

○西岡補佐 それでは、定刻になりましたので、ただいまから「医道審議会 医師分科会」を開催いたします。

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

まず初めに、本日、新たに委員になられた先生方の御紹介をさせていただきます。

日本赤十字社医療センター、木戸道子第一産婦人科部長でございます。

国立研究開発法人国立国際医療研究センター、國土典宏理事長でございます。

北海道大学大学院医学研究院、高橋誠教授でございます。

本日の医師分科会につきましては、全委員の出席をいただいております。

また、高橋委員からは、事前に、本日の分科会は、所用により途中で御退席になる旨の御連絡をいただいております。

なお、本日は、参考人として、医療系大学間共用試験実施評価機構より、栗原理事長、齋藤副理事長、認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOMLより山口理事長、グループ・ネクサス・ジャパン／全国がん患者団体連合会より天野理事長にお越しいただいております。

当分科会として、本日の審議に、参考人として御出席の承認をいただきたいのですが、よろしいでしょうか。

（「異議なし」と声あり）

○西岡補佐 ありがとうございます。

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

以降の議事運営につきましては、分科会長にお願いいたします。

また、撮影はここまでとさせていただきます。

中谷先生、よろしく願いいたします。

（報道関係者退室）

○中谷分科会長 本日は、医道審議会医師分科会に御参加をいただきまして、ありがとうございました。

それでは、まず資料の確認について、事務局からお願いしたいと存じます。よろしくお願いたします。

○西岡補佐 事務局でございます。

まず資料の確認でございます。本日お配りしている資料は、議事次第、席次表以外に、資料1、前回の議論を踏まえた論点整理。

資料2、模擬患者の対応や評価等の均てん化について。

資料3、Student Doctorが法的に位置づけられた場合の患者同意の取得方法等について。

資料4、医道審議会医師分科会報告書（案）とさせていただきます。

また、参考資料としまして、参考資料1、診療参加型臨床実習推進のためのアンケート

調査結果。

参考資料 2、標準模擬患者の現状と課題。

参考資料 3-1、医学系 OSCE の評価者についての基本データ。

参考資料 3-2、臨床実習客観的臨床能力試験における評価者について。

参考資料 4、厚生労働省医道審議会医師分科会ヒアリングとして、一般社団法人グループ・ネクサス・ジャパンより資料を御提出いただいております。

また、共用試験臨床実習前 OSCE に関する机上配付資料をお配りさせていただいております。

それでは、分科会長、引き続き、よろしく申し上げます。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

それでは、早速、議事に入りたいと存じます。

本日の議題は、議事次第にございますように「1. OSCE の公的化について（評価の均てん化、模擬患者の対応等）」「2. Student Doctor が法的に位置づけられた場合の患者の同意取得について」「3. とりまとめ案」になっております。

それでは、最初の議題に入りたいと存じます。

本日から新しく委員になった先生方もおいでですので、事務局より、資料 1、前回の議論を踏まえた論点整理について説明をいただき、その後、資料 2、模擬患者の対応や評価等の均てん化についてを説明いただいた後、山口参考人より参考資料 2、医療系大学間共用試験実施評価機構より参考資料 3-1、参考資料 3-2 を御説明いただいた上で、各委員には、御意見、御質問をお願いすることになると思います。

それでは、資料 1、資料 2 について、御説明をお願いいたします。

○医事課主査 事務局でございます。

それでは、資料 1 をごらんください。

先ほど中谷分科会長がおっしゃったように、今回から新たに複数名の委員の方にお越しいただいておりますので、簡単に議論の背景を御説明させていただきます。

2 ページ目をごらんください。これまでさまざまな議論の場で、シームレスな医師養成の必要性ということは議論されてまいりましたが、平成 30 年の医師法、医療法の改正の附則において、シームレスな医師養成の観点から、医学教育に関しても、3 年以内に法制上の措置を講ずるものと、期限が定められております。

3 ページ目をごらんください。今回、議題となっております、共用試験の導入の経緯に関してまとめております。

真ん中の赤字の部分にありますが、平成 3 年のいわゆる前川レポートにおいて、学生が実習で医行為を行うに当たっての違法性阻却の条件の 1 つとして、事前の評価が挙げられたことがきっかけとなり、共用試験が導入されたという経緯がございます。

その後、平成 17 年より、CBT・OSCE が正式導入され、その後もブラッシュアップされながら、現在の形となっております。

4 ページ目ですが、従来より指摘されております、臨床研修と臨床実習が分断されていることによる課題が挙げられております。例えば実習の実践性が乏しくなってしまうこと、研修内容の重複が生じてしまっていること、医師の養成に係る期間が、諸外国と比較して、比較的長くなっているといったこと等の指摘がされております。

5 ページにありますように、近年、医師の働き方改革の観点も重要となっております、時間外労働時間が地域医療確保暫定特例水準として設定される予定である、年間1,860時間を超える医師の割合を見てみますと、臨床研修医やその後の専門研修中の専攻医における割合が高くなっている現状が報告されており、若手医師における働き方改革の観点からも、その手前の段階における学生実習のあり方について、検討が求められております。

6 ページ目をごらんください。こちらは、平成30年に取りまとめられました、門田レポートの概要を示しております。先ほど申しました、平成3年の前川レポートから約30年たったことから、再度、医学生が行うべき医行為についてまとめ直し、臨床研修等が導入されたことなどから、屋根瓦式の指導でもよいのではないかと、共用試験の合格者を医学生の要件として加え、さらに共用試験については、法的な位置づけを行うことが望ましいという形でまとめられております。

7 ページ目ですが、共用試験に関して、最近の取り組みと課題について、挙げさせていただいております。CBTに関しては、合格基準が各大学に委ねられており、合格者の質の均てん化がなされていないことでしたり、医師国家試験について、CBTと整合性を図るために問題数が100題削減されておりますが、いまだにその負担が大きいこと、また、Student Doctorに関しては、現状、民間のAJMCが発行しているものでありますので、公的な位置づけが求められていることなどが、課題として挙げられております。

8 ページ目ですが、今回、御議論いただいております、共用試験の公的化やStudent Doctorの法的な位置づけに関しましては、日本医師会やAJMCより要望書をいただいておりますので、ここで再度御紹介をさせていただきます。

9 ページ目がシームレスな医師養成に向けた改革の全体像になります。今回、論点となっている、赤枠で囲まれた2つの点以外にも、Post-CC OSCEの実施でしたり、臨床研修の改革、一貫した評価システムの構築に向けた研究など、さまざまな観点がございます、その中の1つの取り組みとして、今回、共用試験の公的化、Student Doctorの法的な位置づけについて、御議論をいただいていることになっております。

ここからが今回の議題に入りますまいりますが、10ページ目と11ページ目に、前回の分科会でいただいた主な御意見をまとめさせていただきます。

10ページ目ですが、OSCEの公的化につきまして、医療面接の相手となる模擬患者及び試験の評価を行う評価者の質の均てん化について、一番多く懸念の声をいただいておりますので、今回、御参考人の方からお話を伺った上で、その点に関して、改めて御議論をいただければと思います。

次に、Student Doctorの法的な位置づけと医学教育への影響について。医学生を守るとい

う観点や臨床実習で実質的に行われる医行為がより進歩するのではないかといった、臨床実習の中で行われる医行為の内容に関する影響についての御指摘でしたり、社会通念的にさまざまな観点から厳しい世の中になってきていることから、学生実習において医行為を行う場合、やはり身分の保障は必要ではないかといった点に関して、さまざまな御意見をいただいております。

臨床実習で行うべき医行為に関しましては、本審議会で門田レポートという形で、昨年、取りまとめを行っていただいたばかりのところでもありますので、今後、実態を見た上で、改めて医師分科会等でフォローアップをしていくものであるとともに、6年間の医学部教育の中で、臨床実習の期間であったり、医行為以外の内容であったり、そもそも臨床実習がどうあるべきなのかといったあり方につきましては、コアカリの検討や各大学の実情に合わせて大学内でカリキュラムについて検討する場など、医学教育そのものを議論する場で考慮されるべきという形で、今回、整理を行わせていただきました。

11ページをごらんください。同意取得に関しても、前回、さまざまな御意見をいただいております。院内掲示や包括同意など、どのレベルで同意をとるべきなのかについては、委員の先生方からさまざまな御意見をいただいております。また、患者さんに臨床実習に御協力いただく意識を持っていただく必要があるのではないかといった、いわゆる患者教育の観点からの御意見もいただいております。

前回の御議論は、医師分科会の委員構成の性質上、やむを得ない部分があると思いますが、どちらかという、医療者側の視点からの議論が多くありましたので、今回、患者団体の代表の方にも参考人としてお越しいただいておりますので、医療側、患者側双方からの視点で、改めて御議論をいただければと思います。

また、その他の観点として、保険加入の問題も挙げられておりましたが、基本的には保険加入はされるべきであるという御意見をいただいております。各大学それぞれの実情に応じて、必要な保険というものは変わってくると思われしますので、資料4の報告書（案）には、強く推奨されるべきということで、今回、記載をさせていただきます。

本日は、先ほど申しました2点の議題と、事務局のほうで、これまでの議論をもとに報告書（案）を作成させていただきましたので、そちらについて、御議論をいただきたいと考えております。

続きまして、資料2をごらんください。模擬患者の対応や評価等の均てん化についてという資料になります。

2ページ目をごらんください。OSCEに関しましては、前回までの御議論の中で、筆記試験のCBTのみではなく、技能と態度の評価は大変重要であり、それを図ることができるOSCEもともに公的化を検討されるべきという点に関しましては、委員の皆様様の共通した御意見として認識しております。

一方で、下記のような問題が挙げられておまして、公的化に当たって一定の対応が望まれるとの御意見をいただいておりますので、今回、御議論いただきたいと思っております。

課題の1点目は、評価体系の公平性に関してとなります。模擬患者の対応や質の均てん化が必要という観点と、評価者の質の均てん化が必要という2点に関しまして、長年、模擬患者の養成に御尽力されております山口参考人から、現状と均てん化に向けた取り組みについて、お話をいただきたいと思っております。

評価者に関しましては、CATOから御説明をいただきます。

一番下の金銭的負担の部分ですけれども、前回、模擬患者の育成や評価者のために金銭的な支援が必要ではないかという御意見をいただきましたので、今回、事務局より令和2年度の概算要求について、御説明をさせていただきます。

3ページをごらんください。こちらはCATOより御提供いただいている資料となりますが、OSCEの実際についての説明になります。今回、議論の対象となる模擬患者と評価者の確認ですが、真ん中下部の写真で御確認いただきたいのですが、面接の相手となるのが、いわゆるSPと呼ばれる模擬患者です。その様子を見て評価を行う者が、後ろに立っている評価者となります。評価者については、学内のスタッフである内部評価者と、CATOから派遣される外部評価者により評価がなされております。

4ページ目をごらんください。こちらでもCATOから後ほど詳しく説明があると思っておりますので、ごく簡単に御説明をさせていただきますが、OSCEの評価に関しては、資料に記載の5点が評価の要点とされております。

要点に関して、現在、どのような取り組みが実践されているのかという点に関しては、5ページにまとめてございます。評価者の養成講習会などを通して、現在、評価者は約1万3000人に達していることなど、取り組みが進められておりますので、こちらでも後ほどCATOより御説明をいただけると存じております。

