

○堀岡医師養成等企画調整室長 定刻になりましたので、ただいまから第5回「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」を開催いたします。

構成員の先生方におかれましては、本日は大変お忙しい中、御参集いただきましてまことにありがとうございます。

荒井正吾構成員、加納構成員、桐野構成員、奈良構成員、南学構成員、邊見構成員、森構成員及び吉村構成員は、本日、所用により御欠席との連絡をいただいております。

加納構成員の代理として日本医療法人協会の馬場副会長、森構成員の代理として日本精神科病院協会の長瀬副会長、吉村構成員の代理として日本専門医機構の松原副理事長に御出席いただいております。本日はよろしく願いいたします。

堀構成員は、所用によりおくれて御出席との御連絡をいただいております。

本日の会議には、文部科学省医学教育課の森課長及び眞鍋企画官にも御参加いただいております。

また、参考人といたしまして、公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構から、齋藤副理事長及び高木理事に御参加いただいております。本日はよろしく願いいたします。

以降の議事運営につきましては、座長をお願いいたします。遠藤先生、よろしく願いいたします。

○遠藤座長 それでは、議事を進めてまいりたいと思います。よろしく願いします。

まず、事務局から資料の確認をお願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 資料の確認をお願いいたします。

上から議事次第、座席表、資料1-1といたしまして文部科学省から提出していただいている資料、厚生労働省の資料が資料1-2、1-3、1-4、2、参考資料1~5になります。

その下の参考資料6は、これから説明いたしますけれども、医行為にかかわる臨床実習のあり方等について検討を行った平成3年の報告書をつけさせていただいております。

また、机上配付資料といたしまして、奈良県知事から「専門医制度の実施に伴う地域医療の確保に関する意見」が1枚、公益社団法人医療系大学間共用試験実施機構から「臨床実習開始前の「共用試験」というタイトルの冊子を1部机上に配付させていただいております。

不足している資料などがございましたら、事務局にお申しつけください。

なお、マスコミの方々の撮影はここまでとさせていただきます。

それでは、遠藤座長、引き続きお願いいたします。

○遠藤座長 それでは、議事に移りたいと思います。

本日の議題は、「卒前・卒後の一貫した医師養成の在り方」及び「公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構からのヒアリング」の2つでございます。

本日の進め方ですけれども、まず、文部科学省及び厚生労働省より医師養成の過程につ

いて基礎的な説明をしていただき、これに関連して公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構から御説明をいただき、その後、構成員の皆様からこれらについて御質問等があれば御発言をいただきたいと思いますと考えております。

その次に、事務局より論点について御説明をいただきます。新井構成員から全国医学部長病院長会議の資料を御説明いただき、その後、構成員の皆様から、これらに関して御意見、御質問等を御発言いただくようお願いしたいと思います。そういう段取りで行いたいと思います。

それでは、本検討会の大きな検討課題の一つであります「卒前・卒後の一貫した医師養成の在り方」について、まず、文部科学省、厚生労働省及び公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構より御説明をいただき、その後、構成員の皆様から御意見、御質問をいただきたいと思います。

まず、文部科学省より資料1-1について御説明をお願いします。

○眞鍋文部科学省企画官 文部科学省医学教育課企画官の眞鍋と申します。

それでは、資料1-1を用いまして、現在、医学部の教育に用いられておりますモデル・コア・カリキュラムと最近その改訂を行いましたので、その改訂の内容につきまして、御説明をさせていただきます。

資料1-1でございますけれども、スライド番号1「医師養成のための卒前・卒後教育の流れ」ということございまして、その下に左側から高等学校、医学部（6年）、医師国家試験が挟まりまして、臨床研修、右に行きまして臨床研修修了後の研修等というチャートがございます。

その上の四角に、これまでの取り組み、そして進行中の取り組みを記載してございますけれども、左側の平成12年の医師法改正以降の大学による医学教育改革の自主的な取り組みといたしまして、平成13年に「医学教育モデル・コア・カリキュラム」が初めて策定されました。その後、3回の改訂を経ております。また、平成17年には、診療参加型臨床実習開始前に備えるべき知識と技能・態度を評価する「共用試験」を正式に実施することになってございます。

右側に参りまして、進行中のさらなる取り組みといたしまして、平成32年度までの間に、こちらは臨床実習後ですから、6年生の途中で臨床実習が終わるとしたらその後の技能・態度を評価する「Post CC OSCE」の正式実施に向けて、全大学でのトライアルを実施しているところでございます。また、これはきょうの課題とは少しずれますけれども、「国際水準の医学教育の認証」制度も動いているところでございまして、全大学がこれを受審するよう、今、進めているところでございます。

おめぐりいただきまして、スライド番号2「卒前・卒後の医師養成を巡る近年の動き」ということで、若干ビジーなスライドで恐縮でございますが、この一番上の「医学部教育（6年間）」というところで、先ほど申し上げましたように左から右に時系列が流れていくわけでございますけれども、平成13年にモデル・コア・カリキュラムが策定されたとい

うこととございます。共用試験の試行が14年に開始され、その後、右のほうでモデル・コア・カリキュラムがそれぞれこれまで3回改訂されているということとございます。

3こま目「これまでの医学教育の改革のポイント」でございますけれども、先ほど1こま目のスライドにございましたように、平成12年の法改正で臨床研修が規定されたわけとございますが、それ以降、改革が強力に推進されてきてございます。コアカリ、共用試験、国際認証という動きがあるということとございます。

4こま目以降で、モデル・コア・カリキュラムの改訂の内容につきまして御説明をさせていただきます。

これまでの取り組みでございますけれども、医学教育モデル・コア・カリキュラムを策定することによりまして、標準的な身につけるべき知識・技能・態度をお示しするわけとございますけれども、これが学生の学修時間数の3分の2程度を目安としておりまして、残りの3分の1程度は各大学の特色ある独自のカリキュラムを実施するということとございます。

今回の改訂、ことし3月に行ったわけとございますけれども、キャッチフレーズといたしましては「多様なニーズに対応できる医師の養成」ということを掲げてございます。国際的な公衆衛生や医療制度の変遷に鑑み、国民から求められる倫理観、医療安全、チーム医療、地域包括ケア、健康長寿社会などのニーズに対応できる実践的臨床能力を有する医師を養成するとうたってございます。

このモデル・コア・カリキュラムに基づく教育は、平成30年度から各大学において開始されるものと考えてございます。

5こま目「基本理念と背景」でございますけれども、先ほど申し上げましたとおり、「多様なニーズに対応できる医師の養成」を目指して取りまとめたものということと、学生が卒業時までには修得して身につけておくべき実践的能力を明確にして、客観的に評価できるように示しております。

これは今後のスライドにつながっていく話とございますけれども、この卒前教育、国家試験、臨床研修、生涯教育といった一貫性、卒前から卒後のシームレスな教育を見据えて改訂を行ったものとございます。

内容に入っております。

6こま目、これがモデル・コア・カリキュラムの構成とございます。A～Gがございまして、Aが基本的な資質ということで「医師として求められる基本的な資質・能力」をお示しするもの。その後は知識のようなものが入ってくるわけとございますが、Gといたしまして「臨床実習」ということとございます。

こちらのA～Gをチャートに落としたのが7こま目でございまして、7こま目をごらんいただきますと、「医学教育モデル・コア・カリキュラム（平成28年度改訂版）概要」とありますが、下のチャートは左から右に時系列が流れていくように作成しております。最近はくさび形と言いますけれども、比較的若い年次から医学教育を教えていくということ

でございます。その中で、Aとして「医師として求められる基本的な資質・能力」は全ての段階、学年で教えられていくべきものということでございます。

右側3分の2ぐらいのところに「診療参加型臨床実習開始前の「共用試験」CBT（知識）・OSCE（技能・態度）」ということでございますが、これが今、ちょうどこの秋ごろにどの大学でも4年生で行われておりまして、5年生の臨床実習に進むかどうかの判定に使われているということでございます。

8こま目でございます。先ほどA～Gがあると申し上げましたけれども、その最も基本となります「医師として求められる基本的な資質・能力」につきまして、改訂前のコアカリでの書き方が右側にお示ししておるものでございます。左側は28年度改訂版ということで、かなり組みかえていることをおわかりいただけるかと思うのですが、この組みかえの趣旨は、下に赤字で書いてありますが「プロフェッショナルリズム」、ここが赤字でございますけれども、これ以外は「臨床研修」の到達目標とすり合わせてございます。

それを示したものが9こま目でございます。こちらで「医学教育モデル・コア・カリキュラムと臨床研修到達目標の関係について」をまとめてございます。ごらんいただきましたとおり、「プロフェッショナルリズム」から「生涯にわたって共に学ぶ姿勢」ということでございますけれども、こちらは「臨床研修」の実施要領等にきちんと合わせたということでございます。一貫して評価ができるような形にさせていただいております。

10こま目でございます。先ほどA～Gがあると申し上げましたけれども、きょうは診療の内容ということで、「診療の基本」と「臨床実習」について御説明させていただきます。

「診療の基本」におきましては、症候・病態からのアプローチを重視し、「臨床推論」に重点を置き、「根拠に基づく医療」の項目を追加いたしました。また、最近の話題も盛り込んでございます。「薬物治療の基本原則」は、ポリファーマシーですとか禁忌、アンチ・ドーピングなどにも対応するということでございます。こういうことをもとに、今後、医療系大学間共用試験実施評価機構がOSCEの出題内容を決定すると思われるかと考えております。

次に、最後の章の「臨床実習」であります。こちらにも「臨床推論」を追加したということ。

また、Entrustable Professional Activities (EPA) といいますが、信頼してどこまで何を任せられるかということの段階を示すものでございます。こういうものにも言及し、わかりやすく診療の段階、取得の段階をお示しするということでございます。期待することを明らかにしていくものでございます。

近年、大学でよく行われておりますシミュレーション教育も追加をしております。

その下にございますけれども、臨床実習のガイドラインも示しております。

12こま目でございますけれども、Gの「臨床実習」の中において必ず経験すべき診療科といたしまして、以下の7診療科、内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、総合診療科、救急を提示ということでございます。

13こま目は、全国医学部長病院長会議からの提言でありますけれども、医学部の卒業前

における医師養成のあるべき姿ということでございます。全ては読みませんが、申し上げれば、臨床実習をきちんとやり、それをちゃんと評価していくことが重要であるということの提言となっております。また、教育のアウトカムとしてのコンピテンシー評価は特に重要であるという御提言をいただいたところでございます。

14こま目、最後のページでございますが、こちらは6年生で終わるところが多いと思いますが、臨床実習後に臨床能力評価を行っているかどうかアンケート調査をしたものでございます。これは全大学ではなくて、回答があったところが漏れておるのは恐縮でございますが、左側の実施状況といたしましては78分の63でございますので、4分の3以上の大学で臨床実習後に臨床能力を評価する取り組みをされているということでございます。

