生きる育む輝くメンタルクリニック梅田本院）

まとめ

勝元 榮一（かつもとメンタルクリニック）

第3会場 3F 摩耶

10:20~11:20

一般演題（口頭発表）

座長：花田 進（花田神経内科クリニック）

- O-1 クリニックでアプリ開発と無作為化比較試験を実施するには？：強迫症治療アプリ研究より
今井 必生（大橋クリニック）
- O-2 VR エクスポージャーを実施した飛行機不安の2事例からみるVRを用いた効果的な介入の検討
江頭 伸哉^{1,3)}、平川 沙織^{1,3)}、茂籠裕美子^{1,3)}、瀬浦まどか^{1,3)}、景山名菜子^{1,3)}、田中優樹菜^{1,3)}、楠 無我^{1,3)}、稲田 礼子^{1,3)}、瀬浦 敏志^{1,2)}、稲田 泰之¹⁾
(¹⁾ 医療法人悠仁会稲田クリニック、²⁾ 医療法人悠仁会北浜クリニック、³⁾ I-QUON 株式会社)
- O-3 思春期こころの健康教育の展開と課題
～沖縄県の1中学校でのこころの健康教育特設授業の実践と授業前後のアンケート調査結果を踏まえて～
山本 和儀、石原 綾子（山本クリニック）
- O-4 精神科診療における心理職の専門性とその範囲についての一考察
前田 麻更、小林 和、松本 具樹（医療法人社団 馨和会 精療クリニック小林）
- O-5 Measuring What Matters: Patient Centered Outcome Measures of Goal-Directed Care for People with Serious Mental Illness
プレスラウ ジョシュア¹⁾、ブラウム キャロライン²⁾、ジョンズ ネヴ³⁾
(¹⁾ RAND Corporation、²⁾ National Committee on Quality Assurance、³⁾ University of Pittsburgh School of Social Work)

11:20~12:20

日精診研究助成事業（田中健記念研究助成後継事業） 2024年度 研究・調査助成部門及び2025年度 実践活動奨励賞部門 対象者発表会

座長：窪田 幸久（中央公園クリニック）

- 1 術後せん妄患者に対する向精神薬治療に関する臨床疫学研究
北岡 力（京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学）
- 2 医療と産業保健を結ぶ、アルコール休職者の職場復帰ガイドの作成
金田一賢顕（医療法人秀山会 白峰クリニック）
- 3 北海道での医療、司法、福祉のネットワーク
「北海道で更生と再犯防止を考える会」の実践報告
村山ひとみ、山本 泰雄、長谷川直実
(医療法人社団ほっとステーション 大通公園メンタルクリニック)

12:30~13:30

ランチョンセミナー 3

座長：田中 禎（ただしメンタルクリニック）

LS3 自殺予防の視点から見た外来精神医療の役割と広がり

張 賢徳（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所）

共催：ヴィアトリス製薬合同会社

13:40~14:35

スペシャリストにきく 1

座長：橋本 健志（橋本健志クリニック）

SL1 精神科臨床とわたし ―統合失調症・トラウマ・発達障害とー

田中 究（兵庫県立ひょうごこころの医療センター）

14:45~15:40

スペシャリストにきく 2

座長：松本 具樹（医療法人社団 馨和会 精療クリニック小林）

SL2 中井久夫の精神医学

杉林 稔（社会医療法人愛仁会高槻病院精神科）

15:45~16:45

スポンサードセミナー 3

座長：上ノ山一寛（医療法人遙山会 南彦根クリニック）

SS3 患者さんにも治療者にも安全な向精神薬治療を考える

～統合失調症・双極症の患者さんがもつ個別性の観点から～

藤井久彌子（滋賀医科大学 精神医学講座）

共催：住友ファーマ株式会社

16:50~18:50

シンポジウム 5

明日から使えるデイケアプログラム

座長：高尾 哲也（医療法人イプシロン）

堀越 翔（ほりこし心身クリニック）

座長発言 明日から使えるデイケアプログラムーデイケア運営の工夫ー

堀越 翔（ほりこし心身クリニック）

S5-1 リハビリを促進する明日から使えるプログラム

～ボッチャとスポごみを通して～

保科 輝之、堀越 翔（医療法人すこやかほりこし心身クリニック）

S5-2 したいがプログラムになりまして

時田 陽介（医療法人社団 宙麦会 ひだクリニックお台場）

S5-3 リワークデイケア×作業療法

山崎 聞平、荻野 洋子、星野由美子、河西 有奈、金田一賢顕

（医療法人秀山会 白峰クリニック）

ポスター会場 3F 北野・摩耶前ホワイエ

10:20~11:20

一般演題（ポスター発表）

座長：武田 敏伸（一般財団法人仁明会 仁明会クリニック）

- P-1 一般精神科診療所下での実践的トラウマケア
～医療機関における心理士（師）の工夫と支援の姿勢～
小山 聡子、作田 泰章（さくメンタルクリニック）
- P-2 リワークにおける事業所アンケートと復職支援連携室の利用状況についての報告
平川 沙織^{1,2)}、瀬浦まどか^{1,2)}、茂籠裕美子^{1,2)}、景山名奈子^{1,2)}、田中優希菜^{1,2)}、江頭 伸哉^{1,2)}、
楠 無我^{1,2)}、稲田 礼子^{1,2)}、瀬浦 敏志³⁾、稲田 泰之¹⁾
(¹⁾ 医療法人悠仁会稲田クリニック、²⁾ I-QUON 株式会社、³⁾ 医療法人悠仁会北浜クリニック)
- P-3 クライシス・プラン(CP-J)を基盤とした精神科訪問看護の支援体制構築と地域連携
の実践報告
中村 義幸（ハピネス訪問看護ステーション）
- P-4 精神障害・発達障害のある方への就労支援における治療的改善効果について
池田 浩之^{1,2)}、屋敷 千晴²⁾、實盛 朱里²⁾、福島美和子²⁾、中嶋 美幸²⁾、久保川良子²⁾、
中本 遥香²⁾
(¹⁾ 兵庫教育大学学校教育研究科人間発達教育専攻臨床心理学コース、
²⁾ NPO 法人大阪精神障害者就労支援ネットワーク JSN 研究所(兼務事業))

2日目 9月14日(日)

第1会場 3F 六甲

9:00~10:00

特別講演 2

座長：上田 容子（神楽坂ストレスクリニック）

- SP2 新たな地域医療構想を踏まえた今後の精神医療提供体制
江澤 和彦（公益社団法人日本医師会）

10:10~11:10

特別講演 3

座長：三木 和平（医療法人社団ラルゴ三木メンタルクリニック）

- SP3 精神保健医療福祉行政の動向
渡邊 拓実（厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課）

12:40~13:40

ランチョンセミナー 4

座長：上田 容子（医療法人社団美帆会 神楽坂ストレスクリニック）

- LS4 不眠症治療の最適なアプローチとは？
～エビデンスから考えるオレキシン受容体拮抗薬の位置付け～
岸 太郎（藤田医科大学 医学部 精神神経科）

共催：塩野義製薬株式会社

13:50~16:50

産業医研修会シンポジウム

精神科医のための産業医実務講座総括編～重点ポイントをめぐって～

座長：高野 知樹（医療法人社団 弘富会 神田東クリニック）

- IS-1 最近の産業保健トピックス～両立支援マニュアルをめぐって～
高野 知樹（医療法人社団 弘富会 神田東クリニック）
- IS-2 メンタルヘルス問題に対応可能な職場の組織作り実現の重点ポイント
奥山 真司（トヨタ自動車株式会社人事部）
- IS-3 中小企業における産業医実務の重点ポイント
田中 和秀（医療法人ひつじクリニック）
- IS-4 私が大切にしている産業医実務における重点ポイント
兼田 康宏（岩城クリニック心療内科）
- IS-5 私が大切にしている産業医実務における重点ポイント
赤松 拡（仁大クリニック）
- 指定発言 主治医・産業医として『治療と仕事の両立支援』に取り組む
神山 昭男（有楽町桜クリニック）

第2会場 3F 北野

8:00~8:50

モーニングセミナー 1

座長：三木 和平（医療法人社団ラルゴ 三木メンタルクリニック）

MS1 扁桃体を通して考える双極症

押淵 英弘（東京女子医科大学 医学部 精神医学講座）

共催：共和薬品工業株式会社

9:00~10:40

シンポジウム 6

日精診から世界へ——双極症と統合失調症のリアルワールドデータ最前線

座長：阿瀬川孝治（汐入メンタルクリニック）

枝川 浩二（医療法人枝川クリニック）

S6-1 日本のメンタルクリニックからの双極症に関するリアルワールドデータの解釈について

本郷 誠司（南湖こころのクリニック／市ヶ谷ひもろぎクリニック 精神科診療部）

S6-2 日本の双極症大規模データ“MUSUBI”を外観する

加藤 正樹（関西医科大学医学部精神神経科学講座）

S6-3 MUSASI 2023 の包括的な知見：全国外来統合失調症患者 10,000 例の横断調査から見えるもの

嶽北 佳輝（関西医科大学医学部精神神経科学講座）

S6-4 Monotherapy vs. Polypharmacy in MUSASI2023 ——統合失調症外来治療におけるリアルワールドデータの分析——

勝元 榮一（かつもとメンタルクリニック）

S6-5 MUSASI 調査研究における障害年金受給者群の特徴について

有川 雅俊（医療法人三精会汐入メンタルクリニック）

10:50~12:30

シンポジウム 7

性被害を巡る精神科医療

座長：鬼頭 有代（医療法人いちえ 有希クリニック）

森 美緒（本山こころのクリニック）

S7-1 基調講演 性被害とトラウマインフォームドケア

亀岡 智美（兵庫県こころのケアセンター）

S7-2 性暴力被害者を支えること ～性暴力救援センター・大阪 SACHICO の活動を振り返る～

久保田康愛^{1,2)}、生魚かおり¹⁾、雪田 樹理^{1,3)}、加藤 治子¹⁾

(¹⁾ 性暴力救援センター・大阪 SACHICO、²⁾ 市立加西病院 精神科、³⁾ 女性共同法律事務所)

S7-3 「女性弁護士過疎地域」における性犯罪被害者支援のあり方

永本 能子（オハナ法律事務所）

S7-4 性被害、性的虐待の当事者へのアンケート調査

宮内和瑞子（宮内クリニック）

12:40~13:40

ランチョンセミナー 5

座長：上野 修一（愛媛大学大学院医学系研究科 精神神経科学）

LS5 不安と不眠の深い関係 ～不安症と睡眠障害の関係とその対応～

山田 恒（兵庫医科大学 精神科神経科学講座）

共催：Meiji Seika ファルマ株式会社

13:50~15:20

シンポジウム 8

自殺後の紛争化防止について

座長：稲田 泰之（医療法人悠仁会 稲田クリニック）

三木 和平（医療法人社団ラルゴ三木メンタルクリニック）

S8-1 精神科診療所のできる自殺未遂者支援

上ノ山一寛（医療法人遙山会 南彦根クリニック）

S8-2 自殺後、紛争化しないようにするためには ― 実例から学ぶ

里村 淳¹⁾、三木 和平²⁾、稲田 泰之³⁾、上ノ山一寛⁴⁾、上田 容子⁵⁾、稲村 茂⁶⁾、
近藤 久勝⁷⁾、池下 克実⁸⁾

(¹⁾ みずほ台病院心療内科、²⁾ 三木メンタルクリニック、³⁾ 稲田クリニック、
⁴⁾ 南彦根クリニック、⁵⁾ 神楽坂ストレスクリニック、⁶⁾ メンタルクリニック秋田駅前、
⁷⁾ 近藤医院、⁸⁾ いちメンタルクリニック日本橋)

S8-3 診療所外来患者の自殺後に生じたトラブルと対応の実態調査

池下 克実¹⁾、里村 淳²⁾、稲田 泰之³⁾、稲村 茂⁴⁾、上田 容子⁵⁾、上ノ山一寛⁶⁾、
近藤 久勝⁷⁾、三木 和平⁸⁾

(¹⁾ いちメンタルクリニック日本橋、²⁾ みずほ台病院心療内科、³⁾ 稲田クリニック、
⁴⁾ メンタルクリニック秋田駅前、⁵⁾ 神楽坂ストレスクリニック、⁶⁾ 南彦根クリニック、
⁷⁾ 近藤医院、⁸⁾ 三木メンタルクリニック)

15:20~16:50

シンポジウム 9

児童精神科から見た大人の ADHD

座長：西川 瑞穂（医療法人瑞月会 かく・にしかわ診療所）

大瀧 和男（医療法人和音会かずおメンタルクリニック）

S9-1 大人の ADHD の注目される特性について― 一般精神科と児童精神科の相違

大瀧 和男（医療法人和音会かずおメンタルクリニック）

S9-2 「就労現場における大人の ADHD」を児童精神科医がみると

原田 剛志（パークサイドこころの発達クリニック）

S9-3 ADHD を背景に持つ精神疾患の理解

大久保圭策（大久保クリニック）

第3会場 3F 摩耶

8:00~8:50

モーニングセミナー 2

座長：上田 容子（神楽坂ストレスクリニック）

MS2 月経前不快気分障害と月経前症候群の病態生理と精神疾患に与える影響

菊山 裕貴（新阿武山病院）

共催：大塚製薬株式会社 ニュートラシューティカルズ事業部

9:00~10:40

シンポジウム 10

外来精神医療と少年を司法精神医学から考える

座長：川口 哲（島原こころのクリニック）

S10-1 「儲からなくてもよいですか」

安藤久美子（東京科学大学）

S10-2 非行少年の理解と治療可能性 ー少年鑑別所に勤める精神科医の立場から

定本ゆきこ（京都少年鑑別所）

S10-3 児童自立支援施設における精神科臨床ー精神科医にできることー

佐藤 順恒（上尾の森診療所、埼玉学園）

10:50~12:30

シンポジウム 11

精神科診療所におけるひきこもり支援

座長：上ノ山一寛（医療法人遙山会 南彦根クリニック）

S11-1 ひきこもり支援の基本と医療機関との連携等について

吉川 貴士（厚生労働省社会・援護局地域福祉課）

S11-2 多職種チームで行うひきこもり支援

三家 英明、浜中 利保、関 晋太郎、陶山 弘善、荒木 宏美
（医療法人 三家クリニック）

S11-3 精神科診療所が地域で展開するひきこもり支援の現状

藤井美悠紀（医療法人遙山会 南彦根クリニック）

12:40~13:40

ランチョンセミナー 6

脳病態からひも解く成人期 ADHD の治療戦略

座長：勝元 榮一（かつもとメンタルクリニック）

LS6-1 グアンファシンは ADHD のどのような症状に有効か？

ー不注意症状改善効果の違いを考察するー

上田 均（医療法人ひまわり もりおか心のクリニック）

LS6-2 躁・うつ・不安と発達特性のポリフォニー ーその診立てと対応ー

坂元 薫（医療法人和楽会 心療内科・神経科 赤坂クリニック／坂元薫うつ治療センター）

共催：武田薬品工業株式会社

新たに注目される依存症：過量服薬と行動嗜癖

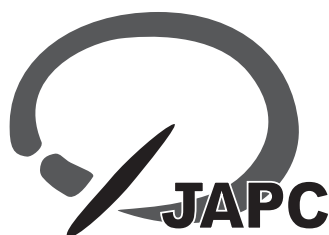
座長：曾良 一郎（神戸大学大学院 医学研究科 デジタル精神医学部門）
藤原 豊（ふじわら心のクリニック）

- S12-1 処方薬・市販薬依存について～外来診療でのポイント～
山木 愛久（公益財団法人復光会 垂水病院）
- S12-2 多様化が加速する現代の行動嗜癖～「推し活」問題と支援対象について～
中元 康雄（医療法人社団光風会 幸地クリニック）
- S12-3 ギャンブル依存症（ギャンブル障害）
田中 禎（ただしメンタルクリニック）
- S12-4 ネット・ゲーム依存
曾良 一郎（神戸大学大学院 医学研究科 デジタル精神医学部門）

外国出身者への精神科診療と医療人類学

座長：阿部 裕（四谷ゆいクリニック）
植本 雅治（浅野神経内科クリニック）

- WS2-1 日本に生活する外国人の精神医療
阿部 裕（四谷ゆいクリニック）
- WS2-2 ベトナムにおける精神科疾患の認識と対応、日本との比較研究
植本 雅治¹⁾、三浦 藍²⁾、野上 恵美³⁾、磯部 昌憲⁴⁾
(¹⁾ 浅野神経内科クリニック、²⁾ (元) 四條畷学園大学看護学部、
³⁾ 武庫川女子大学心理・社会福祉学部、⁴⁾ 京都大学医学部附属病院精神科神経科)



特別講演 1

臨床精神医学を再考する —疾患カテゴリーから個人的経験へ—

座長：北中 淳子（慶應義塾大学文学部）

浅野 達藏（浅野神経内科クリニック）

演者：Arthur Kleinman（Harvard Medical School / Harvard University）

北中 淳子（慶應義塾大学文学部）

江口 重幸（一般財団法人精神医学研究所附属 東京武蔵野病院）



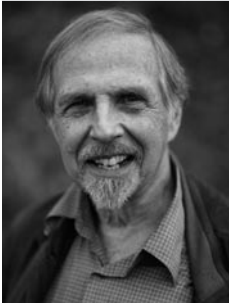
特別講演 1

臨床精神医学を再考するー疾患カテゴリーから個人的経験へ

Arthur Kleinman 博士をまねきその講演をきき、日本での彼の理解者からその業績の評価をきく。

SP1-1

The Extraordinary Importance of High-Quality Care: For Psychiatry, The Rest of Medicine, and In Our World Today



©Torben Eskerod

Arthur Kleinman

(Harvard Medical School / Harvard University)

High quality care is under great pressure in psychiatry, in the rest of medicine, in healthcare systems worldwide, and in society more generally. This lecture emphasizes why care is so important. It defines care and caregiving; outlines its core processes; comments on its role in the clinical setting, in families, and communities; and reviews the major barriers to care in our times. AI and robots have a role to play in caregiving, especially amongst adolescents and the elderly, but there are large problems that must be addressed. Chatbots can never replace therapists. AI must always augment care by clinicians and family members, not substitute for them. Examples are given of AI and VR in the care of older adults with dementia.

The greatest threats to professional care are institutional efficiency and financial incentives. Heretofore, caregiving has not been measured. Rather institutional efficiency is used as a substitute for quality care. This is unacceptable and dangerous. One of AI's appropriate uses is that it can help us measure the elements of good care: relationships, communication, clinical judgment, etc. Drawing on *The Soul of Care* I examine the core elements of high-quality care and how they can be better taught and practiced. Current research as part of the project on Social Technology for Global Aging that I direct at Harvard focuses on eldercare in China. Multiple examples of this approach to caregiving will be discussed and their potential for use in the Japanese context will be reviewed. The importance of family care cannot be underestimated. Ways that family care can be strengthened in clinical practice and beyond will be illustrated. When Japanese society enters 2050 with 40% of its population over 65 years of age, it will be an unprecedented time for Japanese psychiatry, and medicine more generally, to meet the challenges of high-quality care under the pressure of this enormous demographic change as well as the dominance of AI and other technological interventions. The Japanese experience will be focused on around the world for best practices as well as its experiences of such a new and challenging future.

(次ページに日本語訳を掲載しています)

略 歴

Arthur Kleinman

Arthur Kleinman, MD, author of *The Soul of Care: The Moral Education of a Husband and a Doctor* (Penguin/Viking, 2019), is one of the most renowned and influential scholars and writers on psychiatry, anthropology, global health, and cultural and humanistic issues in health and medicine. Educated at Stanford University and Stanford Medical School, Kleinman has taught at Harvard for 48 years. He is currently a professor of global health and social medicine and a professor of psychiatry at Harvard Medical School and the Esther and Sidney Rabb Professor of Anthropology in Harvard's Faculty of Arts and Sciences. He has been the Victor and William Fung Director of Harvard University's Asia Center (2008-2016); Chair, Department of Social Medicine (1990-2000); and Chair, Department of Anthropology (2004-2007). Kleinman is the author of six other books including *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience* and *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*, widely taught in medical schools. His co-edited volumes include *Reimagining Global Health* with the late Paul Farmer and Jim Kim, his former students. He was the senior editor of the first World Mental Health Report, Director of the Out of the Shadows Report on Mental Health for the World Bank, and editor of the Fall 2023 issue of *Dædalus*, the journal of the American Academy of Arts and Sciences, on Mental Health. Kleinman is a member of the National Academy of Medicine and of the American Academy of Arts and Sciences, and a past member of NIH's Council of the Fogarty International Center and Council of Councils. Amongst his awards are the Franz Boas Award from the American Anthropological Association, a Guggenheim Fellowship, the Tanner Lectures, an Honorary Doctorate from York University in Canada, and election to Honorary Academician of Academia Sinica in Taiwan. He is also a Distinguished Lifetime Fellow of the American Psychiatric Association. Kleinman currently directs a project on Social Technology for Global Aging and Eldercare in China at Harvard that involves faculty and students from six of Harvard's schools as well as a number of his former students who are now professors in China. Kleinman has mentored more than 100 PhD students and more than 200 postdoctoral fellows.

SP1-1

質の高いケアが極めて重要であること：精神医療で、その他の医療でも、そしてすべての今のわれわれの社会の中で

質の高いケアは、精神医学、その他の医学分野、世界中の医療システム、そしてより広い社会全体において、現在大きな圧力にさらされています。本講演では、「ケア」がなぜこれほど重要なのかを強調し、その定義やケアを提供することの意味、基本的なプロセスについて明確にします。また、臨床現場、家庭、地域社会におけるケアの役割を概観し、現代におけるケアの主要な障壁についても論じます。

AI やロボットには、特に若者や高齢者の間でケア提供における役割がありますが、大きな課題も存在します。チャットボットがセラピストの代わりになることは決してありません。AI は常に臨床医や家族によるケアを補完するものであり、代替してはならないのです。認知症の高齢者ケアにおける AI や VR の具体例も紹介します。

プロフェッショナルによるケアにとって最大の脅威は、制度的な効率性と経済的インセンティブです。これまでケアは測定されることがなく、制度効率性が質の高いケアの代替として用いられてきました。これは容認できず、危険な傾向です。AI の適切な活用方法の一つは、「良いケア」の構成要素——関係性、コミュニケーション、臨床判断力など——を測定する助けとなることです。

私は著書『The Soul of Care (ケアの魂)』を通じて、質の高いケアの中核要素と、それらをいかに教育し、実践するかについて考察しています。現在私がハーバード大学で指揮している「グローバル高齢化のための社会技術プロジェクト」では、中国の高齢者ケアに焦点を当てた研究を進めており、複数の事例を通じて、日本での応用可能性についても考察します。

家族によるケアの重要性は過小評価できません。臨床現場内外において家族ケアをどのように強化できるか、具体的な方策を提示します。2050 年、日本社会の 40% が 65 歳以上となる時代に突入する中、日本の精神医学および医療全体にとって、質の高いケアをいかに提供するかは、未曾有の挑戦となります。同時に、AI や他の技術介入が支配する中で、日本の経験は世界中から「優良事例」として注目され、その挑戦と成果が共有されることになるでしょう。

SP1-2 『病いの語り』が拓いた世界：医療人類学の実践



北中 淳子

(慶應義塾大学文学部)

1970年代から北米を中心に隆盛し、全世界に広まった「医療人類学」は、現在は日本の医学部でも必修授業の一部として教えられるなど、医療で確固たる地位を築きつつある。この領域のパイオニアの一人がアーサー・クラインマンである。クラインマンは、半世紀にわたって医療人類学を牽引してきた極めて優れた指導者であり、マーガレット・ロック（『更年期』、『脳死と臓器移植の医療人類学』）、アラン・ヤング（『PTSDの医療人類学』）と並んで、現在ある形での医療人類学の基盤を創り上げた知の巨人である。『精神医学を再考する』では現在にもつながる精神医学の認識論的課題を論じ、多文化間精神医学からみえてくる文化と病いについて刺激的な論考を展開した。『病いの語り』では、それまで北米で支配的だった精神分析の限界を乗り越え、真にヒューマニスティックな医療の新たな可能性を示した。患者自身が語る物語に、実は治療と回復にむけての仮説生成力と治癒力が秘められていることを明らかにした本書は、それまでのトップダウンの医師患者関係を大きく変え、医学教育や精神医療のみならず、その後の当事者運動にも影響を及ぼした。また、中国を中心としたアジアの精神医療との連携により、ローカルな視点とグローバルな視点を架橋することで、多文化間精神医学の世界を変えていった人物でもある。本発表では、その功績を振り返りながら、医療人類学が医療研究や臨床現場にもたらす可能性について考えてみたい。

略 歴

北中 淳子

慶應義塾大学文学部教授。専門は医療人類学。シカゴ大学社会科学MA、マギル大学人類学部・医療社会研究学部 Ph.D. 主著 Depression in Japan (Princeton University Press, 2012) は仏語・ペルシア語・韓国語・日本語に訳され、今年中国語版が刊行。米国人類学会フランシス・シュー賞等国内外 5 つ受賞。Medical Anthropology, Culture, Medicine, and Psychiatry, BioSocieties, Transcultural Psychiatry (Associate Editor) 等欧米の主要なジャーナルの編集委員を務める。論文：Cases in Global Social Medicine: Translational Social Medicine for Global Health, with Holmes, S. et al. *The Lancet* (in press), The social in psychiatry: depression in Myanmar, China, and Japan. Kitanaka, J., Ecks, S. and Wu, H. *Lancet*, 28 May 2021, Pentecost, M. et al. と共著, Kitanaka J. & Ecks, S. Depression. Cambridge (Open) Encyclopedia of Anthropology. 2021, 「3章 病態心理社会モデル」『講座 精神疾患の臨床』気分症群（中山書店, 2020）, 「6章 認知症と社会 認知症の医療人類学：希望の再構築に向けて」, 「共感の技としての精神医療」『精神神経学雑誌』123(9): 576-582 2021, 「主観性のテクノロジーとしての精神医学」『精神神経学雑誌』124(9):637-644, 2022.

