

はじめに

わが国の医科大学・医学部には附属病院の設置が義務付けられており、医師の養成課程において、病院における臨床実習は必要不可欠であり、臨床医学教育の中心的なものと位置づけられている。しかし、その実態については医科大学・医学部により、あるいは診療科により期間や方法もまちまちであり、国際的にみても欧米の医学教育と最も異なる点の一つとされている。わが国の医学教育の改善のためには臨床実習の充実と質の向上の必要性がかねてより叫ばれていた。平成22年度に医学教育モデル・コア・カリキュラムが改訂にされ、さらに医学教育の国際認証を受審することが広まるにつれて、多くの大学が診療参加型臨床実習に移行すると思われる。本稿では各大学が診療参加型臨床実習を取り入れようとした際に、支援となるものを中心に述べる。

経緯と診療参加型臨床実習の概念

文部科学省の「21世紀医学・医療懇談会」が、平成11年4月に第4次報告として、「21世紀の命と健康を守る医療人の育成を目指して」という提言を公表し、その中で「少人数教育の推進と臨床実習の充実」が提言された。具体的には「学生に対し、専門的な知識にとどまらず、患者、家族や他の医療人とのコミュニケーションの在り方を含む医師としての実践的な臨床能力や態度を体得させるためには、実際の医療の場における臨床実習の一層の充実を図ることが重要である。このため、クリニカル・クラークシップ（学生が病棟に所属し、医療チームの一員として、実際に患者の

診療に携わるような臨床実習の形態）と呼ばれる臨床実習の実施、地域の医療機関の臨床経験豊かな人材に学生の教育に協力していただく「臨床教授」制度の導入、大学病院と地域の医療機関との連携による学外実習の実施等を引き続き推進することが必要である」と診療参加型臨床実習の推進が明記されたが、その後、カリキュラム改革や共用試験の実施などと比べて臨床実習改革は歩みの遅いものであった。

さらに、平成21年5月の医学教育カリキュラム検討会意見のとりまとめ「臨床研修制度の見直し等を踏まえた医学教育の改善について」では「基本的診療能力の確実な習得と将来のキャリアの明確化」の項において、方向性として「臨床実習を系統的・体系的に充実させ、診療チームの一員として、患者に接し、診断・治療の判断ができる基本的な能力や医療人としての基本的姿勢を確実に身に付けるとともに、自らの将来のキャリアを明確に見通すことができるようにする」と明記され、診療参加型臨床実習へ移行を強く推奨している。

時を同じくして、米国ECFMG（外国医学部卒業生のための教育委員会）が、2023年より国際的な認証を受けた医科大学・医学部の卒業生にのみ受験資格を与えると2010年9月に発表したことにより、本邦の多くの大学が国際的な標準である診療参加型臨床実習へ志向している。

一方で、このように10数年にわたり、繰り返し診療参加型臨床実習の必要性が提言されているにもかかわらず、いまだ十分には浸透していない現実がある。その原因として、1) 今までやってこなかったことに対する違和感、2) 現実的到達目標である国家試験に対する貢献が少ないこと、3) 臨床教員の負担感などがあげられると思われる。これらの解決のために、平成23年度文部科学省大学改革推進委託事業として「医学・歯学教

^{*1} Clinical Clerkship

^{*2} Kiyoshi Kitamura 東京大学大学院医学系研究科医学教育国際研究センター

育の改善・充実に関する調査研究」において診療参加型臨床実習の導入に向けて1) 提言と題したガイドライン、2) 経験と評価の記録案と題したログブックのひな型、3) DVDによる診療参加型臨床実習の実際を紹介した。本稿では多くの部分をこの報告書を参考、引用している。

診療参加型臨床実習は、米国流にクリニカル・クラークシップ (clinical clerkship) と呼ばれたり、単に参加型臨床実習と呼ばれるが、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・態度の基本的な部分を学ぶことを目的としている。クラーク (clerk) とは、病棟事務員を意味しており、かつて米国で医師不足であった折、学生が上級医の指導の下で「クラーク」として患者を受け持つことで実際の医療の基本を修得したことに由来している。診療参加型臨床実習では、学生は student doctor あるいは student physician の名称で、指導医の指導・監視の下で一定の範囲内の医行為を実践することも許容される。

診療参加型臨床実習の主な特徴としては、以下のようなものがある。

(1) 学生は知識だけでなく医療現場で必要となる思考法 (臨床推論、臨床判断・決定、診療計画の立案等) や、医療面接、身体診察、基本的臨床手技、診療録その他の文書作成などの技能、診療や学習の態度 (医師のプロフェッショナルリ

