

報告

「第3回クリニカル・クラークシップ指導者養成ワークショップ」に参加して

山蔭 道明

札幌医科大学医学部麻酔学講座 講師 (主任 並木 昭義 教授)
医学部 教育主任, 医学部FD教育セミナー実行委員会 委員
医学部臨床実習 (CC) 小委員会 委員
医学部医学概論・医療総論教育企画委員会 委員

Participation in the 3rd Clinical Clerkship Instructors Training Workshop

Michiaki YAMAKAGE

Assistant Professor, Department of Anesthesiology, Sapporo Medical University School of Medicine (Chief: Prof. A. NAMIKI)

ABSTRACT

I participated in the 3rd Clinical Clerkship Instructors Training Workshop from Nov. 21st to 23rd, 2006. The objective of this workshop, which has been sponsored since last year by the Clinical Ability Committee of the Japan Society for Medical Education, is to understand how to realize clinical clerkship and to promote clinical training programs in all schools of medicine in Japan. Forty-five clinical physicians from around Japan participated in the workshop this year, and 13 (28%) of those participants belonged to departments of the Medical Education Center. The workshop program consisted mainly of discussions by small groups followed by a debate by all participants as well as some mini lectures. Role-playing was included in the instruction section. Although the workshop was only for 3 days, it provided a valuable opportunity for clinical physicians who have similar interests and questions to take part in debates in an environment isolated from their usual daily activities. In order to introduce an effective hands-on clinical training program, it is important to understand necessary educational theory and to establish a method and system of teaching, not simply to imitate the form of clinical clerkship in the US.

(Accepted December 25, 2006)

Key words: Clinical clerkship (CC), Faculty development (FD), Japan Society for Medical Education

1 緒 言

この度、日本医学教育のメッカといわれる静岡県裾野市の富士教育研修所、いわゆる富士研で「第3回クリニカル・クラークシップ指導者養成ワークショップ」が開催された。真の診療参加型臨床実習を実現するための方略を理解し、各大学で実質上の参加型臨床実習を広く推進することを目標に、日本医学教育学会の臨床能力小委員会が昨年度から主催している。現在までに100名弱の医学教育に携わる先生方が参加している。今回、本ワークショップに参加する機会を得たので報告する。

2 研修内容

参加者は、大学医学部・医科大学の医学教育に携わる臨床医45名であった(写真1)。職は教授が8名、助教授が

9名、講師が19名、助手が9名であり、そのうち兼任・専任を問わず医学教育センターなる部門に所属しているもの



写真1 2006年度第3回クリニカル・クラークシップ指導者養成ワークショップの参加者

表1 ワークショップ・スケジュール

2006年11月22日(水)	
12:00	受付開始, 昼食
13:00 - 14:00	開会の辞, オリエンテーション スタッフ紹介, ワークショップの進め方, アイズプレキング
14:00 - 15:00	小グループ討論「臨床実習の現状報告」
15:00 - 15:30	全体討論(発表4分, 討論2分)
15:30 - 15:45	休憩
15:45 - 16:45	小グループ討論「診療参加型臨床実習の目的」
16:45 - 17:15	全体討論
17:15 - 17:30	ミニレクチャー「診療参加型臨床実習の目的」
17:30 - 17:45	休憩
17:45 - 18:15	講義「診療参加型臨床実習のカリキュラム」
18:15 - 19:15	小グループ討論「診療参加型の組み立て方(1) スケジュールリング」
19:15 - 20:15	夕食
20:15 - 20:45	全体討論
2006年11月23日(木・祝)	
7:30 - 8:30	朝食
8:30 - 9:30	小グループ討論「診療参加型の組み立て方(2) 臨床実習準備教育 ICM」
9:30 - 10:00	全体討論
10:00 - 10:15	ミニレクチャー「診療参加型の組み立て方(2) 臨床実習準備教育 ICM」
10:15 - 10:30	休憩
10:30 - 10:45	ミニレクチャー「診療参加型の組み立て方(3) 指導体制」
10:45 - 11:45	小グループ討論「診療参加型の組み立て方(3) 指導体制」
11:45 - 12:15	全体討論
12:15 - 13:15	昼食(集合写真撮影)
13:15 - 14:00	講義「効果的な診療参加型臨床実習のための教育理論」
14:00 - 15:45	ロールプレイ「指導の仕方(1) presentationの指導法」
15:45 - 16:00	休憩
16:00 - 17:45	ロールプレイ「指導の仕方(2) 短時間での指導法」
17:45 - 18:15	講義「臨床教育の基本原則—ハワイ大学の紹介」
18:30	懇親会
2006年11月24日(金)	
7:30 - 8:30	朝食
8:30 - 8:45	ミニレクチャー「評価について」
8:45 - 9:45	小グループ討論「評価について」
9:45 - 10:15	全体討論
10:15 - 10:30	休憩
10:30 - 10:45	ミニレクチャー「臨床実習終了後のOSCEの導入について」
10:45 - 11:00	ミニレクチャー「USMLE - step 2CS」
11:00 - 11:30	講義「診療参加型臨床実習導入戦略の提案」
11:30 - 12:00	総合討論
12:00 - 12:10	閉会式, 修了証授与
12:10 - 13:00	昼食, 解散



