

○小林企画専門官 それでは、定刻よりやや早いですけれども、ただいまから、「医道審議会医師分科会医学生共用試験部会」を開催します。

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。

本日は、伊野委員、木戸委員、瀬尾委員が御欠席、釜菴委員、岸委員、佐藤委員、奈良委員、宮地委員、横手委員がオンラインでの御出席です。計10人の委員に御出席いただいております。なお、横手委員は遅れての参加となります。

共用試験部会の委員に釜菴委員、横手委員が就任しております。

また、本日はCATOから栗原理事長、齋藤副理事長、COMLの山口理事長に現地で御参加いただいております。文部科学省にもオンラインで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。

(マスコミ退室)

○小林企画専門官 それでは、中谷部会長におかれましては、以降の議事運営について、よろしく願いいたします。

○中谷部会長 中谷でございます。皆様、お忙しい中、第2回「医道審議会医師分科会医学生共用試験部会」に対面、そして、オンラインで御参加いただきましてありがとうございます。本日はよろしく願いいたします。

最初に、資料の確認を事務局からお願いしたいと存じます。

○小林企画専門官 それでは、資料の確認をお願いいたします。お手元の資料を御覧ください。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、オンラインで参加の委員におかれましては、御発言時以外はマイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。御発言の際は、Zoomサービス内の手を挙げるボタンをクリックいただき、部会長の指名を受けた後に、マイクのミュートを解除して御発言をお願いいたします。また、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お願いいたします。

○中谷部会長 それでは、議事を進めたいと存じます。

本日の議題は「共用試験実施機関の指定について」でございます。資料1及び資料2につきまして事務局からの説明をいただいた後、御意見・御質問をお伺いしたいと存じます。

それでは、早速事務局から御説明をお願いいたします。

○錦医師臨床研修推進室長 皆様おはようございます。どうぞよろしくお願いいたします。

資料1をお開きいただければと思います。「共用試験実施機関の指定について」という資料でございます。

まず、これまでの経緯等ですけれども、令和2年5月に医師分科会の報告書、「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」がまとめられたところです。

これを踏まえまして、令和3年の5月に「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」が成立して、公布されたところです。この中で医師法が改正されて、厚生労働省令で定める共用試験に合格した者は、臨床実習において医業をすることができるということが明確化されたところです。

厚生労働省令で定める、公的化するということですが、それでは、その公的化した共用試験はどうあるべきか、について検討が必要であるということで医学生共用試験部会が立ち上がりまして、皆様の御参画の下、令和4年3月30日に第1回目を開催、4月22日に2回目を開催させていただいたところです。

その結果、5月23日に医学生共用試験部会で「公的化後の共用試験に関する意見」をおまとめいただいたところです。本日の参考資料4です。

この意見を踏まえ、厚生労働省で検討を重ね、11月1日に厚生労働省令、これは参考資料2、こちらと、それに基づきまして告示、これは参考資料3ですが、こちらを公布させていただいたところです。そして、この省令と告示に基づきまして、共用試験実施機関を公募したところです。

その後、11月9日に共用試験実施機関公募の締切りがございまして、公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構、以下、CATOと申しますが、CATOから申請がございまして、「医学生共用試験要綱」、これは資料2ですが、これが提出されたところです。

今後ですが、令和5年4月1日に、改正医師法が施行され、公的化後の共用試験がスタートするという流れになっています。

ここで関係の規定を御確認いただければと思いますが、改正後の医師法、令和5年4月1日施行後、こうなるということですが、第17条の2におきまして、大学において医学を専攻する学生であって、当該学生が臨床実習を開始する前に修得すべき知識及び技能を有しているかどうかを評価するために、大学が共用する試験として、厚生労働省令で定めるもの。これに合格した者は、前条の規定にかかわらず、当該大学が行う臨床実習において医業をすることができる。先ほど申し上げた明確化されたという部分でございませぬ。

厚生労働省令の中身についてです。いろいろと規定がありますが、重要な部分を抜き出しています。共用試験実施機関の指定として、第2条、共用試験は、厚生労働大臣が指定する機関、「共用試験実施機関」と申しますが、こちらが実施するものとするということです。

その3項におきまして、厚生労働大臣は、次の各号に掲げる要件、指定要件、これを満たしていると認めるときでなければ、その指定をしてはならないとしています。どういった基準なのかということにつきましては、その3号におきまして、行おうとする共用試験が厚生労働大臣が定める基準に適合するものであることということです。参考資料2を後ほど御覧いただければと思いますが、第4条第1項、指定の条件というものがございませぬ。

この指定には、厚生労働大臣は条件を付すことができるとしております。こういった条文もあるということをご理解いただければと思います。

告示です。この告示で厚生労働大臣が定める基準を具体的に規定しています。厚生労働大臣が定める基準は次のとおりとする、としていまして、まず1号、下線部ですけれども、毎年度本試験、これは各大学等において各年度内に初めて行われるものと定義しておりますが、この本試験と本試験を受けることができなかつた者、または本試験に合格しなかつた者を対象とした試験がそれぞれ少なくとも1回行われるものであること、追試験、再試験、こういったものが行われるものであることとしていまして。

2号ですけれども、共用試験は学科試験、これはCBTの試験ですが、こちらと実技試験、これはOSCEのことですが、この2つによって行いまして、OSCEについては、次のいずれにも該当するものであることとしていまして。イとして、全ての受験者が同一の科目を受験すること、ロとして、試験の科目及びその数が適切であること、ハとして、評価者の評価能力の向上及び評価の質の保証のための取組が実施されていること、ニとして、OSCEで行う医療面接の模擬患者の対応能力の向上及び対応の質の保証のための取組が実施されていること。

3号として、合格基準が各大学等その他の関係者の意見を聞いて定められ、かつ、適切なものであること。

4号として、可否の判定に対して、受験者が異議の申し立てをすることができる体制が整備されていること。

5号として、合格者に対して合格証書を交付すること。

6号として、様々な事由により受験上の配慮を要する受験者については、当該事由に応じた適切な配慮を行うこと。

7号として、不正行為があつた場合は、当該不正行為に係る者について、その受験を停止させ、またはその試験を無効とすることができることとされていること。

8号として、受験手数料が適切に定められていること。

基本的には、5月の部会の意見を踏まえて定めさせていただいた基準です。

「3」として、この厚生労働大臣が定める基準とCATOのから提出のあつた「医学生共用試験要綱」、資料2ですけれども、こちらの対応関係を表で整理しています。左側に告示の基準を10項目に便宜上分類しまして、それに対応する記載が、CATOが作成した「医学生共用試験要綱」の何ページにあるかというものを示したものです。

こちらの要綱は資料2ですが、かなり大部になっておりますので、それを抜き出したものが資料1の別添です。これを御覧いただければと思います。

こちらは厚生労働大臣が定める基準を左側に書きまして、右側に資料2の「医学生共用試験要綱」中の対応する記載を具体的に抜き出したものです。

1つ目の基準が先ほど御覧いただいた資料1「3」の①に該当する部分ですけれども、本試験と追試験、再試験の関係の部分です。

右側を御覧いただきまして、要綱ではどう書いてあるかということですが、2ページにおきまして、全ての大学において毎年実施するということ。また、本試験、各大学において毎年度内に初めて行われる試験。

追試験、何らかの事由により本試験を受験できなかった場合に行われる試験。

再試験、本試験において到達基準に達しなかった場合に行われる試験。

これが行われるという旨が記載されています。

次に、先ほどの②に該当する部分ですけれども、実技試験は次のいずれにも該当するものであることとしまして、全ての受験者が同一の科目を受験する。試験の科目、そして、その数が適切であるということです。右側ですが、P2に書いていまして、OSCEの内容については、医療面接、全身状態とバイタルサイン、頭頸部、胸部、腹部、神経、基本的臨床手技、救急、この8つの領域により合否判定が行われるということです。四肢と脊柱、感染対策も御用意いただいておりますが、これを各大学が実施するかどうかは任意ということであり、あくまで共用試験として合否判定をするのは、今申し上げた下線部の引いてある8つの領域ということで、全8課題ということです。

次にハです。評価能力の向上及び評価の質の保証のための取組が実施されていること、先ほどの3ページの③に該当する部分です。2ページ目におきまして、評価者は機構の認定制度によって認定された者が担当すると書かれています。この認定評価者につきましては、6ページに、領域ごとに機構が認定した認定評価者を外部評価者として試験が実施される大学に派遣する。この認定評価者の認定に当たっては、認定評価者養成指針（ガイドライン）に基づいた講習会終了時に修了試験を実施し、合格した者を認定する。また、制度や運用の変更に対応しつつ求められる能力を維持するため、認定期間は5年間とすると記載されています。

次に、先ほどの④に対応する部分ですけれども、医療面接の模擬患者の対応能力の向上、対応の質の保証のための取組が実施されていることという部分です。医療面接模擬患者は、機構の認定制度によって認定された者が担当するということ。そして、この医療面接模擬患者につきましては、医療面接領域の試験実施に当たっては、認定標準模擬患者が模擬患者を担当する。この模擬患者の認定に当たってはガイドラインに基づいた評価を行い、合格した者を認定する。認定を受ける標準模擬患者は標準模擬患者養成担当者が在籍する団体に養成指針に沿った養成を受けた者とする。また、先ほどと同様の理由で認定期間は5年間とするとされています。

次に、2ページですが、共用試験の合格基準についてです。各大学等その他の関係者の意見を聞いて定められ、かつ、適切なものであること。これは先ほどの⑤に対応する部分ですけれども、こちらは4ページにおいて記載がございます。全大学の受験者に共通して適用される統一到達基準を設定するということ。具体的には医学部長、附属病院長、共用試験医学系OSCEの実施責任者等の試験関係者の意見を説明会、意見交換で聴取しつつ、CBTの到達基準、OSCEの課題到達基準を各大学から選出された教員とともに設定するというこ