ム) も含めて医師としての能力を総合的に学び身に付ける。一方、学生は、自らの主体性と責任感をもって学ぶことが求められる。

- (2) 学生が知識・思考法・技能・態度を学ぶ対象は、広い意味では患者ならびに医師、看護職などの診療スタッフ全員である。その意味で、参加型臨床実習は多職種間教育の場でもある。
- (3) 具体的には、指導医チーム (指導医と研修医などの上級医) は、学生の患者診療能力に関する情報を得て、それに応じた担当患者の診療業務を分担させる。そして、学生の能力向上に応じて次の段階の業務を任せることにより、学生は、必要な知識・思考法・技能・態度を段階的、継続的に学ぶことができる。
- (4) そのためには、1 診療科あたり 4～12 週間配属され、指導医から継続的な評価を受ける、あるいは統合的な評価・管理の元、診療科を越えて継続性のある教育がなされる。
- (5) 上級医 (特に研修医) も学生からの質問等により、自己学習が促される。

診療参加型臨床実習導入の意義は、実際の臨床現場を体験することにより、知識だけではなく、態度や技能、さらには実際に使える知識などが成長することが期待され、従来は卒業後の臨床研修で学んだことが学生時代から学ぶことになりより多くの成長が望めるという点に集約できると思われる (図 1)。

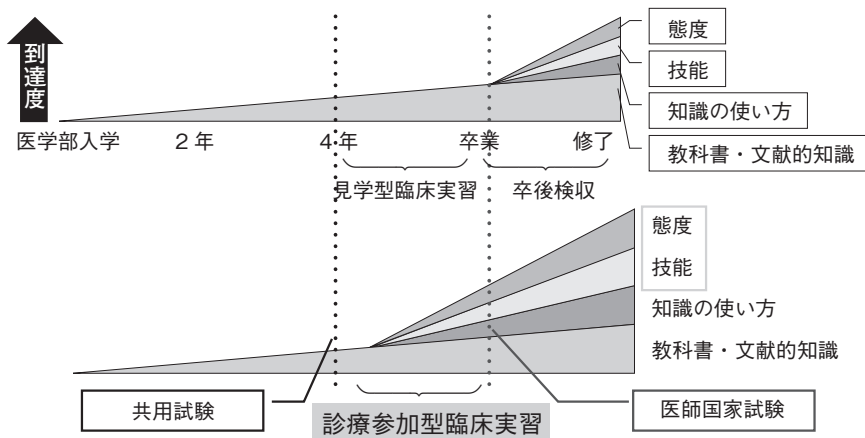


図 1 診療参加型臨床実習への移行による学習面でのメリット

臨床参加型臨床実習のための組織体制

1) 組織的に取り組むこと

診療参加型臨床実習を導入し、より効果的な実習に改善していくには、組織体制を整備して取り組む必要がある。医学部長、教授会、教務委員会、事務部、医学教育ユニットなどの教育組織の役割を強化し、実習を全体として一定の水準が保てるように管理する。すなわち、各診療科に任されていたことを、透明化し医学部として統一する事柄と、各臨床科に決定が委ねられる事柄を分ける必要がある。

さらに、教育機能をもった診療体制を構築することが必要となる。すなわち、学生が診療チームの中に組み込まれ、常時学生の能力が評価・モニターされ、学生の果たす役割と責任の重さが段階的に増加するような仕組み（実習統括部門）が必要である。

また、指導医、診療チーム、病棟職員などの教育能力の向上も重要である。適宜、ファカルティ・ディベロップメントを行い、指導医、診療チーム、コメディカルスタッフ、病棟職員などに学生実習に対する理解を促し教育能力を向上させる必要がある。

2) 実習統括部門の整備

実習統括部門を設置し担当教員を配置することにより、診療科横断的、全学的な実習体制の整備をはじめ、今後の診療参加型臨床実習の充実にかかる＜実施→評価→改善＞の改革サイクルを実行するシステム構築、課題の解決に大きく寄与することが期待される。

実習統括部門に想定される役割を以下に列挙する。

- (1) 診療参加型臨床実習の意義の明確化
- (2) 医学部としての診療参加型臨床実習の学習目標
- (3) 診療参加型臨床実習前の準備教育の設計
- (4) 学生が配属される時期と期間の設計
- (5) 必修制・選択制・希望制の設計
- (6) 配属先の決定（全科、主要な科、受け入れを希望する科）

