

第23回 日本外来臨床精神医学会 学術大会

これからの精神科診療所のあり方
～新たな社会使命と役割～

2023年11月12日

於 東京慈恵会医科大学 西新橋キャンパス1号館講堂

理事長挨拶

日本外来臨床精神医学会 理事長 里村 淳

コロナ禍が終わり、社会がまたもとの姿で動き出しました。多くのひとが、世の中はやはり、人や金が動かないとだめだということを実感しました。学会、研究会も同様です。

ところで、JCOPは今回で20周年の記念大会となり、精神科診療所のこれからの在り方をあらためて問う機会としました。メンタルクリニック、心療内科などの看板を掲げる、いわゆる精神科診療所が街中にたくさん見られるようになり、多くの患者が訪れるようになりました。またそこでは旧来の精神科病院の外来とはことなり、あらたな患者相が形成されるようになりました。精神科の敷居が低くなったと言えますが、精神科医療への別の入り口ができたとの見方もあります。そこでは抑うつ・不安を主とした病態の患者が多数を占め、そのなかには発達障害、パーソナリティ機能に問題を抱えた人が少なからずみられます。一方、精神科の病気の代表とされてきた統合失調症がマイナーな疾患になっている診療所も都市部では見られるようになってきました。

今回のICDの改定では、発達障害が重視され、その扱いが現状に合ったものに整理されました。また、パーソナリティ障害はパーソナリティ症と名称変更しただけではなく、これまでの操作的診断による下位分類がなくなり、「自己機能」、「対人機能」という二つのパーソナリティ機能に注目して診断するようになり、とくにごく軽度から中度のパーソナリティ機能の問題をかかえた患者を多く診る診療所の医師にはとても有用性の高いものとなりました。また同時に、「パーソナリティ症」の範囲が広くなり過剰診断が危惧されてもいます。

この度の学術大会の特別講演には加藤敏先生をお迎えすることになりました。精神神経誌のICD-11の解説シリーズ(精神神経誌第123巻、第1号2021から連載)ではパーソナリティ障害を担当され、その中でたいへんわかりやすく、これからの臨床にあらたな方向性を示す内容となっており大きな関心が寄せられています。先生のもっとも得意とする分野のひとつでもあります。

地域における精神科の外来治療における精神科診療所の役割は大きくなりつつありますが、事務以外に臨床心理士、精神保健福祉士などのスタッフを備えているところはけっして十分な数には至っていないという現実があります。その中で、地域における診療所の役割とその責任をどう果たしていけばよいのかは大きな課題であります。診療所としては避けて通れない問題だと思えます。そのような観点から今回のシンポジウムを企画しました。

2023年11月12日

第23回学術大会 基調講演

「21世紀の精神医学教科書としての ”ICD-11 Mental, Behavioural or Neurodevelopmental Disorders”」

加藤 敏

(自治医科大学 名誉教授、小山富士見台病院 名誉院長)

抄 録

昨年、WHOから“ICD-11 Mental, Behavioural or Neurodevelopmental Disorders”が発表された。30年ぶりの大幅な見直しで、標題には「精神、行動の障害」に加え、「神経発達障害」が加わっている。従来の代表的な精神医学教科書としてクレペリンによる改変を重ねた『精神医学教科書』がある。このICD-11（精神科領域）は、現代の知見をふまえてつつ伝統的な精神医学の知も継承した画期的なものである。2013年に刊行された”Diagnostic and Statistical Manual Fifth edition DSM-5TM”も内容が充実し、現代の精神医学教科書に挙げるのが可能である。しかし、ICD-11には、臨床実地に踏みこんだ見地が多数盛り込まれ、こちらの方が優れているように思う。まず驚くのは、症候学における充実ぶりである。例えば、うつ病エピソードで出現する妄想では、迫害妄想、関係妄想が第1にあげられ、それに加え、罪責妄想、貧困妄想、心気妄想、さらに否定妄想が記述されている。また、カタトニアの症状では、①昏迷に至る精神運動の減少②突然の暴力行為に及ぶこともある激しい精神運動興奮③カタレプシー、反響言語などの奇異な精神運動の3つに大別して周到に記述されている。カタトニアの身体的問題として、脱水、誤嚥、横紋筋融解症による腎障害など死の危険があることも指摘している。鑑別すべき病態として、セロトニン症候群と悪性症候群が挙げられている。このようにICD-11（精神科領域）は優れた臨床的有用性をもつ。ICD-11は、精神障害の記述の原則として、発達段階で症状発現は違うという問題意識から、児童・思春期から高齢期までの生涯縦断を包括することを目指し、パーソナリティ障害をはじめとした多くのカテゴリーにおいて児童・思春期における出現様式の記述を行っている。正常との区別にも絶えず注意を払い、うつ病では愛する人との死別による正常の悲嘆があることを見据え、これとの鑑別の重要性を説いている。以上から察せられるように、ICD-11（精神科領域）は、内科、小児科にも拓かれた21世紀の精神医学教科書として大いに評価される。

第23回学術大会 シンポジウム

「精神科診療所と医療観察法、 これからの課題について」

大山 美香子 (志木北口クリニック 院長)

抄 録

医療観察法が施行されて18年が経過した。精神科診療所では、この法律の施行当初には、ごく一部の司法精神医学分野に関心がある精神科医のみが精神保健審判員あるいは鑑定人として参加するのみであった。しかし最近では指定通院医療機関としての精神科診療所の役割が重要視されるにつれ、指定通院医療機関となる精神科診療所も増えてきている。医療観察法自体、精神科診療所には馴染みの薄い分野である。また、そのシステムや意義、実情など理解が深まっているとは言えない。そこで今回は、医療観察法を紹介するとともに、より具体的内容、この制度の問題点や課題とともに、この分野で精神科診療所及び精神科診療所に勤務する精神科医が果たしている役割や精神科診療所におけるメリットについて提示して行きたい。

第23回 日本外来臨床精神医学会 学術大会
開催日時 2023年11月12日(日)
開催場所: 東京慈恵会医科大学 西新橋キャンパス1号館講堂

シンポジウム これからの精神科診療所の課題

「精神科診療所と医療観察法、 これからの課題について」

志木北口クリニック 院長
精神保健指定医
精神保健判定医
精神科専門医

大山美香子

当発表に関連し、
開示すべきCOI関係にある
企業などはありません

2

本日の概要

- 1 医療観察法に関する紹介
- 2 医療観察法における精神科外来
特に精神科診療所との関わりと課題

3

触法精神障害者

東日本強制医療センター 奥村雄介
第119回日本精神神経学会学術総会 教育講演「我が国における強制精神医療の現状と課題」を参考に作成

- 触法精神障害者では、精神障害と犯罪が同時発生している
- 触法精神障害者の処遇
 - ① 刑事訴訟法・刑事収容施設法による処遇→矯正医療
 - ② 精神保健福祉法による処遇→措置入院
 - ③ 医療観察法（心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律）による処遇
→特別司法病棟（医療観察病棟）への入院
- 医療観察法が制定された理由
 - ・ ①②だけだと、刑罰も治療も受けない人が存在してしまう
 - ・ ①でリアルタイムに症状がないと無罪放免になってしまう

4

精神疾患と暴力犯罪

千葉大学社会精神保健教育研究センター 特任教授 椎名明大
日本精神神経科診療所協会 2023年学術研究会
シンポジウム 「医療観察法施行10年～その現状と課題を考える」から引用

