

第 105 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

精神科卒後教育を精神科専門医制度に則った後期臨床研修医の 立場から考える——大学病院における精神科後期研修——

中野 和歌子^{1,7)}, 加藤 隆弘^{2,7)}, 館 農 勝³⁾, 猪狩 圭介^{4,7)}, 田中 徹平^{5,7)},
中前 貴^{6,7)}, 寶珠山 務^{8,9)}, 中村 純¹⁾

- 1) 産業医科大学精神医学教室, 2) 九州大学大学院医学研究院精神病態医学分野,
3) 札幌医科大学神経精神医学講座, 4) 国立病院機構肥前精神医療センター, 5) 防衛医科大学校精神科学講座,
6) 京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学, 7) NPO 法人日本若手精神科医の会,
8) 産業医科大学環境疫学教室, 9) 天草市立牛深市民病院内科

2005年に日本精神神経学会による精神科専門医制度(以下, 専門医制度)が導入され, 2006年からこの専門医制度に則った精神科専門医制度研修手帳(以下, 研修手帳)を利用した3年間の後期研修が開始された。筆者は初期臨床研修制度, 後期研修制度の導入後, 大学病院で後期研修を開始した最初の学年にあたる。本稿では, 筆者自身の経験と若手精神科医と指導医を対象とした後期研修制度に関するアンケート調査の結果に関して報告し, 大学病院での後期研修に関して考察した。アンケート調査から後期研修制度は過渡期にあり, 指導医, 後期研修医ともに, 研修手帳の活用が十分ではないといった現状が認められた。精神医療の領域は病態や治療法まで多岐にわたり大学病院に限らず, ひとつの施設で全ての領域の指導が十分に行うことは難しいと思われる。各施設は専門性を活かし, 後期研修医に対する施設外への学びの場を提供することが重要になるのではないかと考えた。また, 後期研修医は, 所属施設やその関連病院で研修を積むことは当然のことであるが, 現代の情報化社会における情報収集の簡便さを活かし, 積極的な施設外への学びの場を探していくことが大切であると思われた。

<索引用語: 卒後研修, 精神科専門医制度, 精神医学, 意識調査>

1. はじめに

2004年に新たに初期臨床研修制度が導入されたことにより, 卒後教育は大きく変化した。初期臨床研修制度においては, 精神科は必修科目に掲げられ, 1か月以上の研修が義務づけられた。このことにより, 精神科以外を志望する医師にとっては, 精神科医療に携わる経験が与えられたものの, 指導する側にとっては, 動機が不十分な研修医を指導することにもなりかねず, 双方において混乱を招いている現状にある^{2,4)}。また, 精神科後期臨床研修(以下, 後期研修)においては, 2005年に日本精神神経学会による精神科専門医

制度(以下, 専門医制度)が導入され過渡的措置がとられた。さらに, 2006年からこの専門医制度に則った3年間の後期研修が開始された。精神科専門医制度研修手帳(以下, 研修手帳)とは, 精神科医として自立するために3年間の医師活動による研修成果を記録して自己練磨の指標として用いられるものであり, 日本精神神経学会が認定した研修施設において, 学会が依属した指導医のもとで研修を行い, 評価をすることを目的としている⁵⁾。専門医を取得する予定の精神科医には研修手帳の購入と, 専門医認定の際に研修手帳の提出が義務づけられている。研修手帳には, 経験す

べき疾患，治療場面における経験症例数と症例報告が各疾患，治療場面において記載される。筆者は初期臨床研修制度，後期研修制度の導入後，大学病院で後期研修を開始した最初の学年にあたる。本稿では，筆者自身の経験と若手精神科医と指導医を対象とした後期研修制度に関するアンケート調査の結果に関して報告し，大学病院での後期研修に関して考察をする。

2. 筆者自身の経験

筆者は初期臨床研修制度の初年度である2004年に産業医科大学医学部を卒業し，聖路加国際病院で2年間の初期臨床研修を経験した。この期間中には，精神科は同病院の外来の2週間，2か所の関連病院での1週間ごとの研修があった。短期間の研修であり，予診のとり方，向精神薬の使い方などにふれる程度であった。内科，外科，救急などでの経験は，現在精神科医として働くうえで，身体疾患の問題のある場合や急変時における対応などに大いに役立っていると実感する。