6ページ目ですが、事務局より令和2年度の概算要求について、今回、医師養成課程を通じた医師偏在対策の推進ということで、約25億を要望させていただいております。

ポンチ絵の左下の部分になりますが、CBT及びOSCEの実施に対する補助として、共用試験の実施支援やSPの養成支援のために約16億を要望しており、金銭的な支援に向け、厚生労働省としても取り組みを進めてまいりたいと考えております。

7ページ目に今回の論点を記載させていただいておりますが、これから山口参考人とCATOより御説明をいただきますが、そちらを踏まえていただきながら、今後、臨床実習開始前のOSCEにおいて、SPや評価の質の均てん化をどのように図り得るかという点と、それを踏まえて、臨床実習開始前のOSCEを公的化すべきかどうか、委員の皆様にご議論いただきたいと考えております。

事務局からは、以上となります。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

それでは、続きまして、山口参考人から、先ほど御紹介がございましたように、模擬患者につきまして、現状と課題ということで、参考資料2について御説明いただきます。よろしくお願いたします。

○山口参考人 山口でございます。

きょうは、こういう発表の機会をいただき、ありがとうございます。

今、御説明があったように、参考資料2に基づいて、標準模擬患者の現状と課題について、私から説明させていただきます。

私たちCOMLは、1990年から活動しているグループですが、模擬患者については、1992年から養成を手がけてまいりまして、今まで27年間、いろんな講義ですとか、セミナーなどにも派遣をしております、派遣回数は今まで1,550回、OSCEに関しては、OSCEの派遣が400回という数を数えております。そういう経験に基づいて、これまで見えてきたことをお話ししたいと思います。

2 ページ目でございます。OSCEを開始したのが2015年ということで、共用試験のCBT・OSCEということが始まりまして、それまでは私たちのところから、いろんなところに派遣するようなこともあったのですが、急激に大学で独自に模擬患者を養成することがふえてまいりました。大学が独自に養成している場合と、市民グループで模擬患者を養成していて、いろんな大学などに派遣するという形態があったり、あるいは病院で独自に養成している模擬患者がございます。

大学が独自に養成している場合というのは、目的はほぼOSCE対応ということで、中には学生の会話の練習に使っています。これは病院と書いてありますが、大学のことです。

市民グループで養成している場合は、ほとんど派遣が対象になっておりまして、もちろんOSCEにも派遣いたしますけれども、例えば私たちのところでは、医師だけではなくて、看護師であったり、理学療法士であったり、あるいはCRCであったり、さまざまな医療職のコミュニケーショントレーニングに使われているところでもあります。

病院が養成している場合は、主に職員のコミュニティトレーニングということで、余りOSCEには関与してなくて、どちらかという、職員を採用するときの試験などに使われている病院もあるやに聞いております。

これはどこで養成しているかによって、いろいろと課題がございます。

3 ページを見ていただきますと、大学が独自に模擬患者を養成している場合の課題がありまして、2つに分けております。

養成者、つまり教員の課題ですが、模擬患者ということ自体の理解は、教員によって結構差がございます。それから、模擬患者に対して、どこまでのことを要求するのかというレベルであったり、期待する内容、あるいは教員の熱意に非常にばらつきがあると感じています。ですので、教員の方が異動されると、今まで一生懸命やっていた大学が急にがたがたとなってしまったり、あるいはこれでいいという完成度についても、教員の違いがあると感じています。

一方、大学独自に養成されている模擬患者の課題として、教員とか、大学に遠慮をされて、本当は何か言いたいことがあっても、言えずにいる場合もございますし、模擬患者を父兄がやっていたり、医学部の教員がやっていたりということもございます。あるい

は模擬患者の中には、かわいらしくなってきた、学生に対しての親心というか、手かげんをしたり、助け船を出したり、甘い評価になることも見受けられるということを感じています。

そんな中で、模擬患者のグループ、特に大学で養成しているところは、OSCEに対する意識のばらつきがあるということを感じておりまして、最近ですけれども、人が足りない、助っ人をお願いしますということで、私たちのところからある大学に模擬患者を派遣したときに、戻ってきたうちの模擬患者が、私はCATOの理事もやっていますので、足元で甘いことをやってはいけないということで、かなり厳しく、Pre-OSCEにしても、今、トライアルをやっているPostにしても、例えばシナリオの扱いも非常に厳密にしまして、チェックリストをつくって回収して、全部そろったかどうかということちゃんと見てやっていますのですが、その大学では、数も数えずに、箱の中にばさっと置いて、大学側は翌日確認をする。こんなことでいいのですかと、戻ってきて言うておりました。

あるいは模擬患者が、評価表がなぜか1枚余っているのだけれども、まあ、いいかということで、重大なミスをしていることに危機感がない現状がある。

あるいは午前と午後で異なる課題を担当することになったのだけれども、急遽、担当になつたらしく、練習会も実施せずに本番に臨んでいる。

こういうことを見てきて、違う模擬患者のグループを見ますと、こんなことで行われているという、ばらつきも際立って見えてくるような現状がございます。

4ページに行きまして、市民グループの課題ということで、どういうリーダーが引っ張っているかによって、グループの個性が違ってまいります。模擬患者のほう正しいという、変な上下関係になってしまうことも、中にはあるやに聞いております。

模擬患者は、市民だけでできる活動ではございませんので、ある程度パートナーシップを組む医療者の存在が必要なのですけれども、そこで上限関係になってしまっていると、対等に活動ができない。パートナーシップを組んでいるかどうかということの問題がございます。

先ほども申し上げたように、模擬患者というのは、ほとんど派遣ですので、依頼する大学側の経済的負担が生じるということで、特にOSCEの場合は人数も多いですし、遠方だと旅費・交通費だけでも非常に多額になってしまう。こういったことで、来てほしいのだけれども、なかなか予算がつかなくてという声も聞いております。

5ページに行きまして、Post-CC OSCEトライアルが始まっております。今、いろんな大学でPre-OSCEが始まったときから、15年がたちました。そうしますと、そのときに模擬患者をやると手を挙げた人たちが、高齢化してきています。今でも以前より負担が重いということで、模擬患者不足が始まっているところに加えて、Postが始まって、両方やることは負担だとか、大学側もPostの運営自体で負担がふえているのに、深刻な模擬患者不足がある。

きょうの問題ではないのですけれども、医療面接と身体診察を連続的にするというのが、

Postの課題になっていまして、身体診察までできる模擬患者が少ないこともあって、医療面接は例えば女性がやって、同じ患者のはずなのに、身体診察になると急に毛むくじゃらの若い学生が出てくる。リアリティーのなさであったり、症状を聞かれると、背後霊のように、医療面接の模擬患者が声だけ出すような、見ていておかしい問題もごございます。

それから、身体診察の模擬患者を医学生がすることで、実際に課題が漏えいするという不正事件も起きています。ですので、ここをどうするかということも課題になってきます。

6ページにごございますように、Post-CC OSCEが正式実施になるとすれば、標準模擬患者の養成と認定が不可欠だということもずっと思ってまいりました。ただ、ここに来て、医師分科会で、Pre-OSCEも公的化するということが議題になりますと、改めて標準模擬患者自体を見直す必要があるのではないかということで、ここにはPost-CC OSCE正式実施に向けてと書いてございますけれども、これはPreもPostも含めて、標準模擬患者の養成・認定ということも、改めて図っていく必要があると思っています。

そのために必要なこととして、下の4つのポツが重要だと思っております、まずは標準模擬患者の基準をつくること。

先ほど申し上げたように、ばらつきがございますので、既存の模擬患者、新たに養成する模擬患者双方を一から養成し直すことが必要だと思っています。

一定の基準を満たした標準模擬患者を今度は認定して、一度認定したら終わりではなくて、定期的に基準がきちんと維持できているかどうか、こういったことの確認作業も大事だと思っています。

最後の7ページですけれども、不足する模擬患者を解消するためにどうしていくのかということですが、センター化をしたからといって、解消できない地域もごございます。そうだとすれば、全国をセンター化することと、ブロックのセンター化も進めていく。

でも、そういうことでは、派遣が厳しいという地域においては、一定レベルの標準模擬患者を養成する方法を明確にした上で、養成者を認定するという二段構えが必要になってきているということを感じております。

こういったことを、何とか、私たちCOMLの中で模索できないかということを考えておりましたときに、ニーズが高まってまいりまして、私が先ほど申し上げたように、CATO、共用試験実施評価機構の理事をしているということもございまして、先ごろですけれども、共用試験実施評価機構で共用試験機構医学系OSCEのためのSP連絡協議会、これはまだ仮称ですが、これは私が中心になって立ち上げろという話がございまして、共用試験用認定SP制度を模索することをスタートしたところでもあります。こういったことで、しっかりとした模擬患者を養成していくということに、私も尽力したいと思っています。

以上、課題と現状を皆さんに御理解いただければと思って、お伝えいたしました。ありがとうございました。

○中谷分科会長 ありがとうございます。非常に参考になる資料を御説明いただいたと思います。

続きまして、参考資料3-1及び参考資料3-2につきまして、CATOから御説明いただきたいと思ひます。よろしくお願ひいたします。

○齋藤参考人 齋藤でございます。

お手元に参考資料3-1、先ほど事務局から御発表がありました、参考資料3-2の4ページ、字が大きくて、こちらのほうが見やすいので、両方を引き比べてごらんになっていただけるとありがたいと思ひます。

参考資料3-1ですが、おめくりいただきますと、臨床実習前のOSCEと臨床実習後のOSCEの違いを一覧表にまとめてございます。

臨床実習前のOSCEというのは、臨床実習開始前にやることで、医療面接と身体各部の診察技法をチェックします。

その合否判定の評価をした上で、合格となれば、臨床実習が開始できるわけで、課題数としては6課題ないし8課題ぐらいのところですよ。

評価者は、その大学の教員とよその大学の教員ですよ。

特に動画を撮る必要はありません。

臨床実習後の卒業に資するようなOSCEというのは、ここに書いてございますように、当然6年生ですよ。

課題の内容は、ある症候を持った模擬患者さんにお話を伺って、身体診察をして、指導医へ報告をする。いってみれば、研修医さんが最初に外来に出されてやるようなことだと思ってくださいれば、わかりやすいかと思ひます。

これは医学部として、卒業生を社会に送り出してもいいかという評価でございますから、当然卒業判定の資料になっていくだろうと思ひています。

現在のところでは、機構で整備した課題3課題、16分課題、そのほかに、現時点ではというお断りを申し上げておきますが、各大学が一生懸命お考えになった大学の独自課題もやっただこうというところでございます。

評価者でございますけれども、臨床実習前の評価者との大きな違いは、卒業生を研修医として受け取るはずの病院、臨床研修指定病院の指導医の方々にも、評価者として大学に赴いていただこうということでございます。

こちらは、昨今のスポーツもそうですけれども、本当にこれはできなかったのか、できたのかということを確認するために、動画を撮っていただこうと思ひております。

評価者でございますけれども、参考資料3-2に書いてございますが、先ほど事務局から御発表のあった、大きな字のほうがわかりやすいので、申し上げますけれども、その4ページですよ。