- (1) スウェーデンストックホルムでのコホート研究(Hodgins,1992)
～1953年～1963年に生まれた15117人全てを30年間追跡
精神病性障害、気分障害、知的障害を有する者は、そうでない者に比べて犯罪率が高かった。特に暴力犯罪でその差が顕著であった。
- (2) Fazelらのメタアナリシス(Fazel,2009)
統合失調症男性は一般男性人口の4倍、統合失調症女性は一般女性人口の8倍、暴力を起こしやすい。統合失調症患者は一般人口に比べて20倍殺人を犯しやすい。
- (3) デンマーク、フィンランド、イスラエル、ニュージーランド、オーストラリア等でも同様の研究が行われている。

5

医療観察法

正式な名称

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の
医療及び観察等に関する法律

所轄官庁

法務省と厚生労働省

6

医療観察法とは

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 地域精神保健・法制度研究部 ホームページより抜粋

- 医療観察法は、わが国で初めての司法精神医療に関する法律。
- 心神喪失または心神耗弱の状態で大変な違行を行った者に対して、専門的な治療と処遇を行う仕組みを定めているもの。
- 医療や行政ではなく、**司法**が処遇の決定を行う。
- 大変な違行を行なった者に対して、**適切な医療を提供し、社会復帰を促進することを目的とした制度**

7

医療観察法の導入による変化

千葉大学 社会精神保健教育研究センター 特任教授 権名明大
日本精神神経科診療所協会 2023年学術研究会
シンポジウム 「医療観察法施行18年～その現状と課題を考える」を参考に作成

- 1) 司法精神医学分野への司法の介入
 - ① 裁判所による審判
当事者にとってより公平な判断がなされる。
客観的な判断が行われる。
 - ② 医療者と法曹の対話
精神科医に説明責任が生じる
- 2) 指定医療機関の設置
 - ① 入院医療機関にとって比較的潤沢な資源
 - ② 入院・通院ともにアウトカムの可視化
- 3) これまで当事者の努力だけに依存してた退院後のフォロー
 - ① 保護観察所の関与
社会復帰調整官が処遇開始から処遇終了まで関与する
 - ② 共通評価項目による客観的な評価と情報伝達

8

医療観察法におけるモデルの特徴

危機介入モデル→入院介入

生活支援モデル→アウトリーチ

9

医療観察法で用いられる専門用語

- 対象者
- 対象行為
- 審判
- 合議体
- 精神保健判定医
- 精神保健審判員
- 精神保健参与員
- 付添人（対象者の権利を守り、対象者を助ける）
- 社会復帰調整官
- 共通評価項目

10

医療観察法の対象

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 地域精神保健・法制度研究部
ホームページより抜粋

重大な他害行為¹⁾を行なったが、心神喪失等²⁾と判断され、
実刑を免除された³⁾者→**対象者**

- (1) 殺人、傷害、放火、強盗、強制性交、強制わいせつの6種類
(傷害は重いものに限り、傷害以外は未遂を含む)。
これらは医療観察法の対象となる行為という意味で、
「**対象行為**」という。
- (2) 刑法第39条に定める「**心神喪失**」及び「**心神耗弱**」
- (3) **不起訴**となった、起訴されたが裁判で**無罪判決**が出た、
有罪判決が出たが刑の執行が猶予されたの3種類がある。

11

医療観察法の適応外疾患

- (1) 「治療可能」という条件から、次の疾患は**基本的に除外**される
知的障害、認知症、発達障害、
薬物依存症
- (2) その他でも、治療困難、処遇困難な者は除外される
- (3) 軽微な犯罪（対象行為でない犯罪）

12

医療観察法における鑑定・生活環境調査と審判

国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所地域精神保健・法制度研究部
ホームページより抜粋・加筆

鑑定入院

検察官の申し立てがあると、地方裁判所の裁判官は対象者に鑑定入院を命じる。期間は2ヶ月以内で、必要に応じて最大1ヶ月の延長が可能。対象者は、都道府県・指定都市が推薦する鑑定医療機関（非公開）に入院し、精神保健福祉法に基づく入院と同等の標準的な治療を受けながら鑑定のための面接や検査を受ける。

鑑定

医療観察法による処遇の要否を判断するための基礎となる情報を得るため。鑑定医（医療観察法における鑑定人）が対象者について面接や検査を行う。医療観察法の処遇には、「疾病性」、「治療反応性」、「社会復帰要因」の3条件を満たす必要があり、鑑定ではそれを判断するのに十分な情報を得ることが重要。

13

医療観察法の3要件

医療観察法の処遇には、次の3要件をすべて満たす必要がある

- **疾病性**
犯行時と同様の精神障害の存在
- **治療反応性**
治療により精神障害の改善が期待できるか
- **社会復帰要因**
阻害要因があり、医療観察法の処遇を受けないと、再犯行為のおそれがある

14

医療観察法における対象行為から当初審判・処遇決定まで

検察官による地方裁判所への申し立て

鑑定医療機関への鑑定入院
鑑定書の作成

地方裁判所の合議体によるカンファレンス（通常2回）
合議体（裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員、検察官、付添人、鑑定人、社会復帰調整官が参加）による協議。
鑑定書の提出。

地方裁判所（実施先はまれに鑑定入院先）における審判
裁判官と精神保健審判員の合議性。精神保健参与員が必要な意見を述べる。
裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員、検察官、付添人、社会復帰調整官が参加。

決定書作成（裁判官と精神保健審判員）

入院処遇 通院処遇 不処遇

15

医療観察法における鑑定と他の鑑定との違い

精神鑑定	準拠する法律	対象者	鑑定内容	鑑定人
司法における精神鑑定	刑事訴訟法	精神障害が疑われる犯罪者	犯行時の責任能力	「専門家」（特に資格は指定されていない）
措置鑑定	精神保健福祉法	精神障害により自傷他害のおそれがある者	現在の自傷他害のおそれ	精神保健指定医
医療観察法における鑑定	医療観察法	重大な他害行為を行なったが、心神喪失等と判断され、実刑を免除される者	3要件 疾病性 治療反応性 社会復帰要因	精神保健判定医（一定の要件を満たし「精神保健判定医等養成研修」を修了した、精神保健審判員になる資格を有する医師）

16

医療観察法の当初処遇決定から処遇終了まで

- ①当初入院処遇決定
→指定通院医療機関医療観察病棟への入院
指定入院医療機関には、医療観察法の鑑定書と決定書のみが資料として渡されるのみ
- ②6ヶ月ごとに入院継続の申し立て
→裁判官と精神保健審判員による協議→入院継続の可否決定
→決定書作成→入院継続、通院処遇、処遇終了
- ③通院処遇申し立て
→裁判官と精神保健審判員による協議
→指定通院医療機関への通院の可否決定
→決定書作成→入院継続、通院処遇、処遇終了
- ④処遇終了申し立て
→裁判官と精神保健審判員による協議
→処遇終了→精神保健福祉法による処遇
または→処遇継続

17

指定入院医療機関と指定通院医療機関の現状（令和5年4月1日現在）

- 1 指定入院医療機関の整備状況
 - 1.国関係 16ヶ所
 - 2.都道府県関係 19ヶ所

*病床整備の現状：856床
（うち国関係：504床 都道府県関係 352床）
*指定入院医療機関のない都道府県：青森県、秋田県、宮城県、岐阜県、石川県、福井県、京都府、兵庫県、和歌山県、四国全県、福岡県、大分県、宮崎県
- 2 指定通院医療機関の指定状況
 - ①病院 603ヶ所（各都道府県に分布）
 - ②診療所 94ヶ所
*指定通院医療機関診療所のない都道府県：秋田県、栃木県、千葉県、山梨県、富山県、静岡県、愛知県、三重県、福井県、奈良県、鳥取県、香川県、愛媛県、長崎県、熊本県、宮崎県
 - ③薬局 2,677ヶ所
 - ④訪問看護 696ヶ所

