

## 第104回日本精神神経学会総会

## シンポジウム

## クリニカル・クラークシップによる精神医学教育

大森 哲郎 (徳島大学ヘルスバイオサイエンス研究部精神医学分野)

## 1. はじめに

医学教育の初期段階は教科書や教材を利用した机上でのあるいは実験室での学習である。この学習は、かつては大教室での講義を主体として系統的な知識の習得に重点を置いていたが、最近では少人数のチュートリアル方式を主体として、患者の持つ臨床的な問題を起点として病態や診断を考えてゆくという問題解決能力の獲得に力点をおいている。いずれにしても、そこで学んだことを基盤として、病院の外来や病棟に出て実地に即した臨床実習が始まる。臨床実習は、以前はポリクリないしベッドサイドラーニングと呼ばれていたが、現在はクリニカル・クラークシップと呼ばれている。

## 2. クリニカル・クラークシップとは

臨床実習の方式は、見学型、模擬診療型および診療参加型に分けられる。見学型は、直接患者とは関わらずに医療行為を見学するもので、専門性

の高い診療科や多数例に接する方が効率的な場合の臨床実習に向いている。模擬診療型は、実際の医療行為の枠外で、患者の協力のもとに患者と接して医行為を行う。たとえば、典型的な患者さんに同意を得て、皮疹を視察する、心雑音を聴診する、腹部膨満を触診する、などがこれにあたる。模擬診療型は基本的診察・治療はプライマリケアとして必要だが、治療は専門医が行った方がよい疾患を扱う診療科に向くとされている。これに対し、診療参加型は、医学生が診療チームの一員として、指導医の指導・監視のもとで許容された一定範囲の医行為を行いながら学習する方式をいう(図1)。この場合は、正式のカルテに記載し、患者の診療に一定の役割をもつことが求められる。臨床に参加しながら、医師となるために必要な知識だけでなく、技能、態度、価値観なども身に付けることが目標とされている。内科や外科などのコア科でcommon diseaseの診療を教えるときに最も適した形態であるとされている。

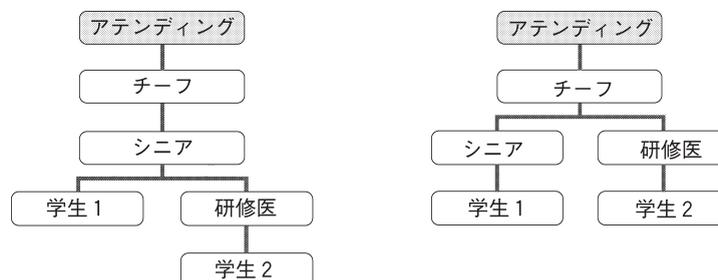


図1 学生を含む医療チームの構成 (文献1より)

## 第一週

月	オリエンテーション	外来	診察記載方法	児童	意識
火	病棟診察	外来	回診	新患紹介	症例検討
水	病棟診察	外来	病棟診察	病棟診察	検討会
木	病棟診察	外来	病棟診察	画像	病棟診察
金	病棟診察	外来	OT	薬物	脳波

## 第二週

月	病棟診察	外来	精神療法	てんかん	病棟実習
火	病棟診察	外来	回診	新患紹介	学生発表
水	箱庭	外来	病棟診察	病棟診察	検討会
木	精神保健	外来	病棟診察	心理実習	病棟診察
金	病棟診察	外来	病棟診察	質疑応答	まとめ

図2 徳島大学精神科プログラム

すなわち、クリニカル・クラークシップとは診療参加型の臨床実習のことである。これに対し、これまでポリクリないしベッドサイドと呼ばれていた学習法は、見学型ないし模擬診療型の臨床実習ということが出来る。クリニカル・クラークシップでは、診療参加の度合いが深いというだけでなく、医学生が医療者の一員として実際の患者診療に参加することに力点が置かれていることと、コミュニケーション能力を含む基本的な診療技能の習得や、医師としての適正な態度の自覚が重視されていることが特徴である。米国で開発された学習方式であるが、目標とするところは現在の日本社会の医師に対する期待と要請に合致している。現在では、ほとんどの大学がクリニカル・クラークシップを採用していると思われる。

