

22 診療参加型臨床実習^{*1}

高田 和生^{*2}

1. わが国の臨床実習における最近の動き

COVID-19 パンデミック勃発を受け、他国と同様に、わが国における臨床実習も2020年4月7日の緊急事態宣言発令後にはほとんどの大学において休止となった。その後も複数の波の襲来を受け、ほとんどの大学で臨床実習は再開されているものの、臨床スキルの獲得のために不可欠な診療参加度に制限をかけざるをえない状況が続いた。他方、2020・2021年の2年間に、臨床実習に関わる2つの大きな動きがあった。2021年通常国会で成立した改正医療法に基づくStudent Doctorの法的位置付け（施行は2023年4月1日）と、臨床実習後OSCE（Post-CC OSCE）の正式導入（2020年度より）である。これらはいずれも、臨床実習における診療参加度を高め、卒業時の臨床スキル習得レベルを高め、卒前・卒後を通したシームレスで相補的な医師育成体制を強化しようと期待されている。

また、それと並行して、国際標準に基づく医学教育分野別評価の受審が進み、2022年6月22日時点で63校が1回目の受審を終えている¹⁾。医学教育分野別評価で求められるのは、卒業時に求められている知識／技能の確実な修得を実現する適切な量（期間）と質の学習機会、そして組織としての継続的質改善の仕組みとその実践である。そして前者には、(1)低学年での臨床現場実習から高学年での臨床実習を含んだ期間全体が6年教育の1/3となること、(2)クラークシップ、つまり重要な診療科での4週間以上に渡る診療参加型臨床実習を含むことが求められており²⁾、各大学において臨床実習の量／質の

改善のための改革が進められている。

さらに、卒前・卒後を通したシームレスで相補的な医師育成体制強化を加速しうるツールとして、研修医の評価をオンラインで行うシステムであるオンライン卒後臨床研修評価システムEPOC（Evaluation system of POSTgraduate Clinical training）の卒前版（Clinical Clerkship EPOC、以下CC-EPOC）が開発され、使用が始まった。卒前・卒後にわたるループリックを用い、臨床現場での形成的パフォーマンス評価と振り返りを行いやすくすべく様々な工夫が凝らされている。

これらを受け、COVID-19がある程度収束し、臨床実習現場へ学生が以前のように戻るようになった際には、COVID-19以前よりも診療参加度の高い実習が展開され、卒業時の臨床技能習得レベルが高まり、卒前・卒後を通したシームレスで相補的な医師育成体制が強化されていくと期待される。

本稿では、全国医学部長病院長会議から隔年で発行される「わが国の大学医学部・医科大学白書」「医学教育カリキュラムの現状」のデータ他から読み取れるわが国の臨床実習の現状・課題を、特に診療参加度という視点から述べる。

2. わが国の臨床実習の現状と課題

(1)臨床実習期間

「医学教育カリキュラムの現状」³⁻⁶⁾をもとに、2009年から2019年にかけての変遷を表1にまとめた。半数以上の大学で4年次から臨床実習を開始しており、実習週数平均も2019年調査では64.4週で、医学教育分野別評価受審が開始された2013年度以降は2週／年のペースで上昇している。今後も、医学教育分野別評価で求められる「低学年での臨床現場実習を含んだ期間全体として6年教育の1/3、概ね2年間」²⁾

