

新しい卒前医学教育5：クリニカル・クラークシップ^{*1}

阿部好文^{*2} 黒川 清^{*3}

はじめに

従来のがわが国の臨床実習は診療行為の見学が主体で欧米の臨床教育とは大きく異なったものであった。しかし平成3年に文部省が大学設置基準を大綱化し¹⁾、カリキュラム作成上での制限が大幅に緩和され、同時に厚生省が設置した臨床実習検討委員会が一定の要件を満たせば医学生が医行為に携わることの違法性は阻却されるとの見解を発表したこと²⁾により全国でカリキュラムの見直しが始まった。さらに平成11年に21世紀医学・医療懇談会第4次報告が臨床実習の充実を図ることが重要であると提言し³⁾、これを受けて平成13年に医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議が診療参加型臨床実習の実施を具体的に示したこと⁴⁾によりクリニカル・クラークシップの導入は大きな潮流となった。しかし一方で条件が整わないまま導入しようするために、本来のクリニカル・クラークシップとは似て非なるものになっていることが懸念される⁵⁾。医療を取り巻く環境はアメリカと日本では異なるのでアメリカと全く同じにできるわけではないが、クリニカル・クラークシップの本質を理解せずに言葉だけが一人歩きしているきらいがある。

1. クリニカル・クラークシップとは

「クリニカル・クラークシップ」とは、学生が主体となり患者との関わり合いの中から臨床医学を学ぶ「診療参加型」の臨床実習方式である⁶⁾。臨床実習は患者への医行為という観点から3つに分かれる(表1)。この第3段階のみがクリニ

表1 臨床実習の3つのタイプ

1. 見学型臨床実習	医学生は医師が行う医療行為を見学するのみで、直接患者とは関わらない。
2. 模擬診療型臨床実習	実際に患者と接して、医行為を行うが、これは実際の医療行為の枠外で患者の協力のものに特別に設定されたもので、その行為は正式のカルテには記載されない。
3. 診療参加型臨床実習	学生は実際に患者の診療チームの一員として参加し、指導医の指導・監視のもとに許容された一定の範囲の医行為を行い、診療を補助しながら、医師となるために必要な知識・技能・態度を身につける。その行為は正式のカルテに記載され、患者の診療に一定の責任をもつ。

カル・クラークシップに相当する。つまり1) 医学生が、医療チームの一員として実際の患者診療に従事しながら、2) 指導医の指導あるいは監視のもとに、医学生としての責任を負った上で、許容された一定範囲の医行為を行い、3) 将来、医師となるために必要な知識、技能および態度・価値観を身につけるものと定義される。したがって、医療チームがないとクリニカル・クラークシップは成立しない。チームはチーフ・レジデント、シニア・レジデント、研修医、学生より構成され、それを臨床経験豊かな医師がアテンディングとして監督している(図1)。クリニカル・クラークシップの特徴の1つは本人の学習進度に合わせて段階的に学ぶことであり、個々の学生はそれぞれの知識・技能・態度の到達度に合わせてチーム内での役割が与えられ、能力が向上すればより進んだ役割へと移行する。そのためにクラークシップ・ディレクターは常に学生を評価し、フィードバックを行う。

クラークシップにおける学生の活動のなかで最も重要視されるのは種々の回診(morning rounds, work rounds, attending rounds)である⁶⁾。この時に学生は自分が受け持ち患者に関して報告し、議論の輪に加わり、あらゆる面でチームの一員と