18

指定入院医療

- 入院処遇決定後、対象者は**指定入院医療機関**に入院する。
- 指定入院医療機関には、**決定書と医療観察法鑑定書**が渡される。
- 処遇の期間に定めはないが、ガイドラインでは1年半を標準としている。
- ガイドラインでは、**治療は急性期（3ヶ月）、回復期（9ヶ月）、社会復帰期（6ヶ月）の3ステージ**に分けている。
- 入院処遇中の対象者に対し、一般的な精神科治療に加え、頻繁な「**勉強会**」が行われる。
- 指定医療機関側では、頻繁に「**会議**」が行われるのが特徴である。

19

指定入院医療

国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所地域精神保健・法制度研究部ホームページ
および地方独立行政法人神奈川県立病院機構 神奈川県立精神医療センターホームページを参考に作成

- 医療観察法では、薬物療法・作業療法・心理面接、疾病教育・権利擁護に関する教育・社会復帰講座など、入院対象者が、自身をとりまく環境を学んでいくことに力を注いでいる。また、スキルの回復・獲得のための集団プログラムが用意されており、常に**多職種チーム（MDT）**で意見交換、治療評価を行い、適切な時期に適切なプログラムを提供するようにしている。**対象者自身が病状把握したり（セルフモニタリング）、症状悪化時の対処法（クライシスプラン）**などを実施し身につけることを支援する。
- 処遇中は、対象者本人を含め、MDT、社会復帰調整官、地域の関係機関の職員が集まって方針を決定する「**ケア会議**」を重ね、退院を目指す。

20

医療観察病棟における会議

多くの視点で評価する

- 治療評価会議**（週1回程度）
- 運営会議**（月1回程度）
- 緊急時運営会議**（必要時）
- 倫理会議**（原則月2回、精神医学外部委員）
- 地域連絡会議**（年1回以上）

病棟運営の第三者評価

- 外部評価会議**（年2回程度、外部委員：精神医学・法律関係・自治体関係者）

21

退院の決定

- 指定入院医療機関または本人等からの申し立てにより、入院による医療の必要性がないと認められたときは、**裁判所により直ちに退院が許可**される。
- 入院処遇終了は、症状が改善し、対象者が地域で生活する能力と環境が整うと、指定入院医療機関は裁判所に退院の申立をする。**裁判所（裁判官1名と精神保健審判員）が退院可能と判断**すると、通常は対象者に引き続き**通院処遇**を受けさせる決定を行う。ただし、医療観察法処遇の3要件を満たさないなどの場合は、医療観察法の**処遇終了**の決定を行う場合がある。その場合、通常、対象者は**精神保健福祉法**に移行し、一般の精神科医療、精神保健福祉サービスを受けながら、社会の一員として地域で生活する。

22

令和3年4月1日現在 医療観察法入院処遇中 781名の内訳

医療観察法医療体制整備推進室調べを参考に作成

①性別

男性78% 女性22%

ステージ別 急性期：男性82% 女性18%

回復期：男性77% 女性23%

社会復帰期：男性77% 女性23%

②構成ICD-10分類

F0 症状性を含む器質性精神障害	3.5%
F1 精神作用物質使用による精神および行動の障害	4.5%
F2 統合失調症、統合失調性障害および妄想性障害	81.7%
F3 気分（感情）障害	6.0%
F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害	0.6%
F5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群	0%
F6 成人のパーソナリティおよび行動の障害	0.1%
F7 精神遅滞（知的障害）	1.2%
F8 心理的発達障害	2.2%
F9 詳細不明の精神障害	0.3%

23

指定通院医療

国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所地域精神保健・法制度研究部
ホームページより抜粋

- 通院処遇決定を受けた対象者は、指定通院医療機関に通院**する。
- 指定入院医療機関と異なり、**市町村立や民間の医療機関（病院、診療所）**も指定を受けられる。
- 通院処遇期間は3年**と定められており、治療は前期（6ヶ月）、中期（18ヶ月）、後期（12ヶ月）の3期に分かれる。3年が経過すると、処遇は自動的に終了する。ただし、裁判所は保護観察所長の申立に基づき、処遇の早期終了を決定することができる。逆に、**最大2年の処遇延長**を決定することができる。

24

指定通院医療

国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所地域精神保健・法制度研究部
ホームページより抜粋

- 指定通院医療機関では、**ガイドラインに基づく通院治療**が行われる。しばしばデイケアや訪問看護が併用される。
- 通院処遇中でも**、病状悪化の兆候がある時など、**精神保健福祉法による一時的な入院**はある。
- 社会復帰調整官は、通院治療と並行して対象者に精神保健観察**を行う。定期的な面接により、通院や生活の状況がモニタリングされ、必要な指導が行われる。
- 通院処遇では、社会復帰調整官のコーディネートにより、**ケア会議**が開催され、対象者の地域生活を支え、社会復帰を促す。

25

指定通院医療機関

1.人員配置

- ①常勤の精神保健指定医
- ②臨床心理技術者、作業療法士、精神保健福祉士等（非常勤職員可）
- ③病状悪化時の入院医療体制において看護職員 3：1 程度を確保（診療所の場合は後方支援病院の確保）

2.運営・管理等

- ①医療の質の確保
 - ①多職種チーム会議の設置
 - ②研修等による医療従事者の質の向上
- ②適正な医療の提供
 - ①訪問看護の提供（訪問看護センター等との連携含む）
 - ②精神デイケアの提供（他の医療機関との連携含む）
 - * 個別の地域事情により、これらの基準外のことを指定するとも可能とすることで検討
 - ③医療安全管理体制の確保
 - ④症状悪化時における適切な入院医療体制の確保（連携含む）
- ③通院処遇の改善に向けた取り組みへの参画

26

精神保健審判員

- 精神保健審判員は、審判において裁判官とともに合議体を形成し、精神障害者の医療に関する学識経験に基づき意見を述べる等して、対象者の処遇を決定する**（医療観察法第6条第1項、第11条第1項、第13条第2項、第41条等）。
- 事件（当初審判・申立て等）の度ごとに裁判所から任命**を受け、受後毎回誓約書を提出する。
- 具体的には、一件記録等対象者の記録を受理し精読した上で、①当初審判においてはカンファレンスの協議に参加（通常2回、裁判所、約1時間）し、審判（通常裁判所、1時間程度）で対象者に尋問を行い、裁判官と決定書（協議後原案を裁判官が作成）を作成する。②入院継続、処遇終了の場合は、裁判官と協議（通常電話会議、10分から30分程度）する。③退院処遇の場合は通常、審判（通常裁判所、1時間程度）が行われる。

27

精神保健参与員

- 医療観察法における審判において、**精神保健福祉の観点から必要な意見を述べる**。
- 精神保健参与員は、精神保健福祉士の資格を有していること、精神保健福祉法による相談援助業務に5年以上従事していることを要件とし、精神保健判定医等養成研修会を受講し、厚生労働大臣が作成した名簿に記載され、**各事件ごとに裁判所が任命**する。

