医道審議会医師分科会

報告書

～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２年５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 4

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 5

（１）共用試験 CBT の公的化 5

（２）共用試験臨床実習前 OSCE の公的化 6

（３）いわゆる Student Doctor の法的位置づけ 7

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 7

（１）医学教育への影響 7

（２）医学生(医師)個人への影響 8

（３）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 8

（４）地域における実習と地域医療への影響 9

４　他の診療参加型臨床実習の充実のための取り組み 10

（１）患者の医育機関等へのかかり方 10

（２）診療参加型臨床実習の指導体制 10

（３）医学生が加入する保険 11

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

○　医師を養成する課程は、基礎医学および医師としての人格形成に重要となる教養教育を含む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養成のための実習・研修であるにも関わらず、これまで異なる目標設定がなされ、その教育課程は分断され、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においては、医療の高度化・複雑化によって、医師が修得すべき知識・技能が増加していることや、高齢化・疾病構造の変化・医師患者関係の変化等に伴い、患者や他の医療者とのコミュニケーション等を含むプロフェッショナリズム教育の重要性が増していることなどから、卒前教育においても医学生が診療に参加し、卒前・卒後の医師養成を、医療現場を中心として一貫して行う必要性が認識されてきた。

○　医師国家試験については、医師国家試験改善検討部会報告書（平成 27 年 3 月 30 日）において、平成 27 年度からの共用試験 CBT(Computer-Based Testing)の最低合格基準の設定を踏まえ、卒前教育において確認される知識の内容や質などを評価し、「医学総論」及び「医学各論」から「一般問題」として 100 題程度減らすことが可能であるとされた。これを受け、平成 29 年度に実施された第 112 回医師国家試験から出題数が 500 問から 400 問に変更されている。

○　また、臨床研修制度については、令和２年度から適用する制度の見直しにあたって、医学教育モデル・コア・カリキュラム（平成 28 年度改訂版）と整合的な到達目標・方略・評価が作成されるなど、昨今制度的な取り組みが進められている。

○　さらに、実習や研修中の経験の評価においても、研修の評価をオンラインで行うシステムである 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との連携が可能になるよう、システムの改良が進められている。

○　上記のようなシームレスな医師養成のための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が推進しないこと②臨床実習と臨床研修の間に行われる医師国家試験のための準備期間が長いことが、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100万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ため、業として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されてきた。

○　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）」（以下、前川レポート）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（主任研究者：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整理した上で、「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」とまとめられている。

○　上記「門田レポート」は、平成 30 年度に本分科会において審議が行われ、その内容は妥当なものとして結論付けられており、当該報告書は、文部科学省より医学部を置く各大学へ周知されている。

○　このように医学生による医行為の違法性は阻却され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、医行為の範囲が広範にわたるために、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こと、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のかという不安がつきまとうことなどから、診療参加型臨床実習における医行為の実施は未だ十分に進んでいない。

○　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ない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が指摘されている。

○　診療参加型臨床実習の充実を図るためには、近年の医療安全への要求を考慮する必要がある。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っている可能性があることが指摘されており、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法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 CBT(Computer-Based Testing)は、平成 17 年から公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構(CATO)により正式実施されており、現在では全大学で実施され、その合格は全国医学部長病院長会議(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 では、項目反応理論(IRT：Item Response Theory)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に鑑みて、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づ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り公的に位置づける（以下「公的化」という。）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、今後臨床能力をより正確に測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年次までの教養教育を含めた教育内容の修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、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 CATO により正式実施され、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、医学生の技能や態度については診療参加型臨床実習等を通じて評価されるべきではあるが、これを統一的に試験する機会は、共用試験臨床実習前 OSCE と、令和２年度から CATO により正式実施される予定の、共用試験臨床実習後 OSCE 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に鑑みても、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：Standardized Patient）が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 SP を、各大学が採用してきた。これまでも CATO において SP の対応の均てん化に向けた取組みが実施されているが、公的化に当たっては、さらに均てん化が進むよう、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 における出題基準や医学生の評価等については、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、国と関係団体等が協力して取り組む必要がある。

○　なお、共用試験臨床実習後 OSCE については、診療参加型臨床実習修了後の技能・態度の評価の機会を設けることで、医学生が臨床実習においてより主体的に診療に参加す

る効果等が期待されており、試験の位置づけについては、令和２年度からの正式実施開始後の状況を踏まえ、今後検討が行われるべきである。

（３）いわゆる Student Doctor の法的位置づけ

○　臨床実習開始前の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水準が公的に担保されることから、臨床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ことが可能となる。

○　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望まれる医行為は、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。これらの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。

○　ただし、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歩していることに鑑みると、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、必ず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。なお、原則、医学生が侵襲度の高い医行為を行う場合は、当該医行為に習熟した医師が指導及び監督を行うべきである。

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 を法的に位置づけることは、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につながる。診療参加型臨床実習は、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、患者の背景や価値観、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

点を得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修得させることを意図しているわけではないことには特に留意が必要である。

○　昨今、教養教育を含めた準備教育は医学教育との関連性において一段と重視されていることから、平成 28 年度の医学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂版では、両者が発展的に融合されている。医師としての基本的な資質・能力は、特定の授業科目や学年で学修されるものではなく、卒前教育６年間を通じて身に付けるものであり、質の高い診療参加型臨床実習を実現することは、そうした資質・能力の獲得に資するものと期待される。医学教育の在り方については、医学生の行う医行為が法的に担保される事の影響に鑑み、今後も検討が行われるべきである。

（２）医学生（医師）個人への影響

○　診療参加型臨床実習の充実により、医学生が診療チームの一員として診療に取り組むことで、各診療科の実習におけるモチベーションの向上が図られると同時に、医学生本人の適性を踏まえた診療科選択にもつながることが想定される。特に、従来十分に経験をすることができなかった手技等を経験する機会が増加することで、外科等の手技の比重が高い診療科に対する積極的な効果は大きいことが予測され、将来的な診療科選択にもつながりうると考えられる。また、これらの診療科は、医師の増加が乏しい診療科とも重なることから、診療科偏在是正に対する効果も考えられる。

○　さらに、診療参加型臨床実習において、従来、医師免許取得後の臨床研修において初めて行っていた診療の一部を実施することや臨床実習中により多くの診療能力の修得が可能になることにより、臨床研修における負担が一部軽減され、医師の働き方改革にも資することが期待される。このことは、一般の医師と比較し長時間であると指摘されている臨床研修医の労働時間を短縮することや、より質の高い臨床研修の実施につながる可能性がある。

（３）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

○　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に鑑みると、患者の同意を得る必要があることは社会通念上、明らかである。

○　平成 30 年度にまとめられた「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」が妥当であるとされた。

○　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業として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。

○　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た場合においても、医学生が侵襲性のある医行為を行うにあたって、現在の社会通念上、即座に「包括同意」、および一定以上の侵襲性がある医行為に対する「個別同意」の取得を不要とすることは、現状では適切ではないと考えられる。ただし、将来的に、いわゆる Student Doctor が法的に位置づけられ、上述のような患者理解が進んだ場合には、現在の臨床研修医と同様に、一般的な処置について、特別な同意取得の必要なく、診療参加型臨床実習において行うことを可能とすることが望ましく、そのためには、後述の４（１）に記載の通り、医療関係者による周知活動が不可欠である。

○　また、患者理解の観点から、同意については、入院の手続き時や外来の受付時等に同意書を患者に渡し、書面による同意取得を行うことが望ましいが、外来実習等において書面の同意が困難な場合は、口頭での同意取得を行う等、柔軟に対応するべきである。なお、同意書については、指導する医師等の負担を軽減させる観点から、全国統一の書式を用意することが望ましく、同意書の内容に関する定型的な説明は、必ずしも医師が行う必要はない。

（４）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 年度改訂版）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・ケア能力の修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期待される。

○　また、卒前の臨床実習である程度の診療能力が修得されることで、各養成課程の中で、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

○　診療参加型臨床実習を充実させるためには、患者自身も共に医師を育てる、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、医学生への教育に対して理解の不十分な患者も少なくない。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、医療に携わる全ての者が行う必要がある。

○　また、地域医療実習等で大学病院以外の医療機関で医学生が実習することは、医学生が頻度の高い病態や疾病に対する経験を積むこと、地域医療に関する理解を深めること等により、将来的な地域医療や総合的な診療能力を持つ医師の確保につながることで質の高い医療の実現に貢献しうることから、いわゆるStudent Doctorが大学病院以外の医療機関で臨床実習を行うことについてもあわせて国民へ広く周知する必要がある。

（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ることができ、また評価される

必要があるとともに、臨床研修医や専攻医も屋根瓦式に医学生への指導を積極的に行うことが望まれ、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等においても、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を行う場合、賠償責任保険等への加入を強制的に行うかどうかは病院管理者及び大学の判断であるが、医学生を保護する観点から強く推奨されるべきである。

医道審議会医師分科会委員

令和２年５月 13 日現在

遠藤　久夫　（学習院大学経済学部　教授）

金丸　吉昌　（美郷町地域包括医療局 総院長）

木下　牧子　（医療法人愛の会光風園病院 副理事長）

木戸　道子　（日本赤十字社医療センター　第一産婦人科部長）

柑本　美和　（東海大学法学部法律学科 教授）

國土　典宏　（国立国際医療研究センター　理事長）

小玉　弘之　（公益社団法人日本医師会 常任理事）

澤　充　　（日本大学名誉教授／公益財団法人一新会 理事長）

清水　貴子　（聖隷福祉事業団 顧問）

高橋　誠　　（北海道大学 大学院医学研究院 教授）

◎中谷　晴昭　（千葉大学 理事・副学長）

羽鳥　裕　　（公益社団法人日本医師会 常任理事）

◎印は分科会長　　五十音順、敬称略

医道審議会医師分科会　報告書　概要1
～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～

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

・　医師を養成する課程である**卒前教育と卒後教育は、分断され、連続性が乏しいと評されてきたが**、医師が修得すべき知識・技能が増加していることや、患者や他の医療者とのコミュニケーション等を含むプロフェッショナリズム教育の重要性が増していることなどから、**卒前教育においても医学生が診療に参加し、**卒前・卒後の医師養成を、**医療現場を中心として一貫して行う必要性が認識**されてきた。

