

# 精神医療の質の向上について

これまでの議論の整理と今後の検討の方向性(論点整理)から

V 精神保健医療体系の再構築に関する今後の検討の方向

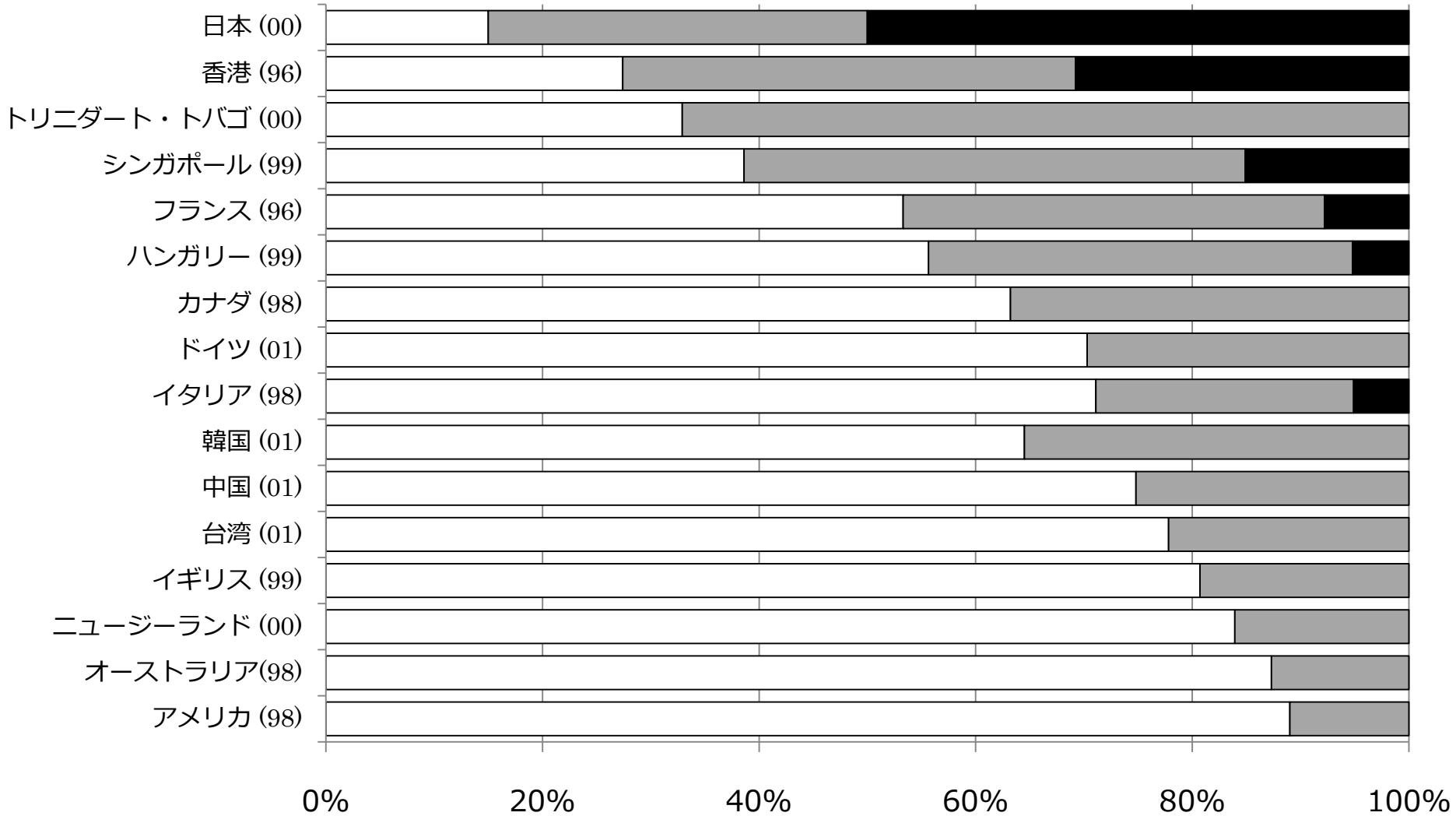
(4) 人材の確保・資質の向上をはじめとした精神医療の質の向上について

- 薬物療法のあり方や精神疾患に関する研究開発の推進を含め、その他精神医療の質の向上の観点から必要な取組について、更に検討を行うべきではないか。

①精神医療の質の向上について  
(薬物療法・精神療法のあり方、  
医療の標準化等)

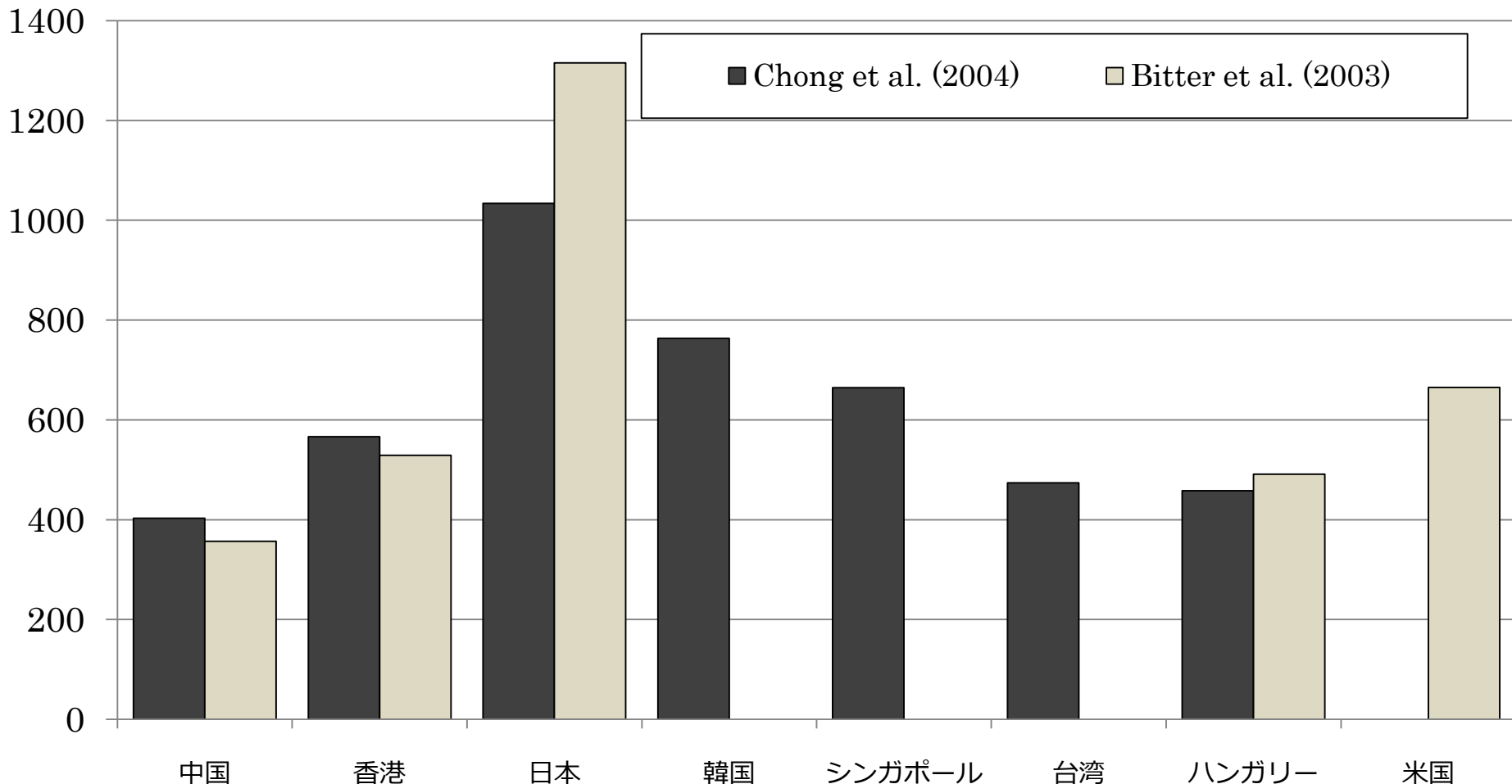
# 統合失調症患者に対する抗精神病薬併用投与に関する国際比較

□ 単剤   ■ 2剤   ■ 3剤以上



# 統合失調症入院患者の抗精神病薬投与量国際比較

抗精神病薬  
投与量\*  
(mg/日)



