

特集 精神科専門医取得のための研修にかかわる問題点

自治体病院ならびに総合病院における精神科後期研修の受け入れ

川副 泰成¹⁾，藤原 修一郎²⁾

1. はじめに

本学会の精神科専門医制度の研修ガイドライン（施行細則別表）の研修方法には、研修医自身が通常の診療の中で経験できる事項以外には、講義、指導医の診察の見学と指導、回診、診断書などの作成、症例検討会、教材の使用、他科や他施設との交流、地域活動への参加、学会や講演会への出席などが挙げられている（表1, 2）。研修施設側が研修医に提供できるものとしては、①経験を要する症例群が通院・入院で受診していること、②総論的あるいは疾患各論的に講義などを含めて指導できる指導医群が同僚にいること、③陪席やカンファレンスの実施、院外研修の機会の提供、とまとめることができよう。

本論文において筆者は、主な総論的あるいは疾患各論的な領域について、それぞれ（1）十分な症例の診療が経験できるかどうか、（2）当該症例に関する指導ができる指導医がいるかどうか、（3）講義などの座学ができるかどうか、などに着目した。近年、業務量に比較して医師数の不足が深刻化している自治体立精神科病院と有床総合病院精神科にアンケート調査を依頼し、その集計結果から専門医研修の実情について報告する。

2. 対象と方法

1) 調査対象

全国自治体病院協議会精神科特別部に所属する全ての精神科単科病院（40施設、以下「自治体単科」と、日本総合病院精神医学会が定期的

に実施している基礎調査の対象になった有床総合病院精神科のうちで地域分布を重視して選択した施設（60施設、以下「有床GHP」）。

2) 調査方法

ガイドラインで挙げられた経験すべき疾患（病名）、治療場面、治療形態について、（1）十分な症例の診療が経験できるかどうか、（2）当該症例に関する指導ができる指導医がいるかどうか、（3）講義、教材、ビデオなどによる座学や見学ができるかどうか、施設側に4段階で自己評価をして頂いた（表3）。また、病床数、指導医と専門医研修者の数、研修者の平均的な在籍年数、意見などを記入して頂いた。

3. 結果

1) 依頼・回答の状況（表4）

有床GHPでは業務が多彩で診療科の責任者自身が診療に相当の時間従事している上、事務担当者に回答を指示しにくく、回答率が低くなりがちであるのは十分予想できた。回答数、空欄が多いものを除いた有効回答数ともに、結果的には自治体単科とほぼ同数になった。

2) 基礎属性など（表4）

総病床数は有床GHPが多く、精神病床数は自治体単科が多かった。回答した有床GHPの多くは1個病棟だが、2個以上の病棟を持つ所も26カ所中10カ所前後あったようだ。多くは3～5年

著者所属：1) 国保旭中央病院神経精神科（現：神奈川県立精神医療センターセリがや病院）

2) 地域精神医療ネットワーク

表1 精神科専門医制度規則施行細則 (抄)

第19条 (研修施設の認定基準) 4. 共通事項
(1) 研修プログラムがあること。
(2) 第26条規定する指導医がおり、なおかつそのなかから指導責任者を置くこと。また、指導医は所定の指導医講習会に参加していること。
(3) 基本的知識について講義があること。
(4) 実習検討会、症例検討会、ケーススーパービジョン (外来症例も含む) が行われていること。
(5) 診療科スタッフ会議に研修医も参加できること。
(6) 学会・講習会への研修医の出席が保障されていること。
(7) 研修に必要な図書が整備されていること。

表3 アンケート調査における自己評価基準

(1) 症例の診療経験
A. 患者の担当に特に配慮することなく十分経験できる
B. 経験することは可能だが担当が偏らないよう配慮を要する
C. 該当する患者の受診が少ないために経験することは稀である
D. 実際上経験することは困難である
(2) 指導医の存在
A. 指導できる指導医が必ずいる
B. 特定の指導医の個人的な努力に負っている
C. 指導できる指導医はいないことが多い
D. 実際上指導は困難である
(3) 座学などの機会
A. 対応する体制があって実績が十分ある
B. 対応することは可能だが実績は少ない
C. 対応した実績はほとんどない
D. 実際上対応は困難である

