

診療参加型臨床実習推進のための アンケート調査結果

診療参加型実習の現状（1）

診療参加型臨床実習推進のためのアンケート調査

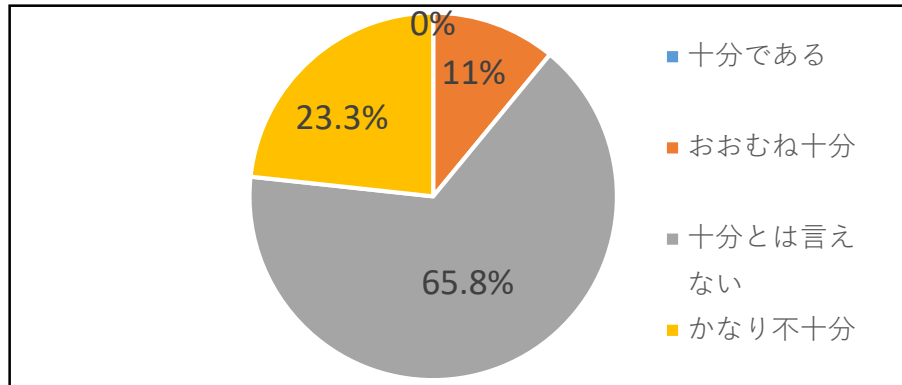
調査期間：令和元年9月1日～令和元年9月11日

対象：医学教育ユニットの会の会員（医学教育に携わる教職員）

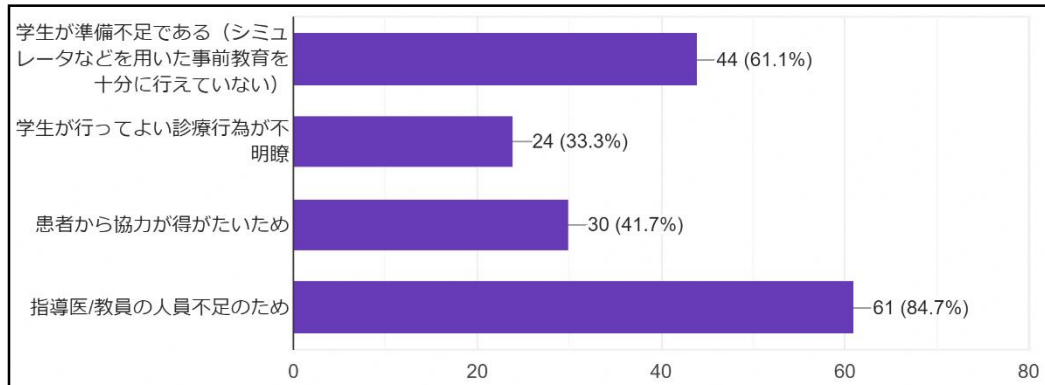
実施方法：メールによる告知・Web上で回答 有効回答数74名

令和元年度厚生労働科学研究費補助金「ICTを活用した卒前・卒後のシームレスな医学教育の支援方策の策定のための研究」において実施

Q.学生の診療参加は、現状で十分であると思いますか



Q.学生実習が十分に参加型になっていない理由(複数回答可)



Q.十分に学生実習が参加型になっていない理由(自由記述)

1. 指導医側の問題

- ・指導医が忙しすぎる。
- ・教員の能力と熱意の不足。
- ・教員が診療参加型臨床実習とはどういうものなのか理解していない。
- ・指導医が学生を診療に巻き込もうとする意識が弱い。
- ・教育をしなくても給与や昇進のための評価が変わらないため。
- ・そもそも大学病院の常勤医（助教以上）に、「大学教員（=学生教育の義務がある）」としての自覚がない。



診療参加型実習の現状（２）

2. システム面・実習環境の問題

- ・見学型を前提に日程が組まれている。参加にあたってどの何を学ばせるかカリキュラムに記載があっても、妥当な症例がないなどの理由で到達が困難なことがある。
- ・大学病院では既に診断の決まった専門知識・技術を要する患者が治療のために短期間入院のため、学生の診療参加がしにくい。地域の医療機関は、宿泊先確保やスタッフの多忙のため教育機関としてうまく機能しないことが多い。
- ・診療科間で指導方針や到達目標、学生評価法が異なっていることや、2週間型ではその科の実習に慣れてきたころに終了するため、知識や実習科のスケジュール、人間関係を含めリセットされるため、受け身型の実習になってしまう。
- ・1年生から4年生の各分野教育が、最大の目標である集大成としての診療参加型臨床実習充実のために、十分に水平・垂直統合されたものになっていない。

