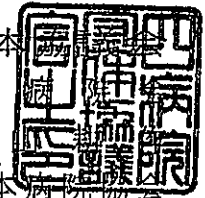


平成13年5月7日

厚生労働省

医政局長 伊藤雅治殿

四病院団体
社団法人 日本
会長 中
社団法人 全日本病院協会
会長 佐々英達
社団法人 日本医療法人協会
会長 豊田 堯
社団法人 日本精神病院協会
会長 仙波恒雄



要 望 書

(臨床研修制度について)

- (1) 臨床研修指定病院の独自性を強化し、地域医療に貢献している中小民間病院も含め、研修病院・診療所群という概念で全人的な教育制度を確立する。

大学病院、研修指定病院では、同一診療科内ですら、益々専門・細分化され、研修計画にも問題が多い。大学病院や大病院だけの研修では全人的な真の臨床医は育たない。指導医のいない病院に研修医を出すのは如何という意見もあるが、研修制度では、まずかかりつけ医・家庭医の養成を考えなくてはならない。国際医療援助でも諸外国の医師は産科でも小児科でも小外科でも診療するが、日本の医師は適応できない場面も多く、これは専門分化した医局制度を引きずった現在の医学教育制度の欠陥である。2年間の臨床研修には、まず明確な教育理念と目標がなくてはならない。広く一般臨床の基礎を徹底的に教育すべきで、研修初期の一定期間は、臨床研修指定病院で研修を受けさせなければならないが、残りの期間は臨床指導ができる医師がいる地方の医療機関に配属する。地域医療に貢献している中小民間病院も含め研修病院・診療所群という概念で研修させるべきである。

更に、心のケアの出来る医師を育てる為には、精神科病院での研修を義務づける必要がある。なお、臨床研修病院は新しく制定される指定基準に従って、現在の大学病院も含め研修指定の認定を受けることが望ましい。

- (2) 研修医の給料は、研修医養成費として国家予算化し、指導医の報酬は教育施設に補助金等にて支給する制度を確立する。

いわゆる大学医学部だけで育った擬専門の欠陥医師を育てないためにも、臨床研修制度を早くスタートさせるべきである。また研修教育費は診療報酬から捻出するのではなく国民の健康維持のために国家から拠出するのが必要である。これは医療事故防止、大学病院、大病院で研修医による無駄な検査経費の節約のためにも、研修医の給料は、研修医養成費として国家予算化し、指導医の報酬は教育研修施設に補助金の形で支給をすべきである。

原則として研修医のアルバイトは禁止とする。

- (3) 現在認められている研修医の権利を保障し、中小民間病院にても研修できる制度を確立する。

研修期間中2年間、保険医として診療できないと、中小民間病院での研修は事実上不可能となり、地域医療の体得が出来にくくなるとともに、地方の中小病院の医療が混乱する恐れがある。研修医単独では保険診療を認めないが保険医の指導の下で保険診療が可能とすべきで、実務的に保険診療を認めるべきである。研修中も施設長・病院長が認めれば診断書等が書けるように認めるべきである。

- (4) 今後厚生労働省等にて設置される、臨床研修のカリキュラム作成委員会（仮称）には四病院団体協議会が推薦する複数の委員を参画させる。

現在四病院団体協議会では、我が国の医学研修の統一化（標準化）を図る目的にて、卒後初期臨床研修カリキュラムの検討を開始しており、今後設置される臨床研修のカリキュラム作成委員会には、実際に地域医療の担い手として貢献している四病院団体協議会から複数の委員を参画させることを要望する。

以上

平成13年4月26日

厚生労働省健康政策局医事課長
中島 正治様

精神科七者懇談会

社団法人 日本精神神経学会

理事長 佐藤 光源

精神医学講座担当者会議

代表世話人 山内 俊雄

社団法人 日本精神病院協会

会長 仙波 恒雄

国立精神療養所院長協議会

会長 白倉 克之

社団法人 全国自治体病院協議会

会長 小山田 恵

社団法人 日本精神神経科診療所協会

会長 三浦 勇夫

日本総合病院精神医学会

理事長 黒澤 尚

臨床研修における精神医学教育に関する要望書

第四次医療法改正の要点の一つとして、プライマリー・ケアの向上と全人的医療を目指して、卒業直後の医師に2年間の臨床研修を必修とする制度に関する法案が、今国会に上程されると聞いております。私ども精神科卒後研修を担当するものとしたしましても、心の問題の重要性を改めて痛感し、すべての医師が生物・心理・社会・倫理的な視点がもてるような研修に、努力をしたいと考えております。そこで、下記のような現状を報告し、臨床研修のなかに精神科を必修とすることを強く要望いたします。

