

卒前臨床実習*1

前川 正*2

はじめに

卒前医学教育で臨床実習が重視されていることは昔も今も変わらないが、医学や医療技術の目覚ましい進歩や、これらをめぐる社会の変貌に適應できるよう実習体制の見直しが求められている。かくてポリクリと略称された外来患者を対象とする診断の実習は、病室実習を主とする体制に変わった。それによって診断のみでなく、疾患の全体像や治療の実態などの認識、患者とその家族および医療チーム構成員との関係の理解などを介し、医師に求められる態度や価値観の修得も期待されるに至った。しかし、これらの期待の実現には数々の難問を解決することが必要であって、関連各位の努力によって少しずつ問題点の解消をみているのが現状と考えている。本項では最近の臨床実習の実状を紹介し、改善方策を探ることとしたい。

1. 病室実習充実の必要性

医師として医療に従事する場合、系統的に教育伝授された基礎および臨床医学の知識を、そのままの形で患者の持つ多様な問題や、その背後に潜む医学的課題の解決に役立てることは困難である。そのためには系統的知識を一旦解体し、組み直しを必要とすることが多い。まして無理に詰め込まれた知識の多くは短期間内に忘却されることを考えると、臨床講義やCPCは別として、従来の講義科目の多くが非効率的、非効果的であることが容易に理解できる。

医学や医療技術の進歩に伴って、卒前に教育すべきことが急激に増加していることを踏まえ、教授すべき事項を精選し、重複や反復がないようによく整理すべきであり、そのためには基礎医学と臨床医学を臓器別や系統別に統合したカリキュラムが推奨されるのは当然である。

昨今、わが国でも採用を始めた大学がみられる問題解決型カリキュラムは、一層進んだ教育方法で、与えられた課題につき自己学習、グループ学習することを介して必要な知識を修得する仕組みであり、かくして得られた情報はよく記憶されて終生忘れることは少なく、日常臨床で遭遇する類似の課題の解決に威力を発揮するといわれている。

高学年になるに従って病室や外来で多くの症例に接し、その病歴や所見などから自ら求めた課題の解決を計ることによって、患者の罹患している疾患を中心として関連する多くの疾患の病態を認識し、正しい診断に到達する方法を学び、さらに治療法と予後を知ることによって知識と経験を豊かにすることが、臨床教育として優れていることはいうまでもない。このような教育体制では医師に必要とされる態度や価値観を体得することも可能となるからである。

これに対し、臨床実習を臨床教育の中核とすることが、瑣末な医療技術の修得を目的としており、そのため系統的に学ぶべき医学を冒瀆していることを主張する向きがある。しかし、医学の発展の過程は個々の症例についての観察の積み重ねを介して獲得された知識と経験の体系化に基づくことを考えれば、臨床実習によって自学して修得したことを教員や先輩の適切な助言や多数の優れた教科書、参考書などの参照により、学生自身が医学として体系化する方がむしろ正当な学習方法とい

*1 Undergraduate Clinical Training

キーワード：卒前臨床実習、臨床実習検討委員会、クリニカル・クラークシップ、卒前臨床実習改善方策、卒前臨床実習と医行為、卒前臨床実習充実阻害因子

*2 Tadashi MAEKAWA 国立学校財務センター

表1. 卒前臨床実習の概要

設置形態	国立43大学*				公立8大学				私立29大学			
	1987	1989	1991	1993	1987	1989	1991	1993	1987	1989	1991	1993
実習期間平均(週)	41.1	41.6	40.4	41.8	40.8	40.8	41.5	35.9	38.6	39.3	38.6	40.1
グループ当学生数(人)	6.4	6.6	6.5	5.8	5.2	4.8	4.8	4.7	5.8	5.8	5.9	5.4
手引書有大学数	33	34	35	39	5	6	6	5	27	28	29	29
内容評価方法 各科任せ大学数	42	43	42	42	8	8	8	8	28	28	28	27
院外実習有大学数	33	34	35	37	7	7	6	6	17	17	16	17

*防衛医科大学校を含む

えるのではないだろうか。それを可能とするには臨床実習の充実が必要不可欠である。

昭和43年実地修練制度が廃止されて発足した卒後臨床研修では、当初推奨されたこともあって、志望診療科に所属するストレート研修が優位を占めた。その後、プライマリ・ケア修得のため関連診療科へのローテートが要望されたにもかかわらず、専門分化傾向の強化を反映して実現は容易でない状況が続いている。この傾向はさらに高度化の勢にあることから、卒後に内科系と外科系の両者にわたるいわゆる総合臨床研修を、すべての新医師に要請することは困難となってきた。かくて、このような臨床研修は学部学生の臨床実習で経験させる必要性が指摘されるに至り、これも病室実習充実を期待する要因となっている。

