

○岡部医師臨床研究推進室長 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。

本分科会の委員の先生方におかれましては、御多忙のところ御出席をたまり、まことにありがとうございます。

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

また、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、高木理事に、また、「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」の研究班より伴先生、鈴木先生にお越しいただいております。

本分科会として、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)

○岡部医師臨床研究推進室長 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、よろしくをお願いいたします。

○中谷分科会長 分科会長を務めさせていただきます、中谷でございます。よろしくお願いいたします。

それでは、まず、資料の確認につきまして、事務局からお願いいたします。

○岡部医師臨床研究推進室長 それでは、資料の確認をお願いいたします。

今回は、ペーパーレスの会議を実践していくこととしまして、委員、参考人の先生方にはタブレットを御用意させていただいております。お手元のタブレットから資料をごらんください。

資料としましては、議事次第、座席表に続きまして、資料1「シームレスな医師養成に向けた取り組みの現状と課題」でございます。

参考資料が1から4ございまして、参考資料1が「医学部の臨床実習において実施可能な医行為の研究」、参考資料2が「諸外国の大学医学部における臨床教育について」、参考資料3が研究班提供資料、参考資料4が共用試験実施評価機構のCATOの提供資料となっております。

不足する資料等がございましたら、事務局にお申しつけください。

それでは、分科会長、引き続きお願いいたします。

○中谷分科会長 それでは、早速議事に入りたいと思います。「シームレスな医師養成に向けた取り組みについて」という議題になっております。非常に重要な医師養成のプロセスを議論することになります。恐らく数回に分けて、議論する形になるかと考えております。

まず、事務局より、資料1「シームレスな医師養成に向けた取り組みの現状と課題」を

御説明いただきました後、続けまして、「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」の研究班より、参考資料3を用いまして現状の検討状況について御説明いただくことになっております。さらに、医療系大学間共用試験実施評価機構（CATO）より提供がございました参考資料4を御説明いただきました後に、各委員から御意見、御質問をお願いしたいと存じます。

それでは、早速、事務局から順次御説明をお願いしたいと思います。よろしくお願いたします。

○加藤企画調整専門官 事務局でございます。

それでは、資料1より御説明させていただきますので、お開きください。資料1「シームレスな医師養成に向けた取り組みの現状と課題」ということで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中で、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けれども、昨年、平成30年の医師法、医療法の改正におきまして、今回、附則という形で、第2条にございますとおり、シームレスな医師養成に関して法制上の措置を講ずるということで、3年以内ということ期限が切られております。

ここの赤字をもう一度確認させていただきますけれども、大学が行う臨床実習を初めとする医学に係る教育の状況を勘案し、医師の資質の向上を図る観点から、医師法の規定について検討を加え、その結果に基づき、この法律の公布後3年以内に法制上の措置その他の必要な措置を講ずるものとするということが記載されておりますので、公布後3年となります2021年7月まで、この間に法制上の措置についてこの場で検討いただくということになっております。

続きまして、3ページ目にありますとおり、これまでの医学教育改革とシームレスな医師養成の議論に関して、これまでの議論の内容を簡単にまとめましたので、御紹介させていただきます。

4ページ目になりますけれども、共用試験導入に至る議論の流れということで、これまでも古くから臨床実習をより充実されるためにはどうすればいいかということで御議論いただいたところ、平成3年のいわゆる前川レポートで、赤字でございますとおり、医学生が医行為を行う場合の違法性阻却の条件として4つ挙げられておりました、この3つ目でございます臨床実習に当たる事前の医学生の評価に関して、全国共通の評価システムを検討するべきではないかということで、この後、文部省でも検討されましたし、最終的に平成13年に共用試験システムを開発するということを決定しております。

それに基づきまして、きょうお越しでいらっしゃいます共用試験実施機構のCATOが設立されて、5ページ目に移りますけれども、平成17年に共用試験が正式に実施されたという経緯がございます。その後、合格者にはStudent Doctorということで、AJMCより認定証が発行されていたというような経緯がございました。

また、そういった共用試験の枠組みとともに、医学生が行える医行為に関しましては、平成3年の医学生が行える医行為に関してまとめた前川レポートが20年以上の時を経ていましたので、平成30年、昨年、門田レポートということで再度まとめ直しております。

この後、今後も来年度に関しましては、右側にございますとおり、Post CC OSCEということで、6年次のOSCEを正式に全国的に実施されるという動きもございます。

6ページ目に、先ほど申し上げました門田レポートの概要をお示ししております。前川レポートに比べまして、指導医による指導監督に関しましては、初期研修などが導入されたことにより、屋根瓦式でもいいのではないかとということや、共用試験（CBT）の合格者が医学生の要件として加えられるべきではないかというようなところに、主な変更点がございました。また、1番の医学生が行える医行為に関しましても、改めてまとめ直しております。

続きまして、こういった取り組みの中で、現在言われている課題に関しまして、7ページにまとめております。大きく分けてこの3つの点が指摘されていると我々は認識しておりますけれども、臨床実習においては、いまだ実践性が乏しくて、習得度が高くないのではないかと指摘が1つ。そして、臨床実習と臨床研修に関しては重複している部分があるのではないかとというのが2つ目。そして、諸外国に比べて卒前の臨床実習と臨床研修の合わせて4年間というのは比較的長いのではないかとというのが、主な指摘事項でございます。

こうした指摘も踏まえまして、8ページ目にございますとおり、国家試験に関しても、これまで改善検討部会で検討がされてきてまして、共用試験との関係性、そしてPost CC OSCEに関しましても、右側にございますとおり、今後の達成状況を確認しながら、繰り返し議論していこうというようなことでまとめられておりました。

続きまして、9ページ目、共用試験とStudent Doctorの現状を簡単に、この後、CATOより詳しく説明いただきますけれども、概要だけ御説明させていただきます。

現在、主に4年生で行われています共用試験は、CBTとOSCE、知識と技能と態度を見る試験で構成されているということになります。CBTに関しましては、Computer Based Testingですので、およそ想像できるかと思えますけれども、OSCEに関しましては、11ページ目にどのように実施されているかということ概要まとめております。臨床研修開始前と開始後ということで、今、行われておりますけれども、主には模擬患者さんを用いて医療面接、身体診察、手技などを各ステーションに分かれて実施していただいて、それを評価するという内容になっております。これに関しましては、技能や態度を評価できるという利点とともに、課題としては模擬患者さんや評価者の標準化がなかなか難しいのではないかとこの声もこれまでございました。こういった点に関しまして、広く先生方からも御議論、御意見をいただければと思っております。

12ページ目に、現在の共用試験とStudent Doctorの関係性をお示ししております。CATOがCBT・OSCEに関して、各医学部で試験を実施していただいて、CATOが決めた合格最低基準

を超えた場合、これはAJMCよりStudent Doctorを発行されて、それを用いて医学生が臨床実習を行っているというのが現状でございます。

次に、Student Doctorのことに关しまして、13ページをお示ししておりますけれども、平成27年より本格実施されていますので、既に全大学で発行されているというのが現状でございます。

14ページ目は、共用試験を導入することによって、4年生から卒業までの間で態度や技能も向上するのではないかとということで取り組まれているイメージをお示ししております。

ただし、15ページ目にございますとおり、昨年まとめました門田レポートのアンケート調査を行いましたけれども、5年生で1年間臨床実習を行った後に、自信を持って行える手技は何なのかという問いに対して、比較的十分に自信を持って行える手技というのが余り多くないのではないかと、習得率は依然として低いのではないかと御指摘がございました。

こういったところを16ページ目に課題としてまとめておりますけれども、太字下線にございますとおり、主に今言われている課題としては、CBTに関しては、各大学が合格基準を決めているから質が均てん化されていないのではないかと御指摘。そして、国家試験は100題削減されておりますけれども、いまだ国家試験の負担が大きいのではないかと御指摘。Student Doctorに关しましては、より参加型臨床実習を充実させるために、公的な位置づけが必要なのではないかと御指摘をいただいております。

17ページ目に、日本医師会及びAJMCから2018年5月に要望書をいただいておりますので、ここで御案内させていただきます。

これまでのこういった背景をもとに、18ページ以降、厚生労働省として今後シームレスな医師養成に向けた改革全体案というものをお示しさせていただきます。

19ページ目にございますけれども、今回、先ほどのAJMCや日本医師会からの御指摘も踏まえて議論の対象とさせていただきますのは、赤字にございますとおり、医学生が行える医行為を整理し、門田レポートでどういう医行為がされるべきかということは整理されましたけれども、やはりStudent Doctorを公的化することによって、医学生の医行為の法的な担保を行うべきではないかというのが1つ目の論点。そして、そのためには共同試験（CBT・OSCE）を、これも公的な位置づけにするべきではないかというのがもう一つの論点です。

ただ、シームレスな医師養成に关しましては、この2つがあればいいというわけではなく、やはりあわせてPost CC OSCE、この右側にございますけれども、こういったものをより充実させる必要性や、臨床研修においてもより充実させて、シームレスな医師養成を検討していく必要性が指摘されておりますし、評価に关しましても、下にございますとおり、EPOC等による一貫した評価・管理ということで、現在、この後御説明いただきます研究班によって、卒前・卒後のEPOCによる評価・管理体系に关して研究を行っていただいております。

こうしたシームレスな医師養成の全体像がある中で、今回、先生方に御議論いただきたいのは、最後のページでございますとおり、共用試験（CBT・OSCE）の公的化について、どのように考えるのか。そして、Student Doctorの位置づけやその医行為に関して、法的にどのように考えるのかという点で、本日は御議論いただければなと思っております。よろしくお願いたします。

○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、研究班のほうから、参考資料3「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」について、御説明をいただきます。伴先生でよろしいですか。

