

【実証事業に関する報告書】

<項 目>

1. 事業実施に至る背景（健康保険組合の課題等）

2. 事業目的

3. 具体的な事業内容（先進事業申請内容）

4. 実施状況

5. 事業の評価指標及びその結果

（ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム等）

6. 事業実施体制

（組織体制、連携組織、資格取得、研究取組など）

7. 評価を踏まえた今後の事業の方向性

1. 事業実施に至る背景（健康保険組合の課題等）

1-1. 医療費における精神科系疾患の概況

1-1-1. 全国的な精神科系疾患の現状

（資料は、平成 26 年版厚生労働白書、健康保険組合連合会関係資料より抜粋）

1-1-2. ユニグループ健康保険組合での全体から見た精神科系疾患の概況

（資料は、平成 27 年から実施のデータヘルス計画基礎分析データより抜粋）

1-1-3. 傷病手当金における精神科系疾患の概況（分析中）

1-2. 産業保健における「健康保持・増進計画」への取組

（資料は、平成 26 年度厚生労働白書等）

1-3. 参考（社会的背景等）

1-3-1. 精神保健の歴史的経過と社会背景など

1-3-2. 最近の精神科系医療の変化など

社会的な背景も踏まえた当健康保険組合の課題まとめ

「こころ」と「からだ」はお互いに影響し合うことは明白であるが、その原因や背景は様々なことがあると云える。

血液検査、CT や MRI など比較的測定ツールが普及している「身体系の疾患」と異なり、精神科系疾患への科学的サブツール利用への取組として、産業保健における積年の課題（長期休業などによる経済的損失）にも着目した場合、5 大疾病に数えられる「精神科系疾患」の社会的損失は最早見過ごすことのできないものであり、保健事業における「からだ」の対応と同等の取組姿勢にて、『「こころ」と「からだ」の全人的なアプローチ』に着手することとなった。

得られるアウトプットとしては、①健康保持・増進②長期休業者の縮減③傷病手当金の適正化などが想定でき、厚生労働省の「安全衛生法改正」と時期を同じくして、精神科系疾患予防と重症化の防止に資するものとして中長期での取組を開始することにした。

1. 事業実施に至る背景（健康保険組合の課題等）

1-1. 医療費における精神科系疾患の概況

1-1-1. 全国的な精神科系疾患の現状

（資料は、平成 26 年版厚生労働白書、健康保険組合連合会関係資料より抜粋）

- 高度経済成長期の初期に比べ社会構造が複雑化し、情報社会到来と都市の人口集中、少子高齢社会に連動して、単身世帯数増加が進んだことなどの要因から、精神科系疾患は平成 23 年度（2011 年度）、320 万人を数え（厚労省資料）4 大疾患よりも多い状況と言われている。資料 No①、②
- 職域のメンタルヘルス問題は「生産性の低下」といった形で社会活力の減退を招き、企業活動への負荷や家庭生活においても長期休業、離職から派生する経済的な問題や身体系疾患の併発等 QOL（生活の質）の低下へと浸潤して行く。資料 No③、④

1-1-2. ユニグループ健康保険組合での全体から見た精神科系疾患の概況

（資料は、平成 27 年から実施のデータヘルス計画基礎分析データより抜粋）

- ユニグループ健康保険組合では、平成 25 年（2013 年）6 月閣議決定の政府方針に基づき「健診データ等とレセプトデータを突合・分解・解析して効果的な保健事業」（データヘルス計画）を立案・実施することを通して、加入者の健康保持・増進に資することを目的に、3 年間の「データヘルス計画」を事業主、労働組合、共済会とプロジェクトチームを作って推進して来た。
 - 分析は、医療費分析において「医療情報、薬剤情報等実績のある」外部事業者に委託し実施した。
 - 分析の結果、8 つの保健事業を策定したが、その一つの事業に「精神科系の取組み」を採用した。その背景を概観すると、医療費全体（歯科は除く）では、精神科系医療費は全体構成費の 4.4%、神経系の疾患でも 3.4%で突出するものではなかった。資料⑤
 - しかし、年齢別に見てみると、若年期から壮年期まで（15 歳以降、39 歳まで）の期間において、大分類 5 大疾病に出現する。資料⑥
 - 更に、全体に戻して分析を中分類で見ると、総医療額及び患者数では、上記の精神科系疾患は入っていない。資料⑦
- ⇒ 今般のデータヘルス計画作成において、プロジェクトチーム内でも「企業内でのメンタルヘルス課題」も提起され、また分析結果から重複服薬者等の課題も浮上して来たので、折からの「労働安全衛生法の改正（メンタルチェック義務化）」時期もあり取り組むこととなった。資料⑧

1-1-3. 傷病手当金における精神科系疾患の概況（分析中）

※ 平成 22 年から平成 25 年決算ベース

- ・傷病手当金におけるその構成比では、経年的に見ると①約 40%が精神科系疾患由来
②支給期間も法定の 1 年 6 か月満了も少なくない。（詳細調査の開始を予定）
- ・更なる課題は「資格喪失後の支給」であるが、喪失後非加入者になるのでレセプト確認等も困難になり実質は当該本人または、家族・後見者からの「生活状況報告」と言った書面による当事者申告に頼らざるを得ないところである。資料⑨
- ・診療情報明細書の確認も症状照会など手続等の時間も要し、治療の状況等の確認にもタイムラグも生じているのが実情である。

⇒ 「傷病手当金」は、社会保障審議会・医療保険部会でも課題にあがり議論途中。

1-2. 産業保健における「健康保持・増進計画」への取組

（資料は、平成 26 年度厚生労働白書等）

- ・事業場内においては、1988 年（昭和 63 年）労働安全衛生法改正時に、トータルヘルスプロモーション・プラン作り＝「労働者の心と体の健康づくり」に、産業医が中心になって個々の労働者の「健康測定」及びその結果から運動・栄養・保健・メンタルヘルスクエアを実施することが事業主の努めとされた。資料⑩

1-3. 参考（社会的背景等）

1-3-1. 精神保健の歴史的経過と社会背景など

精神保健における我が国の歴史的経過は、1900 年初頭国内では社会背景もあり、私宅監置が公然として行われておりその後精神病院法が制定された。設立に大きく係った東京大学医学部教授「呉秀三」は当時の状況を『我邦十何万ノ精神病者ハ実ニ此ノ病ヲ受ケタルノ外ニ、此邦ニ生レタルノ不幸ヲ重ヌルモノト云ウベシ』と批判している。（1918 年私宅監置ノ実況及ビ其統計的観察）

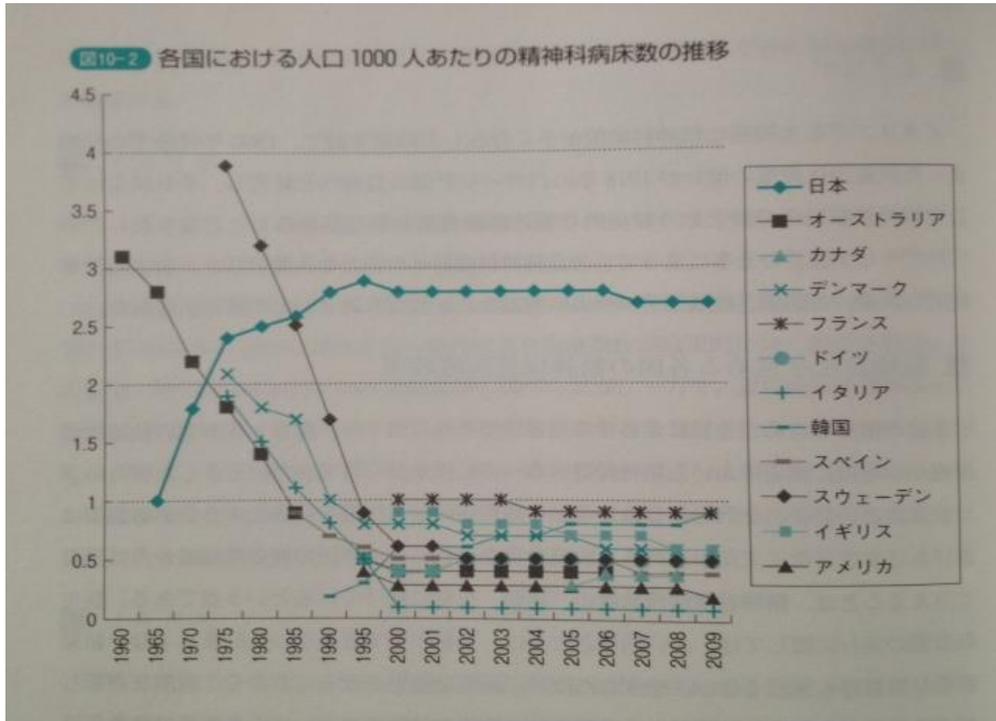
戦後、アメリカの影響を強く受け、精神衛生法、精神保健法、精神保健福祉法と精神保健を取り巻く環境は変化を遂げて今日に至っているが、初期の医療モデル型中心から社会復帰・社会的包摂を考慮に入れた生活モデルへとより変化が急がれている。

ちなみに公立設立が多い、欧米諸外国では 1980 年代から 2000 年にかけて「脱施設」が進み、人口 1000 名あたりの精神科病床数は激変している。表一①

今後の精神科疾患への取組は国家的政策でもある「入院」から「早期地域へ」の流れにそって、後述の「厚労省研究」（こころの健康科学事業）にあるような精神疾患をより理解、診断・治療技術の研究および利活用へと進み全人的な健康保持・増進の仕組みへと変化すると予測される。

表一①

東京都医学総合研究所資料より（西田淳志主任研究員）



1-3-2. 最近の精神科系医療の変化など

○「保険診療の変化」

- 2009年4月「光トポグラフィ検査」がうつ症状の鑑別診断補助として（精神疾患の診断と治療に役立つ臨床検査として）厚生労働省が先進医療適用を承認。
- 2014年4月診療報酬改訂により、保険導入される。
- 2014年10月より、薬剤の多剤投与は、精神科継続外来支援・指導料について、1回の処方につき、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神薬を処方した場合は算定しない。

尚、多剤投与の場合の処方せん料は30点、処方料は20点、薬剤料は100分の80。

※ 上記には、薬剤の切替時期に当たる場合など適用外も条件付で設けられている。

資料 a

資料 b

○「精神医療の質の向上について」

※ 平成21年8月「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」資料より抜粋

- 現状と課題
- 投薬の状況
- 精神科療法と専門医制度
- 研究事業/「こころの健康科学研究事業」主な研究課題の例

資料 c

2. 事業の目的

- 健康保険組合運営事業における新しいアプローチと実践的な取組を通じて、加入者の「こころ」と「からだ」の健康保持・増進に資する。
- 事業主と連携して、健康保持・増進活動を通じて「生産性向上」に寄与する。
- 他の医療保険者への参考事例となるように、より具体的な対応事例を積み重ねるように取り組む。

2-1. 傷病手当金の課題解決の糸口を探る。

- 傷病手当金の支給内容の傷病別、分類と分析（調査に着手準備中）

2-2. 多頻度、頻回受診に関する調査に着手し方向性を探る。

- 平成27年から3年間の、データヘルス計画8保健事業に設定して、実証を開始
- 重複服薬者、多受診者の行動適正化を慎重に探る。 資料⑧（再掲）

3. 具体的な事業内容（先進事業申請内容）

3-1. 入門編

- 労働安全衛生法改正対応として、事業主とタイアップしてこころの定期健康診断（ストレスチェック）の実施と、予防体制の構築。
- セルフケア、ラインケア、事業場内&外専門スタッフ体制
まずは、健康保険組合ホームページを作成し、簡易型ストレス調査実施体制からスタート

3-2. 戦略編

- 「精神科領域における薬剤投与適正化検証への足がかり」として、疾病名と投与薬剤との関連性（数量・頻度）や生活の質（睡眠、食事、就労など）の調査を併せて実施
- 増え続ける「うつ病など」メンタル系疾患と科学的エビデンスの活用体制（光トポグラフィー、fMRIなど）への治験支援などを通じ、進みつつある「EBM型精神科治療」の展開を通じて、増加する「傷病手当金」の適正と組織の生産性の向上に寄与する。

※今般の取組では、実証例が身近にあった「**産業保健事例**」（精神科系疾患による私傷病休業・退職と治療経過から復職に至った2事例）」を参照にfMRIの活用事例として被保険者ではなく、その家族の被扶養者への適用をモデルケースとして事例研究のスタートとした。

4. 実施状況

4-1. 入門編

⇒ 実施結果

4-1-1. 健康保険組合ホームページ開設

- ・平成26年（2014年）12月8日 ホームページを開設し、データヘルス計画プロジェクトメンバー（事業主、労働組合、共済会）とも協働して、ホームページ告知に努力した。 資料d
- ・具体的には、データヘルス計画の「広報・啓蒙」ツールとして、通常健康保険組合広報誌、データヘルス計画号外などでホームページを告知するとともに、厚生労働省の「こころの耳」への誘導を促進した。
- ・セルフケア、ラインケア、事業場内&外専門スタッフ体制の構築には、プロジェクトで事業会社の安全衛生体制アンケートを実施し、法定産業保健体制の意識共有、体制整備への意識統一が図られた。
- ・現在までのページビューは約700件（月あたり）である。

4-2. 戦略編

⇒ 実施結果（継続中、新規開始）

4-2-1.

- ・精神科領域における薬剤投与適正化検証への取組は、8保健事業の中で今後「重複服薬者受診行動適正化指導事業」の一環として取り組む。
（平成27年度スタート事業）
- ・投与薬剤（数量・頻度）と疾病名、生活の質的調査（睡眠、食事、就労）に関しては、科学的サブツール活用取組と連動で実施し継続中。
- ・科学的エビデンスの活用については、今回は、過去の「**産業保健事例**」にヒントを得て、**（後述資料参照）**平成26年5月より新規に「扶養家族」案件に取り組み現在継続中であり以下、報告する。

< 科学的エビデンス活用への取組（経過報告） >

新規の「被扶養者取組事例」（同意書作成の上当事者への聞きとり調査協力より）

- ・当該被扶養者は、思春期に精神科系疾患を発病した。（治療継続中7年経過）
- ・主訴として、身体症状として①睡眠不足、不眠または過剰睡眠など睡眠不調②易疲労性と満身脱力感③過食と嘔吐または食欲不振等食生活の乱れなど社会的側面では④対人関係の不調など、一方心理的症状では⑤日中変動による気分障害（寂寥感の訴え）⑥イライラ感、漠然とした全般的不安感、自信喪失感など自己肯定性が著しく低下しており、社会生活は相当な負荷状態。
- ・精神障害3級認定、精神科自立支援医療を申請し認可

○科学的サブツールの活用 fMRIの活用事例

◎fMRI活用(磁気共鳴機能画像法)とは

磁気共鳴機能画像法 (functional magnetic resonance imaging, fMRI) は、MRI装置を使って無害に脳活動を調べる方法。

MRI装置には磁石の強い力(磁場)が働いていて、中に入った人の頭や体にごく弱い電磁波を当てる仕組みになっている。返ってきた信号を計算することによって、全く人を傷つけず断面の画像を撮影することが可能。

※ 出典 公益財団法人長寿科学振興財団資料より

- 今回の取組は、精神科系疾患への対応に、科学的サブツールを活用する事例の情報収集の意味も大きな要素にあった。

ちなみに、

- 現状の精神科医療における診断基準はDSM-Vによる本人主訴の聞き取りを中心に、精神科医が診断する方式が主流といわれ(ICD基準も併用する)、患者の症状やそのときの気持ちなどを聞きながら注意深く診断していく。
- 薬物療法における薬の血中濃度や肝機能への影響測定の意味で「血液検査」の実施もされている。

【参考情報】 医学書院等資料から抜粋・編集

• **アメリカ精神医学会 (APA)** 作成—『**DSM** (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)』: 精神疾患の診断・統計マニュアル

• **世界保健機構 (WHO)** 作成—『**ICD** (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)』: 疾病及び関連保健問題の国際統計分類

心の病気を診断するときに、医師たちが参考にしてしている国際的な診断基準に、アメリカ精神医学会がまとめたものと国連の世界保健機構がまとめたものの2つがある。精神疾患の診断基準とは、疾患を症状によって分類し、医師や研究者などの専門家が診断の信頼性を向上させるための基準としてまとめたものをいう。

- 「**産業保健事例**」での取組は、当該適用事業所の産業医が助言して、放射線科医と精神科医(主治医)の連携症例であり、当該適用事業所企業の従業員が精神科系疾患で長期休業や生活の質の低下に苦しんでいたことへの新しいアプローチであった。
- 具体的な、「サブツール活用」のアウトラインは、放射線科医のアルツハイマー研究がこの発端で、今では普及しているMRI画像やPETによる脳の状態把握を精神科系の疾患に応用を試みたところがスタートであった。

※ 1. 画像診断スキームの詳細は、参考資料集及び以下の情報等にて参照されたい。

<http://www.mirai-clinic.net/profile.htm>

※ 2. 「産業保健事例」の対応クリニック・タカオカクリニック(三重県津市)、

※現在は医療法人トータルヘルス・タカオカクリニックへ法人変更

<http://www.takaoka-clinic.com/index.html>

○被扶養者取組事例の具体的進捗

- 新規の「被扶養者取組事例」の経過は、
 - ①MRI 画像撮影
 - ②「産業保健事例」実施の産業医所属クリニックによるセカンドオピニオン
 - ②-1 生活改善プログラム提案（睡眠、栄養指導、アロマ、カウンセリング等）
 - ②-2 身体測定（体組成、血液検査など）

※ MRI 画像撮影、セカンドオピニオンは「自由診療」にて被保険者の自己負担にて実施。

資料 A) MRI 画像診断結果

資料 B) 血液検査結果

資料 C) 体組成計経過（毎月）

資料 D) 睡眠等、生活記録表（パターン A オリジナル例、パターン B 愛知医科大監修版・例）

【本取組のプロセス】 ※ 西暦で表示

- 2014 年 5 月 本プログラム開始
 - ①バイオチェック（血管老化度チェック、体組成計、血液検査※）
- ※ 総ビリルビン、総蛋白、アルブミン、A/G 比、AST (GOT), ALT (GPT), γ -GT
LD, ALP, CK, HDL コレステロール、LDL コレステロール、中性脂肪、尿素窒素
クレアチン、推算 GFR, 尿酸、ナトリウム、カリウム、クロール、カルシウム、
マグネシウム、鉄、TIBC, UBIC, 飽和率、血糖(空腹時)、CRP 定量、グリコアルブミン、
末梢血液一般検査、白血球像、TSH, FT3, FT4, フェリチン定量
- ②脈診、問診
- ③カウンセリング（家族構成、生活環境、過去の受診歴、主訴等ヒアリング）
- ④生活改善メニュー案内（睡眠、栄養、運動）
- 2014 年 6 月
 - ⑤バイタルチェック、カウンセリング（生活経過の聞き取り）
 - ⑥MRI 画像断層撮影とその結果通知受領（3テスラ）
- 2014 年 7 月
 - ⑦バイタルチェック、カウンセリング（生活経過の聞き取り）
- 2014 年 8 月
 - ⑧バイタルチェック、カウンセリング（生活経過の聞き取り）
 - ⑨血液検査（第二回）
- 2014 年 9 月
 - ⑩バイタルチェック、カウンセリング（生活経過の聞き取り）
- 2014 年 10 月
 - ⑪バイタルチェック、カウンセリング（生活経過の聞き取り）

・経過としては、現在経過観察中である。(変化の経緯)

- (1) 薬物療法は抗精神薬 2 剤、抗不安薬 1 剤、睡眠導入剤 1 剤 (主治医) が主で変化なし
- (2) 上記に、漢方薬処方 of 精神科医がサブとして漢方薬処方と面談 (2015 年 4 月より)
- (3) 「臨床心理士」によるカウンセリング (トラウマ対応)・・・隔週 (2014 年 11 月より)
- (4) バイオチェックでの代謝改善に向け、整体・・・月に 1 回程度

○当初は主治医による薬物療法中心であったが、その後主治医 (精神保健指定医) の勧めと被扶養者本人同意により「トラウマ対応」(臨床心理士による) や主治医クリニック内の他精神科医 (漢方薬処方) 連携医療に進んでいる。

○セカンドオピニオン外来は、臨床心理士のトラウマ対応、新規漢方薬対応もあり当該受診者の負担軽減もあり様子見。

○状態の安定と生活の改善状況で、MRI 画像の再度撮影と比較、バイタル変化や生活改善状況も多角的に検証するものと計画している。

(参考資料)「産業保健事例」

事例イ.