- (7) 診療チームへの参加と指導方法のありかたについて（各診療科の検討に助言）
 - (8) 医学部として学生に許容する医行為と病棟業務の範囲
 - (9) インフォームド・コンセントの取得に関する指針
 - (10) 学生が当事者となる医療事故や紛争における法的責任について
 - (11) 学生に起こる事故等の予防策と事故後の対応策
 - (12) 診療参加型臨床実習中の事故に対する保険への加入手続きについて
 - (13) 学習評価方法
 - (14) 実習が困難な学生への対処指針
 - (15) プログラム評価方法
 - (16) 実習指針、ラーニング・ポートフォリオ等の編集
 - (17) 評価データの集計とフィードバック
 - (18) 学生向けのオリエンテーション
 - (19) 実習指導医向けのファカルティ・ディベロップメントの開催
 - (20) シミュレーション・ラボ、eラーニング、OSCE等の運営
- （第13期日本医学教育学会卒前教育委員会の「診療参加型臨床実習における望ましい教育体制のあり方。」¹⁾に掲載されているものを転載した。）

この中で特に、(14)実習が困難な学生への対処指針が重要と思われる。場合によっては進路変更をも視野に入れた指導が必要になることもあり、指針に基づいた対処が重要である。

カリキュラムと教育方法

臨床実習の期間は定まったものがない。医学教育の認証評価の国際基準によると、教育期間の3分の1が患者と接する時間であるべきとされるが、これには低学年の体験実習なども含まれており、参加型臨床実習の期間は明確ではない。米国カリフォルニア州の基準である72週間という数字が独り歩きしているが、各大学の実情に合わせて設定する。医学教育モデル・コア・カリキュラムの診療科臨床実習においては、1) 内科系臨床実習として内科、精神科、小児科が、2) 外科系臨床実習として外科、産婦人科が、さらに3) 救

急医療実習が挙げられており、くわえて地域医療臨床実習が別枠で提示されている。

教育方法については、決まったものではなくチームの一員としてチーム医療の中で働きつつ学ぶこと、すなわち on the job training (OJT) が原則である。少人数の講義も必要ではあるが主たる教育方法ではない。具体的なイメージはなかなか理解されないので、文部科学省の研究班ではDVDにより参加型臨床実習の実際を紹介している。百聞は一見にしかずというように動画で見るときわめてわかりやすい。

学生に許容される医行為

学生が診療業務を行うことについての法的位置付けに関して、診療参加型臨床実習において、医師でない学生が医行為を行うことについて、医師法上の違法性を阻却する条件を整備しておく必要がある。このことは、各大学が厚生省検討委員会報告に示された条件を満たすことが前提である。

厚生省健康政策局臨床実習検討委員会

「臨床実習検討委員会最終報告」1991年5月13日

医師法で、無免許医業罪が設けられている目的は、患者の生命・身体の安全を保護することにある。したがって、医学生の医行為も、その目的・手段・方法が、社会通念から見て相当であり、医師の医行為と同程度の安全性が確保される程度であれば、基本的に違法性はないと解することができる。具体的には、指針により医学生に許容される医行為について、(1) 侵襲性のそれほど高くない一定のものに限られること、(2) 医学部教育の一環として一定の条件を満たす指導医によるきめ細かな指導・監督の下に行われること、(3) 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ことを条件とするならば、医学生が医行為を行っても、医師が医行為を行う場合と同程度に安全性を確保することができる。また、医学生が医行為を行う手段・方法についても、上記条件に加え、(4)患者等の同意を得て実施することとすれば、社会通念から見て相当であると考えられる。

これらを踏まえて具体的対応を提言する。

- 1) 学生は診療への参加が始まる前に大学が定める評価基準を合格している。
- 2) 医療安全や院内感染対策については、研修や抗体検査・ワクチン接種等、実習が行われる病院の職員と同等の対策が実施されている。
- 3) 学生による診療録や医療文書の記載は、指導にあたる医師が最終的に確認し、必要な訂正を加えたうえで署名する。
- 4) 学生による医行為は必ず指導にあたる医師の指示により、指導・監督のもとで行う。
- 5) 学生に許容される医行為水準は、各施設において診療科ごとに詳細に定められており、実習指針に記載されている。
- 6) 患者あるいは家族に対し実習の趣旨を説明し、学生を「学生」として明確に紹介し、学生が担当し医行為を行うことについて同意を得る。また、同意の取り方についても実習指針で定めておく。

これらのことが重要となる。また、学生に許容される医行為の例示を表1に示す。

評価

診療参加型臨床実習の目標には、知識や臨床推論、臨床判断・決定などだけではなく、診療の基本的臨床手技などの臨床技能、医師のプロフェッショナリズムなどの態度も含まれる。評価方法として、医学知識に関する口頭試問やレポート、筆記試験のみでは不十分である。かえって、これらの方法では評価できない技能領域や態度領域へ学習意欲が減退していくことすら起こりうる。診療参加型臨床実習の充実のためには、評価方法として、OSCEや簡易版臨床能力評価法 mini-CEX など評価表を用いた技能の評価や、実習中の観察記録などを採用し、また、学生へのフィードバックを行うことが必須である。なお、OSCEとは objective structured clinical examination (客観的臨床能力試験) のことであり、簡易版臨床能力評価法とは mini-clinical evaluation exercise のことである。