## 3. 徳島大学精神科のプログラム

徳島大学では、5年次から6年次にかけての1年間をクリニカル・クラークシップに当てている。内科（消化器、循環器、呼吸器、代謝内分泌、血液を包含し、腎臓と神経は別に行っている）と外科（消化器、循環器、呼吸器、乳腺、泌尿器を包含）は、それぞれ9週間と8週間と期間が長いが、その他の科はすべて一律に2週間である。学生は

5人（または4人）のグループで各科を回る。

精神科のプログラムは、午前は外来見学、午後は病棟担当患者診察を基本としている（図2）。外来実習では新患の予診を取ることを理想としているが、現実には卒後の初期臨床研修医または後期臨床研修医が予診を担当し、学生は診察室の一角から本診察を見学することが多い。そのさいは、研修医の取った予診を学生に読み聞かせ、予想される疾患、鑑別すべき疾患、診断確定や鑑別診断の手順などにつき質疑応答する。その後、患者の同意を得たうえで本診察を見学させ、診察の後に簡単に解説し、再度質疑応答を行う。また、学生には見学した患者ごとに数行の記録を作成してもらう。

病棟では学生2名（または1名）につき、ひとりの患者を受け持たせ、主治医の指導のもとに学生のみで2週間の間に数回以上の面接をさせる。主治医が常に同席するのは時間的に困難であるため学生のみでも面接可能であることを配慮して、入院直後の急性期患者ではなく、状態が落ち着いた患者を担当させることが普通である。患者には学生が面接や簡単な神経学的診察を行うことについて同意を得る。学生は、本カルテへの記載は

行わないが、ひとりずつが模擬カルテを作成する。病棟受け持ち患者については、2週目に診療スタッフ全員の前で、学生自身が観察し聴取した現在症を中心にプレゼンテーションし、若干の質疑応答を行う。最終日に、模擬カルテに考察や感想を付記したものを、実習レポートとして提出させている。

病棟診察と外来見学の合間に、教授以下のスタッフが小実習または小講義を担当している。実習としては、脳波実習、画像実習、心理検査実習、箱庭療法実習、OT参加など、講義としては精神科面接法、記載方法、精神療法、薬物療法、児童精神医学などを行っている。患者と接して学習動機があがっているため学生も積極的な関心を持って参加している。また少人数を対象として小部屋で実施するので、質疑応答が活発となり、教員との密接な交流の機会としての意義もある。医局全体で行う新患紹介、臨床検討会、学会予行などにも参加する。最後のまとめは原則として教授が担当し、実習レポートを提出させ、簡単に質疑応答する。

これまでのところ評価は大まかであったが、今後クリニカル・クラークシップの評価を卒業試験成績に加味する方針が医学部全体として決まっているので、実習を担当する教員全員が各学生を5段階評価し、それを総合して評価点とする予定である。

#### 4. クリニカル・クラークシップの成果

臨床実習以前の講義においても、実際の患者の症状や生活が伝わるように工夫は行っているが、精神科臨床の実際は容易には伝わらない。最近ではコンピュータ機器を駆使した視覚教材が威力を発揮するが、内視鏡映像や手術野を動画でリアルに伝えることのできる身体各科と違って、観察や面接から成り立つ精神科の臨床現場の実際をありのままに伝えることは難しい。

それだけに、精神科においては、病棟や外来に入り、診察に参加し、実際に患者と面接する意義はことのほか大きい。まさに百聞は一見にしかず

であって、ないでもない先入観が払拭され、特有の診察方法や精神疾患の実像が生きた経験として習得できる。診療参加機会が多いほど、患者との交流が深いほど、理解は進むと思われる。

