

巻頭言

精神科医のための卒後初期研修 医学教育改革の中で

尾崎紀夫

●精神医学卒前医学教育改革の方向性

近年、生命科学は飛躍的進歩を遂げており、医師にとって習得すべき biological な知識は増大する一方である。他方、biological な知識と psycho-social な視点を融合させた医療の実践が求められており、それを受けて卒前・卒後医学教育をいかにすべきかという議論が活発になされている。卒前医学教育に関しては、医師国家試験出題基準・平成 13 年版(以下国試基準と略)が厚生省によって公表され、文部省は医学教育モデル・コア・カリキュラム(以下モデル・コア・カリキュラムと略)を発表した。

国試基準においては「コミュニケーション能力や行動科学的な領域を含む臨床能力を問う問題を充実させる」との方向性が打ち出され、「患者・障害者の持つ心理・社会的問題」や「医療面接における面接者の態度」といった項目が国試の必須出題事項となる予定である。これらは医療全般にかかわるものであるが、精神医学との関連が深く、教育面で精神科がイニシアチブをとることが期待されている。さらに、国試基準において精神科そのものが従来の精神・神経・運動器疾患グループから離れて、精神・心身医学的疾患として独立し、精神科独自の出題割合が増えており、全体として精神科関連の国試出題範囲はかなり拡大するものと予想される。

一方、モデル・コア・カリキュラムの意図するところは、「教育内容が多様化する一方で、全ての学生が履修すべき必須の教育内容を精選してコア・カリキュラムを作成するための試案を提示した」ものであり、「医師・患者関係を中心としたコミュニケーション能力」を身につけ、あらゆる疾患の診療において「Bio-psycho-social」な視点を持つことが必要であることが強調されている点は、国試基準と同様である。さらに、モデル・コア・カリキュラムにおいて特筆すべき点は、臨床実習においても精神科が今までになく重視されていることである。すなわち、

臨床実習全体の 70% にあたる部分を全医学生が学ぶべき「コア臨床実習」とし、内科系「内科」「小児科」「精神科」、外科系「外科」「産婦人科」の 5 科目がそれにあたるとしている。このように卒前医学教育において、精神科は今までの minor 科目から、アメリカなみに major 科目として認知されたのである。

卒前教育において、「あらゆる医学生が身につけるべき必須の知識・技能・態度」として精神科が重要視され始めた点は、精神医学講座担当者としてこんなにうれしいことはない。ところが、「精神科医」が、「あらゆる臨床医が身につけておくべき必須の知識・技能・態度を身につけているか」という点に関しては、はなはだ疑問である。精神科病棟で患者の呼吸が止まったら、「医者を呼べ」と大騒ぎになるという、笑うに笑えない話を聞いたことがある。従来、精神科医は臨床医として当然習得せねばならぬ基本技術を身につけないまま、臨床を行うことはなかったろうか。すべての臨床医にとって必要な基本技術として、救命救急の ABC と common diseases に関する基礎的対応が挙げられよう。その知識に関しては、卒前教育においてある程度習得可能と思われるが、技術的なこと、例えば血管確保、気道確保といったことは、診療参加型実習の拡充によって従来に比べると卒前教育において習得される範囲が拡大されるとは言え、実際の臨床現場で役立つものとは思われない。したがってこれらの技術はどうしても卒後教育で身につけざるをえない。

●卒後臨床研修必修化の動向

厚生省は卒後臨床研修を必修化し、いわゆるスーパーローテートを行うことを目指し審議中である。その狙いは、プライマリーケアと全人的医療の実践であり、まさに卒前教育の改革理念と同じ方向性であり、実施されれば卒前・卒後医学教育の一貫性という点でも意味あるものとなる。ところが、卒後臨床研修の運営に重要な意味を持つ経済的保障に關

し
ち
の
し
し
医
よ
救
的
前
は
む
研
eas
能
は
医
mo
とい
間
一
精
つ
とい
修
●
フ
精
教
199
一
を
局
%。
学
ぎ
行
て、
こと

