

〈座談会〉「これからの精神神経学会のあり方を語る」

主催 社団法人 日本精神神経学会

期日・平成22年3月20日(土) 会場・東京ガーデンパレス「桂の間」

●座談会●

「これからの精神神経学会のあり方を語る」・後篇

出席者

司会 武田 雅俊(精神神経学雑誌・編集委員長)

山口 成良(平成8年6月～平成9年5月)

鈴木 二郎(平成9年6月～平成12年5月)

佐藤 光源(平成12年7月～平成15年5月)

山内 俊雄(平成15年6月～平成18年5月)

小島 卓也(平成18年6月～平成21年5月)

鹿島 晴雄(平成21年6月～現理事長)

(理事長就任順・就任期間)

企画・編集 田中 伸一郎(精神神経学雑誌・編集事務局長)

細田 眞司(精神神経学雑誌・副編集委員長)

再開

司会 それでは、後半に移りたいと思います。山内先生、小島先生、鹿島先生の順に、理事長時代の苦労話、あるいは学会の課題などをお話しいただきたいと思います。

山内 私は2003年5月から2006年5月までの任期でした。佐藤先生からの申し送りで、委員会の整理・統合・新設を考えて欲しいということ、担当理事を実際に活動できる人にして欲しいということ、「性同一性障害に関する特別委員会」と「高速バス乗取り事件にかかわる調査特別委員会」を継続して欲しいということがありましたので、その点に配慮して継続性を保つようにしました。

重点課題としては専門医制度の取り組みでしたが、司法精神医学への積極的な取り組みもありま

した。精神分裂病から統合失調症への呼称変更の問題とか、これに関係したアンチスティグマ委員会の問題もありました。また、WPA関連事業を今後どのように続けていくかも大きなテーマでして、「横浜宣言」あるいはアンチスティグマ問題、日本若手精神科医の会(Japan Young Psychiatrists Organization: JYPO)などが引き継がれました。

その頃には、それまでの理事長のご努力によって、理事会の雰囲気もかなり落ち着いた、静かに議論できるものになってきていましたね。先程は佐藤先生から以前は会員から乖離した理事会だけの学会みたいだったという話がありましたが、私は理事長を引き受けるにあたっての基本姿勢として「会員のための学会を目指す」ことを強調しました。会員が何を求めているのかを適切に把握し、



山口先生
佐藤先生
小島先生

理事会、評議員会は会員の負託に応えるように努力すべきであり、そこで決議されて実行されたことは会員から評価されるべきであると考えました。

それから、「社会的貢献のできる学会でありたい」と考え、精神医学・医療・福祉に関する責任ある専門集団としてエビデンスに基づいて意見を言うようにしたいと思いました。医学界や社会に対する学会の役割を果たすことで精神医学が正當に評価されるように努力すべきだと考えたわけです。

実はもう1つ、これは常任理事にだけ話して意見を求めたことですが、理事会での議論でしばしば見られた基本姿勢の違いのことです。すなわち、ある議案を決議するとき、いくつかの懸念すべき問題があるので反対という立場をとる人と、問題はあるがとにかく始めなければ事は進まないのだから始めようという立場をとる人があって、これまではなかなか事が進みませんでした。その中で、私は「現実主義をとることを信条とする」と表明しました。何が問題であるかを常に意識しながら修正し、現実対応すべきであるということを宣言し、さらには「理事会では効率的な議事運営を旨とする、理事として責任ある発言・行動を求める、理事会の決定は理事全体の責任である」ということを言いました。具体的には、時間を厳守する、会議の開始時間や終了時間は守って欲しい、発言は思いつきではなく簡潔に準備してからにして欲しいと言いました。

その結果、委員会の編成・統合・整理をやりまして、機能していないところはなるべくなくすようにして、いくつかに大分けし、各委員会をもう一度組み直しました。そして、監事の山口先生に中心になっていただき委員会の活動を評価するシステムを作りました。

2番目は、専門医制度を実行に移すことが大きなテーマで、私が「専門医制度」当時は認定医制度といっていました。委員会でも長いこと討議して、紆余曲折して「山内答申」というのができました。これは答申後、しばらく放っておかれて、このまま動かないのではないかと思いましたが、2000年5月の理事会で決めていただき、佐藤理事長の時代に、鹿島先生を委員長として、専門医制度を進める決議をして、いい格好で進み始めたという経緯があります。

3番目は、学会にとってWPAのインパクトは非常に強かったのですが、これを継続することが必要でして、学会の国際化をはかるということを考えました。WPAの剰余金が日本精神神経学会に付託されたので、これを使わせていただいて、秋山剛先生に国際担当をお願いしました。そのときに、若手精神科医の会(JYPO)に海外との交流を進めてもらい、今まで遅れていた国際化を一気に取り戻したいというのが私の考えでした。最初の黒船のときから多少は地道な活動に結びつけたわけです。さらに、武田先生からの提案で、英文誌を作ろうという話になって、日本精神神経学