1. 身体疾患患者の10～40%にうつ病などの精神疾患が合併している。
2. 向精神薬の全処方件数のうち30～80%は精神科以外の一般科において処方されている。
3. 一般科の医師がうつ病などを診断できる割合は諸外国に比較して非常に低い。
4. 患者や家族との望ましい関係の樹立には精神医学を学ぶ必要がある。
5. 研修するための施設や指導医等の人員は十分用意できる。

詳細には資料を添付しておりますが、下記のように要約いたします。

1. 卒後臨床研修における精神科必修化の背景

外来患者の精神障害有病率は10～30%、そのうち最も多いうつ病の有病率は5～10%であり、入院患者になると精神障害有病率は30～40%、うつ病の有病率は20～30%と上昇します。このような結果は、一般科の医師が日常臨床において、精神医学的な診断や治療を非常に必要としていることを示しています。具体的に、抗不安薬の66～77%、抗う

つ薬の 34～43%、抗精神病薬の 15%、睡眠薬の 63～82%が一般科において処方されているという事実も、一般臨床における精神医学的な診断や治療の必要性を裏づけています。

しかし、うつ病についての WHO の研究によると、一般医がうつ病を診断できた割合は、長崎 18%、マンチェスター 63%、シアトル 57%で、わが国と諸外国の間に大きな差がありました。これは精神医学の卒前教育だけでは、日常診療に必要な診断や技術が不十分であることを端的に表しています。

一方、患者の心理や社会的な背景を理解し支援していくためには、まず患者や家族と望ましい人間関係を確立することが必要であり、すべての医師にとって、医療コミュニケーションの技術やインフォームドコンセントのための技術の習得が必須であることを意味します。

上記の諸問題を解決するためには、卒業直後の医師が精神医学的技術を修得する必要があり、そのためには一定期間、精神科の臨床場面で実際に患者を受けもち、診療に当たることが最も効果的であると考えられます。(添付資料 1)

臨床研修に必要な精神医学的知識

患者や家族との良好な関係の作り方や、一般臨床でもしばしばみられる精神症状のとらえ方と、それへの対応の基本を学びます。(添付資料 2)

2. 研修施設

研修施設は大学病院を含む一般病院(総合病院)が原則ですが、精神科病院なども一緒になって研修指定病院になる病院群も研修施設として考えられます(添付資料 3)。

3. 研修期間

患者を受け持ち、診断・治療して、病状が改善して安定するためには約 3 ヶ月かかるため、原則 3 ヶ月とします。

4. 指導体制

2 人以上の精神保健指定医が指導にあたります。実際の研修施設及び指導体制の調査結果については別紙に記したとおりであり、十分対応できると考えます。(添付資料 4)

以上、要望させていただきますので、宜しくご配慮の程お願い申し上げます。

上記の要望書を、津島雄二厚生大臣、大島理森文部大臣、遠藤武彦衆議院厚生委員会委員長、中島真人参議院国民福祉委員会委員長、坪井榮孝日本医師会会長、豊田堯日本医療法人協会会長、中山耕作日本病院会会長、佐々英達全日本病院協会会長、伊藤雅治厚生労働省健康政策局長、中島正治同医事課長、今田寛陸厚生省大臣官房障害保健福祉部長、松本義幸厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課長、布村幸彦文部省高等教育局医学教育課長、廣田英樹文部省高等教育局医学教育課大学病院指導室長、山浦晶国立大学医学部附属病院長会議常置委員会委員長、本田孔士同教育研修問題小委員会委員長、福井次矢卒後研修共通カリキュラム等の作成検討部会委員長(順不同)宛てに送付しております。

卒後臨床研修における精神科必修化の背景

【はじめに】

卒後研修において、研修医は、患者の有する問題を、身体的、心理的、および社会的側面から全人的に理解し、適切に対処できる能力を身につけることが望まれる。この研修は、それぞれの診療科においても行われるべきことであるが、ここでは、一般診療科やターミナル・ケアにおける精神障害の頻度と向精神薬の使用の実態から、一般診療科の医師であっても、受診患者に適切に対応するためには、精神科疾患についての診断と治療の素養が必要であることを述べ、最後に、一般科に進む医師の精神科研修の実態調査の結果を示す。

1. 一般診療科における精神障害患者の頻度

世界保健機関 (WHO) のうつ病に関する国際共同研究に参加して行われた 1977 年から 1980 にかけての長崎大学精神神経科学教室の結果 (藤井ほか、1985) によれば、一般内科外来初診患者 (65 歳以上も含む) のうち、うつ病の頻度は 6% で、清水ら (1979) の値とほぼ一致していた。