して大蔵省が難色を示し、実現に関しては暗雲が立ちこめているのが現状であると聞き及んでおり、このままではせつかくの医学教育改革も卒後教育に関しては指針を欠いたままになりそうである。

私の意見としては、少なくとも卒後2年間に臨床医の基礎技能として、communicationの実践能力およびbio-psycho-socialな視点を持つことに加えて、救命救急のABCとcommon diseasesに関する基礎的対応を習得することが必須であると考えている。前者は精神科医を目指すものにとって、初期研修中よりもより生涯をかけて研鑽すべきものであろう。むしろ、精神科医になることのない臨床医こそ初期研修期間中に精神科をローテートして、common diseasesとしての精神疾患への対応とともにこのような能力をぜひ身につけてもらいたい。この点に関してはすでに他誌で私見を述べている¹⁾。

さて、問題は精神科医になることを目指している医師が、初期研修において救命救急のABCとcommon diseasesに関する基礎的対応を習得しているかという点である。卒後研修が必修化すると、研修期間中は何科に属するというわけではなく全員がローテート研修を行い、身体管理の基礎が身につくはずで、精神科医を目指す研修医にとっても良いことだと思っていた。ところが、この制度そのものが頓挫するという可能性が出てきたと聞き、精神科医の初期研修について考えてみることにした。

●精神科医を目指す研修医に対する初期研修のあり方

横浜市立大学・小阪憲司教授が、全国の精神医学教室主任教授に対してアンケート調査を実施され、1999年の精神医学講座担当者会議で発表された、「ローテート研修に関するワーキング・グループ報告」を参考にしてみよう。この報告によると、精神科入局前にローテート研修を行っているのはわずか10%。入局後に他科のローテート研修を行っている大学は約半数だが、他科のローテートは3~6か月にすぎないところがほとんどで、全くローテート研修を行っていない大学も約24%あるとのことだ。そして、精神科入局前に2年間のローテート研修を行うことに対して、賛否は相半ばし、賛成意見は「身体

管理ができるようになる」という理由、反対意見は「精神科医としてのアイデンティティーが損なわれる」との理由によるものが大半であったとされている。

入局前に大学外の総合病院でローテート研修を行うことが、精神科に限らず全科で常識化している名古屋大学の研修制度のもとで私自身が2年間の研修を行い、現在在職する藤田保健衛生大学も大学内で2年間ローテート研修を実施しており、「ローテート研修が当たり前」と思っていただけに、この「ワーキング・グループ報告」を聞いて非常に驚いた。「臨床医としてのアイデンティティー」を得るために必要なローテート研修を行わず、「精神科医としてのアイデンティティー」が確立されるであろうか。自分の患者を救命する必要性が生じた時に、しかるべき対応が取れないで、臨床精神科医であると言えるのであろうか。私は、研修を終えてからも総合病院精神科での勤務が主で、時間外救急において内科系医師として働くことや、リエゾンコンサルテーションの現場で身体疾患を併発している患者を診療することが多く、初期研修で経験したことが役に立っていることを痛感したことがしばしばある。一方、単科精神病院で勤務すると、身近にコンサルトする身体疾患の専門家がいなかったため、救命救急や一般的身体疾患への対応を精神科医自身が行わねばならない機会が多くなるはずである。したがって、総合病院であろうが、単科精神病院であろうが、精神科医にとって身体疾患への基本的対応が重要であることに変わりがないはずである。

前述したように、何らかの理由で卒後研修の必修化が行われず、現行どおり初期研修に対する指針がないまま臨床医となる状態が続くのであれば、精神科医になる研修医が身体疾患への対応を身につける機会をぜひとも初期研修において確保していただくよう関係各位の皆様にご配慮をお願い申し上げたい。

尾崎紀夫：精神医学は精神科医にならない研修医にとっても重要なのだろうか。レジデント・ノート2：105-108, 2000

(藤田保健衛生大学医学部精神医学教室)