

○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、先生方には、御多忙のところ、御出席を賜り、まことにありがとうございます。

まず、委員の欠席等についてですが、遠藤委員、高橋委員からは事前に、本日の分科会において所用により御欠席となる旨を御連絡いただいております。

また、木戸委員、小玉委員からは、所用により途中御退席となる旨の御連絡を頂戴しております。

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。当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。

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

以降の議事運営につきまして、分科会長にお願いいたします。また、撮影はここまでとさせていただきます。

中谷先生、よろしくお願ひいたします。

○中谷分科会長 本日はお寒い中、そしてお忙しい中、医道審議会医師分科会にお集まりをいただきましてありがとうございます。

最初に、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 それでは、資料の確認をお願いいたします。

今回も引き続きペーパーレスとして、委員、参考人の先生方のお手元にはタブレットを御用意しております。お手元のタブレットから資料をごらんください。

資料0として、委員名簿、議事次第、座席表。それ以降、議事次第に記載しております資料1、資料2、参考資料1～4の4種類。以上のPDFが表示されていると思いますが、もし不足する資料等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、引き続きよろしくお願ひします。

○中谷分科会長 それでは、議事に入りたいと思います。

本日の議題は、議事次第にございますように「とりまとめ案について」であります。

事務局より、資料1の「医道審議会医師分科会報告書(案)概要」、資料2の「医道審議会医師分科会報告書(案)～シームレスな医師養成に向けた共用試験の公的化といわゆるStudent Doctorの法的位置づけについて～」を御説明いただいた上で、各委員に御意見、御質問をお願いする形にしたいと思います。

最初に、資料1及び資料2について御説明をお願いいたします。

○医事課主査事務局でございます。

まず、資料1が報告書(案)の概要となります。資料2が報告書(案)の本体となります。

まずは資料1をごらんください。報告書(案)の概要となりますが、大きな構成として、4部構成ということは前回から変わっておりません。

まず、1つ目の「卒前・卒後の一貫した医師養成」ということで、2ページ目をごらんください。(1)といたしまして、医師の卒前卒後の一貫した養成の必要性について。旧来、卒前教育と卒後教育は分断され、連続性が乏しいと評されておりまして、一貫した養成の必要性から近年は下記に取り上げております3つの取り組みなどを実施しております。

まず、1点目として、第112回医師国家試験から、出題数が500問から400問に変更されたこと。

臨床研修制度につきましては、来年度からの制度見直しに当たりましては、医学教育のコア・カリと整合的な到達目標・方略・評価を作成いたしております。

また、臨床実習と臨床研修の経験を継続的に記録できる、いわゆるEPOCの評価システムの導入を行っております。

(2)といたしまして、シームレスな医師養成における共用試験の公的化及びいわゆるStudent Doctorの法的位置づけが求められる背景といたしまして、医学生も医師の資格を欠くため、業として医行為を行った場合、形式的には無免許医業罪の成立が問題となるが、従来は実質的に違法性がなく無免許医業罪に当たらないと解釈されてまいりました。

門田レポートにおきましては、医学生が行うべき行為についてまとめた上で、医療安全の観点を十分に考慮しつつ、できる限り積極的にさまざまな医行為を医学生に経験させることが必要とまとめられております。

しかし、診療参加型臨床実習は十分に定着していないことの背景を踏まえますと、医学生が診療チームの一員として診療に参加し診療参加型臨床実習を行うためには、指導体制等の充実とともに医学生の質の担保とその医行為については公的な位置づけは重要であるとされております。

門田レポートの概要につきましては、下の黒い四角の中に記載されておりますので、御確認ください。

3ページをごらんください。大きな2番目の項目ですけれども「共用試験の公的化といわゆるStudent Doctorの法的位置づけについて」まとめた項目になります。

1点目が、共用試験のCBTの公的化についてになります。CBTにつきましては平成17年度より正式に実施がされており、現在では全大学で実施されておりまして、IRTと呼ばれる項目反応理論など、問題の精度管理の手法や評価手法については確立されております。

したがって、医学教育の中でその位置づけは既に確立されていることから、医師国家試験の受験要件とする等により、公的化に相当する試験と記載させていただいております。

また、2点目として、OSCEの公的化に関しましては、OSCEに関しても共用試験CBTと同時

期の平成17年から正式に実施されておりました、現状の医学教育の中で臨床実習前に技能と態度を試験する機会として確立されております。

また、近年、医療の安全性などについて、社会からより高い水準を求められていることを鑑みましても、臨床実習前に一定水準の技能・態度のレベルに達していることを試験することは、極めて重要であると考えられことから、共用試験臨床実習前OSCEに関しても、CBTとともに公的化すべきであると結論づけられると記載させていただいております。

また、それに当たりまして、模擬患者に関しましても、公的化に当たっては、全国的に取り組む組織の創設やSPに対する研修体制の整備などの検討が必要ということで、前回の議論を踏まえて記載させていただいております。

また、公的化に当たりましては、公的な場においてその判断基準を協議し、より公平に判断される体制の構築についても今後検討する必要があると記載させていただいております。

最後に、3番目のStudent Doctorの法的位置づけに関しましては、臨床実習開始前のCBT、OSCEの共用試験を公的化することで、実習において医行為を行う、いわゆるStudent Doctorを法的に位置づけることが可能となります。

実際に実施する行為につきましては、必ず指導する医師の指導や監督のもとに行われることから、医学生有能力と患者の状態等を勘案して判断すべきものという形でまとめさせていただいております。

4ページ目をごらんください。大きな3番目のくくりといたしまして「共用試験の公的化といわゆるStudent Doctorが法的に位置づけられることの影響」についてまとめております。

こちらは(2)の医学生(医師)個人への影響というところが、新しくつけ加わった項目となります。

1番目の医学教育への影響に関しましては、前回の議論のとおり、診療参加型実習は、単に経験をふやし、技術を向上させるのみではなく、診療チームの一員として診療による主体性を持ち、積極的に参加することで、全人的な診療に必要な視点を獲得する機会となることなどが期待されるとまとめております。

2番目の医学生(医師)個人への影響というところで、診療参加型臨床実習が充実することによりまして、従来十分に経験することができなかった手技等を経験する機会が増加することで、外科など手技の比重が高い診療科に対する効果は大きいと予測され、また、そういった診療科は現在医師不足と言われている診療科と一致することから、診療科偏在是正に対する効果なども考えられると記載しております。

また、働き方改革の観点からも、臨床実習中により多くの診療能力の修得が可能になることにより、臨床研修における負担が一部軽減し、医師の働き方改革にも資することが期待されております。

3番目に、患者同意の項目になります。

こちらも前回御議論いただきましたように、医師免許を有しない医学生が診療行為を行う場合、現状の状態ですと、患者の同意を得る必要があることは社会通念上、明らかである一方で、同意取得の困難さが診療参加型臨床実習の阻害要因にもなっているということで指摘されております。

Student Doctorが法的に位置づけられた場合は、必要に応じた同意が得られやすくなることで、診療参加型臨床実習は促進されることが期待されます。

最後に、地域における実習と地域医療への影響ということで、Student Doctorが法的に位置づけられることによって、臨床実習期間中の地域医療実習もより診療参加型になることが予想されます。また、主体性を持って地域医療を体感することで、将来のキャリアにもよい影響を与えることが期待されます。

さらに、臨床研修後のことを考えましても、卒前の臨床実習である程度の診療能力が修得されることで、各養成過程の中で、現状よりも地域に貢献することが可能となることも予想されます。

最後に、5ページ目となります。4番目のくくりといたしまして「他の診療参加型臨床実習の充実のための取り組み」といたしまして、1点目が患者の医育機関等へのかかり方につきましてです。こちらも前回御議論いただいた点になりますが、参加型臨床実習を充実させるためには、患者自身とともに医師を育てるといった認識に基づいた患者の協力が不可欠である。

さらに、Student Doctorが共用試験に合格しており、診療参加型臨床実習に足る学生であることを広く周知する取り組みも同時に行う必要があるとまとめております。

2番目の指導体制に関しましても、従来どおり法的にStudent Doctorが認められた場合も、常に医師の指導・監督下で行われることが原則となります。

また、臨床研修医や専攻医も屋根瓦式に医学生への指導を積極的に行われることが望まれ、また、その教育実績が評価されるべきであるということで記載がされております。

3番目に、加入する保険に関しましては、医学生を守る意味でも、医賠償保険などに加入することについて、養成課程における医学生の保護を進めるために推奨されるべきということでまとめております。

最後に、今までの議論の流れについて記載しております。

以上が資料1の説明となります。

続きまして、資料2の報告書本体をごらんください。

目次は今、概要でお示ししたとおり、全体が4部構成になっております。

まず「1 卒前・卒後の一貫した医師養成」につきまして、特に変更した点を重点的に御説明いたします。

(1) 医師の卒前卒後の一貫した養成の必要性についてということで、1行目ですが、基礎医学及び医師として的人格形成に重要となる教養教育を含む6年間の卒前教育と、卒後の臨床研修や専門研修等に分けられるということで、委員の皆様にご指摘いただいた教

養教育でしたり、人格形成でしたり、その点は厚く追記を行っております。

2 ポツ目に関しましては、前回から書きぶりを少し変更しております、国家試験につきましては、平成27年度からCBTの最低合格基準の設定がされたことから、一般問題として100台減らすことが可能であるとされたことを踏まえまして、112回から、500問から400問に変更されております。