・　近年は下記の取り組み等を実施

- 共用試験CBTにおいて確認される知識や質などを評価し、**第112回医師国家試験から出題数が500問から400問に変更**
- **臨床研修制度について、**令和2年度からの制度見直しにあたって、**医学教育モデル・コア・カリキュラムと整合的な到達目標・方略・評価を作成**
- 臨床実習と臨床研修の経験を継続的に記録できる評価システムの導入

（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

・医学生も医師の資格を欠くため、業として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、**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**し得るとされてきた。

・　平成30年に「臨床実習において実施可能な医行為の研究報告書」（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た上で、「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**」とまとめられた。

・　診療参加型臨床実習における医行為の実施が未だ十分に進んでいないことの背景を踏まえると、**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法的な位置付けが重要**である。

※門田レポート 概要

○　「前川レポート(平成3年)」では、医師法で無免許医業罪がもうけられている目的は患者の生命・身体の安全を保護することにあるため、医学生の医行為も、その目的・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**基本的に違法性はない**と解釈できる。と整理されており、現状においてもこの考え方は妥当。

○　実施のための条件として、①医学生に許容される医行為の範囲、②指導医による指導・監督、③医学生の要件、④患者等の同意について整理。

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CBT**(Computer-Based Testing)**は**、平成17年より正式実施されており、現在では全大学で実施され、項目反応理論などの**問題の精度管理の手法や評価手法が確立**している。
- 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。**

（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。
- 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に鑑みても、**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ことから、**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。
- **模擬患者**（SP：Standardized Patient）が重要な役割を果たしているが、公的化にあたっては、**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。**
- 公的化するに当たっては、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

- **臨床実習開始前の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ことが可能**となる。
- 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歩していることに鑑みると、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。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

・ **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、患者の背景や価値観 、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得る機会となることなどが期待される**。

（2）医学生(医師)個人への影響

・ 診療参加型臨床実習の充実により、従来十分に経験をすることができなかった手技等を経験する機会が増加することで、**外科等の手技の比重が高い診療科に対する積極的な効果は大きいことが予測され、診療科偏在是正に対する効果**も考えられる。

・ 従来、医師免許取得後の臨床研修において初めて行っていた診療の一部を実施することや臨床実習中により多くの診療能力の修得が可能になることにより、**臨床研修における負担が一部軽減され、医師の働き方改革にも資する**ことが期待される。

（3）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

・ 医師免許を有しない医学生が診療行為を行う場合、現状、患者の同意を得る必要があることは社会通念上、明らかである。一方で、**同意取得の困難さが診療参加型臨床実習の阻害要因**ともなっている。

・ 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、**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。

・ **今後患者理解が進んだ場合には、**現在の臨床研修医と同様に、**一般的な処置について、特別な同意取得の必要なく診療参加型臨床実習において行うことを可能とする**ことが望ましく、そのためには、医療関係者による周知活動が不可欠である。

（4）地域における実習と地域医療への影響

・ 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**ことが期待される。

・ 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

- 診療参加型臨床実習を充実させるためには、**患者自身も共に医師を育てる、といった認識に基づいた患者の協力が不可欠**である。
- いわゆるStudent Doctorが共用試験に合格し、**診療参加型臨床実習に足る学生であることを広く周知する取り組みを医療に携わる全ての者が行う必要がある**。

（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、指導体制の整備が不可欠である。
- 臨床研修医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。
- 医学生を受け入れる地域の病院等においても、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を行う場合、賠償責任保険等への加入を強制的に行うかどうかは病院管理者及び大学の判断であるが、医学生を保護する観点から**強く推奨されるべき**である。

補足　医師分科会における議論

令和元年	6月19日	医師分科会における審議開始 、主にCBTの公的化について審議
	8月1日	OSCEの公的化、Student Doctorを法的に位置づけた場合の診療参加型臨床実習について審議
	9月27日	OSCEの評価及び模擬患者の対応の均てん化について、患者同意取得について審議
	11月20日	とりまとめ案について審議
令和2年	3月18日	とりまとめ案について審議(持ち回り開催)
	5月13日	報告書とりまとめ

参考資料

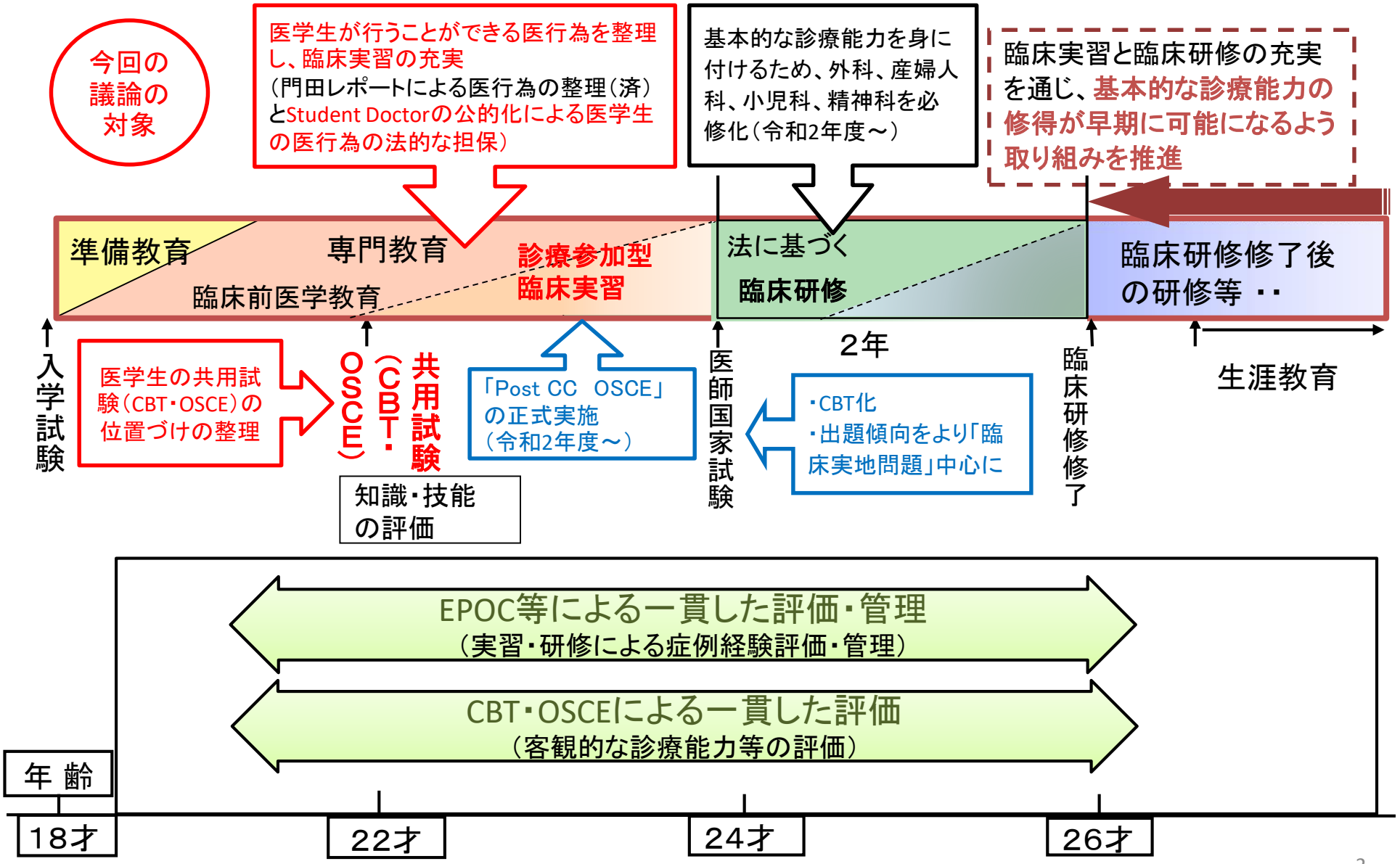
医道審議会 医師分科会 報告書

～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～

※　本参考資料は、報告書の理解に役立つよう、審議会におけるこれまでの議論で各委員や参考人から提出された資料の一部をまとめたものであり、必ずしも審議会として合意されたものではない。
※　個別の資料の詳細については、審議会資料、議事録を参照されたい。

シームレスな医師養成に向けた改革全体案

医道審議会 医師分科会
令和元年6月19日　資料1



共用試験導入に至る議論の流れ

医学教育の改善に関する調査研究協力者会議（文部科学省、昭和62年）

○ 教育目標の明確化、カリキュラム改善、臨床実習充実と評価、卒前と卒後研修の関連等多くの提言

臨床実習検討委員会最終報告 （厚生省、平成3年）

○ 医師法で無免許医業罪がもうけられている目的は患者の生命・身体の安全を保護することにあるため、医学生の医行為も、その目的・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はないと解釈できると整理。

○ 違法性阻却の条件として、①侵襲性のそれほど高くない一定のものに限られること、②指導医による指導・監督の下に行われること、③臨床実習にあたり事前に医学生の評価を行うこと、④患者等の同意を得ること、の4点が必要とされた。