初期臨床研修終了後は，2006年に産業医科大学精神医学教室の所属となり，研修手帳を購入し後期研修を開始した。筆者は2年目で大学院に進学したこともあり，大学病院で3年間の後期研修を行った。1年目には指導医のもとで，入院患者を平均5から8人受け持ち一般精神医療に対する治療を学んだ。外来は，中村教授や吉村准教授の陪席，新患の予診をとるといった研修であった。2年目には，病棟業務に加えて，退院した患者の再来などの外来業務も行った。精神科診療の基本から，当教室において研究の中心となっている臨床薬理的観点から薬物療法の基本を習得することができた。また，大学院生として吉村准教授を中心とした薬理学グループの先生方の指導のもと臨床薬理学に関する研究に携わり，臨床研究の方法から，その成果としての学会発表や論文作成などの基本を習得することもできた。

大学病院以外では，心理社会的精神医学研究所，西園昌久先生主催で開催される精神療法講座を受講した。そこでは，精神療法の基本に関して約1

年間かけて週に1度の講義があり，日常臨床で困った素朴な疑問を西園先生に質問をすることができ大変貴重な機会であった。また，産業医科大学，九州大学，久留米大学，福岡大学の4大学の精神医学教室が集まる福岡集談会に年数回参加することもできた。このように，筆者は身近に多くの学ぶ機会に恵まれていたと感じる。さらに，筆者はアルコール依存症に興味を持ったため，久里浜アルコール症センターや肥前精神医療センターの研修会に参加し，そこで得た知識を大学病院における診療や研究に活かすことが可能となった。そして，日本若手精神科医の会（JYPO）に所属し，この会のメインイベントである研修会，Course for Academic Development of Psychiatrists（CADP）¹⁾に参加したことがきっかけとなり，国際学会への参加や国際交流の機会が増え，また全国の若手精神科医とメーリングリストを通じて交流することが可能となり，興味や活動の幅が広がり，現在に至っている。このような交流と筆者自身の若手精神科医としての体験を踏まえて，以下のアンケート調査を立案し，実行することになった。

3. 若手精神科医を対象としたアンケート調査

3-1. 目的

研修手帳の購入による後期研修が開始となった若手精神科医や指導医にとって，研修手帳にそった十分な研修および指導・評価体制ができているか否かは，個人，施設，地域による違いが大きいのではないかと考えた。そこで今回我々は，若手精神科医の後期研修における現状を把握し，後期研修の現状や問題点を明らかにすることを目的として多施設アンケート調査を実施した。

3-2. 対象と方法

日本精神神経学会精神科専門医制度における「研修施設名簿」³⁾から113施設（大学病院精神医学教室81施設，独立行政法人国立病院機構32施設）を抽出した。この対象施設で後期研修医を指導している施設代表者と，精神科歴8年目までの

表1 調査対象施設の背景 (N=64)

| | 大学病院 N=50 | 国立病院機構 N=14 | P 値 |
|-----------------|--------------|----------------|---------|
| 平均病床数 (SD) | 45.2 (17.3) | 169 (167.1) | < .0001 |
| 後期研修医の平均人数 (SD) | 7.1 (7.7) | 2.5 (3.9) | 0.038 |
| 指導医の平均人数 (SD) | 6.7 (3.8) | 3.3 (2.7) | 0.0028 |
| 手帳購入者の平均人数 (SD) | 8.9 (10.2) | 1 (1.1) | 0.029 |

表2 調査対象者の背景 (N=360)

| | 従来の制度 | 新しい制度 | P 値 |
|--------------|------------|------------|---------|
| N | 136 | 224 | |
| 平均年齢 (SD) | 32.6 (2.4) | 30.4 (3.6) | < .0001 |
| 男女比 | 101/35 | 144/78 | 0.063 |
| 医師歴 (SD) | 7.1 (1.1) | 3.9 (1.3) | < .0001 |
| 精神科歴 (SD) | 6.9 (0.8) | 1.7 (0.8) | < .0001 |
| 大学講座所属 (%) | | | |
| 所属している | 134 (98.5) | 201 (90.5) | 0.0051 |
| 所属したことがない | 1 (0.7) | 20 (9.0) | |
| 現在は所属してない | 1 (0.7) | 1 (0.5) | |
| 日本精神神経学会 (%) | | | |
| 所属している | 128 (94.1) | 151 (67.4) | < .0001 |
| 所属していない | 8 (5.9) | 73 (32.6) | |

