

卒前医学教育の新しい動向5：クリニカル・クラークシップ^{*1}

阿部好文^{*2}

はじめに

ごく最近まで日本の医学部では、教科書を読み、講義を聴くことにより医学の知識を得て、病棟実習で診療を見学することにより現場での医療を知り、実際に医師となる訓練は卒後の研修で受けるという方法が取られてきた。しかし医療を巡る環境が大きく変わり日本でも医師個人が過去に経験に基づいて1人で行っていたものから、エビデンスにも基づいてチームで行う医療行為にかわるとともに、このような教育法では社会のニーズにあう医師は養成できないことが明らかとなってきた。医学生も医学部を卒業する時点でコミュニケーションや臨床判断の技術を身につけていることが求められるようになり、医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議から提示されたモデル・コア・カリキュラムではコアの臨床実習は診療参加型（クリニカル・クラークシップ）で行うべきだとされた¹⁾。一方、医師免許を持たない医学生が医行為を行う違法性の阻却事由として「臨床実習を行わせるに当たって事前に医学生の評価を行う」という条件があり、そのために臨床実習開始前の学生に対して全国の医学部が知識と技能の試験を行うために共用試験実施評価機構が設立され、2005年度からは共用試験が正式実施となった。その結果、日本でも卒前医学教育にクリニカル・クラークシップが大幅に取り入れられるようになっていく。

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アメリカで広く用いられている臨床実習教育の形態の1つで

ある。一方、ヨーロッパでは臨床実習を特にクリニカル・クラークシップと呼んではいないが、従来から伝統的に臨床実習を重視しており内容も充実している²⁾。日本の医学部で行われている臨床実習には「見学型」「模擬診療型」「診療参加型」の3つの形態がある³⁾。「見学型」では医学生は医師が患者を診察するのを見学するのみで直接患者とは関わらない。「模擬診療型」では学生に患者を割り当て診察させた後にその行為をチェックして臨床技能を教育する。この実習をクリニカル・クラークシップと呼んでいる学校があるが、ここで学生が行うのは実際の医行為ではなく、患者の協力を得て行う演習であるのでクリニカル・クラークシップとは区別すべきである。「診療参加型」では学生は指導医と研修医で構成される診療チームに責任を持った一員として加わり、指導医の監督のもとに実際の診療に関与する。これがクリニカル・クラークシップで、学生は教科書的知識のみならず診療技能、臨床推論など臨床医に要求される能力を総合的に身につけることができる。

診療チームが構成されているというのが、病棟でのクリニカル・クラークシップの絶対条件である。通常はレジデント、インターン、学生からなるいくつかのチームをチーフレジデントが統括しており、それを臨床経験豊かなアテンディング・フィジシャン（指導医）が指導している（図1）。クリニカル・クラークシップを实のあるものにするには診療チームを作るだけでなく、チームを直接統括する医師であるチーフレジデントとチームの監視と指導をするアテンディングの働きが重要である。チーフレジデントは受け持ち患者の診療をすべて監督するとともに学生の指導もする。したがってクリニカル・クラークシップを実施するには、診療チームの指導者を養成することが重要である。しかし指導教員の養成を行っている学校