臨床研修に関しては、先ほど御説明したとおりとなります。

4 ポツ目のEPOCにつきましては、現在研究班によりまして、学生実習と卒後の臨床研修の連携が可能になるようなシステムの改良が進められております。

最後に、このようなシームレスな医師養成のための整備制度の中で、臨床実習における診療参加型実習が推進しないこと及び臨床実習と臨床研修の間に行われる医師国家試験の準備が長いことが阻害要因であり、課題であるということで記載をさせていただいております。

次に、2番目のシームレスな医師養成における共用試験の公的化及びいわゆるStudent Doctorの法的位置づけが求められる背景というところになります。

4 ページ目の一番上の○は、前回同様の書きぶりさせていただいております。

2 ポツ目の門田レポートのところに関しましても、前回同様の書き方をさせていただいております。

3 ポツ目、門田レポートは、平成30年度において、本分科会において審議が行われ、その内容は妥当なものとして結論づけられており、当該報告書は、文部科学省より医学部を置く各大学へ周知されているという部分に関しては、新しくつけ加えさせていただいております。

4 ポツ目になりますが、実際に臨床実習の現場におきましては、医行為の範囲が広範にわたるため、医学生の実施する個別の医行為が違法性阻却される範疇であるかについて医学生自身による判断及び教員や指導する医師にとっても判断の困難さが伴うこと、また、患者からの同意を取得することに労力がかかること等の理由から、診療参加型臨床実習は「十分に定着していない」ということで記載をさせていただきますが、木戸委員から「いまだにほとんど進んでいない」という書きぶりのほうが適切ではないかという御提案をいただいておりますので、この点を御審議いただきたいと思っております。

最後に5ポツ目に関しましては、門田レポートに関しまして、診療参加型臨床実習が進まない要因として、医行為について法令上の位置づけがなされていないことが指摘されているということで記載させていただいております。

5 ページ目の一番上のポツに関しましても、前回は記載させていただいておりますが、書きぶりを少し変更させていただいております。

次に「2 共用試験の公的化とStudent Doctorの法的位置づけについて」は、先ほど概要のほうで御説明させていただきましたとおり、CBTに関しては公的化が望ましいという形で結論づけさせていただいております。

続きまして、6ページのOSCEの項目をごらんください。OSCEに関しましても、2ポツ目が大きな結論の部分になるのですけれども、医学生の技能や態度については参加型臨床実習等を通じて評価されるべきであります。実際に全国統一的に試験する機会は、このOSCEとPost-CC OSCEのみである。さらに、概要でも御説明しましたが、近年求められる水準が高くなっていることから、共用試験臨床実習前OSCEはCBTとともに公的化すべきであると結論づけられております。

3ポツ目は前回議論いただいた点になりますが、模擬患者（SP）につきましても、これまでは各地域で養成されたSPを、各大学が採用してきたという事情がありますが、公的化に当たりましては、SPの対応の均てん化が図られるよう、全国的に取り組む組織の創設やSPに対する研修体制の整備などの検討が必要である。

4ポツ目、CBT、OSCEにおける出題基準や医学生の評価についても、これまでもCATOにおいて一定の基準が置かれておりましたが、公的化するに当たっては、今後、公的な場においてその判断基準を協議し、より公平に判断される体制の構築について検討する必要があるという形で記載を行わせていただいております。

続きまして、(3) Student Doctorの法的位置づけになります。こちらは前回同様の記載ぶりをさせていただきます。

実際に共用試験を公的化することで、臨床実習を行う医学生は一定の水準が公的に担保されることから、実習において医行為を行う、いわゆるStudent Doctorを法的に位置づけることが可能となるという記載をさせていただきます。

さらに、行う医行為に関しましては、先ほど来、門田レポートに挙げられた医行為から変わるものではなく、必須と推奨に分けられた医行為がいまだに十分に行われていないという現状も報告されておりますことから、現時点で変更する必要はないと考えられます。

続きまして、7ページになります。こちらは概要のほうでも御説明させていただきましたが、医行為を個別に列挙することは適当ではない。さらに、Student Doctorが診療に参加する場合、必ず医師の指導及び監督のもとに行われるべきである。

前回からさらにつけ加えさせていただいた点としましては、最後の文章になりますが、原則、医学生が侵襲度の高い医行為を行う場合は、当該医行為に習熟した医師が指導及び監督を行うべきであるということで、指導医に関しても条件を少し細かく記載させていただいております。

続きまして「3 共用試験の公的化といわゆるStudent Doctorが法的に位置づけられることの影響」ということで、(1)の医学教育への影響に関して、1段落目は前回と同様の書き方をさせていただきます。単に知識や技術を習得するだけではなく、全人的な診療に必要な視点を獲得する機会となることが期待されるという形で書いております。

2ポツ目は今回新しくつけ加えさせていただきますが、近年、教養教育を含めました準備教育は医学教育との関連性において一段と重視されていることから、コア・カリの中で、平成28年度の改訂のものから、両者が発展的に融合されております。さらに、医

師としての基本的な資質・能力は、特定の授業科目や学年で学修されるものではなく、卒前教育6年間を通じて身につけるものであり、質の高い診療参加型臨床実習を実現することは、そうした資質・能力の獲得に資するものと期待されております。

さらに、医学教育のあり方については、今回、Student Doctorを法的に位置づけたことで、医学生が行う医行為が法的に担保されることになったことによる影響を鑑みまして、今後も検討が行われるべきであるという形で報告書としてまとめております。

(2)の医学生(医師)個人への影響は、構成の変更でつけ加わったところになります。

こちらは概要で御説明いたしましたが、診療科偏在是正に対する効果も期待されるという点と、働き方改革の点について記載しております。

8ページの中ほど、(3)いわゆるStudent Doctorが診療参加型臨床実習を行う際の患者同意等は、前回の議論を踏まえて、大きく追加しているところとなります。

現状、患者は大学病院等に受診する期待等を鑑みますと、患者の同意を得る必要があることは社会通念上、明らかである。

2ポツ目ですけれども、門田レポートではそもそも患者から包括同意を文書または口頭で得ることが妥当とされております。

3ポツ目ですが、一方で、同意取得の困難さが障壁の一部となっていることは、この門田レポートのパブリックコメントや研究班において行われたアンケートなどで指摘がされております。

9ページ目になりますが、Student Doctorによる医行為の実施が法的に位置づけられることで、①医育機関等において診療チームの一員であること、②診療に当たって事前に一定の準備ができていること、及び③業として医行為を実施することが違法ではないことが患者にとって明確になることで、同意が得やすくなることが期待されております。

2ポツ目は前回いただいた御意見ですけれども、現在の社会通念上、即座に「包括同意」や「個別同意」の取得を不要とすることは、適切ではないと考えられております。しかし、将来的に、いわゆるStudent Doctorが法的に位置づけられて、先ほど申しましたような患者理解が進んだ場合には、現在の臨床研修医と同様に、一般的な処置につきましては特別な同意取得なく、診療参加型実習において行われることが可能となる状況が望ましく、そのためには、後述いたします患者教育の点についても、関係者による周知活動が不可欠である。

最後に、同意取得の方法につきまして、9ページの3ポツ目になりますけれども、同意につきましては、入院の手続時等に同意書を患者に渡し、書面による同意取得を行うことが望ましく、さらに、その同意書につきましては、全国統一の書式を用意することが望ましいという形で書かせております。また、その際の説明に関しましては、必ずしも医師が行う必要はございません。

(4)地域医療への影響に関しましては、そもそも地域医療に関しましては、コア・カリの中でも、医師として求められる基本的な資質・能力に地域医療への貢献が位置づけら

れております。

Student Doctorが法的に位置づけられることによりまして、臨床実習期間中の地域医療実習に関しても、診療参加型になることが予想されておりました、プライマリ・ケア能力の修得に必要な経験をより多く積むことが期待されております。

最後に、10ページになります。「4 他の診療参加型臨床実習の充実のための取り組み」ということで、1点目は、患者の医育機関へのかかり方ということで、こちらは先ほど概要の説明の際にも御説明させていただきましたけれども、前回の議論を踏まえて、新しくつけ加えさせていただいたところになります。

2ポツ目ですけれども、実際、大学病院はその設置目的に医学生の育成が盛り込まれているにもかかわらず、受診する患者の中には、医学生への教育に対して理解の不十分な患者も少なくないことが現状です。医学生や医師はその養成課程において、必ず臨床現場における経験を積む必要がございますが、大学病院等の医育機関はそのために設置されているという事実、また、いわゆるStudent Doctorが共用試験に合格し、診療参加型の臨床実習を行うに足る学生であることを広く周知する取り組みを行う必要がございます。

また、大学以外の地域の病院においても実習を行うということは、学生の地域医療に関する理解を深めることでしたり、将来的な地域医療や総合的な診療能力を持つ医師の確保につながることを期待されております。そのため、いわゆるStudent Doctorが大学以外の医療機関で臨床実習を行うことについてもあわせて国民へ広く周知する必要があります。

(2) 指導体制の旨は、先ほど概要で御説明させていただいたとおりになります。

(3) 保険についても、御説明させていただいたとおりです。

事務局からの説明は以上となります。

○中谷分科会長 ありがとうございます。詳細に御説明いただきましたと思います。

本日、これから議論を始めるわけですが、報告書(案)の事項ごとに区切って進めようと思います。

ただいま、全体を通して報告書(案)を御紹介いただいたわけですが、最初にあるのが「卒前・卒後の一貫した医師養成」ということで、(1)においてはその必要性が、幾つかの事項とともに述べられております。