鹿島先生
山内先生
鈴木先生



会に欠けていた国際性をはかり、これからいい方向に行くかなという期待を持ちました。

4 番目は、先程山口先生から話がありましたが、学会が厚労省から少しずつ相手にされるようになってきましたが、理事会は政策が出されると、いつも後追いで対応に右往左往していましたから、「学会としてエビデンスに基づいてもっとこうあるべきだということを提言するべきである」と主張しました。そのときに私の使った言葉で、「役に立つ精神科医」というのがあります。他科の医者に対して、精神科医がいればこんなに研修がよくなるとか、精神科医がコンサルテーションすればこんなに患者がよくなるということをわかってもらえて、精神科医はこんなに役に立つぞということを主張すべきであると考えていました。その一環として専門医制度があったと思います。

司会 ありがとうございます。山内理事長の時期に、「会員のための学会」という目標を掲げて、理事会のための活動に終わらないようになり、理事会の審議の進め方や対応の仕方が大きく変わって、現実的な対応ができる学会が活動し始めたわけですね。社会に貢献できる学会、あるいは正當に評価してもらえる精神医学を担当する学会としての活動が、少しずつですが、国際化とか英文誌のこととか、政策に対して一歩先を歩んで社会に役に立つコメントを出せるようにと進んでいったという話でした。この時期の日本精神神経学会の大きな様変わりに対して、どなたか補足はありま

せんでしょうか。

佐藤 確かに国際化が進みましたね。組織委員長の大熊輝雄先生から「せっかく横浜大会を開催したのだから、ぜひどなたか WPA の執行部に入ってもらいたい」と言われたことがあります。それが実現して、秋山剛先生が WPA の理事に入り、WPA 横浜大会のいい影響を生かせたのだと考えています。

司会 ところで、佐藤先生、日本精神神経学会と JYPO とはどのような関係にあるのですか。

佐藤 WPA 全体のプロジェクトとして、若手精神科医を育てるプログラムがあるのです。WPA 横浜大会を開催するにあたって WPA から学会に要請があり、英語ができて、各国から参加する若手精神科医向けの企画を実践できる人が欲しい、英語で座長やディスカッションができる、そういう若手を育てようということになりました。2002 年の WPA 横浜学会のあとも、全国から集まった若手精神科医が合宿で 3 日間にわたって英語で司会やプレゼンテーションやディスカッションの仕方を勉強する CADP (Course for the Academic Development of Psychiatrists) が毎年開かれており、若手精神科医の会 (JYPO) が組織されました。学会と WPA の関連組織で、本学会やさまざまな国際学会を中心に国際的な活動を続けています。

司会 ありがとうございます。それでは、続きまして、前理事長の小島先生にお話を承りたいと

思います。

小島 私は、学会が「会員のための学会」として動き始めた時期の 2006 年 5 月から 2009 年 6 月まで理事長をやらせていただきました。

私の方針としましては、精神医学・医療の立場から国民の医療・福祉に貢献していきたいということと、学会員の利益にも貢献するということで、また、積極的に対応するという覚悟でやりました。特に他学会との連携を重視しました。

1 つの大きな柱は「精神医学教育の充実」でした。私は卒後の臨床研修制度の中で、精神科の必修化に関与してきましたので、引き続きそれを推進していきたいと思いました。と申しますのは、将来他科に行ったり、政治や行政に関与したりするような人が、精神医学を理解しているかどうかは非常に大きな違いになると考えたからです。これからは、国民の精神保健あるいは健康を維持するには、一般科の医師たちが精神医学的な知識を持つことが重要だという観点から、精神科の必修化とその維持に力を注ぎました。これはこの学会だけでなく、精神科七者懇談会（以下、七者懇）の卒後研修問題委員会を中心に活動してきましたが、たまたま研修制度の見直しが一昨年から昨年にかけてありまして、精神科の必修化を何とか維持していこうということで、他学会、当該委員会、医道審議会、行政、あるいはメディアなどに働きかけを行いました。精神科の必修はもう無理だよと言われていた時期もありましたが、あきらめないで地道に運動することが重要ではないかと感じました。このような医療全体にかかわる問題の解決には、この学会が中心的役割を担うべきであり、例えば、メディアを相手に厚労省の記者クラブで会見するとか、いろいろなところに働きかけました。そして有力な方々のご尽力ご協力を頂いて、厚労省障害保健福祉課や文部科学省(文科省)にも影響を与えたのだらうと思っています。文科省から呼ばれて、精神科の卒前教育について話をしたいということもありました。この問題はさらに 5 年後の見直しに向けて精神科の研修の有効性をできるだけ客観的にデータで示していくな