→ わが国では海外より大量の抗精神病薬が使用されている可能性がある

\* : クロルプロマジン換算

# 抗うつ薬多剤併用の実態調査

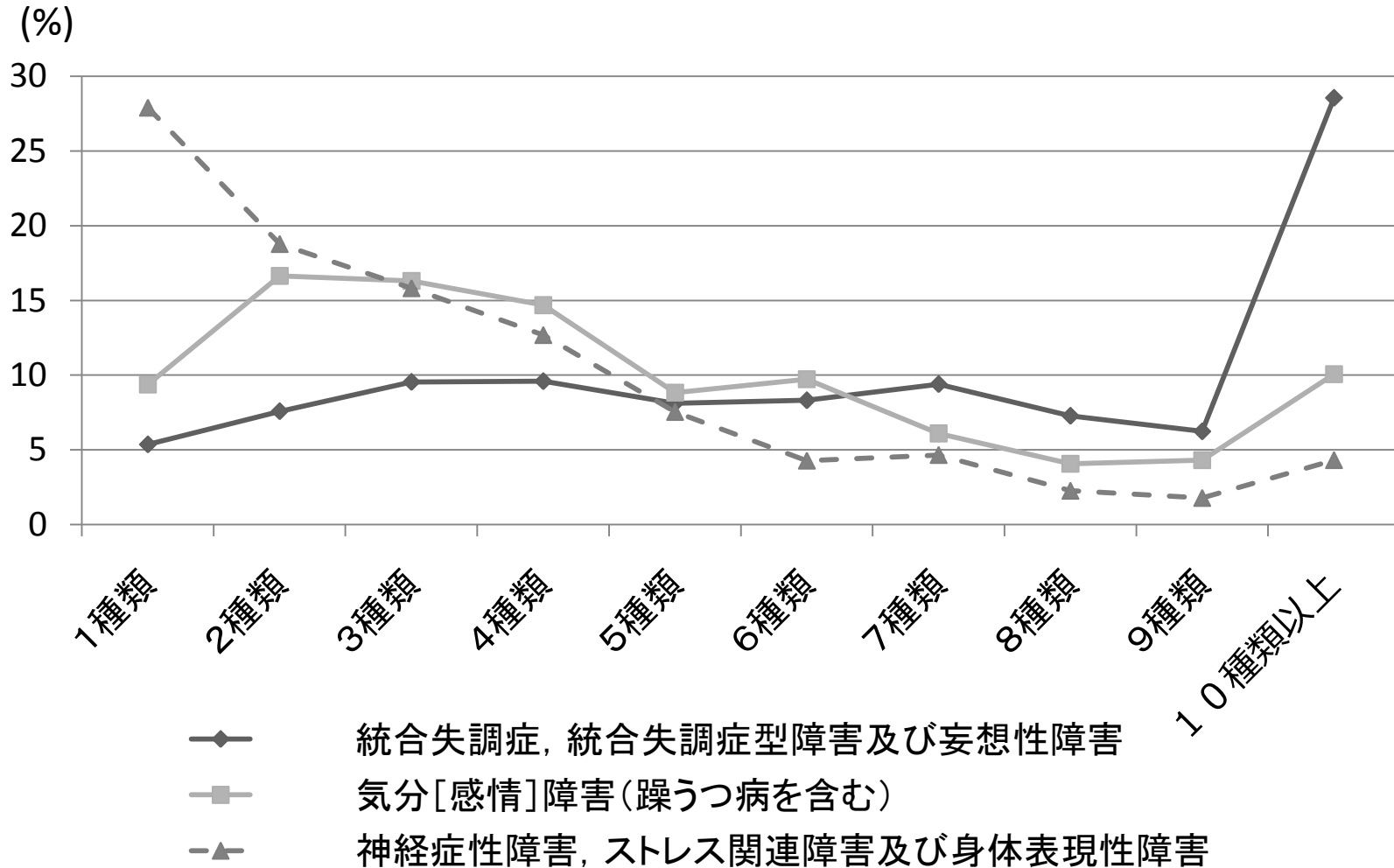
報告者(調査年)	調査国	N	多剤併用率
竹内ら(2002)		1110	35.9%
藤井ら(2002)		609	19.0%
稲垣ら(2006)		307	34.9%
McManusら(1996)	豪州	55,271	5.02%
Percudaniら(2001)	伊	404,238	M: 11.77% F: 12.83%
Thommasenら(2001)	カナダ	136	≒25%
De la Gandara(2002)	スペイン		4.5%
田中ら(2002)	中国	537	11.9%
	韓国	293	24.9%
	シンガポール	72	3.4%
	台湾	387	3.6%

# 全疾患毎の平均処方薬剤種数(注射剤を含む)

疾患	処方剤数	疾患	処方剤数	疾患	処方剤数
白血病	12.79	知的障害(精神遅滞)	5.69	腸管感染症	4.13
腎不全	11.87	骨折	5.69	子宮の悪性新生物	4.1
肺炎	10.68	その他の呼吸器系の疾患	5.67	アレルギー性鼻炎	4
気管、気管支及び肺の悪性新生物	9.41	その他の内耳疾患	5.55	腰痛症及び坐骨神経痛	4
悪性リンパ腫	9.4	急性又は慢性と明示されない気管支炎	5.36	その他の耳疾患	3.93
胆石症及び胆のう炎	9.34	急性気管支炎及び急性細気管支炎	5.32	椎間板障害	3.84
頭蓋内損傷及び内臓の損傷	8.89	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	5.31	関節症	3.82
直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	8.64	その他の血液及び造血器の疾患・免疫の障害	5.26	痔核	3.78
肝及び肝内胆管の悪性新生物	8.4	その他の消化器系の疾患	5.22	急性鼻咽喉炎[かぜ]＜感冒＞	3.71
心臓の先天奇形	8.11	胃炎及び十二指腸炎	5.19	その他の中耳及び乳様突起の疾患	3.7
くも膜下出血	7.73	胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	5.13	その他の神経系の疾患	3.68
結核	7.7	流産	5.1	肩の傷害＜損傷＞	3.68
妊娠高血圧症候群	7.7	その他の先天奇形、変形及び染色体異常	5.07	てんかん	3.66
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	7.68	ウイルス肝炎	5.05	その他の周産期に発生した病態	3.65
胃の悪性新生物	7.67	気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	5	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	3.6
感染症及び寄生虫症の続発・後遺症	7.53	メニエール病	4.98	中耳炎	3.53
肝硬変(アルコール性のものを除く)	7.28	糸球体疾患及び腎尿管間質性疾患	4.8	症状、徴候及び異常臨床所見で他に分類されないもの	3.53
脳内出血	7.23	精神作用物質使用による精神及び行動の障害	4.78	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	3.51
動脈硬化(症)	7.2	アルツハイマー病	4.73	熱傷及び腐食	3.5
痔疾患	7.15	その他の妊娠、分娩及び産じょく	4.71	頸腕症候群	3.49
虚血性心疾患	6.95	その他の感染症及び寄生虫症	4.64	.....	
その他の心疾患	6.92	慢性肝炎(アルコール性のものを除く)	4.62	.....	
脳梗塞	6.66	その他の急性上気道感染症	4.57	.....	
その他の悪性新生物	6.51	その他の精神及び行動の障害	4.55	その他の外耳疾患	2.66
パーキンソン病	6.51	慢性副鼻腔炎	4.49	その他の歯及び歯の支持組織の障害	2.66
結腸の悪性新生物	6.43	乳房の悪性新生物	4.47	その他の眼及び付属器の疾患	2.52
その他の循環器系の疾患	6.4	炎症性多発性関節障害	4.4	真菌炎	2.36
その他の脳血管疾患	6.29	妊娠及び胎児発育に関連する障害	4.4	結膜炎	2.35
アルコール性肝疾患	6.14	高血圧性疾患	4.39	月経障害及び閉経周辺期障害	2.35
慢性閉塞性肺疾患	6.01	急性咽喉炎及び急性扁桃炎	4.33	乳房及びその他の女性生殖器疾患	2.2
血管性及び詳細不明の認知症	5.96	脊椎障害(脊椎症を含む)	4.3	その他の男性生殖器の疾患	2.13
その他の肝疾患	5.9	骨の密度及び構造の障害	4.29	歯肉炎及び歯周疾患	1.86
喘息	5.7	自律神経系の障害	4.14	屈折及び調節の障害	1.84

