

プログラム

1日目 6月20日 (土)

第1会場 5F 503

12:30~13:30 ランチョンセミナー1

座長：上田 容子（神楽坂ストレスクリニック）

- LS1 不安性苦痛に着目したうつ病治療戦略
—うつ病診療ガイドライン 2025 を踏まえて—
高江洲義和（琉球大学大学院医学研究科 精神病態医学講座）

共催：大塚製薬株式会社

13:45~15:45 シンポジウム 1

かかりつけ医機能をもった精神科診療所とは
～「かかりつけ医制度」と「にも包括」の議論のなかで

座長：赤塚 英則（公益財団法人柿葉会 神奈川診療所）
加藤 大慈（戸塚西口りんどうクリニック）

- S1-1 診療所調査から「かかりつけ精神科医」を考える
藤井 千代（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）
- S1-2 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神科診療所の役割
上ノ山一寛（南彦根クリニック）
- S1-3 行政（政令指定都市）の立場から
「地域のかかりつけ精神科医（精神科診療所）」に期待すること
小西 潤（横浜市健康福祉局こころの健康相談センター）
- S1-4 認知初期集中支援チームの取り組みから
「地域のかかりつけ精神科医（精神科診療所）」について考える
赤塚 英則（公益財団法人柿葉会 神奈川診療所）

15:55~16:55 スポンサーセミナー1

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）

- SS1 児童青年期における統合失調症と外来診療
岡田 俊（奈良県立医科大学精神医学講座）

共催：住友ファーマ株式会社 メディカルアフェアーズ部

17:00~19:00 シンポジウム 2

老年期うつ病と認知症の外来診療— MCI・うつ・多職種連携の実践 —

総合座長：山崎 英樹（医療法人社団清山会 いずみの杜診療所）
シンポジウム座長：李 利彦（宏彰会李クリニック）
高橋 幸男（医療法人エスポアール出雲クリニック）

- S2-1 基調講演
老年期うつ病と認知症の診療—より良い「繋がり」をめざして
笠貫 浩史、伏屋 研二、雪竹 浩平
（聖マリアンナ医科大学 神経精神科学教室）

- S2-2 一般精神科診療所でできること ～父、長谷川和夫の外来をふりかえって～
長谷川 洋（長谷川診療所）
- S2-3 抗アミロイドβ抗体薬時代における診療の実際
～精神科クリニックで行う認知症診療～
村上 智子^{1,2)}
(¹⁾ ふないり脳クリニック、²⁾ こころホスピタル草津)
- S2-4 高齢者のうつ状態の他科との連携
芦刈伊世子（医療法人社団 あしかりクリニック）
- S2-5 老年期精神疾患と認知症の在宅医療
内門 大丈（医療法人社団彰耀会 メモリーケアクリニック湘南）

第2会場 5F 501

12:30～13:30

ランチョンセミナー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）

- LS2 ガイドラインに準じた成人期 ADHD 薬物療法ストラテジー
～グアンファシンをベースドラッグとして～
楠木 将人（心・漢方 くすのき医院）

共催：武田薬品工業株式会社

13:45～15:45

シンポジウム 3

精神科医療におけるオンライン診療の現状と展望 ～診療報酬と質の高い医療を目指して

座長：萩元 浩（はぎもとクリニック）
李 利彦（宏彩会李クリニック）

- S3-1 基調講演
オンライン精神科診療のあるべき姿とは～診療報酬を踏まえて～
松尾 幸治（埼玉医科大学医学部精神医学）
- S3-2 オンライン診療の光と影
中庭 洋一（なかにわメンタルクリニック）
- S3-3 不適切事例を通して適切な精神科オンライン診療を考える
李 利彦（宏彩会李クリニック）
- S3-4 不適切事例調査報告 第一報（令和8年6月）
～医療コンプライアンス向上プロジェクトチームより～
近藤 久勝（医療法人社団 近藤医院）

15:55～16:55

スポンサードセミナー2

座長：佐藤嗣有子（新子安こころのクリニック）

- SS2 知っておきたい思春期の睡眠の知識
～神経発達症の睡眠の問題～
加藤 久美（医療法人愛仁会 太田総合病院記念研究所附属診療所 太田睡眠科学センター）

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

精神科医療の未来

座長：三村 圭美（東川島診療所）

上田 容子（神楽坂ストレスクリニック）

- S4-1 日精協の立場からみた精神科医療の未来
—新たな地域医療構想における精神科病院の役割—
深澤 隆^{1,2)}
(¹⁾ 公益社団法人日本精神科病院協会、²⁾ 医療法人財団青仁会青南病院)
- S4-2 診療所の未来に向けて
高尾 哲也（医療法人イプシロン）
- S4-3 精神科医療の未来～単科精神科病院の立場から～
坂井 喜郎（秦野厚生病院）
- S4-4 これからの精神科医療において総合病院精神科は何をすべきか
辻野 尚久（済生会横浜市東部病院精神科）
- S4-5 多施設連携－精神科診療所の立場から
斎藤 知之（よりどころメンタルクリニック桜木町）

第3会場 5F 502

ランチョンセミナー3

座長：赤塚 英則（神奈川診療所）

- LS3 外来精神医療の役割を再考する
～統合失調症と双極症の治療を中心に～
阿瀬川孝治（医療法人三精会 汐入メンタルクリニック）

共催：住友ファーマ株式会社

一般演題（口頭発表）

座長：上村 誠（溝の口メンタルクリニック）

鎗木 宏（あおぞらクリニック）

- O-1 小学校低学年で精神症状が現れた長女の回復過程と回復のために必要な周囲の理解と環境の重要性
三良貴代美（グループホーム夢の花／シルバーリボンジャパン）
- O-2 養育者支援としての CARE™ プログラムの実践
～精神科クリニックにおける集団実施の効果について～
岡田 信吾、鬼頭 有代、尾熊 庸子
(医療法人いちえ 有希クリニック心療内科・精神科・児童精神科)
- O-3 外来治療と精神科デイケアの連携により社会参加の具体的成果を得た長期通院症例
—介護初任者研修資格取得に至った一例—
諏訪部優香、野末 浩之、塩田由紀江、外来看護一同、精神科デイケア一同
(横浜勤労者福祉協会 うしおだ診療所 精神科デイケア)
- O-4 うつ病再休職予防のための治療的多職種連携をめざして
田中 理香¹⁾、田中みどり¹⁾、一丸千佳子¹⁾、多田 潤司¹⁾、鎌田 怜那²⁾
(¹⁾ スタジオ リカ クリニック、²⁾ 一般社団法人マミリア)

-
- O-5 治療と仕事の両立支援におけるキャリアコンサルタント介入の有効性
—当院における多職種連携チームによる再休職防止の取り組み—
—丸千佳子、田中 理香
(スタジオリカクリニック)
- O-6 妊産婦のメンタルヘルスに関して精神科診療所は何ができるか？
伊藤 光宏 (南福島ひまわりクリニック)

15:15~15:45

日精診研究助成事業 (田中健記念研究助成後継事業) 2025年度 研究・調査助成部門対象者発表会

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)

実装研究のための統合フレームワーク (CFIR) を活用した精神科診療所における
包括的支援マネジメント普及の阻害要因の分析

榎戸 文子 (国際医療福祉大学小田原保健医療学部看護学科/
(前) 医療法人社団草思会錦糸町クボタクリニック)

15:55~16:55

スポンサードセミナー3

座長：浅井 逸郎 (医療法人社団ハートクリニック)

- SS3 Improving the Lives of Patients with Generalized Anxiety Disorder:
Moving Beyond the reduction of symptoms to Restore Daily Functioning
Philip Gorwood (GHU Paris Psychiatry and Neuroscience & University Paris Cité)

共催：ヴィアトリス製薬合同会社

17:00~19:00

シンポジウム 5

双極症と統合失調症の実臨床を可視化する： MUSUBI・MUSASI が示す外来診療の新展開

座長：肥田 裕久 (医療法人宙委会ひだクリニック)

阿瀬川孝治 (医療法人三精会汐入メンタルクリニック)

イントロダクション

- S5-1 コロナ禍は日本の双極症にどう影響したか。大規模データ "MUSUBI" から外観する
加藤 正樹 (関西医科大学医学部精神神経科学講座)
- S5-2 本邦 1 万例の外来リアルワールドデータから見た統合失調症治療
—抗精神病薬剤数・用量・治療抵抗性の可視化—
勝元 榮一 (かつもとメンタルクリニック)
- S5-3 MUSASI データによる生活保護受給をしている統合失調症患者の特徴
有川 雅俊 (医療法人三精会汐入メンタルクリニック)
- S5-4 MUSUBI と MUSASI の総括と今後
渡邊衛一郎 (杏林大学医学部精神神経科学教室)

まとめ・クロージング

ポスター会場 5F 503 前

15:15~15:45

一般演題 (ポスター発表)

座長：上村 誠 (溝の口メンタルクリニック)
鏑木 宏 (あおぞらクリニック)

P-1 心象写真の学術的分析 (心理・哲学・芸術学の観点から)

朱樹 音音¹⁾、三木 和平¹⁾、瀧田 絵美²⁾

(¹⁾ 医療法人社団ラルゴ三木メンタルクリニック、²⁾ 東京工芸大学芸術学部学生相談室)

P-2 音声バイオマーカーを用いた抑うつ症状のモニタリングに関する新規技術

周 迪¹⁾、長谷川 洋²⁾、加藤 大慈³⁾、大宮 康宏¹⁾、三村 圭美⁴⁾、木代 眞樹⁵⁾、
斎藤 庸男⁶⁾、三木 和平⁷⁾、内門 大丈⁸⁾、赤塚 英則⁹⁾

(¹⁾ PST メディカル株式会社、²⁾ 長谷川診療所、³⁾ 戸塚西口りんどうクリニック、⁴⁾ 東川島診療所、

⁵⁾ きしろメンタルクリニック、⁶⁾ さいとうクリニック、⁷⁾ 三木メンタルクリニック、

⁸⁾ メモリーケアクリニック湘南、⁹⁾ 神奈川診療所)

2日目 6月21日 (日)

第1会場 5F 503

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

睡眠障害の診断と治療

熊田 貴之 (医療法人ディープレインテンション)

共催：Meiji Seika ファルマ株式会社

9:00~10:00

特別講演 1

座長：上田 容子 (神楽坂ストレスクリニック)

SP1

精神保健医療福祉施策の動向

海老名英治 (厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 精神・障害保健課)

10:10~11:10

特別講演 2

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)

SP2

令和8年度診療報酬改定の概要

江澤 和彦 (公益社団法人日本医師会)

12:40~13:40

ランチョンセミナー4

座長：寺田 浩 (あおいクリニック)

LS4

不安に潜むリスクを見逃さない：GADの診断と治療介入の重要性

塩入 俊樹 (のぞみの丘ホスピタル/岐阜大学 名誉教授)

共催：ヴィアトリス製薬合同会社

13:50~16:50

産業医研修会シンポジウム

「ストレスチェック」の小規模事業所への適用開始 ～主治医と産業医の役割・関わりをめぐって～

座長：神山 昭男 (医療法人社団桜メデイスン 有楽町桜クリニック)

田中 和秀 (医療法人ひつじクリニック)

IS-1

シンポジウムの企画者の立場から

神山 昭男¹⁾、田中 和秀²⁾、高野 知樹³⁾

(¹⁾ 医療法人社団桜メデイスン 有楽町桜クリニック、²⁾ 医療法人ひつじクリニック、

³⁾ 医療法人社団弘富会 神田東クリニック)

IS-2

基調講演

小規模事業場へのストレスチェック実施義務化に向けて

諸富 伸夫 (厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課)

IS-3

主治医の立場から

川原 健資 (のぞみクリニック)

IS-4

産業医の立場から

高野 知樹 (医療法人社団弘富会 神田東クリニック)

IS-5 小規模事業場におけるストレスチェック義務化と実施について
中山 篤 (中山労務安全衛生管理事務所)

第2会場 5F 501

8:00~8:50 モーニングセミナー2

座長：木代 眞樹 (きしろメンタルクリニック)

MS2 双極症うつ治療のパラダイムシフト —抗うつ薬から抗精神病薬へ—
勝元 榮一 (かつもとメンタルクリニック)

共催：共和薬品工業株式会社

9:00~10:40 シンポジウム6

児童・思春期精神科外来の精神療法の未来像を考える

座長：猪股 誠司 (湘南福祉センター診療所)

S6-1 来院できない子どもへの新たな入口：メタバース活用の可能性
藤田 純一 (横浜市立大学附属病院児童精神科)

S6-2 当院における不登校児童に対する訪問診療・多職種連携による家族包括的アウトリーチ支援について

立野 慶、下里 侑子、北村 舞香、澁谷 佐季、森 あかね、後藤 詩織、小池 有香、永井 司、渡部 弥生、長崎 有弥

(医療法人社団ユニメディコ 藤が丘こころのクリニック)

S6-3 児童青年期の精神療法の基本
村上 伸治 (川崎医科大学精神科学教室)

10:50~12:30 シンポジウム7

「助けて」が言えない ～生きづらさを抱えた若年女性の心に寄り添う～

座長：鬼頭 有代 (医療法人いちえ 有希クリニック)

村上 智子 (ふないり脳クリニック)

S7-1 市販薬オーバードーズの理解と援助
松本 俊彦 (国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 薬物依存研究部)

S7-2 逆境的小児期体験が女性のメンタルヘルスに及ぼす影響
井上 猛 (札幌花園病院)

S7-3 ネット依存・アルコール依存症の女性の背景にある生きづらさ
三原 聡子 (独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター)

12:40~13:40 ランチョンセミナー5

座長：上田 均 (医療法人ひまわり もりおか心のクリニック)

LS5 就労者における労働生産性を考慮したうつ病治療
—MBC 実践と Vortioxetine 処方経験からの考察—
松崎 太志 (まつざきクリニック)

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

13:50~15:20

ワークショップ

診療所として措置診察との関わりを考える

座長：瀬尾 裕香（野間メンタルヘルスクリニック）

- WS-1 神奈川県精神科救急医療体制について
最首 知行（神奈川県健康医療局保健医療部がん・疾病対策課こころの未病グループ）
- WS-2 警察官通報から措置診察の流れ ～行政医からのメッセージ～
川本 絵理、長瀬 明美
（神奈川県精神保健福祉センター）
- WS-3 診療所として措置診察とのかかわり方
川名 明德（メイトクリニック鶴見）

15:20~16:50

シンポジウム 8

“困難”から“可能”へ — 多職種・多機関連携が拓く外来精神医療の新たなかたち —

座長：大鶴 卓（琉球こころのクリニック）

- S8-1 基調講演
出会いたくない出会いから始まる地域生活支援
—医療観察法医療が一般精神科医療にもたらしたもの—
久保 彩子¹⁾、前上里泰史¹⁾、諸見 秀太¹⁾、長根山由梨¹⁾、大鶴 卓²⁾
(¹⁾ 国立病院機構琉球病院 精神科、²⁾ 琉球こころのクリニック)
- S8-2 触法精神障碍患者のクリニックでの加療
—更生保護事業施設からの治療依頼の即日受け入れも含めて—
川口 哲（医療法人社団幸寿会 島原こころのクリニック）
- S8-3 医療観察法対象者の地域生活を支える多職種連携
—顔の見える関係性が生む、ニーズに沿った地域支援—
蕪木 雅士（医療法人社団利田会 周愛棠鴨クリニック）
- S8-4 医療観察法指定通院医療機関の経験から学ぶ：
—一般精神科外来へ生まれた変化と応用—
福田 大輔（医療法人陽山会 丸野クリニック）

第3会場 5F 502

8:00~8:50

モーニングセミナー3

座長：陶山 亨（かえるメンタルクリニック）

- MS3 地域フォーミュラリの視点から考える不眠症治療
～オレキシン受容体拮抗薬の位置付け～
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

9:00~10:40

シンポジウム 9

患者からのハラスメントの抑止と対応 ～ Web 上の風評被害対策を中心に

座長：斎藤 庸男（さいとうクリニック）

吉原 育男（医療法人社団 こころのクリニックよしはら医院）

座長によるアンケート結果報告

- S9-1 透析患者のペイシエントハラスメントと応招義務
大磯義一郎（浜松医科大学医学部法学教室）
- S9-2 患者対応のその先で —医療現場のカスタマーハラスメント対策—
森本智恵子（森本社会保険労務士事務所）

10:50~12:30

シンポジウム 10

発達障害の診断と治療 — 街の開業医にできること

座長：柏 淳（医療法人社団ハートクリニック ハートクリニック横浜）

木代 眞樹（医療法人社団聖眞会 きしろメンタルクリニック）

- S10-1 クリニックにおける自閉スペクトラム症の診断と支援
柴田 浩生（パークサイド柴田メンタルクリニック）
- S10-2 街の開業医が行う ADHD の診断 - 町医者レベルでできる診断法 -
柏 淳（医療法人社団ハートクリニック ハートクリニック横浜）
- S10-3 「発達障害の診断と治療 — 街の開業医にできること」心理検査の利用方法
木代 眞樹（医療法人社団聖眞会 きしろメンタルクリニック）
- S10-4 成人の神経発達症に対する薬物治療
太田 晴久（昭和医科大学発達障害医療研究所）
- S10-5 心理社会的治療の起点としての診療所
～セルフ・アドボカシーの獲得と社会との接点の再構築～
藤波佳代子（社会福祉法人友愛十字会 港区立障害保健福祉センター 地域活動支援センター
発達障害者支援室）

12:40~13:40

ランチョンセミナー6

座長：上田 容子（神楽坂ストレスクリニック）

- LS6 女性のライフステージとメンタルヘルス
～女性ホルモンとの関係を中心に～
大坪 天平（医療法人高仁会戸田病院）
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グループ

13:50~15:20

シンポジウム 11

デイケアと“他制度（障害福祉・就労・教育）”のリアルな接続

座長：野末 浩之（公益財団法人横浜勤労者福祉協会うしおだ診療所）

- S11-1 精神科デイケアの 30 年後を俯瞰する
斎藤 庸男（さいとうクリニック）

-
- S11-2 **デイケアと“他制度（障害福祉・就労・教育）”のリアルな接続**
有川 雅俊（医療法人三精会汐入メンタルクリニック）
- S11-3 **利用者も支援者も支える—地域の現場から見えてきたこと—**
石塚 友希（社会福祉法人横浜市社会事業協会 更生施設横浜市中央浩生館）
- まとめ**
金 廣一（座間メンタルクリニック）

15:20~16:50

シンポジウム 12

日常診療における自殺対策 — 病診連携の立場から

座長：里村 淳（みずほ台病院心療内科）

- S12-1 **精神科クリニックにおける自殺対策—病診連携の立場から—**
三木 和平（医療法人社団ラルゴ三木メンタルクリニック）
- S12-2 **総合病院における自殺予防対策**
～横浜市立大学附属市民総合医療センターを中心とした取り組み～
宮崎 秀仁^{1,2)}、須田 顕^{1,3)}、吉見 明香^{1,3,4)}、藤田 純一^{1,5)}、浅見 剛^{1,5,6)}
(¹⁾ 横浜市立大学精神医学教室、²⁾ 鵬友会横浜ほうゆう病院、
³⁾ 横浜市立大学附属市民総合医療センター精神医療センター、
⁴⁾ 横浜市立大学附属市民総合医療センター高度救命救急センター、
⁵⁾ 横浜市立大学附属病院児童精神科、⁶⁾ 横浜市立大学附属病院精神科)
- S12-3 **診療所における児童思春期の自殺対策**
～小児期逆境体験（ACEs）への配慮と多機関・病診連携の視点から～
池下 克実（いちメンタルクリニック日本橋）

第4会場 4F 414+415

12:40~13:40

ランチョンセミナー7

座長：三木 和平（三木メンタルクリニック）

- LS7 **「うつ病診療ガイドライン 2025」に見る新しいうつ病治療のあり方**
渡邊衛一郎（杏林大学 医学部 精神神経科学教室）

共催：塩野義製薬株式会社

産業医研修会シンポジウム

「ストレスチェック」の小規模事業所への適用開始 ～主治医と産業医の役割・関わりをめぐって～

座長：神山 昭男 (医療法人社団桜メデイスン 有楽町桜クリニック)
田中 和秀 (医療法人ひつじクリニック)
演者：神山 昭男 (医療法人社団桜メデイスン 有楽町桜クリニック)
諸富 伸夫 (厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課)
川原 健資 (のぞみクリニック)
高野 知樹 (医療法人社団弘富会 神田東クリニック)
中山 篤 (中山労務安全衛生管理事務所)

【セッションのねらい】

2025年5月の労働安全衛生法改正により、従業員50人未満の小規模事業所へのストレスチェック義務化が決定し、2028年度頃（最長2028年5月まで）の施行が予定されています。これまで努力義務だった対象が義務化されるため、小規模事業者も衛生委員会の設置が不要な場合でも、専門家による実施やプライバシー保護を徹底した上で、計画的に準備を進める必要があります。

本シンポジウムでは、精神科外来の主治医として直面する臨床的課題と、産業医が小規模事業場で抱える制度運用上の困難を俯瞰し、両者がどのように協働し得るのかを多角的に検討します。

精神科外来の主治医が、治療者としてだけでなく、働く人のメンタルヘルスを支える社会的役割を再確認し、産業医との協働を通じてより良い支援体制を構築するための議論の場とすることが、本企画のねらいです。



神山 昭男¹⁾、田中 和秀²⁾、高野 知樹³⁾

¹⁾ 医療法人社団桜メデイスン 有楽町桜クリニック、²⁾ 医療法人ひつじクリニック、³⁾ 医療法人社団弘富会 神田東クリニック

ストレスチェック制度は、平成26年の労働安全衛生法改正で創設され、平成27年12月から常時50人以上の労働者を使用する事業場で実施が義務化された。当初は小規模事業場では努力義務とされていたが、その後の検討を経て、令和7年改正労働安全衛生法により50人未満の事業場にも義務化される方向が明確となった。

この制度の目的は、労働者自身がストレス状態に気づき、メンタルヘルス不調を未然に防ぐ一次予防にある。また、高ストレス者を早期に把握して医師面接につなげること、さらに集団分析を通じて職場環境改善に結び付けることも重要な柱である。厚生労働省も、制度の効果は実施だけでなく、集団分析や職場環境改善まで行うことで、心理的ストレス反応の軽減や生産性向上につながると報告している。

しかし、小規模事業場では産業医や衛生管理体制が十分でない場合が多く、相談先の乏しさや、管理監督者との距離の近さによる結果開示への不安、代替要員不足による通院や休業の困難など、固有の課題がある。そのため不調が表面化しにくく、発見時には重症化していることも少なくない。一方で、小規模事業場でもメンタルヘルスの問題は決して少なくないことが指摘されている。

限られた人員で運営される小規模事業場では、一人の不調が職場全体に及ぼす影響は大きい。だからこそ、早期把握や外部資源の活用、職場環境の見直しにつなげる入口としてストレスチェック制度を活用する意義は大きい。また、治療継続と就労継続を支える対話の起点として活用されてこそ、その真価が発揮されると考える。

そこで本シンポジウムでは、厚生労働省の佐々木孝治先生に小規模事業場における制度導入の課題をご解説いただく。続いて、主治医、産業医、労務コンサルタントそれぞれの立場から講演をいただき、フロアの先生方も交えた討論を通じて、本テーマの最新情報と今後の具体的課題を共有したい。

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



諸富 伸夫

(厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課)

ストレスチェック制度は、労働者にストレスの状況についての検査（ストレスチェック）を実施し、本人のストレスへの気付き・セルフケアを促すとともに、検査結果の集団ごとの集計・分析を通じて、職場のストレス要因の改善につなげることで、メンタルヘルス不調の未然防止を図る仕組みである。労働安全衛生法に基づくストレスチェックの実施については、平成27年に義務化されたが、産業医の選任義務のない労働者数50人未満の事業場については、当分の間努力義務とされていた。

近年、精神障害の労災支給決定件数が増加傾向にあり、小規模事業場においても多数発生しているなど、事業場規模にかかわらずメンタルヘルス対策が課題となっていることから、令和7年の労働安全衛生法の改正により、労働者数50人未満の事業場にもストレスチェックの実施が義務化された（施行日は令和10年4月1日）。厚生労働省においては、産業医の選任義務がなく、産業保健体制が脆弱な50人未満の事業場において、ストレスチェック制度が適切に導入されるよう、労働者のプライバシーが保護され、現実的で実効性のある実施体制・実施方法を示したマニュアル（小規模事業場ストレスチェック制度実施マニュアル）を公表し、事業場に周知している。

また、労働者数50人未満の事業場に対し、高ストレス者の医師の面接指導を無料で実施している地域産業保健センターの体制拡充を行うこととしている。

略歴

諸富 伸夫

- 2002年 3月 産業医科大学医学部医学科卒業
- 2010年 4月 新日本製鐵株式会社八幡製鐵所産業医
- 2012年 10月 厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課中央じん肺診査医
- 2014年 4月 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長補佐
- 2015年 4月 大阪府健康医療部保健医療室健康づくり課長
- 2019年 4月 秋田県健康福祉部長
- 2021年 9月 厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課主任中央じん肺診査医
- 2022年 6月 厚生労働省保険局医療課医療指導監査室長
- 2024年 7月 法務省矯正局矯正医療管理官
- 2026年 4月 厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課長