とです。

CBTの到達基準につきましては、項目反応理論、IRTに基づく標準スコアを用いて、臨床実習に必要な知識が十分に備わっていると判断される到達基準をブックマーク法というものによって定めるとされています。

OSCEの到達基準につきましては、臨床実習に必要な技能及び態度が備わっていると判断される到達基準を、課題ごとに修正Angoff法というものによって定めるとしています。

次に先ほどの⑥に対応する部分です。可否の判定に対して、受験者が異議の申し立てをすることができる体制が整備されていることという部分です。こちらは5ページに記載がございまして、機構は異議申立書（申請）に基づき、異議対応委員会で審議を行い、受領後2週間以内に判定結果を当該大学に伝える。さらに大学は申し立てを行った受験者に判定結果を通知するという事です。

次に、先ほどの⑦に対応する部分です。共用試験に合格した者に対し合格証書を交付することとされていること。これは4ページのところに記載がございまして、共用試験に合格したことを明示する共用試験合格証を発行し、所属大学を通じて合格者に送付すると書かれています。

さらにこの基準とは直接の関係がない部分ですけれども、機構として行う内容が最後に書いていまして、機構は、臨床実習中に医学生が着用する臨床実習中の医学生であることを示す認定証を発行すると記載いただいています。

次に、先ほどの⑧に対応する部分ですけれども、受験上の配慮を要する受験者については、当該事由に応じた適切な配慮を行うという部分です。7ページのところに記載いただいています。受験上の配慮を希望する受験者に対して、合理的な配慮を行うとした上で、8ページですけれども、受験者が受験上の合理的配慮を希望する場合、機構は当該受験者が所属する大学と協議して、公正公平な試験の実施を前提とした個別の支援方法を検討して、診療参加型臨床実習に円滑に進むことができるよう支援すると記載いただいています。

次に、先ほどの⑨に対応する部分ですけれども、不正行為の対応についてです。受験者の不正行為や重大な逸脱事案が認められた場合、受験を停止させ、またはその試験を無効とし、当該学生は少なくともその年度の全ての共用試験を受験することができないと記載いただいています。

最後、⑩に対応する部分ですけれども、受験手数料が適切に定められていることという部分です。こちらは3ページに記載がございまして、共用試験の受験1回につき3万3000円を徴収する。追試験については徴収しないと記載いただいています。

これをもって、資料1、資料2の説明とさせていただきます。以上です。

○中谷部会長 ありがとうございます。

ただいま事務局から詳細に御説明いただきましたが、本日は、公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構、私たちはCATOと呼んでおりますが、その組織を共用試験実施機関として指定してよいかどうか、そのための要件として、CATOから御提出いただきました

医学生共用試験要綱という資料の内容が、先ほど御紹介いただきました厚生労働省告示に規定する厚生大臣が定める基準に合致しているかどうか、それを御審議していただき確認いただき、それが主な目的でございます。

今、御説明いただきましたように、厚生労働大臣が定める基準というのは10個の項目がございます。大きく1～4、それから、5～10の2つに分けられると思いますので、順に御意見・御質問等をいただき、先ほど申し上げましたように、それらが合致しているかどうかということを御検討いただく形になります。1～10以外にも、もちろんいろいろな御質問もあるかもしれませんが、そこにつきましては10までの議論が終了した後に御発言いただきたいと思っております。

それでは、前半部分、1～4につきまして、御質問・御意見がありましたらお願いしたいと思っておりますが、いかがでございましょうか。

天野委員、どうぞ。

○天野委員 御説明ありがとうございました。幾つか質問がございます。

まず1点目になりますが、共用試験の科目数について念のための質問です。現在、CATOが出していただいた内容を見ますと、8科目ということになっていますが、改めて確認ですが、現状、各大学ではおおむねどの程度の数で行われているのか確認させていただきたいと思っております。つまり現状よりも要は厳しくなるのかどうかということも含めて確認させていただきたいというのが1点目の質問になります。

続けて発言してよろしいでしょうか。それとも一つずつ聞いたほうがよろしいでしょうか。

○中谷部会長 一つずつご質問を頂いたほうがはっきりするかと。これについてはCATOが大体御存じだと思っておりますので、CATOのほうから少し御説明いただきたいと思っております。

○齋藤参考人 CATOの副理事長を承っております齋藤でございますが、お答えを申し上げます。CBTに関してではなくて、今はOSCEについてと解釈してよろしゅうございますね。

実は、課題数というのは、前回の会議でも奈良委員がおっしゃっていましたが、国際的には12課題以上は必要なのだというお話がございましたけれども、現在、10課題やっぺらっしゃる大学が13大学ございます。それから、9課題やっぺらっしゃる大学が6大学、それから、8課題やっぺらっしゃる大学が61大学、既にごございますというのを御報告申し上げます。

○天野委員 となると、現状、多くの大学にとって過重な負担になるものではないという理解でよろしいでしょうか。

○齋藤参考人 既にそれだけ各大学が大変骨を折ってやっぺらさせている。そのバックにあるのは、これからのクリニカルクラークシップに向けて、これだけのことを患者さんのために保障しなくてはならないというお考えがあるからだと思っております。

以上です。

○中谷部会長 ありがとうございました。

○錦医師臨床研修推進室長 補足でございます。先ほどお答えいただいたのは、恐らく令和4年度、最新の数字かと思えますけれども、もともこの部会で検討し始めた段階では、6～9課題の範囲内で、各大学が選択して実施いただくということであり、具体的な数字は忘れましたが、そのときは6課題を実施している大学がかなり多かったと承知しております。その後、CATOの御努力、各大学の御努力で、令和4年度はかなり多くの課題を実施いただいているということですが、公的化の議論の出発点では、6課題を実施している大学が多かったように承知しております。

○天野委員 かしこまりました。ありがとうございます。

2点目の質問ですが、項目の3番になります。もともとの基準では共用試験の合格基準が各大学とその他の関係者の意見を聞いて定められという基準がありまして、それに対して、CATOが出していただいた要綱を拝読いたしますと、もちろんそういった関係者の意見を聞いて設定する、具体的には医学部長、附属病院長、共用試験医学系OSCEの実施責任者等の試験関係者の意見を参考にすると書いていただいています。

一方で、この部会でも私を含めて何人かの委員から指摘があったかと思うのですけれども、例えば実際に試験を受けている医学生の意見であるとか、そういったものを何らかの形で反映する仕組みというのは別途存在するのか。もしくは実際に、医学生の診療というか、医行為を受けることになる患者、もしくは一般の方の意見等を反映するような仕組みというのは別途何か設けられているのか、もしくは今後設ける予定等があるのかということについて教えていただきたいです。

あと、改めて厚生労働省に確認したいのが、その他の関係者という記載には、例えば実際に試験を受ける医学生であるとか、あるいは患者一般の方の意見というものは含まれると解すべきかどうかも含めて教えていただければと思います。

○中谷部会長 ありがとうございます。

これもCATOの方からお答えいただきたいと思います。

○齋藤参考人 まず、学生さんについては、実は試験の前にそれを聞いてしまうわけにはいきませんですから、終わってからちゃんとアンケートを取るというシステムは、既にCBTのほうでは10数年ぐらい行っております。今回の場合も終わってからいろいろな御意見をいただくということが一つ考えられます。

もう一つは、実際にその結果が分かるのはクリニカルクラークシップをやっているときの評価だと思っていますから、それは既に本当に診療参加型臨床実習ができているかどうか、これは実は臨床実習が終わったところの試験でもってやってみれば分かるはずでございます。現在既にトライアルが始まっております。

それから、患者さんからの御意見、実は、当機構にもCOMLの代表の山口さんが御参加くださっています。そういう方からの御意見というのは非常に重く私たちは受けとめてやっております。

以上でございます。

○中谷部会長 ありがとうございます。

宮地委員、どうぞ。

○宮地委員 先ほどの課題数に関する数字ですけれども、数字上、今実施されている課題数を齋藤先生から御共有いただいたところです。

私もこの部会の前までに共用試験の運営や模擬患者さんの養成に関わる複数の大学の教員や事務職員の方にヒアリングを行ってきましたけれども、現在、多くの大学で10課題のOSCEを実施するために必要な評価者や模擬患者さん、試験会場、ステーションの確保に困難を抱えておられるところがあることは部会の中でも共有させていただきたいと思います。

以上です。

○中谷部会長 ありがとうございます。

先ほどの御質問に関連して、COMLの山口参考人から御発言があります。

○山口参考人 天野委員の御質問で、患者の側の意見を聞いているのかということですが、実際にOSCEの医療面接の試験では、標準模擬患者も評価をつけています。これまではそれを大学の中で、例えば進級などの評価に生かしている大学と生かしていない大学があったのですけれども、今回、認定標準模擬患者になってからは、認定される模擬患者が評価表を適切につけているかどうかというようなことも養成の過程の中で取り入れられていますので、そこに採点として患者の意見も取り入れられているということを知っていただけたらと思います。

○中谷部会長 ありがとうございます。

○天野委員 よく分かりました。引き続き医学生や患者一般の方の意見は十分に参考にさせていただきたいと改めて要望させていただきます。

もう1個だけ最後に質問してよろしいでしょうか。実は小西構成員から送付いただいている資料を拝読しました。そうしますと、現場で尽力されている方々の様々な御苦勞が多々書かれていたのですが、その中で、例えばOSCEに実際に関わっている模擬患者の方からは、自大学の試験には参加できず、他大学試験の模擬患者として活動することには抵抗感があるとか、非常に遠隔地まで行かなければいけないのはしんどいであるとか、あるいは試験に関わっている医師からは、忙しい医師に東京への出張は困難で、遠隔講習会やeラーニングなど、簡便な認定法が必要ではないかといった御意見などが書かれていました。

