

文部省科学研究費補助金 基盤研究 (C)
卒前臨床実習におけるクリニカルクラークシップ方式の導入に関する調査研究

研究報告書

「クリニカルクラークシップの導入とその問題点」

平成11年3月



研究代表者 神津 忠彦

文部省科学研究費補助金 基盤研究 (C)
卒前臨床実習におけるクリニカルクラークシップ方式の導入に関する調査研究

研究報告書

「クリニカルクラークシップの導入とその問題点」

平成11年3月

研究代表者 神津 忠彦

序

「クリニカルクラークシップ」は医学教育における臨床実習の一形態であるが、これを導入することが全国の多くの医科大学における教育改革の要諦の一つとされている。ところが我国では「クリニカルクラークシップ」の概念が必ずしも共通なものとなっておらず、従来の「ベッドサイドラーニング (BSL)」と呼ばれる臨床実習との差異が明らかにされぬまま、言葉だけが一人歩きしているきらいがあった。1991年の厚生省臨床実習検討委員会報告で示された学生の医行為をめぐる扱いの徹底もまだ十分ではない。

これに対し日本医学教育学会第12期卒前教育委員会では、クリニカルクラークシップの導入を推進するために、1997年度からその概念を整理し、導入に伴う問題点を検討してきた。幸い1998年度には文部省科学研究費補助金による基盤研究C：「卒前臨床実習におけるクリニカルクラークシップ方式の導入に関する調査研究」としてこのテーマに取り組むことができた。

1998年11月、委員会内で検討した内容をさらに深めるために、全国の医学教育関係者に呼びかけて、招聘講演と公開討論を企画したところ、46医科大学を含む170余名の方々の参加が得られ、クラークシップをさまざまな角度から考え、その問題点と対策に関する見解を深めることができた。

公開討論会のパート1では、課題研究の成果の発表を兼ねて、主として卒前教育委員会のメンバーによりクリニカルクラークシップの概念の整理、導入事例の紹介、モデルカリキュラム案の提示、導入をめぐる問題提起などが行われた。

パート2では二つの基調講演があった。まず「アメリカの医学教育」の著者として日本でも知名度の高い、米国Stanford大学内分科内分泌内科フェローの赤津晴子氏に「米国医科大学におけるクリニカルクラークシップ」と題して、Brown大学医学生として経験されたクラークシップを中心にお話し頂いた。次いでクラークシップの導入に積極的な東海大学医学部長の黒川清氏に、「クリニカルクラークシップの導入.....大学としての取り組み方」を講演して頂いた。

パート3では、上記のプログラムを共通の基盤として、公開の総合討論を2時間余にわたって行った。

本報告書は、課題研究に関する報告に添えて、公開討論会の全記録を記載した。我国のクリニカルクラークシップは、まだその緒に付いたばかりである。導入に伴う問題の解決のために、この報告書がいささかでも参考になれば幸いである。

1999年3月

文部省科学研究費補助金基盤研究C
「卒前臨床実習におけるクリニカルクラークシップ方式の導入に関する調査研究」
研究代表者 神津 忠彦 (日本医学教育学会卒前教育委員会委員長)

目次

【序文】	神津 忠彦	
【調査研究班構成員名簿】		1
I. 総括研究報告	神津 忠彦	3
II. 分担研究報告		
○クリニカルクラークシップの定義と 厚生省臨床実習検討委員会最終報告	大野 良三	9
○全国医科大学卒前臨床実習調査報告	徳永 力雄	11
○金沢医科大学における BSL とクラークシップ	大谷 信夫	13
○自治医科大学における臨床実習	狩野 庄吾	18
○内科クラークシップ	大塚 洋久	20
○外科系クラークシップ	森田 孝夫	24
○外科系クラークシップ	田辺 政裕	29
○産婦人科クラークシップ	豊田 長康	31
○内科クラークシップ (筑波大学での試み)	武田 裕子	37
○小児科クラークシップ	大沢 真木子	46
III. 公開討論会記録		
【開会挨拶】	堀 原一	49
パート1 【問題提起セッション】	司会：大野 良三、伴 信太郎	51
①クリニカルクラークシップの定義と 厚生省臨床実習検討委員会最終報告	大野 良三	51
②全国医科大学卒前臨床実習調査報告	徳永 力雄	53
③金沢医科大学における BSL とクラークシップ	大谷 信夫	55
④自治医科大学における臨床実習	狩野 庄吾	59

⑤内科クラークシップ	大塚 洋久	61
⑥内科クラークシップ (筑波大学での試み)	武田 裕子	63
⑦外科系クラークシップ	森田 孝夫、田辺 政裕	67
⑧産婦人科クラークシップ	豊田 長康	73
⑨小児科クラークシップ	大沢 真木子	77

パート2 【基調講演】

①「米国医科大学におけるクリニカルクラークシップ」	赤津 晴子	83
座長：神津忠彦		
②「クリニカルクラークシップの導入」	黒川 清	100
座長：植村研一		

パート3 【総合討論】	司会：植村 研一、神津 忠彦	117
-------------	----------------	-----

【公開討論会参加者名簿】		155
--------------	--	-----

調査研究班構成員名簿

区分	氏名	所属	職名
研究代表者	神津 忠彦	東京女子医科大学 医学教育学	教授
研究分担者	徳永 力雄	関西医科大学 衛生学	教授
	植村 研一	浜松医科大学 脳神経外科学	教授
	大塚 洋久	東海大学 教育計画部	教授
	大野 良三	埼玉医科大学 医学教育学室	教授
	大谷 信夫	金沢医科大学 呼吸器内科学	教授
	狩野 庄吾	自治医科大学 アレルギー膠原病学	教授
	庄司 進一	筑波大学 神経内科学	教授
	田辺 政裕	千葉大学 小児外科学	助教授
	豊田 長康	三重大学 産科婦人科学	教授
	原田 研介	日本大学 小児科学	教授
	伴 信太郎	名古屋大学 総合診療部	教授
	森田 孝夫	埼玉医科大学 第2外科学	講師

I. 総括研究報告

総括研究報告

卒前臨床実習におけるクリニカルクラークシップ方式の導入に関する調査研究

[平成10年度科学研究費補助金 基盤研究(C) 課題番号 10897025]

研究代表者 神津 忠彦

東京女子医科大学医学部 医学教育学

I. クリニカルクラークシップの概念

「クリニカルクラークシップ」は医学教育における臨床実習の一形態であるが、その内容を「診療参加型臨床実習」と表現すれば理解しやすい。

臨床実習は、患者への医行為という観点から、3段階に分けて考えることができる。第一は単に診療を見学するのみの「見学型臨床実習」である。この段階では、医学生は医師が行う医療行為を見学するのみで、患者とは直接関わらない。第二の段階は「模擬診療型臨床実習」である。実際に患者と接し、問診をしたり身体診察を行うが、これらは医行為ではなく、実診療の枠外で教育を目的として設定された学習行動であって、いわば患者の協力を得て行う診療練習に過ぎない。したがって、問診をしても血圧を測ってもその記録は学生用カルテに書かれ、正式な患者診療録の中には記載されない。

我国で従来 bed-side learning (BSL)あるいは bed-side teaching (BST)と呼ばれてきた臨床実習の多くは、上記の見学型臨床実習と模擬診療型臨床実習が主体であった。時には診療の中で学生が医行為を行うこともあるがむしろ例外的なことで、本来割り当てられている役目として行うことは少ない。日本医学教育学会第11期卒前教育委員会(徳永力雄委員長)がまとめた全国医科大学におけるクリニカルクラークシップの実施状況の調査結果¹⁾によれば、約半数の大学においてクリニカルクラークシップが実施されているということであるが、実際にはその中に模擬診療型臨床実習が混在していることも考えられる。

これに対し第3段階の診療参加型臨床実習(クリニカルクラークシップ方式)は、医学生が実際の患者診療の中へ医療側メンバーの一員である「臨床クラーク(学生診療助手)」として参加し、指導医の指導・監視の下に許容された一定範囲の医行為も行い、診療を補助しながら訓練を積む、一種の on-the-job-training である。医学生は、このクリニカルクラークシップを通して、医師となるために必要な知識、技能、態度・習慣を身につけることができる²⁾。

II. クリニカルクラークシップはなぜ必要か

我国では医科大学/医学部卒業生の多くが、卒業とほぼ同時に医師免許を取得する。しかし現行の医師国家試験は学識評価が中心で実技試験はなく、基本的臨床能力についての評価は必ずしも十分とはいえない。一方、日本の医科大学/医学部卒業時における基本的

臨床能力の水準は、先進諸国のそれに比して少なからず劣っていることがかねてから指摘されている。他方米国では数十年来クリニカルクラークシップが実施され、招聘講演でもその一端が紹介されたが、医学生の間ですでに高いレベルの臨床能力を備えている。この現状を鑑みると、医師としてスタートするにあたって必要とされる基本的臨床能力を有する卒業生を送り出すためには、卒前の臨床実習を診療参加型実習であるクリニカルクラークシップの段階まで高め、臨床実習の内容を global standard とされる先進諸国の水準に少しでも近づけなければならない。その中で学生が実際の診療を手伝いながら、知識や技術ばかりでなく、医師を志す者が備えるべき態度・習慣までも身につけて行くことが、21世紀の医療へ向けての必須の展開ではないかと考えられる。

臨床実習の改善を図るにあたっては、我国の医学教育制度が、入学年齢や法制上の差異をはじめ、諸外国とは異なる社会的・文化的背景を有することも考慮すべきであろう。したがって、クリニカルクラークシップの導入は、先進諸国からの直輸入ではなく、我国の医療制度に適合させるための独自の工夫を加えることも必要であり、さらには必修化へと動きつつある卒後臨床研修制度との整合性を図ることも要求される。

Ⅲ. 医師法との整合性

1. 違法性の阻却

学生が医行為を行う場合には、医師法との整合性が問題となる。大野良三分担研究者の報告に詳しく述べられているごとく、1991年厚生省健康政策局の指導のもとに、臨床実習検討委員会（前川正委員長）が、医学生の医行為に関する最終報告を公表した³⁾。

この最終報告は、「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限度であれば、基本的に違法性はないと解することができる。」と述べ、一定の前提が満たされれば、医師法第17条「医師でなければ、医業をなしてはならない」に対する違法性が阻却されるという見解を示した。

2. 学生の医行為に関する4条件

同委員会報告は、学生の医行為をめぐって「社会通念から見て相当である」ために必要とされる4条件を提示した。すなわち、

- 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事前に医学生の評価を行うこと、
- ④患者等の同意を得て実施すること、

がそれである。したがって、クリニカルクラークシップを導入するにあたっては、これらの条件をすべて満たす必要がある。

3. 学生に許容される医行為とその水準の明示

先の臨床実習検討委員会報告は、学生の医行為について以下の水準を設定した。

- ①「水準Ⅰ」：指導医の指導・監視のもとに実施が許容されるもの
- ②「水準Ⅱ」：状況によって、指導医の指導・監視のもとに実施が許容されるもの
- ③「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るもの

臨床実習検討委員会報告中には、医学生の臨床実習において、一定条件下で許容される基本的医行為とその水準についての「例示」がある。しかしこれはあくまでも例示であって、実際には各大学が自らの判断と責任において、これらの水準を設定し明示することが求められている。また特筆すべきことであるが、医行為水準は、診療科単位ではなく、大学として統一したものを明示することが要求されていることにも留意する必要がある。これは医学生を含む診療体制全体に関して、大学としての責任が求められていることと解釈することができよう。

Ⅳ. クリニカルクラークシップのための準備教育とその到達度評価

クリニカルクラークシップを導入するにあたっては、クリニカルクラークシップを可能ならしめ、その内容を有意義なものとするための準備教育が必要である。

1. コミュニケーション能力と自己学習能力の育成

学生が臨床クラークとして診療参加型実習を行う場合には、コミュニケーション能力や自己学習能力が要求される。そのための準備教育として、人間関係教育を充実し、チュートリアルなどの討論型自己学習法を通して自己開発型学習能力を養成することが必要であろう。

2. 基本的臨床能力の育成

臨床クラークは、補助員として診療に参加する以上、それなりの必要な基本的臨床能力を身につけていなければならない。

基本的臨床能力の育成は段階的に、臨床診断学の総論・各論、基本的診療科（内科・外科など）における集中的な初期臨床実習、各診療科への短期ローテート実習などの形で行われていることが多い。クリニカルクラークシップを行うためには、これら従来の基本的臨床能力教育をさらに充実・改善することが必要である。その一つの工夫として、臨床教育の各段階における到達目標を明示し、その評価法を整備することが考えられる。

先進諸国では、コンピュータを利用した対話形式の学習・評価プログラムが開発され、自己学習を通して clinical reasoning や evidence-based medicine を学ぶことが可能となっている。オランダ Maastricht 大学では臨床技能習得のための専用施設 (skill-lab) が整備され、実際に患者に接する前の段階で、模型を用いた実習を行い、学生が相互に練習台となって

診療技能を磨くことができる体系的なプログラムが確立されている。我国においても、これら諸外国の実態を参考に、クリニカルクラークシップに先立つ準備教育の整備が必要であろう。

3. 基本的臨床能力の到達度評価

すでに述べたごとく、クリニカルクラークシップを開始するには、事前に個々の学生の資格審査が必要である。従来我国では学識中心の筆記試験により学生の基本的臨床能力を判定することが多かったが、最近は基本的臨床能力到達度をも評価するようになった。とりわけ我国でも導入されはじめた客観的臨床能力試験（objective structured clinical examination: OSCE）は、評価の結果を学生にフィードバックし、その学習行動を改善することができる。このように学識ばかりでなく全人的な臨床能力の到達度を評価する方法を確立し、充実させて行くことが望まれる。

V. クリニカルクラークシップの導入をめぐる問題点とその対策

1. クリニカルクラークシップにおける到達目標の明示とその評価法の整備

診療に参加しながら学ぶクリニカルクラークシップでは、学生一人ひとりが、実習を通して、何を、どのように、できるようになるべきかを理解していなければならない。そのためには、実習における到達目標を明示する必要がある。それらの到達目標は、観察可能な行動目標として表記されていることが望ましい。すでにいくつかの大学で導入されているチェックリスト方式の自己評価表も有用であろう。

最終到達度を成績判定する総括的評価についても、クリニカルクラークシップの目的に合致した評価形式へと、充実・改善することが望まれる。

2. 指導教員の臨床教育能力の開発・改善

臨床実習の効果は、学生指導にあたる指導医の臨床教育能力に大きく依存する。我国では従来から医学教育を担当する教員に必ずしも教育能力が備わっていないことが指摘されている。学生が診療の中で補助的な役割を果たしつつ学ぶクリニカルクラークシップでは、とりわけ指導医に高い臨床教育能力が求められる。そのためには指導教員の教育能力を開発・改善するための、体系的な faculty-development プログラムを設定する必要がある。

3. 臨床教育のためのチーム医療体制の整備

臨床実習では、日常の診療体制の中へ学生教育が持ちこまれる。その場合、卒前教育ばかりでなく、卒後研修も含めた臨床教育体制全体の整備が要求される。すなわち、医師や医学生ばかりでなく、看護婦等のコ・メディカルを含めたチーム医療体制を整備し、医療チームの全員が相互に教え、相互に学びあう、協力的な教育環境を整えなければならない。診療科の責任者は、医療チームを率いる指導医のリーダーシップが十分に発揮できるよう、確固たる方針を示し、教育に適した診療体制を整備することが必要である。

4. 医学生を診療チームへ組込むには

個々の学生がクリニカルクラークシップを開始する時点では、医療チームにとってその学生はなじみのない新しいメンバーであるばかりでなく、その診療科で必要とされる基本的臨床能力が不足しがちであり、その診療科の日常業務の内容や流れも知らない。

指導医は学生を、まず医師・看護婦・その他医療チームの全員へ紹介し、今後どのような役割を果たすのかを説明する必要がある。患者に対しても同様である。指導医から患者に学生を紹介する中で、学生という身分を明確に示し、診療での関わり方を説明しておかなければならない。

次いで、その診療科の日常業務を学生に理解させ、その中へどのように参加すべきかを指示する必要がある。このような一定の準備期間を経てはじめて、医学生がチームの一員として実際の診療に参加できるようになるであろう。そのためにもクリニカルクラークシップでは、同じ診療科で数週間単位のまとまった期間を過ごす必要がある。

5. 患者からの協力を得るには

クラークシップは、患者側の協力を得ることが必須の要件である。患者の主体的・自発的な協力が得られるよう、情報の開示やインフォームド・コンセントのあり方を大学として十分検討し整備しなければならない。

我国の現状では、教育病院といえども、必ずしも患者が教育に協力するとは限らない。内科など、患者の協力が得られやすい診療科もあるが、他方で豊田長康分担研究者が報告した産婦人科全国調査で見られるごとく、患者への社会的心理的配慮から、医学生が診療へ関与することが困難とされる場合もある。

しかし、クリニカルクラークシップにおいて最も重要なことは、医行為ができるか否かではない。実際の診療の場に診療側の一員として身を置いて、その中で医師のあり方を学ぶことこそが、最も重要な目的である。したがって医行為を行うことを急ぐ必要はない。医学生が診療チームのメンバーや患者から、「学生診療助手」として自然に受け入れられるように適当な導入期間をおき、他方学生が誠意をもって毎日患者と接して行けば、患者との間に良い診療関係を築くことができ、その中で許容された一定範囲の医行為を行うことが可能となるであろう。医行為の範囲も、診療体制や学生の資質・能力に応じて、自然な形で段階的に設定されていくものと考えられる。

診療における基本的技術の問題に関しては、先に述べたとおり、予め模型や医学生同志の訓練を十分に行い、実際の患者診療に参加できるだけの準備教育を充足しておくべきであり、患者への負担をできる限り軽減しなければならない。

6. 診療責任と医療事故への対応

クリニカルクラークシップの中で医学生が医行為を行う場合には、医療事故の可能性への配慮が常に求められる。医療事故には、患者への医療過誤に関するものと、医療に従事する学生の健康傷害の両者が考えられる。これらへの経済的な対応を考慮して、指導医および学生に疾病傷害保険をかけておくことも必要であろう。

医学生は医師免許がない。したがって万一不測の事態を生じた場合には、その法的責任はあくまでも指導医と大学が負わなければならない。クリニカルクラークシップ導入にあ

たつては、この責任体制のあり方を関係者の全員に明らかにしておく必要がある。

ただし、前記のごとく、医学生が医行為を行う場合には、「指導医の指導・監視の下に」という条件が常に満たされなければならない。つまり、学生の医行為には、原則として指導医が立ち会い、必要な指導をしているはずである。この条件下であれば、医療事故の可能性は最小限度に留められよう。また、指導医もその責任を全うすることができる。

病歴聴取や身体診察など、医療事故の可能性の少ない医行為もある。その場合には、指導医の行うべき指導・監視の一部が、チーム内の他の医師へ委ねられることもあろう。その場合でも、指導医は医学生が行った医行為についての報告を受け、内容をチェックし、承認・確認の署名をする必要があると考えられる。

7. 教育業績に対する評価

社会が求める良い医師を養成できるか否かは、指導医の医学教育に対する熱意に直接委ねられている。それにもかかわらず、指導医に課せられるこのような責任と義務を考えると、指導医がクリニカルクラークシップそのものに対して消極的になる可能性が危惧される。指導医の教育に対する動機を支え、その意欲や努力ににんえられるように、指導医の教育業績に対して、昇進も含めた適切な評価システムを整備することが必要であろう。

おわりに

以上、調査研究の結果を総括的に報告した。本文の主な内容は、3回にわたる研究会議での討議、分担研究報告、公開討論会における招聘講演・公開討論などを踏まえたものであるが、研究代表者個人による調査結果や見解も一部含まれていることを付言する。

参考文献

- 1) 日本医学教育学会卒前教育委員会：卒前臨床実習および態度教育に関する調査報告書。日本医学教育学会、東京、1997; p. 8-9.
- 2) 神津忠彦：新しい医学教育：テュートリアルと臨床クラークシップ。日本医学教育学会編：医学教育白書(1998年版)、東京、篠原出版、1998; p. 32-37.
- 3) 臨床実習検討委員会・厚生省健康政策局：臨床実習検討委員会報告。1991; p. 4-8.

II. 分担研究報告

クリニカルクラークシップの定義および厚生省臨床実習検討委員会最終報告

埼玉医科大学 医学教育学室

大野良三

クリニカルクラークシップ（CCS）の定義として、1. 医学生が、医療チームの一員として、実際の患者診療に従事しながら、臨床実習を行う。2. 指導医の指導あるいは監視のもとに、許容された一定範囲の医行為を行い、医学生としての責任を負う。3. 将来、医師となるために必要な知識、技能および態度・価値観を身につける（表1）、をあげた。

この定義は日本医学教育学会卒前教育委員会において検討され、基本的な内容について大筋の合意を得たものであるが、細かな文言や付帯条件の有無などについては様々な意見があり、あくまで暫定的な試案である。

このような観点でのCCSを実施する場合に、問題となるのは、医学生が医行為を行うことに対する法的な問題点である。

平成3年5月に出された厚生省臨床実習検討委員会の最終報告では、「医師でなければ、医業をなしてはならない」とする医師法第17条の規定に関し、臨床実習に係わる医師法の適用として、医学生が一定の条件下で医行為を行う場合には、医師法上の違法性はない、と記載されている。このように、違法性の有無については、この報告書で一定の判断がなされているが、重要なのは、「一定の条件下で」というくだりである。

報告書の中に記載された4つの条件を表2に示した。

1番目は、許容される基本的な医行為を、各施設で実状に合わせて設定することである。一般的な医行為については報告書の中に例示されているが、施設によって、あるいは科目によって、細かく規定すべきものと思われる。2番目は、指導医による指導・監督が必須であることで、大学では「担当教員」、関連病院では「診療科長」程度が望ましいとされている。3番目は、医学生の資格要件であり、実習に入る前に、知識、技能については、進級試験などできちんと評価を行うこと、シミュレーションや学生同士の実習を取り入れることなどが示唆されている。知識は言うにおよばず、技能や態度について、学生が「どのぐらいの期間」「どのレベルまで」「どのような方法で」準備をし、そして「どのように評価される」のか、CCSを考える上で、重要な課題かと思われる。4番目は、患者さんなどの同意である。医学生である旨を明確に紹介し、同意を得る必要があり、ここでは「どのような方法で」

同意を得るかが問題になる。

これらの4条件は、CCS実施のためのと明記されたわけではないが、我々が考えるCCSの基本的な条件となるはずである。なお、はじめに呈示した「CCSの定義」では、この3番目、4番目は当然のこと、あるいは付帯的な条件として、定義の中には含めていない。

報告書の中で、一定条件下で許容される基本的な医行為として例示されたものは、3段階の水準に区分して示されている。すなわち、指導医の指導・監督のもとに実施が許容される水準Ⅰ、状況によって指導医の指導・監督のもとに実施が許容される水準Ⅱ、原則として指導医の実施の介助または見学にとどめる水準Ⅲである（表3）。なお、報告書に例示された事項は必修項目でないことが強調されており、各施設や学生の状況に合わせて各項目の水準が決定されるべきものである。

表1 クリニカルクラークシップの定義

-
1. 医学生が、医療チームの一員として実際の患者診療に従事しながら、臨床実習を行う。
 2. 指導医の指導あるいは監視のもとに、許容された一定範囲の医行為を行い、医学生としての責任を負う。
 3. 将来、医師となるために必要な知識、技能および態度・価値観を身につける。
-

表2 クリニカルクラークシップ実施のための条件*

-
1. 許容される基本的医行為の設定
 2. 指導医による指導・監督
 3. 医学生の資格要件
 4. 患者さんなどの同意（医学生である旨の明確な紹介）
-

表3 許容される基本的な医行為*

水準Ⅰ：指導医の指導・監督のもとに実施が許容されるもの
水準Ⅱ：状況によって指導医の指導・監督のもとに実施が許容されるもの
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るもの

*厚生省臨床実習検討委員会最終報告（平成3年5月13日）から

全国医科大学卒前臨床実習調査報告

関西医科大学 衛生学教室
徳永力雄

日本医学教育学会の常置委員会の一つである第11期卒前教育委員会は、1996年に全国の医科大学・医学部を対象に臨床実習の実施状況について調査した。その一部のクリニカル・クラークシップに関連する事項について報告して参考に供したい。

1. 調査時期・回答率

1996年2～3月。対象：A；医学部長あるいは臨床実習責任者、B；臨床実習担当診療部課長。方法：郵送法による質問紙調査。調査項目：A；14項目B；13項目。回答率：A；81.3%（国立70.0%、公立87.5%、私立96.6%、65/80）、B；1.328診療科（16.6診療科／大学）

2. クリニカル・クラークシップの実施状況

クリニカル・クラークシップの定義を明示した調査票で、全科で実施していると回答したのは65大学中12大学、うち国立は5/30（回答大学数、以下同じ）、公立1/7、私立6/28で、新設の国立大学と旧設の私立大学が多かった。一部の科で実施している大学数は国立7、公立2、私立9で新設私大と旧設国立大学が多い。実施予定が9大学あるので、これらを合計すると39大学になる。因みに、1997年の全国医学部長病院長会議の調査では、国立24、公立3、私立15の大学がクリニカル・クラークシップを実施していると回答している。

3. 実習開始前の認定試験、患者に対する説明と同意、医行為の水準の学生への明示

実習開始前の医学生の認定試験の実施状況は40%で、新設国立大学は80%と高かった。学生が実習をすることについて患者の同意を得たか否かは、77%の大学が全科で行っている、13%が一部の科で行っていると回答した。医行為の水準を学生に示しているかについては、43%が全科で、18%が一部の科で示している。臨床実習の具体的な到達目標は54%の大学で学生に明示していると回答された。なお、臨床実習の総合的評価の方法は出席状況をベースに各診療科の判断に任せている大学が80%を占め、大学が各科に共通した基準を設けているのは17%にすぎなかった。

4. 学生の医行為の実施状況

水準Ⅰの項目で（ほとんど総ての学生、あるいは一部の学生が実施している）実施率が高かったのは、視診・打診・聴診（全科の平均で73%、内科、小児科、外科などでは98%）、簡易な器具を用いる全身の診察（全科65%、内科・外科・小児科85%）、バイタルサインのチェック（全科58%、麻酔科・救急救命科で90%）、カルテ記載（全科40%、小児科などで50%）などであった。水準Ⅱの医行為では、創傷処置（全科で23%、外科・形成外科など40%）、患者への症状説明（全科19%、精神神経科・リハビリテーション科・小児科など20%）、末梢動脈採血（全科16%、麻酔科71%、外科など20%）、縫合（全科16%、外科・形成外科47%）などが、水準Ⅲの医行為で

は家族への症状説明（全科7%、精神神経科など10%）、中心静脈採血（6%、麻酔科など10%）、腰椎穿刺・バイオプシー（全科5%）などの実施率が高かった。

5. 学生の医行為に対する意見

表1に示すような意見があった。これらは、現在行われている臨床実習の多くが1～2週間という短期間の病棟および外来実習であることに基づいた意見であるので、将来本来のクリニカル・クラークシップが普及すれば徐々に解決されると思われる事項が少なくない。（詳細は、「医学教育」28巻、197-212、1997を参照願いたい）

表2 学生の医行為に対する意見

積極的な意見

- ◎制限はあるが指導医の監督の下で積極的に医行為を行っている
- ◎（对患者でなく）自科でできること（検査体験、学生同志の相互検査、模型・動物、シミュレーション、ロールプレイ、学外施設、等）を積極的に活用している（放射線科、病理・病態検査科、麻酔科、形成外科、その他の実習担当科、等）
- ◎患者のインフォームド・コンセントを得て積極的に行っている

消極的・否定的な意見

- ◎患者の同意・協力を得るのが困難になりつつある
- ◎法的な裏付け・責任の所在が曖昧で消極的な医行為しかできない
- ◎学生の知識・技能・態度が未熟で本来の医行為や臨床実習ができない
- ◎教員・指導医の人材が不足している・忙しくて指導時間が取れない
- ◎非侵襲性・危険を伴わない・迅速でなくてもよい・患者の負担にならない・などの医行為に限られる
- ◎実習の期間が1～2週間では短すぎて見学の域を脱しきれない
- ◎インフォームド・コンセントを得るのが困難なので実習内容・医行為を制限している
- ◎特殊な科（産婦人科、小児科、精神神経科、泌尿器科、等）のため医行為の制限が大きい
- ◎患者に直接触れる行為はさせられない・させない
- ◎水準Iの中に実施困難な医行為がある
- ◎技術的な医行為の習得を卒前で急ぐ必要はない
- ◎教員間、医局内で医行為とその指導法に共通のコンセンサスがいない

提案・意見

- ◎学生の医行為ができるように法的な裏付けが必要
- ◎同一診療科の実習期間の長期化
- ◎学生の態度の教育、面接技法の教育の徹底
- ◎教員用の具体的なガイドラインが必要
- ◎責任・医療過誤を恐れて教える側は萎縮して、通り一辺の見学で済ませている。学生も道義的責任がない（責任が伴うことはさせない）ので熱が入らない。
- ◎指導医の訓練が不足している
- ◎すべての学生に平等に症例や医行為の体験をさせられないことを理解すべきである
- ◎実習前の学内での認定試験・国レベルの資格試験を実施すべきである
- ◎医学生であることを周知できるユニフォーム等の着用と学生の自覚をうながす

-
- ◎多数の意見 ○その他の代表的な意見

金沢医科大学におけるBSLとクラークシップ

金沢医科大学 呼吸器内科学
大谷信夫

【金沢医科大学の臨床実習】： 金沢医科大学の「臨床実習」のタイムスケジュールは図1に示す通りである。O.ルヴールは「学ぶ」行為を情報獲得、学習、研究の三つに分類している。「臨床実習」は診断手技（診察室での身体所見の観察法）とそれに係わる臨床知識も必要とするのが、全体としてはルヴールの言う“学習”という範疇にかなり一致した学び方の方法と考えられる。また彼は“学習”の内容は模倣と反復であるという。そして模倣とは「他者の行為を再現しようとする試み」ではあるが、単純に行為を模倣するのではなく、「すでに行えることを修正、豊か、堅固にする」ことを常に期せねばならず、また、その行為が何らかの全体的活動の中に組み込まれているということを学ぶ者が自覚するという条件が必要であるという。また、反復とは「ある技能の保持と強化を目指して反復的に再現する行為」を指すが、ここでも……を目指すという学ぶ者の意志が強調されねばならない。反復することは「学習」にとって必須ではあるが反復さえすれば全て満足されるものではない。反復「それ自体は学ぶ者に進歩をもたらすものではない」が、反復の意味を上述の如く捉えれば「反復は進歩をもたらす原因になりうる」と述べている。本学では「臨床実習」は体験と知識と技能とを模倣と反復という行為のなかでどのように組み合わせれば、よりよいカリキュラムになりうるかという立場から考えられ、実施されている。現在、卒前に試みられているのは「臨床」という場ではBSLとCCSがあり、二つは目的とする内容、それに必要な行為、行動、システムをかなり異にしている（表1）。模倣も反復も全く同じことのくりかえしではなく、学生の進歩に合わせたコースを考えながらより高度な方向に導こうとするのが狙いである。BSLに入る前の過程はここでは割愛するが、BSLは次に来るCCSの目的に合致する意識をもって行動できるための必要条件として、一通り臨床各科の概略や方法を体験しておくことが肝要との配慮から表1に示す様な目的と内容を含んでいる。これをうけて、CCSは表2の定義に示す通りで、この案は全国的にCCSの定義が云々される前に我々が漠然と定めていたものである。内容から明らかのように、ここでは医師見習いの色彩が強く、システムも期間もそのような目的に合致することを期待して作成されており、医療チーム内の一員としてその生活をも含めてトレーニングの対象となる。

【CCS導入の動機】： 本学では平成7年よりCCSが導入された。上述のコンセプトとは別に導入の直接動機は表2に示した通りである。第一は平成6年度に我々が体験した6学年学生の変化である。従来、第6学年は一学期から国試対策を始めていたが、この年は殆どの学生は一学期は反応が低く、むしろ教員の目からみると教育の空白期間とみえ、カ

リキュラムの内容変更を考えざるをえなかった。つぎに、国試における臨床重視の風潮が囁かれはじめたことがある。第3は基礎医学系の教室から本学出身者への勧誘の場の要請があった。一方、CCSを実行せんとすると臨床教室や臨床現場が物理的（場所、施設）、人的（主に教員数及び教員の質）に必ずしも充分に対応しきれないのが現実であった。そこで、関心のある学生に関しては基礎医学教室への配属も同時に導入された。以上が本学のCCS導入に際しての教育現場の事情であり、かつ、6年選択必修(CCS)と表現せざるをえない理由である。

【平成7～9年の実績】： CCSは1クール4週、計3クールである。煩雑を避けて臨床2～3クールを選んだ学生を臨床系、基礎2～3クール選んだ学生を基礎系とすると臨床系は平成7年81%、8年86%、9年80%と年間での受講傾向はほぼ同じであった。しかしこのカリキュラムに対する学生アンケート、教員アンケートを平成7、8年で比較すると図2、3の如く、即ち、学生の方がCCSの目的により敏感かつ適確に反応しており、臨床系教員の対応がむしろ遅れているのが現状である。

【今後の問題点】： 本学におけるCCSは教育理念の基礎はあったにせよその理念と導入・実施に至った現実との間にはいくつかの矛盾点や準備不足があり、それがそのまま現実の問題点として指摘することができる。表3はそれらのまとめで、今後我々自身が解決すべきポイントも即ちこれらの諸点にあるのだが、ここに揚げたもののうち※1、2に関しては若干のdataとある試みがある。※1に関して：このカリキュラム導入によって国試合格率はどうなるかの問題である。医学教育を論ずるに国試合格をtargetにすべきか否かは大いに議論のあるところではある。が、今日の本学の教育の現場でそれをどのように解釈し、扱うにしてもそれを避けて通ることは出来ない現実がある。導入期（平成7年）に基礎系を選んだ学生には国試のための準備を本音とした者が少なくはなかったが図4でみる限り平成7年度より8年度の方が臨床系の方がより国試成績に対しては良い結果を出しており、平成9年度（臨床3クール受講者国試合格率：79%）も平成8年度（同：78%）とほぼ等しい結果であった。※2に関して：全国的に後輩を指導するという習慣が弱まっていることが指摘され、これがCCS導入を困難にしている原因の一つになっている。我々が試みた週1回、臨床助手（3～5年次）1人とresident、CCS、BSLの学生で構成するjunior conferenceの企画の結果は表4に示す如くで、この方面も現場の工夫である程度の効果が期待できそうな感じが現場感覚としてはある。

以上が本学が実施して臨床実習のなかでのCCSの概要である。まだ、改めるべき点が多いが既存のシステムを利用しながら新しいカリキュラムの導入に手応えを感じ始めてもいる現状である。

表1 金沢医科大学におけるBSL、CCS

BSL	5年生	1年間	24臨床科必修	1科1または2週間
目的	医師としてふさわしい態度で患者に接する			
内科系：	・病歴聴取、身体主権の把握、検査の目的及び結果の解釈→「診断する」過程をくりかえし体験する			
外科系：	・与えられた疾患の一般的知識（手術適応、術中・術後管理とくに輸液）と与えられた患者の特殊性を評価する			
	・基本的外科手技の習得			
CCS	6年生	1学期3科選択	1科4週間	
	・BSLで臨床医学の現場を一通り実習体験した医学生が、医療チームの一員として、医療の現場に参加する従弟制度			
	・医療チームの医師の指導のもとに医療に従事する			

表2 6年選択必修（CCS）導入の動機

- 1 平成6年度第1学期の学生指導の問題
- 2 医師国家試験における臨床重視
- 3 基礎医学への学生の関心度の昂揚（基礎医学教室からの要望）
- 4 臨床研修の場での教員、施設の量的、質的不足

表3 6年選択必修（CCS）今後の問題点

- ・学生サイドの問題点
 - 医師国家試験への補強となりうるか※1
 - 学習内容の質的、量的検討（基準は？）
- ・教員サイドの問題点
 - 指導内容の質的、量的検討（基準は？ 各科の不統一）
 - 指導教員数の不足
 - 後輩を指導するという意識、習慣の欠如※2
- ・大学サイドの問題点
 - 教員へのCCSに対する指導力
 - 指導教員人材の質的、量的不足
 - 設備、スペースの不足、不整備
 - CCSのあり方への理解不足

表4 Junior Conferenceアンケート結果

- ・良かった点
 - 基礎知識が再確認できた
 - 臨床に即した話で為になった
 - 少人数制で質問しやすく、他人の質問からもよく学べた
- ・悪かった点
 - 国試の過去問を解く時間があってもよかった
 - いろいろな症例の画像を何枚も見なかった
- ・5年生と一緒にしたことについて
 - 上級生としての自覚と緊張が味わえた
 - 5年生に説明するのに対して前もって教えて欲しかった
 - 5年生に分かるように説明してくれたので理解しやすかった

図1 金沢医科大学における臨床実習の
タイムスケジュール

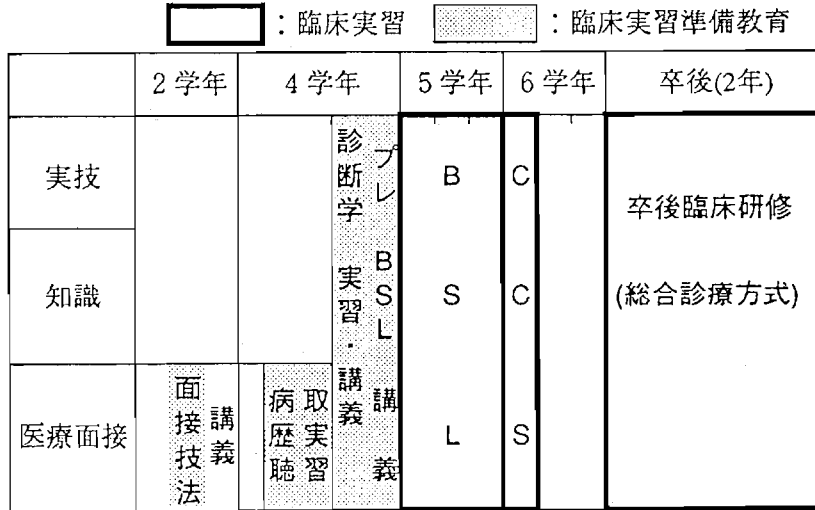


図2 6 年生選択必修 (CCS) 学生アンケート

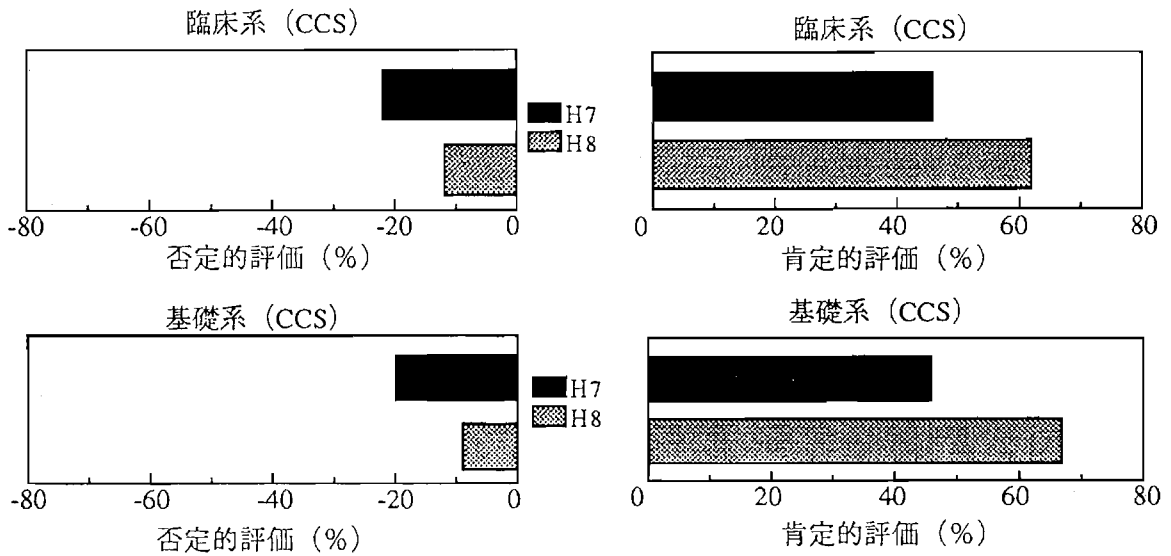


図3 6 年生選択必修 (CCS) 教員アンケート

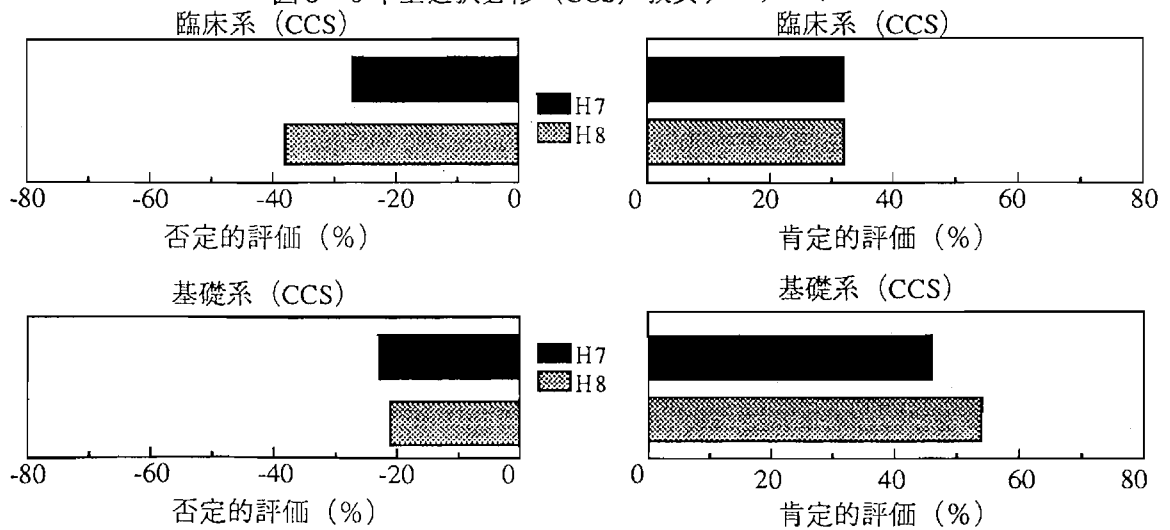
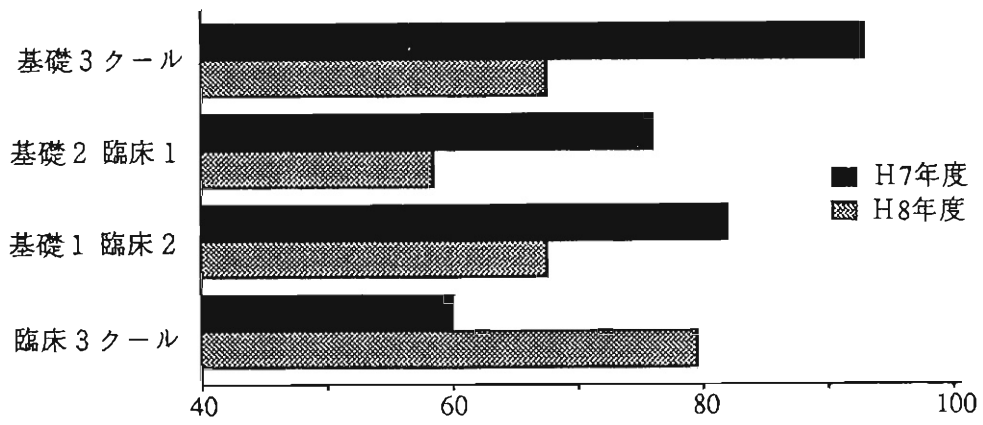


図4 科目選択と国試合格率



自治医科大学における臨床実習

自治医科大学 附属病院長
狩野庄吾

自治医科大学では、クリニカルクラークシップはまだ正式にカリキュラムに導入されていないが、5学年末から6学年にかけて行われている4週間単位の選択必修BSLにおいて一部クリニカルクラークシップ的な臨床実習が行われているので紹介する。

自治医科大学の教育の特徴は、地域医療に従事する気概のある高度の臨床能力を有する臨床医の養成を建学の精神とし、卒業生の大部分が卒業後直ちに出身都道府県に戻り、県立中央病院等の臨床研修病院で臨床研修を受けることである。したがって、開学当初から臨床実習を重視して時間をかけ、卒業時点で臨床の基本的技能と医師としての態度・習慣を身につけていることを目指した。

臨床教育カリキュラムの特徴は、3学年で基礎臨床系統講義を受け、後半に診断学基礎実習を行う、4学年と5学年の2年間で全科にわたる2週間単位の全日制BSLを行い、5学年の終わりから6学年にかけて4週間単位の選択必修BSLを3コマ行う。その他に、5学年で院外BSLとして、卒業生が勤務する診療所に2週間派遣し地域医療の実地を体験する臨床実習がある。

4・5学年で行う全日制必修BSLは、2週間単位で各診療科をローテイトする。金曜日の午後の講義を除き毎日朝から晩まで主として病棟で実習する。全体で内科系16週間、外科系8週間、小児科4週間、産婦人科4週間、総合診療4週間、救急2週間、院外BSL2週間などとなる。

4週間単位の選択必修全日制BSLでは、受持医の指導の下に準受持医として入院患者を担当する。毎日、担当患者の症状、身体所見の変化を診察してカルテに記載し、指導に当る受持医に報告する。また、受持医の指導の下に可能な範囲の医行為を行う。教授回診、症例検討会で担当する症例の提示を行い、そのために予め受持医チームのチェックを受ける。患者への病状の説明は行わないよう指導しているが、受持医が行う患者と家族への病状説明には立ち会う。

選択必修BSLにおいて学生が実際に行っている基本的医行為について一部の学生にアンケート調査を行った。「医学生の臨床実習において一定条件下で許容される基本的医行為」として例示されているリストで水準Ⅰ（指導医の指導・監視の下に実施が許容されるもの）に属する医行為の中で、全身の診察、聴診器、打診器、血圧計、耳鏡・鼻鏡・検眼鏡を用いる診察、直腸診は実施できていた。内診は、選択必修で産婦人科を選択した学生以外は実施率が低かつ

た。心電図検査はかなりの学生が行っていた。カルテ記載も実施していた。末梢静脈採血は水準Ⅰに属し、大部分の学生が行っていたが、水準Ⅱ（状況によって指導医の指導・監視の下に実施が許容されるもの）に属する末梢動脈採血、皮内・皮下・筋肉注射も多くの学生は行っていた。

実施率が7割未満であるが、時に実施した者まで含めると過半数が行っていた基本的医行為には、内診、聴力検査、超音波検査、アレルギー検査、発達テスト、知能・心理テスト、体位交換、皮膚消毒、包帯交換、創傷処置、気道内吸引、導尿、胃管挿入、末梢静脈注射、抜糸、止血、手術助手、縫合、救急部におけるバイタルサインチェック、エアウェイによる気道確保、人工呼吸、酸素投与などが含まれていた。

見学にとどまった医行為には、筋電図検査、内視鏡検査、消化管透視、造影剤注入による検査、骨髄穿刺、腰椎穿刺、麻酔、輸血、患者・家族への病状説明が含まれていた。

熱心で優秀な学生は、その能力に応じて担当する患者も多く割り当てられ、実施できる医行為の範囲も広がるので、学生間で学習効果に差が出来ることが懸念される。4週間単位の全日制BSLは、全体としてクリニカルクラークシップに準じた学習効果をあげていると考えている。5月に他の医科大学を卒業した臨床研修医が病棟に配属されるが、少なくとも最初の1～2か月は本学の6学年の学生の方が患者に接する態度、カルテの書き方、症例提示の仕方において物慣れている。もちろん、臨床研修医の方が研修の密度が濃いので、この格差はすぐに縮まるが、少なくとも、臨床研修を始める時点で、どの臨床研修病院においても臨床研修を受けるに必要な医師としての基本的技能、態度および習慣を身につけるといふ当初の目標は到達できていると思われる。

内科系クラークシップのモデル

東海大学医学部教育計画部

大塚洋久

1. はじめに

以下に示すのは東海大学医学部が1997年度から開始したクリニカルクラークシップを、一部、理想的に書き換えたモデルである。このモデルを現実と対比し、どのような書き換えが必要であったかを示す。それによってわれわれが目指したシステムと、その実現に当たって問題となったことを明らかにする。

2. カリキュラム概観とクラークシップの位置づけ

われわれのカリキュラムの概観と、その中でのクラークシップの位置づけを示す(表1)。4年次の4月に診察演習等を含む導入授業を行い、5月から内科および消化器・一般外科病棟でのクラークシップを開始する。5年次も4月に追加的な講義・演習を行い、5月からは小児科、産婦人科等の内科と基本的な外科以外の必修分野や外部病院での実習を含むクラークシップを開始する。6年次は全ての時間を選択科目に当てる。

3. 巡回表

内科に24週配属する他、基本的な外科として消化器・一般外科に4週配属する。アメリカの一部の大学のように一つの配属先が内科全分野をカバーしているならば、内科の中での巡回表は必要ない。しかし、この前提は東海大学を含めて日本の多くの大学病院の実状を考えると実際的ではない。そこで内科では6分野に各4週ずつ巡回することとして、モデルを構成した(表2)。

このモデルでは胸部内科で呼吸器と循環器の両方、腹部については腸管・肝胆膵の両方の患者に接する機会があることを想定している。実際には専門分化が進んでいるため、配属先によって教育内容に偏りが生じた。この偏りを種々の方法で補正する必要があった。