引き続いて、WHO により、1990 年から「一般診療科における心理的問題に関する国際共同研究」が行われた。これに参加した長崎大学精神神経科学教室の結果 (中根と田代、1995) によれば、15~65 歳の内科受診患者における精神疾患の頻度は、14.8% で、内訳は、全般性不安障害 5%、アルコール依存症・アルコールの有害な使用 6.2%、うつ病 (気分変動症を含む) 3.0% などであった。精神科医と内科医師との臨床診断の一致率は、18.3% と低く、また、精神疾患を有すると診断された者の 45% が、精神疾患としての治療をなんら受けていなかった。

また、同研究を患者の精神的・身体的な総合的負担 (Global Burden) という観点から解析した結果からは (吉武ら、印刷中)、内科外来受診患者におけるカテゴリー別の疾患頻度として、精神疾患は第 4 位であり、身体的機能低下の指標である制限日数や障害日数では第 1 位、社会的機能障害の指標では第 1 位、作業能力の障害からは、消化器疾患に次いで第 2 位を占めた。Murray と Lopez (1996) による Global Burden of Disease 研究でも、Disability を来たす疾患の上位 10 において、うつ病が第 1 位を占め、精神障害は上位 10 疾患の中で 5 つを占めていた。

前記の WHO による「一般診療科における心理的問題に関する国際共同研究」の結果を、長崎、マンチェスター (イギリス)、およびシアトル (USA) で比較すると (Goldberg、1998; 表 1)、プライマリ・ケアを受診する患者の ICD-10 精神障害罹患率は、長崎 14.8%、マンチェスター 26.2%、シアトル 20.4% であった。一般医により診断できた症例は (表 2)、それぞれ 18.3%、62.9%、56.9% であり、イギリスや合衆国に比べて、日本が低かった。

表 1. プライマリ・ケア受診する患者の ICD-10 精神障害罹病率 (3 都市での WHO 研究)
(Goldberg,1998 より引用)

ICD-10診断	長崎 (日本)	マンチェスター (イギリス)	シアトル (USA)
アルコール依存	3.7%	2.3%	1.5%
現在うつ病	2.6	16.9	6.3
全般性不安障害	5.0	7.1	2.1
パニック障害	0.2	3.5	1.9
神経衰弱	3.4	9.7	2.1
いずれかの精神障害 を有する症例	14.8	26.2	20.4

表 2. 一般科医師により診断できた症例の率. (Goldberg,1998 より引用)

ICD-10診断	長崎 (日本)	マンチェスター (イギリス)	シアトル (USA)
アルコール依存	0.0%	66.1%	44.3%
現在うつ病	19.3	69.6	56.7
全般性不安障害	22.5	72.3	46.8
パニック障害	0.0	70.6	31.9
神経衰弱	10.9	49.8	76.9
いずれかの精神障害 を有する症例	18.3	62.9	56.9

以上、要約すると、一般診療科において精神障害を有する患者の比率は、14.8~26.2%と一般に考えられている以上に多く、かつ一般医からは、見のがされていることが少なくないことが示されている。このことは、医学教育と卒後研修における精神科領域の教育・研修の重要性を示していると思われ、とくに不安障害、アルコール関連障害やうつ病についての教育・研修を充実させることが必要と思われる。また、日本では、イギリスや合衆国に比べて、一般医の精神障害診断率の低いことが示唆されており、今後、日本の医学教育や卒後研修において、改善すべき課題と思われる。

2. 各身体疾患患者にみられる精神疾患合併率 (保坂ら, 2000)

1) プライマリケアにおける精神疾患合併率

WHO の共同研究については、上述の通りであり (中根ら, 1995)、これらの精神疾患患者の多くが適切な治療を受けていないことは、諸家の一致した見解である。

また、佐藤ら (1996) によれば、総合診療部を受診した患者のうちの精神疾患有病率は 30.6%であった。

2) 救急医療における精神疾患合併率

三次救命救急センターへの入院患者のうち、4-9%が自殺未遂患者であった（黒澤ら、1991）。

3) 内科疾患における精神疾患合併率

各疾患の患者に面接して精神障害合併率を調査した報告によれば、心筋梗塞後の17%に大うつ病（Hanceら、1996）、糖尿病患者の35.9%に精神障害（気分障害10.7%、物質関連障害11.7%など）が認められた（福西ら、1999）。慢性関節リュウマチ患者の23%に大うつ病（Abdel-Nasserら、1998）、パーキンソン病の13%にうつ病（Coleら、1996）、クッシング症候群では62%がうつ病、未治療のBasedow病で69%、甲状腺機能低下症で40%がうつ病を伴っていた（吉邨ら、1999）。また、更年期障害のために産婦人科を受診した患者の構造化面接によれば、56%になんらかの精神科的診断が付き、最も多い精神疾患はうつ病26%であった（室岡ら、1999）。