(2)においてが「シームレスな医師養成における教養試験の公的化及びStudent Doctorの法的位置づけが求められる背景」ということで、これについても幾つかの議論の結果が述べられているわけであります。

まず、これらここの部分について御意見、御質問、例えばあるいは、この表現はまずいのではないかと、むしろこういうことをつけ加えたほうがいいのではないかとということに関して、御意見をいただきたいと思いますが、いかがでございましょうか。

どうぞ。

○木戸委員 本日所用により、あと15分ぐらいで退室させていただきます。参考資料の4に意見書がございますが、この第1章に関しまして、私のほうからコメントさせていただ

きたいと思います。

1章を読みまして今、医療が複雑化・高度化する中で、なぜ今、いわゆるStudent Doctorを公的に位置づけるかという理念自体が余り見えてこないように思います。

医学的な知識を理解して修得する。それはAIでもできるのですけれども、なぜ医学生が今回、参加型の臨床実習をしなければならないか。どうしてそれを推進しなければならないかという理念がもう少しわかるような書きぶりにするべきだと思います。それは人と人とのコミュニケーション、これは患者さんとだけではなくて、看護師さんなどメディカルスタッフときちんとコミュニケーションできることで、いろいろなトラブルや医療事故を減らすこともできるわけです。そういったことができないから、いろいろなアクシデントも起こるわけなのですけれども、そういったコミュニケーションを築くためには、現場できちんと臨床実習で学ぶ。それが医学生として大変重要ではないかと思います。字数もあると思うのですけれども、それはぜひ書き込んでいただきたいと思います。

以上です。

○中谷分科会長 ありがとうございます。非常に重要なポイントを御指摘いただいたと思います。

今回、その答申をまとめているわけですが、コミュニケーション、ドクターとペイシェントのリレーションシップをしっかり構築できるように、日ごろからのコミュニケーション能力を磨くことが非常に重要であるということをしっかり述べてほしいという御意見だったと思います。

清水委員、どうぞ。

○清水委員 私も木戸先生の御意見に賛成です。単なるという言い方は大変申しわけないですが、コミュニケーションだけではなくて、今、言われている、卒前のコア・カリキュラムにも書かれていますし、卒後の臨床研修到達目標にも書かれていますけれども、プロフェッショナリズムを実践する、それまで机上で勉強してきたことを実践する機会は臨床実習に入ってからだと思うので、プロフェッショナリズムという言葉を使うかどうかは別として、臨床研修到達目標では医師としての基本的価値観という言葉を使っておりますが、それが現場で身につけられる必要な期間だということを明言していただけるとありがたいと思います。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

プロフェッショナリズムをしっかり身につけるということが必要であると。

報告書の中に2つ目のところにも、既に教養教育が重要というかそういうことが書かれてまた出ていますので、どこに挿入するか入れるかということもあるかもしれませんが、基礎教育を十分行いして、人格をしっかりとちゃんと医師にふさわしいものにするということが必要だという御意見のように思います。

ほかに何かございますでしょうか。

どうぞ。

○金丸委員 今の木戸先生と清水先生の御意見は、私も全く同じ思いで、まさにそこがしっかりと大前提というか、ここが確立された中で学生がStudent Doctorと位置づけられて、必要な医行為が担保される。まさに必須の部分だと思いますので、ここは明確に、もう少し踏み込んで表現していただくとありがたいと思ったところでした。

それと、資料2の詳しく書いてあるところの、1の養成の必要性についての最後の○のところ、上記のようなシームレスな医師養成のための制度整備を進める中で云々というところでは。

ここの②なのですが、臨床実習と臨床研修の間に行われる医師国家試験のための準備期間が長いことが、一貫した医師養成に大きな課題として認識されているという表現は、果たしてそうなのかという疑問があるのです。

この2年間の臨床実習はむしろ大事な2年間である部分だと思うし、一見、2年間がもし見方によって無駄と思われる部分があったとしても、これは大変必要な無駄・無用の用ではないかと思うのですが、どうなのでしょう。

○中谷分科会長 私の解釈としては、臨床実習を恐らく6年目の夏休み前に終えている大学が多くて、あとは数カ月間は、実質的に医師国家試験の準備期間となっており、いる。それがよく言われることで、そこが非常に無駄な時間であるということがよく言われます。現在の医師国家試験は細かい知識を問う形が多いので、それが無駄なので、むしろ医師国家試験を易しくしたほうがいいのではないかという意見もあるぐらいです。

そこら辺についてはいろいろな意見があるところではありますが、その点をそこを指摘したものではないかと思っております。

○金丸委員 済みません。私の読み取りが浅かったかもしれませんが、何か短縮、つまり臨床研修の2年間と、医学部の5年、6年の臨床実習の合計4年間で、あたかも長過ぎるようなイメージで捉えられているように感じたので、決してそうではないのではないかという意味での発言でした。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

恐らく今最近、医学部のカリキュラムでは多くの大学においてがWFMEの認証、すなわちJACMEでの国際認証に適合する近い形になっていきますので、臨床実習の期間をかなり長期とするにとるようになっていきます。

逆に、それが長期になるがために、大学に入学した入った後の教養教育がむしろ少なくなって、すぐに医学の専門教育が開始されるようになっていく。そこら辺がむしろ問題になっているような感じがいたします。

澤委員、どうぞ。

○澤委員 澤です。医師法第17条に関して、4ページのトップのところ、その4行目、「業として医行為を行った場合」云々というところですが、医学生の実習というのは業に入るのでしょうか。

私は、これは単なる実習見習いであって業務ではない。ですから、これを書くと却って

厄介になってくるということはないでしょうか。法的な意味づけをするために、公的ないろいろなことをするというのが次の第2章になるわけですが、2番目のところの、これだけの公的なことをすれば、どういう法的な意味が出てくるのか。そして、法的な意味が出たということになりますと、今度は医師法では罰則規定があります。医学部学生の臨床実習が、法的な意味で許容されることになると、今度は権利に合わせて、責任として何らかの法的な罰則が出てくるかということもあるのではないのでしょうか。これは柑本先生に伺いたいのですが。○中谷分科会長 柑本委員、法的な観点から、いかがでしょうか。

○柑本委員 医業というのは、医学的判断及び技術をもってするのでなければ、人体に危害を及ぼし、または、危害を及ぼすおそれのある行為を反復する継続意志をもって行うことということなので、医学生がやることであっても、医業の中には入ってくると思います。だからこそ門田レポートのところきちんとした扱いをしなければならないという記載になっているかと思うので、これはちゃんと書いたほうがいいのではないかと思うのです。

○澤委員 わかりました。どうもありがとうございました。

○中谷分科会長 事務局のほうはそれでよろしいですか。

○医師養成等企画調整室長 追加ですけれども、今、柑本委員に御発言いただいたとおり、収益性とかは全く関係なく、反復、継続するかどうかということが、業とするかどうかにか該当しますので、まさしく医学生が医行為を行おうとした場合、もちろん反復継続性があると思いますので、そういった観点からこのようにまとめ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。

ほかに何かございませんでしょうか。

どうぞ。

○木戸委員 退室する前に一言だけなのですけれども、4ページ目の4ポツ目のところで、文言を、いまだほとんど進んでいないか、十分に定着していないかどうかという議論があると思うのですが、参考資料1の15ページ、医学生の医行為の習得率を見ると、本当に0.7%から、一番多くても35%なのです。いまだ不十分というと、せいぜい半分から4割ぐらいでやってあり、残りを何とかしたいというときに、はいまだ不十分といってよいですけれども、0.7%とかでは、これはほとんど進んでいないというふうに客観的には考えるのですけれども、それは先生方の御議論でお決めいただければと思います。

○中谷分科会長 ありがとうございます。木戸委員の御意見でございます。恐らくそのような表現になるのではないかと思います。

ほかに何か御意見、御質問はございませんか。

なければ、次の項目に移りたいと思います。

次の項目は「共用試験の公的化といわゆるStudent Doctorの法的位置づけについて」となっております。

(1)が「共用試験のCBTの公的化」ということであり、もう一つは、「共用試験臨床実習前のOSCEの公的化」であります。これらを2つ公的化するというのが、今回の答申の主

な部分ところであります。3つ目が、「いわゆるStudent Doctorの法的位置づけ」であり、この3つの項目が主な項目となります。これらここにつきまして、御意見、御質問をお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

どうぞ。

○金丸委員 6ページが一番下の、3番目の「いわゆる Student Doctorの法的位置づけ」の○の2つ目、最後の○です。いわゆるStudent Doctorが法的に位置づけられた場合ということで、ここで門田レポートが挙げられているわけですが、参考資料の中に門田レポートは、推奨とか必須とかの表現があるのです。もしStudent Doctorが法的に位置づけられて、医行為が変わるものでないとすると、医学生に必須という項目が、必須のまま行くということとなるのでしょうか。そこが気になるのです。

○中谷分科会長 加藤室長、どうぞ。

○医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

今回、この6ページ目の最後の○に書かせていただいた内容は、基本的には門田レポート、今、御指摘のあったように必須や推奨とまとめられたのがまだ昨年でございますので、基本的に我々としては、これを見守る必要もございませし、今回は法的な位置づけを議論しますので、医学教育の中で、どういう行為が5年生、6年生の臨床実習で行われるべきかどうかという、具体的な中身を議論しているわけではございませんので、基本的にはそれを踏襲すべきだろうということで、このようにまとめさせていただいております。御指摘のとおり必須、推奨ということは、基本的にこれを変えるものではないということで、今回はまとめさせていただきたいと思っています。