川原 健資

(のぞみクリニック)

小規模事業所へのストレスチェック制度拡大は、精神科診療所の医師に産業保健的役割を求める状況を生む可能性がある。通院患者からの相談、高ストレス者の受診、産業医不在事業所からの医師面接指導や意見書の依頼など、主治医は臨床医としての立場と就労判定など産業保健的役割の狭間で葛藤する。

本発表では、主治医と産業医の判断軸の違いを整理し、小規模事業所における構造的課題を踏まえたうえで、主治医の適切な関与の範囲と連携の在り方について検討する。

また小規模事業所が地域産業保健センターを利用することも増加すると考えられる。演者は地域産業保健センターの嘱託医であり、現状と問題について考察する。

最後に精神科診療所の多くが小規模事業所であるため、各々の診療所でストレスチェックを行うことを想定した場合の問題点にも言及したい。

略 歴

川原 健資

- 1987年 新潟大学医学部卒業
東京女子医科大学東医療センター
- 1989年 東京大学医学部心療内科、関東医療少年院
- 1990年 藤枝市立志太総合病院心療内科
- 1992年 横浜労災病院心療内科
- 2001年 のぞみクリニック開設



高野 知樹

(医療法人社団弘富会 神田東クリニック)

小規模事業場におけるストレスチェック制度の義務化は、メンタルヘルス対策の裾野を広げる重要な一歩である。一方で、産業医の立場からみると、その運用にはいくつかの課題がある。50人未満の小規模事業場では、産業医の選任義務がなく、衛生管理体制や相談体制が十分に整っていないことが少なくない。そのため、ストレスチェックを実施しても、その結果を適切に解釈し、医師面接や職場環境改善へとつなげる仕組みが弱い場合がある。

また、事業場の規模が小さいほど、労働者と管理監督者との距離が近く、結果の取扱いに対する心理的な不安が生じやすい。高ストレス者として手を挙げることで自体に躊躇が生まれ、制度が本来持つ早期支援の機能が十分に発揮されない可能性もある。さらに、人員に余裕がない職場では、通院や休養の調整、業務配慮を実施すること自体が難しい場合もあり、結果として支援が遅れることもある。

しかし、だからこそ外部専門職の関与が重要になる。小規模事業場の産業医は、ほとんど非常勤嘱託であるため、ある意味で外部コンサルタント的役割という意識で割り切って関わるのも合理的かも知れない。ストレスチェックの結果を個人支援と職場環境改善の双方に生かし、事業者と労働者の対話を促進することが求められる。制度を単なる「実施義務」ととどめず、職場のメンタルヘルス対策を前進させる契機とすることが、産業医に期待される役割である。

本シンポジウムでは、こうした視点から、小規模事業場におけるストレスチェック制度の実務上の課題と、産業医としてどのように関与し支援していくべきかについて考えてみたい。

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業後、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



中山 篤

(中山労務安全衛生管理事務所)

現状では、ストレスチェックの実施は規模50人未満の事業場（以下「小規模事業場」という。）には義務化されていない。しかし、ストレスチェックはメンタルヘルス不調の未然防止（一次予防）を強化する取り組みであり、実際、労働者自身のストレスの状況への気づきを与える効果やストレスを低減させる効果が確認されている。今後の方向性としては、十分な支援体制の整備を図ったうえで小規模事業場を含めた全事業場にストレスチェックを拡大することが必要とされ、令和7年5月の労働安全衛生法改正により、小規模事業場でも実施が義務化されることとなった。

しかし、小規模事業場においてストレスチェックを実施するにあたっては、小規模事業場ならではの課題があり、国の検討会（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）において①労働者のプライバシー保護、②医師の面接指導の事後措置、③小規模事業場に即した実施内容、④実施コストなどについて検討され、中間とりまとめとして報告された。

これらの検討を踏まえ、小規模事業場におけるストレスチェック実施にあたって、小規模事業場に即した労働者のプライバシーが保護され現実的で実効性のある実施体制・実施方法等についてのマニュアル（小規模事業場ストレスチェック制度実施マニュアル）が作成され公表された。

行政はメンタルヘルス対策を全労働者にいきわたらせることを目指しており、このマニュアル等により、ストレスチェックを小規模事業場にも定着させてこうとするであろう。今後は当然のことながら、小規模事業場に対する労働基準監督署の監督等の際に、ストレスチェックの実施を含めメンタルヘルス対策の有無について確認指導が強化されるようになるであろう。

略 歴

中山 篤

1977年 旧労働省に労働基準監督官として任官
東京、福島、北海道、青森労働局（労働基準局）において労働基準監督官として勤務
2015年 東京労働局三田労働基準監督署長で定年退職
現 社会保険労務士 労働衛生コンサルタント 産業カウンセラー
中山労務安全衛生管理事務所所長

シンポジウム 1

かかりつけ医機能をもった精神科診療所とは ～「かかりつけ医制度」と「にも包括」の議論のなかで

座長：赤塚 英則（公益財団法人柿葉会 神奈川診療所）

加藤 大慈（戸塚西口りんどうクリニック）

演者：藤井 千代（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

上ノ山一寛（南彦根クリニック）

小西 潤（横浜市健康福祉局こころの健康相談センター）

赤塚 英則（公益財団法人柿葉会 神奈川診療所）

【セッションのねらい】

「かかりつけ医」という言葉は日常語として生活に根ざし、「普段から診てもらい、困ったときにまず頼れる身近な医師」という、主に関係性を表す概念として理解されてきた。しかし厚生労働省が医療機関機能報告制度の中に「かかりつけ医機能報告制度」という名称を用い、精神障害分野での議論においては「かかりつけ精神科医機能」という名称が用いられたことで、本来の「かかりつけ医とは何か？かかりつけ医はどうあるべきか？」という議論がかみ合わなくなる場面も生じている。本シンポジウムでは、まず本来の意味での「かかりつけ医」を念頭に議論を進めたい。

2025年4月には「かかりつけ医機能報告制度」が施行された。今後、慢性疾患を有する高齢者や、継続的に医療を必要とする人々を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（①日常的な診療の総合的・継続的实施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など）について、特定機能病院を除く全ての医療機関に対し、都道府県知事への報告が求められることとなった。1号機能の40疾患には、当然ながら精神疾患も複数含まれている。

一方で、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（にも包括）」は、2024年度施行の改正精神保健福祉法においてその構築の必要性が明記され、精神科診療所の協力も期待されている。にも包括の構築に係る検討会（2021年3月）においては、精神障害者がかかりつけとしている精神科医療機関に求められる機能が取りまとめられ、その機能は、①かかりつけ精神科医機能（ケースマネジメントの実施）、②地域の精神科医療への貢献、③精神科救急医療体制への参画、④にも包括の構築に資する拠点機能、とされたが、現在も様々な議論が続いている。

精神科診療所に求められている今後の方向性を考えるにあたっては、全科に共通する「かかりつけ医機能制度」を踏まえつつ、「にも包括」の議論の中で示されてきた「かかりつけ医機能をもつ精神科診療所」とはどういうものかを改めて検討する必要がある。

本シンポジウムでは、かかりつけ医に関する厚労省における議論を整理しつつ、精神科診療所の機能を改めて抽出し、診療所の多様性（規模や立地、専門性など）を踏まえながら、地域において求められている機能をもつ精神科診療所とはどのようなものかを考える。そして現行制度の枠組みの中でその実現に向けて活用可能なシステムを提案し、具体的で現実的な議論を試みる。



藤井 千代

(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

本発表では、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に向けて実施した精神科診療所調査の結果を踏まえて、かかりつけ精神科医に求められる機能について検討する。調査からは、多くの精神科診療所が常勤医師1名を中心とする小規模体制で運営される一方、医師以外の専門職を配置し、多職種協働によって地域の多様なニーズに応じている実態が明らかになった。特に、多職種を配置している診療所ほど、予約外初診や時間外対応、地域支援機関との連携、地域貢献活動を柔軟に実施している傾向がみられた。さらに、患者・家族への面接、多機関連携、行政・司法・教育・福祉・労働分野への協力など、診療報酬上は十分評価されない役割も数多く担っていた。一方で、初診に60分以上を要する割合が高い診療所では待機日数が長くなる傾向がみられ、個々の患者に丁寧に対応することと、地域全体の初診ニーズに応えることの間で構造的なジレンマが示唆された。診療の質を診察時間の長さのみで評価することには限界があり、むしろ、患者の状態や地域の状況に応じて、医師とコメディカルが役割分担しながら柔軟に対応できる体制こそ重要と考えられる。しかしながら、現在の診療報酬の仕組みでは、かかりつけ精神科医に求められる機能を果たすことには大きな困難が伴い、理想と現実には大きな乖離があるといえる。地域医療構想に精神科も含まれることになった現在、地域全体で精神科医療機関の位置づけについて検討し、適切に評価する仕組みの必要性が高まっている。

略歴

藤井 千代

1993年 防衛医科大学卒業
1993年 防衛医大病院精神科
2001年 慶應義塾大学大学院修了、医学博士
2001年 自衛隊中央病院精神科医長
2008年 埼玉県立大学保健医療福祉学部 准教授
2014年 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 司法精神医学研究部室長
2015年 同 社会復帰研究部 部長
2018年 同 地域精神保健・法制度研究部 部長



上ノ山一寛
(南彦根クリニック)

今日の政策的な課題として「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」（以下「にも包括」と略す）を構築していくことが挙げられている。「にも包括」の対象は、「精神障害の有無や程度にかかわらず」と拡大されている。単に精神障害を有する方だけでなく、「精神保健医療福祉上のニーズを有する方」に対して、その意向やニーズに応じ、身近な地域で切れ目なくこれらのサービスを利用し、安心して暮らせるようにする体制を構築するとしている。

拡大された「にも包括」の対象は、精神科診療所の守備範囲と重なる。精神科診療所は利用者の身近にあって、1次予防、2次予防、3次予防の広い範囲をカバーしている。精神科診療所は多様な精神疾患への医療サービスの提供にとどまらず、保健予防サービスや障害福祉サービスを含めた幅広い領域をカバーし連携していくことを期待されている。今日いじめ・不登校、母子保健・子育て、高齢・介護、生活困窮者支援等の様々な領域において、メンタルヘルスの問題が表面化してきている。これらのニーズを抱えた人々が諸制度の谷間で苦しむことの無いように、身近な地域で切れ目なくサービスを利用しながら、安心して暮らせるような体制を構築することが求められている。

今日の診療報酬体系は、医師一人の働きに大きく依存したモデルによって組み立てられており、チーム医療や、地域連携への評価はまだまだ乏しい。それでも、多くの診療所において、様々な形で多職種によるチーム医療やアウトリーチを行い、関係機関との連携をはかりながら、これらのニーズにこたえようとしている。また、一つの診療所でやれることは限られているので、診療所間での協力・連携を工夫することや、市町村などの関係機関との連携を進めていくことも必要になると思われる。本シンポジウムでは「かかりつけ医」をテーマに、「にも包括」における精神科診療所の可能性について考えてみたい。

略歴

上ノ山一寛

- 1976年 京大医学部卒業
- 1976年 長浜日赤精神科勤務
- 1979年 慈恵中央病院勤務
- 1983年 湖南病院勤務
- 1990年 南彦根クリニック開設

S1-3

行政（政令指定都市）の立場から 「地域のかかりつけ精神科医（精神科診療所）」に期待すること



小西 潤

(横浜市健康福祉局こころの健康相談センター)

本発表では、かかりつけ医機能報告制度および「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（にも包括）」の議論を踏まえ、地域精神保健医療における精神科診療所への期待を、横浜市の取り組みと現場課題から整理する。本市では、区福祉保健センター・精神保健福祉センターによる地域精神保健福祉体制を整備してきた。地域の多様な主体が参画する協議の場を基盤として、にも包括の仕組みを、1相談、2退院、3居住、4支援者・研修、5普及啓発、6お互いに・ピアという領域に整理し、困りごとの早期把握、入院から地域生活への移行、住まいの確保、支援者のスキル向上、住民の障害理解促進、当事者の参画といった取組が進められている。

しかし、課題は依然として残る。若年層の精神疾患の多様化、医療機関との連携のばらつき、日中活動や体験の場の不足、住まい確保の難しさ、ピアサポートの属人的運用、支援方法の違いによる関係機関間の調整困難など、地域の実情は複雑である。特に、医療と福祉が互いの役割を理解し、継続的に連携できる体制づくりは多くの区で共通するニーズとして挙げられている。

こうした現状を踏まえ、精神科診療所に求められる役割を、地域支援との関わり方や連携のあり方といった視点から検討する。つまり、地域で生じる困難や課題を共有し、多様な支援主体と協働しながら、地域生活を支える仕組みにどのように関与していくかという観点で整理を試みる。精神科診療所が専門性を活かしつつ地域の一員として参画することは、障害の有無にかかわらず誰もが自分らしく安心して暮らせる地域づくりにとって重要な基盤となる。本市の実践を手がかりに、持続可能な地域精神保健医療体制の方向性を考えたい。

略 歴

小西 潤

2004年3月 横浜市立大学医学部医学科卒業
2004年4月から 横浜市内外の精神科病院等で研修医・精神科医として勤務
2014年9月 横浜市立大学大学院医学研究博士課程修了
2018年4月 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課
2020年4月 横浜市健康福祉局こころの健康相談センター
2024年4月から こころの健康相談センター長

S1-4

認知初期集中支援チームの取り組みから 「地域のかかりつけ精神科医(精神科診療所)」について考える



赤塚 英則

(公益財団法人柿葉会 神奈川診療所)

2012年度に創設された認知症初期集中支援チームは、2019年9月末には全国のすべての市町村で整備され、40歳以上で認知症が疑われるが医療や介護サービス等を受けていない人に対し、専門チームが関わり訪問やアセスメントを実施している。地域包括支援センターに置かれることも多いが、地域の医療機関に委託している自治体もあり、当診療所は横浜市に委託され、2016年9月より横浜市神奈川区(人口25万人弱)において活動をしている。

取り上げられるのは地域のいわゆる困難ケースが多く、認知症はもちろん、発達障害や未治療の統合失調症が加齢による認知機能低下や生活環境の変化により事例化したケースも少なくない。困った高齢者＝認知症ではなく、高齢になった精神疾患患者、高齢発症の精神疾患患者ということもあり、見立て以外にも精神科医が関わることでその後がスムーズになると実感している。

チーム構成員のうち1名は、日本老年精神医学会か日本認知症学会の専門医、または認知症サポート医とされているが、2020年の大阪大学の調査によると精神科医が担っているチームが40%強であった。横浜市でも18区のうち13区が精神科診療所か精神科病院が担当している。

チームが活動するにあたっては、行政、地域包括支援センター、ケアマネジャー、民生委員、その他の地域支援施設・スタッフとの連携が欠かせない。実際、ケースを通じてこれらの方々と顔の見える関係となり、さまざまなことを相談できるようになった。これこそ地域包括ケアシステムを実践する代表的な取り組みであり、地域を各機関が連携して支えるというイメージである。

これまで蓄積されてきた認知症初期集中支援チームのノウハウを精神保健に応用することで、にも包括に対応した「かかりつけ精神科医(精神科診療所)」としての役割を担うことが可能であると考えられる。

略歴

赤塚 英則

- 1985年 3月 横浜市立大学医学部医学科卒業
- 1985年 5月 財団法人横浜勤労者福祉協会 汐田病院にて内科・外科・神経内科研修
- 1987年 3月 津軽保健生活協同組合 藤代健生病院にて精神科研修
- 1990年 12月 財団法人柿葉会 神奈川診療所勤務
- 1997年 8月 神奈川診療所所長、柿葉会理事
- 2009年 6月 公益財団法人柿葉会理事長
- 2024年 6月 一般社団法人 神奈川県精神科診療所協会会長

シンポジウム 2

老年期うつ病と認知症の外来診療 — MCI・うつ・多職種連携の実践 —

総合座長：山崎 英樹 (医療法人社団清山会 いずみの杜診療所)

シンポジウム座長：李 利彦 (宏彩会李クリニック)

高橋 幸男 (医療法人エスポアール出雲クリニック)

演者：笠貫 浩史 (聖マリアンナ医科大学 神経精神科学教室)

長谷川 洋 (長谷川診療所)

村上 智子 (ふないり脳クリニック/こころホスピタル草津)

芦刈伊世子 (医療法人社団 あしかりクリニック)

内門 大丈 (医療法人社団彰耀会 メモリーケアクリニック湘南)

【セッションのねらい】

超高齢社会を迎え、外来精神医療における老年期うつ病と認知症の診療は、ますます複雑化している。うつ病と認知症の併存、MCI段階からの早期介入、身体疾患の合併、支援拒否例への対応、家族ケアなど、多面的な課題に対応するためには、精神科・身体科・地域支援の緊密な連携が不可欠である。本シンポジウムでは、老年期うつ病およびレビー小体型認知症の第一人者である 笠貫浩史 先生 (聖マリアンナ医科大学 神経精神科学教室 教授) による基調講演「老年期うつ病と認知症の診療—より良い「繋がり」をめざして」を行い、その後、4名の演者の先生方にご登壇いただく。長谷川先生からは一般精神科診療所における高齢者精神疾患診療について、村上先生からは抗アミロイドβ抗体薬治療を目的に来院された患者のうち、適応外となる症例も多い現状を踏まえた精神科的介入の実際と課題についてご紹介いただく。芦刈先生からは身体科との連携の中で診ることの重要性を、内門先生からは老年期精神疾患および認知症における在宅医療の実際についてご講演いただく。最後に、座長、笠貫先生、ならびに登壇者4名による総合討論を行い、老年期うつ病と認知症の外来診療から在宅医療までを見据え、多職種連携の必要性を含めて、精神科外来診療の今後の方向性について議論していく。

S2-1

基調講演

老年期うつ病と認知症の診療－より良い「繋がり」をめざして



笠貫 浩史、伏屋 研二、雪竹 浩平

(聖マリアンナ医科大学 神経精神科学教室)

高齢者年齢帯におけるMCIと認知症が大きな社会課題であることはいうまでもない。加えて、本邦の外来診療統計によれば、気分症群外来通院患者数の約32%は65歳以上である（厚生労働省「こころの病気の患者数の状況（2022）」）。近年の大規模コホート研究やLancet Commissionの報告が示すように、うつ病は認知症の危険因子としてのみならず、前駆症状や発症後の神経精神症状としても位置づけられ、双方向性の関係性が示唆されている。中年期以降のうつ病罹患は長期にわたり認知症発症リスクを高めるため、長期的視点が必要である。MCI・認知症・うつ病、そしてその境界領域に関する見立てとマネジメントは、人生後半期の外来精神科診療における中核的課題であると思われる。

この境界領域について、老年期うつ病の一部がレビー小体型認知症の前駆状態として精神医療現場で事例化することには特に留意したい。実際、Kazmiが報告した老年期うつ病連続症例コホートでは、約4分の1の症例でドパミントランスポーターイメージング異常が見出されている。その全例がレビー小体病と即断することはできないものの、治療抵抗性・難治化の経過を示す老年期うつ病症例において、レビー小体病の病態に対応する諸症状（自律神経症状、レム期睡眠行動異常症、軽微なパーキンソン症状など）を評価する統合的視点が臨床的に重要と考える。近年示された英国の大規模うつ病コホートデータからはうつ病の「治療」は認知症リスク低減に寄与する可能性が示されており、薬物療法、心理社会的介入、さらにはニューロモデュレーションを含めた老年期うつ病の治療最適化が求められているが、治療エビデンスはまだ十分でない現状がある。

シンポジウムの導入として、本講演では上記を踏まえた診療のポイント、そして在宅医療・診療所・病院の連携に関する話題を提供したく思う。

略歴

笠貫 浩史

- 2004年 順天堂大学医学部卒業
- 2006年 東京都立府中病院（現多摩総合医療センター）精神神経科・後期専門研修医
- 2008年 順天堂大学 精神医学教室 入局
- 2015年 米国Mayo Clinic・Neuroscience部門へ留学
- 2017年 順天堂大学医学部 精神医学講座 准教授
- 2020年 聖マリアンナ医科大学 神経精神科学教室・病院教授；
神奈川県川崎市北部・地域型認知症疾患医療センター長
- 2022年 聖マリアンナ医科大学 神経精神科学教室・教授

S2-2

一般精神科診療所でできること ～父、長谷川和夫の外来をふりかえって～



長谷川 洋
(長谷川診療所)

私は平成18年に川崎市中原区で診療所を開院しました。開院し半年ほどたってから父も外来診療を週に一度、一緒におこなっておりました。

父が聖マリアンナ医大神経精神科を退官した後に私が入局しましたので一緒に勤務したことはありませんでしたから診療している姿を初めてみることとなりました。

父が大事にしていたことは、「待つこと」「患者さんご本人抜きで話をしない」「ともに悩み、ともに喜ぶこと」でありました。また「HDS-R」を行う際には「簡単な質問も含まれているのですが診断の助けになるものなので、ご協力いただきたいのです。」とお願いする姿勢が大事だとも話しておりました。

私が準備しております内容は、このセッションの一番手でお話できるようなことではない、エビデンスのない、昼食の時に話すような雑談かもしれません。晩年に認知症になって感じていたこと、医局の先輩方から伺った「長谷川和夫教授との思い出」などもお話したいと思っております。



略 歴

長谷川 洋

1995年聖マリアンナ医科大学卒業、同大学神経精神科入局。

2006年長谷川診療所を開院。

聖マリアンナ医科大学非常勤講師、東京医療学院大学非常勤講師、神奈川県精神神経科診療所協会副会長。

S2-3

抗アミロイドβ抗体薬時代における診療の実際 ～精神科クリニックで行う認知症診療～



村上 智子^{1,2)}

(¹⁾ ふないり脳クリニック、²⁾ こころホスピタル草津)

認知症診察を行う診療所は多いが、精神科クリニックにおける物忘れ専門外来は限られる。精神科クリニックで抗アミロイドβ抗体薬導入が可能な施設は全国的にも少ない。当院における診療の実際と課題、および精神科クリニックが地域の認知症診療に果たす役割について考察する。

当院は脳外科医と精神科医（認知症専門医）の2名体制で診療を行い、精神科での認知症専門外来を特徴としている。抗アミロイドβ抗体薬の登場により、軽度認知障害（MCI）の段階からの早期診断・早期介入の重要性がさらに高まっている。抗体薬導入施設の施設基準では大学病院や総合病院での導入が多く、受診ハードルが高い。クリニックの利点として受診しやすさがあり、早期受診につなげる役割が期待される。

当院ではかかりつけ医や介護職との連携を重視しており、物忘れや認知症鑑別を主訴に来院した患者のうち約40%が医療機関からの紹介、約20%がケアマネジャーや地域包括支援センターなど介護関係からの紹介であった。内訳は約60%が認知症、約20%が認知症なし、約15%がMCIであった。抗体薬治療を希望して来院する患者もいるが、認知症ではない、アルツハイマー病が否定的、除外基準に該当するなどで導入に至らない場合も多い。認知機能低下の背景に抑うつなど精神疾患が関与する場合もあり、精神科的視点から鑑別・治療を行えることは精神科クリニックの重要な役割と考えられる。抗体薬は進行抑制を目的とする治療であり、リハビリテーションや対人交流、生活習慣病管理など多面的介入を併用することが必要である。

認知症診療では、かかりつけ医や介護職を含めた多職種連携が鍵となる。精神科クリニックは精神疾患との鑑別や継続的フォローを担い、地域の認知症診療に重要な役割を果たすと考えられる。抗体薬治療を契機に新しい認知症観の理解が広まり、早期受診や地域支援につながる啓発活動も重要である。

略歴

村上 智子

2000年 3月 鳥取大学医学部卒業

2001年 4月 神戸大学医学部精神神経科学教室入局
総合病院精神科、精神病院勤務を経て

2009年 10月 医療法人社団更生会 草津病院

2015年 4月 草津病院（現こころホスピタル草津）広島市西部認知症疾患医療センター所属

2016年 9月 ふないり脳クリニック 副院長



芦刈伊世子

(医療法人社団 あしかりクリニック)

高齢期が「不眠、食欲低下、意欲低下、その他の精神症状」が出現すると、地域のかかりつけ医はまずは身体状態を精査し、その上で精神科外来へ紹介する。その後、うつ病なのか認知症の初期症状などを鑑別し、生活環境の調整も含めて治療し、落ち着いたら、またかかりつけ医に逆紹介する。3.4か月後くらいに経過観察する。こういった連携の中で起きてくる様々な調整、困難事例、注意すべきことなど当日発表します。

略歴

芦刈伊世子

平成 2 年 長崎大学医学部卒。慶應義塾大学医学部精神・神経科入室
平成 3 年 国立病院東京医療センター
平成 5 年 慈雲堂病院
平成 8 年 浴風会病院
平成 10 年 慶應義塾大学医学部精神・神経科
平成 14 年 あしかりクリニック開設
平成 27 年 東京都の委託で中野区地域連携型認知症疾患医療センター



