

2021-11-26 医学生が臨床実習で行う医業の範囲に関する検討会（第1回）

○小林企画調整専門官 定刻になりましたので、ただいまから第1回「医学生が臨床実習で行う医業の範囲に関する検討会」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を賜り、誠にありがとうございます。

まず、審議官の大坪より御挨拶を申し上げます。

○大坪審議官 皆様、おはようございます。厚生労働省医政担当の審議官の大坪でございます。

本日も御多忙のところ御出席いただきまして、誠にありがとうございます。

申し上げますまでもないのですが、今年の5月に医師法を改正させていただきまして、令和5年度から大学が共用する試験として、厚生労働省令で定めるものに合格した医学生の皆様が、臨床実習において医師の指導・監督の下、医業を行うことができるということが規定されております。

今後、シームレスな医師の養成に向けた取組がより一層進む中で、共用試験は臨床実習を開始する前に習得すべき知識及び技能を有しているかどうかを確認するものでありまして、医師として保有すべき知識・技能を確認する医師の国家試験とは内容が少し異なるものだと考えております。

本日は、その医業の範囲をどのように定めるか、医療安全や学生保護の観点から、忌憚のない御意見を幅広く患者様や法律家の先生方の視点からも御意見いただきたいと思っております。どうぞよろしく願いいたします。

ありがとうございます。

○小林企画調整専門官 ありがとうございます。

本検討会の構成員の先生方の御紹介につきましては、構成員名簿の配布をもって代えさせていただきます。

構成員の出欠についてですが、中谷構成員は本会場にて御参加いただき、ほかの構成員の皆様についてはオンラインにて出席いただいております。

医政局医事課から、山本課長、福田医師養成等企画調整室長、谷嶋企画調整専門官、そして小林医師養成等企画調整専門官が参加しております。

なお、文部科学省高等教育局医学教育課からは、島田企画官にオブザーバーとして御参加いただいております。

マスコミの方の撮影は、ここまでとさせていただきます。

（マスコミ頭撮り終了）

○小林企画調整専門官 それでは、座長が選任されるまでの間、私のほうで議事を進めさせていただきますと思います。

本日の議題は「1. 座長の指名について」「2. 臨床実習で行う医業の範囲について」です。

まず、議題の1つ目である「座長の指名」につきまして、長年、医学教育に携わっていらっしゃる中谷構成員にお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

(首肯する委員あり)

○小林企画調整専門官 それでは、異議がないようですので、以降の議事運営につきましては、中谷座長にお願いいたします。

中谷座長、お願いいたします。

○中谷座長 ただいま御指名いただきました千葉大学の中谷でございます。

僭越ではございますが、私が進行役を務めさせていただきます。活発な御議論をよろしくお願い致します。

それでは、まず、資料の確認につきまして事務局からお願いいたします。よろしく願います。

○小林企画調整専門官 それでは、資料の確認をお願いいたします。

本日はペーパーレスを実践していくこととし、委員の先生方には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覧ください。オンラインで御出席されている先生方には、事前にデータを送付させていただいております。

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。

本日、オンラインで御参加いただいている構成員の皆様は、御発言時以外はマイクをミュートにするようお願いいたします。

御発言の際には、Zoomサービス内の「手を挙げる」ボタンをクリックいただき、座長の指名を受けた後に御発言をお願いいたします。その際はマイクのミュートを解除し、御発言終了後は再度マイクをミュートにしてくださいませようをお願いいたします。

また、チャット機能を用いた御発言につきましては議事録に反映されませんので、御連絡以外に用いることはお控えください。

それでは、中谷座長、引き続きお願いいたします。

○中谷座長 それでは、早速議事を進めてまいりたいと思います。

2番目の議題でございますが、「臨床実習で行う医業の範囲について」ということになっております。

まずは、資料1「法改正の経緯と医学生の医業の範囲について」、事務局より御説明いただきたいと思います。

○小林企画調整専門官 事務局でございます。

資料1を御準備ください。

スライドの2ページ目を御覧ください。

従来からの臨床教育における課題として、日本の臨床教育においては、卒前の臨床実習の約2年間、その後に医師国家試験があり、そして2年間の臨床研修と、4年間が卒前と卒後に分断されているため、一貫性が乏しく、研修内容に重複があること。そもそも、臨床教育の約4年間は、日本と同様に国家試験を採用している諸外国と比

較して期間が比較的長く、分断による非効率な実習・研修体制が一因となっている可能性があるとされてきました。

次のスライドです。

昭和62年の医学教育の改善に関する調査研究協力者会議におきまして、教育目標の明確化、カリキュラム改善、臨床実習充実と評価、卒前と卒後の研修の関連等の提言が出されました。

平成3年の臨床実習検討委員会最終報告では、医師法で無免許医業罪が設けられている中で、医学生が臨床実習において医行為を行うためには、社会通念から見ても相当であり、医師の医行為と同程度の安全性が確保される限度であれば基本的には違法性はないと解釈できると整理されました。

この違法性阻却の条件としましては、臨床実習における医行為については、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指導医による指導・監督の下に行われること、③臨床実習に当たり事前に医学生の評価を行うこと、④患者等の同意を得ること、この4点が必要とされました。

また、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という点においては、この報告書におきまして、医学生の臨床実習において、一定条件下で許容される基本的医行為が例示されました。この報告書を前川レポートと言っております。

その後、文部省から、全国的に一定の水準を確保するために「共通の評価システムを作る事を検討」とされ、平成13年、文部科学省の「21世紀における医学・歯学教育の改善方策について」で、学部教育内容の精選を図るために、教員内容ガイドラインであるモデル・コア・カリキュラムを作成すること、臨床実習前の適切な評価システム構築のために、共用試験システムを開発することが示されました。

次のスライドです。

医学教育モデル・コア・カリキュラムは、学生が卒業時まで身につけておくべき、必須の実践的診療能力に関する学修目標を明確化したものです。

総履修時間数の3分の2程度を目安としており、残り3分の1程度は各大学が特色ある独自の選択的なカリキュラムを実施することとなっております。

次のページを見ていただきますと、モデル・コア・カリキュラムは、平成13年3月に策定され、数回の改訂作業が行われております。

また、令和4年度の改訂版発表に向け、現在、改訂作業が行われているところでございます。

次に、スライドの6ページ目を御覧ください。

現在の教育現場で使用されているモデル・コア・カリキュラムは、平成28年度改訂版となっております。「多様なニーズに対応できる医師の養成」をテーマに、学生が卒業時まで身につけておくべき、必須の実践的診療能力を、「ねらい」と「学修目標」として明確化されております。今回、参考資料として送付いたしました診療参加

型臨床実習実施ガイドラインは、このモデル・コア・カリキュラムに参考として付記されているものです。

次のスライドです。臨床実習に当たり、事前に医学生の評価を行うこととして、共用試験という試験を行うこととなりました。2005年（平成17年）から正式実施されております。共用試験は、医学部3年もしくは4年生、臨床実習に進む前に受験いたします。CBTというコンピューターで行う知識を問う試験と、OSCEという技能と態度を評価する実技試験の2つで構成されております。この両者に合格した学生がAJMCからStudent Doctor証が発行され、臨床実習を行っております。

次のスライド、8ページにお進みください。

前川レポートで臨床実習の医行為を整理し、モデル・コア・カリキュラムや共用試験といった取組を進めたところ、CBTと医師国家試験という2つの試験で一部内容の重複が生じたため、平成27年の医師国家試験改善検討部会報告書において、診療参加型臨床実習の充実を図るために、医学生の筆記試験の負担を軽減する必要があるとされ、平成30年より、国家試験の問題数が削減されております。

また、前川レポートは平成3年に出されましたが、その後、医療技術の進歩や、学生が診療に参加する臨床実習がより進んできたことから、再度、医学生の臨床実習における検討をいたしました。こちらを門田レポートと呼んでおります。