○金丸委員 参考資料1の最後のページに、門田レポートの概要が書いてあります。実施のための条件。その一番下の左。医学生に許容される医行為の範囲。左側です。この中を見ると、必須項目の中に処方する、点滴のオーダー等、強く推奨する中に気管挿管等と、かなり侵襲度の高い、これは十分に、習熟した医師のもとという表現はあるのですが、そのあたりの区別が、公的化をする前の門田レポートであり、公的化を前提にしたときに、ここはもう一度議論がなされるタイミングはあるのでしょうか。そこが懸念されるのですが、いかがでしょうか。

○中谷分科会長 加藤室長、どうぞ。

○医師養成等企画調整室長 我々の理解ですと、平成30年度にこのような議論がされたのは、平成3年以降、27年たって今、臨床実習の中でどのような行為が医学生で行われるべきかという議論をしていただいて、このようにまとめられたと思いますので、この公的化されたことは、基本的には診療参加型実習を推進するものではございますけれども、その中身を変えることにはならないと理解しております。今回報告書でまとめさせていただいたとおり、もちろん影響はあると思いますので、公的化することによってどのように影響が出たのかということも踏まえて、この中身がどうあるべきであるか、どういう行為が臨床実習の間に行われるべきかどうかというのは議論されるべきというふうに、事務局とし

ては考えております。

○中谷分科会長 どうぞ。

○木下委員 今の御質問について、私も以前から申し上げているように、現場では、この必須という言葉がかなりプレッシャーになっていると思うのです。しかし、今の御回答ですと、公的化したらもうこのままで実施される、必須という言葉がそのままというふうに、現場の人々に説明していいものなのではないでしょうか。

○医師養成等企画調整室長 今回、公的化するかどうかによって、必須の重みづけが強くなるかどうかということは、我々としては関係ないと思っております。基本的には今、既に必須項目、推奨項目とされていることですので、その内容自体、公的化によって重みづけが変わるというわけではないと思いますので、基本的には平成30年にまとめていただいたとおり、まずは進めていただくものと思っております。

○木下委員 門田レポートは、別に法的な根拠というか強制力はないわけですね。ですから、必須といっても、そうか、必須なのだという理解で、現場で裁量権はあると思って良いのですね。

○医師養成等企画調整室長 今回、公的化することによって、例えば、医師になるためにこの必須項目を必須としてやらないといけないという変更があるわけではございません。この必須項目自体は、もし御解説いただける方がいれば、現場でどのように扱われているかというのは追加的に御発言いただきたいと思っておりますけれども、このような形で、我々としてはレポートとしてまとめさせていただきましたが、現状、医学教育の中で、どれぐらいの強制力があるかどうかということに関しましては、我々は門田レポートの中でも明記しているものではございませんし、今回の医師分科会での議論において、この必須項目がより高い必須度になったという変更が行われるわけではございませんので、その点は御理解いただきたいと思っております。

○木下委員 最後の確認です。今までと変わらないという理解でよろしいのですね。

○医師養成等企画調整室長 それは昨年度まとめていただいたものと変わりはないということですね。

○中谷分科会長 この医道審議会医師分科会は、医行為をどのように分類するかということのところまでは踏み込みません。

この1回目、2回目の会議でも随分議論されたことではありますが、法的な資格化を行ったとしても、私たちは医行為の水準を上げるそれをかえって進めるという立場には今はないと思います。というか、将来的にはもちろん、患者様とか国民の理解が得られて得られ、門田レポートの様な医行為が実施できればそれが進むようであれば、それは臨床実習としては理想的な方向性の変化だと思っております。

そのためにも、まずは資格化をして、現状の臨床実習がどのように変化するかについて推移を見るという形ではないかと思っております。ですから、門田レポートの内容、推奨、必須という医行為ことが、現実には先ほど木戸委員から御指摘がありましたように、ほとんど

かなり行われていません。実際に現場では無理はしていないわけです。大学病院、あるいは市中病院、診療所のレベルでも無理はさせていないわけですねですね。現状では、国民の理解はそこまでということでもありますので、資格化をしても、この医道審議会医師分科会では、医行為の水準そこをすぐに進めるという立場には立っていないと御理解いただければと思います。

そこらあたりの表現は非常に難しくなりますので、この辺は慎重にしなければならないと思いますが、そういう形だろうと私は理解しております。

ほかに何かございませんでしょうか。

澤委員、どうぞ。

○澤委員

CBTの公的化に関してはAJMCが行っているということがここでわかるのですが、OSCEの認定という公的化もこの中に含まれていると考えてよろしいのでしょうか。

○中谷分科会長 はい。入っていると思います。

ここにも表現がありました。各大学がOSCEの公的化に当たっては、まずSPの均てん化というの必要です。全国的に統一した資格化になりますので、かなり均一性をもって、合格レベルそれを決めなければなりません。ですから、そこら辺はCATOのほうでいろいろ今後ご検討してお考えになっていただけるといえるか、より正確性をもってのある全国の医科大学、医学部で同じようなレベルで判定していただくと捉えておりますが、それよろしゅうございますでしょうか。

○澤委員 追加という確認なのですが、どこが公的に認定するかというのが第1回目の委員会での議論にあったと思うのです。ですので、今回の報告書もOSCEに関してもAJMCが公的に認定するという1文を、CBTのところと同じように書いていただくほうがよろしいのかなと思うのですが、いかがでしょうか。

○中谷分科会長 CBTに関して現在は今、AJMCではIRTの359でAJMCでは合格ラインを決めているわけではありますが、それをどのレベルどこにするかを含めて、改めてそれはCATOとAJMC等で検討いただく形になろうかと思っておりますが、いかがでしょうか。

齋藤参考人、どうぞ。

○齋藤参考人 ただいまのお話を伺っていると、ちょっと理解が違つかもしれないと思うのは、実は機構としてはラインは引いていないです。CBTの場合、AJMCがこのラインにしましょうと。現在のシステムでは、各大学がCBT、OSCEの結果から、この学生さんはStudent Doctorとしても認定してよろしかろうとすることをAJMCのほうに申請して、AJMCがその申請を受けて、Student Doctorのカードを出していらっしゃるというわけでございます。

ですから、私の個人的な理解では、公的ということはAJMCではない可能性があるのではないかと。国ならば国がしっかりすることが公的化ではなかろうかと考えていますが、いかがでしょうか。

○中谷分科会長 加藤室長、どうぞ。

○医師養成等企画調整室長 我々も同様に考えておりまして、公的化するということは、出題基準あるいは合格基準等々は公的な場で議論されるべきことだと思いますので、国家試験同様、あるいはそれに類似した体制で、しかるべき場で御議論いただいた中で、合格基準等々は決めていくべきものかという認識でおりますので、よろしく願いいたします。

○中谷分科会長 合格レベルそれがどこで議論されるかというのは、今の段階ではもちろん決まっていなわけですが、報告書の文章はこのままにしておきで行って、厚生労働省がお墨つきを与えるわけですから、資格化という形制度の実施には厚生労働省がそこに加わっていただけると考えていいのでしょうか。

○医師養成等企画調整室長 報告書の中での記載ぶりに関しては、もう一度、事務局でも検討させていただきます。その場がどこであるかということまでは、現状、我々としても申し上げることはできませんけれども、そういったニュアンス、我々としての公的な関与ということに関しましては御理解いただけるような記載ぶりであるべきだと思いますので、そのような記載ぶりに変更できるかどうか、事務局としても検討していきたいと思っております。

○中谷分科会長 清水委員、どうぞ。

○清水委員 今の点についてなのですが、Student Doctorを認める部署が公的な機関であるということもあるかもしれないのですが、特にOSCEに関しては、評価者の標準化というのが問題だと思うのです。それを取り扱うというか、実際にそれを行う場所も公的な機関として考えてよろしいということでしょうか。

○医師養成等企画調整室長 評価者に関しましても、合格かどうかには直結するような要素になりますので、そういった方たちがどのようにオーソライズされていくのかということに関しましても論点になると思いますので、これは現段階で、国が評価者に関して一人一人承認するということまで我々としても申し上げられる段階にございませんけれども、どういう方が評価者であるかという基準に関しては、恐らく合格基準と同様に議論されるべきことだと思いますので、そのように御理解いただければと思います。

○中谷分科会長 栗原参考人、どうぞ。

○栗原参考人 今まで議論してきた中で、公的化という意味をどう捉えるかということ。AJMCはある意味で一つの公的な組織だと思いますけれども、私たちの認識としましては、公的化というからには国がちゃんとそこに関与して、そこにある一定のお墨つきをつける。そのもとで、例えば評価もですけれども、今、問題になっている診療参加型臨床実習も、Student Doctorが公的化された資格を持った上で、安心して教育ができるというシステムであると私は解釈しています。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

そういうことで、それらを資格化する場合には、厚生労働省にぜひ加わっていただきたいと思っております。今現在、実はCBTでも各大学で合格ラインが多少違っております。各大学からの申請に従ってAJMCはStudent Doctorの称号を与えているわけですが、CBT一つとっても、あるA大学ではIRTが400以上を合格としとか、ある大学ではIRT 359、多くの大学

の合格ラインはIRT 359なのですけれども、半分ぐらいの大学においてがそれより上のレベルでの合格ラインとなっています。

ですから、そこら辺をどのように調整どういう形にするかは、今、栗原理事長がおっしゃったように、恐らく厚生労働省にしっかり入っていただくことが重要かなとは思っております。

