

原 著

本学における診療参加型臨床実習に関する考察

—モデル・コア・カリキュラムの導入と診療参加型臨床実習のあり方—

獨協医科大学 小児科学（血液）

今高 城治

産科婦人科学

田所 望

学生

鯉淵 桂 田中 宏美

第一外科学

林 光弘

病理学（人体分子）

大倉 康男

精神神経医学

下田 和孝

眼科学

妹尾 正

内科学（内分泌代謝）

笠井貴久男

内科学（消化器）

菅谷 仁

要 旨 獨協医科大学では、医学教育モデル・コア・カリキュラムに準じた診療参加型臨床実習を実施する予定である。平成16年度以降の臨床実習形式は46週と従来より長くなり、診療参加型となる。これを円滑に導入するためには、臨床実習開始以前から学生の準備教育を充実させ、コ・メディカルを含めた実習にかかわるすべてのスタッフに、臨床実習の意義を徹底させることが必要である。現実的な問題点として、現状では実習教育にたずさわる教員数の絶対的な不足が挙げられ、マンパワーの補充を目的とした組織的な対応を早急に検討することが望まれる。

（本論文は、第8回医学教育ワークショップCグループの発表内容を中心に加筆検討を加えたものである。）

Key Words : モデル・コア・カリキュラム, 診療参加型臨床実習, クリニカル・クラークシップ, ベット
サイドローニング, 客観的臨床能力試験

緒 言

平成15年10月30日受付, 平成15年12月3日受理
別刷請求先: 今高城治 geo@dokkyomed.ac.jp
〒321-0293 栃木県下都賀郡壬生町北小林880
獨協医科大学 小児科学（血液）

2000年度、「医学における教育プログラム研究・開発
事業委員会」は医学教育におけるモデル・コア・カリキ
ュラムの概要を作成した^{1~6)}。その提言を踏まえ、本学
では平成17年1月（16年度4年生3学期）よりコア・カ

リキュラムを導入した診療参加型臨床実習が実施される予定である。この問題については、既に本学主催の第6回（平成13年度）医学教育ワークショップで秋山ら⁷⁾12名においても討議され、現在、来年度の実施にむけて早急に検討すべき課題となっている。今年度も9月に第8回医学教育ワークショップ（日光市）が開催され、同テーマについて44名が参加者し2日間にわたり討議した。その際、参加メンバーCグループ（コーディネーター：菅谷 仁ら10名）は本学における臨床実習のコア・カリキュラムの導入について論議し、その中心となる考え方として、①コア（必修）と選択をより明確にすること、②診療参加型の実習を推進すること、の2点を提示した。

以上の観点から、我々は本学で平成16年度以降にモデル・コア・カリキュラムに従って臨床実習を実施するにあたり、問題点を分析したので報告する。

診療参加型臨床実習実施に際しての提言

1. 一般目標：General instructional objective

診療能力の高い医師となる学生を育成する

2. 行動目標：Specific behavioral objectives

(1) 診療参加型臨床実習がスムーズに行えるように準備教育を充実させる。

(2) 診療参加型臨床実習にかかわるすべての人に、モデル・コア・カリキュラムの内容と診療参加型の実習の意義を周知徹底させる。

(3) 診療参加型臨床実習に対する指導体制を整備する。

3. 目標達成のための方策

(1) 準備教育を充実させるための計画として、現在のところ本学4年生の診断学実習は7単位に設定されている。しかしながら実際に患者様に接する準備期間としては少ない。診療参加型実習の実現のためには現行よりさらなる臨床実習時間の延長が必要である。

(2) 4年生のBSL（Bed Side Learning；ベットサイドラーニング）開始直前の時期に個人のモチベーションを高めるため、コ・メディカルの仕事を理解することを含めたアーリー・エクスポージャーを実施する。

(3) 現在4年生の診断学実習における1グループの人数は15人以上が基本単位となっている。より教育効果を高めるためには、1グループの人数を現在の15人から7人程度にまで減らすことが望ましい。

(4) 学生の指導にあたる教員の質の向上を図ると共に、臨床実習専任の指導者を養成する。また、本学内に医学

教育にかかわる専任の部署と専任教員を配置する。

(5) コメディカルを含め、診療参加型臨床実習にかかわるすべての人に、その内容と意義を周知徹底させる。また、患者様およびその御家族に本学が教育病院、臨床研修指定病院である旨をあらかじめ広く知らしめる必要がある。

