

巻頭言

医学教育への外圧と精神科臨床実習

大森哲郎 日本精神神経学会理事
Tetsuro Ohmori

医学教育に外圧が及ぼうとしている。米国以外の医学部卒業生向けに米国での臨床研修資格を発行する機関(ECFMG)が、2023年以降は世界医学教育連盟または米国医学教育連絡委員会と同等の基準で認証された医学部の出身者にのみ、受験資格を与えると発表したのである。このため日本の医学部は国際基準に則った教育を実施しているという認証を取得しなければならなくなった。だが実のところほとんどの医学部はこの基準を満たしていない。特に問題となっているのが臨床実習の時間数であり、それを72週へ延長する動きが全国の医学部で始まっている。

現在、多くの医学部の実習は1年以内に収まるように50週程度にとどまっていることが多い。72週となるともはや1年では収まらず、相当期間にわたり2学年が重なって実習に回ってくることになる。一通り各科を回る必修実習に加えて、選択実習を導入したり、その期間を延長したりするのが大方の対応となりそうだ。精神科で言えば、5年生と6年生、それに初期臨床研修医が同時に回ってくることになるから、それなりの時間と労力を費やすことになる。

もちろん臨床実習を増やすこと自体は歓迎すべきことであって、卒前に実践的な実習を十分に積むことができれば、卒後初期臨床研修は不要となり、少なくとも削減が可能となる。学部臨床実習の充実している米国では、日本の卒後初期臨床研修に相当するものはない。国際基準を導入するならば、週数の帳尻を合わせるだけでなく、本来はそこまで目指すのがよいはずだ。学生には過酷なスケジュールとはなるが、時間的には十分可能で、卒業試験と国家試験対策に費やしている6学年の相当部分を実習に振り替えればよいのである。

ただし、実習は単純に時間数を増やして、国際基準に到達すればよいというものではない。真剣に問われなければならないのはその質と内容である。質の向上のために推奨されているのは参加型臨床実習という方式である。単に見学したり、部分的に診療に立ち会ったりするのではなく、

診療チームの一員として実際の診療に加わるという方式であり、現在の初期臨床研修に近い形を理想としている。この方向には関係者に異論はないように見える。

一方、奇妙なほど不問に付されているのが、実習の内容ともいべき各科目の期間配分である。平成19年版医学教育モデル・コア・カリキュラムの資料によれば、米国15大学の平均実習週数は合計で76.8週、主な内訳をみると内科12.3、外科10.7、小児科7.6、産婦人科6.9、精神科6.1週である。そのほかの専門分野は必修ではなく選択性であり、専門性の高い教育は卒後研修に委ねられている。卒前の臨床実習では医学のコア領域に重点を置くのが国際標準なのだ。しかし、内科と外科以外は全科均等という日本式の期間配分を見直して、精神科と小児科と産婦人科の実習を増やそうという話はまったく聞かない。平成16年に初期臨床研修制度が導入されたとき、精神科、小児科、産婦人科が必修科目になったのは、学部実習の不足を補うという配慮があったと推察するが、22年の見直しでは3科とも選択性に格下げされたのはおかしな事態と言うべきである。

もっとも、今すぐ卒前実習週数を6週間に増やせるかというと、大学精神科のいかなる熱意と献身をもってしてもとうていお手上げである。米国でそれが可能なのは豊富なスタッフに支えられているからだ。米国医学会誌JAMAによると(2005年294巻1070頁)、全米医学部の常勤臨床系教員総数は98,256人であり、科別内訳では内科28,439、小児科13,688、精神科8,896、一般外科8,535人であり、少し飛んで産婦人科は4,297人である。臨床医学の基本となる領域に手厚く人員を配置し、そこをしっかりと教える体制を敷いている。

日本の医学教育は、少なくとも臨床実習や医学部教員数からみれば、女性と子供と心の病にはなはだ手薄い。すぐには変えられそうもないが、変えてゆきたい好ましからざる現状である。