

○西岡補佐 それでは、定刻になりましたので、ただいまから「医道審議会 医師分科会」を開催いたします。

本日は、先生方には御多忙のところ御出席賜りまして、まことにありがとうございます。

○医事課長 医事課長でございます。

冒頭、委員の皆様にお知らせしなければならない事情がございます。

本日、中谷分科会長におかれましては、電車の状況などにより到着が大幅におくれられるとの御連絡をいただいております。医道審議会令第5条第5項の規定により、分科会長に事故があるときは、当該分科会に属する委員または臨時委員のうちから分科会長があらかじめその職務を代理する者を指名するとされております。

中谷分科会長からは、到着されるまでの間、遠藤委員を分科会長代理として指名されましたので、その間、議事進行をお願いさせていただきたいと存じます。

遠藤委員、よろしくお願いいたします。

○西岡補佐 その他の委員の皆様の欠席等については、本日、柑本委員から所用により御欠席との御連絡をいただいております。また、清水委員、木下委員、小玉委員からは、所用により会議の後半は御退席となる御連絡をいただいております。

また、文部科学省医学教育課から、荒木企画官がオブザーバーとしてお越しいただいております。

なお、本日は、参考人として医療系大学間共用試験実施評価機構より栗原理事長、齋藤副理事長にお越しいただいております。分科会として、本日の審議に参考人として御出席の承認をいただきたいのですが、よろしいでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○西岡補佐 ありがとうございます。

最後に、先日、事務局で人事異動がございましたので、御紹介させていただきます。

このほど着任いたしました総務課長の佐々木でございます。

医師臨床研修推進室長の児玉です。

医師養成等企画調整室長の加藤です。

以降の議事運営につきましては、分科会長代理の遠藤委員をお願いいたします。

また、撮影はここまでとさせていただきます。

遠藤委員、よろしくお願いいたします。

○遠藤分科会長代理 それでは、中谷分科会長御到着まで、私が議事を務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

まず、資料の確認について、事務局からお願いしたいと思います。

○西岡補佐 事務局でございます。

それでは、資料の確認をお願いします。今回、本会においてペーパーレスを実践していくこととし、委員、参考人の先生方の目の前にタブレットを御用意させていただいております。お手元のタブレットから資料を御確認いただきたいと思います。

画面の中にPDFのファイルが8つございます。00と振っているものが議事次第、委員名簿、座席表、01から資料1、2、3、論点整理、共用試験公的化、Student Doctor公的位置づけに当たる法的な整理、それから参考資料として2つ、02と振っておりますが、教養教育の現状、それからCATO^{カトー}（医療系大学間共用試験実施評価機構）から提供いただいている資料です。

不足する資料がございましたら、事務局にお申しつけください。

それでは、分科会長代理、引き続きよろしく願いいたします。

○遠藤分科会長代理 よろしゅうございますでしょうか。

それでは、議事に入らせていただきます。

本日の議題は2つございます。1つ目は「共用試験OSCEの公的化について」、2つ目が「Student Doctorを公的に位置づけた場合の診療参加型臨床実習について」、以上の2つでございます。

まず、議題1に入りたいと思います。

事務局より資料1「前回の議論を踏まえた論点整理」、資料2「共用試験OSCEの公的化について」を御説明いただき、その後に医療系大学間共用試験実施評価機構より御提供いただいた参考資料2を御説明いただきまして、この3つを御説明していただいた後に、各委員から御議論をいただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

それでは、事務局から順に御説明をお願いします。

○医師養成等企画調整室長 よろしく願いいたします。

それでは、資料1、論点整理をお開きください。

前回におかれましては、CBT・共用試験を中心に公的化の議論をしていただきまして、また、それに伴うStudent Doctorの公的化に関して、幅広い御意見をいただきました。

2ページ目、3ページ目でそのいただいた御意見の重立ったところをお示ししておりますので、ごらんいただきたいと思います。

まず、2ページ目に入りまして、前回の主な議事についての共通意見ということで、今回このようにまとめさせていただきましたが、共用試験のうちCBTを公的化するという基本的な方針自体はよいのではないかという御意見をいただきました。いろいろと御指摘いただいた上で、基本的な方針については御同意いただけたものと思っております。

また、Student Doctorにおいても、何らかの形で公的な位置づけが望ましいということで御意見をいただいたと認識しております。

ただ、この共通意見におかれましては幾つかの留意点をお示しいただきましたので、続いて御紹介させていただきますと、まず、公的化する共用試験におきましては、CBTだけではなく、技能と態度の評価も重要であるため、臨床実習前に実施する、いわゆるPre-OSCEの公的化も同時に検討すべきではないかという御意見をいただきました。

これに関しましては、後ほど資料2あるいはCATOからのプレゼンを経て、本日、御議論いただきたいと思っております。

続きまして、教育内容の重複ということで、5年生、6年生の臨床実習と臨床研修の1年目、2年目の内容が幾らか重複しているのではないかと、あるいは、そういったところに関して十分な検討が必要なのではないかとというような御意見をいただきましたけれども、この臨床実習と臨床研修の関係性におきましては、矢印の後にある太字、下線を引いてあるところにございますとおり、昨今、この御指摘に関しましては、共用試験の議論とは別に御指摘もいただいております、既に臨床研修の到達目標におきましては、医学教育モデルコアカリキュラムの到達目標とも整合的なものであるべきということで、今回の臨床研修の見直しにおきましても、そのように整合的なものを作成してきたところにございます。引き続き、そのように整合性をとる中で、こういった重複だとか、あるいはより効率的な研修のあり方、内容的なところに関しては、議論されていくものということで認識しております。

続きまして、3ページ目にございます教養教育についてになります。

今回、この点に関しましては幾つか御指摘をいただきましたけれども、やはりCBTを公的化することによって、4年次の試験の負担が大きくなって、教養教育がおろそかになるのではないかとというような御懸念をお示しいただきましたけれども、今回、参考資料1に現在のモデルコアカリキュラムにおきましては、以前の1年、2年に教養教育を行うというモデルから、大学6年間かけて教養教育を進めるのだという一定の方向性が示されておりますので、こういったところでさらなる議論が今後されていくものと認識しております。

最後に、医行為を行う医学生の法的な観点、責任問題などに関して御指摘を幾つかいただきました。ここにございますとおり、個々の事例や時代によって判断が分かれる可能性があるため、法的な担保をしっかりとる必要があるのではないかとというような点や、法的な責任を誰が持つか、より議論して明確化する必要があるのではないかとというような御意見をいただきましたので、本日、資料3にて御議論いただきたいと思っております。

それでは、資料2のほうに移らせていただきたいと思えます。

本日は、共用試験のOSCEのほうの公的化について、CATOよりプレゼンしていただいた後、御議論いただきたいと思えますけれども、背景のおさらいをさせていただきたいと思えます。

2ページ目にございますとおり、既に述べさせていただきましたが、診療参加型の臨床実習、そして法に基づく臨床研修がそれぞれ2年ずつ、この4年間で臨床教育を行うという方向におきまして、現在の臨床実習の実践性が乏しい、あるいは習得度がいまいち高くないのではないかとというような指摘のもと、このような共用試験を公的化することにより、より充実した診療参加型の臨床実習を構築することを議論させていただいております。

続きまして、3ページ目、全体としてシームレスな医師養成ということで改革を進めておりますが、この医師分科会におきましては既に申し上げているとおり、共用試験のCBT・OSCEの法的な位置づけ、そして、Student Doctorの公的化を議論していただくことになっております。

今回、御議論いただきたいのは、前回、CBTについては御議論いただきましたので、OSCEに関してになります。4ページ目をごらんいただきますと、現在の臨床実習開始前のOSCEは、トライアルが平成14年から開始し、17年から正式開始して、既に全80大学が実施している内容でございます。いろいろと利点や課題等も指摘されておりますが、本日、CATOには現状をお示ししていただいた上で、御議論いただければなと思っております。

5ページ目でございますとおり、本日の論点に関しましては、共用試験の公的化に当たっては、主に医学生の知識を評価するCBTのみでなく、態度や技能を評価するOSCEもあわせて公的に位置づけてはどうかということで御議論いただきたいと思っております。

最後の6ページ目は、前回もお示しした医療法及び医師法の一部を改正する法律の附則第2条をお示ししておりますので、御参照ください。

事務局からの説明は以上になります。

○遠藤分科会長代理 それでは、CATOからお願いいたします。

○栗原参考人 それでは、私はCATOの理事長を務めています栗原でございますけれども、現在、どのようにOSCEが行われているかということについて、概略を御説明したいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

既に皆様御存じのように、医師となるためには基本的な知識、技能と態度が求められるわけであり、CBTは知識の試験で、かなりモデルコアカリキュラムを中心にいろいろなものが成熟してまいりましたけれども、このOSCE、要するに医師としての身につけるべき技能あるいは診療の態度というものをどうやって評価していくかということについては、いろいろな問題がございます。

そこで、患者さんを実際に診させていただいて、診療の技能と態度を身につけるといところで、実際に患者さんを拝見する前の段階で一定の知識と技能を身につけていかななくてはならないのではないかとということで、一つはCBTが行われ、もう一つはPre-Clinical Clerkship OSCEと呼ばれるOSCEをやって、そこで患者さんの前に出て、実際に診療参加型臨床実習をやらせていただくのに十分技能と態度が身につけているかということの評価しよう。そういうことで、このPre-CC OSCEというのが進んでおります。

そして、その診療参加型臨床実習が終わった時点で、もう一度、どの程度成熟したかということの評価するために、Post-CC OSCEを行うということが、現在、基本的な考え方として機構でも取り組んでいるところであります。

これまでもCBTについては相当なデータが積み上がってきましたけれども、このPost-CC OSCEを含めたOSCEにつきましては、いろいろな議論がございます。そこで、きょうは診療参加型臨床実習に入る前のPre-Clinical Clerkship OSCEの詳細について、同席しております齋藤副理事長のほうから御説明したいと思いますので、よろしくお願いいたします。

○齋藤参考人 齋藤でございます。

この一等下のCATOの資料、参考資料2をお開きください。

私は、実はこの共用試験が始まって以来、CBTの責任者も兼ねておりました。きょうは臨

床実習前のOSCEについてお話を申し上げることにいたします。

そもそも先生方は御承知のとおり、共用試験がなぜ導入に至ったかということについては時間の関係で省略をさせていただきます、このスライド画面を見ていただければよろしいかと存じます。