また、「実施している」と回答した63のうち、その評価結果を修了判定に利用している大学は46あるということでございました。

15こま目は「臨床実習の現状」でございます。27年度時点の調査結果でございますけれども、臨床実習を行う週数、これを時間にブレイクダウンしたものがその下でございますが、国公立、私立、全国でこのようになってございます。多いところは82週という大学もあれば、少ないところでは公立で45週、私立で44週というところもございましたけれども、私どもが把握している範囲では、きょうどなたか先生から追加で補足があるかもしれませんが、この臨床実習の週数、時間は延びてきていると承知しているところでございます。

このように大学における臨床実習は充実する方向にあると我々としても考えているところでございます。

文科省からの説明は以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

引き続きまして、厚生労働省より資料1-2について御説明をお願いしたいと思います。

○櫻本企画調整専門官

厚生労働省からは、資料1-2の「卒前・卒後の一貫した医師養成の在り方」に沿って御説明をさせていただきます。

本日は、「医学生の実習における基本的医行為」「医師国家試験」「医師臨床研修制度」について、基本的な内容を御説明させていただきます。

ページをおめくりいただきまして、3、4、5枚目になりますけれども、こちらは「医学生の実習において、一定条件下で許容される基本的医行為の例示」を平成3年に厚生労働省の臨床実習検討委員会において、前川先生が委員長をされてまとめさせていただいたものです。こちらに関しましては、水準I～IIIをまとめておりまして、Iについては指導医の指導・監視のもとで実施が許容される、IIについては状況によって実施が許容される、IIIは見学・介助にとどめるものといった基準で、こちらに記載されているようにまとめております。具体的には、参考資料6に報告書そのものを用意させていただいておりますので、御参考いただけたらと思います。

こちらにつきましては、課題としまして、平成3年ということで26年前につくられておりました、例えばその後の医療の発展でありますとかシミュレーター等の発展などを踏まえたものについて今後進めていくためにも、こういったものの医行為の整理をどのように考えるかといった課題が1つございます。

続きまして、6枚目、医師国家試験でございます。7枚目、まず、医師国家試験は医師法に基づいて行われておりました、9条でございますように、臨床上必要な医学及び公衆衛生に関して、医師として具有すべき知識及び技能について行うということで、10条では、毎年1回、厚生労働大臣が行うということと、医道審議会の意見を聞くといったことが定められております。

8枚目は予定が入っております、毎年2月ごろに実施がされております。

続きまして、9枚目ですけれども、出題内容につきましては、試験問題は、臨床上必要な医学または公衆衛生ということで、一般的な実力を試し得るものとして定められておりました、具体的な出題範囲は、いわゆる出題基準のガイドラインに準拠して行われております。また、国家試験の特徴としまして、禁忌肢というものが設定されていることと、「出題形式」にありますとおり、マークシート方式で、総出題数は平成29年までは500題ということ。それから、試験の内訳は下にありますけれども、ブループリントというもの、後ほどお示ししますが、こちらで各項目・評価領域ごとの出題割合を示させていただいております。

続いて、10枚目の合格基準でございますが、基本的な考え方は、必修問題と必修問題を除いた一般問題・臨床実地問題のそれぞれの得点と、禁忌肢を選んだかどうかといったものをもとに合否を決定していることと、必修問題については絶対基準、必修問題以外の一般問題・臨床実地問題については相対基準で合格基準としております。こちらは最終的には厚生労働大臣が合格者を決定するという流れになっております。

続きまして、11枚目は歴史が昭和21年から書かれておりますけれども、第1回目は昭和21年で、年2回実施の筆記あるいは論述式といったもので開始されました。その後、口頭試問の導入でありますとか、論述式から客観式、あるいは口頭試問が廃止されるなどいろいろな動きがありまして、年々出題数が医学の進歩等を踏まえてふえている中、昭和51～53年に出版基準が初めて策定されました。その後、今の形にだんだん近づいてきておりました、平成13年から試験日数が3日間、出題数が500題へととなっております。

それを表にしましたのが12枚目でして、111回目までは250問、250問の3日間の計500問という形でやっておりますけれども、後ほど出てきますが、今年度といいますか、平成30年の第112回からは設問数が400問に減少することになります。

続いて、13ページは合格率でございますけれども、第100回～111回、おおむね90%前後で推移しております。

続いて、14枚目は医師国家試験改善検討部会報告書でございます。こちらにつきましては「主な論点と方向性」にありますように、出題数につきましては、平成27年度より卒前教

育において共用試験CBTの合格基準が統一化されて、医学生の基本的な知識が担保されることで出題数の見直しということで、赤字で書いてありますけれども、500題から400題に減少されております。一般問題は100題程度縮小が可能という報告になっております。

2のOSCEにつきましては、達成状況を確認してから改めて議論してはどうかということで、医師国家試験へのOSCEの導入の是非については今後の議論ということになっておりまして、3のコンピューター制についても検討を行うとされております。

こういった報告書を出させていただいておりまして、実際には15枚目にありますように、次回の第112回医師国家試験におきましては、変更点として、下の審議結果として出題数は500から400に減ることと、試験日数についても3日間から2日間に変更する等々の改定を行っているところです。

最後、16ページが先ほど申し上げたブループリントで、出題の項目とそれぞれ何%出すかといったものをこちらで決めさせていただいているものでございます。

以上が国家試験の現状です。

17ページ以降は医師臨床研修制度について御説明させていただきます。

18ページは経緯ですけれども、もともと昭和23年からインターン制度が開始されまして、こちらでは国家試験の受験資格の必要な課程でした。ただし、当時の問題点として、インターン生の身分・処遇が不明確、指導体制が不十分等の指摘がございまして、昭和43年に臨床研修制度の創設ということで、当時は医師免許取得後2年以上の努力義務という形で始まりました。これが平成16年まで続きますが、当時指摘された問題点として、専門医志向のストレート研修、例えばある科に行く場合には卒業すぐにそれをやるというような研修が中心で、プライマリ・ケアの基本的な診療能力の修得が不十分ではないか等々の問題点を指摘されたこともあり、平成16年に現在の形の臨床研修が必修化となりました。

19枚目を見ていただきますと、臨床研修制度が法的に決められた後の制度ですけれども、今、臨床研修は医師法に定められておりまして、診療に従事しようとする医師は2年以上臨床研修を受けなければならないとされており、この横になるところの赤で囲ってあります「法に基づく臨床研修」というものがございます。

この基本理念としましては、下にありますとおり、将来専門とする分野にかかわらず、一般的な診療において頻繁にかかわる疾病等に適切に対応できるように、基本的な診療能力を身につける。こういったものを基本理念としております。

20枚目は臨床研修が必修化された後の経緯ですけれども、平成16年に必修化された後に指摘された問題点としまして、当時、専門医等のキャリアパスへの円滑な接続が妨げられるのではないかとしたことや、4番目にございまして、募集定員のキャッピングを特に最初に行っていなかったために、研修医が都市部に集中したのではないかと、こういった指摘がございました。

そこで、22年度の見直しで研修プログラムの弾力化、3番目にあるような募集定員の見直し等々を行っております。平成27年度の臨床研修制度の見直しでも同様に募集定員の割

合の縮小等を行っております。

21枚目が、臨床研修につきましては到達目標を定めておりまして、これは主な項目、それぞれに細かい項目があるのですけれども、行動目標や経験目標を定めておりまして、こういったものを到達していただくことを要件にしているという形でございます。

22枚目については、この行動目標の習得状況を見ますと、行動目標については「十分に習得できた」「ある程度習得できた」と答えた研修医の割合は8割を超えているといったデータ、あるいは次の23ページですけれども、こちらはそれぞれ、例えば救急の重症度及び緊急度を判断できる、気管挿管ができる等の基本的診療能力が「自信をもってできる」「できる」と答えた研修医の割合を経年ですと、平成14年の必修化前と比べまして、年々全体的に上昇している傾向でございます。

現在、こちらについて改訂のワーキンググループを開催させていただいております、24ページにあるようなメンバー、それから25ページにありますように、現在までに15回のワーキンググループ等を開催している状況です。

26ページは、先ほど文部科学省に御説明いただいたように、文部科学省で検討いただいている卒前のモデル・コア・カリキュラムと卒後の厚生労働省で検討している臨床研修の到達目標については、すり合わせをさせていただいているという検討状況でございます。

27ページにつきましては、平成16年度と22年度で必修化の見直しをしておりますので、そちらを図にしたものでございます。

28ページは、平成24～26年にそれぞれ平均の研修期間は、内科系が大体9.4カ月、救急が2.4カ月等、こういったデータを出させていただいております。

続いて、29～32枚目は全て同じ資料になりますけれども、臨床研修の効果を一つの例として示させていただいたもので、臨床知識・技術・態度を今までに修得する機会があったかどうかというものを、青色が平成15年の必修化前の臨床研修修了者で今指導医をやっている方で、赤色は臨床研修必修化後に臨床研修をやられて、その後、指導医になられた方に聞いているアンケートでございますけれども、これを見ていただくと、ほぼ全ての項目で必修化後に修了された指導医のほうが、こういった臨床知識・技術・態度等を修得する機会があったという結果となっております。細かくは資料を御参照いただけたらと思います。

33ページは、臨床研修医の募集定員倍率のデータですけれども、こちらをごらんいただきますと、平成16年から始めて、特に募集定員のキャッピングをしていなかった状況でしたので、平成20年には1.35倍まで研修希望者と募集定員の差がありました。その後、平成22年より徐々にこの上限設定をしております、現在、平成32年度までに約1.1倍まで年々縮小させていくという政策をさせていただいております、その結果として、34枚目にありますとおり、いわゆる大都市部と言われる6都府県につきましては紫のグラフのように年々減少傾向にありまして、その他の道県では、臨床研修医の数は増加傾向にあるという状況です。

最後、35枚目でございますけれども、今申し上げましたCBT、OSCE、一般的に大学4年生でやられている共用試験とモデル・コア・カリキュラム、医師国家試験、臨床研修について、実施主体や検討の場、改訂年度をまとめて表にしたものです。こちらのポイントとしましては、まず、CBT、OSCEにつきまして、現在の位置づけでは、国家試験ではない、特段何かに基づいたものではないということ。検討を行う場につきまして、本日来ていただいておりますけれども、いわゆるCATOと言われる第三者機関で行っているという点がございます。モデル・コア・カリキュラムは文部科学省、医師国家試験と臨床研修については法律に基づいて厚生労働省でやっている。こういった点が一つございます。

もう一点が改訂年度なのですけれども、こちらに記載させていただいたように、改訂年度、施行年度につきましては、同時ではなくてばらばらといたしますか、1年、2年ずれて行っている現状があります。こういったものについてどのように考えるかということの後ほど論点として示させていただきたいと思っております。

あとは参考資料になりますので、ごらんいただけたらと思っております。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

引き続きまして、齋藤参考人及び高木参考人より資料2について御説明をお願いしたいと思います。よろしくお願ひいたします。

○齋藤参考人 かしこまりました。齋藤でございます。

資料2から申し上げますが、長い名前でございますので、共用試験機構と略称いたしますけれども、きょうは共用試験機構からCBT問題を全てチェックしている理事の高木、それからもう一人、情報処理システムの専門家の理事の石田が参っておりますので、よろしくお見知りおきのほどお願ひ申し上げます。

2ページの3番のスライドでございます。ここには臨床実習開始前の共用試験導入の経緯を示してございます。下から2行目でモデル・コア・カリキュラム、先ほど来、文科省からお話がございました。

