

○小林企画専門官 それでは、定刻になりましたので、ただいまから「医道審議会医師分科会医学生共用試験部会」を開会いたします。

本日は、先生方には、御多忙のところ、御出席を賜り、誠にありがとうございます。

まず、医政局医事課課長山本から御挨拶を申し上げます。

○山本課長 医事課長の山本でございます。

本日は、御出席の皆様方におかれましては、御多忙のところ、医学生共用試験部会の委員をお引き受けいただき、また、本日の御出席をいただきまして、誠にありがとうございます。

従来から、卒前の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ところであります。

このような認識の下、医師分科会におきましては、令和2年5月に医学生が診療チームの一員として診療に参加する診療参加型臨床実習の充実のため、医学生の質の担保とその行為について法的な位置づけが重要である旨、提言する報告書が取りまとめられております。

この報告書を踏まえまして、昨年5月に改正医師法が成立し、令和5年度から大学が共用する試験として厚生労働省令で定める旨に合格した医学生は、臨床実習において医師の指導監督の下、医業をすることができる旨が明確化されるとともに、令和7年度からは共用試験合格者が医師国家試験の受験資格も要件にされることとなりました。

また、この厚生労働省令の制定または改正をしようとするときは、医道審議会の意見を聴かなければならないとされたところであります。

共用試験は、平成17年度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いる試験であり、臨床実習を開始する前に修得すべき知識及び技能を有しているかを確認するものであります。

皆様方におかれましては、今般、これを公的化するに当たり、そのあるべき姿について診療参加型臨床実習の充実や公平性、公正性の確保等を図る観点から御議論いただきますようお願いを申し上げまして、私の挨拶とさせていただきます。よろしく願いいたします。

○小林企画専門官 ありがとうございます。

医学生共用試験部会の委員に就任いただいた先生方の御紹介につきましては、委員名簿の配付をもって代えさせていただきます。

また、本日は、公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構から栗原理事長、認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOMLから山口理事長に参考人として御出席いただいております。

文部科学省医学教育課からは島田企画官にお越しいただいております。

す。

次に、事務局の体制を紹介いたします。

医事課から山本医事課長、錦医師臨床研修推進室長、ほか、関係官が出席しております。よろしく願いいたします。

それでは、資料の確認をお願いします。

お手元の資料を御覧ください。

不足する資料がございましたら、事務局にお申しつけください。

本日、オンラインで参加いただいている皆様は、御発言時以外はマイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。

御発言の際は、Zoomサービス内の「手を挙げる」ボタンをクリックいただき、部会長の指名を受けた後に、マイクのミュートを解除して御発言をお願いいたします。また、御発言終了後は、再度マイクをミュートにしてくださいますようお願いいたします。

なお、マスコミの方の撮影はここまでとさせていただきます。

それでは、議事を進めてまいります。

本日の議題は、「1. 部会長の選任について」、「2. 共用試験の公的化に係る論点について」です。

まずは部会長の選任です。どなたか御推薦はありますでしょうか。

羽鳥先生、お願いいたします。

○羽鳥委員 日本医師会常任理事の羽鳥です。

座長に中谷委員を推薦したいと思います。中谷先生はAJMCの共用試験検討委員会の委員長で、また、医師分科会長として共用試験の公的化に向けた報告書（令和2年5月）を取りまとめられたということもございますので、中谷先生にするのはいかがでしょうか。

○小林企画専門官 羽鳥先生、ありがとうございます。

ただいま、羽鳥委員から中谷委員を推薦する御意見がありました。ほかの委員の先生方、いかがでしょうか。

（「異議なし」と声あり）

○小林企画専門官 それでは、オンラインの先生方もいかがでしょうか。

（委員首肯）

○小林企画専門官 それでは、部会長は中谷先生にお願いさせていただきたいと思います。

中谷先生、部会長席に御移動をお願いいたします。

（中谷委員、部会長席に移動）

○中谷部会長 中谷でございます。

御指名でございますので、本会議の座長を務めさせていただきたいと思います。

本日は、年度末にもかかわらず、たくさんの委員の先生方にお集まりいただきまして、ありがとうございました。

先ほど山本課長から御紹介がございましたように、令和5年度から共用試験が公的化、

資格化することになっております。

そのようなことで、本日はその段取りを議論する重要な会議になろうかと思えます。何とぞよろしく御議論のほど、お願いしたいと存じます。

まず、資料につきまして事務局から御説明いただきたいと思えます。よろしくお願いたします。

○錦医師臨床研修推進室長 私、医事課の錦から御説明させていただきます。

資料1でございます。「共用試験の公的機関に係る論点について」と題する資料をお願いいたします。

2ページです。

「共用試験導入に至る議論の流れ」という部分でございます。ここにありますように、共用試験は、旧文部省、旧厚生省の様々な検討を経まして、臨床実習開始前の医学生の能力に関する共通の評価システムとして設けられたものでございます。

3ページでございます。

上に書いてございますけれども、この共用試験は、2001年からのトライアルを経まして、2005年12月からCAT0におきまして正式実施されているものでございます。

試験の内容は、文部科学省の委員会が作成している医学教育モデル・コア・カリキュラムに基づいて作成されておきまして、知識を評価するCBTと技能・態度を評価するOSCEの2つで構成されてございます。

医学系は全82大学が活用されているということでございます。

CBTはコンピューターを使いまして全320問解答する。OSCEにつきましては、医学生がステーションを順に回って態度と基本的診療能力の評価を受けるといった試験でございます。

次に、4ページでございます。

2005年度から行われてまいりまして、この蓄積を経まして、シームレスな医学教育を実現するため、公益社団法人日本医師会と一般社団法人全国医学部長病院長会議からこういった提言書が出ております。

内容としましては、赤線のところですが、共用試験（CBT、OSCE）を公的なものにする。診療参加型臨床実習の実質化を図り、Student Doctorとして医学生が行う医行為を法的に担保するといった提言が、平成30年5月に出されたところでございます。

次に、5ページでございます。

その後、医療法及び医師法の一部を改正する法律が平成30年に成立しまして、その附則で下線部のような規定がなされたところでございます。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、法制上の措置その他の必要な措置を講ずるものとするところでございます。

次の6ページでございます。

こういった流れの中で、医道審議会の医師分科会が令和2年に報告書をおまとめいただ

いております。

内容としましては、2つ目の○のところでございます。医学生が診療チームの一員として、診療に参加する診療参加型臨床実習の充実のため、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とした上で、共用試験の公的化と、また、その前提で医学生の医行為の実施を法的に位置づけるといったことが提言されたところでございます。

これらを踏まえまして、次の7ページでございます。

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律が令和3年5月に成立しました。その中で医師法も改正されることになりまして、今回に関係する内容としては、中ほどのⅡの2に赤字で書いておりますけれども、医師養成課程の見直しとしまして、1点目が共用試験合格を医師国家試験の受験資格要件とするということ。これについては令和7年4月1日施行。2点目が、同試験に合格した医学生が臨床実習として医業を行うことができる旨を医師法上明確化したと。こちらについては令和5年4月1日施行ということで法改正がなされたところでございます。

次に、この具体的な条文を御覧いただければと思いますが、1ページ飛ばしまして9ページでございます。

こちらは、医師法の一部改正としまして、第11条のところでございます。医師国家試験は、次の各号のいずれかに該当する者でなければこれを受けることができないと。これまでも、大学において医学の正規の課程を修めて卒業した者という要件がございましたけれども、その後ろから、大学において医学を専攻する学生が臨床実習を開始する前に修得すべき知識及び技能を具有しているかどうかを評価するために、大学が共用する試験として厚生労働省令で定めるものに合格した者に限るとされたところでございます。

1つ飛ばしまして、その下の第17条の2のところ、大学において医学を専攻する学生であって、共用試験に合格したものは、前条の規定にかかわらず、当該大学が行う臨床実習において、医師の指導監督の下に、医師として具有すべき知識及び技能の修得のために医業をすることができることとされたところでございます。

1つ上の第11条の第2項のところ、厚生労働大臣は、今申し上げた厚生労働省令の制定又は改正の立案をしようとするときは、医道審議会の意見を聴かなければならないとされておりまして、この意見を取りまとめていただくためにこの部会が医道審議会の下に設置されたということでございます。

次に、10ページを御覧いただければと思います。

ここからが具体的な論点の部分になりますけれども、「共用試験の公的化に向けた検討について」というところでございます。

2つ目の○のところでございます。公的化後の共用試験のあるべき姿につきましては、事務局の考えとしましては、現在の試験内容や実施体制を踏まえつつ、診療参加型臨床実習の充実につながるものにならなければならないということ。また、受験者間の公平性や試験の公正性の確保などを図る観点からも検討していただくことが必要ではないかと考えて

おります。

こういった観点からは、具体的にこの①～⑥のような論点が考えられるのではないかと
いうことで、1点目が共用試験の合格基準の設定について、2点目がOSCEの課題数と種類
について、3点目がOSCEの評価体制について、4点目がOSCEの模擬患者について、5点目
が受験機会の確保について、6点目が不正行為の対応についてというものでございます。

この①～⑥につきまして個別に御説明したいと思っております。またこれも1ページ飛ばして
いただきまして、12ページからお願いいたします。

論点①の「共用試験の合格基準の設定について」というところでございます。

以下、現状とそれを踏まえた上で、公的化はどうあるべきかという検討の方向性という
構成で御説明したいと思っております。

1つ目、現状ですけれども、CBTにつきましては、AJMCによりまして最低合格基準が設定
されておりまして、各大学はこれと同等かそれを上回る形で独自の合格基準を設定されて
いるというところでございます。

2つ目の○ですけれども、OSCEのほうはそういった最低合格基準が設定されていないと
いうことで、各大学は独自の基準を設定して医学生を評価しているというところでございま
す。

こういった状況で、検討の方向性のところでございます。

これは事務局の考えの部分ですけれども、診療参加型臨床実習に必要な知識・技能の水
準を担保する必要があること。また、先ほど申し上げたように、共用試験の合格というも
のが医師国家試験の受験資格の要件となりますので、やはり受験者間の公平性を確保する
必要があるのではないかと考えまして、こういったことを踏まえると、全大学に共通し
て適用される統一合格基準をこの際設定することとしてはどうかというところでございま
す。

2つ目の○が、それでは、この統一合格基準をこういった形で定めるのかということ
ですけれども、共用試験を提供されている主体が、大学の意見をしっかり聴いた上で検討し
て決定することとしてはどうかとしてございます。

なお書き以下、少し技術的なところになりますけれども、OSCEにつきましては、現在、
共用試験で2種類の評価方法がございまして、参考のところその内容を書いておりますけ
れども、項目加算得点方式というものと概略評価の2つを、各大学が両方とも使うか、片
方だけを使うのか、そこは任されているわけですけれども、そういった形で各大学は学生
を評価しているというところでございます。これを公的化後どのように活用するのかといっ
たことも含めて検討することとしてはどうかと書いてございます。

次に13ページ、論点②OSCEの課題数及び種類についてというところでございます。

まず現状ですけれども、OSCEにつきましては、各大学は少なくとも6課題の実施が必要
となっております。具体的には、「医療面接」、「頭頸部」、「腹部」、「神経」のほ
か、「胸部」と「全身状態とバイタルサイン」のいずれか、「基本的臨床手技」と「救急」

のいずれかの実施が必要であるということでございます。

2つ目の○ですが、さらに、各大学の判断で「胸部」と「全身状態とバイタルサイン」の残り、「基本的臨床手技」と「救急」の残り、そして、「四肢と脊柱」という選択課題がございまして、これを加えて最大9課題を実施できると承知しております。