○伴参考人 愛知医科大学の医学教育センターの伴でございます。どうぞよろしくお願いたします。

10分間ということでございますので、資料のタイトルを少したどりながら御紹介いたしまして、突っ込んだ内容はディスカッションのところでまた追加できればと思います。

今、加藤先生のほうから御紹介がありましたように、この研究班は門田先生が代表ということで、私、前医学教育学会の理事長と、現医学教育学会の理事長の鈴木先生と2人でこの研究班の全体を取りまとめているという現状でございます。

次に2ページ目を見ていただきたいのですが、今話題になっておりますCBT・OSCEも含めて、評価というものを考えるときに、どのような側面を考えながらやらないといけなかないかということをごに挙げました。信頼性、妥当性、公平性、透明性ということは、筆記試験も含めていろいろディスカッションをされて、よく出てくる話題でございますけれども、実際に国家試験レベルないしは公的な試験・評価ということになりますと、下の2つが非常に重要で、実施の容易度、フィージビリティと言われるものですが、それから、学習者の学習態度に与える影響ということを考えてやらないと、非常にゆがんだ方向に学習が誘導されてしまうということがございますので、それを考えながらやらないといけなないと思います。

次のページを繰っていただきますと、医師養成と臨床能力ピラミッドと書かれております。先ほど厚生労働省から示された横長のものを縦にしたような図ですが、臨床実習前と臨床実習、そして国家試験を挟んで、臨床研修と専門研修、さらにスーパースペシャリストと、こういう段階になっていくということです。

今、一番ハイクラス、全国一斉に行われて資格試験となっているのが国家試験ということになります。下の臨床実習前と臨床実習の間に置かれているのが共用試験ということになります。

次のスライドを繰ってください。そこで、医師国家試験の前のところに、今、3つのことを書いてございます。実習前に共用試験を受けて、そして実習に入って、実習現場で評価を受けながら、臨床実習が終わったら実技的なものはPost CC OSCEで、知識的なものは従来からの医師国家試験でという形になっております。後でまたディスカッションに出て

くるかと思えますけれども、OSCEというのは模擬患者さんとか、いわゆるシミュレーションなわけです。ですから、実際の患者さんが目の前におられるわけではありませんので、ある一部分の技能を切り取ったという形で評価します。

それから、態度も一部は評価できますけれども、ふだんのような態度で実習に取り組んでいるのか、あるいは患者さんと接しているのかという流れを見ることはできない。その一部で切り取っている。ですから、やってみなさいと言ったらやれますけれども、ふだんはやっていませんということがよく起こります。そのようなことも考えて、臨床現場での直接観察、それから、下に書いております実地試験というものの一つの方法が、Mini-CEXと言われる物ですが、これも詳しくは後でディスカッションになればそこで説明させていただきたいと思えます。

ここをまとめて言いますと、臨床現場での実習、臨床現場での指導教員による評価、あるいは上級教員による評価というものが国家試験のために、なかなかその実が上がっていないというのは確かにありまして、6年生になると国家試験が1年後に迫ってくる。そうすると、長くやっているところでも年内に実習が終わるところがほとんどで、かなりの大学は6年生になったらもう実習していないところがあるというのが現状でございます。

あと5分で簡単に、今、門田班でやっております研究について説明をさせていただきたいと思えます。

1枚スライドを流していただきますと、横長になっております。卒前教育、初期研修、専門研修ということで、この流れのところでの評価を担当しているのが我々のグループでございます。国家試験につきまして、今は筆記試験でやっておりますけれども、多くの諸外国では、国家試験レベルの試験はComputer Based Testing (CBT) になっております。そのほうがより実践的な問題が出せますし、いろいろな画像とかを安価に提供できるということで、CBT化されております。

そして、国家試験は今、開示をすることになっておりまして、それによる問題の聖地化といいますか、ブラッシュアップがなかなかしにくい。全部使い捨てという形になっておりますので、その辺のことも、これは法律的な側面から検討する必要がある。それから、今、上がっております共用試験のCBTにつきまして、我々は主に研究をしております。

PostとPreの両方に係っておりますOSCEにつきましては、私たちの研究グループでは今、研究の対象としては取り上げておりません。

それから、その横にございますマルチメディアCBTの開発、これはCATOのほうからずっとトライアルがされておりますCBTの今の試験によりマルチメディアを活用した臨床現場のビジュアルな再現を使った研究をするということで、高木先生が研究代表になっております。

下のほうの矢印が2つございます。緑の矢印でございますけれども、これは現在、初期研修で主に使われておりますEPOCというデジタルの評価ツールを卒前研修にも一貫通貫で使えるようにして、かつそれをタブレットで実際に評価できる形にして、臨床実習と臨床研修のそれぞれの臨床能力評価を一貫通貫でできるようにしようということで動いており

ます。

下から矢印が8つ出ております臨床研修の評価体系といいますのは、臨床研修が2004年に必修になりまして、臨床研修の必修化後、どのような形での研修の実が上がっているかということの評価を担当するというところでございます。

それから、紫の矢印は、今年度からもう一つの柱として入れる研究でございまして、ICTを活用した医学教育コンテンツというのは、これは評価に限りませんが、非常に高価でお金がかかって、実は余り活用されていないというものがたくさんございます。海外でもICTの活用は必ずしもうまくいっていないということがございますので、どのようなICTの活用の仕方がいいのかということを含めて、今後、この矢印が専門研修のほうまで行っていますのは、生涯研修に対してもICTのマテリアルがどう活用できるかということを考えてのことでございます。

その後の数枚のスライドは各班の状況でございますので、最後に1分ほどのところで、16枚目のスライドを見ていただけますでしょうか。国家試験のCBT化、共用試験のCBTの法的解釈ということで、まず、国家試験のCBT化に関しましては、米国のUSMLEというものがCBT化されたプロセスと実際のロジを検討しております。

あと、ドイツ、カナダ、台湾、韓国からの情報を入れております。

共用試験のCBTに関しましては、ドイツ、カナダ、台湾、韓国からの情報を入れておりますが、ドイツ、台湾はCBTに相当する試験がございます。これはいずれも国家試験になっております。カナダ、韓国にはございません。そして、USMLEは御存じのとおり国家試験ではございません。という形で、それをまとめたのが最後の17枚目の表でございます。

以上でございます。

○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、CATOのほうから提供いただきました資料4について、御説明をいただきたいと思っております。

○栗原参考人 それでは、CATOのほうから御説明させていただきます。

私、CATOの理事長を務めております学校法人慈恵大学理事長の栗原でございます。

きょうはCBTを中心に、現状どうなっているか、今御説明がありましたように、知識、技能、態度、これをどう評価するかということが一番重要でありますので、特にこのCBTを中心に、きょうこの席に同席しております高木理事のほうから御説明をしたいと思いますので、よろしく願いいたします。

○高木参考人 それでは、5枚目をごらんください。共用試験の実施方法でございますけれども、これは皆さん御存じのように国家試験と異なりまして、希望する大学によって実施するというのが最初の導入でございました。

それから、進級認定の判断に用いるかどうかにつきましては、各大学に任されているということでございますけれども、一応、医学部長病院長会議では、IRTの能力値、ここにありますように359が最低点ということでございます。

先ほどから御説明がありましたように、知識はCBTで、態度につきましてはOSCEで行いましょうということでございます。

その次のページが、今、御説明がありましたところのCBTとOSCE、このような形で加藤専門官のほうからお話しになったとおりでございます。

ちなみに、6ページのちょっと上でございますけれども、2018年の受験者実数は、医学部が本試験で9,384人、再試験が681人。これは歯学部もやっておりますので、歯科のほうで2,494人で、再試験が598人ということで、歯科のほうは再試験の率が多いということでございます。

きょうはCBTについてお話をいたしますけれども、これはここに書かせていただきましたように、試験用紙をただコンピューター画面に置きかえただけではなくて、コンピューターが持つ能力を利用したものであるということでございます。ここに書いてございますように、プール化された問題から個人個人に別のセットの試験問題を用意することができる。したがって、受験生全員が一律の問題ではない。これはカンニングができないという、そういうことで言うと非常に利点がございます。ただ、別々の問題を使いますので、評価が難しいということで、共用試験実施機構ではIRTの標準スコアというものを使わせていただいております。

9ページでございますけれども、今、共用試験実施機構にはCBTの問題が2万7000題プールされておまして、そのプール化の問題からセットをつくりまして、それを各大学に送らせていただく。各大学では、それぞれの受験生に一つ一つのセットを送りまして、学生がそれを解答する。解答の正解か不正解かは、これまた送っていただいたCATOだけで行っているということでございますので、大学が行っていないということでございます。そのCATOの成績がそのまま大学のほうに返還されまして、それが最終的な受験生のほうに返還されるということになっております。

ここにございますように、共用試験(CBT)では、先ほどから申し上げておりますように、CBTは知識を持っております。この到達すべき学習目標は、10ページにございますように、モデル・コア・カリキュラムに示されている内容から出題されているということでございます。

11ページは、ここにございますように、ブロック1～4というのが1時間で5選択肢択一形式です。これは国家試験と同じでございます60題。

それから、ブロック5が1時間でございまして、多選択肢択一形式でございます。これは5肢ではなくて6肢以上、コンピューターを使いますので十何肢でもできるということでございます。国家試験の場合はたしか多くても10ですけども、共用試験の場合はもっと多くの出題ができる。この場合、我々のところでは、臨床の症例問題を34題、基礎医学問題を6題、全部で40題を出題しているということでございます。

ブロック6は、これが非常にユニークなものでございまして、順次解答4連問形式です。これは症例につきまして、臨床推論を行う。まず医療面接を行いまして、それから検査を

する。身体診察を選ばせて、その後、検査をして、最終的には病態生理を問うという問題でございます。これは順次解答ですので、答えましたらもとに戻れない。これは実は、医師はその処方・処置を行ったら、もう一度、あれはこうしましょうねということができないということですので、非常に慎重に選ばなくてはいけないということで、後戻りできない。これはコンピューターしかできませんので、コンピューターを使った非常に特異的な問題だと思っていますし、世界では共用試験だけでございます。

