

○礒山企画専門官 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医学生共用試験部会」を開催します。

本日は、委員の皆様方におかれましては、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。

初めに、新たに委員に就任された先生を御紹介いたします。

太田邦雄委員です。

相良博典委員です。

また、今村英仁委員におかれましては、諸事情により、少し遅れると伺っております。

本日は、伊野委員が御欠席、岸委員、木戸委員、佐藤委員、宮地委員はオンラインでの御出席であり、計10人の委員に御出席いただいております。

また、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（CATO）から栗原理事長、齋藤副理事長、江藤副理事長に、認定NPO法人ささえあい医療人権センター（COML）から山口理事長に参考人として御出席いただいております。

文部科学省医学教育課からは俵課長がウェブ参加、堀岡企画官が現地参加で、オブザーバーとして御参加いただいております。

議題に入る前に、前回の会議から事務局で人事異動がございましたので、御紹介させていただきます。

医政局長の森光です。

大臣官房審議官の森です。

医事課長の西嶋です。

医師臨床研修推進室長の野口です。

臨床研修指導官の小作です。

企画専門官の礒山です。

本日、オンラインで御参加いただいている皆様は、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、部会長または事務局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ようお願いいたします。

なお、マスコミの方の撮影はここまでとさせていただきます。

このたび、中谷部会長が任期満了により御退任されましたので、改めて部会長の選任をさせていただきますと思います。

医道審議会令第6条第3項の規定により、部会長は当該部会に属する委員の互選により選出することとされております。つきましては、委員の先生方の中で、選任に当たり、どなたか御推薦はありますでしょうか。

清水委員、お願いいたします。

○清水委員 清水でございます。

瀬尾委員を推薦したいと存じます。瀬尾委員は、医学教育や共用試験の推進に長らく携われてこられて、これらの分野に知見も深く、適任かと存じますので、どうぞ御検討くださいますようによろしくお願いいたします。

○礒山企画専門官 ありがとうございます。

ただいま、清水委員から瀬尾委員を推薦する御意見がありました。いかがでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○礒山企画専門官 それでは、部会長は瀬尾委員にお願いさせていただきたいと思えます。

瀬尾委員、部会長席に御移動をお願いします。

以降の議事運営につきましては、瀬尾部会長にお願いいたします。

(瀬尾委員、部会長席に移動)

○瀬尾部会長 ただいま、部会長に指名をいただきました高知大学の瀬尾と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、着席させていただきまして、議事を始めたいと思えます。

最初に、資料の確認について、事務局からお願いいたします。

○礒山企画専門官 それでは、資料の確認をお願いします。

事前に、議事次第、資料1～3、参考資料1～5を配付しておりますので、お手元に御準備いただきますようお願いいたします。不足する資料がございましたら、事務局にお知らせください。

それでは、部会長、引き続き、お願いいたします。

○瀬尾部会長 それでは、議事を進めたいと思えます。

「共用試験の実施について」として、公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構(CATO)から、令和5年度共用試験の実施状況及び公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構の業務改善の取組状況について御説明いただいた後、事務局から令和7年度以降の共用試験に関する意見(案)について説明いただき、その後、委員の皆様から御意見をお伺いする形としたいと思えます。

つきましては、まずはCATOから、令和5年度の共用試験の実施状況及びCATOの業務改善の取組状況について、説明をお願いいたします。

○栗原参考人 ありがとうございます。理事長の栗原でございます。

まず、令和5年度の共用試験の実施状況につきまして、私どもの齋藤副理事長から現状を御説明したいと思えますので、よろしくお願いいたします。よろしいでしょうか。

○齋藤参考人 齋藤でございます。副理事長を仰せつかっております。

資料1を御高覧ください。おめくりいただきますと、令和5年度は公的化元年でございます。それまで17年間、CATOといたしましては一生懸命やってきたのですけれども、令和3年の国会が通りまして、令和5年から公的化として実施したことの御報告でござい

す。

おめくりいただきますと、1ページは実施時期の月別分布。これは8月の第3週がスタートでございまして、御高覧いただきますように、8月から12月の間でほとんどの大学がCBTもOSCEも終わっている。年明けには数大学がなさっていらっしゃるということの数字でございます。第4学年でなさるのが78大学、第3学年で4大学がなさっていらっしゃいます。

それから、2ページで、合格状況等でございます。「合格」という言葉は、CBTとOSCEの両方が到達基準に出したものを合格と呼ぶと定めてございます。九千三百何名かの受験生がいらっしゃいましたが、不合格率が3.4%。つまり、この3.4%の学生さんは、残念ながら、臨床実習に持っていけなかった、進めなかったということでございます。

CBTとOSCEを比較してございます。CBTでは不到達率は2.8%、OSCEは1.1%の方が残念ながら不到達になったという数字でございます。

そこで、再試験と追試験について御報告申し上げますと、再試験というものは、本試験でもって残念ながら到達に達していなかった。それでは、それでおしまいかという、そうではなくて、もう一回チャンスが与えられるわけでございます。それで、CBTの再試験は31%の人が不到達になり、OSCEは5.1%の人が不到達であった。

それから、追試験というものは、この2023年度も、新型コロナウイルスなどで感染になりますと、御本人が症状が軽くても出校停止になります。それでアウトかという、それではあまりにかわいそうなので、追試験をいたします。それで、CBTとOSCEそれぞれの追試験で不到達になった方がこれだけいらっしゃるという数字でございます。

次に、おめくりいただきまして、これからOSCEのほうに集中して御説明を申し上げますと、OSCEの評価は大変難しゅうございまして、これは千葉大学の伊藤彰一教授を委員長として、この委員会がかなり御苦労なさって、いろいろ定めましてございます。患者さんへの配慮はどうだろうか、医療面接はどうだろうか、身体診察のテクニックはどうだろうか、基本的臨床手技のテクニックはどうだろうか、それから、救急のほうはどうだろうかということで、注)というところに書きましてございますけれども、医療面接と救急は単一領域でもって到達判定をする。患者への配慮は、身体診察と基本的臨床手技、両方とも患者さんへの配慮を必要とするわけですから、そういうカテゴリーで評価する。それから、診察テクニック。これは身体診察領域で「相補的」という言葉を使わせていただいておりますが、どういうことかという、下の青字で書いてございますが、例えばの話、頭頸部の診察がもう少しで、ほかは大変できているのにという場合に、相補的に判断するということを書いてございます。日本語が大層難しゅうございまして、かみ砕いて申し上げますとそういうことでございます。

次に、4ページ、OSCEの実施課題数でございます。まず、学生さんをクリニカルクラークシップに出していいかどうかというときに、ポイントは3つに大きく分けられます。一つは、患者さんのお話を聞く。つまり、医療面接がしっかりできること。2つ目は、身体

診察が、これも幾つかの部分に分かれますけれども、しっかりできる。それから、静脈採血等の基本的臨床手技ができて、8番はベーシックライフサポートができることでございます。これを、身体診察の部分を5つに分けましたので、合計8課題になります。

それから、そこまでが必須の8課題なのですが、そのほかの2課題は大学の御都合によって入れていただいたということですが、そこには四肢と脊柱の診察。つまり、診察領域で5課題あったのですけれども、そこには四肢と脊柱の診察がないものですから、これを9番として入れまして、それから、特に大切なのは、この2023年度は感染対策が大切でしたので、これは各大学でもってやっていただく課題にいたしました。

その結果、8課題をやってくださったのが82大学中71大学。それから、10課題全てをやってくださったのが8大学ございます。

次に、評価体制で、御承知のように、スキルやアティチュードの評価は1人ではどうもあまり正確な、客観的な評価ができない立場から、評価者を2名でもって評価しようという方向を打ち出しましてございます。そこでは、1試験室当たり2人の評価者が入るシナリオです。そこでやってみましたところ、評価者2名でやってくださった大学が79大学。82大学中の79大学が頑張って、評価者2名体制でもってやってくださいました。大層、この方々には御負担だったとは思いますが、大学の現役の先生方が非常に御熱心に後輩を育てようということの現れではなかろうかと思えます。

ここには書きませんでしたけれども、実は2024年度の場合は82大学全てが2人の評価者体制でいけそうであるところでございます。

次に、5ページで、模擬患者さんは、実は教育用の模擬患者、つまり、トレーニング用の模擬患者さんと試験用の模擬患者さんは厳密には分けなければいけませんけれども、これもなかなか難しゅうございまして、本当は学生さんと顔見知りではない模擬患者さんが実際に試験に登場してくださるとありがたいのですが、それも理想でございます。それで結局、模擬患者さんを認定しようということにいたしまして、認定模擬患者というふうに考えました。それで、認定模擬患者さんだけでもってやってくださった大学が66大学。それから、なかなかあそこまで確保されませんでしたので、各大学の課題責任者の下で模擬患者さんの標準化をしてもらいました。その標準化された模擬患者さんを使われてという大学が13大学ございました。

これは医療面接で、次に2番の身体診察の模擬患者さん。これには医学科の若い学年、主に1・2年生ですが、こういう学生さんが診察される模擬患者さんになってくださったのが30大学ありました。それから、医学科以外の学生で「23大学」と書いてございますが、医学科以外の学生というものは、例えば総合大学ではほかの理系の学生さんであったり、また、ある大学では医療福祉関係の大学の学生さんに御協力いただいたり、あるいは救急救命士の科の学生さんが身体診察の模擬患者さんになってくださったたりしたのが23大学あります。それから、学生以外が実施したのは、実は（大学教職員等）と書いてございませけれども、大学の事務方、特にそのOBの方々が自分たちも医師養成に協力しようという、

誠にありがたい志の下に身体診察の模擬患者をやってくくださったところが23大学ございました。

次に、6ページでございますが（4）で評価者・模擬患者の養成とか認定とかという問題です。まず、評価者は認定評価者といいますけれども、これは、その養成には8領域に共通した部分があります。この共通部分については、講習会の前にe-Learningを受講していただいて、そこにもテストがありまして、それに合格したことを証明する書類を持ってきていただいて、領域別の講習会に参加していただく。領域別の講習会というものは、この表にございますが、医療面接から救急に至る、この領域別という意味でございます。この講習会は4時間ぐらいで、最後には認定試験をいたします。それに合格した方、ほとんどの方が合格なさるのでございますけれども、それを機構で認定し評価者とさせていただきます。

それで、たくさんの方が実は受講していただきまして、その充足率はいずれも200%以上になっているわけでございます。ただし、大学によっては、この領域の評価者が少ないというところはもちろんございます。