こういった点に関して、CATOのほうで何らかの負担軽減策等は今後考えられていらっしゃるのかということについて、もしあれば、教えていただければと思います。

○中谷部会長 ありがとうございます。

これもCATOのほうからお答えをお願いいたします。評価者、それから、模擬患者の負担についての質問でございます

○齋藤参考人 やはり自分たちの大学の学生さんを自分たちの教員が評価するということは、患者さんや外部の人から見るとお手盛りにならないかというお声が必要出ます。そのためには、ピアレビュー、ピアエバリュエーション、つまり理想論から言いますと、全て

よその大学の先生がよその大学に赴いて評価する。これは実は評価されるほうの学生さんにしてみると、学生さんだけではなくて、その大学の臨床医学教育そのものが評価されるということでございます。

ただし、実は日本の大学の先生方をあっちこっち動かすというのは、国立大学さんなどは特にそうなのですが、手が足りない。そうなってくると、厳しく認定評価者としての認定をしっかりとやるということに尽きると思います。それで、なるだけフェアな評価にしていかなければなりませんから、外から見てお手盛りと言われないようにすることが最大のメリットだと思っています。

以上です。

○中谷部会長 ありがとうございます。

それでは、小西委員、お願いいたします。

○小西委員 天野さんから今お話をいただいて、まず、資料について簡単に御説明いたします。

○錦医師臨床研修推進室長 事務局です。本日の部会の資料としてお配りしているわけではなく、小西先生から各委員に直接共有されたものですので、本日の会議の資料ではないということでございます。

○小西委員 付け加えますと、資料ではございませんので、資料を見てくださいということができないものですから、できるだけ短く簡単に説明をいたします。

背景は、事前説明のときに、私のところにいろいろな声が寄せられているということをお申しました。ただ、そこは意見だけで申しますと正しくないということで、国立大学病院長会議と国立大学医学部長会議の御協力を得てOSCEの実施可能性について実務面から検証するというので、国立だけですと42大学ですが、ここにアンケートをかけまして全校から回答を得たもののまとめでございます。

今、話が課題のことになって、あちこちに行きますと散逸するかもしれないので、課題のことだけに限ります。調査では42大学の7割強の30大学がもうできますよと確かに言っております。ここはポジティブだと思います。ただ、言っている中の29校のうち20校は若干問題を抱えているということはおっしゃっているので、こういうところは配慮が必要だなと思います。

次に、7年度の10課題ということに関しては、これはかなり厳しい意見が出ています。後に申します働き方改革などを含め、現場がこの10課題に関しては少し問題を抱えているところでございます。冒頭、齋藤副理事長がおっしゃった12課題というのが国際標準だということは誰もが承知していることで、何度も聞いた話ですけれども、現場の準備状況も若干考えには入れるべきというのが、この調査結果を得た私の意見でございます。

以上です。

○中谷部会長 ありがとうございます。

先生が実施されて短期間でまとめられたアンケートというのは私自身も拝見させていた

だきましたが、非常に重く受けとめなくてはならない部分はあると認識しております。そういう多くの実施の困難性といましようか難しい部分が、医師の働き方改革とか、事務関係者の働き方なども考慮しますと、あるかと思っております。公的化した共用試験としてOSCEについては8ステーションでスタートするということを決め、CATOもその目標に向かって今必死に認定の評価者、あるいは認定の模擬患者の方々に対してeラーニングを含めていろいろ教育なさっていると理解しております。

ただ、今年5月の答申にも書いてありますが、令和7年度にそれを10ステーションに増やすということについてはまだ何も決まっていることではございません。令和7年度からステーション数を増やすことについて検討を始めるということであり、この1～2年で公的化したOSCEの実施がどの程度の負担になって、各大学で負担が大きすぎて、ステーション数の増加は実施できないということになれば、拙速にそれを進めるものではないと私自身はそういう答申を出したつもりでおります。ですから、そこら辺は、これは宮地委員からいろいろ御意見をいただきましたが、令和7年度に10ステーションに増やすということについては、もちろん多くなったほうが客観的なOSCEの評価もできるということは事実でございますので、将来的には10ステーションに増やす方向性は変わらないとは思いますが、それを令和7年度より実施するということは決まったことではないということを確認したいと思っております。

宮地委員、どうぞ。

○宮地委員 ありがとうございます。私の発言に今、先生にいろいろな点で触れていただいたのですが、先ほどのアンケートを拝見する限り、先ほど議論に上がったように、評価の信頼性確保の観点から、将来的に共用試験OSCEの課題数は10課題以上が望ましいと思います。現在、大学病院で医師の働き方改革がまさに進行中であることを考えますと、その働き方改革への対応が安定していない大学病院の現状も鑑みた上で、当面は課題数を8課題に据え置いて、その対応が落ち着いた頃に課題数を増やすことを再度検討すること、それまでに各大学における評価者や模擬患者、ステーション確保に関する課題を明確にして、対応を継続することが必要なのではないかと思います。

以上です。

○中谷部会長 ありがとうございます。

佐藤委員、お願いいたします。

○佐藤委員 私の意見としては、評価者と標準模擬患者の件についてですが、CATOがつくられた要綱と厚労省が求められている内容に関しては、もちろんすり合わせはうまくできていると思いますので、これについてはこのとおりだと思います。

ただ、現実的なことを考えますと、来年の4月から全ての大学で認定評価者で評価ができるのか。それから、標準模擬患者に関しては、今回いただいた資料の22ページの別表5の標準模擬患者養成ガイドラインのところには、5年ぐらいの間には何とか確保というような文言が書かれていたり、あるいは自学養成の模擬患者を使うことに関しても今後検討

するという内容が書かれていますけれども、これはあくまで別表のほうに書かれている内容であって、要綱のほうには全然文言が出てきていません。

現実問題として今年のOSCEも考えますと、コロナの影響もあって、実際に機構から派遣する認定評価者が直前にキャンセルになって、OSCEを実施する大学で人を集めても、結局学内の評価者も集められず、1名の評価者で評価を実施したというような事例もあるということでございます。これが公的化後になりますと、逸脱ということになって、その大学での試験が認められないという状況に陥ると、この要綱だけを読むと読めなくもない。ただ、そういうことになりますと、実際に各大学でCBT、OSCEが終わって1か月後からは大体臨床実習が始まってしまうので、大混乱になってしまうのではないかとということが危惧されます。

今回、この要綱に基づいてCATOが実施団体として指定されるにしても、実際、来年の4月からの実施に際しては、認定評価者であるとか標準模擬患者の認定の在り方、その要件といたしますか、そこに関しては、付帯事項のような形でも結構ですので、ある程度幅といたしますか、少し経過措置を認めていただかないと、多分、非常に混乱を起こすのではないかと思いますので、今日の部会での最終的な判断になるかもしれませんが、その辺りの要綱に書かれている内容と、この部会で最終的に認める際の条件といたしますか、そういうところで御検討いただければというのが、私といたしますか、AJMCの担当委員としても考えるところでございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○中谷部会長 ありがとうございます。

今のことに関連して、まず、小西委員、どうぞ。

○小西委員 手短かに申します。今の佐藤先生の御質問とほぼかぶるのですが、これは厚生労働省にお聞きしたい。今日の会議は実施主体を決めるということが本旨だということはいくよくよく理解しておりますが、この出してこられた要綱について出た意見というものは、どういう扱いになるのかということをお示しいただけるといいかなと思いました。

○錦医師臨床研修推進室長 先ほど資料1の御説明の際に少し申し上げましたけれども、指定はするということがあったとしても、先ほどの省令の第4条第1項で、指定には条件を付すことができるとなっております。ですから、仮定の話ですけれども、CATOを共用試験実施機関に指定すると認めていただいた場合でも、この部分については、このような対応をお願いしたいというようなことを部会として意思決定いただければ、それを踏まえて、厚生労働省として、そういった条件を付すことが可能であるということでございます。

○小西委員 しつこくて申し訳ないです。そうすると、要綱は一定何か書き換える可能性があるという理解でよろしゅうございますか。

○錦医師臨床研修推進室長 そこはCATOの御判断かもしれませんが、要綱の下に、さらにもう一つ、要項を定めると書かれていますけれども、その中で運用の部分について書かれる際に、そういったものも踏まえて記載されるということが考えられるかと思います。

○中谷部会長 「原則」のような文言を入れるとか、そういうことはいろいろ今後のCATO

による評価者の養成といいたいまいしょうか、認定のスピードを含めて確認し、現実的に対応しなければならないことは多いと思いますので、要綱の表現は多少考えなくてはならない部分も出てくるかもしれません。ただ、CATOさんが現在スピードを上げて評価者や模擬患者の養成と認定作業をやっておりますので、そういう文言の追加が必要になることにはならないとおっしゃれば、そのままとなる可能性は皆無では無いと、私は解釈しております。

横手委員、どうぞ。

○横手委員 国立大学病院長会議の会長並びに今年の5月から全国医学部長病院長会議の会長を拝命しております千葉大学の横手と申します。

基本的に、ただいま小西委員、宮地委員、佐藤委員が御発言された内容と同じ路線ですが、この共用試験が極めて重要なことは申すまでもなく、医療の質の担保ということで、前に進めていくことがとても大切だと理解しております。ここまでこの案を取りまとめ下さった皆様の本当に多大な御尽力に心より敬意を表しますとともに感謝を申し上げます。