次のスライド、9ページにお進みください。門田レポートの概要となっております。

前川レポートで整理された医学生の臨床実習における医行為の違法性阻却の条件について、再度検討しております。

医学生に許容される医行為の範囲は、医師養成の観点から、臨床実習における医行為を2つに分類しております。

指導医による指導・監督については、きめ細やかな指導・監督をすることとしております。きめ細やかな指導・監視はどういうものかということ、医学生が医行為を実施していることを認識し、かつ、必要があれば直ちに制止・介入できる状況であり、医師の医行為と同程度の安全性を確保することとしています。

医学生の要件としては、臨床実習を行わせるに当たって、事前に医学生の評価として共用試験を受け、合格することとされております。ただし、国における合格基準の設定なども含め、共用試験の公的な位置づけを行うことが望ましいとされました。

患者等の同意については、門田レポートでは、同意取得について院内掲示のみではなく、口頭または文書での同意が必要としております。

次のスライドです。前川レポートと門田レポートにおける、臨床実習において医学生が実施すべき行為の対比です。

門田レポートについては、医師の養成の観点から臨床実習に実施が開始されるべきとする医行為（必須項目）と、臨床実習中に実施が開始されることが望ましい医行為（推奨項目）の2つに分類されております。

次のスライドです。

こちらは、門田レポートで必須項目とされている医行為のうち、「実習で指導医の指導・監視のもと実施した」と回答した医学生の割合を示したグラフです。平成30年3月の時点で5年生の学生に行ったアンケートです。実施率が50%のところには赤線を引いております。

ガウンテクニック、消毒・手洗い、清潔操作、皮膚縫合など、80%を超えている一方で、静脈採血や末梢静脈確保、尿道カテーテル挿入、注射など、臨床研修開始直後から必要とされている医行為でも、実施率が50%未満にとどまっております。

次のスライドです。

卒前・卒後のシームレスな医学教育を進めるために、共用試験を公的なものにすることや、臨床実習における医行為を公的に担保することについては、日本医師会やAJMCなどからも要望をいただいております。

次のスライドです。総合的な診療能力を持つ医師のシームレスな養成に関して、これまで行ってきたことのまとめです。

卒前と卒後の教育の分断に対して、臨床実習、国家試験、臨床研修に対して、それぞれアプローチをしてまいりました。臨床実習の充実、臨床研修での必修科を増やすことなどを通じて、基本的診療能力の修得が早期に可能になることを目指しております。

次のスライドです。共用試験の公的化と医学生の医行為の法的位置づけについて検討した、医道審議会医師分科会の報告書です。

卒前教育においても医学生が診療に参加し、医療現場を中心として一貫した教育が行われる必要があることから、平成17年度から正式実施されている共用試験CBT・OSCEは、医学教育の中で確立されているため、公的化に相当する試験であること。臨床実習開始前に行う共用試験を公的化することで、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こと、いわゆるStudent Doctorを法的に位置づけることが提言されました。

実習で実施すべき医行為については、指導する医師が適宜、医学生の能力と患者の状態等を勘案して判断すべきとされました。

次のスライドです。

この報告書を受けまして、今般の法改正となります。良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律として、幾つかの観点から法改正を行っておりますが、その1つとして、赤字で示しております医師養成課程の見直しとして、医師法の改正を行っております。

詳しい内容としては、次のスライドになります。

1 医師国家試験の受験資格における共用試験合格の要件化。共用試験合格が医師国家試験の受験要件となります。また、共用試験の合格は、医学生が一定水準の知識・

技能・態度のレベルに達していることを担保するものであることから、共用試験に合格していることを臨床実習において医業を行うための要件とします。

2 医学生が臨床実習において行う医業の法的位置づけの明確化として、医学生の医業を医師法に位置づけます。

共用試験の公的化と臨床実習での医業の法的位置づけの明確化は令和5年度からの施行、国家試験の受験要件化に関しては令和7年度からの施行となります。

次のページが実際の条文となります。

医師法第11条は、医師国家試験の受験資格を規定している条文ですが、そこに共用試験に合格した者に限るということが追加されました。

第17条は、医師でなければ医業をなしてはならないことを規定しておりますが、そこに二が追加されております。

この医業について「政令で定めるものを除く」とあり、この政令で除く医業に関して、今回検討していただくこととなりました。

最後のスライドです。第1回「医学生が臨床実習で行う医業の範囲に関する検討会」の論点についてです。

まず、臨床実習における医師の指導監督の状況について、参考資料として送付しております診療参加型臨床実習ガイドラインですが、これは医学教育モデル・コア・カリキュラムに付記されているものですが、このガイドラインにおきまして、各大学は実習統括部門を整備し、以下の課題の解決に寄与する役割を担うよう求められております。

診療チームへの参加と指導方法の在り方について（各診療科の検討を主導）、医学部として学生に許容する医行為と病棟業務の範囲について、インフォームド・コンセントの取得に関する指針について。

各大学が、上記を踏まえ、どのように指導監督が行われているかを1つ目の論点といたします。

2つ目は、政令で除くべき医行為についてです。

まず、処方箋の交付を除くこととはどうかということです。この理由といたしましては、臨床実習においては、医師の指導監督を前提として、個々の学生の習熟度等に応じて実施される医行為は、医師が判断するということが想定しておりますが、例えば処方箋の交付により患者が受領した薬剤につきましては、医療の施設外で使用され、その薬用効果の発現時点においては指導医の直接の監視下にないことから、万一、処方箋に過誤があった場合には、危険の回避や損害の回避ができず、重大な事故を招きかねないということからです。

また、処方箋に基づき調剤を行う薬剤師は、処方箋に疑わしい点があるときには、その処方箋を交付した医師に確認することが義務づけられておりますけれども、処方箋を交付した者が医学生の場合、適切に確認作業の対応ができないというおそれがある

ります。

こうしたことから、現時点では、臨床実習で医学生が行うことができない行為として、処方箋の交付を政令で規定してはどうかと考えております。

このほかに、法令により、医学生による実施を制限する必要がある行為はあるかという点です。

3つ目といたしましては、臨床実習の実施についてです。医学生の臨床実習を円滑かつ安全に行うための必要な取組として、どのようなものがあるかという点です。

以上となります。

○中谷座長 ありがとうございます。

それでは、1つ目の論点であります、臨床実習における医師の指導監督の状況について、これまでも医学教育におきまして、様々なガイドライン等を踏まえて臨床実習が行われてきていると考えております。

まず初めに、医学教育の実情、学生たちの臨床実習についてお詳しい小西先生に、論点に示されました医学教育の現状につきまして、お話をいただければと思います。小西先生、お願いいたします。

○小西構成員 出先からお話ししておりまして、ウェブの状況で画像を切らせていただいておりますが、失礼をお許してください。

○中谷座長 了解いたしました。

○小西構成員 発言の機会をいただき、ありがとうございます。京都大学の小西靖彦と申します。

私のポジションをまず御説明して、大学での指導監督の状況について述べたいと思います。私は、京都大学で医学教育・国際化推進センターの臨床教育部門長として、まさに臨床実習の責任者として活動しております。また、一方で、京大病院では、いわゆる卒後臨床研修センターの医師臨床研修部長としての務めも兼任しております。

先ほど医事課から示されました資料の9ページに4条件がございましたが、この②にあります、「臨床実習の統括部門を整備して指導医による指導監督が十分に機能しているか」、今18ページにも論点として挙げられましたが、これについて、私どもは大きな責務を持っていると実感しております。