特別講演 1

SP1-3 クラインマンの足跡と方法



江口 重幸

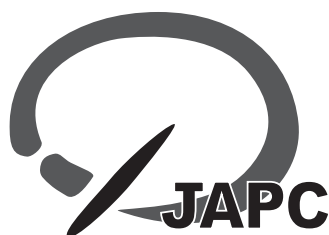
(一般財団法人精神医学研究所附属 東京武蔵野病院)

演者はクラインマンの思考に決定的影響を受けて長年精神科臨床を続けている。『臨床人類学』の原著(1980)は私が初めて読んだ大部の専門書だった。私が卒業した年(1977)に創刊されたクラインマン編集主幹の『Culture Medicine, and Psychiatry』は、それに投稿するのが若き日の私の目標となった(1991年に山村の憑依論文)。さらに『病いの語り』(1988/1996)から『精神医学を再考する』(1988/2012)そして『ケアのたましい』(2019/2021)まで、何十年にわたってその翻訳にたずさわる機会を得たのは何にも替えがたい僥倖であった。発表演題の前半では、クラインマンの仕事や特に日本における影響とその足跡を、写真を織り交ぜながらたどりたい。後半では、初期の、疾患と病いの二分法や、説明モデルという、今日広く普及した視点が、文化精神医学や医療人類学のみならず、近年のケア論など独特なモラル・ディスコースへと展開する方法論的視点の意義について見ていきたい。

略 歴

江口 重幸

1977年 東京大学医学部医学科卒業
その後約10年間西(長浜赤十字病院)で精神科臨床に従事する
1988年 都立豊島病院神経科
1994年 東京武蔵野病院に勤務。現在に至る
医療人類学と精神医学史関連の翻訳をしている。
自著は『シャルコー』『病いは物語である』(2019)『病いのリアリティ』(2025)



産業医研修会シンポジウム

精神科医のための産業医実務講座総括編 ～重点ポイントをめぐって～

座長：高野 知樹（医療法人社団 弘富会 神田東クリニック）

演者：高野 知樹（医療法人社団 弘富会 神田東クリニック）

奥山 真司（トヨタ自動車株式会社人事部）

田中 和秀（医療法人ひつじクリニック）

兼田 康宏（岩城クリニック心療内科）

赤松 拡（仁大クリニック）

指定発言：神山 昭男（有楽町桜クリニック）



産業医研修会シンポジウム

精神科医のための産業医実務講座総括編～重点ポイントをめぐって～

昨年度から今年度にかけて日精診会員向けに産業医実務オンライン講座をシリーズで行ってきた内容を総括的に振り返る。

IS-1

最近の産業保健トピックス ～両立支援マニュアルをめぐる～



高野 知樹

(医療法人社団 弘富会 神田東クリニック)

厚生労働省は2024年11月に「治療と仕事の両立支援に取り組むことを、企業の努力義務として法律に盛り込む方針」を明らかにした。これまでは両立支援について法令上の規定はなく、周知啓発にとどまっていたが、同省はパワハラ防止などを定める労働施策総合推進法で法的に位置付けることを提案している。

産業現場では「両立支援」という用語が馴染んできたが、適正な運用には主治医の協力が不可欠である。身体疾患はガイドラインなどにより促進されてきたが、同省は2025年3月に「メンタルヘルス不調者の主治医向け支援マニュアル」を公表した。マニュアル作成においては検討部会が何度も開催され、研究者、精神科臨床医、産業医、法律家、労働組合など多分野の委員が参画し、多角的な視点により完成に至った。

本マニュアルの目的は、メンタルヘルス不調者の治療を担当し、勤務先に対して意見書を作成する可能性のある主治医に向けて、患者が休業や離職に至らないよう治療と仕事の両立を支援するために必要な情報を提供するものである。これにより主治医の意見を通じて、勤務先においてメンタルヘルス不調者の就業継続をサポートするための適切な対応を促進につながることが期待される。

精神疾患の場合、職場の心理社会的要因（業務量・業務内容・人間関係・職場環境等）が疾患の発症に何らかの関与がある点が、身体疾患の場合との違いであり、支援の困難性を高める要因でもある。そして産業医実務として、事業者の安全配慮義務、労働者の自己保健義務、障害への合理的配慮提供義務、両立支援の努力義務、など多くの義務が混交する難しさがある。支援する際の視点として、①健康保持性：支援がない場合に健康状態が極端に悪化する可能性が高い、②業務遂行性：支援がない場合に業務遂行力が極端に低下する可能性が高い、③同僚や上司に対して負担軽減の配慮も考慮する、という3つのバランスが大変重要と考える。

略 歴

高野 知樹

医学博士、精神科専門医、労働衛生コンサルタント

1991年産業医科大学医学部卒後、産業医科大学精神医学教室助手、北九州市立少年相談センター、(株)日立製作所健康管理センター産業精神科主任医長などを経て、2006年神田東クリニック副院長、2009年神田東クリニック院長

厚生労働省 Web サイト『こころの耳』委員長

厚生労働省「ストレスチェック制度等のメンタルヘルス対策に関する検討会」構成員

厚生労働省「治療と仕事の両立支援を推進するための支援ツールの作成・メンタルヘルスに関する検討部会」部会員

日本精神神経科診療所協会常任理事

日本産業精神保健学会業務執行理事、など

IS-2

メンタルヘルス問題に対応可能な職場の組織作り実現の重点ポイント



奥山 真司

(トヨタ自動車株式会社人事部)

演者は2012年から企業に常勤精神科医として人事部に部付で所属し、グループのスタッフには常勤17名、非常勤16名が在籍している。うち精神科医は常勤1名、非常勤16名、常勤公認心理師/臨床心理士7名、常勤公認心理師/保健師1名、常勤保健師1名、精神保健福祉士1名から成る心理学及び精神医学の専門職集団が形成されている。業務としては、産業保健的にはゼロ次予防から一次予防を、人事労務的には健康経営からウェルビーイング経営を担っている。すなわちメンタルヘルス不調の有無に拘わらず、働く人を支援する組織である。メンタルヘルス問題に対応可能な職場の組織作りは大変重要な課題の一つである。現場でよく聞く悩みは①個人対応も大切だが組織対応は大切でしょうか？②なぜ、組織対応が大切なのでしょう？③就労規則とは会社ごとで違うものなのでしょうか？誰が決めているのでしょうか？④職場でも守秘義務は発生しますか？誰の情報を誰が誰に対して守秘するのでしょうか？⑤メンタルヘルス問題に対応可能な職場の組織作りするにあたり連携すべき部署はどこでしょうか？⑥メンタルヘルス問題に対応可能な職場の組織作りするにあたり行うべき教育/研修はどのようなものなのでしょうか？⑦産業医が本人および関係者と面談する時に留意すべきことは何ですか？⑧職場でよくある世代間ギャップについて留意すべき点は何でしょうか？⑨メンタルヘルス問題に対応可能な職場の組織作りするにあたりストレスチェック制度の活用はどのようにすべきでしょうか？経時的変化について留意点は？⑩職場問題(ハラスメントや不正等)を防止するにあたり日ごろの習慣に内包されている点などに対して対応すべき点はあるのでしょうか？などが挙げられる。以上の悩みについて検討を行い実際の対応における重点ポイントを整理し、弊社における取り組みも情報提供しつつ全体の検討につなげたい。

略 歴

奥山 真司

1983年 名古屋保健衛生大学医学部医学科卒業
1989年 藤田学園保健衛生大学(現藤田医科大学)大学院医学研究科修了
桶狭間病院及び仁大病院を経て
1991年より2012年 仁大クリニック院長
2012年 トヨタ自動車株式会社 人事部：主査・統括精神科医
藤田医科大学医学部客員教授
日本産業精神保健学会代議員
日本ポジティブサイコロジイ医学会評議員
日本精神科産業医協会理事



田中 和秀

(医療法人ひつじクリニック)

中小企業における精神科産業医の役割は、従業員のメンタルヘルスの維持・向上を通じて職場環境を整え、生産性の向上と職場の持続可能性を支えることにあります。業種にはよりますが、中小企業なので産業医は一人しかおらず安全衛生委員会の設置・運営や職場巡視の実施、職場環境改善として作業環境測定結果の確認と改善提案、化学物質のリスクアセスメントや義務化された熱中症対策なども重要になります。精神科産業医の主な役割としては、健康診断をもとにした個別対応、うつ病・適応障害などの従業員への面談、就業可否の判断、復職支援、ストレスチェックを活用した個人面談、職場環境の改善としてストレス要因の把握、業務負荷や人間関係の課題への助言、メンタルヘルス教育としての管理職向けのラインケア研修、セルフケア教育、過重労働・長時間労働者への面談や指導などになります。又これらを行う上での中小企業特有の精神科産業医実務の課題としては、組織が小さいので人間関係のトラブルが経営にも直結すること、メンタルヘルスの専門知識を持った人材がないので対策が後手後手に回ること、相談先も自分で構築しないといけないことがあがります。また障害者雇用に関しても健康管理の問題から、疾患に特徴的な労務管理の問題まで幅広くかかわることが重要になります。これらができると精神科産業医の導入効果として、早期発見・早期対応により、休職や離職を予防できること、経営者や管理職・安全衛生委員会への教育・助言などができ、企業の安全向上・業績向上に関与できることになります。自分のプレゼンスが高まると経営層からアプローチしてくることとなるでしょう。そうすると判例や法令順守に十分に配慮しながらも、企業の中に新しい風を吹き込む存在になれば、様々な分野でコンサルティングが行えることが中小企業の産業医の面白さと言えます。

略 歴

田中 和秀

滋賀医科大学医学部卒業。
広島大学医学部大学院修了。
医学博士。
医療法人ひつじクリニック理事長。
精神神経学会専門医指導医・社会医学専門医。



兼田 康宏

(岩城クリニック心療内科)

精神科主治医として治療と仕事の両立支援を行う際には、患者の症状および就労能力の適切な評価が求められる。職場環境や業務内容との適合性を慎重に見極めることが重要である。復職可否の判断においては、症状の有無に加え、持続的な通勤や勤務継続の可否、対人応答の安定性など、実務に即した視点が必要である。また、主治医意見書には「できないこと」だけでなく「できること」を明示し、職場での配慮事項を具体的に記載することが有効と考えられる。さらに、治療計画において就労を見据えたりワーク支援やデイケアの活用を提案し、産業医や人事担当者との連携を図ることにより、患者が孤立せず段階的に社会復帰できる支援体制の構築が求められる。

一方、精神科産業医として両立支援を行う際には、労働者の健康状態および業務内容を的確に把握し、主治医の意見と職場の実情を橋渡しする役割を担うことが求められる。復職判断では「出勤可能か」だけでなく、「職場環境に適応できるか」「業務遂行が可能か」といった実務能力の評価が重要である。復職後の配慮事項（勤務時間の調整、業務内容の軽減、上司・同僚の理解など）を具体化し、企業内の支援体制と連携してモニタリングを行うことが必要である。主治医意見書に依存せず、必要に応じて主治医との情報共有や職場見学を行い、実態に即した支援に繋げる工夫も有効である。

精神科産業医として、医学的判断と職場支援のバランスをとる視点を持ち、両者の信頼関係構築に努めることが、両立支援成功の鍵となる。精神科産業医の実務は治療と仕事の両立支援を含め多岐にわたるが、特に求められるのは復職判断である。精神科産業医としての経験を基に言えることは、復職判断のポイントは症状評価と機能評価であり、主治医の復職診断書にも同様の視点が求められる。

略 歴

兼田 康宏

1992年：徳島大学医学部医学科卒業
1997年：徳島大学医学部大学院修了（医学博士）、徳島大学医学部非常勤講師
2000年：徳島大学病院精神科神経科助手・外来医長
2002年：米国ヴァンダービルト大学留学
2006年：岩城クリニック心療内科・精神科



赤松 拓
(仁大クリニック)

2007 年から産業医業務を始め、現在 20 社の産業医・精神科顧問医を引き受けながら、企業メンタルヘルスを中心とした外来診療を行っております。企業メンタルヘルスは各社それぞれの背景・事情が異なり、状況に応じてオーダーメイド的な対応が必要です。近年産業医業務への要求水準は高まり、様々なリスクも高くなっています。自分自身が苦労した経験から注意点をお伝えし、参加の先生方に少しでもお役に立てればと思います。

略 歴

赤松 拓

1996 年 3 月 慶應義塾大学 商学部卒業
1996 年 4 月 三井信託銀行（現三井住友信託銀行）勤務
2005 年 3 月 藤田医科大学医学部卒業
2007 年 3 月 藤田医科大学病院 研修医修了
2007 年 4 月 藤田医科大学病院 精神科勤務
2009 年 4 月 トヨタ記念病院精神科勤務
2011 年 3 月 藤田医科大学大学院修了 博士(医学)
2011 年 4 月 桶狭間病院藤田こころケアセンター勤務
2012 年 3 月 仁大クリニック開院

産業医研修会シンポジウム

指定発言 主治医・産業医として『治療と仕事の両立支援』に取り組む



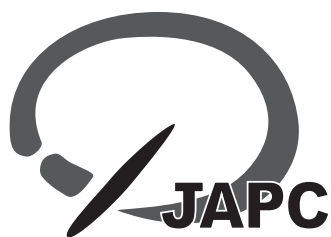
神山 昭男
(有楽町桜クリニック)

本講座の担当委員会委員長の立場から、本講座の狙いである精神科産業医の養成とその背景を述べ、さらに、厚生労働省による「治療と仕事の両立支援」並びに、新たに提案された「両立支援の主治医向けマニュアル」を紹介します。

略 歴

神山 昭男

2006年 有楽町桜クリニック院長(精神科)
2016年 外務省参与
2015年 (一社)東京精神神経科診療所協会会長
2016年 第112回日本精神神経学会総会副会長
2016年 第24回日本産業ストレス学会大会長
2018年 (公社)日本精神神経科診療所協会副会長
2021年 第28回日本産業精神保健学会大会長
2023年 (一財)デザイン科学財団顧問



シンポジウム 1

精神科外来の診療報酬を考える

座長：李 利彦（宏彩会 李クリニック）

演者：足立 直人（武蔵屋足立医院）

寺田 浩（こころとからだのクリニック あおいクリニック）

稲田 泰之（医療法人悠仁会稲田クリニック）



精神科外来の診療報酬を考える

日本の医療費が増大していることが問題であるといわれて久しいが、新薬や新しい医療機器などの医療費が増大しており、真のドクターフィーはむしろどの科でも減少しているのではないだろうか。とくに精神科診療所においては、通院精神療法の点数がその収入のほとんどであり、精神科入院医療費と外来医療費の割合も他科に比較すると入院医療費に著しく偏っているなど様々の問題を抱えた状態が続いている。

そこで精神科医療費が実際にはどのような状態なのか、また、これらは保険点数という形で中医協などで決定されているが、それらはどのようにして決められているのか、ここで一度立ちどまって考えてみる必要があると思われる。本セッションを通して、次回診療報酬改定に向けて議論を深めたい。

S1-1

精神科外来医療費は増大しているのだろうか



足立 直人

(武蔵屋足立医院)

現在、本邦では医療費増大が社会的課題となっている。近年、精神疾患患者数および精神科診療所数が急増しているため、精神科外来診療は医療費増大の一因とされ、診療報酬削減の矢面にさらされている。しかし、精神科外来医療費がどの程度医療費全体に影響しているかは、ほとんど知られていない。本発表では、厚労省による各種医療統計といくつかの自験データをもとに、本邦の精神科外来診療費と薬剤費について検討した。

1) 2023 年の概算医療費 47.3 兆円は、2000 年の約 1.6 倍に増加しているが、入院外医療費は 1.3 倍にとどまっており、相対的に低くなっている。いっぽう調剤医療費は約 3 倍になっており、医療費増加分の半分近くを占めている。

2) 精神科患者数は 2000 年当時の約 3 倍に増加しており、これは外来患者数の増加によっている。外来診療施設増加や精神科医の増加はその患者数に追い付いていない。

3) 精神科医療費は 1.7 兆円から 2.0 兆円にわずかに増加した。そのうち入院外医療費は 0.2 兆円増加している。これは患者数の増加に対してかなり少ない。

4) 精神科医療での薬剤費は、この 10 年あまりほとんど増加していない。向精神薬増加分とされている多くは、抗てんかん薬と ADHD 治療薬であり、これらは必ずしも精神科だけで処方されている薬剤ではない。

5) 自験データによると、精神科外来治療費は、外来医療費は医師側要因よりも患者重篤度によるところが大きい。また低価格の従来薬が製造中止されるなどの外部要因によって、薬剤費は上昇している。薬剤費が高騰しても、診療所の利益はほとんどなく、医療費の相当部分は製薬会社の利益となっている。

これらを考えると、現在精神科外来診療は膨大な患者数増加に、少ない外来医療資源でかろうじて対応している。医療費全体の急増のなかで、精神科外来診療は相対的に低下していると考えられる。

略 歴

足立 直人

1986 年 3 月 北海道立札幌医科大学卒業
1986 年 6 月 国立武蔵療養所 精神科臨床研修医
1988 年 4 月 国立精神・神経センター武蔵病院 精神科・脳神経外科レジデント
1994 年 6 月 国立療養所多磨全生園 精神科医師
1999 年 4 月 足立医院院長
2011 年 11 月 医療法人社団武蔵屋 理事長



寺田 浩

(こころとからだのクリニック あおいクリニック)

我が国における精神科外来医療は、精神疾患を有する総患者数の約 95%を担当しており基幹的機能を担っているといえる。しかし、2024 年度診療報酬改定において通院精神療法（通精）の点数が減額されたことにより、精神科外来医療の質の維持に深刻な影響が生じている。

通院精神療法は、薬物療法や定式的精神療法の枠を超えた精神科領域における広範な治療行為を包含する重要な医療技術である。うつ病治療においても、通精の単独実施または他の治療法との併用により、患者の社会適応能力向上や症状改善において明確な効果が実証されている。しかし、この専門的治療技術が慢性疾患管理料と同一視されることで、精神科診療所の経営基盤や専門人材の確保に困難が生じている現状がある。

このような課題に対応するため、日本精神神経科診療所政治連盟が設立され、精神疾患に関する国民への啓発活動、政策提言、患者支援体制の構築、および診療所経営の安定化に積極的に取り組んでいることは注目すべき動向である。今後は政治・行政機関との連携強化を通じて、地域包括ケアの中核を担う精神科診療所の外来医療に持続可能性と質の向上をもたらす制度設計の実現が急務と考える。

本シンポジウムでは、精神科外来医療に対する診療報酬体系の現状分析と課題の整理を行い、通院精神療法の適正な再評価と政策的支援の必要性について提言を行う。

略 歴

寺田 浩

1993 年 聖マリアンナ医科大学医学部卒業
2005 年 横浜相原病院 精神科医長
2006 年 こころとからだのクリニック あおいクリニック開設
医療法人社団 明光会 理事長就任
その他、公益社団法人 日本精神神経科診療所協会 常任理事
公益社団法人 日本精神神経学会 理事
一般社団法人 日本うつ病リワーク協会 評議員 を兼任

S1-3

精神科医療の地域貢献



稲田 泰之

(医療法人悠仁会稲田クリニック)

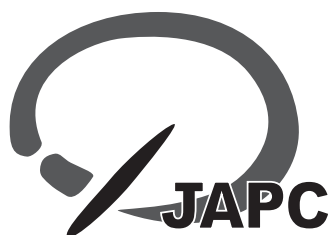
令和6年度の診療報酬改定では、「にも包括」という理念のもと、地域に貢献する精神科医療機関における「かかりつけ精神科医機能」の評価が重視された。これは、手厚い診療、早期介入、トラウマ支援、児童思春期患者への診療、多職種の専門的知見を活用した質の高い診療・支援、包括的支援マネジメント、在宅医療の推進、そして生活や病状に応じた地域生活支援の充実を目指すものである。そして、かかりつけ精神科医機能を有する医療機関による質の高い診療として、「初診および30分以上の診療を一定以上の割合で実施していること」「担当医および多職種による質の高い精神科診療を継続的に実施できる体制があること」「精神保健指定医として業務を行う常勤の精神保健指定医、多職種の配置があること」「地域の精神科医療提供体制への貢献（時間外診療、精神科救急医療等の提供）を行っていること」等が例示された。

しかし、地域の精神保健医療を支えるための業務は、早期診療体制充実加算の施設基準に挙げられているものだけではない。例えば、障害・自立支援・介護に係る認定、自殺、依存症、児童・学校保健、虐待、高齢者、認知症などの対応、さらには労働行政など、精神科医の関与が必要な公的業務は多岐にわたる。残念ながら、これらの地域貢献は今回の診療報酬改定に反映されておらず、そればかりか厚労省がこれらの地域活動の実情を正しく把握しているのかすら疑問に思われる状況であった。この問題意識は精神科医療の現場でも広く共有され、現在に至るまで診療所に勤務する精神科医師の地域貢献活動を把握するための実態調査が複数行われている。本話題提供では、その結果も一部紹介しながら、あらためて精神科診療所の医師が担っている役割を整理し、今後の診療報酬改定に向けた提言を行いたい。

略 歴

稲田 泰之

1992年 大阪医科大学卒業
1994年 大阪医科大学神経精神医学教室助手
2002年 大阪医科大学精神神経科外来医長・リスクマネージャー
2003年 医学博士号取得
2005年 大阪医科大学神経精神医学教室 講師
2005年 稲田クリニック開院
2007年 医療法人悠仁会 理事長
2015年 医療法人悠仁会 北浜クリニック開設



シンポジウム 2

これからの外来精神医療について

座長：三木 和平（医療法人社団ラルゴ三木メンタルクリニック）

上田 容子（神楽坂ストレスクリニック）

演者：三木 和平（公益社団法人日本精神神経科診療所協会／日本外来精神診医学会／
医療法人社団ラルゴ三木メンタルクリニック）

寺田 浩（こころとからだのクリニック あおいクリニック）

阿瀬川孝治（汐入メンタルクリニック）

張 賢徳（国立精神神経医療研究センター精神保健研究所）



シンポジウム 2

これからの外来精神医療について

日本外来精神医学会の今後の活動方針、外来精神医学会専門医の認定および更新について、CMHTや地域ケアと地域資源との連携、診療のクオリティの検討、患者満足度の評価、オンライン診療や訪問診療、メンタルヘルス基本法の成立を目指しての活動など多方面からの検討を行う。

S2-1

我が国の外来精神科医療の現状と提言



三木 和平

(公益社団法人日本精神神経科診療所協会／日本外来精神診医学会／
医療法人社団ラルゴ三木メンタルクリニック)

現在の我が国の外来精神疾患患者数は 600 万人を超えており、その殆どを外来精神科クリニックが診ていることになる。仮に 1 か所のクリニックが 1000 人診たとしても、6000 か所のクリニックが必要である。もちろん病院の外来でも診ているが、少数であり、現在日精診の会員数は 1600 名程度であるが、とても足りないのが現状である。厚生省の発表でも 3000 程度とされており、日精診未加入のクリニックや、いわゆるチェーンクリニックなどもかなりあるものと思われる。問題は診療の質であり、非精神科医が通精を算定することは避けるべきである。外来精神医学会では学会認定制度を設立し、診療の質を担保していく予定である。次に地域精神医療への協力であるが、日精診の調査でも多くの会員が地域の役割に参加しており、地域に貢献をしている。引きこもりの問題も大きく、相談に乗ったり、訪問も必要である。アウトリーチや CMHT などの実現が望まれる。当院では就職まで至らない、いわゆる外来ニートの患者さんに、就労前教室をショートケアで行っている。地域精神医療計画に精神医療も記載されたので、医療計画での取り組みも必要である。オンライン精神療法については、需要は多いが、いまだに問題が大きく、実現できていないが、自費や情報通信料を設定して実際にはかなり行われている。ここでも専門性の担保と、悪質なクリニックの排除が必要である。医師の地域偏在の問題も大きいですが、人口比から考えて、ある程度大都市に集中するのは止むを得ないと思われる。地域でも活躍できるような体制作りが重要である。外来受診待ち時間の問題もあるが、当院では予約料を設定しているが、初診枠を確保し、待ち時間を短くしている。発達障害では診断のために心理テストが必要であるが、心理テストの診療報酬も低く、心理士を多く雇うことは困難であり、検査までの待ち時間が生じている。既に日精診として要望を出しているが、診療報酬の面から言えば、これ以上通院・在宅精神療法を下げないようにしてもらい、早期診療体制充実加算を取りやすくして貰いたい。

略 歴

三木 和平

1983 年 3 月 三重大学医学部卒
1983 年 5 月 横浜市立大学医学部付属病院臨床研修医
1985 年 6 月 ワシントン病院精神科
1989 年 6 月 横浜市立大学附属病院精神科助手
1996 年 6 月 横浜舞岡病院診療部長
2002 年 6 月 三木メンタルクリニック開設 院長
2004 年 6 月 医療法人社団ラルゴ設立 理事長就任
2017 年 10 月 厚生労働大臣表彰

S2-2

これからの外来精神医療について ～地域包括ケアの推進と外来精神医療の社会的意義



寺田 浩

(こころとからだのクリニック あおいクリニック)

近年、精神科外来診療は医療の脱施設化と地域包括ケアの推進において中核的な役割を担っており、その重要性は年々高まっている。精神疾患患者数の継続的な増加に伴い精神科外来医療の需要が拡大するなかで診療所機能の強化が急務となっている。

経験豊富な精神科医による通院精神療法（通精）は、患者の重症化予防、希死念慮の軽減、社会適応能力の向上において高い有効性を示している。これらの治療効果は、地域に根ざした精神科診療所の存在意義と密接に関連している。

しかしながら、2024 年の診療報酬改定において通精が大幅に減額されたことにより、精神科クリニックの経営に深刻な影響が生じている。この課題に対応するため、日本精神神経科診療所政治連盟は精神科医療政策の改善、国民への啓発活動、支援体制の整備に積極的に取り組んでいる。さらに、超党派によるメンタルヘルス基本法の制定を見据えた政策提言活動も活発に行っている。

本発表では、外来精神医療の現状分析とその社会的意義を踏まえ、今後の医療制度設計のあり方および精神科専門医育成システムの改善について考察を行う。

略 歴

寺田 浩

1993 年 聖マリアンナ医科大学医学部卒業

2005 年 横浜相原病院 精神科医長

2006 年 こころとからだのクリニック あおいクリニック開設

医療法人社団 明光会 理事長就任

その他、公益社団法人 日本精神神経科診療所協会 常任理事

公益社団法人 日本精神神経学会 理事

一般社団法人 日本うつ病リワーク協会 評議員 を兼任

S2-3

〈いつもそこにあること〉の意義 — 外来精神医療が担う日常と並走的支援 —



阿瀬川孝治

(汐入メンタルクリニック)

外来精神医療の一翼を担う精神科診療所には、(1) 初期・早期対応の窓口、(2) 継続的な治療・生活支援、(3) 地域資源との橋渡し・ハブ、といった役割がある。本発表では、(2) の継続的な治療・生活支援の意義に焦点を当て、①10年、20年という長期にわたり患者と関わり続けること、②災害やパンデミックといった非常時においても、普段と変わらぬ医療を提供し続けることの2点について考察する。

若年期に治療が難航していた患者が、年月をかけて少しずつ落ち着き、地域で穏やかに暮らすようになる例も少なくない。これらの姿は、笠原嘉氏の提唱する「病後の生活史」の視点とも重なり、長期に渡っての並走的関与の意義を示している。

COVID-19 流行の状況下においても診療所が日常の医療を継続することは、患者の安心と生活の安定を支える基盤となった。2021年9月開催、当協会第27回(通算48回)学術研究会のシンポジウムで発表させていただいた。このような経験に加えて、地震、停電などの非常時にも安定した診療体制を維持するには、事業継続計画(BCP)の整備が欠かせない。自院や地域の特性にあわせたBCPの意義などについても触れてみたい。

略 歴

阿瀬川孝治

1988年 3月 徳島大学医学部卒業後
1992年 3月 同大学大学院博士課程修了
1992年 4月 医療法人藍里(あいざと)病院(精神科神経科)勤務
1993年 5月 横浜市大医学部精神医学教室入局
1998年 4月 千葉県精神科医療センター
2000年 10月 横須賀市立市民病院精神科医長
2003年 4月 汐入メンタルクリニック入職
2006年 4月～現在 汐入メンタルクリニック院長



張 賢徳

(国立精神神経医療研究センター精神保健研究所)

精神科外来患者数が激増している（2017年 389万人⇒2020年 586万人）。その中で、精神科の受診を考えている人たちの受け皿の整備と、受診した人たちの期待やニーズに応える診療の質の向上が国全体の喫緊の課題である。演者は2024年4月に現職に就いて以来、この2つを重要課題と認識して活動を始めているが、今回のシンポジウムでは後者（診療の質向上）について検討していきたい。いかにして診療の質を上げていけばいいか？教科書やガイドラインに書かれているようなことを時間をかけて丁寧に実践すればよいだろうことは論を待たない。しかし、最大の問題は診察時間の制約である。一人30分かけるような診療をすべての患者に提供することは非現実的である。限られた時間の中でいかに質を高めていくかを考えねばならない。それに寄与すべく、演者は2024年度から、「医師に求められる最低限の水準（ミニмум・リクワイアメント）」を導き出し、日常診療で使用可能なQI（Quality Indicator）項目を策定するための研究（QI研究）を進めている。2024年度は日本精神神経科診療所協会の協力を得て、「実際の診療」と「理想の診療」を問うアンケート調査を実施し、250名を超える医師と7,000名を超える患者から回答を得た。発表当日はその結果を概観しながらミニмум・リクワイアメントに関する考察を深めていきたい。

略 歴

張 賢徳

1965年 大阪市生まれ。

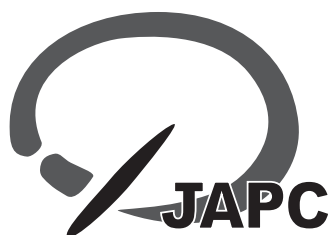
1991年 東京大学医学部医学科卒業後、帝京大学医学部精神神経科学教室に入局。

1997年 英国ケンブリッジ大学精神医学博士号取得。

2008年から2021年まで帝京大学医学部教授・附属溝口病院精神科科長。

2021年より帝京大学溝口病院精神科客員教授。一般社団法人日本うつ病センター・六番町メンタルクリニック院長、一般社団法人日本うつ病センター副理事長を経て、2024年4月より現職（国立精神神経医療研究センター精神保健研究所長）。

専門は臨床精神医学と自殺学で社会心理学や宗教学にも関心を寄せている。



シンポジウム 3

災害のとき診療所はどう活動できるか

座長：浅野 達藏（浅野神経内科クリニック）
吉原 育男（こころのクリニックよしはら医院）
演者：鈴木 竹仁（株式会社 MMP）
吉原 育男（こころのクリニックよしはら医院）
浅野 達藏（浅野神経内科クリニック）
斎藤 庸男（さいとうクリニック（神奈川））



シンポジウム 3

災害のとき診療所はどう活動できるか

南海トラフの活動により、災害にそなえて診療所がどのように対応すべきかについて検討をしている。

シンポジウム 3

S3-1, 3 【医療機関向け】クリニックの防災・減災・BCP



鈴木 竹仁
(株式会社 MMP)

略 歴

鈴木 竹仁

早稲田大学商学部卒業後、東洋紡績を経て、鈴竹織物工業株式会社を継ぐ。

その後、公認会計士・税理士事務所入社。

2004年に株MMPを設立。

医療現場のあらゆる問題に対応し、中部地方において病院から老人・介護施設、社会福祉法人、障害者自立支援事業、医科・歯科医院などのコンサルティングを、現場第一主義で幅広く手掛ける。



吉原 育男

(こころのクリニックよしはら医院)

日本は台風、大雨、大雪、洪水、土砂災害、地震、津波、火山噴火などの自然災害が発生しやすい国土です。地震調査委員会の最新の報告によると、南海トラフの発生確率は30年以内に「80%程度」とされています。この地震が発生すると、静岡県から宮崎県にかけての一部では震度7となる可能性があり、それに隣接する周辺の広い地域では震度6前後の強い揺れとなり、関東から九州にかけての太平洋沿岸の広い地域に10mを超える大津波の襲来が想定されています。我々のような小規模の精神科クリニックにおいても、この南海トラフ地震のような自然災害に対する防災・減災対策は、喫緊の課題です。

さて、災害やシステム障害等の緊急時に、企業が迅速に事業を復旧・継続するための方針や体制、手順などを定めたものを事業継続計画（BCP; Business continuity planning）といいます。災害拠点病院においてはこの計画の策定は義務付けられていますが、それ以外の医療機関のBCPの策定も望まれます。災害対策はクリニックだけでなく、地域社会にとっても大切です。災害発生後に、患者さんやスタッフの安全を確保し、クリニックがどのように事業を継続するかを計画し、日々に内容を整備しながらその実効性を高めていくことが重要です。