「21世紀医学・医療懇談会報告」第1次～第4次報告（文部省、平成8年～平成11年）

○ 全国的に一定の水準を確保するために「共通の評価システムを作る事を検討」と明記

「21世紀における医学・歯学教育の改善方策について－学部教育の再構築のために－（文部科学省、平成13年）

○ 学部教育内容の精選＝「モデル・コア・カリキュラム」：教育内容ガイドライン作成

○ 臨床実習開始前の適切な評価システム構築＝共用試験システムの開発

医師養成のための卒前・卒後教育の流れと課題

医道審議会 医師分科会
令和元年6月19日　資料1

平成12年の医師法改正（臨床研修必修化）以降の大学による医学教育改革の自主的な取組

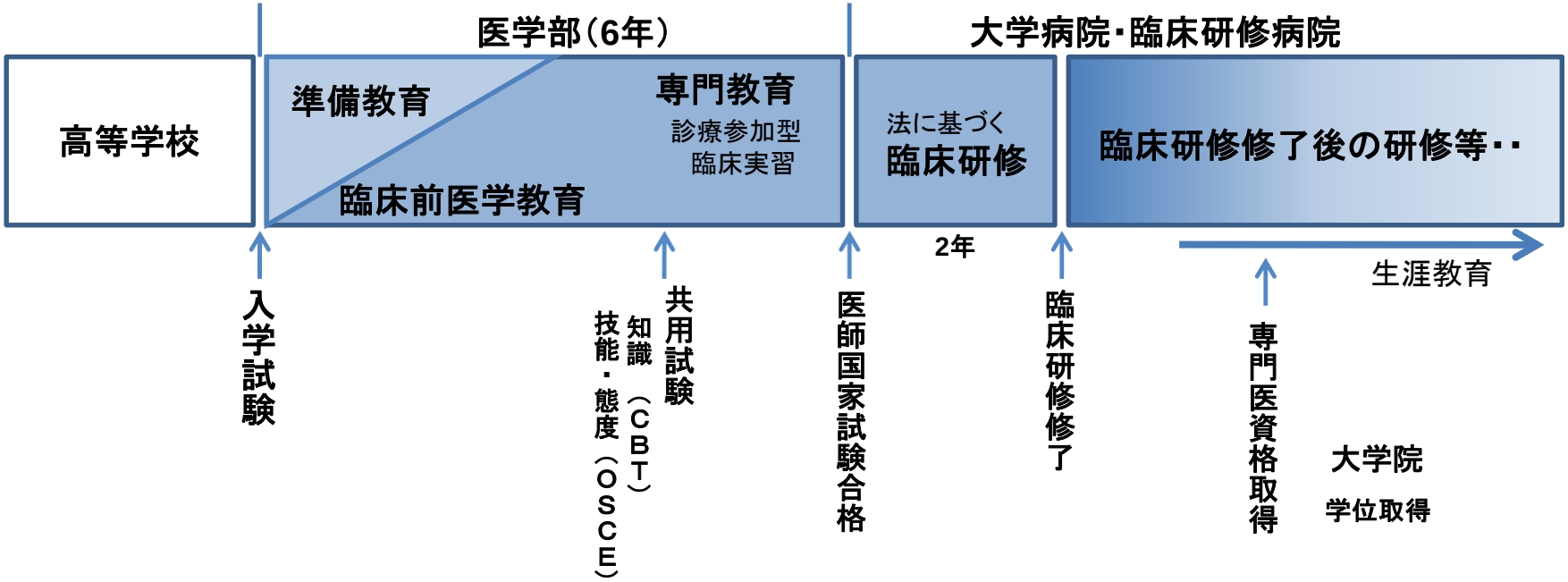
- 平成13年：「医学教育モデル・コア・カリキュラム」策定
- 平成17年：診療参加型臨床実習開始前に備えるべき知識と、技能・態度を評価する「共用試験」を正式実施（CATO）（合格者には認定証（student doctor）を発行（AJMC））

近年の医学部学生が実施する医行為に関連する取り組み

- 平成26年：診療参加型臨床実習のための医学生の「医行為」の水準策定（AJMC）
- 平成30年：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（門田レポート）

進行中の更なる取組

- 令和2年：臨床実習後の技能・態度を評価する「Post CC OSCE」の正式実施予定（CATO）
- 令和2年：「医学教育モデル・コア・カリキュラム」と調整した臨床研修制度の到達目標を用いた研修が開始
- ～令和4年：「国際水準の医学教育の認証」を目指した組織（JACME）による全大学の受審



共用試験・臨床実習に関する近年の動向

○　「医師国家試験改善検討部会報告書（平成27年）」において、CBTと医師国家試験の一部重複が指摘されており、診療参加型臨床実習の充実を図るために、医学生の筆記試験に対する過大な負担を軽減する必要がある。

＜最近の取り組み＞

・平成27年よりCBTの合格最低点基準が設定され、それを元に合格基準を各大学が設定。
（課題）合格基準が各大学に委ねられており、CBT合格者の質が均てん化されいない。

・平成30年より、医師国家試験からCBTとの重複領域を中心に100題の削減が行われ、CBTと医師国家試験の整合性についての検討が進められている。
（課題）国家試験は100題削減されたが、未だ国家試験の負担が大きいという指摘がある。

○　医療技術の飛躍的な発展、診療参加型実習の広がりに伴い「医学部の臨床実習において実施可能な医行為の研究（門田レポート、平成30年）」において、「臨床実習検討委員会最終報告（前川レポート、平成3年）」よりも広範囲の医行為が臨床実習で実施すべきとまとめられた。

＜最近の取り組み＞

・ AJMCによる共用試験合格後のStudent Doctor認定証発行に関して、平成27年度に本格実施された後、現在は全大学に対し発行されており、全国的な認定体制の整備の進展

（課題）現状のStudent　Doctorは民間の取り組みであるため、医学生がより参加型臨床実習で実践的な実習をするためには、公的な位置づけが求められている。

医療法及び医師法の一部を改正する法律（平成30年法律第79号）附則　第二条

医道審議会 医師分科会
令和元年6月19日　資料1

第二条
　政府は、医療の分野における国民の需要が高度化し、かつ、多様化している状況においても、医師がその任務を十分に果たすことができるよう、学校教育法（昭和二十二年法律第二十六号）第一条に規定する大学（附則第八条第一項において単に「大学」という。）が行う臨床実習をはじ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、この法律の公布後三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。

２ 政府は、臨床研修の評価に関する調査研究を行うものとし、当該調査研究の結果を勘案し、臨床研修と医師が臨床研修を修了した後に受ける医療に関する専門的な知識及び技能に関する研修とが整合性のとれたものとすること等により、医師の資質の向上がより実効的に図られるよう、臨床研修の在り方について検討を加え、その結果に基づき、この法律の公布後三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。

３ 政府は、前二項に定める事項のほか、この法律の施行後五年を目途として、この法律（前条各号に掲げる規定にあっては、当該各規定。附則第四条において同じ。）による改正後のそれぞれの法律（以下この項において「改正後の各法律」という。）の施行の状況等を勘案し、必要があると認めるときは、改正後の各法律の規定について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。（医療法の一部改正に伴う経過措置）

H13年からのトライアルを経て

共用試験実施の概要（H17年12月から正式実施）

CBT

知識を評価

医学系82・歯学系29大学
CBT実施責任者

各大学の基準に基づいた評価を学生に通知 → 学生

各大学サーバー

出題

試験終了後回収

端末／受験生

成績返却
全国成績
解析結果

実施データ回収

事前調査・チェック
練習セット
実施セット等
機構派遣監督者を派遣

機構派遣監督者

CBT実施小委員会等

公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構（CATO）試験実施本部

OSCE実施小委員会等

CATOセンターサーバー

CBT実施会場例
1ブロック60分/6ブロック
/ 合計320設問
ブロック内でランダム出題

機構派遣監督者・認定外部評価者・内部評価者の参画

CBT・OSCE機構派遣監督者・認定外部評価者はCATOが全試験に派遣

共用試験合格

Student Doctor認定証の発行（AJMC）

病院実習（診療参加型臨床実習）に参加

全国成績
解析結果

評価
成績
報告

事前調査、講習会等
学習評価項目
課題（シナリオ）
評価法、評価表
機構派遣監督者・評価者派遣

実施体制準備
OSCE実施・評価

医学系82・歯学系29大学
OSCE実施責任者

OSCE

技能・態度を評価

各大学の基準に基づいた評価を学生に通知 → 学生

医学系　模擬患者　歯学系

医療面接・身体診察・救命救急・手技など

医療面接・基本的診察および検査能力

学生はステーションを順に回り、態度と基本的診療能力の評価を受ける。

2018共用試験受験実績

医学	本試験	9,384人
	再試験	681人
歯学	本試験	2,494人
	再試験	598人

CBT問題作成から成績返却まで

- 各医科大学・医学部への作成依頼
- 各医科大学・医学部でのブラッシュアップ

H28実績　221名参加

- 各医科大学・医学部選出教員による中央ブラッシュアップ
- 問題評価・プール化小委員会による試行問題決定

H28実績　75回開催

- 試行問題＋プール問題（採点対象）の組合せによる出題
- 問題セット作成と調整作業（総覧）
- CBT実施キット準備・配布

H28実績　本試験129名、
追再試験70名派遣

- 各医科大学・医学部でCBT実施（機構監督者派遣）

- 各医科大学・医学部からCBT実施キット回収
- 機構内で自動採点（IRT標準スコア値推定も含む）

- 事後評価
（試行問題＋
プール問題）

- 各医科大学・医学部へ成績返却
- CBT解析結果の公表

CBT問題の質の保証(１)

- 異なる時期に試験を行い、能力を評価する
  - ✓ 問題プールから受験生ごとに異なる問題をランダムに出題する
  - ✓ 出題セットの平均難易度に差がないようにする必要がある
  - ✓ **項目反応理論**（IRT：Item Response Theory）
  - ① 採点対象外として出題した問題の評価（**200名以上**の受験生からの項目特性曲線：難易度と識別度）
  - ② 受験生ごとに異なる出題セット間の難易度調整（難易度の等質化）
  - ③ 受験生の能力評価（IRT標準スコア）

- 医師国家試験
  - ✓ 事前に問題の評価ができないために事後に評価する
  - ✓ 採点除外問題
  - ① 正解が複数存在：複数正解
  - ② 必修問題：「問題としては適切であるが、必修問題としては不適切」→正解者は正解として扱い、不正解者は削除
  - ③ 一般問題：「選択肢の表現が不十分で正解を得ることができない」「設問が不適切で正解が得られない」「選択肢に誤りがあり正解が得られない」
  - ④ 採点除外問題：4題（113回）、3題（112回）、7題（111回）

CBT問題の質の保証(２)