結局は臨床実習に臨む学生さんが本当に能力を担保しているかどうか、それを一定の水準で確保しようではないか。知識についてはCBT、診療技法並びに患者さんへの配慮についてはOSCEではかるのがよかろうということになりまして、臨床実習開始前のOSCEが始まったわけでございます。

4番の違法性阻却事由については、既に前川レポートが出たころのからの議論になっておりましたので、そこも時間の関係で飛ばします。

5番、臨床実習前のOSCEとこれから行われるであろう臨床実習後のOSCEの違いというスライドがございますけれども、その臨床実習前のほうをごらんください。臨床実習開始前ですから、主に4年生です。ここでは何をするかというと、医療面接をして患者さんへの配慮のことがちゃんとできているかどうか、お話を伺える態度ができているかどうか。それから、例えば頭頸部、腹部、胸部、神経学的診察といった診察技法がちゃんと習得できているかどうかを評価しようというわけでございます。ですから、課題数としては6課題になりまして、医療面接で10分、その他のところで5分。

この評価に当たる人々はどういう方かといいますと、その学生さんの所属している大学の教員だけではなくて、実はトレーニングされたよその大学の教員もその大学に赴いて、評価を担当いたします。ピア・エバリュエーションでございます。これが臨床実習開始前のOSCEの特徴でございます。

平成17年から正式実施になりましたというスライドの6番でございますけれども、これは細かいもので恐縮でございますが、一等左のCBTのところは既に先回御説明がありましたので、OSCEのところの下の方でございます。写真が小さくて申しわけないですが、医療面接、身体診察、救命救急、手技等々を書いてございます。このようにして一つのステーション、OSCEの場合は小部屋のことをステーションと言いますが、そのステーションに学生さんが一定時間ごとに回って行って、それで合図があると次の部屋に入るというシステムで評価をいたします。

現行では、CBTとOSCEの可否判定は各大学がいたしますが、合格したということになれば、AJMC、医学部長病院長会議のほうに申請をして、Student Doctor認定証というカードが発行される。それをもって診療参加型の臨床実習が開始できるわけでありまして。

共用試験の運営組織については、これもずらずら箱が並んでいる7番のスライドですが、これは、これだけの委員会を各大学の先生方に集まっただいて、立ち上げて、実施しているということをお示ししたわけでございます。

さて、臨床実習でございますが、昔はPoliklinikでございました。私どもの学生時代は専らそういう言葉で呼ばれました。その次に、Bedside Teachingになって、Teachingとい

うのは指導医が教えるという受動的なもので、その次は学習者がLearningすることになって、Bedside Learningになりました。今は、Clinical Clerkshipといいます。この言葉が上陸してきたときに、一体どういうふうに日本語にしようかと。一定のリミテーションがあるのですけれども、その範囲内で学生さんが実際の診療に携わって医行為を行うという意味で、診療参加型臨床実習という日本語が当てられました。

これにつきましては、本来は臨床実習というものは診療参加型臨床実習であるべきでありまして、それ以前の見学型臨床実習と称されていたものは、Introduction to clinical medicine、つまり臨床医学入門的なものだと解釈してよろしいかと思っています。

さて、その次のスライドですが、Clinical Clerkshipを行うに当たっては、まず患者さんの御理解・御協力が必要である。それから、学生に許容される医行為の明示。これは一番新しいのは門田先生の門田レポートであります。問題は、学生にその医行為をやらせていいだろうか、それだけの能力を習得してるだろうかということ在全国の統一した物差しではかりたい。知識についてはCBTでしっかりやります。OSCEでやる部分というのは主として技能と態度、もちろん知識を持っていなければ技能と態度には行きませんが、それであるということOSCEが始まりました。

次のスライドは、これはもうそこここを出るスライドでございますが、この共用試験でCBTとOSCEがなされる。そのOSCEについてでございます。

臨床実習開始前に習得しておくべきこととしては、11番のスライドですけれども、やはり安全・安心な医行為が提供できなければいけない。患者さんへ十分な配慮ができなければいけないし、そのことは適切な医療面接を評価することによってできるだろう。ただし、医療面接というのは昔は問診とごっちゃになっていましたが、実は違いまして、医療面接の本質は、患者さんとのラポール形成であるというわけでございます。それがないと、もちろん患者さんから適正な情報は得られません。

その次に3番ですけれども、これが昨今の医学生はどうであろうかと心配ではあります。身体診察がしっかりできる、身体所見が正しくとれる、これが問題であります。

臨床実習前のOSCEでは、先ほど絵に示しましたが、ステーションを用意しまして、時間ごとに移動して行って、各部屋に示されているところの課題に、多くは4年生ですが、4年生の学生が取り組んでいく。それを評価者が評価するというわけですが、もちろん患者さんである場合もあれば、シミュレーターの場合もございます。

実は能力の評価というのは、評価者が1人であってはならない。複数で評価しなければなりません。そのため、あらかじめトレーニングした評価者が入りまして、そこで受験者のパフォーマンスを定められた評価マニュアルに基づいて評価票に記入するというのをいたします。その評価票が集められて、機構の課題の場合には機構に全部集められまして、集計して統計解析等をいたしまして、合否判定の資料として各大学にお送りいたします。

次の13番はそれを絵にしたものでございまして、医療面接から始まって、頭頸部診察、腰部診察、腹部診察云々、幾つかの部屋が並んでおります。この○印で上に3つずつ書い

であるのは評価者でございます。評価者は、先ほど申し上げましたように、その実施大学の教員のほかに、よその大学の先生にいらしていただいて、評価をしてもらおうというわけです。

OSCEというのは、しょせんシミュレーションテストの一つでございますから、実はそのときだけしっかりできていればそれでオーケーになりますけれども、必ずその前にその大学のICM、Introduction to Clinical Medicineの評価も加える。その上で大学が合否を判定してもらおうということでやってまいりました。大変結構なことに、OSCEをやり初めて、17年からやっていますから固まりまして、かなりしっかりとした評価ができるようになってまいりました。客観性が非常に上達したといえますか、上のほうに来たというふうに言ってもよろしいかもしれません。

このスライドの左の部屋に模擬患者と書いてございます。これはシミュレーテッド・ペーシェントでございますけれども、医療面接でもって、受験者が「きょうはどうなさったんですか」と言う前に必ず「きょうお話を伺う4年の齋藤です」とかかって自己紹介をしなければ減点になるというぐらい厳しい評価であります。

模擬患者さんにお話を伺うのは10分です。10分たちますと合図がありまして、次の部屋に移ります。次の部屋に移りますと、今度は課題が表示されておりまして、腹部診察を行いなさいと書いてあります。腹部診察では、これはベッドの上に男の方が休んでいます、この方法は身体診察用のSPであります。つまり、おなかだけ貸してもらえるSPでありまして、これは多くの場合、後輩の医学生がやっています。それは実はその医学生にしてみると、ああ、診察されるというのはこういうことかということがよくわかる次第であります。

次のスライドはOSCEの実施風景でございますが、模擬患者さんはボランティアさんであります。それもトレーニングされています。患者さんの役は3年次の学生が務めております。また、左下の場合には、学生さんは胸部の音を聴取できるシミュレーターを使います。ロンカイとかウィーズが聞こえます。それから、右下は腹部診察をしている。外科手技等の場合には、お人形さんを使って救急処置をしたり、あるいは模擬の皮膚を扱ったりもいたします。

16番のスライドですけれども、臨床実習前のOSCEのステーション構成例と概略評価区分を書きました。これは、こういうふうな階段を下るように進んでいきますということと、実はこの評価票は、もっともっと詳しいものなのです。それを評価者が事前に読み込んでおきまして、詳しくつける部分と、概略評価といって6段階に評価する部分とがあります。ここではその詳しい評価票は省略をいたしました、概略評価では、6段階中の3というのがグレーであると。1をもらってしまうと、これは残念なことに不合格になるというわけです。

次の17番のスライドですけれども、これもOSCEのステーション、このように進みますというふうにいたしてございます。下から3つ目の●をごらんください。ここでは、実は各大学から実際に学生を指導するレベルの方に集まっていたいて、評価者のための講習会

を受けていただきます。これは毎年3回やっていますから、今、1万2700名の評価者ができ上がっております。これをしませんという、評価の公平性が欠けます。誰が評価してもいいというものではないわけです。ですから、この評価者の講習会というのは公平性の一つのポイントになると思っています。

次のスライドでございますけれども、細かくて恐縮でございますが、これは受験者向け、つまり多くは4年生の受験のためのガイドで、こういう内容が知らされております。8月の第3週からどんどん始まります。

次は、OSCEの課題と学習・評価項目です。これもさっと流しますけれども、例えば医療面接で課題として学生に示されるのはどういうことかといいますと、この長四角で囲んだようなことであります。これを学生が読むわけです。ですから、「佐藤花子さんですか、どうぞお入りください」といって模擬患者さんと呼び入れて、10分間でこれだけのことをオープニングから始まって、締めくくりまでを模擬患者さんから伺うわけです。右側は、そのときに評価されるのはこういうことであり、この小さな四角で示してあるところが評価項目であります。

同じように、例えば次のスライドでは、腹部診察の課題が次の部屋に入ると、佐藤太郎さんですと示されて、腹部の診察をしっかりとやっているかどうかということが評価されるわけであります。

次のスライドの21番では、首から上、頭頸部診察であります。

同じようなことで、その右側に胸部の診察があります。

もちろん、それだけではなくて、神経診察をして腱反射等を見ます。

それから、バイタルサインの測定。これは基本中の基本であります。これが右側です。

その次の基本的臨床手技では採血をしますが、これは実際の患者さん、SPさんに針を刺すわけではないですから、シミュレーターを使います。

救急の場合は、お名前の確認などはできないので、しませんというわけです。

次のスライドは24番ですけれども、臨床実習開始前のOSCEの得点、平均点の年次推移をお目にかけておりましたが、14回。最初のうちはなれませんが、最初の1回、2回はカーブしていますけれども、あとは全くのプラトーであります。得点率は94から95%でフラットになっております。

