

2. 大綱化とは
3. 大学の目的と社会的使命
4. 自己点検・評価
5. 一般教育の重視
6. 科目区分の廃止
7. 単位制の導入
8. 1年間の授業期間
9. 医学士の称号から学士の学位へ
10. 他の大学(短期大学を含む)及び大学以外の教育施設における学修
11. 科目等履修生制度の開設

資料3：臨床実習検討委員会最終報告

厚生省* (平3.5.13)

1. はじめに

医学教育改善の一環として、臨床教育を充実することの必要性が指摘されている。医学部における教育の方法を講義中心の知識伝授型から、小人数グループによる問題解決型へ転換することが求められている状況を考えれば、臨床教育に臨床実習を積極的に取り入れてこれを充実させることによって、知識、技能、態度の体得を更に効果的に行うことが期待でき、その推進が我が国の医学部における重要課題の一つとなっている。欧米において医学生が医行為を含む高度の臨床実習を行って教育効果を上げている現状を踏まえ、卒前、卒後にわたる一貫した医師養成体系の中で、卒前臨床教育の一貫としての臨床実習はいかにあるべきか、特に、診察、検査、治療といった医行為がかかわる実習の在り方について検討を行うため、文部省高等教育局の協力を得て、本委員会が平成2年4月に厚生省健康政策局に設置された。本委員会では、平成2年11月にそれまでの検討結果を中間まとめとして厚生大臣に具申すると共に関係各位からの意見を聴取するため公表した。その後、実施のための条件の具体案作りを中心に、大学等の関係者から寄せられた意見を参考に検討を引き続き行ってきたが、今般、検討結果を最終的にとりまとめたので、ここに報告する。

2. 経緯と現状

1) インターン制度廃止から現在の実習に至るまで

昭和23年に制定された新医師法においては、医師

免許を受けるためには、医学部を卒業した後、1年以上診療および公衆衛生に関する実地修練を行った上で、医師国家試験に合格することが必要であるとされていた(いわゆるインターン制度)。この実地修練においては、医師法第17条の規定により医師だけが行うこととされている医行為にわたる研修を行うことができるものと解され、この考えに基づき厚生省は実地修練運用基準を定めた。

しかしながら、その後、インターン制度における実地修練生の身分・処遇が不安定であること等の問題が提起され、種々の討議の結果、昭和43年に医師法が改正され、実地修練制度が廃止された。これに伴い医学部卒業後、直ちに医師国家試験の受験資格が与えられ、医師免許取得後、2年以上の臨床研修を受けることが努力規定として法制化された。

その頃から、卒前の医学教育における臨床実習の充実が図られ、時間数が増加すると共に、それまでの外来患者を対象とする問診、診察、血圧測定、一般検査、心電図検査等、侵襲性(検査、治療等により、心身に加わる危険性の程度)の低い内容の医行為を中心として実施されてきた臨床実習に、入院患者を対象とする病室実習が加えられた。その後、病室実習が主体となって今日に至った。病室において患者に接し、医療の実態に触れ、病態の推移、疾病の転帰、患者を巡る社会的背景などに関し、学習することが可能となったとはいえ、実習内容は主として医療の「見学」と一部の「介助」とどまっているため、臨床教育の目標の一つである医師として必要な基礎的スキルや態度の修得については必ずしも十分に達成できないということが指摘されている。

* 臨床実習検討委員会、委員長：前川 正

2) 医学教育関係者および、医療従事者からの問題指摘・要望

医学部の専門教育科目の総授業時間数(4,200時間以上4,800時間まで)に占める臨床実習の時間数が増加した(平均約1,100時間)にもかかわらず、医行為については、一部の大学を除き概ね1)に記載した程度にとどまっており、病棟において医学生は傍観者として扱われて、臨床実習の目標達成が困難となっていることが指摘されている{(文部省・医学教育の改善に関する調査研究協力者会議最終まとめ(昭和62年)、日本医師会・臨床研修懇談会中間報告(平成元年9月)、厚生省・医療関係者審議会臨床研修部会意見書(平成元年6月))}。そして、臨床実習を強化し教育効果を高めるため、医学生とはいえ臨床実習にあつては臨床医学に関する授業科目担当者(以下「指導者」という。)の指導・監督下にある程度の医行為が実施できるようにして欲しいとの要望が提出されている{(全国医学部長病院長会議・臨床実習の実技教育に関する検討小委員会答申(平成元年4月)、国立大学協会・医学教育に関する特別委員会中間報告(平成2年6月))}。

