

が、マギル大学の医学教育者や臨床指導医により研究され、国際誌を通じて多数報告されている。センター長のSteinert先生によれば、Medical Educatorが携わる役割は、教育実践、カリキュラムデザイン、評価、リーダーシップ、開発と研究、そしてScholarly work<sup>11)</sup>である。このような観点からすれば、臨床教育は、学内の雑務には決して留まり得ない。クラークシップでの教育実践はもとより、カリキュラムの改編、評価、教員養成などにおけるリーダーシップ発揮、医学教育研究を通じた問題点の同定や改善・提言は、れっきとした学術的な営みなのである。自らの行動変容を促進するため、また日々の教育の営みをScholarly workに昇華させるため、臨床家や医学教育者が共に、教員養成<sup>12)</sup>に取り組んでいる。その熱意がクラークシップという組織の文化を支え、学生を刺激していると理解できた。本邦のクラークシップでも、「まず、始める勇気を持つこと。そして試行錯誤の中でよりよい方向へ変えていく勇気を持つこと。」<sup>9)</sup>が、求められているのである。

#### まとめ

McGill大学の事例を通じて、クラークシップを支える基盤には、コンピテンシー基盤型教育、正統的周辺参加論等の教育理論に基づいた教育デザインと実践、クラークシップを活性化させる教員と学生間の動機の刺激、医学教育センターの研究活動が考察された。本邦にも応用できる構造が含まれる事例であると示唆された。

#### 謝辞

本研究チームを心底丁寧に温かく迎え入れてご指導下さったMcGill大学のリンダ・スネル先生、並びにご協力頂いたすべての教員や医学生に感謝したい。また本研究は、平成22年度先導的

大学改革推進委託事業「医学・歯学教育の改善・充実に関する調査研究」の支援によるものである。

#### 文献

- 1) Pickering J & Grignon M. McGill University Faculty of Medicine. *Academic Medicine* 2010; 85: S639-S643.
- 2) Wiseman J and Snell L. The Deteriorating Patient: a realistic but 'low-tech' simulation of emergency decision-making. *The Clinical Teacher* 2008; 5: 93-97.
- 3) Boudreau, J.D., Cruess, S.R. & Cruess, R.L. Physicianship: Educating for professionalism in the post-Flexnerian era. *Perspectives in Biology and Medicine* 2011; 54: 89-105.
- 4) Lave J., Wenger E. *Situated Learning: Legitimate peripheral participation*. Cambridge, NY: Cambridge University Press, 27-44, 1991.
- 5) ヴィゴツキー, 柴田義松訳, 思考と言語, 新読者社, 東京, 2001
- 6) 高田和生, 田中雄二郎: 東京医科歯科大学の場合: 医学教育 2012; 43 (1): 3-8.
- 7) 前野哲博: 筑波大学の場合: 医学教育 2012; 43 (1): 9-14.
- 8) 岡崎仁昭: 自治医科大学における新たな臨床教育システムの場合: 医学教育 2012; 43 (1): 15-20.
- 9) なぜクリニカル・クラークシップなのか, 〈黒川清氏インタビュー〉, 週刊医学界新聞, 第2322号, 1999.
- 10) Snell L. S, Frank J R. Competencies, the tea bag model, and the end of time. *Med Teach* 2010; 32 (8): 629-630.
- 11) Steinert Y. Developing Medical Educators, A Journey, not a destination. in Swanwick, T. (ed). *Understanding Medical Education: Evidence, Theory and Practice*. Wiley-Blackwell, Oxford, UK. 2010.
- 12) Steinert Y. Faculty Development for Postgraduate Education-The Road Ahead. Members of the FMEC PG consortium; 2011.

## 「学生医」創設で変わる医学教育

全国医学部長病院長会議は昨年12月、「学生医」の創設や医師国家試験の改革を盛り込んだグランドデザインを公表した。背景にはどのような問題意識があるのか。関係者を取材した。

(本誌・井上明)