このため、大学によって実施する課題数も違えば、実施している種類も異なっているというのが現状でございます。

こういう状況を踏まえて、検討の方向性のところでありますけれども、これも事務局としての考えを書いておりますが、患者及び国民一般の理解を得てこの臨床実習というものを充実したものにするためには、OSCEは、医学生が医療面接のほか、様々な技能を幅広く修得していることを担保するものであることが必要ではないかと考えております。

2つ目の○ですけれども、こういった観点に加えまして、82大学ございますので、各大学の実施体制の現状も考慮しなければなりません。そうしたときに、公的化後のOSCEというのは、「胸部」、「全身状態とバイタルサイン」、「基本的臨床手技」、「救急」をいずれも必須課題とした上で、もともと必須であった「医療面接」「頭頸部」、「腹部」、「神経」の4つも含めて、全大学一律に全8課題を実施することとしてはどうかということでございます。

3つ目の○ですけれども、その上で、より幅広い技能の修得状況を評価できるよう、公的化後の実施状況等を勘案しつつ、令和7年度までに「四肢と脊柱」及び現在検討されている「感染対策」を加えまして全10課題とすることについて検討してはどうかという御提案でございます。

次に14ページ、論点③OSCEの評価体制についてでございます。

OSCEの評価者は、今、内部評価者、実施大学の先生ですけれども、これとそれ以外の外部評価者からなっているということでございます。CATOからは各大学に原則6名の外部評価者が派遣されているということですが、各試験室の評価者は原則内部評価者2名以上という決まりになってございます。内部評価者は実施大学が行う評価者講習会、外部評価者はCATOが実施されている評価者認定講習会を受講されておまして、ですから、内部評価者には認定評価者と非認定評価者の双方が含まれているという状況でございます。

医師分科会の報告書（令和2年5月）におきましては、医学生の評価等については、より公平に判断される体制の構築について取り組む必要があるとされてございます。

検討の方向性のところですが、これも先ほど来申し上げている2点でございます。知識・技能の水準を担保する必要があること、公平性を確保する必要があることということで、どの大学のどの試験室で試験を受けても、一定の質を担保された評価者の評価が受けられるということが必要ではないかということで、評価者の質の均てん化が必要としてございます。

均てん化というのをどのように担保するのかということで、2つ目の○ですけれども、このため、OSCEの評価者は一定の能力を有する者として認定を受けた者に限定してはどうか

かとしております。

3つ目の○ですけれども、また、評価の客観性をより高めるために、公的化後の実施状況等を勘案しつつ、令和7年度までに全試験室に外部評価者1名を導入することについて検討してはどうかとさせていただきます。

次の15ページでございます。論点④OSCEの模擬患者についてでございます。

現状の1つ目の○、OSCEの模擬患者につきましては、医療面接と身体診察に分かれるわけですけれども、1つ目の○は医療面接の模擬患者について書いてございます。およそ半数の方が自大学の模擬患者団体に所属している。残りの半数がその他の模擬患者団体に所属しているという状況でありまして、各団体それぞれ努力されて、シナリオの読み合わせや練習などの取組をされておりますけれども、団体ごとに養成方法が異なっているというのが現状のようでございます。医師分科会報告書におきましては、模擬患者について、公的化に当たっては、さらに均てん化が進むよう検討が必要とされてございます。

もう一方の身体診察の患者につきましては、現在、多くの大学が医学生を活用しているというような状況でございます。こちらにつきましては、医学生を活用しているということで、情報の漏洩について懸念がある部分もあるということございまして、そこをどうするかというのが課題になってございます。

検討の方向性のところですが、1つ目の○は、医療面接の模擬患者についての部分でありますけれども、これも先ほど来申し上げているように、知識・技能の水準を担保する、受験者間の公平性を確保するということから、医療面接を担当する模擬患者の対応の均てん化が必要ではないかと。どの大学のどのブースで医療面接を受けてもしっかりとした対応をしていただけるような状態をつくっていく必要があるであろうということでございます。これを担保するために、取組としては、一定の能力を有する模擬患者を認定する制度を設けまして、医療面接に模擬患者は認定を受けたものに限定してはどうかということでございます。

2つ目の○は、先ほどの身体診察の模擬患者についての課題の部分ですが、公的化後の実施状況等を勘案しつつ、令和7年度までに医学生が身体診察の模擬患者を担当することの是非について検討してはどうかということでございます。

16ページをお願いいたします。論点⑤の受験機会の確保でございます。

現状のところでございます。追試験、これは正当な事由により本試験を受験できなかった者を対象とした試験。また、再試験、これは本試験で不合格となった者を対象とした試験。これらを実際に行うかどうかは、各大学に委ねられているということでございます。特にOSCEにつきましては、対象者がいたとしても実施されていない大学もあると聞いております。

2つ目の○、再試験の取組の状況ですが、これは1回のみ実施可能であります。OSCEにつきましてはCAT0から監督者が派遣されない、また、CAT0による評点データの集計・解析が行われないというようなところで、本試験とは異なる取扱いがなされているという

状況でございます。

特に大学によって追試験があつたりなかつたり、再試験があつたりなかつたりというような状況を公的化後もそのまま引き継いでいいのかということについて考えまして、検討の方向性のところでありまして、医学生の受験機会を確保するため、大学ごとに、本試験のほかに、本試験を受験しなかった者や本試験で不合格となった者を対象として、本試験と同様の方式による1回の受験機会を確実に用意するものとしてはどうかと。どの大学の医学生であっても、もう一度は受験機会を均等に与えられるというようなことが公平性の確保からは必要ではないかと考えてございます。

ただ、その際、大学の負担を軽減する視点も必要になりますので、例えばOSCEについては、本試験において不合格となった課題のみとすることですとか、また、複数大学の対象者を取りまとめて、実施するといった大学の負担の軽減についても検討していく必要があるのではないかと考えてございます。

最後、17ページの論点⑥不正行為への対応についてというところでございます。

現状におきましては、受験者についてまず書いておりますけれども、試験の公平性が損なわれるような行為を行った場合は、事前に交わしている同意書に基づきまして、共用試験の結果とその年度の受験資格が取り消されるということでございます。

検討の方向性のところ、これも先ほど来申し上げているように、改正医師法におきましては、公的化後の共用試験に合格した者は臨床実習において医業をすることができるとされるとともに、医師国家試験の受験資格の要件とされるということでございます。

ですので、試験の信頼性や公正性をこれまで以上に確保する必要があるのではないかと考えておまして、このためとしまして、受験者本人への聞き取りなどによる事実確認を含めて、厳格な手続に基づく調査を行った上で、不正行為の内容が特に悪質と判断される場合は、翌年度まで受験を許可しないことも含めまして、適切に対応することが必要ではないかという提案を書かせていただいております。

以上、6点の御説明をさせていただきましたので、これらをベースに先生方の御意見をいただければと考えております。

私からは以上でございます。

○中谷部会長 ありがとうございます。

今、共用試験の公的化に関する論点について6つ挙げていただきました。

本日は、この論点①～⑥につきまして順に意見交換をさせていただければと思っております。よろしく願いいたします。

それでは、最初の論点①の共用試験の合格基準の設定について、何か御意見がございましたらお願いしたいと存じます。

御承知のように、今までCBTの合格ラインについては大学によって多少ばらつきがございます。通常、最低合格ラインはIRT標準スコアで359でしたでしょうか。そういうものが全国医学部長病院長会議で決まっていますのですが、大学によってはそれ以上の高いIRT標準ス

コア値を合格ラインとしているところもございます。しかしながら、共用試験のCBTが公的化するという事になれば、やはり最低合格ラインを一定にしなければならないのではないかとというのが事務局案として提案されているわけでございます。

これにつきまして、何か御意見等はございますでしょうか。オンラインでご参加の先生方、あるいは対面で御参加の先生方から御意見をいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

それでは、天野委員、お願いいたします。

○天野委員 ありがとうございます。

御説明いただきましてありがとうございます。

論点①について、前提として、私は合格基準を統一することに賛成いたします。その上で、1点意見を申し上げたいと思います。

統一合格基準を検討する際に、大学の意見を聞いて検討して決定することとしてはどうかという御提案をいただいております。これ自体はもちろんいいと思うのですが、これに加えて、実際に医療を受ける一般の立場、もしくは患者の立場の方からも参考に意見を聞いていただけないかという提案をあえて申し上げたいと思います。

と申しますのも、OSCEにおける現状の採点の方式について、例えば患者への配慮であるとか、もしくは医師としてふさわしくないポイントを評価する方法ということで、ここについてももちろんある程度評価方法は確立しているものと思いますが、公的化するに当たって、可能であれば実際に一般の方もしくは患者の方の意見も参考にさせていただければということで意見を申し上げる次第です。

よろしくお願いいたします。

○中谷部会長 ありがとうございます。

今のご意見についてはいかがでございましょうか。

実際に共用試験実施運営組織のCAT0には山口参考人も一般の方として加わっておられます。これまで全国医学部長病院長会議において一定のIRT標準スコアを合格レベルとしてStudent Doctorの認定をしてきました。これは、医学生の知識を問うCBTという試験ですが、平均値のIRT標準スコアというものがあり、そこからマイナス1.5SDを引いた値がIRT359という最低合格ラインであったと思っております。全国医学部長病院長会議では、それ以上を合格レベルとして認定していたのですが、現在、大学によっては、例えばIRT451以上などと高いレベルで大学の独自のハードルを設けているところがあるようでございます。しかしながら、大部分と言いましょうか、半分ぐらいの大学では最低限、全国医学部長病院長会議推奨でのレベルに合わせて合格を決めているということでございます。

最終的には一般の方の代表でいらっしゃいます山口先生などが加わっているCAT0がCBTの試験を実施し、各大学が一定のレベルで合否を判定している状況です。従いまして、それ以外の患者さんの御意見も聞くべきだという意見であれば、また話は別なのですけれども、CBTという試験はかなり医学的知識を問うテストとなりますので、どの程度のレベルで

合格ラインを設けるかということについて御意見をいただくという形になると思うのですが、そこら辺について天野委員はどういうふうにお考えでしょうか。

○天野委員 どのような形で参画されるか、どこまで意見を求めるかというのは、もちろん実際に運営主体の方々に考えていただきたいと思うのですが、山口さんが既に参加されているということは承知いたしましたので、加えて、もし可能であれば他の方からも御意見を伺ってもいいのかなと思いました。方法等は特に私からは意見はございません。

○中谷部会長 分かりました。

またそこら辺については、山口参考人はどのようにお考えでしょうか。

○山口参考人 山口でございます。

OSCEの医療面接では、模擬患者の評価ということもございます。これを学生の評価に取り入れている大学と取り入れていない大学が今はあるのですが、このところで、実際に模擬患者として医療面接を受けた者が一定の評価をすることになっていますので、その辺りの取扱いを検討いただければ、実際にその学生さんに対応した一般の立場の人がどう感じたかということも生かせるのではないかなと思えます。

○中谷部会長 天野委員、いかがでしょうか。

○天野委員 ぜひその方向で御検討いただければと思います。

○中谷部会長 山口参考人が述べて下さったのはCBTの評価ではなくてOSCEの評価になりますけれども、これは医療面接に参加される模擬患者さんの意見でOSCEの合格、不合格を決めるというのが基本だと思います。ですから、その模擬患者さんが、この学生さんがお医者さんになった場合自分はこのお医者さんにはかかりたくないという評価すればその学生さんは落第してしまうという形になるかもしれません。

○山口参考人 恐らく合格、不合格に影響するところまではなっていないと思います。参考にされているというレベルです。

○中谷部会長 ということだそうです。

よろしゅうございますでしょうか。OSCEのほうがより一般の方や患者さんの意見を反映する形になると思います。

それでは、次に宮地委員、よろしく申し上げます。

○宮地委員 ありがとうございます。よろしくお願いたします。

まず、先ほどの天野委員の意見に重ねての発言ですが、関係者、すなわちステークホルダーの意見を広く入れるということであれば、医学生の意見も本来入れるべきではないかと思えます。