28

社会復帰調整官

- 医療観察法の制定により作られた一般職の国家公務員。
- 保護観察所で採用募集枠が発生した場合のみ採用試験が実施される。
- 保護観察所に勤務**し、精神障害者の保険及び福祉等に関する専門的知識に基づき、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った**対象者の社会復帰を促進**するため、**生活環境の調査、生活環境の調整、精神保険観察等の業務**に従事する。
- 社会復帰調整官となる条件は、①**医療観察法制度の対象となる精神障害者の円滑な社会復帰に関心と熱意を有すること**。②**精神保健福祉士の資格を有すること**、又は、精神障害者の保健及び福祉に関する高い専門的知識を有し、かつ、**社会福祉士、保健師、看護師、作業療法士、公認心理師もしくは臨床心理士の資格を有すること**。③**精神保健福祉に関する業務において実務経験を有すること**。④**大学卒業以上の学歴を有すること**。

29

共通評価項目 厚生労働省

医療観察法必要性の判断根拠や基準をより検証可能にし、治療が始まった場合には他職種チームでの評価や、入院・通院・再入院・処遇の終了などの**様々な局面で他職種により統一的な視点により継続した評価**を行うために設定されたもの。

改訂版共通評価項目

「疾病治療」

- 1) 精神病症状
- 2) 内省・洞察
- 3) アドヒアランス
- 4) 共感性
- 5) 治療効果

「セルフコントロール」

- 6) 非精神病性症状
- 7) 認知機能
- 8) 日常生活能力
- 9) 活動性・社会性
- 10) 衝動コントロール
- 11) ストレス
- 12) 自傷・自殺

「治療影響要因」

- 13) 物質乱用
- 14) 反社会性
- 15) 性的逸脱行動
- 16) 個人的支援

「退院地環境」

- 17) コミュニティ要因
- 18) 現実的計画
- 19) 治療・ケアの継続性

30

医療観察法関係予算の概要

1 令和4年度医療観察法関係予算（案）の概要（厚生労働省）
心神喪失者等医療観察法の医療供給体制の確保など
183億円（令和3年度予算額：187億円）

内訳

入院等決定者医療費 171.7億円

2 令和6年度予算概算要求における心神喪失者等医療観察法関係経費（最高裁判所事務総局）

15.8億円

内訳

精神保健審判員に対する手当・旅費 0.6億円

鑑定入院費 13.4億円

鑑定人手当 1.0億円

国選付添人報酬等 0.6億円

31

指定通院医療機関の主な診療報酬

通院対象者通院医学管理料（1月につき）

イ.～6月目(前期) 前期通院対象者通院医学管理料 8,336点

ロ.7ヶ月目～2年(中期) 中期通院対象者通院医学管理料 7,326点

ハ.2年と1月目～(後期) 後期通院対象者通院医学管理料 6,315点

+ 通院対象者社会復帰連携体制強化加算 2,000点

二.急性増悪包括管理料（1月を限度） 39,000点(中期、後期)

診療に関わる全ての費用が含まれる

急性増悪の期間が1月に満たない場合（1日につき）1,300点

32

医療観察法における報酬

精神保健審判員

丸一日勤務では、31,000円程度を上限に支給

実際は1回の審判・カンファレンスで、18,000円程度

（同一日に審判が2つあった場合は、2倍にはならない）

入院継続申立て等の裁判官とのカンファレンスで、3,500円程度

精神保健参与員

丸一日勤務では、15,000円程度を上限に支給

33

対象者の再他害行為

重大な再他害行為は低水準で推移している

● 医療観察法施行前、Yoshikawaら（2007）の報告

触法精神障害者の重大な再他害行為率 6-7%/3年（推測）

● 指定入院医療機関退院後の予後に影響を与える因子の同定に関する研究、竹田班、2021

重大な再他害行為 1.2%/3年

34

外来医療と医療観察法との関わり

1 指定通院医療機関としての関わり

2 精神保健判定医としての関わり

① 医療観察法鑑定医としての関わり

② 精神保健審判員としての関わり

35

医療観察法に一般精神科医が関わっていく時の注意点

医療観察法は秘匿性が高く、
医療観察法入院医療機関医療観察法病棟に
勤務経験がない精神科医
とくに診療所の精神科医には、
医療観察法の具体的な内容が見えない。

36

**医療観察法に精神科診療所が参加するメリット・デメリット
～指定通院医療機関の場合**

①診療報酬上のメリットがある
(指定入院医療機関ほどではないが)

②精神科診療所を通院処遇にする際には、社会復帰調整官は**精神科診療所**で**対応可能な対象者**を指定してくる。
このため、「対象者は措置入院患者と違いはない」という声が多い。

③会議が多く手間がかかる

37

**医療観察法に精神科診療所が参加するメリット・デメリット
～精神保健判定医の場合**

鑑定医

①鑑定入院中であり、既に刑事鑑定を受けているため情報が多く、刑事鑑定に比べ、鑑定書を書きやすい。

②刑事鑑定と同額の報酬が得られる。

③措置鑑定と異なり、鑑定の日時を自ら設定できる。

④鑑定医療機関まで何度か自ら出向かなければならない。

⑤鑑定という秘匿性のため、他の精神科医に相談ができない。

38

**医療観察法に精神科診療所が参加するメリット・デメリット
～精神保健判定医の場合**

精神保健審判員

①刑事鑑定書、医療観察法の鑑定書を読むことができ、カンファレンスでは司法関係者とも意見交換ができる。審判では直接対象者に質問ができるという貴重な体験ができる。司法精神医学の理解と精神科医としての自身のスキルアップになる。

②秘匿性が高い分野で、「処遇」を「総合的な視野」で最終的に裁判官と判断しなければならない(他の精神科医に相談できない)。

③対象者についての情報(一件記録、申立書)の量が多く、特に当初審判では一件記録の量が膨大であり、時間がかかる。

④**対象者と直接対面**するのは、各事件ごとに、当初審判、退院審判とも**審判日の1回のみ**であり、処遇中の引き継ぎでは、**対象者と対面することなしに申立書だけで判断**しなければならない。

⑤当初審判・処遇申立・退院審判とも、資料読み込み等の手間と責任を考えると、報酬は極めて少ない。

39

医療観察法における課題～よくいわれていること

①指定入院医療機関の整備と質の均一性・向上

②**指定通院医療機関の確保**

③鑑定・判定の質の向上

④円滑な退院・円滑な地域処遇

40

医療観察法における精神科診療所の課題

1)対象者が通院しやすい環境として、指定通院医療機関の増加が望まれている。精神科診療所はその利便性から、指定通院医療機関として特に期待されている。

2)一方、精神科医の中に、現在でも司法精神医学領域に国が関与することに関する様々な意見があるという現実がある。

3)医療観察法の性質上、秘匿性が大きく、オープンな議論が難しい。

①医療機関の中でも医療機関名がオープンにされているのは指定入院医療機関だけであり、精神保健判定医でさえ、鑑定入院医療機関や指定通院医療機関がどこであるかを知らない。

②指定通院医療機関も同様であり、指定通院医療機関相互の情報交換が難しい。

③精神保健判定医は、専門医として、単独で判断しなければならない。

41

医療観察法における精神科診療所の課題

4)指定入院医療機関に比べ、経営的・経済的なメリットが少ない。診療報酬の改善が必要。

5)精神保健審判員の報酬がかかる手間と責任に対し極めて少ないため、診療所ではなおさら精神保健審判員が少ない(単に報酬を増やせば解決するというわけではない)。

6)対象者が退院して来る指定入院医療機関の医療の質の問題
診断名、薬物療法、通院処遇移行の判断。
診断名が疑問、睡眠薬が3剤、服薬回数が多い、薬物療法が不十分、疾病理解が不十分など。