次に、カテゴリー別と書いてございますけれども、それは平均点と患者さんへの配慮はどうだったか、診察技法はどうだったかということですが、これももうスタンダダイズしているというのをお目にかけている次第であります。

次に、26番は先ほどの概略評価基準です。6段階でやりますという概略評価ですが、それもこのようにほぼフィックスしている状態であります。

さて、今後に向けてでございますけれども、追試験と再試験をどうするか。現在は実施大学に委ねられております。それは実は追試験をするというときに準備がとても大変であるということと、評価者の手配、よその大学から人が来なければなりませんから、それが

なかなか難しゅうございます。合否判定ラインに対するものとしては、OSCEの扱いにアイテム・レスポンス・セオリー、項目反応理論というテスト理論を導入していけそうである。これができるともっと信頼度がずっと高くなってまいります。

それから、3番目の黒ポツですけれども、SPの患者さん、これが大学によってSPを養成していらっしゃるけれども、大学によるでこぼこがあってはならない。この標準化をしなければなりません。これができますと、かなり進歩した試験になっていくはずであります。現在でもSP団体を使っている大学が随分ありますけれども、そのSP団体による差もあると承っておりますから、これは統一化していかなければならないと思っています。

身体診察模擬患者については、これはこの段階では若い学生さん、2年生、3年生の学生さんにやっていただいて差し支えなかりと。評価者養成はずっと続けてやってまいります。

大学の人的・物的な負担については、既に十数年を経ておりますので、かなり負担の軽減に成功して、効率的になっております。

透明化の確保のためには、本当は動画の撮影をしたいところですが、天井にカメラがついているOSCEルームを使っている大学の場合にはそれがしっかり残っています。後から確認することができます。

それから、OSCEセンターというものの構想については、実は御存じのとおり平成13年、14年、厚生科研でやりまして、そのことも随分話題になりましたが、残念ながらその時点ではそこまではいきませんでした。

以上、お時間を拝借してありがとうございました。以上でございます。

○中谷分科会長 済みません。座長の中谷でございます。総武線が人身事故でおくれました。会議の開始に大幅におくれましたことをおわび申し上げたいと思います。

遠藤先生には大変ご迷惑をおかけいたしました。どうもありがとうございました。

それでは、今、前回の議論を踏まえた論点整理と、それから共用試験OSCEの公的化について御説明をいただいたと考えております。今はCATOの齋藤先生から、現在実施されている臨床前の全国統一評価、OSCEがどのようになっているのか、どの程度行われて、各大学がやっているわけではありますが、それが安定しているという状況を御説明いただいたと思います。

それでは、事務局より御説明がありました資料1、資料2及び、医療系大学間共用試験実施評価機構より御説明がございましたので、それについて御意見、あるいは御不明な点がございましたら御議論いただきたいと思いますが、いかがでございますでしょうか。

どうぞ。

○遠藤委員 御説明ありがとうございました。

私は途中から参加しておりますものですから、もしかしたら議論があったのかもしれませんが、私がお聞きしたいことは、OSCEの公的化、あるいは資料の中には公的化、国家試験化をした場合とありますが、そもそも公的化というのは何をイメージしているの

か。つまり、卒業要件、あるいは国家試験の受験要件にするという意味合いなのか。そうなりますと、標準化とか公平性ということが極めて重要になってくる話なので、その落としどころは何を考えているのか。公的化について御説明いただけますか。

○中谷分科会長 加藤室長、お願いします。

○医師養成等企画調整室長 御質問ありがとうございます。

公的化をするに当たっては、医師法の位置づけということを我々としては公的化ということで検討しておりますけれども、今、先生がおっしゃっていただいたような国家試験の受験要件等々、いろいろ方法はあるかと思いますが、法制的にどのようにするかということも、今後、我々に課せられた課題ではございますけれども、いずれにせよ公的化という意味におきましては、医師法上何らかの形で位置づけるということを検討しております。

○遠藤委員 どのようにそれを使うかということについては、これも検討の内容だということですね。

それと、もう一点関連ですが、臨床実習開始前の現行のOSCEについての議論、きょうお話がありましたけれども、試行的に行われているPost-CC OSCEについては、一応議論はするけれども、主として公的化をするかどうかは今の段階で議論するものでは必ずしもないという認識でよろしいのでしょうか。

○中谷分科会長 どうぞ。

○医師養成等企画調整室長 Post-CC OSCEにおきましては、前回も多少御説明していただきましたけれども、これに関しましては国家試験の改善検討委員会でこれまでも議論されてまいりましたが、どちらかといいますと、国家試験の中でどのように位置づけるのかというようなことがこれまでの議論の流れでございました。

今回の議題におきましては、やはりStudent Doctorとその前の共用試験、CBTとOSCEということが議論の対象でございますので、切り離して御議論いただければと思っております。

○遠藤委員 ありがとうございます。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

どうぞ。

○澤委員 OSCEでシミュレーターを使っておられる部分がありますね。救命救急とか、腹部所見とか、そういったものもシミュレーターを使うことによってかなり記録性や点数等を含め客観的なデータが出るのではないかと思います。今はシミュレーターもかなり性能がいいものが出ております。そういうものを今後、導入されるということは予定されておられるのでしょうか。

○中谷分科会長 いかがでしょうか。

齋藤先生、どうぞ。

○齋藤参考人 難しいのは、OSCEというのは、そもそもシミュレーションテストであります。いいシミュレーターがあれば非常に公平性が保てる。一方では、やはりおなかをさわ

るのに生の人間のほうがいいのではないかという考え方もございます。そのあたりで、実は御承知のとおり、心音のシミュレーターは世界に冠たるすばらしいシミュレーターが日本にありますけれども、あの程度のものが出てくれば、費用の問題はありますが、非常にすばらしいテストができると思っております。

ちょっと議論が外れて申しわけないですけれども、Postのほうであれを使う場合に、実は何列も同時進行でやろうとすると、シミュレーターの台数が6列でやると6台要るので。そのようなことで、費用の点と場所の点を考えなければならない。Preのほうは1列あるいは2列で済みますから、いいシミュレーターがあればそれでいけると思っています。

ありがとうございます。

○中谷分科会長 加藤室長、どうぞ。

○医師養成等企画調整室長 今、澤委員御指摘のとおり、どういうシミュレーターを使うかということに関しましても、遠藤委員が御指摘いただいたとおり、公平性という観点でどういうシミュレーターを使うべきなのか。やはり各大学でまちまちなものを使っているというのは問題になりますので、もし公的化するというのであれば、どのような環境でOSCEが行われるのかということは基準をしっかりとつくっていく必要があると思っております。

○中谷分科会長 ほかにいかがでしょうか。

シミュレーターは結構高価でありまして、それぞれが数年、5～6年たったら更新をしなければならぬものです。うちの大学においても、結構そういう更新費用をどこから捻出するかというのは難しい問題で、今度、クラウドファンディングでその費用を集めるなどということを計画するようです。ですから、恐らく厚生労働省の方でOSCEセンターみたいなものを整備して頂けるのでしたら、Post-CC OSCEも含めてそういうものをしっかり実施できるというような感じになるのかもしれないですね。

どうぞ。

○木下委員 今の公平性のところに関連してですけれども、お示しいただいた今後に向けての課題のところ、模擬患者さんの全国的な標準化、それから身体診察もシミュレーターを使えばその辺はクリアできると思うのですが、その対応。あと、評価者の養成配置。これらを公的化するタイムスケジュールといいますか、それに間に合わせてこの標準化を確立することは時間的に可能なのか、それともかなり難しい課題であるのかを教えてください。

○医師養成等企画調整室長 公的化するスケジュールに関しましては、今後、さまざまなプロセスがございますので、一概に今、何年からということを申し上げることはできませんけれども、公的化するに当たっては、今回挙げていただきましたCATOからの課題につきましては、厚労省とも議論させていただきながら、明確な基準を構築していきたいと思っております。

○中谷分科会長 齋藤先生。

○齋藤参考人 齋藤です。

やはり問題になるのは、評価者のほうはそうやってトレーニングをして同じようにできる。それから、シミュレーターのいいものがあれば、そちらの公平性もできる。問題は、SPのシミュレーテッド・アンド・スタンダダイズド・ペーシェントでなければならない。スタンダダイズされなければいけない。そのためには、かなり全国規模のSPの協議会みたいなものをつくって相談して、皆同じ程度でできる。そうすると、SPを認定する、認定SPをつくるというようなことが必要になってくるかと思っています。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

ということは、逆に結構年数が逆にある程度かかると齋藤先生はお考えでしょうか。

○齋藤参考人 私は、一生懸命やれば割に早くできると思っています。それは、既にPostのほうのこともございますでしょう。そうすると、PreとPostでもって、日本にもあちこちにSPの団体はあるのですけれども、今は群雄割拠でございますから、それを統一してしっかりとしたものというのは、私はそんなに時間がかからないと思っています。

○中谷分科会長 CATOが中心になって、SPを資格化するということですね。

○齋藤参考人 はい。

○中谷分科会長 ということだそうです。

御意見いかがでしょうか。

羽鳥先生、どうぞ。

○羽鳥委員 日本医師会の羽鳥です。

SPと3年生の学生が模擬患者さんになるということの位置づけ、意味づけはどう違うのでしょうか。例えば学生さんですと、やはり上の先輩におもねるでしょうし、本当にモデル患者さんならば、学生さんを試すような意地悪することもできるでしょうけれども、その辺の公平性とか、どの辺の感覚で捉えているのか、教えていただけますか。

○中谷分科会長 齋藤先生、どうぞ。

○齋藤参考人 ありがとうございます。

実は米国のSPなどは医療面接も身体診察もさせてくれるわけでありまして。1956年ごろだったと思いますけれども、ニューヨークのセンターでやり始めたときには、SPさんが診察までさせてくれる。トレーニングされていまして、実際に右手の麻痺がある患者さんなどというのでもSPさんがなされる。それを受験者は、ちゃんとその所見を拾えるわけです。

ところが、残念ながら日本の文化ではまだ今のところ、医療面接のSPさんで身体診察もさせてくれるというSPさんは少のうございます。ですから、そのために身体診察SPを誰にやってもらうか。これは実は合否判定試験でありますから、余り課題が漏れてしまうようなことはできないわけです。ただ、4年生で今やっているSPの場合は、単純に身体診察だけでございます。おなかをさわるだけというようなもの。ですから、今のところはそれによろしいし、それから、うまくいけば、結果としては若い学年の医学生が、身体診察されるということはこういうことなんだという、彼らの学習にもなろうかと思っています。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