4) 外科領域における精神疾患合併率

1966年以降の論文のメタ解析によれば、術後せん妄の頻度は平均して36.8%であった（Dyerら、1995）。また、高齢者の入院患者のせん妄発生率は平均して15%程度であるという（Buchtら、1999）。

5) リハビリテーションにおける精神疾患合併率

脳血管障害後のうつ病の合併率は、25~27%で（Atromら、1993；Robinson、27%）、3年目でも大うつ病の合併率は29%であった（Atromら、1993）。また、脳血管障害や脊髄損傷後のリハビリテーション患者の43%に何らかの精神疾患がみられ、全体の35%が大うつ病であった（青木ら、1994）。

6) がん患者の精神疾患合併率

悪性腫瘍の進行度を三群に分けて告知後の精神症状を比較した結果では、早期群では心気症状が、進行群では不安・焦燥が、再発群では抑うつがみられた（山崎ら、1995）。

Hosakaら（1999）は、耳鼻科系悪性腫瘍患者を告知群と非告知群に分けて、精神症状の発現率を比較したところ、両群とも45%前後の頻度を示し、両群間で有意差はなかった。また、Hosakaら（1996）が、内科系良性疾患患者とがん患者それぞれ50名ずつと面接したところ、前者の28%、後者の30%に大うつ病がみられ、うつ病以外の精神疾患を含めると、良性疾患患者の38%、がん患者の44%になんらかの精神疾患がみられたという。

7) 臓器移植における精神疾患合併率

腎移植手術を受けた患者の17%に精神症状が見られた（渡辺ら、1996）。生体部分肝移植術前後のドナー、レシピエントそれぞれの精神症状について報告（福西ら、1999）によれば、成人群における精神症状発現率は、レシピエントの術前18.8%、移植術後68.8%、ドナーの術前6.3%、移植術後25.0%であった。

8) エイズ患者の精神疾患合併率

HIV 感染患者の 28.4%に精神疾患がみられ、その内訳は気分障害 13.4%、せん妄、痴呆、健忘、他の認知障害などであった（福西ら、1999）。

以上の調査研究は、精神科への依頼の有無に関わらず、ある病棟や外来で、一定期間の患者を対象にした prevalence study に基づくものである。その結果、外来、入院患者の精神障害有病率はかなり高く、とくにうつ病の頻度の高いことが示されている。これらの精神障害は主治医である一般科医によって正しく診断され、適切に治療されているわけではないことも分かってきている。そして、精神疾患が合併すると入院期間が延長することも分かってきており（保坂、1998）、入院期間を短縮し医療費を削減するという、病院レベルあるいは行政レベルでの目標を達成するためにも、一般科医師が精神医学についての素養を積むとともに、精神科との適切な連携をとりながら診療を行うことが必要である。

3.ターミナル・ケアでの精神科医療

1) がん患者の精神的負担の有病率及び危険因子に関する研究（内富、1998）

新規にがんもしくは再発を診断された患者を対象に精神医学的診断面接法を用いて精神的負担に関する横断調査を行った結果、主な負担は、抑うつ（大うつ病もしくは適応障害の診断基準に相当）であった。抑うつは、進行肺がん患者（129名）の初回治療直前では 19%、頭頸部がん患者（107名）の初回治療直前では 17%、早期肺がん患者（151名）の術後3か月では 17%、乳がん患者（55名）の再発診断後3か月では 42%であった。ロジスティック回帰分析の結果、各々の危険因子は、(1) 若年（65歳未満）、痛みの存在、(2) 進行がん、独居者、(3) ソーシャルサポートに対する満足感が低い、(4) 早期の再発（24か月未満）であり、がん患者の抑うつには医学的、心理社会的因子が多次的に関与している可能性が示峻された。

2) 終末期がん患者の精神的負担（罹患）の有病率に関する研究（Minagawaら、1996）

がんの治癒が困難と判断され緩和ケア病棟へ入院した患者を対象に精神医学的診断面接法を用いて精神的負担（罹患）に関する横断調査を行った結果、42%が認知精神障害（せん妄 28%、痴呆 10.7%）を示した。

3) がんと取り組む態度に関する研究（Akechiら、1998）

外来通院中がん患者（455名）を対象に質問紙法と面接法を用いて、がんと取り組む態度、抑うつ、ソーシャルサポートに関する横断調査を行った。その結果、がんと前向きな態度は抑うつと負の相関、絶望的な態度は抑うつと正の相関が認められた。重回帰分析の結果、前向きな態度と関連した因子は、独居者ではない、良い performance status (PS)、医師からのサポートの存在、およびサポートへの満足感であり、絶望的な態度と関連した因子は、高齢、高学歴ではない、独居者、悪い PS、サポートへの満足感が低いであったことより、がんと取り組む態度とソーシャルサポートは重要な関係があることが示された。