次の7ページで、そこでは、今度は負担の軽減化に対してどうすればいいだろうか。まずは、全体講習をe-Learning化して行ったことによって御負担は随分減ったと思っております。それから、令和7年度からはどうしようかという相談が行われまして、これは各大学に評価者養成講習会用の教材をお送りして、各大学でもってやっていただこう。ただし、そのときには委員の何人かがお伺いして拝見させていただこうということをするつもりで、ただ、大学によっては、やるのが大変だから、それだったら講習会に派遣するとおっしゃってくださっている大学もございます。ですから、どうしても機構主催の対面講習会は1～2回はすることになるであろうと考えております。もちろん、大学の教員は異動が激しゅうございますから、どんどん新規の講習会をやって補充していかねばなりませんし、それからまた、5年たちますと、今度は更新のための講習会もしなければなりません。

次に、8ページで（4）のうちの、今度は模擬患者さんの話でございます。模擬患者の養成はなかなか難しいことがございます。それでどういうことを考えたかといいますと、例えば模擬患者さんの団体があります。それから、ある大学の模擬患者研究会。それも一つの団体である。そう考えますと、57団体ありまして、その団体でもって養成していただく部分と、それから、機構で養成する部分があります。

そこで頑張って、その充足率を御高覧いただきますと、今年8月までで951名の認定標準模擬患者。認定というものは、要するに、模擬患者さんとして、この人なら大丈夫だというテストがありまして、それをその団体で証明していただいたり、あるいは機構でやる場合にはそれなりの試験がございますから、それで点数をつけさせていただいて認定した。つまり、そのくらい厳しくやっていきませんと、これは受験される受験生の方々に客観的な試験ができませんから、そういうことをやっているわけでございます。

それから、もちろん、そういった負担軽減への取組はどういうふうにするかということ、やはりオンラインでできる部分はどんどんオンラインにしていこうということでございま

す。それで、近隣の団体の養成担当者、大学にも養成担当者をお願いいたしましたし、近隣の大学の養成担当者、つまり、なるだけ客観的に模擬患者さんとして、この方は大丈夫であることを証明していこうというわけでございます。

めくっていただいて、9ページになりますけれども、これは標準模擬患者の団体が日本国内ではこういう分布になっているということを、これは日本医大の藤倉教授を委員長とする委員会からの資料でございます。

さて、10ページで、不正行為があってはならないわけでございます。不正というものはなかなか難しいのですが、昨今のIT機器が進歩した関係で、非常にびりびりしてやっております。CBTでは、実は不正と考えられたのが2件ございました。

1件は、腕時計をはめていらした。腕時計ぐらいいいではないかと思いでございましょうが、昨今の腕時計は通信機能があったりいたしますし、実はこの一例は、本試験の1か月前に説明会がございまして、そこで各大学の実施責任者の教授並びに事務方が学生さんに向かって、腕時計はこういうことなので、つけて入ってはいけないという説明をくどくどとしております。それからまた、試験場に入室する際にもチェックしております。合計5回チェックされているのですけれども、その説明を忘れてしまったのか、あるいはどうなのか、分かりませんが、腕時計をして入っておしまいになった方がいて、その方は、途中で分かりましたので、退席になりました。

もちろん、2番ではスマートフォンを持ち込んで、実際に通信をしていたわけです。当然のことながら、この方も退席になりました。OSCEでは幸いにそういうものはございませんでした。

次に、最終ページでございますが、試験のやり直しという案件が実はOSCEでありました。どうということかといいますと、これは課題の内容をあまり詳しく申し上げるわけにはいかないのですけれども、心電図を撮ろうというときに、コードの準備がしていなかった。それからまた、患者さんに相当するお人形さんがビニールの風船の人形であった。これではどうも、こういうものは使わないでくださいとあらかじめ申し上げてあったのですが、お使いになっておしまいになったので、その大学では、この課題だけをやり直していただいたということがございます。

以上が2023年度の御報告でございます。

○栗原参考人 それでは、続きまして、私からCATOの業務改善について御説明させていただきたいと思っておりますけれども、座長、よろしいでしょうか。

○瀬尾部会長 どうぞ。

○栗原参考人 それでは、栗原から、どのような機構の業務改善の取組を行っているかにつきまして御説明いたします。

令和5年度の決算、機構の損失が発生することなどが明らかになりましたので、これは早急に業務改善をすることが必要と認識いたしました。このようになりましたのも、各大学から出ている委員の方が大変熱心で、委員会等がたくさんできて活動が盛んになったか

らでございますけれども、そこで業務を改善しなくてはいけないので、まず第1番目にやりましたことは財務担当理事を決めることで、令和6年6月の総会でこれもお約束しましたが、CATOの財務担当を担う理事の方、今まで民間で経験が十分あるような方を入れて、その方に財務を見ていただく。そして、事業と経費との関係のバランス等を検討していただくということです。それで、定期的に財務状況を点検するようにいたしました。

2番目は経費削減策の実施ですけれども、今までお話ししましたように、委員会もたくさんありました。それが対面で委員会を開催しておりましたので、そういうところを、ウェブ化をやりまして、旅費等の削減を図りました。それによりまして、令和6年度は約7400万円の経費削減。これを実施することを試みました。

それから、令和7年度以降の事業の見直しですけれども、これも可能な限り前倒して実施したいと考えています。例えばOSCEの評価者、それから、模擬患者の養成の担い手・方法・質の検証等につきまして、試験の信頼性・公平性が大変大切でありますので、それを維持と、経済効率との関係を両方から検討して、どのようにしたら国民の負託に堪えられる試験が行えるかという視点に立って、しかし、経済効率も考えましょうということで見直しを行いました。

2番目は、医学生OSCEの評価者数は、当面、各課題1名での実施を可とすることにいたしました。課題数が増えると、当然、経費負担も増えますので、それと、人的な負担も増えます。そういうことで、課題数は、大学それぞれ状況が違いますから、それぞれの環境が整うまで当面は8課題とすることになりました。この2点につきましては、共用試験部会における検討をお願いしたいということでございます。

それから、会費からこのCATOは成り立っておりますけれども、令和6年6月の総会で医学系会員は126万円、歯学系会員は65万円の追加をお願いして、皆様からいろいろな御意見がございましたが、やむを得ないだろうということでお認めいただいたところであります。これに対しましては機構として大変感謝しております。

それから、最後ですけれども、ガバナンス改革ということで、機構のガバナンスがよく見えないというお話がありましたので、役員の方の例えば定年制や任期更新の回数制限等を含んだ役員選考規程制定をきちんとやっていこうということです。それで、定年制も年齢だけで切ることも昨今の状況を考えると難しいところもありますが、例えば任期を決めて、1期が2年で、そして、5期までという、例えばそういった回数制限も含めて、役員が適当な時期に交代できるような規程の制定。これは機構で現在検討していきまして、皆様にまたお諮りしたいと思っています。

それから、AJMC（全国医学部長病院長会議）。これは私どもCATOの母体ですから、そこでいろいろな試験をどうしたらいいかということについて、基本的な医学教育の根幹に関わる部分はAJMCがいろいろ考えていただいて、私たちは試験を請け負う機関になっております。それで、AJMC、歯科大学学長、あるいは歯学部長会議などの関係団体といった方との意思疎通を図って、これからも進めていきたいということでございます。

それと、機構がいろいろ改革しなくてはいけないと考えておりましたので、文科省・厚労省との定期的に情報交換をすることが必要だろうということで、情報連絡の機会を確保しております。毎月1回、必ず機構と文科省・厚労省のそれぞれの担当の方と意思疎通を図る会議を、この4月以降、開催しております。そこでいろいろな問題が浮上したときに、今後、どのようにこれを解決したらいいか。そして、必要であれば、さらに上の会議にこれを上げていくという仕組みをつくりまして、今のところ、円満・円滑にこれが行われているということでもあります。

こういうように、業務改善に私たちも努めていることを御説明しましたので、どうか御理解いただきたいと思えます。

以上でございます。

○瀬尾部会長 ありがとうございます。

ただいま、CATOから令和5年度の実施状況と業務改善の取組ということで御説明いただきましたが、これについて御質問等がありましたら、委員からお願いいたします。

いかがでしょうか。

よろしいですか。

では、小西委員、先にお願いします。

○小西委員 部会長、ありがとうございます。

今、CATOから御説明があったことに対して、質問、意見ということでよろしゅうございますか。

○瀬尾部会長 はい。

○小西委員 少し細かいところも入ってしまいますけれども、そういうことでも構いませんか。

○瀬尾部会長 どうぞ。

○小西委員 ありがとうございます。

非常によく分かったところがございます。それを受けまして、例えば評価者について、まず御質問してみたいと思えます。

評価者のところでは、講習会のオンライン化とか、そういうことをおっしゃいましたけれども、いま一度確認させてください。どの程度オンライン化が進んでいて、例えば更新をどのようにされるのかというのは資料からでは十分読み取れなかったものですから、この辺り、どういう計画でおられるかをお聞かせ願えればと思います。

○瀬尾部会長 齋藤先生、どうぞ。

○齋藤参考人 齋藤でございます。

まずは、本質的には評価者の標準化は大層難しいことが実は経験的に分かりましてございます。認定された評価者のはずなのですけれども、実際にやってみると評価者の間で随分、表向きは標準化なのですが、厳しい人から厳しくない人までいらっしゃる。それから、自分の大学の顔見知りの学生さんになるとやはり甘くなるということがございまして、そ

れでオンラインでやるのはなるだけ共通部分にしておこう。課題別のところは、できれば機構としての理想論は全部対面でやりたいですけれども、昨今の大変な御負担でございますから、それを各大学でもって教材をお送りして、そこに委員を何名か派遣して、大学でやってくださるのですが、委員によるモニタリングをしようではないか。これはこれからやっていくことでございます。それが果たして、どの程度しっかり標準化できるかというのは今後の課題だと思っています。

○瀬尾部会長 よろしいですか。

○小西委員 どこまで聞こうかというところがあるものですから、一旦、ほかがありましたら。

○瀬尾部会長 分かりました。

それでは、天野委員、お願いいたします。

○天野委員 御説明ありがとうございました。CATO並びに各大学の皆様の御尽力に改めて感謝申し上げます。

2点ございます。1点ですが、これは確認になりますが、資料2で「課題数は、大学の環境が整うまで当面は8課題とする」と書いていただいている、後で御説明いただく意見（案）を見ますと、8課題とするけれども、9課題または10課題の実施も可とするということで、これは、資料2でCATOが求めているのは、8課題は原則とするという意味なのか、それとも、全ての大学で8課題にそろえてほしいという意味なのか。細かいですが、そこを確認させていただきたいのが1点目です。