①評価者のレベルを一定にするための評価者養成をする。これは各大学から人に来ていただきまして、今、3,000人の方が既に評価者の資格をお持ちでいらっしやいます。半日の講義を受けるわけですよ。

②学外の人材による評価。OSCE、特に臨床実習前のOSCEでは、ある大学によその大学の

教員が来て、その学生さんを評価しています。これは大変なことをごさいますて、例えばいいかどうかわかりませんが、上杉方の侍が武田方に来て、剣術がどのくらいできるだろうかということをチェックするぐらいの大変なことなのです。

それから、スキルとか、アティテュードの評価というのは、ステーション、つまり評価の数は、理想を言えば、6課題はやりたいところです。

それから、評価者が1人であってはいけません。複数の評価者にするによって、より客観性が増すわけをごさいます。

もちろんその際には、評価者の事前トレーニングが欠かせませんし、評価マニュアルと評価表をきちっと整備しておかなければいけないわけをごさいます。

評価表につきましては、本日の机上配付回収資料の最後のページをお開きいただきますと、評価の基準であるとか、評価表をどういうふうにつけるかなどの表ができております。つまりこういうことを駆使して、なるべく客観的な評価をするということを、既に15年やってきておりますから、確立されております。

参考資料3-1の3ページをごさいます。何をグラフで示しているかという、1~6まで、右のほうに書いてごさいます。6というのは、大変すぐれた学生さんである、臨床実習を開始させても心配ないという方です。1は、困った、もう少しトレーニングをしていただかなければいけない。6段階の評価です。

それぞれのパーセンテージを示してごさいますけれども、上のバーでござらいただきますと、39.5と42.3と書いてごさいます。これは合格のレベル、あるいは十分だというレベルの学生さんが、これだけのパーセンテージに及んでいることを示してごさいます。

4ページは、外部から来た評価者と内部のまだ認定を受けていない評価者で、どのくらい違いがあるだろうかということグラフにしています。これは25人の学生さんでもって示したわけをごさいますけれども、内部評価者で認定を受けている、つまり講習会に出ている評価者と外部の評価者というのは、認定を受けている評価者ですから、それは赤いドットと水色の点線でもって、ほぼ同じである。ところが、まだ評価者として認定を受けていない人を見ますと、どうやら甘くつけている。自分の学生さん、顔の知っている学生さんが来ますから、甘くつけるわけをごさいます。

5ページですけれども、これはどういうことか、ごく簡単に申し上げますと、OSCEの1つの部屋にAという評価者とBという評価者が2人入ったとします。そうすると、2人、ペアの級内相関は、どのくらい差があるだろうかということです。これは予想外にいい結果が生まれて、級内相関の平均値が0.5以上のところがあります。ということは、2人で評価すると、それほどばらつきがないという、評価者の能力といいますか、ちゃんと養成されていることをお示したものでごさいます。

参考資料3-2をごさいます。ワードの資料をごさいますけれども、これは先ほど来申し上げました、臨床実習前のOSCEと臨床実習後のOSCEというのは、こういうことをごさいますということが書かれています。

2は、先ほどのスキルであるとか、アティテュードの評価というのは、かなりきちっとやっていないといけない。これはパブリックに対して、きちっとやっていますということを申し上げなければいけないものですから、きちりと示してございます。

Pre、臨床実習前のOSCEと臨床実習後のOSCEの差については、裏のページ、3の1)～5)で示してございますが、極めて精緻な評価表が整備されているわけで、私どもCATOといたしましては、皆さんが協力してくださっていると思っております。大学の先生方は非常に忙しいわけでございます。これでもって、評価者として拘束をされるわけです。かなり大変なことであろうと感謝をしておりますが、まことに喜ばしいことに、各大学からそれだけの先生方に御協力いただいて、現在のOSCEが進められていることをお示したところでございます。

以上、簡単でございますが、いかに評価者がきちっとできているかということをお示いたしました。ありがとうございました。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

事務局からの説明、山口参考人、CATOの齋藤副理事長から御説明をいただきました。

今回、OSCEの公的化ということ、これは主にPre-CC OSCEを対象といたしておりますが、それでも先ほど山口参考人から、評価の均てん化、模擬患者の均てん化・均一化をやらなければならないという課題も存在するという御指摘があったように思います。

それでは、今、3人の方々から御説明をいただきましたことについての御意見、あるいは御質問等をお願いしたいと思いますのですが、いかがでございましょうか。

どうぞ。

○柑本委員 御説明くださりまして、ありがとうございます。

山口参考人に伺いたいのですけれども、私は医療の人間ではないので、模擬患者さんをどういうふうに養成されるのかということが、全くイメージが湧かないのですが、実際にそちらではどういった研修、あるいはトレーニング等を行っていらっしゃるのでしょうか。

また、これが公的な試験になったときに、模擬患者さんの候補となる人たちを集めなければいけないわけですけれども、一体どういった方法で、どういった集団の中からそういった人たちを選ぶ御予定なのか、教えていただけたらありがたいです。

○山口参考人 ありがとうございます。

現在、模擬患者というのは2種類ございまして、模擬患者 (Simulated Patient) と標準模擬患者 (Standardized Patient) という2つに分かれています。今回、問題になっているOSCEで使われているのは、標準模擬患者ということで、例えばCATOで準備した課題は、シナリオと呼んでいますけれども、最初にきょうはどういうことで来られましたかと聞かれたら、まずここまで答えるということが決まっていて、次にそれを詳しくお話してくださいと言われたら、余り詳しいことを言うと、手の内が全部見えてしまうのですけれども、例えば痛みがある、ないとか、どんな苦痛があるとか、それがどうやったら楽になるかという、答える基準がかなり細かく決められています。ですので、模擬患者の候補の人たち

は、まず設定されたものを読んで、覚えることをします。

覚えた上で、今度は医学生役のお医者さんの人を相手に練習をしていきます。そのときに、ちゃんと覚えられていないとか、自然に答えられない方は不向きなので、おりにただくようなことになるのですけれども、割と自然な形で覚えたことをしっかりと伝えることができるかどうか、こういうことを聞かれたときに、これを答えるという判断が正しくできているかどうか、そういったことを練習を繰り返す中で訓練していくわけです。これは試験ですので、模擬患者が変わって、ばらばらになってはいけませんので、一緒に行く人たちと一緒に練習をして、予想外のことを聞かれたときには、どう答えるかということも合わせていきますので、練習会をして、共有するということは不可欠なのです。

一度、模擬患者として、この人はできるという一定の認定をすると、それは私たちのグループ独自で認定しているわけですが、課題が新しくなるごとに一緒に合同の練習会をして、ばらつきがないように整えていくということで、派遣するようになってからも、養成を続けるということをしております。

きょうは、標準模擬患者に限ってのお話をいたします。これから先、センター化、あるいはもっとふやしていくとなると、どうかということなのですが、私たちのグループは、特に模擬患者だけをやっているわけではないですので、医療に関心を持って、さまざまな形で講座などに参加してくる方というのは、かなりの数います。そういう方たちは、模擬患者にはとても関心を持っているので、例えば私たちの事務所は、今、大阪にあるのですけれども、東京でセンター化を始めるとなったら、ぜひやりたいと言っている人が既にいるのです。そういう方に一から模擬患者になっていただくということも、相当数見込みはあるという現状がございます。そうすると、その方たちがまた仲間に対して、こんなことができるようになる、一般の方が医学教育に参画できるということは、かなりモチベーションを上げて、やりがいがあるということで、参加してくださる方が多いですので、これをふやしていくということは、可能性としてはかなりあると思っています。

今、いろんな地域で、例えば先ほど申し上げた大学の中で養成されている方も、ちょっと不安な中でやっている方がいらっしゃるのです。そういう方が1つのラインを標準化することになると、さらにブラッシュアップできるということで、既存の方にとってもプラスに働くのではないかと思います。

○柑本委員 ありがとうございます。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

ほかに何かございますか。どうぞ。

○金丸委員 山口参考人にお尋ねしたいのですが、大変具体的に中身がわかって、非常に参考になりました。

その中で、課題として挙げていただいているところの確認と関連の質問なのですが、資料をいただいた中で、標準模擬患者の養成・認定が不可欠というのは、全くそのとおりだと実感をしているところであったのですが、それを行うためにも、あるいは公的化に向け

たということをすれば、なおさらということの説明もあったのですが、全国のセンター化、ブロックセンター化、日本全体が大学でOSCEをやるときの模擬患者として、一番鍵になる部分でもありますので、そういう意味では、センター化、ブロックセンター化でより均てん化・標準化、その前提として、養成・認定が整えば、まさにそうなるのではないかと改めて実感しているのですが、そうした取り組みの展望もおっしゃっていただきました。このあたりの実現性というか、どのぐらいの方向性で、今、準備が始まっているのでしょうか。

○山口参考人 既に模擬患者をやっているところはあるわけですので、ばらつきがあるということも、みんな認識しているところだと思います。ただ、1つの物差しがまだできていないことと、認定の必要性が問われておりませんので、もしこれが公的化ということになって、公的化するのだったら、ある程度のレベルを維持しないといけないということが起きてきますと、先ほど私が申し上げた連絡協議会をつくって、ブロックごとに実際に模擬患者をやってもらって、それが標準に達しているかどうかという、試験に近いようなことをやるということは、出かけていって、ブロックごとに模擬患者をやりたい、標準模擬患者になりたいという方たちに集まってもらって、実際の認定を行っていくということは、お金の問題はありますけれども、実現は可能だと思っています。

○金丸委員 ぜひその方向で進めていただくと、大変いい方向だと思います。具体的なタイムスケジュール的に、近未来、3年とか、5年とか、その範囲の視野に、お金とか、人とか、いろんな限定があるかもしれませんが、どのぐらいのレベルになるのでしょうか。

○山口参考人 Post-CCが来年度から始まるということで、必要だと思ったのですけれども、Post-CC OSCE自体、用意ドンというスタートラインが、大学によってばらつきがあるのです。なので、今、できたところからやっという話になっています。そうだとすれば、そちらは3年以内ぐらいにしっかり整えなければいけないと思っておりましたけれども、もしPre-OSCEを公的化することになると、公的化した段階で、認定した模擬患者を使うという形にしないことには、公的化のお墨つきができないと思っておりますので、それがいつになるのかということも関係してくるかもしれませんが、3年ぐらいの猶予があれば、可能ではないかと思っております。

○金丸委員 ありがとうございます。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

幸いにも山口参考人は、CATOの理事にもなられて、先ほど御説明がありましたように、共用試験機構医学系OSCEのためのSP連絡協議会という組織を立ち上げられるということで、均一化とか、標準化とか、ある一定以上のレベルのSPさん、協力者を集めていただけるという、非常に大きな組織になりますので、そういうことでは、先ほど厚生労働省も数十億ぐらいの予算、これは財務省に認めていただかないと、絵に描いた餅なのでございますが、そういう予算を使って、ある程度そういうことの育成に係るということも、できるのではないかと思います。

また、CATOでは、先ほども御指摘がありましたように、それぞれの大学の先生と他大学からの先生が来られて、評価する形はもちろん続けられるのだと思いますが、Post-CC OSCEは、今のところ、すぐさま公的化という話は出てきておりませんが、将来的にはそこら辺の先生方も評価者として訓練して、携わっていただくと考えてよろしいですね。