一方で、既にお話がありましたように、コロナや働き方改革の問題など当初の想定を超える環境の変化があります。この共用試験1点のみを考えれば、高い理想のもとで、これをしっかりできることが望ましいわけですが、大学医学部と病院が担う数多くの業務、すなわち教育、研究、診療の一部であり、これを担う人材が限られているという事実も無視できません。さらに、今後は時間外労働の上限規制もかかって働ける時間が限られてしまう。そうすると、この数年来にわたって考えられてきた計画内容そのものに無理がかかる。大事なことは分かるけれども、頑張れ頑張れという精神論だけで乗り越えられない時期に今来ているのではないかと思うのです。

ですので、先ほど来お話のありました柔軟な運用といえますか、現実世界の中に我々は生きていますので、そこが破綻して長続きしないとか、あるいは何もできなくなってしまうというような状況だけは何としても避けないと、これは本当に国民、患者さんに迷惑がかかってしまうと感じます。この点を先ほどの要綱の書き方等を含めて今後へ活かしていただければということで、急遽、小西先生あるいは京都大学を中心となり、病院長会議や医学部長会議でアンケートを取って、現場の声をまとめて下さいました。これをぜひ現場の声として反映いただけると大変ありがたく思い、一言発言させていただきました。よろしく願い申し上げます。

○中谷部会長 ありがとうございます。

奈良委員、どうぞ。

○奈良委員 日本医学教育評価機構の奈良でございます。ありがとうございます。

既に出ていますけれども、私自身は共用試験実施評価機構を実施機関として認定するのは全くやぶさかではないです。

ただ、今おっしゃったように、現実性を考えますと、まだ課題が非常に多く、その整理、課題の数、認定評価者並びに認定模擬患者さんの確保などの整備が重要だと考えます。現実性を考えると、柔軟に対応することも重要かと思えます。例えば評価者、模擬患者さん、

ともに認定期間が5年となっています。これは試験としての公平、あるいは公正性を保つためには適切である反面、現実面を考えると厳しいものがあると思います。例えば評価者であれば、認定されれば5年期限というのは、いかにも短いような気がします。また、認定の更新のときに、どのような講習会が必要なのか、初回と全く同じ講習会を行うのか、あるいは簡略化できるのか、検討しておくことが必要と考えます。評価者と模擬患者さんの確保、並びに質の保証、そして、それに基づいて課題数とかが決まっていくと思いますので、その辺を今後御検討いただくことが重要か存じます。よろしく申し上げます。

○中谷部会長 ありがとうございます。

これもCATOへの御要望に近いご意見だと思います。

清水委員、どうぞ。

○清水委員 清水でございます。皆様方がおっしゃっていることももともとだと思いますし、私自身、共用試験機構さんから派遣でいろいろ大学に伺いますので、そういう大学さんでの事情をお伺いしていただくことがございます。2つほど申し上げたいです。

今年もコロナ対応ということで特例事項をつくっておりますけれども、今後、コロナの状況がどうなるか分かりませんし、また来年以降も同じようなことが起こるのでしたら、例えば大学さんでも外部評価者の派遣がコロナのために派遣規制があるので行けませんという場合もありますので、そういう事情を鑑みますと、単なる人数不足だけということもないかもしれません。まずは大学ごとの事情を調査していただいて、コロナに対応できるような何か方策を採ったら実現できるのではないかとはい思います。それが1点目でございます。

2点目は、先ほど申し上げましたようにいろいろな大学に伺いました折に、その大学さんの現状をお聞きしてまいります。現実には10課題になさったような大学さんもありまして、やはり大事なことなのでとおっしゃって、地方のそんなに大きくない大学さんでも、大学を挙げてワーキンググループなどを立ち上げられてやってらっしゃるところもありましたので、できないだけではなく、どうすればできるのか。何が問題で、その問題を解決するためにはどうすればいいのかということを考えてはどうかと思っております。

以上でございます。

○中谷部会長 ありがとうございます。

宮地委員、どうぞ。

○宮地委員 外部評価者数に関する議論で発言させていただくということでよろしいでしょうか。

○中谷部会長 議論の主体が大体は外部評価者に関連したことになっています。

○宮地委員 分かりました。では、その話題に関して、先ほど齋藤先生から、自大学の教員が自分の大学の学生を評価するのでは、患者さんに対して説明責任を果たすことにならないという趣旨の御発言があったかと思っておりますけれども、そもそも評価者の標準化というのは、自大学であっても他大学であっても均質な評価者を育てるということを意味します

ので、外部評価者の必要数については増やせばよいという議論ではないと思っています。

その上で、この意見書の中には、あくまで令和7年度までに各試験室に外部評価者を1名配置することとしか書かれていないにもかかわらず、現在、CATOさんのほうで派遣する外部評価者数を課題領域当たり1名から2～3名へと増やしてこられておられます。しかし、先ほどの私のヒアリング結果でも、実際には予定していた数の外部評価者が派遣できないといった状況のため、実施大学に混乱が起きています。

また、ヒアリング結果で、診療や研究、教育業務に多忙の中で、ほかの大学の外部評価者に立候補する教員はそもそも少数派である上に、今後、働き方改革が進んで大学病院の教員の業務管理がより厳しくなってくることが予想されます。その際に、外勤扱いとなる外部評価者業務がどの程度大学教員の負担となるかも明確にされていません。それを考えますと、当面、外部評価者は各課題領域当たり1名を派遣するというのを条件に加えるべきではないかと思います。この働き方改革において、特に大学病院の教員の労働環境の観点から外部評価者業務にどのような課題があるのかを明確にし、対応を継続する必要があると思います。

以上です。

○中谷部会長 ありがとうございます。

小西委員、どうぞ。

○小西委員 認定評価者、あるいは評価に関してのところになっておりますので、そこに集中して発言をいたします。

アンケートの結果で強い意見をまず述べますと、一つは講習会について、外部講習に行くのは非常に講習そのものに負担があるということが、かなり多くの意見がございました。ですから、ここに関しては勤務地近くで行っていただくか、あるいはオンラインで行うということを考慮すべきだと私は思います。

5年間の更新のことについても、御意見の中では医師免許とか臨床研修指導医の更新は今行われていないのに、この点だけの5年という整合はどうかというところがございます。更新に関してもこの要件に入っておりますので、この点については考慮が必要かなと思います。

最後に、地方の大学にとって、かなりこの外部評価が厳しい。例えば北海道や沖縄の人たちが2泊3日で外部評価に行くことになると、大学に対する影響がかなり大きいというところは考慮に入れなくてはいけないと思います。「できるところはあるので」という委員の発言は、私は少し無責任だと思います。この働き方改革、ないしは大学の教員の負担ということに対して、これは厚労省マターですので、働き方改革との整合ということに厚労省の見解は何かございますでしょうか。

○中谷部会長 質問の方向が厚労省に戻ってきましたけれども、何かありますでしょうか。なかなか難しいですね。

山本課長、どうぞ。

○山本医事課長 医師の働き方改革と共用試験の実施、同一の法案の中で審議いただいて成立したもので、どちらも大事だと思っております。そうした中で、両方うまく両立していくことが非常に重要だと思っております。本日、御議論いただいておりますとおりで、共用試験の質を高め、学生教育の質を高めていくという話と、教員、学校の負担をどう連立させていくか、引き続き今日の議論を踏まえて一緒に考えさせていただければと思っております。

以上でございます。

○中谷部会長 というお答えで、厚労省もそこら辺についてはどちらがより重要ということで軍配を上げるわけにはいきませんし、両方とも重要なことは言うまでもないと思われまます。先ほどから多くの委員の先生方から現場の難しさが指摘されています。それから、認定の年限が5年で切れてしまうというのは、評価者の数が少なくなることに繋がる。あるいは認定者の教育は、模擬患者の教育も含めてだと思えますけれども、eラーニングを積極的に利用して数を増やさなければ到底追いつかないだろうということ。それから、地域の問題、交通の便が悪いところは本当はかなり時間を取っていかなくてはならないので、実質的にはかなり評価者の先生方には負担をかける状況になります。しかしながら、医学教育、臨床教育の重要性はもちろん言うまでもないわけで、そういう難しい状況で、これを実施していくかということは非常に大変な部分はあるかと思えます。

何かCATOのほうで見通しというか、来年度実施の場合、先ほど意見がございましたように少し柔軟にしなければ難しくなる部分があるのであれば、そのような文言を多少入れこまなくてはならない状況にはなってくるのですが、そこら辺りについてのお考えはいかがでしょうか。

○齋藤参考人 実は大学間の格差というのは結構あります。人数が少ない中で一生懸命やっけてらっしゃるところもあるし、なかなかそのように対応できない、その多くは事務方のサポートが大変お忙しくなっているところもあります。

それに対して、機構のほうではどうすべきかということディスカッションいたしましたが、例えばの話、コロナがめぐるてきてしまった。コロナのせいでもって評価者が行けなくなってしまったという大学が実際にありました。それについては、実はOSCEの場合、カメラで動画を撮っています。2方向から撮っています。今の要領でいきますとVRです。その動画の結果を別の認定評価者が見る、評価をするということを臨時で対応しなければならないということも考えて対策を講じております。

まだ誰もやったことのないことですから、私たちとしては、とにかく厳正で公正な試験というものを企画しなければなりませんけれども、予想外な事案があると思っております。それに対しては各大学個別対応、機構との間での個別対応でもってこなしていかなければならないのではないかというディスカッションでまとまっております。

これからどんどん新しいことをやっていくわけですから、想定外のことが起きてくる可能性は十分にあります。それに対しては、今の先生方の御意見のとおり柔軟に対応して、

とにかく臨床実習に御協力いただく患者さんを一番に考えてやっていかなければならないと思っております、これからも先生方のお知恵をどんどん拝借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。