表2 精神科専門医制度研修ガイドライン (抄)

2-3. 経験すべき疾患 (病名)
①統合失調症 (10/2)
②気分 (感情) 障害 (5/1)
③精神作用物質による精神及び行動の障害 (2/1)
④症状性を含む器質性精神障害 (4/2)
⑤児童・思春期精神障害 (2/1)
⑥神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害 (5/2)
⑦成人の人格及び行動の障害 (2/1)
2-5. 経験すべき治療場面
①救急 (5/1)
②行動制限 (5/1)
③地域医療 (5/1)
④合併症, コンサルテーション・リエゾン (5/1)
2-7. 経験すべき治療形態
①入院治療 (25/3)
②上のうちで非自発的入院治療 (15/2)
③外来治療 (20/2)

() 内の数字は、各カテゴリーの (経験症例数/症例報告数)

表4 依頼・回答状況と回答施設の基礎属性

	自治体立精神科病院	有床総合病院精神科
総数	40	255
発送数	40	60
回答数	26	29
有効回答数	26	27
総病床数	273±154	701±250
精神病床数	246±144	69±58
精神科指導医数	5.5±4.2	2.5±1.4
専門医研修者数	3.6±3.6	2.1±1.8
平均的在籍年数	2.1±0.7	2.0±0.7

病床数, 医師数等は平均±標準偏差

次と思われる研修者の数は自治体単科が多いものの、指導医数の差の方がさらに大きく、有床GHPにおける指導の苦勞が予想された。当該施設への平均的な在籍年数は2年余りで、両者の間に差はない。

3) 自己評価の判定 (表5)

総論, 疾患, 治療場面, 治療形態の25項目に

ついて症例, 指導医, 座学の3つの側面で自己評価をして頂いたので、合計75項目についてAからDの評価がそろふことになる。煩雑で紙幅の問題もあり、ここでは以下のようにまとめて集計した。

すなわち、《症例》はAで《指導医》および《座学など》の両者がともにAまたはBの場合には「評価1」、《症例》、《指導医》、《座学など》の

表5 ガイドライン総論・経験すべき項目毎の回答施設側の自己評価

		自治体立精神科病院				有床総合病院精神科			
		評価1	評価2	評価3	合計	評価1	評価2	評価3	合計
総論	I患者・家族との面接	20	5	0	25	24	3	0	27
	II疾患と病態の理解	21	4	0	25	23	4	0	27
	III診断と治療計画	22	3	0	25	24	3	0	27
	IV補助検査法	16	9	0	25	23	4	0	27
	V薬物・身体療法	19	6	0	25	23	4	0	27
	VI精神療法	19	6	0	25	14	13	0	27
	VII心理社会, リハビリ	21	4	0	25	11	16	0	27
	VIII精神科救急	18	7	0	25	17	10	0	27
	IXリエゾン	5	16	4	25	23	4	0	27
	X法と精神医学	15	10	0	25	7	18	2	27
	XI医の倫理	18	7	0	25	18	9	0	27
疾患別	①統合失調症	21	5	0	26	19	8	0	27
	②気分(感情)障害	22	4	0	26	21	6	0	27
	③精神作用物質	18	8	0	26	11	15	1	27
	④症状性・器質性	9	17	0	26	23	4	0	27
	⑤児童・思春期	11	13	2	26	8	17	2	27
	⑥神経症, ストレス関連	19	7	0	26	23	4	0	27
	⑦成人の人格障害	17	9	0	26	15	12	0	27
治療場面	①救急	19	7	0	26	17	10	0	27
	②行動制限	23	3	0	26	21	6	0	27
	③地域医療	18	7	1	26	14	12	1	27
	④合併症, リエゾン	8	15	3	26	23	4	0	27
治療形態	①入院治療	24	2	0	26	22	5	0	27
	②うち非自発的入院治療	24	2	0	26	20	7	0	27
	③外来治療	22	4	0	26	20	7	0	27