私からは、共用試験の合否判定基準の設定及び判定方法の統一化に関しては大筋で賛成です。

その上で、OSCEの合否判定基準についてCATOに質問があります。先日の勉強会で、修正Angoff方法を用いて合否判定基準を設定するということを検討中と伺いました。パネリストによる基準判定に、現在のチェックリスト、すなわち項目加算得点方式をどのように用

いられる予定か、また、その判定のプロセスによってチェックリストや概略評価が見直され、変更される可能性があるかどうかを伺いたいと思います。

以上です。

○中谷部会長 OSCEに関しては後ほどの論点で審議する形にしてもよろしゅうございますでしょうか。

○宮地委員 もちろん構いません。

1点目に関しては私の意見、個人的なコメントです。

○中谷部会長 CBTに関して、学生の合格ラインも学生の意見を聞くべきだという宮地委員のお考えと解釈してよろしいのでしょうか。

○宮地委員 合格基準に限った話ではありませんが、試験そのもの、また共用試験の公的化に関してであったり、今回、厳罰化も含めて医学生の権利や義務に絡む議論もありますので、せつかく患者さんの団体のお話、模擬患者さんの団体のお話もあるにもかかわらず、当事者である医学生がここにいないということに関して少し意見を申し上げただけです。

以上です。

○中谷部会長 ありがとうございます。

そこら辺はいかがでしょうか。

今までも全国医学部長病院長会議において、「公的化」という形ではありませんが、進級すなわち臨床実習に進む際のStudent Doctorの認定には「CBT合格」という条件を使っていたということは事実です。しかしながら、それでそれぞれの大学のCBT合格ラインのレベルがばらばらであったということがありましたので、今回はそれを一定化してはどうかというところが1つ目の議題の大きな論点ではないかと考えております。

共用試験の公的化の際、CBTにおける合格ラインをどこにするかということはこれから全国医学部長病院長会議あるいはCATOで検討していただくことになるのではないかと思います。合格ラインが上がれば上がるほど、教養科目や基礎医学など幅広い基礎的な勉強そっちのけでCBTのための受験勉強に走ってしまうという形になってしまいますので、それはそんなに望ましいことではないのではないかと私個人としては思っております。ですから、現在のCBTの合格ラインを上げるという可能性はそんなにはないのではないかとはいえますが、これは全国医学部長病院長会議、そこには共用試験検討委員会もございますし、それから、それぞれの大学の医学部長の先生のお考えなどもあると思いますので、そこら辺を含めてCATOで検討いただくというのが妥当ではないかと思います。

そこに医学生の意見をどういうふうに反映するかという点については、まだ検討の余地はあるのではないかとはいえます。そのようなことでよろしゅうございますでしょうか。

○宮地委員 ありがとうございます。座長にそうお答えいただけるとありがたいです。

○中谷部会長 次に小西委員、いかがでしょうか。

○小西委員 ありがとうございます。

OSCEの概略評価をどう用いるか、あるいは修正Angoff法を用いるかということに関しては、今の宮地委員の質問に重なりますので、これはここまでいたします。私も同じ質問をしようと思っておりました。

どちらなのかまだ示されていないということになると、令和5年度は厳しいと思われるので、7年度にどうするのかというようなことがこの後も出てまいりますので、時間軸での記載をしていただかないと、判定を保留としか私は言いようがないというところが一点でございます。

それと、別の件で質問というかお聞きしたいのですが、検討の方向性の2つ目の○に書いてある共用試験の実施主体というのは何を指しているのかということの確認をしたいと思います。これは、私の感覚では公的試験ですので、厚労省もしくは文科省、両方一遍に言われると両方とも困るかもしれませんが、こういうところを指すのだと当然考えていたのですが、この文脈はCATOということでしょうか。

○中谷部会長 事務局の方からどうぞ。

○錦医師臨床研修推進室長 厚労省でございます。

本日お配りしている資料では、統一合格基準は、共用試験の提供主体という言葉を使わせていただいております、共用試験を作成して各大学に提供しているところという文言で書かせていただいております、これはCATOを想定して書いているものでございます。これまでの試験の蓄積やデータ等がございますので、そこが大学のいろいろなお考えを聞いた上で検討し決定することとしてはどうかということで、事務局としては書かせていただいております。

○小西委員 ありがとうございます。

それを受けて意見を申します。

資料は、変更が送られてきたので、どれが最新か分からなくなってきた、最初は提供主体となっていたり、試験実施主体に戻っていたり、どちらかだと思います。いずれにしろ、論点は一緒で、例えば私はそれこそ中谷先生の下で国家試験の委員長を令和3年度にしていたのですが、問題作成に関わる部門は問題作成に注力して、国試を作る委員会は合格基準には関わっておりません。それが正しい方法ではないかなと私は思います。

ですから、合格基準はCATOがやれるということは私も何も疑問のないところだとしても、合格基準は、CATOなどの試験実施団体あるいは提供団体からの意見、CATOからの意見を聞いて、厚労省ないしは文科省、これはどちらかというところは私も申せませんが、ひいてはこの部会かもしれません。こういうところが決めるのが公的試験としてはふさわしいのではないかと思います。ですから、この文言は修正をお願いします。

○中谷部会長 ありがとうございます。

おっしゃる趣旨はよく理解できます。医師国家試験なども、出題委員という先生方がいらっしゃると思いますが、最終的には医師分科会というところでこのレベルで合格として決めてよろしいかということを検討しているわけです。やはり公的化、資格化ということで

Student Doctorの称号を付与する省庁がそういう委員会に諮問して、これでよろしいかということで最終的に決めるという形が妥当なのかもしれませんね。そういう御意見だったと思います。

○小西委員 CATOの意見を聞くということは、当然私も必要だと思います。そこは間違いないと思います。でも、意見を聞くということと、CATOが決めるということはちょっと別かなと感じました。

しつこくてすみません。

○中谷部会長 ありがとうございます。

後でOSCEについても小西委員から御意見があるかもしれませんので、そのときにまたお願いします。

それから、羽鳥委員、どうぞ。

○羽鳥委員 日本医師会の羽鳥です。

この論点①に関して、CBT最低準IRT合格基準－1.5SDは、僕もその程度が賛成です。Student Doctorを育て、臨床研修の2年間を経て、4年間で社会に対応できる医師を育てるというのはこの大きな目的であったかと思うので、あまり合格基準を高くして受験勉強になるのは好ましいことではないだろうと思います。

それから、天野さんがおっしゃられたように、患者さん団体の意見を聞くということも大事だと思いますけれども、それはCBTではなくてOSCEの役目なのだろうなと思います。

1つ質問なのですが、国家試験の中には禁忌肢、要するに、患者さんから見てこういうものを選ぶような人はお医者さんになってほしくないというものを選択するのが一つは禁忌肢の問題だと思うのですが、そういうものはCBTの中に入れる予定があるのか。あるいは、あったとしたらさらに厳しくする予定があるのか。その辺についても御存じでしたら教えていただけたらと思います。

以上です。

○中谷部会長 ありがとうございます。

このご質問へのお答えは、CATOの理事長でいらっしゃる栗原参考人に、お願いしたいと思います。

○栗原参考人 栗原でございます。

この点については、今後、十分皆さんの御意見を聞いた上で、検討していくということを私たちは考えております。独善的に進めるということではありませんので、その点は御理解いただきたいと思います。

先ほどもいろいろ御意見がありましたけれども、CATOは実施主体でありますので、これを実施するに当たって、この制度が健全に育っていくためには皆さんの御意見を反映していくということが重要と考えておりますので、その上で、これから各大学との調整、あるいは患者さんの意見を聞くということについて努めていきたいと考えておりますので、その点、御理解いただきたいと思います。

それから、今までCATOがやってきたことは毎年年報等を出しているのです。そういうものを御覧いただくと、どの程度のところで判断されているかということも分かりますので、そういうことも周知していただく。私たちが周知したいと思っておりますので、その上で、なるほど、こういう内容の試験なのかと。それで、こういうことで今までは、例えばIRTによる合否基準の設定など、いろいろ決めているということをお理解いただくということがまず第一歩だと思っております。

以上です。

○中谷部会長 栗原理事長、ありがとうございました。

今までのところは、CBTにおいて禁忌肢みたいなもので合否を判定するというのは、CATOや各大学ではやっていないと思います。現在は、IRT標準スコアの最低合格ラインだけで合否を決めているという状況だと思います。今後、禁忌肢選択を含めた合否判定を行っていくかどうかというのは、もちろん必要があれば考えていくのかもしれませんが。

そういうことでよろしいでしょうか。

○羽鳥委員 了解しました。

○栗原参考人 現在は禁忌肢は入っておりません。だから、そういうものも入れて判定しろということであれば、試験問題を作成する作問の部会がありますから、そこに投げて考えてもらうということが一つの道かもしれません。

それと、先ほど羽鳥委員からも御意見がありましたけれども、これは臨床実習が始まる前のところでやる試験なのです。ですから、あまりここで難しい試験をやるというのは、私は学生の教育上適切ではないと考えておりますので、そこら辺は各大学の御意見を十分伺って、どうしたら健全に医学生を育てられるかという視点も十分に考慮すべきだと私自身は考えております。

以上です。

○中谷部会長 ありがとうございました。

次に木戸委員、お願いします。

○木戸委員 統一合格基準の設定をするということは、大学間の公平性という観点だけではなくて、やはり大学の外における社会における理解、それから、御協力を得るという意味でも大変重要ですので、この事務局案に私も賛成です。

市中病院におきましても、卒後だけではなくて、学部教育においても臨床実習先として医学生さんを長い間を受け入れておりますけれども、共用試験の合格基準が大学ごとにはばらばらですと、いろいろな大学から来られますので、市中病院の医師やスタッフも一定の基準をクリアした方ということであれば安心して引き受けできますし、患者さんに御説明するときにも実習に御協力をいただけるということで、非常にメリットが大きいと思います。

私からは以上です。

○中谷部会長 ありがとうございました。

ほかに御意見等はございませんでしょうか。

奈良委員、どうぞ。

○奈良委員 日本医学教育評価機構の奈良でございます。よろしくお願いします。

今、羽鳥委員と栗原参考人がおっしゃったとおりで、そもそもこの共用試験の目的は何かということ十分に考えなくてはいけないと思うのです。その大きな目的は、学生が患者さんにとって安全な実習を行い、しかも効率よくということが大前提だと思います。臨床実習を指導するのは大学医学部の責任でありますので、どの程度の合格基準ならば大学医学部として責任をもって学生をしっかりと教育できるかという観点を十分に考慮する必要があろうかと思えます。

現在、臨床実習は大学附属病院だけでなく市中病院だとか、在宅医療、診療現場等を含めた多岐にわたる施設で教育がなされています。このため、臨床実習に関わる全員が納得する基準でなければならないと思います。そこで、統一した基準、しかるべき基準を設けるべきだと思います。その上で、患者さんの協力を得ることもできることとなります。

CBTについては、IRTがある程度統計処理に基づいて決められていますので、私はそれで十分かと思えます。OSCEにつきましては、これから合格の判定は議論しなくては行けません、先ほど申しましたように、安全かつ効果的な臨床実習を行えるための試験であると観点に基づいて議論すればいいかなと思えます。

以上でございます。

○中谷部会長 ありがとうございます。

瀬尾委員、どうぞ。

○瀬尾委員 高知大学の瀬尾でございます。

先ほどから資格試験としての共用試験、それから、医師国家試験も資格試験なのですが、そういう観点で見ると、IRTという非常にソフィスティケートされた基準で今やっていますが、恐らく見直しが必要になってくると思うのです。