- 共用試験CBTの質保証
  - ✓ 良質な問題の作成→各医学部に問題作成依頼（説明会の開催）
  - ✓ 良質な問題のプール
    - ① 医学部委嘱教員による機構でのブラッシュアップ（5～6人のグループで2日間で50～60題）
    - ② 機構内「問題評価・プール化委員会」でのブラッシュアップ
    - ③ 採点対象外として出題問題の事後評価（正答率、受験生からの審議依頼問題の評価）
  - ✓ 採点問題のプールとセットとしての評価
    - ① 出題問題の特性変化の検討→大幅に正答率が変動した問題の削除（復元本により問題の漏洩？）
    - ② 問題の記載法の変更に対応→症例（人名、検査値など）の記載法
    - ③ 受験生から審議依頼問題の検討→トライアルだけでなく採点評価問題として出題した問題にも実施
    - ④ 出題セット作成前に出題可能問題の確認
    - ⑤ セット組の問題の再度の確認→実施小委員による総覧を実施
  - ✓ 信頼性向上委員会
    - ① CBTによる評価の妥当性を検討
    - ② 2か月に1回開催（CBT・教育測定学・統計学・テスト理論の専門家による検討）
- 以上のステップにより良質で評価可能な問題が出題されている

OSCE（Objective Structured Clinical Examination: 客観的臨床能力試験)の実際

●基本６ステーション

医療面接	１０分
頭頸部	５分
胸部・全身状態とバイタルサイン	５分（※）
腹部	５分
神経	５分
基本手技・救急	５分（※）

●追加ステーション　各５分
実施大学の希望に応じて、四肢と脊柱、※印の課題など最大３ステーションを追加実施可能

●受験者の移動方法
回転式（ローテーション方式、ショットガン方式）
順次式（トコロテン方式、通り抜け方式、ワンウェイ方式）

●認定外部評価者養成数（ST毎に認定）
平成30年度までの認定者数は延べ12,700名
毎年3回程度評価者講習会を実施
（約1,000人養成）

●各ステーションで実施する課題毎に
課題シート、評価表、評価マニュアル、運用メモ、運用参考図、SP用シナリオ等の資料を準備

併せて　学習用ＤＶＤ、評価者用ＤＶＤを作成・配布

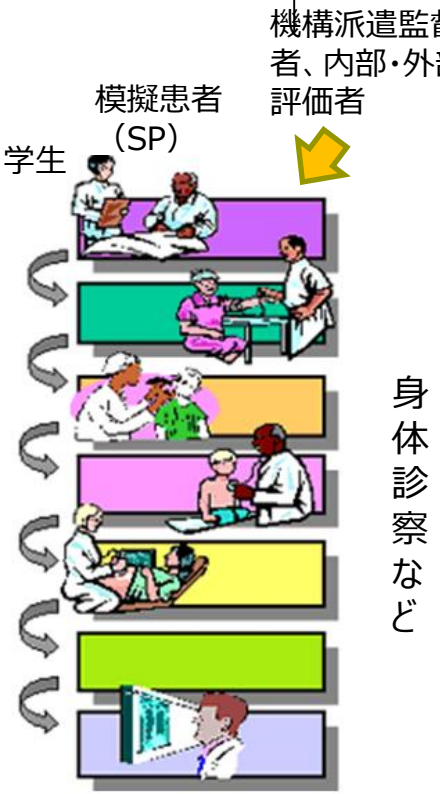
●模擬患者の養成

●評価方法
チェックリスト形式の評価項目による細目評価と細目評価で評価困難な全体の流れや円滑さ、医師としてふさわしくない行為などを評価する概略評価の2本立。

●概略評価の区分

6	優れている（医師と違いがないレベル）
5	良い（学生としては良くできるレベル）
4	合格レベル（最低要求レベルよりは上）
3	合否境界領域
2	不合格だが改善可能
1	明らかに不合格

【医療面接ステーションの例】



学生は各ステーションを順番に回り、基本的診療能力の評価を受け、全てのステーションに合格しなければならない。

OSCEは、シミュレーションテストの一つ

実際の患者さんを診察する前に、模擬的な診察を行い、診察能力の修得状況の総括評価を行う

OSCE実施風景

評価者

模擬患者はボランティア

学生

模擬患者

医療面接

患者役は学生（3年次）

頭頸部診察面

学生

評価者

外科手技・救急の例

（シミュレーター使用）

評価者

学生

胸部診察

（シミュレーター使用）

腹部診察

患者役は学生（3年次）

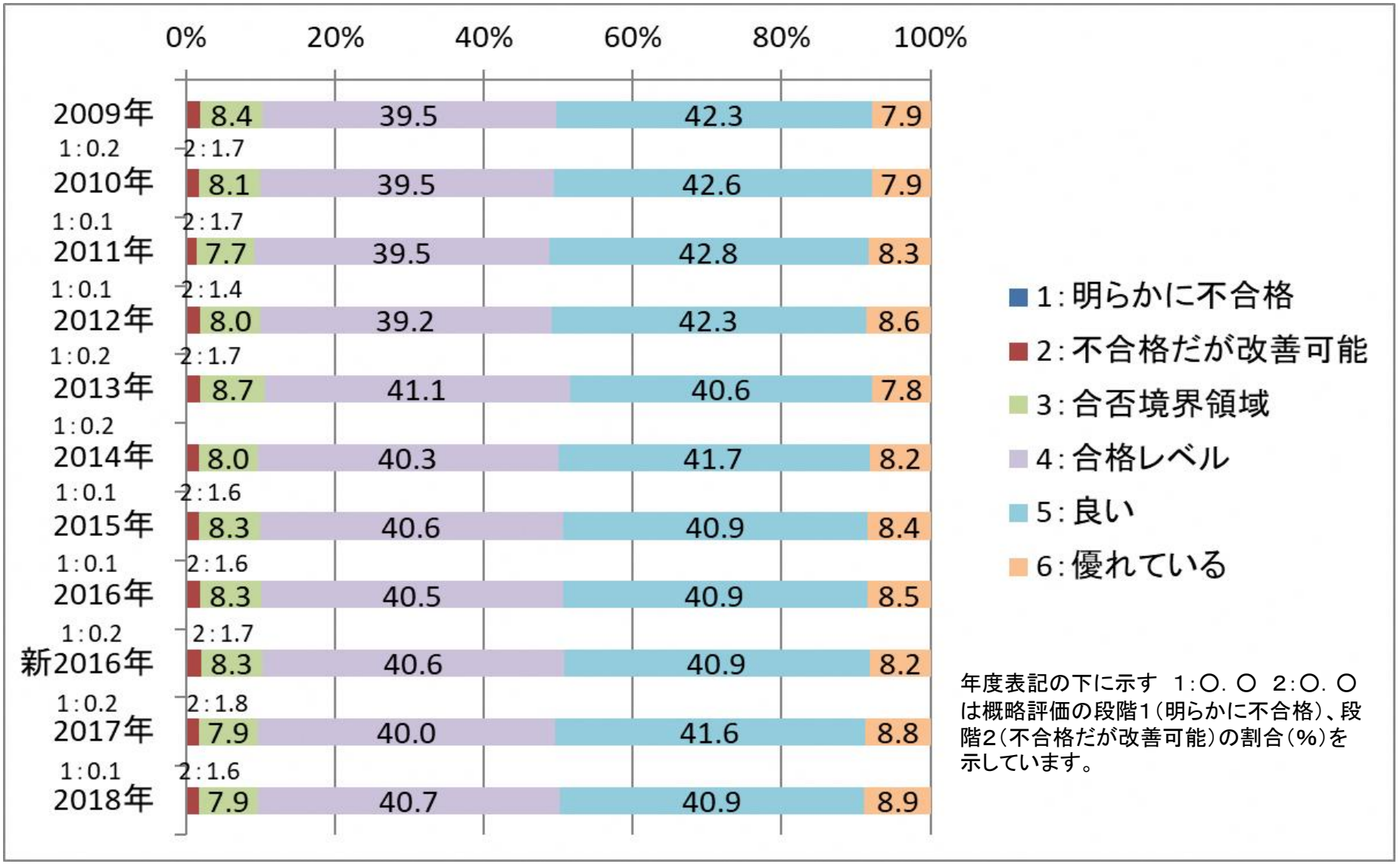
医道審議会 医師分科会
令和元年8月1日
CATO提出資料

臨床実習前のOSCEと臨床実習後のOSCEの違い

	臨床実習前OSCE	臨床実習後OSCE
受験時期	臨床実習開始前（主に４年生）	臨床実習終了後（６年生）
課題内容	医療面接と身体各部の診察	ある症候をもつ患者への医療面接、身体診察、指導医への報告を１室内で実施
総括評価	臨床実習開始の可否	卒業及び臨床研修開始の可否（卒業判定の資料）
課題数	６課題（医療面接10分、その他５分）必須	機構課題３課題（１課題16分）+ 大学独自課題（１～３課題）
評価者	自大学教員 + 他大学教員	自大学教員（医師） + 他大学教員（医師） + 臨床研修指定病院の指導医
動画記録	必須ではない	必須（２方向以上を推奨）