- ・産業保健事例のイは、2006 年発病の被保険者例である。
当時 40 歳台 男性 独身
仕事と家庭問題にて発症。転居を伴う転勤など著しい環境の変化、親族の不幸にて悪化。精神科治療の開始、通勤範囲への配置転換となった。
- ・経過期間では、4 つの医療機関へ受診した。
- ※ 転勤に伴う、医療機関変更含む (通院可能レベルでは 3 医療機関)
初期は薬物療法主体で投与薬剤は、5 から 6 種、その後増加し初発経過 2 年で 11 種、休業・復職を短期間で繰り返す。
- ・通院医療機関の変更 (通院距離等のこともあり居住地近隣の医療機関へ変更) 都度、投与薬剤も変化、症状は一進一退から膠着、長期休業入り。
- ・主訴は、厭世観・希死念慮、自己肯定感の欠如、身体のだるさ、中途覚醒、イライラ感など典型的な精神症状。
- ・経過 3 年で継続的な産業医面談時 (休職中の面談=月度に 1 回、親族同伴) 今般の「fMRI 断層撮影」活用を提案され、家族との同意もあって断層撮影を実施 (専門クリニック・前述の画像診断クリニック)、関係者の連携にて薬剤投与を段階的に 5 種へ調整。5 年経過時、短時間勤務復職開始へ至る。
- ・その後予後は順調、リハビリ出勤の限定も解除、通常の勤務体制にて就労可能となる。
- ・7 年経過後、傷病者所属 (人事部付) から、現業部門へ配置転換、就労制限も無くなり復職が完了した。
- ・2015 年現在、「就業制限なく勤務でき、目立った遅刻・早退・休業」もなし

- ⇒ 個人情報管理扱いについての確認申し出を実施の上で、
◎守秘義務の範囲内で適用事業所の人事部、産業医よりヒアリング（常務理事）
◎診療情報はレセプトにて確認（常務理事）

<薬剤情報> 概況

- ①初期医療機関 5種から6種類②第二医療機関 9種から11種類
③第三医療機関 11種から12種類
④第四医療機関（現在の主治医）11種 ⇒ 5から6種類へ減薬（MRI活用）

※ 薬剤の種類ものべ35から40種類に渡っている。

抗精神薬、抗うつ薬、抗不安薬、躁鬱薬、睡眠薬、睡眠導入剤など

※ 薬物療法に合わせ、生活改善プログラム（運動、栄養管理、休養のほかに音楽対応、アロマ体験など）が実施され、連携医療もスムーズに推移した例。

事例□.

- 産業保健事例の□は、2005年発病例である。
当時20歳台 独身 男性
発病の原因は、仕事でのトラブルに巻き込まれたこと。自宅通勤から、単身生活になり発症。安全配慮上、通勤範囲へ配置転換。症状は一進一退。
- その後、休業・休職状態になったが状態の改善とともに希望する内勤職への配置転換。経過は順調。本社勤務で単身生活に再度取組む。
しかし、環境変化が災い、再燃し再休業に至った例。
- 受診医療機関は、合計4医療機関（転居転勤で通院変更もあり）
発病4年目で、事例イと同様の産業医紹介にて、fMRI撮影対応を取り入れ経過観察。
- 発病6年経過、復職後は緩やかに回復経過をたどり現在勤務制限はなく、服薬は4種（向精神薬2種、睡眠薬1種、潰瘍薬1種）で良好。

情報の入手は、産業保健事例イと同様、健康保険組合「常務理事扱い事案」で管理。

<薬剤情報> 概況

- ①初期医療機関 4種から5種類 ②第二医療機関 5種から9種類
③第三医療機関 4から5種類 ⇒ 種類が変更（MRI併用）
④第四医療機関（現在の主治医）3種

⇒ 6から7種類へ増加（環境変化で悪化、その後は減薬）

全般に投薬が比較的少ない例。産業医＋放射線科医（MRI断層撮影）＋精神科の主治医の意見に一部、調整があったケース（処方薬の選択に関して・・・）

5. 事業の評価指標及びその結果

(ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム等)

◎ストラクチャー 別紙①参照

- ・医療機関係

主治医、セカンドオピニオン、サブツール提供機関（MRI 手法）

- ・事業所系

事業主、健康保険組合

- ・当事者

当事者と家族

◎プロセス

今般の扶養家族モデルでは、「個人情報の保護」の観点からも、実施関係者を絞って最小限で実施した。

対応スタッフは、健康保険組合の常務理事、セカンドオピニオン（事業所産業医）当事者と家族に限定した。

経過観察は、健保組合とセカンドオピニオンによる面談形式にて数回実施した。

実施手法は、健保組合が産業医を訪問して実施が2回、産業医の適用事業所法定巡回時に合わせて会合実施が3回、合計5回のカンファレンスを実施した。

◎アウトプット 3-2. 戦略編（再掲）

- ・「精神科領域における薬剤投与適正化検証への足がかり」として、疾病名と投与薬剤との関連性（数量・頻度）や生活の質（睡眠、食事、就労など）の調査を併せて実施
- ・増え続ける「うつ病など」メンタル系疾患と科学的エビデンスの活用体制（光トポグラフィー、fMRIなど）への治験支援などを通じ、進みつつある「EBM型精神科治療」の展開を通じて、増加する「傷病手当金」の適正と組織の生産性の向上に寄与する。

◎アウトカム

- ・薬剤投与状況の把握（課題ケースを中心に）
 - ⇒ 平成27年度「データヘルスモデル事業」として現在検証開始
- ・科学的エビデンスの活用
 - ⇒ 取組事例の質的調査（本扶養家族ケース）
 - ⇒ 取組事例の量的調査、事例を拡大して実施の必要があり「単独健保では限界」
 - ※ 光トポグラフィー系調査、fMRI系調査など多くの連携事例と分析が必要。
- ・事業主における「生産性の向上」指標
 - ⇒ 「長期休業者の2割削減」「退職率の減少」「時間外労働改善」など

6. 事業実施体制

(組織体制・連携組織、資格取得などへの取り組み)

◎組織体制・・・別紙①参照(再掲)

※本取組は、実証事業であるが「先進事例」として未知数の分野でもある。

従って、開始時は人数も絞り、特に「医療情報」を中心とした個人情報を取扱うので各連携組織においても、組織責任者のみにて限定的に実施した。

※ カンファレンスは、健康保険組合常務理事と契約産業医(セカンドオピニオン)の2名で実施。産業医と契約する主体の適用事業所責任者には、事業の概要の説明と理解、過去事例情報の提供等の協力を得た。

○実施主体・・・健康保険組合 責任者 常務理事

<科学的エビデンス利用>

・連携機関・・・健康保険組合の適用事業所の契約産業医(セカンドオピニオン)、産業医と連携できる「サブツール利用医療機関=今回は fMRI」、主治医

・当事者・・・当事者とその家族(後見者)

<重複服薬、頻回受診等の事業>

・データ分析・・・「外部事業者」へ分解・解析を委託

◎資格取得

産業保健の領域においては、平成27年(2015年)12月よりストレスチェックが義務化され「メンタルヘルス」の予防体制が法制化されたところである。

従来、厚生労働省(労働系)においては「事業場における従業員のこころ健康」に関する取り組みも産業保健として長く取り組まれて来た訳であり、「産業カウンセラー」「メンタルヘルスマネジメント検定」「キャリアコンサルタント」など、民間資格であるがメンタルヘルスへの支援者養成への取組は「衛生管理者(公的資格)」なども含め歴史的にも取り組まれて来た。一方、厚生系のアプローチにおいては、「精神科系」取組は目立ったものはなく、今般の取組においても「薬物療法」「認知行動療法」「精神科リハビリテーション」「社会復帰支援」など、より臨床に近づく手法も必要との見解に至った。

以上の状況に鑑み、健康保険組合職員においても少しでも「精神科系疾患の理解と社会復帰支援」の理解のため福祉系資格である「精神保健福祉士」の資格取得も合わせて実施している。(自己啓発対応)

<http://www.japsw.or.jp/index.htm>

7. 評価を踏まえた今後の事業の方向性

- 1) 精神科系の領域には、21 世紀において多くの取組ことがあると云える。
先進諸国に比して、精神科系病床数の課題（社会的入院者数）、社会復帰への支援体制
身体系診療科との連携体制、高齢化に伴う認知症や医療・介護連携課題など・・・
最早、「こころ」の問題を「からだ」の問題と分けて語ることはないと言っても過言で
はない。
- 2) 今般の「先進的事業の実証事業」の取組に関し、アウトカム欄（前述）にも記載し
たが、単独の健康保険組合事業ではなく、**資料c（再掲）**の厚生労働省研究に記載の
あるような「国家レベル」での総合的な研究事業としての取組が推進されることが望
まれる。
- 3) 今回の取組も一過性の事業ではなく、「データヘルス事業」との関連性で、「重複服
薬、頻回受診行動適正化」事業との連動も視野に入れて「継続実施」してゆくもので
あり、「こころ」と「からだ」の健康保持・増進活動に終わりはないとしている。

以上

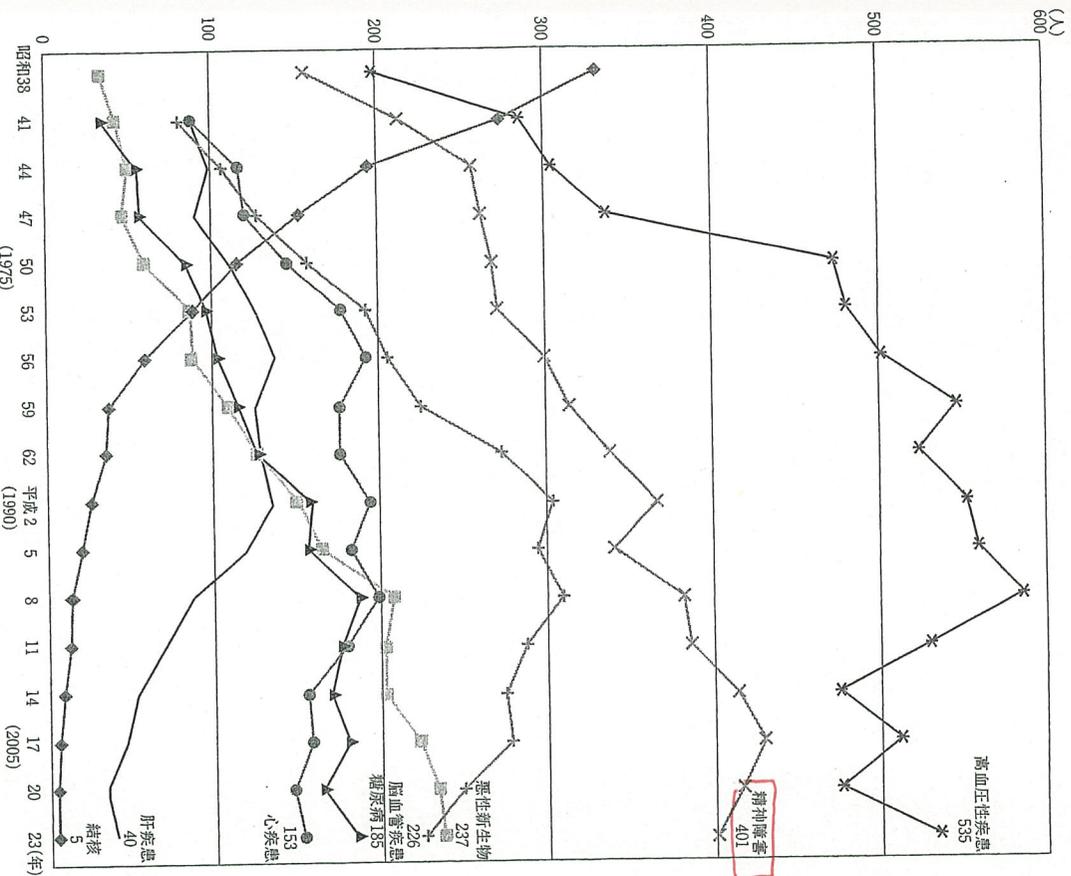
資料編 1

1. 社会的背景関係資料（その1）
 - No①から④

疾病構造の変化

主要傷病別の受療率の推移

主要傷病別にみた受療率（人口10万対）の推移



注 平成23年の数値は、宮城県の上巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

国民医療費

解説

国民医療費の増加を鑑むるとき、疾病構造の変化は重要な要素である。

図は、主要傷病別にみた受療率（人口10万人に対しての患者数）であるが、これで明らかのように、高血圧性疾患、脳血管疾患、心疾患、糖尿病、悪性新生物（がん）などの疾病が増加していったのがわかる。特に、平成23年度の高血圧性疾患が3年前に比べ大きく増加している。また、ストレス社会の影響からか、精神疾患も増えている。これに対して、かつて国民病とまでいわれた結核は、劇的に減少している。

わが国の疾病構造は大きく変化してきており、環境衛生の改善や医療技術の進歩などにより、結核などの感染症が減少する一方で、人口構造の高齢化等に伴い、悪性新生物（がん）をはじめ、慢性疾患が増加してきている。

生活習慣病などの慢性疾患は、発症前の長い無症状の期間の後、発症後、急性増悪と回復を繰り返し、次第に諸機能が失われていくという特徴をもっている。このような生活習慣病については、発病後の治療のみならず、生活習慣の改善や検診などによる危険因子の早期発見・早期治療によって病気を予防することが重要である。

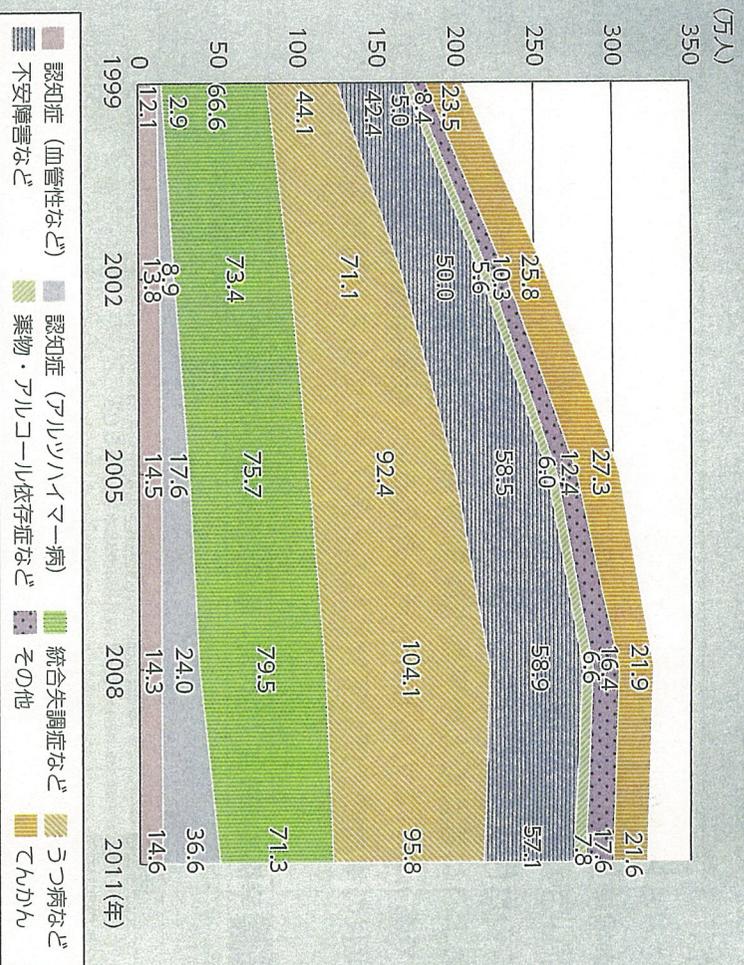
また、これらの疾患の治療は、高度な技術と設備を要することが多いため、専門家を育成するとともに、高度な医療技術を有する病院とかがりつけ医療能力をもつ診療所との連携を図る必要がある。

今後は、従来の早期発見、早期治療といった「2次予防」に重点を置いた新たな組みから、健康を増進し発病そのものを予防する「1次予防」を重視した新たな健康づくり対策をさらに推進することが重要である。生活習慣病を減らすことにより、質の高い生活を支えるとともに、各世代の実質的な負担を少なくすることにもつながるものと考える。

資料出典

厚生労働省「患者調査」

図表 2-3-5 精神疾患の患者数の推移 (医療機関に受診する患者の疾病別内訳)



資料：厚生労働省統計情報部「平成23年患者調査」
 (注) 2011年の数字は、宮城県、石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いたもの