小島卓也先生 (1941 年生)

ど継続的努力が必要です。

次に、山内先生がお膳立てしてくださった「専門医制度の定着」を実行に移しました。過渡的措置で計 8 回の試験を行い、新規試験の第 1 回が本年 1 月にとどこおりなく終了しました。それから生涯教育（更新制度）、指導医の育成（指導医講習会の開催）なども行って、専門医制度がほぼ定着したと思います。現在、合格専門医数は約 10,400 名、指導医数は 5,500 名で、現在の会員数が約 14,500 名です。2009 年度の学術総会がインフルエンザの流行のために急遽 5 月から 8 月に延期になったにもかかわらず、神戸総会参加者が約 5,000 名集まりました。専門医制度を中心にして学会がまとまってきたのだと思います。そしてこのことは学会がいろいろな問題に対応するのに非常に大きな力になってきています。専門医制度が定着するためには非常に多くの会員の方々にお世話になりました。とくに専門医制度に関連する多くの委員会の委員の方々、そして柴田学会事務局局長をはじめ事務局員のご努力に深く感謝致します。

それから、先程お話がありましたけれども、学会が積極的に日本の精神科医療に対しての提言や考え方を打ち出す時期に来ているということを考えて「精神科医療政策に関する委員会」を作りま

した。岡崎祐士先生を委員長として、委員が20数名いて、会合はたいいてい日曜日に開かれるのですが、熱心な討論を行っています。すでに20数回開催され、精神科医療政策についての推奨基準を、行政向け、国民向け、会員向けにそれぞれ作成し、厚労省のあり方検討会に対しても、非公式ですが意見を出してあります。また、七者懇が中心になって、去年11月の松沢病院の開院記念式典で、国民向けに「七者懇松沢宣言」を公表しました。これはいろいろなところで反響があったようですね。このように、精神科医療政策についても、学術団体として積極的に意見をまとめたものを提言していこうと今も活動しています。

精神科医師の偏在化の問題に対する「精神科医の実態調査」についても、水野雅文先生を中心にやってもらっており、今後のいろいろな問題の対策を立てる際の、基盤作りになるのではないかと考えています。

それから、他学会との連携を図る努力をいたしました。具体的な例をいくつか挙げますと、ADHDの薬物療法については児童青年期精神医学会、裁判員制度あるいは最高裁からの鑑定人推薦依頼については司法精神医学会と連携して委員会を作りました。それから、リタリン・コンサータ問題については日本神経学会、小児神経学会、臨床神経精神薬理学会と連携しましたし、クロザピン問題については臨床精神薬理学会、臨床研修制度の見直しについては七者懇の各団体、卒前教育の問題については精神医学講座担当者会議、医療心理師問題については医療心理師国家資格制度推進協議会、難民申請者への保護費停止勧告に対する抗議については多文化間精神医学会というように、本学会や他学会からの要望に対してお互いに積極的に協力しました。その結果、日本精神神経学会が、ある面で親学会的な役割を果たし、連携が一層緊密になったのではないかと思います。そして、厚労省や文科省から意見を求められることが多くなり、それに真摯に対応しているところですよ。

国際関係の強化としては、アジア諸国との連携

として、武田先生の総会のときからアジアの若手研究者を招聘していますし、ICD-11についても積極的に参加していますね。

もう1つ、学会英文誌の発刊ですが、フォリア刊行会の方から話が出まして、その間紆余曲折がありましたけれども、武田先生をはじめいろいろな方にご努力いただいて、先日(2009年9月)亡くなられた本多裕先生にもご理解いただいて、Psychiatry and Clinical Neurosciences (PCN)をこの学会に移管しました。その結果、投稿数の増加、査読の電子化、impact factorが1.394になり、海外の研究者との交流が増加するなど、学会の英文誌としてのPCNが積極的に活用されていると思います。それから、フォリア刊行会からの基金を寄附していただいて、フォリア賞が創設されました。そして2008年9月プラハのWPAのときに秋山理事がWPAの執行部に選ばれて現在活動中です。

以上のようなことを行いましたが、他学会との連携が一つの目玉になりましたし、その基盤には専門医制度が定着し、会員数が非常に多くなったことが大きかったと思います。

司会 ありがとうございます。小島理事長の時期には、専門医制度が始まって学会員数が約14,000人に増えて、この学会が、精神科医の親学会としての基盤とアイデンティティーを確立させて、それに伴って国際的にも行政的にも活動が広がると同時に、社会的な責任を果たすことも期待されるようになった、という感じでしょうかね。
山口 私の「金沢総会后40年をふり返って」という論文¹⁾がありますが、そこに会員数のグラフが出ています。1988年(昭和63年)まではなかなか上らなくて、当時、島蘭安雄先生は「このままじゃ日本精神神経学会はどうなるのか」と心配していましたね。認定医制ができたためでしょうが、小島理事長のときの2006年(平成18年)からウナギ登りに上りました(図)。