○齋藤参考人 齋藤です。

Preのほうは、1万3000人、評価者ができています。Postのほうは、今、700人ぐらい、ことしじゅうで1,000人を超えるところぐらいまでいきたいと思いますけれども、評価者を一生懸命つくっている状態でございます。ですから、Preのほうの評価者については、心配なしだと見えています。

以上です。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

ほかに何かございますか。どうぞ。

○国土委員 山口参考人にお伺いしたいのですが、現在、3類型ぐらいあるとおっしゃいましたけれども、法制化したときに、どのぐらいの模擬患者が必要で、今、どのぐらいできているのか、数字として把握されているのかどうか。

あと、例えば今から養成する場合、ある方がなりたいと言った場合、どのぐらいの期間、どのぐらいの訓練をすれば、認定された患者になれるのかということをお教えいただきたいです。

○山口参考人 どういう形態でやっていくかによって、人数は変わってくるかと思えます。例えば東北地方などでは、模擬患者不足が深刻だと聞いております。東北でブロック化をすることになると、日にちが違えば、そのブロックから派遣することができますので、20～30人ぐらい養成することができれば、同じ日でなければ、派遣することは可能だと思います。

今、実際にどれぐらいの模擬患者の数があるかということは、恐らく共用試験実施評価機構で調査したか、しているところだと思います。そのあたりは、後から確認をしていただければと思います。

もう一つ、最後は何でしたか。

○国土委員 養成に係る期間です。

○山口参考人 今、新しくなりたいという方がいたら、資質にもよるのですが、OSCEは記憶ですので、コツさえわかって、記憶がしっかりできる人であれば、中には1カ月あったら十分という人もいます。ただ、実際どういうことをやるかというのは、本番を見学して、全体像をつかんでもらって、百聞は一見にしかずの活動ですので、耳で聞いただけでは、具体的にわからないのです。ですので、まずは見学する機会を与えて、その上で実際に読み込んで、練習をしてということになると、期間というよりは、何回か、2～3回ぐらい練習を繰り返すことができれば、できる方は、それぐらいでできるようになります。

○国土委員 もう一点だけ質問ですが、例えば20～30人の方を確保したら、その方はボランティアベースでやられることになるのか、あるいは半職業的になり得るのか、その辺についても、見通しがありましたら、教えてください。

○山口参考人 生計を立てるといえるのは、無理だと思いますけれども、現在のところ、練習などはみんな手弁当です。でも、実際の本番とか、セミナーなどに派遣しますと、有償ボランティアということで、私たちのところでは、一定の謝金と交通費の確保はしております。なので、これを完全に、全部手弁当でやってくださいということは無理だと思います。

そのあたりは、かなりの時間を割きます。半日かけて、あるいは1日中ということもあって、先ほど少し申し上げた、Simulated Patientというのは、かなり感情が動いて、全部アドリブでやりますので、せいぜい3回ぐらいまでしかできないのですけれども、OSCEはマニュアル化されていますので、感情が動かない分、20人、30人でも相手ができるのです。なので、半日や1日やってくださいと言われても、1回ちゃんと覚えて身につければできることですので、そうすると、半日拘束して、あるいは1日拘束して、ただというわけにはいきませんので、公的化するのであれば、謝金も全国共通にできる、いい機会ではないかと思っています。

○国土委員 ありがとうございます。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

栗原さん、どうぞ。

○栗原参考人 この件に関しましては、それぞれの大学で事情が違ふと思いますけれども、統一的にやっておきませんので、例を申し上げますと、先日もやったのですが、大学独自でSPを養成しているわけです。それが1つです。

それから、その場合も、職員、職員のOBがボランティアで協力してくれます。

先日は、ライフ・プランニング・センターからSPさんを送ってもらいました。そういう方には、1人一万何がしかの謝金をお支払いしています。ですから、こういうことがきちんとできるようになれば、ちゃんとした労働対価を払うようなことが必要になると思いますけれども、そのためには予算が要ります。ただ、大学によって、それを出せるところと出せないところ、特に地方の国立大学は、経済的に大変逼迫しているようですので、そういうところも含めて、全国でこれをやるにはどうしたらいいかということについては、機構としても十分に対応して、考えていきたいと思っております。

○中谷分科会長 齋藤参考人、どうぞ。

○齋藤参考人 Simulated PatientとStandardized Patientは、分けて考えなければいけないと思っております、Standardized Patientは、Introduction to Clinical Medicine、つまり臨床教育入門の段階で、2年生、3年生の学生さんから対応します。だけれども、試験のための人材となると、スタンダダイズしなければならないので、そこが難しいだろうということで、機構としては、まず各大学でSPの養成に携わっている責任者の方にお集

まりいただいて、SP養成者講習会を12月8日にやります。それから、1月の何日にももう予定を組んで、そこまでできています。

それはどうしてかといいますと、本来、大学の病院に伺うというと、ボランティアの方がたくさんいらっしゃる。ということは、地域の住民の方に医師養成に携わっていただく、そのボランティアをSPに養成すれば、それが可能になるはずである。地域と医学教育との結びつきがもっとできてくるはずであるという考えを持っています。そうなってくると、地域医療のためにも、非常によくなっていくのではないかと考えています。まずはコアとなるメンバーを日本中の大学で養成しようということが、もう動き出しております。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

いろんな形で、今、SPをお願いするとお聞きしたのですが、先ほどから問題になっていきますように、均一化とか、標準化ということが問題になるので、それをどういう形で、CATOが中心になって、あるいは協議会みたいなところが中心になってやるのかどうかは、システムチックに何か必要かもしれません。

羽鳥委員、どうぞ。

○羽鳥委員 日本医師会も、地域医療でこういう患者さんを育てる、あるいは先生たちを育てるといことは、すごく大事なことだと思うので、協力したいと思います。

例えばPre-OSCEの場合だと、身体各部の診察、医療面接とか、こういうことだけだったら、例えば看護師さんとか、歯科医師さんとか、薬剤師さんとか、ほかの職種の方をかりてやるという手もあるのではないかと思います。全く医療関係でない人を育てていくというのは、かなり難しいこともあるかもしれないけれども、そういう人たちも、先ほどの育てるという中に入れていただけたらいいのではないかと思います。

Post-OSCEの場合には、相当難しいことだと思いますし、今の大学の実情で、やろうとしているところと全く手をつけていないところがあるので、これからの課題ではないかと思っています。

もう一つ、資料2の6ページ目で、すごい金額の表を見せていただいたのですが、医師少数道県に総合診療医の医局をつくるとか、医局を設置して、地域医療の実になるようなことをやるとか、これは要求を出しているのですか。こんなものは初めて見たので、びっくりしてしまっただけなのですが、大丈夫なのですか。

○中谷分科会長 最初のことについては、山口参考人からお願いします。

○山口参考人 他職種の方で、模擬患者をやりたいという方もいらっしゃるのですが、例えばPre-OSCEにしても、評価をつけるのです。そうすると、説明がわかりやすかったかどうかとか、そういったときに、医療者の方はずっとわかってしまいますので、一般の方と感覚がずれることがあります。模擬患者というのは、医療者ではない人がやるところに意味があると思っていますので、そこは人数がそろえばいいという問題ではないのではないかと考えているところです。

○中谷分科会長 齋藤参考人、どうぞ。

○齋藤参考人 現実問題として、例えば医学部以外の学生さん、理学療法の学部の学生さんなどにお手伝いいただいて、身体診察のSPになってくださっている大学は幾つかございます。それは多職種連携教育の意識の醸成のためには、非常にいいことではないかと思っております。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

山口参考人、どうぞ。

○山口参考人 身体診察の模擬患者でもそうなのですけれども、医療者だと、次にやることがわかってしまうので、言われてもいないのに、脈をとるために時計を外すとか、普通の患者だったらしないような行動をやってしまうのです。それは試験のためにはどうなのかと、幾つか視察に行っていると疑問に思いますので、きちんと公的化をしていくということになれば、患者の立場の感覚が大事だと思っています。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

予算関係は、厚生労働省から軽く説明をしていただければと思います。今回の議題ではないのですけれども、お願いいたします。

○羽鳥委員 来週の火曜日にみっちりやりますから、大丈夫です。

○中谷分科会長 わかりました。それはスキップさせていただきます。

高橋委員、どうぞ。

○高橋委員 北大の高橋でございます。

模擬患者の件で、今、議論になっておりますが、Postの模擬患者とPreの模擬患者は、性質がちょっと違うのではないかと考えております。Preに関していいますと、臨床実習に出る前の学生が、患者さんと接するために最低限のことを押さえるというのが目的の試験だと思われるので、そのあたりについては、Postに求められる模擬患者の素養と、Preで求めるものとは分けられたほうが、養成しやすいと思うのですが、山口さん、いかがでしょうか。

○山口参考人 Postのほうは、流れの中で、医療面接があつて、身体診察に移行しますので、医療面接の時間だけを考えていうと、Preのほうが長いのです。なので、Preのほうも、患者として受け答えするということに関しましては、Preとして標準化が必要な部分だと思います。PostはPostで、できれば身体診察まで、流れの中で全部できるぐらいの模擬患者をこれからは養成していく必要があるのではないかと。先ほど言ったように、今、Postでは非現実的なことをやっていますので、そういう意味では役割が違います。Postになると、身体診察も含めて、全部対応できるような患者を養成していく必要があると思っておりますので、おっしゃっているように、性質は違うと思えます。

○中谷分科会長 金丸委員、どうぞ。

○金丸委員 CATOにお尋ねしたいのですが、先ほどの資料で、参考資料3-1の3ページ、概略評価の分布の年次推移、Pre-OSCEのものがあります。1~6のものです。念のための確認ですが、これは全国の大学の全体の評価の分布なのですか。つまり大学間でこの差と

いうのはなかったのですか。どこかで出るのでしょうか。

○齋藤参考人 これは全国の大学でございます。もちろん大学間のデータも持ってはいますけれども、ここではどこそこの大学が、調子が悪かったというのは困ります。

○金丸委員 恐らく大学間で差があるのではないかと思って、質問をさせていただきました。もしも公的化となると、このあたりが課題として挙がっていき、前回のときは、1つのセンター化を踏まえて、均てん化ということでした。このことは、評価においても、先ほどのSPにおいてもそうですけれども、望ましいと思ったのですが、いかがでしょうか。

○齋藤参考人 ありがとうございます。

問題は、平成13年、平成14年ごろ、いわゆるAdvanced OSCEとして、私たちがシナリオをつくったときに、全国にOSCEセンターをつくってくださいというお話はいたしました。残念ながら、時期が早かったのです。ですから、これを全国でやりましょうということになったら、例えばの話ですが、慈恵医大のOSCEをやるフロアを拝借してやってみる。そこによその大学が来て、やってみる。これだったら、OSCEセンターができるという話になれば、話は進んでいくのではないかと思っています。理想的には、もちろん韓国のように、日本中でOSCEセンターを何カ所か持つ。例えば厚生局が7つあるのだったら、7厚生局にOSCEセンターを持っていただいても、よろしいという話になると思います。

○金丸委員 公的化を前提とすれば、そこまで踏み込んでいくタイミングに来ていると思います。先ほど二十何億かの予算がありました。これは厚労省の予算で、OSCEセンターになるのですね。これはそのタイミングに来たのではないかと感じるのですが、いかがでしょうか。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