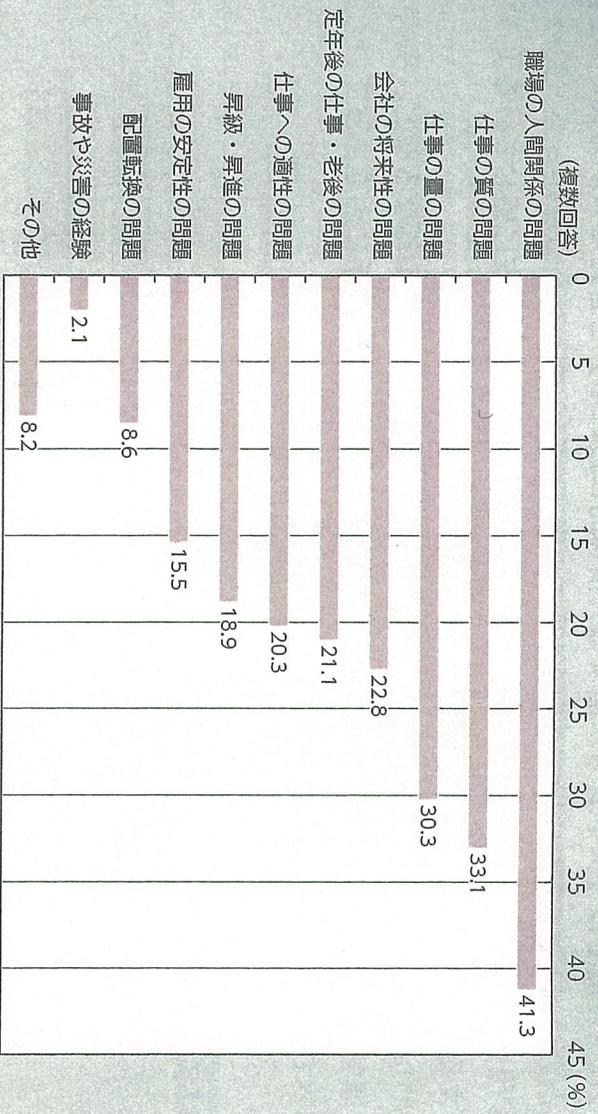
うつ病、自殺の原因の1つにもなっており、内閣府・警察庁の「平成25年中における自殺の状況」によると、年間自殺者数27,283人のうち、「病気の悩み・影響(うつ病)」を原因・動機とする人が5,832人であった。「病気の悩み・影響(うつ病)」を含む「健康問題」を自殺の原因・動機とする人は13,680人で、自殺の原因・動機の中で最も多く、年間自殺者数の約半数を占め、更にその4割以上が「病気の悩み・影響(うつ病)」であった(図表2-3-6)。また、「健康問題」を自殺の原因・動機とする人は、20代以上の全ての年代で最も多かった。

精神疾患患者は、2011(平成23)年は320.1万人となっており、**いわゆる4大疾患(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)よりも多い状況**となっている。

治療薬の発展などにより近年の新規患者の入院期間は短縮化傾向にあり、約9割の新規入院患者が1年以内に退院しており、特に統合失調症の入院患者数が減少している。これに伴い、精神病床の病床数は減少傾向にあるが、依然として1年以上の長期入院患者は20万人を超えている。

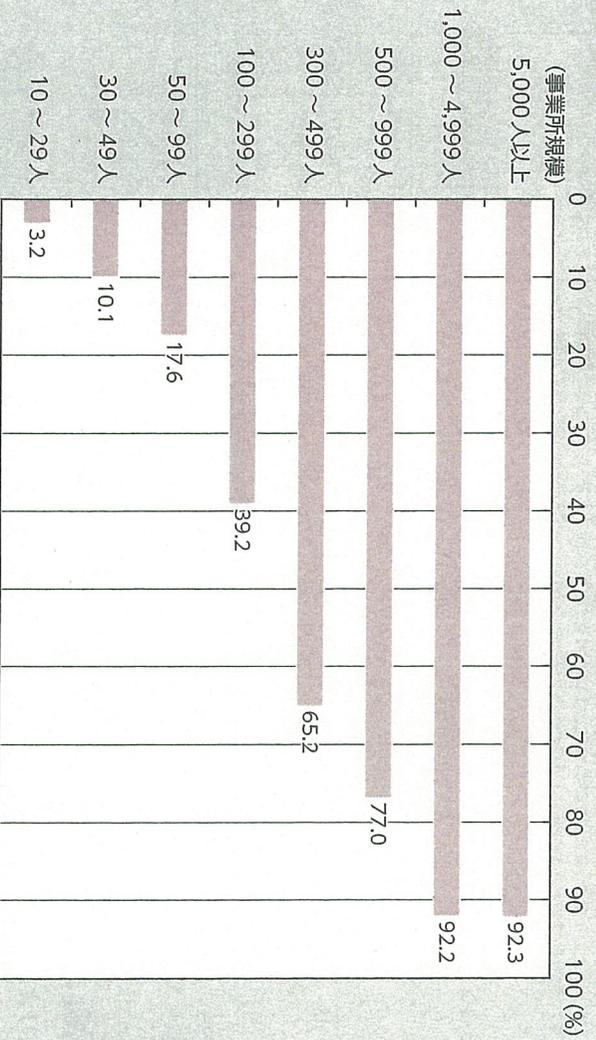
また、うつ病等の気分障害や認知症の患者数が増加し、薬物依存や発達障害への対応等の社会的要請が高まっているなど、精神科医療に対する需要は多様化している。

図表2-3-11 仕事や職業生活に関する不安・悩み・ストレスの内容



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部 [平成24年 労働者健康状況調査]

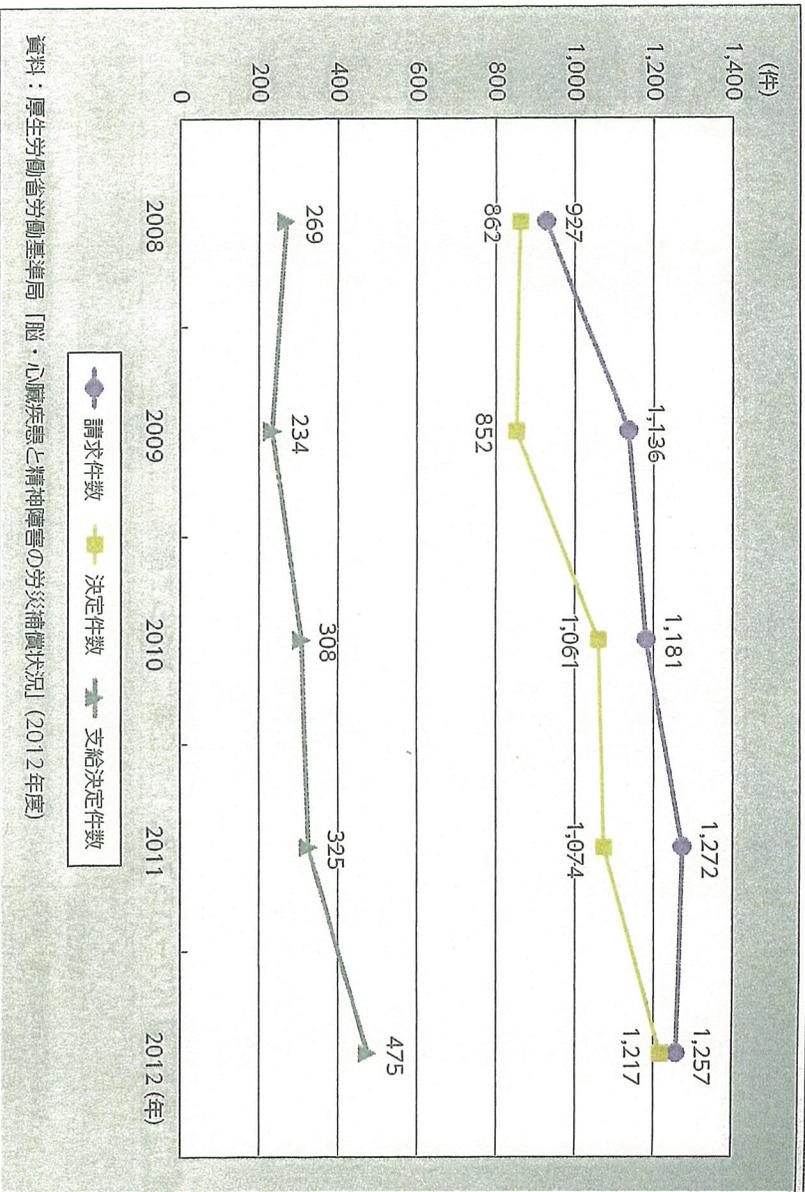
図表2-3-12 過去1年間にメンタルヘルス不調により連続して1ヶ月以上休職又は退職した労働者がいる事業所の割合



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部 [平成24年 労働者健康状況調査]

2012年度の精神障害を理由とする労災の請求件数は1,257件、支給決定件数は475件（前年度比150件の増）で、支給決定件数は過去最多であった。

図表 2-3-13 精神障害に係る労災請求・決定件数の推移



長時間労働や職場のパワハラストレス^{*14}（いわゆる「パワハラ」）などもあり、多くの労働者が、仕事に関連するストレスを感じており、特にパワハラについては、労働者のおよそ4人に1人が過去3年間でパワハラを受けたと感じている（図表2-3-14）。

パワハラは労働者の尊厳や人格を傷つけるのみならず、職場環境を悪化させるものである。こうした問題を放置すれば、労働者は仕事への意欲や自信を失うのみならず、時には心身の健康や命すら危険にさらされる場合もあるため、パワハラをなくしていくことが求められている。また、パワハラは職場の生産性を低下させるなど、企業にとっても損失が大きいのと言われており、改善が必要である（図表2-3-15）。

パワハラが発生している職場は、上司と部下のコミュニケーションが少ない、残業が多い、休みが取りにくい、失敗が許されないなどの特徴がある（図表2-3-16）。パワハラをなくすためには、職場におけるコミュニケーションの活性化や、職場環境を疲労・ストレスの少ないものに改善することなどが必要である。

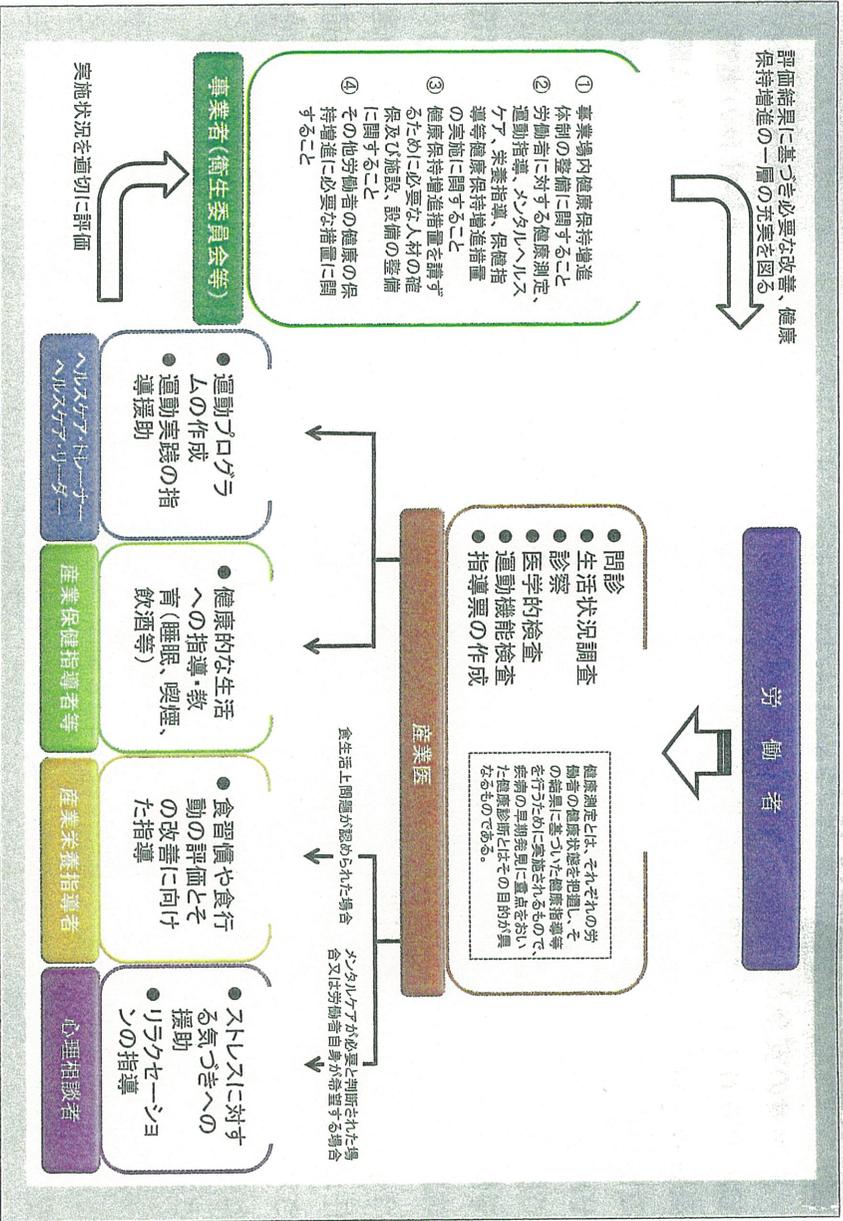
*14 「同じ職場で働く者に対して、職務上の地位や人間関係などの職場内の優位性を背景に、業務の適正な範囲を超えて、精神的・身体的苦痛を与える又は職場環境を悪化させる行為をいう。」とされる（平成24年1月30日「職場のいじめ・嫌がらせ問題に関する円卓会議ワーキング・グループ」報告）

資料編 2

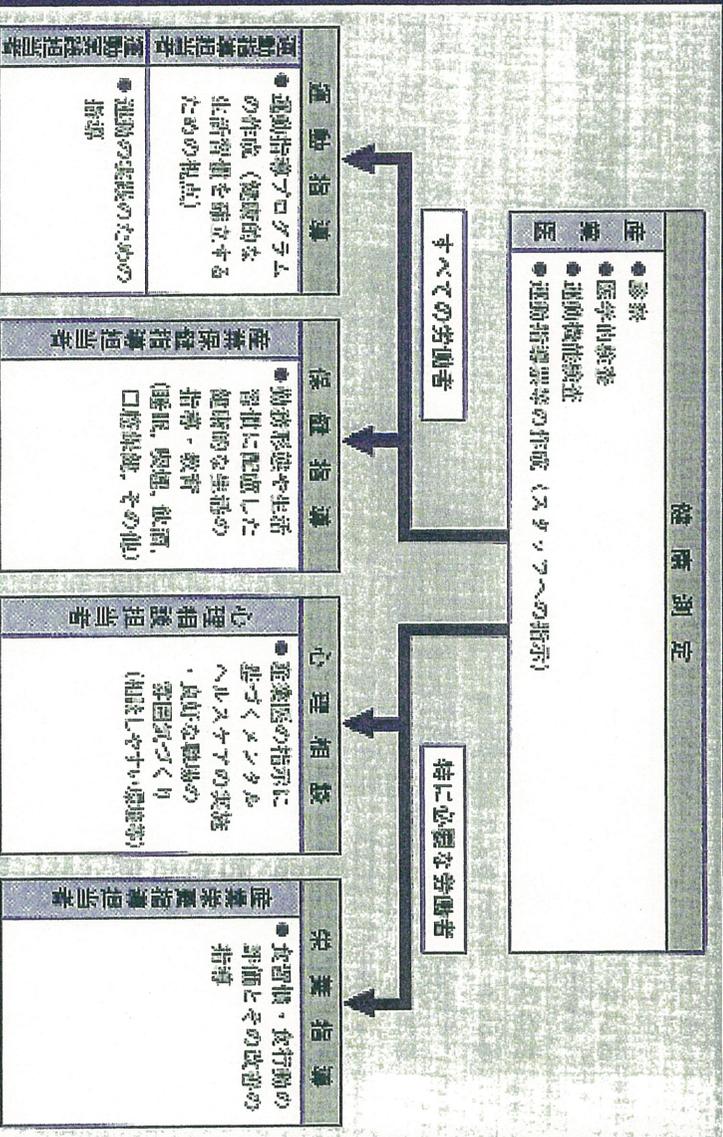
1. 社会的背景関係資料 (その2)
 - No⑩

図表 1-2-10 労働者の健康の保持増進

平成26年版 厚生労働白書



トータル・ヘルス・プロモーション 1988年 (THP: 労働者の心身両面にわたる健康保持増進措置)



資料編 3

1. 社会的背景関係資料

1-2. 当健康保険組合関係資料

- No⑤から⑨

医療費状況の把握

■医療費全体

医療費状況を分析した結果、内科・調剤の電子レセプトの医療費合計は年間約47億6千万円である。「呼吸器系の疾患」が医療費合計の13.6%を占めている。「新生物」は医療費合計の12.9%、「循環器系の疾患」は医療費合計の11.1%と高い割合を占めている。

大分類による疾病別医療費統計

※各項目毎に上位5疾病を

網掛け

表示する。

疾病項目(大分類)	A			B			C			A/C	
	医療費総計 (円)	構成比	順位	レセプト 件数 (延べ件数)	順位	患者数 (延べ人数)	順位	患者一人 当たりの 医療費 (円)	順位		
I. 感染症及び寄生虫症	149,991,053	3.2%	12	31,277	8	10,670	5	14,057	20		
II. 新生物	605,618,998	12.9%	2	17,537	13	6,144	11	98,571	3		
III. 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	89,239,043	1.9%	14	8,242	16	2,456	16	36,335	11		
IV. 内分泌、栄養及び代謝疾患	461,791,993	9.9%	4	64,416	2	8,851	7	52,174	7		
V. 精神及び行動の障害	204,319,205	4.4%	10	23,185	10	2,696	15	75,786	4		
VI. 神経系の疾患	158,982,399	3.4%	11	28,939	9	4,077	13	38,995	10		
VII. 眼及び付属器の疾患	207,340,453	4.4%	9	38,159	7	13,271	2	15,624	18		
VIII. 耳及び乳様突起の疾患	60,212,089	1.3%	17	14,114	14	4,043	14	14,893	19		
IX. 循環器系の疾患	520,087,469	11.1%	3	60,466	3	7,076	9	73,500	5		
X. 呼吸器系の疾患	638,223,124	13.6%	1	112,868	1	22,718	1	28,093	15		
XI. 消化器系の疾患	343,747,010	7.3%	6	53,528	4	11,635	4	29,544	14		
XII. 皮膚及び皮下組織の疾患	217,272,016	4.6%	8	51,429	5	11,809	3	18,399	17		
XIII. 筋骨格系及び結合組織の疾患	410,386,338	8.8%	5	48,615	6	9,735	6	42,156	8		
XIV. 腎尿生殖器系の疾患	268,802,580	5.7%	7	22,545	11	6,526	10	41,189	9		
XV. 妊娠、分娩及び産じょく	66,729,011	1.4%	16	1,635	19	599	17	111,401	2		
XVI. 周産期に発生した病態	25,221,749	0.5%	19	217	21	106	21	237,941	1		
XVII. 先天奇形、変形及び染色体異常	31,517,527	0.7%	18	1,695	18	576	18	54,718	6		
XVIII. 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	70,196,647	1.5%	15	20,266	12	7,175	8	9,784	21		
XIX. 損傷、中毒及びその他の外因の影響	125,595,391	2.7%	13	13,090	15	5,325	12	23,586	16		
XXI. 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	12,811,758	0.3%	20	2,163	17	369	20	34,720	12		
XXII. 特殊目的用コード	0	0.0%		0		0		0			
分類外	12,164,178	0.3%	21	1,379	20	398	19	30,563	13		
合計	4,680,250,030	100.0%		615,765		136,255		34,349			

