

3. BSL・クリニカル・クラークシップ*1

阿部 好文*2

1. はじめに

医学部の臨床実習に関しては、平成8年に出された21世紀医学・医療懇談会第1次報告「21世紀の命と健康を守る医療人の育成を目指して」においてすでに「医療人育成において、実習は、患者の疾病の状況や家族的・社会的背景、疾病の治療などの実態、患者やその家族と医療人との関係、医療チームの構成員間との関係などを理解する上で極めて有益であり、その中で医療人に求められる態度・技能・知識や価値観などが修得されていくものである。すなわち、医療人は実習の中で患者に学びつつ成長していくと考えられる。例えば医師の例で言えば、クリニカル・クラークシップを積極的に導入する必要がある、そのためには学部教育の改革と教育病院である大学病院の整備を図ることが求められる」と書かれている。さらに平成13年に「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⁾。そこで平成17年に社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構が設立され、医学生臨床能力を知識と技能の面から評価する共用試験を実施することにより、医師法の違法性を阻却して医学生に医行為を実施させることが可能となった²⁾。その結果、医学部の臨床実習の形態は近年、大きく変わっている。

2. 臨床実習の現状

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。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。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し、ある程度の医行為もおこなうとされている³⁾。日本の医学部の臨床教育はかつてはBST (Bedside Teaching) とよばれる見学型のものが大半であったが、BSL (Bedside Learning) という学習者中心の形態に変わってきており、最近では診療参加型臨床実習（クリニカル・クラークシップ）を導入する学校が急速に増えている（表1）⁴⁾。また全国医学部長病院長会議の調査でも「実施は各科に任せず全体の教育計画のもとで全体的に行われていますか」という問いに対し、53校がクリニカル・クラークシップを組織的に教育体制に組み入れていると答えている⁵⁾。一方でモデル・コア・カリキュラムでは「内科、精神科、小児科、外科、産科婦人科、救急医療をコアの臨床実習として、その他の診療科の臨床実習は、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とすること」と明記されているにもかかわらず、臨床実習でコア科目を設定している大学は少数であり、またクリニカル・クラークシップをすべての診療科で導入し、かつ必修としている大学が少なくない（表2）。アメリカではクリニカル・クラークシップの期間は内科12週間、外科12週間、小児科8週間、産婦人科6週間、精神科6週間、家庭医学4週間が標準で、他の診療科で選択となっている⁶⁾。さらに最近でプロフェッショナリズムの修得のためには3年生になってから診療科を数ヶ月毎に区切っ

*1 Bed Side Learning, Clinical Clerkship

*2 Yoshifumi ABE 医療法人社団白寿会田名病院

表1 クリニカル・クラークシップの実施状況の推移*

年度	平成 5年度	平成 7年度	平成 9年度	平成 11年度	平成 15年度	平成 17年度	平成 19年度
大学数 (%)	14 (18%)	30 (38%)	42 (53%)	55 (69%)	66 (83%)	77 (96%)	78 (98%)

* 一部導入を含む 出典：医学教育カリキュラムの現状

表2 臨床実習とクリニカル・クラークシップの現状

臨床実習科目は

	国立	公立	私立	合計
全科目を必修としている	40	7	25	72
コア科目を必修として、その他を選択必修科目としている	4	1	4	9
計	44	8	29	81

クリニカル・クラークシップは

	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	47	8	30	81

出典：平成19年度（2007年）医学教育カリキュラムの現状

て順に回っていくクラークシップよりも、初期から長期間、継続的に学ぶ Longitudinal clerkship の方がよいとの報告⁷⁾も出ている。したがって2週毎ごとに全診療科をローテートするといった臨床実習が本当にクリニカル・クラークシップといえるかは疑問である。

3. 日本のクリニカル・クラークシップの内容と問題点

日本ではクリニカル・クラークシップの内容として採血などの医行為が重要視されており、学生にさせてよい医行為が決まっていないことが問題だという指摘がある（表3）。しかし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1⁸⁾。学生はクリニカル・クラークシップではとかく採血や縫合といった手技を修

得することに興味を持ちがちであるが、アメリカのクリニカル・クラークシップで重要とされるアウトカムはプロフェッショナリズムであり⁹⁾、スコットランドの5つの医科大学の医学部卒業時点での学習アウトカムを示した”The Scottish Doctor”でも最重要とされているのはプロフェッショナリズムである¹⁰⁾。しかし日本では平成19年に出された「医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」の最終報告でも診療参加型臨床実習の在り方として「患者の理解と同意を得るために取組（学生の診療技能の修得に関する証明書の発行など）」や「侵襲的医行為等に関するプロセス（診療技能の確保、患者への説明と同意等）の徹底」といった医行為に関する事項が挙げられており、いまだに医行為に重点が置かれる傾向がみられる。今後は臨床実習のアウトカムを再検討して、プロフェッショナリズムの教育をクリニカル・クラークシップの中に明確に位置づけていく必要がある¹¹⁾。

表3 クリニカル・クラークシップの内容と問題点

クリニカル・クラークシップで学生にさせている診療は

	全体	国立	公立	私立
回診に参加	72	39	6	27
プレゼンテーション	64	34	6	24
採血などの医行為	44	24	3	17
診療録の記載	42	22	4	16
その他	6	3	1	2

クリニカル・クラークシップ実施上で問題になったことは

	全体	国立	公立	私立
教員の負担が多い	40	25	3	12
教員による評価の信頼性が低い	6	2	0	4
診療科による取組が異なる	35	17	2	16
医行為の水準が不明瞭	17	8	1	8
その他	7	4	1	2