そういう意見が多いようですので、ぜひ厚労省で予算を獲得していただいて、その方向に進めていただくということで、お願いいたします。

澤委員、どうぞ。

○澤委員 今回のこの分科会のある程度のゴールは、Pre-OSCEということでよろしいわけですね。

○中谷分科会長 そう思っています。

○澤委員 そうなりますと、Postは抜きにする。先ほど高橋委員のお話にありましたように、SPもSPという一くくりではなくて、Simulated Patient、Standardized Patientという要望をきちっと分けていかないと、物すごく混乱すると思います。

私、先週、検査で1日入院しました。そのときに、Student Doctorが回ってきたのですが、身体診察は参考資料3-1にございますように、基本6ステーションで、ある程度できるのです。ところが、私、いたずらで、腹膜炎があるようなことを言いましたら、そこで言葉がわからないのです。ですから、SPということではなくて、きちっと分ける。

それから、ここで最終に出てきますけれども、Pre-OSCEを公的に認めないと、臨床実習、昔のBSLとか、そういうものはいろんな支障が出ると思いますので、そのところを明確に

させていただきたいと思いました。

○中谷分科会長 ありがとうございます。御経験から貴重なお話をいただきました。

ここら辺で、1番目の議題はそろそろまとめに入りたいと思っております。きょう、最初にも少し御説明いただきましたが、今まで2回の議論が行われまして、OSCEの公的化については、基本的には皆さん反対はなかったのではないかと思います。指導医を守る立場でも、厚生労働省から、OSCEを含めて、CBT・OSCEの共用試験にお墨つきをいただけるということは、恐らく指導者を守る形にもなりますので、その方向で考えていいのではないかと考えております。

もう一つは、細かい話であります。大学によっては、CBTの合格ラインを独自に上げている大学がございます。しかしながら、これは厚生労働省でどのレベルだと一定にすれば、そちらのほうが強くなりますので、恐らくそれに合わせていただけるのではないかと想定しております。

それから、何回やるか。ここら辺は、AJMCとか、それぞれの大学の方針がありますので、実際、公的化になりましたら、そこら辺の歩調を合わせる形で、工夫していただく方向で考えていただきたいと思いますと思っております。

いずれにしても、公的化のためには、先ほど言いました、模擬患者の対応の均一化とか、あるいは評価の均てん化、ここら辺は必須でございますので、山口参考人はこれからいろいろなことをお願いする状況かもしれませんが、全国でどういう形でやるのか。先ほど大学独自で養成なさっているところもあるやに聞いておりますので、そこら辺を含めて、どういうふうに統一化を図るかというのは、今後、CATOを含めて、いろいろと御検討いただく形になろうかと思っております。

それでよろしゅうございますでしょうか。どうぞ。

○国土委員 評価者は、もう1万3000人準備ができたということでございますけれども、大学の教育の立場からすると、公的化になると負担がまたふえると思っておりますので、それに関するところが、提言の中に一言あってもいいのではないかと思います。例えば日曜日を潰して、代休をとれと言ってもとれないような状況ですので、そういう立場の先生方への配慮もぜひお願いしたいと思っております。

○中谷分科会長 非常に重要なことで、働き方改革に逆行するような試験が入ってくるということですから、これは厚生労働省よりも、文科省とか、そちらのほうになるかもしれませんが、教員の負担もそれなりにふえてきますので、それぞれそれは考えていただきたいと思います。

それから、一般の市中病院の先生方にも、研修会とか、そういうものにお出ましをいただかなければなりません。Post-CC OSCEの話になりますが、そこに御協力いただく場合は、そういうこともお願いしなければなりません。そういう意味では、全国の病院の先生方、大学の先生方全てに負担がふえますので、そこら辺を御理解いただきながら、やっていたかなければならないということだと思っております。

ありがとうございました。

清水委員、どうぞ。

○清水委員 最後の最後に済みません。これは医師法の改定なので、厚労省で審議されていると思うのですが、実際は医学部教育、卒前の教育の中のことなので、文科省の枠組みの中に入るのだと思います。なので、私が申し上げたいことは、医師養成に関して、文科省と厚労省で卒前と卒後で分けるのではなく、医師養成という観点で、役所の中でも統一できるといいと思うのですが、いかがでしょうか。

○中谷分科会長 荒木企画官、どうぞ。

○荒木企画官 いろいろと文科省に対する御意見をいただき、ありがとうございます。

まさにシームレスということについては、厚労省と文科省は連携をさせていただいて、こういう会議にも確実に出席させていただいております。

今、御指摘のように、Pre-OSCEの公的化に向けて議論ということだと思いますが、公的化というのは、国家試験の受験資格をどうするか等々の観点ですので、国家試験自体は厚生労働省さんでして、医師、医療従事者としての資格を与えるということです。6年間のうちの教育の内容については、基本大学で自由ではあるのですが、間に入るCBT・OSCEが公的化されますと、それに対してどうやって教育をしていくか、例えばそのためのコアカリキュラムをどうするかということについては、当然文科省としてしっかりと考えていかないと、影響もあると思っておりますので、ぜひ協力してやっていきたいと思っています。

○中谷分科会長 ありがとうございました。

緊密に連絡させていただいて、教育と養成はシームレスですので、そういう形でやっていただくということになろうかと思えます。

よろしゅうございますか。どうぞ。

○金丸委員 念のためといいますか、先ほど國土先生がおっしゃったように、大学の先生たちがこれにかかわるといのは、大変な部分だと思います。だからこそ、全国のセンター化で、少し分離した形で、ぜひともこれは検討していただきたいと思えます。そこも改善できて、質も評価も均てん化するという方向になるように、ぜひともここは検討していただいて、公的化とセットでそれが動くような形で進めていただければ、ありがたいと思うのですが、いかがでしょうか。

○中谷分科会長 ありがとうございました。

おっしゃるとおりだと思いますので、そこら辺は、今後、CATOが中心になって、先ほどの幾つかのセンターをつくるということも含めて、厚生労働省さんとも御相談いただきながら、実際にそれを運営していくという形になろうかと期待しています。

それでは、次の議題2に進ませていただきます。Student Doctorが法的に位置づけられた場合の患者の同意取得についての審議に入りたいと思えます。

それでは、事務局から資料3の御説明をいただいた後、続けて、本日御出席いただいて

おります天野参考人より、参考資料4の御説明をいただいて、その後、各委員に、御意見、御質問をお願いしたいと思います。

それでは、よろしく願いいたします。

○医事課主査 それでは、資料3をごらんください。

2ページ目ですが、前回もお出しいたしました、門田レポートが出された後のパブリックコメントになります。こちらの中でも、同意取得に関しましては、院内掲示だけで可能とすべきという意見から、何らかの形で包括同意が必要なのではないかとといった意見など、濃淡のある御意見をいただいております。

3ページ目ですが、こちら前回出させていただきました、AJMCの調査データとなります。ほぼ全ての大学において、同意取得は行っている一方、患者の協力が得がたいという問題点を抱えている大学が一定数いるという現状が報告されております。

一方、前回の議論の中で、同意取得について、この報告だけでは実態がわかりづらいという御指摘をいただきましたので、前回の審議会後に医学教育の関係者に対するアンケート調査を研究班が行っておりますので、御報告をさせていただきます。

4ページ目をごらんください。本年9月の上旬に行われた医学教育に携わる教職員に対するウェブ調査の結果となります。学生が問診等の非侵襲的な行為を行う際の同意に関して、院内掲示による周知のみと回答したところは、約4分の1であり、侵襲性が低い行為を行う場合は、さらに9割方は書面または口頭での同意を取得しており、院内掲示のみと回答したのは、10%未満という形になっているのが現状でございます。

また、下のほうですけれども、同意取得が困難なケースにおける理由として、指導者が多忙であるという点と、患者の同意が実際に得られないという点が、ほぼ同じぐらいの割合の回答となっており、この両面での対応が必要だと考えられます。

5ページをごらんください。院内掲示のみで理解が得られると思うかという問いに対しましては、得られると得られないがおおむね半々となっております。

また、患者の理解を得るためにどうすべきかという問いに関しましては、委員の皆様の御意見やパブコメと同様に、包括同意が妥当だという意見から、もう少し強制力を持った対策が必要といった形で、こちら濃淡がついた御意見をいただいております。

患者側への情報提供のあり方につきましては、医学病院の使命や実習を行う医学生が一定程度担保されているなど、こういった旨を医療関係者が積極的に周知徹底していく必要があるだろうといった御意見をいただいております。

同意取得以外の項目に関しましても、診療参加型実習のこの調査で調査を行っております。そちらは参考資料1にございますので、御確認いただければと思います。

最後6ページ目、論点と書かせていただいておりますが、先ほど中谷分科会長がおっしゃったように、今回は患者団体の代表として、天野参考人にお越しいただいておりますので、御意見を伺った上で、Student Doctorが法的に位置づけられた場合の同意取得について、医療側・患者側双方の観点から、適切なあり方をどのように考えるかということをお

議論いただきたいと思います。

また、具体的な例として、入院時や初診時に全国統一の説明文書を患者に配付して読んでいただき、入院時に包括同意を取得するなど、包括同意の取得方法について、どのように考えるかという点に関しても、御議論をいただきたいと考えております。

事務局からは、以上となります。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

引き続きまして、天野参考人から、参考資料4について御説明をお願いします。よろしくお願ひいたします。

○天野参考人 ありがとうございます。天野でございます。

本日、このような貴重な機会をいただきまして、まことにありがとうございます。

お手元の参考資料4をもとに、説明したいと思います。

2ページ目になります。こちらの資料は『朝日新聞』の長期連載である「患者を生きる」というコーナーで、私自身の経験を紹介いただいた際の画像でございまして、2000年、27歳のときに血液がんであるリンパ腫を発症しまして、大学病院で治療を受けてまいりました。私の場合、再発を繰り返すなどしまして、大学病院でのトータル入院期間は2年を超えておりますので、さまざまな医学生や研修医の方々の臨床実習や臨床研修を患者として経験してまいりました。

3ページ目になります。こちらの資料にありますとおり、再発をした際には、間質性肺炎であるとか、進行性網膜外層壊死など、治療に伴うさまざまな重篤な合併症も経験してまいりました。

4ページ目になります。例えば医学生の医療面接については、私は、当時、20代という若年がん患者でしたので、同世代の医学生とも話が合うという面がございましたし、また、医学生の教育という観点だけではなく、医学生に話を聞いてもらうことで、再発などに伴うさまざまなつらさの中にあっても、私自身の精神的なサポートになっているという面もございました。

一方で、例えば自家末梢血幹細胞移植などの強力な抗がん剤治療を受けていた際には、私自身、昼夜を問わず吐きっ放しという状態でしたので、医学生の方が、きょうはお変わりありませんかと来た際には、いやいや、お変わりがあるもなにも、吐きっ放しののだから、見ればわかるだろうと、こんな状態でインタビューをするのかと思ったこともありまして、医療面接であっても、患者には負担となる場合もあるかと思ひます。

また、私は、若年がん患者であったからという面があったかもしれませんが、研修医の先生が初めて行う医行為を経験することも何度かございまして、例えば初めて骨髄穿刺を行う研修医の先生の検査を受けた際には、全く痛みがなくて、先生、血液内科に向いていと思ひますと声をかけたこともあります。その先生は、現在、本当に血液内科のドクターになっています。