それから、私が卒業して間もないころ、外人から「日本の精神科医とはどういう人を言うのか」と聞かれて、困って「医師国家試験を終わって精

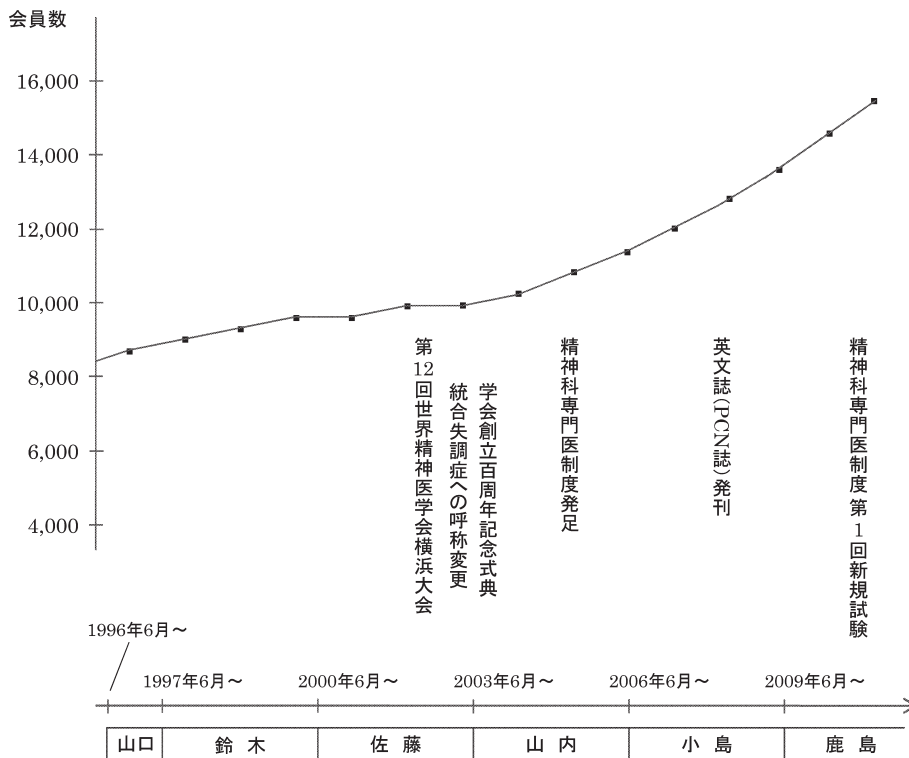


図 日本精神神経学会会員数の近年の推移

神科の医局に入った人が精神科医だ」と答えていましたが、今では堂々と「前期研修，後期研修を終わって学会の専門医試験を通った人が日本の精神科医だ」と答えられますね。海外と同じように言えるようになって、非常によかったと思います。

司会 山口先生がおっしゃったように，ボードシステムとしての精神科専門医制度が確立して，若い人にとってもそれが大きな魅力となって，学会が発展していき，対外的にも確固たる基盤を有する学会となったのだと思います。

山内 あとは，初期臨床研修制度において精神科が必修化されたことは重要なことだったと思うんですね。というのは，先程「役に立つ精神科医」と言いましたが，医学の中，医者の中，あるいは医学生の中で，精神医学というものの位置づけが弱くて，どの医者も口では「心の問題は大事だ」「精神的な面は重要視しなきゃいけない」と

言うのに，実際には精神医学がさほど役に立っていないし，重んじられていないということが長らく続いてきたと思うからです。残念ながら，初期研修制度の見直しで，精神科は選択必修になっちゃいましたけれども，小島先生の時代に，この学会が親学会として他学会と連携をとってきたことが結実したのだと思いますし，今後ともこの立場を失わないようにすべきだと強く思います。その背景には，小島理事長の時期に，この学会が親学会として他学会と連携を積極的にとってきたことがここに結びついているのではないかと思います。

司会 精神科の研修が選択必修になりましたが，5年後には議論を重ねて見直されるわけですね。鹿島現理事長としては今のメッセージをどう受けとめておられますか。

鹿島 その通りだと思います。また厚生労働省も精神科研修の重要性を理解していますが，種々の

事情で選択必修になったと思います。精神神経学会として精神科の必修化の必要性を主張していかねばならないと思います。研修医のためのDVDの作成などいろいろなことを考え、「初期臨床研修において精神科は必須のものである」ということをアピールしていきたいと思っています。