教育上の必要性和診療科の規模がマッチしないことがある。モデルでは血液・リウマチと腎臓・代謝・内分泌をそれぞれ1分野としたが、東海大の場合は受け入れ可能な学生数の関係で両方を合わせて1分野とした。このため内科だけで確保できた配属先はモデルより一カ所少なく、5カ所であった。現実のカリキュラムでは24週中4週を内科全部門の共同担当のBSLとして巡回先の不足を補い、かつ知識の不均等を補正した。

4. 指導体制

チーフとシニアの2名の医師が構成するチーム（図1）が、患者の診療に当たると同時に2名の学生を指導する。学生はこのチームからチームヒーローテーションする。アテンディングは患者診療の責任を負い、間接的に教育体制をサポートする。チーフ・シニアが一般的かつ実務的に学生を指導するのに対して、プリセプターはより高度な知識をもって専門的に学生を指導する。内科系病棟ではほぼこの指導体制を実行することができた。

5. 週間計画

学生は早朝にモーニングラウンドを行って患者の状態を把握しチームラウンドでチーフ・シニアに報告する（patient care activities）。午後は空き時間にラウンドを行う（図2）。カルテには自覚症などを記載する。考察は記載しない。

問題点としては指導医の行動が上記のスケジュールに適合せず、自習時間を確保しにくいこと、このような教育法に対して指導医が不慣れであること、教員と学生が共有する教科書がないこと、一部指導医の関心の欠如。熱心な指導医の献身が評価されないこと、このような教育法に学生が不慣れであること、系統的知識の過剰な重視（社会・教員・学生とも）などがあげられる。病棟によっては夜型の形態をとるところもあったが、それについては時間帯をずらして対応可能であった。

6. 成績評価

1. 患者実習（技能・態度を中心として）

学生に接した全ての医師は各分野の成績責任者に評価表を提出する。各分野責任者は全ての所属指導医の評価表と自分の評価を総合して分野の評価を決め、4年次のクラークシップ総責任者に提出する。4年次クラークシップ総責任者は分野の成績を総合して最終的に評価する。

2. 総合的知識試験（教科書的知識の評価）

年間2～3回、多肢選択総合試験を行う。学生が受験勉強に走って実習をおろそかにしないよう、時期を選ぶ必要があった。

3. 技能試験（OSCE）

年1回行う。試験の負担が大きくなりすぎないように、注意する必要がある。

7. その他の準備

学生用ネームプレート（医師用と明瞭に区別できるもの）、学生室、学生用のハンドブックを整備する。学生にはポケット版診断学書を購入させる。学生による授業評価のシステムを作る。保険、B型肝炎ワクチン等の対策を講ずる。関係者に対する説明会を含め faculty development を行う。

表1 東海大学のカリキュラム概観（1998年度での実態）

1年次	一般教養、医学の概観、医学学習のための基盤能力 (生物学、倫理、コミュニケーションを含む)
2年次	正常の人体(解剖、組織、生理、生化学、細胞生物学)
3年次	病理・病態、免疫・感染、薬理学(臨床薬理学を含む)
4年次	クラークシップ導入授業(診断学含む)、 クラークシップ(内科+消化器・一般外科)
5年次	臨床医学講義追加 クラークシップ(その他の必修部門、学外病院)
6年次	選択必修科目(主に臨床系で学外機関での実習を含む)

表2 4年次のクリニカルクラークシップ

配属期間：各4週・7分野＝28週		
学生数：各15～16名		
	モデル病床数	
内科	胸部(循環・呼吸)	80
	腹部(腸管・肝胆膵)	80
	神経(中枢・末梢；分院神経含む)	80
	血液またはリウマチ	80
	腎臓または代謝・内分泌	80
	内科総合(分院内科)	96
外科	消化器外科・一般外科	96

図1 指導体制

- チーフ ; 卒後5年以上の医師
- シニア ; 卒後3～5年の医師
- アテンディング ; 知識面の指導担当、通常は講師以上
- プリセプター ; 学習方針指導、問題点解決。チーフより上級の医師

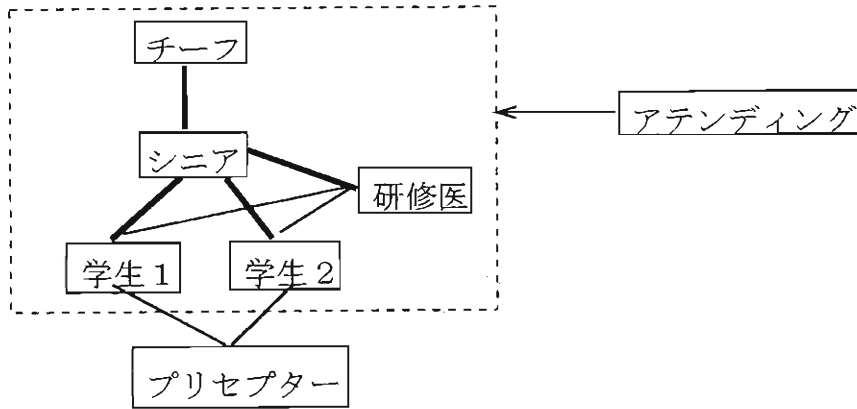


図2 週間計画

	月	火	水	木	金	土
8:00～9:00	モーニングラウンド（患者実習）					自習
9:00～12:00	チームラウンド（患者実習） その他の業務（見学、介助含む）					
12:00～13:00	ランチョンセミナー					X
13:00～17:00	アテンディングラウンド その他（患者実習、 見学、介助）			講義	月～水 に同じ	
18:00	sign out time					

公開討論会

「クリニカル・クラークシップの導入とその問題点」—外科クラークシップ— 埼玉医科大学第2外科、医学教育学室 森田孝夫

埼玉医科大学第2外科では1991年4月にクリニカル・クラークシップ（以下、CCと略す）を導入した臨床実習（実習期間8週間）を開始し、7年を経過している。北米型の臨床実習であるこのCCを日本の卒前臨床教育に導入するにあたっては、1）国として対処すべき制度上の問題点、2）大学として対処すべき教育システム・カリキュラム上の問題点、3）講座・診療科として対処すべきCCの現場の問題点などを解決する必要がある。今回は3）のCC導入に際して解決せねばならなかった当科の「現場の問題点」を中心に報告する。

1. CCの現場の問題点

CC導入に際して教室員から出された意見は、「教える時間がない」、「何を教えてよいか分からない」、「学生に一日中付いていたら気が抜けない」、「患者に学生を何と紹介するのか」、「学生の知識レベルが医療に参加するレベルに達していない」、「学生の医行為に伴うトラブルの責任をどうするか」、「いいかげんなカルテ記載は迷惑である」、「学生を評価することに自信がない」などであった。これらの現場の抵抗を排除することが大きな問題であった。

2. 現場の抵抗の排除

現場の抵抗を排除するために行ったことは、1）教員の意識改革：教育改革の必要性の理解と教員としての自覚、2）学生が参加する診療チームの編成、3）GIO・SBO・方略の明確化、4）teachingからlearningへの転換：PBL方式の採用、5）学生の診療上の位置付け：クラークの意味、学生の役割の理解などであり、ほぼ1年をかけて教室内で討論を重ねた。

3. CCを実施するための事前の準備

現場の抵抗の排除とともに大きな問題となったのは学生側の要件であった。外科でCCを実施するには、学生側の事前の準備が不十分であったため、学生側の準備を実習開始後1週間で集中的に行った。その内容は、1）病棟診療の流れの理解（入院—手術—退院、病棟内の設備・備品）、2）外科診療に必要な技能の修得（消毒・包帯交換・結紮・縫合・抜糸など）、3）輸液・注射・薬剤の理解などであった。また、病棟スタッフおよび患者さんの協力を得ることも重要であり、4）看護スタッフへの挨拶、5）患者さんへの自己紹介（学生であることを明確にする）などを徹底した。

3. 学生の評価

実習の評価は医学教育学会臨床実習評価ワーキンググループが作成した

「臨床実習の評価法」を参考にして外科実習用に改編したものを、実習全般の評価を行った。また、知識の評価には MCQ を用いたが、さらに「確信度を加味した客観試験」によるプレテスト・ポストテストを実施した。評価にはスタッフを積極的に参加させることとし、実習中の態度の評価・症例発表の評価・進級試験問題の作成を行わせた。これはスタッフの教員としての自覚を促す上で重要と考えられる。また、患者さんからの評価・自己評価のための評価表を作成し評価の一部に組み入れた

4. CCによる実習の状況

学生が行った医行為の回数を表1に示す。手術に関係したものでは、学生は8週間の実習で約5回手術に入り（手洗い）、そのうち約4回は手術助手として参加（術野の確保）し、約3回で結紮を行い、約1回で皮膚縫合を行っている。また、病棟では、学生は患者さんとの first contact から1日で病歴聴取・診察を行っており、4日前後で日常会話が自然に行え、患者プロフィールの聞きにくい部分（最終学歴・住居環境など）が聞けるようになり、1週間前後で「親しみの態度」や「心を開いてくれた」と感じていた。学生が患者さんとのコミュニケーションをとるまでには約1週間を要すると考えられた。診察・血圧測定は2日以内に多く行われており、消毒・包帯交換は4日前後、抜糸は2週間前後、結紮・縫合・採血は2週間以後、ライン確保・動脈採血・カテーテル挿入は3週間以降に多く行われていた（図1、図2）。

5. CCの評価

患者さんの退院時のコメント（130人）では、ほぼ全学生が「お世話になりました」という感謝の言葉を頂いていた。また、CC終了時に学生に行ったアンケート調査（平成9年度、学生数66）では、「クリニカル・クラークシップはうまくできたか」という質問に対して、「非常にうまくできた」11%、「うまくできた」37%、「まあまあだった」41%、「全くできなかった」11%であり、約90%の学生でCCが良好に行われたと考えられた。

外科系診療科でCCを行う際の問題点は、1) 手術をはじめとして身体的・精神的苦痛を伴う医行為が多く、ここに学生が参加していくこと、2) 危険を伴う医行為が多く、患者・学生双方の安全のために事前の入念な準備が必要であることの2点が挙げられる。さらに、理想的にはCCは患者サービスの一環として行われるべきであるとする、「学生が提供できるサービスとは何か」という答えがまだ見つかっていないのであり、今後、検討を重ねていくべき課題と考えられる。

学生がおこなった医行為の数

(実習期間8週間)

表 1

	水準Ⅰ	水準Ⅱ	水準Ⅲ
1. 診 察			
全身の視診、打診、触診	30.6±26.8		
聴診器を用いた診察	24.2±12.5		
血圧測定	52.8±27.0		
直腸指診	3.1±1.2		
肛門鏡		3.0±2.7	
2. 検 査			
直腸鏡		0.6±0.4	
胃／大腸カメラ (介助)			2.9±1.2
放射線検査 (介助)	6.0±3.4		
超音波		2.0±1.7	
採血：静脈		2.0±1.4	
動脈			0.5±0.2
小児			0.2±0.7
胸腔穿刺			0.2±0.6
3. 治 療			
看護的業務	20.9±7.0		
処置：皮膚消毒、包交		16.7±7.8	
創傷処置		2.0±0.6	
注射		1.3±1.2	
IVH挿入			0.2±0.1
局所麻酔			0.2±0.1
外科的処置：手洗い		4.7±1.8	
ガウンテクニック		9.0±1.5	
手術助手		3.5±2.5	
糸結び		2.7±1.1	
皮膚縫合			0.6±0.9
抜糸、抜鈎		3.3±4.1	
切開、排膿			0.2±0.5
4. その他			
カルテ記載	4.2±7.1		
症例呈示、報告	2.6±0.6		

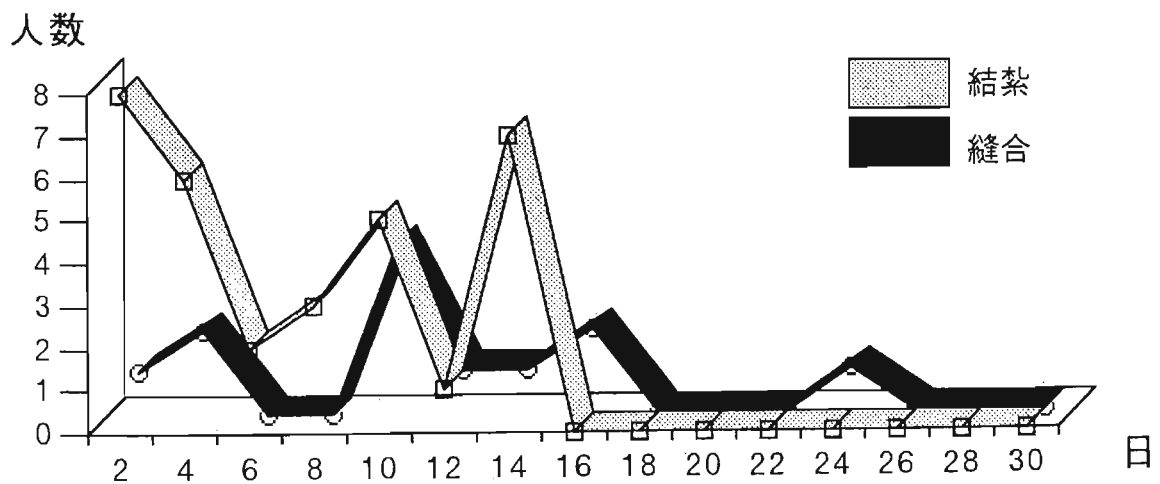
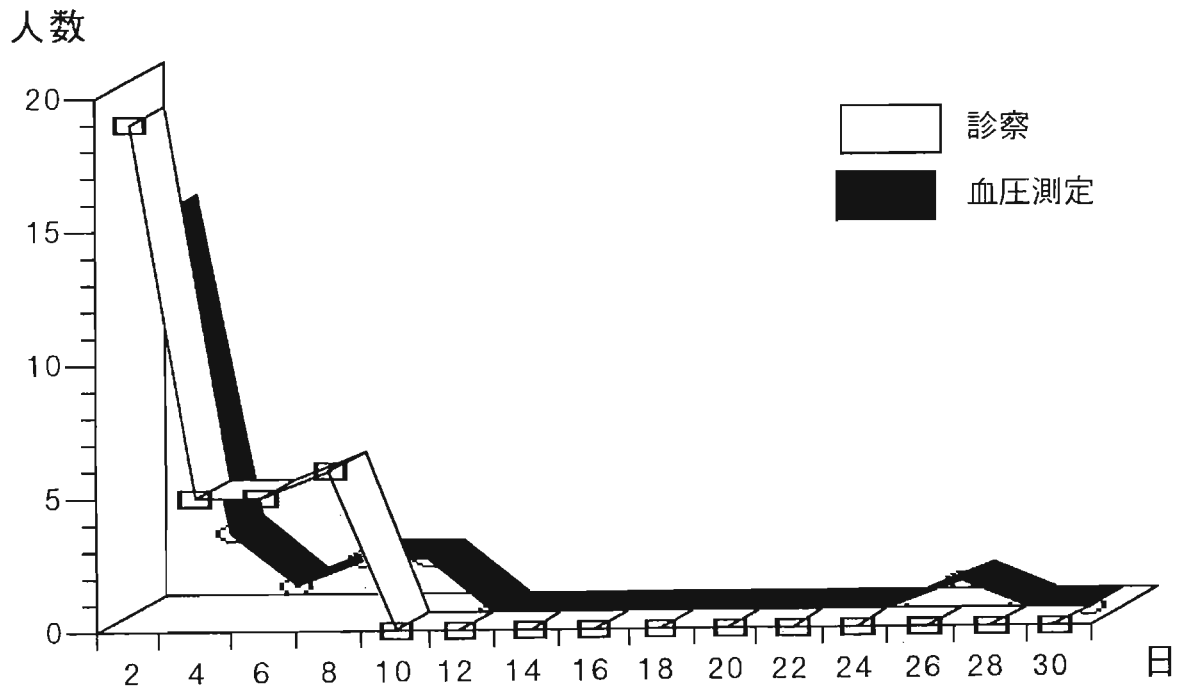
1992年4月～1996年2月

埼玉医科大学第2外科

患者さんとの first contact から 医行為までの期間（1）

埼玉医科大学第二外科、H9年度、学生66人

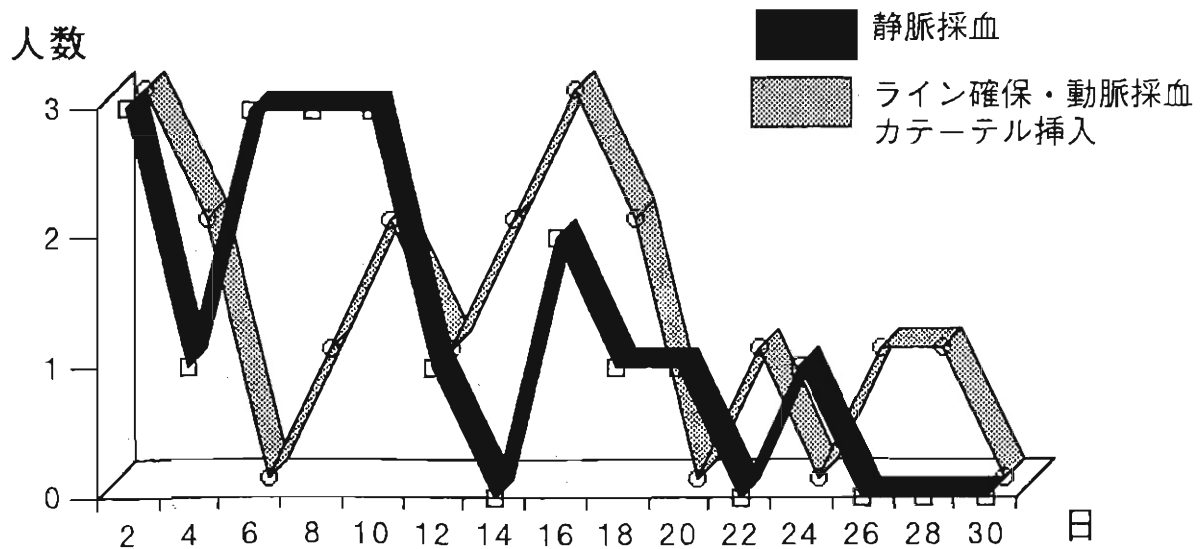
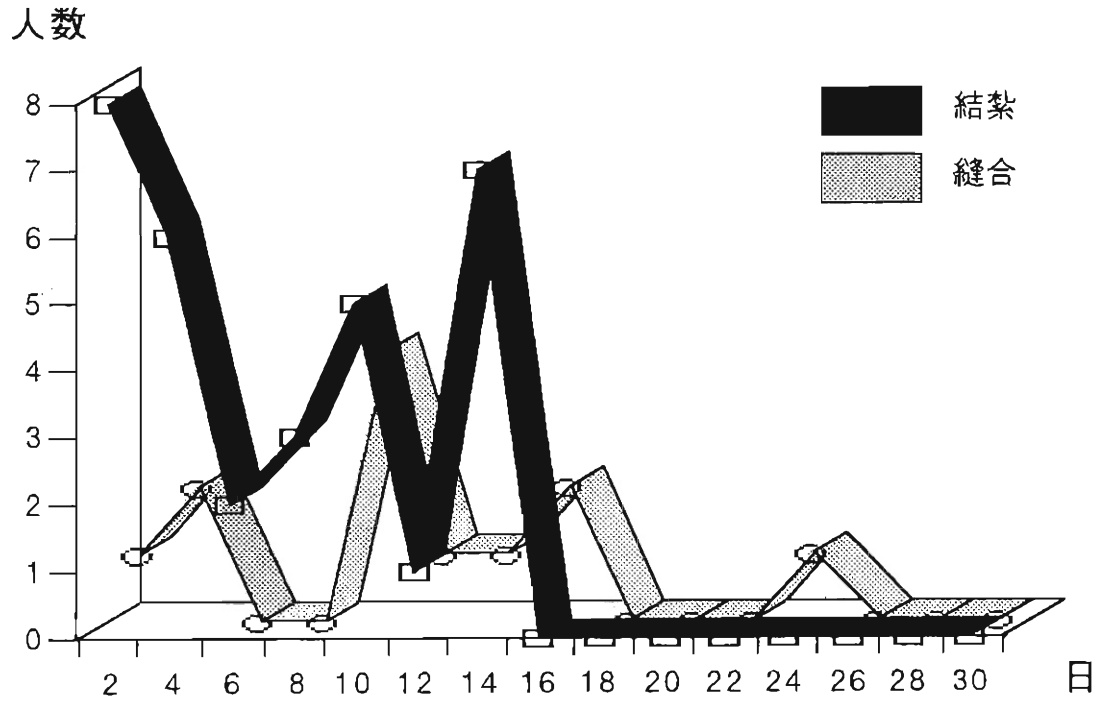
図1



患者さんとの first contact から 医行為までの期間（2）

図 2

埼玉医科大学第二外科、H9 年度、学生66人



小児外科におけるクリニカルクラークシップ導入の問題点

千葉大学 小児外科
田辺政裕

小児外科の様な外科系の専門的な科におけるクリニカルクラークシップ(CC)導入の問題点を、学生に対するアンケート調査により検討した。

千葉大学における臨床実習(BSL)は、5年次学生を対象として全診療科において行われるため、5あるいは10人が1グループとなって1あるいは2週間で各診療科をローテイトする。小児外科では、1グループ5人が1週間ずつ7ヶ月間でローテーションを終了する。小児外科における1週間のBSLスケジュールは、月曜日8時よりオリエンテーションを行い、1学生に対して1患児を受け持たせ、POSに基づいた診療を義務づける。学生は毎朝8:30からのmorning report(MR)において患児の報告を行い、指導医から問題点の指摘を受ける。その後CCにもとづいた病棟実習を行い、毎夕feed back(FB)において指導医と、自分では解決できなかった診療上の問題点、疑問点について話しあう。水、金曜日は手術日で、手術見学と小児外科領域のcommon disease、主にそけいヘルニアの周術期管理の見学を行い、金曜日午後、担当した患児のケース・プレゼンテーションによって、BSLを終了する。

MRは、学生が担当した患児の最新情報を、毎朝3分以内にまとめて報告するもので、その際出席した医師たちからの質問にたいする的確な回答が求められる。FBは、1日の診療の終わりに行われる夕回診後に、担当指導教官による個別指導であり、小児外科の助手、講師ら3人により交代で毎日行われる。指導内容は、問題解決に必要な情報の収集、整理及び診断、治療計画の作成にいたるまでの助言、指導で、講義は行っていない。

アンケート調査は無記名でPOSにもとづいた診療ができたか否か、MR、FB、手術見学、小児外科におけるcommon diseaseの周術管理の見学について、それぞれの有用性を5段階評価で行い、95名中70名(74%)からの回答が得られた。患児のproblem listは84%の学生が作成出来たと回答したが、実際に1週間のBSLで診療、及び自己学習を通して問題解決のための方法を見出せたと回答した学生は55%にすぎなかった。解決法を見出せなかった理由として、疾患に関する知識の不足およびコミュニケーションまで含めた診察技能の不足をあげた学生が多く、BSLに必要な医学知識、技能共に不足していることがわかった。さらに、時間が短く忙しすぎた、医師、看護婦からの情報、協力が得られなかった等が指摘され、BSL期間の短さ、医師、看護婦のBSLにたいする消極性、指導法の相違、さらにその原因としてBSLによるかれらの負担増の問題があると思われた。

MR、FBに対する学生の評価は良好で、それぞれ81%、95%の学生が非常に有用または有用と回答した。有用であった理由として効果的に知識や考え方を伝えてくれた、自分の医学的スキル、知識を再評価出来た、医学に対する興味を高めてくれた等の回答が多く、有用な指導法と考えられた。しかし、医師からの情報伝達が、有用であった最大の理由としてあげられており、BSLを通して学生の自己学習能力を高め得たかは疑問であり、その要因として学生のBSLにたいする消極性、教官相互の指導法の相違などが考えられた。

小児外科等の専門的な科へのCCによるBSL導入の問題点として、学生のアンケート結果から以下のようなことがわかった。学生側の問題点として、問題解決に必要な知識、スキルを学生は十分に修得していない。BSLの期間が短く到達目標の達成度が低い。BSLへの学生の取り組みが消極的である。教官側の問題点として指導教官及び看護婦のBSLによる負担増、それと関連して学生教育への消極性、指導法の相違等が考えられた。

クリニカルクラークシップの導入とその問題点 産婦人科クラークシップ

三重大学医学部産科婦人科

豊田長康

クリニカルクラークシップでは学生に許容される範囲での医行為を実習させる必要がある。産婦人科は女性の恥部を扱う科であるということから、他科にはない特殊性が存在する。今回この産婦人科の臨床実習における特殊性を検討するために、医育機関産婦人科を対象にアンケート調査を行った。平成10年10月12日付けで我が国の医育機関付属病院産婦人科科長または教育担当者宛に調査用紙（表1）を送付し、同年10月30日までに到着したものを集計した。調査用紙の回収率は88/96 (91.7%)であった。そのうち2通は、臨床実習を行っていないという理由で回答が空欄となっていたので集計からは除外し、86施設の回答を集計した。

産婦人科外来での臨床実習はほとんどの機関で実施されていた。医学生が医師の診察に同席することは、内診以外の診察時ではほとんどの機関で、内診診察時の同席も約9割の機関で行われていた。医学生が問診を行う実習は約4分の3の機関で行われていた。しかし、医学生が診察行為を行う実習については、内診以外の全身的な診察では約3割、内診については約2割の機関で実施されているにとどまった。病棟実習はほとんどの機関で行われていた。医学生による医行為については、医学生による問診を実施している機関が約4分の3、内診以外の全身診察が約3割、内診の実施は2割の機関にとどまり、それぞれ外来実習とほぼ同じ頻度であった。医学生に患者を受け持たせている機関は約8割にのぼったが、症例検討会で医学生に発表させたり、病棟回診時に医学生に報告させる医行為は、約4割の機関でしか行われていなかった。ボランティアによる内診実習は米国の大学では実施されているが、我が国では1つもなかった。

経膈分娩の実施状況に関する設問では、ほとんどの施設で実施しているという回答を得た。しかし、家族が立ち会っている場合の医学生の立ち会いは約半数であった。ビデオやモニターでの実習は2～3割で、分娩の介助まで医学生に実習させる機関は1～2割にとどまった。

医学生のカルテ（診療録）の記載についての設問では、学生用も含めると医学生にカルテ記載をさせている機関は、外来カルテでは約6割、入院カルテでは約3割であった。正式のカルテに記載させている機関は、外来カルテでは約4割、入院カルテでは約1割にとどまった。

医学生が医行為を行うに際しての患者の同意の有無については、多くの医行為について約4分の3の機関から同意を得ているという回答を得た。しかし、内診や経膈分娩の同意は約半数の機関でしか得られておらず、外来の内診診察同席の際の同意は3分の1しか得られていなかった。

内診実習が医学生にとって必要かどうかを問いかけたものであるが、6割が研修医になってから実習すればよいと回答し、すべての医学生が実習する必要があると答えた施

設はわずかに2割にとどまった。

臨床実習に際して経膣分娩が十分確保されているかどうかについて調べるために年間分娩数、帝王切開率、分娩数の充足度、関連病院等への医学生の派遣について設問した。約3分の1の機関は年間300分娩以下であり、約3分の2の機関では帝王切開率が20%以上あった。経膣分娩実習に際しての分娩数の充足度については、約7割の機関が不足していると答えた。また、約3割の機関では関連病院等へ経膣分娩実習のために医学生を派遣していた。

臨床実習に際して患者の同意を得ることが厳しく要求される情勢の中で、今回の調査結果からも、従来の見学的な臨床実習では、内診などの産婦人科特有の医行為の実習は今後ますます困難となることが予想される。むしろ、クリニカルクラークシップ方式を導入することによって解決の糸口が見つかる可能性があると考えられる。

表1. 産科婦人科臨床実習アンケート調査表

1) 貴科における医学科学生の外來実習について

- ①外來実習の有無 (□あり、□なし)
- ②学生による問診 (□あり、□なし)
 - ・ありの場合患者の同意の有無 (□同意を得る、□同意を得ずに行う)
- ③外來診察室 (内診室以外) での学生の同席 (□あり、□なし)
 - ・ありの場合患者の同意の有無 (□同意を得る、□同意を得ずに行う)
- ④外來診察室 (内診室以外) での学生による全身診察(打・聴・触診)(□あり、□なし)
 - ・ありの場合患者の同意の有無 (□同意を得る、□同意を得ずに行う)
- ⑤外來内診室での学生の同席・見学 (□あり、□なし)
 - ・ありの場合患者の同意の有無 (□同意を得る、□同意を得ずに行う)
- ⑥外來での学生による内診の実施 (□あり、□なし)
 - ・ありの場合患者の同意の有無 (□同意を得る、□同意を得ずに行う)
- ⑦外來カルテの記載 (□正式のカルテの記載、□学生用カルテの記載、□なし)

2) 貴科における医学科学生の病棟実習について

- ①病棟実習の有無 (□あり、□なし)
- ②受け持ち患者の割当 (□あり、□なし)
 - ・ありの場合患者の同意の有無 (□同意を得る、□同意を得ずに行う)
- ③病棟での全身診察 (打・聴・触診) の実施 (□実際にさせる、□見学のみ、□見学もなし)
 - ・ありの場合患者の同意の有無 (□同意を得る、□同意を得ずに行う)
- ④病棟内診室での学生の同席・見学 (□あり、□なし)
 - ・ありの場合患者の同意の有無 (□同意を得る、□同意を得ずに行う)
- ⑤病棟での学生による内診の実施 (□あり、□なし)
 - ・ありの場合患者の同意の有無 (□同意を得る、□同意を得ずに行う)
- ⑥模型を用いた内診実習 (□あり、□なし)
- ⑦ボランティアでの内診実習 (□あり、□なし)
- ⑧入院カルテの記載 (□正式のカルテへの記載、□学生用カルテへの記載、□なし)
- ⑨病棟回診時の学生による受け持ち患者のプレゼンテーション (□あり、□なし)
- ⑩症例検討会での学生による受け持ち患者のプレゼンテーション (□あり、□なし)

3) 貴科における医学科学生の経膣分娩実習について

- ①ビデオによる実習 (□あり、□なし)
- ②分娩室のモニターでの実習 (□あり、□なし)
- ③経膣分娩の見学 (家族が立ち会っていない場合) (□あり、□なし)
- ④経膣分娩の見学 (家族が立ち会っている場合) (□あり、□なし)
- ⑤経膣分娩の清潔介助 (□あり、□なし)

表 2. 産婦人科臨床実習アンケート調査結果

	有	無	無回答
外来実習の有無	85	1	0
学生による問診	67	19	0
外来診察室（内診室以外）での学生の同席	85	1	0
外来診察室（内診室以外）での学生の全身診察	29	57	0
外来内診室での学生の同席・見学	80	6	0
外来での学生による内診の実施	22	64	0
病棟実習の有無	85	1	0
受け持ち患者の割当	71	14	1
病棟内診室での学生の同席，見学	75	10	1
病棟での学生による内診の実施	22	64	0
模型を用いた内診実習	32	54	0
ボランティアでの内診実習	0	86	0
病棟回診時の学生による受け持ち患者のプレゼンテーション	32	54	0
症例検討会での学生による受け持ち患者のプレゼンテーション	37	48	1
分娩のビデオによる実習	31	54	1
分娩室のモニターでの実習	25	59	2
経膈分娩の見学（家族が立ち合っていない場合）	85	0	1
経膈分娩の見学（家族が立ち合っている場合）	47	28	11
経膈分娩の清潔介助	9	76	1
経膈分娩の不潔介助（妊婦の世話をさせるなど）	19	66	1

	正式	学生用	無	無回答
外来カルテの記載	41	12	33	0
入院カルテの記載	13	18	53	2

	実施	見学	無	無回答
病棟での全身診察の実施	53	26	7	0
産科的診察（外診，児心音聴診など）	56	30	0	0
膈内容採取	4	81	1	0
コルポスコピー	4	80	2	0
超音波（経膈）	5	80	1	0
超音波（経腹）	21	63	1	1
直腸診	2	78	5	1
導尿	2	67	15	2
浣腸	2	51	33	0
抜糸	14	63	8	1
手術助手	68	18	0	0
静脈血採取	19	60	7	0
皮膚消毒	18	66	2	0
包帯交換	19	59	8	0
患者の移送	26	53	6	1
健康教育・母親教室	1	26	59	0
患者家族への病状説明時の同席	0	46	38	2

表2. 産婦人科臨床実習アンケート調査結果 (続き)

同意の有無	同意有	同意無	実施無
外来での学生による問診	31	28	27
外来診察室での学生の同席	23	1	38
外来診察室での学生による全身診察	22	9	55
外来内診室での学生の同席	23	53	10
外来内診室での学生による内診の実施	12	8	66
入院受け持ち患者の割当	53	16	17
病棟での学生による全身診察	53	9	24
病棟内診室での学生の同席・見学	35	35	16
病棟での学生による内診の実施	16	5	65
学生による経膈分娩見学・介助	43	40	3

分娩数		帝王切開率		分娩数充足度		関連病院への学生派遣	
0~100	1	0~10%	2	十分	32	あり	32
100~200	8	10~20%	35	不足	53	なし	52
200~300	22	20~30%	37	無回答	1	無回答	2
300~400	19	30~40%	9				
400~500	10	40~50%	1				
500~600	9	無回答	2				
600~700	2						
700~800	6						
800~900	8						
無回答	1						

学生の内診実習の必要性	
すべての学生が内診を実習する必要がある	23
将来産婦人科を志望する学生のみが実習すればよい	0
内診は研修医になってから実習すればよい	53
その他	10

内科クラークシップ(筑波大学での試み)

筑波大学 卒後臨床研修部

武田裕子

筑波大学医学専門学群では、平成7年度から、筑波大学附属病院における5年生の臨床実習にクリニカル・クラークシップを導入している。呼吸器内科では米国式のクラークシップを行うことで、学生がより主体的に参加できる充実した臨床実習の実施をめざした。それまで行われていた臨床実習は、BSL(bedside learning)方式で行われていたが、その実習で具体的に何を期待されているのか理解できていない学生や研修医が一部にあり、学生の積極性や教える研修医の熱意によって実習内容に差が生じる事があった。

そこでクリニカルクラークシップ導入にあたっては、まずガイドライン(表1)を作成し、学生がその目標や内容を明確に理解できるようにした。実習ガイドラインのI, II, IIIは、米国の教育病院で行われているクラークシップの内容に沿って作成されている。週間スケジュールは呼吸器内科の診療に合わせて作られており、学生は指導レジデントと共に行動するようになっている。さらに、実習の到達度を学生に自己評価させる自己評価表(表2)と、実習プログラムに対する学生の評価を得るためのアンケート(表3)を作成した。また、クラークシップにおける研修医の役割を明記した文書を作成し、研修医に教師としての役割を果たすよう協力を依頼した(表4)。これは、卒前臨床教育に果たす研修医の役割が大きく、直接学生の指導にあたる研修医がクラークシップの目標・内容を理解しているかどうかはその充実度を左右すると考えられ、さらに、研修医にとって学生の指導にあたる事が自らの臨床研修に役立つと考えられたためである。実習ガイドライン、学生自己評価表、実習アンケートは、呼吸器内科で2~4週間臨床実習を行う医学専門学群5年生に実習初日のオリエンテーションの際に渡され、実習の説明に用いられた。

ガイドラインの作成とクラークシップへの導入はスムーズに行われた。ガイドラインの作成を科の教授が推奨したこと、作成の過程で教官や研修医による討論が行われそこで出された意見が内容に反映されていることなどが、ガイドラインの利用が進んだ理由として挙げられる。研修医による学生への指導が不十分と感じられた場合は、再度表4の実習協力依頼書を研修医に示しながらフィードバックが行われた。研修開始時のオリエンテーションであらかじめ研修医の役割が明示されていたため、研修医の協力は得やすかった。

米国では、クラークシップ終了時に自己評価と共に、実習プログラムおよび指導

教官の評価が学生によってなされる。教官の昇進にはこのような学生や研修医による評価が重視されている¹⁾。わが国では、学生による教員評価は広く行われているとはいえない。当科では、無記名のアンケートを実施することで、実習プログラムに対する学生の率直な意見を求め、アンケートの中に、実習でよかった点、印象に残ったセミナーやクルズスを尋ねる項目を設けた。ここに特定の教官の指導法や内容が優れていたことが記され、教官にとってはポジティブなフィードバックを得ることとなった。また、学生の自己評価表とアンケート結果は教官間で回覧されるため、「学生の満足度や理解度を知るばかりでなく他の教官の指導法・教育技法を知ることができ参考になる」と感想を述べる教官もいた。また、学生から印象に残るクルズスであったといつも名前の挙げられる教官に、他の教官がその秘訣を尋ねるなど教育技法の交換が行われ、ファカルティ・ディベロップメントにもつながると考えられた。学生による自己評価表とアンケートは実習最終日に回収され、後日教官の間で回覧されるほか、年度末に集計されてその結果は実習プログラムの改善点を明らかにするのに利用されている。

筑波大学医学専門学群カリキュラム室では、各科の実習内容について毎年独自にアンケートを実施しており、結果はすべて各診療科に通知されるようになっていいる。アンケートは1年間の臨床実習を終了した5年生を対象に行われ、呼吸器内科は5段階評価で1996年度は4.27、1997年度は3.98であった。同じ内科の中でもクラークシップの実習内容は科によって異なり、図1に示す通りその評価にも差が認められる。診療科によって学生・研修医に期待される役割や実習内容が異なると学生はとまどったり委縮することがあるため、今後、各診療科間で一貫性が保たれることがよりよいクラークシップを行う上で重要と考えられる。

米国式のクラークシップを導入・実施した経験から、充実したクラークシップを行うための要件を以下にまとめる。

- (1)クラークシップの目標が明確である。
- (2)目標に到達するための方策が明示されている。
- (3)学生・教官・研修医に(1)(2)について共通の理解がある。
- (4)プログラムの評価がなされている。
- (5)評価の結果がフィードバックされ、プログラムの改善に用いられている。

文献

- 1) Beasley BW, Wright SM, Cofrancesco J, et al. : Promotion criteria for clinician-educators in the United States and Canada. *JAMA* 1997, 278 : 723-728

表 1

Expectations of M5 Students rotating Pulmonary Ward as their Clerkship

病棟実習における目標 (Educational Goals of the Clerkship):

学生は医療チームの重要なメンバーの1人である。クラークシップは、文字どおりクラーク(秘書)としてレジデントを助けることで、病棟業務から患者管理まで幅広く医療の実際を経験できるよう設定されている。病棟で患者を受け持ちレジデントと共にフォローしながら、以下の事項について行うことが期待される。

I. 患者の初期評価 (Initial Patient Evaluation)

- A. 詳細に病歴を聴取する。
- B. 正確な身体所見を取る。
- C. 同日中に病歴や身体所見をカルテに記載する。患者の病歴・現症をもとに問題リストを作成し、各問題について、鑑別診断を含めて検討・評価する。初期検査計画・治療計画を立てカルテに記載する。
*学生の記載したカルテにはレジデントのカウンターサインが必要である。
- D. 喀痰や尿のグラム染色・尿沈査の検鏡、血液塗抹標本の検鏡など必要に応じて行う。心電図の解析やX線像・CT像の読影を行う。
- E. 回診時にプレゼンテーションを行う。BSL担当教官の指導を受け回診に備えておく。

II. 入院患者の診療・管理 (Subsequent Patient Management)

- A. 毎朝受け持ち患者を診察する。必ず温度板をチェックし、前日及び夜のうちに起こった出来事について把握する。
- B. 回診やカンファレンスの際に受け持ち症例のプレゼンテーションを行う。
- C. 毎日の患者の状態・検査結果・治療計画などについてチーフレジデントや指導教官にプレゼンテーションする。
- D. プログレスノートを毎日記載する。受け持ちのレジデントに記載したカルテを読んでもらい指導を受ける。カルテにカウンターサインをもらう。
- E. ベッドサイドで行われる基本手技(採血・血液ガス測定・静脈路の確保・胸腔穿刺など)を見学し指導を受ける。
- F. 可能であれば、レジデントの指導の下で実際にオーダーを書いたり、検査やコンサルテーションの依頼を行う。胸部レントゲン写真のレポートを記載する。医療チームと患者及び患者家族とでもたれるミーティングがあれば参加する。その他、毎日患者に行われる検査や診療に参加する。

III. 基本的知識の修得 (Development of a Knowledge Base)

- A. 標準的な教科書を用い、必要な箇所を読む。
- B. 患者の病態生理を理解する上で重要な分野について、基礎医学の教科書も併せて読む。
- C. 患者管理に不可欠な最新の医学情報を、図書館の文献検索システムを用いて入手する。
- D. 病棟で行われるすべての回診やカンファレンス、クルズス、セミナーに参加する。

呼吸器内科週間スケジュール:

月: 13:00-17:00 教授回診、17:00-18:00 カンファレンス・抄読会
火
水: 8:00-9:00 肺癌ステージングカンファレンス、
13:00-16:00 気管支鏡検査、17:00-17:30 外科合同カンファレンス(op出し)
木: 18:00-19:00 病理カンファレンス (micro)
金: 8:00-11:00 講師回診、13:00-16:00 気管支鏡検査、16:00-17:00 レジデント・レポート

この他、呼吸器内科では教官により学生・レジデントを対象に以下のクルズスが行われる。

月: 11:00 - 12:00 呼吸音の聴診・肺循環の生理と病態生理 (二宮)
火: 11:00 - 12:00 胸部レントゲン写真の読み方(1)(2) (石井)
15:00 - 16:00 肺機能検査・血液ガス分析 (井上)
水: 11:00 - 12:00 間質性肺炎の診断と治療、胸部 CT の読み方 (大塚)
木: 11:00 - 12:00 喘息の病態生理、呼吸器生化学 (内田)
13:00 - 14:00 肺癌の診断と治療(1)(2) (佐藤)

また、希望があれば、チーフレジデントにより学生を対象に以下のセミナーが行われる。

- ・カルテの書き方・症例のプレゼンテーションの仕方
- ・POSを用いた検査計画の立て方、診断・治療へのアプローチ
- ・呼吸器系を中心にした身体所見の取り方
- ・呼吸器感染症の治療・抗生剤の使い方
- ・症例検討 (臨床実習カリキュラムに挙げられた経験すべき症例がカバーされるように疾患・症例を取り上げる)

呼吸器内科ローテーション中に特に学びたい事項や、経験したいことがあれば実習初日にチーフレジデントに伝えること。また実習プログラムに問題があると感じるときには、いつでもチーフレジデントに申し出てほしい。

実習中は、レジデント及び実習指導教官より、診療態度・カルテの記載・プレゼンテーションの仕方について、優れていた点・改善すべき点などについて頻回にコメントが与えられる予定である。十分なフィードバックを得ていないと感じるときは、積極的に尋ねてほしい。

呼吸器内科チーフレジデント

C-2: 武田裕子 (beeper # 720)

表 2

M 5 学生実習 (Clerkship) 自己評価表

氏 名: _____

学籍番号: _____

実習期間: 199 年 月 日 - 月 日

呼吸器内科におけるクラークシップを振り返って、以下の項目について自分自身を評価してください。5はすば抜けて優れている (outstanding)、1 は不十分 (unsatisfactory) です。

A. ベッドサイドでの臨床知識・能力

		5	4	3	2	1
1. 病歴聴取が十分できるようになった						
2. 身体所見を自信を持って取れる						
3. 病態生理を十分に理解した						
4. 診断能力・判断力が身についた						
5. 問題リストを作成できる						
6. 初期検査・治療計画が立てられる						
7. ベッドサイドの基本手技に習熟したか						
喀痰グラム染色	(見学回数 回、施行回数 回)					
肺機能検査	(見学回数 回、施行回数 回)					
静脈血採血	(見学回数 回、施行回数 回)					
動脈血採血	(見学回数 回、施行回数 回)					
血液ガス分析	(見学回数 回、施行回数 回)					
点滴路の確保	(見学回数 回、施行回数 回)					
中心静脈路の確保	(見学回数 回)					
胸腔穿刺	(見学回数 回)					
8. カルテの記録						
9. プレゼンテーション						
10. クルズス・セミナーへの出席	出席したか	十分に理解できたか				
間質性肺炎 (大塚)	(YES NO 記憶にない)					
喘息 (内田)	(YES NO 記憶にない)					
肺機能・血ガス (井上)	(YES NO 記憶にない)					
肺癌 (佐藤)	(YES NO 記憶にない)					
肺循環・聴診 (二宮)	(YES NO 記憶にない)					
胸部 x 線 (石井)	(YES NO 記憶にない)					

表 3

呼吸器内科 M5病棟実習アンケート

4/1/96

今後学生実習をより実り多いものとするためにアンケートにご協力下さい。どうぞ忌憚のない意見を聞かせて下さい。スペースが足りないときは裏に書いて下さい。

実習期間： 年 月 日 より 年 月 日まで。

- | | | | | |
|---|-----|----|---|------|
| 1. 病棟での学生実習の目標は開始時点ではっきりしていましたか？ | | はい | | いいえ |
| | 非常に | | | 全然だめ |
| 2. 実習開始時に十分なオリエンテーションが与えられましたか？ | 5 | 4 | 3 | 2 1 |
| 3. 呼吸器内科 M5学生実習ガイドラインは役に立ちましたか？ | 5 | 4 | 3 | 2 1 |
| 4. 実習をとおしてチーム医療について学ぶことができましたか？ | 5 | 4 | 3 | 2 1 |
| 5. 医療チームの一員として患者の診療に貢献するような役割が与えられましたか？ | | | | |
| | 5 | 4 | 3 | 2 1 |
| 6. 実習中に適切なフィードバックが与えられましたか？ | 5 | 4 | 3 | 2 1 |
| 7. この実習でよかった点について書いてください。 | | | | |

8. この実習で問題だと感じたことについて書いてください。

9. この実習をよりよいものとするために改善案を出してください。

10. セミナーやクルズスで印象に残ったものを3つ上げてください。また他に取り上げてほしいトピックがありましたら教えてください。

ご協力ありがとうございました。今後の活躍を期待しています。がんばってください!