まず、結論から先に申しますと、全国の大学は、この指導監督について、おおむね担当部門を整備して、それぞれの診療科においては、学生が放置されたままではなくて、一定の指導医の監督の下に臨床実習を行っていると考えております。確かに診療科によっては、指導医と学生の関係性は様々でございまして、学生が学べる環境にも若干の温度差があることは事実だと思います。学生が学べる環境は、医業、これは侵襲的な手技という意味だけではなくて、医療面接、いわゆる問診を行ったり、カルテに記載したりすることを含んだ医行為ですけれども、この医業がどの程度認められるかによって、今後、大きく改善する可能性があるかと私どもは考えております。

今、最後に医事課が示されました18ページの1つ目の論点で、医学教育モデル・コア・カリキュラムの話がございましたが、本日、参考資料3につけていただきました平成28年度版の4～5ページには、実習統括部門の整備として想定される機能を20挙げていただいています。この20項目は、2004年の文献を基礎に置いていますので、17年経過した現在では不要になったものや、もう当然になってしまったものも入っております。現在、このコア・カリキュラムの改訂作業が行われておりまして、改訂班の中で、臨床実習及び臨床技能を担当しているチームに、今、挙げました臨床統括部門の機能について、まず、まとめてもらいました。

本日は、ここについて詳細までは申しませんが、統括部門の働きとして、まず1点目に、当然でございますが、指導監督する部門がちゃんとあるのかということ。

それから、2番目に、学生の診療参加と教員の指導方法などについて、統括部門から指示しているのか。その中には、いわゆるFDと呼ばれる指導医の能力開発の状況も含まれるということが挙げられました。

そのほかとして、幾つか。学生の医行為と病棟業務の範囲が明示されているのかどうか。患者さんなどから同意をきちんと取っているのか。患者と学生を守る保険に対するポリシーを定めているか。臨床実習での学生評価の指導監督ができていますか等々が挙がりました。

こういう項目を新たに策定して、私どもがつながっております教育部門を通じて全国の大学に調査を行ったところでございます。繰り返しになりますが、本日は概要を口頭でお話いたします。

まず、1番目に申しました指導監督部門は、大学によって名称はいろいろなのですが、医学教育センターなどの部門が設けられて、9割近い大学に備わっております。また、そうでないところでは、例えば教務委員会などの名前の委員会組織が指導監督をしておりました。

2番目に、統括部門からの参加型臨床実習や教員の指導法について、具体的な文書で、あるいは会議体などでの伝達や指示がなされておりました。臨床実習の指導法などに関するファカルティ・ディベロップメントも、9割を超える大学で行われています。ただし、アンケートでは、コロナのために定期開催が今、難しくなっているなどの報告はございました。

先ほど申しました、その他の部分では、学生の医行為や病棟業務の範囲については、4分の3の大学が文書として明示しています。文書でない場合、学生や診療科への説明を会議体などで行っているということでした。例を申しますと、私ども京都大学の場合は、学生に対しては臨床実習マニュアル、指導医に関しては指導マニュアルというものをつくって、毎年配布しています。また、説明会なども、特に新学期前が多いのですが、行っております。また、学生の医行為に関しては、院内掲示、また文書・口頭での包括あるいは個別指示が、場面に応じて全ての大学でなされておりました。

学生には、保険加入を必須、または強く推奨しておりました。この強く推奨というところを少し詳しく聞いてみますと、実際には全学生が入っているところが主でございました。いわゆる学研災と申します、学生教育研究災害傷害保険というものだけでなく、多くの大学で、実習などで他人に危害を加えた場合、この危害というのは、別に刃物でというような意味ではございませんで、車椅子で転んだ場合にけがをしたという場合を含めて、他人に危害を加えた場合などを想定した、いわゆる附帯賠償責任保険に多くの大学で加入していることが分かっております。

まず、議論の最初のところとして、少し話が長くなって恐縮でしたが、臨床実習における指導監督の状況ということでお話をいたしました。

中谷先生にお返しいたします。ありがとうございました。

○中谷座長 ありがとうございました。

詳細に統括部門が、どのように指導監督して学生の臨床実習を行っているか、京都大学を含めて、全国の状況も調査されて、まとめてお話をいただいたと思います。

最初に医事課のほうから御説明がございました部分、すなわち今回の法改正の後にどのような医行為まで行わせることができるかということについて、それから、只今、小西先生から御説明いただきました現状の臨床実習について、全体的に、御意見、御質問等、お願いしたいと思いますが、いかがでございましょうか。

福井先生、何かお気づきの点、ございますでしょうか。

○福井構成員 福井です。それでは、少し発言させていただきたいと思います。

今、小西先生がお話しされたのは臨床実習の体制の話ですね。これについて、私、例えば卒後臨床研修の体制と指導医の要件とか、そういうものと比べると、医学生についての臨床現場での指導は、まだちょっと緩いと思うのです。研修医よりも、もしかしてもっと危険性を帯びているかもしれない医学生の臨床実習については、もう少しシステムチックに、そして、可能でしたらモニタリングできればいいのではないかと考えています。教育機関ですから、特別な資格がなくても臨床現場で教員がきちっと教えているとは思いますが、そのクオリティーを何らかの形で担保できるようにしたほうがいいのではないかと考えています。

もう一点が、モニタリングです。大学によって、大きな差があるようです。1990年代に調べたときにはそうだったように思います。以上の2点が気になります。

それから、医行為につきまして、今回、医業を行ってもいいと法律で定められて、私は本当によかったと思っています。その対象となるのは、事務局から提案がございました処方箋や死亡診断書、死体検案書など医師でないと書けないものがありますので、それらは明確に除くということだと思います。それ以外の臨床現場での手技的なこと、インタビューのテクニックとか態度などについて、規制するのはテクニカルに非常に難しいと考えます。

私は、たまたま前川レポートの作成時、30年前になってしまいましたけれども、そ

の委員だったのですけれども、水準の1、2、3をつくる時も全てを網羅するというのはそもそも難しいという前提で、例示ということになったように覚えています。門田レポートでも、できるだけ細かく手技的なものを挙げたのですけれども、それでも悉皆性を担保できるようなものではありませんので、あくまでも臨床現場で指導医の判断で行えるという形にしておいていいのではないかと思います。その場合の判断の基準を、総論的な文章になると思うのですけれども、そういうものをしっかりつけておけばいいのではないかと思います。

すみません、長々と話をしてしまいました。以上です。

○中谷座長 ありがとうございます。

小西先生、只今、福井先生から幾つかご質問とコメントがございました。ここで答えいただける部分がありましたらよろしくお願いします。

○小西構成員 ありがとうございます。

福井先生、どうもありがとうございます。

参加の方々と私との一問一答になる形がいいのかどうか分かりませんが、私の分かる範囲で考えたことをお伝えしたいと思います。

まず最初に、資格ということをおっしゃいました。これは大変大事なところだと思います。教育の質というのが一番問われるところですので、そのためには教える側の質というのは非常に大事なところだと思います。現状で、卒前の臨床実習に限った指導医のティーチングシステムというのは、全国的にはないと思います。いろいろな大学に聞いてみましても、私どもでも、福井先生が構築されました、あと、厚生労働省が指導されています、臨床研修の指導医講習会が大きな役割を演じていると思いますし、臨床研修でこういうものが進んできたので、学生への教え方も少しずつ変わってきているというのが事実だと思います。

でも、福井先生がおっしゃる、臨床研修に肩を並べるほどの実習の教え方がなされているかというところは、それぞれの大学あるいは関連病院の指導医の先生方を含めて、まだこれからのところだというのは、私も認識を一にしております。

くどくなりますが、臨床研修の指導医講習会がここに大きな役割を与えておりますし、私ども京都大学の指導医講習会も、卒前の教育という部門をその中に組み込みましてやっているという形をとっております。

あとは、なかなか進んでおりませんが、Post-CC OSCE、卒業時あるいは臨床実習後のOSCEの評価者に、できるだけ臨床病院の先生方に入っていただくこと、大学教員は当然ながら入っておりますので、これが1つのFDの形も取っていると思います。

