

精神保健委員会（プロジェクト）
答申

平成 24 年 3 月

日本医師会
精神保健委員会（プロジェクト）

平成 24 年 3 月

日本医師会長
原 中 勝 征 殿

精神保健委員会（プロジェクト）
委員長 高 橋 祥 友

精神保健委員会（プロジェクト）答申

本委員会では、平成 22 年 8 月 5 日に開催された第 1 回委員会において貴職から諮問がありました、「うつ・自殺対策における具体的対応の提示」について、8 回の委員会を開催して鋭意検討を行ってまいりました。この度、その審議結果をとりまとめましたので、ここに答申いたします。

日本医師会精神保健委員会（プロジェクト）委員

- 委員長 高橋 祥友（防衛医科大学校教授）
- 副委員長 津久江一郎（広島県病院協会顧問／元日本医師会常任理事）
- 委員 金生由紀子（東京大学大学院准教授）
- 〃 河崎 建人（日本精神科病院協会副会長）
- 〃 小山 司（北海道大学大学院教授／北海道医師会常任理事）
- 〃 關 健（長野県医師会常務理事）
- 〃 松永 啓介（佐賀県医師会副会長）
- 〃 松本 晃明（静岡県精神保健福祉センター所長）
- 〃 本橋 豊（秋田大学大学院医学系研究科長・医学部長）
- 〃 渡邊衡一郎（慶應義塾大学医学部専任講師
／日本うつ病学会評議員）
- 〃 渡辺洋一郎（日本精神神経科診療所協会副会長）

目 次

要旨	1
はじめに	1
1. かかりつけ医と精神科医の連携	2
1) 連携の取組の具体例	3
①富士モデル事業：働き盛り世代のうつ自殺予防対策	
②大阪 G-P ネット	
2) 連携の本質「顔の見える関係づくり」	5
【小括】	5
2. かかりつけ医が知っておきたいアルコール依存症の基礎知識	6
1) アルコールの疫学	6
2) アルコール関連問題対策	7
3) 多量飲酒に対する早期介入の必要性	7
4) 診療体制の特徴	8
5) 一般診療科と精神科とのアルコール医療連携	8
6) 基盤整備	8
【小括】	9
3. 精神疾患の卒前教育、卒後教育、生涯教育	9
1) 医学教育改革と精神科教育	9
2) 卒後教育における精神科教育	11

3) 生涯教育における精神科教育	12
【小括】	13
4. 診療報酬への提言：かかりつけ医・精神科医連携の観点からみた	
うつ・自殺対策に係る診療報酬について	13
1) 現状の診療報酬における問題点	14
①連携医療の観点	
②チーム医療の観点	
③家族へのアプローチ	
④心理検査に関して	
⑤自殺予防の観点	
⑥経営的観点	
【小括】	15
参考資料（精神科診療報酬の現状）	15
文献	17
まとめ（提言に代えて）	18

要旨

うつ病などの精神疾患に罹患した患者の多くは、さまざまな身体症状を訴えて、初診の段階では地域のかかりつけ医のもとを受診していることを各種の調査が明らかにしている。したがって、かかりつけ医は精神疾患を早期の段階で診断し、適切な治療に導入するという重要な役割を果たすことが期待されている。そのためには、地域においてかかりつけ医と精神科医の間で円滑な連携システムを築く必要がある。単にシステムを構築するだけでなく、両者の間に顔の見える関係作りをしておく必要がある。なお、うつ病に関する一般的の認識は徐々に高まってきているが、今後はさらにアルコール依存症に関する認識についても高めていくべきである。精神疾患や自殺予防に関する教育は、医学部における卒前教育、卒後教育、生涯教育の場で一貫した教育システムを整備すべきである。さらに、かかりつけ医と精神科医の間の円滑な連携を実施可能にするための適切な診療報酬体系の整備が不可欠であることも、本答申は指摘している。

はじめに

わが国では1998年以来、年間自殺者数が3万人台で推移し、この数は交通事故死者数の6倍以上にのぼっている（警察庁、2011）。そして、自殺未遂者は少なく見積もっても既遂者の10倍は存在すると推定される。さらに、自殺あるいは自殺未遂が生じると、その周辺の多くの人々も深刻な影響を受ける。このように自殺とは、死にゆく3万人の問題にとどまらずに、社会全体を巻きこんだ深刻な問題になっている。この現状を直視して、2006年には自殺対策基本法が成立し、自殺予防は社会全体で取り組むべき課題であると宣言された。実際の自殺予防対策の推進にあたっては、失業対策や多重債務対策等の経済的問題をはじめとしたさまざまな社会的な取組が必要であるのは言うまでもない。

なお、自殺問題を医学的見地からとらえると、自殺者の大多数が最後の行動に及ぶ

前に何らかの精神疾患の診断に該当する状態にあったことを数々の調査が指摘している。しかし、わが国では、未だに精神疾患に対する偏見が強いため、そのような人々の多くはさまざまな身体症状を訴えて、かかりつけ医のもとを受診しているのが現状である。したがって、かかりつけ医が精神疾患に関する正確な知識を身につけておくことは、適切な治療に導入するうえできわめて重要である。

日本医師会はこのような現状を認識し、2004年に「自殺予防マニュアル：一般医療機関におけるうつ状態・うつ病の早期発見とその対応」を出版し、全会員とその年の全国の医学部の卒業生に配布した（日本医師会、2004）。さらに、このマニュアルに基づき、研修会を実施してきた。マニュアルは2008年に改訂されて、今日に至る。

日本医師会精神保健委員会は平成22～23年度に計8回の会議を開き、各地でのさまざまな取組についての現状を検討するとと

もに、今後の課題について議論してきた。本答申は、その結果をまとめたものである。

その中でもとくに次の4点に焦点を当てた。

- ① かかりつけ医が精神疾患について適切な知識を備えるとともに、地域において精神科医療機関との間で連携を図る必要がある。
- ② アルコール依存症では、精神、身体、対人関係にさまざまな問題が生じる。アルコール依存症患者が身体的な問題を生じて、かかりつけ医のもとを受診したものの、身体的な問題のみに注目されて、心理社会的な問題に十分な关心が払われていないことがしばしばある。したがって、今後はうつ病以外にも、アルコール依存症についての理解が不可欠である。
- ③ 精神疾患に関する教育は、医学部における卒前教育、卒後教育、生涯教育の一貫した体制の中で実施する必要がある。
- ④ かかりつけ医と精神科医の円滑な連携が実施可能となるような診療報酬体系が適切に整備されるべきある。

1. かかりつけ医と精神科医の連携

1998年以来、わが国の年間自殺者数は毎年3万人以上(警察庁統計)であり、自殺は深刻な社会問題となっている。

平成23年版自殺対策白書(内閣府)によれば、自殺の原因・動機は「健康問題」が約半数を占めてもっとも多く、次いで「経済・生活問題」、「家庭問題」、「勤務問題」、「男女問題」、「学校問題」の順となる傾向