○医師養成等企画調整室長 厚労省が決めるというわけではなくて、我々としても議論する場、決める場を提供する立場にあるのかなということと、もちろん卒前教育、医学教育の中の一環ですので、これは文科省さんにも御参画いただきながら、適切な方々に御参画いただく中で決めるべきこと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。

厚労省と文科省が入ったところで、それにAJMCが入るかもしれません、CATOも加わるかもしれませんが、そういう場で合格ラインをしっかり決めていただく必要があるかもしれません。ありがとうございます。

国土委員、どうぞ。

○国土委員 どこで言ったらいいかわからないので、今、申し上げます。

今、伺っていると、準国家試験になりますので、受験生に対するプレッシャーもかなり高いと思いますし、制度設計についても少し触れたほうがいいのかと思いました。

一つは、受験できるチャンス、回数が1回なのか2回なのか。1回ですとそれ1発で留年になりますので、医学教育でもかなり支障が出てくる可能性がある。

あと、有効期間についてどこにも記載がないので、どのように考えるのかをどこで言ったらいいかわからないので、申し上げました。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

非常に重要な論点であり、現在今、CBTなどは国土委員のおっしゃるように、2回ぐらいまで受験を可能オーケーにしている大学が多いのだと思います。ですから、OSCEも2回までの受験をオーケーにするのかしているか、あるいは1回までの受験に制限するのかについてしっかり検討しておく必要があると思います。

それから、「資格化」の有効期間も非常に重要なことであり、例えば2年間、CBTやOSCEに合格したが受かった段階で、2年間海外に研究留学に行ってしまうということで、その後帰ってきた例がございます。CBTやOSCEの合格資格を2年後まで、何年まで有効とするのかという点も検討事項となります。あたりも一つありますので、そこら辺の細かいところも、この会議ここはもちろん議論審議する場ではございませんし、議論審議しても始まらないと思いますので、先ほどの厚労省、文科省、そしてAJMC、CATOが集まったところでしっかりそれについて検討して決めていただきたいということなのかもしれません。

もちろん答申書の中には、そこら辺の細かいことに関する文言は入らないかもしれませんが、そのような議論がなされたということは議事録には残ると思いますので、そういうことを生かしていただきたいというところかもしれません。ありがとうございます。

どうぞ。

○羽鳥委員 Pre-CC OSCEについては今の議論でいいと思うのですが、これから医行為に入れるかということ。

Post-CC OSCEのことについては、国家試験に相当するということになりますから、相当客観性が高くなければいけないとすると、相当力を入れなければいけない。それを現在の教員の先生方をお願いするのも大変なことだと思うので、何らかセンター化するか、国としてもお金を出しやすい方法を考えてあげないと、なかなか実現しないかと思うので、その辺も少し書き込んでおいてほしいと思います。

○中谷分科会長 私自身の考えとしましては、今のところ現段階ではPost-CC OSCEをは、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、各大学で医師国家試験の受験資格として扱うものと考えております。

○羽鳥委員 もう一回、国家試験をするということですかね。

○中谷分科会長 そういうことです。この委員会では、Post-CC OSCEについては現段階では、公的化、資格化の対象にはしておりません。そこは今現在、CATOさんの御努力によりまして、来年度あたりからほぼ全大学がPost-CC OSCEに参加するぐらいの状況レベルには到達しているそうです。ただ、今、羽鳥委員から御指摘がありましたように、地域によってSPの方々が非常に御参加しにくい大学などもあるようでございますので、そこを一律、今、同じレベルでPost-CC OSCEを実施し、それを資格化にできるような状況にはないと思っています。

将来的に、それが均一化されたとき、医師国家試験の一部とするのかどうかというのは、また別途議論しなければならないのではないかと考えております。今のところはやはりプロフェッショナルオートノミーということで、各大学がクリニカル・クラークシップを含めて、どのような態度でその学生が臨床実習をしたか、あるいは医学部在学6年間でどのような人格が育成されたか、そこを含めて判定して、最終的に卒業試験の一部のような形で、卒業判定に使っていただくというのが現段階の解釈かなとは私自身は考えております。

○国土委員 それに関して質問ですが、6ページの2つのポツのところに、Post-CC OSCEというのが1カ所だけ出てきます。あるということしか書いていなくて、それについての見通しが何も書いていないので、先生がおっしゃることを書き込むべきなのかどうか。

○中谷分科会長 それはいかがでしょうか。書き込んだほうがいいのかどうかというのは、現段階の私の考えを申し述べさせていただきましたが、委員の先生方が、将来的にはそうするのかということまで踏み込んで記載するかどうかということですが。

○国土委員 踏み込まないにしても検討するとか、何か書いていないと、ここでぼんと出てきてその後何も触れていないので、これを読んだ方がわかりにくいかなと思います。

○中谷分科会長 他の委員の先生方のご意見はいかがでしょうか。

どうぞ。

○齋藤参考人 私に発言権があるかわかりませんが、クリニカル・クラークシップの入り口のところはしっかりこれで固まる。書き込むとしても、入り口でちゃんと評価した以上は、出口を評価しないというのはおかしいから、出口でこういうことを考えるというぐらいのことかもしれませんね。

むしろ出口の問題は、ここは余りディスカッションする場ではないと思って、私も控えております。

○中谷分科会長 やはりPost-CC OSCEを卒業判定に使うだけでも、恐らく医師国家試験に準じるような効力は持ってくるわけです。卒業できませんと医師国家試験が受験できないという状況になりますので、私としてはしばらくの間はそれでいいのかなと思っています。

それをしっかり公的化にするにはしますと、それこそ本当にOSCEセンターがかなりしっかり整備されて、四六時中評価業務を行っているような公的なセンターそればかりやっているというところができまないと、恐らく不可能ではないかという感じがしています。現段階ではちょっと距離があり過ぎて、今回の医師分科会でそこまで述べてしまうのは、ちょっと無理があるのかなとは思っております。

ですから、「卒業の要件とする」ぐらいまでは記載できるのかなという気はいたしますけれども、加藤室長、どうでしょうか。

○医師養成等企画調整室長 御議論ありがとうございます。

まさしくPost-CC OSCEの議論は、医学教育においても非常に重要だと我々も認識しておりますし、国家試験の改善検討部会でも、まさしくこの議論を繰り返させていただいております。

今回の医師分科会としての取りまとめとしましては、あくまで共用試験のPreのほうのOSCEと、いわゆるStudent Doctorの公的化でございますので、今回この報告書自体、いわゆる法改正にもつながる報告書でもございますので、全体的な先生方の御議論は議事録にしっかり残させていただきましますし、先生方の御意見は大体同じ方向性を向いていると思っております。我々としてもその辺はしっかりと認識させていただきたいと思っておりますので、報告書に関しましては、全体のバランスの中でどの程度の書き込みにするかということとは、再度事務局のほうでも整理させていただきたいと思っておりますので、御理解いただければと思います。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

羽鳥委員、どうぞ。

○羽鳥委員 今のことは納得いたしました。

もう一回、前の議論に戻りたいのですが、Student Doctorのことで、もう木戸先生が変えられてしまったのですが、門田レポートの調査が少し時期が遅いのではないかと。5年生の初めのころに調査しているので、いろいろなことがやっていないので、実際はもうちょっとやっているのではないかという意味で、6年の半ばごろとか、いわゆるPost-CC OSCEを受けるころに調査したら、もうちょっといろいろな大学でいろいろなことをやって

いるのではないかということで、何らかの調査をもう一度、されてみたらどうでしょうか。

特におくれている幾つかの大学がありますね。ほとんどやっつけいらっしやらない大学と、先進的にやっつけいらっしやる大学と、その辺の差も見てみたいなのということもありますので、御検討いただけたらと思います。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

私もまだAJMCの一部の委員会に名前が残っていたかもしれませんが、一応、機会があるときに、今、現在このような調査をしているのがAJMCで、いくつかの大学をピックアップをして調べているものだと思っておりますので、機会がありましたらAJMCにお願いしておきます。

もし機会がございましたら、CATOのほうからもお伝えいただければありがたいと思います。

清水委員、どうぞ。

○清水委員 話が前後してしまうのですが、先ほどのPost-CC OSCEに関する報告書の中での場所の提案です。3の(1)に医学教育への影響という項があるのですが、下から3行目ぐらいに全人的な診療に必要な視点を得る機会となるということが書かれていて、文科省がこれから、こういうStudent Doctor制を踏まえて、どういうふうにモデルコア・カリを変えるとか、整合性をとっていくのかということにもよると思うのですが、その結果をPost-CC OSCEという手段で審査できるということであれば、この場所に書けるのかなと私は思いました。

もう一個別件ですが、先ほど中谷先生がおっしゃってくださったのですが、実はPreもPostもSPさんの養成はとても重要なことで、戻って6ページ目の3個目の○にSPさんのことが書かれています。今までの議論でCATOでSPさんの標準化に向けた取り組みがもう実施されていることが報告されているのですが、それを記載してほしいということと、SPさんに対する研修体制の整備などの検討はどこですのかということ、何かお考えがあるのかということをお聞かせいただきたいと思います。CATOさんにこれからも任せるといってよろしいのか、それとも厚労省、文科省さんとしては何かお考えがあるのかということをお聞きしたいと思います。