^{*1} Clinical Clerkship

^{*2} Kazuki Takada 国立大学法人東京医科歯科大学統合国際機構

表1 わが国の臨床実習の変遷（「医学教育カリキュラムの現状」他より³⁻⁶⁾）

	2009年	2011年	2013年	2015年	2017年	2019年
臨床実習週数（平均）	49.6週	51.7週	53.7週	56.7週	60.3週	64.4週
臨床実習時間（平均）	1767.2時間	1799.1時間	1911.3時間	2047.7時間	2174.1時間	2329.9時間
臨床実習時間（最大/最小）	3450/800	3040/1260	2925/1290	3040/1350	2960/1410	2960/1360
4年次の臨床実習開始	9校	13校	21校	25校	39校	42校
CCの導入	80校 (100%)	79校 (99%)	80校 (100%)	80校 (100%)	80校 (100%)	80校 (100%)
・全診療科で実施	52校 (65%)	54校 (67%)	53校 (66%)	56校 (70%)	58校 (73.5%)	59校 (74%)
・一部の診療科で実施	28校 (35%)	25校 (32%)	27校 (31%)	24校 (30%)	22校 (27.5%)	21校 (26%)
・導入していない	0	1校 (1%)	0	0	0	0
CCの実施週数（平均）	-	37.2週	38.9週	43.5週	47.1週	53.8週
臨床医学実習における海外派遣（国営校1校あたり平均）	-	-	-	12.4	12.3	13.9
CCの場所						
・自学附属病院	-	-	22校	13校	8校	5校
・学外関連病院	-	-	0	2校	0	0
・両方	-	-	58校	65校	72校	75校
CCでの診療参加						
・外来診療	-	-	-	聞いてない	聞いてない	58校
・プレゼンテーション	-	-	-	78校	77校	67校
・診療録記載	-	-	-	69校	73校	74校
Student doctor 認証式	-	-	-	72校	73校	75校
ポートフォリオ/ログブック	-	-	22校	32校	40校	58校
学生診療録記載	-	-	-	-	-	78校
学生診療録記載内容の教員チェック（毎日）	-	-	-	-	-	21校
臨床実習の評価結果のフィードバック（形成的評価）	-	-	-	51校	49校	58校
CC実施上の課題点						
・教員の負担が多い	-	-	-	62校	65校	64校
・診療科による取組が異なる	-	-	-	53校	59校	57校
・医行為の水準が不明瞭	-	-	-	24校	22校	20校
・患者側の協力が難しい	-	-	-	23校	24校	24校

に向かい上昇傾向が暫く進むと予測される。

(2) クリニカル・クラークシップ

「医学教育カリキュラムの現状」³⁻⁵⁾ではクリニカル・クラークシップ（以下、CC）についての様々な調査が行われているが、同調査ではCCを「診療参加型実習とも称され、学生が医療チームの一員として、実際の診療に能動的に参加して許容された医行為を行い、診療録（模擬診療録も含む）にも記載する実習」と定義している。この定義は、医学教育分野別評価の拠り所となる「医学教育分野別評価基準日本版」におけるクラークシップの定義「十分な期間の診療参加型臨床実習」²⁾とほぼ同義だが、後者ではさらに「診療参加型臨床実習を効果的に行うために、主要な診療科では、原則として1診療科あたり連続して4週間以上を確保することが推奨される」としている²⁾。これらの違いを理解した上で、以下データを吟味すべきである。

実施状況

2019年時点では全80校がCCを実施しており、実施場所は5校が自学附属病院のみ、残る75校は自学附属病院および学外関連病院の両方と回答している⁵⁾。そして、CCの実習週数平均が53.8週となっているが、この期間も年々延長されており、そのスピード（2017～2019年、3週／年）は「臨床実習」全体期間の延長スピード（2週／年）より早い。

構成

上述のように、CCが診療参加型臨床実習であること、そして分野別評価基準にあるように「診療参加型臨床実習を効果的に行うために、重要な診療科では、原則として1診療科あたり4週間以上を確保することが推奨される」ことを加味すると、全ての診療科でそれを実現するのは難しく、よってローテートする診療科を、CCを十分な期間で行うコア科と、そうでない

非コア科（診療参加型臨床実習という形態をとらない、または期間が4週間未満）に区別せざるを得ないのだが、「医学教育カリキュラムの現状」の2019年度調査では、コア科を設定していると答えたのは41校のみであり、コア科として回答された診療科については、分野別評価で「重要な診療科」として規定している内科と外科については十分な期間があてられていたが、小児科、産婦人科、精神科、総合診療科／

家庭医学の期間はそれぞれ回答校平均で2.8週、2.6週、2.0週、1.5週となっている⁵⁾。

回答した医学校の中には、「産婦人科は必ずしも診療参加型でなく模擬診療型になっているため、CC対象科には含めず、したがってCCコア科にも列挙しなかった」という大学もあったことと考える。今後、医学教育分野別評価での基準を満たしていくためには、それら診療科への教員、研修医などの配属数増、そして一部診療科については患者の理解を得るなどの対応が求められるだろう。

学生の診療参加機会とその実態

「2019年（令和元年度）医学教育カリキュラムの現状」によると、2019年度時点では、ほとんどの大学で受け持ち患者の日々の診察を行い（72/80校）、回診に参加し（80校）、採血／手術助手等の医行為を行い（79校）、診療録に記載し（74校）、カンファレンスに参加し（79校）、プレゼンテーションを行っている（67校）。さらに58校では外来診療にも何らかの形で参加している⁵⁾。それらも網羅したログブックやポートフォリオを構築させている医学校も年々増えてきている（58校）（表1）⁵⁾。これらだけを見ると、確かに「参加」機会は創出されてきている。