一方で、初めて内視鏡検査を行う研修医の先生の検査を受けた際には、大変申しわけな

いのですが、激痛でして、20年近くたちますが、いまだにトラウマになっております。

また、採血につきましても、私の場合は治療歴が長いので、一発で採血ができない状況になっております。当然何度もぶすぶすと刺されるわけですが、研修医の先生も時には汗だくになりながら、一生懸命採血をしてくれますので、私からとりにくくて済みませんと声をかけたりもしますが、どのような名医の先生であっても、必ず初めての医行為があり、研修と修練の段階があるわけですが、それは時に患者に苦痛を伴う場合もあるわけですし、事前の説明と同意が重要になってくると考えております。

5 ページ目の資料になります。こちらの大学病院のように、多くの大学病院では、院内掲示やホームページを通じて、病院実習への協力をお願いを行っていただいておりますが、現実問題として、多くの患者にとっては、大学病院は先進的な医療の場でありまして、教育と研究の場であるという認識は、必ずしも多くはないと考えております。

6 ページ目の資料になります。一方で、こちらの大学病院のように、医学生の臨床実習に関する文書同意への御協力をお願いを公開し、文書での同意を求めている大学病院もあります。この文書の中では、全国医学部長病院長会議からは、医学生が診療に参加するに当たっては、患者の皆様様の自筆署名による同意を得ることが推奨されていることから、本院においても、皆様に文書での同意をお願いすることになりましたとの一文があります。

7 ページ目の資料になります。こちらは医学部の臨床実習において実施可能な医行為の研究報告書からの抜粋になりますが、低侵襲のものから、患者にとっては侵襲の高いものまで、さまざまな医行為が列挙されていますが、一定の侵襲を伴う医行為については、文書掲示では患者同意として不足ではないかと考えます。すなわち、一定の侵襲を伴う医行為については、具体例を示した包括同意が必要であり、一定程度以上の侵襲を伴う医行為を行う場合には、場合によっては、個別同意も必要ではないかと考えます。

8 ページ目の資料になります。こういったさまざまな医行為は、患者にとって侵襲が高いのか、低いのかという視点、また、臨床実習において必須であるのか、推奨であるのかという視点から、このように類型化することも可能だと考えますし、こういった類型等に基づいて、それぞれの同意取得の程度を定めることも可能かもしれません。

9 ページ目の資料になります。こちらは先ほど御議論いただいた、OSCE並びにコミュニケーションスキルについて、一言、患者から意見を申し上げたいと考えております。こちらの資料は、思春期・若年成人、いわゆるAYA世代と言いますが、AYA世代のがん患者が経験する悩みに関する厚生労働省研究班による調査結果です。診断や治療であるとか、後遺症や合併症に関する悩みが上位に来ていますが、その他のさまざまな精神・心理的・社会的な苦痛を経験しながら、がん患者が治療を受けているということが、おわかりいただけるかと思いますが、診断や治療のみならず、こういった患者の精神・心理的・社会的な苦痛を軽減するためにも、医師のコミュニケーションスキルが求められていると言えるかと思えます。

10 ページ目の資料になります。先ほど来議論いただいているように、OSCEは医学生や医

師のコミュニケーション能力の向上に一定の役割を果たしていると感じますし、また、コミュニケーション能力の向上を考えた場合、評価する試験であるというのは当然ですが、同時に医学生の方が自身のコミュニケーションの傾向を把握して、向上させる仕組みとすべきではないかと、患者の立場から考えます。

また、私もいわゆる模擬患者を経験したことがございますが、なかなか難しいところがあると思っております。OSCEを実施するに当たっては、先ほど議論があったように、養成と質の維持向上が課題だと考えております。

11ページ目の資料になります。具体的に医師のコミュニケーションを向上する取り組みとして、がんの領域では、学会によりコミュニケーション技術研修会（CST）が行われています。私も患者の立場から見学したことがありますが、OSCEでは標準的な対応を学習するのに対しまして、CSTでは正解がない、場合によっては、個々の患者さんにとって、何がベストであるのかを考えるトレーニングをするという点に特色があると考えておまして、CSTというものを卒前教育や卒後教育に取り入れていくことも、患者の立場からは必要ではないかと考えております。

CSTについてでございますが、12ページ目のスライドになります。CSTについて、国内での無作為化比較試験、RCTの結果をもって、米国臨床腫瘍学会（ASCO）のガイドライン2017では、エビデンス、すなわちCSTを強く推奨するとなっております。コクランレビュー2018でも採用されていると聞いております。

13ページ目の資料になりますが、医師のCSTの効果として、RCTの結果では、医師の望ましいコミュニケーション行動が介入群で有意に向上したとか、医師のコミュニケーションに対する自己効力感が介入群で有意に向上したとか、あとは、介入群の医師の診察後の患者では、抑鬱が有意に低く、医師への信頼感が有意に高いという結果が出ていることも、あわせて申し添えたいと思います。

私からは、以上でございます。

○中谷分科会長 ありがとうございます。非常に参考になる資料の御説明をいただいたと思います。

それでは、今、御説明がございました、法的に位置づけられた場合に患者の同意取得について、忌憚のない御意見あるいは御質問等をお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

澤委員、どうぞ。

○澤委員 先ほど申し上げさせていただきましたが、今回、Pre-OSCEのことが論じられて、そのゴールを得るということになっておりますので、Pre-OSCEでの到達内容からいきますと、同意の内容に関しましては、天野参考人の資料の7ページの同意のとり方がよいと思います。結局、問診とか、そういうものは院内掲示でオーケーです。非侵襲的な身体診察とか、そういうものは包括同意でいい。そして、門田レポートにありましたように、医学部の学生で、これはできません、やったこともありませんという、あの表で左側に位置す

るようなものは、個別の同意をとるべきである。そうしませんと、何かあったときに、患者さんとの関係がどうであったのかということは、非常に大事になると思います。

そして、同意のとり方も、最後のほうにありましたが、全国でできるだけ統一をして、例えばオプトアウトもできますとか、そういうことも盛り込んだ個別の同意の場合、院内掲示のときもそうだと思いますが、そういうことで、漏れのないようにして、患者さんと医療人との間の信頼関係を、たった一言で壊れてしまうことがありますから、そういうことができる限り起きないようにということで、天野参考人に示していただいた7ページの内容が、私にはぴったりすると思いました。

以上です。

○中谷分科会長 ありがとうございます。貴重な御意見をいただいたと思います。

清水委員、どうぞ。

○清水委員 患者さんから、同意について、貴重なお話をいただきました。ありがとうございます。

天野さんの資料の7ページについてお聞きしたかったのですが、黄色の四角の中は、天野さんの御意見だと思えますけれども、文書掲示は患者同意として不足というのは、例えば5ページの大学さんのような院内掲示だけでは無理ということですね。それに対して、具体例を示した包括同意というのは、文書を指されていますか。要するに患者さんが同意した署名が必要な文書が欲しいということでしょうか。

○天野参考人 口頭同意でカルテ記載、もしくは文書同意であっても、患者さんに説明がなされて、患者が同意したという事実が重要になってくるので、その形式はその現場に即したということになるかと思いますが、ただ、口頭での同意をカルテに記載の場合だと、本当に患者が説明されたのかが残らないという部分があるかと思いますが、また、仮に口頭での説明になってしまった場合、患者さんとして、いろいろな医学的な説明を聞きながら、医師の説明などを聞いている中で、なかなか理解できない場合もあるかと思いますが、例えば統一的な文書をつくっていただいて、包括的な具体例を示していただいて、文書で同意をとるほうが、患者さんの理解だけではなく、負担が少ない面もあると感じる次第でございます。

○中谷分科会長 どうぞ。

○清水委員 今のことに関連して、上にある、例えば乳房診察ですとか、前立腺触診、直腸診察みたいなものは、患者さんによって、侵襲的か、そうではないかというのは、少し感覚が違うと思うのですが、今、おっしゃったような文書で具体例を示した包括同意というのは、全国一律のものがあつたほうがいいでしょうか、それとも大学さんとか、機関ごとにつくるということで、患者さんとしては納得されるでしょうか。

○天野参考人 公的なものというか、統一のものがあれば、恐らく患者さんは安心する面があるかと思いますが、一方で、大学によって教育方針内容が違う場合も当然あるかと思いますが、モデル例を示していただくのが一番重要だと思っています。

○清水委員 ありがとうございます。

○中谷分科会長 国土委員、その後、木戸委員、お願いします。

○国土委員 私も7ページのおまとめは、非常に素晴らしいと思うのですが、1つ気になるのは、一次救命処置などがあります。要するに救急患者の場合、オプトアウトでも読む暇はないだろうし、ましてや書面での同意は無理だと思うのですけれども、そういう場合はどうすればいいと思われませんか。

○天野参考人 全く違う例になりますけれども、救急領域における臨床試験などが実際にあって、その同意取得はかなり難しいと聞いておりますので、そういった中で、どれだけ同意取得がとれるのかというのは、実際、かなり難しいと思います。ただ、今、まさに例に出したように、救急領域の臨床試験が実際にあって、同意取得などを行っている例があるので、全く不可能ではないと思っているのですが、現実問題、例えば救急で運ばれてきた患者さんに、いきなりその場で同意をとるというのは、かなり困難を伴うと思います。

一番重要なこととしては、先ほども別の資料で示しましたが、多くの患者さんにとって、大学病院というのは、先進医療を期待して受診する場になっているというのが、現状だと思います。なので、大学病院というのは、もちろん先進医療を提供する場でもあるのだけども、教育と研修の場であるし、そういったことを提供し、それを納得していただくことが重要だということを、広く事前周知することが重要で、その上で同意をとっていくことになると思います。運ばれてきた患者さんが、その場で先進医療を受けられるとあって期待して来たら、いきなり同意の話になっていると、そこで取得するのは困難だと感じます。

○国土委員 ある程度、例外規定みたいなものがあったらいいだろうという理解でよろしいでしょうか。

○天野参考人 具体的な医療現場の個々に即したことを、素人の私がこうすべきというのは、言えないと思うのですが、現実的に即した実効性のある同意取得の方法は、あってしかるべきだと思います。

○国土委員 ありがとうございます。

○中谷分科会長 木戸委員、どうぞ。

○木戸委員 7ページに同意の必要性のある侵襲行為がありますけれども、身体的なものだけではなくて、心理的な侵襲も結構ありまして、産婦人科ですと、見学だけでも患者さんには非常に負担になって、一旦、同意を得たにもかかわらず、後々クレームになったりすることもあります。患者さんの権利を守るという立場から、包括同意だけで済ませるのではなくて、信頼関係の中で、丁寧に一つ一つ御説明する手間は、惜しまないほうがいいと思います。