今、医師国家試験は相対基準になっていて、IRTもマイナス1.5ということである意味相対基準なのですが、これは医学生から見ると年々基準が上がってくるという心配もあると思いますので、文言の中にいろいろなアウトカムを分析しながら定期的に見直すということが盛り込まれていると、いい方向に行っているのだよというメッセージにはなるのかなと思っています。

○中谷部会長 ありがとうございます。非常に重要なポイントを御指摘いただいたと思います。

ほかにございませんでしょうか。

どうぞ。

○佐藤委員 AJMCの佐藤です。

AJMCの各大学としても、恐らく統一基準にするということは、今、多くの先生方がお話しされたように必要なことだと考えているとは思っています。

今回のこの方向性には書かれていませんけれども、この共用試験の合格基準ではなくて、受験資格というところである程度大学のオートノミーを出さしていただければ、合格基準に関しては統一することが必要なのではないかと思いますし、AJMCのアンケートの結果でもそういった方向性でいいのだと思います。

以上です。

○中谷部会長 ありがとうございます。

佐藤委員のおっしゃるとおりで、以前はもちろん「公的化」の状況ではなかったわけですが、AJMCからのStudent Doctorの称号付与という場合でも、必ずしもCBTの合格基準の統一がなされておらず、高いCBT合格基準で運営を示している大学も結構ありました。それぞれの大学において、当然いろいろな専門科目の履修、単位の取得がなされませんと進級できませんので、おのずと臨床実習に進むことは出来ません。そのように、それぞれの大学が進級を決める部分はあるわけですが、それ以外にCBTのIRT標準スコアの合格ラインにおいて、AJMCの推奨値より高い合格ラインを設け、進級を判定している大学が結構ございました。

これは全国医学部長病院長会議の共用試験検討部会でも議論になったことがあります、大学独自の高いCBT合格ラインを設けた場合、その大学の学生から訴訟を起こされた場合どのように対応するのだろうかというようなことを懸念しておりました。

今回、共用試験の合格は医師国家試験の受験資格の一要件にもなりますし、全国一律に公的化するということになれば、やはりどこかでCBTの合格ラインの統一をして、それで合格、不合格を決めざるを得ないと考えております。その合格ラインのレベルをどうするかについては、今後どこで決めるかということを含めては、もう一工夫必要だと思いますが、やはりCBT合格ラインを統一するという方向で考えたいと思いますが、それでいかがでございましょうか。よろしゅうございましょうか。

具体的な合格ラインの数値等は、今回はもちろん決める場ではございませんので、今後それを検討するという形になろうかと思っております。

それでは、論点①から論点②に移ってよろしゅうございましょうか。

論点②はOSCEの課題数及び種類についてでございます。これにつきまして御意見をいただきたいと思いますが、いかがでございましょうか。

宮地先生、どうぞ。

○宮地委員 ありがとうございます。

参考資料3、全国医学部長病院長会議からの資料によれば、現在、ほとんどの大学が6課題前後で実施されているということになります。課題数が増えることで、ステーション数が増える、評価者数が増える、模擬患者数も増加するということで、これらの増加に対応するための主に金銭的な補助に関して、各大学から補助があればという意見が資料の中にありますが、補助に対する回答を厚労省に伺えたらと思います。

以上です。

○中谷部会長 厚労省の方から、補助に関して現在お答えいただける部分はございますでしょうか。

○錦医師臨床研修推進室長 ありがとうございます。

宮地先生がおっしゃるように、仮にOSCEを8課題にするということであれば、現在6ですとか7課題実施している大学にとっては負担増になってくるわけでございます。

CATOのほうで各大学を支援していただくということがまず前提としてあるかと思えますけれども、厚生労働省としましては、今、大学における共用試験の経費を直接補助するような予算措置というのはなかなか難しいかなと考えておりますが、一方で、厚生労働省はCATOが行っている公的化に向けた研究について財政支援をしているところでございます。公的化に当たりましては、先ほど申し上げたようにCATOが各大学を支援することが必要と考えておりますけれども、厚生労働省としては、公的化に向けて大学への支援に取り組むCATOを引き続き支援するということにつきましては検討ができるかなと考えております。それがひいては大学の支援につながるということになるのではないかと考えておりますけれども、いずれにいたしましても、部会の御意見を踏まえて検討していきたいと考えております。

以上です。

○宮地委員 ありがとうございます。

私が同意できるかどうかは、財源がきちんと確保できるか、それにどのぐらい時間が必要かといったところにかかってまいります。

以上です。

○中谷部会長 ありがとうございます。OSCEの実施に関しての財政的な支援についての御意見でございました。

私の不手際で、論点①にもう一つ議論すべき点、先ほど少し御意見をいただきましたがOSCEの合格基準という項目が残ってございました。そこについて、もう一度ご意見を頂きたいと思えます。評価方法についてと、先ほど小西委員から大学の意見を聞いて検討し決定することでよろしいのかというような御意見もいただいたようにと思えます。

小西委員そこについても一度御意見をいただけますでしょうか。

○小西委員 少し繰り返しになるかもしれませんが言いますと、宮地委員からもありましたように、OSCEの判定基準は概略評価を用いていくのか、あるいは修正Angoffのようなものになるのかというところで、その辺を7年度にどう間に合わせるのかということがOSCEの評価についてはひとつお聞きしたいということでございました。

もう一点は、今、委員長から繰り返していただきましたので、実施あるいは提供主体が大学の意見を聞いて検討するというやり方がいいのか、あるいはこういう公的な機関もしくは組織が、実際にやっているのはCATOですので、CATOの意見を聞きながら決めるというのがいいのかというところは考えるべきところかなと私は先ほど申しました。

○中谷部会長 これは実際にOSCEを実施しているCATOのほうから、採点方式も含めて、項

目加算得点方式あるいは概略評価をどのように組み合わせてやるのが今後ベストの評価方法であろうかということについて少し御意見をいただきたいと思います。

小西委員からご意見がありましたように、最終的に評価方法や合格基準はまた別の委員会が決める形になるのかもしれませんが、そこら辺も含めて、栗原理事長に少しお話をいただければと思います。

○栗原参考人 これは大変重要な問題だと思うのですが、今までの私たちがやってきた実績も踏まえて、それで今現在検討中であるAngoff法といったものが果たしてどれだけ有効に的確に信頼性、公平性といったものが確保できる評価となるかということについては、今後の議論を十分にしていって構築したいと考えております。

○中谷部会長 宮地委員、ここら辺についてもいかがでしょうか。

○宮地委員 ありがとうございます。

まさにその点はCATOの方にお伺いしたかった点です。これから検討されるということであれば、これも小西委員の御意見と同じようなものになるかと思うのですが、修正Angoff法では、ボーダーラインと判定され得る学生の能力をあらかじめ試験として規定するために、ボーダーラインの学生であれば、チェックリストならそのチェックリストの各項目をどれぐらい適切に実施できるか、あるいは適切に実施できるか否かというのを個々のパネリストが評価をした上で、その評価を総合して全体の判定基準というものを決定します。なので、必然的にその過程で、例えば胸部診察に関して言えば、Student Doctorとして臨床実習を開始するに値する医学生に最低限求められる診察能力は何かというのを改めて考えていく必要がございます。なので、この方法で統一基準をつくらなくなった場合に、単に判定をするということだけではなくて、評価項目そのものの議論をさらにしていけないといけないということで、タイムラインの再検討が必要になってくる可能性もあるということを御留意いただけたらと思います。

以上です。

○栗原委員 貴重な御意見をありがとうございました。まさに私たちもその点について質を高めていくことが必要だと考えております。

○中谷部会長 それから、先ほど小西委員からタイムスケジュールにおいて、それが果たして令和5年度実施には間に合うのかというような御意見があったように思っておりますが、小西委員、それでよろしいですか。

○小西委員 今の宮地委員の意見とやはり重なりますが、医学教育の専門家からすると、5年は少ししんどくないかなと思ひまして、早くてもという言い方はあまりしてはいけないのかもしれませんが、令和7年度に向けないとちょっとしんどいと私は考えております。

以上です。

○中谷部会長 ありがとうございます。

この辺りについてはどうでしょうか。

佐藤委員、急に御指名して申し訳ないですが、全国医学部長病院長会議としては、

やはり令和5年からの実施は厳しいとお考えになられますか。

○佐藤委員 OSCEの基準に関しては、本当に大学ごとでばらばらで、概略評価も使っているところと使っていないところもあります。修正Angoffという言葉が出てきていますけれども、確かに機構では検討されていますが、各大学に「これで評価する」と言ったときに、果たしてどれだけその評価方法について理解している人間がいるかというところ、かなり疑問のところもあるので、令和5年からすぐに修正Angoffでやると言われてもかなり混乱があるのが事実ではないかと思います。

ただ、単に項目加算と概略を足せばいいというものではないでしょうから、やはり新たな評価方法というものを考えなくてはいけないとCATOが検討されていることについては理解できる内容だとは思いますが。

以上です。

○中谷部会長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。

後からの論点に出てきますが、再試験、追試験というものもございます。現在行っている共用試験において、OSCEだけで落第する医学生がどの程度いるかというところ、かなり少ないようには思っております。ですから、評価方法が一定しないときに、それを強行して本当にうまくいくかというのは当然のことながら疑問が湧きますので、1年余りの時間でそういう評価法の統一が可能かどうかということが一番大きな課題かと思えます。

○栗原参考人 CATOとしては、今、トライアルをやっており、令和4年度中にその結果を皆さんにお返しして、その上で調整していくということもあるという方向で考えています。急にあるときからぱたっとやるという意味ではないので、そこはお考えいただきたいと思っています。

○中谷部会長 ということでございます。

羽鳥委員、どうぞ。

○羽鳥委員 羽鳥です。

栗原先生がおっしゃったように、急にぱぱっと行くのはなかなか難しいのかもしれませんが、でも、厚生労働省、文科省のほうでも、令和5年からスタートすると決める、あるいは本当は日本医師会も、それから、国民目線から見ても、早くStudent Doctorをスタートしてほしいというのはあると思うのですが、もし令和5年からスタートすると決めたら、OSCEの部分は漸次的に改善するというところで、極端な話、最初は医療面接と全身状態とバイタルサインとか救急など、その辺からスタートして、最低限のところをクリアすればいいとして、OSCEのところではこういう人には診てもらいたくないという人だけチェックアウトできればいいというぐらいにして、数年かけてOSCEの完成度を高めていく。あとは、CBTの先ほどのIRT359を最優先にしてやるとか、そういうスタンスもあっていいのではないかなと思います。

もちろん、令和7年度スタートだったらCATOのほうでも恐らく対応できるのだと思うの

ですけれども、令和5年スタートともし決めているのであれば、そういう思い切った方法でいかないと無理なのではないかなと感じました。

以上です。

○中谷部会長 ありがとうございます。

清水委員、どうぞ。

○清水委員 ありがとうございます。

医療面接だけでいいかどうかという点についてはまた一考の余地があるかもしれませんが、先ほど来皆様がおっしゃっているように、Student Doctorという名称ももしかしたら変わるのかもしれませんが、これから臨床実習に入るための取りあえず一個の関門であると思えば、ちゃんとその関門を作ったという点では今までよりもいいわけですし、それから、今までCBTについては何年来の実績がありますが、OSCEについてもこれから合格基準についても積み重ねていけばいいのかなと考えます。IRTも変わってきたように、OSCEの合格基準も変えてもいいのではないかなと思うので、取りあえず今まで大学ごとに変わっていたもの、違っていたものを統一基準にするための合格基準というものをつくって、まずは始めてみるということが必要ではないかなと思っております。

