

はじめに

近年、診療参加型臨床実習（クリニカル・クラークシップ、以下CCと略記）の充実を目指す動きは、全国的に加速している。古くは1970年代より、数々の報告書や提言が臨床実習の改善を最重要課題として指摘し、診療参加型臨床実習への移行を繰り返し推奨して来たにもかかわらず、なかなか足並みがそろわなかった。この領域が動き始めた背景には、日本医学教育学会をはじめとした関係各所の努力の成果として、診療参加型臨床実習実施のための環境（法的整備、教育・学習リソース）が整いつつあることに加えて、国際標準に基づく医学教育分野別評価を追い風として臨床実習改革への全国的なインセンティブ形成がなされたことがある。

国際標準に基づく医学教育分野別評価に対応するには、そこで求められているカリキュラムの骨格であるアウトカム基盤型教育（outcome-based education: OBE）に基づいてカリキュラムを再編しなければならない。そのためには、まず卒前医学教育で到達すべき能力を学修成果（アウトカム）として明示し、そこに到達しうる教育課程を設定するとともに、卒業生がその能力を獲得していることを客観的な根拠をもって示すことが求められる。しかしながらアウトカムとして設定されたコンピテンシ・コンピテンシーを包括的に教育できるのは臨床実習にほかならず、また卒前医学教育における到達度を評価できる場も臨床実習が最も適している。そして臨床実習をそのような教育・評価の場にするには、従来の見学型や模擬診療型実習ではなく、診療参加型として整備する必

要があることが浸透しつつあると言えるだろう。

ここでは大幅に充実・改定された「診療参加型臨床実習ガイドライン」（「医学教育モデル・コア・カリキュラム」平成28年度改訂版）¹⁾に即して、「医学教育カリキュラムの現状」^{2), 3), 4), 5)}から読み取れるクリニカル・クラークシップの現状と課題について述べる。

1. 臨床実習の現状と課題

(1) 臨床実習の期間・形態

表1に、2009年から2015年にかけての臨床実習の変遷を「医学教育カリキュラムの現状」を基にまとめた。2009年調査では49.6週であった臨床実習の期間は漸増し、2015年には56.7週となっている。実習時間をみると2009年には最大が3,450時間、最小が800時間と、実に2,600時間もの施設間格差があったが、2011年以降、その差は徐々に狭まる傾向にある。実習を行っている学年は、5・6年次が主体だが、4年次より臨床実習を開始する大学も9校から25校へと大幅に増加している。臨床実習開始時期を前倒しする形で臨床実習期間を延長している傾向がある。

このような実習期間の拡大への動きは、分野別評価による影響が大きい。当初米国カリフォルニア州の規定とされる72週が外形基準のごとく一人歩きし、大学関係者を当惑させたが、「医学教育分野別評価基準日本版Ver.2.2」⁶⁾では「臨床技能教育は、低学年での患者との接触を伴う臨床現場での実習から高学年での診療参加型臨床実習を含み、全体で6年教育の1/3、概ね2年間を指す」と記載されており、目的達成のために必要な内容と期間を、各施設の置かれた状況に応じて確保する方向性が明らかになった。今後は、共用試験後の臨床実習だけでなく、1・2年次の早期体験学習をはじめとした見学型実習の拡充を含めた系統的な設計が進むと思われる。

^{*1} Clinical Clerkship

^{*2} Yasutomo Oda 佐賀大学医学部地域医療科学教育研究センター・医療教育部門

表 1 臨床実習の変遷

	2009年	2011年	2013年	2015年
実習週数（平均）	49.6週	51.7週	53.7週	56.7週
実習時間（平均）	1767.2hr	1799.1hr	1911.3hr	2047.7hr
実習時間（最大／最小）	3450／800	3040／1260	2925／1290	3040／1350
4 年次実習開始	9 校	13校	21校	25校
CCの導入	80校（100%）	79校（99%）	80校（100%）	80校（100%）
・全診療科で実施	52校（65%）	54校（67%）	53校（66%）	56（70%）
・一部の診療科で実施	28校（35%）	25校（32%）	27校（31%）	24校（30%）
・導入していない	0	1（1%）	0	0
CCの実施週数（平均）	—	37.2週	38.9週	43.5週
CCの実施場所：自学附属病院	—	—	22校	13校
：学外関連施設	—	—	0	2 校
：両方	—	—	58校	65校