以上でございます。

○中谷部会長 ありがとうございます。

岸委員、お願いいたします。

○岸委員 質問といたしますか、お願いごとがございます。

私のところは地方の必ずしも大きくない大学です。そこでOSCEを担当する教員として、職員の皆様と一緒に何とかOSCEを実施しています。非常に大変ではあるのですが、ここで合格した学生さんは患者さんの前に立ちますので、そのときに、きちんとした試験を受けて通った学生さんだから、患者さんは体を貸してくれませんかと言えるように思っています。

そこでお願いごととしましては、働き方改革だったり現場の負担だったり本当に身に染みているものですから、できましたら、こういったことに対応できる職員の加配が可能になるだとか、そういった形で国からのサポートもお願いしたいかなと思っております。現状、どうしてもいる人の中で熱心な人に負荷がどうしてもかかってしまいますので、その辺りの手だてがありますと、なるべく何もしないということではなくて、少しでも理想に近づこうという形で大学としても動きが取れると思いますので、その辺りも御検討いただけるとありがたいです。よろしくお願いいたします。

○中谷部会長 ありがとうございます。国からの支援の御要望です。

宮地委員、どうぞ。

○宮地委員 先ほど認定評価者の人数に関して、齋藤先生がビデオ撮影を組み合わせながらの御発言をしてくださったと思いますが、現実的にも医学教育の根拠を踏まえた検討に値する非常にいい案だと思います。今のところ、将来、認定評価者が増えてきたらステーション当たりの評価者数、もしくは課題数を増やすことの検討を進めることとし、当面、本試験においてはステーション当たりの評価者は原則認定評価者を1名以上で運営する、プラスのビデオ撮影を必須とするということを条件に入れることを提案いたします。

根拠としては先ほどお話に挙がっていたとおり、ステーション当たり1名の評価者で実施してきたというコロナ禍の実績、第2に、OSCEの評価の信頼性についてのシステマチックがありますけれども、そちらで得られた知見の一つに、評価者やステーション数を増やせば信頼性も上がり得るものの、国際標準としてはOSCEの評価者はステーション当たり1名で運用されているという知見がございます。

ビデオ撮影の根拠としては合否判定が難しい場合、例えばAngoff法によって設定された合否判定基準に近い点数の学生の評価に計上できるような設定とすると、さらに評価の信頼性が上がることが期待できます。合否判定基準にAngoff法が導入されることで概略評価を使用しなくなると、結果として、評価者間の評価のばらつきは少なくなりますので、そ

れが、認定評価者1名以上プラスビデオ判定が、評価者2名での評価に替わり得るということの論拠になります。

再試験については評価者を2名とし、うち1名は認定評価書とする評価体制が必要だと思います。これについてもビデオ撮影は必須です。

そして、小西先生もおっしゃいましたが、認定評価者の養成講習会をオンライン実施とし、大学でも受講しやすい制度を構築していくことも必要だと思います。

以上です。

○中谷部会長 ありがとうございます。

天野委員、どうぞ。

○天野委員 先ほど部会長からも御指摘がありました。eラーニングの活用について改めて確認したいと思います。今、医師が非常に多忙だということで、eラーニング等を活用してはどうかという御指摘であったと思いますし、また、先ほども御指摘を申し上げましたが、模擬患者のほうからも認定試験は首都圏だけで厳しいであるとか、各都道府県に実施してほしい、各都道府県は厳しいかもしれませんが、そういったことも含めて今後、CATO様のほうでeラーニング等を積極的に活用していくような御意向はあるのかということについて、改めて教えていただければと思います。

○中谷部会長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。

○齋藤参考人 ありがとうございます。

今やeラーニング時代でございまして、人が電車に乗ってわざわざ東京までいらっしやらないようにする。ブロックごとにそういった教育システム、学習システムを構築するためのワーキンググループを既につくりまして動き始めておりますから、皆様方には、機構としては実は小さい声で言いましょうか、寮費が少なくて済むのです。なおかつ学習ができるというシステムが動き始めております。これからもそれを続けていきます。

○中谷部会長 小西委員、どうぞ。

○小西委員 今の話に引っかけたので一言言っておきます。旅費を最も気にしていただきたいのは模擬患者です。私からは一つ意見を申しました。

その上で、今、評価者の話になりましたので、おおむね宮地先生の意見に賛成でございます。1点補足といいますか付け加えるとしますと、外部からの認定評価者の運用で、各ステーションは5年度からは無理があると思います。これはアンケートの結果を見ても、現実面で無理があつて、現状やっている外部評価者の数でまず始めて、それから考えるというところがよろしいかと思えます。

○中谷部会長 現実的には、そういう評価者数の状況で始めなくてはならないだろうという御意見です。

宮地委員、どうぞ。

○宮地委員 今の小西先生の意見に賛同いたします。先ほどから挙げられているeラーニ

ングに関して、認定評価者養成講習会をeラーニング化する上での障壁の一つとして、ヒアリング結果でも課題を公開していないことが挙げられています。課題の守秘のために大学、特に事務職員に課される責任は非常に重いです。それが事務職員のバーンアウトの一因となっている可能性も指摘されています。また、課題を公開できないために、OSCEでの学生の適切でないパフォーマンスに対して指導することができません。ただ、評価するだけで何もできないということが評価者のモチベーションを大きく下げているという声もヒアリングで上がっています。

したがって、試験課題や評価マニュアル、評価表を含め、現在学生には公開していない課題に関する資料を公開することを再度根拠を踏まえて検討するべきではないかと思いません。公開を支持する根拠はミラーのピラミッドが教える、知っていることはできることを保障しないということです。すなわち、課題に関する資料を公開してもOSCE当日に求められるパフォーマンスができるかどうかは、学生の学習次第であることです。公開されることで学生はより学習しやすくなり、また、課題に関する資料の管理に関わる大学事務職員の負担の軽減にもつながります。ただし、試験当日にどの課題が出題されるかについては事前に学生には分からない形とすることが必要です。

また、課題を公開することで学生にもっと具体的なフィードバックを与えることが可能となり、これによって評価者のモチベーション上がることで、OSCEの評価者業務を引き受ける大学教員が増えることが期待できます。

以上です。

○中谷部会長 ありがとうございます。

OSCEに関する問題の公開、もちろんそれぞれの大学でどのシナリオを使うかというのは極秘なのですが、そういうやり方も医学教育の観点からはあり得るのではないかというご意見ですが、これについてCATOの方のお考えはいかがでしょう。

○齋藤参考人 私たちがかつて各大学のFDに伺ってミラーのピラミッドの話をして回ったことを思い出しました。ありがとうございます。先生方がそうやって自分の身につけていらっしゃることは非常にありがたいです。

実は、例えば臨床実習でもって診察をする。あるいはメディカルインタビューをする、どういうことを習得しておくべきかということは、既に学習評価項目として学生さんの手に、あるいは教員の手に全部配ってございます。つまり医師国家試験における項目と同じようなものが既に行っておりますから、今のところ、かなり学生さんたちの御意見を伺いますと、あれが非常に参考になると言っています。ですから、これからもあれをどんどん改訂して、例えば最初はベイツのフィジカル・ファインディングスの教科書が基なのですが、ああいうことを学生教育、あるいは教員の方々の教育のためにどんどん機構としてはやっていくことでよろしいのではなかろうかと思っています。

以上です。

○中谷部会長 学生があらかじめ学ぶことができるような方策も既にある程度行っている

というお答えだったと思います。

小西委員、どうぞ。

○小西委員 今の件について一つ意見と、次に模擬患者さんの件が大事かと思いますが、そちらに動いていこうかなと思います。

今、齋藤副理事長がおっしゃったことは、非常に率直に申しますと、若干古いかないと思います。医学教育の世界も変わってまいりました。例えば一般の試験に関しても、新しいものがあるかどうかは別ですが、プログレステストとか、試験問題は全て6年間公表していて、それが1年生は全然できないけれども、6年生になったらできていく。要するに何ができるかということを示すというのが今の教育の一つの流れかと思っています。課題が分かっているからといって、学生がどのようにするかというようなことを心配するよりも、学生に何ができるかということが現在のアウトカム基盤型教育の正しい考え方ではないかと思っています。ですので、過度の課題の秘匿というのは必要ないというのが私の主張でございます。

次に、模擬患者さんのことに関しましては、ほとんどの大学からの一番大きな声は、自学養成の認定SPが自学のOSCEに参加できないこと、これはかなり強い意見でございます、中には、もう続けていくのを辞めようという声が出ているところが非常に大きく私の気にかかっております。これは私の意見とよりはアンケートの結果でございます。

2点目は、認定にかかる費用、あるいは大学ごとの謝金がまちまちというようにお金に関するところも解決をしておきませんと、全国運用になったときに混乱が生じるということが2点目の心配でございます。

幾つもありますが、この2点についてお考えを確認したいと思います。

○中谷部会長 この辺りについて、山口参考人、ご意見はございますでしょうか。謝金の額というよりは、むしろ自分がお世話になっている大学の医学生の養成のためには役に立ちたいということで、それであれば私は模擬患者を引き受けられるというような方が多いのですが、その一方で他大学にまで行ってOSCEに付き合うというのは模擬患者さんの御負担になってしまいます。そういうことを考慮しますと、模擬患者さんがお世話になっている大学のOSCEには参加できないという制限というのをある程度解除しながら実施してはどうかという御意見がありました。これについてご意見をお願いしたいと思います。

○山口参考人 まず、2005年からOSCEが義務化されるようになって、もう17年たつわけですが、OSCEのときに使われている標準模擬患者にもいろいろな形態がございます。大学で養成している標準模擬患者、そういう人たちはその大学での試験、あるいは学習に使われてきたわけです。私たちは患者支援団体なのですが、その活動の一環として、模擬患者の活動を過去30年にわたってやっております。私たちと同じように、大学から派遣要請を受けていろいろな大学に派遣するという団体も、数はそんなに多くありませんけれども、あるわけです。