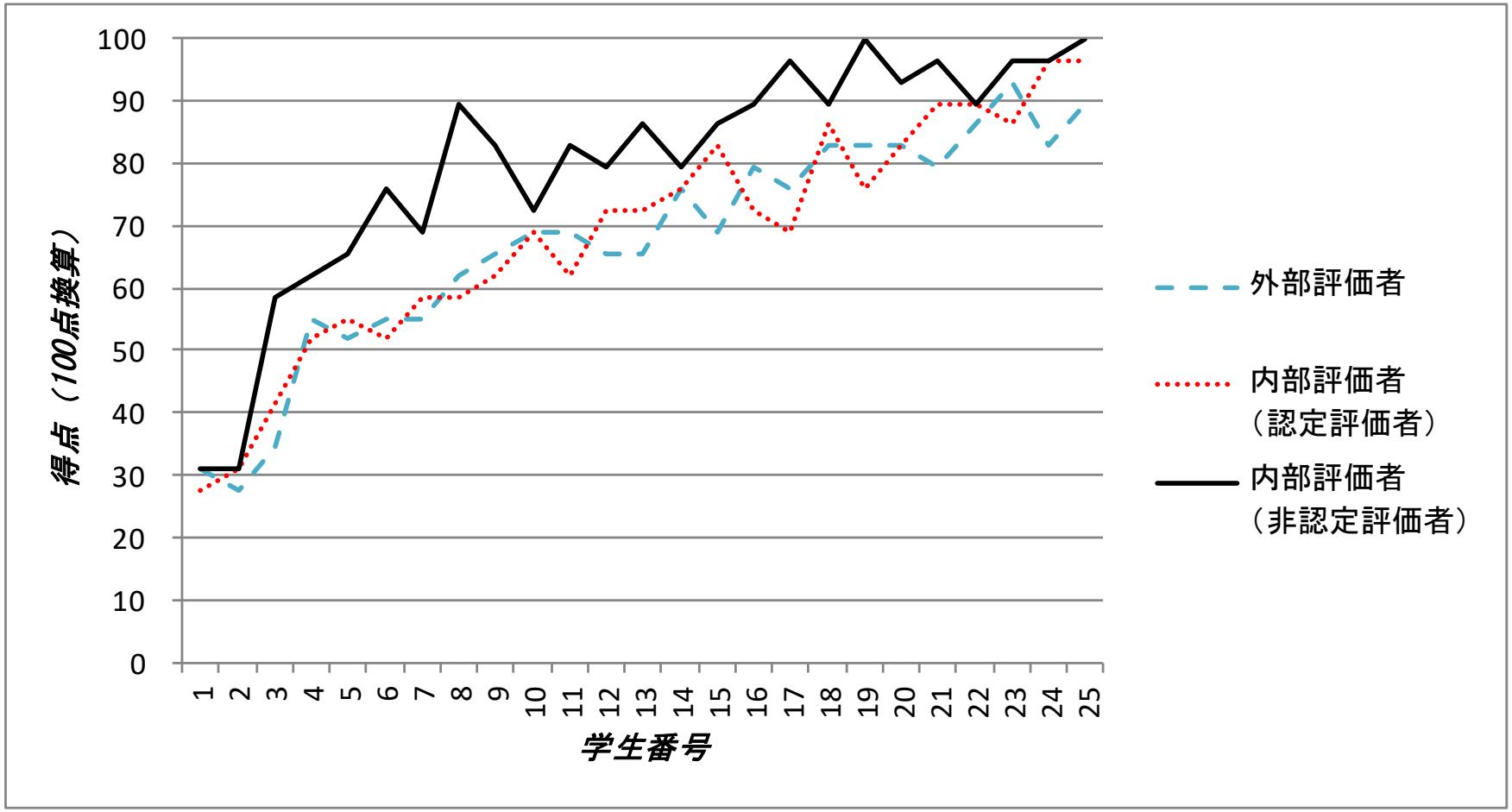
全評価者が評価した概略評価の分布の年次推移（Pre-CC OSCE）

医道審議会 医師分科会
令和元年9月27日
CATO提出資料



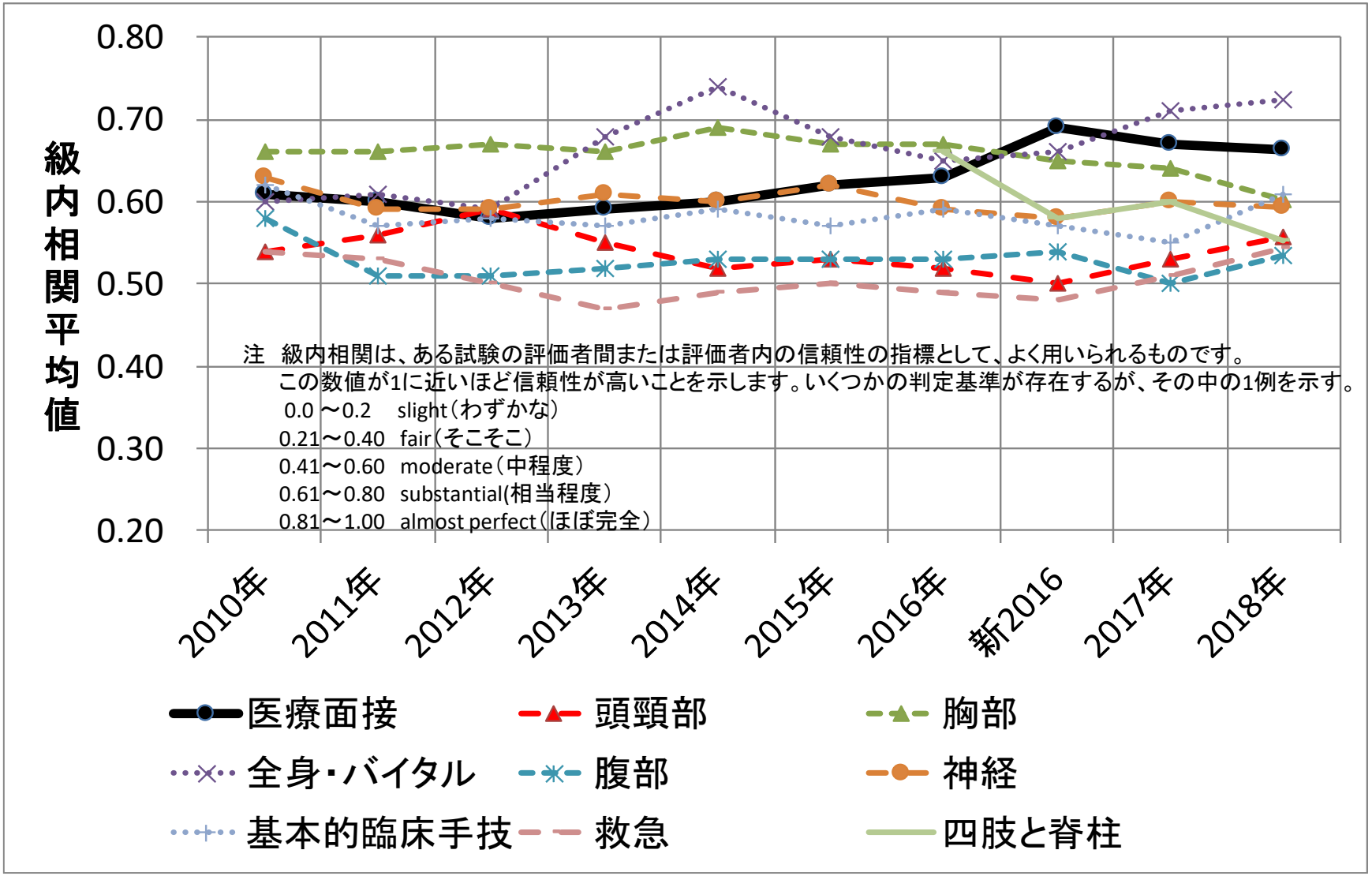
年度表記の下に示す　1:○.○　2:○.○は概略評価の段階1（明らかに不合格）、段階2（不合格だが改善可能）の割合（%）を示しています。

ステーション評価での外部・内部，認定・非認定評価者の違いの例（Pre-CC OSCE）



５名以上評価した評価者ペアの級内相関の年次推移（Pre-CC OSCE）

医道審議会 医師分科会
令和元年9月27日
CATO提出資料



注　級内相関は、ある試験の評価者間または評価者内の信頼性の指標として、よく用いられるものです。
この数値が1に近いほど信頼性が高いことを示します。いくつかの判定基準が存在するが、その中の1例を示す。
0.0 ～0.2　slight（わずかな）
0.21～0.40　fair（そこそこ）
0.41～0.60　moderate（中程度）
0.61～0.80　substantial(相当程度）
0.81～1.00　almost perfect（ほぼ完全）

Student Doctorについてのご意見

（平成30年度発出の「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（案）」に関するパブリックコメント引用）

- 医学生は大学に所属しており、病院での雇用契約がないため、立場を明確にする必要があるのではないか。Student Doctorとすることで整理されるのではないか。
- 医療事故等が起こった際の責任の所在を明確にしなければ、多くの指導医は侵襲性の高い手技をやらせないのではないか。
- Student Doctorが行った行為に関する賠償責任や保険の整備についても検討すべきではないか。
- 現状では、責任の所在の不明確さや、保険の未整備、指導体制の不足、大学における教育に対する低い評価、予算不足等により、侵襲性の高い手技等を行う環境が整っておらず、単に、行わせたい医行為を提示しても、診療参加型実習は進まないのではないか。

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　概要

厚生労働省医道審議会 医師分科会平成30年4月25日　資料1－1（一部改変）

臨床実習に係わる医師法の適用

※医師法第１７条：医師でなければ、医業をなしてはならない。

○ 「前川レポート」では、医師法で無免許医業罪がもうけられている目的は患者の生命・身体の安全を保護することにあるため、医学生の医行為も、その目的・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**基本的に違法性はない**と解釈できる。と整理されており、現状においてもこの考え方は妥当。

実施のための条件

①医学生に許容される医行為の範囲

○医師養成の観点から、医行為を２つに分類

１）医師養成の観点から臨床実習中に実施が開始されるべき医行為（必須項目）

（例）静脈採血、胃管挿入、皮膚縫合、超音波検査、処方・点滴のオーダー　等

２）医師養成の観点から臨床実習中に実施が開始されることが望ましい医行為（推奨項目）

（例）分娩介助、小児からの採血、膿瘍切開、排膿、気管挿管等

上記項目は多数の医行為の全てを網羅したものではなく、臨床実習で取り上げられる可能性の高い医行為を示したものであり、ここに挙げられていない医行為であっても、例示されたものと同等の侵襲度・難易度のものと各大学・実習施設で考えるものを、教育上の必要性を考慮して、臨床実習で取扱う医行為に含めることは許容される。