内門 大丈

(医療法人社団彰耀会 メモリーケアクリニック湘南)

わが国では急速な高齢化の進展に伴い、老年期精神疾患および認知症患者の医療需要が増大している。これらの患者は、身体疾患の併存、認知機能低下による服薬管理や受診行動の困難、行動・心理症状(BPSD)の出現、さらには家族介護負担の増大などを背景に、外来通院の継続が困難となる局面をしばしば迎える。このような状況において、精神科医が在宅医療に積極的に関与し、生活の場に即した医療を提供することの意義は一層高まっている。

当院では、連携型認知症疾患医療センターとしての相談事業・もの忘れ外来、平塚市認知症初期集中支援事業、さらに往診・訪問診療を組み合わせることで、外来診療から在宅医療に至るまで切れ目のない診療体制の構築を目指している。これにより、アルツハイマー型認知症やレビー小体型認知症をはじめとする認知症のみならず、老年期うつ病や統合失調症などの精神疾患に対しても、生活環境を踏まえた包括的かつ継続的な医療提供が可能となる。

在宅医療の実践においては、訪問看護や地域包括支援センターをはじめとする多職種との連携が不可欠であり、地域全体で患者を支える医療体制の構築が求められる。本講演では、当院における老年期精神疾患および認知症に対する在宅医療の実践を紹介するとともに、精神科アウトリーチの臨床的意義と今後の展望について考察する。

略歴

内門 大丈

- 1996年 横浜市立大学医学部卒業
- 1996年 横浜市立大学医学部附属病院 臨床研修医
- 1998年 伊豆通信病院 精神科
- 2000年 横浜市立大学大学院(精神医学専攻)
- 2004年 Department of Neuroscience, Mayo Clinic Jacksonvilleへ研究留学
- 2006年 医療法人積愛会横浜舞岡病院 精神科
- 2008年 横浜南共済病院神経科 部長
- 2011年 湘南いなほクリニック院長
- 2022年 医療法人社団彰耀会 メモリーケアクリニック湘南 理事長 院長
- 2022年 横浜市立大学医学部臨床教授

シンポジウム 3

精神科医療におけるオンライン診療の現状と展望 ～診療報酬と質の高い医療を目指して

座長：萩元 浩（はぎもとクリニック）

李 利彦（宏彩会李クリニック）

演者：松尾 幸治（埼玉医科大学医学部精神医学）

中庭 洋一（なかにわメンタルクリニック）

李 利彦（宏彩会 李クリニック）

近藤 久勝（医療法人社団 近藤医院）

【セッションのねらい】

オンライン診療の普及に伴う不適切事例等の課題に対し、その実態と是正策を報告する。併せて、診療報酬の視点から精神科医療全体のあるべき評価を論じ、オンライン診療の適正な位置づけを模索する。

S3-1

基調講演

オンライン精神科診療のあるべき姿とは～診療報酬を踏まえて～



松尾 幸治

(埼玉医科大学医学部精神医学)

令和8年度の診療報酬改定では、「情報通信機器を用いた精神療法の見直し」がなされ、通院精神療法の初診料が算定できるようになった。国の医療DX推進の後押しもあり、オンライン診療の適正な推進ということで診療報酬全体でも様々な変更が見られた。オンラインではコミュニケーションに一定の制限はあるものの、対面と情報通信機器を用いた診療で大きな違いが無いというエビデンスは出されており、受診アクセスが困難な患者にとって治療の選択肢が増えたことは嬉しい。

一方、運用面では現場での弊害もすでに出てきている。例えば、診断書即日発行をうたうオンラインクリニックが出現し、うつ病や適応障害の診断書を乱発し、その診断書で職場や学校を休む者が出てきている。実際本学の学生においてもそうした診断書で休む者が出てきており、その対策をたてる必要性に迫られている。その他、患者のデジタルリテラシーの問題などさまざまに解決すべき課題はあるものの、この流れが早くなることはあっても、逆戻りすることはないだろう。

本講演では、令和8年度の診療報酬に関すること、オンライン診療の期待と課題などを整理し、参加者との議論の場を提供したい。

略歴

松尾 幸治

1994年 千葉大学医学部卒業
1994年 東京大学医学部附属病院精神神経科 研修医
1995年 北海道立緑ヶ丘病院
1997年 東京大学医学部附属病院精神神経科 助手
1999年 JR東京総合病院精神神経科
2004年 テキサス大学ヘルスサイエンスセンターサンアントニオ校 リサーチフェロー
2007年 山口大学医学部附属病院精神科神経科 講師
2011年 山口大学大学院医学系研究科高次脳機能病態学講座 准教授
2018年 埼玉医科大学医学部 教授
2019年 埼玉医科大学病院神経精神科・心療内科 運営責任者・診療部長
2020年 埼玉医科大学病院 院長補佐（兼任）



中庭 洋一

(なかにわメンタルクリニック)

当院では、離島対馬に分院を設けている。対馬へは、日帰りで飛行機での往復である。空港は山頂にあり、天気の変化し易く度々欠航する。欠航した場合現地の患者は、分院のいづはらメンタルクリニックに診療に訪れ、本院のなかにわメンタルクリニックとの間のzoomを用いて、中庭の診察を受ける。現地には、事務員が居てオンラインで結んだ処方箋の発行、会計を済ませる。画面を通じた診療は、普段目の前にしての診療からすると多少違和感はある。しかし、二週間に一度の診療ということもあり、大変に便利である。

さて、昨今はネット上で時間と、医師を指定して、クレジットカードの決済をするということが横行している。しかも、初診で休職の診断書を発行したり、初診での向精神薬の処方が行われている。また、おそらく自宅から、非指定医が診療していると思われる。こういった診療行為は、非常にグレーというか、診療上のルールに抵触するのではと考える。保険診療でないから、お目こぼしされているのではと考える。今回の診療報酬改定で、非指定医の点数が100分の60に減らされる。こういった問題が関係しているのではないのか、しかし、自由診療であるなら何ら報酬に減算にはならない。当日はもう少し詳しく報告したい。

略歴

中庭 洋一

1960年 対馬市厳原町今屋敷出身

1985年 福岡大学医学部卒業

1996年 なかにわメンタルクリニック開業

2015年 いづはらメンタルクリニック開業

役職

対馬保健所嘱託医、日本児童精神科診療所連絡協議会理事、福岡市精神科医会理事

九州自閉症研究協議会事務局長、日本精神科診療所協会情報システム委員長

福岡対馬会会長



李 利彦

(宏彩会 李クリニック)

オンライン診療は当初、離島・僻地などの通院困難な地域に限定された医療で、医師不足や、地理的アクセスの悪さから地域での医療格差の是正のために考えられたシステムで、都市部での利用は想定されていなかった。しかし技術の進化・社会の変化・医療制度の変化を背景に、これからは精神科においてもオンライン診療は拡大していくものと思われる。しかし、画面上だけで得られる情報には限りがあり、対面での診療から得られる情報全てが得られるものではない。オンライン診療の良い面と不足の部分をよく認識して利用していくことが重要であり、安易に利便性だけで利用されるべきものではないと思われる。また、提供側の医療機関がビジネスとしてのオンライン診療に走らせないように目を光らせておくことも必要がある。

そのような観点から、現在日精診会員が疑問に思うオンライン診療のケースを通して、あるべき精神科オンライン診療とはどのようなものなのかを考えてみたい。

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学教室入局

国立大阪病院神経科、大阪府立中宮病院（現大阪府立精神医療センター）、朋愛病院内科を経て、1995年1月医療法人宏彩会李クリニック開設。

現在、日本精神神経科診療所協会常任理事・大阪精神科診療所協会副会長・元松原市医師会会長・NPO法人介護支援の会松原ファミリー副代表（所属学会）日本精神神経学会・日本外来精神医学会・日本高次脳機能障害学会・日本神経化学会・日本老年精神医学会・日本内科学会

近藤 久勝

(医療法人社団 近藤医院)

昨今、我々を取り巻く精神科医療環境は、医療従事者や業者によって不適切な報酬の請求や囲い込み、誘導などの問題を散見する事態となっている。しかしながら、一人一人の精神科医は問題を把握しつつも、問題を是正する機会は多くない。

このプロジェクトは問題を集積し、情報を共有し、各方面へ注意喚起することによって、患者やその家族などの当事者、及び適正機関やその他の関係者の不利益を未然に防ぐとともに、問題改善に向けた提案していく取り組みである。

近年、精神科領域においてもオンライン診療が急速に普及しているが、不適切な運用による精神科医療の質の低下が深刻な問題として顕在化しつつある。チェーンクリニックにおいても同様であるが、短期的利益のみが優先される実態が散見されている。

本来、精神医療や福祉サービスは患者の回復や社会参加を促し、尊厳と自立を支えるために存在するものであるが、一部の訪問看護・B型作業所・社会保険労務士などにより、過剰な成功報酬や不透明な契約慣行、過剰なサービス提供、不要な支援の継続、実質的な支援を伴わない形式的な実績づくりが常態化し、制度全体への信頼が損なわれることは深刻な問題と考える。支援が名目化し、患者が制度の「利用者」ではなく「収益の対象」として扱われ、支援は搾取へと変質してしまう。いま求められているのは、患者を「支援の対象」ではなく「権利の主体」として捉え直し、制度設計、評価基準、第三者による監視体制の在り方を含めて議論し、現場と制度のあり方を根本から見つめ直すことである。

我々はこのシンポジウムにおいて、日常で遭遇する不適切な精神科医療についての実態を全国の日精診の会員より情報を求め、共有し、当事者の権利を守るために制度的問題を見つめ直し、適正な医療・福祉・社会保障を真摯に目指していきたいと考えている。

略 歴

近藤 久勝

- 2000年 3月 大阪医科大学卒業
- 2000年 4月 京都府立医科大学精神神経科学教室入局
- 2002年 4月 洛和会音羽病院
- 2003年 4月 第二北山病院
- 2003年 10月 近藤医院 継承

シンポジウム 4

精神科医療の未来

-
- 座長：三村 圭美 (東川島診療所)
上田 容子 (神楽坂ストレスクリニック)
- 演者：深澤 隆 (公益社団法人日本精神科病院協会 / 医療法人財団青仁会青南病院)
高尾 哲也 (医療法人イプシロン)
坂井 喜郎 (秦野厚生病院)
辻野 尚久 (済生会横浜市東部病院精神科)
斎藤 知之 (よりどころメンタルクリニック桜木町)

【セッションのねらい】

精神科医療は科学の進歩や社会構造の変化に伴い、疾患自体や患者層の変化も著しい。また、新しい治療技術の進歩や社会全体で精神障害者を支えるシステムの構築さらには少子高齢化による社会構造の著しい変化などにより、現在そしてこれからも日本の精神科医療は大きな変貌を遂げていくと推測される。このような中で、それぞれの精神科医療機関はどのような役割を担い、連携していくかを考えたい。

S4-1

日精協の立場からみた精神科医療の未来 —新たな地域医療構想における精神科病院の役割—



深澤 隆^{1,2)}

(¹⁾ 公益社団法人日本精神科病院協会、²⁾ 医療法人財団青仁会青南病院)

本邦の精神科医療は、十分とはいえない基盤のもと、入院医療から地域生活支援まで多様なニーズに応え、医療的機能と社会的機能を担いながら、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を通じ、地域社会を支える基盤として機能している。2040年頃を見据えた新たな地域医療構想では、精神科医療の位置付けが改めて問われており、これは制度設計にとどまらず、本邦の精神保健医療福祉体制の将来像を規定する根幹的課題である。したがって、精神科病院の視点に基づく実効性ある議論が不可欠である。

一方、少子高齢化と人口減少、疾病構造の変化、医療資源の偏在に加え、人件費や物価の高騰により、精神科病院の経営環境は一層厳しさを増している。診療報酬が現場の実態に十分対応していない現状では、持続可能な医療提供体制の維持は困難となりつつある。精神科医療は高い社会的必要性を有するが、その基盤の脆弱化は地域医療全体の崩壊につながりかねない。

精神科病院は単なる入院医療機関ではなく、地域に根ざし、ライフステージに応じた精神疾患の急性期・回復期・慢性期医療、外来・在宅医療、精神科救急、身体合併症対応、災害精神医療に加え、地域生活支援や多機関連携などの社会的機能を含む多面的機能を担う中核的存在である。今後は医療機関および病床機能の再編・適正化を進めるとともに、地域に密着した精神科医療を軸に、地域完結型医療の中で開放的かつ包括的な医療へ転換する必要がある。日本精神科病院協会は、これらの課題への対応に加え、高度化する精神科医療、多職種協働によるチーム医療と地域連携の強化、災害時の医療継続体制の整備を推進している。

本発表では、精神科医療を地域医療構想の中核に位置付け、国民が安心して必要な医療にアクセスできる体制の実現に向け、日本精神科病院協会の立場から、精神科病院の役割と持続可能な医療提供体制の課題を整理し、その未来像を考察する。

略 歴

深澤 隆

1999年3月に山形大学医学部医学科を卒業。同年4月より山形大学医学部附属病院精神科医員、2001年10月より同附属病院精神科助教、2006年10月よりスウェーデン・カロリンスカ研究所臨床薬理学教室研究員を経て、2007年10月より医療法人斗南会秋野病院に勤務。2014年4月より医療法人青仁会青南病院副院長およびはちのへ認知症疾患医療センター長に就任し、同年11月より同院病院長。2016年6月より一般社団法人八戸市医師会理事、2017年4月より三戸中央病院非常勤医師および八戸学院大学非常勤講師。2023年4月より弘前大学医学部非常勤講師、同年6月より公益社団法人日本精神科病院協会理事、2025年6月より公益社団法人日本精神神経学会副理事長。



高尾 哲也

(医療法人イプシロン)

現在の社会環境は、人口減・インフレーション・営利資本流入（医療・福祉・訪問看護等）・AI/Dx実装段階の状況にある。政策的には、「入院治療から地域生活へ」「地域移行・地域定着」「多機能型支援」などのKeywordで医療機能を再定義しようと試みているように見える。医療供給側では地域偏在、院長高齢化、非精神科医問題、スタッフ採用難などがある中で、患者需要側では、初診難民、ニーズ多様化、診断書ニーズ増加が見られている。

精神科医17,259人のうち、診療所を主たる事業所とする医師は4,895人（28%）と一定割合存在するが、他方で、診療所に従事する関連職種（看護師、精神保健福祉士、公認心理師、作業療法士等）は相当少ないであろう。地域移行定着を支えるためには、診療所にこそこれらの医療人材の配置が必要だ。診療報酬等での政策誘導も望まれる。

病院/診療所に関わらず、M&Aや事業承継が一般化されようとしている。医療界には営利資本アレルギーがあり負の側面が強調されがちだが、採用強化/Dx化/多機能化など患者の便益に資する正の効果も期待される。

障害福祉サービスや訪問看護等の民間企業の参入が様々な波紋を広げている。制度上、診療所においても参入可能であり、医療と福祉の接続を考えれば同一医療グループでの運営が本来望ましい。政策的にも、今回新設された精神科地域密着多機能体制加算にその考えが垣間見える。ただ残念ながら病院のみ対象となるもので、診療所では算定できない。病院の一部、診療所の一部がそれぞれ「多機能型医療福祉複合体」に合流できる流れができるか。

一医師が外来診察室の中で出来ること以上に、社会環境や政策動向から求められるニーズは年々増えているように見える。「変わらない大切さ」よりも「変わる大切さ」の方が診療所の未来には大事そうだ。

略歴

高尾 哲也

1998年 筑波大学医学専門学群卒
2008年 筑波大学人間総合科学研究科博士課程卒
2008年 水戸メンタルクリニック 院長
2014年 医療法人イプシロン 理事長
日本精神神経科診療所協会 常任理事
日本精神神経学会 業務執行理事



坂井 喜郎

(秦野厚生病院)

近年、精神科病院の入院患者の年齢構成が変化している。入院患者は高齢化し、急性期病棟でも新規の高齢患者が増えつつある。措置入院患者も同様である。これはこれからの日本社会が抱える問題の縮図、または宿命なのかも知れない。少子高齢化は入院患者だけではなく、医療機関で働く医療従事者の不足の問題も引き起こしている。「新たな地域医療構想」に精神医療が位置付けされ、今後策定が予定されている変革の時代に、地域の精神保健福祉を支える単科精神科病院としての「未来」を考える。

略 歴

坂井 喜郎

2000年 北里大学医学部卒、北里大学東病院精神神経科入局
2001年 国立相模原病院（精神科）
2002年 駒木野病院（精神科）
2005年 北里大学病院（リエゾン）
2006年 （独）相模原病院（精神科）
2007年 秦野厚生病院



辻野 尚久

(済生会横浜市東部病院精神科)

済生会横浜市東部病院は33診療科、562床を有する地域の基幹病院であり、三次救急などの高度急性期ならびに急性期医療を担っている。当院精神科には精神科救急合併症入院料を算定する50床の閉鎖病棟があり、措置入院をはじめとする精神科救急医療および身体合併症治療を中心に診療を行っている。そのため外来治療よりも、精神科病棟における入院治療に加え、一般病棟でのリエゾン業務を含む入院診療により医療資源の重点が置かれている。外来診療については、地域診療所との入院前ならびに退院後の有機的な連携が必要である。

現在、国の基本指針として2040年頃を見据えた「新たな地域医療構想」が検討されている。2040年をピークに、高齢者人口は都市部を中心に増加する一方、過疎地域では減少し、生産年齢人口はほぼすべての地域で減少することが見込まれている。このような人口動態の変化を見据えた地域医療構想において、精神医療も中長期的な視点に基づいた新たな地域医療体制の構築が求められている。必要病床数を算定するにあたっては、病床機能を高度急性期、急性期、包括期、慢性期と4区分に整理することが着目されている。しかし、高齢者医療や精神医療においてはこれらの機能を明確に分けて診療を行うことが難しい現状がある。実際には急性期と包括期の機能を併せ持つ医療が重要であり、入院早期から入院の直接的原因となった病態への治療に加え、リハビリテーション、栄養管理、口腔管理などを含めた包括的医療が求められる。総合病院精神科ではその両方の機能を包含し得る特性を有しており、今後その重要性はさらに高まることが予想される。一方で、高齢者の精神科救急患者と若年者の精神科救急患者を同一病棟で受け入れることには、診療上の課題も少なくない。

精神医療と一般医療の連携がより重要になると考えられる中で、総合病院精神科の役割および地域との有機的な連携あり方について検討する。

略歴

辻野 尚久

- 2000年 東邦大学医学部卒業
- 2002年 東邦大学医学部精神神経医学講座入局
- 2007年 財団法人精神医学研究所附属東京武蔵野病院出向 医員
- 2008年 東邦大学医学部精神神経医学講座 助教
- 2012年 東邦大学医学部精神神経医学講座 講師
- 2017年 済生会横浜市東部病院 精神科 部長 (現職)



齋藤 知之

(よりどころメンタルクリニック桜木町)

近年の日本の精神医療の動向としては、地域包括ケアが重視され、個人の目標や生活を重視するリハビリに重きが置かれつつある。精神疾患の入院件数は減り、入院外件数は増加している。診療所の精神科医は急速に増加しており、これは精神疾患の入院外件数の増加率を上回る。インフレが持続し、医療機関の建設費は年々高騰している。こうした社会的背景の中、演者は、小規模な精神科診療所の増加を予想している。小規模な精神科診療所が患者のリハビリをを目指すには、障害福祉施設、障害者雇用を担う企業などの多施設との連携が重要になり、診療所が病院の入院外資源を利用することも増えるだろう。このため今後は精神科診療所において精神保健福祉士の需要が高まるだろうが、一方で、小規模な診療所において精神保健福祉士を雇用することは経済的に困難である。医療費削減が叫ばれる時代において、診療所の診療報酬には期待できない。この解決策として、診療所の事務作業をデジタル化して精神保健福祉士を雇用する方法を演者は提案したい。近年は、予約、会計、レセプトチェックなどの医療事務の業務がデジタル化され、経理、広告、行政手続きなどもデジタル化が進み、人工知能も実用化されている。診療所のデジタル化により事務職員の人員を減らすことができれば、精神保健福祉士の雇用が容易になる。デジタル化された精神科診療所に精神保健福祉士が配置され、多施設と連携して包括的に患者を支援する形が、演者の抱く未来像である。

略歴

齋藤 知之

- 2007年 横浜市立大学医学部医学科卒業
- 2012年 横浜市立大学附属病院精神科
- 2018年 横浜市立大学医学博士
- 2019年 よりどころメンタルクリニック横浜駅西口 院長
- 2023年 よりどころメンタルクリニック桜木町開業

シンポジウム 5

双極症と統合失調症の実臨床を可視化する： MUSUBI・MUSASI が示す外来診療の新展開

座長：肥田 裕久（医療法人宙麦会ひだクリニック）
阿瀬川孝治（医療法人三精会汐入メンタルクリニック）
演者：加藤 正樹（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）
渡邊衡一郎（杏林大学医学部精神神経科学教室）

【セッションのねらい】

本シンポジウムでは、全国規模で外来双極症を追跡したMUSUBI研究と、1万例を超える外来統合失調症のデータが集積されたMUSASI研究の最新成果と今後の展望を共有します。MUSUBI研究は、病相推移、薬物療法、急速交代、寛解予測、社会機能など臨床に直結する多くの知見を生み、外来診療の実像を初めて明確にしたプロジェクトです。今回は最新解析から得られた新たな知見も初めて発表される予定であり、MUSUBI研究の発展段階を共有する貴重な機会となります。

一方、MUSASI研究は、外来統合失調症のリカバリー、生活機能、治療継続、就労支援など、従来十分に把握できていなかった領域を全国レベルで可視化する前例のない取り組みです。解析が進行するなかで、外来精神医療に新たな視点をもたらす成果が期待されています。

これらのプロジェクトは、日精診会員の先生方の協力によって成り立っており、全国の診療所が力を合わせた“外来精神医療の地図”ともいえる成果です。MUSUBI・MUSASIはいずれも現在進行形であり、次期調査に向けて全国でデータを紡ぐ意義を再確認する場ともなります。

本シンポジウムでは、4名の発表と総合討論を通じ、両研究の核心と外来精神医療の未来像を議論し、日精診全体が次のステージへ踏み出す契機とすることを目的としています。

S5-1

コロナ禍は日本の双極症にどう影響したか。 大規模データ "MUSUBI" から外観する



加藤 正樹

(関西医科大学医学部精神神経科学講座)

はじめに

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 名の双極症患者を対象に 2016 年のベースライン調査から開始され、2017 年、2019 年、2021 年（コロナ禍）と計 4 回の横断調査が実施されてきた。COVID-19 流行は感染そのものの影響に加え、生活様式や社会環境の急激な変化を通じて人々のメンタルヘルスに影響を及ぼしたと考えられる。しかし、双極症患者を対象としてコロナ禍の影響を検討した大規模研究はこれまでに報告されていない。本研究では、2021 年のデータをコロナ禍前（2016・2017・2019 年）のデータと比較し、コロナ禍がわが国の双極症患者の経過に及ぼした影響を検討した。

方法

2016 年、2017 年、2019 年、2021 年の横断データを用いた。2017 年以降のデータについて前回測定値（pre 値）を含む予測モデルを構築し、コロナ禍の影響がない場合の 2021 年の予測値を算出した。実測値との差（risk difference：RD）を評価した。アウトカムは寛解、年間寛解、現在の抑うつ症状、躁症状、就労状況、急速交代、希死念慮とした。

結果

解析対象は 1,704 名であった。予測モデルはコロナ禍前の実測値を高い精度で予測した。2021 年において実測値と予測値の間に有意な乖離が認められたアウトカムは、寛解、現在の抑うつ症状、就労状況であり、いずれも不良な方向への変化を示した。

考察

本研究は、コロナ禍が日本の双極症患者の経過に及ぼした影響を検討した初の大規模研究である。その結果、コロナ禍は寛解率の低下、抑うつ症状の増加、就労状況の悪化と関連している可能性が示唆された。一方、年間寛解、躁症状、急速交代、希死念慮については明確な影響は認められなかった。これらの結果は、パンデミック下における社会的・環境的变化が双極症の臨床経過の一部に影響を及ぼした可能性を示唆する。

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 研修医
2000年7月	医療法人おくら会 芸西病院
2002年4月	関西医科大学助教（救命センター派遣医：精神神経科）
2003年4月	関西医科大学助教（精神神経科）
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）
2024年4月	関西医科大学教授（精神神経科）

S5-2

本邦1万例の外来リアルワールドデータから見た統合失調症治療—抗精神病薬剤数・用量・治療抵抗性の可視化—



勝元 榮一

(かつもとメンタルクリニック)

抗精神病薬単剤療法は多くの統合失調症治療ガイドラインで推奨されているが、実臨床では抗精神病薬の多剤併用療法が依然として広く行われている。これまで抗精神病薬多剤併用療法は単剤療法と比較して臨床転帰の不良や副作用増加と関連する可能性が指摘されているが、その多くは疾患重症度や抗精神病薬高用量の影響を十分に調整できていない。特に抗精神病薬の「剤数」と「用量」が臨床状態とどのように関連しているかは依然として明確ではない。