クリニカル・クラークシップの終了時に、作成した模擬カルテとともに実習の感想を記載させているので、その代表的なものを例示する。病棟へ緊張して入り、不安を感じながら患者と接し始めるが、臨床に立会い、患者と交流するに従い、実習を始めるに当たってなくもなかった先入観が払拭され、目に見えず数値にも表れない精神疾患の深い苦悩を実感し、精神医学的接近方法をも学んでゆく様子が読み取れる。

学生の感想1：正直なところ、実習が始まる前はどこか暗いマイナスのイメージが強かったです。患者さんが襲ってこないか？とかきちんと話せるか？治療の効果はあるのか？などなど不安と恐怖が入り混じったなかに少しの好奇心がある状態で病棟に入りました。扉が監獄のような感じだったので、いったい中ではどんなに暴れる人がいるのだろうか？と不安に感じましたが、中に入ると思っていた以上に普通でした。廊下は明るくて広く、中庭は広々として芝生が広がっていて植木鉢が置かれていました。患者さんは将棋を打っていたり、テレビを見ていたりでいかにも平和な感じでちょっと拍子抜けしました。

日数が経つにつれて、じわりじわりと精神科医の仕事について理解が深まってきました。他の科と違うのは、問診と薬で治療していくのがメインで、検査は少ないように思えました。検査では効果判定できないからだと思いますが、患者さんの訴えから治療効果を判定していくのには診察の技術がいると思いました。特に視診、問診が重要で他の科より丁寧に問診していると感じました。外来実習では、医療面接が患者さんの状態把握だけでなく、面接そのものが治療になっているのだなあと新たな発見をしました。

学生の感想2：実習の初めは、他の科と雰囲気少し違い、また、精神科の患者さんとお話しし

たことがなかったので、うまく会話ができるか緊張していました。しかし、想像していたものとは大きく違って、日々お互いの緊張や警戒心がほぐれて、笑顔も見られるようになり、コミュニケーションができていくのが実感できて、嬉しかったです。心の中の悩みは、理解されにくく、身体が病気になることと同じぐらい辛いことだろうというのが実習を通じて思いました。病棟でも外来でも、先生方の患者さんに対する接し方がすごく優しく、包み込むような態度で患者さんの心の葛藤を理解されているのが伝わって、とても有意義で勉強になりました。

### 5. 今後の課題

学生の感想を顔面どおりに受け取れば、我々の行っているクリニカル・クラークシップは一定の成果をあげている。医学生は、自身の受診や親戚友人などの見舞いの経験から身体各科の外来や病棟にはなじみがあっても、精神科の診療現場は未知の領域であることが多い。精神科患者に接したことがあるものは少数派である。知らぬがゆえの異質のイメージを精神科には抱きやすい。これが払拭され、精神疾患を正しく理解し、精神医学的診療の一端を理解するだけでも実習の意義はある。

しかし、クリニカル・クラークシップと名を変えたからには、かつてのベッドサイドラーニングあるいはポリクリ以上の意義が求められる。この点に関しては、実は課題は少なくない。現状は、少なくとも徳島大学精神科では、クリニカル・クラークシップという名に値するほど診療参加型が実行できず、実際には見学型、模擬診療型、診療参加型の折衷になっている。聞き知る範囲では、他大学精神科でもほぼ同様の状況である。診療参加を促進するためには、期間不足、学生の臨床技能と知識、スタッフ負担、患者の協力、行える診療行為の範囲、などが制約となっている。

ではなぜ米国では診療参加型の実習が可能なのであろうか。資料によれば米国のクリニカル・クラークシップは、内科、外科、産婦人科、小児科、精神科に十分な期間をかけて重点的に行うのを通

例としている。精神科実習期間は4週間から8週間という長い期間を割り当てられている(図3)。しかも、米国の医学部ではスタッフ数の傾斜配分が顕著であり、内科をトップに、小児科、精神科、外科、産婦人科と続き、その他の専門分野ではずっと少なくなる。十分な教員数を擁するコア診療科において、十分時間をかけるからこそ、診療参加型の実習が可能となるのだと思われる。

米国からこの実習方式を導入したいさに、日本の医学部の実情に合わせて修正され、米国流のコア診療科の長期間重点実習は日本的な全科一律短期間実習に変更されたのであろう。制度の導入に際して行われる日本型の修正が、制度の本質を歪めた一例といえる。

