

第30回日本社会精神医学会

成長と成熟、共生する社会

プログラム・抄録集

会期

2011年3月4日金・5日出

会場

奈良県文化会館

会長

岸本 年史

奈良県立医科大学精神医学講座

ごあいさつ

第30回日本社会精神医学会

会長 岸本 年史

(奈良県立医科大学精神医学講座 教授)

日本社会精神医学会は、今年で設立30周年という記念すべき年を迎えます。今年度は「成長と成熟、共生する社会」をテーマにかかげ、奈良県文化会館にて開催させていただく運びとなりました。

記念講演は、井上新平理事長に「ますます重要性を増す社会精神医学の役割：学会30周年に寄せて」と題してお話しいたします。特別講演は多川俊映興福寺貫首にお願いしました。テーマは「現代社会とこころの病」です。興福寺は和銅3年(710年)藤原不比等が厩坂寺を平城京左京の現在地に移転したのが実質的な創建年とされており、創建1300年の歴史を有しています。古の都とともに歩んできた名刹の貫首から現代社会についてお話しいただけるのも奈良ならではのと考えております。

本大会では市民公開講座「認知症を介護する家族のメンタルヘルスー自殺の予防ー」を企画しました。介護家族において深刻な影を落とす介護負担の問題を自殺予防の観点から取り上げることで、共生する社会の実現に向けて市民の皆様と考えてまいりたいと思います。

シンポジウムでは地域・多職種連携をキーワードに「児童精神科医療における教育と福祉との連携」「医療機関における気分障害のリワーク」「キャンパスメンタルヘルスの現代的課題と将来的展望」「総合病院精神科とコミュニティ精神医療」「薬物依存と現代社会ー医療モデルの必要性ー」「医療観察法」「多文化社会とマイノリティー難民・移住者の適応とメンタルヘルスー」「精神科病院における禁煙対策」の8つのテーマを設けさせていただきました。最前線でご活躍のシンポジストの先生方に最新の知見をご紹介いただき、活発な議論が繰り広げられることが期待されます。

教育講演では今日的なトピックとして「遺伝と環境」「ICD - 11, DSM - V」「働くことをどう支援するか」「発達障害」「精神疾患と早期介入」「チーム医療 現状と課題」の6つのテーマを取り上げました。一般演題も100題を超えるご応募をいただきました。医師、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理士、地域精神保健従事者等、様々な職種の皆様から多岐にわたるテーマのご応募をいただいております。地域・職種・専門領域の枠を超えた活発な議論を通じて、本会が会員諸氏の研鑽と交流の場となることを願っています。

最後に、会期は東大寺二月堂にて天平勝宝4年(752年)より行われている「お水取り」の時期でもあり、古の息吹に触れていただく絶好の機会です。また懇親会では天理大学雅楽部の演奏もごぞいます。1300年の歴史を有する古の都で皆様のご参加を心よりお待ちしております。

第30回日本社会精神医学会組織委員会

会 長 岸本 年史

奈良県立医科大学精神医学講座 教授

事務局長 池下 克実

奈良県立医科大学精神医学講座 助教

プログラム委員

飯田 順三 奈良県立医科大学看護学科人間発達学

池淵 恵美 帝京大学医学部精神科

伊藤 弘人 国立精神神経医療研究センター

井上雄一郎 三重県立こころの健康センター

紙野 晃人 国立病院機構松籟荘病院

北村 栄一 奈良県精神神経科診療所協会

定松 美幸 奈良県立医科大学精神医学講座

澤 温 医療法人 北斗会 さわ病院

田伏 薫 浅香山病院

苗村 敏 天理よろづ相談所病院

原田 雅典 三重県立こころの医療センター

平井 基陽 奈良県精神科病院協会

本多 義治 七山病院

水野 雅文 東邦大学医学部精神神経医学講座

森川 将行 堺市こころの健康センター

山本 訓也 復光会 垂水病院

(五十音順、敬称略)

お知らせ

倫理性への配慮について

発表および学会掲載用原稿において、世界医師会によるヘルシンキ宣言(その改訂版を含む)および日本精神神経学会の「臨床における倫理綱領」(1997年5月30日、精神神経学雑誌; 99、525-531、1997)などに記載された倫理規約に則し、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ことを明示してください。

学会誌掲載用原稿の提出について

一般演題(口演・ポスター発表)登録時の抄録原稿を、学会誌掲載用として、日本社会精神医学会雑誌編集部に提出しております。演題登録時の抄録原稿を更新したい場合は、演題番号、タイトル、お名前、ご所属を明記したデータを、日本社会精神医学会雑誌編集事務局(真興社内 jbsp.edit@shinkousha.co.jp)宛てメールにて送付してください。

締め切り: 2011年4月10日必着 原稿量: 800字以内

1. 参加者の皆様へ

- 1) 今大会の参加受付は、すべて当日申込みとなります。

参加費: 会 員 10,000円

非会員(医師) 10,000円(プログラム・抄録集代含まず)

非会員(非医師、学生) 5,000円(プログラム・抄録集代含まず)

懇親会費: 5,000円

場 所: 奈良県文化会館1F 国際ホール ホワイエ

受付時間: 平成23年3月4日(金) 午前8時30分開始、午後6時終了

平成23年3月5日(土) 午前8時30分開始、正午終了

受付場所: 奈良県文化会館1F エントランスホール

- 2) 会期中は、受付時にお渡しいたします参加証名札をご着用ください。

- 3) 会員の方はプログラム・抄録集をお持ちください。追加購入をご希望の方には、総合案内にて一部1,000円で販売します。

- 4) 入会手続き・会費納入

日本社会精神医学会への入会を希望される方の入会手続きおよび、学会会費納入等の事務手続きは、総合受付付近の学会本部受付にて行いますのでご利用ください。

年会費は10,000円です。

詳細につきましてはWEBページ <http://www.jssp.info/nyukai/index.html> をご覧ください。

〈お問合せ先〉

日本社会精神医学会事務局

〒150-0033 東京都渋谷区猿楽町19番2号 株式会社真興社3階

TEL: 03-3462-1184 FAX: 03-3462-1185

2. 一般演題口演発表者の方へ

- 1) 演者は発表20分前までに次演者席におつきください。
スライドの枚数についての制限はありません。
- 2) プレゼンテーションはPCに限ります。スライド、OHPは使用できません。

<データ作成要領>

アプリケーションは、Microsoft 社 PowerPoint 日本語版2003, 2007をご使用ください。

学会事務局で用意しますPCのOSは、Windows 7、Windows-XPです。

フォントはOS標準のもののみご使用ください。

日本語：MSゴシック、MSPゴシック、MS明朝、MSP明朝

英語：Century, Century Gothic, Times New Roman, Arial, Courier

画面の解像度は、XGA(1024×768)でお願いします。

発表データは、CD-RもしくはUSBメモリースティックのいずれかで保存したものをお持ちください。必ずバックアップの予備のメモリースティックをお持ちください。

発表データをMacintoshで作成された方は、ご自身のコンピューターを持参ください。接続はMiniD-Sub15ピンのコネクターになりますので、パソコンの外部モニター出力端子の形状を必ず確認し、必要な場合は付属の接続端子をご持参ください。