アンケート用紙はチーフレジデントのメールボックス(病院3F)に入れるか直接渡してください。

呼吸器内科チーフレジデント

C-2: 武田裕子 (beeper # 720)

表 4

M5学生実習についてのお願い

先生

筑波大学付属病院ではM5の学生が病棟実習(クラークシップ)を行います。呼吸器内科でも2週間の単位で学生が病棟実習を行います。クラークシップは、学生が文字どおりクラーク(秘書)としてレジデントを助けることで、病棟業務から患者管理まで幅広く医療の実際を経験できるように設定されています。この実習が実り多いものとなるには、実際に病棟で働くレジデントの皆さんによる教育・指導が不可欠です。どうぞ協力ください。教えることで学ぶこともきっと多いはず。レジデントによる教育が効果的に行われ、学生が積極的に病棟実習に参加するために、呼吸器内科では学生実習のガイドラインを作成しています。コピーを添付しましたので参考にしてください。

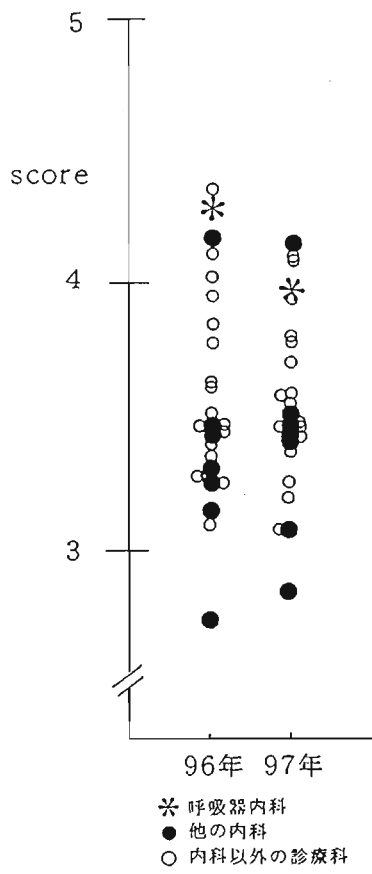
教師としてのレジデントの役割は以下のとおりです。

- I. ガイドラインを読み、学生の病棟実習における目標を理解する。受け持った学生に、
具体的にどのような事を期待しているか明確に伝える。
- II. 症例に基づいた教育 (Case-Based Teaching): レジデントは、自分の受け持ち患者を学生と一緒にフォローしている場合、以下の事項を行うことが期待される。
 - A. 学生が適切なデータを得ていることを確認する。
 - B. 患者の問題点及び検査・治療計画について学生がどのように理解しているか把握する。
 - C. 学生の記載したカルテを読み、アドバイスを与える。学生の署名に並んでカウンターサインをする。内容が不十分であったり、誤りがあればその旨を付記する。
 - D. 学生が基本的知識を修得できるよう援助する。
- III. フィードバックを与える。
 - A. 優れている点・改善すべき点について学生に伝える(そういう点を見いだした直後および定期的に)。
 - B. 実習の半ば及び終了時点で学生と話す時間を持ち、学生が期待に応えたかどうか、十分な進歩を遂げたかフィードバックを与え、今後の課題及びどのように改善していくかについてアドバイスする。

何かご質問があればチーフレジデントまでお知らせください。また学生実習で問題が生じたときは、いつでもチーフレジデントにご連絡ください。

(文責: 96年度チーフレジデント 武田裕子)

図1. クリニカル・クレークシップを行っている各診療科の実習内容に対する学生の評価



はじめに：1987年Mac Master大学で、小児科のクラークシップを見学した。医師免許を持たない彼等が、医療チームの一員としてレジデントとともにカルテに記載し、診察、採血その他を一労働提供者として実施している状態を見て驚いた。更に日本の教育程度との差を感じさせられたのは、ミラールームでの学生と患児親子のやり取り（病歴聴取と診察）を隣室から小児科医が観察・評価し、学生へfeed backし、また患児親子へもfollowする過程を目の当たりにした時であった。学生は、幼児を上手に扱い、自信たっぷり、泣かせずに診察を終え、本人なりの結論を出した。この間観察も含め1対1で約3時間の時間を助教授級の教師が学生のためにさいていた。一度に廻って来る学生は一人、6週間との事であった。上滑りでなく、技術が身についていく実習の在り方に、日本との差を感じた。私自身は、かつてあの様な指導をうけたことはない。

小児科の目的は、小児の健全育成である。すなわち、全介助の必要な新生児期、徐々に歩行、簡単な言葉の理解と単語を話すことができるようになる乳児期、集団生活を開始し感染症の荒波に揉まれる幼児期、日常生活がほぼ介助なしで可能となり多少は役割が果たせる学童期、アイデンティの確立に悩む思春期を無事経過して、社会の一員として成長するまでを支援する事が小児科医の役割である。親子関係がまだ確立されていない乳児期の慢性疾患の宣告は、両親の子に対する不安、失望、拒否や過保護をよび、それが健全育成を妨げる事がある。医師の心ない表現や態度が子の心を傷付けたり親子関係に影響することを認識し感性を磨く必要がある。小児科医の役割は、小児の正常・異常を理解し対応することと、母親（両親）に自信を与え、母性（父性）の確立を支援することである。

小児科の特殊性：1. 小児科は別名母科ともよばれる。患者である小児が直接自分で病院を訪れることはなく、母や家族が患児の異常に気付いて、あるいは困って、受診するわけであるし、また処置や指導も母を介して実施される事が多いためである。つまり、情報源は、新生児期から幼児期までは、父母と医師自身の観察力に頼る部分が多い。時には、連れられてきた子供にではなく母や家族に病気がある事もある。小児科医には他の科に増して鋭い観察力が必要とされる。

2. 小児の急性疾患では、入院日数も1日－3週間平均と短く、状態変化が急激、転帰が速く、迅速な対応が必要である。

3. 完全に良くなる可能性を持つ。また成長発達があることから、診察時点よりもより能力の高い存在として医師と再会する。

4. 理論では充分納得できない小児に、態度や雰囲気信頼を得て納得させる必要がある。

5. 発達途上にある、表現能力、記憶力、理解力、判断力、運動能力が未熟であり、免疫力をはじめとする各臓器が未熟であり、人への信頼確立の時期なので傷つきやすい。

小児科クラークシップの目的：問題解決能力を養うことであり そのためには1. 患者の

問題点を把握する。2. 患者の問題点を分析する（仮説を建て、関連情報を集め、問題リストの作成）3. 問題をマネージする能力を養うことが必要である。そのためには知識、評価能力、臨床技術、学習能力、人間性が要求されるのは他科と同様であるが、親と子と両方へのアプローチが必要な点でことなる。

診察手順(waccs)を学ぶこともクラークシップの目的の1つである。診察はまず、Waiting(年齢、性別、住所などカルテの情報を見ながらどんな問題があるのか考える)から始まる。この際、発達を踏まえた疫学的知識が必要とされる。次に相手に信頼を与え観察をするためのApproach(笑顔で迎え、相手の緊張をほぐし)が行われ、この際には、包容力と自信のある態度が必要であり、子の年齢・状況に合わせた緊張のほぐし方、親子関係の評価方、発育発達の知識が必要である。次にいよいよ問題を把握するためにConsultation(問題に耳を傾け、良く診察をし、考える)が行われるが、この際には病歴聴取する技術、理学所見をとる技術、鑑別診断の能力、検査計画を立てる能力が必要であり、親とも子とも意思の疎通がはかれること、事実の分析や統合の能力、正常小児の知識、小児のなんとなく調子が良くないことと、病気の知識も要求される。次に、Close(診察結果を伝え、今後の方針を告げる)に移るが、この際にはわかり安く説明できる能力など内科で要求される能力に加え、親や子供の反応の仕方をしておく必要がある。最後に、Send(何か希望を与え、安心させて送り出す)であるが、特に病気が重篤であれば人間としてのartが要求される。

小児科クラークシップで比較的可能な第1水準
(指導医の指導監視の下に実施が許容される)

視診、打診、聴診、カルテ記載	
簡易器具使用診察	脳波
血圧測定	単純X線撮影介助
握力測定	R I 介助
身体計測	発達テスト
パルスオキシメーター	体位・おむつ交換
体温測定	健康教育

子供からのインフォームドコンセント(IC):学生が関わることの承諾を子自身からどの様にとるかが問題である。ヘルシンキ宣言によれば治療上のICは、被験者が未成年者であるためICを得る事が不可能な場合は、その国の法律の定める積任ある親族による許可が被験者の代りになる。とされていたが、ベネツイア改訂,(1993)では、もし幼年者が実際に同意を与える能力を持つ時には法廷代理人に加えて本人の同意を得ておかなければならないと述べている。7歳以上では本人の了承が必要である。

小児科クラークシップに必要な準備:学生が関わることの利点(小児は、若くて明るい雰囲気を楽しむ)、欠点(母親、子へのストレス、不安の増大、感染機会の増大)を理解し十分に準備する。最低限必要な準備として、基本的な小児の発達を理解し、子供に不安を与えず子供と遊び観察できることが重要である。このため本学では、4年生で保育園で健康な子供を観察し介助し遊ぶという実習を行い効果がある。模型の人形を使用した訓練も重要。

Ⅲ. 公開討論会記録

開会挨拶

日本医学教育学会会長
堀原一（筑波大学）

皆さま、おはようございます。私は筑波大学 OB の堀でございます。今回、このような公開討論会を日本医学教育学会卒前教育委員会が主催したところ、かくも多数の先生方に、日曜日にもかかわらずご出席いただきまして、まことにありがとうございます。

その昔、医科大学における卒前医学教育は、医学の蘊奥を極めることを重視し、医師養成の目標は蔭にかくれておりました。しかし近年、しだいに臨床教育に重点が移ってまいりました。私どものころは、卒前ではポリクリと称する外来実習だけでしたが、昭和 30 年代から東京女子医大や岡山大学その他で病棟における臨床教育が実施されるようになってまいりました。しかしながらその後、臨床実習も BST (bedside teaching) という、その心はティーチングであるという時代から、言葉の遊びのようではありますが、BSL (bedside learning)、すなわちラーニングであるという時代に移り、しかも最近はこの主題であるクリニカルクラクシップという名称で呼ばれる時代に移ってきたことからわかるように、臨床教育は講義から実習へ、しかも見学者としての受動的な実習から能動的な実習へ、診療チームのなかに入って、その一員であるステューデントドクターとしての実習というふうに変ってまいりました。

いまから 7 年前に大学設置基準の一部改正で、各大学は自由にカリキュラムを

組むことができるようになり、その結果として、臨床実習が非常に大きなウェイトを占めるようになってまいりました。全国 80 の医学校のなかで、従来、講義が大部分を占めておりましたが、最近では臨床実習を主とする実習が 60 % 近くを占め、講義がどんどん減ってきたのは、時代の要請でもあったのであります。

ところで、クリニカルクラクシップという考え方は、医師でない医学生諸君が病室において患者さんを受け持つことに伴う法的、倫理的、教育的ないろいろな問題がありましたが、平成 3 年、いまから 7 年前に厚生省は、臨床実習に関する検討委員会をつくって、その報告書が出ましたが、それ以来、指導医のもとである程度の医行為ができるようになりました。しかしそれに入るには大学で責任を持って資格を認定しなければなりません。そのためには、あとでお話が出ると思いますが SP (標準模擬患者) や OSCE (客観的臨床能力試験) などの教育資源や方略が導入されつつあります。

しかしながら、今日、このような公開討論会が開かれたゆえんは、いまだにクラクシップどころか、BSL もまだ十分実施されていない現実があります。学生はクルズスと称する小グループの講義を好み、また教員はそれに迎合するという実態があります。医師国家試験もそれに輪をかけたわけですが、医師国家試験もしだいに改善されてきて、臨床実習をちゃ

んとやらないとなかなか合格しないよう
になってきつつあります。

そういう状況のもとに、今日はクラークシップ導入のいろいろな問題点を洗いざらい出して頂く、特に Part 1 では神津忠彦教授を委員長とする卒前教育委員会の各メンバーが、それぞれご自分のところでのクラークシップの実情をご報告になられ、また問題点を挙げられ、その解決策をご提示されることと思います。幸いに、平成 10 年度文部省科学研究費の補助を、このプロジェクトが受けることができまして、今日はスタンフォード大学から赤津晴子先生をお呼びすることもできました。ここに文部省科学研究費に対して、私としても厚く御礼申し上げます。

それでは、今日 1 日が、実りある公開討論会となりますように、皆さまと一緒に勉強したいと思っております。それにつけても日曜日、東京女子医科大学におかれましてはこのような会場をご提供いただき、また関係の皆さまにお手伝いをいただいておりますことを、会長として私からも御礼申し上げます。それではどうぞよろしく願いいたします。(拍手)

パート 1

【問題提起セッション】

パート 1 : 「問題提起セッション」

司会：大野良三（埼玉医科大学医学教育学室）

伴 信太郎（名古屋大学総合診療部）

【大野】 おはようございます。午前中、パート1「問題提起セッション」の司会を担当させていただきます埼玉医大の大野でございます。

【伴】 名古屋大学の伴でございます。どうぞよろしく願いいたします。

【大野】 午前中の予定ですが、初めにクラークシップの定義、あるいはいまお話にありました厚生省の臨床実習検討委員会の最終報告の話、それから当委員会で行った臨床実習に関する全国調査の報告があります。

そのあとで金沢医大と自治医大の現状と問題点のお話をいただきます。前半部分が総論という形になるかと思いますが、それが大体30分を予定しておりますので、うまく余裕が取れましたら、途中で10分

ほど質疑を入れたいと思います。

後半は内科、外科、産婦人科、小児科、臨床各科それぞれの立場からクラークシップのお話をさせていただきますが、こちらは伴先生に司会をお願いいたします。

いずれにしても、午前は問題提起セッションということで、多分そんなに沢山の質疑の時間が取れないかと思いますが、問題点を提起しておいて、午後の公開討論の場でお話し合いをいただけたらと思っております。

それではさっそく、パート1を開始いたします。

① クリニカルクラークシップの定義と 厚生省臨床実習検討委員会最終報告

司会：大野良三（埼玉医科大学医学教育学室）

クリニカルクラークシップの定義・概念

【大野】 すでに堀会長からお話をいただきましたが、クラークシップの定義は、私ども卒前教育委員会でいろいろ話し合った大まかな合意ということで、委員会からの提案ではありませんので、細

かな文言その他、まだいろいろと問題があるのかもしれませんが。「医学生が、医療チームの一員として実際の患者診療に従事しながら、臨床実習を行う」。あるいは、医学生が「指導医の指導あるいは監視のもとに、許容された一定範囲の医行為を

行い、医学生としての責任を負う」。これは多少目的のようなどころもありますが、「将来、医師となるために必要な知識、技能および態度・価値観を身につける」ことを、いったんの定義として提出させていただきました。

医師法との整合性

どういうときに医学生が医行為を行うことが法的に許されるのかということで、先ほどお話がありました平成3年5月の厚生省の臨床実習検討委員会の最終報告から抜粋したものです。「医師でなければ、医業をなしてはならない」とする医師法の第17条がありますが、実際には臨床実習にかかわる医師法の適用は、医学生が一定の条件下で医行為を行う場合には違法性はないと判断されまして、ここで違法性という問題についてはクリアされたことになろうかと思いますが、問題は一定の条件です。

四つの条件をスライドにまとめて示しました。報告書には「クラークシップ実習のために」と明記してあるわけではないのですが、われわれが考えるクラークシップを行うための条件になろうかと存じます。許容される基本的な医行為を、まず各大学で設定しなさいということです。大学によって、あるいは科目によっても当然細かなところで色々なことを決めていかなければならない部分があるかと思われまます。そして、指導医による指導・監督ですが、報告書のなかでは「大学であれば担当教官、関連の病院であれば診療科長程度が望ましい」という表現で記載されていたかと思えます。このへんがクラークシップを行う際の指導・監督、あるいは指導する人がどういう位置づけになるのかというのも一つ問題かと考え

ます。

そして三つ目が医学生の資格要件ですが、医学生が準備をし、評価をされるという意味だろうと解釈いたします。実際に医学生はどのぐらいの期間準備をする必要があるのか、どのレベルまで準備をする必要があるのか。そして、実際にどのような方法で準備を行ったらいのかという問題点があるかと思えます。そしてさらに、どういうやり方で評価をするかということも問題点となろうかと思えます。

最後が患者さんなどの同意です。医学生である旨を明確に紹介して、患者さん、あるいは家族の方に同意をいただくということで、どういう方法で同意をいただくのかということも、いくつかの方法があろうかと考えます。

学生に許容される医行為の水準

いちばん初めにあった許容される医行為ということで、報告書のなかで一般的な医行為について例示されております。水準のⅠ、Ⅱ、Ⅲと三つの水準に区分されていますが、指導医の指導、監督のもとに実施が許容される水準Ⅰ、状況によって指導医の指導・監督のもとに実施が許容される水準Ⅱ、そして、原則として指導医の実施の介助、または見学にとどめる水準Ⅲとなっております。具体的な例ですと、たとえば水準Ⅰは静脈血の採血です。これは検査ですが、水準Ⅱでは動脈血の採血、そしてちょっとカテゴリーが異なりますが、治療というところでは中心静脈の穿刺は水準Ⅲと例示されています。

この例示はあくまでも例示でありまして、これらの水準を含めた許容される医行為を各大学、各科目で細かな規定を設

けたらどうか。いずれにしても記載されているものが必修項目ということではなくて、むしろ、その範囲を限定したものであると解釈しなさいという内容であっ

たかと存じます。

以上、クラークシップについて簡単にまとめさせていただきました。

② 全国医科大学卒前臨床実習調査報告

徳永力雄（関西医科大学衛生学）

【大野】 それでは、関西医大徳永先生、お願いいたします。

調査の概要

【徳永】 1996年の2月から3月にかけて、前期の医学教育学会卒前教育委員会15名のメンバーで、全国の医科大学あるいは診療科の臨床実習の実施状況について調査いたしましたので、その概要を簡単にご紹介いたします。お手もとのプリントだけで説明をさせていただきます。

これは平成7年度のカリキュラムの実態で、8年度、9年度に予定している実習の変更などは含まれておりません。80大学のなかの65大学から回答がありました。また臨床実習を行っている1,328診療科から返事をいただきました。こちらのほうはおそらく70%弱の回答率であろうと推測されます。また、クリニカルクラークシップを中心に調査をしたわけではありませんで、いろいろな形の臨床実習がどのように行われているかを調査した結果ですので、お含み下さい。

クリニカルクラークシップの実施状況

今日はクリニカルクラークシップのことを中心にディスカッションがされるわけですから、それについて簡単に説明いたしますと、まず図1に「クラークシッ

プの実施状況」があります。国立の旧設、新設、公立大学、私立の旧設、新設、合計に分けて示されておりましたが、これの実習状況で見ますと、「全科で行っている」という回答があったのは19%です。実際には、65大学の中の12大学から、「全科にわたってクリニカルクラークシップを実施している」という返事が来ています。クリニカルクラークシップは明確に定義をしておりましたので、先ほど大野先生がお話になったようなクラークシップをやっていると理解していいのではないかと思います。次に、「大学のなかの一部の臨床科で実施している」というのが全部で18大学あり、合計すると30大学において行われている。これは回答率が80%ですので、それを当てはめると、だいたい40大学で行われている。つまり50%の大学で全科的、あるいは部分的に行われていると考えられます。このことは、次のページに、聖マリアンナ大学の斎藤教授らが行った全国医学部長病院長会議の平成9年度のアンケート調査の結果が載っておりますように、「クリニカルクラークシップを導入している」と答えたところが42大学ありまして、2年前の調査と事実上一致していると考えられます。データの的には、これが最新のデータですので、ご参考にしてください。

学生の資格認定

それから、学生が医行為をする場合の条件その他がいくつかありますが、たとえば図2にあるように、実習の開始の前に認定試験を行っていることに関して、「そうしている」と答えた大学は全体の40%でした。また「患者さんに対して、学生が実習することを説明して同意をもらいながら行っている」という回答は77、8%で、大学の設置時期別、あるいは国公立別に見た差はあまりありません。

実習書などにおける医行為の水準をちゃんと明らかにしたかたちで実習が行われているかどうかというのが図4の水準を明示しているかどうかということですが、これもちょっとばらつきがありまして、40数パーセントしか行っていないという結果です。そのほかの結果の、詳細な説明は省きます。

学生の医行為

次に「医行為の水準の実施率」を図7に示しました。図は、回答したすべての科の平均で示しておりますので、ここに出ている数字は必ずしも実態を反映しておりません。水準Iでは、たとえばよくなされている視診、打診、聴診は平均して70数パーセントの実施状況ですが、導尿とか浣腸はここでは10数パーセントという結果を示しております。水準IIでは、それが20%以下になっておりますし、水準IIIでは7%以下となっております。

ただ、これを別のところで見ただけデータがあります。『医学教育』というわれわれの学会誌の28巻4号に詳しく載っておりますので、ご覧いただければありがたいと思います。一つの大学でどこかの科である医行為をほとんどの学生に行わせていけば、事実上、医行為の実習がなされ

ていると考えることができますので、そういうふうに診療科別にやっているか、やっていないかを調べた結果があります。それによると、水準Iは全部で36項目の例示のなかから7項目だけが80%以上の実施率を示しております。また水準IIの医行為については、15項目のなかの7項目が50%以上の実施率を示しております。それから水準IIIは原則的には学生は見学にとどめるものですが、全部で16項目ありまして、そのうちの5項目は20%以上の実施率です。ここに示した図のパーセントとはかなり違って高い率を示しておりますが、別の見方をすると、水準Iはほとんど100%あるいは80%以上であってもおかしくないんですが、実際には必ずしも高くはないということです。

臨床実習担当教員の意見

各診療科を実際に担当している先生方のご意見を、3ページにまとめて示させていただきました。ここでは、一般の臨床実習に対していろいろな意見や課題があるという回答ですが、「指導教員が不足している」「指導教員の能力に問題がある」「実習期間が短い」「評価の方法が未確立である」「設備が悪い」というご意見が多くあります。

また、表3には、医行為に対する意見として、「積極的にやっている」という意見もありますが、なかほどには、消極的、あるいは否定的な見解が述べられております。「患者さんの同意、協力を得るのが困難である」「法的な裏づけがないように思えて積極的な医行為をさせられない」「学生の技能その他が未熟である」とか、いろいろ問題が指摘されております。

また、いろいろな提言がなされていきます。詳しくはご覧いただきたいと思いま

すが、私が思いますに、現在の広い意味でのベッドサイド・ラーニング、あるいはポリクリを含めてのことですが、仮にクリニカルクラークシップが、一定の期間、一定の体制で実施されますと、表3に書かれているような消極的、あるいは否定的なご意見はかなり改善されていくのではないかと考えております。意見の多くは、1週間ないし2週間でローテイトする多くの大学の臨床実習のやり方が

いろいろな困難を生み出していると判断されるからです。

以上で、ただいまご紹介した2年前の調査データは、現在は少し改善されていることをお含みいただきまして、以後のご議論のご参考にしていただければありがたいと思います。

【大野】徳永先生、どうもありがとうございました。

③ 金沢医科大学におけるBSLとクラークシップ

大谷信夫（金沢医科大学教育研究室）

【大野】 それでは、次に「金沢医科大学におけるBSLとクラークシップ」ということで、大谷先生、どうぞお願いいたします。

【大谷】 私たち金沢医科大学では、平成7年からクラークシップまがいのことを始めました。正確にクリニカルと言われると困る点がありますが、そのへんは話の筋でご理解いただけたらと思います。

実施状況の概要

現在、私たちが行っている臨床実習のタイムスケジュールです。医療面接は、私たちは通常の診断学実習の中でも全く異質のものを含んでいると考え、トレーニングコースとして別のコースと考えております。それは2年生では講義で、4年生の2学期にロールプレイで行います。それからBSL、CCSと続いて、卒後研修へとひきつがれます。一方、いわゆる診察手技及びその関連知識に関しては系統講義が4年生の2学期の中ごろでほぼ終わりますので、2学期の途中から3学期に

かけて「診断学」と称して、内科の診断を中心を各科の診断学が入ります。と同時に「プレBSL」と称して、従来の系統講義を横の関係にてBSLに知識をすぐ使えるように、症候学を中心とした講義があります。これらのBSL直前の準備講義、診断学講義及び実習の試験をパスした学生は、BSLというベッドサイド実習に出る資格が与えられます。これが先ほど大野先生が言われた学生の条件に関しての私共の大学が定めている重要な点であります。

BSLは1年間です。これは臨床24科を全て回るようになっております。その後、6年生の1学期にCCSというのがあります。これはあとで説明しますが、4週間で1クールにして、3クール回ることになっています。2学期、3学期は国試のことで講義がありますが、そのあと、卒後研修で総合ローテートにつながるのが、私共の大学のスケジュールです。

臨床実習に関する考え方

なぜこんなスケジュールを組んだかという理由です。教育の目標、あるいは評価のために、しばしば用いられているブルームの分類があります。cognitive domain, affective domain, psychomotor domain という分類は、時には非常に便利ですが、かなり抽象的ですし、実際に授業計画をするに当たっては具体性に欠けるという面があります。私共は O.ルヴェールの「学ぶ」についての考え方によって臨床実習を考えてみました。この考え方によれば臨床実習はたぶん学習に相当するであろうと考えて、スライド 1 に示したようなスケジュールを組みました。「学習」という学び方にあつては、その内容として模倣と反復がその中心になってくるというのがルヴェールの説であります。

それでは、模倣と反復とは何かというと、ルヴェールが記載したのがスライド 3 です。模倣とは模倣する人が目的意識を持つことだ。単に模倣することではない。全体の流れのなかでどこを模倣するかということとを認識し、それを模倣することの目的を自覚する。スライド 3 に示す如く、反復でも同じようなことが述べられています。スポーツでも、古典芸能でも同じだと思いますが、反復とは保持と強化をめざして反復的に再現する行為で、単に反復すればいいとか、反復さえすれば十分というのは非常に危険な考え方と述べられています。そういう模倣と反復が臨床実習に求められる態度であろうということで、臨床実習スケジュールを組みました。

従来 of 臨床実習

CCS は平成 7 年から導入したわけですが、その前からずっと BSL はありました。

ここに示すように、5 年生 1 年間 24 科、1 週または 2 週で内科系、外科系の大きなところは全部 2 週間です。内科系の目的ははっきりしていて、診断をつける（または「診断する」）過程を繰り返してトレーニングすることです。具体的には患者さんの病名を知らせないで、とにかく自分の目と手を使っての情報収集から始まって、検査データをオーダーしてみても、それらの data を分析・統合して診断に至る過程を何回も実体験させます。外科の場合は手術が前提になりますから、手術のインディケーション、術中の注意事項、術後、特に輸液ですが、そういうものの一般的事項、それから自分の目の前にある患者の特殊な事情を考えると、外科の場合は、ある科では、基本的な外科手術の修得をやっております。

金沢医科大学のクラークシップ

私共の CCS の定義（スライド 4）は、ただいま大野先生から紹介があった全国的なコンセンサスが提案される前につくったもので、きわめて大雑把な考え方で、まず徒弟制度でやろう、つまりチームのリーダーの医師の指導のもとに医療チームの一員として考え、行動し、生活するという定義をしております。

スライド 5 には平成 7 年から学生はどういうふうに反応したかを示しています。基礎系にも配属しておりますが、事情はあとで申し上げます。平成 7 年、8 年、9 年、10 年とやっけていまして、しだいに臨床系に学生がシフトしていきました。平成 7 年の導入時、基礎系を選んだ学生には、当然、国家試験をめざして、基礎系でたっぷり時間を取って勉強しようとした人がかなりありましたが、年代ごとに学生はだんだん臨床系にシフトしてき

ております。

学生および教員の反応

それから、学生の自由記入式アンケートを5人の教員がそれぞれ別々に学生がCCSに対してポジティブの反応を示しているか、ネガティブの反応を示しているかを評価しますと、平成9年はまだデータは整理していませんが、基礎系も臨床系も学生は初年度に比し2年目の方がポジティブに考えるようになってきております。

ところが同じような方法で教員にアンケートを評価しますと、特に臨床系があまりいい反応をしてくれません。基礎系はわりと肯定的ですが、先ほどの図で申しましたように、基礎系は学生の数が非常に減ってきています。多くなった臨床系の教員のほうの反応があまりよろしくないというのがアンケート結果です。

結果として、平成7年、8年の結果は、臨床系に学生がシフトしてきている。それから、臨床系へ多くの学生が移ってきて、しかも学生のCCSに対する評価は高い。しかし、臨床系の教員はまだきわめて問題点を残していると結論づけられると思います。

クラークシップ導入への動機

今日の発展は問題提起を含んでいると思いますので、なぜこういうことをやったかという動機について述べます。本日の出だしの話は教育理念としての体裁を示したのですが、実はCCS導入にあたっては我々の大学の特殊事情があります。まず国試の対策で平成6年に失敗しております。また、その当時、国家試験において、先ほど堀会長がおっしゃったように、臨床重視という空気が流れてまい

りました。それから私の大学では、卒業生が基礎医学教室に全然入らないので、基礎の先生から非常に不満が出ました。一方、臨床系に全ての学生を配属しますと、学生に教育するに充分の臨床の場が少ない、手術見学または実習が充分に準備ができない、教員が量・質ともに不十分という状況がありまして、結局、基礎系にも配属せざるを得ないという事情がありました。

この件に関して少し説明しますと、これは『医学教育雑誌』に藤田保健衛生大学の佐々木教授が発表されたものですが、入学時にその偏差値を持った人がどれだけ医者になるかという値で、私立医科大学だけのデータです。佐々木教授はこのような視点からみると私立医科大学は2つのグループに分けられると述べられています、その一つは偏差値がある一定の値以上を持つ学生が入学して国試合格が偏差値と関係なく高率を示すグループ。他のグループは偏差値が先のグループより低い学生が入学していて、このグループの特色は偏差値の上昇とともに国試合格上昇をみると指摘されています。しかし第2のグループでもある大学はどう見ても特別です。それは何処かということ、実は私の大学です。佐々木教授の使用された生のデータがなかったので、手元のデータで同じものを作って年次推移をプロットしてみました。

そうすると平均値は佐々木教授と同じような結果が出ました。これは5年間の平均値ですので、5年間の年次推移をみますとこういう事情があります。私共の大学は平成3年、4年、5年入学時の偏差値は低い値のままに不変でしたが、国試合格率は年に30人ずつ増加し順調な成績を出しました。

ところが平成6年度には大失敗をするわけです。平成8年、9年はデータベースが違いますから参考に記入しているだけですが、平成6年度の事件の反省、つまり、国家試験が順調に伸びてきたのに、ここで大失敗をおかしてしまったことがCCSの導入の動機として大きいものでした。この平成6年度の事情は伝統のない大学の悲しさでしょうか、学生も教員も浮かれて、国家試験はほとんどクリアしたというムードがあって、1学期はまったくムードが低下したわけです。夏休みからあわてふためいて現場に入り込んで頑張ってみましたが、こういう結果しか得られなかったのであります。

このことは、1学期から国家試験の準備をしなくても国試に対応できるのではないか、さらにはもう少し有効な時間の使い方がないものかということをお我々に教えてくれたのでした。加えて今後、国家試験に臨床系の問題が増えるのではないかという二つの条件があって、平成7年から思い切ってCCSを導入するように動いたのでした。

今後の問題点

今後の問題としては、学生のほうから言えば、国家試験の準備をしないでCCSをしていいのかというのがまだ残っております。それから、この方式では配属された科の学習内容の質的、量的な不均一性が、これは先ほども徳永先生からも話がありましたように、学生の側からも提起されておりますし、教員からも同じであります。それから、教員サイドからは、教員の質的、量的な不足がある、施設が不足であるということが指摘されております。

それからもう一つ、こういう問題が全

国的にあります。後輩を指導するという意識が、最近の若い人は非常に少ないので、これをどう解決するかという問題があります。大学側の問題としては、スライド12に示しましたような問題が全国的にあります。こういう機会を通じて、真のCCSのあり方が全国的に浸透すれば、わが大学でもかなり楽になるかと思いますが、まだ私共の大学全体としてはCCSに対する理解が深いとは言えないと思います。

国試との関連

国試とCCS導入に関して少し触れますと、これは平成7年、8年、9年度のdataです。たしかに7年度は基礎に入った人が非常に成績がよかったんですが、平成9年になりますと平均して、臨床系に絶対数がだんだん多くなってきますから、CCSの導入実施は国試に対しては障害よりはむしろ有効に作用するというのが現在の我々の感じですか。

後輩への指導性についてです。私の教室では、BSLの学生とCCSの学生、研修生と助手一人を入れて、毎週ジュニアカンファレンスをやっております。若い指導者ができないための一つの方策としてやったんですが、5年生も6年生もけっこう反応しましたので、この方式でやれば、将来、医療チームのなかで指導者は育っていくのではないかという淡い希望がわいてきております。

以上が私たちの2年、3年にわたる経験です。以上です。

【大野】どうもありがとうございました。

④ 自治医科大学における臨床実習

狩野庄吾（自治医科大学アレルギー膠原病内科）

【大野】引き続き「自治医科大学における臨床実習」という内容で、狩野先生にお願いいたします。

【狩野】自治医科大学では、まだクリニカルクラークシップを正式には導入しておりませんので、臨床実習として一部にクリニカルクラークシップもどきのことをやっていることをご紹介しますと思います。

自治医科大学の特色

自治医科大学は非常にユニークな大学でして、大学設立の目的が地域医療に従事する臨床医を養成する。しかも、高度の臨床能力を有する臨床医の養成をうたっております。また学生は卒業するとほとんど全員がただちに出身の各都道府県に戻って、そこで臨床研修を受けるという事情があります。そのために、開学以来、臨床実習を重視して、卒業時の目標としては、各都道府県で臨床研修を受けるに当たって、少なくとも患者、あるいはほかの指導医と接するときまごつかない必要な態度と習慣が身についているようにしようという趣旨で行っています。

全日制BSLと院外BSL

これは現在のおおよそのカリキュラムですが、3学年次で1年間かけて基礎臨床系統講義があります。その後半に診断学の基礎実習があり、医療面接、身体所

見の取り方について、基本的なものを身に付けます。4年生、5年生は「全日制のBSL」として、学年を28グループに分けて、2週間ずつ全科を回ります。BSLを始める前に、3学年で学習した診断学基礎実習の成果をチェックする意味で、2週間の診断学実習があります。身体所見の取り方がどのくらいできているか、病歴の取り方ができているかどうかをチェックすると同時に、もう一回リフレッシュする期間です。旧カリキュラムですと、4年生のときに、まず内科を1年かけて回って、病歴の取り方、身体所見の取り方を学んでから外科系に回りましたが、現在行われている新カリキュラムでは全科一斉に始めるので、4学年の初めの2週間に各診療科の基本的な診察技法について学習しております。

もう一つの特徴は、「院外BSL」といって、5年生の初めの2週間、卒業生が働いている各地域の診療所、または小さな病院に出て、地域医療の現場を学ぶと同時に、そこで行われている医療を実習する期間があります。それから、5年生の終わりから6学年にかけて、あとで詳しく説明しますが、1コマ4週間で3コマの選択必修BSLがあります。ここでクリニカルクラークシップの定義にほぼ準ずるような内容の実習を行って、それによって受け持ち医とほぼ同じようなことができるころまで学習させるのが現在の方針です。

4年生、5年生にかけて行われる必修BSLは、2週間28コマになっておりまして、金曜日の午後を除いて全員が病棟に張り付きます。1グループ3、4名に分かれていて、2学年が一つの診療科に同時に来ることがあります。また5年生、6年生の選択必修BSLの時期が一部重なりますので、そのときには3学年がまいます。自治医大では全員が名札を付けておりまして、教員はブルー、学生は黄色の名札で、学年が3学年ありますから、現在ではさらに別の色の小さな丸を付けて学年を区別しております。正確には覚えていませんが、4学年は赤丸を付けて、6学年がグリーンになるのかもしれませんが。学年によって違いがわかるようにしてあります。

内科系、外科系はいくつも診療科があって、それぞれ2週間ずつ回りますから、トータルとしては内科系が16週間、外科系が8週間、小児科が4週間、産婦人科が4週間、救急が2週間、さらに総合診療に関係している分野も2週間ずつ2コマ回ることになります。それと院外実習、そのほかの各診療科がそれぞれ2週間、トータルとして28コマになります。

選択必修BSL

5年生、6年生で行われる選択必修BSLは、1コマ4週間で3回繰り返します。これも金曜日の午後に講義が入りますが、それを除いては、朝から夜遅くまで病棟に張り付きます。特に大宮医療センターという分院で行われるBSLは、院内へ泊まり込んで行いますので、実際に学生、あるいは指導している教員の話の聞くと、早朝から深夜まで病棟に張り付いて、受け持ち医とほぼ一緒に動いているということです。選択必修BSLでは、受け持ち

医の指導のもとに、準受け持ち医として患者を担当します。最低1人ですが、2人、3人と学生の能力に応じて多くなります。毎日、患者さんを診察して、それをカルテに記載し、受け持ち医に報告します。また、可能な範囲の医行為を行っております。回診や症例検討会においては、自分の担当している患者のケースプレゼンテーションを行って教授の質問を受けることも学生の役割になっており、これを行うために、その前に受け持ちチームでチェックを受けることになっています。患者への病状の説明は行わないという指導をしております。

学生の医行為

実際に、選択必修BSLにおいて、基本的医行為のなかでどの程度ができているかを、私のセミナーを受けている10名の人に聞きました。そうすると、「7割以上が常時実施している」と答えた医行為には水準Iに属するものが多いのですが、なかには水準IIに属する末梢動脈採血や、皮内皮下筋肉注射も、一部の学生は行っております。

状況によって実施した医行為のなかには、実際には水準Iに分類されているが、選択必修で、たとえば産婦人科を回らない者は内診は行わないので、一部、水準Iに属するものでも状況によってしか実施しないものがあります。

介助、見学にとどめたもののなかには、水準IIに分類されている医行為のなかで、かなりのものが入っております。選択必修ですので、全科を回るのはないため、回った科によって行ったもの、行わなかったものの差が出てきます。

自治医科大学で現在行われている臨床実習は、カリキュラムの改訂としては第

2段階のもので、現在、6学年が新カリキュラムを修了することになります。教員としては、これだけ臨床実習、BSLが多いので、非常に積極的に取り組む学生と、みんなの後ろからついていく学生のあいだに差ができるのではないかとの心配があります。その結果が来年、再来年の国試の成績にどう反映するか。あるいは卒業して医師免許を取ってから、ほかの病院で研修する臨床研修の態度にどう反映するかを心配しております。

ただ、この学習方法をやっている、私たちの大学病院では、レジデントは他大学からほとんどの人が来ますが、6月の

初めに他大学から来たレジデントと自治医大の6年生のBSLを比べてみますと、初めの時期では、病棟の慣れもありますが、むしろ自治医大の6年生のほうがきちんとしたことができていますので、ある程度の成果は上げていると考えております。以上です。

【大野】 どうもありがとうございます。ここでごく短いご質問をお受けしようと思いますが、どなたかいらっしゃいますか。

いらっしゃらないようなので、後半の部に移らせていただきます。

⑤ 内科クラークシップ

大塚洋久（東海大学医学部教育計画部）

【伴】 後半の司会を担当させていただきます。前半では大学全体としてのクリニカル・クラークシップの取り組みを紹介していただきましたが、それぞれの科によって、やはり抱えている事情、あるいはしなければならない工夫があるということが、われわれの研究班の中のディスカッションに出てまいりました。そこで、主要4科のそれぞれの先生方から発表していただきます。まず第1番目には、「内科クラークシップ」ということで、東海大学の医学教室室長の大塚先生にお願いいたします。東海大学は医学教育のイノベーションを非常に積極的にやられている大学です。よろしくお願いいたします。

東海大学における実施状況

【大塚】 私の申しあげるところは、

A4判を横綴じにした冊子の、先ほど徳永先生がお話になったところの1枚目と2枚目の紙、1枚目の右側、「⑤大塚-1」と書いてあるところからです。だいたいこれに沿って、そのままお話しいたします。私に与えられた課題は、内科のクラークシップのモデルを示せということです。なので、東海大学の実施状況を下敷きにして、理想的なかたちに変形したものをお示しいたします。

まずカリキュラム全体のなかでの位置づけですが、これはだいたい東海大学のそのままです。1年生で概観と学習の基盤能力と言いますか、基本になるような科目を勉強して、2年生は主として正常な人体のことを勉強し、3年生で疾患と異常の基礎知識、すなわち病理・病態学を勉強します。4年以降、実地に触れながら学ぶということでクラークシップに

なります。内科のクラークシップは、導入授業が最初のほうに入りますが、それを含めて、4年次で行います。

アメリカの一部の大学の事情を聞いてみますと、内科はどこへ行ってもいろいろな分野の患者を診る。そうすると、ローテーションは要らなくなるわけですが、日本の現在の大学病院の実情からすると、ローテーションなしというのはあまりにも実態からかけ離れ過ぎているだろう。現在の東海大学でもローテーションのかたちにしておりますので、数分野はローテーションをする。ただしあまりローテーション先を多数にしますと、2週間ぐらいの細切れローテーションになるので、1か所4週間ぐらいという考え方でローテーションを組む。そうするとだいたいこのぐらいのローテーションということをお示しいたしました。

5月下旬から2月の下旬ぐらいまでのところで28週間、表内にある数字は学生のグループを示しております、1グループから8グループで、各グループ2名ですから、たとえば胸部には1分野に16名の学生が一度に来ることになります。一つのグループにいる2名の学生が、あとでお話するような1チームの指導医のもとに配属されることになります。分院のローテーションは、学生には非常に評判がよろしいです。というのは、分院は多少専門分化が本院ほどではないので、いろいろな患者が診られることと、小人数で連絡がよくて、小回りがきくということで、評判はかなりよろしいようです。

実際には、教育上望ましい程度を越えて過剰に専門分化していることと、診療科の規模が教育上の必要にマッチしない。たとえば1分野だけで16人引き受けるのはちょっと無理ということがありまして、

2分野を合わせて1分野にしてしまっています。知識の欠損部分が出てきますので、それを補うための総合BSLを合同でやっております。合同で4週間にわたりそれぞれの科のBSLをやって、欠けているところを補うというかたちで妥協しているということです。

次に、内科の研修ですが、私どもが考えている目標は、最初から本格的な卒業研修に入れるように、基本的な臨床能力はある程度卒前で身に付けさせようということです

その目的のために、学生に何をさせているのかというと、病棟に行ってお客の問診を取る。それから診察をして、カルテに書く。それから、検査計画を立てて、指導のドクターに聞いてもらって、可能な範囲で検査をやってみることもあるし、結果解釈、治療計画、プレゼンテーションなどをするということです。チーフ、シニアという指導医のチームはあとで出てまいります、これが学生のやっていることを評価してフィードバックする。それだけですと知識面で勉強が少なくなりますので、ときどき学生にいろいろと質問をして、わからなければ調べさせることをする。それから、知識を補充する意味で、もっと上級のドクターの指導もあいだに入ってくるというかたちの実習をしております。

診療チーム

いま盛んに話が出てきたチームというのはどういうものかと申しますと、チーフとシニアが2人ペアになってチームを組んで、その下に学生が2人付く。それだけで指導してもいいんですが、知識面の補充の必要があるだろうということで、患者の診療を実際に見て、講師クラスの

ドクター、アテンディングが診療面の責任を負いながら、知識の供給にもある程度協力するという事です。

実際に週間予定のなかで、どういうふうに学生が患者を見ているかという、早朝、学生が患者のところに行って、まず患者を見てきて、それをチームに報告します。昼間の時間帯に、自由参加ですが、ランチョンセミナーをやっております。それから、先ほどの自治医大のお話にもありましたように、多少補充のための講義もあります。なるべく午後5時から6時で終わって自習時間を取るようにしようと言っているんですが、先生方が熱心過ぎまして、夜中まで学生を引き止めてしまうので、文句が出ているところも多少あるのが実態です。そのほかに、検査の見学をしたり、手術に入ったりということは、その他の時間帯でやっております。

成績評価

それから成績評価ですが、こういうかたちにすると、病棟で実際に学生に接しているドクターたちから学生の評価をも

らわなければならないので、成績評価表を、責任者教授に集めて、その人がその分野の成績を付ける。最後にそれを総合して、全体の責任者が総合点を付けるというかたちを取っております。それから、知識をある程度勉強させる目的もありまして、年に3回の多肢選択試験をやっていることと、来年から始める予定でいるんですが、OSCEをやる予定でおります。

学生に認められる医行為については、ハンドアウトに書いてありますので、あとでご覧ください。

学生に渡すハンドブックと担当教員に配布するものの準備が要ります。それから最後に、その他の準備、対策として、ここに書いてあるようなことがいろいろと必要になります。たとえば学生による授業評価もありますが、これは午後に黒川教授がお話になるときに出ると思いますので、私は省略させていただきます。以上です。

【伴】 どうもありがとうございました。いまお話があったように、午後からは東海大学黒川学部長のお話もあります。

⑥ 内科クラークシップ（筑波大学の試み）

武田 裕子（筑波大学卒後研修部）

【伴】 引き続き内科領域のクリニカルクラークシップ、筑波大学の試みということで、武田裕子先生にお願いいたします。武田先生は米国での内科研修のご経験もあって、そこでクリニカル・クラークシップの経験がおありですので、その辺のことも踏まえたお話が聞けるのではないかと思います。

【武田】 おはようございます。今朝は内科クラークシップについて、筑波大学での試みということでお話をさせていただきます。内科のなかでも診療科によってその内容はさまざまですので、本日は、私が診療に参加している呼吸器内科のクラークシップについて、どのように導入を図り、現在、それがどんな評価を

得ているかということをご紹介したいと思います。

最初に、呼吸器内科のクラークシップがどのような中で行われているか。その位置づけ、概要を簡単にご説明します。

筑波大学のクラークシップ

筑波大学医学専門学群では、5年生約100名を中心にクラークシップが行われています。各診療科を2週間ずつ回ります。40週間行われるコアの診療科のほかは選択制が導入されており、内科は1グループ2名から5名で、3から5科を回ることになります。教室で行われる講義形式のものは年6回のCPCだけで、学生は1日中病棟で実習し、空いた時間には図書館の視聴覚教材を使って自習することが勧められています。

実際に学生が実習を行っている大学病院ですが、そこではレジデント制の研修制度をとっていきまして、28の養成コースがあります。卒後1、2年目がジュニアレジデント、3、4年目がシニアレジデント、5、6年目がチーフレジデントと呼ばれます。

内科系クラークシップ

内科は臓器別に8診療科に分かれていて、研修1、2年目は各科を2か月ごとにローテーションし、3年目は大学の外の教育病院で内科全般を研修します。4年目以降に各専門の研修を行うようになっていますが、これはアメリカで言うところのフェローシップと同じ位置づけです。ですから、クラークシップの学生は主に卒後1、2年目の研修医について実習し、4年目から6年目の研修医の指導を受けることになります。

呼吸器のクラークシップは95年度から

始まりました。私事で恐縮ですが、私がちょうどアメリカでの内科研修を終えて、呼吸器をサブスペシャリティとして筑波での研修を開始したのと同じ時期です。米国でのクラークシップについては、午後に赤津先生から詳しくお話があるかと思いますが、特に私が感銘を受けたのは、クラークシップが学生にとって勉強になるだけでなく、学生を指導するインターンやレジデントにとってもよりよい研修を行うのに役に立っていたという点です。

実際に筑波でクラークシップを開始して当初一番問題だったのは、学生も研修医も何を期待されているのかよくわからなかったということではなかったかと思えます。やる気のある学生が熱心な研修医と組めば充実度の高い実習が行えるが、そうでないと、学生が退屈してしまうか、研修医が教える気をなくすということになっていました。学生が病棟で過ごす時間が長くなった分、"居場所がない感じがする"と訴える学生も少なからずいました。

そこでまず、教授や教官の先生方と相談して、ガイドラインを作成することにしました。それがお手もとにお配りした資料の1、2と番号が振られているものです。患者の初期評価、その後のフォロー、自己学習の箇所は、私が研修したハーバード大学の教育病院で学生に指導されていた内容です。2枚目のスケジュールは筑波の実習に合わせて作成しました。このガイドライン作成につきましては、何度か科のカンファレンスで取り上げ、教官と研修医が意見を交換し、また、なぜこういったものが必要かということについて質疑応答を繰り返しました。その結果、スムーズにガイドラインの意義が理解され、利用されるようになったと思われまます。

直接、学生が行動を共にする1、2年目の研修医は2か月ごとに入れ替わりますから、最後のページにある「お願い」というプリントも作成いたしました。研修医のオリエンテーションの際に渡して読んでもらい、レジデントは教師としての役割を持っていることを伝えるものです。特に、学生を教えることが自分自身の成長につながることを強調しています。学生は2週間ごとに入れ替わり、そのつど学生を担当する教官も替わりますが、実習初日にこのガイドラインをもとに、30分から1時間のオリエンテーションが行われます。

資料3から5枚めにあるのは、学生に行わせているアンケートと自己評価です。実習の充実度、学生の満足度や、プログラム内容の評価を得るために実施しています。その結果を一部お示ししたいと思います。

学生と教員の反応

これはアンケートの質問2から6について、3年間の結果をまとめたものですが、平均するとだいたい同じような値が得られています。学生に自由に記載してもらう質問で、「呼吸器のクラークシップでいちばんよかったのはどういう点か」と尋ねましたら、もっとも多かったのは、研修医による指導と教官によるクルズスでした。

このスライドは、呼吸器内科のクラークシップが全体のなかでどのような評価を学生から得ているかを示したものです。これは、医学専門学群のカリキュラム室で5年生修了時点に実施するアンケートからお借りしたデータです。5段階評価で表されており、黒丸が内科の各科、星マークが呼吸器内科、白丸はそのほかの

科です。不動の位置を得ているのが実は血液内科です。その秘密はどこにあるだろうと思い、こっそり学生さんに、「血液はどうしてあんなに人気なの？」と聞いたことがあります。そうしましたら、「血液内科では、毎日夕方に担当教官の先生がカルテを読んで指導してくれる。そのときに『その病気ならこの本に書いてある』とか、『明日までにこれを勉強しろ』と言ってくれるのがすごくためになる」という返事でした。

血液内科の先生にも同じ質問をいたしました。そうすると、「うちは人手がないから、学生をこき使っているんですよ。教授も教えるのが好きで・・・」というお返事でした。具体的な内容をお聞きしたところ、アメリカのクラークシップに非常に近い体制で行われていました。こうしたことをお聞きしたのは本当にためになり、このように情報を交換し合うのは、一種のファカルティデベロップメントではないかと感じました。そういう意味で、プログラムや教授法について、学生の評価を受けるのはたいへん大事なことではないかと思われまます。

呼吸器内科のアンケートでも、学生に教官によるクルズスで印象に残ったものを三つ書いてもらうというかたちで、ポジティブなフィードバックを得るようにしました。このアンケートと自己評価表は教官全員に回覧されます。教官はこれを読むことで、学生の満足度や理解度を知るばかりでなく、「自分が担当する内容を考えるうえで非常に役に立つ」とか、「ほかの先生の指導法、教育技法を知ることができて参考になる」という感想を述べています。たとえば、いつも印象に残るとされるクルズスの担当者が、「『今日は教科書にないことを話すからね』と言っ

て始めると、学生が興味を持って聞いてくれる」と言えば、あまり名前の挙がらない教官が、「そうか、『私は国家試験に出ることをしゃべる』と言って始めるからダメなんだな」と言うという具合です。このグラフを見ていただいておりますように、同じ内科のなかでも評価にかなり差があります。いまお話ししたようないろいろな工夫を交換し合えば、この差を縮めていくことができるのではないのでしょうか。

各診療科間である程度一貫性が保たれることも、よりよいクラークシップを行ううえで重要ではないかと考えます。あまり積極的でない学生がいるので理由を聞くと、「前に回った科では見学しているように言われたから」という答えが返ってくる場合があります。科によって求められるものが違っていると、学生は戸惑ったり萎縮したりします。

クラークシップ導入の要件

アメリカ式のクラークシップを導入、実施してきた中で感じた、充実したクラークシップを行うための要件をまとめてみました。まず目標が明確であること。具体的に何が期待されているかが示されていること。そしてそのことを学生、教官、研修医ともよく理解していること。また、プログラムの評価がなされ、その結果がフィードバックされて、プログラムの改善に用いられているということです。

最後に、具体的にクラークシップを成功させるポイントとなるのではないかとと思われる点をいくつか挙げて、終わりにしたいと思います。まず教官、研修医が関与するような形でガイドラインを作成する。そのガイドラインを用い、研修医