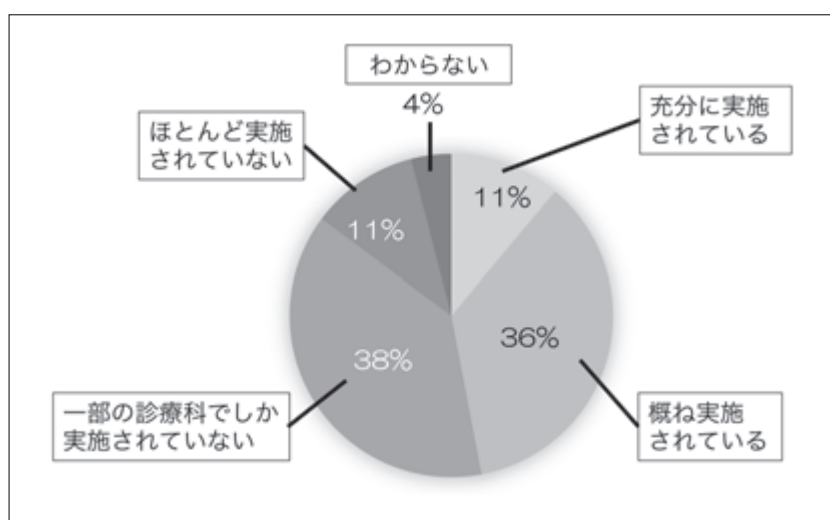


図1 「診療参加型の臨床実習は実施されていると考えますか」に対する学生回答
「令和2年度（2020年）わが国の大学医学部・医科大学白書 白書2020」
学生調査集計表より⁷⁾

では学生の視点からはどうだろうか。「令和2年度（2020年）わが国の大学医学部・医科大学白書 白書2020」に学生を対象に行ったCCに関する調査結果が提示されており、それによると「診療参加型臨床実習は実施されているか」の問いに対し、「十分に実施されている」「概ね実施されている」と回答した学生は全体の47.0%であった（図1）⁷⁾。他方、「一部の診療科でしか実施されていない」（38.2%）、「ほとんど実施されていない」（10.8%）と回答した学生が合わせてほぼ半数に達しているという事実は、決して無視できない（図1）⁷⁾。

診療参加機会が多く提供されているのに、学生に診療参加型臨床実習が実施されているという認識が低いという乖離は、何に起因するのだろうか。もちろんこれには学生と教育管理者側の「診療参加型診療実習」の定義認識の相違や、診療参加型臨床実習という形態を取らない非コア科（上述）での実習も含めて学生が回答した可能性が寄与しているものと推察する。しかしながら、「2019年（令和元年度）医学教育カリキュラムの現状」によると、学生に診療録記載をさせていると回答したのが74校であるのに対し、診療録記載内容の教員チェックを毎日行っていると回答したのは21校にとどまり⁵⁾、また、評価結果のフィードバック（形成的評価）を行っ

ていると回答したのも58校に限られている。さらに、CC指導教員に対してのFDは54校でしか実施されておらず、75校が学生を派遣している学外関連病院での指導医研修は30校でしか実施されていない⁵⁾。これらから、「参加のための機会は創出されつつあるが、それを最大限有効に生かすための指導医による適切な指導やフィードバックが、残念ながら十分には実施されていない」という仮説が演繹的に導き出される。それを裏付けるものとして、過去の「医学教育カリキュラムの現状」³⁻⁶⁾では、「CC実施上の問題点」として常にトップにあるのが「教員の負担が多い」(過去3回は62校以上が回答)であり(表1)、また、厚生労働省医道審議会医師分科会が2019年に行った「診療参加型臨床実習推進のためのアンケート調査」でも、「学生実習が十分に参加型になっていない理由」として最も多くが回答したのは「指導医／教員の人員不足のため」であった(84.7%)⁸⁾。これらは、「医行為の水準が不明確」(20校)⁵⁾や「患者側の協力が得難い」(24校)⁵⁾などよりもはるかに多くが回答しており(表1)、現場では大きな問題として認識されていることが分かる。そして、単に指導医の人数的な問題だけでなく、学生の診療参加を有効に生かすための適切な指導や振り返りを行える、または行ってくれる指導医を増やさなければいけないことも示唆しているだろう。