写真2 ワークショップの中心となる小グループ討論(上・中)と全体討論(下)の様子

が13名(29%)であった。年齢は33歳・56歳と幅広く、女性は4名(9%)であった。ディレクターは津田司先生(三重大学大学院医学系研究科家庭医療学)であり、2005年には当大学医学部医学教育セミナーでご講演いただいている。タスクフォースとして、同じく2006年にご講演いただいた松尾理先生(近畿大学医学部医学教育研究センター)が参加されていた。

ワークショップのスケジュールを表1に示した。プログラムは3日間の合宿の形態を取っているが、北海道あるいは沖縄からでも初日に集合し、最終日に帰ることができるように配慮されていた。研修内容のほとんどが小グループによるワークショップとその後の全体討論(写真2)という形を取っており、スムーズな導入あるいは補足のためのミニレクチャーがいくつか含まれていた。今回は、医学教育の中でも「診療参加型臨床実習」が取り上げられ、その指導者を養成することが目的であった(表2)。ワークショップ

表2 今回のワークショップの到達目標

1. わが国および世界の医学教育改革の方向性を理解する。
2. 成人教育学（アンドラゴジー）を理解する。
3. Outcome-based education の意義を理解する。
4. Reflective practitioner（内省的実践家）の重要性について理解する。
5. 診療参加型臨床実習について理解する。
 - ① Task-based learning を理解する。
 - ② 教育体制としての屋根瓦方式を理解する。
 - ③ 診療参加型臨床実習における学生の役割とその持たせ方を理解する。
 - ④ 指導医として効果的な学生指導法を理解する。
 - ⑤ 診療参加型臨床実習における学生の評価法を理解する。
 - ⑥ SPICES モデルについて理解する。

のプログラムは、その目的を実現するために実際にクリニカル・クラークシップの指導者が臨床実習を構成していく流れに即したものであった²⁾。まず、①本邦での臨床実習の現状報告が行われた。引き続き、②診療参加型臨床実習の目的は何であるのか、③それを実現するためにはどのようなスケジュールを組み立てればよいのか、④スムーズに臨床実習に入るためにはどのような臨床実習準備教育（ICM: Introduction to Clinical Medicine）を行えばよいのかが話し合われた。さらに、臨床実習を成功させるための⑤指導体制、⑥指導方法、ならびに⑦評価法が討論された。指導方法のセクションでは、お互いに学生、模擬患者、ならびに指導医としてのロールプレイ手法が取り入れられていた。ワークショップの形態自体は、日本医学教育学会あるいは当大学医学部でも毎年FDワークショップが開催されており、今やなじみの深い研修形態である。今回利用されていたロールプレイ法は学生の模擬実習には応用するものの、教育者自身の研修法としては私自身はじめての経験であった。最終日には、⑧臨床実習終了後のAdvanced OSCEの導入、ならびに⑨効果的な診療参加型臨床実習導入のための戦略が討論された。最後の総合討論では、主に診療科間での臨床実習の温度差、ならびに教育活動に対する評価法について議論された。同じような興味や疑問をもった臨床医が、3日間の短い期間とはいえ日常の臨床業務から離れて議論を重ねるのは非常に有意義であった。