12ページですけれども、多選択肢、今申し上げたとおりでございます。6つ以上のことでございますので、設問文によっては応用力や問題解決能力も測定できるということでございます。

まず示しましたのが13ページ、これは症候EMIですので臨床問題です。このような発熱を来す選択肢というのは、このぐらい一応考えられますので、その選択肢を使いまして、54歳の女性、これこれこういうことがありましたので、考えられる病態はどれですかということで、この場合は感染性心内膜炎ということで選択をしているわけでございます。

その次のページが病態EMIです。これは主に基礎医学が今、非常に重要になっておりますので、その領域について質問するということでございます。

16ページにその例があります。この場合、18歳の男子、これこれこういう症状がありますということで、普通の場合はこれで考えられる疾患は何かということでございますけれども、この場合は基礎的なものですので、喀痰中に多く認められる細胞はどれかということで、非常に基礎的な質問になっているということでございます。ですから、これは病態EMIということでございます。

今、申し上げましたように、34題と6題ということで、全部で40題が出題されているということでございます。

それから、順次解答4連問がタイプQということでございまして、臨床推論能力を見ましようということでございます。基本パターンは、医療面接、身体診察、検査、その症例の病態生理ということでございます。

例をここに出してあります。19ページを見ていただくと、医療面接です。52歳女性、こういうことで来たのだけれども、この患者にまず聞くことは5択のどれかということで聞いているわけでありまして。この場合にはDが正解で、昨夜、脂っこいものをつたかということでございます。

その次のページに行きますと、身体審査になります。このところでは1問目のどれが正解かという正解をもう書いてございます。昨夜は中華料理を食べたということで、この患者で予想される身体所見はどれかということで身体症状を聞いているわけでございます。この場合はCということでございます。

それが終わりますと、今度は3問目に入りますと、一応、身体診察が終わりまして、次は一般的な診療では検査を行いますので、まず行う検査はどれかということを設定するわけでありまして。そうしますと、この場合は腹部超音波検査をしますということでござい

す。

その次のページは、今度、病態生理ですので、このような形で腹部超音波像が選択されます。それを出しまして、どういう病気かというのを聞くのではなくて、そこにございます、この患者で脂っこいものを食べた後に起こる腹痛の発生機序にかかわるホルモンはどれかということですので、基礎医学的、病態生理的なものをここで問うということでございます。

反応理論は、そこにちょっと書いてありますけれども、項目の識別、その設問の識別能力がどのくらいあるかということと、どのくらい難しいかというのを、このような曲線に描くわけでありまして。この場合に大事なものは、200人以上の受験生がこれをやって、その200人以上の生徒からの今の反応理論、反応曲線を描くということでございます。

次のページを見ていただきますと、まずは識別能力と、あとは難易度です。ここにありますように、右に行くほど易しくて、左に行くと困難になるということでございます。

これは、その次のページを見ていただくと、ピンクのテストAの8点、テストBの5点、これが同じ能力になるということでございます。ですから、この場合に易しい問題、難しい問題がありますけれども、易しい問題の場合は高い点をとらないとだめですし、難しい問題は低い点でも同じ能力になるということでございます。

このような形で、CAT0のほうは実際に作成をします。この場合には各大学で作成していただいて、ブラッシュアップ。それから、その問題を集めまして、今度は機構のほうで中央ブラッシュアップを行います。これは平成28年実績で全国から221名の教職員に集まっていたいただいて、ブラッシュアップを行う。試行問題を決定いたしまして、その次にもう一回問題のブラッシュアップを行います。平成28年度は75回行っております。非常に多くの先生方に関与していただいて、やっているわけでございます。

それから、実際に行うところも、機構のほうから監督官が参りまして、本試験でしっかりCBTが行われているかどうかというのを監督しているということでございます。

その次のところが今回の肝でございますけれども、質の保証です。異なる時期に試験を行い能力を評価するので、今申し上げましたような根幹の理論を用いて行っています。200名以上の受験生からの項目特性曲線、難易度と識別度を求めるということでございます。ですから、これである程度、その問題がどれくらい難しく、どのくらい識別能力があるかということがわかる。ちなみに、国家試験は、別に国家試験を批判するわけではないですけれども、事前に問題の評価ができませんので、最終的にそこにありますように採点除外というのがちょっと出てまいります。この問題はいい問題なのだけれども、ちょっと難し過ぎるとかが出てきますので、一番下に書いてございますけれども、ことしが4題、昨年が3題、一昨年在7題ということでございます。

もう一つはCBTの保証ですけれども、今、申し上げましたように、良質な問題をまず各大学でつくっていただく。プールを行う場合には、機構でのブラッシュアップを行います。5～6人の先生に集まっていたいただいて、2日間で50～60題、それから機構内の問題評価・

プール化委員会でそれをもう一回ブラッシュアップします。対象外として出題の事後評価も行います。

次は、採点問題のプールとセット化を行いまして、この場合も複数の先生方に、このセットでいいのかどうかというのをチェックしていただく。

もう一つは、信頼性向上委員会というのがございまして、CBTによる評価の妥当性を専門の委員の方に評価していただいています。これは2カ月に1回開催している。

以上のステップによりまして、良質で評価可能な問題が出題されているということでございます。

その次は委員会のことでございますし、CBTの内容は次に書いてございます。これは特に基本事項、医学一般という基礎的なことが多くなりまして、それで言っているわけであります。

共用試験のCBT、2018年度と2017年度でどのぐらい違うかというのは、これを見ていただくとわかりますけれども、IRTの平均を見ていただくと、2017年度は平均が518、2018年度は513でございますので、ほぼ同じ点数になっているということでございます。

あと、これはオフレコになっておりますけれども、実際に先ほど専門官からお話がありました359というのを判定で用いているのは44校です。もう少し上のほうに行きますと、420ぐらいがその次に多いところですが、359ですと普通の点数で61～62点、420ですと70点ぐらいとお考えください。

スコアはこんな形になっております。

あと、CBT、どんなものを利用していますかということで、米国ですね。あとは諸外国、これは厚労科研でいただきましたので調べました。韓国は来年からやるそうで、これはスマートデバイスを使ったものを今、開発しているそうでございます。

CBTの工夫、先ほど伴先生からお話がありましたような形で、順次解答形式は今、共用試験で行っております。

最後の39ページは、マルチメディアを利用しますと、音声、画像を用いまして、より深いCBTが作成できるということでございます。

遅くなりまして済みません。以上でございます。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

最初には、厚生労働省の加藤専門官からシームレスな医師養成に向けた取り組みの現状と課題と、この会議においての最終的に目指した討議をしなければならない論点課題についても御指摘いただきました。その後、伴先生のほうから、研究班でまとめられましたICTを用いた方式で非常にうまく評価ができる、あるいは現場におきましてMini-CEXで判断する等々、あるいはOSCEのやり方を含めて、今後どのような評価体系を組むかということにつきまして、御説明をいただいたと思います。最後には、栗原先生、それから高木先生のほうから、現在行われております共用試験実施評価機構の現状につきまして、非常に詳しくお話をいただきました。

これから、これらの資料を用いましてディスカッションしていただくわけではありますが、ただいま御説明していただいたこと、時間の関係上多少スキップしたところもあるかもしれませんが、確認事項、あるいは御意見、御質問等がございましたら、お願いしたいと思いますが、いかがでございましょうか。

どうぞ。

○羽鳥委員 日本医師会の羽鳥です。

最初に加藤先生の説明から、医行為について、前川レポート、門田レポートが出たけれども、実際に学生さんの医行為はなかなか進まないという話がありました。これに関して、やはり国民の皆様も医師を育てる、医療を育てていくという共有意識をもってもらう観点も必要だろうと思います。私たちが大学などで教育機関に受診する患者さんを見ますと最善の医療を受けに来たのに、学生さんに採血されたり問診されたり注射を刺されたりするのは意に反するというような発言があるのですけれども、大学あるいは教育病院に行ったときには、国民の方も、医者育てるのだという覚悟で来ていただきたいということを、明示して国民の皆さんの同意を得ていく努力も必要ではないかと思います。

ですから、教育病院に来たらそういうことはある意味で当然なのだという風潮にならないと、なかなか医学生さんの医行為容認が進まないような気がするのですけれども、いかがででしょうか。

○中谷分科会長 どうぞ。

○金丸委員 金丸です。

今、羽鳥先生がおっしゃったことはとても大事なことで、国民の理解というか、受けとめというか、とても大事なことだと思います。ただ一方で、もう一つ大事なことが大きく抜けているような気がするのです。やはり医師のそもそもの涵養する人格の涵養であるとか、人間力であるとか、ここら辺が、加藤先生の説明を聞かせてもらって、医学部6年間の中で、基礎医学が1年生から始まり、教養がほぼほぼ欠如するぐらいの状況が現状にあるのではないかと。こういう中で、どうしてこのように急いで医師を養成しなければいけないのか。実習の中身の前倒しという意味で、非常に危ない印象があるのです。

もっと時間は、例えば7ページにある専門研修、CBT後の研修、これは3つの○でこのようにコメントがあるのですが、見学中心で実践性が乏しいと。これは見方を変えれば、見学の中においてもより積極的な実習は、その環境によって変化し得るものだとも言えるのではないのでしょうか。

2点目の研修内容が重複。これはポリクリでの実習とは初期臨床研修医の中に包含していく形で内包されていくわけですから、決して重複ではないという考え方もできるのではないのでしょうか。

そして、最後の、日本は臨床実習と臨床研修を合わせた期間が諸外国と比べて長いということは、諸外国における文化あるいは大学のそもそもの教育、高校からの教育であるとか、そのあたりの前提で比較できないものがあるのではないのでしょうか。