医行為水準の不明確さや患者協力取得の難しさについては、Student Doctorの法的位置付けにより、ある程度解決が進むと期待する。他方、「適切な指導やフィードバックの未実施」「教員の負担」「指導医／教員の人員不足」という問題を解決するためには、指導医増数や効果的な研修の実施だけではなく、組織文化をかえる必要がある。指導医が、忙しい診療現場において、時間を割いて学生に考えさせ、フィードバックをする、これはいわば組織文化である。

組織文化とは、共有される価値観や行動規範、信念により創出される。今の日本の多くの医学校の臨床指導医は、臨床実習学生の指導に対してどのような価値観・行動規範・信念を持っ

ているのだろうか。さらに、臨床実習学生と学年の近い臨床研修医の指導に対する、指導医の価値観・行動規範・信念との違いはどうだろうか。臨床研修が「診療参加型」でない機関はない。指導医の価値観・行動規範・信念が、学生に対するものと研修医に対するもので違っていたら、その原因はどこにあるのだろうか。学生の卒業時到達目標レベルが不明確であったことが1つの原因なら、臨床研修と医学教育モデル・コア・カリキュラムにおける到達目標の整合性と連続性の確保や、それを反映させたPost-CC OSCEの今後の公的化が、その原因の解決に繋がりうる。しかし、組織文化をかえるにはそれだけでは不十分である。医学校執行部が、診療参加型臨床実習が実現する(逆に言うと、それがないと実現できない)明確な未来像を描き、それを言語化して発信し、さらに、それが明確に反映され指導医の動機付けにつながる業績評価の仕組みの構築が必要である。そうして初めて、指導医の価値観・行動規範・信念はかわっていく。

3. わが国における診療参加型臨床実習の実質化のために

診療参加型臨床実習は、目的ではなく手段である。その目的は、臨床研修を開始するのに必要な医師としての資質、特に、臨床知識、臨床推論を踏まえた医療面接や身体診察技能、臨床推論による臨床意思判断能力、医師として相応しい価値観／姿勢を獲得することである。臨床実習の長さや、診療参加機会というハードウェアは整いつつあり、またStudent Doctorの法的位置付けにより法的基盤が整い、さらにPost-CC OSCEの導入(と今後に期待される公的化)は、その目的の認識を学習者にも教育者にも、より明確に認識させるだろう。その上で、診療参加型臨床実習が、手段として目的達成のために機能するか否かは、ソフトウェア、つまり現場の指導医の行動にかかっている。そして、その行動を規定するのは組織の文化、つまり指導医の価値観・行動規範・信念である。医学校執行部が、診療参加型臨床実習による明確な未来像を発信し、それが明確に反映され、指導医の

動機付けにつながる業績評価の仕組みを構築することで、指導医の価値観・行動規範・信念を変え、理想的な文化を創出していかなければならない。

■文 献

- 1) https://www.jacme.or.jp/pdf/evaluation_results_top-j01.pdf (最終閲覧日：2022.6.23)
- 2) 一般社団法人日本医学教育評価機構. 医学教育分野別評価基準日本版 Ver.2.34. https://www.jacme.or.jp/pdf/wfmf-jp_ver2.34.pdf (最終閲覧日：2022.6.23)
- 3) 「平成 27 年度（2015 年）医学教育カリキュラムの現状」（一般社団法人全国医学部長病院長会議発行）
- 4) 「平成 29 年度（2017 年）医学教育カリキュラムの現状」（一般社団法人全国医学部長病院長会議発行）
- 5) 「2019 年（令和元年度）医学教育カリキュラムの現状」（一般社団法人全国医学部長病院長会議発行）
- 6) 小田康友. 診療参加型臨床実習. 医学教育白書 2018 年版. 95-98. 2018.
- 7) 「令和 2 年度（2020 年）わが国の大学医学部・医科大学白書 白書 2020」（一般社団法人全国医学部長病院長会議発行）
- 8) 医道審議会医師分科会（令和元年 9 月 27 日）参考資料 1 「診療参加型臨床実習推進のためのアンケート調査結果」 <https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000552397.pdf> (最終閲覧日：2021.10.26)