*1 Clinical Clerkship

キーワード：クリニカル・クラークシップ、臨床実習

*2 Yoshifumi ABE 東海大学医学部

*3 Kiyoshi KUROKAWA 東海大学医学部

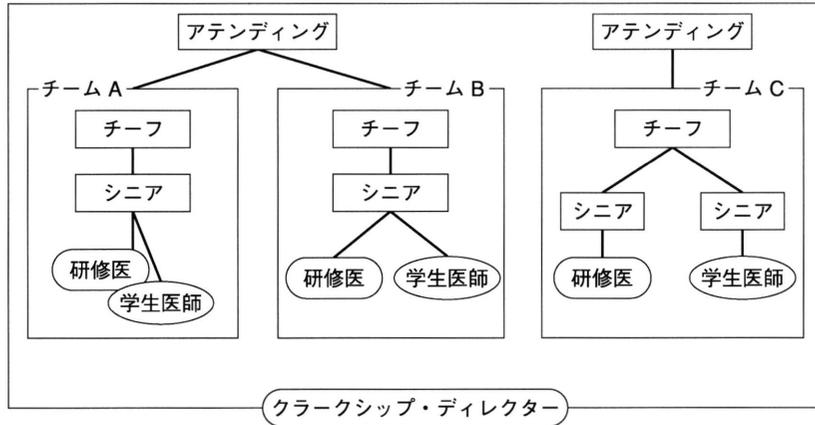


図1 クラークシップにおけるチーム構成

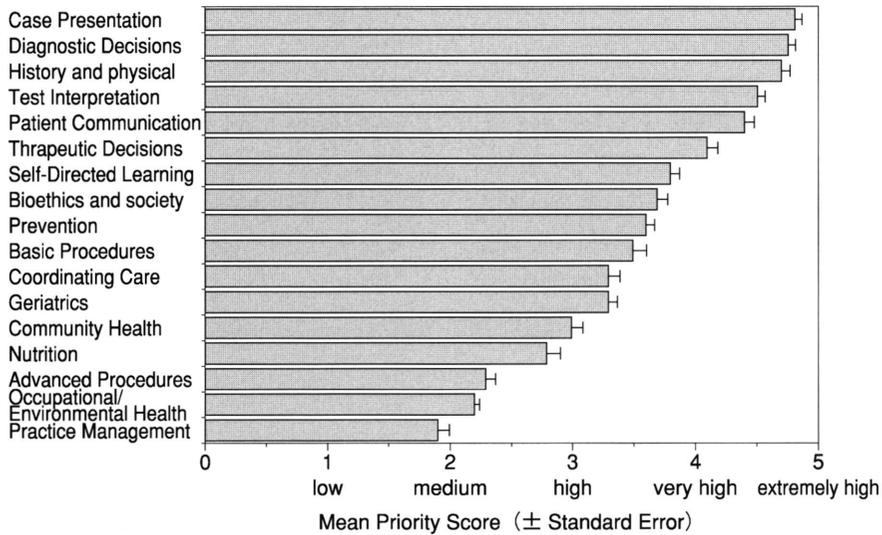


図2 全米の内科クラークシップ・ディレクターが考えている教えるべき項目の優先順位

して扱われる。日本では2)の「許容された一定範囲の医行為」が採血や縫合などの手技のみを指すと誤解され、手技をさせるのがクリニカル・クラークシップだと誤解されている傾向がある。しかし全米の内科クラークシップ・ディレクターを対象に何が重要と考えているか調査した結果ではCase Presentationが1位、Diagnostic Decisionsが2位であり手技は重要視されていない(図2)⁷⁾。

2. わが国でのクリニカル・クラークシップの実施状況

全国医学部長病院長会議の報告書『医学教育カ

リキュラムの現状』を見ると平成11年度版ではクリニカル・クラークシップを全科で導入している学校が21校、一部で導入している学校が34校、計55校(69%)でクリニカル・クラークシップが実施されており、飛躍的に増加している(表2)。しかしこれは各校が自己判断でクリニカル・クラークシップと呼んでいるのであって、本当にクリニカル・クラークシップの定義に一致するかは不明である。そこで「効果的な臨床実習の導入、実施のあり方に関する調査研究」(研究代表者：福井次矢)では1999年6月にアンケート調査と併せて実習指針の送付を依頼して臨床実習

表2 クリニカル・クラークシップの実施状況*

年度	平成 5年度	平成 7年度	平成 9年度	平成 11年度
大学数 (%)	14 (18%)	30 (38%)	42 (53%)	55 (69%)

