

診療参加型臨床実習のための 医学生の医行為水準策定

平成27年12月

改訂版



一般社団法人
全国医学部長病院長会議

目 次

はじめに	1
Ⅰ. 臨床実習における医行為の法的位置づけ	2
Ⅱ. 臨床実習における医行為の法的違法性阻却への認識と実行	2
Ⅲ. 臨床実習のグローバルスタンダードと本邦における実施への基本的な考え方	3
Ⅳ. 医学生の臨床実習における医行為水準	4
1. 医行為水準策定の変遷と問題点	4
2. コンピテンス発達モデルに対応する医行為水準策定とシミュレーション教育	6
Ⅴ. 臨床実習の指導医	8
Ⅵ. 臨床実習に際しての医学生の適正評価と共用試験	9
Ⅶ. 全国共通の臨床実習生の呼称	10
1. 臨床実習を行う医学生の呼称（資格）の必要性とその背景	10
2. 臨床実習を行う医学生の呼称と医師法との関係について	11
3. 臨床実習を行う医学生の呼称（資格）の具体的な提案について	11
Ⅷ. 臨床実習同意書と事故補償	12
1. 患者からの同意書	13
2. 学生からの誓約書	14
3. 医療事故の補償	14
まとめ	15
参考文献	17
参考資料	18
資料 1 本邦における医学生の臨床実習における医行為アンケートのまとめ	19
資料 2 Tomorrow's Doctor 2009	21
資料 3a これまでの「医学生の臨床実習における医行為と水準」の例示	24
1. 指導医の指導・監視の下で実施されるべき（水準Ⅰ）	24
2. 指導医の実施の介助・見学などに留めるべき（水準Ⅱ）	25
資料 3b 訂正を加えた「医学生の臨床実習における医行為と水準」の例示	26
1. 指導医の指導・監視の下で実施されるべき（レベルⅠ）	26
2. 指導医の実施の介助・見学が推奨される（レベルⅡ）	27
資料 4 診療参加型臨床実習に関する医学生からの誓約書	28
診療参加型および見学型臨床実習の説明書/包括同意書	29
【包括同意の説明文書】診療参加型臨床実習を行うにあたってのお願い	30
診療参加型臨床実習の説明書/個別同意書	31
【個別同意の説明文書】診療参加型臨床実習を行うにあたってのお願い	32
臨床実習への協力の同意取り消し通知書	33
資料 5 医師養成グランドデザインへのAction Plan	34
資料 6 『医師養成の検証と改革実現のためのグランドデザイン—地域医療崩壊と医療のグローバル化の中で—』全国医学部長病院長会議の立場から	42

はじめに

現在の医学・医療のグローバル化の中で、医学教育が国際標準に基づいて実施されることは必定である。諸外国においては、医学教育における臨床実習の重要性が認識され、医学生が医療チームの一員として医療に積極的に参加する診療参加型で実施されている。しかし、国内では「診療参加型臨床実習を充実させるべし」との議論で常に問題になるのが医師法に規定される“医療行為”（以下、医行為と呼ぶ）のとらえ方である。医行為の範囲について国際的に定められた基準はない。医行為というと、針を刺したり、メスを入れるといった侵襲的医行為と受け取られがちである。しかし、本「診療参加型臨床実習のための医学生の医行為水準策定委員会」（以下本委員会）の基本理念では、医学生（医学臨床実習生）に要求される医行為は、患者・家族あるいは医療チームと良好なコミュニケーションを築き、正確な病歴と身体所見をとり、記載し、その上で鑑別診断をあげ、診断計画の立案などを推し進めていく臨床推論能力を養い、更に治療計画を立案するといった“基本的な医行為”に焦点が当てられている。より侵襲的な医行為の習得は、基本的にはシミュレータを駆使したシミュレーション教育、そして臨床研修の場で臨床研修医として診療に従事する中で習得することとなる。

現在、国内のほぼ全大学においては、診療参加型臨床実習が開始されていると考えられるが（平成23年文部科学省主催の「医学・歯学教育指導者ワークショップ」事前調査）、マニュアルの作成、学内限定の医行為指針作成に基づく臨床実習の充実（本委員会による国内80大学医学部、医科大学に対するアンケート調査；添付資料1）や臨床実習時間の増加、学内ファカルティ・ディベロップメント（Faculty Development）の充実、臨床実習後の客観的臨床能力試験（OSCE; Objective Structured Clinical Examination）の導入・活用などが取り組まれている。

一方で、医学生の医行為のあり方を巡ってあまりにも多岐にわたり、本来の目的から乖離した議論が行われ、萎縮した臨床実習になっている面が少なくないと思われる。全国一律の一定のルールに従い、医学生に対して有効かつ安全な臨床実習を実施し、優れた医師を育成していく環境を整備することこそが、現在の日本における医学教育に課せられた重大使命の一つである。

本報告「診療参加型臨床実習のための医学生の医行為水準策定」は今後の我が国の医学教育における臨床実習実施に一定の指針を示しており、極めて重要なものと考えられ、その内容は各大学医学部・医科大学により、自主性と自律性を維持しつつ実践される必要がある。従い、以下に述べる前川レポートと同様に、厚生労働省、文部科学省などの公的機関から大学医学部・医科大学とその関連病院などに対して周知が要請されることを望む。

I . 臨床実習における医行為の法的位置づけ

臨床実習における医療行為の法的位置づけに関しては、平成2年4月に当時の厚生省健康政策局内に設けられた臨床実習検討委員会（委員長 前川正 群馬大学元学長）で取りまとめられた最終報告書（以下前川レポート）（平成3年5月13日）において、4つの基本的条件下で医学生が行う医行為については医師法の違法性は阻却される、という考えが示された。そして、同日、厚生省健康政策局長から文部省高等教育局長に対して、前川レポートについて大学医学部など関係方面に対する周知が要請され（健政発第306号）、同年6月7日には文部省高等教育局医学教育課長から全国の国、公、私立大学医学部長、同附属病院長などに対して、前川レポートの趣旨を踏まえつつ、医学教育における臨床実習の一層の充実を図るよう配慮することが要請された（3国高医第17号）。

前川レポートの考え方は、平成13年3月に策定された医学教育モデル・コア・カリキュラム（以下、コア・カリ）、その後の二度にわたるコア・カリの改定（平成19年12月、平成22年度改正版：平成23年3月内容決定）においても引き継がれ、今日にいたっている。本委員会はこの様な基本的条件の流れを踏襲し、患者・国民の視野を含めた現在の医療環境を勘案し、前川レポートに報告された基本的条件に多少の修正を加えた以下の4点を基本的条件として掲げる。

- (1) 医学生の臨床実習においては患者への侵襲性や患者の羞恥心を十分配慮した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・監督のもとに行われること。
- (3) 臨床実習を開始するに際して事前にならず医学生の評価を行うこと。
- (4) 患者もしくは患者の保護者などの同意を得て実施すること。

II . 臨床実習における医行為の法的違法性阻却への認識と実行

臨床実習に際して、医学生の医行為が上記の4つの基本的条件が満たされ、その違法性が法的に阻却されるためには、以下の4点が認識され実行されなければならない。

(1) 学生に許容される医行為の水準

グローバルスタンダードを念頭に入れ、全国の大学医学部・医科大学に共通する医行為の水準に沿い医行為別に決めた指針に基づき、臨床実習を行う。（以下、項目III. 臨床実習のグローバルスタンダードと本邦における実施への基本的な考え方、項目IV. 医学生の臨床実習における医行為水準を参照）

(2) 臨床実習の指導医

臨床研修指導医もしくはそれに準ずる能力を有する医師が指導する。（以下、項目V. 臨床実習の指導医を参照）

(3) 医学生の評価

共用試験（CBT: Computer Based Testing, OSCE: Objective-Structured Clinical

Examination) の合格を必須とする。(以下、項目 VI. 臨床実習に際しての医学生
の適正評価と共用試験、項目 VII. 全国共通の臨床実習生の呼称を参照)

(4) 患者もしくは患者の保護者などからの同意と事故補償

患者もしくは患者の保護者などからの包括同意書に加え、学生の実施する医行為の水準が比較的高いと判断される場合には医行為の事前に個別同意書を得ることが必要であり、医療事故に関する事故補償に加入のもとで行なわれる。(以下、項目 VIII. 臨床実習同意書と事故補償を参照)

III. 臨床実習のグローバルスタンダードと本邦における実施への基本的な考え方

医学教育システムは、国際間で様々に異なっている。しかし、教育システムに差異はあるものの、教育技法には共通点が多い。まず、知識教育では、従来の大講堂での講義スタイルから、チュートリアルを含む小人数教育に移行し、しかも、基礎医学を学んだ後で臨床医学を教育するのではなく、基礎 - 臨床統合型教育、あるいは低学年から臨床医学に接する医学教育が中心になっている。また、教員が教えるという姿勢から、成人学習理論に基づいて学生自身が自主的に自己学習を行うことが推奨されている (参考文献 1-3)。

さらに、医学部の重要な使命の一つが優れた臨床医を育成することにあることから、医師にとって必要な知識、態度、技能を医学部入学当初から教育されている。すなわち、いずれの国においても、臨床実習に重点が置かれている。臨床実習に十分な期間をかけるだけでなく、医学生が医療チームの一員として医療に積極的に参加する診療参加型が重視されている。これは、卒後に実際の医療を担当するには、卒前の臨床実習で実務のトレーニングを積んでおく必要があるとの考えに基づくものである。

わが国は明治時代に導入したドイツ医学教育を踏襲してきた。まず医師に必要なリベラルアーツを身につけ、次いで基礎医学を学んで理論を習得し、その上で臨床医学を学ぶという段階的学習法である。しかしそのドイツですら、2000 年以降に大改革を行い、入学当初から臨床実習を開始し、グローバル化に対応するようになっている (参考文献 4)。わが国では 4 年間の他学部での学士教育修了なしに、リベラルアーツを含めた 6 年間ストレートの医師養成教育システムが行われている。このように医師養成の教育システムの相違はあるにせよ、わが国においても、医師として必要な人間性教育、臨床実習の充実が急務である。

日本の臨床実習のあり方については、海外の医学教育者の意見が参考になる。たとえば世界医学教育連盟西太平洋地区 (Association for Medical Education in Western Pacific Region: AMEWPR) 委員によれば、日本の臨床実習体制をみて、①各診療科における実習期間を長くすべきである (たとえばアメリカでは医学生がコア診療科に 8 週間所属)、②医学生が主体的に医療に参加すべきである (医療面接、身体診察、画像診断などだけでなく、診断計画、治療計画も医学生が立案する)、③カンファレンスなどでは医学生がチームの一員として議論に参加すべきである (指導医の意見を鵜呑みにする

受動的姿勢は好ましくない)、④受け持ち患者に対して医学生が責任を持ち、経過を十分に観察すべきであるなどの点が指摘されている。

こうした考えを更に推し進め、展開するに際し、参考となるのはイギリスの General Medical Council (GMC) が提示している “Tomorrow's Doctor 2009” である (添付資料 2)。ここでは医学生が習得すべきコンピテンシーを掲げ、医学部で学習すべき「診断手技」「治療法」「医療安全」を 32 項目に亘って明示している。ここに掲げられた基準はアメリカのように医学生が “Student Doctor” として手法さえ知っておれば如何なる医療手技を実施しても良いとの論理に比べ、国民の目線と合致したもので、患者の支持と協力を得やすく、本邦で十分に適用可能と考える。

IV. 医学生の臨床実習における医行為水準

1. 医行為水準策定の変遷と問題点 (前川レポート及び「医学教育モデル・コアカリキュラム (以下、コア・カリと呼ぶ)」)

平成 3 年 5 月に当時の厚生省において取りまとめられた前川レポートは、医学教育における臨床実習の一層の充実を図るために、同年 6 月に当時の文部省高等教育局医学教育課から全国の大学医学部・医科大学に通知された。前川レポートには、適切な臨床実習の実施を図るために「医行為の範囲を示す例示」が示されており、卒前臨床実習で医学生に許容される身体的並びに精神的にそれほど侵襲性の高くない医行為と定義付けられている。前川レポートは医学生が実施できる医行為を具体的に示した点で画期的であった。しかし、策定後 20 年以上を経てそれらを再検討する過程で前述の法的な解釈以外にも以下のような問題点が指摘されている。

1) 臨床実習を開始するのに必要な医行為と水準 (パフォーマンス・レベル) が明示されていない。

2) 臨床実習終了時にどの医行為がどの水準で達成できていなければならないかが明らかでない。

3) 前川レポートの水準 II の定義「状況によって指導医の指導・監視のもとで実施が許容されるもの」の「状況」の意味が明確ではない。

4) 例示には侵襲性、羞恥性を考慮すると現状では医学生が実施できない医行為が含まれている。

5) 医行為の習得とその評価は各大学に任されており、臨床実習開始時・終了時の学生の能力を全大学が統一的に質保証する体制が構築されていない。

前川レポートから 10 年を経て、平成 13 年 3 月に我が国の全ての医学生が習得すべきと考えられる必須の教育内容がコア・カリとして提示された。コア・カリによって初めて臨床前医学教育で習得すべき知識、技能などが具体的な到達目標として明示された。これらの到達目標が上述の問題点 1) に示した臨床実習を開始するのに必要な医行為と水準に相当する。到達目標を達成できた医学生のみが臨床実習を開始できる能力を習得していることになる。

臨床実習を開始するのに必要な能力（知識、技能、態度等）を全国で統一的に評価する共用試験が平成 17 年 12 月から全国の大学医学部・医科大学が参加して開始された。臨床実習開始前に医学生能力を共用試験により全大学が適正に評価することで、臨床実習開始時の医学生能力を質保証することが可能になった。