結論からいえば、もちろんCBTをこうやって評価されて素晴らしい位置づけ、これはこれでいいし、できたことへの研修が国民も理解を受ける。これも大事です。しかし、中身においては、医行為を含めて、なぜこんなに医行為を早めなければいけないのか非常に疑問なのですが、いかがでしょうか。

○中谷分科会長 桐野先生。

○桐野委員 私も同様のことを考えます。要するに、医学教育をシームレスにする、重複を避けるという考え方は、実際に努力しておられる医学教育の先生方にそういう考えがあるとは思いませんけれども、一般的にはもっと短く、早く医師を養成して現場に出せという意見を誘発しやすい言葉だと思うのです。

また、これを国家試験、ステップ1のように位置づけてやる場合は、現在でもそうなっている医学教育の前倒しというか、試験に向けた教育の前倒しがどんどん進んでいって、5ページでは準備教育と書いてありますけれども、この準備教育なるものがほとんど消滅してしまう可能性があるのではないかと思います。

多分、この考え方では準備教育というものは各大学が自主的に判断して、そこで特徴を出すようなものであるとお考えなのかなと思いますけれども、CBTをここで導入し、かつ共用試験が国のものとなって、だんだんレベルが上がってくると、共用試験に備えるためにはもう医学部に入った途端にこれに対応できるような教育を非常に合理的に進めるのがいい医学教育であって、どちらかというとも医学部の教習所ですね。医学教習所化を促進する可能性があるのも、その点については十分な教育、多分議論しておられるとは思いますが、その辺の御検討をぜひよろしくお願ひしたいと思ひます。

○中谷分科会長 澤先生、どうぞ。

○澤委員 澤です。

全体の問題点として、今の卒前での臨床研修を一定の理論づけをして、法的に問題のないようにするとの観点での前川レポート、門田レポート、などを含めて検討することが私は大事な問題だろうと思ひます。

その次に、現在は卒前のところはかなり臨床を持ってきているわけですがけれども、初期臨床研修とどのように結びつけるかということも非常に大事だと思ひます。

それで、委員の先生方が今おっしゃった内容と私も同じなのですが、参考資料2での各諸外国の大学医学部の現状を拝見すると、アメリカとドイツはアンダーグラデュエートでの教育期間がある。今、桐野委員からお話がありましたが、現在、日本ではこれが全くなくなったまま臨床に入っていく。資料での準備教育ですか、これはちょっと問題があり、患者さんというか、医学に対して教育がこれでできるのかということがあります。医学、医療では倫理教育も、モラルも、物理も、そういったものが全部わからないといけな思ひております。仮に高校の医学部進学コースでそういったものをして終わってくればいいと思ひますけれども、そうでないと一般教養、人格形成教育はできません、私は、CBTはかなり進んでいると思ひます。ただ、先ほどIRTの問題で、点数の線引きは各大学に任さ

れているとおっしゃっていましたがけれども、どのくらいの間を留年させているのか、そして多浪化していないのかというような問題について国試多浪を念頭に置かざるを得ないので。

OSCEに関して言いますと、私はOSCEが始まったときに関与していましたがけれども、本当にスタンダードペーシェント当時のスタンダードペーシェントというのは実際の臨床では全く意味がないと思っております。今、レベル的にはうまくなっているのかもわかりませんが、そういう意味で、OSCEについては問題を感じます。Post OSCEが今回、データとして、今後の検討資料として上がっていますが、私はもうちょっと初期臨床研修をどのようにするかというところと組み合わせて考える必要があると思います。、一つの資格を持った医師、初期臨床研修医であっても、指導医のサインサインサインの下でしか実際の診療、医療ができないというのが現状なわけですが、そこをどのように卒前教育のBSLを位置づけるか。そこを考えて、私はもうちょっと臨床教育を短くして、準備教育をもっと長くしていただきたいと思っております。

ちょっと長くなりましたが、失礼します。

○中谷分科会長 ありがとうございます。教養教育、準備教育を十分やって、人格形成をした後に医学を習ってもらいたい、そういう御意見が多かったような気がします。

恐らく期間的なものがあって、諸外国の例を参考にすると72週の臨床実習期間を確保しないとJACMEなどから指摘されるということがあったので、かなり無理をしてそこら辺の臨床実習期間を確保し、しかも、医師国家試験がある程度の難易度を持っていますから、先ほどちょっとお話がございましたように6年生は国師の受験勉強だけだというような大学も出てくる状況になっているという形なのかもしれません。ですから、その中でCBT・OSCEというのは、Student Doctorという臨床実習を行う前の資格を判断する評価システムとしては非常に望ましいいいわけですが、それらの試験が難しくなると、先ほどのご意見にもございましたように、そのための勉強時間の確保ということになり、とって一体何をやっているのかわからない、そういうことになってしまうわけですね。

ですから、そこら辺を議論の中でStudent Doctorの資格認定そういうものを公的なものにしたときに、果たして難易度が下がるのか、あるいはどど上がるのかどうなるのかということについても議論する必要があるかもしれません。

ほかに何か御意見ございませんでしょうか。どうぞ。

○桐野委員 72週というのは、必ずしも72週に決まっているわけではないというお話もあるのですが、仮に72週必要としても、日本では24歳で医師国家試験を受けて、医師免を受けます。2年間の初期臨床研修を終わって、それで終わったところで診療に従事する医師として認定される仕組みをとっているということは、26歳で医師になるアメリカと、24歳で医師になるドイツの間のような仕組みをとっていて、診療に従事する以上は初期臨床研修を終える必要があるわけですから、言ってみれば国際標準に合致する医師は26歳で日本ではつくりますと宣言して、これで国際的に認定していただければよかったですのではないかと

思うのは、ECFMGも2年終わったところで受ければいいわけで、初期臨床研修をパスして、それでアメリカにECFMGを受けていく。それでまた日本に帰ってくるということはないわけですから、プラクティカルにはそういう方法もあったのかなと思います。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

おっしゃるとおりで72週の臨床実習期間は決まっているわけではないわけで、それより短い期間で臨床実習している大学も米国にはたくさんございますし、それが不文律で絶対それ以上ということもないわけですので、今、桐野先生がおっしゃったようなことも十分説得力はあるのではないかと考えます。

どうぞ。

○木下委員 木下と申します。

ちょっと私、迷子になってしまっていて、今の議論がどこを、医師養成制度の全てについてここで議論をするのか、それとも先ほど厚労省から御提案のあったようなCBT・OSCEの公式化とか、Student Doctorの公的、あるいは卒前と卒後をどうシームレスにして医学教育をもっと実質的なものにするかの議論なのか、混乱しているのですが迷子になっているのですが。

○中谷分科会長 「シームレスにいかに医師を育成するか」が本会議の主題ですので、ここで議論するのは、今、卒前のことを中心に話していると思います。それから、その後は先ほど桐野先生から御指摘があったように初期研修がございますので、そこら辺の重複をどうするのか、そこら辺でどれだけそういうものを身につけたかを評価するか、そういう形の議論も必要が中心だと思います。

加藤専門官、何かこの辺にコメントございますか。

○加藤企画調整専門官 御指摘ありがとうございます。

資料1の最後のところがまさしく今回御議論いただきたい論点でございますけれども、既に御議論いただいたとおり、シームレスな医師養成の中でここだけ切り分けて議論いただくというわけにはなかなか難しい面もあるかと思います。CBT・OSCEの共用試験の公的化やStudent Doctorを考えるに当たって、既に御指摘いただいたとおり、準備教育、一般教養を含めた教育に関してどのような影響を与え得るのか。その後の臨床研修とはどういった関係性なのかと、広く御議論いただきたいと思っておりますけれども、最終的にはこの論点、2つございます、共用試験（CBT・OSCE）の公的化、そして、Student Doctorの位置づけ、その行為における法的な位置づけに関しまして、先生方から御意見いただきたいと思っております。

○中谷分科会長 どうぞ。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

補足をさせていただきますと、きょうはまさしく論点のところにあります共用試験の公的化、Student Doctorの位置づけというところにつきまして、最終的にこの分科会で議論をまとめていただくということがあるわけですが、まず、きょうはキックオフ的な機会で

ございますので、さまざまな視点でいただきながら、きょういただいた御意見をまとめて次回整理整頓して、いただいた御指摘のうち、この部分についてはこちらの部会でやりますとか、分科会でやりますとか、そのようなことをしながらということなので、きょうはどちらかという、この論点に関して、先生方お気づきの点、こういう視点が要るのではないとか、こういう論点があるのではないかということで、余り気にせずに、我々事務局のほうで気づかないような御指摘をいただけるかもしれませんので、あと、せっかく参考人の先生方も来ておられますので、いろいろなことについて、この場でまずは確認をしていただきながら進めていくということで、余りとられ過ぎずに、まずはきょうは御議論いただいてもよろしいのかなということを考えているところでございます。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

かなり後半においてはフリーディスカッションしてもいいということでございます。

○木下委員 それならばということで、ありがとうございます。私は卒後臨床を主にやっております、大学で卒業された方を受け入れ現場でどう教育していくかということにずっとかかわってきました。もうこのシームレス化には大賛成なのです。やはりもっと臨床ができる学生が入ってくればという思いはあります。

ただ、それは手技ではなくて、患者さんを診るという態度を、先ほどからお話のあったような人間性だとか態度というものも含めて、患者さんを診ることのできる学生が卒業して臨床現場に入ってきてくれば、もっと効率的にいい医師を育てることができると思っておりますので、まさに皆さんの今の御指摘は言えると思います。

ただ、効率化は必要ですし、国家試験やCBT、OSCEなどの見直しだとか、幾つも関門を通り抜けないと医師になれないということになると、逆に小さな医師ができてしまうということもありますので、ぜひ広く御議論いただければと思いました。

