

第16回

日本外来精神医療学会

外来精神医療の透明化と標準化

プログラム・抄録集

会期：2016年7月9日（土）～10日（日）

会場：横浜市開港記念会館（横浜市中区本町1-6）

会長：宮岡 等（北里大学医学部精神科学主任教授、
北里大学東病院院長）

副会長：白川教人（横浜市こころの健康相談センター長）

事務局長：宮地伸吾（北里大学医学部精神科学）

共催：横浜市健康福祉局

本学会は製薬企業の寄付と学会本部からの補助金を一切受けずに、参加者の会費のみで運営します。

第16回日本外来精神医療学会
ホームページ

<http://www.jaaps.jp/16th/>



目次

ごあいさつ 大会長 宮岡等	1
交通のご案内	3
会場案内図	4
日程表	6
参加者へのご案内	9
会場施設・その他のご案内	11
発表・進行に関するご案内	12
プログラム	15
抄録	28
会長講演	28
特別講演	29
教育講演	31
講演と鼎談と対談	38
シンポジウム 1～11	43
ワークショップ	96
一般演題 1～13	98
市民公開講座	112

ごあいさつ

第16回日本外来精神医療学会開催にあたって

第16回日本外来精神医療学会総会を会長として担当し、2016年7月9日(土)、10日(日)に横浜市開港記念会館で開催することになりました。多くの方の参加をお待ちしています。

今回の学会プログラムでは外来での精神科診療に関係して、2つの問題が中心となっています。

第一は、精神科外来診療における薬物療法です。不適切な多剤大量処方や薬物の効果が乏しいと予測される状態に対する薬物療法が指摘されて久しいのですが、まだ改善への道は長いように思えます。これには薬物療法の収益性、精神科医の不十分な知識や不適切な情報収集、精神科医卒後教育における面接指導の不十分さなどが関係しています。

第二は、外来精神医療における過度の医療化、薬物療法化、商業化といわれる問題です。かつて受診者に「精神科への通院を勧める」という医療化がかえって休職期間を延ばすのではないかと指摘したことがあります。外来精神医療は入院医療よりも軽症症例の診療に当たることが多いため、医療で診るべきなのか、さらには本当に薬物療法を実施すべきなのかを慎重に判断しなければならないはずですが、そのあたりの検討が不十分であるように思えます。この2点を中心にシンポジウムや教育講演を企画しました。認知症や発達障害ではこの2点の両方が問題になっているようです。

山積する問題を改善するためには、精神科医間の治療方針の違いや意見の不一致を減らし、精神医療全体を社会に理解してもらうことが必要と考えて、学会全体のテーマは「外来精神医療の透明化と標準化」としました。

さらに重視した2つの点をあげます。第一に利益相反の問題を重視して、今回は製薬企業の寄附や学会プログラムへの広告、学会本部からの補助金など一切なしに、参加者の会費のみで運営することにしました。製薬企業の寄附を当然のように受けている医学系の学会は少なくないですが、贅沢しなければ参加者の会費のみで開催できるはずですが、そのために参加者数は大きな鍵になるのでぜひ多くの方に来ていただくことを願っています。第二は薬剤師さんや心理士さんにも企画の段階から加わってもらい、他職種の方が意見交換できる場にしたいと考えました。懇親会は参加費無料、軽食と飲み物程度にして、多職種の交流の場にする予定です。

会場の横浜市開港記念会館は大正6(1917)年に創建されて以来、横浜の代表的建造物の一つで、会場周囲には横浜の名所がたくさんあります。私自身とても好きな建物で、何度か学会に利用してきました。精神医学の透明化には精神医療の周囲におられる方からの厳しい問題提起と議論が不可欠です。精神科医だけでなく多くの医療関係者の方の参加を心からお待ちしております。

第16回日本外来精神医療学会会長
宮岡 等

<参考>

1. 「プライマリケア医のうつ病治療に抗うつ薬はいらない?」、<http://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/series/miyaoka/201508/543254.html>
2. 「早めの精神科受診でかえって休職期間が延びる?」、<http://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/series/miyaoka/201503/541321.html>

第 16 回日本外来精神医療学会組織委員会

会長 宮岡 等 北里大学医学部精神科学／北里大学東病院

副会長 白川 教人 横浜市こころの健康相談センター

プログラム委員 田中克俊 北里大学大学院医療系研究科産業精神保健学

岩満優美 北里大学大学院医療系研究科医療心理学

荒井康夫 北里大学病院診療情報管理室

三木和平 医療法人社団ラルゴ三木メンタルクリニック

北中淳子 慶応義塾大学文学部人間科学専攻

嶋根卓也 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

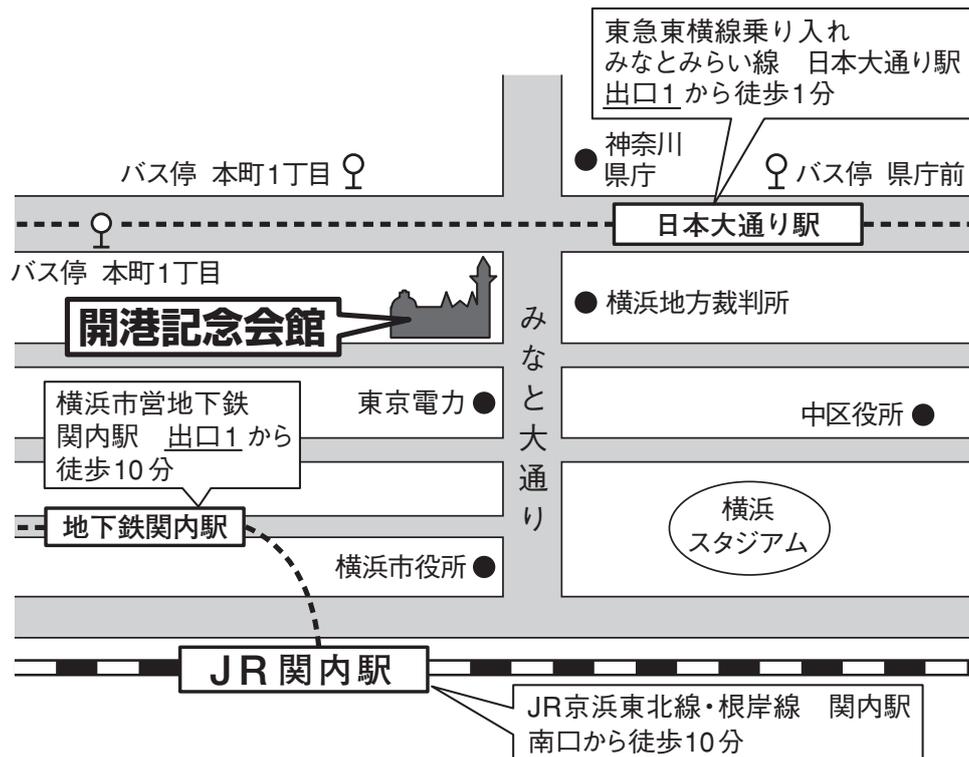
坂井喜郎 秦野厚生病院

事務局長 宮地伸吾 北里大学大学精神科学

(順不同、敬称略)

交通のご案内

横浜市開港記念会館（神奈川県横浜市中区本町 1-6）



電車でお越しの場合

- ・みなとみらい線「日本大通り駅」1番出口から徒歩1分（約50m）
- ・JR京浜東北線・根岸線「関内駅」南口から徒歩10分（約700m）
- ・市営地下鉄線「関内駅」1番出口から徒歩10分（約700m）

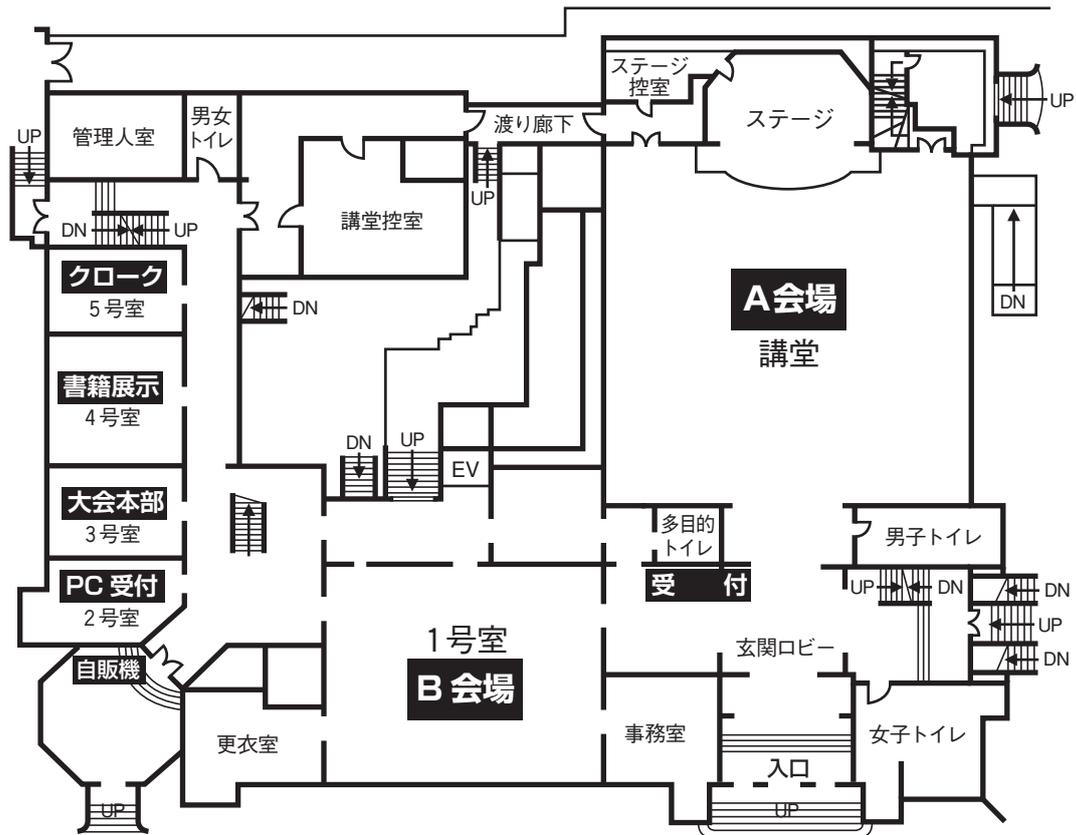
バスでお越しの場合

- ・「本町1丁目」から徒歩1分（約50m）
- ・「日本大通り駅・県庁前」から徒歩3分（約200m）
- ・「開港記念会館前」から徒歩1分（約10m）
※朝・夕のみの運行になります

会場案内図

開港記念会館平面図

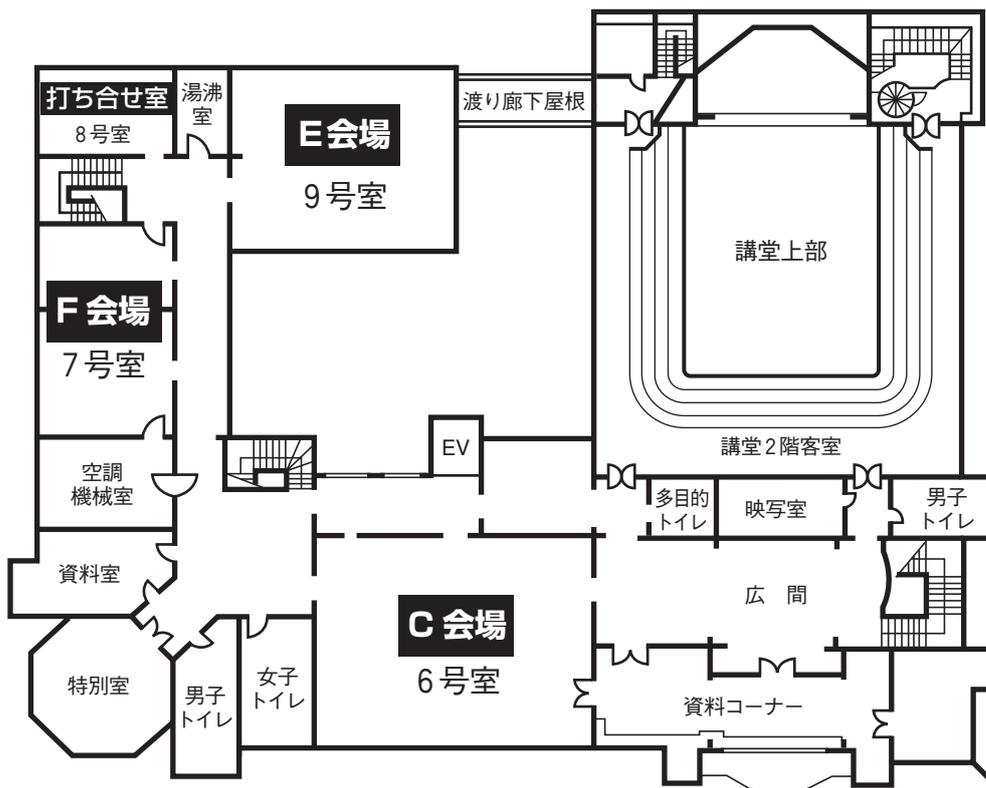
1階



会場案内図

開港記念会館平面図

2階



日程表

2016年7月9日(土)			
	A会場【講堂】	B会場【1号室】	C会場【6号室】
9:00	受付 9:00~		
	総合受付 1階 講堂前		
	9:50~10:00 開会の辞		
10:00	10:00~12:00 シンポジウム1 認知症ケアにおいて精神医療に求められること	10:00~12:00 シンポジウム4 入院か外来かをどう判断するか ー精神科外来臨床の現場からー	10:00~12:00 講演と鼎談 多剤大量処方に至る思考と心理
11:00	コーディネータ：大石智 シンポジスト：小野沢滋、裴 鎬洙、 小田陽彦、上田諭 座長：大石智、上田諭	コーディネータ：三木和平 シンポジスト：三木和平、阿瀬川孝治、 坂井喜郎、稲本淳子 座長：三木和平、張賢徳	コーディネータ：仙波純一 講師：山之内芳雄、吉尾隆 指定討論：宮岡等
12:00			
13:00	12:15~13:30 教育講演1 わが国におけるオープンダイアログ の可能性について	12:15~13:30 教育講演4 医師ー患者関係における「薬剤」 ー服薬方針をめぐる調和と不調和ー	12:15~13:30 教育講演2 ベンゾジアゼピン受容体作動薬（抗不安 薬、睡眠薬）の功罪について考える
	講師：斎藤環 座長：宮岡等	講師：榎原克哉、北中淳子 座長：齋藤正範	講師：渡邊衛一郎 座長：仙波純一
14:00		13:35~14:00 総会	
15:00	14:05~15:05 特別講演 これからの精神医療と医療機関の 機能分化	14:05~16:05 シンポジウム3 職域におけるメンタル不調者への 対応方法がもつ課題	
	講師：福田祐典 座長：宮岡等	コーディネータ：田中克俊 シンポジスト：鎌田直樹、宇都宮健輔、 白波瀬丈一郎、 大森真弓、大石智、 堀川直人 座長：田中克俊、小山文彦	15:00~17:30 シンポジウム5 大人の自閉症スペクトラム障害 ー北里大学における診断と支援
16:00	15:15~17:15 シンポジウム2 デイケアの本質とは		コーディネータ：井上勝夫 シンポジスト：井上勝夫、宮地伸吾、 津崎心也、宮地英雄、 白木原葉子、山口正人、 吉川真弓 座長：井上勝夫、山口正人
17:00	コーディネータ：原敬造 シンポジスト：藤井千代、古屋龍太、 肥田裕久 座長：原敬造、三家英明	16:15~17:15 教育講演3 製薬会社の製品説明パンフレットの 使い方	
		講師：南郷栄秀 座長：小田陽彦	

日程表

2016年7月9日(土)		
E会場【9号室】	F会場【7号室】	
9:30	受付 9:00~	
	総合受付 1階 講堂前	
10:00		
11:00		
12:00		
13:00		
14:00	14:00~16:00 ワークショップ 動機づけ面接 ～面接によって、 対人援助を円滑に行うために～	
15:00	演者：澤山透 ファシリテーター：川合厚子、 石田日富美、 青木世識	
16:00		
17:00	16:00~17:30 一般演題（ポスター） 座長：阿部裕 宍倉久里江	
17:35~	懇親会	

日程表

2016年7月10日(日)		
A会場【講堂】	B会場【1号室】	C会場【6号室】
9:30		
9:30~10:15 会長講演 外来精神医療への期待 —透明化と標準化のために—		
10:00		
講師：宮岡等 座長：大西守		
10:15~12:15 シンポジウム 6 精神科外来における薬物依存症治療 ～刑の一部執行猶予制度下における 薬物依存者の地域支援のために	10:15~12:15 シンポジウム 8 薬剤師が精神科医に望むこと	10:15~12:15 シンポジウム 10 傾聴と共感を理解し、実践する。
11:00		
コーディネータ：松本俊彦 シンポジスト：松本俊彦、谷合知子、 加藤隆 座長：松本俊彦、澤山透	コーディネータ：嶋根卓也 シンポジスト：嶋根卓也、向井勉、 別所千枝 座長：嶋根卓也、藤原修一郎	コーディネータ：平島奈津子 シンポジスト：平島奈津子、藤澤大介、 池田政俊 指定討論：近藤伸介 座長：平島奈津子、近藤伸介
12:00		
12:20~13:20 対談 マスメディアと精神科医 香山リカ、宮岡等	12:20~13:20 教育講演 5 多機能型精神科診療所による包括的 精神科地域ケア 講師：窪田彰 座長：山本賢司	12:20~13:20 教育講演 6 救急医から精神科医に物申す —向精神薬処方の問題点 講師：上條吉人 座長：鈴木映二
13:00		
14:00		
14:00~16:00 シンポジウム 7 外来臨床における医療と非医療の 境界領域—臨床現場のひきこもり、 嗜癮行動、および発達障害—	14:00~16:00 シンポジウム 9 ビジネスとしてのメンタルヘルスケア	14:00~16:00 シンポジウム 11 外来精神医療において 心理士に期待 できる心理療法とカウンセリング
15:00		
コーディネータ：黒木俊秀 シンポジスト：黒木俊秀、中垣内正和、 蒲生裕司、野村 健介 座長：黒木俊秀、石原孝二	コーディネータ：井原裕 シンポジスト：井原裕、田中伸明、 櫻本真理、鈴木瞬 東畑開人 座長：井原裕、大石智	コーディネータ：中嶋義文 シンポジスト：河西有奈、花村温子、 久江洋企、中嶋義文 座長：中嶋義文、小保和義
16:00		
16:30~18:00 市民公開講座 【精神科医をどう選ぶか】 講師：宮岡等 座長：白川教人 【大人の発達障害をどう支援するか】 講師：井上勝夫 座長：富田富士也		

参加者へのご案内

1. 会場

横浜市開港記念会館（神奈川県横浜市中区本町 1-6）

2. 受付

平成 28 年 7 月 9 日（土）9 時 00 分より、横浜市開港記念会館 1 階講堂前にて受付を行います。その際に名札（領収書を兼ねています）をお渡ししますので、会場内では名札をお付け下さいますようお願い致します。

*当日は受付にて学会事務局が窓口を持ちますので、新規会員登録、学会年会費納入は、そちらにお問い合わせください。

3. 当日参加費

医師（会員）	8,000 円
医師（非会員）	10,000 円
コメディカル	5,000 円
学生	2,000 円

※医師で大学院生の場合は医師の参加費となります。

4. 抄録集

学会ホームページに掲載いたします。

5. 懇親会について

下記のとおり、交流のため懇親会を開催いたします。奮ってご参加ください。

日 時：7 月 9 日（土）17：35～19：00

会 場：横浜市開港記念会館 E 会場（9 号室、ポスター会場）
（神奈川県横浜市中区本町 1-6）

懇親会費：無料（軽食とお飲み物のみです）

6. 学会関連会議

1) 理事会：7 月 9 日（土）11：30～12：30

2) 総 会：7 月 9 日（土）13：35～14：00 B 会場（1 号室）

7. 取得単位について

◇日本精神神経学会専門医ポイント

本学会は日本精神神経学会専門医単位（B群）が受けられます。

取得ご希望の方は、各会場の単位受付で、日本精神神経学会の会員カードをご提示ください。

取得単位：B群（1講座1単位、最大3単位まで取得可能）

◇日本医師会認定産業医制度における更新（生涯教育）ポイント

本学会では日本医師会認定産業医制度における更新（生涯教育）のためのポイントが受けられます。ポイント対象はすでに事前登録されている方のみ対象です。下記のプログラムをご受講ください。「産業医研修手帳（Ⅱ）」あるいは手帳の写し（日本医師会認定産業医制度番号がわかるもの）をB会場（1号室）受付にてご提示ください。紛失などにより当該手帳をお持ちでない場合には、ご所属の各都道府県医師会までお問い合わせください。会場での発行はできませんので、事前の準備をお願いします。当日は14:00までにB会場（1号室）にて受付をお済ませください。

指定プログラム

B会場（1号室） 7月9日（土）14:05～16:05

シンポジウム3「職域におけるメンタル不調者への対応方法がもつ課題」

◇日本心理研修センター「心理職のスタンダード：領域共通」受講認定について

本大会は、日本心理研修センター「心理職のスタンダード：領域共通（みなし5時間研修）」として指定されています。受講認定を希望する方は、当日、大会受付後に当センター受付を設けますので、そこで手続きをしてください。

○手続き時間：両日とも朝～13時15分（両日参加しても「みなし5時間研修」1講座となりますので、1回のみ手続きをしてください。後日手続きはできません）

○手続き内容：当センター研修会申込同様（臨床心理士等資格登録証を持参のこと）

◇日本心身医学会認定更新単位について

○本大会では、日本心身医学会認定更新単位3単位が取得可能です。

会場施設・その他のご案内

1. 学会期間中のお呼び出しについて

各会場内での呼び出しや館内放送による一斉案内は致しかねます。緊急の場合は、本部までご連絡ください。

2. コピー・FAX・宅配便について

本大会会場では、コピー・FAX・宅配便をご用意いたしておりません。ご利用は近隣のコンビニエンスストア等をご利用ください。

3. 書籍展示、ドリンクコーナー

書籍展示販売は1階4号室にて行います。ドリンクコーナーは自動販売機をご利用ください。

4. 喫煙について

会場内は全て禁煙とさせていただきます。

5. 撮影、録音の厳禁

会場内における録音・撮影・録画は堅くお断りいたします。

6. クローク

クロークは1階5号室にご用意しています。

7. その他

大会スタッフは、スタッフ用の名札をつけています。ご不明な点等ございましたら、お気軽にご質問ください。

発表・進行に関するご案内

【座長の先生方へ】

- ・タイムスケジュールは日程表の通りです。プログラム開始 30 分までに、総合受付（1 階受付）の「座長受付」にて受付を済ませ、セッション開始 15 分前までに担当される会場の前方右手の次座長席にご着席の上、進行係にお声をかけて下さい。開始時刻となりましたらセッションを開始して下さい。

【シンポジストの方へ】

発表方法

- ・本学会での発表はすべて PC 発表となっています。スライドの使用はできません。
- ・プロジェクターをご利用の方は、Power Point で作成し、当日、USB フラッシュメモリーまたは CD-R で持参の上、各セッション 30 分前までに、PC 受付で動作確認をして下さい。会場の OS は Windows7、プレゼンテーションソフトは Power Point 2013 です。データは「演題番号氏名 .ppt」
として保存してください。
※ OS の Windows 10 には対応していません。
※フォントは文字化けを防ぐため下記フォントに限定
日本語…MS ゴシック、MSP ゴシック、MS 明朝、MSP 明朝
英 語…Century、Century Gothic
- ・プレゼンテーションに他のデータ（静止画・動画・グラフ等）をリンクさせている場合は必ず元のデータも保存していただき、事前に動作確認をお願いいたします。
- ・セッション開始時間の 30 分前までに総合受付内の「PC 受付」（1 階 2 号室）まで発表データをお持ちください。動作確認をお願いいたします。PC を使われない方も、「PC 受付」にその旨をお伝えください。
- ・発表時の PC 操作は、各自で行ってください。
- ・ノートパソコン持込の場合、会場でご用意する PC 画像の外部出力ケーブルコネクタの形状は miniD-sub15pin です。この形状にあったパソコンをご用意ください。またこの形状に変換するコネクタを必要とする場合には必ずご自身でお持ちになってください。
- ・お預かりした発表用データは、発表終了後、大会運営事務局が責任を持って削除いたします。
※大会当日は、必ずバックアップデータ（USB メモリー）もお持ちください。

発表時における利益相反の開示について

演題口演発表時には、利益相反状態の開示が必要になります。

ご自身の「発表実績となる学会」の開示基準・規定の書式に従って利益相反の有無を、講演・主題演題およびスポンサーイベントはスクリーン掲示、一般演題はデジタルポスター掲示にて開示してください。

発表時間

- ・シンポジストの発表時間についてはシンポジウム・コーディネータとご相談ください。

シンポジウム打ち合せ

- ・シンポジウムの打ち合せは、2階8号室をご利用ください。両日とも9時00分より使用可能です。時間等につきましてはコーディネータとご相談ください。コーディネータの先生は、打ち合せ時間を決めて、各演者にご連絡をお願いします。

【一般演題座長の先生方へ】

- ・タイムスケジュールは日程表の通りです。プログラム開始30分までに、総合受付（1階受付）の「座長受付」にて受付を済ませ、セッション開始15分前までに担当される会場の前方右手の次座長席にご着席の上、進行係にお声をかけて下さい。開始時刻となりましたらセッションを開始して下さい。

【一般演題発表者へ】

- ・会場と開始時間は、「日程表」「プログラム」よりご確認ください。
- ・本学会での発表はすべてポスター発表となっています。スライドの使用はできません。

1. 展示会場

横浜市開港記念会館 2階 E会場 【9号室】

2. 展示期間について

日時：7月9日（土）10：00～ 10日（日）17：00

3. 設営・撤去について

- 1) 設営：7月9日（土）10：00～10：30
- 2) 撤去：7月10日（日）16：00～17：00

※ポスターは、学会期間中終日展示してください。

※ポスターの撤去は、各自で行ってください。撤去時間を過ぎても展示されている場合は、大会事務局にて撤去します。

4. 発表・討論について

発表時間7分、質疑応答3分です。

時間厳守をお願いします。

発表者は発表10分前にはポスターの前にて待機してください。

5. 展示要項について

- 1) 演題番号 (20cm × 20cm) は、
各パネルの左上部に表示してあります。
- 2) 演題番号の右側に演題名・発表者名・
所属を記入したタイトル (縦 20cm × 70cm) を
各自ご用意ください。
本文は、掲示スペース (縦 120cm × 90cm) に
収まるように掲示してください。
- 3) 貼付用具は、会場に用意しております。



【第 16 回日本外来精神医療学会ポスター賞について】

第 16 回日本外来精神医療学会ポスター賞とは、学会時に優れた演題を選考し、授与する賞である。本賞の受賞者は懇親会で発表され、大会長は筆頭発表者に賞状を授与する。

審査方法

- ・抄録審査：ポスター演題として応募されたすべての一般演題を対象として、審査委員（査読者）が評価基準に基づいて抄録を評価する。
- ・当日発表審査：学会において、学会場での審査委員が評価基準に基づいてポスター発表を評価する。
抄録審査と当日発表審査の合計点で得点が高い演題をポスター賞とする。

プログラム 1 日目 7月9日(土)

7月9日(土) 10:00-12:00

A会場【講堂】

シンポジウム 1 「認知症ケアにおいて精神医療にもとめられること」

座長 大石 智 北里大学医学部精神科学（コーディネータ）
上田 諭 日本医科大学精神神経科

S1-1 今後の認知症地域包括ケアの中で精神科医に期待されること

小野沢滋 みその生活支援クリニック

S1-2 精神医療に求められるケア的視点～「薬でなんとかしてください」に 終止符を～

裴 鎬洙 (ペホス) アプロクリエイト

S1-3 早期発見早期治療という啓発の問題点

小田陽彦 兵庫県立姫路循環器病センター

S1-4 本人の生活と心情への注目を

上田諭 日本医科大学精神神経科

7月9日(土) 10:00-12:00

B会場【1号室】

シンポジウム 4 「入院か外来かをどう判断するかー精神科外来臨床の現場からー」

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（コーディネータ）
張賢徳 帝京大学医学部附属溝口病院

S4-1 入院か外来かをどう判断するかー精神科外来臨床の現場からー

三木和平 医療法人社団ラルゴ三木メンタルクリニック

S4-2 入院か外来か どう判断するか？ ～精神科診療所の場合～

阿瀬川孝治 医療法人三精会汐入メンタルクリニック

S4-3 単科精神科病院の立場から

坂井喜郎 医療法人社団厚仁会秦野厚生病院

S4-4 入院か外来かをどう判断するかー 総合病院・大学病院の立場から

稲本淳子 昭和大学横浜市北部病院メンタルケアセンター

プログラム 1 日目 7月9日(土)