ほかに御意見等ございますでしょうか。

小玉先生、どうぞ。

○小玉委員 最後の「今後に向けて」の中で、大学の人的・物的負担の軽減というのがあるのですけれども、現在、どのぐらいの負担がかかっているのか、もしわかれば教えていただきたいと思います。

○齋藤参考人 各大学に私たちは拝見しに伺ってしまして、大学の教員から言われることは、人的資源の不足、つまり教員数が少ないというところがございます。ですから、そういう面での御負担は相当だろうと思っています。

ただ、なかなかそれをお金勘定であらわすわけにはいかないのですが、例えば土曜日にOSCEをやろうということになると、本来はお休みだった方々が出てこなければならない。そうすると、費用をお支払いしなければならなくなる可能性はあると思っています。

それから、物については、幸いこれから新しく校舎を建て直していらっしゃるところは、OSCE用のお部屋をどんどんつくってくださっていますから、そういう面では安心をしています。

○小玉委員 ありがとうございます。

○中谷分科会長 どうぞ。

○桐野委員 今の人手の問題で、齋藤先生がおっしゃったように、ぜひ人手をちゃんと医学教育に振り向けられるように充実してほしいと私は強く思うのですが、現実にはどういうことが起きているかという、例えば大学の教員は負担がどうしてもふえますし、医学教育の国際化の問題もあって、どうしても今まで以上の教育的な仕事がふえる場合は、外に出せるものをどんどん出してくるのですね。だから、学生実習に協力している関連病院によっては、来年から2倍ぐらいになる。ただ、2倍になっても予算は潤沢にならないので、単価を半分にするということを宣告されて、泣く泣くそれを受けざるを得ないというのが、大学と地方の関連病院との関係でございまして、その辺のところは文科省にもぜひ考えていただいて、これだけ医学教育が充実する以上は、多少人的なことを考えていただかないと、疲弊してしまうのではないかと心配しています。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

小玉先生。

○小玉委員 私もその点は話をさせていただきたいと思っていました。大学の人的な負担がふえますと、どうしても大学にマンパワーを集約しようとするのですね。それによって関連病院から人を引き揚げる形になる。そうすると、地域医療がもたなくなるという悪循環になる可能性があるのです。その辺のことは国としてしっかりと対応していただきたいなと。

○中谷分科会長 桐野先生。

○桐野委員 これは言ってみればステップワンの的なものでございますので、むしろ先ほど

ちょっとおっしゃったようにOSCEセンターみたいなものをつくって、そこがこういうCBT、CBTは本当にディスプレイでやりますのでフェアに評価できますけれども、OSCEは大学によって非常に濃淡が出てくる可能性もありますので、標準化するのであれば、OSCEセンターみたいなアイデアは将来的には大変いいのではないかと感じました。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

Pre-CC OSCEは実際に現在実施してやっているわけですが、それでも濃淡は恐らくあるだろうと思っています。教員の動員がうまくいくところといかないところもあります。CATOさんもかなり御苦労なさっていると理解しております。ですから、それに加えて、Post-CC OSCEの場合はもうちょっと大がかりであり、ある程度ステーションが多くなったりしますので、地方の大学医学部を中心に様々な課題が出てきており、現在、全国医学部長病院長会議とCATOさんの間で交渉が行われている状況です。そこを実現それらの課題を解決するにはOSCEセンターみたいなものが全国にどれぐらいの数あればいいのかという話は別の次元の議論なのですけれども、もし厚生労働省が音頭を全国的にとってOSCEセンターつくっていただければPre-CCおよびPost-CC OSCEもスムーズにできるのかもしれない。

ただ、それでもOSCEの評価者は十分ではありません。CATOさんでいろいろな大学の先生を評価者としてトレーニングしていますので、そういうところとCATOさんのメンバーと訓練を受けた評価者が協力してそういうことに詳しい先生と一緒にやらなければ、OSCEは実施できないと思われれます。人手の問題はいずれにしてもそれぞれの大学がある程度人員を割かなければOSCEは絶対できないということは間違いないと思います。

齋藤先生、どうぞ。

○齋藤参考人 ありがとうございます。2つ申し上げます。

一つは、平成13年、14年の厚生科研のときに、OSCEセンターをつくってしいという声がありました。7カ所、つまりそのころの厚生局が7カ所ございました。あそこにOSCEセンターができないかなという私的な発言が随分ありました。これは公にはなっておりません。

もう一つは全く違う視点ですが、Post-Clinical Clerkship OSCEでは、実は臨床研修病院の先生方、指導医の方に事前に評価者講習を受けていただいて、認定評価者として大学に行っていただくという計画が進んでいます。もう既に講習会をいたしますと、臨床研修病院の先生方は随分お見えになる。

そういう考え方をいたしますと、例えばモデルコアカリで地域医療実習が必修化されています。学生さんを大学病院の外に出して、地域の病院で実習をすることになります。そうすると、その指導医の先生は、恐らく大学の臨床教授とか、非常勤講師とかいろいろな名前になっているはずですから、そういう方々は、今度は大学と関係がある病院の先生が大学にお集まりいただいて、OSCEの評価者になっていただくことで、大学内の先生方の忙しさが少し和らぐかと思っています。

ただし、Postのほうの評価者というのは、逆に大学とは関係のない先生方にやっていただいたほうがいいかなと思っています。

ありがとうございます。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

清水先生、どうぞ。

○清水委員 実際の研修病院の立場から今の点について、今、実際にどういう状況かというのをお話しさせていただこうと思います。

私も、特にPost-CC OSCEのほうの視察に参りますけれども、大学によっては半分の評価者は研修病院にお願いしているという大学もございます。齋藤先生がおっしゃったとおり、臨床実習をお願いしているいわゆる関連病院というところから、総論賛成、みなさまお忙しいので各論反対で結構大変というご意見も多いらしいですけれども、それでもやはり来てくださって、大学ではこんなことを実習でやっているのだとか、こんなことを教えているのだとか、こういうことはできないのだということが研修病院さんでもわかるようになるという利点がございます。

研修病院に長いた者としては、やはり学生さんが来るということで、研修医もそれ以上の上級医たちも活気が出ますし、臨床実習も私はできればどんどん研修病院のほうに出していただいて、臨床実習前OSCEの評価者も、これから学生が来る病院さんから評価者を出していただければいいのではないかと思います。

OSCEの人員が足りないので臨床研修病院から大学に人を集めるのではなく、学生を外に出して評価を外の病院でもやっていただくというふうにして、私は、Pre-OSCEもPost-CCも、こういうことが始まって、臨床研修、医師の養成というのは一貫性を言われていますけれども、大学だけでやるものではなくて、地域こぞって研修病院も一緒にやるものだとすることがだんだんと間近に具体的になっているのではないかなと思って大歓迎なので、ぜひともそのようにしていただけたらうれしいと思います。

○中谷分科会長 ありがとうございます。大変いいお話を伺ったような気がいたします。

ほかに御意見いかがでしょうか。

どうぞ。

○澤委員

認定外部評価委員について、今まで1万2700人ほど認定されておられて、3年で1000人ですか。これを受講する資格についてはいかがでしょうか。これとは別に臨床研修指導医というのがございます。臨床研修指導医というのは、例えば私が所属していた大学では専門医資格を持っている者が講習会を受けてなっているのですが、そういう人たちが実は大学のポストが足りないとかいろいろなことで大学外に出てしまうというような形もあります。後でStudent Doctorのところでもまた御質問させていただきますけれども、外部評価委員になる資格というのは講習会を受ければいいのか、それともかなり専門医的な資格を必要とするのでしょうか。

○中谷分科会長 齋藤先生。

○齋藤参考人 齋藤でございます。御質問ありがとうございます。

Preのほうの評価者は、むしろ幅広く、浅くということが求められます。Postのほうとはちょっと違うと考えます。Postのほうから先に申し上げますと、Postのほうは半日の講習を受けていただくのですけれども、研修病院のドクターの場合には、それは研修病院で臨床研修指導医を持っていらっしゃる方です。それから大学では、OSCEの経験のおありになるレベル、評価者の経験のおありになるレベルということにしていますから、PreとPostでは評価者の評価の観点がちょっと違います。

私も研修指導医養成講習会にはしょっちゅう伺うのですけれども、そこでの承った話としては、やはり研修病院の先生方は、Postのほうは評価をやりやすいとおっしゃっています。Preのほうは非常に幅が広うございますから、むしろ浅くてと言うと変ですけれども、割に若い層が講習に出てまいります。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。

○羽鳥委員 OSCEの話ではなくて、資料2のほうの話でよろしいでしょうか。

○中谷分科会長 どうぞ。

○羽鳥委員 共用試験OSCEの公的化で、2ページ目、3ページ目に絵が出ているところです。例えばこの中には、アメリカのメディカルスクールとか、それから日本でも、私自身もそうですし、小玉先生もそうなのですけれども、ほかの学部を出て医学部へ来た、いわゆる学士編入とかそういう方たちのコースが書かれていない。例えば神奈川県のある大学では1年生の後期から解剖実習が始まるので、学士入学といっても結局1年生からやらなければいけなくなってしまっているということもあるので、もうちょっと別のコースも想定してもらうようなことは考えているのかということ。それは別のところで議論するのかもしれないけれども、それについてはどうでしょうか。

○中谷分科会長 医学教育に関係することなのですが、恐らく私の知識で申し上げますと、3年次編入の大学も、私たちの大学は3年次学士編入の大学でした。しかしながら、全国的に見ますと大部分は2年次編入です。通常2年次から解剖学実習などが始まるころが多いわけですので、そういう大学だと余り無理がありません。一方、私たちの大学は3年次編入という形でしたので、普通の一般入学の学生は解剖実習が既に終わっていますので、学士編入学の学生については別の枠で教育をやるという形をとっていました。

恐らくそれぞれの大学でいろいろ工夫して、どこかで埋め合わせをするというような形で教育していると思います。か、学生にも教員にもそういう形で多少ハードになりますけれども、学士編入学の学生さんにはそのように勉強してもらっております。