3. 臨床実習の位置づけ

- ・最終的に、診療参加型がよいことは理解しているつもりだが、それが初期臨床研修制度での研修、専門医制度へと繋がらない。俯瞰的視点での計画が見えない。
- ・参加が修了要件になっていない。マッチングとリンクしていない。

4. 学生側の問題

- ・学生の準備状況にばらつきがある。
- ・学生の積極性の不足（実習に対して受け身の学生が多い）。
- ・医師国家試験対策に時間を割く傾向にあるため、病棟実習を早く切り上げてしまう学生が多い。

5. 患者側の問題

- ・患者の医師を育てる意識も薄い。研修医ですら、患者さんに十分受け入れて頂けてるとはいえない。
- ・国全体の文化、卒前医学教育の位置付け。
- ・わざわざ医師免許を取る前の学生に医行為させなければいけないか、という理由が不明確であり、スタッフ・患者・国民のコンセンサスが得られていない。

6. 責任の所在について

- ・学生の医行為の指針はあるが、医療事故が発生した場合の責任の所在が不明確である。
- ・侵襲的医行為の法的根拠が必要（患者のみでなく指導者へも示す必要がある）。
- ・医療安全の専門家と医学教育の専門家での議論が不十分。

7. その他

- ・現在使用中の電子カルテのシステムでは学生は記入できない。画面上の学生専用の練習カルテや実習用紙カルテになっている。
- ・学生が処方、検査オーダーができないので、現場での活躍の場が限定されている。

診療参加型実習の現状（3）

Q. 学生実習の充実のために、どのような環境を整える必要性があると考えますか（自由記述）

1. 教員に対する対策

- ・ 指導医の待遇改善。教員の教育実績が正当に評価されるシステムの構築。
- ・ 学内教員(特に若手教員)及び学外教員に対する効果的効率的な臨床実習FDが必要。
- ・ 学生指導の専任・専従医師の配置。
- ・ 病棟実習だけでなく、外来・検査室への配置を行ない一極集中を避ける。
- ・ 教員の意識改革（学生の指導は専攻医や研修医の指導の後になってしまう）。
- ・ 診療参加実習の無理のない指導方法のモデル呈示。

2. 臨床実習のシステム・環境面

- ・ 各診療科で実施する医行為を明確にし、実施・評価の記録をする。
- ・ 参加型実習を修了要件とし、マッチングとリンクさせる。学生の時に経験した症例も研修医の際に一定数登録できるようにする。
- ・ 臨床実習が診療参加になっているのかどうか、外部評価制度（JACMEによる評価や、CATOによるminiCEXへの外部評価者の派遣等）。
- ・ 1年生から4年生の各分野教育を十分に水平・垂直統合する。
- ・ 学生からのフィードバックの確実に収集し、プログラム改善に役立てる制度設計。
- ・ 学生がいないと診療が回らなくなるほどの、学生を組み込んだ環境作り。
- ・ 実習科に2週間ではなく最低1か月、できれば2か月所属することが必要。当直やオンコールなども行う。
- ・ 地域の医療機関中心で実習を行えるような環境整備（指導医の確保、FD、インセンティブ、宿泊施設など）。

3. 臨床実習の位置づけ

- ・ 従来型の医師国家試験は廃止する代わりに、複数回の実臨床型OSCEで合格することと、学生が施行可能な診療行為を一定数超えることを医師免許付与の条件とすると学生は必死に病棟実習に取り組むであろう。
- ・ 専攻医、専門医による教育が学生にまで到達するような、長期的な医師（医療者）育成システムの構築。

4. 学生に対する対策

- ・ 模擬診療参加の時期の実習の充実が必要。
- ・ 指導する教員も含めたシミュレーション教育の充実。



5. 患者に対する対策

- ・ 学生が診療に参加することが自然である環境の構築。
- ・ マスコミを使った啓発活動。
- ・ **student doctor**の法的身分を確立させ、その趣旨を、厚労省からトップダウンで患者さん（国民）に周知徹底していただく。