出典：わが国の大学医学部（医科大学）白書 2009

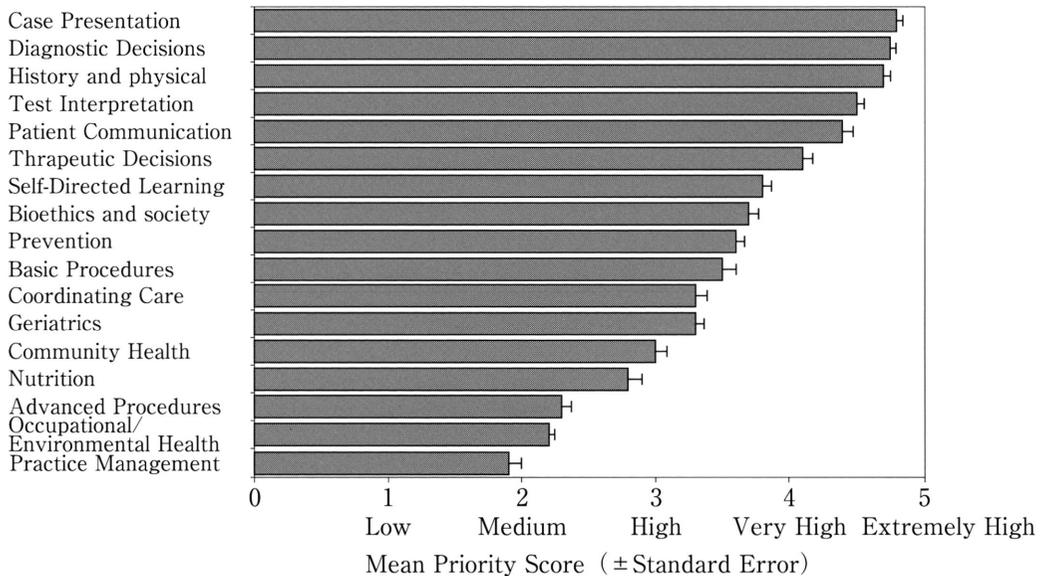


図1 全米の内科クラークシップ・ディレクターが考えている教えるべき項目の優先順位

4. クリニカル・クラークシップにおける指導体制とFD

病棟でのクリニカル・クラークシップでは診療チームの一員に学生が入っているというのが絶対条件である。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。クリニカル・クラークシップを実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

表4 クリニカル・クラークシップの指導教員に対するFDの目的

	全体	国立	公立	私立
カリキュラムの作成法	19	7	4	8
臨床推論の指導法	16	8	2	6
フィードバックの指導法	17	8	2	7
プレゼンテーションの指導法	8	4	1	3
その他	4	2	0	2

出典：わが国の大学医学部（医科大学）白書 2009

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FDをおこなっている学校は2009年の時点では33校（41%）で、2007年の18校（23%）に比べれば増加したがまだ半数以下である。ちなみにアメリカでは各診療科にクリニカル・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・ディレクター」がいて、その責任でクリニカル・クラークシップに関わる全スタッフにFDを行っている¹²⁾。また日本ではFDは行われていても内容は古典的なカリキュラムプランニングが多く、クリニカル・クラークシップに行われるべき、臨床推論やプレゼンテーションの指導法が目的となっているものはまだ少ない（表4）。

最近では学外実習病院での臨床実習が増えているので、外部病院の医師に教育法とともに評価法のFDをおこなうことも必要となっており、そのためにも臨床教育のための専任のスタッフとしてクラークシップ・ディレクターを置くことが急務となっている¹³⁾。

まとめ

共用試験が導入されて以後、臨床実習の形態は大きく変わっているがクリニカル・クラークシップを導入したといってもその内容は、まだ学習者中心の教育にはなっていないものが多く、臨床実習のアウトカム、評価法、指導教員のFDなどを全面的に見直す必要がある。

文献

- 1) 医学における教育プログラム研究・開発事業委員会. 医学教育モデル・コア・カリキュラム—教育内容ガイドライン—. 21世紀における医学・歯学教育の改善方策について（医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議）. 2007.
- 2) 森田孝夫. クリニカル・クラークシップのめざすもの. 日医雑誌 2006 ; **135** : 563-6.
- 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.
- 4) 医学教育委員会カリキュラム調査専門委員会編. 平成19年度（2007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, 2008.
- 5) 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 2009 全国医学部長病院長会議, 東京, 2009.
- 6) 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.
- 7) Ogur B, Hirsh D. Learning through longitudinal patient care—narratives from the Harvard medical school Cambridge integrated clerkship. *Acad Med* 2009 ; **84** : 844-50.
- 8) 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** : 564-71.
- 9) エレン・M・コズグローブ. 21世紀米国医学教育の最前線. 金原出版, 東京, 2007.

- 10) Simpson JG, Furnace J, Crosby J et al. : The Scottish doctor-learning outcomes for the medical undergraduate in Scotland : a foundation for competent and reflective practitioners, *Medical Teacher* 2002 ; **24** : 136-43.
- 11) 吉田素文. 診療参加型臨床実習（クリニカル・クラークシップ）の現状. 日内会誌 2007 ; **96** : 2667-2672.
- 12) 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.
- 13) 日本医学教育学会臨床能力小委員会監修. 阿部好文・大滝純司編. 臨床実習・臨床研修指導実践マニュアル, 文光堂, 東京, 2008.