・学生ともに十分なオリエンテーションを行う。カリキュラムに一貫性を持たせる。これは各診療科間の一貫性ということもありますし、卒前にクラークシップを経験した研修医が、卒後、学生を教える側に回るという卒前・卒後教育の一貫性も含まれます。また学生の教育に貢献している教官や研修医を認めて励ますような制度を設けることも有効です。学部長とか、各科のトップが教育は重要であるというメッセージを発信することが大切かと思えます。

最後に、内容のポイントとしては、学生が診療に参加していると感じるような役割を与えること。学生とともに患者を診察し、ベッドサイドでの教育を行う。症例に即したレクチャーも取り入れる。そして研修医が教師として学生を指導することが挙げられます。

以上です。ご清聴ありがとうございました。

質疑応答

【伴】 どうもありがとうございました。大塚先生、武田先生に非常にてきばきとプレゼンテーションをしていただきましたので、時間の余裕が多少あります。会場から内科のクラークシップに関して、ご質問、コメントが何かありますでしょうか。

武田先生にちょっとお伺いしたいんですが、アメリカの経験を持って筑波に帰ってきて、学生、研修医が自分たちの役割があまりわからないというところで今やられているわけですが、今示していただいた六つの資料のなかで、このへんはちょっとアメリカ式ではないという点はどんな点ですか。

【武田】 評価のところ、最初はおも

っとハーバード式にぴったりと、プログラムのどのへんがいいとか、悪いとか、あるいは教官の知識とか技能も学生に評価させるような項目を入れようとしたんですが、それはちょっと合わなかったようで削りました。いまあるなかでは、だいたい沿ったかたちで行えていると思っています。

【伴】 ナンバー3のアンケートのところでいくつか項目を削らざるを得なかった。学生のほうから、研修医、あるいはアテンディングも含めていかに評価するかというのは、日本でもわりと関心が出てきているところだろうと思いますが、どうして削らないといけなかったのです

ようか。

【武田】 案をつくる段階で、最初に複数の先生とお話ししてつくり上げていったんですが、「これは必要ないのではないか」という意見が出て削られました。しかしその代わりに、自由に記述するアンケートというかたちで、問題だと感じたことや、よかった点について書く欄を設けました。自己評価のところでも、コメントのための広いスペースが設けられていますので、そこで学生はかなり自由に評価をしてくれます。それらはすべて回覧されますので、たいへん参考になります。

【伴】 ありがとうございます。

⑦ 外科系クラークシップ

森田孝夫（埼玉医大医学教育学部）

田辺政裕（千葉大学小児外科）

【伴】 それでは次に外科に移りたいと思います。外科はお二人です。埼玉医大の第二外科の森田先生ですが、先生のところはクリニカルクラークシップを外科領域では少なくともいちばん積極的に進められている大学だと思います。後半は千葉大学の小児外科の田辺先生に担当していただきます。

【森田】 私どもは消化器外科、小児外科を専門としている科です。1991年、ちょうど7年前に私どもの科では8週間、学生が研修医と同じような立場で来ることになりました。そのときにクリニカルクラークシップを導入しようということで始まりました。大学として対応するカリキュラムの問題とか、実習期間の問題、

それからスタッフの数の問題、学生数の問題、評価の問題等いろいろありますが、今日お話し申しあげるのは、私どもの科でどんなことが問題になって、どう解決したか。そして、その後の実習がどうであるかということです。

埼玉医大のクラークシップ導入の経緯

これは、当初、クリニカルクラークシップを導入しようとしたときに、教職員から出た意見です。「これ以上教える時間がない」「これ以上何を教えたらよいかわからない」「1日中ついていられたら気が抜けない」「患者に学生を何と紹介するか」「学生の知識が医療に参加するレベルに達していない」「学生の医行為に伴うトラブルの責任をどうするか」「いいかげんな

カルテ記載は迷惑である」というものでした。

これらから、私共の教室のスタッフは、大学病院に勤務する医師ですが、教員としてのアイデンティティーは非常に低い状態にあったということがおわかりいただけるかと思えます。いま申しあげたように、評価の問題、医行為の規定は大学全体で考える問題ですが、それ以外はほとんど教室のなかで考えていける問題、または解決すべき問題と考えられます。

そこで、そういったスタッフの現場の抵抗を除くことが始まりました。まず教員としての意識改革ですが、私どものスタッフは、医師として働いて収入を得ていると思っております、教員としての自覚がまったくない。したがって、まず、教員職としての給与体系であることを明確にいたしました。そして、明治の初期にジャーマンシステムが導入されて、系統講義があつて、臨床講義があつて、ポリクリがあるという教育形態が、平成3年まで100年近く、ほとんど変わることなく来ている現実を説明して理解を求めるといことです。そして、学生を含む診療チームの編成ですが、幸い私どものような大学病院の外科ですと、診療チームができ上がっております、そこに学生を入れるだけで済むので、これはクリアいたしました。

臨床の診療は非常に複雑ですから、学生にそれを全部見せるわけにはいきませんので、何をどの程度、どういう方法で教えるかということをも明確にして成文化します。それからスタッフは教えなければならないと思つているわけですが、ラーニングに変化する。つまり、PBL方式のチューターになるということですが、当時はまだそういう概念がありませんで

したので、それについてはディスカッションを重ねました。そして私共の教室員にとってなによりわからないのは、クラークとは何なのか、診療に参加した学生の役割はどういうものかということでしたので、ディスカッションを重ねました。

クラークシップへの準備教育

それではクリニカルクラークシップの事前の準備ということですが、まず学生側の問題としては、入院した患者が手術をして退院するまで、どういうステージでどういう治療が行われるかを理解しておりません。また、病棟内の設備、備品もわからないわけです。ディスプレイの注射器がどこにあつて、採血したあとの汚染された針をどこに捨てるのかということがわからない。つまり、病棟診療の流れを理解させなければなりません。それから、外科では消毒、包交、創処置、結紮、縫合、抜糸、抜鋼をするわけですが、学生はこれらに関する知識がきわめて少ない。ましてそれらに使う道具の扱いもわかりませんので、こういうことを実習の早期に修得させる必要がありますが、患者さんで直接やることを避けるためにモデルを使います。それから輸液、注射、薬剤等、外科に関しての、実践的な知識をたたき込みます。こういった項目をMCQの設問にして、学生に問うわけです。そうすると学生は、何を勉強しなければいけないかが明確になります。

それから、コメディカルと言いますか、ナースサイドの協力を得るためには挨拶が絶対に欠かせません。そしてその際に、看護業務へも協力するという意思表示をさせます。同様に患者さんの協力も得なければなりませんので、患者さんに自己紹介をする際に、学生である旨をちゃん

と言って、なんでもお手伝いするという
ことを伝えさせます。

消化器外科のクラークシップ

これは病棟実習の初日です。看護婦の
申し送りが終わった段階で、整列させて、
一人ひとり自己紹介をさせます。ここで
大事なことは、婦長から一言言ってもら
うことです。「婦長も実習に協力する」と
いう意味合いのことを言ってもらって、
病棟での活動を認知してもらう。ナース
サイドに認知してもらうことは重要です。

これはモデルを使った実習です。塩漬
けにしたブタの腸管とか、実験に使用し
たあとのウサギの腸管などを用いて、腸
管縫合をさせます。

次に評価の問題がありますが、幸い、
医学教育学会の臨床能力評価ワーキング
グループが臨床実習の評価法をつくって
おりました。それはチェックリストと評
定尺度を用いて、主に実習期間中の学生
の態度や技能がどう行われたかを評価で
きるようになっていまして、最終的には
相乗法によって点数化されますが、こう
いうものを外科実習用にアレンジして使
用いたします。技能の評価としては、最
終的には学年末に行われる OSCE で評価す
るのが適当と思いますが、実習期間中に
どうだったかということは少なくとも把
握できます。もちろん、知識については
MCQ を行います。そして重要なことは、
スタッフに積極的に評価に参加させるこ
とです。このことでスタッフは学生に何
を教えるべきかが理解できます。またこ
ういう評価に参加させないと、スタッフ
は教員であることを忘れず、同様に、
患者さんからの評価、自己評価を行うよ
うな評価シートをつくりました。

こうして、8週間の実習が始まったわ

けです。その実習の様子ですが、横軸は
患者さんとのコンタクトを取ってから何
日たっているかということです。まず1
日、2日で診察、病歴を聴取し、診察を
行います。そして4日前後になりますと、
日常会話が自然に行われるようになります。
そしてまたプロフィールでも聞きに
くい内容、たとえば最終学歴とか、住居
環境のことなどが聞けるようになります。
そして1週間ほどたつと、患者さんに親
しみの態度を感じたり、心を開いてくれ
たと感じるようになるわけです。実習が
始まって、患者さんを受け持つてからの
1週間は、コミュニケーションを取るた
めにどうしても必要な期間と考えられま
す。

学生の医行為

医行為ですが、まず実習初日に診察と
か血圧の測定が行われております。そし
て、消毒、包交、抜糸はここにあります。
消毒処置は1週間目から行われますが、
抜糸になりますと、やはり2週間以降に
行われるということです。受け持った患
者さんの手術後の抜糸を行うという場合
がふつうです。

このスライドは手術中に行う結紮とか
縫合です。結紮はだいたい2週間目に行
われて、縫合もだいたい2週間目ぐら
いから行われます。1日目に結紮してい
る学生が多いのは、実習の後半、たと
えば10月とか12月ごろに回ってくる
学生は、他科で結紮の技術を修得して
来ていますので、そういう学生につ
いては、初日から結紮を行わせます。

次に、このスライドは静脈採血ですが、
静脈採血は1週間目から行われており
ます。そして、静脈ラインの確保、動
脈血採血、それから尿道バルーンの挿
入とか、

ガストリックチューブの挿入などは、どうしても3週間以降に行われる傾向があります。

患者からのコメント

このスライドは1人の学生が8週間に行った医行為をまとめたものです。縦に診察に関する医行為、それから検査に関する医行為、そして治療に関する医行為と並んでおりまして、横には水準I、II、IIIと分けてあります。外科ですので、外科に関する医行為を中心に説明しますと、消毒、包交は1人の学生が8週間で16回行っています。それから、手洗いをして手術に入る回数が平均4.7回、そのなかで助手として参加できるのは3.5回、糸結びができるのが2.7回、皮膚縫合が1回弱という結果が出ています。

こういうかたちで学生が実習を行うわけですが、では、患者さんはどう思っているかということ、退院時の患者さんのコメントからご紹介したいと思います。患者さん130人について、退院時に学生がどんなコメントを患者さんから得たか。

「病気が治って退院するのはうれしいけれども、君に会えなくなるのは寂しい」「患者の立場に立って医療が行える思いやりのある医師になるために一生懸命勉強してください」。こういった言葉をいただくわけですが、それらを整理しますと、「お世話になりました」というのが52件、「おかげさまで、どうもありがとうございました」47件、「一生懸命勉強して立派な医者になってください」31件。「お世話になりました」以外に、こういった感謝の言葉や励ましの言葉をいただく学生は全体の6割です。こういう言葉をいただくと、クリニカルクラークシップは成功したのではないかと考えることができま

す。外科ですので、「先生が縫ってくれた傷を一生大切にします」というコメントを見たときに、外科の臨床指導者としてほっといたしました。

学生の反応

では学生の問題です。クリニカルクラークシップはうまくできたかどうか。昨年度の学生66人に対してアンケートを取ったものです。「非常にうまくできた」11%、「かなりうまくできた」37%、「まあまあだった」41%。「まったくできなかった」という学生もいますが、「かなりうまくできた」「非常にできた」というのが50%を占めていることがわかります。そして、無回答を否定的な意見として含めまして、約1割の学生は「クリニカルクラークシップがうまくできなかった」と答えております。

では、クリニカルクラークシップを行うために不足している条件は何かと同じ学生に聞くと、まず「自分の医学的知識」が83%と圧倒的に多いわけですが、次に「自分の積極性」、それから「実習前の準備」があがります。「ナースサイドの協力」が24%ですので、4人に1人の学生はそうすることがまだ不足していると考えておりますが、「指導医の協力」「マニュアルの整備」「実習環境の整備」は低く「患者さんの協力」に至っては1人の学生しか挙げておりませんので、これらを見てもみますと、現場の抵抗は現在はほとんど除かれていると考えられます。そして、現場の抵抗が除かれたあとに出てくる問題は、やはり学生自身の問題になります。

クリニカルクラークシップは学生が診療チームの一員としてスタッフに加わって、患者の診療にタッチしながら学んでいくことです。したがって、学生もこの

診療についていけるだけの臨床能力があらかじめ要求されることは当然のことで、これにはやはりかなりの努力が必要です。また、学生の医療参加は医療サービスの一環として位置づけられれば理想です。患者さんの様子を見ますと、学生はかなり医療に貢献していると考えられるわけですが、しかし、現段階では何に貢献しているのかがはっきりいたしません。

外科系診療科における問題点

最後のスライドですが、では外科系診療科で CC を行うために何が問題なのかをまとめてみました。手術をはじめとして、身体的、精神的苦痛を伴う医行為が多い。ここに学生が入っていくのだということです。それから、危険を伴う医行為が多いわけで、これは直接患者さんに行うのではなくて、事前の入念な準備が絶対必要である。そして、次に患者に対して学生はどんなサービスを提供し得るのか。特に外科ではどうなのか。この答えがまだ見つかっていないということです。

【伴】 それでは、田辺先生、お願いいたします。

千葉大学における臨床実習

【田辺】 一般外科における詳しいクリニカルクラークシップの問題点を、森田先生からお話いただきましたので、私は小児外科のような外科系の専門的な科におけるクリニカルクラークシップ導入の問題点を、千葉大学の小児外科 BSL において学生のアンケート調査をいたしましたので、ご報告いたします。

ちょっと細かくて申しわけありませんが、千葉大学における臨床実習は全診療科において行われているために、5あるいは 10 人が 1 グループとなって、1ある

いは 2 週間で各診療科をローテートしております。これは今年度 5 年次学生用の後期の臨床実習日程表ですが、小児外科へも他科と同様に 1 グループ 5 人が 1 週間ずつ 7 か月間ローテートしてまいります。

小児外科の BSL

小児外科における 1 週間の BSL のスケジュールです。月曜日の 8 時からオリエンテーションを行い、1 学生に対して 1 患児を受け持たせ、POS に基づいた診療を義務づけます。学生は毎朝 8 時半からモーニングレポートにおいて患児の報告を行い、指導医から問題点の指摘を受けます。その後、クリニカルクラークシップに基づいた診療を行い、毎夕フィードバックにおいて、自分では解決できなかった診療上の問題点、あるいは疑問点について指導医と話し合う時間帯を設けます。水、金曜日は手術日で、手術見学と小児外科領域の common disease、主に鼠径ヘルニアの周術期管理の見学を行い、金曜日の午後に担当患児のケースプレゼンテーションによって BSL を終了します。

モーニングレポートは学生が担当した患児の最新情報を毎朝 5 分以内にまとめて報告するもので、その際、出席した医師たちからの質問に対して的確な回答が求められます。

フィードバックは担当教官による個別指導で、1 日の診療の終わりに行われる夕回診後に、小児外科の助手、講師ら 3 人により交替で毎日行われます。指導内容は担当教官により多少異なりますが、問題解決に必要な情報の収集、整理および治療計画の作成に至るまでの助言、指導で、講義形式の情報伝達は行わないようにしました。スライドは月曜日に行わ

れたフィードバックで、学生に身体所見の取り方を指導しているところです。

学生へのアンケート

アンケート調査は無記名で、POSに基づいた診療ができたか、否か。モーニングレポート、フィードバック、手術見学、小児外科における common disease の周術期管理の見学について、それぞれの有用性を5段階評価で聞きました。

95名中70名、74%から回答を得ました。患児のプロブレムリストは84%の学生が「作成できた」と回答しましたが、実際に1週間のBSLで「診療および自己学習を通してプロブレム解決のための方法を見いだした」と回答した学生は55%に過ぎませんでした。

解決法を見いだせなかった理由として、「疾患に対する知識の不足およびコミュニケーションまで含めた診察技能の不足」を挙げた学生が多く、BSLに必要な医学知識、技能ともに不足していることがわかりました。さらに、「時間が短く、忙しすぎた」「医師、看護婦からの情報、協力が得られなかった」等の指摘がなされ、BSL期間の短さ、医師、看護婦のBSLに対する消極性、指導法の相違、さらにその原因として、BSLによる彼らの負担増の問題があると思われました。

モーニングレポート、フィードバックに対する学生の評価は良好で、それぞれ81%、95%が「非常に有用」、または「有用」と回答しました。「有用だった」と回答した学生は、その理由として、「効果的に知識や考え方を伝えてくれた」「自分の医学的技能、知識を再評価できた」「医学に対する興味を高めてくれた」との回答が多く、有用な指導法と考えられました。しかし、「医師からの情報伝達」が有用であ

った最大の理由として挙げられており、BSLを通して学生の自己学習能力を高め得たかどうかは疑問であり、その要因として、学生のBSLに対する消極性、教官相互の指導法の相違などが考えられました。

外科系クラークシップの問題点

以上の結果をまとめますと、小児外科のような外科系の専門的な科へのクリニカルクラークシップによるBSL導入の問題点として、学生のアンケート結果から、以下のようなことがわかりました。学生側の問題点として、患児の問題解決に必要な知識、技能を学生はBSLに来た段階でまだ十分に修得していないBSLの期間が短く、到達目標の達成度が低い。BSLへの学生の取り組み方は非常に消極的である。教官側の問題点としては、指導教官および看護婦のBSLによる負担増、それと関連して、学生教育への消極性、指導法の相違などが考えられました。

以上です。どうもありがとうございました。

【伴】 どうもありがとうございました。外科のクラークシップの一般的なお話、プラス少し特殊な領域に入ると思われる小児外科領域のクラークシップの試みということでした。少し時間が押しまいましたので、産婦人科のところまでやって、少し時間があったら外科系クラークシップということで二、三ディスカッションをしたいと思います。

⑧産婦人科クラークシップ

豊田長康（三重大学産婦人科）

【伴】 それでは、産婦人科のクラークシップ、豊田先生、よろしく願いいたします。

【豊田】 私に与えられた命題は、クリニカルクラークシップを行うにあたり、産婦人科の特殊性を検討せよということでした。今日は、クリニカルクラークシップというわけではないんですが、産婦人科の臨床実習を行うにあたり、きわめて問題となる産婦人科特有の診察法、特に内診をめぐって、全国の医育機関の産婦人科の教育担当の先生方がどのように考えておられるか。アンケート調査を行いましたので、その実態を報告させていただきます。

産婦人科内診実習に関するアンケート

今回、10月12日付で医育機関の付属病院産婦人科の科長もしくは教育担当者あてにアンケート用紙を送付いたしました。96機関に送っておりまして、10月30日までに到着したものを集計しました。回収率は91.7%です。そのうち2通は臨床実習を行っていないという理由で回答がありませんでした。これらは大学病院の分院で、教授という肩書きの先生はいらっしゃるんですが、臨床実習は行っていないという機関です。

これがアンケートの内容ですが、まず外来実習について聞いております。学生が問診をするかどうか。それから診察室、

内診室以外での学生の同席があるかどうか。そして、そのとき全身診察があるかどうか。それから内診室での学生の同席、見学があるかどうか。そして、内診の実施があるかどうか。外来カルテに記載があるかどうか。その各々につきまして、同意を取っているかどうかということを知りたいです。

次は病棟実習ですが、病棟実習の有無があるかどうか、受け持ちの患者の割り当てがあるかどうか。それから全身診察、内診室での学生の同席があるかどうか、内診の実習があるかどうか。あるいはそれ以外の模型を用いた内診実習とか、あるいは、アメリカではボランティアがいて、学生さんが内診を実習させていただくことがあるようですが、そういうことが日本であるかどうか。入院カルテの記載等々を聞いています。そしてその各々について、同意を取っているかどうかということを知りたいです。

これは経膈分娩の実習についての質問です。ビデオ、あるいは分娩室のモニター、それから経膈分娩の見学があるかどうか。家族が立ち会っていない場合とどうするか。同意があるかどうか。経膈分娩の清潔介助、不潔介助、および同意を取っているかどうか。分娩数、帝王切開率、そして分娩数が学生実習にとって十分あるかどうか。また関連病院等へ学生を派遣しているかどうかということを知りたいです。

内診、経膈分娩以外の医行為を、産婦人科の実習として行っているかどうか。ここに挙げられているいろいろなことを聞いています。

最後に、学生の内診実習の必要性について、どう考えているか。すべての医学生が内診を実習する必要があるかどうか。将来、産婦人科を志望する学生のみが内診を実習すればよいかどうか。あるいは内診は研修医になってから実習すればよいかどうか。そして、その他、いままでに学生に医行為を行わせる際の問題点やトラブルがなかったかどうかを聞いております。

集計結果

まず、産婦人科外来実習の実施状況ですが、ほとんどのところで実施しております。学生に問診を取らせることも多くの施設でさせています。内診室以外での同席もほとんどあります。それから、外来で全身診察を実習させるのは比較的少ないようです。そして、内診室での学生の同席、見学はかなり実施しているようですが、実際に学生に内診を実習させるのは比較的少数です。

次は病棟実習についてです。受け持ち患者を学生に割り当てるかどうかという問いにはほとんどのところで割り当てていると答えています。それから、内診室での同席、見学は多くのところが実施しておりますが、内診を実施させているところは少ないです。それから、模型を用いた内診実習はある程度のところでやっております。ボランティアはさすがに日本ではありませんでした。他に、病棟患者の受け持ちのプレゼンテーションとか、症例検討会のプレゼンテーションは一部の施設で実施されております。こういう

施設は一応クリニカルクラークシップにかなり近い実習をやっているところだろうと思います。

経膈分娩実習

これは経膈分娩実習の実施状況ですが、家族が立ち会っていない場合の見学は、ほとんど全医育機関でやっております。むしろ、ビデオとかモニターでの実習は比較的少ないわけです。ただし、家族が立ち会っている場合は頻度が少なくなります。回答なしが少し増えているのは、家族の立ち会い分娩を認めていない施設があるからです。それから、学生が分娩介助をしているところは少ないです。内診は厚生省の臨床実習検討委員会では水準Ⅰになっておりましたが、経膈分娩の介助は水準Ⅲになっておりました。

それから、外来カルテの記載は正式のカルテに書かせているところが多いですが、これはおそらく問診のだけということになると思います。それから入院カルテについては、正式のカルテに書かせているところは非常に少なく、ほとんどが学生用のカルテに書かせております。学生用のカルテにも何も書かせていない施設もけっこうあり、これは見学のみの実習をいまだに続けている医育機関であろうと思われます。正式のカルテに書かせている施設はクリニカルクラークシップにかなり近い実習を実施している機関になると思います。

それから同意の有無ですが、問診のときには半分ぐらい取っております。同席のときは、患者さんに同意を得ないと同席できないと思うので、けっこう取っている。全身診察のときも取っていますが、内診室での学生の同席は取っていません。だから、こっそりと学生さんを内診室に

入れて、医師が内診するのを見学させている実態がこれでわかると思います。それから、実施する場合も半数ぐらいしか取っていませんので、半数は学生に突然内診をさせている実態だと思えます。それから、受け持ち患者の割り当て、全身診察、病棟ではかなり取っています。しかしやはり内診室での同席、見学は半分ぐらいは取っていないということです。学生であることは言わなくてもある程度わかりますので、内診を実際に実施させるときには、同意を取らざるを得ないということがあると思えます。それから、経腔分娩は半分ぐらいしか取っていないようですから、半分はこっそりと学生さんを分娩室に入れて、見学させているという実態だと思えます。

産婦人科領域特有の医行為

これはその他の医行為です。病棟での全身診察、産科的な診察、腔内容採取、コルポスコピーなどは水準Ⅰになっていますが、実際に実施しているところはきわめて少ないわけです。超音波、直腸診、導尿、浣腸、このような医行為は非常に少ないです。手術の助手はかなりつかせておりますが、それ以外の医行為の実習は、産婦人科においてはたいへん少ないようです。

それから、内診の実習が学生にとって必要と思うかどうかということですが、「すべての学生が内診を実習する必要がある」と答えているのはごくわずかで、20%に留まりました。内診は研修医になってから実習すればよいと思っている先生方が大半です。一部、その他の意見がありました。

これは分娩数を聞いておりますが、医育機関によって大きな広がりがあります。

100未満のところもありますし、100から200、200から300のあたりが多いようです。それから帝王切開率は10%から20%、あるいは20%から30%とかなり高い。したがって、学生に実習させるには経腔分娩の数が少なすぎる医育機関がけっこうあるということです。

それから、経腔分娩実習に関しての分娩数の充足度を聞いておりますが、3割ぐらいの医育機関が、「分娩数は不十分である」と答えています。また、経腔分娩を実習させるための関連病院への学生の派遣も、3割程度の医育機関が実施しており、そこで分娩を実習させているということです。

これはアンケートの回答のなかにあつた文章の回答をそのまま列挙しましたが、たくさん書いてあつて申しわけないのですが、内診実習の必要性の設問ところや、その他の余白に書かれていた事項です。

「あくまでも理想であるけれども、現実には難しい」とか、「建て前上は内診の実習は必要と思うが、実際の場合ではなかなか患者の同意を取ることは難しい」。それから、「そのときに患者さんによる」とか、「手術室で麻酔をかけてから、内診をさせているところもあるようです。「一部の学生には見学させる」「学習意欲のある者だけさせる」とか、「患者との人間関係がうまく成立すれば行ってよい」と言っています。それから、BSLとは別にたとえば夏季休暇中にクリニカルクラークシップで実習に参加する場合には、「すべての実習生に内診をさせる」と答えているところもあります。こういう医育機関は非常に進んでいると思えます。本学では近いうちにクリニカルクラークシップを導入すべく検討していますが、この際、なんとか内診の実習を行えるようにした

いと思っています。

それから、いま挙げた医行為以外にどうしているかということ聞いていますが、「当科では研修医に学生をマン・ツー・マンで付け、患者の同意があり、医師の監督のもとではすべての医行為を学生に許可している」という医療機関がありました。

産婦人科実習の問題点

それから、産婦人科実習全般のいろいろな問題点について書かれていた意見を列挙しております。産婦人科特有の問題点ですが、「内診が困難である。特に若い患者が不快感を示すことがある」「すべての医学生が内診を実習することは困難と思われる」。「経験させてもわからないこと。たとえば、内診は無理をして経験させる必要はないと思います」とか、「見学のみでも患者側からクレームが来ることもある」というように非常に深刻な問題点を書いてあります。「外来診察室で学生の同席を拒否されたことがあり、それに従った」「外来での学生数が多いため、患者に内診を拒否された」「まれに外来患者で内診見学を行うにあたり、顔色を変えて抗議する人がある」とか、「外来にて患者に同意を得ずに内診に同席した際、苦情の投書を受けたことがある」「医学生であることを患者に知らせると、拒否されることが多い」。また、「地域との密接なつながりがあり、学生の臨床実習があからさまになると、受診患者が減少することが心配される」。特に私立の病院では、「あそこの病院に行くと学生が内診する」といううわさが立つと、患者数が減少することを非常に不安に思っておられます。

更に、いろいろと問題点が列挙されております。「以前は外来で内診の実習をさ

せていたが、患者の同意を得ずに行うのはまずいと思い中止した」「現在の日本では、高齢者を除き、若い婦人の学生による内診の同意は得られないのではないか」。「10年以上前は、学生であることを伏せて問診を行っていたためクレームが来たことがあり、やはり学生であるということを明示して同意を得ることは重要と痛感しております」。それから、「紹介患者を担当させることや、院内職員を担当させることは非常に難しい」。

その他の問題点として、待ち時間に関するクレームとか、設備、マンパワーの問題、それから学生側の問題、対等教育の重要性を書いておられる方がありました。

それから問題解決の工夫としては、「教育にご協力をいただく旨を外来病棟に指示してあります」という意見が二、三あったんですが、これだけではおそらく足りないと思います。それから、「外来で患者さんに不快感を与えると来てもらえなくなりますので、病棟で主治医に張り付けて、親しくなってから実際に触らせてもらうようにしています」「患者さんのパーソナリティが重要で、よく理解できる人を選ぶしかないと思います」。「大学病院では学生の実習が行われるのは当然であり、患者さんも理解していると考えられます」「教官の態度によってかなりの実習ができると思います」。最後に、「トラブルではないが、もっと質の高い実習を希望する学生がいるので、夏休みとか冬休みに個人的に少人数の実習をさせている。1学年 100人以上、1組7人、8人では思うように指導しにくい」「3年次は？チュートリアルシステム、5年次よりのクリニカルクラークシップの導入と同時に、6年生末までの教育を行うシス

テムにしない限り、学生に医療行為を行わせる教育は困難である」。

以上のアンケート調査から、産婦人科の臨床実習の特殊性として、女性の恥部を扱う特殊な診療があるので、現行の見学中心の実習では、患者さんの同意を得ることについても非常に問題が多く、一部の医療機関でしかきちんとした形では実施されていないということが分かりました。ただし、解決方法としては、医師と患者さんの信頼関係を築くことが大前提で、それプラス学生が患者さんのケアをすることを通して、初めて実習させていただけるものであろう。ですから、クリニカルクラークシップを確立することが、こういった実習についての問題点の解決方法になるのではないかという希望

を感じさせていただきました。以上です。

質疑応答

【伴】 どうもありがとうございます。ディスカッションしたい問題がたくさんあると思いますが、総合討論に回したいと思います。豊田先生、これはどこかにパブリッシュされる予定ですか。

【豊田】 まだ考えていないんですが、パブリッシュしましょうか。

【伴】 こういうところではとても尽くせないいろいろな知りたい情報がたくさんそろっていると思います。

【豊田】 ではぜひパブリッシュさせていただきます。

【伴】 よろしくお願いいたします。

⑨小児科クラークシップ

大澤真木子（東京女子医科大学小児科）

【伴】 それでは最後に、小児科のクリニカルクラークシップということで締めくくっていただきたいと思います。大澤先生どうぞ。

小児科臨床実習の現況

【大澤】 本日私に与えられたテーマは、小児科におけるクラークシップの問題点を提起するということでしたが、私どもはクラークシップそのものはまだ経験がありません。現在はベッドサイドラーニングの状態ですが、その現状とクラークシップを行っていく場合に、小児の特徴を先生方にお示しして、先生方のほうでお考えいただければありがたいと思っています。現在、学生が行ってもよい医

行為の水準Ⅰ、Ⅱ、Ⅲが示されておりますが、そのなかで水準Ⅲの中に小児の採血が入っております。成人における静脈採血は水準Ⅰですので、医行為の水準で、すでに小児は特別扱いというかたちで示されております。こちらにピンク色で示したのは、現在私たちがベッドサイドラーニングを行っているときに、80%以上の学生が経験しているものです。視診、打診、聴診、特に聴診に関しては、共診システムの聴診器を使って、回診の際に私が無線の聴診器を使って、学生に他のフォンを持たせて歩いております。

簡易器具の使用診察や肺活量、発達テスト、カルテ記載、カルテ記載に関しては、学生は6人が一度に回ってきますが、

っとハーバード式にぴったりと、プログラムのどのへんがいいとか、悪いとか、あるいは教官の知識とか技能も学生に評価させるような項目を入れようとしたんですが、それはちょっと合わなかったようで削りました。いまあるなかでは、だいたい沿ったかたちで行えていると思っています。

【伴】 ナンバー3のアンケートのところでいくつか項目を削らざるを得なかった。学生のほうから、研修医、あるいはアテンディングも含めていかに評価するかというのは、日本でもわりと関心が出てきているところだろうと思いますが、どうして削らないといけなかったのです

ようか。

【武田】 案をつくる段階で、最初に複数の先生とお話ししてつくり上げていったんですが、「これは必要ないのではないか」という意見が出て削られました。しかしその代わりに、自由に記述するアンケートというかたちで、問題だと感じたことや、よかった点について書く欄を設けました。自己評価のところでも、コメントのための広いスペースが設けられていますので、そこで学生はかなり自由に評価をしてくれます。それらはすべて回覧されますので、たいへん参考になります。

【伴】 ありがとうございます。

⑦ 外科系クラークシップ

森田孝夫（埼玉医大医学教育学部）

田辺政裕（千葉大学小児外科）

【伴】 それでは次に外科に移りたいと思います。外科はお二人です。埼玉医大の第二外科の森田先生ですが、先生のところはクリニカルクラークシップを外科領域では少なくともいちばん積極的に進められている大学だと思います。後半は千葉大学の小児外科の田辺先生に担当していただきます。

【森田】 私どもは消化器外科、小児外科を専門としている科です。1991年、ちょうど7年前に私どもの科では8週間、学生が研修医と同じような立場で来ることになりました。そのときにクリニカルクラークシップを導入しようということで始まりました。大学として対応するカリキュラムの問題とか、実習期間の問題、

それからスタッフの数の問題、学生数の問題、評価の問題等いろいろありますが、今日お話し申しあげるのは、私どもの科でどんなことが問題になって、どう解決したか。そして、その後の実習がどうであるかということです。

埼玉医大のクラークシップ導入の経緯

これは、当初、クリニカルクラークシップを導入しようとしたときに、教職員から出た意見です。「これ以上教える時間がない」「これ以上何を教えたらよいかわからない」「1日中ついていられたら気が抜けない」「患者に学生を何と紹介するか」「学生の知識が医療に参加するレベルに達していない」「学生の医行為に伴うトラブルの責任をどうするか」「いいかげんな

2人ずつが外来と二つの病棟に分かれるかたちになっています。その学生は一度は私の外来もしくは助教授の外来に付くことになっておりまして、その見学の際にカルテ記載をしてもらっていますが、医学用語を知らないことを、学生はかなり身にしみて感じているようです。

小児科医の任務

小児科医の目的は何かというと小児の健全育成です。小児科医の役割は、小児の正常異常を理解し対応し、母親に自信を与え、母性の確立を支援して、母親に限りませんが、小児の健全育成に関与していくことです。したがって、医師の判断、患者さんに対する評価、あるいは態度が、ときに母親にかえって子供に対する失望、あるいは拒否を起こす可能性がありますので、そういった意味では、学生においてもその言動は相当神経を払う必要があります。

ご承知のように、小児は新生児から思春期まで発達を続けていきます。

まったく何もできない新生児から、

自分で喜びを表現し、あるいは目的に向かって歩き出す。

そして、しなやかに話し、言動できる成人へと成長していく。その過程を見守っていくのが小児科です。

親への対応

小児科は別名母科とも言われます。小児の患者さんにおいて、新生児期から思春期まで、情報の得方はだいぶ変わってまいります。最近はお父様の役割もだいぶ出てきましたが、特に新生児期、乳児期は母、そして思春期に至るにしたがって、本人からの情報が出てきます。その際に、観察が非常に重要になってまいり

ますので、ちょっとしたことを観察しながら判断していきます。

たとえば、この赤ちゃんはこの頭部のへんがちょっと出っ張っておりますが、特別異常は認められません。

しかしながら、CTを撮ってみますと、Hydroanencephaly ということなので、ちょっとしたきめ細かな観察から進めていくことが重要です。

小児科診察の WACCS

実際に、患者さんにおける診察行為は、別名 WACCS という言葉でもまとめられておりますが、waiting・consultation・close・send という一つのプロセスがあります。

そして、このプロセスのなかで何が大事かということ、問題解決能力として、患者さんの問題を同定し、臨床的な問題を分析し、それをマネージする。これが要求されるアビリティであり、また学生がクラークシップのなかにおいて学ぶべきものです。

まず waiting ですが、waiting のときにはまず回ってきたカルテを見て、患者さんの年齢や性、住所などを見てどんな患者さんか想像するわけですが、その基礎となるものとしては、疫学的な知識、そして発育発達に関する知識が非常に重要になってまいります。

また approach ですが、呼んで入ってきた患者さんが入室した瞬間から親子関係を評価し、子供と両親をともに relax させるという行為が非常に大事なわけですが、その場合には非常に友好的な、同情的なそしてなおかつ自信のある態度が要求されますし、また同時に背景の知識としては、発育発達を十分に熟知していくことが重要です。

実際には、こういう笑顔は子供を喜ば

せませすし、また、他科を回っているときにこういうものを持っていると怒られると学生は言うておりますが、ポケットのなかに入っているじゃらじゃらした小物は、小児科においては必需品です。

それと同時に、*approach* の時点から、たとえばこのように少し大泉門が張って、あるいは *sunset phenomenon* が見られる状況があれば、一瞥してそのときから水頭症、あるいは核黄疸を考えると、詳細な観察力と速やかな判断が要求されます。

次に、*consultation* ですが、

consultation においては、他科と同様に、基本となる知識が必要ですし、

また、それを適応できるような臨床のクリニカルスキルが必要です。

そしてまた *personal quality*、非常に責任ある態度で患者さんに対してフレンドリーな、チームのなかでもやはり責任を果たすような *quality* が必要なのは当然です。

しかしながら、さらに小児ということでは考えますと、正常小児の知識、そして正常の小児にとってどんなことが楽ではないことなのか。そして、病気なのかという理解も必要ですし、子供や大人と両方とコミュニケーションできる技術が重要です。

次に、結論を出す場合には、もちろん病気の知識も必要ですが、こういう年齢の子供だったらどういう反応をするのか。あるいは、その親だったらどういう反応をするのかということも必要になってきます。

あと、実習を有効にしていくためには自分で得られた知識を、すでに論文になっているものや本と突き合わせて評価していく *critical appraisal skill* も当然必要です。

最後に、患者さんの診療、あるいはプランニングが終わって結論を言ったあと、

希望と今後その問題を乗り越えていくパワーを与えて送り出す過程においては、やはりパースンとしての *art* が必要になってくるのでしょうか。

それらの過程のなかで、自分の欠点を見極めて、さらに学習を進めていく *learning skill* が当然要求されます。

小児科は母科でありまして、目的は小児の健全育成であり、学生は学生がかかわることの利点と欠点を十分に理解し準備する。子供と医師の疎通を測って遊べることが、小児科に回ってくる際の最低限の必要条件になります。

小児科実習における技能訓練

実際にクリニカルスキルをみがくためには、自転車に乗るのと同じで、理論がいくらわかっていても、実際にやったことがなければうまくいかないのは当然です。ただ、小児において、模擬患者の開発は難しいですから、その際は *module* を使うことがあります。

これはマモル君というお人形ですが、3キログラムの重さがあつて、ちょうど小児と同じような実感を与えてくれます。

これはツヨシ君ですが、学童ぐらいの子供ということで、実際の診察手技をやらせています。

小児科領域のインフォームドコンセント

もう一方、インフォームドコンセントのことが問題になっています。小児におけるインフォームドコンセントの場合、現在は責任ある親族による許可が被験者の代わりになると言われておりますが、幼年者が実際に同意を与える能力を持つときには、法定代理に加えて、本人の同意を得ておかなければならないということも、最近は言われております。

その年齢としては、6歳以下では両親の許可、7歳から14歳では本人の文書による同意は難しくても、少なくとも了解を取る必要がある。そして15歳以上では、書面によるコンセンストということですが、これが実際にクラークシップのなかでどの程度実用化できるのでしょうか。

小児科クラークシップの導入

いずれにしても、小児の特徴は成長発達に伴う変化があり、その成長発達に伴う対応の違いの必要性があることを知っている必要がある。また情報源に限りがあり、鋭い分析力や観察力が要求される。さらに大人と違って、小児の急性疾患で

は非常に救急な対応が必要になってまいりますので、クラークシップを実際に行う場合においては、ときとしては雑用係のように学生が使われているという雰囲気を持ち得る可能性もあるかと思えます。また理論では十分に理解できない小児に、態度や雰囲気等で信頼を得、納得させる必要があります。また依存しなければ生きていくことができない小児を、現在、そして将来に向かって保護していく必要があるということが、小児科の特徴であり、そういう点がクラークシップの際に問題になるかと思えます。

ありがとうございました。

司会のまとめ

伴 信太郎（名古屋大学総合診療部）

【伴】 ありがとうございました。これで午前中のセッションをすべて終わりました。日本における現状、あるいは各施設における取り組み、あるいは心構え、問題点がいちおう各科的な視点からの出尽くしたかと思えます。これを踏まえて、午後からの講演と対照しながら、総合討論へ持っていったらと思えます。

最後に、まとめに代えまして、私が手もとに用意いたしました資料を1、2分簡単にご説明します。横長の資料の「①伴」と書いてある資料です。これは前任地の川崎医大で学生が受け持ちになって1週間、クリニカルクラークシップスタイルで病棟実習をやったあと、それぞれの患者さんに約30分から、長い方は1時間ぐらい、毎回お話を聞いて、抽出した

点をまとめたものです。読んでいただいたら結構なんです。たとえば7番の「訪室にあたっては、あらかじめ患者さんと相談して時間を決めて、その時間を厳守する」というのは、何人かの患者さんから意見が出まして、意外とこういうことが大事だということがわかりました。

それから、学生が患者さんに95%以上歓迎されているわけですが、どういう点が歓迎されているのかということをも具体的に言葉に表したのが12番です。いわゆるちょっとしたことの相談相手として学生は歓迎されているという点がありましたので、そういうのを最初からアピールしておこうということをつくった点です。

蛇足ですが、これは私自身がインタビューをして出てきた情報です。後でそれ

ではバイアスがかかるので、アンケートを取ったほうがいいと言われて、後年、2年間ほどアンケートを取ったんですが、アンケートでは意見がものすごく少ないので、多少バイアスがかかっても。やはりインタビューをしたほうがいろいろな内容の情報が得られるということも付け加えておきたいと思います。

それでは、10分ほど超過いたしましたので、これで午前のセッションを締めくくりたいと思います。

パート 2

【基調講演】

パート2：「基調講演」

①「米国医科大学におけるクリニカルクラークシップ」

赤津晴子（米国スタンフォード大学内分泌内科フェロー）

【神津】 ただいまからパート2「基調講演」を始めさせていただきます。基調講演①は、赤津晴子先生による「米国医科大学におけるクリニカルクラークシップ」です。赤津先生のお名前を出しますと、たくさんの方が「ああ、あの赤津先生」とおっしゃいます。それはたぶん、『アメリカの医学教育』という日本でもよく知られている本の著者でいらっしゃることもあると思います。

赤津先生は華麗な経歴をお持ちでいらっしゃるしまして、聖心女子大の哲学科でご勉強なさったあと、上智大学の大学院で生物学をご専攻になり、それからハーバード大学の大学院で公衆衛生をお学びになり、それから改めてブラウン大学へ医学生としてお入りになりました。ブラウン大学でクリニカルクラークシップを経験されたあと、スタンフォード大学病院レジデントにお入りになり、現在は内分泌内科のフェローをなさっておられます。きょうは学生として経験されたクラークシップと、レジデントやフェローとしてのお立場からのクラークシップに関する考え方の両方について、ご体験に根ざしたお話をしてくださることと思います。では、赤津先生、どうぞよろしくお願いいたします。（拍手）

【赤津】 ありがとうございます。ただいまご紹介にあずかりました赤津晴子と申します。本日は公開討論会にお招きいただきましてどうもありがとうございます。

このように多くの皆さまにお目にかかることができ、本当に光栄に存じます。ただいまご紹介にあずかりましたように、私はいろいろないきさつからアメリカの医学部に学び、医者になりました。本日はその経験から、アメリカ医科大学におけるクリニカルクラークシップについてご紹介してみたいと思います。あらかじめお断りしておかなければならないのは、これから申しあげること、あくまでも私が医学生として体験したブラウン大学医学部での臨床教育、およびその後インターン、レジデント、そして現在フェローとして医学生のクリニカルクラークシップを担当する側から経験しているスタンフォード大学の臨床教育に基づいた話であり、必ずしも全米医科大学の全体像ではないということです。

卒業時の到達目標... seeing a patient

さて、本日アメリカにおけるクリニカルクラークシップをご紹介するにあたって、私がとってみたいと思っているアプローチは次のようなものです。医学教育に限らず、どのような教育、あるいはトレーニングにしても、その教育ゴールがあります。その教育なりトレーニングを受けた人間にはこういう能力を身につけてほしいという、言うなれば建設中の敷地の金網に掛かっている完成図のようなものです。ちょうどこの4月に日本の医学部に入学した学生さんは、おそら

く「2004年、完成予定。完成図はこういうものである」という看板を背負って入ってこれていると考えることができるかもしれません。そこでアメリカの医学教育において、医学部を卒業した時点で、できたてほやほやの医者にはどういう臨床能力を身につけてほしい、とわれわれは教育されてきたかという、まず完成図からご紹介してみたいと思います。

次に、その完成図に近づいてそれをよくながめてみますと、実はそれが1枚の絵ではなくて、いくつかのピースからなるジグソーパズルであることに気がつきます。そこで2番目として、その完成図をかたちづくっている要素はなんであるのかということに注目してみたいと思います。そして3番目として、一つひとつのパズルのピースが医学教育のなかで、いったいどういうかたちで、いつつくられていくのか、ということをご紹介してみたいと思います。

私の場合、医学部を卒業した時点で、本当に完成図のようになっていたのかどうかはすぐ試されることになりました。まだ医学部を卒業してまもなく、医者になりたてだったときに、一時帰国を終えて成田空港からサンフランシスコに向かう機内で病人が出てしまい、私は患者さんと一人で約5時間向き合うことになりました。その後、そのアメリカ人の患者さんから裁判に訴えられることもなかったところを見ますと、なんとかこの卒業試験には合格したようでした。

それでは本題に入らせていただきます。まず完成図からです。医学部を卒業した時点で、どのような臨床能力を身につけてほしいとわれわれは教育されてきたかということを考えてみますと、一言で申しあげて、「一人できちんと患者さん

を診ることができるようになってほしい」という教育目標があったように思います。臨床医の仕事は患者さんを診ることですから、ある意味でこれは当たり前のことかもしれません。医学部を卒業して、医者という肩書きをもらい、国家試験に通って医師免許というペーパーをいただき、その二つに今度は医者として患者さんを診ることができるという実質的な能力が加わって、その三つが一緒になった姿が完成図であると考えられるかもしれません。

問診と身体診察ができる

では、「患者さんを診ることができる」というわれわれ医者が毎日行う行為を構成している要素は何かということ、次に考えてみたいと思います。それにはいろいろな切り方があると思いますが、ここでは私なりに分解したパズルのピースをご紹介します。

"seeing a patient"、患者さんを診るということですが、その行為を構成している要素は、少なくとも私のなかでは八つあるのではないかと考えてみました。まず始めが"medical interview"、問診、そして"physical examination"、身体所見を取ることです。この二つは患者さんのケアのなかでいちばん土台となる部分ですから、患者さんを診ることができるという場合に、この二つ、問診と身体所見がきちんと取れることが前提になるのではないかと考えます。もし患者さんから得るデータがいかげんなものであれば、そのうえに構築される診断も治療法もすべていかげんなものになってしまいます。

症例報告ができる

次に"case presentation"、症例報告です。私

のように駆け出しの医者にとって、症例報告は非常に心強い味方です。というのは、駆け出しの医者は経験も知識も浅いことは前提です。そこでいかに熟練した医者の経験と知識から学ぶことができるか。あるいはそういう熟練した方からアドバイスをいただくことができるかということが、患者さんのケアの成功に大きく響いてくるのではないかと思います。的を射たアドバイスをいただくためには、的を射た症例報告をする必要があります。症例報告の種類によっては、忙しいコンサルタント医の先生と電話で3分で行わなければならない場合もあるでしょうし、あるいはチーム回診で5分で行う場合もあるでしょう。または症例報告会で1時間かけて症例報告をする場合もあるかと思えます。

いずれにしても、そのときどきに依じて、与えられた時間内で必要な情報を漏れなく、しかも簡潔に発表する能力が、患者さんを診るという場合に必要な能力ではないかと考えます。

鑑別診断をする

次に"differential diagnosis"、鑑別診断を立て、"ordering tests and treatments"、実際に検査、そして治療を始めるといういちばんおもしろい、醍醐味のあるプロセスに入ります。ここで問題なのは、いくら教科書である病気のことを読んでいても、あるいは講義でその話を聞いていても、やはり実際にその疾患を持つ患者さんを担当してみるまでは、なかなか病気のことをピンと来ないということです。それが実際に患者さんを担当し、病名と患者さんの顔と名前がダブるようになって、そして鑑別診断に苦しみ、治療を始め、その治療成果を毎日ベッドサイドで見守

るという経験を通してはじめて、一つひとつの病気が自分のなかで生きたものになってくるのではないかと思います。

したがって、学生時代にいかに多くの症例を手がけることができるか。インターン、レジデントの指導のもとで、いかに多くの患者さんを担当することができるかということが、実際に医学生という立場を卒業してひとり立ちしなければならなくなったときに、たいへん役に立つと思います。

カルテが書ける

次に、"charting"、カルテ書きです。どのような医療行為にしても、その医療行為が終わった時点で、それをきちんと記録に残す作業が付きまといまいます。カルテはその患者さんのデータバンクですから、自分にわかるだけではなく、どのような医療従事者がそのカルテを見ても、いったい何が起きているのかがすぐわかるようなカルテの書き方をしなければなりません。また「患者さんを診ることができる」といえるためには、その記録づくりも自分でできることが、要素として入ってくるのではないかと思います。

患者と対話ができる

次に、"communicating with the family"と書きました。チャート書き、カルテ書きのように、患者さん不在のプロセスもありますが、医療はほかならぬ人間相手の仕事ですから、患者さんご本人だけではなく、その家族の方といかによいコミュニケーションを図れるかが、患者さんのケアの成功、失敗に直接的に響いてくるのではないかと思います。われわれにしては軽い疾患であっても、患者さん、そして家族の方にとっては病気になるというのは