2. わが国の臨床実習の実状と改善の方策

全国医学部長病院長会議による1987～1993年度「医学教育カリキュラムの現状」から引用して卒前臨床実習の実状の一端を表1, 2に示した。臨床実習は一部の大学では4年生から始まるが、週当たりの時間数も多くなく、臨床入門の実習と考えられる。主体は国・公・私立大学とも5, 6年生にわたるのが通例で、期間は40週間程度である。実習の手引書は大部分の大学で用意されているが、実習の内容や評価が各診療科任せである点が問題である。臨床実習における教務委員会の役割割り、実習期間の割り振り、実習グループを各診療科に割り当てるところまでなのであるか。各科間の壁が厚かったら実習内容を調整し、評価方法を統一することは困難と思われる。

表2に示したように、内・外科を例とした臨床

実習の内容は大部分の大学で、診察、治療、検査および手術の介助と討論となっている。この結果は後述する厚生省の臨床実習検討委員会で調査した成績とは異なっているが、全国医学部長病院長会議でアンケート調査を行った際の設問の仕方によるものと考えている。

1週間当たりの最長臨床実習時間の分布は表3に示した。36時間またはそれ以下、したがって、授業時間内と考えられる大学が2/3を占めている。1989年度で最長は44時間で、国立1大学と私立2大学であったが、1993年度は国立1大学の43時間が最長で、次は私立2大学の42時間であった。

1987年度「医学教育カリキュラムの現状」には臨床実習で特記する事項が設けられており、救急実習を書いたのが防衛医科大学校を含む国立3大学と私立7大学であった。1989年度にはその枠はなくなったが、特殊教育科目に救急救命医学を書いたのが国立14大学、公立2大学、私立20大学であった。

以上「医学教育カリキュラムの現状」に書かれているデータから臨床実習の質的評価、すなわち内容に言及するのは困難と考えるが、多くの大学では決められた授業時間に病棟や手術部に顔を出し、指導医の監督下に割り当てられた患者につき既成の病歴を読んで診察し、討論してレポートをまとめる。主治医による処置があれば、それを見学ないし介助する、手術を見学した上で術後の経過をレポートにまとめるなど、いわば病棟の客人として終始するのが、大多数の大学での臨床実習と想像している。

病室実習の導入で臨床実習は量的には増加した

表2. 臨床実習の内容

設置形態	国立43大学*				公立8大学				私立29大学			
	1987	1989	1991	1993	1987	1989	1991	1993	1987	1989	1991	1993
年度	1987	1989	1991	1993	1987	1989	1991	1993	1987	1989	1991	1993
診察介助大学数	41	42	42	42	7	7	8	8	29	29	29	29
治療介助大学数	35	37	37	36	7	7	7	8	27	28	28	26
検査介助大学数	41	41	42	40	7	7	8	8	28	27	28	28
手術介助大学数	27	30	28	29	5	6	6	6	22	24	23	20
討論大学数	42	43	43	43	8	8	7	8	29	29	29	28
その他 大学	レポート提出	13	10	9	6	2	2	2	1	3	3	5
	手術見学	4	4	5	3	1	1	2	2	1	1	1
	口頭試問	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
	筆記試問	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
	発表	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0
	クルズス	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
	予診	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	C P C	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
	症例検討	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0
	処置関連	1	1	1	1	0	0		0	0	0	0
	検査関連	1	1	1	1	0	0		0	0	0	2
	見学のみのみ	1	2			0	0			0	0	
	文献調査法		0				0				1	
	病歴記載		1	1	1		0	0	0		0	0
	レフェラート		1	1	1		0	0	0		0	0
その他	1	0	2	4	0	0	1	0	1	0	2	

*防衛医科大学校を含む

表3. 1週間当り最大臨床実習時間分布

設置形態	国立43大学*		公立8大学		私立29大学	
	1989	1993**	1989	1993	1989	1993
< 30 時間	16	13	3	2	6	2
30~36時間	16	20	3	6	9	19
> 36 時間	11	9	2	0	14	8

*防衛医科大学校を含む, **1大学記載欠

ものの、質的には不十分な大学が多く、臨床を垣間みるだけであり、症例を介して医療の実態に触れ、必要な知識、技能、態度などを修得するには程遠い状態にとどまっている大学が多いと考えている。

臨床実習が所期の目的を達成するは、学生は病棟に配属され、医療チームの一員として一定の役割りを果たしながら実習する体制が必要であると

考えている。つまり、アメリカ、イギリスなどの医学校が伝統的に採用しているクリニカル・クラークシップによる臨床実習に準ずる体制の導入である。さらに現行の40週間程度の実習期間を大幅に延長すること、とくに内科や外科など基幹となる診療科の実習期間を延長する必要がある反面、一部の診療科の実習については選択制を採用することも考慮するべきであろう。もちろん、臨床実