3 クリニカル・クラークシップ³⁻⁵⁾

3・1 本邦での導入

1991年に文部省（当時）が大学設置基準を大綱化し、カリキュラム作成上での制限が大幅に緩和された。同時に厚生省（当時）が設置した臨床実習検討委員会が一定の要件を満たせば、医学生が医行為に携わることの違法性は阻却されるとの見解を発表した。それに伴って、全国の医学部・医科大学でのカリキュラムの見直しが始まったが、臨

表3 クリニカル・クラークシップの実施状況

A. 実施状況の推移					
年度	1993年度	1995年度	1997年度	1999年度	2003年度
大学数	14	30	42	55	66
(%)	(18%)	(38%)	(53%)	(69%)	(93%)
一部導入を含む					
B. 導入状況（2003年度）					
	国立	公立	私立	合計	
臨床実習を行うすべての科で導入している	26	1	12	39	
内科や外科などの主な臨床実習実施科で導入している	4	0	8	12	
一部の臨床実習科で導入している	8	6	10	24	
導入していない	5	1	0	6	
計	43	8	30	81	

床実習の形態は相変わらず見学型実習がほとんどであった³⁾。しかし、1999年の21世紀医学・医療懇談会第4次報告が、臨床実習の充実を図ることが重要であると提言し、これを受けて2001年に医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力会議が、診療参加型臨床実習の実施を具体的に示した。これらの報告に追従する形で、本邦でのクリニカル・クラークシップの導入は大きく広まった（表3）⁴⁾。

3・2 クリニカル・クラークシップとは

クリニカル・クラークシップとは、学生が指導医と研修医で構成される診療チームに責任をもった一員として加わり、指導医の監督のもとに実際の診療に関与する実習形態を指す。診療チームが構成されているというのが病棟でのクリニカル・クラークシップの絶対条件とされる。通常は、学生、初期研修医、後期研修医からなるいくつかのチームを専門医が統括しており、それを臨床経験豊富な指導医（アテンディング）が指導する屋根瓦方式を採用すべきとされている。クラークシップの責任者は常に学生を評価し、フィードバックを行う（形成的評価）。

3・3 日本での現状

日本では、診療参加型を“許容された一定範囲の医行為”とみなし、採血や縫合などの医療手技を行わせることがクラークシップとする傾向がある。事実、学生からの評価においても医行為を行った方がクラークシップの評価が高まる傾向がある⁶⁾。しかし、米国のクラークシップ責任者を対象に、学生の臨床実習で何が重要と考えるかを調査した結果では、症例の呈示（プレゼンテーション）、診断、病歴の聴取、検査結果の解釈、患者とのコミュニケーションが上位を占め、日本での考え方に差があると思われる（図1）⁷⁾。指導者の能力や病院側の体制など条件が整わないまま導入しようとするために、本来のクリニカル・クラークシップとは似て非なるものになっていることが懸念される⁸⁾。

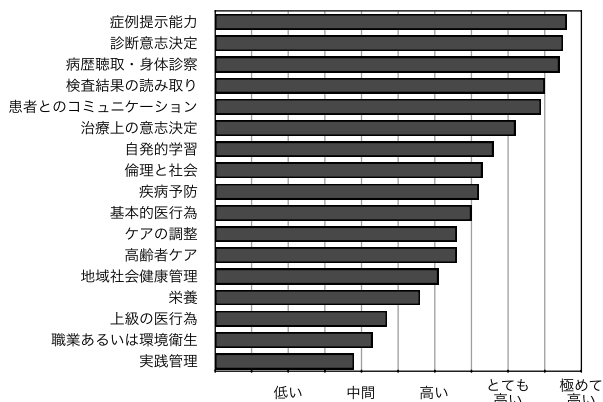


図1 内科の臨床・クラークシップにおいて全米の実施責任者が考えている医学生に教えるべき項目の重要度の順位 (文献7より引用, 改変)