○羽鳥委員 そうすると、もう一つ別のラインも頭の中では想定されていると考えてよろしいですね。

○中谷分科会長 恐らくそういうことです。OSCE・CBTがあるときは、基礎医学に関する勉強の全体が終わって、更に臨床の勉強も知識に関するものが終わって、いざ実習が始まる前のですから、かなり後に4年生の後半で実施しやりますので、学士編入学の学生さ

んもその時点ではほとんど追いついていると考えています。

荒木先生、それでいいのですよね。

○荒木企画官 文部科学省でございます。

今、中谷分科会長がおっしゃったとおりで、学士編入、各大学が少数ながら定員枠として持っているところも多くなっております。御指摘のように、アーリーエクスポージャーということで専門教育が1学年あるいは2学年から入っているところもふえてきておりますけれども、例えば具体的には解剖実習のようなところは大体2学年ぐらいが早目で、1学年というのは聞いたことがございませんので、そういう意味では2学年編入で対応されているような大学が多いのかなと思います。

済みませんが、手元に具体的なデータがないのですけれども、以上でございます。

○中谷分科会長 羽鳥先生がおっしゃるように、実は1年から解剖実習が始まる大学も皆無ではなく、新しくできた大学を含めての一つはそのようにやっているところもあるようです。それもシミュレーターみたいなものを使ったり、いろいろな方向でやりますので、人体といいましょうか、御検体を使ってという状況ではない大学も出てきているようでございます。

どうぞ。

○栗原参考人 先ほどのOSCEのところに戻りますけれども、確かに私は機構の理事長をやっております、いろいろな会に出ているのですけれども、苦情がたくさん来ているのです。それはなぜかという、手間がかかる、人手がない、特に評価者、それからもう一つは、今問題になっているSPが足りない。それをできるだけ各ブロックで、地域で養成してくださいということを言っても、人がいないのでできないということです。

もう一つは、シミュレーターは一度予算をつけていただいて、買ったけれども、壊れてしまったと。修理代が出ないということなのですね。いろいろお話を聞いていると、できない相談ばかり私は今、言われているのですけれども、教育をどう考えるかということだと思っております。確かに手間もかかるし暇もかかる。だけれども、以前とは教育体系が違っているのです。前は講座単位でやっていたことが、これはシステムチックに行えるようになったので、果たして本当にトータルの教育時間がふえたかどうかということは私はわかりません。

現場で実際に診療参加型実習をやっているドクターたちの負担は確かにふえていると思いますけれども、それからもう一つ、いろいろな方が評価者となることによって、前回出していた打聴診も最近の医者はやらないと言っているけれども、それが基本に立ち戻って、むしろ教えることは学ぶことという意味もあると思うのです。

ですから、そういう意味で、ぜひ私としては、せつかくここまでこぎ着けたことはさらに伸ばしていただきたい。どこに問題があるのか。それはぜひきょう、監督官庁も来ていらっしゃるの、聞いていただいて、先ほどのようにSPを養成してどこかにセンターをつくるとかそういうこともいいかもしれませんし、時々、教育負担がこれだけふえているの

で、物的にもぜひ御支援いただけるとか、そういうことになると現場も少し元気になるかもしれない。

それから、大学によってかなり違うのは、例えばこういうことをやる時に、ドクターだけではないのですね。事務の人たちも動員しなければいけないのです。ところが、事務は使えないとか、これには幾らか当日の給料、手当を払わなくては行けないとか、それがどこから出のかとか、何しろできないことばかりいろいろみんな考えて言ってこられるので私も困っているのですけれども、できることを考えるべきだと私は思います。

例えばある大学では、職員のOB会があるのです。そうすると、そういう方が喜んでSP役をやってくれたりしているのです。ですから、ふだんから全学を挙げて、医師は国民が育てるという視点で、みんなでそういうところを理解して、進めていただけないと。

それから、先般も医学教育振興財団のシンポジウムがあったのですが、やはり欧米では患者さんが医師を育てるのだと、積極的にそういう協力してくださる風土がある。そういうものもつくっていかなくては行けないのではないかと私自身、感じております。

以上であります。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

おっしゃるとおりで、今、いろいろな要求といたしましうか、お願いが栗原先生のところにもたくさん来て大変な状況になられていらっしゃるということは私も理解させていただいております。

ほかにいかがでしょうか。

あと、最初の遠藤先生の御質問にもあったと思うのですが、今はお墨つきという意味では、AJMC、全国医学部長病院長会議の会長先生と、その大学の医学部長先生が連名で、その学生がCBTとOSCEと独自の個別試験を通ったときに、Student Doctorという称号を与えるよということを行っております。それはもちろん厚生労働省が公的に認証するものではないのですが、その前の段階ぐらいの証明書みたいなものは発行しているわけであり、今後、公的化ということになりますと、国家資格とは申し上げませんが、ある程度はそういうものを、厚生労働省が今のシステムにかかわって恐らく一段高いレベルのお墨つきを与えるということについてをここで議論していると解釈してよろしいのですね。

その場合、非常にCBTのレベルといたしましうか、合格ラインが大学によってかなり違います。かなりの割合、2～3割の大学において、全国統一の推奨最低合格ラインより高いレベルでその大学は合格としているようです。全国統一では最低限、もちろんそれよりは上なのですけれども、そういう形でやっている。ところが、それ以外は一応AJMCの推奨値である、IRTの359を最低合格ラインとしております。3号級ですかね。そういう形でのレベルに合わせているのが1つ。

それから、CBTをやる時期、OSCEをやる時期がそれぞれ大学のカリキュラムによってかなり異なってきます。早いところは4年生の初めぐらいにやってしまう大学もありますし、4年生の後半、2月、3月のぎりぎりのところで行う大学もありますときにやる。そうい

うふうにかなり試験を行う時期も違ったときに、同じ公的化という意味でお墨つきを出していいものか、それを皆さんで御議論いただいて、それでも構わないのだという形にするかどうか。そこら辺もやはりここで議論しなければならないのではないかと思います、いかがでしょうか。

○澤委員 公的化ということでどこがお墨つきを出すのかということに関しては、別段アメリカが良いというわけではありませんけれども、アメリカは医師国家試験というのは無く、私の知っている限りではAmerican Medical Associationなどが医師資格を認定しているということから、公的な修了書というのは、何も厚生労働省が出すのではなくて、全国医学部長病院長会議、それからCATOという組織が、こういうものなのだとということでもっとアピールすることで国民に認知され、そこで出していただくということ、私はそちらのほうがいいのではないかなと。

何でも国がということではなくて、大学が責任を持ってこれを臨床実習、Student Doctorとして認定するのだという方向で私はいいと思いますけれども、いかがなものでしょうか。

○中谷分科会長 ただ、日本医師会と全国医学部長病院長会議が提言を提出し、公的化をするということを要望にしていることは、今の状況を踏まえて、厚生労働省からの一段高いお墨付きの発行を求めているようにも思えます。ご指摘のように現在でも法人格を持っている全国医学部長病院長会議や各大学、ある程度はプロフェッショナルオートノミーという形でやっているわけですので、お墨付きという意味ではある程度価値があるものだと思います。法人格を持っている全国医学部長病院長会議とか、もちろんCATOさんも持っているわけですが、そういうところが試験をして、認めて、出して、その状況はあった上で、この間の会議にもその資料が出てきましたが、その上で日本医師会と、それからAJMCからの要望書には、共用試験CBT・OSCEを公的なものとするという要望書が改めてこの状況で出てきているということは、恐らく私の解釈としては、もう一段会上のお墨つきが欲しいということのように思えました。もちろん、この会議で、それは必要ないよと、今のままでいいのではないかということになれば、もちろんそのような答申をこの会議で行えばいいのかもしれませんが。

齋藤先生、どうぞ。

○齋藤参考人 齋藤です。

中谷先生がおっしゃいましたけれども、IRT、Item Response Theoryというテスト理論を応用したことの理由は、各大学によってカリキュラムが違いますから、試験の日取りが全く違います。それでもあの理論を応用することによって、全く結果に差がなかったといういいデータが残りました。ですから、日程については、例えばCBTを全国一斉にある日だけにやるということではできませんから、実施日については問題ないと思っています。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

加藤室長、どうぞ。

○医師養成等企画調整室長 今、公平性などに関して御指摘いただきましたけれども、実

施時期に関しましては、CATOより御説明いただいたとおり、CBTがIRTを用いることによって、実施日が異なっても一定の評価を下せるということは、今回の共用試験の強みでございますので、それを踏まえて実際に公的化した場合には、その実施期間、1年間というのは長いという意見もあるのかもしれませんが、改めて御議論いただけるものかと思っております。

また、これまでAJMCを中心に合格基準等に関して御議論いただいたところでございますけれども、やはり公的化するに当たっては、一定の合格水準がどうであるべきかということに関しても、ある意味、公的化する意義でございますので、十分な議論をしていただいた上で、今よりも精度の高い議論の上で、合格基準等を決めることによって、より国民から信頼を得られるようなStudent Doctorができるのではないかと認識しております。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

金丸先生、どうぞ。

○金丸委員 素朴な質問なのですが、公的化という概念は今、議論されているとお理解した上での話なのですが、そもそも今よりはより国民に理解されるStudent Doctorを目指すというのもあると思うのですが、その先、その手前かもしれませんが、より医行為ができるStudent Doctorを目指していないのかないるのではないかというのが気になっているのですが、その辺はどうなのでしょう。

○中谷分科会長 次のテーマの議論になるのですが、恐らく今、金丸先生がおっしゃったのは、厚生労働省がそのお墨付きを公的化をすれば、といいたいまいしょうか、今はかなりプロフェッショナルオートノミーといいたいまいしょうか、各大学とAJMCが認定書を出してStudent Doctorという称号を付与した場合よりも、その段階で臨床実習に進んだときにさらに高度な医行為を含めた臨床実習が可能になるどの程度までできるかということ、それがさらに厚生労働省がお墨つきを出せば、よりそれが進歩するのではないかという意味合いですね。

○金丸委員 ということなのですね。余りにも早期に学生が医行為に走らなくてもいいのではないかということ懸念するので思いますので、あえて質問したのですす~~ま~~ました。