^{*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 田名病院

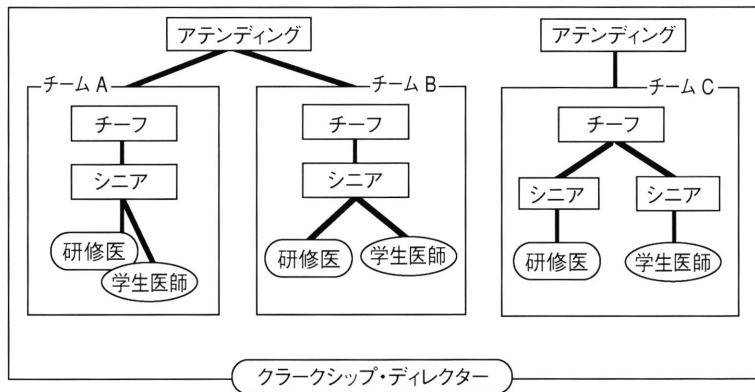


図 1 クラークシップにおけるチーム構成

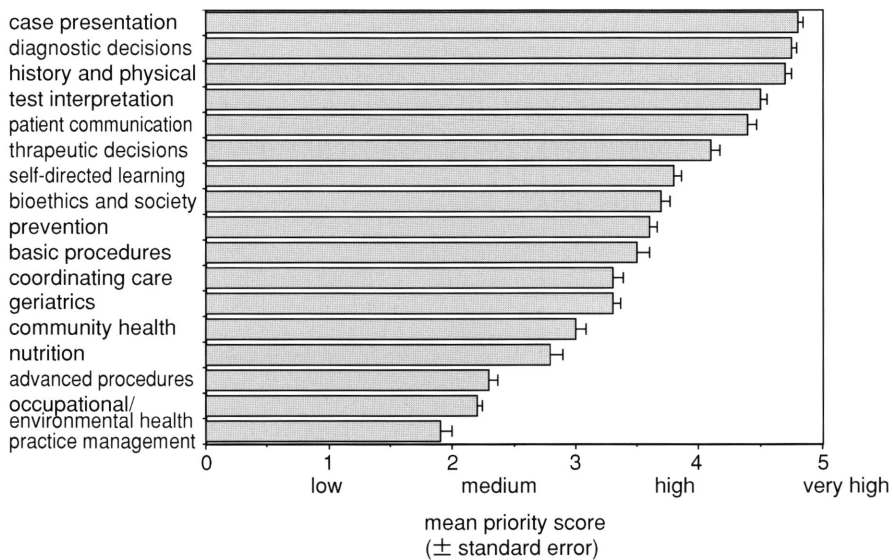


図 2 全米の内科クラークシップ・ディレクターが考えている教えるべき項目の優先順位 (文献 5)より引用，一部改変

は『わが国の大学医学部（医科大学）白書 2005』によれば，まだ 18 校（27%）にしか過ぎない⁴⁾。

また日本では臨床実習というと，診察をさせるとか，採血をさせるとかという医行為をどこまでさせるべきかといったことが議論の中心になることが多いが，全米のクラークシップ指導者を対象にクリニカル・クラークシップで学生に何を教えるべきか聞いた調査では，1 位は case presentation，2 位は diagnostic decisions であり，採血などの basic procedures は 10 位に過ぎなかった (図 2)⁵⁾。一方，著者が日本の臨床医学教育担当

者を対象に行った同様の予備的な調査では 1 位は communication and relationships であり，coordination of care and teamwork が case presentation や diagnostic decisions より上位になっているなど，クリニカル・クラークシップ捉えかたがアメリカとは異なっていた。

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医学教育委員会・カリキュラム調査専門委員会の報告書『医学教育カリ

表1 クリニカル・クラークシップの実施状況の推移*

| 年度 | 1993 年度 | 1995 年度 | 1997 年度 | 1999 年度 | 2003 年度 |
|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 大学数 (%) | 14 (18%) | 30 (38%) | 42 (53%) | 55 (69%) | 66 (93%) |

* 一部導入を含む 出典：医学教育カリキュラムの現状

表2 クリニカル・クラークシップの導入状況(2003年)

| | 国立 | 公立 | 私立 | 合計 |
|--------------------------|----|----|----|----|
| 臨床実習を行うすべての科で導入している | 26 | 1 | 12 | 39 |
| 内科や外科などの主な臨床実習実施科で導入している | 4 | 0 | 8 | 12 |
| 一部の臨床実習科で導入している | 8 | 6 | 10 | 24 |
| 導入していない | 5 | 1 | 0 | 6 |
| 計 | 43 | 8 | 30 | 81 |

出典：平成15年度(2003年)医学教育カリキュラムの現状

キュラムの現状』を見ると平成15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39校、一部で導入している学校が36校、計75校(93%)とほとんどの学校でクリニカル・クラークシップが実施されるようになった(表1, 2)⁶⁾。