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」を包括した診療行為が出現する明細書及びDPC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。

# 疾患別の処方薬剤種数の分布



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」を包括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。



# 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>

- 効果が上がることについて、支持する証拠はほとんどない
    - ・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)
    - ・抗精神病薬の多剤併用の戦略は、非効果的である(Chong & Remington, 2000)
  - 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
    - ・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>

	n	陽性症状*の変化		陰性症状*の変化		GAFの変化	
抗精神病薬の追加	70	-0.77 ± 0.82	p=0.009	-0.60 ± 0.68	P=0.092	10.4 ± 10.9	P=0.047
抗精神病薬の切り替え	139	-1.00 ± 0.81		-0.72 ± 0.78		14.0 ± 12.0	

\* Likert scale; 1~5点で5点が重症

## 我が国における単剤療法と多剤・大量療法の比較

- 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

	n	入院時GAF	退院時GAF*
CPZ<1000mg/dの単剤	37	28.3 ± 14.9	64.8 ± 16.2
多剤または大量(CPZ>1000mg/d)	102	31.8 ± 14.1	57.2 ± 14.5

\* p<0.01, 注: 両群で罹病期間にも有意差あり  
H Ito et al, British J of Psy (2005)

# 特定抗精神病薬治療管理に関する加算

- 概要

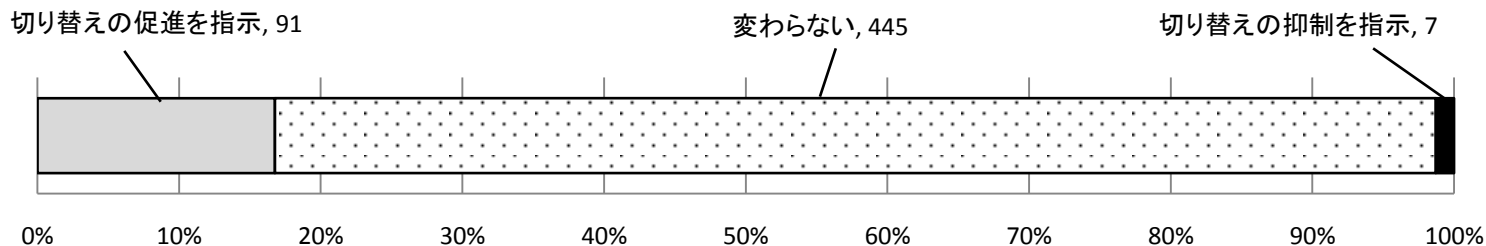
精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科療養病棟入院料を算定している病棟に入院している統合失調症患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬(オランザピン・クエチアピン・ペロスピロン・リスペリドン・アリピプラゾール・ブロナンセリン)による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、1日につき10点を加算する。

- 算定患者の精神病床入院患者に占める割合 (%) (社会医療診療行為別調査)

	平成19年	平成20年
精神科救急病棟	47.0	45.5
精神科急性期治療病棟	28.0	28.9
精神科療養病棟	45.6	43.3
合計	43.2	41.1

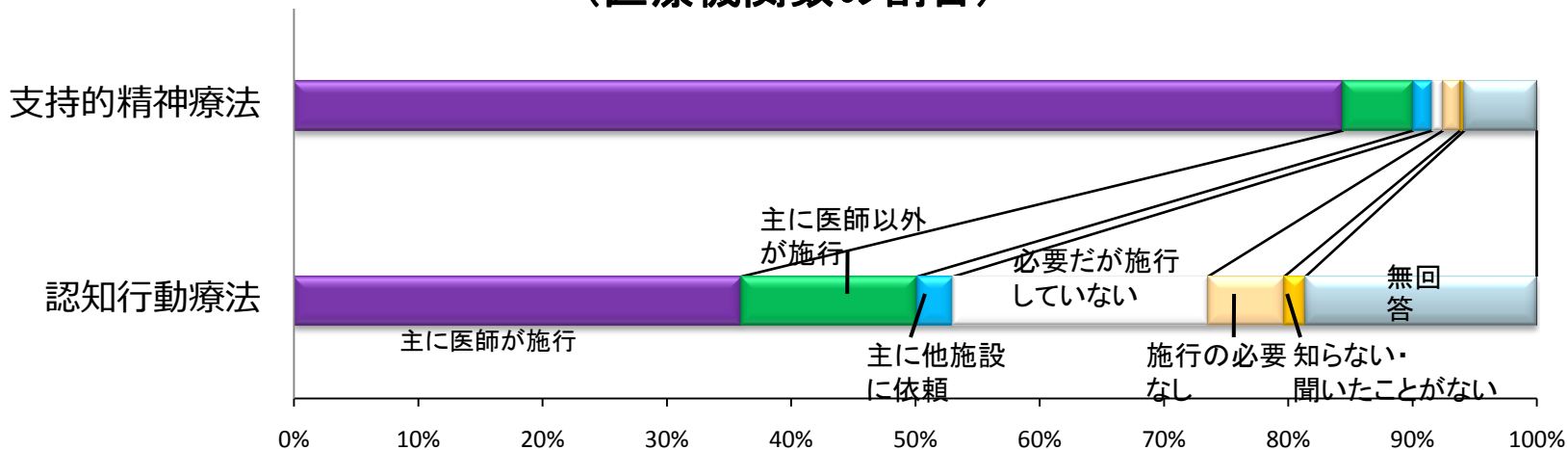
## ●導入の影響に関するアンケート調査

日本精神科病院協会が平成17年2~3月に会員病院に調査。加算を算定した病院(n=543)に対し、抗精神病薬切り替えの影響を尋ねたもの。



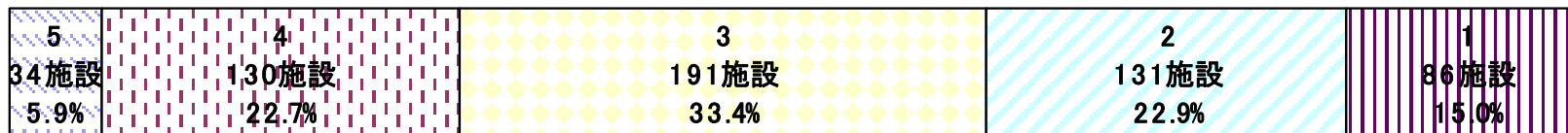
「精神科医療に係る平成16年度診療報酬改定の影響に関する調査研究」平成17年 日本精神科病院協会  
出典:中医協 診療報酬改定検証部会(平成17年12月7日)資料

