

| | |
|-------------|-----|
| 医道審議会 医師分科会 | 資料4 |
| 令和元年9月27日 | |

医道審議会医師分科会

報告書（案）

～シームレスな医師養成に向けた共用試験の公的化と
いわゆる Student Doctor の法的位置づけについて～

令和元年9月

目次

| | | |
|---|--|---|
| 1 | 卒前・卒後の一貫した医師養成..... | 3 |
| | （1）医師の卒前卒後の一貫した養成の必要性について..... | 3 |
| | （2）シームレスな医師養成における共用試験の公的化及びいわゆる Student Doctor の法的位置づけが求められる背景 | 3 |
| 2 | 共用試験の公的化といわゆる Student Doctor の法的位置づけについて | 4 |
| | （1）共用試験 CBT の公的化..... | 4 |
| | （2）共用試験臨床実習前 OSCE の公的化 | 5 |
| | （3）いわゆる Student Doctor の法的位置づけ..... | 6 |
| 3 | 共用試験の公的化といわゆる Student Doctor が法的に位置づけられることの影響 | 6 |
| | （1）医学教育への影響..... | 6 |
| | （2）いわゆる Student Doctors が診療参加型臨床実習を行う際の患者同意等 | 7 |
| | （3）地域における実習と地域医療への影響 | 8 |
| 4 | 他の診療参加型臨床実習の充実のための取り組み..... | 8 |
| | （1）患者の医育機関等へのかかり方..... | 8 |
| | （2）診療参加型臨床実習の指導体制..... | 8 |
| | （3）医学生が加入する保険..... | 9 |

1 卒前・卒後の一貫した医師養成

(1) 医師の卒前卒後の一貫した養成の必要性について

- 医師を養成する過程は、6年間の卒前教育と卒後の臨床研修や専門研修等に分けられる。卒前教育と卒後教育は、いずれもより良い医師のための実習・研修であるにも関わらず、これまで異なる目標設定がされ、その教育過程は分断され、連続性が乏しいと評されてきた。しかしながら、近年、医学教育、国家試験、臨床研修制度などを議論する場で、卒前・卒後の一貫した医師養成の必要性が確認されてきた。
- 平成26年度医師国家試験改善検討部会の報告書では、共用試験 CBT が基本的な医学知識を担保しているものとして、国家試験の出題数を500問から400問に減らすこととし、実際に平成29年度に実施された第112回医師国家試験から変更されている。さらに、平成30年度の臨床研修部会の報告書においても、卒前教育と臨床研修における到達目標などの一致を試みるなど、昨今制度的な取り組みを進めている。
- また実習や研修中の経験の評価においても、EPOC オンライン卒後臨床研修評価システム (Evaluation system of Postgraduate Clinical Training) は、卒前の臨床実習と卒後の臨床研修における症例経験を、継続的にインターネット上で蓄積及び評価するツールになるよう改訂を行なっている。
- 上記のようなシームレスな医師養成のため制度整備を進める中で、①卒前の臨床実習における診療参加型実習の推進と②臨床実習と臨床研修の間に行われる医師国家試験の準備の期間の長さが、一貫した医師養成において大きな課題として認識されている。

(2) シームレスな医師養成における共用試験の公的化及びいわゆる Student Doctor の法的位置づけが求められる背景

- 医師法第17条は、「医師でなければ、医業をなしてはならない。」と規定しており、第31条では、第17条に違反する無免許医業の罪を3年以下の懲役若しくは百万円以下の罰金に処し、又はこれを併科するものとしている。医学生も医師の資格を欠くので、医行為を行った場合、形式的には無免許医業罪の成立が問題となるが、臨床実習の重要性、その実施上の条件等に照らし、実質的に違法性がなく無免許医業罪に当たらないと解釈し得るとしてきた。

- 上記の解釈を初めて明確に示した「臨床実習検討委員会最終報告（平成3年）」から約27年経過し、平成30年に改めて「臨床実習において実施可能な医行為の研究（主任研修者：門田守人・日本医学会連合会長）報告書」（以下、門田レポート）において、医学生が行うべき医行為についてまとめられた。同レポートにおいても、「よい医師を養成するためには、医療安全の観点を十分に考慮しつつ、できるかぎり積極的に様々な医行為を医学生に経験させることが必要」とまとめている。
- しかし、このように医学生の医行為の違法性は阻却されているという解釈が示されているものの、臨床実習の現場においては、医学生の実施する個別の医行為が違法性阻却される範疇であるかについて医学生自身による判断が容易でないことに加え、教員や指導する医師にとっても一定の判断の困難さが伴うとともに、患者からの個別同意を取得することに時間や労力がかかること、患者側にとっても医学生の医行為が安全なものであるかの不安がつきまとうことなどから、診療参加型臨床実習は十分に定着していない。
- また門田レポートでは、「現状、どこまでの医行為が違法性阻却に該当するか臨床現場では不明確であり、「前川レポート」に規定される水準Ⅰ及び水準Ⅱの医行為のうち多くが実際には行われぬこと等を勘案すると、医師養成を推進する観点から、医学生が行うことができる医行為のより一層の明確化と現場への周知を図るために、一定の法令上の対応を行うことが必要である。」と結論づけ、診療参加型臨床実習が進まない要因として、医学生の医行為について法令上の位置づけがなされていないことを指摘した。
- 医学生の診療参加型臨床実習を検討するに当たって、近年の医療安全への期待は密接に関係している。診療を行う医師が医療事故防止を強く意識することで、医学生は、以前よりも診療に参加しづらくなると指摘されており、医療安全を担保しつつ、医学生が診療チームの一員として診療に参加し診療参加型臨床実習を行うためには、指導体制等の充実とともに医学生の質の担保とその医行為について公的な位置づけが重要である。