* 一部導入を含む

の形態を解析した⁸⁾。指針が送付されてきた学校は38校であり、その結果は見学型17校、模擬診療型32校、診療参加型31校(複数回答あり)と判断された。しかしこの中には内科の一部の分野のみで実施といった学校も含まれている。

一方、全科でクリニカル・クラークシップを導入という回答が29校もあった。しかしこの場合は選択性にしない限り1つの科の実習期間は長くて2週間となる。米国大学医学部における教育プログラム(2000~2001年度)報告によれば、クラークシップの期間は平均、内科11.5週、産婦人科学6.8週、小児科7.3週、精神医学6.9週、外科8.4週であり⁹⁾、2週の実習期間では本当のクリニカル・クラークシップにはなり得ない。そこで臨床実習にクラークシップを導入する場合は全部の学生が履修する科と一部のみの科に分ける必要が生ずるのだが、現時点ではこのようなカリキュラムを組んでいる学校は東海大学、筑波大学、鹿児島大学の3校にすぎない。

3. クリニカル・クラークシップにおける学生の評価法

『医学教育カリキュラムの現状』によると、クリニカル・クラークシップにおける学生の評価方式はレポート32校(87%)、評価表24校(62%)、口頭試問22校(60%)、症例発表21校(57%)、ペーパーテスト10校(27%)、実技試験(11%)と、レポートがほとんどの学校で評価に使われており、逆にOSCEのような実技試験が非常に少ない。臨床実習全体をみてもレポートによる評価が39校/80校と半数を占める。しかし、アメリカではクラークシップにおける学生の評価にレポートを使っている学校は1校もない⁵⁾。全米内科クラークシップ・ディレクター会議(CDIM)が毎年、全国の評価表を集め、より客観的で正確な評価法を模索しているのと比べ

と、レポートを多用する日本の評価法はまだ未熟だと言わざるをえない。

4. クリニカル・クラークシップ実施前の学生評価

臨床実習検討委員会が平成3年の報告書において、以下の4つの要件を満たす限り、医学生が医行為に携わることの違法性は阻却されるとの見解を公表した。1) 一定の条件下で許容される身体的ならびに精神的にそれほど侵襲性の高くない基本的な医行為に限ること、2) 指導医によるきめ細かな指導・監督のもとに行うこと、3) 医学生の臨床実習前の知識・技能の評価を適正に実施すること、4) 患者あるいは家族からの同意を得ること。

したがってクリニカル・クラークシップを行う時は、事前に学生の技能を適正に評価するためにOSCEを行う必要がある。しかし平成12年末に行われた厚生科学研究「医師国家試験改善に関する研究」の「客観的臨床能力試験の標準化に関する研究」(代表:畑尾正彦)の調査では、臨床実習前にOSCEを実施している学校は38校にとどまっている。また、施行している学校でも総括的評価としているのは半数である。しかし平成17年度からは臨床実習開始前の学生評価のための共用試験(CBTとOSCE)の実施が予定されており、これに参加すればクリニカル・クラークシップ実施の要件の3)は満たされるようになる。

5. クリニカル・クラークシップの導入を阻む問題点と解決策

「効果的な臨床実習の導入、実施のあり方に関する調査研究」(研究代表者:福井次夫)で行った全国調査や「選択制臨床実習アンケート」(東京慈恵会医科大学:福島統)、「卒前臨床実習におけるクリニカル・クラークシップ方式の導入に関する調査研究」(研究代表者:神津忠彦)の研究報告書から全国の教員がクリニカル・クラークシップの導入にあたって抱えている懸念をまとめる以下のような項目となる。