- 3) プレゼンテーションの受付は、午前8時30分より、PCセンター(第2会議室)にて開始します。発表予定時間の一時間前までに受付をお済ませください。ただし、朝一番のご発表の方は、受付開始後お早めに、または前日に受付をお済ませください。
- 4) 発表時間は口演8分、質疑応答4分の計12分でお願いします。
- 5) 口演の進行は卓上のランプでお知らせいたします。
「講演中」 → 緑ランプ表示
「発表終了1分前」 → 黄色ランプ表示
「終了」 → 赤ランプ表示
- 6) 発表当日は、演台上に設置されておりますモニターとマウス・キーボードにてご自身で操作していただきます。

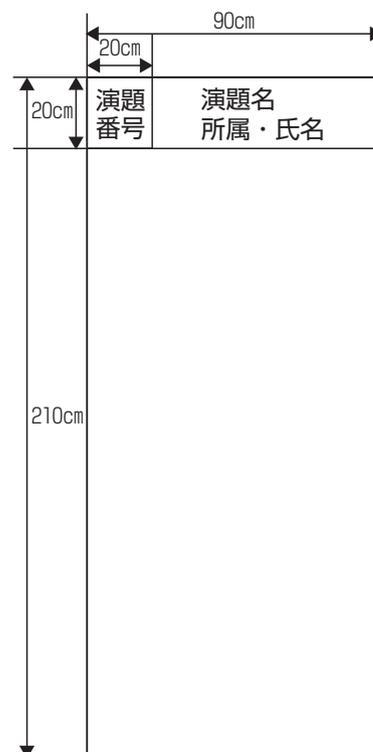
3. 特別講演、理事長講演、教育講演、シンポジウム、市民公開講座の講師の方へ

- 1) 一般演題口演と同様、プレゼンテーションはPCのみです。スライド、OHPの用意はありません。データ作成要領も一般演題口演に準じます。
- 2) 発表時間は別途ご案内いたします。

4. 一般演題ポスター発表者の方へ

- 1) ポスター受付・貼付は、3月4日(金) 8:45~10:00までをお願いします。
- 2) ポスターディスカッションは、3月4日(金) 16:50~17:50です。発表者の方は、16:45までにご自分のポスター前にて待機してください。
- 3) ポスターは、3月5日(土) 12時まで各自撤去してください。指定の時間以降に放置されたポスターは、事務局にて処分いたします。

- 4) ポスターパネルの大きさは、縦210cm×横90cmです。このうち上部20cmには、演題・所属・氏名を大きく記載し、発表者の氏名の前には○印をつけてください。本文は縦190cm×横90cmに収まるようにしてください。演題番号、画鋏は事務局でご用意いたします。
- 5) ポスターには、研究目的・方法・結論が明確に分かるよう記載してください。また、2～3メートル離れた距離からでも十分読めるように大きな字で記載してください。



5. 表彰

本学会において発表された一般演題の中から、40歳未満の発表者によりすぐれた発表を行った会員個人に対して、学会の理事による投票により第30回日本社会精神医学会優秀発表賞を選定し、表彰いたします。一般演題の発表をされた方は、3月5日(土)12時からの優秀発表賞表彰式にご参加ください。

6. 単位認定

本総会参加者は、日本精神神経学会専門医更新単位C群に認定されております。(※日本精神神経学会の専門医ポイントカードの提示が必要です。)

7. 理事会

3月4日(金)8:15より、2F 特別集会室にて行います。理事の方はご出席ください。

8. 総会

3月4日(金)13:30より日本社会精神医学会総会をA会場(小ホール)で行います。会員の方はご出席ください。

9. 懇親会

3月4日(金)19:15より国際ホールホワイエ(奈良県文化会館)で行います。お申込みは会場受付にてお願いいたします。(懇親会費:5,000円)

10. 社会精神医学研究ワークショップ(事前登録制です)

— 臨床疑問をブラッシュアップし、研究デザインを考える —

主 催：日本社会精神医学会学術委員会

日 時：2011年3月3日(木) 14:00～18:45

会 場：国際奈良学セミナーハウス(奈良市登大路町63)

参加費：7,000円(懇親会費は含みません)

プログラム：

13：00～ 受付

14：00～ Part1：「エキスパート体験記」

井上 新平(高知大学)、伊藤 弘人(国立精神・神経医療研究センター)

Part2：「研究デザインとサーチクエスションの定式化」

古川 壽亮(京都大学)

Part3：「グループワークによる研究デザインの策定」

古川壽亮、ファシリテーター

11. イブニングセミナー

第11回奈良不安・抑うつの臨床研究会のご案内

日時：2011年3月3日(木) 18：30～20：00

会場：奈良ホテル 大和の間

奈良市高畑町1096 TEL：0742-26-3300

特別講演：「現代社会とうつ病臨床」

内海 健(東京藝術大学 保健管理センター)

共催：奈良不安・抑うつの臨床研究会

第30回日本社会精神医学会

奈良県医師会精神神経科部会

グラクソ・スミスクライン株式会社

12. 市民公開講座のご案内

日時：2011年3月5日(土) 14：00～16：00

会場：奈良県文化会館 国際ホール

テーマ：認知症を介護する家族のメンタルヘルス ―自殺の予防―

来賓挨拶：荒井 正吾(奈良県 知事)

平井 基陽(奈良県精神科病院協会 会長)

主催者挨拶：岸本 年史(奈良県立医科大学精神医学講座 教授)

講師：伊藤 智章(朝日新聞名古屋本社 論説委員)

高見 国生(認知症の人と家族の会 代表理事)

朝田 隆(筑波大学臨床医学系精神医学 教授)