本研究では、日本精神神経科診療所協会会員施設における統合失調症外来患者10,081例を対象とした全国規模リアルワールド研究であるMUSASI研究のデータを解析した。患者は抗精神病薬の処方剤数に基づき、単剤療法、2剤併用療法、3剤以上の多剤併用療法の3群に分類した。臨床指標として、症状重症度(CGIおよび症状ドメイン)、社会機能、副作用、併用向精神薬などを評価した。さらにクロルプロマジン換算用量による層別解析を行い、抗精神病薬剤数だけでなく用量の影響も考慮した検討を行った。

解析の結果、抗精神病薬用量が高い群では、抗精神病薬剤数と臨床指標との関連が相対的に弱くなる傾向が示された。また、臨床的に治療抵抗性が疑われる症例も一定数認められたが、クロザピンの使用は極めて稀であり、本研究においては1例のみであった。MUSASI研究では治療抵抗性の診断項目は含まれていないため、本研究では治療抵抗性候補群を定義し、その臨床的特徴についても検討を行った。本研究は、本邦の外来統合失調症診療の実臨床構造を可視化し、ポリファーマシーと用量、そして治療抵抗性治療の課題を示す知見となる可能性がある。

略歴

勝元 榮一

1989年 大阪市立大学医学部神経精神医学教室入局
 1989年～1990年 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～1991年 神出(かんで)病院医員
 1991年～1993年 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～1994年 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 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～2007年 大阪市立大学大学院医学研究科神経精神医学助手
 2007年～ かつもとメンタルクリニック院長
 現在に至る

S5-3

MUSASI データによる生活保護受給をしている統合失調症患者の特徴



有川 雅俊

(医療法人三精会汐入メンタルクリニック)

日本における生活保護の被保護実人員は、被保護者調査(月次,令和7年10月分概数)で1,986,575人,保護率1.61%と報告されている。被保護実世帯数は1,647,184世帯であり,母子世帯,高齢者世帯,障害者・傷病者世帯など多様な区分を含む。精神疾患を有する者もこれらに分散して含まれると考えられるが,公表値は主に世帯単位の集計であり,診断名別の受給状況や臨床像を直接把握するには限界がある。一方,医療扶助実態統計(医科一般診療,2024年6月審査分=4-5月診療分,調査年2024年,2025年8月6日公開)では,傷病中分類別に入院・入院外の件数,日数,決定点数が公表され,傷病別・治療形態別の医療扶助は集計できる。ただし,統合失調症に限定して生活保護受給の実態を個人背景や症状/重症度等と結びつけ,全国統計として示す資料は限定的である。統合失調症は若年期発症が多く,長期にわたり就労や社会参加が制約され,経済的困難との関連が指摘されてきたが,外来通院中患者の生活背景と重症度を踏まえた制度利用の可視化は不十分であった。MUSASIデータより9,048名が最終解析対象となり,1,398名(15.5%)が生活保護を受給していた。これは精神疾患全体の受給率を直接示すものではないが,地域の精神科診療所に通院している統合失調症患者集団の中に,生活保護に依存せざるを得ない,生活上の脆弱さを抱える患者群が,一定数存在することを示唆する。生活保護受給者は非受給者に比べ,重症度「中等度以上」(38.4% vs 24.1%),社会適応「不十分/不良」(57.8% vs 41.3%)等であった。公的統計では捉えきれない実像を提示するとともに,地域精神科外来が担う精神保健福祉医療における支援の意義を報告したい。

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

所属学会等：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

2024年 日本精神神経科診療所協会 実践活動奨励賞受賞



渡邊 衡一郎

(杏林大学医学部精神神経科学教室)

世界的に見ても、外来における処方や当事者の実態に関する大規模研究は極めて限られている。小規模施設や一部地域のデータは散見されるものの、全国規模の外来調査はレジストリーベースや一点調査が中心であり、当事者単位で数年にわたり経過を追う実践的研究は乏しい。わが国でも、これまでの当事者データの多くは入院例に基づき、外来診療に限定した研究は1～数施設にとどまり、施設特性によるバイアスが避けられなかった。また、退院後フォロー研究は存在するが、純粹に外来のみで対応される当事者の長期経過を検討した研究はほとんどなく、日常診療で接する外来当事者の実態や転帰については経験則に依拠せざるを得なかった。

こうした背景のもと開始されたMUSUBIプロジェクトは、双極症外来当事者に焦点を当てた多施設研究として、ベースライン、1年、3年、5年転帰に至るまで多くの知見を創出し、外来診療の実態を明らかにした。さらに、地域包括ケアの推進に伴い多職種連携の重要性が高まる中、2023年には統合失調症外来例を対象としたMUSASIプロジェクトが始動した。本研究は、社会機能や就労、リハビリテーションを含むリカバリーの実態把握と関連因子の解明を目的とし、1万例を超える大規模データが収集され、ベースライン解析が公開されている。

今後、解析結果の蓄積により、統合失調症外来当事者の現状と課題、より望ましいケアのあり方が明らかになることが期待される。加えて、これらの知見は多職種連携の実践や地域支援体制の質的向上にも寄与しうる。さらに、外来中心の医療の重要性が増す中で、当事者の生活実態に即した支援の在り方を再検討する契機ともなり得る。これらの成果は、外来診療に根ざしたエビデンスとして臨床の質向上に資するのみならず、保険診療や地域医療体制にも重要な示唆を与えるものと考えられる。

略 歴

渡邊 衡一郎

- 1988年3月 慶應義塾大学医学部卒業
- 1988年5月 慶應義塾大学医学部研修医
- 1989年5月 国家公務員共済組合連合会立川病院神経科
- 1991年5月 医療法人財団厚生協会大泉病院
- 1997年4月 慶應義塾大学医学部精神神経科学教室助手
- 2006年4月 慶應義塾大学医学部専任講師
- 2012年4月 杏林大学医学部准教授
- 2014年4月 杏林大学医学部教授

シンポジウム 6

児童・思春期精神科外来の精神療法の 未来像を考える

座長：猪股 誠司（湘南福祉センター診療所）

演者：藤田 純一（横浜市立大学附属病院児童精神科）

立野 慶（医療法人社団ユニメディコ 藤が丘こころのクリニック）

村上 伸治（川崎医科大学精神科学教室）

【セッションのねらい】

外来に「来られる子ども」だけを対象とする医療からの転換、診療の場を柔軟に広げつつ精神療法の本質を見失わないこと、精神科外来が今後どのような役割を担うのかといった点が多角的に議論され、児童・思春期精神科外来の精神療法の未来像を考える場となることを目指す。



藤田 純一

(横浜市立大学附属病院児童精神科)

近年、児童思春期精神科外来には、不登校、ひきこもり、発達特性、家族機能の低下など多様な背景を有する子どもが増加している。しかし同時に、「外来に来られない」「来院しても継続的な関係形成に至らない」といった課題が顕在化しており、従来の対面外来モデルのみでは対応が困難な状況が生じている。

一方で、これらの子どもたちは必ずしも社会的に完全に孤立しているわけではなく、オンライン空間において一定の活動性や対人接触を有している場合も少なくない。このような背景を踏まえ、本発表では、メタバース空間を活用した相談の場を新たな若者の接点の一つとして位置づけ、その実践と可能性について報告する。

メタバースで医療相談を行う利点としては、アバターを介した対人交流により、外見や評価への不安を軽減しつつ、段階的な関係形成を促進することが可能となる。また、自宅から参加できることにより、外出困難な子どもに対しても低負荷でのアクセスを提供できる。一方で、プライバシーや安全性の確保といったセキュリティ面、通信費用面での格差もあり実際の利用可能性の問題、依存や回避の固定化といったELSI課題（倫理的・法的・社会的課題）も想定される。

本シンポジウムでは、メタバースという新たな接点を通じて「外来とはどこまで拡張可能か」を問い直すとともに、「どのように子どもとつながり、関係を形成し、治療へとつなげていくのか」という観点から、児童思春期精神療法の未来像について議論を深めたい。

略 歴

藤田 純一

2000年 千葉大学医学部 卒業、国保旭中央病院にて初期臨床研修
2002年 精神科臨床研修／横浜市立大学 入局
2006-2008年 神奈川県立精神医療センター
2009-2015年 神奈川県立こども医療センター
2015年-現在 横浜市立大学附属病院（講師）

児童精神科医・精神保健指定医・医学博士
子どもの心専門医／精神神経学会専門医／児童青年精神医学会認定医



立野 慶、下里 侑子、北村 舞香、澁谷 佐季、
森 あかね、後藤 詩織、小池 有香、永井 司、
渡部 弥生、長崎 有弥

(医療法人社団ユニメディコ 藤が丘こころのクリニック)

【背景・目的】

全国で不登校児童数が過去最多（約34.7万人）となる中、医療機関への受診が困難な「社会的孤立」状態にある児童への支援が急務となっている。当院では、医師自身が家庭へ赴く「訪問診療」を軸とした多職種連携による家族包括的アウトリーチ支援体制を実践してきた。本報告では、医療機関への通院困難な不登校児童に対する訪問診療における多職種連携介入が再登校率に与える影響を中心に研究調査した。

【対象・方法】

2026年1月時点で、当院における不登校を主訴に初診した管理患者427名のうち、通院困難のため訪問診療を実施した225名（52.6%）を対象とした。医師単独介入群（86名）と、医師および医師の指示下で看護師・セラピスト等が同行する多職種連携介入群（139名）に分け、再登校率を比較検討した。

【結果】

対象者の主疾患は、自閉スペクトラム症（ASD）が143名（63.6%）で最多であった。全体のうち127名（56.4%）が再登校に至った。群別比較では、医師単独群に対し、多職種連携群において再登校率が有意に高値であった（オッズ比3.0）。再登校困難群ではASD特性に伴う「社会的スキル」「コミュニケーション」「聴覚フィルタリング」の感覚処理障害が顕著であったが、多職種による包括的な環境調整が有効に機能した。

【考察・結語】

不登校支援のゴールは、単なる「復学」ではなく、児童が「安全地帯」である家庭を基盤に社会との繋がりを再生し、自らの足で歩み出す「社会的自立」である。本取り組みは、従来の「外来で待つ医療」から、自宅という「安全地帯」へ診療の場を広げる「家庭訪問型医療」への転換を実践したものであった。医療モデル（診断・治療）と社会モデル（環境調整・支援）を統合し、医師を核とした多職種チームが家庭へ介入することは、社会的孤立に陥りやすい不登校児童の生活障害改善と社会的自立を促す有効な手段となり得ることが示唆された。

略歴

立野 慶

1992年 昭和大学医学部卒業、昭和大学藤が丘病院 整形外科入局

1996年 昭和大学医学部大学院卒業

2001年 米国 ジョーンズホプキンス医科大学病院 脊椎外科臨床フェロー

2013年 医療法人社団ユニメディコ 理事長

2023年 藤が丘こころのクリニック 院長

神奈川県に6クリニック、訪問看護リハビリステーション、認定栄養・ケアステーション、ホスピス、放課後デイサービス、居宅支援事業所等を設立経営、医療介護福祉障害の分野にて在宅医療、緩和ケア、スポーツ整形、児童精神科領域に対して24時間365日体制にてチーム医療に従事。神奈川県立あおば支援学校校医、横浜中里学園（児童自立支援施設）嘱託医。



村上 伸治

(川崎医科大学精神科学教室)

児童思春期は身体的成長と心理的成長が絡み合いながら進み、悩みのレベルから疾患のレベル、そして対応困難な問題行動まで、様々な病態や問題が生じ得る。

最も頻度の多い主訴の1つは不登校やひきこもりであろう。不登校は周囲の大人は急に始まったと考えやすいが、何らかの無理が長期に累積して遂に限界を超えてしまったため、自分を守るためのバリエードとして、必要に迫られて生じたという視点が必要である。回復した後でも、あの時はなぜ登校できなかったのか、よく分からないと答える例が大半である。その一方、自分の気持ちに気づいて言葉にする作業、つまり言語化ができるようになるのに伴って回復する例は多い。そのため、治療的対応としては、自分の気持ちに気づき、自分を説明できるようになるための支援が求められる。

拒食や過食、自傷などについても、必要に迫られてしている視点が必要で、そうせざるを得ない本当の悩みは本人にもよく分からず、表面的で不適切な自己対処行動が続いてしまいやすい。

周囲の大人は、不登校や自傷などの表面的な行動を変えよう躍起になりやすいが、自分の気持ちや無理の累積が何なのかに気づかぬままの行動だけを変えることはできない。なので強い介入は頑強な抵抗に遭い、病態がこじれて行きやすい。

これら児童思春期の病態に対しては、上から導くような姿勢は奏効しにくく、こじらせやすい。むしろ、「彼らの苦しさを教えてもらう」、「一緒に悩む」、「安易に問題を解決してあげない」、「悩むのを助ける」、「介入は必ず同意を得る」、「拒絶能力を育てる」、「前へ出ない」などの姿勢が重要となる。症例を挙げながら、これらについて述べたい。

- ・ 利益相反：本発表に関連しCOI関係のある企業はない。
- ・ 倫理的配慮：提示する症例は架空または本人承諾を得て個人情報に配慮して改変する。

略歴

村上 伸治

1989年 岡山大学医学部卒、同神経精神科入局
1998年～ 岡山大学病院精神科神経科助手
2001年～ 川崎医科大学精神科学教室講師
2019年～ 同教室准教授

シンポジウム 7

「助けて」が言えない ～生きづらさを抱えた若年女性の心に寄り添う～

座長：鬼頭 有代 (医療法人いちえ 有希クリニック)

村上 智子 (ふないり脳クリニック)

演者：松本 俊彦 (国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 薬物依存研究部)

井上 猛 (札幌花園病院)

三原 聡子 (独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター)

【セッションのねらい】

近年自殺率は減少傾向にあるが、女性の自殺率は横ばいから増加、特に若い女性の自殺者数が増加している。

自殺未遂や自傷で搬送されたケースでは市販薬のオーバードーズが多く、特に女性の割合が多い傾向にある。

ネット上には自殺や自傷に関する情報、コミュニティが存在し、情報が氾濫しており、自傷行為を助長する可能性があり、ネット社会において女性や若者の自殺者数が減っていない現状を踏まえ、現代社会における若い女性の心の危機への対応や背景、課題について、ご講演いただき議論を深めていきたい。

国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 薬物依存研究部部長/薬物依存症センターセンター長の松本俊彦先生、札幌花園病院臨床薬理センター長、北海道大学・東京医科大学客員教授の井上猛先生、久里浜医療センター主任心理士三原聡子先生にご登壇いただき、議論を深めていく。



松本 俊彦

(国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 薬物依存研究部)

近年、日本では10代、とりわけ中高生女子における市販薬使用症が急増している。保険証を持たない未成年にとって、ドラッグストアは「気分を変える薬物」への最も身近な合法的ルートとなっており、化粧品売り場としての親和性も相まって若年女性の利用が増えている。

市販薬には依存性の高いコデインなどのオピオイド、覚醒剤原料、あるいは古い睡眠薬成分が含まれるものが多く、大量摂取により身体依存や中毒を引き起こす。しかし社会には「市販薬は安全」という誤解が根強く、その危険性が見過ごされてきた。販売回数制限は2014年に導入されたが、実効性は乏しく、総合感冒薬など制限の対象外の薬剤が乱用される事態を招いた。

市販薬使用症患者の多くは女子で、トラウマ関連疾患や神経発達症を併存し、自己治療としてODを反復している。研究では、10代の市販薬使用症患者の約9割が女性で、8割以上が自傷歴を持つ。さらに、国内市販薬販売額と10代女子の自殺者数には高い相関が認められ、市販薬ODが若年女性の自殺ハイリスク群と重なる可能性が指摘される。

実際の自殺事例でも、市販薬ODとアルコールによる酩酊状態が最終的な自殺行動の「背中を押す」形で作用していたケースが確認されている。市販薬が直接の死因ではなくとも、心理的痛みを抱えた若者の苦悩を一時的に麻痺させ、問題解決を遅らせることでリスクを高めている。

重要なのは、市販薬問題を販売規制という「モノの管理」だけで捉えるのではなく、市販薬に頼らざるを得ない背景——虐待、トラウマ、孤立、援助希求の絶望——に目を向け、痛みを抱える若者への包括的支援体制を整えることである。現在の政策は、セルフメディケーション推進や広報の失敗など、かえって若者を追い詰める側面があり、子どもの自殺対策は大人の想像力不足により機能しない状況に陥っている。子どもの命が問われる今、社会全体が本気で若者の痛みに向き合う姿勢が求められている。

略 歴

松本 俊彦

1993年 佐賀医科大学医学部卒業
1993年 横浜市立大学医学部附属病院臨床研修医
1995年 国立横浜病院精神科シニアレジデント
1996年 神奈川県立精神医療センター医師
2000年 横浜市立大学附属病院精神科助手
2004年より国立精神・神経センター（現 国立精神・神経医療研究センター）精神保健研究所司法精神医学研究部室長
2010年 同研究所 自殺予防総合対策センター副センター長
2015年 同保健研究所 薬物依存研究部 部長
2017年 国立精神・神経医療研究センター病院薬物依存症センター センター長 兼務



井上 猛

(札幌花園病院)

小児期に親からうけた被養育体験、虐待、いじめられた体験などの有害なストレスは、特性不安、神経症的特質、レジリエンスなどのパーソナリティ特性にまず影響する。様々なパーソナリティ特性は成人期のストレスと相互作用して、成人期のうつ、不安、職業性ストレスに悪影響を及ぼす。つまり逆境的小児期体験はパーソナリティ特性への影響を介して、間接的に成人期のパーソナリティ特性に影響を及ぼすと考えられる。男性に比べて、女性のほうがうつ病などの精神疾患の有病率が高いことは様々な疫学的研究で示されているが、なぜ性差が生じるのかについては明らかではない。イェール大学心理学の教授であった故スーザン・ノーレン・ホエクセマ先生は、女性がうつ病になりやすいのは、女性の方が「反すう(rumination)」しやすいからであると、心理学的観点から性差の理由について論じました。私が東京医科大学在任中に行ったS-PANDA研究では、一般成人で女性のほうがうつ症状、不安症状、職業性ストレス、不眠が強い結果がえられました。女性のパーソナリティ特性の特徴としては、レジリエンスが低く、抑うつの反すうが高い結果であり、ノーレン・ホエクセマ先生の結果と一致していました。一方、うつ病に関連が深いパーソナリティ特性である、神経症的特質や特性不安では男女差が認められませんでした。レジリエンス、抑うつの反すうに影響する逆境的小児期体験としては、小児期虐待や母親からうける低養護が女性に特徴的でした。逆境的小児期体験→反すうを含むパーソナリティ特性→メンタルヘルスのモデルで考えると、患者のメンタルヘルスへの支援を考えやすいと思います。逆境的小児期体験に対して成人期に介入することは難しいと思いますが、反すうに焦点を絞ることが心理療法的援助に役立つと思われます。

略歴

井上 猛

- 1984年 北海道大学医学部医学科卒業
- 1984年 北海道大学医学部精神医学教室入局
- 2012年 北海道大学医学部精神医学教室准教授
- 2015年 東京医科大学精神医学分野 主任教授
東京医科大学病院メンタルヘルス科 科長
- 2025年 札幌花園病院 臨床薬理センター長



三原 聡子

(独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター)

女性アディクション患者は、何度も再発を繰り返す、こちらの再三の説得にもかかわらず暴力をふるう夫のもとに戻ってしまう、子どもの前でも酔って暴れるなど、治療者側の無力感や陰性感情を引き出す言動を繰り返すことがある。実は女性のアディクション患者のこのような言動の背景には、幼少期からの逆境体験や愛着障害、発達の課題などから生じる生きづらさが隠れていることが多い。これまで援助要請を出してもたくさんの人に裏切られてきており、人が信じられず、自分でも自分の感情がわからず、SOSを出すことが著しく苦手な方が多い。人に援助要請ができないために自分で何とかするしかなく、何かに依存することで心を麻痺させて、何とか生き抜いてきた女性たちなのである。彼女たちの回復への障壁は援助要請を出すことだけにとどまらず、なんとか援助らしいものを受けようになっても続く。自分が幼少期に虐待を受けた年齢に自分の子どもがなっていく中でトラウマが再燃し、育児が困難となり、子どもを誰かに預けると「子どもは母親であるあなたが育てるべき」「母親であるあなたが酒に溺れている場合なのか」等と責められるなど、女性アディクション患者に向けられるスティグマは未だ根強い。また、これまでのアディクション支援は男性を中心として作られてきたために、女性特有の様々なニーズに寄り添う支援を受けることも困難な状況にある。

当日は、依存症専門医療機関でインターネット依存、アルコール依存症のカウンセリングやグループに携わっている心理師の立場から、助けてが言えない、女性アディクション患者の心理的な背景をどのように理解し、どう支援してゆくかについて、話題提供したい。

略 歴

三原 聡子

臨床心理士、精神保健福祉士、公認心理師。筑波大学大学院博士後期課程修了。2011年よりネット依存の治療・研究に携わる。文部科学省委託事業「情報化の進展に伴う新たな課題に対応した指導の充実に係る調査研究」調査研究委員。同省委託事業「青少年教育施設を活用したネット依存対策研究事業」事業企画運営委員。インターネット使用障害に関するWHO 東京会議（2014年）事務局委員。WHO ソウル会議（2015年）およびWHO 香港会議（2016年）、WHO トルコ会議（2017年）、WHO 中国会議（2018年）、WHO アブダビ会議（2019年）参加者。日本公認心理師協会アディクション臨床委員会委員長。関東甲信越アルコール関連問題学会理事。

シンポジウム 8

“困難”から“可能”へ

— 多職種・多機関連携が拓く外来精神医療の新たなかたち —

座長：大鶴 卓（琉球こころのクリニック）

演者：久保 彩子（国立病院機構琉球病院 精神科）

川口 哲（医療法人社団幸寿会 島原こころのクリニック）

蕪木 雅士（医療法人社団利田会 周愛巣鴨クリニック）

福田 大輔（医療法人陽山会 丸野クリニック）

【セッションのねらい】

医療観察法に限らず、触法精神障害者の治療・支援においては、多職種・多機関連携、アウトリーチ、当事者を含めたケア会議、クライシスプランの活用など、多層的な支援が求められる。これらは、従来「困難」とされてきた対象者の地域生活を支える上で重要な役割を果たしてきた。

医療観察法医療は、英国のCare Programme Approach（CPA）に基づくケースマネジメントを基盤とし、我が国においても多職種チームによる協働と多機関連携の実践を通じて発展してきた。多面的な評価、支援方針の共有と柔軟な見直し、Shared Decision Makingを通じた当事者との対話といったプロセスは、複雑なニーズを有する事例に対する有効な支援モデルとして蓄積されている。

本シンポジウムでは、こうした実践を具体的事例とともに提示し、「困難」とされてきた事例が地域生活の中でどのように「可能」へと転換し得るのかを検討する。あわせて、医療観察法領域で得られた知見を一般精神科外来にどのように応用できるかを共有し、各演題の実践を通じて外来精神医療の新たな展開について議論する。

S8-1

基調講演 出会いたくない出会いから始まる地域生活支援 －医療観察法医療が一般精神科医療にもたらしたもの－



久保 彩子¹⁾、前上里泰史¹⁾、諸見 秀太¹⁾、
長根山由梨¹⁾、大鶴 卓²⁾

(¹⁾ 国立病院機構琉球病院 精神科、²⁾ 琉球こころのクリニック)

2005年に施行された医療観察法は、英国のCare Programme Approach（以下CPA）と呼ばれるケースマネジメントがモデルとなる。地域医療改革が進む当時の英国では、精神医療福祉において質的な変化が起きており、Values-based Practice、Person-centered careなどサービスユーザーやケアラーの価値観を尊重し、生活に重心を置いた支援などの概念も共に医療観察法に取り込まれた。

ケースマネジメントは医療観察法に限らず、あらゆる精神医療福祉領域において、中核的な支援技法であり、当事者の障害レベルや支援内容により類型化が試みられている。我が国では仲介型、臨床型、ICM、ACTに大別でき、外来ケースマネジメントは、その一部が「療養生活継続支援加算」などの診療報酬化が始まり、普及促進が図られている。しかし、生活課題が多いことに加え再入院を繰り返す当事者などが対象となるICMやACTの実装にはまだまだ課題がある。

医療観察法通院医療では多職種チーム医療を基盤として、CPAに基づく多機関連携による重層的な支援が展開される。多様で複雑な支援ニーズを抱える、いわゆる複雑事例の実態解明が進んでおり、支援者との信頼関係構築や、認知機能・衝動コントロールを含む安定した生活を維持する能力に課題がある対象者においては、ICMによる手厚い支援が必要になる。