それから、モニタリングに関しては大変大事で、それこそ質の保証のためにはプログラム評価が必要だと思います。これは、従来と違いますか、私が学生の頃と違いますか、二、三十年前には、臨床実習は後ろでただじっと見ていて、出席だけ取ればいいという時代があったのはそのとおりでございますけれども、今はそれぞれの診療科

において、学生の役割ということを考えることが行われております。先ほど申しましたように、診療科によってはまだちょっと濃淡があるのは事実ですし、学生の役割を与えられやすい科と、なかなか与えにくい科があるのも事実ではございます。

ただ、今は私どもの大学の例を出しますと、それぞれの診療科で合格基準を考え、それに沿って、それぞれの診療科できちんと合格を出して、それを検証することをしております。また、これから導入されてまいりますCC-EPOC、これは学習者評価のところになりますが、についても統括部門が見られるようになるということで、臨床研修医に行っております進捗度あるいは到達状況の把握。もう一点は、研修医のストレスとか、いろいろなことに関するケアということは、研修センターと同じようなものが大学にだんだん形成されていっているということが、今回、アンケートをしまして分かってきたところです。

でも、これはこれからの部分が多いのは事実ですし、今、できていますよ、大丈夫ですよとあって、これでオーケーというものではないと思っておりますので、特に医行為がこういうふうにして学生に広がっていく中で、整備するべきものはまだまだたくさん多いと考えております。

お答えになっておりますかどうか。すみません、コメントベースになりました。
○中谷座長 ありがとうございます。

私から1つ、質問させていただきます。先ほど小西先生の御説明の中に、4分の3の大学で、その大学病院で実施できる医行為を文書化してある程度示していると、御説明があったように思います。そうしますと、現状では大学によって学生が臨床で実施している医行為にかなり差がありますし、先ほど医政局医事課から配布された11ページの図で、門田レポートで列挙されたいろいろな医行為の中で実際に実施されているものをお示ししていただいたわけではありますが、半分以上の大学で行われているのは、これらの医行為の項目の3分の1程度ということになります。現状で4分の3の大学で文書化して示されているのは、こういう全国的調査を反映するものと考えてよろしいのでしょうか。

○小西構成員 私からお答えいたしますと、この4分の3の大学の多くのところは、先般、平成30年に著わされました門田レポートを受けているというものが大きいと思います。あのレポートの影響、前川レポートから二十何年ぶりに変わった影響は大変大きくて、こういうものを学生マニュアルとか指導医マニュアルに提示しているところが多いように私は感じました。

今、座長からありました、先ほどの厚労省からのデータにあった、50%に達していないものがたくさんあるというところについては、個人的な意見ということでございますが、50%より低いというものは、できていないと見る見方も1つございますし、あるいは、今般の医療の状況の中で、なかなか行う機会がないというものが多いのも事実かと思えます。この辺り、例えば妊娠反応というのが非常に低いところに来てお

り、胃管の挿入というのが50%を大きく切っていますが、学生がそういう場面にはなかなか遭遇することがない、機会がないというところも大きいかなと思いました。

コメントで失礼いたしました。

○中谷座長 ありがとうございます。

この辺について、医学生の臨床実習に携わっていらっしゃる橋本先生、お願いします。

○橋本構成員 日本医師会の橋本でございます。

私、つい先頃まで学生の臨床実習とか臨床研修医の研修などにも携わってまいりましたけれども、基本的には、学生の医行為を認めるとなったのは、ある意味現状追認のところもあるのかなと思っております。それは、場所により、あるいは大学にもよるかもしれませんが、今までもある程度のことを学生にさせてきたという経験がございます。

なので、そういう意味では、法体系としてきっちりと整備されたというところはいいのですが、先ほどから皆さんの御意見にも出ているように、それはきっちりとした範囲を決めるといいますか、条件を決めてやるということで、さらにこのような医行為を行わせるということが、よりはっきりした形になってくるのかなと思っております。後でお話ししたいと思いますが、私自身は、学生にさせる医行為というのがどういうものであるかというのは、その場面、場面で非常に違ってまいりまして、また、大学でも恐らく違うでしょうし、科によっても違うだろうと思うのです。

ですから、法律上、政令に規定するものを除くとありますけれども、その政令に規定するものはどれかというのを決めるというのは、これは極めて難しいのではないかと思います。そうしますと、それなりの資格を持ったといいますか、ざっくりばらんに言ってしまうと、昔であれば大学の文部教官、今であれば教員。文部教官でない私立大学の場合にも、常勤の教員がその指導を行う。なおかつ、その教員の責任の下に医学生が医行為を行うという形なのかなと思っておりまして、どの行為をさせるかというものは、その教員の裁量なのかなと思っております。

ですから、先ほど臨床研修指導医講習会のことが出ましたけれども、あの臨床研修における臨床研修指導医講習会の内容が、私は全てだとは思っておりませんが、あのようなものを受けた者、あるいは教員とか、それなりの資格をきっちりと持った者が指導するという形にしていけばいいのかなと思っておりました。そのほうが、責任という意味において、患者さんを保護といいますか、患者さんのためでもあるし、それから学生を保護することにもなるのかなと思っております。

以上です。

○中谷座長 ありがとうございます。

範囲を決めるのはなかなか難しいので、大学によって、そこの常勤の教員がある程度指導医となって、状況を判断しながら決めるという感じになるのではないかという

御意見であったと存じます。

國土先生、何か御意見ございますでしょうか。

○國土構成員 ありがとうございます。

私も皆さんと同じような、特に橋本先生に近い意見ですけれども、例えば11ページの、実際に医行為がどのくらい行われたというグラフがありますけれども、これを低いから高くするべきだという議論ではなくて、低いのは低いなりに、小西先生がおっしゃるようないろいろな理由があると思います。例えば胃管挿入は、私が患者であれば研修医でも嫌ですね。自分で飲んだ方が楽です。それはともかくとして、無理にこういうのをやらせるのではなくて、ある程度広い範囲で許容しておいて、もちろん機会があればやっていい。そういうスタンスでいいのではないか。侵襲的手技をどんどんやらせるべきだということではないと思います。

それから、指導医の要件については、福井先生の御懸念に私も同感しておりまして、臨床研修と同じような体制に近いのがいいのではないかと。例えば、研修医が指導して学生に何かやらせるということはちょっとあり得ないわけですから、そういうところをちゃんとはっきりさせておけばいいのではないかと思います。

以上です。

○中谷座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

天野構成員、どうぞお願いいたします。

○天野構成員 御説明ありがとうございます。

私自身、大学病院で血液がんの患者として治療を受けてきた経験がございますし、また比較的若年のがん患者ということもあってか、研修医の先生や医学生の方の医行為、特に初めての医行為というものも経験させていただくこともしばしばございました。その立場から、個人的な経験も含めて、3点意見を申し上げたいと思います。

まず、1点目ですが、例えば血液がん患者として、マルク、骨髄穿刺を受けることがあるのですが、研修医の先生から、あなたが患者さんとして初めてですと言われてマルクを受けたことがありました。初めてですので、かなり痛くなることも覚悟していましたが、実際のところ全くの無痛で、非常に上手にやっていただきました。つまり、事前のしっかりとしたトレーニングと、現場での指導医の先生の適切な指導監督があれば、初めてであっても特にトラブルもなく、医行為を受けることができるということを実際経験しております。

一方で、指導医の先生が多忙で立ち会えず、研修医の先生だけで初めてのマルクを受けることも実際ございました。もちろん医学生と違って、研修医の先生は医師免許を有する医師ですから、問題なく医行為を行っていただいていた方がいいわけですが、それでも患者として率直な気持ちを申し上げるならば、大変緊張いたしました。このときも幸いトラブルはありませんでしたが、こういった場合は、患者としては現場でなかな