第31回日本社会精神医学会開催のお知らせ

大 会 長：竹島 正（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

会 期：2012年3月15日（木）・16日（金）

会 場：学術総合センター
〒101-8430 東京都千代田区一ツ橋2-1-2

大会テーマ：かえる・かわる —メンタルヘルスプロモーションと精神保健医療改革（仮）—

会場ご案内

奈良県文化会館 〒630-8213 奈良市登大路町6-2 TEL:0742-23-8921

会場へのアクセス

- 近鉄奈良駅から 1番出口を出てそのまま東へ徒歩約5分(奈良県庁の手前、西隣です)
- JR奈良駅から 市内循環バスに乗車「県庁前」下車 徒歩約2分

2011年3月3日(木) 社会精神医学研究ワークショップ会場

国際奈良学セミナーハウス 〒630-8213 奈良市登大路町63番地 TEL:0742-23-5821

会場へのアクセス

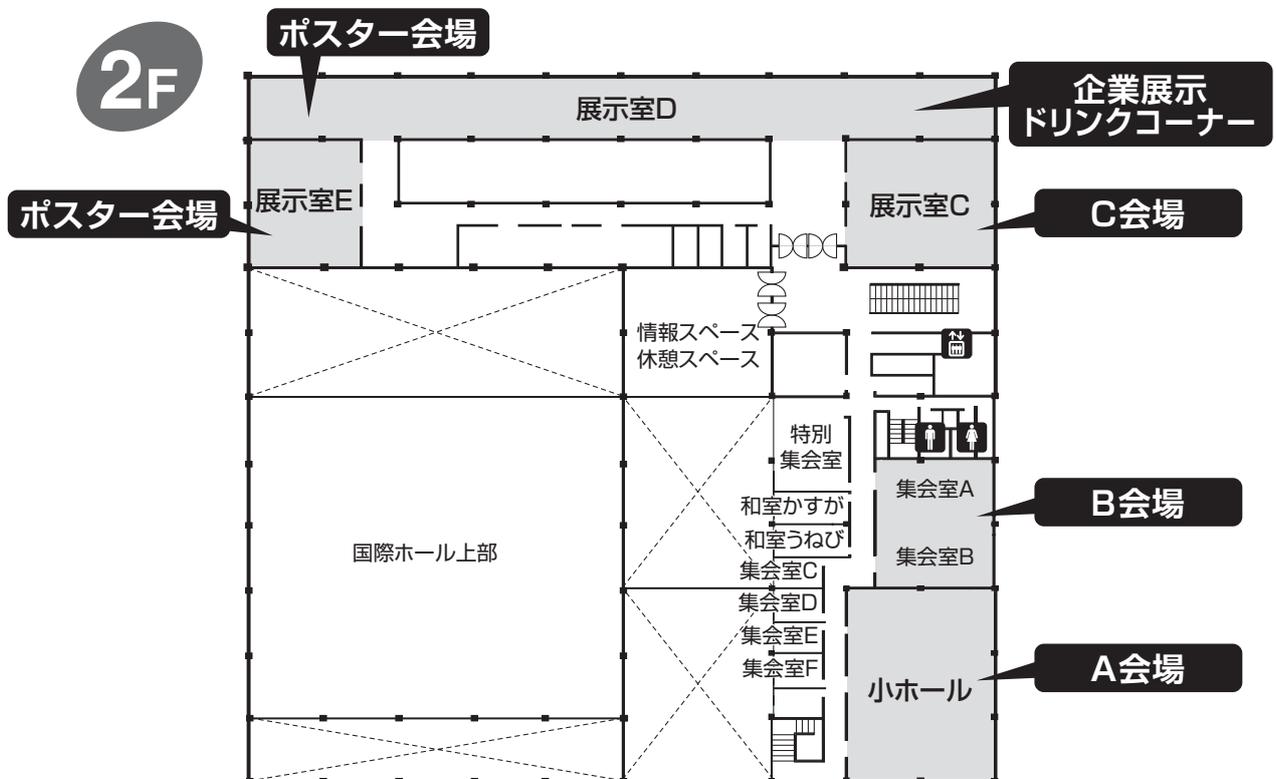
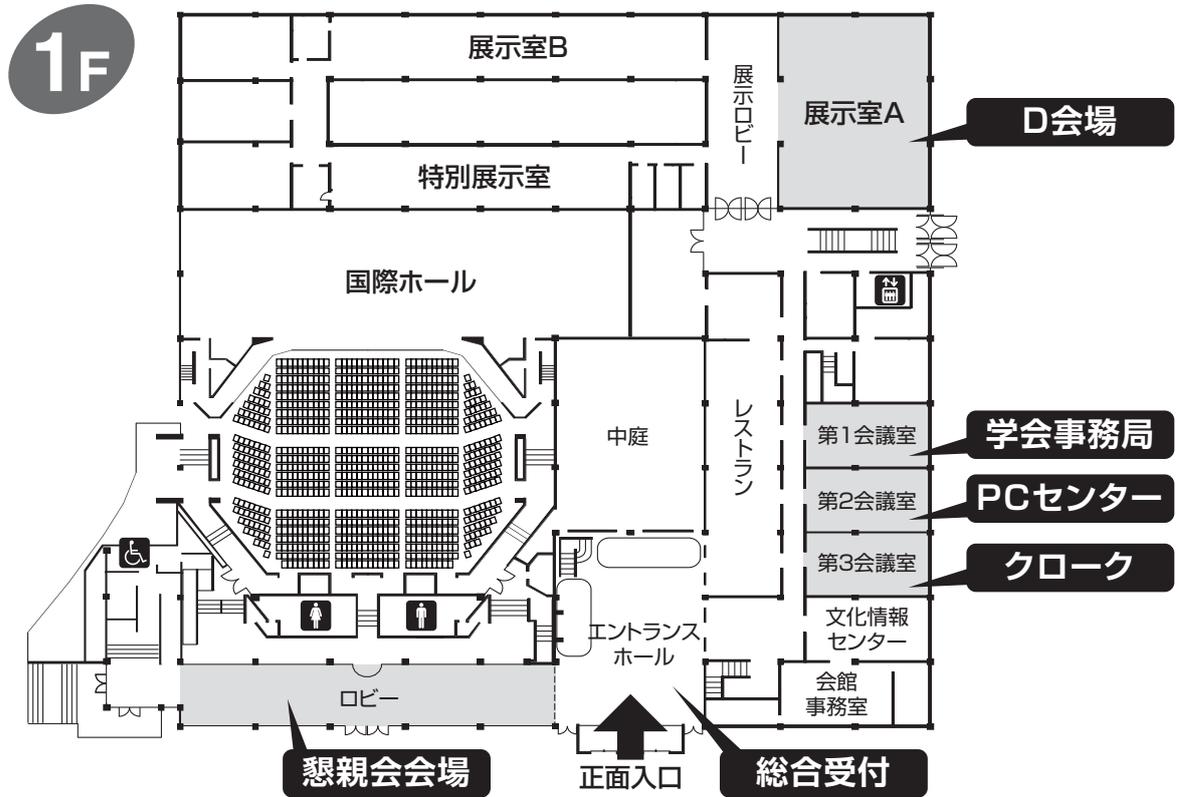
- 近鉄奈良駅から 1番出口を出てそのまま東へ徒歩約10分(奈良県庁の東隣です)
- JR奈良駅から 市内循環バスに乗車「県庁東」下車、目の前