○齋藤参考人 ありがとうございます。

本来、例えばこの学生さんにクリニカルクラークシップで実際の患者さんを診察させていいかというときには、やはりしっかりとした試験をしていかなければ患者さんに失礼になりますから、そこで最低、必須8課題、できれば10課題という線を出しました。そういたしましたら、既にそこを10課題、大学でもってやってくださっている大学がありまして、その方々に伺ってみますと、いや、8課題から10課題になることはそんなに負担ではないという御意見もありますし、また、8課題で精いっぱいだとおっしゃっている大学もあります。ですから、当面8課題と申し上げているのはそういう意味でございます。

○天野委員 よく分かりました。ありがとうございます。

4ページで、今、御説明いただいたように、10課題を実施している大学が8大学あるということです。これはかなり、それほど負担ではないという御意見はあるにせよ、それなりの負担もあるかと思いますが、いわゆる好事例という言い方もできるかと思うので、この8大学の大学名はどこかの場所で公開していただければと思った次第です。

2点目が、今回、資料1という形で、令和5年度共用試験の実施状況について全般御説明いただいたのですが、令和5年度共用試験の実施に当たって、各大学から何かCATOに対してコメントなどが来ているのか、あるいはCATOで各大学に対して何らかのアンケート調査等は実施されたのかがもし分かれば教えていただきたいと思います。

○齋藤参考人 ありがとうございます。

実は、各大学の実施責任者の方からそれなりの報告書を全部いただいております。それも全部まとめて拝見してはいますが、この試験に対して根本的に特に問題であるという御意見はありません。むしろ、そこで出てくるのは、結局、うちの大学ではという言葉です。施設が少ないとか、外来診察室を使わねばならないとか、あるいは人が足りないとか、そういうことをおっしゃってくださった御意見はございます。もちろん、OSCEセンターが必要であるという御意見も当然ありますが、それについては現在、CATOだけでもって云々することはできません。

以上です。

○天野委員 ありがとうございます。

もしそういった現場からの御意見というか、声は非常に重要だと思いますので、今回は資料として出てこないということかと思うのですが、次回、こういった検討をする場合、やはり現場の方の声を改めて私たち委員も見た上で検討する必要があるかと思うので、可能な範囲で現場の先生方の声をこちらにまとめて提出していただけると幸いです。

以上です。

○瀬尾部会長 宮地委員、お願いします。

○宮地委員 ありがとうございます。

1ステーションの評価者を1名にすることについて検討するために、これまでの共用試験をOSCEでステーションごとの2名の評価者間の評価がどれぐらい一致していたか、データがあれば知りたいと思っております。もしCATOでこれまで、この2名の評価者間の一致率を解析されておられるようでしたら、ぜひ御共有いただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

○齋藤参考人 齋藤でございます。

実は、その細かい数字も出てはいます。しかしながら、やはり問題になるのは、2名の認定評価者の間ではあまり差がない。1名でやったときのほうが皆さん、いろいろばらつきといいますか、そういう数字が出ておりますが、いずれ、それはまとめて発表する機会があればと思っております。

○瀬尾部会長 よろしいでしょうか。

時間もございますので、また後の検討で、今、小西委員から出た話も議論に上がると思っておりますので、次に進めさせていただきたいと思っております。

続きまして、令和7年度以降の共用試験に関する意見について、事務局から説明をお願いいたします。

○野口医師臨床研修推進室長 御説明させていただきます。資料3「令和7年度以降の共用試験に関する意見（案）」を御覧いただければと思います。

まず「1. はじめに」でございます。ここは共用試験の公的化の経緯等について記載し

ております。

○の1つ目については、令和3年に医師法が改正されて、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であるとか、共用試験の合格が医師国家試験の受験資格の要件とされるなどが規定されたことについて書いております。

○の2つ目は、そういったことを踏まえて、医道審議会の下に医学生共用試験部会を設け、令和4年5月に「公的化後の共用試験に関する意見」をまとめた旨を記載しております。

○の3つ目でございます。そういったことも踏まえたということで、令和4年11月に厚生労働省令を公布いたしました。併せて、令和5年2月に公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構(CATO)を共用試験実施機関に指定いたしましたことを書いております。また、指定に際しては、この共用試験部会において審議を行いまして、令和5年1月に指定に当たっての条件等を示した「共用試験実施機関の指定に関する意見」をまとめていることを書かせていただいております。

そういったことを踏まえて、○の4つ目で、令和5年度から公的化された共用試験が実施されているということで、先ほど御説明があったとおりでございます。

最後の○の5つ目で、今回、この意見を求める趣旨を記載しております。令和4年にまとめた共用試験部会の意見において「共用試験については、公的化される令和5年度以降も、その実施状況や客観的な根拠、大学その他の関係者の意見等を踏まえた不断の改善及びこれに伴う大学の負担を軽減するための方策の検討が必要」とされているところでございます。このことから、本部会において、令和5年度共用試験の実施状況も踏まえながら検討を行って、令和7年度以降の共用試験に関する意見を述べる形でまとめさせていただいております。

続きまして、2ページ目でございますけれども「2. 基本的考え方」を書かせていただいております。

ここでは、まず、令和5年度共用試験の実施状況を踏まえた大きな見解を述べておまして、先ほど申し上げた、令和5年にまとめた「共用試験実施機関の指定に関する意見」で実施する上での幾つかの条件を示しておりますが、この条件については、基本的に令和7年度以降も引き続き踏襲していくべきということを書かせていただいております。その上で、令和4年にまとめた「公的化後の共用試験に関する意見」の中では「令和7年度までに検討する」とされている事項、またはさらに意見すべき事項については以下で詳述するとさせていただきます。

基本的には、令和5年の部会でまとめた意見を踏襲はしつつ、令和7年度までに検討する必要があるとされている事項とか、昨今の状況を踏まえて上書きが必要な事項については3.以降で詳述をさせていただくということで2.を設けております。

続いて「3. OSCEの在り方」についてでございます。

まず1番として、課題の数及び種類についてで、○の1つ目で、これは令和4年の部会

意見では、実施する課題の数及び種類を統一することとして、令和5年度からは「医療面接」「頭頸部」「腹部」「神経」「胸部」「全身状態とバイタルサイン」「基本的臨床手技」及び「救急」の8課題を実施することとすることが適当であるとされました。また、令和7年度までに「四肢と脊柱」及び「感染対策」を加えた10課題を実施することについて検討することとするとされたところでございます。

これを踏まえて、○の2つ目が現行の取扱い、先ほど御説明があったとおりですけれども、8課題以上10課題までとしているところでございます。

それを踏まえて、○の3つ目、令和7年度以降の扱いですけれども、令和7年度以降の共用試験については、各大学での持続可能な実施を担保する観点も考慮して、大学の環境が整うまで8課題で実施する。ただし、各大学の状況に応じてさらにOSCEを実施したい場合については「四肢と脊柱」「感染対策」のいずれか、または両方の実施も可とする形にしてはどうかということで案として示させていただきました。

続きまして、2番、評価の体制についてでございます。○の1つ目では令和4年度の共用試験部会意見を抜粋しておりますけれども、ポイントだけ申し上げますと、令和7年度までに各試験室に外部評価者を1名配置することについて検討することが検討事項としては示されているところでございます。

また、○の2つ目は令和5年の共用試験部会の意見の部分ですけれども、OSCEの評価を認定評価者2名で担当することについては、やむを得ず1試験室における認定評価者が1名となった場合については事後で動画を用いた評価を行うことで試験成立を認めるなど、柔軟な運用とすることとしたところでございます。

3ページに移りまして、○の3つ目に当たりますけれども、こういった令和5年の部会の意見も踏まえて、令和5年の運用においては、これについては、基本的には令和5年の部会意見に沿った運用ということで、認定評価者2名が担当しつつ、やむを得ず1試験室における認定評価者が1名となった場合については一定の条件の下で事後に動画を用いた評価を行うことで試験成立を認める形としております。

こういったこれまでの状況を踏まえまして、この3ページで言うと○の2つ目になりますけれども、令和7年度、どういうことをしていくかを書かせていただいています。ポツが2つございますが、まず、ポツの1つ目ですが、1試験室ごとに認定評価者である内部評価者1名での担当を可とするとしています。単独で到達判定を行う課題領域(医療面接、基本的臨床手技、救急)については、概略評価で不到達相当の評価を行った場合には、別の評価者による追加のビデオ評価を必須とすると書かせていただいています。

また、ポツの2つ目として、外部評価者については課題ごとに1名配置する。外部評価者が担当する試験室は、円滑な試験室の運用、外部及び内部評価者の評価の事後検証といった観点から、内部評価者(認定評価者)も配置するとしております。

ここにつきましては、まず、持続可能な実施という観点も踏まえて、1試験室ごとに認定評価者である内部評価者1名での担当を可とするとしつつ、一方ではやはり慎重な評価

が必要な方、具体的には、OSCEで不到達相当となってしまう方について、特に1名の評価者で到達不到達の評価を行う形になってしまう領域。これは3領域ほどございますが、ここについては、到達相当の評価を行った場合には、別の評価者による追加のビデオ評価を行う形で担保してはどうかと考えて、このような記載ぶりとさせていただきました。

それから、ポツの2つ目については、外部評価者については、各課題1名での配置という形にしております。ただし、外部評価者のみで試験を実施する場合には、他大学から来ていただくこともありますので、試験の円滑な運用が難しい面があること。それから、評価体制については、引き続き、しっかり検証を行っていく必要があると思っております。そういった意味で、外部評価者が評価する試験室には、内部評価者も配置する形で評価を実施して配置してはということを考えております。

続いて、3番の模擬患者について、まず（ア）として医療面接模擬患者についてでございます。ここについては、○の1つ目で、令和5年の部会意見では、未認定の方であっても一定の条件を満たす場合を担当することを可能とするなど、柔軟な運用とすることとしております。

○の2つ目のところですが、令和5年度の運用については、この令和5年部会意見を踏襲した形での運用となっております。また、現状の認定の状況についても先ほど御説明があったところかなと思います。

○の3つ目ですが、令和7年度以降の運用については、先ほども御説明がありましたが、認定医療面接模擬患者の確保については、まだ地域差もあり、十分なところまでは行けないと思っておりますので、引き続き、未認定の方であっても一定の条件を満たす場合は担当とすることを可能とするなど、柔軟な運用としてはどうかとお示しさせていただきました。