それに基づいて、スライドの4番では、共通の評価項目を考えて評価システムをつくるうではないかということで、共用試験が始まったわけでございます。

スライドの5番でございますけれども、まず1つは、5年生になりますと臨床実習で医行為をいたします。医師でない者が医行為をするというのは、医師法の違法のところにつかかってまいりますので、それを阻却するために厳しい試験が必要であるということになりまして、このスライドの下の箱をごらんいただきますと、左側の赤い矢印がございません。臨床実習の開始前に厳しく試験をして、その試験にパスした者は臨床実習で医行為をさせてもよろしいということになりましてございます。

スライドの6番でございますが、これも細かいスライドで恐縮でございますが、臨床実習前の共用試験という囲みがございます。もう一つは、卒業のところで、参加型臨床実習後の客観的臨床能力試験と書いてございます。現在は臨床実習前のCBTとOSCEという試験を

やっておりますが、「一貫性の担保」という文字が下にございますけれども、これを御高覧いただきますと、改訂の時期等が全部少しずつずれておりますので、こういうことではないほうがよかろうかと思っております。

次の7番のスライドに参ります。では、共用試験として一体何をどうやって評価しているかということがございますけれども、知識のレベル、これはコンピューター・ベースド・テスト、先ほど来お話がございましたCBTで評価をいたしております。320問の問題が出てまいります、臨床実習前の4年生の学生は、その試験を6時間かけて解答しなければなりません。

それから、知識はそうやってコンピューターの問題でできますが、技能や態度のチェックはどうするか。これはオブジェクティブ・ストラクチャード・クリニカル・イグザミネーション、日本語で訳しますと、ストラクチャードという訳は入っておりませんが、客観的臨床能力試験、略してOSCEと私たちは呼んでおりますが、それで評価をしようというわけでございます。

診療参加型臨床実習にちゃんとしなければならない。そうすると、スライド8番の下の右のほうに上がっている扇形がございますけれども、左から2本目の卒業という点線が医学部の卒業時点でございますが、これがスムーズに臨床研修に入っていけるだろうというところでございます。

9番のスライドは、細かい規定、事業等を書いてございますが、結局はこの事業で何をするか。今やっているメインのことは、事業の1番と2番、このあたりを一生懸命やっております。この共用試験機構は、現在、日本の81大学が参加してございまして、81の大学みんなでもって利用しようということで、共用という言葉になります。

その運営組織については、10番のスライドを御高覧いただきますと、大変細かい組織を書いてございますが、「医学系CBT」「医学系OSCE」と真ん中辺にございます。これはそれぞれの委員会がございますが、その尻尾のほうに括弧のついた数字を打ってございますが、これだけの委員の方々、大学の教員の方々にお出ましいただいて、みんなでやっているという数字でございます。

11番のスライドは、臨床実習開始前の到達レベル評価の仕組みでございます。これについては後ほど高木理事から御説明申し上げますが、CBTでは項目反応理論を応用し、客観的臨床能力試験（OSCE）では、評価の方法をしっかりと定めて、評価マニュアルをつくって、自分の大学だけではなく外部の大学の教員に評価に携わってもらっているわけでございます。

12番のスライドでございますが、上半分がCBTでございまして、下半分がOSCEでございます。OSCEについては後ほど申し上げますが、CBTの問題、いかにしっかりと苦勞してやっているかというところを皆様におわかりいただくために、これから理事の高木が御説明申し上げます。

○高木参考人 高木でございます。

それでは、CBTについて御説明させていただきます。

13ページをごらんください。CBTはコンピューターの長所を生かしたシステムでございまして、現在、多くの国で医師国家試験に導入されております。CBTは、この図にございますように、共用試験実施評価機構にプールされた問題から各受験生別にセットした試験問題をCDで各大学に送らせていただきます。そうしますと、大学はそれを各受験生のPCに送りまして、それで試験が開始されます。現在、機構には2万5,000題の問題がプールされておりまして、これから無作為的に320題が選抜されまして、各受験生に異なったセットとして問題が出題されています。

14ページが「CBT問題作成から成績返却まで」の御説明でございます。共用試験機構では先ほど御説明がありましたモデル・コア・カリキュラムに準じた問題作成を参加大学にお願いします。作成していただく問題数は年ごとによって少し異なりますけれども、現在は少なくなりまして、20～30題でございます。集められた作成問題は、今、御説明がありました全国81校に委嘱しましたブラッシュアップの委員が各3名いらっしゃいますけれども、その委員に集まっていただきまして、共用試験機構としてのブラッシュアップを行います。このブラッシュアップは、連続2日間を3クール行います。平成28年度は全部で221名の教員の方に集まっていただきまして、ブラッシュアップをしていただきました。作成していただいた問題は大体2,000題でございますので、2,000題を221名の方にブラッシュアップしていただきました。

これが終わりましたら、共用試験機構にございます常置委員会、問題評価・プール化小委員会最終的なチェックをして、新規問題として登録されます。この新規問題は採点対象外ですけれども、この採点対象外の問題と、採点問題としてプールされている問題を合わせまして320題にして、それを学生に受験していただいています。

各医学部での実施に際しては、ここにごございますように機構からモニターを派遣いたしまして、CBTが厳正に、なおかつ適正に行われているかというのをモニタリングしています。

CBTの受験生からの解答が回収されて、共用試験機構に送付されますと機構内で自動採点されて、IRTの標準スコア並びに正答率が各受験生及び各医学部に返却されます。

次は15ページをごらんください。CBTでも質の保証が非常に大事ですので、この点について多少細かく説明させていただきたいと思っております。

CBTは、現在は8月から翌年3月まで、非常に長い期間にそれぞれの医学部が自分で選ばれた日程で実施されております。ですから、正答率で比較することは適正ではないということで、共用試験では項目反応理論というものを利用しております。このシステムでは、まず、先ほど申し上げました、プール化されているのですけれども採点対象外の問題が試行問題として出題されます。この問題の成績から、難易度、どのぐらい難しかったか、どのぐらいの識別能があるかということなどを指標として項目特性曲線を描きまして、このIRTによって問題をセットします。IRTを用いることで受験生ごとに異なる問題をセッティングしてもIRT標準スコアとして評価が可能になります。

次に、良質な問題の確保、プールというのは非常に大事です。これについては、それは先ほど申しあげましたように、まずは各大学にモデル・コア・カリキュラムに従った出題をお願いします。次にそれを共用試験機構でのブラッシュアップ、機構内の常置委員会でブラッシュアップを行います。これだけではまだ十分ではありません。試行問題として出題しますと、その事後評価によりまして、この問題がどのぐらいの正答率か、どのぐらいの識別能があるかというのがわかりますので、それを評価します。それら指標を参考にして適正でないような場合には修正をして、もう一度試行問題として出題して、適正な問題になるまで行い、適切な問題だけをプール化するシステムになっております。

しかし、今、申しあげましたプール化された問題が全て評価可能な問題とは限りません。評価可能な問題として受験生に出題されるためには次のステップを踏んでおります。まず、各受験生のセットを実際に出題される前に、共用試験の委員に全部のセットを総覧していただきます。320題、各委員の先生が御自分で受験生と同じように受験されます。それでセットされた問題が適切かどうかを評価していただいています。この段階で評価がよくない問題については問題評価・プール化委員会でもう一度検討させていただいて、プール化した適切な問題に差しかえるということもございます。このときには、医師国家試験も同様ですが、記載の方法とかが年々変わってきておりますので、それについてもチェックを行っています。

また、受験生が出題された問題について審議問題としてフィードバックしても良いことになっていきますので審議の依頼のあった問題につきましては、事後に問題評価・プール化小委員会で検討しております。

さらに、採点対象となったプール問題も年度ごとに項目特性を評価して、極端に項目特性が変わった場合、正答率が急に上がった場合には、問題が漏れている可能性もありますので、そのような問題については削除しています。

それから、正答率が高くなりすぎた場合、95%、96%以上になりますと、その問題も削除することになっております。

このような複数回のステップによりまして、問題の質の保証、精度保証を行っており、適正な評価可能な問題がCBTとして出題されていると考えております。

CBTについては以上でございます。

○齋藤参考人 それでは、スライドの16枚目からOSCEのことを書いてございます。それについて御説明申し上げます。

OSCE、客観的臨床能力をはかるというのは大層難しゅうございまして、結局はシミュレーションテストにならざるを得ないわけでございます。臨床実習を始めてよろしいかどうかという学生を評価するときには、学生はこの試験を受けます。

まず、ステーションと呼ばれる小さな部屋が幾つか用意されておまして、一等最初の部屋に入りますと、患者さんの何々さんが外でお待ちですと。患者さんの面接をしてください。昔は問診と呼んでおりましたが、今はメディカルインタビュー、医療面接という言葉

葉でいたします。それを10分なら10分やりまして、次のステーションに受験生は移動します。そうすると今度は診察をしてくださいというのですが、難しゅうございます。診察を模擬患者にやらなければならないのですが、模擬患者は大学の1年後輩だったり、あるいはよその学部の学生だったり、そういう人たちに模擬患者になってもらって診察をいたします。

そうやって幾つかのステーションをめくりまして、胸部の診察、腹部の診察、神経の診察、それらがちゃんとできるかどうかということの評価者が複数で評価いたします。その評価者の中には、自分の大学の教員だけではなくて、よその大学の教員にも手伝ってもらって評価をするというシステムがありまして、そのステーションに合格しなければ臨床実習に行けないわけでございます。つまり、診察の仕方の試験でございます。

17枚目のスライドは、評価者あるいは模擬患者の写真が載っていますが、これはボランティアの方々に事前にシナリオをすっかり覚えていただいて、胸が苦しいのですというようなお話をさせていただくわけでございます。それから、もちろん実際には診察できないようなところは、シミュレーターのいいものができていますから、それを使いますという写真でございます。

18枚目は、他大学の評価者にも評価してもらおうというところをお示ししてございます。どういう項目が評価されるのかという詳しいことは、本日、皆様方のお机にございます機構の冊子を御高覧いただきますと、こういうことを評価しますよということを書いてございます。それで臨床実習の入り口をパスするわけですが、問題は出口のほうでございます。本当に臨床実習がしっかりできたかどうかということで、これは既に80分の56大学ぐらいでしっかりやられているのですが、実際に伺ってみますと、大学ごとに随分でこぼこがあるということがわかりました。

実は平成13年ごろに医師国家試験にOSCEを入れてはどうかという議論の研究班ができて、トライアルもいたしてございますが、それはそのまま導入されなく終わっております。それではということで、卒前の一等最後で卒業試験がわりといいですか、卒業判定に臨床実習がちゃんとできたかどうかという試験をやってはいかがであろうかというわけでございます。

20枚目のスライド、本文の上から3行目にイコールが3つ並んでいます。ある症状の患者さんに実際の臨床に即した状態で試験を試してみよう。つまり、今までは診察の仕方の試験でございましたけれども、今度はそうではないわけです。ある症候を持った患者さんが入ってきます。もちろん模擬患者ですからシナリオです。本当に医学部を卒業させてよろしいか、あるいはこれで卒業すればスムーズに臨床研修を開始できるかどうかというところをチェックしようということでございます。