佐藤 私も臨床研修制度の精神科の必修化というのは本当に大きかったと思います。「精神医学とは何か」を実感、体感してもらう意味でも、誤解や偏見を軽減するアンチスティグマの意味でも、とても有効な手段になったように思います。一番誤解や偏見があるのは実は医者の方ですからね。

司会 病名変更のときに佐藤先生が大事にされていたのは、精神障害者へのスティグマを減らすことでしたが、一番偏見が強いのは、他科の医者だということもありますので、その意味でも、精神科が臨床必修化に残ったのは大きな意義があったということですね。

山内 我々精神科医がどのように精神医学を教育するかにも関係がありますよね。私よりも上の世代の医者は、精神医学の講義は哲学みたいでわからなかったという他科の医師が多く、そのことが、精神科に対する偏見に結びついていると思いますので、精神医学の教育は大切だと思います。

鹿島 アンチスティグマ委員会では、精神科医のセルフスティグマと医療者の精神障害に対するスティグマの国際的な評価と調査が始まると思います。日本は、外国と比べて精神科医の自己評価は高い方だそうですね。そういう問題も継続してやっていきたいですね。

小島 今、精神科は5科目の中の2科目をとるという選択必修に入っていますが、もう1つは、どうしてもレポートを書かなくちゃならない10疾患（A疾患）のうちの3つが精神科関連の病気なんですね。それもこの5年間のうちに見直そうという動きがあるんですね。それを何とか阻止しようということで、七者懇で要望書を作ったところですし、同時に、精神科医療政策などで精神医学の重要性、特に国民の精神衛生、メンタルヘルスが重要なのだという視点で働きかけています。

特に最近では、がん、循環器疾患、精神疾患が三大疾患だと言われていましたし、そういうことを前面に出して、国民にも他科の先生にも訴えていこうと思います。いろいろな角度から「精神科は大事なのだ」ということを打ち出していったら、これらを1つの運動みたいな形にするのが大事なのではないかと思っています。

山内 そのときに、学会として何かいい切り札みたいなものがないかと私は思っています。というのは、無力感を感じるの、全国の医学部長・病院長会議などで初期研修制度の報告のときに、精神科は本当に一笑に付されるんですよ。80大学の中で私が発言したって聞き流されちゃうという感じもありますので、ああいうところに、精神科の重要性を示すエビデンスを提示してなんとか楔を打ち込みたいですね。

小島 そこで選択必修で精神科研修をやった医師とやらなかった医師で患者に対する接し方、理解の仕方、障害者に対する見方などの違いを客観的にデータとして取り出したいと考えています。このようなデータを精神科の教授の先生達に利用してもらいたいと思っています。

鈴木 開業してから5年間ずっと感じているのは、地域で開業している他科の先生たちは、精神科をものすごく重視しているということです。よく意見を聞きに来られます。他科の先生は「精神科がいるので助かりますよ」とか「先生に診てもらって、あと残った分は私が治療しますよ」というようなことで評価してくれますね。なかには精神科医の方にもどうも力が足りないと感じる方もいらっしゃるんですが。

振り返ってみますと、私が大学教授のときには、他科の先生に対する働きかけが十分でなかったと思います。実際に、精神科の患者さんはよく治るわけです。内科の患者さんと比べてもかなり治ると思いますよ。ですから、学会としてその辺の所も考えていかなきゃならないでしょう。

司会 この座談会に参加している者の中では、鹿島先生と私とが大学に勤務していますが、精神科が大学で発言権が弱いのは、収入が少ないからだ

と思うんですね。ですから、例えば、精神科の入院料を上げるとかで、学会全部が力を合わせてやっていくのが学会の大きな役目というところもあるんだろうと思います。

小島 今、それを精神科医療政策委員会でやっていますよ。

鈴木 私は精神保健福祉政策学会で、総括的な提言を作っています。

小島 あと、これからは「精神科医の質の向上」が大きなテーマになると私は思いますね。精神科医は、専門医制度ができて試験があるということで質を上げることができると思います。

山口 私は第1回の新規試験の面接をしましたが、過渡的な面接試験のときの受験生と比べて、新規の人の勉強の仕方とか受け答えを見てみると、能力は向上していると感じましたね。ただし、中には「うーん…」と首をかしげるような人もいましたので、学会として、その病院が本当に研修病院として適切なのかということを調べた上で認定するようにしないといけないと思います。今はまだ玉石混交だと思います。