5 まとめ

充実した参加型臨床実習を導入するためには、形式のみを模倣するのではなく、真の診療参加型にするために必要な教育理論を理解し、その理論をもとに指導体制や指導法を組み立てることが大切である。本邦においても欧米に近い形で参加型臨床実習を行うことができれば、卒業時の学生の臨床能力が飛躍的に向上し、世界の国々のように卒業臨床研修の必修期間が1年に短縮され、将来的には廃止の方向に進むことが期待される。

なお、医学教育用語⁹⁾には、臨床医にとって分かりづらい用語がある。今回の報告に関するものについてのみ解説を加えた(付録)。ご参照いただければ幸いです。

謝 辞

稿を終えるにあたり、今回のワークショップ参加に対してご理解とご協力いただいたの當瀬規嗣医学部長、並木昭義教授(麻酔学講座)と講座の諸先生方、ならびに当大学事務局学務課の方々に深く感謝いたします。

参考文献

1. 日本医学教育学会卒前臨床教育委員会編. 診療参加型臨床実習ガイド—臨床・クラークシップ指導者のために. 東京: 篠原出版新社; 2005.
2. Thomas PA, Howard DM, Bass EB. 小泉俊三監訳, 大西弘高訳. 医学教育プログラム開発: 6段階アプローチによる学習と評価の一体化. 東京: 篠原出版新社; 2003.
3. 阿部好文, 黒川 清. 新しい卒前医学教育5: クリニカル・クラークシップ. 日本医学教育学会編. 医学教育白書2002年版('98-'02). 東京: 篠原出版新社; 2002. p. 58-61.
4. 阿部好文. 卒前医学教育の新しい動向5. クリニカル・クラークシップ. 日本医学教育学会編. 医学教育白書2006年版('02-'06). 東京: 篠原出版新社; 2006. p. 74-78.
5. 山蔭道明, 並木昭義. 最近の医学教育と変遷と動向. 札幌医学雑誌2003; 72: 37-48.
6. 山内正憲, 山蔭道明, 川股知之, 新山幸俊, 並木昭義. 麻酔科必修臨床・クラークシップに対する学生の評価と改善点. LiSA 2006; 13: 592-598.
7. Bass EB, Fortin AH 4th, Morrison G, Wills S, Mumford LM, Goroll AH: National survey of Clerkship Directors in Internal Medicine on the competencies that should be addressed in the medicine core clerkship. Am J Med 1997; 102: 564-571.
8. Fagen M, 阿部好文. 米国における臨床技能教育. 「薬の知識」編集委員会編. 動き出した医学教育改革: 良き臨床医を育てるために. 東京: ライフサイエンス出版; 2001. p. 28-48.
9. 日本医学教育学会医学医療教育用語辞典編集委員会編. 医学医療教育用語辞典. 東京: 照林社; 2003.

別冊請求先:

〒060-8543 札幌市中央区南1条西16丁目 山蔭 道明
 電話: 011-611-2111 (内線3568)
 ファックス: 011-631-9683
 電子メール: yamakage@sapmed.ac.jp

付録：ワークショップで頻用される医学用語

アイス・ブレイキング ice breaking

緊張感を解除しリラックスさせる目的で、自己紹介、他己紹介、いくつかのゲームなど、多くのアイス・ブレイキング技法が取り入れられている。アイス・ブレイキングにより初期の段階で脅威を減少させることは、後のワークショップの成長過程で有意義な対人関係や相互作用を作り上げるのに役立つ。