か断りづらいという事情もあるかと思えます。

医療現場が多忙で、指導医の先生が指導監督を必ずしも十分に行えない場合があるというのが現場の実情かもしれませんが、患者の立場からしますと、特に医学生の方が侵襲の高い医行為を行うということがある場合には、特に現場での指導医の適切な指導監督が必須だということは、改めて強調しておきたいと思えます。

2点目でございますが、資料の中で示していただいた門田レポートで、具体的に医師養成の観点から、臨床実習中に実施が開始されるべき医行為というものが列挙されています。軽微なものから侵襲の高いものまであるかと思うのですが、ここでも個人的な経験を話すことをお許しいただきますと、レポートでは例えば尿道カテーテルの挿入と抜去というものが例示されています。私も尿道カテーテル、手術に伴い全身麻酔で入れられたこともありますし、局所麻酔だけで入れられたこともあります。これは別に医学生や研修医の方がやったわけではなく、中堅の泌尿器科のドクターに入れていただいたわけですが、率直に申し上げて激痛でした。

尿道カテーテルは、例えば女性の方であれば痛みは比較的少ないとか、高齢の方であれば痛みを感じづらいということは聞きますが、私は男性で比較的若年ということもあってか激痛で、こういった身体的な苦痛を伴うようなものが幾つか含まれているかと思えます。こういった医行為を、当然禁じるものではないということでありまして、もし実施するのであれば配慮が必要であるということをお願いしたいと思います。医学生であれ、研修医の先生であれ、どなたであっても、いずれは誰かが初めてやることとしてやらなければならないことなので、必ずこれは生じることだと十分理解していますが、中にはこういった苦痛を伴うものがあるので、そういったものについては十分な配慮をお願いしたいというのが2点目です。

3点目ですが、身体的な苦痛は伴わなくとも、場合によっては精神的な苦痛を伴うような医行為もあり得るかと思えます。例えば、私も血液がん患者として造血幹細胞移植を受けていたときがあるのですが、無菌室に入っていて大量化学療法を受けている最中、適切な支持療法を行っていただいている状況下でも、私の場合は吐きっ放しという状況があったわけですが、医学生の方とかは、御自身の実習のカリキュラムというものがあからしやうがないのですけれども、そういった場合でも無菌室に入ってきて、今日のお加減はどうでしょうかと聞いてくることがあるのです。私の状況はといえば、どう見ても吐きっ放しでつらい状況なので、そもそも会話をするのもきついような状況なのですが、医学生の方はそれでも真面目に聞いてくるわけです。

そういったこともあって、例えば身体的な侵襲を伴わないものであっても、やり方を間違えてしまうと精神的な苦痛を与える場合もありますし、これは個別の事例を一々ここで挙げるのは控えますが、がん患者団体の相談対応に関わる人間として、様々な患者さんの御相談を伺っていると、研修医の先生とか、場合によっては医学生の方の対応によってとても傷ついたという相談も、実際聞くことがあります。なので、身

体的な侵襲を伴わないものであっても、中には精神的な苦痛を伴うものがあるということについても配慮が必要かと思えます。

私からは以上でございます。

○中谷座長 ありがとうございます。

非常に重要な点を御指摘いただいたと思います。医学生の場合は、必ず指導医が指導監督しながら医行為を実施するという。あるいは、中堅の医師がやっても疼痛があるものを医学生が実施するというは、かなり問題があるだろうということで配慮は十分必要である。それと同じように、患者さんがつらそうにされているときに医学生のインタビューに対応するというのも、御自身の御経験から厳しいということ。ですから、患者さんの状況を理解し、どういう場合にそれが可能になるかということについて十分配慮しながら、そういう医行為に取り組む必要があるのではないかというご意見だったと思います。

柑本先生、どうぞ。

○柑本構成員 私は、今回の学生さんたちが医行為を行うということについては、安全性が確保されるということが非常に重要だと考えているのですが、全体的な指導監督の大まかなところというのは何となくイメージがわきました。しかし、私自身は医学の現場におりませんので、実際に学生さんたちが医療行為に関わる時に、どのような形で指導され、監督されるのかという具体的なイメージというのを持つことが難しいので、ぜひその点、現在ではどういうふうになさっているのかということをお教えいただければ大変ありがたいです。

よろしく願いいたします。

○中谷座長 小西先生か福井先生に、お願いしたいと思えます。

○小西構成員 まず、私から少し申し上げた上で、福井先生、もし追加があればお願いしたいと存じます。

今、私がお伝えしましたのは、まず体制のことを中心に申し上げました。これは、恐らくお知りになりたいのは具体の現場のイメージだと思っておりますが、それでも、まずここから御説明したほうが良いということをお分かっていただけたらと思います。と言いますのは、組織もないのではないかとお思われているのではないかと、ところもございまして、こういう組織は整っていて、何をすべきかということをお、昔と比べてと言ったら大変言葉が悪うございますが、しっかりしてきていると私どもは思っているということをお伝えします。

その上で、具体的なイメージというのは幾つかあります。先ほどから申していますように、比較的チームを組みやすい診療科というのがございます。具体的には、位の高い指導医。それから、真ん中辺りと言ったら失礼ですが、助教辺りで病棟に比較的よくいてくれる指導医。それから、研修医と学生という1つのチームが組みやすいところがございます。こういうところだと、学生が実際には医行為といたしましても、

患者さんにお話を伺ってくるとか、検査データを集めてくるとか、朝のカンファレンスで学生がチームの中で、〇〇さんの朝の状態はこうだと報告し、自分はこういうことを今日は考えているというのに関して、場合によっては上の研修医が指導することもございますし、多くの場合、指導医が1日何回かのラウンドの中で、それはこうしたほうがいいのではないか、あるいはこれを読むといいよということを指導して、学生がまた自分で勉強するというイメージが付きやすい科がございます。

私はバックグラウンドが外科でございますが、外科は手術室に入って忙しいので、こういう体制が取りにくいということもあります。そういう場合は、手術と一緒に入って教えることがあったりしますが、外科のようなところですかかなりクリティカルな治療になりますので、治療に直接学生が関わることはあまりありません。当然ながら、学生に臓器を切らせることは絶対にいたしません。ただ、治療方針を立てるに当たって、どんな治療があるのかということは、とことん学生に考えさせてプレゼンさせるということで学生は育ちます。こういうものがイメージです。

先ほど研修医が下を教える、いわゆる屋根瓦ということをちょっと例示しましたが、屋根瓦の枚数が豊富な病院は幾つかあるのですけれども、そんなにあるわけではありません。ですから、実際には指導医の下に研修医と学生が横に並んでいたりすることも結構ございます。レベルを変えて、研修医にはこの辺まで、学生にはこの辺までみたいなことで患者さんを受け持っていて指示を出す。学生は、横にいる研修医が自分よりたくさんの方ができるなということを見ながら、もう2年たったらこうなろうというイメージを持ってやるというのが、指導としてのいいところかなと思います。

ただ、これはうまくいっているところの例を申し上げたということも現実でございます。私の若い頃は、放置されて、その辺でやっておけみたいなことでしたが、今は、あえて申し上げますと、いろいろな診療科において、学生がすべきことを、その科、その科で少しずつまとめられている。参加の度合いは、今、申し上げたように、診療科によってちょっと上下がある。指導医としては、安全ということを考えてやるということが多いかと思いますけれども、この辺でコントロールしているところでございます。