が続いている。健康問題の内訳では、「病気の悩み・影響(うつ病)」が7,020人ともっとも多くなっており、さまざまな要因の中でも、うつ病が大きな要因となっている。また、自殺実態白書2008年版(自殺実態解析プロジェクトチーム)においても、「自殺時には平均4つの危機要因を抱えているが、危機要因の中でうつ病が最も自殺への危機連鎖度が高い」とされており、いずれにしろ、うつ病対策は自殺対策の中でも最重要課題として位置づけられている。

うつ病と医療機関の関係については、うつ病患者は、不眠・食欲不振・全身倦怠感などの身体症状を訴え、精神科等の専門家ではなく、まずは内科等のかかりつけ医を受診することが多い(三木, 1996)。そのため、自殺総合対策大綱においても、かかりつけの医師は「うつ病早期対応におけるゲートキーパー」として、役割の重要性が強調されている。

日本医師会主導のもと、行政機関と協力のうえ全国各地において「かかりつけ医うつ病対応力向上研修会」が平成20年度から毎年開催されており、かかりつけ医のうつ病の診断・初期治療の対応力向上が図られている。

うつ病の診療体制の充実・強化のためには、かかりつけ医のうつ病対応力向上とともに、精神科等の専門医療機関との連携体制の整備が欠かせない。まずはかかりつけ医を受診する多くのうつ病患者に対して、必要に応じて専門医療機関への適切な紹介がなされ、専門的な治療に結びつく体制づくりが重要となる。

しかしながら、精神科医療機関への受診、とくに自殺の多い中年以降の男性について

は、いまだ根強い偏見が存在しているのも事実であり、それらの国民感情に配慮した紹介のあり方が必要となろう。また、最近のメンタルヘルス問題の激化にともない、全国的に精神科医療機関の外来受診者が急増し、外来混雑のため、予約がすぐには取れない場合も増えている。精神科医療機関のキャパシティを勘案しながら、地域の実情に応じた「かかりつけ医と精神科医の連携体制の構築」が課題となっている。

かかりつけ医と精神科医の連携については、この他にもさまざまな課題があるが、ここでは連携の先駆的モデルとされている①富士モデル事業、②大阪G-Pネット、の二つの取組の概要を示す。

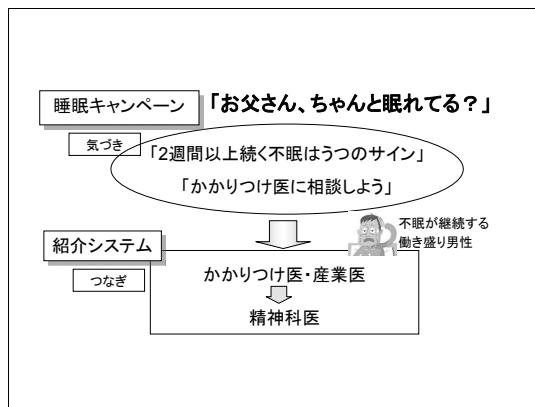
1) 連携の取組の具体例

①富士モデル事業：働き盛り世代のうつ 自殺予防対策

富士モデル事業は、自殺の多い40～50歳代男性を主な対象とし、2006年から産業都市・富士市において、静岡県、富士市、富士市医師会等が協働して取り組んでいるモデル事業である。

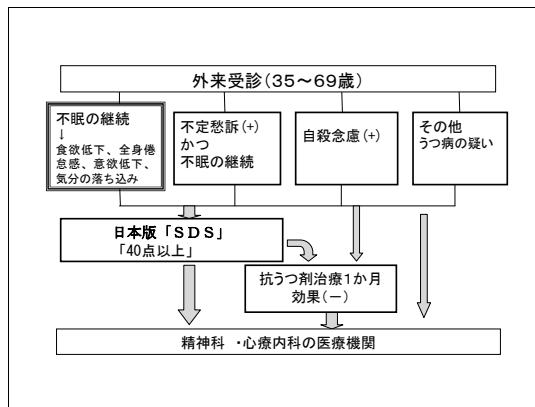
モデル事業の特徴は、うつ病の気づきを高めるため、うつ病の不眠症状に着目している点にある。「お父さん(パパ)、眠れてる？」と娘の立場から声掛けするパターンの啓発活動である「睡眠キャンペーン」と、眠れない中年男性がまずはかかりつけ医・産業医に相談し、必要に合わせて精神科に紹介される「紹介システム」が事業の二本柱となっている(図1)。

図1:富士モデル事業の基本方針



かかりつけ医と精神科医連携である「紹介システム」と、うつ病啓発活動が一体となっているのが富士モデル事業の特徴であるが、「紹介システム」については、まずは「2週間以上の不眠の継続」に着目し、多忙なかかりつけ医外来において、不眠患者の中からうつ病疑い患者を見出していく方法を推奨している(図2)。

図2:かかりつけ医から精神科への紹介



「紹介システム」設立にあたっては、富士市医師会推薦のかかりつけ医5名、地元精神科医5名からなる「紹介システム検討委員会」を2006年から設け、同委員会での検討を繰り返し、簡便に紹介が可能な「専用紹介状」(図3)の考案や、うつ病スクリーニング(SDS:図4)、実施の奨励(図2)など、試行錯誤しながらシステムが構築さ

れていった。2007 年 1 月から試行的運用を開始し、同年 7 月から本格稼動している。その後は、新たに市立病院医師、産業医が委員に加わり「紹介システム運営委員会」を定期開催し、隨時、システムの見直しを行っている。なお、本システムには地元の全精神科医療機関が協力している。紹介報告件数は、2011 年末までに、600 件以上に上っている。

図3:専用紹介状

患者 姓 名	性 別	年 齢	生 年 月 日	T・S・H 年 月 日(歳)	職業
住 所	(検査結果及び処方内容等も記載してください。)				
受診主訴・ 経過及び 治療状況					
病 状	(該当するものすべてに○をつけてください。 睡眠障害: 毎日・時々・なし (入眠困難・中途覚醒・早朝覚醒・浅眠) 食欲低下: 每日・時々・なし 体重減少()か月で()kg減 全身倦怠感: 每日・時々・なし 疲労: 毎日・時々・なし 気分の落ち込み: 每日・時々・なし その他()				
生活病状 (ストレスの状況)	(わからぬは記載してください。該当するものすべてに○をつけてください。 仕事: 退勤・離職(退職)・異動・職場の対人関係・経営不振 家庭生活: 借金苦・死別・別居・家族関係の問題・自分の病気・家族の病気 その他()				

図4:うつ病スクリーニング(SDS 抜粋)

	ないか たまに	とき どき	かなりの あいだ	ほとんど いつも
1. 気が沈んで憂うつだ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. 前がたは、いちばん気分がよい	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. 泣いたり、泣きたくなる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. 後よく眠れない	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. 食欲はふつうだ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. まだ食欲がある(精神に対する興味がある)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. やせきただことに気がつく	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. 瘫瘍している	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ふだんよりも動悸がする	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. 何となく、疲れる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. 気持ちはいつもさっぱりしている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. いつもとかわなく仕事をやれる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. 落ち着かず、じっとしてられない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. 将来に希望がある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. いつもより、いらいらする	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. なやかくて、うつ病ができる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. 後にうつ、鬱病の人間だと思う	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. 生活はかなり充実している	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. 自分が死んだほうがほかの苦難を喜ばせると思う	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. 日頃していることに満足している	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