以上でございます。

○中谷部会長 ありがとうございます。

共用試験の公的化の実施は法律的にやはり令和5年度からのようでございます。

事務局からどうぞ。

○錦医師臨床研修推進室長 事務局でございます。

先ほど来出ております御意見というのは、修正Angoff法を用いるなど、OSCEの評価方法を現在から大きく変えるということについては、令和5年度は間に合わず、例えば令和7年度からということではどうかというふうに受け止めておりますけれども、法律の施行自体は令和5年4月1日からですので、そこから公的化をしなければならぬ。先ほど来御議論いただいているように、その際には合格基準は統一していこうという御意見をいただいておりますので、そういう前提で、令和5年度までにまずはできることを、その上で妥当性のあるものを、先ほどCATOのほうでトライアルを実施されていると聞きましたけれども、そういった成果も踏まえて検討いただくということではないかなと考えております。

以上です。

○中谷部会長 ありがとうございます。

どうぞ。

○栗原参考人 先ほど申し上げましたように、それも含めて考えておりますので、CATOもそういう助走期間があるということをお理解いただきたいと思います。

○中谷部会長 湯澤委員、どうぞ。

○湯澤委員 湯澤です。

共用試験は、公的な試験として法律で決まりましたので、評価の方法や課題数について

は、十分社会に説明できる内容でスタートすべきと考えます。これに関わる費用負担についてもしっかりサポートして頂く必要があります。

○中谷部会長 ありがとうございます。おっしゃるとおりではないかと思っております。ほかに御意見はいかがでしょうか。

今後、合格レベル、OSCEを含めてですけれども、その評価法も含めて進化させて、非常にリーズナブルな方法で評価し合否判定を行っていかなければならないのは事実であります。やはり法律で令和5年度実施という縛りがありますので、ある程度見込み発車的な部分があるかもしれませんが、実施する方向で検討することが必要かと思えます。

今までStudent Doctorという称号付与はAJMCが主体的に行い、公的なお墨つきはなかったわけですが、認証を受けた学生は診療参加型の臨床実習に出させていただいていたわけです。それを今回より公的な認証、資格化にするという形になっておりますので、広く社会に受け入れられるためには大学ごとに実施方法や評価方法に差があるとか、あるいは課題の数の差があるということはまずいわけで、出来る限り統一的な形に持っていかなくてはならないことは事実であります。

宮地委員、どうぞ。

○宮地委員 先ほどこの共用試験の意義と質の担保に関する社会に対する説明責任の話題がありましたので、それに関してCATOに1つ質問をしたいと思います。

今の議論で令和5年度からある程度実施というか、部分的な実施が必須になることがありました。改めてCATOが主催された2月4日の全国説明会の資料を全て読み込ませていただきましたけれども、現時点で令和5年までに何をするか、あるいは7年度に向けてどうするかといった辺りを含めてのブループリント、評価としての設計図としての情報が非常に不足していると私自身は思っています。

先ほど話題に出させていただいた金銭的な部分もそうですけれども、それらリソースに関する評価が不十分であり、かつ、補償がなされない場合は、やはり各大学での実施の内容がばらついて、結果として試験としての質が担保されないという影響が出ることは必至です。このブループリントの精度は評価の妥当性を大きく左右するものですが、一般的にはこの試験の設計図の作成や検証には、心理統計の専門家など複数の評価学の専門家の力がやはり必要になってきます。CATOの現在の構造でこのような評価学の専門家がどのように機能しておられるのか、また、令和5年度、7年度という節目に向けて、計画書、ブループリントをどのように作成されていかれる予定かをお伺いしたいと思います。

○中谷部会長 栗原理事長、いかがでしょうか。

○栗原参考人 今、ある意味大変厳しい御意見だったと思うのですが、私たちもこの令和4年のところを助走期間と考えて、皆様の御意見を伺って評価体制をつくっているところでもあります。評価については、私たちの組織の中に研究部や評価解析委員会もありますので、そういうところが中心となって、今までのやってきた実績をもう一度振り返って解析する。そして、将来に向けてどういう体制でやったらいいかというようなことにつ

いて検討していきたいと思います。

ただ、CATOも人的資源というところについては必ずしも十分ではないので、そういうことであれば、それに向けて補充をしなくてはいけない。そうしますと、それには当然経費、予算がかかりますので、それも含めて、CATOはそのところにも重点を置いて、現在、改善、充実を図っているところであります。

大変貴重な御意見をありがとうございました。

○中谷部会長 ほかに御意見はいかがでございますでしょうか。

どうぞ。

○伊野委員 ありがとうございます。

OSCE 評価についてなのですが、大学側の教員としては、例えば、今まで毎年、ボーダーラインの学生の評価について繰り返しビデオを見て複数名で評価しております。やはり、誰が見てもというところは再試験になっていますし、その評価にあまりズレはないように思います。多くの学生はそこで学習しなおして再試験ではクリア出来ていたりします。つまり、担当教員は0から始める訳ではなく、今までのOSCEでそういった評価を繰り返し、慣れてきていますので、そういった実績も使っていただいて、評価の統一化へ向かっていただければと思います。

以上です。

○中谷部会長 伊野委員、ありがとうございました。現場でいろいろ教育・指導を行いながら、改善して合格まで持っていつている学生さんもいるということでございますね。

ほかによろしゅうございますか。

先ほど事務局から御説明がございましたように、令和5年度からの共用試験の公的化は法律上決まっているということでもありますので、繰り返しになりますが、令和5年度そこからスタートをせざるを得ないという部分がございます。

CBTのほうは、ある程度合格ラインというものを検討する形で、先ほどもいろいろ御意見をいただきましたが、それほどハードルを上げないという方向で、そのレベルをしかるべき委員会で決めて、それで合格、不合格を判定することは可能だと思います。

一方、OSCEのほうは、今までCATOもいろいろ御苦勞なさって、評価委員を派遣するなりしてある程度の評価をやってきたわけです。それをなるべく全国の大学において統一的に実施・評価するということには大きな御苦勞はあると思うのですが、公的化ということになりますと、この後検討します課題数とかというものは一定にしなければならないですし、評価の仕方もなるべく統一的に行わなければなりません。しかしながら、最後のほうにも論点として検討させていただきますが、1回ではありますが、再試験というようなチャンスも設けることも可能でございますので、進級の可否を決めることは本質的には今までと大きく変わることはないだろうと考えております。急にOSCEでもハードルを上げるといえることはないと思われますので、結局は今まで全国医学部長病院長会議が出していたStudent Doctorの認定とは大きく異なってくることは恐らくないのではないかと私自身は

思っております。

そういうことで、令和5年度からはなるべく統一化を図りながら、共用試験を実施していくしかないのではないかと思います。そういうことで、次の論点に移行してよろしくごさいますでしょうか。

瀬尾委員、どうぞ。

○瀬尾委員 瀬尾です。

何か新しいことをやろうとしているわけではなくて、CATOが今まで積み重ねてきたものというのはものすごく膨大な努力をしながらやってきて、学生の目線で見ると、恐らく彼らにはそんなに変わったようには見えないはずなのです。臨床実習に上がるのにふさわしくない学生を全国统一の基準であぶり出すのだというコンセプトは全く変わっておりませんし、いろいろなデータ分析のシステムも非常にしっかりしていますので、そういったことを踏まえて、令和5年から、あと1年トライアルですけれども、データを出していただいて、最初に私が申し上げたように、これは定期的にやはり見直すということが確保されていけば全く問題はないと思っています。

○中谷部会長 栗原理事長、どうぞ。

○栗原参考人 その点に関しては、CATOも絶えず試験の質の信頼性、向上性を検討する委員会があります。そこで常に検討してブラッシュアップしているということを私は付け加えたいと思います。

ですから、突然出てきてどうかという話ではなくて、これまで絶えず見直していろいろな試験の質を高めてきて、その実績の上に今後どうするかということを考えているということを御理解いただきたいと思います。

○中谷部会長 ありがとうございます。

それでは、次の論点に移らせていただきます。論点②がOSCEの課題数及び種類についてでございます。ここについての検討の方向性ということで、先ほど御説明がありましたように、8課題で全大学一律にスタートし、将来的には令和7年度あたりをめどに10課題にしてはどうかというような方向性が示されておりますが、これについて御意見をいただきたいと思ひます。いかがでしょうか。

どうぞ。

○奈良委員 奈良でございます。

以前に私は、厚労省が実施されている海外の医学部を卒業した者が日本で医師になるための日本語診療能力調査の実施を担当していました。日本語診療能力調査は日本語で診療ができるかどうかを評価するものですが、受験者が日本で診療できるのに適正な資質・能力が備わっているかどうかを評価するためのOSCEを導入しました。この日本語診療能力調査でのOSCEがパイロットとなって、いずれは国内の医学部出身者に対する医師国家試験にOSCEを導入する上での参考になると考えていました。OSCEを日本語診療能力調査に導入する過程で、当時の日本ではOSCEはあまり経験がなかったものすから、先行している海外

の調査を行うことになりイギリス、アメリカ、カナダなどでOSCEの現状を視察しました。

海外でのOSCEから学んだことは、OSCEは人が人を評価するわけですので、ある程度課題数を増やさなければ信頼性が担保できないということです。そのときに、日本では何課題やっているのと聞かれたときに、6課題が標準ですと言ったら笑われてしまいました。OSCEの信頼性を確保するには、最低でも12課題は必要だということです。実際、アメリカの国家試験USMLE step2 CSでは12課題、カナダの国家試験では16課題を採用しているということでした。イギリスはまだ国家試験がなく、これから国家試験を導入することになっていますが、少なくとも医学部の進級試験等で20課題ほど行っていると聞きました。

先行しているOSCEの現状を見ても、課題数を増やさないといけないことは間違いありません。ただ、アメリカにしても、カナダにしても国家試験ですので、臨床実習が終わった後、あるいは、カナダでは実は研修終了後に国家試験でのOSCEを実施しています。つまり、臨床実習なり臨床研修後の集大成としての技能・態度を評価するものですから、それぐらいの数は必要だと思います。もっとも、今回検討しているのは共用試験で、先ほど申しましたように臨床実習を安全にやれるという観点を考慮しますと、そこまでの課題数は必要ないだろうと考えます。先ほど御提案のあった8課題はリーズナブルだと思いますし、各大学でも実施可能だと思われるので、まずは8課題を採用するのが良いと思います。

以上でございます。

○中谷部会長 奈良委員、ありがとうございました。

続きまして、佐藤委員、どうぞ。

○佐藤委員 先ほど宮地委員から御紹介いただきましたけれども、参考資料3が今月AJMCで各会員大学に主に共用試験のリソースに関する部分を調査したアンケート結果になっています。

8ページを御覧いただきたいのですが、現在の状況で8課題でできるかどうかという問いに関して、できると回答したのは33大学、4割ぐらいで、残りの大学は、2)にあるように支援がないとなかなか難しいという回答になっています。

先ほどもありましたように、ここには財政的な支援、またこの後の議論のテーマになっていますけれども、評価者あるいは模擬患者について、これをいかに養成し、また、CATOなりが派遣してくれるのかということ、この支援がないとなかなか難しいという結果になっています。

ですから、この論点②の課題が8課題でいいか、10課題でいいかというところは、支援がどうかということにかなり依存してしまいますので、ここで議論した後に評価者あるいは模擬患者というところで再び議論になってしまうのではないかとと思うところがありますけれども、アンケート調査の結果としては今お話ししたような内容でした。

課題数を増やさなければいけないということに関しては、今、奈良先生からありましたように、医学教育的な観点から言えば、課題数を増やさなくてはいけないということにどの大学も理解はしているのだと思いますけれども、「ない袖は振れない」ということで、

ぜひこの支援も含めてお考えいただければと思います。

それから、今後検討される評価者と模擬患者に関しては、実は本日、お昼にかけてCATOのほうで共用試験の医学系OSCEの全体会議というものが開催されていましたが、その中では、実際に評価者の養成あるいは模擬患者の養成ということに関して取り組まれていることがかなり報告されてきました。今日の議論の中にはその点に関してはあまり情報がありませんけれども、そういったところをCATOの栗原理事長から御紹介いただければ、この会議でこの後議論される模擬患者あるいは評価者の養成について「非常に危惧される」という委員の先生方も多いと思いますけれども、不安を払拭する一つの材料になるのではないかということをお先ほどCATOの会議に参加して考えておりました。その辺のところもこの課題数と併せて今後の議論のときにぜひ御考慮いただければと思います。