7月9日(土) 10:00-12:00

C会場【6号室】

講演と鼎談 「多剤大量処方に至る思考と心理」

コーディネータ 仙波純一 さいたま市立病院精神科

KT-1 「精神科診療における多剤併用への誘惑」趣旨

仙波純一 さいたま市立病院精神科

KT-2 抗精神病薬減量へのためらい

山之内芳雄 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 精神保健計画研究部

KT-3 薬剤師から見た多剤併用大量処方

吉尾隆 東邦大学薬学部医療薬学教育センター臨床薬学研究室

指定討論

宮岡等 北里大学医学部精神科学

7月9日(土) 12:15-13:30

A会場【講堂】

教育講演 1

座長 宮岡等 北里大学医学部精神科学

K1 わが国におけるオープンダイアログの可能性について

斎藤環 筑波大学医学医療系

7月9日(土) 12:15-13:30

B会場【1号室】

教育講演 4

座長 齋藤正範 北里大学医学部精神科学

K4 医師-患者関係における「薬剤」-服薬方針をめぐる「調和」と「不調和」-

榎原克哉 東京大学大学院人文社会系研究科社会文化研究専攻(社会学)

北中淳子 慶応義塾大学文学部 人間科学専攻

プログラム 1 日目 7月9日(土)

7月9日(土) 12:15-13:30

C会場【6号室】

教育講演 2

座長 仙波純一 さいたま市立病院精神科

K2 ベンゾジアゼピン受容体作動薬（抗不安薬、睡眠薬）の功罪について考える

渡邊衡一郎 杏林大学医学部精神神経科学教室

7月9日(土) 14:05-15:05

A会場【講堂】

特別講演

座長 宮岡等 北里大学医学部精神科学

これからの精神医療と医療機関の機能分化

福田祐典 厚生労働省

7月9日(土) 14:05-16:05

産業医研修会

B会場【1号室】

シンポジウム 3 「職域におけるメンタル不調者への対応方法がもつ課題」

座長 田中克俊 北里大学大学院医療系研究科産業精神保健学（コーディネータ）
 小山文彦 独立行政法人労働者健康福祉機構 東京労災病院 勤労者メンタルヘルス研究センター

S3-1 精神科医からみた産業医活動における課題

鎌田直樹 北里大学医学部精神科学

S3-2 現場の精神科産業医として、メンタルヘルス不調者への対応方法をどう考えるのか～ストレスチェック実施をふまえて～

宇都宮健輔 産業医科大学医学部精神医学

S3-3 産業精神保健における「中間地帯 no man's land」

—EAP やリワークの課題から学ぶ—

白波瀬丈一郎 慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室／慶應義塾大学ストレス研究センター

S3-4 職域におけるメンタルヘルス不調者への対応方法がもつ課題

大森真弓 相模原市教育委員会

大石智 北里大学医学部精神科学

S3-5 職域メンタルヘルスにおける産業医の役割～上手く精神科と連携するために～

堀川直人 富士電機(株) 東京工場 健康管理センター

プログラム 1 日目 7月9日(土)

7月9日(土) 14:00-16:00

F 会場 [7号室]

ワークショップ 「動機づけ面接 ～面接によって、対人援助を円滑に行うために～」

演者 **澤山 透** 北里大学医学部精神科学
 ファシリテーター **川合厚子** NPO 法人山形県喫煙問題研究会
 ファシリテーター **石田日富美** 横浜市スクールカウンセラー
 ファシリテーター **青木世識** カトリック麹町・聖イグナチオ教会

7月9日(土) 15:00-17:30

C 会場 [6号室]

シンポジウム 5 「大人の自閉症スペクトラム障害-北里大学における診断と支援」

座長 **井上勝夫** 北里大学医学部精神科学・地域児童精神科医療学（コーディネータ）
山口正人 相模原市健康福祉局福祉部相模原市立療育センター / 相模原市発達障害支援センター

S5-1 大人の自閉症スペクトラム障害の診療において外来で精神科医が実施すべき事項—俗説と誤解の打破—

井上勝夫 北里大学医学部精神科学・地域児童精神科医療学

S5-2 大人の自閉症スペクトラム障害の診断

宮地伸吾 北里大学医学部精神科学

S5-3 大人の自閉症スペクトラム障害診療における心理士の役割 ～北里大学東病院「成人発達障害外来」の報告～

津崎心也 北里大学病院臨床心理室

S5-4 大人の自閉症スペクトラム障害-北里大学における支援

宮地英雄 北里大学医学部精神科学

S5-5 デイケアにおける自閉症スペクトラム障害の支援

白木原葉子 北里大学東病院

S5-6 地域の発達障害者支援センターとの連携～相模原市発達障害支援センターの活動を通して地域連携を考える～

山口正人 相模原市健康福祉局福祉部相模原市立療育センター陽光園 /
相模原市発達障害支援センター

S5-7 発達障害の方への支援

吉川真弓 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構神奈川障害者職業センター

プログラム 1 日目 7月9日(土)

7月9日(土) 15:15-17:15

A会場【講堂】

シンポジウム 2 「デイケアの本質とは」

座長 原敬造 原クリニック (コーディネータ)
三家英明 三家クリニック

S2-1 「通過型デイケア」に必要な支援と普及のための課題

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 社会復帰研究部

S2-2 精神科デイナイトケアにおけるパターンリズム

—E クリニック問題の影響と診療報酬改定—

古屋龍太 日本社会事業大学大学院/日本デイケア学会 E クリニック問題調査委員長

S2-3 精神科デイケアの再確認・再構築、夢と希望の立ち上げ

肥田裕久 医療法人社団宙麦会 ひだクリニック

7月9日(土) 16:15-17:15

B会場【1号室】

教育講演 3

座長 小田陽彦 兵庫県立姫路循環器病センター

K-3 製薬会社の製品説明パンフレットの使い方

南郷栄秀 東京北医療センター総合診療科

プログラム 1 日目 7月9日(土)

7月9日(土) 16:00-17:30

E会場【9号室】

一般演題

座長 阿部裕 明治学院大学/四谷ゆいクリニック

P-1 救命救急センターに急性薬物中毒で搬送された患者の臨床的特徴と精神科外来連携の課題

○新井久稔^{1) 2)} 井上勝夫¹⁾ 宮地英雄¹⁾ 大石智¹⁾ 浅利靖²⁾ 宮岡等¹⁾

1) 北里大学医学部精神科学 2) 北里大学医学部救命救急医学

P-2 精神科外来初診患者におけるQT延長の有無に関する調査報告

○櫻井秀樹¹⁾ 大石智¹⁾ 滝澤毅矢²⁾ 宮地伸吾¹⁾ 宮岡等¹⁾

1) 北里大学医学部精神科学 2) 北里大学大学院医療系研究科

P-3 精神科診療所におけるアセスメントパス(錦糸町モデル)の作成

○三ヶ木聡子¹⁾ 東健太郎¹⁾ 榎戸文子¹⁾ 下村裕見子²⁾ 窪田彰¹⁾

1) 医療法人社団 草思会 錦糸町クボタクリニック
2) 北里大学大学院医療系研究科臨床医科学群精神科学

P-4 摂食障害と性役割—一般女子大学生との比較から—

○新彩子¹⁾ 宮岡佳子²⁾

1) 跡見学園女子大学心理教育相談所 2) 跡見学園女子大学文学部臨床心理学科

P-5 向精神薬多剤投与の減算規定該当患者における追跡処方調査

○飛田夕紀^{1) 2)} 黒田ちか江¹⁾ 近藤静香¹⁾ 斉藤美鈴¹⁾ 平山武司^{1) 2)} 宮地伸吾³⁾

宮岡等³⁾ 黒山政一^{1) 2)}

1) 北里大学東病院 薬剤部 2) 北里大学薬学部 3) 北里大学医学部精神科学

P-6 中年期女性のうつ病に関連する要因の検討

—心理的ストレス、更年期症状の視点から—

○宮岡佳子

1) 跡見学園女子大学文学部臨床心理学科 2) 東京女子医科大学附属女性生涯健康センター

P-7 統合失調症患者における図形の対称性選好について

—健常者との比較—

○菅原ひとみ¹⁾ 岩満優美¹⁾ 川杉桂太³⁾ 轟慶子²⁾ 小平明子²⁾ 西澤さくら²⁾

竹村和久³⁾ 山本賢司⁴⁾ 宮岡等⁵⁾

1) 北里大学大学院医療系研究科 2) 鶴賀病院 3) 早稲田大学文学学術院
4) 東海大学医学部専門診療学系精神科学 5) 北里大学医学部精神科学

プログラム 1 日目 7月9日(土)

7月9日(土) 16:00-17:30

E会場【9号室】

一般演題 (ポスター)

座長 宍倉久里江 相模原市精神保健福祉センター

P- 8 小規模診療所でのリワークプログラムから開始した地域連携の試み

○大橋昌資¹⁾ 山本智美¹⁾ 藤原茂樹^{1,2)}

1) 響ストレスケア~こころとからだの診療所 2) 藤原医院

P- 9 訪問看護ステーションの関わりからの見えてくるもの

~多機能型診療所のアウトリーチモデルを考える~

○宮村なおみ みつや訪問看護ステーション

P-10 年層におけるうつ病の疾病理解と援助要請に関する認識

○シュレンベル レナ 東京大学大学院教育学研究科 臨床心理学コース 博士課程1年

P-11 精神科クリニックにおける精神保健福祉士の役割の検討

○篠原慶朗 医療法人社団草思会

P-12 青年期における過剰適応のコミュニケーションスキルバランスの観点から 適応の向上を考える

○會田友里佳 東邦大学医療センター佐倉病院

P-13 言語の流暢さが精神医療機関への経路と転帰に及ぼす影響

○湯浅紋¹⁾ 阿部裕²⁾

1) 明治学院大学大学院心理学研究科博士後期課程 2) 明治学院大学心理学部教授

プログラム2日目 7月10日(日)

7月10日(日) 9:30-10:15

A会場【講堂】

会長講演

座長 **大西守** 公益社団法人日本精神保健福祉連盟、日本外来精神医療学会理事長

外来精神医療への期待-透明化と標準化のために-

宮岡等 北里大学医学部精神科学主任教授/北里大学東病院院長

7月10日(日) 10:15-12:15

A会場【講堂】

シンポジウム6 「精神科外来における薬物依存症治療～刑の一部執行猶予制度下における薬物依存者の地域支援のために」

座長 **松本俊彦** 国立研究開発法人 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
澤山透 北里大学医学部精神科学 (コーディネータ)

S6-1 認知行動療法を活用した薬物依存症に対する集団療法「SMARPP」

～その理念と地域のあり方～

松本俊彦 国立研究開発法人 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

S6-2 精神保健福祉センターにおける薬物依存症支援～医療機関・民間リハビリ施設との連携を通じて

谷合知子 東京都立多摩総合精神保健福祉センター 広報援助課

S6-3 民間リハビリ施設における薬物依存症支援～医療機関・精神保健福祉センターとの連携を通じて

加藤隆 NPO 法人 八王子ダルク

プログラム2日目 7月10日(日)

7月10日(日) 10:15-12:15

B会場 [1号室]

シンポジウム8「薬剤師が精神科医に望むこと」

座長 嶋根卓也 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 (コーディネータ)
藤原修一郎 金沢文庫エールクリニック

S8-1 薬剤師向けゲートキーパー養成研修とその介入効果： 身近な相談窓口としての薬局

嶋根卓也 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

S8-2 地域における薬局薬剤師の活用の提案

向井勉 市民調剤薬局

S8-3 精神科薬物療法の処方適正化・ポリファーマシーへの関わり —精神科病院の薬剤師が支援できること—

別所千枝 医療法人社団更生会草津病院 薬剤課

7月10日(日) 10:15-12:15

C会場 [6号室]

シンポジウム10「傾聴と共感を理解し、実践する。」

座長 平島奈津子 国際医療福祉大学三田病院精神科 (コーディネータ)
近藤伸介 東京大学医学部精神医学教室

S10-1 精神療法以前の治療者が傾聴と共感を学ぶ

平島奈津子 国際医療福祉大学三田病院精神科

S10-2 認知行動療法における傾聴と共感

藤澤大介 慶應義塾大学医学部精神・神経科

S10-3 産業心理臨床から見た健康と不適応

池田政俊 帝京大学大学院臨床心理学

指定討論 近藤伸介 東京大学医学部精神医学教室

プログラム2日目 7月10日(日)

7月10日(日) 12:20-13:20

A会場【講堂】

対談「マスメディアと精神科医」

香山リカ 立教大学現代心理学部 宮岡等 北里大学医学部精神科学

7月10日(日) 12:20-13:20

B会場【1号室】

教育講演5

座長 山本賢司 東海大学医学部専門診療学系精神科学

K-5 多機能型精神科診療所による包括的精神科地域ケア

窪田彰 錦糸町クボタクリニック

7月10日(日) 12:20-13:20

C会場【6号室】

教育講演6

座長 鈴木映二 東北医科薬科大学医学部精神科学教室

K-6 救急医から精神科医に物申す－向精神薬処方の問題点

上條吉人 埼玉医科大学医学部救急科 / 埼玉医科大学病院急患センター ER・中毒センター

7月10日(日) 14:00-16:00

A会場【講堂】

シンポジウム7 「外来臨床における医療と非医療の境界領域 －臨床現場のひきこもり、嗜癖行動、および発達障害－」

座長 黒木俊秀 九州大学大学院人間環境学研究院臨床心理学講座（コーディネータ）
石原孝二 東京大学大学院総合文化研究科

S7-1 外来臨床における医療と非医療の境界領域

黒木俊秀 九州大学大学院人間環境学研究院臨床心理学講座

S7-2 地域精神医療：地域における精神科と身体科

中垣内正和 ながおか心のクリニック

S7-3 疾患としてギャンブルを考えると何が問題となるのか？

蒲生裕司 こころのホスピタル町田

S7-4 発達障害という「形」と医療との適切な距離について

野村健介 社会福祉法人日本心身障害児協会 島田療育センター

プログラム 2 日目 7 月 10 日(日)

7 月 10 日 (日) 14:00-16:00

B 会場 [1 号室]

シンポジウム 9 「ビジネスとしてのメンタルヘルスケア」

座長 井原裕 獨協医科大学越谷病院こころの診療科 (コーディネータ)
大石智 北里大学医学部精神科学

S9-1 メンタルヘルスケアの経営学的視点—クリニックの実践を通じて—

田中伸明 ベスリクリニック

S9-2 オンラインメンタルヘルスケアサービスの可能性

櫻本真理 株式会社 cotree

S9-3 インサイド・アウトサイダー産業医が実践する精神保健

—精神医学サイロと共生し、脱却する—

鈴木瞬 豊後荘病院精神科、SNC 産業医事務所

S9-4 ビジネスとしての心の治療、ビジネスのための心の治療

—野の医者から見える「文化の中のメンタルヘルスケア」—

東畑開人 十文字学園女子大学

S9-5 ストレスチェック後医師面接と健康指導

井原裕 獨協医科大学越谷病院こころの診療科

7 月 10 日 (日) 14:00-16:00

C 会場 [6 号室]

シンポジウム 11 「外来精神医療において心理士に期待できる心理療法とカウンセリング」

座長 中嶋義文 三井記念病院精神科 (コーディネータ)
小俣和義 青山学院大学

S11-1 心理士の立場から、外来精神医療における心理療法を考える

河西有奈 白峰クリニック

S11-2 外来精神医療における心理療法で留意していること

—総合病院勤務の心理士の立場から—

花村温子 埼玉メディカルセンター

S11-3 精神障害診断の重要性

久江洋企 社会福祉法人桜ヶ丘社会事業協会桜ヶ丘記念病院

S11-4 外来精神医療において心理士に心理療法とカウンセリングを期待する

中嶋義文 三井記念病院精神科

プログラム2日目 7月10日(日)

7月10日(日) 16:30-18:00

A会場【講堂】

市民公開講座

1. 「精神科医をどう選ぶか」

講師 宮岡等 北里大学医学部精神科学
司会 白川教人 横浜市こころの健康相談センター

2. 「大人の発達障害をどう支援するか」

講師 井上勝夫 北里大学医学部精神科学・地域児童精神科医療学
司会 富田富士也 子ども家庭教育フォーラム

抄録
講演

会長講演

外来精神医療への期待 —透明化と標準化のために—

宮岡 等

北里大学医学部精神科学主任教授／北里大学東病院院長

精神科医の多剤大量処方や不適切処方を社会全体が問題にしているのに、状況の改善は遅い。精神科医の質が上がれば解決はそれほど難しくないと考えるが、まだ質を評価する基準は明確でない。外科手術などであれば周囲の者が術者の技能を評価できるが、精神医療は個人情報への配慮もあって、他者の評価を受けにくい。一定の医療水準を保証する診療ガイドラインもまだ不十分であるし、作りにくい面もある。地域で勉強会を開いても、出席頻度の低い医師が少なくない。

このような状況に悩み続けて、現在演者が精神科医と精神医療の質を向上させるキーワードにしたいと考えるのが「透明化」と「標準化」である。講演ではこれまでの流れとこれからの方向性についてお話しし、参加して下さっている方のご意見をうかがえればと思う。

7月9日（土）14:05—15:05

A会場【講堂】

特別講演

これからの精神医療と医療機関の機能分化

福田祐典

厚生労働省（元精神・障害保健課長、元国立精神保健研究所長）

精神衛生法から精神保健法に改正されて約30年がたつ。現場の変革のためには、具体的な地域の姿やそのために関係者が具体的に成すべきことを明確化し、合意し、行程を示し、可視化し、KPI（Key Performance Indicators、重要業績評価指標）を示していくことが必要である。政府の重要施策は皆このように策定され、合意され、実施され、モニターされ、評価されている。精神分野も遅れてはならない。

障害者総合支援法3年後の見直しの議論は、福祉は福祉の世界により蛸壺化しようとしているように見える。医療や保健、さらには一般雇用と切り離された福祉サービスは、社会や当事者のニーズとはかけ離れたものになってしまうことに気がつくべきだ。かつて地域生活が難しいとされたひと、自己肯定感と社会との関係強化が困難とされたひと、を医療とともに、企業とともに、かつて困難とされたことを当事者の力を活かして実現していくことこそ、福祉関係者の存在意義であり醍醐味であると考ええる。医療とりわけ入院外精神科医療や精神科医は必須の資源であること、その資源の有効活用から、2025年に向けた議論は開始されるべきである。

精神保健福祉法3年後の見直しの議論は、この数年の国の検討会等での先行議論に基づき、合意と行動にむけた議論を指向すべきだ。欧米先進事例の成功と失敗をまずは冷静に分析すること。次に、日本の民間病院主導であり、医療費配分も人材配置も入院に極度に偏っている現実から、民間医療機関の力を引き続き活用しつつ、入院外へ医療費も人材もシフトすること。このことに合意し、実現可能な手法とロードマップを策定し、実施することである。そうすれば、非同意入院の問題も地域精神医療構築も「解」が得られる。なぜなら、非同意入院の最小化策の解の柱のひとつが入院外精神保健医療福祉の強化だからである。

演者は、施策の方向性と具体策として、人口5万人～30万人程度の基本的な診療圏を基礎とする疑似的なキャッチメントエリアを想定し、24時間マイクロ救急の提供とアウトリーチ（訪問診療、訪問看護等）、デイケア、医療ケア付きGH、就労支援等による治療継続性と社会との絆の確保、急性期医療から保健、福祉、就労支援までの地域で必要とされるフルラインサービスを、支援哲学を共有し、支援手法を標準化した多機能多職種支援チームによって支えるという、多機能垂直統合型地域精神サービスの意義と必要性について提唱している。入院機能については、非自発的入院の救急医療と任意入院の急性期医療に限り、入院期間は長くても3か月以内に限定すべきである（現在も議論中の重度かつ慢性入院患

者については議論の結論を踏まえ今後検討)と考えている。病院関係者の主張する回復期の入院をカテゴリー化することは、患者にとっても精神科医療の将来にとってもプラスでないと考えており、回復期は入院外医療機能等の充実により対応すべきことが、成熟社会の国際社会の基本であり、人権確保の要諦でもある。住民への基礎的な保健医療福祉サービスは基礎的自治体である市町村が責任をもつという政策の方向性を踏まえると、擬似的なキャッチメントエリアは市町村単位を前提に設定されることが望ましい。また、当該エリアでの保健医療福祉の地域におけるコーディネーションや個別事例にかかるケアマネジメントや質確保といった機能についても、自治体が直営で行う場合と、医療機関等へ委託する場合と、選択肢があってしかるべきと考えている。演者はこのような地域、機能、行政による責任を、「地域精神保健単位」と制度的に位置付け、2025年～2035年のうちに実現すべきと考えている。

7月9日(土) 12:15-13:30

A会場【講堂】

教育講演 1

K-1

わが国におけるオープンダイアログの可能性について

齋藤環

筑波大学医学医療系

オープンダイアログ（開かれた対話）とは、フィンランド・西ラップランド地方のケロプダス病院のスタッフたちを中心に、1980年代から開発と実践が続けられてきた治療的介入の一手法である。ほとんど薬物治療や入院治療を行わずに、きわめて良好な治療成績を上げており、国際的にも注目されつつある。

その基本的手法は以下の通りである。発症直後の急性期、患者や家族からの依頼があつてから24時間以内に、「専門家チーム」が結成され、患者の自宅を訪問する。本人や家族、そのほか関係者が車座になって座り「開かれた対話」を行う。この対話は、クライアントの状態が改善するまで、ほぼ毎日のように続けられる。

オープンダイアログは、正式には「急性精神病における開かれた対話によるアプローチ Open Dialogues Approach in Acute Psychosis」(以下ODAP)と呼ばれるように、主たる治療対象は発症初期、すなわち急性期の統合失調症である。しかし実際には、統合失調症に限らず、うつ病や依存症、ひきこもりに至るまで、その適用範囲は多岐にわたる。以下に、その成果の一部を紹介しておく。

薬物を含む通常の治療を受けた統合失調症患者群との比較において、ODAPによる治療では、服薬を必要とした患者は全体の35%、2年間の予後調査で82%は症状の再発がないか、ごく軽微なものに留まり(対照群では50%)、障害者手当を受給していたのは23%(対照群では57%)、再発率は24%(対照群では71%)に抑えられていた。

演者は2015年からODAPに関する文献の翻訳や啓発活動、この治療に関心を持つ専門家のネットワーク作り、および現地での研修や臨床実践に取り組んできた。オープンダイアログの理論的指導者であるJaakko Seikkulaの著作の翻訳は多くの読者を獲得し、セミナーやワークショップへも多数の専門職が参加するなど、日本でも注目を集めている。

本講演では、ODAPの精神療法的な作用機序とその有効性について、自験例を含めた事例に基づいて検討を行いたい。

文献

- 1) 齋藤環: オープンダイアログとは何か. 医学書院, 2015.
- 2) Arnkil, T. E., Seikkula, J.: Dialogical Meetings in Social Networks, Karnac Books, London, 2006. (高木俊介訳: オープンダイアログ. 日本評論社, 2016)

ベンゾジアゼピン受容体作動薬の功罪

渡邊 衡一郎

杏林大学医学部精神神経科学教室

不安症治療における薬物治療では、海外の治療ガイドラインで推奨されていないにもかかわらず、速効性でQOLに著しく影響を及ぼすような副作用が少ないこともあり、気軽にベンゾジアゼピン(BZD)受容体作動薬が選択されることが多い。BZD受容体作動薬は、不安症以外にもさまざまな不安・イライラなどの症状を来す際に広く用いられている。

しかしながらさまざまな有害事象が知られている。まず、認知機能障害に伴ない交通事故を増加させることが示されている。また長期使用と認知症との関係を示す論文とそれを否定する論文が一流医学雑誌に相次いで発表されている。精神的そして身体的依存の形成も問題となる。依存形成に至りやすい過程としては、短時間型、高力価、最高血中濃度到達時間が短い薬物などが頓服として投与されるために多剤併用、高用量につながりやすい。さらに離脱症状のために中止困難となり、その結果として、長期間にわたって服用、依存が形成されてしまう可能性が指摘されている。常用量依存とならないためには、有効最小量を投与し、漫然投与を避ける必要がある。

当日はこうしたBZD受容体作動薬の功罪を取り上げ、外来での有効かつ無難な投与方法、さらには減量・整理に当たってのコツについて紹介したい。

7月9日(土) 16:15-17:15

B会場【1号室】

教育講演3

K-3

製薬会社の説明会やパンフレットの使い方

南郷栄秀

東京北医療センター 総合診療科

医師である以上、生涯学習は続けていかねばならない。忙しい日常診療に追われる医師の情報源は、主として push 型のリソースになることが多い。おそらく最も多いのは、周囲の医師から情報を得ることだろう。近年ではインターネット上の SNS や医師向けコミュニティーサイトからもたらされる情報も有益であり、地域間の情報格差を縮めた。一方、古くからある情報源として製薬会社が提供する説明会やパンフレットがあり、今なおその影響力は強い。

「情報には発信者の意図が含まれる」というのは私の持論だが、製薬会社が提供する情報には、自社医薬品の販売促進の意図が含まれていることは想像に難くない。研究で得られた結果からのデータの選び方やグラフの見せ方は、実に巧みである。そのため、臨床研究の知識が無ければ、その本質を見抜くことは困難である。資本主義社会に生きる製薬会社の販売戦略として、医師の処方行動を促すために説明会やパンフレットによる薬剤情報を活用すること自体は、非難されるものではない。他の業種でも同様に、一般国民に対して盛んに行われている。ただ、医療用医薬品に関しては、薬事法で一般国民に直接広告をすることが禁じられているため、医師に対する情報提供という形で宣伝活動を展開しているのである。

さらに最近では、製薬会社が宣伝で利用することや販売を増やすこと自体を一義的な目的とした、seeding trial と呼ばれるような臨床試験が組まれることも多くなった。こうした動きは、患者に直接不利益をもたらす可能性を秘めている。また、「有意差を出す」ことを目的に、しばしばデータの改竄が行われていることも明らかになり、大きな社会問題になったのは記憶に新しい。

非難されるべきは製薬会社だけではない。製薬会社の誘惑に乗る医師の側にも大いに問題がある。研究者である医師が臨床研究についての詳しい知識を持たず、またそのことを開き直って公言しているなど、研究者としての資質が疑われるケースもある。また、情報の受け手である医師も、製薬会社から講演謝礼を受け取ることはもちろん、提供される弁当や文具を受け取れば利益相反になる。このくらい構わないだろうといった軽率な考えが、自らの処方行動に影響していることを自覚する必要がある。患者の健康を守るという使命を担っている以上、医療者にはプロフェッショナリズムに従って情報を解釈し、患者と社会の利益のためにそれらを適切に活かすことが求められる。

本講演では、日常的に行われている製薬会社主催の説明会や、そこで配布されるパンフレットの解釈の仕方と利用法について解説する。まず、薬剤の治療効果をより大きく見せるために頻用される手法を紹介し、その上で、そのような情報を実際の診療でどう活かしていけばよいか、参加者とともに議論したい。この講演が、利益相反と自身の処方行動について考える機会となれば幸いである。

医師－患者関係における「薬剤」 ——服薬方針をめぐる「調和」と「不調和」——

榊原克哉¹⁾ 北中淳子²⁾

1) 東京大学大学院人文社会系研究科社会文化研究専攻(社会学)