複
写
禁

富士市内には精神科医療機関が少なく、患者受け入れのキャパシティの問題が存在したが、精神科紹介にあたり、まずは自殺の多い 40~50 歳代男性に絞って優先予約を行う方法を採用し、開始した。その後、システムの稼動状況を見ながら、紹介システム運営委員会において紹介対象が「35 歳

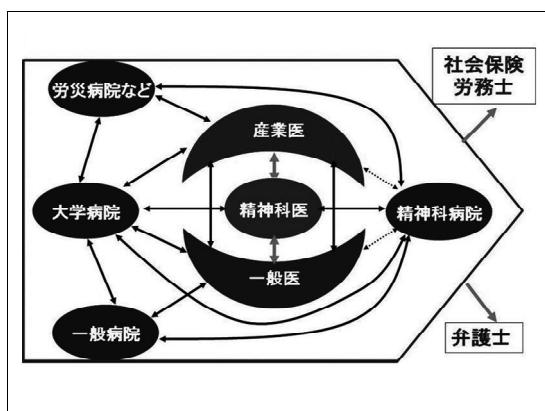
~69 歳男女」に拡大され、現在に至っている。

紹介システムの本質は、紹介システムの集計上の利用件数が増えることにあるのではなく、同システムの利用を通じて、まずはかかりつけ医・産業医の「うつ病」に対する関心および診断の精度が高まること、さらにはかかりつけ医・産業医と精神科医の距離感が縮まり、スムーズな連携が進むことにある。

② 大阪 G-P ネット

大阪府では、かかりつけ医を受診したメンタルヘルス不全の患者、あるいは、一般救急を受診した自殺企図患者に適切な対処をするためには、かかりつけ医と精神科医の連携が重要になるとの認識のもと、大阪府の精神科診療所協会、内科医会、精神科病院協会、大学病院、産業医グループなどが集い、「一般医・精神科医ネットワーク(通称 G-P ネット)」構想が進められてきた(図 5)(注 : G; general practitioner, P; psychiatrist) (渡辺, 2007)。2006 年に設立した大阪 G-P ネットでは、一般医と精神科医がともに「連携とは単にバトンタッチではなく、“治療チーム”を作ることである」というコンセンサスを再認識し、合同研修会のほか、地区別の懇談会、インターネットによる情報ネットワークの構築、専用紹介状の作成などを行ってきている。

図5:一般医・精神科医ネットワーク
(通称 G-P ネット)



2) 連携の本質「顔の見える関係づくり」

富士モデル事業「紹介システム」、大阪 G-P ネットとともに、かかりつけ医と精神科医との連携にあたり、「かかりつけ医から精神科医への單なる紹介のルール決め」にとどまるのではなく、「かかりつけ医(一般医)と精神科医の顔の見える関係づくり」に重点を置いている。たとえば、大阪 G-P ネットでは、地区別の研修会において名刺交換会を開催するなど、相互交流を促進するための工夫を重ねている。

かかりつけ医(一般医)と精神科医が「顔の見える関係」となっていくことの意義は大きい。

まずは、実際の患者紹介のやり取りを通じて、かかりつけ医と精神科医の交流が進むことで、かかりつけ医のうつ病診断力、初期治療力の向上が期待される。一方、うつ病に罹患し、不安を抱きながらかかりつけ医から精神科医に紹介される患者にとっては、かかりつけ医から「顔見知りの信頼している精神科の先生」を紹介してもらえることは、大きな安心感につながる。さらに、かかりつけ医のもとに自殺念慮の強い

患者が受診した際には、顔なじみの精神科医に連絡を取り、紹介先を確保したり、応急対応についてのアドバイスを受けるなどの、ホットラインとして機能することも期待される。

かかりつけ医と精神科医の連携は、富士モデル事業、大阪 G-P ネット以外にも、佐賀県医師会で紹介システムが全県的に展開されるなど、全国各地に広がり始めている。ただし、連携体制の構築にあたっては、精神科医療機関のキャパシティの問題も含め、それぞれの地域の実情に合せた連携のあり方の検討が必要となっている。かかりつけ医と精神科医が同じテーブルについて率直に意見交換する場を設定し、そこでお互いの課題を明確にしながら、両者の信頼関係を深めていけるかどうかがポイントとなる。

連携にはさまざまな困難をともなうが、「自殺をくい止める」「自殺から命を守る」という目標のもと、科の違いをこえてかかりつけ医と精神科医が率直に話し合える関係となり、実効性のある地域医療連携につながることが強く期待される。

2011年夏には、医療計画の4疾病5事業に「精神疾患」を加えて5疾病5事業とする方針が決定された。医療計画の策定においても、かかりつけ医と精神科医の地域医療連携は必須であり、まずはうつ病対策として、かかりつけ医と精神科医の「顔の見える関係」が構築されることは、認知症対策やアルコール依存症対策など他の精神疾患対策の推進にも大きく寄与することになる。

【小括】

- ・ うつ病患者がしばしば地域のかかりつ

け医の元を受診しているので、自殺対策において、うつ病対策は重要な位置を占める。うつ病対策の推進にあたっては、かかりつけ医と精神科医の連携が必須である。

- ・単に紹介システムを作るだけでは不十分であり、かかりつけ医と精神科医の連携の本質とは、お互いの「顔の見える関係づくり」にある。
- ・まずは、かかりつけ医と精神科医が顔合わせする場を各地域で設定し、「自殺から命を守る」ことを目標に、率直な意見交換を重ねる必要がある。
- ・今後の地域医療計画策定の際にも、かかりつけ医と精神科医の連携を重要課題として、地域の実情に応じた連携体制を構築していくことが望まれる。

2. かかりつけ医が知っておきたいアルコール依存症の基礎知識

うつ病に関しては社会の認識が徐々に高まっているものの、わが国では飲酒に対して寛容な文化的背景もあって、アルコール依存症について十分に理解されていないというのが現状である。アルコール依存症では、精神、身体、対人関係の問題がしばしば現れるが、身体的な問題だけに注意が払われているうちに、貴重な時間が経過し、依存が形成されてしまう例もけっして稀ではない。そこで、精神科を専門としない医療従事者もこの問題について適切な知識を備えておくことが望まれる。

1) アルコールの疫学

アルコール関連問題というと、アルコールの有害な使用により生じる害全般のことを指し、疾患だけでなく、飲酒運転や労働生産性の低下などの社会問題も含む概念である。この問題は当然アルコール消費量と密接な関連がある。

わが国のアルコール消費量は、戦後一貫して増え続けていたが、ここ数年でようやく減少する傾向にある。（表1）

表1:各国別人口1人あたりアルコール飲料消費数量の推移(アルコール分100%換算)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
ドイツ	11	10.8	10.6	10.6	10.5	10.4	10.4	10.2
フランス	11.2	10.9	10.8	10.7	10.5	10.5	10.3	9.3
米国	6.6	6.6	6.5	6.7	6.7	6.8	6.7	6.8
南アフリカ	4.9	4.8	4.8	5	4.7	4.8	4.7	4.6
タイ	4.5	4.4	4.3	3.9	4.4	4.5	4.3	4.3
ブラジル	4.1	4.1	4	4.2	4.5	4.1	4.2	4.2
中国	3.7	3.8	3.7	3.8	4	3.9	3.9	4
日本	6.7	6.4	6.5	6.6	6.5	6.5	6.5	6.5

