

特集 10年, 20年後に向けてキャリアパスを考える—どの職場があなたには向いているか?

精神科病院で地域に貢献する立場で考える, 10年, 20年後に向けたキャリアパス*

● 澤 温**

Key Words : psychiatric hospital, career path, doctor's life

はじめに

10年後20年後のキャリアパスを考えると、3つのキーワードがある。どのような精神医学、精神医療があるか、自分の精神科医としてのあり方をどうするか、自分の人生をどうするのかということである。これらについて筆者は精神科病院の立場から述べてみたい。

筆者の経歴

筆者が精神科病院に偏るととられるかは読者に任せるしかないが、筆者の経歴を簡単に述べておくことは、読者が筆者の考えを理解する上で助けになると考えるのでふれておきたい。

筆者は大学医学部を卒業し、すぐに母校の精神神経科に前期訓練医として入局した。当時筆者の母校では臨床で大学院に行くことは、「医局講座制反対」が叫ばれているさなかで、入ることは同窓会を裏切る行為であった。また、臨床を覚えるには大学院の必要もないと多くの卒業生は考えていた。1年間同期7人とそれぞれに「オープン」がついて、34床の開放病棟の患者を診て、週1回の症例検討、その他のクルズス、原語での抄読会が持たれ、大体1泊の当直とそれに続くパート勤務1日で生活を守り1年が過ぎた。

教授はどちらかというとその後の2年(計3年で前期訓練医は終了)は単科精神科病院に勤務することを勧めたが、筆者は将来身体的なものに弱くなりたくないと考えて(今では弱い)国家公務員共済組合連合会立の総合病院精神神経科に勤務した。大学もこの病院でも精神神経科と称したのは神経内科が独立して間もない頃で、われわれが神経疾患も一部診ていたからである。60数床の別棟の精神科病棟があり、半分は開放であった。現在では東京都指定の身体合併症対応病院に指定されているが、当時から身体合併症の患者を受けており、他科へのコンサルテーションも依頼があれば行っていた。部長の方針で結構慢性で長期入院する患者もおられ、慢性期の症状、治療なども勉強できた。3人の常勤医で、初診1コマ、再来2コマであとは入院してくる患者への対応に追われた。医師になって2~3年で受け持ちが20人を超えるとイライラしたのを覚えている。特に身体合併症があると混乱もした。開放病棟もあったので患者が近くのスーパで万引きしたりすると、外来途中でも飛んで行って謝って連れて帰ったりもした。当時生物学的な精神医学は反対者も多く、自律神経学会や心身医学会に論文を出していた状態であった。脳の化学に興味があり、卒後の3~4年の2年間母校の生理学教室で神経化学を学んだ。その間も臨床から離れたくなかったし、生活のためもあり総合病院の外来と単科病院で土曜から

* 10 to 20 years in the future—Contributing to the community with a career path in the psychiatric hospital.

** Yutaka SAWA, M.D., Ph.D.: 医療法人北斗会さわ病院[☎561-0803 大阪府豊中市城山町1-9-1]; Sawa Hospital, Toyonaka, Osaka 561-0803, Japan.

月曜の朝までの当直をした。また、ときどき外科の診療所の当直もした。今から思えばいいかげんで恐ろしいものであった。その後精神科で神経化学的な研究をしたいと考え、先輩の恩師を追って名古屋の大学に勤務した。そこで電気けいれん療法の機序を調べたくて臨床的研究をしたが、動物実験的裏づけがないと論文が拒否され、ラットで実験を行い、その流れでラットを20代まで育てて系を確立するまで大学に計9.5年いることになった。その後は現在のさわ病院で臨床を行っている。臨床の中で疑問を持ったら、それを単純な系に持って行って整理をして疑問を解く、できたら動物実験に持っていく(現在の立場ではこれはできないが)、これを教えてくれたのは精神神経科に入局して最初に出会った「オーベン」片山義郎先生であった。まさに自分にとってのインプリンティングであった。今もその姿勢は大事であると思っている。このような流れで現在精神科病院に勤め、運営もしている。