(6) 学生も臨床教員のみが教師ではなく、チーム医療に関わるすべての方々から学ぶべきであることを理解する。

(7) 実習前の学生オリエンテーションをさらに充実させる。その際に病院の理念と患者様の権利、社会人としてのマナー、セーフティマネージメントの教育、などの項目を考慮する。

(8) 診療参加型臨床実習に対する指導体制を整備する計画として、医学教育に関わる教員、および可能であればすべての医師を対象とした、教育についての基本的知識・技能・態度を修得する機会（faculty development）を設ける⁸⁾。また、研修医も学生指導に積極的に参加し教育することにより、自分の知識技能を確かなものにする。

(9) 以上の事柄をふまえて、平成16年度の診療参加型臨床実習案を作成するにあたっては、第6回医学教育ワークショップの44週②案を修正した新たな案を今回のワークショップグループCとして提示する（表1）。主な内容としては、①選択実習を設定し、実習を46週とする。②病理（病院病理）も科目として1週間加える。③口腔外科と放射線科に関しては、共に現在の0.5週から1週間に延長する。

4. 期待される効果：Evaluation

先に提案した1. 一般目標、2. 行動目標、3. 目標達成のための方策、が実現されると仮定した際に期待される効果として、以下4項目が挙げられる。

(1) モデル・コア・カリキュラムで要求されている臨床態度、技能、知識が習得できる。

(2) 大学病院が教育病院であることを周知させることで、患者さんから医学教育に対する協力が得られやすくなる。

(3) 医療スタッフの医学教育に対する関心が高まる。

(4) 臨床実習が本来の意味の診療参加型となる。

考 察

我々の提示したコア・カリキュラムの導入に際して考えられる具体的な提言および問題点について考察する。

(1) 表1に提示した一昨年の第6回医学教育ワークショップの44週②修正案は、すべての科を実習すること

表1 診療参加型臨床実習カリキュラムに関する現行案, ガイドライン, 第6回医学教育ワークショップ案, および我々の推奨案

	現行カリキュラム	ガイドライン	第6回WS44週②案	今回改定案(推奨)
内科	12	12	10	10
外科	2	8	4	4
小児科	2	4	2	2
産婦人科	1	4	2	2
精神科	1	2	2	2
救急医学	0	4	2	2
臨床検査	1		1	1
皮膚科	1		1	1
心臓外科(越谷)	1		1	1
小児外科(越谷)	1		1	1
胸部外科	1		1	1
脳外科	1		1	1
整形外科	1		1	1
泌尿器科	1		1	1
眼科	1		1	1
耳鼻科	1		1	1
口腔外科	0.5		0.5	1
放射線科	0.5		0.5	1
麻酔科	2		2	2
リハビリ科	1		1	1
病院病理	0		0	1
選択(CCS)	4	16	8	8
合計	36	50	44	46
コア	18	34	22	22

WS：医学教育ワークショップ CCS：クリニカル・クラークシップ 越谷：獨協医科大学越谷病院

を基本としており, 学生側からの要望とも合致している。今回の案では, コア化に伴い内科系を選択のスケジュールに入れ, 内科の一部が選択となり, 他科はすべて必修となる。その際, コア化に伴う内科系選択のスケジュールの10週間の内訳は, 4週4週2週の割合で内科3科を選択する。他の内科の実習を希望する者は, 選択(CCS)の8週間を用いることにより内科系すべての臨床実習が可能である。選択実習となる8週間は原則として2週間または4週間単位を基本とする。外科については, 第1外科学または第2外科学のどちらかを4週間選択する。

(2) 本案を4年生3学期から開始した場合, コンピュータを活用した共用試験(Computer Based Test以下;

CBT), 客観的臨床能力試験(Objective Structured Clinical Examination以下; OSCE)⁹⁾, および年度末の総合試験で不合格であった学生の処置と対応について, 討論でも問題となった。現状では, 12月に実施されるCBT, OSCEおよび年度末総合試験の結果で進級の総合判定がなされる。そのため, 1月から3月までは可否判定はなされないまま臨床実習を行う学生がいることとなる。この問題については, CBTあるいはOSCEの点数が極めて悪かった学生の具体的な対応を検討する必要がある。現状では不合格の学生に対しては教官側で十分に配慮して指導しつつ総合試験まで実習を続ける, という方法をとらざるを得ない。CBT, OSCEの再試験を12