資料:国税庁「酒のしおり」 単位リットル/年

これは酒を飲まなくなったからではなく、アルコール含有量の少ないビールや、ワインが酒類の主流（とくに若い世代）となってきたことが一因と推測されている。

また、わが国のアルコール関連問題は、従来、中年男性を中心であったが、近年になって女性の飲酒習慣が定着化したことにもなる女性依存症者の増加や高齢者の飲酒問題、アルコールと自殺との関連など、新たな問題が目立ってくるようになった。

①未成年者の飲酒

成人に対して適正飲酒の指導をすると同時に、未成年者の飲酒に喫煙と合わせて注目し、社会的にも学校教育の中でその有害性を保健指導する必要がある。

未成年ではアルコール耐性が速やかに形成され、習慣飲酒が始まってからアルコール依存症になるまでの期間は数ヶ月から2年ときわめて短いことに注目すべきである。

②女性と飲酒

厚生労働省の平成17年国民健康・栄養調査によると、男性の飲酒習慣が横ばいから低下傾向に対し、女性では増加傾向にある。毎日飲酒する女性飲酒者も男性に比べて若年層に多く、また、多量飲酒についても年齢が下がるにつれて増加している。

女性の場合、ほぼ毎日飲酒するようになってからアルコール依存症が出現するまでの期間が男性より10年早い(男性は20年、女性は10年といわれている)。また、多量飲酒が始まる年代には、女性では2つのピークがあり20歳代と45歳前後(閉経期)にある。女性のアルコール性肝硬変は、短期間かつ少飲酒量で発生するため対策が必要である。また、胎児性アルコール症候群(FAS)への対策(妊娠初期の習慣性飲酒)も課題である。

2) アルコール関連問題対策

アルコール関連問題対策は、アルコール依存症のように専門医療機関での対策が必要となることもあるが、基本的に地域や教育現場での予防活動が中心となる。予防活動の基本方針となっているのが2000年に厚生労働省で定められた「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)」である(表2)(我が国の精神保健福祉平成23年度版、2011)。

表2:健康日本21でのアルコール分野の目標

- | |
|--|
| ① 1日に平均純アルコールで60gを超え多量に飲酒する人の減少 |
| ② 未成年者の飲酒をなくす |
| ③ 「節度ある適度な飲酒」としては、1日平均純アルコールで約20g程度である旨の知識を普及する。 |

日本では、飲酒運転やうつ病、自殺などの背後にあるアルコールの有害使用に対してメディアや社会の関心が近年ようやく高まっている。問題解決の好機であり、これを受けてわが国においてもアルコール関連問題対策基本法制定に向けて取り組むことが関係学会において決定された。

アルコール問題に特化した法律を制定する際には、予算的裏付けをして、アルコール依存症や多量飲酒やアルコール乱用の予防を一次、二次、三次に分けて対策を講じる必要がある。

- ・ 一次予防(発生予防:健康日本21の「節度ある適度な飲酒」)
- ・ 二次予防(進行予防:早期発見、早期介入)
- ・ 三次予防(再発予防:1年間断酒率約3割)のための対策を立てる。

3) 多量飲酒に対する早期介入の必要性

2003年全国調査によると、ICD-10の診断基準に基づくアルコール依存症有病率は、男性の1.9%、女性の0.1%で、全体の0.9%と推定され、わが国のアルコール依存症患者総数は推計82万人とある(樋口、2009)。

厚生労働省の患者調査では、アルコール依存症として治療を受けている者は5万人程度とされている。

4) 診療体制の特徴

アルコール依存症に対するプライマリ・ケア、精神科クリニックの外来診療体制が定着していない。

かかりつけ医では、二次的な肝機能障害などは治療されるが、その基礎疾患であるアルコール依存症に対する「方向付け」や「疾病教育」なしで戻されるため、アルコール依存症は進行していく。一般診療科の初診後、概ね5年間は受診を繰り返した後、重度の離脱症状が発現してから専門的治療に結びつくことが多い。

アルコール依存症を受け入れる精神科専門病院は数が限定され、さらに比較的重症の身体合併症を有する患者が多いので、その診断・治療を受け持つ常勤の放射線科医・内科専門医が必要となる。

5) 一般診療科と精神科とのアルコール医療連携

連續飲酒が止まらずに、先にかかりつけ医を受診した場合には、飲酒に対する教育をしないで身体疾患として連續通院ないし入院による断酒・肝庇護剤等の点滴にて、肝障害は改善するだろう。その後にアルコール専門医療機関や自助グループに紹介し、連携して治療するべきである。

精神科における対応としては、①1年間の外来通院、②抗酒剤の服用、③自助グループへの参加という『断酒の3本柱』の実践を勧めている。

万が一失敗しても、再発は次の回復ステ

ップへのよいチャンスと捉え、スリップの中から再飲酒に至った諸条件を分析、それらの条件を時間をかけて一つずつ排除することによって、ある時点から酒のない生活習慣を身につけていくようになる。

6) 基盤整備

不適切な飲酒習慣が問題視されるのは、会社での定期健康診断によって肝機能障害等が指摘された時であり、肝機能障害の治療と併せて、産業医・嘱託医あるいは一般診療科のコメディカルスタッフから早期介入または、積極的に精神科専門医に紹介してもらうのがもっとも効率のよいアルコール連携医療と思われる。そのためにはかかりつけ医がアルコールの害について早期介入することが大切である。アルコールによる臓器障害が指摘され、一般診療科で再発を繰り返し、数年を経てアルコール専門治療をするのは患者にとって不幸であり、また医療にとっても医療費の無駄と指摘されても仕方がない。

最初の連續飲酒の結果、二次性に胃腸障害・肝機能障害を呈し体力消耗してかかりつけ医に受診した早期から、その基礎疾患であるアルコール依存症の専門的治療に結びつけてもらうことが肝要である。

アルコール依存者は元来、対人関係が下手で素面では嘘も言えないほど純朴な人たちである。このため、早期に内科医などから紹介状を持たされた場合、比較的円滑に専門的治療（入院・外来を問わず）に結びつき、順調に酒のない生活習慣を身につけていくことが多く見受けられるのである。

【小括】

- ICD-10(WHO)による診断基準に基づくアルコール依存症のチェックリストについてまず説明した。次いでアルコールの疫学について、最近のアルコール消費量、未成年、女性の飲酒習慣、アルコールと自殺等の関連問題について触れた。最後にアルコール関連問題対策について述べた。とくにわが国においては飲酒運転、うつ病、自殺などの背景にあるアルコール有害使用に対してメディアや社会の関心が近年ようやく高まってきており、今こそ問題解決の好機であると思われる。
- 具体的に会社等における定期健康診断で肝機能障害が指摘された場合、将来、アルコール依存症に発展する可能性を秘めていることを念頭に置きながら診療していく必要がある。
- 一般科と精神科とのアルコール医療連携体制が構築されて、早期に紹介、専門的治療に結びつけられ一般科とアルコール依存症の精神科プライマリ・ケアとの連携医療が成り立つように特に産業医、かかりつけ医の今後を期待したい。