日本では2004年度から初期臨床研修制度が導入され、卒後2年間のローテーション研修が義務化された。精神科は必修となり、すべての研修医が少なくとも4週間は精神科の研修を行う。この研修こそまさに診療参加型であって、指導医とともに外来患者を診察し、入院患者を受け持ち、患者と家族への説明にも参加し、カルテ記載もする。今後、臨床各科の医師全般の精神科に対する理解度は飛躍的に向上することが期待できる。

しかし、初期臨床研修の是非には議論がある。米国では、高校卒業後4年間のカレッジにおいて様々な分野を専攻し、医学を学ぶものはその後メディカルスクールに入学し、そこで高密度かつ集中的に4年間で医学を学び、日本の初期研修制度に匹敵する実習まで行う。これに対し、日本では6年間の医学部と2年間の初期臨床研修で8年間を過ごす。同じ8年間をかけても、米国の制度は多様なバックグラウンドを持つ人材養成ができ、日本の制度は一定の水準を満たす比較的均質な医師養成ができるという特徴があると思われる。しかし、本格的な医学研修はその後始まり生涯にわたる。知識と技能と態度は最も重要な基本であるが、生涯にわたる研修において駆動力となるのはしっかりした動機と初期の体験であり、創造性や発展性には多様なバックグラウンドに利があるように思われる。

MED I

BASIS OF MEDICINE (BOM)											
Sept.	Oct.	Nov.	Dec.	Jan.	Feb.	March	April	May	June	July	Aug.
Molecules, Cells & Tissues (4 weeks)	Gas, Fluids & Electrolytes (9 weeks)	Life Cycle (3 weeks)	Endocrinology, Metabolism & Nutrition (7 weeks)	Musculo-skeletal & Blood (4 weeks)	Nervous System & Special Senses (8 weeks)	Host Defence & Host Parasite (5 weeks)	Vacation/Research				
Introduction to the Patient											

MED II

BASIS OF MEDICINE (BOM)				INTRODUCTION TO CLINICAL MEDICINE (ICM)							
Sept.	Oct.	Nov.	Dec.	Jan.	Feb.	March	April	May	June	July	Aug.
Host Defence & Host Parasite (3 weeks)	Pathobiology, Treatment & Prevention of Disease (14 weeks)			ICM-A (4 weeks) Clinical Sciences	ICM-B (10 weeks) Medicine Neurology & Medical Subspecialties			ICM-C (10 weeks) Surgery		ICM-D (4 weeks) Elective	Vacation
								Emergency Medicine			
					Family Medicine			Anesthesia			
Introduction to the Practice of Medicine				Ethics	Geriatrics		Radiology				

MED III

ICM	PRACTICE OF MEDICINE (POM)										
Sept.	Oct.	Nov.	Dec.	Jan.	Feb.	March	April	May	June	July	Aug.
ICM-E (4 weeks) Peds Psych Ob/Gyn IHP	Medicine (8 weeks)		Surgery (8 weeks)		Elective (4 weeks)	Family Medicine	Ob/Gyn (8 weeks)		Pediatrics (8 weeks)		Psych (4 weeks)

MED IV

(POM)				BACK TO BASICS (BTB)			
Sept.	Oct.	Nov.	Dec.	Jan.	Feb.	March	April
Psych (4 weeks)	Elective (4 weeks)	Selectives (2 weeks and 2 weeks)	Vaca tion	Molecular Medicine	Medicine and Society	Basic Science Selective	Advanced Topics in Basic Science
Ambulatory Medicine							

図3 米国における医学部4年間の典型的なカリキュラム (文献1より)

卒前の臨床実習を卒後臨床研修の前段階と位置づけして済ますのではなく、卒後研修のあり方を見直しながら、卒前のクリニカル・クラークシップの内容を充実させ、卒前にできることはできるだけ卒前に降ろすことが望まれる。

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。篠原出版社，東京，2005