○中谷分科会長 文科省、厚労省、いかがでしょうか。

SPの養成これは恐らくCATOでないとできないのかもしれませんが。

○医師養成等企画調整室長 厚労省でございます。

前回の資料にも含めさせていただきましたが、我々も公的化をするに当たっては、SPの質の向上あるいは均てん化は、先生方からも御指摘いただいたとおり一つの課題だと思っておりますので、来年度の予算要求にも載せさせていただきました。そういう観点では、CATOさんあるいはほかのSPを要請する方々に対して、我々としても支援していきたいと思っております。

あわせて、もし文科省さんからも何かあれば。

○中谷分科会長 荒木企画官、いかがでしょうか。

○荒木企画官 まさにSP自体の養成については、今、厚労省さんがおっしゃいましたように、概算要求も含めて対応されるということで、大学としても非常にありがたいというところはございます。

1点、先ほど清水委員から御指摘いただきましたように、Post-CC OSCEの書き場所をどうするかというのは、後での議論に出ると思いますけれども、医学教育への影響は多大にあると思いますので、当然コア・カリの改訂ということで、提示的にやっておりますが、その際への反映、あるいは当然PreのCBT、OSCEを入れた際にも、コア・カリの議論の中、あるいは医学教育の議論の中で必要だという御意見もいただいて、それを報告書にまとめたという経緯もございますので、そのあたりについてはぜひ踏まえて、報告書の中でも反映できればいいのではないかと思います。

以上です。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

齋藤参考人、どうぞ。

○齋藤参考人 齋藤です。

SPという言葉を一くくりで言っていていいかという問題があります。それは、卒前というよりも、臨床実習に入る前のIntroduction to Clinical Medicine、つまり臨床医学教育、1年からやっているところもありますけれども、1年から4年までの間に、医療面接のトレーニングなどをするための人的資源としてのSPというのが一つあります。

それから、試験のときに使うSPというのはstandardizeされていないといけませんから、Standardized Patientでなければならぬ。そこをきちんと分けて、試験に御協力いただくSPというのは、それなりに認定されたSPでなければならぬ。今、CATOのほうではそういう考えで進めております。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

どうぞ。

○木下委員 少し話題が変化しますが、Student Doctorが公的化するというところで、先ほど国土委員から準国家試験化するならばもっと厳密なるルールが必要とご発言がありました。それは恐らく別のところで議論されるべきものだと思いますけれども、例えば今、CBTやOSCEの受験資格はどうなっているのですか。

○中谷分科会長 受験資格は、恐らく学年が進行して、それぞれの大学においてカリキュラムの進行のスピードが違いますが、ほかの科目に合格して、進級して、いよいよ次の臨床実習に入る段階で試験をします。すなわちで、大学がCBTやOSCEの受験資格があるよと認定した言った学生が受けるという感じです。

例えば解剖学を落とした学生がいて、臨床実習に進めるかといったら答えはノーであり、1科目でも専門科目みたいなものを落としていけば、普通は臨床実習には進め行けません。ですから、医学部のカリキュラムは必修科目だらけなのですから、それらの単位を全

部取らないと受験資格がありませんし、CBTやOSCEそれを受けても無駄だという状況です。

○木下委員 受けることはできても、資格にならないということですか。

○中谷分科会長 受けることを許さないのではないのでしょうか。

○齋藤参考人 この学生さんに、果たして診療参加型臨床実習をさせてよろしいかという判断は大学レベル。各大学が行うもの。ですから、それでこの学生ならば受験させてもいいだろうという判断は大学がなさっていらっしゃるというのが現状です。

○木下委員 もし公的化ということが問題になってくると、その辺の標準化も必要になってくるのではないかという気がしました。

前回私が申し上げたように、CBTとOSCEだけでStudent Doctorの資格を与えるというのは、やはり知識と技術に偏りがちになってしまうので、そこで大学が責任を持って、この試験を受けていいプレドクターとしての資質を備えているということを証明していただくようなものがあれば、バランスのとれた医師の養成につながるのかなという気がします。

国家試験の受験資格は医学部卒業ですよね。ということは、大学が責任を持ってこの人には医師になる資格があると言って卒業させたというクオリフィケーションができていないかと思いましたので、質問しました。

以上です。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

大学が「受験資格あり」とするときは、それらを確認といいたいでしょうか、証明書を出すわけではないですけども、その医学部がそういうふうに認定していることになります。臨床実習に進んでいいですよ。ただしCBTとOSCEは、今後、厚労省等で資格化をしているので、CBTとOSCEに合格したそれを取ったときは臨床実習に進んで行っていいですよその大学が捉えていることになります。

○澤委員 蛇足ですけども、医学部は単位制ではなく、学年制ですので、ある特定の基準で1科目でも落とすと、もう一年同じ学年をやらなければいけない。ですから、この前議論になりましたように、ではOSCEでStandardized Patientに来ていただいてやるというと、全国ほとんど共通の時期になってしまうのではないかという議論がありまして、それについても、今後検討していく必要があるのではないかと思います。

○中谷分科会長 栗原参考人、どうぞ。

○栗原参考人 先ほどの木下委員の御質問ですけども、多分、人格的な部分をどうやって担保するかということだと思うのです。それは3年生あるいは4年生の試験を受ける前に、大学が、この子は進級させていいかどうかというところで判断していると思うのです。

それがあって、踏まえて、これから患者さんの前に出していいかどうかという知識と技能をPre-CC OSCEとCBTで評価するということだと私は理解しております。

○木下委員 ありがとうございます。

○中谷分科会長 どうぞ。

○柑本委員 もう一回、確認させていただきたいのですけれども、共用試験の公的化したときの公的化というのは、いわゆる国家試験化も含む、何らか国としてバックアップする試験体制にしますよという理解でよろしいのでしょうか。そのところを、ここの会議では話し合うという理解で間違いないでしょうか。

○医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

公的化といった場合、もちろん一番厳格なものは国家試験化でございますし、少し下がると受験要件に加えるということもございまして、波はあるものの、ある意味、医師法に関連して、それに変更を加えるという意味では、全て公的化に値するかと思います。その中でどういうふうに法的に位置づけるかに関しては、我々としても事務局で検討してまいりたいと思いますが、今回のこの場においては、そもそも公的化すべきかどうかということに関して御議論いただきたいと思います。

○中谷分科会長 ほかによろしゅうございますか。

それでは、次のところに進ませていただきます。次は「共用試験の公的化といわゆる Student Doctorが法的に位置づけられることの影響」ということで、（１）が医学教育への影響、（２）が医学生（医師）個人への影響、（３）がいわゆる Student Doctorが診療参加型臨床実習を行う際の患者同意等、（４）が地域における実習と地域医療への影響という４つの項目で、それぞれ幾つかの記載がございます。

これについて、御質問、御意見等をお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。どうぞ。

○金丸委員 （４）地域における実習と地域医療への影響、９ページの２つ目のポツと３つ目のポツです。２行目に「臨床実習期間中の地域医療実習もより診療参加型になることが予想され、プライマリ・ケアの能力の修得に必要な経験をより多く」と、非常にアバウトに表現はあるのですが、その下「卒前の臨床実習である程度の臨床能力が修得されること」の書きぶりがあたかも、学生ではあるのだけれども、より医師に近い医行為を経験することを踏まえて、能力の高さを求められているのかなと錯覚するのです。この辺が気になります。

もう一つ、そのことを踏まえたときに、先ほど３年生のときに、ある程度の資質を判断して進級というのは本当に大事なことだと思うのです。そこで、７ページに書いていただいているように、医学教育への影響の２つ目のポツで、医学教育のあり方について、今後とも検討が行われるべきということを入れていただいたのは本当にありがたいと思うのです。

そこで私が用意した１枚紙のペーパーなのですが、今さら専門の先生方を前にはばかって恐縮なのですが、あらゆる関係性の中に我々は生きていて、あらゆる関係性の中に学術、道はつながっているのは御承知いただいているとおりのことです。

しかし、核としての感性、人間のコアの部分が、感性と一くくりにしましたが人間性や人間力、先ほど清水先生がおっしゃった利他的なこと、プロフェッショナルリズム、ここの感性が非常に重要と考えています。公的化すればなおのこと、文科省さんもおいでいただ

いていますが、医学教育において希薄になりつつある教養教育、あるいは6年間を通して教養ということは、もちろんそれも大事なことです、さらに踏み込んで、このところの感性を高める・深めることを強化する方向での検討が求められるのではないかと感じています。専門の先生方に大変恐縮ですが、学生のとて医学を学び、そして臨床実習を通して術を感得していくとき、その根底に、感性が核としてあってこそ、うまく体得へと繋がっていく。そうして一步一步歩んで道となるわけですが、この感性、すなわち人間力、プロフェッショナリズム等の基本的価値観の醸成ももっと強化する方向もあわせて、せっかくここまで書いてあるので、それ以上言うてはいけないのかもしれませんが、ぜひ書きぶりが何かあるといいなと思って、ちょっと質問というか疑問というか、意見をさせていただきました。

いかがでしょうか。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

最初に清水委員からもありましたように、教養教育等も必要になってきますし、地域医療ではというのはかなり診療参加型といっても、指導する医師の数がそんなに多くない医療施設ところで、チームを組んで、一緒に臨床実習をやることになります。

診療能力というのは、学生さん自身が診療するというのではなくて、チームの中でどういうふうにするか先生が診療をしてなさっているかを間近で観察してもらって体得していただく。そういう形で捉えておりますので、必ずしも診療能力に学生自身が手を出すという形ではないとは私は思って読み取っています。