### KEY WORD

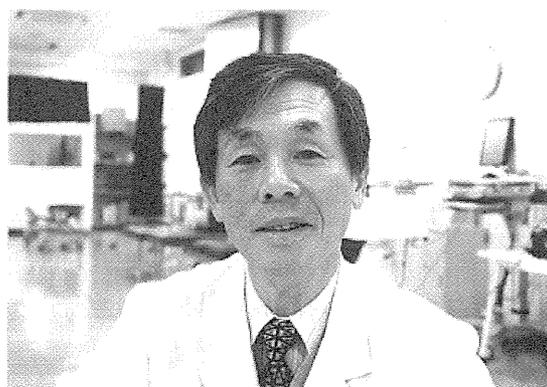
学生医 共用試験 参加型臨床実習 医師国家試験

「重宝しています。かなり助かります」

東京医科歯科大のスキルス・ラボラトリー（スキルスラボ）で、自主的に皮膚の縫合手技トレーニング（写真①）をしていた医学部5年生の頬がゆるんだ。

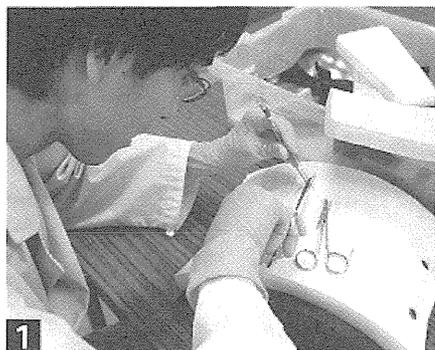
医学生や研修医らが実際の患者に接する前に、マネキンやコンピューターソフトを用いたシミュレーション教育を通じて、安全に臨床技術を磨けるスキルスラボ。東京医科歯科大では2010年に新棟（医歯学教育システム研究センター）の竣工に伴い、スキルスラボを移設・拡充した。センター長の奈良信雄氏は「医学教育を行うラボ1は約380m<sup>2</sup>、歯学教育を行うラボ2は約60m<sup>2</sup>を有し、国内最大級です」と胸を張る。

高度な救命処置をトレーニングできる「ICLSトレーニングシステム」（写真②）や、本物に近いリアルな肺音を聴取できる「呼吸音聴診シミュレーター」など多彩な機器が揃う。24時間いつでも自由に利用できるため利便性も高く、2010年度はラボ1に約3500名、ラボ2には約2200名の利用者が訪れた。

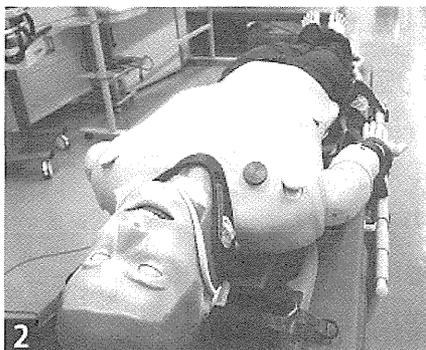


医歯学教育システム研究センター長の奈良信雄氏

スキルスラボには「マネキンでは実際の患者を完璧に再現できない」「設備費や運営費が高い」といったデメリットもあるが、「安全に繰り返し実習できる」「手技を習得するいい機会になる」「学習者による自習が可能」といったメリットが注目され、現在は医科大学の大半が設置するまでに普及した。特に医学生の場合、臨床実習開始前に課せられている共用試験の1つ「OSCE」（模擬患者を用いて医療面接や身体所見の取り方を審査する試験）に合格するために、トレーニングを積むケースも多いという。



1



2

- 1 スキルスラボで自主的にトレーニングする学生
- 2 ICLSトレーニングシステム

一方で、スキルスラボで一定の基礎的診療技能のトレーニングを積み、共用試験に合格したとしても、医師免許を取得していない医学生による臨床実習時の医行為は、患者から理解され難い側面があるのが現実だ。

### 不十分な参加型臨床実習

そもそも日本の医学教育は「医学生が実際に診療を行う『参加型臨床実習』が不十分」と長らく指摘されてきた。先進的な欧米の事情に詳しい奈良氏は言う。

「例えば、米国の臨床実習は平均して72週以上です。日本の標準は1500時間、週に換算すると50週くらい。米国と比べて全然足りません。特に懸念しているのは1000時間、30週くらいしか臨床実習を行っていない大学が一部にあることです。医学部5年次にしか臨床実習をやらず、6年次は医師国家試験の受験対策という具合です」

毎年3日間にわたって500題が出題される医師国家試験をめぐるのは、「合格基準が相対基準であるために、競争試験になっている」「医学生は座学中心の学習に専念せざるを得ない」という現状から、「参加型臨床実習の形骸化を招いている」という指摘が根強くある。医学生からも「試験に向けたエネルギーが大きすぎる」と不満の声が聞こえてくる。