2) 慶応義塾大学文学部 人間科学専攻 教授

外来精神医療機関において、患者が医師の指示通りに服薬しているかどうかを確認することは困難であることが多い。英国王立薬剤師会はこの問題を「コンコーダンス (concordance: 医師と患者の協調関係)」の問題として定式化しているが、コンコーダンスが適切に形成されない(服薬拒否、通院中断など)場合、治療効果が十分に期待できなくなるほか、必要な治療の継続も頓挫してしまう恐れもある。コンコーダンスの形成を考える際には、医師のみならず、患者の治療観や価値観、さらには外来精神医療機関をめぐる社会状況や医療構造も射程に収め、広い視座から検討する必要がある。さらにコンコーダンスの問題の背景には、製薬企業や疾患啓発の影響力のもと、患者が薬物療法を受ける必要性を自ら認識し、医師の診断や判断よりも、むしろ端的に医薬品を求めるといった「薬剤化 (pharmaceuticalization)」の問題も生じていることにも留意する必要がある。

本報告では日本の外来精神医療機関患者を対象に実施したインタビュー調査から得た知見をもとに、以下の四点について考察したい。第一に、患者が医師に対して抱く印象が、服薬行動や服薬の必要性の認識に及ぼす影響を論じる。第二に、医師が患者の主訴症状や病態から診断を行うといった関係性に対して、患者自ら医学的情報や疾患啓発メディアの情報を積極的に取得し、自己診断したうえで医療機関を受診し、特定の治療法を要望したり、自ら取得した知識や情報をもとに医師の説明や判断を検討するといった、患者の「能動性」が臨床に及ぼす影響を考察する。第三に、欧米の研究で共通して指摘されることが多い、患者がバイオロジカルな説明を用いて治療の必要性を認識し、服薬を続ける過程のなかで治療対象としての「脳」をイメージするといったテーマを、本調査の知見と比較検討しながら考察する。第四に患者が向精神薬の治療対象と区別するかたちで、生きづらさや過去の成育歴などに起因する「こころ」の問題を語る事例が複数確認されたことから、患者にとって重要性や実感をもって立ち現れる「こころ」の問題と、薬物療法の治療対象との関係性を考察する。その上で、医師－患者関係において特に薬物療法をめぐる「調和」と「不調和」について社会科学的な視点から論じたい。

7月10日(日) 12:20-13:20

B会場【1号室】

教育講演5

K-5

多機能型精神科診療所による包括的精神科地域ケア

窪田彰

錦糸町クボタクリニック

精神科診療所は、タイプによって主にうつ病や神経症圏の患者を対象としたメンタルケア型と、統合失調症等の精神病圏の患者の地域ケアを目指したコミュニティケア型の精神科診療所に分けられる。これらは対立するものではなく、地域でお互いに補い合っている存在なのである。1988年の診療報酬改定において、診療所でも精神科デイケアが実施できるようになった。デイケアを実施するために看護師に加え、精神保健福祉士、作業療法士、心理士、等を雇用することになった。おかげで、それまで数名の職員で運営していた精神科診療所が、多職種チームに発展したのであった。この多職種の余力によって、精神科診療所にもアウトリーチ活動を実施するところが増えてきた。さらに近年は、相談支援事業や就労移行支援事業所等の障害福祉サービスを実施する精神科診療所も生まれてきている。こうして、コミュニティケア型診療所を目指して必要と思われる支援を実践しているうちに、気がつくと多機能型精神科診療所に発展していたのであった。

欧米の主要先進国においては、おおよそ10万人に1ヶ所の地域精神保健センターが、地域に責任を持った医療保健福祉活動を展開している。一方で日本の医療は、フリーアクセスで国民皆保険制度を誇りにしてきた。すべての国民に差別なく平等に医療が提供される保険制度の存在は誇るべきものがあるが、重い課題を持った精神障害の患者たちには、十分な支援が届かずに来ていた問題がある。長期入院を続けてきている患者たちへの地域移行支援も、まだ十分になされていない。地域でハイリスクな患者たちも十分な支援を受けられるためには、日本も人口10万人のキャッチメントエリア毎に「地域精神保健センター」を作り、地域に責任を持てるシステムが必要になっている。

日本の医療機関の多くは、民間の医療法人が中心的役割を果たし、個々の医療行為に応じた診療報酬を受けて経営するシステムである。医療従事者がすべて公務員である英国やイタリアとは、基本的なシステムが違う。そこで、公的なシステムと診療報酬によるシステムを、組み合わせる方法を考えざるを得ない。しかし今の日本に、人口10万人に1ヶ所の地域精神保健センターを新設するのは、莫大な予算がかかり困難と思える。むしろ、既存の民間資源の有効活用を考えて、多機能型精神科診療所及び精神科病院や総合病院の多機能型精神科外来に、事業を委託する方法がある。これらの民間の医療機関でやる気のある所が、区市町村から事業委託を受ける形にすれば責任と役割が明確になると考えている。委託の補助金が出ることで、多くのコメディカルの雇用も促進される。

今後の日本の、包括的精神科地域ケアのあり方を検討したい。

救急医から精神科医に物申す－向精神薬処方の問題点

上條吉人

埼玉医科大学医学部救急科、埼玉医科大学病院急患センター ER・中毒センター

三次救急医療施設には多くの向精神薬過量服用(OD)患者が搬送される。我々の調査では、患者の70%以上は精神科関連クリニックで処方された向精神薬をODした。精神科関連クリニックとそれ以外(総合病院精神科関連科または単科精神病院)の外来に通院中の患者数はほぼ1:1であることから、精神科関連クリニックに通院中の患者の方がODのリスクが高かった。また、精神科関連クリニックに通院中の患者の方が多剤大量処方が多かった。精神科関連クリニックの診療や処方の透明性が低いことが原因の一つと思われた。

ODの頻度の高い向精神薬は、エチゾラム、トリアゾラム、フルニトラゼパム、ゾルピデム、フェノバルビタール含有合剤であった。これらの薬物はベンゾジアゼピン誘導体、チエノジアゼピン誘導体、非ベンゾジアゼピン系睡眠薬といったベンゾジアゼピン受容体アゴニスト(以下、BZO類)、およびバルビツール酸類(以下、BAR類)で、いずれもGABAA受容体複合体に結合部位を有する薬物であった。また、これらの薬物は依存乱用されている向精神薬でも上位を占め、ODと依存乱用の関連が疑われた。向精神薬OD患者の予後は概ね良好であるが、時に自殺企図のリスクの高い患者に三環系抗うつ薬やBAR類が処方され、ODにより致死性不整脈、痙攣重積発作、呼吸停止などが生じて死亡する、またはコンパートメント症候群による四肢の麻痺などの重篤な後遺症が生じることがある。訴訟となっても患者の自己責任として精神科医が敗訴することはなくても、救急医には精神科医による自殺の加担と思えてしまう。

BZO類のOD患者は昏睡状態から覚醒していく経過、または初診時に逆説的反応により暴力的・攻撃的となることがしばしばある。また、逆説的反応による衝動性がODのトリガーとなった患者もしばしば見られる。向精神薬OD患者に生じる逆説的反応は救急医の患者および精神科医に対する陰性感情の主な原因となっている。

二次救急医療施設には高齢者の転倒・骨折患者が数多く搬送されるが、エチゾラムやゾルピデムなどのBZO類が処方されている患者がしばしばみられる。また、これらの患者に偽認知症を認めることがある。高齢者への安易なBZO類の処方転倒・骨折や認知機能障害の原因となっている。

抄録

講演と鼎談・対談

7月9日(土) 10:00-12:00

C会場【6号室】

講演と鼎談 「多剤大量処方に至る思考と心理」

精神科診療における多剤併用への誘惑ケア

仙波純一

さいたま市立病院精神科

多くの診療ガイドラインでは単剤処方が推奨されているにもかかわらず、実際の臨床では多剤併用は少なくない。当初から多剤併用を行う医師には、経験的にこの方法がよいと確信している人がいる。彼らは漢方薬のように薬物を微妙に調合することが医師の能力であると考えている。一方、治療の途中から徐々に多剤併用となってしまうパターンもある。当初の治療に反応しない場合、変更よりも新しい薬物を追加していくことを選択するのである。結局、減量は増量よりも困難なため、ある種の膠着した状態になってしまう。薬物療法に即効的な効果を期待する医師や患者の思惑が多剤併用を加速する。このようになわが国の多剤併用の背後には、精神科医が薬物療法に過大な期待をし、それ以外の心理社会的治療に対する十分なスキルを持たないこと、あるいは持っていたとしても、医療経済的に診察に十分な時間をかけられないことなどが考えられる。

7月9日（土）10:00-12:00

C会場【6号室】

講演と鼎談 「多剤大量処方に至る思考と心理」

抗精神病薬減量へのためらい

山之内芳雄

国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 精神保健計画研究部

われわれは平成22～25年の厚生労働科学研究において、多剤処方されている163名の統合失調症患者に対して減薬を試みる臨床研究を行った。かなりゆっくりと減量する方法によって、精神症状、副作用ともに変化を認めず、安全な減量が行えた。その研究において、担当した医療スタッフにアンケート調査を行い、研究として担当した患者に対して抗精神病薬を減量することについての認識を訊いている。多くの担当医が抱いていた不安は、減量後に払拭された。そして減量前に抱いた不安は、明確な事柄に基づいたものではなかったと思われる。当日はこのアンケート結果を踏まえて、われわれが日常臨床で抱く変えることへの不安やためらいについて考えていきたい。

薬剤師から見た多剤併用大量処方

吉尾 隆

東邦大学薬学部医療薬学教育センター臨床薬学研究室

国内における統合失調症患者に対する薬物治療の特徴は、抗精神病薬の多剤併用大量処方であると言われて久しい。この数年の間に多剤併用大量処方の割合は徐々に減少してきているが、現在でも約3割の患者に3剤以上の抗精神病薬の併用が行われており、クロルプロマジン換算量は1日平均で1,000mgを大きく上回っている。また、抗パーキンソン病薬やベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠薬の併用割合が多くなる傾向があり、気分安定薬の併用も増加している。

しかし、精神科医の多くは依然として、抗精神病薬のみならず他の向精神薬の併用処方も行っている。特に、外来診療で多剤併用となっていることから、平成28年度の改定では、抗不安薬、睡眠薬、抗精神病薬、抗うつ薬は全て3剤以上処方すると診療報酬が減算されることとなった。しかし、一方多剤併用大量処方が改善されれば、診療報酬が算定できることとなった。このように、現在、向精神薬の適正使用に向けて精神科薬物治療の方向性が示されており、医師と薬剤師の協働による薬物治療が推進されなくてはならない。

7月10日(日) 12:20-13:20

A会場【講堂】

対談「マスメディアと精神科医」

マスメディアと精神科医

香山リカ¹⁾ 宮岡等²⁾

1) 立教大学現代心理学部 2) 北里大学医学部精神科学

本学会のテーマは「外来精神医療の透明化と標準化」である。精神医療の質をあげるためには多くの一般の方に精神医学、精神医療を知っていただく必要があり、ガイドライン作成などでは加わっていただきたいと考えていた。マスメディアには「ストレス」、「うつ」、「メンタル」などの言葉が頻繁に登場するが、不正確であったり、難解であったりすることが少なくない。テーマによっては取材を受けている精神科医がいつも似た顔ぶれであるかのようなこともあるが、この背景にはメディアが正確に情報を伝えてくれない可能性を考えて、取材は受けないと決めている医師の問題もある。

宮岡が気にかけているこのような問題について、メディアでもよく意見を言われている香山先生に対談をお願いした。精神医学におけるメディアリテラシーを考える場にできればと考える。(文責:宮岡等)

抄録

シンポジウム 1～11

7月9日(土) 10:00-12:00

A会場【講堂】

シンポジウム1 「認知症ケアにおいて精神医療に求められること」

シンポジウム趣旨

大石智

北里大学医学部 精神科学

認知症のある人の援助には多くの職種が関与している。地域包括ケア、医療計画への精神疾患の追加、新オレンジプランといった施策は、認知症のある人の援助において関与する職種の連携を求めている。施策上求められているからというのではなく、多職種が連携を深めることは認知症のある人の援助の質を高めることに寄与すると期待できる。

認知症のある人の援助を医療と介護に分けた場合、認知症医療には精神科のみならず神経内科、老年内科、脳神経外科など複数の診療科が関与する。地域においてどの科がその中心を担うかという点については、その地域や医療機関によって差があるし、認知症医療ではかかりつけ医にその中心的役割が求められている。しかし認知症のある人は様々な精神症状が生じることがある。このため精神科医には他科や他の職種から寄せられる期待も大きい。したがって認知症医療において精神医療は多職種連携の一翼を担い、質の高い援助を実践することが求められる。

しかし精神医療は地域における認知症ケアにおいて、質の高い援助を実践できているだろうか。

今日の認知症医療にある課題には、適切とは言えない鑑別診断、抗認知症薬や向精神薬の使用されすぎなどがとりあげられる。こうした現状を見ていると、多職種による認知症ケアの実践の中で、精神医療が足を引っ張っているのではないかと感じることもすらある。

そもそも精神医療は認知症を根本的に治す力も予防する力も持っていない。認知症を前にして精神医療は非力である。そうした謙虚さを持ちつつ、本シンポジウムでは、精神医療が地域における認知症ケアにどのような姿勢で、どのように関与すべきかを議論し提示する。

大会テーマは「外来精神医療の透明化と標準化」である。医療プロセスの透明化は専門医と専門医外との連携から生まれる。したがって本シンポジウムに登壇するシンポジストは、認知症ケアに関与しそれぞれのフィールドで実践する各職種を選ぶことにする。

非専門医や介護職という精神医療の外から見た課題や現状、それを踏まえての精神医療への期待を提示する。そして精神医療の中にある専門医は、精神医療の中で感じている課題や現状、それを踏まえての精神医療の標準化、質向上のために、認知症ケアにおいて精神科医がなすべき自助努力についてとりまとめる。

今後の認知症地域包括ケアの中で精神科医に期待されること

小野沢 滋

みその生活支援クリニック

地域包括ケアが叫ばれて久しい。実は、「地域」といっても、様々で都市部と地方では根本的に問題が異なっている可能性がある。今後最も状況が悪化するのは首都圏周囲のベッドタウンである。そういった地域では認知症の有病者は2025年に現在の約1.5倍、2040年に1.9倍、そして、その状況が2060年まで継続すると予想される。一方で、例えば福井県では、2025年に現在の1.1倍、2040年前後のピーク時でも1.2倍、以後は認知症の有病者数は減少していく。このように地域によって今後の患者数の推移は大きく異なる。

その一方で、生産年齢人口は減少し続ける。首都圏ベッドタウンでは2025年に現在の1割減、2040年に2割減、2060年には4割以上の減少が見込まれる。生産年齢人口の減少は地方にも同様に起きる。このように、これからの社会は私たちが経験をしたことの無い高齢化と人口減少の道のりとなる事は確実だ。そして、その道のりは地域毎にかなりの差異がある。このような社会で念頭におかなければならないのは、1. 介護人材の不足、2. 税収や医療財源の収縮、3. 地域の高齢化による自治機能の低下、など現在、過疎地で問題になっていることが首都圏で確実に大規模に起こるという現実である。

そのような中で、私たちは何を行ったら良いのだろうか。私は、3つの事柄が重要だと考えている。一つは、多機関が効率よく結びつき労力を減らすこと、「統合的連携」: Integrationである。2つめは、弱者(認知症患者)がもともとどの地域で生き続けられる「社会的包摂」: Inclusion、3つめは家族や本人の本当の希望の実現を目指すために心のありようにアプローチする、「内面世界」: Inner Worldである。

その中で外来の精神科医が果たす役割はきわめて大きい。認知症者が社会の中で有り続けるためには、彼らの持つ精神世界の有り様を一般人の人たちに解説する専門家が必要だろうし、また、一般医や介護職で対処困難なBPSDなどの対応について、アドバイスを行う事も必要であろう。そして時には薬剤投与も必要かもしれない。社会的包摂を実現し、認知症者の内面世界を健康者が理解するために精神科医は不可欠な存在だとおもう。是非とも、地域に出て活躍していただければと期待している。

7月9日（土）10:00-12:00

A会場【講堂】

シンポジウム1 「認知症ケアにおいて精神医療に求められること」

S1-2

精神医療に求められるケア的視点 ～「薬でなんとかしてください」に終止符を～

裏鍋洸

アプロクリエイト

■医師が把握する相談内容の問題

診察室に持ち込まれる相談には2つの大きな問題がある。

一つ目は、誰が相談を持ち込むかという問題だ。圧倒的に、患者本人ではなく家族や介護関係者（以下、介護者）が多いであろう。そのため、患者本人が困っていることはおさなりにされがちだ。

二つ目は、その相談で「エピソード」だけが持ち込まれるという問題だ。「徘徊する」など介護者が困る出来事（エピソード）だけが持ち込まれるが、背景や状況等を聞き取るにも情報量が不足しがちなため、足りない情報のまま処方箋を出さざるを得ないケースも少なくないだろう。

■「認知症だから」というフィルターからの解放

徘徊や暴言・暴力など、あの手この手を打ってみて、どうにもならなかった場合に、それらを理解しがたい言動ととらえ、「認知症だから（しかたない）」と諦めているケースは少なくない。この「認知症だから」というフィルターが、患者の言動の理由を探り、最適なケアを編み出す妨げになっていると考えられる。失望をもたらしても、希望をもたらすことのないフィルターから、介護者を解放する上で、医師からの「問いかけ」は重要な意味を持つ。

■出来事が起きた場面をひも解く「問いかけ」

BPSDなどの出来事をひも解く上でのポイントは2つある。

まず、介護者は「徘徊が起きる“まえ”の状況や出来事」よりも、「徘徊が起きた“あと”の状況や出来事」を印象深くとらえる傾向にある。本来聞き取りたいところは、介護者がいかに大変だったかという“あと”のことではなく、「いつ、どこで起きたか?」「徘徊し始めた時、そばに誰がいたか」「その直前に本人が目にしたか、耳にしたことはなにか?」など、徹底的に“まえ”の状況を聞き取るように問いかけることが重要だ。

次に、介護者は出来事を「ひとくくり」にとらえる傾向にある。昼や夜といった時間帯も、自宅か施設かも関係なく、とにかく「徘徊」とひとくくりにとらえて医師に相談にやってくる。ひとくくりに行っている事象を1回1回ばらして、時間帯の影響、環境の影響、体調や薬の影響など、影響として考えられる要素を1場面ずつ検証するように問いかけることが重要だ。

■「薬でなんとかしてください」に終止符を

前述のように、医師から介護者へ問いかけてみても、情報が得られないこともあるだろう。ここで大切なのは、情報を得られるかどうかではなく、「医師が的確な判断を下すために、どのような情報を求めているか」を介護者に示すことにある。「薬でなんとかしてください」という次元の認知症ケアから、介護者の関わり方や環境を整え、患者本人が落ち着いて過ごせる認知症ケアへとパラダイムシフトしていくためにも、医師が“疾患”だけでなく“暮らし”に目を向けることが求められる。

7月9日(土) 10:00-12:00

A会場【講堂】

シンポジウム1 「認知症ケアにおいて精神医療に求められること」

S1-3

早期発見早期治療という啓発の問題点

小田陽彦

兵庫県立姫路循環器病センター精神科

キーワード：認知症 早期発見 早期治療 啓発

【目的】

認知症の早期発見早期治療の啓発の問題点を論じる。

【方法】

各団体の認知症ガイドライン、アルツハイマー病の早期診断体系確立を目的とした多施設共同臨床研究”J-ADNI”の研究報告書、現在販売されている四種類の抗認知症薬に関する国内治験データを精査し、認知症早期診断と早期治療の課題を検証。

【結果】

各団体の認知症ガイドラインはいずれも認知症診断の際に鑑別診断をルーティンで行うよう推奨していた。すなわち病歴聴取、認知機能検査、身体診察、市販薬を含めた薬歴調査を実施してせん妄や薬剤起因性老年症候群などの軽度意識障害あるいは統合失調症圏やうつ病圏などの内因性精神疾患を鑑別診断し、脳形態画像検査(MRIまたはCT)で慢性硬膜下血腫や特発性正常圧水頭症などの脳外科疾患を鑑別診断し、全血球算定、電解質検査、腎機能と肝機能を反映する生化学検査、血糖検査、甲状腺機能検査、ビタミンB12や葉酸の検査などで内分泌代謝系疾患や感染症などの疾患を鑑別診断し、そのうえで認知症の病型(アルツハイマー病、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症など)を診断するよう推奨していた。

J-ADNI研究報告書を見る限り、認知症専門医の間ですら早期認知症の場合は診断名が一致しないことがしばしばあり、認知症早期診断は必ずしも容易ではなく誤診の危険が高いことが示唆された。認知症ガイドラインの根拠論文によると認知症が疑われた事例において鑑別診断で回復可能性が指摘されたのは全体の9%、実際に回復したのは全体の0.6%だった。抗認知症薬の国内治験データを見る限りほとんどのプラセボとの比較試験で抗認知症薬は優れたとはされていなかった。すなわち抗認知症薬に期待できる効能はプラセボと同程度であることが示唆された。

【考察】

抗認知症薬が発売された1999年以降、医療機関でアルツハイマー病と診断される患者数は爆発的に増えている。しかし早期発見は専門医でも難しく誤診が避けられないこと、早期発見されることを多くの患者は望んでいないこと、早期発見されたところで有効な治療は必ずしも存在しないことを考えると、早期発見早期治療の啓発活動に安易に便乗するのは精神医療として誤っていると言える。余計な不安が強くなる、薬の副作用に苦しむ、無駄な医療費を払わされるという危険があるので、認知症早期診断は必ずしも望ましいとは言えないことを精神医療が広報する必要があると思われる。

本人の生活と心情への注目を

上田 諭

日本医科大学精神神経科

現在の認知症診療の問題点はまず、認知症には根治療法がないにもかかわらず、従来の「医学モデル」による対応をしていることである。2つ目は、本人の心情と生活の軽視である。介護者の視点ばかりが優先され、それに応えることが診療になっている。3つ目は、認知症の行動心理症状(BPSD)を脳の症状とだけ決めつけ対応する傾向である。認知症の人の心理をもっと考えるべきである。なお、本発表では主に高齢者のアルツハイマー病の軽度から中等度を対象に論じたい。

＜医学モデルからの脱却＞認知症診療において、治る認知症状態(treatable dementia)の鑑別することを含め正しい診断をすることは最低ラインであり、重要なのはその後何をするかだ。認知機能、実行機能、BPSDの重症度など認知症の「症状」を問題にする通常の「医学モデル」では認知症診療は、根治療法のない現状では不十分である。より重要なのは、「人生モデル」ともいうべき認知症の人の生活と心情に注目する視点である。それを診療のテーマにすべきである。

＜生活と心情の注目＞認知症とは自己肯定感が傷つき役割を失う病であり、しばしばこれまでの社会的関係がなくなる。その不安と苦悩に対処したい。脳機能の低下は避けられないものとして考え、残った脳機能によって張り合いある生活を送れることを主眼とする。診察においては、介護者の声よりも本人の心情に耳を傾ける「精神療法」をぜひ行いたい。認知症が忍び寄る不安、周囲の態度の変化への驚きと怒り、役割と居場所を失っていく恐怖、やがて訪れる自己否定的感情——認知症の人はそれらをきくと感じ、心は大きく揺らぎ、自分の存在すら危うく感じられている。まさに精神科医にとっては精神療法の対象のはずである。

＜BPSDは心理的反応＞BPSDに対する見方に、大きな誤解がある。それは、認知症という脳の神経機能障害によってBPSDが生じるという考え方である。ADの軽度から中等度ならば、脳機能の障害は脳全体からすればごく一部、それも記憶を中心とした部分であって、本人の感情や他人への配慮などは十分保たれている。BPSDと呼ばれるものの大半は、環境の変化や周囲への反発と戸惑いから生じる心理的反応の言動である。対処には、周囲の接し方や介護環境にこそ介入が必要である。暴言や妄想があるからと、安易に抗精神病薬を出すことは大きな問題である。まず本人の自己肯定感を傷つけるような対応をしていないか、精神的反応を引き出すような関係になっていないかを問うべきである。

7月9日（土）15:15-17:15

A会場【講堂】

シンポジウム2 「デイケアの本質とは」

シンポジウム趣旨

原敬造

原クリニック

今日、デイケアをめぐる状況は極めて厳しいものがある。28年診療報酬改正では、“一年以上頻回にデイケアを利用している患者に対して、より自立した生活への移行を促す観点”からの利用回数の制限が設けられた。デイケアを一年以上利用している場合には、原則週3回までの利用になった。それに加えて3年以上の利用では、週4回以上の利用に際してはデイケア料の減算が行われた。“より自立した生活”が何を意味するのかはここでは問わないが、利用者に対してのメッセージは“君たちはもっと自立しなければならない”というものであろう。果たしてこのようなメッセージを発する資格が厚生労働省にあるのかを問いたい。

私たちは、“診療報酬といった外からの枠組みに翻弄され、デイケアの持つ本質を見失っていないか”を問い直す時期に来ていると思う。いわゆるデイケアの機能分化といったことなどももう一度問い直す必要がある。

また産経新聞等の報道で取り上げられた問題も同時に改めてデイケアの本質とは何かを問う必然性を私たちに突きつけている。

こうした状況の中で、様々な問題を振り返り、同時にデイケアの持つ本来の意義を改めて検討することで、地域精神科医療に果たすデイケアの本来の意義を提言して行きたい。

「通過型デイケア」に必要な支援と普及のための課題

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 社会復帰研究部

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が提示されてから約12年、我が国の精神科医療はゆるやかな地域移行が進みつつある。厚生労働省による今後の精神保健福祉のあり方等に関する検討では、精神障害者の地域生活を支える適切な通院・在宅医療の提供を確保する観点から精神科デイケア等の機能の強化・分化を行うことが必要とされている。精神科デイケアは医療機関において医療の一環として提供されるものであり、リハビリテーション機能が期待される一方で、「居場所」としての機能も同時に担っている。近年多くの医療機関でリハビリテーション機能を強化し、デイケアから地域、学校、職場等に戻ることを重視した取り組みが行われているが、そのような「通過型デイケア」と「居場所型デイケア」には診療報酬上の違いはない。

国立精神・神経医療研究センター病院（以下センター病院）デイケアは、平成23年より通過型デイケアシステムの構築に取り組んできた。主たる改革は1) 集団を対象としたプログラムベースの支援から個人を対象としたケアマネジメントに基づく支援への変更、2) デイケア専属の就労支援専門員の配置の2点である。その結果、デイケアからの就労者数の増加、長期間デイケアで停滞していたケースの地域移行が促進されることになった。一方で、スタッフの負担感の増加およびデイケア利用者数が減少することによる収入減が問題として浮上してきた。センター病院デイケアにおいてアウトリーチ型サービスを含む個別支援を提供した際のサービス量および内容、さらには現行の診療報酬では未報酬となるサービス量についてサービスコード票を用いた前向き調査を行ったところ、研究参加者に提供した12ヵ月間のサービスのうち個別サービスは約30%であり、全サービスにおける診療報酬外のサービス割合は約15%（個別サービスでは約40%）であった。個別支援による地域移行の効果は先行研究により示されているものの、実際にデイケアにおいて個別支援を実施した場合には診療報酬外のサービス提供となる部分が多く、医療機関の経営が困難に陥る可能性がある。今後リハビリテーション機能を強化した「通過型デイケア」を普及させるにあたっては、診療報酬上の裏付けが不可欠であると思われる。

7月9日(土) 15:15-17:15

A会場【講堂】

シンポジウム2 「デイケアの本質とは」

S2-2

精神科デイナイトケアにおけるパターンナリズム

—E クリニック問題の影響と診療報酬改定—

古屋龍太

日本社会事業大学大学院 PSW / 日本デイケア学会 E クリニック問題調査委員長

2015年7月24日付産経新聞で、精神科デイナイトケア(以下 DNC)が大きく取り上げられる報道がなされた。「生活保護窓口に派遣のクリニック精神疾患患者“囲い込み”」、「自立支援医療費目的か」、「元患者証言：通院辞められず」などとセンセーショナルな見出しが並び、その後も各新聞やテレビで報道され、国会でも同問題が取り上げられた。

報道で取り上げられたのは、都内福祉事務所と精神科クリニックの「癒着」、相談員による受診「勧奨」と「囲い込み」、受診拒否者への生保打ち切り「圧迫」、通わせている DNC の実態、住まわせているシェアルームの実態、等である。「医療扶助・人権ネットワーク」は、同クリニックに関し、① DNC の受診を生活保護受給の条件であると誤解させていること、② DNC の治療効果は検証されていないこと、③ 金銭管理が医療の選択の自由を奪っていること、④ DNC としては実施時間が短すぎることに、⑤ 建築基準法違反の疑いがあるシェアルームの家賃支払いを同クリニックが代行していること、等の問題点を指摘している。