既に実はトライアルを始めておりまして、今年度は23大学でトライアルをやらしてもらいました。先ほどの入り口のOSCEのところはステーションの時間数が短うございましたけれども、今度は本当の患者さんのつもりでやるわけですから、15～20分やらなければならない

いだろうと。診察をした結果、どのように捉えるか、どのような検査が必要か、どういう治療が必要かということを経験者に報告してもらおうということになります。その経験者というのは、評価者が経験者役を務めるわけでございます。

次のスライドは、その20分コースのやり方をざっと示してございます。

21枚目のスライドは、症候を有する患者に面接をし、身体診察をし、臨床検査の計画を立てたりして病態を解析する、ここが一番大切です。病態を解析するということになります。それを経験者に報告する。こういうことをやって医学部の卒業判定の一助にしたいというわけでございますが、あくまでもこれはシミュレーションテストでございますから、臨床実習中に各大学が厳しく評価することのほうが比重としては多くなると考えてございますが、取り急ぎ御説明を申し上げます。

以上でございます。ありがとうございました。

○遠藤座長 御丁寧な説明をありがとうございました。

ただいま御報告があった内容につきまして、御質問等があれば承りたいと思いますが、いかがでございましょう。

それでは、渋谷構成員、どうぞ。

○渋谷構成員 ありがとうございます。

今回の医学教育の話は恐らく一連の改革の中でもかなり大きなものだと思いますし、私は20年前、日本の医師国家試験とアメリカの、当時はECFMGだったのですけれども、ステップ1、2を両方受けて、全く問題が違うのと、ECFMGの問題は非常にいい問題が多くて、何でだろうと思ひ、調べました。今おっしゃったアイテム・レスポンス・セオリーとかプーリングを使っている、日本の医師国家試験を勉強すればアメリカも簡単かと思ったら、全く違う内容だったので非常に苦労したのです。20年たってこうした議論が起こって、きちんとしたパフォーマンス評価が行われるに至って、さらに文科省、厚労省の間でこうした話が行われるというのは非常に大きなことですので、関係者の御尽力に感謝したいと思っています。非常に大きな重要な改革だと思っています。

その上で3つコメントと質問があるのですが、1つ目は、私は2010年に「ランセット」という雑誌の21世紀の医学教育というもののコミッションに入れてもらったのですが、今、医学教育は第3世代。第1世代は1910年のフレクスナー・レポートでサイエンス、科学を対象として大学が学びの中心。1970年になってPBLが入って、コンサルタントがやっているイシューベースドという話が第2世代。第3世代の21世紀はやはり先ほどおっしゃったコンピテンシーとか保健システムという話が非常に重視されていて、その中でもとにかくローカル・グローバルのコンテクスト。そうしたものが今、コアカリの中では、プロフェッショナルリズムというのは入っているのですが、やはり医療システムとか制度、ローカル・グローバルの視点とか、これから非常に大きなイシューになってくるものがかかり抜けているので、今後検討していただきたいというのが1つ。

2つ目、CBTと国試と臨床での評価というのは、アメリカで言うとステップ1、2、3が

あるのですけれども、そのすみ分けがいまいちわからない。ステップ1と2がまざって、ちょっとそれを簡単にしたものがCBTなのか、それともCBTはあくまでステップ1的なものなのか。そうしないと、CBTを強化してステップ1的位置づけにすると、今の日本の医学部はかなり忙しくて、6年制の中で4年生で試験を行うと、いきなり1年生が予備校化して試験ばかりやるようになって、今申し上げたシステムの話とかプロフェッショナルリズム、コミュニケーション、リーダーシップとか、教養とか、これから大事になるコンピテンシーというものがおろそかになりかねないと同時に、やはりステップ1的なものは入れなければいけないので、その位置づけ。CBTと国試が同じようなことをしてもしようがないということが1つ。それは質問です。

3番目はインプリメンテーションで、私はCBTの話を聞いていて、やはりディファレンシャル・アイテム・ファンクショニング、IRT、プーリング、コンピューターベースドというのは、しかも第三者機関がやっているという、これはすばらしいプロフェッショナルオートノミーではないかと。専門医機構の話になると、前回まで紛糾していたところもあって、プロフェッショナルオートノミーというと何かネガティブな話があるのですけれども、CBTの機構、これはすばらしいなと思ったのは、やはり学生教育のためという目標がしっかりしているからだと思うのです。

私は、国試に関して、今おっしゃったIRTとか項目理論、ディファレンシャル・アイテム・ファンクショニング、プーリング、コンピューターベースドが基本となるべきと考えます。なぜそういう今、世界で当たり前のことができないのか。そして、例えばそれを厚労省ではなくて民間に任せるとか、文科省でも大学教育センター、英語に関してはTOEFLに変えていくとか、そういう指針もたしか出ていたと思うのですけれども、もう少し近代化・効率化をすべき時ではないか。しかも、それを何のためにやるかという、いい問題をつくって、いい医者を育てて、それをフィードバックして、PDCAを回して、いい医学教育をしていくというサイクルの形成のためだと思うのです。だから、やはり国試のほうもCBTを見習って、ガバナンスとか、もう少し何か改革ができるのかということをお伺いしたいのです。ちょっと長くなって済みません。

○遠藤座長 ありがとうございます。

御意見でありましたけれども、御質問も幾つかあったかと思いますが、何かコメントがあればお答えいただければと思います。

○渋谷構成員 国試に関しては、特にCBTみたいなガバナンスとかインプリメンテーション、統計を使った近代化は何でできないのか。あるいはやっていたら教えてほしいのですけれども、あとは省内で従来のように紙ベースでつくるのではなくて、やはりプーリングとか、あるいは民間に任せるとか、そういう手法は考えられないのでしょうか。

○遠藤座長 では、文科省、厚労省の順ですね。文科省、どうぞ。

○眞鍋文部科学省企画官 文科省企画官の眞鍋でございます。

きょうの資料には掲載してございませんけれども、先ほど渋谷先生から御指摘いただき

ました社会保険システムですとか国際保険に関しましては、A～Gがあると申し上げました、Bの「社会と医学・医療」の中に介護保険、医療保険、さまざまな社会保障制度を理解するということを含めております。また、国際保険に関しては今回の改訂で新たに盛り込むことにしております、その記載は入れてございます。きょうの資料に記載がなかっただけでございまして、項目としては入れているということで御説明させていただきたいと思っております。

以上です。

○遠藤座長 では、厚労省、お願いします。

○武井医事課長 渋谷先生から非常に重要な御指摘をいただいたと思っております。現状と今後の方向性ということでお答えさせていただきたいのですけれども、まず現状について、やはりこれはどんどん新しいものを入れていくということで、医師国家試験の改善についてはおおむね4年ごとに開催しております医師国家試験改善検討部会において検討しておりますので、きょういただいた意見も、その部会でしっかり今後取り上げていきたいと思っております。

例えば、プール制の問題について今日御議論いただいているところでございますが、これはこの改善検討部会の指摘を踏まえて既に取り入れており、正答率などを勘案して効率的な作問に取り組んでいくということで、一部取り入れているところでございます。ただし、コンピューターベースの作問ですとかIRTといった点については、さらにしっかり検討していきたいと考えているところでございます。

ステップ1、2ですとかCBT、国家試験との関係ですが、やはりシステムが違うので、直接的な比較は難しいところです。因みに、類似性、似ている点について踏まえて考えていくと、恐らくステップ1に近いものは、将来的な変更点も含めて、やはりCBT、OSCEが一定の役割を担いつつ、クリニカルサイエンスに重きを置いた点については、ステップ2のような形で国家試験が一定の役割を担い、こうした役割分担をしながら、しかも国家試験としての質を高めていくことが考えられます。それから、先生がおっしゃったようにグローバルな流れの中で新しい試みを既にやっている国もございまして、こういった諸外国の状況もしっかり踏まえながら改善していくという方向で検討してまいりたいと思っております。御指摘ありがとうございました。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、今村構成員、山口構成員の順で、どうぞ。

○今村構成員 御発表、ありがとうございました。

それぞれに質問がありまして、まず文科省に関しましては、資料の12ページに「シミュレーション教育」という項目が出ております。私も専門家ではないのですけれども、シミュレーション教育の専門家から伺ったところによると、日本のシミュレーション教育はおこなわれているというお話を聞いたことがございます。先ほど齋藤先生からのOSCEの中でもシミュレーターが出ていましたけれども、少なくとも私が数十年前にいろいろ研修している

ときのシミュレーターにはほぼ近いようなもので、海外のシミュレーション教育に比べるとおけているのではないかという印象を持っているのですが、これは大学ごとのシミュレーション教育について一定のルールというか、質を担保しているのかどうかということをお教えいただければと思います。

もう一点、臨床実習については、学内の臨床実習と、今、地域における医療の重要性ということで学外の臨床実習もあろうかと思っておりますけれども、この辺についても一定のルールというか、これぐらいの時間をそれぞれやってほしいとか、そういうものを文科省のほうで設けられているのかどうかをお教えいただければと思います。

厚労省につきましては、医師法10条に医師国家試験予備試験を行うと書いてあるのですが、これが具体的に何を指しているのかがよくわからなかったので、お教えいただければと思います。

共用試験機構のほうにつきましては、CBTを行うことが、いわゆる違法性の阻却事由の一つとして共用試験をやっているということは大変大きな話だと思っております。これは共用試験機構にお答えいただくのか、大学がいいのかどうかわかりませんが、実際にこういうことである程度医行為ができるという枠組みがあるけれども、それに基づいて、先ほど前川先生の研究によって示された医行為が実際どのぐらい行われているのか、もしわかればお教えいただければと思います。

以上です。

○遠藤座長 それでは、文部科学省、お願いいたします。

○眞鍋文部科学省企画官 文科省の眞鍋でございます。

まず、今村先生から2つ、シミュレーション教育と実習のことについてのお尋ねでございました。シミュレーション教育でございますけれども、今回新たにシミュレーションでのトレーニングを積むということをお目として設けたところでございます。その中には、教育方略ということで、反復練習ですとか臨床技能のコミュニケーションスキルも含めて態度を身につけるとか、シナリオを用いたトレーニングを行う、チームトレーニングを行うというような、どのようにそれを使うかをお示したところでございます。

このモデル・コア・カリキュラム自体は、一定のこれをクリアしなければならないという基準ではございません。それぞれ高等教育でございますので、行うべきものに関しましてはそれぞれの大学の自治の中で決めていくものでございますけれども、モデル・コア・カリキュラムに入れば、事実上はそれに沿った何らかの努力を各大学がしていただけるだろうという位置づけで考えているところでございます。

また、実習時間につきましても、今回のコアカリをつくるときに実習のガイドラインも作成して、このようにやってくださいと出したところなのですが、これも何十時間以上、あるいは何週以上ということをお明確にしてはございません。一方で、今、国際認証の動きがございまして、標準的には72週ぐらいを臨床実習に充てるべしという動きで今、認証制度が動いてございます。そういったところを踏まえまして、臨床実習を今後充実さ