※車でのご来場はお断りいたしております。公共交通機関をご利用ください。

会場周辺のご案内



会場案内図



1 目

3月4日 金

A 会場 小ホール		B 会場 集会室 A+B	
8:30			
9:00	開会式 8:55~9:00		
10:00	シンポジウム I 9:00~10:30 精神科病院における禁煙対策 座長：岸本 年史 奈良県立医科大学	シンポジウム II 9:00~10:30 児童精神科医療における教育と福祉との連携 座長：飯田 順三 奈良県立医科大学	
11:00	シンポジウム III 10:40~12:10 医療機関における気分障害のリワーク 座長：五十嵐良雄 メディカルケア虎ノ門病院	シンポジウム IV 10:40~12:10 キャンパスメンタルヘルスの現代的課題と将来的展望 座長：影山 任佐 東京工業大学保健管理センター	
12:00			
13:00	ランチョンセミナー 1 12:20~13:20 在宅における認知症BPSD診療支援の課題 講師：木之下 徹 座長：切池 信夫 こだまクリニック 大阪市立大学	ランチョンセミナー 2 12:20~13:20 日本における心理教育：わかりやすい理論と臨床場面での実践方法 講師：下寺 信次 座長：水野 雅文 高知大学 東邦大学	
14:00	総会 13:30~14:00		
15:00	理事長講演 14:00~14:45 ますます重要性を増す社会精神医学の役割： 学会30周年に寄せて	講師：井上 新平 日本社会精神医学会理事長 座長：岸本 年史 奈良県立医科大学	
16:00	大会長講演 14:50~15:35 統合失調症 ―過去・現在・未来―	講師：岸本 年史 奈良県立医科大学 座長：竹島 正 国立精神・神経医療センター	
17:00	特別講演 15:40~16:40 現代社会とこころの病 講師：多川 俊映 座長：岸本 年史 興福寺貴首 奈良県立医科大学		
18:00	教育講演 I 16:50~17:50 双生児研究と心の遺伝 講師：安藤 寿康 座長：加藤 敏 慶応義塾大学 自治医科大学	シンポジウム V 16:50~18:20 総合病院精神科とコミュニティ精神医療 座長：野口 正行 岡山県精神保健福祉センター	
19:00	教育講演 III 18:00~19:00 働くことをどう支援するか ―障害をもつ人もともに働ける社会へ 講師：池淵 恵美 座長：宮岡 等 帝京大学 北里大学		
	懇親会（国際ホール ロビー）		19:15~20:45

C 会場	D 会場	ポスター会場
展示室 C	展示室 A	展示室 D&E
		8:30
<p>一般演題 9:00～10:00</p> <p>地域精神医療・介護1 I-C-1～5 座長：伊藤 弘人 国立精神神経医療研究センター</p>	<p>一般演題 9:00～10:00</p> <p>社会復帰・リハビリテーション1 I-D-1～5 座長：安西 信雄 国立精神・神経医療研究センター病院</p>	<p>8:45～10:00 ポスター貼付</p>
<p>一般演題 10:00～10:48</p> <p>地域精神医療・介護2 I-C-6～9 座長：萱間 真美 聖路加看護大学</p>	<p>一般演題 10:00～11:00</p> <p>社会復帰・リハビリテーション2 I-D-6～10 座長：根本 隆洋 東邦大学</p>	
<p>一般演題 10:48～12:00</p> <p>早期介入 I-C-10～15 座長：澤 温 医療法人北斗会さわ病院</p>	<p>一般演題 11:00～12:00</p> <p>統合失調症 I-D-11～15 座長：下寺 信次 高知大学</p>	
<p>ランチョンセミナー 3 12:20～13:20</p> <p>自殺予防、うつ病治療、そして精神科医の役割 講師：張 賢徳 座長：苗村 敏 帝京大学溝口病院 天理よろづ相談所病院</p>		
		<p>10:00～16:50 ポスター掲示</p>
<p>シンポジウム VI 16:50～18:20</p> <p>薬物依存と現代社会 —医療モデルの必要性— 座長：和田 清 国立精神・神経医療研究センター 松本 俊彦 国立精神・神経医療研究センター</p>	<p>教育講演 II 16:50～17:50</p> <p>ICD-11、DSM-5作成の動向 講師：飯森真喜雄 座長：堀口 淳 東京医科大学 島根大学</p>	<p>16:50～17:50 P1～43 ディスカッション</p>
		18:00
		19:00

2
日目

3月5日 土

ご案内

	A 会場 小ホール	B 会場 集会室 A+B
8:30		
9:00	シンポジウム VII 8:45～10:15 医療観察法における課題 座長：紙野 晃人 国立病院機構松籟荘病院	教育講演 IV 8:45～9:45 社会精神医学からみた発達障害 講師：根来 秀樹 座長：米田 博 奈良教育大学 大阪医科大学
10:00		教育講演 V 9:50～10:50 精神疾患と早期介入 講師：水野 雅文 座長：酒井 明夫 東邦大学 岩手医科大学
11:00	シンポジウム VIII 10:20～11:50 多文化社会とマイノリティ — 難民・移住者の適応とメンタルヘルス — 座長：張 賢徳 帝京大学溝口病院 阿部 裕 四谷ゆいクリニック	教育講演 VI 11:00～12:00 チーム・アプローチ 現状と課題 講師：西尾 雅明 座長：平井 基陽 東北福祉大学 奈良県精神科病院協会
12:00	表彰式・閉会式 12:00～12:20	
13:00	ランチョンセミナー 4 12:30～13:30 スポーツをとおして精神科医療を考える ～地域チーム医療を目指して～ 講師：岡村 武彦 座長：原田 雅典 新阿武山病院 三重県立こころの医療センター	ランチョンセミナー 5 12:30～13:30 どうしてですか？うつ病の薬物療法 — 双極性障害も含めて — 講師：前久保邦昭 座長：森川 将行 前久保クリニック 堺市こころの健康センター
14:00		
15:00		
16:00		

C 会場	D 会場	国際ホール	ポスター会場
展示室 C	展示室 A		展示室 D&E
			8:30
一般演題 8:45～9:57	一般演題 8:45～9:45		9:00
物質依存 II-C-1～6 座長：井上雄一郎 三重県立こころの健康センター	気分障害 II-D-1～5 座長：木下 利彦 関西医科大学		
一般演題 9:57～10:33	一般演題 9:45～10:45		10:00
リエゾン・総合病院精神科 II-C-7～9 座長：定松 美幸 奈良県立医科大学	自殺1 II-D-6～10 座長：高橋 祥友 防衛医科大学校		ポスター掲示
一般演題 10:33～11:45	一般演題 10:45～11:33		11:00
児童・思春期、発達障害 II-C-10～15 座長：阿部 隆明 自治医科大学とちぎ子ども医療センター	自殺2 II-D-11～14 座長：島本 卓也 奈良県立医科大学		ポスター撤去
			12:00
ランチョンセミナー 6 12:30～13:30			
プロジェクト手法による地域精神医療の再構築に挑戦する -多職種チームによる計画的ダウンサイジングとアウトリーチシフト-	講師：渡邊 博幸 旭中央病院 座長：紙野 晃人 国立病院機構松籟荘病院		13:00
		14:00～16:00 市民公開講座	14:00
		認知症を介護する家族のメンタルヘルス -自殺の予防-	15:00
	講師：伊藤 智章 朝日新聞 高見 国生 認知症の人と家族の会 朝田 隆 筑波大学		
			16:00

指定演題プログラム

特別講演 3月4日(金) 15:40～16:40

A 会場(小ホール)

座長：岸本 年史(奈良県立医科大学 精神医学講座)

現代社会とこころの病

多川 俊映 興福寺貴首

理事長講演 3月4日(金) 14:00～14:45

A 会場(小ホール)

座長：岸本 年史(奈良県立医科大学 精神医学講座)

ますます重要性を増す社会精神医学の役割：学会30周年に寄せて

井上 新平 日本社会精神医学会理事長／高知大学医学部 神経精神科学教室

大会長講演 3月4日(金) 14:50～15:35

A 会場(小ホール)