②指導医による指導・監督

○指導医によるきめ細やかな指導・監視

→　医学生が医行為を実施していることを認識し、かつ、必要があれば直ちに制止・介入できる状況であり、医師の医行為と同程度の安全性を確保

○指導医について

→ ・臨床研修制度における指導医
・専門医制度による基本領域の指導※1

※1　安全性が確保される状況であれば、専攻医・初期研修医等による屋根瓦式指導も可能

○指導医の指示のもと、安全性が確保される状況であれば、専攻医・初期研修医が屋根瓦式指導を行うことは許容

③医学生の要件

○臨床実習を行わせるに当たって事前に医学生を評価

・共用試験（CBT）の合格者※2

※2　ただし、国における合格基準の設定などを含め、共用試験の公的な位置づけを行うことが望ましい

○実際の患者に触れる前に、シミュレーション実習や医学生同士による実習などを取り入れなければならない

④患者等の同意

○同意取得は、院内掲示のみではなく、口頭又は文書での同意が必要

○患者等の同意は以下の取扱いとすることが妥当

１）医学生が行う医行為の範囲を示した上で「包括同意」を得る。

２）口頭で「包括同意」を得た場合には、その旨を診療録に記載。患者はこれを撤回する権利がある旨を説明。

３）例示に記載のないもののうち、例示されたものと同等の侵襲度・難易度のものと各大学・実習施設で考え、臨床実習で取扱う医行為の範囲に含める場合には、個別説明が必要。

４）事前の同意取得が困難な場合には、事後、速やかに同意を取得することが望ましい。

臨床実習において医学生が実施する医行為（例示）の対比　（前川レポート　と　門田レポート　比較）

■：水準Ⅲ⇒ 必須項目または推奨項目　■：水準Ⅰ及び水準Ⅱ　記載なし ⇒必須項目または推奨項目（新規・一部修正）　■：水準Ⅰ及び水準Ⅱ⇒ 必須項目及び推奨項目　記載無し

医学生の臨床実習において、一定条件下で許容される基本的医行為の例示
（臨床実習検討委員会　平成3年5月）

指導医の指導・監視のもとに実施が許容されるもの（水準Ⅰ）

分類	内容
診察	全身の視診・打診・聴診、簡単な器具（聴診器、打鍵器、血圧計など）を用いる全身の診察、直腸診、耳鏡・鼻鏡・検眼鏡による観察、内診、産科的診察
検査	心電図、音心図、心機図、脳波、呼吸機能（肺活量等）、聴力、平衡、味覚、嗅覚、視野・視力、直腸鏡、肛門鏡、超音波、MRI（介助）、単純X線撮影（介助）、RI（介助）、耳朶・指先など毛細血管採血、静脈（末梢）採血、嚢胞（体表）穿刺、膿瘍（体表）穿刺、膣内容採取、コルポスコピー、アレルギー検査（貼付）、発達テスト
治療	体位交換、おむつ交換、移送、皮膚消毒、包帯交換、外用薬貼布・塗布、気道内吸引、ネブライザー、導尿、浣腸、ギプス巻、抜糸、止血、手術助手、作業療法（介助）
救急	バイタルサインチェック、気道確保（エアウェイによる）、人工呼吸、酸素投与
その他	カルテ記載（症状経過のみ学生のサインとともに書き入れ、主治医のサインを受ける）、健康教育（一般的内容に限る）

状況によって指導医の指導・監視のもとに実施が許容されるもの（水準Ⅱ）

分類	内容
検査	筋電図、胃腸管透視、動脈（末梢）採血、胸・腹腔・骨髄穿刺
治療	創傷処置、胃管挿入、皮内・皮下・筋肉注射、静脈（末梢）注射、膿瘍切開、排膿、縫合、鼠径ヘルニア用手還納
救急	気管内挿管、心マッサージ、電気的除細動
その他	患者への病状説明

原則として指導医の実施の介助または見学にとどまるもの（水準Ⅲ）

分類	内容
検査	眼球に直接触れる検査、内視鏡検査（食道、胃、大腸、気管、気管支など）、気管支造影など造影剤注入による検査、採血（小児）、腰椎穿刺、バイオプシー、子宮内操作、知能テスト、心理テスト
治療	注射（中心静脈・動脈）、麻酔（全身・局所）、輸血、各種穿刺による排液、分娩介助、精神療法、眼球に直接触れる治療
その他	家族への病状説明

医学養成の観点から医学生が実施する医行為の例示について
（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　平成30年7月）

○　臨床実習において医学生に医行為を行わせるために必要な条件
①侵襲性のそれほど高くない一定のものに限られること
②医学部教育の一環として一定の要件を満たす指導医によるきめ細かな指導・監視の下に医行為を行わせること
③臨床実習を行わせるに当たって事前に医学生の評価を行うこと
④医学生である旨の明確な紹介及び患者等の同意を得て実施すること

医師養成の観点から臨床実習中に実施が開始されるべき医行為（必須項目）

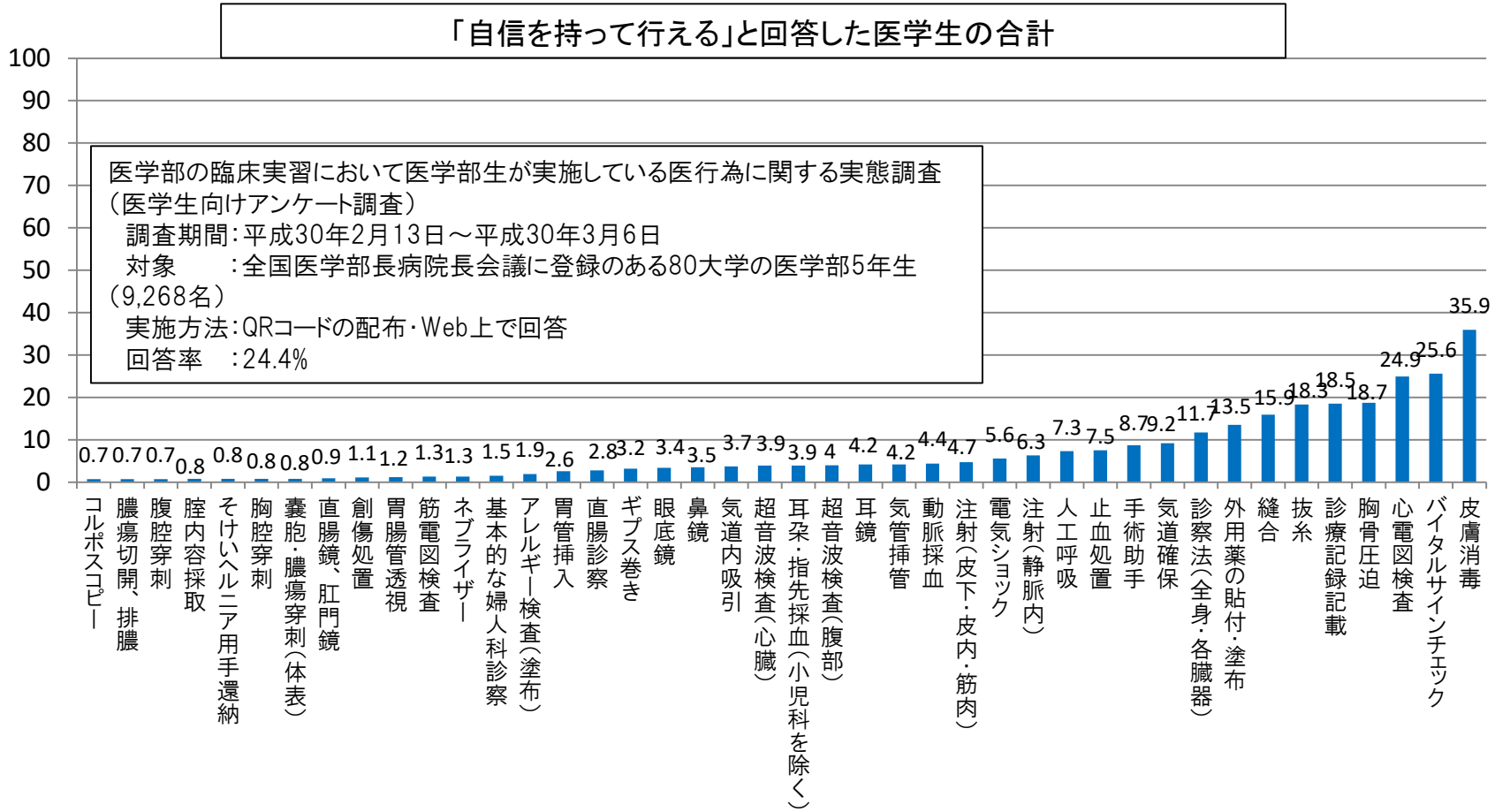
分類	内容
診察	診療記録記載（診療録作成）※1、医療面接、バイタルサインチェック、診察法（全身・各臓器）、耳鏡・鼻鏡、眼底鏡、基本的な婦人科診察、乳房診察、直腸診察、前立腺触診、高齢者の診察（ADL評価、高齢者総合機能評価）
一般手技	皮膚消毒、外用薬の貼付・塗布、気道内吸引※2、ネブライザー、静脈採血、末梢静脈確保※2、胃管挿入※2、尿道カテーテル挿入・抜去※2、注射（皮下・皮内・筋肉・静脈内）、予防接種
外科手技	清潔操作、手指消毒（手術前の手洗い）、ガウンテクニック、皮膚縫合、消毒・ガーゼ交換、抜糸、止血処置、手術助手
検査手技	尿検査、血液塗抹標本の作成と観察、微生物学的検査（Gram染色含む）、妊娠反応検査、超音波検査（心血管）、超音波検査（腹部）、心電図検査、経皮的酸素飽和度モニタリング、病原体抗原の迅速検査、簡易血糖測定
救急※3	一次救命処置、気道確保、胸骨圧迫、バックバルブによる換気、AED※2
治療※4	処方箋（内服薬、注射薬、点滴など）のオーダー、食事指示、安静度指示、定型的な術前・術後管理の指示、酸素投与量の調整※5、診療計画の作成

医師養成の観点から臨床実習中に実施が開始されることが望ましい医行為（推奨項目）

分類	内容
診察	患者・家族への病状の説明、分娩介助、直腸鏡・肛門鏡
一般手技	ギプス巻き、小児からの採血、カニューレ交換、浣腸
外科手技	膿瘍切開、排膿、嚢胞・膿瘍穿刺（体表）、創傷処置、熱傷処置
検査手技	血液型判定、交差適合試験、アレルギー検査（塗布）、発達テスト、知能テスト、心理テスト
救急※3	電気ショック、気管挿管、固定など整形外科的保存療法
治療※4	健康教育