6. 法的整備等

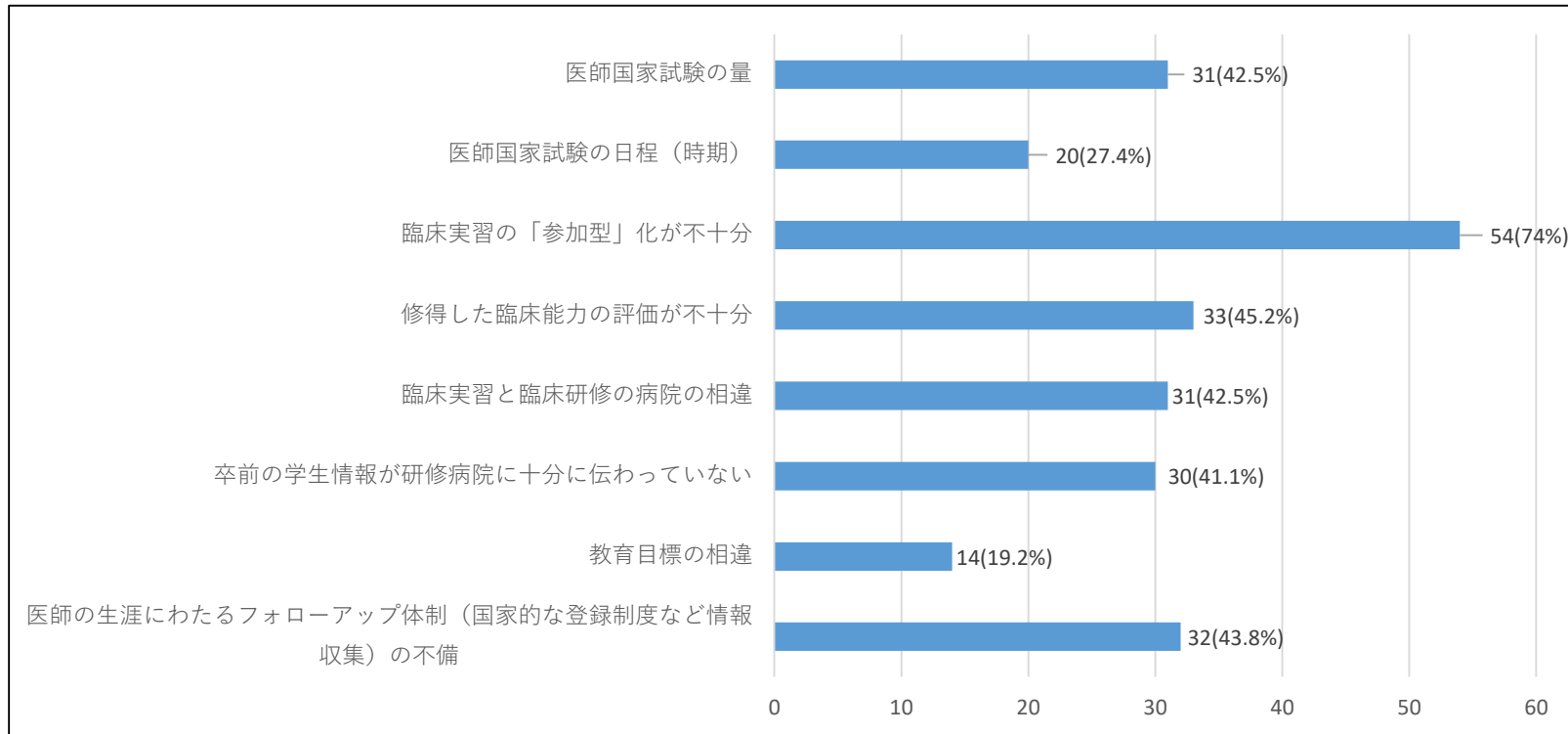
- ・ 学生医行為に対する法的整備。
- ・ 学生が医療過誤を行った場合の補償などの整備を整える。

7. その他

- ・ 学生実習（参加型）の具体的な事例集の整備。
- ・ 指導医に、医師法上実施可能かつ比較的侵襲度が低く”周辺参加”的な医行為の具体例を標準化して提示できると良い。
- ・ 電子カルテで学生が記入できる環境を整えること。

診療参加型実習の現状（5）

Q.臨床実習から臨床研修にかけて一貫した医学教育を行うにあたり、障害となっている事は何か（複数回答可）



その他

- ・ 修得した臨床能力の評価が不十分なこと。
- ・ 学生・研修医らの学修研修履歴のIT化された一括管理のシステムがないこと。
- ・ 医師国家試験が相対評価であり、競争が生じていること。
- ・ 医師国家試験の問題数は減ったもののブループリントが変わらず、学生が準備する量や内容が変わらないこと。
- ・ post CC-OSCEが国家試験として位置付けられていないこと。
- ・ 臨床実習前や後のパフォーマンス評価が不十分。
- ・ 大学間による参加型実習の程度の違い。
- ・ 教育を行う教員に対する適正な評価の欠如。
- ・ 4年間という期間の長さ。