以上です。

○中谷部会長 ありがとうございます。

おっしゃるように論点②、論点③、論点④というのは恐らく一緒に議論したほうが良いと思いますので、そこら辺も含めて、今後の見通しなどが少し御意見をいただけるのだったら、栗原理事長からお願いしたいと思います。

○栗原参考人 今後、新たな認定制度の下で認定した評価者あるいは標準模擬患者が必要になる。これは皆さんよく御理解されていると思います。

私たちは、機構としてはこういう認定評価者あるいは認定標準模擬患者を積極的にこれから育成していかなくてはいけないということで、計画をしっかりと立てておりますので、それがこの試験全体をある意味下から支える重要なポイントだと思っておりますので、これについては今後も十分配慮してやっていきたい。

先ほども御質問があったように、経済的支援がどうかということも一つの重要な視点ですから、各大学ではなくて、もちろんですけども、それ以上にCATOとしてこの問題に取り組んでいくという姿勢でおりますので、それは御理解いただきたいと思います。

○中谷部会長 ありがとうございます。

次に小西委員、よろしくお願ひします。

○小西委員 ありがとうございます。

論点②は課題数と種類ということですので、それについて一部質問、一部意見を申し上げます。

以前、CATOの説明会に出ていて、10とかという課題数が出てちょっとびっくりしていたのですが、前回の勉強会に、私は大学のJACMEの認証のサーベイヤーが出ていて行けなかったもので、8というところに落ち着いてきたのはありがたいというか正直よかったなと思います。

お聞きしたいのは、この実現性調査というところは一体どういうふうになっているのかということをお厚労省にお聞きしたいというのが1点です。

私は国立大学病院長会議の常置委員会の教育担当の議長ですので、比較的規模の大きな

大学で質問をしてみました、多くの大学で10課題は現状はちょっと難しいと答えました。AJMCの答えは今佐藤先生からあったとおりで、結構大きな大学でもそう言っていました。

6課題と違って、2課題増えただけで確実に2日体制となります。その辺り、少し増やただけで、質問した大学の中でバーンアウトして辞めた事務職員が2人も確認されました。現実問題、かなり心配もあるということで、先ほど宮地委員からブループリントという名前が出ました。私も同じことをロードマップということで今日はお話ししたいなと思っていましたが、令和7年度に少し余裕を持たせた場合、それでも後に出てくる認定評価者とか認定模擬患者、あるいはブースの数、事務職員などの解決すべきたくさん課題がありますので、これをどういうふうに7年度までにするのか、あるいは7年の後もどうするのかというロードマップがやはり示されませんか、賛成していいのか、賛成すべきではないのか、判断すらできないというのが私の正直な気持ちでございます。

金銭的な支援をすればどうかなどという問題もあると思います。しかし、ブース数が現実もう無理と言っている大学に令和7年度までに解決を促すのは無理ではないかと私は思いますので、この辺りを含めて、実現可能性のロードマップをぜひ一旦示した上で、それがいいのか悪いのかという話に持って行っていただきたいと思います。

もう一点は、今、奈良委員から御発言があったように、課題性についての国際標準はそのとおりだと私も思います。一方で、いろいろな国がいろいろな施設をつくってやっておりますが、国際標準の10課題もしくは12課題を全て大学の負担に任せてしまうというやり方は、国際標準と言っているのかということに関しては、一部ヨーロッパは大学がやっているのは事実なのですが、ここは大学にとってはしんどいのではないかと思います。

2点でございました。

○中谷部会長 ありがとうございます。

厚生労働省への御意見が少しあったように思います。錦室長、どうぞ。

○錦医師臨床研修推進室長 事務局でございます。

先生のほうから10課題にすることについての実現可能性をどう考えるのかということでもありますけれども、公的化後の実施状況を勘案しつつ書かせていただいておりますので、その状況を見ながらまた御判断いただくということでございます。

具体的には、ブースが確実に増えるわけですので、それを各大学が用意できるのかということですか、ブースが増えることに伴いまして、評価者、模擬患者も増えてまいります。これについて当該日に用意できるのかどうかということ。また、試験課題数が増えると、今まで1日で収まっていたところが2日に延びる場合に、そういった場所を抑えられるのか。また、当然、試験実施要員の労働時間が延びますので、その手当も含めて、そういった体制を整えることができるのか。こういったもろもろの観点を、公的化後の状況をしっかりと、まさにこの部会で御覧いただくということになるかと思っておりますけれども、それを御判断いただくというようなことを考えております。

いずれにしても、82大学がしっかりとそういう体制に移行できるということが前提になってまいりますので、そこを御議論いただく。その上で、令和7年度までに10課題とするかどうかを御判断いただくことになるのではないかとという意味でここは書かせていただいております。

○中谷部会長 ありがとうございます。

令和7年度に10課題を増やすというのはストリクトなものではなくて、要は、令和5年度には8課題でスタートする方向性だけはお認めいただいて、その実施状況を見ながら10課題にするのはどの時点で行うかというのは検討していく余地がありそうだという感じに私自身は捉えております。

宮地委員、どうぞ。

○宮地委員 ありがとうございます。

先ほど奈良先生から海外の大学での妥当性担保に必要なステーション数のお話を伺いました。まさにそのとおりだと思います。

この1月にアメリカはUSMLEのStep2のClinical Skills、国家試験の言わばOSCEを廃止する方向を決定しました。今回、日本での公的化に関して議論する上で、それにどのような背景があったのか、我々はそれから何か学ぶべきことがあるかどうかといったところも重要な観点になるかなと思います。

以上です。

○中谷部会長 奈良委員からどうぞ。

○奈良委員 奈良でございます。

今、アメリカのことで御質問がありました。アメリカでは医師国家試験（USMLE）にOSCEというか、アメリカではStep2 CS（Clinical Skills）と表現していますが、それが始まった背景は、もともとアメリカでも臨床技能教育が十分に行われていなかったという反省に基づきます。そこでUSMLEにOSCEを導入することで、臨床技能教育の充実が目指されました。いきなり導入するのは難しいので、まずは海外の医学部出身者を対象に、CSA（Clinical Skills Assessment）としてパイロット的に実施しました。先ほど日本語診療能力調査のOSCE導入のお話しをしましたが、ちょうど同じような考えです。CSAが臨床能力を評価するのに成功したとされ、アメリカ国内卒業生にもCSという形で臨床能力をしっかりと評価しようという方向になりました。CSの導入を機に、アメリカの医学部でもこぞって臨床技能教育に重点が置かれ、今やClinical Clerkshipとして世界でも一、二を争うような臨床実習が実践され、効果を上げてきたわけです。

たまたまCOVID-19が発生し、その期間CSを中止せざるを得なくなりました。中止した間にもう一度CSの在り方が議論され、もはや臨床技能教育は各大学医学部ですっかり行われているので、敢えて国家試験に取り入れることもないだろうとの結論に達し、CSが2022年1月をもって中止されることになった次第です。

その一方で、イギリスでは、先生方も御存じのように、実は国家試験が今までありませ

んでした。医師としての適正は各医学部で評価し、卒業後に登録すれば良いという制度なのですが、それで良いのかどうかという議論が逆にありました。そこでイギリスから厚生労働省にも調査に来られ、日本の国家試験のあり方について尋ねられました。その上でイギリスでも医師国家試験は必要だという議論があり、2024-5年卒業者からイギリスでも医師国家試験が始まることになりました。

イギリスでの国家試験でも知識試験と臨床能力試験から構成されています。アメリカのUSMLEでは公的な6センターでCSが行われていますが、イギリスでは各医学部で実施する方向になっています。Practical Clinical Skillsアメリカのように公的なOSCEセンターでOSCEを実施するのが最適だとは思いますが、OSCE先進国のイギリスでは現状に即した形で、各医学部に任せるといったことのようなので、イギリスの実施法は日本でもOSCE公的化に向けて参考になるか思います。

以上、追加させていただきました。

○中谷部会長 ありがとうございます。それぞれの国で事情があって、いろいろな部分で医師養成システムが変わる時期になっているということでもあります。

次に岸委員、どうぞ。

○岸委員 よろしく願いいたします。

課題数につきましては、もともと公的化の目的は、奈良委員も御発言のとおり、安全な形で臨床実習を行えること、これから医学生が実際に行う医業なども増えてくると思われますので、そのとき、患者さん御自身に安心して体を貸していただけるというところがゴールかなと思います。大学で実施する側としては8課題だとありがたいという気もしつつ、最終的なゴールとしては10課題なら10課題を目指したほうがいいかなと思っております。

というのも、患者さんの立場に立ったときに、例えば感染対策については保証していない学生さんなのだよねとか、四肢とか脊柱に関しては実力が確認できていない学生さんなのだけれどもよろしくねというのはちょっと言いづらいかかなと思っております。その中で、各大学に負担増がどれだけ来るか等の課題でいきますと、やはりセンター化も含めて、ゴールは変えず、やり方のほうの工夫で何とか実現できるとよいなというのが印象です。

よろしく願いいたします。ありがとうございます。

○中谷部会長 先ほど小西先生を含めていろいろな先生方からも御指摘ありましたが、今後、共用試験の公的化に伴い財政的な負担が増えます。CATO自身も財政的な負担が非常に増えますし、そのバックアップのために、ぜひ厚生労働省あるいは文部科学省のほうで御相談いただいて予算を獲得していただきたいと思っております。

今、論点③、論点④も含めて議論している形になっておりますので、そこら辺についての御意見も含めてお願いしたいと思っておりますが、いかがでしょうか。評価体制と模擬患者の均てん化も含めてご意見をお願いしたいと思っております。

宮地委員、どうぞ。

○宮地委員 ありがとうございます。

論点③に関してです。外部評価者1名を導入することによって、試験の客観性がなぜ高まると言えるのか、その理論的根拠をCATOに伺いたいと思います。

以上です。

○中谷部会長 栗原理事長、どうぞ。

○栗原参考人 評価者は確かに多いほうがいいと思いますけれども、認定評価者をこれから育成していくわけで、認定された評価者がきちんと評価することによって担保できるのではないかというわけであります。ですから、これでまずければ、将来的にもう少し評価者を増やすということはもちろん考えていいかと思いますが、これにも時間がかかりますし、とりあえずこの体制でいきたいと現状は考えております。

以上です。

○宮地委員 それは外部評価者のことですよ。

○栗原参考人 外部の認定した評価者をきちんと入れるということが重要かと考えております。

○宮地委員 ありがとうございます。

忙しい診療業務、教育業務の中で、教員が外部の評価講習会を受けに行くのは負担になるという点が一つ懸念される点です。もし外部評価者が受けるトレーニング内容と同様の評価者トレーニングをある意味パッケージ化して各大学で実施することで、大学での内部評価者の質、評価能力が同様に向上するのであれば、各大学での評価者のトレーニングの均質化についても少し議論する必要もあるのではないかと思います。

以上です。

○栗原参考人 機構としては、それぞれの地域に認定評価者育成プログラムを実施するように努めておりますので、それを各大学個々にやるとなると、またこれは大変な作業量になりますから、そこら辺はひとつ御理解いただきたくお願いいたします。ただ、地方によってはグループをがなかなかできにくいという点は私も理解しておりますので、そこら辺をどうやって効率よくやるか、それに代わるものを考えていくということも機構として検討したいと思っております。