座長：竹島 正(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部／自殺予防対策センター)

統合失調症 一過去・現在・未来一

岸本 年史 奈良県立医科大学 精神医学講座

教育講演Ⅰ 3月4日(金) 16:50～17:50

A 会場(小ホール)

座長：加藤 敏(自治医科大学 精神医学教室)

双生児研究と心の遺伝

安藤 寿康 慶應義塾大学文学部 慶應義塾ふたご行動発達研究センター

教育講演Ⅱ 3月4日(金) 16:50～17:50

D 会場(展示室A)

座長：堀口 淳(島根大学医学部 精神医学講座)

ICD-11、DSM-5作成の動向

飯森眞喜雄 東京医科大学 精神医学講座

教育講演Ⅲ 3月4日(金) 18:00～19:00

A 会場(小ホール)

座長：宮岡 等(北里大学医学部 精神科学)

働くことをどう支援するか 一障害をもつ人もともに働ける社会へ

池淵 恵美 帝京大学医学部 精神神経科学教室

教育講演Ⅳ 3月5日(土) 8:45~9:45

B会場(集会室A+B)

座長：米田 博(大阪医科大学 神経精神医学教室)

社会精神医学からみた発達障害

根来 秀樹 奈良教育大学教育学部 障害児医学分野

教育講演Ⅴ 3月5日(土) 9:50~10:50

B会場(集会室A+B)

座長：酒井 明夫(岩手医科大学 神経精神科)

精神疾患と早期介入

水野 雅文 東邦大学医学部 精神神経医学講座

教育講演Ⅵ 3月5日(土) 11:00~12:00

B会場(集会室A+B)

座長：平井 基陽(奈良県精神科病院協会)

チーム・アプローチ 現状と課題

西尾 雅明 東北福祉大学総合福祉学部 社会福祉学科

シンポジウムⅠ 3月4日(金) 9:00~10:30

A会場(小ホール)

[精神科病院における禁煙対策]

座長：岸本 年史(奈良県立医科大学 精神医学講座)

SI-1 統合失調症と喫煙

○橋本 和典
奈良県立医科大学 精神医学講座

SI-2 ニコチンと統合失調症の遺伝学的な側面

○谷垣 健二
滋賀県立成人病センター

SI-3 精神科病院における禁煙対策

○高橋 裕子
奈良女子大学

SI-4 海外の精神科病院における禁煙対策

○本間 玲子
Department of Psychiatry, University of California, San Francisco Clinical Psychology, USA

指 定 演 題 抄 録

特 別 講 演

理 事 長 講 演

大 会 長 講 演

教 育 講 演 I～VI

シ ン ポ ジ ウ ム I～VIII

現代社会とところの病

多川 俊映

興福寺貫首

現代は、生きる意味が曖昧になっている時代だといわれる。一方、生きること(生)を上まわる価値を私たちは見い出していない。死んだら終わり、生きてこそ、である。一見そういう不思議な世相を、私たち自身が作り出している。そして、そんな不安定な状況では誰もが、ところを病み得る。

私たちは、生きることに懸命である。当たり前といえば当り前のハナシだが、私たちが生にのみ価値を見い出すほどに、なぜか生きる意味がそれだけ曖昧模糊としたものになっていく。——しかし、ここに、生きる意味を明確にし、生きる感覚を鋭敏にする手がかりもあるのではないかと思う。

私たちはとにかく、生きることにしか価値を見い出さない。死んだら終わりだもんね、である。たしかに、生きてこそ、なのだけれど、そういう生を否定する死を生きることの中に取り込まなければ、生というものは充実しない。しないどころか、生そのものがむしろ軽薄化していく。現代は、生きる味・生の味が薄味になっている時代だ。それが取り除かれないかぎり、いのちの尊さを声高に言い募るほどに、自他のいのちはいよいよ軽いものになるのではないか。

ところで、私たちが生きる現代社会のテーマの立て方は一体に、ほぼ分別・対立的だ。なにかといえば「物と心」というそれもそうだし、「自然と人間」も「生と死」も、分別して対立させるテーマの立て方である。

「物と心」でいえば、——もう物は十分だ、これからは心だ、心の時代だ、というのだけれど、そんな心なぞどこにあるのだろうか。要は、物を大切にする中に、いうところの心が豊かに育まれるわけで、物と心とを分けて考えている間は、心だ心だと叫んでみたところで、問題は何も解決しない。死を忘れた生、その生に執着する彼方に、ところを病むスガタが見える。

ますます重要性を増す社会精神医学の役割： 学会30周年に寄せて

井上 新平

日本社会精神医学会理事長／高知大学医学部神経精神科学教室

社会精神医学は、社会変化に伴い精神病理的現象がどのように変化するのかに多大な興味を持ってきた。その背景には、まず、何らかの時代的特徴が、精神病理的な現象を増やすのか減らすのかといった巨視的な事象に関心がもたれてきた。時代の直接的影響である。次に、精神病理的現象が形成される上で社会的影響がどの程度関与するのか、逆に言えば生物学的要因がどの程度影響しないのかという点である。このことが明らかになれば、疾患理解が進み治療に資する。また、ある特徴的な時代の要素と個別精神病理的現象との関係を見ることで、それがどのように病像形成的に働くのか、といった関心もあった。いずれにしても、臨床場面で出会う患者・家族は時代の影響を敏感に反映し、時に先取りするといった感想を社会精神医学は共有している。

戦後の日本はいくつかの大きな社会変化を経験し、今も未曾有の変化の渦中にある。例えば、戦後復興期から高度経済成長期にあった18年（1956年～1973年、同時期の平均経済成長率9.1%）、第一次オイルショックを経て一億総中流といわれた安定した経済成長を果たした17年（1974年～1990年、同3.8%）、そしてグローバリズムの波にさらされ、失われた10年（平成不況期）をへてリーマン・ショックに至るまでの18年（1991年～2008年、同1.1%）といった区分である（平川）。この社会経済的な変化が、どのような精神病理的現象に影響したのか、影響したとすれば病像成性的に病像形成的にか、それはどのような機転であったのか。社会精神医学はそのような疑問に答える役割を担っている。

戦後の社会変化は個人と家族関係に甚大な影響を及ぼした。個人では、地域や家族集団からの分離、独立、自己実現の重視であり孤立化でもあった。家族では、伝統的な枠組みの解体であった。本講演では、特に家族に焦点を当て精神疾患や精神病理現象の時代変化を考察する。

統合失調症 — 過去・現在・未来 —

岸本 年史

奈良県立医科大学精神医学講座 教授

2002年、アジアで初めて開催した世界精神医学会横浜大会において日本精神神経学会は「精神分裂病」という病名を「統合失調症」に変更した。Schizophrenia (schizo: 分裂、phrenia: 精神) という病名を、それまでの日本のように母国語に訳して使用している国は少なくなく、中国・韓国・台湾では、日本語の病名「精神分裂病」が今でも使われており、変更したのは日本だけである。この病名変更は精神障害(者)への正しい知識の普及啓発活動を推進し、ノーマライゼーションに向けた医療と福祉の連携にも役立っているといわれる。しかしながら、名称を変えることは患者や家族自身の中にある内なるスティグマの解消には役だったかもしれないが、社会のスティグマの解消には程遠いのが実情であると言えよう。精神障害へのスティグマの解消には医療を福祉の合体による強力なリハビリテーションの推進が必要である。