以上です。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

どうぞ。

○柑本委員 申しわけないのですけれども、私も専門家ではないので、ぜひ伺いたいことがあるのですけれども、CBTのことについては、知識を問う試験ということで、英検とかでも行われるようになってきていますし、何となくイメージは湧くのですが、今、先生方からお話があったような、例えば医の倫理であるとか、そういったような教育をもっと徹底してほしいと。そういったものを身につけてから実際の臨床に進んでいただきたいというお話ももっともだと思っておりますけれども、恐らくそういうものを図るためにOSCEというシステムが開発されているのではないかと思います、きょう具体的にそのことについて余りお話がなかったように思いますので、もうちょっと詳しくお話を伺えると大変ありがたいのですけれども、どうでしょうか。

○中谷分科会長 伴先生。

○伴参考人 参考人の伴です。

私が1990年代の最初にOSCEを導入した、旗振りをしたのですけれども、そのころは、全く臨床実技というものに触れる機会がなくて、聴診器も前も後ろも耳へのはめ方も知らないというようなことでしたので、まずは基本的な患者さんの診察の仕方、それから患者さんの対応の仕方を最低限身につけていったらどうかということで、先ほど澤先生は、模擬患者はだめですとおっしゃったのですけれども、だめだと思います。やはり本当の患者さんにいかに接するかということが大事なのですけれども、何も知らない学生が本当の患者さんに接するというのも問題がありますので、まずは模擬患者さんに協力していただいて、そのようなところを身につける。

当時は国家試験レベル、卒業時にそういうことを最低限やった上で研修に入るということを念頭に置いていたのですけれども、前川レポート以降、診療参加型の臨床実習ということが唱えられるようになって、それならば、臨床実習に行く前にそのようなお作法を身につけていくべきではないかということで、共用試験のほうに落としていったということがあります。

それから今、Post CC OSCEということがあって、Post CC OSCEというのはよほど準備しないと、澤先生がおっしゃるとおり、本当の患者さんに接するものではない。模擬的なことだけやって、その受験勉強をして卒業するなどということになると、これは全く本末転倒なことになるので、私はもともと共用試験機構でPost CC OSCEの導入にもかかわっていたことがあるのですけれども、それは各臨床実習で各科で実習が終わって、最後にちゃんとうちの科の実習ができたかをどう評価したらいいのかというものの例を、このような評価の仕方がありますというものの紹介として導入して、それを合否の判定にするというようなことは、学生を受験勉強に走らせるという形になるので、実際の臨床実習の評価は各科でやっていただくということが望ましいと考えていました。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

何となくニュアンスはお分かりいただけましたでしょうかわかりました。

○柑本委員 大体のところは理解できました。

○中谷分科会長 どうぞ。

○荒木文部科学省医学教育課企画官 文部科学省でございます。

卒前教育、学部教育の部分におきましては、資料1の5ページ目をごらんいただいてよろしいでしょうか。こちらの中で、一番左上のほうに平成12年の医師法改正以降の大学の取り組みということで、一つは平成13年に「医学教育モデル・コア・カリキュラム」というものを策定しております。これまでは、どういう学部教育をすべきかという内容について6年制の各大学にお任せだった部分があるのですけれども、最低限、医療従事者を養成するという、臨床研修が必須化されるということもございまして、モデル・コア・カリキュラムを策定しております。

こちらの中に、先ほどの御質問にありますように、当然、準備教育あるいは医の倫理的な話も項目として入れております。このコア・カリキュラムというのは、6年に1回ぐら

い学年の単位で見直しておりまして、直近でも見直しました。その中で、診療参加型の臨床実習の強化とともに、医の倫理的な部分あるいは最近、臨床研究の新しい法律をつくったとかそういうことも反映させておりますので、そういう中で、知識としての倫理的な教育というのは、医師として、そしてもう一つ重要なことは、今回資料を準備させていただかなかったので申しわけないのですけれども、医師としての態度・技能の中に、ベースとなりますのが、医師として求められる基本的な資質、能力ということが一番最初に置いています。資料がないのですけれども、この中には、例えば倫理観であったり、知識であったり、態度であったりということをしっかり涵養できるような教育をしてくださいということで、あくまでもモデルでございますけれども、各大学に示させていただいております、それに基づいて教育がされているとは理解しております。

以上です。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

金丸先生さん。

○金丸委員 ありがとうございます。

以前、文科省と合同で、この委員会でコア・カリの検討会の場面があったときに、同じような発言をさせていただいた記憶があるのですが、まさに今、おっしゃったように、準備教育のところが甚だ不足しているのではないかという意見を述べさせていただいたときに、先ほど桐野先生にもおっしゃっていただいたのですが、各大学の裁量にお任せして、それはしっかりとやっていただくような流れになっていますという御回答をいただいたところがあるのです。

しかし、地元の大学を見るにおいて、一部しか見ていないのですが現実の医学部教育においては、本当にわずかな時間で、しかもそこが割けない状況で、前倒し、前倒しで基礎医学が来てしまって、ある意味で、本当にそうなのかなというのを、特殊な地方の一大学の姿だけなのかもしれませんけれども、実際にはそう感じているわけです。

先ほど、確かに効率よくしっかりとした医師を育てる。これは基本で大事です。しかし、どこかに無用の用というのがないと育たない部分もあると思うのです。そこのところがしっかりと認識していただいているとは思いますが、具体的に目に見える形で位置づけが抜けていかなないように、あわせてやっていただくと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 清水先生。

○清水委員 最近共用試験機構さんでの、卒前のPreのCBT・OSCE、それからPost CC OSCEの両方に関与させていただくようになって、大学での教育の最終ゴールというか、6年生のある時点の学生たちのパフォーマンスを見る機会を幾つかいただいているのですけれども、やはりちょっとがっかりする場面が多くて、その部分を解決するためには、違法性の阻却ではなく法制化されて、患者さんにきちんと対応する。クラークシップであるチームの一員となって診療に携わることができるようになったらいいかなと思います。

それはそうなのですが、それ以外の部分で、皆様がおっしゃるように、CBT・OSCEが国家試験的になってしまうと、学生はそれに引っ張られてしまって、大事な授業をやっているのに、それよりも2カ月後のCBTが大事みたいになってしまうのは問題と思うのです。私がプロフェッショナルリズムの授業を行っているのに、生化学の構造式を一生懸命覚えている学生さんがいたりして、かなりショックなのです。

リベラルアーツと言われていたようなことがちゃんとできないと、臨床実習の態度がちゃんとできるようにならないし、せっかくモデル・コア・カリキュラムと臨床研修が同じ目標で、徐々に上に行っていただけるような仕組みがつくられたので、卒前にどこまでやれるか、やっていただけるかというのは、知識だけではなく、技能も態度もある程度、到達できるような仕組みにしたいと思うのです。

6年間という限られた中で、臨床実習もちゃんとやり、それ以外の教養の部分もちゃんとやりというのはなかなか難しいかもしれないのですけれども、今のまま、このままですと何となく運転免許を取るように医者になってしまうのではないかととても危惧されます。

長くなりまして、済みません。

○中谷分科会長 ありがとうございます。非常に貴重な御意見をいただきました。

桐野先生。

○桐野委員 準備教育とか教養教育という話題になっていますけれども、私が信じるのは、教養教育というのは、医療倫理や医療法制について教えて、教わった価値判断能力を使いなさいということではなくて、自力で価値判断をきちんとできる人間に育ちなさいというところが教養教育であって、自分の価値判断に基づいて、その後の医師としての生涯を歩みなさいということですから、もちろん簡単ではないし、できるのかと言われると難しいのですけれども、CBTというのは、これに先行するモデル・コア・カリキュラムから考えればもう20年ぐらい歴史があって、本当に努力してここまでブラッシュアップしてこられて、そのこと自体は非常に評価すべきだと思います。国家試験のステップ1的な位置づけというのは当然の流れだと私は思いますが、やり方をよほどよくお考えいただかないと、何人かの委員の先生がおっしゃるように、医学部に入った途端にまずCBT、ステップ1、ステップ1が終わったら国家試験というように恐らくなるのではないかということを恐れます。

○中谷分科会長 ありがとうございます。そういう懸念は私も持っております。

どうぞ。

○澤委員 OSCEのことでは、私が言葉足らずでした。申しわけありません。

少なくともOSCEでは、患者さんの医療面接の仕方を最初は問うていた。ですから、そこはスタンダードペーシェントというか模擬患者でもいいのです。その中で「私は、医者への何の誰々です」と、患者さんの名前も聞いて確認をするとか、そうした内容がふくまれていて、それまでなかった臨床現場で疎かになっていたことをとりあげたいと思います。

ただ、今の医学部できていないと私が申し上げたいのは、打聴診、内科診断学というのは今、ほとんどやられていないのです。その内科診断学を教えられる先生もいらっしや

らない。ですから、OSCEでは主に打聴診を問うという形で、聴診器の当て方、脈のとり方などの基本が重要と思います。私は眼科なのですけれども、今は眼底を見ないで眼底カメラとOCTというスキャナーで全部がわかってしまうというような方向になっていて、非常に危機感を覚えているのです。他の科もAIでの画像診断などとなっているのですけれども、私たち患者さんを診るという立場からいきますと、打聴診を基本としたOSCEというものは、非常に必要なものだと考えております。

そうしたときに例えば、患者さんに裸になってもらうというだけでも、そこは患者さんの羞恥心とかそういったものも、どうやって和らげるか。そのところに法的な根拠を与えてあげないと、指導医としての医師も大変ですし、何かトラブルが起きたときにも困りますので、シームレスな医療の今後の目的であるCBT・OSCEをどのように公的にするか。それから実習をどのように公的につくっていくかということところが大事で、全体がかかっているのだというふうには理解しております。