一方、評価者については、指導医に加え、行動をとともにすることが多い同じチームの研修医、

表 1 学生に許容される医行為の例示

水準Ⅰ. 指導医の指導・監視の下で実施が許される医行為

【一般手技】

- ☐ 体位交換
- ☐ おむつ交換
- ☐ 移送
- ☐ 皮膚消毒
- ☐ 包帯交換
- ☐ 外用薬の貼付・塗布
- ☐ 気道内吸引（シミュレータ）※
- ☐ ネブライザー
- ☐ ギプス巻き

【外科手技】

- ☐ 清潔操作
- ☐ 手洗い
- ☐ ガウンテクニック

【検査手技】

- ☐ 尿検査
- ☐ 末梢血塗抹標本
- ☐ 微生物学的検査（グラム染色含む）
- ☐ 妊娠反応検査

【診察手技】

- ☐ 医療面接
- ☐ 診察法（全身・各臓器）
- ☐ 基本的な婦人科診察（シミュレータ）※
- ☐ バイタルサイン
- ☐ 耳鏡

【救急】

- ☐ 一次救命処置（シミュレータ）※
- ☐ 静脈採血（シミュレータ）※
- ☐ 末梢静脈確保（シミュレータ）※
- ☐ 胃管挿入（シミュレータ）※
- ☐ 尿道カテ挿入抜去（シミュレータ）※
- ☐ 注射（皮下、皮内、筋肉内、静脈内）（シミュレータ）※
- ☐ 診療記録
- ☐ プレゼンテーション
- ☐ 縫合
- ☐ 消毒・ガーゼ交換
- ☐ 血液型判定
- ☐ 視力視野
- ☐ 聴力

- ☐ 平衡検査
- ☐ 鼻鏡
- ☐ 眼底鏡
- ☐ 直腸診察（シミュレータ）※
- ☐ 乳房診察（シミュレータ）※

※大学病院や地域医療実習協力病院を受診している患者に実施する前に、シミュレータ等で十分な習熟をしておく必要があると考えられる侵襲的医行為または羞恥的医行為を示す。指導にあたる医師は、担当学生に対して、これらの行為を患者に行うよう指示する場合は、当該学生が患者に実施してよい習熟度であるかどうかを、直接あるいは講習会修了証や更新証などにより事前に確認しておく必要がある。

水準Ⅲ. 原則として指導医の実施の介助または見学にとどめ、実施させない医行為

【一般手技】

- ☐ 中心静脈カテーテル挿入
- ☐ 動脈採血・ライン確保

【外科手技】

- ☐ 手術

【検査手技】

- ☐ 脳波検査
- ☐ 超音波検査（心・腹部）
- ☐ エックス線検査

【診察手技】

- ☐ 腰椎穿刺
- ☐ ドレーン挿入・抜去
- ☐ CT/MRI
- ☐ 核医学
- ☐ 内視鏡検査
- ☐ 婦人科疾患の診察
- ☐ 妊婦の診察と分娩

【救急】

- ☐ 救命治療
- ☐ 救急病態の初期治療
- ☐ 外傷処置

また、特に態度の評価については、看護スタッフや学生の担当患者など指導医以外の評価者を設定する（360°評価と呼ぶ）ことも重要である。これらの評価表など、学習過程で作成・入手した成果物を蓄積した「経験と評価の記録」あるいは「ログブック」を指導医とともに振り返ることも、重要かつ貴重な形成的評価となる。このログブック（ポートフォリオともいう）を評価の対象として再構築することで、臨床実習の評価により真正性（authenticity）が向上し、学生の望ましい学習を促進することに加えて、臨床実習から臨床研修までの継続的な評価が可能となることが期待できる。

おわりに

診療参加型臨床実習の概要を紹介した。アンケート調査ではほとんどの大学が診療参加型臨床実習をしていると回答されているが、その期間

や、深度、広がりなどは大学により大きく異なっている。国際標準に基づく医学教育の認証をチャンスととらえて、医学教育が向上しすべての大学において、ある一定レベルの臨床実習が行われることをせつに期待している。さらに、診療参加型臨床実習の評価も重要であり、従来の教授による口頭試問だけでは十分に評価できないとの認識で、観察評価を中心にログブックを作成し、それを基に評価を行い、さらに臨床研修・専門研修へとつなげていただきたい。今後、名実ともに診療参加型臨床実習が臨床医学教育のメインイベントとなることを期待する。

■文献

- 1) 第13期日本医学教育学会卒前教育委員会。診療参加型臨床実習における望ましい教育体制のあり方。医学教育 2004, 35(1): 9-15.