一大事ですし、ましてや入院が必要ということは本当にたいへんなことだと考えます。さらに、もし死を前にしたような患者さんを担当した場合には、いったいその死のプロセスをどうやってサポートしていけるのか。医者としてどういうサポートの仕方があるのかということをお学する必要があります。やはりこれは本を読んでいるだけではどうしてもわからないことですので、学生時代にできるだけ多くの患者さんを担当して、さまざまなケースに触れることによって、そのようなコミュニケーションの技術を高めていくことができるのではないかと思います。

すべてをバランス良くやり遂げる

最後に、"coordinating all the above"と書きました。忙しい現場にあっては、さまざまなタスクと同時進行させていかなければならない場合がほとんどです。30分、40分の時間をゆっくり使って問診をして、それからゆっくり身体所見を取ることができればいいですが、通常の場合、そういう悠長なことができない環境に置かれることがたびたびです。たとえば救急外来で chest pain、心痛を訴えている患者さんのベッドサイドに行った場合には、初めの二、三の質問で、chest pain が虚血性心疾患によるものかどうかを簡単に探りながら、握手をした手で脈を診て、血圧を取って、その最中に看護婦さんにニトログリセリンとアスピリンと EKG の処置を頼むというさまざまな仕事を同時進行させていかなければなりません。そのような現場の能力を持たずしては、いくら一つひとつの要素がきっちりできても、やはり役に立ちません。これらのすべての要素が全部でき上がって初めて、「患者さんを一人できちんと診ることができる」と

いう完成図になるのではないかと考えます。

ブラウン大学における臨床医学教育

次に、一つひとつのパズルのピースが、医学教育のなかで、どの時点で教育されているのかということをご紹介します。と思います。

これはブラウン大学の例ですので、初めにお断りしたように、必ずしも全米医科大学がこのやり方でやっているということではありません。1例として、私が体験したカリキュラムをご紹介しますと、問診のやり方を学ぶのは1年生です。身体所見の取り方を学ぶのは2年生、症例報告も2年生、鑑別診断の立て方、それから検査、治療の仕方を学ぶのは3、4年生、カルテ書きは2年生、家族の方とのコミュニケーションを学び、すべてのケアをコーディネートする能力を学ぶのは3、4年生です。これを別の見方からカリキュラムとして並べ替えてみますと、次のようになります。

1年生で問診を学び、2年生で身体所見の取り方、症例報告、カルテ書き、3、4年生がクリニカルクラークシップと呼ばれる2年間ですが、その2年間では鑑別診断の立て方、検査、治療法、ご家族とのコミュニケーション、そしてすべてをコーディネートする能力を養うことが目的となります。

問診法を学ぶ

次に、一つひとつのパズルのピースがいったいどのようにつくられていくのかをご紹介します。まず1年生の問診の授業のあり方からです。問診の授業は、1年生の1学期の必修の授業でした。私たちは気がつくと、医学部に入学して1か

月もたたないうちに、白衣を着て、ネームバッジを付けて、病棟の患者さんと向き合うことになりました。この授業は、週1回半日病棟で行われるもので、学生が4人ずつのグループに分かれ、各グループに2人指導医が付きました。具体的には、この授業が行われる午後になると、みんなで病棟に向かい、初めに4人の学生と2人の指導医の6人のグループずつで1時間ほどのディスカッションを持ちます。そのディスカッションは、その週その週で問診にかかわるさまざまなトピックスが用意されていて、たとえば「人と共感するというのとはどういうことであるか」というテーマであったり、あるいは「死を前にした患者さんの心理」というテーマであったりさまざまですが、それぞれのトピックスにかかわるディスカッションを毎週行いました。通常、そのトピックスにかかわる学術論文があらかじめ配られており、それを学生は事前に読んでおくことを前提としてのディスカッションです。

それが終わると、今度は病棟で、許可を得た患者さんの部屋に6人で出かけていきます。そして、学生のうちの1人が、その患者さんを前に、短いときには5分、長いときには三、四十分の間診を行います。それ以外の3人の学生と指導医の先生は、その模様を病室に一緒に入ってオブザーブします。また、問診の様子は通常、テープレコーダーで録音されます。場合によってはビデオカメラで録画されることもあります。問診が終わり、病室を出ると、いま終わったばかりの間診の評価を行います。その際に録音したテープなどを聞きながら、いったいどういふところがうまくいったのか、どういふところはもう少し改善したほうがいいのか

かというディスカッションが行われます。

学生はこのように毎週毎週単発的な問診を行います。それ以外にこのコースを通して、一人ひとりの学生が1人の患者さんを1年間にわたって担当するようなカリキュラムが組まれています。学生は担当した1人の患者さんと定期的に約1時間の間診を持ち、ふだんの短い問診では聞き切れない患者さんの内面の思い、たとえば病気になったために自分の人生にどういふ変化が起こったかということとか、医療従事者に対してどういふ要望を持ってもらえるのかということ、1年間かけてていねいに聞き出し、学生は患者さんから学ぶこととなります。こうして1年生が終わる段階では、まだ病態生理も学んでおりませんので、病気のことは何ひとつわからないにしても、とりあえず病棟でどんな患者さんの病室に投げ込まれてもきちんと5分の間診でも30分の間診でもできる状況になっています。

この授業を通して学ばなければいけないポイントは大きくいって二つあります。一つは、問診の項目とその流れです。二つ目は患者さんとのコミュニケーションをどうしたらうまく図ることができるかという点です。そしてこの授業で強調されるのは2番目のほうで、実際に患者さんと向き合ったときに、いったいどうしたら患者さんに心を開いていただけるのか。あるいは忙しい外来で、5分で必要なことを聞き取るにはどうしたらいいのかというコミュニケーション術、あるいはテクニックみたいなものを学びました。

身体診察、症例報告、診療記録の準備教育

2年生になりますと、身体所見の取り方、症例報告、そしてカルテ書きを学ぶこととなります。この3点は、たまたま

ブラウン大学の場合は1年間を通して行われる physical diagnosis という授業で学びました。この授業は、1週間に1度病棟に出かけて行って、許可を得た患者さんを前に、問診と身体所見を取るという形態の授業でした。1年間が始まる前に、まず1週間の集中講義があつて、頭のとっぺんから爪先まで、身体所見の取り方をひとつおとり学びました。その1週間では、学生がペアを組んでお互いに練習し合うという形態です。

実践セミナーと診察の訓練

それが終わると、今度は毎週1回病棟に出かけて行きます。実際、病棟にまいりますと、最初の1時間はやはり1年生のときと同じようにセミナーが持たれます。そのセミナーは実践セミナーで、毎週いろいろなトピックスが決められますが、たとえば関節の診察の仕方であれば、リウマチ科の先生においでいただいて、その週は実際に関節の診察法だけを集中して1時間学ぶことになります。

その後、病棟で許可を得た患者さんの病室に学生は一人で出かけていき、約三、四十分、長いときは1時間、そこで時間を使います。学生は病室に入ると、まず問診を行い、そのあと身体所見を取ります。それは頭のとっぺんから爪先まで、ひとつおとり全部身体所見を取ることが要求されます。その日のテーマである、たとえば関節の診察の仕方であれば診察の診察を、特に重点的に行うようにという指導がなされます。

それが終わると、今度は学生は病室を後にして指導医とのミーティングを持ちます。通常、学生は2人ずつのペアを組み、そのペアに指導医が1人付きます。そこで学生は、いま診たばかりの患者さ

んの症例を、症例報告というかたちで報告いたします。それに対してもう1人の学生と指導医はいろいろな質問をし、また指導医は症例報告の仕方、それから症例の内容の両方を指導します。

それが終わると、今度は3人でもう一度同じベッドサイドに戻り、指導医の先生は、本当にいまの症例報告が正しかったのか、学生が聞き出した問診の内容が正しかったかどうかを患者さんにクエスチョンしながら確認します。あるいは学生が取った身体所見が本当に正しかったのかということも、ベッドサイドで指導医の先生は確認します。同時に、学生は、実際に身体所見をやってみてわからないことがたくさんありますので、指導医の先生にベッドサイドで質問し、解答を得ることができます。

診療記録に関する訓練

こうして毎週一人ずつ患者さんを診ていきますが、その患者さんを診た記録を、今度はカルテに書く要領で毎週書き出します。実際、カルテには入りませんが、それを指導医に渡し、指導医は毎週それを添削して学生に戻します。こうして、1年間をかけて学生は症例報告の仕方、カルテの書き方を学ぶことになります。

2年生が終わると、いよいよクリニカルクラークシップが3年生から始まります。3年生、4年生の2年間は、教室で行われる授業はいっさいなく、学生は病棟で過ごすことになります。おわかりのように、クリニカルクラークシップに入る段階において、医学生は一人で問診ができ、身体所見が取れ、症例報告とカルテ書きができる状態です。

身体所見のなかには、午前中のお話にありましたが、内診もいたします。内診

は特別に外来の終わった産婦人科をお借りして、いくつかのグループに分かれて、集中講義というかたちで行いました。ここでは、最初にモデルを使って学び、それから午前中のスライドにありましたが、モデルになってくださるボランティアの方を相手に内診を行いました。

クラークシップにおける4つの目標

さて、クリニカルクラークシップに入ると、その2年間で学ばなければいけない中心となる項目は、以上の4点です。つまり鑑別診断の付け方を学び、検査、治療法を学び、そして患者さんのみならず、ご家族とのコミュニケーションの仕方を学び、ケア全体のコーディネーションを学ぶということです。

ローテーションのしかた：必修と選択

クリニカルクラークシップには必修と選択があります。大学によってももちろん違いますが、一般的に言って、必修科目は内科、外科、産婦人科、小児科、精神科であることが多いようです。それ以外の科、耳鼻科、眼科、放射線科、皮膚科などや必修の科のなかの専門の科、たとえば内科のなかの腎臓内科、血液内科、あるいは外科のなかの脳外科、整形外科という科は選択になります。

必修の科にどのぐらいの時間をかけて学生はローテーションをするのかということです。これもまた大学によっても科によってもさまざまだと思いますが、一般的に言って、1か月から3か月が普通ではないかと思います。ご参考までにスタンフォード大学で開講されているクリニカルクラークシップをまとめたハンドアウトをコピーとしてお配りしてあります。それにはあいにく各クリニカルクラ

ークシップのタイトルしか書いてありませんが、もしインターネットをお使いの先生がいらっしゃるいましたら、お渡しした資料のなかにインターネットのアドレスがありますので、そこにアクセスしていただくと、実際に一つひとつのクリニカルクラークシップの内容がどのようなものであるかということを画面上で読みいただくことができます。

学生クラークの役割

実際にクリニカルクラークシップとして学生が病棟に出ますと、その病棟のチームの一員となります。チームの一員として実践力として取り扱われます。悪く言えば労働力であり、決してお客さまではありません。イメージとして、インターンにぴったりくっついているインターンの「シャドー」がクリニカルクラークシップに出ている学生と考えていただくといいかもしれません。つまり、インターンの先生が行うのとまったく同じスケジュールをこなし、インターンが行う医療行為とほとんど同じ医療行為を行うと考えていただいてもよいと思います。

たとえばインターンが4日に1度宿直をして仕事をしているローテーションであれば、学生も4日に1度は病院に泊まり込んで、家には帰りません。また、その患者さんのケアに必要なすべての医療処置、たとえば午前中のお話では水準Ⅲに入っていた中心静脈を取ることであっても、もしそれがその患者さんのケア、あるいは治療に必要であれば、その患者さんを担当している学生がそれを行うこととなります。それ以外にも、脊髄穿刺、などさまざまな検査治療を学生が行うこととなります。

インターンと学生の違い

では、インターンと、クリニカルクラークシップ中の学生との違いは何かというと、大きく言って二つあります。一つは、学生は必ずインターンないしはレジデントの指導のもとにしか医療行為を行ってはいけないということです。たとえば問診を行って、身体所見を取るの学生ですが、あくまでもインターンとレジデントが指導し、監督しているもとでしか行ってはいけないということです。2番目の違いは、患者さんの数です。通常、インターンが受け持つ患者さんの数の4分の1ないし5分の1の数を学生が受け持つこととなります。ですからもしインターンが常時10名の患者さんを持っているとすれば、そのローテーションにきている学生は2、3名の患者さんを受け持つこととなります。

クラークシップの一日

実際、クリニカルクラークシップに出ている学生がどういう1日を過ごしているのかということをご紹介してみたいと思います。これはどの科でもだいたい同じ状況ですが、もしインターンが朝6時あるいは6時半に出勤する科であれば、学生もその時間に病院にやってまいります。そしてまず、学生は自分の担当している患者さんの部屋に一人で行き、朝の回診を一人で行います。つまり、問診をし、身体所見を行います。それをインターンに報告し、インターンはそこで何か質問があれば、一緒にベッドサイドに学生と戻り、必要な情報を取得し確認します。

次にチーム回診になりますと、学生が担当している患者さんに関しては、その学生が症例報告を行います。そののち、

チームでその日のケア方針を決めますが、ケア方針が決まった段階で、カルテにオーダーを書くのも学生です。そしてそのオーダーを見て間違いがないことを確認して、それにサインをするのはインターンです。逆に、インターンのサインが出ない限り、いくら学生が処置オーダーを書いても、それは処理されませんし、正式なものとしては認められません。そして、その日の患者さんの記録をカルテに書くのも学生です。同じようにインターンはそのカルテを読んで、間違いがないか、漏れがないかを確認してサインをします。逆に言えば、もし何かミスがあった場合、学生が誤ったオーダーを書いた場合、あるいはカルテに何か誤ったことを書いてしまった場合には、それをサインしたインターンの責任となります。ですから、インターンの先生としても、いいかげんな監督の仕方をしていないわけにはいきません。

そしてもし新しい患者さんで、入院が必要な患者さんが救急外来に来られたような場合は、そのベッドサイドにまず行くのはインターンと学生です。そこで初めの問診を行い、身体所見を取り、それをレジデントに報告するのは学生です。今度はレジデントの指導のもとで、新しい患者さんのケア方針を立てるわけですが、そのプロセスのなかで、学生は鑑別診断の立て方、それから検査の仕方、治療の仕方一つひとつの症例を通して学んでいくこととなります。

通常、4日に1度当直で、当直のときに新しい患者さんを受け持つシステムです。月に7回ほど当直で、毎回の当直で学生はだいたい2人の新しい患者さんを担当するようになりますので、1か月のあいだに学生は十数名の新しい患者さん

を自分で一から退院まで手がけることになります。

産婦人科のクラークシップ

このほかに、産婦人科、外科といった特殊技術を要求する科では、当然、その技術取得がカリキュラムのなかに組み込まれます。たとえば、産婦人科であれば、自分で赤ちゃんを取り上げられるようになることがそのクリニカルクラークシップのゴールです。私が体験した産婦人科のローテーションでは、まず1日目に腰から下のマネキン人形とキューピーさんのお人形さんを渡されて、産婦人科の指導医の先生のもとで、赤ちゃんの取り上げ方を何回も練習しました。その日が終わるときには、自分で実際にキューピーさんのお人形を使ってお産の取り上げ方を指導医の前で実践しなければ家に帰れないというカリキュラムでした。その際に、いったい自分は何をやっているのか。このときにこういうことが起こったらどうするのか。もしへその緒が絡まっていたら、自分はどうするんだということを一つひとつ自分でしゃべりながら、あるいは先生からの質問に答えながら、実践的にお産のやり方をお人形を使って学びました。

クリニカルクラークシップの2日目には、実際に分娩室に入り、現場でお産がどうやって行われているかということを見学いたしました。そして3日目には、自分でお産を取り上げることになりました。当然、産婦人科の先生が付きっきりで、学生の手の下に産婦人科の先生の手があって、学生の手をガイドしてくださるかたちではありますが、自分で赤ちゃんを初めて取り上げることになります。そしてブラウン大学の場合、産婦人科は

1か月半のローテーションでしたが、1か月半、毎日毎日お産に立ち会うことによって、クリニカルクラークシップの中盤、後半では、当然、指導医の先生が部屋に入り、待機していらっしゃる状態ではありますが、自分一人でお産を取り上げることになります。

外科のクラークシップ

外科のクリニカルクラークシップでは、学生は日にたいてい二つないしは三つの手術に入ります。手術中は手術フィールドを保つお手伝いにほとんど留まりますが、それ以外に縫合などは学生がやらせていただける場合が多いです。もっとも外科医の先生、それからチームの構成、またチームのほかの先生の意向などによって、学生がどれだけやらせてもらえるかということには、だいぶ差があったように思います。私が外科の実習でいちばんやらせていただいたと記憶しているのは、1回はバイパス手術に入ったときに片足を任されて、saphenous veinを取り出すのを一人でやらせていただきました。それから、整形外科のローテーションの最後には、足の付け根の重症のhydroadenitis(汗腺炎)を取り出す局部麻酔の手術で、もちろん整形外科の先生が付きっきりでそこに立っていらっしゃるいましたが、初めのメスを入れるところから、それを取り出して、最後、縫合まで一人で全部その小さな手術をやらせていただき、非常に感激したのを覚えています。

学生向けカンファレンス

このように学生は、インターンのシャドローとして患者さんのケアを任せられ、ほとんどインターンと同じキャパシティで仕事をするようになります。その合間に、

パート2：「基調講演」

②「クリニカルクラークシップの導入……大学としての取り組み方」

黒川清（東海大学医学部長）

【植村】 それでは基調講演の第2部として、東海大学医学部長でいらっしゃる黒川清先生のお話をお伺いしたいと思います。ご存じのように、東海大学はたいへん教育改革をやっておられるところで、女子医大に次いでチュートリアルを始めた大学でもあります。それから臨床実習に関しても、クリニカルクラークシップという新しい取り組みをしておられます。黒川先生ご自身はご存じのように、東大の内科の教授から最近東海大学の医学部長にお移りになったんですが、お聞きするとアメリカのペンシルベニア大学とか、カリフォルニア大学とか、3か所か4か所の大学におられて、しかも、実際に向こうの学生さんのクリニカルクラークシップを教育されたご経験があるということです。赤津先生はどちらかという受けられた学生の立場からのお話だったわけですが、今度は教える側の立場から、実際にアメリカのクラークシップはどういうものなのか。そういうことを黒川先生がわかりやすくご解説いただけたと思います。それでは、先生、どうぞよろしくお願いいたします。（拍手）

【黒川】 どうもありがとうございます。いまご紹介がありましたように、私は内科で、教員としては、教えること、診療すること、それから研究することの三つをしながら15年間アメリカの大学

で過ごしてきました。したがってもちろん免許も専門医試験も、取れる資格は全部取ったわけですが、その後、縁があって日本に帰って、東大で12年ぐらい教えさせていただきました。日本とアメリカの両方のシステムを実際に身をもって体験してみると、かなり違うことがあります。ちょうど2年前にご縁がありまして東海大学に移りまして、東海大学でクリニカルクラークシップの導入を積極的にやらせていただいているところですので、それについてのお話を中心にさせていただきますと思います。

クリニカルクラークシップとは何か

最初にクリニカルクラークシップとは何かということですが、定義が違っているのはいけません。「クリニカル・クラークシップ」を私がよそから見ていると、視力が十分でない人たちが象に触って、「私はこう思う」と言っているシーンを思い起こします。もともと医学教育の目的はなにかと言えば、卒業するまでに医師国家試験を受ける資格のある人たちをつくることです。そうなるというたいてい何が必要かということを考えてみればいいわけです。

もともと、日本の医学部でもそういうつもりで教育してきたはず。もちろん、「臨床実習」という名前がありました。それが何となく調子が悪いというので、

りクリアーに考えることができる練習にもなります。2年間、クリニカルクラークシップで多くの患者さんと出会い、その出会いのなかで、単に病気のことを学ぶだけではなくて、その患者さん、そして患者さんのご家族の方とどうやったらよいコミュニケーションを保つことができるのか。ということを経験で覚えていくこととなります。

要領よく、漏れなく

そして、真夜中の2時、3時、インターンにくっついて病院中を駆け回るクリニカルクラークシップの生活のなかで、どうしたら1時間でも仮眠が取れるかという切実な問題を前に、限られた時間内に必要なタスクを要領よく、しかも漏れなく行う術を学びます。ケアをコーディネートする能力が2年間のクリニカルクラークシップを通して自然に身につけていくのです。

こうして、医学部を卒業する段階では、いちおう1枚の完成図ができ上がることとなります。その後、その絵のぎこちないところに手を加え、あるいは色合いが釣り合っていないところに筆を入れ、また雑に塗られたところにはていねいに筆を入れて、今度は1枚の絵としてより魅力的な絵に仕上げていくプロセスが、インターン、レジデントという卒後教育のプロセスではないかと思えます。

以上をもちまして、簡単ではありますが、アメリカ医科大学におけるクリニカルクラークシップのご紹介とさせていただきます。ご清聴ありがとうございました。(拍手)

討論

【神津】 赤津先生、ありがとうございました。アメリカで医学生として学んでおられた頃の充実した人生経験に聞きほれておりました。

お話を伺っておりますと、日本とは医療に関する国情の違いも多少あるようですが、それはそれとして、アメリカにおけるクラークシップのシステムについて、何かお尋ねになりたいことがあれば、時間を十分用意しておりますので、どうぞご発言下さい。

産婦人科の内診

【植村（浜松医科大学脳外科）】 ちょっと細かいことを聞かせてください。婦人科のときに、豊田先生も問題にされましたが、内診は日本では非常に難しいんです。先生がお受けになったクラークシップのなかで、先生は産科でお産にも立ち会われましたね。そのときに、お産の進行度を調べるのに、ポルチオの拡大術を内診しますが、あれは学生さんには実際にどの程度やらせているのか。先生がどの程度トレーニングを受けられたか。ちょっとそのことをコメントしていただけますか。

【赤津】 お産の進行度を調べる内診は、指導医の先生の意向によって、やらせてくださる先生と、「そこは自分がやる」とおっしゃる先生と両方でした。私の経験では、毎回のお産でやらせていただいたわけではなくて、おそらく取り上げたお産のなかの4分の1ぐらいのお産で、途中何回か進行度を調べさせていただき

ました。

【植村】 時代が違うかもしれませんが。私がカンサス市でインターンを受けたのは1960年ですが、少なくとも私がいた病院では、お産はもちろん学生さんとわれわれインターンが関与しますが、進行度に関しては、婦人科のプロパーのレジデントもしくは婦人科医以外はすべてトランスレクターです。直腸診でポルチオはちゃんとわかるので、少なくともそういう教育が私の病院では常識でした。私が浜松医大の先生に聞くと、そういう教育は日本にまったく導入されていないみたいですが、私はお産はトランスレクターで十分いけると思います。私自身、200例以上やりましたが困りません。私のいた病院では特殊だったかもしれませんが、婦人科のプロパーとそれ以外の方はきちんと分けて、それ以外の方はちゃんとレクターで行く。婦人科の先生だけはトランスバジナルという区分がきちんとあったんですが、ブラウン大学ではそういう区分がきちんとあったでしょうか。

【赤津】 そういう区分があったとは、私は覚えておりません。

【豊田（三重大学産科婦人科学）】 先ほど産婦人科の内診に関する御意見がありましたのでコメントさせていただきます。内診そのもののやり方も日本と欧米とではかなり違っていて、日本の場合は患者さんと医師のあいだでカーテンを閉めてやっているところが多いんですが、アメリカではカーテンなしでやっておられる。そういうことで、学生が内診する場合も、はっきりと学生であることが患者さんにわかるわけで、そのへんのところから根本的に違っていると思います。

クラークシップに関する準備教育

【豊田】 それからもう一つ伺いたいたいののは、クリニカルクラークシップに入る前の臨床医学に関する講義とか教育がどの程度行われているのか。内科とか外科の知識がほとんどなくて、先ほどお話になったような問診の取り方とか、フィジカルエグザミネーションだけやってクリニカルクラークシップに入るのか。そのあたりをちょっとお教えいただけませんか。

【赤津】 スライドでは、クリニカルクラークシップに入る前に実践的な臨床講義としてはどういうものがあるかということだけを取りあげましたが、この他に病態生理学として、循環器系、消化器系という系に分かれて、病気のこと、治療法のこと、を2年生の1年間をかけて勉強いたしました。

【豊田】 そうすると、基礎医学については、1年生で主にやるということですか。2年生で臨床の授業があつて、3年生からクリニカルクラークシップですか。

【赤津】 はい。

外来実習へのシフト

【阿部（東海大学内科）】 先生がいらしたブラウン大学に1か月間、クリニカルクラークシップディレクターの仕事を見に行っていました。現時点では、ブラウン大学は3分の1が外来実習になっておりますが、先生がいらしたところはどうのように外来の実習をなさっていたかということと、スタンフォードではいま外来の実習を教えていらっしゃるのか。それからもう一つは、ブラウンでは外来実習のときに、10個の大事な病気を決めてしまつて、それを集中的に教えている

今度は学生の教育だけを目的としたカンファレンスが毎日病院で行われ、学生はそれにも飛び回ることになります。たとえば、内科のクリニカルクラークシッの最中でしたら、心電図の読み方のセミナー、あるいはX線の読み方のセミナー、生命倫理のセミナー、学生だけによる症例討論会というさまざまなセミナーが、毎日か1日おきぐらいに実習中に行われます。

クラークシッの評価

次にクリニカルクラークシッの評価の仕方ですが、午前中のお話にもありましたが、評価のなかで中心となるのは、実際に学生が所属したチームのメンバーによる学生の評価です。インターン、レジデント、アテンディングがこと細かに、それぞれの学生を評価しますが、それには5段階評定で丸を付けるような評価形式と、自由形式で必要なことを書き述べる形式の両方を利用します。

それ以外に筆記試験、それから口頭試験、また実地試験がある科もありました。たとえば内科の実地試験では、外来が終わった病院の一角をお借りして、各外来の患者さんの部屋一つひとつがステーションとなり、そのステーションが1問の質問というかたちで、学生は時計回りにそれらの部屋を回って試験を行いました。そのステーションの種類としては、たとえば心雑音を持つ患者さんのボランティアの方に来ていただいて、学生がそれを聞いて、何を聞いたかを回答用紙に書く。あるいは患者役になった指導医の先生が一つの部屋に座っていらして、その先生を前に問診を行って、指導医の先生が学生の間診のやり方から、必要な内容を全部聞き出したかどうかを評価するステー

ションであつたり、あるいは簡単な症例が書かれていて、それを読んだ上で「初めの処置オーダーを書け」というステーションであつたりしました。

このように、3年生、4年生のクリニカルクラークシッが終わるまでには、ひとつおとりパズルのピースの一つひとつができ上がることになります。ここでもう一度、本当にそのパズルのピースを合わせて1枚の絵になるのかどうかということ、一緒に確認してみたいと思います。

これは最初と同じスライドですが、「患者さんを一人できちんと診ることができるようになる」のが最後の完成図でした。そのためにいくつか要素があるとお話しましたが、まず患者さんを診る場合には、1年生で学ぶ問診、そして2年生で学ぶ身体所見の取り方を使って、患者さんのデータをきちんと集める能力が要求されます。そして、やはり2年生で学ぶ症例報告のスキルを使って、先輩、同僚からケアに必要なアドバイス、指導を受け、それをもとに鑑別診断を立て、検査、治療を行います。学生といえども1か月に十数名の患者さんを自ら担当し、それを2年間行うわけですから、卒業までにはかなりの数の患者数を体験することになります。その経験をもとに、単に教科書、本からの知識だけではなく、実際に鑑別診断の立て方、あるいは検査、治療の仕方を体で学ぶことになります。

カルテ書きは2年生の1年間、添削というかたちで学び、それから3、4年生のクリニカルクラークシッの2年間で毎日行うなかで、カルテ書きの技術をより向上させていきます。同時にカルテを書く、という考えていることを紙に書き出す作業を通して、患者さんのケアをよ

パート2：「基調講演」

①「米国医科大学におけるクリニカルクラークシップ」

赤津晴子（米国スタンフォード大学内分泌内科フェロー）

【神津】 ただいまからパート2「基調講演」を始めさせていただきます。基調講演①は、赤津晴子先生による「米国医科大学におけるクリニカルクラークシップ」です。赤津先生のお名前を出しますと、たくさんの方が「ああ、あの赤津先生」とおっしゃいます。それはたぶん、『アメリカの医学教育』という日本でもよく知られている本の著者でいらっしゃることもあると思います。

赤津先生は華麗な経歴をお持ちでいらっしゃるしまして、聖心女子大の哲学科でご勉強なさったあと、上智大学の大学院で生物学をご専攻になり、それからハーバード大学の大学院で公衆衛生をお学びになり、それから改めてブラウン大学へ医学生としてお入りになりました。ブラウン大学でクリニカルクラークシップを経験されたあと、スタンフォード大学病院レジデントにお入りになり、現在は内分泌内科のフェローをなさっておられます。きょうは学生として経験されたクラークシップと、レジデントやフェローとしてのお立場からのクラークシップに関する考え方の両方について、ご体験に根ざしたお話をしてくださることと思います。では、赤津先生、どうぞよろしくお願いいたします。（拍手）

【赤津】 ありがとうございます。ただいまご紹介にあずかりました赤津晴子と申します。本日は公開討論会にお招きいただきましてどうもありがとうございます

ます。このように多くの皆さまにお目にかかることができ、本当に光栄に存じます。ただいまご紹介にあずかりましたように、私はいろいろないきさつからアメリカの医学部に学び、医者になりました。本日はその経験から、アメリカ医科大学におけるクリニカルクラークシップについてご紹介してみたいと思います。あらかじめお断りしておかなければならないのは、これから申しあげること、あくまでも私が医学生として体験したブラウン大学医学部での臨床教育、およびその後インターン、レジデント、そして現在フェローとして医学生のクリニカルクラークシップを担当する側から経験しているスタンフォード大学の臨床教育に基づいた話であり、必ずしも全米医科大学の全体像ではないということです。

卒業時の到達目標... seeing a patient

さて、本日アメリカにおけるクリニカルクラークシップをご紹介するにあたって、私がとってみたいと思っているアプローチは次のようなものです。医学教育に限らず、どのような教育、あるいはトレーニングにしても、その教育ゴールがあります。その教育なりトレーニングを受けた人間にはこういう能力を身につけてほしいという、言うなれば建設中の敷地の金網に掛かっている完成図のようなものです。ちょうどこの4月に日本の医学部に入学した学生さんは、おそら

のですが、先生のころはどうだったのかということをお教えてください。

【赤津】 まずブラウン大学で私が学んだ頃には外来の実習は非常に少なかったと思います。内科、外科、小児科といったほとんどの必修の科では入院実習がいちばんメインで、おそらく90%ぐらいの時間をわれわれは入院病棟で過ごして、残りの10%ぐらいが外来での実習でした。選択のクリニカルクラークシップでは、外来に出ることがやや多かったように思います。たとえばもし選択である血液内科のクリニカルクラークシップを行った場合には、半分近い時間を血液内科外来で過ごし、残りの半分を病棟で過ごすという具合です。産婦人科に関しては、必修の中では外来の実習が他と比べて多くて、妊婦さんの検診、あるいは産後の婦人検診など、毎日午前中は外来で過ごしていたように記憶しています。

10の病気を決めたというのは私は初めて伺ったことで、私たちのときはありませんでした。スタンフォード大学の場合も、いま学生さんを見ておりますと、外来をなるべく経験させるようにというふうが徐々に出てきて、内科の必修のクリニカルクラークシップをやっている学生さんは、病棟を離れて、週1回は半日、内科の外来で指導医のもとで患者さんを診ておられるようです。

もう一つ、私のときにブラウン大学であったのは、半年ないし1年を通して、一つ外来を自分で決めて、何のクリニカルクラークシップを実習中でも、その外来に毎週出るという一つのクリニカルクラークシップがありました。私はそれで病院の外のプライベートなプラクティスでしたが、ファミリーメディスンの外来に出向いて、毎週1回は何をやっていて

もそこで患者さんを受け持っていました。

【阿部】 それはいまでも続いているようでした。ありがとうございました。

外科的トレーニング

【森田（埼玉医科大学外科）】 たいへんわかりやすいお話でありがとうございました。一つ外科の立場でお伺いしたいんです。外科というどうしても縫合とか結紮という技術がありますが、これはいつトレーニングを受けるか。クリニカルクラークシップに入る前にそういう機会があるのか。または外科に入ってから最初にトレーニングを受けるんですか。

【赤津】 クリニカルクラークシップに入る前に、1週間はなかったと思いますが、1日、2日だけ集中講義で、外科に限らず、基本的なprocedureを学ぶワークショップがありました。そこではたとえば注射の仕方、IVの取り方、あるいは血液採取の仕方などを学びました。そこで簡単に縫合をやったかもしれませんが、主には実際に外科のクリニカルクラークシップに出た後、クリニカルクラークシップのなかで開講されている病棟でのセミナーの一つに縫合セミナーというのがあって、そこでブタか何かを使って実際に縫合の練習をしました。しかしこのセミナーが初日にあるとは限りませんでしたので、実際に手術に入って、患者さんを前に先生が1針2針やり方を教えてください、縫合を学んだ第1ステップだったように記憶しています。

インフォームドコンセント

【森田】 もう1点お伺いしたいんですが、いろいろな医行為を学生がすること、患者さんからのクレームとか、承諾を得るとか、そういうことはい

かがですか。

【赤津】 それは大事なことです。大学病院に入院、あるいは外来を訪れる患者さんは、必ず決まったフォームがありまして、それにサインするようになっています。そのフォームにはいろいろなことが書いてありますが、その一つは、「ここはティーチングホスピタル、大学医学部附属病院であるので、医者のみならず、トレーニングを受けている者も医療に参加することを私は承諾します」という旨のことが書かれています。このスタンダードなフォームに、最初入院する段階、あるいは外来のアポイントメントを取る段階で、患者さんはそれにサインしています。ですから、この段階で承諾を得ているとわれわれはみなします。

でも、それはそうとして、患者さんのなかには、自分はどうしても医学生には見てもらいたくないとはっきりおっしゃる方ももちろんおられます。そういう場合はアテンディングの先生が、「でもここはティーチングホスピタルなので、もしそれがいやならほかの病院に行ってくれ」とかなり強くおっしゃる場合から、「ではわかった。この患者さんは学生が入らないように」とわれわれに指導される場合と、そのときの状況でケース・バイ・ケースで処理されていたように思います。

医師国家試験

【杉村（藤田保健衛生大学外科）】

日本の医学教育では、ことに6年生といつか最終学年の段階では、国家試験が非常に大きな医学教育上の問題で、一部の非常に古くからの有名大学を除いては、6年次の2学期の後半以降は、ほとんどが国家試験の準備と称して何の授業も教育も行われないうのが日本の現状であろう

と思います。その点、たしかにアメリカの医学教育を見聞していると、ナショナルボードとかステートボードは教育の考慮のなかにはあまり入ってこない。それでいて、学生はそれなりにちゃんと対処していくと思っておりますが、現在では、ナショナルボードのパート2、パート1がまだ現存するかどうか。それと医学教育とのかかわり合いは何かあるか。あるいは、学生は大学がプリスクライブした医学教育のプログラムにのっとっていけば、そういうことはまったく問題はないと考えているか。そのへんのことはいかがでしょうか。

【赤津】 おっしゃるとおり、アメリカの医師国家試験は三つのパートに分かれておりまして、パート1は2年生が終わった時点で受ける解剖学、生化学といった基礎医学の試験、パート2は通常4年生のときに受ける臨床に関する試験、そしてパート3は医学部を卒業して1年間インターンを行わないと資格がないんですが、その段階で受けるもう少し難しい臨床試験です。パート1は、いちばん難しい試験で、みんなかなり勉強いたします。もっとも、1年生、2年生でやった授業そのままの内容というか、そこで勉強したことが試験で問われるわけですから、授業を犠牲にするというよりは、逆にそれがモチベーションになって、みんな授業に一生懸命出ます。パート2の臨床の試験は4年生のときに受けるわけですが、それはやはり臨床試験なので、実際にクリニカルクラークシップで学んだ知識、あるいは経験がたいへん役に立つので、その試験があるからクリニカルクラークシップをサボるという発想にはなりません。もっとも、直前に覚えなければいけないこと、あるいは勉強しなけ

ればいけないことが多少ありますので、パート2のボードがある前後には、スケジュールであまりきつくないローテーションを組む学生が多くあると思います。

【杉村】 先生が現在ご承知の段階では、アメリカのすべての大学がナショナルボードのパート1、パート2を教育のなかに取り入れているだろうかということと、もしもパート1が通らない学生は、そこで医学部から首になるとか、そういう使われ方がされているかどうか。その点はいかがでしょうか。

【赤津】 それは大学によって違いますが、一部の大学では、パート1に通らないと、退学にはなりません、クリニカルクラークシップを行う資格を与えない、通った学生にしか3年生としてクリニカルクラークシップを行えないという大学があることは聞いております。別の大学、たとえばスタンフォードではそういうことはなくて、通らなくてもクリニカルクラークシップは行える。ただ、卒業までに通らないと、たぶん卒業資格の一つが欠けているということで卒業が難しくなるのではないかと思います、そこはよくわかりません。

日米医学生の基盤の違い

【今中（天理よろづ相談所病院）】

どうもありがとうございました。クリニカルクラークシップに関する質問ではないんですが、いま「学生」という言葉が盛んに出てきて、アメリカはすごいなと思うんです。しかし、修了年限ということから言うと、日本の医学部は6年です。アメリカでは大学を卒業して、それからメディカルスクールが4年ですから、トータル8年になるわけですね。ですから、修了年限だけから言うと、日本の研修医

がアメリカの3年生、4年生に相当するのではないかと思います。もう1点感じたことは、いまのようなカリキュラムで勉強していくためには、第一にモチベーションが非常に高く、やる気がないとついていけない。もう一つは、患者さん、人間が見られるということは、日本のように知識があるだけではダメなわけで、社会的な常識も必要だし、心理面のいろいろなこともわからないとダメだし、社会経験があるほうがいいわけです。動機が高いということと、いろいろなことを勉強している。そういう意味から言うと、赤津先生のように大学を卒業して、社会を経験してから医者になろうと決心するほうがベターだと思います。

日本では逆に2年間の教養部をどんどん短縮して、私から言えば、最初からハウツーみたいなことばかり教えている。そのへんに関して、回り道のように見えるけれども、メディカルスクール構想にしたほうがいいのではないか。8年にしたらいい。いまの日本の状態で学生にどんどん医行為をやらせるのは無理だと思います。むしろ、臨床研修を必修化して、研修医の1年目、2年目に、先生が紹介されたようなかたちできちんと指導していくほうがいいと思うんですが、いかがでしょうか。

【赤津】 私の医学部の友達を見ても、本当にいろいろな経歴を経て、メディカルスクールに入ってからの方がいらっしやいました。こんなにいろいろなことをして、更にいまから医学を勉強しようと思うのはなんてファイトがあるのだろうかと思心させられます。そういうふういろいろな経験を持った方が集まっていられたので、お互いから学ぶことがとても多くて、学生生活がその

分楽しくなったと思います。

先生がおっしゃるモチベーションに関しては、モチベーションがなくて、あんなきついことをどうしてやれるのかと、逆にそういう気持ちになります。つまりモチベーションに関しては入学してくる医学生に問題がなかったと思います。もっともクラスメイトの一人で、非常に優秀な方でしたが、もちろん最初はモチベーションがあったんでしょうが、途中で自分はどうしてもラテン語を勉強したいということで、メディカルスクールをやめてラテン語の大学院に移られた方がいました。メディカルスクールは好きでなければやっていられない環境です。非常に楽しい一方、コンパクトでものすごいつらいと言えはつらい4年間でしたので、卒業にこぎつけるまでにはモチベーションはとても大切です。先生がおっしゃるように、いろいろな経験を積んで、それでも自分は医者になるんだという、初めの動機がしっかりしていたからこそ、そういうモチベーションが続くのかも知れません。

卒後研修の必修化

【今中】 日本で研修を必修化して、アメリカの学生のカリキュラムをそのまま日本でもやればよいと思うんですが、その点についてはいかがでしょうか。

【赤津】 私は日本で医者としての経験がまったくありませんし、医学教育も今日の午前中のお話を伺って少し勉強させていただきましたが、ちょっとわからないので、一口にそれができるかどうかわかりません。

【神津】 いまの今中先生のお話は非常に大事なことを含んでいると思います。これは赤津先生へのご質問というよ

りは、むしろ午後の総合討論の中で取り上げるべき問題かも知れません。

赤津先生にはまだいろいろと教えていただくことがあると思います。たとえば医療チームの構成の仕方とか、教員数と学生数の比率の問題、パート1が終わった時点からクラークシップに入るまでのあいだの準備教育、病棟における試験とOSCEとの違いなどについても、できればもう少し詳しくお教えいただきたいと思っています。

教育スタッフ

【谷（滋賀医科大学第1外科）】 私はクラークシップのまねごとのようなことを、水準I、II、IIIが出ました8年ぐらい前から臨床実習に導入しているんですが、そのなかでいろいろ迷うことがありまして、今日、参加させていただきました。午前中、日本の先生方からは、根本的なテーマについての答えが得られなかったんですが、今年の夏、欧米の大学病院を18か所ほど見てきたことを踏まえて、先生にひとつ教えていただきたいんです。先生は先ほど、4人の学生に2人の教育スタッフとおっしゃいました。私が経験したときもそうでしたが、結局日本ではちばん困るのは、教育スタッフと呼ばれる中で、実際にデューティを持った教育スタッフが何人いるかということです。アメリカで見た施設では、われわれの2倍から4倍のスタッフの方がいらっしゃるし、教育スタッフを支える事務の方も、外科だけでも何人も配置され、事務所も持っている。そんな状況を見てきました。ですから、先生のご経験から、正規の教育スタッフはデューティとして何人いらっしゃるのかということをお教えいただきたいのですが。

もう一つ、非常に困ったのはインフォームドコンセントです。いま欧米を見てくださいと、先生がちょっとおっしゃいましたが、入院するときに、ナショナルインシュアランスで入院する患者さんは、有無を言わずにあらゆる治験に OK していらっしゃる。同様のことは日本ではたぶん不可能だと思います。ですからそういうことについても何かコメントがありましたらお願いしたいんです。

【神津】 谷先生、それはなかなか大きい問題ですね。午後の討論でゆっくりお話を伺うことにしていただいてもよろしいでしょうか。それともいまここでお聞きした方が良いでしょうか。

【谷】 最初の教育スタッフのほうだけでも。

【神津】 わかりました。では赤津先生、教育スタッフについてのコメントをお願いいたします。

【赤津】 正式な教員スタッフの数は、申しわけありませんが、調べてまいりませんでしたのでお答えすることができないんですが、教員スタッフという場合、どこまでの医師を含めるのかというかたちでお答えさせていただきます。私がインターンとしてスタンフォード大学に就職した時の契約書のなかには、「学生の指導に当たること」というのが一つ項目として入っております。われわれインターンは「教員」と呼ばれるには駆け出してお恥ずかしいようですが、しかしインターンであっても、学生の指導に当たる指導医として扱われますので、そういう観点から指導医の数を考えますと、かなりの数に上るのではないかと思います。

【谷】 今日卒業しドクターになった時点の評価をおっしゃっていますが、最終的にドクター、医者としての評価は卒

業時点がよろしいのか、それとも専門医になったときがよろしいのか、先生のお考えがありましたらお聞かせください。

【赤津】 評価は一生を通して行われていくべきものだと思います。私が申しあげたのは、アメリカでは医学部を卒業した時点ではどのくらいの能力を持ってほしいと教育されてきたかということでした。卒業時点が最後の終点であるわけではもちろんなく、医学部卒業とはひとつのステップであり、医師という職業は一生かけて向上していかなければいけない職業なのではないかと思います。

【神津】 谷先生、たいへん失礼いたしました。黒川先生のご講演のあとで、赤津先生には改めて2時間にわたって壇上に座っていただきますので、またいろいろな問題についてじっくりお話を伺わせていただきます。赤津先生、本当にありがとうございました。

【赤津】 どうもありがとうございました。(拍手)

パート2：「基調講演」

②「クリニカルクラークシップの導入……大学としての取り組み方」

黒川清（東海大学医学部長）

【植村】 それでは基調講演の第2部として、東海大学医学部長でいらっしゃる黒川清先生のお話をお伺いしたいと思います。ご存じのように、東海大学はたいへん教育改革をやっておられるところで、女子医大に次いでチュートリアルを始めた大学でもあります。それから臨床実習に関しても、クリニカルクラークシップという新しい取り組みをしておられます。黒川先生ご自身はご存じのように、東大の内科の教授から最近東海大学の医学部長にお移りになったんですが、お聞きするとアメリカのペンシルベニア大学とか、カリフォルニア大学とか、3か所か4か所の大学におられて、しかも、実際に向こうの学生さんのクリニカルクラークシップを教育されたご経験があるということです。赤津先生はどちらかという受けられた学生の立場からのお話だったわけですが、今度は教える側の立場から、実際にアメリカのクラークシップはどういうものなのか。そういうことを黒川先生がわかりやすくご解説いただけると思います。それでは、先生、どうぞよろしくお願いいたします。（拍手）

【黒川】 どうもありがとうございます。いまご紹介がありましたように、私は内科で、教員としては、教えること、診療すること、それから研究することの三つをしながら15年間アメリカの大学

で過ごしてきました。したがってもちろん免許も専門医試験も、取れる資格は全部取ったわけですが、その後、縁があって日本に帰って、東大で12年ぐらい教えさせていただきました。日本とアメリカの両方のシステムを実際に身をもって体験してみると、かなり違うことがあります。ちょうど2年前にご縁がありまして東海大学に移りまして、東海大学でクリニカルクラークシップの導入を積極的にやらせていただいているところですので、それについてのお話を中心にさせていただきますと思います。

クリニカルクラークシップとは何か

最初にクリニカルクラークシップとは何かということですが、定義が違っているのではいけません。「クリニカル・クラークシップ」を私がよそから見ていると、視力が十分でない人たちが象に触って、「私はこう思う」と言っているシーンを思い起こします。もともと医学教育の目的はなにかと言えば、卒業するまでに医師国家試験を受ける資格のある人たちをつくることです。そうなるというたいてい何が必要かということを考えてみればいいわけです。

もともと、日本の医学部でもそういうつもりで教育してきたはず。もちろん、「臨床実習」という名前がありました。それが何となく調子が悪いというので、

「BSL」がありましたし、「BST」がありますが、それではなぜ「クリニカルクラークシップ」という名前を入れなければならないのかということになります。つまり、内容が同じなら変える必要はないんですが、カタカナにするとカッコがよくないのではないかと思っっている点もあるのではないかと思います。

これは一般的に日本の特徴で、行政も調子が悪くなると英語を入れてきて、お互いに意味がわかったような顔をして、まったく違った取り方をしているのに、わからないで済んでいるというところがあります。たとえば、「コーポレートガバナンス」。いまさら何を言っているのか。「ブリッジバンク」。いまさら何を言っているのかと思っますが、そういう言葉を使うと、何となくほかされていて、みんな安心するところがあるのではないのでしょうか。つまり、解釈はそれぞれ勝手にしているところがあります。

さて、そこで「クリニカルクラークシップ」とは何かということになりますと、いま赤津先生が言われたように、はっきり言えば、約 100 年前に Johns Hopkins 大学ができたときに、ウィリアム・オスラーが内科教授で移ったわけですが、「臨床の教育はテキストブックを読んだり講義ではなくて、実際のベッドサイドでの実践的な教育をしなければ意味がない」と言い、そのあと、アメリカの教育はある意味では、実践的な臨床教育に非常に重点を置いて、「クリニカルクラークシップ」が発展してきて 100 年たっているところなんです。そうするとアメリカにおける医学部の卒前の臨床教育が「クリニカルクラークシップ」と定義をして、このシステムを導入していることになるのです。

なぜ米国方式クラークシップが良いのか

それではなぜアメリカかということなんです。アメリカはいま世界で唯一のスーパーパワーだからアメリカ式をやるわけではなくい。アメリカは建国以来たかだか 200 年の歴史しかなくて、固有の文化、固有の人脈、固有の社会的な背景による束縛が少ないということが一つです。それから多国籍民族によってなっていますから、いろいろなバックグラウンドの人たちにすべての機会がいちおう与えられていて、しかもすべての人たちにいちおう納得できるようなシステムを構築していくということがありますので、比較的普遍性が高いシステムをつくっているという歴史的な背景があります。

それから 3 番目には、歴史が浅いということ、かえっていろいろな歴史のくびきが少ないことになりますので、つねに新しいことへのチャレンジが許されていることです。日本は明治 20 年以來の講座制によって大学はできていますから、いくらクラークシップをやろうと思っても、従来のシステムがいろいろなところで足かせになってできないところがあります。たとえば、教授の回診によその教授もものこの顔を出すことはなかなかできません。私が東大にいたときは、内科は第一、第二、第三、第四、物療、神経内科とありますから、教授の回診を 6 か月ごとに交替してやりましょうと言ったんですが、受け入れてくれません。そういう縦割りのところで 100 年以來の伝統があるために、なかなかこれを崩すことができないのが一つの大きなくびきになっています。ところがアメリカでは、どちらかという、いいことはやろうではないかという話が比較的やりやすいということで、アメリカのシステムは世界の

なかでも参考になる。しかも、情報が十分に公開されているという有利さがあるということです。

日本でなぜクラークシップが必要なのか

さて、日本でなぜクラークシップが大騒ぎになって、この日曜日で忙しいのにみんなが集まるかということになりますが、日本も consumer の要求が強くなってきた。情報が公開されてくる。インフォームドコンセントだ、お医者さんのやり方が気に入らないとか、セカンドオピニオンとかいろいろ言っています。教育に携わっているわれわれも、できるだけいい教育をしなければならないということになります。そこで文部省も厚生省もいろいろ言うわけですが、医学教育にあたっては、できるだけ早く、いい教育を受けさせたお医者さんを卒業させ社会に送らなければならないという責任があるので、「クラークシップ：when？」と言われると、できるだけ早いほうがいいに決まっています。