以上です。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

羽鳥先生。

○羽鳥委員 倫理のことに関しては、いろいろなレベルで倫理を学ぶことがあると思います。初期の高校を出て医学部に入った教養を学ぶとき、それから、始めて患者さんに接する臨床に携わったとき、大学を卒業するときにOSCEあるいはPost CC OSCEである程度、確認することもできるでしょう。ただ、医師になってからも常に必要な教育ですし、開業時や病院の部長先生になられた後も必要なわけです。日本医師会でも生涯教育の中で医師の職業倫理という項目をつくって、私も担当しておりますが、1年間に1回あるいは2回、医師会の先生たちを集めて症例検討をやるのですけれども、そこでも解決できない問題がたくさんあるので、倫理は常に毎年毎年、一生続く課題なのだろうと思います。ですから、倫理を一度学んだら「おわり」ということはなく倫理をもう二度とやらなくていいというものではないのだろうと思います。

それから、先ほど澤先生が御指摘になった基本的な診察すらできないのは、想像できないのですが本当ならば実際にその学生さんをごらんになって確かめるしかないのです。このOSCE、Post CC OSCEは何とかがして続けてほしいと思います。

厚労省に質問なのですけれども、Post CBTというのは国家試験に相当するものになると考えてよろしいのでしょうか。OSCEではなくてComputer Based Testingの話ですが。

○中谷分科会長 将来的に、今は医師国家試験をペーパーでやっているわけですが、将来的に、それをCBT的な試験にそういうものにかえるかどうかという議論はまた別の、医師国家試験改善検討部会で検討する形になると思います。

CBT的な試験とするためには恐らくかなりの準備も必要になってまいりますので、すぐさまそうなるかどうかは現段階では不明ではないかと思っております。

○羽鳥委員 ただ、そうなるのであれば、シームレスな議論が非常にうまくいくのだと思

いますが、国家試験がそこで一回、ばちっと切られてしまうと、必ずしもシームレスにはいかないのではないかと思うので、できるだけ実現してほしいなと思います。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。全体像でございます。

実は、医師養成に関する議論は、ここでも議論いただきますが、いろいろなところで議論がありまして、全体像というのはなかなか見えないのですが、あるところを変えるという事は、国家研修をどうするかとか、初期研修をどうするかとか、全部連動していくような理解でございますので、それは事務局のほうで全体的な流れを調整しながら、今、ほかのところではこういう議論になっていますということもキャッチボールの形でやりながらまとめていくという理解でございます。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

高木先生。

○高木参考人 ちょっとエクスキューズさせていただきます。

我々がお配りした参考書の4-2の61ページをごらんください。これで今の共用試験のOSCEの課題と学習評価項目を書いております。学生は共用試験のOSCEを受ける場合に、このようなことについてはちゃんと勉強してきなさいねと。

61ページに医療面接がございます。澤先生がおっしゃいました腹部につきましても、ここにありますように視診、聴診、打診、触診の順で診察をなささいということですから、少しずつは改善されておりますし、評価の項目につきましても、学生にはちゃんと明示しておりますので、学生、教師はそれについてしっかり教育をしているということでございます。

今、冊子のほうは50ページ以降に実際に委員会の評価がありまして、実際にどのようなことを評価するかということにつきましてもきちんと明示しております。

それから、先ほどのことは確かにそのとおりです。最初に導入したときは、中谷先生は御存じかもしれませんが、それは大変ですねという問い1点だけだったのです。でも、今はそうではなくて、心を込めて、それは大変ですね、お大事にしてくださいねというぐあいにならないと点数が上がりにくいです。ですから、学習者のほうもよくわかっておりまして、ちゃんとこういうぐあいのことで、心を込めて患者さんとコミュニケーションしなければいけませんねという教育になっております。誤解があってははいけませんので、それだけは申し上げます。

もう一つは、CBTが難しくなるということは、実は余りないのです。CBT自体はプール化されておりますので、問題は公開されていません。国家試験の場合は公開しなければいけないので、このようなこともあんなこともそんなことも勉強しなければいけないのですけれども、共用試験のCBTの場合は、問題が原則公表されていませんので、その問題でやりましますから、IRTの評価が余り上がったりしないのです。ですから、これはこの数年ずっと一緒です。ということは、プール化されている問題からランダムにやられますので、それが全部公開されていないということですので、ぜひその辺は御記憶していただきたい。

学生はすぐに勉強しようとは余り思わなくて、やはり基礎知識はちゃんとしなければいけないねというのは勉強しておりますので、ぜひその辺は。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

そういうことで、CBTの難易度は上がらないと。全国医学部長病院長会議ではIRT359と一応合格ラインを決めては切っているのですけれども、先ほど、高木先生からご指摘がありましたように、大学によっては独自に上に合格ラインのハードルを上げております。ですから、公的な試験になったときにそう合格ラインいうのを一本化できるかというメリットはあるのかもしれませんが。

ただ、公的な試験となったとき再試の問題をどうするのかということについて、公的になったときに、今でも数パーセントぐらいは再試を受けているわけです。ので、細かい話となりますが、そこをどうするかという検討も必要となりますのは、細かい話ですが、ぜひ。

栗原先生、どうぞ。

○栗原参考人 今までのいろいろな御意見を聞いていて、私も医学教育にずっと従事してきた。それから、私は生理学者ですので、基礎医学の立場だから、中谷先生もそう。

今まで教育改革が起こったときに、余りにも2年間の医学進学課程の共用の部分と専門、それと臨床がばらばらだから、何とかつなげようと。それで、学生も2年間の教養課程の教育に対しては興味を示さない。そこを改善したいということで一貫になったと思うのです。それで今まで改善がなされてきたということは一つあると思います。

ですから、確かに教養の時間が短縮されたというのは、今までのそういう経緯があるわけで、ここをどうするか。またもとに戻すことはできないでしょうから、教養教育のやり方を少し変えて、基礎なり臨床とつなげていく。

今、倫理の話が出ましたけれども、倫理も2年間、1年間教えたからいいという問題ではないというのは先ほどの御発言。そうしたら、医療現場で患者さんを診るときに、君はこういうときにどうやって判断するかというのは、本当は指導者が教えなければいけないことだと私は思うのです。

そこでヒントです。それを教室の中で教育することはできないから、やはり現場できちんと指導していく。それから、法的な問題もそこに入ってくるでしょうから、それが正しいかどうかということは、適切な臨床実習の場面でのあり方だと私は思っています。

それから、6年間の教育がいいかどうかというのは、メディカルスクール構想ができたときに随分議論しました。アメリカのように、メディカルスクールを出てから医学部に入ったほうがいいのかどうかという議論があったと思うのです。

それでよければ、日本の医学部もちゃんとメディカルスクールでリベラルアーツをやってから入ってきなさいという制度にすればよかったけれども、そうではなくて、イギリスもほとんどそうなっていますけれども、高校卒業後がいいということになってきたわけなので、その線でどうしたらいいか。

それでも6年間で、盛りだくさんで足りないということならば、臨床研修とつなげて、臨床研修の2年間でうまくやって、結局、日本も6年ではなくて8年で医者を育成するという道もあると思うのです。そういう原点に立ち戻って議論するのかどうか。

機構は、試験のやり方でいろいろな御注文を受けていますけれども、我々は皆さんがどういう試験の実施と評価がいいか。それを受けて努力してやっていることなので、その原点に立ち戻って、こうやれと言え、我々はそれなりに努力したいと思います。そこは私たちが先行してやっていることではなくて、全大学の御意見を伺いながら、こういう試験方針になっているということはよく御理解いただきたいと思います。

これには非常に多くの教員が参加しています。ですから、現場ではだんだんそういうことが浸透していますけれども、確かに医学部出身の基礎医学者も少なくなりましたし、そういうところでは、もう少しゆとりの時間を持たせたほうがいいかもしれない。部活動もできなくなった。それではいい人間教育ができない。そうであれば、いい医師にもなれないのではないかという議論もあると思います。

ですから、余りにもタイトなこのカリキュラムは少し余裕を持たせたほうがいいのかという意見もあるということは私もよく存じておりますので、それぞれの大学に任せられているといっても、例えばCBTにしてもOSCEにしても、だんだん決まり事ができれば。それで、学生は評価によって学習態度を変えるのです。これはもう明らかなことなので、CBTの試験があればみんな一生懸命勉強しているのです。そこをどうやってやるかということも、皆さんで御議論いただいて、あるべきいい姿のCBTやOSCEということ、私は御意見をいただければと思います。

以上です。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

鈴木先生、どうぞ。

○鈴木参考人 参考人の鈴木です。

栗原先生のおっしゃったこととかなり似ていることなのですが、先ほどから、もっと人間力を高めるような教育をするべきであるということで、大変痛い御指摘だとは思いますが、教養教育に関して言えば2つの側面があって、一つは医学で教えるべき内容が非常に大きくなってきて、圧縮されたという面が一つ。それから、栗原先生もおっしゃったように、我々医学部の教員や学生が期待するような教養教育が提供できていなかった側面もあると思うのです。

医学ということを知った上でいろいろ考えるということが学生にとっては非常に重要なことですので、例えば初期の1年だけで詰め込んでも余り意味がないので、6年かけてどうやって人間を育てていくかという教養教育というか人間力の教育が必要なのではないかと思います。

それから、医行為に関してはどうしても採血というような侵襲的なものを全面に思い浮かべますけれども、基本は医療面接によっていかに患者さんからしっかり病歴を聞いて、

しっかり丁寧に診察して、そして患者さんを受け持つという責任感を持って病棟あるいは外来の中でしっかり自分の役割を果たすということが基本だと思うので、それができれば恐らく研修に出たときに相当なことはできるのではないかと。そういった卒前での学生の基本的な医行為はそういうところにあるのではないかと思います。

もう一つ、国民の理解というのはとても大事なのですけれども、これもお国柄といえますか、私はたまたまカナダや英国で現場を見させていただいたのですけれども、日本より皆保険制度がしっかりしている側面もあって、患者さんが若い人を育てることに協力しようという姿勢が日本よりもちょっと強いかなと印象を受けました。そういった考え方を皆さんに持っていただく努力はもっとすべきだと思います。