次に、4ページに行ってください（イ）で、身体診察模擬患者の医学生の実用についてでございます。○の1つ目の部分については、令和4年の部会意見をまとめておりますけれども、当面は、各大学において試験の公正性確保の取組を徹底した上で、医学生の実用を認めるとすることが適当である。その上で、令和7年度までに、医学生が身体診察の模擬患者を担当することの是非について検討することとされております。

こういったことを踏まえて、○の2つ目が令和5年度の運用でございます。これも先ほど御説明がありましたが、医学生が担当する場合はなるべく低学年とする扱いにしていると思っております。また、その実際の実績の状況も先ほど御説明があったところかなと思います。

こういったところも踏まえて、○の3つ目でございますけれども、令和7年度以降の共用試験については、公正性確保のための運用面の工夫は行っていただく必要があると思っております。例えば課題内容を試験直前に伝えるなど、そういった条件を課した上で医学生の実用も可としてはどうかというものを示させていただきました。ただ、その場合も、より公正性を確保する観点から、低学年が実施することを推奨する形としてはどうかとさせていただきます。

次に（ウ）の模擬患者の確保、有効活用についてでございます。まず、○の1つ目については模擬患者の確保が課題となっている旨を示しております、模擬患者の有効活用が進むように、例えば一定の地域内における複数大学間で連携して模擬患者の相互活用を図ることなどが方策として考えられるのではないかということに記載させていただいております。

○の2つ目は令和4年の部会意見の抜粋でございますけれども、各大学の実習等において、模擬患者として医学教育に携わっている方が、当該大学におけるOSCEの模擬患者も担当することについては、令和7年度までに、このことについては是非を検討するというのが令和4年の部会意見では示されたところでございます。

○の3つ目が現状の取扱いですけれども、各大学の実習等において模擬患者として医学教育に携わっている方。これは便宜上、教育用模擬患者という言い方をさせていただきますが、こういった方の扱いについては、現状では関わっている大学のOSCEの模擬患者を担当することは可能としていると伺っております。この場合、公平性の観点からCAT0から、十分な形で模擬患者の数が確保できるのであれば、そういった方に、教育用模擬患者の方にOSCE参加を極力避けるなどの対応をお願いしていることも併せて伺っております。

それを踏まえて、○の4つ目で、今後の対応の方向性でございますが、教育用模擬患者の方々は、医学教育へ貢献したいという思いから御協力いただいている方々でありまして、模擬患者の確保が課題となる中で、共用試験においても可能な限り教育用模擬患者の方が担当できる範囲を広げる方策を模索すべきではないかということを書かせていただいております。ただ一方で、公平性の確保をきちんと確保することも大事でございますので、このため、外部評価者とか機構派遣監督者が模擬患者の公正性を確保できる体制の下で試験を行うなど、公正性にも配慮しながら、ただ一方で、教育用模擬患者の方が実習等で携わった大学でOSCEの模擬患者を担当することについては、特段条件を付さずに許容すべきではないかということを書かせていただきました。その試験の公正性の確保等の実際の方策については、CAT0でも検討いただいているとは思いますが、引き続き、検討・検証を行っていくべきではないかということを書かせていただいております。

次に、5ページの4番の評価者とか模擬患者の方の養成・認定に関する負担軽減についてでございます。まず、○の1つ目は、令和5年の部会意見の中で、丸めて申し上げますと、養成講習会のオンライン化とか、更新手続の簡素化を取り組むことが示されたところでございます。

それを踏まえて、○の2つ目、令和5年度の実績としては、こういった部会も含めて、オンライン化とかの実績を進めていただいていると承知しております。具体的には、先ほど御説明があったところかなと思います。

3つ目は、令和7年度以降ということで、ここについては、評価者・模擬患者の養成・認定に係る負担軽減を、引き続き、しっかり取り組むべきということを書かせていただきました。

また、○の4つ目で、特に模擬患者の養成・認定については、例えば4行目にありますように、CATOの認定がオンラインで行うなど、模擬患者への負担を極力課さないような配慮は必要であることも書かせていただいたところでございます。

最後は「4. 終わりに」で、ここについては、まずは、本意見の内容を踏まえて令和7年以降も共用試験が実施される必要があるという、当然ですけれども、そういった旨を1つ記載させていただいていることが一点と、それから、2行目で、今後も本部会において共用試験の実施状況の報告、それから、必要な検討を行っていくということです。今回で終わりではなくて、引き続き、しっかり実施状況の報告、必要な検討を行っていく必要があること。そして、随時、共用試験に関する必要な改善を行っていく必要があるということも最後の締めとして書かせていただいているところでございます。

説明は以上でございます。

○瀬尾部会長 ありがとうございます。

それでは、先ほどのCATOからの説明も踏まえつつ、この資料3、意見（案）について、本日はメインに意見交換をいたしたいと思います。いろいろな論点があると思いますけれども、内容が膨大ですので、幾つかに区切りながら意見交換をしてみたいと思います。

まず、議論に入る前に、今回、この意見（案）をお読みいただいて、令和5年度にやってみて、実施可能性について、今後、どう工夫をするのかがたくさん意見として盛り込まれております。それはやはり大学がこれをしていく上で、持続可能性というか、そういったことがどうしても視点になるのですけれども、OSCEの主役は医学生、受験生ですので、特にこの委員会には受験生の代表はおりませんので、そういった視点も私たち、その後ろにいる患者さんから見て、どう見えるのかを念頭に入れながら意見交換ができればと思っています。

それでは、まず最初の、先ほど説明にありました「1. はじめに」、それから「2. 基本的考え方」。ここはこれまでの経緯とまとめでございますが、特に文章の修正等、必要などころがないか、御意見をいただけましたら幸いですけれども、いかがでしょうか。

小西委員、お願いします。

○小西委員 ありがとうございます。

部会長にお許しがいただければ、全体のこと、この場所、この部分ですので、課題数とか模擬患者数とか、そういう細かいところではなくて、全体的なところで少し発言してもよろしいでしょうか。

○瀬尾部会長 手短にお願いします。

○小西委員 分かりました。先ほど学生がということもありましたので、そういう観点も含めてお話ししたいと思います。

私は、臨床実習が診療参加型になって、臨床実習生が、患者さんから話を聞いたり、治療方針を考えたり、電子カルテに記入したり、こういうふうに進むことが大変大事だと思っていますので、そのために共用試験の公的化が行われたことは大変正しい道だったと

思います。ただ、私が申し上げたいのは、その共用試験の公的化がありますと、プレのOSCEがハイステークスでなければならぬ流れができてしまったところに若干のかけ違いがあるのではないかという、そもそも論を少しだけ話させてください。あまり長くないようにいたします。

アメリカでSTEP2 CSが廃止されたのはよく御存じのところですが、そこではやはり実現可能性ということが言われているのは、私どもも別の研究でアメリカのそういう人たちとのインタビューを行いましたので、分かっております。ただ、この会議にも実施可能性ということを中心に割と話をされてきたように思うのですが、プレのOSCEは、アメリカ流に言いますと、場所的にSTEP1 CSなのです。こういう臨床実習前のまだこれから医療現場に出る人にそれだけハイステークスの試験をするのだろうかという、そもそもところが私は若干の疑問がございます。

もちろん、緩くしたらいいということではありませんが、自動車学校でいうと仮免の実技試験、路上に出る前の試験がさすがにどなたもハイステークス試験とは呼ばないと思うのです。実技試験として総括評価はしなければいけないのですけれども、なので、ここはハイステークスと位置づけますと、以前から言われているような、Φ指数を0.9にしないといかんとか、そうすると18ステーションとか、ちょっと妥協して0.8にすると12ステーションとか、そういう論に入ってしまう。でも、今回は8にすると低いのではないかとかという話が出てしまうのですが、そうではなくて、臨床実習に入る人たちがこれはできておかなければいけないという、そもそものところから考えて、課題数から入らなくてもいいのではないかなと思いました。

総論はあと10秒で終わります。ハイステークスということはどうしても頭に置いてしまいますと、模擬患者さんや評価者やその条件を非常に厳しくしなければいけない流れがありますが、それが正しいのかどうかも含めて、この後、見ていくといいのではないかと思います。

すみません。

○瀬尾部会長 ありがとうございます。非常に大事な意見だと思えますし、そもそもということを私たちはいつも立ち返りながら考えていかないといけないと思えます。

先ほど小西委員から意見がありましたけれども、皆さん、よろしいでしょうか。ここで特にこれはという御意見がなければ具体的に参りたいと思えますが、よろしいですか。

山口参考人、お願いします。

○山口参考人 すみません。参考人という立場ですけれども、私はCOMLで模擬患者を派遣しております。もちろん、OSCEも複数の大学に派遣しております。今年度、模擬患者の担当者の家庭の事情で、私自身が複数のOSCEに参加して初心者のチェックをしたりオブザーバーをしたりする中で実感した現状がありますので、今日、皆さんが御議論いただくのに参考になればと思ひまして、少し現状をお伝えしたいと思っております。

まず、複数の大学に派遣しておりますと、非常にOSCEを実施している環境、先ほど診察室を使っているというお話がありましたけれども、本当にOSCEセンターのような大学もあれば実際の診察室を使用など、非常に環境がばらばら、様々です。それから、教員や事務職員の人数が大学によってかなり違いがあります。また、厳正な実施をしているところもあれば、かなり大学によって差があることが現状です。

それから、評価者ですけれども、認定されていても、先ほどお話があったように、ばらつきがございまして、いろいろなことを気づかれる、これは違うのではないかということに気づかれる評価者もいれば、全く気づかずに違う方向に行ってしまうような方もいらっしゃるのです、やはり2人いらっしゃるによって、その場で標準化ができるという利点があると感じています。実際に、今日の御説明で、79大学が既に2名ということを実現できているわけですので、その辺りは2名にすることによって評価の質も上がるのではないかというのが現状を見てきた実感です。

身体模擬患者なのですけれども、これは課題の漏えいがあるってはいけないということで、どのような演技をするかは当日伝えられるのです。そうすると、やはり急に言われて、徹底されていないので、例えばどの辺りが痛いかという、押されたときに症状を言うのにかなりばらつきがあって、不正確な演技をしているといった低学年の学生さんもいらっしゃいます。

それから、今、身体模擬患者の派遣をする会社ができていて、幾つかの大学で、うちはその派遣会社をお願いしているので、演技はかなりしっかりとできますと言っていると、これは私、実際に見たわけではないのですけれども、さっき大学の教職員とありましたが、基礎の教授が身体模擬患者をやっている大学があったらしくて、学生が、受験生が妙な緊張をしてしまう。やはり教職員、教授辺りというのはいかがなものかなと思いました。

