

第 105 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

国立病院機構精神科病院の研修システムの特徴 ——大学医局に属さず研修する若手精神科医の立場から——

猪狩 圭介^{1,2)}, 中川 伸明¹⁾, 橋本 学¹⁾, 佐伯 佑一¹⁾,
橋本 喜次郎¹⁾, 黒木 俊秀¹⁾, 杠 岳文¹⁾

1) 独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター, 2) NPO 法人日本若手精神科医の会

2004年に初期臨床研修制度が開始され、精神科においては専門医制度が導入され、精神科卒後教育はこの数年で大きく変化した。筆者は初期臨床研修制度を最初に経験した世代であり、大学医局には属さず精神科後期研修を行っている。筆者は精神科研修をどこで始めるかにあたって、実地での自由な臨床経験獲得と2年以上同じ病院で研修することを重視した。筆者の研修する国立病院機構肥前精神医療センターでは児童思春期、アルコール・薬物、司法などの専門領域の研修が可能であり、国立病院機構の5つの病院をオンラインで結び、週2回の電子会議システムによるクルズスを行っている。本稿では当院における筆者自身の研修の実際について述べ、後期研修医が精神医学を学ぶ上で、精神療法の習得やアイデンティティ形成の困難さがあり、いかなる対策が必要であるかについて述べた。

〈索引用語：精神科，後期研修，初期臨床研修制度，大学医局，国立病院機構，教育〉

1. はじめに

筆者（以下、私）は2004年に長崎大学医学部を卒業し、国立病院機構長崎医療センターにて2年間の初期臨床研修と1年間の内科後期研修を行った。現在、国立病院機構肥前精神医療センターに勤務する精神科歴3年目の医師であり、大学医局には属さず研修を行っている。私は2004年に開始された初期臨床研修制度を最初に経験し、新しい精神科専門医制度に則った3年間の後期研修を経験した世代でもある。本稿では、自身の研修経験を通して、我々の世代が抱える精神科後期研修の諸問題について考察したい。また、当院の教育システムについて紹介し、若手の立場から精神科後期研修医の教育システムに関していくつかの提言を行いたい。

2. 私の研修履歴

私は大学卒業後、総合病院にて各科ローテート

研修を行った。当初は内科志望であったが、2年目に3ヶ月間精神科（総合病院精神科1ヶ月＋単科精神科2ヶ月）を研修し、精神科に進路変更した。細切れの各科ローテート研修では、なかなか診療上の裁量権が与えられず、中には卒前臨床研修の延長のような科もあった。2年間の研修を終えた時点では消化不良気味であり、せっかく得た各科の知識をもう少し実践面で活用して身につけたいと思い、さらに1年間、総合診療科を研修し、内科認定医を取得した。結果的に精神科医になる遠回りをしたわけであるが、身体管理の知識の習得に加え、各科の精神科へのニーズとスティグマを知ることもできた。これらの研修経験は、精神科の日々の臨床に大いに役立っていると感じる。

3. 大学医局で研修を開始しなかった理由

精神科の研修を始めるにあたってまず考えたことは、大学医局に属するかどうかであった。従来

の研修制度下においては、卒後すぐに大学医局に属することがほとんどであったが、新臨床研修下では大学病院外で研修を開始する医師が増え、初期研修終了後も大学医局に属さず後期研修を行う医師が少なくないようだ。

私は当院の後期研修医や JYPO 所属の若手医師の意見を参考にしつつ、大学医局で精神科研修を開始するメリットとデメリットについて比較してみた。以下に述べることは、大学医局一般に対する主観的なイメージであり、特定の医局のことをさしたのではないことを付言する。

大学医局のメリットとして、まずは長い教育の歴史があるのでなんとなく安心であり、じっくり指導してもらえ印象がある。また、早くからアカデミズムに触れられ、将来リサーチを志す者にとっては魅力であろう。また、同門会などで人脈が拡がり、将来の就職もある程度保障されているようだ。医事紛争などでは医局から守ってもらえるかもしれない。一方、デメリットとしてよく言われることは人事の縛りであり、多くの大学医局では希望の有無にかかわらず1年毎の関連病院の異動を余儀なくされる。また、大学病院の研修においては、コメディカルが不足し、雑用が多く、症例が偏るなどのイメージがある。研究に関心の少ない若手医師にとっては、教授を頂点とするヒエラルキーの存在や研究偏重などが、自由な臨床経験や資格取得の足かせと感じている可能性がある。