コア・カリの到達目標は当初臨床前医学教育に焦点が当てられていたが、平成 22 年度改訂版（医学教育モデル・コア・カリキュラム—教育内容ガイドライン— http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/033-1/toushin/1304433.htm）が出され、医学生が卒業時に 6 年間の学習アウトカムとして身に付けておくべき実践的能力（コンピテンシ）として再定義された（参考文献 5）。更にコンピテンシが明確になったことで我が国においてもグローバル・スタンダードな医学教育に沿ったアウトカム（コンピテンシー）基盤型教育（参考文献 6）の導入が可能となった。コンピテンシーに基づいて適正な評価を全国レベルで実施することで、卒業生（臨床実習終了時）の質を保証し、コンピテンシーを卒後研修開始に必要な最小限のレベルに設定することで、卒前から卒後へのシームレスな移行も可能となる。

前川レポートおよび改訂されたコア・カリを基に臨床実習において医学生が許容される医行為とその水準は、文部科学省からの報告書（平成 23 年度「先導的医学改革推進委託事業（北村聖代表）、第 3 章「診療参加型臨床実習の充実に向けての提言」、学生に許容される医行為の水準（例示）」 http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/afieldfile/2012/11/19/1327275_2.pdf）に記載されている。

この内容に基づいて先に示した問題点 1)、2)、3) について検討すると以下のようになる。

1) については、臨床実習開始時に必要な医行為とその水準は共用試験実施評価機構において既に「診療参加型臨床実習に参加する学生に必要とされる技能と態度に関する学習・評価項目」(学習評価項目) (参考文献 7) として公表されている。模擬患者やシミュレータを対象に医行為を実施できるレベルである。

2) については、臨床実習終了時における医行為とその水準の一覧を改訂されたコア・カリを含め、「これまでの「医学生の臨床実習における医行為と水準」の例示」を添付資料 3a に示した。本一覧における、それぞれの医行為の水準は前川レポートに準拠している。改訂されたコア・カリに提示された水準に、当委員会が訂正（削除、加筆）を加え、整理した医行為水準の例示を添付資料 3b に提示した。添付資料 3b では、過去の報告との混乱を避けるために、医行為の水準を患者に対して「指導医の指導・監視の下で実施されるべき」（レベル I）と「指導医の実施の介助・見学が推奨される」（レベル II）の 2 段階とした。

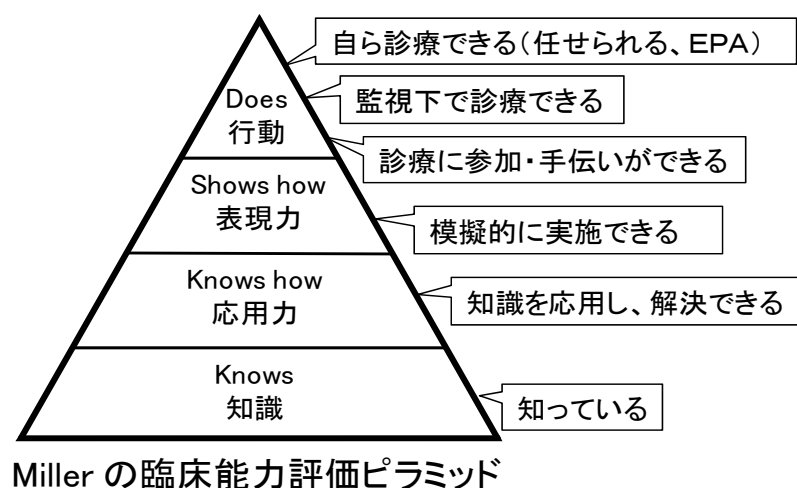
3) については、前川レポートの水準 II（状況によつての指導・監視のもと実施が許容されるもの）は「状況」の定義が不明確（問題点 3）で、患者が自分の受ける医行為に対するインフォームド・コンセントが難しくなることが懸念され除外した。

2. コンピテンス発達モデルに対応する医行為水準策定とシミュレーション教育

医学教育は各学年の科目の目標を卒業時の到達目標（コンピテンシー）達成へ向けて医行為水準を段階的に向上させるプロセスであり（参考文献8）、Millerの学習ピラミッド（参考文献9）、Dreyfusのスキル・パフォーマンス・レベル（参考文献10）などのコンピテンス発達モデルによって説明されている。学習ピラミッドではコンピテンスは、知る（Knows）から始まって臨床で実践できる（Does）までのレベルが設定されている（図1）。腰椎穿刺を例にとると、Knowsは腰椎穿刺に関連する知識であり、腰椎や脊髄の構造と機能を解剖学や生理学などで学習する。Knows howは、知識の応用であり、腰椎穿刺に関連する疾患の診断、治療や実施法等の臨床医学について学習する。Shows howは、腰椎穿刺をやって見せることができるレベルである。それまでに習得した知識をもとにシミュレータなどを利用して腰椎穿刺を模擬的に実施できる。Doesは、患者診療で、指導医の監視下で実施し、最終的に一人で実施できるレベルである。

卒業時、研修修了時の学習・研修の到達目標として医行為水準をどのように設定するかが重要になる。Millerの臨床能力評価ピラミッド（図1）では、「これらのコンピテンスはすべてDoesに包含されているため、学生、研修医の能力に応じた水準をDoesに新たに設定する必要がある。

図1 医行為水準の発達



Shows howは模擬的に実施できるレベルであり、その医行為水準は「シミュレータ・模擬患者に対して実施できる」に相当する

Dreyfus らはパイロットの知識と技能の発達を 5 段階に分類し (novice、advanced beginner、competent、proficient、expert)、医師の育成過程を説明している (表 1)。

表1 医師の育成過程に対応する Dreyfus のスキル・パフォーマンス・レベル (教育・研修)

分類	スキル・パフォーマンス・レベル
Novice	病歴聴取や身体診察の学習ができる (臨床実習前教育)
Advanced beginner	基本に基づいて病棟で入院患者を診る等の経験ができる (臨床実習)
Competent	個々の患者の診療を上級医の監督下で実践できる (卒後臨床研修)
Proficient	日常診療を効率的に実践し、様々な困難に思慮深く対処できる (専門研修)
Expert	パターン認識により業務をより迅速にこなし、状況に応じて対応できることに精通している (専門医修練)

この分類によれば、卒業時のコンピテンスは advanced beginner にあたり、これは competent のスタート段階に相当する。学生は臨床実習で診療に参加し、臨床経験を積むことで上級医の監視下で診療業務を開始できるレベルとなる。卒後研修では、一定の知識レベルに達した (医師国家試験による評価) 研修医が上級医の監視下で研修をスタートし、OJT (on the job training) により徐々に監視なしで診療が行えるように臨床能力を向上させていく。臨床研修修了時のコンピテンスは competent にあたり、これは proficient のスタートに相当し、基本的な診療は上級医の監視なしに実施できるレベルである。またこれは Ten Cate ら (参考文献 11) の提唱する EPA (entrustable professional activity) (医師としての基本的な業務を任せられる) に相当し、このレベルを達成することで自律的な診療を行う専門医へのキャリアをスタートすることができる。

侵襲的或いは羞恥的医行為についてはコア・カリ改訂版 (平成 22 年度改訂版) において到達目標が「シミュレータでも可とする」とされており、Shows how の医行為水準が容認されている。これらの医行為については、「シミュレータ・模擬患者に対して実施できる」から「指導医の監視下で患者に対して実施できる」までの範囲で各大学が医行為水準を設定できることを意味する。

以上をまとめると医学生の医行為水準は臨床実習開始時には模擬診療を実施できるレベル、卒業時には上級医の監視下で診療業務を実施できるレベルであり、侵襲的或いは羞恥的医行為については模擬診療を実施できるレベルでも容認される。

V. 臨床実習の指導医

臨床実習の指導とは、実習生が「学習成果として定められた実施能力」を身につけるよう、教え導くことである。指導医と臨床実習生の「密着度」に関しては、資料 3b のレベルによって異なる。「レベル I」において、「密着度」は、医行為の種類および実習生の習熟度により、指導医の責任において判断されるべきと考えられる。ただし、過去の判例によれば、「指導医は実習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、当該医行為を直ちに制止し、あるいはこれに介入できる状況にあることを要する」とされており、指導医は臨床実習における医行為指導に際し、自らの実習生への監督責任が大きいことを自覚しなければならない。

指導医の資格については、初期臨床研修医の指導医の場合は、厚生労働省「医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令」の第七条 3 に、「指導医は、常勤の医師であって、研修医に対する指導を行うために必要な経験及び能力を有しているものでなければならない」と定められている。

また、「医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」の、6 研修管理委員会などの要件の（4）指導医等では以下の如く規定している。

（1）指導医は、常勤の医師であって、研修医に対する指導を行うために必要な経験及び能力を有しているものでなければならないこと。（ア）「研修医に対する指導を行うために必要な経験及び能力を有しているもの」とは、原則として、7 年以上の臨床経験を有する者であって、プライマリ・ケアを中心とした指導を行うことのできる経験及び能力を有しているものをいうものであること。この場合において、臨床経験には臨床研修を行った期間を含めて差し支えないこと。（イ）指導医は、プライマリ・ケアの指導方法などに関する講習会を受講していること。

研修指導医に関しては上記の規定があるが、医学生の臨床実習の指導資格については明確な規定はない。大学設置基準の第三章教員組織（授業科目の担当）には、以下の規定が示されている。

第十条 大学は、教育上主要と認める授業科目（以下「主要授業科目」という）については原則として専任の教授又は准教授に、主要授業科目以外の授業科目についてはなるべく専任の教授、准教授、講師又は助教（第十三条及び第四十六条第一項において「教授等」という）に担当させるものとする。

（2）大学は、演習、実験、実習又は実技を伴う授業科目については、なるべく助手に補助させるものとする。

しかし、臨床実習の医行為の指導にこの規定をそのまま当てはめることは、患者を対象とする教育であり、妥当とは考えにくい。医学的知識や診療技能に関して、一般に臨床実習生の方が研修医に比べて習熟度が低い。このように熟達度が低い臨床実習生の指

導者としては、研修指導医と同等あるいはそれ以上の能力を有する医師・教員が適任と考えられる。

一方、初期臨床研修の指導医の要件とされている講習会の受講は、臨床実習生の指導にも役立つ内容が多いと思われるが、それに照準をしばったものではない。大学外での臨床実習も行われているので、現時点において、臨床実習生の指導医を臨床研修指導医もしくはそれ以上の診療能力を有する医師・教員と定めることは必ずしも妥当とは言えない。

このため、将来的には、臨床実習生の医行為指導には臨床研修指導医あるいはそれ以上の能力を有する医師・教員が当たるべきと考えられるが、当面は「施設が決める責任者（例えば医学部長、病院長）の責任のもとに認定する研修指導医あるいはそれに準ずる能力を有する医師・教員が指導する」と定めるのが現実的だと考えられる。

他方、医療人養成においては“屋根瓦”方式の教授法も推奨されている。すなわち、臨床実習生を初期研修医が教え、初期研修医を後期研修医（専門研修医）が教えるという重層的指導方式も有用と考えられる。したがって、手技などの医行為は「研修指導医あるいはそれに準ずる能力を有する」指導経験が豊かな医師・教員が指導すべきであるが、臨床診断推論、診療録記載、症例提示などの患者に侵襲を及ぼさない学習目標に関しては、初期研修医や後期研修医などが、常時、臨床実習生の指導に当たることが望ましいと考えられる。

VI. 臨床実習に際しての医学生の適正評価と共用試験

医師としての資格を持たない医学生が、診療参加型臨床実習を行うためには、実習開始前にその学生の能力と適性が厳正に評価され、それらが認定されなければならない。診療参加型臨床実習に臨む全医学生は、それに足る総合的知識・基本的診療技能・態度を備えていることを保証するシステムと、その質保証を社会や患者に明示し、了解を得ることが必要となる。全国の大学医学部・医科大学が協力し、コア・カリに準拠した全国共通の標準評価試験を行うために設置されたのが医療系大学間共用試験実施評価機構であり、それが中心となって全国 80 医学系大学が参加し公平性を持って実施される共用試験が評価の基礎となる。共用試験は、基礎医学・臨床医学知識の総合的理解力を評価するコンピューターを用いた客観試験（CBT）と、基本的診療技能・態度を評価する客観的臨床能力試験（OSCE）の二つからなる。診療参加型臨床実習を開始する医学生は共用試験（CBT と OSCE）の合格が必須となり、その能力を保証するために全国医学部長病院長会議では次のようなシステムを構築する。

（1）CBT の統一合格水準の発表

全国医学部長病院長会議は、医学生が将来受験する医師国家試験の合格レベルなどを勘案しつつ、CBT の全国一律の推奨最低合格ラインを設定し、発表する。

各大学医学部・医科大学は、当該大学で採用した CBT 最低合格ラインを全国医学部長病院長会議に報告する。

(2) 適正な OSCE の実施と評価

当該大学の教員（内部評価者）と他大学から派遣された認定評価者（外部評価者）並びに共用試験実施機構から派遣されたモニターによって、公平性・客観性・透明性を持って学生の技能と態度が評価される。

(3) 各大学医学部・医科大学独自試験による評価

各大学では独自試験による評価が行われ、CBT と OSCE の評価結果と合わせて各大学で進級判定（診療参加型臨床実習の開始許可の判定）が行われる。

(4) 全国医学部長病院長会議による認定

各大学が、「共用試験（CBT と OSCE の両方）の全国一律の合格基準に達し且つ、各大学医学部・医科大学が独自の試験より、十分な知識、技能、態度を有し臨床実習に臨むことを認定したことをもとにした各大学からの申請・報告に基づき、全国医学部長病院長会議は、証明書を発行する。更に社会や患者の理解を得て、その同意と協力のもとに医学生が診療参加型実習を行える環境を整えるため、全国医学部長病院長会議は、証明書発行申請時に報告された各大学の CBT 最低合格ラインと OSCE 実施内容概略をホームページに公表する。