—：データ無し

(2) クリニカル・クラークシップの実施状況

一方、臨床実習をCCとして行っている施設は、2009年の時点で100%を達成している。その65%の施設は、CCを全診療科で実施していると回答しているが、2015年には、この全診療科CCを実施する施設は70%へと増加している。

CCの実施にあたっては、「1診療科あたり1～2週間の配属期間で診療科ごとに独立した学修評価を受けるのではなく、特に内科（各専門科を含む）、外科（各専門科を含む）、精神科、総合診療科／家庭医学、産婦人科および小児科を含む重要な診療科では、原則として1診療科あたり4週間以上の配属期間の中で指導に当たる医師から継続的な評価を受ける必要がある」（「診療参加型臨床実習ガイドライン 平成28年度改訂版」）とされている。全診療科でCCを行った場合、このような実習期間を確保することは困難である。

そのため、CCを重点的に行うコア診療科と、短期間の見学型ないし模擬診療型で行うノンコア診療科に区別することが必要になる。しかし、コア診療科を設定しているのは2015年調査で28校（35%）に過ぎない。コア診療科である内科でCCの合計は平均11.7週（最大18週、最小2週）、外科平均5.8週（最大10週、最小2週）、その他が平均11.1週（最大45週、最小2週）となっており、十分な期間が確保されているとは言い難い。

日本の医学部において全診療科での臨床実習が伝統的に行われ、CCでも同様の枠組みで導入されるケースが多いのは、臨床実習が自学附属病院での卒後臨床研修への勧誘、さらには将来の入局への勧誘を兼ねている点があるのは否めない。これらを両立するため、1～2週の短期間・見学型実習で全診療科を網羅した上で、コア診療科でCCを行うような二階建ての実習ローテーションを組む大学も少なくない。

(3) クリニカル・クラークシップにおける教育支援体制

CCの場としては、大学附属病院のみから、学外関連施設を併用する大学が増えている。施設も国公立病院、地域の基幹病院、診療所など、多岐にわたる。これは大学病院では経験しがたい幅広い医療を経験する機会を広げる一方で、教育目標や方法、そして評価の視点を共有することが難しくなる面もある。そのためには、診療に参加することに対する学生の適切な取り組みを誘導し、指導医、診療チーム、病棟職員等の教育能力を向上させるための体制づくりが必要である。

体制は、医学部長を中心とした教授会、事務部門等の意思統一のもと、臨床実習全体の質管理を行う実習統括部門を編成し、各診療科における教育体制・能力を強化することが必要になる。ま

た、医学生にCCの目的と方法を理解させ、評価の方法と基準を提示しておかなければならない。このような業務を担う専門部署を有するのは、44校（55%）で、半数近くの大学では診療各科の判断にゆだねているのが現状である。CCの場を学外施設に拡充するためにも、実習統括部門の整備と機能強化が求められる。

学生への教育は、80校すべての大学が「臨床実習入門」プログラムを有し、基本的臨床技能教育のほか、医療安全や倫理に関する教育を行い、72校（90%）が臨床実習を開始するにあたって認証式を実施している。実習は、80校（100%）が臨床実習のための手引書（印刷物・電子媒体）をもとに行い、77校（96%）が医学生に許容される医行為の基準を設けている。具体的な診療参加内容については、「回診に参加」「カンファレンスに参加」が80校（100%）、「プレゼンテーション」78校（97.5%）、「各種医行為」77校（96.3%）、「診療力記載」69校（86.3%）と回答されている。これらの準備教育プログラムの枠組みや、実習中の行事や医行為に関する指針の設定は、ほとんどの大学で実施できていることがわかる。しかし、これらの数値から各施設の実習の質を推し量ることはできない。