模擬患者ですけれども、一定の地域内で複数の大学で連携してとあるのですが、複数の大学がある都市部であればこれは可能だと思うのですけれども、これはとても無理という、隣の県まで行くだけでも大変という地域がありますので、それがなかなか実現できないところがあって、そういうところが模擬患者が少なくて困っている。そういう現状があるのだということをぜひ知っていただきたいと思います。

それから、コロナ禍を通して、こういった模擬患者として活動したいと手を挙げる人が非常に減っている現実があります。その中で実際の模擬患者がどんどん高齢化していていますので、この模擬患者の数を増やすところにかなり苦慮している現状があることと、模擬患者の養成にオンラインをとということですが、これは評価者ですと、大学の教員ですので、既に一定のレベルの方たちを評価者として養成するというので、これはオンラインにすることは可能なのですが、模擬患者については、非常にばらつきがある中で、オンラインで訓練しようと思っても、実際に本当に覚えているのかどうかが見えなかつたりします。それから、目線が合う合わないということもあつたりしますので、模擬患者の

養成については、全てオンラインということはかなり現実的には難しい。こういう現状を皆さんにお伝えしておきたいと思いました。

以上です。

○瀬尾部会長 ありがとうございます。

それでは、本題の「3. OSCEの在り方」で、まず最初に、課題の数及び種類のところに参りたいと思います。

先ほど御質問もありまして、現状、8課題以上、8課題は最低やってください。それで、できるところは10課題までということで、今回の意見（案）もこれまでのものを踏襲したようなものになっておりますけれども、ここの部分について、委員から御意見がありましたらお願いします。

岸委員、お願いします。

○岸委員 よろしくお願いいいたします。

8課題、10課題というお話ですけれども、やはり10課題のそれぞれ、全部、大切な領域なので、差をつけるのはあまり好ましくないかなと考えておりますので、もしも10課題でなく8課題という方向になるのであれば、課題の選択について検討していただきたいなと思っております。

現行の8課題ですと、最初から四肢と脊柱、それから、感染対策の2課題が、実施するかどうかは大学の裁量に任されています。これはほかの8課題と比べて、この2課題の学習の優先度が低いというメッセージを学生にも出してしまいますし、また、同じことを患者さんにも事実上お伝えしていることになるかなと懸念しております。

もし10課題の実施でなく、8課題の実施とする場合には、課題に差をつけないように、この課題の組合せを工夫することによって等しく評価ができるように検討していただきたいと思っております。

以上です。

○瀬尾部会長 ありがとうございます。

では、小西委員、お願いします。

○小西委員 今、岸委員の御発言に少し関連して私も意見を述べさせていただきます。1点は大きなことで、1点は非常に細かいことになります。

一つは、先ほど齋藤副理事長から御説明がありましたように、名前を出して申し訳ないですけれども、伊藤彰一先生の委員会で、たしか、どういう項目が必須なのかということ調査された結果があったと思います。それが一つの参考になるのではないかなと思しました。

もう一点は少し小さめの発言になりますが、今回、この8課題ということでここの部会で進みますと、共用試験実施評価機構の学評が10課題でつくってありますので、そうすると、四肢と感染の部分が抜ける形になります。もともとある基本的臨床手技のところはガウンテクニックとかが入っていましたが、非常に細かいことですが、これが感染に移っ

て10から抜けるとなると、学生は、勉強しないとは言いませんが、何の試験もなくガウンテクニックが行われる。私は外科医のバックグラウンドにありますので、これはさすがに認めてはいけないのではないかとということでもあります。その辺りは、細かい修正はしなければいけないのではないかなと思います。

2点目は細かい話です。

○瀬尾部会長 ありがとうございます。

清水委員、お願いします。

○清水委員 ありがとうございます。清水でございます。

今のお二人の意見におおむね賛成なのですけれども、私も感染対策が8課題から抜けたというか、基本的臨床手技から分離されたいきさつもございますし、とても重要な領域であるという理解もございますので、この8課題にするコアの領域は決めておいて、それ以外の領域については、例えば同じ課題、実施する課題の数及び種類を統一することを原則としなければならないことを思えば、その年ごとにどの課題の組合せでいくかを変える手段もあるのではないかなと思う次第です。

以上でございます。

○瀬尾部会長 分かりました。ありがとうございます。

先ほどのような観点で、令和4年度以前は機構から指定の課題があったり、そういった組合せがあったと思いますけれども、先ほどの8課題の中でコアのものをどうするかとかといった検討はCATOではされているのでしょうか。今の伊藤先生の委員会でデータが多少あるかという意見もありましたが、分かりますでしょうか。

○齋藤参考人 齋藤でございます。

名前を出して恐縮ですが、伊藤彰一君の委員会でさんざんやりまして、結局難しいのは、一体、ミニマムリクワイアメントとしてはどこだろうという話になった。例えば感染対策、ガウンテクニック。これは別に試験ではなくて、Introduction to Clinical Medicineの段階でもってカリキュラムに入ってしまう方がいいかもしれないという意見もありました。

だから、これはつまり、試験としてはサンプルインスペクションの抜き取り試験をするのか、全体、べろんと試験をするのかという、そこまで話を戻さなければならない。例えばかつての医師国家試験では必須な教科で、年度によってこれとこれが入るなどという時代がありましたから、そういうところまで話をしなければならない。

これは機構の問題なのか、この部会でこうせよとおっしゃってくださったほうが私たちは楽です。

○瀬尾部会長 分かりました。ありがとうございます。いろいろ検討はされているということですし、感染対策は恐らく、この中の皆さんがどなたも非常に重要だということが一番よく理解はしていると思いますので、この8課題でいいのかどうか。単なる課題数の問題ではなくて、組合せはどうなのかということを引き続いて検討することは部会としても必要なことなのかなとは思いました。

企画官、お願いします。

○文部科学省高等教育局医学教育課（堀岡企画官） すみません。文科省の医学教育課の堀岡でございます。

すみません。私はこの研修の場を存じ上げませんので、齋藤先生にお聞きしたいのですが、これは例えば8課題を、今の御意見のように、大学によって感染対策が入ったり入らなかったりとした場合に、模擬患者の研修とかに跳ねないのでしょうか。今、例えば必須8課題で模擬患者の研修とか認定評価者のものがやられていると、残り2課題に新たな研修をしなければならないようなことになって、なかなか実施がまた大学で難しくなるのですが、その辺りはいかがなのでしょう。

○齋藤参考人 齋藤です。

感染対策といっても、メインはガウンテクニックです。この場合には、別に模擬患者さんは要らないです。それができればよろしいということになります。

○文部科学省高等教育局医学教育課（堀岡企画官） 四肢と脊柱の診察のほうはいかがですか。

○齋藤参考人 これは、今、5つやっている身体診察で、5つでいいだろうか。四肢や背骨の、つまり、今、小学校などで問題になっています側弯などの話、ちゃんと診られるようであればいけないではないかということで入れたわけです。

歴史的に申し上げますと、かつては、公的化以前は大学のオートノミーでやっていたから、そこは大学にお任せと言って投げることができました。だから、いや、ここまでやはり大切だからやれという指示がこの会から出れば、当然、10課題必須にならざるを得ないわけでございます。

○文部科学省高等教育局医学教育課（堀岡企画官） いえ、すみません。ちょっとあれなのですけれども、10課題必須は大学としては難しいのですが、8課題を例えば選択制にした場合に、今の研修を受けている模擬患者の方とかは、四肢や脊柱の診察の模擬患者にはそのまま、今の認定患者の方はなれるのでしょうか。

○齋藤参考人 四肢と脊柱の診察は、さっき30大学でやっていたように、学生さんを使ったりしますから、特にも身体診察用の模擬患者さんの範疇になると思います。

○文部科学省高等教育局医学教育課（堀岡企画官） ありがとうございます。

○瀬尾部会長 佐藤委員、お願いいたします。

○佐藤委員 ありがとうございます。

今の議論と関係しますが、感染は確かに患者さんの安全に一番直結することですので、これは絶対やらなければいけないことですが、これは公的化前から臨床実習が始まる時に、特に手術室に入るわけですから、ガウンテクニックも含めて、そういった感染に関するものはどの大学でもしっかり行われていたので、ここで新たにOSCEの課題として問わなくても、恐らく患者さんに影響を与えないような形で各大学で行われていたし、行われるのではないかと考えます。

それから、四肢と脊柱をOSCEに入れるかどうかですけれども、これは恐らく評価という意味では、先ほど出てきましたように、5つのほかの手技と一緒に合わせての評価になると思いますが、御承知のように、今回、法律が変わりまして、医行為に関して、処方箋以外は、指導医の下、やっていい状況になっています。では、何を学生の臨床実習で教えなければいけないかに関しては、以前考えられていた医行為よりもかなり幅広のものが対象になっています。ここであえて四肢と脊柱を診察の中に入れなければいけないかに関しては、恐らく合否にもあまり関係しないと思いますし、まずは8課題を維持しながら、今後どうするかを引き続き検討していくことでいいのではないかと思います。

以上です。

○瀬尾部会長 ありがとうございます。今回、今までの課題数は踏襲することについては特に反対の御意見はないと思いますけれども、中身、特に感染対策とか、その辺りの取扱いはどうするかを明確に出していく必要はあるのかなと思いました。

小西委員、どうぞ。

○小西委員 短く。

私が言いたかったのは、感染が必要だから9にしろと言っているのではなくて、もともと臨床手技のところにあったので、そこにも記載しておいていただければいいということぐらいです。

○瀬尾部会長 分かりました。学生は結構混乱している部分があるかと思います。

課題数のところは、このぐらいの議論でよろしいでしょうか。

特になければ、次の評価の体制について、に行きたいと思います。ここでは、これまで2名以上を標準とするということで令和5年度は実施されてきて、実際、82大学中の79大学が2名であったと。先ほどCATOから、令和6年度については全ての大学が2名体制でできそうだという御意見もありました。

その一方で、非常に負担が大きいというのは、これは3月に全国医学部長病院長会議から要望書が出されておりました、その中で書かれていることが、評価者2名以上を推奨しつつも、内部評価者1名での評価も可としていただきたいということがありまして、恐らく今回、この案については、これにのっとった形の意見(案)になっているかと思います。

その中で、先ほどCATOからもありましたけれども、この概略評価で不到達相当の評価を行った場合にはというところで、単独で到達判定をする医療面接、基本的臨床手技、救急。この3つは、CATOのデータを見ても未到達の学生が非常に多い、いわゆる再試験に行く学生が多い領域になっておまして、ここは複数の評価が必要ではないかということで、もし1名でやった場合には、これは不合格になる可能性の学生は、もう一人、ビデオ判定をしてはどうかという意見が書かれております。