How がむずかしい

「クラークシップ：how？」が難しいんです。いま言ったように、講座の縦割り、しかも「教育でこういうことで一生懸命やりましょう」と言う人は、だいたい教授クラスの人が多い。その人たちのクラークシップ、あるいは臨床教育に対するビジョンは何か、その人たちの考え方は何かというと、縦割りで、しかもよそとの交流を拒んできたという大学の体質があります。つまり日本では、どこの大学に入るかは、18歳の入試だけが唯一の open competition で、入ったら最後、基本的にはよそとは交わらないことになってい

るわけですから、自分たちの教育、あるいはどこかに行って見てきた、あるいはどこかで経験したことは、自分の経験以外には絶対広がらないわけです。

で、いろいろなものを読んでみる。だけど経験したことはないということになると、読んでみたのと、やってみるのは大違いということがあるので、どのように具体的にやるかということ非常に難しい。そこで赤津先生のような方が来てお話ししてくださるのを聞いて、日本の側の、あるいは自分の経験にそれを当てはめて考えてみると、いいなとは思っても、さあ、どうやるか、これを大学に持っていくと、いろいろ問題があります。

高等教育の変貌

そこでなぜ医学教育なのか。まず一つは、高等教育のあり方が違うということです。昭和30年代までは、日本の18歳人口のうち大学に行く人たちはたかだか12、3%でした。12、3%の人が大学に行く時代の大学の役割はあくまでもエリートの養成です。したがって、工学部に行く、法学部に行く、医学部に行くということをして、18歳で決めてもちっとも差し支えないことになります。つまり、エリートの養成機関ですし、社会もそう思っていますから、選ばれた人が選ばれた教育を受けて社会に奉仕するという目的になっているわけです。18歳の大学進学率が20%を超えて50%までいくと、大学の目的は明らかに変わってきます。

しかも、現在のアメリカは大学卒の学位をもらう人が60%近くになっています。日本もいまだいたい50%になっていますが、そのように場合の大学の社会での存在価値、あるいは大学に行く目的は、エリートの養成ではありません。第一義的

にはあくまでも市民としての教養を付ける場所です。50%以上の人が大学に行くようなソサイエティでは、大学は「ユニバーサル型」といって、目的が明らかに変わっています。いまの日本は高学歴の社会になっていますから、アメリカのシステムは非常に参考になるということを、まず認識すべきです。

メディカルスクール構想

そうすると、アメリカは4年プラス4年のメディカルスクール型ですが、先ほど今中先生からご質問があったように、日本でもそうすべきではないかという意見があるのは当然です。ただ、日本とアメリカの大きな違いは、アメリカでは4年間大学に行って、さらに4年の医学部に行くときには、基本的には違う大学に行くということです。単純に考えてみればよくわかると思いますが、東大の理Ⅲが悪いという一般的な評論があります。たしかにそうかもしれません。そこで、医学部を8年間にしたらどうなるか。東大の医学部に行くのは殆ど東大生ばかりだと、ますますへんてこりんなエリート意識を養成するだけで、入ったとたん8年間保証されているのでは全然意味がありません。むしろ、医学部はいろいろな大学を混ぜて取るというアメリカ式のやり方にすべきだということです。

2番目の history and culture of a country は、いま言ったように、一つひとつの社会、あるいは国にはそれ独自の歴史的な背景と社会構成がありますが、日本とアメリカは比較的似てきた。けどアメリカは先ほど言ったように、歴史が若くて、しかも多国籍民族であって、だれにでも機会があるという意味では、非常に innovation、reconstruction、restructuring をやり

やすい。日本はそういう意味では、これとはいっばん逆のほうにあるのではないかということで、難しさがあることになります。

医療供給体制の変化

次に、ヘルスケアシステムがすごく変わってきて、医者での役割が変わってきています。これから高齢化社会、少子化社会になりますと、どういう医者がほしいのか。しかも、これからは医者のマンパワーが多すぎるから、医者の定員を減らせと言っているわけです。20年先に医者が過剰になるから、いまから減らしてくださいという意見ももつともではありますが、20年先の医者の役割はかなり変わっているかもしれません。そうすると、20年先の医療供給体制はどうなるのかということ、行政はまず考えなければなりません。

たとえばアメリカでは、先ほど言ったように、私がいたころもそうですが、入院患者でのクラークシップが中心だったわけですが、ご存じのようにアメリカでは1983年のDRGの導入以来、マネージドケアになってきて、いまの医療はいかに入院を短くするかということになっています。手術の前のアセスメントはほとんど外来でやるようになっていきますから、学生のティーチングにしても、病棟中心から外来に重点を移さざるを得ないということがいま起こっています。したがって、数年前に比べると、外来での患者さんの evaluation、assessment、discharge 後のフォローアップが非常に大事になってくるのは当然のことです。そこがいまのアメリカの医学教育でもシフトしているところで、医療体制によって教育が変わってくることを認識する必要があります。

日本の医学教育をどうするか

それからもう一つ、ライフサイエンスリサーチが非常に進んでいますから、医学部の4年間、あるいは6年でもいいですが、何をどう教えるのかということになってきます。しかも、医療がだんだんボーダーレスになってくるという時代を迎えて、さて、日本の医学教育はどうするのかということが問題になってきます。

たとえば、医療法の改訂によって、医療法人の理事長案件には医師の免許を持っている必要はなくなってきました。そのときに何が起こるかということ、もちろん厚生省はある程度の条件を付けていますが、病院の理事長はアメリカの大きな hospital-chain の人たちが入ってきてもいいわけですから、たぶんそういうことも起こってきます。そういうことが起こってきたときに、アメリカの人たちから見て日本のお医者さんはどうかということがわかってきてしまう。

学士入学制度

さて、「クリニカルクラークシップ」は、アメリカの医学部で後半の2年間に行われている臨床教育だと定義しますから、それで話を進めさせていただきたいと思いますが、日米でメディカルスクールの構造は違います。アメリカは4プラス4、日本は6年ということになります。これは文部省の21世紀の医学医療の提言にあるとおり、メディカルスクール構想を少しずつ推進する方向になってくると思います。

東海大学と大阪大学は10年前から学士入学がありますが、その人たちを見ると、少なくとも東海大学では、一般に motivation がなくて、いい人が多いと思います。実際、今年、群馬大学でメディカ

ルスクール構想に従って学士入学を15人募集したところ、なんと応募者が2800人です。それだけ学士で入学したいという人の要望が出てきているということで、これからはそういう方向になっていくのではないかと思います。一般に、日本は18歳入学の学生が幼稚であるところに、教えるほうの難しさが一つあります。

これからの複雑な社会的な背景を見ると、医者は自分で勉強する能力が特に要求されます。アメリカと違って、臨床家を育てる医学教育にたいへん定評のあるイギリス、あるいはその伝統が続いているオーストラリアでさえも変わってきています。たとえばオーストラリアでは、10のメディカルスクールがありますが、そのうちの三つは、今年から、全部4年の大学を卒業した人しか取らないことになりました。これから複雑な世の中を迎えるにあたって、医者になる人の資格としては、自分で勉強する人たちを取りたいということで、いままでのイギリスの伝統という非常に質のいい医者を育てているという世界的な評判があるにもかかわらず、なんと10のうち三つの医学部は、アメリカ型の4年間の大学を出た人しか取らないシステムに変えていることからいっても、やはりアメリカ式の4プラス4のメディカルスクール構想のメリットは非常に大きいと認識したいと思います。

講座制の弊害

それからもう一つ、先ほど、カルチャーとヒストリーの話は言いましたが、日本では明治以来100年余の「伝統高き講座制」に守られておりました。教授の権威は揺るがないことに問題があります。それぞれの教授は独自に自分は偉いと思っています。臨床実習を学部3年生に

入れようとする、午前中にも、「2週間ごとにすべての科を回りましょう」という話がありましたが、自分の科も大切であると、みんな言い張るので、全部公平にという話になって、うまくいかないわけです。

したがって、先ほどの話にもありましたように、クラークシップ1年目は医者として基本的なところにといいことになっています。3か月内科、3か月外科、産婦人科が1、2か月、小児科が1か月、精神科が1か月というのが、アメリカのクラークシップの3年生のカリキュラムですが、日本ではそんなことはできません。それぞれの教授がいろいろな意見を言うと、説得しにくいことになる。それがバリアーになっています。

PL法…社会に対する医科大学の責任、

それから、医学教育に携わる人たちの社会に対する責任です。もし自分たちの大学を卒業したお医者さんたちが、将来、何か不始末をしでかしたときに、その大学の先生たちにPL法でも設定しましょうと言ったときに、自信がありますか。実はそういう気構えが大事なのではないのでしょうか。そういう気構えがあれば、社会での大学の先生、あるいは医者に対する信用がずっと違ってくると思います。お医者さんのほうも大学での肩書きなどがなくなったときに、自分はどれだけの医者なのかということ、お互いに尊敬できるかということです。

日本の場合はどうしても、官が高くても民が低いということになっていますから、旧国立の偉い大学の教授はみんな何となく偉い、できると思っているのかも知りません。無意識のうちの社会的地位と肩書きへの尊敬とかいろいろあるのかもし

れませんが、もっとオープンに実力はお互いに競争すべきで、これできないところが情けないと思います。

では、どうしたらいいか。これからグローバル化を迎えますと、世界のリーダーシップを取るような国の一つとしては、いまのままの医学教育ではまずいのではないかと。非常に質のいい臨床教育をするためには、大学全体のコミットメント、医学部の決意、やはり faculty、fellow、house-staff すべてがそっちに行こうという決意とコミットメントと責任をとるという気構えが必要です。もちろん、これは病院にかかわることですから、病院のスタッフ、それから入ってくる学生も、そういう覚悟をして下さいということになります。

東海大学における教育改革

さて、そこで東海大学ではどうか。14年前に日本に帰ってきて見ていると、東海大学はけっこう改革への可能性があると、実は思っていました。

なぜかと言うと、まず第一には、大学の歴史が比較的浅いというのは、一つの advantage です。2番目には、ここの教授、助教授の先生は、慶應大学出身の人が多いわけですが、アメリカやカナダで臨床トレーニングを受けている先生がけっこう何人もおられる。非常に理解を示してくださいました。しかも、非常に前向きです。

それからもう一つは、そういう先生方がいたからだと思いますが、アメリカとイギリスの大学に、5年生の希望者、年間にだいたい10～12人ですが、3か月から6か月、向こうの大学病院に行って、クラークシップをやるというプログラムがありました。もちろんそのプログラム

は向こうの学生もこちらに来ていいということで、今年の1月と2月の2か月間、向こうの学生が12人、東海大学に来了ました。そういうことが、本格的にクリニカルクラークシップを導入していこうというベースとしてあったということです。

もう一つは、たとえば東海大学はもちろん医学部のなかに図書館がありますが、これは24時間開いています。これは非常に大事なことだと思います。図書館をどのくらい使っているかを見ると、学生さんがけっこう多いわけですが、夜の12時過ぎから朝の6時まで、毎時間100～150人くらいが使用しています。これはたいへんすばらしい。寝ているわけではなくて、勉強しているということです。

統合カリキュラムへの展望

クリニカルクラークシップをやるのは、臨床前のカリキュラムをいろいろ変えなければなりません。そこでいったい何が行われるかという、basic scienceのカリキュラムを2000年に向けて、ブロック制にしようと思っています。

ハーバードのNew PathwayにかかわったWilkersonという、いまUCLAの医学部の教育担当の副学部長がUCLAに移ってきたときに一緒に引っ張ってきた人がいます。Dr. Mettenです。今度たまたま彼女が日本に来ることになりましたので、手伝ってもらうことになりました。東海大学では去年、Johns Hopkins大学どを見に行ったりしてもらって、基礎カリキュラムを検討していますが、2000年に向けて直します。改訂する理由は、教員の教育での評価をやりやすくするのが一つの目的です。

クラークシップへの準備教育

もう一つは、10年前から、東海大学では3年生の病態生理、病気のメカニズムのシリーズが全部スモールグループのcase-oriented system (COS) になっておりまして、学生たちが自分で勉強して発表していくシステムが取られています。そういうベースができていました「Introduction to clinical medicine」をもう少し充実させる必要はあるんですが。さらにhuman relationshipとして、ナーシングホームとか、いろいろなところに入学したばかりの人たちが行くようになっています。もう一つは、communication skill、Doctor-patient relationという週半日のコースを1, 2年生から入れていこうというのをいま現在準備中です。

このように最初の2年、その次のcase-oriented systemをこれから充実させていく。ここらを充実させると、クリニカルクラークシップに入る前のところが充実して、あとは質を上げていくことになってくると思います。

クリニカルクラークシップ

東海大学ではクリニカルカリキュラムをいったいどうしているかという、去年の秋からですが、4年生になってクラークシップに入っていきます。はじめは内科と外科だけです。主に7・3で、先ほど大塚先生が言われたように、ほとんどは内科です。ただ、どこの大学でも同じですが、内科が残念ながら縦割りになっていますので、ある程度ローテーションをさせざるを得ないので、1か月ごとにいろいろな内科をローテーションしていますが、これについては次にお話しします。

5年生では、小児科、OB / GYNその他

を回るようになって、そのほかに選択があります。6年生にはさらにいろいろな選択と試験があります。先ほどのご質問にもありましたが、これが本末転倒で、クラークシップをきちんとやっていれば、特に勉強しなくてもいいのですが、にもかかわらず6年生の後半の半年は国家試験の準備のために、大学のほうも一生懸命講義をしたり、学生も勉強している。まことに本末転倒な教育のあり方です。

厚生省がやることで、「文部省、これも何とかしてちょうだい」ということになります。私は国家試験の委員長をやらせてもらったのでよくわかるんですが、試験問題をつくる先生の問題のつくり方、選択肢のつくり方、どうしてそういう問題をつくったのかと聞いていると、その先生の教育者と臨床家としての能力がだいたいわかってしまうのではないかと、これもやはり improve しなければならないと思います。

診療所実習

それからもう一つ、6年生の選択としては、医師会の先生たちの診療所、あるいはいろいろな病院での実習もあります。この先生たちとも1年に1回会って、向こうからの評価もありますし、学生のレポートもいただき、フィードバックをかけながらやっております。たとえば診療所では、整形外科とか、内科、眼科など、非常に忙しい臨床をやらせていただけるようで、学生も非常に喜んでいるようです。その先生方たちともミーティングを持たせていただいております。

一つの内科、一つの外科

そのほかに、クラークシップを導入するのにどういうことが必要かというので

東海大学で始まったことは、まずいくつもある外科を一つにしました。一つの Department of Surgery とする。内科も一つの Department of Medicine になっていただいたことです。これは教授の先生たちの大きな理解がなくてはできないことで、非常にありがたいことです。もちろん、いちおうかっこうとしてはこうなっても、中身が変わるのには数年かかるだろうと思います。どうしてもいままではサブスペシャリティで分かれていましたから、病棟もそれによって分かれてしまっている。ご存じのように、日本でも医療法がどんどん変わってきて、これからは急性と慢性というほうに変わってきますから、いままでのような講座制、縦割りの内科、外科ではやっていけなくなります。特に私立大学はつぶれるかもしれないというときに、医療法の変化に残念ながらこちらが変わっていかないとたいへんです。しかも、疾病構造も変わってきたということからも、内科と外科は一つになっていただいたのは、たいへんよかったと思います。

救命救急センター

それからもう一つは、救命救急センターがありますが、それと内かと外科も一つにして総合診療部として、救急部と病棟を一つにして、患者さんはつねに救急のほうから病棟に入れるようにしてあります。これを中心にだんだん広げていくと、どうしても内科や外科の一部の人たちはここにかなりかかわってきて、プライマリーケア、エマージェンシーの学生教育がここにずいぶん集中できるのではないかと。ここの病棟のサービスが、将来的には急性期病棟の中心になってくるのではないだろうか。先生方の協力で一つ

になれたのはたいへんよかったと思います。

臨床セミナー

それからもう一つ、毎日12:20から1時まで、私の部屋の前の講堂でセミナーをやっています。このセミナーは臨床オリエンテッドの比較的わかりやすい話をしてくださいということです。従来、縦割りですと、そこに回っている学生にはセミナーをやってくれますが、ほかのローテーションの学生は行けない、行きにくい。あるいは研修医も他科の医師も行けないということでは困りますので、内科、外科、あるいはいろいろな臨床科が順番でローテーションしています。どうしても内科、外科が多いわけですが、とにかくランチタイム、そこに行けば、何かセミナーをやっている。特にクラークシップに入っている学生、研修医、いろいろな人に、ここにぜひ出なさいとプロモートしています。

ここでは、お弁当も出しております。先着20名にはただのランチが出る。あとは買えるようになっていきます。とにかく毎日そこに行けば何かやっているというのは非常に大事なことで、特に若手の人たちがいろいろなセミナーをやってくれますと、その人たちのevaluationもできる。ビデオもとってありますので、しゃべるほうもだんだんうまくなっていきます。

若手教員の海外研修

Faculty developmentはこの下のFaculty experience programと一緒にあります。アメリカでやっているようなティーチングだということになりますと、みんな頭のなかでは思っている、経験がないとなかなかできない。そこで、若手の教官を選んで、

外科、内科が中心だったんですが、1か月4人、アメリカの大学の実際の病棟チームに一人ひとり入れて、向こうで1週間過ごして来るというプログラムをやっています。今年になってからは、内科、外科だけではなくて、婦人科、小児科等、いろいろな若手に行っていておしまして、帰ってくるとレポートしてもらう。

一つの大学ではなくて、いろいろな大学に行ってもらっています。それはなぜかと言うと、どこの大学でもベーシックなところは同じだということを知ってほしいからです。そのフィードバックをかけながら、こちらで何ができるか。みんなで共通して、これならできるということをうちの大学で取り入れながら、だんだん改善していこうという計画です。

外国人指導医の招聘

それから、アメリカからattending doctorを呼んでくる。いまは内科が中心ですが、向こうの若手のfacultyに、できれば1か月くらい来てほしいんですが、1週間とか2週間来てもらう。毎日いろいろな病棟をteaching roundしてもらおうことをしています。そうすると、いったいどうやって学生や研修医に毎日interactしながらティーチングをするのか。それから、向こうに行ってきた経験だと、その人たちがたとえば胸部外科の人だとしても、向こうのチームのなかに入ると、1日1日がすごくエキサイティングだと言います。何がエキサイティングかというと、attending doctor、スタッフ、研修医、それから学生を入れて、1日中いろいろなことを話している。だから、自分の専門以外に、外科でも内科でもなんでも、実にい

ろいろなことをよく知っている。いろいろなことを話題にしては、お互いにティーチングをしていて非常に楽しいと言っています。なぜそれをやらないのか、ぜひ、そういうことをしようというのと、向こうのティーチングはこんなふうに行っているということを、しよっちゅうやっています。

先々週もアメリカから1人来ていて10日間ばかりやっていってくれました。そのほかに外から、clinical facultyとして、現在、3人の先生に来ていただいています。週に1回来て、学生の2チームぐらいを呼んできて、プレゼンテーション、診療の仕方、ディスカッションをしていただいています。clinical facultyは皆さん、アメリカかカナダで臨床をやった向こうのboard-certifiedの人たちです。こちらとしてはある程度臨床教育のqualityを保ちたいということで、現在はそこから始めています。

教育評価

もちろん、そのほかに、学生を研修医、それから教えているワードチームがもちろん評価しますが、学生による評価も当然のことで、基礎にも臨床にも、全部このシステムを入れています。

教育の評価は、ダメな人をやめさせるためにやっているわけではなくて、フィードバックをすることによって、どこが弱いのか、どこがいいのかがわかるので、必要です。個人の教員の評価もやっています。フィードバックをかけることによって、必ず全体がよくなるのです。

そのほかに、授業の場合は、ときどき抜き打ちでビデオを撮ることをしております。評価の悪い先生がいたら、「私はちゃんとビデオを見ていますよ」という

フィードバックをかけることができます。「自分でもどうぞ見てください」ということです。

それにはお金がかかります。たとえば、いろいろな人を月に4人アメリカに行かせたり、向こうから呼んでくると、それなりにお金がかかります。どこからお金をもらってくるかということ、私立大学ですからけっこう厳しいんですが、ひねり出せるところはなるべくひねり出しています。

そういう意味では、教育は一生懸命やっておりますが、文部省もこういうことにはお金を付けろということを経験していただいたいし、ただ付けるだけではなくて、評価してよかったところにはもっと出す。ダメだったところには出さなくていいということを経験していただきたいと思います。

医療チーム

もちろんそうすると、外科、内科は、最初の1年間、ずっと学生が来ますから、病棟のチームをかなりreorganizeしなければいけません。従来の日本ですと、教授の回診、その下に病棟医長がいる、その下に助手がいる、助手の下に研修医がついて、徒弟的な一方通行の教育をしているかもしれませんが、内科と外科については、先ほど大塚先生が見せたように初期の研修医がいます。その上にいちおうジュニア、シニアという卒後3年から5年の人、それから5年過ぎたような人たちのチームを必ずつくってもらってございまして、そこに学生を付けています。さらにもう少し上の方がattending doctorということで、週に2,3回ぐらいteaching roundをすることをしております。そして、教授回診をしていただく。もちろん、病棟

のナースとかスタッフにも協力していただいています。

そのほかにアセスメントをしなければならぬわけですが、これをするには、faculty でも特にクリニカルクラークシップ導入のためのアメリカへの体験旅行、それから intense な faculty 同士のグループディスカッション。そしてクラークシップを導入してから、実際にティーチングにかかわっている若手の先生たちと私どものいろいろな討論会、学生からのフィードバック、学生と私どもの話し合いの会をしています。それによって問題を洗い出し、修正しなければならないことはたくさんありますから、それをやる。

さらにそれを評価することになります。もちろん、faculty はスチューデントによって評価されて、フィードバックはわれわれのほうでしますが、先ほど言ったように outside attending doctor にも来ていただいております。

学生による教育評価

これは学生による初期のクラークシップの評価です。学生が慣れなくておたおたしているのも多いのですが、なんとなくポジティブで、「まずいのではないか」というのは見られません。「学生が何をすべきか、ちゃんと話してくれるか。」「説明は要領よく理解しやすかったか」とか、「臨床技術の模範を示してくれましたか」とか、いろいろなことがあります。初期ですが、いちおうは 60 % ぐらいの満足度で、これからだんだんフィードバックをしながら、もう少しよくしたいというプロセスです。

実際の評価をしてもらって、またこちらが修正して、また評価してもらってというクール 1、2、3、4 となると、だ

んだん外向きに評価の点が上がってくるのがわかりました。特に、「全体としてこれまでの参加経験に基づくクリニカルクラークシップ全体の総合評価はどうですか」というのはだんだん上がってきていることが見えます。

卒業時の到達目標

日本では卒業した時点で国家試験を受ける。国家試験を受けたら一生免許の更新はない。国家試験が受かったら再試験もないし、更新という運転免許のような方法ありません。しかも医師の免許を持っていれば医療行為はなんでもできることになっています。しかし、卒業してから、たとえば耳鼻科の専門になると、ずっと耳鼻科をやっているわけですが、そういう先生が、先ほど赤津さんが言ったように、飛行機で「お医者さん、いますか」と言われたときにどれだけ大丈夫かということ、心もとない。そういうわけなので、私ども東海大学の入試要項の『チャレンジ』という本にも書いてありますが、少なくとも大学を卒業するまでに医者として最低限必要な「知識」、「技能」、「心」の三つをきちんとさせよう。その三つ。少なくとも common diseases、それから emergency にはきちんと対応できるようにさせておきたいと思っています。

「知識」ですが、もちろん学生としては、ここにあるように clinical presentation の仕方、それから initial evaluation、basic approach to management、それから special topics、少し勉強してこれもやるということです。

それから、「技能」としては、医師として最低限の技能をつけてもらいたい。もちろん history-taking、physical examination、鑑別診断、検査の解釈、コミュニケーション・スキル、基本的手技とマネージメン

ト・スキルをいちおう付けてもらいたい。もちろん、教員にもこの点をお願いし、十分に言っております。

態度、もちろん「心」です。"Care of a patient should be non-judgemental and patient-centered"です。こういうこともやはり病棟のチームと毎日自分が実際に患者を持って、その患者については自分が主治医だということが非常に大事です。少なくとも、現在のところ、患者さんからの評判では、「学生さんが主治医ですよ」と言われてもほとんど問題はないようです。患者さんのほうからの評価を聞いていても、非常にポジティブに評価している人が多い。

クラークシップを導入するためには

それから、クラークシップを導入するにはどうしたらいいかということですが、これをやるまでには、1年間特別な委員会をつくっていただいてがんばっていただきました。いろいろな資料を集める、それからいま言ったように、東海大学ではアメリカで臨床のトレーニングを受けている教員がけっこういますし、学生も毎年10～12人が半年アメリカに行っているということがあります。向こうからもいろいろな人を呼んでいました。そこでカリキュラムをつくる。

それから、大塚先生はフルタイムで教育計画部におられますから、実際のカリキュラムをつくる。レジデントはどうする。レジデントの input、preceptor、intern、attending doctor、lecturer、clerkship-director、small group leader、いろいろなファクターがある。クラークシップの学生が持っているハンドブックもあります。

それから学生とクラークシップ委員会とのフィードバックのセッション、それからティーチングに当たる人たちとわれ

われの feed-back session をしています。それから、クラークシップが始まる前に、goal と objectives、それから learning site and assignment、daily schedule、評価の書式、それから、遅れたとか病気の時はどうするか、それからいろいろな電話番号などの一つのパッケージが学生にわたっていて、学生に習った手技のチェックリストその他があります。まだまだ改善することはたくさんあります。

アメリカのシステムはそれこそオスラー以来 100 年余の伝統があつて、しかもアメリカでは最初の4年間の大学から医学部に行くプロセスですごく混ざる。しかも、卒業してレジデントはどこでやるかということ、全国のコンピューターのマッチングです。赤津先生もブラウン大学を出たからといって、ブラウン大学に行けるわけではなくて、自分が希望するところを10～15ぐらい書くんだと思いますが、コンピューターでマッチングする。赤津先生の本にも書いてありますが、スタンフォードでいらっしゃいという話があつた。たぶん3月18日ぐらいに全国でいっせいに発表になると思います。全国いっせいですから、それまでは自分がどこに行くか全然わからないわけです。自分の希望の順位の高いところに行けるかどうかは、本人の能力と、その大学の評判がいちばん大事です。

日本のように、卒業したところは医局でカラオケか何かに誘って、(笑)一杯飲ませて、「うちに入れよ」「はい、そうします」なんていいかげんなシステムではない。このような日本のあり方では、社会に対するプロフェッショナルリズムがあるのかということが疑問であり、この点は非常に大事です。そういう意識と責任感がなくて、「クラークシップだ」と一生

懸命力んでも、国民がサポートするかどうか、私は少し気になっています。

まずはスタートさせよう

そういうわけですので、私ども東海大学はアメリカのレベルが1から10の10だとすると、2位でもいい。いま言ったように、だんだん医療の形態が変わってきて、日本もあと数年でマネージドケアになって、外来が中心になってくると思いますが、とにかくクラークシップをスタートしよう。不完全に決まっている。システムも不完全だし、教えるほうも慣れていない。日本は学生も研修医も教わろうということばかり思っていますが、とんでもない。1年違ったら教える。「teaching is a best learning opportunity」と言われるように、1年下でも自分で教えるとなったら一生懸命勉強します。「やりなさい」と言っています。

いろいろな問題はあっても、とにかくスタートすることが大事で、スタートしながらフィードバックをかけて、改善する。ですから、とにかくスタートしよう。いろいろな障害もある、問題もある。だけど、スタートして、われわれのスタート時点のスコアは1から10までのうちの2位でけっこうだ。その代わりに、フィードバックをしながら、だんだん3になり4になりということをしていこうということで、現在やらせていただいています。「Collect all written materials about the clerkship. Talk to faculty and residents, Talk to students, talk to other clerkship directors.」とにかく始めることが非常に大事。特にアメリカからのattending doctorを呼んで来る。こちらの若手の人を向こうにどんどん行かせて経験させる。自分たちで身をもって経験させて、大学全体として、クラーク

シップに対するレセプターのup-regulationを図る。「クラークシップ」と言うと、できるだけ多くの人達がみんなが「ああ、このことだな」ということを感じてもらいたい。そのためにはお金を惜しまないことが大事なのではないでしょうか。

教員の問題

これからの問題点としては、いくつもあります。教員のマンパワーの問題がありますが、教員と言うとフルタイムだと思っているところにひとつ間違いがあると思います。特に日本は戦後50年、終身雇用によって縛られて、つねに雇われている人はフルタイムとっていますが、パートタイマーをきちんとやれるようにする。非常勤講師という時給の安いことではなくて、ちゃんと週20時間来る人はいったい労働法でどうなるのかということをやってほしい。先ほど言ったように、アメリカやカナダで臨床のトレーニングを受けた人たちをclinical facultyと呼んでいますが、そういう人たちの輪を広げたい。

アメリカでは、実は医師免許証を持っている人の50%がなんらかの形で教育に参加しています。別にお金を払っているわけではない。多くの人たちがclinical facultyとして、1年のうち1か月attendingをしてくれるとか、定期的にティーチングに参加している。そういう人たちを増やすべきだと思います。

研修医の力量

それから、研修医の実力の問題もあります。特に1年目、2年目の研修医たちは、教えることが苦手です。しかし、そういう学生が卒業して研修医になると、その人たちは学生たちに教えたり、一緒

になって学ぶことができるようになると思っています。学生も 18 歳ぐらいで来る子はなんとなく子供っぽい。しかも、教わろうとばかり思っています。「教わろうというのではなくて、せっかくいい頭があるのだから、もっと頭を使え」と言っていますが、なかなか頭を使わない。教わろうと思っている。自分が勉強する心構えができていない。一般的に言えば学士入学の人たちはいいと思っております。

講座の問題

それから、いい大学だから、何を言われてもいちばんいいと思っている人がけっこういますし、そのほかに内科、外科をはじめとしてそれぞれの教室はそれぞれが独立王国で、これがなかなか難しい。「うちは講座です」と言います。講座は明治 20 年から 100 年以上もあるもので、「講座、講座と言わないで」とお願いしています。

病院も、これからの機能としては、第一内科、第二内科、第三内科という区分は意味がない。もっと再編しなければいけないと思います。特に大学病院の役割、市中病院の役割はいったい何なのかということを再考、再編する必要があります。

それぞれの役割

それから、医学教育学会や、内科学会、外科学会が自分の専門分野を中心にしていただけではなくて、全体としてどうあるべきかということをもっと提言すべきです。私は内科学会の会頭講演で、学会は社会での存在をアピールすることを、これからもっとやらなければいけないと言ったんですが、なかなかやってくれません。それから医学部のリーダーシップも非常に大事だと思います。特に国立大

学では、専任の学部長がいるわけではありません。教授のままで学部長を兼任していますから、自分の教室にえこひいきするという文句もあるわけで、それでは困ります。そして、社会に対して、大学の教授ではなくても、開業している先生も、それぞれ医者としては、それぞれが医師としてプロであるという誇りと責任を持つということです。それによって、社会に対するわれわれ医師全体のコミットメントをはっきりさせることが大事だと思います。

それからもう一つ大事なことは疾患のパターンですが、特に高齢化社会でこれが変わってきます。お医者さんとして必要なことはいったい何なのか。ヘルスケア・システムが変わってきます。医師はこれからは要らないと言っていますが、介護とかいろいろなところは医者にかからなくていいのかとかいろいろなことがあります。特に、医療と教育、研修のグローバル化が来ますので、いったいどうなるかということは非常に大事なことです。日本の医学は進んでいると思われませんが、それはテクノロジーが進んでいるのであり、テクノロジーがないところでどれだけ医者の臨床能力があるかというのが、実はこれから大きな問題だと思います。

私大医学部の授業料が非常に高いのは、異常だと思います。これから、行政、大学、お医者さん、政治家、すべてが関わって、これからの医療をやっていく。特にこれからはマーケットによって支配されてくるヘルスケアに academic medicine はどう対応するのか。機関はどうするのかということは、行政だけに任せておいてはいけません。やはり、それなりの責任ある人たちがもっと声を大きくして、一

つの力とならなければいけないと思います。

卒前医学教育の位置づけ

一つの行き方としては、特に文部省、厚生省ですが、医学教育としては、アメリカのように18歳人口が50%も大学に行くような時代になったら、大学の役割は変わってきています。だからこそメディカルスクールという4年の大学を出た人が行くようなシステムをもっと推進すべきだと思います。入学生の二、三十%までが学士入学になってくると、そのメリット、デメリットがはっきりわかってくるのではないかという報告を、医学教育学会でも出されたと思いますが、そのほかにそういうふうになったときに *under-graduate education* はいったい何なのかということをもっと考えるべきです。文部省では今年の10月に、「21世紀の大学のあり方」という答申を出しました。書いてあることは悪くはないんですが、大きな問題を含んでいます。このようにみんなが大学に行くようになってきたときには、ロースクール、ビジネススクール、メディカルスクールというプロフェッショナルスクールに行くためには、*under-graduate education* は変わってこなければいけないんです。つまり、いままでのような工学部とか法学部というのではなくて、国際基督教大学に見られるようなリベラルアーツのエデュケーションをもっと *encourage* すべきです。それを卒業したうえで、こういうプロフェッショナルスクールにシフトしなければいけないんですが、そういう理解はまだまだ足りないと思います。

そのほかに、医学教育と研修にはもう少し国も税金を使うべきだと思いますし、

税金を使うべきだと思わせるだけのことをわれわれは教育者としてやはり提言し、示すべきだし、そういう *products* を見せるべきだと思います。ヘルスケアが変わってくるときに、これからどういうふうに変ってくるか。さらにパブリック・サポートを得なければなりません。先ほど赤津先生が言われたように、「こんなたいへんなトレーニングなのにどうして医者になるの?」というような *motivation* をかけるような社会的な存在としての医師ということ、やはりわれわれは要求すべきではないかということで、私の話を終わらせていただきます。どうもありがとうございました。(拍手)

質疑応答

【植村】 どうもありがとうございました。時間が来てしまいました。このあとももちろん総合討論があつて、いろいろなディスカッションがされますから、ここでは黒川先生がお話になった内容について個別的にいまここで確認したいことがありますら、どなたでもけっこうですがお出してください。大きなテーマ、爆弾的な発言は次の総合討論でたっぷりやりますので、いまは小さな質問とか、おっしゃったなかでちょっと確認しておきたいことがありましたら。どうぞ。

医学用語の教育

【白日(福岡大学外科)】 非常にいいお話をありがとうございました。先生のいまの大学における英語教育、メディカルタームに関する教育方針をお聞きしたいんです。私は国家試験の委員をしてお

りますが、学生は国試に通ればよいということで、日本語の教科書を引くだけで、ターミノロジーに関してはほとんどゼロに等しい。そういうことで非常に悩んでおられる先生が多いんですが、いかがでしょうか。

【黒川】 うちが1年生のときにメディカル・イングリッシュということで、アメリカのセルバイオロジーとか、基本的な本をみんなで読むというコースをやっています。そのほかに向こうから attending doctor が来るとか、アメリカ、イギリスに行かせることもしています。英語は大事だということで encourage するようにしています。それから、英語のテキストブックをなるべく読むようにして、慣らせようと思っています。その理由は、やはり英語のテキストブックを書いた人は、変なことを書くと次から書けなくなりますから、書いてあることの信頼性が非常に高い。日本の教科書は、先生方も書いたことがあるので、皆さん知っていると思いますが、それほど reliability が高くない部分もあります。そういうわけで、なるべく英語の本を読みなさい。スタンダードのテキストブック、ローテーションでは何を読みなさいということは、ある程度指導しております。

教員教育

【植村】 先生のところは、クラークシップを導入するにあたって、アメリカでトレーニングを受けた方がたくさんいらっしゃるからやりやすいんですが、それ以外の人もあると思うんです。たとえばクラークシップの教え方とか、教育のワークショップはおやりになりましたか。

【黒川】 いちおうやりましたが、いま申しましたように、概念的にわかって

いても、自分で経験しないと、言っている人と言われている人のギャップがけっこうあると思います。クラークシップを入れてからも若手の先生を向こうに1週間行ってもらって、実際にどうやっているのかということ、全体として2,30%の若手教員に経験させたいと思っています。

組織改革

【植村】 それから先生がおっしゃったなかで一つ理解しにくかったのは、大講座制なんです。大講座制を組むのに二つのテクニックがあります。一つは内科だけでくくって大きな大内科にして、外科医からくくると、循環器とかオルガン別に内科と外科をくくってしまうのと二とおりあるんですが、先生の場合はどちらをされたんですか。

【黒川】 いま内科と外科とそれぞれひとまとめにさせていただいています。それから、いずれ今度、病院のリストラクチャリングが始まりますが、病院ではたとえば循環器病センター、消化器病センターというセンター方式があり得ることは考えています。だけど、急性期疾患の総合病院がなければそんなセンターばかりあってもしょうがないので、まずいまはジェネラルホスピタルになるようなアキュートケアの病棟を、内科、外科も混ざるような総合診療部ということでまず1病棟つくっていますが、それをだんだん広げていく。

【植村】 内科も外科も全部引つくるめた一つの大きな塊にしてしまったわけですね。

【黒川】 Acute care も入る。そういうふうにしてほしいと思っています。

【植村】 わかりました。それでは総

合討論で議論していくことがたくさんありますので、いちおうここでいったん打ち切ります。黒川先生、どうもありがとうございました。(拍手)

パート 3

【総合討論】

パート 3 : 「総合討論」

司会： 植村 研一 (浜松医科大学)
神津 忠彦 (東京女子医科大学医学部)

【神津】 ただいまから総合討論を始めます。フロアの先生方を交えた公開討論はこの公開討論会の重要な狙いの一つであります。活発なご発言をお願いいたします。

その際、ご発言をなさろうとする先生は、恐れ入りますが予めマイクのそばにお立ちいただきたいと存じます。そうしますと能率良くたくさんの方々のご発言がいただけると思います。どうぞよろしくお願いいたします。

また予めお断りしておきますが、この公開討論会は文部省の科研費を頂戴しておりますので、あとで報告書を作成いたします。従って先生方のご討論の内容は印刷させていただくことになりまことをご承知おき下さい。記録には所属とお名前が必要であります。どうか発言に先立って所属とお名前をおっしゃっていただきたいと思ひます。

総合討論の構成ですが、まず最初に午前中の短いまとめをいたします。午前中のお聴きになれなかった方がおられるかもしれませんので、再確認の意味も含めて、パート1の司会の伴先生と大野先生からご説明をいただき、途中で植村先生からも短い追加の発言を加えていただきます。

パート 1 のまとめ

【伴】 それでは、午後から来られた先生方に、午前中の問題提起セッションのところの参加のお時間がなかった先生方のために、ごく簡単にまとめさせていただきます。まず最初に平成3年5月13日の報告の臨床実習検討委員会の報告からクラークシップの条件、それから基本的な医行為、それから違法性の問題というふうなものを確認いたしました。その前に一応ここでクリニカルクラークシップというものをどのように考えるのか、という共通法を理解しておかないと、ということで、クリニカルクラークシップの定義ということを確認しております。それだけちょっと読ませていただきますが、「医学生が医療チームの一員として実際の患者診療に従事しながら臨床実習を行う」、こういうスタイルの臨床実習のこと、そして「指導医の指導あるいは監視の下に許容された一定範囲の医行為を行い、医学生としての責任を負う」、さらには「将来医師となるために必要な知識・技能および態度・価値観を身につける」この3つを揃えた臨床実習をクリニカルクラークシップととらえてディスカッションを進めるということでございます。

そしてそのあと総論的な報告として徳永先生のほうから臨床実習の卒前の実習の委員会、医学教育学会の委員会のほうの平成7年度の実態調査それから金沢医大、自治医大、東海大、筑波大、埼玉医大それから千葉大学、最後に三重、東京女子医大と、それぞれの教育機関におけるクリニカルクラークシップの実状、あるいは問題点、それからどのように今後取り組んでいったらよいのかという将来的な展望をまじえて報告がございました。以上、午前中の「問題提起セッション」を簡単にまとめさせていただきました。

【神津】 ありがとうございます。次に、大野先生からのお話をどうぞ。

【大野】 午前中にご発表いただいた委員会のメンバーはみなさま大学所属の先生方なんですけども、その先生方に事前にアンケートをお配りしまして、アンケートの回答をいただいております。そのまとめをちょっとご覧いただきたいと思います。スライドをお願いします。

これは委員会に参加していただいた筑波、自治医大、埼玉医大、千葉、日本大学、東京女子医大、帝京、東海、金沢、浜松、三重、関西医大というところでございます。次のスライドを。

臨床実習の実施の学年をおたずねしましたところ、4年から6年までの3学年で行っている3校、5年から6年が6校、そして5年のみが3校といったところでございます。そしてクラークシップの導入をしているか、ということでは、来年から導入を予定しておられる帝京と千葉を含めまして12校でございます。クラークシップという言葉を使ったときに、学年によって行っているということが5校ございまして、要するに午前中お話しがありましたように、例えば金沢医大

でありますと、BSLの1年間を準備期間のようなかたちで、そして6年生でクラークシップを行うという明確に位置づけ計画によって行っておられるというところ、他の学校でもそういうところがあるようでございます。また、科目によって、ということもございます。これはどこの大学でも多分いろんな意味で科目によってと申しますか、科による差ということが大きな問題になっているだろうと思いますし、この手のところを実際問題としてどういうふうに解決していくかというのが一つの問題点になるのかもしれないと思います。スライド次をお願いします。

学生側の準備ということで、実技や態度の訓練を行っているかと。ここでは「十分とは言えない」というふうにお答えいただいた学校が7校ございます。結局、こういう、この態度や実技の訓練をするというところで、カリキュラムがとても臨床実習の前に詰まっている、そこからどれだけ時間を見つけだして臨床実習の練習に充てるのか、あるいはそのグループでやるとすれば教員確保をどうするんだ、という先ほどからたくさんご指摘があった、あるいは実習室をどうするんだといういろんな問題が多分、各科で提起されると思います。

それから実習の評価ということですけども、行っているというお答えをいただいたところが8校。これは実技の評価というつもりでおたずねしたんですけども、実際にはそうでないものをお答えいただいたところもあるので・・・？

実際に実技の評価を行っているというお返事をいただいたのが、OSCEを含めているような方法で実技を評価した上で臨床実習に入っているというのが、6項のちょうど半分ぐらいかと思われま

最後ですが、教員側の理解と協力、これは予定の2校を除いて10校の数字ですが、それを見てもみると、研修医とか若手の医師、あるいはコメディカルを含めて看護婦さんのレベルで見ますと、ピークが黄色ですが、「ふつう」というところにある部分が多くて、さすがに教育スタッフになると、「少し良好」というのが多くなってきますが、ある大学では教育スタッフは「むしろ不良である」というところも出てきまして、やはりスタッフがどのように理解して協力してくれるかというのが非常に重要ではないか。そういう意味で言いますと、お答えいただいた方の各個人の科目のなかでどういうふうにといいふうにお答えいただいた部分もあるかと思っておりますので、全学的、全体的に見たときに、本当にこれぐらいでみんながうまくいっているのかというのは、多少割り引いて考えなければいけないのかもしれない。

それともう一つ、患者さんサイドということですが、患者さんの理解、協力はおおむね良好に行っているようです。ただ学生が医療チームの一員として医療に加わっているということに多少不安を感じる人が多いのが事実のようです。以上です。どうもありがとうございました。これらのことがまた討論のなかでいろいろの意味で問題点として取り上げられるのではないかと考えております。

総合討論

【神津】 どうもありがとうございました。それでは、ここで総合討論で討論いただきたいと考えていた項目をお目

にかけたいと思います。

まず、病院実習はいまのままで良いのでしょうか。これから、21世紀にはいつてからの10年、20年間持ちこたえることができるのでしょうか。もしそうでないとしたら、病院実習のどこを改善しなければいけないのでしょうか。

改善のポイントとして「クラークシップ」という言葉が出てきました。では、クラークシップとは何でしょうか。その概念はきちんと把握されているのでしょうか。

クラークシップはなぜ必要なのでしょう。クラークシップを導入するための条件は何でしょうか。導入を阻むものは何でしょうか。クラークシップの導入によって何が改善されるのでしょうか。あるいは逆に、導入をするとどんな問題が出てくるのでしょうか。臨床実習はどうしてもクラークシップという形態でなければならないのでしょうか。これまでのBSLではなぜいけないのでしょうか。

そして、このクラークシップをアメリカから学ぶとすれば、クラークシップは日本の医療になじむのでしょうか。あるいは社会文化的な風土になじむのでしょうか。日本の大学の現状になじむのでしょうか。クラークシップと卒後研修との整合性はどうか。

今日のパート1とパート2で、これらについてかなり語られたように思います。

クラークシップの概念

【神津】 これからの討論では、クラークシップという言葉、同じ意味で使いたいと思います。午前中に、日本医学教育学会卒前教育委員会から提示したクラークシップの定義・概念で話を進めてよろしいでしょうか。

繰り返しになりますが、クリニカルクラークシップでは、医学生が、見学実習ではなくて、診療チームに参加してその一員として実際の患者診療に従事する。そのなかで指導医の指導・監視のもとに、許容された一定範囲の医行為を行い、学生としての責任を分担します。

この場合の「許容された一定範囲の医行為」というのは、厚生省の臨床実習検討委員会が決めたわけではありません。あれは例えばこういうものという例示であることをご注意申しあげたいと思います。それを参考にしながら、各大学が独自に決定すべきものだと理解しております。

卒前教育委員会では、この中の「責任を分担する」という言葉が問題になりました。あとで黒川先生からも教えていただきたいと思いますが、学生に責任なものであるのかという意見もありましたが、今日の赤津先生や黒川先生のお話を通して、学生にもチームの一員としてそれなりの責任があることがご理解いただけたかと思います。そしてクラークシップの目的は、実際の診療の手伝いを通して医師となるために必要な知識、技能、態度、価値観を身につけることにあるのだと思います。

それではまずクリニカルクラークシップの概念について、少し討論をしていただきたいと思います。

従来のBSLとどこが違うのか

【黒川】 私はクリニカルクラークシップとは何かというのを最初に出ささせていただきましたが、従来言われていたこととどこが違うかということを知りたいんです。

【神津】 単なる見学実習ではなく、

医療チームの一員として実際の患者診療に参加するという点と、決められた一定範囲の医行為を学生なりに責任を持って分担するという2点ではないかと思います。

【黒川】 しかし、昔からの先生に聞くと、みんな「やっていたよ」とおっしゃるのではないかと思います。

【神津】 それではいままでのBSLと新しいクラークシップはどう違うのかについて、植村先生からお話しえ頂きましょう。

【植村】 私は1960年、いまから38年前にアメリカに行きまして、アメリカでインターン、それから一般外科のレジデント、それから脳神経科のレジデントを終えて、それからイギリスに留学して、オックスフォード大学、ロンドン大学とトレーニングを受けて、外国の脳外科の資格を持って日本に帰ってきましたが、日本の臨床実習とは天地の差がありました。午前の議論を聞いていても、日本でもけっこうやっているのではないかと。診断も付くとか、問診も付くとおっしゃいます。断片的にはそうかもしれませんが、従来のがわが国の臨床実習の欠点をまとめますと、「診療体験が乏しい」の一言に尽きると思います。実際に患者さんを与えられて、問診と診察はさせられますが、それが唯一の体験であって、注射もしなければ採血もしない。それから、レントゲンに行くときについて行かない。要するに、患者さんのケアはまったくしていません。病気を診断する道具として患者さんを使っているだけです。

それから、ほとんどの診療行為は傍観のみで、学生が興味を示さない。それからたった1、2名の患者の割り当てです。内科に50床もあるのに、たった1人受け

持つとは何ごとかという感じがあります。

それからもう一つ、決定的な日本の問題は疾患中心主義で、患者中心ではないことです。つまり、入院患者の病名診断を教授が非常に強調する。それから、大学で行われる特定の治療が強調される。そして患者さんの全人ケアは、先生方は「教えている」とおっしゃいますが、私に言わせると無視に等しいです。要するに患者を見ていない。先ほど赤津さんから、スタンフォード大学、ブラウン大学のお話がありましたが、seeing a patient、患者を見る。しかし日本では病気をしている。この批判に日本は耐えてこなかったわけです。

それからもう一つ、評価に妥当性はありません。そして、実際に学生に問診をさせ、診察をして、患者さんとお付き合いをさせているんですが、これを評価しているのかどうか。多くの診療科で私が見ておりますと、レポートとか口頭試問で知識が評価されているだけで、患者さんとの口の聞き方とか、甲状腺の触り方を本気になって評価している先生がいったいどのくらいあったんだろうか。それから、相変わらず臨床講義、クルズスで中断が多い。われわれ脳外科ですと、お昼になると脳が出て、午後3時、4時がピークです。このときに内科の臨床講義をやったらたまらないので、浜松医科大学では、私はカリキュラム委員として、いっさいの講義の排除を勝ち取りました。クルズスをしたがる先生をブロックするのは並大抵の努力ではありませんので、教育の原理からの抜本的な改革が必要である。これが従来 of 臨床実習のわが国の最大の欠点だと思います。

浜松医大脳外科のクラークシップ

【植村】 1991年7月1日付で厚生省が医師法の解釈を変更してクリニカルクラークシップができるようになりましたので、9月1日からだちに浜松医大の脳外科に限って、クラークシップを導入いたしました。したがって、8年の歴史があります。