せていく、時間も内容も実習を充実させていくという方向にあることは間違いないかと思っております。

以上です。

○遠藤座長 今村構成員。

○今村構成員 お願いも含めて、臨床実習についてですけれども、結局、時間だけ決まると、大学によっては学内で十分対応ができるケースもある。しかしながら、学内だけでは十分対応できない場合、だから学外でやってくださいということではなくて、地域での臨床実習の経験は非常に重要だということで、やはり一定程度、学外の臨床実習も入れていただくことが大事なのかなと思っています。

シミュレーション教育についても、これはお金がかかることだと思います。多分、新しい非常にすばらしいシミュレーターがあって、そういうものを活用すれば恐らく指導医の先生の負担もかなり減ると思います。お金のかかることなので簡単にやってくださいとは言えないけれども、ぜひとも今後の医学教育の中でそういうものは非常に重要だと思いますので、今のICTの進歩の中で、そういうものの活用に文科省も力を入れていただければと思います。

以上です。

○遠藤座長 それでは、厚生労働省、お願いいたします。

○武井医事課長 医師法10条の予備試験についての御質問でございます、これについては、具体的な事例を申し上げますと、海外の医学校を卒業されて日本の国家試験を受けようとする方が今結構いらっしゃいます。そういう方が受けて、ある程度一定の能力と知識があることを確認した上で、仮に医師国家試験を本試験と呼ぶとすると、毎年2月にある医師国家試験を受けることとなります。このように予備試験と本試験の2段階制になっていますので、この予備試験というのが事前のテストに該当します。

○遠藤座長 ありがとうございます。

3番目は機構への御質問ですか。ちょっと違う。

○今村構成員 共用試験機構の御発表に関して、文科省にお聞きすべきなのかもしれませんが、こういう医行為はどの程度、学生が行われているのかというデータがあるのかどうか。つまり、そのためにCBTをやっていると言っているのに、医行為できていませんという話なのかどうかを知りたいということです。

○遠藤座長 厚生労働省、どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 本年中に実は医学生の、今、臨床実習でどのような医行為までやっているかというのは調査をする予定がございます。今はお持ちしておりませんが、それを踏まえて、機会があればこの検討会でも発表していきたいと考えております。

○遠藤座長 それでは、お待たせしました。山口構成員、どうぞ。

○山口構成員 私も今の今村構成員と同じ、資料1-2の26年前につくられたという3ペ

一ツからなる「医学生の実習において、一定条件下で許容される基本的医行為の例示」というのは、結構突っ込んだ内容が書かれていて、実際にどれぐらい実施されているのかなと思ったのですが、今のお答えだと、今すぐお答えいただけないということですので、例えば国際認証のカリキュラムになって臨床実習の時間がふえると、現在この程度しか実習ではできていないけれども、将来的にはこれぐらいふえるということも、次回以降、できればお示しいただきたいと思っております。

1つ質問と1つ意見ですけれども、今、予備試験の話がありました。私は先の医師国家試験改善検討部会の委員を務めておりましたが、予備試験の中で海外の人ではなくて日本人がとてもふえてきているということを知っています。たしか年間30人ぐらいだったのが100人ぐらいになってくるのではないかと話でした。これは1校分の医学部ぐらいの人数に相当するわけで、今後の医師養成のあり方に影響してくるのではないかと感じていますので、そのあたりの現状を教えてくださいたいというのが一つです。

もう一つ、先ほど共用試験実施評価機構の御発表があって、実は私は6年ぐらい理事を務めておりますので内部の人間なのですが、私たちの活動の中でももう25年以上、模擬患者を養成して派遣しております。OSCEのところにも多くの模擬患者をこれまで派遣してきています。実際に共用試験のOSCEがもう10年以上たちまして、私は理事としていろいろと内部の問題にもかかわっているのですが、大学側の運営のなれとか、学生のほうも、CBTはかなり厳格に真剣に取り組んだとしても、OSCEに対して気の緩みがあるのではないかと感じられるような不正事案、これは大学の運用のまずさと学生側の問題点、両方あるのですが、そういったことがここ数年結構起きています。

実際に共用試験のOSCEにしても、Post CCにしても、かなり厳格な運用が求められていく必要があるのではないかと、今、Post CCのトライアルが始まっています、私も理事としてトライアルの確認作業に行ってくれということで、丸一日、数カ所見に行っているのですが、やはりもう少し内容をレベルアップしないと、この技能・態度で臨床研修に出ていいという資格を与えるはずなのに、少しそこにはまだレベルとしてはどうなのかなと疑問を覚えています。トライアルが始まったばかりなので、まだこれからの改善が進んでいくのだと思いますけれども、やはり患者から見て臨床研修ということになると実際に直接的なかわりがあるわけですので、ぜひそのあたりのレベルをさらに高めていただくことをお願いしたいと思っております。そのことは意見としてお伝えします。

○遠藤座長 ありがとうございます。

御質問は、予備試験の人数でよろしいですね。日本人の予備試験の対象者について、いかがでしょうか。

厚生労働省、どうぞ。

○武井医事課長 予備試験の対象者ですが、御指摘のように徐々にふえています。それから、大体医学校1校ぐらいということをよく言われております。ただ、まだ2桁レベルにとどまっております、若干年内の変動もあって、直近ですと80名、90名というレベルの

推移になっているかと思えます。

こうした人数をどう考えるかですけれども、国家試験を受ける学生は、現在、約9,000名程度いらっしゃいますので、その中の1%未満が該当することになります。ただ、今後これがどういう推移になるかというのはしっかり押さえていく必要があるかと思えますので、そういう点については我々もしっかりフォローして、医師養成の中で考えていくことになろうと思えます。

○遠藤座長 山口構成員、お願いします。

○山口構成員 たしか3年ぐらい前がまだ30人ぐらいだったということからすると、もう3倍にふえてきているということですし、東欧を中心にして日本人が行っている、受け入れている学校が多いと聞いていますので、ぜひ今後の推移はきちんと報告というか、伝えていただくことが、こういう議論をするときには大事かと思えます。

○遠藤座長 それでは、松原参考人、どうぞ。

○松原参考人 今の件でございますが、私は医道審議会の最後の試験のときの委員でございましたので、その件についてよく存じております。一番の問題点は、実は世界医師会で今回物すごく議論になったのは、医学部が世界中に新しくできて、そこのレベルが十分に保証されていないので、特に米国を中心として南米のほうの医学部を出て、試験だけ受けて十分な教育を受けていない生徒が多々いるということでございます。それについて、世界医師会で同じく東欧の問題、その他の問題、後進国の問題だと思えますが、そこでの教育レベルをどうやったら保てるのか、あるいは保証できるのかということが、今回の世界医師会の最大の議論の点でありました。

そこからいいますと、ふえればそれでいいのではなくて、やはりその担保が要る。特に医療というのは実務を兼ねているものであり、また、人に対して直接影響を及ぼすものでありますので、ほかの資格試験とは全く違う要素を持っています。したがって、そこのところの教育レベルがきちんとできていることが担保できていないというのが世界中の今の大きな問題でありますので、日本でもそこをよく踏まえながら、例えば外の大学を出たからそれでよしと、試験を受けさせて予備試験という話ではありません。

この予備試験の問題は、第2次世界大戦前から引きずっている問題であります。この問題と、現在、学生に医行為をさせる問題は少し違います。どう違うかといいますと、違法阻却という話を先ほどおっしゃいましたが、刑法35条に違法を阻却できるのは法律行為か正当業務に限ると書いてあります。したがって、もし学生に医行為をさせるとしたら、何らかの法律的な担保が必要です。では、看護師はどうなっているか。医行為ができます。これは助産師保健師看護師法の中できちんと、医師の管理・監督、指示のもとで医行為をしてもよいという文章が法律に入っているからこそ、看護師は医師の指示、監督のもとで全ての医行為ができるという建前になっております。同じように、もし大学の中で学生に医行為をさせるのであれば、何らかの法律とその地位をきちんと定め、学生医師とするものをどこかで決めた上で、医師法でやるか医療法でやるかですが、そこで定

めた上で、その中に、大学病院においては医行為をしてもよいという文章を法律的に担保しないと、幾らどんないいものをつくっても法律的に担保できません。

しかし、現在、CBTとOSCEは大変高いレベルにあり、国家試験並みの能力を持っていると私どもは思っていますので、それを国家試験に準じたものと認めるという法律的な担保をして、その3つをもって学生に医行為をさせるべきだと私は思います。私自身も学生のとときに実際に医行為をさせてもらえたかといいますと、ほとんどさせてもらえませんでした。研修医になって初めて挿管をしたり、あるいは中心静脈栄養をとったり、そういうことが許されました。中心静脈栄養はともかくとして、基本的な医行為は学生に教えるべきだと思います。これができていないからこそ、臨床研修のところで十分な教育ができず、プライマリの一番基本のところが終わらずに学生が医師として外に出るという形になりますので、このところは抜本的に考え直して、学生時代から医行為ができ、それをさらに育てていって立派な医師にするという考え方に変えなければなりませんので、ぜひそのところは文科省と厚生労働省とよく相談していただいて、法律的な担保のもとにこれを実行していただきたいと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、まずは文科省、何かありますか。どうぞ。

○眞鍋文部科学省企画官 教育の質保証という御発言がございました。これに関しまして、現在の動きを若干御紹介させていただきたいと思うのですが、現在、世界医学教育連盟という教育の質保証をやっている団体がございます。日本では平成27年12月に一般社団法人日本医学教育評価機構（JACME）が発足いたしまして、既に大学の教育の質保証について認定を進めているところでございます。それは平成35年度までには全医科大学が受審するというので、今、どの大学も準備を進めていただいて、既に受けていただいたところもございますけれども、そのように進んでおるということを御紹介させていただきたいと思います。

○遠藤座長 山内構成員、どうぞ。

○山内構成員 今に関連して、JACMEの水準、外国の医学部を出た方々の問題にはなりましたけれども、日本の国際水準は、それを満たした教育を受けている人でなければ、その後、USMLEとかアメリカのほうでは試験を受けられなくなってくるということで、今、国際水準ということで日本の医学部もやっているのだと思うのです。それと同じような形で、日本の医学部の医師国家試験の予備試験を受けるためにはJACMEの水準を通した医学部でなければ受けられないという方向性に今後なってくるのでしょうか。

○遠藤座長 厚生労働省、どうぞ。

○武井医事課長 御質問ありがとうございます。

いわゆる2023年問題と言われるており、それ以降は国際認証の話が実地に移されてくると思います。そのため、今後、予備試験や国家試験を考えていく上で、2023年問題というのは日本にとっても大きな問題になりますし、日本で医行為、医療が行えるというのも、

やはりグローバルの流れの中で考えていくことになりますので、今、先生が御指摘いただいた点は、我々もしっかり検討してまいりたいと思っております。

○遠藤座長 まだ御質問があるかと思えますけれども、若干時間が押しておりますものですから、この次に御報告、御説明いただく内容はただいまの内容と関連いたしますので、もし御質問があれば、そのときにまた皆様から承りたいと思えます。

では、次に進みたいと思えます。次に、論点について、厚生労働省から説明をいただきます。続いて、新井構成員から全国医学部長病院長会議の資料を御説明いただきます。その後、皆様から御意見、御質問等をいただければと思えます。