2 共用試験の公的化といわゆる Student Doctor の法的位置づけについて

(1) 共用試験 CBT の公的化

- 共用試験 Computer-Based Testing (CBT) は、平成17年より正式実施されており、近年は全大学で実施され、その合格はAJMC発行のStudent Doctor 認定証発行の要件の一つとなっている。

- 共用試験 CBT は、項目反応理論 (IRT) などの問題の精度管理の手法や評価手法が確立している。厚生労働省も現状、臨床実習を行う全ての医学生が受けていることや試験としての妥当性や信頼性を鑑みて、国家試験の試験問題と重複を避けるように調整を行なった結果、第 112 回からの医師国家試験で出題数を減らしている。共用試験 CBT は、日本の医学教育の中でその位置付けは既に確立されており、医師国家試験の受験要件とする等による公的化に相当する試験である。
- さらに、CBT としてマルチメディアを用いた問題の開発も進行しており、今後より臨床能力を正確に計る問題の出題が期待できる。
- 課題としては、実施時期を今後どのように定めるか検討する必要があるとともに、医学生が共用試験 CBT の試験対策に追われ、4 年次までの一般教養などの教育内容の習得が疎かにならないようにするための工夫、出題範囲や内容の検討、合格基準の設定等が検討される必要がある。この点に関しては、国家試験の出題範囲や合格基準とも密接に関係しており、双方の検討の場においても連携の下、検討される必要がある。

(2) 共用試験臨床実習前 OSCE の公的化

- 共用試験臨床実習前 OSCE (Objective Structured Clinical Examination) は、共用試験 CBT と同時期の平成 17 年から正式実施され、その後は全ての医学生が受験するなど、現状の医学教育の中で臨床実習前に技能と態度を試験する機会として確立されている。
- 医学教育の中で、知識ではなく技能や態度を試験する機会は、共用試験臨床実習前 OSCE と、令和 2 年度から正式実施予定の、臨床実習後に行う Post-CC-OSCE (Post-Clinical Clerkship Objective Structured Clinical Examination) のみである。近年、医師の倫理観や医療の安全性について、社会からより高い水準を求められることを鑑みても、臨床実習前に一定水準の技能・態度のレベルに達していることを試験することは、極めて重要であると考えられる。上記からも、共用試験臨床実習前 OSCE は、共用試験 CBT とともに公的化すべきであると結論づけられる。
- 一方で、共用試験臨床実習前 OSCE の実施において、模擬患者 (SP) が試験において重要な役割を果たしているが、これまで各地域で元患者やボランティアを中心に養成された模擬患者を、各大学が採用してきた。公的化にあたっては、SP の対応の均てん化が図られるよう、全国的に取り組む組織の創設や SP に対する研修体制の整備などの検討が必要である。

- また、共用試験 CBT 及び共用試験臨床実習前 OSCE における医学生の評価については、これまでも一定の基準が置かれていたものの、公的化するに当たっては、一定の質の担保や社会の要請に応える観点から、公的な場においてその判断基準を協議し、より公平に判断される体制の構築について今後検討する必要がある。

(3) いわゆる Student Doctor の法的位置づけ

- 共用試験を公的化することで、共用試験後に臨床実習を行う医学生は一定の医学教育水準が公的に担保されることから、実習において医行為を行う、いわゆる Student Doctor を法的に位置づける。
- いわゆる Student Doctor が法的に位置づけられた場合においても、医学生が行うことが推奨される医行為は、法的位置づけの有無に関わらず、平成 30 年 3 月にとりまとめられた門田レポートに挙げられた医行為から変わるものではない。必須と推奨に分けられた医行為が未だに十分に行われていない現状からも、現時点で変更する必要性はないと考えられる。
- 但し、医学生が医行為を行う臨床現場で、患者の前で各医行為が法的に認められているものかどうかを判断することが、診療参加型臨床実習の障壁になることが予想され、臨床現場で行われる診療は日進月歩に進行していることを鑑みると、いわゆる Student Doctor が法に基づき行える医行為を個別に列挙することは適当ではない。
- また、いわゆる Student Doctor が診療に参加する際は、医師の指導及び監督のもと行われるべきであることは、法的に位置づけられた場合も変わらない。必ず、医師の指導や監督のもと行われることから、実施する行為については、指導する医師が適宜、医学生の能力と患者の状態等を勘案して判断すべきものである。