これでもまだ総論になってしまいますので、各論というと、各診療科のことを調べなければいけませんので、これ以上は今後また調べて御報告できればと思います。

○中谷座長 ありがとうございます。

福井先生、何かつけ加える部分がありましたらよろしくお願いします。

○福井構成員 患者さんに苦痛をもたらす可能性のある検査手技などについては、マネキン人形などのシミュレーターを使って徹底的に練習するというのが、第一点です。

第二点が、これは研修医もそうですけれども、自分たち同士でやることです。例えば、採血ですが、多くの研修医や学生は自分たちでまずお互いにやって、それから患

者さんから採血することがほとんどです。それから、眼底鏡にしても、胃の中に管を入れるのも、患者さんにやる前に自分たちでやるという学生や研修医もいます。

シミュレーターもかなり精度の高いものが出てきています。それから、皮膚を縫う手技についても、外科の先生の指導の下で、糸の結び方は患者さんで行う前に徹底的に練習して、できることを確かめた上でやっています。

以上です。

○中谷座長 ありがとうございます。

シミュレーターというのがかなり発達していきまして、静注とか、そういう訓練ができますし、今、福井先生がおっしゃったように、お互いに静脈からの採血の練習とかというのは、実習で実際やり合っただけ練習しているということはあると思います。

ほかに何か御質問等ございますでしょうか。

○柑本構成員 すみません、もう一点、今のことに関連して伺ってもよろしいでしょうか。

○中谷座長 どうぞ。

○柑本構成員 指導医によるきめ細やかな指導・監視ということで、直ちに制止・介入できる状況が必要だということがずっと言われてきているわけですがけれども、私は、学生さんたちに医行為をやらせるときには、きっちりと指導される先生が真横についているとか、後ろについていて、何かあったらすぐに介入できるような状況が整えられていると頭にイメージを描いてしまいます。実際のところは、直ちに制止・介入できるような状況ということはどうのように担保されているのか、教えていただけるとありがたいです。

○中谷座長 小西先生、どうぞ。

○小西構成員 まず、私から少し申し上げて、ほかの先生方からもお願いいたしたいと思います。

まず、手技という言葉の中にいろいろなものが入ってまいりますので、例えばカルテを書くとかお話を聞く。お話を聞くというのは、先ほどの天野構成員の話にありましたように、その中でも精神的苦痛があるかもしれませんが、例えばお話を聞くことに関しては、医療面接の実習を、OSCEとか、臨床実習前の入門コースというのを、どの大学でも恐らく二、三か月かけてやっております。そういう中でトレーニングを受けております。

ちょっと話を戻しますと、今、柑本先生から言われました手技の中でも、恐らくかなり侵襲的なものに関してお話いただいているのではないかなと思いました。これに関しては、研修医であっても1人でさせる侵襲手技は基本的にございません。ましてや、学生に、おまえ、行ってやってこいということは全くないと言っていいと思います。行うときには、指導医が必ずついてやります。本来、指導医がやるべきところを、学生や研修医に横につかせて見学させる。あるいは、もう何年も手技的なことを経験

している場合にはやっているということはありません。学生レベルに、「患者さんに実際にいろいろなことをやってきなさい」ということは、なかなか取られないのではないかと想像いたします。

少しだけ先ほどに続けますと、先ほど天野構成員からの侵襲的な、今、柑本さんからも出てまいりましたが、福井先生もおっしゃいましたように、本当に侵襲的なものを考えるのであれば、プロセスとしてのシミュレーション実習。例えば、研修医の先生方でも、中心静脈にカテーテルを入れるときには、シミュレーターでこれをやり、超音波ガイドで針を刺す訓練をやり、それで院内の資格のようなものを取ってからでないとできないとしている病院が大変多いと思います。学生の場合も、もしさせるのでしたら、大学の中でシミュレーターなどを使っての訓練のプロセスをきちんとするということが必要になってくると、個人的な意見でございますが、多くの大学の方はそう考えていると私は思います。

以上です。

○中谷座長 ありがとうございます。

ほかに何か議論しておくことはございますでしょうか。

天野構成員、どうぞ。

○天野構成員 天野でございます。

今の御指摘に関連して、改めて申し上げたいのですが、先ほども申し上げたように、確かに侵襲の高い、もしくは苦痛を伴う可能性のある医行為というものが幾つあり得るかと思えます。それに対して、今の御説明では、多くの大学病院ではシミュレーター等を用いて、適切な事前の訓練やトレーニングが行われているということを今、教えていただきました。

ただ、一方でちょっと懸念しますのが、今、多くの大学でということをおっしゃっていただいたのですが、大学によってばらつきがある可能性があるのかなとも思いました。なので、ばらつきがもし仮にあるのであれば、患者の立場としましてはできるだけそういったものは排除していただいて、侵襲の高いものについては、どこの大学でも一定の基準に達した事前のトレーニングが行われることを担保していただくことはできないかというのが私からの意見でございます。

もう一点が、本日はまだ議論に上がっていないのですが、先ほどの論点の中に臨床実習の実施についてということで、円滑かつ安全に行うための取組ということで患者の立場から申し上げますと、例えば患者が大学病院に対してどういう機能を期待しているのかということでございます。

申し上げるまでもなく、大学病院は研究機関としての役割、高度な医療を提供する中核的医療機関としての役割、そして医師の育成のための教育機関としての役割があるわけでございますが、患者さんや御家族の話を聞いていると、多くの患者さんの意識としては、選定療養費を払えば高度な医療を受けられる医療機関という位置づけが

大きいのかなと思っておりまして、教育機関としての役割をあらかじめ認知している方はさほど多くないのではないかと感じます。

入院してから知るとい方が多いと思うのですが、この部分、今までも、例えばここは教育の場ですとか、医学生とか看護学生がお話を伺うことがありますとか、そういった院内掲示はもちろんあるのですが、今後、こういった取組を開始するに当たっては、より一層の認知を高める取り組み、例えば入院時の包括的な同意取得。加えて、大学病院というものの役割についての啓発、教育機関としての役割の啓発といったところが体制整備として必要ではないかと考えます。

私からは以上です。

○中谷座長 ありがとうございます。

そうですね。一般の方には、高度の医療機能を持っている病院という位置づけといますか、そういうイメージで大学病院にかかれる患者さんが多いのだと思います。大学病院が教育の病院であると突然言われて、それが病院に掲示されているだけでは周知が十分でなく駄目なので、包括同意をしっかりと。患者さんから頂く必要があると思います。入院する場合は、そういうものが取られていることが恐らく多いと思うのですが、包括同意の取得をしっかりと行う必要があります。あるいは、個別同意ですね。侵襲的な医行為を学生に行わせる場合は、個別同意を取ってからでないか、当然そういうことは実施できないと思いますので、そういう同意取得の手続等はしっかりと行う必要があるのかなと思っております。

橋本先生、どうぞ。

○橋本構成員 橋本でございます。

今、いろいろとお話が出ていたことで大分煮詰まってきたのかなと思いますが、例えば今の天野さんのお話で、大学病院というものが教育機関であって、患者の診療に学生が参加することがあるということは、前川レポートの違法性阻却の条件の④患者の同意を得ることというところになるわけですね。ですから、例えばある科で患者さんの手術に学生と一緒に入るといときには、当然のことながら、どの行為をするかというものは明示しなくても、少なくとも患者さんの同意を得るということは違法性の阻却要件として必要になるわけですので、その点についてはよろしいと思います。

ただ、一方で、2番目の条件である指導医による指導監督の下に行われることということで、先ほど柑本委員からも御質問がありましたけれども、この点についてはきっちりと決めておくべきかなと思っております。というのは、都市部にある大きな大学の大きな科であれば、教員というのはたくさんいるのだらうと思うのですが、地方大学の小さな科になると、例えば教授、准教授、講師、助教、2人とか、そういう講座も当然のことながらあるわけですし、そういう人たちが必ずその場において、学生にぴったりつかなければ学生に医行為をさせることができないというのでは、ちょっと困ります。

なので、常勤の教員であれば全く問題ないと思いますが、常勤の教員でなくても、例えば臨床研修指導医講習会を受けているとか、ある程度の条件をつけることによって、そのような指導体制が可能になるのかなと考えております。