しかし、これらのクリニカル・クラークシップの内容をよく検討すると、本来のクリニカル・クラークシップとはかなり異なっていることに気づく。モデル・コア・カリキュラムでは臨床実習において学生が学ぶべき必須の態度、技能、知識がコア・カリキュラムとして示されているが、この内容は「すべての医師に必要な臨床能力を身につけること」に限定されており、具体的には、内科、精神科、小児科、外科、産科婦人科、救急医療となっている。その他の診療科の臨床実習としては、これに引き続き、より深く、広く学ぶための選択制カリキュラムを作ることが推奨されている。ところが2003年の調査でクリニカル・クラークシップを導入していると答えている75校のうち、なんと39校が臨床実習を行うすべての

科で導入していると答えている(表2)。好意的に考えれば、選択制カリキュラムにおいて数人の学生を対象に本当の診療参加型臨床実習を行っているので、すべての科で導入しているという答えになったとも考えられるが、『わが国の大学医学部(医科大学)白書2005』を見ると「コア診療科以外を選択制とすることにコンセンサスが得られずに、結果的に全診療科をローテートすることになった」と答えている学校が多い。

また、クリニカル・クラークシップの期間はアメリカ医学教育合同委員会の調査によると内科に12週、外科に12週、小児科に8週、産婦人科に6週、精神科に6週、家庭医学に4週が割り当てられており、選択制のクリニカル・クラークシップには多くは4週が割り当てられている⁷⁾。ところが日本においては、2005年に日本医学教育学会卒前医学教育委員会が2回のクラークシップ・ディレクター養成ワークショップの参加者に対して行ったアンケート調査によれば、臨床実習の期間はコア科であっても2週間の学校が36校(63%)と最も多く、4週間を取っている学校はわずか7校(12%)にすぎなかった。また、非コアの診療科にいたっては1週間が32校(56%)、2週間が32校(37%)となっており、とても学生がチームの一員として診療に参加するような臨床実習が可能となる期間と思われる結果であった。このようなことから、日本においては医学生が診療チームに参加し、その一員として診療業務を分担しながら医師の職業的な知識・思考法・技能・態度の基本的な内容を学ぶといった本当のクリニカル・クラークシップを実施している学校は少ないと推定される。

アメリカでも従来は病棟で受け持ち患者を持つ形態が主であったが、最近では外来でクラークシップを行う割合が増加しており内科25%、外科30%、小児科41%、産婦人科31%、精神科22%、家庭医学94%の時間が外来実習であり、場所も大学病院や関連病院だけでなく、営利病院、地域の診療所、開業医のオフィスと多岐にわたっている⁷⁾。したがってクリニカル・クラークシップにおける学生の評価は知識、技能、態度を多岐にわたり評価する方法が必要で、病棟での技能・態度

の評価尺度を用いた評価や多肢選択式試験による知識の試験に加えて客観的臨床技能試験 (OSCE) を行うことが望ましいとされている⁸⁾。わが国においては、まだ担当教員が実習態度やレポートで評価するといった学校が多く、臨床実習終了時に OSCE を行っているところは少ない⁴⁾。

医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議は「21世紀における医学・歯学教育の改善方策について一学部教育の再構築のために一」において「現在多くの大学で行われている見学型を中心とした全診療科を必修としたローテーションを、基本的な臨床能力を身につける上で必要な重点的ローテーションに変革することが必要である。このため、コアとなる実習内容や量的な提示を含んだモデル・コア・カリキュラムを踏まえながら、各大学の特色を發揮するような臨床実習プログラムの早急な見直しが必要と考える。また、臨床実習のカリキュラムの検討・実施に当たっては、各講座や診療科ごとにカリキュラムを定め、それぞれ実施するのではなく、当該機関全体として、学生の到達目標をどこに設定し、そのためにどのような臨床実習の内容が必要かということをも十分検討・調整の上作成すべきである」と提言している。しかし実際にクリニカル・クラークシップの実施は、各科に任せず教育計画の中で全体的に行っているという学校は43校(63%)であり、また学生の実施すべき実習内容が明確に設定されておらず、統一的なカリキュラムが作成されていない学校も少なくない(表3)⁴⁾。