3 共用試験の公的化といわゆる Student Doctor が法的に位置づけられることの影響

(1) 医学教育への影響

- いわゆる Student Doctor の法的位置づけは、臨床実習の診療参加型化を促し、卒前教育がより良い医師の育成に向け充実することを目的としている。診療参加型実習は、

単に経験を増やし技術を向上させるのみならず、診療チームの一員として診療により主体性を持ち、積極的に参加することで、知識や技術だけではなく、患者の背景、仕事との両立、経済的な要因、家族との関係性など、全人的な診療に必要な視点を獲得する機会となることなどが期待される。単に、侵襲的な医行為を早期に習得させることを意図しているわけではないことには留意が必要である。

- 医学教育モデル・コア・カリキュラムが導入されて以来、一般教養は医学生の低学年のみで学ぶのではなく、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。質が高く、効率的な臨床実習を実現し、高学年においても一般教養を学ぶ時間が設けられることが望ましい。

(2) いわゆる Student Doctor が診療参加型臨床実習を行う際の患者同意等

(※令和元年第3回医師分科会の議論を今後反映予定)

- 現在、患者は医療機関にかかる際、医師免許を有する医師に診療されることを期待し、医療機関との診療契約に基づき診療を受けている以上、医師免許証を有しない医学生が診療行為を行う場合、現状、大学病院等に受診する患者の期待等を鑑みると、患者の同意を得る必要があることは社会通念上、必要である。
- 平成30年度にまとめられた「臨床実習において実施可能な医行為」に関する報告書(以下、門田レポート)においては、患者同意取得については、「患者から「包括同意」を文書または口頭で得ること」が望ましいとされた。
- 一方で、同意取得の困難さが診療参加型臨床実習における障壁の一部になっていることが、同報告書に関するパブリックコメント等で明らかになった。令和元年に「ICTを活用した卒前・卒後のシームレスな医学教育の支援方策の策定のための研究(研究代表者：門田守人・日本医学会)」において行われたアンケートによると「学生が診療に参加することを拒否する」「指導する医師が多忙であり同意を得るのが困難」などの理由による同意取得の困難さが診療参加型臨床実習の阻害要因となっている。
- いわゆる Student Doctor による医行為の実施が法的に位置づけられれば、いわゆる Student Doctor が①医育機関等において診療チームの一員であること、②診療に当たって事前に一定の準備ができていること、③医行為を実施することが違法ではないことが、患者にとって明確になり、必要に応じた同意を得られやすくなることで、診療参加型臨床実習は促進されることが期待される。

(3) 地域における実習と地域医療への影響

- 医学教育モデル・コア・カリキュラム（平成 28 年度）の中で、医師として求められる基本的な資質・能力に地域医療への貢献が位置付けられており、地域医療実習においては、地域医療実習協力機関と連携することが求められている。
- いわゆる Student Doctor が法的に位置づけられることによって、臨床実習期間中の地域医療実習もより診療参加型になることが予想され、プライマリ・ケア能力の習得に必要な経験をより多く積むことが期待される。主体性を持って地域医療を体感し、将来のキャリアにも良い影響を与えることが予想される。
- また、卒前の臨床実習である程度の診療能力が習得されることで、各養成過程の中で、現状よりも地域に貢献することが可能となることも予想される。

4 他の診療参加型臨床実習の充実のための取り組み

(1) 患者の医育機関等へのかかり方

(※令和元年第 3 回医師分科会の議論を今後反映予定)

- 診療参加型臨床実習を充実させるためには、患者が医師を育てる、といった認識に基づいた患者の協力が不可欠である。
- 本来、大学病院はその設置目的に医学生の育成が盛り込まれているにも関わらず、大学病院を受診する患者の中には医学生への教育に理解の乏しい患者も少なくない。医学生及び医師は養成課程において、必ず臨床現場における経験を積む必要があり、大学病院等の医育機関はそのために設置されている事実と、いわゆる Student Doctor が共用試験に合格し、診療参加型の臨床実習を行うに足る学生であることを広く周知する取り組みを行う必要がある。

(2) 診療参加型臨床実習の指導体制

- 医学生の医行為が法的に認められても、常に医師の指導・監督下で行われることが原則であり、診療参加型臨床実習の充実のためには、指導体制の整備が不可欠である。大学病院で教員等の医師が十分に学生の教育に時間を充てられ、また評価される必要があるとともに、臨床研修や専攻医も屋根瓦式に医学生への指導を積極的に行われることが望まれ、また評価されるべきである。また、医学生を受け入れる地域の病院においても、指導体制の充実が望まれる。

(3) 医学生が加入する保険

- 医学生が診療参加型臨床実習の中で一定の侵襲的な医行為も行う場合は、医賠償保険に加入することについて、加入を強制的に行うかどうかは病院管理者の判断であるが、養成課程にある医学生を保護する観点から強く推奨されるべきである。