○中谷分科会長 ありがとうございます。貴重な御意見です。

どうぞ。

○柑本委員 今、お示しくくださった、天野参考人の7ページの考え方は、私の考え方と同

じだと思って、お話を伺っていました。文書掲示だけですと、書いてあったのではないか、読まなかったのかということになるかと思うのですけれども、私自身が医療者の立場ではなく、大学病院に行ったときに、そういったものを見るかということ、ほとんど見ないです。臨床研究をやりたいのですけれども、どうですかと言われたときに、個別具体的な臨床研究については、紙ももらい、サインするので、ある程度責任を持って内容を把握しなければいけないと思って読みますけれども、そうでない限り、一般の患者さんというのは、先ほどおっしゃられたように、大学病院だから、高度な医療を受けられるから、ここに来たという意識のほうがまさると思います。私も含めて、一般の患者さんはそうではないかと思うのですけれども、そうすると、文書掲示では足りないのではないかというのが、率直な意見です。

最初、侵襲がない行為については、文書掲示で、もし嫌だったら言ってくださいということでもいいと思いましたがけれども、今、木戸委員の話を伺うと、それは診療科によって全く違ってくるといことなので、そうなってくると、少なくとも文書掲示では足りず、包括ということになっても、包括同意の対象となる医行為をどういうふうに決めていくのかということも、ちゃんと議論しなければいけないのではないかと思います。

問題が何も起きていないときはいいのですけれども、問題が起きたときに、どういう法律構成になるかは別として、説明があったか、なかったかというところは、裁判所に確実に突かれると思います。ですので、その点は、ちゃんと双方が納得するような形で、進むように持っていくべきではないかと思います。期待していたものと違うということで、精神的な損害を主張する人もいます。前にも言いましたが、主張するのは自由なので、何を主張してもいいわけですから、それをどう裁判所が評価するかということですので、そこは気をつけなければいけないのではないかと思います。

○中谷分科会長 ありがとうございます。非常に貴重な、法的な立場からの御意見をいただきました。

高橋委員、どうぞ。

○高橋委員 いろいろと御意見を伺っていて、今、出てきた御意見は、Student Doctorを法的に位置づけていない現状でのお話に聞こえました。今後、きょう、論点になっている、Student Doctorが法的に位置づけられた場合はどうかというところの視点で、もう少し議論していただけるといいと感じました。

先ほど天野さんの話を聞いている中で、研修医であっても、本当は研修医がやるということの説明して、同意を得たかったというお話しぶりに聞こえました。つまり大学で先進的な高度な医療を受けようと思ってきたのに、研修医に最初の手技をされてしまったと、私には聞こえました。

しかし、研修医には、特に説明や同意を求めてはいらっしゃらない。ここにいらっしゃる全ての委員の方が、それは別に同意なんか要らないというのが、コンセンサスなのだろうと思います。それはなぜかということ、研修医には医師として資格があるからです。です

から、ここでStudent Doctorに法的な位置づけをするというのは、そういう視点でのお話だと思って、今回、委員会に來させていただいたのですが、恐らく法的に位置づけられたとしても、今の日本の患者さんの思いの中では、すぐには同意なしということは、あり得ないと思います。ただし、Student Doctorのカードをつけている学生は、OSCE・CBTを通過して、ある程度のものがあるということが、国民の皆さんの中に浸透してくれば、だんだんと臨床研修医と同じように、それほどの説明、同意がなくても、済むような時代が来るのではないかと期待しております。

それがいつになるかは、わかりません。そして、そこへたどり着くまでの道筋としては、先ほどお示しいただいた、天野さんの8枚目の侵襲度と臨床実習での必要度、そのレベル分けで、このことに関しては口頭での説明でいいだろう、このことに関してはしっかりと文書をとったほうがいいだろうというようなレベル分けをして、国民の皆さんにStudent Doctorが浸透していけば、だんだんとそれがなくなっていくというのが、私のイメージです。

以上です。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

私からのお答えしていいですか。その議論が前2回の分科会でございまして、これを公的化しても、決して侵襲の高い、あるいは羞恥心を伴うようなものをフリーにさせるということではないと、この分科会では話が出ました。先ほど高橋委員からも御指摘がございましたように、現実はそのようなふうになっていない。数十年前と比べて、決してそれは進んでおりません。将来的にStudent Doctorというのが、多くの人々に御理解いただいて、お医者さんの卵を育てるためには、やっていただいたほうがいだろうという気持ちで国民に広く浸透してくる場合であったら、そういう形かもしれませんが、現在のところ、門田レポートも出しましたが、かなりいろいろな手技が入っております。それは学生といいましょうか、Student Doctorであっても、到底できないだろう。それをやらせた病院長、あるいは上級医、指導医は非難される状況になり得る可能性もありますので、そういうことを含めて、余り無理な医行為を公的化を機会に広げるといことは、現段階では考えないという議論に、前2回のあれではありました。高橋委員がおっしゃるとおり、将来的にはそういう形に移行していくほうが、望ましいとは思いますが、そういうことでございます。

佐々木課長、どうぞ。

○医事課長 事務局のほうで、先生方に御説明が足りていなかったかもしれませんが、我々としては、まずは臨床実習をどのぐらい充実したものにしていくのかというのが、一番の眼目でございます。そうすると、CBT・OSCEを公的化して、初期研修でやっていただいているものを、学生さんのときに、Student Doctorという法的な位置づけをしてやっていただくかということですので、シームレスをどういう形で仕上げていくかということ、非常に重要な視点でございます。そういう意味では、この分科会だけで全て決められるところかどうかという視点もありますので、全体的な流れとしては、きょう、いろいろな御

指摘もいただいておりますので、そういった懸念点、ポイントなどを含めて、整理したもので、また御議論いただこうとは思っております。

いずれにしても、究極の目標がStudent Doctorを法定化するというのであれば、その範疇で定められた医療行為については、やっていい、法的に問題ないとなるのがゴールだという理解でございますので、それに持っていくまでの間に、どういうプロセス、何年ぐらいかけてやるかとか、どういう手順を踏んでやるかというところは、きょうの御議論を踏まえながら、少し整理をしたいと思いますが、ゴールは法的には問題ないというものを目指しております。

○中谷分科会長 何かございますか。澤委員、どうぞ。

○澤委員 初期臨床研修医が医行為を行った場合、必ず指導医のカウンターサインが要ります。同意をとる、とらないは別にして、医行為として、まだ未熟な医師だという扱いになっていると思いますので、Pre-OSCE後の学生に関しては、明確な同意をつくっていかないと、まずいと思っております。

○中谷分科会長 金丸委員、どうぞ。

○金丸委員 分科会長にまとめていただいたとおり、前回の意見で、そのようにこの分科会では収れんしたと認識しているのですが、きょうのテーマの同意に関しては、今、澤先生におっしゃっていただいたとおりなのですが、患者さんがノーと言えることも絶対に担保しないと、要するに自分の命をとられている場面での同意ですから、ノーと言にくい環境が少なからずあると思います。大学に先進的な医療を期待して行って、教育というのはなかなか厳しい部分が現実にある中ですから、Student Doctorを仮に公的化したとしても、明確な行為を示して、ノーと言っても不利益はないのですということをもっと明確にする形で、一つ一つとっていくことが不可欠ではないかと思うのですけれども、いかがでしょうか。

○中谷分科会長 清水委員、どうぞ。

○清水委員 私は前回の議論がそういうふうには終結したと思っていなかったもので、議題としてまだ残っていて、厚労省が作成してくださった資料1の11ページにあるように、いわゆるStudent Doctorが法的に位置づけられた際の患者同意の取得方法について、今回、話し合われると思ってきました。

どちらかという、高橋さんの意見に賛成なのですけれども、例えば天野さん御自身におつくりいただいた資料の4ページのところで、これは前から出ているものと同じだと思いますが、日本は臨床実習と臨床研修を合わせた期間が比較的長いということが問題になっていますが、これを短くしようと思ったら、現在、臨床研修で行っている内容ができるようにならないと、短くはならないです。医育機関に学生さんがいることを承知で、医育機関が高度先進医療を扱っているというところが、また問題なのかもしれませんけれども、そういうところに患者さんとして行って、患者さんの権利としてノーと言えるということはあるかもしれませんが、医育機関にかかるのであれば、そこはある程度は許容できると

いうことにしていただかないと、日本の医療で早期から臨床実習を参加型にすることは難しいと思います。

プロパガンダと一緒に並行してやっていかないといけないので、国民や社会の協力が得られないことには、それは進まないものですから、車の両輪として、例えばプロパガンダを厚労省でいっぱいやっていただいて、私たちは淡々と包括同意の方向にいつでも進めるように、学生たちを鍛えていくということと、両輪でやっていくのがいいのではないかと考えていました。

○中谷分科会長 木戸委員、どうぞ。

○木戸委員 なぜ医師を育てるプロセスにおいて、患者さんを相手とした医行為が必要かということの原点に立ち戻って考える必要があると思います。単に手技だけであれば、シミュレーターとか、VRなどでどんどん学習ができるのですけれども、医行為を患者さん相手にすることで、先ほどの天野さんがおっしゃったように、コミュニケーション能力を磨いて、将来、医師として患者さんの説明、同意を得て、きちんと医療行為を進めていくということを身につけていくのですけれども、それが門田レポートにあるように、実施率が低くて、見学ばかりになっているというのは、そういったコミュニケーションが作れていないということの1つのあらわれだと思います。

現に私どものところには、助産師学生も来ているのですけれども、助産師学生は、普通に助産師と同じように分娩介助を行っているのです。もちろん職種が違うので、単純には比較できませんけれども、先輩の指導のもと、一場面ではなくて、長い間、妊娠初期からずっと患者さんとかかわり合いながら、信頼関係を築きながら、いろいろな侵襲行為ができる人間関係を築いているということが、大きな違いだと思います。学生の育て方が医学生と助産師学生ではこんなに違うということを日々歯がゆく思っていて、どうして私たちは後輩をきちんと育てられないのか、残念な気持ちでいっぱいです。

もう少しシステムを考えて、長期的に患者さんとかかわるような体験を医学生にさせないと、いつまでも見学ばかり、しかも、見学すらできないというのは、本当に情けないし、患者の皆さんに協力をいただいて、医学生を育てていかないと、未来の医療を提供するスタッフが育っていかないとしますので、そういう視点も重要だと思います。

以上、意見です。

○中谷分科会長 非常に貴重な御意見をいただいたと思います。

木下委員、どうぞ。

○木下委員 今の木戸委員のお話は、同感します。

今までなかった形でのことを言ってもいいでしょうか。CBTで知識を担保する、OSCEで技能と態度を担保するというお話でした。ただ、態度は、OSCEでは一部しか見られません。CBTとOSCEを通ったStudent Doctorが、公的に患者さんに対してドクターと同じようなことをするだけではだめだということを、コミュニケーションとか、そういうことで、金丸さんとか、木戸先生がおっしゃったと思います。手技と知識だけではだめだ、その背景に

あるものがない限りは、1人の患者さんを相手にすることができる資格を持っているとは言えないということは、つまり態度の評価をもう少しStudent Doctorに加えないと、患者さんに対する責任が問えないのではないかと。

何を言いたいかというと、今度、2020年に臨床研修が大幅に変わります。その中で、評価が全国統一化される。評価表のトップはプロフェッショナリズムです。これは医師と医師以外が必須なわけですが、それと同じようなことをStudent Doctorが、4年生が終わったときに、コアカリもプロフェッショナリズムがトップにあります。それはちゃんとクリアしている。手技も知識もあるし、コミュニケーション能力も含めた、患者さんの立場に立つ資格に足る人間であるということを大学側が担保して、それでStudent Doctorの申請を出す。あるいはもっと言ったら、6年生、卒業するときにも、コアカリの最終段階であるプロフェッショナリズムをクリアしているということが、卒業の要件であって、医師国家試験の受験資格になるような、まさにプロフェッショナリズムのシームレスな評価が全ての段階にあるということを担保すれば、患者さんに対する説明ももう少しスムーズにいくのではないかと気がしました。