まず、ここまでのところで、この評価者1名をカットする部分と、それから、単独で到達判定を行う場合のビデオ評価。この辺りにつきまして、ぜひ御意見をいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

相良委員、お願いします。

○相良委員 AJMCの相良から少しお話をさせていただきます。

今、お話がございましたように、評価者のいわゆる2名がもちろん、しっかりと評価できる意味でいいのかもしれませんが、なかなか、その人数を担保するのは結構厳しいこともありまして、CATOでも考えていただきましたように、1名と、あとはビデオで評価して、それをきちんとした形で評価できればいいだろうということではありますが、今、お話のあった、一つは不到達になったケースをどう扱っていくのかということのはやはり問題になろうかと思いますので、その概略評価も含めて、その扱いは問題になろうかと思いますが、ただ、その、ある程度、例えばビデオでの評価ができるということであれば、それは問題ないのではないかなとは思っております。

○瀬尾部会長 ありがとうございます。補足をいただきました。

それでは、岸委員、お願いいたします。

○岸委員 よろしく願いいたします。私も大学で評価者をする身として、1名評価者をしてみたときにどうかなと考えたときに懸念事項がありましたので、それだけは共有させていただきます。

評価者1名だと、大学で運営する側としては負担が減るのですが、引き受ける評価者の気持ちになってみると、ちょっと負担が増えるかなと思っております。主に2つありまして、一つが、評価者は評価だけではなくて、試験と試験の間に、試験室を全く元の状態に戻すという、いわゆる現状復帰という作業がございます。うちの大学だと、これを2分で行っているのですが、評価者2名で分担して、物を戻したり、ごみ箱を空にしたりという作業をしているのと、もしそれをし忘れたとしても、もう一人が気づいてくださることがあります。これを全部1人で負担して、なおかつ全ての受験生に公平にきちんとやりなさいという、その辺りの心理的なプレッシャーが高まるかなと思いました。

もう一つの懸念事項が、こちら心理的な負担なのですが、学内の学生なので、誰が自分を評価したのか、特に不合格にしたのかはすぐ分かってしまいます。動画評価も行うことにはなっているのですが、実際に動画を見てみると、なかなか、これは動画で何とも判定し難い場面が多々あります。特に口の中の診察とか、あと、血圧計の目盛りがちゃんと映っているかなどというものは、映像が撮れないことも多々ありますので、結局、自分一人の評価にかかってくるとなると、それも心理的負担ですし、学生から恨まれるなどという負担もあるので、この学生は患者さんの前に出すのは心配だなと思っても気持ち的に落としくくなるという気持ちに追い込まれるのではないかなと感じましたので、そういった負担についても考えておく必要があると思ひ、共有させていただきました。

ありがとうございます。

○瀬尾部会長 ありがとうございます。

先ほど動画評価ということもありましたけれども、相良委員に確認なのですが、AJMCからの要望書の中で、評価者2名以上を推奨しつつも1名でも可にしてほしいという書き方

であったと思いますが、これは2名が駄目という意味ではなくて、もちろん、できるところは2名でやはりやってくださいという意図でよろしいですか。

○相良委員 一つは、2名でできればもちろん、2名が一番いいと思いますけれども、1名でというのは各大学教員の負担軽減が大きな理由の一つです。

あとは、もちろん、不測の事態が起こったときには当然ながら2名のほうがいいとは思いますが、一番大きな理由は負担軽減というところでもございます。

○瀬尾部会長 ですから、2名でできる大学は2名でやるということですね。

○相良委員 そうです。

○瀬尾部会長 それから、ビデオ判定の困難さというか、御経験のある委員、あるいは何かデータをお持ちでしたら御発言いただきたいですが、齋藤先生、どうぞ。

○齋藤参考人 参考人ですが、御報告として申し上げておきます。

実は、例えば学生さんが到達基準に達しなかったときに、異議申立てができるシステムがあります。ただ、何でもかんでも言いに行ったら大変ですから、一応、大学にそれを学生さんが申請して、大学の中で審査してから、これは異議として申し立てて可というオーケーが出れば異議申立て委員会に上がってくるのですが、そこでやってみたところ、2つのことが分かりました。

一つは、先ほど岸委員がおっしゃったように、例えば口の中をちゃんと診られているかというのは、動画では、今のシステムはカメラ2台ですから、とても中が診られない。そうなってくると、評価者が後ろからのぞいたほうがよろしかろうということで、カメラをべらぼうにたくさんを設置すればまた話は別でしょうし、評価者が例のおでこにカメラでもくっつけてくださればそれは可能になるだろうと思っています。

それから、別の視点ですが、異議申立ての最初のステップであるところの大学で、本当にこれは異議として機構に行っていくかという審査が甘いところがありまして、何でもかんでも機構に送ってというところがあるわけですから、簡単に動画とおっしゃっても、実際に同じ時間をかけてまた見なければなりません。それもちゃんとした評価者の人が見なければなりませんから、実現可能性の点からいっただらば、その部分は大層難しかろうと思います。

以上です。

○瀬尾部会長 宮地委員、お願いします。

○宮地委員 ありがとうございます。1点が意見、1点が御提案です。

意見ですが、見直しが必要なほどのCATOの財務状況の悪化という事実が指し示すのは、一つにはデザインした試験構造がやはり実現可能性や持続可能性の点で問題がある、よりシンプルにすべきということではないかと思っておりますけれども、いずれにせよ、公的化に資する試験としての信頼性・妥当性と実現可能性をすり合わせる重要な議論の段階に来ていると認識しています。その観点から、原則として評価者1名以上とするプランで試験実施体制を整えていくことは、私は妥当だと思います。

この判断を裏づける根拠は、現時点で2つです。一つは、評価者数が1名よりも2名のほうが信頼性は上がることは十分分かっていながらも、実際には国際的にも1名で実施されていることがはるかに多いというシステムティックレビューの結果があります。

2つ目は、2022年2月のCATOの全国説明会の資料によれば、日本の共用試験OSCEの40大学の分析で、例えば8課題でチェックリストを判定に用いた場合、評価者2名から1名にしたとしても、信頼性係数が0.62から0.58とわずかに下がる程度でした。すなわち、1名にしたからといって試験の質が現在と比べて著しく下がるわけではないのが根拠です。

その上で、この項目に関して私から1つ御提案したいのは、先ほどから議論になっているとおり、試験の質の担保という観点で、大学によってこれほど環境が異なる中で、ビデオ録画の映像の質の担保は非常に重要なのですけれども、特に基本的臨床手技や救急、医療面接といった、様々なアングルかつズームイン、ズームアウトが必要な課題では特に難しい問題になってくるかと思います。さらに、この救急、手技、医療面接は、この課題1つで不到達なら再試験になってしまうのが現在の仕組みです。

したがって、議論として、ビデオ評価の質の担保は重要なわけなのですが、翻って、これらの課題は共用試験OSCEが評価すべき能力に対して、本当に単独で用いる必要があるのかを改めて議論するタイミングではないでしょうか。現状では、患者への配慮と診察のテクニックという2つの能力に関して、救急、手技、医療面接は単独で、それ以外は相補的に用いて合否判定がなされていますが、令和4年度のコアカリがコンピテンシー基盤型の枠組みの中で、6年間で修得されるべき資質・能力を掲げるに至っているわけですので、では、その中で共用試験OSCEが評価すべき資質・能力とは何かを再定義して、それらがどの課題でどのように評価できるかを検討し、相補的判定の範囲を再定義・再検討する必要がありますのではないかと思います。

その結果、全ての課題を相補的に用いて、これらの資質・能力を評価することになるかもしれませんし、そうなれば、単独の課題での評価自身の不具合がこの到達判定に不当に与える影響を減らすことができます。また、先ほど岸委員からも御指摘がありましたように、評価者の心理的な負担も減らすことはできるかと思います。

以上です。

○瀬尾部会長 ありがとうございます。先ほどの課題の組合せとかと関連して、ここの相補的にどこまでできるのかはこれからまだまだ検討が必要かと思います。

清水委員、お願いします。

○清水委員 清水でございます。ありがとうございます。

1つは提案で、1つは質問なのですが、3ページの2つ目の○の1個目のポツの「1試験室ごとに認定評価者である内部評価者1名での担当を可とする」の「を」の部分、先ほどから出ていますAJMCからの御意見も踏まえまして、共用試験機構さんからの資料2にあります書きぶりも参考にして「各課題1名での実施も可とする」と変えますと文章の意味が少し変わってくるかなと思うのと、2名でやってくださるのでしたら、どうぞ、

2名でぜひやってください。でも、万が一、不測の事態とか災害などもあって、どうしても1名になってしまうこともございますので、そのときに不成立になってしまっただけは困りますから「1名での担当も可とする」というふうにしておくといいのかなと思いました。それが提案でございます。

もう一つは、その行の最後なのですけれども、先ほどの御説明で「単独で到達判定を行う課題領域」の「単独」を1人の評価者という意味で御説明されたように私には聞こえたのですが、別の評価者による追加のビデオ評価は2名目という意味で御説明いただいたと思いますが、その理解であっていますでしょうか。この「単独で」というものは医療面接のみ、基本的臨床手技のみ、ほかの領域とは関係しない、相補的ではないという意味の単独だと私は理解しておりました。そうしますと、例えば医療面接に2人の評価者がいた場合に、もう一人、別の評価者を追加、3人目の評価者が必要と読めてしまうので、ここは例えば評価者が1名の試験室の場合とか、そんなような注釈を加えたほうがよろしいのかなと思いましたので、質問と提案と一緒になりましたが、すみません。それもよろしく願いいたします。

○瀬尾部会長 どうでしょうか。

野口さん、どうぞ。

○野口医師臨床研修推進室長 ありがとうございます。

清水先生がおっしゃったとおりで、ここで「単独」というのは、1名で担当した場合について、1名で評価で到達不到達となる課題領域という意味で書かせていただいたので、おっしゃるとおり、ここの「単独で」というものは、1名で実施した場合が確かに前提として書かれてございます。

○瀬尾部会長 ごめんなさい。齋藤先生にお聞きします。これは相補的評価でない、という意味の「単独」ということですね。

○齋藤参考人 齋藤です。

そうです。今、座長のおっしゃるとおりで、単独でというのは、身体診察は5つで、相補でということですから、医療面接は単独、それから、この3つ、救急も単独、基本的臨床手技も単独というわけでございます。