新たな貧困ビジネスの闇の舞台として DNC が取り上げられ、生活扶助・医療扶助・住宅扶助の適正化や、生活保護現場における自立支援のあり方や自立支援医療の見直し、診療報酬の見直し(精神科デイケア(以下 DC)料、精神科 DNC 料の引き下げ)等に波及していった。DNC に通う長期利用者が増大により、厚生労働省においても自立支援医療・診療報酬の「見直し」が議論されてきていただけに、縮減の圧力は強まった。

2015年末から、日本精神神経科診療所協会等3団体による精神科 DC 減算反対運動が取り組まれたが、診療報酬改定(2016年4月)により精神科 DC は減算された。「長期にわたって頻回に DC を利用する患者について、より自立した生活への移行を促す観点から算定要件の見直しを行う」という主旨であるが、漫然と DNC を実施している精神科医療機関側の是正を求め、DNC の治療内実を改めて問うものとなっている。

外来精神医療における治療関係は自由な契約関係であり、治療は同意の下で行われ、治療の名の下での生活管理は許されることではない。臨床実践がパターンナリズムに陥っていないか、日常業務の点検と見直しを日本デイケア学会は会員に訴えている。今後、日本デイケア学会は減産の影響を調査するとともに、学会が開発した「精神科リハビリテーション評価尺度」を用いて、全国でエビデンスを蓄積していく予定である。

精神科デイケアの再確認・再構築、夢と希望の立ち上げ

肥田裕久

医療法人社団宙委会 ひだクリニック

いわゆる630調査の結果によると、平成24年6月30日現在、精神科ショートケア1010カ所、精神科デイケア1465カ所、精神科ナイトケア167カ所、精神科デイナーケア389カ所、重度認知症患者デイケアは211カ所である。その直近の1日の総利用者は44990人である。

疾患別では、統合失調症F2 66.6%、気分障害F3 14.3%、アルコールおよび物質依存F1 6.3%、神経症等F4 3.4%、認知症等F0 3.2%等であり、F2が最多だが、この分類からもわかるように様々な疾患が治療の対象になっている。この多様はF2のリハビリテーションを核にしながらも、より専門性を付加しながら発展してきた先人の格闘の賜物であると思う。各施設の営為や治療アプローチも診療報酬下での施設基準を遵守しながら、各施設で現実的な制約に立ち向かいながらの創意と工夫の歴史であると思う。その過程の中で、疾患を問わず、施設を問わず、地域を問わず、共通しているものはなんだろうか。それが本シンポジウムのテーマである「デイケアの本質」であると考えている。

しかし、これを詳らかにすることは困難である。本当は困難ではないのかもしれない。困難と思えるのは、見えにくくなったからかもしれない。見えにくくしたのは診療報酬という「現場とは無関係な圧力」と発表者は思っている。

精神科デイケアの本質を考えて行く上での最初の課題は、我々はどのようにして精神科デイケアを始めたのか、その原点に立ち還っていくことではないか。まず立脚する基盤の再確認。その二の課題は、現在進行形の様々な取り組みを見聞しながら、精神科デイケアを再構築していくことではないか。精神科デイケアは、米国においては1958年より普及が進み、1970年代後半には多くの効果研究も発表された。入院から地域ケアへと移行する中で大きな貢献をしてきた。しかし、寡聞ながら現在は精神科デイケアの学問的関心は薄れてきたと聞いている。地域ケアシステムとの連携の中での精神科デイケアの役割、ハブ機能などが多く論じられる。この文脈の中に二の課題のアイデアがあるのではないか。その三として、参加メンバーに支援者の「手垢」のついていない夢や希望を実現できる精神科デイケアはどのように立ち上がっていくのだろうか。この三つの点から当日の発表を構成したいと考えている。

特に二、三については具体的な例をあげ、失敗例や残念例もあげながら当日参加して下さった皆様と意見の交換をしたいと思えます。

7月9日(土) 14:05-16:05

B会場【1号室】

シンポジウム3 「職域におけるメンタル不調者への対応方法がもつ課題」**シンポジウム趣旨****田中克俊**

北里大学大学院医療系研究科産業精神保健学

2015年12月よりストレスチェック制度が開始された。これまでの職域メンタルヘルス活動には様々な問題点が指摘されてきたが、それらの多くは解決されないままである。そして、今回のストレスチェック制度の開始は、これらの問題をより顕在化させる可能性がある。

中でも一番大きな問題は、事業場内の産業保健スタッフと精神科主治医間の連携の不足であろう。現状では、産業保健スタッフと主治医の間の連携は休復職時の診断書のやり取りくらいしかない。精神医学の知識や経験に乏しい産業保健スタッフにとってメンタルヘルス不調のアセスメントは大変な作業である。せめてこれが医療に渡すべき問題なのか職場で解決すべき問題なのか適宜精神科医からのアドバイスがあれば、予防活動はもっとスムーズに安全に進むであろう。主治医にとっても、不十分な情報の下、具体的な環境調整のアドバイスなどできないままではいきおい薬物治療を中心に対応を考えざるをえない。本人を取り巻く環境やサポートの方策についての情報が得られ、職場と連携しながら対応を図れるならば休職しなくても済む人はもっと多くなるはずである。こうした問題に対しては、現在互いの連携を高める様々な制度や契約のあり方が課題として盛んに検討されている。一方で、精神科医がもっと産業保健のことを学び、または産業保健スタッフが精神医学のことを学ぶことで、一人二役の存在を目指そうとする動きもあるが、こうしたスタイルも今後積極的に検討すべき課題と考える。また、今回のストレスチェック制度で外部EAP機関の動きが活発化しているが、ビジネスを目的とした外部サービス機関の質の低さや、職場との連携のなさが問題として取り沙汰されている。こうした問題に対して新たなEAPや外部専門サービスのあり方が提案されている。

本シンポジウムでは、第一線の先生方に、現状の職域メンタルヘルスの課題、特に今回のストレスチェック制度で喫緊の課題となる高ストレス者やメンタルヘルス不調者に対する対応方法について検討していただく予定である。

精神科医からみた産業医活動における課題

鎌田直樹

北里大学医学部精神科学

近年、長期休職者の大部分が精神障害に起因するなどの理由もあり、職域におけるメンタルヘルスケアへの関心、中でも、精神科専門医である産業医への期待が高まっている。しかし、実際に企業の健康管理室からの視点で考えると今後の課題も多く見られる。産業精神保健でよく用いられる、予防の視点からこれらの課題を整理してみる。

一次予防の点からは、労働安全衛生法の一部改正に伴うストレスチェック制度の問題がある。例えば、高ストレス者の事後措置面接において、適切な人事的配慮に関する助言や専門医受診の必要性の判断（重症度分類）は非常に重要である。過剰な「要医療」の判断は従業員個々の企業人としての成長の可能性の芽を摘みかねない。精神疾患に関しては一次予防に関する十分なエビデンスがない中、我が国が期待する「一次予防のためのストレスチェック制度」がうまく機能しなければ、企業における損失が生じるかもしれない。

二次予防の点からは、地域医療機関との連携の問題がある。休職に至る前に、早期受診が実現し、精神科医療機関に繋がったとしても、職業特性や職場内適応に関する問題点がなかなかうまく伝わらないケースがある。その他、心療内科を標榜するものの、PIPCに基づいたとも言えない治療を実施され、再度、精神科医療機関選定からせざるを得ないケースにも遭遇する。こういった意味で事業所外医療資源との連携の難しさもある。他にも、ストレスチェック制度は運用上二次予防とも切り分けることはできず、十分な診断スキルを有していない産業保健スタッフが本制度に関わることや日々の健康管理室業務に携わる中での初動対応に関する課題も再考されなくてはならない。

三次予防の点からは、休職から復職にかけて、社外の診療場面では「就業規則」という概念は意識されないことも多く、臨床的寛解のみで復職の判断が行われることも少なくない。また、リワークを利用したくとも、診断名に関わらず、画一的なリワークプログラムしか実施されないこともある。一旦復職しても、症状再燃時に、安易に「休職」の診断書を多発され休職期間が必要以上に伸びていると思われる状況にも遭遇する。他にも、危険作業従事者の薬剤選択や向精神薬の投与終了時期の検討など従業員の早期寛解のために情報共有を密にすべきであると思われることもある。

これらの課題を整理しながら各シンポジストと意見交換を行う。

現場の精神科産業医として、メンタルヘルス不調者への対応方法を どう考えるのか ～ストレスチェック実施をふまえて～

宇都宮健輔

産業医科大学医学部精神医学 非常勤講師

産業現場（企業）では、メンタルヘルス不調者の発生・増加が、「生産性（業務遂行能力）の低下」および「労災・訴訟（業務起因性等による心の健康不調）への発展のリスク」の主に2つの重大な問題を引き起こすことが懸念されている。

ストレスチェック制度では、1)セルフケア（結果通知による従業員のストレスへの気づきと対処）、ラインケア（職場分析による職場環境改善の促進）による1次予防（未然防止）に関する取り組みはもちろんのこと、2)高ストレス者で面接の申し出があった従業員に対して産業医が“面接指導”を実施し、早期に“事後措置”（例えば、業務調整・サポート体制の変更・就業制限・配置転換等の職場環境調整、ストレス教育に関する保健指導等、専門機関への受診勧奨）へと導く1次予防から2次予防（早期措置）へ移行する仕組みも特色となっている。そこで精神科産業医として、ストレスチェックによる産業医の面接指導の実施をふまえた上で、メンタルヘルス不調者の職場適応（働きやすさ）の向上に際して大切と考えられる現場の3つの臨床スキルについて考察した（以下参照）。

①現場で使える“面談スキル及び面談スキルのTPO”について

1)職場のメンタルヘルス問診（病院臨床との相違点）、2)流れを重視した効率的な面談の進め方（アジェンダ設定→非言語コミュニケーション→言語コミュニケーション）、3)本人の病状理解を促すためのエビデンスを活用したIC（本人への説明と同意・理解）

②現場で使える“判断スキル及びエビデンスの知識”について

1)疾病性（健康管理）と事例性（労務管理）の相違点・関係性、2)医学的根拠 [EBM]・法令 / 就業規則・事実 / エピソードを活用した事後措置の判断方法、3)問題点（原因、具体的な問題点）と問題解決（仮説-検証法、プロセス分析 [病歴]、損益分析、前例、具体化）の考え方

③現場で使える“連携スキル及びコミュニケーション”について

1)職場との連携（職場ニーズの理解、個人情報保護）、2)職場上司への教育的アプローチ、3)主治医との連携（情報提供書の書き方、守秘義務）

当日は、「産業現場で感じている個別対応の課題」も踏まえながら、産業医に必要な臨床スキルを中心に言及・考察したいと思う。またメンタルヘルス不調者の対応全般において、わかりやすいコミュニケーションについて工夫・苦慮している現場の臨場感が伝われば幸いである。

産業精神保健における「中間地帯 no man' s land」

— EAPやリワークの課題から学ぶ—

白波瀬丈一郎

慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室／慶應義塾大学ストレス研究センター

国際労働機関ILOと世界保健機関WHOの合同委員会によれば、産業保健とは組織、経営、医療、心理、福祉などが関わる集学的な領域であり、さまざまな人々の関与が必要となる。別言すれば、本来的に誰かが一人で責任を負うことはできない領域である。こうした領域には、ともすれば誰も当事者意識を持たずに、責任転嫁をくり返す状況が生じる可能性がある。やや批判的な見方をすれば、その意味での中間地帯が我が国の産業精神保健にも存在している。この認識に立てば、EAPやリワークは、自らの果たす役割を明確にしてこの中間地帯に挑んだ取り組みとして捉えることができる。

これらの取り組みは確かな成果を挙げた一方で、課題も抱えている。課題は、産業精神保健の心理化および医療化という批判や、企業側のEAPやリワークへの丸投げという表現に表れている。心理化および医療化とは、メンタルヘルス不調は本来多因子的であるにもかかわらず、それを個人の問題のみに収束させているという批判である。確かに、EAPもリワークもメンタルヘルス不調をもつ労働者の課題を職場でさまざまな人々と連携して解決する方法を模索しなくてはならない。丸投げとは次のような状況を意味する。メンタルヘルス不調をもつ労働者に就業機会を提供するかどうかは、本来企業が判断すべき事柄である。しかし、リスクという側面から企業にはその責任を回避しよう傾向が見られる。その結果、実質的にその肩代わりとしてEAPやリワークを利用する企業が散見される。また、最近指摘されるリワーク実施期間の長期化には、しっかり準備を整えて仕事に戻るといった意図がある反面で、職場離脱の長期化という課題を伴う。

ここで、精神医学と職域との関係に目を転じる。精神医学の側にはかつて「職域には、精神障害者を排除しようという意思がある」という想定が存在していた。そのため、精神医学が職域に対して慎重な態度を取り距離を置いてきた歴史がある。職域のメンタルヘルスが社会的な問題になっている現代、こうした想定は払拭されつつある。とはいえ、精神疾患の治療を精神医学の守備範囲とする認識がまだ大勢を占めており、精神医学は中間地帯の外側に留まっている観がある。EAPやリワークの抱える課題を踏まえつつ、コンサルテーション・リエゾン精神医学や力動精神医学などで培った実践知を携えて、産業精神保健の中間地帯に踏み入っていく必要がある。

7月9日(土) 14:05-16:05

B会場【1号室】

シンポジウム3 「職域におけるメンタル不調者への対応方法がもつ課題」

S3-4

メンタルヘルス不調者への保健師による早期介入

大森真弓¹⁾ 大石智²⁾

1) 相模原市教育委員会 2) 北里大学医学部精神科学

わが国では公立学校教員の精神疾患による病気休職者数が高止まりの状況にある。教員の精神疾患罹患は児童・生徒に影響を及ぼす可能性がある。教員を援助する効果的な仕組み作りが求められている。相模原市では平成18年度から保健師を中心とする教員の援助体制作りを実施してきた。当初、休職診断書が発行され休職に至った教員の復職援助を中心に行ってきた。援助活動を重ねる中で、軽症だが休職が妥当とする診断書が発行されている事例が少なくないこと、休職してしまうと軽症でも復職しにくい状況が生まれやすいことが明らかとなった。このため軽症かつ精神科医療機関を受診する前に保健師が単独で介入し、必要に応じて嘱託精神科医のコンサルテーションや同席面談を活用する体制を平成26年度から開始した。こうしたことも関与してか精神疾患による休職者の新規発生数は、平成26年度以降減少傾向を示している。ただしこの体制が円滑に進むためには4つの条件が必要になる。まず教員自身のセルフモニタリング、セルフケア能力が高まる必要がある。早期介入のためには教員自身が早めに不調を察知し、早めに上司や保健師に相談することが必要になるためである。次に校長、教頭等学校管理職が早めに教員の不調を察知し、保健師に早めに相談することが必要になる。また保健師が早期介入の時点で適切なアセスメントと初期対応を実施することが必要になる。そして嘱託精神科医が保健師からの相談に迅速に対応し彼らを援助することが必要になる。これらの条件を満たすには1) 教員に対するセルフケア教育、2) 校長、教頭等学校管理職に対する職場マネジメント教育、3) 保健師に対する精神疾患への理解向上、4) 適切かつ迅速な対応ができる嘱託精神科医の確保、以上4つの取り組みが必要になる。しかし教員や学校管理職はもともと多忙であり、教育・研修は多忙感を高める要因になりかねない。また管理職の在任期間は短いため教育効果は長続きしない。保健師も異動が多く人員に限りがあるため、保健師の援助能力を維持するにも工夫が求められる。職域におけるメンタルヘルス不調者を適切に援助する上で、保健師による早期介入は期待できるが、これを持続可能な仕組みにする上では幾つかの課題に対する工夫と事業体責任者の理解が求められるだろう。

職域メンタルヘルスにおける産業医の役割

～上手く精神科と連携するために～

堀川直人

富士電機（株）東京工場 健康管理センター 所長

職域におけるメンタルヘルス問題の重要性が指摘されるようになって久しい。自身の現職場への着任時（平成9年）、安全衛生委員会資料（長期療養者統計）を見て、まず自身が取り組むべき課題であることは一目瞭然であった。当時はまだ産業医自らがメンタルヘルス問題に積極的に係るパターンは多くなく、嘱託精神科医や臨床心理士の指示（指導）の下、看護職が中心になって対応されている事が多かった。

そんな社会背景の中、自身のメンタルヘルス対応の基礎を支えてくれたのは、当時の嘱託精神科医（後に某医大病院長）の先生であった。今でも忘れられない言葉がある。「たまにしか来ないプロより、毎日いるセミプロの方が大事なんだよ！」とのことであった。この極めて優秀な精神科医より社員教育の基礎、診断や治療の基礎を学ぶことにより、社員のメンタルヘルス対応について概ね一人立ちできるようになった。

ある程度の知識をもって社員に接するようになり、いかに世の中の精神科診療が標準化されていないかを知った。自身は元々内科医であるが、通常、診断や治療にはガイドラン的なものが存在するのが普通である。ところが、精神科領域においてはあまりに個人の経験や力量に頼る部分が多く、違和感を持った。また、精神科医にもかなりの個性・専門性があることも知った。診断書や返書の内容、社員の受診状況や治療内容を聞けば、概ね推測がつくようにもなった。

更に、世の中の精神科受診のハードルが下がり、大量の患者が世の中にあふれることとなった。但し、本物の精神科医の数は限られているし、その専門性も多岐にわたる。産業医や内科医等にも、その初期対応が求められる時代になったと思う。しかし、相変わらず精神科疾患（患者）へのアレルギーが強いのか、逃げ腰の医師は多いと思う。

もう一つ、日常的にお世話になっている精神科医の方々と合致する視点がある。「治療と職場復帰支援とは別物である」ということである。産業医が精神科領域の勉強をし、精神科医が会社制度等（主として就業規則、健保の規定等）を意識しなければ、世の中の精神疾患を持つ勤労者は救われぬ。現場の医師である以上は、お互いに丸投げはマズイと思う。

7月9日(土) 10:00-12:00

B会場【1号室】

シンポジウム4 「入院か外来かをどう判断するかー精神科外来臨床の現場からー」

シンポジウム趣旨

三木和平

コーディネータ：医療法人社団ラルゴ三木メンタルクリニック理事長

精神科外来には様々な患者が訪れる。年齢、性別、状態も様々であるが、精神科外来では、限られた時間の中で、診断、治療方針を決めなければならない。精神状態によっては入院治療が必要になる場合もある。新患でいきなり興奮した患者が連れてこられる場合もあれば、通院中の患者が症状悪化する場合もある。精神科クリニックの場合は予約制のところが多く、ある程度症状を聞き取りして、対応が困難な場合は病院等を紹介しているところが多い。しかし、通院患者が症状悪化したり、自殺念慮を認めた場合は自院で対応せざるを得ない場合が多い。そのような場合でも入院治療か外来治療かの明確な基準はなく、一定の基準の作成が望まれる。外来のマンパワーの問題、家族の協力、利用可能な社会資源、入院ベッドの有無などによっても変わってくる。今回は一般的な精神科クリニック、デイケアを併設した多機能型クリニック、精神科病院、総合病院精神科の外来と4か所それぞれの立場から討論を行うべくシンポジウムを開催することとした。有床診療所もあるが、ごく少数であり、今回は対象から除くこととした。まず簡単に各施設の紹介を行い、対象患者、マンパワー、地域連携などについて説明して頂き、その後3例の共通症例に対して、各施設の立場からディスカッションを行う予定である。1例目は自殺企図を認めた未治療の20代後半の男性患者である。2例目は幻覚妄想状態で精神運動興奮を認めた通院中の40代女性症例である。3例目はBPSDを認め、家族との関係も悪化したアルツハイマー型認知症の80代男性症例である。いずれも筆者が経験した症例で一部改変してあるが、入院治療を行うか、外来で対応すべきか悩んだ症例である。精神科外来では、外来治療が原則であるが、うつ病で自殺念慮や自殺企図が切迫している場合、統合失調症等で精神運動興奮が激しく、病識も欠如しており、自身や周囲の安全が守れない場合、認知症等でBPSDが激しく、家族等での対応が困難な場合などが医療保護入院の適応と考えられる。もちろんその他にも、うつ病患者が休養や復職準備のためにストレスケア病棟に入院するケースや、自傷他害の恐れがあり措置入院となる場合もあるが、今回のシンポジウムを通じて、入院か外来かについて一定のコンセンサスが得られれば幸いである。

一般クリニックの立場から

三木和平

医療法人社団ラルゴ三木メンタルクリニック理事長

精神科クリニックにもいろいろなタイプがあり、有床で入院できるところもある。演者は日本精神神経科診療所協会に所属しているが、全国で1600カ所以上のクリニックが加入している。その中で有床診療所は20カ所程度で1%程度である。デイケアや訪問診療を行っている多機能型診療所も注目されているが、まだまだ数は少ないのが現状である。多くは精神科医一人で行っている小規模の診療所である。当院は横浜駅東口に15年前に開院し、復職支援ショートケア(リワーク)を行っている。ショートケアに常勤PSWと臨床心理士の2名、非常勤心理士が2名と心理検査室に非常勤臨床心理士2名が配置されている。看護師は0名であり、非常勤医師も在籍しているが、基本的には一般診療が中心である。リワーク利用中で具合が悪くなった患者への訪問看護は時に行うことがあるが、原則的に訪問診療、訪問看護は行っていない。当院は、都心のターミナル駅近くのクリニックということもあり、多様な患者が受診する。演者が産業医やリワーク活動を行っていることもあり、職場の不適応やメンタルヘルス不調の紹介患者も多い。最近は発達障害の患者が紹介されてくることも多い。当院は初診予約制をとっており、精神運動興奮が強い初診患者が受診することは稀であるが、通院患者が急に増悪し、入院治療が必要になる場合もある。また認知症患者は少ないものの、中にはBPSDが激しく入院が必要になる場合もある。どこまで外来で対応できるかは、家族や地域でのサポートが重要であるが、ケースによってかなり幅がある。福祉保健センターや生活支援センター、就労支援センターなどの社会資源の活用、医師会での活動などを通じ、地域の病院や一般科の診療所などとの地域連携が重要であると考えている。

7月9日(土) 10:00-12:00

B会場【1号室】

シンポジウム4 「入院か外来かをどう判断するかー精神科外来臨床の現場からー」

S4-2

精神科診療所の場合

阿瀬川孝治

医療法人三精会汐入メンタルクリニック

当院は神奈川県横須賀市にあり、2001年開設以来現在まで、多機能型診療所として活動しています。その機能は、外来部門、心理療法部門、精神科リハビリテーション部門、訪問診療部門の4つに分けられます。外来診療部門では、複数医師による一般外来(思春期～老年期)、こども発達外来、PSW・看護師による相談・医療連携など行っています。心理療法部門では精神分析医、臨床心理士による個別・集団での心理療法を、精神科リハビリテーション部門ではデイケア・ナイトケア、就労支援、訪問看護、家族心理教育などのプログラムを、訪問診療部門は主に認知症高齢者を対象に、主治医として看取りまで行う「かかりつけ医」として、また他の在宅担当医の相談、併診する地域でのリエゾンの実践を行っています。

今回のテーマ「入院か外来か どう判断するか」については、自宅(施設)で治療継続すること、病棟という異なる環境で治療すること、どちらのほうがよくなるか、本人・家族にとって利益があるか、という視点で支援しています。精神的な入院を考えるとときというのは、自傷他害リスクが高いとき、治療が難渋し病状が遷延しているとき、病状やサポートの事情で、自宅・施設で治療継続が難しいとき、診断・治療の仕切り直しが必要なときなどで、これらはどの医療機関でも同じです。精神科診療所から入院する際、必ず起きることが2つあります。(日)医師・治療スタッフが代わること、(月)病棟に身を置くことで生活・治療の「環境」が変わることです。この変化が、最大限の効果がでるように配慮が重要です。配慮とは、本人・家族に対し十分な説明をすること、紹介先の病院の医師・スタッフに過不足のない情報提供すること、バトンを渡す医師・スタッフを信頼すること、と考えます。

単科精神科病院の立場から

坂井喜郎

医療法人社団厚仁会 秦野厚生病院

当院は神奈川県西部、秦野市に病院を開業し、法人化してから今年で50年目を迎える。50年の歴史の中で、精神科医療は現在大きな変革期を迎えようとしている。「施設化」から「地域社会での生活」と大きく舵を切られた格好である。「生活の場」から「地域・社会復帰へのリハビリテーション」と精神科病院に求められるものも変わってきている。当院でも社会復帰に向け、職業訓練に力を入れ法人内で雇用し、他施設への就職と実績を築きつつある状況である。精神科治療においては薬物療法の重要性は変わっていないが、非定型抗精神病薬やSSRI、SNRI、NaSSAなどの抗うつ薬の開発により入院治療にまで至らず、外来治療のみで寛解状態が得られることも多くなっているように感じている。このような変化は副作用が少なく、効果も期待できる新薬の開発もあると思うが、早期に精神科治療に結びつく環境の変化も大きいと考えている。ここで精神科診療所の貢献は非常に大きいのではないかとと思われる。そうした中、新規の入院患者は2か月程度の短期間での入院治療にて退院し、長期の入院患者の高齢化により施設入所や死亡退院と入院患者数は減少傾向である。当院は160床の精神科病院であるが、1割のベッドは空いている状態である。これは神奈川県下の精神科病院も同じ状況だと思われる。そうした中、入院相談を診療所からいただけることは本当にありがたいことである。しかし紹介される患者さんの中には、せっかく紹介されても入院に至らないケースもままあるのも事実である。そのようなケースの中には診断の相違、治療方針の相違、治療環境の相違など診療所側から患者・家族への説明とは違ったことから起こることも多いように思われる。今回のシンポジウムを通して、それぞれの立場から率直な意見を出し合い、今後の病病連携・病診連携に役立てればと考えている。

7月9日(土) 10:00-12:00

B会場【1号室】

シンポジウム4 「入院か外来かをどう判断するかー精神科外来臨床の現場からー」

S4-4

総合病院・大学病院の立場から

稲本淳子

昭和大学横浜市北部病院メンタルケアセンター

当院は横浜市北部地域の中核病院で、総病床数689床を有する大学附属の総合病院である。当科の病床数は92床であり、神奈川県精神科救急の基幹病院として365日夜間休日深夜の精神科二次、三次救急を行っている。92床のうち42床は精神科救急入院料病棟(スーパー救急病棟)として、50床は高齢者病棟として運営している。42床のうち3床は神奈川県で発生した緊急症例用の行政ベットとして、他の3床は横浜市中で発生した緊急症例用の横浜市民ベットとして運用されている。入院患者は年間でスーパー救急病棟203人、高齢者病棟201人。疾患別の内訳は気分障害103人、統合失調症51人、認知症186人、神経症性障害16人、薬物関連性障害8人であった。治療としては麻酔科と連携して修正型電気けいれん療法、治療抵抗性統合失調症に血液内科と連携しクロザピン療法等も行っている。その他、リエゾン・コンサルテーションによりチーム医療を実践し、また地域がん診療連携拠点病院であるため緩和医療チームにも参加している。

外来においては、全員紹介依頼患者であるため、初診時より重症であること、また内科、外科、産婦人科、整形外科等の疾患を合併した患者が多いのが特徴である。一日約100人で気分障害圏の患者が多い。年間、気分障害14899人、統合失調症4800人、認知症2129人、神経症性障害3715人、薬物関連障害110人、児童思春期593人、パーソナリティ障害281人、その他718人である。

地域連携として年に数回近隣クリニック及び病院との研究会、区医師会との意見交換会、医師会や薬剤師会での講演等を行っている。

現在17人の医師が在籍し、心理士1人、精神保健福祉士3人、作業療法士2人が配属されている。同じ県にある昭和大学藤が丘病院精神科に当院から医局員が派遣されており、外来、リエゾン、緩和ケアを行っている。特に夜間、休日は当院の医師がオンコール対応をしており、救命救急センター等で精神科入院が必要なケースは当院に転院する仕組みになっている。

問題点としては、外来で、希死念慮が強く自殺企図の可能性が高い場合、興奮状態が強い場合、食事摂取不良等で身体状態が不良な場合、急性発症の場合、単身で生活困難な場合は入院の優先順位を高くしているが、スーパー救急病棟の稼働率が高く、大学全体の身体合併症の精神科患者受け入れ任務があり、また行政ベット等のしほりもあるため、地域からの入院をタイムリーに受け入れられないことが挙げられる。