以上です。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

金丸先生。

○金丸委員 今、鈴木先生がおっしゃったことは、全くそのとおりだと私自身も思います。これは今後議論があるのかもしれませんが、医行為の侵襲的な行為がかなり出てきているところが非常に危惧されているところの立場で話をしているのですが、先生がおっしゃったように、基本的な診察をしっかりとできるようなことが、学生のうちの臨床実習で習得されれば、卒業して医師国家試験で晴れて医師免許をとって、侵襲的な行為も指導医のもとでしっかり深められる。内包的に広がっていく。この姿であれば、求める医師の養成像に非常に近いのかなと私は思ったところでした。全くそのとおりではないかと思ったところです。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

学生の医行為については、前川レポートから始まるわけですが、門田レポートというのでも最近出ましたし、その前にはAJMC（全国医学部長病院長会議）からもJACMEでも案が出ています。し、医学生の医行為をどこまで可能とするかという議論は必要と思われそうですがありました。

鈴木先生に御指摘いただきましたように、日本の国民性からいくと、余り無理をして卒前でやる必要はない、見学型でもいいのではないかとご意見もあります。実際問題として、医学生の実習現場ではそこまでしか実施されてやられていないという状況もあります。

しかしながら、医師会や全国医学部長病院長会議からの要望では、そういうものに法的なバックアップをしてほしいという御希望がありますので、そこ医行為のガイドラインまで決めることは、恐らくこの委員会に求められていないと思うのですけれども、そういうものの法的な担保整備をする。そういう形なのかもしれません。これらについてはそういうことは、今後議論していく必要があると思われませんか。

どうぞ。

○澤委員 3分だけ、余分なことを申し上げます。

今の学生はどのくらい余裕があるのかなということを考えてみますと、自分の場合は学

生のときにボート部にいましたので、解剖実習は全くやらずに終わってしまいました。紛争後だったので、御遺体が足りなくて、4人で1体だったものですから、解剖実習室に行った時はすでに終わっていて解剖実習を全然やらずに終わりました。

それから、私は生化学は落第しました。今の学生さんは、試験が増え、試験に向かって何か余裕がないような感じがします。東医体、西医体というようなものに対して、ごく一部しか人が集まっていないということで、もうちょっと余裕のある学生生活が送れるようになればいいなと思っています。

雑談かつ、余分で申しわけありません。

○桐野委員 ついでに。調子に乗って済みません。

基本的には、現在提案しておられるように、賛成なのですが、危惧の念があるから、多分、いろいろな先生方がおっしゃっている。

昔は、東大医学部を独学で卒業して、その後大成したなどと豪語するお医者さんがいっぱいいたのです。それがいいとは言いませんけれども、そういう時代もあったということであって、医学というのは非常に幅が広いので、そう事細かに教習所的にやる必要があるのかというのは、それも考えていただきたいということ。

しかし、对患者さんのいろいろな、言ってみれば最低限の礼儀のようなものを全然知らずに医療現場に出ていくのは大きな問題なので、そういうところの教育が絶対必要だという議論については当然だろうと思います。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

世間の要求が大きくなっていますので、それに対応しなければならないということかもしれません。

清水先生、どうぞ。

○清水委員 ちょっとずれる話かもしれないですけども、今みたいな私たちが要求する大学での教育というのがふえればふえるほど、大学の先生たちは本当に大変だと思うのです。学生の評価をして、研修医の評価もして、専攻医の評価もして、なおかつ、CBTやOSCEに月に何十人も教官が必要ということで、かといって、財政的なバックグラウンドが全然なくて、むしろ臨床研修医のほうが給与が高いような状況です。

なので、もしこれをちゃんとまともに進めようと思ったら、大学の教官のゆとりを考えてあげないと、私は両方同時に検討しないと難しいのではないかととても感じます。ですから、今すぐには難しいかもしれませんが、臨床研修病院にいた者としては、一つには臨床研修病院の人たちを資源として、もっと大学でどんどん使っていただきたい。医師養成の課程においては、臨床研修病院の方たちをどんどん巻き込んでいただきたいと思っておりますので、余分なことかもしれませんがお願いいたします。

○中谷分科会長 今、おっしゃったとおり、非常に働き方改革が医師にも求められている状況ところで、OSCEなどは一般の患者さんのいない休みの日しか附属病院を使っている試験ができない状況であり、そういう意味では非常に教員の負担が大きくなりございます。そ

れから、PreとPostのOSCEを2回やると労力も2倍になってしまいますので、そこら辺も非常に負担は重くなり、現場からは悲鳴に近い声が出ているのは事実でございます。

栗原先生、どうぞ。

○栗原参考人 その点について、地方の大学では教員が非常に少ないところが多いということで、OSCEをやるにしても何にしても評価者が足りないとか、そういう問題があります。

それから、事務員も足りない。協力者がいないので、Post CC OSCEもなかなか立ち行かないという意見もいただいています。そういう地域や大学間の格差が非常に大きくなっているところを、国もある程度考えて手当てしていただけるか。理想はあっても、なかなかそこで人的資源あるいは資金がなければできないものもありますから、そういう方向をよく御理解いただいて、そういうところには手を差し伸べていただく。できるところはできるのですけれども、それこそ医療過疎と言われるところは非常に悪循環に陥っている。そういう現実を踏まえて、医学教育の実践教育をやっていく必要があるのではないかと私自身考えております。

きょうは文科省も厚労省もいらっしゃっていますから、よく耳を傾けていただいて、その上で今後の手当てもぜひよろしくお願ひしたいと思います。

以上です。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

先ほどから教養教育も含めて人格形成、倫理というのがございました。そういうのを学ばせるというのはもちろん非常に重要なのですが、それがどれだけ身についたかというのは、必ずしもOSCEでは判定できないような気がします。

OSCEというのは医療技術的な手技やお作法という、患者さんに対する態度とかいうところまでは見えます。これはパターンである程度そういうふうになれば、それで合格という形になります。

ですから、在学中に、この人は本当に医師にしていけるのだろうかというのは、悩む学生は必ずいろいろな大学で1人や2人出てくる可能性があります。そういう学生に対するのを、質保証をどうするのか。最終的には各大学が責任を持って卒業させないとかということまで踏み切れるかどうかという問題もあります。

先ほど伴先生の話でもありましたが、そういうものが、Mini-CEXみたいなもので引っかけることができるのか、そこら辺についても、医師国家試験改善検討部会では患者団体の委員の先生方もいらっしゃいますので、そこが最近、若い医師が関係する物すごく不祥事も多いこともありわけで、指摘されることが多いと思います。ここら辺については伴先生やとか鈴木先生はどのようにお考えになっているか、御意見をお聞かせいただきたいと思います。

○伴参考人 基本は実習の現場で、実際に患者さんに接するところを教員ないしは上級医が見て判断すると。Mini-CEXは試験ですから、そのときに振る舞えばいいということになる。ただ、相手は模擬患者さんではなくて実際の患者さんですということなので、Mini-CEX

は各科で、内科ならば内科、小児科ならば小児科、産婦人科ならば産婦人科、いろいろな設定でできますので、活用する価値のある一つの実地試験、実際の患者さんを相手にする試験であるということとは言えると思うのですけれども、あくまでも評価の基本は、実習の現場で1カ月、2カ月、3カ月という間にどのような振る舞いをしているのかを観察して評価するというのが、一番妥当性のある評価だと思うのです。

もう一つ、医師会と病院長会議からシームレスな医学教育を実現するための提言で、教養試験の公的化とStudent Doctorとしての学生が行う医行為を法的に担保するというのがあるのですが、これは問題認識が違ふと思うのです。法的に担保したらきちんとした診療参加型の臨床実習ができるかということ、同じような議論が研修に対して行われていて、臨床研修医というのは医師国家試験で医師免許を持っているわけですが、1カ月や2カ月来るぐらいでこのようなことはさせられないとか、そのような議論があつて、これは学生の臨床実習の延長だみたいな議論があるわけです。ですから、法的に何かを担保したら、それが実質的に何か変わるかということ、そうではなくて、どういう教え方を現場ですべきかということをもっとしっかり考えないと、学生を試験準備に走らせるだけで、学生に対するストレスという、学生の学習態度に与える影響ばかりが顕著になって、実習は余り変わっていないですね。

もともと前川レポートで臨床実習でも違法性が阻却されるということで、大分参加型になるかというふうにみんな見たわけですが、現場の臨床教員たちがそういう学生の診療への参加のさせ方というものを、例えば先ほども出ていましたように、侵襲的な行為をさせるみたいなイメージが強過ぎたりということで進まない。そうしたら、今度は共用試験をつくって、全国で一律の知識とパフォーマンスのレベルをある程度準備したら参加型になりますかといつても、そんなにならない。ちょっとずつはなっていますけれども、公的にしたら参加型になるかということ、私はそうはならないと思います。焦点の置くところが違ふ。副作用ばかり強く出るということが、先ほど何人かの委員がおっしゃったように、非常によく考えないといけない。

○中谷分科会長 鈴木先生さん。

○鈴木参考人 鈴木です。私も基本的には、学生のふだんの行動をしっかり見て評価してあげることが大事かと思っています。その場合に学生というのは、指導医の前での態度と、そうでない場面での態度が違つたりするというのが間々見られるのです。これは問題であるということが見つかるのは、医師よりもむしろそれ以外のスタッフの方から見つかる場合が多いということで、最近ではそれを360度評価という形でやったりはしているのですけれども、そのためにもある程度の期間じっくりと1つの診療科に配属されるということをししないと、例えば細切れの1週間、2週間だと、なかなかその辺は、しっかり学生さんを見られないということがあります。その辺は実習のスタイルもあわせて考えていかないと、本当にこの人は医師としてしっかりしているかどうかという評価をするためには必要になるかと思ひます。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