その中で、どのようにしたら効果的な参加型臨床実習は実現できるのだろうか。

## ベースは「前川試案」

この長年の課題を克服しようと、全国80大学の医学部長らで構成される全国医学部長病院長会議（会長＝森山寛慈恵医大附属病院長）は2011年12月、「医師養成の検証と改革実現のためのグランドデザイン」と題した報告書を公表した。

臨床実習開始前の共用試験（CBTとOSCE）に合格した医学生に、同会議が「学生医」の認証を付与。医学生が実際の患者に医行為を実施する際に、必要な知識や技能を有していることを同会議が「保証」することで、参加型臨床実習の充実を図っていく——。そんな青写真が描かれている。

### 「学生医」は法的に問題なし

とはいえ、医師法第17条は「医師でなければ、医業をなしてはならない」と定めており、医師免許を持たない「学生医」による医行為は法的に問題ないのだろうか。

同会議の「医師養成のグランドデザイン作業ワーキンググループ」の座長を務めた神保孝一氏（札幌医大名誉教授）は「問題はありませぬ。理論的な背景としては、1991年に厚生省健康政策局臨床実習検討委員会（委員長＝前川正群馬大学長）の『最終報告』、いわゆ

る『前川試案』が基になっています。これが臨床実習教育の原点です」と説明する。

前川試案は「(医学生)の医行為は) 医師の医行為と同程度の安全性が確保されるなら、基本的には違法性はない」と提言。許容される医行為として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医学部教育の一環として一定の要件を満たす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患者等の同意を得て実施すること一などの条件を例示したものだ。

この流れに沿う形で、グランドデザインには「学生が適正な知識や技能を有することが保証され、責任ある指導体制の下で、患者の了承を得られれば、侵襲的な医行為を除けば、違法性が阻却される。このため、臨床実習を受けるのに必要な学力があることを臨床実習開始前の共用試験で厳正に確認しておくことが前提となる」と明記されている。

既に多くの大学では前川試案が例示した「許容される医行為」を参考に、臨床実習開始前の共用試験に合格した医学生を「スチューデントドクター」「スチューデントフィジシャン」などと独自に認定して、実習を行っている。グランドデザインは、その認定を同会議が改めて「学生医」という一種の公的な資格として「保証」することで、これまでの臨床実習の流れを継承しながら、より患者から理解を得やすい環境を整備。円滑な参加型臨床実習の実現を目指したものと言える。

## 医行為基準は各大学で

では、実際に「学生医」が臨床実習中に修得すべき医行為基準はどのように設けるのか。

現在、各大学が設定している臨床実習における医行為基準についても、前川試案が例示した「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」がベースになっている。

前川試案では具体的に、①指導医の指導・



グランドデザイン作業WGの神保孝一座長

監督の下に実施が許容される「水準1」(内診、抜糸・止血、カルテ記載など)、②状況により指導医の指導・監督の下に実施が許容される「水準2」(筋電図、胃腸管透視、創傷処置など)、③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3」(眼球に直接接触される検査、小児からの採血、全身・局所麻酔など)一と3つに分類。

各大学はこの分類を参考に、現在の状況に合わせて独自にガイドラインを策定して臨床実習を実施している。医学生による医行為については、全国レベルの明確な基準は存在しないのが現状だ。

だが、2011年3月に公表された改訂版「医学教育モデル・コア・カリキュラム」では、ようやく学生の修得すべき必須の実践的能力として「到達目標」が明示された。今後はこれに合わせる形で、各大学が臨床実習の医行為基準を見直すことが期待されている。そのため、グランドデザインは「当面はモデル・コア・カリキュラムに沿って各大学が設定すべき」と提言。ひとまず各大学の自主性に委ねる方針が示されている。

## 一貫性のある教育を

また現行の臨床実習が抱える課題の1つに「卒業時到達目標と卒後初期臨床研修の到達目標との重複」がある。神保氏は「(両者には)かなりオーバーラップがあるため、整理が必

要ではないでしょうか。学生時に臨床実習教育がしっかり行われるようになれば、卒後初期臨床研修も変わってきます。極端なことを言うと、いま行われている内容は半分くらいに減ると思います」と指摘する。

そこで、グランドデザインでは「(各大学は)卒前・卒後の継続性、一貫性を考慮した目標を設定すべき」と明記しており、卒前・卒後の臨床研修をシームレスで一貫性のある教育に再構築する必要性が強調されている。

## 医師国試の改革も視野に

卒前臨床実習教育の充実、特に医学部6年次に十分な参加型臨床実習を実施するためには、医師国家試験の改革が避けては通れない。医師としての技能があまり問われず、「知識偏重型」とも言われる現行の医師国試は、多くの医学生が6年次4月から受験対策に追われてしまい、臨床実習の形骸化を招く一因になっているからだ。