シンポジウム趣旨

井上勝夫

北里大学医学部精神科学・地域児童精神科医療学

児童精神科の領域から始まった自閉症スペクトラム障害 Autism spectrum disorder (ASD) の臨床は、近年、大人の患者を対象とする一般精神科へと急速な広がりをみせている。その結果、統合失調症や気分障害などの内因性精神障害や、神経症圏の心因性精神障害の患者を主な診療対象としてきた一般精神科医に、新たな役割が強えられるようになった。そこで求められているのは、患者の発達歴の丁寧でより具体的な聴取、現在の患者の特性評価と ASD 診断と鑑別診断あるいは併存症の診断、そして、生活環境や社会的役割と患者の特性との関係の検討などである。しかし、こうした観点や診療技能は、現段階では必ずしも精神科臨床で十分に成熟しているとはいえず、様々な混乱が生じている。これに加えて、ASD そのものが定型発達から典型例まで特性の強弱でスペクトラムを成していること、および、発達段階や生活環境で ASD 特性が見え隠れするとも言われ、この決定的な曖昧さが大人の ASD 臨床の混乱に拍車をかけているといえる。ときには、ASD に関する一部の知見や意見が過度に重視されて誤解を招いている実情も散見される。

保護者の庇護下にある子どもの患者とは異なり、自活や就労など自立性が期待されるライフステージにある大人の患者の場合、これに応じた対応が必要となる。それは、精神科医による、できるだけ正確な評価・診断と支援デザイン、臨床心理士による個々の患者の特性や適性の評価、デイケアによる社会参加または社会復帰の橋渡しのためのスキルアップ、発達障害者支援法のもとで役割を担う地域の公的機関によるケースワーク、そして障害や特性を考慮した就労支援と、幅広い専門職で構成された支援態勢である。ところが、そのような態勢を構築する定式化された方法はなく、各地域において種々の医療・社会資源を利用した、いわば手探りが進められているのが現状であろう。

そこで、本シンポジウムは、大人の ASD に関係する種々の専門職のシンポジストで構成し、大人の発達障害専門外来を設置している北里大学における診断と支援について、全体の流れを俯瞰できるようにした上で、大人の ASD 臨床の議論を深めることを趣旨とした。

7月9日(土) 15:00-17:30

C会場 [6号室]

シンポジウム5 「大人の自閉症スペクトラム障害—北里大学における診断と支援」

S5-1

大人の自閉症スペクトラム障害の診療において外来で精神科医が 実施すべき事項—俗説と誤解の打破

井上勝夫

北里大学医学部精神科学・地域児童精神科医療学

最近、「私は発達障害ではないか」と言う大人の受診者が増えている。ICD-10 でいえば F8、F9 の診断領域である。児童精神科医は子どもの患者を通じ慣れている分野であるが、青年や大人がこの主訴で一般精神科を受診していることで混乱が生じている。そもそも、医療態勢の確立より「発達障害者支援法」(平成 16 年) が先行したきらいがある。一般への啓発本も溢れており、混乱に拍車をかけているかもしれない。大人の自閉症スペクトラム障害 (ASD) についていえば、専門書を通じて知識は持てても、すぐに実践できるものではない。「私は発達障害ではないか」という患者の意向を安易に無視すべきでないとの重圧もあろう。さらに、内因性精神障害や神経症を対象としてきた従来の精神医療モデルで対応できないことから、ASD 診断を心理職にまかせる精神科医すら現れているときく。そこで、本発表では、大人の ASD 診療において、やってはいけないこと、やるべきことなどを整理した上で、ASD への上手な対応を考察したい。

やってはいけないことには、「発達障害」と診断することがある。発達障害イコール ASD でないためである。ほかに、知能検査の結果や自己記入式質問紙の点数を診断根拠にすること、患者や同伴者の言葉を鵜呑みにして診断すること、さらに、何だか分からない患者を「発達障害」と診断することもあげられる。やるべきことには、主訴の置き換えがある。本来、主訴は今の困りごとであり、実は「私は発達障害ですか?」は主訴たりえない。「何をどう困っているのですか?」と問い直すことが最初のポイントである。また、統合失調症と思いきや ASD の一過性の精神病反応だったりするため鑑別診断も重要で、丁寧な現病歴と精神現在症の評価が必要になる。

ASD の上手な対応として、まずは ASD 診断が患者の真の利益になるかの判断が求められる。環境とのミスマッチなら、わざわざ ASD と言わず診断以前の特性評価のみで十分で、「適応障害」の主診断で済むかもしれない。職域でこの状況は少なくないようである。一方、福祉制度を利用すべき患者の場合は、積極的に妥当な ASD 診断をつけるべきであろう。

日本語でいう「治療」には複数の側面があり、英語を使った方が整理して考えられるかもしれない。それは、cure、care があるが、ASD の場合、support がよくあてはまる。必要に応じ、特性評価から診断まで幅を持ち柔軟に支援するのがよいであろう。ところが、併存症の治療が必要なこともある。こうなると、全体的には management になる。ASD 診療において、精神科医は、マネジメントの手腕が問われているといえよう。

大人の自閉症スペクトラム障害の診断

宮地伸吾

北里大学医学部精神科学

大人の自閉症スペクトラム障害とは、①相互的対人関係の障害、②コミュニケーション能力の障害、③制限された反復的で常同的な興味、行動、活動の3領域の症状で特徴づけられる病態である。その病態ゆえにそれぞれの年代や状況において不適応を呈することが多い。幼少期からある種の特徴を抱えながら周囲と折り合いをつけていた場合でも成年期において問題が顕在化し、大人になってから初めて精神科を受診することがある。正常域知能の大人の自閉症スペクトラム障害の約半数に気分障害・不安障害が併存するという報告もあり、抑うつ気分や不安焦燥感を主訴に精神科を受診する患者においても自閉症スペクトラム障害の可能性を評価する必要がある。児童精神科のみで対応されることが多かった発達障害が、今日では大人の精神医療にも広がってきている。

従来の精神科診断である外因性、内因性、心因性精神障害に加え自閉症スペクトラム障害を含む発達障害の診断技能が児童精神科医だけでなく一般的な精神科医に求められている。しかし大人の自閉症スペクトラム障害は、その特性が目立ちにくく、発達歴の蓋然性が保障されないことや個人差や環境によって症状が潜在化・顕在化するため確定診断することが困難であることが少なくない。今日の精神科医療では、自閉症スペクトラム障害は診断できないと診療の扉を閉ざしてしまうか、自閉症スペクトラム指数(AQ)などの心理検査を施行されカットオフ値以上だから自閉症スペクトラム障害であると心理検査のみで過剰診断されるかのどちらかであることが多い。

自閉症スペクトラム障害の診断には詳細な発達歴と精神現在症(自閉症スペクトラム障害特性の評価)が重要である。詳細な発達歴について、大人の場合は両親の記憶が曖昧な場合や情報が得られないことがある。この際に発達歴が未確認なのか確認したが不明であるのかは異なる。確認する努力を怠ってはいけない。精神現在症においては社会的相互作用、コミュニケーション、関心・拘りの持ち方、さらに記憶、注意、遂行機能、知覚などを多面的に評価する。特性が浮き彫りになる日常場面での具体的なエピソードを聴取することも重要である。さらに自閉症スペクトラム障害は統合失調症、気分障害、強迫性障害、パーソナリティ障害などの精神疾患と時に類似する症状を呈することがあるため鑑別診断を行う。この場合にも幻聴を単に幻聴として捉えるのではなく、状況依存性なのか否か、拘りの内容に起因するのか否かなど丁寧に精神現在症をとることで鑑別につながるが多い。自閉症スペクトラム障害の診断には自閉症スペクトラム障害の知識だけではなく、他の精神疾患の知識がなくては診断することはできない。自閉症スペクトラム障害の診断は診断技能の総合力を問われているのである。

そこで今回は、北里大学の「大人の発達障害専門外来」における現状を紹介し自閉症スペクトラム障害の診断について議論したい。

7月9日(土) 15:00-17:30

C会場 [6号室]

シンポジウム5 「大人の自閉症スペクトラム障害-北里大学における診断と支援」

S5-3

大人の自閉症スペクトラム障害診療における心理士の役割 ～北里大学東病院「成人発達障害外来」の報告～

津崎心也

北里大学病院臨床心理室

1. 大人の ASD 診断における心理検査への誤解

「発達障害の鑑別のための知能検査」「WAIS でばらつきが大きいから発達障害」「AQ が高いから発達障害」とする医師や心理士の存在を見聞きする。

しかし AQ は他の要因からも高得点となり得るし、PARS も得られた情報の確度が重要となる。WAIS も成人期 ASD 特徴についてコンセンサスを得られたとは言えず、また ASD 患者にある一定の傾向はあると考えられるものの、「その傾向を有するから ASD」とは言えないはずである。また WAIS で標準化集団の 20%において VIQ-PIQ 差が 15 点以上であるなどディスクレパンシーは決して特異的なものではない。

つまり、心理検査結果を ASD 診断の「根拠」とすることは非常に大きな誤りであると言える。

2. 心理士の果たすことができる役割

ASD 診療における心理士の役割は「個人の特性評価」「診断の補助」「継続的支援」である。

心理検査の主目的は「個人の特性評価」にあり、患者本人がより良く生きていくための努力の方向性やポイント、さらには環境的配慮や工夫を提案することができる。

加えて、検査態度の中や SCT・PF スタディなどの自由記述の中に ASD らしい特徴が見られることがあり、それを医師と共有しておくことで「診断補助」としても機能する。

さらに、「個人の特性評価」をもとにした、今後の生活を支える心理学的介入・サポート（個人面接、集団療法、デイケア、家族や所属集団の心理教育等）も重要な役割である。

3. 北里大学東病院での役割

北里大学東病院では「個人の特性評価」「診断補助」のための心理検査を行い、患者家族にフィードバックできる形で心理検査報告書を作成している。

なお検査バッテリーは以下の通りである。

WAIS- III、AQ 日本語版、PARS、PF スタディ、SCT、YG 性格検査、TEG- II、STAI、POMS、ウィスコンシンカード分類検査（慶応版）

4. 心理検査結果（2013 年 2 月～2015 年 12 月）

•ASD 診断率：23.4%（107 名中 25 名）。

- AQ：群間差なし。感度 23.5%、特異度 91.4%。
- PARS：幼児期・成人期で ASD 群 > N-A 群。感度 70.6%、特異度 68.6%。
- WAIS：群間差なし。両群とも処理速度が遅く、ばらつきも同程度。
- TEG- II：L 尺度で ASD 群 > N-A 群。
- PF：稀に辞書的記載、字義的記載あり。
- SCT：稀に辞書的記載あり。

5. おわりに

心理検査を「診断のため」と誤解することなく、「個人の特性評価を行い、今後の人生に役立つ情報を提供するため」という適切な目的を持って実施し、必要に応じて適切な介入を行っていくことが、大人の ASD 診療の中で心理士が持つ役割である。

7月9日(土) 15:00-17:30

C会場 [6号室]

シンポジウム5 「大人の自閉症スペクトラム障害-北里大学における診断と支援」

S5-4

大人の自閉症スペクトラム障害-北里大学における支援

宮地英雄

北里大学医学部精神科学

「大人の自閉症スペクトラム障害の支援」について、であるが、北里大学東病院精神科の鑑別外来の設立の目的の一つが、この「支援をどう考えるか」ということであつたと思う。それほどにまで現状の「大人の自閉症スペクトラム障害の支援」が混迷しているように思っている。支援が混迷しているのはとりもなおさず、大人の自閉症スペクトラム障害の診断が難しい、のみならずその障害の程度を測るのも困難ということがあげられる。重症度という観点からみても、「医学的重症度」と「社会的重症度」という指標があり、両者の程度がケースによっては必ずしも一致しない。支援の混乱をまとめる第一歩は、これらの要素を含めたしっかりとした診断、評価である。それに続いて、医療がどこまで必要かという判断がある。先に挙げた、「医学的重症度」と「社会的重症度」を分け、障害に付随した、あるいは合併した精神症状に、対症的に関わることは、医療としてできることとして行っていき、社会的問題に対しては地域と連携して、社会福祉資源を活用していく。このあたりが、対応の骨子となるであろうか。

支援を考える中で、我々がもう一つ注目している点がある。それは「病名告知」という問題である。周知のように、特に「大人の自閉症スペクトラム障害」では、小児期にはっきりするいわゆる小児自閉症と比較すると、「医学的重症度」は軽い状態で経過するが、「社会的重症度」としては、患者の家族背景、教育環境、そして「軽い」が故に感じてしまう、周囲さまざま不理解、などが複雑に絡んでおり、それらのことがまた新たな医学的問題を生じ、評価範囲が広がるため、明確な診断・評価がし難いという点がある。このような背景を勘案することなしに、安易に病名を告知することは、本人の意識が偏った方向にリードされかねず、家族や学校、雇用の現場などの意識も硬化（あるいは偏った方向に軟化）させるなど、患者の生活、人生を左右しかねず、慎重にするべきと考えている。

今後症例を重ねて、対応について個別性を検討しつつ共通項を見いだして、対応の（ある程度の）規範、統一化を検討していくことが課題と言えよう。

デイケアにおける自閉症スペクトラム障害の支援について

白木原葉子

北里大学東病院

北里大学東病院デイケアでは、精神疾患に対応すべく目的別に多様なプログラムを実施している。2013年10月からは、新たに相模原市発達障害支援センターから当院外来受診をした当事者や外来通院者の中で、主治医からデイケア・ショートケア依頼があった自閉症スペクトラム障害を対象としたプログラム(A-step)を開始した。担当職員2名、1クール24回の構成で、週1回2時間の枠にて実施している。障害特性はそれぞれ異なるが、現在までの参加者実数は、16名であり1回の参加者は、2～7名と少数である。

プログラムの目的は、個々人が体験してきたことの共有や自分の強み・弱みを再確認し生活場面で役立つコツを獲得すること。内容は、①オリエンテーション②心理教育③目標設定④グループ活動⑤生活のコツ⑥会話のコツ⑦対人関係のコツ⑧目標確認であり、ストレス対処、感情のコントロールや社会生活技能訓練を用いた対人関係の練習を実施している。参加者からは、社会生活技能訓練を用いた日常生活場面の対応方法を見て学ぶことが有益であったという意見や、定型発達の職員の考え方も参考にしたいという意見が聞かれた。

また参加者は、A-stepのみの参加は少なく、他のプログラムや就労支援プログラムを選択する人が多い。公共職業安定所や障害者職業センターの支援を受け、その後企業に障害者雇用された人や就労支援事業所へ通所した人もいる。A-Step以外のプログラムに参加することは、他のデイケア利用者らとグループ活動を体験する中で、集団への適応方法を習得する機会にもなっている。

デイケアでは、引きこもりを予防するとともに、自閉症スペクトラム障害による生活上の困難さや健康な面(強み)を評価し、個々人のニーズを把握して目標の実現に向けたアプローチをすることが必要であると考え。働きたい気持ちを支援することもデイケアの役割である。就労支援プログラムでは、毎月1回公共職業安定所の職員と協働しプログラムを行っている。公共職業安定所の職員と個別相談を実施し就労準備を進めていく中で、障害者職業センターの職業評価、職業準備支援を利用することや就職後に、職場適応援助者(ジョブコーチ)の定着支援を受け就労を継続できている人もいる。

デイケア単独で行えることには限界がある。地域の各支援機関と情報共有や連携を図り、個々人が自分らしく生活していくための支援をすることが重要であると考え。

7月9日(土) 15:00-17:30

C会場 [6号室]

シンポジウム5 「大人の自閉症スペクトラム障害-北里大学における診断と支援」

S5-6

地域の発達障害者支援センターとの連携 ～相模原市発達障害支援センターの活動を通して地域連携を考える～

山口正人

相模原市健康福祉局福祉部相模原市立療育センター陽光園

「自閉症スペクトラム障害」という診断名は、医療・保健・福祉・教育の関係者のみならず、マスコミやインターネット等を通じて、広く一般市民の間でも周知されてきている。

一方で、その情報の広がりや速さに比べ、「自閉症スペクトラム障害」の支援体制は、必ずしも整っているという訳ではない。

2005年4月に施行された「発達障害者支援法」を契機に、全国の都道府県・政令指定都市に、「自閉症スペクトラム障害」支援の中核を担う「発達障害者支援センター」が設置され、現在では、支所やランチといわれるセンターを含めると95ヶ所(2015年6月現在)が開設されている。

相模原市では、2012年10月に相模原市直営で「相模原市発達障害支援センター(以後「当センター」)が開設した。

開設にあたっては、北里大学はじめ医師会、障害者福祉団体、教育機関、民間福祉事業者等による「相模原市における発達障害者の支援体制」を職域・職種を越えて検討してきた経過がある(相模原市発達障害者支援体制整備検討委員会)。

現在、当センターでは、「発達障害者支援法」に基づき、子どもから大人までの一貫した支援体制の構築、ライフステージに応じた支援技術の検討、啓発活動等の充実を図り運営している。

とりわけ「大人の自閉症スペクトラム障害」の支援は対象年齢、生活環境、社会環境、就労や家族・職場等周囲の理解等、解決するもしくは整理する課題が多岐にわたっている。

併せて、本人や家族等から、「垣根の低い相談窓口体制」や「支援ネットワークの確立」等多角的な支援の充実が求められてきている。

ここでは、当センターの相談支援を通じ、“見えてきた傾向”や“実際の対応について”報告するとともに、相談・支援を継続していくために不可欠な医療と福祉のネットワークづくりについて討論を行いたい。

キーワード：相模原市発達障害支援センター、相談・支援の現状、生きづらさ、
診断と未診断、自己理解と自己実現、就労・自立生活

発達障害の方への支援

吉川真弓

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 神奈川障害者職業センター

神奈川障害者職業センターでは、障害者並びに事業主に対して、雇用の促進・継続のための支援を実施している。

今回は当センターが実施している発達障害者向け職業準備支援カリキュラムとジョブコーチ支援を中心とした事業所への支援について述べる。

当センターでは個別の相談・評価～準備支援～ジョブコーチ（事業主支援）の活用について検討し、支援が必要と思われる方には手帳の有無によらず、説明と同意の後、サービスを提供している。

職業準備支援における発達障害者向けカリキュラムでは、発達障害と診断された方や未診断だが発達障害が疑われる方等が求職活動に向けて、自己の特性への気づきを深め、その対処方法を身に付けることを目的とし、基本8週間、「講座」「作業」「個別相談」等を実施する。

具体的には、①自身の特性（得手・不得手・対処法）を整理するナビゲーションブックの作成、②JST（職場における対人技能訓練）、③問題解決技法、④ストレス対処講座等を受講し、講座で習得できたことについて作業場面を通して、対処法を実践できるよう支援する。

自己の特性理解や対処法の習得への支援と共に、その後のジョブコーチ支援につなげるためのアセスメントを行う。どのような支援や配慮があれば、就労上課題となる特性をカバーすることができるか、また強みは何かについて支援者側で確認しアセスメント情報を整理する。

就職に際してはハローワークと連携し、物理的、人的環境調整を含めた事前の打ち合わせ、事業所アセスメント等も併せて実施した後、事業所内支援に入る。

事業所においてはご本人に必要なマニュアル・スケジュール作成に関する助言やコミュニケーション等の特徴を伝え、ご本人のストレス回避、軽減のための環境調整等を行いながら、基本2～3か月の支援期間を通じてフェーディングを図り、その後は必要に応じてフォローアップを継続する。

以上のように障害者職業センターでは発達障害の診断の有無に関わらず、その特性に合わせた支援を提供している。また、就労の継続には対象者支援のみならず、事業所に対する支援がかなり重要と考える。

また、就労に際しその特性が就労上の課題となる部分が多い場合は、診断を受け手帳による制度（雇用率・助成金）を利用できることが、就職、継続のためには必要な手段となる。

7月10日(日) 10:15-12:15

A会場【講堂】

シンポジウム6 「精神科外来における薬物依存症治療～刑の一部執行猶予制度下における薬物依存者の地域支援のために」

S6-1

趣旨と要旨

松本俊彦

国立研究開発法人 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

わが国では薬物依存症からの回復のための医療的資源が深刻に不足している。しかし、2013年6月に国会で「刑の一部執行猶予制度」を盛り込んだ改正刑法が成立し、すでに2016年6月から施行されている。今後は、多数の薬物関連事犯者が地域内で処遇されることとなり、薬物依存症者の地域支援は、わが国喫緊の課題である。

こうした状況のなかで、認知行動療法の手法を活用した依存症集団療法「SMARPP (Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program; SMARPP)」は、将来の地域における薬物依存支援資源として重要な役割を担うことが期待されている。2006年に開発に着手された本プログラムは、その後、国内各地に少しずつ広まりつつあり、2016年4月現在、SMARPPもしくはSMARPPをベースにしたプログラムを用いて薬物使用障害の治療を行っている施設は、全国の医療機関21箇所（アルコール使用障害に対してSMARPPを実施している施設を含めると40箇所以上）、保健・行政機関23箇所となっている。また、2012年より試行されている、保護観察所や少年院における新しい薬物再乱用防止プログラムもSMARPPをベースにしており、司法機関、医療機関、地域の支援機関で一貫した支援を提供できる状況が整いつつあるといえるであろう。

さらに大きな前進は、平成28年度の診療報酬改定において、SMARPPは正式に保険医療の算定対象として認められたことである。これを追い風にして今後国内各地への普及が望まれる一方で、治療プログラムの質の担保と、精神科医療機関における「抱え込み」にいかにして防ぐかが課題である。

そこで今回のシンポジウムでは、SMARPPを軸にして薬物依存症患者の地域支援のあり方を、医療機関、保健行政機関、民間リハビリ施設の立場から議論したい。

【基調的発表】

松本俊彦（国立研究開発法人 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）
「認知行動療法を活用した薬物依存症に対する集団療法「SMARPP」～その理念と地域のあり方～」

谷合知子（東京都立多摩総合精神保健福祉センター 広報援助課長代理）
「精神保健福祉センターにおける薬物依存症支援～医療機関・民間リハビリ施設との連携を通じて」

加藤 隆（NPO法人 八王子ダルク 代表理事）
「民間リハビリ施設における薬物依存症支援～医療機関・精神保健福祉センターとの連携を通じて」

外来臨床における医療と非医療の境界領域
—臨床現場のひきこもり、嗜癢行動、および発達障害—
〈趣旨と総説〉

黒木俊秀

九州大学大学院人間環境学研究院臨床心理学講座

古来、現実の医療の現場には、人生に悲哀や苦痛をもたらす様々な問題が持ち込まれてきた。近年、外来精神科医療の拡大に伴い、その傾向は顕著であり、過剰なまでの医学化・医療化は批判の対象となりやすい。英国の精神医学史家、Healy, D. (1997) が、「身体症状の意味を定義し、健康と疾患の境界をどこに敷くかをめぐっては、避けがたい論争がある…問題はなぜこれらの症状が現れ、それがどの程度治療できるかについての、意見の一致が欠如していることなのだ」と述べた通りであろう。

一方で、外来精神科医療の機能が多様であることもまた確かである。今日では、精神科診療所の敷居を跨ぐことの抵抗感が随分と軽くなったこともあり、外来医療の多様さは、医療と非医療の境界領域の問題を扱うことに適している。デイケアや訪問看護、就労支援サービス等の社会資源との連携も容易というメリットもある。さらに、あえて既成の医療の枠から多少とも逸脱した外来医療の構造もありえるわけで、例えば、採算度外視で代替医療的なアプローチを好む臨床医もいる。

しかし、議論の視点を、一旦、わが国の外来医療の外側に移すと、それはかなり特殊な制度と構造を備えているように思われる。それが精神科病院の外来部門から始まったのは、そう昔のことではない。世界に冠たる国民皆保険制度は、年余に及ぶ通院医療を保証している。さらに、心理臨床の相談室などと比較してみると、医療制度や基本的な診療行為（例えば、診断を付けること）自体が患者に対して侵襲的に作用することがあり、医療と非医療の境界領域の問題においては、その功罪がより顕著になる。この点を臨床医はもっと自覚すべきであろう。

本シンポジウムでは、今日、外来精神科医療に持ち込まれる境界領域の諸問題のうち、「ひきこもり」、「嗜癢行動」、そして「発達障害」の3つを取り上げたい。この3つは、いずれも近年注目されるようになった disorders であり、なんらかの distress と functional impairment を生じるために、一般の公衆の関心も高い。しかし、特異的な解決方法は未だ確定していない。私見では、これらの問題への対応に医療—非医療の二分法はなじまない。医療における非医療的な対処、あるいは、非医療における医療的支援、そんなようなものが解決には役立つのではないだろうか。

7月10日(日) 14:00-16:00

A会場【講堂】

シンポジウム7 「外来臨床における医療と非医療の境界領域－臨床現場のひきこもり、嗜癢行動、および発達障害－」

S7-2

臨床現場のひきこもり（医療に不足するもの）

中垣内正和

ながおか心のクリニック

2000年の柏崎監禁事件に触発されて、ひきこもり対応を行った。発足したばかりのKHJ親の会を支援し、家族の要望に応じて、ひきこもり対応を開始、「ひきこもり外来」と名付けた。社会資源は皆無に等しく、演者自身を含めて取り組みは「ゼロからのスタート」であったが、必要な工夫と改善を加えながら問題解決力の増進を図った。当初はアルコール・摂食障害などに対する依存症モデルを基本として、「回復の10ステップ」などを作成し、外来に合わせて、経験者をリーダーとした居場所、当事者を抱える親の会を同日開催して集約的な効果を図った。2008年以降、ひきこもりは単なる精神疾患でも無病理性でもなく、複合的な問題という認識が広がって子ども若者法や第2次ガイドラインの制定をみたが、問題の深刻さは減少しないままであった。新潟市の民間病院佐潟荘10年間に300名近い当事者の来院を得たので、「定義に当てはまる」ひきこもり当事者220名を対象に統計を取ったところ、初発年齢は15歳～25歳が多く、高校進学、高校・大学での挫折、また就労不調からの開始が多いこと、精神疾患の診断が90%以上に可能なこと、診断名の半数がうつ状態（うつ病）、社交不安障害であることなどが示された。訪問（アウトリーチ）は行わず、親の受診から始まる外来受診を促したところ、本人の希望による来院、初回から家族と同伴する来院、親の受診から一か月以内の来院の比率が増加して、ひきこもりには出たい気持ちがあること、および受け止める社会的資源が必要なことが示された。家族に対する医療相談の他、外来では当事者への精神療法と必要時の薬物療法、居場所への案内、家族会への誘いを行った。外来日は「共同空間」が形成され、当事者・家族の共同体験が回復の後押しとなり、ひきこもり問題は既存の共同体の崩壊と関連すると思われた。就労・就学など社会参加支援を行い、ひきこもりからの社会参加には時間がかかること、および継続的な支援によってその可能性が増すことが示された。また、長期高年齢化ケースでは心身の障害が加わって深刻化することも把握できた。精神科病院への入院に際しては精神保健福祉法を順守し、入院は統合失調症との鑑別や重篤ケースへの対応に有効であった。家族会は厚労省に評価されて、2013年の同省「ひきこもり施策」に取り込まれ、生活困窮者自立支援法の対象となった。2015年、地域精神医療の流れと状況に鑑み、中核都市である長岡市に多機能型クリニックを開設して、ひきこもり外来を継続したところ、より早期の脱出が可能となり、同世代支援とひきこもり予防が進展するなど、ひきこもり対応の変化を生じた。

当日はひきこもりが個人的な精神病理を超えて、地域、労働、教育、家族、医療などが広範囲にかかわる複合的な社会変化を反映していること、即ち社会的な構造変動を象徴する問題であることを考察し、新たな精神医療の在り方を探りたい。

疾患としてギャンブルを考えると何が問題となるのか？

蒲生裕司

こころのホスピタル町田

ギャンブル障害はアルコールやその他の薬物依存症と異なり、薬物の直接作用で嗜癖が生じるわけではない。また、薬物は摂取する度に効果を得ることができるが、ギャンブルは賭ければ必ず当たるとは限らない。それでも、ギャンブルにのめり込んでしまうという現象は確かに存在する。ギャンブルという行動そのものが問題なのか、ギャンブルという行動の結果が問題なのかを明確に説明することも困難である。そこにギャンブルの問題を医療の枠組みで画一的に扱うことの難しさがある。また、現時点では、日本でのギャンブル障害の有効な薬物療法は存在しないため、そもそもギャンブルの問題は医療で扱えないと考えている治療者もいるかもしれない。