以上です。

○中谷部会長 ありがとうございます。

次に天野委員、どうぞ。

○天野委員 ありがとうございます。

今までの様々な論点に関して申し上げたいのですが、私、先日、東邦大学が実施されたモデル的なOSCEを見学する機会をいただきました。私もOSCE等については知識としてはあったのですが、やはり論より証拠という言葉のとおり、実際に多くの職種の方々が大変な負担を強いられながらOSCEを運営しているということを実際に拝見いたしました。

一方で、先ほど来出ているように、Student Doctorから医行為を受けるに当たって患者さんの不安といったものもありますので、公的試験をしっかりと実施していただきたいという思いもございます。なので、理想は理想としてしっかりと掲げていただくことは重要ですが、一方で現場の負担も考慮しなければ成り立たないと感じております。

その中で、論点④について私から意見を申し上げたいと思います。

OSCEの模擬患者についてでございます。こちらで提示されている方向性として、例えば模擬患者の質の均てん化が必要であるとか、模擬患者を認定する制度を設けるということが記されています。これについては私も賛成しております。一方で、現場の負担や実情ということもやはりこの論点についても考慮しなければならないと考えています。

その観点から2点質問がございます。

まず1点目ですが、先ほどお示しいただいた参考資料3の8ページで、各大学が挙げている必要な支援の中で、複数回答の中で一番多くの大学、すなわち51.2%の大学から必要な支援として挙げられているのが、模擬患者の確保についての支援ということが挙げられている現状がございます。これは財政的な支援も含めて、あるいは直接的、間接的なものを含めてということになるかと思うのですが、この部分について、特に模擬患者の確保について何らかの支援を厚生労働省としてはお考えになっているのかということについて質問させていただきたいというのが1点目でございます。

2点目が、模擬患者さんの様々な均てん化のための施策は必要だとは思いますが、一方で、現状、大学を通じて募集されている模擬患者さんの動機をお伺いすると、例えば特定の大学の病院で大変お世話になったので、その大学に対して恩返しをしたいという思いで関わられているという方々も結構いらっしゃると思いますし、そういった観点からすると、模擬患者の方に対していたずらに負担が増えるような施策はやはり慎重にならざるを得ないと考えますし、また、そもそも模擬患者数が充足していないという現状があるわけですので、募集の間口を広げるという取組も必要だと思います。

従来それぞれ大学で御尽力いただいているとは思いますが、例えば私はがんの患者団体の人間ですが、がんの患者団体に限りませんが、様々な疾病団体の方々に、自分が医療によって命を救われたということについて、何らかの形で貢献したいと思われる方は結構いらっしゃいます。もちろん、そういった患者関係者の方々が全て模擬患者の要件に合致するというわけではないとも思うのですが、例えば患者支援団体等を通じて募集するであるとか、間口を広げない限りは全く増える見込みはないと思いますので、何らかの形で間口を広げるための抜本的な取組が必要ではないかと考えますが、その辺りは何か取組をお考えかということについて質問したいと思います。

以上です。

○中谷部会長 ありがとうございます。

1つ目は厚生労働省への御質問だったと思います。錦室長、よろしくお願いします。

○錦医師臨床研修推進室長 論点④の医療面接を担当する模擬患者について、認定模擬患

者に限定するということを実現するためには、CATOのほうで質を担保しつつ、模擬患者さんに負担をかけないような認定制度といったものを構築していただく必要があるかなと考えております。

私のほうから申し上げていいのかどうかあれですけども、CATOから今聞いている内容としては、既存の模擬患者さんを早期に認定する仕組みや、CATOが大学のほうに赴いて、出張して認定をするというようなこと、eラーニングシステムを導入するという、また、過去の医療面接の模擬患者の録画データがあると聞いていますので、それを拝見して認定させていただくといったもろもろのことが検討されていると聞いております。まさにこの辺りの取組について、実は厚労省のほうで、今、CATOに財政支援を行っているということでございます。

この部会の意見を踏まえて、引き続き支援できるようなことを厚労省としては考えていきたい。それがひいては大学への支援につながると考えておりますので、厚労省としては今そういうことを検討していると御理解いただければと思います。

以上です。

○中谷部会長 模擬患者になって頂く方々の間口を広げるというのは非常に重要なことだと思います。そういう意味では、大学独自にでももちろん認定されるようなSPを育てる、模擬患者さんを育成するというのも必要かと思えます。そこら辺はCATOと協力しながら、どこの地域にあっても、どこの地方の大学医学部附属病院であっても、ちゃんと御協力いただけるSPの人材をある程度数をそろえなくてはならないということは事実ではないかと思っております。そこら辺も含めて、今後、CATOと厚生労働省も含めて、財政的な支援等も含めていろいろ考えていかななくてはならないのではないかと考えております。

次に小西委員、どうぞ。

○小西委員 恐れ入ります。

中谷委員のお話は、今、③の評価体制と④の模擬患者にも入ったということでよろしいですか。

○中谷部会長 そうです。

○小西委員 では、そのことで質問というか意見を申し上げたいと思います。

評価体制ということで今お示しいただきましたレジュメは、総論としては正しいと私は思います。ただ、2つ目の○に認定模擬患者に限定とあります。これもそうできればいいのですが、先ほどから申し上げているとおり、ここに日時の記事がないので、どう反応したらいいかちょっと迷いました。賛否が言いにくいところですよ。

そこで、③の論点についてお聞きしたいとすれば、主に厚生労働省になると思いますが、各大学は一度に何名の外部評価者を出すことになるのかということシミュレートされていますでしょうか。その費用は誰が出すのか。要するに評価者謝金と旅費、これは恐らく受験生の負担になるのではないかなと私は思っておりますが、この辺りはいかがでしょうか。

続きまして、CBTが主で私も外部評価者として行きますが、別に安い、高いが言いたいのではないですが、それでも東京は最低賃金が1,000円を超えていますので、同じ厚生労働省としてそことの整合はとれているでしょうか。

また、働き方改革も厚生労働省ですが、恐らく京大ですと70~80名の外部評価者を外に出すことは私どものシミュレーションではできているのですが、この辺りは働き方改革との整合ができているのかというところで、かなり多くのというか8割の大学が外部評価者が増えるということに関する不安が非常に強いと感じたので、質問をいたしました。

まず、③の評価者のところはそんなところでございます。

○中谷部会長 錦室長からお答え頂ける部分はお願ひしたいと思います。

○錦医師臨床研修推進室長 論点③の検討の方向性の3つ目の○につきましましては、まさにここに書かせていただいたとおりでありまして、公的化後の実施状況等を勘案しつつ、令和7年度までにとすることで検討してはどうかという部分でございます。ですので、公的化後の状況を見まして、実際に全試験室に外部評価者1人ずつを導入できるのかということについては、実際にどこから人材が出てくるかといいますと、各大学の先生方にお願ひするという事ですので、おっしゃっていただいたように、働き方改革を進める中でそういった対応が実際にできるのかということやそれで何人ぐらい必要なのかということ、それに伴う費用がどれぐらいになるのか、それは大学として負担できるのかといったもろもろの状況を、この実施状況等を勘案しつつというところで込めているつもりでありまして、まさにこの部会で状況等を勘案していただいて、令和7年度の対応について御検討いただければと考えておるところでございます。これは令和7年度に外部評価者は確実に1人入れるということを書いているわけではないということでございます。

○中谷部会長 ありがとうございます。

次に、模擬患者について山口参考人からご意見があります。

○山口参考人 先ほど、天野委員から模擬患者の数を増やす必要がある、間口を広げるというお話がございましたけれども、2年ほど前からCATOで新規の模擬患者養成講習会を開催しています。まだ認定というのはできなくて、暫定認定という人たちが少しずつ増えてきているところで、新しい人を養成しつつ、かつ既存の模擬患者を認定していくというようなことが進められていますが、コロナでなかなか思うように人を集めるのが難しいということも課題としてはありますけれども、少しずつそれは進められているところです。

ただ、この新規養成講習会の課題として今あるのが、そこで合格したというか暫定の認定を受けた人がその後どこに所属するのかというのが明確になっていないことです。認定後も訓練していかないといけないわけですので、既存のどこかの団体に入るという方向性なのですが、その辺の手当がまだ十分にできていないということが一つございます。

もう一つには、機構で認定した人をデータベース化していくということも進められているのですが、それをしっかり運用していくとなると、そのことについての事務局の要員ということで、専従のスタッフを複数人雇用しないと回せないのではないかなと私は

思っています。先ほどから支援というお話があるのですけれども、必要な大学に認定した標準模擬患者を派遣するということになるのと、その辺りの体制のバックアップは絶対欠かせないことだと思っていますので、それも併せて考えていかないといけないのではないかと思います。

それから、新規養成講習会を来年度も行っていくということですので、天野委員からいろいろな患者団体の方に、そういうことに関心ある方に呼びかけるようなことの御協力もぜひしていただけると、数が増えることに貢献していただけるのではないかと思いますので、私からもその辺りはお願いしたいと思います。

以上です。

○中谷部会長 天野委員、よろしく申し上げます。

小西委員、どうぞ。

○小西委員 繰り返して恐れ入ります。

先ほど③のところだけを話したので、④を追加したいと思います。

④の模擬患者に関しても、私は総論としては正しいのだろうなと思っております。ただ、やはり実現可能性というところが気にかかるところで、ここでもいつからどうするのかという記載がないと、どう言っているのか少しリアクションが難しいなと思いました。

CATOが実施主体でしたら、例えば令和7年までとそれから後をどうするのか。私はロードマップという言い方をしておりますが、計画書みたいなものがあるといいなと思いましたが、今の山口参考人の御発言もそのとおりでと思うのですが、山口参考人が模擬患者さんとして発言しておられるのか、CATOの理事としての御発言なのかが分からなかったので、難しいなと思って聞いておりました。

先ほど言いましたように、全国の大学に聞いてみますと、認定SPに関しては、部分的に手をつけたところで、ほとんどまだできていない大学や、全然手つかずの大学、今まで自学でやっていたのだけれども諦めますというような答えが返ってきたり大学があったしております。

それと、前回、山口参考人が何か御発言になったのではないかなと思いますが、自学のSPさん、SPさんというのは模擬患者さん、simulated patientとして教えていた人が自分の大学のOSCEに認定SP、standard patientとしては参加できないというようなことがあると、これはモチベーションからしても、あるいは他学に行く身体的なところからしても、高齢の模擬患者さんはもう辞めますというのが、私ども大学でもかなり聞こえておまして、それが悪いということではないのですが、現実問題としてかなりいろいろなことが起こるなということを危惧しております。

以上です。

○中谷部会長 ありがとうございます。

タイムスケジュールを含めまして、最初のほうの議論と重なるところがありますが、令和5年度からスタートし、徐々に均てん化を図っていきますが、それではどの程度のタイ

ムスケジュールでやっていくか、完成するかというのは、やはり考慮しなくてはならないと思っております。

羽鳥委員、どうぞ。

○羽鳥委員 医学生のところ、令和7年度までに医学生が身体観察、模擬患者を担当することの是非ですが、これはいろいろ批判もあるかもしれないけれども、要するに、後輩がどんどん問題を伝えていって、これではカンニングと一緒にではないかという御意見もあるかもしれませんが、少なくとも令和7年度まではもちろん医学生でいいと思いますし、その後について、多少余裕が出てくるならば、ほかの学部というか、看護師さんとか歯科医師さん、あるいは理学療法士さんというところと相談して決めるというのもひとつあるかもしれませんけれども、やはり医学に理解のある方ではないと体を提供してくださるというのは難しいのかなと思います。

それから、SPについては、模擬患者さんの高齢化はこれから大きな問題になってくると思います。京大ですらなかなか手がない。あるいは、京大のSPさんがほかの大学に行くのを嫌がるということでは、患者さんのモチベーションを保つというのもこれから大変だと思いますので、SPになるということが医学の発展に貢献していることがわかるように医師を育てるためにやっているのだよということで、何かいいことがあるようなことを仕組みとしてつくっていただければと思います。