○中谷分科会長 わかりました。逆の意味ですね。

加藤室長、どうぞ。

○医師養成等企画調整室長 今回の議論におきましては、次の議題でもございますけれども、医行為を学生がすべきときに医行為ができないというような場合におきまして、今回公的化することで、本来医行為を行うことによってより診療参加型実習が実りあるものになるのではないかというような課題に対して、我々としては今回このように議論させていただいております、では、5年生、6年生のときにどれぐらい医行為をより行うべきなのかどうかということは、これまた文科省や各大学で議論されるべきことでございますので、一概に今回議論している内容が、より5年生、6年生でどんどん医行為をするべきだというような議論ではないということは、この場で確認させていただきたいと思っております。

○中谷分科会長 金丸先生の御懸念はないということですね。言い換えれば、逆に言うと、臨床実習を実施をしやすくなる。たとえそれがは見学型の臨床実習であっても、いろいろな形形面形で患者さんの御理解がいただきやすい状況とすることが可能となるであろうということ。そのように考えてということで、現実的には最近、門田レポートとしても、あるいはそれからAJMCからでも医行為の水準についての提言がございました。しかしながら、先回の資料にもありましたが、現実的には臨床実習の中では非常にそれはなされていない。やはり現場の先生方も無理はさせていないという状況がございますので、それはそれでいいのではないかというのが前回のこの会議での大勢のご意見であった大体そういうコンセンサスがあったような気がします。

ただ、チーム医療の中で、見学型の臨床実習でも医療チームの一員として学生が入って、そこで色々議論しながらディスカッションをして診療の実際を観察するいろいろなことを検査する。一部の非侵襲的な検査についてはを含めて、そこで手を下せる者は下しますがながら、そチームの中で一緒に動くという場合でも、先ほど言った公的な資格があったら診療参加型臨床実習は患者さんの理解が得られやすく、スムーズにいくだろうという考えですよね。

○金丸委員 だとすれば、先ほど澤先生がおっしゃったように、あえてより一段上の公的化ではなくても、むしろ現状の評価の仕方、認識の仕方でも無理はないのかなと素朴に感じるのですが、いかがでしょうか。

○中谷分科会長 小玉先生、どうぞ。

○小玉委員 ちょっと済みません。中座させてもらいますのであれですけども、次の議論なのだと思います。次の議論で大事なのは、やはり指導医をどうやって守るかということ。それから、Student Doctorを守るかというためには何をしなければいけないのかという議論だと思うのです。それはやはり公的化という話になるのではないかなと私は思ったのです。

○中谷分科会長 わかりました。

それでは、そろそろ次のほうの議題に移りたいと思います。ただ、ここで、もう一つ言っておかなければならないのは、CBTとOSCEというのは恐らくペアとして捉えられますので、CBTだけを公的化して、OSCEをそのままにするということはないのだと思っております。やはり現在今でもそれらの試験が両方そろって合格して、初めてStudent Doctorという称号を付与することになって差し上げているわけですから、そこはペアとして考えた方がいいだろうと考えています。そここの点については恐らくこの会議でも反対はないのではないかという気はしておりますので。

それでは、次の議題に入りたいと思います。

資料3について、加藤室長から御説明頂きます。

○医師養成等企画調整室長 よろしくお願ひします。

資料3をごらんください。今、議論になった点の背景が資料の中に含まれておりますの

で、あわせて御議論いただければと思いますけれども、「いわゆるStudent Doctorを公的に位置づけた場合の臨床参加型臨床実習」ということで、2ページはこれまでも何度かお示ししておりますけれども、共用試験導入に至る議論の流れということで、これまでは医師法の違法性阻却ということで、中ほどにございます平成3年の最終報告にございますとおり、この4点が違法性阻却の条件とさせていただいております。この4点に関しまして、今回、公的化するに当たってはどのように解釈すべきかということをお議論いただければと思います。

3ページ目にお示しさせていただいたのは、平成3年に示された4つの条件を、昨年の門田レポートにおきましても改めて見直しておりますので、こちらについて今回御議論いただきたいと思っております。

具体的には、4ページにございますとおり、まず1の医学生が許容される医行為の範囲というのは、前川レポートから門田レポートにわたって、時代的な流れもありますけれども、4ページに示すような変化がございました。

ただし、今回の議論の背景にあるとおり、5ページ目でございますけれども、一般的に5年生、6年生で前川レポートや門田レポートで推奨されているような医行為に関して「自信を持って行える」と回答をした学生が比較的少ないのではないかという議論がなされてきました。

6ページ目でございますのは医学生の行う医行為及び指導医による指導監督ということで、今回、Student Doctorを公的化することによって、実際に医行為を行うに当たっての指導や監督においては、ここに赤字で挙げられている医行為であっても、別添に例示したものと同等の侵襲度・難易度のものと各大学・実習施設で考えるものを、教育上の必要性を考慮して臨床実習で取り扱う医行為に含めることは許容できるということで、この範囲をもともとレポートとしてもお示ししていた次第でございます。

次のボックスにございますのは、AJMCのレポートより引用しておりますけれども、実際にClinical Clerkshipで学生にさせている診療等はこのところ、全80大学のうち3大学は実際に医行為を全くやっていないという結果になっておりますし、右側でございますとおりClinical Clerkship実施上で問題があるかということに関しましては、4にございますとおり、水準が不明瞭と。実際に門田レポート等で示していても、このように水準が不明瞭と回答するところが全80大学中22大学あったというのが現状でございます。学生が医行為を実施していない大学がある、あるいは水準が不明瞭という指摘に対して、どのように、また、どのような範囲で違法性阻却がされるかが、実際には示しているものの不明瞭であったということから、ベッドサイドで適切な判断がなされず、結果的に指導医が学生に対して、学生が医行為を行うべきだと判断した場合においても、そういう機会を与えられていなかったという可能性が考えられるかなと思います。

これに対して、厚生労働省としましては、臨床実習で医学生は、指導が患者の状態などを鑑みた上で、教育上必要であると判断し、指示及び指導・監督することを前提に医行為を

実施することを法的に明確化することで、臨床実習で医学生が実施する医行為の範囲を拡大できるのではないかと考えております。

続きまして、7ページ目におきましては、学生の同意の取得に関してですが、右側にございますとおり、実際にClinical Clerkshipをやる上に当たって、患者側の協力が得がたいと回答しているところが全80大学中24大学あるといったのも現状でございます。

続きまして、8ページ目、9ページ目は、前回、門田レポートを発出するに当たってパブリックコメントを頂戴しましたので、その内容を、特に同意に関する部分を抜き出しましたので、御紹介させていただきたいと思っております。

特に、医学生が医行為を行うに当たっての同意に関しましては、全体的に院内掲示だけで可能とすべきではないかというような意見が多くございました。包括同意を求めると教育自体が後退してしまうのではないか。あるいは外来で同意を得るのが難しいのではないかというような御意見がございました。一方、患者の権利保護の観点からは、包括同意は必要なのではないかという御意見もございました。

こうした御意見を踏まえて、厚生労働省としましては、Student Doctorを公的化した場合においては、原則は院内掲示を必須とし、もちろん内容や状況に応じては患者さんに対して権利保護の観点からも包括同意を得る必要があると思っておりますので、そういった同意を得る基準を検討してはどうかということでお示しさせていただいております。

続きまして、9ページ目には、前回も御指摘いただきました法的な責任問題に関しまして、これもパブリックコメントを先日の門田レポートの際に御意見いただいておりますので、御紹介させていただきます。

ここにおきましては、医学生が実際に病院との雇用関係がない中で、立場を明確にする必要があるのではないかということや、実際の責任の所在について明確にすべきではないかというような御指摘もございました。中には、賠償責任や保険の整備についても必要なのではないかというような御意見もございました。

こうしたことを踏まえて、今回事務局では、10ページのように、いわゆるStudent Doctor、医学生が臨床実習において医行為を行うに当たっての責任関係について法的に整理させていただいております。今回は大学も絡みますので、4者で関係性を明示しておりますけれども、大学から医療機関、Student Doctorにおいては、それぞれ教育の要請を行うとともに、学生に対しては在学契約に基づいて、教育する義務が大学にはございます。そうした関係性のもと、要請を受けた医療機関というのは、医療機関からStudent Doctorに対して民事上の管理監督責任が発生しますし、教育の一環として診療等の機会を提供する必要があると思っております。

ただ、こういった医療機関から学生に対する関係性がある中で、患者さんとの関係におきましては、医療機関と患者の間には診療契約がございまして、診療契約に基づく診療義務がございまして、

こういった医療機関において、Student Doctorが医行為を行う場合においては、医療機

関における診療義務の履行としての診療等の一部を、指導医による指導のもと実施するのがStudent Doctorの医行為であるというような形で整理されますので、これまでどおり、通常の医師が医療機関のもとで患者さんに診療を行うときの責任関係と同様に、一義的に責任は医療機関の長にあるというような形で整理されるかと思います。

参考までに11ページに、先月行われました社会保障審議会医療部会におきまして提示しました、医療機関と患者と勤務医の法的な責任関係のスライドをお示ししております。

説明は以上になります。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

それでは、Student Doctorを公的に位置づけた場合の診療参加型の臨床実習をどうすべきなのかということ、あるいは同意のとり方が変わるか、変わらないか。最後は、何かが起こった場合に、それが訴訟問題になったとき、どのような法的な解釈が成り立つかということについて御説明をいただいたと思います。

それでは、これに関しまして、御意見、御質問等をお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

金丸先生。

○金丸委員 先ほどの関連の続きになっていくのですが、今説明いただいた資料の2ページ目です。平成3年の臨床実習検討委員会最終報告、そのときのくくりで社会通念から見ると、その「社会通念」という言葉があります。現状が5ページ、令和元年の資料が出ています「共用試験導入後も残る課題」として、「自信を持って行える」と回答した医学生の分布の中身の種類で、実際には医行為的なものができにくく、あるいはできていないのかなど。これは社会通念という意味で、昔よりも現在の方がより学生が医行為を行っていく環境になっているのを示しているのではないかとはいも読めるのではないのでしょうか。と思いますがいかがでしょうか。現場感覚からですね。

もう一つは6ページ、医行為を行う指導医による指導・監督のところで、Clinical Clerkshipの問題点、一番に教員の負担が多いと。これも看過できないのではないかと思います。やはり先ほど議論でたくさんの教員がいて、この数字から見ても、今、厳しい教員の中でこれがあるということも踏まえたことをここではあらわしている一面はないのでしょうか。