そうはいても、近年、ギャンブル依存症という表現で、ギャンブル障害がマスコミなどで取り上げられることもあり、外来にもギャンブルに関する問題についての問い合わせが後を絶たない。北里大学東病院精神神経科ギャンブル障害専門外来でも毎週新患の予約が入っていた。

では、実際にギャンブルの問題を抱えた者を目の前にした時、我々はどうしたら良いのだろうか。ギャンブル障害の診断をどうすべきか、重複する疾患は存在していないか、治療はどのようにしたらよいか、自助グループとの連携はどのようにするかなど考えなければいけないことが山のように存在する。さらに、それだけでなく、ギャンブルに関わる問題は多岐に渡る。家族の問題、借金、犯罪、自殺など医師一人の判断だけでは解決できない問題も存在する。どこまで医療として関わるのか、あるいは関わらないのか。関わりとしたりどのように関わるのか、関わらないとしても、できることはないのか。これらのことについて、まだきちんとした答えが出ていないのがギャンブル障害の診療である。

本シンポジウムでは、これからさらに増えるであろうギャンブルの問題を抱える患者を医療で扱う上での問題を議論し、ギャンブル障害の医療における今後の方向性を探りたい。

7月10日(日) 14:00-16:00

A会場【講堂】

シンポジウム7 「外来臨床における医療と非医療の境界領域－臨床現場のひきこもり、嗜癖行動、および発達障害－」

S7-4

発達障害という「形」と医療との適切な距離について

野村健介

社会福祉法人 日本心身障害児協会 島田療育センター

当センターは本邦ではじめての療育機関であり、長らく脳性麻痺や遺伝子疾患などの重度心身障害児・者に対して療育を行ってきた。しかし、発達障害者支援法の施行された平成17年頃からは発達障害が疑われる児童の外来受診が激増し、初診の8割以上を占めるようになってきている。

そんな日々の臨床で経験する発達障害のケースは非常に似通っている。発達障害は法律用語でもあるために園や学校の担任、職場の同僚・上司など、周囲の人々から安易に疑われ、それと告知され、医療機関で相談するように言われるが、本人や家族としては生まれてこの方ずっと大きな変わりはないので急な話に大いに当惑する。しかし、まわりに迷惑をかけるはいけないと医療機関に相談しようとする、うちでは診ていないと門前払いになったり、受診まで何か月も待たされたりで焦りは募る。ようやく受診に漕ぎつくと、以前に言われていたのとは異なる診断名を伝えられたり、薬を飲むように勧められたりして、さらに途方に暮れる。医療機関での相談で納得のいくアドバイスがあってもそれは家族や周囲の人々が受け入れないこともある。相談を勧めた周囲の人々は一旦、発達障害を疑いはじめると、医療機関で対応されるまでは手をこまねき、診断を待つて転級や転学、職場の異動を勧めるなどのアクションを起こすだけのことも多い。

発達障害という「形」は数十年かけてかたちづくられてきたものであるが、その子はその人は、これまでと何も変わっていないにもかかわらず、ある時を境に突然、その「形」を身にまとう。本人や周囲の人々の中には「形」に怖れ戸惑い、場合によっては遠ざける人も多いが、一方で「形」によって安心し、目標が明らかとなり、自分のなすべきことを十分に果たすようになる人もいる。発達障害という「形」を他人からまともされることを拒否する者もいるだろうし、反対に「形」を拝借することで利益を図る者もいるかもしれない。

上に記したような臨床現場における発達障害の問題点は、疾患概念がまだまだ曖昧であり「形」の信憑性が薄いということと、「形」が免罪符の役割を果たしたり、利益が伴ったりすること、「形」と中身とのすり合わせをせず、形だけがひとり歩きしていることから来ると考える。発達障害は好むと好まざるとに関わらず外来診療で対応する必要があるが、正しい運用によって相互理解を深めることができると信ずる。

このシンポジウムでは日々の発達障害臨床の中で感じた問題について共有し、医療の発達障害との適切な距離について考えてみたい。

シンポジウム8 「薬剤師が精神科医に望むこと」

シンポジウム趣旨

嶋根卓也

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

多剤大量処方、処方薬乱用、オーバードーズ・・・これらはいずれも精神医療における「薬」に関連した話題としてしばしば議論されているが、「薬の専門家」である薬剤師がこれらの議論に絡むことはあまりないように感じる。

米国のコンサルティング会社である Gallup 社の世論調査によれば、薬剤師は人々から信頼される職業であるという。ちなみに、最も信頼される職業は看護師であり、薬剤師は医師と並んで第二位であった。日本では同様の世論調査は実施されていないが、米国に比べると薬剤師の存在はそれほど目立つものではないかもしれない。しかし、薬剤師は患者・住民にとって身近な医療従事者となり得る職種である。もちろん、医師には権威性や専門性があり、それは患者にとって安心感につながる。しかし、「不都合な事実」を医師に隠したがる患者がいるのも事実であろう。特に服薬に関しては、主治医への相談をためらい、薬剤師が相談を受ける機会が多い。例えば、処方された薬が合わない時、他院での受診を主治医に伝えていない時、処方薬が正しく使えていない時など、「先生には話していませんが、実は・・・」と相談を受けることが少なくない。さらに、診察時に医師に相談できなかった希死念慮や過量服薬について薬剤師が相談を受けることもある。患者にとって薬剤師は、「薬」をキーワードとして、何でも話せる身近な医療従事者である。薬剤師が持つこうした「ご近所さん」的な関係性が、患者にとって困り事を相談しやすい雰囲気を作っているのかもしれない。

本シンポジウムでは、身近な医療従事者としての「敷居の低さ」と、薬の専門家としての「専門性」の両面から精神医療において薬剤師が果たす役割について論じていきたい。さらに、「精神医療の透明化と標準化」を目指す上で、薬剤師が精神科医に望むことをまとめる。

7月10日（日）10:15-12:15

B会場【1号室】

シンポジウム8 「薬剤師が精神科医に望むこと」

S8-1

薬剤師向けゲートキーパー養成研修とその介入効果： 身近な相談窓口としての薬局

嶋根卓也

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

処方薬（主に、睡眠薬・抗不安薬に分類されるBZ薬）を乱用する患者が静かに増加している。処方薬乱用者のなかには、多重受診を繰り返す者や、薬剤を溜め込む者もあり、過量服薬を引き起こす要因となる。自殺の背景として、BZ薬などの過量服薬が関与していることも報告されていることから、処方薬乱用者に対する早期介入、再発防止は精神科医療にとって重要な課題である。

薬剤師は、過量服薬や自殺予防におけるゲートキーパーとしての関与が期待される一方で、自殺リスク高い患者の支援に関して、十分な知識や技術を持つ者はそれほど多くない。薬剤師と患者とのコミュニケーションは、「服薬」に関する限定的なものであり、メンタルヘルス支援について学ぶ機会はほとんどなかった。しかし、近年では自殺予防対策の一環として、最低限の知識や技術を身につけるためのゲートキーパー研修会が各地で開催されるようになり、薬剤師が取り巻く状況は変わりつつある。報告者らは、処方薬乱用防止に重点を置いたゲートキーパー養成研修を企画し、埼玉県と兵庫県の薬剤師会をモデル地区として研修プログラムを実施した。

研修プログラムは、計7時間（1日間）であり、講義編とグループワーク編から構成される。講義編では、過量服薬と自殺とのつながりに関する基礎知識に触れた上で、自殺リスクの高い患者のアセスメントやゲートキーパーが果たす役割についても学習した。また、地域の連携先として、精神保健福祉センターや、薬物依存症の民間支援団体であるダルクの職員を招聘し、それぞれの活動を学ぶ機会を設けた。グループワーク編では、1グループ8名程度にわかれ、グループワークを行った。各自治体が作成した相談窓口一覧などの冊子を活用しながら、自殺リスクの高い患者のサイン（気づき）や、地域の相談支援資源（つながり）についてグループ内で意見を出し合った。相談者役（患者）、支援者役（薬剤師等）に分かれて、服薬指導の場面をロールプレイング形式で体験した。

研修参加者は、ゲートキーパーに関連する知識や態度（自己効力感）が介入の前後で大幅に改善され、その効果は6ヶ月後まで維持されていた。さらに、薬剤師の臨床行動にも変化がみられ、薬局で知り得た情報を主治医と積極的に共有できるように変化している。また、「傾聴いつも心がけています、元気をもらったと言ってくれただけで事も増えました」、「話を聞いてあげると安心した様子で、私たちが嬉しい」といった自由記載から、患者との服薬指導が質的に変化した様子もうかがわれる。

地域における薬局薬剤師の活用の提案

向井勉

市民調剤薬局

医薬分業が進み、地域の中で医薬品の供給と服薬指導を行うなど、薬局そのものの存在の認知はこの20年で大きくなされてきた。一方で昨年は医薬分業が効果を出していないのではないかと「分業バッシング問題」として社会の中の存在価値について一石が投じられた。処方箋受付だけをビジネスとする薬局が存在することも事実ながら、本来薬局を全国に5万7千軒を超える大きな「社会資源」として捉えると、それをいかに活用すべきかを考えることで、地域問題の解決の可能性があることをここに示し、精神科医師の皆様にも考えて頂きたい。

当薬局は現在新潟市周辺において11店舗、社員数76名、内薬剤師が56名所属する地方の中規模のチェーン薬局である。当薬局では平成23年に「薬局における自殺予防活動を行う」ことを社内に宣言し、具体的な自殺危機初期介入スキルワークショップを、事務職を含めた全社員に実施し、自殺問題やうつ病に関する情報などを社内において配信することで情報共有する体制を整備してきた。これまでに自殺念慮者20名に対して対応することができた実績を持つが、その内訳として精神科の処方箋持参の患者4名、それ以外の診療科の患者の他、施設の入居者や直接相談の3名を含めて16名が精神科などに受診されていない方たちであった。

また、自殺問題に関わる中、自殺とうつ病とアルコール問題についても薬局として関わる事の模索を行い、アルコールの多量飲酒などに対して薬局がスクリーニング的な機能を発揮できないかと考え、平成25年に調査を行った。薬局利用者に対してAUDITを実施し、結果として21%（n=181）が8点以上の危険飲酒という結果から、潜在的に薬局の活用されていない機能の一つを「見つけだす」機能であろうという結論を得た。アルコールは依存性があり、飲酒による問題は本人の精神的肉体的影響のみならず、周囲を巻き込むこと、さらに平成26年に法制化がされたことから対応すべき問題である。アルコールをエタノールという薬物として捉えれば薬物の専門家である薬剤師が関わることは何の問題も存在しない。

あとは薬局という小さな箱から薬剤師を外に出すことができれば、大きく変わる可能性がある。この4月の調剤報酬の改定は地域連携がキーワードとなっている。精神科への受診が一般市民からするとハードルが高いという現実を変えるには、見つけ出す機能を持った薬剤師を活用することなのではないかと考える。

7月10日(日) 10:15-12:15

B会場【1号室】

シンポジウム8 「薬剤師が精神科医に望むこと」

S8-3

精神科薬物療法の処方適正化・ポリファーマシーへの関わり

～精神科病院の薬剤師が支援できること～

別所千枝

医療法人社団更生会草津病院 薬剤課

本邦における精神科薬物治療は、諸外国と比較して多剤大量処方である傾向が未だに高いと言われており、特に統合失調症の多剤大量処方の問題は数年前より指摘されている。また抗精神病薬だけではなく、睡眠薬など他の向精神薬においても、不適切な多剤処方が散見される。さらに身体合併症の治療薬についても、特に高齢者においては多病かつ重症例の患者も多いために多剤処方になりやすい。これらの不適切な多剤処方は、薬剤起因性有害事象の増加だけでなく、医療費の増加や薬物相互作用などを引き起こす要因となり、現在、ポリファーマシーは社会全体の問題として取り上げられている。こうした背景から、平成26年度診療報酬改定では、向精神薬多剤投与に関する減算規定が定められ、平成28年度改定では算定不可となる基準が引き下げられた。

草津病院では以前より、可能な限りのシンプルな処方に努めており、薬物療法の適正化には薬剤師が大きく関わっている。まず入院時には、これまで服用中だった薬剤の鑑別だけでなく、それらの種類や用法用量が適正かどうかを判断し、医師へ情報提供している。入院中は、服薬指導や多職種カンファレンスからの情報、肝・腎機能や生化学検査等を基に、医師へ処方提案を行い、医師と協議しながら処方内容を検討している。さらに、共同意思決定;SDM (Shared decision making) の概念を積極的に導入し、主に抗精神病薬の剤形を患者自身に選択してもらうことでアドヒアランス向上に繋がるよう取り組んでいる。SDMについても薬剤師から積極的な説明を行い、退院後を見据えた剤形への変更を提案している。以前は、患者が退院するまでが病院薬剤師の関わる場であったが、現在ではさらに一歩踏み込み、シームレスな薬物療法が行えるよう在宅へ薬剤師が訪問し、残薬や副作用などの確認を行っている。

このような薬剤師の介入を臨床現場で実践するためには、医師との連携や信頼関係がなければ当然成立しない。薬剤の薬物動態や相互作用、用量設計など、医師に対して薬剤師から提案できることは多いが、実際は調剤するだけの業務で終わっている薬剤師も多いのではないだろうか。本シンポジウムでは、当病院の事例を通して、医師との協働における薬剤師の関わりについて、活発な議論の場となれば幸いである。

シンポジウム9 「ビジネスとしてのメンタルヘルス」

シンポジウム趣旨

井原裕

獨協医科大学越谷病院こころの診療科

ヘルスケアも経済原理と無縁では成立しない。しかし、情報の非対称性、市場としての競争の不成立、健康保険による市場の歪曲等の諸事情により、医療は「市場の失敗」(Market failure)の典型例であるともいわれる。

メンタルヘルスケアにおいても保険制度による影響は甚大である。制度上、サービスの実質価値にかかわらず同一の価格が設定されている。薬漬けの劣悪な医療も、精神療法中心の良心的な医療も、供給側には同一の収益をもたらす。当然の帰結として、サービス供給側に質改善へのインセンティブは働かず、「グレシャムの法則」に従い、劣悪なサービスが跋扈する（「悪貨が良貨を駆逐する」）。

不完全な経済原理のなかで、メンタルヘルスの倫理性を担保しつつ、いかなるサービスが可能か。本シンポジウムでは、この点について、実務経験の豊富な気鋭の論客にご参集いただいて、徹底的に論ずることとする。

まず、神経内科医、経営コンサルタント、厚生労働省技官、経営学部教授を経て、メンタルクリニックを開業した田中伸明氏に、経営学者兼経営者の立場から、外来精神医療の現状と課題について語っていただく。

産業精神保健は精神科医療にとっての新たな市場だが、そこでは産業医は企業&労働者の二重契約下におかれる。この立場にあって精神保健の理念をいかにして実現するかを、職域メンタルヘルスの専門家鈴木瞬氏に語っていただく。

鈴木氏の話題に関連して、井原裕は鳴り物入りで登場したストレスチェック制度に関して、予防医学的観点から論ずる。

メンタルヘルスケアには、臨床心理士や産業カウンセラーも関与するとともに、健康保険制度の外部にもフリーランスのヒーラーたちがいる。これを「野の医者」と呼ぶ東畑開人氏は、臨床心理士としてプラクティスに従事するとともに、文化人類学的視点からのフィールドワークも行っている。制度の外部にある「野の医者」は、制度化されたメンタルヘルスケアに何をもたらすのかを語っていただく。

ヘルスケア業界へはIT系等の他業種からの参入も目立ってきている。メンタルヘルス領域においても、動画通信技術の進歩は、従来の診察室中心のスタイルを変える可能性がある。証券アナリストを経て、病院口コミサイトの立ち上げに参画し、このほどオンライン・カウンセリングサービスにて起業した櫻本真理氏に、この新しい試みについて論じていただく。

7月10日(日) 14:00-16:00

B会場【1号室】

シンポジウム9 「ビジネスとしてのメンタルヘルス」

S9-1

メンタルヘルスケアの経営学的視点

ークリニックの実践を通じてー

田中伸明

ベスリクリニック

「ビジネスとしてのメンタルヘルスケア」、メンタルヘルスケアは医療の一部であり「ビジネスとしての医療」という大きな視点の議論も重要である。私達ベスリクリニックは平成26年6月に神田駅近くにビジネスパーソンのスキルアップによる休職予防、復職を目的に開設した。クリニックの開設、運営、発展を通じて医療を見直すと「ビジネスとしての医療、メンタルヘルスケア」を強く意識しており、特に「減薬プログラム」を通じてそのことを報告したい。

患者様のニーズに対応することがサービスの本質である。薬物による治療を受けたくない、もしくは現在の服用中の抗精神病薬、睡眠薬を減量したい、中止したいという強いニーズが存在する。そのため当院では、井原裕教授の指導に基づき睡眠改善等の身体、生活療法を基盤とする「減薬プログラム」を行っている。ニーズが高いのに現在の医療の中で、なぜ広がらないのか？ 依存が確立した減薬自体の難しさだけでなく、日本の医療システムが抱えている21世紀の幸せを生み出すための課題が明らかとなる。

まずはビジネスとしての医療の特殊性について3点論じたい。①商品が不定；診断、治療法、そしてその治療アウトカムが不定で、専門職が購買者の代理に提供し、その自由度のために報酬は出来高払いとなる。②利益構造を無視；診断と治療は全く異なった利益プロセスである。現在治療と診断はセットに提供することで、医療機関は低い利益率の享受している。③重症化、複雑化することが利益；健康へのインセンティブが働かない。

次に「減薬プログラム」をビジネスの視点で考察する。ビジネスとして顧客の魅力度はライフタイムバリューで評価する。医療では一回当たりの利益*生涯受診回数である。利益は売上から費用を引いたもので、売り上げは減薬により下がり、費用は説明や症状の不安定さにより増加する。減薬が完了すると通院は卒業となり受診回数は低下する。以上から現在の自由診療を制限した出来高払いの中では「減薬プログラム」はビジネス的には全く道理に合わない。今回減薬のインセンティブを保険点数上に設定されたことは有意義である。しかし海外では積極的にビジネスとして「減薬プログラム」、英国NHSによる治療行為の標準化、米国での疾病管理が行われている。日本でも既に非精神科領域では「減薬」がビジネスとして動き始めていることを踏まえて、今後の展開を議論したい。

オンラインメンタルヘルスケアサービスの可能性

櫻本真理

株式会社 cotree

スマートフォンの普及や動画通信技術の進歩を背景に、今改めてオンラインカウンセリングへの注目が高まっている。cotree（コトリー）は、株式会社 cotree が2014年10月に運用を開始したオンラインカウンセリングサービスである。臨床心理士をはじめとするカウンセラーと利用者のマッチングを行い、動画通信（Skype）及びチャットによるカウンセリングを提供し、利用者に対して課金するモデルを採用している。

オンラインカウンセリングは、主に過疎地域や海外在住者に対する援助手段として期待されているが、単に地理的な自由度にとどまらないメリットを持つ。利用者の立場からは、(1) 心理的障壁の低さ、(2) 時間的制約の少なさ、(3) カウンセラーの選択肢の幅広さ、(4) 柔軟な価格設定、(5) カウンセラーの質に関する情報の対称性・比較可能性の高さから、援助希求をし易くなることが期待される。精神疾患の基準を満たさない未病うつ者、時間をとって話を聴いてほしい軽症うつ患者、生活習慣改善のためにきめ細かい支援が必要な患者など、現在の医療の枠組みの中で包含しづらい多様なニーズを満たす補完的な機能を果たしうる。欧米を中心にオンラインカウンセリングと対面カウンセリングの効果比較研究が多数実施されており、非劣勢を示した報告も多い。一定の利用者層（外出困難、対人不安など）には、むしろ対面よりもオンラインでのカウンセリングの効果が高い可能性も示唆される。

さらに、カウンセラーの立場からは(1) セルフモニタリング記録の共有、(2) 診断テスト等によるデータの蓄積や比較、(3) コンテンツ配信、(4) 集客・顧客管理などのプロセスが従来よりも容易になるほか、(5) 遊休時間を支援にあてられる、(6) 地理的制約がなく育児休暇中や集客が困難な地方都市等からでも支援できるというメリットがあり、利用者側・提供者側のニーズを相互に満たすことが可能になる。

一方で、希死念慮の扱いや利用者との信頼関係構築の困難さ、非言語情報が得づらい点など、オンラインカウンセリング固有のリスクや課題も存在する。それらの限界を踏まえた実践と、医療福祉を含む社会的資源との連携が必須で、完全に市場原理に委ねるのではない慎重さも必要である。今回のシンポジウムでは、サービス運営の中で見えてきた、ビジネスとしてのオンラインカウンセリングの可能性と課題について報告する。

7月10日(日) 14:00-16:00

B会場【1号室】

シンポジウム9 「ビジネスとしてのメンタルヘルス」

S9-3

インサイド・アウトサイダー産業医が実践する精神保健 ～精神医学サイロと共生し、脱却する～

鈴木瞬

豊後荘病院精神科、SNC 産業医事務所

表題は、文化人類学者からフィナンシャルタイムズ紙編集長に転身したテットの著書「サイロ・エフェクト」ならびに同書のキーワードである「インサイダー兼アウトサイダー」から着想を得たものである。つまり私は精神医学界、産業医学界、両領域でインサイダー（構成員）でありつつ、アウトサイダー（よそ者）であるという宙ぶらりんな立場で生きている。

インサイド・アウトサイダーを名乗るためには、私自身の特異なキャリアを述べなければならないだろう。私は学部3年時に試験成績の圧倒的不良を機に環境医学講座（旧衛生学）の研究生として4年間研究とフィールドワークに従事していた。

しかしながら同講座でも、不器用ゆえテクニシャンとして使い物にならず、統計学の厳密性にも親和できない困り者となった。その中で、唯一活路を見いだせそうな分野が「職域メンタルヘルス」であった。5年時には職場のメンタルヘルス（以下、MH）を専門分野にすることを決意し、逆算的なキャリア形成を考え、まずはプライマリケアと産業医学の基礎を学ぶため産業医大病院で研修し、その後縁あって筑波大産業精神医学G（旧環境保健学）に入局させていただいた。その後も社会医学研究と精神科臨床と産業医実務の三足のわらじを履きこなしながら、現在に至っている。

つまり、私は精神科医を名乗ってはいるものの、育ちは精神科畑からは縁遠く、私を耕した畑は一貫して社会医学である。

このキャリアは私を「精神科医100人中、最も産業医学に精通した1人であり、産業医100人中、最も精神医学に精通した1人」という特異な存在にたらしめた。

当然医学界においては半端な若造として認識されるだろうが、実際企業などのクライアントとMH問題における納得解を形成するには、ポリヴァレントな能力と評価されることが少なくない。

更に愚見を述べさせてもらえば、昨今のMHは精神医学界のサイロ（たこつぼ）だけでは解決困難な課題が少なくなく、また同様の構造的問題を産業医学界も抱えているように感じる。

それどころか、今後のMH問題は医師の特権的課題ではなく、異業種との競争が益々盛んになることは当然避けられない。

その上で、医師は一人のプレイヤーとしてどのようにして生き残っていくのか？精神科医は精神医学のサイロとどう向き合えばいいのか？当日はトレンドワードを交えながら、「若者」「馬鹿者」「よそ者」の三拍子が見事に揃った私なりの工夫を紹介したい。

ビジネスとしての心の治療、ビジネスのための心の治療 —野の医者から見える「文化の中のメンタルヘルスケア」—

東畑開人

十文字学園女子大学

「ビジネスとメンタルヘルスケア」とは古くて新しい問いである。

「ビジネスとしての心の治療」、それは古来より自明なこととしてひそかに語られてきたことである。ガマの油売りはその好例であるし、ヤブ医者はいつだって宣伝に長けたビジネスマンだった。そして、いまやそれは製薬会社によるマーケティングとして巨大な規模で展開されている。

メンタルヘルスケアは、精神医学だけでなく、宗教や自己啓発、健康食品、臨床心理学など様々なプレイヤーがしのぎを削る苛烈なフィールドなのである。心という形のないものを扱う私たちは、繰り返し「ビジネスとしてやっている」と批判されながらも、ビジネスとして自らの営みを成立させ続けなくてはならない悩ましいアントレプレナーなのである。

ただし、従来それはあくまでウラで語られることであった。それが今やオモテで語られるようになったところにこのテーマの現代的意義がある。

グローバリゼーションによって、日本が福祉国家から新自由主義国家へと国家モデルを変更する中、社会がメンタルヘルスケアに期待する役割も移行しつつある。

例えば、精神医療政策が「投資と回収」という用語で語られるようになり、臨床心理学の焦点は「セラピー」から「マネジメント」へと移行しつつある。マーケティング・経営学のタームやロジックが、心の治療の内実を規定するものとなりつつあるのである。

フロイトが「愛することと働くこと」を健康の条件としたことは有名だが、「働くこと」の比重は昨今ますます大きくなっている。「business」は「busy-ness」であるのだから、そこではいち早く忙しく動き回るために「元気」になることが求められ、そのようなアントレプレナーであることが治療のモデルとなり始めている。個々の臨床の文脈として「ビジネスのための心の治療」が大きな意味を持つようになってきているということだ。

そのようなことがより先鋭的に現れているのが、拙著「野の医者は笑う—心の治療とは何か」で「野の医者」と呼んだ自己啓発やスピリチュアルヒーリングなどの非公式の治療者たちである。彼らは国家の庇護を受けていないからこそ、いち早く時代の影響を受ける。

発表では、野の医者の世界では、今や治療のモデルが「内的な自己実現」から「成功したアントレプレナー」へと移り始めていることを紹介する。そのように野の医者を戯画とすることで、精神医療をはじめとするメンタルヘルスケアが、現在「ビジネス」という価値といかに向き合っているのかを考えてみたい。それは人類学的なまなざしから、文化の中のメンタルヘルスケアを再考しようとする試みである。

7月10日(日) 14:00-16:00

B会場【1号室】

シンポジウム9 「ビジネスとしてのメンタルヘルス」

S9-5

ストレスチェック後医師面接と健康指導

井原裕

獨協医科大学越谷病院こころの診療科

平成27年12月より、従業員50人以上の事業場を対象に年1回のストレスチェックが義務化された。この制度は、定期健康診断のメンタル版ともいえるが、重要な相違点もある。それは、この制度が、こころの病気の早期発見と早期治療（二次予防）にあるわけではなく、むしろ健康の増進と疾病の予防（一次予防）にあるという点である。

ストレスチェックは、大雑把にあって以下のような2段階がある。①問診票を配って集計する。②高ストレス状態が判明した従業員に医師が面接を実施し、「要医療」と判断された人に受診を勧奨する。そのなかで、企業の命運を決定するのは、②の医師面接であるといえる。それも②の段階で医師がどの程度制度の趣旨を理解しているかによる。医師がこの制度を二次予防の制度のように誤解すれば、「要医療」者を大量に生み、ひいては、長期休職者を大量に出すこととなりかねない。

ストレスチェック制度の目的は健康増進にあり、そのために高ストレス者にそのことへの自己認識を促し、医師による面接指導につなげることにある。そこで医師に求められているのは、「治療」ではなく「予防」であり、そのための「指導」である。

しかし、この制度が本来の目的を逸脱して、「うつ病の早期発見・早期治療」の制度と堕してしまうリスクはある。②の段階で面接を行う医師の多くは企業の産業医だが、精神医学、とりわけうつ病臨床の専門家ではない。では、精神科産業医ならばこの役割を担えるかといえば、精神科医のほうは、「予防」より、もっぱら「治療」を本分とする職種であり、初めから「治療ありき」の視点で面接に応じてくる。そもそも予防医学は一般に治療医学より遅れた分野であり、「こころの予防医学」は存在しないに等しい。そのうえ、「治療」となれば、うつ病の治療の中心は「休息」とされているので、当然の帰結として長期休職者が大量に生まれかねない。

企業にとって課題は、メンタル面の「治療」ではなく、「予防」を担うことのできる医師を抱えることにある。さもないと、②の段階で「こころの病」の過剰診断が発生し、長期休業を余儀なくされ、大切な人材を失いかねない。