3. 精神疾患の卒前教育、卒後教育、生涯教育

わが国では、毎年約8,000名の医師が誕生している。平成16年度より始まった新医師臨床研修制度は、従来行われてきた卒後2年間の臨床研修を義務化したもので、臨床にたずさわるすべての医師は当該研修をかならず受け、修了後医籍登録しなくてはならない。この改革は、卒後2年間の医師

の教育に留まらず、医学教育改革と卒前教育の新しい流れをもたらし、また、新医師臨床研修終了後の医師のキャリア形成にも影響し、後期（専門医）研修のあり方にも一石を投じた。すなわち、わが国の医師の養成課程は大きく変わろうとしている。そうした流れを踏まえつつ、とくに医学部における精神疾患についての卒前教育、卒後教育、生涯教育について述べる。

1) 医学教育改革と精神科教育（図6、7）

図6: 平成3年までの教育体制

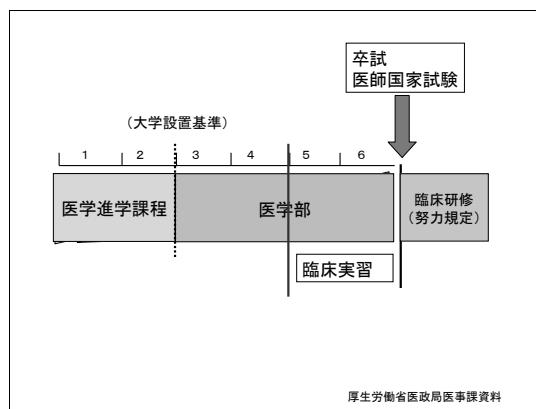
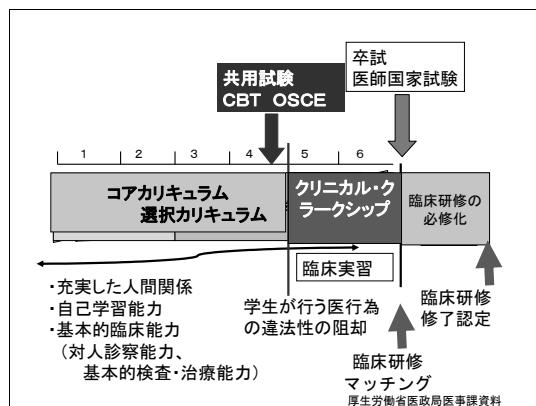


図7: 平成3年以降の教育体制



医学教育改革の潮流は、教育コンセプトの変化として現れた。新しい医学教育は、卒前教育改革への新モデルの導入からはじまった。①コア・カリキュラム、②PBL チュートリアル、③クリニカル・クーラークシ

ップ、④共用試験 CBT、⑤OSCE、等である。新しい医学教育のめざすものは、教育の理論（特に成人学習理論）に則った合理的な教育方法の導入であり、教育がめざす結果（アウトカム）を明確にし、その実現に責任を持つもの“outcome-based education”である。こうした潮流が生まれたきっかけは、医師に対する社会の要請の変化である。

- ① 病気のみを診るのではなく、病める人間全体を診て、その問題を解決してほしい
- ② 病気の状態や、行おうとする医療行為について十分に説明してほしい
- ③ 必要な知識と技能をきちんと身につけていてほしい

すなわち「全人的医療」、「インフォームド・コンセント」、「知識と技能の向上」である。

こうした中で、期待されるアウトカムは、以下に示すようなことである。

- ① 患者中心の医療を実践できる医療人
- ② コミュニケーション能力の優れた医療人
- ③ 倫理的問題を真摯に受けとめ、適切に対処できる人材
- ④ 幅広く質の高い臨床能力を身につけた医療人
- ⑤ 問題発見・解決型の人材
- ⑥ 生涯にわたって学ぶ習慣を身につけ、根拠に立脚した医療を実践できる医療人

その対策として、学習目標を厳選するために、2001年にまずコア・カリキュラムの選定が行われた。コア・カリキュラムの導入は、医学・医療に対するニーズの多様化や医学・医療の情報・知識の拡大に対応するもので、医学教育の中で、コア・カリキュラムとして精選された基本的内容を重点的に履修し、これにプラスして選択カリキュラムを学生が主体的に選択履修する仕組みをもたらした。コア・カリキュラムに求められるものは、統合型カリキュラムで、従来の医学教育で行われてきた構造と機能／病態などに分けて教育するやり方を改め、これを分けない、症候・病態を重視したアプローチにより臨床的、横断的思考を身に付けさせるものである。また、①医の倫理、医療安全、課題探求、問題解決能力の重視、②知識・態度・技能の essential minimum level を示す、といった特徴を持っている。

従来精神科教育は軽視されてきており、現在医師になっている人々の中で精神科の素養を持つ人は多くなく、精神疾患の患者を前にして診療を避けようとする人は少なくない。こうした背景の下に、医学教育の中で精神科領域がコア・カリキュラムに組み入れられた意義は大きい。これによって、良好な患者と医師の信頼関係、全人的医療、精神科面接、精神科診断分類法、精神科医療の法と倫理、コンサルテーション・リエゾン精神医学、等医学部における精神医学教育の“minimum requirement”が示されたといつてよい。

不安、躁うつ、不眠、幻覚・妄想、等の症候、疾患としては、症状精神病、認知症、薬物およびアルコールの乱用・依存・離脱、統合失調症、うつ病、躁うつ病、不安障害、

ストレス関連疾病、心身症（摂食障害を含む）等、日常診療でしばしば遭遇する症候や疾患を学ぶように作られている。

2) 卒後教育における精神科教育

卒後教育における精神科教育は、初期研修として重要な位置を占めており、さらに専門医研修へと進む道程が確立した。ここでは、すべての医師に関わる初期研修について述べる。初期臨床研修は、基本的考え方として、「①医師としての基盤形成の時期に、アルバイトせずに研修に専念できる環境を整備し、②プライマリ・ケアへの理解を深め、患者を全人的に診ることができる基本的な診療能力を修得するとともに、③医師としての人格を涵養する。」となつており、“基本理念”に反映されている。

初期臨床研修に精神科を必修化することによって、将来精神科を専攻しない医師も精神科的素養を涵養し、①患者および家族との充分なコミュニケーションを図る能力を身に付ける、②全人的医療を行うことができるようになる、即ち身体および心理社会的側面から総合的に治療やケアを行うことができるようになる、③多くのコメディカル・スタッフとチーム医療を行うことができるようになるとともにコーディネーターとしての役割を習得する、④精神科以外の科を初診で訪れた患者の精神科診断を的確に行うことができるようになる、⑤繁用されている抗うつ薬・抗不安薬・睡眠薬を正しく処方できるようになる、等が期待される。さらに、精神科サイドとしては、⑥精神科に対する臨床他科の無理解、偏見を取り除く、⑦精神科に関心をもつ医師を増やし、後期研修につなげて将来の精神科医