月の試験後早急に実施するという方法も提案されるが、再試験の実施時期と進級の時期との時期的な問題があり更なる検討が要される。

(3) 我々の診療参加型臨床実習案では、毎年1月から3月には4年生と5年生が同時期に病院内で臨床実習に入り、さらには研修医が加わることとなる。この問題は臨床研修医のスーパーローテートが具体化する平成16年度からは現実の問題となるため、その対策は急務であるといえる。我々の提案する案ならば5年生は選択実習期間に当たるので研修医-5年生-4年生と屋根瓦式の実習は可能であろう。しかし現実の問題点としては、人数を収めるスペース、および指導教員のマンパワーの不足が深刻となりうる事が予想される。

(4) 最終的な臨床実習の評価については、臨床実習開始時のOSCEを高度化したAdvanced OSCE¹⁰⁾で行なう。

結 語

平成17年から開始予定のコア・カリキュラムに沿った臨床実習を円滑かつ高率よく実施するためには、1) 臨床実習開始以前の準備教育を充実させる。2) 実習にかかわるすべての人にその内容を周知徹底させる、の2点が重要である。また、問題点として、3) 教育にたずさわるマンパワーの不足に対する拡充の必要性の検討、が急務である。

文 献

1) 佐藤達夫：【医学教育の新しい展開】卒前教育 コア・

カリキュラムの目指すもの。現代医療，34：1560-1564，2002。

- 2) 佐藤達夫：【21世紀の大学病院】教育病院としての大学病院 医師と卒前教育 とくにモデル・コア・カリキュラムについて。からだの科学 21世紀の大学病院号，増刊：16-20，2002。
- 3) 佐藤達夫：モデル・コア・カリキュラム構想について。リハビリテーション医学，39：191-196，2002。
- 4) 飯島俊彦：医学教育モデル・コア・カリキュラム。日本薬理学雑誌，119：312-313，2002。
- 5) 今井道夫：【医療と生命倫理】医学部における生命倫理教育「医学教育モデル・コア・カリキュラム」の問題点。教育と医学，50：967-974，2002。
- 6) 富永 明，静田 裕，円山英明，他：KMS医学教育コア・カリキュラムの作成と導入。医学教育，33：334-335，2002。
- 7) 秋山一文，蒲原 隆，北原聡史，他：臨床実習のコア・カリキュラム。獨協医科大学 第6回医学教育ワークショップ記録集 pp.11-16，2001。
- 8) 吉岡俊正：医学部教員のサバイバル 教育能力育成への提言 臨床前教育の教育能力育成。東京女子医科大学雑誌，73：140-148，2003。
- 9) 福島 統：【モデル・コア・カリキュラムと共用試験】臨床実習開始前の学生評価のための共用試験システム CBTとOSCE。医学教育，33：83-87，2002。
- 10) 大野良三：【モデル・コア・カリキュラムと共用試験】臨床実習開始前と終了時の客観的臨床能力試験。医学教育，33：89-94，2002。

The Direction of Clinical Clerkship at our University : Introduction and Programming of a Model Core Curriculum

George Imataka^{1)*}, Nozomu Tadokoro²⁾, Kei Koibuchi³⁾, Hiromi Tanaka³⁾, Mitsuhiro Hayashi⁴⁾,
Yasuo Ohkura⁵⁾, Kazutaka Shimoda⁶⁾, Tadashi Senoo⁷⁾, Kikuo Kasai⁸⁾, Hitoshi Sugaya⁹⁾

¹⁾ *Department of Pediatrics (Hematology, Neurology, and Cardiology)*

²⁾ *Department of Obstetrics and Gynecology, ³⁾ Medical Student, ⁴⁾ First Department of Surgery*

⁵⁾ *Department of Surgical and Molecular Pathology, ⁶⁾ Department of Psychiatry, ⁷⁾ Department of Ophthalmology*

⁸⁾ *Department of Endocrinology & Metabolism, ⁹⁾ Department of Gastroenterology*

** Department of Pediatrics (Hematology, Neurology and Cardiology)*

Dokkyo University School of Medicine, Mibu, Tochigi, 321 - 0293 Japan

In introducing clinical clerkship incorporating a core curriculum at Dokkyo University School of Medicine, its problems and concrete plans were evaluated. For smooth introduction of this plan, improving the preliminary education of students before the beginning of clinical training and assuring the understanding of all the staff members involved in clinical

training including co-medicals about its significance were considered to be necessary. As a practical problem, a lack of instructors who can be involved in clinical training was raised, and prompt evaluation of systematic measures to increase the staff was strongly recommended.