

# 巻頭言

## 医学教育・研修と精神科の医行為

米田 博 日本精神神経学会理事  
Yoneda Hiroshi

アメリカ合衆国で外国人留学生が臨床現場で研修を行うための資格試験を施行している ECFMG が、国際的な基準によって認証を受けた医学部の卒業生以外は、2023 年以降受験を認めないとの通知を2010年に出して以来、わが国の卒前教育は医学教育改革の大きいうねりのなかにある。アウトカム基盤型教育の導入や長期間の実効ある臨床実習などが求められている。そのために全国共通の共用試験が行われ、student doctor という臨床実習を行うための資格制度がスタートし、精神科は重要な診療科として4週間の実習が推奨されている。また医学教育モデル・コア・カリキュラムが改訂され、プロフェッショナルイズム、コンピテンシーなど耳慣れない目標が設定されるようになった。さらに2018年3月30日に医道審議会から医師臨床研修制度の見直しについての報告書が出され、臨床研修の到達目標は、卒前教育と整合性をとる形に再編成された。精神科については必修化され、精神科に関連の深い経験すべき症候として、もの忘れ、けいれん発作、興奮・せん妄、抑うつが、また経験すべき疾病・病態として、認知症、うつ病、統合失調症、依存症（ニコチン・アルコール・薬物・病的賭博）が取り上げられている。

このようななかで、2018年7月、医道審議会医師分科会は医学教育における臨床実習のあり方について、「医学部の臨床実習において実施可能な医行為の研究」を取りまとめて公表した。このなかで例示された臨床実習の医行為のうち、精神科が主として対応すべきと考えられるのは次の項目である。必須項目（実施が開始されるべき）：診察、診療記録記載（診療録作成）、医療面接、診察法（全身）、高齢者の診察、患者の処方オーダー、食事指示、推奨項目（実施が開始されることが望ましい）：患者・家族への病状の説明、発達テスト、知能テスト、心理テスト、脳波検査（記録）、健康教育、診療計画の作成。このような医行為の

修得は、医学生ばかりではなく、臨床研修医、専門医さらには生涯研修でもレベルの違いはあっても必要となる。

そこで目標を専門医研修終了時点とし、そこから遡ってジェネラリストとしての精神科（臨床研修終了時点）、臨床研修を始めるための精神科（医学部卒業時点）のレベルを設定することによって、学部入学から専門医までのシームレスな学修における精神科の明確な目標を提示できるのではないかと考え、精神医学講座担当者会議で2016年に調査を行った。対象とした医行為は、前記のような医行為と診療報酬で認められている精神療法、心理テスト、mECT など51項目である。レベル設定は、①指導医の実施の介助・見学をする（具体的かつ実践的に説明できる）、②指導医の指示・承認のもとで行う、③単独で施行できる、④自らの判断で行う（ヴァリエーションに対応できる）、⑤指導しスーパーバイズできるとし、最終目標を専門医研修終了時点としたことから、④までの設定で調査した。その結果、多くの項目について一定のレベル設定が可能であることが明らかになった。

もちろん、このような医行為は医療の一要素であり、学修者に最も期待するのは目の前の患者、クライアントについて、現在の状態を正確に把握し、それに関連するさまざまな要因を収集分析し、妥当かつ適切な医療を着実に実行し、必要な調整を行いながら医療目標に到達するという、医行為をはじめとする医療にかかわるさまざまな要素を統合し実践する能力である。このような能力は医療経験の積み重ねによって培われてゆくものであるが、学修にはつきものの評価が難しい。これに比べると医行為は比較的评价がしやすく、学修者の目標として明確に提示しやすい。医学生から生涯教育までシームレスに精神科の医行為の習得レベルを設定し提示すれば、精神科の学修の目標として有用で、今後さらに検討する価値はあるのではないだろうか。