(4) 実習における評価について

かつて臨床実習における評価は、診療現場ではなくカンファレンスルームにおける症例プレゼンテーションやレポートを用いて、必ずしも直接指導していない診療科長によって評価されている例がしばしば見られた。しかし、設定したアウトカムの到達度を実践レベルで評価するには、直接の指導医ならびに所属する診療チームメンバーによる現場での行動を対象とした評価が欠かせない。このようなwork-based assessmentの方法としては、mini-CEXやポートフォリオなどが知られているが、現時点でそれがどの程度普及し、実質的な評価に運用されているのかについてのデータは、「医学教育カリキュラムの現状」から読み取ることではできない。

評価は学生の学習を大きく方向づけるものであるだけに、評価者が目的を理解し、評価法やフィ

ードバックに関する訓練を受けておく必要がある。そのため評価についても、臨床実習統括委員会の指揮のもと、全診療科横断的な取り組みが必要である。しかし、評価の方法や総括的評価としての扱いも大学間の差はもちろん、大学内の診療科間の格差も大きく、評価の領域は、実務的にも研究領域としても、今後の大きな課題と言えるだろう。

一方で、臨床実習後の到達度評価としてのOSCEが共用試験実施機構のもとで正式実施されることが決定し、2020年度の導入を目指してトライアルが始まっている（第1部22章参照）。臨床能力を客観的かつ標準的な環境で評価するのは有用であるが、work-based assessmentの導入が不十分な状態のままにOSCEがゴールとなってしまえば、学生の学習・訓練を誤って導きかねない。各大学が評価全体のブループリントを明確に設定し、学生および診療各科へその目的や方法をしっかりと教育していく必要がある。

2. クリニカル・クラークシップの実質化のために

あらためてCCの目的を鑑みれば、以下のとおりである。

「診療参加型臨床実習は、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。診療参加型臨床実習の実施・改善にあたっては、その趣旨が、単なる知識・技能の習得や診療の経験にとどまらず、実際の患者を相手にした診療業務を通じて、医療現場に立った時に必要とされる診断および治療等に関する思考・対応力等を養うことにある点に留意する必要がある。」（診療参加型実習実施ガイドライン）

ここに述べられているように、「学生が診療チームに参加」し、「診療業務を分担」しながら学ぶ、「職業的な」訓練の場である。学びながら職業的小社会へと入り込み、自らを適応させていく過程であるところに、診療業務的にはプラスアル

ファの存在でしかないBSL (Bedside Learning) との明確な違いが存在する。学習者の当事者意識が醸成され、付与された現実的な業務分担に責任感をもって取り組むことなしには、CCは成立しない。現状には様々な課題が山積しているのは前述のとおりであるが、目的と手段をはき違えないようにしたい。

また、CCが広く社会的に認知され、学生医師の参加に協力的な環境となるためには、学生が一定の能力を担保された存在であること、大学病院を始めとする教育機関が指導体制を整え、医療安全対策に努力をしていることを広く知らせる必要がある。これは大学、学会、関連団体の責務だといえる。

■文 献

- 1) モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会, モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会. 医学教育モデル・コア・カリキュラム H28年度改訂版
- 2) 医学教育委員会カリキュラム調査専門委員会編. 平成21年度 (2009年) 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, 2010.
- 3) 医学教育委員会カリキュラム調査専門委員会編. 平成23年度 (2011年) 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, 2012.
- 4) 医学教育委員会カリキュラム調査専門委員会編. 平成25年度 (2013年) 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, 2014.
- 5) 医学教育委員会カリキュラム調査専門委員会編. 平成27年度 (2015年) 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, 2016.
- 6) 日本医学教育評価機構基準・要項検討委員会. 医学教育分野別評価基準日本版Ver.2.2, 世界医学教育連盟 (WFME) グローバルスタンダード2015年版準拠