1996年にわが国に登場したリスペリドンから2009年のクロザピンの導入により、抗精神病薬の多剤大量投与から単剤治療に変化し、鎮静を目的とした治療から症状のコントロールに薬物治療の方向性が変化した。同時に社会復帰に向けた取り組みを現実的に進めることができるようになり、SST (social skill training: 生活技能訓練) ACT (assertive community care: 包括的地域生活支援) が行われるようになってきている。このように有効な治療手段が登場したことにより、ようやく統合失調症への早期介入・予防が試みられつつある。しかし社会のスティグマが解消されていない現状ではそれを助長しないように十分注意深く行われる必要がある。

○安藤 寿康

慶應義塾大学文学部 慶應義塾ふたご行動発達研究センター

精神疾患や発達障害に要因が関与していることは周知のことであるが、原因遺伝子の特定は必ずしも順調に進んでいるとはいえない。その理由として、以下の4点を考えたい。

① 疾患がディメンション性をもっていること

うつ、ADHD、自閉症スペクトラム症候群、ディスレクシアなどの精神疾患や発達障害は、正常と病理・障害との間に明確な境目を考えにくいディメンション(次元)性があり、それは正常な形質をつかさどる遺伝子群の極端な組み合わせである可能性がある。

② 多数の遺伝子の関わるポリジーン性を持っていること

単一の遺伝子が表現型分散を説明できる割合がきわめて少ない。

③ 遺伝子が非相加的に関わっていること

複数の遺伝子間の交互作用効果があり、遺伝子の効果は相加的であるのみならず非相加的でもあって、ある遺伝子の効果は他の遺伝子の効果によって変わる可能性があるため、その遺伝子だけを取り出して、特定の疾患や障害の原因と見なすことがむずかしい。

④ 遺伝と環境の交互作用があること

遺伝的素因があっても、それを発現する特定の環境がなければ顕在化されにくいという遺伝と環境の交互作用があり、遺伝子の効果を特定の環境要因と共に理解されなければならない

双生児研究は、行動遺伝学の手法として、分子遺伝学を補完する理論と方法を提供し、これらの問題に対して実証的な知見をもたらしている。遺伝要因を等しくする一卵性双生児の特定の表現型に関する類似性を、同等の環境下で養育されながら遺伝的には一卵性の半分の類似性しか持たない二卵性双生児の類似性と比較することにより、遺伝要因の関与の有無や程度を推定するのが双生児法の基本である。近年の双生児研究が、高度な統計手法を用い、さらに分子遺伝学の手法も取り込むことによって、上記の点についてもたらした具体的な知見を紹介し、遺伝研究と遺伝をふまえた環境に関する研究の統合の必要性を示し、現場医療とのつながりについても考察したい。

○飯森 眞喜雄

東京医科大学 精神医学講座

現在、ICD-11は2013年を、DSM-5は2012～13年を目標に作成作業が行われており、公表の暁にはさまざまな反響を呼ぶものと思われる。両者は操作的診断法という点では共通しているが、その目的やユーザーは異なるために、いくつかの相違が出てくるのは当然である。本講演では、両者の現時点(2010年12月)における動向を報告するとともに、併せて、その背景にある精神疾患の分類というものの歴史的思想と社会との関わりなどについても述べてみたい。

ICD-11については、診断分類システムの大幅な変更を迫るような科学的エビデンスは不十分との立場から変更点は最小限になる見込みで、clinical utilityの向上に焦点を当てた改訂作業が行われている。しかし、DSM-5との整合性を図るために、一部の疾患については従来とは異なる位置づけが検討されており、WHOにおけるICD-11 advisory groupメンバーにのみそれが内部資料として公開された。これは一般には非公開のものであるが、当日はこれについても紹介してみたい。

DSM-5については、2010年2月9日に、その草案がAPAのウェブ上に公開され、しかも草案に対するパブリックコメントを求めるといった画期的な方法をとったため、大きな注目を集め、精神医学界のみならず社会的にもさまざまな意見や批判などが起っている。本草案では、下される診断すべてに対するディメンショナルなアセスメントの採用やパーソナリティ障害の大幅な変更、psychosis risk syndromeの提案など、従来とは異なる点がいくつも目立つが、最終的にはどのようなようになるかはまだ不明である。当日は、こうした草案の内容とその後の動きについて紹介してみたい。

○池淵 恵美

帝京大学医学部 精神神経科学教室

多くの精神障害を持つ人にとって、「働くこと」は大きな目標である。そのためには、精神障害に伴う様々な日常生活の障害に対して、医療による改善を目指すとともに、社会の中でも支援することが必要になってくる。精神障害者の雇用をめぐるのは、さまざまな制度改革が行われており、以前には考えられなかった大企業でも、雇用の門戸を開くようになってきている。チャンスは確実に増え、特例子会社などの工夫も行われるようになってきている。そうはいっても、当たり前のことながら企業は営利主義・効率主義であるので、その中でどのように、ハンディを持った人が働いて行けるのだろうか。医療・福祉の現場で行われるリハビリテーションによって、障害の一部が改善することは確かだけれども、競争社会の荒波を乗り越えていけるだけの力を果たしてたくわえていけるのだろうか。近年新しい雇用支援の考え方が広がり、「障害の重さにかかわらず、まずは職場を見つけて、その中で仕事の仕方について、企業・障害者双方をともに支援する」やり方

に期待が集まっている。実際にこの考え方に基づいた就労支援方法 (Individual Placement and Support, IPS モデル) によって、米国ではこれまでの職業リハビリテーションと比べて、一般企業への就労率が確実に増加している。この画期的な考え方を就労支援の現場に持ち込もうとすると、まずはマンパワーの点で、次には就労支援技術の面で、そして企業風土の面で壁にぶつかる。専門家の側の「果たしてこの人が働くことができるのだろうか」という現実的な疑問もまた、大きな壁になりうる。就労支援を巡る様々な困難に対し、わたしたちは何ができるかについて、当日は一緒に考えてみたい。その中で演者らが取り組んでいる認知機能リハビリテーションの試みについても紹介したいと考えている。

○根来 秀樹

奈良教育大学教育学部 障害児医学分野

発達障害にはそれぞれの障害に特徴的な中核症状のみならず、周辺症状や多くの併存障害、二次障害が知られており、当然のごとくそれらすべてを薬物療法のみで治療していくのは困難で、環境調整や心理社会的治療を同時に行っていくかなければならない。また中核症状と周辺症状等は全くの別物ではなく実際には深く結びつきあっているため、その意味でも一つの治療・支援のみをおこなっていけば十分であるというわけではない。

