

専門医療 WG

〔目標〕専門医療の充実

要 旨

1. どこでも誰でも、当事者と家族を尊重した、充実した専門医療を受けられる
2. 多職種チームによる診療を中心に置く
多職種チームによって診療時間を十分とり、悩みや苦しみを聴取して適切な専門医療を提供し安心して生活できるようにする。
3. 精神科医等の精神科医療従事者の診療水準の向上を目指す
専門医教育および試験を整備し、生涯教育を充実させると共に、当事者・家族の会、多職種の研修会にも出席して研鑽をつむ。
4. 診療ガイドラインを開発し、多剤大量処方による弊害をなくすため、端在処方を促進し、心理社会的治療の併用を促進する
診療のばらつきが多いため、標準化された診療指針の作成とその実施を徹底し、薬物療法を多剤大量療法から単剤療法を中心とした治療に切り替えていく。精神療法、心理教育、家族支援等の心理社会的働きかけを充実させる。とくに有効性が確認されている認知行動療法を普及させる。
5. 児童思春期精神疾患、うつ病等ストレス関連疾患、依存症（特に薬物）、身体合併症、認知症の専門医を増やし、専門施設を整備・普及する
6. うつ病等の精神疾患の早期発見と統合的治療を推進するため、精神疾患診療連携拠点と臨床研究拠点を全国に設置する
うつ病では自殺、慢性化、生活習慣病などとの合併が問題で、早期に特徴を見抜き外来、入院（ストレスケア病棟）、他科とのリエゾン、復職デイケアなど統合的な治療を必要とする。このため、うつ病等の精神疾患診療連携拠点と研究拠点を全国に設置する。
7. 各施設の治療成績を開示する
各施設の治療成績を開示し診療施設の選択に役立てる。

提言起草委員：小島卓也，大野裕

協力委員：市川宏伸，斉藤万比古，貝谷久宣，古川壽亮，広瀬徹也，神庭重信，斉藤利和，松本俊彦
竹元隆洋，朝田 隆，斉藤正彦，佐藤茂樹，藤原修一郎

こころの健康政策構想会議 WG 報告集
“こころの健康推進”を日本の基本政策に！



A. 当事者・家族のニーズ

1. 多剤大量療法
多剤で大量の薬が処方されているが大丈夫だろうか
2. 診療時間が短い（3分診療）
副作用の話を知りたい、相談したいと思っても話す時間がない
3. 家族支援について
本人が不安定なために家族が不安で緊張しているが相談に乗ってほしい
4. 診断や治療が施設毎に違っている
施設によって診断や治療がまちまちで心配になる
5. 主治医との関係について
主治医は当事者の話をもっとよく聞いてほしい。一方的に話を打ち切ったり、押し付けたりされると信頼できなくなる
6. 治療成績の開示
自分の病気を治してくれる施設はどこか情報を教えてほしい
7. 専門医と専門病院の不足
子供が発達障害らしいのだが専門の病院に相談したら半年先と言われた
薬物依存症患者といったらいくつもの病院やクリニックからうちでは診られないと言われた
子供が精神科の病院に入院中に身体の病気になるたら、総合病院で診療してもらえず、とても不安になった
医師は、はじめはうつ病だから必ず治ると言っていたのに、6年も経つのに治らず困っている
若年認知症になって就労に対する協力が得られない
きちんと診てくれる認知症の病院が少ない
認知症で精神症状がでたら増量した薬物の副作用で肺炎がおきてしまった

こころの健康政策構想会議 WG 報告集
三大疾患にふさわしい精神保健医療改革で
「こころの健康の危機」を克服できる安心社会の実現を

B. 現状の分析と改革目標の設定

1. どこでも誰でも、当事者と家族を尊重した、充実した専門医療を受けられる

上記の当事者・家族の訴えは、専門医療が適切に行われていない場合があることを示している。なお、現在二次救急を自傷・向精神薬大量服薬で受診している極めて多数の人々は、反復受診も多く自殺のリスクも高い群であり、医療資源の面からも、精神科医療が対処すべき問題である。

当事者や家族の立場に立った医療が行われず、施設の都合で考えられており、医師の経験不足、精神科医療水準の低さ、関心の低さなどをあらわしており以下のような対策が必要である。