以上です。今までと全く流れが違う話をして、済みません。

○中谷分科会長 非常に重要なことを御指摘いただいたと思います。

前から医師国家試験というのは、単にPost-CC OSCEをやったら、それでわかるというものではないですし、Pre-CC OSCEでも、医学生の人格、態度、日ごろどういう学生かというのは、医学部といいたまいますか、養成機関がいつも把握をして、医師になるべきでない学生がいれば、それは排除せざるを得ない。それは当たり前のことだと思います。臨床実習に進むためには、進級しなければならないですから、進級判定はそれぞれの医学部が責任を持って行う。それから、卒業しなければ、医師国家試験は受験できません。そこも数年にわたって、それぞれの学生の態度とか、日常行動を見て、それを担保する、それが一番重要なことだと思っています。しかしながら、それは、CBTとか、OSCEなどの短時間で判断できるものではないだろうと思います。

○木下委員 大学に評価表をつけることを義務づける。文科省の方もいらっしゃるので、研修ではプロフェッショナリズムに丸印がつかないと、臨床の修了認定はできないわけです。そうなれば、Student Doctorも当然そうだと思いますし、大学を卒業して、医師国家試験を受ける資格を認めるということは、プロフェッショナリズムが全国統一で認めた、大学が保証するという、わかりやすい、透明性のある評価をしていただくというのは、難しいのでしょうか。

○中谷分科会長 荒木企画官、どうぞ。

○荒木企画官 貴重な御意見をいただき、ありがとうございます。

先生からも直接おっしゃられましたけれども、臨床研修の到達目標の中にも、当然プロフェッショナリズムが入っていますし、それとあわせる形で、コアカリキュラム、6年間の間でどういうことを進めていくかというところで、イの一番に書かせていただいております。

ます。

個別の評価項目をこうすべきというところ、高等教育機関である大学の責任において、どういう人材を養成するかというのは、大学独自のものもございまして、そこも踏まえて判断されるべきところではございますが、そういう意味では、コアカリキュラムをつかった段階で、ミニマムではありますけれども、各大学はそれを踏まえて対応されていると思いますので、進級、卒業をどうするかということも、まさに大学の責任でなされているところであって、一律にこれをやってくださいというのは、学問の自由ということもございまして、難しいところがあります。

○木下委員 Student Doctorというのが、公的な資格だとすれば、厚労省にそれを要求する権利があるのではないのでしょうか。

○中谷分科会長 どうぞ。

○医事課長 今回の御指摘は、大変重要なポイントだと感じております。ただし、先ほど来御指摘がありましたように、医学部教育の中で、厚労省として新たな資格というか、公的なものをしていくという、新しい試みのところもありますので、今、言った点について、どういう形で担保していくのか。従来から、各大学が誇りとプライドをかけてやっていた部分だと思っておりますが、それについて、どう考えていくのか。今のことは、Student Doctorを国民、患者さんに受け入れていただくためにも、重要なポイントだと思いますので、それはしっかり継続して、連携して検討していく課題だと思っております。

○中谷分科会長 小玉委員、どうぞ。

○小玉委員 視点が違うのですけれども、大学が中心の医学教育であることは間違いないのですが、コアカリキュラムの中で、地域医療の実習をすることが求められているわけです。その中で、大学だけではなくて、出たところの地域の病院で、どのような同意をとるかという視点も必要だと思います。

天野さんの意見は、ほとんど賛成です。包括同意は当然必要ですし、一定侵襲が求められるものは、従来から医師が必ず同意をとっているわけです。そこに重ねてStudent Doctorの同意をとるというのは、作業量がそんなにふえるわけではないだろう。当然のように、患者さんはそれに対しての拒否権もあるわけなので、そういう視点でやれば、天野さんの3点の意見というのは、非常にありがたいと思います。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

時間が押しているのです、よろしいですか。どうしてもということですか。高橋委員、どうぞ。

○高橋委員 先ほど私が言った意味は、同意が必要ないという意味ではなくて、現状では必要だろうと思えます。ただ、将来的にはなくなるということを期待しているところです。

もう一点、今、大学病院以外の地域の一般病院での実習があるわけです。地域の病院から聞こえてくるのは、ただでさえ日常診療が忙しい中で、さらに学生を学習させるために、書類がふえるのかということ、かなり大きな声で聞こえてきます。これは患者さんの立

場を一番に考えるべきであって、今後、Student Doctorが法的に位置づけられる中で、患者さんの意識が変わってくれば、だんだんとそこは下がってくると認識をしています。

○中谷分科会長 わかりました。

○清水委員 手短にいたします。私も全面的に何もかもなしで、Student Doctorに任せていいと申し上げたわけではなくて、先ほど小玉先生がおっしゃったように、私たちも侵襲的な手技については同意をとりますし、それは当然あることであって、もっと言えば、研修医ですと名乗ってもらうのと同じように、Student Doctorも名乗って、ある程度の制限を加えるのは当然だと思います。

それから、木下先生がおっしゃったように、態度面が重要だというのは、重々承知しているのですが、ただし、それを醸成するためには、臨床実習でそこを培っていかないと、座学の段階では難しいと思っています。なので、皆さんの御意見に異論を唱えているわけではないので、そこだけ謝っておきます。

○中谷分科会長 どうぞ。

○柑本委員 時間のないところ、申しわけありません。法制化されたら同意が要らなくなるというのは、ちょっと違うのではないかと思います。法制化されても、患者さんがそれを選択する権利はあるので、そこでは同意をとるべきだろうと思いますし、パラレルに考えられるかどうか、もし間違っていたら、御指摘いただきたいのですけれども、たんの吸引について、介護福祉法、社会福祉士法を改正して、介護職であっても、たん吸引をできるようにしましたけれども、あれは法律上できるようになっているわけです。でも、実務的には、患者さんあるいは家族の同意をとっているわけですから、そういうこととも照らし合わせると、法律上許されていたとしても、同意は必要なのではないかと思います。

○中谷分科会長 個別のことは、ここで議論し始めますと、非常に長くなりますので、基本的には天野参考人に非常によくまとめていただきましたので、文書掲示による患者同意はもちろんあるし、あと、包括同意、さらに侵襲的になる場合には個別同意もとる。この基本は今までも言われていたことではありますが、こういう方向性でやる。ただ、公的化したときには、厚生労働省からひな形なり、そういう形で、統一化をできる限りするという方向で考えていきたいと思っています。あと、いろいろなことがございました。

時間がありませんので、同意はそういう方向で進めて、提言案にはそこら辺について文章を盛り込みますので、先生方には、それについて御意見を言っていただいて、手直しをさせていただく、そういう方向に行きたいと思っています。

時間が十分にありませんので、短くやっていただきますが、事務局から今までのまとめ、きょうの部分は、ほとんど入っていませんが、そこについての説明をいただきたいと思います。よろしくをお願いします。

○医事課主査 事務局でございます。

資料4を御確認ください。時間がないので、簡単に説明させていただきます。

2ページに目次がございます。全部で4部構成となっております。

3 ページ目から、1 番目の卒前・卒後の一貫した医師養成の議論の背景と課題、これまでの取り組みについて、今回の資料 1 で確認させていただいたような内容を記載しております。

特に（2）のところが、共用試験の公的化と Student Doctor の法的位置づけに特化した部分となっております。

4 ページの一番下の部分が 2 番で、共用試験の公的化と Student Doctor の法的位置づけについての留意点等を含めて、記載しております。

（1）で CBT について、5 ページの真ん中からですが、（2）で OSCE の公的化について記載しております。特に OSCE に関しましては、技能・態度がレベルに達していることを確認することは、極めて重要であることから、CBT とともに公的化すべきということで、記載しております。

また、本日の議論にありましたように、SP の均てん化、評価の均てん化につきましても、同様に記載しております。

6 ページの 2 段目の（3）の部分になります。Student Doctor の法的位置づけに関しましては、法的に位置づけた場合も、2 つ目の○になりますが、平成 30 年に取りまとめられました、門田レポートに挙げられた医行為から、現時点で変更する必要性はないと考えられるという形で、記載をさせていただいております。

4 つ目の○で、医師の指導及び監督のもとで行われるべきことも、変更は変わらないということで、記載をしています。

下に 3 番目として、そのことによる影響についての段落を設けております。

（1）医学教育への影響ということで、項目をつくらせていただいております。その中で、1 つ目の○、7 ページの上になってきますが、目的として、全人的な診療に必要な視点を得る機会となることが期待されるという点に関して、留意が必要だという形でまとめさせていただきます。

また、教養教育に関しましては、モデルコアカリキュラムが導入されて以来、低学年のみで学ぶのではなくて、臨床実習を行いながらも、一般教養を学び続けることが推奨されているということで、記載しております。

（2）は患者同意についてです。こちらは本日の議論を反映させていただいて、修正をさせていただきたいと考えております。

8 ページの真ん中から 4 番、ほかの点に関する取り組みについて、（1）患者の医育機関へのかかり方、（2）で指導体制について、最後（3）で保険についてということで、記載をさせていただいております。

事務局でたたき台を作成させていただきましたので、各委員の皆様のお意見を伺いたいと考えております。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

たたき台ということで、前 2 回の会議が終わった段階でつくったものです。本日、御議

論いただいた重要な点というのは、この後、つけ加える形になろうかと思います。あるいはその中で、非常に重要な御指摘も幾つかいただきました。そういうところを含めて、これについて、追加などがあると思います。

本日は、議長の不手際で、時間が超過してしまいましたので、ここらあたりは、次回、もう一回、この分科会を開催したいと思っておりますので、御意見があれば、それ以前でもよろしいですから、ぜひお寄せいただいて、皆さんのコンセンサスを得た報告書をつくりたいと考えております。

今後の進め方について、事務局からお願いいたします。

○西岡補佐 事務局でございます。

次回の分科会の開催日程につきましては、調整の上、改めて事務局から委員の先生方に御連絡申し上げます。

なお、本日の分科会資料のうち、分科会冒頭で申し上げました、机上配付資料がございます。そちらにつきましては、お持ち帰りにならずに、机の上に置いておいていただくよう、お願いいたします。

事務局からは、以上です。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

本日は、非常に活発な御意見をいただいたと思います。OSCEの公的化についてと、法的にStudent Doctorが位置づけられた場合の同意取得について、参考人の方々の御参加もいただきまして、さまざまな観点からの非常に貴重な御意見をいただきました。これを反映して、最終的にシームレスな医師養成のための報告書を作成したいと思います。

本日は、長時間にわたりまして、御審議をいただきまして、ありがとうございます。委員の先生方は、御多忙の中、この会議に御出席をいただきまして、ありがとうございます。もう一回、開かせていただいて、最終案を取りまとめたいと思っておりますので、御協力のほど、よろしくお願いいたします。

これで、本日の「医道審議会 医師分科会」を終了いたします。ありがとうございます。