

2 章

精神科研修

——国民病としての精神疾患についての学び

森 隆夫

2004(平成16)年度から始まった現行の初期臨床研修制度については、当時の厚生労働省からの公開文書に以下のような記載がみられた。

「我が国の医師数は人口10万対200人を超え…(略)…医療機関における事故が絶えないことなどから、国民の医療安全に対する信頼が揺らいでいる。医療は専門化が著しく…(略)…医師と患者のコミュニケーションを大切にしたい全人的な幅広い診療能力の欠如を生じる結果にもなっている」

このように、初期臨床研修制度では、適切な指導体制のもとでプライマリ・ケアを中心に幅広く診察能力を有した医師を育成すること、特に医師としての人格を涵養するための研修が必要であることを明示したのである。そして、それまでの卒後の臨床研修に対して、「専門に特化した臨床研修が行われることで『人を診ずに病気を診る』と評されるようになり、必ずしも医療ニーズの変化に対応した臨床研修が行われていなかった」と厳しく評価した。

さて、精神科の初期臨床研修が、なぜ全ての医師に必要なのであろうか。なぜ、必修になったのであろうか。

2018(平成30)年3月の厚生労働省医道審議会の医師臨床研修部会の報告書には、精神科に関連性が高く経験すべき症候がいくつか明示されている。これらについては、本書の中で症例を挙げて解説することになるが、明示された症候を学ぶことだけが精神科研修の意義ではない。

私たち医師に求められているものは、目の前の患者に対して、現在の病状を正確に把握し、それに関連すると思われるさまざまな要因を集め検討・分析し、その患者の求める医療を把握したうえで、その患者に最も適切な医療を実行していくことである。そのためには、医学的な知識や技能はもちろんであるが、多角的にものを捉える力やコミュニケーション能力、そして信頼を得る態度や幅広い分野にわたる見識が必要になる。

精神科の研修では、医療者は患者の人権を尊重し、精神・身体・社会・倫理といった各面を総合的に考慮して治療を進めていくことを学ぶことになる。そして、患者-医師関係に十分に配慮した医療面接や診察法を具体的に研修する。また、医師が身につけるべきプロフェッショナルリズムとして、「人間性の尊重」や「他者を尊重する態度」を実践する場も提供されるだろう。

ところで、現行の障害者基本法は、身体障害、知的障害、および精神障害の三障害一元化の観点から施行されている。しかしながら、三障害のうち精神障害は最も国民から理解を得られておらず、そのため精神障害者は、現在もさまざまな偏見と闘わなければならない状況が続いている。特に問題なのは、「精神科を標榜していない医師が精神障害者へ偏見をもっている」と指摘されることである。

以上のようなことから、精神・身体・社会・倫理といった各面を総合的に配慮で

き、偏見をもたないバランスのとれた医師になるためには、精神障害を正しく理解することが必須要件の一つといえるのである。

さて厚生労働省は、2011(平成23)年、医療法に基づく医療計画を作成するうえでの主要疾患とされる、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の4疾患に、精神疾患を追加して5疾患とした(5疾病・5事業^{*1})。そして、2013(平成25)年以降、全国の都道府県が提出する医療計画には、精神疾患が加えられることになった。さかのぼる2000(平成12)年に世界保健機関(WHO)は健康寿命^{*2}にうつ病が大きく関与することについて報告しているが、それに10年遅れたものの、厚生労働省は精神疾患を予防や対策が必要な重大な「国民病」として位置付けたのである。その後も、2013(平成25)年にはアルコール健康障害対策基本法が、2018(平成30)年にはギャンブル等依存症対策基本法が成立するなど、精神科領域に関わる基本法の成立が続いている。

厚生労働省の患者調査による精神疾患の患者数は、2005(平成17)年以降300万人を超え、1999(平成11)年の204万人から比較すると2017(平成29)年には約2倍の419万人にまで増加し、現在も増え続けている。すなわち、精神疾患はプライマリ・ケアの場面においても遭遇する機会が極めて多い「国民病」であり、その点からも精神疾患について学ぶことは必要不可欠となっている。

以下に、精神科(精神疾患)を学ぶうえで一般診療科とは異なる特徴について、いくつか触れる。

一般社会での出来事との関連

精神科は、社会で起こっているさまざまな問題と大きな関わりをもつ診療科である。例えば、少子超高齢化を迎える日本において認知症問題は大きな課題となっているが、現在その機能が期待され、全国に配置されている認知症疾患医療センターの多くは、精神科がさまざまな形で関与している。

また、昨今社会問題となっているひきこもり対策や児童あるいは高齢者への虐待、DV、自殺対策、産業保健分野(ストレスチェックなどを含む)、緩和病棟の緩和ケアチームをはじめとするリエゾン精神医療から司法の領域(司法鑑定などを含む)、災害の際のDPAT^{*3}や近年必要度が高まっている被災地での心のケア、そして行政(保健所の精神保健相談などを含む)に関わる領域など、精神科が関与している分野は実に多岐にわたっている。

さらに、ICD-11に新たに引き上げられることになったゲーム行動症<ゲーム障害>をはじめとする依存症問題や、近年クローズアップされている妊産婦の心の問

*1 5疾病・5事業とは、5つの疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患)および5つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む))のことで、現在では5疾病・5事業ごとに、必要な医療機能(目標、医療機関に求められる事項など)と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、地域の医療連携体制の構築を目指している。