2. 多職種チームによる診療を中心に置く

患者数の増加に伴って3分診療等、診療時間が短いことが指摘されている。また、薬物療法が中心で、時間をかけた精神療法や家族療法、心理教育、家族支援などを行う機会が少ない。多職種（医師、看護師、臨床心理職、精神保健福祉士、作業療法士、薬剤師等）によるチーム医療を導入し、多面的に情報を収集して当事者を深く理解し、必要に応じて十分時間をかけて対応できる診療体制に変えていくべきである。換言すれば、多職種によって傾聴と共感を基盤に信頼関係を構築し、専門的技術を提供し、当事者および家族が安心して生活できるように支援していく。

3. 精神科医等の精神科医療従事者の診療水準の向上を目指す

精神科医は当事者の話を傾聴し共感しつつところの全体像を把握するとともに症状・状態像を把握して診断し、どのような治療法がもっとも適切かを判断し治療計画をたてる。

「専門家－依頼者関係」のなかで適切な精神療法を行い、適正な薬物療法を行うとともに、チーム医療の中の精神科医としての役割を果たしていく。また、状況に応じて治療を見直していく。これらのためには専門医教育およびその評価（試験）、生涯教育の整備および改善のみならず、研修段階で当事者・家族と交流し彼らの目線で考える体験をする。また、多職種の研修会に出席してチーム医療の一員としての立場と協力の仕方を学ぶ。このようにして診療の質を向上させる必要がある。

4. ガイドラインの作成と実施、および適正な薬物療法、心理社会的治療の充実

① わが国では診療指針（ガイドライン）は疾患ごとに、いくつかの学会で出されているが標準化されておらず臨床には普及していない。したがって治療法などにおいて施設による相違がみられる。ガイドラインの標準化およびその実施の徹底が必要である。

② 多剤大量処方改善

わが国においては諸外国に比べて、統合失調症患者に対して多剤で高用量の抗精神病薬が投与されており、気分障害患者に対しても多剤投与が目立ち、副作用で苦しむ場合がよくみられる。単剤治療（同一系統の薬剤は1種類とする。薬剤を切り替えるときには前薬を残さない）を中心とした薬物療法に変えていくべきである。別の問題として、向精神薬処方は、処方薬依存の問題や大量服薬・自殺とも関連している。

③ 心理社会的治療の充実

薬物療法のほかに、種々の精神療法、心理教育、家族支援などが必要であるが海外で有効性が確認されている認知行動療法等を普及させ、うつ病や不安障害の臨床に役立たせる。英国では軽症のうつ病には薬物を用いず認知行動療法が推奨されている。わが国では認知療法学会の会員が中心になって使用しているが一般には十分広まっていない。

5. 児童思春期精神疾患、依存症、身体合併症、精神および行動障害症状（RPSD）をともなう認知症等の病態治療の専門医を増やし、専門施設の整備・普及する

① 児童思春期精神疾患

児童精神医学の領域では受診者が急増している。中でも発達障害が増えているのが特徴である。また、精神保健とも重なりながら診療対象の拡大（不登校、引きこもり、家庭内暴力、いじめ、虐待など）もあり、児童精神科医と診療施設が圧倒的に不足している。医科大学、大学医学部に児童精神医学講座はほとんどなく卒前卒後の医学教育自体が不十分であるため、児童精神科医の養成は決定的に遅れている。最近、東京大学医学部にわが国初の児童精神医学講座が設けられることになったが、ブロックに1箇所程度設けるべきである。また、児童精神科医療の可能な医療機関の増加が必要である。また、成人になっても発達障害は続くため、成人の発達障害を診る医師と施設が必要であるが成人発達障害の医療施設は皆無に近い。統合失調症に比べて治療が個別的で複雑であり、精神科病院などでは対応が不十分である。