VII. 全国共通の臨床実習生の呼称

1. 臨床実習を行う医学生の呼称（資格）の必要性とその背景

(1) 共用試験に合格し、参加型臨床実習を行うに足る十分な知識、技術、態度を身に付けていると認定された学生に対して、一定の資格を付与することの必要性については、関係者の間でほぼ共通の理解が得られているものの、その呼称については様々な意見があり、統一的な名称は定まっていない。

(2) 国の方針

平成 21 年 1 月 27 日に文部科学省の下に設置された「医学教育カリキュラム検討会（荒川正昭座長）」の意見とりまとめ（平成 21 年 5 月 1 日）によると、「5、6 年次等に臨床実習を行う医学生の能力・適性を客観的に評価する共用試験の位置付けを明確にし、統一的な合格基準を設定し、患者の診療に携わる臨床実習を行う医学生の適正な評価を担保する。その上で、合格者に一定の証明書を発行することにより、医学生の自覚や意欲、患者や国民の理解を高める」と明記されており、国において、共用試験合格者に対する証明書の発行の必要性が示されているが、呼称については言及されていない。

(3) 本会議のグランドデザインの方針

平成 23 年 12 月に本会議が発表した「医師養成の検証と改革実現のためのグランドデザイン」では、「共用試験の位置づけ」の中で、「この試験（共用試験）に合格することにより、当該学生が臨床実習を行いうるに足る準備状態にあることを、

全国 80 医学部の総合体である全国学部長病院長会議が証明する「資格（学生医）」として位置づける」と記載されている。

(4) その他

全国医学部長病院長会議の調査によると（平成 23 年度 医学教育カリキュラムの現状）、国内ではすでに 22 の大学で、共用試験合格者に「スチューデント・ドクター」、「スチューデント・フィジシャン」、「学生医」などの称号を与え、臨床実習開始にあたって「白衣授与式」などの儀式を行い、「白衣」とともに「スチューデント・ドクター」などの名札を授与することで、臨床実習に対する学生の自覚を強く促すとともに、患者に対しても、学生が実習生として診療に携わっていることを明確に示す取り組みがなされている。また、このような名称に対し、患者からのクレームなどはなく、受け入れられている。

2. 臨床実習を行う医学生の呼称と医師法との関係について

医師法には以下の条文が見られる。

(1) 第二条 医師になろうとする者は、医師国家試験に合格し、厚生労働大臣の免許を受けなければならない。

(2) 第十八条 医師でなければ、医師又はこれに紛らわしい名称を用いてはならない。すなわち、医師法では医学生（国家試験に合格していない者）が医師と紛らわしい名称を用いてはならないことが規定されている。従って、本会議のグランドデザインに記載されている「学生医」という資格、また、すでに一部大学での取組にある「スチューデント・ドクター」などの呼称は、医師法第十八条に抵触する可能性があることに留意し、慎重な対応が必要である。

3. 臨床実習を行う医学生の呼称（資格）の具体的な提案について

すでに述べたごとく、本会議のグランドデザインでは、「共用試験の位置付け」の中で、「その合格者に対して一定の資格（学生医）を付与すること」が提案されている。また、本会議の平成 23 年度・医学教育カリキュラムの現状によると、「共用試験合格者に対して特別な称号を付与している大学」は 22 校あり、称号の内訳をみると、「スチューデント・ドクターあるいは Student Doctor」が 14 校、「スチューデント・フィジシャンあるいは SP (Student Physician)」が 2 校、その他、「学生医師」、「臨床修練生」、「臨床実習生」、「臨床医学生」、「MDC (メディカルドクターキャンディ데이트)」が各 1 校となっている。

これらの呼称を基に本員会で検討を重ねた結果、「医学生」であることが明確に示される名称が望ましいこと、一方で、単なる医学生ではなく、全国一律の基準による共用試験に合格し、臨床実習を行うに足る能力を有することが十分に担保された学生であること、また、すでに、かなりの大学で「スチューデント・ドクター」という呼称が用いられ、現状では概ね患者の理解が得られていることなどを考慮し、本委員会としては、

当該学生の呼称（資格）を「医学実習生」とし、括弧付けで、「(スチューデント・ドクター)」を付記することを本学会総会に提案することとした。また、この名称を用いる場合には、広く、一般社会はもとより、患者とその家族に対して、この名称を有する者があくまで「学生」であること、また、「どのような資格を有し、何が出来、何をする人かなど」について、十分に説明し、周知し、さらに、臨床現場で実際に医行為を行う場合には、あらかじめ患者個人もしくは患者保護者から包括同意等を得ることなどを必須の条件とすることを併せて提案することとした。

その後、平成 25 年 5 月開催の本会議総会において、本委員会の提案を含めて活発な議論を行った結果、すでにかかなりの大学で「Student Doctor あるいはスチューデント・ドクター」の呼称が用いられており、今日まで、患者、家族から特段のクレームもなく、概ね、問題なく受け入れられている現状を勘案し、総会出席者の合意として、1 年間のトライアルとして、平成 25 年度の共用試験ならびに各大学の進級試験の合格者にたいする呼称として、「Student Doctor あるいはスチューデント・ドクター」を用いること（但し、あくまでも各大学の判断を尊重する）を決定し、一方、この呼称を用いた場合の影響を 1 年間にわたり慎重に調査・検討した上で、改めて呼称についての議論を行うこととなった。

VIII. 臨床実習同意書と事故補償

平成 3 年 5 月 13 日の厚生省健康政策局の臨床実習検討委員会最終報告には、「どのような臨床実習の場においても、医学生である旨の明確な紹介および患者等の同意を得る必要がある」と記されている。また、同報告では、同意の取り方に関しては、「院内掲示による周知、口頭あるいは文書による患者本人あるいは家族からの同意等様々なやり方があり、各大学において最も適切と思われる方法を決めて指針に記載しておく必要がある」としている。一方、診療参加型臨床実習の実施のためのガイドラインでは、患者の同意の取り方として「学生が参加して医行為を行うことについて説明する場合、通常、病院外来の掲示だけでは“説明した”とは認識されない」としている。なお、口頭での同意については、「口頭で同意を得て、診療録に記載する方法も“同意取得”の方法として有効である」としているが、「患者の自筆署名入りの独立した文書（同意書）を作っておくのが望ましい」と明記している。

以上の経過から、臨床実習に関する同意は、文書の掲示のみでは成立しないことは明らかである。また、この件に関して検討された平成 3 年に比較して、現在では診療行為の全てが、文書による説明と同意の基に実施されるようになっている。これら事情を考慮すると、臨床実習はその形態が如何なるものであっても、対象となる患者に文書（説明文書）をもってその内容を説明し、当該患者ないしはその代理人の自筆署名入りの独立した文書（同意書）を得た上で実施する必要がある。また、これに付随して、臨床実習の当事者である学生からも、事前に患者の個人情報守秘などに関する文書（誓約書）を提出させる必要がある。なお、臨床実習では学生の実施する医行為が侵襲の比較的低

いものに限定されるが、医療事故などの不利益な状況が、患者のみならず学生に発生する危険も避けられない。このため臨床実習を実施する医療施設は、これに対する補償に関しても、事前に対応を講じておく必要がある。

1. 患者からの同意書

臨床実習では、「医師の資格を有さない医学生が、臨床の現場で実際に医行為を行う」ことから、これに対する同意を患者から得る必要が発生する。このため、患者から得る同意は、医行為の水準に応じて区分されるべきである。まず、臨床実習で協力を依頼する患者からは、学生が当該患者の診療活動に参加するないし見学することについて「包括同意」を得る必要がある。また、参加型臨床実習で学生が診療チームに加わって医行為を行う場合、指導医によって水準が高いと判断された医行為を実施する場合などには、必要に応じて当該学生の医行為に限定した「個別同意」を別途得ることが求められる。ただし、救急診療の場面において医療チームとして学生が臨床実習を行う場合には、事前の同意取得が困難な場合もある。

(1) 包括同意

指導医によって「能力有り」と判断された学生が、指導医の指導、監督の下に実施が許可される医行為（レベルI）を行うことと、より水準の高い医行為（レベルII）を指導医が実施する際に、その介助または見学することに関して、対象となる学生および指導医を限定しないで得る同意である。以下の事項を記載した説明文書を用いて、外来初診時もしくは入院時などに、事務手続きの一環として、一括取得するのが望ましい。なお、包括的同意はスチューデント・ドクター以外の学生が見学型臨床実習を行う際にも得る必要がある。包括同意の有無は診療録などに反映され、当該患者が臨床実習に協力するかどうかを、受持ち医および指導医が判別できるようにするのが望ましい。また、包括的同意を得た後でも、当該患者はこれを撤回する権利があり、そのための文書も用意すべきである。

- ・ 臨床実習の意義
- ・ 担当実習医学生（スチューデント・ドクター）の資格および能力
- ・ 医行為の内容
- ・ 医療事故などへの補償
- ・ 担当実習医学生以外の学生が当該医行為を見学することの可否
- ・ 拒否する権利

(2) 個別同意

指導医によって「能力有り」と判断された学生が、指導医の指導、監督の下に実施が許可される医行為（レベルI）を行うことと、より水準の高い医行為（レベルII）を指導医が実施する際に、その介助または見学することに対して、学生を限定して得

る同意である。学生が診療チームの一員として特定の患者を一定期間受け持つ場合、レベIIの医行為を介助する場合などに、指導医の判断で必要に応じて、個別同意を得る。患者を個別同意は、以下の事項を記載した説明文書を用いて取得するのが望ましい。

- ・ 指導医氏名（自筆署名）
- ・ 担当実習医学生（スチューデント・ドクター）の氏名（自筆署名）、学籍番号
- ・ 実施が予定されている医行為名と実施予定日時
- ・ 実施が予定される医行為の目的と内容、危険性、代替手段
- ・ 医療事故などへの補償
- ・ 拒否する権利

2. 学生からの誓約書

臨床実習では、座学による学習とは異なり、臨床の現場で指導医の基に患者の診療に加わるため、当該患者の個人情報に関わるとともに、他職種との円滑な連携も求められる。また、一方では診療に参加することで、患者のみならず学生自身も医療安全上の危険に曝される可能性がある。従って、臨床実習を実施する前には、これら事項に関して、学生からも誓約書を得ておく必要がある。誓約書には、以下の事項に関して記載されることが望ましい。

- ・ 指導医の監督下に指導に従って実習すること
- ・ 臨床実習指針を遵守して実習すること
- ・ 感染対策について（学生自身ならびに患者に対する）
- ・ 医療安全について（学生自身ならびに患者に対する）
- ・ 個人情報の保護、守秘義務について
- ・ 電子カルテなどの診療録を使用する際の注意事項について
- ・ 遵守すべき事項に反した場合の罰則について

本委員会は上述の基本的理念に基づく同意書、誓約書の例示を添付資料4として掲げた。

3. 医療事故の補償

臨床実習に際しては、対象となった患者および担当した学生に身体的障害を来す医療事故が発生する可能性がある。また、患者ないし診療施設の財物に対する損傷などの事故の発生することも避けられない。このため、民法第709条「不法行為に対する損害賠償」に対応するため、臨床実習を実施する医療機関は、学生を対象とした事故補償の対策を、事前に講じておく必要がある。事故補償の対策としては、公益財団法人「日本国際教育支援協会」が損害保険会社と契約して実施している「学生教育研究災害傷害保険」および「医学生教育研究賠償責任保険」に加入することが望ましい。全国医学部長病院長会議が平成25年3月に実施した「医行為に伴う学生保険のアンケート調査」による

と、医学生教育研究賠償責任保険には、任意加入を含めると 80 大学のうち防衛医科大学を除く 79 大学が加入していた。全国医学部長病院長会議の平成 21 年度の調査では（わが国の大学医学部（医科大学）白書 2009）、学生の医行為に対して臨床実習保障制度（保険など）に加入している大学は調査に回答した 76 大学のうち 69 大学で、検討中が 1 大学であった。

まとめ

本「診療参加型臨床実習のための医学生の医行為水準策定」は医学教育、医療のグローバル化の中で我々の使命である医学生の臨床実習の基本的要件の一つである医行為水準についての現状を検証し、診療参加型臨床実習が患者・国民の支持を得て円滑に行われるために必要な改善策について提言した。併せて全国に共通するこれら医学生の呼称、更に卒業後、医師として卒後臨床研修に至る過程への円滑な橋渡しに必要な医学生の臨床教育の基本的理念と方策についても言及した。殊に医学生がスチューデント・ドクターと呼称され医行為を行うにあたって、当該学生が共用試験と各大学独自の試験に合格し、臨床実習を行い得るに足る十分な知識、技能、態度を有していることが認定されていることを患者に明示するために、全国医学部長病院長会議が証明した、全国共通の認定証明カードを携帯するとした。この事により、医学生の臨床実習における医療行為が患者のみならず国民一般からの正しい理解と支持を得られることを期待する。

診療参加型臨床実習を行うに際し、全国に共通する医学生の呼称を定め、医学生の医療行為の水準を策定する事により、後期 OSCE の課題と質保障もより明確になり、各大学医学部・医科大学が卒業時に医学生の「臨床能力」（アウトカム）を患者・国民に保証する上で重要な卒業時 OSCE の導入も可能となる。医師法第 9 条には、「医師国家試験は、臨床上必要な医学及び公衆衛生に関して、医師として具有すべき知識及び技能について、これを行う」とあるが、現行の医師国家試験では技能は問われていない。本委員会の診療参加型臨床実習のための医学生の医行為水準策定は医学生が将来医師として（あるいは、医学生が将来医師となった時に）具有すべき技能習得度を測る評価法である卒業時 OSCE を各医学部・医科大学が責任を持ってグローバルスタンダードを視野に入れた形で導入・実施することの基盤を提供するものである。ひいては平成 24 年 11 月に「医師養成グランドデザインへの Action Plan」（添付資料 5）の中で提言された「臨床実習の改善、卒業時 OSCE の導入を 80 大学医学部・医科大学で行うことで、現行の知識偏重の国家試験の軽減化（詳細は添付資料 5 を参照）を提案し、卒前臨床実習と卒後臨床研修との接合性を高めることで、医師養成の質の向上を図る」ということに結びつくものとする。更に平成 23 年 12 月発刊の『医師養成の検証と改革実現のためのグランドデザインー地域医療崩壊と医療のグローバル化の中でー』全国医学部長病院長会議の立場からの中で提言された“医師国家試験の内容と方法の改革”（添付資料 6 第 1 章 4）を実現する基盤を構築するものとする。