42

第23回学術大会 シンポジウム

「外来における多職種連携のモデルとしての 医療観察法外来と外部機関との連携」

小川 耕平 (目黒駅前メンタルクリニック 院長)

抄 録

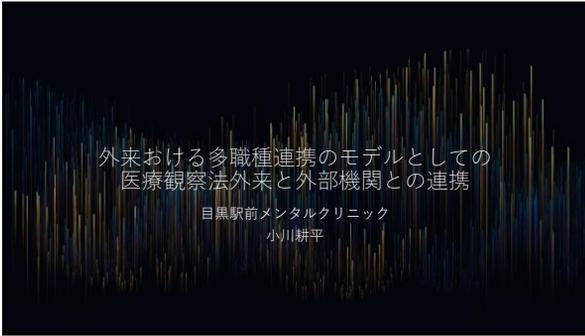
精神科の多職種連携の取り組みは、規模の大きな施設での包括的地域生活支援やコンサルテーション・リエゾン等で成果を上げている。

一方、立地条件や患者層等が異なり、規模も様々な精神科無床診療所では、患者のニーズも多様なため、必要な多職種連携の体制は主に医療経済的要因で規定される。そのため他施設の多職種連携の成功事例をそのまま導入することが難しい場合がほとんどで、常に手探りで多職種連携の体制を構築する必要があることが多職種連携の広がりや妨げる要因と考えられる。

本演題は、まず外来での多職種連携のモデルとして、法律で手厚い社会資源が投入される医療観察法の外来の実際を提示する。

医療観察法の外来は、医療者が普段連携する機会が少ない複数の行政や福祉等を含めた多くの関係者や支援者が定期的に一堂に会し対象者の治療や支援の方針等を総合的に議論するなど、長期にわたり多職種が密接に連携することが特徴である。

潤沢な社会資源の投入で構築された多くの新たな外部機関との多職種連携によって、医療観察法の通院対象者に限らず、広く外来の患者の、新たな、あるいは潜在的なニーズに応えることが可能になると考える。



医療観察法

- 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律
- 2003年7月16日成立、2005年7月15日施行

1. 重大な他害行為
2. 心神喪失ないしは心神耗弱の認定
3. 医療観察法による継続的な医療・観察によって
 - ・病状の改善
 - ・同様の行為の再発の防止
4. 社会復帰を促進する



触法精神障害者の処遇

医療観察法前

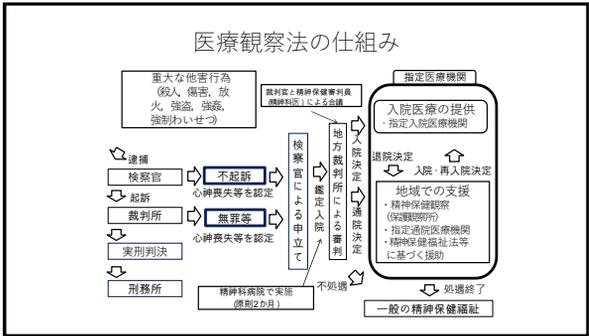
- 精神保健福祉法の措置入院
 - ・自傷・他害行為
 - ・責任能力は問わない
 - ・都道府県知事の権限
- 専門治療施設の不存在
 - ・都道府県立病院・指定病院
- 退院後の治療継続困難

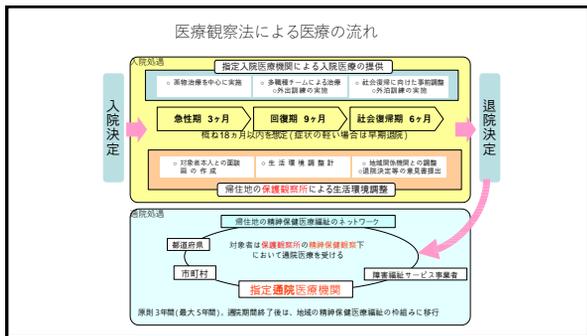
医療観察法後

- 医療観察法による処遇
 - ・重大な他害行為
 - ・心神喪失者等の認定
 - ・裁判所における審判
- 専門治療施設の設置
 - ・手厚い人員配置
 - ・多職種協働チーム
 - ・リスク・アセスメントに基づきリスク・マネジメント
- 精神保健観察

医療観察法の目的

- 医療観察法のダイバージョンの基準は責任能力の減退であり、治療の必要性ではない
- 医療観察法の主たる対象は、統合失調症などの精神病
- あくまでも心神喪失者・心神耗弱者という認定を受けた精神障害者のみを対象
- 触法行為は、かなりの部分「精神の障害」に由来する
- 適切な精神科医療を提供し、再発予防を行うことで、再び同様の行為を行うリスクは著しく低下



指定入院医療機関の整備状況

1. 国関係 平成28年12月31日現在

①国立病院機構花巻病院(岩手県)	33床
②山口病院機構下総精神医療センター(千葉県)	33床
③国立精神・神経医療研究センター病院(東京都)	66床
④国立病院機構久米中央医療センター(埼玉県)	33床
⑤国立病院機構さいかた医療センター(静岡県)	33床
⑥国立病院機構北陸病院(富山県)	33床
⑦国立病院機構小笠原病院(長野県)	17床
⑧国立病院機構東電病院(愛知県)	33床
⑨国立病院機構相模病院(三重県)	17床
⑩国立病院機構ぞまこ精神医療センター(香川県)	33床
⑪国立病院機構鳥取医療センター(鳥取県)	17床
⑫国立病院機構茨城精神医療センター(広島県)	33床
⑬国立病院機構肥前精神医療センター(佐賀県)	33床
⑭国立病院機構菊池病院(熊本県)	23床
⑮国立病院機構琉球病院(沖縄県)	33床

(病床数は予備病床を含む)

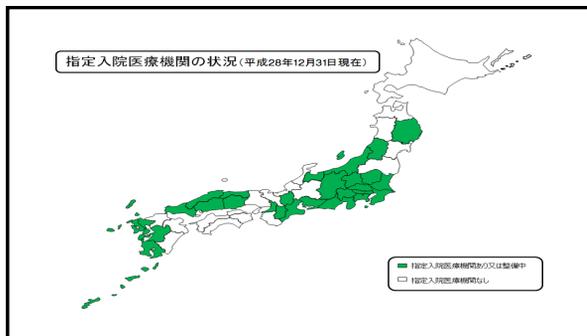
指定入院医療機関の整備状況

2. 都道府県関係(原則として、全ての都道府県において整備を目指す。)

①茨城県立こどもの医療センター	17床
②栃木県立岡本台病院	18床
③群馬県立精神医療センター	16床
④埼玉県立精神医療センター	33床
⑤東京都立松沢病院	33床
⑥神奈川県立精神医療センター	33床
⑦山梨県立北病院	5床
⑧長野県立こどもの医療センター-駒ヶ根	6床
⑨静岡県立こどもの医療センター	12床
⑩滋賀県立精神医療センター	23床
⑪大阪府立精神医療センター	33床
⑫岡山県立精神医療センター	33床
⑬山口県立こどもの医療センター	8床
⑭愛知県病院総合センター(豊田)精神医療センター	17床
⑮鹿児島県立立良病院	17床
⑯山形県立こどもの医療センター	17床
⑰愛知県立精神医療センター	17床

※病床整備の状況：825床 [15]国関係：487床 都道府県関係(338床)(平成28年12月31日現在)

(病床数は予備病床を含む)