② 依存症

薬物依存症は増加しているが専門的に治療するプログラムを持った施設および精神科医は極めて少ない。それぞれが専門技術をもった多職種による地域ネットワークをつくり自助グループとの連携をはかることが有効である。治療プログラムとしてはワークブックとマニュアルに基づいた簡便な認知行動療法が取り入れられはじめているが、一部で内観療法も用いられている。治療システムと治療プログラムを明確化し普及させるとともに、一般精神科医療者の忌避的感情を低減し、専門医療機関の乏しさを補うネットワークの構築が必要である。また、司法関連機関との連携も重要である。

③ 認知症

若年性認知症の当事者・家族では経済の問題が大きい。介護保険では、年齢制限を緩和して対応されているが、医療面での経済的対応も必要である。また、専門医については、真に診断能力のある医師の公開が求められる。行動異常・精神症状をもつ認知症に対して心身両面からの高度の対応が必要であり、亜急性期の身体合併症と合わせて入院が困難であり、対策が急務である。24時間の在宅介護などとの連携も必要である。

④ 身体合併症

精神疾患患者が身体合併症に罹患し重篤となった場合、他科の治療を必要とするが、入院治療を拒否されることが珍しくない。総合病院の精神科が受け皿になるが、精神科医不足や他科に比して極端な低医療費のために総合病院の精神科病棟が病床削減や閉鎖に追い込まれている。総合病院精神科の再建・充実が必要である。

⑤ 自傷・大量服薬・自殺予防ユニット

内科、外科との連携が可能な精神科あるいは精神科病院に、自傷・大量服薬・自殺予防ユニットを設ける。自傷・大量服薬は自殺のリスクが高い人々であり、現在は主に多数が二次救急を、一部は三次救急を受診している。反復する事も多く、行動上の問題を抱えている人も多く、精神医学的な介入が必要であるが、今まで精神科医療は本格的には取り組んでこなかった。外国では既に外来、入院のユニットができ、診療実績も10年以上に及んでいる。精神科医療が及んでいない領域であり、自殺予防の点からも、専門医療の課題であり、取り組むべきである。

6. うつ病等の精神疾患診療連携拠点と研究拠点を全国に設置する。

うつ病では、自殺率が注目されているが遷延例、社会復帰困難例など慢性化が問題であり、当然のことながら自殺率も極めて高い。一口に遷延例といっても、潜在的な双極性障害、非定型うつ病など、様々な場合があり、うつ病の亜型毎に、適切な治療を行えるような病型分類と、その診断法が必要である。まず早期に適切に治療し遷延化させないことが重要であるが、遷延化した場合、適正な薬物療法、認知行動療法やmECTの併用、入院により治療環境（家族との葛藤、独居による自閉的生活）を変え遷延化の分析およびそれに対する治療の試み、復職デイケア（集団精神療法）の参加など当事者の特徴にあったきめ細かな統合的な治療が必要である。また、うつ病はがんや循環器疾患、アルコール依存症などと併存しやすく、他科とのリエゾンをししばしば必要とする。これらのためには地域医療や医療資源を統合し連携するセンター機能が必要である。うつ病等の精神疾患の早期発見と統合的治療を推進するため、うつ病等精神疾患の診療連携拠点が地域に配置する事が必要である。また、その中には大学等の教育研究病院や研究施設との連携による研究拠点病院も都道府県に1箇所程度設ける事が必要である。地域の疫学データや医療資源を調査し、また、研究機関の臨床フィールドとして機能する。

7. 治療成績の開示

現状では各施設の治療成績を開示しているところはほとんどなく、国民が医療機関を選択するための資料が少ないので、治療成績を開示するべきである。またこの開示には、同時に地域に設けられる評価委員会の評価結果と併せてホームページ上に開示することが必要である。

C. 問題解決のための根拠やエビデンス

1. 多職種チームによる診療

外来診療や入院診療の中で精神科医だけでなく、看護師、精神保健福祉士、臨床心理職などが当事者や家族の不安を受け止めるだけでなく、発病からの経過や病状などを聞いて診療に関与することは多い。ACTや訪問診療などでは既に多職種のチームを形成し活動しており、英国の精神医療でも多職種チームが中心になっている。それぞれの異なった職種の専門家が関与することによって当事者の問題を医療・保健・福祉等の複数の側面から正