今後どのような精神医学、 精神医療があるのか

この課題は過去現在をみても未来はわからない。確実なのは、人がいる限り精神があり、精神を持つ人がいる限り精神の病はあるということ、そして、人間関係が疎になればなるほど、そして、ストレスが強くなればなるほど精神科のかかわる問題は増える。今は近隣や学校や友人や家族の絆だけでなく、接触さえ減っている。新たな問題を含んできている。また、最近の人々は耐性が減っているのも問題が顕在化しやすい理由となっている。

では、精神科病院ではどのようにかかわれるかということであるが、それぞれの精神科病院の方向性によって異なるとしかいえない。しかし、診療所でも、大学病院でも総合病院でもできないのは、長く経過をみていくということであろう。もちろん患者には医療機関や医師を選ぶ権利があるから、選ばれなかったらしょうがないが、選んでくれているのに自分の都合でみられないということは精神科病院ではありえない。

精神科救急の最も大きな問題は、救急身体疾患を持った精神科救急患者である。この人たちは通常どこにかかっている、救急状態でどこがかかわるのかについて、学会のみでなく、国をあげて仕組みづくりを急いでいる。この場合大学病院や総合病院の精神科なら継続的にみられそうに思うが、実際には休日や夜間の対応はまったくできていない、まして診療所はできていない。精神科病院では身体の疾患が主のときは身体科に任せるが、その間にも必要に応じて対診したりして継続してみることはできる。

今後認知症が増えてくるのはだれもが知っている。認知症でも診断だけなら大学病院や総合病院のほうがよいと思われるかもしれないが、精神科以外のかかりつけ医や福祉施設と連携を取りながら、一時期みられるBPSDの時期の入院を含めて終末までみていくのは精神科病院しかないであろう。

精神疾患がこれからの他の科学の進歩でどれくらい解決していくのか、特に精神病や認知症が医学的に間もなく解決するのが大問題である。1970年代に東京で講演を聞いたとき、精神分裂病(当時の呼称)はあと50年で解決すると言った先生がおられた。今からするとあと10年ほどである。どうであろうか？ 認知症について免疫療法などが考案されても、認知症は治らないとも聞く。まだまだ医学的解決はかかるのかもしれない。昔肺結核が抗結核薬の登場で激減し、結核療養所が閉鎖になったり精神科病院に変わったりしたが、精神科病院が精神科の解決で減っていくのかはわからない。また最近の傾向で、治療の外来化、地域化が進められ、また、入院期間も短期になって精神科病院への入院は減っている。しかし、いわゆる新型のうつ病を含め救急対応で入院してくる患者の数は減っていない。新たなニーズがあるのは間違いない。

自分の精神科医としての あり方をどうするか

昔は精神科医になる人の中には、自分の趣味に時間を割いたり、小説を書いていてそのうちに小説家になった人もいた。人間の心に興味があったためであったであろうが、最近ではそれほ

ではないようである。それも次項の自分の人生をどうするのかということとも関係しているといえるであろう。

精神医学、精神医療が時代を反映して変化していく。筆者の病院ではスローガンに「迅速性、責任性、継続性」¹⁾をあげているが、もちろん24時間、365日自分がみられるわけではないが、このスローガンを満たしたいと考える精神科医になろうとすれば、疾患のどのステージにも対応できるという意味で、精神科病院は最も満たせるであろう。もちろん精神科病院が昔のように、収容的で長期入院者が多く、医師数が少なく、したがって受け持ちが多くて、毎回診察といっても同じ質問の繰り返しの「カルテ埋め」に終始するような精神科病院なら話は別である。

精神科病院はとにかく地域に対峙して語られる²⁾が、筆者は精神科病院も地域の中の一つのツールと考えている。だから地域で過ごす精神障害や精神疾患を持つ人が、少しでも満足度とQOLの高い生活をするのを、24時間、365日、同じ医療機関のスタッフがチームを組んで支える、その中の一部が入院になると考えると地域とまったく対峙することはない。重症な人も地域で支えていくには精神科病院は最も適している。その代表が医療観察法の対象者のサポートである。しかし、精神科病院の周辺のみで重症者が暮らすのは地域医療ではないので、アウトリーチを駆使して、その人の本来の居住地、その人の住みたい居住地での生活を医療の面から支えるのである。