具体的には、1.事前の準備と計画策定、2.スタッフの訓練と教育、3.患者さんの安全確保、4.情報管理とコミュニケーション、5.リスク評価と継続的改善が挙げられます。各項目で、クリニックの防災マニュアルの作成や連絡網の整備、必要な物品・物資の備蓄、避難場所や避難経路の確認と周知、災害時の役割分担の明確化、患者情報のバックアップと管理、正確な情報収集と共有、地域の行政や他の医療機関との連携等の具体的な内容を発表します。

略 歴

吉原 育男

2001年 3月 神戸大学医学部卒業

2010年 3月 神戸大学大学院医学系研究科精神医学分野博士課程 卒業

2011年 10月 医療法人内海慈仁会姫路北病院

2017年 6月 旧むたクリニック 継承開業

S3-4

災害時に電子化した機器をいかにつかうか



浅野 達藏

(浅野神経内科クリニック)

南海トラフ巨大地震、台風、落雷、水害、悪意をもった人物の侵入などにより、精神科クリニックの運営にも多大な被害がおりうることがかんがえられる。

さいわい高額な医療機器などはあまりないものの、カルテやその他の書類、過去に発行した各種診断書の記録、頭部画像・脳波・心電図・検査のデータや所見、送受信した診療情報の記録など保存の必要なものは多々存在する。

わたしのクリニックではレセプトの作製は1991年の開設時よりレセコンを使用し、住吉宮町に移転した2003年以降は電子カルテを導入して、カルテの省スペース化をはかっています。クリニック内で記録した脳波や心電図や採血検査の結果、さらに外注してデータをうけとったCT、MRI&A、脳血流シンチ、DAT-Scanなども電子化しうるため、院内にサーバー・クライアントのシステムを設置し、データの保管のためには複数台のNAS(Network Attached Storage (ネットワーク接続型ストレージ))をおいて、データの管理と保存、またそれだけでは物理的に火災や爆発事故があったら記録がすべてうしなわれてしまうため、クラウドを利用した外部保管などもおこなっています。

逆にここまでしてしまうともし停電や火災などでシステムの起動ができなくなったとき、クリニックはまったくその存在価値さえうしなわれてしまいます。そのため、災害時にクリニックがそれなりの機能をたもちつづけることができるようにいくつかの工夫をしています。

今回はその工夫を公開して、皆様方のお役にたてるヒントをさしあげることができるようにしたいとおもいます。

略 歴

浅野 達藏

1979年	神戸大学医学部卒業
1980年-1984年	神戸大学大学院 医学研究科 在学
1981年6月-1983年1月	ナイジェリアのイバダン大学医学部にて異文化精神医学研修
1984年-1989年	神戸大学大学医学部附属病院
1991年5月	浅野神経内科クリニック開設
2021年4月	兵庫県精神神経科診療所協会会長
2012年6月-	日本精神神経科診療所協会理事



斎藤 庸男

(さいとうクリニック (神奈川))

電力の途絶により冬季であれば低体温症、夏季であれば熱中症の危険がある。東日本大震災が3月の雪の日に発生し福島原発事故で被災し避難された高齢者が凍えるなか低体温症により数多くの命が失われたという事実がある。緊急事態での電力の維持、早期復旧は国民を守る国家の責任である。一方、精神科診療所の社会的役割のひとつは災害時に通院患者の命をいかに守るか、発災まもなくの混乱期に精神科的治療処置を要する患者に平時に劣らぬ医療をいかに提供するかにある。

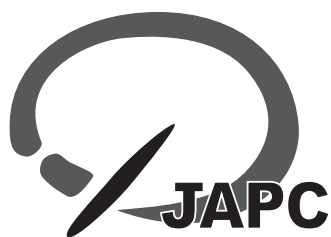
本発表では災害時の診療所運営を支える手段として「太陽光発電」の活用可能性について検討する。太陽光発電の最大のメリットは自家発電による電力の供給が可能となり得る点にある。更に蓄電池機能の性能向上により夜間や曇天時でも電力供給を維持しやすくなっている。これらにより診療所は電力の完全遮断状態でも一定期間の診療、つまり照明、電子カルテの維持、冷蔵保存を要する注射剤などの劣化を防ぐことが可能となる。更に PHEV、発電機など他の発電機器との併用によりエネルギー減の分散化を図ることでより安定した電力の自給自足も可能となる。太陽光発電の医療現場での活動事例を紹介し、伴うコスト、補助金制度の活用方法、災害対応計画（BSP：事業継続計画）についても触れる。

診療所という地域医療の最前線を守るために、「電気がなければ診療はできない」という現実を直視し、エネルギーの分散化と自立性を高めるひとつの選択肢として、太陽光発電が果たしうる役割を多角的に考察し、地域医療の強靱化への一助となることを目指す。

略 歴

斎藤 庸男

1982年 3月 宮崎医科大学卒業
1982年 6月 横浜市大病院研修医
1984年 6月 財団法人 復康会 鷹岡病院（富士市）
1986年 12月 横浜市大病院精神科勤務
1990年 6月 斎藤クリニック（現さいとうクリニック）開設



シンポジウム 4

認知症高齢者の在宅看取り

座長：芦刈伊世子（あしかりクリニック）

講演：森田 洋之（ひらやまのクリニック）

シンポジスト：山崎 英樹（いずみの杜診療所）

李 利彦（宏彩会 李クリニック）



シンポジウム 4

認知症高齢者の在宅看取り

認知症高齢者の増加とともに、認知症高齢者を対象とした医療や介護のシステムが広がっているが、これらのシステムが本当に認知症高齢者の思いを汲んだシステムになっているのか、時に疑問を抱くようなものもあるのが現状である。

そこで、認知症高齢者の ACP や看取りの問題を通して認知症高齢者の医療について考えたい。

シンポジウム 4

S4-講演 介護・看護の連携による認知症高齢者の看取りの現場



森田 洋之
(ひらやまのクリニック)

当クリニックのある鹿児島県の川辺町では、認知症高齢者や重度障害の高齢者が在宅で看取りまで過ごせる事例がとて多く存在する。それは、たとえ独居でも可能で、介護施設側は「独居の方がいい」とまで言う。なぜそんなことが出来るのか、そこには何が必要なのか。そんな在宅医療・介護の現場を紹介する。

略 歴

森田 洋之

横浜生まれ、経済学部卒後、医師に。北海道夕張市立診療所所長を経て、現在は鹿児島県で研究・執筆・診療を中心に活動している。
平成 26 年、TEDxKagoshima 出演「医療崩壊のすすめ」、同年に研究論文「夕張市の一人あたり高齢者診療費減少に対する要因分析」(社会保険旬報 No.2584, 2014.11.1) 発表。
平成 27 年、「破綻からの奇蹟～いま夕張市民から学ぶこと～」を出版(日本医学ジャーナリスト協会優秀賞受賞)。
平成 30 年度まで鹿児島県参与(地域創生担当)、南日本ヘルスリサーチラボ代表、日本内科学会認定内科医、日本プライマリ・ケア連合学会指導医。
2020 年、実験的クリニック「ひらやまのクリニック」を開業。



山崎 英樹

(いずみの杜診療所)

厚生省は2018年のガイドラインの改正でACPを称揚し、愛称を募集して「人生会議」と名付け、「いいみとり・みとられ」の語呂から11月30日をACPについて考える「人生会議の日」とした。啓発ポスターには「命の危険が迫った状態になると、約70%の方が、医療やケアなどを自分で決めたり、望みを人に伝えたりすることが、できなくなると言われています」とあり、「もしものときのために人生会議」と謳われている。人生会議とは、詰まるところ看取りのときの、それも生命維持治療をどうするか、もっと具体的には治療の差し控えや中止、つまり消極的安楽死を自己決定、自己責任として迫りかねない話し合いのことなのである。

しかし、認知症のある人の自己決定は、発症前の自己決定を発症後の決定とみなすのかという問題も含めて単純ではない。ヤスパースは、自我（私）は単一であり、以前と同一であり、能動的に振るまい、他者との間には境界もあるとした。もし、私のなかに別人が居ると感じるなら単一性が揺らいでおり、他人にさせられると感じるなら能動性が揺らいでおり、他人に考えが伝わると感じるなら境界性が揺らいでおり、これらは統合失調症や、いわゆる多重人格でしばしばみられる自我障害とされるが、健常者でも深く内省すれば無縁の心理ではない。認知症では健忘のために昨日と今日の私のつながりが揺らぎ、前頭葉症状のために被影響性が亢進して私が環境に左右されるなら、前者は同一性の、後者は能動性の自我障害であり、自己決定の根幹である私（自己）そのものが揺らいでいることになる。

かつて死は息が止まったときであったが、いつのまにか食べられなくなったとき、そして話が通じなくなったときと、すべり坂を落ちるように前倒しされている。私が揺らぐ超高齢社会は、フォーコーの「生きさせるか死の中へ廃棄する」生権力にいいよ「服従する個人」の時代でもあることに気づいておいた方がよい。

略 歴

山崎 英樹

1985年 東北大学医学部卒業
1988年 医療法人赤城会三枚橋病院
1994年 国立療養所南花巻病院
1999年 いずみの杜診療所



李 利彦
(宏彩会 李クリニック)

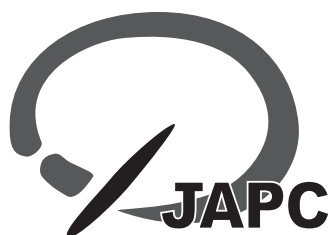
認知症基本法（正式名称は共生社会の実現を推進するための認知症基本法）が2023年6月14日に成立し、翌年2024年1月1日に施行されました。認知症の人々が尊厳を保持し、希望をもって暮らせるよう、国や地方自治体、事業所、国民が一体となって認知症施策を推進することを目的としています。しかし、人生の最後まで、慣れ親しんだ我が家で暮らせる人ばかりではなく、施設で暮らす方が増え、人生の最期を迎える方も増えてきています。公的施設では医療体制もある程度整備されていますが、民間施設ではまだまだ医療体制が整っているとはいいがたく、その問題点と対応策について考えてみたいと思います。

略 歴

李 利彦

1982年 金沢大学医学部卒業
大阪大学医学部精神神経科入局
1985年 大阪府立中宮病院（現大阪府立精神医療センター）医員
1990年 朋愛病院内科
1995年 リ内科診療所（現宏彩会李クリニック）開設
2012年 高次脳機能障がい者を対象にした精神科デイケア『脳リハセンター天美』併設

公益社団法人 日本精神神経科診療所協会 常任理事
公益社団法人 大阪精神科診療所協会 副会長



シンポジウム 5

明日から使えるデイケアプログラム

座長：高尾 哲也（医療法人イプシロン）

堀越 翔（ほりこし心身クリニック）

演者：保科 輝之（医療法人すこやかほりこし心身クリニック）

時田 陽介（医療法人社団 宙麦会 ひだクリニックお台場）

山崎 聞平（医療法人秀山会 白峰クリニック）



シンポジウム 5

明日から使えるデイケアプログラム

各施設で実施されている効果的で人気のあるデイ・ケアプログラムを共有することで、具体的なプログラム内容や運営の工夫を学び、明日から活かせるヒントを得る。デイ・ケアの質を向上させるための情報交換とネットワーキングの場としたい。

シンポジウム 5

S5-1

リハビリを促進する明日から使えるプログラム ～ボッチャとスポごみを通して～



保科 輝之、堀越 翔

(医療法人すこやかほりこし心身クリニック)

当院では、デイケア利用者の多様な背景やニーズに対応するため、リハビリと楽しさを重視したプログラムの開発に取り組んでいる。本稿では、明日から使える2つのプログラム「ボッチャ」と「スポごみ」を紹介する。ボッチャは、パラリンピックの正式種目であり、障がいの有無を問わず多様な人々が楽しめるスポーツである。競技はスペースが限られた環境でも実施可能で、市や障がい者スポーツ施設から用具を無料で借りることができる。当クリニックでは、2022年からボッチャ部を発足し、デイケア卒業者との交流や公式大会への参加を推進。メンバーの主体性が向上し、非認知能力の発達を促し、多くの参加者が次のステップへ進む機会を得ている。福島県ボッチャ協会主催大会では優勝経験を持つなど、成果も顕著である。スポごみは、日本発祥のクリーン活動を兼ねたスポーツであり、地域社会の環境保全に貢献しつつ、参加者の社会的意識の向上を促す。当クリニックのメンバーは地域イベントへの参加を機に、デイケア内でも定期的にスポごみ活動を実施。集団での奉仕活動を通じて前向きな姿勢が生まれ、社会とのつながりを深める機会となった。このように、リハビリテーションの場としてのデイケアを「居心地のよいリハビリの場」とするため、メンバーの意欲や能力に応じたプログラムの開発が不可欠である。今後も個々のニーズに沿ったデイケアの在り方を模索し、より充実した支援を提供することが求められる。

略 歴

保科 輝之

2001年3月 福島県立総合衛生学院 看護科卒業
2001年4月 福島県立矢吹病院（福島県立ふくしま医療センターこころの杜） 入職
2005年4月 福島県立医科大学付属病院
2020年7月 医療法人すこやかほりこし心身クリニック 副院長就任



時田 陽介

(医療法人社団 宙麦会 ひだクリニックお台場)

1、はじめに

精神障害者のリハビリテーションとして精神科デイケアが存在する。再発予防、生活リズム維持・改善、慢性期患者の居場所型を目的とし、昨今では自立した地域生活に早期に移行として利用期間で診療報酬の算定が減算されている。そこでデイケアでのリハビリテーションのプログラムのプログラムが自立につながるものと考え、当院で実際に構築されたプログラムの事例を紹介する。

2、デイケアで行うプログラムの目的

精神障害者のデイケアでは、①再発予防・防止②生活リズムの改善・維持③対人関係の訓練(コミュニケーショントレーニング)④体力の維持向上を目的としたプログラムに加えて⑤復職・復学支援についても目的のニーズは高まっている。5本柱の目的に合わせたプログラムを心理社会的療法、認知行動療法、SST、運動プログラムといった中から組み合わせたプログラムを選択し提供している。

3、事例

プログラムが実際に考案されてから運営されるまで時系列にて紹介し、スタッフの意図や目的も合わせて検討する。プログラム名：モルック①ゲームサロンというプログラム時に参加者が動画をオンラインプラットフォームサイトより参加者へ提案 ②相談しながらモルックを室内でできるかを検討しペットボトルで実施する案を考案 ③参加者が減少し、場所の確保も困難になってきた為、モルックを購入し実施することを発表し利用者の同意を得る ④現在はスポーツプログラム(ソーシャルフットボール)と合わせて総合スポーツクラブとしてデイケアプログラムで活動を継続している。

4、まとめ

障害を持っている持っていないに関わらず、主体的に取り組めることが物事を継続的に取り組める。自らの意志でしたいことに主体的に取り組め、意欲が湧き出てくることからモチベーションを高く持って継続的に取り組める姿勢がデイケアプログラムの明日(未来)につながると考えることができる。

略 歴

時田 陽介

精神保健福祉士として

2002年より千葉県障害者職業センター、聖光会病院など障害がある方々生活支援に携わる

2006年 医療法人社団森メンタルクリニック リワーク担当

2021年 東北福祉大学大学院 社会福祉学修士課程修了

2023年 医療法人社団 宙麦会 ひだクリニックお台場入職 現在に至る

現在は、認定精神保健福祉士、千葉大学認知行動療法士、SST普及協会、心理教育・家族教室ネットワークインストラクター等



山崎 聞平、荻野 洋子、星野由美子、河西 有奈、金田一賢顕

(医療法人秀山会 白峰クリニック)

医療リワークの独自性と作業療法の可能性

医療リワークの最大の強みは、「治療」を提供できる点にあります。他のリワークプログラムが対象としない治療的介入を、集団療法と個別療法を組み合わせることで実現しています。特に、一般的なりワークがカウンセリングを個別療法とするのに対し、当院では個別作業療法に力を入れています。

リワークにおける作業療法の意義

リワークにおける作業療法は、単なる治療だけでなく、仕事以外の時間の過ごし方を練習する場としての役割を重視します。仕事で張り詰めた心身を、プライベートで効果的に緩めるスキルを習得することが目的です。これは、回復計画を厳密に進めるアプローチとは対照的に、「力を抜く場」として機能します。

「ゆるむこと」の大切さと作業療法の効果

心身の回復において、「ゆるむこと」は非常に重要です。工作中だけでなく、プライベートで心身を適切にリラックスさせるスキルは、長期的に安定した就労を維持するために不可欠です。

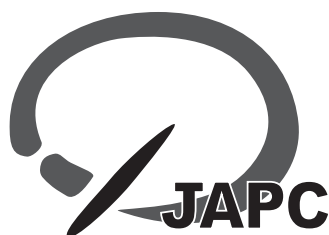
作業療法では、小物作りから始めて、自身の体調に合わせて進捗を調整しながら大作に取り組むといった、継続的な作業を通じて、自身のペース配分や自己認識を深める経験が得られます。

例えば、カバンや定期入れなどを自ら完成させ、復職後もそれを使い続けることには、治療的な意味があります。完成した作品はまさに「自分の分身」であり、他に同じものがない「オリジナル」な存在です。これは、患者さん一人ひとりが唯一無二の存在であることと通じます。自己肯定感が低く、他人と自分を比較しがちな患者さんが多い中で、オリジナルな作品を生み出す経験は、「自分は自分、オリジナルな自分」を大切に思うきっかけとなります。このような自己肯定感の向上は、安定した就労を実現するために非常に重要な要素です。

略 歴

山崎 聞平

2010年3月	東海大学医学部卒業
2010年4月～2012年3月	済生会新潟第二病院
2012年4月～2014年3月	北里大学東病院
2014年4月～2021年6月	埼玉県立精神医療センター
2021年7月～現在	白峰クリニック、水戸メンタルクリニック



シンポジウム 6

日精診から世界へ——双極症と統合失調症の リアルワールドデータ最前線

座長：阿瀬川孝治（汐入メンタルクリニック）

枝川 浩二（医療法人枝川クリニック）

演者：本郷 誠司（南湖こころのクリニック／市ヶ谷ひもろぎクリニック 精神科診療部）

加藤 正樹（関西医科大学医学部精神神経科学講座）

嶽北 佳輝（関西医科大学医学部精神神経科学講座）

勝元 榮一（かつもとメンタルクリニック）

有川 雅俊（医療法人三精会汐入メンタルクリニック）



シンポジウム 6

日精診から世界へ ——双極症と統合失調症のリアルワールドデータ最前線

日本精神神経科診療所協会（日精診）では、2016年に双極症（MUSUBI）、2023年に統合失調症（MUSASI）の外来治療研究を立ち上げ、会員の皆様の多大なるご尽力により、膨大なリアルワールドデータを蓄積してきました。MUSUBIではすでに16本の論文が国際誌に掲載され、今後、MUSUBI・MUSASI双方において、日本発のリアルワールドエビデンスを世界に発信し、精神科医療の進歩に貢献していくことが期待されます。本シンポジウムでは、これまでの成果と今後の展望を共有し、会員の皆様とともに次なるステップを見据えた活発な議論を行います。実臨床に即したデータがどのように診療や政策へと結びついていくのか、忌憚のない意見交換を通じて、新たな可能性を探りましょう。

S6-1

日本のメンタルクリニックからの双極症に関するリアルワールドデータの解釈について



本郷 誠司

(南湖こころのクリニック／市ヶ谷ひもろぎクリニック 精神科診療部)

日本精神神経科診療所協会と日本精神神経薬理学会とのコラボレーションで、2016年から日本の精神科クリニックの先生方に、双極症に関する通常診療の実態に対する状況を知るべく、アンケート調査をお願いした。MUSUBI 研究と名前が付いたこのリアルワールドのアンケートの収集を試みたのは、多くの先生方に知られていると思われ、その後の追跡調査なども行う事ができた。多くの先生方の協力により、三千名以上の患者さん達の日本における双極症臨床のリアルな声を聞くことができた。それらの声を自身の臨床と比較してみたり、所謂エビデンスに近いのか、はたまた遠くて独自になりすぎていないかなどの作業を行うことができていし、薬理学会の多くの先生方からはすでに国際的な論文が多く発表されているし、現在も進行中のものがおおい。題材も患者の診断や治療、社会参画などの状況など、多くの観点から興味深い内容が多い。また昨今は Measurement Based Care (MBC) が叫ばれるようになり、多くの臨床家が MBC の臨床における実施に関して興味を示している。小生が属している法人グループでは、永らく独自の MBC を実践し、病状や症状の見える化、患者への説明や目標設定に活用してきた。その辺りも絡めて、日本のメンタルクリニックの状況についての私見を述べてみたいと思う。

略 歴

本郷 誠司

1986 年 東京医科大学卒業 東京医科大学精神医学教室大学院
1991 年 富士心身リハビリテーション研究所附属病院
2005 年 4 月 弘徳会愛光病院診療部長
2009 年 12 月 慈泉会ひもろぎ非常勤
2010 年 9 月 慈泉会ひもろぎ常勤、慈泉会理事、巣鴨ひもろぎ心のクリニック院長、南湖こころのクリニック診療部長
2013 年 6 月 南湖こころのクリニック院長、巣鴨ひもろぎ心のクリニック診療部長
2016 年 10 月 市ヶ谷ひもろぎクリニック精神科診療部長
2020 年 4 月～2023 年 3 月 東京医科大学客員講師



加藤 正樹

(関西医科大学医学部精神神経科学講座)

日本精神神経科診療所協会および日本臨床精神神経薬理学会の共同プロジェクトである MUSUBI 研究は、3,213 名を対象に 2016 年のベースライン調査から開始され、2017 年、2019、2021 年（コロナ禍）と、計 4 回の調査が実施されてきた。現在までに 15 本の成果が英語論文として発表されている。

主要な知見を以下に示す。

【双極症に関する一般的背景】

非寛解状態に関連する因子として、女性、若年、無職、急速交代型（rapid cycling: RC）、アルコール乱用、リチウム非投与、抗うつ薬の併用が挙げられる。対象者のうち高齢者（60 歳以上）は全体の約 3 割を占め、双極症 I 型の有病率が非高齢者に比して高かった。60 歳以上での発症は約 1 割に認められた。

【RC および 1 年以上の無症状について】

双極症の 1 割が RC であり、2 割は 1 年間無症状、1 割は 3 年以上の無症状期間を有していた。RC 群では、躁状態の比率が高く、若年発症、神経発達症や身体疾患の併存がリスク因子として示唆された。一方、1 年以上の無症状群では、年齢が高いこと、就労・就学などの社会的機能の維持、自殺念慮・精神病症状・パーソナリティ障害・アルコールまたは物質使用障害の併存率が低いことが関連していた。RC 群の 4 割は翌年も RC 状態を継続しており、これは全体の 4% に相当した。逆に、2 年間にわたり一度も RC とならなかった者は 8 割以上を占めた。1 年以上の無症状群のうち約 70% は翌年も無症状を維持し、30% が再燃し、1.4% は RC に移行していた。

【多剤併用、薬剤用量に関する関連因子】

薬物療法では、1 日あたり平均 3.6 剤の向精神薬が使用され、社会的適応の低さ、精神疾患の併存、フォローアップ期間の長さ多剤併用と関連していた。リチウムの投与量は、患者の年齢、身体的構成、気分状態、社会機能などとの関連が示された。

当日は、2021 年のコロナ禍下での調査結果を基に、新型コロナウイルス感染症が双極性障害の治療経過に与えた影響についても考察する予定である。

略 歴

加藤 正樹

1997 年 6 月	関西医科大学附属病院精神神経科入局
2006 年 5 月～2008 年 7 月	ボローニャ大学精神神経科ポストドクトラルリサーチフェロー
2008 年 8 月	関西医科大学助教（精神神経科）
2009 年 1 月	関西医科大学講師（精神神経科）
2014 年 4 月	関西医科大学准教授（精神神経科）
2019 年 7 月～2023 年 9 月	関西医科大学附属病院精神神経科科長
2024 年 4 月	関西医科大学教授（精神神経科）

S6-3

MUSASI 2023 の包括的な知見：全国外来統合失調症患者 10,000 例の横断調査から見えるもの



嶽北 佳輝

(関西医科大学医学部精神神経科学講座)

本調査 (MUSASI : Multicenter treatment Survey and Assessments for Schizophrenia In psychiatric clinics) は、MUSUBI (Multicenter Treatment Survey for Bipolar Disorder) に続く取り組みとして、日本精神神経科診療所協会の主導のもと、日本臨床精神神経薬理学会の協力を得て実施された。2023 年 9 月から 10 月にかけての 2 か月間、全国の精神科診療所を受診した統合失調症スペクトラム障害患者を対象とした大規模横断調査であり、最終的に 10,081 例の症例が登録された。

本調査の目的は、外来における統合失調症の臨床実態を多角的に捉えることである。調査項目は、患者背景 (性別、年齢、家族・婚姻状況、罹病期間など)、臨床状態 (CGI-S、改変 BE-PSD、再燃状況、症状の安定性、アドヒアランス)、社会機能、医療サービスの利用状況、薬物治療内容および副作用の有無など、多岐にわたる。

本講演では、全国規模のリアルワールドデータに基づく初期解析結果の一部を報告する。詳細な数値や傾向については当日に言及するが、本調査の結果は、現在の我が国における統合失調症外来治療の実態を明らかにする上で、極めて重要な資料となることは間違いない。

現時点では横断研究として実施されたが、今後は縦断的な追跡調査を行い、治療経過や病状変化の動態を把握するとともに、外来診療における“見えていなかった”課題の可視化を目指していくことも検討されている。

略 歴

嶽北 佳輝

2003 年 関西医科大学医学部医学科卒業、関西医科大学医学部精神神経科学講座入局
2007 年 医療法人仁康会小泉病院 医員
2014 年 ボローニャ大学生物医学／神経運動科学教室 postdoctoral fellow researcher
2017 年 関西医科大学精神神経科学教室 講師
2021 年 関西医科大学医学部精神神経科学講座 准教授
2024 年 関西医科大学医学部精神神経科学講座 診療教授

S6-4

Monotherapy vs. Polypharmacy in MUSASI2023 ー統合失調症外来治療におけるリアルワールドデータの分析ー



勝元 榮一

(かつもとメンタルクリニック)

統合失調症の治療ガイドラインでは抗精神病薬の単剤治療が推奨されていますが、実臨床においては必ずしも単剤で十分な効果が得られない症例も多く、我々も日々その難しさを実感しています。近年、抗精神病薬の多剤併用については議論が分かれており、一部にはその有効性を支持する報告も見られます^{1),2),3),4)}。しかしながら、これらの研究は非盲検試験やエビデンスレベルの低い研究に基づくものが多く¹⁾、また、治療継続率³⁾や入院リスク⁴⁾の非劣性に留まっており、症状改善、機能回復、社会適応といった包括的アウトカムについては十分に検証されていません。さらに、クロザピン併用を含む症例が多く、我が国の臨床現場には必ずしも適合しない点も課題とされています²⁾。

現在でも日本の統合失調症薬物療法においては多剤併用が多い実態がありますが、「本当に2剤併用は好ましくないのか？」という問いは、現場の臨床家にとって切実な問題です。

今回、日本精神神経科診療所協会薬理班では、全国327施設、373名の先生方から集約された10,081例の統合失調症外来診療調査データ（MUSASI2023）を用いて、抗精神病薬の処方実態とその背景因子（年齢、発症年齢、治療歴など）、さらに治療アウトカム（症状の安定性、社会機能、副作用など）との関連について解析を進めています。本シンポジウムでは、MUSASI2023の最新分析結果を可能な限り公表し、「単剤 vs. 多剤」の臨床的意義について多くの先生方と実践的な議論を深めたいと考えております。

1) World Psychiatry. 2017 Feb;16(1):77-89

2) JAMA Psychiatry. 2019 May 1;76(5):499-507

3) Am J Psychiatry. 2021 Oct 1;178(10):932-940

4) Am J Psychiatry. 2023 May 1;180(5):377-385

略 歴

勝元 榮一

1989年3月 大阪市立大学医学部卒業
1989年6月 大阪市立大学医学部附属病院神経精神科臨床研修医
1990年4月 神出病院医員
1991年4月 大阪市立大学医学部附属病院神経精神科臨床研究医
1993年4月 大阪市立大学医学部附属病院老年科・神経内科臨床研究医
1994年4月 大阪市立大学医学部附属病院神経精神科臨床研究医
1994年7月 大阪市立大学大学院医学研究科神経精神医学助手
2007年4月 かつもとメンタルクリニック院長



有川 雅俊

(医療法人三精会汐入メンタルクリニック)

日本において統合失調症患者を対象とした障害年金受給状況の詳細な調査は少なく、内閣府による 2013 年版障害者白書の報告では、外来通院者で統合失調症患者の障害年金受給は約 4 割が受給しているとされる。また、2019 年の年金制度基礎調査(障害年金受給者実態調査)では、障害年金受給をしている精神障害は 725(千人)とのデータがあるが、外来通院中で統合失調症患者についての詳細は不明である。そこで MUSASI データを用いて、①障害年金受給者の実態、②他の社会保障制度との併用状況を調査することで、障害年金受給者群の特徴を明らかにする。これにより、どのような特徴を持つ患者が地域生活を維持しているのか知見を得ることができると考えている。

