

# 出張医学教育FD(長野市民病院)

【日時】 平成25年12月9日 19時00分～ 19時30分

【場所】 長野市民病院

【参加人数】 65名

【内容】

○卒前クリニカルクラークシップの現状

- ・見学型臨床実習(ポリクリ)と参加型臨床実習の違い等

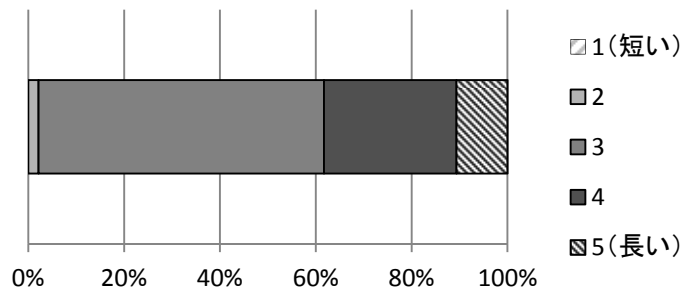
○信州大学における今後の臨床実習

- ・150通りの選択肢からなる参加型臨床実習について
- ・学生が行うことのできる医行為について

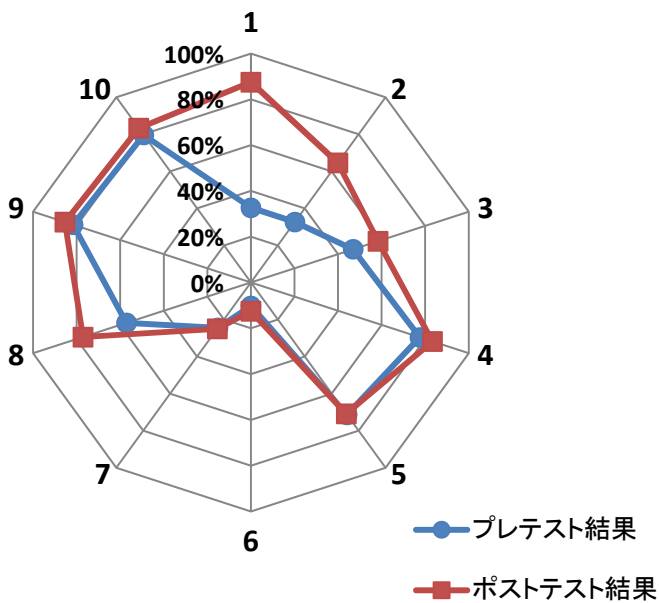
○DVD映像で見る参加型臨床実習



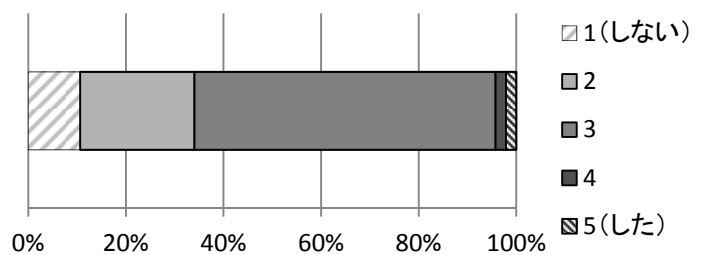
時間



医学教育についての理解度



ニーズにマッチしたか



参加者の意見は次ページ

## 参加者の意見

FDで分かったこと	FDで疑問が残ったこと	ご意見
日本の医学教育が遅れているということ。 (複数意見)	クリニカルクラークシップ、アドクリの用語がわかりません。	実際には病院の負担が増えるだけだと思いますが、大学側からは、病院・医師に何のサポートがあるのでしょうか？ 病院と医師のメリットは何ですか？ 責任を負わされるだけのように感じます。
教育への情熱。	実際の効果。	
医学教育が転換期であるということ。	どこまで参加させるかの線引き。学生はどう思っているのか？	事件になれば判決はその事件より12年後のルールが用いられる。大学がフォローできるシステムがなければ、同意書不要としたときに病院が対応しきれるとは限らない。
学生の実習レベルUPIには、事前の法的・実務的な裏付けが必要。	時期尚早な部分がある。	参加型実習(クリクラ)が非常に意義あることは経験して強く同意しますが、(チームとして働くことは良いですが)医療行為をすることに大きな意義があるとは思えません。
臨床実習の必要性。	法的責任について。	
75%くらい。	医行為と責任問題。	
臨床実習の現状と今後の進む方向が良く理解できた。	まだ問題が山積み。	大学中心の考え方から離れたほうが良いのではないのでしょうか？ その学生が何の目的で何科の医師になりたいかというモチベーションの問題に触れるどころか、これを妨げる教育システムだと思いました。
麻酔科は対象でない。	学生の医行為可能なレベルが不確か。	
大学の姿勢の問題。	この方法を行ったとして、学生教育が良い方向に行くとは思えない。あまり良くない方法だと思うのに、決まってしまったことのように話された。	法的バックアップをしっかりとしてから始めるべきであると考えます。
医学教育の難しさ。		医学生の医行為の対する法的根拠。
学生教育に問題があること。	なぜ内科の実習が中心になるのか？ マイナー科が外されることによって、将来の入局の志望動機に対してもバイアスがかかってしまうのではないかと？	当院の整形に学生は来た方がいいと思います。
一般病院での臨床実習の量と内容の増加が必要なこと。		学生のころから研修医のような実習ができるのはうらやましいです。
今後は大学病院だけでなく、広く関連病院の協力が必要になってくるということ。	整形外科に4～5年の学生が来ないことは残念。	アメリカとかでは、低学年から臨床実習に参加しつつ、座学を行うなど、分割で行うと聞いたことがあります。実習を単に延長して2年とするのは「ガラパゴス」と変わらないのではないのでしょうか？
長野市民病院は内科の病院？ という評価が学生に先入観として植えつけられなければ良いと思います。	細かい項目に対する対応。	
医学生の研修の質は国際評価の下で評価されるということ。求められる質が変化している。	学生と研修医の違い。	臨床参加型で学生自身がSOAPIにおけるA、Pを実践する知識や経験がないのは当然ですが、準備しておくべき共有の医学資料(研修医のレジデントマニュアルのような)はないと、実際は見学型になると思います。
学生実習が研修医レベルに引き上げらるよ、変化しているということ。	実習のプログラムの変更に合わせて、実習に向けての机上の勉強のプログラムの改善に関して、私自身が4年生の途中で、この実習ができたとは思えない。	文章での確認はあったほうが良い。
国際基準のクリクラについて。	学生の問題が発生したときに、病院が責任を取るのをおかしいと思います。	
学生が行える医行為の大まかな範囲。		学生のトラブルでトラブルになったときに、病院が責任を取るのはいかがなことか、と思う。
教育は重要だ。		
クリクラについて理解できた。		