私は精神科研修開始時点において大学医局に属さない道を選んだが、大学医局に入局することでその後の進路を束縛されたくないということと、最初の3年間は1つの施設でじっくり研修したいという理由が大きかった。また、大学医局毎に臨床指針の偏りがあり、たとえば精神療法と薬物療法のどちらに重きをおいているかなど、最初の数年間にどのような影響を受けるかがその後の精神科医の志向を大きく左右すると先輩医師から聞いたことがある。私は精神科臨床を始めるにあたって、まずは実地にて幅広い影響を受け、自ら志向を選びたいと考えた。医局に属さない周囲の若手医師にも大学医局に属さなかった理由を聞いてみ

たが、将来どこで働きたいか、生活したいかが定まっていない段階では、人事の縛りを受けたくないという理由が比較的多かった。

4. 研修先を選ぶにあたって重視したこと

私は研修先を決めるにあたってインターネットで大学病院を含むいくつかの研修病院のホームページを閲覧したが、精神科後期研修内容について十分に情報公開しているものは少なかった。研修先を選ぶにあたって重視したことは、①多くの症例を経験でき、精神保健指定医の症例が集められること、②指導医の数が多く、様々な刺激を受けられること、③若手医師が多く勤務し、仲間と切磋琢磨できること、④コメディカルが充実していて、チーム医療を学べること、⑤外勤なども含め収入面でそれなりに安定していること、などであった。やや欲張りな条件であったかもしれないが、肥前精神医療センターはこれらの条件をほぼ満たしていた。

5. 国立病院機構肥前精神医療センターの研修システムの紹介

私の属する肥前精神医療センターは西日本の精神科基幹病院で、地域の処遇困難者を多く受け入れ、スーパー救急があり、精神科医療の最前線を経験できる。また児童、アルコール・薬物、司法などの専門分野も充実している。精神科指導医24名（うち専門医制度の指導医が11名）、後期研修医15名（うち13名は医局に属していない）と圧倒的なマンパワーがあり、医師の年齢層も若い。心理士10名、作業療法士7名、精神保健福祉士10名とコメディカルの数も充実している。

当院には3年間の後期研修プログラムがあるが、①肥前単独研修コース、②機構間連携コース、③児童精神医学研修コース、④司法精神医学研修コースなどいくつかの選択肢がある。

②の機構間連携コースについて詳しく述べると、初年度に当院で研修を行った後に2年目は沖縄県の琉球病院あるいは岩手県の花巻病院などの国立病院機構内の他施設で研修を行い3年目は再び当

院で研修を行うもので、平成 20 年度から開始されたが、平成 21 年 8 月現在 6 名が外部の病院で研修中である。私は 2 年目にこのコースとは別に国立病院機構花巻病院で短期間の研修を行ったが、九州とは異なる患者層や治療文化に触れることができた。異なる風土の精神医療を体験することは、臨床家としての視野を拓げるものと考えられる。

当院以外の地方の国立病院機構精神科病院においては、指導医の数の不足が否めないが、当院から定期的に指導医が現地の病院に赴いて、後期研修医の症例指導を行っている。また、インターネットを用いて 5 つの機構間の病院（肥前精神医療センター、花巻病院、琉球病院、東尾張病院、久里浜アルコール症センター）をオンラインで結び、週 2 回、電子会議システムによるクルズスを行っている。この電子会議システムは大画面の高精細モニターに参加施設双方の参加者の顔が映し出され、臨場感あふれるものである。

講義形式から症例検討会まで様々なプログラムが組み立てられており、多職種参加で、活発な質疑応答が行われる。講義内容は精神科専門医試験の出題領域を網羅する基礎講座と、各分野の最近のトピックスを中心とした専門講座に交互に編成され、飽きさせない仕組みになっている。

当院のような医師の多い都市近郊の教育病院においては指導医の数は多いが、経験できる症例の数が限られる。一方、医師の不足する地方病院においては、多くの症例を経験できる。双方のメリットを有効活用した人と情報の交流は、病院の 2 極化の積極的利用であり、若手医師にとっては魅力的な研修システムといえる。

6. 私自身の研修内容

ここで私自身の当院における研修内容について述べたい。外来研修であるが、後期研修医は週に 1 日は新患外来にて予診を行い、本診の陪席につく。また別の 1 日は再来患者を診察する。後期研修 1 年目の再来患者数は 1 日に 5 名以内とゆったり時間がとれたが、2 年目は 8 名前後、3 年目は 15 名前後と増え、徐々にスピードも要求される