もう一つは、やはり患者の協力が得がたいというのは社会通念の変化で、より厳しさを増しているということもこれからは読み取れないのでしょうか。そういうことからして、しかし、いずれにしても先ほど小玉先生が言われたように、医学生はやはり守らなければいけない。指導医も当然守らなければいけない。この2つを守ることと、こういう実態を照らすことをしながら、両方が両立できるようにある意味で適正な参加型の実習とは何なのか。つまり、臨床研修医と内包されるような参加型実習がどうあるべきなのか。

もう一つは、今回の制度の完成改正によって1.5倍ぐらい臨床実習がふえました。先ほどの話のように、大学から外に行き始めました。このことは大いなる変化で、より参加型、

チーム医療の現場に触れるということが既にここで始まっているような部分があると思うのです。そういう意味で考えても、必ずしも現実的に厳しさを増している医行為をあえて許すための位置づけというよりは、むしろ守るための位置づけでどうあるべきかというところ。そして、守った中で研修はどうあったらいいかという2つの議論もあわせて検討いただけるといいのかなと思ったのですが、いかがでしょうか。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

今の御意見についてはいかがでしょうか。

羽鳥先生、どうぞ。

○羽鳥委員 私も金丸先生と同じ意見なのですけれども、ただ、私は実際に昔、齋藤先生が前にいらっしゃる大学からなった学生さん、4年生、5年生を預かりなさいということと預からせてもらって、一緒に勉強して、いろいろな処置もしてもらいました。その実感で言うと、もとい診療所の先生と患者さんという関係になっているところだと、患者さんも許容してくれるということはあると思います。ただ、初診の方で、何が何だかわからないけれども、あそこの診療時に行ったらとんでもない目に遭ったよなどというような方もいらっしゃるの、人間関係の成立は、先ほどもスライドがありましたけれども、ラポールがきちんとできたらいろいろなことがかなりできるのではないかなというのがあります。

実際に、例えば糖尿病教室とか、地域の老人会とかに話しに行ったときに、インスリンの注射はこういうふうにするのだよということで学生さんの体に針を刺して使わせてもらったり、あるいは私の体に針を刺してやってもらったりとか、そういうことをやっても全然、学生さんにも違和感がなかったし、そういうこともできたと思います。

ただ、もうちょっとレベルの高いこと、侵襲度の高いことを考えていると思うので、そのためには、まず1つは患者さん教育、大学に来る、あるいは先ほど澤先生がおっしゃっていたように医者を育てるという感覚を患者さんにも持ってもらうような仕組みをもっともっとキャンペーンしていかなければいけないのではないかと思います。そして、それがある程度できたら、患者さんも包括的な同意でやってくれると思います。

もう一個の問題点は、患者さんが、大学病院はより最先端の医学をやる。それを受けに行くのだから、そんな学生のモルモットになるなんて許されないという感じで来る人もいらっしゃるというので、それは別の扱いにして、別の方法を考える。少なくとも大学に来た以上は、あなたは何でもされるのよという感覚で来てもらわないとだめではないかと思うのです。そうしないと育たないのではないかと思います。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

木下先生、どうぞ。

○木下委員 済みません。退席するために勝手に意見を述べさせていただきます。

今の御意見は本当にちまたではあふれていて、大学病院というのは最先端の治療を受けるために行くのだという人が今、マジョリティーではないか。おもしろい意見を言った方

がおられて、昔は医学部附属大学病院だったのが、今は大学病院附属医学部になっていると。だから、皆さん来られる方が、学生を育てようというのは本当に大事なことですけれども、そういう意識よりは最先端。そこをどう変えていくかというのは、今の権利思考の強い社会では本当に難しいことだと私は感じています。

もう一つは、門田レポートと前川レポートの大きな違いは、前も申し上げましたけれども、必須という言葉が入っていることだと思うのです。学生は、これができなければ卒業できないというプレッシャー。教員もこれをクリアしないと卒業させられないということになると、例えば今、現場で一番問題になっているのは婦人科の診察、これをオーケーしてくれる患者さんはほとんどいないのではないかと。でも、それをやらなければならないということになったら、カーテンがありますから学生であることを隠してやるとか、あるいは胃管の挿入なんかもちよっと意識のない人にやるという、一番やってほしくないアンプロフェッショナルな行為が出てくるリスクがあるということクリアしないと、参加型臨床実習が本当に国民の理解を得ながら医師を育てていくというふうにはならないのではないかと。だから、方向性としては、私は賛成なのですけれども、かなり配慮しないと、金丸先生がおっしゃっているような望ましくない副作用が出てくる可能性もあると思いました。

以上です。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

清水先生。

○清水委員 大筋で木下さんとか羽鳥先生と同意見で、私も学部有的时候に、医行為をしなければならないということではなくて、私たち研修病院にとっては、やはり大前提となる医者としての人間性とか態度というものを身につけてきていただきたいと思う気持ちが多いのです。だからといって、やってはいけないということではないので、私はどちらかというと大学病院に来る患者さんには、先ほど羽鳥先生がおっしゃったように、私を通して勉強してくださいという態度で大学病院にかかってもらいたいと思うほうなのですけれども、それはちょっと置いておいて、文科省の方に2つ質問があります。

1つ目は、医学部附属病院が大学附属病院に今度変わってきますね。そのときに医学部の学生が行えることとかいうか、立場として変わることがあるのかということが1つ。

2つ目は、学生さんも医行為によって何か問題が起こったときには保障を受けられるようになっていると思うのですけれども、今、どの程度整備されているのかということはいかがでしょうか。例えば、私たち医者は、再考2億とかが保障されるわけですけれども、そういうことはいかがになっているのかということをお教えいただけないでしょうか。

○中谷分科会長 荒木先生、よろしいですか。

○荒木企画官 2点いただきました。

まず、今、医学部附属病院から大学病院になっているところがあると。これは基本的に大学の設置基準で医学部を持つ大学、医学部については、附属病院というものの属を置かな

いと設置できないので、基本的には医学部には大学病院が附属している。

だけれども、今、変わっているというのは、多分、大学のガバナンスということで、大学に直接大学病院をつける。すなわち、いろいろな学部がある大学という独立行政法人の下に大学病院を直接置くというような組織改編をされているところがありますが、実態としては、教育の観点では変わらないものでございます。組織上の改変というふうに理解していただければと思います。

2点目の何か事故が起こったときの保障みたいな話でございます。こちらについては、コアカリキュラムのほうにも書かせていただきましたし、今回の診療契約の中でどうするかという話もありますが、学生さんのいわゆる賠償責任ということで、例えば医学生教育研究賠償責任保険とか、そういう加入も勧めさせていただいておまして、多分各大学はそのような対応策をとられているのではないかなど。どのぐらいの額かというのは、済みませんが手元に資料がございませんけれども、そういう形で対応されていると伺っています。

○中谷分科会長 清水先生。

○清水委員 前者のほうですけれども、今までは医学部と医学講座の中での教員のやりとりで、附属病院での患者さんの診療を医学講座からいけるようになっていたと思うのですが、大学附属病院となったとき、その立場というのはどうなるのか。今までと同じなのでしょう。医学部から大学病院のほうに教官として出向くというような格好。今までもそれは何となくシームレスでできていたと思うのですけれども、そういう縦割りというか、隔壁はないと考えていいのでしょうか。

○荒木企画官 これは個別の大学によって違うと思いますが、おおむねそれが変わることによって、これまでも一応、教員としての医学部教員がイコール兼任で大学病院の教授とかをされていまして、その実態については、組織が変わることによって変わるということは、実態としては変わらない。

例えば大学院重点化のときに、大学院に教員を所属させるとかそういうこともあって、その場合も実態として診療という形で大学病院の教授とかをされていまして。

○中谷分科会長 ほとんど変わっていないですね。病院で診療要員として雇用する教員も実はいるのです。病院で雇用される教員は、診療業務が中心となりますが、もちろん臨床研究等の研究に携わることももちろんあります。助教さんとか。そういうのは研究のほうとかではなくて、もちろん臨床研究とかそういうのをやることはあると思いますけれども、むしろ診療のほうを中心にやってくださいという、このように、そのような多少の違いはありますが、昔からほとんど診療体制は変わっていないと思います。

それから、保険については、前前以前、全国医学部長病院長会議でも調べましたが、ほとんどの大学が入学時に賠償責任保険等に参加することを勧めているようでした。医学部の学生さんがアーリーエクスポージャーなどで、例えば看護学部の学生さんとかと一緒にいろいろな施設に行って、車椅子を押すぐらいの経験から始まるわけですね。そのとき

に誤って車椅子がひっくり返って患者さんがけがをした場合、やはり賠償責任が出てきます。従ってそういうところも含めて、入学時から医学生の保険には入れるように推奨しています。それが先ほど荒木先生が言ったように、どの程度の額が出る保険かというのはケース・バイ・ケースだと思いますけれども、ある程度の保障は出ると思っています。

どうぞ。

○清水委員 今の保障は、多分、学生は任意だと思うのですけれども、今は必須ですか。今後、卒前の医行為が必須になった場合には、保障に対してももう少し手厚くしておかないといけないのではないかなと思ったので、お聞きいたしました。

済みません。私の、任意だったというのも、もしかしたら2～3年前の学生に聞いた話なので確かではないのですけれども、申しわけありません。

○中谷分科会長 大学によるかもしれませんね。ただ、ほとんど100%に近い学生が形では恐らく加入していると、うちの学生なんかはそのように理解しています。

栗原先生。

○栗原参考人 うちの場合には、入学時に、いろいろ学生さんが他人に傷害を与えたりすることもあるし、自分が事故に遭うこともあるから、こういう保険がありますと紹介して、あとは任意に入ってもらっているということをやっています。

○清水委員 任意だけれども、100%。

○栗原参考人 100%ではない。90%かですね。ですけれども、何か事故があったときにはやはり入っておいたほうがよかったなということになりますから、できるだけ加入してください。これは保護者の負担になりますから、大学が保険料を払っているわけではありませんので。