1) 教員の数が足りないし、教育に力を入れても評価されない

日本の教員数はアメリカの半分以下であるので導入できるはずがないという意見はよく聞かれる。しかしクリニカル・クラークシップで学生が勉強するのは日常行われているチームの診療行為なので、EBMに基づいた診療を行い、医師としてのロールモデルを示すことで誰でもが教員の役割を果たせるはずである。しかしアテンディングを努める医師数が不足しているのは事実であり、21世紀医学・医療懇談会第4次報告で提言されているように「臨床教授」制度や地域の医療機関との連携による学外実習などを推進すべきである。さらに各大学においては研究以外の業績を評価するシステムを構築すべきであり、その元となる「教員の教育業績評価ガイドライン」が既に提示されている⁴⁾。

2) 学生はクラークシップについていけるだけの力がない

学生が臨床実習でうまく学べない場合は学生が臨床実習を開始するだけの力を獲得していない場合のほかに、そもそも必要なこと（知識のみでなく技能や態度も含む）が教えられていない場合がある。欧米のカリキュラムには必ずICM (Introduction to Clinical Medicine) というコースがあり、そこで医療面接、診察技術、診療録記載などを学んでからクリニカル・クラークシップが始まるようになっているが、日本ではその点がまだ不備である。「モデル・コア・カリキュラム」はこの点に配慮して作成されているので、もう一度自校のカリキュラムを点検した上で、平成17年度から実施される「臨床実習開始前の学生評価のために共用試験試験システム」をうまく利用すればこの点は解決できるであろう。

3) 何を教えれば良いかわからない

講義であれば自己流でもなんとかできたがクリニカル・クラークシップとなると、やり方を理解できていないので混乱が起こる。解決策としては臨床実習指針を学生用のほかに教員用にも作成することである。ここで重要なのはクラークシップ・ディレクターの存在で、アメリカではクリニカル・クラークシップのカリキュラム、評価法、

教員の Faculty Development などすべて管理する教員がおり、各大学のクラークシップ・ディレクターが全国組織を作って Curriculum Guide や Director のために Guidebook を発行している。後者の抄訳が日本医学教育学会・卒前教育委員会で進行中であるが、今後これらを参考にして日本版のガイドが作成されることを期待したい。

4) 医療事故が心配である

臨床実習検討委員会報告では、学生の医行為の水準3つに分けて例示しているが、これを知らない教員が多い。この水準は例示であるので各大学は自らの判断と責任で大学として統一したものを作り、周知徹底することが必要である。さらに大学として臨床実習における医行為の同意書のとり方、臨床実習中に学生が針刺事故に遭遇した場合の措置、指導医および学生の疾病傷害保険の加入などを決定しておくことが求められる。具体的な方法は「21世紀における医学・歯学教育の改善方策について」の別冊に記載されている。

文 献

- 1) 文部省高等教育局企画課監修：大学設置審査要覧。文教協会，東京，1997，59-63
- 2) 臨床実習検討委員会・厚生省健康政策局：臨床実習検討委員会最終報告。1997，4-8
- 3) 21世紀医学・医療懇談会：21世紀に向けた医師・歯科医師の育成体制の在り方について（第4次報告）。大学と学生1999，408：43-62
- 4) 医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議：「21世紀における医学・歯学教育の改善方策について」—学部教育の再構築のために—。2001
- 5) Fagan M, 阿部好文：米国における臨床技能教育。動き出した医学教育改革（「薬の知識」編集委員会編），ライフサイエンス出版，東京，2001，p 28-48
- 6) 阿部好文・編著：クラークシップ実践ガイド（黒川清・監修）。診断と治療社，2002
- 7) Bass ER, Fortin AH, Morrison G, et al: National survey of clerkship directors in internal medicine on the competencies that should be addressed in the medical core clerkship. *Am J Med* 1997, **102**: 564-565
- 8) 効果的な臨床実習の導入，実施のあり方に関する調査研究 平成10年度～12年度科学研究費補助金（基盤研究(B)(1)）研究成果報告書（研究代表者：福井次矢），2001
- 9) Barzansky B, Jonas HS, Etzel S: Educational programs in US medical schools, 2000-2001. *JAMA* 2001, **286**: 1049-1055