本委員会が検討の参考とするため、平成2年5月にわが国の大学の全医学部に対し行ったアンケート調査においても、臨床実習として医学生の行い得る医行為の範囲拡大がすべての大学から要望されている。その意義については、医行為の技術習得というより、医行為を通じての「患者と医師のコミュニケーションのとり方の体得」、「医療チームの一員としての自覚と責任感の養成」をあげる大学が多くみられた。

更に、本委員会の中間まとめに対してもほとんどの大学がその医行為範囲の拡大の基本的考え方に対し、賛意を表明している。

3) 臨床実習の現状

上記1)で述べたように実地修練制度の廃止以後、各大学では臨床実習の充実に努めてきたが、前述のように本委員会では今後の臨床実習の在り方を検討する上で、現状を正確に把握するために、わが国の大学の全医学部を対象として、アンケート形式による実態調査を行った。

回答の集計・分析結果は次のように要約される。①問診、診察、生理学的検査、体位交換等侵襲性の低い医行為については、ほとんどすべての大学で実施されていること、②採決、鉤引き等の比較的侵襲性の低い医行為についても、施設間、また診療科間で違いがみられるものの、約30%の大学で実施されていること、③止血、縫合、導尿などの他、救急部等に限っている

ものの気管内挿管、心マッサージ等のレベルの高い医行為についても、実施している大学が散見されること、④こうした医行為は、いずれの大学においても、必ず指導医の指導・監督の下に行われていること、⑤実習対象となる患者に対しては、医学生である旨を伝え、その同意を得た上で実施されていること等が判明した。

3. 諸外国の実状

上記2-2)で述べた如く、医学教育関係者及び医療従事者からの問題指摘の中で、わが国の臨床実習が諸外国に比し、医行為にわたる分野で遅れをとっているとの意見が見られた。本委員会は、今後のわが国における卒前臨床実習の在り方を検討する上で、諸外国における卒前臨床実習の現状を把握し、参考とすることが必要であると考え、その実態調査を行うこととした。時間的制約等により、各種文献調査および経験者からの意見聴取による調査を主とし、調査対象国も、米国、英国、カナダが中心となった。

調査結果を要約すれば、調査対象としたいずれの国においても、医学生は、採血、鉤引き等の侵襲性の低い医行為から、腰椎穿刺、手術助手等かなり高い医行為まで実施することが許されていた。更に、各種検査の指示や処方まで、指導医の確認をとれば行うことが許されている。しかし、これらの医行為は、医学生の経験・技能等を指導医が判断した上で、指導医の指導・監督の下で各科毎に定められているガイドラインに従って実施されている。また、医学生が医行為を行うことについての法的関係は、米国、カナダにおいては州法に規定しているが、英国においては、行政的指導により対応している。

但し、いずれの国においても臨床実習は、医学生が病棟に所属し、医療チームの一員として患者の医療に携わる形で実習を行ういわゆるクリニカルクラークシップの形式で実施されている。そして、医学生の行う医行為は、医行為の習得自体を目的とするものでなく、患者のための医療サービスの一環であるという考えに立って実施されている点が特筆される。

4. 臨床実習のあるべき姿

医学や医療技術の急速な進歩に伴い、卒前医学教育の課程で医学生が学ぶべき医学知識は年々増大しており、ともすれば卒前教育は知識偏重の詰込み教育になっているとする指摘がある。一方、医師は患者を疾患中心でなく、全人的に治療すべきことが強調されてい

る。こうした状況の中で、卒前の医学教育改善の方向は本報告冒頭に記載した通りであり、科学としての医学に関する知識の理解を深めると同時に、臨床実習を充実することが重要視されている。本委員会の設置目的は、卒前臨床実習の強化充実のために医学生が行い得る医行為の範囲につき検討を加えることであった。しかしながら、諸外国やわが国の卒前臨床実習の実態を分析するに従い、医行為の範囲拡大を考えるにあたっては、その前提として、卒前の臨床実習の本来の在るべき姿を明確にする必要があることが認識された。すなわち、卒前の臨床実習では、基礎的な医学知識や技能を体得することは当然として、医師としての卒後臨床研修において必要な態度や価値観を身につけさせることをその目的に加えるべきである。そのためには、指導医と共に患者に対する責任の一端を担い、このことを通じて患者の問題点の理解を深め、医師としての自覚を養うことが重要である。そして、医療チームの一員として診療の実際を介して必要な知識、技能、態度を体得させるが、その状況下で採血等侵襲性の高い医行為を指導医の指導・監督下で実施させれば、患者との接触を深めることができ、それが実習の効果を高めることになると思われる。