それでは、厚生労働省より資料1-3について説明をお願いしたいと思います。

○櫻本企画調整専門官 厚生労働省事務局でございます。

資料1-3をごらんください。こちらは論点を示させていただいております。

今までの資料を踏まえまして、質の高い卒前の臨床実習及び卒後の医師臨床研修等をさらに推進していくために、今後どのような取り組みを進めていくべきか。例えば現在、医学教育モデル・コア・カリキュラム、医師国家試験、医師臨床研修については、それぞれ個別に検討が進められておりますが、医学の進歩でありますとか高等教育制度における医学教育のあり方も踏まえつつ、卒前・卒後の一貫した医師養成についての見直しを今後進めていくために、まず1つ目が、医学生が行える医行為の整理、先ほど御指摘もございましたけれども、これをどう考えていくかということと、今、特段公的なものではなく、法律やモデル・コア・カリキュラム等にも含まれていない医学生の共用試験のCBT、こういったもののあり方でございますとか臨床実習、医師国家試験及び医師臨床研修のあり方、これが1点目。

2つ目は、医学教育モデル・コア・カリキュラムと臨床研修の到達目標の内容の整合性と、先ほど改訂時期がばらばらということをお説明させていただきましたが、これらの見直し時期のあり方等についてどう考えるかと、こちらを論点として示させていただいております。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、新井構成員、資料1-4の御説明をお願いしたいと思います。

○新井構成員 それでは、資料1-4をごらんいただきたいと思えますが、私から提言をさせていただく前に、先ほどの文科省からの御報告とオーバーラップいたしますけれども、医学教育のこの15年ぐらいを少し振り返ってからお話をさせていただきたいと思えます。

資料1-4の下段でございますけれども、これは先ほど文科省からお示しになった医師養成のための卒前・卒後教育のスキームでございます。この15年間で特筆すべき出来事が3つあったと思っております。再三お話に出ておりますけれども、1つはモデル・コア・カリキュラムの導入、そして共用試験の導入と、初期研修制度が導入されたと、この3つでございます。

ページをめくっていただきまして、その歴史を少しそこにお示ししてございますけれども、2001年にモデル・コア・カリキュラムが導入されて、2004年に臨床研修制度が開始、2005年に共用試験が始まります。これは先ほど御説明になったCATOが主体になっておやりになっていることでもあります。

その後、モデル・コア・カリキュラムに関しては、2007年、2010年、2016年と改訂が行われたところでございます。

下段のポンチ絵でございますが、これも先ほど文科省からお示しいただいたところでございまして、コアの部分が7～8割で、各大学の独自性を発揮する、その下の部分が2～3割いうことで、今これが画一的に81の大学で行われているということになります。

そのポイントは、ここにお示ししたA～G、特にFまでが時を同じくして進行する。統合的に基礎から臨床あるいは社会学の教育がなされる。CBT、OSCEがあって、その後に臨床実習が始まり、その後に国家試験があるということは御承知のとおりでございます。

次のページをごらんいただきますと、共用試験については先ほど御説明がありましたので多くを述べませんが、臨床実習開始前にその資格があるかないかを評価するという試験でございまして、CBTは知識を問う問題でありますし、OSCEは臨床技能を評価する試験となります。現在は80の医学部、医科大学全てで臨床実習開始前の進級判定の材料として用いられてございます。先ほどお話がございましたIRT標準スコアをベースに、これをクリアしないと、その学生は留年ということになってまいります。これが今申し上げたように80全ての大学で用いられているということになります。

その下段にスチューデントドクターの認定証がございまして、こういうものを学生は胸につけて実習を行うことになっているわけでもあります。

ページをめくっていただきまして、このように過去15年間に医学教育は格段の進歩を遂げたわけでございますけれども、卒前教育にはまだ問題点がある。それを上のほうにお示ししたわけでもあります。先ほど申し上げました統合型講義というのはモデル・コア・カリキュラムでうたわれているわけでもありますし、また、臨床実習の重要性も指摘されているわけでもありますけれども、その期間・内容に大学間で格差があるというのは実際のところでございます。

また、国家試験を前に6年次の臨床実習が形骸化している。多くの大学で夏休みが終わりますと、学生は受験勉強体制に入るといったようなことが見られるわけでもあります。その結果として、卒後の医師育成のシステムに卒前教育がシームレスにつながっていないという問題点がいまだにあるということでございます。

このような問題点を踏まえまして、どこを改革すべきかということございまして、その下段に先ほど見ていただいたポンチ絵で赤く丸で囲ってございますけれども、この3つの点を変えていくべきであろうということでもあります。1つは診療参加型臨床実習のあり方、医師国家試験、そしてそれに続く臨床研修ということでございます。

次のページをご覧くださいまして、「今後必要な医学教育改革の更なる取り組み」とい

うことで、これも今日議論が出ておりますけれども、1991年のいわゆる前川レポート、2014年には全国医学部長病院長会議が臨床実習時の学生の医行為に関しての水準を提言しておりますが、これらのことを踏まえて、学生の医行為をある程度法的に担保する仕組みが必要であろうということでもあります。これについては今、文科省、厚労省ともに非常に前向きに御検討いただいているところでございます。

そして、これも先ほどお話が出ましたけれども、2020年までには、臨床実習終了時、国家試験の前ということになりますけれども、技能・態度を評価する「Post CC OSCE」が導入されることになってございます。これについては、いかに客観性を担保するのか、あるいはいかに実質的なものにするのかというのが今後の課題と思っております。

さらに、これも今お話が出ましたけれども、2023年までに、世界医学教育連盟（WFME）の基準に基づく日本医学教育評価機構（JACME）による医学教育分野別評価を全ての全国の医学部が受審する予定になってございます。

御承知のこととは思いますが、その下段に少し医学教育の国際認証について説明を加えさせていただきます。これは2010年に米国のECFMGが、先ほどの南米やカリブの医学部を卒業して米国の医師国家試験を受ける、米国人が海外に行って、戻ってきて国家試験を受けるということに対しての防御策として行われたと聞いておりますけれども、世界医学教育連盟の基準に準拠した分野別評価を受けなければ、その卒業生に対して2023年以降は米国の医師国家試験の受験資格を与えないと宣言したわけでございます。

ページをめくっていただきまして、これに対応いたしまして、文科省の力添えもいただきまして、全国医学部長病院長会議は、2011年に医学教育の質保証検討委員会を発足させて、これがJACMEにつながっていくこととなります。現在、既に20を超える大学がこの評価を受けておりまして、全ての大学が期日までにこれを完了するといったことで、粛々と作業が進んでいるということでもあります。

この国際認証では、臨床実習の重要性が極めて強く指摘されているわけでありまして。その下段に「大学別 臨床実習 合計実施週数（現状）」ということでお示ししてございますけれども、75週を超す大学から50週を割り込む大学までかなり差があるということをご覧いただけたと思います。平均56.7週ということですが、国際認証が導入されることが決まりまして、次のページを見ていただきますと、全国平均で68.6週まで、今後の予定も含めると臨床実習の週数がふえたということですが、ただ、週数だけ増えればいいというわけではございませんので、当然その内容の質の担保もされる必要があります。いわゆるクリニカル・クラークシップがどのぐらいの中に入っているのかとか、先ほど今村構成員からも御指摘がございましたけれども、学外実習、今回のモデル・コア・カリキュラムでは「地域包括ケア」というのもキーワードの一つに入っておりますので、そういう観点から、大学あるいは基幹病院だけではなくて、地域医療の現場に出ていく必要も当然ございますので、こういったような学外実習がどの程度取り入れられているかなど内容も重要ということになります。これも実は大学間でかなり差があるという現状があ

りますので、この辺はやはり大きく改善していく必要があると思っているところでございます。

このようなことに加えまして、次のページの下段でございます。ページを振っていなくて申しわけございませんが、「臨床研修到達目標と医学教育モデル・コア・カリキュラムの関係について（案）」ということで、これはモデル・コア・カリキュラムと臨床研修制度のそれぞれの検討会あるいはワーキンググループで到達目標のすり合わせをしていただいております。これも先ほど文科省の報告でお示しいただいたところでもあります。このように卒前と卒後の連続性、そういったようなことが可能になる下地は今、整いつつあると思っております。

このようなことを踏まえまして、最後のページでございますけれども、「卒前・卒後のシームレスな医学教育を実現するための提言（案）」としてまとめてあります。実は本件に関しましては、日本医師会、ここに今村先生、松原先生がおられますけれども、非常に関心を示していただいて、全国医学部長病院長会議と日本医師会でワーキンググループをつくっております、そこにあるように既に3回議論をしているところでございます。その中で、これはまだ案の段階ではありますが、一定の方向性が出てきたので、本日お示しをするというところであります。

まず1つは、これも何回もお話に出ているとおりの共用試験。CBTのみにするのか、CBTとOSCE両方にするのか、これは議論があるところですが、これを公的なものにするということでもあります。

2番目でございますけれども、診療参加型臨床実習の実質化を図る。スチューデントドクターとして学生が行う医行為を、これも再三お話しているとおりの、法的にある程度担保できないかということでもあります。

そして、国家試験をとにかく抜本的に見直す。6年次の教育が国家試験に備えた受験勉強のため形骸化することを何とか防ぎたい。理想的には、例えば12月ぎりぎりぐらいまで臨床実習をして、1月はちょっと試験のために準備して、2月の国家試験を受ける。これは全く私の個人的考えでありますけれども、そのぐらいの国家試験にぜひしていただきたいということでもあります。とにかく国家試験への出題は診療参加型臨床実習に即したものに限定して、CBTとの差別化を明確にさせていただく必要があると思っております。

このような1～3のことが確実に行われれば、これには当然、大学側の自助努力が極めて重要であるということはいふまでもありませんけれども、こういったことが行われれば、必然的に臨床研修のあり方も大きく変わってくるということになります。その上で臨床研修を卒前教育、そしてその後に控えます専門医研修と有機的に連動させるような内容の見直しが必要だろうということになってまいります。

下段は若干蛇足ではございますけれども、今言ったようなことを仮に行うとしたら、これは一つの案ということになりますが、参加型臨床実習が実質化することによって、臨床研修の1年目で行っていることのかなりの部分が卒前に前倒しできるのではないかと。そ

ういたしますと、今の臨床研修の2年目に専門医研修の一部が前倒しされるのではないかと
いうことであります。

しかしながら、この臨床研修の形は変えて存続し、内容を大きく見直すことが可能にな
ると思います。臨床研修は法によって規制されているわけでありまして、その上で、今申
し上げた卒前教育が大きく変わることによって、臨床研修も大きく変わっていく、こうい
ったことが必要なのではないかと考える次第です。もちろんそれには幾つかの条件がある
ことは、今御説明したとおりでございます。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、御意見、御質問等をいただきますけれども、時間が限られておりますので、
厚生労働省のほうは資料1-3で論点案を出しておりますので、これに沿った御意見を、
また、医学部長病院長会議のほうでは提言案が出されておりますので、できるだけこれに
沿った形でコメントいただければ大変助かります。御協力お願いしたいと思います。