しく把握することができる。初診時に精神科医が診断・治療など包括的に方針を打ち出し、チームで治療することが3分診療から脱却し、必要な診療時間を確保することになる。

2. 精神科医の診療水準の向上を目指す

日本精神神経学会の専門医制度は平成21年度から試験開始になり10症例以上のレポート提出、筆記試験、面接試験が行われている。まだ始まったばかりで、今後の精神科医の診療水準の向上は試験制度の改善、例えば実技としてロールプレイなどで実際の診療能力を評価する方法を導入するなどの工夫が必要である。

また、教育の段階で系統だった精神療法の指導が行われていない。平成22年度に認知行動療法が診療報酬に掲載され講習会やスーパーバイザーによる指導が始まっているが、専門医の教育にも定着させていく必要がある。当事者や家族のニーズを理解するために専門医教育の段階で家族会に参加すること、チーム医療を修得するために多職種による研修会に参加することも有効である。

3. ガイドライン、適正な薬物療法、認知行動療法

診療ガイドラインについては日本精神神経学会が出している性同一性障害に関するもの、精神医学講座担当者会議が出している気分障害治療ガイドライン、統合失調症治療ガイドライン、厚生労働科学研究費などを用いた各種疾患のガイドラインなどがあるが標準化されていない。

多剤大量療法については、エビデンスが得られている。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では、2剤以上の使用が80%を超えており第1位である。抗精神病薬の投与量の比較でも海外の2つの論文がわが国では海外よりも大量の抗精神病薬が使用されている可能性を示している。また、抗精神病薬の組み合わせが有効であることを支持する証拠はほとんどない。それによって高用量になり、副作用のリスクをあげてしまう。多剤大量療法が有効とはいえないという結論は得られている。特定抗精神病薬治療管理に関する加算が導入され、多剤治療から非定型抗精神病薬による単剤処方の動きが僅かながらみられている。

認知行動療法がうつ病治療に有効であるということ、薬物療法と認知行動療法を併用すると更に有効であると言う論文は多く、本邦でも少数例であるが比較試験で有効性が確認されている。認知行動療法の普及が精神科医の診療水準の向上につながるものと考えられる。

4. 疾患別

① 児童思春期疾患

専門的入院医療施設は不足しており、専門病床を持つ児童精神科は、東京では2/135(専門/全体)、全国で約20/1600である。成人発達障害者の治療に対して稼働している医療施設は皆無に近い。専門性ある医師が不足(児童青年精神科、小児科)し、数少ない医師に集中してしまう。専門性ある多職種医療スタッフも不足している。



② うつ病・不安障害

うつ病患者の30～40%は寛解に至らず慢性化するといわれている。慢性うつ病については、海外の大規模の追跡調査研究でも治療に参考となる明確な要因はわかっておらず、この結果は事例の集積が重要で個々の症例に応じたきめ細かな治療の必要性を示している。骨折後のリハビリ、病前の趣味と関連した作業療法、入院後に気のあった仲間ができたこと、孫の世話をするようになったこと等が契機になって数年来のうつ病性自閉から回復したという報告は注目すべきである。復職デイクアなどにおける集団精神療法なども盛んに行われてきており、当事者の特徴分析とそれにあった治療法の選択が必要である。MRI（脳の形を測定）やNIRS（脳の血流を測定）の情報も状態像の鑑別に役立つ場合があり、今後使用頻度は増加するであろう。

③ 依存症

一般に精神科医療機関は依存症患者に対して忌避的であり、ごく少数の専門医療機関・専門医に丸投げされているのが現状である。すでに厚生労働省精神・神経委託費研究の成果を踏まえた診断・治療ガイドラインが刊行されているが、その内容は中毒性精神障害に偏っており、依存症自体の治療論や地域支援のあり方に関して、実証的根拠に裏打ちされた具体的記述は乏しい。一般の精神科医療援助者が自信を持って依存症患者の地域支援ネットワークに参加できるような今日的な水準の具体的な治療・対応ガイドラインが必要である。その意味では、現在一部の施設で行われている、ワークブックとマニュアルに基づいた認知行動療法プログラムは、期待できる試みである。