また、近年一貫した医師養成の必要性が謳われ、とりわけ、医師の養成の課程上重要な時期である卒前臨床実習と卒直後の臨床研修の連携の重要性が指摘されている。卒前の臨床実習においては、患者との接触を通じて患者に対する責任感および、医師としての態度や価値観を中心に学習させ、これを基礎に卒直後の臨床研修においては、より幅広い臨床経験と技能の向上を図り、期待される医師としての基盤を形成していく必要がある。平成元年に厚生省医療関係者審議会臨床研修部会より提言された、「卒後臨床研修目標」に示されている研修内容の中には、卒後を待たずに卒前臨床実習の段階から開始できるものも一部あると考えられる。

更に、近年の医学や医療技術の高度化・専門化に伴い、医療チームの中で、医師以外の医療関係者の果たす役割が増大しているが、これら医療関係者とのより良い連携関係を育成する上でも、医学生が臨床実習において医療チームの一員として患者の医療に携わることが望まれる。

5. 実施のための条件

今後、医行為の範囲拡大を行うに当たり、まず何よりも患者の安全を考えなければならない。このため、

基本的には、各大学の自主性を尊重しつつ、適切な臨床実習の実施を図るため、次に掲げる条件が満たされる必要がある。更に、これらに基づき、各大学毎に臨床実習の指針を作成し、その記載に従って臨床実習を実施するべきである。

ア) 医行為の範囲を示す例示

本委員会では、一定の条件下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基本的な医行為につき別添1に例示した。

これは、既述の全国医学部長病院長会議・臨床実習の実技教育に関する検討小委員会答申、米国や英国の大学のガイドライン、わが国における臨床実習の現状等を踏まえ、第85回医師国家試験委員会の代表者の意見も聴取しつつ、本委員会が最終的にとりまとめたものである。これは卒前臨床実習で一定の条件下で許容される基本的医行為の例を3段階の水準に区分して示したものであり、これに基づき各大学が、学生の能力、臨床実習のカリキュラム、指導体制、実習施設等の実状に従って、許容される医行為を各科別等個別に詳細に定め、それらを指針に記載するべきと考える。

ただし、ここに掲げた項目は、上記した如く各大学の医学生に一定条件下に限り許容される基本的医行為の例示を目的としたものであり、その技術の習得は卒前臨床実習の必修項目でないことを特に強調しておきたい。

従って、水準Iに掲げた項目でも、大学の判断によって更に限定的にするため、水準II、IIIに位置付けても構わない。また、別添1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につきその水準を示したに過ぎない。この別添1に示した項目を含めて実習にとり入れる医行為については、各大学の責任において慎重に対応する必要がある。

イ) 指導医による指導・監督

指導医による指導・監督は必須の条件であり、各大学の指針に基づき医学生の知識・技能や患者の状態等を勘案して、指導医により最終的に医行為実施の許可が与えられるようにする。また、指導・監督内容にもきめ細かな配慮を必要とする。

一方、指導医について、大学においては担当教員であるが関連病院においては「診療科長」程度が望ましいと考えられ、関連病院等の地域医療機関にまで実習の場を拡げる際には、その指導医について、最終的には各大学において判断されるべき事柄であるが、例えば非常勤講師等の位置付けを行うなど、大学との関係

を明確にすることが望ましい。

ウ) 医学生の要件

米国やカナダでは、臨床実習に入る前段階で、国レベルで統一試験を行い、この試験に合格した医学生に臨床実習を許可する医学校が多いという。こうした制度の導入も検討に値するが、わが国においては、大学間にカリキュラムの違いがある等様々な問題があるため、こうした制度を現時点で直ちに導入することは困難であると考えられる。

従って、臨床実習開始のための資格要件の評価については、各大学においてそれぞれの基準を設けて判断するのが現実的である。卒前臨床実習で実施できる医行為の範囲拡大に伴い、医学生の臨床実習前の知識・技能の評価を進級試験等によりこれまでにもまして適正に実施するとともに、実際の患者に触れる前に、シミュレーション実習や学生同志による実習等を取り入れる必要がある。

エ) 患者等の同意

現状においても、大学附属病院においては、患者等への医学生の紹介や実習対象となる患者等の同意がとられていることが、アンケート調査結果で明らかとなっている。しかし、今後、臨床実習の場は、大学附属病院に限らず関連病院等に広がる可能性があり、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。同意の取り方については、院内掲示による周知、口頭あるいは文書による患者本人或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。