※1　診療参加型臨床実習実施ガイドライン「学生による診療録記載と文章作成について」を参考に記載する
※2　特にシミュレータによる修得ののちに行うべき
※3　実施機会がない場合には、シミュレータによる修得も可である
※4　指導医等の確認後に実行される必要がある
※5　酸素投与を実施している患者が対象

共用試験導入後も残る課題



出典：平成29年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「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」

○　医学生の医行為の修得率は依然として低い傾向にあると指摘されている。

医学生の行う医行為および指導医による指導・監督

厚生労働省医道審議会
医師分科会
令和元年8月1日　資料3

門田レポートにおける医学生に許容される医行為の範囲

〇別添(必須項目・推奨項目)は多数の医行為の全てを網羅したものではなく、臨床実習で取り上げられる可能性の高い医行為を示したものであり、**ここに挙げられていない医行為であっても、**別添に例示されたものと同等の侵襲度・難易度のものと各大学・実習施設で考えるものを、**教育上の必要性を考慮して、臨床実習で取扱う医行為に含めることは許容される。**

臨床実習における医行為の現状

Qクリニカルクラークシップで学生にさせている診療等は

	国立	公立	私立	全国
回答校	43	8	29	80
1 受け持ち患者の日々の診察	35	3	26	64
2 回診に参加	43	8	28	79
3 プレゼンテーション	42	7	28	77
4 医行為(採血・手術助手 等)	41	8	28	77
5 診療録の記載	40	7	26	73
6 カンファレンスへの参加	43	7	29	79
7 その他	2	0	2	4

Qクリニカル・クラークシップ実施上で問題点はありますか

		国立	公立	私立	全国
1はい		37	7	28	72
問題点は（複数回答あり）	1 教員の負担が多い	35	7	23	65
	2 教員による評価の信頼性が低い	12	2	7	21
	3 診療科による取組が異なる	29	6	24	59
	4 医行為の水準が不明瞭	14	3	5	22
	5 患者側の協力が得がたい	13	2	9	24
	6 その他	4	1	7	12
2いいえ		6	1	1	8
計		43	8	29	80

一般社団法人 全国医学部長病院長会議
医学カリキュラムの現状(平成29年度)　より抜粋・一部改変

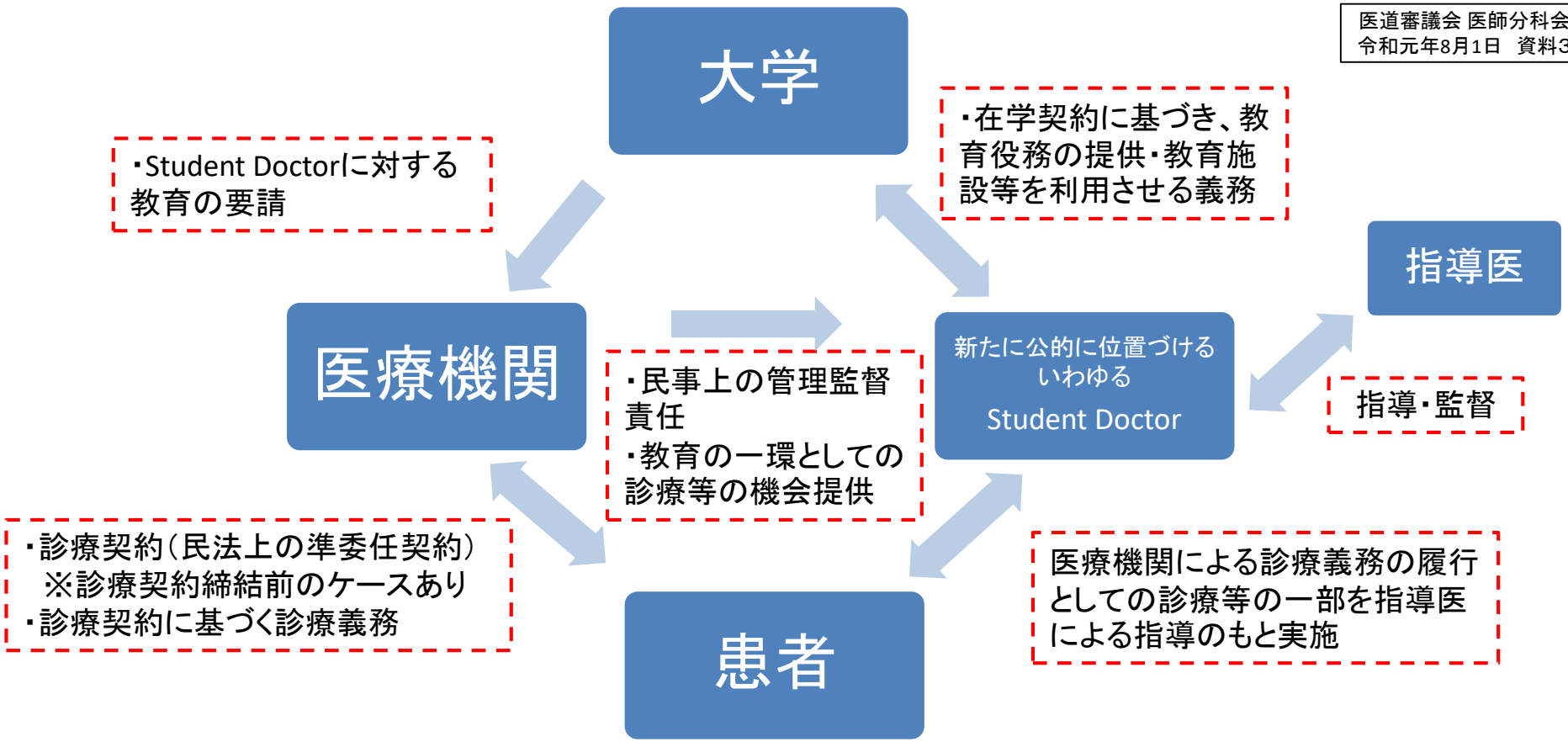
学生が医行為を実施していない大学がある他、医行為の水準が不明瞭という指摘があり、どのようにまたどの範囲で違法性阻却されるかが不明瞭なためベッドサイドで適切な判断がなされず、結果的に指導医が学生に対して医行為を行う機会を与えられていない可能性が考えられる。

臨床実習で医学生は、指導医が患者の状態などを鑑みた上で、教育上必要であると判断し、指示および指導・監督することを前提に医行為を実施できることを法的に明確化することで、臨床実習で医学生が実施する医行為の範囲の拡大を目指す。

※安全性の確保の観点から、これまで通り門田レポートで挙げられた指導医による指導・監督について、Student Doctorを公的に位置付けた上でも、医学生が医行為を実施するための必要条件であることを明らかにする。

新たに公的に位置づけるいわゆるStudent Doctorの行う医行為についての法的整理（案）

医道審議会 医師分科会
令和元年8月1日　資料3



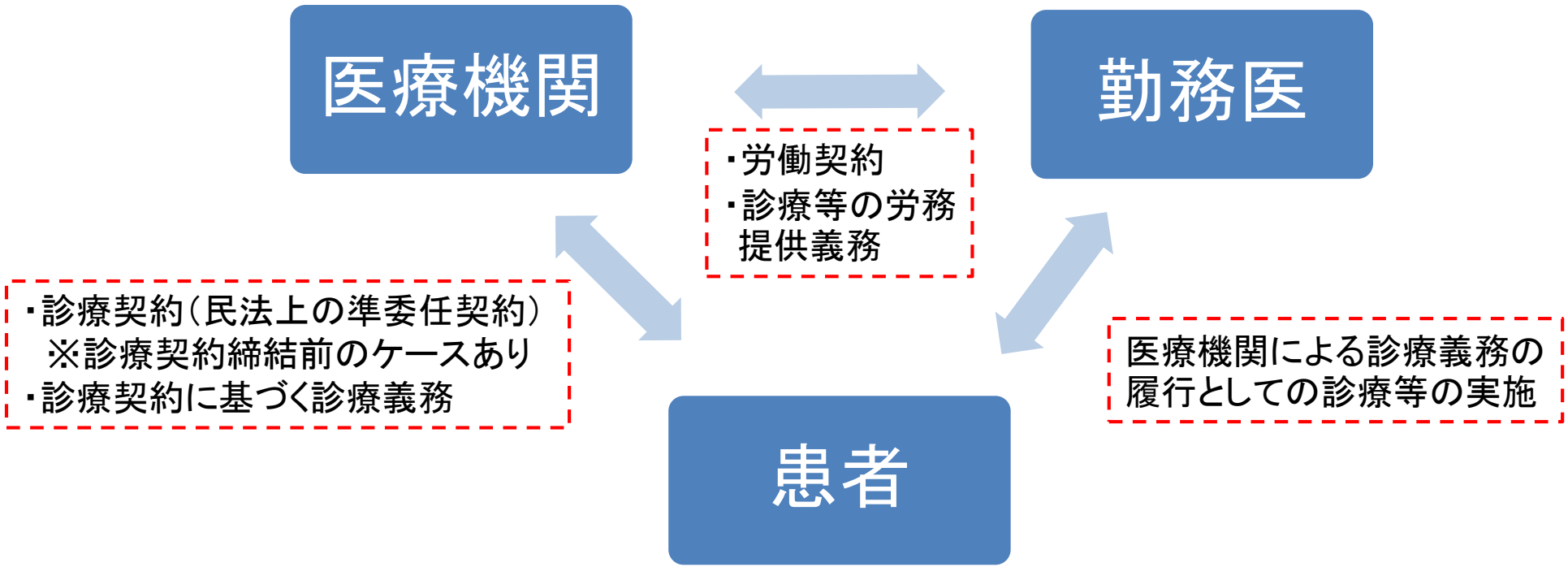
診療契約は患者と医療機関の間で締結されるものであり、いわゆるStudent Doctorに関しても、勤務医の場合と同様に、医療事故が起こった場合の民事上の責任の所在は第一義的には医療機関にあると考えられる（ただし、不法行為上の責任は指導医・Student Doctorにも生じる得る）