習に先立って総合型や問題解決型カリキュラムによって基礎医学、臨床医学、社会医学の知識を十分修得していること、ならびに臨床医学入門とか診断学実習などにより、基礎的臨床技術を体得していることは必須である。

3. 臨床実習の充実を阻害する要因

わが国でクリニカル・クラークシップに準ずる臨床実習体制の採用に踏み切れないのは多くの阻害因子があるためと考えている。それらを思いつくままに列挙すると、1) 大学病院の病床数が少ないこと、2) 大学病院の患者の疾患に偏りのあること、3) 講座、診療科間に厚い壁があって自由な交流が阻害されていること、4) 教員数が十分でないこと、5) 教員は研究第一主義であって教育に熱心でないこと、6) 医学教育が講義中心であり、教員が講義時間の削減に強く抵抗すること、7) 大学病院の施設設備が臨床実習に適していないこと、8) 卒後臨床研修に重点が置かれていること、9) 医行為の実施が許可されていないこと、などである。

これら阻害因子のため臨床実習の充実是不可能と諦めてしまえば簡単であるが、学部教育に責任を持つ立場にあるからには、何らかの工夫と努力によって改善を計る必要があると考えている。大学病院の卒後臨床研修は、通常、地域の医療施設と連携して実施されている。これらのうち一定の条件を満たすものを卒前教育施設として利用し、臨床実習の場を拡げ、研修医も指導医とともに学生の教育に当たるようにしてもよい。このようなことは文部省により設置された医学教育改善に関する調査研究協力者会議が昭和62年に公表した最終まとめに提案されている。地域の医療施設の多くでは医師は診療に追われ教育のための時間が取れないこと、図書を含め教育設備が十分でないことなどが隘路となるであろうが、大学病院との連携によって解決できない問題ではないと考えている。

しかし、医行為の実施が医師法17条「医師でなければ医業をしてはならない」によりできないこと、もしこれを犯せば無免許医業として同31条により処罰されることが問題となる。上記の最終まとめにも、「ただ学部段階での臨床実習は診断、治

療等の介助と見学という内容にとどまらざるを得ず、本格的な実地修練は卒後研修にゆだねられている」と書かれている。

4. 厚生省の臨床実習検討委員会の審議の概要

卒前臨床実習は卒後臨床研修と一貫性を保ち、一定の方針のもとに実施される必要がある。その中で前者を充実する必要があることを前項に記述した。その実現のため一定の条件下ではあるが、医学生も一部の医行為を実施できるようにする必要があり、医師法の改正を含め十分な検討を加えることが関係各方面から要望されるに至った。これへの対応として、1990年度に文部省高等教育局の協力下で厚生省健康政策局に臨床実習検討委員会が設置された。委員会は筆者のほか、医学部や法学部の教員、日本医師会副会長、臨床研修指定病院の医師などから構成された。

委員会はこれまでの医学教育の変遷を踏まえ、国の内外の実状に照らして種々検討を重ねた結果、以下の結論に到達した：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、身の安全を保護することにある。したがって、学生の医行為も、その目的・手段・方法が社会通念からみて相当であり、医師の医行為と同程度の安全性が確保される限度内であれば、基本的には違法性はないと解することができる。具体的には、1) 国レベルで一定条件下で学生に許容される。身心に対しそれ程侵襲性の高くない医行為の範囲を示す、2) 一定の指針に基づき、学生の知識・技能や患者の状態などを勘案して、指導医に最終的に医行為実施の許可が与えられることとし、指導・監督内容にも配慮する、3) 学生は各大学で定めた基準に従って臨床実習開始のための認定を受ける、4) 患者などの同意を得るなどの条件を満たす必要があるとの共通認識が得られた。

以上の内容を中間報告として取りまとめて各大学に意見を求める一方、1) に関し例示する医行為を第85回医師国家試験委員会の各科幹事および副幹事に依頼した。その結果を踏まえ、1) 添付した表に例示されているような身体的、精神的侵襲性の高くない医行為に限定し、2) 一定の資格要件を満たす学生が、3) 指導医による指導・監督のもとに、4) 同意を得た患者に実施するな

表 4. 臨床実習の体制と実状 (1993年度)

実 習 体 制	大学数	1週当り最長実習 時間平均(分布)	事故対応体制 有大学数(%)
クラークシップ導入	13(国9, 公1, 私3)	34.3(29~40)	3 (23.1%)
クラークシップ一部導入	7(国5, 私2)	32.6(22.5~40)	1 (14.3%)
従 来 形 式	60(国29*, 公7, 私24*)	32.3**(18~43)	11(18.3%)