データ化範囲(分析対象)…**内科・調剤の電子レセプトのみ。対象診療年月は平成25年1月～平成25年12月診療分(12カ月分)。**

データホライズン社 医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をブルーベンダシ算出。

※消化器系の疾患…「消化器系」の情報を取得し、その情報はデータ化対象外のため算出できない。

※医療費総計…大分類の疾病項目毎に集計するため、データ化時点まで内科レセプトが存在しない(画像レセプト、月遅れ等)場合集計できない。

そのため他統計と一致しない。

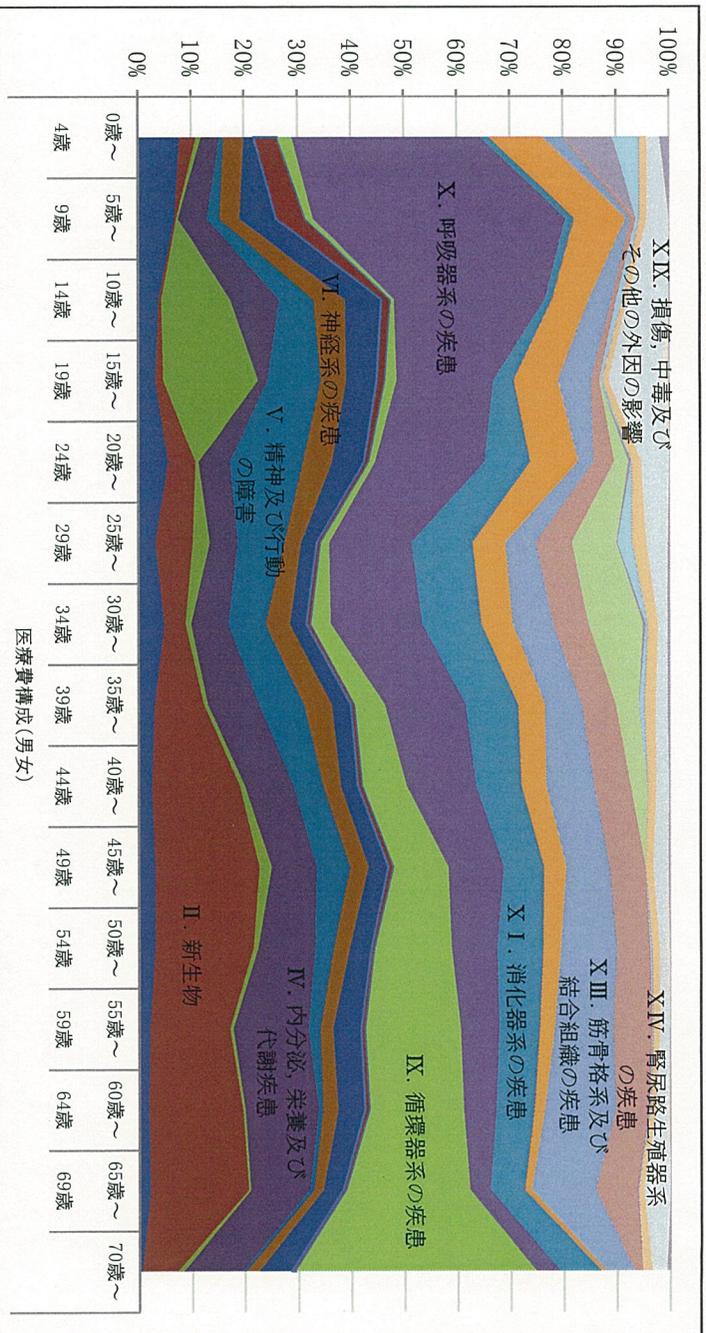
※レセプト件数…大分類における疾病項目毎に集計するため、合計件数は他統計と一致しない(一件のレセプトに複数の疾病があるため)。

※患者数…大分類における疾病項目毎に集計するため、合計人数は他統計と一致しない(複数疾病をもつ患者がいるため)。

疾病別医療費構成を年齢階層別に示す。

・組合全体

年齢階層別医療費構成(全体)



年齢階層別医療費 大分類上位5疾病(全体)

年齢階層	1	2	3	4	5
0歳～4歳	X. 呼吸器系の疾患	X II. 皮膚及び皮下組織の疾患	X VII. 周産期で発生した病態	I. 感染症及び寄生虫症	X VII. 先天奇形, 変形及び染色体異常
5歳～9歳	X. 呼吸器系の疾患	X II. 皮膚及び皮下組織の疾患	VII. 眼及び付属器の疾患	I. 感染症及び寄生虫症	VII. 耳及び乳腺突起の疾患
10歳～14歳	X. 呼吸器系の疾患	III. 血液及び造血器の疾患並びに免疫機種の障害	IV. 内分泌, 栄養及び代謝疾患	X IX. 損傷, 中毒及びその他の外因の影響	X II. 皮膚及び皮下組織の疾患
15歳～19歳	X. 呼吸器系の疾患	III. 血液及び造血器の疾患並びに免疫機種の障害	V. 精神及び行動の障害	X IX. 損傷, 中毒及びその他の外因の影響	X II. 皮膚及び皮下組織の疾患
20歳～24歳	X. 呼吸器系の疾患	V. 精神及び行動の障害	X II. 皮膚及び皮下組織の疾患	X I. 消化器系の疾患	VII. 眼及び付属器の疾患
25歳～29歳	X. 呼吸器系の疾患	X I. 消化器系の疾患	V. 精神及び行動の障害	X V. 妊娠, 分娩及び産じょく	II. 新生物
30歳～34歳	X. 呼吸器系の疾患	X I. 消化器系の疾患	X V. 妊娠, 分娩及び産じょく	X III. 筋骨格系及び結合組織の疾患	V. 精神及び行動の障害
35歳～39歳	X. 呼吸器系の疾患	X I. 消化器系の疾患	IV. 内分泌, 栄養及び代謝疾患	II. 新生物	V. 精神及び行動の障害
40歳～44歳	II. 新生物	X. 呼吸器系の疾患	IV. 内分泌, 栄養及び代謝疾患	X III. 筋骨格系及び結合組織の疾患	X I. 消化器系の疾患
45歳～49歳	II. 新生物	X. 呼吸器系の疾患	IX. 循環器系の疾患	IV. 内分泌, 栄養及び代謝疾患	X III. 筋骨格系及び結合組織の疾患
50歳～54歳	II. 新生物	IX. 循環器系の疾患	IV. 内分泌, 栄養及び代謝疾患	X III. 筋骨格系及び結合組織の疾患	X I. 消化器系の疾患
55歳～59歳	IX. 循環器系の疾患	II. 新生物	IV. 内分泌, 栄養及び代謝疾患	X III. 筋骨格系及び結合組織の疾患	X I. 消化器系の疾患
60歳～64歳	II. 新生物	IX. 循環器系の疾患	IV. 内分泌, 栄養及び代謝疾患	X III. 筋骨格系及び結合組織の疾患	X I. 消化器系の疾患
65歳～69歳	IX. 循環器系の疾患	II. 新生物	X III. 筋骨格系及び結合組織の疾患	IV. 内分泌, 栄養及び代謝疾患	X IV. 泌尿路生殖器系の疾患
70歳～	IX. 循環器系の疾患	IV. 内分泌, 栄養及び代謝疾患	X I. 消化器系の疾患	II. 新生物	VII. 眼及び付属器の疾患

■ 中分類による分析

・医療費

医療費の高い順に「高血圧性疾患」、「その他の内分泌、栄養及び代謝疾患」、「その他の消化器系の疾患」となっている。「高血圧性疾患」の医療費は約2億4千万円、「その他の内分泌、栄養及び代謝疾患」の医療費は約2億3千万円、「その他の消化器系の疾患」の医療費は約2億円である。

中分類による疾病別統計(医療費上位10疾病)

順位	中分類疾病項目	医療費 (円) ※	構成比 (医療費総計全体に 対して占める割合)	患者数 (人)
1	0901 高血圧性疾患	244,058,900	5.2%	4,120
2	0403 その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	231,236,733	4.9%	6,584
3	1112 その他の消化器系の疾患	203,304,114	4.3%	5,665
4	0402 糖尿病	182,536,955	3.9%	3,588
5	0210 その他の悪性新生物	160,066,707	3.4%	1,292
6	1006 アレルギー性鼻炎	148,528,459	3.2%	11,165
7	0211 良性新生物及びその他の新生物	142,030,159	3.0%	3,754
8	1402 腎不全	117,655,941	2.5%	141
9	1010 喘息	115,182,601	2.5%	4,246
10	1202 皮膚炎及び湿疹	114,449,805	2.4%	8,679

データ化範囲(分析対象)…**内科、調剤の電子レセプトのみ**。対象診療年月は平成25年1月～平成25年12月診療分(12カ月分)。

データホライズン社 医療費分解技術を用いて、疾病毎に点数をグループ別で算出。

※医療費総計…中分類(121分類)の疾病項目毎に集計するため、データ化時点で電子レセプトが存在しない(画像レセプト、月遅れ等)場合集計できない。そのため他統計と一致しない。

・患者数

患者数は「その他の急性上気道感染症」「アレルギー性鼻炎」「屈折および調整の障害」の順に多い。「その他の急性上気道感染症」の患者数は約1万1千人、「アレルギー性鼻炎」の患者数は約1万1千人、「屈折及び調整の障害」の患者数は約1万人である。

中分類による疾病別統計(患者数上位10疾病)

順位	中分類疾病項目	医療費 (円)	構成比 (患者数全体に対して占 める割合)	患者数 (人) ※
1	1003 その他の急性上気道感染症	93,320,313	5.2%	11,327
2	1006 アレルギー性鼻炎	148,528,459	5.2%	11,165
3	0703 屈折及び調整の障害	47,631,562	4.4%	9,522
4	1005 急性気管支炎及び急性細気管支炎	74,720,543	4.3%	9,319
5	1202 皮膚炎及び湿疹	114,449,805	4.0%	8,679
6	1800 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	70,196,647	3.3%	7,175
7	1002 急性咽頭炎及び急性扁桃炎	41,084,350	3.3%	7,049
8	1011 その他の呼吸器系の疾患	84,425,102	3.2%	6,852
9	0701 結腸炎	35,486,851	3.1%	6,675
10	0403 その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	231,236,733	3.0%	6,584

データ化範囲(分析対象)…**内科、調剤の電子レセプトのみ**。対象診療年月は平成25年1月～平成25年12月診療分(12カ月分)。

データホライズン社 医療費分解技術を用いて、疾病毎に点数をグループ別で算出。

※患者数…中分類(121分類)における疾病項目毎に集計するため、合計人数は他統計と一致しない(複数疾病をもつ患者がいるため)。

重複服薬者受診行動適正化指導(案)

(1) 分析結果

ひと月に同系の医薬品が複数の医療機関で処方され、処方日数が一定以上である重複服薬は、医療費高額化の要因になっており、これらの患者に対して正しい受診行動に導く指導を行う必要がある。そのためには効果的な保健事業となるように「多受診患者数とその傾向」を把握し、「指導対象者集団の特定」について明確にする必要がある。

重複服薬者について平成25年1月～平成25年12月までの12カ月分のレセプトデータを用いて分析した。

重複服薬者数

	平成25年1月	平成25年2月	平成25年3月	平成25年4月	平成25年5月	平成25年6月	平成25年7月	平成25年8月	平成25年9月	平成25年10月	平成25年11月	平成25年12月
重複服薬者数(人) ※	24	39	51	49	46	37	35	39	39	42	38	38

12カ月間の延べ人数

477

12カ月間の実人数

308

データ化範囲(分析対象)…**医科、調剤の電子レセプトのみ**。対象診療年月は平成25年1月～平成25年12月診療分(12カ月分)。
※重複服薬者数…1カ月間に、同系の医薬品が複数の医療機関で処方され、同系医薬品の日数合計が60日を超える患者を対象とする。

重複服薬の要因となる上位薬品は以下の5薬品である。

順位	薬品名	効能	割合	薬価 ※	ジェネリック 医薬品の有無
1	ムコスタ錠100mg	消化性潰瘍用剤	6.1%	17.40円	有
2	ゾパズ錠0.5mg	精神神経用剤	3.9%	9.00円	有
3	ロキソニン錠60mg	解熱鎮痛消炎剤	3.6%	34.40円	有
4	レボパルミンD錠0.25mg	催眠鎮静剤, 抗不安剤	3.6%	27.50円	有
5	SG配合顆粒	解熱鎮痛消炎剤	3.5%	11.10円	無

データ化範囲(分析対象)…**医科、調剤の電子レセプトのみ**。対象診療年月は平成25年1月～平成25年12月診療分(12カ月分)。

※薬価…社会保険研究所「平成25年度版 薬効・薬価リスト」より。

日常生活報告書

1. 請求期間中どのように過ごしていましたか？

(該当するものに○を記入して下さい。)

- (1) 普通の生活ができた
- (2) ときどき散歩に出るくらいで、ほとんど家の中にいた
- (3) 身の回りのことはできたが、一日中家の中にいた
- (4) 身の回りのことはかろうじてできたが、一日中床についていた
- (5) 身の回りのことも家族の介助が必要で、一日中床についていた
- (6) その他 ()

2. 請求期間中の自宅療養の内容、自覚症状について詳しく記入して下さい。

3. 請求書に証明を受けた医療機関への請求期間中の通院(入院)した日付けを記入して下さい。

月	日、	日、	日、	日、	日、
月	日、	日、	日、	日、	日、
月	日、	日、	日、	日、	日、

4. 請求期間中に、医師から療養のうえでのような指示を受けていたか、記入して下さい。

5. 現在の身体等の状態、さらにいつ頃から普通の生活ができそうか、わかる範囲で記入して下さい。

平成 年 月 日

請求者名

㊞

資料編 4

1. 社会的背景関係資料

1-3. 精神科系疾患を取巻く環境変化

※ 科学的サブツール関係資料

・ 資料 a から資料 b

2014/4 診療報酬改定における光トポグラフィー、多剤投与に係る経緯等のメモ

1. 光トポグラフィー

(ア) 2014年4月診療報酬改定により、保険導入された

現行		改定後	
光トポグラフィー 670点 (脳外科手術の術前検査に使用)	↓	光トポグラフィー (新)抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するもの 400点※	脳外科手術の術前検査に使用するもの 670点

※ 地域の精神科医療医療提供体制確保するために必要な処方薬を行っている精神保健指定院による場合

(イ) 背景

① 2009年4月「光トポグラフィー検査」がうつ症状の鑑別診断補助として(精神疾患の診断と治療に役立つ臨床検査として)厚生労働省に先進医療適用を承認された

② なお、2002年4月に脳神経外科領域において、言語機能の診断(言語優位野の判定)や、てんかん焦点の同定の検査としての保険点数承認

(ウ) 診断としての客観性

① 臨床診断とNIRS指標の一致率について、典型的なうつ症状の患者群で60~80%程度、典型的なうつ症状が少ない先進医療の患者群で40%程度と報告(『第23回若手育成力ソフトウェア報告書』独立行政法人国立精神・神経医療研究センター、2012年11月2日)2012年11月)

(エ) (ご参考)今回の診療報酬改定により保険導入された8先進医療(低侵襲系の医療による入院予後の軽微化につながる技術の保険導入が多い)

- ① 告示番号 14: 難治性眼疾患に対する羊膜移植術
- ② 告示番号 29: X線CT画像診断に基づく手術用顕微鏡を用いた歯根端切除手術
- ③ 告示番号 40: 腹腔鏡下子宮体がん根治手術
- ④ 告示番号 44: 光トポグラフィー検査を用いたうつ症状の鑑別診断補助
- ⑤ 告示番号 45: 内視鏡下筋膜下不全穿通枝切離術
- ⑥ 告示番号 46: 歯科用CAD・CAMシステムを用いたハイブリッドレジンによる歯冠補綴
- ⑦ 告示番号 50: 胸腔鏡下動脈管閉存症手術
- ⑧ 告示番号 51: 腹腔鏡下スリーブ状胃切除術

2. 多剤投与

(ア) 診療報酬改定

精神科継続外来支援・指導料		精神科継続外来支援・指導料	
1回の処方において、3剤以上の抗不安薬又は3剤以上の睡眠薬を投与した場合は、100分の80の点数で算定する。	↓	1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抑うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬を投与した場合は、算定しない。	↓
処方せん料 68点	↓	処方せん料(多剤投与の場合) 30点	↓
処方料 42点	↓	処方料(多剤投与の場合) 20点	↓
薬剤料	↓	薬剤料(多剤投与の場合) 100分の80	

② 適用外条件(向精神薬多剤投与として扱わない)

1. 他の保険医療機関ですでに、向精神薬多剤投与されている場合の連続した 6 ヶ月間。
2. 薬剤の切り替えが必要であり、既に投与されている薬剤と新しく導入する薬剤を一時的に併用する場合の連続した3ヶ月間。
3. 臨時に投与した場合。
4. 抗うつ薬又は抗精神病薬に限り、精神科の診療に係る経験を十分に有する医師(※)が処方した場合。※臨床経験を5年以上有する、適切な保険医療機関において3年以上の診療経験を有する、相当数の主治医として治療した経験を有する、精神科薬物療法に関する研修を修了していること等の要件を満たす医師をいう。
5. 向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、年に1回、向精神薬多剤投与の状況を地方厚生(支)局長に報告する。
6. 精神科継続外来支援・指導料、処方せん料、処方料、薬剤料の見直しは平成26年10月1日より適用。