なお、医師向けのがん告知マニュアル（Okumaら、1998）も作成されている。Uchitomi（1999）は、インフォームドコンセントを前提としたがん医療では、がん告知が 75%で

あり、そのような治療を行っている全国がん医療施設が、卒前・卒後のコミュニケーションスキルトレーニングの教育訓練の場として重要であると述べている。

4. 向精神薬を一般科医がどの程度使用しているか

ベンゾジアゼピン系薬剤は、抗不安薬や睡眠薬として使用されるが、浦田（1991）の調査によれば、総合病院外来患者への全処方数に対するベンゾジアゼピン系薬剤の処方率は、精神科では 59.6%、精神科を除く一般科では 12.3%であった。全国総合病院外来において、睡眠に関する問題をかかえて困っているものは、男性 18.7%、女性 20.3%、全体では 19.6%であった（白川ほか、1995）。そして、総合病院外来での睡眠薬処方率は、精神科では約 40%、精神科以外では 4.6%であった（浦田ほか、1995）。

向精神薬の診療科別の処方状況についての調査（1999年1月～6月）の概要は、表3の通りで、向精神薬が一般診療科においてしばしば使用されていることが明らかである。

表3. 向精神薬処方の診療科構成比

薬剤	一般科	精神科
睡眠薬	62.9~81.9%	37.1~18.1%
抗不安薬	66.4~83.0%	33.6~17.0%
抗うつ薬	34.0~42.6%	66.0~57.4%
抗精神病薬	15%	85%

以上のことから、一般科に進む医師が、向精神薬の使用法の基本を修得するために、精神科研修を経験しておくことが望ましいと思われる。

5. 一般科へ進む医師の精神科研修の現状について

平成11年8月27日の精神科講座担当者会議（岡山）で報告された資料によると、卒後臨床研修のアンケートの結果は以下の通りであった。なお、アンケート発信80大学、回答70大学で、回収率は87.5%であった。

1) 他科に所属する研修医が、精神科での研修を受けたことがあるかどうか。

過去3年間で、他科あるいは入局前の研修医が精神科研修を行ったことがある大学は、70大学中36大学（51.4%）で、内訳は、私立26校中21校（80.8%）、公立7校中4校（57.1%）、国立37校中12校（32.4%）であった。

2) 精神科研修者がいた場合の人数と研修期間について。

3年間の合計人数は、平均すると6.6人（標準偏差：8.0）であった。研修期間は、平均4.2カ月で、私立では3.7（2.3）カ月、公立は6.2（5.6）、国立は5.4（4.8）であった。

以上、要約すると、現状でも約半数の大学において、一般科に進む医師の精神科研修が行われていて、これはとくに私立大学病院において高い率を示した。また、年間の受け入れ人数は平均約2名で、研修期間は、3~6カ月前後であった。

また、臨床研修病院で精神科病床を持っている旭中央病院では、毎年半数近くの、一般

科を専攻する研修医の精神科研修を受け入れている。アンケート結果によると、精神科患者の理解だけでなく一般の患者の心理面の支援に役立ったとの意見が多く、92.3%では、現在の診療に役立っているという。さらに研修を終えた現時点の一般科臨床の場面で、不眠・せん妄・痴呆・不安・興奮などの精神症状に苦慮した経験があるが、研修を行った医師のほとんどと共に、研修を行わなかった医師の中にも、「精神科研修は是非行うべきだ」という意見が少なくなかった。(笹平ほか, 1988)

【おわりに】

以上のように、一般診療科において精神障害を有する患者の比率は、一般に考えられている以上に多く、不安障害、アルコール関連障害やうつ病がしばしばみられ、これらの精神障害は、見逃されていることが少なくない。外科領域では術後せん妄、ターミナル・ケアでは、抑うつ、せん妄などの頻度が高い。また、一般科でも向精神薬（睡眠薬、抗不安薬、抗うつ薬）の使用頻度が高い。これらのことから、卒後研修における精神科研修の必要性が示されていると思われる。実際に、現状でも約半数の大学では、平均人数は少ないが、その研修が行われているので、今後、それをさらに拡充する必要がある。