精神科医 (2009年3月末の時点) を対象とし、以下のように経験した研修形態により2つに分類した。1つは従来の制度で研修を行った精神科医 (2003年以前に医学部を卒業し、2001年から2003年に精神科研修を開始した卒後6~8年目の精神科医)、2つ目は新しい制度で研修を行った精神科医 (2004年以降に医学部を卒業し、新臨床研修を経験し、2006年から2008年に精神科研修を開始した卒後3~5年目の精神科医) である。2009年3月に各対象施設へ質問紙を郵送し、1か月以内に返信を依頼した。質問紙は施設代表者用 (9項目) と個人用 (12項目) に分け、無記名、自己記入式で、後期研修に関する内容を質問した。調査項目は基本属性に加えて、Likert型5段階評価で「後期研修先を選ぶことに影響する項目」「施設代表者が各疾患に対して指導医が充足しているか」「各疾患の診療技術の自己評価」を質問した。Likert型評価では数字が高いほど評価が高いこと、同意する意識が高いことを示している。

統計解析はSASプログラムを使用した。2群間の比較においてはstudentのT検定を行った。その他の項目に関する比率の差の検定にはChi-square検定を用いた。また大学病院における指導医の人数と大学病院における各疾患の指導医の人数、指導医の人数と後期研修医の人数はPearsonの相関係数を用いた。各検定は $P < 0.05$ を有意水準とした。

3-3. 対象施設、対象者背景

64施設 (回答率56.6%)、すなわち、大学病院50施設 (回答率61.7%) および国立病院機構14施設 (回答率43.8%) から回答を得た。表1に調査対象施設の背景を示す。平均病床数以外は、後期研修医の人数、指導医の人数、手帳購入者の人数の平均は国立病院機構に比べて大学病院のほうが多かった。表2に調査対象者の背景を示す。405人から回答を得たが、2つの研修形態のいずれかを経験した精神科医のみを抽出し、360名を

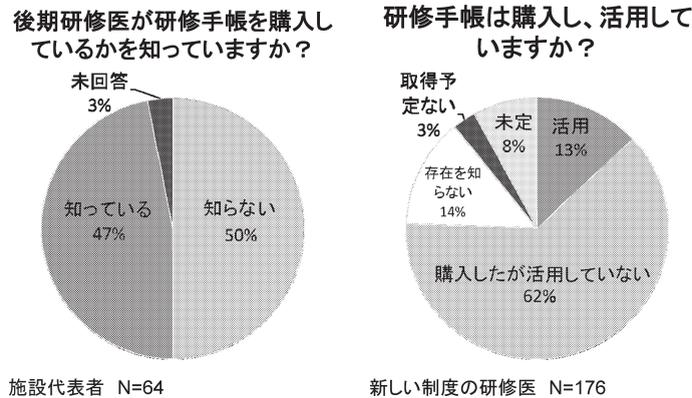


図1 研修手帳の活用に関して

解析対象とした。個人単位の回収率は施設代表者に配布数と回収数を質問し、64施設中51施設がその質問に回答し、84.6% (389人に配布し329名から回答あり)であった。従来の制度を経験した精神科医 (以下、従来の制度) は136名、新しい制度を経験した精神科医 (以下、新しい制度) は224名であった。

3-4. 結果

1) 専門医取得の有無，研修手帳の活用に関して

従来の制度に対する専門医制度の取得の有無に関しては38名(32%)がすでに取得済み、79名(66%)が申請中、2名(2%)が申請をする予定がないといった結果であった。図1に、施設代表者に対する後期研修医の手帳購入に関して把握しているかどうかの有無、新しい制度に対する手帳の購入、活用の有無に関して質問した結果を示す。後期研修医の手帳購入の有無を把握している施設代表者は30名(47%)であり、32名(50%)が把握していなかった。また、手帳を購入し活用している後期研修医は23名(13%)のみであり、109名(62%)は購入したが活用していなかった。また、大学病院に所属し2006年から後期研修を開始し2008年3月末で3年間の後期研修期間を経た後期研修医は40名、そのうち、手