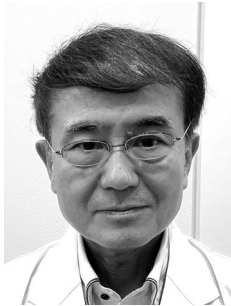
この時に重要なこととしては、多職種による多面的な評価や、職種や立場を超えた共有言語を見出し支援方針の統一を図ること、支援方針を定期的に見直し状況に応じて柔軟に修正していくこと、支援方針を見直す際にShared Decision Makingにより当事者と対話を通じてリスクとニーズに折り合いをつけることなどが挙げられる。

医療観察法におけるケースマネジメントで実践される、多職種チームと当事者との協働関係や顔の見える多機関連携は、その地域の一般精神科医療にも活かされ、かつその発展を支えるものとなるであろう。

略 歴

久保 彩子

2003年 横浜市立大学医学部医学科卒業 琉球大学医学部精神神経科入局
2005年 国立病院機構琉球病院入職
2015年 同院医療観察法病棟医長
2019年 同院精神科医長
2023年 東京科学大学（旧医科歯科大学）大学院医歯学総合研究科精神行動医科学分野（犯罪精神医学担当）博士課程
2026年 同院統括診療部精神科部長
ほか、日本精神神経学会専門医、精神保健指定医、精神保健判定医、日本司法精神医学会評議員、通院医療等研究会世話人



川口 哲

(医療法人社団幸寿会 島原こころのクリニック)

内地の最西端の長崎県の僻地的半島部である島原という地で開業して12年の当院は、近隣の更生施設が受け入れた触法精神障害の患者を受け入れている。時には刑務所から出た当日の患者を受け入れたこともある(刑務所は出所日までの薬剤しか投与していないため)。更生施設と当院は正式な提携契約を結んでいるわけではない。また、当院はデイケア等の施設がない外来のみのクリニックである。但しPSWが多数いるという特殊性があり、必要な時は提携している訪問看護ステーションとも連携し生活介入が行える。そのため、演者は触法患者の神経学的障害部分の治療に専念できている。

触法患者の多くは感性が繊細で感覚が過敏なところがあり、そのために、社会的な障害(disorder)ではあるが精神医学的疾患(disease)と言い難いニッチな部分がある。そのニッチな部分が本人もしくは社会を困らせる存在(illness)である。演者はそこに医療的介入を行っている。具体的には先ず睡眠障害の治療である。ベンゾジアゼピン系薬剤では睡眠導入はするが、良好な睡眠はとれなく依存性もあるので多くは使えない。また、新規睡眠導入剤も効果が不十分であり悪夢等の副作用がありフラッシュバックの懸念がある。そのため、ミアンセリンかトラゾドンの少量からの治療を行っている。これによって睡眠の質が改善すると情緒(神経)の安定が図られる。そして、触法行為は衝動性のコントロールが不適切であること、又は、条件反射的であることから強迫障害スペクトラムであると考察しフルボキサミンや神田橋処方を用いている。フルボキサミンの「ジャマイカ効果」は衝動性を温和にし、神田橋処方の「過去は過去に効果」は条件反射的行動を抑制しているように思える。

その上で多職種連携によるプログラムが有効なものになっているようである。

略歴

川口 哲

- 1986年 長崎大学医学部卒業
- 1986年 長崎大学精神神経科入局
- 1988年 国立長崎中央病院精神科医員
- 1990年 長崎大学医学部大学院
- 1994年 新門司病院医員
- 1996年 対馬いづはら病院精神科医長
- 1997年 麻生飯塚病院漢方診療科医員
- 1999年 医療法人ウイング就職
- 2014年 島原こころのクリニック開業

S8-3

医療観察法対象者の地域生活を支える多職種連携 —顔の見える関係性が生む、ニーズに沿った地域支援—



蕪木 雅士

(医療法人社団利田会 周愛巣鴨クリニック)

周愛利田クリニックは、東京都の診療所として初めて医療観察法対象者を受け入れ、現在も支援を継続している。筆者は法施行時に指定入院医療機関に勤務していたが、当院入職後、地域での支援に携わる中で、入院医療とは異なる「地域生活支援」の本質に直面し、支援のあり方に対する考え方が根本から覆されるような経験をした。地域における医療観察法の関係者のうち、医療従事者は指定通院医療機関の職員のみであり、多くの関係者は非医療従事者である。彼らは疾患の専門知識は限られているが、一方で「生活面を支えるプロフェッショナル」である。対象者が地域で暮らす上で、筆者は「生活の変化＝病状の変化」と捉えるに至った。非医療従事者による日々の暮らしのモニタリングは、医学的知見を補完する極めて有効な指標となる。かつての「病状の安定」を最優先する視点から、現在は「生活の安定」を基盤とし、その延長線上に病状の安定を位置づける考え方へと変化した。真の社会復帰とは、支援者が敷いたレールの上を歩むことではなく、対象者のニーズに沿った生活が地域で実現されることである。非医療従事者が生活をサポートしながら、異変に早期に気付くことができる体制を作るため、医療機関には以下の役割が求められる。

1. 対象者本人との強固な信頼関係の構築
2. 地域の関係機関と手厚く、幾重にも重なったネットワークを形成すること

医療観察法の支援を通じて培われた地域との「顔の見える関係」や「共通言語」は、一般精神医療においても大きな力を発揮する。専門性の異なる関係者がそれぞれの強みを活かし、生活を軸に対象者を支えるこのモデルは、地域精神保健全体の質を向上させる一助になると確信している。

略 歴

蕪木 雅士

1992年 新潟県立新発田病院
2001年 新潟県立精神医療センター
2003年 新潟県立小出病院
2004年 独立行政法人国立病院機構さいがた病院
2015年 医療法人社団利田会周愛利田クリニック
2025年 医療法人社団利田会周愛巣鴨クリニック

S8-4

医療観察法指定通院医療機関の経験から学ぶ： 一般精神科外来へ生まれた変化と応用



福田 大輔

(医療法人陽山会 丸野クリニック)

丸野クリニックは、福岡県中央部の筑豊地区にあり、元炭鉱で栄えた町にある。炭鉱業が下火になると、仕事を失った人たちが生活保護を受けていった。筆者が入職したときは、「(生活保護を)もらわな損々」といった言葉があったほどだ。地域のカラーも相まって、県内の矯正施設からの出所者は、住みやすい街と人気である。そのような環境のため、当院への受診者には逮捕歴がある人は珍しくない。だが、スタッフの中には複雑な思いを抱えるものも居た。

ある時、当院通院中の患者さんが医療観察法の対象となり指定入院医療機関に入院した。その後、退院となる際に当院に指定通院医療機関として声がかかり、医療観察法の支援を開始することとなった。だが実際に医療観察法を導入するには、スタッフの理解が必要だった。医療観察法の経験の無いスタッフには不安と共に葛藤が起きた。スタッフと何が不安なのか、どのようにすることが受け入れることへつながるのかを意見交換し筆者がメインで請け負うことで支援が開始した。医療観察の支援を行う中、少しずつ対象者の情報や関わりを持つことで、不安を示していたスタッフも、受け入れられるようになった。関わりから当院スタッフに変化が起こっていった。また、医療観察法を実践することで、「スタッフの逮捕歴のある人への受け入れ方」や「心理士がクライシスプランの活用」「訪問看護師が地域の事業所との連携が多くできるようになった」など一般精神の方にも支援方法に変化があった。

当日は、以上のような医療観察法対象者の支援を当院で行なったことで、起こった変化を中心に良い点、悪い点と共にお話しさせていただきます。

略 歴

福田 大輔

高校卒業後、コンビニエンスストアにて勤務。

2013年 福岡医療福祉大学人間社会福祉学科臨床福祉心理学科を卒業し、

2013年 医療法人陽山会 丸野クリニックへ入職している。

一時、障害福祉サービスの仕事へ転職したが、現職の丸野クリニックに戻っている。

シンポジウム 9

患者からのハラスメントの抑止と対応 ～ Web 上の風評被害対策を中心に

座長：斎藤 庸男（さいとうクリニック）

吉原 育男（医療法人社団 こころのクリニックよしはら医院）

演者：大磯義一郎（浜松医科大学医学部法学教室）

森本智恵子（森本社会保険労務士事務所）

【セッションのねらい】

近年、医療の現場では、患者や家族からの理不尽な言動＝ペイシエントハラスメントが深刻な問題となっています。昨年のエムスリーの調査によると、開業医の約7割が「誹謗中傷を書かれた経験がある」と、別のPR会社の調査では医師の約2割が「クチコミをはじめとするインターネット上の情報で困った経験がある」と回答しています。さらには、全国の医師、歯科医師ら63名がGoogle社を相手取り集団訴訟を起こすなど、問題は司法の場まで持ち込まれています。このように、医療機関にとってネット上の風評被害は、一部の特殊な話ではなく、かなり一般的な問題であると言えます。一方で、来院前に特定サイトの口コミを確認する患者が約6割という調査もあり、口コミが受診行動に影響していることも事実です。「口コミをなくす」ことではなく、事実無根の中傷やペイシエントハラスメントからスタッフを守りつつ、正当な評価やフィードバックは受け止めていくための仕組み作りが必要と考えます。

本シンポジウムでは、医師・弁護士で医療法学の専門家である大磯義一郎氏から、ペイシエントハラスメントに関する総論と法的視点からの解説、社会保険労務士の森本智恵子氏からは現場で実践されている対応策について紹介していただきます。また、対談や全体ディスカッションを通して、クリニックが直面している課題についても、組織として取り組むべき対応と職員を守る仕組みについて考えます。なお、医療機関が直面している実態をより具体的に共有するため、事前に会員を対象としたアンケートを実施し、その結果を冒頭で報告する予定です。これにより、現場に共通する課題を可視化したうえで、議論を深めます。



大磯義一郎

(浜松医科大学医学部法学教室)

患者暴力は世界中の医療・介護の現場で問題となっています。このような状況を受け、2012年に「医療分野における患者およびその関係者による暴力に関する WMA 声明」が示され、「国は、患者および医師と他の医療従事者の安全と安心を確保する義務を有する。職場における暴力には、身体的暴力と非身体的（精神的）暴力がある。ハラスメントや脅迫などの非身体的虐待が、深刻な精神的影響をもたらすことがあることに鑑み、職場における暴力に関しては広範な定義を使用すべきである。」とし、「職場における暴力に向けたゼロ・トレランスすなわち一切容認しない方針」等を示しました。

我が国では、2014年に医療機関の勤務環境改善に関する改正医療法の規定が施行。そして、昨年成立した労働施策総合推進法改正において、全職種においてカスタマーハラスメント対策が求められることとなりました（施行は本年秋予定）。

一方、たとえ暴力・ハラスメントを行ったとしても、当該患者に診察・治療が必要であることには変わりがないのであり、当該暴力行為等を理由にその後の診療を拒否することは応招義務（医師法19条1項）との関係でどのように考えるかが問題となります。

「応招義務をはじめとした診察治療の求めに対する適切な対応の在り方等について」（令和元年12月25日医政発1225第4号）では、患者の迷惑行為については、「診療・療養等において生じた又は生じている迷惑行為の態様に照らし、診療の基礎となる信頼関係が喪失している場合（※）には、新たな診療を行わないことが正当化される。※ 診療内容そのものと関係ないクレーム等を繰り返し続ける等。」とされています。

本講演では、患者暴力・ハラスメントに関する判例を紹介したうえで、どのような場合に診療を拒否することが正当となりうるかにつき示せたらと考えます。

略歴

大磯義一郎

1999年 日本医科大学医学部卒業
1999-2004年 日本医科大学付属病院第三内科
2004-2007年 早稲田大学大学院法務研究科
2007-2008年 最高裁判所司法修習所司法修習生
2009-2010年 国立がんセンター知的財産管理官、研修専門官
2009- 弁護士登録（第一東京弁護士会）
2011- 帝京大学医療情報システム研究センター客員准教授
2012- 国立大学法人浜松医科大学医療法学教授（現職）、帝京大学医療情報システム研究センター客員教授
2015- 日本医科大学医療管理学客員教授
2024- 独協医科大学医学部特任教授



森本智恵子

(森本社会保険労務士事務所)

【背景】

現代の医療経営において、SNSや各種サイトの口コミは避けて通れない課題である。特に外来精神医療では患者の心理的特性や匿名性の高さから、事実無根の誹謗中傷や心ない批判が投稿されやすく、これが院長の精神的ダメージやスタッフの離職を招く重大なリスクとなっている。

【目的】

本演題では、ネット上の批判を「個人」ではなく「組織対応」と捉え直し、経営の看板である院長と、現場を支えるスタッフの両者を守るための具体的な「守りの戦略」を提示することを目的とする。

【内容（対策の柱）】

院長（経営・看板）を守る戦略

「即レス・即反論」を抑制するガイドラインを策定し、「個人」の孤立を防ぎ、経営者の心理的安定を図る一方、公式情報の発信を継続し、良質なコンテンツでノイズを相殺するアプローチを推奨する。

スタッフ（現場・メンタル）を守る戦略

個人特定の防止に加え、批判が生じた際に「個人の責任ではなく組織の問題」として上席が介入する「盾」の構築が不可欠である。定期的な面談及び相談体制構築により、スタッフの孤立と離職を防ぐケア体制を整備する。

対外的な評判管理

批判への対応は詳細な論破を避け、不当な低評価に対しては、満足度の高い既存患者からのリアルな声を積み上げる地道な活動こそが、地域の信頼回復に最も有効である。

【考察】

ネット上の批判には改善のヒントもあるが、「正当なクレーム」と「不当な誹謗中傷」を明確に切り分ける組織的基準が必要である。頼りに来院する既存患者や新規患者を大切に、応召義務のガイドラインを踏まえつつ全患者に好かれようとするマインドセットを院内で共有することが、持続可能な外来診療体制の構築に繋がる。

【結語】

SNS対策は単なる広報活動ではなく、安全配慮義務に基づく職場環境維持と経営防衛の根幹である。組織として毅然とした対応指針を持つことが、スタッフのエンゲージメントを高め、結果として地域医療の質を維持する。

略歴

森本智恵子

1998年3月 椋山女学園大学卒業
2016年5月 森本社会保険労務士事務所開所
2017年4月 愛知県医療勤務環境改善支援センターアドバイザー就任
2022年4月 厚生労働省委託事業医療労務管理支援事業スーパーバイザー就任
2023年4月 認定登録医業経営コンサルタント登録
2025年4月 東京都医療勤務環境改善支援センターアドバイザー就任
2025年3月現在においてすべてのアドバイザー兼任

シンポジウム 10

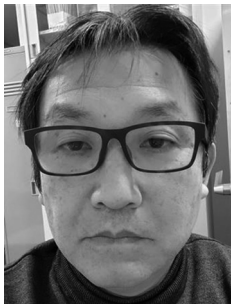
発達障害の診断と治療 — 街の開業医にできること

- 座長：柏 淳 (医療法人社団ハートクリニック ハートクリニック横浜)
木代 眞樹 (医療法人社団聖眞会 きしろメンタルクリニック)
- 演者：柴田 浩生 (パークサイド柴田メンタルクリニック)
柏 淳 (医療法人社団ハートクリニック ハートクリニック横浜)
木代 眞樹 (医療法人社団聖眞会 きしろメンタルクリニック)
太田 晴久 (昭和医科大学発達障害医療研究所)
藤波佳代子 (社会福祉法人友愛十字会 港区立障害保健福祉センター
地域活動支援センター 発達障害者支援室)

【セッションのねらい】

成人の発達障害の診断と治療はなかなか難しいのが現状です。時間的制約のある一般外来でどのように診断すればよいのか？心理検査を行いたいが、十分な心理士の数を雇用できない、雇用できても心理検査を行えば行う程、赤字になる。ADHDには薬物療法があるが、ASDにはない。ではどうすればよいか、という多くの開業医が疑問に思うテーマを選び、その道の第一人者(木代を除く)に講演を依頼しました。明日からの診療に役立つことを願って企画しました。

S10-1 クリニックにおける自閉スペクトラム症の診断と支援



柴田 浩生

(パークサイド柴田メンタルクリニック)

自閉スペクトラム症はスペクトラム概念ゆえ非常に顕著な症状を示すものから裾野のしかし日々社会適応の不全に格闘するものあるいはすでに諦めて撤退したものまで幅広く存在する。日常の外来患者に少なくない数が紛れ治りにくい一群となっていると思われる。その治りにくさの背景を診断することに大きな意義があり大きく予後を左右する。心理テスト結果にのみ頼らずその表現の奇異さ、わかりにくさ、一方通行性、トンチンカンさ、頻回の転職、社会適応の悪さ、家族の悲鳴などをより日常生活を視野に入れることができるクリニック目線で捉えて治療に役立てていくことは人格発達障害者の診療に最も有用だと演者は考える。数例の治療経過を後悔した例も交えて振り返りたい。

略 歴

柴田 浩生

パークサイド柴田メンタルクリニック院長
平成元年 金沢大学医学部卒業
東京女子医科大学神経精神科教室入局
平成 6 年 精神保健指定医
平成 9 年 医学博士
平成12年 横浜市中区内開業
平成16年 精神保健判定医

S10-2

街の開業医が行う ADHD の診断 -町医者レベルでできる診断法-



柏 淳

(医療法人社団ハートクリニック ハートクリニック横浜)

ADHD 治療薬の発売、そして成人適応が続く中、特に成人期において ADHD の診断数が増加傾向にあることは疫学データでも示されている。ADHD 特性に基づく困りごとに対して正しい診断のもとで薬物療法を含めた治療がなされ、困りごとが最小化されることは重要なことである。一方で、たとえば不注意症状であってもそれは抑うつや不安など、一般的な精神障害の症状に伴う二次的な症状として容易に発露しうることから、その鑑別診断は常に重要となる。とくに、幼少期からの慢性的トラウマに起因する複雑性 PTSD の場合、解離に伴う注意力低下、過覚醒症状としての注意力低下・衝動性亢進などが ADHD の症状と酷似していることがあり、また ADHD と重複していることも多いことには注意が必要である。

最新のメタ研究では成人期に精神科を受診する人の 21.4% が ADHD の診断基準を満たすと報告されており、ADHD 診断を受けていない一般の精神科外来通院患者にも ADHD 患者が多く隠れている可能性がある。とくに定型的な治療経過を辿らない場合は積極的に ADHD 併存の可能性を考え、ASRS1.1 などによる簡易スクリーニングを行った上で診断面接を行うことが推奨される。ADHD 特性を抱えていると幼少から失敗体験を重ねた結果、自己評価の低下や問題行動 (DBD マーチ) に発展しうることも重要な知見である。その自己評価の低下がうつ病や社交不安症などにつながりうることも、また衝動性が嗜癖・依存行動や過食行動などの背景因子となりうることも覚えておきたい。

当講演では、ADHD の見落としによる患者の不利益を避け、一方で過剰診断による弊害を減らすためのポイントについて検討したい。

略 歴

柏 淳

1988年 3月 東京大学医学部卒業
1988年 6月 東京大学医学部附属病院精神神経科研修医
1990年 6月 国立精神・神経センター神経研究所研究員
1995年 4月 米国ソーク研究所研究員
1997年 9月 滋賀医科大学精神科神経科 助手
2000年 10月 東京医科歯科大学大学院精神行動医学分野 助手
2006年 7月 同上 講師
2009年 4月 ハートクリニック横浜 院長

S10-3

「発達障害の診断と治療 — 街の開業医にできること」心理検査の利用方法



木代 眞樹

(医療法人社団聖眞会 きしろメンタルクリニック)

発達障害の診断は、DSM-5-TRなどの診断基準に基づき、その特性が発達早期から持続していることの確認が求められる。過剰診断や過少診断を避けるためには、生育歴の丁寧な聴取が重要である。しかし成人では単身で受診するケースが多く、養育者からの情報を得ることが難しい場合もあり、診断精度の担保は容易ではない。

また、初診・再診において十分な時間をかけた評価が望ましい一方で、その実施は新患の待機期間や再診の待ち時間の延長につながるなど、外来運営上の課題も生じる。さらに、心理検査を多く実施することで診断精度の向上は期待できるが、ASDの心理検査のゴールドスタンダードとされるADOS-2のように公的保険適用外の検査も多い。加えて、公的保険適用内の検査であっても、施行数の増加に伴い医療機関の経済的負担が増大するという問題がある。

そこで本報告では、自己記入式心理検査に着目し、医療経済的負担を抑えつつ診断精度を高める工夫について検討する。具体的には、AQ-J、ASRS-v1.1、WURSなどの自己記入式検査に加え、発達歴を記載する問診票の活用や、初診時に幼少期の特性を含めた生育歴および生活状況の聴取を組み合わせることで、外来の実情に即した現実的かつ効率的な評価方法について報告する。

略 歴

木代 眞樹

1989年3月 聖マリアンナ医科大学医学部医学科卒業
1991年4月 聖マリアンナ医科大学大学院医学研究科臨床医学系神経精神科学専攻入学
1995年3月 聖マリアンナ医科大学大学院医学研究科臨床医学系神経精神科学専攻修了
1995年4月 医療法人社団長谷川病院勤務
2000年4月 聖マリアンナ医科大学神経精神科学教室助手 同付属病院神経精神科病棟診療班班長
2002年4月 医療法人社団碧水会長長谷川病院勤務精神科診療部長
2004年4月 長谷川病院副院長
2007年4月 きしろメンタルクリニック開設し、院長に就任

S10-4 成人の神経発達症に対する薬物治療



太田 晴久

(昭和医科大学発達障害医療研究所)

ASDやADHDなど成人期の神経発達症では、うつ病、不安障害、双極性障害、さらには精神病症状などの併存が高率に認められ、臨床像は多様かつ複雑である。したがって薬物療法においては、中核症状のみならず、これら二次障害への対応を含めた包括的視点が不可欠である。

たとえば、ASDでは、抑うつ気分の自覚や言語化が乏しく、身体症状、不眠、食欲低下、易刺激性、活動性低下などから間接的に評価する必要がある。また、薬剤に対する過敏性やアクチベーションが生じやすい点にも留意が求められる。ADHDに対しては、不注意や多動・衝動性に有効性が示されている中枢神経刺激薬、アトモキセチン、グアンファシンなどの治療薬が存在し、適切に用いれば生活機能の改善が期待できるものの、気分障害、とりわけ双極性障害との併存が少なくなく、躁転リスクを踏まえ、まず気分の安定化を図ったうえでADHD治療薬を慎重に導入することが重要である。

本発表では、当院における臨床データおよび国内外の先行研究を踏まえ、成人期神経発達症に対する薬物療法の実際とその留意点について概説する。

略歴

太田 晴久

昭和医科大学発達障害医療研究所、所長。2009年より昭和大学附属烏山病院にて成人発達障害専門外来を担当している。2012年から2014年まで自閉症の専門施設であるUC Davis MIND Instituteに留学し脳画像研究に従事した。2014年より昭和大学附属烏山病院、発達障害医療研究所にて勤務している。2019年より准教授。2022年より現職。

S10-5

心理社会的治療の起点としての診療所 ～セルフ・アドボカシーの獲得と社会との接点の再構築～



藤波佳代子

(社会福祉法人友愛十字会 港区立障害保健福祉センター 地域活動支援センター 発達障害者支援室)

精神科診療所における発達障害の診断は、心理社会的治療の重要な「起点」である。医師による客観的な特性の提示は、本人の自己理解を助け、社会参加への接点（基盤）となる。しかし、外来診療のみで生活支援までを完結させることには限界があり、医療と福祉を繋ぐインターフェースの構築が不可欠である。

本人の納得や主体的な意思決定を欠いたまま支援が提案されると、本人が社会との接点を拒否してしまうリスクがある。そこで重要となるのが、発達障害者支援センターとの適時な連携である。本発表では、診療所を「医療モデル」、発達障害者支援センターを「社会モデル」の入り口と位置づけ、双方が重なり合うことで本人の自己回復力を引き出すプロセスを考察する。

治療の中核として、自身の特性を知り必要な配慮を求める力である「セルフ・アドボカシー（自己擁護）」の獲得を目指す。福祉の場を「訓練」ではなく「対話」の場として再定義すると同時に、評価から解放される「サードプレイス（第3の居場所）」を確保する。この「安全な居場所」があってこそ初めて、本人は社会参加のスタートラインに立つことができる。こうした重層的な居場所の構築が、援助希求の自律を支えるのである。

診療所を起点に発達障害者支援センターをハブとして地域資源を繋ぐことは、本人が社会と結びつくための接点を整える作業である。医師の診察や見立てが本人の持つ力を再構築し、QOL向上へと繋がる心理社会的治療の「起点」として機能する意義について報告する。

略歴

藤波佳代子

1991年：ソフトバンク株式会社（現ソフトバンクグループ株式会社）入社。
1999年：親族の障害を機に社会福祉の道へ転身。
2002年：社会福祉士 取得。
2004年：精神保健福祉士 取得。
2011年：藤沢市内の精神科診療所に入職。以後、10年以上にわたり外来での相談支援、デイケア運営に従事。
2022年：特定非営利活動法人ネスト・ジャパン入職。港区発達障害者支援室にて勤務。
2025年：事業移管に伴い社会福祉法人友愛十字会へ移籍。引き続き同業務に従事。
現在：港区立障害保健福祉センターにて発達障害者支援業務に従事。
所属：日本自閉スペクトラム学会 会員