6. 臨床実習に係る医師法の適用

1) 問題の所在

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2年以下の懲役又は2万円以下の罰金に処するものとしている。

医学生も医師の資格を欠くので、医行為を行った場合形式的には無免許医業罪の成立が問題となるが、上記のような臨床実習の重要性、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うるか、また、違法性がなかった場合、その明確化を図るため法令上の整備を行う必要があるかが問題となる。

2) 臨床実習に係る医師法の適用

ア) 違法性の有無

医師法で無免許医業罪が設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。したがって、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することができる。

具体的には、指針により医学生に許容される医行為については、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・監督の下に行われること、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を条件とするならば、医学生が医行為を行っても、医師が医行為を行う場合と同程度に安全性を確保することができる。また、医学生が医行為を行う手段・方法についても、上記の条件に加え、④患者等の同意を得て実施することとすれば、社会通念から見て相当であると考えられる。

したがって、医学生が上記に掲げた条件の下に医行為を行う場合は、医師法上の違法性はないといえる。

イ) 法令上の整備の要否

違法性のない行為については、法令上特に規定が設けられているものがあるが、それらは、「a) 職務行為」、「b) 権利・義務行為」、「c) 政策に基づく行為」、「d) 注意的に規定された行為」の4種に分けられる。

医学生の医行為は、上記ア) のとおり医師法上違法性がないとした場合「d)」に区分されるが、「d)」は元来実質的に適法であり、注意的に法的明確化が図られているものであることから、この種の行為の場合、特に明確化の必要がなければ、法令上の整備を行う必要はない。医学生の医行為が患者の人体にとって危険かどうかは、具体的な場面で指導医が判断すべき性格のものであって、法令上一律に定めるべき事柄ではないこと、インターン制度においてもその実施に当たっての条件等は実地修練運用基準で定められていたことなどから、臨床実習の条件等も基本的指針により明示すれば十分であり、特に法的に明確化するまでの必要はないと考える。

7. 実施にあたっての体制

医学生の医行為は、医療事故が生じないよう万全の体制の下で行うことが必要であり、その安全性の確保のための条件は、既に5.において詳述したところである。なお、万一事故が生じた場合には、適切に対応

できる体制を確立していく必要がある。

一方、わが国においても卒前臨床実習を強化し、一層の充実を図るためには、前述のクリニカルクラークシップに近い実習体制の実現を目指し、そこでは一定の条件下で、一定の範囲内の医行為の実施が許容されると理解するべきである。このようにすることは実技の習得もさることながら、実習を通じて基本的医学知識を体得させ、更に重要なことは患者との接触を深め、医師としての態度や価値観を身に付けさせるためであることを忘れてはならない。従って、医学生による医行為の範囲の拡大は、単に技術の習得を目的とするものではないので、別添1に記載されている医行為をすべて必修とする必要はないことを重ねて強調しておきたい。

また、これまでの臨床実習では、グループ単位での実習が主であるが、医療チームの一員として患者の医療に携わることになれば、責任感を持たせるという意味でも個々の医学生が患者と直接に接触することが今

後の方向として考えられる。さらに、医学生に対し、よりきめ細かな指導・監督を行う上で、指導医あたりの学生数を改善する必要があるという観点から、引き続き医学部の入学者数の適正化を図るとともに、今後、一定の条件に合致する関連病院や診療所等の地域医療機関にまで実習の場を広げるなど、教育実施の条件を改善するための工夫が期待される。

8. おわりに

以上、本委員会のこれまでの検討内容を最終報告として整理を行った。結論として中間まとめにおいて述べたように臨床実習の充実のために医学生の医行為の範囲を拡大していくことが必要であり、5に述べた条件下であれば、医師法の改正なくして、実施することが可能であると考える。

本委員会の最終報告を踏まえ、所要の措置を行った上で、速やかに臨床実習の充実がはかられることを期待する。

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

水準Ⅰ 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 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
1. 診 察		
<ul style="list-style-type: none"> 全身の視診、打診、触診 簡単な器具（聴診器、打腱器、血圧計など）を用いる全身の診察 直腸診 耳鏡、鼻鏡、検眼鏡による診察 内診 産科的診察 		
2. 検 査		
(生理学的検査) <ul style="list-style-type: none"> 心電図、心音図、心構図 脳波 呼吸機能（肺活量等） 聴力、平衡、味覚、嗅覚 視野、視力 (消化管検査) <ul style="list-style-type: none"> 直腸鏡、肛門鏡 (画像診断) <ul style="list-style-type: none"> 超音波 MRI（介助） 	<ul style="list-style-type: none"> 筋電図 	<ul style="list-style-type: none"> 眼球に直接触れる検査 食道、胃、大腸、気管、気管支などの内視鏡検査