# 気分障害に対する精神療法の実施状況 (医療機関数の割合)



## 精神科における精神療法の実施状況 (医療機関の自己評価)

有効回答数: 572



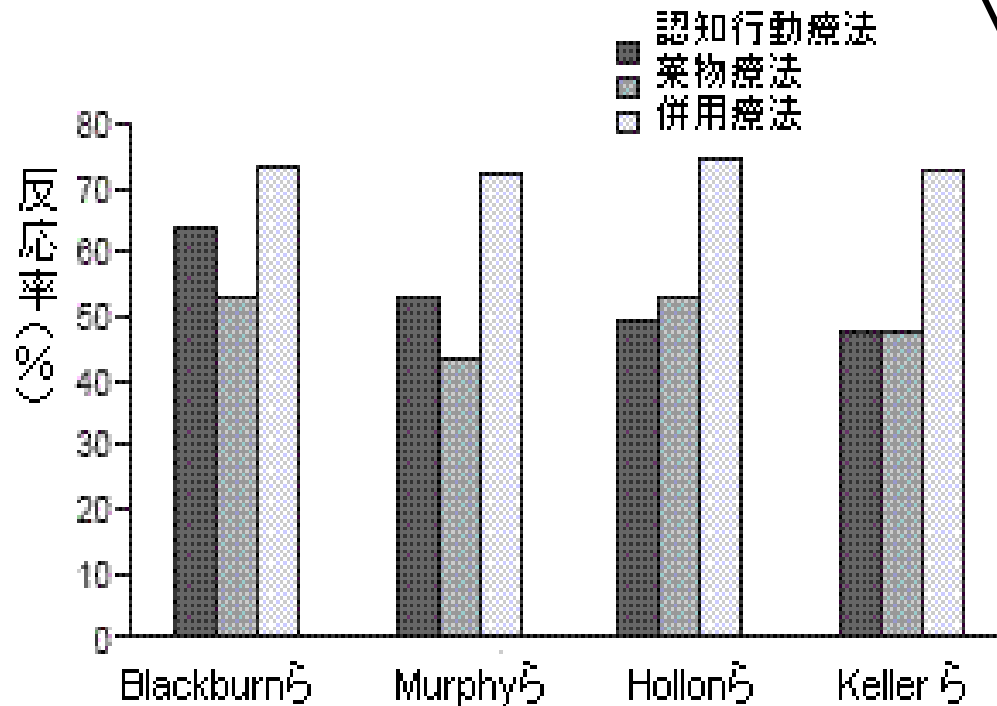
精神療法の実施が十分であるかを5段階で回答  
5(十分である)-4-3(どちらでもない)-2-1(十分でない)

十分でない施設が37.9%

- 全国社会資源名簿(2002-2004)(財団法人:全国精神障害者家族連合会・編)にもとづき、精神科を有する全国の医療施設2949施設(病院:1869施設、診療所:1080施設)の診療部長ないし施設長宛に調査用紙を郵送
- 回答施設数:586施設(回答率:20.3%)

# 成人うつ病に対する 認知行動療法と薬物療法の治療反応率

(Hollon et al., 2005から引用)



併用療法の効果の背景

- ①症状の改善や日常生活の機能改善による
- ②異なる治療法の併用により臨床改善がえられ、それが治療反応率を上げる
- ③精神療法が薬物療法の受け入れや忍容性を向上させることより、治療のアドヒアランスを引き上げる
- ④認知行動療法などの精神療法は長期間に渡っても再発予防に効果を示すことから維持治療に有効

データは、Blackburn et al., 1981; Murphy et al., 1984; Hollon et al., 1992; Keller et al., 2000による。

# アメリカにおける精神療法の研修・教育

- 2007年以降、精神科研修医委員会 (Residency Review Committee) では、支持的精神療法、精神力動的精神療法、認知行動療法を必須カリキュラムとしている  
(2001年に上記とブリーフセラピー、精神療法と薬物療法の併用療法を必須化、2007年にブリーフセラピーと精神療法と薬物療法の併用療法は下位概念の療法として削減)
- 上級セラピストへの陪席、プロセスノート、録音テープ、録画ビデオを利用したスーパービジョン等による研修を実施
- 研修における評価についても標準化が進んでいる
  - 精神力動的精神療法
    - multiple-choice Columbia Psychotherapy Skills Test
  - 認知行動療法
    - Supervision checklist

# (参考)精神療法に関する研修内容の比較

## ● 日本の精神科専門医 研修プログラム

日本精神神経学会が定めた「研修手帳」に、以下の精神療法技法・領域について、各々の行動目標が示されている。

● 施行できる  
支持的な精神療法

○ 経験する  
力動的な精神療法  
(症例によって、指導医の下で)  
家族への疾患教育

○ 理解できる  
認知行動療法  
森田療法、内観療法  
集団力動

## ● 米国の精神科専門医 研修プログラム

卒業医学教育機構が各研修施設に対して示したプログラム基準に、以下の精神療法技法を習得すべきと示されている。

● 提供できるべき  
支持的な精神療法  
力動的な精神療法  
認知行動療法

個人、家族、集団に対して  
短期、長期

他のエビデンスのある精神療法

出典: 精神科専門医制度研修手帳、  
[http://www.acgme.org/acWebsite/downloads/RRC\\_progReq/400\\_psychiatry\\_07012007\\_u04122008.pdf](http://www.acgme.org/acWebsite/downloads/RRC_progReq/400_psychiatry_07012007_u04122008.pdf)

# 国内で作成された精神医療におけるガイドライン

- 日本精神神経学会
  - 性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン(第三版)(2006)
- 日本総合病院精神医学会
  - せん妄の治療指針(2005)
  - 静脈血栓塞栓症予防指針(2006)
  - 身体拘束・隔離の指針(2007)
  - 急性薬物中毒の指針(2008)
- 日本精神科救急学会
  - 精神科救急医療ガイドライン 2007年1月19日版
- 精神医学講座担当者会議
  - 気分障害治療ガイドライン(2004)
  - 統合失調症治療ガイドライン(第2版)(2008)
- 厚生労働科学研究費・厚生労働省精神・神経疾患研究委託費
  - 心的トラウマの理解とケア(2001)
  - 睡眠障害の対応と治療ガイドライン(2002)
  - アルコール・薬物関連障害の診断・治療ガイドライン(2002)
  - 摂食障害の診断と治療ーガイドライン(2005)
  - パニック障害ハンドブックー治療ガイドラインと診療の実際(2008)
  - 境界性パーソナリティ障害〈日本版治療ガイドライン〉(2008)
  - 注意欠如・多動性障害-ADHD-の診断・治療ガイドライン第3版(2008) 等