【文献と資料】

1. 一般診療科における精神障害患者の頻度
 - 1) 藤井 薫、廣田典祥、杠 葉太郎：一般内科外来でみられるうつ病の臨床的研究。長崎大学医学部精神神経科学教室 14 年間の歩み。150-159,1985.
 - 2) Goldberg D, 洲脇 寛、渡辺岳海訳：プライマリ・ケアとコミュニティーにおける精神医療。日社精医誌 7:63-59,1998.
 - 3) Murray CJL, Lopez AD: The Global Burden of Disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Harvard University Press, 1996.
 - 4) 中根允文、田代孝子：一般診療科受診患者における精神的問題の動向。WHO 国際共同研究の結果から。看護学雑誌 59:756-758,1995.
 - 5) 清水 信ほか：内科を訪れるうつ病患者について。新福尚武教授退職記念論文集。1979, p121.
 - 6) 吉武和康、中根允文、宇都宮浩ほか：内科外来受診患者における精神疾患合併の有無の影響—精神的・身体的な総合的負担 (Global Burden) の観点から—。社会精神医学 (印刷中)
2. 各身体疾患患者にみられる精神疾患合併率 (保坂 隆)
 - 1) 中根允文・堤邦彦・保坂 隆：座談会「わかりやすい精神医学をめざして」新薬と治療 391: 2-12, 1995
 - 2) Lepine JP, Gasper M, Mendelewicz J et al.: Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). Internl J Clin Psychopharmacology 12: 19-29, 1997
 - 3) 佐藤 武・武市昌士：プライマリ・ケアにおける精神医学。総合病院精神医学 8:

- 62-70, 1996
- 4) 佐藤 武・武市昌士：治療の場における精神症状とその対応—プライマリー・ケア。臨床精神医学講座第17巻リエゾン精神医学・精神科救急医療, 175-186, 中山書店, 東京, 1998
 - 5) 黒澤 尚, 岩崎康隆：救命救急センターに収容された自殺企図者の実態— 12 施設のものまとめ。救急医学 15 : 651-653, 1991
 - 6) Hance M, Carney RM, Freedland KE, et al: Depression in patients with coronary heart disease. A 12-month follow-up. Gen Hosp Psychiatry 18: 61-5, 1996
 - 7) 米国糖尿病学会 (編) 中尾一和・石井均 (監訳) : 糖尿病診療のための臨床心理ガイド。メディカルビュー社, p.157-167, 1997
 - 8) 福西勇夫, 保坂 隆, 堀川直史, 他 : 身体疾患患者にみられるうつ病の診断学的問題 - とくに身体症状の特異性の欠如について -。総合病院精神医学 11: 153-160, 1999
 - 9) Abdel-Nasser AM, Abd El-Azim S, Taal E. et al.: Depression and depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients: an analysis of their occurrence and determinants. Br J Rheumatol 37: 391-7, 1998
 - 10) Cole SA; Woodard JL; Juncos JL et al.: Depression and disability in Parkinson's disease. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 8:20-5, 1996
 - 11) 吉邨善孝, 宮岡 等 : 内分泌・代謝疾患とうつ病。臨床精神医学 28: 157-162, 1999
 - 12) 室岡 守, 早川達郎, 富山三雄, 他 : 婦人科と精神科の連携による更年期障害の臨床的研究。精神科治療学 14: 877-881, 1999
 - 13) Dyer CB, Ashton CM, Teasdale TA: Postoperative delirium. A review of 80 primary data-collection studies. Arch Intern Med 155: 461-465, 1995
 - 14) Bucht G, Gustafson Y, Sandberg O: Epidemiology of delirium. Dement Geriatr Cogn Disord 10: 315-318, 1999
 - 15) 幸田るみ子, 福山嘉綱, 西脇 淳, 他 : 美容形成術希望者の心理特性に関する実態調査の統計的検討。精神医学 36 : 523-529, 1994
 - 16) Atrom M, Adolfson R, Asplund K.: MAJOR depression in stroke patients. -A 3-year longitudinal study. Stroke 24: 976-982, 1993
 - 17) Robinson RG, Starr LB, Lipsey JR, et al.: A two-year longitudinal study of post-stroke mood disorders: dynamic changes in associated variables over the first six months of follow-up. Stroke 15: 51-517, 1984
 - 18) 青木孝之, 渡辺俊之, 保坂 隆, 他 : リハビリテーション科患者の精神科的評価。総合リハ 22: 763-765, 1994
 - 19) 山崎友子, 堀川直史, 小鳥居直子, 他 : 悪性腫瘍告知後に生じた精神症状。精神科治療学 10 : 898-906, 1995
 - 20) Hosaka T, Awazu H, Fukunishi I, et al.: Disclosure of true diagnosis in Japanese cancer patients. Gen Hosp Psychiatry 21: 209-213, 1999
 - 21) Hosaka T; Aoki T: Depression among cancer patients. Psychiatry Clin Neurosci 50: 309-12, 1996