根本的に言えば、学生が責任を取ることのできない行為をさせてはいけないと思います。ですから、これはあってはならないことでもありますけれども、学生がやった医行為によって、後で訴訟に発展した場合に、その責任を取れと学生が訴えられるような状況になるということは、万が一にもあってはならないことですので、その責任を取ることのできる状況というのはきっちりをつくっておく。すなわち、責任のある指導者がその責任を負ってやるということだろうと思います。

以上です。

○中谷座長 ありがとうございます。

続きまして、福井先生、どうぞ。

○福井構成員 先ほど天野構成員と小西先生もおっしゃったことで、診療科ごとのバリエーションとか大学ごとのバリエーションについては、私も以前から気になっていることでして、バリエーションを小さくする仕組みを考える必要があると思います。ただ、大学に煩雑な手続を求めるということは、できるだけしたくないですし、今回の法改正に伴って医学生がいろいろな手技的な実習をやるに当たって、どの大学でも最低限、透明性とモニタリングを確保した体制をぜひ考えていただきたいと思います。

それから、言葉尻を捉えるようで申し訳ありませんが、橋本先生がおっしゃったことで、スタッフが少なく、学生のそばについて教えられない病院では、医学生に侵襲的なことはさせないほうがいいのではないかと考えています。そばについて、特に手技的なことについては十分教えられる、介入がすぐにできるような態勢を取れないところは、見学なり、違う方法で勉強してもらうのが安全ではないかと思っています。

以上です。

○中谷座長 橋本先生、どうぞ。

○橋本構成員 福井先生がおっしゃることは、私もよく分かっております。全く先生のおっしゃるとおりです。ただ、どうしてもこの行為をさせたいというときには、教員じゃなくて、先ほど言ったような非常に経験がある、だけれども、定数の関係でポジションがないという医師も大学にはいるわけですので、そういう人であれば、例えば臨床研修指導医講習会を受けているとか、そういう条件をきっちりつけた上で指導させることはできるのかなと思っておりました。

以上です。

○中谷座長 ありがとうございます。

小西先生、どうぞ。

○小西構成員 恐れ入ります。

私からは、先ほど天野構成員あるいは橋本構成員から出てまいりました学生の質の

担保というところについては、大変大事なところだと思います。その1つの答えが先ほど申しましたように、どの大学でも臨床実習入門コース、OSCEの前にたくさんの学習をしているということは1つ申し上げたいと思いますが、またそれをきちんと一定のレベルというところで、OSCEを含めての共用試験を行っているというところかと思っています。ですから、言い換えますと、OSCEの重要性ということが今回、法で認められました。内容の重要性というのはますます言われてくることになると感じました。

それから、天野構成員の御発言の中の精神的なところに、僕が答えるべきかどうか分かりませんが、私も実はアブレーションを20年ぐらい前に受けたことがあって、そのときに尿道バルーンを入れられて、激痛で泣いたことがございました。入れてくれたのは、一番若い研修医でした。同じ思いをしておりましたが、誰もが最初はあるのだなと思って、そのとき私はそう思いましたが、皆さんがそう思ってくれるかどうかは分かりません。

加えて、先ほどの精神的な面ということに関しては、前回、平成28年のコア・カリキュラムの改訂のときに、ガイドラインの中にアンプロフェッショナルな学生ということが一部入ってまいりました。こういうものが出てきたところで、実は全国のかなりの大学が、学生実習生の少し問題となる行為について、組織的に扱うということをするようになってまいりました。

具体的には、京大のことを簡単に申しますと、学生が何か問題があった場合、診療科のその場にいる指導医から医学教育センターに、こういう行動があった。軽いものですと、無断で来なかったということもあるわけですが、それだけではなくて、例えば患者さんへの話し方のこういう問題があった。これはちょっと考えなければいけないというものが来ますと、その委員会で話し合われて、学生を場合によっては呼び出して注意で済むこともありますし、あるいは学生によく聞き出した上で、今後どうすべきかということをして学生に考えてもらって書いてもらう。その情報を、医療安全のことがございますので、学生の権利は十分守った上で、次の診療科と共有することが大事だということが行われています。

今は京都大学の例を申し上げましたが、全国の大学でアンプロフェッショナルな学生に関する、どういう取組をするかということは、この28年から後に随分進んできていると思います。これは、もうちょっと調査が要るかだと思いますので、これ以上は申し上げません。

それから、今、お話が橋本構成員からもありましたが、国立大学は教員削減がかなり厳しくなっていてまいりまして、いろいろなところで苦勞しております。その中で質を保証していくためには、教員以外でも指導できる体制が、大事だと思っています。

指導医講習会という枠組みがございますが、今、教育というのは3つの柱があって、1つはティーチング・アンド・ラーニング、2つ目はアセスメント、学生評価です。3つ目がカリキュラム開発ですが、今の指導医講習会は、この3つ目のカリキュラム

開発に比較的力が注がれているのですが、ティーチング・アンド・ラーニングとか評価、アセスメントに関するものを少し分厚くして、例えば厚生労働省の基準の中にも、卒前の学生の教え方というものが一文入りますと、恐らく全国の指導医に対する影響も変わってくるのではないかなと、これはあくまで一例でございますので、思いました。

私からは以上でございます。

○中谷座長 ありがとうございます。

柑本先生、どうぞ。

○柑本構成員 すみません。先ほど来、指導医講習会というものが実施されているというお話が何度か出てきているのですけれども、この指導医講習会は一体どのぐらいの期間のもので、どういった内容のものでということ、もう少し詳しく教えていただけないでしょうか。

○中谷座長 福井先生。

○福井構成員 指導医講習会は、2004年に臨床研修が必修化されたときに、同時に正式にはスタートしたものののですけれども、実はそれより何十年も前から行われていて、臨床現場で研修医を教えるために必要な、いろいろな知識とノウハウを学ぶワークショップです。一方的に知識を伝授するのではなくて、テーマを与えて、そこで話し合っ、それを発表するというワークショップ形式で、丸々2日間、最初は2泊3日でやっていたのですけれども、最近は1泊2日が多いのですけれども、最低限16時間以上の実質的な学びの場を持ってもらう。

実は、立ち上げのときもいろいろディスカッションがあっ、現在、落ち着いているのが、先ほど小西先生が言われたカリキュラム開発の大きな流れの中で、臨床研修の目標、実践、評価、そういうことを一つ一つのセッションごとに話し合ってもらって、それ以外にコミュニケーションを学ぶ場であったり、制度そのものについてレクチャー形式の時間があったりということで、研修制度全体のことと、現場で教える上で役に立つだろうと思われるようなことが中に幾つか盛り込まれているというもので、これを受講した医師は、臨床研修指導医と認めるという証書が与えられるものです。

○中谷座長 ちょっと時間が押してまいりましたので、2つ目の論点であります、政令で除くべき医業ということについて、事務局からも御指摘がございました処方箋の発出といたしまししょうか、処方箋を書いて出すことを除くということについて御議論をいただきたいと思ひます。これを学生の医行為から除く方向で問題はないでしょうか。これは、そのように考えたいと思ひますが、これについて何か御異論あるいは御意見等ございますでしょうか。

福井先生、どうぞ。

○福井構成員 私は、学生が自分1人の名前で出すのはまずいと思ひます。ただ、手書きの頃は、2人の名前で出すということが、可能なときにはそうしてもいいのでは

ないかと思っていましたし、実際、そのようにしたこともあったように思います。学生と指導医、両者の名前を出すということは、学生の勉強のためにはすごく役に立ったものですから。正式な医師の資格のある方がサインしない限りは駄目ではないでしょうか。