○中谷分科会長 どうぞ。

○澤委員 Student Doctorの検討問題は、今日示された資料の各ページに私は全部あると思うのです。このStudent Doctorによる医行為をどこまで許容するか門田レポートはありますけれども、金丸先生の御意見のように、私は先生方もおっしゃるように、指導医と患者と学生のその場の雰囲気というのが非常に大事だと思っております。この学生ならさせられる、この学生にはとてもさせられない、ということを実際経験しております。ですから、3ページ目の指導医の資格は重要と考えています。私は、患者さんにとってみると、指導医というのは少なくとも臨床研修指導医の資格を持っているべきだと思っております。屋根瓦方式は好ましくない。

それから、門田レポートの必修とかそういう内容をもうちよっここで議論いただけるといいのですが、私は眼科なのですけれども、眼底検査というのは今、初期臨床研修で、例えば2カ月間、眼科に回ってきても眼底を見ることは無理なのです。直像鏡で見るといっても、何をみているのですかと言ってもだめなのです。それでたとえ3カ月回っても眼科のところはできませんので、Student Doctorに内科とかそういう非常に全身的なことを教えるところでしっかりやっていただくことが大事なだろうと思っております。

それから、保障の問題に関しましては、患者さんに対して何か悪しきことが起きたときにどのように保障するのかということ以外に、例えば針刺し事故で学生をどう守るのかということも必要だと思っております。私は病院におりましたので、病院では一括して毎年4000万円ぐらい保険料として払っていたと記憶しております。それでもって病院内で職員が起こした医療事故に関しては1億から2億までは出せます。大学としてこのStudent Doctorをするのであれば、学生にそういう保険をかけさせるのではなくて、大学として保険に入るべきだと思います。そういうことをしないと学生を守ってあげられない。

ちょっと脱線しますがけれども、3・11の東日本大震災のときに私は病院におりました。あのときには学生にいろいろ手伝ってもらおうという提案があったのですが、私は断りました。というのは、職員であれば労災がきくと思うのですが、学生にはそれが適用できないので、学生は速やかに家に帰すこととしました。ベッドサイド実習をやっていた学生は、全部病院から出すということをいたしました。結局、学生をどのように守るのかということも、このStudent Doctorの制度では大事なのだろーと思っておりますので、今回、加藤先生からお示しいただいた資料の各1ページずつが議論になるところだと勝手に思っておりますが、そういうことで申し上げさせていただきます。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

恐らく学生個人というよりは、今おっしゃったように、その附属病院で学生の実習の結果が患者に被害が及んだというようなことは、やはり病院長が責任をとらなければいけない。病院として恐らくそういう形になってしまうのだと思います。

○澤委員 それはつらいですね。

○中谷分科会長 つらいのですが、医療機関として、教育病院として、病院長はそれぐらいの覚悟を持ってやっただく形になってしまいますね。

○澤委員 たとえ雇用契約があるとか、医師は、お金を払っている、払っていないは別にして、医行為をするということについて医師としての登録・認定を病院長がしているわけです。医師として資格を持っている人間であっても、病院長が認定しない医師は病院内での医行為はできないということにしておりますので、そういう意味で、学生に対しても病院長は、学生が起こしたことを面倒見るのかと言われると、つらい面があります。それから、学生の針刺しでB型肝炎にでももしなってしまうたら、それに対して病院が責任を持つのかということについては、やはり学生がもし任意で保険に入っていなかったら、守られないのですね。もしこの制度を実施するのであれば、絶対に私は大学の負担で保険をかけるべきだと思っております。

○中谷分科会長 こころあたりは加藤先生、先ほどの説明の中に少しは入っていたような気もするのですが、どう解釈しているのですか。以前、全国医学部長病院長会議では、医行為のときにはやはりそのような事故が起きた場合で病院と、病院長と、医学部長の責任になってしまいますよねというような話は出ていました。それは結局のところは大学の責任という形になりますので、そこが責任をとるという形で対応しなければならない

と思います。

ただ、学生さん自身が針刺し事故でC型肝炎、B型肝炎になってしまったとかいうときにはどのようにするか。それはもちろん治療はしてあげるわけですが、それが個人の不注意といいたいでしょうか、そういう形に片づけられるかどうかという問題ももちろんあって、そういう実習をやらせたという大学に対して責任が問われるかどうかというのは、難しい問題であり、場合によってはこれは裁判になってしまうのでしょうか。

○澤委員 私は大学、病院が問われると思います。そして、不注意であろうと、不注意でなかろうと、管理責任は大学もしくは今のお話ですと病院にあると思います。

○中谷分科会長 なかなかシリアスな議論になってきましたけれども、ほかにいかがでございましょうか。

桐野先生、どうぞ。

○桐野委員 5ページの「自信を持って行える」という統計がありますけれども、門田レポートは頑張っただけのことは学生にやらせてもいいのだよという方向でまとめられたものかなと思いますが、現実には公的なものとしてStudent Doctorを認めて、それでやらせるとすれば、この中で何でこんなことまで学生にやらせなければいけないのかというのがあります。例えば気管内挿管は4.2%が「自信を持って行える」って冗談じゃないですよ。あんなもの自信を持ってやっても困ります。それから、胸腔穿刺にしても何にしても、いつ大動脈を突き破るかわからないようなことを、学生は本当に慎重な子もいればむちゃくちゃな子もいますので、もうちょっとコンサバティブに、少し戻していただいたほうがいいのかなと思います。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

非常に貴重な意見で、私もそう思いました。そのような実習を行う自信を持つ学生はほとんどいないわけであり、侵襲性の高いものは行われていないわけですが、Student Doctorがそれにしても医行為をある程度できるようにするというのが恐らく門田レポートの狙いだったのかもしれませんが。しかしながら、ちょっとそういう意味では、学生として実施するのはいかなものかというのは、侵襲性が高い医行為や羞恥心にかかわる医行為も結構あつたりしますので、そこら辺はちょっと慎重に考え直さなければならぬかなと考えております。

どうぞ。

○羽鳥委員 やはり門田レポートの医行為の侵襲的なところが多いのを担保するためには公的なという、その公的というのは国が認める資格でないと、いろいろな問題点が出てくるかと思います。

ただ、いわゆる医行為の中でも侵襲的でないもの、やはり一番大事なのは診断とか診察ですね。多分、患者さんも、超音波とか心電図とか、採血はいろいろ意見があるかもしれませんが、あるいは医学所見をとる、問診をしっかりとる、それも立派な医行為だと思うので、そちらの充実に関しては何ら文句を言う人はいないと思うのです。非侵襲的

なところでこの議論をまとめるのだったら、皆さんがおっしゃるようにCATOが認める、あるいは病院長が認めるということでもいいと思うのですけれども、侵襲的な門田レポートの大部分を認めることを前提とするのだったら、やはり国が身分を保障する。そうしなければ裁判でも勝てないのではないかなと思うので、その辺は議論を切り分けたほうがいいのではないかと思います。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

金丸先生も羽鳥先生もそういう御意見でした。し、現段階ではそちらのほうのご意見が多いのかもしれませんが。

ほかにいかがでしょうか。医行為については患者さん側も大分厳しく、いろいろな面から実際問題としてやはり臨床実習を行う学生とその指導医を守らなければならないということもあります。あるいは病院としての責任がどこまでとれるかということで、今のところ、たとえ資格化されてもというか、公的化されても、そういう意味では思い切った学生の医行為の実施については躊躇しますし、コンサバティブに対応しなければならないと思います。それで、先ほど言った門田レポートというものがもうちょっとそのように上がってくると自体が逆に危険だという感じもないわけではないと思います。ですから、今後、やはりそこら辺は慎重に議論をしていかなければならないような気もいたします。

先ほど木下先生が御退席なさる前におっしゃいましたけれども、昔よりは、最近におっしゃったように、平成何年のときよりは患者の権利意識というのは非常に高くなっていますので、むしろ実際にできる医行為というのは後退しているかもしれないという面があります。ですから、学生時代にどこまでの医行為をやればいいのかというのは、もう一回考えてみる必要があるのかもしれませんが。

ただ、医行為の水準をどうするかというのは、ここで議論すべきものではありません。ここで議論するのは2つの論点であり、臨床実習前の共用試験は、OSCEを含めて公的なものにするかということと、医行為についてどういう対応をすべきかということが主な論点だと思いますので、そこに恐らく議論を絞っていかなければならないと思っています。

ほかに御意見がなければ、そろそろ本日の会議はこの程度にしまして、またきょうの議論を踏まえて、OSCEの公的化をどうするのかについて改めて議論させていただきます。本日は非常にPost-CC OSCEに関しては、CATOの齋藤先生、栗原先生から非常に建設的な御意見もいただきました。ですから、そういうものを公的なものにするのであれば、当然OSCEを含めて、CBTと一緒に厚生労働省が公的なお墨つきを与えるという形になるのかもしれませんが。しかしながら、それとはまた別次元の問題として、臨床実習における学生の医行為をどうするのかということについては、やはり医学生時代の臨床実習をどこまでするの、そんな無理しなくても良いのではないかなというように感じの意見になるのかもしれませんが。

ですから、シームレスな医師養成システムを確立するということですから、その分の医行為の実施についてはまた医師国家試験が出たとき卒業時にPost-CC OSCEがしっかり行わ

れて、そのうえで医師国家試験に合格したものは、医師免許を持っているわけですので、それならここら辺まで医行為やりましたという形になるかもしれませんが、また、後期研修になれば、さらにももちろん当然のことながら順次専門性を高める必要がありますので、さらに非常に高度な医行為を経験していかなければならない状況となります。これらは日本の医療の現状を見詰めながら、どのように医師を養成していくかということ、いろいろな角度から今後御議論いただきたいと思っています。

今後の進め方について、事務局からお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

○西岡補佐 事務局からです。

次回の分科会の開催につきましては、委員の先生方に改めて御連絡の上、調整させていただきたいと思います。

○中谷分科会長 よろしいですか。

それでは、本日は長時間にわたりまして御議論をいただき、ありがとうございました。

私自身がちょっとJRの人身事故の関係で会議におくれましたこと、おわび申し上げます。

委員の先生方には、お暑い中、そして御多忙の中にもかかわらず、多大な御協力をいただきまして、重ねて御礼を申し上げます。

それでは、本日の「医道審議会 医師分科会」をこれで終了させていただきます。ありがとうございました。