シンポジウム 11

デイケアと“他制度(障害福祉・就労・教育)” のリアルな接続

座長：野末 浩之 (公益財団法人横浜勤労者福祉協会うしおだ診療所)

演者：斎藤 庸男 (さいとうクリニック)

有川 雅俊 (医療法人三精会汐入メンタルクリニック)

石塚 友希 (社会福祉法人横浜市社会事業協会 更生施設横浜中央浩生館)

まとめ：金 廣一 (座間メンタルクリニック)

【セッションのねらい】

医療と福祉の間のシームレスな連携にはいくつかの課題があると言われています。デイケアと就労移行支援事業所との実務的連携に難渋した、診断書・意見書が適切に活用されていない、医療主導でない連携モデル等の経験は多くの方が持たれているのではないのでしょうか。いっぽう、誠実に業務に取り組んでいる就労継続支援事業所もあまた存在しており、そうした機関との「ハブ機能」を、デイケアが担うことが出来れば、利用者さんにとっても福音となることでしょう。今回のシンポジウムでは、好事例だけではなく、うまくいかなかった事例も共有しつつ、ご参加の皆さんと考えてゆく場にした
いと考えています。



齋藤 庸男

(さいとうクリニック)

精神科デイケアは「不安定な人」を支える場であり、医療濃度の高い患者が中心となる。自傷を繰り返し自殺の心配を続けざるを得ない方、病状不安定から容易に危機的状況に陥り易い方、再発を繰り返し入院対応を要する方などが対象となる。精神科デイケアにたどり着き、ようやく居場所を得て、少し安定する方もいる。精神科デイケアを始めて約30年。30年を振り返り、更に30年後を俯瞰して、今後、デイケアに何が求められるのか、予測する。

1. おそらく重症の患者の居場所機能はなくならないだろう。また高齢化、慢性化も避けられまい。一方、デイケアの入り口で社会参加を促す就労等への支援も大きな柱のひとつになることは疑いない。
2. 新しいメンバーの獲得が重要である。高齢者ばかりでは若年層に魅力がない。20歳台、30歳台の若年者にいかに参加してもらえかが存続の鍵となる。
3. デイケアの卒業は緩やかとし、また戻ってきてよいことを保証する。また、長く居る人も意味があり、新人に声をかけ安心させてくれる、もめ事を和らげる、長く居ても良いところだと保証する効果がある。
4. 自殺予防の視点から孤立（居場所喪失）、無価値感（絶望）を防ぐ効果が期待できる。「同じ席に座り、同じ人に挨拶され、同じ時間に帰る」を繰り返すと、「自分が存在してよい場所」となる。デイケアからしばらく離れ、傷つき、久しぶりに戻っても知っているスタッフ、メンバーがいることは安心につながる。他のメンバーによる社会的な支持も期待できる。
5. 福祉施設との関係では競争しないことが肝要である。デイケアが就労移行支援施設、継続B事業所の供給源となっている現状から、相互に紹介し合う関係に発展する。「信頼できるデイケア」「あそこなら安心」と言われることを目指す。これは新たにメンバーを推薦してくれる他の医療機関に対しても同様である。信頼が源となる。

略歴

齋藤 庸男

1982.3月 宮崎医科大学卒業
1982.6月 横浜市大病院研修医
1984.6月 財団法人復康会鷹岡病院精神科勤務（富士市）
1985.12月 横浜市大病院精神科勤務
1990.6月 齋藤クリニック開設
2002.10月 医療法人社団自立会設立・理事長（～現在）

S11-2

デイケアと“他制度（障害福祉・就労・教育）”のリアルな接続



有川 雅俊

(医療法人三精会汐入メンタルクリニック)

2013年の障害者総合支援法制定以降、訓練等給付における就労移行支援・自立訓練等の事業所は高水準で推移している。厚生労働省「令和6(2024)年 社会福祉施設等調査(2024年10月1日現在)」では、就労移行支援3,240、就労継続支援A型4,634、B型17,973、自立訓練(生活訓練)1,681、自立訓練(機能訓練)399であった。また、地域生活を支える社会資源も拡大し、共同生活援助(グループホーム)14,241、計画相談支援12,746、地域相談支援(地域移行)3,801、地域相談支援(地域定着)3,657となっている。こうした社会資源の選択肢の拡大は、精神科デイケア(以下、DC)の利用動向(算定回数)とも関連しうる。NDBオープンデータを用いた解析(Okazaki et al., 2024)では、DCの算定回数(人口1,000人当たり/年)では都道府県間において最大と最小で約5.5倍の差があり、県庁所在地市や政令指定都市を有する都道府県で有意に少ないことが示されている。さらに、2016年改定では、1年以上継続した頻回利用に関する要件見直し等(適正化)、2018年改定ではショート・ケアの疾患別等専門プログラム加算が新設されるなど、制度面でも機能分化が進んでいる。時代の変遷を受けながら、DCは多職種が関わり、症状・生活機能の評価、再発予防、就労/復職、就学、家族支援を行い、地域の社会資源へとつなぐ「ハブ機能」を担う、包括的なリカバリーを目指す場として期待されている。また、孤立や疎外のリスクを抱える人を受け止め、さらなる疎外を生まないための関係性を保ちながら、社会とのつながりを維持する意義も大きいといえる。一方で、制度が複層化するほど利用者/家族が本当に必要な支援を利用できているかは重要な課題である。関連機関への単なる紹介にとどまらない連携/協働体制の構築がこれからの支援の鍵となる。本シンポジウムでは、DCの役割を再整理し、地域資源との連携のあり方を検討したい。

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

所属学会等：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

2024年 日本精神神経科診療所協会 実践活動奨励賞受賞



石塚 友希

(社会福祉法人横浜市社会事業協会 更生施設横浜市中央浩生館)

横浜市で相談支援を続けて15年目に入る。その中で、「本人の希望する生活を支援するとは何なのか」と改めて問い直すことがある。今は社会資源が増え、AIやSNSなど便利なツールも広がる中で、暮らし方や当たり前は変化し、障害福祉サービスも多様化している。しかし、どのような人生を目指すにしても、働くことや日中活動の場を見つけていくことへのニーズは変わらずにある。

近年、就労支援事業所は増加し、働くための選択肢は広がっている。一方で、障害福祉分野における支援経験や精神症状への理解には事業所ごとに差があり、利用者が体調を崩した際の対応に戸惑う場面も少なくない。実際に、サービス利用開始後や就労後に不調となり、行き場を失ったり、自信をなくしたりする利用者と共に現場で悩んできた。また、就労支援に携わる支援者からも、医療・福祉の専門的な視点でどのように関わればよいのか相談を受けることが増えている。

こうした経験から、「支援者を支える」という視点が利用者支援につながっていくのではないかと感じるようになった。

精神科デイケアは、日々の関わりを通して利用者の体調変化や不調の兆しを早期に捉え、不調の過程にも寄り添いながら利用者の希望する生活や挑戦を支えている場である。また、医療アセスメントの視点を持ち、一機関の中で多職種が連携できる場でもある。

就労支援事業所は、働く現場に近く、それに向けた実践を積める場であり、生活支援センターは生活に関わるあらゆる相談窓口となる。それぞれの制度の強みを改めて連携の中でつないでいくことで、支援の可能性はさらに広がるのではないだろうか。

本発表では、地域での支援経験をもとに、利用者だけでなく支援者の葛藤にも触れながら、地域支援の中でデイケアが果たし得る役割について考察する。

略歴

石塚 友希

横浜市鶴見区精神障害者生活支援センター 精神保健福祉士／管理職

2012年 横浜市鶴見区精神障害者生活支援センター入職
退院サポート支援事業・地域移行地域定着支援事業

2019年 横浜市自立生活アシスタント事業

2020年 計画相談支援事業、相談支援専門員研修インストラクター等

2024年 就労継続支援B型 多機能型事業所インカル サービス管理責任者兼務
共同生活援助 グループホームクレイン神之木 サービス管理責任者兼務

2025年 横浜市鶴見区生活支援センター管理職

シンポジウム 12

日常診療における自殺対策 ー 病診連携の立場から

座長：里村 淳 (みずほ台病院心療内科)
演者：三木 和平 (医療法人社団ラルゴ三木メンタルクリニック)
宮崎 秀仁 (横浜市立大学精神医学教室/鵬友会横浜ほうゆう病院)
池下 克実 (いちメンタルクリニック日本橋)

【セッションのねらい】

うつ病、うつ状態の患者は内科等、他科を受診することが多い。その中には希死念慮を抱く者が少なくないが、専門の医療機関を紹介するにも予約制ですぐには診察を受けられないことが多い。また、自殺のリスクの評価は一般科の医師には難しく、専門的な治療の緊急性がなかなか担保できない状況にある。このような問題に円滑に対応するためには一般科と精神科診療所・精神科病院との連携が必要であることは言うまでもない。



三木 和平

(医療法人社団ラルゴ三木メンタルクリニック)

我が国ではバブル崩壊後の1998年に急激に自殺者が増加し、それまでは2万人台で推移していたのが、一気に3万人を超えた。殆どが男性の40代以上であり、社会問題にもなった。政府も自殺対策大綱を制定し、自殺対策を行ってきた。地域にも対策のための資金が供給され、神奈川県でも診療所協会と内科医学会で合同の研究会を開始した。その後うつ病対応力向上研修が開始され、現在も継続されている。ゲートキーパー研修も行っている。神奈川県ではうつ病対策全体会議が市町村、警察、消防、学校、精神科病院協会、商工会議所などの多団体が参加し毎年開催され、演者も10年以上座長を務めた。自殺者が3万人以上の事態が、12年間続いてきたが、いろいろな試みにより徐々に減少し3万人を切ったが、令和4年にコロナ禍の後で女性と若年者が増加した。その後も減少傾向は続き、令和7年は初めて2万人を切っている。しかし依然として女性は増加傾向で中高生や若年者が多い状況は変わっておらず、更なる対策が必要ある。最近では市販薬のODが特に女子中高生に多く見られ、これも社会問題化している。薬局などでも1箱以上売らないようにしているが、多くの薬局で買い求めたり、通信販売で購入したりしている。家族内でも問題を抱えているケースが多く、家出を繰り返したり、ODやリストカットを繰り返すケースも多い。今回は本人の同意のうえで、自殺企図を起こし、全身多発骨折で救命センターに入院、その後再び当院に通院している男性例と、ODやリストカットを繰り返し、総合病院に入院した女性例を報告する。

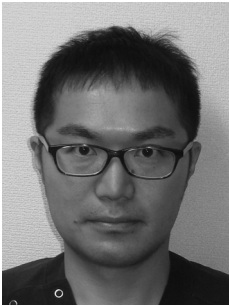
略歴

三木 和平

昭和58年3月 三重大学医学部卒業
昭和58年4月 横浜市立大学医学部附属病院臨床研修医
昭和60年6月 ワシン坂病院精神科
平成元年6月 横浜市立大学医学部精神医学講座助手
平成8年6月 医療法人積愛会横浜舞岡病院診療部長
平成14年6月 三木メンタルクリニック開院
平成16年7月 医療法人社団ラルゴ設立 理事長
平成29年6月 公益社団法人日本精神神経科診療所協会 会長

S12-2

総合病院における自殺予防対策 ～横浜市立大学附属市民総合医療センターを中心とした取り組み～



宮崎 秀仁^{1,2)}、須田 顕^{1,3)}、吉見 明香^{1,3,4)}、
藤田 純一^{1,5)}、浅見 剛^{1,5,6)}

¹⁾ 横浜市立大学精神医学教室、²⁾ 鵬友会横浜ほうゆう病院、
³⁾ 横浜市立大学附属市民総合医療センター精神医療センター、
⁴⁾ 横浜市立大学附属市民総合医療センター高度救命救急センター、
⁵⁾ 横浜市立大学附属病院児童精神科、⁶⁾ 横浜市立大学附属病院精神科

日本の自殺率は長期的には減少傾向にあるものの、近年は若年層の自殺者数が増加するなど、依然として重要な社会的課題である。地域における自殺予防対策を推進する上では、医療機関のみならず、行政、教育機関、福祉機関など関係諸機関とのつながり・連携を強化し、保護因子を高める体制整備が不可欠である。

横浜市立大学市民総合医療センターでは、2005年より高度救命救急センターに精神科医が常駐し、自殺企図者に対して身体治療と並行した迅速な精神科評価・介入を実践してきた。さらに、退院後は地域の医療機関や支援機関へと円滑に橋渡しを行い、継続的な診療および支援体制の構築を図っている。同センターが参画した「自殺企図の再発防止に対する複合的ケースマネジメントの効果：多施設共同無作為化比較研究（ACTION-J研究）」においても、精神科治療の継続および退院後フォローアップの有効性が示され、医療と地域の連携の重要性が実証された。

また児童精神科領域では、中高生の自殺予防を目的として、医療機関と教育機関の連携強化を目指す「神奈川県学校自殺対策支援プロジェクト（ReSPE-K）」を展開している。児童・青年期は精神科受診率が低いことが課題であり、教員への知識提供や相談体制の整備を通じて、早期に医療へつなぐ体制構築を目指している。

このように、総合病院を中核とした診療および研究の実践を通じて、地域における多職種・多機関連携を基盤とした自殺予防対策が展開されている。本発表では、横浜市立大学精神医学教室によるこれらの取り組みについて概説する。

略歴

宮崎 秀仁

2013年4月～2015年3月：藤沢市民病院初期臨床研修
2015年4月～2019年3月：横浜市立大学附属病院精神科・横浜市立大学市民総合医療センター精神医療センター・復康会沼津中央病院（後期研修）
2019年4月～2023年3月：横浜市立大学附属病院児童精神科・横浜市立大学市民総合医療センター精神医療センター / 高度救命救急センター
2023年4月～：鵬友会横浜ほうゆう病院

S12-3

診療所における児童思春期の自殺対策 ～小児期逆境体験 (ACEs) への配慮と多機関・病診連携の視点から～



池下 克実

(いちメンタルクリニック日本橋)

【はじめに】

近年ではこどもの自殺者数増加が社会問題となっている。診療所は自傷行為・自殺念慮を抱える児童思春期患者の最初の入り口となり、地域生活を支える安全網の役割も担う。本発表では、当院における自殺関連行動を有する思春期患者のデータに基づき、日常診療において診療所が果たすべき役割と地域・病診連携の重要性について考察する。

【対象と結果】

当院を受診し、自殺関連行動を認めた18歳未満の患者101例（平均年齢15.3歳）を対象に後方視的調査を行った。小児期逆境体験(ACEs)の経験率(78.2%)が高く、両親の離婚(48.5%)、家族の精神疾患(36.6%)、いじめ(29.7%)、被虐待体験(26.7%)を認めた。また不登校(85.1%)、精神科入院歴(16.8%)、一時保護歴(8.9%)を認めた。診断は適応障害等F4(39.6%)が最多であるが、発達特性(F8/F9:26.7%)やパーソナリティ特性(F6:22.8%)が混在し、慢性的な生きづらさを抱えた症例を多く認めた。

【日常診療における対策と連携】

- 1.ACEsの評価を行い、自己肯定感の低さや対人過敏性に配慮したトラウマインフォームドケアによる安全な治療空間を提供する。
- 2.病診連携:入院を要した例は16.8%に上り、救急医療や精神科病院との連携が重要である。ハイリスク時の速やかな緊急対応と退院後の診療所での継続支援による治療中断や再企図を防ぐ。
- 3.多機関連携(学校・福祉・行政):原因・動機の約半数が「学校問題」である一方、一時保護歴(8.9%)が示す家庭内の被虐待や機能不全も深刻である。学校との情報共有に加え、行政機関と緊密に連携し、環境調整や保護介入を行う体制が不可欠である。

【結語】

診療所における児童思春期の自殺対策では、トラウマ・アセスメントに基づいた多職種・多機関による包括的支援が重要である。子どもが抱える生きづらさを逆境体験の影響を念頭に、医療・福祉・教育が連携した重層的ネットワークの構築が必要と考える。

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
その後三重県立こころの医療センター、天理よろづ相談所病院で勤務。
- 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

ワークショップ

診療所として措置診察との関わりを考える

座長：瀬尾 裕香（野間メンタルヘルスクリニック）

演者：最首 知行（神奈川県健康医療局保健医療部がん・疾病対策課
こころの未病グループ）

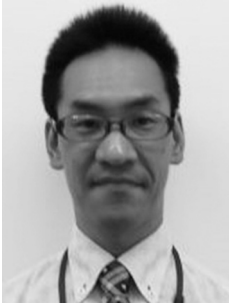
川本 絵理（神奈川県精神保健福祉センター）

川名 明德（メイトクリニック鶴見）

【セッションのねらい】

近年措置診察を担当する診療所医師の数が減少傾向にあり行政が人事工面に苦労している。また、診療所の側では、精神療法保険点数の引き下げが止まらず、特定の点数算定のため施設基準を満たすために診療所医師が措置診察など救急医療に携わる必要が出てきている。

長年診療所のみで勤務している医師の多くは措置診察を敬遠しがちなため、措置診察の現状を理解した上で診察のノウハウを理解することで、診察に参加しやすくなるのではないかと考える。



最首 知行

(神奈川県健康医療局保健医療部がん・疾病対策課こころの未病グループ)

精神科救急医療における措置診察は、患者の安全の確保と適切な治療を提供するために重要な役割を果たす。措置診察は、精神保健福祉法上、2名以上の精神保健指定医により行うこととされており、知事が措置入院の判断をするにあたっては、精神保健指定医の確保は必須である。神奈川県では、現在まで、措置診察に従事する精神保健指定医の確保にあたっては、精神科病院に所属する医師を中心としてきた経過があるが、近年、精神保健指定医の確保が難しくなっている。精神保健指定医を確保するため、平日においては、行政の依頼に応じ、措置診察を行う精神保健指定医を派遣する病院を輪番制で体制化し、ゴールデンウィークや年末年始等の大型連休期間においては、神奈川県精神神経科診療所協会にも協力を依頼し、診療所勤務の精神保健指定医が精神科病院へ赴き措置診察を行う「応援指定医」体制を導入している。この体制について、精神保健指定医の拘束時間に対し、精神科病院や精神保健指定医に対する対価が見合っていないという課題があったため、神奈川県では、令和8年度から診察を行うことに対する報酬とは別に、行政から依頼があった場合に精神保健指定医を派遣する体制を確保したことに対する対価として「応援指定医派遣体制確保費」を創設し、待遇改善を行った。その結果として、年度当初の状況ではあるが、平日においては応援指定医の確保状況は改善の傾向を示している。医師の働き方改革の影響下でも持続可能な体制を目指し、一定の成果を示したが、継続して精神保健指定医の確保に努める必要がある。地域医療全体での連携強化に向けた取組みを継続し、精神科救急医療の質向上を目指す。

略歴

最首 知行

- 2003年4月 東京国際大学人間社会学部福祉・心理学科卒業後、神奈川県に入職し、中井やまゆり園にて勤務
- 2008年4月 鎌倉・三浦地域児童相談所にて、児童心理司として勤務
- 2011年4月 保健福祉局保健医療部保健予防課精神保健医療グループにて、自殺対策を担当
- 2015年6月 神奈川県精神保健福祉センター救急情報課にて、措置診察業務を担当
- 2020年4月 健康医療局保健医療部がん・疾病対策課精神保健医療グループにて、精神科救急を担当
- 2026年4月 健康医療局保健医療部がん・疾病対策課こころの未病グループにて、自殺対策を担当



川本 絵理、長瀬 明美

(神奈川県精神保健福祉センター)

精神保健指定医は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、法という）の昭和62年の改正で、「一定の精神科実務経験を有し法律等に関する研修を修了した医師のうちから、患者本人の意思によらない入院や行動制限の判定を行う者」として、厚生（労働）大臣が指定する制度として創設された。そして、法の第5章第2節「指定医の診察および措置入院」の中で、措置入院に関する様々な規定が記されている。

演者のいる神奈川県における法23条警察官の通報について、その内容を令和2年から令和6年までの5年間の平均値で表すと、通報件数1799.4件/年、診察実施件数1007.4件/年であった。また、令和6年においては、通報から診察開始まで6時間45分を要した。同年の措置入院時の診断は、多い順にF2（統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害）57.6%、F3（気分障害）17.7%、F0（症状性を含む器質性精神障害）6.9%であった。

措置診察にかかわる運用は自治体によって異なるが、神奈川県における法23条警察官の通報を例に、通報から措置診察までの一連の流れを法に基づいて説明し、措置診察における指定医の役割について、行政医の視点も踏まえて報告する。

略歴

川本 絵理

2003年 日本大学医学部卒業 同年から神奈川県立精神医療センター勤務
2011年から神奈川県精神保健福祉センター勤務
2023年より現職



川名 明德

(メイトクリニック鶴見)

精神保健福祉法に基づく措置入院制度は、自傷他害のおそれがある精神障害者に対して行政が関与する重要な医療制度である。

そこで行われる措置鑑定は通常2名の精神保健指定医によって行われ、対象者の精神状態、現病歴、既往歴、生活歴、家族歴などを総合的に評価し、自傷他害のおそれの有無と入院の必要性を判定する重要な医療・行政手続きである。

しかし地域の精神科医療の多くを担う診療所においては、措置診察への関与の機会や役割が必ずしも明確ではなく、地域によって運用や関わり方にも差がみられるのが現状である。

また、診療所は、患者の日常診療を通じて病状悪化の早期把握や危機介入に関与する立場にあり、措置診察や23条通報に至る過程においても重要な役割を担う可能性がある。実際には、行政・警察・精神科病院との連携体制、指定医の確保、主治医である診療所医師へ情報提供の依頼などさまざまな課題がみられる。

本ワークショップでは、措置診察の制度的枠組みと地域における運用の実情を概説した上で、各地域における実践例や連携モデルを共有し、診療所の立場から措置診察にどのように関与し得るのかを考え、検討する予定である。

略歴

川名 明德

1983年3月 獨協医科大学 卒業
同 年7月 東邦大学精神神経医学講座 研修医
1985年7月 同 大学 精神神経医学講座 助手
1990年4月 同 医局長
1998年3月 同 講師
2001年7月 東邦大学大橋病院 精神科 医局長
2002年7月 メイトクリニック鶴見 院長

**日精診研究助成事業
(田中健記念研究助成後継事業)
2025年度 研究・調査助成部門
対象者発表会**

実装研究のための統合フレームワーク（CFIR）を活用した精神科
診療所における包括的支援マネジメント普及の阻害要因の分析

榎戸 文子

（国際医療福祉大学小田原保健医療学部看護学科／（前）医療法人社団草思会錦糸町クボタクリニック）

【背景と目的】

地域精神医療におけるケースマネジメントは、様々なサービスの提供や調整という点において、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいて欠かせない役割を担う。精神科入院日数の減少や患者満足度の上昇などの効果が認められる集中的ケースマネジメントを基盤とした包括的支援マネジメントが精神科外来において実装され、療養生活継続支援加算としても成立しているが、その普及は十分ではない。本研究の目的は、精神科診療所における包括的支援マネジメント普及の阻害・促進要因について、実装研究のための統合フレームワーク（Consolidated Framework for Implementation Research：以下CFIR）を活用して分析し、包括的支援マネジメント普及のための知見を得ることである。

【方法】

本研究に同意の得られた日本精神神経科診療所協会会員の施設の職員にヒアリングを行い、データを逐語化し、CFIRの5領域39構成概念を基に質的に分析した。CFIRはエビデンスに基づく介入が現場で実装される際に影響を及ぼす要因を『介入の特性』『外的セッティング』『内的セッティング』『個人特性』『プロセス』という多面的な領域から分析できるフレームワークである。本研究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実施した（承認番号：2024-11）。

【結果】

精神科外来で包括的支援マネジメントを実施している5施設の精神保健福祉士5人、実施していない2施設の医師3人にヒアリングを実施した。包括的支援マネジメントを実施している施設、実施していない施設の両方において、普及の阻害要因として『介入の特性』の「複雑性」が多く特定された。包括的支援マネジメントを実施している施設では、『外的セッティング』の「コスモポリタニズム」として診療所同士のつながりを通じた情報共有が図られていることが多く、『介入の特性』の「複雑性」を乗り越え、包括的支援マネジメントを進めていた。包括的支援マネジメントを実施していない施設では、『介入の特性』における新たな人的資源の「費用」が共通する阻害要因として特定された。

【考察】

精神科診療所における包括的支援マネジメント普及のための知見および実装戦略として、診療所同士のつながりの拡大、包括的支援マネジメントの実践知の集約と共有、自治体や障害福祉サービス事業者に対する精神科外来における包括的支援マネジメントの周知や協働の促進、より良い地域精神医療の基盤整備についての継続的な検討が考察された。

一般演題
(口頭発表・ポスター発表)

〇-1

小学校低学年で精神症状が現れた長女の回復過程と回復のために必要な周囲の理解と環境の重要性

三良貴代美

(グループホーム夢の花／シルバーリボンジャパン)