医学生の医行為水準策定に際しては卒前臨床実習をグローバルスタンダードにあった形態への改善と更なる充実と卒後臨床研修への円滑な移行のみならず、地域医療改善、地域医療への貢献、地域医療の活性化などを視野に入れた医学教育の改革も我が国の医療の質向上に欠かせなく、我々に課せられた責務である。この際、地域医療改善を視野に入れ、地域医療機関と連携した医学生の臨床実習、初期臨床研修医の臨床研修の「場」の設定と拡充が必要である。我々は既に「医師養成グランドデザインへの Action Plan」の中で「全国の 80 大学医学部・医科大学は卒前、臨床研修、専門医養成、医師のキャリア形成の時間軸、地域医療向上を視野に入れた教育病院・施設群の構築を開始する」事の必要性を提言した。

医学生の診療参加型臨床実習の「場」として大学附属病院のみでは、国民が求める医療ニーズに沿った教育は困難である。医師が養成される過程では、様々な疾患や患者を経験することが不可欠である。大学附属病院、地域中核病院、地域病院、地域診療所、地域保健福祉施設、地域在宅介護医療などの広い医療連携の中で、急性期疾患、亜急性期疾患、慢性疾患、難治性疾患、終末期、さらには学校保健、地域保健などを含めた予防・公衆衛生など幅広い学習環境での修練が求められる。各大学医学部・医科大学は大学附属病院だけでなく地域医療と密接に関連した教育病院・施設との連携に着手しなければならない。これら施設における医学生の医行為の水準は本委員会で作定したものに準拠して行われるべきである。

最後に、本報告書は医学生が参加型臨床実習を行うに際しての課題と問題点を整理し、臨床実習における医療行為の入口と出口を示したが、個々の医行為とその水準を達成すべく指導医の指導・監視下で繰り返し実習していく必要がある。医学生にリフレクティブな学習を促す指導に加えて、研修医と共に診療に参加し、彼らをロールモデルとしながら屋根瓦方式に学習できる環境を整えることも医学生の成長に有用である。貼付資料 3b に例示された“訂正を加えた「医学生の臨床実習における医療行為と水準」”にはコア・カリにリストされている到達目標を全て再掲したが、診療参加型臨床実習を実践していく上で真に必要な項目は何か、更に臨床実習現場での医学生、臨床指導医を含めた実習担当者からの声を反映すべく定期的に検証していく必要がある。また、これら一連の医師養成活動を行うためには臨床実習を指導する人材（教員や大学附属病院と関連教育病院などの医師）の養成、増員と確保のための国からの更なる財政的援助の導入が緊急の課題である。

参考文献

- 1) 奈良信雄：「日本におけるメディカルスクール制度の導入課題の検討も含めた医師養成制度の国際比較と学士編入学の評価に関する調査研究」。文部科学省先導的
大学改革推進委託事業平成 19~20 年度研究成果総括報告書、平成 21 年 3 月
- 2) Nara N, Suzuki T, Nitta Y: The present state and problems of graduate-
entry programs (GEP) in national medical schools in Japan. J Med Dent Sci 58:
23~27,2011
- 3) Nara N, Suzuki T, Tohda S: The curewent medical education system in ten
world/ J Med Dent Sci 58: 79-83, 2011
- 4) 東田修二、鈴木利哉、奈良信雄：ドイツにおける医学教育の改革。医学教育 40:
317-321, 2009
- 5) 医学教育モデル・コア・カリキュラム改訂に当たって、医学教育モデル・コア・カ
リキュラム—教育内容ガイドライン—平成 22 年度改訂版、モデル・コア・カリキュ
ラム改訂に関する連絡調整委員会、モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門
研究委員会、2014 年 3 月
([http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/
2011/06/03/1304433_1.pdf](http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2011/06/03/1304433_1.pdf))
- 6) 田川まさみ コンピテンス、コンピテンシーの歴史、概念、理論. アウトカム基盤
型教育の理論と実践. 田邊政裕 編、篠原出版新社、東京、2013、p39-58
- 7) 「診療参加型臨床実習に参加する学生に必要とされる技能と態度に関する学習・評
価項目」2.7 版、共用試験実施評価機構、2014 年 3 月
(http://www.cato.umin.jp/06/2014gaku_hyo_130911.pdf)
- 8) Recommendation #2:A Developmental Approach to Learning, Recommendations
For Clinical Skills Curricula For Undergraduate Medical Education, Association of
American Medical Colleges, 2008, p8-9、2014 年 3 月
(https://www.aamc.org/download/130608/data/clinicalskills_oct09.qxd.pdf.pdf)
- 9) Miller GE : The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad
Med 1990; 65: 563-567.
- 10) Batalden P, Leach D, Swing S, Dreyfus H, Dreyfus S: General competencies and
accreditation in graduate medical education. Health Aff (Millwood). 2002; 21:
103-111.
- 11) Ten Cate O, Scheele F: Viewpoint: Competency-based postgraduate training: can
we bridge the gap between theory and clinical practice? Acad Med 2007; 82:
542-547.

参考資料

1. 本邦における医学生の臨床実習における医行為アンケートのまとめ
2. Tomorrow's Doctor 2009
- 3a. これまでの「医学生の臨床実習における医行為と水準」の例示
- 3b. 本委員会の提言による訂正を加えた「医学生の臨床実習における医行為と水準」の例示
4. 診療参加型臨床実習に関する医学生からの誓約書などの例示
5. 医師養成グランドデザインへの Action Plan
6. 平成 23 年 12 月発刊『医師養成の検証と改革実現のためのグランドデザインー地域医療崩壊と医療のグローバル化の中でー』全国医学部長病院長会議の立場から

資料1 本邦における医学生の臨床実習における医行為アンケートのまとめ

参加型臨床実習における医療行為実施内容の分布(数字は実施大学数を示す)			
			国内大学まとめ 2013/1/15
水準1: 指導医の指導・監視のもとに実施が許容されるもの			
水準2: 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3: 原則として指導医の実施の介助または見学にとどめるもの			
項目	水準1	水準2	水準3
1. 診察			
問診、医療面接、視診、触診、打診	39		
簡単な器具(聴診器、打鍵器、血圧計、舌圧子など)を用いる全身の診察	38		
耳鏡、鼻鏡、検眼鏡による診察	27		
その他の道具を用いる診察			
道具を用いた用手的神経学的診察	1		
脳神経や四肢の筋力検査、腱反射等の神経学的診察	1		
徒手筋力テスト、一連の神経学的診察	1		
関節可動域測定、四肢長測定	2		
乳児の神経学的診察、人口呼吸中児診察	1		1
直腸診	29	4	
乳房診察	2		
産婦人科的診察			
産科的診察: レオポルト触診など	21	1	1
内診、経膈超音波検査、細胞診	25	4	5
膣鏡検査		1	
2. 臨床検査			
(1) 生理学的検査			
心電図、心音図、心機図	36	2	1
筋電図		30	4
神経伝道検査		3	1
脳波	25	1	1
呼吸機能検査(肺活量など)	20		1
聴力、平衡、味覚、嗅覚			
聴力、平衡、発声機能検査	23	1	
味覚、嗅覚検査	20		
喉頭鏡	2		1
視野、視力、眼底検査	19	1	1
眼球に触れない検査		1	1
眼球に触れる検査			27
鼻腔通気度検査	1		4
(2) 消化器・気管・気管支・心臓検査			
直腸鏡、肛門鏡、膀胱鏡	22	4	8
消化器内視鏡			32
気管・気管支内視鏡			27
フレキシブル胸腔鏡			1
内視鏡検査(介助)	1		
腹腔鏡			1
(3) 画像診断			
超音波	32	1	1
心臓カテーテル		1	
血流検査		1	
MRI・CT(介助)	20		2
(4) 放射線医学的診断			
単純XP撮影(介助) 核医学(RI) 介助	23		1
脊髓、間接造影	1	1	1
核医学(RI)			3
胃腸管透視		25	5
造影剤注入による検査	2		26
経静脈性造影剤注入用の静脈ルート	1		
キープと採血 ※6年次			
検査用造影剤の的手法静注 ※6年次		1	
(5) 採血			
耳朶・指先など毛管血管からの採血	33		
静脈(末梢)からの採血	27	2	
動脈ライン留置			1
静脈ライン留置、確保	4	4	2
動脈(末梢)からの採血、血液ガス分析		39	1
カニューレション及びラインからの採血		1	
小児からの採血		1	30
(6) 穿刺			
中心静脈穿刺、動脈ライン留置		2	3
膿胞、膿胞(体表)、膿瘍	27	4	1
胸腔、腹腔、骨髄		29	10
腰椎			31
関節		4	
バイオプシー			30
(7) 産婦人科			
膣内容採取	14	4	1
コルポスコピー	13	6	2
子宮内操作、子宮卵管造影			28

項目	水準1	水準2	水準3
(8) その他			
各種検体検査	3		
皮膚アレルギー検査(皮膚貼布)	25	1	
発達テスト	19	2	2
知能テスト、心理テスト	1	2	29
口腔の一般細菌検査	1		
痴呆テスト(長谷川式)	1	1	
認知症スクリーニングテスト	2	1	
3. 治療			
(1) 看護的業務			
体位交換(介助)、おむつ交換、移送	36		
(2) 処置			
皮膚消毒、包帯交換	37		
創傷管理		1	
創傷処置	1	27	
外傷・熱傷	1		
外用薬貼布・塗布	34		
気道内吸引、ネブライザー	33	2	2
気管カニューレ交換	1		2
導尿、洗腸	31	3	2
胃管挿入、胃洗浄		30	2
イレウス管挿入、		1	1
ギプス巻き	18	5	2
麻酔用薬剤の準備	1		
(3) 注射			
全ての注射			1
皮下、皮下	3	29	
筋肉、静脈(末梢)		31	2
静脈(中心)、動脈		3	23
カニューレシヨソ済みのラインからの薬剤の投与		1	
全身麻酔、局所麻酔		2	30
硬膜外麻酔			6
輸血、輸液			28
(4) 外科的処置			
抜糸、止血	36	1	2
膿瘍切開、排膿	1	29	5
創縫合	2	32	4
手術助手	32	4	
ドレーン抜去、挿入		4	2
各種穿刺による排液			27
関節注入			1
骨折整復(介助)		1	
(5) その他			
作業療法(介助)	24		1
鼠径ヘルニア用手還納		28	3
分娩(介助)	1	1	26
眼球に直接触れる治療			24
精神療法	1		27
4. 救急			
バイタルサインチェック	28		
気道確保(エアウェイによる)、人工呼吸	30	1	
酸素投与	26		
気管内挿管		29	6
心マッサージ	5	26	1
マスク換気		3	
電氣的除細動		28	2
心肺蘇生処置			1
5. 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・指導医のサインを受ける)	35	1	
患者への病状説明、水準を超える医行為のインフォームド・コンセントの取得		28	3
家族への病状説明		1	30
健康教育(一般的内容に限る)	29		
療養指導			1
インスリン自己注射指導	1		2
血糖自己測定指導	1		2
侵襲的検査・手術・麻酔についての同意取得			1
病理解剖		1	2
病理診断報告		1	2
各種診断書・検案書・証明書作成		5	10
処方・食事箋作成	2		4
備考: 本医行為水準表は国内各大学、医学部・医科大学から送られてきたものを”まとめ”たものであるが、必ずしも全てが掲載されていない一部のみ引用されているものも多数ある。			
従い、あくまでも国内各大学、医学部、医科大学で実施されている医行為水準の傾向を示したものである。			

Practical Procedures for graduates

Diagnostic Procedures

1. Measuring body temperature ... using an appropriate recording device.
2. Measuring pulse rate ... using manual techniques and blood pressure automatic electronic devices.
3. Transcutaneous monitoring of Applying, and taking readings from, an oxygen saturation electronic device which measures the amount of oxygen in the patient's blood.
4. Venipuncture inserting a needle into a patient's vein to take a sample of blood for testing, or to give an injection into the vein.
5. Managing blood making sure that blood samples are samples correctly placed in the correct containers, and that these are labeled correctly and sent to the laboratory promptly and in the correct way. Taking measures to prevent spilling and contamination.
6. Taking blood cultures Taking samples of venous blood to test for the growth of infectious organisms in the blood. Requires special blood containers and laboratory procedures.
7. Measuring blood glucose, measuring the concentration of glucose in the patient's blood at the bedside, using appropriate equipment and interpreting the results.
8. Managing an electrocardiograph setting up a continuous recording of the (ECG) monitor electrical activity of the heart. Ensuring the recorder is functioning correctly, and interpreting the tracing.
9. Performing and interpreting recording a full, detailed tracing of the 12-lead electrocardiograph electrical activity of the heart, using a (ECG) machine recorder (electrocardiograph). Interpreting the recording for signs of heart disease.
10. Basic respiratory function tests carrying out basic tests to see how well the patient's lungs are working (for example, how much air they can breathe out in one second).
11. Urinalysis using Multistix Testing a sample of urine for abnormal contents, such as blood or protein. The urine is applied to a plastic strip with chemicals which change colour in response to specific abnormalities.
12. Advising patients on how to Obtaining a sample of urine from a collect a mid-stream urine patient, usually to check for the presence specimen of infection, using a

method which reduces the risk of contamination by skin bacteria.

13. Taking nose, throat and Using the correct technique to apply skin swabs sterile swabs to the nose, throat and skin.

14. Nutritional assessment making an assessment of the patient's state of nutrition. This includes an evaluation of their diet; their general physical condition; and measurement of height, weight and body mass index.