様々な主体が診療ガイドラインを作成しているが、その普及等が課題

# (参考) 米国精神医学会による治療ガイドライン

- 1989年から作成に着手、1993年から逐次公表
- ガイドライン作成後の最新の知見はホームページ上で適宜公表
- 個々のガイドラインは原則5年ごとに改訂
- 現在公表されているガイドライン
  - Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder (急性ストレス障害、外傷後ストレス障害)
  - Alzheimer’s Disease and Other Dementias (アルツハイマー病と他の認知症)
  - Bipolar Disorder (双極性障害)
  - Borderline Personality Disorder (境界性パーソナリティ障害)
  - Delirium (せん妄)
  - Eating Disorders (摂食障害)
  - HIV/AIDS (HIV/AIDS患者の精神医学的ケア)
  - Major Depressive Disorder (大うつ病性障害)
  - Obsessive-Compulsive Disorder (強迫性障害)
  - Panic Disorder (パニック障害)
  - Psychiatric Evaluation of Adults (成人の精神医学的評価)
  - Schizophrenia (統合失調症)
  - Substance Use Disorders (物質使用障害)
  - Suicidal Behaviors (自殺行動)
- 邦訳も出版されている



# (参考) 英国NICEによる診療ガイドライン

- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) は1999年に設立された機関であり、NICEでは医療の質と安全性の向上のために、国レベルでの診療ガイドラインを示している
- ガイドラインはホームページ上で公表されている
- 個々のガイドラインは適宜更新されている
- 現在公表されている精神疾患に関するガイドライン
  - Antisocial personality disorder (反社会性パーソナリティ障害)
  - Anxiety (不安)
  - Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)
  - Bipolar disorder (双極性障害)
  - Borderline personality disorder (境界性パーソナリティ障害)
  - Dementia (認知症)
  - Depression (うつ病)
  - Depression in children and young people (児童青年期のうつ病)
  - Drug misuse: opioid detoxification (薬物乱用: 解毒)
  - Drug misuse: psychosocial interventions (薬物乱用: 心理社会的介入)
  - Eating disorders (摂食障害)
  - Obsessive-compulsive disorder (強迫性障害)
  - Post-traumatic stress disorder (PTSD)
  - Schizophrenia (統合失調症)
  - Self-harm (自傷)

# 医療の質の評価の3方法

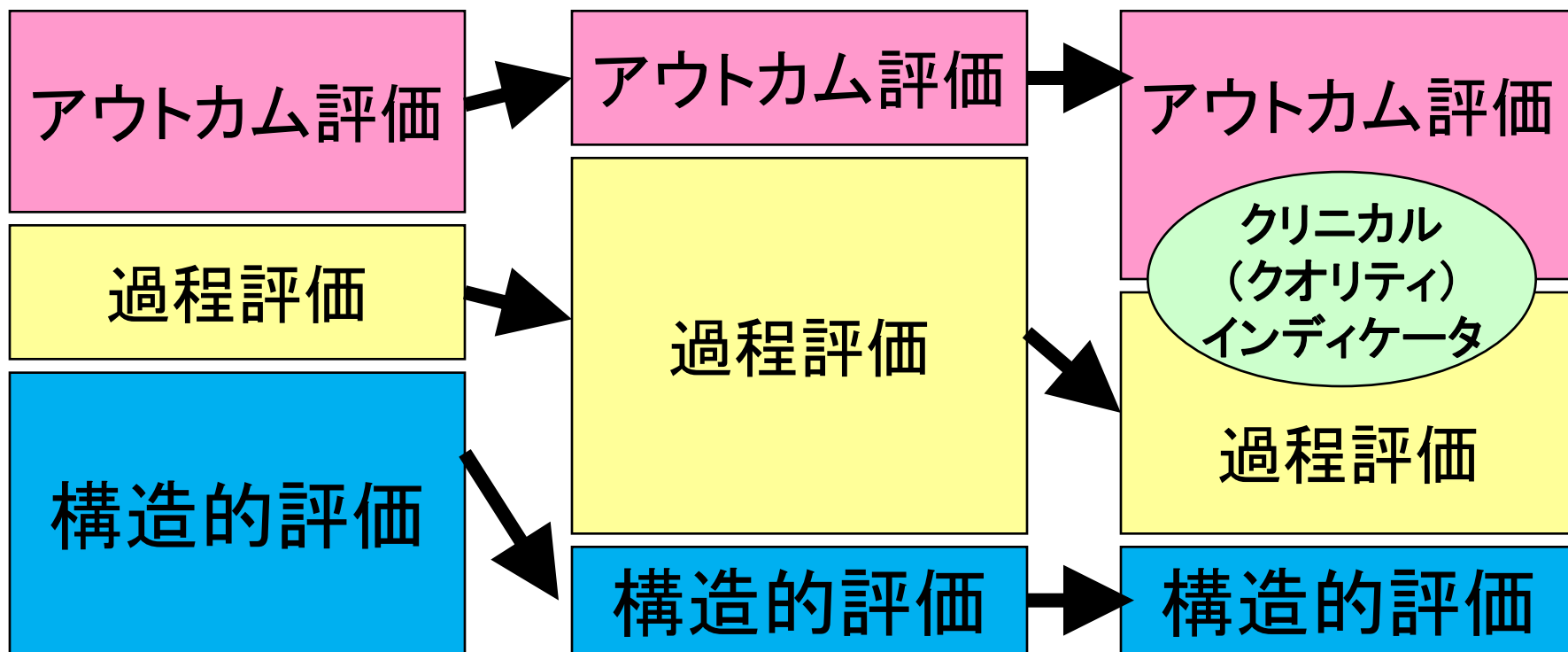
- 構造(Structure)
  - スタッフ、建物、設備など
- 過程(Process)
  - 診療録の記載、委員会や検討プロセスなど
- 成果(Outcome)
  - 術後死亡率、再入院率、院内感染率など

# 医療の質評価の動向\*

20世紀前半

1950年代頃から

1980年代後半から



\*評価の力点の割合の動向を概念的に示したもので、割合は根拠に基づいたものではない。

# 海外で使用されている 精神科医療のクオリティの指標

- OECDにおける精神科医療のquality indicator
- オーストラリアのHealth Care Organization(HCO)におけるquality indicator
- 米国精神医学会タスクフォース
- 米国のPhysician Quality Reporting Initiative (PQRI): メディケアのドクターフィー等と連動する任意報告制度
- European Community Health Indicator project (ECHI): 現在進行中のプロジェクト

# Australia Health Care Organization版の Quality of CareのIndicator

- 診断: 2項目
- 身体所見評価: 1項目
- 処方パターン: 5項目
- ECT: 2項目
- 身体拘束: 5項目
- 重大な事故(4項目): 自殺企図, 自殺, 暴力, 自傷, 外傷
- 再入院: 1項目
- 死亡率: 1項目
- 治療モニタリング(3項目): 血中濃度モニタリング
- 治療継続(2項目): サマリー提出率