しかし、それらを組み合わせでおこなったとしても発達障害を完治させる evidence-based の治療方法は現在のところ存在しない。そうなる発達障害の治療目標をどこに置くのかということが大切な問題になってくる。例えば齋藤は注意欠如・多動性障害 (ADHD) の治療目標について、『決して ADHD の 3 主症状が完全になくなることに置くのではなく、それらの症状の改善に伴い学校や家庭における悪循環や不適応状態が好転し、ADHD 症状を自己の人格特性 (「自分らしさ」と呼んでもよい) として折り合えるようになることに置くべきである。(以下略)』と述べて

いる (齋藤ら、注意欠如・多動性障害 - ADHD - の診断・治療ガイドライン)。それらを参考にすると、成人の発達障害の治療目標とは自分の特性を十分に理解し、それら特性と折り合いをつけ、それぞれのレベルに応じて社会適応していくことにあるといえるだろう。そのように考えると社会が発達障害を理解すること、また発達障害児・者と社会との連携が不可欠である。

また、齋藤は既述したガイドラインで ADHD の全体像を把握するためには、現在の状態像、すなわち ADHD の疾患構造としての横断面と、ADHD 児の出生以来の時間軸に沿った展開を意味する縦断面の評価が必須であると ADHD の包括的理解の重要性に言及しているが、発達障害に対する治療・支援はそのような包括的理解に沿ったものが必要である。

本講演ではそれらを踏まえ、社会精神医学が発達障害にどうアプローチできるのか、どうアプローチすれば発達障害児・者の社会適応が少しでも良好になるのかについて検討したい。

ランチョンセミナー 抄 録

LS1～LS6

○木之下 徹

医療法人社団こだま会こだまクリニック

地域における認知症を有する有病率は65歳以上で10%前後と言われている。今後この値は診断技術の向上と人口構造の変化に伴い上昇する。その際併発するBPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) の出現頻度は、認知症者のうち8割前後であると国内外で報告されている。膨大な人数に対する地域の受け皿は明らかに不足している。平成19年度厚生労働省事業で行ったBPSD実態調査によると、BPSDの悪化要因として37.7%が薬剤、23.0%が身体合併症、10.7%が家族・介護環境である、という報告があがった。この数値は不適切な医療の結果であると同時に、身体的にも、薬剤調整の上でも医療要求度の高い状態であるともいえる。

服薬行動ひとつとっても、認知症があれば、情報の伝達、理解、決定、実行に関わる行動様式に障害を生じる。保守的な医療システム、とりわけ身体科目領域において顕著であるが、これらの行動様式に障害がないことを前提として形成されている。したがって、服薬行動が期待通り実施さ

れるためには、その障害に合わせて、保守的なシステムからの脱却と再構築が必要となる。

しかしさらに重大な課題がある。それは、「適切」な医療介入行為とは何かについてである。この「適切さ」を明確化し共有することは、地域におけるBPSD対応の上で急務である。

近年、パーソンセンタードケアという、認知症を有する本人を主役としつつ、関わる人々について、あまねく「ひと」として見る視点を強調した考え方がケアの現場において意識されるようになってきている。BPSDがあればなおのこと本人不在に陥りやすい地域における認知症の医療そしてケアにおいて、この「ひと」としてみようとする意識は、「明日は我が身」という考え方にもなじむ。さらに、上の「適切さ」を獲得する上でも重要な要素であると考えている。認知症になると人でなくなる、という議論に終止符を打ち、認知症であっても最後まで人として人生を全うできるような基盤づくりが必要であると考えている。

○下寺 信次

高知大学医学部 神経精神科学教室

心理教育は統合失調症を対象にして欧米で古くから実施されている一般的な治療技法である。効果としては薬物療法に匹敵するとされている。日本においてもこの15年くらいは活発に行われるようになってきているが、人的な問題や保険点数化されていないなどの問題もあり、継続して実施している医療機関は限定的である。

本セミナーでは演者らが長年にわたる家族と精神疾患に関して行ってきた臨床データをかいつまんで紹介し、なぜ心理教育が必要であるかをまずわかりやすくコンパクトにお話します。

さらに、日本においては世界に先駆けてうつ病に関する心理教育を行う機運が高まりつつあり、統合失調症のみでなく気分障害に対する心理教育についても実施結果を紹介したい。

また、精神疾患の受診患者は若年化しており、患者本人のみでなく家族や学校関係者に対しても適切な説明が求められる。この作業は若年者ほど慎重にならざるをえず、薬物

療法を積極的に導入していくべき際にも心理教育的なアプローチが重要である。若年者を対象にした心理教育を行う際のノウハウについても経験の中からお話したい。

大きな問題点としては臨床現場では多くの患者に対応するため時間がなく、よりコンパクトに心理教育を行わざるをえないことである。限界はあるにしても臨床場面で実施が可能な心理教育について、心理教育を行ったことのない方にも理解と実践が可能なお話としたい。

一般演題

口演抄録

I-C-1 ~ II-D-14

I-C-1 大阪府立精神医療センター在宅部門におけるアウトカム評価の試み

○本屋敷 美奈^{1,2)}、浅野 佳子¹⁾、村松 良昭¹⁾、大久保 義彦¹⁾、川添 純子¹⁾、花立 鈴子¹⁾、岩田 和彦¹⁾、中西 正史¹⁾

1)大阪府立精神医療センター、2)大阪府豊中保健所

【目的】大阪府立精神医療センターの在宅医療室では平成13年、ACT(Assertive Community Treatment:包括的地域生活支援プログラム)をモデルとして地域ケアチームをたちあげた。利用者の病名は精神病圏から薬物依存、最近では発達障害等幅広く、様々なニーズに対応した結果、現在利用者は139名まで増加している。これまでは個別のケースに臨機応変な対応を行ってきたが、地域の福祉資源も増加している現在、利用者のニーズを絞り、いくつかの専門的なプログラムを作り、それぞれ期間や目標を設定していくことも検討中である。その為今回、在宅医療室の利用者や訪問看護の効果の分析を行い、訪問プログラムの作成や、職員の業務量管理の基礎資料とすることとしたので報告する。

【方法】訪問看護利用者139人を病名、入院実績と退院困難尺度に基づいて判定し、(実際、利用者は既に地域で生活している為、地域生活困難尺度として判定した。)その結果に基づいて、利用者を“回復期にある者”“地域生活

困難者”“その他の者”に分類した。その後、地域生活困難者に対して訪問看護の効果測定する為、訪問看護導入前後で、地域生活をおくった日数を比較した。また、訪問看護導入前後での社会適応度を比較し、在宅医療が地域生活困難者に与える影響について評価した。また、“回復期にある者”については平均訪問看護利用期間を見積もった。結果及び考察については当日発表する。

I-C-2 精神疾患が多数いる家族への精神科訪問看護について

○正木 慶大、森 隆志

医療法人達磨会 東加古川病院 精神科

【目的】地域精神科医療の中で精神疾患患者が家族内に多数いて、一般的な患者個別のみでは対応しきれず家族全体でのバランスを含めて考えざるを得ず、非常に治療面で難渋することがある。このような家族への対応について訪問看護を導入することで治療面での症状改善並び維持さらには患者家族の社会生活に役立った症例について経験したので報告する。