<p>(放射線学的検査)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・単純X線撮影 (介助) ・RI (介助) <p>(採血)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・耳朶・指先など毛細血管, 静脈 (末梢) <p>(穿刺)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・嚢胞 (体表), 膿瘍 (体表) <p>(産婦人科)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・腔内容採取 ・コルポスコピー <p>(その他)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アレルギー検査 (貼布) ・発達テスト 	<ul style="list-style-type: none"> ・胃腸管透視 ・動脈 (末梢) ・胸, 腹腔, 骨髄 	<ul style="list-style-type: none"> ・気管支造影など造影剤注入による検査 ・小児からの採血 ・腰椎, バイオプシー ・子宮内操作 ・知能テスト, 心理テスト
---	--	--

3. 治 療

<p>(看護的業務)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・体位交換, おむつ交換, 移送 <p>(処 置)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>(注 射)</p> <p>(外科的処置)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・抜糸, 止血 ・手術助手 <p>(その他)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・作業療法 (介助) 	<ul style="list-style-type: none"> ・創傷処置 ・胃管挿入 ・皮内, 皮下, 筋肉 ・静脈 (末梢) ・膿瘍切開, 排膿 ・縫合 ・鼠径ヘルニア用手還納 	<ul style="list-style-type: none"> ・静脈 (中心), 動脈 ・全身麻酔, 局所麻酔 ・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
--	--	---

4. 救 急

<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・気管内挿管 ・心マッサージ ・電氣的除細動 	
---	--	--

5. その他

<ul style="list-style-type: none"> ・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) 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者への病状説明 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族への症状説明
---	---	---

資料4：医師国家試験改善検討委員会報告書

厚生省* (平4.2.24)

本委員会は、医療関係者審議会医師部会の専門委員会として平成2年3月に設置されて以来、医師国家試験の改善の方策を検討してきた。

まず、国家試験実施と合格発表の時期については、既に報告したとおり、従前の「4月上旬試験、5月中旬合格発表」を改め、当面「3月中旬試験、4月下旬合格発表」とし、これを平成5年の春から実施することとした。これにより、卒前の医学教育からの卒後の臨床研修への連続性が一段と確保されることになった。

医師国家試験出題基準については、前回昭和63年に改定され、平成元年の国家試験から施行されているところであるが、この改定について検討を行った。

そこで、平成3年7月に、医師国家試験出題基準検討委員会(委員長：高久史麿)を設け、基本的知識・技能を重視するという前回改定の方針を堅持し審議したところ、現行出題基準に一部残っている伝統的な診療科単位の章構成を廃止し、医学総論と医学各論の二系統に全体を再編成する原案を得た。これについて、各医育機関の意見を聞いたところ、概ね望ましいとの評価を得た。これらの結果を総合的に勘案し、本委員会は、医師国家試験出題基準を別添のごとく改定すべきであると結論するものである。

なお、今回の主な改善点は次のとおりである。

1. 基本的臨床知識・技能を更に重視し、医学の新

しい発展にも配慮する観点から、記載項目を精選した。

2. 医学・医療総論を医学総論と改題し、これに現行の公衆衛生の一部、放射線科等の領域を取り込み、一層の包括化を図った。
3. 全診療科の各論を医学各論の中に系統別に再編し、全人的な医療を指向する出題を容易にするとともに、必須科目と選択科目の区別を廃止した。

今般の抜本的な出題基準の改定が、実効を伴ったものとなるために、次の事項について適切な措置が取られることを要望する。

1. 基本的知識・技能を重視し、社会問題にも配慮するため、医学総論からの出題を充実する。
2. 出題に当たっては、卒前教育の現状を十分考慮する。
3. 旧来の診療科の枠にとらわれない出題ができるよう、試験委員会の組織・運営を改善する。

今後は、合格発表の迅速化や出題基準について、今回の改善結果を踏まえながら更に改良を加えるための検討を進めるとともに、医師国家試験の実施・研究体制の充実を期すため、試験問題形式の改良、試験結果の医学教育への還元等、かねてからの懸案事項について、逐次審議をしていくこととする。

* 医師国家試験改善検討委員会、委員長：高久史麿