(4) 背景

- ① 精神科の非専門医による安易な多剤投与抑止のため
 - ② 多剤投与の治療効果有意性に関するエビデンス不足
 1. 抗精神病薬の組み合わせについて NICE ガイドラインの見解(Schizophrenia Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (update) National Clinical Practice Guideline Number 82 ;National Collaborating Centre for Mental Health Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence)
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG82FullGuideline.pdf>
 2. 効果が上がることにについて、支持する証拠はほとんどない
 - ② 非定型抗精神病薬の組み合わせによる症状改善のエビデンスは乏しい(Chan & Sweeting, 2007)
- (4) 抗精神病薬の多剤併用の戦略は、非効果的である(Chong & Remington, 2000)
3. 抗精神病薬を組み合わせることは高用量になり、副作用のリスクをあげる
 - (ア) 抗精神病薬の切り替えは、追加よりも精神症状の改善に勝る(Kreyenbuhl, 2007)<http://ps.psychiatryonline.org/cgi/content/full/58/7/983/T3>
- (4) 単剤投与を受けている者の方が、多剤・大量投与を受けている者よりも入院中の症状改善が良好(H Ito et al, British J of Psy (2005))
- ③ 2004 年の日本精神神経学会では、抗精神病薬の単剤が望ましいにもかかわらず、多剤大量処方改善されない現状について、言及
 - ④ 2008 年には、過量服薬の危険性に特に配慮が必要である境界性人格障害に対するガイドラインが公開され、多剤の有効性を支持する強い証拠がないため、単剤が推奨され、長期漫然とした処方の有効性も示されていないという内容
 - ⑤ 2009 年 10 月 30 日には、日本うつ病学会が「SSRI/SNRI を中心とした抗うつ薬適正使用に関する提言」において、大量処方を避けるという一般的な注意喚起

精神疾患の臨床検査としての光トポグラフィ検査(NIRS) — 先進医療「うつ症状の鑑別診断補助」—

Functional neuroimaging as a laboratory test and
the first Advanced Medical Technology in Psychiatry

滝沢 龍¹⁾ Ryu Takizawa

福田 正人²⁾ Masato Fukuda

心の健康に光トポグラフィ検査を応用する会

¹⁾東京大学大学院医学系研究科・精神医学
²⁾群馬大学大学院医学系研究科・神経精神医学

精神科医療において、客観的な生物学的指標に基づいた診断や治療が行われていないことは克服すべき点のひとつである。われわれは簡便で非侵襲的に脳機能を評価できる光トポグラフィ検査を用いて、うつ症状のある精神疾患の鑑別診断補助に役立つ可能性を多施設共同研究によって検討した。言語流暢性課題遂行時の前頭・側頭部の酸素化ヘモグロビン濃度変化を反映する信号の時間経過パターンをアルゴリズム化し、臨床診断との一致度を示した。一連の取り組みの結果、精神科医療で初の先進医療として、2009年4月「光トポグラフィ検査」が精神疾患の診断と治療に役立つ臨床検査として厚生労働省に適用を承認され、臨床現場で実用化することとなった。

Lack of clinical examination for diagnosis and treatment is one of the problems that need to be overcome in psychiatry because it hinders their objective assessment based on biomarkers. Now we sought to explore a guidance neuroimaging in clinical settings for psychiatric differential diagnosis using non-invasive neuroimaging, near-infrared spectroscopy (NIRS) in a 7 multi-site study. Spatiotemporal characteristics of frontal and temporal hemodynamic response induced by a verbal fluency task were assessed and applied to an algorithm using simple variables on the basis of receiver-operator characteristics (ROC) analysis. Our results suggest that fronto-temporal hemodynamic response by concise NIRS method could be a promising biomarker as an aid to alert clinicians for differential diagnosis guided by functional neuroimaging in real clinical settings. Although being still in the research phase, Ministry of Health, Labour and Welfare in Japan gave approval to this diagnosis support system as the 'Advanced Medical Technology' in April, 2009 for the first time in the field of psychiatry in Japan.

Key Words: Multi-site Collaborative Study, Near-infrared Spectroscopy (NIRS), Functional Neuroimaging-guided Psychiatric Diagnosis, Clinical Application, Advanced Medical Technology

1. 精神疾患の診断と治療に役立つ生物学的指標

医学の臨床において、臨床症状と病歴に基づき判断が基本であり、それに臨床検査所見を加味して診断と治療を進めていくという点で、精神科臨床が他の科と特別に変わりがあるわけではない。ただし、主な精神疾患の多くが、ある臨床検査によって診断と治療を方向付けられるものではなかった

め、ひとつの課題として指摘されてきた。精神医学・医療の現場で指針となる本格的な生物学的指標 (biological marker) の導入は、そうした治療者間の相違を埋めるのみならず、当事者・家族とのコミュニケーションツールの一つとして、最終的に当事者中心の精神科医療の実現につながるものとし

て期待されている。

こうした背景から、精神疾患の診断、重症度の測定、治療法の選択、治療効果の評価、再発可能性の予測などに利用できる生物学的指標を見いだそうとする検討がなされてきている。研究から臨床に役立つ検査法の確立へ橋渡しをする検討(translational research)が、遺伝子や生体物質などの分子生物学的アプローチや脳構造、脳機能を測定する脳画像アプローチで盛んに行われている。

2. 近赤外線スベクトロスコーピーNIRS(光トポグラフィ―検査)の特徴

生体を対象とした脳機能計測の方法論には、機能的MRI(functional MRI; fMRI)、ポジトロン断層法(Positron Emission Tomography; PET)、脳波における事象関連電位(Event Related Potential; ERP)など多くあるが、それに続き非侵襲性と簡便性という特徴を併せ持つ近赤外光を用いた脳機能計測(近赤外線スベクトロスコーピー、near-infrared spectroscopy; NIRS)が新しく加わった。

2.1 NIRSの原理

近赤外光を用いた脳機能測定法(NIRS)は、近赤外光が生体は透過しやすいがヘモグロビンに吸収されやすい特徴を利用して脳に適応した場合、大脳皮質の血液量変化を推定し、非侵襲的かつ簡便に時空間的な特徴を捉えることができる方法論である。NIRS装置の長所や今後克服すべき点の詳細については、別の総論(滝沢ら, 2008a⁹⁾, b¹⁰⁾)に原理・検査・データの実際とともに紹介している。高次脳機能について計測結果に一定の再現性があることが知られており、信頼性についての検討も行われている(Kono et al, 2007⁹⁾; Kakimoto et al, 2009⁹⁾)。

特にfMRIやPETと異なる利点として、①安全性の確立した近赤外光は全く非侵襲的であり、②拘束性が少なく自然な姿勢・環境下で計測可能、③騒音・閉塞感・放射線使用・高磁場がない、④被検者に負担が少なく繰り返し測定が容易、⑤装置が小型・可搬性があり、安価で維持費用も低廉、⑥空間分解能はそれほど高くない(20～30mm)が、時間分解能が比較的高い(0.1秒)、⑦長時間の連続記録が可能、といったことがある。なお、NIRSを脳機能計測へ応用し画像検査とした場合、「光脳機能イメージング」、「機能的近赤外線スベクトロスコーピー(fNIRS)」や「光トポグラフィ―検査」などのさまざまな名称で呼ばれる。脳神経外科領域の保険収載検査や精神科領域での先進医療検査の名称には、一般名称である「光トポグラフィ―検査」が用いられている。本稿では混乱を避けるため、必要のある場合を除いてNIRSで統一する。

自然な姿勢・環境における計測が、簡便・非侵襲に可能な臨床検査として精神疾患への応用も盛んになってきた。精神疾患におけるNIRSについての参考書としては「精神疾患とNIRS―光トポグラフィ―検査による脳機能イメージング」(福田 2009⁹⁾)がある。

2.2 NIRSの言語流暢性課題・測定方法

われわれは多チャンネルのNIRS装置(ETG-4000, 日立

メダイコ製)を用いて、前頭前野を中心に左右対称に装着して測定を行っている。最も前下方にある計測部位(チャンネルと呼ぶ)の列が、国際10-20法におけるT3-Fp2-14を結ぶラインに並ぶように設置している。こうした頭皮上の計測部位の国際10-20法との対応をしておくことで、おおむねの脳表の測定部位を予測できることが複数被検者の検討から知られている(Okamoto et al, 2004⁹⁾; Tsuzuki et al, 2007⁹⁾)。

認知賦活課題にはさまざまな方法があるが、そのうちの代表的なものが言語流暢性課題(福田ら, 2004⁹⁾)である。ほとんどの精神疾患患者が手順を間違えることなく完遂でき、適切な認知的負荷であろうと考えている。60秒間の課題中に1語だけではなく、20秒ごとに3語を答えるよう改変することで、回答できずに黙り込んでしまう時間をできるだけ少なくし、患者群と健常者群との遂行成績とNIRS信号との関連について、有意な相関を認めた研究はこれまでにない。

言語流暢性課題は、長期記憶から回答の言葉呼び出すだけでなく、すでに答えた言葉を覚えておく作業記憶、不適切な言葉への抑制、これら認知的作業に対する集中力の維持など複雑な認知機能を要し(Henry and Crawford, 2004⁹⁾)、fMRIやPETなどの検査でも広い範囲の明瞭な前頭葉賦活を認めることで知られる(Cabeza and Nyberg, 2000¹⁰⁾; Elifgren and Risberg, 1998¹¹⁾)。課題前後のベースライン課題として「あ・い・う・え・お」を単純に繰り返し、発語による脳活動を差し引くことで、ベースライン課題中と認知課題中との変化パターンを検討している。

2.3 鑑別診断補助のためのNIRS信号の特徴

この課題中のNIRS信号の波形パターンには精神疾患ごとにある一定の傾向があり、疾患鑑別・症状評価に利用できる可能性があることが指摘されてきた(福田ら, 2007¹⁰⁾; Kameyama et al, 2006¹⁰⁾; Suto et al, 2004¹⁰⁾; Takizawa et al, 2008¹⁰⁾)。おおまかにまとめると、大うつ病性障害(うつ病)においては前頭葉皮質の賦活反応性の量が減少しており、双極性障害(躁うつ病)においては賦活反応性の潜在時間が遅延しており、統合失調症においては賦活反応性のタイムイング不良で非効率であるという特徴がある。

われわれはこれらの疾患ごとのNIRS信号の特徴を多施設共同研究(心の健康に光トポグラフィ―検査を応用する会の会員施設)で中間集計した計1000名を超える大規模データ(精神疾患患者538名、健常対照者518名)を用いて、この鑑別診断のための補助検査として利用できるアルゴリズム開発を試みた。

3. 補助検査法としてのNIRS検査アルゴリズムの開発(滝沢ら, 2009¹⁰⁾)

3.1 うつ症状における補助検査法の意義

うつ症状の患者は、一般の臨床医や精神科臨床に携わる専門医にとって診療する頻度が多い。抑うつ・不安・不眠といった精神症状は非特異的であり、うつ病のみならず統合失調症や双極性障害など多くの精神疾患の病初期に認められ、こうした非特異的な症状のみでは診断が明確にできないこと

資料編 5

1. 社会的背景関係資料

1-3. 精神科系疾患在取巻<環境変化

※ 精神科疾患関係研究等厚労省資料

• 資料C

精神医療の質の向上について

精神科医療の質の向上について

現状と課題

- 精神科薬を用いた標準的でない治療(多剤・大量投与、長期少量投与、多剤・少量投与、依存性薬物の長期処方等)について、その有効性等を懸念する指摘がある。特に抗精神病薬の多剤・大量投与は、単剤投与と比較した有効性が明らかでない一方で、副作用のリスクが高まるとされているが、我が国では依然として諸外国よりも頻繁に実施されている。
- 認知行動療法等の精神療法については、薬物療法と比較した効果が明らかになりつつあるものもあるが、精神科医師がその実践のために技術を習得する方法が必ずしも明確でないなど、普及が進んでいない。
- 精神科における診療ガイドラインは、我が国でも様々な主体により作成されているものの、その多くは十分に普及していない。
- 診療のプロセス・アウトカムを評価し、改善を図るために、諸外国でクリニカルインディケータを収集・公開する取り組みが行われつつあり、我が国でも研究が行われている。
- 精神科専門医の制度が今年度より正式に開始されるなど、精神科医の養成の充実が図られているが、具体的な研修体制や研修方法については各研修機関に委ねられる部分が大きいほか、精神療法、児童思春期精神医学など、現状では、研修機関や指導者等の研修体制を十分に確保しにくい領域もある。
- 医師以外の医療従事者についても、職能団体等において資質の向上のための様々な研修機会が設けられている。

精神科医療の質の向上について

検討

- 精神科の治療には個人差が大きいものの、難治例や特殊例以外では、まずは標準的な治療が実施されるよう促すべきではないか。
- このため、精神科医療におけるガイドラインの作成や普及を進めるべきではないか。
- 患者等への診療ガイドラインの公開等により、精神科で行われる医療の概要について、患者等に分かりやすい情報提供を進めるべきではないか。
- 特に統合失調症に対する抗精神病薬の多剤・大量投与については、改善を図るため、投与状況の情報公開や、単剤投与や切り替えへの評価等について検討するべきではないか。
- 薬物療法の適正化や行動制限の最小化をはじめとした、精神科医療の質の向上に資するよう、実用的なクリニカルインデクサーの開発を進めると共に、インデクサーの情報公開を進めるべきではないか。
- 精神科医師の質の確保のためには、精神科領域における専門医制度の定着を図ると共に、精神療法、児童思春期精神医療等を含め、研修内容や手法の明確化や、研修体制の確保、研修内容の充実を図るよう、学会や医療関係者と連携して取り組むべきではないか。
- 医師以外の医療従事者についても、精神科医療の質の向上や、入院医療中心から地域生活中心の医療提供体制への転換を図り、精神障害者の地域生活を支える観点から、関係者と連携して、資質の向上のための研修等を一層推進すべきではないか。

全疾患毎の平均処方薬剤種数(注射剤を含む)

疾患	処方例数	疾患	処方例数	疾患	処方例数
白血病	12,767	急性脳炎(精神性)	5,695	腸管感症	4,13
腎不全	11,877	奇折	5,686	子宮の悪性新生物	4,1
肺炎	10,668	その他の呼吸器系の疾患	5,677	アトピー性鼻炎	4,0
気管・気管支及び肺の悪性新生物	9,441	その他の内耳疾患	5,557	腰痛症及び坐骨神経痛	3,98
悪性リンパ腫	9,424	急性又は慢性と明示されない、気管支炎	5,536	その他の耳疾患	3,98
胆石症及び胆のう炎	9,322	急性気管支炎及び急性慢性気管支炎	5,532	構間脳腫瘍	3,82
頭蓋内損傷及び内臓の損傷	8,888	慢性気管支炎及び慢性慢性気管支炎	5,531	閉前症	3,76
直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	8,864	その他の血液及び造血系の疾患、免疫の障害	5,526	痔	3,71
肝及び肝内胆管の悪性新生物	8,811	その他の消化器系の疾患	5,522	急性鼻頭炎(かぜ)＜感冒＞	3,71
心臓の先天畸形	8,111	胃炎及び十二指腸炎	5,519	その他の中耳及び耳科疾患の疾患	3,7
くも膜下出血	7,773	胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	5,514	その他の神経系の疾患	3,69
結核	7,727	産産	5,511	肩の障害＜損傷＞	3,69
妊娠高血圧症候群	7,727	その他の先天畸形、変形及び染色体異常	5,507	てんかん	3,69
精神完全失調(統合失調症)躁狂型及び双極性障害	7,688	ウイルス肝炎	5,506	その他の周産期に発した病態	3,69
胃の悪性新生物	7,583	気管・気管支(喉頭)＜精密含む＞	5,498	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	3,58
感状症及び帯状疱疹の発症、後遺症	7,282	アレルギー病	4,987	中耳炎	3,58
肝硬変(アルコール性のものを除く)	7,222	糸状体疾患及び腎原性腎臓病腎性疾患	4,987	症候、徴候及び異常常態(尿中で他に分類されないもの)	3,58
脳内出血	7,222	精神科用物質使用による精神及び行動の障害	4,987	神経症性障害＜統合失調症、気分障害及び身体器質性障害＞	3,58
動脈硬化(症)	7,143	アルコール依存症	4,973	尿糖及び尿量	3,58
障害者	7,143	その他の妊娠、分娩及び産後<産後>	4,971	頸動脈狭窄	3,49
虚血性心疾患	6,995	その他の感染症及び寄生虫症	4,967
その他の心疾患	6,892	慢性肝炎(アルコール性のものを除く)	4,957
脳梗塞	6,866	その他の急性上気道感染症	4,957
その他の悪性新生物	6,866	慢性腎臓病	4,955	その他の外耳疾患	2,89
その他の悪性新生物	6,861	慢性腎臓病	4,946	その他の歯及び歯の支持組織の障害	2,89
ハーケンヘルン病	6,843	乳房の悪性新生物	4,947	その他の頭及び付属部の疾患	2,89
特異的悪性新生物	6,425	炎症性発疹発熱前期障害	4,944	真菌炎	2,89
その他の病変系の疾患	6,225	妊娠性発疹発熱前期障害	4,944	結核	2,89
その他の脳の血管腫	6,124	妊娠性及び胎児発育に阻害する障害	4,939	月経障害及び閉経関連初期障害	2,89
アルコール性肝疾患	6,011	高血圧性疾患	4,939	乳房及びその他の女性生殖系疾患	2,89
慢性閉塞性肺疾患	6,011	急性脳膜炎(特種を含む)	4,938	その他の男性生殖系の疾患	2,89
急性脳炎(特種を含む)	6,006	脊髄腫瘍(特種を含む)	4,938	その他の男性生殖系の疾患	2,89
急性脳炎(特種を含む)	6,006	脊髄腫瘍(特種を含む)	4,926	歯肉炎及び歯周炎	1,89
その他の肝疾患	6,006	自らの歯肉炎及び歯肉の障害	4,926	咽弁及び咽部の障害	1,89
咽	5,727	自らの神経系の障害	4,914		

注:「薬剤」の出現する明細書(ただし処方せん料)を算定している明細書、「投薬」「注射」を包摂した診療行為が出現する明細書及びDPCIに係る明細書は除く。)を集計対象とし、薬剤名不明は除外している。