【倫理的配慮】症例呈示にあたっては個人情報保護の点から、匿名性に配慮した。

【症例：家族内精神疾患集積例】4人家族(父、母、長男、次男)。父が50代に発症した認知症、長男次男とも20歳代発症の統合失調症とともに眼科疾患で失明、3人とも当院入院歴があり、母が全員の介護を一人で行うという生活が10年以上続いた。平常は単独で外出できる母のみ受診し、患者本人が受診する場合は症状悪化時などに限られていた。母は常に疲弊し病気への知識も少ないため、時に過鎮静にしたりイレウスになっても気づかないこともあった。

訪問看護導入し、まず父の介護認定を行い施設入所とした。精神症状が不安定な長男にリスペリドン液剤を処方し、訪問の際に主治医を通じて内服量を調整し症状の安定を図った。母も介護の負担軽減で服薬量を守るようになった。次男は毎回母と受診できるようになった。兄が妄想悪化で入院した時にも訪問看護スタッフの声で安心感を得てスムーズに入院が行えた。経過中に母も認知症を発症したが何とか在宅での加療を続けている。

【考察】訪問看護が、家族の介護負担を軽減し、薬物療法面で安定化も行うことができ、何より可能か限りの在宅加療が可能となった。病院側から見ればスタッフ(精神保健福祉士、看護師)が訪問することで見えにくかった家族内の状況を把握でき、症状変化も早期発見できた。家族側からは信頼関係が生まれ、介護福祉の知識を持って活用できた。精神科訪問看護は地域精神科医療の中で活用すべき点が多いと考えられた。

I-C-3

精神障害及び精神障害者に対する意識調査： 1983年全国精神障害者家族会連合会の調査との比較

○田端 幸枝、有田 洋康、武田 健吾、野沢 明日香、西村 玲子、小池 好久
県立広島大学保健福祉学部 作業療法学科

【目的】全国精神障害者家族連合会(全家連)保健福祉研究所が1983年に、一般市民の精神障害や精神障害者等に対する態度や意見を明らかにするために意識調査を実施してから約27年が経過した。この間に精神保健福祉は大きく変化した。そこで、精神障害や精神障害者に対して肯定的な意見や態度を持つといわれる若年層を対象に、彼らの年代の意見や態度の変化と今後の課題を明らかにするために意識調査を行ったので報告する。

【方法】本学倫理委員会の承認を得た上で、2010年4月に本学学生384名に自記式調査票を配布した。調査票は上記調査で使用した質問に修正を加えた30項目と基本属性、精神障害者との接触体験の有無、知識を得る体験の有無、精神障害体験の有無を問う質問を含むフェイスシートで構成された。

【結果】回収は371票(96.6%)、有効回答票は334票(90.0%)であった。学生の平均年齢は20.8歳であった。接触体験を持つ者は46.4%、知識を得る経験がなかった者

は9.3%、精神障害の体験が有ると答えた者は2.7%であった。30質問のうち1つの選択肢に90%以上の回答が集中したのは、6質問：「誰でもが精神障害者になる可能性がある」「精神障害者は子供を作らない方がよい」「障害は前世の報い」「精神障害者は働けると思わない」「精神病院の治療は社会生活ができるような訓練もすべき」「治療は医師のみが責任を負うべきである」であった。また、「精神障害者は気の毒でかわいそうだ」に「そう思う」と答えたのは28.4%であった。

【考察】ほとんどの項目でプラスイメージが大幅に増加しており、人権に対する尊重と障害及びその治療に対する知識がより浸透した現状が示された。回答率に大きな変化が認められた「精神障害者は気の毒・・・」という質問の結果からは、彼らに対する気持が身体障害等他の障害者に対する気持ちと同等であると考えられる傾向が窺え、今後の態度形成や支援に影響を及ぼす可能性が示された。

I-C-4

認知症患者と性的逸脱行動 —施設介護者ストレスとの関連性—

○上村 直人¹⁾、福島 章恵¹⁾、諸隈 陽子²⁾、藤田 博一¹⁾、下寺 信次¹⁾、井上 新平¹⁾
1)高知大学医学部 精神科、2)一陽病院 老年精神科

認知症患者のBPSDの中でも性的逸脱行動の実態についてこれまでほとんど調査研究がない。そこで今回、A県内の高齢者介護に携わる専門職員を対象に認知症患者の性的逸脱行動について調査・分析を行った。対象と方法対象はK県内で高齢者介護に携わる介護職、看護職などの専門職員。アンケート郵送形式で調査を行い、参加協力可能者1134名に、2009.11-12月に質問紙を郵送し回収した。アンケート回収は743名(65.5%)であった。調査内容として、対象者の経験年数、GHQ-12、性的逸脱行動、認知症の有無と背景疾患について評価した。倫理的配慮本研究は高知大学医学部倫理委員会の承認を得て行った。結果と考察性的逸脱行動に遭遇したものは743名の回答者中373名(50.2%)であった。認知症の有病率は234名(62.7%)であった。234名中で背景疾患が判明してないものを除き分析をした。性的逸脱行動に遭遇しながらも認知症のない者84名(以下対照群)を比較対象とした検討で、経験年数、GHQ、ZBI得点で有意な差はAD群、VD群両者はなかつ

たが、IES-R得点において対照群とAD群、VD群で有意な差があった。性的逸脱行動の内容分析では、介護者に身体的触れる性的逸脱行動の他にも、卑猥な言動や性的欲求を満たすための言動といった行動の他、被介護者の性的行動を見たり、遭遇することによる視覚的影響による性的逸脱行動という様々な内容の性的逸脱行動が存在することが判明した。以上から、認知症患者を含む高齢者の性的逸脱鼓動は決して稀ではなく、またその行動内容にもさまざまな形態があると考えられた。

第30回日本社会精神医学会 協賛一覧

主 催 第30回日本社会精神医学会組織委員会

協 賛 旭化成ファーマ株式会社
アステラス製薬株式会社
アストラゼネカ株式会社
株式会社インターヴォイス
エーザイ株式会社
MSD 株式会社
大井書店
大塚製薬株式会社
小野薬品工業株式会社
協和発酵キリン株式会社
グラクソ・スミスクライン株式会社
塩野義製薬株式会社
第一三共株式会社
大日本住友製薬株式会社
武田薬品工業株式会社
株式会社ツムラ
日本イーライリリー株式会社
日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社
株式会社奈良栗田書店
ノバルティスファーマ株式会社
ファイザー株式会社
明治製菓株式会社
ヤンセンファーマ株式会社
吉富薬品株式会社

(五十音順、2月1日現在)

第30回日本社会精神医学会 プログラム・抄録集

2011年2月1日発行

編集者：第30回日本社会精神医学会プログラム委員会

発行者：大会長 岸本 年史

〒634-8522 奈良県橿原市四条町840

奈良県立医科大学精神医学講座

TEL：0744-22-3051 FAX：0744-22-3854

出版： 株式会社セカンド
http://www.secand.com/

〒862-0950 熊本市水前寺4-39-11 ヤマウチビル1F

TEL：096-382-7793 FAX：096-386-2025