以上です。

○中谷座長 おっしゃるとおり、治療薬を考えさせるというのは、治療を考える上で非常に重要なものなので、処方箋そのものを書くということじゃなくて、この患者さんにどのような薬を出したらいいのでしょうかと考えさせて、実際にどういう書き方で処方箋を記載するのかというのを自分のノートに書かせて、それを指導医が、実際にはこういうふうを書くのだよと、本物の処方箋を学生の横で書いて教えるという形に、イメージ的になるのかなと思っております。

橋本先生、どうぞ。

○橋本構成員 私も今の福井先生、また座長の考えと同じでございまして、処方箋を自分の名前を出すということは、医師にのみ認められた行為でございますので、これは絶対的に除く必要があると思います。

それから、一緒に言えば、先ほど私がいろいろと責任という言葉を使っておりますけれども、診断書も学生の名前で出すことがあってはいけないと思います。どのような類いの診断書であっても、それが責任を伴うものであれば、それは医師に限るべきことでありまして、学生に診断書を書かせることはあってはならないと思っています。

以上です。

○中谷座長 ありがとうございます。

それでは、処方箋につきまして、小西先生、何か御意見ありましたら、追加をお願いします。

○小西構成員 私より先に國土先生がお手をお挙げでしたので、失礼しました。

○中谷座長 國土先生、どうぞ。

○國土構成員 すみません。

私も処方箋は除くほうがもちろんいいと思うのですが、ちょっと確認したかったのは、例えば注射の指示も含まれるのでしょうか。特に、現場では注射の口頭指示みたいなものが結構横行していると思うので、そういうのもやってはいけないとか、はっきりしておいたほうがいいのかと思います。

それから、もちろん診断書も駄目だと思います。

以上です。

○中谷座長 ありがとうございます。

小西先生、よろしいですか。

○小西構成員 ありがとうございます。

処方箋に関しては、私もその効力が家庭で発生するということから考えても、とて

も無理だと思います。

診断書が駄目というのは、最後のサインは駄目だということとよく切り分けたほうがいいかと思います。と言いますのは、今、働き方改革のこともありまして、クラークさんがほぼ書いて、最後に医師が確認してという診断書も、死亡診断書はもちろん駄目ですけれども、こういうものがあります。なぜこういうことを言うかと申しますと、学生が学ぶべきことの大変大きなことの一つに、介護とか在宅の場面を見て体験するという大きな学修項目があります。その中では、例えば介護の意見書について、全く知らない学生を卒業させたくないというのが私の思いでして、こういうところに学生が書いてみても、試し書きでも、どちらでも構いません。最後の最後は医師でないとできないという立てつけにさせていただきたいと思います。

と言いますのは、診断書ができないという一部になってしまいますと、こういう意見書とか診断書に関して、学生が全くやってはいけないというイメージが出ることだけは、少し避けたいなと思いました。

以上でございます。

○中谷座長 ありがとうございます。

柑本先生、どうぞ。

○柑本構成員 私も、処方箋については医師が出すべき指示書という位置づけだと思いますので、政令で外していただいたほうがいいと思います。

それから、診断書についてですけれども、大変難しいところではあるのですが、学生さんたちが試し書きをするのは、診断書本体でなくてもいいのではないかと、別にそこに書かなくてもいいのかなという気はしまして、あれも医師法上の医師が作成すべきものであり、健康上の状態に関する証明文書で、社会の中における重要性という観点も踏まえると、それは医学生が作成できるというものではないのではないかと思います。

以上です。

○中谷座長 ありがとうございます。

死亡診断書、死体検案書、死産証書等については、法令で医師の免許が必要だとなっていることですね。

どうぞ。

○谷嶋企画調整専門官 事務局でございます。

座長からいただきました、死亡診断書、死体検案書につきましては、医師法の施行規則のほうにおきまして書式が定められております。その中で、医師の氏名を最後に書く欄がございまして、署名の欄に明確に医師と書いてある欄がございまして、医師に限られているという理解でございます。

○中谷座長 したがいまして、先ほど御指摘ありましたように、それは本物に書かなくても、練習して自分のノートに書いてごらんと言って、それをやることは全然構わ

ないということで、最終的には処方箋も同じであります。学生が自分のノートに、あるいは別紙に書いて、新たに医師が処方箋を出すという対応で行われるというのが普通の状況だと思っております。

それから、國土先生からご指摘のありました、注射の指示も学生が行っては駄目なこととなる。これも重要なことでありまして、注射も外来あるいは病棟で看護師に出すというのは、当然のことながら学生が勝手に行っては駄目になると思います。それは、必ず指導医が出すという形になると思いますので、それを文言にどのように織り込むかというのは、また最終的に事務局のほうでもいろいろお考えいただきたいと思っております。

橋本先生、何か追加ありましたでしょうか。

○橋本構成員 小西先生がおっしゃったことは、それは学生に文面を書かせるとか、実際にはクラークが書いている診断書というのがあります。もちろん、私が申し上げているのは、最終的な責任の効力を発揮するためのサインないし印鑑ということですが、今、厚労省のほうから説明がありましたけれども、およそ診断書と名のつくものは、例えば病名だけの診断書であっても、私、医事紛争にも多く関わりますが、医事紛争で裁判所というのは、例えば病名をこれであるということを書いた診断書は非常に重く見ますので、私の個人的な意見になるのかもしれませんが、およそ全ての診断書というのは医師が書かなければいけない。逆に言えば、診断書を作成できる、記名・捺印できる者は医師に限ると思っております。

以上です。

○中谷座長 ありがとうございます。

診断書につきましては、次回のときも少し御議論させていただきたいと思っております。今日も、それについての御意見をかなりいただきましたので、そこを踏まえて事務局のほうに整理していただいて、次回にも継続的な議論をしたいと思っております。

本日は、医学生における臨床実習をどのように円滑かつ安全にするのかということにつきましては、様々な御意見をいただきました。指導監督が非常に重要だということもございましたし、臨床実習をどこまでやっているかというのは、大学によってかなり違うということも情報としていただいたと思っております。ですから、ここに進むには、学生の質の担保というのはもちろん重要であります。それを指導する医師のクオリフィケーションといいたいでしょうか、研修をしっかりと行うこと。あとは、モニタリングを今後どういうふうに行っていくのかということについてもご意見を頂きました。

門田レポートもかなり広い範囲の医行為というものをリストアップしておりますが、今回はそういうものを積極的に一挙に促進するという立場にはないわけでございます。今後、そういうものをしっかり法的にCBTあるいはOSCEという共用試験で学生の質を担保することで、ある程度は指導医の監督下で実施可能な学生の医行為が存在すると思えば、ある程度患者さんの同意を得た上で行うことができるということを示すこと

であります。少しずつでもそういう医行為を学生が行うことになればシームレスに学部段階の医師養成が進み、研修医の臨床研修につながっていくという形になるのではないかと思います。

本日のいろいろな議論を踏まえまして、事務局でおまとめいただきまして、先ほど少し話の出ました診断書等について、次回の検討会で御議論いただきたいと思います。

それでは、事務局からお願いいたします。

○谷嶋企画調整専門官 ありがとうございます。

事務局でございます。診断書につきましては、本日、様々御意見をいただきまして、ありがとうございます。法令上の取扱いをどうするかを含めまして、また、政令上どうできるのかを含めまして、事務局で改めて整理させていただきまして、次回の検討会でお示しさせていただければと思っております。

○小林企画調整専門官 次回の日程など、詳細に関しましては、また追って御連絡させていただきたいと思います。

○中谷座長 本日は長時間にわたりまして御議論いただきまして、ありがとうございます。これで本日の「医学生が臨床実習で行う医業の範囲に関する検討会」を終了いたします。

また、あと一回ぐらいはこの会議を設ける予定になっておりますので、詳細について御連絡させていただくことになろうかと思います。

本日はどうもありがとうございました。