- 22) 渡辺俊之, 平賀聖悟, 佐藤 威: 腎移植後の精神症状発現に影響を与える諸要因。精神医学 38: 304-306, 1996
- 23) 福西勇夫, 北 嘉昭, 針原 康, 他: 生体部分肝移植におけるリエゾン精神医学。臨床精神医学 28: 1159-1166, 1999
- 24) 保坂 隆, 渡辺俊之, 青木孝之, 他: 総合病院における精神科開設の意義と病院経済。日本医事新報 3866号: 69-72, 1998

3. ターミナル・ケアでの精神科医療

- 1) Akechi T, Okamura H, Yamawaki S, and Uchitomi Y: Predictors of patients' mental adjustment of cancer: patient characteristics and social support. Br J Cancer 77:2381-2385, 1998.
- 2) Minagawa H, Uchitomi Y, Yamawaki S, and Ishitani K: Psychiatric morbidity in terminally III cancer patients. A prospective study. Cancer 78:1131-1137, 1996.
- 3) Okamura H, Uchitomi Y, Sasako M, Eguchi K, and Kakizoe T: Guidelines for telling the truth to cancer patients. Jpn J Clin Oncol 28:1-4, 1998.
- 4) Uchitomi Y: Psycho-oncology in Japan: History, current problems and future aspect. Foundation for Promotion of Cancer Research 1999.
- 5) 内富庸介: がん患者の精神症状発現要因の解析とその対応に関する研究。厚生省がん研究助成金 9-31, 平成 10 年度研究報告書, pp3-8.

4. 向精神薬を一般科医がどの程度使用しているか

- 1) 白川修一郎, 石郷岡純, 石東嘉和, ほか: 全国総合病院外来における睡眠障害と睡眠習慣の実態調査。厚生省精神・神経疾患研究委託費 睡眠障害の診断・治療および疫学に関する研究平成 7 年度研究報告書. 7-19, 1995.
- 2) 浦田重治郎: ベンゾジアゼピン系薬物。こころの臨床ア・ラ・カルト 10: 36-40, 1991
- 3) 浦田重治郎, 亀井雄一, 奥津 務, ほか: 国立病院 6 施設の外来における睡眠薬処方について。医療 49: 1068-1072, 1995.
- 4) 浦田重治郎, 亀井雄一, 富山三雄, ほか: 総合病院外来における睡眠薬処方および睡眠障害について。厚生省精神・神経疾患研究委託費 睡眠障害の診断・治療および疫学に関する研究平成 7 年度研究報告書. 25-31, 1995.

5. 一般科へ進む医師の精神科研修の現状について

- 1) 笹平夏代, 青木勉, 飯塚登, 他: 当院臨床研修医の精神科ローテーションの意義について。精神経誌 100:905, 1998

以上

添付資料 2

臨床研修医に必要な精神医学的知識

・一般目標

患者を生物・心理・社会・倫理的にとらえる基本的姿勢を身につけるために、患者の持つ問題を身体面のみならず、精神面からも理解する。そのために以下の知識・態度・技能を修得する。

- 1) 基本的な面接法を学ぶ。
- 2) 精神症状の捉え方の基本を身につける。
- 3) 精神疾患に関する基本的知識を身につける。
- 4) 精神症状に対する初期的対応と治療の実際を学ぶ。
- 5) 簡単な精神療法の技法を学ぶ。
- 6) 心身相関についての理解を深める。
- 7) 人間関係のとり方を学ぶ。

・具体的な研修内容

- 1) 症例を担当し、以下の精神症状を的確に把握できるようにする。
抑うつ、心気、不安、焦燥、不眠、幻覚、妄想、自殺念慮、健忘、意識障害（とくにせん妄）、失見当識など
- 2) 向精神病薬についての基本的知識を持ち、自ら臨床場面で使用してみる。
- 3) 症例を通して支持的精神療法の実際を学ぶ。
- 4) 症例を通して具体的にコメディカルスタッフと協調する仕方を学ぶ。
- 5) デイケアなどの社会復帰や地域支援体制を理解する。
- 6) 患者をもつ家族への精神的理解と支援の仕方を学ぶ。
- 7) 精神科における診療のみでなく、一般科において精神症状を呈する患者を診療し、リエゾン精神医学・緩和ケアの基本についても学ぶ

添付資料3

研修施設

日本精神神経学会施設基準（4：1看護以上，10年以上の臨床経験のある精神保健指定医がいる等）による研修施設は，以下の通りである。

（日本精神神経学会アンケート調査による，2000年1月29日現在）

大学病院	80
国公立単科精神病院	66
一般病院（総合病院）	161
民間単科精神病院	304
合計	611

添付資料 4

指導体制

2人以上の精神保健指定医が指導にあたる。10年以上の経験を有する指導医をもつ施設とその指導医数は以下の通りである。

(日本精神神経学会アンケート調査による、2000年1月29日現在)