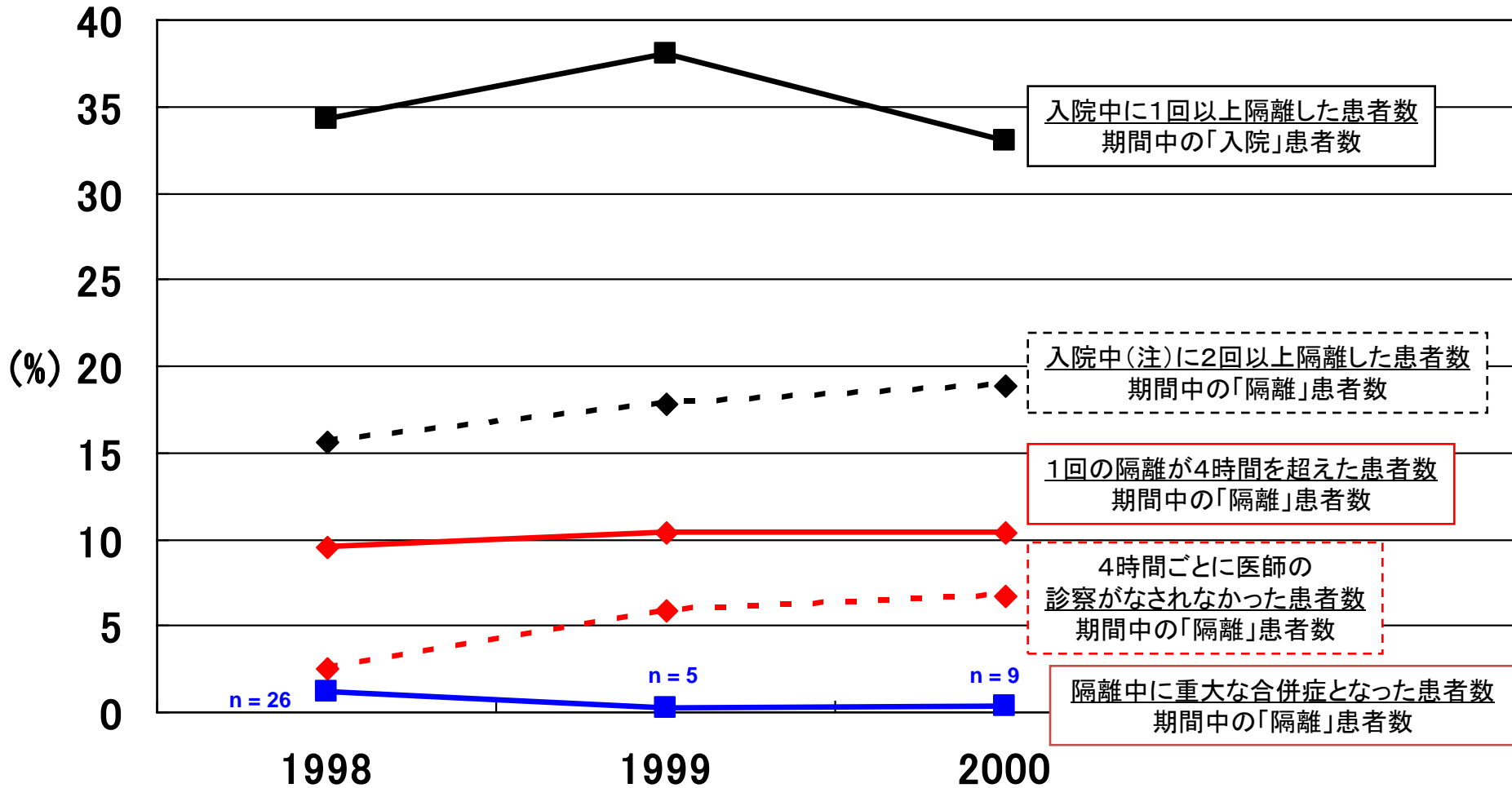
# インディケータの例 (豪州)

- *Indicator Area 3: 処方パターン*

$$= \frac{\text{クローロプロマジン換算で1,000mgを超える  
経口投与入院患者数}}{\text{経口投与されている全入院患者数}}$$

- 改善: from 8.6% (1998) to 6.4% (2000)
- 地域差等 (1999)
  - 都市部 (8.4%) vs. 農村部 (1.8%): 2000年には改善
  - 公的病院 (10.2%) vs. 民間病院 (3.4%)

# 隔離に関するインディケータ(豪州)



# 我が国の精神科救急病棟における クリニカルインディケータの収集

- eCODO(行動制限最適化データベース、国立精神・神経センター精神保健研究所)と、  
PQD(精神科救急質データベース、日本精神科救急学会)の  
統合データベース
- 精神科救急に関する臨床の質指標を管理
  - 患者特性(年齢・性別・入院形態・診断等)
  - 診療プロセス(薬物療法の種類数・作業療法・退院前訪問・精神保健福祉士の介入等)
  - アウトカム(入院日数・状態評価・退院先等)
  - 行動制限に関する一覧性台帳の役割
- 2009年3月までデモ版の公開



# 医業に関して広告可能な主な事項

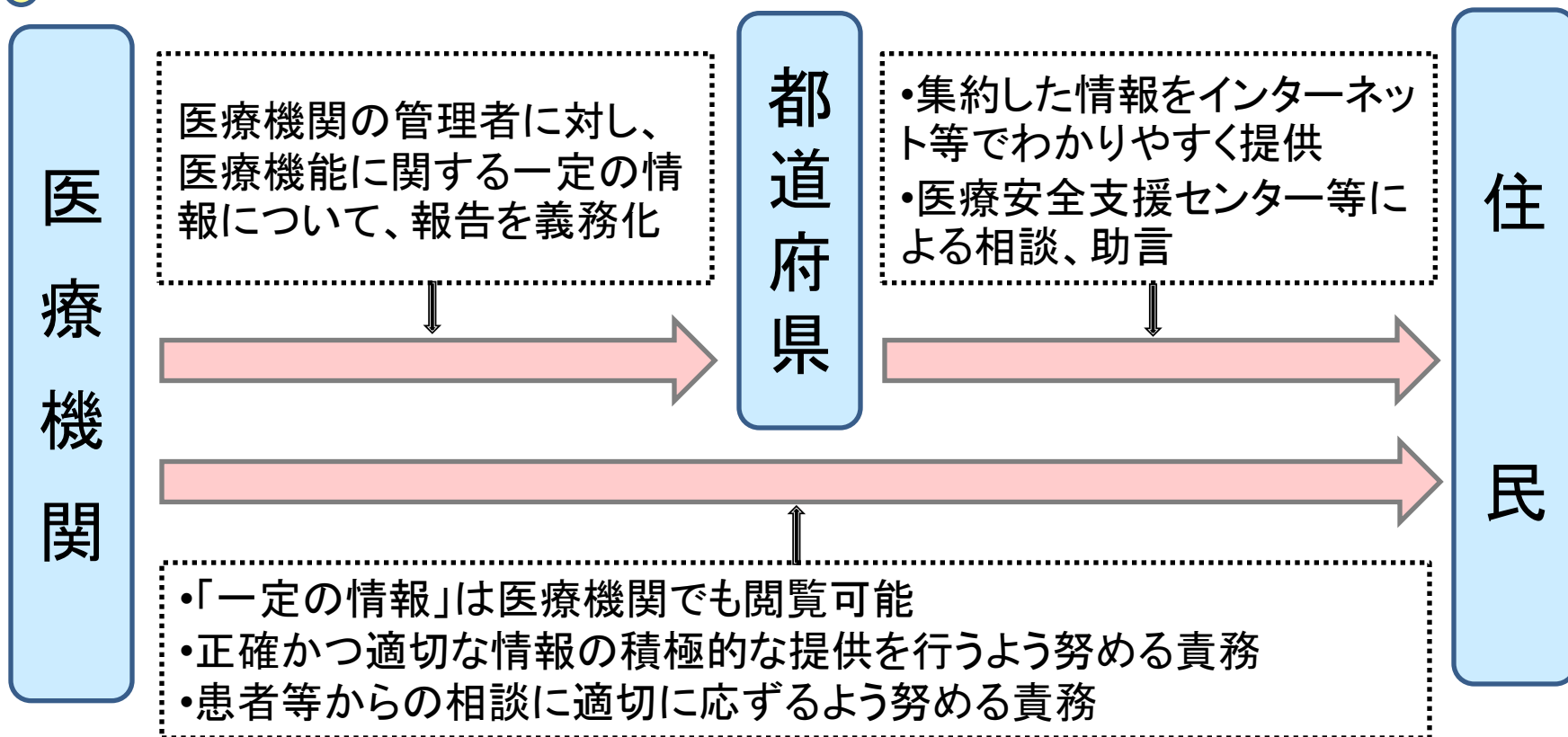
- 診療科名
- 病院・診療所の名称、住所、電話番号、管理者の氏名
- 診療時間
- 予約診療の有無
- 精神保健指定医、精神保健指定病院、応急入院指定病院
- 指定生活保護医療機関
- 指定自立支援医療機関
- 施設の概要(面積、病床数、特定の施設、医療機器等)
- 医師・看護師等の氏名、役職、略歴等
- 専門医(広告可能なものに限る)
- 休日・夜間の診療の実施
- 診療録の電子化
- セカンドオピニオンの実施
- 院内相談の実施
- 院内症例検討会の実施
- 医療安全措置の実施
- 平均待ち時間
- 紹介可能な医療・保健・福祉サービスの名称
- ホームページアドレス
- 検査・手術その他の治療方法
- 往診、在宅医療の実施
- 手術件数
- 平均在院日数
- 外来、入院患者数
- 平均病床利用率
- 治験の実施
- クレジットカードの使用の可否
- インターネット接続環境