15. Pregnancy testing performing a test of the urine to detect hormones which indicate that the patient is pregnant.

Therapeutic procedures

16. Administering oxygen allowing the patient to breathe a higher concentration of oxygen than normal, via a face mask or other equipment.

17. Establishing peripheral Puncturing a patient's vein in order to intravenous access and setting insert an indwelling plastic tube (known as up an infusion; use of infusion a 'cannula'), to allow fluids to be infused devices into the vein (a 'drip'). Connecting the tube to a source of fluid. Appropriate choice of fluids and their doses. Correct use of electronic devices which drive and regulate the rate of fluid administration.

18. Making up drugs for preparing medicines in a form suitable for parenteral administration injection into the patient's vein. May involve adding the drug to a volume of fluid to make up the correct concentration for injection.

19. Dosage and administration of Calculating how many units of insulin a insulin and use of sliding scales patient requires, what strength of insulin solution to use, and how it should be given (for example, into the skin, or into a vein). Use of a 'sliding scale' which links the number of units to the patient's blood glucose measurement at the time.

20. Subcutaneous and Giving injections beneath the skin intramuscular injections and into muscle.

21. Blood transfusion following the correct procedures to give a transfusion of blood into the vein of a patient (including correct identification of the patient and checking blood groups). Observation for possible reactions to the transfusion, and actions if they occur.

22. Male and female urinary passing a tube into the urinary bladder to catheterization permit drainage of urine, in male and female patients.

23. Instructing patients in the use Providing instructions for patients about of devices for inhaled how to use inhalers correctly, for example, medication to treat

asthma.

24. Use of local anaesthetics Using drugs which produce numbness and prevent pain, either applied directly to the skin or injected into skin or body tissues.

25. Skin suturing Repairing defects in the skin by inserting stitches (normally includes use of local anaesthetic).

26. Wound care and basic wound Providing basic care of surgical or dressing traumatic wounds and applying dressings appropriately.

27. Correct techniques for Using, or directing other team members 'moving and handling', to use, approved methods for moving, including patients lifting and handling people or objects, in the context of clinical care, using methods that avoid injury to patients, colleagues, or oneself.

General aspects of practical procedures

28. Giving information about the Making sure that the patient is fully procedure, obtaining and informed, agrees to the procedure recording consent, and ensuring being performed, and is cared for appropriate aftercare and watched appropriately after the procedure.

29. Hand washing Following approved processes for (including surgical 'scrubbing up') cleaning hands before procedures or surgical operations.

30. Use of personal protective Making correct use of equipment equipment (gloves, gowns, designed to prevent the spread of masks) body fluids or cross-infection between the operator and the patient.

31. Infection control in relation taking all steps necessary to procedures prevent the spread of infection before, during or after a procedure.

32. Safe disposal of clinical waste, Ensuring that these materials are needles and other 'sharps' handled carefully and placed in a suitable container for disposal.

資料3a これまでの「医学生の臨床実習における医行為と水準」の例示

1. 指導医の指導・監視の下で実施されるべき（水準Ⅰ）

レベル	内容	医行為		
		医学生の臨床実習における医療行為と水準(モデル・コア・カリキュラムからの引用)(北村試案)	前川レポート(Ⅰ:指導医の指導・監視のもとで実施が許容される。が基本でそれに該当する項目にはⅠは記載していないⅡ:水準Ⅱ状況によって指導医の指導・監督のもとで実施が許容されるもの、Ⅲ:水準Ⅲ原則として指導医の実施の介助または見学にとどめるもの)	福井・吉田試案(Ⅰ:指導医の指導・監視のもとで実施が許される医行為、が基本でそれに該当する項目にはⅠは記載していないⅡ:受け持ち患者のみを対象に、状況によって、指導医の指導・監視のもとで実施が許される医行為、Ⅲ:原則として指導医の実施の介助または見学にとどめ、実施させない医行為)
指導医の指導・監視の下で実施されるべき(水準Ⅰ)	一般手技	体位交換	体位交換	体位交換
		おむつ交換	おむつ交換	
		移送	移送	移送
		皮膚消毒	皮膚消毒	皮膚消毒
		包帯交換	包帯交換	包帯交換
		外用薬の貼付・塗布	外用薬の貼付・塗布	外用薬の貼付・塗布
		気道内吸引	気道内吸引	気道内吸引
		ネブライザー	ネブライザー	ネブライザー
		ギプス巻き	ギプス巻き	
		静脈採血(シミュレータ)	静脈(末梢)、小児からの採血(Ⅲ)	静脈採血、小児からの採血(Ⅲ)
			耳、指先などの毛細血管	耳朶・指先採血
				静脈確保
				胃管挿入と管理(Ⅱ)
			導尿	
			洗腸	
			皮下注射、皮下注射、筋肉内注射、静脈内注射(末梢)(Ⅱ)	
			診療記録	
			カルテ記載(救急)、症状経過記載、健康教育(一般的内容に限る)	
			正規の診療録記載、退院時抄録の作成、医師指示録記入、体温版記入、処方箋作成、検査申込書作成、受診願、紹介状、返事、退院時連絡書などの医療文書作成	
			プレゼンテーション	
	外科手技	清潔操作		
		手洗い		手洗い
		ガウンテクニック		ガウンテクニック
	検査手技	縫合	縫合(Ⅱ)	皮膚縫合(Ⅱ)
			抜糸、止血	抜糸、止血
		消毒・ガーゼ交換		
		尿検査		検尿
		末梢血塗抹標本		
微生物学的検査(G染色含む)			細菌塗沫染色検査 検便、検痰	
妊娠反応検査				
血液型判定			血液型判定	
			血液一般	
			交差適合試験	
			出血時間測定	
			赤血球沈降速度	
			簡易血液生化学(電解質、血統、BUN)	
診察手技	視力視野	視野、視力		
	聴力			
	平衡検査	平衡、味覚、嗅覚		
		呼吸機能(肺活量等)		
		直腸鏡、肛門鏡	直腸鏡、肛門鏡	
		アレルギー検査(塗布)		
		発達テスト、知能テスト(Ⅲ)、心理テスト(Ⅲ)	知能テスト(Ⅲ)、心理テスト(Ⅲ)	
		心電図、心音図、心機図	心電図検査	
救急	医療面接	患者への病状説明(Ⅱ)、家族への病状説明(Ⅲ)	医療面接、患者への病状説明(Ⅱ)、家族への病状説明(Ⅲ)、水準を超える医行為のインフォームドコンセントの取得(Ⅲ)	
	診察法(全身・各臓器))	全身の視診・触診・打診、簡単な器具を用いる全身の診察(聴診器、打鍵器、血圧計、体温計など)	全身の視診・触診・打診、視野視力検査、簡単な器具を用いる全身の診察(聴診器、打鍵器、血圧計、体温計など)	
	基本的な婦人科診察(シミュレータ)	内診	内診	
	バイタルサイン	バイタルサインチェック	バイタルサインチェック	
	耳鏡	耳鏡鏡による診察		
	鼻鏡	鼻鏡による診察		
	眼底鏡	検眼鏡による診察		
	直腸診察(シミュレータ)	直腸診	直腸診	
	乳房診察(シミュレータ)			
	一次救命処置(シミュレータ)	気道確保(エアウェイによる)、人工呼吸、酸素投与、心マッサージ(Ⅱ)、電氣的除細動器(Ⅱ)	気道確保(エアウェイによる)、人工呼吸、酸素投与、閉胸式心マッサージ(Ⅱ)、電氣的除細動(Ⅱ)	

2. 指導医の実施の介助・見学などに留めるべき（水準Ⅱ）

		医行為			
レベル	内容	医学生の実施における医療行為と水準(モデル・コア・カリキュラムからの引用)(北村試案)	福井・吉田試案(Ⅰ:指導医の指導・監視のもとで実施が許される医行為、が基本でそれに該当する項目にはⅠは記載してないⅡ:水準Ⅱ状況によって指導医の指導、監督のもとで実施が許されるもの、Ⅲ:水準Ⅲ原則として指導医の実施の介助または見学にとどめるもの)		
指導医の実施の介助・見学等に留めるべき (水準Ⅱ)	一般手技	中心静脈カテ挿入	注射:静脈(中心)、動脈(Ⅲ) 静脈(中心)(Ⅲ)	中心静脈注射(Ⅲ)、動脈注射(Ⅲ)	
		動脈採血・ライン確保	動脈(末梢)(Ⅱ)	動脈採血(末梢)と動脈血ガス分析(Ⅱ)	
		腰椎穿刺	腰椎、バイオプシー(Ⅲ)	腰椎穿刺(Ⅲ)、バイオプシー(Ⅲ)	
		ドレーン挿入・抜去	嚢胞(体表)、膿瘍(体表)の穿刺、胸・腹腔・骨髄の穿刺(Ⅱ)、膿瘍切開・排膿(Ⅱ)、各種穿刺による排液(Ⅲ)	嚢胞・膿瘍(体表)の穿刺(Ⅰ)、胸腔穿刺(Ⅱ)、腹腔穿刺(Ⅱ)、骨髄穿刺(Ⅱ)、膿瘍切開・排膿(Ⅱ)、各種穿刺による排液(Ⅲ)	
			全身麻酔、局所麻酔、輸血(Ⅲ)	全身麻酔、局所麻酔、輸血(Ⅲ)	
			眼球に直接触れる治療(Ⅲ)	眼球に直接触れる治療(Ⅲ)	
			精神療法(Ⅲ)	精神療法(Ⅲ)	
			作業療法		
				各種診断書・検案書・証明書を作成(Ⅱ)	
				手術助手	
	検査手技	外科手技	手術	手術助手	
		脳波検査	脳波検査	脳波	筋電図(Ⅱ)
					眼球に直接触れる検査(Ⅲ)
			超音波検査(心・腹部)	超音波	超音波検査
			エックス線検査	単純X線撮影(介助)、胃腸管透視(Ⅱ)、気管支造影などの造影剤注入による検査(Ⅲ)	胃腸管透視(Ⅱ)、気管支造影などの造影剤注入による検査(Ⅲ)
			CT/MRI	MRI(介助)	
	核医学	RI(介助)			
	内視鏡検査		食道、胃、大腸、気管、気管支等の内視鏡検査(Ⅲ)	食道、胃、大腸、気管、気管支等の内視鏡検査(Ⅲ)	
	診察手技	婦人科疾患の診察	膣内容採取、コルポスコー	子宮内操作(Ⅲ)	
妊婦の診察と分娩		産科的診察、分娩介助(Ⅲ)	分娩介助(Ⅲ)		
救急	救命治療	気管内挿管(Ⅱ)	気管内挿管(Ⅱ)		
	救急病態の初期治療	鼠径ヘルニア手還納(Ⅱ)	鼠径ヘルニア手還納(Ⅱ)		
	外傷処置	創傷処置(Ⅱ)	創傷処置(Ⅱ)		

注釈：ここにリストされていない診療科ごとの検査、治療への医学生の介助・見学は指導医の判断で許容される。

資料3b 訂正を加えた「医学生の臨床実習における医行為と水準」の例示

1. 指導医の指導・監視の下で実施されるべき（レベルI）

医行為		
レベル	内容	医学生の臨床実習における医療行為と水準(平成22年度改訂版モデル・コア・カリキュラムに準拠した北村試案に一部削除、加筆し引用)
指導医の指導・監視の下で実施されるべき (レベルI)	診療の基本	臨床推論、診断・治療計画立案、EBM、診療録作成、症例プレゼンテーション
	一般手技	体位交換
		移送
		皮膚消毒
		外用薬の貼付・塗布
		気道内吸引
		ネブライザー
		静脈採血
	外科手技	末梢静脈確保
		胃管挿
尿道カテ挿入抜去		
注射(皮下皮内筋肉静脈内)		
検査手技	診療記録	
	外科手技	清潔操作
		手洗い
		ガウンテクニック
		縫合
	検査手技	抜糸
		消毒・ガーゼ交換
		尿検査
		末梢血塗抹標本
		微生物学的検査(G染色含む)
妊娠反応検査		
診察手技	血液型判定	
	脳波検査(記録)	
	超音波検査(心・腹部)	
	視力視野	
	聴力	
	平衡検査	
	診察手技	12誘導心電図
		経皮的酸素飽和度モニター
		医療面接
		診察法(成人・小児・全身・各臓器)(侵襲性、羞恥的医行為は含まない)
基本的な婦人科診察		
バイタルサイン		
耳鏡		
鼻鏡		
救急	眼底鏡	
	直腸診察	
救急	前立腺触診	
	乳房診察	
	高齢者の診察(ADL評価、CGA)	
	一次救命処置	

2. 指導医の実施の介助・見学が推奨される（レベルII）

医行為			
レベル	内容	医学生の実習における医療行為と水準(平成22年度改訂版モデル・コア・カリキュラムに準拠した北村試案に一部削除、加筆し引用)	
指導医の実施の介助・見学が推奨される（レベルII）	一般手技	中心静脈カテ挿入 動脈採血・ライン確保 腰椎穿刺 膀胱洗浄 ドレーン挿入・抜去 全身麻酔、局所麻酔、輸血 眼球に直接触れる治療	
		各種診断書・検案書・証明書を作成	
	外科手技	手術、術前・術中・術後管理	
	検査手技	脳波検査(判読) 筋電図 眼球に直接触れる検査 超音波検査(心・腹部) エックス線検査 CT/MRI 核医学 内視鏡検査	
		診察手技	婦人科疾患の診察 妊婦の診察と分娩
			救急

注釈：1）ここにリストされていない診療科ごとの検査、治療への医学生の実習の介助・見学は指導医の判断で許容される。

2）レベルIIの手技のうち、各大学、実習施設が侵襲性の低いと判断した手技（例えば、脳波、超音波など）については大学ごとのカリキュラムに従って、個別同意を得て指導医の監視下で実施することは許容される。