略 歴

有川 雅俊

2001 年 12 月～現在まで

医療法人三精会汐入メンタルクリニック 精神科デイケアスタッフとして勤務

横須賀市障害支援区分認定審査会 委員、心神喪失者等医療観察法 参与員

日本デイケア学会、日本精神科リハビリテーション学会、日本うつ病学会、日本精神保健福祉士協会に所属

2021 年

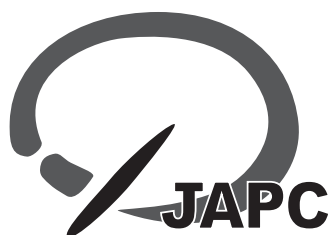
日本精神神経科診療所協会 実践活動奨励賞受賞

「精神科デイケア利用によるクリニカルパス・クライアントパスツールの作成および無料配布活動」

2024 年

日本精神神経科診療所協会 実践活動奨励賞受賞

「精神科デイケアにおける双極性障害当事者によるピアミーティング」



シンポジウム 7

性被害を巡る精神科医療

座長：鬼頭 有代（医療法人いちえ 有希クリニック）

森 美緒（本山こころのクリニック）

演者：亀岡 智美（兵庫県こころのケアセンター）

久保田康愛（性暴力救援センター・大阪 SACHICO /市立加西病院 精神科）

永本 能子（オハナ法律事務所）

宮内和瑞子（医療法人医生会宮内クリニック）



性被害を巡る精神科医療

性被害の問題は、今や女性だけの問題ではなく、深く重い心の傷を残すものとしてメンタルヘルスの課題となっています。「犯罪の被害者」という社会的な位置づけながら、「性という語りにくいテーマ」であるがゆえに、患者としてクリニックを訪れることは多くは在りません。しかし、トラウマに関する精神医学的知見が深まる中、長らく通院を重ねてきた患者さんたちの中で、数十年を経た被害体験が現在の病状に繋がっていたという新たな展開もまた、報告される課題となっています。

トラウマ・インフォームド・ケア(T.I.C.)の考え方は、精神医療の領域のみならず、広く社会に対して発せられる重要なメッセージとなると考え、シンポジウムの基調講演に取り上げました。シンポジストからは、病院併設型のワンストップセンター・大阪 SACHICO の設立と運営に精神科医としてかかわった経験や、一般外来での臨床からの報告、立場を変えて司法の場からの報告等をともに提示することで、現在の精神科医療体制の中で、この問題にどう対応すべきであるかを考えるとともに、「被害者や加害者を作らない社会づくり」への取り組みにつなげていきたい。

S7-1

基調講演 性被害とトラウマインフォームドケア



亀岡 智美

(兵庫県こころのケアセンター)

さまざまなトラウマ的出来事の中でも、性被害は特に潜在しやすい出来事である。R5 年の内閣府調査では、全国の 18 歳以上 59 歳以下の男女 5000 人のうち 4.7%（女性 8.1%、男性 0.7%）の人が不同意性交の被害を受け、そのうち 55.7%は誰にも相談していない。相談できた人でも、相談までに 10 年以上を要した人が約 2 割いた。同じく内閣府の若年層（16～24 歳）を対象とした調査でも、4.1%（女性 4.7%、男性 2.1%）が不同意性交の被害に遭遇しており約半数がどこにも相談できていない。また、法務省が 16 歳以上の国民を対象に実施した「犯罪被害実態調査」では、性的被害にあった人の約 8 割は届け出ていなかった。

一方、性被害は、PTSD や複雑性 PTSD を始めとするさまざまな精神疾患の発症リスクを高め、将来の性加害や再度の性被害、自傷や自殺企図、物質乱用や性的逸脱行動などの心理社会的転帰を悪化させる。さらには、身体健康を損なうリスクが高いことも報告されている。したがって、精神科医療現場には多くの性的トラウマを抱えた患者が潜在しているはずである。わが国の精神科診療所通院患者を対象とした調査でも、患者約 1000 人のうち、何らかの性暴力を直接体験したと回答した患者は少なくなかった（性的暴力 9%、意に反した不快な性的体験 16%）。

このように、潜在する性被害患者に適切に対応するためには、昨今わが国でも普及しつつある、トラウマインフォームドケア（Trauma-Informed Care, TIC）の視点が有効であると思われる。今回は、TIC の観点から、精神科医療の更なる可能性を探ってみたい。

略 歴

亀岡 智美

和歌山県立医科大学卒業。大阪府立病院を経て、大阪府立中宮病院松心園（現大阪府精神医療センター）に勤務。2001 年より大阪府こころの健康総合センターに勤務。2006 年より、大阪教育大学客員教授、2010 年より、大阪大学大学院連合小児発達学研究科招へい教授を併任。2012 年度より現職。子どものトラウマ専門治療である TF-CBT（トラウマフォーカスト認知行動療法）の公認トレーナー。2018 年から TF-CBT ラーニングコラボラティブ研究会共同代表。専門はトラウマ関連障害の臨床。

S7-2

性暴力被害者を支えること～性暴力救援センター・大阪 SACHICO の活動を振り返る～



久保田康愛^{1,2)}、生魚かおり¹⁾、雪田 樹理^{1,3)}、加藤 治子¹⁾

(¹⁾ 性暴力救援センター・大阪 SACHICO、²⁾ 市立加西病院 精神科、

³⁾ 女性共同法律事務所)

性暴力救援センター・大阪 SACHICO (Sexual Assault Crisis Healing Intervention Center) は、2010 年、日本で初めて、性暴力被害のための診療と支援を提供する病院拠点型ワンストップ支援センターとして民間病院内に設立された。所定のプログラムを修了した支援員が常駐して電話を受け、産婦人科医師と協働して診療を行い、警察への申告や弁護士への相談、精神科や心理支援への紹介、児童相談所・女性相談所や就労・就学の場所などとの連携を行ってきた。周産期医療を担う多忙な産婦人科医の診療協力が困難となり、2025 年 4 月より、連携型ワンストップ支援センターとして相談支援を継続している。

「わたしのからだはわたしのもの、わたしのこころはわたしのもの」という自己決定権を尊重することが、回復を支えることとして、被害直後に限らず、過去の被害であっても対応してきた。被害者の 6 割は未成年で、そのうちの 1 割は 10 歳未満であり、加害者は家族やパートナーを含めた身近な関係にある人が多かった。成人期以降の相談では、過去の被害に関すること多かった。また、単回の性被害にとどまらず、過去の逆境体験や障がい背景を抱えてきたこともうかがえた。

開示や相談が難しく、その影響が遷延しやすい性暴力被害の支援においては、生きづらさを包括的にとらえ、ニーズに応じた支援を行えるネットワークのなかで、本人の主体性を奪わず、了解や同意を確かめながら、回復を支える視点が欠かせない。「被害者をひとりにしない」支援に求められるものを、今後も考え続けたい。

略 歴

久保田康愛

1989 年 3 月 大阪大学医学部卒業
1989 年 6 月 大阪大学医学部附属病院 産婦人科 初期研修医
1990 年 6 月 泉大津市立病院 産婦人科
1992 年 6 月 大阪大学医学部附属病院 産婦人科
1997 年 4 月 神戸大学医学部附属病院 精神神経科
1998 年 4 月 愛仁会 高槻病院 精神神経科
1999 年 4 月 樹光会 大村病院 精神科
2009 年 4 月 市立加西病院 精神科
2016 年 6 月 性暴力救援センター・大阪 SACHICO 運営委員
2023 年 6 月 性暴力救援センター・大阪 SACHICO 理事長

S7-3

「女性弁護士過疎地域」における性犯罪被害者支援のあり方



永本 能子

(オハナ法律事務所)

演者は、徳島弁護士会が「女性弁護士過疎地域」（女性弁護士数は全国最少、女性弁護士割合も全国最低）であること、徳島弁護士会の犯罪被害者支援センターの委員長や児童相談所の非常勤弁護士を務めたこと等から、女性・児童の性犯罪被害者支援業務に多く携わるようになり、公益社団法人徳島被害者支援センターの理事、DV・性暴力被害者の支援を行う一般社団法人「白鳥の森」の理事である。

依頼のルートは様々だが、徳島ではワンストップ支援センターからの配てん依頼がほとんどない。相談員が女性支援センターの相談員との兼務でマンパワーが不足していることも大きな要因と思われ、「相談センター拠点型」の限界を感じる。

離婚事件の依頼者やその子どもが性犯罪の被害者ということも多く、性的DVによるトラウマを抱えた依頼者は、離婚後も面会交流のたびに苦しむ。また、性被害を受けた児童の親が、自分の過去の性被害の記憶を鮮明に思い出すなどし、被害児童よりも精神状態が不安定になり、抑うつ状態や適応障害と診断されたり、休職に至ることもある。

徳島のような地方では、公的な相談機関、民間団体、警察や検察庁、地域の精神科医やカウンセラー、児童相談所・児童養護施設等の各種関係機関に顔見知りの方々が多く、情報共有や連携がしやすいという利点がある。

依頼者への対応としては、LINEでやり取りをし、土日祝日や夜間でも連絡が取れるようにしている。刑事事件になると、被害者の代理人として警察や検察官に対して事情聴取のあり方について意見を述べたり、被害者参加弁護士として裁判所に対して公判において被害者の精神的な負担を少なくするよう配慮を求めたりする。匿名性の確保のためにマスコミ対策も行う。

当日は、さらに、依頼者への配慮で必要なことや、関係機関や精神科医に望むことなどを発表する。

略 歴

永本 能子

平成21年徳島弁護士会登録、田中法律事務所勤務を経て、令和元年にオハナ法律事務所を開設。

平成28年から平成30年にかけて徳島県西部こども女性相談センターの非常勤弁護士となる。

外部団体の理事としては、公益社団法人徳島被害者支援センター、NPO法人とくしま絆ネット、DV/性暴力被害者の支援を行う一般社団法人白鳥の森の理事を務める。

徳島弁護士会内の委員会では、被害者支援センター、子どもの権利保護委員会、人権擁護委員会等に所属し、平成29年度・平成30年度・令和元年度・令和6年度は被害者支援センターの委員長、令和2年度は徳島弁護士会副会長を務める。また、平成29年度から四国弁護士会連合会犯罪被害者支援委員会委員、令和6年度から日本弁護士連合会男女共同参画推進本部委員も務める。

S7-4

性被害、性的虐待の当事者へのアンケート調査



宮内和瑞子

(医療法人医生会宮内クリニック)

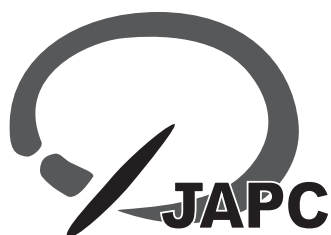
国が実施した内閣府の調査では若年者の内4人に1人は何らかの性暴力被害にあっていることが報告されている。また最初に性暴力被害にあった年齢は0-6歳で報告があり、16-18歳時が最も多くなっている。それらの性暴力被害は様々な精神的心理的な症状を引き起こし、以後の生活に重大な否定的な影響を与える。しかし一方性的被害を受けた方が、地域でよりよく生きていくための支援は残念ながらほとんど手つかずである。精神科外来においても、うつ病や適応障害、境界型人格障害で通院治療している方の中に、なかなか改善に至らず治療が難渋する方の生育歴の中に性暴力にあった経験があることも多い。今回は当事者の方からアンケートの形で様々な意見を書いてもらったことをまとめて、報告する。

同時に性被害や性的虐待にあった方の経過や長期的予後の現実を理解し、当事者の方の苦しみを理解して、医療で何が必要か、具体的支援では何が必要か考える問題提起をしたい。

略歴

宮内和瑞子

1979年 岡山大学卒業
1983年 岡山大学大学院卒業
1983-1986年 香川医科大学精神神経科助手
1987-1989年 高松家庭裁判所医務室技官
1989-1997年 緑ヶ丘病院、斎藤病院、城西病院、藍里病院勤務
1990年- 徳島県精神保健福祉センター嘱託医
1997年- 宮内クリニック
2012年- 徳島県中央子ども女性相談センター嘱託医
2000年- 徳島大学精神科非常勤講師



シンポジウム 8

自殺後の紛争化防止について

座長：稲田 泰之（医療法人悠仁会 稲田クリニック）
三木 和平（医療法人社団ラルゴ三木メンタルクリニック）
演者：上ノ山一寛（医療法人遙山会 南彦根クリニック）
里村 淳（みずほ台病院心療内科）
池下 克実（いちメンタルクリニック日本橋）



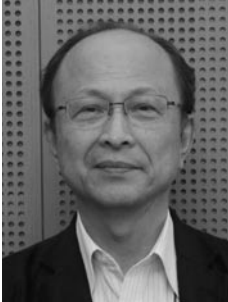
シンポジウム 8

自殺後の紛争化防止について

自殺対策は予防に焦点が当てられがちである。しかし、自殺を完全に防止することは難しいが紛争化することは避けたい。この問題について正面から取り組んだことはないので、委員会のこれまでの活動や調査結果から検討したい。

S8-1

精神科診療所のできる自殺未遂者支援



上ノ山一寛

(医療法人遙山会 南彦根クリニック)

精神科診療所における自殺対策の一環として、自殺未遂者支援について考えてみたい。過去の自殺企図歴は自殺の最も強い危険因子である。救急告示病院では、救急搬送された自殺企図者の再企図を防ぐために様々な取り組みが行われているが、継続支援につながっていない場合も多い。救急告示病院や行政その他の関係機関との連携が課題となる。

滋賀県彦根市では救急告示病院である彦根市立病院には精神科がないため、自殺未遂者受け入れ後の対応について苦労していた。地域ネットワークで検討の結果、一般科処置を済ませた後、相談窓口連絡票を作成し市障害福祉課に連絡することとした。それに呼応して市内の精神科診療所が協力して、彦根市自殺未遂者受診枠を立ち上げ、事例発生後1週間以内に受け入れることにした。このような形で自殺未遂者あるいは家族の同意の上、必要に応じて市から医療機関につなぐ体制が整った。現在は彦根保健所管内の事業として拡大し、周辺町を含んだ自殺未遂者支援体制となっており、また県内の他圏域にも広がりがみられるようになっている。

自殺対策基本法が平成18年に施行されて以降、我が国の自殺者の総数は減少傾向にある一方、こども若者の自殺者数は増加傾向にある。子供若者の場合は、自ら助けを求めようとしないことも多く、自殺未遂者支援のすそ野は拡大傾向にある。学校を含めて地域の様々なネットワークの中における精神科診療所の役割を確認したい。

略 歴

昭和51年 京都大学医学部卒業
昭和51年 長浜赤十字精神科勤務
昭和54年 慈恵中央病院勤務
昭和58年 湖南病院勤務
平成2年 南彦根クリニック開設

S8-2

自殺後、紛争化しないようにするためには － 実例から学ぶ



里村 淳¹⁾、三木 和平²⁾、稲田 泰之³⁾、上ノ山一寛⁴⁾、
上田 容子⁵⁾、稲村 茂⁶⁾、近藤 久勝⁷⁾、池下 克実⁸⁾

(¹⁾ みずほ台病院心療内科、²⁾ 三木メンタルクリニック、³⁾ 稲田クリニック、
⁴⁾ 南彦根クリニック、⁵⁾ 神楽坂ストレスクリニック、⁶⁾ メンタルクリニック秋田駅前、
⁷⁾ 近藤医院、⁸⁾ いちメンタルクリニック日本橋)

患者の自殺は万全を尽くせば必ず避けることができるものではなく、精神科医にとっても悲痛な思いである。しかし遺族の理解が十分に得られず紛争化することだけは避けたい。そのための対策は精神科医にとって大変重要な課題である。

日精診は各地区協会が自殺対策にどのように取り組んできたのか、自殺事例の調査、さらにどのような事後紛争があったのかについて調査を行って来た。その結果、これまで知ることのできなかった多くの情報が得られた。そのうちもっとも重要なものは、自殺後、家族から説明を求められることが少なくないことであった。それは、家族が自殺に至るまでの経過をただ知りたかったというレベルのものから、苦言、さらに責任追及という厳しいものであった。そのため、家族への「説明責任」の重要性が浮き彫りになった。

紛争化防止のためには遺族への誠意をもった説明義務を十分果たすことが大切であることを認識できたが、法的にも「説明義務」として規定されている。また、法的紛争に至った時の法律家の判断基準は臨床家とはやや異なる視点から行われる。つまり、1.希死念慮の問診義務、2.自殺の予見可能性の評価とその対応、3.事前・事後の説明義務。希死念慮は「具体性」有無とその対応が注意義務として求められる。入院では、閉鎖的処遇の選択、観察の強化、自殺の道具となるものの排除が義務付けられる。一方、過度の監視、行動制限は有害であるとされ、社会復帰を優先するという考えである。さらに、法律家の判断基準として、学会の診療ガイドライン、くすりの添付文書などが用いられる。

日精診の調査から、事後説明について誠実に対応していれば、最終的には理解が得られることが多く、訴訟にまで至るケースは少ない。

自殺は予防することが大切であることはいうまでもないが、紛争化しないようにすることも重要である。そのためには、説明義務を十分に果たすことが大切である。

略 歴

里村 淳

1973年 東京慈恵会医科大学卒業
1975年 ドイツ・マインツ大学精神療科
1977年 浜松医科大学精神科
1981年 千本病院
1986年 国立療養所静岡東病院
1991年 栃木県立岡本台病院
1999年 南伊豆病院
2001年 富士見メンタルクリニック
2020年 みずほ台病院心療内科

S8-3

診療所外来患者の自殺後に生じたトラブルと対応の実態調査



池下 克実¹⁾、里村 淳²⁾、稲田 泰之³⁾、稲村 茂⁴⁾、
上田 容子⁵⁾、上ノ山一寛⁶⁾、近藤 久勝⁷⁾、三木 和平⁸⁾

(¹⁾ いちメンタルクリニック日本橋、²⁾ みずほ台病院心療内科、³⁾ 稲田クリニック、
⁴⁾ メンタルクリニック秋田駅前、⁵⁾ 神楽坂ストレスクリニック、⁶⁾ 南彦根クリニック、
⁷⁾ 近藤医院、⁸⁾ 三木メンタルクリニック)

【目的】患者の自殺を体験した際、主治医には驚愕、悲嘆、自責等の様々な情緒的反応が生じる。そのような心理的に混乱する中、遺族から責任を追及される等のトラブルに発展すると大きな心理的負担を抱えることとなる。今回、自殺後に紛争化しないための留意点を検討することを目的にトラブルの実態とその対応の経験について調査を行った。

【方法】日本精神神経科診療所協会自殺対策委員会の委員が所属する、7 地区（秋田、埼玉、東京、神奈川、滋賀、京都、大阪）の地区協会会員を対象に、患者の自殺経験の有無、発生したトラブルの内容、対応方法、今後望まれる支援などについてオンラインと FAX 回答を用いてアンケート調査を実施した。本調査は日本精神神経科診療所協会研究倫理委員会の承認を得ている。

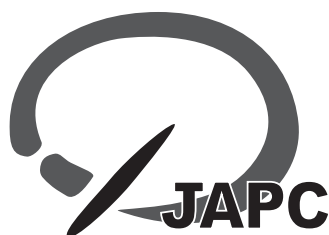
【結果】156 件の回答が得られ、自殺経験のある医師は 152 名（97.4%）であった。そのうち自殺後のトラブルを経験したのは 60 名（39.5%）に上った。トラブル経験医師において、「遺族から説明を求められた」46 件中 37 件で理解が得られた一方、「責任を追及された」11 件では全例で理解が得られないままであった。その他、遺族間トラブル 1 件、家族による会社提訴 1 件、主治医提訴 1 件が報告された。

【考察】自殺は多くの精神科医が経験しており、全ての患者に自殺リスクが潜んでいることを前提に慎重に診療を行う中でも自殺や自殺後のトラブルは一定の頻度で発生することが避けがたい事象である。トラブルを防ぐためには、家族とのリスク共有、緊急度のアセスメント、迅速な入院判断、多職種連携が重要と考えられた。特に、丁寧な説明と信頼関係の構築が理解を得る上で重要と考えられるが、責任を追及された場合には医師の努力だけでは遺族の理解を得ることが難しい実態も示唆された。今後遺族や医療従事者双方へのケア体制の整備、自死遺族相談体制の充実が必要である。

略 歴

池下 克実

2001 年 奈良県立医科大学卒業、同大学精神医学講座入局
2002 年 三重県立こころの医療センター医員
2003 年 天理よろづ相談所病院精神科医員
2005 年 奈良県立医科大学精神医学講座助教
2015 年 医療法人一尚会いちメンタルクリニック日本橋院長



シンポジウム 9

児童精神科から見た大人の ADHD

座長：西川 瑞穂（医療法人瑞月会 かく・にしかわ診療所）
大瀧 和男（医療法人和音会かずおメンタルクリニック）
演者：大瀧 和男（医療法人和音会かずおメンタルクリニック）
原田 剛志（パークサイドこころの発達クリニック）
大久保圭策（大久保クリニック）



シンポジウム 9

児童精神科から見た大人の ADHD

一般精神科で大人の ADHD と診断された症例を診る機会が時々あるが、大抵ある種の違和感を覚える。幾人かの児童精神科医に尋ねると、同じような違和感を感じるという。一般精神科と児童精神科でイメージされる ADHD 像に相違があるように思われるのである。今回はその点について、議論したい。

S9-1

大人の ADHD の注目される特性について — 一般精神科と児童精神科の相違



大瀧 和男

(医療法人和音会かずおメンタルクリニック)

ADHD として紹介されてくる青年期の患者を診察すると、ほとんどを ASD と見立ててしまう。中には、ASD+ADHD とするものもあるが。こうした特徴は、演者一人のクセかと思って仲間の児童精神科医たちに尋ねてみると、皆同じようだという答えが返ってくる。これはどうしたわけであろう。患者を診るものさしが一般精神科と児童精神科で異なっているように思われるのである。今回これまで一般精神科医から ADHD として紹介されたケースを材料に、一般精神科が注目する特徴と児童精神科医が注目する特徴の相違点を吟味してみた。

一般精神科の注目点は、当然ではあるが、現在の生活上で見られる多動、衝動、不注意に関する症状が主体である。生育歴を詳しく記した紹介状は少なく、現在に主眼が置かれていた。例えば、ADHD の多動衝動についていえば、一般的には年齢が上がるにつれてその強度は下がってきて、大人になるとその痕跡が垣間見えるほどになることが多い。なので、大人になって生活に支障の出ている多動衝動は、その発生源を疾病の範囲を広げてよくよく吟味する必要がある。また、多動、衝動の中に、やるべき課題がないのでフラフラ動き回る人がいたり、0-100 思考で思うようにならなくて衝動的に動く人がいたりするので、どうして多動的なのか、衝動的なのかを掘り下げねばならない。不注意症状は、興味関心の著しいムラとの関連に注意しなければならない。ASD では興味のあることは熱中的に取り組むが、興味のないことには見向きもせず、簡単に忘れ去られることがある。また不注意については、診断イメージの焼き直しも考えねばならないかもしれない。不注意というと、一世を風靡したサリ・ソルデン著「片づけられない女たち」を想起される方が多いのではないか。以前日精診総会で演者が発表したように、著書の中で紹介されたケースは、AS(D)+ADD と読め、生活上の真の困りごとは ADD ではなく AS(D)由来がほとんどであった。

略 歴

大瀧 和男

1983 年 北海道大学医学部卒業
静岡済生会総合病院研修医
1985 年 浜松医科大学精神神経科助手
1987 年 国立小諸療養所医員
1989 年 島田市民病院精神神経科医員
1991 年 医療法人和音会和合病院副院長
1993 年 医療法人義興会可知病院・児童精神科部長を経て副院長
2003 年 1 月 愛知県豊橋市にて、児童精神科・かずおメンタルクリニック 開業
2017 年 8 月 障害児通所支援事業所・かずおの森 開設

S9-2

「就労現場における大人の ADHD」を児童精神科医がみると



原田 剛志

(パークサイドこころの発達クリニック)

演者は児童精神科医であるが、患者として診ている子どもの親に存在する発達特性にまつわる困り事の診察をすることや、産業医としてかかわる職場におけるトラブルやメンタル不調者のケアを通じて多くの「大人の発達障害」と関わっている。産業医として出会う「職場の困った人」やメンタル休業者の多くは、かつてうつ病や新型うつ病の診断書を持参していた。しかし、最近では#1.適応障害 #2.ADHD や#1. 双極性障害 #2. ADHD といった診断書を持参することが増えてきた。治療も抗うつ薬の服用だけでなく ADHD 治療薬の服用や合理的配慮申請など新しいアプローチも増えてきた。会社の上司や人事も ADHD という障害が世の中に存在し、それなりに配慮が必要であるという知識も持つようになってきた。しかし、残念ながら復職後の定着率はそれほど改善されてはいない。

当日は、「就労現場における大人の ADHD」はどんな人のことを指し、職場ではどういった困りごとがあるため「事例性」となっているか、産業医と治療担当医（主治医）との良好な関係の築き方のヒント、どういった理解とケアがあれば職場での問題が減っていくのかについて述べ、フロアの先生方と検討したい。

略 歴

原田 剛志

1997年 福岡大学卒業後、福岡大学病院精神神経科に入局、以来児童思春期畑を歩む
福岡大学病院、旧福岡県立太宰府病院、鹿児島 伊敷病院などの勤務を経て、
2011年に児童精神と発達障害を専門としたパークサイドこどものこころクリニックを開設
2016年に発達障害専門施設としてパークサイドこころの発達クリニックに名称変更



大久保圭策

(大久保クリニック)

ADHD と ASD の併存率は、さまざまな報告があるが多いものでは 50% と言われている。所謂診断閾下を含めるとさらに多くの ADHD のひとが ASD の一部症状を持っていると考えられ。ADHD の臨床では、ASD 合併を度外視することは困難である。とくに、成人の ADHD においてはむしろ合併する ASD 症状の方が適応困難の原因になっていることが多い。その意味でも、カテゴリー診断の意味はあまりなくなっており、実臨床ではディメンショナル診断に基づいて支援を考えることになる。

ASD 要素の少ない ADHD については、さまざまな生活上の工夫がライフ・ハックと呼ばれて多くの書籍が出版され、ネット上でもさまざまな情報が手に入るようになった。生成 AI 使用し、適切なプロンプトを指示すれば、個人に適したライフ・ハックの知識が手に入るため、最近では発達障害者支援センターなどでも積極的に使われて、有用と考えられている。

畢竟、精神科の実臨床で問題になる ADHD は ASD 要素によって適応困難を来しているか、精神障害が重畳しているケースになる。

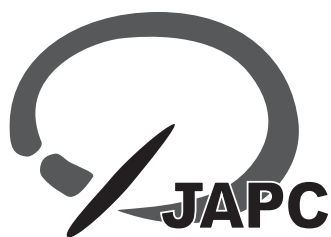
ADHD の高い精神疾患合併率はよく知られているが、神経発達症概念が未だ広く知られていなかった時代から、この事情が変わってはいないだろう。とすれば、その当時精神疾患の背景にある ADHD の問題はどのように理解されていたのだろうか？おそらく、それは病前性格として理解されていたかあるいは人間学的精神病理学の理解の中に隠れていたと考えられる。そのような理解は、現代でも ADHD や精神疾患の理解に一定の洞察をもたらすのではないか。

当時の精神医学における疾病理解と今日の ADHD の合併症としての精神疾患理解を架橋することを試みる。

略 歴

大久保圭策

1985 年 奈良県立医科大学卒
1985 年 大阪大学医学部神経科精神科にて臨床研修
1986 年 関西労災病院 神経科
1989 年 大阪府立公衆衛生研究所 精神衛生部
1997 年 大久保クリニック



シンポジウム 10

外来精神医療と少年を司法精神医学から 考える

座長：川口 哲（島原こころのクリニック）

演者：安藤久美子（東京科学大学）

定本ゆきこ（京都少年鑑別所）

佐藤 順恒（上尾の森診療所、埼玉学園）



シンポジウム 10

外来精神医療と少年を司法精神医学から考える

司法精神医学分野における少年の現状を学び、矯正施設における新しい試みや予防の取り組みを学ぶ。

S10-1 「儲からなくてもよいですか」



安藤久美子

(東京科学大学)

この20年間に渡って少年犯罪の件数は減少の一途を辿ってきたが、2022年からはわずかながら増加に転じている。こうした増加傾向が今後も継続していくものなのかどうかは引き続き慎重に注視していく必要があるが、いずれにしても少年たちが垣間見せるわずかな変化に気づき、早期に、かつ適切に対応していく必要があることには異論はないだろう。

有効な少年矯正のあり方を考えたとき、20年前までは少年犯罪や矯正医療の専門家によるアセスメントやテクニカルな対応に大きな期待が寄せられてきたように思われるが、いわゆる“不良少年”でない子どもたちによる非行が主流になってきてからは、むしろ一般の精神医学あるいは児童精神医学の知識や診立てに基づく介入が求められているようにみえる。

また、少年院に入所している子どもたちをみても、虐待環境ではなく、経済的にも中流で、両親が揃っているような家庭であっても、家族機能が極めて脆弱なために、結果として少年自身が保護者のもとには帰らないことを選択するケースも稀ではない。そうしたケースでは帰住先の選定に難航し、関東圏から遠く離れた地域にある児童福祉関連施設への入所を余儀なくされることもあり、わが国の子どもを支える体制基盤の脆さに愕然とすることもある。