の数を増やす、⑧リエゾン・コンサルテーション精神医療を行いやすくする、⑨精神科医療の底上げに寄与する、等の効果をあげる絶好の機会であるとの期待もある（関、2002）。

精神科必修化の必要性として精神科七者懇談会として強調したのは、①一般科医の精神疾患（うつ病、アルコール依存症）の診断率が、外国に比して低い（表3）（中根、2002；関、2009）、②抗うつ薬・抗不安薬・睡眠薬の使用量は、精神科医よりも一般科医の方が多いにもかかわらず精神薬理学的知識に乏しく使用法に問題がある、③医療者として bio-psycho-socio-ethical な視点が不可欠であり、これは精神科でこそ学ぶことができる、④移植医療・遺伝子診断／治療・ターミナルケアなど新しい医療の現場での患者本人および家族のメンタルケアの必要性、⑤社会復帰活動、地域リハビリテーションへの理解、等であった（関、2002）。

表3：長崎・マンチェスター・シアトルにおける有病率および内科医による認識度の比較

ICD-10F診断	長崎	マンチェスター	シアトル
なんらかの精神科診断	14.8 (18.3)	26.2 (62.9)	20.4 (56.9)
アルコール関連の障害	2.7 (0.0)	2.3 (66.1)	1.5 (44.3)
うつ病	3.4 (19.3)	16.9 (69.6)	6.3 (56.7)
全般性不安障害	5.0 (22.5)	7.1 (72.3)	2.1 (46.8)
パニック障害	0.2 (0.0)	3.5 (70.6)	1.9 (31.9)
神経衰弱	3.4 (10.9)	9.7 (49.8)	2.1 (76.9)

（ ）内数字は、認識度 [%]（専門医・内科医の臨床診断一致率）を表す

中根允文：日精協雑誌 21(11):17~20, 2002より

研修期間を通じて、①プライマリ・ケアに求められる精神症状の診断と治療技術を身につける、②医療コミュニケーション技術を身につける、③身体疾患有する患者の精神症状の評価と治療技術を身につける、

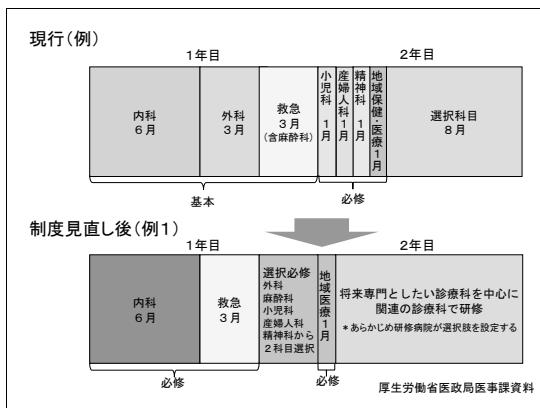
④チーム医療に必要な技術を身につける、
⑤精神科リハビリテーションや地域支援体制を経験する、等により「精神面の診察ができ、記載できる」という経験目標を達成することができるであろう。さらに「地域医療や社会参加できる医師」像を社会は期待しており、そのために、①社会復帰活動、②精神科リハビリテーション、③福祉活動や社会資源についての理解、④地域リハビリテーション等、精神科ならではの活動を見聞き経験することは大いに役立つであろう。

2006年3月に最初の初期研修医が研修を修了した。精神科七者懇談会卒後研修問題委員会、日本精神科病院協会、独立行政法人国立病院機構は、それぞれ2006年夏過ぎから精神科研修のアウトカム評価のためのアンケート調査などを行った。結果は、効果・参加度・有用性のすべてにおいて、高い評価であった(小島ら, 2006; 関, 2006, 2009)。

2008年にこの制度の見直しが行われ、当初、医道審議会では小幅の修正にとどめるとの結論を得たが、秋になって医師臨床研修制度緊急見直しのための委員会が突如設けられ、大幅に見直されてしまった(図8)。これは改悪と言わざるを得ない。臨床研修制度見直しの目的は、①医師不足・偏在への対応、②臨床研修の質の向上、の2つある。見直しのポイントは、①研修プログラムの弾力化(形式より理念や到達目標を重視)、②基幹型臨床研修病院の導入と指定基準強化、③都道府県別の募集定員上限の設定、の3つであった。カリキュラムの変更はなかったが、一方精神科は選択必修とされたため、カリキュラムの中にある必須項

目“入院患者を担当してレポートを作成する”A疾患(精神科領域では統合失調症、気分障害、認知症の3疾患)を、選択しなかった研修医はどうするのか、大いなる矛盾が生じている。この制度は、2010年4月の新研修医から適用された。見直しは明らかに後退であり社会が望む医師の養成に赤信号が点ったといえ、この措置に対するアウトカム評価は必ず行わなくてはならない。

図8:研修プログラム見直しのイメージ



3) 生涯教育における精神科教育

今日、精神科医の産業医は極めて少ないといわざるを得ない(関, 2009)。時代の精神科医に対するニーズは、産業保健、産業精神保健分野で高まっている。産業医学推進財団主催の、一般科医(特に産業医)を対象とした産業保健概論、過重労働・メンタルヘルス対策についての講習会および非産業医である精神科医を対象とした産業保健の講習会が数年前から始まった。産業保健分野での自殺対策、うつ病対策の一環である側面もある。地域の医師会単位では、一般科医(G: general practitioner)と精神科医(P: psychiatrist)が連携する仕組みGPネットワークを構築する試みが始まり、勉強会が行われるようになってきた。

また、米国内科学会専門医制度研修で取り入れられている PIPC (psychiatry in primary care) ワークショップをわが国でも行う動きも始まった。

さらに、地域の医師会と行政が連携し、“かかりつけ医認知症対応力向上研修”、“かかりつけ医うつ病対応力向上研修”が各地で行われている。また、日医認定産業医制度の基礎研修および生涯研修においては、メンタルヘルスの単位を取得することになっており、その際使用されるテキストである日医雑誌の特集号は、広く会員に配布され、生涯教育に役立っている。その他にも、1994年以降、日医雑誌には有用な特集号が作製され、会員の役に立っている(表4)。毎年開催される全国学校保健・学校医大会においても学童・生徒の発達障害や精神疾患がテーマとして取り上げられるようになってきており、学校医にとっても精神科の素養は重要となってきている。学校精神保健および産業精神保健は、精神科の一分野ではなく、すべての医師がかかわる時代に入った。さらに医師は、認知症や精神疾患を持つ高齢者の診療にあたる機会も増えており、児童・青年期、成年期、老年期すべての世代にわたって寄り添う全人的医療の実践を求められている。

表4:日本医師会雑誌精神科関連特集号

主題	巻号	月日	年
・プライマリ・ケアに必要な精神科の知識	112.10	11.1	1994
・子どもの精神保健	113.9	5.1	1995
・現代社会の精神的諸問題	119.9	5.1	1998
・精神鑑定	125.9	5.1	2001
・自殺予防マニュアル 一般医療機関におけるうつ状態・うつ病の早期発見とその対応		3.1	2004
・精神障害の臨床 (生涯教育シリーズ64)	131.12	6.15	2004
・職場のメンタルヘルス	136.1	4.1	2007
・プライマリケアにおける向精神薬の上手な使い方 (企画・監修／久保千春、上島国利)	136.8	11.1	2007
・自殺予防マニュアル 第2版 地域医療を担う医師へのうつ状態・うつ病の早期発見と対応の指針		3.1	2008