立谷構成員、どうぞ。

○立谷構成員 きょう、専門医の話は余り出ないので、さらに、卒後の初期研修の話がも
っと出るかと思っていたのですけれども、大学教育の話がメインのようです。初期研修の
話をすると、大学教育のあり方というのは避けて通れない。私は公立相馬総合病院という
相馬市と新地町が共同経営している病院の管理者をしています。この病院が頑張って臨床
研修指定をとりまして、研修医を受け入れています。ところが、その研修医がほとんど戦
力にならないのです。戦力にならないどころか、事務方は書類の作成で大変、本人もレポ
ートで大変、指導医たちは指導するのに大変。それでいながら実践に全く参加できないの
です。

でも、やはり将来専攻医として残ってほしいということで頑張って受け入れて、対応す
るのですが、私はカリキュラム研修をしっかりとらせてもらいたいということをやっていると
言ってきましたけれども、結局、プログラム研修ということになるとなかなか厳しくなるので
す。いろいろ配慮してもらっているとは思いますが、このような問題があります。このよ
うな状態だと、何のために研修医がいるのか、研修医を呼んだのか、地域医療の立場とし
ては余り役に立たないのです。将来の展望もつかないということになる。

問題は、いつも見ていると思うのですが、研修医の皆さんが見学しているだけなのです。
見学していて果たして医師としての力がつくのか。見学しているだけだったら大学病院で
やったっていいのではないかと。そういった意味で、新井先生の話は非常に共感するもので
す。

これは前から私は申し上げてきましたけれども、そうしますと、CBTに入るときに医行為
として認めてあげないといけないし、もう一つは、新井先生のデータで、各大学の臨床実
習の差異、この違い、これは非常にびっくりしました。非常にショッキングなデータだ
と思いますが、要するに大学できちんと臨床実習をやらないから、初期研修に負うところが

大きいということになるのです。そうすると初期研修をやっている若い先生たちは、地域医療の立場からいうと、全くとは言いませんけれども、ほとんど役に立たない。我々の立場から、むしろ足引っ張りでしかない。立派な医者を育てるためには初期研修が必要だという議論があるかもしれませんが、良医を育てるということと、地域医療がしっかりするということは同列でないといけないはずなのです。

このことについて、初期研修を受け入れた地域の病院の実態はそういうことだということをご皆さんにぜひわかっていただきたいのと、初期研修医にある程度診療させていかないと、まともに育たないどころか、地域医療に全く貢献できていないという、その部分について、これは改善を求めたいと思っているのです。新井先生の最後の案ですと、医籍登録は卒後2年後となっていますけれども、これは医師国家試験の資格取得時か、もしくは前倒しするとしたら1年ぐらいしないと、地域医療の点からいったら改善は全く見込めないだろうと思うのが地域の実情だと思っています。

質問として、厚生労働省は初期研修を担当するわけですから、どのようにお考えか。

それと、もっと地域医療に貢献できるように、初期研修である程度医療行為ができるようにということ考えたときに、やはり医学教育の在学中の臨床実習をもっと充実させていく必要があるのではないかと。そのためには医行為を法的に認めることも必要になってくるのではないかと思います。これは文科省にお聞きしたいと思います。

○遠藤座長 それでは、まずは厚生労働省、どうぞ。

○武井医事課長 では、最初に臨床研修で、後ほど文科省の教育というように順次お答えしたいと思います。

立谷構成員から御指摘いただいた主なポイントは、初期研修をしっかりと改善して行って、実地の部分を強化していくということと、地域医療といった観点から、今後、初期研修をより充実させていくという論点に集約できるかと思っております。今、我々は臨床研修部会で議論しており、初期研修については大きく改善する時期に来ております。いろいろ議論、御意見をいただいておりますので、先生からきょういただいた御意見も我々としてしっかり受けとめて、今後の初期研修の改善の議論に役立てていきたいと思っております。特にその中でも地域医療というのは非常に重要なポイントになっていますので、この部分をしっかりと新たな研修の中で充実できるように、今後検討をさらに進めてまいりたいと考えているところです。

○遠藤座長 文部科学省、お願いします。

○眞鍋文部科学省企画官 文部科学省でございます。

実習を充実させていく方向ということは、何回か御説明申し上げたとおり、国際認証の動きもあり、これからの方向としては実証を充実させていくことは間違いないと私どもは思っております。

また、学生がどのようなことができるかということですが、安心して実習をやる環境を整えることは非常に重要と思っております。そういう意味からも、きょう、厚生労働省

働省からの資料にありましたように、前川レポートの見直しということもあって、それをどのように公的に位置づけるかということに関しては、まさにここで御議論いただきますことですし、私どもも厚生労働省とよく連絡調整をして、学生にとってやりがいがある、また充実したものになるように努めいきたいと思っております。

○遠藤座長 立谷構成員、どうぞ。

○立谷構成員 卒後の初期研修については前向きなお話だったと思うのですが、私は保険診療をできるようにしてあげないと研修医の力がつかないと思います。

もう一つ、相馬の実例で申しわけないですが、保険診療できない研修医がお荷物とは言いませんけれども、地域医療に余り役に立たない中で、初期研修期間が終わると専攻医として残らないのです。そういう傾向が強いのです。中には頑張っていて志のある医者もいますけれども、やはり大学に行ってしまうのです。

機構の松原先生にお聞きしたいのですが、この前、私は地方で研修をしたら、これはカリキュラム研修ということになります。得点をあげるように、加算するように、そういうことを考えないといけないでしょう。先生、それはいい考えだとおっしゃってくれたけれども、こういうことを機構として検討しているかどうか。それが1点。

もう一つ、そういうことをやっていくのにカリキュラム研修をどうやって制度化して、制度化されているとは思いますが、例えば症例の積み上げ等々をどうやって管理していくか。こういうことを考えたときに、機構の今の力だとなかなか難しい。予算もないし人もいないということで、これも前に申し上げたことなのですが、厚労省に、地域医療のためにぜひ予算措置して助けてあげたらいかがですかということを私は申し上げたと思うのですが、そのような検討がなされているかどうか。松原先生と厚労省にお聞きしたいと思えます。

○遠藤座長 まず、厚労省に、研修医の保険診療とか医行為の話もちょっと出たように思いますので、そこを整理していただきたいと思えます。その後、松原参考人にお話を伺います。

厚労省、どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 立谷構成員、申しわけございません。臨床研修医は保険医登録は一応できるのです。指導医の指導のもとでそもそも医療がだめだという問題はあるものの、一応、保険医登録はできるという事実だけは御説明しようかと思えます。

○立谷構成員 できていないのですよ。どこの臨床研修病院も、オーベンがいたらできるということになるのです。だけれども、オーベンの判こがないとできないということは、一人ではできないということなのです。ですから、常に誰かの責任で診療するという格好なのです。ある程度自己責任というか、診療の責任というか、本人の主体性を持たせていかないと、私は成長しないと思えます。現実的には、そうおっしゃっても、研修医に一人で診療させようということは皆無です。ありません。

○遠藤座長 直接関係あるということで、今村構成員。

○今村構成員 立谷先生のおっしゃっていることはすごく大事なことだと思います。ですから、研修医は研修医だけの議論をしない。臨床研修医は何ができるかという大前提として、国家試験のあり方や卒前教育のあり方があるので、先ほど非常にサポートティブな御意見をいただいたのですが、先ほどの新井先生の御提言をどうするかと。我々としては、こういうことができれば、卒業した医師がかなり今まで学生の時点から医行為をしているということを前提として臨床研修のあり方も変えられると思っているので、そこは一貫通貫の話だと思っているのです。ですから、どちらを先かということはあるかと思いますが、そこを今までのように縦割りで議論しているとだめなので、これを一貫通貫でやりたいということですので、先生と言っていることはそんなに変わらないと思います。

○立谷構成員 私は、国民医療とか地域医療の立場で申し上げているのです。出口から言っているのですが、結局、こういう議論は全て国民医療のためにやっているものだと私は思っているのです。そういった意味で、医学教育というのは方法論であって、出口は国民医療だと思うのです。地域医療と言いかえてもいいかもしれませんが、私はその立場でこの会に出ていますから。

○今村構成員 もちろん先生の意見に反対しているわけではないのです。

○遠藤座長 今村構成員もそういう立場で、だから、もう少し前段階で臨床能力を高めるようなという。

○今村構成員 そういうことを申し上げているわけです。

○遠藤座長 そこまでやらないとということだと思います。

御質問がありましたので、松原参考人。

○松原参考人 今の立谷先生の意見はまさにそのとおりで、国民のための医療を私たちは議論しているのであって、医療のための医療ではないということに十分に立たないといけないと思います。先生のおっしゃるとおりであります。

保険医の問題は、かつて保険医が2年ほどいなくなると医療費が安くなるなどということ saying 言っていた官僚さんがいらっしたように私は記憶しておりますが、現場において地域に出た途端に一人前としてある程度働けないと役に立ちません。ですから、先生おっしゃるとおり、免許をもらって出たときには十分なことができるようにして出してあげないといけませんし、できるような仕組みでないといけないと思います。そのために先ほど申しましたように法律的な担保をきちんとして、医行為を皆さんが学生時代にある程度のことできないと、卒業して免許が出てから教えてというのでは間に合わないのは当たり前であります。

先ほど新井先生がおっしゃったときに、大学によっていろいろな差があるのが明らかとなりましたけれども、これはなぜ起きているかといいますと、どこまでの医行為をさせていいのか悪いのか、そういう議論をしたら結局はみんなしぼんでしまいます。ですから、先ほど申しましたように、法律的な担保をもって、大学にいる以上は大学の中で大学の教官が責任を持ってきちんと教える。そういう仕組みを法的に担保しなければならないとい

うのが先ほどの私の意見であり、そして、地域に出たら一人前として働けるのだから、それこそ地域を支えるためには大事だと思っております。

カリキュラムにつきましては、内科のカリキュラム制が今までどうだったかというのも一回振り返ってみますと、今までは規定された病院に籍を置いていて、自分で症例を集めて、その症例を誰もチェックしないままに最後に内科学会に提出して、内科学会がそれが適切かどうかを簡単に判断した上で試験を受けて専門医がとれるという仕組みでありました。ところが、内科の中でどういう議論があったかという、まず、症例に対して本当にちゃんとやっているのかどうかという担保がない。そして、どういうところで勉強したのかということも結局わからないまま、経歴だけを見て合格にしている。そうではなくて、やはりそれを指導する立場の人間が見た上で、どこでどういう勉強をしているのかというのを明らかにしながら、その症例を積み重ねていく。

J-OSLERという仕組みがあって、まさにこれは前の仕組みとほとんど一緒であります。ただ問題は、どこに所属しているかということの内科学会が把握しているだけで、今自体も何人がどこにいるかわからないのは、内科学会にしるほかの学会にしる、結局最終的に試験を受けて、どこから試験を受けたかというのを見ない限り、そういった勉強している人たちがどこにいるかわからないという大きな問題があった。それをプログラムという名前に変えて、どこに誰がいるのかというのをわかるようにするための仕組みとして私たちは見えています。したがって、きちんとしたところで誰かがちゃんと見て、その上で症例を積み重ねて、その症例の一個一個について適切であるかを指導してもらいながら行くということは、学会がおっしゃるように大事なことだと思っております。