こうした背景を踏まえ、これから20年の子どもたちの成長を支え、少年の非行を防止していくために、学校や地域、そして精神科医療に期待されている役割とは何かについて検討したい。

略 歴

安藤久美子

東京医科歯科大学大学院卒業

ケースウエスタンリザーブ大学（アメリカ合衆国）、クイーンズ大学留学（カナダ）

関東医療少年院 医務技官

国立精神神経医療研究センター病院 医療観察法病棟/司法精神医学研究部 精神鑑定研究室長

2017年 聖マリアンナ医科大学 神経精神医学教室 准教授

現職

S10-2

非行少年の理解と治療可能性 一少年鑑別所に勤める精神科医の立場から



定本ゆきこ

(京都少年鑑別所)

非行は単一の原因で起こるのではなく、複数の因子が重層的に関係しあって発生する。親の犯罪歴、学校不適応、平均以下のIQ、そして男子であること等が挙げられる。また、非行少年には被虐待歴を有する者が多く、またグレイゾーンの発達障害児が少なくない。

これら非行の背景を見ていると、青少年の非行は成人の犯罪とは異なる面があることが分かる。すなわち、少年は元々依存的で弱い存在であるところから、資質面、環境面に様々な負因が重なりあうとより生きにくさが募り、それが健康的な生活や年齢相応の社会適応への歩みを阻害する。その中で、未学習・誤学習の結果として、また二次的障害としての情緒や行動も問題が引き起こされ、行動化、症状化してくるのが非行なのではないかと思われる。したがって、非行行動の改善のための介入に際しては、少年の持つ様々な背景、資質面・環境面の負因を明らかにした上での多面的なアプローチをおいては考えることはできない。

少年鑑別所は、家庭裁判所の決定により、一定期間非行少年を預かり、心身の鑑別を行う法務省の矯正施設である。心理技官、法務教官、医官の三者によるチームで少年の資質特徴を探り、非行に至った原因を客観的、科学的に突き止める。非行の原因が正しく把握できてこそ、再非行を防ぐための方策が見出せる。少年鑑別所で作成された鑑別結果通知書に基づいて、その後少年は、処遇教育される。

少年院は、家庭裁判所の決定によって少年を収容し、強力な枠組みの中で支援教育を行う施設である。非行少年は、上述した通り資質・環境に複数の負因を持ち、生きにくさを抱えた存在であるため、矯正教育とは言え、その実、内容は国により保護し育てなおすといったものになる。少年院から出る際には、福祉、教育、医療、更生保護等が連携するチームを準備し少年の社会参加と更生を助けてゆく。

非行少年の支援は、正に外来精神医療におけるチーム医療と似ている。

略 歴

定本ゆきこ

1985年 奈良県立医科大学卒業
淀川キリスト教病院で臨床研修
1988年 京都大学医学部付属病院精神科入局
1991年 京都少年鑑別所医務課医師
現在 京都少年鑑別所医務課長
日本精神神経学会 精神科専門医
日本児童青年精神医学会代議員 認定医
子どものこころ専門医
日本司法精神医学会代議員
日本犯罪心理学会理事

S10-3

児童自立支援施設における精神科臨床 —精神科医にできること—



佐藤 順恒

(上尾の森診療所、埼玉学園)

演者は、人口 20 数万の地方小都市埼玉県上尾市にて精神科有床診療所を開業するかたわら、児童自立支援施設埼玉学園に約 30 年嘱託医として外来診療を行ってきた。同園は数少なくなった小舎夫婦制を維持しており、中学生を主として小学生から高校生まで男女 50～80 人が入園している。

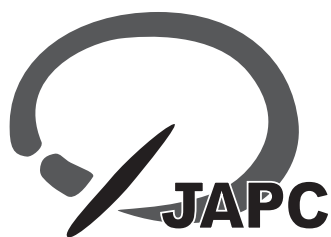
前医から引き継いだ時には、本人ないし寮長・寮母等の職員が希望するもの数人を診察するだけであった。しかし、てんかんで服薬中ながら適応は良好で卒園後住み込みで働き始めていた男児が、通院・服薬を継続できず職場でてんかん発作を来して解雇され、支援が中断してしまったケースを経験したため、職員と精神疾患の治療について話し合う機会を設けてもらった。以後、職員との交流を進め、入園児の内容の変化が相まって診察を受ける児は増え続け、在園者の半数を超える状況が続いている。

一般精神科医である演者が、開業後開放処遇での入院治療を行いつつ、児童・思春期の臨床に関わる中で埼玉学園において実践してきたことを紹介し、現状の課題について私見を述べ、司法精神医学において精神科医療が何を成し得るのか、ご意見を賜りたい。

略 歴

佐藤 順恒

1974 年	東京大学医学部医学科卒業 毛呂病院大宮分院、富士病院、代々木の森診療所等勤務
1994 年	上尾の森診療所開業～2026 年より顧問
2012～2016 年	公益社団法人日本精神神経科診療所協会副会長
2015～2021 年	一般社団法人埼玉精神神経科診療所協会会長
2020 年～	社会福祉法人あげお福祉会理事長



シンポジウム 11

精神科診療所におけるひきこもり支援

座長：上ノ山一寛（医療法人遙山会 南彦根クリニック）

演者：吉川 貴士（厚生労働省社会・援護局地域福祉課）

三家 英明（医療法人 三家クリニック）

藤井美悠紀（医療法人遙山会 南彦根クリニック）



精神科診療所におけるひきこもり支援

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、精神科診療所も様々な役割を果たしていく必要がある。しかし、診療所で待っているだけでは、自ら援助を求めようとしない人達には支援の手が届きにくい現状がある。今日 8050 問題が大きくクローズアップされているが、若者から中高年まで、様々な年代にひきこもり問題が生じている。

在宅での支援を充実させるべく、診療報酬上でも精神科在宅支援管理料などが設定されているが、必ずしも利用は広がっていない。また、最近の精神保健福祉法の改正では市町村の役割が強調されているが、多くの市町村で精神科医療を組み込んだプラットフォームの形成に苦労している。

このような中で、ひきこもり支援の現状を理解し、その上で、精神科診療所の果たす役割を考える機会を持ちたい。

S11-1 ひきこもり支援の基本と医療機関との連携等について



吉川 貴士

(厚生労働省社会・援護局地域福祉課)

ひきこもりが社会問題とされている中、ひきこもり支援現場や関係者の指針とされているものとして、2010年にまとめられた「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン(厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業)」があるが、これは、思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究として策定され、ひきこもりを医療や精神保健の視点で捉えた標準的な対応指針として用いられてきた。

近年では、中高年齢層のひきこもり状態にある方の調査結果をはじめ、8050世帯の顕在化、NPO法人等の多様な主体の参画などによりひきこもり支援を取り巻く状況は大きく変化している。

その背景には、核家族化や単身世帯の増加による世帯構成の変化、生活困窮、リストラ、パワーハラスメント、介護離職等の社会問題が顕在化するとともに、地域や職場、家庭での「つながり」も希薄化し、様々な社会的リスクが連鎖することで生きづらさが増大するなど、ひきこもり状態を生み出す社会構造も懸念されている。2025年1月、厚生労働省では、基礎自治体で支援に関わる職員や委託先の相談機関が拠り所とすべき指針として、「ひきこもり支援ハンドブック～寄り添うための羅針盤～」を策定した。その意義は、ガイドラインで示されたひきこもりの定義や支援のあり方を超えて、ひきこもりの多様性と多角的なアプローチの必要性を示し、ソーシャルワークの視点を加えていくことにある。

ひきこもり状態にある方は、疾患、障害、性格特性、外傷体験など多様な背景がある。そのため、ひきこもり支援においては、医療機関と相談機関の連携や、それぞれの専門性に則した役割分担が必要である。

今回は、ハンドブックで示すソーシャルワークの視点を共有し、医療分野と相談機関のそれぞれが持つ固有の専門性を生かしながら、どのように支援の対象者へ働きかけていくかを共に考えていきたい。

略 歴

吉川 貴士

1998年 厚生省(現厚生労働省)入省
入省後は大臣官房に所属し、会計・財政部門を担当
その後、社会・援護局や老健局において、社会福祉や介護施策などを担当
2024年より現職

S11-2 多職種チームで行うひきこもり支援



三家 英明、浜中 利保、関 晋太郎、陶山 弘善、荒木 宏美
(医療法人 三家クリニック)

わが国の精神医療はずっと入院医療に軸足を置いて進められてきたために、外来医療体制は貧弱なままで、地域で暮らす精神疾患や障害を抱えた人たちやその家族のニーズに対しては十分に対応することができないままであった。とりわけ、来院できないで自宅でひきこもる人たちに対しては、通院しなければ医療の提供がなされないままで、200 万人ともいわれる膨大な数のひきこもり続ける人と苦悩する家族を生み出してしまった。

地域に出向いていると、医療的支援を必要としながらも声を上げられないでいる当事者や家族は、予想を超えてはるかに多くひっそりと暮らしていることに気付かされる。しかもその多くは、ひきこもる生活となる早い段階から、家族が医療機関に足を運びながらも、門前払いをされ、受療することが叶わなかった人たちである。彼らの生活現場に足を運べば、外来医療は通院医療だけではなく、訪問医療も用意してなされるべきことを実感する。ひきこもる人たちに対する訪問医療では、対象となる人たちは増えていくばかりで、かつそれぞれに多様な課題を抱えており、支援には多大なエネルギーを要する活動であるため、チームでの関わりが求められる。当院では、多機能型精神科診療所として、院内、院外のメンバーと協働してひきこもり支援を行ってきたが、一診療所の努力だけでは対応困難であると痛感している。

ようやくにして地域包括ケアが謳われ、地域生活中心、患者本位という流れができつつある。地域の精神科診療所の役割を日々の活動の中で問い直していかないといけないと考えている。ひきこもる人たちへの支援は、彼らと最も近い立地にある診療所こそが、各地で取り組むべき課題であると考えているが、そのあり方について、実践活動を通して考えてみる。

略 歴

三家 英明

1972 年 関西医科大学卒、同大学病院精神神経科入局
1979 年 高知・芸西病院出向 開かれた精神医療を経験
1980 年 藍野病院付設デイケアセンター勤務、保健所嘱託医
1981 年 談話室のある精神科診療所「三家クリニック」開設。
1995 年 医療法人三家クリニックに組織変更。同理事長・院長

S11-3

精神科診療所が地域で展開するひきこもり支援の現状



藤井美悠紀

(医療法人遙山会 南彦根クリニック)

南彦根クリニックは人口約 11 万人の滋賀県彦根市にあり、1990 年の開業以来、地域に根差した診療所として活動している。開院以降、デイケア、グループホーム、地域生活支援センター（計画相談）等の活動を展開してきた。これまでひきこもりの相談なども受けてきたが、何とか一度受診に来られても、通院中断となる方も多く、また、継続して関わっている支援機関がないというえに、本人や家族の拒否感が強いケースが多く、その後のフォローができず、ジレンマを抱えてきた。

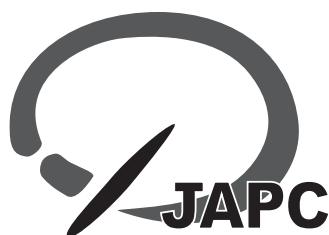
そこで、2018 年 7 月、ひきこもり外来を開設した。当院のひきこもり外来は患者本人や家族からの相談は受けておらず、行政や社協等の支援機関からの紹介のみを受けている。医療中断となった場合にも状況把握や医療介入の必要性の有無が判断がしやすく支援の継続ができるように、紹介を受ける前提として、紹介元の機関には医療の介入後も継続して関わってもらい、または状況に応じて他の支援機関に継続的に関わってもらえるよう引き継いでもらうことを条件としている。当院のひきこもり外来開設直後に、彦根市ひきこもり支援ネットワークが創設され、当院も参加した。また、そこからアウトリーチ支援チームを創設し、その一員として参加することとなった。その中で、医療機関がおこなうひきこもり支援には診療報酬外で動かざるを得ないことも多く、リスクが大きいことを課題として挙げたところ、社協の協力により、2020 年からは県の助成金を、2023 年からは市の助成金を受けることとなり、何とかひきこもり支援を継続できている。開設以降、45 件の相談があるが、市の担当課、保健所、社協、その他関係機関等と連携し、長期ひきこもりの複雑化したケースに、日々苦慮しながら試行錯誤を続けている。

略 歴

藤井美悠紀

2004 年 同志社大学文学部社会学科社会福祉学専攻 卒業

2004 年 医療法人遙山会南彦根クリニック 入職



シンポジウム 12

新たに注目される依存症： 過量服薬と行動嗜癖

座長：曾良 一郎（神戸大学大学院 医学研究科 デジタル精神医学部門）
藤原 豊（ふじわら心のクリニック）
演者：山木 愛久（公益財団法人復光会 垂水病院）
中元 康雄（医療法人社団光風会 幸地クリニック）
田中 禎（ただしメンタルクリニック）
曾良 一郎（神戸大学大学院 医学研究科 デジタル精神医学部門）



新たに注目される依存症：過量服薬と行動嗜癖

「依存症」は、薬物（物質）依存と行動（非物質）嗜癖に大別される。近年、薬物依存においては処方薬や市販薬の乱用、行動嗜癖ではインターネット・ゲーム依存が青少年を中心に増加している。さらに行動嗜癖としての疾患概念に当てはまるのか議論されている盗癖症、買い物依存、強迫的性行動なども注目されるようになった。

このような新たに注目される薬物使用問題と行動嗜癖への取り組みは始まったばかりであり、その診断・治療については十分に整理されていない。本シンポジウムではこれらの新たな依存症の中で、処方薬・市販薬使用の問題、ギャンブル依存、ホスト・地下アイドルの押し活に伴う問題、インターネット・ゲーム依存について論じたい。

これらの依存症は処方薬・市販薬使用はネット情報に影響され、ギャンブル使用はオンライン化し、ホスト・押し活は多額の借金を伴うなど単独ではなく融合した病態が推測される。薬物依存を基準として検証されてきた診断基準、治療プロトコルがこれらの新たな依存症にどのように活用できるのかについて意見交換したい。

S12-1

処方薬・市販薬依存について～外来診療でのポイント～



山木 愛久

(公益財団法人復光会 垂水病院)

近年、精神科医療の現場では処方薬や市販薬の乱用及び依存患者が増加している。日本全国の有床精神科医療施設を対象とした薬物使用障害の実態調査では、2024年のデータで、1年以内に使用歴がある症例の主たる薬物の1位は覚せい剤（28.0%）で、2位市販薬（25.6%）、3位睡眠薬・抗不安薬（22.6%）の順となっており、市販薬、処方薬依存が増加傾向にある。なかでも市販薬は10代や20代といった若い世代で、そして女性に多いという報告がなされており、実際若い女性患者による市販薬のODは臨床現場でも問題になっている。

市販薬のODは薬物に対する依存状態であることのみならず、リストカットなど他の自傷行為を併発することが多いのが問題である。患者背景としては違法薬物依存患者と比較し、社会適応は良好であるが、発達圏を含む他の精神疾患の併存が多く、いわゆる生きづらさを抱えた症例が多いのが特徴であろう。その困難さに対する自己治療としてのODという側面があり、死なない程度のODをすること自体は心理的負担感を軽減してくれる作用を持つため、自殺既遂に対して瞬間的には保護的に働く可能性もあるが、慢性的に続くODはやはり自殺既遂のリスクになってしまう。そもそもODという現象が、その患者群の持つ援助希求性の低さ、信頼できる相談相手の不在を表しており、不適切な自己治療を続けざるをえないという点を理解する必要がある。

近年、物質に限らず依存症の分野でハームリダクションの考え方が浸透しつつある。必ずしも断薬を強要しないこの考え方は、患者にとって医療機関に相談するハードルを下げ、治療関係の構築、維持に寄与するものである。今回の講演では架空症例を提示しながら、外来診療において具体的な対応について考察したい。

略 歴

山木 愛久

2009年 金沢大学医学部医学科卒業
2010年 兵庫県立淡路病院（現淡路医療センター）初期研修
2012年 神戸大学医学部附属病院精神科神経科 入局
2015年 神戸大学大学院 入学
同年 国立病院機構久里浜医療センター
2020年 神戸大学医学部附属病院精神神経科 助教
2021年 加古川中央市民病院精神科神経科 医長
2022年 神戸大学医学部附属病院精神科神経科 助教
2024年 8月より現職

S12-2

多様化が加速する現代の行動嗜癖 ～「推し活」問題と支援対象について～



中元 康雄

(医療法人社団光風会 幸地クリニック)

近年、インターネットやスマートフォンの普及により高度情報化社会に突入し、利便性が増したことで娯楽行為の実現や嗜好品の入手が容易になり、「豊かさ」をもたらした。その一方で、そうした行為や商品に翻弄され、自己破壊的な結果を招く新たな行動嗜癖の問題に悩む人々が現れ、依存症専門医療機関として対応せざるをえなくなった。コロナ禍前から、若い女性がホストクラブにハマリ、生活が立ち行かなくなるという本人や家族からの相談があったが、近年、20代前後の若者世代を中心に「推し活」と総称される、地下アイドルなどライブアイドルやYoutuberへの投げ銭や追っかけ、あるいはVtuberやアニメなどのイベントやキャラクターグッズの収集に耽溺し、支払いが追い付かず借金苦に陥るケースが増加している。こうした行動は、自己治療と自己破壊といった逆説的な行動を併せ持つ行動嗜癖と考えられるが、現在のDSM-5及びICD-10において記載のない「買い物依存症」と捉えるべきか不明である。さらに、インターネットを介してコミュニティに属しているという点で、「関係性の依存」という面もあり、ホストやライブアイドルの問題は少なからず恋愛感情が伴っており、Vtuberやアニメの問題では仲間内での競争心や自己顕示欲が働き、購買行動の抑制が効かない。アディクション臨床の難しさであるが、問題となる行動の困りごとは、嗜癖者本人よりも家族の困りごととして顕在化される。したがって、解決に向けて家族から強制的に連れて来られるか、家族単独で相談に現れる。また、家族関係が悪化しているほど、本人の「患者」としての当事者意識は乏しく、継続的な介入が困難なため、当事者支援か、それとも家族支援かの決断を迫られる。今回の講演では、こうした新しい行動嗜癖を、若者世代の「生き延びるためのはからい」と捉え、リカバリーに向けての介入の手掛かりを考える。

略 歴

中元 康雄

2005年 社会福祉法人かがやき神戸 勤務
2006年 室井整形外科・心療内科 精神保健福祉士として勤務
2008年 甲南大学人文科学研究科人間科学専攻心理臨床専修入学
2009年 社会福祉法人木の芽福祉会 勤務
2014年より現職

S12-3 ギャンブル依存症（ギャンブル障害）



田中 禎
(ただしメンタルクリニック)

日本において賭博は、古くから社会悪として考えられ、持統天皇の 689 年にはすでに双六賭博を禁止する法令が出されている。今も賭博行為は法律で禁じられている。一方、競馬、競輪、競艇、オートレース等の公営ギャンブルは、各々に根拠法が制定され、違法ではなく、宝くじやパチンコ、FX（外国為替）、株式投資等も違法ではない。しかし、大きな社会問題となっているオンラインカジノは、日本では、明らかに違法である。海外で合法的に運営されていても、日本国内で利用すれば違法となる。ところが、IR 法が 2016 年 12 月に成立し、ギャンブル等依存症対策基本法が 2018 年 10 月に施行され、さらにギャンブル等依存症対策推進基本計画が 2025 年 3 月に閣議決定された。IR とはカジノを含む統合型リゾートのことであり、どのようにカジノを今後、解禁していくのか、国の動向が注目されている。ところで、ICD-10 の習慣及び衝動の障害の項目の『病的賭博』は、ICD-11 と DSM-5 では、『ギャンブル障害』として行動嗜癖の項目に分類された。実臨床においては、「借金」が主な問題となって受診につながることが多い。行動嗜癖の背景には、薬物依存と同様に脳内報酬系が関与していると考えられている。一部の薬剤にはギャンブル依存を惹起するものもあり注意を要する。治療としては、特効薬はなく、心理教育を含めた精神療法を中心に行う。併存疾患があればその治療も併せて行う。全体的には、いわゆるギャンブルをするか、しないか、あるいは借金をするか、しないか等の症状除去よりも、信頼関係を築きながら、当事者がどんなことを大事にしているか、どんなことに関心を持って生きているか、その関心に、治療者自身の関心を向けながら「正気を取り戻す」ことに重点がおかれる。家族の支援も同様である。状況に応じて、自助グループへもつなげていく。

略 歴

田中 禎

1991 年 大阪医科大学（現 大阪医科大学）神経精神医学教室に入局
1993 年 新淡路病院 常勤勤務
1996 年 小曽根病院 常勤勤務
1997 年 新阿武山クリニック 常勤勤務
1999 年 藍野花園病院 常勤勤務
2000 年 9 月～現在 ただしメンタルクリニック 院長

S12-4 ネット・ゲーム依存



曾良 一郎

(神戸大学大学院 医学研究科 デジタル精神医学部門)

「依存症」は、薬物（物質）依存と行動（非物質）嗜癖に大別され、ネット・ゲーム依存はインターネットの普及などに伴い出現した行動嗜癖と言える。ネット・ゲーム依存の有病率は人口の数パーセントと推測され、男性が常に女性よりも有病率が高いのは男性が主にゲーム依存、女性は主に SNS などのネット依存を反映した結果と思われる。ネット・ゲーム依存は米国精神医学会の精神疾患の診断分類第 5 版(DSM-5)では 2013 年にインターネット・ゲーム障害(Internet Gaming Disorder, IGD)として提言され、2019 年 5 月に WHO (世界保健機関) が国際疾病分類第 11 版(ICD-11)の改訂に伴いゲーム障害として認定したばかりの新しい疾患概念である。

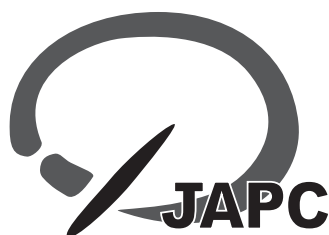
ICD-11 のゲーム障害は、1) (ネット)・ゲームに関する行動（頻度、開始・終了時間、内容など）がコントロールできない、2) (ネット)・ゲーム優先の生活となり、それ以外の楽しみや日常行う責任のあることに使う時間が減る、3) (ネット)・ゲームにより個人、家族、社会、教育、職業やそのほかの重要な機能分野において著しい問題を引き起こしているにもかかわらずゲームがやめられないという三つの基準が 12 ヶ月以上続いていると診断できる。その病態機序は、薬物依存と同様に脳内報酬回路が変化していると考えられ、疾患概念、診断基準、治療プロトコルも薬物依存に準じて検証されてきた。

薬物や行動への依存症には未だ特効薬はない。治療方針としてネット・ゲーム以外のものを幅広く楽しめるようになり、ネット・ゲームの優先度を下げることが目標となる。ネット・ゲーム以外に楽しみや興味あることを見つけることが、ネット・ゲームの時間を減らすことにつながる。家庭、学校、仕事で満たされない、思うようにならないことからネット・ゲームに「安らぎを求めている」患者には、苦しい現実に向き合う心のゆとりが持てるまで寄り添う対応が求められる。

略 歴

曾良 一郎

1982 年 4 月 岡山大学医学部付属病院精神神経科入局
1986 年 3 月 岡山大学大学院医学研究科（神経精神医学専攻）博士課程 修了
1991 年 4 月 米国アリゾナ大学医学部薬理学教室 客員研究員
1993 年 12 月 米国国立衛生研究所(NIH)付属薬物依存研究所 分子神経生物学研究部門 客員研究員・室長
1999 年 10 月 東京都精神医学総合研究所 分子精神医学研究部門 部門長
2002 年 4 月 東北大学大学院医学系研究科 精神・神経生物学分野 教授
2013 年 4 月 神戸大学大学院医学研究科精神医学分野 教授
2022 年 4 月 神戸大学大学院医学研究科デジタル精神医学部門 特命教授、現在に至る



ワークショップ 1

服薬拒否の統合失調症患者にどう向き合うか？ －実臨床に即した戦略を探る－

座長：勝元 榮一（かつもとメンタルクリニック）

ファシリテーター：福本健太郎（岩手医科大学医学部神経精神科学講座）

山田 恒（兵庫医科大学精神科神経科学講座）

安田 由華（医療法人フォスター 生きる育む輝くメンタルクリニック梅田本院）

勝元 榮一（かつもとメンタルクリニック）



ワークショップ 1

服薬拒否の統合失調症患者にどう向き合うか？ ー実臨床に即した戦略を探るー

EGUIDE プロジェクトでは、診療ガイドラインの普及・検証を進めるだけでなく、実臨床に役立つ Clinical Practice (CP) 講習も実施しています。本ワークショップでは、単なるガイドラインの解説にとどまらず、模擬症例を提示しながら、服薬拒否のある統合失調症患者に対して、どのように治療へとつなげていくかを実践的に議論します。特に、精神科開業医にとっても日常診療で直面することの多い「拒薬」の問題をテーマに、4 名のファシリテーターによるディスカッションを軸に進行。会場の先生方にも積極的に参加いただき、多様な視点から実践的な対応策を探ります。具体的なアプローチを共有し、明日からの診療に活かせる知見を得られる場としたいと考えています。

- 16:50-16:55 開会挨拶：勝元 榮一
- 16:55-17:00 ファシリテーター自己紹介
- 17:00-17:05 ワorkshop目的の説明：福本健太郎
- 17:05-17:15 講義（心理教育/病識について）：山田 恒
- 17:15-17:45 ファシリテーター全員によるディスカッション
司会：福本健太郎
コメンテーター：山田 恒、安田 由華、勝元 榮一
- 17:45-17:55 解説：安田 由華
- 17:55-18:10 面接動画視聴
- 18:10-18:20 Q&A：ファシリテーター全員
まとめ：勝元 榮一

ワークショップ 1

ファシリテーター



福本健太郎

(岩手医科大学医学部神経精神科学講座)

略 歴

2004年3月 弘前大学医学部医学科卒業
2004年5月 岩手医科大学附属病院 臨床研修医
2006年4月 岩手医科大学神経精神科学講座 入局
大阪大学大学院医学系研究科 神経細胞医科学講座出向 (2011年3月まで)
2009年8月 大阪大学大学院医学系研究科 神経細胞医科学 助教
2011年4月 岩手医科大学神経精神科学講座 助教
2019年4月 同 講師
2023年7月 同 准教授



山田 恒

(兵庫医科大学精神科神経科学講座)

略 歴

2000年3月 大阪市立大学医学部卒業
2000年5月 大阪市立大学医学部附属病院神経精神科
2002年4月 大阪市立大学大学院医学研究科 内科系専攻神経精神医学 医学博士課程 入学
2006年3月 大阪市立大学大学院医学研究科 内科系専攻神経精神医学 医学博士課程 修了
2007年4月 大阪市立大学医学部附属病院神経精神科 病院講師
2010年4月 貝塚サナトリウム医員
2012年5月 兵庫医科大学精神科神経科学講座助教
2015年4月 兵庫医科大学精神科神経科学講座講師
2019年4月 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所客員研究員兼任
現在に至る



安田 由華

(医療法人フォスター 生きる育む輝くメンタルクリニック梅田本院)

略 歴

1998年 3月 国立香川医科大学 (現 香川大学) 医学部医学科卒業
2002年 4月 大阪大学大学院医学系研究科 神経機能精神医学講座博士課程 修了
(途中、出産・育児のため1年間休学)
2003年 4月 大阪府立精神医療センター医員
2005年10月 大阪大学大学院医学系研究科 精神医学教室
2008年 4月 大阪大学大学院医学系研究科附属 子どものこころの分子統御機構研究センター 兼 精神医学教室
(2009年4月-特任助教)
2015年 4月 大阪大学医学部附属病院 オンコロジー・センター (特任助教)
2017年 7月 医療法人フォスター理事長、現在 同 梅田本院院長
＜第36回 日本脳科学会奨励賞、2020年度 日本精神神経学会 第13回フォリア賞＞

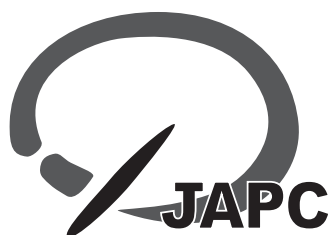


勝元 栄一

(かつもとメンタルクリニック)

略 歴

1989年3月 大阪市立大学医学部卒業
1989年6月 大阪市立大学医学部附属病院神経精神科臨床研修医
1990年4月 神出病院医員
1991年4月 大阪市立大学医学部附属病院神経精神科臨床研究医
1993年4月 大阪市立大学医学部附属病院老年科・神経内科臨床研究医
1994年4月 大阪市立大学医学部附属病院神経精神科臨床研究医
1994年7月 大阪市立大学大学院医学研究科神経精神医学助手
2007年4月 かつもとメンタルクリニック院長



ワークショップ 2

外国出身者への精神科診療と医療人類学

座長：阿部 裕（四谷ゆいクリニック）
植本 雅治（浅野神経内科クリニック）
演者：阿部 裕（四谷ゆいクリニック）
植本 雅治（浅野神経内科クリニック）



ワークショップ 2

外国出身者への精神科診療と医療人類学

近年、我が国に定住する外国人が激増しており、加えて、観光などを目的とした一時滞在者も増えている、これらの人々は言語や文化的背景の違い、生活・環境の変化から、ストレス状況におかれることも多く、精神科クリニック受診にいたることも珍しくなくなっている。