### 「自動車教習所を参考に」

このような状況を踏まえ、グランドデザインで描かれた医師国試の改革イメージが表。①試験問題の作成と実施を厚生労働省から切り離し、新設する第三者機関「(仮称)医師資格試験実施機構」で行う、②同機構が運営するOSCEセンターを全国数カ所に設置し、卒後臨床研修を始めるための最低限必要な基本的“技能・態度”を問う卒業前OSCEを導入、③合格した医学生には、卒後臨床研修を始めるための最低限必要な基本的“知識”を問うCBT方式の医師国家試験を実施、④2つの試験(②と③)の合格証を厚生労働省に提出して医師免許の申請を行う一とするもので、抜本的な改革が提言されているのが特徴だ。

表 「(仮称)医師資格試験実施機構」設立後の医師国家試験の改革イメージ

6年生 11～12月	医師資格試験OSCE(「OSCEセンター」ができるまでは各大学による卒業試験OSCE) *再試験あり。合格することを医師国家試験CBTの受験資格とする。
6年生 2月	医師資格試験CBT *医師として卒後臨床研修を開始するのに最低限必要な基本的知識のうち、共用試験合格後に行う臨床実習で学習すべき基本的知識(想起・解釈・問題解決)を中心に出题。200～300問、2日間。
6年生 3月	医師資格試験CBTおよびOSCEの合格証をもって厚生労働省に医師免許の申請を行う

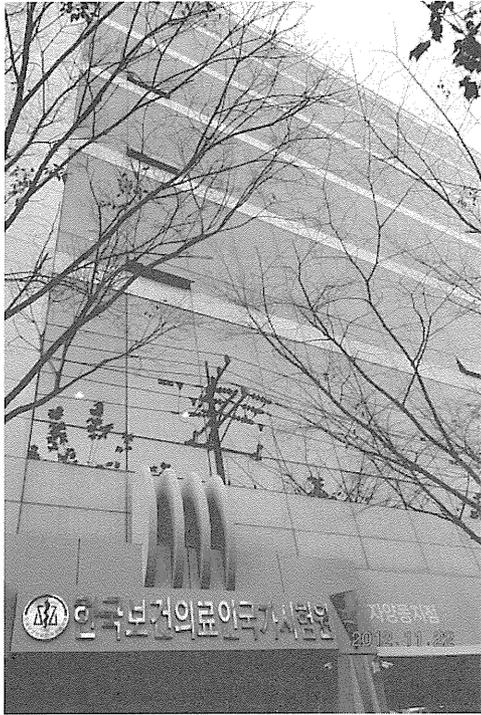
奈良氏は「最終的にはOSCEセンターができるのが1番」と前置きした上で、こう話す。

「欲を言えば、米国や韓国のようにOSCEセンターを設置して技能試験を実施したいのですが、実現は難しいかもしれません。現在でも半数以上の大学が卒業前OSCEを導入しているので、臨床研修前のOSCEは各大学に任せるのが現実的かもしれません。運転免許取得では、公安委員会が認定した各自動車教習所が技能試験を担っています。それに近い形であれば実現できるのではないのでしょうか」

□

全国医学部長病院長会議は今後、「早急にタイムスケジュールを考え、実施に向けて動いていく」(神保氏)としている。

突き詰めれば、グランドデザインは「国民がより良い医療を受けるためには、どのような医学教育が必要なのか」を医療側が提言したものだ。参加型臨床実習を充実させ、医療の質をさらに高めていくためにも、今後は国民も巻き込んだ議論が求められるだろう。



# National Health Professional Licensing Examination Board

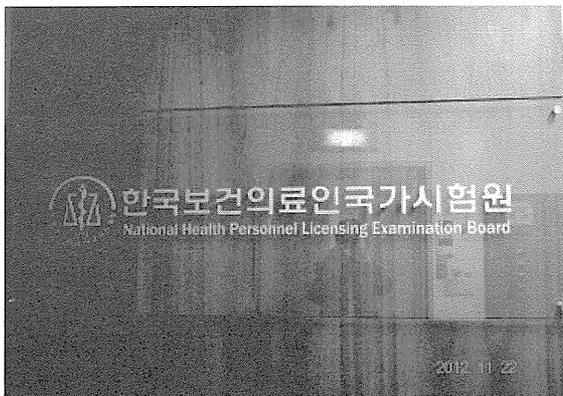
(NHPLEB)