結局のところ、ストレスチェック制度を企業の経営改善に役立てるか、それとも経営体力損失を招くかは、いかにして産業医に制度趣旨を理解させるかにかかっている。

精神療法以前の治療者が傾聴と共感を学ぶ

〈趣旨と総説〉

平島奈津子

国際医療福祉大学三田病院精神科

20年ほど前から、卒前教育では良好な医師-患者関係を築く目的でのコミュニケーション教育に重点が置かれるようになっており、医学部4年修了時に実施される全国共用試験での「医療面接」では、患者の心理社会的背景やストレスばかりでなく、患者が自分の体調の悪さをどのように解釈して、どのような気持ちで受診したのかなども聴きだすことが求められている。ところが、そのような医学界の風潮に逆行するかのように、精神科医の面接技術の低下を憂う声がある。その理由にDSM分類の台頭があげられる。その一方で、多くの精神科医は、DSM診断に基づく薬物治療だけでは「スッキリ良くならない」患者が少なくないことにも気づいている。薬物療法が有効な治療法であることは間違いがないが、精神科医による面接も治療の重要な要素であり、その有効性と技法について、もっと論じられて然るべきである。

このシンポジウムでとりあげる「傾聴と共感」は、認知療法や精神分析的な精神療法などの特殊な技法を必要とする総ての精神療法に共通する基本的な技法であるが、このような構造化された精神療法を行わない精神科医にとっても、傾聴と共感とは、日常臨床における患者とのコミュニケーションで欠かせない技法である。しかし、残念ながら、傾聴と共感に焦点づけて論じられる機会は少ない。

精神科医として患者の話を傾聴することと、私人として親友や家族の話を傾聴することはまったく別のものである。患者の話を傾聴する精神科医の内面では、さまざまな連想や、共感へとつながる情緒が動いているはずである。そこには非言語的な交流が生まれる。また、患者の話に口をはさみたい衝動をこらえ、質問のタイミングをはかる態度も傾聴の要素である。たとえば、患者が話した内容だけではなく、「患者が巧みに避けている話題」をも聴きとることができたとしたら、患者の話を傾聴していると言ってよいかもしれない。そして、このような傾聴の連なる先に、共感が生まれるように思う。

精神科医の共感とは、単なる同情ではない。むしろ患者とは適切な心的距離を保ちながら、患者の情緒を的確にとらえ、精神科医の言葉や態度として、患者に示すことである。このような「理解された」という体験の積み重ねが治療的な信頼関係の礎を築いていくように思う。当日は、さらに実際的に、プロセスとしての傾聴と共感について論じたい。

7月10日（日）10:15-12:15

C会場【6号室】

シンポジウム 10「傾聴と共感を理解し、実践する。」

S10-2

認知行動療法における傾聴と共感

藤澤大介

慶應義塾大学医学部精神・神経科

認知行動療法は、“良い治療”の基準が定義されており、認知療法尺度 Cognitive Therapy Rating Scale (CTRS) としてまとめられている。

CTRSは精神療法に共通する基本スキルであるPart I（6項目）と、認知行動療法に比較的特化したスキルPart II（5項目）から構成されるが、本シンポジウムのテーマである傾聴と共感、Part Iの中でも特に以下の項目に表象される。

・フィードバック

治療者がセッション中終始、患者が治療者の議論の筋道を理解していることを確認し、患者のセッションに対する反応を判断するのに十分な質問を行い、そのフィードバックに基づいて治療者が必要に応じて自分の行動を修正できていたなら、治療者は妥当な振る舞いをしたと判断される。

・理解力

治療者が、患者がはっきりと口に出して言ったことや、より微妙なとらえにくい表現に反映された患者の「内的現実」を概ねとらえていたと考えられれば、聴く能力や共感する能力が十分にあると評価される。他方、患者がはっきりと口に出して言ったことを繰り返したり言い換えたりすることができたが、より微妙な意思表示には対応できないことが度々ある場合には、聴く能力や共感する能力が限定的と判断される。

・対人能力

十分なレベルの思いやり、気遣い、信頼感、誠実さおよびプロフェッショナリズムを示せたかどうか対人能力のポイントである。

・共同作業

治療者が患者と共同作業を行い、患者・治療者の双方が重要と考える問題に焦点を当て、信頼関係を築くことができたなら、十分な共同作業が出来たと考えられる。

シンポジウムでは、認知行動療法における治療者-患者関係の基本を、傾聴と共感に特に力点を置いて討論する。

傾聴と共感を理解し、実践する

—精神分析の視点から

池田政俊

帝京大学大学院臨床心理学

対人交流が生き生きとした力を持ち得るのは、それがコントロールしきれないからである、というパラドックスは間違いなくあると思う。あらかじめアルゴリズムやマニュアルでコントロールしすぎてしまうと、「人と人との関わりで人が変わる」というようなことは極めて起こりづらくなるのである。精神科臨床においては、患者の病態が対人関係と関連していることが多い。また、治療行為は必然的に対人的な関わりを含む。こうしたなかで、この関わりに目を向けざるを得なくなるケースは少なくないと思われる。

しかしそもそも精神療法にマニュアルはないし、あったとしてもそれは極めて表面的外枠的なものに過ぎない。共感しようとして行われる「共感」はそのフりに過ぎないことが多い。少なくとも「技法」による「操作」では人は本質的には変えられないし、変えるべきでもない。

治療者がせいぜいできること、しなければならないことは、こうしたことを理解しつつ、できるだけ誠実に患者の心に耳を傾けつづけることと、枠組み、すなわち構造を維持する、つまりよくわからなくても、腹が立っても、眠くなっても、退屈になっても、すぐにそれを何らかの定番の介入で紛らわそうとせずに耐えることであろう。そして、その枠組みの中で、なぜそのときにそのような状態に自分になっているのかを考えようとする、つまり、自分が気づかずに巻き込まれていることにできるだけ早く気づき、そのことを患者の自己理解に利用する努力をすることであろう。これにはスーパービジョンやカンファレンス、訓練分析などが非常に有用である。こうしたことの積み重ねが、クライアントの語る内容だけでなく、なぜその人がその時その話をしているのか、さらにはなぜ、その人が人生のその時期にその問題(悩み、苦しみ、症状、病など)を呈しているのか、といった力動的歴史的な理解につながることになる。そのなかで、理解が深まることと理解される体験による変化は自ずと、少しずつ、行きつ戻りつしながら生じてくる。

枠組みの作りにくい一般外来の診察のなかで、「関係」や「交流」を有効に使うことは極めて難しい。やむなくある種の力動的なパーソナリティ理解のパターンを使うことになるが、そのときには、少なくともそもそも「わからなさ」に耐え切れずに、パターンで理解しようとする、それが反精神的であるということを知っておく必要がある。

7月10日（日）14:00—16:00

C会場【6号室】

シンポジウム11 「外来精神医療において心理士に期待できる心理療法とカウンセリング」

S11-1

心理士の立場から、外来精神医療における心理療法を考える

河西有奈

白峰クリニック

臨床心理士の立場から「外来精神医療において、心理士に期待できる心理療法とカウンセリングとは何か?」というテーマを考えると、「期待されている心理療法はどのようなものか」、「心理士はそれに応える仕事をしているだろうか」等々の疑問がわいてくる。外来診療を主とする精神科クリニックは、地域に身近に存在し受診しやすさもあって、ストレスの影響を多く受けているケース、家族や職場の問題など複数の要因が絡み合っているケース等、相談内容は幅広い。そのようなケースをはじめとして、診察と並行して心理療法も行うことが治療的であると判断されると、心理療法のオーダーが出される。一方で、現実的には、心理士の行う心理療法等を治療に取り入れてない機関も少なくないし、心理士が雇用されているところでも、心理療法の効果がうまく医療の現状にかみ合っていなかったり、今回学会のテーマでもある「透明化・標準化」という観点からすると、心理療法は「人によってバラバラ」であったりもする。それら様々な問題点を心理士自身が認識しておらず対策も取られず、といった課題もある。心理士が適切な形で「期待して」もらうには、これらの問いにもう少し明快に答えられるよう、我々心理士側の多面的な努力が必要である感は否めない。

今回のテーマを考えていくにあたって、以下の点について、実際の臨床に即しながら実践的に論じていきたい。

- 精神科クリニックで行われている心理士の仕事。
- 精神科外来で、実際どのようなケースに心理療法のオーダーが来るのか。
- 心理療法で何ができるのか：実際の臨床現場では、何を目的とし何を行っているのか。
- 心理療法の問題点：心理士の立場から思うこと。
- 医師と心理士が連携して会うことの効果と問題点、及び二者の関係性で起こる現象。
- 経営的視点から、心理療法について採算の問題：医療の現実と職種としての葛藤。
- 「心理士に期待できる心理療法」が実践されるための課題は何か。

当日は、心理士の立場から、演者の勤務する精神科クリニックにおける心理療法の症例を報告しながらディスカッションの話題提供をしていきたい。他職種の方々とのディスカッションを通して、外来精神医療で心理士がよりよい仕事ができるよう学びを深め、今後の課題、展望等を検討する機会となることに期待したい。

外来精神医療における心理療法で留意していること ～総合病院勤務の心理士の立場から～

花村温子

埼玉メディカルセンター

演者は総合病院の精神科を主なフィールドとして働く心理士（臨床心理士）である。精神科医と共に患者の心理的支援を行っているが、医療的支援を要する方への支援であるため心理士だけで行えるものではなく、医師をはじめ、各専門職、家族と共に支援を行っている。何より、「患者の役に立つ支援」でなければならず、気持ちの面「だけ」に着目して行えるものではない。支援にあたっては各職種の特性を活かした、複数の視点からの支援が必要と感じている。心理的支援を行う上で普段から心がけていることについて以下に述べる。

1. 主治医は、どんな支援を心理士に期待しているのかを知ること・・・どのような目的での心理療法依頼なのか、ニーズをしっかりと掴むため、直接主治医と対話すること。
2. 患者本人の心理療法におけるニーズ、モチベーションを知ること・・・本人のニーズに沿った柔軟な支援を行う。またその心理療法は医療現場で対応することが適切なのかを知る。
3. 支援の方向性を決めるアセスメントを正しく行うこと・・・単に心理検査を行うだけでなく、面接の中で、医師の見立てや診断と共に、患者の背景を掴んでいく。病態水準や、疾患の特性理解はもちろんのこと、それのみならず「本人は症状をどのように感じているのか」など、得られた情報を統合して、心理士として何が出来るかを探る。そしてアセスメントは日々更新しながら関わる。
4. 今、何が一番必要な支援かを知り、それを心理療法のエッセンスとして届けること・・・その患者がその人らしく生活していくためには何が必要な支援で、何がリソースとして使えるのかを知り、的確な支援に迅速に繋げる。そのため、各専門職の職務の理解と尊敬とにもとづく多職種との連携が不可欠である。
5. 日々、問題と戦っているのは患者本人であることを自覚し、支援のあり方を振り返ること・・・主治医や本人のニーズに応えられているか、心理士が独りよがりの支援に走っていないか、自ら振り返る。最終的には患者自身が専門職をうまく使いこなし、自分なりに問題に向き合っていけるようになることが望ましい。

多職種チームの一員として、患者をエンパワメントするような心理療法を提供したいと日々格闘中である。当日は事例を交えながら、皆様とディスカッションし、学びを深めたい。

7月10日（日）14:00—16:00

C会場【6号室】

シンポジウム11 「外来精神医療において心理士に期待できる心理療法とカウンセリング」

S11-3

精神障害診断の重要性

久江洋企

社会福祉法人桜ヶ丘社会事業協会桜ヶ丘記念病院

本シンポジウムは外来精神医療における心理職と精神科医との連携がテーマになっている。そこでまず外来精神医療の「型」を確認したい。

医療には医師が行う診断と、多職種によって担われる治療が必須である。また公認心理師法第42条は、支援を要する者に主治医がある場合、その指示を受ける義務を規定している。ここで「指示を受ける」とは、権力勾配を意味するものではなく、医療の目的の範囲で担うべき役割と解釈すべきである。これらが外来精神医療の「型」を構成する。論者は心理職への期待を議論するにあたり、特に診断のもつ重要性を強調したい。

診断の土台としては伝統的なドイツ精神医学、とくにハイデルベルグ学派に受け継がれた原則を論者は重視している。具体的にはJaspers, Schniedererの精神障害の分類により、純粋な類型としての心的存在の偏りの層と、他の層の精神障害（精神病）とが分離される。両者の鑑別は、発生的了解（Jaspers, K.）の観点から「生活発展の意味連続性の中断」（Schneider, K.）を見出すことしかない。心理査定により病態水準を評価し、心理面接を通して了解関連を吟味することが、診断に資することになるだろう。なお診断には治療選択以外にも司法・産業・教育領域における社会的な目的があり、扱い方が異なることも理解しておきたい。

精神病であれば身体的治療が優先される。精神病でなければ心理療法が優先される場面が多くなる。精神病に対して心理療法を行うのであれば、より支持的、現実適応的な構造が望ましい。心理面接を併用した場合に、複数になる心理療法の文脈を患者がどのようにとらえているのか、統合を図る前に複雑さを全体として把握することが各専門職に求められるだろう。

上記の原則に立った診断や治療には熟練を要する。また曖昧さや複雑さをそのまま保持し受け入れることも医療では必要であり、これらは標準化を目指す方向と相反し、個人的な技能に留まりやすい。しかし連携を実質的にするためには、安易に折衷論を採るのではなく自らが用いる方法を突き詰め（method-based psychiatry, Ghaemi, S.N.）、それを主張することが有効と考える。

他職種からの期待を述べる前に、患者の期待に耳を傾ける態度が必要である。そして心理職への期待を考察することは、精神科医に求められることを逆に問われることにつながる。シンポジウムではこれらの見地から具体的に論点を考察したい。

外来精神医療において心理士に心理療法とカウンセリングを期待する

中嶋義文

三井記念病院精神科

演者の役割は前三者の発表を受けてシンポジウムテーマ討論へと結びつけることである。これまでの演者により、精神科クリニック（河西）、一般病院（花村）、精神科病院（久江）と臨床の場の違い、心理士と精神科医という立場の違いを踏まえつつ、実際の外来臨床（外来精神医療）において起こっている問題を浮き彫りにしていただけたものと思う。そこでは患者（クライアント）中心主義の文脈から、心理士に何が期待されているか、心理療法とカウンセリングをどのように使い分けるか、そもそも心理療法と呼べるための条件は何か、保険診療（狭義の医療）と援助（支援）の違いが心理士の心理療法やカウンセリングにどう影響するか、複数の心理療法や援助が存在する構造の問題点とは何か、援助者間の「連携」と「指示」はどう違い組み合わせられるものなのか本質的に相互排他的なのか、患者（クライアント）と治療（臨床）構造の間にあるいは援助者間に期待（ニーズ）や動機（モチベーション）のズレや葛藤があると心理療法やカウンセリングにどのように影響し、患者に影響するのか、見立てと診断とはどのように違うのか、などのテーマが取り扱われている。

公認心理師法施行にともない、保険診療の中で心理士の役割と仕事が位置づけられると雇用機会は増える。雇用機会が増えた分役割と仕事がさらに拡大するとは限らない。それは心理士が専門職としてどのように自己定義し、権限をどのように拡大していきたいと欲するかによって一義的には決まるが、心理士が保険診療制度においては（現時点では）比較的少数者でアフターマティブ・アクションの対象になっている状況では、医師など他の専門職の理解や態度により違いが生じる。演者は新しく心理士を雇用しようとする精神科医から「心理士に何をさせたらいいのかわからない」と言われることが多い。心理査定のみを期待するという意見も多い。

「期待する」とは「何が出来るの?」と意地悪に問いかけて「それならやらせてみようか」ということではない。「期待する」とは態度である。演者は医師が業務独占の高度専門職として成長していった同じ過程を、心理士にも期待している。専門性の高い心理療法とコアスキルにすぎないカウンセリングの外来精神医療への織り込みをテーマに討論したい。

抄録

ワークショップ

ワークショップ1

WS-1

動機づけ面接 ～面接によって、対人援助を円滑に行うために～

【演者】澤山 透（北里大学医学部精神科学）

【ファシリテーター】川合厚子（NPO 法人山形県喫煙問題研究会会長）、

石田日富美（横浜市スクールカウンセラー）、

青木世識（カトリック麴町・聖イグナチオ教会）

動機づけ面接（Motivational Interviewing：以下 MI）とは、ミラーとロールニックが開発した対人援助のためのカウンセリング技法であり、変化に対する来談者自身への動機づけと実行を強めるための協働的な会話スタイルである。クライアント中心療法的（非指示的で受容および共感を主とする）であると同時に、面接者が意識的に特定の変化の方向（健康、回復、成長など）を目指して面接を行うのが特徴である。MIは、アルコールや薬物関連障害の治療のために開発された面接法であるが、現在は、他の精神疾患の治療、一般医療、健康促進分野、ソーシャルワーク、公正施設関係など、多くの領域に幅広く適用されている。

MIが、様々な領域で適用されるようになった理由の1つに、そのわかりやすさと学びやすさが挙げられる。MIを行う面接者は、「一方的に解決策を指示するのではなく、来談者と協力して（協働）、面接者が訂正したい衝動に駆られても、来談者の考えや意見に耳を傾け（受容）、面接者の都合ではなく、来談者の回復を第一に考え（思いやり）、来談者の本来持っている前向きな考えや価値観を引き出すこと（喚起）、などによって問題解決にあたる」というMIスピリッツを持つ必要がある。そして、実際の面接では、「開かれた質問（Open questions）」、「是認（Affirming）」、「聞き返し（Reflecting）」、「要約（Summarizing）」といった会話スキルを用いて、面接を進めていく。MIスピリッツを持ちながら、どのように会話スキルを使ったらよいかのインストラクションや習熟するための実践演習もMIでは用意されており、このことが、MIのわかりやすさと学びやすさに繋がっている。

またMIが広まった他の理由としては、その柔軟性がある。MIを単独で行うだけでなく、他の治療法と組み合わせたり、補助的にも使用できる。そして、構造化した面接だけでなく、ベッドサイドや外来診療においてもMIの技術を活かすことができる。

通常、MIの入門ワークショップは2～3日間で開催されることが多く、本ワークショップの2時間という時間では、限られた内容になってしまうが、演習を交えながら、MIスピリッツや会話スキルの概要を学び、明日からの対人援助に少しでも役立てることができるよう、本ワークショップを行う予定である。

抄録
一般演題
(ポスター) 1～13

一般演題 1

1-1

救命救急センターに急性薬物中毒で搬送された 患者の臨床的特徴と精神科外来連携の課題

○新井久稔^{1) 2)} 井上勝夫¹⁾ 宮地英雄¹⁾ 大石智¹⁾ 浅利靖²⁾ 宮岡等¹⁾

1) 北里大学医学部精神科学 2) 北里大学医学部救命救急医学

【キーワード】救命救急センター 急性薬物中毒 医療連携

【目的】

当救命救急センターに急性薬物中毒で搬送された症例の臨床的特徴、精神科外来医療機関との連携について検討する。かかりつけ外来医療機関がある場合とない場合の連携のあり方の課題である。

【調査方法】

対象は平成27年4月1日～平成27年12月31日(9カ月間)の間に北里大学病院救命救急・災害医療センターに急性薬物中毒で搬送されて入院となった150症例。年齢、性別、かかりつけ医の有無、精神科診断(ICD-10)、薬物の内容、入院期間、入院回数、自殺企図歴の有無、転帰、入院・退院時の同伴者との関係、外来加療につなぐ方法(かかりつけ医療機関がある場合、ない場合の紹介先)をカルテや入院台帳から後方視的に調査した。

【倫理的配慮】今回の研究は北里大学医学部倫理委員会の承認を受けている。

【結果】

自殺企図手段は急性薬物中毒115例(77%)・転落外傷11例(7%)・縊首10例(6.7%)・刺切創8例(5%)で、急性薬物中毒症例は高い割合を占めた。

急性薬物中毒症例115例の薬物の内訳は、向精神薬・市販薬(感冒薬・鎮痛剤など)が107例、8例がその他の中毒(化学性薬物・農薬など)であり、向精神薬では特にベンゾジアゼピン系薬物の割合が高かった。男性20例(年齢 40.0 ± 18.0)・女性95例(年齢 38.3 ± 13.1)で、女性が約83%を占めた。精神科診断(ICD-10)は、F3(気分障害)61例(53%)、F6(パーソナリティ障害)18例(16%)、F4(神経症・ストレス障害)14例(12%)、F2の統合失調症圏11例(9.6%)であった。急性薬物中毒患者の入院期間は中央値4日(1～80)であった。

転帰は精神科医療機関外来への紹介が60例(52%)と最も多く、次に精神科医療機関等への転入院13例(11%)、演者が精神科外来で治療を続けた例6例(5%)、精神疾患とは診断されない、あるいは本人・家族が精神科医療機関への受診を希望しない例が4例(3%)であった。

【考察】

今回の調査から得られた特徴として、薬物中毒の内容は向精神薬・市販薬の割合が高く、女性が約8割以上を占め、精神科診断は気分障害が全体の半数であった。入院期間は短く、転帰としては精神科医療機関への紹介が約6割以上を占めた。今回の結果をもとに、再発予防、患者家族の理解や治療協力を得る上での工夫、効果的な医療連携などを検討したい。

7月9日(土) 16:00-17:30

E会場 [9号室]

一般演題 1

1-2

精神科外来初診患者における QT 延長の有無に関する調査報告

○櫻井秀樹¹⁾ 大石智¹⁾ 滝澤毅矢²⁾ 宮地伸吾¹⁾ 宮岡等¹⁾

1) 北里大学医学部精神科学 2) 北里大学大学院医療系研究科

Keywords : 精神科、心電図検査、QT 延長、向精神薬

【目的】QT 延長症候群は心電図上 QT 間隔の延長を示し、Torsade de pointes 型の心室頻拍、心室細動から突然死に至ることがある。向精神薬服用中の患者には心臓突然死の割合が高い。突然死の原因の 1 つに致死性不整脈が挙げられており、QT 延長症候群はその予測因子と考えられている。精神科外来において、QT 延長のある患者には禁忌とされている向精神薬を使用する場合には十分な配慮が求められるだろう。だが実臨床において心電図による QT 延長の確認をしないまま薬物療法が開始されることは多い。特に精神科診療所など心電図検査のための装備を持たない医療機関ではその確認ができない。このように拙速に薬物療法が開始されがちな現状が許容されるものかどうか検討するためには、精神科外来受診患者において QT 延長を示す者の占める割合とその特徴を知る必要がある。

【方法】平成 27 年 4 月 1 日から平成 28 年 3 月 31 日までの間に、北里大学東病院精神神経科を初診し、心電図検査が実施された患者の年齢、性別、補正 QT 間隔 (QTc)、初診時にすでに服用していた薬剤の有無について後方視的に調査した。データは匿名化されており、個人情報の取り扱いには十分配慮した。

【結果】調査対象者数は 991 名、男性 362 名、女性 629 名だった。平均年齢は 54.18 歳(男性平均年齢 51.79 歳、女性平均年齢 55.55 歳) だった。日本循環器学会、日本心臓病学会、日本心電図学会、日本不整脈学会の合同研究班による「QT 延長症候群(先天性・二次性)と Brugada 症候群の診療に関するガイドライン」にある通り、男性では QTc450msec 以上、女性では 460msec 以上を QT 時間の延長として解析した結果、男性の 11.6% (42 名)、女性の 9.5% (60 名) に QT 延長を認める結果となった。

【考察】二次性 QT 延長症候群の原因には電解質異常、徐脈性不整脈、各種心疾患、代謝異常、中枢神経疾患の他に薬剤誘発性がある。原因薬剤には向精神薬だけではなく、抗不整脈薬、抗生物質、抗潰瘍薬、抗アレルギー薬など身体疾患治療薬もある。精神科外来を初診した患者の中にはこうした身体疾患の既往を持っていたり、薬剤を服用している患者も少なくない。二次性 QT 延長症候群がもたらす危険性を考慮すると、精神科外来においても処方しようとする薬剤によっては、既往歴、服用薬剤の確認、心電図検査の実施が求められるだろう。

一般演題 1

1-3

精神科診療所におけるアセスメントパス（錦糸町モデル）の作成

○三ヶ木聡子¹⁾ 東健太郎¹⁾ 榎戸文子¹⁾ 下村裕見子²⁾ 窪田彰¹⁾

1) 医療法人社団 草思会 錦糸町クボタクリニック

2) 北里大学大学院医療系研究科臨床医科学群精神科学

【目的】

精神科疾患では、病と付き合いながら地域で暮らすことがアウトカムとなる。当院の特徴は地域に溶け込むように様々なプログラムによる地域ケアを提供していることにある。最適な時に漏れなく治療ケアならびにサービスを提供することは、患者の理解を得られやすくまた回復にも寄与する。そこで今回我々は、職種やスタッフによって医療および福祉サービス提供量や支援の違いが生じないための手段としてクリニカルパスを作成したので報告する。

【方法】

全職員を対象に「パスとは何か」を理解するためセミナーを開催し、グループワークにて課題抽出を行った。次にコアメンバーで、当院の患者疾病別割合、地域医療における特徴を整理し、現在の状態における患者フローを作成し、検討した結果を踏まえパスを開発した。なお、作成に当たっては倫理性に十分配慮した。

【結果】

当院初診患者の内訳は統合失調症が約20%、気分障害が約30%、神経症圏が約30%であり、発達障害の患者も少なくない。また他院から退院後や転居等による転医、デイケアのみを希望する他院かかりつけの患者も多い。そのため、初診時であっても病気のフェーズが様々である。課題抽出では、担当する職種やスタッフによってサービスの質と量にばらつきがある等の声がかかれた。上記を解決するツールとして、疾患別のクリニカルパスではなく、汎用性のあるパスを開発し、アセスメントパス（錦糸町モデル）と名付けた。

【アセスメントパス（錦糸町モデル）】

初診時に行うインテークのみではなく、1か月後、3か月後、半年後、1年後の再診時に計4回のインテークを多職種が行い、医師の負担軽減を図った。パスにより、患者状態を評価し、スタッフ間で情報共有すること、プログラムの提案や医療福祉サービスの均てん化を図る環境を整えた。このように可視化され、標準化された精神科医療は患者・家族はもとより、チーム医療の実践を効率よく提供するのにも有用であると考えられる。再燃の早期発見、早期回復につながることを期待される。

今後はプレ実施を行った後修正を加えて、診療所全体として取り組む予定である。今後の課題としては、提供した治療ケアの差異の分析、家族支援の充実、デイケア等の算定要件である疾患別等診療計画とのリンクを検討することがあげられる。

7月9日(土) 16:00-17:30

E会場【9号室】

一般演題 1

1-4

摂食障害と性役割—一般女子大学生との比較から—

○新彩子¹⁾ 宮岡佳子²⁾

1) 跡見学園女子大学心理教育相談所 2) 跡見学園女子大学文学部臨床心理学科

＜目的＞摂食障害はほとんどが女性に発症する性差の大きい疾患である。かつて Bruch (1987) は、摂食障害は女性性の拒否であると述べた。一方、山登 (2003) は、摂食障害は女性性の拒否というより、女性を意識することが影響していると述べている。そこで本研究では、摂食障害と性役割の関係を、一般の女子大学生との比較を通じて調べることにした。性役割とは、男女それぞれにふさわしいとみなされる行動、パーソナリティ、社会的規範をいう (東・鈴木, 1991)。

＜方法＞対象は、摂食障害で東京女子医科大学附属女性生涯健康センターに通院中の 20～30 代の女性患者 43 名 (患者群) と、A 女子大学に在籍する 20 代の女子大学生 139 名 (一般群) である。質問紙は (1) フェイスシート, (2) 日本語版 Eating Attitudes Test-26 (食行動異常), (3) Bem Sex Role Inventory 日本語版 (性役割を測定する尺度, 女性性尺度と男性性尺度のみ採用), (4) 日本語版 The General Health Questionnaire (精神的健康度) から構成される。