帳を活用している後期研修医は6名、手帳を活用していない後期研修医は34名であった。

2) 各疾患における指導医の人数，指導医が考える充足度

表3に各疾患の指導医の人数と、施設代表者が考える指導医の充足度に関して大学病院と国立病院を比較したものを示す。指導医の人数は、精神作用物質、症状性・器質性、児童・思春期、合併症・リエゾンの分野で大学病院に有意に多いといった結果であった。また、施設代表者が考える各疾患の充足度に関しては、気分障害、神経症、合併症・リエゾンにおいて大学病院のほうが有意に高値であった。さらに、大学病院における指導医の人数と、大学病院における各疾患の指導医の人数は児童・思春期の分野以外は有意な正の相関関係が認められた (Pearsonの相関係数，統合失調症： $r=0.71$ ， $P<0.0001$ ，気分障害： $r=0.72$ ， $P<0.0001$ ，精神作用物質： $r=0.34$ ， $P=0.042$ ，症状性・器質性： $r=0.57$ ， $P=0.0002$ ，児童・思春期： $r=0.1$ ， $P=0.54$ ，神経症： $r=0.46$ ， $P=0.0044$ ，人格障害： $r=0.40$ ， $P=0.013$ ，合併症・リエゾン： $r=0.47$ ， $P=0.035$ ，結果表示なし)。

3) 大学病院における地域差

人口100万人以上の都市に位置する大学病院を都市近郊と定義し、表4に大学病院において、都

表3 各疾患の指導医の人数と、施設代表者が考える充足度

| | 指導医の人数 | | | 施設代表者が考える指導医の充足度 | | |
|----------|-----------|-----------|--------|------------------|-----------|--------|
| | 大学病院 | 国立病院機構 | P 値 | 大学病院 | 国立病院機構 | P 値 |
| 指導医の人数 | 6.7 (3.8) | 3.3 (2.7) | 0.0028 | | | |
| 統合失調症 | 7.4 (4.1) | 6.5 (5.1) | 0.26 | 4.1 (1.1) | 3.9 (0.9) | 0.39 |
| 気分障害 | 7.4 (4.1) | 6.5 (5.1) | 0.26 | 4.3 (1.1) | 3.7 (0.7) | 0.049 |
| 精神作用物質 | 5.3 (3.3) | 3.0 (1.6) | <.0001 | 3.2 (1.4) | 3.0 (1.0) | 0.69 |
| 症状性・器質性 | 6.1 (3.3) | 3.8 (1.6) | <.0001 | 4.1 (1.0) | 3.2 (0.8) | 0.23 |
| 児童・思春期 | 3.5 (2.5) | 1.8 (0.7) | <.0001 | 3.2 (1.4) | 2.7 (1.1) | 0.19 |
| 神経症 | 6.3 (3.5) | 6.3 (5.2) | 0.99 | 4.1 (1.1) | 3.4 (0.9) | 0.033 |
| 人格障害 | 5.6 (3.5) | 6.3 (5.2) | 0.38 | 3.6 (1.3) | 3.4 (1.0) | 0.51 |
| 合併症・リエゾン | 6.0 (3.1) | 4.0 (1.9) | <.0001 | 4.1 (1.2) | 3.1 (1.0) | 0.0071 |

各数値は平均値 (標準偏差) を示している。

施設代表者が考える指導医の充足度の Likert 型 5 段階評価は、5:非常に十分である~1:非常に不十分である、とした。

表4 大学病院における地域差

| | 都市近郊 | 都市近郊以外 | P 値 |
|------------|-------------|-------------|-------|
| N | 21 | 29 | |
| 病床数 | 49.0 (18.7) | 42.5 (15.9) | 0.19 |
| 後期研修医の人数 | 9.3 (10.3) | 3.7 (0.7) | 0.075 |
| 手帳を持っている人数 | 14 (12.4) | 3.8 (2.7) | 0.015 |
| 指導医の人数 | 7.8 (4.1) | 6.0 (3.4) | 0.11 |
| カンファレンス時間 | 7.6 (1.4) | 7.5 (1.1) | 0.93 |