まずやったことは、全入院患者さんを全学生に割り当てる。これは私がいたアメリカのニューヨーク州立大学と同じやり方ですが、30床の病棟に5人の学生が来たら、間違いなく6人割り当てる。月曜日の8時に割り当ててしまいます。そして2週間にわたって、講義、クルズスはいっさいいたしません。それから、学生が医療チームの一員として積極的に医療に参加するということはどういうことかということ、研修医の下働きです。教官のスタッフが足りないというご批判がありましたが、私に言わせると、教官のスタッフが足りないからこそ、スチューデントがいて助かるわけで、先ほど赤津さんがおっしゃっていたように、労働力として使われます。要するに研修医と一緒に患者さんをレントゲン室に連れていくのは学生がやっています。その間に研修医はほかのことができるので非常に助かるので、そういう意味で戦力として使えます。

それから私たちは看護実習をすでに2年生でやっていますので、ナースの手伝いもさせます。だから、医療だけではなくて、看護もここで実習していただく。それから採血、検査、手術などに積極的に参加する。たとえばアンギオのときには患者さんをストレッチャーに乗せて放射線科に連れていく。そういうことを脳外科の学生がやるからこそ、放射線科の

先生のなかには感動して、セルジンガーを少し手伝わせてくれたり、いろいろなことをさせてもらっている。これは熱意です。

それから、朝6時から患者さんのところに行って世話をしたり、ごはんを食べさせるからこそ、採血を拒否する患者さんがいないんです。教官が、「この人は学生ですから、採血をさせていただきますか」と言うなんてばかなことはしません。学生が自ら患者さんと仲よくなることによって、患者さんが、「学生さん、がんばってね」と言ってくれます。1回失敗しても、「今度は何とかしてね、学生さん」と言ってくれる。そういう人間関係が築き上げられてくるということです。従来のベッドサイドでは絶対にそういうふうにはなりません。「暇なときにはつねに患者さんのそばにいて、患者さんの話を聞け」と私は言っています。脳外科の場合には、厚生省の基準に従った3つの水準が決まっておりますので、その範囲で医行為をやらせています。

もう一つは、患者中心の全人医療をするために、多くの科では、従来、診断だけをやっていましたが、脳外科に來るとメディカル・プロブレム、たとえば脳腫瘍があるとか、肺炎がある、糖尿病があるというプロブレムをいくら出しても、私の教授回診は通りませんので、サイコロジカル・プロブレムをリストアップする。つまり、手術を怖がっているのか。手術によって麻痺が出るのではないとか、現在ある麻痺が治るのかという心の不安をリストアップする。それから、社会的なプロブレム、要するに経済的に困っているとか、会社が倒産しているとか、そういうこともリストアップする。従来の学生ではできませんが、クラークシッ

プをやっていると、このへんがすらすらと出てきます。メディカル・プロブレムはもちろんですが、サイコロジカル・プロブレムとソーシャル・プロブレムをどこまで深入りさせるのかというのが私の言う全人医療になります。

それから評価ですが、うちはまず自己評価をさせます。学生が、自分はたとえば点滴をやったとか、ルンバールに触ったとか、いろいろな項目を自己評価してもらおう。しかし信用できないということもありますから、研修医が評価し、しかもナースが評価いたします。

学生の自己評価を見ますと、やはり従来のベッドサイドの病氣診断ではなくて、患者をケアすることによって患者とのコミュニケーションが十分取れたというのが圧倒的に多いです。それでほとんどの人は採血などをやっているんですが、患者さんと人間的なコンタクトが取れたというのが、従来のベッドサイドにはなかったことだと思います。

それから評価する場合に、いろいろなレーティング・スケールがありますが、情報収集能力は医学的な立場ですので、看護婦さんにはわかりません。看護婦さんに手伝ってもらっているところはカルテの記載能力、それから患者さんとのコミュニケーションです。ベッドサイドで患者さんと仲よくやっているのか。患者さんが怖がっているのかというのは、看護婦さんのほうのはるかによくわかります。それから看護婦や医師との協調性、この三つはナースからも評価を得て、あとは研修医が評価しております。

そうするとおもしろいことがわかりました。学生は協調性があるとナースが思うことは少なく、ドクターはそう思っても、ナースから見たら決してそうでは

ない。ですから、ドクターが協調性を教えたと言っても、ナースから見たら話にならないという評価をいただきます。それからカルテは、医者の方は「なっていない」と、知識の点で評価しますが、看護婦さんから言わせると、「いろいろな患者さんの苦情がちゃんと書いてあるではないか」というぐあい、視点が違えば評価が異なってきます。

それから、患者さんとのコミュニケーションに関しては、看護婦さんの評価は非常に厳しいです。ですから、医者の方はいいと思っても、看護婦さんから見るととんでもない。こういうことで評価も含めて、従来のベッドサイドと違うことが出てきています。

ですから、私が言いたいのは、従来の疾患中心主義の診断学実習ではなくて、朝6時から行って、患者さんにごはんを食べさせたりすることによって、採血をしたり、それからストレッチャーでレントゲン室に連れていく、リハビリに連れていくというところから、患者さんがいろいろな医行為をさせてくださる。ですから教官が、「この人は学生だから、やらせてくださいね」という頼み方をしてはいけないのです。ですから、助教授が月曜日に、「もしも患者さんが採血1本でも拒否したら、それはおまえの人間性を患者さんが拒否したんだ」と学生に指導しています。したがって、学生は拒否されないために必死になってサービスをする。そういうところが従来のベッドサイドとは天地の違いがあると思っています。

クラークシップの概念

【神津】 クラークシップの必要性にまで踏み込んだお話をしえてくださいました。

ここでもう一度話を戻させていただきませんが、卒前教育委員会からお示した概念を前提として、クラークシップの話を進めてよろしいでしょうか。もし何かの補足意見をフロアーの方々から頂けるとありがたいのですが、いかがでしょうか。

委員会での討論では、診療の練習だけを目的に患者さんを診察するのは模擬診療になるだろう。クラークシップでは模擬診療ではなくて、実診療のなかで学ぶということが第1の違いではないかということが挙げられました。そのなかで医師になるために必要なものを学び取っていくことが大切なのであって、医行為そのものが第一の目的ではないのだという話でした。

医行為が第一の目的ではない

【吉田（九州大学統合教育センター）】

ただいまお話しいただいたようなクラークシップの要件と言いますか、要するに患者さんと接して、患者さんとの人間関係のなかで患者さんの許可を得て、医行為をやっていくには、先ほど森田先生のご発表のなかでもありましたが、だいたい1週間から8日の時点で患者さんとコミュニケーションが取れると学生が判断しております。ということになりますと、最低でも2週間ぐらいかかるのではないか。あるいはたとえばアメリカのように3か月は内科のクラークシップをしなくてはクラークシップと呼べない。医行為をさせれば1週間で済むのだという考え方があるのかどうか。そのへんのところをはっきりさせないと、いままでの臨床実習のスケジュールのなかで、医行為をやったから、これがクラークシップだと言われると、私の把握している感覚

では少し違うのではないかと思います。

【神津】 私も、医行為がいちばん重要な事柄ではないというご意見はとても大事だと思いますが、黒川先生この点は如何でしょうか。

【黒川】 実際にお医者さんになって、研修医になって受け持ち医になったときに、実際の医療行為をするかというのと、別に行為はなくても主治医ではあるわけで、学生と同じ役割をするというのが非常に大事なのではないかと思います。

【植村】 いま吉田先生がおっしゃったことは非常に大事ですが、私は時間の関係で全部割愛しているのです、クラークシップを始めるには準備が要ります。浜松医科大学の場合には、2年生で解剖実習の前に1週間かけたコミュニケーションスキルのトレーニングとロールプレイを使ったグループワーク、それから看護実習を1週間やります。そういうことで、2年生の段階で患者さんをケアすることがわかっていて、ベッドサイドが始まる前にもう1日つぶして、ロールプレイを使ったカウンセリングとかコミュニケーションの教育をしますが、こういう準備教育が学生が患者さんの心に接していくのには非常に大事だと思います。つまり、従来の診断だけするための血圧を測ったり、腹を触ったりというのではなくて、患者さんをケアするということは心のなかに入るわけです。心を傷付けない条件がコミュニケーションのなかにあります。最低のA、B、Cを教えない人にクラークシップをやらせるのは、非常に間違った、反倫理的なことだと思います。

赤津先生のお話のなかにはありましたが、アメリカで1年生、2年生であれだけ時間をかけたメディカル・インタビューを

やるのは心のケアを教えているわけで、そこがあってアメリカもできているわけですから、そのところをご理解しなければならぬと思います。従来の日本の内科診断学で皆さんがおやりになっている問診では全然話になりません。心のなかに入るというのは、臨床心理学、それから精神医学もわかったうえの踏み込み方です。そのへんのこつをちょっと教えているからこそ、私の場合は、月曜日からポーンと学生を付ける。学生は看護実習もやっていますから、看護婦さんと一緒にすぐなじんでいきますので、この準備は絶対に大事なのではないかと考えています。

米国と日本の違い

【神津】 赤津先生にお尋ねいたします。今日の午前からいまままでご覧になっていて、日本で行われてきたベッドサイドラーニングのことはおぼろげながら把握なさったと思いますが、そういうものと先生がなさってきたクラークシップとの本質的な違いはなんでしょうか。また、いま患者ケアのなかでというお話が出ています。そして、立場としては、学生医師というようなことが強調されていたように思いますが、そのへん、ちょっと先生のご意見をお聞かせください。

【赤津】 私は日本の医学教育を受けておりませんので、伺っていることから日本の状態を想像し、自分が体験したものを比べているにすぎませんが、本質的な違いがもしあるとすれば、私が体験してきたアメリカのクリニカルクラークシップでは、学生が「主治医」という点かも知れませんが。患者さんが1人の医者をidentifyして、「自分の先生は何々先生だ」と言うときに、学生が担当であれば、そ

の学生の名前が出てくる。そういう立場で学生はクリニカルクラークシップを行います。まだ免許もありませんし、法的に医療行為をひとり立ちして行える段階ではありませんので、先ほどのお話のように、インターン、レジデントの厳しい監視のもとではありますが、患者さんからすればその学生が主治医になるわけです。日本の場合はそうではないのではないかという印象があります。

【植村】 患者ケアのなかで、学生としての立場での主治医的な存在になるということがあると思います。

態度・価値観の育成

【畑尾】(日赤武蔵野短大) 確認ですが、先ほどの同じ土俵の OHP をもう一度お願いできますか。

三つお書きいただいて、これはたいへん賢い書き方をしているらっしゃると思ったのは、1、2、3とナンバーを打っていないことです。私は三つが三位一体でクラークシップと見ました。たとえば、2番目だけができればいいということになるのは、やはりまずいだろう。どちらかということ、いちばん下がある。だから、上の二つが必要だ。そして、いちばん下のなかでも、知識とか技能は本とかモデルでもできるかもしれないけれども、態度、価値観の部分のウェイトが非常に多いということを確認させていただきたいと思います。

【神津】 ありがとうございます。委員会からお示しした3番目の項目に知識や技能という言葉がたしかに入っているかもしれませんが、知識をここで特に強調したつもりはありません。今日ご発表の先生方のご意見もお聴きしたいと思います。

【森田】(埼玉医科大学外科) 私は外科の立場でクリニカルクラークシップをやっておりますが、医行為を中心に考えるのはやはり無理です。また日本の現状では、赤津先生がおっしゃった米国のように、学生は主治医にはなり得ません。考えますに、「クリニカルクラークシップ」という言葉がありますが、アメリカのものをそのまま日本に持ってくるのは無理ですので、ジャパニーズ・スタンダードみたいな意味でこの言葉を使う。従来の臨床実習と違って、この言葉を使う意味は、現実の日本の医師の態度が悪いということの反省かと思います。そうすると3番目は目的になるわけですが、それが「態度を身につける。患者の立場に立てる医師を養成する」という意味合いであるとするれば、医行為はそのための手段であると考えてよろしいのではないかと思います。

【神津】 ありがとうございます。「医行為」という言葉にとらわれがちですが、クラークシップでは医行為だけにあまりこだわりすぎないほうが良いかのではないのでしょうか。

クラークをどう呼ぶか

【内田】(帝京大学内科) 学生はまだ医者になっていないわけですが、その間、患者さんと学生とはどういうふうに呼ぶ合うんですか。「先生」と言うわけにはいかないわけですね。アメリカでも黒川先生のところでもけっこうですが、具体的にはどういうふうに呼び合っているのでしょうか。

【神津】 赤津先生、アメリカでは何と呼ぶのですか。

【赤津】 私は「スチューデント・ドクター・アカツ」と呼ばれていました。

ラークシップをやっているんです」と言うところがあるわけですが、そうではないだろう。逆に、医行為がなぜ出てきたかということ、日本のいままでの臨床教育が欧米と比べて少し落ちるといふ批判に対して、ある臨床系の先生たちは「日本の医学生は針が刺せないからできないんだ」ということを言い訳にしてきた部分がたぶんあるのではないか。「では、針を刺していいことにするから、やってみろ」というのがいまの状況になってくるんだと思います。

そういう意味では、針を刺せばクリニカルクラークシップができるのかというと、全然別の問題だと思います。そうではなくて、診断の過程、治療の過程にスタッフの一人として入り、スタッフと一緒に悩みながら患者さんのケアを考えていくメンバーになることが、いままでの診断学の知識教育を現場でちょっと当てはめてみるような臨床教育とは大きく違うというのが、大事なポイントだと思います。

【神津】 ありがとうございます。それでは次のご発言をどうぞ。

責任の取り方

【堀】(大分医大脳神経外科) 定義に関してですが、植村先生のご見解は、冷静な定義というよりはむしろスピリッツを強調されたもので非常にわかりやすいと思います。臨床実習の根本精神は、わざわざ「クラークシップ」と言う言葉を使わなくても以前とあまり変わらないと思うんですが、植村先生は周到的な準備といろいろなメソドロジーを加えてやっていらっしゃるので、装いが以前と全然違うわけです。むしろ最近変わってきたのは、神津先生が挙げられた三つの条件の

2番目の責任の取り方だと思います。学生も指導に当たる教官たちも腰が引け、積極的にやらなくなってきた風潮があると感じておりますが、それは、責任の問題があいまいだからです。共感も学生も責任をどう取ったらいいかわからない。厚生省も「現場でよく決めて」なんて言って責任を取っていないわけです。そこで責任というクライテリアを2番目に掲げられますと、かえって現場の困惑をおおることになるので、あれは定義から外した方がいい。むしろ定義の部分は植村先生がおっしゃったようなことを中心になさったほうがいいと思います。

【神津】 ありがとうございます。責任というところは委員会のなかでもずいぶん議論があったところです。どうぞ。

心のケア

【鈴木】(昭和大学藤が丘病院脳外科)

植村先生がおっしゃった心とか社会的な問題はとても大事なことだと思ってお聞きしていたんですが、現実にはいまのBSLからクリニカルクラークシップへ変えていくときに、実際にそこまで飛躍できるかと考えると、私の感じでは、それはだいたい先のことになってしまうと思います。どうしてかということ、現実には学生が研修医に付いて一緒に行動しても、研修医は実際には雑務に追われて、心とか社会的なもののケアまでやっているような現状ではないと思うからです。上級のドクターを見ていても、患者さんのことをそこまで理解してやっているとは思えません。私自身はそう心がけてはいますが、それはなかなかできないことです。

植村先生のやり方を聞いていいなと思ったのは、学生は時間がありますから、じっくり話ができる。患者さんはこうい

うことを悩んでいるということをお私たちに教えてくれる一つの媒体になれるという意味ではとてもいいと思ったんですが、日本の現状では、クリニカルクラークシップという定義のなかにそこまでを要求するよりも、いま研修医がやっている医行為を卒業前に修得して、卒業してから、その先のことをやるという態度のほうがいいと思います。

【植村】 先生がおっしゃったことでちょっとコメントさせていただきます。私は先ほど準備と申しましたが、実は浜松医科大学でコミュニケーションスキルを教えて13年たっているのです、卒業生の1期生はすでに医長クラスになっています。そういう意味では、浜松医大に関する限りは、どこの科に行っている研修医の若手も、医員の若手も、私がコミュニケーションスキルを教えているので、そういう実習をしると言ったら教える力を持っていると思うんですが、それをまったくやっていない大学でいきなり私がやったようなことをやれと言うと、ちょっと難しいかもしれないという感じはします。

知識修得への努力も

【山本】(九州大学統合教育センター)

九大でも来年からクラークシップという名称のもとに始まるので、それに向かって5年生にもう少しクラークシップに入れるようなかたちのBSLを構想して始めているんですが、そのなかで問題が二つあります。

一つは、患者さんのところに行ってコミュニケーションをきちんととるんですが、自ら知識を得ようという努力はむしろ逆に減っている。同時に、旧カリキュラムの6年生が病棟で講義を受けている

んですが、5年生の中から自分たちも受けさせてほしいという要求が出てくるわけです。そのへんの知識修得がクラークシップの定義のなかでは逆に継子扱いされているというか、むしろクラークシップそのものが知識修得へドライブをかけるようでないといけないのではないかという気がします。

もう一つは、先ほどの責任感というか、責任を持たせるということが、一つの越えなければならない大きなステップだと思いますが、そのことを実習担当者のあいだで議論すると、どうしても不安感がふくれ上がってきて、何もさせられないという結論になってしまう科もあります。採血すらダメだ。とにかく観血的なものはいっさいダメだということになってしまいます。結局、そこで起こってくるのは、事故を起こした場合に、自分たちが責任を問われて、賠償責任が生じるはずだ。そのときにどうなるんだろうかという大きな不安感です。その2点、アメリカではどんなふうクリアーされているんでしょうか。非常に疑問に思っています。

【神津】 前半の部分はたいへん良いご質問なので、ぜひ討論を続けたいのですが、後半の医療事故に対する対応のしかた、責任の取り方は大きい問題ですので、あとで少し時間を取ろうかと思いますが、そのときでもよろしいでしょうか。それでは前半の部分についてのご意見はいかがでしょうか。

【黒川】 それは学生のほうも教えるほうも不安なんです。というのは、いま言ったように病棟に張り付いて、患者さんにいろいろやっていったりすると、教えてもらっていた時間がないので、「国家試験は大丈夫なのか」と学生も非常に不

安だと言います。それを見ていると、一方的に教えたり、クルズスするのは慣れているんですが、日本でいちばん欠けているのは教えるほうの教え方で、実にへたくそです。いま赤津さんも言われましたが、自分が患者さんを持っていると、チームがラウンドする前に必ず学生が行って、自分の患者さんを見ます。「昨日の検査の結果はどうだったか。今日はどうでした？」という話があって、チームにプレゼンテーションをします。朝、一緒になってまず回診する。「私の患者さんはこうこう」というのを1分間ぐらいしゃべったときに、「で、どうするか」という話になると、そのアセスメントがありますが、そのときに、「なぜ？」ということを経験して聞きます。「なぜ？」と言ったときに、「どうしてそういうことが言えるのか。その根拠になるペーパーはどこにあるの？」という会話が1日そのチームで行われるわけです。

だから、うちの外科の人がアメリカに行ったときに非常に感心したのは、たまたま胸部外科に1週間行ったんですが、昼食を食べようが、なにをしようが、「そのエビデンスはどこにあるの？ それではこういうペーパーがあるから明日までに読んでおいて」と、1日中チームの中でいろいろな話をするわけです。それが胸部外科の先生にもかかわらず、外科一般のことから内科のことから、実によく知っていると感じていました。だから、一緒にいるあいだに、次から次へと質問、教えあうというスタイルがあるから不安は少ないと思います。

そこが日本のチームはなかなか難しい。いまうちでは、初期の研修医のティーチングの評価は学生の評価の対象にしていません。なぜかと言うと、彼らはそうい

う教育を受けて研修医になっているわけではないので、学生に評価されるのに非常にナーバスになってしまっている。だから、研修医は評価の対象には入れていません。それから上の人だけ入れていますが、そういう教育を受けた学生たちが研修医になってくれば、評価も気にならなくなるだろうと思っています。植村先生がおっしゃったように、効果が出てくるのはそういう教育を受けた人が医師になってきてからなので、数年はかかると思っています。

病棟での教え方

【植村】 いま黒川先生がおっしゃった教え方のうまさですが、私の場合は脳外科ですから、脳腫瘍とか脳梗塞の患者さんがいます。学生が受け持った患者さんの脳梗塞を一生懸命勉強しているのはわかっていますが、その裏を掛かうまさはです。たとえばたまたま脳梗塞の患者さんに糖尿病があると、「君、糖尿病はどうなっているのかね」と内科の知識をポツと聞く。できなかつたときに、「君は自分の受け持った患者さんの糖尿病をなぜ勉強していないのか。ここは脳外科だから脳外科だけ？ 冗談じゃない。全人医療というのはそういうことは言わないんだ」とびしっとやる。このびしっとやるやり方のうまさです。だから、私は知らなくてもいい。つつけばいいんです。つつき方のうまさによって、学生がどんどん勉強していく。そのモチベーションの掛け方が下手な人がクラークシップをやったら、学生はサボるのではないかと思います。

【神津】 最後にもう一つだけご発言をお聴きして、次へ進ませて頂きます。

卒業時点での到達目標

【清水】(福島県立医科大学生理学)

私は臨床教育にタッチしているわけにはありませんので、あるいは現場の直接の問題と少しかけ離れるかもしれません。いま座長の先生が問題にしておられるクリニカルクラークシップの定義づけをはっきりするということですが、クリニカルクラークシップはたぶん教育方法の一つ、実験で言えばメソドロジーのところに入るのかもしれませんが。もしそうだとすると、定義というよりも、ある程度概念として言っていた方がいいと思う。いろいろとバリエーションがあってやりやすいような気がします。

そのためには、定義のなかの3番目は先ほど目的と言われましたが、われわれは何を目的にしているかというのは、先ほど黒川先生も赤津先生もおっしゃっていました。特に赤津先生のお話のなかに完成品のお話がありました。私流に言うと、ちょっと飛びすぎかもしれませんが、先ほどからの話をお聞きしていて、卒業した時点で責任を持った受け持ち医になれるようにということではないかと思いました。それに至るまでのプロセスはいろいろあるんだろうと思います。それをもしもクリニカルクラークシップとして定義づけるならば、そのなかで、先ほどの医行為が何と何かというの、効率の問題があるならば区別しておかなければいけません。そうでなければ、あえて細かくしなくも、こういうことを果たすために、こういったメソドロジーを取るんだ。これがアメリカンスタイルとしていちばんモデルになりやすいのだったらそれを取る。しかし、日本の現実に合わせることも当然必要ですから、そのバリエーションはどうなの

かと考えていけば、もう少しわかりいいと思います。

それで赤津先生のお話の完成品がどこか、われわれが何をめざすのか。私が学生的时候には、一人前の医者になるには、当然と言えば当然の話ですが、卒業してからのいろいろやればいい。「学生のころはもっとゆっくり遊べ」とは言われませんでした。が、「のんびりやれよ」という話で育てられたような気がいたします。しかし、時代の変遷がありますから、現在はあえて言えば、適切かどうかわかりませんが、もう一度言いますと、在学中に責任を持って受け持ち医になれる医師をつくってほしい。私は生理学の少し早い学年を担当していますが、そんなつもりで学生諸君には接しています。

日本の場合、あくまでもいまは6年制ですから、6年の一つのなかで考えなければならぬので、むしろ目的をもう少しはっきりさせていただいて、あえて定義を付けるならば、そのためにこういうことだと定義づけていただいた方がいいような気がいたしました。

クラークシップの内容

【神津】 ありがとうございます。うまくまとめることができず、申し訳ありませんでした。まだまだ議論があると思いますが、次に進ませていただきたいと思っています。

これまでの話で、クラークシップの内容に近いものが従来のBSLでもかなり組み込むことができるということをお感じになったのではないのでしょうか。その一方で、クラークシップにはやはり基本的に違う面がある。それは、診療チームによる患者診療の中に学生が組み込まれている、実診療参加型実習だという点

だと思えます。

この点を念頭に置きながら、では実際にどんなカリキュラムを、いつごろの時期に組めば良いのかということを中心に考えてみたいと思えます。学生の側の要件とスタッフの側の要件と、患者さんあるいは社会との接点と、特殊な科の問題などについても考えながら、少しずつ話を進めていきたいと思えます。

在来のBSLにこういう内容を加えることによって、アメリカ型のクリニカルクラークシップに近いものができるという考え方もあるでしょう。あるいはクラークシップである以上これだけの要素は含まれる必要があるというお話でも良いと思えます。クラークシップを導入しようとする目的をふまえ、それを達成するためのカリキュラムや、導入学年などについてご討論いただきたいと思えます。

いままでのお話のなかで、すでに態度や価値観を身につけるために患者さんとのかかわりを持つことが重要だというお話がありました。一方、臨床実習をはじめたばかりの段階の学生にはまだ無理だろうというお話も午前中に出ていました。

もちろん段階的な学習は必要だと思えます。はじめは学生相互の診察練習、それから模型を使う段階、あるいは患者診療の見学をする段階を経て、実際に自分で何らかの診療行為を行う段階まで、順々に進むことをしなければならぬわけですが、ここでは差し当たりクラークシップについてのカリキュラムという点に絞ってお話をお聞きしたいと思えます。

問題解決能力の育成

【福島】(慈恵医大解剖学) いまお話を聞いて、結局クラークシップをやる基本的な問題点は、学生自身が問題点

を見つけて情報を収集して考える。まさにPBLの能力そのものが前提としてなければいけないことだと思えました。そうすると、基礎の立場から考えると、もし学生がクラークシップをやるのであったら、PBLの能力をそれ以前にちゃんと付けておくという前提がなければ、むしろしてはいけないのではないかという意識があるんですが、いかがでしょうか。

【神津】ありがとうございます。それについて、チュートリアルを導入してこられた大澤真木子先生にお聴きします。患者診療に対する準備教育の一つという観点からチュートリアルがどこでどんな役割を果たしているかということを少しお話してください。

【大澤】(東京女子医科大学小児科)

ご質問に正確にお答えできるかどうかわかりませんが、女子医大で導入しているチュートリアルの場合には、problem based learning (PBL)になるわけです。あるプロブレムが目の前に出されて、そこから自分たちでいろいろ勉強すべきことを挙げて勉強してきて、勉強してきた知識をそこに応用して、問題解決をしていく。それをしている足りない部分を足していくという過程をしているわけですが、実際に臨床の場面に行ったときに、患者さんが持ってくるプロブレムが目の前に出される。その過程はいままでは書面でやっていたチュートリアルと同じことを、実際に臨床の場で、生きた患者さんの問題を解決するという立場で応用していくことになると思えます。

女子医大の場合、PBLとしてチュートリアルをやっておりますが、そういう意味では、以前に比べれば、スキルとしては少しあるのではないかと。ただ単にノレッジを暗記してきた時代に比べますと、分

析したり統合したり、応用したりという点で、少しは準備ができていのではないかと思っております。

【神津】 ありがとうございます。おそらくテュートリアル学習のなかで、対話や討論をする能力も育まれているように思います。

システムレビューの重要性

【杉村】(藤田保健衛生大学外科)

いまここでこれを言っているのかどうかかわからないんですが、患者さんとチューデントがインターアクトするときに、赤津先生は日本のご経験がまったくないので異に思われるかもしれませんが、彼らはいちおう日本で習う診断学の実習の要項に従って面接をしていくわけです。植村先生、黒川先生に特に伺いたいんですが、日本の内科診断学のアナムネーゼの取り方のところにはシステムレビューがないんです。ですから、どうしてもアナムネーゼを取りますと、そのディジェーズにしか行かない。システムレビューがあると、ほかのシステム、サイコロジカルなことも含めて、いろいろなことがピックアップしやすいんですが、これがないのは、昔からたいへん遺憾なことだと思っているんです。クラークシップを取り入れていくにあたっては、だれもこんなことを言いませんが、積極的にこの点も改善をしていただけたらいかかと日ごろ思っておりますので、できれば黒川先生、植村先生のご意見を拝聴したいと思います。

【黒川】 先生のおっしゃるとおりだと思います。東京大学の場合は、学部の場合の2年生のときに半年間、週1回、内科診断学をやっているのだから、ほかの大学よりはかなりそれをやっているんですが、先

生がおっしゃるように、教える人はだれかということ内科の講師で、1講座に3人います。ところが、講師の先生はそれだけ教える資格、能力があるかということ、順番に講師になっているだけですから、(笑) そんなことはありません。今年の内科学会で、「内科の研修指導医とは何か」ということで私は座長をさせていただいたんですが、植村先生はいみじくも、「日本の内科の教授は聞くといろいろなことの知識はあるけれども、ベッドサイドでは役に立たないのではないか」とおっしゃいました。実際、内科の教授になる人はそういうトレーニングを受けて教授になったわけではないですから無理です。だから、先生がおっしゃるように、いままでのやり方でやった人が教える側に立っているわけですから、そんなことを言ってもなかなかできないというのが実際ではないかと思っています。

若手をアメリカに行かせたり、向こうから先生を呼んだりするのは、実はそこにポイントがあるわけです。いま教えてくれる教授や助教授の先生と、向こうから来る人たちの教え方は何が違うのかを若い人にたくさん見せたいというのがいちばん大事なわけで、時間はかかりますが、それによってそちらの方向にだんだん持っていきたいと思っています。先生がおっしゃることはまさに正論ですが、教える側が本当に心を新たにしてお勉強しようかというには、そういう教育を受けてないで、10～20年ぐらいたっている人ですから、なかなか厳しいのではないかというのが正直なところですよ。

【杉村】 ですから、黒川先生のような内科の重鎮の先生方が、アナムネーゼの取り方のところで、ぜひシステムレビューを日本に導入していただきたいと思

っております。

【植村】 うちではたまたま、新設医大を発足するときに、カルテをつくる当番の委員長がいまの学長なんです。山崎先生はもともと循環器で、日野原先生の系統の POS をご存じだったものですから、最初から POS のカルテになりましたし、そこにはシステムレビューがちゃんと入っているものですから、若い人がどこまで教えているか。現実としてカルテにはそれを書かなければいけないことになっていますから、そういう意味ではよかったのではないかという感じがしています。

【赤津】 システムレビューのなかで、特に練習しないと聞きにくいシステム、たとえばセクシャル・ヒストリーをどうやって取るのかということも、1年生の間診の授業のときにさんざん練習させられました。というのは、練習しないでいきなりセクシャルヒストリーを取るのには恥ずかしいとか、あるいはバリアーをだれでも感じます。1年生のときに、そういうことにもあまり抵抗がなくてできるようなトレーニングを受けました。

【杉村】 これはとても大事なことだと思います。

クラークシップへの準備教育

【神津】 ありがとうございます。ただいまのお二方のご発言のなかで、BSL にしろ、クラークシップにしろ、それだけを独立して考えるのではなくて、カリキュラム全体を見渡しながら、クラークシップの準備教育をして行くことが必要なのだという大切な視点をご指摘いただいたと思います。つまり、クラークシップと言うかたちをとり入れればよいということではなくて、臨床教育全体が整合性を持って互いにきちんと組み込まれて

いくことが重要ではないかと思います。

たとえ現在は不十分でも、今後どういう点をどういうふうに改善すれば、クラークシップによる臨床教育の高度化ができるかという、カリキュラム内容や工夫についてご発言頂きたいと思います。

【伴】(名古屋大学総合臨床部)

いまのプロブレム・ソルビングの問題も、植村先生、あるいは赤津先生が言われたサイコロジカルな問題もそうだと思いますが、基本的に臨床オリエンテッドな基本的臨床能力の教育がないところがあると思います。ブラウン大学でも1年目からコミュニケーションの教育があった。植村先生は2年生のときにかなり時間をかけてメディカル・インタビューをやられるとおっしゃっていました。ですから、先ほどのスギハラ先生のレビュー・オブ・システム等も含めて、基本的臨床能力の教育をもう少し本格的に導入する。そういう流れのなかで、実際の医療現場に入っていくというクリニカル・クラークシップが位置づけられないといけないのではないかと思います。

【大野】(埼玉医科大学医学教育室)

いまの準備の問題ですが、結局、インタビューにしてもフィジカルにしても、先ほどお話を伺ったように、1年生から2年間できちんとやって、3年目からすでにクラークシップに入れるのがアメリカの現状です。ところが、われわれのところはたしかに BSL の前に、たとえば1年間の中のどこかで練習をしているとしても、いまおっしゃったとおりとても不十分です。それは事前に3年なり4年なりあるから、そのところの準備の部分はずっと増やさなければいけないと、たぶん皆さんが考えておられると思います。

それはちょっと置いておきまして、今

日の午前中のご発表のなかで、「その準備が1年間のBSLだ」と金沢医大でおっしゃっておられます。それから、自治医大も同じようなニュアンスで、ある時間帯をBSLで過ごして、エレクトィブでたぶんクラークシップに近いことをおやりになるということだと思えます。千葉、帝京もそんなことを考えておられるらしい。そうなると、システムとしてとにかく二つのものがあって、片方は練習で、片方はクラークシップである。目的が違いますが、もちろんそれはそれでかまわないわけですが、そういう形が望ましいのか。その場合に、クラークシップは12週間しかないのか。もっと沢山するのか。大学によってももちろん変わるわけです。

それよりもむしろ、もう少し事前の準備をきちんとしておいた段階で、たとえば女子医大でおやりになっていたような、初期の臨床実習のようなものを3週間とか8週間とか置いておいて、そのあとはクラークシップに移行することももしかしたら可能なのかという気がします。そのバランスみたいなものをどんなふうにお考えなのか。午前中の先生方に伺ってみたいという気がします。

【神津】では、今日の午前中のご発表の先生方に、お答えいただきたいと思えます。全体の構築の仕方、目標、ゴールは同じかについて、まず東海大学の例をお願いいたします。

【大塚】(東海大学教育計画部)

まったく重要な問題点だと思いますが、私もいま大野先生が言われたと同じように、クリニカルクラークシップに入ったときに学生の臨床能力が完成しているというのは、少なくとも現在の状況ではちょっと無理ではないだろうか。だから、クリニカルクラークシップの初めのほう

が準備段階の継続になってしまうのは、仕方がないのではないかと。クリニカルクラークシップをやっていくあいだに、問診、診察ぐらひはかなりきちんとできるところまでいく。まずそこが目標で、それができるようになったら、その次にもう一歩進めるということ考えていきたいと思っています。

【田辺】(千葉大学小児外科)

先ほど大野先生からご指摘があったように、千葉大学では現在、全診療科を回る臨床実習を5年生に行いまして、来年度からですが、6年生に、クリニカルクラークシップというかたちの臨床実習を3週間ごと2コースを予定しています。現段階では学生は技術的にも、知識、態度においても、クリニカルクラークシップをやるだけのレベルに達していないだろうということで、とりあえず臨床実習をやって、そのあとクリニカルクラークシップと考えています。ただ、基本的にはBSLとクリニカルクラークシップを分けて考えるのはおかしいことで、将来的には、もっと前の段階で、午前中にも発表しましたが、学生の臨床実習前医学教育、臨床医学教育がもう少し確立されて学生のレベルが上がれば、臨床実習のレベルからクリニカルクラークシップを導入していかなければいけないと考えています。

BSLとクラークシップ

【神津】ありがとうございました。話がちょっと戻るかもしれませんが、見学型BSLを経てクラークシップへ進むという考え方が、日本ではかなり多くなっているように思います。つまり、ある程度見学という形で訓練を積んでから、実際の患者診療チームにに入り込んでい

くという考え方であります。基本的には、おっしゃったように臨床実習は本来別々のものではないとも考えられるのですが、段階的な内容の違いを強調するために、BSL とクラークシップという二つの言葉を使い分けているような気がします。そこで臨床実習全体のスケジュール、カリキュラム全体としての組み込み方についてご意見がありますか。

【植村】 そのことについて少し申し上げます。浜松医科大学では、私がアメリカでトレーニングを受けたことからクリニカルクラークシップそのものがわかっていたので、翌日から始めました。もう一つは、第三内科の大野教授がやはり向こうでトレーニングを受けておられますので、血液学の先生ですが、この先生が私がやったのに気がついて、翌年からお始めになったので、二つの診療科、つまり第三内科と脳外科だけが完璧なクラークシップをやっています。

ほかの科がどう反応したかというのと、「あれは別世界の話だ」とか、「自分たちはやったことがない」「あんな怖いことができるか」「それは6年でいい」とか言っていました。先送りというのは日本独特のやり方ですが、副学長がカリキュラムを変えて、「来年の新カリから全科強制的にやるんだ」ということで、まず教官にそういう教え方を教えなければいけませんので、教官のワークショップを2年連続してやってきました。そのときに、すでに脳外科と第三内科を回って、ほかのBSLを回った学生をワークショップに連れてきてコメントさせたら、「脳外科と第三内科に行き始めて患者さんを受け持って、非常にうれしくて、必死になって勉強した。よその科に行くと、朝から番までクルズスで、ろくに患者さんのと

ころに行けない」。脳外科とか第三内科に来た学生さんは患者さんとお話ししながら勉強することが身につけていますから、よその科に行き病棟に行こうとすると、クルズス、またクルズスだと、朝から晩までクルズスで眠くなって、みんな眠っている。そんな知識はどうでもいいという反発心が起こったということです。

そのワークショップをやったときに、ある科の先生が、「私は一生懸命クルズスをやって教えてやっている。あれはどうだ」と聞いたら、「あれがいちばん苦痛でおもしろくなかった」とはっきり言いました。教師がいいと思って一生懸命クルズスやることに、実はクラークシップを体験した学生は猛烈に反発していることがわかって、フィードバックですが、初めて真っ青になられたという事件がありました。

そういうことは二つに分けるのではなく、基本的に先ほどおっしゃったように、ティーチング・メソドロジーなんです。ですからうちではクラークシップをやる。そうしたら何が起こったかというのと、内科は一内、二内、三内、医療センター内科がありますが、これが細切れに2週間ずつ回って、また半年たったら回ってくる。つまり、第三内科に言わせると、学生が二度回ってくるんですが、こういうことはクラークシップにとって非常にマイナスになるので、内科が率先してできるだけ長く、トータルで4週間来るなら、最初から一内に4週間来る。それが初めに来ようが、あとから来ようが、ともかくばちっと、できるだけ長く自分のところにいさせることによってクラークシップが可能になります。

それから、口腔外科はいままで1週間だったんですが、口腔外科の教授が「1

週間なんてとんでもない」と言われて2週間になりました。うちでは少なくとも脳外科的なクラークシップをやるには、2週間が最低必要だろうということで、無理してでも1週間の方に2週間おあげした。それから、細切れのローテーションをやめて、ブロック制でローテーションしたほうがはるかに効果的です。要するに教育のやり方の違いです。

ですから、ダブルカリキュラムというんですが、ある講座でクラークシップをやって、ある講座でベッドサイドをやったときに、学生がその差がいちばんわかるんです。浜松の経験ですと、従来型のベッドサイドをサポートする学生はほとんどいません。一度でも脳外科と血液内科を経験した人は、「あれは非常に勉強になる」と言います。しかもどなたかがおっしゃいましたが、「心のケアをすることで知識が増える」と学生は言っています。クルズスがないから知識が増えるんです。学生がワークショップのときにはっきり言いました。自分の好きな時間に図書館に行って、自分が受け持った患者さんを一生懸命勉強して知識が頭に入る。そこへ持ってきて、「やめろ、クルズスだ。今日は白血病の講座だ」。こんなことをしたら頭が混乱すると学生が言っていますので、非常に大事なことです。教育は学生のためにあるのであって、教師の自己満足のためにあるのではない。ですから、学生が役に立つと言ったら、それをサポートすべきです。そういう意味で、ここ2年間、浜松医科大学の教授会は考えがずいぶん変わりました、もはやクラークシップをブロックしようという先生はほとんどいなくなりました。

臨床実習の改革モデル

【神津】 少し話を進めさせていただきます。フロアーの先生方から、ご自身のところで現在どのように臨床実習を改善なさっているかをお聴きしましょう。それが結果としてクラークシップ的なものになっていても良し、これまでのBSLの延長という点でもよろしいんですが、いろいろなご経験を伺いたいと思います。

【松尾】(近畿大学) 私の大学の例を紹介させていただきます。今年のカリキュラムでは、5年生でいちおう1年間臨床実習を、黒川先生が言われる各科平等、悪平等主義で回って終わったあと、6年の1学期にある程度の選択制を入れて、クリニカルクラークシップ形式でお願いしました。しかも、いちばん最後の7月の2週間に、学生の希望を入れて、自分が回りたい科を回れという選択をしたんですが、そのこのころはうまくいきませんでした。それで来年は5年生の1年間が済んだあと、6年の初めの8週間をいわゆるメジャー4週間とマイナー2週間で二つ、合計3科目だけ回るようなかたちのクリニカルクラークシップをやる予定です。

さらに1年たったあとには全体のカリキュラムができて上がるんですが、そのときには、4年の後期から臨床実習が始まって6年の1学期の8週間までですから、約2ヶ年あります。そのこの全体像はまだできていませんが、いまのお話のアメリカ型になるかもしれません。いちばん最初に内科、外科でチーム医療を中心としたクリニカルクラークシップを体験しておいて、あと、マイナーの科を回って、最後に自分の希望する科を回そうかと思っています。

そのときにちょっと問題になるのは、

内科の数が少ないものですから、大学の中では全部回り切れない。外部の病院に出そうというときに、先方の先生方の教育をどのようにしたらいいかということで、あとでディスカッションがあるのでしたら、ご意見を賜りたいと思います。

【神津】 ありがとうございます。ほかに、こうすればクラークシップでなくても、ほぼ同じ目的を達することができるというご発言があれば伺いたいと思います。

知識と技能

【白日】(福岡大学) ちょっと質問を交えてですが、文部省が到達目標をだいぶ前に出したときに、いちおうそれを学内の各科で検討いたしまして、私の科では可能な限り実施することといたしました。外科では、消毒、ガーゼ交換、手術の手洗い、結紮、縫合等の実地教育は非常にやりやすい。それからバイタルサインのチェックはどの科でもすぐにできると思います。ただ、一つ、植村先生にお聞きしたいんですが、私もその類に入るかもしれませんが、我々の世代の学生時代に比べて、いまは覚えなければいけない知識が何百倍、何千倍とあり、国試もけっこうそういうところを提出します。そうすると、限られた授業時間のなかで、10年前に比べていまはどれぐらいのことまで教えなければいけないか。一人ひとりにやはり不安感があって、ここまで教えておかないと、ちゃんと教育できていないのではないかという不安感が生ずる。だからこそ、どうしても講義時間、講義時間というふうに講義偏重になっているのかもしれないんです。

私自身は、そういう最先端のことまで覚えないと国試にパスしないということ

でなくていいと思うんですが、今日のように医学が非常に先端化すると、画像もある程度修得しなければいけない。MRIも、われわれがかつて知らなかったようなことまで教えておかないと国試に通らないかもしれない。そういう不安感が教育層にまだ残っているのではないかと思うんです。

【植村】 いつも議論になるんですが、アメリカ型の教育は勉強のしかたを教えているわけで、知識の量ではないんです。ですから、そうやって自分で勉強する。先生はいまクルズスとおっしゃいましたが、学生に聞くと、クルズスで先生が30分詰め込むのはほとんど忘れていきます。そういうことが頭に入るのではなくて、困って図書館に行って、自分のペースで勉強したときに頭に入るんです。脳外科とか第三内科をなぜ愛するかというと、フリータイムが非常に多いんです。ですからベッドサイドで患者さんとお話をして、それからまた図書館に行って勉強する。要するに自分のペースで勉強するわけです。

それからもう一つ、いちばん大事なことはチェックの仕方です。知識は、1割ぐらい教えておけばいいと思います。あとの9割は自分で勉強する。その代わり、卒業試験はきちんとやる。脳外科は150問出します。たった一つの診療科で150問です。国家試験は320問です。脳神経外科だけで150問を卒業試験に出しているわけです。それだけ出しますと、学生は絶対にヤマ勘を掛けるわけにはいかないので、まんべんなく勉強しますから、試験のうまさとペアにしないといけないんですが、知識は教えようとしなくていいんです。これだけちゃんと勉強しておきなさいと、ゴールだけ示して、それをや

っていなかったら留年させるぐらいの試験をきちんとおやりになれば、知識に関してはいっさい不安がなくなります。そこを教官がわかるかわからないかがポイントだと思います。

【神津】 それに関連して黒川先生にご発言をお願いします。

病棟での学び方

【黒川】 阿部講師にブラウン大学に1か月行ってもらったし、来週から、今度はマイアミ大学に1か月行ってもらおうと思っていますので、ちょっと話してもらおうと思います。クラークシップをやって患者さんを持ったときに、いままでと何が違うかを学生に聞くと、自分が受け持ちになってしまうと、「知らない」では済まなくなる。だから、どんどん勉強していかなければならない。心電図が読めなければいけないので研修医に聞く。研修医もわからないとカッコ悪いから一生懸命勉強するわけです。だから、患者さんを受け持ったときの勉強は、一生忘れないんです。ところが教科書で読んだり、先生の話聞いても、目の前に自分の問題があるわけではないので、みんな忘れてしまう。だから、クラークシップになってとてもよかったのは、自分が受け持ったときに、どんどん自分の知識が確かになってくるからいいという反応が学生からあります。

だからこそ、脳外科もそうかもしれないし、胸部外科もそうですが、非常にスペシャリティの深い科のときには先生方をお願いしているんです。非常に特殊な患者を持ったときに、普遍的なことをしよっちゅう学生に聞いて下さいと言っているんです。「どうしてその検査をするの？ なぜ？ その理由は？」というよ

うな話をして、「では、明日までにこれを読んできて、みんなの前で5分間で、どうだったかレポートしろ」ということをする。そして、そのときにほめてあげることが非常に大事なことです。

東大の学生も、夏休みなどはエレクトイブでずいぶんアメリカに行かせて、そのレポート書かせました。このあいだ書いていた人は、1か月エマージェンルームに行った。とにかくいままで全然勉強していなかったけれども、みんながなんだかんだと言って、自分で勉強しなければならなくなってしまった。何かやったときに、「抗生物質はこれをやりなさい」と言われたときに「なぜ？」と聞いたら、「実はこういう文献があるからそれをするんだ」とすぐに教えてくれる。そういうアプローチが非常に大事で、エビデンス・ベース・メディスンは非常に身につくし、とにかくおもしろくてしょうがない。1か月でこんなに実力が付いて楽しいことはなかったと報告しているぐらいなので、やはり教える側がちょっとしたことを聞いてあげるのは非常に大事ですし、聞いた返事はどこにあるということエンカレッジするのはとても大事です。アメリカでは、教える側も一体になって、とにかく自分たちの仲間を育てようという気持ちが非常にあるような気がするので、そのへんが毎日一緒にいて、違うなという気がします。

【神津】 赤津先生、レジデントとしてのお立場の頃はどうだったでしょうか。

【赤津】 いま黒川先生がおっしゃったとおりで、レジデントの立場に立つとすぐ医学生を指導しなければいけません。われわれはレジデントの1年目を「インターン」と呼んでいます。1年生のインターンであっても、自分が3か月前ま

で医学生であっても、実際にインターンという立場に立った場合には、医学生を教えなければなりません。なるべくクエスチョン形式で学生に聞いて、学生がわからなければすぐ調べてもらう。自分も答えがあるとは限りませんので、それは正直に認めて、「ではどういう文献があるか、明日までに調べてみましょう」というふうに教え教えられ、こちらも勉強させていただきます。教えることを通して、インターンとして勉強せざるを得ない。先ほどカッコ悪いというお話もありましたが、やはり聞かれて答えられないのはカッコ悪いですから、そういう意味で、インターンであってもレジデントであっても教えるという立場に立たされてなお一層必死に勉強することになります。

米国の臨床実習

【阿部】(東海大学) 黒川先生のご指示で1か月間ブラウン大学に行ってきましたが、赤津先生のころに比べるとたぶんブラウン大学の实習も少し変わってきたなという印象がありました。内科の実習は3か月間のうち2か月入院で1か月外来でした。外来で患者さんを診るのは、入院のみでは必ずしもちよūdいい患者さんがいるとは限らないからということで、クリニカルクラークシップ・ディレクターという役割の方がどの科にもいらっしやいました。クリニカルクラークシップの構築をするのがクリニカルクラークシップ・ディレクターの仕事です。内科であれば内科の全米のクリニカルクラークシップ・ディレクター会議がありまして、年に1回、そこで会合をやって、新しくディレクターになった方には、カリキュラムのつくり方、エバリュエーションの仕方、どういふエンカレッジを

するかということトレーニングしています。さらに内科、婦人科、小児科、外科が全部集まって、コア・クリニカルクラークシップ・ディレクター・ディクシヨナリーみたいなものが4年前にできたそうで、その情報はウェブサイトでも公開されています。それに基本的には何週間でやるならこういうパッケージをつくりなさいという、いかにもアメリカ的なノウハウは全部入っています。

さらに内科に関しては、何を取り上げてどう教えるのかという500ページぐらゐのコアカリキュラムが、ハンドブックとして出来上がっていました。いまレジデントだったら何を教える、どういふふうにエンカレッジするとおっしゃっていましたが、このハンドブックには、高血圧であればこの問題を学生は知らなければいけない。そのためにはここを聞いてあげなさい。それに関するレファレンスはここにあるという指導に関することがすべて入っていて、それを基本にして教えています。ブラウン大学では、さらにBSLに少し近いのかもしれませんが、病棟で、それから外来で患者を診る以外に、お昼に1時間、週に2回ぐらゐと夕方に1回ぐらゐ、プロブレム・ベースト・ラーニングをやっておりました。3人の学生を対象にして、前もって文献とペーパーが与えられていて、それから新しいケースを1例ずつ出して、学生にディスカッションをさせています。学生に教える内容はレジデントにも与えられているので、レジデントも同じ文献をもとにして教えることができる。こういうことを教えなさいという態度はもちろん非常に大事ですが、それに対する下準備もけっこうしてある。その情報が公開されているということが今回の視察で、いちば