＜結果＞BSRI の結果より、対象者の性役割をアンドロジニー (女性性・男性性が共に高い), セックス型 (女性性が高く男性性が低い), クロスセックス型 (女性性が低く男性性が高い), 未分化型 (女性性・男性性が共に低い) の 4 つに分類した。その結果、患者群ではクロスセックス型, 一般群ではアンドロジニーの人数が最も多かった。4 類型間の分散分析の結果、患者群では GHQ-12 の合計点が「クロスセックス型>セックス型」, 「未分化型>セックス型」, GHQ-12 下位尺度うつ症傾向の得点が「クロスセックス型>セックス型」であった。一般群では有意差がみられなかった。また、Pearson の積率相関係数では患者群において女性性得点と GHQ-12 合計点, GHQ-12 下位尺度社会活動障害の間に負の相関がみられた。

＜考察＞摂食障害患者において、クロスセックス型は精神健康度が低い傾向にあること、および食行動異常度と女性性の間に負の相関がみられた。したがって、摂食障害において女性性の問題は重要であると考えられた。

一般演題 1

1-5

向精神薬多剤投与の減算規定該当患者における追跡処方調査

○飛田夕紀^{1, 2)} 黒田ちか江¹⁾ 近藤静香¹⁾ 齊藤美鈴¹⁾ 平山武司^{1, 2)}宮地伸吾³⁾ 宮岡等³⁾ 黒山政一^{1, 2)}

1) 北里大学東病院 薬剤部、2) 北里大学薬学部、3) 北里大学医学部精神科学

キーワード：平成 26 年度診療報酬改定、向精神薬多剤処方、ベンゾジアゼピン系薬、抗不安薬、睡眠薬

【目的】

抗不安薬、睡眠薬の多くはベンゾジアゼピン(以下、BZ)系薬であり、我が国の BZ 系薬の処方量は諸外国と比較し、突出して多い。そのため、適正向精神薬使用推進のため平成 26 年度診療報酬改定にて、1 回の処方において、抗不安薬または睡眠薬を 3 種以上処方の場合、向精神薬多剤投与とし、処方せん料等が減算となった。そこで、北里大学東病院(以下、当院)において改定診療報酬導入前に向精神薬多剤投与の減算規定に該当した患者について導入後、導入 18 ヶ月後の処方実態を把握し、適正使用に寄与することを目的に処方推移を調査した。

【方法】

当院、精神神経科外来処方において、平成 25 年 12 月から平成 26 年 3 月に抗不安薬、睡眠薬がそれぞれ、向精神薬多剤投与減算規定に該当した患者を抽出し、そのうち改訂診療報酬導入後である平成 26 年 10 月以降初回処方においても減算規定に該当した抗不安薬 8 名、睡眠薬 41 名を対象とした。改訂診療報酬導入後とその 18 ヶ月後(平成 28 年 3 月直近)の処方における抗不安薬、睡眠薬の処方薬剤数、1 日投与量(ジアゼパム換算)について比較した。

【結果】

抗不安薬、睡眠薬の平均処方剤数は改訂診療報酬導入前/導入後/導入 18 か月後でそれぞれ、3.00 / 3.00 / 2.13 ± 0.35 、 3.10 ± 0.05 / 3.07 ± 0.04 / 2.47 ± 0.11 剤であり、導入後から導入 18 ヶ月後間でいずれも有意に減少していた($P > 0.05$)。平均投与量は導入前/導入後/導入 18 か月後でそれぞれ、 27.5 ± 9.2 / 26.3 ± 7.6 / 18.3 ± 5.5 、 27.4 ± 1.6 / 26.4 ± 1.6 / 21.5 ± 2.1 mg と有意な差はなかったが、導入後と導入 18 ヶ月後の間は減少傾向にあった。また、導入 18 ヶ月後の処方が減算規定に該当する患者は抗不安薬、睡眠薬でそれぞれ 3 名、18 名であった。

【考察】

当院において、減算規定に該当する患者は経時的に減少し、さらに向精神薬の適正使用に向け、処方薬剤数は有意に減少していた。BZ 系薬は離脱症状発現防止ため、漸減する必要があるが患者の状況によって、経過措置として設けられた 6 ヶ月間での減量が可能な症例、6 ヶ月以上要した症例が認められたものと推察される。向精神薬の多剤併用は副作用発現や依存、医療費高騰などにつながるため、今後も薬剤師として減量法の提案、患者指導など適正使用に貢献していきたいと考える。

7月9日(土) 16:00-17:30

E会場 [9号室]

一般演題 1

1-6

中年期女性のうつ病に関連する要因の検討 —心理的ストレス、更年期症状の視点から—

○宮岡佳子

跡見学園女子大学文学部臨床心理学科, 東京女子医科大学附属女性生涯健康センター

[目的] 中年期は女性にとり、ライフイベントや環境変化に遭遇しやすい時期である。また中年期には、更年期症状と呼ばれる様々な身体症状、精神症状もおきやすい。中年期はうつ病の好発時期であるが、とりわけ女性においては、バイオ・サイコ・ソーシャルな見方が必要である。そこで本研究では40～50代のうつ病の女性の心理的ストレス、更年期症状について調べることにした。

[方法] 東京女子医科大学附属女性生涯健康センターにうつ病性障害で通院中の40～50代の女性に質問紙調査を行った。51名より回答を得た。質問紙の内容は、(1) フェイスシート(年齢、婚姻、育児等)、(2) 心理的ストレスに関する自由記述(自分、夫、子ども、親の項目別)、(3) クッパーマン更年期障害指数(安部変法)(更年期症状を測定する尺度)、(4) PHQ-9(Patient Health Questionnaire)(うつ症状を測定する尺度)、(5) 二次元レジリエンス要因尺度(レジリエンスを測定する尺度)である。研究実施にあたり、跡見学園女子大学、東京女子医科大学の倫理委員会の承認を得た。

[結果] 質的分析、量的分析を行った。(1) 心理的ストレスに関する自由記述を質的に分析した。自分に対しては、症状、生活、低い自己評価など、夫に対しては、行動、性格など、子どもに対しては、子どもの問題、育児など、親に対しては、介護、親子関係などのカテゴリーが生成した。(2) 重回帰分析により、うつ症状に対し、更年期身体症状が正の影響、年齢とレジリエンスが負の影響を与えていた。

[考察] 自己の症状、夫の言動や、親の介護に対する悩みが多かった。さらに現在の状況のみならず、幼少時期のネガティブな体験も症状形成に関与していることが示唆された。更年期症状もうつ病に関連していることが示された。

一般演題 1

1-7

統合失調症患者における図形の対称性選好について

— 健常者との比較 —

○菅原ひとみ¹⁾ 岩満優美¹⁾ 川杉桂太³⁾ 轟慶子²⁾ 小平明子²⁾ 西澤さくら²⁾

竹村和久³⁾ 山本賢司⁴⁾ 宮岡等⁵⁾

1) 北里大学大学院医療系研究科 2) 鶴賀病院 3) 早稲田大学文学学術院

4) 東海大学医学部専門診療学系精神科学 5) 北里大学医学部精神科学

キーワード：統合失調症、選好、描画、対称性

[目的] 統合失調症患者の描画の特徴の一つとして対称性を好むことが挙げられている。本研究では、分割図形を用いて統合失調症患者の対称性の選好について、健常者と比較検討した。

[方法] 対象者：対象者は、書面にて研究参加の同意を得た21名の統合失調症患者（平均年齢±SD = 51.00 ± 16.27歳）と研究参加の同意を得て無記名にて実施した55名の健常者（平均年齢±SD = 27.54 ± 12.52歳）であった。

刺激：用いた図形は面積（26cm²）が同一の正方形1枚と縦辺と横辺の比率の異なる長方形6枚の計7種類の図形であった。各対象者に各図形に対し垂直方向と水平方向の2種類の分割線を描画するように求めるため、対象者1名につき14枚の図形を作成した。

手続き：対象者は、14枚の刺激図形を1枚ずつ提示され、最もきれいと思われる任意の位置に図形を分割する線を鉛筆で描くよう指示された。刺激図形の提示順序や分割線の方向は対象者ごとに無作為化された。描画後、描画の感想などを述べるよう求めた。なお、本研究は北里大学医療衛生学部研究倫理審査委員会の承認を得ている。

分析の概略：分割した図形の比率についてそれぞれ算出し、群ごとおよび図形ごとにそれぞれ対称に分割した頻度を求め、その頻度に差があるか否かを検討するため、群（患者・健常者）×分割比（対称・非対称）の χ^2 検定を行った。

[結果] 対称に分割した頻度は、垂直に分割した場合、統合失調症患者では平均60.5%（42.9%から71.4%）、健常者では33.0%（21.8%から47.3%）であった。同様に、水平に分割した場合、統合失調症患者では51.0%（42.9%から66.7%）、健常者では21.6%（9.1%から30.9%）であった。 χ^2 検定の結果、垂直に分割した場合、7図形のうち、統合失調症患者は健常者と比べて4図形において有意に対称を好み（ $\chi^2(6) \geq 5.14, p < .05$ ）、2図形において対称を好む傾向が認められた（ $\chi^2(6) \geq 3.57, p < .10$ ）。同様に水平に分割した場合、統合失調症患者は健常者と比べて5図形で有意に対称を好み（ $\chi^2(6) \geq 7.02, p < .05$ ）、1図形において対称を好む傾向が認められた（ $\chi^2(6) = 3.59, p < .10$ ）。

[考察] 図形によって対称性の選好の程度に違いはあるものの、統合失調症患者は健常者に比べて全般的に対称性をより強く選好していた。これは認知機能や感情の平板化といった陰性症状などとの関係が考えられ、今後もさらに検討していく。

7月9日(土) 16:00-17:30

E会場 [9号室]

一般演題 1

1-8

小規模診療所でのリワークプログラムから開始した地域連携の試み

○大橋昌資¹⁾ 山本智美¹⁾ 藤原茂樹^{1,2)}

1) 響ストレスケア～こころとからだの診療所 2) 藤原医院

キーワード：気分障害、リワークプログラム、地域連携、小規模診療所

【目的】 うつ病を中心とした気分障害の治療は精神科の医療施設だけで完結することはなく、他科の医療機関は言うに及ばず、患者の家族、所属する職場、行政機関など多くの人々が関わることになる。「地域連携」、「精神科—身体科連携」、「職域連携」、「クリニカルパス」などが唱えられ、多くの試みがなされている。それにも関わらず、十分な満足が得られていないとも言われる状況で、連携はどのように行われると効果的なのか、を日々の活動の展開から考察した。発表にあたっては十分なインフォームド・コンセントを得てプライバシーに関する守秘義務を遵守し、匿名性の保持に十分な配慮をした。

【方法】 当院では、通常外来では復職困難な気分障害患者に対し、心理的なプログラムを中心とし、集団力動を利用した、多職種でのアプローチを行う「響ワーク & ライフサポート」を、小規模ショートケア(1日3時間、定員10名)で行っている。2016年1月までに、85名に実施してきた。リワークプログラム開始後、2010年9月より、関係者を対象とした「リワークについて考える学術講演会」を毎年1回継続。2010年11月、多職種の連携のための会として「甲斐うつとリワーク連絡会」を開始。年4、5回で継続中。2012年6月、精神科医と産業医、プライマリーケア医の研修、ネットワーク作りの「心療懇談会」を開始。年4、5回で継続中。2014年4月より、関係者、一般を対象とした公開講座「うつ病リワーク for Everybody」を年1回で開催。といった、連携を行ってきた。

【結果】 「甲斐うつとリワーク連絡会」を23回開催し、48名の参加、「心療懇談会」を18回開催し、60名の参加を得た。リワークプログラムの他院からの紹介率は利用者の約80%である。

【考察】 大石が指摘するように、まずは、地域で高い志をもつプライマリーケア医や専門職が合議体を形成することに意義があるものと思われた。ドゥルーズ＝ガタリの「リゾーム」のモデルが、連携を考える際に絶えず想起される。樹木状、ツリー型の組織ではなく、地面の下を中心を持たず、つながりあい、序列なく、関係していく地下茎(根茎)のように連携を図れるような要素は何か、当日には考察を加えたい。通常外来のみの診療ではない、専門性のあるプログラム(当院ではうつ病リワークプログラム)を継続するには、既存のもの以上の連携が必要と考えられた。

一般演題 1

1-9

訪問看護ステーションの関わりからの見えてくるもの ～多機能型診療所のアウトリーチモデルを考える～

○宮村なおみ

みつや訪問看護ステーション

当ステーションは、医療法人三家クリニックを母体とし、精神科に特化した訪問看護ステーションである。ここ数年、医療現場、特に精神科領域において、アウトリーチの必要性は周知するところであり、当ステーションでは、クリニックのアウトリーチを主に担う形で、地域で療養する方々に訪問を続けている。

組織的には、ステーションとして独立しているため、他院からの訪問看護指示書により、訪問するケースもあるのは当然だが、三家クリニックからの依頼のケースと何か大きく違いがあるように感じてならない。

三家クリニックのシステムが他院と大きく違うところは以下の3つである。

まず1つめは、PSWが外来患者で個別支援が必要なケース、いわゆる外来ニート化が懸念される患者を担当し、支援を行うことが特徴的と言える。必要であれば訪問し、患者一人ひとりに沿ったアプローチを行っている。

2つめは、外来でリエゾン的役割を果たすナースの存在である。患者や他機関への適切な対応を始め、主治医やコメディカルスタッフへの細かい配慮を行い、業務が円滑に進むこと以外にもメリットは大きい。そして必要であれば、訪問し患者のニーズの把握に努める。

3つめは、デイケア施設があり、患者に安心してデイケアを利用して頂く目的で、デイケアスタッフが訪問を行っていることである。

各部署がそれぞれの目的を持ち、患者一人ひとりのその人らしさを大切にすべくアウトリーチを含む様々な方法で、支援を検討し、各々の視点からアセスメントやアプローチを実践していることが他院と異なる重要な点である。

クリニック内では各部署が集まり、検討カンファレンスを行っていて、対象者一人ひとりにチームで関わるといった環境が根付いている。それぞれが、役割を越え、各々の視点からそのひとに必要な支援や方法を話しあえる環境を作りだしており、このようなチームでのアプローチは、患者にとっていかに重要で、かつ、有効な関わりになっているということは言うまでもない。

精神疾患や精神障害を持ちながら、地域で生活していくには何が必要なのか。そのためには、医療機関、関係者機関はどのような連携が必要で、どのようなアプローチが有効なのかを再検討する。

今回の考察が今後の多機能型診療所におけるアウトリーチのシステムの在り方を考える機会になり、いろいろな機関で形成されるチームである場合なども含めて、アウトリーチのモデルとして提言できればと考えている。

7月9日(土) 16:00-17:30

E会場 [9号室]

一般演題 1

1-10

若年層におけるうつ病の疾病理解と援助要請に関する認識

○シュレンベル レナ

東京大学大学院教育学研究科 臨床心理学コース

【目的】若年層がうつ病に罹患すると、様々な精神症状と身体症状による苦しみから、学業生活への支障や自殺のリスク等が増し、生涯にわたる脆弱性を抱える危険性がある。この問題に対して専門機関では、一定の効果が示されている治療や援助が提供されている。しかし、現在、日本ではうつ病に罹患しても専門機関を受療する者は約3割と少ない。このように問題を抱えた個人が専門的な治療や援助が必要とされる状況に置かれているにも関わらず、そのサービスが提供されている専門機関に繋がらない現象はサービス・ギャップ(Steff & Prosperi, 1985)といい、早急に解消すべき社会問題となっている。その対策に向けて厚生労働省等では、主にくつ病の症状理解の促進と偏見の解消に重点を置いた普及・啓発活動を実施してきたが、その効果は明らかにされていない。そこで本研究では、専門家でない一般の若者がうつ病に罹患すること、専門機関へ援助要請することに対してどのような認識を抱いているのかについて把握することを目的とした。

【方法】2014年10月と2015年6月に、九州・関東地方の大学生698名(男性314名、女性384名、平均年齢19.4歳、SD=±1.90)を分析対象とし、場面想定を用いた質問紙調査を実施した。なお、本調査は倫理委員会の承認を得ている。

【結果】まず、t検定を用いて分析した結果、若年者の61%はうつ病の状態像を認識しているが、うつ病の状態像の認識がある423名のうち、専門的な援助要請意図がある者は52%であった。次に、因子分析を行い、専門的な援助要請に影響する促進要因を検討するため、重回帰分析(ステップワイズ法)を行った。その結果、「症状」や偏見等の「捉え方」に関する要因の影響はみられなかったが、「治療効果に関する認識」の3要因(精神面の変化、身体面の養生、自己対処能力の向上)の影響が見られ、特に「身体面の養生」は影響力の強い促進要因であることが示された。

【考察】これまでの対策の多くは、うつ病の症状理解の促進と偏見の解消に焦点が当てられてきた。しかし、本研究を通して専門的な援助要請に影響する促進要因は「治療効果に関する認識」であることが明らかとなった。特に、「身体面の養生」に関する認識の影響力が強いことから、体調管理や生活習慣の改善、身体感覚に関する気づきの促進等といった身体面の治療効果を認識するほど、若年層は専門機関を受療する意図があると考えられる。以上のことから、サービス・ギャップの対策としては、症状理解の促進や偏見の解消だけでなく、具体的な治療効果に関する理解にも焦点を当てる必要があると考えられる。

一般演題 1

1-11

精神科クリニックにおける精神保健福祉士の役割の検討

○篠原慶朗

医療法人社団草思会

【目的】(社)精神保健福祉士協会では、1989年に「精神科ソーシャルワーカー業務指針」を採択し、長年にわたり協会構成員の業務に役立てられてきた。その後、精神保健福祉領域のソーシャルワーカーを取り巻く社会状況が大きく変化し、精神保健福祉士の活動領域や求められる役割も拡がりをみせていることを理由に、2010年6月に「精神保健福祉士業務指針及び業務分類第1版」が取りまとめられ、2014年9月にはさらに吟味を重ねた「精神保健福祉士業務指針及び業務分類第2版」(以下、「PSW業務指針」)が発刊され、新たな協会構成の業務に役立てられている。

「PSW業務指針」(2014.9)によると、医療分野における精神保健福祉士の業務には、①受診・受療に関する支援、②情報収集・状況把握と課題整理、③入院における支援、④退院計画作成と制度活用、⑤チームアプローチに基づく支援、⑥リハビリテーションプログラムにおけるグループワークの実施、⑦救急・急性期医療における相談支援、⑧社会的な長期入院患者への地域移行支援、⑨地域の関係機関との連携・調整、⑩アウトリーチ・訪問活動、⑪組織の運営・管理への参画、が挙げられている。一方で、2010年前後より、論文・実践報告では医療分野での精神保健福祉士の役割のあいまいさをテーマにしたものが増えている。中でも、精神科クリニックで働く精神保健福祉士の役割のあいまいさには目を見張るものがある。

【研究方法】そこで、本発表では精神科クリニックで働く精神保健福祉士に焦点をあて、精神科クリニックで働く精神保健福祉士の役割のあいまいさをテーマにしている文献を検討することで、今日の精神科クリニックで働く精神保健福祉士に求められる役割を組織システムの視点から検討しなおし、今後の課題について考察をおこなった。

【結果】論文並びに実践報告では①精神科クリニックの経営課題をソーシャルワークの視点から捉えなおして役割を検討したもの、②組織に雇用されているソーシャルワーカーの課題である「職員としての自己」と「専門職としての自己」との二元論から役割を検討したもの、③、「生活モデル」を実践に反映させる方法展開を模索するために役割を検討したものに分けられた。

【考察】本研究を通じて、精神科クリニックにおける精神保健福祉士の役割は発展過程にあり、今後、それぞれが現場実践と研究を続け、期待される役割について再考していくことが重要と考える。

7月9日(土) 16:00-17:30

E会場【9号室】

一般演題 1

1-12

青年期における過剰適応のコミュニケーションスキルバランスの観点から 適応の向上を考える

○會田友里佳

東邦大学医療センター佐倉病院

【目的】

近年の健康問題の背景の一つとして過剰適応が上げられる。過剰適応とは、「適応の行き過ぎた状態、うまく適応できない状態を表す不適応、適応の異常」であり、「外的適応が過剰なために内的適応が困難に陥っている状態」(桑山,2003)のことである。この傾向はうつ病や転換性障害をはじめとした精神疾患、心身症との関連性も指摘されている。本研究では過剰適応の不適応を生じさせる「自己抑制」の背景に、CSのバランスの悪さが存在すると考え、検討を行った。本研究では、過剰適応傾向の高い者のCSスキルバランスの特徴、適応とのつながりを探ることで「適応を下げず、かつ外的適応がもつ適応的防衛をなくさずに済む」心身の健康問題の解決の糸口を探り、上記のような精神疾患等の予防を検討することを目的とした。

【方法】

大学生および高校生の計337名を対象とし、青年期過剰適応尺度・ENDCOREs・GHQ-12を用いた質問紙調査を実施した。配布時に調査への協力は強制ではないことを伝えるなど、調査の際には倫理的に十分配慮した。

【結果】

研究協力者を過剰適応群、適応群、適応諦め群、非過剰適応群に分類し、比較検討を行った結果、他の群に比べ過剰適応群は「表現力」と「自己主張」のスキルが有意に弱いこと、またスキルに偏りが存在することが明らかとなった。また健康度は適応諦め群>適応群>非過剰適応群>過剰適応群の順で、最も過剰適応群の健康状態が悪いことが明らかとなった。さらに過剰適応群の中でも健康状態の良い者は、CSのバランスが比較的保たれていることが明らかとなった。

【考察】

過剰適応傾向の強い者は他の特徴を持つ者よりも表現力および自己主張スキルが弱いことから、自己抑制を過剰に行う理由の一つとして、言いたいことを相手に十分伝えるだけの表現力や自己主張スキルが足りないということが考えられる。

以上より、過剰適応の傾向を有する者の適応を向上させるためには、表現力および自己主張スキルを向上させるためのコミュニケーショントレーニングが必要であると考察した。あるいは過剰適応には外的適応というポジティブな側面もあるため、過剰適応をあえて残したまま心身の健康を維持するためには、バランスの良いCSが必要となる。そのため低いスキルを他のスキルで補えるような、全体的なスキルの向上を可能にするCSトレーニングが必要であると考察する。

一般演題 1

1-13

言語の流暢さが精神医療機関への経路と転帰に及ぼす影響

The Impact of Language Fluency level on Patients' Pathway and Clinical Outcome of the Japanese Psychiatric Service

○湯浅紋¹⁾ 阿部裕²⁾

1) 明治学院大学大学院心理学研究科博士後期課程 2) 明治学院大学心理学部

キーワード：多文化, 多言語, 精神医療

【目的】厚生労働省の2014年の調査では200万人以上の在留外国人が認められているにもかかわらず、多言語サービスを提供する医療機関は珍しく、ヨーロッパの現状と比較するとかなり不足している状態であると言わざるを得ない。

そのような背景の中、言語の流暢さは患者の経路、すなわち利用可能な精神医療サービスへたどり着く道のりや、転帰、すなわち彼らの治療の顛末に影響を与えていることが予想される。

本研究では言語的に制限のある患者の来院経路と医療転帰が、日本語を母語とする日本人患者のそれらと比較してどのような傾向があるか、多言語での診療を提供する精神科クリニックにおける現状を調査、分析を行った。本研究は外国人患者がどのような特徴を持ちうるかについて明らかにすることを目的とし、日本の精神医療が提供し得る日本語を母語としない患者を対象にした言語サービスの改善につながることを目指す。

【方法】東京都にある精神科クリニックを平成18年から平成27年に訪れた900名の日本人患者と902名の日本語が母語ではない患者を対象に採取されたレトロスペクティブな研究データを用い、量的に分析を行った。

【結果】日本人患者群と日本語が母語でない患者群の経路に、知人からの紹介とインターネットでの検索を共通点として分析し、日本人患者群に見られる飛び込みでの医療機関受診や会社からの紹介が、日本語が母語でない患者群には見られず、彼らの母語や日本語よりも理解の可能な言語での情報源からの紹介を頼りにする傾向が明らかとなった。日本語が母語でない患者群の日本語能力のレベルとその転帰は一見関連性が見られなかったが、日本語の能力が全くない群を取り除くことにより、そのレベルと転帰のパターンに強い相関関係が見られた。

【考察】両患者群の間には一定の共通性が見られるものの、日本人患者群がその経路情報源を幅広く持つことに比較して、日本語が母語でない患者群は「彼らの母語、もしくは理解が日本語よりも容易な言語」で医療情報を提供するという限定的な情報源を頼りにしていることが推察された。さらに日本語が母語でない患者群のなかでも、その日本語能力のレベルによって彼らが取る行動には一定のパターンが見られ、個々が自覚する日本語能力が低いほど、母語や日本語よりもより理解が可能な言語を用いての情報源に頼らざるを得ない現状が考察された。

抄録

市民公開講座

精神科医をどう選ぶか

宮岡等

北里大学医学部精神科学

精神科や心療内科にかかっている患者さんやご家族から「医師が話を聞いてくれない」、「薬が合っていないのではないか」、「具合が悪いと話すとそのたびに薬が増える」などと相談される場面が増えました。この講演では「精神科医をどう選ぶか」として、以下のような流れで、いくつかの指標をあげてみたいと思います。

I. 受診する前

- 1) ホームページやマスメディアの情報の考え方
- 2) 医師や友人からの情報

II. はじめて受診した時

- 1) 面接内容と面接の状況
- 2) 呈示された治療方法や副作用、転帰に関する説明

III. 治療を続けている時

- 1) 症状が悪くなった時の医師の対応
- 2) 薬の内容と種類、量
- 3) 調剤薬局薬剤師の活用

(参考書籍)

- 1) 宮岡等 (2014). うつ病医療の危機. 日本評論社
- 2) 宮岡等 (2014). ころを診る技術. 医学書院

7月10日（日）16:30—18:00

A会場【講堂】

市民公開講座

大人の発達障害をどう支援するか

井上勝夫

北里大学医学部精神科学・地域児童精神科医療学

子どもの精神科のみで対応されることが多かった発達障害が、今や大人の精神医療にも広がっています。そのメリットは少なくないのですが、活発な啓発活動とともに、情報がやや粗雑になっているようにも感じられます。このような中、大人の発達障害の支援を述べる前に確認しておくべきことがあります。それは、発達障害についての正確な理解、そして、支援の時の基本的な考え方です。この市民講座では、まず大人の発達障害についての正確な知識と支援の際の基本的な考え方を説明致します。つぎに、演者が普段の診療の中で実施している工夫、そして実感している課題をお話し致します。さいごに、Q & A をいくつかあげたいと思います。

はっきり言えば、精神科医は、なるべく「発達障害」という言葉を使わない方がよいと演者は考えています。臨床でいう発達障害には、知的障害（MR）、学習障害（LD）、注意欠陥多動性障害（ADHD）、そして自閉スペクトラム症（ASD）などが含まれています。これらの障害は、たしかに併存が少なくないのですが、かといって全てを「発達障害」でくくるのはいかにも大雑把です。問題の本質が見えにくくなるのです。MRでは、相当する精神年齢の評価が大切です。LDでは、障害領域とその重症度の把握が重要です。ADHDでは、認可された対症療法としての薬がありますので、正確な診断と薬の適応の判断が医師に求められます。ASDは、アスペルガー症候群を含め、広汎性発達障害などと呼ばれた時期もあり、病名そのものが短期間で変更されています。これは、疾患概念に流動的な部分が多いことを示していると考えられます。

支援の基本的考え方として、工夫の余地を常に本人と環境調整の両方に探ることを、演者は念頭に置いています。発達障害は、問題の責任の所在を「障害」に押し込めて安心するための言葉ではありません。そうではなくて、今その人や周囲の人が困っている事柄を解決する手がかりを得るための言葉です。MRやADHDやASDなどの専門用語から、実行できる具体的な工夫を見出すことや、これから努力がより効果的なものになるための糸口を探ることに意味があるのです。そうならなければ、診断そのものが無意味なわけです。おそらく、工夫を探る中で再確認されるのは、「適材適所」と「ユニバーサルデザイン」の発想だと思います。

Q&Aでは、「発達障害は治りますか?」「発達障害と個性はどう違いますか?」などを取り上げます。

第 16 回日本外来精神医療学会
プログラム・抄録集

発行日 2016 年 6 月 30 日

発行 第 16 回日本外来精神医療学会 大会事務局
〒252-0380 神奈川県相模原市南区麻溝台 2-1-1
北里大学医学部精神科学内
TEL042-748-9111 FAX042-765-3570
<http://www.jaaps.jp/16th/>

印刷 有限会社エム・シー・ミューズ
〒113-0033 東京都文京区本郷 2-17-13