④ 認知症

厚生労働省研究班により、若年性の認知症の疫学的推計値は示されている。これに基づいて必要な予算も算出できるはずである。変性疾患の職業訓練は新たな課題で知見は乏しい。現在、厚生労働科学研究費により、医療系と介護系、医療系内部における連携・協力状態について調査が進行中である。

⑤ 身体合併症

身体合併症治療においては、救命救急医療との連携が重要である。平成20年に新設され、救命救急センターを有している病院への設置を要件とする精神科救急・合併症入院料を算定する総合病院精神科病棟では、自殺企図者や精神疾患患者に併発した身体合併症に対し適切な医療が行われている。精神科医療と一般医療、中でも救命救急医療との連携の拡大が必要である。

⑥ 自傷・大量服薬・自殺予防ユニット

自傷・大量服薬ユニットについては、英国では17年の歴史があり、良い成績を残しており、英国の自殺予防・自殺減少に貢献している。

5. 治療成績の開示

医療の質の評価は、①アウトカム評価、②過程評価、③構造的評価に分かれているが、20世紀前半は構造的評価が大きかったが、1980年代後半からアウトカム評価、過程評価の占める割合が大きくなっている。質を表す指標（インディケーター）としては、処方パターン、在院日数などがあるが、うつ病などに関する適切な指標は示されていない。

適切な指標の開発が急がれる。

また、併せて評価委員会の評価と一緒に、ホームページ上で公開されるようにする。

D. 具体的な改革案

1. 診療指針（ガイドライン）の作成

責任ある学会が共同で作成し標準化する。作成過程で当事者・家族、経済学者などの意見を聴取する。関連学会は完成したガイドラインの実施を徹底させる。

2. 向精神薬治療の単剤化の促進

初診時医師一当事者間で診断、治療計画を説明する中で単剤治療（同一系統は1種類）か複数剤治療かの確認を行う。複数剤使用の場合当事者の承諾を得る。

3. 認知行動療法の普及

専門の研修センターを設置する。受講者は一定の日数のロールプレイを伴う研修に参加し、その後2例の症例の録音記録に基づいてスーパーバイザーから指導を受ける。その研修の成果について国際基準の尺度を用いて評価し、さらに15例の面接記録を提示して評価を受けた上で認定を受ける。評価に際してインターネット（IT）を活用する。普及についての公的援助費を必要とする。

4. 外来診療にチーム医療体制の導入

初診患者について精神科医が診断し、精神科医による指導の下、多職種チームによる治療計画を提示し患者・スタッフ間で合意が得られたら、その後は精神科専門看護師、臨床心理職、精神保健福祉士、作業療法士等によるチームで診療する。チーム内での検討会を週1回行う。2ヶ月に1回以上精神科医が診察する。

5. 各施設において治療成績を開示

利用者の便宜を図り、併せて診療能力向上に資する。自発的に治療成績を開示する。当事者・家族、有識者を含む評価委員会を設置し、定期的に施設から治療成績を聴取する。発表を推奨する指標（インディケーター）については別途開発する。

6. うつ病等の精神疾患診療拠点の設置

地域の精神保健医療従事者をネットワークで有機的に結びつけ、うつ病等の精神疾患の啓発・予防、早期発見から社会復帰までを円滑に進めるうつ病等の治療パスを開発し運営するため、各県にうつ病等精神疾患診療拠点を一ヶ所配置し、県内に地域うつ病等精神疾患診療拠点を複数置く。この拠点は将来、すべての精神疾患を対象とする精神疾患診療連携拠点へと発展するものである。

7. 児童思春期精神障害、薬物依存症、認知症、身体合併症、ストレス関連疾患（遅延うつ病、摂食障害など）等の外来・入院治療体制を明確にし、診療報酬を見直し診療内容の向上をはかる。

① 児童思春期疾患

専門的医療機関あるいは児童精神科医療の可能な医療機関の増加、大学専門講座の設置、児童青年精神科の専門性強化、医師養成の加速化、児童および成人発達障害の受け皿の設置などが望まれる。

② うつ病・不安障害

うつ病の亜型に従って診断し、治療方針を立てる。当事者にあった治療法の選択が重要である。薬物療法はアルゴリズムに従った薬物選択とその後の独自の工夫を行う。認知行動療法を中心とした精神療法、集団精神療法、職場や家庭の環境調整などの心理社会的治療を薬物療法等と併せて行う。当事者にとって何が重要かを予測し、チームで計画的に治療し、定期的に見直す。