○澤委員 シームレスな医療ということに関して、資料の論点の2番目の、Student Doctorの位置づけやその医行為について法的にどのように考えるかという第2番目のところについて、柑本委員に伺えばとおもいますが、先生は法律家の立場から、この2番というのは、前川レポートで違法性の阻却ということが書かれているのですけれども、本当に違法性は阻却されているのでしょうか。

2番の医行為は、先ほど来ありました侵襲的、侵襲を伴う医行為を法的にどのように考えるべきか、というのを、我々にはわからないので、法律の立場で御説明いただければと思います。

○柑本委員 前川レポートに書かれておりましたのは、違法性というところにつきましては、目的、手段、方法が社会通念から見て相当であり、医師の医行為と同程度の安全性が確保される限度であれば、基本的に違法性がないと解することができるというふうことですけれども、これは刑法の一般理論に照らしまして、全くそのとおりでありますので、理論的には違法性は阻却されると考えられます。

しかしながら、前川レポートの後の門田レポートでは、どこまでの医行為が違法性阻却に該当するか臨床の現場において不明確なので、そこを法的に担保してほしいという書きぶりになっていました。理論的に違法性は阻却されるといっても、最終的にそれを判断するのは裁判所であるわけですから、明確な形で一定の線は示されていたほうが安心できることは間違いのないと思います。法的な担保というのは確かにそういう観点から必要なのかと私は思っています。

○澤委員 2番目のStudent Doctorというのは、要するに医学部の学生が医行為をする侵襲的な行為ですね。ここのスライドに出ております。例えばコルポスコピーというのは女性の外性器を診る行為なのですが、それは学生も、自分ではできないと思うと。そこを本当にやるとなった場合に、これは法的に可能なのか。刑法、民事もありますから、私は幾ら大学病院だから、包括的に書いてあるからといっても、それを受けたくないというのに受けさせられたという医療行為、そういった場合の2点、民事と刑事と2つあるかと思うのです。

○柑本委員 まず、刑事のほうについては、どこまでの医行為をStudent Doctorが実施できると定めるのかによりますが、Student Doctorにも許容されてはいるが、侵襲性の高い行為ということについては、それだけ監督であるとか指導というものがきっちりなされているのか、そのもとで行われたのかということが確実に違法性阻却の判断の中で問われてくることになるだろうなと思います。例えば、聴診するとか触診するとかというレベルとは全く違う、厳しいことが求められるだろうと思います。さらに、包括的同意では問題があると思います。

民事につきましては、民事は訴えるのは自由なので、訴えられないだろうということは、申しわけないのですけれども言うことはできません。誰でも自由に訴えることはできるの

で、そういうことだと思います。

そして、裁判所の判断なので、一律に心配はありませんということをお願いすることはできないということです。

○中谷分科会長 どうぞ。

○小玉委員 先ほど医師会とAJMCからの提言の話があったので、それにつけ加えますけれども、基本的にこの提言は、先ほど来話がありました医師の心がまえとか人格形成とか倫理観等々を当たり前のように踏まえた上でこういう提言をなされたという認識でいます。

先ほど伴先生からも話があったのですが、法的に担保するという意味合いは、基本的には臨床作業型の臨床実習が結局、先ほど来話がありましたように、上級医とか指導官によって大分差がある。それを平準化したいというのがこの思いだと思います。その辺の視点から議論いただければありがたいかと思えます。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

どうぞ。

○木下委員 先ほど伴先生がおっしゃったように、これまでいろいろ工夫をしてきたけれども、学生の現場での実習がなかなか進まなかった。今回の門田レポートで私が気になったのは、必須という言葉が入ったのは多分、何かアクションを起こさない限りは、今までいろいろ工夫しても現場には出られないから、これを必須にすることで現場が変わる、大学教育も変わるのではないかということが入ったのかと理解したのです。そのくらい大学教育でも、もちろん臨床研修医の教育でも現場での教育が重要であるということの認識が共有できている。

ただ、この必須という言葉が入ったために、先ほど来おっしゃっているような法的な問題や、侵襲的な問題をせねばならぬということになったときに、誰が責任を持つのかということが問題になるのではと、私はこの門田レポートを見て思いました。

例えば、幾つかの項目に分かれていて、非侵襲的な診察や臨床推論のところは必須になるのは構わないと思うのですが、必須がかなりリスクなことであると同時に、それが入った重み、今まで動かなかったものを動かすためのアクションだとすれば、動かすための工夫というかトリガーが必要かなと思ひ、その議論が重要かと、門田レポートを見てそう思いました。

以上です。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

どこまで医行為をやるかというのは非常に議論があるところで、AJMCでも議論されたことですが、侵襲的なものとか羞恥心を伴うというのはかなり限定をしなければならないと思われまふ。見学のみにさせるべきだとか、いろいろなレベルの考え方があります。

門田レポートはさらに実情を見て、恐らく初期研修とStudent Doctorの診療参加型臨床実習をシームレスにつなぐためには、ここまではやったほうがいいのだねという形で出たレポートなのかとは思っているのですが、今回のこの委員会は、別に医行為をどこまで可

能と云々するかということについて判断する委員会ではないと考えております。ですから、そこら辺の調整が今後どのように行われていくかというのは、佐々木課長にお伺いすればいいのですか。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

少し中盤あたりで申し上げましたけれども、この形でまずCBT・OSCEをどうするか、それから、Student Doctorをどうするかという議論をしていくと、全てのいろいろな医師の養成のいろいろなプロセスに影響してまいりますので、当然連動して議論をキャッチボールしながら合わせていくという作業になってくると思います。

きょうはキックオフでございますので、この部会以外の意見もさまざまいただいておりますので、事務局のほうで適宜整理をさせていただきながら、きょうは論点が拡散しがちな構成で申しわけなかったのですが、この場でしっかり議論していただくポイントにつきましては整理した上で、しかし、御議論いただいたこの点はここでやっていますとか、そういうことで常に事務局のほうからお示ししながら、連動を確保しながら進めていくという理解でございます。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

先ほど伴先生から、法的にバックアップするとかえって医学教育のプロセスが後退するのではないかという話もございました。

どうぞ。

○伴参考人 かえって後退するというのではなくて、先ほどから出ているような学生へのプレッシャーがまたさらに加わって試験準備に追われるということになる副作用が非常に危惧されるということなのです。

私が手を挙げたのは、先ほどの研究班で今まで情報収集していることのつけ加えなのですけれども、先ほど申し上げたのですが、特に臨床実習に入る前に共用試験的なものがない国ももちろんあるのです。韓国もありません。カナダもありません。それから、USMLEのStep1というアメリカの試験は国家試験ではなくて、第三者機構が提供している、共用試験機構が提供しているようなスタイルに近いと思うのですが、それを各大学がそれぞれ独自に判断して、学生が個人的に臨床実習が始まるまでに受験して、それで臨床実習に行けるかどうかを各大学が判断するというので、大学によっては臨床実習が始まるまでにUSMLEのStep1を通らないと退学というルールにしているところもあるという形です。

○中谷分科会長 ありがとうございます。

むしろ公的なお墨つきにしないで、今はAJMCが主体となり大体そういう形で状況で認定しているわけです。けれども、CBTの最低限の合格ラインは全国医学部長病院長会議でIRT値としてある線を引いているわけですが、それ以外の科目の合格・不合格の判定もありますので、最終的な合否判定は先ほど言いましたように各大学に任せるかたちとなります。一部の大学ではCBTの合格ラインをそれはAJMCが推奨するものよりむしろ厳しくしており、その結果、学生が共用試験に追われることになっております。なっているのです、それが問

題かどうかわかりませんが、そういう大学も数多くある。

それから、CBT, OSCEを実施する時期も各大学でまちまちであり、期間も1年中ですね。4月、5月にCBTをやる大学もあれば、3月ぎりぎり、1月、2月ぐらいが主流なのかもしれませんが、3月ぎりぎりにCBTを実施する大学もあるそういうところもある。ですから、実施時期もかなり違ってきますので、それを公的にしたときにはどのように評価するのかというのがもう一つ課題といたしましょうか、どうするのかを考えなければならない問題なのかもしれません。

あと、議論はございませんでしょうか。なければ、本日は先ほど最初にお話ございましたように、きょうは「シームレスな医師養成に向けた医師養成の取り組みの現状と課題」ということで、かなり幅広く御議論をいただきました。

非常に今回、1回で本会議が終わることはないなく、数回にわたるということとお聞きしておりました。終了時間がそろそろ迫っておりますので、本日きょうの結論は出さなくてもいいともは聞いておりますので、これを今後の進め方を含めて、厚生労働省のほうからお話をいただいて、きょうの議論はこの程度にしようと思っておりますが、いかがでございましょうか。

○加藤企画調整専門官 本日頂戴しました意見を参考に、今後事務局でまた整理をし直して、次の開催日程については調整の上、御連絡さしあげます。よろしく願いいたします。

○中谷分科会長 それでは、何か尻切れとんぼに近い形で議論が終了し、まだまだ先生方の御意見を十分お話しいただけなかった部分こともあるかもしれません。

先ほどお話がございましたように、御審議いただいたことは今後整理して、先ほど2つの論点がございましたので、そこに向かって議論を収束に持っていくのか、あるいは、そのようにしないほうがよろしいのかを含めて、また先生方からと次回以降、率直なご意見をいただきながら、議論を進めていきたいと思っております。どこまで公的にCBT・OSCEを持っていくのか。それから、医行為の法制化というのをどうするか。

先ほど最初にご説明頂きありましたように、平成30年度の時点で、3年以内に医師法の規定について検討を加え、法制上の処置あるいは必要な処置を講ずるは3年以内に法律化をするという文言がございます。従いまして、この委員会で、それに対してする何らかの方向性を示さ結論を出さなければならないということは事実でございますので、また、それに向かって次回以降御議論いただくことになると思いますので、よろしく願いいたします。

本日は長時間御議論をいただきまして誠にありがとうございました。これで本日の「医道審議会 医師分科会」を終了させていただきます。どうもお疲れさまでございました。