○金丸委員 ここに文字として能力と書かれている表現があったので、そこがちょっと気になったので。

○中谷分科会長 わかりました。そのような誤解を招かないようにということです。

○金丸委員 そうです。

○中谷分科会長 今の御意見について、何かございますか。

あと、ほかの部門も御意見いかがでしょうか。患者同意というものがあります。

清水委員、どうぞ。

○清水委員 今、振っていただいたので、患者同意についてなのですが、9ページの「いわゆるStudent Doctorによる」というところなのですが、最後の「医療関係者による周知活動」が不可欠であるのは当然のこととして、ずっと問題になっている大学病院に受診される方々は、そういう御協力をいただきたいということをもっと国家レベルでアナウンスしていただきたいと常々思っているわけです。そういう言葉がないような気がするのですが、もうちょっとそこを協調していただくことは可能でしょうか。

私たちはもちろんやりますが、国としてもやっていただきたいと思うのですが、いかがでしょうか。

○医師養成等企画調整室長 前回以来、同意に関して大学病院、そして大学が教育機関であるということを知する重要性については議論されてきたと思いますので、この点、ど

のように盛り込めるかも、文科省さんとも協力しながら今後検討していきたいと思います。
○中谷分科会長 以前、御意見としていただいたのは、同意書なども統一的なものでやっていただきたいということとか、あと、患者さんへの説明書等に、厚生労働省さんなどと省庁名が入ると、患者さんも納得しやすいのかなと思います。

羽鳥委員、どうぞ。

○羽鳥委員 私も清水先生の御意見と同感で、かなり上のほうのレベルで、最初のほうにしっかり書いていただきたいなと思います。

もう一つ、木下先生が常々大学に行かれる患者さんは必ずしも学生さんに見てほしいわけではないと。レベルの高い医療を求めているという患者さんがいることも十分承知していますけれども、教育も大事だということをごどこかで強調してほしいということ。そして、9ページの1つ目のポツに、包括同意か個別同意かという話があるかと思うのですが、例えば問診をとるとか、患者さんの背景を知るとか、そういう侵襲の少ないことは包括同意で十分ではないかと思います。

ただ、例えばさっき出ていたような移管の挿入とか、場合によっては気胸の処置をするとか、羞恥を伴うような行為をされるとか、そういうときには患者さんの個別同意があってもいいと思いますので、レベルを2つに分けてみるとどうなのかなと思うのです。

基本的には包括同意でいいけれども、やはり侵襲性のあるものについては、患者さんの同意があっても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。

ここに書いてありますように、侵襲性がある医行為や、もちろんこれは羞恥心を感じるような医行為も入るかもしれませんが、そういうものは個別同意をしっかりとる。それが口頭によるのか文書によるのかは明示されておりません。書いてありませんけれども、その状況によって選択できる形がよろしいかと思います。文書による同意のほうがもちろん丁寧であるとは考えていると思いますが。

どこまで書き込むかという問題なのかもしれません。包括同意は、病院の中に入るときに、そこに包括的な形で掲示してもので書いてあるからそれでいいというものではなくて、患者さんが入院なさったときに、最初にそういう包括同意をとっておきますということが、インタビューとか問診とかも、学生さんが実施できるという状況になります。ので、今、羽鳥委員から御指摘がありました。あったように、そういう実習は恐らく包括同意で十分オーケーだと思いますので、そういったことも含めて、現場では状況に応じていろいろな形で同意をとって現場ではやっていただけるのだと思います。

報告書こちら辺では、そういうのを分細かく記載するわけにはいきませんので、かなり漠然とした表現になるかもしれませんが、同意についてそこを含めて少し文言を慎重に書いていくことになるのかもしれません。

どうぞ。

○柑本委員 羽鳥先生のことに関係することなのですが、私も一定のそれほど侵襲

の低いものについては包括同意で構わないと思います。ただ、侵襲性の高いものについては個別同意が必要だと思っております。

9ページの2つ目の○に、入院時等に同意書を患者に渡しという「等」の中には、通院の患者さんも含まれると理解しても大丈夫なのでしょうか。

個人的には、入通院の患者さんにかかわらず、それは同意が必要だろうと思っておりますので、その点を明確にしていただけるとありがたいのです。

○中谷分科会長 加藤室長、どうぞ。

○医師養成等企画調整室長 その点、少しわかりにくい表現になっておりました。この点は今回、高橋委員からも今回、参考資料で御意見をいただいておりますので、今、同様の御指摘だと思いますので、その辺の書きぶりに関しては少し修正させていただきたいと思っております。

また、先ほど大学病院がそういう教育機関にあつて、患者さんにもそういったことを周知させるべきだということで、私も少し回答させていただきました4の(1)の2つ目は、患者の医育機関へのかかり方についてということで、周知させる必要があるということに関しましては、(1)の2つ目の○で今、表現しておりますので、ここをまた御確認いただければと思います。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

ほかに何かございますでしょうか。

よろしゅうございますか。

○国土委員 確認ですけれども、私の理解が足りないのかもしれませんが、医師の指導のもとにという言葉が何回も出てきます。その医師の資格については、ここでは何も触れなくて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 この点に関しまして、他の委員からも、それは指導医であるべきではないかという御意見もいただきましたが、これまでも門田レポートにおきまして、屋根瓦式で臨床研修医の学生に、あるいは専攻医が臨床研修医に、そのレベルに応じて指導・監督する必要性に関しては、その有効性も含めて確認されてきたところがございますので、今回、7ページ目の2つ目の○の下から2行目の途中からですが「なお、原則、医学生が侵襲度の高い医行為を行う場合は、当該医行為に習熟した医師が指導及び監督を行うべきである」ということをあえて記載させていただいておりますので、屋根瓦式を崩さず、かつ、十分指導に足る医師が指導すべきだということは、今回報告書の中にも記載させていただいております。

○中谷分科会長 いかがでしょうか。

小玉委員、どうぞ。

○小玉委員 今の件ですけれども、臨床研修医、専攻医に指導させることは何も問題はないと思うのですが、問題があるのは、何か起きたときの責任の所在が明らかにならないと、

チームとしての診療の組み立てができなくなる可能性があるので、その責任の所在を誰にするかということぐらいは、ある程度、記載したほうがいいのかなと思います。

○中谷分科会長 それを記載に入れるかどうかですけれども、いかがでしょうか。

非常に重要なご指摘なのですけれども、恐らく、以前今まで全国医学部長病院長会議からもでも医行為の水準に関するガイドラインを出したときに同様の議論がございました。

最終的には、病附属病院長とか医学部長の責任になると考えています。ですから、大学の責任という形になってしまうのではないかと考えています。

指導医の指導の仕方が明らかに間違っ何か起きたというか、そのような経緯で医療事故、医療安全を揺るがすようなことが起きた場合には、もちろん部分的に指導医の責任が問われることはあるかもしれませんが、通常はその病院長や医学部長、大学が責任をとる形になってしまうのではないかと考えています。ですから、医育機関である限りは、それは逃れることができないと考えています。

○小玉委員 そのようなことであれば、私も理解できます。

○中谷分科会長 そこまで記載するかどうかについては、こういう答申ではちょっと違和感があるかもしれません。

ほかに何か。

羽鳥委員、どうぞ。

○羽鳥委員 小玉先生がおっしゃるように、そういう意味では何かあったときに患者さんに誠意をもって対応できるということも大事だと思うので、そういう意味では、これは学生さんがやったから法的に何もないから、補償もできないということでは困るので、学生の医行為に対する保険制度も十分考慮する。これから考えるでいいと思いますけれども、そこも書き込んでいただきたいのです。

○中谷分科会長 最後のほうに少し書いてあります。

○羽鳥委員 でも、保険会社に聞くと、それはまだ対応できていませんという回答が多いのです。

○中谷分科会長 私たちの大学は、医師ばかりではなくて、看護師、薬剤師も一緒にアーリークリニカルエクスポージャー的な教育としてもので、入学直後からそのような施設に行って、研修といいましょうか、見学実習的なものをします。車椅子の患者さんを押して、もしそれがひっくり返って、骨折をしたら、責任はとらなければいけないですね。そういうために全員にといいましょうか、そういう保険に学生に入ってもらうようにはしていません。

その保険でそれをどこまでカバーできるかは、そういう事故ことは余り起きていませんので、実際に使ったことはないのですが、今後、整備されたような保険を推奨するのであれば、国としてどういうものを推奨するかも含めて、本当は指導していただく方がとありがたいのかもしれない。

その保険会社によって、どこまでカバーしているのかということはありませんけれども、

絶対100%入っているかということとは言えませんが、かなりほとんどの学生は、入学時から加入して入っているような気がいたします。

ほかにいかがでしょうか。よろしゅうございますか。

よろしければ、最後の項目に行きたいと思います。4つ目になります。9ページの最後のあたりから「他の診療参加型臨床実習の充実のための取り組み」ということで、(1)が患者の医育機関等へのかかり方、(2)が診療参加型臨床実習の指導体制、(3)が医学生が加入する保険ということで、今、御議論していただいたものでございます。

ここの何か記載について何かございますでしょうか。

どうぞ。

○金丸委員 ここのところは、よく丁寧にまとめていただいたのかなと思っています。特に学生が加入する保険は先ほどのとおりであります。

そして、2番目の指導体制も、本当にこういう形で明記していただくことが大事かなと思うのですが、ただ、この書きぶりとはちょっと違うのですけれども、今、働き方改革が大学にも、求められようとしているところですが、よりよい改革に向けて進むという流れの中で、一方で今回のstudent doctorの公的化に向けての議論でもあるように、医学生の指導体制の充実は絶対不可欠であります。今後はもっと大学に人がいると考えますが。これは文科省と少し関係して申しわけないのですが、それなりの人が必要になってくるし、そして、それなりの財源がないと多分対応できないのではないかと。働き方改革をやりながら、この指導体制もしっかりとして、きちんと学生の指導をする。この両方が成り立つためには、相当なお金と相当の人がここに入っていないと、厳しいのかなというのは正直感じます。