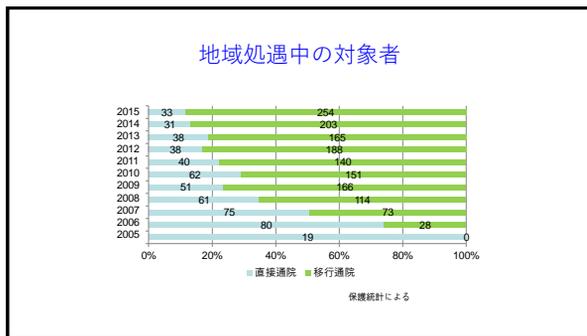


医療観察法の入院対象者の状況

疾病別(主)、男女別内訳

	男性	女性	合計
F0 症状性をともなう器質性精神障害	8名	1名	9名
F1 精神作用物質使用による精神および行動の障害	26名	9名	35名
F2 統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害	464名	140名	604名
F3 気分(感情)障害	33名	21名	54名
F4 神経性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害	0名	3名	3名
F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	0名	0名	0名
F6 成人のパーソナリティおよび行動の障害	3名	1名	4名
F7 精神遅滞(知的障害)	3名	2名	5名
F8 心理的発達障害	15名	0名	15名
F9 詳細不明の精神障害	0名	0名	0名

(医療観察法医療体制整備推進室調 H29.1.1現在)





指定通院医療機関の要件

- 常勤の精神保険指定医
- 常勤の看護師
- 常勤のPSW or CP or OT

→「精神科デイ・ケア（小規模なもの）」ができる規模であれば手あげができる

コスト

- 通院対象者通院医学管理料
 - 前通院対象者通院医学管理料（通院決定日から半年間） 4,336 円/月
 - 片側通院対象者通院医学管理料（通院決定日の7ヶ月間） 4,336 円/月
 - 片側通院対象者通院医学管理料（通院決定日の3ヶ月間） 4,336 円/月
- 通院対象者社会復帰体制強化加算
 - 区・保健所の医師費用を行った通院対象者が3名
 - 区・保健所の医師費用を行った通院対象者が4名
 - 区・保健所の医師費用 1,200 円/回
- 通院医学管理料提供加算 1,200 円/回
- 区・保健所、通院精神療法、訪問看護指示などは通常の診療料、処方薬料などは包括算定



【症例1】双極Ⅰ型障害＋レビー小体病

- 医療
 - 指定通院医療機関
 - 主治医
 - 看護師
 - PSW
 - CP
 - 後方病院
 - PSW
 - 訪問看護ステーション
 - 看護師
 - PSW
 - 保険調剤薬局
 - 薬剤師
- 行政
 - 保護観察所
 - 社会復帰調整官
 - 精神障害者支援センター
 - 担当者 1名
 - 精神保健福祉センター
 - 担当者 1名
 - 区保健所
 - 保健師
 - 区福祉事務所
 - 担当者
- 福祉
 - 計画相談支援事業所
 - サービス管理者
 - 訪問介護ステーション
 - 社会福祉士
- 支援者
 - 家族
 - 弁護士

【症例1】双極Ⅰ型障害＋レビー小体病

※ 詳細な病歴は省略

- 64歳 男性 双極Ⅰ型障害＋レビー小体病
- 対象行為：放火
- 20年以上の病歴があるが対象行為を行うまで治療が安定せず、すでに地元の行政が介入していたが対象行為は防げなかった。
- 62歳の時に躁状態で対象行為を行い、医療観察入院
- 審判で外来処遇が決定、以後当院に通院

【症例1】双極Ⅰ型障害＋レビー小体病



- #1 発症
 - ・ 急激な病状悪化
 - ・ 一過性昏倒、LAIの導入
 - ・ 薬物の調整
 - ・ 反復リサラムの粉砕など
 - ・ 薬剤師
- #2 糖尿病
 - ・ 内科通院、服薬の管理
 - ・ 食事の管理
 - ・ 血糖測定、血糖記録
- #3 遺失
 - ・ 後見人による財産管理
- #4 パーキンソン症状の進行
 - ・ 嚥下、歩行の困難さの顕在化
 - ・ 認知症への進展
- #5 老いと家族
 - ・ 認知症の進行
 - ・ 容態も認知症に
 - ・ 月にチームで相談もサポート

【症例2】統合失調症

- ・ 医療
 - ・ 指定通院医療機関
 - ・ 主治医
 - ・ 看護師
 - ・ PSW
 - ・ CP
 - ・ 後方病院
 - ・ PSW
 - ・ 訪問看護ステーション
 - ・ 看護師
 - ・ PSW
- ・ 行政
 - ・ 保護観察所
 - ・ 社会復帰調整官
 - ・ 精神障害者支援センター
 - ・ 担当者 1名
 - ・ 精神保健福祉センター
 - ・ 担当者 1名
 - ・ 区保健所
 - ・ 保健師
 - ・ 区福祉事務所
 - ・ 担当者
- ・ 福祉
 - ・ 就労移行支援事業所
 - ・ サービス管理者
 - ・ 計画相談支援事業所
 - ・ サービス管理者
- ・ 支援者
 - ・ 家族

【症例2】統合失調症

詳細な病歴は省略

33歳 男性 統合失調症

対象行為：傷害

対象行為を行うまで医療機関への通院無し

約2年の入院処遇を経て通院処遇に

病状は安定（PTRIで治療）

【症例2】統合失調症

#1 陰性症状

- ・ 認知リハビリテーション

#2 就職

- ・ 就職に向けたキャリア相談
- ・ 就労移行支援事業所とのすりあわせ

まとめ

- ・ 医療観察法外来では、自院でできることは限られている。
 - ・ 『再発防止と社会復帰』が医療観察法の理念
 - ・ 国家での「治療」や自院のデータは対象患者の支援全体の一部に過ぎない
 - ・ 逆に言うと都市部では小ユニット（精神保健指定医、看護師、CP/PSWと10人程度が集まれる場所）で可能。
 - ・ 主治医の主な仕事は「全体のまとめ役」
 - ・ 対象患者の治療以外の内容を把握する必要がある
 - ・ 主治医は「ケア会議」の議長
 - ・ 全ての情報が保護観察所と主治医の元に集まる
 - ・ 関係機関すべてを有機的に結びつける役割
 - ・ 医療機関間から外部への積極的な働きかけが必要
- ・ 日常的な外来診療に役に立つか？
 - ・ 社会資源の有形や無形な結びを磨かれたスタッフが適切にできるようになる
 - ・ 医療観察法の対象患者以外の患者のことの相談先が増える
 - ・ 特に福祉領域
 - ・ 就労移行支援等（患者向け支援）
 - ・ の支援

第23回学術大会 シンポジウム

「院内の多職種連携について」

西松 能子 (あいクリニック神田 理事長)

抄 録

精神科診療所は、地域密着型の住宅地にある診療所と、ターミナル駅の近くの勤務地近くにある診療所に大きく分けられますが、いずれの場合も医師1人で運営されることが現時点では多いと思います。実際東京都内の場合、1診療所当たり精神保健福祉士0.26人、心理職は0.21人と報告されていますが、社会的要請は多職種協働です。多職種協働体制で診療所を運営する場合の経済的な課題や運営上の困難について、当院の現状を報告し、先生方と共に考えていきたい。