資料 4

診療参加型臨床実習に関する医学生からの誓約書

〇〇大学医学部長、医科大学長 殿

〇〇大学病院病院長 殿

〇〇〇〇医療センター病院長 殿

私は診療参加型臨床実習（以下、実習）のオリエンテーションにおいて、以下の内容について指導教員より十分な説明を受け、理解・同意いたしましたので署名いたします。これに違反した場合には、学則による懲戒を受けます。

1. 「臨床実習指針」に則って実習を行います。実習の内容は、病院の診療上の必要性や現実的制約によって、妥当な範囲で変更することがあることは了解しました。
2. 医行為は臨床実習医学生（スチューデント・ドクター）として単独の自己判断で行わず、必ず指導医の指導・監督の下に行います。
3. 担当する患者には、指導医の紹介の下にスチューデント・ドクターであることを告げ、指導医とともに実習に対する患者の同意を得ます。
4. 基本的な診察手技の習得に当たっては、自らも被検者にもなることを心掛けます。
5. 患者などの保有する病原体が血液、排泄物、分泌物を介して自らに感染する危険性およびその予防法について、指導医より事前に十分な説明を受けます。
6. 病棟の管理規則ならびに指導医または病棟職員による指導に従い、感染防止を含めた医療安全の確保のために、常に十分な注意を払います。
7. 実習中の事故（針刺し事故など）については、病院職員の職務遂行中の事故に準じて取り扱われることを了解しました。
8. 患者の個人情報保護に常に留意し、実習に際して知り得た患者情報を決して他に漏らしません。また自らの実習内容に関係のない情報を閲覧することも決していたしません。
9. 電子カルテの利用に際し「〇〇大学病院（〇〇〇〇総合医療センターなど）において実習等を行なう学生の電子診療録利用に関する規則」を遵守し、原則として診療情報を印刷いたしません。

2〇〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇大学医学部/医科大学

学籍番号：

氏名：

診療参加型および見学型臨床実習の説明書/包括同意書

- 診療参加型および見学型臨床実習とその必要性
- 担当実習医学生（スチューデント・ドクター）としての能力と資格
- 実習で行われる医療行為（レベルⅠとレベルⅡの区分）
- 医療事故などへの補償
- 担当以外のスチューデント・ドクターないし資格取得前の医学生が見学すること及び担当のスチューデント・ドクターが診療の途中で変更する事が有ること
- 拒否できる権利と同意しない場合でも診療に不利益にならないこと
(拒否内容：)

〇〇医科大学長/〇〇大学医学部長/病院長 〇〇 〇〇 殿

臨床実習医学生（スチューデント・ドクター）による診療参加型臨床実習およびその他の医学生も含む見学型臨床実習についての文書を読み、それに対する十分な質問の機会も与えられ、上記の事項に関して十分理解しました。

診療参加型臨床実習と見学型臨床実習に

・協力いたします（ ） ・協力致しません（ ）

※ 上記の該当するカッコ内に○をお付け下さい。

2〇〇〇年〇〇月〇〇日

患者署名：

保護者署名：
(未成年の場合)

【包括同意の説明文書】

診療参加型臨床実習を行うにあたってのお願い

□ 診療参加型臨床実習とその必要性

診療参加型臨床実習とは、臨床実習医学生（スチューデント・ドクター：医学部5～6年生）が患者さんの診療にあたる診療チームの一員として、患者さんのこれまでの経過を伺い、基本的な身体診察を行った後に、原因となる病気を考え、更にはそれを確認するための検査を選び、最終的に治療方針を決めるという、医療の実際を学んでいくものです。この実習を通して、医師としての態度、技能を学んでいきます。また、この実習で得られたことが、国家試験後の医師臨床研修へと受け継がれ、質の高い医療が提供されることに繋がります。以上のことから、診療参加型臨床実習は我が国での「良き臨床

医」を養成するために必要不可欠となっておりますので、ご理解とご協力をお願い申し上げます。

□ 臨床実習医学生（スチューデント・ドクター）としての能力と資格

医学生が診療参加型臨床実習を行うに足る能力（知識、技能、態度）が有るか無いかということは、実習が開始される前に知識・実技試験を含む全国統一の共用試験ならびに学内独自の試験を用いて総合的に判定されます。これらの試験に合格し、スチューデント・ドクターとしての能力と資格があることは、各大学によって認定され、全国医学部長病院長会議が認定カードを発行することで証明しています。この認定カードを付与された医学生のみが、診療参加型臨床実習を行うことができます。

□ 臨床実習で行われる医療行為

診療参加型臨床実習で行われる医行為にはレベルⅠとレベルⅡ（仮称）とがあり、その内容は別表に示してあります。レベルⅠは指導医の指導または監督の下で、スチューデント・ドクターが実施することが認められている医行為です。一方、レベルⅡの医行為は指導医は指導医が行い、スチューデント・ドクターは原則的にその介助または見学することに留められてられています。また、スチューデント・ドクターの資格を取得する前の医学生も、レベルⅠとレベルⅡ（仮称）の医行為を見学することは認められています。このレベル区分と学生の資格に従って、スチューデント・ドクターおよびその資格を取得する前の医学生が実習を行うことに、ご協力をお願い致します。なお、スチューデント・ドクターが医療チームの一員として、一定期間患者さんを受け持つ場合、レベルⅡの医行為を介助する場合などには、その学生に限定した個別の同意をお願いする場合があります。その際は、改めて文書（個別同意書）によってご説明いたします。

□ 医療事故などへの補償

スチューデント・ドクターが行う医行為は危険の少ないものに限定しております。しかし、患者さんの健康ないしプライバシーを損なうような事象が発生した場合には、医学部長（学長）および医療施設責任者（病院長など）の責任で適切に対応いたします。

□ 担当以外のスチューデント・ドクターないし資格取得前の医学生が見学すること、及び担当のスチューデント・ドクターが変わることがあること回診や上記の医行為が行われる場合、担当以外のスチューデント・ドクターだけでなく、他のスチューデント・ドクターないし資格取得前の医学生と一緒に見学をさせていただくことがあります。また実習期間中に担当のスチューデント・ドクター）が他のスチューデント・ドクターに交代することがあります。

□ 拒否できる権利

上記診療参加型臨床実習への協力は拒否できます。また、実習への協力を同意された後でも、その同意を解消することができます。その際の手紙もお渡ししますので、同意を撤回する際には担当医に提出をお願い致します。いずれの場合においても、診療参加型臨床実習を拒否することによって、その後の診療などを含め一切、不利益を被ることはありません。

診療参加型臨床実習を行うにあたっての個別同意書

- 診療参加型臨床実習とその必要性
- 臨床実習医学生（スチューデント・ドクター）としての能力と資格
- 実習期間
- 実習で行われる医療行為（対象となるレベルⅠ、Ⅱの医行為）
- 医療事故などへの補償
- 担当以外のスチューデント・ドクターないし資格取得前の医学生が見学すること
- 拒否できる権利と同意しない場合でも診療に不利益にならないこと
(拒否内容： _____)

上記のことについて必要な説明を致しました。

指導医署名： _____

スチューデント・ドクター

署名：
(学籍番号) _____

〇〇医科大学長/ 医学部長/ 病院長 〇〇 〇〇 殿

臨床実習についての説明を受け、かつそれに対する十分な質問の機会も与えられました。

上記の事項に関して十分理解し

以下の医行為を臨床実習医学生（スチューデント・ドクター）が行う実習に協力します。

・協力いたします（ ） ・協力致しません（ ）

※ 上記の該当するカッコ内に○をお付け下さい。

該当する医行為： _____

2〇〇〇年〇〇月〇〇日

患者署名： _____

保護者署名：
(未成年の場合) _____

【個別同意の説明文書】

診療参加型臨床実習を行うにあたってのお願い

- 診療参加型臨床実習とその必要性
診療参加型臨床実習とは、臨床実習医学生（スチューデント・ドクター：医学部5～6年生）が患者さんの診療にあたる診療チームの一員として、指導医のもとで患者さんのこれまでの経過を伺い、基本的な身体診察を行った後に、原因となる病気を考え、更にはそれを確認するための検査を選び、最終的に治療方針を決めるという、医療の実際を学んでいくものです。この実習を通して、医師としての態度、技能を学んでいきます。また、この実習で得られたことが、国家試験後の医師臨床研修へと受け継がれ、質の高い医療が提供されることに繋がります。以上のことから、診療参加型臨床実習は我が国での「良き臨床医」を養成するために必要不可欠となっておりますので、ご理解とご協力をお願い申し上げます。
- スチューデント・ドクターとしての能力と資格
医学生が診療参加型臨床実習を行うに足る能力（知識、技能、態度）が有るか無いかということは、実習が開始される前に知識・実技試験を含む全国統一の共用試験ならびに学内独自の試験を用いて総合的に判定されます。これらの試験に合格し、スチューデント・ドクターとしての能力と資格があることを各大学が認定すると、全国医学部長病院長会議が認定カードを発行します。この認定カードを付与された医学生のみが、診療参加型臨床実習を行うことができます。
- 実習期間
2〇〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇月〇〇日
- 診療参加型臨床実習で行われる医療行為
診療参加型実習で行われる医行為にはレベルⅠとレベルⅡとがあり、その内容は別表に示してあります。レベルⅠは指導医の指導または監督の下で、スチューデント・ドクターが実施することが認められている医行為です。一方、レベルⅡの医行為は指導医が行い、スチューデント・ドクターは原則的にその介助または見学することに留められています。このレベルの区分に従って、スチューデント・ドクターは実習を行います。診療参加型実習にご協力いただくことに関しては、すでに包括同意書をいただいておりますが、あなたの診療を担当するチームに参加するスチューデント・ドクターが決定しました。その実施ないし介助する医療行為を改めてご説明し、個別同意をいただければと存じます。
- 医療事故などへの補償
スチューデント・ドクターが行う医行為は危険性の少ないものに限定しております。しかし、患者さんの健康ないしプライバシーを損なうような事象が発生した場合には、医学部長（学長）および医療施設責任者（病院長など）の責任で適切に対応いたします。
- 担当以外のスチューデント・ドクターないし資格取得前の医学生が見学すること
回診や上記の医行為が行われる場合、担当以外のスチューデント・ドクターと一緒に見学をさせていただくことがあります。
- 拒否できる権利
上記診療参加型臨床実習への協力は否定できます。また、実習への協力を同意された後でも、その同意を解消することができます。その際の用紙もお渡しますので、同意を撤回する際には担当医に提出をお願い致します。いずれの場合においても、診療参加型臨床実習を拒否することによって、その後の診療などを含め一切、不利益を被ることはありません。

資料5 医師養成グランドデザインへのAction Plan

平成 24 年 11 月

医師養成のグランドデザイン検証 WG

座長 神保 孝一
委員 山下 英俊
委員 持田 智
委員 中谷 晴昭
委員 奈良 信雄
委員 福島 統
委員 小山 信彌
委員 後藤 英司
委員 吉村 博邦
委員 津田 喬子

全国医学部長病院長会議（AJMC: Association of Japanese Medical Colleges）は大学医学部・医科大学の使命を医学教育の実践の場として学生の教育と医師養成を行い、あわせて高度先進医療の研究・開発をめざすことによって国民の保健・医療・福祉への貢献を行うものとしてとらえ、平成 23 年 12 月に『医師養成の検証と改革実現のためのグランドデザイン—地域医療崩壊とグローバル化の中で—』を発刊した。本グランドデザイン発刊は平成 19 年 9 月に発刊された『我が国の医師養成システムの在り方のためのグランドデザイン』を引き継ぐものであった。これ等過去 2 回のグランドデザインは発刊時までの全国医学部長病院長会議の使命の検証と個々の課題実現への提言がなされた。しかし、個々の提言が密に連携をもち、一貫した視野のもとにシームレスに実行される過程を検討した action plan までは十分言及されていなかった。

今回我々は、地域医療崩壊とグローバル化の中で我々の使命である学生の一般教養を含む医学教育、臨床実習、更に医師養成のための初期臨床医研修、後期専門医研修、医師生涯学習教育に至る過程のシームレスな実践の場を医学部・医科大学が提供するという立場から、これら一連の過程の中間地点と考えられる医師国家試験とその前後の医学教育・医師養成の過程に喫緊の改善テーマとして焦点をあて検証し、具体的な action plan を策定した。

現行の国家試験は 3 日間 500 問でその出題範囲も広く、多くの医学生は国家試験受験準備のために半年間から 1 年間を費やしている。このため、医学部 6 年生の臨床実習が圧迫されているだけでなく、国家試験準備のために医学生が外来・病棟を離れるために、

卒前臨床実習と卒後臨床研修との間に不連続をきたし、研修医の臨床能力習得にも大きな弊害をきたしている。卒前臨床実習をグローバルスタンダードにあった形態に改善充実し、卒後臨床医研修へシームレスに移行させ、卒後臨床医研修で基本的診療能力を十分に身に付け、地域医療改善を視野に入れた医療環境の整備が我が国の医療の質向上に欠かせない。

I. 卒前教育と医師国家試験改善

第1ステップ：共用試験合格の資格化 - 「学生医」の認定

現行の共用試験は知識を問う Computer-based testing (CBT) だけでなく、パフォーマンス評価としての客観的臨床能力試験 (OSCE) も実施し、その評価結果は医療系大学間共用試験実施評価機構 (CATO) で最新のテスト理論に基づいて検証もされている。共用試験 CBT、OSCE は極めて高いレベルの評価法となっている。共用試験に合格した医学生は、臨床実習で患者診療に参加するに足る知識と技能・態度を持っていることを国民に理解してもらい、医学生が臨床現場で患者・家族から学べる環境を整えるために、全国医学部長病院長会議は共用試験合格者に対し、「学生医」の資格を認定付与する制度を確立すべきである。「学生医」は能力保障を受けたうえで、患者・家族の了承のもとで、診療参加型臨床実習を行うことで、高い臨床能力を獲得していくことになる。
Action Plan：医学教育委員会 共用試験検討 WG にて「学生医」の認定方法などについて検討を行う。「学生医」の認定は平成 25 年 4 月から開始する。