精神科専門医制度

- 日本精神神経学会が制定
- 医師経験5年以上、精神科研修3年以上
- 学会の施設委員会が認定した研修施設で、学会の「研修手帳」に沿った研修プログラムにより研修
- 総論 62項目、疾患別 266項目、ABCのうちB以上の評価がそれぞれ60%以上必要
- 平成21年度から試験開始
 - 10症例以上レポート提出（一次試験）
 - 筆記試験、面接試験（二次試験）を施行
- ※ 平成17年度から面接・症例レポートによる過渡的認定を行い8,880人が合格
- 5年ごとの更新制(学会参加等が要件)
- 日本専門医制評価・認定機構等の意見を聴いた上で届出が行われ、一定の基準を満たしていれば、専門医であることを広告することができるといえる。

精神科専門医研修プログラムの内容(抄)

総論的内容

- 1) 患者及び家族との面接
- 2) 疾患の概念と病態の理解
- 3) 診断と治療計画
- 4) 補助検査法(神経学的検査、心理検査、脳波、脳画像検査など)
- 5) 薬物・身体療法
- 6) 精神療法
- 7) 心理社会的療法、精神科リハビリテーション、及び地域精神医療・保健・福祉
- 8) 精神科救急
- 9) リエゾン・コンサルテーション精神医学
- 10) 法と精神医学(鑑定、医療法、精神保健福祉法、心神喪失者等医療観察法、成年後見制度等)
- 11) 医の倫理(人権の尊重とインフォームドコンセント)
- 12) 安全管理

経験すべき疾患(病名)

- ① 統合失調症
経験症例数 10 例以上、症例報告 2 例以上
- ② 気分(感情)障害
経験症例数 5 例以上、症例報告 1 例以上
- ③ 精神作用物質による精神及び行動の障害
経験症例数 2 例以上、症例報告 1 例以上
- ④ 症状性を含む器質性精神障害(認知症など)
経験症例数 4 例以上、症例報告 2 例以上
- ⑤ 児童・思春期精神障害(摂食障害を含んでよい) * 18 歳未満とする。
経験症例数 2 例以上、症例報告 1 例以上
- ⑥ 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害(摂食障害を含んでよい)
経験症例数 5 例以上、症例報告 2 例以上
- ⑦ 成人の人格及び行動の障害
経験症例数 2 例以上、症例報告 1 例以上

経験すべき治療場面 各経験症例5例以上、症例報告1例以上

- ① 救急
- ② 行動制限
- ③ 地域医療
- ④ 合併症、コンサルテーション・リエゾンの症例

経験すべき治療形態

- ① 入院治療
経験症例数 25例以上、症例報告 3例以上
- ② 上のうちで非自発的入院治療 * 医療保護入院、措置入院、応急入院を意味する。経験症例数 15例以上、症例報告 2例以上
- ③ 外来治療
経験症例数 20例以上、症例報告 2例以上

上記は個々の受験生にとっては研修の必修項目であるが、1施設で全項目を提供するとは限らず、複数施設で研修できればよい。従って各施設は個々の実情に即した内容のプログラムを作成する。

精神保健医療福祉に関連する 厚生労働省の研究事業

・厚生労働科学研究費補助金

－こころの健康科学研究事業

- ・ 統合失調症、うつ病、思春期精神医学（ひきこもり、自閉症、アスペルガー症候群等）、メンタルヘルス（自殺対策、PTSD対策等）、睡眠障害等に対する疫学研究、病因・病態の解明、効果的な予防、診断、治療法等の研究・開発。
- ・ 障害者自立支援法や心神喪失者医療観察法等による新たな行政課題への研究的な対応。
- ・ 筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病、免疫性神経疾患等の神経・筋疾患に対する、病因・病態の解明、効果的な予防、診断、治療法等の研究・開発。

－障害保健福祉総合研究事業

- ・ 身体障害、知的障害、精神障害及び障害全般に関する予防・障害の軽減・リハビリテーション、障害の正しい理解と社会参加の促進、地域における居宅・施設サービス等の体制づくり等、障害者の総合的な保健福祉施策に関する研究開発。

※このほか、国立精神・神経センターの「精神・神経疾患研究委託費」によっても、精神・神経疾患に関する研究が実施されている。

主な研究課題の例（こころの健康科学研究事業）

実態の解明

- 原因・病態等の解明**
- 「統合失調症陰性症状の成因解明と治療法開発に関する研究」
 - 「統合失調症の多次元生物学的診断法と新たな治療薬の開発をめざした病態解明研究」
 - 「気分障害の神経病理学に基づく分類を目標とした脳病態の解明」

疫学的な調査等

- 「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握に関する研究」
- 「統合失調症の未治療期間とその予後に関する疫学的研究」
- 「児童・思春期摂食障害に関する基盤的調査研究」
- 「国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究」
- 「精神医療の質の実態把握と最適化に関する総合研究」

診断・治療法の開発

- 診断方法の開発**
- 「ブライアーリーケアで使用可能なDNAチップを用いたうつ病の診断指標の作成」
- 治療方法の開発**
- 「分子イメージングによる精神科治療法の科学的評価法の確立に関する研究」

診断・治療法の確立

効果の検証

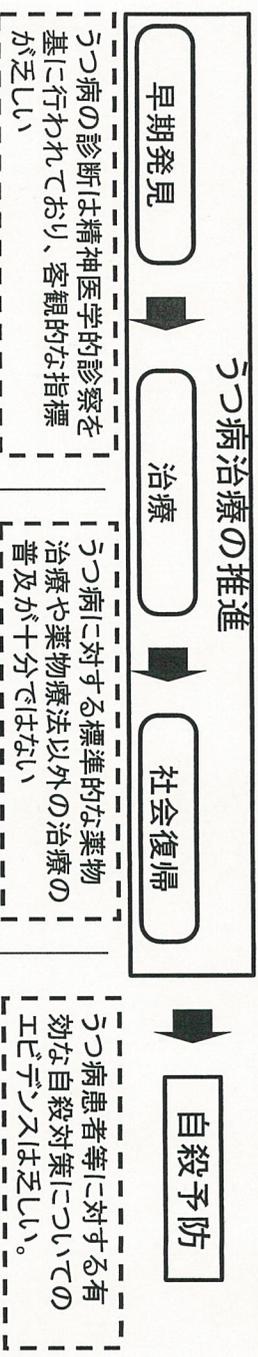
- 「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」
 - 「自殺対策のための戦略研究」
- ガイドラインの作成**
- 「精神科薬物療法アルゴリズムの最適化と均てん化に関する研究」
 - 「青年期・成人期の発達障害者に対する支援の現状把握と効果的なネットワーク支援についてのガイドライン作成に関する研究」

政策への展開

- 精神保健医療福祉政策の立案**
- 「精神保健医療福祉体系の改革に関する研究」
 - 「精神科救急医療、特に身体疾患や認知症患者合併症例の対応に関する研究」
 - 「心神喪失者等医療観察法制度における専門的医療の向上に関する研究」
 - 「医療観察法鑑定入院制度の適正化に関する研究」
 - 「精神障害および精神障害者に関する普及啓発に関する研究」
 - 「精神障害者の地域ケアの促進に関する研究」
 - 「精神科病院の機能分化に関する実態の分析と方法論の開発に関する研究」
 - 「高次脳機能障害者の地域生活支援の推進に関する研究」
 - 「精神科領域における臨床研究推進のための基盤作りに関する研究」

研究内容と成果（うつ病に関する例）

課題



厚生労働科学研究の実施状況と成果の例

<p>●ブライマリーケアで使用可能な、DNAチップを用いたうつ病の診断指標の作成 (研究代表者 大森哲郎)</p> <p>うつ病患者の末梢白血球で、特定の遺伝子群の発現低下を見いだした。将来、診断への活用が期待される。</p>	<p>●精神科薬物療法アルゴリズムの最適化と均てん化に関する研究(研究代表者 加藤元一郎)</p> <p>●精神療法の実施方法と有効性に関する研究(研究代表者 大野裕)</p> <p>●リウーグプログラムを中心とするうつ病の早期発見から職場復帰に至る包括的治療に関する研究(研究代表者 秋山剛)</p> <p>治療効果の比較・検証のための臨床研究を実施中</p>	<p>●自殺未遂者および自殺遺族等へのケアに関する研究(研究代表者 伊藤弘人)</p> <p>自殺未遂者や自死遺族のケアについて、医療従事者や行政関係者向けガイドラインを作成し周知(H21.4)</p> <p>●自殺対策のための戦略研究等</p> <p>救命救急センターでの自殺企図者等に対する精神保健指定医の関与が「救命救急入院料の加算」として保険点数化(H20.4)</p>
---	---	---

②研究について

現状と課題

- 精神疾患の国民における疾病負担は大きく、治療法の開発等に向けた研究への期待は大きい。
- 厚生労働省における精神疾患関連の研究費は、平成14年頃まで大幅に増額したが、近年はほぼ横ばいの傾向となっている。
- 統合失調症、うつ病、発達障害、自殺等、様々な疾患等について、病態の解明、診断・治療法の開発・確立、精神保健医療福祉施策の立案に関する研究等、幅広い領域にわたる研究が行われており、近年は研究課題数が増加する傾向にある。
- 政府の研究費は、近年は全体として横ばい傾向にあり、競争的に研究資源の獲得を図るためには、より大きな成果が上がるよう、効果的に研究を行う必要がある。

今後の方向性

- 精神保健医療福祉施策の改革を強かに推進するため、施策の企画、立案、検証等に資する調査研究については、確実な実施を図るべきではないか。
- 国民の疾病負担の軽減に資するよう、精神疾患の病態の解明と共に、診断・治療法に関する研究を、競争的資金を活用して、活発に行うべきではないか。特に、治療法の確立や、医療水準の向上に資するよう、質の高い臨床研究を推進するべきではないか。
- このため、精神疾患に関する研究費の確保に一層努めるとともに、国立精神・神経センター等の基幹的な研究機関を最大限に活用しつつ、研究の推進を図るべきではないか。

障精発0910第1号
平成22年9月10日

都道府県・指定都市
精神保健福祉主管部(局)長 殿

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部精神・障害保健課長

向精神薬等の過量服薬への取組について

平素より精神保健福祉行政の推進にご尽力を賜り、厚く御礼申し上げます。

「向精神薬等の過量服薬を背景とする自殺について」(平成22年6月24日付け障精発0624第1号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長通知)にて、過量服薬への注意を喚起したところですが、9月9日、第7回厚生労働省自殺・うつ病等対策プロジェクトチームにおいて、別添1、2のとおり、過量服薬への具体的な取組及び今後の対策についてとりまとめましたので、貴自治体における今後の取組の参考にしていただくとお願いいたします。

なお、本件については、各都道府県・保健所設置市・特別区衛生主管部(局)に對しては、別添3のとおり、厚生労働省医薬食品局総務課長から、「向精神薬等の処方せん確認の徹底等について」(平成22年9月10日付け薬食総発0910第1号)により、通知が発出されているので、申し添えます。

資料編 6

2. 今回の取組事例関係資料

- 資料 d ホームページ開設

健康のしくみ

各種手続き

よくある質問

ユニバーサル健康保険組合(以下「組合」といいます)を目標とします。

新着情報

What's new

一覧を見る

2014年12月8日 ホームページを公開いたしました！

2014年12月8日

2015年1月1日より、医療保険などが変わります

2014年12月8日

「子どもの健康ユニバーサル」をご覧ください

[手続き・申請から探す](#) [給付から探す](#) [用語から探す](#)

-  保険証の紛失
-  引越・転勤
-  結婚
-  家族の加入
-  退職
-  出産
-  産休
-  ご不幸
-  立替払い
-  休職
-  交通事故
-  医療費が高額に

インフルエンザ
予防接種費用補助



重要情報！
健康ツォーキング



働く人のスタンバイ
「こころの耳」



ジェネリック医薬品



柔道整復師のかかり方



みんなぼすびたる！



厚生労働省、メガネリテック協会が
知にあなたのための健康情報サイト
e-ヘルスネット【情報提供】



日本の健保フーズエコー



[はじめに](#) [組合案内](#) [アクセス](#) [個人情報保護について](#) [リンク](#) [サイトマップ](#)

Copyright © since 2014 UNIV Group Health Insurance Society All Rights Reserved.

**健康
改革**

「データヘルズ計画」

「日本再興戦略」に盛り込まれた国策

ユニグループの従業員とその家族のみなさまの「健康保持・増進」をキーワードに、今年度から取り組みをスタート!

けんぽかわら版

ユニグループ健康保険組合

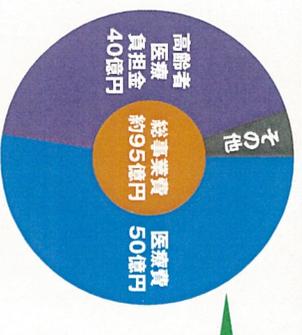
号外

膨張する社会保障費 過去最高31.5兆円!

超高齢化社会の到来により、社会保障費を誰がどのように負担して社会を支えていくのか大きな問題となっており、「社会保障と税の一体改革」として政治の中心的な課題にもなっています。このような中、平成27年度国家予算の社会保障費は、31兆5300億円と過去最高になりました。

ユニグループ健康の 財政も年々苦しく

当健康組合の財政状況
総事業費の9割以上を医療費と高齢者医療負担金に支出!



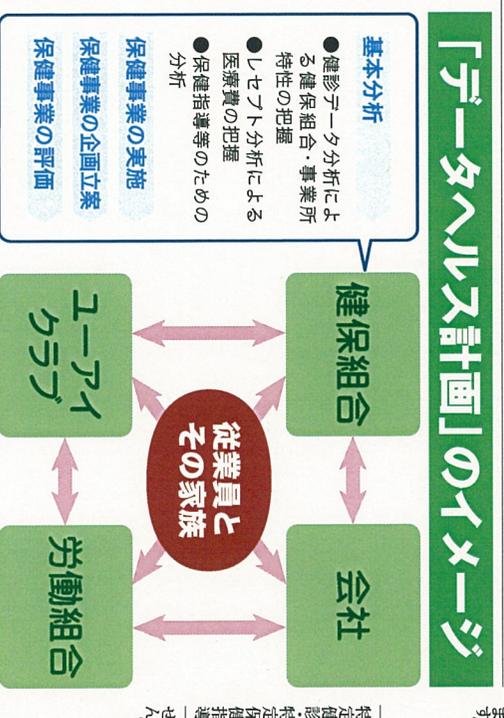
データ分析に基づき、より効果的な保健事業へ

「データヘルズ計画」のイメージ

従業員・家族にとって
個人に合った健康サポートを受けられる
健康保持・生活の質の維持向上につながる

会社にとって
生産性・作業効率向上
企業の活力維持につながる

健保組合にとって
医療費の適正化につながる



「データヘルズ計画」は、各種健診とセルフチェック(受診記録)のデータを活用して、一人ひとりに合った必要に応じて受診を促す。健保組合と会社との連携です。会社の理解と協力なしには、効果的な保健事業は進められません。

ユニグループ健康のデータヘルズ計画は?

全国1,410の健保組合のうち「データヘルズ健康5組合(大手自動車メーカーや一部上場企業の健保組合)」として当健保組合が選ばれ、出しました。

- ### 当健保組合の取り組み
- ① シェアード医療品の差額通知
 - ② 健診異常放置者の受診勧奨
 - ③ 糖尿病性腎症の重症化予防
 - ④ 特定健診の受診勧奨
 - ⑤ 呼吸器系疾患対策
 - ⑥ 歯科医療費対策
 - ⑦ 慢性閉塞性肺疾患の早期発見対策
 - ⑧ 重複服薬者への受診行動適正化指導
 - ⑨ シェアード医療費の削減

平成27~29年度の3カ年計画で実施!