ようになった。対応に困ったケースや入院の判断についてはいつでも指導医に相談できる体制が整っている。

病棟研修では、1 年目の受け持ち患者数は 8 名前後で、統合失調症や気分障害、神経症圏の患者が多く、時間に余裕があり、余った時間で SST やアルコールミーティングなど院内プログラムに参加した。2 年目の受け持ち患者数は平均 10 名前後で、急性期は 3、4 名程度を受け持ち、薬物依存、器質性精神病、重症例、措置症例なども経験することができた。3 年目は受け持ち患者数が 15 名前後に増える一方、児童症例の主治医や精神鑑定助手なども行っている。私の同期の中には、希望に応じて 1 年目から児童、アルコール、医療観察法入院症例など専門分野を経験した者もいた。

当院の急性期病棟では多職種によるカンファレンスが定期的に行われているが、LOCUS (Level Of Care Utilization System) という臨床評価尺度を用いて、1) 自傷・他害のおそれ、2) 生活・社会機能、3) 併存疾患、4) 回復環境、5) 治療・回復歴、6) 患者の治療参加など診療に必要な多角的な情報をコメディカルと評価し、処遇や治療方針の検討を行っている。このような他職種との密なカンファレンスは後期研修医がチーム医療を学ぶ上で大いに役立っている。月曜日と金曜日の朝 8 時 30 分から後期研修医主体のモーニングカンファレンスがあるが、30 分の枠内で後期研修医が経験症例などを発表し、上級医も交えてディスカッションを行っている。

病棟研修の問題点について述べると、当院は中央を走る全長 370 メートルの通路をはさんで 1~2 階建ての 12 の病棟が隣接しており、後期研修医は担当患者のいる病棟が平均 6 つ以上にまたがり、移動するのに時間がかかり、1 つの病棟に長くとどまることができない。指導医も多忙であり、同じ病棟で指導医やスタッフとともに過ごす時間が短い。必然的に PHS による連絡が多くなるが、頻回の着信が診療の妨げになることも少なくない。またレジデントの数が多しだけに症例が偏ることもあり、指導医に相談するなどの自己調

整が必要である。

診療業務以外の研修としては、月1回の統合失調症の家族心理教育に参加し、家族参加のグループワークや家族に対する統合失調症の講義を行い、スタッフ研修会を他職種と共同して企画した。家族にじっくり接することで統合失調症患者のふだんの生活の場における様々な問題を知ることができ、また家族のエンパワーメントが患者の治療上極めて有効であることを実感した。後期研修医はこの他に「お母さんの学習室」（行動療法に基づいた発達障害児の集団親訓練プログラム）、ARP（アルコールリハビリテーションプログラム）、「自分を愛するプログラム」（集団認知行動療法）など様々なプログラムに自発的に参加している。

院内の当直業務は月に平日1~2回で、精神保健指定医である当直と2人体制であり、後期研修医は副当直として院内回診と院外からの急患対応や電話相談を担当する。ほとんどのケースの判断は後期研修医の裁量に委ねられるが、困ったときにはいつでも当直に相談できる体制である。

外勤として週1日平日に民間の総合病院に勤務しているが、内科研修の経験を活かして、午前中は一般内科外来を担当し、内科プライマリケアとうつ病や神経症圏、認知症の患者の診察を行い、午後は入院患者のリエゾンや末期癌患者の緩和ケアに携わっている。月2回は当直業務として常勤医のサポートを得ながら夜間の二次救急外来診療も行う。ややハードではあるが、ふだん勤務する精神科単科病院では経験できないような症例を診ることができ、貴重な研修の場となっている。小さな医局で内科や外科の医師と雑談することも、他科医とコミュニケーションをとる良いトレーニングとなっている。

当院には10個の研究室（形態学、生化学、行動生理、心理、薬理、社会精神医学、家族精神医学、司法精神医学、精神看護、医療情報研究室）がある。私は社会精神医学研究室に属し、精神医療従事者のメンタルヘルスについて当院の看護師、心理士などと共同して研究を行っている。本年度は国立病院機構のネットワークを利用して、多施

設共同研究を計画している。私以外の後期研修医も厚労省班研究の研究協力者となって主体的に研究に取り組む者もいる。日々の臨床において関心を持ったことや疑問に感じたことについてテーマを立てて研究することは、臨床のモチベーションにもつながる。

当院では公費による外部研修の機会も与えられており、国内での様々な研修会への参加に加え、海外研修も可能であり、最近2年間にも米国やドイツにおける研修に後期研修医複数名が参加している。