しかしながら、外国出身者を対象とした診療は、言語の違いに加え、精神疾患とその対応についての考え方が異なっていることも多く、困難なものとなりがちである。

本ワークショップにおいては、実際の臨床経験と、文化背景と精神疾患とその対応の関連についての研究を提示、今後の外国出身者を対象とした診療を考える問題提示としたい。

ワークショップ 2

WS2-1 日本に生活する外国人の精神医療



阿部 裕
(四谷ゆいクリニック)

2024 年 12 月末時点の在留外国人は 358、8 万人であり、過去最高である。国籍別では、中国、ベトナム、韓国、フィリピン、ブラジル、ネパールの順に多い。在留資格別では、「永住者」、「技能実習」、「技術・人文知識・国際業務」、「留学」と続き、留学で 37 万人弱である。少子高齢化による労働者不足により、外国人労働者数も急増している。

東京都心の多文化クリニックには、過去 19 年間で、外国人初心患者数は 4000 人を超え、2024 年度 1 年間では 300 人を超える外国人患者が初診している。言語の異なる外国人を受け入れるためには、精神科医だけでなく、公認心理師や事務部門が多言語化されていることが重要である。現在は、6 人の医師が英語、2 人がスペイン語、1 人が韓国語を話す。公認心理師と受付スタッフは英語、スペイン語、ポルトガル語、フランス語、ドイツ語のいずれかを話せる。他言語が必要な場合は、オンラインテレビ電話通訳を利用し、必要に応じて 22 言語を通訳として使用することができる。

2024 年度の外国人初診患者は、アメリカを中心とし、ヨーロッパとアジアを含む英語圏、次いでブラジルとペルーを中心としたラテンアメリカのスペイン語・ポルトガル語圏、韓国語の人たちが多く、患者の在住県は東京、神奈川、埼玉、千葉県が多いが、首都圏全都県に及んでいる。来談経路別ではホームページ、知人友人、医療機関が多い。誘因別では、家族、職場、多文化、対人関係と学校が多くみられる。初診患者の診断は、うつ病圏、不安障害、適応障害、双極性障害が多いが、それ以上に発達障害が増加している。

こうした外国人を診療するためには、彼らが生まれ育った母国の文化・社会的な背景を知る必要に迫られる。そして、文化・社会の文脈に沿った診療をするためには医療人類学的な知見を欠かすことはできない。

略 歴

阿部 裕

1976 年 順天堂大学医学部を卒業
1981 年、自治医科大学精神医学教室に勤務
1989～90 年、スペインのマドリード大学精神医学教室へ留学
1996 年、順天堂大学スポーツ健康科学部助教授
2003 年～2019 年、明治学院大学心理学部教授
2006 年～現在、四谷ゆいクリニック院長、外国人の診療に従事
2019 年、明治学院大学名誉教授
多文化間精神医学会元理事長、多文化社会専門職機構代表理事、NPO：CINGA 副代表理事

WS2-2 ベトナムにおける精神科疾患の認識と対応、日本との比較研究



植本 雅治¹⁾、三浦 藍²⁾、野上 恵美³⁾、磯部 昌憲⁴⁾

(¹⁾ 浅野神経内科クリニック、²⁾ (元) 四條畷学園大学看護学部、

³⁾ 武庫川女子大学心理・社会福祉学部、⁴⁾ 京都大学医学部附属病院精神科神経科)

1970年代、インドシナ諸国からの難民が急速に増え、国連からの要請の元、我が国もそれらの人々の受け入れを始めた。その際、定住促進センターが兵庫県姫路市におかれたこともあり、同市、および近接する神戸市に多くのベトナム出身者が定住することになった。

これらの人々は、母国や出国後の経路における悲惨な体験に加え、言語、文化、社会習慣の異なった国での就業など、ストレスフルな状況に置かれることが多く、精神医療的な問題が生じることも少なくなかった。発表者らは当時、兵庫県に置いてこれらの人々への医療的な支援に当たっていたが、その際、精神疾患に関する認識や、対応の違いに戸惑うことも多かった。そのことから、ベトナムの精神医療関係者との交流をもつようになり、2006年にはベトナム国ホーチミン市精神科病院と共同研究として、同病院で統合失調症の治療を受けている患者家族に対し、インタビュー調査を行い、翌2007年からは、統合失調症の捉え方と対処行動に関し、一般市民を対象としたアンケート調査を行った。

その結果、日本において行われた先行研究の報告と比較検討することにより、ベトナムにおいて、予後について楽観的であること、疾患に対してのスティグマはあるものの、患者の存在はより開かれていること、社会の寛容性が高く、家族や地域の受け入れも悪くないことなどが示された。

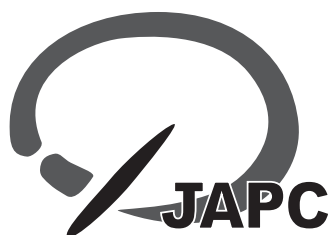
2016年からは、認知症に関する認識と対応について、ベトナム国ダナン市、ホーチミン市において看護学生へのアンケート調査、看護師、患者家族へのインタビュー調査を行っている。

その経過において、認知症患者への対応は主として家族が行っているが、マスコミなどを介した知識の普及に加え、産業化に伴う社会構造の変化が認知症の疾患としての認識を進め、社会的な対応の必要性を高めている状況にあることが示唆されている。

略 歴

植本 雅治

1980年 神戸大学大学院医学研究科 単位習得後退学
同年 パリ サンタンヌ 病院 で研修・研究に従事
1981年 クレルモンフェラン大学医学部精神科にて研究に従事
1982年 パリ エロルド病院 児童青年期精神科 レジデント
1983年 神戸大学医学部附属病院精神神経科医員
1985年 同 助手
1990年 同 講師 兼 病棟医長
1994年 西神戸医療センター 精神神経科部長代行
2001年 神戸市看護大学教授 兼 西神戸医療センター精神神経科医師
2015年 神戸市看護大学退職後 名誉教授、浅野神経内科クリニック勤務



スペシャリストにきく 1

精神科臨床とわたし —統合失調症・トラウマ・発達障害と—

座長：橋本 健志（橋本健志クリニック）

演者：田中 究（兵庫県立ひょうごこころの医療センター）





田中 究

(兵庫県立ひょうごこころの医療センター)

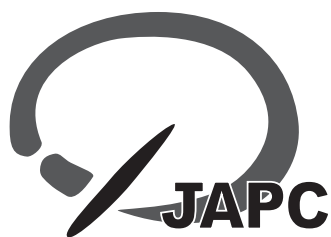
この40年間あまりのわが国の精神科臨床を振り返ると、大きなパラダイムの変換が起こっていると私には感じられる。それは諸外国に比べ少し遅れて生じたかもしれないが、軌を一にしたもののように感じられる。一つには、精神疾患が非常に特殊なもの、異常心理学が扱うべきものではなく、一般的なもの、誰もが罹患する可能性のあるものと変化してきたことである。それは精神疾患を医学的に治療するものとして狭義にとらえるだけではなく、心理学的、福祉的あるいは教育的な支援によってその障害を軽減あるいは解消するものという視点の変化をもたらした。加えて、誰もがトラウマやストレスによって心的な不調が生じうる事、また誰もが加齢による認知障害が生じうる事、誰もが神経発達の多様性をもちそれは時に発達障害と認識されうることも理解されるようになった。生物学的精神医学の興隆は一世を風靡し身体医学的治療が席卷したが、同時に非身体医学的治療法の発展ももたらしている。一方で標準とされるものから離れた事象の精神医学化、心理学化の増大ももたらしている。もう一つには、前述の精神疾患の脱スティグマ化から、精神疾患をもつ人やその家族の孤立が徐々に解消され、いわゆる社会参加への径が拓けたことも大きな変化のように思う。こうした変化は、精神科臨床の中に身を置いてきた私に、その傾向はあったにせよ、脱身体医学化をもたらしてきた。統合失調症や気分障害あるいは発達障害という生物学的素因が強いとされている精神疾患でも、トラウマ関連障害でも、成育史や世界観、暮らしを抜きには理解できないと考える。当たり前で素朴なその人との関係性を大切に治療が重要だと考えている。臨床経験を分かち合えればと思う。

本講演に関するCOIはない。また事例は発表の承諾を口頭で得たか、あるいは架空症例である。

略歴

田中 究

1984年 3月 徳島大学医学部医学科卒業
1984年 6月 神戸大学医学部附属病院精神神経科 (医員)
1985年 7月 揖保川病院
1987年 7月 兵庫県立こども病院(研修医/医長)
1990年 7月 沖縄県立八重山病院精神科(医長)
1995年 9月 神戸大学医学部附属病院精神神経科(助手/講師)
2007年 4月 神戸大学大学院医学系研究科精神医学分野(准教授)
2014年 10月 兵庫県立ひょうごこころの医療センター(旧:光風病院)(院長)
2025年 4月 兵庫県立ひょうごこころの医療センター(名誉院長)



スペシャリストにきく 2

中井久夫の精神医学

座長：松本 具樹（医療法人社団 馨和会 精療クリニック小林）

演者：杉林 稔（社会医療法人愛仁会高槻病院精神科）





杉林 稔

(社会医療法人愛仁会高槻病院精神科)

中井久夫（1934-2022）はわが国の著名な精神科医の一人であり、統合失調症の寛解過程論や心的外傷論で注目を浴びただけでなく、詩の翻訳やエッセイでも高い評価を受けた傑出人である。今大会の開催地である神戸に縁の深い人で、神戸大学医学部精神科教授在任中に発生した阪神淡路大震災に対していち早く行動し、被災者への心のケアのために大いに尽力し、「こころのケア」に関する全国初の拠点施設である兵庫県こころのケアセンター設立の立役者ともなった。

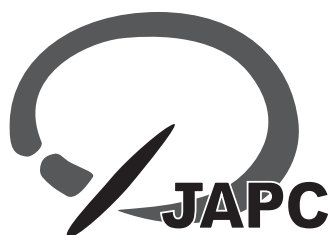
かくいう私は、学生時代に中井の著作に触れて心酔し、37年前に他大学から神戸大学精神科医局に入局させてもらった者である。中井の外来を見学させてもらうなど多くの薫陶を受け、私の臨床の礎となっている。私は中井についての研究を細々と行ってきたが、中井没後は中井研究をライフワークと考え、日本精神病理学会と日本病跡学会とで毎回中井に関する研究を発表することを自らに課している。しかし中井の業績とそれに関する領野は果てしがなく、私の残りの人生をかけても到底完遂することはできない。

本講演では、中井久夫という傑出人が精神医学にもたらした成果をできる限りわかりやすく紹介したい。また、中井の独創的な業績の数々の背後にはそれらを貫く強靱な軸があり、それは中井独自の精神医学であると言えそうなことと、それがどのような精神医学であるのかについても示したい。

略 歴

杉林 稔

1988年 京都府立医科大学医学部卒業
1988年 神戸大学医学部附属病院精神神経科
1988年 関西青少年サナトリウム
1994年 神戸大学医学部附属病院精神神経科
1996年 医療法人愛仁会高槻病院 精神科 現在に至る
神戸大学客員教授 神戸大学医学部臨床教授 日本病跡学会理事長
著書 『精神科臨床の場所』（みすず書房）『精神科臨床の星影』『精神科臨床の足音』
『精神科臨床の自由』『精神科臨床の走り』（いずれも星和書店）



**日精診研究助成事業
(田中健記念研究助成後継事業)**

**2024 年度 研究・調査助成部門及び
2025 年度 実践活動奨励賞部門
対象者発表会**



術後せん妄患者に対する向精神薬治療に関する臨床疫学研究

北岡 力

(京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学)

【背景・目的】術後せん妄は入院患者で頻繁に認められる精神疾患であるが、主科である外科医から精神科医へのリエゾンコンサルテーション(CLS)の依頼なく治療が完遂されることも少なくない。しかし、せん妄の予防・治療の薬物療法における過去の実態調査は CLS 介入症例のみが対象のものが多く、CLS 介入の有無を問わない病院全体での術後の向精神薬使用の実態調査は未だない。現代において、せん妄の治療には抗精神病薬が推奨されているが、それ以外の向精神薬(鎮静薬、睡眠薬、鎮静系抗うつ薬など)がせん妄の予防や治療に使用されることも多い。今回我々は CLS 介入の有無による術後の向精神薬使用の違いを明らかにするため、術後の向精神薬使用全体の実態調査を行った。

【方法】2019 年 4 月 1 日から 2019 年 6 月 30 日の 3 か月間に京都府立医科大学附属病院及び京都府立医科大学附属北部医療センターに入院し、全身麻酔手術後に新規に向精神薬を投与された入院患者を対象に、後方視的なカルテ調査により向精神薬の投薬内容を調べ、CLS 介入の有無により比較した。本研究は京都府立医科大学の倫理委員会の承認を得て実施している。

【結果】全調査対象者 509 人のうち、67 人 (13%) の患者が CLS の介入を受け、せん妄の発症率は CLS 介入群で 57% (38/67)、非介入群で 9% (39/442)であった。せん妄発症患者への薬物療法として、抗精神病薬は CLS 非介入群で約 60% (23/39)の患者に用いられ、せん妄患者に最も用いられた向精神薬であった (CLS 介入群では 92% (35/38))。また CLS 非介入群において、せん妄リスクが比較的低いとされる鎮静系抗うつ薬のトラゾドンは患者の約 30% (127/442)に使用され、せん妄リスクが高いとされるゾルピデムの使用頻度は約 1% (5/442)と低かった。さらに近年せん妄への有効性が見直されつつあるヒドロキシジン (7%, 31/442)や、せん妄への予防・治療効果が期待されるデクスメデトミジン(11%, 48/442)も一定程度使用されていた。その一方で、せん妄リスクとなり得るプロチゾラムの使用頻度は CLS 介入群と比較して有意に高く (20%(87/442) vs 4%(3/67), $p=0.002$)、またせん妄予防効果が期待される新規睡眠薬 (ラメルテオン、スボレキサント) の使用頻度は有意に低かった (3%(13/442) vs 30% (20/67), $p<0.001$)。

【考察】本調査の結果、せん妄の予防・治療に対して CLS が推奨する処方が外科医に浸透していることが伺われた。プロチゾラムの新規使用抑制や新規睡眠薬の使用推進において介入の余地があると思われ、今後 CLS から外科医に対して啓発を行うことで、術後せん妄の予防・治療の質の更なる向上が図られると期待される。

医療と産業保健を結ぶ、アルコール休職者の職場復帰ガイドの作成

金田一賢顕

(医療法人秀山会 白峰クリニック)

【問題】アルコール問題による休職者が職場復帰を図る過程では、否認や職場文化との不適合など多くの課題が生じる。しかし、産業保健の現場では「飲酒が疾病である」という認識が低い場合もあり、当事者・支援者ともに十分な連携や評価基準を共有できていない。そこで本研究では、アルコールリワークプログラムの実践を通じ、当事者や産業保健スタッフの視点から、復職支援モデルの構築を試みた。

【方法】Paterson ら (2001) のメタ統合手法とレジリエンスモデルを理論的枠組みとし、以下の手順を踏んだ。第一に、産業医やアルコール依存症専門医へのインタビュー、およびアルコールリワーク参加者のグループミーティング記録を収集した。第二に、テープ起こしやフィールドノートを質的帰納的にコーディングし、サブカテゴリーを生成。第三に、産業保健側（職場のニーズ・評価基準）と医療側（治療導入・断酒支援）の視点を比較し、両者の認識差や矛盾点を抽出した。第四に、上記を総合してステップごとのプロセスモデルを作成し、さらに職場復帰評価シートの項目を検討した。最後に、うつ病リワーク群との比較も行い、アルコール問題特有の不安の特徴を共起ネットワーク解析で確認した。さらに産業保健師とのディスカッションを重ね、モデルをもとに実践的な職場復帰ガイドを作成した。

【結果】下記、職場復帰プロセスの仮説モデルが生成された。飲酒量のコントロール不良や孤立感、被害意識が進む中で休職に至り、医療・産業保健の連携不足が復職を困難にすることが示唆された。一方、安心感や共感的理解を得られる個別サポートにより治療導入期を乗り越え、集団療法を通じて自己理解と実践的スキルを獲得するプロセスが明らかになった。復職後も再発リスクを抱えるため、職場環境と本人を継続的にフォローする必要がある。

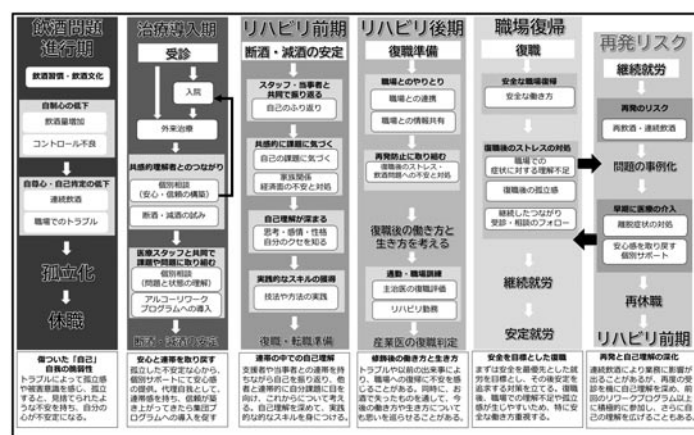


図1 アルコール問題による休職者の職場復帰のプロセス

【考察】本研究で示したプロセスモデルは、アルコール問題による休職者が安全に職場復帰し、継続就労へ至る過程を段階的に整理したものである。産業医・専門医の評価視点の違いや、職場の飲酒文化を踏まえた協働体制が求められる。個別サポートで安心感を提供し、集団プログラムで自己理解を深める段階的支援が有効であり、今後は職場全体の理解促進と評価指標の普及が鍵となる。最終的に産業保健師と協議しながら作成した職場復帰ガイドは、職場の飲酒文化や再発防止策を含む包括的な対応を提案し、本モデルの実用性を高める一助となった。今後は、このガイドを活用した多職種連携の検証が望まれる。

北海道での医療、司法、福祉のネットワーク 「北海道で更生と再犯防止を考える会」の実践報告

村山ひとみ、山本 泰雄、長谷川直実

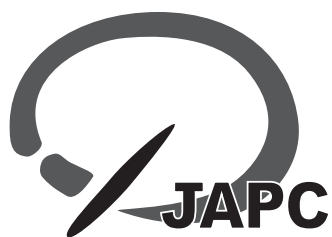
（医療法人社団ほっとステーション 大通公園メンタルクリニック）

医療法人社団ほっとステーション（以下、ほっとステーション）は、札幌市中心部の一角にあり、精神科外来、精神科デイケア、往診や訪問看護、就労支援、グループホームを運営する多機能型精神科診療所である。最近では、物質使用障害や病的窃盗、性的問題行動などの嗜癖を抱える方の新患相談が多い。地域定着支援に力を入れており、矯正施設や保護観察所、弁護士などの司法関係機関をはじめ、医療機関、福祉事業所や学校などとの連携がその人のリカバリーに不可欠である。

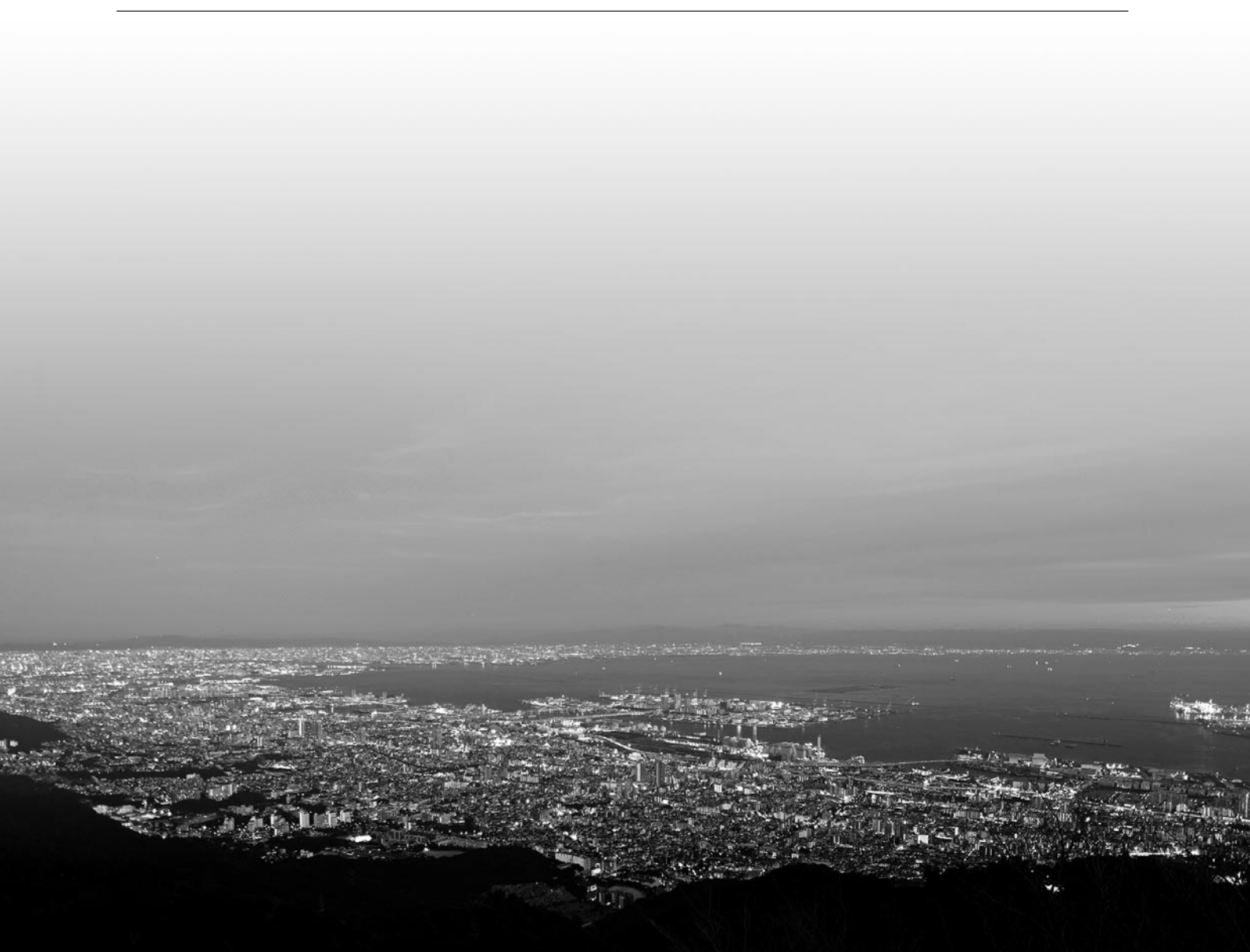
嗜癖を持つ対象者は、地域生活に馴染めず、短期間で不適応になり逮捕服役を経験していることも少なくない。再犯も多く逮捕服役を繰り返す人は、治療が必要であり、支援していくためには、一部の人が関わるでなくリカバリーを支え合う関係が重要である。

ほっとステーションでは、2005 年（平成 17 年）から医療、福祉、矯正、法曹、更生保護、教育、就労、家族、ピアサポーター、当事者が一堂に会して情報交換ができる場を作ろうと、「北海道で更生と再犯防止を考える会」（以下、更生の会）を 2 カ月に一度開催している。ゲストスピーカーの講話から始まり、その後質疑応答、ディスカッションを行う。更生の会の最大の特徴は、警察や保護観察所などの刑事司法機関と矯正施設の職員、地域で支援する医療、福祉、弁護士、ピアサポーター、家族、当事者などが場を共有し、顔を合わせることができることである。それぞれの立場での問題との向き合い方及び考えを提起することで、視点を変えてみることで、考えることができそれぞれの場に持ち帰れる会となる。結果それが様々な形の新たなネットワークの機会となる。精神科領域で関わる支援者にとって、再犯を繰り返す対象者は治療対象ではないという視点ではなく、再犯を繰り返す要因や背景をアセスメントして、ケアマネジメントしていく視点が求められる。更生の会は、再犯せずに地域で自分らしく暮らしていくためのヒントが隠されている。聞いて、考えて、持ち帰れる場を継続してきたからこそ、根を張ったネットワークになり広がり続けている。

当日は、更生の会の実践報告と医療、福祉、司法、教育のネットワークについて発表する。



一般演題（口頭発表）



クリニックでアプリ開発と無作為化比較試験を実施するには？： 強迫症治療アプリ研究より

今井 必生

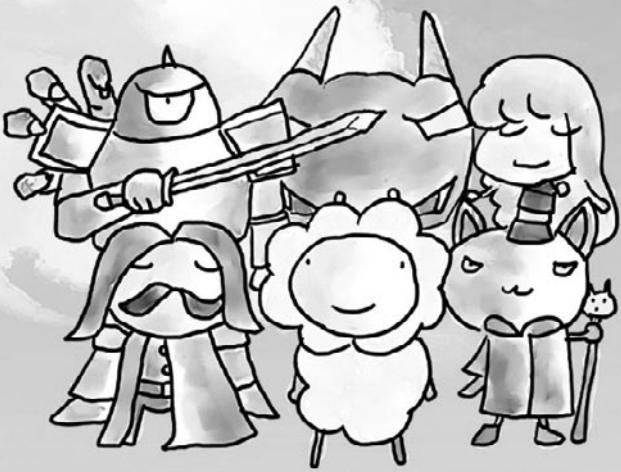
(大橋クリニック)

多忙な診療所での日常臨床では、あんなものが欲しい、こんなものを作ったらどうだろうと、アイデアが浮かぶことがあるだろう。しかし、質量をもつ“物”を作るとなるとハードルは高い。その点、ソフトウェアやアプリケーションは、アイデアを形にする良い手段である。ソフト・アプリはパソコン上で色々な試行ができる上に、工場も不要、在庫も持たなくて済むからである。さらに、昨今のノーコード（プログラミング言語を使用せずにソフトを作成できる）サービスの出現により、ソフトやアプリを作成する障壁が下がった。一方、ソフト・アプリを作成しても、それが本当に役立つのか科学的検討を行う必要がある。こういった一連のことを、クリニックの診療を行いながら実行するにはどうしたらよいか？発表者が開発・検証中の強迫症治療アプリを一例に紹介する。

診療所に眠る数々のアイデアを形にする一助となれば幸いである。

確認がとまらない、汚れが気になる..