そうすると、多くは大学で養成されている。そうすると、その大学に対して、何か愛情

を持って、ここの大学のためになるのであれば模擬患者として協力したいという方たちが、これまで活動してこられています。その方たちが17年たつと高齢化してきているという問題もあって、高齢化してきている上にほかの大学へ行ってくださいとか、認定の試験を受けてくださいと言われてたりすると、そこまで求められるのだったらやりたくないという声を私たちも聞いておりますので、そういう方がいらっしゃることは確かだと思います。

その辺りが、こういう制度が始まった中で、今までとは変わってくるということを、どのように御理解いただくのかということも一つ大事なことだと思いますし、これもある程度、経過措置期間を置いておかないと、いろいろなところに飛んでいける模擬患者が、今、数が増えてきていますけれども、まだまだ十分とは言えない中で、ある意味、経過措置をつくっていくということが現実的には必要なのかなと思います。

もう一つ、お金のことですけれども、確かにいろいろと大学によって謝金の金額が異なるということがあります。今、私たちのところで起きている問題として、大学から派遣してくださいという依頼を受けて、いろいろな事務的なことを団体としてやっているわけです。人選をすとか、すり合わせをすとか、先ほど課題が漏えいになってはいけないということで、非常に事務の人の作業が大変だという話があったのですがすけれども、私たちも模擬患者の担当の者が全ての課題に判こを押したり、誰が所有していたものかが落としたときにちゃんと分かるように、本当に煩雑な作業をたくさんしています。それはきちんと依頼を受けて、費用をいただいているからそういう作業ができるわけなのです。

ところが現在、CATOに登録して、例えばCOMLに所属している模擬患者でCOMLからの派遣ではなく、CATOから直接「〇〇大学のOSCEに行ってください」という依頼で参加するという形態も出てきています。そうしたときに、我々派遣団体に事務的なことをやってくださいとなると費用も出ずに作業はパンク状態ということになるので、今後はCATOの中でそういう事務をする方もしっかりと確保することが必要です。今の人数ではとてもできないと思いますので、そこを分けて、いろいろなパターンがある中で、どんな事務作業も含めたことが必要なのか、経過措置も必要なのかということを整理して考えていくことが今、必要性が見えてきているところではないかなと思っております。

○中谷部会長 ありがとうございます。

小西委員、お願いします。

○小西委員 ありがとうございます。

模擬患者さんというのは、まずはボランティア意識を持って、守秘義務を持って、シナリオを読み込んで、しかも最近は標準化講習会のシナリオ、プレのシナリオ、それから、パフォーマンス評価用のシナリオ、非常に様々なシナリオを読み込み、それで試験当日に長時間拘束されるという非常にボランティア精神の強い方なので、私はあえて強く発言をいたしました。

そうすると、自学でやっている人たちとは別に、例えば海外でも、私もアメリカではそういう模擬患者さんと一緒に仕事をしましたが、業として標準模擬患者を請け負う人たち

というのが出てこない、今のこのCATOのシステムは難しいのではないかという心配とい
いますか、そういうことを考えます。ここに対してのお考えと、恐らくそれは来年、再来
年にできることではないので、となると、私は移行措置がここでは必要ではないかと思
います。ありがとうございます。

○中谷部会長 宮地委員、どうぞ。

○宮地委員 私もこれらの課題や対応が実施されるまでは、当面、医療面接の模擬患者に
関してはCATOによる認定を必須とせず、努力目標とするといった移行措置が必要だと思
います。

また、私のヒアリング結果によりますと、特に単科の医科大学や地方の大学において、
身体診察の模擬患者の確保にも非常に困難を抱えておられます。したがって、身体診察の
模擬患者についても当面の間、医学生が模擬患者として参加することを認めるといったよ
うな条件も必要になるかと思えます。

以上です。

○中谷部会長 ありがとうございます。

この春の答申では、しばらくは医学生を身体診察に使ってもいいという文言を入れてあ
りますので、しばらくはそういう形でやらざるを得ないとは思っております。

よろしいでしょうか。大分時間が経過しましたので、後半部分の意見も少し御質問・御
意見を受けたいと思います。先ほどございましたように5～10につきましても、本日、御
質問・御意見を伺っていきたいと思っております。何かございますでしょうか。合格証、
認定証、それから、受験上の配慮についてです。それから、不正行為があった時の対応、
最後には受験手数料というものも含まれております。

天野委員、どうぞ。

○天野委員 私からは不正行為についての確認・質問でございます。

現状、要綱を拝読しますと、受験を停止させ、また、その試験を無効とし、当該学生は
少なくともその年度の全ての共用試験を受験することはできないという規定になっている
かと思えます。となると、翌年度は受験可能なのか、改めて確認したいです。これは一般
の市民や患者さん等の感情として、不正を働く学生が医療現場に出ていいのかといった感
情もあるかと思えます。一方で、有為の学生の芽を潰してもいいのかという意見も当然あ
って、そのバランスを取らなくてはいけないと思うのですが、これに加えて、例えば不正
が認められた場合、その学生に対して大学等が裁量で何らかの可罰があり得るのかとい
うことについても確認させていただきたいと思えます。

以上です。

○中谷部会長 いかがでしょうか。

CATOさんから示された内容では、どういう種類の不正かによって、1年間であったり、
さらに長期間受験資格を失う場合がある、そういう形のペナルティを受ける可能性がある
ことを示唆していると文言からは解釈いたしました。

○齋藤参考人 実はこれまで17年の間にいろいろな不正がありました。もちろんうっかりというのもあります。それから故意にやっている。ただ、これまでは、そういう合否に関する判定は、各大学のオートノミーでお願いをしていたわけですから、本当に私たちは歯がゆい思いをして、かなり悪いことをしたのだけれども、機構としてはノーと言えないわけです。これからはその辺り、実は機構には顧問の弁護士さんもいらっしゃいますから、それで相談をしてやっていかなければいけないのですけれども、悪さの程度はいろいろあります。これをやってはもうドクターにすべきではないだろうと思うような学生さんも実はいらしたのですけれども、私たちは歯ぎしりをして見ているわけです。

それから、別の視点があります。悪いことをするのは学生さんだけではないということも考えなくてはいけない。ですから、非常に多義にわたっておりますから、これは一例一例潰していかなくてはならない。それによってどういうことを、私たちは罰則を与えることができませんから、せいぜい試験を中止させるとか、あるいは受けさせないとか、では、受けさせないといっても1年でいいのか、いや、これだったら3年は駄目だろうという会話も出る可能性は今後あると思っています。

ですから、はっきり言えば、医学部にお入りになっているだけの実力を持っている学生さんですから、それを潰してしまうわけにはいかないけれども、やはり悪いことした人はドクターにすべきではないという、その辺に法律家の御意見を仰いでやっていかなくてはならないことだと思っています。

以上でございます。

○中谷部会長 ペナルティが重なることはないのだと思います。CATOで1年間共用試験の受験が停止になりますので、それでまず1年留年の形になりますので、それに加えて大学が更に1年留年させるということは、まずはないのではないかと考えております。通常の大学のいわゆる科目試験でカンニング等の不正をしても1年ぐらいは留年という形になりますので、それらが重なることはないと考えています。

宮地委員、どうぞ。

○宮地委員 今の齋藤先生の挙げてくださった課題というのは、守秘している課題に関する情報を公開することで多くが解決すると思いますが、いかがでしょうか。

○齋藤参考人 実例を申し上げますと、例えばスマホをこっそり持ち込んで中で調べるといった学生さんが過去にいたのです。こういうのは課題の問題ではなくて、その人の人としての問題ですから、課題を公開すれば済むという問題ではなかろうかと思っています。

以上です。

○宮地委員 その点に関してはおっしゃるとおりだと思います。ただ、課題を漏えいすることに関する行為については、課題を公開することで解消すると思われれます。

○中谷部会長 ほかにいかがでしょうか。

○宮地委員 それでは、課題とはちょっと離れますが、概略評価に関して私から伺いたいことがございます。要綱の補足説明の中で、OSCEにおいては修正Angoff法を用いて試験実

施前に到達基準を設定するとあります。御存じのとおり、Angoff法は項目評価の相場を基にした合否判定基準ですので、これまで概略評価によってしか評価できなかった医師として非常に重要とされるプロフェッショナリズムに関連したような能力の評価が十分にできなくなることが予想されます。しかし、私の行ったヒアリングの中で、CATOさんの中では、この問題に関して今後どう検討されるかといったところが、まだ十分に明らかにされておられないようです。こちらについては今後どう対応されるか、お聞かせいただけますでしょうか。

○中谷部会長 いかがでしょうか。

○齋藤参考人 実は評価表をまだオープンにしていますが、評価の講習会にお出になりますと、その辺りがお分かりになると思いますが、必ずプロフェッショナリズムの部分の評価は入っておりますから、御安心いただいてもいいと思います。

○中谷部会長 ありがとうございます。

小西委員、どうぞ。

○小西委員 おおむね模擬患者さんと評価者のところが私の発言の大きなところだったので、ほかが終わればと思うところがございますけれども、厚生労働省が指定基準をつくっていただいて、省令第4条、また、告示の第2項のところはこの条件が出て、今それが審議されているわけですが、厚生労働省に苦言をするわけではございませんが、この第2項のところを実施可能性という項目がないのが今回露呈したなど私は考えております。大事な試験ですので、実施可能性に関して詰めていきませんと、今回、非常に現場が困っていることがあるのが分かってきたというところですので、それをやるのがこの部会ということになっている構造かなと思いつつ、この点については、今後とも現場のことについても意を割くようお願いしたいと思います。そうなりますと、同じくCATOの皆様方にも、その点に関する非常に強い意を注いでいただくようお願いいたします。