右記の取り組みは、事業主と連携して、通知やキャンペーンを順次実施していきます。詳細については今後ホームページやけんぽかわら版でご案内します。

「ユニグループ健康のデータヘルズ計画を通じて、これまで以上に皆さんの健康を健組合が実施する健康づくり事業の有効活用を！」

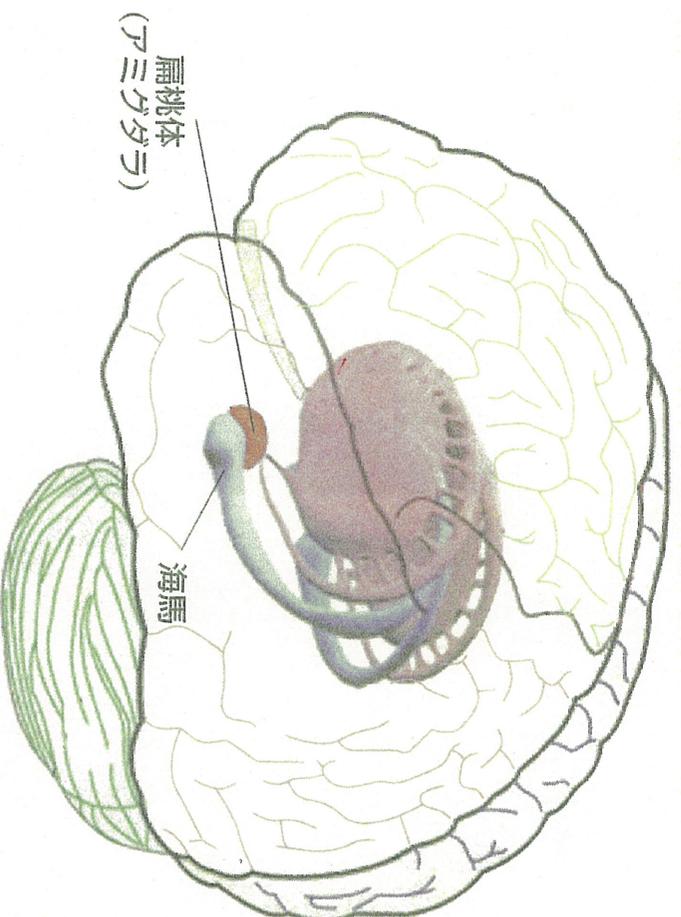
資料編 7

2. 今回の取組事例関係資料

- ・ 参考資料集 サブツール「fMRI 関係」

參考資料集

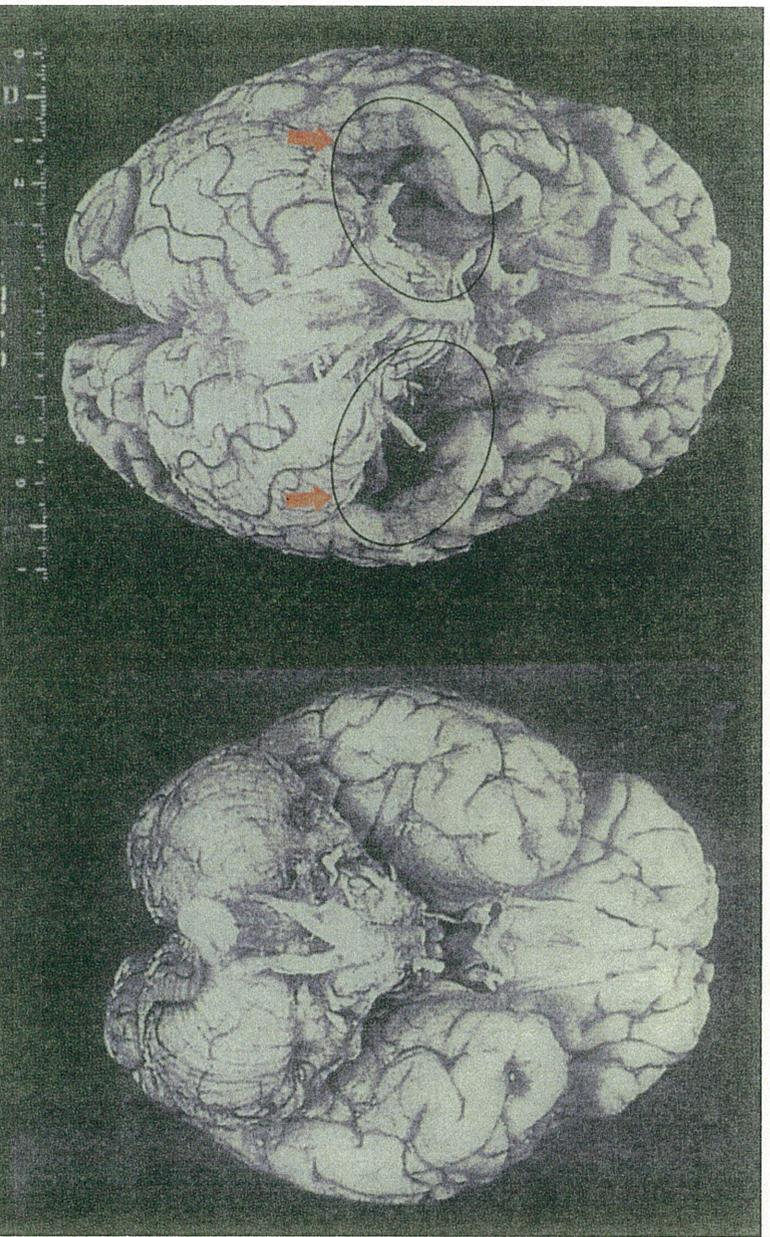
脳の構造



アルツハイマー病と他の疾患の肉眼的所見

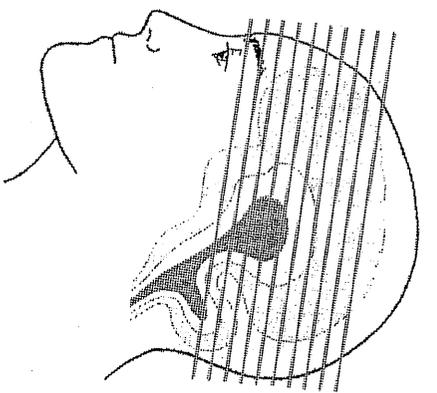
アルツハイマー病

他疾患

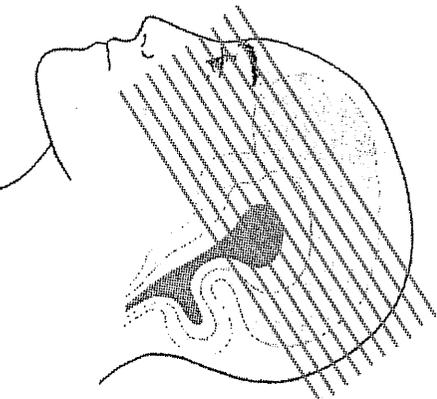


アルツハイマー病においては左右対称に海馬周辺の欠損像が見られる。
これは MRI 画像所見と一致している。

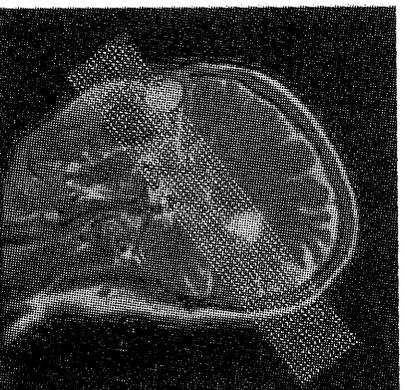
「松澤の断層法」とは



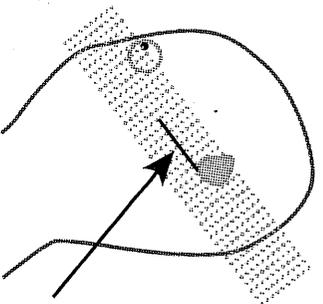
従来の断層法



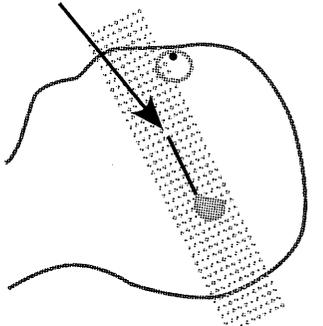
松澤の断層法



スカウトビュー画像 (T2)

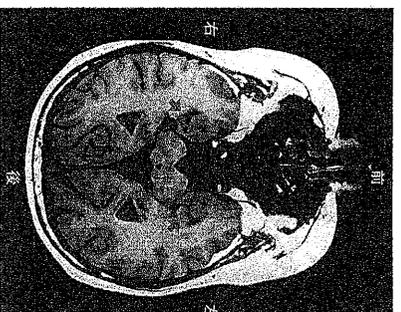


側脳室後下角

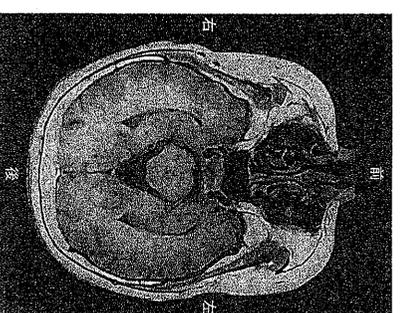


松澤の断層法では側脳室後下角に平行に位置決める

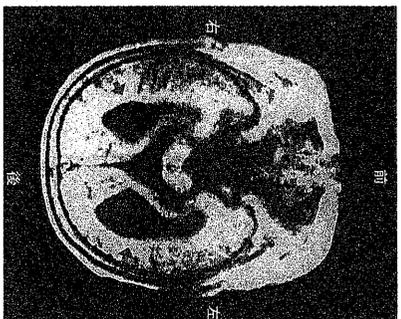
こころの脳の病と各種精神病



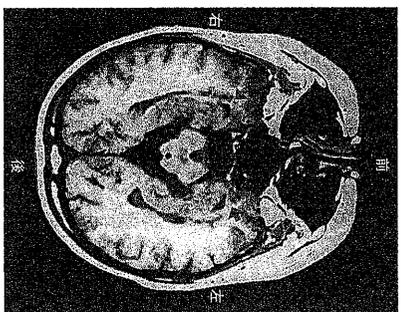
うつ病 (更年期)



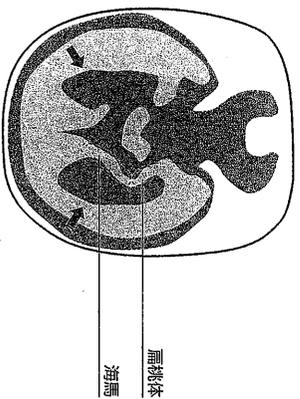
正常者



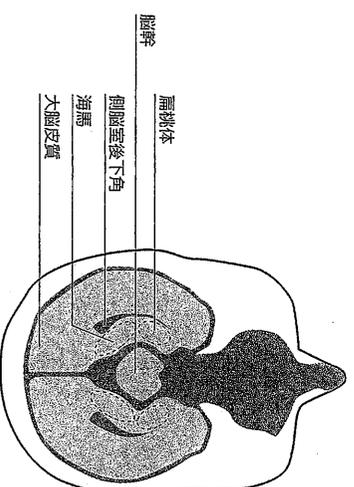
アルツハイマー病 (中期)



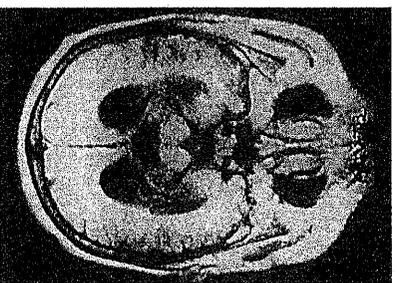
統合失調症



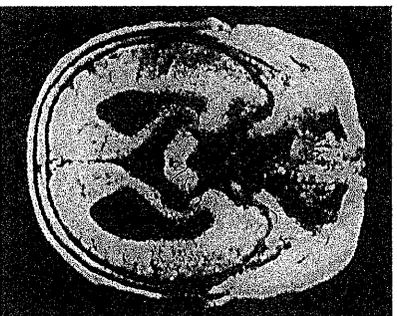
海馬が萎縮して側脳室後下角が拡がる



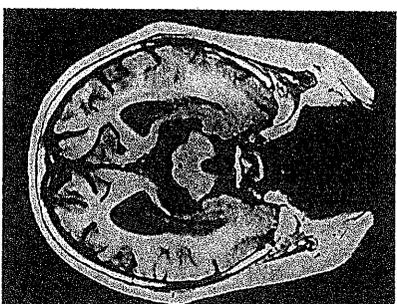
アルツハイマー病の発症と進展
MRI (T1 画像)



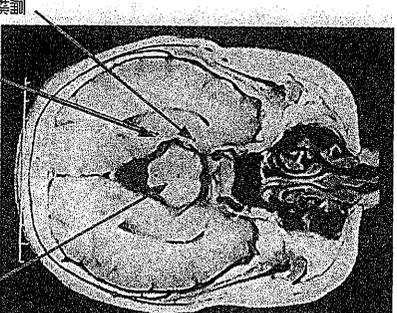
後期



中期

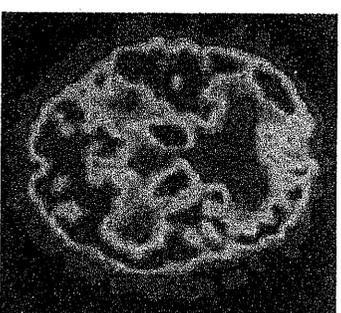
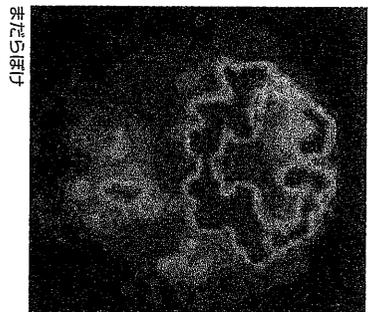
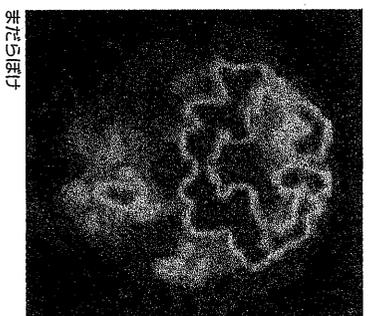


初期



正常

大脳皮質 PET 画像



まだらぼけ

まだらぼけ

資料編 8

2. 今回の取組事例関係資料

- 新規取組事例資料集

資料Aから資料D

資料 A~D

画像診断報告書

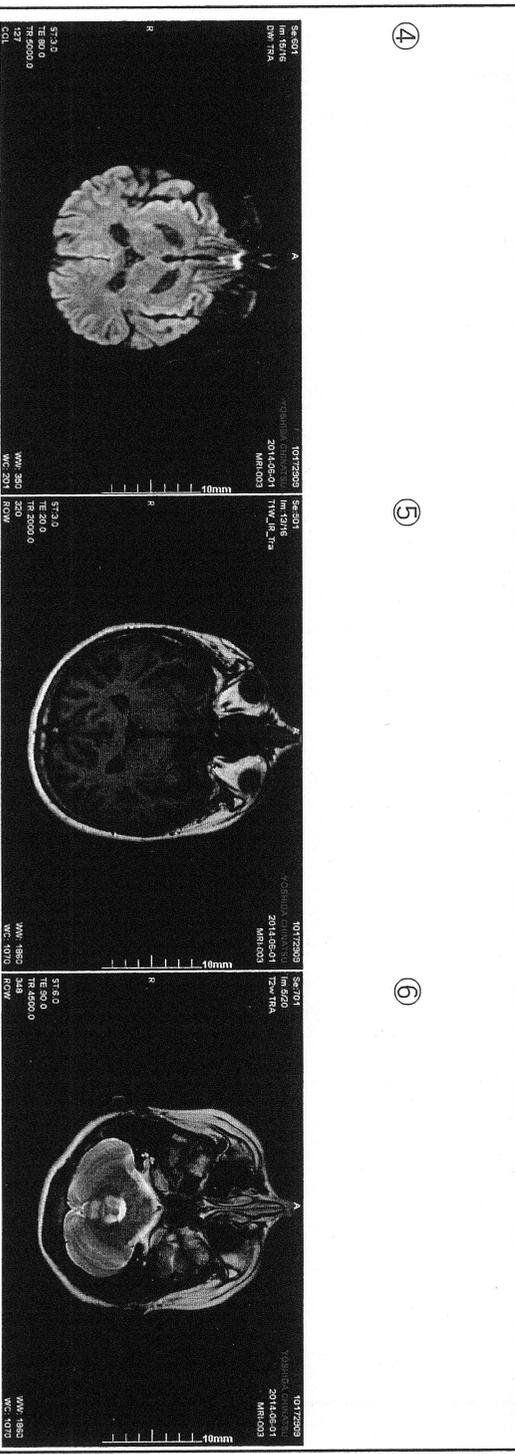
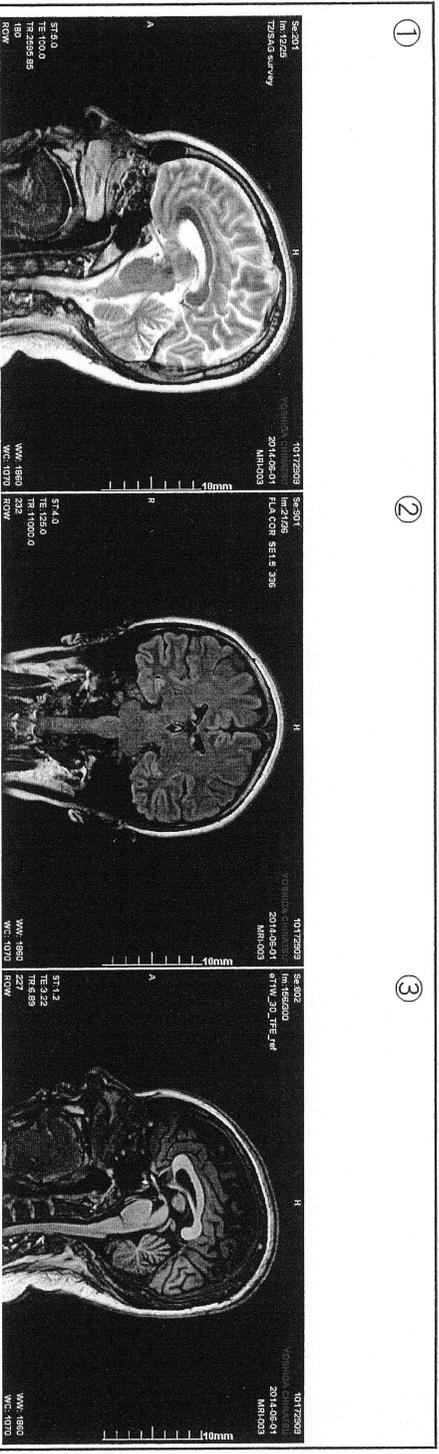
タカオカクリニツク

三重県津市河辺町3041-6

059-253-3131

報告書作成 八重洲クリニツク
 画像診断医1 放射線科専門医
 画像診断医2

貴院カルテNo	138
フリカチ氏名	様
生年月日	女 歳
検査日	平成26(2014)年6月1日
報告書確定日	平成26(2014)年6月1日
撮影内容	頭部MRI 造影 無



診断

明らかな異常な所見は指摘できません。



カルテNo.	10172909
検査No.	10401374

資料編 8

2. 今回の取組事例関係資料

- 新規取組事例資料集

資料Aから資料D

検査成績書

1 / 2

633-22

01746-01 タカオカクリニック

受付日 '14年 5月17日 受付No.631-5014

氏名

女性 20歳

カルテNo. 138

探 取 日 '14年 5月17日 13時 00分

診療科

備 考

項目名	結果	低	高
総ビリルビン	0.3	*	*
総蛋白 (TP)	7.0	*	*
アルブミン (Alb)	4.5	*	*
A/G比	1.80	*	*
AST (GOT)	8	*	*
ALT (GPT)	5	*	*
γ-GT (γ-GTP)	8	*	*
LD (LDH)	120	*	*
ALP	109	*	*
CK	38	*	*
HDLコレステロール	50	*	*
LDLコレステロール	66	*	*
中性脂肪 (TG)	54	*	*
尿酸窒素 (UN)	10.5	*	*
クレアチニン (CREA)	0.50	*	*
推算GFR creat	130	*	*
尿酸 (UA)	5.0	*	*
ナトリウム (Na)	141	*	*
カリウム (K)	4.1	*	*
クロール (Cl)	104	*	*
カルシウム (Ca)	9.6	*	*
マグネシウム (Mg)	2.3	*	*
鉄 (Fe)	63	*	*
TIBC/比色法	258	*	*
UIBC/比色法	195	*	*
飽和率	24	*	*
血糖 (空腹時)	91	*	*
CRP定量/LA	0.05以下	*	*
グリコアルブミン/酵素法	13.5	*	*
白血球数 (WBC)	6040	*	*
赤血球数 (RBC)	416	*	*
血色素量 (Hb)	12.2	*	*
ヘマトクリット (Ht)	37.1	*	*
MCV	89	*	*
MCH	29.3	*	*
MCHC	32.9	*	*
血小板数	23.2	*	*
白血球像		*	*
好塩基球: Baso	0.7	*	*
好酸球: Eosino	1.0	*	*
好中球: Neutro	59.2	*	*
リンパ球: Lymph	34.1	*	*
単 球: Mono	5.0	*	*
その他1	0.0	*	*