一部に記載漏れがあったため、合計が一致しない。評価1~3については本文を参照

いずれもがCまたはDの場合は「評価3」、1と3以外の場合を「評価2」とした。

自治体単科は総論のリエゾン、疾患別の症状性・器質性、児童・思春期、治療場面の合併症などで対応が困難な傾向があった。有床GHPは総論の精神療法、心理社会療法、法と精神医学、疾患別の精神作用物質性、児童・思春期、治療場面の地域医療などで対応が困難な傾向があった。

4. 考 察

1) 症例群の受診

自治体単科は、コンサルテーション・リエゾン、合併症、症状性・器質性精神障害については、正しく単科病院ゆえに研修に限界があろう。同一開

設者の他科の病院と相互連携を図ることによって、こうした限界を補っている施設もあった。また、児童・思春期精神障害については、十分対応できる施設がある一方で、小児病院で対応しているために限界のある施設もあった。

有床GHPは、一定の時間を要する精神療法、心理社会療法、地域医療については、「スケールメリット」がない中で対応は容易ではない。精神作用物質性、児童・思春期も同様の事情はあるが、消化器科や小児科が併設されていればリエゾ的なニーズがある。一般医療への連携に追われる中で「法と精神医学」領域への対応は容易ではないが、地域からの要請があるのも事実である。

2) 指導医の配置

現実に、生涯にわたってあらゆる領域に精通し続ける指導医は少ないであろう。比較的近隣の地域において(準)専門領域に通じた指導医群が連携し、施設間で交流する必要もある。例えば、全国的に本学会と他の専門領域の学会が連携することによって、各地域で連携が始まるための基盤を整備することになるであろう。

なお、「スケールメリット」のある単科病院などでは、指導医から研修者までの医師層を2~3以上の「グループ」に分け、緩やかな集団による診療、「屋根瓦方式」の相互研鑽を検討してはどうだろう。また、小規模の有床GHPであっても、「ペア」による活動が考えられるのではないか。臨床研修病院であれば、研修医も含めてよいかもしれない。筆者の勤務先では「グループ」での診療を試み、異動などの機会を捉えて構成員を入れ替えている。ただし、個々の医師の志向性などがあり、検討の余地は少なくない。

3) 座学などへの取り組み

ガイドラインで挙げられたカテゴリーの中でも、要点を押えた比較的短時間の講義などを行えば後は症例の経験やカンファレンスの積み重ねで研修の実が上がる領域と、ある程度包括的に講義や抄読会などを続ける必要のある領域とがあるように思われる。昨今、研修者向きの書籍の復刊もあるようだが、専門医による自習ないし抄読に適した成書、ビデオなどの教材が数種類流通し、充実することが望まれる。

有床GHPでは、一般医療とリエゾン、合併症、他の特色のある領域に重点を置き、座学などを全領域で実施しなくてもよいのではないか。他方、単科病院では、症例が多くないカテゴリーにおいても座学などの機会を提供していくべきではないか。

5. おわりに

本調査は自治体単科、有床GHPを対比して検討したが、優劣を比較する趣旨ではないことは言うまでもない。自治体単科は精神保健福祉法第19条の7で都道府県に義務づけられていながら、精神衛生法の制定(1950年)以来設置されないままの県が存在する。有床GHPは精神科医療全般の第一線に立つことが期待されながら、施設数の減少が明らかにされている。

それでも、将来の精神科医療を担う若手医師が研修を行う臨床現場として、これら両者が今一度創意工夫を重ね、専門医研修を受け入れることを期待したい。専門医制度がよいよ移行措置の時期を過ぎ、若手医師が臨床研修を経て専門医となり、さらに彼らが次の研修者を指導する、そうした循環がよりよいものとなることを望む。

謝 辞

診療その他の業務で御多忙の中、御回答を頂いた自治体立精神科病院と有床総合病院精神科の皆様、厚く御礼申し上げます。また、筆者が勤務し、臨床医として研鑽を積んだ国保旭中央病院の同僚の皆様の御指導に、改めて感謝する次第である。