それと、先ほどのOSCEのところ、全国的な組織が望まれることもそういう意味です。各大学が公的化に向けてOSCEを個別に実施する場合、現状の人と財源で対応するのは厳しいと思いますので、公平と平準化ということを含めて、全国的な組織で、大学と離れた形で、それを前回も申し上げたとおりなので、この書きぶりとはちょっと違って申しわけないのですが、そういうところをどこかでお考えいただいているのかなとは思っているのですけれども、そういう実態があるのかなと思われまますので、ぜひ御検討いただけるとありがたいと思って発言をさせていただきました。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

指導するのは上級医師であります。彼らのその働き方改革ということも含めて、いい影響を与える部分もありますけれども、真剣にやればやるほど、労働の負荷が増す部分もあるという2面性があるということでございます。

清水委員、どうぞ。

○清水委員 最後の4の(3)ですが、先ほどのお話のように、学生が入っている保険で、学生の行った行為によって患者さんなどに不利益があった場合については補償されるのかもしれませんけれども、門田レポートに書かれているような侵襲的な行為を学生さんにど

んどん進める場合には、逆に学生さんに針刺し事故や結核菌の感性などの被害をうけるといふことが起こり得ると思ふのです。

医師の場合は労災が適用されますが、学生の場合はどういふことができるのでしょうか。もしわかつたら教えていただきたいと思ふます。

○中谷分科会長 荒木企画官、どうぞ。

○荒木企画官 これはコア・カリキュラムの中でも、例として挙げておりますし、以前に清水委員から御指摘いただいて、各大学に少しお伺いしたところもございます。大きく医学生を対象とする賠償責任保険あるいは保険的なものとして2つありまして、一つは、今回の議論になっておりますように、医学生の方が医行為をするとか、いろいろな学業の過程で誰かに怪我をさせてしまった。そういう部分についての保険が一つ。

もう一つは、例えば自分が自転車でこけたとかいふことも含めた身の回りの保険的なもの、両方ありまして、全者のほうの自分の身を守るという保険について、それももしかしたら針刺しの感染でもそうかもしれませんが、そちらについてカバーするような保険に加えて、先ほどの自分の医行為による障害を与えたという場合の保険の2本立てになっていることが多いと伺っています。

ですので、その辺の保険をどこまでの範囲にしているのか、あるいは、保険対象をどうするかによっては、保険会社によって少し違ふ部分がございますが、ある程度のメニューはあると伺っております。

○清水委員 保険会社にもこういうことを推奨するのであれば、ある程度の要求をしてもいいのではないかと思ふのです。

そうしないと、学生さんも怖くて実習ができないですね。学生さんは患者さんの現場に出て自分が注射をして、針を刺したら困ると思ふのですけれども、どうなのでしょう。

○荒木企画官 現時点でもある程度はそういうメニューも含めてあると思ふますし、逆に、こういう形で報告書の中で必要だといふことが書かれるといふことであれば、これは保険といふのは基本的には民間保険会社でいろいろなメニューを設定されますので、ニーズを考えて、考えられるのかなと思ふます。

そういう意味では、この報告書にしっかりと書きとめていただくといふことは、学生の身を守る保険が新たにできる可能性もあると思ふます。

○清水委員 強く推奨されるべきであるといふ文章に意味合いが込められているといふことでいいのですね。

○中谷分科会長 本当に強く推奨されるべきであつて、現状では100%云々かどうかはわかりませんが、全員が保険加入するべきと考えます。学生さんがたまたま針刺し事故を起こしてしまうといふのはないわけではなくて、その場合必死になって上級の医師、付属病院がそれに対応しているといふのが実情ではないでしょうかね。学生さんに感染が起きたら大変であり、その後、迅速にすぐさまいろいろ手を打っているようみたいです。

○清水委員 何回も済みません。

恐らく大学は、今まで歴史があるのでいいと思うのですけれども、地域の研修病院は、そういう対応をしていないところが多いと思うのです。だから保険の中に、場所を限定しない。大学病院ではないところでもいいということをつけ加えていただかないと、地域の臨床研修病院さんに学生が出てくるというのは難しいのではないかと思いますので、そういう意味でも申し上げました。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

恐らく保険のカバーの確保はされるような気がするのです。それは外の病院に出かけたときに、同じような事故が起きたことをした場合ですね。

○小玉委員 確認ですけれども、先ほど私が申し上げた責任の所在の場合に、さっきこれを見てわかったのですけれども、大学以外で研修した場合の責任の所在も大学でよろしいのですか。その辺の整理は必要なのかもしれません。

○中谷分科会長 そこは難しいですよ。

やはりほかの病院において事故が起きた際にでしたら、そこも大学病院が責任を持つということまでは不可能だと思います。

○小玉委員 同じ医育でも違うわけですよ。

○中谷分科会長 加藤室長、どうぞ。

○医師養成等企画調整室長 責任の所在に関しては、既に一度、8月1日に御議論いただきましたけれども、今回も参考資料1の最後のページに、法的な整理ということでまとめさせていただいております。

ここに、大学と医療機関と、いわゆるStudent Doctorの法的な整理をしておりますけれども、真ん中の赤字の点線にございますとおり、大学とは別の医療機関で行った場合におきましても、民事上の管理監督責任はいわゆる医療機関の管理者に課されるというのが法的な整理になりますので、この点は御理解いただければと思います。

○中谷分科会長 どうぞ。

○澤委員 私が理解しているのは、私の属していた大学病院では、年間の医療事故に対する保険金の掛金が数千万単位でした。医師が病院内で行った行為に対しては、全てそれに対応します。ただし、医師がバイトでほかの病院に行ったときは、それは対応できないので、個人で医師賠償保険に入ってくださいといたしておりました。

ですから、大学病院の敷地内で起きた場合には、学生の行為もそこに何とか入れていただくということをお考えいただけるといいなと思うのですが、その前提として、下調べとして、各大学病院、研修を受け入れる病院がどのくらい医師賠償保険に入っているのかということは何らかの形で調べていただけると、今後の議論を進めるのに役に立つのではないかと思いますので、どうでしょうか。

○中谷分科会長 どうぞ。

○柑本委員 今の澤先生の御質問に対して、文科省にお聞きしたいのですけれども、臨床実習は、大学の正課の中で行う一つの教育科目なわけですよ。そうすると、大学として、

学校内で行われる事業だけではなくて、インターンシップとかそういうところで起こった事故に対しても、賠償責任を負うような保険に入っているのではないかと思うのですけれども、それはどういう感じになっていらっしゃるのですか。それは、金額はわからないですけれども。

○中谷分科会長 荒木企画官、どうぞ。

○荒木企画官 御指摘の話で、まさに医学生 of 教育研究賠償責任保険というものが想定されて使われているものと伺っておりますけれども、個別具体的にどこまでカバーするかというのは、今、手元にありませんので、詳細は確認できません。委員御指摘のとおり、教育研究の一環の中で行われたこと、行為について、まず自分がその場で怪我をしたということもカバーするでしょうし、相手に何かしたというときのことについて、例えば卑近な例ですけれども、自転車に乗っていて相手を怪我させたというのも、例えばこういう保険でカバーする場合がありますので、カバーの内容は保険によって違いますけれども、先生が御指摘の部分の保険もあるかなと思います。

○清水委員 ありがとうございます。

○中谷分科会長 羽鳥委員、どうぞ。

○羽鳥委員 澤先生の質問に、正確な答えではないかもしれませんが、医師会で、例えば普通の自分の診療所での医行為の場合にはもちろんそうですけれども、それ以外に、学校医や産業医、外に出て仕事をするとき。前はこれは対象外だったのですけれども、数年前から、日本医師会の医賠償の保険の中ではそれが補償されることになったのです。

ですから、これは保険会社との交渉だと思えますけれども、そういう仕組みを仕組みにできるのではないかと思うので、文科省、厚労省、頑張れということです。

○中谷分科会長 保険会社もいろいろな会社がありますので、官庁が動けば全部納得してくれるかどうかはわからない部分もありますので、今後、そこら辺は気をつけなければならぬところかもしれません。

ほかに何か御意見はございませんでしょうか。よろしゅうございますか。

それでは、かなり時間がたちました。本日もいろいろな御意見をいただきました。報告書案については、本日は途中退席の先生もいらっしゃいましたし、数人、御欠席の先生もいらっしゃいます。もう少し報告書に関しまして最終的な議論をしたいと思っておりますので、本日の議論を事務局で整理していただいた上で、申しわけございませんがもう一回お集まりいただき、次回を最終としたいと思っていますが、その文言について確認させる会議を予定したいと思います。

本日の議論はこれで終了といたしますが、その他、事務局から何かございますでしょうか。

○西岡補佐 それでは、次回の日程につきましては、また改めて事務局から先生の皆様方に御連絡さしあげたいと思います。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

本日は長時間にわたりまして、非常にいろいろな観点から、非常に有意義な御議論をいただいたと思っております。本当にありがとうございました。

委員の先生方には、御多忙の中、この医師分科会に御参加いただきまして、ありがとうございました。改めて御礼申し上げます。

これで本日の医道審議会医師分科会を終了いたします。

本日は本当にありがとうございました。