第6次地域医療計画策定の中に精神疾患を加えて、5疾病5事業として地域での対応が求められている。その意味でも生涯教育の方向性は今後大きく変わる可能性がある。

【小括】

- 卒前教育で精神科がコア・カリキュラムに入った意義は大きく、卒後臨床研修・生涯研修にシームレスにつながっていくことが担保された。
- 臨床研修制度の意義は、全人的医療を実践する良い医師の養成を目指したものであったが、精神科を必修科目からはずしたことは、社会のニーズに逆行することである。
- 5疾病5事業として精神疾患が加えられたことにより、生涯教育の方向性は今後大きく変わることもある。

4. 診療報酬への提言：かかりつけ医・精神科医連携の観点からみたうつ・自殺対策に係る診療報酬について

精神疾患の患者が300万人を超え、国民の精神保健への医療的ニーズは極めて増加

している。中でもっとも重要な問題が「自殺予防」である。自殺予防において精神科医療の果たす役割は大きい。従来より、うつ病を始めとする自殺に関する精神疾患を早期発見し、適切な精神科医療を受領させるようにすることが自殺予防対策として強調されている（平成14年度厚生労働科学研究費補助金、2004）。

また、うつ病患者の多くが最初に受診するのは精神科を専門としないかかりつけ医であることも示されている（三木、2002）。このような点を考えると、かかりつけ医と精神科医との連携がうつ・自殺対策において重要なポイントになることは論をまたない。さらに、精神科医療を受診した患者に適切な精神科医療を提供することもきわめて重要である。自殺念慮をもつ患者を診療するという精神科臨床そのものが自殺予防の大きな部分を占めると言っても過言ではない。

このような観点から、かかりつけ医・精神科医連携を含んだ現在の精神科医療環境を診療報酬の観点から検証し、うつ・自殺対策における精神科医療の質を担保するための診療報酬上の要望事項を提言する。

1) 現状の診療報酬における問題点

かかりつけ医・精神科医連携の観点からとらえたうつ・自殺対策に関して、現状の診療報酬上、問題と考えられる点を以下に記した。なお、現状を理解しやすくするために末尾に診療報酬の実際を参考資料として記した。

①連携医療の観点

かかりつけ医などから精神科への適切な

紹介は非常に重要なことであり、診療報酬においてもかかりつけ医に対しては紹介加算が設けられるようになった。一方、精神科医療機関から紹介元へ適切な返書を送ることも今後の連携治療のためにも、またかかりつけ医の対応力向上のためにも必要なことと思われる。しかしながら、これらに対する診療報酬上の評価はまったくない。

②チーム医療の観点

精神疾患の患者、とりわけ自殺念慮を伴うようなケースにおいては、心理・社会的問題を抱えているケースが非常に多い。従って、心理士、精神保健福祉士による対応が大きな役割を担う。しかしながら現状では診療報酬上の評価はないに等しい。そのため医療機関では精神保健福祉士・心理士などのスタッフを雇用するのが難しい現状である。このような状況では、チーム医療の必要性が叫ばれているにもかかわらず実行は困難であろう。

③家族へのアプローチ

精神疾患の患者においては家族に病気の説明、療養方法の説明などを行うことは本人の治療関係を整える意味でも、また、家族の精神衛生上も極めて重要である。しかしながら診療報酬上はまったく評価がない。

④心理検査に関して

精神疾患患者の診断、評価においては心理検査の役割は大きい。特に、最近は発達障害をともなう患者、あるいはパーソナリティの障害を伴う患者が増加しており、知能検査、ロールシャッハ検査などの必要性が増加している。しかしながら、これらの

検査は専門性と時間を要する。現在の診療報酬上の評価では検査をすればするほど医療機関としては赤字になる。このような状況では、必要であっても心理検査の実施は困難であり、心理職の雇用も困難である。

⑤自殺予防の観点

自殺念慮を伴う患者の診療には、時間と、多職種の関わり、そして、家族や関係者へのアプローチが不可欠である。また、1週間に一度などといった画一的な対応ではなく、臨機応変な診療が要求される。特に病状が不安定な時には頻回な診療を要することも少なくない。ところが現状の診療報酬上の評価は相反したものと言わざるを得ず、自殺念慮をともなう患者に対する診療に大きな制限がある。

⑥経営的観点

日常一般的に行われている診療を想定して診療報酬を算出した（参考資料参照）。診療に要する時間、スタッフが関わる時間などを考慮すればこの金額で医療機関の経営が成り立たないのは明らかである。必要な時間をかけて診療するためにはそのための経済的担保の裏付けが必要である。

【小括】

かかりつけ医・精神科医連携の観点から、うつ・自殺対策における精神科医療の質を担保するための診療報酬上の要望事項

精神科医療は自殺予防にきわめて大きな役割を担っている。その役割を十分に果たすためにはかかりつけ医・精神科医連携を含めて、必要な精神科医療を提供できる体制づくりが不可欠である。このような観点

から診療報酬において以下を要望する。

①紹介患者の診察に対する評価

- a) 精神科側にも加算をする。

②在宅・通院精神療法の見直し

- a) 点数の見直し：診察時間に見合った診療報酬を確保する。
- b) 初診時診察時間30分未満においても算定可能にする。
- c) 算定回数制限の見直し：少なくとも週に2回は算定可能にする。

③家族に対する在宅・通院精神療法の見直し

- a) 患者診察と同一日でも算定可能にする。
- b) 精神科医による疾患の説明、療養方法の指導においても算定可能にする。

④会社関係者などに対する関わりの評価

- a) 在宅・通院精神療法の算定を可能にする。

⑤チーム医療の評価；心理士、精神保健福祉士などの関与の評価

- a) 療養生活環境整備加算を在宅・通院精神療法と同時に算定できるようする。
- b) 心理士による関わり（予診など）を評価する。
- c) 心理テストの点数を適性化する。

参考資料

◆精神科診療報酬の現状

現在の精神科診療報酬を下記事例にそって提示する。

事例「一般科診療所より30代男性が、うつ病を疑われ、事前に精神科診療所に予約をい

れ、紹介状を持参して紹介受診した」

○年5月30日（月） 家族とともに初診

精神科診療所にて下記の対応を行う

- ① 心理士による予診；30分
- ② 精神科医による診察、処方；40分
- ③ 家族への精神療法；15分
- ④ 紹介状への報告書作成；15分
- ⑤ 精神保健福祉士によるケースワーク；30分

【診療報酬】

①初診料 270点、②初診時通院・在宅精神療法（30分超） 500点、③処方せん料（薬剤6種類以下） 68点 合計 838点

*心理士による予診は評価なし

*精神科には紹介患者の診察に対する加算なし
(一般科には精神科紹介加算200点有)