○瀬尾部会長 ただ、今、室長が言われたことは多分、相補的評価でないところで、1人でやった場合には当然、ちょっと不安だと。そこで不到達が出る可能性のときにはビデオ判定を加えるという、2つの意味がこの中に加わって、少し紛れがあるので、ここは文言を少し、紛れがないように修正したほうがよろしいかなと思いました。ありがとうございました。

いかがでしょうか。

どうぞ。

○太田委員 金沢大学の太田でございます。

まず、ここまで実施できるようになったことに本当に敬意を表したいと思っております。

すが、冒頭、小西委員からも発言がありましたとおり、ハイステークス試験として考えた場合に、やはり信頼性担保が重要で、これは2つの意味が私はあるかと思っております。

一つは、法律を改正して、学生を参加型臨床実習に、つまり、医行為をさせることに対する社会への説明がしっかりできているかということですね。一方で、この試験によって学生にはもう一年頑張るよということになる学生への説明、それら2つの説明責任があるのではないかと思っております。

これまでの方法で、不到達相当の評価を行った場合は、依然として私どもの内々の検討では、やはり2人の評価者でもまだハイステークス試験としては不十分と思っております。実は私ども、今、2人の評価者で実施し、ステーションを評価員がまたぐ、つまり評価員のペアを変えることによって評価員間のぶれを調整できないかというところまで検討しているところなのですが、ましてや1名で評価した場合に、そのぶれは合格者を不合格者としてしまうことだけではなくて、不合格者を合格者にしてしまう可能性を高めることになるわけでありませう。

その信頼性担保という観点からすれば、案にある概略評価で不到達相当の場合に2人目の評価者が評価するのも一つですが、技術的にはやはり問題を幾つか含んでいるのではないかと思います。結局どこまで踏み込んで検討するのか、という程度の問題にもなりますが、信頼性を確保するために、いわゆる技術的な工夫は幾つかあるだろうと思ひます。そのうち一つが、先ほど宮地委員がおっしゃったと思うのですが、全体を相補的に判断する場合、これは私たちの内々の検討でも比較的、信頼性が高くなるケースもござひます。以上、全体として柔軟に運用する。それは、教員の負担を軽減する方向でということはもちろん、私も賛同いたします。しかしながら、信頼性というものは、ハイステークス試験を維持する上では必ず問題になる、重要な点であると思ひますので、ここに、これまでの方針・理念について、疑念、懸念が生じるようなものにはならないように、できるだけ技術的に工夫していくべきだろうと思ひます。

以上です。

○瀬尾部会長 貴重な御意見ありがとうございました。

それでは、時間も押しておりますので、その次の、これも大きな課題なのですけれども、現在、外部評価者が課題領域ごとに2名派遣されております。これは1名と提案してありまして、外部評価者も結局、大学の教員ですので、それぞれの大学が人をたくさん取られるので大変だという御意見から出て、これもAJMCから要望書に盛り込まれていた内容だと思ひますが、この点について御意見をお聞きしたいと思ひますが、いかがでしょうか。

皆さん、最低限、1人いればいいという。

清水委員、お願いします。

○清水委員 清水でございます。

今までは、令和6年度までは課題ごとに3名の外部評価者だったと思ひますけれども。

○瀬尾部会長 医療面接が3名で、それ以外が2名です。

○清水委員 2名ですね。すみません。失礼いたしました。

それでも、やはり試験室が10列とかになった場合には、外部評価者が全部の試験室に入るわけではないので、差ができてしまうのは仕方がないかなというところもあります。

それで、外部評価者が入る試験室に、大学さんが内部を2人入れてくださって3名にしてくださる大学さんもありますが、1試験室に2名、つまり外部1人、内部1人でも試験は成立としておられると思いますので、評価者2名を原則としてくださるのであれば、外部評価者各課題1名でも来年度は致し方ないかなとは思っております。

ただ、それは本当に緊急避難的なことで、各大学さんの試験の質を担保するためのピアレビューという意味では、各試験室に外部評価者1人ずつが理想で、いつかはそこを目指すということをどこかに書いていただけるといいのかなと思います。

以上です。

○瀬尾部会長 佐藤委員、お願いします。

○佐藤委員 今、清水先生からありましたけれども、確かに各試験室に1名ずつ外部評価者がいると精度は上がるかもしれませんが、私はこれまで何回か大学のOSCEの試験監督にも行ってありますけれども、その中で、外部評価者と内部評価者の2人で評価しているところで、外部評価者の先生方の報告書を読ませていただいても、今回の公的化に伴って、しっかり評価者の更新講習も行なわれた結果、認定を受けた評価者の先生の評価のばらつきはかなり少なくなっていて、組んだ内部評価者の先生の評価に関するコメントなども読んだことはありません。理想としてはそうかもしれませんが、現行の形で、各課題1名の外部評価者でも十分、試験の公平性・公正性は担保されているのではないかなと思います。

以上です。

○瀬尾部会長 ありがとうございます。

小西委員、どうぞ。

○小西委員 理想はということを使い続けて破綻したのがこの制度だと思います。そこはやはりしっかりと見なければいけない。

それで、先ほど宮地委員からもありまして、私も調べてみますと、システムチックレビューが2011年に出ていて、1人のratorでやっているのが世界的には90で、2人でやっているのは8と、非常にむしろまれなのです。そこまでのところをどうするかです。

それから、先ほど私がハイステークスという言葉を出したので、逆に行ってしまったのをちゃんと戻しておかなければいけないのですけれども、臨床実習に出るレベルがどのくらいかというところ、出ていいというところはハイステークスという言葉でやたら厳しくすることがいいのかどうか、私は大変大きな疑問があります。

結論から言いますと、8課題、評価者1人、ビデオというところが私は妥当だと思います。

○瀬尾部会長 ありがとうございます。

企画官、お願いします。

○文部科学省高等教育局医学教育課（堀岡企画官） 申し訳ありません。手短に。

まず、文部科学省として、認定評価者を1万人以上もつくっていただいて、医学教育の底上げに、CATOに心から感謝してはおります。文部科学省は、ほかの分野とも比べても、医学教育は非常に高い評価を受けていまして、その一端は本当にCATOのおかげだと思っております。栗原理事長とか、齋藤副理事長、また、江藤副理事長とも多大なお時間をいただいて、毎月、長時間打ち合わせさせていただいて、一緒に医学教育を推進していく体制は整ってきていると思います。

一方で、特に小西先生や宮地先生から御指摘いただきましたけれども、文部科学省としては医学教育とか診療参加型臨床実習の質はOSCEのみで担保するものではないと思っております。それは診療参加型臨床実習を指導する中で、当然、こんな医行為はやらせられない医学生もいるでしょうし、もっとできるのであれば、医師法の範囲内で、ものすごく診療参加型臨床実習を推進する子もいるでしょうから、そういった総合的に推進していくものだと思っております。

それで、試験の実施自体に、現時点でいろいろな大学を調べますと、100人以上の教職員を動員しているところがほとんどであります。これは地方の国立大学とかですと、実はその日の外来や手術を止めるということまでやっております。はっきり言って、非常に私ども、大学の負担は非常に重要な観点だと思っております。医学教育の質と大学病院の働き方改革とか、そういったバランスは絶対に避けては通れない話題であります。もちろん、課題数だと本当は12課題のほうが質は高いのでしょうし、今、清水先生からおっしゃったとおり、全課題室に1名外部評価者は、それはそうなのかもしれませんけれども、そんなことは絶対不可能ですので、そのバランスを絶対に外してはいけないと思っております。

今回、厚労省から示されている案は、ずっと去年から私ども、厚労省、CATOと本当に真摯に相談して、何とかバランスが取れないかというものに沿ったものだと考えておりますので、文科省としても今後、診療参加型臨床実習でどのような医行為が実施されているのかとか、どのようなトラブルが万が一出たことについては調査もするつもりでございますので、ぜひ、この案に近い形で、特に評価者の部分は大学の先生方の御意見が強いところでして、このような案でお願いしたいと思っております。よろしく願いいたします。

○瀬尾部会長 ありがとうございます。恐らく、いろいろな御意見は出ていますけれども、各課題、各試験室1名でやることは駄目だという意見はない。それは間違いないと思います。

理想はこうだとか、それから、大学によって、2人以上でやりたい大学は、どうぞ、やってくださいということについても、これは当然、大学の判断でできることですので、そこが明確に、1人でやることは特例ではないのだということを今回はやはり明確に出したことが非常に大きな変更なのかなというふうに、1人でやっていることに負い目を今まで、多分、何となく感じている大学が、いや、それは全然構わないのだと思っただけることが非常に大事なのかなとは思っています。

今、企画官が言われたように、今、やはり大学病院は本当に大変で、病院のこともありますし、教育のこともありますし、どんどん負担が増える一方ですので、ここのバランスを取ることは非常に現実的な話として重要になりますので、どこの大学でも大学の力量に見合っただけでバランスが取って実施できるような意見を出していくことはこの部会の役割でないかなと思います。

清水委員から理想的にはというのは、私もそう思うのですけれども、それはいつの話かという気持ちもございます。

分かりました。いろいろ御意見をいただきましたけれども、ここの部分に関しては、2名以上でやっていただいてももちろん構わないのですが、1名でやることを問題なしと答申したいと思いますけれども、そういった方針でよろしいでしょうか。

それで、この医療面接、基本的臨床手技、救急。ここは不合格者が非常に多い部分ですので、評価者が安心して評価できるためにはもちろん、2人以上でやったほうが安心してできますし、これは多分、現在でも万一、1人になった場合にはというただし書で対応してくださっていると思いますので、ここの書きぶりが誤解を招く表現が多少あるかと思えますので、ここはまた修正したいとは思っています。

外部評価者については、1名に減らしていく。

ただ、これは、実は先日、うちの大学でも外部評価者が突然来られなくなりましたということがありまして、その1名がもし来ないと非常に困ったことになりますので、そのときにはどうするのかをCATOで対策を考えていただきたいと思いますと考えております。

それでは、次に、3番の模擬患者で、医療面接模擬患者についてということで、これについては現在と同じような運用でやっていくということで答申を出してございますが、特に御意見はないでしょうか。