長女は8歳で友人に悪口を言われると言い出し、9歳になってからは家にカメラを仕掛けられている等妄想が増えていった。半年後に幻覚、不眠が現れ看護師である私は精神科受診が必要と判断した。たくさんの病院に問い合わせたが「幼すぎる、内服調整ができない」等断られ1か月後に児童精神科で緊急対応として受診が出来た。更衣、睡眠、摂食、活動など生活のあらゆる面に支障が出ていたが内服治療の効果が表れ表情も穏やかになっていった。小学校ではまれなケースということで校長先生や養護教員・担任教員など交えて娘が通いやすい環境を一緒に考え様々な対応をとってくださり通学できた日もあった。小学校を卒業するまで自分の居場所と認識できていたのは周囲の理解しようとする対応だと感謝している。

本人に質問をすると混乱して怒りになったり「わからない」と返答が帰ってくることも多かったが、症状があってもその中に本人が隠れているのが感じられ、発症前と同じように声をかけ続けた。

最初に統合失調症と診断がついたがその後内服がなくなり診断名がいくつも変わり聴覚過敏や入浴拒否・引きこもり状態などいくつか症状はあるものの笑顔で過ごす時間は増えている。

私は長女が精神疾患をわずらってから将来の娘が入れるグループホームと考え運営し、さらにシルバーリボンジャパンの理事として精神疾患・メンタルヘルスへの正しい理解を広めることや、偏見をなくしていく活動を行っている。障がいや疾患を抱えていたとしても生きている以上、誰もが相互に助け合える、役に立てる存在なのだと感じられる社会になることを親子で願っている。

養育者支援としてのCARE™プログラムの実践 ～精神科クリニックにおける集団実施の効果について～

岡田 信吾、鬼頭 有代、尾熊 庸子

(医療法人いちえ 有希クリニック心療内科・精神科・児童精神科)

目的

CARE™とは、Child-Adult Relationship - Enhancementの略称であるが、子どもと大人の絆を深めるプログラムとして、子どもと関わる全ての大人に適応できる心理教育プログラムである。当院において養育者支援として実施しているCARE™プログラムについて、集団実施での効果を検証するとともに、継続的な支援につなげるための課題と展望について検討する。

方法

参加対象：通院中の子ども(小学校1年生から4年生まで)の保護者

参加者：12名

実施方法：CARE™プログラムを4回に分けて実施。(各回60分) 各回のプログラム終了後にECBI、CMI、SDSの質問紙を実施し変化を測定する。

結果

本研究では、CARE™プログラムを集団形式で実施し、ECBI、CMI、SDSを用いて効果を検証した。ECBIの強度および問題数がいずれも低下した。プログラム参加者が習得したスキルを日常的な養育場面に適用することで、子どもの行動に一定の改善が生じたと考えられる。CMIの結果では、身体面の変化は限定的であったものの、精神面において開始前後で平均値の低下が認められ、プログラム受講により心身への健康に一定の効果があるものと推察する。一方で、SDSにおいて顕著な変化が認められなかった。本プログラムが抑うつ症状そのものを直接的な対象としていないことが影響している可能性があり、今後の検討が必要である。

考察

本研究ではCARE™を集団形式で実施したが、養育者支援の方法としては効果的な方法であることが示唆される結果が得られた。参加者間の経験共有や相互支援は、孤立感の軽減や自己効力感の向上を促進することが知られており、グループダイナミクス研究においても、共感的理解や仲間からのフィードバックが行動変容を促進する重要な要因として位置づけられている。クリニックとしても効率的に実施できる方法でもあることから、集団での実施について継続的に実施できる方策を考えていくことが重要であろう。

外来治療と精神科デイケアの連携により社会参加の具体的成果を得た長期通院症例－介護初任者研修資格取得に至った一例－

諏訪部優香、野末 浩之、塩田由紀江、外来看護一同、精神科デイケア一同
(横浜勤労者福祉協会 うしおだ診療所 精神科デイケア)

はじめに

長期に外来通院を継続する精神疾患患者において、社会参加や就労につながる具体的な成果を得ることは容易ではない。精神科デイケアは生活リズムの安定や対人交流の場として有用とされているが、資格取得など明確なアウトカムに結び付いた報告は多くない。

症例

症例は50代男性、統合失調症。14年にわたり精神科外来通院および精神科デイケアを利用している。症状はおおむね安定していたが、長期にわたり就労困難な状態が続き、日中の活動性低下と対人不安が認められていた。過去に就労移行支援事業所を満期使用したが、希望する求人に出会えず就労には至らなかった。

経過

社会参加を目的に外来治療に加えて精神科デイケアを導入。デイケアでは集団作業活動やSSTを通じて対人スキルの向上、生活リズムの安定、自己効力感の向上を図った。また、外来診療と連携し、将来像を共有しながら段階的な目標設定を行った。通所継続により学習意欲が向上し、介護分野への関心が明確となったタイミングで、就労意欲の高い他利用者と場を共有できるよう環境調整を行った。外来・デイケアスタッフによる学習環境調整や心理的支援のもと、介護初任者研修を受講し、修了試験に合格、資格取得に至った。

結果・考察

本症例は、長期外来通院患者であっても、精神科デイケアを併用したスタッフ介入により、社会参加に繋がる具体的アウトカムを得られる可能性を示唆する。外来での個別的支援とデイケアでの集団的体験の相互作用が重要であったと考えられた。当日は、本人の振り返り内容も併せて紹介する。

本報告は患者のプライバシー保護に十分配慮し、発表に関する同意を得て行った。

うつ病再休職予防のための治療的多職種連携をめざして

田中 理香¹⁾、田中みどり¹⁾、一丸千佳子¹⁾、多田 潤司¹⁾、鎌田 怜那²⁾

(¹⁾ スタジオ リカ クリニック、²⁾ 一般社団法人マミリア)

うつ病の再休職予防において、当院では20年間にわたり医療的リワークを実施してきた。その臨床経験から、安心感・安全感を基盤とした治療的多職種連携によるチーム医療が、再休職予防の基盤となることが示唆される。当院では院内において医師、精神保健福祉士、公認心理師、キャリアコンサルタント等が連携し、復職支援のみならず転職支援にも対応している。さらに院外では、産業医、産業保健師、人事担当者、就労移行支援事業所、家族等と情報共有を行い、患者の復職および就労継続を支える体制を構築している。うつ病の再休職予防のためには、医療機関内の多職種連携に加え、産業保健および地域支援機関との連携を含めた包括的な支援体制の構築が重要である。

治療と仕事の両立支援におけるキャリアコンサルタント介入の有効性 —当院における多職種連携チームによる再休職防止の取り組み—

一丸千佳子、田中 理香

（スタジオオリカクリニック）

近年、職業生活において強いストレスを感じる労働者は約6割に達し、メンタルヘルス不調による休業への対応は喫緊の課題となっている。

厚生労働省のデータによれば「復職後5年以内の再休職率は約47.1%」と極めて高く、このリスク低減に向けて「両立支援コーディネーター」の育成が進められている。その中核を担う専門職として、キャリアコンサルタント（以下、CC）への期待が高まっている。

当院（スタジオオリカクリニック）では、主治医、公認心理師、精神保健福祉士、看護師、そしてCCによる多職種連携チームを構成し、「復職・転職後の再発予防」を指標とした支援を行っている。具体的役割として、医師や看護師、心理師が「医学的支援（症状の寛解、認知の修正、体力回復）」を担うのに対し、CCは「就労的支援（能力の再発見、職場適応、中長期的なキャリア形成）」を担う。この役割分担により、「日常生活が可能」という抽象的な判断に留まらず、企業側が懸念する「具体的業務の遂行能力」や「必要な配慮の期間・内容」を明確化し、精度の高い調整が可能となる。

「病気の治癒」と「職業生活における自己実現」は必ずしも同義ではない。医療現場にキャリアの専門家が介入することは、利用者の心理的安全性に寄与するだけでなく、ミスマッチによるプレゼンティズムや周囲の生産性低下を防ぐ一助となる。当院のデイケアプログラムにおいて、CCを含むチーム支援を実施した結果、過去4年間における再発（退職）者はわずか1名に留まっている。この実績は、医療とキャリア支援の統合が再休職防止に極めて有効であることを示唆している。

○-6 妊産婦のメンタルヘルスに関して精神科診療所は何ができるか？

伊藤 光宏

(南福島ひまわりクリニック)

演者は、福島県医師会の妊産婦メンタルヘルス事業に関わる中で、日本周産期メンタルヘルス学会に入会し、妊産婦患者を積極的に引き受けている。今回は、7年間の経験から得た考えを述べたい。

2017年4月から2024年3月まで、妊産婦127人が当クリニックを受診した（妊娠中のみ32人、産後1年以内のみ53人、妊娠中と産後1年以内の両方42人）。127人の内、元々当クリニックの患者は55人（43%）であった。

妊娠中受診の74人の主診断（ICD-10）は、F4が51人（69%）、F3が17人（23%）であった。F3のうち13人はF31であった。使用薬は、抗不安薬が54人（73%）で、漢方薬が20人（27%）であった。役所との連携を要したのは7人、訪問看護の利用は4人であった。精神状態悪化のため精神科病院に転院が1人、出産前に演者が総合病院産科病棟に往診した患者が1人いた。

産後1年以内受診の95人の主診断は、F4が61人（64%）、F3が29人（31%）であった。F3のうち18人がF31であった。受診背景に、家族との不和が12人いた。治療経過中に症状悪化のために精神科病院に転院した患者が4人いた。

また2024年3月、福島市内産科医療機関6ヶ所に、地域における精神科・産科連携のアンケートを行った。その結果、5ヶ所（83%）の医療機関から「連携がうまくいっている」という答えを頂いた。

現在、全国的には妊産婦のメンタルヘルスは総合病院が中心だが、総合病院の少ない地域では、精神科診療所の役割も大きい。また自院の患者が妊娠することもあり、精神科診療所が妊産婦のメンタルヘルスに無関心ではいられない。これまでの経験から、1) 妊産婦をなるべく早く診ること、2) 関係各所（役所、訪問看護ステーション、精神科病院、総合病院など）と連携がとれること、3) 妊産婦の精神科医療の知識を整理し活用すること、が重要であると考えている。

尚、発表に際して個人情報の保護に留意し、倫理的配慮を行った。

朱樹 音音¹⁾、三木 和平¹⁾、瀧田 絵美²⁾

(¹⁾ 医療法人社団ラルゴ三木メンタルクリニック、²⁾ 東京工芸大学芸術学部学生相談室)

心象写真とは、外界の資格対象を客観的に記録するのではなく、撮影者自身の内的体験 - 感情、記憶、無意識イメージ、身体感覚、象徴的連想などを視覚化する表現方法である。このアプローチは、心理学における投影概念、現象学的身体論、そして哲学的イメージ論と密接に関係している。心理学的観点では、心象写真は「投影 (projection)」及び「象徴化 (symbolization)」のプロセスを扱う。被写体そのものと解釈するのではなく、作者の内的世界が、媒介的に映し出される点でロールシャッハテストやTATなどの投影法と構造的な類似性を示す。特に、多重露光や光の操作は、内的イメージや情動の層構造を提示し、無意識内容を視覚的メタファーとして可視化する。哲学的観点では、心象写真は現象学 (メルロ＝ポンティ) の領域と近く、写真は「世界そのもの」ではなく「私に表れている世界(現象)」を扱う行為であり、撮影者の知覚と身体性が写真像の基底に組み込まれる。メルロ＝ポンティが述べた「見ることは、同時に見られることである」という相互性の構造が反映され、心象写真は主体と世界の往還運動として成立する。芸術学の観点では、心象写真は記録性よりも象徴性を前景化し、「イメージの再構成」を行う実践といえる。この点で、心象写真はアイコン性(似姿)、象徴性(メタファー)、指示性(痕跡性)が交差する領域に位置づけられる。結果として、写真を媒介とした自己理解研究、感情表現研究、芸術療法的応用の可能性が示される。総じて心象写真は、撮影者の内的世界を視覚的構造として表現する学際的な営為であり、心理学・哲学・芸術が交差する複合的プロセスとして位置づけられる。



P-2

音声バイオマーカーを用いた抑うつ症状のモニタリングに関する新規技術

周 迪¹⁾、長谷川 洋²⁾、加藤 大慈³⁾、大宮 康宏¹⁾、三村 圭美⁴⁾、
木代 眞樹⁵⁾、斎藤 庸男⁶⁾、三木 和平⁷⁾、内門 大丈⁸⁾、赤塚 英則⁹⁾

(¹⁾ PSTメディカル株式会社、²⁾ 長谷川診療所、³⁾ 戸塚西口りんどうクリニック、⁴⁾ 東川島診療所、
⁵⁾ きしるメンタルクリニック、⁶⁾ さいとうクリニック、⁷⁾ 三木メンタルクリニック、
⁸⁾ メモリーケアクリニック湘南、⁹⁾ 神奈川診療所)

【背景】

音声バイオマーカーを用いた抑うつ症状評価は、非侵襲的かつ短時間で症状を把握できる新しい技術として注目されている。しかし、同一患者の複数回来院における音声特徴量の変化や、HAMDスコアとの関連性については十分に検討されていない。症状の増減や治療効果を反映する指標として信頼性を検証することは、臨床現場での活用に向けて重要な課題である。

【目的・方法】

本研究では、同一患者の最大3回の来院時の音声を用い、抽出した音声特徴量とHAMDスコアとの関連性を評価するとともに、音声特徴量と来院間における抑うつ症状 (HAM-D) の変化傾向の関連性を評価することを目的とした。健常者および抑うつ症状を有する患者76例 (約10施設) について、各来院時に長母音・繰り返し・定型文で構成される20フレーズの録音とHAMDを実施した。取得した音声から約120種類の特徴量を抽出し、特徴量を組み合わせて、中間特徴量として臨床的に解釈可能なくつかの音声症状 (例：声の弱々しさ、不明瞭性など) に集約した。そして中間特徴量およびそれらを組み合わせた抑うつ重症度スコアと、HAMDスコアとの相関を算出し、来院間変化の傾向を反映する指標としての有効性を検証した。

【結果・考察】

複数回来院時データを用いた解析の結果、いくつかの中間特徴量および抑うつ重症度スコアとHAMDスコアとの間に統計的に有意な相関が認められた。また、抑うつ重症度スコアの経時変化 (各測定間の変化量) を用いた解析においても Δ HAMDスコアとの間に統計的に有意な相関が認められた。これらの結果は、音声特徴量が抑うつ症状の変化を経時的に評価する指標となり得る可能性を示唆する。

以上より、音声バイオマーカーは抑うつ症状の重症度および経時変化を反映する指標となり得る可能性が示唆された。本手法は短時間で非侵襲的に実施可能であり、診断補助や治療経過モニタリングへの応用が期待される。

共催セミナー

LS1

不安性苦痛に着目したうつ病治療戦略 —うつ病診療ガイドライン2025を踏まえて—



高江洲義和

(琉球大学大学院医学研究科 精神病態医学講座)

うつ病診療において、不安症状は極めて高頻度に認められる重要な臨床症候であり、抑うつ症状と相互に影響しながら病態の重症度や治療経過に大きく関与することが知られている。不安症状は患者の主観的苦痛を増強させるだけでなく、治療反応性の低下、症状の遷延化、再発リスクの上昇、さらには自殺リスクの増加とも関連することが指摘されている。

DSM-5では、うつ病における不安症状の臨床的重要性を踏まえ、「不安性の苦痛を伴う」という特定用語が導入された。この特定用語は、緊張感、落ち着かなさ、集中困難、制御困難な心配、恐怖感などの症状の有無によって評価される。うつ病患者の半数以上に不安性苦痛を伴う症状が認められると報告されており、この概念を意識することで、抑うつ症状の背後に存在する不安や焦燥などの症状を体系的に把握することが可能となる。

2025年改訂のうつ病診療ガイドラインにおいても、不安症状の評価とその臨床的意義が改めて強調されている。実臨床では、患者の主観的な不安や焦燥、不眠などの症状を丁寧に評価するとともに、症状の変化を継続的に把握することが重要である。その際、評価尺度を活用したMeasurement-Based Care (MBC)の考え方は、症状の客観的把握と治療反応の評価に有用である。また、不安性の苦痛を伴ううつ病では、不安や焦燥、不眠といった症状を踏まえた治療戦略を検討することが求められる。

本講演では、「不安性の苦痛を伴う」うつ病の臨床的意義と評価のポイントについて概説するとともに、うつ病診療ガイドライン2025の記載を踏まえ、不安症状に着目したうつ病治療戦略について整理する。さらに、不安、焦燥、不眠などを含めた包括的な症状評価の重要性と、それらを治療方針にどのように反映させるべきかについて、外来診療の視点から考察する。

略歴

高江洲義和

2004年 3月：東京医科大学医学部卒業
2024年 5月：東京医科大学病院勤務（初期研修医）
2006年 4月：東京医科大学救急医学講座（後期研修医）
2009年 4月：東京医科大学精神医学講座（臨床研究医）
2011年 2月：同助教
2013年10月：同講師
2018年 1月：杏林大学医学部精神神経科学教室 講師
2021年 1月：琉球大学大学院医学研究科精神病態医学講座 准教授
2024年 8月：同教授・認知症疾患医療センター長 現在に至る

LS2

ガイドラインに準じた成人期ADHD薬物療法ストラテジー ～グアンファシンをベースドラッグとして～



楠木 将人

(心・漢方 くすのき医院)

ランチオン
セミナー2

20
(土)

成人期ADHD薬物療法は、2012年8月にアトモセチンの適応拡大から始まった歴史の浅い治療分野である。日本人における有病率は1.6%と高く、潜在患者が多く見込まれる。精神科外来診療においては、全患者の少なくとも10%ほどにADHDの併存が見込まれ、成人期ADHD患者の気分障害や不安障害の生涯有病率は、それぞれ約25%、約38%と高い。また、ADHD患者は49.5%に何らかの併存症を有するという報告もあり、精神疾患の診断・治療にはADHDも含めて発達障害の鑑別が必須となった。

そして薬物療法は成人期ADHDの脳病態を十分理解して行う必要がある。Triple Pathway Model (Sonuga-Bark, 2010)では、実行機能系の首座である背外側前頭前野におけるNAの不均衡、側坐核を首座とする報酬系におけるDAの不均衡、さらに時間処理系を司る小脳におけるNAの不均衡が指摘される。これは、成人期ADHD治療に用いるアトモセチンやメチルフェニデート徐放製剤の作用機序である、NAやDAの再取り込み阻害の有用性を良く説明する。

グアンファシンは、選択的 α 2Aアドレナリン受容体作動薬であり、直接NAやDAの濃度を高めない非中枢刺激薬である。その作用は前頭前皮質におけるシグナル伝達の増強と想定され、実行機能系・トップダウン認知処理に寄与してADHD症状を改善する。

グアンファシンは非常に多くの学びをもたらす薬剤であり、 α 2Aアドレナリン受容体作動という作用機序からADHDの脳病態及び、前頭葉機能・眼窩前頭皮質・青斑核の見識が深まり、そこからADHD症状の改善のみでなく、認知機能・自我機能・社会機能なども含めて患者を支える視点が得られる。

本セミナーでは、臨床的な薬剤運用について、特に混乱を招きやすいシグナル伝達レベルと脳内カテコラミンレベルの関係を整理し、さらに副作用の理解に必要な身体カテコラミンレベルの観点を加えて解説を試みる。また、症例を通じてその具体的な応用を提示し、成人期ADHD薬物療法の臨床課題解決に取り組む助けとしたい。

略歴

楠木 将人

平成17年3月、弘前大学医学部医学科卒。独立行政法人国立病院機構弘前病院での初期研修を経て弘前大学医学部神経科精神科講座へ所属。以後、弘前大学附属病院、精神科単科病院で精神科診療に従事し、後期研修を終える。

平成24年4月から桜クリニックと仁愛診療所に勤務。桜クリニックでは思春期・青年期を含めた診療を行い、仁愛診療所では精神科一般に加えて漢方治療や成人期ADHD治療に取り組む。

令和3年4月から仁愛診療所の院長を拝命。

令和6年12月10日「心・漢方 くすのき医院」を開院

LS3

外来精神医療の役割を再考する ～統合失調症と双極症の治療を中心に～



阿瀬川孝治

(医療法人三精会 汐入メンタルクリニック)

現代の外来精神医療は、地域移行の進展、8050・9060問題、複合的生活困難の増加などを背景に、単なる通院診療の場を超えた機能が求められている。とりわけ統合失調症と双極症は、若年発症・再発性・入院リスクの高さという特性を有し、慢性精神疾患モデルの中心をなす疾患群である。これらを外来で安定的に診療することは、患者個人の予後改善にとどまらず、地域精神医療全体の安定化に直結する。

外来精神医療の役割は、第一に医療・福祉・家族を結ぶ地域資源のハブとして機能することであり、第二に薬物療法を基盤とした継続的治療と生活支援を担うことである。さらに、再発兆候の早期察知と急性期への迅速な対応は、入院予防および社会機能維持の鍵となる。

薬物療法は両疾患の予後を規定する中核的要素であり、特に統合失調症および双極症うつ状態の双方に適応を有する治療選択肢は、診断横断的視点を踏まえた臨床戦略を可能にする。本講演では、統合失調症と双極症の診断・治療の連続性に着目し、外来診療における実践的アプローチを提示する。

また、両疾患の多施設実態調査であるMUSUBI研究（双極症）およびMUSASI研究（統合失調症）の知見を紹介する。

略歴

阿瀬川孝治

1988年 徳島大学医学部卒業後
1992年 同大学大学院博士課程修了
1992年 医療法人監里病院勤務
1993年 横浜市大医学部精神医学教室入局、
千葉県精神科医療センター
1998年 千葉県精神科医療センター
2000年 横須賀市立市民病院精神科医長
2003年 汐入メンタルクリニック入職
2006年 汐入メンタルクリニック院長 現在に至る

LS4

不安に潜むリスクを見逃さない： GADの診断と治療介入の重要性



塩入 俊樹

(のぞみの丘ホスピタル/岐阜大学 名誉教授)

ランチオン
セミナー4

21
日

不安神経症を命名したフロイトも19世紀末に指摘しているように、日常生活で生じる不安の多くは、正常不安であり、危険から命を守り、生命を維持し、種を保存するため防御装置、あるいは番犬のようなものである。また、大脳皮質が肥大化し、地球上で最も高等で複雑な我々ヒトは、この正常不安を上手く利用し、適応的なコーピングを行い、ヒトとしてのさらなる成長・進化を促していく。例えば、医学生が国試の1年前から対策をし、継続的な勉強をし続け、無事合格するのも正常不安があるからである（広義には生命維持、種の保存）。一方で、異常（病的）不安も存在し、これは命の危険性がないあるいはほぼない状況で生じ、その程度や持続時間が不安の生じている状況と合わない（強く、長く不安が生じる）ため、著しい社会機能障害を呈することとなる。これが不安症である。三大不安症はパニック症、社交不安症、そして全般不安症（GAD）である。これらの中で本セミナーでは、ごく最近、ベンラファキシンが我が国初めてのGAD治療薬となったこともあり、GADの診断と治療介入の重要性についてお話しする。

周知のごとく、GADは、1980年、DSM-III診断基準によって世に出された疾患である。その成り立ち、つまり、フロイトの提唱した不安神経症からパニック症（PD）という、その病態がより生物学的な要素の強いものを除いた、残りの部分をGADと定義したことから、GADはよりヘテロな集団である可能性が高い。そのため、同じくDSM-IIIで1つの疾患単位として初めて認められたPDのように、その後の様々な研究が余りなされなかった（論文バイアスもある）。したがって、GADは“忘れられた不安症”とも言えよう。しかしながら、GADは不安症の中でも有病率が高く、我が国ではPDの2.4倍との報告もある。前述したように、今年にはGADの治療元年であり、“GADの忘れられない1年”となるものと思われる。

略歴

塩入 俊樹

平成3年4月 滋賀医科大学医学部附属病院助手に採用
平成8年3月 日本学術振興会海外派遣研究員(COE)としてカリフォルニア大学アーバイン校精神医学講座留学 (Visiting Professor)
平成10年11月 新潟大学医学部附属病院助手に転任
平成11年7月 新潟大学医学部附属病院講師に昇任
平成12年8月 新潟大学医学部精神医学講座助教授に昇任
平成18年4月 新潟大学災害復興科学センターこころのケア分野チームリーダー（兼任）
平成19年8月 新潟大学医学部附置こころの発達医学センター准教授（兼任）
平成20年6月 岐阜大学大学院医学系研究科神経統御学講座精神病理学分野（令和3年、脳神経学講座精神医学分野に、改名）教授
令和8年4月 のぞみの丘ホスピタル院長、岐阜大学名誉教授
現在に至る

ランチオンセミナー5

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

LS5

就労者における労働生産性を考慮したうつ病治療 —MBC実践とVortioxetine処方経験からの考察—



松崎 太志
(まつぎきクリニック)