司会 それでは、最後に鹿島現理事長に、現在の問題や将来どのように学会を引っ張っていかうと考えておられるかについてお話しいていただけますか。

鹿島 私は2009年6月に理事長を引き継ぎましたので、まだ1年経っておりません。ここにいらっしゃる歴代の理事長のもとで、日本精神神経学会はWPA横浜大会と専門医制度をはじめ多くの重要な活動を行ってきました。理事長としてお話しする前に、私が理事になったときからのことについて話させていただきます。

私が理事になったときに、学会認定医、当時は専門医ではなく認定医とっていましたが、学会認定医の準備委員会とガイドライン作成委員会の2つの委員長の指名を受けました。そのときからの経験が今につながっています。認定医は、長年、学会で議論が続けられてきた問題でした。委員長として考えたのは、賛成意見というものはもちろん大切ですが、むしろ反対意見の中で具体的な議論がされてきたのではなかったかということです。

当時の理事会は、佐藤先生が「理事は全員発言するように」と言われたこともあって、具体的、現実的な発言がたくさん出てきたということがありました。また、ガイドライン作成の委員会では、エキスパートコンセンサスガイドラインとして統合失調症と気分障害のガイドラインを策定し、またm-ECTに関するものも作りました。厚生労働省から研究の助成金をもらっていたのですが、3年目に報告書を出した際に、厚生労働省から「ガイドラインは学会でオーソライズされたものかどうか」と確認がありました。このことで、ガイドラインの策定は大きな責任を伴うもので、策定後の「受け皿」の整備などをきちっとしないといけないと痛感しました。m-ECTはリコメンデーションという形になりましたが、残りのエキスパートコンセンサスガイドラインは、学会の承認は得られていないままです。

これらのことがあって理事長を引き受けましたが、現在、学会員数が増え、それとともに学会の性格も変わりつつあると思います。会員は精神科医療、精神医学に関わるさまざまな方々が入られています。日本精神神経学会とは何かと聞かれ



鹿島晴雄先生 (1945 年生れ)

ば、当たり前のことですが学術団体であるということになる。それが最大公約数ということです。学術団体である精神神経学会の大きな役割としては、専門医制度とガイドラインがあると思います。ガイドラインについては、治療でも診断でも、先進的なものも重要ですが「これは最低限必要だ」というようなミニマム・リクワイアメントのようなものから策定することが良いかと思っています。先ほど申しましたが、私は、ガイドライン作成に伴う社会的責任を果たし対処しうるような「受け皿」組織を、専門医制度の委員会と同じような形で作っておく必要があると考えています。

学会の規模の拡大とともに、今後は学術団体として、さまざまな方面からいろいろと意見を聞かれることも多くなり、ますます社会的責任が大きくなると思いますし、現にそのようになってきています。しかしながら、日本精神神経学会はまだそれに応じられる体制が十分には整っていないと思います。特に多くのさまざまな情報を収集し、整理し、常に議論ができるような情報収集管理の体制が必要と考えます。現在、関連情報を常時モニターする人を雇おうという話になっています。

また学会の規模の拡大の結果、学術総会の性格も変わりつつあります。参加者も5,000人を超え会場の問題とともに、研修医や専門医、卒後教育のなどプログラムの内容をどのようにしていくかの議論が必要だと思います。さらに前から言われていますが、学会事務局については人的、物理的に限界に近い状況であり、喫緊の課題として、現在早急に検討を進めています。

日本精神神経学会は、社会的に責任のある学術団体として、専門医制度をさらに充実させ、ガイドライン策定に関する受け皿を含んだ組織作りなどを行っていきたいと考えています。

司会 鹿島理事長には、現在の学会のかじ取り役として「日本精神神経学会は基本的に学術団体である」という力強いコメントをいただきました。政策を論じるとか、イデオロギーを論じるとか、経営を論じるとかではなくて、「基本的に学術団体である」という性格を堅持して、専門医制度を

きっちり確立し、ガイドラインを確立して、政策に対する意見を求められた場合にはソリッドな意見を言える体制にしたいとのことでした。

山内 「受け皿」とはどういうものですか。

鹿島 現在の精神神経学会のような大きな学術団体がガイドラインを策定した場合、当然、社会的責任が生じると思います。ガイドラインに対する質問や意見への対応や、また変更や修正も必要になると思いますが、それに関わる組織という意味です。そのような組織なしに、ガイドラインを出すのはむしろ弊害もあるかと考えます。ガイドラインの策定は、学術団体として専門医制度に並ぶ重要な使命であると考えます。例えば、情報管理のミニマム・リクワイアメントのようなガイドラインから始めていきたいと思っています。組織には人員も費用もかかりますが、是非、検討したいと思っています。