7. 精神療法の研修とメンターの重要性について

以上、述べたように当院では多くの症例を経験でき、様々な教育や治療プログラムに参加することができる。ただし、指導医は多忙であり、個々の症例についてじっくり指導を受ける機会は少なく、退院サマリーのチェックもほとんどされない。また難治例などを2時間程度かけて討議する密な症例検討会がない。後期研修医にとっては自由な反面、成長するためには自律的学習態度が求められる環境である。私は後期研修3年目の時点で、仕事はこなせるようになったが本当に力がついていのだろうか、ことに自分の精神療法はこれだよのだろうか、など不安が強かった。精神療法のトレーニングを受けたいと考え、心理社会的精神医学研究所の西園昌久先生主催で開催される精神療法講座の受講を始めた。西園先生からは毎回1時間半程度の系統講義の後に、我々からの質問に答えるかたちで患者への接し方など平易な言葉で示唆にとんだ助言をいただくことができ、私にとっては貴重な研修の場となっている。この他にも外部のスーパービジョンのしっかりした症例検討会などにはできるだけ参加するよう努めている。

当院のみならず多くの施設において精神療法の系統的なトレーニングは難しく、精神療法は個々の指導医から各自のやり方で吸収するしかないのが現状のようである。精神療法の外部研修は有用であり、院内においても初年度だけでも基本的な精神療法の講義（面接時の患者との位置関係、時

間設定の有用性、話す速さや内容、転移時の対応の仕方など)があった方がよいのではないかと私は考える。

私は多くの医師の影響を受けたいと考え、指導医の多い当院での研修を開始した。1年目から症例ごとに異なる上級医の指導を受け、症例によっては複数の医師にコンサルトすることができた。確かに多様な医師像やものの考え方を知ることができたが、個々の症例において十分なスーパービジョンを受けたとは言い難い。精神科診療は他科に比べ治療のアウトカムがはっきり現れないことが多いので、自分の行っていることが正しいのかどうか時としてわからなくなることがある。教育分析とまでいかなくとも、患者との距離の取り方や薬の使い方など、自己の特徴をよく知る一人の指導医からマンツーマンで、時には厳しいことも言われ、しっかり指導を受ける時期が必要だったのではないかと思うこともある。これは先に述べた精神療法に関する不安とも結びつく。せめて後期研修の最初の1年間はしっかりとマンツーマンで症例をみる時期が必要なのではないか。もちろん、指導医とのペアによっては相性の問題なども生じうるが、シンポジウムの総合討議で「最悪の指導医も良い反面教師」とメンターの必要性を述べられた先生がおられたが、一人の指導医とじっくり交わる時期は精神科医のアイデンティティの形成においても必要なのではないかと考える。

8. メンタルヘルスの問題

シンポジウムの総合討議では若手精神科医のメンタルヘルスの問題についても言及した。初期臨床研修制度下の身体科のストレスフルな細切れローテートの後の精神科のゆっくりとした時間の流れへの急激な環境の変化は、アイデンティティの揺れを生じ、燃え尽き症候群の温床となっている可能性がある。私の同期の後期研修医は5名いたが、私も含め多くは精神科に来て3、4ヶ月目頃

に一過性の倦怠感、無気力感に襲われ、不思議と時期が一致していた。身体科的思考回路から精神科的思考回路へのスイッチの切り替えはそれなりのサポートが必要であるかもしれない。現在、欧州精神医学会の Julian Beezhold (英国) が中心となり、日本を含む世界 20 ヶ国以上で「若手精神科医師の燃え尽き症候群」についての調査が進行中であり、私も国内調査の分担研究員の1人であるが、その結果が待たれる。

当院では症例指導医とは別に、後期研修医毎に指導医を配し、その中間に若手の中堅医師をチューターとしてつけ、後期研修医が研修内容のみならずメンタルヘルスについても相談しやすいような配慮がなされている。また指導医への後期研修医からの指導内容評価も年に1度行われ、教育研修部長がチェックし、各指導医へフィードバックがなされている。

9. 結 語

初期臨床研修制度を経て、大学医局に属さない後期研修医の立場から、精神科研修を始めるにあたってどのようにして研修病院を選んだかについて述べ、大学病院外での研修の一例として、当院の研修システムと私自身の研修の実際について述べた。昨今の研修制度改革によって、僻地などの地域精神医療は破綻の危機にあるが、当院のように IT を利用した地方と都市の研修病院間の交流が病院の二極化の積極的解決策となる可能性がある。われわれ後期研修医が精神医学を学ぶ上で、精神療法の習得やアイデンティティ形成の困難さがあり、外部研修で補うことや院内における教育指導体制の見直しが必要である。

謝 辞

本シンポジウムの準備をするにあたって、日本若手精神科医の会や当院所属の先生方の教育に関する生のご意見を多数いただくことができました。この場を借りて深くお礼申し上げます。