前回の部会で、栗原理事長が基準を満たせばよいわけではないということをはっきりおっしゃっておられましたので、そうなりますと、ますます現場の方々がどういう状況にあるかということ考えた案を、基準を満たせばよいわけではない上に御考慮いただければと思います。意見ベースで申しました。

○中谷部会長 ありがとうございます。

そこら辺は最後のまとめのところ少し述べさせていただきますが、今の医学生共用試験要綱のままでそのまま実施するということができなければ、やはりいろいろな条件について吟味しなくてはならない部分が出てくる可能性はございます。

ほかに何かございますでしょうか。それでは、全体を通して何か御意見はございますでしょうか。

本日御欠席の瀬尾委員から御意見をいただいておりますので、それを事務局のほうから御紹介いただきたいと思います。

○錦医師臨床研修推進室長 本日御欠席の高知大学瀬尾委員から御意見を預かっておりま

すので読み上げさせていただきます。5点ございます。

1点目、OSCEの実施には継続的な支援、特に人的な支援が必要と考えます。特に10課題実施を実現するためには支援が重要となります。また、人的支援に加えて、試験センターの実現が重要と考えます。

2点目、AJMCの総意として、公的化を望んだ以上、大学も対応が求められます。一部の教員や事務方に頼るのではなく、大学全体で取り組む姿勢が不可欠です。

3点目、基本的には部会の意見書に沿って指定基準は作成されています。突発的な事項、例えば外部評価者が急遽行けなくなった場合の対応等に対するルールについては、実施要項で規定するのが適切と考えます。

4点目、現在、新共用試験のトライアル中であり、その結果を踏まえて、対応できる事項、認定講習会の開催回数増、機構追・再試験の回数増などは対応していただきたいということ。

5点目、令和5年度改正医師法施行、8月からの公的化新共用試験開始を考えると、年内には試験実施機関の指定が望ましいと考えます。

高知大学の瀬尾委員からの御意見でございます。以上でございます。

○中谷部会長 ありがとうございます。

本日の会議でいろいろ御意見いただきましたことと重複する部分もありますが、やはり瀬尾委員も今の状況では実施が難しい部分もあるので、さらなる御努力をお願いしたいということと、システムも含めて柔軟な対応が恐らく必要であろうというようなお考えをお持ちのようでございます。

ほかに何か全体を通してのご意見、前半部分の議論で御指摘いただく部分が多かったとは思いますが、そこに戻っても結構ですが、何かご意見はございますでしょうか。

宮地委員、どうぞ。

○宮地委員 事前説明の際にも発言させていただいた内容ですが、この公的化された共用試験、特にOSCE案の設計に必要な体制の拡充についてです。現在、CATOが御尽力くださってつくっていただいた案は理論的に正しい設計図です。しかし、大学の負担軽減を考慮し、かつ妥当性、信頼性を担保したOSCEの設計かという点では、まだ不十分であることが今までの議論で明らかになりつつあるところだと思います。

実施に向けて動いてみて、初めて明らかになる現場の課題もありますので、現状を適宜モニタリングし、理論的根拠を踏まえて丁寧にそれに対応することで、本当に全ての大学で質の高い試験が実施できることを保証するというのが試験の設計の役割であり責任です。特にこのように社会的に極めて意義の大きい試験には必須の視点です。したがって、一度決まった計画は変えられないというのでは、その役割と責任を果たすことができません。しかし、現状を踏まえた試験の改善案について、医学教育の理論やデータを踏まえた議論をCATO内部でしようにも、もう決まったことなのでという一言で全く議論してもらえないという証言をヒアリングで複数得ております。

私は1人の医学教育の専門家としてヒアリングを重ねてきて、今日まで不思議に思っていることはただ一つです。CATOは大学関係者から成る組織であるにもかかわらず、その理論と現実のギャップが放置されたままの計画が、なぜ修正されないまま、頑張るという精神論だけで継続されようとしているのかです。ヒアリングでの言葉に不思議なほど多く聞かれたのは、これが負け戦だと分かっているにもかかわらず進むしかない、泥舟に乗っていると分かっているにもかかわらず進むしかないといった破綻への懸念と、それが変わらないことへの無力さの表現でした。破綻は何を意味するか、それが大学教員や事務職員、大学病院に勤める医師の労働環境の悪化、大学の教育力や研究力の低下、ひいては医学生、患者、一般国民に実害が及ぶことを意味するとすれば、公的化によって社会への説明責任を果たすという本来の目的と本末転倒です。

そもそもOSCEが評価し得る能力というのは、医学生に求められる能力のほんの一部にすぎません。今掲げられている理想像をかなえるという部分的な合理性が優先されることで、教員や事務がその負担によって十分機能できなくなり、OSCE以外の教育や学習が損なわれるということがあっては、社会から求められる医師を養成するという責任を果たすことからますます遠くなります。もっと大局的な観点から医学教育を考えることが必要であり、この部会はその視野での議論を促す存在だと思っています。

そのような学術的な視点と実現可能性、持続可能性の観点、特に大学病院において働き方改革が進む中でのOSCE評価書に関わる大学教員の負担についての現場の視点を踏まえた試験の設計というのは、本当に体力の要る仕事です。

本部会が適切にCATOを支援するということが求められているという観点から、このような状況になっている原因を分析した上で、国際的かつ学術的な視点で、学習者評価を知る医学教育学の専門家が監修する形でコストパフォーマンスの視点も考慮しつつ、実現可能かつ持続可能な10課題以上の共用試験OSCE案の見直し及びそれが全ての大学で実現できるまでの暫定的かつ信頼性・妥当性の担保できる中庸案の設計が必要ではないでしょうか。その検討のために、引き続きパイロット試験の実施をCATOに求めたいと思います。

また、本部会は、試験案の設計に協力する国内外の専門家を選定する作業や、そのパイロット結果を検証して、将来的に望ましい共用試験OSCEのデザインを検討することが引き続き求められると思います。

以上です。

○中谷部会長 ありがとうございます。

重い意見をいただきました。実現可能性がなければ実施できないわけであり、一方で令和5年度からスタートするという事は法律で決まっております。ですから、今後、要綱も含めていろいろな表現を加えなくてはならない可能性はあるのではないかという気がいたします。

釜菴委員、どうぞ。

○釜菴委員 日本医師会の釜菴でございます。先生方の御議論をずっと拝聴してござい

て、いよいよここまで準備が整ってきたのだなという大変感慨を覚えます。それはCATOの皆様のご努力、これまでの積み重ね、そして、各大学において、それぞれの担当が必死に努力をされた結果だろうと思います。

今日の御議論は今後の実施、あるいはその継続について非常に多くの懸念が出されました。それは今後まだまだ課題があるということの表れだと思えますけれども、まずはここまで、それぞれの御努力によって進んできたことに対して、大いにその点を喜ぶべきだろうと思います。と申しますのは、この仕組みをしっかりと今後、我が国において定着させていくことが必要であり、優れた医師を早い時期にしっかりと養成して行って、国民に対する医療が十分よい形で提供できるということが何より重要だからであります。その上において、今日の御議論で既にいろいろ出ていますけれども、この取組の実現性と持続可能性をしっかりと担保する必要がありますから、やはり運用・運営に当たっては、柔軟なやり方を求めていくということが必要だろうと思います。

齋藤先生からもいろいろお話がありました。きちんと守るべきところ、あるいは掲げる理想は必要でありますけれども、なかなかそこにすぐ届くわけでない部分もある。そのことについては、ぜひCATOとしても、柔軟な運用について各大学の実情をしっかりと御理解をいただいた上で、きめ細やかな、また温かい運用をさらにお願ひしたいと思います。

その中で、これは国に対するお願いです。これだけの事業を今後しっかりとやっていくためには、現在の予算の手当てで十分なのかどうか、それぞれの大学における事務職員等の手当て、あるいはこれを担当なさる方々を確保するための取組、もちろん模擬患者さんに対する手当て等も、どのように今後やっていくかということについて、さらに大きな予算措置、支援が私は強く必要だろうと思います。この大事な仕組みを今後しっかりと我が国に定着させていくために、国に対してさらなる支援をお願い申し上げたいと思います。

私からは以上です。

○中谷部会長 ありがとうございます。本日の議論について非常によくまとめていただきました。国の支援が不可欠であるというお言葉もいただきました。

栗原理事長、どうぞ。

○栗原参考人 機構に対して、いろいろな御意見があることがよく分かりました。ただ、皆さんに医学教育の改善についてずっと考えてきていただいて、このような仕組みがいいだろうということで、機構はそれを支援しているのです。皆さんの大学からも、この機構に対して多くの方がいろいろな活動に協力していただいているのです。そのことはぜひ御理解いただきたいと思います。

私はこれまでいろいろな会で冒頭に挨拶をしてきました。先般は国立大学の医学部長会議に呼ばれて、そこで講演をしました。質問があるかということ、出てきたのはMD-Ph. D コースを何とかしてくれということだけで、それ以外は何も出ませんでした。ということは、医学部長や学長の先生方は実情をよく知らないということだということがよく分かりましたので、今後、それぞれの大学の中でどういう状態になっているのか、教育の体制、

事務職も含めて十分なところもあるし、そうではないところもある、大学間の格差が非常に大きいということを私自身感じていますので、そういうことを踏まえて、今いろいろな意見が出たことを、全国的に一律に整備することは不可能だと思います。当然でこぼこが出てきて、それが大学の特色化につながっているかもしれないという考えもあります。