就労者のうつ病診療では、抑うつ症状の改善のみならず、復職、就労維持、さらにはプレゼンティーズムを含む労働生産性の回復までを治療目標として捉える必要がある。実臨床においては、気分症状が軽快していても、不安、認知機能障害、疲労感、体力低下などが残存し、十分な職業機能の回復に至らないことが少なくない。そのため、症状評価に加えて、社会機能や就労状況を継続的に把握し、治療介入に反映させる視点が重要である。本講演では、うつ病における認知機能障害、不安、体力低下が復職および就労維持に及ぼす影響を整理したうえで、Measurement Based Care (MBC) に基づく外来診療の実践を紹介する。当院ではPHQ-9、SDS、不安尺度、生産性指標などを用い、症状・機能・就労状況を継続的に可視化し、患者との治療目標の共有や治療方針の調整に活用している。さらに、認知機能や労働生産性への影響が期待されるボルチオキセチンに着目し、就労中のうつ病患者症例の経過を提示する。復職支援においては、不安の制御、認知機能の回復、体力の再建、環境調整、必要に応じたりワーク活用を含めた多面的評価と介入が重要であり、MBCはその実践を支える有用な枠組みであることを考察する。

略歴

松崎 太志

平成元年 鳥取大学医学部卒業 同大学精神神経科教室で研修
平成5年 鳥取大学大学院博士課程修了
平成6年 隠岐病院 精神科医長
平成7年 鳥根県立こころの医療センター 精神神経科医長
平成9年 鳥根県立中央病院 精神神経科医長
平成20年 まつぎきクリニック開設
現在に至る

資格など

精神保健指定医
日本精神神経学会認定精神科専門医
日本外来精神医学会認定専門医

ランチオンセミナー6

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グループ

LS6

女性のライフステージとメンタルヘルス ～女性ホルモンとの関係を中心に～



大坪 天平

(医療法人高仁会戸田病院)

ランチオン
セミナー6

21
(日)

女性特有の抑うつとして、月経前症候群（PMS）と月経前不快気分障害（PMDD）が知られている。これら女性特有の精神的不調にエストロゲンの変動は何らかの形で関係している。もちろん、エストロゲンだけでなく、プロゲステロン、さらにプロゲステロンの代謝産物であるアロプレグナノロンや、それぞれのホルモン受容体の感受性なども関係してくる。また、心理社会的要因として、幼少期逆境体験や現時点のストレスの強さも関係することがわかっている。

PMDDには、選択的セロトニン再取り込み阻害薬が高率に奏効することから、PMDDとセロトニンは切っても切れない関係と考えられている。

PMDDの非薬物療法としては、カウンセリング、認知行動療法、疾患に関するサイコ・エデュケーション、症状日記、規則正しい生活と睡眠、定期的運動、アルコールやカフェイン制限などがあげられる。

さらに、従来、サプリメントとして、カルシウム、マグネシウム、亜鉛、マルチビタミン、葉酸、ビタミンB6、ビタミンD、 ω 3脂肪酸、イソフラボン、エクオール、 γ -トコフェロール、 γ -トコトリエノール、チェストベリー、イチヨウ葉エキス、イブニングプリムローズオイル、NS乳酸菌などが好んで使われてきた。

月経前の黄体期には水分貯留症状が目立ち、その水分貯留と精神症状が正の相関関係にあるとの報告もある。それに対し、食品サプリメント「 γ -トコ複合食品」が注目されている。 γ -トコ複合食品は、 γ -トコフェロール、 γ -トコトリエノール、S-エクオール、カルシウムを含み、 γ -トコフェロールと γ -トコトリエノールは、代謝産物の γ -CEHCによるナトリウム利尿作用が、S-エクオールは、女性ホルモンの作用調節が、カルシウムはPMS精神症状の改善が期待される。

薬物療法に抵抗のあるPMS・PMDD患者に試みる価値はありそうである。

略歴

大坪 天平

- 1988年 3月 浜松医科大学医学部卒業
- 1988年 5月 昭和大学医学部精神医学教室入局
- 1998年 3月 同教室専任講師
- 2004年 1月 同教室准教授
- 2004年 4月 昭和大学附属烏山病院准教授
- 2006年 4月 昭和大学附属烏山病院院長代行（～2007年3月末）
- 2008年 4月 JCHO東京新宿メディカルセンター精神科主任部長
- 2017年 4月 東京女子医科大学東医療センター精神科臨床教授
- 2021年 11月 東京女子医科大学附属足立医療センター心療・精神科教授
- 2025年 4月 東京女子医科大学附属足立医療センター心療・精神科特任教授
- 2026年 4月 医療法人高仁会戸田病院院長

LS7

「うつ病診療ガイドライン2025」に見る新しいうつ病治療のあり方



渡邊 衡一郎

(杏林大学 医学部 精神神経科学教室)

2025年12月25日に発表されたうつ病診療ガイドライン2025は、日本医療機能評価機構 Mindsの診療ガイドライン作成マニュアルに沿って作成され、システマティックレビューによるエビデンス評価と益と害、そして普及度などのバランスを踏まえて推奨度を決定している。作成には精神科医だけでなく、看護師、薬剤師、心理職、当事者や家族も参加し、医療者の視点だけでなく、当事者の生活実感やニーズまでもが推奨文や解説の端々に反映されている。

旧ガイドラインより共同意思決定 (Shared Decision Making : SDM) による対話の重要性は説かれていたが、本ガイドラインではSDMを診療の基盤と位置づけ、当事者と医師が情報を共有し共に治療方針を決めるプロセスが明文化されている。またMBC (Measurement-Based Care : 測定に基づくケア) の実践も強調されており、自己記入式の評価尺度であるQIDS-JやPHQ-9が推奨されている。MBCによって、当事者は自分の状況を正確に理解し、その後の治療に対する納得度を高めることが可能になる。

トピックスでは、エビデンスはありながらもわが国における普及度や質の担保の問題から「提案」となった「精神療法」を取り上げ、今後の道筋を示している。また、「今後期待される治療」の章では、モノアミンに依らず新規作用機序を有するうつ病治療薬、ズラノロンが紹介されている。本薬は投与開始後早期からの症状の改善が期待されており、また休薬を挟み再投与した時の安全性および有効性も評価している。効果発現に数週間を要するといううつ病のアンメットニーズに応えることが期待されると共に、他の治療法の導入への足掛かりになる可能性も秘めている。

SDMによって様々な治療選択肢について話し合い、MBCで効果をモニターして当事者と共有していく姿勢は、今後のうつ病診療のスタンダードとなりうるのか、改めて検討したい。

略歴

渡邊 衡一郎

- 1988年3月 慶應義塾大学医学部卒業
- 1989年5月 国家公務員共済組合連合会立川病院神経科
- 1991年5月 医療法人財団厚生協会大泉病院
- 1997年4月 慶應義塾大学医学部精神神経科学教室助手
- 2006年4月 慶應義塾大学病院医学部専任講師(精神神経科学教室)
- 2012年4月 杏林大学医学部准教授(精神神経科学教室)
- 2014年4月 杏林大学医学部教授(精神神経科学教室)

MS1

睡眠障害の診断と治療



熊田 貴之

(医療法人ディープレインテンション)

現代の睡眠診療では、客観的な睡眠指標の改善が必ずしもクライアントの主観的満足感に結びつかない場面にはしばしば直面します。本講演では確固たる理論提示よりも、日常診療における試行錯誤や、クライアントの「納得感」を支える視点を共有します。

まず、不眠の背景に潜む見逃されがちな要因に注目します。住環境の変化や身体の違和感、長年の生活習慣に根差した「眠りへの構え」などを丁寧に紐解き、「睡眠はこうあるべき」という固定観念を緩めていきます。過度な入眠努力を手放し、主観的な心地よさに焦点を当てるアプローチを検討します。

さらに、AI解析やウェアラブルモニターの活用についても考察します。これらは単なる測定ツールにとどまらず、客観データと主観感覚のズレを可視化する役割を持ちます。その差異を対話の材料とし、クライアントが自身の睡眠を客観視し安心感を得る支援につなげます。

また、入眠時の儀式や起床時の感覚といった個人的要素にも着目し、画一的指導ではなく個々の価値観や生活リズムに寄り添った「睡眠スタイル」の構築を目指します。日中活動と睡眠を連続したものとして捉え、心地よい一日の循環を提案することが、納得感の向上につながる可能性があります。

客観指標と主観的心地よさを統合し、個々に適した睡眠のあり方を模索すること。本講演が日常診療への新たな示唆となれば幸いです。

略歴

熊田 貴之

2004年 4月 東邦大学医学部 卒業
2004年 5月 昭和大学 各病院にて研修（～2011年5月）
2011年 5月 医療法人ディープレインテンション 日吉病院 副院長
2011年 10月 横浜国立大学 教育人間科学部 非常勤講師 兼務（～2014年3月）
2013年 1月 医療法人ディープレインテンション 日吉病院 院長
2016年 1月 医療法人ディープレインテンション 日吉病院 理事長・院長 兼務
2016年 10月 医療法人ディープレインテンション 理事長
現在に至る

MS2

双極症うつ治療のパラダイムシフト —抗うつ薬から抗精神病薬へ—



勝元 榮一

(かつもとメンタルクリニック)

双極症はその経過の多くをうつ状態が占めることが知られており、臨床現場において双極症うつの治療に難渋する場面は少なくない。本講演ではまず、我が国の診療ガイドラインである「双極性障害（双極症）2023」における双極うつの推奨薬物療法について概説する。同ガイドラインでは抗うつ薬の使用は原則として推奨されていないが、実臨床では依然として抗うつ薬が使用されているケースも少なくない。一方、海外では双極症における抗精神病薬の使用頻度が高まりつつあるのに対し、我が国では双極うつに対する抗精神病薬の使用はまだ十分とは言えない。日本精神神経科診療所協会が実施した双極症の大規模臨床研究MUSUBI2021においても、双極症うつに適応を有するクエチアピン徐放製剤（ビプレッソ徐放錠）の使用率は3.8%、ルラシドンは6.0%にとどまっていた。クエチアピンは用量に応じて薬理学的プロファイルが変化する特徴的な薬剤であり、Stahlは50mgの低用量では催眠作用、300mgの中等量では抗うつ作用、800mgの高用量では抗精神病作用が主体となると説明している¹⁾。しかしMUSUBIの解析では、300mgで使用されている症例はビプレッソ徐放錠使用症例の22.5%にとどまり、50mg以下の低用量で継続されている症例は31.5%と比較的多く認められた。これは抗うつ効果を十分に発揮する用量に到達していない可能性を示唆する。本講演ではビプレッソ徐放錠の臨床試験における投与方法および薬理学的特徴を踏まえ、適切なタイミングで300mgまで増量する治療戦略の有用性について、自験例を交えて考察する。

1)Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications, 4th Ed.

略歴

勝元 榮一

1989年 大阪市立大学医学部神経精神医学教室入局
1989年～1990年 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～1991年 神出（かんで）病院医員
1991年～1993年 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～1994年 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 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～2007年 大阪市立大学大学院医学研究科神経精神医学助手
2007年～ かつもとメンタルクリニック院長
現在に至る

MS3

地域フォーミュラリの視点から考える不眠症治療 ～オレキシン受容体拮抗薬の位置付け



稲田 泰之

(医療法人悠仁会 稲田クリニック)

「骨太の方針2025」において地域フォーミュラリの全国展開が明記されるなど、医薬品処方標準化と適正化が国を挙げた重要課題である。地域フォーミュラリのメリットの一つは、ジェネリック医薬品の採用による医療費の節減であるが、こと睡眠薬においては、その範疇に留まらない意義をもつ。不眠治療において、長年主剤であったベンゾジアゼピン受容体作動薬（BZD）の常用量依存や高齢者の転倒・骨折リスクといった負の側面があらためてクローズアップされており、処方適正化への取り組みが避けて通れない状況にあるからである。

大阪府のモデル地区である高槻市では、医師会・歯科医師会・薬剤師会の三師会が連携し、地域フォーミュラリを策定してきた。薬剤師会より「現場の医師が使いやすいドクターファーストの視点」というコンセプトの提案があったこともあり、地域の実情を踏まえながらも、処方の適正化という方向性を重視した薬剤選択となった。当日は、高槻市の睡眠薬フォーミュラリについて紹介するとともに、その中でのオレキシン受容体拮抗薬の位置付けについて解説する。

また、当院ではかねてよりBZDの減量に取り組んでおり、一人あたりのBZD処方量は年々確実に減少しつつある。当日は当院の最新の処方推移を紹介するとともに、減薬手法についても言及する。BZDからの切り替えを成功させるには、単なる薬剤の置き換えに留まらず、プラセボ効果の活用や共同意思決定、そして睡眠衛生指導といった包括的なアプローチに加えて、各種睡眠薬の特徴理解が欠かせない。

今後、BZDの入り口を狭めつつ適切な出口へと導くことが、精神科医の新たな役割になると考えられる。さらに他科への啓発や地域全体での処方適正化に寄与することも求められるだろう。本セミナーでは、その期待に応えるために必要な知見と考え方について振り返りたい。

略歴

稲田 泰之

平成4年 大阪医科大学卒業
平成6年 大阪医科大学神経精神医学教室助手
平成14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
平成15年 医学博士号取得
平成17年 大阪医科大学神経精神医学教室 講師
稲田クリニック開院
平成19年 医療法人悠仁会 理事長
平成27年 医療法人悠仁会 北浜クリニック開設

スポンサードセミナー1

共催：住友ファーマ株式会社 メディカルアフェアーズ部

SS1

児童青年期における統合失調症と外来診療



岡田 俊

(奈良県立医科大学精神医学講座)

近年のコホート研究は、精神疾患の多くが児童青年期に発症することを報告している。統合失調症は20-30歳代に発症することが多いとされてきたが、児童青年期から非特異的な行動変化が認められること、児童青年期における顕在発症例も存在することが報告されており、予防精神医学的な観点から早期兆候の把握と介入が求められる。しかし、診療受給の極端な偏りから児童精神科専門医療への近接性は十分とはいえず、一般精神科医療機関における外来対応の拡充が、精神病未治療期間の短縮に重要であるといえる。

しかしながら、児童青年期の統合失調症薬物治療ガイドラインはなく、多くは成人のガイドラインを参考に治療されることが現状である。児童青年期を対象とした統合失調症のシステマティックレビューおよびメタ解析では、抗精神病薬の有効性プロファイルに大きな違いは無い一方で副作用プロファイルが異なり、特に代謝系副作用のリスクが高いことが報告されている。そのためには内分泌代謝リスクの低い薬剤の使用が求められるといえよう。また、アットリスク精神状態に対する介入も確立しておらず、心理社会的介入の重要性が認識されつつも広く享受できる体制にないのが実情である。

児童青年期統合失調症の状態像は、必ずしも明確でなく、診断が難しいのが実情である。そのため、診療継続のためには十分な本人・家族への心理的支援が重要であり、多職種連携も重要と考えられる。一般精神科医療機関と児童精神科医療機関との連携や精神科救急事態への対応も重要である。

本講演では、児童青年期統合失調症の臨床像とその治療エビデンス、これらから考えられる治療のポイントと治療を支える対応の実践について検討したい。

略歴

岡田 俊

学歴
平成3年4月1日 京都大学医学部医学科 入学
平成9年3月31日 同上 卒業
平成12年4月1日 京都大学大学院医学研究科博士課程（精神医学）入学
平成13年6月30日 同上 退学

職歴
平成9年5月16日 京都大学医学部附属病院精神神経科研修医
平成10年6月1日 医療法人光愛会光愛病院医師
平成13年7月1日 京都大学医学部附属病院精神神経科助手
平成18年6月16日 同 デイケア診療部院内講師
平成22年1月1日 京都大学大学院医学研究科脳神経生理学講座（精神医学）講師
平成23年4月1日 名古屋大学医学部附属病院親と子どもの心療科 講師
平成25年4月1日 同 准教授
令和2年4月1日 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 知的・発達障害研究部 部長
令和5年11月1日 奈良県立医科大学精神医学講座 教授
(兼) 奈良女子大学 非常勤講師
(兼) 高知県立大学 看護学科 非常勤講師
(兼) 和歌山県立医科大学 非常勤講師

学位
平成21年3月23日 京都大学博士（医学）

資格
平成9年4月30日 医師免許取得（医籍登録番号第387623号）
平成14年12月20日 精神保健指定医（第13099号）
平成16年8月22日 臨床研修指導医 七者懇指講0461-15号
平成17年4月1日 精神保健判定医
平成17年10月10日 日本臨床精神薬理学会 臨床精神神経薬理学専門医 第163号
平成18年4月1日 日本精神神経学会 指導医
平成20年10月1日 日本精神神経学会 専門医
平成22年10月1日 日本臨床心理士資格認定協会認定臨床心理士 22618号
平成28年1月1日 日本臨床精神薬理学会 臨床精神神経薬理学指導医 第163号
令和4年9月14日 公認心理師 第55142号
令和6年4月1日 日本児童青年精神医学会認定医（2024-104）
令和6年8月28日 日本サイコソマティック学会登録精神腫瘍医
令和7年3月20日 子どものこころ専門医（S20250872号）
令和7年10月8日 一般病院連携精神医学専門医・指導医（693号）

所属学会と学術活動

日本精神神経学会 代議員、Psychiatry and Clinical Neurosciences Field Editor、児童精神科医療研修委員会委員長
日本児童青年精神医学会 代表理事
日本精神科診断学会 評議員
日本臨床精神神経薬理学会 指導医・専門医
日本神経精神薬理学会 正会員、児童思春期神経精神薬理タスクフォース委員
日本うつ病学会 会員、双極性障害委員会フェロー
日本ADHD学会 代議員
日本発達障害学会 会員、常任編集委員
日本サイコソマティック学会 会員
日本総合病院精神医学会 会員
日本摂食障害学会 会員
Society for Neuroscience (米国) Regular Member

スポンサードセミナー2

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

SS2

知っておきたい思春期の睡眠の知識 ～神経発達症の睡眠の問題～



加藤 久美

(医療法人愛仁会 太田総合病院記念研究所附属診療所 太田睡眠科学センター)

睡眠は成長とともに変化する。思春期になると体内時計が後退し、夜ふかし・朝寝坊になりやすくなるだけでなく、夜間の睡眠時間が短くなる。睡眠の必要性が低下するからではなく、心理的、社会的な背景も含めた結果であると考えられている。朝起きられない、日中の眠気の訴えがある場合、睡眠不足がないかまず確認すべきであるが、思春期に多い睡眠覚醒リズム後退障害や中枢性過眠症などの睡眠関連疾患の可能性も念頭に置くべきである。

睡眠不足では海馬の活性が低下し初期記憶が障害され、やる気や集中力に関わる前頭前野の活動が低下する。短時間睡眠は思春期の抑うつ、不安に関連し、眠気は学業成績に強く影響するとされ、さらに乳幼児、小児、思春期において肥満と関連する。しかし、日本人を含むアジアの青少年の夜間睡眠時間は欧米諸国に比べ1-2時間も短い。

神経発達症児ではあらゆる睡眠の問題がみられるが、とくに不眠、睡眠覚醒リズムの問題が生じやすく、概日リズム機構に関わる時計遺伝子の多型との関連、メラトニン関連遺伝子の異常が報告されている。睡眠の問題は単一の原因ではなく、スケジュール管理の困難さ、こだわりなどの子どもの特性、環境、家族機能など多種多様な要因が絡み合っていると考えられる。2020年の米国神経学会の自閉スペクトラム症の小児、思春期の不眠と睡眠障害行動の診療ガイドラインでは行動療法を単独あるいは薬物療法と併用して最優先で行うことを推奨し、就床への抵抗、睡眠潜時、睡眠維持、総睡眠時間にメラトニンがおそらく有効であるとしている。我が国では2020年3月に医薬品として承認され、入眠潜時の有意な短縮が報告されている。

神経発達症児の診療では睡眠の問題を念頭に置き、睡眠衛生指導を行うべきであり、メラトニンは有力な選択肢となる。

略歴

加藤 久美

- 1995年 富山医科薬科大学医学部医学科卒業
大阪大学医学部小児科学教室入局
- 2003年 大阪大学大学院医学系研究科生体統合医学小児発達医学
博士課程修了
- 2007年 大阪大学大学院医学系研究科
子どものこころの分子統御機構研究センター 特任助教
- 2009年 太田総合病院記念研究所附属診療所太田睡眠科学センター
医長 現在に至る
- 2010年 大阪大学大学院連合小児発達学研究所 招聘教員
- 2024年 同教授(兼任) 現在に至る

SS3

Improving the Lives of Patients with Generalized Anxiety Disorder: Moving Beyond the reduction of symptoms to Restore Daily Functioning



Philip Gorwood

(GHU Paris Psychiatry and Neuroscience & University Paris Cité)

Generalized anxiety disorder (GAD) is a chronic, recurring psychiatric condition characterized by persistent and excessive anxiety/worry lasting at least six months, accompanied by symptoms such as restlessness, irritability, concentration difficulties, muscle tension, and sleep disturbance, and-critically-by clinically meaningful impairment in social, occupational, or other key domains of daily life. In Japan as everywhere in the world, the available evidence suggests a substantial unmet need: GAD remain invisible to many patients and inconsistently evaluated in routine clinical practice, resulting in functional disability to accumulate even when aspecific symptoms are intermittently addressed.

The burden on quality of life is substantial and multidimensional. Depression, pain and discomfort are associated domains, pointing to cognitive, emotional and somatic contributors to the impact of GAD on daily activities. Yet care-seeking is limited : only few patients with GAD currently visit medical actors for anxiety or other mental issues, and most had never heard of GAD - consistent with substantial delays in recognition, diagnosis, and treatment initiation that may prolong cycles of worry, somatic symptoms, and reduced productivity.

Randomized studies show that effective pharmacotherapy can improve both symptoms and disability-with earlier treatment meaning larger functioning improvement. In an 8 week, double-blind, placebo-controlled RCT in Japanese adult outpatients with DSM 5 GAD (N=357) comparing venlafaxine extended release (ER; Effexor ER) 75-225 mg/day vs placebo, venlafaxine ER achieved a statistically significant improvement in the primary endpoint (HAM A total score) at week 8 (LS mean difference - 1.9, 95% CI - 3.4 to - 0.4; p=0.012). Crucially, functional gains occurred in parallel: venlafaxine ER improved Sheehan Disability Scale (SDS) total score versus placebo (LS mean difference - 1.7, 95% CI - 3.1 to - 0.4; p=0.012), with significant improvements in social life, family life, and days underproductive; and numerically lower work/school impairment. Remission rates (HAM A ≤7) were higher with venlafaxine ER (27.4% vs 16.7%; p=0.017), indicating that clinically meaningful symptom resolution can coincide with measurable restoration of everyday functioning.

Taken together, these findings argue for a pragmatic, measurement-based “treat early, treat to function” pathway: (i) strengthen early recognition through operational DSM 5 assessment supported by routine GAD 7 screening (to improve detection efficiency and support ongoing monitoring), and (ii) embed functional assessment at baseline and follow-up so that treatment decisions target work/school consistency, social re-engagement, family-role recovery, and reduced underproductive days-not symptom scores alone. With Japan-specific RCT evidence demonstrating that venlafaxine ER improves both anxiety symptoms and functional disability, the role of pharmacotherapy is not merely targetting symptom control only, but is a critical strategy to restore cognitive and daily functioning - outcomes that matter to patients and families.

略歴

Philip Gorwood

Professor Gorwood studied medicine from 1982-1988, and specialised in psychiatry in 1988. He is currently full Professor of Psychiatry at Sainte-Anne Hospital and Head of the CMME department [Clinique des Maladies Mentales et de L'Encéphale, with 60 beds], teaching at the Paris-Descartes University. He is also Head of the Team 1 at INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médical) research unit 894 (Center of Psychiatry and Neuroscience) devoted to genetic vulnerability of psychiatric and addictive disorders.

Professor Gorwood has published over 240 scientific articles (h-index=46) and 24 book chapters. He has served on 16 editorial boards for journals in psychiatry, neuroscience and genetics, and is editor-in-chief of the journal *European Psychiatry* (IF=3.9).

He is now treasurer and member of the Core Organising and Scientific Committee (COSC), Executive Committee (EC) and board of the European Psychiatric Association. He joined the scientific advisory (SAB) board of the ECNP for addictive disorders in 2009. Philip Gorwood is the president of the national associations on alcoholism (Federation de Recherche en Alcoolologie, FRA) and eating disorders (AFDAS-TCA).

In 1992, Professor Gorwood received the Lilly 'First Communication' award and later in 1997, the French Association for Biological Psychiatry 'Best Communication of the Year' award. In 1999, he received the Association of European Psychiatry 'Young Researcher' award; and in 2000 the French National Academy of Medicine for the best research.

Key publications: Gorwood P et al. *Br J Psychiatry*, 1992, 161 : 55-58 and 2010; 196:139-142. Gorwood P et al *American Journal of Psychiatry* 1995; 152: 208-212, 1996; 153: 1173-1177 and 2008; 165:731-739, Gorwood P et al. *Biological psychiatry* 2000; 48(4): 259-264 and 2003; 53: 85-92; Gorwood P et al. *Molecular Psychiatry* 2002; 7: 90-94, Gorwood P et al. *Human Genetics*, 2012, 131(6):803-22. Millan et al., 2012, *Nature Reviews Drug Discovery*, 11(2):141-68.