3. クリニカル・クラークシップディレクターの養成

クリニカル・クラークシップのもう1つの特徴は本人の学習進度に合わせて段階的に学べることであり、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を与えられ、能力が向上すればより進んだ役割へと移行する。そのために指導医は常に学生を評価し、フィードバックを行う必要がある。さらにクリニカル・クラークシップが円滑に運営されるためには、クリニカル・クラークシップの全体を把握している専任の教員「クラークシップ・ディレク

表3 クリニカル・クラークシップの導入状況 (2005年)

実施は、各科に任せず教育計画のなかで全体的に行われていますか

| | 全体 | 国立 | 公立 | 私立 |
|---------------------|----|----|----|----|
| 組織的に教育体制に組み入れている | 43 | 26 | 4 | 13 |
| 導入している講座とそうでない講座がある | 24 | 9 | 2 | 13 |
| その他 | 1 | 1 | 0 | 0 |

出典：わが国の大学医学部(医科大学)白書2005

ター」が不可欠である。クラークシップ・ディレクターは医学部長、教員、学生の中に位置して、クリニカル・クラークシップの流れを見守り、学習と内容と教育方法を常に検討し、クリニカル・クラークシップの構成メンバーに適切なフィードバックを与えなければならない⁹⁾。「21世紀における医学・歯学教育の改善方策について一学部教育の再構築のために一」でも「臨床実習の責任体制を確立し、実習内容や実施体制などに関して企画・調整を行うための臨床実習委員会の設置と臨床実習をコーディネートする「クラークシップ・ディレクター」の配置など実施体制を構築した上で、当該組織やスタッフがリーダーシップを發揮して臨床実習が進められることが望ましい」と書かれている。しかし、日本ではクリニカル・クラークシップを行っているといいながら、このクラークシップ・ディレクターなしに、臨床実習が行われていることが多い。そこで日本医学教育学会の卒前臨床教育委員会ではクラークシップ・ディレクターのための手引き書¹⁰⁾を刊行し、さらにクラークシップ・ディレクターを養成するワークショップが開催された。

文 献

- 1) 阿部好文. モデル・コア・カリキュラムとは. 医学教育 2003; 33: 77-82.
- 2) 阿部好文. 日本の医師がみた米国におけるクリニカル・クラークシップ. 動きだした医学教育改革—良き臨床医を育てるために(薬の知識編集委員会編), ライフサイエンス出版, 東京, 2001, p. 28-43.
- 3) 阿部好文: クラークシップとは. クリニカル・ク

- ラークシップ実践ガイド（黒川 清監修，阿部好文編），診断と治療社，東京，2002，p. 1-5.
- 4) 医学部（医科大学）の基本問題に関する委員会編．わが国の大学医学部（医科大学）白書 2005．全国医学部長病院長会議，東京，2005.
 - 5) Bass EB, Fortin AH VI, Morrison G, et al. National Survey of Clerkship Directors in Internal Medicine on the Competencies That Should Be Addressed in the Medicine Core Clerkship. *Am J Med* 1997; **102**: 564-571.
 - 6) 医学教育委員会カリキュラム調査専門委員会編．平成 15 年度医学教育カリキュラムの現状．全国医学部長病院長会議，東京，2004.
 - 7) Barzansky B, Etzel S. Educational programs in US medical schools, 2003-2004. *JAMA* 2004; **292**: 1025-31.
 - 8) 阿部好文．クリニカル・クラークシップの教育と評価．医学のあゆみ．2003; **205**: 495-7.
 - 9) 阿部好文．卒前臨床実習/卒後臨床研修の指導者養成．東京女子医科大学雑誌 2003; **73**: 149-57.
 - 10) 日本医学教育学会卒前臨床教育委員会編．診療参加型臨床実習ガイドークリニカル・クラークシップ指導者のために一．篠原出版新社，東京，2005.