ですから、私は何もこれを強引に進めようということでは全くありませんし、今日何回か出てきた柔軟というのは、今日ではなく、この会が始まった冒頭で私が申し上げてきたところで、移行期には当然いろいろなことが起こりますから、それを何とか克服してやろうと考えて皆さん努力することが肝要だと思うのです。ですから、ネガティブな思考ではなくて、ぜひこれを実現させるのだと、先ほど釜菴先生がおっしゃったように、これを進めていくしかないと思うのです。これは法律で決まってしまったので、どんな内容にするかはともかく、きちんと実施しなくてはいけないというところに来ているわけです。そういうことで前向きな御意見をぜひこれからもお寄せいただきたいとお願ひします。

それから、いろいろな試験の内容についてですが、試験の内容を常に検討する委員会があるのです。それを御存じない方がいるかもしれませんが、そこで常に試験問題はブラッシュアップされていて、その様な員会にも各大学からの代表から意見が出て大変な努力をされているという現場の実態をよくご理解いただきたいと思います。皆さんの協力がなければできないのは当然なのですけれども、今まで積み上げてきたものもあるわけですから、その中のいいところは伸ばす、足りないところは補完するという姿勢で機構もこれから協力していきたいと思ひますし、そのために機構の体制も今改善しようとしているわけです。

批判をすることは簡単です。しかし、いいところを取り上げて前進させる。これこそがこの部会に求められていることだと私は思ひます。逆境のときこそ力を尽くせという言葉がありますけれども、まさにある意味、今は逆境です。釜菴先生がおっしゃったように予算については私も微力ながら努力しました。そして、皆さんの大学には1大学2500万円ぐらいのインフラ整備のお金が行っていると思ひますが、人件費ということになると、継続的な支援は難しいと財務省は言っていると言ひ聞いています。私は今度、また担当者と話してきますけれども、これはまさに国を挙げてやっていることなので、それを大学の自助努力だけではやっていけない。そういうところに来ていると思ひますので、私の立場からでもできることはやっていきたいと思ひます。

以上です。

○中谷部会長　ありがとうございました。

重みのあるお言葉をいただきました。

横手委員、どうぞ。

○横手委員　栗原先生の多大な御尽力と、先生の苦しいお立場を述べていただいて、本当にもう感謝しかないところでございます。

私は先ほど「現実を見て柔軟な対応を」ということを申し上げましたが、最後に2点だ

け追加させていただきます。今、栗原先生がまさにおっしゃったところで、本当に大事で必要な制度を今回整えていただいたということであるならば、これをどう実現していくかという視点が何より大切となります、一般的に会社でも国にしても何か事業を新たに立ち上げたり拡充したりするときには、そこに人的な資源の投入があってしかるべきだろうと私は思うのです。それが今の大学は病院にしても医学部にしても、みんな兼任兼任で多くの業務をこなし、私も栗原先生も兼任でございますけれども、みんな次々に他ののエフォートをそぎ落として新たなことをやっていくにしても、そこには限界があるのだろうと思うのです。

そうすると、先ほどの財務省がお金を出さないからということではなくて、法律も決まり、そして、これが本当に国民のために必要なのだと厚労省さんも文科省さんも考えていただいてここに来たのだとすると、やはりここで新たなことを行うための資源の投入が、僕は不可欠ではないかと思えます。この点はぜひ文部科学省・厚労省としても目を背けずに、各大学が今まで精一杯やってきたところへ、新たにこれを実施するために必要な措置をぜひ継続的に検討していただきたいと思う次第です。

その上で、できることや困難なことも出てこようかと思えます。柔軟な対応ということに加えて、ひたすら突き進むだけでなく、先ほどどなたかがおっしゃっていましたが、立ちどまって見直すこと、振り返ることも必要だと思います。今後3年なのか5年なのか分かりませんが、考えてきたことが実現できるのか、それをよりよくするためにはどうしたらいいのかということの見直し・振り返り、場合によっては立ちどまって戻ることも必要かもしれない。そういう意味での進行における柔軟性ということも、ぜひ今後勘案して、せっかくみんなで知恵を絞って汗を流してつくり上げてきたしくみをよい形で無理なく実現していけるようお願いしたいと思います。これはおそらく多くの大学医学部・病院関係者が考えていることと思ひ発言させていただきます。

以上でございます。

○中谷部会長 ありがとうございます。

横手委員も全国医学部長病院長会議の会長として、いろいろ予算とか陳情という面でご尽力いただかないと駄目だと思いますので、その節はよろしく願いいたします。

○横手委員 よろしく申し上げます。

○中谷部会長 天野委員、どうぞ。

○天野委員 今日の会議、現場の負担が大変大きいということで、その負担軽減についての議論が大半だったと理解しております。私もその意見を申し上げた次第ですが、一方で、そもそも共用試験の先には医学生の医行為を受ける患者さんがいるわけですので、そういった患者さんに対してどのように説明責任を果たしていくのかという視点からも、今後、議論がさらに深まればと願っております。

ただ一方で、大学の教員であるとか事務部門の負担が大きいという指摘は繰り返し出てきていますし、特に私が最後あえて申し上げたいのは模擬患者さんの負担軽減です。模擬

患者さんの質の担保ももちろん重要ですが、同時に負担の軽減ということも改めて御考慮いただければと願っております。

私からは以上です。

○中谷部会長 模擬患者さんの御負担をいかに軽減するかというのは、非常に重要な点だと思います。

小西委員、どうぞ。

○小西委員 最後ですので比較的総論のことを申し上げます。

予算の件とかは考えるべきだと思います。ただ一方で、CATOもOSCEの「模擬患者、評価者養成及び評価の在り方に係る調査実証事業」という予算を受けて動いておられると思いますので、先ほど申しました実施可能性に関しての綿密な計画をお立ていただければと思います。先ほど理事長から批判でなくとおっしゃいましたので、まさにそのとおりで、今日の会は、私としても批判だけではなく提言を申し上げたつもりでございます。7年のときにはこうしたほうがいいのか、認定評価者については一旦こうしたほうがいいのか申し上げたつもりですので、ぜひまたお考え直しいただければいいと思います。

先ほどどなたかの委員から、なかなか現場の言うことを聞いてくれないみたいなことがあって、そうなのかなと思ったのですが、ただ、時々説明会で、この場であまり申し上げるもどうかと思いますが、「これはもう理事会で通ったことですので」と説明をされる場面を何度か私も聞いております。理事会というのはCATOの内部の話ですので、この理論で行かれますと、では、その理事会は大丈夫なのかみたいなことを言わなくてはいけなくなってしまう。どこかの大学の理事会が暴走するときに、その理事会を止められるのは外の人しかないみたいなことになってしまうので、理事会を通したからというような理屈はお避けいただいて、あくまでも我々、我々というのは、私はもう大学を出しましたが、大学とCATOが共同しないとできないものだというので対話を続けていただければと思います。

○栗原参考人 先生のおっしゃるとおりですけれども、私は今までCATOの理事会がこうしたからこうだということは一言も申し上げていません。どなたが言ったか知りませんが、ぜひそこところは誤解なきようお願いいたします。これからはこの共用試験部会が中心になると思いますから、ここに出して、ここで皆さんでちゃんと議論すればいいのではないのでしょうか。

○小西委員 私も同感です。どなたが言ったかは、ここでは触れないことにいたします。

○栗原参考人 もちろんそれは結構ですが、皆さんは断片的にいろいろなところを切り取って御発言になっているところが多々あるので私はちょっと申し上げました。

先ほど来のいろいろな議論も、アンケート調査も結構です、いろいろな意見を伺っても結構です、でも、誰を対象としてどうしたかということについて具体的なことが分からないと、アンケートだって正しく意見を反映しているかどうか分からないわけです。そういうことも踏まえて、私たちは冷静にそこを考えた上で対処していくことが必要だと私は思っています。

以上です。

○中谷部会長 ありがとうございます。

かなり議論が出尽くしたような感じもいたします。最初に申し上げましたように、本日の主な目的はCATO（公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構）を共用試験実施機関として指定してよいかどうかを議論する場でございます。

最後のまとめでございます。私からの御提案としまして、本日の部会におきましてCATOから提出された様々な医学生共用試験要綱の内容にいろいろな御意見をいただいたわけですが、共用試験実施機関としてはCATO以外を指定することはできないと思います。従いまして、CATOを共用試験実施機関として指定するということを確認した上で、本日いただきましたいろいろな部会委員の御意見を踏まえて、要綱を含めてどのように条件等を多少改変するかという部分、先ほど御指摘がありました持続可能性とか実現性を踏まえて、令和5年度から実施するために条件等をどのようにするかということにつきましては、部会長預かりとしてまとめさせていただき、それを改めて関連する委員の先生方に御確認いただくという調整をさせていただきたいと思いますが、それでよろしゅうございますでしょうか。

御異論がないようでございますので、そのような形で本日のまとめとしたいと存じます。

事務局におきましては、本日の議論を踏まえた対応をよろしくお願ひしたいと思ひます。

事務局から何かございますでしょうか。

○小林企画専門官 それでは、本日の部会において指定の進め方については御了承いただきましたので、今回の御意見を踏まえながら進めさせていただきます。

以上でございます。

○中谷部会長 ありがとうございます。

そのようなことで進めさせていただきます。本日は現場のいろいろなご意見もいただきましたし、今後、共用試験というのは、先ほど釜菴委員におっしゃっていただきましたように、日本の今後の医療を支える若い医師を育成していくために非常に重要な第一歩を踏み出す形になっておりますので、ぜひ共用試験の資格化を成功させ、より臨床実習が実のあるものとなって、良い医師が育成されていくことを願ひたいと思ひます。

長時間御参加いただきましてありがとうございます。また、活発な御意見をいただきまして、本当にありがとうございます。本日の共用試験部会はこれで終了いたします。