報告日: '14年 5月21日

*コピヤル

検査成績書

2 / 2

633-22

01746-01 タカオカクリニック

受付日 '14年 5月17日 受付No.631-5014

氏名

女性 20歳

カルテNo. 138

探 取 日 '14年 5月17日 13時 00分

診療科

備 考

項目名	結果	低	高
その他2	0.0	*	*
赤芽球: EBL	0.0	*	*
TSH	0.4	*	*
FT3	3.9	*	*
FT4	1.4	*	*
フェリチン定量	64.6	*	*

報告日: '14年 5月21日

報告完了

被験者情報

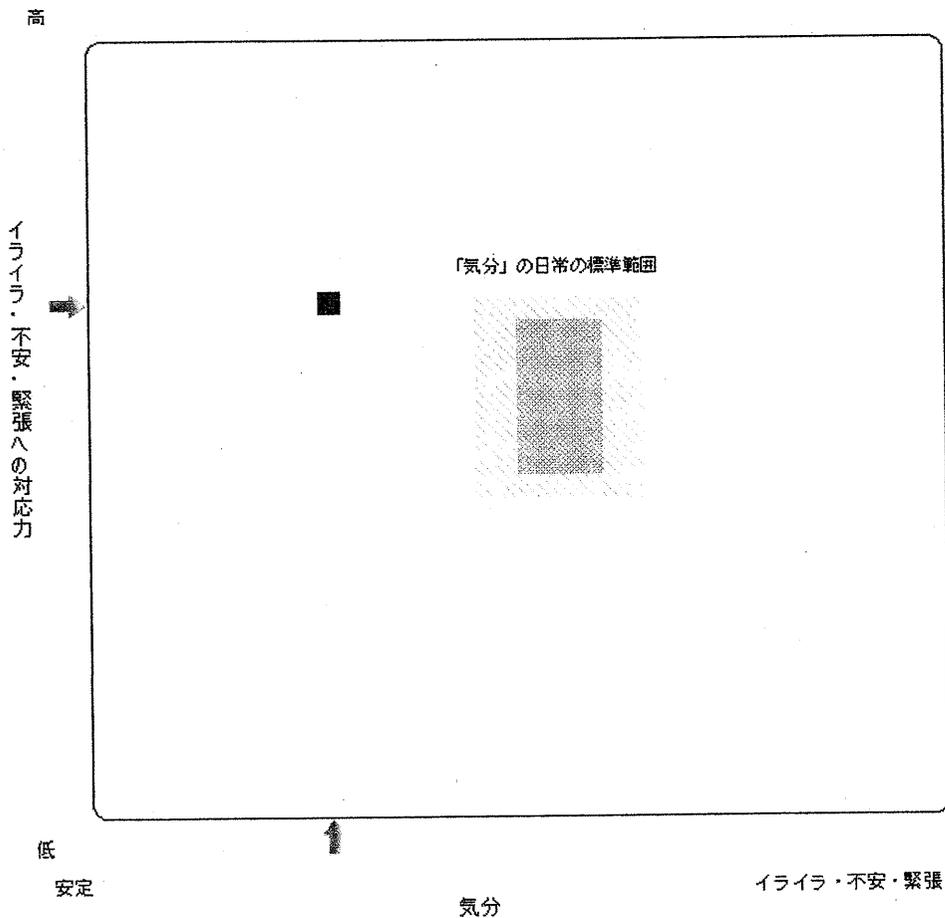
測定日時: 2014/05/17 10:19:25 ID: 01039891450 性別: 女 年齢: 020 脈拍数: 78.5

心拍解析の結果

LF / HF 比: 0.79 心拍変動係数: 6.62 %

コメント

「気分」は、くつろいで落ち着いている状態です。また、心身の環境や刺激への対応力も柔軟です。



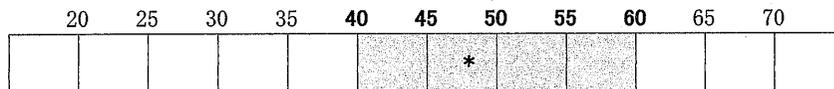
血管老化度チェックレポート

氏名 _____ 20歳 女性 _____ 脈拍数 74

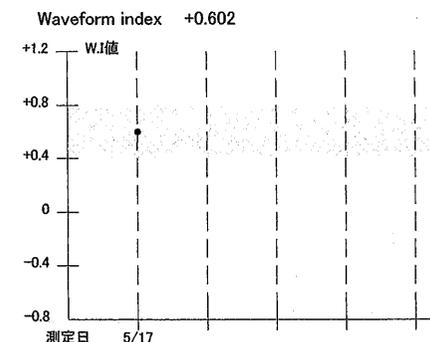
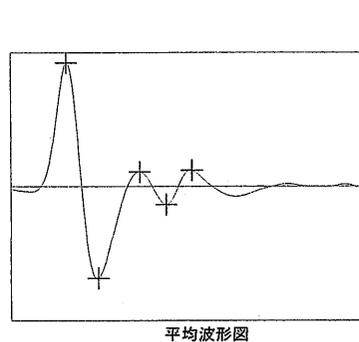
ID番号 01039891450 _____ 測定日時 2014/05/17 10:19:25

あなたの血管老化偏差値は **48** dvです。

deviation value



弾力性が 高い ← 年齢にふさわしい → 弾力性が 低い



※測定結果は、自己判断せず、医療機関にご相談ください。

コメント

血管年齢に置き換えれば19歳です。

年齢にふさわしい血管弾力性である

TANITA

体組成計
DC-320
14/05/17(土) 10:25
No. 00000001

氏名

入力項目
ID 0000000000
体型モード スタンダード
性別 女性
年齢 20 才
身長 156.0 cm
着衣量・風袋量 0.7 kg

測定結果

体重 50.0 kg
体脂肪率 33.2 %
脂肪量 16.6 kg
除脂肪量 33.4 kg
筋肉量 31.6 kg
体水分量 21.1 kg
推定骨量 1.8 kg
基礎代謝量 1078 kcal
体内年齢 28 才
内臓脂肪レベル 3
脚点 80 点
BMI 20.5
標準体重 53.5 kg
肥満度 -6.5 %

体脂肪率基準範囲
21.0 ~ 34.9 %
8.9 ~ 17.9 kg

判定

◇体脂肪率
やせ | 標準 | 軽肥満 | 肥満

◇BMI
やせ | 普通 | 肥満1 | 肥満2

◇内臓脂肪レベル
標準 | やや過剰 | 過剰

◇筋肉量
少 | 平均 | 多

◇基礎代謝レベル
燃えにくい | 標準 | 燃えやすい

◇脚点
低 | やや低 | 良

◇体脂肪率と筋肉量による体型判定

☆運動不足型

◇その他の情報
-23.6 -38.6
667.5 614.8

TANITA

体組成計
DC-320
14/06/20(金) 10:29
No. 00000001

氏名

入力項目
ID 0000000000
体型モード スタンダード
性別 女性
年齢 21 才
身長 156.0 cm
着衣量・風袋量 0.7 kg

測定結果

体重 49.1 kg
体脂肪率 29.2 %
脂肪量 14.3 kg
除脂肪量 34.8 kg
筋肉量 32.9 kg
体水分量 20.9 kg
推定骨量 1.9 kg
基礎代謝量 1094 kcal
体内年齢 21 才
内臓脂肪レベル 2
脚点 81 点
BMI 20.2
標準体重 53.5 kg
肥満度 -8.2 %

体脂肪率基準範囲
21.0 ~ 34.9 %
9.3 ~ 18.7 kg

判定

◇体脂肪率
やせ | 標準 | 軽肥満 | 肥満

◇BMI
やせ | 普通 | 肥満1 | 肥満2

◇内臓脂肪レベル
標準 | やや過剰 | 過剰

◇筋肉量
少 | 平均 | 多

◇基礎代謝レベル
燃えにくい | 標準 | 燃えやすい

◇脚点
低 | やや低 | 良

◇体脂肪率と筋肉量による体型判定

☆運動不足型

◇その他の情報
-16.2 -29.1
568.2 537.2

TANITA

体組成計
DC-320
14/06/26(土) 10:21
No. 00000001

氏名

入力項目
ID 0000000000
体型モード スタンダード
性別 女性
年齢 21 才
身長 156.0 cm
着衣量・風袋量 0.7 kg

測定結果

体重 48.0 kg
体脂肪率 29.1 %
脂肪量 14.0 kg
除脂肪量 34.0 kg
筋肉量 32.2 kg
体水分量 22.4 kg
推定骨量 1.8 kg
基礎代謝量 1073 kcal
体内年齢 21 才
内臓脂肪レベル 2
脚点 89 点
BMI 19.7
標準体重 53.5 kg
肥満度 -10.3 %

体脂肪率基準範囲
21.0 ~ 34.9 %
9.0 ~ 18.2 kg

判定

◇体脂肪率
やせ | 標準 | 軽肥満 | 肥満

◇BMI
やせ | 普通 | 肥満1 | 肥満2

◇内臓脂肪レベル
標準 | やや過剰 | 過剰

◇筋肉量
少 | 平均 | 多

◇基礎代謝レベル
燃えにくい | 標準 | 燃えやすい

◇脚点
低 | やや低 | 良

◇体脂肪率と筋肉量による体型判定

☆運動不足型

◇その他の情報
-23.8 -37.9
621.3 569.3

TANITA

体組成計
DC-320
14/08/11(月) 15:22
No. 00000001

氏名

入力項目
ID 0000000000
体型モード スタンダード
性別 女性
年齢 21 才
身長 156.0 cm
着衣量・風袋量 0.5 kg

測定結果

体重 48.2 kg
体脂肪率 28.1 %
脂肪量 13.5 kg
除脂肪量 34.7 kg
筋肉量 32.8 kg
体水分量 22.6 kg
推定骨量 1.9 kg
基礎代謝量 1087 kcal
体内年齢 19 才
内臓脂肪レベル 2
脚点 89 点
BMI 19.8
標準体重 53.5 kg
肥満度 -9.9 %

体脂肪率基準範囲
21.0 ~ 34.9 %
9.2 ~ 18.6 kg

判定

◇体脂肪率
やせ | 標準 | 軽肥満 | 肥満

◇BMI
やせ | 普通 | 肥満1 | 肥満2

◇内臓脂肪レベル
標準 | やや過剰 | 過剰

◇筋肉量
少 | 平均 | 多

◇基礎代謝レベル
燃えにくい | 標準 | 燃えやすい

◇脚点
低 | やや低 | 良

◇体脂肪率と筋肉量による体型判定

☆運動不足型

◇その他の情報
-18.9 -33.5
572.9 531.4

TANITA

体組成計
DC-320
14/09/13(土) 14:49
No. 00000001

氏名

入力項目
ID 0000000138
体型モード スタンダード
性別 女性
年齢 21 才
身長 156.0 cm
着衣量・風袋量 0.5 kg

測定結果

体重 49.6 kg
体脂肪率 28.1 %
脂肪量 13.9 kg
除脂肪量 35.7 kg
筋肉量 33.7 kg
体水分量 21.6 kg
推定骨量 2.0 kg
基礎代謝量 1116 kcal
体内年齢 20 才
内臓脂肪レベル 3
脚点 83 点
BMI 20.4
標準体重 53.5 kg
肥満度 -7.3 %

体脂肪率基準範囲
21.0 ~ 34.9 %
9.5 ~ 19.1 kg

判定

◇体脂肪率
やせ | 標準 | 軽肥満 | 肥満

◇BMI
やせ | 普通 | 肥満1 | 肥満2

◇内臓脂肪レベル
標準 | やや過剰 | 過剰

◇筋肉量
少 | 平均 | 多

◇基礎代謝レベル
燃えにくい | 標準 | 燃えやすい

◇脚点
低 | やや低 | 良

◇体脂肪率と筋肉量による体型判定

☆標準

◇その他の情報
-16.5 -27.5
538.6 502.5

TANITA

体組成計
DC-320
14/10/18(土) 10:15
No. 00000001

氏名

入力項目
ID 0000000000
体型モード スタンダード
性別 女性
年齢 21 才
身長 156.0 cm
着衣量・風袋量 0.7 kg

測定結果

体重 49.3 kg
体脂肪率 33.2 %
脂肪量 16.4 kg
除脂肪量 32.9 kg
筋肉量 31.2 kg
体水分量 21.6 kg
推定骨量 1.7 kg
基礎代謝量 1057 kcal
体内年齢 29 才
内臓脂肪レベル 3
脚点 83 点
BMI 20.3
標準体重 53.5 kg
肥満度 -7.9 %

体脂肪率基準範囲
21.0 ~ 34.9 %
8.7 ~ 17.6 kg

判定

◇体脂肪率
やせ | 標準 | 軽肥満 | 肥満

◇BMI
やせ | 普通 | 肥満1 | 肥満2

◇内臓脂肪レベル
標準 | やや過剰 | 過剰

◇筋肉量
少 | 平均 | 多

◇基礎代謝レベル
燃えにくい | 標準 | 燃えやすい

◇脚点
低 | やや低 | 良

◇体脂肪率と筋肉量による体型判定

☆運動不足型

◇その他の情報
-30.0 -45.1
715.4 651.6

生活記録表

	氏名	年 月 日 ~ 月 日
--	----	-------------

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0	1	2	3	症状のレベル
(月)																									😊😊😊😊😊😊😊😊
(火)																									😊😊😊😊😊😊😊😊
(水)																									😊😊😊😊😊😊😊😊
(木)																									😊😊😊😊😊😊😊😊
(金)																									😊😊😊😊😊😊😊😊
(土)																									😊😊😊😊😊😊😊😊
(日)																									😊😊😊😊😊😊😊😊
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0	1	2	3	症状のレベル
(月)																									😊😊😊😊😊😊😊😊
(火)																									😊😊😊😊😊😊😊😊
(水)																									😊😊😊😊😊😊😊😊
(木)																									😊😊😊😊😊😊😊😊
(金)																									😊😊😊😊😊😊😊😊
(土)																									😊😊😊😊😊😊😊😊
(日)																									😊😊😊😊😊😊😊😊

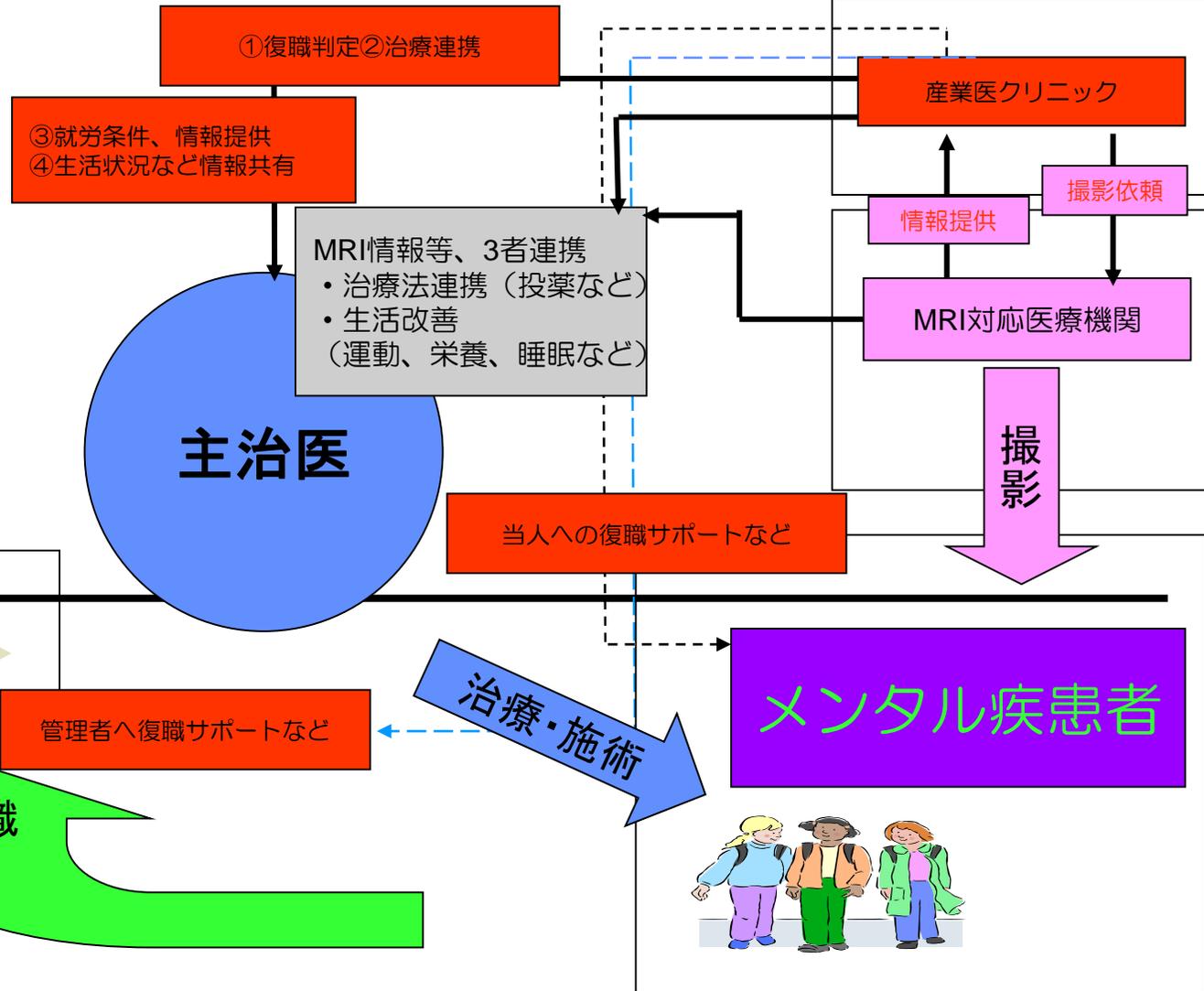
記入例	食事★	散歩↔	食事★	買物↔	TV	食事★TV	★	😊😊😊😊😊😊😊😊
-----	-----	-----	-----	-----	----	-------	---	----------

※「睡眠時間」と「外出時間」、「薬を飲んだ時間」を記入する。それ以外はおおざっぱでもよい。

ストラクチャー相関図(被保険者 モデル)

ポイント

- ・当事者を主体とし、初期治療から早期生活回復を主眼とする。
- ・症状のステージに応じ、①主治医対応期、②就労回復準備期、③復職期と設定。産業医等保健的係わりのウェイトを変化させる。
- ・MRI等ツール利用機関は、産業医等セカンドオピニオンが調整役として3者をリード
- ・治療上の混乱を避けるため、主治医が総合的にリードを基本とする。



MRI情報等、3者連携

- ・治療法連携（投薬など）
- ・生活改善（運動、栄養、睡眠など）

- 表示の分類
- メンタル疾患患者
 - 産業医
 - MRI等ツール機関
 - 主治医