強迫症で通院中の患者様へ



動画であなたの治療をサポート！

強迫症には抗うつ薬や認知行動療法というカウンセリングが有効です。
認知行動療法は時間と専門家の不足から全ての方には実施できません。
↓
認知行動療法を学ぶ動画ソフトを開発しました！

当院はこの動画の**効果を検証する研究**に協力しています。

ご興味をお持ちの方は主治医にご相談ください。
みなさまのご協力・ご参加をお待ちしています！
(e-mailアドレスをお持ちの方を対象にしています。)

VR エクスポージャーを実施した飛行機不安の2事例からみるVRを用いた効果的な介入の検討

江頭 伸哉^{1,3)}、平川 沙織^{1,3)}、茂籠裕美子^{1,3)}、瀬浦まどか^{1,3)}、景山名菜子^{1,3)}、
田中優樹菜^{1,3)}、楠 無我^{1,3)}、稲田 礼子^{1,3)}、瀬浦 敏志^{1,2)}、稲田 泰之¹⁾

(¹⁾ 医療法人悠仁会稲田クリニック、²⁾ 医療法人悠仁会北浜クリニック、³⁾ I-QUON 株式会社)

【背景】不安症にはエクスポージャー療法が有効とされており、近年ではバーチャルリアリティ（以下VR）を用いたVRエクスポージャー療法も登場している。当診療所では2020年よりVRエクスポージャーを導入しており、本発表では当院での2事例からVRを用いた効果的な介入の検討を行う。

【対象】2事例はともに飛行機不安として来院された。1事例目は日常で不安場面がない、2事例目は多くの場面で不安がある事例であり、生活における支障の程度には差がみられた。

【方法】VR機材は株式会社魔法アプリ提供の「苦手克服VRトレーニングシステムNaReRu」を用い、認知行動療法に基づくプログラムとして動画学習や心理教育に加えて、VRを実施するセッションを設けた。プログラムの開始時・終了時に自己記入式パニック障害重症度評価尺度（The Self-report version of the Panic Disorder Severity Scale, PDSS-SR：片上, 2007; Shear et al., 1997）、パニック発作・広場恐怖評価尺度（Panic and Agoraphobia Scale, PAS；Bandelow B. et al., 1995）などへの回答を求めた。

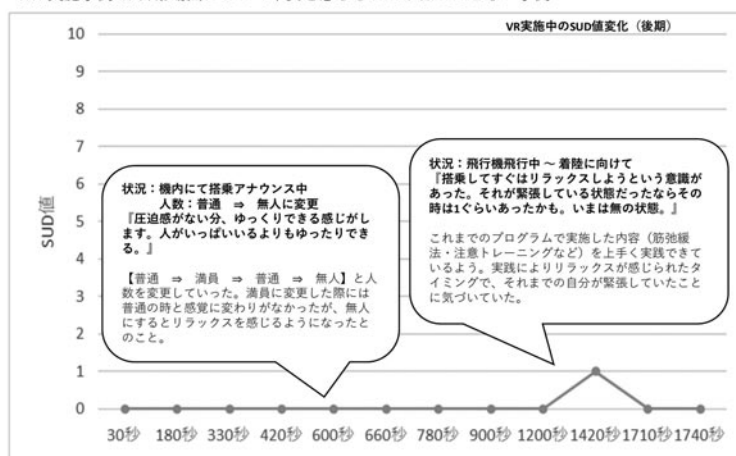
【結果・考察】いずれの患者も飛行機不安の緩和に関する陳述がみられた。1事例目では日常において自身の緊張状態を掴むことに難しさを感じていた。そのため日常では心理教育、自己対処の実感がつかめなかったものの、VR中に自己対処や筋弛緩法を実践することでリラックスする感覚を掴むことができた。2事例目では日常、VRともに緊張状態が強くみられた。VR中で緊張の喚起、緩和の感覚を獲得し日常場面でも実践することで日常の多くの場面で不安の低減が見られた。

【まとめ】VRの活用法を工夫することで、より効果的にエクスポージャー療法を行うことができると考える。詳細は当日発表にてご報告する。

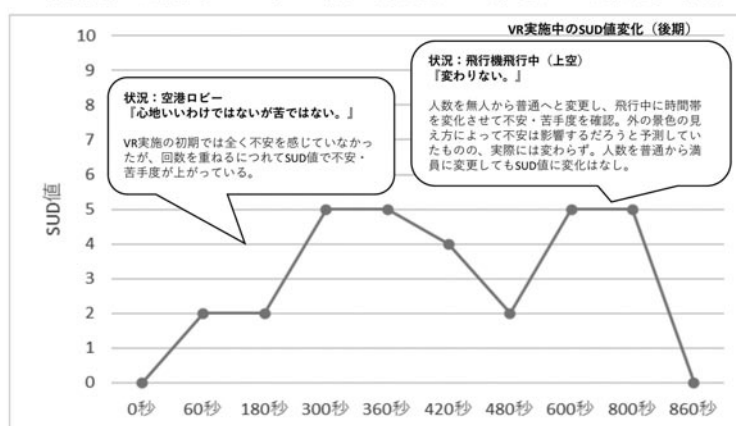
【倫理的配慮】すべての対象者に文書にて説明を行い、研究への参加及び成果の公表に関する同意を得た。なお、開示すべきCOI関係にある企業などはない。

本発表にて扱う2事例のVR実施中の主観的障害単位変化

＜VR実施事例1＞日常場面において不安を感じることがほとんどない事例



＜VR実施事例2＞日常場面において多くの場面で不安を感じており、避けている場面も多い事例



思春期こころの健康教育の展開と課題 ～沖縄県の1中学校でのこころの健康教育特設授業の実践と授業前後のアンケート調査結果を踏まえて～

山本 和儀、石原 綾子

(山本クリニック)

若年者の最大の死因が自殺である。また、精神疾患の生涯有病率は20.3%、5人に1人が罹患する身近な病気であり、18歳までに48.4%が発症すると言われており、中学生や高校生を対象にした「こころの健康教育」が重要と考えられるが、精神疾患についての教育は、2022年4月に高校の保健体育でようやく始まったばかりである。

沖縄県の平均寿命は1985年に男女共に全国1位であったが、2020年には男性43位、女性16位にまで転落しており、沖縄県では「2040年までに男女とも平均寿命日本1の復活！」を目指して、様々な事業が展開されている。演者らは沖縄県保健医療部健康長寿課と沖縄県医師会による次世代の健康教育推進事業の一つで中学生を対象にしたこころの健康教育副読本『こころのタネ』の作成に参画してきた。沖縄県教育庁の2023年の調査によれば、食育教育や生活習慣教育の副読本の利用率が、それぞれ96～98%、92～96%であるのに対して、こころの健康教育の副読本『こころのタネ』の活用率は70～82%に止まっている。

次世代の健康づくり推進事業をさらに展開するために、副読本を活用した「こころの健康づくりに関する特設授業」を実践する機会が得られたので、参加した生徒を対象にした授業前後のアンケート調査結果を踏まえ、今後の展開について述べたい。中学1年～3年生の全校生徒37人中35人からアンケートが得られ、特設授業の前後で、こころの健康の理解度に一定の変化が見られた（ $p=0.0015$ ）。

このようなこころの健康教育の授業に展開により中学生や高校生のメンタルヘルスリテラシーが高まり、自殺念慮が出た時のSOSを出す訓練等により、生涯有病率や自殺率の低減、さらには沖縄県民の平均寿命の伸長が期待される。このような中学・高校生を対象にした、こころの健康教育が全国的に展開されることで、若年者の自殺率の低下、精神疾患の生涯有病率の低下に至ることを期待したい。

精神科診療における心理職の専門性とその範囲についての 一考察

前田 麻更、小林 和、松本 具樹

（医療法人社団 馨和会 精療クリニック小林）

精神科診療では薬物療法や精神療法が一般的であるが、中には病識の乏しさや言語化困難、混乱状態などにより具体的な対処法を見出せない患者も存在する。また、不信感が強く治療関係の構築に難渋するケース、アイデンティティの問題を抱えるケースなども、それにあたる。これらの患者は治療への抵抗や中断に至ることも多い。このようなケースを、多くに心理検査の役割とされる心理職は担うことが出来る。

心理職は、治療関係の性質を理解し、良好な治療関係の形成だけでなく、患者が治療者に抱くネガティブな感情や葛藤も扱うことも念頭に置いている。これらを治療の機会と捉え、心理的介入を通じて、患者が関係性を客観視し、自分の問題として理解することを目標としているからである。治療関係自体を治療対象とすることで、対人関係における具体的な体験や内省の場を提供しているといえるだろう。

また、思春期・青年期の患者にはアイデンティティの問題が多く、それはライフイベントによって再燃することもある。背景に複雑な家族関係や一面的な価値観があり、症状中心のアプローチでは対応が困難な場合がある。こうした繊細で、解決に中・長期的な時間を要する問題に心理職が関与することで、医師の診療だけでは手の届かない領域を補完し、患者への支援の幅を広げることにつなげることが出来る。

このような役割を担う心理療法では安定した治療構造が重要である。これにより患者は社会や近親者、時には医師の評価から離れ、安心して自分の内面を表現し、問題に向き合うことができる。物事への価値観やとらえ方、繰り返す対人関係や混乱した感情を安全に扱い整理することが心理職の専門性であり、これによって患者は自己像を再構築する機会を得る。

これらのことから、心理職が医師とはまた異なる立場で患者と関わることで、精神科診療における包括的な医療的支援ができる可能性を示唆しているといえる。

Measuring What Matters: Patient Centered Outcome Measures of Goal-Directed Care for People with Serious Mental Illness

ブレスラウ ジョシュア¹⁾、ブラウム キャロライン²⁾、ジョンズ ネヴ³⁾

¹⁾ RAND Corporation、²⁾ National Committee on Quality Assurance、

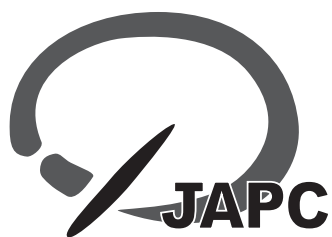
³⁾ University of Pittsburgh School of Social Work)

精神医療の質を測定することは、ケアの改善に向けた指針となり得ますが、既存の評価指標は、患者が自身のニーズをどのように捉えているかという視点を十分に捉えていません。患者中心のアウトカム指標 (Patient-Centered Outcomes Measures)は、こうしたギャップを埋める可能性のあるアプローチとして注目されています。

本研究では、重度の精神疾患(Serious Mental Illness: SMI)をもつ成人のケアが、本人にとって重要な目標の達成にどの程度寄与しているかを評価する新たな質指標の開発を進めています。評価には「ゴール達成スケールリング (Goal Attainment Scaling: GAS)」という手法を用いており、個別性の高い目標設定と標準化された測定を両立させることが可能です。GASは高齢者介護の分野でこれまでに活用されてきましたが、今回、精神医療領域への応用を試みています。GASでは、臨床家がクライアントと協働して目標を設定し、その目標に向けた進捗を測定するための個別のスケールを作成します。臨床家は、クライアントの価値観や希望に基づき、達成可能な目標をともに考えるための研修を受けています。設定された目標に対する進捗は、2～6か月以内のフォローアップ面接において評価されます。

本発表では、米国テキサス州およびアリゾナ州の統合型精神保健クリニック5施設において、GASを導入したパイロット研究の量的および定性的な初期結果を報告します。初期の知見では、日常診療への導入は概ね成功しており、長期的なフォローアップに関しては今後の課題として検討が必要であることが示唆されました。施設の管理者やケースマネージャーからは、日常的なケアへの組み込みがスムーズであり、従来の目標設定アプローチと比べて有用であるとの評価が得られています。

本アプローチは、精神保健医療における質評価の新たな方向性として期待されますが、さらなる適応や検証が必要とされる可能性もあります。



一般演題（ポスター発表）



P-1

一般精神科診療所下での実践的トラウマケア ～医療機関における心理士（師）の工夫と支援の姿勢～

小山 聡子、作田 泰章

（さくメンタルクリニック）

近年、トラウマ治療のニーズが高まる一方で、外来などの医療機関では1回あたり90～120分を要する本格的な心理療法を継続的に提供することが難しい。特にトラウマケアを自ら希望しない患者や、知識が少なくモチベーションが低い患者に対しては、導入や継続がさらに困難となる。加えて、一定期間の継続や経済的な負担が求められることも、ケアの継続を妨げる要因となりうる。

本発表では、こうした制約下でも実践可能なトラウマケアの工夫と配慮を紹介する。具体的には、1. トラウマケアの必要性を伝え、継続的な支援につなげるための心理教育（日常生活での実感や未来志向の視点など）、2. 患者の負担や安全面、生活背景を考慮したアセスメント、3. 限られた時間内でも安全かつ有効な介入を可能とする支援構造、4. セッション外でも患者の安全が保たれるような環境調整・安定化の工夫（患者の自己コントロール感の促進、コーピングスキルの強化）などが挙げられる。

トラウマの影響で日常生活に困難を抱える患者にとって、タイミングや方法を見極めながら適切なケアを行うことはQOLの向上に寄与し、将来的な回復の可能性を広げる。また、治療者は単に技法を提供するだけでなく、患者にとって「安全な愛着対象」として関わる姿勢を持続することが、実践的なトラウマケアにおいて極めて重要である。

リワークにおける事業所アンケートと復職支援連携室の利用状況についての報告

平川 沙織^{1,2)}、瀬浦まどか^{1,2)}、茂籠裕美子^{1,2)}、景山名奈子^{1,2)}、田中優希菜^{1,2)}、
江頭 伸哉^{1,2)}、楠 無我^{1,2)}、稲田 礼子^{1,2)}、瀬浦 敏志³⁾、稲田 泰之¹⁾

(¹⁾ 医療法人悠仁会稲田クリニック、²⁾ I-QUON 株式会社、³⁾ 医療法人悠仁会北浜クリニック)

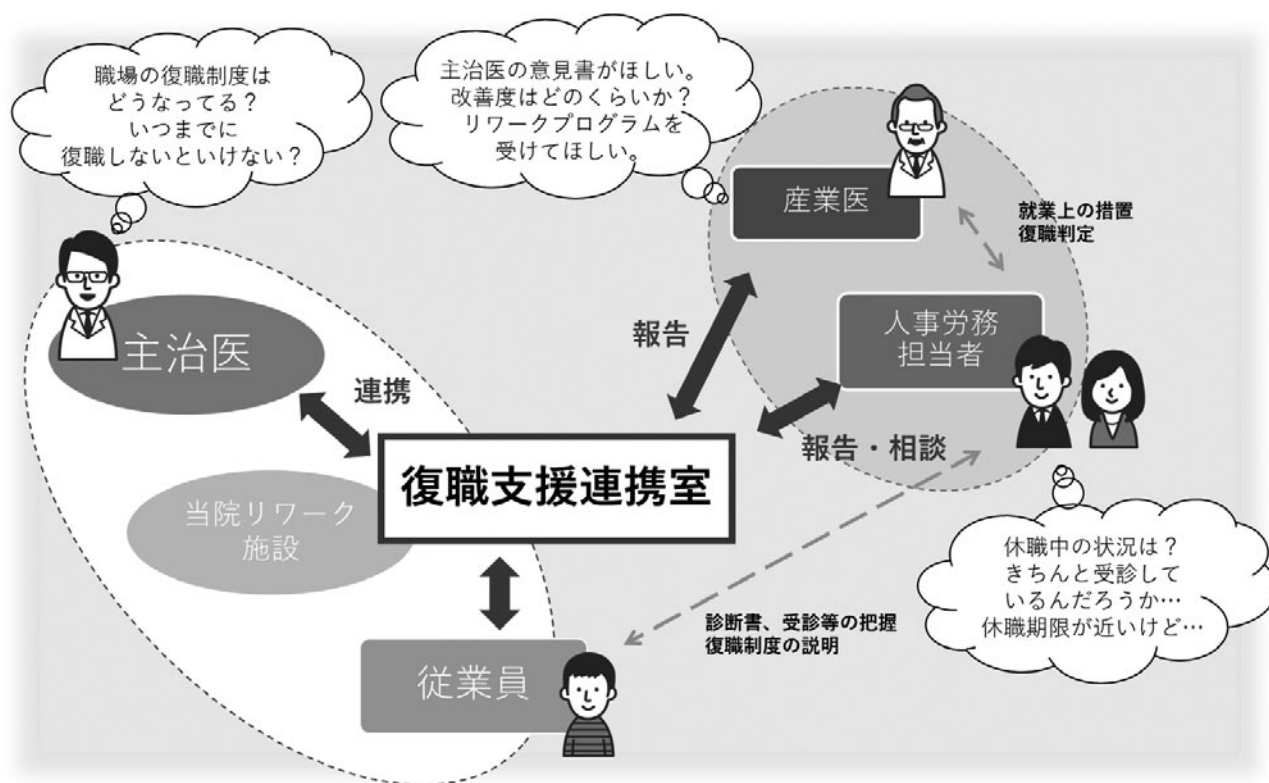
【背景と目的】厚生労働省の「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」では、職場復帰支援において5段階の支援が推奨されているが、実際には患者と事業所の情報に乖離が生じることも多い。そこで当クリニックでは、リワークと並行して、患者・主治医・産業医・事業所の意思疎通を支援する「復職支援連携室（以下、連携室）」を設置し、事業所との円滑な支援を図った。あわせて支援体制やニーズ把握を目的に事前アンケートを実施した。

【方法】リワーク開始時に、事業所に、連携室の案内とアンケートを配布し、①復職時に重視する点、②リワークに期待する内容、③復職支援制度や産業保健体制の有無について回答を依頼した。

【結果】48事業所に依頼し、46事業所（回収率95%）から回答を得た。回答者は人事労務担当者9名、産業保健スタッフ9名、所属長等7名であった。うち35事業所（64%）が連携室の利用を希望した。内容は、再発予防の他、集中力・対人対応・業務遂行力に関する改善要望が多く寄せられた。

【考察】事前アンケートにより、事業所の制度やニーズが明確となり、事業所に応じたプログラム設計が可能となった。これにより、認識のずれを早期に調整でき、支援の一貫性と実効性が高まった。加えて、連携室はリワーク期間中の継続的な情報共有を実現し、事業所との信頼関係構築と支援内容の擦り合わせに寄与した。

【まとめ】本取り組みは、医療機関と事業所を繋ぐ実用的な枠組みを提供し、復職に向けた支援の質と精度向上に有効な取組であった。詳細は当日発表にて報告する。



クライシス・プラン(CP-J)を基盤とした精神科訪問看護の支援体制構築と地域連携の実践報告

中村 義幸

(ハピネス訪問看護ステーション)

【背景】精神疾患を抱える当事者の地域移行支援において、本人主体の意思決定を尊重する支援体制が求められている。クライシス・プラン（以下 CP-J）はリカバリー志向に基づき、当事者参画と予防的支援を実現するツールであるが、訪問看護現場での体系的な導入事例は少ない。

【目的】当ステーションでは、CP-J を全スタッフが活用できる体制を整備し、多職種連携による支援の質向上と地域連携の強化を図った。本報告ではその取り組みと成果について検討する。

【方法】定期的な研修を行い、スタッフ全員が CP-J を活用しながら支援を行える体制を構築した。利用者の同意と希望を尊重しつつ、特に就労志向のある若年層を中心に導入を進めた。利用者本人に関わる支援者と可能な限り CP-J を共有し、関係機関が連携して統一した対応を行える体制構築を目指した。

【結果】初回の研修から半年後、全利用者の 60% に CP-J を導入することができた。CP-J を活用した地域連携による支援の一貫性が担保され、関係機関からリピートの新規依頼が増加し、初回研修前と比較すると約 2 倍となった。

【考察】CP-J の導入を組織的に推進することで、当事者参画に基づくケアの質が向上し、精神科訪問看護の実践が地域包括ケアや精神科地域移行政策とも整合する形で展開可能となった。訪問看護ステーションが地域の精神保健福祉における基盤として機能するためには、こうした支援体制の整備と継続的な実践知の共有が鍵となる。

P-4

精神障害・発達障害のある方への就労支援における治療的改善効果について

池田 浩之^{1,2)}、屋敷 千晴²⁾、實盛 朱里²⁾、福島美和子²⁾、中嶋 美幸²⁾、
久保川良子²⁾、中本 遥香²⁾

⁽¹⁾ 兵庫教育大学学校教育研究科人間発達教育専攻臨床心理学コース、

²⁾ NPO 法人大阪精神障害者就労支援ネットワーク JSN 研究所(兼務事業))

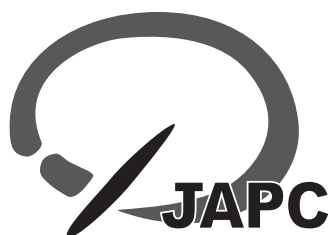
全体の障害者雇用数の中で、新規雇用件数は精神障害・発達障害のある方の雇用数は飛躍的に伸びており、他の障害の雇用数とは一層の開きが出てきている。国内の研究においても医中誌 Web にて同様に 2012 年以降その本数が増えていることが確認されており、関心が高まっていることが確認されている(八家・西村, 2018)。一方、その中で就労支援自体の効果について言及している報告や、縦断的に研究を行っているものも国内では少ない。国内で多く実施されている就労前準備訓練を就労移行支援事業では治療的改善効果は見受けられるのだろうか。

本研究は、それらを明らかにするために、就労移行支援事業所を利用した精神障害・発達障害のある者 29 名に対して、治療的改善効果を明らかにするために行った。方法として BPRS、GAF、VAS による自己評価を用いて反復測定 ANOVA によって入所時、半年後、1 年後の計 3 回測定を対象者が通院する精神科診療所へ依頼し、主治医もしくはコメディカルが記入した結果をデータとして得ることとした。解析には反復測定 ANOVA を用いた。その結果、GAF と VAS の生活満足度、自己効力感において有意な得点の上昇(改善)が見受けられた。

本研究では、治療的改善効果を症状の改善だけではなく、社会機能の回復も含めた定義として、就労支援が効果があるかどうかを明らかにすることを目的に行った。その結果、就労支援は治療的改善効果があるという示唆が得られた。対象者数が少ないことが本研究の課題としてあげられるが、1 年以上の反復測定を就労支援機関だけでなく、外来の精神科診療所と協力してデータを得たことにとっても意義があると考えている。

これらの研究は 2015 年～2017 年において日本精神科診療所協会の助成金事業を通じて一部行っている。

尚、本報告はファーストオーサーが当日不在のためセカンドオーサーの屋敷氏が報告する。



ランチョンセミナー 1

その「うつ」が治りにくいのはなぜか？
—就労を目指すうえで必要な条件とは—

座長：稲田 泰之（医療法人悠仁会 稲田クリニック）

演者：上田 均（医療法人ひまわり もりおか心のクリニック）

共催：武田薬品工業株式会社／ルンドベック・ジャパン株式会社



LS1

その「うつ」が治りにくいのはなぜか？ —就労を目指すうえで必要な条件とは—



上田 均

(医療法人ひまわり もりおか心のクリニック)

うつ病治療の目標は時代とともに変遷しており、近年では「パーソナル・リカバリー」が重視されている。これは、当事者が単にうつ病の精神症状を軽減することにとどまらず、日常生活や社会的役割の再獲得に加え、自分らしい生き方や生きがいの回復を目指すものである。中でも就労は、リカバリーを達成するうえで中心的な重要性を有しており、その実現には精神症状や身体症状の改善のみならず、認知機能障害への対応が不可欠である。

うつ病における認知機能障害は、集中力や記憶力、遂行機能などに影響を及ぼし、職業生活や社会的機能の回復を妨げる要因となる。外来診療において認知機能障害を簡便に評価する尺度として、Perceived Deficits Questionnaire for Depression-5 (PDQ-D-5) が有用である。

さらに、Measurement Based Care (MBC) は、定量的な評価に基づき治療方針を調整するアプローチであり、患者の治療参加を促進しながら反応率や寛解率の向上に寄与することが報告されている。とくに就労支援の観点からは、MBC による症状の客観的評価と治療調整が、より実効性のある支援策を可能にする。

当院通院中のうつ病患者 30 例を対象に、Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Japanese (QIDS-J) および PDQ-D-5 を用いて MBC を実施した結果、両者のスコア間に強い正の相関が認められた。この結果は、うつ症状の改善と認知機能の回復が相互に関連し、安定した就労の実現に両者が重要な役割を果たすことを示唆している。

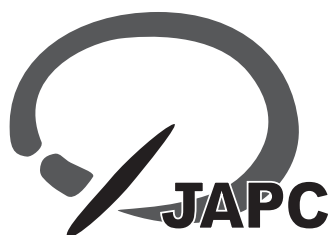
また、ボルチオキセチンは、セロトニン再取り込み阻害作用に加え、セロトニン受容体調節作用を有し、多様な神経伝達物質の放出を促進することで、認知機能障害を伴ううつ病に対する有効性が報告されている。

今後のうつ病診療においては、MBC を活用したうつ症状の定量的評価に加え、PDQ-D-5 による認知機能の定期的なアセスメントを実施することが、リカバリー支援や就労促進において極めて重要であると考えられる。

略 歴

上田 均

1984 年～ 岩手医科大学卒業後、国立療養所南花巻病院(現国立病院機構花巻病院)、岩手医科大学、盛岡市立病院に勤務
1993 年～ 盛岡少年刑務所 嘱託医
1998 年～ 盛岡峰南高等支援学校 校医
2006 年 精神科デイケアを併設した「もりおか心のクリニック」を開院
2006 年～ 盛岡市役所など 2 事業所の嘱託産業医を兼任
現在に至る



ランチョンセミナー 2

レキサルティのうつ病への有用性と 日本うつ病学会治療ガイドラインについて

座長：寺田 浩（こころとからだのクリニックあおいクリニック）

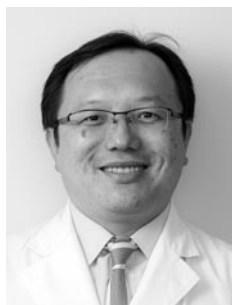
演者：伊賀 淳一（愛媛大学大学院医学系研究科 精神神経科学）

共催：大塚製薬株式会社



LS2

レキサルティのうつ病への有用性と日本うつ病学会治療ガイドラインについて



伊賀 淳一

(愛媛大学大学院医学系研究科 精神神経科学)

レキサルティが2023年に「うつ病・うつ状態（既存治療で十分な効果が認められない場合に限る）」に対する増強療法として承認されてから、まもなく2年が経過しようとしている。この間、外来におけるうつ病治療において、レキサルティの重要性は高まっている。初回の抗うつ薬で十分な効果が得られない場合、増強療法を行うか、あるいは別の抗うつ薬へ切り替えるかの判断に迷うことがある。一般的には、ある程度の効果（部分反応）がみられる場合には増強療法を選択し、全く反応がない場合には抗うつ薬の切り替えが推奨される。増強療法のメリットは、抗うつ薬の切り替えと比較して大きな副作用が少なく、速やかな改善が期待できる点である。一方、デメリットとしては、抗うつ薬と抗精神病薬という異なる薬剤を併用するものの、治療反応や副作用の評価が難しくなる点が挙げられる。レキサルティを用いた増強療法は、不安性の苦痛を伴ううつ病に対しても特に有用である。演者自身も日常臨床において、その有効性に驚かされることが少なくない。エビデンスに基づけば、抗うつ薬の切り替えよりも増強療法の方が有効であるとする報告も多い。今後は、なぜ増強療法が有効であるのか、その作用機序の解明が求められる。

略歴

伊賀 淳一

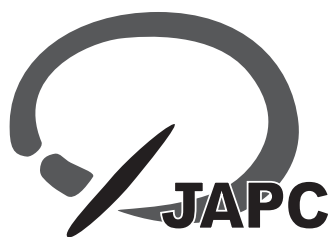
平成12年 5月 徳島大学病院 医員（研修医）
平成13年 5月 高松市民病院 精神科（研修医）
平成14年 5月 徳島大学病院 医員
平成19年 4月 徳島大学病院精神科神経科 助教
平成19年11月 ミシシビメディカルセンター 研究員（精神科）
平成21年 5月 徳島大学病院 精神科神経科 助教
平成22年 4月 徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部 精神医学分野 助教
平成23年 4月 同講師
平成27年 4月 愛媛大学大学院 医学系研究科 精神神経科学講座 准教授

【所属学会】

- ・日本精神神経学会・代議員、専門医、指導医、認知症診療医、
- ・日本臨床精神神経薬理学会・理事、評議員、専門医、指導医
- ・日本うつ病学会・評議員、双極性障害委員会フェロー
- ・日本サイコオンコロジー学会・代議員、認定登録精神腫瘍医
- ・日本生物学的精神医学会・評議員
- ・日本神経精神薬理学会・評議員
- ・日本精神科診断学会・評議員
- ・日本総合病院精神医学会・特定指導医

【専門分野】

- ・精神科薬物療法、精神神経疾患の薬理学的・分子医学的研究
- ・うつ病治療ガイドラインと統合失調症薬物治療ガイドラインを分担執筆
- ・Editorial Board Member (Journal of Alzheimer Disease, Scientific Reports, Neuropsychopharmacology Reports, Frontiers in Neurosciences)



ランチョンセミナー 3

自殺予防の視点から見た 外来精神医療の役割と広がり

座長：田中 禎（ただしメンタルクリニック）

演者：張 賢徳（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所）

共催：ヴィアトリス製薬合同会社



LS3

自殺予防の視点から見た外来精神医療の役割と広がり



張 賢徳

(国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所)

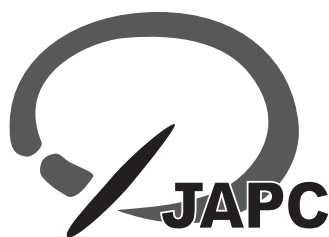
患者さんから「死にたい」と言われたことのない精神科医はいないのではないだろうか？それくらい精神科の病と自殺問題は関係が深い。故に、精神科医は自殺問題を避けて通ることはできず、自殺予防の最前線に立っているという認識を持つ必要がある。その上で、では精神科医にできることは何か、何をせねばならないのかを考えてみたい。まず必要かつ重要なことは、希死念慮の覚知と対処の仕方を身に着けておくことである。希死念慮が直近の自殺危険因子として最重要であることから、それを普段の問診の中に取り入れる習慣を身に着けておきたい。次に、希死念慮を覚知した後、その危険度（切迫性）を評価する。入院を要するケースがあるのは確かだが、「希死念慮＝入院」では決してない。希死念慮は精神療法の重要な糸口である。多くの場合、外来で十分に扱うことができる。ある程度の診察時間を要するが、精神科医を名乗る以上は応分の負担を負う覚悟が必要であろう。希死念慮の背後には抑うつ状態が潜むことも多いので、薬物療法にも習熟しておく必要がある。

自殺の危険性が高いケースでは入院を要するため、病診連携を普段から築いておくことが大切である。また、身体科医から希死念慮を理由に診察依頼を受けることもあるだろう。あるいは、産業医から、学校から、老健施設から、精神保健福祉センターからもそのような依頼があるかもしれない。外来精神医療は地域の中で自殺予防の初期対応を期待される存在なのだ。それは診察室の中だけの診療にとどまらない。地域の自殺予防対策の活動に招かれることもあるだろう。自殺予防活動は、精神科医のプレゼンスを示せる絶好の好機であるだけでなく、自らが社会と精神医学・医療との関わりに目を向ける好機でもある。

略 歴

張 賢徳

1991年 東京大学 医学部 卒業
1991年 帝京大学 医学部 精神神経科学教室 入局
1997年 英国ケンブリッジ大学 精神医学博士号 取得
2008年 帝京大学 医学部 教授・附属溝口病院 精神科 科長
2021年 帝京大学溝口病院 精神科 客員教授／一般社団法人日本うつ病センター・六番町メンタルクリニック 院長／一般社団法人日本うつ病センター 副理事長
2024年 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 所長
現在に至る



ランチョンセミナー 4

不眠症治療の最適なアプローチとは？ ～エビデンスから考えるオレキシン受容体拮抗薬の位置付け～

座長：上田 容子（医療法人社団美帆会 神楽坂ストレスクリニック）

演者：岸 太郎（藤田医科大学 医学部 精神神経科）

共催：塩野義製薬株式会社



LS4

不眠症治療の最適なアプローチとは？ ～エビデンスから考えるオレキシン受容体拮抗薬の位置付け～



岸 太郎

(藤田医科大学 医学部 精神神経科)