第2ステップ：「学生医」が行える医行為水準の策定

前川レポートによる「学生の医行為水準」は 1991 年に作成されたもので、すでに現状に合わなくなっている。共用試験により能力保障を受け、全国医学部長病院長会議が「学生医」と認定した能力のある学生が臨床実習で実施できる医行為水準を、全国 80 医学部・医科大学の合意のもとに作成し、学生が診療参加型臨床実習の中で患者診療に貢献できる環境を整備する必要がある。この医行為水準の策定により、患者からの理解と信頼のもとで学生が診療に参加する臨床実習が可能となる。

Action Plan：医学教育委員会内に、「診療参加型臨床実習のための医学生の医行為水準策定 WG」を設置し、検討を開始する。平成 25 年 5 月の総会に医行為水準案を提案する。

第3ステップ：臨床実習の「場」の拡充と地域医療改善のための「教育病院・施設群」

現在の臨床実習は大学附属病院が主な「場」となっている。大学附属病院が特定機能病院として我が国の医療に貢献しているが、学生の臨床実習、初期臨床研修、後期専門医研修の「場」として大学附属病院のみでは、国民が求める医療ニーズに沿った教育は

困難である。医師が養成される過程では、様々な疾患や患者を経験することが不可欠である。大学附属病院、地域中核病院、地域病院、地域診療所、地域保健福祉施設、地域在宅介護医療などの広い医療連携の中で、急性期疾患、亜急性期疾患、慢性疾患、難治性疾患、終末期、さらには学校保健、地域保健などを含めた予防・公衆衛生など幅広い学習環境での修練が求められる。各医学部・医科大学は医学生、臨床研修医、専門医研修医、そして医師としてのキャリア形成のために、大学附属病院だけでなく地域医療と密接に関連した教育病院・施設との連携に着手しなければならない。ここで形成される「教育病院・施設群」では、医師養成の時間軸での連携だけでなく、医学部・医科大学主導で大学附属病院がその「教育病院・施設群」の医療の質を向上させるための支援も行うべきである。これにより、医学部及び大学附属病院が中心となって、わが国の地域医療改善のみならず医療全体の質の向上を行うこととなる。

Action Plan：80 医学部・医科大学は卒前、臨床研修、専門医養成、医師のキャリア形成の時間軸、地域医療向上を視野に入れた教育病院・施設群の構築を開始する。

第4ステップ：卒業時 OSCE の実施とグローバルスタンダード

臨床実習の改善と医学生が卒業時に達する能力評価は同時に行われる必要がある。臨床実習を診療参加型にシフトすることで、どのような基本的診療能力を学生が獲得しなければならないのかを示すためにも卒業時 OSCE は全国 80 医学部・医科大学で実施されるべきである。医師法第9条には、「医師国家試験は、臨床上必要な医学及び公衆衛生に関して、医師として具有すべき知識及び技能について、これを行う。」とあるが、現行の医師国家試験では技能は問われていない。学生は技能の試験なしに卒業後、臨床研修医となって医師免許を持ったうえで患者診療に当たることとなる。それにも拘わらず医師国家試験改善検討部会報告でも国家試験 OSCE の導入は先延ばしとなっている。医師として具有すべき技能習得度を測る評価法である卒業時 OSCE を各医学部・医科大学の責任として導入する時期が来ている。これまでの厚生労働科研費の Advanced OSCE 研究、グローバルスタンダードを視野に入れた海外の国家試験 OSCE の研究など多くの研究データが蓄積されている。大学が卒業時の医学生の「能力」(アウトカム)を保証する上でも、卒業時 OSCE は導入されなければならない。

卒業時 OSCE を導入するにあたっては、まず卒業時のアウトカムを決めなければならない。医学教育モデル・コア・カリキュラムは平成 22 年度改定で卒業時を見据えた学習目標を設定した。全国医学部長病院長会議は 80 医学部・医科大学の総意として、今までの研究データから、卒業時のアウトカムを設定し、卒業時 OSCE のモデルを提示し、80 医学部・医科大学で実施できる体制の整備に取り組まなければならない。

Action Plan：国家試験改善検討WGと卒後臨床研修検討WGとでモデル・コア・カリキュラム、後期 (Advanced) OSCE 研究班報告、海外の OSCE 実施状況などの報告データからグローバルスタンダードを視野に入れた我が国での「卒

業時アウトカム」の策定を行う。

Action Plan：医学教育委員会内に「卒業時 OSCE 検討 WG」を設置し、卒業時 OSCE の基本設計を行う。

Action Plan：各医学部における卒業時の後期 OSCE の実施状況を透明化するため、外部からのモニター、評価者を導入するシステムを構築する。

Action Plan：全国医学部長病院長会議の「医学教育の質保証検討委員会」が中心になり、国際基準に合致した医学部教育が各医学部で実施されていることを認証評価し、医学教育の質向上を図る。

第5ステップ：医師国家試験の改善案の提案

Action Plan：共用試験合格での「学生医」の認定、臨床実習の改善、卒業時 OSCE の導入を 80 医学部・医科大学で行うことで、現行の知識偏重の国家試験の軽減化を提案し、卒前臨床実習と卒後臨床研修との接合性を高めることで、医師養成の質の向上を図る。

II. 初期臨床医研修（初期臨床研修）制度

第1ステップ：卒前、卒後、生涯学習、医師養成における初期臨床医研修（初期臨床研修）の継続的検証

初期臨床医研修（初期臨床研修）の目的は、患者の状態を把握するための情報を収集し、整理し、基本的臨床能力、すなわち、特に重要な鑑別診断能力の育成を行い、治療方針・処置など対応策を策定する臨床能力を涵養する基本的臨床能力の開発である。現在は地域医療改善、医学教育のグローバルスタンダードを視野に入れた卒前、卒後の教育について大きな喫緊の改革が必要な時期であり、初期臨床医研修のあり方はこのようなプロセスの一環として継続性をもつものでなくてはならない。殊に卒前参加型臨床実習の充実により到達目標で重複が多くみられる。卒前、卒後の医師育成システムのなかでの重要な通過点である初期臨床医研修についてその教育を行う病院群について、厚生労働省医道審議会臨床研修部会でも導入を目指しているが、現時点で地域医療改善を含む明確な改革ビジョンが示されていない。更に基礎医学、社会医学をめざす医師が激減している。そういった現状の中で平成 26 年の新臨床研修制度改定に向けた検討が厚生労働省の検討部会が進行中であり、全国医学部長病院長会議からもそれへの提言が必要である。

Action Plan：卒前臨床実習の充実、専門医教育の必要性などを鑑み、初期臨床医研修の到達目標を改変する。

Action Plan：医学部卒業後の医師の専門の多様な選択を可能とするためにも、初期臨床医研修の選択、研修内容を柔軟なものとする。

Action Plan：医学教育、医師育成について体系的、継続的に審議する三者協議（文科省、厚労省、全国医学部長病院長会議）の枠組み早急に構築する。

第2ステップ：教育病院群の構築・充実による継続的医師養成システムと地域医療改善の確立

卒前臨床研修、卒後初期臨床医研修（初期臨床研修）、専門医研修（後期臨床研修）、生涯にわたる教育がシームレスに継続性をもつ医師養成システムの構築が急務とされている。この目的の達成のためには多くの病院の参加する病院群の構築が必須であるが、そのような病院群についての大学病院との連携、地域医療改善を視野に入れた明確なビジョンはない。とくに、初期臨床医研修後に専門をもたず、生涯にわたり教育を受けるシステムにも属さない、専門医取得も目指さない医師が増加していることを示唆するデータがある（全国医学部長病院長会議で調査中）。現時点では初期臨床医研修と専門医研修は連動して行えるシステムの構築がなく、高度な医療を日本全国で受けたいという国民の医療への付託に応えがたい状態となりつつある。

Action Plan：臨床医育成のための卒前、卒後の一貫した教育をおこなう病院群を構築する。教育病院群は地域の実情にあわせて、高度な医療を担当する医師育成、地域医療を担当する医師などの社会の要望に応える人材を育成することを目的とする。

Action Plan：教育病院群は、卒前臨床研修、卒後初期臨床医研修（初期臨床研修）、専門医研修（後期臨床研修）、生涯教育を同じ枠組みでおこない、広いバリエーションの疾患を経験することを可能にする教育病院群でなくてはならない。そのため、教育病院群には医学部・医科大学の主導のもとに、大学附属病院、地域の中核病院、地域の病院など現在の日本の医療の各分野（急性期医療、亜急性期医療、慢性医療など）の病院を包含する。

III. 専門医、高度専門医療人の養成とグローバルスタンダード、地域医療への貢献

我々は既に医師養成のグランドデザイン（第2章、2.）において、専門医、高度医療人の養成について、「卒前・卒後の研修で修得した基本的臨床・診療能力を背景に、社会のニーズに応えられる専門医を養成すること、臨床研修終了後の研修の重要性及びその意義と必要性をきちんと認識し、総合診療医を含め専門別に一定の臨床修練を受けることの必要性をのべた。しかしながら、現在の専門医の養成・修練は未だ制度化されていない。現行の専門医、認定医は学会ごとの認定であり、様々な問題点を有している。日本専門医制度評価・認定機構などの機能を充実させ、早急に専門医制度のあり方を見直す必要がある。その際、国民のニーズを反映した、診療科別の定数についても議論さ

れる必要がある。」と記載されている。国民のニーズは国民の求めている医療のグローバルスタンダード、地域の特殊性と地域医療改善なども十分考慮される必要がある。

第1ステップ：専門医研修（後期臨床研修）制度の確立

グランドデザインに記載されている「臨床研修終了後の研修の重要性と必要性を認識し、総合診療医を含め専門別に一定の臨床修練を受ける必要があること」については論をまたない。また、「しかしながら、現在の専門医の養成・修練は未だ制度化されていないこと」、すなわち、いわゆる専門医研修（後期臨床研修）制度が制度として我が国に存在しないことは、極めて重大な問題である。

現行の初期臨床研修制度が導入される以前は、全国の大学医学部・附属病院が初期研修を含め各領域の専門研修の大半（研修医の70%以上が大学に所属していた）を担っていたといっても過言ではない。また、残りの30%弱の研修医も、ほとんどが全国の基幹病院で研修を受けており、当時は一定規模以上の指導的病院で初期臨床医研修と専門医研修は一体として行われてきた経緯がある。

本来、医師の養成は、医学教育（一般教養を含む）、臨床実習、初期臨床研修、専門医研修（後期臨床研修）に至る、一貫したシームレスなプログラムに則ってなされるべきである。

初期臨床研修制度により卒前教育と卒後専門研修が分断され、専門医研修（後期研修、後期臨床医研修）制度が実質的に崩壊してしまった現在、高度専門医療を実践している大学附属病院こそが地域の基幹病院と連携し、率先して専門医研修（後期臨床医研修）の再構築を主導し、我が国の医療レベルの向上に寄与すべきである。

Action Plan： 卒前医学教育改革（共用試験の資格化、臨床実習の充実）、国試改革、初期臨床実習の見直しを含む、一連の医師養成のグランドデザインの中で、全国の大学医学部・附属病院の総意として初期臨床医研修と一体化した専門医研修（後期臨床医研修）プログラムを提示する。

第2ステップ：専門医制度のあり方と大学附属病院の役割

平成23年10月、厚生労働省は、「医師の質の一層の向上と医師の偏在是正を図ること」を目的に「専門医の在り方に関する検討会（座長：高久史磨日本医学会会長）」を立ち上げ、平成24年8月に計11回の議論を基に中間まとめを公表した。

中間まとめによる、検討会でコンセンサスの得られた事項の概要は以下の通りである。

- ① 専門医の定義について、「決して「神の手」を持つ医師やスーパードクターを意味するものではなく、それぞれの診療領域において、十分な経験を持ち、安心・安全で標準的な医療を提供できる医師」とすべき。
- ② 臓器別の専門医の他に総合的な診療能力を有する医師を専門医として位置付ける。
- ③ 基本18領域の専門医に「総合医・総合診療医など」を専門医として加えた19領域の専門医資格のいずれかを取得した後、サブスペシャリティ領域の専門医資格

を取得する2階建ての専門医制度とする。

- ④ 特殊な技術や技能についての専門医資格は別に定める。
- ⑤ 専門医の認定は、学会から独立した第三者機関で行う。
- ⑥ 第三者機関の下に、各領域の「専門医認定委員会」と「プログラム評価・認定委員会」をおき、各学会の協力を得て運営する。
- ⑦ 新たな専門医制度は、医師偏在の是正を目的とすべきではなく、専門医の質を高め、良質の医療が提供されることを目的として構築すべきで、結果として医師の偏在が是正される効果が期待される。等々。

また、今後の検討課題として、①第三者機関の在り方、財政基盤等、②国の関与の仕方、③専門医の医療法上の位置付け、④総合医の在り方と育成、⑤専門医の養成数（定員について）、⑥医学教育、初期研修等との関係、⑦その他、専門研修プログラムに基礎研究や総合診療を組み込むこと、等々となっている。

検討会では、引き続き議論を重ね、平成24年中に一定の結論を出す予定とされている。

以上、同検討会における専門医認定の基本的な枠組みは、「現状の学会による専門医制度における専門医の認定と施設・プログラムの認定」を、「学会の協力を得て第三者機関で行う」ものであり、制度の統一性、透明性を確保することが大きな目標と考えられる。

しかし、問題点として、議論が、専門医の認定、施設・プログラムの認定等、いわば出口論あるいは認定のための外形基準の統一化に関するものが主であり、専門医の養成についての議論（誰が何処でどう養成するか）が欠けているとの指摘がある。

認定医や専門医資格の取得は、臨床研修の成果の評価の一手段ではあるが、専門医研修（後期臨床研修）の到達目標について必要最低限のレベルをクリアしたことを示すに過ぎない。重要なのは、養成（トレーニング）の過程（如何に充実した研修を行ったか）と、如何に高いレベルの成果を達成したか（専門医としての実力を修得したか）である。専門医の認定により、後期臨床研修制度の構築、すなわち、専門医研修（後期臨床研修）に相応しい施設群の構築と研修プログラムの構築による、実力のある専門医の養成が重要であり、大学病院の役割は極めて大きい。