	施設数	指導医数
大学病院	80	732
国公立単科精神病院	66	314
一般病院(総合病院)	161	276
民間単科精神病院	304	1201
合計	611	2523

以上より卒後研修には十分対応できる。

なお、資料3、4と関連するが、都道府県別の施設数および指導医数は別表の通りである。

アンケート調査集計(施設・指導医数)

2000年1月29日現在

県名	大学病院			国公立単科病院			一般病院		民間単科病院		該当施設合計	指導医合計
	施設	回答施設	指導医	施設	回答施設	指導医	該当施設	指導医	該当施設	指導医		
岩手県	1	1	7	3	3	19	1	1	4	13	9	40
宮城県	1	1	12	1	1	8	3	5	6	28	11	51
山形県	1	1	9	1	1	7	1	0	6	24	9	40
秋田県	1	1	7	2	1	4	5	6	7	22	15	39
青森県	1	1	9	1	1	3	3	3	3	9	8	24
福島県	1	1	7	1	1	3	2	4	8	28	12	42
北海道	3	1	10	6	6	24	14	26	20	63	43	123
小計	9	7	61	15	14	68	29	45	54	185	107	359
茨城県	1	1	8	1	0	0	1	1	3	11	6	20
群馬県	1	1	11	2	1	7	2	4	5	27	10	49
埼玉県	2	2	33	2	1	8	5	9	6	32	15	80
山梨県	1	1	10	1	0	0	0	0	3	13	5	23
新潟県	1	1	9	2	2	17	1	1	6	29	10	56
神奈川県	4	4	50	2	2	17	4	6	12	47	22	120
千葉県	1	1	9	3	2	18	4	9	10	41	18	77
東京都	13	10	141	3	1	9	13	34	18	85	47	269
栃木県	2	1	11	1	1	6	2	3	4	15	9	35
小計	26	22	282	17	10	80	32	67	67	300	142	729
愛知県	4	4	40	2	2	14	12	23	13	62	31	139
岐阜県	1	1	9	0	0	0	5	6	5	14	11	29
三重県	1	0	0	2	2	10	2	4	6	28	11	42
静岡県	1	1	10	1	1	7	8	9	7	23	17	49
石川県	2	2	18	1	1	7	2	3	2	8	7	34
長野県	1	1	9	2	2	9	1	3	5	24	9	45
富山県	1	0	0	1	1	4	1	3	1	2	4	9
福井県	1	1	10	1	1	6	1	1	2	3	5	20
小計	12	10	96	10	10	57	32	52	41	162	95	367
京都府	2	1	10	1	1	9	7	12	5	28	15	59
滋賀県	1	1	10	1	0	0	2	5	3	13	7	28
大阪府	5	2	26	1	1	14	11	25	16	83	33	148
奈良県	1	1	9	1	1	5	0	0	2	4	4	18
兵庫県	2	2	16	1	1	9	10	17	7	28	20	70
和歌山県	1	1	8	2	1	5	1	2	0	0	4	15
小計	12	8	79	7	5	42	31	61	33	156	83	338
愛媛県	1	1	9	0	0	0	3	4	9	37	13	50
岡山県	2	1	10	1	1	4	3	5	5	39	11	58
広島県	1	1	9	2	1	4	6	6	11	36	20	55
香川県	1	1	10	1	1	4	2	2	4	20	8	36
高知県	1	1	8	1	1	6	2	7	6	19	10	40
山口県	1	0	0	1	1	2	4	4	4	18	10	24
鳥取県	1	1	10	1	1	4	3	6	3	7	8	27
島根県	1	1	10	1	1	7	0	0	1	4	3	21
徳島県	1	1	8	1	1	3	2	5	6	22	10	38
小計	10	8	74	9	8	34	25	39	49	202	93	349
沖縄県	1	1	10	2	2	7	1	1	6	26	10	44
宮崎県	1	1	10	1	0	0	0	0	7	19	8	29
熊本県	1	1	9	2	2	14	0	0	8	29	11	52
佐賀県	1	1	10	1	0	0	0	0	4	12	6	22
鹿児島県	1	1	9	1	1	7	0	0	2	3	4	19
大分県	1	1	9	0	0	0	1	1	8	22	10	32
長崎県	1	1	8	0	0	0	2	0	3	10	6	18
福岡県	4	4	75	1	1	5	8	10	22	75	35	165
小計	11	11	140	8	6	33	12	12	60	196	91	381
合計	80	66	732	66	53	314	161	276	304	1,201	611	2,523