※Student Doctorは、医療機関の診療義務の一部の履行として診療行為を実施しているものであり、労働契約の有無にかかわらず、勤務医の場合と同様に、民事上の債務履行の責任は医療機関にあるもの

※刑事上の責任は、行為者である勤務医や指導医、Student Doctor（あるいは診療の補助を行うコメディカル）に生じうるもの

（参考）勤務医の診療等に関する法的整理

第67回社会保障審議会医療部会
資料2－3　一部改変



医学生の医行為に関する同意についてのご意見

（平成30年度発出の「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（案）」に関するパブリックコメント引用）

- 患者の同意取得は大変な負担であり、指導医の負担軽減や患者の機会拡充の観点から、包括同意を必須とすべきではない。院内掲示だけで可能とすべき。
- Student Doctorという資格が公的化されれば、包括同意は必要なく、院内掲示のみで可能とすべき。
- 近年、患者の同意取得が困難な例がかなりあり、包括同意を必須とすると教育が後退してしまうのではないか。
- 特に、外来では同意の取得が困難であり、外来でも包括同意を必須とすると学生の外来診療が行えなくなる恐れがあるのではないか。
- 医学教育からの観点から患者の包括同意は必要ないという意見があるが、患者の権利保護の観点からは、包括同意は必要ではないか。
- 医学生が病院で身分がないことは問題だと考えられる。もし、Student Doctorの身分が法整備され、病院における立場がはっきりすれば、特別な同意も不要になったかもしれず、その点は残念である。

Student Doctorの公的化に伴い、**原則、院内掲示を必須**とし、内容や状況に応じて包括同意等を得ることを検討してはどうか

※門田レポートにおいては、④患者等の同意に関し、院内掲示のみではなく、口頭又は文書での同意が必要とされ、「包括同意」を得ることが妥当とされている

患者等の同意取得の現状

Q学生の医行為に関して、患者さんからインフォームドコンセントを取っていますか

		国立	公立	私立	全国
1はい		42	8	29	79
取得方法（複数回答あり）	1 文書(個別同意)	21	1	9	31
	2 文書(包括同意)	24	5	14	43
	3 口頭(個別同意)	23	3	12	28
	4 口頭(包括同意)	12	4	11	27
	5 その他	3	0	3	6
2いいえ		1	0	0	1
計		43	8	29	80

Qクリニカル・クラークシップ実施上で問題点はありますか

		国立	公立	私立	全国
1はい		37	7	28	72
問題点は（複数回答あり）	1 教員の負担が多い	35	7	23	65
	2 教員による評価の信頼性が低い	12	2	7	21
	3 診療科による取組が異なる	29	6	24	59
	4 医行為の水準が不明瞭	14	3	5	22
	5 患者側の協力が得がたい	13	2	9	24
	6 その他	4	1	7	12
2いいえ		6	1	1	8
計		43	8	29	80

一般社団法人 全国医学部長病院長会議
医学カリキュラムの現状(平成29年度)　より抜粋・一部改変

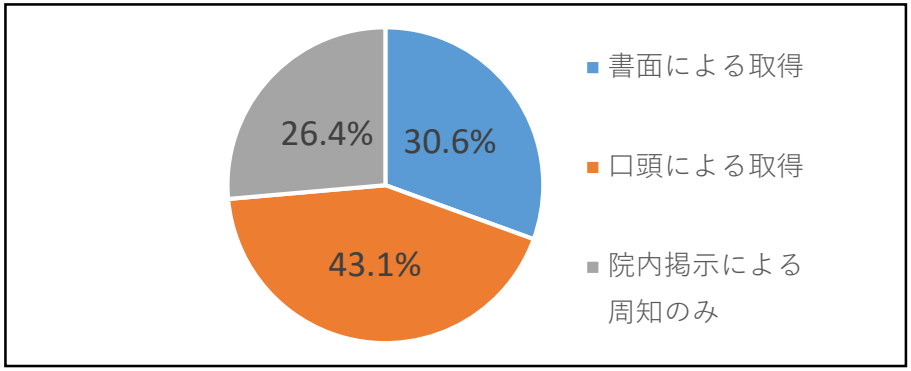
学生実習にあたり、ほぼ全ての大学が同意取得を行っているものの、同意取得が得がたい場合があるなど、課題が残る現状

患者同意についての現状（アンケート結果）

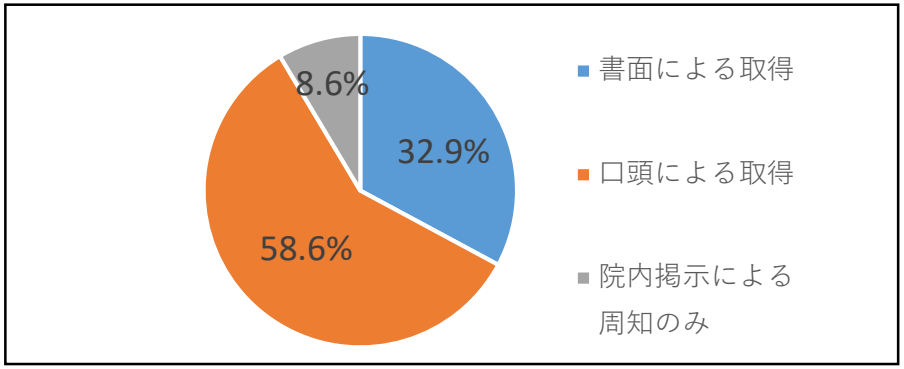
医道審議会 医師分科会
令和元年9月27日　資料3

診療参加型臨床実習推進のためのアンケート調査
調査期間：令和元年9月1日～令和元年9月11日
対象　　：医学教育ユニットの会の会員（医学教育に携わる教職員）
実施者　：令和元年度厚生労働科学研究費補助金「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」研究班
実施方法：メールによる告知・Web上で回答　有効回答数74名

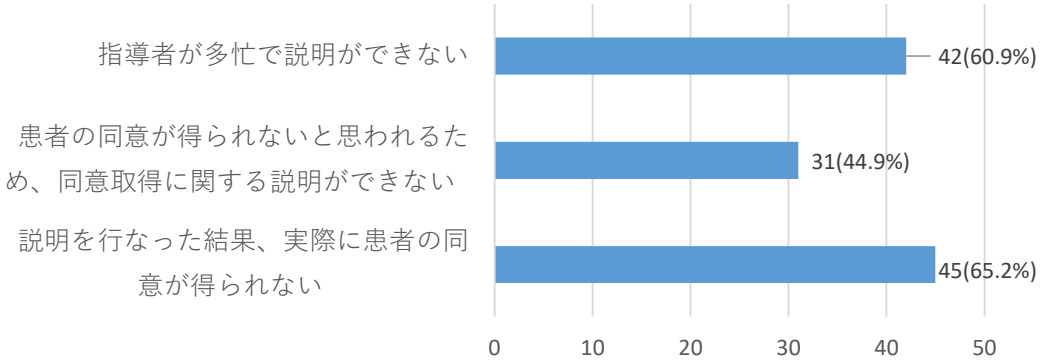
Q.学生が問診等の非侵襲的な行為を行う際に患者の個別同意を取得しているか



Q.学生が採血等の侵襲性が低い行為を行う際に患者の個別同意を取得しているか



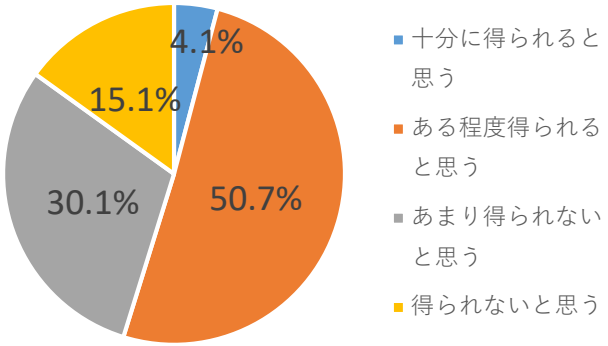
Q.患者の同意取得が困難なケースにおける理由(複数選択可)



その他の理由
・明確な同意取得の規定が無い。
・ある程度のことは指導医の責任で行っており、不用意に患者さんを心配させることの方が問題と考えることが多いと思われる。
・医師にとっては機械的な書面同意が却って同意の取得意欲を萎縮させている。
・救急患者等、患者の病状により同意取得が困難
・入院患者は包括同意を取っているが外来患者には取れていない
・どこまでの同意が必要か、ここが明確で無いので、現場が同意をとってまでやらないし、**また患者サイドでもその様な文化が醸成されないため。**
・Student doctorの法的身分が患者さんに周知されていない。

患者同意についての現状（アンケート結果）

Q.医学生が診療に参加することの説明について、院内掲示のみで患者の理解は得られると思いますか



Q.医学生が診療に参加するにあたって、患者の理解を得るためにはどのようにすべきだと思われますか（自由記載）

1．説明方法について
・**個別同意は煩雑すぎて指導医の負担が大きく、入院時の包括同意が妥当**だと思います。外来患者は院内掲示ではどうでしょうか。
・オプトアウト形式で参加を望まない場合は申告していただく。
・現状は院内掲示や主治医・担当医の説明だけでは同意を得られるのは少数であり、ある程度の強制力が働かないと難しいと思われます。

2．説明の内容について
・**医学生がどのような試験を経て、病棟、外来に出ているのかを社会に示すことが重要。**OSCEの公開までは難しいかと思いますが、CATOがもっと、どの程度の技能態度が備わっていて、知識があるのかアピールすることは大事だと思います。
・**学生指導が、病院の役割であり、病院自体のレベルも上げるものであることをもっと周知する。**
・**チーム医療の一員であり学生の力が必要であることを説明する。**そのためには当然診療参加型になっていなければならない。

3．一般の患者全体への理解について
・大学病院に行くということは無条件で同意しているという社会通念の確立
・**メディアを使い、 OSCEやCBTを合格した学生のみが臨床実習に進み、診療に参加しているという事実を社会全体に対して呼びかける。**
・**Student doctorの法的身分を確立させ、その趣旨を、厚労省から患者さん（国民）に周知徹底していただく。**参加型臨床実習は「国策」であることを理解していただくことが重要。