お願いします。

○天野委員 ありがとうございます。

現状を踏襲していくことに特段の異論はないのですが、書きぶりの問題ですが、前回、令和4年の意見では一応、文中で模擬患者の人数を増やすための取組を推進するという一文が入っていたかと思えます。今回もやはり模擬患者の確保が、高齢化が進む中で課題となっているところを入れていただいています。前回の文章に比べると、そもそも、模擬患者を増やすための取組を推進あるいは検討する部分が薄れているように思えますので、ここの部分は、直ちに全てを解決できるような方策はないにせよ、引き続き、そういった努力は必要かと思えますので、文中にそういった取組を推進する、あるいは検討する等の文言を、書きぶりの問題ですが、明示していただくのが望ましいかと思いました。

以上です。

○瀬尾部会長 ありがとうございます。現実には、CATOではこれは継続してずっと取組を続けていただいていますので、ここの部分は多分、あえて書かなくてもという部分があったのかもしれませんが、書いておくことは非常に重要なことだと思いますので、また修

正したいと思います。

続いて、身体診察模擬患者における医学生の活用で、これは令和5年度については、低学年、1・2年生を活用した大学は30大学あるということで、それ以外の学年を活用した大学はございませんでしたので、これについては現状と同じで「なるべく」という言葉は必要ないかと思っておりますので、省きまして、医学生、下級生が担当することを可とするということでまとめさせていただきました。

この件につきまして、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。

ありがとうございます。

では、模擬患者の確保、有効活用についてで、これは先ほどもありました高齢化ということですが、現状、いろいろな大学で実は模擬患者さんを融通してほしいとかという取組についてはかなりされておりますので、そういった面をいろいろ活用しながらやっていく。そのために、どうしても教育用医療面接模擬患者と試験の模擬患者さんをまだ厳密に分けられないところは、ある程度、オーバーラップも致し方ないということで、今までどおりの運用をお願いしますということになっているかと思っております。

ここの部分はいかがでしょう。

小西委員、お願いします。

○小西委員 今、部会長の言われたことに私も賛成です。

といいますよりも、特段の条件を付さないという文言が入ったことは、私は非常に大きいとむしろ思っておりますので、この方向性に賛同いたします。

○瀬尾部会長 ありがとうございます。

それでは、最後の4番、評価者・模擬患者の養成・認定に係る負担軽減で、現在、認定評価者講習会については、先ほどCATOから報告がありまして、全体講習はe-Learningでもやっているということで、個別について、大学でやるのか、従来の講習会を継続していくのかということには様々な意見があるということで既にお伺いいたしました。大学でやることの負担もきつとあろうかと思っておりますので、ここの辺りはいかがでしょう。特に追加で御意見はございませんでしょうか。

齋藤先生、この認定評価者の講習会をずっと継続されていて、令和5年度の達成状況が、身体診察は200%以上ということで、今年度、令和6年度も継続していったら、この数字はかなり伸びていく予想なのではないでしょうか。

○齋藤参考人 齋藤でございます。

多分、今年も一応、講習会は終わりましたが、一番の問題は、せっかく資格をお取りになったけれども、転勤しておしまいになった大学の先生方は多うございますから、それをしっかり補充する分は必要だと。

それから、あとは、更新講習会はやっていく。そこは恐らく、まだ何年もこの状態が続くことになろうと思っています。

○瀬尾部会長 分かりました。

いかがでしょうか。

これは、認定評価者は試験がありまして、落っこちる人もいるということなのですけれども、実際にいらっしゃいますね。これはどのぐらいで、1%もないぐらいでしょうか。

○齋藤参考人 1%はいないです。

○瀬尾部会長 いないぐらいなのですね。

やはり試験をちゃんとしていることは社会に対する責任として非常に重要なことで。

○齋藤参考人 認定という言葉を使う以上は、そこでやはり総括評価をしなければならないわけです。

○瀬尾部会長 岸委員、お願いいたします。

○岸委員 よろしくお願いいたします。

各大学で実施ということで、派遣の負担は減るのですけれども、では、10課題まとめてよろしくねと、ぱっとこちらに全部やるのもなかなか心配な面もありますので、CATOの経済的な負担も無視はできないのですが、できれば、大学側で実施できるように落ち着くまでは、年に数回でもCATOでやっていただく講習会も残していただきたいなと思っております。

○齋藤参考人 齋藤でございます。

お金次第でございます。実は大学にお願いすると大学から、大変だから、CATOの講習会に派遣するから、そっちでやってくれという御希望も大学によってはございます。

○瀬尾部会長 分かりました。

どうぞ。

○文部科学省高等教育局医学教育課（堀岡企画官） 度々、御発言して申し訳ございません。

岸先生、これはCATOで実施していただくと、例えば東京とか大阪まで模擬患者に来ていただくという手間が発生してしまいますので、私どもとしてももちろん、大学の先生方に少し負担が増えることもあるかもしれないのですけれども、総合的に見ると、大学の現場でできるようになったほうが、ある程度、負担軽減になるかなと考えているのですが、いかがでしょうか。

○瀬尾部会長 どうぞ。

○岸委員 すみません。選べるとありがたいと思っております、多分、私が機構でやっていただくとありがたいというのは、やはり立地条件に恵まれているのはあると思います。うちから東京だったら行きやすいのがあると思います。

一方で、少なくとも8種類、基本的には10種類の講習会を学内でやろうと思うと、教室の確保とか、講師の確保、日程をまずどこに設定するかというところから事務方の負担が発生するのも見ておりますので、リマインドをいっぱいかけるとか、今、機構でやっていただいていることが全部、大学に来ることも無視はできないかなと思っておりますので、

いずれ自立して大学で行えるようになるとしても、バッファーといいますか、少し移行期間があるとありがたいと思っています。

○瀬尾部会長 ありがとうございます。

どうぞ。

○小西委員 すみません。小西です。

評価者に関して、大学はかなりの予算を割いて送っていると思います。今、私が前におりました京都大学では188名の認定評価者がいるのですけれども、去年1年だけでも100万円、やはり講習会を受けるのに払っております。これは、私も今、順天堂に行きましたので、都会ですと非常に楽なのですが、先ほど岸先生の話もありましたように、地方からだとはやはりものすごく負担が大きいので、ここには格段の配慮が要ると私は思っております。

もう一点、それと加えて、ましてや模擬患者さんに関しては、自分のところで育てて、また認定を受けるのに模擬患者に払ってくださいとは言えないので、そういうことが起こっておりますし、認定を取ったらほかの大学に行けと言われて、自分の大学では教育できないみたいなことが起こると、本末転倒になるので、模擬患者さんに関してはもっと格段の配慮が必要かなと思います。

○瀬尾部会長 ありがとうございます。

いろいろ御意見をいただきましたけれども、もう時間になりましたので、最後の「4. 終わりに」で、ここについても特に御意見はないと思いますが、この部会、どれぐらいの頻度で検討とか答申を出していくのかというのは、ある程度、目安として、CAT0は1年ごとにいろいろな報告を出してくださっていますので、毎年1回はやることは、皆さん、覚悟しておいたほうがいいかなと思いますけれども、この辺りはいかがでしょうか。

これは事務局に聞かないといけないことですね。

○齋藤参考人 例えば評価者の講習会の担当委員の教授に伺いますと、どうしても年2回は機構で必要だろうと。それから、SPの模擬患者さんは、やはり地域差が随分ございますから、集中的にあの地区という、例えば仙台などでもやりましたけれども、言葉は悪いのですが、出前講習といいますか、そういうことをして充足していかなければならぬだろうと思っています。

○瀬尾部会長 では、すみません。最後に。

○太田委員 ありがとうございます。必要な改善等を行っていくということで、1年に1回は妥当かと思っています。

一方で、冒頭、小西委員がおっしゃられたように、ハイステーク試験として実施するかというそもそも論について、やはり根本的な話をする時期ではないか。それをなしにして、小手先ということではないのですけれども、それに合わせるように変えていくこと自体に少し限界が来ているのではないかと思いますので、幾つかのタイミングでそういった議論がなされることを希望します。

以上です。

○瀬尾部会長 分かりました。

それでは、最後に、宮地委員、手短にお願いいたします。

○宮地委員 すみません。手短に。

CATOの現時点での案は理想的であることは私も重々承知しておりますけれども、それが達成できる環境が整うまで不断の努力を続ける。それまでは柔軟な対応という形で、各大学での実施体制がばらつく状態が延々と続いていく。それもまた望ましくないのではないかと私は思っていますので、現在、目標として掲げられている試験が本当に実現可能でそれを目指すべきなのかという次の判断の期限を例えば2～3年等で設定しておいて、それをメルクマールとして、年1回の頻度でこの部会で審議することを期限に明記してもいいのではないかと思います。

以上です。

○瀬尾部会長 ありがとうございます。

清水委員、どうぞ。

○清水委員 終わり際に恐れ入ります。清水でございます。

今日の部会の最初に瀬尾先生がおっしゃいましたし、それから、小西先生、太田先生も今、宮地先生もおっしゃいましたが、医学教育の本体は大学であるべきだけれども、試験は大学以外の試験実施機関でやらなくてはならないなど医学教育について、大学と共用試験機構と厚労省・文科省が三位一体で作り上げていかなければいけないものだと私も思うのです。

それで、国家試験改善検討部会での議論も含めて、CBTと国家試験の在り方、それから、プレのOSCE、ポストのOSCEの在り方も、やはり皆さんがおっしゃるように、いろいろな問題が噴出しているときに、虚心坦懐にゼロベースで話し合う機会があってもいいのではないかなと思います。私は臨床研修病院の立場ですけれども、研修医として患者さんの前に立つ方々が同じような臨床実習をちゃんと受けてきていただいて、同じようなレベルで卒業してきていただくことを切に願うものです。それは患者さんのためにもなるし、研修医のためにもなると思うのです。

その辺りをきっちり、どこかで話し合う機会を持っていただけると非常にありがたいと思っておりますので、それを最後にお伝えしたくて発言させていただきました。

○瀬尾部会長 ありがとうございます。なかなか、この部会のキャパシティーでは受けられないので、また別の機会をぜひ事務局で御検討いただければと思います。

本日は非常に貴重な御意見をたくさん頂戴いたしました。ただ、意見（案）の骨格を覆すようなことはなかったと思いますので、この後、部会長預かりという形で、私のほうで皆様の御意見を踏まえて、事務局と相談しながら修正させていただければと思いますけれども、よろしいでしょうか。

（首肯する委員あり）

○瀬尾部会長 ありがとうございます。その際も事務局を通じて個別に先生方に御相談さ

せていただくこともあるかもしれませんが、その際はよろしく願いいたします。

以上で本日予定した議事は終了いたしました。私の不手際で延長して申し訳ありません。

これにて本日の「医道審議会医師分科会医学生共用試験部会」を終了いたします。ありがとうございました。