2023年11月12日

院内の多職種連携について

あいクリニック神田

西松能子

COI

Copyright © 2023 全ての権利 reserved. 研究費を支援しております。

医療法人社 西松能子
日本イーライリライ株式会社
MSD株式会社
武田薬品工業株式会社
大塚製薬株式会社
武田薬品工業株式会社
武田薬品工業株式会社

本日お話しさせていただくこと

- 1) 社会と精神科診断の変化
- 2) 多職種で連携せざるを得ない背景
- 3) 多職種連携を支える保険点数

あいクリニック神田

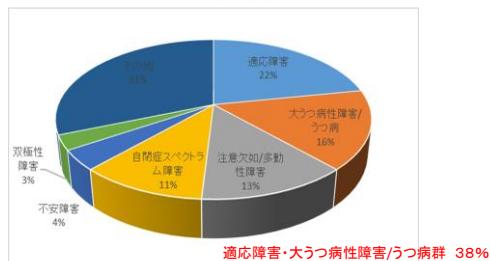


あいクリニック神田は都心に勤務する人の診療所

- 1) 若年
- 2) 単身
- 3) 高学歴
- 4) 抑うつ、不安、発達障害

が中心の診療所

2021年初診時診断



発達障害診断と適応障害・うつ病圏

- 1) 適応障害などF4圏で初診
- 2) 気分変調症を中心とするF3圏で初診
- 3) 発達の課題や気分の課題で行動化し初診
- 4) 発達を疑って、あるいは指摘されて初診

遷延化する適応障害(心因反応性のうつ状態)

PTSDのA項目を欠くが、PTSDのB項目症状をいくつか呈する

例:フラッシュバック
悪夢
情動過敏
回避など

PTSDのB項目

- 1) 心的外傷的出来事の反復的、不連続的、および侵入的で苦痛な記憶
- 2) 夢の内容と情動またはそのいずれかから心的外傷的出来事に関連している、反復的で苦痛な夢
- 3) 心的外傷的出来事が再び起こっているように感じる、またはそのように行動する
- 4) 心的外傷的出来事の側面を回避するまたはそれに回避する、内的または外的なきっかけに暴露された際の強固なまたは過剰な回避する心理的苦痛
- 5) 心的外傷的出来事の側面を象徴するまたはそれに類似する、内的または外的なきっかけに対する顕著な生理学的反応

→職場に近づこうとすると抑うつ、身体化をはじめとする症状が再度出現

演者作成

うつ病の変容

DSM-5におけるSpecifyの項目において

- ・不安性の苦痛を伴う
- ・混合性の特徴を伴う
- ・メランコリーの特徴を伴う
- ・気分一致する精神病性の特徴を伴う
- ・気分一致しない精神病性の特徴を伴う
- ・緊張病を伴う
- ・周産期発症
- ・季節型

MDDの概念に包含する従来疾患

1) DSM-5-TRにおいて、Major Depressive Disorderは、社会的、職業的、または重要な領域の機能の障害を引き起こしていることが要件 (DSM-IIIにおいてMajor Depressive Disorderは、Severe Depressive Disorderと明示)

2) メランコリー型以外の不安性、混合性、精神病性などを含むことを明示

3) MDDとは、つまり重症な抑うつ症候群であることを示唆する概念

DSM-5-TRにおけるSpecifyの項目において

- ・不安性の苦痛を伴う
- ・混合性の特徴を伴う
- ・メランコリーの特徴を伴う
- ・気分一致する精神病性の特徴を伴う
- ・気分一致しない精神病性の特徴を伴う
- ・緊張病を伴う
- ・周産期発症
- ・季節型

演者作成

明らかなきっかけを持つメンタル不調は、うつ病の診断の場合も、適応障害の診断の場合もありうる

うつ病診断として

- 1) うつ病の診断基準を満足するが、メランコリー型ではない
- 2) うつ症状が改善しても、PTSD機制を呈し、負荷下には再燃する

適応障害診断として

- 1) 心因が適切に除去されないまま、抑うつ不安症状が持続する場合
- 2) 心因が除去された場合も、PTSD機制により再燃する場合

演者作成

現代日本のうつ病・うつ状態の背景

コモディティ領域における過当競争 感情サービス領域における過当競争

時間当たり労働コストの削減による競争

ストレスフルな対人関係

長時間労働、過重労働の要請

これらにコロナ、戦火などの外的負荷が加わる

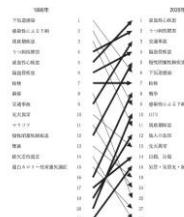
背景に潜む発達課題

コモディティ領域も感情サービス領域もエッセンシャルワーク

演者作成

うつ病、うつ状態の人々の生活への影響 全世界のDALYs順位の変化(1990~2020年)

WHO DALYs (the disability-adjusted life year: 障害調整生存年数: 障害により平均的な寿命から失われる生産的活動や生命の年数)



うつ病、メンタル不調の時代
2004年以降
15歳から44歳の女性の第1位疾患はうつ病である(WHO調査)
女性にとって、どこの国においても、うつ病は重大な疾患

池田俊也・田嶋航、医療と社会 1998, Vol.8 (3) 83-90.

現代の診断基準は？

- 1) 似たものは似た者同士：どこを似たものとするのか：
より見えるもの より客観的なもの
- 2) 同じものをグルーピング：病因や予後などわかっている範囲で
同じものは同じものへ
- 3) ICDはよりDSMに近づき、スペクトラム化：
うつ病 ← うつ状態 ← 適応障害

うつ病・うつ状態・適応障害



漢書作成

精神科の重層的状況に対処するために：多職種協働

- 医師11名（常勤2 非常勤9）
- 看護師4名（常勤3 非常勤1）
- 心理士17名（常勤4名、非常勤13名）
- 精神保健福祉士2名（常勤2）
- キャリアコンサルタント1名（非常勤1）
- 社労士1名（非常勤1）
- 医療事務6名（常勤6）
- 管理事務4名（常勤3 非常勤1）



漢書作成

あいクリニック神田の取り組み

- 1) 背景にある発達障害へのアプローチ
- 2) 障害の多層性へのアプローチ
- 3) ピアの力を活用する
- 4) 集団の力を発揮する（リワークデイケア）
- 5) 女性に門戸を開く（ダイバーシティ）

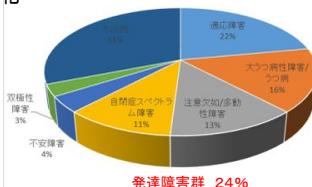
要請される多職種協働

漢書作成

発達障害を自ら疑って受診する、指摘されて受診する

臨床診断はうつ病・気分変調症・適応障害だが、背景に発達上の課題を持つ患者が顕在化

発達障害群患者は
2012年の1.5倍に増加



漢書作成

- 前景にあるうつ状態、うつ病、解離、身体化症状
→回復へ多職種支援
- 背後にある発達障害→精査のため心理職が必要
- 社会に復帰するために→精神保健福祉士による支援が必要

あいクリニック神田 復職支援プログラム

ワークステーション

演者作成

職場を休職・退職した人々

—2021年復職支援プログラム参加者の男女比—

2021年新患男女比

2021年厚生労働省障害者対策総合研究事業「うつ病患者に対する職場復帰プログラムに関する研究」におけるワークチェック男女比

演者作成

2021年復職支援プログラム参加者

リワーク新患・再開 年代別割合

2021年リワーク新患・再開 性別別割合

2021年新患再就職状況

演者作成

従来、女性のみのプログラムだったものを疾患別プログラムにするなど、性差も考慮し、ダイバーシティに配慮した取り組みをしています

リワークプログラム新患の疾患分類 (2021年)