早期発見のための地域医療ネットワークを構築し、うつ病・不安障害の専門外来診療、入院診療（ストレスケア病棟）、復職デイクアなどの一連の統合的な治療を行う。

③ 依存症

専門的医療機関あるいは依存症に対応可能な医療機関の増加、依存症に関する臨床経験の乏しい医療者でも実施可能な治療プログラムの開発と対応ガイドラインの確立、重複障害を抱える依存症患者の受け皿の設置などが望まれる。

④ 認知症

若年性の認知症に属する諸疾患について、特定医療の対象とする。職業訓練に関する知見・技術開発に対する予算措置を行う。日本老年精神医学会、日本認知症学会の協力で専門医を公表する。認知症患者の容態に応じて、しかるべき機関、施設で処遇されるようなシステムが必要である。合理的な根拠に基づいた評価表やパス図の作成が求められる。

⑤ 身体合併症

地域で中核的な役割を果たす総合病院における精神科病棟の再建および増加を図る。特に救命救急センターを有する総合病院に併設される精神科病棟を増やす。

⑥ 自傷・大量服薬・自殺予防ユニット

都道府県に1-2箇所、外来・入院のユニットを設ける。外科的処置とともに、認知行動療法等による自己評価と行動の変容、自殺予防の働きかけを、1-7日間程度の入院治療も含め、多職種チームによる働きかけを行う。

8. 研究の推進

適正な治療につながる疾患分類の確立、診断法の開発、根本的な治療法の開発のため、原因を解明する研究を推進する。このため、全国10ヵ所程度の基幹大学にうつ病等の精神疾患研究拠点を設置し、複数の大学から連携大学院をもって、教育研究に当たる。ただし「研究のための研究」にならないように、当事者、家族を含む委員会が研究をチェックする。

E. 改革を普及させるために必要となる経済的基盤や診療報酬改訂

1. 診療指針（ガイドライン）の作成

ガイドラインは、国が責任をもって作成すべきであり、厚労省研究費等によって作成委員会を設置して作成する。

2. 向精神薬治療の単剤化の促進

初診時に多職種チームの相談によって治療計画を立てるが、その際診断、治療計画案を説明し、当事者も含めて話し合う中で確定する。なお、薬物の選択については、過去の服薬体験、副作用等も参考にして単剤治療を原則として処方を決める。このような手順で行われた単剤治療の場合診療報酬加算をつける。

3. 認知行動療法の普及

認知行動療法の普及に当たっては、負担なく適切な研修を受けられる機会を、厚生労働省として用意する。

4. 外来診療に多職種チーム医療制度の導入

初診時の包括的診断および治療計画の多職種チームによる作成とそれにもとづく診療が可能なように、診療報酬上の措置を講じる。

5. 各施設において治療成績を開示

各診療施設は別に定められる臨床指標について、その治療成績を開示する。また、各自治体が設ける当事者・家族、有識者を含む評価委員会は、各診療施設のヒアリング等によって診療施設の評価を行い、結果を診療施設に通知する。診療施設はホームページ上に公開する。

6. うつ病等の精神疾患治療の均てん化をはかるため、診療連携拠点としての機能を全国の基幹病院（各県一ヵ所）に設置する。その連携組織として、県内に地域うつ病等精神疾患診療拠点を複数設置する。

7. 児童思春期精神障害、薬物依存症、認知症、身体合併症、ストレス関連疾患（うつ病、摂食障害など）の外来・入院治療体制を明確にし、診療報酬を見直し診療内容の向上をはかる。

① 児童思春期疾患

診療報酬の加算（診療に要する時間を調査し、思春期診療加算を充実する。また、行動障害の重症度評価を行い、重症度加算を充実する）

② うつ病・不安障害

うつ病の亜型に従って診断し、治療方針を立てる。

早期発見のための地域医療ネットワークを構築し、うつ病・不安障害の専門外来診療、入院診療（ストレスケア病棟）、復職デイクアなどの一連の統合的な治療を行う。重症