山内 それは、継続性のあるメンバーで組織され、1つ1つの問題についてフォローをしていくようなイメージですか。

鹿島 そうですね、組織としてはかなり大きいものになるかもしれません。顧問的な委員と具体的に策定に関わるある中堅や若手の委員がいて、委員の交代も行っていくような柔軟な組織が望ましいと思います。資金的な余裕があれば、このような組織を作ることができるのではないかと考えています。

山内 つまり、「組織」ですよ。理事会や学会という組織が任期で3年毎に変っちゃうという問題があって、理事はみんなどこかで働いたり、教授をやっていたりで兼業ですよ。そのために、なかなか人が集まってくれないし、忙しいですよ。僕が理事長をやっているときに、外国の先生から「週に何日、あなたは学会本部にいるのか」と聞かれて、「週に1日」ってなかなか言えませんでしたね。そういうことを考えると、現在の学会の組織は、継続的な対応という意味では、非常に問題があると思います。

鹿島 顧問のような人がいてもいいのでしょうか。中堅や若手の人がローテーションで積極的に

かかわれるような組織ができればと思います。

山内 すごく重要なことですよ。そういう対応のできる、継続性があるものをどうやってこの学会の中に作るのか、今のような3年毎に選挙される理事の構成でそういうことが担保できるのか、という問題はありますね。

鹿島 おっしゃるとおりで、継続性は必要です。なかなか難しい問題ですが、なんとか考えていきたいと思っています。先ほど申しましたが、ガイドライン作成委員会を任せられて、3年目にガイドラインを報告書として出して、「会員の意見を広くきくことが必要であり、精神神経学会としてはすぐにはオーソライズできない」と厚生労働省に答えた経緯がありました。そういったことなどありまして、きちっとした組織を作らないといけないと思っています。

鈴木 APAは、今までそういう役員を何人か置いてきていたんですよ。ところが、ある人が、有名な精神科医で業績もある人なのですが、学会のお金を握ってしまったということがあって、その問題が表に出てしまったということがあるようなので、責任者みたいな人を常駐させるのにはどうしても慎重になりますね。

佐藤 私が、治療ガイドラインの作成を鹿島先生にお願いしたのですが、あのときはAPAを含めて他にもいろいろな学会で、「スタンダードな考え方というのはこうですよ」というリコメンデーションを出していたわけですが、それらはエビデンスベースのものです。民事訴訟には使えないのが前提になっていますが、日本精神神経学会が学術団体としてそうした治療法のリコメンデーションを出すべきだと思ったわけです。

これからも引き続き、主な精神疾患について検討していただきたいと思っています。学術団体であれば、一般会員が専門医制度をとるときの研修内容を満たせるような標準的な知識を提示するべきであろうと思います。ただ、APAのように定期的に改訂していく専門的な組織を作ることが、今の日本精神神経学会において現実性があるかどうかは、経済的な面を考えると難しいかもしれません

ね。

1つの方法として、講座担当者会議にも協力してもらって、それをオーソライズするとカリバイズするとかいう方法もありますが、社会的責任というのを厳密にとらえて、それに見合う組織をこの学会の中に作るようになったら大変だろうと思いますね。

鹿島 確かに、経済的なこと人的なこと、組織作りは多くの問題があると思います。検討していきたいと思っています。ミニマム・リクワイアメントのことですが、例えば、情報管理について必要なラインなども決まってないんですね。そういうものはとりあえず作れるのではないかと思います。その後の変更も必要と思います。それで、持続的な組織を検討し、ミニマム・リクワイアメント的なものを検討していきたいと思っています。

佐藤 ぜひ実現をしていただきたいですね。

司会 他には何か現理事長への期待や励ましはありませんか。

鈴木 最後に3つほど言いたいことがあります。

最初は、1969年の金沢学会を知らない人が学会の役職をやっているという現実があつて、どっちが正しかったどっちが正しくなかったという問題ではなく、あれが精神科医にとっていかに苦いものであったかを歴史の上できちんと語らなければいけません。この40年間、私が理事長になってから改善されたと多くの人が言っているので、苦渋に満ちた歴史があつたということ、なぜそれが起こったかということを今の学会員の方にわかっていただく必要があると思います。

次に、それとつながりますが、倫理問題です。研究倫理の憲章みたいのがありますが、それは今後また問題になるでしょうし、現在は、コマーシャルイズム、製薬会社の宣伝がものすごく精神科医をむしばんでいるという事実があります。アメリカではすでにその反省が出ていて、APAは製薬会社のスポンサーを減らすことに踏み切ったという話も聞きますので、我々も研究倫理をちゃんと考える必要があると思います。