*記載なし1大学を加えた, **記載なしの1大学を除く

ら, 目的・手段・方法は社会通念からみて相当であり, 医師が実施する医行為と同程度に安全性が確保される点で, 基本的には違法性がないことを骨子とする最終報告書を1991年5月13日に答申した。

各大学はこの最終報告に基づき, 学生の能力, 臨床実習のカリキュラム, 指導体制, 実習施設の実状などに従って, 許容される医行為を各科別など個別で定め, それらを上記4条件とともに大学ごとに作成される臨床実習手引書などの中に掲載し, それに従って臨床実習を実施することとなる。学生による医行為は医療事故が生じないように, 万全の体制のもとで実施されるべきであるが, 万一事故が起こった場合には適切に対処できる体制をあらかじめ確立しておく必要がある。

5. 現在の臨床実習

1993年度「医学教育カリキュラムの現状」によれば, 国立2大学を除くすべての大学で4年次ないし5年次に進級チェックが行われている。しかし, 表5に示したように, 1993年度においてもクリニカル・クラークシップ体制の臨床実習を全面的または一部導入した大学は決して多いとはいえない。その比率は一部でも導入した大学を含めても国, 公, 私立でそれぞれ32.5%, 12.5%, 19.2%であった。表4に示したように, 三様の臨床実習体制の大学間で, 1週間当りの最長臨床実習時間に有意差があるとは思われないうし, 学生の事故への対応策の取り決めがある大学の比率は公立50%が最高であるが, 私立は27.6%, 国立は3大学のみで, さらにクリニカル・クラークシップ体制導入の有無で有意差があるとは思われなかった。

表1, 2, 3に1993年度「医学教育カリキュラムの現状」から引用した臨床実習の実状を, 1987

年, 1989年, 1991年度と対比して示した。1993年度には一定の条件下ではあるが医行為の実施を伴う臨床実習体制の導入が可能となった点で, それ以前と比較して表中の数値に大きな変化がみられることを期待したが, 1991年度までと比較して著差は認められなかった。

この間に大学設置基準が大綱化され, 医学部の専門教育過程4,200~4,800時間の縛りはなくなったが, それが依然意識されているため, クリニカル・クラークシップ体制を前面的に実施しているにもかかわらず, 1週間当りの臨床実習時間は平均34時間程度であると答えたのかもしれない。ちなみに1993年度に特殊教育科目として, 救急救命医学ないし集中治療医学をあげたのは国立5大学, 公立1大学, 私立6大学であった。他方, 表2では診察, 治療, 検査, 手術のいずれもが介助となっており, 医行為実施の状況をうかがうことはできない。この項の設定が診察などの介助の有無を答えることになっている点に問題がある点は既述した通りであり, これらの変化を介して臨床実習の実態が反映されると期待するのはもともと無理なのかもしれない。

厚生省の臨床実習検討委員会では1990年に各大学で実施されている医行為の実状と, 将来実施を希望する医行為につき調査を実施した。その結果は表2の成績とは著しく相違し, 問診, 診察, 生理学的検査, 体位変換, ガーゼ交換など侵襲性の軽い医行為については多くの大学で実施されていた。さらに, 注射, 採血, 手術の鉤引きなど比較的侵襲の低い医行為は約30%の大学で実施されていたし, 止血, 縫合, 導尿, 各種穿刺などのほか, 救急部などにおける実習に限られているものの気管内挿管や心マッサージのような, レベルの高い医行為を学生に実施させている大学も散見された。

したがって、表2に示した臨床実習の内容には1993年度においても従前と大差がなかったとはいえ、実態には大きな相違がある可能性は否定できない。厚生省の臨床実習検討委員会の最終報告により一定条件下で学生の医行為実施が許容されることになったことは上述した通りであるが、これは飽くまでも臨床実習を充実させるためであって、個々の医療技術を体得させるのが主目的ではない。アメリカやイギリスなどで実施されているクリニカル・クラークシップに準ずる臨床実習体制が導入された段階で、上記4条件のもとで医行為の実施が許容されたと理解すべきであることを、ここで強調したい。このような体制下では知識のみでなく一定の技能も修得されるであろうし、さらに重要であるのは患者や医療チームのメンバーとの接触が深くなり、医師にとって必要な

態度や価値観の体得も可能となることである。

おわりに

卒前臨床実習を充実強化することが必要であるが、そのためにはクリニカル・クラークシップ体制による実習をわが国にも導入すべきと考える。その際の阻害因子の1つであった学生の医行為禁止につき検討を加えて、医行為実施が許容される条件を明らかにすることができた。かくて、このような臨床実習体制を採用する大学がみられるに至ったが、それによって臨床実習が著しく改善充実したと判断できる資料はなお十分とはいえない。さらに創意工夫を加えることによって、そのほかの阻害因子の除去を計り、臨床実習が一層充実強化され十分な教育効果があがることを期待している。

* * *