ただ、いろいろな問題が起きます。そういった管理のもとにいと、今度は例えば女医さんが働きにくかったり、子育てしなければいけなかったり、妊娠・出産のときに大変問題があります。介護になる人もあるでしょう。そういったことについては、現在、機構としては100%それが問題とならないようにカリキュラム制をプログラムの中で導入しながら対応できるように、言い方でプログラムとかカリキュラムと言いますと非常にややこしいのですが、実際は今までのカリキュラム制と同じように、管理しながら、来ている人たちの動向を見ながら自由度を十分に高める仕組みをつくり上げておりますので、そういった形においては御安心いただければと思っております。

今後ともいろいろな状況がありますから、その医師が100%の力をもって研修できるような方向性で考えておりますし、学会にもそれを申し上げているところであります。立谷先生の御心配はそのとおりでありますし、私どもも鋭意努力しております。何とぞ御理解賜りたいと思います。

○遠藤座長 それでは、お待たせしました、山内構成員、どうぞ。

○山内構成員 新井構成員から出していただいた資料に戻ってよろしければ、先ほど来ありますように、共用試験機構の本当にすばらしいシステムで、すばらしいガバナンスだと思ひまして、そういったことを前提に、こちらに出していらっしゃる提言に関しては、基

本的には非常にいいと思っております。

ただ、1点だけ懸念というか確認なのではございますけれども、この下のほうの図にもありますように、先ほど来あります世界的な医学部の基準、WFMEとかが出している、あと米国の場合には、皆さんも御存じのようにアンダーグラデュエイトを出てからの4年間の医学部という形になっておまして、その前提においての4年間の医学教育の水準と、日本の医学部の中での医学教育の水準を合わせるのは非常に難しいと思うのです。

そういった中で、この図にもありますように、私が懸念していますことは、リベラルアーツの部分の学びが非常に少なくなって、そういった意味で、医師が割とそういった部分を知らずに育っていくことに対する懸念があります。先ほど来お話が出ていますように、地域医療に関しまして、アメリカの医学部の学生などは、4年間のアンダーグラデュエイトを出て、例えば地域に戻って何かいろいろなほかの仕事をして、そういったことから地域医療に貢献したいということで医学部に行ったりする方もいたりとか、そういった形での幅広い人材育成という意味で、医学部の教育がどんどんリベラルアーツの部分をなくしてしまうことによる懸念を非常に感じております。

今、社会人入学ということももちろんあるのですけれども、そういった点に関して文科省の方々と、新井構成員が全国医学部長病院長会議の長としてどのように考えていらっしゃるかを教えていただければと思います。

○遠藤座長 一部の私立大学にはそういう傾向が見られるということもよく聞きます。

それでは、文部科学省、どうぞ。

○眞鍋文部科学省企画官 文部科学省でございます。

医学部というのは医師を養成する学校であります。その中で医師に求められる知識・技能・態度、その中には人格の涵養というものも当然含まれるべきものだろうと考えております。

今、リベラルアーツの部分が、確かに学生は医師として学ぶべきことが非常にふえてるので、このように前倒し、前倒しでやっている部分がございますが、私どもとして、リベラルアーツの部分をやらないでいいと思っているわけではないです。もちろんこれは大学の自治の中で御検討いただくべき話ではございますけれども、いろいろなものを経験していただくことは重要だと思っております。そこはまさに私どものコアカリも、まずは3分の2から7割ぐらいの実習時間できちんとできることであるとして、残りの3分の1程度の時間で、今、山内先生がおっしゃったようなさまざまな体験もできる、あるいはさまざまなカリキュラムが組めるようなことで、非常に難しいのですけれども、バランスをちゃんととりましょうということが大事だろうと思っております。

○遠藤座長 新井構成員、お願いします。

○新井構成員 今の山内構成員の指摘は非常に重要なポイントで、例えば先ほどの臨床実習が72週になるということで、全国の医学部で一般教養すなわちリベラルアーツの部分が非常に圧縮されているという事実はあります。ただ、リベラルアーツを何のために行うの

かということを見ると、やはり感性豊かな人間性をそこで涵養する、それからプロフェッショナルリズムを涵養するということになると思いますので、今はやはり医学教育のコアの部分と並行してそういうものやっけていくという発想が必要だと思います。昔のように1年間がつつりリベラルアーツをやるとか、2年間やるとか、そういうことではなくて、医学教育をやりながら、同時進行的にいろいろな手法を使いながら、リベラルアーツ的なものを取り入れて、まさにプロフェッショナルリズムを涵養していく。そういうプログラムを各大学が工夫するということになると思います。

リベラルアーツは最初の1年で済むものではなくて、ずっと6年まで続くものである。そういう捉え方で今、いろいろな大学が取り組を始めたところだと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、長瀬参考人、お願いいたします。

○長瀬参考人 いわゆる医学教育とはちょっと違うと思うのですが、診療報酬、医療保険について、学生にしっかりした教育をして出すというようなカリキュラムを今やっているのでしょうか。やっていなければ、たしかしばらく前の中医協でそういう議論があって、支払い側が、医学教育をした人たちは全て診療報酬のこと、医療保険のことはよくわかっているというような認識があったのです。そこら辺のところはどのようになっているのでしょうか。

○遠藤座長 文部科学省、どうぞ。

○眞鍋文部科学省企画官 今回改訂したモデル・コア・カリキュラムの中には、診療報酬に関しても記載がございます。学修目標の中に、医療資源と医療サービスの価格形成を説明できる、そして診療報酬制度を説明でき、同制度に基づいた診療計画を立てることができるとい、これを一つの目標として掲げているところでございます。当然、大学によって教え方の濃淡はあると思いますが、項目としては明示しているということでございます。

○遠藤座長 よろしいですか。

それでは、山口構成員、どうぞ。

○山口構成員 医学生が行える医行為ということについて、先ほどから国民のための医療だというお話があるのですが、国民の視点からということでお話ししますと、私自身も臨床研修に出た段階でしっかりとできるだけの医行為の訓練は学生時代に必要だと思っています。そのために法的根拠ということが必要だと思うのですが、今、学生が医行為をすることになると、一番戸惑うのは国民というか患者だと思うのです。ですので、医行為を例えば法的に認めるとしても、どういう問題点があって、今こういったことを医行為として学ばせることができない問題点があると。そうすると、やはりきちんと学生の間からここまでやっけていく必要があるのでは法的に守られるようにするのだというような説明がないと、恐らく患者としては、何で学生がここまでやるのですかということになってしまおうと思いますので、それを両輪で進めていただかないと、法的整備だけを一方でやって患

者が置き去りになるということは、避けないといけないことだと思います。そのところをしっかりと押さえていただきたいと、先ほどからの議論をお聞きして感じました。

○遠藤座長 ありがとうございます。安全性の視点からの重要な御意見だと思います。

お待たせしました。堀構成員は先ほど手を挙げておられましたか。失礼しました。

○堀構成員 今、山口委員が言ったこととほぼ同じことだったのですが、医学生が医行為の経験を積むことによって臨床能力が上がるということは恐らくエビデンスがあると思うのですが、一方で患者の目線からすると、学生だと知った段階で大丈夫だろうかと思ってしまうことがあるかと思っています。その質的な保証をするためにも、先ほど議論もありましたけれども、一貫教育としてシームレスな卒前・卒後の教育のあり方が求められるかと思っていますので、そちらのほうをしっかりとやっていただければと思います。

それから、共用試験についても公的なものに位置づけることによって質の確保につながるならば、個人的には賛成です。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

新井構成員、どうぞ。

○新井構成員 今のお話はまさにそのとおりで、患者さん側にも選ぶ権利は当然あるということは明らかであります。例えば今回のモデル・コア・カリキュラムにも、患者さん側に、医師育成というのはある意味、医師は国の財産であると。そのために協力してほしいといった文章が入っております。そういうものを明示した上で、ただ、基本的には多分、病院、大学ごとにいろいろやり方はあるのかもしれないですけども、患者さんの同意をとった上でこれを行うということは当然だと思いますので、十分に患者さんの立場には配慮すべきであるし、そのような形になると思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

堀構成員、どうぞ。

○堀構成員 先ほど申し上げればよかったのですが、ここで議論することではないと思うのですが、医師養成のための卒前・卒後教育改革案の中にも生涯教育というのがございます。人生100年時代ですし、医師の方の得られた技能とか知識も恐らく日々進歩していくと思いますので、今すぐにはなくても、生涯教育という視点からの検討をしていただけるといいのではないかと思います。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 今の生涯教育のお話はとても大事だと思います。やはり日進月歩で医療が大きく変わっていく中で、国家試験が終わって医師の資質が保証されたとしても、それが生涯にわたって継続させることが必要です。海外でも医師の生涯教育というのはとても大

事なことだという認識が共通していると思います。

日本医師会は、そういう意味で生涯教育制度をつくって折々に改変しながら、今、バージョンアップをしているということでもあります。また、かかりつけ医の研修であるとか、さまざまな生涯教育の研修をしておりますので、そういったことについても、もっと多くの先生方に利用していただくようにしていきたいと思っていますところがございます。またいろいろな御意見がありましたら、ぜひこういうものを生涯教育の中に入れてたらいいのではないかとことをいただければ大変ありがたいと思っています。

○遠藤座長 山内構成員、どうぞ。

○山内構成員 済みません。2点だけ短く。

国民の方々に学生が医行為を行うときに安心していただくために、今、シミュレーション教育が非常によくなってきていて、先ほどもお話がありましたけれども、現在はここでCBTとOSCEになっていますが、その中に、例えば医行為を行う前にシミュレーション教育でせめて縫合ができるとか、患者さんにやる前にそういった形のシミュレーション教育をもう一点入れることも検討していただけたらいいのではないかと思います。

あと、先ほど今村構成員もおっしゃったように、シミュレーション教育も非常に質の違いがあります。シミュレーションもお金がかかりますので、全国全部の医学部とか、全部の病院にそれを置くことは非常に無駄だと思います。そういった意味で、シミュレーション教育は、今も幾つかセンターがあったりはしますけれども、もっと国がそういったところを集中的に教育して、医学生がそこに行ってシミュレーションに合格したら医行為ができるというような形も検討されたらいいのではないかと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。よろしゅうございますか。

ありがとうございました。本日、大変貴重な御意見を皆様からいただきました。今後のこれについての議論の進め方でございますけれども、ただいまの御意見を踏まえながら事務局と相談させていただくという形で進めていきたいと思いますが、そんな段取りでよろしゅうございますか。

では、そのようにさせていただきたいと思います。

以上で本日の議事は終了いたしました。

次回の日程等につきまして、事務局から何か連絡事項はございますか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 本検討会の今後の議論の進め方につきましては、具体的には座長と御相談の上で進めさせていただきたいと思っております。

次回の日程は、我々のほうで調整をさせていただいて、また改めて御連絡をさせていただければと思っております。

○遠藤座長 それでは、本日の会議はこれにて終了させていただきたいと思います。

構成員の皆様、また、共用試験機構の皆様におきましては、長時間どうもありがとうございました。