等

医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関して広告し得る事項等及び広告適正化のための指導等に関する指針(医療広告ガイドライン)(平成19年3月30日 医政局長通知)より

# 医療機能情報提供制度【医療法】(概要)

医療機関に対し、医療機関の医療機能に関する一定の情報について、都道府県への報告を義務づけ、都道府県が情報を集約してわかりやすく提供する仕組み



# 医療機能情報提供制度により報告・公表の対象となる事項の例

## 第一 管理、運営及びサービス等に関する事項

- 一 基本情報
- 二 病院等へのアクセス
- 三 院内サービス等
- 四 費用負担等

## 第二 提供サービスや医療連携体制に関する事項

- 一 診療内容、提供保健・医療・介護サービス
  - ・ 医師等の医療従事者の専門性に関する資格の種類及びその種類毎の人数（例：「精神保健指定医」）
  - ・ 保有する施設設備として厚生労働大臣が定めるもの（例：「保護室」）
  - ・ 対応することができる疾患又は治療の内容として厚生労働大臣が定めるもの
  - ・ 専門外来の有無及び内容
  - ・ 対応することができる在宅医療に関する対応として厚生労働大臣が定めるもの
  - ・ 地域医療連携体制
  - ・ 地域の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に対する窓口設置の有無

## 第三 医療の実績、結果等に関する事項

- ・ 病院の人員配置
- ・ 看護師の配置状況
- ・ 法令上の義務以外の医療安全対策
- ・ 法令上の義務以外の院内感染対策
- ・ 情報開示に関する窓口の有無
- ・ 症例検討体制
- ・ 治療結果情報
- ・ 患者数
- ・ 平均在院日数
- ・ 患者満足度の調査の実施・結果の提供の有無
- ・ 財団法人日本医療機能評価機構による認定の有無

## 11) 対応できる疾患・治療内容

### 3 精神科・神経科領域

- 1 精神科・神経科領域の一次診療
- 2 臨床心理・神経心理検査
- 3 精神療法
- 4 精神分析療法
- 5 心身医学療法
- 6 終夜睡眠ポリグラフィー
- 7 禁煙指導(ニコチン依存症管理)
- 8 思春期のうつ病、躁うつ病
- 9 睡眠障害
- 10 摂食障害(拒食症・過食症)
- 11 アルコール依存症
- 12 薬物依存症
- 13 神経症性障害(強迫性障害、不安障害、パニック障害等)
- 14 認知症
- 15 心的外傷後ストレス障害(PTSD)
- 16 発達障害(自閉症、学習障害等)
- 17 精神科ショート・ケア
- 18 精神科デイ・ケア
- 19 精神科ナイト・ケア
- 20 精神科デイ・ナイト・ケア
- 21 重度認知症患者デイ・ケア

# 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。

# 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

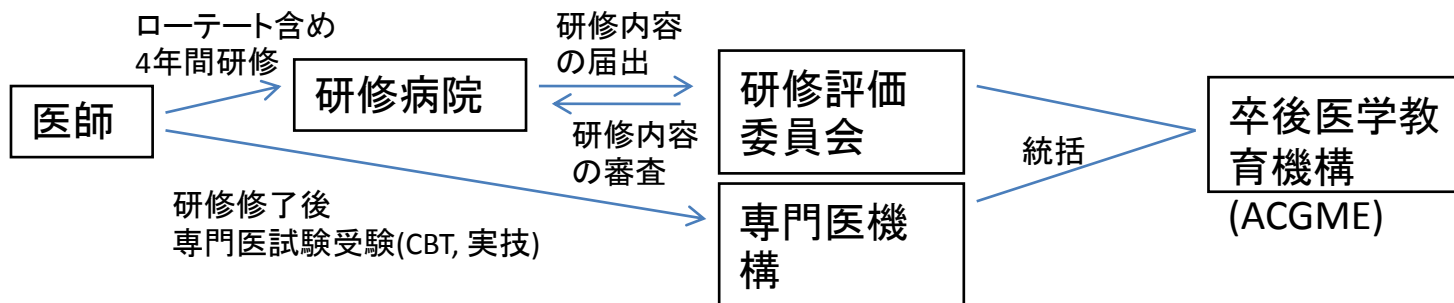
## 経験すべき治療形態

- 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。

# 米国における研修制度

- 各科の研修プログラムについて、卒後4年間の研修の場・領域・行うべき内容・設備等の要件を、研修評価委員会が設定。
- 各医療機関の研修プログラムは、研修評価委員会の審査を受ける必要がある。



- 精神科の標準的な研修プログラムとして示されている内容

1年次	4ヶ月	2ヶ月	6ヶ月	
	内科	神経内科	精神科(入院)	
2年次	4ヶ月	4ヶ月		4ヶ月
	精神科(入院)	児童思春期/ 物質依存		
3年次	12ヶ月			
	精神科(外来)			
4年次	6ヶ月	2ヶ月	2ヶ月	2ヶ月
	選択	精神科救急	管理・経営	地域精神保健
	週のうち半日は精神科外来			

# コメディカルを対象とした精神科領域に関する生涯教育・研修制度

(平成21年7月現在)

## 1) 看護師(看護師、准看護師)を対象としたもの

- 生涯教育・研修制度(主なもの)
  - ・社団法人日本精神科看護技術協会：新人研修、中堅研修、専門研修、管理研修
  - ・社団法人日本精神科病院協会：学術教育研修会(看護部門)  
通信教育(基礎コース、上級コース、指導者養成コース)
- 認定看護師の認定
  - ・社団法人日本精神科看護技術協会：精神科認定看護師 317名
  - ・社団法人日本看護協会：認知症看護認定看護師 94名
  - ・社団法人日本精神科病院協会：精神科病院認定看護師 平成21年開始
- 専門看護師の認定
  - ・社団法人日本看護協会：精神看護専門看護師 52名

## 2) 精神保健福祉士を対象としたもの

- 生涯教育・研修制度(主なもの)
  - ・社団法人日本精神保健福祉士協会：基幹研修、課題別研修、養成研修  
※研修認定精神保健福祉士 1,827名
  - ・社団法人日本精神科病院協会：学術教育研修会(精神保健福祉士部門)