2021年新患DSM-5別人数割合

演者作成

薬物療法も精神療法も

あいクリニック神田
うつのための認知行動療法ブック

あいクリニック神田
神田カウンセリングセンター

こころ塾 うつ病 第1回

第1回 うつ病とはどんな病気か
第2回 うつ病の症状
第3回 うつ病のメカニズム
第4回 うつ病の診断
第5回 うつ病と薬物の治療

第1回は、うつ病とはどんな病気か、その支援をお話しします。

1. "うつ"のチェック
2. うつ病とうつ病とは
3. うつ病の症状
4. うつ病の診断
5. うつ病の治療法

演者作成

Journal of Affective Disorders

Research paper

A comparison of cost-effectiveness between offering antidepressant-CBT combinations first or second, for moderate to severe depression in Japan

Yoshihide Yamada¹, Riku Miyahara², Masataka Wada³, Akira Nimomiya⁴, Teppei Koguri⁵, Masaru Mimura⁶, Mitsuhiko Sado⁷

¹Osaka University School of Medicine, Suita, Japan
²Department of Psychiatry, Aichi University School of Medicine, Nagoya, Japan
³Center for Ultra Research, Shin University, Okazaki, Japan
⁴Center for Ultra Research, Shin University, Okazaki, Japan
⁵Center for Ultra Research, Shin University, Okazaki, Japan
⁶Center for Ultra Research, Shin University, Okazaki, Japan
⁷Center for Ultra Research, Shin University, Okazaki, Japan

Table S6
Results of 1000-trials probabilistic sensitivity analysis with the CBT cost of 1000 JPY

Intervention	Healthcare expenditure 100 weeks			Healthcare expenditure 200 weeks		
	Cost	95% CrI	QALYs	Cost	95% CrI	QALYs
COMB first (LPI)	102,263	116,839	1.04	6,987	102,263	1.04
AD first (LPI)	104,703	120,708	1.04	10,478	104,703	1.04
AD first (LPI)	104,703	120,708	0.97	6,979	104,703	0.97
AD first (LPI)	104,703	120,708	0.97	6,979	104,703	0.97
AD first (LPI)	104,703	120,708	0.97	6,979	104,703	0.97
AD first (LPI)	104,703	120,708	0.97	6,979	104,703	0.97
AD first (LPI)	104,703	120,708	0.97	6,979	104,703	0.97
AD first (LPI)	104,703	120,708	0.97	6,979	104,703	0.97
AD first (LPI)	104,703	120,708	0.97	6,979	104,703	0.97

COMBファースト戦略は、ADファースト戦略よりも費用対効果が高いことが示唆された

Yamada Y, et al. J Affect Disord. 2023 Jun 17. [Epub ahead of print]

プログラムの概要

復職支援プログラム (2023年6月12日～6月23日)

月	火	水	木	金
・活動、気分チェック ・キャリア支援「リーダーシップについて」 ・心理教育「仕事から離れた時に頼れる制度」精神障害者権利条約第18条と障害年金について	・活動、気分チェック ・心理教育「WPAの」WPAの書き、元気に立つつづき、日常生活プランを再検討。 ・心理療法「認知再構成法」から行動思考と表現思考について	・活動、気分チェック ・心理療法「認知再構成法」の再検討「マイエールの精神」こころのエネルギー」 ・ピアサポート ・心理教育「認知行動療法のトレーニング、睡眠と40再発リスク ・心理教育「ハイボールドワークブック」の紹介、第1章解説	・活動、気分チェック ・心理療法「認知再構成法」の再検討「マイエールの精神」こころのエネルギー」 ・ピアサポート ・心理教育「認知行動療法のトレーニング、睡眠と40再発リスク ・心理教育「ハイボールドワークブック」の紹介、第1章解説	・活動、気分チェック ・認知行動療法の再検討「マイエールの精神」こころのエネルギー」 ・ピアサポート ・心理教育「認知行動療法のトレーニング、睡眠と40再発リスク ・心理教育「ハイボールドワークブック」の紹介、第1章解説
月	火	水	木	金
・活動、気分チェック ・キャリア支援「テレワークについて」 ・心理教育「高次脳機能の検査」最新研究から脳機能「自己理解ワークブック」の紹介	・活動、気分チェック ・心理教育「WPAの」WPAの書き、日常生活プランの発表と引き金について、フォローアップを継続「自己理解ワークブック」の紹介	・活動、気分チェック ・心理療法「行動活性化」 ・心理教育「自分の魅力」 ・心理療法「認知再構成法」の再検討「マイエールの精神」こころのエネルギー」 ・ピアサポート ・心理教育「認知行動療法のトレーニング、睡眠と40再発リスク」	・活動、気分チェック ・心理療法「認知再構成法」の再検討「マイエールの精神」こころのエネルギー」 ・ピアサポート ・心理教育「認知行動療法のトレーニング、睡眠と40再発リスク」	・活動、気分チェック ・認知行動療法の再検討「マイエールの精神」こころのエネルギー」 ・ピアサポート ・心理教育「認知行動療法のトレーニング、睡眠と40再発リスク」

演者作成

あいクリニック神田におけるグループプログラム

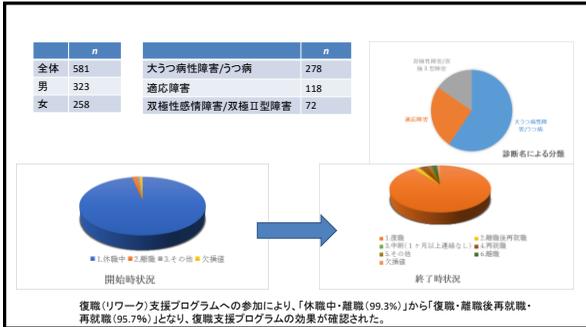
プログラム名	技法
職業適性検査による能力と適性の自己分析	職業適性検査
マインドフルネス&アクセプタンスの認知行動療法	マインドフルネス
コンパッション・フォーカスト・セラピー	コンパッション
ウーマンズグループ(私のストーリーを取り戻す)	ナラティブ
心理教育	心理教育
大人の発達障害ハビリテーション・グループ	ハビリテーション
慢性疼痛の認知行動療法	ペインマネジメント

演者作成

当院復職支援プログラムの効果について

対象者：期間2011年6月27日から2023年3月30日
 当院復職支援プログラムに参加した1750名(男性898名・女性852名・回答なし1名)のうち、SASS、BDI-IIの開始時・終了時得点のデータがある583名を対象とした。

方法：大うつ病・適応障害・双極性感情障害の3群で比較し、検討した。



対象	全体および性別	参加前SASS	参加後SASS	参加前BDI	参加後BDI
全対象	全体	32.2	38.5	16	5.7
	男性	31.9	38.8	14.4	4.6
	女性	32.4	38.1	17.9	7.1
大うつ病性障害/うつ病	全体	32.2	38.6	15.9	5.4
適応障害群	全体	32.3	38.3	15.2	5.2
双極性感情障害/双極II型障害	全体	32.9	40.1	17.1	6.2

上記の表から、復職支援プログラムには、参加者を復職させる効果があることが認められた。復職支援プログラムは、参加者の社会適応度を高め、うつ症状を減少させた。その効果は、性差および診断名に関わらず認められた。

- ### 復職したい患者さんにお尋ねすること ～前久保の復職5条件～
- 1) 元の自分(と感じているか)
 - 2) 症状改善(しているか)
 - 3) 生活習慣(が保っているか)
 - 4) 就労意欲(働きたいと感じるか)
 - 5) 安定期(3か月以上安定しているか)
- パーソナル・リカバリー
 - 症状的リカバリー
 - 機能的リカバリー
 - 主観的リカバリー
- 日本外来臨床精神医学会 Vol.14(2016) 演者作成