最後に、この学会は、専門医ができて学会員数



鹿島先生
山内先生
鈴木先生
武田先生
小島先生
佐藤先生
山口先生

がものすごく増えましたが、学術総会では、朝登録に行ってから、どこかに消えて、夕方にまた顔を出すという人がかなりいるという話を聞きます。人気のある講演にはたくさん出席しているらしいですが、ですから、専門医制度ができたからといって喜んでばかりはいられないという気がします。学術総会の会長、理事長の姿勢が問題になりますが、学会というのは「自分の考えを出してみんなに問う」というのが本来だと思うので、その姿勢で、オリジナリティーを重んじて欲しいですね。教育講演やシンポジウムが多過ぎて、精神神経学雑誌に1年たっても載らないのではないかという話を聞くと、ちょっと驚いてしまいます。さらに精神神経学雑誌編集委員会の姿勢と質の向上が必要だと思います。

山口 ミニマム・リクワイアメントに関して、私の考えは逆で、治療ガイドラインを作るとき、理想的なものをうたうべきだと思います。例えば、m-ECTでは、海外では、日本の従来型ECTを問題視しているようですね。ご承知のように、日本におけるm-ECTの導入は、国公立病院では90%近いけど、精神科病院では28%なんです。ですから、私は日本でECTをやる場合、やはり理想論を言って、m-ECTにすべきだというガイドラインを作っていただきたいです。

鹿島 説明が足りませんでしたね。さまざまな研究班などで先進的なガイドラインが作られていますが、種類も数も多く、またその後のリバイズのことなどもあり、既存のガイドラインのためのガ

イドラインが必要であるみたいな話もあるくらいです。ご指摘の通り先進的なガイドラインは非常に重要ですが、そのためにはしっかりとした組織が必要と考えますので、学会としては、まずはミニマム・リクワイアメントのようなものから始めて、組織作りと並行して考えていきたいです。

佐藤 それに関連してですが、今はパーソン・センタード・ケア、要するに「人中心の医療とケアをやろう」ということで、精神医学・医療、福祉保健あるいは他の関連領域との連携が大切になってきて、その中で「精神医学とはどんなものなのか」という特性や守備範囲が問われていますよね。そういう意味でもガイドラインは非常に大切でして、「これが精神医学だ、精神医療だ」という理解を福祉側から見てもわかるようにとか、関連領域の知識を整理するためにも、まずはガイドラインの作成が必要でしょうから、今の先生のお話を伺って、どうか実現していただきたいと思いました。

鹿島 他にも、例えば、「精神科医として精神療法とは一体どういうものなのか」ということに関して、最大公約数的な意見はあるべきだろうと思っています。

小島 これから、精神科医はコ・メディカルとの連携、他職種チームの中で活動することが必要になってきますよね。その中で精神科医がどんな役割を果たしていくかをきちんと定めて方向性を見つけていくことが重要だと思います。精神科医は、認知行動療法などいろいろな精神療法の話が出て

きますと、ある面では不安定になります。それは自信がもてないからでしょうね。基本的な精神療法の知識と技能をしっかりと身につけて、その上で薬物療法など生物学的治療や社会的治療を統合的に使うことができるようになります。そしてチームの中での役割を果たしていくという「アイデンティティー」というか「覚悟」が必要なのではないかなと思います。

それと、先程の「精神科医の質の向上」と「ガイドラインの作成」は重要だと思いますが、もう1つ、これまで不十分だった「会員に対する広報活動」が必要ではないでしょうか。先日、きれいなホームページができましたので、学会員にいろいろな情報を公開していきたいですね。

そのために、たくさんの業務に対応できるような事務局体制を整備することが必要であり、事務局職員が日曜日も休めず、夜遅くまでやるのではなくて、普通の形で対応できるような体制にしたいと思っています。

山内 事務局の問題は牧さんの時期から延々と続いている大きな課題です。

それから、ガイドラインの話で補足したいのは、専門医制度というのは「精神科医のベースとして

これをクリアしなきゃいけない」という基本的な素養について言っているだけなのですが、その上にスペシャリティーがいっぱいあるわけです。同じ治療をするにしても、精神分析による人もいれば、薬物による人もいて、それは全く自由裁量になっていますので、その辺をどうするかということは、コ・メディカルとの関係とか、守備範囲をどうするかとか、精神科医のアイデンティティーはどこにあるのかという問題につながっていきますよね。専門医制度はその1つ手前の話ですから、実は「精神科医はどうあるべきか、どういうことをやるべきか」という次の段階のテーマをわれわれはとして明確化し、追求していかなければならないと思います。

司会 山内先生、本日の座談会を締めくくるにふさわしいコメントをいただきましてありがとうございます。先生方、本日は長時間になりましたが、どうもありがとうございました。

閉 会

参考文献

- 1) 山口成良：金沢総会後 40 年をふり返って一将来への展望，精神経誌，111(8)：984-988，2009