このような形で他職種とチームを組んで、より効果も高い医療を迅速に、責任を持って、継続的にみていくのに興味を持つかどうかである。地域生活を支援しようとするあらゆるツールを持ちうるのは精神科病院であろう。もちろん病院を運営するものが、退院させて地域支援をするのは病床利用率が下がるのでブレーキをかけるような病院は論外である。教科書にないような方法、各地域に実情、時期を読んでいろいろ思いつくことをしようという提案を前向きに捉えて「損して得取れ」という考えでスタッフの意見を取り入れなければならないので運営者も大変ではある。

精神科医になろうとする人の多くは、人の精神機能に興味を持っている。そのなかでも人の精神機能の基盤に興味を持つか、精神機能を持った人に興味を持つか、精神機能の不調を持って人生を送っている人の生活に興味を持つかなどは、精神科医になっても時期によって異なってくることもあるであろう。その意味では提示されたキャリアパスがそれほど役立つのか疑問でもある。

自分の人生をどうするのか

精神科医である部分と家庭を持ったり、自分の余暇も持ちたいというのは、その比率は時代によって違うようであるが、だれしもが持つ希望である。

総合病院で救急をしようとする8人の医師が確保されなければ週1回の当直では終わらない。ましてや1週間とか10日の海外旅行、海外の学会参加も不可能であろう。大学や研究所はそれ自体が目的にもなるので言い訳はつくが、臨床がほとんどない研究所ならいざ知らず、大学病院でもやはり他の医師に負担をかけることになるであろう。診療所では、以前ある医師から「自分はときに長期にいないこともあると覚悟してもらおうほうが自立につながる」と聞かされたが、過剰防衛的な早期入院を避け、揺れ動く状態で生活を支えるには少し無理のある説明と思われる。

筆者の病院は86年から週休2日制を開始したし、他の職種にもリフレッシュ休暇を与えているが、医師には2年に7日のリフレッシュ休暇を与えている。週4.5日が勤務であるが、少し集めると、2月ごとに1週間の休みも不可能ではない。外来は予約制であるから、その日ははずせばよい。もちろん患者へ、そして、自分の外来担当患者数にもしわ寄せが来るのは覚悟のうえであるが、そしてその間、自分の担当入院患者には治療が遅れないようにするのは当然である。最近のように短期で退院する時代になると、1週の治療の遅れは許されないのと同じような生活パターンを取る医師との共同態勢が必須である。

おわりに

キャリアパスという用語は広辞苑にも、筆者の持つ英和辞典にもない。しかし、インターネットではすぐ見つけられる。「昇進・昇格のモデル、あるいは人材が最終的に目指すべきゴールまでの道筋のモデル、仕事における専門性を極める領域に達するまでの基本的なパターンで、企業がキャリアパスを示すことで、従業員は中長期的にどのようなスキルや専門性を身につけていくべきかを理解できるとともに、自己の目指すべき道を自己で考察する材料ともなり、自己啓発意識の醸成、モチベーション向上に資することができる」とある。

しかし、筆者の経歴をみても、いろいろ考えても思うようにならず、一方患者との出会いや「オーベン」からの示唆で精神医療への考え方が変わったり、家庭の事情などで仕事の場所や住まいまでも変わるのが人生であり、道筋を示さ

れてもそのようにならないことが多いと筆者は考える。むしろキャリアパスを示されてそのようにならないからとうらんだりするより、キャリアパスを参考にしながらも、そのようにならないときにも、ニヤッと笑えるほうが前向きに生きられるようにも思う。

今回立場上、医師にとって「精神科病院パラダイス論」を述べたきらいはあるが、筆者の経歴からいえる内容であると考えている。

しかし、いずれにしても最後は自分で選び、自分で行い、自分で納得することであることに間違いはない。

文 献

- 1) 澤 温. 社会的ニーズに対応する精神科病院, 変わりゆく精神保健・医療・福祉—精神障害の理解と援助—. 奈良: 医学書林; 1999. p. 98-120.
- 2) 澤 温. 病院から見た地域, 地域から見た病院. 病院・地域精神医学 2008; 51: 108-10.

* * *