Action Plan：医学部及び大学附属病院を中核として地域の基幹病院と地域医療改善を視野に入れたネットワーク（教育病院・施設群）を形成し、総合医を含む専門医の養成を如何に行うかの具体的検討を行う。

IV. キャリア・ディベロップメントと地域医療への貢献

第1ステップ：卒前から始める医のプロフェッショナリズムとキャリア教育

医師は生涯に亘ってプロフェッションとしての自覚とともに弛まぬ自己研鑽（Life-

Long Learning) による医療専門職としての知識と技能を保持し、仕事を継続し、良質な医療を提供して社会的信頼を維持する責務がある。そのためには医学部教育からプロフェッショナルリズムとキャリア教育を開始し、医師の責務を理解させ、さまざまな困難に直面しても、それを乗り越えてプロフェッションとしてキャリアを継続できる力を醸成しなくてはならない。

現在の医学部教育モデル・コア・カリキュラムには、基本的な資質として自己研鑽が求められ、キャリアを継続させる生涯学習者としての能力を身につけることが一般目標として掲げられているが、キャリアをいかに継続しキャリアアップしていくかといった自己のキャリア・デザインを具体的に描く機会がない。そのために、卒業後に個人として初めて経験する挫折を乗り越えられずに、医師を辞めてしまう人が後を絶たない。

コア・カリキュラムの到達目標にプロフェッショナルリズムとキャリア教育プログラムを組み入れ、さらに、全ての大学医学部、医科大学において、正規の医学教育カリキュラムの中でこれらの教育を開始する必要がある。

Action Plan: 大学内に医学教育センター、キャリア支援センターあるいはメディカルワーク・ライフ・バランス支援センターといった部署を構築し、必要な医学教育カリキュラムを作成する。男女医学生へのプロフェッショナルリズムおよびキャリア教育の中で、将来必要となるワーク・ライフ・バランス、医療の中のダイバーシティ、男女共同参画などを正しく理解させる。

第2ステップ：大学の教育病院群への生涯学習の提供と地域医療の改善・充実を視野に入れた地域における医師キャリア支援

大学は地域の医療機関・医師会・行政・NPO との連携を強化して、地域医療改善・充実を視野に入れた地域を包括する医師キャリア支援に積極的に関与していくことが求められる。大学内の医学教育センター、キャリア支援センターあるいはメディカルワーク・ライフ・バランス支援センターといった部署は、対象を大学内に限らず、一旦、職を離れた人の再教育など広く地域の医師にも門戸を開き活用できる体制を整える必要がある。

Action Plan: 教育病院群における生涯学習のニーズに対して、大学医学部、大学院医学研究科（それに関連する大学院）、大学附属病院はプログラムを提供する責務がある。大学設置教育システムを活用した地域医療改善・充実を視野に入れた再教育、社会人大学院などを提供する。

資料 6

参考資料

平成 23 年 12 月 発刊

『医師養成の検証と改革実現のためのグランドデザイン

—地域医療崩壊と医療のグローバル化の中で—』

全国医学部長病院長会議の立場から

(まとめの抜粋)

全国医学部長病院長会議は、我が国の医療と医師養成システムの現状が国民の健康管理・福祉のみならず将来の国民の保健・医療・福祉の大幅な後退につながる緊急かつ重大な問題と捉えている。平成 19 年には『医師養成のためのグランドデザイン 全国医学部長病院長会議からの提言』をまとめ、問題点の根本的解決のために提言を行った。一方、グローバル化した現代社会において、国民が求める医療のニーズは多様で変化しつつあり、更に医療・医学自体の国際連携も進んでいる。この様な中で医学教育、医学研究、医師養成更に医療の現場に直接携わっている我々は今後更に諸問題・課題を解決するために『医師偏在に伴う地域医療崩壊と医学教育、医師養成、医療のグローバル化に全国医学部長病院長会議はいかに対応すべきか』という視点のもとに現状の検証と提言を行った。

第 1 章 医学部（医科大学）の卒業前における検証と提言

1. 入学者選抜

検証：各大学は、入学者の質を確保し、医師として望ましい人材を選抜するために、選抜方法や高等学校教育から医学教育への接続の改善、更に医師の地域偏在、診療科偏在に対し、入学時の地域枠、地域枠奨学金、卒前教育での地域医療実習、臨床研修での地域医療研修など、いくつかの対策が講じられている。

提言：医師偏在の解決には、現在行われている対策のほかに、卒前教育において医師偏在問題の現状を周知させ、卒後進路について考える機会を提供するだけでなく、入学試験においても、医師としての社会的責任を認識している受験生を選別的に選抜する方を考案し、実施すべきである。

2. ステップ I：臨床実習前教育

検証：従来、医学部では問題を抱えた学生への支援や、学生へのキャリア・デザイン支援が十分ではなかった。又、医師としてのリサーチマインド形成のために 60%の医学部が研究室配属を必修科目として採用しているが、いまだに基礎医学研究者になる者は少ない。

提言：医学部教育の中に学生が医療者として適切な行動が取れる（Fitness to Practice）ことを低学年から高学年でのカリキュラム、臨床実習に取り入れなければならない。

3. ステップ II：臨床実習教育

検証：臨床実習の方略：見学型ではなく診療参加型であるべきとされているが、その実施は十分ではない。医行為基準の設定、指導・責任体制等が問題点としてある。臨床実習で修得した技能の評価方法や基準が明確に定められていない。大学附属病院の実習のみでは基本的診療能力の修得が難しい。

提言：臨床実習は診療参加型とし、改訂モデル・コア・カリキュラムに沿って各大学で卒業時の到達目標を設定し、その中に地域基盤型医学教育（Community-Based Medical Education）を取り入れ、最終評価として advanced OSCE を実施する。

4. 医師国家試験の内容と方法の改革

検証：医師法第9条では、医師国家試験は、医師として具有すべき知識および技能を問う、とされているが、現状では「知識」についてのみ試験されており、技能についての試験は行われていない。

提言：医師法第9条に立ち返り、「知識」と「技能」に対する評価としての資格試験とする。評価のレベルは、医師として卒後研修を開始するのに必要な基本的な臨床能力であり、それ以上に高度である必要はない。「知識」に関する問題は、共用試験合格後に行う臨床実習において習得すべき知識を中心に CBT 方式で、問題数は 200～300 問、1～2 日間で行う。「技能」に関する試験は、OSCE で行う。試験の実施は、厚生労働省から切り離し、第三者機関で行う。移行期は、各大学が、卒業試験として OSCE を行い、これに合格することを卒業の要件とする。試験の実施から免許交付の時間的流れは、OSCE を 6 年生の 11～1 月、CBT を 2 月、医師免許申請と交付を 3 月上旬～中旬とする。

第2章 医学部（医科大学）の卒業後における検証と提言

1. 臨床研修制度

検証：初期臨床研修の目的は、患者の状態を把握するための情報を収集し、整理し、鑑別診断を行い、処置など対応策を策定する臨床能力を涵養する基本的臨床能力の開発である。

提言：平成 16 年度から導入された現制度の課題の整理と改善策を検討する必要がある（到達目標設定の改変、臨床医育成のための卒前、卒後の一貫した教育課程構築、広いバリエーションの疾患を経験することを可能にする臨床研修病院群の形成、初期臨床研修を義務でなく選択とする等）。

2. 専門医・高度専門医療人養成

検証：臨床研修終了後の研修の重要性とその意義と必要性をきちんと認識し、専門別に一定の臨床修練を受けることが必要であるが、専門医認定は学会ごとの認定であるのが現状で、様々な問題点を有している。

提言：日本専門医制度評価・認定機構を機能させ、専門医制度を確立するとともに、総合医の定義を早急に決定し実行する。又、研究的視点を持つ臨床医、臨床研究者を育成するためのプログラムを構築する。

3. 医学研究の将来的低迷への危惧と大学院の充実

検証：初期臨床研修の必修化と専門医資格取得のための後期研修の活発化によって、医学部卒業生の医科系大学院進学は激減している。MD-PhD プログラムの構築や基礎系大学院修了者のその後の研究環境の整備と充実が不十分である。研究者養成コース、高度専門医療人養成コースなどのプログラムの提供が不十分。大学院担当教員の負担が過重。

提言：多面的多角的改善策が必要。各大学に特徴ある MD 研究者養成プログラム作成、入学段階で研究者志向の学生確保、大学院の入学金・授業料の免除、奨学金制度の拡充などの経済的支援、臨床系研究者養成コース・高度専門医療人養成コースの設置、大学院の専任教員を増員等。

4. 生涯教育

検証：安全かつ適正な医療を実践していくために、医師には生涯にわたる弛まぬ自己研鑽（Life-Long Learning）が求められている。

提言：生涯学習のニーズに対して学部教育、卒後を一貫して医師育成のためのプログラムを提供するのは大学医学部、大学院医学研究科（それに関連する大学院）、大学附属病院の責務である。

第3章 医学部（医科大学）の卒業前・後にまたがる検証と提言

1. 大学附属病院での総合診療教育体制の構築と充実

検証：大学附属病院の「総合診療科・総合診療部」のとらえ方や機能が大学によって様々である。

提言：総合診療部門は、診療部門として大学附属病院に位置し、外来のみならず入院診療にも参画し、かつ教育にも関わるという存在であるべきである。

2. 医学教育の国際基準とわが国の医学教育キャリア・ディベロップメント

検証：わが国では医学教育に特化した分野別質保証については現在行われていない。

またそのための組織も存在しない。ECFMGは平成35年から医学教育の世界基準に沿った認証を受けていない医学部卒業生の受験を停止すると宣言したが、我が国の医学部でこの基準に沿った認証を受けている医学部はない。

提言：アメリカ医科大学協会と世界医学教育連盟から医学教育の基準が公表されている。わが国の医学部での教育内容をこの基準と照らし合わせる必要がある。医学教育に特化したプログラム評価を行う組織を作る必要がある。機関認証を行う認証機関が医学教育に関するプログラム評価の結果を踏まえ、大学評価を行うシステムを早急に構築しなければならない。

3. プロフェッショナリズムとキャリア・ディベロップメント

検証：医育機関である大学医学部、大学病院には生涯教育を主要なミッションの一つとして位置づけ、体制整備をしていくことが求められているが、まだ不十分である。これまでの女性医師の就業率を高める支援の多くはスポット施策的な女性医師支援であり、目に見える効果を得ることはできなかった。

提言：医学教育センターのような医学教育部門が中心になって、明確なプロフェッショナリズム教育プログラムを構築し、継続的な取り組みを推進する。女性医師養成には、従来の一方向的な女性医師への出産・育児支援ではなく、現実に即した利用しやすい保育施設の整備、医師全体の過重労働を軽減するためのワーク・ライフ・バランス制度を構築する。

4. 教育環境の整備

検証：日本には医学教育の質を担保する組織として、卒前教育には米国のNBME (National Board of Medical Examiners) に相当する組織が、卒後教育に関しては米国のACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education) に相当する組織がない。平成20年度～平成23年度にかけて1298人の医学部定員増を実施したが、それに見合った教員人員増および空間的教育環境改善がなされていない。

提言：卒前教育改革については、医師国家試験改革は避けては通れない。医師国家試験の結果を検証し継続的な改善を行うためには、米国のNBMEに相当する組織がぜひとも必要である。卒後初期臨床教育と後期専門医教育について、米国のACGMEに相当する組織が是非とも必要である。医学部定員増に見合う、教員と教育設備の一層の充実が望まれる。

5. 医学部（医科大学）新設による教育環境の悪化・質の低下への危惧

検証：医療崩壊は単なる医師不足だけではなく、地域偏在、診療科偏在、過酷な勤務環境など複雑な要因が関与している。平成20年以降、既存の医学部（医科大学）は1298名の定員増を行っており、定員100名の医学部を12～3大学新設したと同じ効果を持っている。今回の定員増により、医師数は平成44年にはOECD加盟30か国の平

均医師数に達し、その後はこれを凌駕して増え続けることが予測される。医学部が新設されれば地域の医師が教員として採用され、医師不足は深刻化し地域医療が壊滅的な打撃を受けることが危惧される。

提言：すでに、既存の医学部では定員増を行っており、当面はこの定員を維持し、将来の医師需給状況を見ながら定員のあり方を柔軟に考えるべきである。医師の地域偏在と診療科偏在に対しては、各大学は夫々の地域で、地域の基幹病院と連携して、地域単位で医師の養成を図る仕組み（地域枠入学者の拡充、奨学金と連動した地域卒後研修、専門分野別医師の定員制等）を作るべきである。

一般社団法人 全国医学部長病院長会議

会 長	別所 正美
副会長	岡村 吉隆
顧 問	吉村 博邦
顧 問	小川 彰
顧 問	森山 寛
相談役	神保 孝一
相談役	嘉山 孝正
相談役	寺野 彰
相談役	河野 陽一
相談役	中谷 晴昭

診療参加型臨床実習のための医学生の医行為水準策定委員会

委員長	神保 孝一
委 員	山下 英俊
委 員	持田 智
委 員	中谷 晴昭
委 員	田邊 政裕
委 員	奈良 信雄
委 員	小山 信彌
委 員	後藤 英司
委 員	吉村 博邦
委 員	津田 喬子
委 員	福島 統

謝辞 本「診療参加型臨床実習のための医学生の医行為水準策定」の発刊は、全国 80 の大学医学部医科大学、水澤亜紀子弁護士の協力、更に全国医学部長病院長会議事務局職員一同、殊に長田正昭前事務局長、中西芳子、風間亜紀、内山真記事務職員及び一村郁子、地藏真希子臨時事務員の多大なる努力のもとになされた。これら貢献に対し深謝の意を表する。