アテンディング attending

正式にはアテンディング・フィジシャンという。外来あるいは病棟において患者の診療チームの長として診療の最終的な責任をもつ医師。

オスキー OSCE (objective structured clinical examination : 客観的臨床能力試験)

ステーションと呼ばれる小部屋を多数用意し、各部屋にそれぞれ課題を準備する。学生は順次それらの部屋にローテーションして与えられた時間内に課題をこなす。評価者はあらかじめ準備された評価表に沿って評価を行う。この評価表は臨床実技を評価するのに大変適している。

教育評価 educational evaluation

学習者、カリキュラム（目標、方略、評価）、教授法、教員など、すべてが評価の対象である。評価は、必ず何らかの目的があって行い、フィードバックする。

クリニカル・クラークシップ clinical clerkship

指導医の下で、チームの一員として診療に参加し、責任の一端を果たしながら、医師の業務、役割やその他の側面を臨床の現場で体験学習するもの。医師の秘書のごとく働いて仕事を覚えるという意味の言葉である。

形成的評価 formative evaluation

学習者、教員へのフィードバックを目的とする評価。Diagnostic evaluation（診断的評価）とも言う。方法として、助言、クイズ、小テストなどを含む。

CBT コンピュータによる多肢選択試験 (computer based test)

医学部・医科大学の学生が臨床実習開始前に行う共用試験の一つで、知識の評価をする方法。

小グループ討論 small group discussion

数人から10人程度の複数の小グループに分かれて行う学習法。大グループ学習とは異なる学習効果が期待される。

SPICES model

今までの教員中心、情報収集型、学問別、病院基盤型、画一的、そして場当たりの教育方法から、学生中心 (Student-centered)、問題指向型 (Problem-based)、統合的 (Integrated)、地域基盤型 (Community-based)、選択制 (Elective)、そして体系的 (Systematic) な教育法へ転換を図ろうとするもの。

成人教育学 andragogy (アンドラゴジー)

成人教育における教員の役割は、学習者とそのニーズを

明確化し、自らのゴールを設定し、学習経験をデザインし、かつ遂行し、その成果を評価できるよう、適切な援助を行うことである。このような自己決定的な学習法 self-directed learning が、成人教育の根幹をなすものである。

総括的評価 summative evaluation

合格、進級、卒業などの認定を目的とする評価

タクソノミー taxonomy (of educational objectives)

教育目標分類。認知領域（知識）、情意領域（態度・習慣）、ならびに精神運動領域（技能）に分けて考えることが多い。

タスクフォース task force

語源は軍隊用語で、特殊任務をもった機動部隊。ワークショップなどの世話人を意味する。

内省的実践家 reflection practitioner

「状況との対話」と平行して「自己との対話」を展開し、行為の最中に「省察」を行うこと、あるいはそれを実践する人。この繰り返しによって問題を解決していく。

標準模擬患者 standardized patient (SP)

単に模擬患者 (simulated patient: SP) ともいう。一定のレベルで標準化されて試験や評価にも利用できるようになった方々。OSCEではこの関与が重要である。

プロジェクト project

作業課題

プロダクト product

参加者によって立案されたカリキュラムなどの成果

USMLE 米国医師免許試験 (United States Medical Licensing Examination)

米国の医師免許試験は3段階方式になっており、Step 1・3までにすべて合格してはじめて医師免許の申請が可能となる。

臨床実習準備教育 ICM (Introduction to clinical Medicine)

臨床実習入門ともいう。最近導入され始めた卒前医学教育コースの一つである。臨床実習前に、技能 (OSCE) と知識 (CBT) を基準にするのが一般的である。

ロールプレイ role play

直訳は役割演技。芝居をしながら、その役割の人物の立場、気持ちを理解することなどを目的としたグループ学習の一つ。

ワークショップ workshop

あらかじめ目標を定め、その達成のために参加者全員が有効な討論を行い、一定の時間内にある成果 (product) を出すという手順をとる。この方法によって個人レベルで問題解決を行うのとは比較にならない成果を得ることができる。