以上です。

○中谷部会長 ありがとうございます。

当面は、ここに書いてありますように、学生を完全に最初から排除して行うわけにはいきませんので、身体診察には当面は医学生を活用するという形で行くと思います。それをどの時点でそれ以外の模擬患者にお願いする形になるかはまた今後検討していかなくてはならないことではないかと思えます。

ちょっと時間が押していますけれども、小西先生、手短にお願いいたします。

○小西委員 本当に手短に申します。

CATOは専門家がたくさんおられますので御存じだと思いますが、今、評価はプログラマティックアセスメントといって、6年を通じて評価の基準も全て公表するというやり方の流れになっています。となると、医療面接は今のやり方でいいと思いますが、他の課題は課題を公開するほうが医学生にとっては学修効果が高いのではないかとさえ思います。ですから、そこを検討されると、必然的に医学生を身体診察模擬患者にするかしないかという論点は意味がないのではないかと私は思います。

意見でございました。

○中谷部会長 ありがとうございます。

次は、論点⑤の受験機会の確保と論点⑥の不正行為の対応について、事務局案がそれぞれ示されています。

受験機会につきましては、CBT、OSCE両方だと思いますが、1回の再試、追試の機会は確

保するという原案でございます。

それから、不正行為につきましては、公的な試験になりますので、不正があったときには、その年は合格が取り消されるということ。それから、それが特に悪質と判断される場合は、翌年度までということでは2年にわたって受験できなくなるというものです。これはかなりウォーニングに近い形と思われませんが、これに関しまして、ご意見をお願いいたします。宮地委員、どうぞ。

○宮地委員 ありがとうございます。

論点⑤に関してです。これは私の理解が不十分なのかもしれませんが、公平性という観点からは、本試験を受験して不合格となって再試験を受ける人と、従来何らかの正当な理由があって本試験が受けられず追試験を受ける人の扱いはやはり別にすべきであり、誰でも本試験とそのやり直しの再試験、計2回までの受験機会が保証される必要があると思います。

その上で、追試験を受けるような、例えば理由の中につわりなど妊娠中の体調不良や、出産などによって本試験が受けられないとなった場合、やはりある一定期間追試験すら受けられない可能性が出てまいります。したがって、追再試験の実施時期に関しては、各大学が個別の事情に合わせてある程度幅を持って設定できるような可能性を残していただきたいと思います。

以上です。

○中谷部会長 要望でございます。

伊野先生、どうぞ。

○伊野委員 ありがとうございます。

私も追再試はあったほうがよいと思います。賛成です。

あと、もう一つの論点の不正行為についてですが、悪質な場合は翌年もということですが、複数の医学部において留年は1年間だけで、同学年で1年以上になると放校になるところがあります。そうすると、その時点で放校が決まってしまうということになりますが、その確認をさせてください。また、悪質というのは誰が何を悪質と定めるのか。もう一つは、法的に問題はないのか、法的な専門家の御意見はどうなのかというところをお聞きできればと思います。

2年間留年で放校になる大学と放校にならない大学とあるのだと思います。ですから、放校になるような大学があるとすると、やはり2年間受験が無効になるという規定は設けられないのかもしれませんが。

それから、受験機会の確保というのは、CATOさんでも恐らくお考えになっていると思いますが、栗原理事長からお願いいたします。

○栗原参考人 受験機会というのは、いろいろなことで追再試を含めて1回ということになっておりますので、その線でいきたいと思っています。

それと、悪質かどうかというのは判断が難しいですけれども、非常に故意的なもの、そ

れから、個人だけではなくて、大学ぐるみとか組織としてやったものもあるのです。そういう場合は非常に悪質ですから、機構のほうにも法律家がいるから、そこら辺はよく事例を整理した上で、どれが重症なのか、軽症なのか。それに対してはどのような罰則を決めるかということについてたたき台をつくりましますから、この部会でそれでいいかどうかということをお判断いただきたいと思ひます。

以上です。

○中谷部会長 小西委員、どうぞ。

○小西委員 手短かにいたします。

⑤についてはコメント、⑥に対しては質問がございます。

⑤に対してコメントですが、確かに宮地委員が言われるのはそのとおりかと思ひますが、これは際限なくやりますと、私がとある大学のCBTで経験しましたのは、1回目は不合格で、2回目の再試に来てそこで体調不良で熱が出たといつて休んでしまうことで3回目を後に受けられるということが起こってきたりして、そうしますと、モラルハザードが起るので、総回数の制限はある程度仕方がないかなと私は思ひました。コメントです。

論点⑥に関して、お聞きしたいのは、この翌年度までということ、伊野委員が言われたように次の年度も受けさせないということなのだとして、本当に悪質ならば仕方ないですけれども、物によって、私どもの立場としてはその間の2年間学生に何をさせるのだということが非常に疑問点として湧いてまいります。4年生まで来てしまつて、ほかの単位も全部取つてしまつていて、2年間何をさせるのかということところがちょっと迷ひました。

以上です。

○中谷部会長 ありがとうございます。

これはまだ議論があるかもしれません。悪質をどのように判断するかを含めて考えてみなくてはならないと思ひます。それで、留年するということがのは、確かに放校につながつてしまうというのは、考えなければいけないかもしれません。イギリスでは1回カンニングただけで放校処分されるのですが、日本ではそういうことはあまりなくて、カンニングをしても1年間を棒に振るだけで終わつていますので、受験の時の不正をどのように取り扱うかは今後検討することが必要かもしれません。

あとは御意見はいかがでしょうか。

どうぞ。

○島田文部科学省企画官 文部科学省医学教育課の島田です。

オブザーバーの立場ですけれども発言します。試験実施団体の仕組みづくりにつきまして、大学や医学生の見解も反映させるべきというのは本日の議論でも出てきたところがございます。栗原参考人からも健全な仕組みづくりが必要だといふようなお話もありまして、大学のお話も伺つておられますと、悪質と判断される場合の対応について、試験実施団体に対して大学や医学生が異議を申し立てられるような仕組みの検討も必要ではないかと文部科学省としても考えているところがございます。

以上です。

○中谷部会長 ありがとうございます。文部科学省医学教育課島田企画官の御意見でございます。

ほかにいかがでしょうか。こちら辺はまだ検討の余地があるやに思います。

時間が5分ぐらい過ぎていますので、最後にしたいと思いますが、全体を通していかがでございましょうか。

瀬尾委員、どうぞ。その次に清水委員、お願いします。

○瀬尾委員 法律のことで文言の内容を確認したいのですけれども、ここで国家試験の受験資格になると書いてある部分ですが、受験資格になるというのは、今、臨床実習後の共用試験もこれに当たるのかというような意見がありまして、この中を読むと臨床実習前の共用試験のことを書かれているのですけれども、同じようにCATOがやっている臨床実習後の共用試験の取扱いというのは、法律上はどういう取扱いになるのかということをお教えいただきたいです。

○中谷部会長 錦室長、いかがでしょうか。

○錦室長 改正後の医師法の第11条の第1号で書いておりますのは、臨床実習を開始する前に修得すべき知識及び技能を有しているかどうかを評価する試験ですので、臨床実習前OSCEということでございまして、臨床実習後のOSCEというのは医師法上どこにも出てこないということでございます。

○瀬尾委員 ありがとうございます。

私がこれを質問した理由は、医師国家試験の改善検討部会の中で、外国の免許を持った人が国家試験を受けるときに技能評価が必要ではないかというお話になって、臨床実習前OSCEをまず導入して、それから臨床実習をOSCEのレベルをやってはどうかというような意見が出てきました。これと必ずリンクするものだと思いますので、この辺りは明確にしておいたほうがいいのかと思います。

以上です。

○中谷部会長 現段階では、少なくともpost-CC OSCEは医師国家試験の受験資格に関係するものに当たらないという形です。しかしながら、先生も御存じのように、国家試験の問題数が500から400題に減少したときに、将来的にそれを医師国家試験と組み合わせるべきだというような御意見もありました。ですから、そこら辺を含めて、また改めて最終的に医師国家試験の合格要件にそこを入れるかどうかというのは検討されるのかもしれませんが、しかしながら、今回議論しております臨床実習前の共用試験の合格は医師国家試験の受験資格の要件になりますが、post-CC OSCEの合格、不合格というのは、少なくともその大学の卒業には関係するのかもしれませんが、医師国家試験の受験資格には直接的には関係してきません。もちろんpost-CC OSCEが不合格となり、大学の卒業ができなければ医師国家試験は受験できなくなります。

清水委員、どうぞ。

○清水委員 ありがとうございます。

2点ございまして、一点は先ほど島田さんもおっしゃられたことと関係するのですが、前にも申し上げたかもしれませんが、やはり三権分立というのが必要で、今、実施主体が共用試験機構というようなことで理解されていると思いますが、実施されている内容について異議を申し立てているところがどこなのかとか、課題を作成する部署と合否を判断するところが同じところかというような問題はあると思うのです。今すぐではなくてもよろしいのですが、将来的にやはり三権分立を考えたほうがいいかなと思っています。それが1点目です。

2点目は、実施主体が共用試験機構ということですが、国民の目から見ると、公的化される試験なのに、卒前の管轄である文科省でもなく、医師養成の法律上の管轄である厚労省でもなく、共用試験機構が実施するということについての説明が分かりにくいかなと思います。国民に対してその辺がもう少し分かりやすくなるような説明をしていただければいいかなと思います。

先ほどのSPさんのリクルートに関しても、これは国家的な事業で、医師の養成は国民全体の責務であるという考え方をお伝えいただくためには、もう少し広報の仕方とかも厚労省、文科省を含めてお考えいただくといいのかなと思いましたので、お伝えしたいと思います。

以上です。

○中谷部会長 ありがとうございます。

共用試験の実施主体と最終的な合否判定の委員会、そしてStudent Doctorを認定する厚生労働省がどういう形で関与し、いろいろな異議申立てがあったときにどこが受け付けるかということも含めて三権分立的なシステムを考える必要があるということでありました。

最後の意見になりますが、羽鳥先生、どうぞ。手短にお願いします。

○羽鳥委員 分かりました。

先ほどのpost OSCEのことですけれども、大学によってはこれが卒業試験の代わり、あるいは卒業試験とpost OSCEをクリアして、その人たちだけが医師国家試験を受けるところもあるかと思うので、ここで議論することではないのかもしれませんが、プレとポストをペアで考えていくべきではないかと思いました。

以上です。

○中谷部会長 ありがとうございます。おっしゃるとおりかと思います。

天野委員、どうぞ。

○天野委員 手短に申し上げます。

本日、公的化にあたっていわゆる目指すべき方向性がある一方で、現場の負担感は極めて大きいと。その間をどのように取るのか、落とすところを考えるという議論が極めて多かったと思います。それは非常に重要な議論ですが、一方で、そもそもどういったStudent Doctor、どういった医学生、医師養成を目指していくのか、次回ではその辺りもお示しい

ただけると助かります。

以上です。

○中谷部会長 ありがとうございます。次回の宿題と受け止めます。

かなり後半は駆け足になりましたし、座長の不手際でちょっと時間が超過しましたことをおわびいたします。

本日事務局から示された6つの論点についてはかなりいろいろな御意見をいただいたと思っております。

次回はまた4月に予定しておりますが、それまでにいろいろなところを整理しながら、また御議論いただく形になるかと思っております。

今後の日程について事務局からお願いいたします。

○小林企画専門官 事務局でございます。

次回の部会の予定に関しましては追って連絡をいたします。よろしくをお願いいたします。

○中谷部会長 これで本日の「医道審議会医師分科会医学生共用試験部会」を終了いたします。

本日は活発なご議論を頂き、本当にありがとうございました。これで終了いたします。