## 3) 作業療法士を対象としたもの

- 生涯教育・研修制度(主なもの)
  - ・社団法人日本作業療法士協会：生涯教育制度＝生涯教育基礎研修、認定作業療法士取得研修、専門作業療法士取得研修  
※認定作業療法士数451名(その内、精神科領域に従事している者73名)
  - ・社団法人日本精神科病院協会：学術教育研修会(作業療法士部門)

※その他、各職能団体の都道府県協会・支部や専門団体等においても精神科領域に関する研修会等が行われている。

# 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多いほか、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ィケータの開発を進めると共に、インディケータの情報公開を進めるべきではないか。
- 精神科医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。

## ②研究開発の推進について

# 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。

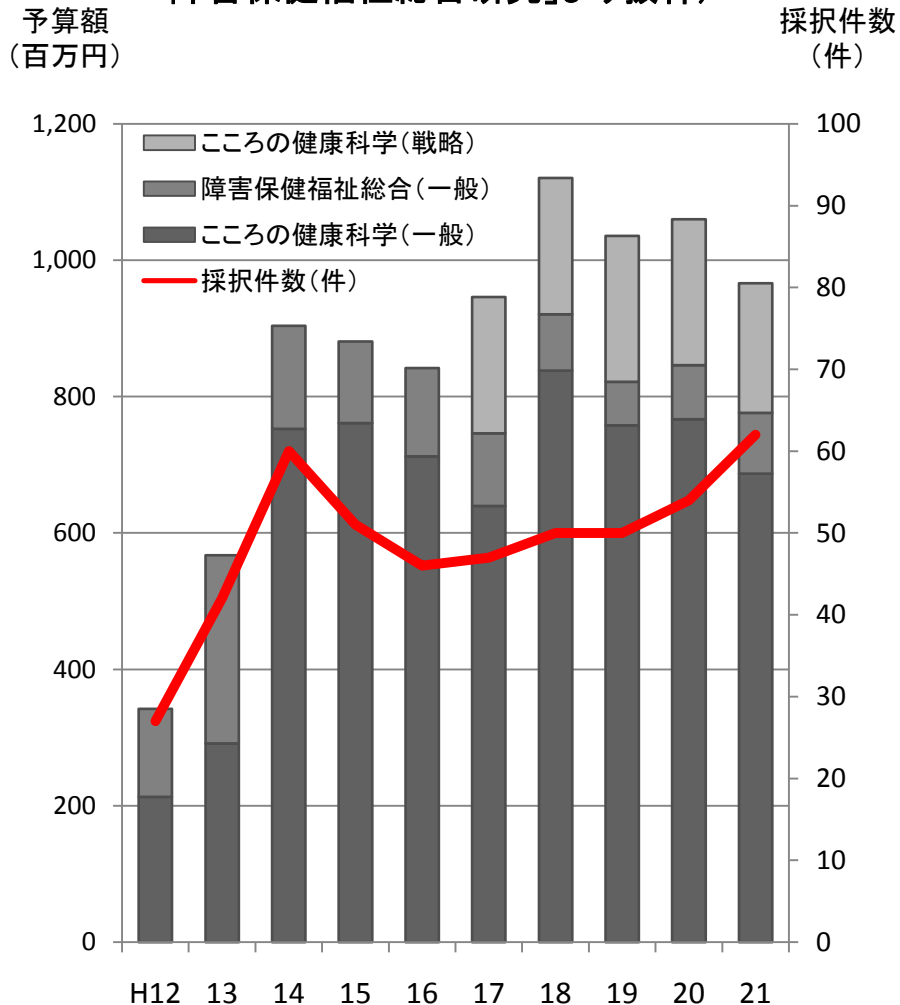
### － 障害保健福祉総合研究事業

- 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。

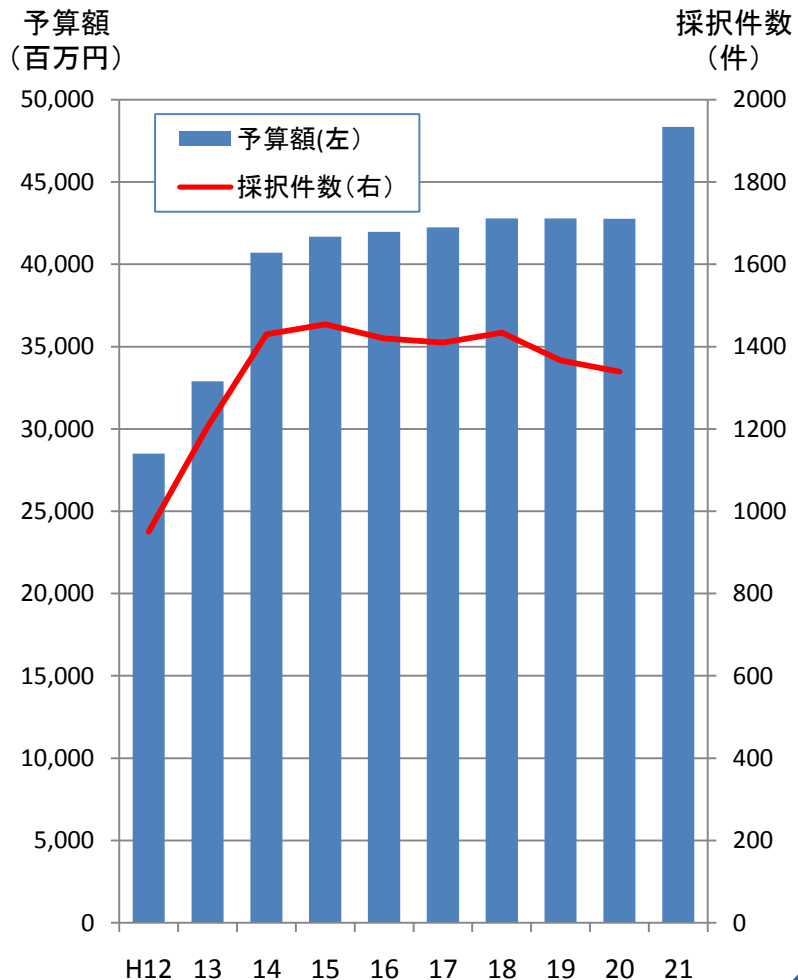
※このほか、国立精神・神経センターの「精神・神経疾患研究委託費」によっても、精神・神経疾患に関する研究が実施されている。

# 精神疾患関連研究の予算額等の推移

精神疾患関連研究の予算額と採択件数  
 (「こころの健康科学研究事業」  
 「障害保健福祉総合研究」より抜粋)



【参考】 厚生労働科学研究費全体の  
 予算額と採択件数



# 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指した脳病態の解明」

### 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」
- 「精神医療の質的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

- 「プ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」

### 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疾患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

### うつ病治療の推進

早期発見

治療

社会復帰

自殺予防

うつ病の診断は精神医学的診察を基に行われており、客観的な指標が乏しい

うつ病に対する標準的な薬物治療や薬物療法以外の治療の普及が十分ではない

うつ病患者等に対する有効な自殺対策についてのエビデンスは乏しい。

## 厚生労働科学研究の実施状況と成果の例

●プ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)

うつ病患者の末梢血白血球で、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。

●「脳画像にもとづく精神疾患の「臨床病期」概念の確立と適切な治療・予防法の選択への応用についての研究」(研究代表者 福田正人) 等

「光トポグラフィー検査を用いたうつ状態の鑑別診断補助」が先進医療として承認 (H21.4)

●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)

●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)

●リワーク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)

等

治療効果の比較・検証のための臨床研究を実施中

●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)

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)

●自殺対策のための戦略研究 等

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)

## 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荷は大きく、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年頃までに大幅に増額したが、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力に推進するため、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。
- 国民の疾病負荷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。