東京医科歯科大学

医歯学教育システ

ム研究センター

奈良 信雄



## ● ● ● | 韓国国試院(NHPLEB)

### ➤ 試験対象:

医師を含め医療系23領域の試験を担当

### ➤ 運営: 非政府団体

政府補助 8.3%、他は受験料で運営

医師国家試験

筆記試験: 約3万円、技能試験: 約5万円

### ➤ 職員:

常勤職員 12名

補助職員 30名

医師国家試験には約70名の教授が委員

3

## ● ● ● | 韓国における医師国家試験

### ➤ 臨床技能試験: 9~11月

CPX (clinical performance examination)

10分×6ステーション

今年度の課題・・・54(紫斑、発熱、無尿etc)

OSCE

(objective structured clinical examination)

5分+5分記載 ×6ステーション

今年度の課題・・・41(胸部X-P、心雑音、  
耳鏡検査etc)

### ➤ 筆記試験: 450題/2日間 2013年1月10~11日

4



## 臨床技能試験

- 実施時期： 9～11月
- 実施場所： 国試院、2セットあり。1回に12名受験
- 試験時間：
  - 月曜日 12:35、15:35スタート
  - 火～金曜日 +9:00スタート
- 受験者数：
  - 合格月曜日；48名、火～金曜日；各72名
- 合格率： 約95%
- 再試験： 同一年はなく、次年度に再受験
- 受験回数：制限なし

5



## 標準模擬患者 (SPs)

- SP数： 約115名
- SP背景： 元教員、俳優等
- SP養成：
  - 約8日間でトレーニング
- シミュレータ使用：
  - 耳鏡診察など簡単なモデル使用。
  - 高機能モデルは価格の課題もあり、今後導入の有無を検討予定

6

## 評価

- 合否判定： 合か、否か
- 評価者：
  - CPX: SP2名(1名は室内、1名はマジックミラー越し) 教授の判定よりも客観性に富む
  - OSCE: 教授、一部は准教授、講師(50分のビデオで標準化。訓練を受けた者を登録制に)
- チェックリスト：
  - ステーション毎に作成。評価者がチェック。(喫煙歴を聞いたかどうか等)
- 最終判定：
  - 耳12~13名の委員が最終判定。チョック項目、診療録記載から60.0±7~10を合。明確な合、明確な否以外のボーダラインはビデオ判定。

7

## ●●● 試験に対するクレーム等

- 2009年から発足合否判定：
  - 初年度は67名がクレーム。
  - しかし再判定でも問題なしとされ、以降はクレームは皆無。
- 試験対策：
  - 各大学は国試院の施設をすっかり模倣した施設を学内の設置。少なくとも3か月は練習している。
- その他：
  - 昨年度はソウル国立大学が最低合格率。このため、臨床技能教育に重点をおくようになった。
  - Examination drives the education!

8

## ● ● ● | 現臨床技能試験体制の構築

- 準備: 4年かけた。
  - USA、カナダ視察
  - オーストラリア、イギリスから招待講演
  - ワークショップ、シンポジウム開催
  - 医学部長会議が積極的に支援
- 試験の試行:
  - 3回試行し、その都度改変
- 今後の方針:
  - 試験センターをもう1施設増設(短期間で実施可能にするため)。少なくとも4セットを同時開催
- 試験構成: 約CPXの方がより重要。
  - CPX8+OSCE4か、CPX8+OSCE6に移行予定 9

## ● ● ● | 筆記試験

- 実施時期: 1月
- 出題数:
  - 今年度・・・450題
  - 以前から少しずつ問題数を増やし、最近までは550題だったが、信頼性・妥当性の両面から450題で十分と結論。3年毎に見直す。
- 試験の開示:
  - 医師国家試験のみ開示
- 合格率: 約90%
  - 不合格者は出身校で学習可能(講義、シミュレーションセンター、自習室等を無料開放。予備校あり。)

10

ご清聴ありがとうございました!!



---

厚生労働科学研究費補助金  
(地域医療基盤開発推進研究事業)

医師国家試験の改善に関する研究

平成 24 年度総括研究報告

2013 年 3 月 31 日 発行  
東京医科歯科大学  
奈良 信雄

〒 113-8510 東京都文京区湯島 1-5-45  
東京医科歯科大学医歯学教育システム研究センター  
電話：03-5803-5333  
FAX：03-3818-1424

---