都市近郊を人口 100 万人以上の都市に位置する大学病院とした。

市近郊と都市近郊以外といった観点から比較を行った結果を示す。後期研修医の人数、指導医の人数、カンファレンスの時間には差を認めなかったが、研修手帳を購入した人数は都市近郊のほうが有意に高値であった。各疾患における指導医の人数と、施設代表者が考える指導医の充足度に関して都市近郊と都市近郊以外で比較を行ったが有意差は認めなかった。また、指導医の人数と後期研修医の人数は有意な正の相関関係が認められた ($r=0.49$, $P=0.0006$)。

3-5. アンケート調査の考察

研修手帳を活用している後期研修医は 13%と少なく、また指導医も後期研修医の手帳の購入は 47%のみが把握しているといった現状であった。専門医制度にそった後期研修が開始となったが、研修手帳を活用している後期研修医やそれにそ

った指導をしている指導医は少なく、実際の指導体制はこれまでと大きく変わらないことが示唆された。指導医や後期研修医の人数は大学病院間においても差がみられたが、双方は正の相関を示し、指導医が多い施設では後期研修医の人数も多いという結果がみられた。また、指導医の人数が多い施設においては、児童・思春期の分野を除いては各疾患とも正の相関関係がみられた。このことから、児童・思春期の分野は専門性が高く指導者の人数は限られていることが考えられた。また、大学病院は国立病院に比べて全体的な指導医の人数が多く、特に精神作用物質、症状性・器質性、児童・思春期、合併症・リエゾンの分野で人数の有意差が認められた。一方で、施設代表者が考える各疾患の充足度に関して、人数の有意差が認められなかった気分障害、神経症において大学病院のほうが有意に高値であった。大学病院は国立病院

に比べて気分障害や神経症の症例数が多いことによる疾患の偏りや、より専門性が高い研究などに従事している指導医が多いことなどによりこれらの差に至った可能性が考えられた。今回の調査では、5年目の後期研修医が40名と少数であり、研修手帳の活用をしていた後期研修医もその中の6名と少数であった。研修手帳には明確な達成目標や指導医の評価が掲げられており、より客観的な後期研修医の達成度や指導医の評価を得ることができる。後期研修医、指導医が新しい制度の概要や研修手帳の活用方法を十分に理解し、個人、施設において具体的な活用方法を検討していくことが効果的な後期研修につながるのではないかと示唆された。

4. おわりに

筆者自身が新しい制度において大学病院で後期研修を行った経験と後期研修に関するアンケート調査をもとに報告した。後期研修制度は過渡期にあり、指導医、後期研修医ともに、研修手帳の活用が十分ではないといった現状が認められた。精神医療の領域は病態や治療法まで多岐にわたり大学病院に限らず、ひとつの施設で全ての領域の指導を十分に行うことは難しいと思われる。各施設は専門性を活かし、後期研修医に対する施設外への学びの場を提供することが重要になるのではないかと考える。また後期研修医は、所属施設やそ

の関連病院で研修を積むことは当然のことであるが、現代の情報化社会における情報収集の簡便さを活かし、積極的な施設外への学びの場を探していくことが大切であると思われた。

謝 辞

本シンポジウムに参加する機会を与えて下さいました日本若手精神科医の会の先生方、今回のアンケート調査にご協力いただきました全国の先生方、日頃よりご指導をいただいております大学病院や関連病院の先生方、日本若手精神科医の会の卒業生の先生方に深謝いたします。

文 献

- 1) 松本良平, 杉浦寛奈: Course for Academic Development of Psychiatrist への誘い: 若手精神科医の国際的活躍及びネットワークの構築へ向けて. 精神経誌, 111; 207-211, 2009
- 2) 宮島加耶, 藤澤大介, 中川敦夫ほか: 大学病院での精神科研修について—新制度で後期研修を始めた新しい精神科医第一号の立場から—. 精神経誌, 109; 1039-1044, 2007
- 3) 日本精神神経学会精神科専門医制度における「研修施設名簿」: http://www.jspn.or.jp/01_03info_s/list.html (2007年4月分追加施設まで)
- 4) 佐藤玲子, 加藤隆弘, 末永貴美ほか: 新医師精神科臨床研修のアウトカム評価—日本若手精神科医の会の多施設調査結果から—. 精神経誌, 109; 1072-1081, 2007
- 5) 精神科専門医制度研修手帳