*家族に対する精神療法は算定不可。

「患者に対して通院・在宅精神療法を行った日と同一の日に家族に対して通院・在宅精神療法を行った場合における費用は、患者に対する通院・在宅精神療法の費用に含まれ、別に算定できない。」

*紹介状への報告書作成は評価なし

*精神保健福祉士などによる療養生活環境整備加算（40点）は算定不可。

「他の精神科専門療法と同一日に行う精神科継続外来支援・指導に係る費用は、他の精神科専門療法の所定点数に含まれるものとする。」
さらに、仮に上記のような対応をしても医師の診察が30分未満で終わると、初診時通院・在宅精神療法量は請求できることになっており、合計338点しか請求できない。

○年6月2日（木） 再診

精神科医により約15分の診察を行い、処方をする。この際の診療報酬は下記である。

【診療報酬】

①再診料 69点 + 明細書発行体制等加算1点、②精神科継続外来支援・指導料 55点、③処方せん料（薬剤6種類以下） 68点 合計 193点

*通院・在宅精神療法は算定不可

「入院中の患者以外の患者について、退院後4週間以内の期間に行われる場合にあっては週2回を、その他の場合にあっては週1回をそれぞれ限度として算定する。」

○年6月9日（木） 再診

精神科医により約20分の診察を行い、処方をする。

【診療報酬】

①再診料 69点 + 明細書発行体制等加算1点、②通院・在宅精神療法 330点、③処方せん料（薬剤6種類以下） 68点 合計 468点

*通院・在宅精神療法 30分未満の場合 330点

○年X月X日 本人の了解のうえ家族のみ来院

精神科医が家族に対して疾患の説明、療養方法の指導を約20分かけて行う。

【診療報酬】

①再診療 69点+明細書発行体制等加算1点
②精神科継続外来支援・指導料 55点 合計 125点

*通院・在宅精神療法は算定不可

「当該患者の家族に対する通院・在宅精神療法は、家族関係が当該疾患の原因又は増悪の原因と推定される場合に限り算定する。ただし、患者の病状説明、服薬指導等一般的な療養指導である場合は、算定できない。」

〇年Y月Y日 心理検査を行うこととなり、本人来院し検査施行。

①精神科医による診察（5分未満）

②心理士による心理検査

WAIS-III （成人知能検査） 所要時間

3時間

MMPI （質問紙法による人格検査） 所

要時間 1.5時間

ロールシャッハ （投影法による人格檢

査） 所要時間 2.5時間

【診療報酬】

①再診料 69点+明細書発行体制等加算1点、

②精神科継続外来支援・指導料 55点、③検

査料 知能検査 280点 (WAIS-III)、人格

検査 450点 (ロールシャッハ)

合計 855点

*臨床心理・神経心理検査料は、1 操作が容易なもの 80点、2 操作が複雑なもの 280点、3 操作と処理が極めて複雑なもの 450点 とされており、さらに、以下のごとく決まりがある。

「注 同一日に複数の検査を行った場合 であっても、主たるもの1種類のみの所定点数により算定する。」

〇年Z月Z日 本人の同意のもと会社の人事担当者と上司が本人への対応などを聞きたいとのことで来院

精神科医が患者の現在の状態と復職後の注意点などの説明、30分を要する。

【診療報酬】 なし

*診療報酬上、会社関係者への対応は請求該当項目はない

文献

平成14年度厚生労働科学研究費補助金；この健康科学研究事業：WHOによる自殺予防の手引き，2004.

樋口進：アルコール依存症の病態と治療に関する研究について、厚生労働科学研究補助金「精神障害の地域ケアの促進に関する研究」（主任研究者：宮岡等）平成19年度総括・分担研究報告書、2009.

警察庁生活安全局地域課：平成22年中における自殺の概要資料、警察庁、2011.

小島卓也、関 健：新医師卒後研修について 七者懇談会卒後研修問題委員会の立場から、精神医学 48:939-946、2006.

三木 治：プライマリでみるうつ病、最新精神医学、1(2) : 157, 1996.

中根允文：研修医への精神医学教育の重要性を訴える理由、日精協誌 21:1097-1100、2002.

日本医師会・編：自殺予防マニュアル：一般医療機関におけるうつ状態・うつ病の早期発見とその対応、明石書店、2004.

関健：精神科必修化への経緯と今後の課題、日精協誌 21:1126-1132、2002.

関健：卒後研修の2年を終えて、総合病院精神医学 18:211-221、2006.

関健：うつ病・自殺対策への取組、シンポジウム うつ病と自殺に医師はどう対応するのか—医師臨床研修並びに生涯研修における精神科の役割、精神医学 51:347-354、2009.

我が国の精神保健福祉（精神保健福祉ハンドブック）平成23年度版、太陽美術、2011.

渡辺洋一郎：一般医と精神科医の連携（大阪G-Pネットの試み）、平成19年版自殺対策白書、内閣府、p. 109, 2007.

まとめ（提言に代えて）

最近ではうつ病という疾患概念が社会である程度認識されるようになってきている。しかし、うつ病に罹患した本人や家族、また職域・教育現場においてもうつ病や自殺の危険を示すサインがまだ十分に認識されていないのが現状である。職場や学校でのメンタルヘルス対策の拡充、地域での敷居の低い相談窓口の充実、マスコミでの広報活動などを通して、より広くまた多くの人の理解を得るようにする必要がある。

うつ病を発病した患者は、初診段階では精神科に受診するよりは、さまざまな身体症状を訴えて他の科に受診することが圧倒的に多い。しかし、かかりつけ医には自殺の危険サインやサインを認めた際の適切な対応がまだ十分に理解されていないこともまた現状である。仮にその危険を予見できたとしても、精神科医との連携が十分に円滑に行われていない。そこで、かかりつけ医と精神科医の連携をより強くするために、両者が率直に意見を交換できる場を設ける必要がある。

なお、単にかかりつけ医と精神科医の連携を改善するだけではなく、精神科医の側がかかりつけ医の要望に十分に応えられるような適切な診療報酬体系の整備が不可欠である。

うつ病についての認識が社会で徐々に高まりつつあるが、次の段階としては、アルコール依存症に関する認識を高めていく必要がある。アルコール依存症では、精神、身体、対人関係の面でしばしば問題が現れてくるのだが、問題を多面的に扱うことをせずに、単に身体面に現れている症状だけが治療され、本質的な問題の解決が遅れてしまう患者が多いことについても注目すべきである。肝機能障害を呈している患者が将来アルコール依存症に発展していく可能性がないかという視点を念頭に置きながら診療を進めていく必要がある。

うつ病やアルコール依存症などの精神疾患に関して、医学部における卒前教育、卒後教育、生涯教育において継ぎ目のない一貫した教育を実施していく必要についても本答申では提言した。

2011年夏には、医療計画の4疾病5事業に「精神疾患」を加えて5疾病5事業とする方針が決定された。医療計画の策定においても、かかりつけ医と精神科医の地域医療連携は必須であり、まずはうつ病対策として、かかりつけ医と精神科医の「顔の見える関係」が構築されることは、認知症対策やアルコール依存症対策など他の精神疾患対策の推進にも大きく寄与することになろう。