*2 健康寿命とは2000(平成12)年に世界保健機関(WHO)が提唱した概念で、「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」と定義されている。日本においては、健康寿命と平均寿命との間には10年以上の開きがあり問題となっている。

*3 DPATとは、災害派遣精神医療チーム(Disaster Psychiatric Assistance Team)の頭文字で、自然災害や航空機・列車事故・犯罪事件などの集団災害の後、被災地域に入り、精神科医療および精神保健活動の支援を行う専門的なチーム。

題など、社会の要請や社会構造の変化に伴う新たなニーズはますます増加することが予想され、精神科医療の必要性が高まっている。

精神保健福祉法

精神科の入院では、入院形態の種類が一般診療科とは大きく異なっていることを学ぶ必要がある。これは、入院治療が必要であるが、患者本人が入院に同意しない場合があるため、精神科の入院形態などについての運用は、法の理念を十分に理解し、患者の人権に配慮した細心の注意を払う必要がある。

そこで、精神科における重要な法の一つである精神保健福祉法について、この法に至った歴史について簡潔に解説する。

精神疾患の患者は、大昔の加持祈祷の時代を経て、1900(明治33)年に「精神病者監護法」が施行され私宅監置が広く行われていた。1950(昭和25)年になると精神疾患の患者の適切な医療・保護を目指して「精神衛生法」が成立するが、1964(昭和39)年に精神疾患の患者が米国高官であるライシャワー氏を傷つける「ライシャワー事件」が起こり、この事件の翌年、在宅精神障害者の訪問指導・相談事業を強化する改正が行われた。そして、先進諸国に比べて精神病床数が少ないことが指摘され、精神病床の増床が推奨されていった。

しかしながら1984(昭和59)年の精神科病院の中で起こった不祥事を契機に、精神障害者の人権擁護を求める声が高まり、1987(昭和62)年には、精神障害者の人権に配慮した医療および保護の確保と社会復帰の促進を図る観点から、精神衛生法の改正が行われた。そして、名称も精神衛生法から精神保健法へと改められた。また、1993(平成5)年には「障害者基本法」が成立し、それまで区別されていた精神障害が三障害(身体・知的・精神)の一つとして障害者基本法の対象に含まれることになり、精神保健法は1995(平成7)年に「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(いわゆる「精神保健福祉法」)」に改定され、その後も患者の人権に配慮した改定を繰り返しながら現在に至っている。

なお、2005(平成17)年に成立した障害者自立支援法(現在の障害者総合支援法)は、身体・知的・精神の三障害一元化の観点から、障害を種別しない共通の自立支援について規定したものである。

精神保健指定医

前項で述べた精神保健福祉法には、精神保健指定医についての記載がある。精神保健指定医とは、精神保健福祉法に基づいて患者本人の同意によらない非自発入院^{*4}

^{*4} 非自発入院とは、患者の意思によらない入院形態のことである。入院しなければ自傷・他害のおそれのある場合、都道府県知事の権限での入院(措置入院)が必要かどうかの措置診察を受ける。

措置入院となるためには、複数の精神保健指定医による措置診察で、措置入院が妥当であるという判断の一致が必要である。また、措置入院には至らないが、患者のために入院治療が必要と精神保健指定医が判定したが患者が入院に同意しない場合には、家族等の同意により入院させ治療することができる(医療保護入院)。

の判定を行うことのできる国家資格で、いわゆる専門医とは異なる制度である。専門医は、基本領域学会が主体となって試験を行い日本専門医機構が認定する(精神科では日本精神神経学会が主体となって試験を行い日本専門医機構が認定する)制度であるが、精神保健指定医は厚生労働省が試験を行い厚生労働大臣が指定する国家資格であり、5年に一度の更新研修が義務付けられている。

この資格を取得することで、患者の同意によらない入院や患者の移送などの職務を行うことができる。したがって、精神保健指定医は、患者の人生を左右するかもしれない判断を行うという重責を担っている「自覚と責任」をもつ必要があり、慎重でかつ適切な法の運用が求められている。多くの精神科医は、精神科専門医を取得するとともに、精神保健指定医の資格を取得している。

また、今後増加する外国人に対する医療については、2018(平成30)年度より厚生労働省で検討会が開かれているが、患者本人の同意によらない入院形態がある精神科については、一般診療科とは全く異なる注意点があることが確認されており、別途慎重に検討されている。

精神科の救急

救急のシステムについても、一般診療科の救急とは異なる仕組みで稼働している。精神科での1次救急は「患者本人が診察に応じ外来の救急として診療するもの」を指しており一般診療科の1次救急と相違はないが、2次救急は「患者本人が入院に同意しないが入院が必要な救急医療」が中心になる。そして3次救急は「自傷他害のおそれや自傷他害が発生し、行政の権限で入院させる救急医療(いわゆる措置入院)」を指すことが多い。

いずれの場合も身体症状の救急状態が優先されることになっている。そのため、全国の救命救急センターには精神疾患もしくは精神症状を伴った患者が運ばれるケースが数多く発生しており、救急医と精神科医との連携が極めて重要になっている。その結果、最近では精神科医を常勤化する救命救急センターも増えつつある。

また、多くの都道府県や指定都市では、24時間救急情報センターを設置して精神科救急の窓口の役割を果たしている。さらに、多くの都道府県では、精神科病院を中心とした救急輪番制度が敷かれている。これらは1995(平成7)年から始まった厚生労働省の「精神科救急医療体制整備事業」によるもので、2010(平成22)年の法改正で都道府県の努力義務となったものである。