んわかったことです。これはウェブサイトにあります。スタンフォードのホームページもあるとおっしゃっていましたので、それをご覧になると、実際にどのようなことをやっているかがよくわかると思います。

【神津】 ありがとうございます。臨床実習カリキュラムに関する討論のまとめというかたちになりますが、赤津先生からの資料をお手もとにお渡ししましたが、これ以外にもいろいろな資料がありました。その内容についてちょっとお話しくださいませんか。

【赤津】 ハンドアウトで差し上げたものは、いま神津先生がおっしゃったように、スタンフォード大学で今年度、クリニカルクラークシップとして開講されているコースのアプリケーション、コース番号とそのタイトルだけですが、それぞれのコースの内容が具体的にどのようなものであるかというのを書いた部分をコピーしてアメリカから持ってまいりまして神津先生にお渡ししてありますので、ご興味のある方はそちらをご覧いただければと思います。そのなかには、具体的にどういうことができているとこのコースは取れないとか、当直は何日に1回であるとか、ゴールはなんであるということが細かく書いてあります。ちょっと分厚すぎたので皆さまそれぞれにはコピーが取れずに申しわけありませんでした。

【神津】 もし先生方のなかでスタンフォード大学の資料をお望みでしたら差し上げることができるとお思いますので、お申し込みいただきたいとお思います。

現場教師の立場から

【斎藤】（東邦大学救命センター）

先ほどの続きですが、私は救命センターで助教授の立場で、いま現場でベッドサイドラーニングをみんなにいろいろやらせているんですが、一つ悩みと言いますか、黒川先生にぜひお聞きしたいんです。結局、われわれ私立大学は研修医手当が安い。医局員は医者になって10年近く無給なので、週に3回パートに出なければいけないんです。こういう状態で、学生に教える上の先生とか研修医が抜けてしまうわけです。ですからアメリカのように、理想的にずっと1日中学生とずっとコミュニケーションができない状況があるのと、また無給医局員が大学病院でいちばん活躍していちばんお金を儲けているわけで非常に忙しい。そういうところを東海大学ではどうクリアーして、クリニカルクラークシップをうまく進めているのか。ぜひお聞きしたいんです。

【黒川】 先生の悩みが大きいのはよくわかります。実は大学での救命救急センターは、まったく行政的な都合と医師会との問題で3次救急しか受けられないというばかげたことをやっています。そうするといったい何が起るかというと、昼間は暇で、夜は忙しい場所になります。そんなことはよその国では考えられないと思います。そこで、東海大学は救命救急センターを先ほど言った総合診療部に全部組み替えまして、救急の人もみんなそこに来る。救命救急センターは行政上の措置で、東海大学ではベッドがありません。そこで重症な人はそこで抱え込んでしまって、病院としての体をなしていないので困るんです。私は救命救急は全部の人がやらなくてはいけないことだと思っていますから、その専属のスタッフはいてもいいですが、病院の診療部の一部として、若手の医師、特に内科、外科

は全部ローテーションするようにしたい。

そのためには、救命救急部をやめているわけではありません。補助金をもらうためでもあります。総合診療部に組み直して、急性病棟にすぐに救命救急センターから送ってきなさい。少なくとも救命救急センターのベッドは将来的には患者さんは24時間までの処置であとは、病院のICUに引き取るなどで、そのあとで循環器病センターその他に行ってもらいようにしてもらいたいと思っています。そうでないと、先生方は、毎日夜は忙しくて、昼間は手が空くということで、非常に気の毒だと思っています。先生のおっしゃるとおりだと思います。

【齋藤】 それと、結局、無給の人は病院から金をもらっていないので教える義務はない。研修医も研修医手当は安いから、学生に教える義務はないという風潮があるんです。私たちは有給ですから教えなければいけないので、上のほうは教えようとしているんですが、無給の医局員や研修医に「おまえ、教えろ」とあまり強くは言えないあたりが非常に悩みです。

【黒川】 そうでしょうね。国立大学では明治時代からそうですが、教える責任、義務があるのは教授、助教授、講師、それから講座の助手だというへんてこりんな不文律がありまして、助手の人は学生にも教え、研修医に教えという非常にむだなことをしているわけですから、むしろ縦のチームをつくることによって、助手、その下のシニア、ジュニア、その下に研修医がいて、その下に学生が付いているというシステムでないと動かない。ところが国立大学は得てして、先生がおっしゃるとおりに、教えるのは助手の義務だということになっています。しかし、

そうではなくて、助手はもう少し大きな立場のアテンディングをする。ふだんから6年生は5年生を教えるというのがチームになっているところにいちばんのメリットがあると思います。

医療チームのあり方

【神津】 ありがとうございます。ここで医療チームのお話に移らせていただきます。社会通念上、医学生に許容される医行為水準については黒川先生、畑尾先生たちがお決めになったものとして、侵襲性の高くない一定のものに限る、指導医によるきめ細かな指導、監視のもとに行われる、事前に医学生の評価を受け、患者等の同意を得て実施する、というものでした。そのなかの1番目と2番目の条件についてご議論いただきたいと思います。

学生に許容される医行為については、少なくとも3段階を区別するということが、今日のお話でたびたび出てきています。してもよいもの、してはいけないもの、そして状況によってしてよいものという三つになります。これを踏まえながら、卒直後の1年目の研修医もいる中で、どんな医療チームを組んで、そのなかで学生はどんな役割分担をしていくのかということを論じていただきたいと思っています。

赤津先生、チームの組み方について、スタンフォード大学の内科の例をお教えてください。

【赤津】 内科のチームは、まずアテンディング・フィジシャンが1人、それからレジデント、2年生、3年生どちらかが1名、レジデントの1年目のインターンが2人、それからサブインターンと言って、医学部の4年生でクリニカルク

ラークシップの2年目に入った学生が1人、それからコアスチューデントと称して、3年生、クリニカルクラークシップを始めて1年目の学生が1人という構成が一般的です。

【神津】 そのなかで、学生の役割をもう一度確認させていただけますか。

【赤津】 学生はチームに通常2人入っております。先ほどの話のなかでそこをあまり明確に申しあげなかったんですが、1人はクリニカルクラークシップに出て1年目の学生、つまり医学部の3年生の学生、もう1人の学生はクリニカルクラークシップをもうすでに1年経験したクリニカルクラークシップ2年目の学生で、医学部の4年生の学生です。その2人の学生の役割、立場は多少違いますが、3年生、要するにクリニカルクラークシップに出たばかりの学生は、先ほどお話のなかで申しましたように、インターンのシャドーとして、インターンにくっついて、インターンの受け持つ患者さんの5分の1ぐらいの人数を受け持つ、インターンの直接の指導のもとに医療行為を行います。

ところが、4年生の学生、クリニカルクラークシップに入って2年目の学生は、サブインターンと呼ばれまして、レジデントの下に直属というかたちで、インターンのシャドーではなく、インターンと並列して、レジデントの監督のもとに医療行為を行います。もっともクリニカルクラークシップ2年目といってもまだ学生で免許はありませんので、サブインターンが書いたオーダーなどはレジデントが間違いないかどうかを確認したうえでサインを出して、そこではじめて有効性が生まれます。

【神津】 ありがとうございます。

こういうチームがあるからこそ、赤津先生のような研修がおできになったということだと思います。日本ではそれがはたしてできるのでしょうか。そしてまた、日本でそういうことをするために、いまの状況では無理な部分があるとしたら、どうしていけばよいのか。そのへんのところを討論して頂きたいと思います。

【植村】 いまの問題はたいへん重要な問題で、先ほどの質問もそうなんですが、浜松医科大学でも問題になっています。クラークシップをやったときに、受け持った患者さんの主治医のところに聞きに行こうと思ったら、バイトに行っちゃっていない。この現象は日本でよく言われていますが、アメリカではご存じのとおり、研修医のレジデント、インターンがバイトをすることは死んでもありません。フルタイムで雇われております。教授クラスになりますと、アテンディングであちこちにオフィスを持って駆け回り回っているのでもないのが常識ですが、そういうチーム医療は24時間体制でそこにいるからこそできるというのが一つあります。

私が日本に帰ってきていちばん困ったのは、千葉大学に帰ってきて、私は脳外科で一人でやっていたわけですが、そのときにいろいろな科から要請があります。飛んでいくと、その患者さんの受け持ち医はどこかの日赤に行っちゃって、今日はいない。「その患者さんがいまどうなっているのか」と、そのへんにいた医局員をつかまえて質問しても、「知らない」と言うんです。アメリカでは考えられません。つまり、私はインターンと一般外科レジデントで受けています。それから一般外科をカンサス市で受けています。それからニューヨーク・ステート・ユニ

バーシティで脳外科のトレーニングを受けました。私が一般外科のレジデントのときは、各患者さんにプライベートのドクターが付いていますが、レジデントである以上は、受け持ったか受け持ってないのとは関係ないんです。外科病棟にいるすべての患者さんはつねに暗記して、いつでも臨機応変に対応できるようにしなければいけない。したがって、外科チームの1人が手術場に入っても、残っている人は学生とも対応できるし、患者さんの急変にも対応できます。

これを私は「チーム医療」と言っているんですが、日本に帰ってびっくり仰天したのは、日本でアメリカ型のチーム医療を持っている診療科は皆無に等しいことでした。ただ、私がいた千葉大学の第二外科は元中山外科ですが、中山恒明さんという人はアメリカ型の全医局員が全病棟を丸暗記しないと首を飛ばすというやり方であったためにチーム医療があったんですが、少なくとも私の知る限り、千葉大学の第二外科以外にはチーム医療は存在しない。そういうことが、日本の医療で非常に危険だと思います。患者さんが何か起こしたときに、受け持ち医は日赤まで電話しなければいけない。そんなばかなことがあってどうするのか。私は日本に帰ってきてから、少なくとも脳外科のチームはすべての医局員に、いつだれがどうなっても、すべて対応できる。要するに受け持ちは全部だ。ただし、主治医は決まっています。手術の際どい話をするとか、臨終に立ち会うとか、それはやはり決まっていますが、だから、ほかの患者さんは知らないでいいということは、あり得ないとたたき込んでいます。そういうことをすると日本の医局員も付いてくるんですが、残念ながら日本に私

が言うチーム医療がありません。そこにもって、日本はアルバイトでいなくなってしまう。これではいつ医療過誤が起こってもおかしくないのではないか。とんでもない医療システムだ。だから、クラークシップがあって、学生が、「先生、質問があります」と追いかけることによって、私の言うチーム医療を構築していかなければいけないのではないか。これもクラークシップを導入する一つのポイントになると思います。

【黒川】　そういうわけで、東海大学の準備状況をお話ししたのは、やはり外科とか内科みたいにたくさんの講座があるところは一つになってもらわないと、同じようなチーム体制にすることが難しい。そういうわけで外科がまず一つになって、内科も一つになってくれたからこそ、研修医、その上のシニア、ジュニアという名前はともかく、アテンディングという一つのチームを各病棟でつくれた。どういう体制で学生が回っても、基本的には同じスタイルでやっているということをするためには、縦割りの講座がいくつもあっては難しいというので一つになっていただいたのでたいへん感謝しています。

医療上のトラブル

【神津】　赤津先生、スタンフォードの場合には、学生が行う医行為に対して、医療訴訟も含めて、いろいろなトラブルに対する体制はどうなっているんですか。

【赤津】　学生が万が一医療トラブルに巻き込まれた場合、たとえば学生が間違った処置オーダーを出してしまって、その結果、間違った薬が患者さんに行ってしまったといった場合は、その学生の処置オーダーを見てオーケーだとサイン

したインターン、ないしはレジデント、つまりその医学生を監督した人間の責任になります。

【神津】 そういうことが日本ではたしてきちんとできるでしょうか。黒川先生のところでは医療過誤が起こったらどうするんですか。

【黒川】 実は厚生省と文部省とのときの報告には書いてありますが、いちばん最初のイントロダクションをよく読んでいただくとわかると思います。あくまでも免許を持っている指導医の責任だと書いてあります。Ⅲのカテゴリーをやらせるか、やらせないか、Ⅰにしても学生によっては全然いいかげんな人がいて、静脈採血もできそうもない人もいます。そのステージではない人がいますが、やらせるか、やらせないかは、その指導医の責任であるということが書いてあります。Ⅰはやらせろと言っているわけではないし、Ⅲはやらせてはいけないと言っているわけではなくて、それはあくまでも指導する先生の責任、判断と書いてあります。

指導医は誰か

【神津】 いまのご指摘は大事なことだと思います。検討委員会の例示した医行為水準は、あくまでも例示であって、このようにせよといっているのではありません。例示を参考に、自分たちが責任をもてる範囲で大学ごとに基準を決めておくように、ということだと思います。ただし、その場合に大事なことの一つは、指導医がだれかということだと思います。

【黒川】 そうなると、研修医ではなくなりますから、研修医の上の助手、それからそのアテンディングになります。アメリカといちばん違うのは、フェロー

や、研修医はあくまでも病院の職員ですから、病院が給料を払っている人です。研修指定病院はメディケアなど、政府から研修のためのお金を別にもらっている。アテンディングという人たちは病院の職員ではありません。あくまでもアテンディングをして、サインをして、病歴を書くことによって、プロフェッショナルフィーをもらって、大学に入れて、給料の一部にしているという構造的な違いがあります。日本は教えても教えなくても給料は同じ。われわれも教員も病院の職員、大学の職員になっているところが違うので、そのへんを理解していただかないといけません。

アメリカのシステムを経済面も一緒にたにしたときに、たとえばDRGはそうですが、そのメカニズムの違いをよく考えていただかないとできない。だけど、こういうティーチングのシステムそのものは、お金は別として、学ぶべきことは非常にたくさんある。先ほど阿部先生が言ったように、もし「クリニカルクラクシップ」を皆さんが導入しようというのであれば、アメリカで100年余の経験があるわけですから、向こうでやっているような教える内容、リファランス、こういうところがポイントという話は大いに参考にしてお取り入れる。これが一つのコアの例ですから、それぞれの大学でできるところはやるようにしていってはどうでしょうかという話がいいのではないかと思います。

つまり、共通のコアカリキュラムがあって、目標はそこだ。先ほど私が言ったように、目標は10としても、東海大学は2でもいいから始めよう。それをやりながら、少しずつ改善しようとしているんです。だけど、それぞれの大学でいろいろ

るご事情もありましょうし、非常に偉い先生で全然フレキシブルでない人もいると思うので、とにかくこっちに行きましようという「共通のカリキュラム」を、たとえばこの学会とかでやる。クリニカルクラークシップのアウトラインをみんなまで考えるのもいいんですが、私が言ったように、アメリカではドキュメンテーションが非常に上手ですから、それをまずきちんとレイアウトして、これでいきましょう。できるか、できないかはどちらでもいいけれども、共通のスタイル、内容へ向かってやりましようというのがいちばんリアリスティックだと思います。

医療過誤保険

【植村】 誤解されるといけませんのでちょっと。私は法律の専門家ではありませんが、親戚の裁判長から、日本とアメリカの法体系が基本的にどこが違うのかという説明を受けたのは、日本は下手人逮捕という武士時代からの伝統がある。だれがやったのかが問われます。ところがアメリカは、伝統的に管理責任者追及という方法があります。ですから、私がレジデントをやったときに、もちろん医療過誤事件は起こりますが、裁判所が逮捕状を発行するのはつねに教授であって、私ではありません。キング教授がすべての統括者であるということになっているわけですから、責任追及はそこに行くんです。ですから、私の場合には、キング教授が無制限の保険に入ってカバーしている。私は保険に入っておりません。というのは、私自身が処罰の対象になる前に、監督官が処罰される。これは日本ではあり得ない法律です。日本は下手人逮捕なので、本人があくまでも追及される。これは法体系が違うなかで議論してもし

ようがないわけです。

それからもう一つ、浜松医科大学の学生が、今回、クラークシップをアメリカに申請しました。アメリカのいくつかのなかで、オープンにクラークシップを受けていますが、ある大学に学生が願書を出したら、学長同士が契約を結んでいる限りは、浜松医科大学の学生が向こうに到着した時点で、アメリカの学生と同等に扱うことになって、アメリカと同じような法的な保護を受ける。ということは、サインをした教官その他が処罰になって、学生自身は責任追及はされない。ただし、学長同士の提携がないときに学生が勝手に来た場合には、学生本人が医療過誤保険に入っていたきたい。そして向こうの書類のなかには、「無制限の保険に入るべし」とあります。つまり、アメリカはいま 20 億円とか、とんでもない訴訟が起こりますので、1 億、2 億では話にならないわけです。したがって私は学生に、学長が提携する前に行くのはやめろと言ってやめさせたことがあります。

ですから、法律の問題はやはり専門家に聞いておくべきで、日本は法体系が違うので、そのままねは絶対にできません。ただし、クラークシップに関しては、指導教官が学生が一定の能力があると判断したうえで、自分の責任において考えられる医行為をさせた場合に、違法性を阻却するというところだけは決まっております。したがって、学生に行くことはない。それはそれだけの話です。そこからの話は、日本とアメリカは法体系が違うということです。

脳外科実習

【神津】 時間が残りわずかになりま

したが、いままで特殊な事情を持つ診療科の問題が取り上げられておりませんでしたので、ご意見を伺いたいと思います。今日は三重大学産婦人科の豊田先生と、私ども女子医科大学小児科の大沢先生からお話を伺いましたが、その他の診療科も含めてご意見を承りたいと思います。

【植村】 脳外科はほかの科と違って、3人も4人も手術場に入れられない。顕微鏡で2人しか入れませんので、学生はモニターのテレビを見てモニタリングするしかないんですが、たまに簡単な手術は入ります。それからうちでは、縫合の練習とか、そういうのは先ほど言ったシミュレーション、ゴム管を使ってナートするとか、実際にハウトの縫合とか、そういう簡単な外科手術だけです。

麻酔科実習

【北島】(獨協医科大学麻酔科)

先ほどから麻酔科の話が全然出ていないものですから。

【神津】 申しわけありません。どうぞご発言を。

【北島】 麻酔科の場合は、いままでのお話を聞いていますと特殊なような気がします。器官内挿管ぐらいまではできる学生がいるんですが、その先のことになりますと見学が多くなります。アメリカの場合は、赤津先生、学生はこういうことができるんでしょうか。

【赤津】 私は時間がなくなってしまうので、麻酔科は1週間しか回らなかったものであまり体験がないんですが、手術、オペに入って、麻酔科の先生のいらっしゃる側に一緒に付き添って、そこで先生が点滴をなさり、モニターを見て調節なさるのを見学するに留まりました。あと数週間あればきつともう少し積極的にか

かわれたと思いますが、インティベーションは毎回やらせていただきました。

【北島】 局所麻酔法の硬膜外麻酔や脊椎麻酔はどうですか。

【赤津】 脊椎麻酔は、私はたまたまそういうケースに入らなかったもので、ちょっとわかりません。

放射線科実習

【工藤】(佐賀医科大学放射線医学)

クリニカルクラークシップの目標が患者さんを一人で診ることができるというのは当然だと思うんですが、ここで話のなかに全然出てこなかったのが各科の協力です。医療チームはドクターとコメディカルのチームは出てきましたが、業務の分担という話は全然出てきませんでした。赤津先生に伺いたいんですが、たとえば放射線検査をどういう順序で依頼しようか。書かれた報告書をどのように読んで、画像を自分で見て、こういうことだと理解すると思うんですが、そういうトレーニングはどのような場でなされているんでしょうか。

【赤津】 どういう放射線診断をこの患者さんについて行うかというトレーニングですか。

【工藤】 それの一つと、送られてきた専門家の意見をどう解釈するかということです。

【赤津】 どういう画像診断をいつオーダーするかというのは、ケア方針を立てる段階で、検査の一環として、レジデントの指導のもとにディスカッションのもとに、学生は学んでいくことになりました。つまり、ケース・バイ・ケースで、たとえば肺炎の患者さんで、昨日入院して、いつX線をもう一度撮るかというのはグループディスカッションになります。

先ほど学生が自分で勉強するという話がありました。レジデントの指導側としては、入院してどのぐらいたったときにもう一度X線を取るのがいいのか、いけないのか。たとえば学生は翌日もう一回X線を撮りたいと言いつく場合もあるわけですが、それはどうしてよくないのかという質問を逆に投げかけて、それによって学生は自分で文献に当たって、「なるほど、肺炎のナチュラルヒストリーでは昨日抗生物質を始めて今日撮っても画像が変わることはない」ということを自分で学んでいくことになると思います。

それから、専門家、放射線科の先生が読んでくださった結果と、自分が読む結果をどう合わせるかというご質問だと思います。大学によって違うと思いますが、スタンフォードでもブラウン大学でも、内科の各チームは、当直明けの週に2回ほど、チーム回診のときに、放射線科の先生と一緒にミーティングを持つ時間が決められております。そのときに過去3日間にそのチームの患者さんが撮ったX線写真を放射線科の先生と一緒に見るチャンスがあり、そこで学生は、自分が撮ったときにレジデントと一緒に読んだものとの違いを放射線科の先生を交えて教えていただくこととなります。

【黒川】 チームで自分の持っている患者については、レントゲン撮る、インベシブでアンギオをやる、MRIをやる。なんでもいいわけですが、そのときラジオロジストに必ず読んでもらいます。それは学生と上の指導の人が必ず一緒にいて、ラジオロジストと「このケースはこうこうこう」とディスカッションします。「それでどう思いますか」という話のディスカッションがありますから、自分の症例については、ラジオロジストとしよ

っちゅうコンタクトがあると思います。

【工藤】 学生はインターンと一緒に行動して、放射線科医と話すことで勉強できるんですか。

【黒川】 そうです。学生は自分が主治医なので、どういう読みをして、どういう質問があるのかという話を知らない、自分のチームに対してプレゼンテーションができないんです。

大学の責任

【畑尾】 いまのお話の流れがとぎれるようなことを言って申しわけございません。各診療科における実技の実習をどういうふうに進めていくかはとても大事なことで、ご議論いただくのはたいへん重要なことだと思います。一つ前の責任問題のところにもかかわることですが、実は厚生省の臨床実習検討委員会の報告書をもう一度読んでいただければと思います。例の違法性阻却の4条件が記載されている3行ほど上に書いてあるんですが、「各大学において、臨床実習の指針を作成し、その記載に従って実習を進めること」となっておりまして、それぞれの診療科の思いつきとか、指導医のその場の判断で勝手にやってはいけないという意味のことが明記されておりますので、ご注意くださいと思います。

【神津】 ありがとうございます。それはとても大事なことでした。大学が、一つのユニティーとして、学内共通の医行為水準を決めることが必要だというご指摘でした。これはとりもなおさず大学単位で学生医行為に関する責任を持つ、ということをおっしゃってくださったのだと思います。学長・医学部長のリーダーシップがどうして必要かということも自ずからわかるような気がいたします。

さて、そろそろ時間になりました。い

ま終了予定時刻を7分過ぎましたが、もう数分よろしゅうございますか。

【狩野】(東海大学) いまのお話を聞いて一つ整理しなければいけないと思ったのは、責任性、つまりレスポンスビリティのことです。やはり学生医師であっても、責任性がないところにモチベーションは生まれてこないと、私は経験上考えております。いまのディスカッションを聞いていてだんだん整理されてきたんですが、個人心理的なレベルにおける責任という問題と、大学、あるいは医学部という施設レベルにおける責任と、それから最後に社会、あるいは法的なレベルの責任という一つぐらいのレベルで整理していかないと、議論が混乱してしまうと思います。

私は個人レベル、大学レベルの責任は、かなり明確にしていく必要があるのではないかと思っていますし、今日のディスカッションを聞いて、そのへんがよけい明確になったような気がいたします。

【神津】 ありがとうございます。大事なお指摘だったと思います。

指針と同意の取り方

【吉田】(九州大学統合教育センター)

いまのテーマですが、いま先生がおっしゃったのとまったく同じことでして、もしクリニカルクラークシップで学生が医行為を行って事故が起こった場合の話です。先ほどの議論で言い忘れたんですが、大学病院という施設で学生が医行為をするということで訴訟になった場合は、通常ですと大学病院の医事課が法廷の場に出ることになりますので、大学病院の事務関連の方、総務系、あるいは医事課の方と、こういうクリニカルクラークシップをやって、学生がこういった医行為

をしているという指針を、医事課の方ともよく検討いただくことが絶対に必要だと思います。

もう一つは国立大学にのみ関連する話です。訴訟があって示談にしても、最終的に裁判に行って、判決が出て負けた場合には国庫からお金が支払われることとなります。その根拠として、必ず指針が必要であるということと、もう一つ、医行為の違法性の阻却の条件のなかに同意書を得るというのがありましたが、同意の得方は、厚生省の報告書のなかでは、「外来にそういう教育病院であることを掲示するという同意の取り方から」と書いてあるんです。しかし少なくとも国の訴訟担当者は、病院の外来の掲示で説明したことにはならないという認識を持っておりますので、これから先、クラークシップを導入していくということであれば、はっきりしていかなければならないことの一つだと思います。

それと先ほど、こういう話をずっとしていくと、フィアが起こってなかなか取り入れられないのではないかという話がありましたが、少なくとも九大の医学部では、法律問題をあいまいにすることこそフィアがあって、これをしっかりしてもらわないと学生に医行為をさせられないという教官のほうの数としてはかなり多かったことをお話ししておきます。

産婦人科実習

【神津】 ありがとうございます。あと数分だけ、15分過ぎには終わらせたいと思いますが、産婦人科の豊田先生からちょっとご発言をいただきたいと思います。豊田先生はこのたびはご自身の意見を控えて、ほとんど調査報告だけに徹しておられましたが、産婦人科実習の実

情について、先生のお考えをお聞かせください。

【豊田】 午前中は現在の日本の医育機関における産婦人科の実態、特に内診、あるいは経膈分娩の見学についてご報告いたしました。そこでは、多くの施設で、患者さんの同意を得ずして、こっそりと内診とか経膈分娩の見学が行われている実態が明らかになりました。また、麻酔をかけてから、手術場で内診させるのは非常にまずいことではないかと思えます。では、これを解決するにはどうすればいいかということ、従来の見学的な実習では、このような産婦人科の医行為をさせることはできない時代になっているのではないか。したがって、今後産婦人科の実習として、このような医行為をもし学生に修得させる必要があるとしたら、クリニカルクラークシップを進める以外に解決手段はないのではないか。しかも、生半可なクリニカルクラークシップではダメで、やはり学生が患者さんのケアをして、先ほど赤津先生が言われたように、患者さんが主治医として学生を認める。そこまでクリニカルクラークシップを推し進めないと、こういった非常に問題のある医療行為を学生に実習させることはなかなか難しいのではないかと考えております。

【植村】 豊田先生、たしかに婦人科はたいへん難しくて、浜松医科大学でもクラークシップのワークショップをつい最近やりました。やはり婦人科は非常に困るんですが、私がアメリカにいたころは、婦人科は1晩に10人以上お産がありましたので、1か月に300例あるわけです。ですから、私は3日に1晩だけ休ませていただいて、200例を自分でやりま

した。昔はそういうことは簡単だったんですが、いまお聞きしますとお産の数がどんどん減っている。アメリカですと医師免許があつたら必ずお産をやります。GPのなかに「内科、外科、小児科、そして婦人科をやる」とありますので、正常お産はほとんどのGPがやっているわけです。ところが日本は婦人科医以外はほとんどやりません。非常に特殊化されてきた。そうすると、無理してすべての医師が学生時代にお産を体験する必要があるのかどうかという問題も出てくるので、教え方は非常に難しいです。

ただ、私が非常に感心したのは、先ほどおっしゃったように、アメリカではきちんと学生にはレクチャーで我慢させる。私もレクチャーをやってみて、ポルチオの9センチ、10センチが区別できます。アメリカではレクチャーは必ず内科でやっていますし、日常茶飯事ですから、のどちんこを見るのと同じような気持ちです。ですから、患者さんもいっさい抵抗がないのでできるんです。

私が浜松医科大学の婦人科の先生に聞いたら、そういうティーチング・テクノロジーは日本には入っていないそうです。そのへんのところはどうでしょうか。これからクラークシップで婦人科をどこまでやらせるかということと、レクチャーでも我慢させるか。プラクティカルなことはどうでしょうか。

【豊田】 非常にいいサジェスションをありがとうございます。私はまだそこまで考えておりませんでした。先生の先ほどのアドバイスに従って、具体的にどうするか、例えば若い患者さんに対して女子の学生を当てるのはけっこう受け入れられるかもしれないけれども、男子の学生はちょっと年寄りの方を当てると

か、先ほどのレクチャーとか、いろいろなテクニカルな工夫で、ある程度産婦人科実習は可能かもしれない。それはこれから考えさせていただきます。

【黒川】 これは難しい問題です。お産は少子化の時代で非常に少なくなっていることと、日本はスペシャリティにどんどん進んでしまいました。しかも、小さい国で、交通網が発達しているので、自分はお産は扱えなくてもいいという気持ちはあると思います。また、小児科もだんだん子供が少なくなってきたから、小児科を教える人が少ない。私立大学ではそれでは儲からないからスタッフは要らないという話になりかねないわけで。病棟もそうです。しかし小児の救急は多い。

いまちょっと考えているのは、実際、東海大学の婦人科ではもう始まっているんですが、コミュニティの婦人科の先生は、ふだんは妊婦を診ていても、お産を自分のクリニックでやるのは時には厳しい状態にある。うちの婦人科の牧野教授と話をしてお産はうちで一緒にやりましょう。どうぞ先生いらっしゃい。お産をしてくださいという話を始めています。実際に何人かの先生がそういうプログラムに入られて、そのプログラムでお産は50例ぐらいやったと思います。ですから、コミュニティの先生もこういう形でティーチングに参加することも大事だと思っています。

卒後研修との関連

【黒川】 それからもう一つ、教育を一生懸命やってもいったい何のためになるのかという最終的な目標があるんですが、先ほど言ったように、アメリカでは卒業してインターンは全部コンピュータ

一のマッチングで決まります。ところが日本は先ほど言ったように、学生をカラオケで飲ませて、自分の医局に入れようとか、単なる労働力として見ている点もある。医者育てるといってお医者さん側のモチベーション、社会に対するプロフェッショナリズムのために、という育てる側にそんな気持ちは第一義的にはあまりないと思います。そのへんに問題があって、もし教育改革をして、本当に評価をするつもりだったら、アメリカのように研修医は全部マッチングにすべきだと思います。主として卒業した大学で医局に入るといシステムが主流である限りは、いいかげんに手抜きします。よい教育をやっても教育する側のモチベーションにならないんです。だから、もっとオープンな、マーケットによっていい医者を育てようという機運がない限り、いくら議論していても自己満足の世界だと思います。

そういうわけで、聖マリと北里とうちは小田急の沿線なので、少なくとも内科の研修医はローテーションしようという話をしています。そうすることによって、ほかの大学のティーチングや卒業生の質がお互いにわかるので、お互いに努力するようになる。これをもっと全国に広げべきだと思いますし、それをしない限りは、教育改革をやっている、うちはこうやっていますという自己満足に過ぎないと思います。

小児科実習

【神津】 ありがとうございます。同じような意味で、大澤先生、母親も含めた対応が必要な小児科の領域で、クラークシップについて何かご追加があればお話しください。

【大澤】 特にはありませんが、私も4年生のときに保育園に半日ほど学生を実習に出しておりました。そちらで正常の子供たちと遊ぶ実習をさせていますが、私自身は小児科にまわってくる時にはそれが役に立っていると思っております。問題点は、日本のというか、うちだけの話かもしれませんが、いろいろなプログラムは組まれているし、時間もけっこう配分されているけれども、実際に学生の身についたものになかなかないところで、もう少し学生の意識の改革、および教員の意識の改革が伴っていないと実が上がってこないのではないかと感じております。

【神津】 ありがとうございます。それでは最後に1分だけご発言いただいて終わりにしたいと思います。

学生の文化活動はどうなる

【小峰】 神津先生がおまとめになる前にどうしてもお伺いしたいことがあります。昭和大学藤が丘病院の小峰と申します。たいへん有益なお話をたくさん伺って、まさに蒙を啓かれたという感じがしますが、今日のお話の多くは当然ですが、教える側と言いますか、われわれサイドからの話だったとは思いますが。古い観念では、大学は心身ともに健全な人材を育成するということですから、彼らの生活の管理、福祉に関しては、学生部という部門が代表して彼らの利益を守るだろうと思えます。

先ほどのクリニカルクラークシップは非常に突き詰めたところをイメージしますと、彼らはまさにインターン以降の、われわれ若手の医師がやっていたような24時間病院にくぎ付け、どっぷり漬かる

生活になるとすると、大学が促進、刺激しているはずの自由な文化活動、あるいは運動の活動のようなチョイスが許される部分がどのように折り合うのか。われわれの現在のベッドサイドラーニングの段階でも、彼らの文化活動とのあいだでそごが必ず生じております。特に外国でそのようなかたちが長く取られたとした場合には、メディカルスクールのシュエーデントはそういう権利をもともと放棄することを前提に、あるいはそれを押しやることを当然のこととして受け入れているかどうか。ちょっと気にかかるものですから、お教えいただきたいと思えます。

【黒川】 私が先ほど言ったように、高等教育と社会の関係が変わってきているということです。昭和30年代までのように、12%ぐらいしか大学に行かないときは、医者はエリートであるし、社会もそういう目で見えていたということがありますが、いまみたいに、50%が大学に行くようになると、お医者さんはどうも悪いことをしているのではないかと、偏差値だけで選ぶという変な見方があります。だからこそ、いま言ったように、医者は4年間の大学を出た人だけを取るメディカルスクール・システムになっていると思います。そうになると、医者になる人は一つディグリーを持っているわけですから、これからの4年間は休みなんか少なくとも当たり前だ。社会人ならそうなのだという話が当然できるわけです。こちらのカリキュラムも非常に要求度が高い。だから、クラークシップになれば、最後の2年間は24か月のうち休みは2か月しかありません。それで当然だと思っているわけです。

18歳で医学部に来るから、「私たちがま

だ学生だ、若い」とか、「アルバイトがしたい」とか、「スナックで働きたい」なんて言う人が出てくるわけです。(笑)「あなたたちはそうではないんだ。これはプロフェッショナルスクールだ」というためには、4プラス4のメディカルスクールにいまこそなるべきときに来たのではないかと思っています。

総合討論のまとめ

クラークシップとは何か

【神津】 ありがとうございます。時間をだいぶ超過いたしましたので、ここでちょっとまとめさせていただきます。

第一に総合討論全体を通して、クラークシップの概念が、少しずつわかってきたように思います。つまり「クラークシップ」とは何かといいますと、在来の見学型の臨床実習ではなく、「診療参加型の臨床実習」ということができます。つまり学生が「クラーク（学生診療助手）」として実際の診療の手伝いをしながら学ぶ臨床実習の形態の総称だと思います。

この形式の実習ではとにかく学生の医行為が問題になりがちですが、本当に大切なのは、クラークシップを通してどのような教育目標を達成しようとしているかということだと思います。もしそれが本当に達成できるならば、BSLであろうと、クラークシップであろうとかまいませんし、クラークシップという言葉だけが重要なのではないということがわかりいただけたかと思っています。

医学教育全体の見直しが必要

【神津】 第二には、クラークシップ

に関する問題は、病院実習カリキュラムだけの問題ではなくて、医学教育全体のなかで考え直さなければいけない、カリキュラム全体が問われているということを教えていただいたように思います。たとえばクラークシップを開始するための準備教育や、学生が本当にクラークシップを開始でき知識・技能・態度身につけているのかという評価方法も問われているだろうと思います。

医療のあり方も問われる

【神津】 第三には、クラークシップをとりまく問題として、学生教育ばかりでなく、同時に医療やケアのあり方そのものも問われているということでもあります。決して教育だけが問われているのではない。私たちが日ごろ携わっている大学病院の医療についても改善を迫られているような気がいたします。私たちの病棟では、クラークシップが可能となるような、本当に良いチーム医療が行われているのでしょうか。教育システムの前提となる医療体制がきちんとできていないと、医療チームのなかで学生を学ばせるクラークシップの教育目標はなかなか達成できないのではないかと思います。これは責任体制のあり方を考える前に解決しておかなくてはならない大きな命題だと思います。

グローバルスタンダードへ向かって

【神津】 いずれにせよ、先ほどの黒川先生のお話にあった世界に通用する水準、グローバル・スタンダードに、到達している学生を送り出すことを私たちがめざしているならば、そして少なくともアジアのリーダー的な存在になりたいと考えるならば、私たちはもう今からそれ

に向かってスタートしなければいけないという気がいたします。そのときに、自分たちだけで模索するのではなくて、すでに数 10 年の経験が世界には蓄積されているので、そういうものも参考にしながら、新しい臨床実習体制を自分たちの大学に適した形と内容で、無理なく少しずつ高めていくことができるのではないかということ、今日は教えていただいた気がいたします。

ご討論いただきたいことがたくさんありましたが、2 時間以上がアツという間に過ぎてしまいました。司会の不手際をお詫び申し上げます。今日はここで終わらせていただきますが、先生方、今日は本当にありがとうございました。(拍手)

【公開討論会参加者名簿】

公開討論会 参加者名簿 (順不同)

	所属機関	部局	氏名	職名
1	文部省	医学教育課	木谷 雅人	課長
2	文部省	医学教育課	袖山 禎之	課長補佐
3	Stanford 大学	内分泌内科	赤津 晴子	Fellow
4	東海大学	医学部	黒川 清	医学部長
5	金沢医科大学	呼吸器内科学	大谷 信夫	教授
6	関西医科大学	衛生学	徳永 力雄	教授
7	埼玉医科大学	医学教育学室	大野 良三	教授
8	埼玉医科大学	医学教育学室	森田 孝夫	講師
9	自治医科大学	アレルギー膠原病学	狩野 庄吾	教授
10	千葉大学	小児外科	田辺 政裕	助教授
11	東海大学	教育計画部	大塚 洋久	教授
12	三重大学	産科婦人科学	豊田 長康	教授
13	名古屋大学	総合診療部	伴 信太郎	教授
14	浜松医科大学	脳神経外科学	植村 研一	教授
15	東京女子医科大学	医学教育学	神津 忠彦	教授
16	筑波大学	卒後研修部	武田 裕子	講師
17	東京女子医科大学	小児科	大沢 真木子	教授
18	日本医学教育学会		堀 原一	会長
19	岐阜大学		尾島 昭次	名誉教授
20	埼玉医科大学		石田 清	名誉教授
21	日本大学医学部	病理学	桜井 勇	教授・医学部長
22	日本赤十字武蔵野短期大学		畑尾 正彦	教授
23	岩手医科大学	整形外科	嶋村 正	教授
24	岩手医科大学	小児科学	千田 勝一	教授
25	大分医科大学	脳神経外科学	堀 重昭	教授
26	大分医科大学	臨床薬理学	中村 紘一	助教授
27	大阪医科大学	一般・消化器外科学	谷川 允彦	教授
28	大阪市立大学	医学部内科学第2	津村 圭	講師
29	岡山大学医学部	内科学第3	槇野 博史	教授
30	岡山大学医学部	第1内科	山本 和秀	講師
31	金沢医科大学	救命救急科	安田 幸雄	教授

	所属機関	部局	氏名	職名
32	九州大学医学部	統合教育研究実習センター	山本 博道	助教授
33	九州大学医学部	統合教育研究実習センター	吉田 素文	助手
34	杏林大学医学部	小児外科学	伊藤 泰雄	教授
35	近畿大学	内科学第三	金丸 昭久	教授
36	近畿大学	生理学	松尾 理	教授
37	久留米大学	小児科学	吉田 一郎	助教授
38	群馬大学医学部	麻酔・蘇生学	後藤 文夫	教授
39	群馬大学		小林 正樹	
40	埼玉医科大学	医学教育学室	稲葉 宗通	講師
41	佐賀医科大学	放射線医学	工藤 祥	教授
42	滋賀医科大学	産婦人科	野田 洋一	教授
43	滋賀医科大学	外科学第1	谷 徹	助教授
44	島根医科大学	内科学第3	山形 真吾	助手
45	順天堂大学医学部	腎臓内科学	富野 康日己	教授
46	順天堂大学医学部	腎臓内科学	鈴木 重伸	講師
47	昭和大学藤が丘病院	内科血液	小峰 光博	教授
48	昭和大学藤が丘病院	小児科	磯山 恵一	助教授
49	昭和大学藤が丘病院	内科神経	自見 隆弘	助教授
50	昭和大学藤が丘病院	胸部心臓血管外科	鈴木 隆	助教授
51	昭和大学藤が丘病院	脳神経外科	鈴木 龍太	助教授
52	昭和大学	第一外科	川田 忠典	教授
53	昭和大学	第三内科	小林 洋一	助教授
54	昭和大学	教務部	桜田 隆	係長
55	聖マリアンナ医科大学	第三内科学	斉藤 宣彦	教授
56	聖路加看護大学		井上 愛	学生
57	筑波大学		濱田 康平	
58	筑波大学		森田 倫子	
59	帝京大学医学部	代謝内科	寺本 民生	教授
60	帝京大学医学部	腎内科	内田 俊也	講師
61	帝京大学医学部	脳神経外科学	田村 晃	教授
62	天理よろづ相談所病院	総合診療教育部	今中 孝信	副院長
63	東海大学医学部	教育計画部・病態診断系病理学	長村 義之	副学部長
64	東海大学医学部	病態診断系病理学	安藤 泰彦	教授

	所属機関	部局	氏名	職名
65	東海大学医学部	病態診断系病理学	堤 寛	助教授
66	東海大学医学部	外科学	中崎 久雄	助教授
67	東海大学医学部	内科学・教育計画部付き	阿部 好文	講師
68	東海大学医学部	外科学	上野 滋	講師
69	東海大学医学部	精神科学	狩野 力太郎	講師
70	東海大学医学部		栗原 由佳	
71	東海大学医学部	内科学	白井 孝之	講師
72	東海大学医学部	内科学	谷亀 光則	講師
73	東京医科歯科大学		岡嶋 道夫	名誉教授
74	東京慈恵会医科大学	外科学講座第1	山崎 洋次	教授
75	東京慈恵会医科大学	内科学講座第1	伊坪 真理子	講師
76	東京慈恵会医科大学	解剖学講座第1	福島 統	講師
77	東京女子医科大学		高倉 公朋	学長
78	東京女子医科大学	精神医学	岩井 一正	教授
79	東京女子医科大学	糖尿病内科	岩本 安彦	教授
80	東京女子医科大学	循環器内科	楠元 雅子	教授
81	東京女子医科大学	第1病理	小林 楨雄	教授
82	東京女子医科大学	内科学第2	高野 加寿恵	教授
83	東京女子医科大学	神経内科	竹宮 敏子	教授
84	東京女子医科大学	精神医学	田中 朱美	教授
85	東京女子医科大学	消化器内科	林 直諒	教授
86	東京女子医科大学	病理学第一	深田 達男	教授
87	東京女子医科大学	消化器内科	渡辺 伸一郎	教授
88	東京女子医科大学	第二病院小児科	杉原 茂孝	助教授
89	東京女子医科大学	消化器内科	土岐 文武	助教授
90	東京女子医科大学	内科学第2	肥塚 直美	助教授
91	東京女子医科大学	医療・病院管理学	上塚 芳郎	講師
92	東京女子医科大学	消化器内科	小山 祐康	助手
93	東京女子医科大学	第二病院小児科	加藤 文代	助手
94	東京女子医科大学	消化器内科	西野 隆義	助手
95	東京女子医科大学	消化器内科	清水 京子	助手
96	東京女子医科大学	消化器内科	福屋 祐嗣	助手
97	東京女子医科大学	解剖学	松田 隆子	助手

	所属機関	部局	氏名	職名
98	東京女子医科大学	医学部	市川 順子	学生
99	東京女子医科大学	医学部	河合 由紀	学生
100	東京女子医科大学	医学部	齋藤文香	学生
101	東京女子医科大学	医学部	齋藤 理恵	学生
102	東京女子医科大学	医学部	齋藤 理士	学生
103	東京女子医科大学	医学部	坂口 亜夢	学生
104	東京女子医科大学	医学部	桜井 美樹	学生
105	東京女子医科大学	医学部	佐藤 真奈	学生
106	東京女子医科大学	医学部	高倉 美保子	学生
107	東京女子医科大学	医学部	高田 充規子	学生
108	東京女子医科大学	医学部	田尻 晶子	学生
109	東京女子医科大学	医学部	永田美智子	学生
110	東京女子医科大学	医学部	畑埜 浩子	学生
111	東京女子医科大学	医学部	番場 嘉子	学生
112	東京女子医科大学	医学部	松本	学生
113	東京女子医科大学	医学部	山本 阿紀子	学生
114	東京女子医科大学	医学部	横井 千寿	学生
115	東京女子医科大学		内藤	
116	東京女子医科大学	医学教育学	申 春	留学生
117	東京女子医科大学	学事部	原田 勉	次長
118	東京女子医科大学	学事部	高橋 満子	事務員
119	東京女子医科大学	学事部	中戸川 悦月子	事務員
120	東京女子医科大学	臨床生化学検査科	瀬川 まゆみ	事務員
121	東京女子医科大学	医学教育学	渋谷 亜希	事務員
122	東京大学	医学部医学科	衣笠 哲史	学生
123	東京大学	医学部医学科	土谷 良樹	学生
124	東京大学	医学部医学科	平山 陽子	学生
125	東大病院		中島 美智	研修医
126	東邦大学医学部	薬理学	内山 利満	教授
127	東邦大学医学部	第1眼科学	松橋 正和	教授
128	東邦大学医学部	第1内科学	山崎 純一	教授
129	東邦大学医学部	第2皮膚科学	漆畑 修	助教授
130	東邦大学医学部	第2内科学	斉藤 徹	助教授

	所属機関	部局	氏名	職名
131	東北大学		小泉 賢治	
132	徳島大学医学部	解剖学第1	石村 和敬	教授
133	獨協医科大学	小児科学(血液)	江口 光興	教授
134	獨協医科大学	第1麻醉学	北島 敏光	教授
135	獨協医科大学	神経内科学	平田 幸一	教授
136	獨協医科大学越谷病院	小児外科	長島 金二	教授
137	獨協医科大学越谷病院	眼科	田中 寧	臨床助手
138	奈良県立医科大学		岡島 英五郎	学長
139	奈良県立医科大学	泌尿器科	大園 誠一郎	助教授
140	奈良県立医科大学	衛生学	藤崎 和彦	助手
141	日大練馬光が丘病院	小児科	高橋 滋	教授
142	日本医科大学	第2内科	飯野 靖彦	教授
143	日本医科大学	付属千葉北総病院泌尿器科	西村 泰司	教授
144	日本医科大学	泌尿器科学	吉田 和弘	助教授
145	日本大学医学部	内科学	内山 隆久	教授
146	日本大学医学部	内科学	堀江 孝至	教授・学務担当
147	日本大学医学部	臨床病理学	熊坂 一成	助教授
148	日本大学医学部	救急医学	矢崎 誠治	助教授
149	日本大学医学部	内科学	林 洋一	講師
150	広島大学医学部	耳鼻咽喉科学	夜陣 紘治	教授
151	福岡大学医学部	臨床検査医学	小野 順子	教授
152	福岡大学医学部	外科学第2	白日 高歩	教授
153	福岡大学医学部	第2内科	出石 宗仁	助教授
154	福島県立医科大学	脳神経外科	児玉 南海雄	教授
155	福島県立医科大学	生理学第1	清水 強	教授
156	福島県立医科大学	第1内科	前原 和平	助教授
157	福島県立医科大学	学生部学生課	豊田 俊一	課長
158	藤田保健衛生大学医学部	外科(胸部外科)	杉村 修一郎	教授
159	藤田保健衛生大学医学部	薬理学	萩野 泰道	教授
160	藤田保健衛生大学医学部	内科(血液内科)	平野 正美	教授
161	藤田保健衛生大学医学部	産婦人科	廣田 穰	助教授

	所属機関	部局	氏名	職名
162	藤田保健衛生大学医学部	内科(血液内科)	宮寄 仁	講師
163	防衛医科大学		坂口 健一郎	
164	宮崎医科大学	第三内科	松倉 茂	教授
165	横浜市立大学医学部	第2外科	大木 繁男	助教授
166	横浜市立大学医学部	医学教育学	後藤 英司	助教授
167	横浜市立大学医学部	事務室	吉田 忠司	教務係長
168	医学書院		池田 光一	編集長
169	医学書院		高村 信子	
170	医学書院		滝沢 英行	
171	医学書院		八木 保	カメラマン
172	(財)生存科学研究所		小林 芳子	
173	東京SP研究会		佐伯 晴子	

文部省平成10年度科学研究費補助金
基盤研究(C) 課題番号 10897025 研究報告書

「クリニカルクラークシップの導入とその問題点」

平成11年3月31日 発行

発行者 「卒前臨床実習におけるクリニカルクラークシップ方式の導入に関する調査研究」

研究代表者 神津 忠彦

東京都新宿区河田町 8-1
東京女子医科大学医学部医学教育学教室内
電話：03-3353-8111

印刷所 株式会社 アド・プリント
〒106-0031 東京都港区西麻布2-8-9 Tel. 03-3407-6628