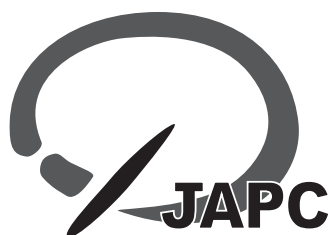
不眠症に対する治療は薬物療法と睡眠衛生指導をはじめとした非薬物治療に大別される。現在、日本では不眠症の保険適用を有する経口薬が 20 種類以上あり、それらは薬理学的にベンゾジアゼピン系睡眠薬、非ベンゾジアゼピン系睡眠薬 (Z-drug)、メラトニン受容体作動薬、オレキシン受容体拮抗薬に分類される。さまざまな薬理的機序を有する睡眠薬の登場により、医療者は各薬剤の有効性と安全性のバランスを踏まえ、当事者にとってより最適な薬剤を選択することが可能となった。

以前より、ベンゾジアゼピン受容体作動薬では種々の問題点が指摘されてきたが、近年登場した睡眠薬の中では新しい薬剤クラスであるオレキシン受容体拮抗薬 (DORA) は、スボレキサントが 2014 年 11 月に、レンボレキサントが 2020 年 7 月、ダリドレキサントが 2024 年 12 月に本邦で発売された。各薬剤ともに良好な有効性と安全性が認められているが、それぞれの薬剤特性を踏まえ、今後実臨床において DORA 内での使い分けを考慮する必要性が高い。当日は、不眠症に対する各 DORA の有用性を評価した、以下のシステムティックレビューとネットワークメタアナリシスの結果を紹介しながら、ダリドレキサントの治療学的な位置づけについて考察したい。

略 歴

岸 太郎

2002 年 藤田保健衛生大学 医学部 卒業
2008 年 藤田保健衛生大学 医学部 精神神経科 講師
2010 年 The Zucker Hillside Hospital (NY, USA. Prof. JM Kane and Prof. CU Correll)
2012 年 藤田保健衛生大学 医学部 精神神経科 臨床准教授
2021 年 藤田医科大学 医学部 精神神経科 准教授
2024 年 藤田医科大学 医学部 精神神経科 臨床教授
2025 年 藤田医科大学 医学部 精神神経科 教授
現在に至る



ランチオンセミナー 5

不安と不眠の深い関係 ～不安症と睡眠障害の関係とその対応～

座長：上野 修一（愛媛大学大学院医学系研究科 精神神経科学）

演者：山田 恒（兵庫医科大学 精神科神経科学講座）

共催：Meiji Seika ファルマ株式会社



LS5

不安と不眠の深い関係 ～不安症と睡眠障害の関係とその対応～



山田 恒

(兵庫医科大学 精神科神経科学講座)

不安と睡眠は、相互に強く影響し合う関係にあり、不安症の患者において睡眠覚醒障害が生じることは、臨床
上きわめて一般的な現象である。実際、不安が高まることで入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒などの症状が出現
しやすくなり、これらの睡眠障害がさらに不安症状を悪化させるという悪循環に陥ることも少なくない。不安
症に伴う睡眠障害の治療においては、まず不安症そのものの診断と治療を正確に行うことが基本であり、推奨
されている薬物療法や認知行動療法を中心とした介入が行われるべきである。その上で、必要に応じて睡眠覚
醒障害に対する治療戦略を追加することが望ましい。また、不安症に高率に併存するうつ病が睡眠障害の原因
となっている可能性についても常に念頭に置き、慎重に鑑別診断を進める必要がある。さらに、抗うつ薬によ
って一部の患者で睡眠障害が悪化する場合があることにも留意し、薬剤選択や投与方法には十分な配慮を要
する。不安と不眠の相互作用を理解し、包括的な治療を行うことが、患者の QOL 改善に直結する。

略 歴

山田 恒

2000 年 3 月 大阪市立大学 医学部 卒業
2000 年 5 月 大阪市立大学医学附属病院 神経精神科
2002 年 4 月 大阪市立大学大学院医学研究科 内科系専攻神経精神医学 医学博士課程 入学
2006 年 3 月 大阪市立大学大学院医学研究科 内科系専攻神経精神医学 医学博士課程 修了
2007 年 4 月 大阪市立大学医学部附属病院 神経精神科 病院講師
2010 年 4 月 貝塚サナトリウム医員
2012 年 5 月 兵庫医科大学 精神科神経科学講座 助教
2015 年 4 月 兵庫医科大学 精神科神経科学講座 講師
2019 年 4 月 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 客員研究員兼任
現在に至る

資格

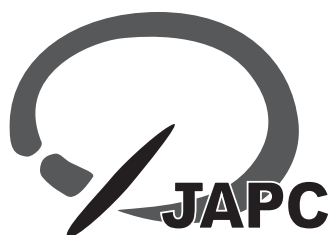
医学博士、精神保健指定医、日本精神神経学会専門医・指導医、臨床研修指導医

賞罰：なし

専門領域：摂食障害、社交不安症、エビデンス・ベースド・セラピーの普及

所属学会

日本精神神経学会、日本摂食障害学会（理事、摂食障害診療ガイドライン作成委員会メンバー）、日本うつ病学会、日本神経精神薬理学会、日本臨床精神薬
理学会、日本不安症学会（疾患啓発・生涯教育委員会 副委員長、社交不安症診療ガイドライン作成委員会メンバー）、精神科医療の普及と教育に対するガ
イドラインの効果に関する研究（EGUIDE プロジェクト）執行部



ランチオンセミナー 6

脳病態からひも解く 成人期 ADHD の治療戦略

座長：勝元 榮一（かつもとメンタルクリニック）

演者：上田 均（医療法人ひまわり もりおか心のクリニック）

坂元 薫（医療法人和楽会 心療内科・神経科 赤坂クリニック／
坂元薫うつ治療センター）

共催：武田薬品工業株式会社



LS6-1

グアンファシンは ADHD のどのような症状に有効か？ —不注意症状改善効果の違いを考察する—



上田 均

(医療法人ひまわり もりおか心のクリニック)

注意欠如・多動性障害（ADHD）は、注意の持続困難、多動性および衝動性を特徴とする神経発達症であり、成人期に至っても症状が持続することが多い。成人の ADHD 有病率は約 2.5%とされており、社会的・職業的機能障害の要因となるため、近年その診断と治療への関心が高まっている。

ADHD の病態には、前頭前皮質（PFC）におけるカテコールアミン（CA）の不均衡が関与しているとされ、「CA 逆 U 字仮説」が想定されている。この仮説は、CA 濃度が低すぎる場合でも高すぎる場合でも PFC の機能が低下する一方、適度な濃度で最も良好に働くというものである。

ADHD 治療薬は、この CA 濃度を適正化しシグナル精度の向上とノイズの抑制を図ることで、不注意や多動・衝動性といった症状の改善をもたらす。中でもグアンファシン徐放錠（GXR）は、 $\alpha 2A$ 受容体を直接刺激することにより前頭前皮質の情報処理の精度を高め、ADHD 症状を軽減する。一方、メチルフェニデート徐放錠（MPH-R）は、ドパミンおよびノルアドレナリンの再取り込みを阻害することにより、神経伝達効率を高める。こうした作用機序の違いから、双極症や不安症などの併存症を有する場合には慎重な検討が必要となる。

2024 年 6 月の調査時点で GXR を 3 ヶ月以上服用していた ADHD 当事者 56 例を対象とし、GXR 服用前後の症状変化を Conners' Adult ADHD Rating Scales を用いて評価した。さらに服薬前後の主観的变化を自由記述形式で聴取した。

GXR は単剤例においても、MPH-R との併用例においても、不注意症状および多動・衝動性症状の双方に対し有意な改善効果を示した。これらの結果より、GXR と MPH-R はともに不注意症状に有効であるが、その作用の本質には違いがあると考えられる。すなわち、MPH-R はデフォルトモード・ネットワークからセントラルエグゼクティブ・ネットワークへのスムーズな切り替えを促進する一方、GXR は、「ケアレスミスの減少、計算精度の向上」といったタスク・パフォーマンスの精度向上に寄与する可能性があると考えられた。

略 歴

上田 均

1984 年～ 岩手医科大学卒業後、国立療養所南花巻病院(現国立病院機構花巻病院)、岩手医科大学、盛岡市立病院に勤務
1993 年～ 盛岡少年刑務所 嘱託医
1998 年～ 盛岡峰南高等支援学校 校医
2006 年 精神科デイケアを併設した「もりおか心のクリニック」を開院
2006 年～ 盛岡市役所など 2 事業所の嘱託産業医を兼任
現在に至る

LS6-2

躁・うつ・不安と発達特性のポリフォニー ーその診立てと対応ー



坂元 薫

(医療法人和楽会 心療内科・神経科 赤坂クリニック／坂元薫うつ治療センター)

成人期 ADHD 患者は適応反応症、不安症、気分症などの併存症のため精神科外来を初診することが多い。したがって適応反応症、不安症、気分症などの診療を主体とする日常臨床では ADHD の前駆を絶えず疑った入念な診察が必要となる。とりわけ典型的経過をとらず治りにくい例などでは重要な視点となろう。

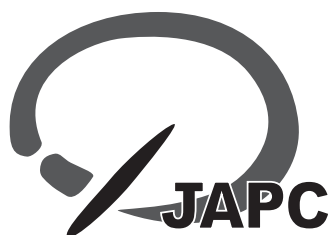
ADHD とうつ病の併発例では、生活への支障のより大きい方をターゲットにして原則として単剤治療を開始する。ADHD と双極症の併存例では気分の安定が得られてから ADHD 治療薬を付加するのが原則であるが、ADHD と併存症それぞれの改善は連動しており、片方を治療することでもう一方の疾患も改善する可能性があることも忘れてはならない。

ADHD の薬物療法では、ADHD の病態を理解し、各薬剤の作用機序を考慮した薬剤選択を行うことがなによりも重要である。カテコールアミン (CA) 濃度が低レベルであるとグルタミン酸によるシグナル伝達が減弱して前頭前皮質機能は低下し ADHD で問題となる各症状が出現することとなる。一方、CA 濃度が過剰となる場合にもまた前頭前皮質機能の低下がみられることが指摘されている。CA 濃度は、種々のストレス状況下で過剰になると言われており、ADHD 例はストレス状況に直面しやすいため閾値下にあった症状までもが顕在化することもありうる。すなわち ADHD の薬物療法においては、CA 濃度を適正に保つ視点も重要となろう。グアンファシンは、 $\alpha 2A$ アドレナリン受容体の選択的刺激を介してシグナル伝達を増強することにより不注意・多動・衝動性症状に有効性を発揮する。またグアンファシンは他剤とは異なり、CA を直接増加させないため、併存症の種類や有無にかかわらず ADHD に広く効果が期待される。そのため併存症が多くストレス状況に直面しやすい ADHD の臨床に適していると言えよう。そして忘れてはならないのは、「生きにくい」人々に「希望の処方」をすることであろう。

略 歴

坂元 薫

1975 年	栄光学園高等学校 卒業
1982 年	東京科学大学 (東京医科歯科大学) 医学部 卒業
	東京女子医科大学 神経精神科 入局、研修
1984 年	東京女子医科大学 神経精神科 助手
1985 年～1987 年	旧西ドイツ政府給費留学生・ボン大学 精神科 留学
1993 年	東京女子医科大学 神経精神科 講師
1999 年	東京女子医科大学 神経精神科 助教授
2007 年 4 月	東京女子医科大学 医学部 精神医学講座 教授
2016 年 8 月	赤坂クリニック坂元薫うつ治療センター センター長
2020 年 4 月	赤坂クリニック 院長
	現在に至る



モーニングセミナー 1

扁桃体を通して考える双極症

座長：三木 和平（医療法人社団ラルゴ 三木メンタルクリニック）

演者：押淵 英弘（東京女子医科大学 医学部 精神医学講座）

共催：共和薬品工業株式会社



MS1

扁桃体を通して考える双極症



押淵 英弘

(東京女子医科大学 医学部 精神医学講座)

双極性は、感情・認知・行動の多面的な異常を呈する疾患であり、その基盤には前頭前皮質と扁桃体を含む情動調節ネットワークの機能不全があるとされる。本セミナーでは、扁桃体の進化的・解剖学的背景から出発し、双極症におけるその異常活性がどのように臨床像と結びつくかを再検討する。

扁桃体は情動記憶の獲得・再固定・消去に関与する「意味づけの中核」として働き、前頭前皮質との相互作用によって行動選択が調整される。双極症ではこの「アクセルとブレーキ」の関係性が失調し、気分エピソードの不安定性やストレス脆弱性を生む可能性がある。また、扁桃体はHPA軸や概日リズム系とも連携し、慢性炎症や内分泌異常とも関連する。

薬理的には、クエチアピンがD₂・5-HT_{2A}拮抗作用に加え、代謝物ノルクエチアピンによる5-HT_{1A}部分アゴニスト作用を通じて、前頭前野や扁桃体の神経可塑性に影響を与える可能性が示唆されている。本講演では、薬物療法を「体験の意味づけの調整役」と捉え、個人化医療と精神療法的アプローチの接点についても展望する。

略歴

押淵 英弘

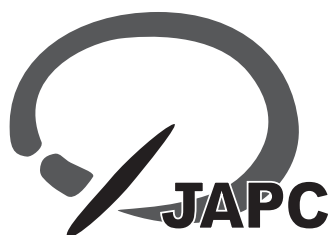
2002年 3月 23日 琉球大学 医学部 医学科 卒業
2002年 5月 1日 内科研修医 東京女子医科大学病院 循環器内科 (2004年 3月 30日まで)
2004年 4月 1日 医員 東京女子医科大学 精神医学講座 入局
2005年 4月 1日 東京女子医科大学大学院 精神医学講座 入学
2009年 3月 31日 東京女子医科大学大学院 精神医学講座 博士課程修了
2009年 4月 1日 助教 東京女子医科大学大学院 精神医学講座 (現在まで)
2009年 7月 1日 出向 常勤医 医療法人石郷岡病院 (2010年 6月 30日まで)
2010年 7月 1日 出向 東京厚生年金病院 精神科 (2011年 6月 30日まで)
2011年 7月 1日 助教 東京女子医科大学 精神医学講座 (2011年 11月 1日より休職)
2011年 11月 1日 客員研究員 米カリフォルニア大学 サンフランシスコ校 精神科 (2014年 10月 31日まで)
2014年 11月 1日 助教 東京女子医科大学 精神医学講座
2015年 4月 1日 医局長 東京女子医科大学 精神医学講座
2016年 11月 1日 講師 東京女子医科大学 精神医学講座
2017年 4月 1日 出向 主任部長 地域医療機能推進機構 (JCHO) 東京新宿メディカルセンター 神経科
2018年 4月 1日 講師 外来医長 東京女子医科大学 精神医学講座
2020年 4月 1日 出向 常勤医 神奈川県立こども医療センター 児童思春期精神科
2022年 4月 1日 准教授 東京女子医科大学 精神医学講座
2024年 12月 6日 准教授・診療部長代行 東京女子医科大学 精神医学講座

免許及び資格

精神保健指定医 (第16717号)	2011年 3月 27日
精神科専門医 (第15461号)	2009年
児童青年期精神医学認定医	2024年 4月 1日
子どものこころ専門医	2025年
医学博士 (東京女子医科大学)	2009年 3月
保険医 (登録番号 東医177009号)	2002年 6月 16日
医師免許 (医籍番号 426146号)	2002年 5月 9日
麻薬施用者免許証 (第4-81号)	

学会活動

日本精神神経学会：会員 (15461)・専門医・指導医・代議員選挙管理委員 (2015-2024)・オンライン診療検討委員 (2016-2023)
日本神経精神薬理学会：会員・評議員 (641-531-1783)
日本臨床精神神経薬理学会：会員
日本総合病院精神医学会：会員 (4213)・評議員・専門医・指導医
日本児童青年精神医学会：会員 (8317)・認定医
日本うつ病学会：会員 (20240011)
日本精神科診断学会：会員・評議員 (1279)
東京精神医学会：会員
東京女子医科大学学会：会員・評議員



モーニングセミナー 2

月経前不快気分障害と月経前症候群の 病態生理と精神疾患に与える影響

座長：上田 容子（神楽坂ストレスクリニック）

演者：菊山 裕貴（新阿武山病院）

共催：大塚製薬株式会社 ニュートラシューティカルズ事業部



MS2

月経前不快気分障害と月経前症候群の病態生理と精神疾患に与える影響



菊山 裕貴

(新阿武山病院)

月経前不快気分障害 (premenstrual dysphoric disorder: PMDD) は月経前症候群 (premenstrual syndrome: PMS) のうち精神症状が主体で強い場合と位置づけられ、DSM-5 で抑うつ障害群のカテゴリに分類されている精神疾患である。気分障害に PMDD が併存する場合、臨床転機が悪化し、疾病負担が増加することが報告されている。

PMDD の病態生理にはエストロゲンの変動が関与する。エストロゲンが増加しても減少しても抑うつ症状が出現する機序について Sugiyama らが estrogen receptor alpha ($ER\alpha$) と estrogen receptor beta ($ER\beta$) の「陰と陽」仮説を提唱している (Sugiyama N, et al: Trends Endocrinol Metab, 2010.)。扁桃体や視床下部には $ER\alpha$ が発現しており、 $ER\alpha$ へのエストロゲン結合の増加は恐怖や不安様行動を高める。また、セロトニン神経細胞体が存在する縫線核には $ER\beta$ が発現しており、 $ER\beta$ へのエストロゲン結合の低下はトリプトファンヒドロキシラーゼの転写が減少することによりセロトニン合成量が低減する。つまり、エストロゲンの増加も減少も不安や抑うつ症状を強める可能性がある。PMDD はこのうち月経前のエストロゲンの減少時期におけるセロトニン合成量の低減が症状発現に関与する。

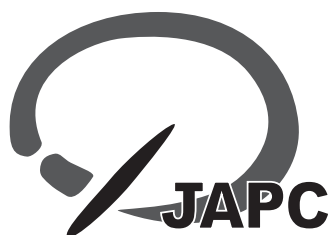
大豆イソフラボンの代謝物であるエクオールはエストラジオールに化学構造が類似しており、 $ER\alpha$ 、 $ER\beta$ へ結合するが固有活性はエストロゲンより低く、パーシャルアゴニストとして作用する。そのため、月経前の $ER\beta$ へのエストロゲン結合の減少時期にエクオールを摂取すれば、エクオールが $ER\beta$ に結合しセロトニン合成量の低減を防止することから PMS の症状を緩和すると考えられる。

他にも、低 Ca 血症は PMS のリスク因子であり、Ca 補充療法により PMS 症状が改善すること、ビタミン E の同族体である γ -トコフェロールが有意に PMS 期の倦怠感、イライラおよび怒りやすさを改善することが報告されており、PMS の病態生理には複合的要因が関与する。

略 歴

菊山 裕貴

1997 年 大阪医科大学 医学部 卒業
1997 年 大阪医科大学 神経精神医学教室にて臨床研修
1999 年 大阪医科大学 神経精神医学教室 大学院
2003 年 新阿武山病院勤務
現在に至る



スポンサードセミナー 1

睡眠障害への対応からみる 精神科外来における神経発達症診療

座長：西川 瑞穂（医療法人瑞月会 かく・にしかわ診療所）

演者：辻井 農亜（富山大学附属病院 こどものこころと発達診療学講座）

共催：ノーベルファーマ株式会社／株式会社メディopalホールディングス



スポンサードセミナー 1

共催：ノーベルファーマ株式会社／株式会社メディパルホールディングス

SS1

睡眠障害への対応からみる精神科外来における 神経発達症診療



辻井 農亜

(富山大学附属病院 こどものこころと発達診療学講座)

睡眠は脳の発達に不可欠であろうことはいうまでもない。神経発達症をもつ子ども達にとっても、睡眠は、ライフコースを通じて、子どもから高齢者までいずれの年代においても健康の増進や維持に不可欠な休養活動となる。睡眠障害は脳の構造や機能に著しい影響を与えると考えられるほか、神経発達症の病態生理にも影響を与える可能性が示唆されている。

神経発達症には、不眠症、過眠症、概日リズム障害、睡眠関連呼吸障害、睡眠時随伴症といった睡眠障害がみられることが知られている。これらの睡眠障害の存在は、不安や抑うつなどの内在化障害や、多動性や易刺激性、そして攻撃性といった外在化症状の両方に関連している。また、神経発達症をもつ子ども達への睡眠障害の評価においては、併存する精神疾患、神経発達症の特性としての社会的コミュニケーションの困難さ、同一性への固執、習慣への頑なこだわり、または感覚への過敏さなどの存在にも注意を払う必要がある。

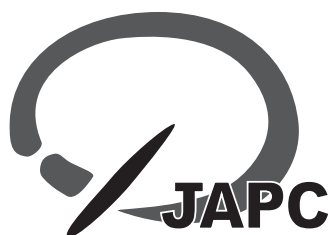
精神科外来における神経発達症診療においては、神経発達症の特性のみに着目するのではなく、家庭や友人関係、または学校といった地域社会での生活を支えるという視点も必要となる。その診療経過のなかでは、児童思春期から成人期に至るトランジションの過程を、さらには、神経発達症に併存する精神疾患が発症する過程を中長期的に支えるといった役割を担うこともあろう。

診断横断的な視点からも、神経発達症における睡眠障害を理解し対処することは、患者とその家族の生活の質を向上させることに繋がる。本セミナーでは、児童思春期から若年成人を中心に、睡眠障害への対応からみる精神科外来における神経発達症診療について考える。

略 歴

辻井 農亜

平成 13 年 3 月 産業医科大学 医学部 医学科 卒業
平成 13 年 4 月 近畿大学 医学部 精神神経科 入局
平成 19 年 3 月 近畿大学大学院内科系精神神経科学講座（大学院）卒業
平成 28 年 4 月 近畿大学 医学部 精神神経科 准教授
令和 4 年 6 月～ 富山大学附属病院 こどものこころと発達診療学講座 客員教授



スポンサードセミナー 2

眠れない不安へのアプローチ ～ベンゾジアゼピンの役割整理とオレキシン受容体拮抗薬の活用

座長：上田 均（医療法人ひまわり もりおか心のクリニック）

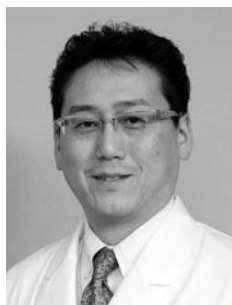
演者：稲田 泰之（医療法人悠仁会 稲田クリニック）

共催：エーザイ株式会社



SS2

眠れない不安へのアプローチ ～ベンゾジアゼピンの役割整理とオレキシン受容体拮抗薬の活用



稲田 泰之

(医療法人悠仁会 稲田クリニック)

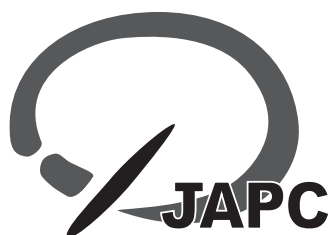
ベンゾジアゼピン受容体作動薬(BZD)は長年にわたり不安や不眠に対する第一選択薬として処方されてきた。しかし、長期使用に伴う依存などが問題視され、近年では診療報酬上の制限も設けられるなど、精神科臨床における位置づけは大きく変化してきている。今後は、BZDの処方にあたってより慎重な判断が求められるとともに、必要に応じた減量や中止といった「出口戦略」の重要性が一層高まっていくと考えられる。精神科医には、出口戦略を自らの診療に組み込み、BZDの適正な使い方を他科にも示していく役割が期待されている。

本講演では、当院におけるBZD減量の実践をもとに、その過程で得られた知見や工夫について紹介する。代替薬の候補となるオレキシン受容体拮抗薬の使い方に加え、不眠症状を「眠れないことへの不安」として捉え、出口戦略としてBZD抗不安薬を活用する手法についても解説する。また、処方実績データ等も示しながら、当院におけるBZD使用量の推移や減量プロセスの具体例を紹介するとともに、減量をもたらした治療上の変化についても共有したい。加えて、近年全国で取り組みが広がっている「地域フォーミュラリ」にも触れ、睡眠薬に関する地域連携の実践例を紹介する。

略 歴

稲田 泰之

平成 4 年 3 月 大阪医科大学 卒業
平成 6 年 7 月 大阪医科大学 助手 (神経精神医学教室)
平成 14 年 4 月 大阪医科大学 精神神経科 外来医長(リスクマネージャー)
平成 15 年 12 月 医学博士号 取得
平成 17 年 7 月 大阪医科大学 神経精神医学教室 講師
平成 17 年 9 月 稲田クリニック 開院
平成 19 年 5 月 医療法人悠仁会 理事長
平成 27 年 11 月 医療法人悠仁会北浜クリニック 開設
現在に至る



スポンサードセミナー 3

患者さんにも治療者にも安全な向精神薬治療を考える
～統合失調症・双極症の患者さんがもつ個別性の観点から～

座長：上ノ山一寛（医療法人遙山会 南彦根クリニック）

演者：藤井久彌子（滋賀医科大学 精神医学講座）

共催：住友ファーマ株式会社



SS3

患者さんにも治療者にも安全な向精神薬治療を考える ～統合失調症・双極症の患者さんがもつ個別性の観点から～



藤井久彌子

(滋賀医科大学 精神医学講座)

統合失調症や双極症の患者さんは、寿命が一般人口に比較して有意に短いことが言われている。一方で向精神薬治療には様々な副作用があるが、生命予後は治療を受けている場合にもっとも改善される (Tihonen J et al, Am J Psychiatry.2018)。すなわち治療の継続が患者さんの生活の質および生命予後を改善させる上でも重要となる。このように総体的に見ると投薬治療は恩恵をもたらすが、患者個々で見ると時に生命にかかわるような有害事象が生じうることもあり、そうした点を忘れるべきではないと思われる。

QT 延長は催不整脈リスクの不完全なバイオマーカーの1つと認識されているが、Ray WA らが2009年に New England Journal of Medicine に抗精神病薬を服用していると心臓突然死が増えるという報告をした。また、私たちの検討では統合失調症の患者さんは、抗精神病薬を服用する前から QT 間隔が長い可能性があるように (Fujii K et al. PloS One.2014)、それを踏まえるとそのような脆弱性があると考えて治療導入や継続する必要があるといえる。

双極症の患者さんの治療でも病相の治療と予防という観点が重要となる。演者は現在、精神疾患合併妊婦さんの治療に当たる機会があるが、双極症の患者さんは妊娠に伴い治療を中断することでの再発のリスクが2倍高いことが報告されている (Viguera AC et al, Am J Psychiatry, 2007)。また私たちは、精神疾患合併妊婦さんは妊娠糖尿病に注意が必要であると報告した (Fujii K, et al, Womens Health Rep.2024)。様々な患者さんの背景を考慮しながらよりよい薬物療法を探る心がけが大切となる。

患者さんは様々な生きにくさを抱えているが、少しでもそれが軽くなるお手伝いができればと患者さんと向き合うことを心がけたいと思っている。

略 歴

藤井久彌子

1994年 3月 滋賀医科大学 医学部 医学科 卒業
1994年 5月 滋賀医科大学 精神医学講座 研修医
1996年 1月 財団法人豊郷病院 精神科神経科 勤務
1999年 4月 滋賀医科大学 精神医学講座 助手
2001年 11月 米国ジョンズホプキンス大学 精神医学部門 客員研究員
2002年 9月 滋賀医科大学 精神医学講座 助手
2003年 6月 滋賀県立精神保健総合センター (現：精神医療センター) 医長
2005年 1月 医療法人琵琶湖病院 勤務
2006年 1月 滋賀医科大学 精神医学講座 助手
2007年 4月 獨協医科大学 精神神経医学講座 講師
2017年 1月 同 准教授
2018年 4月 獨協医科大学保健センター長 兼務
2019年 11月 滋賀医科大学 精神医学講座 准教授 (現在)

資格など

精神保健指定医、精神保健判定医
日本精神神経学会 (専門医・指導医)
日本総合病院精神医学会 (一般病院連携精神医学 専門医・指導医)
日本生物学的精神医学会 (評議員)
日本うつ病学会 (双極性障害委員会フェロー)

共催・協賛企業一覧

本会を開催するにあたり、下記の企業よりご支援をいただきました。
ここに深謝いたします。

ヴィアトリス製薬合同会社

エーザイ株式会社

大塚製薬株式会社

共和薬品工業株式会社

塩野義製薬株式会社

住友ファーマ株式会社

株式会社星和書店

武田薬品工業株式会社

ノーベルファーマ株式会社

Meiji Seika ファルマ株式会社

株式会社メディパルホールディングス

ルンドベック・ジャパン株式会社

50 音順

(2025 年 8 月 20 日)

精神医学・神経医学界を支援するための
医学情報ウェブサイト

Progress in Mind Japan Resource Center

精神・神経疾患領域に特化したルンドベックが最新の医学情報を提供

Contents

最新学術情報

国内外の医学誌・医学会における研究発表や注目のトピックスを日本語で紹介
ジャーナルニュース／学会ハイライト／文献レビュー

エキスパートによるインサイト

第一線で活躍されているエキスパートのインタビューシリーズ「精神医学クローズアップ」/
オンデマンド動画／ウェビナー開催

ナレッジライブラリー

精神科領域の評価尺度一覧／脳のイメージ素材集「Image Bank」/
THINC-it®など

japan.progress.im

URLまたは2次元コードからご登録をお願いします



ルンドベック・ジャパン株式会社

〒105-0001 東京都港区虎ノ門四丁目1番17号 神谷町プライムプレイス

LuJ-A4-2022-PiM