

Student Doctorの法的位置づけ

廣瀬 清英

(受理 2021年12月10日)

The legal position of student doctors

Kiyohide HIROSE

I. はじめに

現在では全大学で実施されている共用試験¹とは、公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構 (CATO²) により診療参加型臨床実習開始前に備えるべき知識を評価する共用試験CBT (Computer-Based Testing³)と、技能・態度を評価する共用試験臨床実習前OSCE (Objective Structured Clinical Examination⁴)である。これらは、2005年度に開始され、共用試験合格を4年次の進級要件であることに加え、診療参加型臨床実習のための医学生の医行為の水準策定をした一般社団法人全国医学部長病院長会議 (AJMC⁵) のStudent Doctor認定証発行の要件となっている。

しかし、医師法第17条は「医師でなければ、医業をなしてはならない」と規定しており、第31条では、第17条に違反する無免許医業の罪を「3年以下の懲役若しくは100万円以下の罰金に処し、又はこれを併科する」ものとしている。そのため、医師免許取得前の医学生も医師の資格を欠くため、業として医行為を行った場合、形式的には無免許医業罪の成立が問題となる。しかし、実質的に違法性がなく無免許医業罪⁶に当たらないと解釈⁷し得るとされることを2018年の臨床実習において実施可能な医行為の研究報告書 (門田⁸レポート) において、医学生が行うべき医行為についてまとめた⁹上で、「良い医師を養成するためには、医療安全の観点を十分に考慮しつつ、できるかぎり積極的に様々な医行為を医学生に経験させることが必要」とし、その内容は審議の結果、妥当なものと結論付けられた¹⁰。

また、医師法18条に「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」とあることからStudent Doctorという名称がこれに抵触する恐れもあるが、Student Doctorとはこれまでに臨床実習に携わる医学生のことと定義されており、中谷晴昭博士調べの19大学ではクレーム等の問題は起きていない¹¹。

ただ、このようにStudent Doctorという名称使用に問題がなく、医学生による医行為の違法性は阻却されるという解釈が示されていたとしても、臨床実習の現場では医行為の範囲が広範にわたること

から、医学生の実施する個別の医行為が違法性阻却される範疇であるかについて、医学生自身による判断が容易ではないだけでなく、教員や指導する医師にとっても一定の判断の困難さが伴う。そのため患者から個別同意を取得することに時間や労力がかかる事になり、患者側にとっても医学生の医行為の安全性に不安がつかまとうことなどから診療参加型実習が推進しない一因となっている。

医療の複雑化によって、医師が修得すべき知識・技能は増加していることや、高齢化・疾病構造の変化・医師患者関係の変化等に伴い、患者や他の医療者とのコミュニケーション等を含むプロフェッショナル教育（専門職連携教育：IPE¹²）の重要性が増していることなどから、卒前教育において Student Doctorが診療に参加し、医療現場を中心として一貫して行う必要性¹³が認識されている。そのことから、診療チームの一員として診療に参加し診療参加型臨床実習を行うためには、指導体制等の充実、Student Doctorの質の担保、そして Student Doctorによる医行為の法的位置づけ¹⁴が重要となる。

厚生労働省医道審議会（医師分科会）では、2019年6月19日から2020年5月13日までシームレスな医師養成に向けた取り組みについて議題に取り上げ、報告書「シームレスな医師養成に向けた共用試験の公的化といわゆる Student Doctorの法的位置づけについて」において Student Doctorの法的位置づけについて言及している。そこで、医道審議会の資料を根拠に、Student Doctorの法的位置づけについて考察する。

II. 共用試験の公的化

Student Doctorの法的位置づけには、現行の臨床実習開始前の共用試験を公的化することで、試験合格後に臨床実習を行う医学生の水準が公的に担保されることになり、そのことで実習において医行為を行う、いわゆる Student Doctorを法的に位置づけることが可能となる。そもそも、共用試験の受験資格は、大学入学後に教養教育を含む準備教育と臨床前医学教育に合格する必要がある。

ただし、共用試験に合格しても患者の前で Student Doctorの行う各医行為が法的に認められているものかどうかを判断することが、診療参加型臨床実習の障壁になることが予想されるが、臨床現場で行われる診療が日進月歩に進歩していることに鑑みると、法に基づき行える医行為を個別に列挙することは適当ではない。

Student Doctorが法的に位置づけられた場合も、診療に参加する際は、必ず医師の指導や監督のもとで行われることから、実施する行為については、指導する医師が適宜、Student Doctorの能力と患者の状態等を勘案して判断すべきものであり、侵襲度が高い医行為を行う場合は、当該行為に習熟した医師による指導・監督が行われるべきである。

1. CBT

共用試験 CBTは、項目反応理論（IRT¹⁵）などの問題の精度管理の手法や評価手法が確立しており、厚生労働省も現状、臨床実習を行う全ての医学生が受けていることや試験としての妥当性や信頼性に鑑みて、国家試験との重複を避けるように調整を行なっているなど、日本の医学教育の中でその位置づけは既に確立されており、医師国家試験の受験要件とする等による公的化に相当する試験である。さらに、マルチメディアを用いた問題の開発も進行しており、臨床能力をより正確に測る問題の出題も期待できるとする。課題として、実施時期をどのように定めるか検討するとともに、CBTの試験対策に追われ、4年次までの教養教育を含めた教育内容の修得が疎かにならないようにするための工夫、出題範囲や内容、合格基準の設定等を国家試験と連携して検討する必要がある。

2. OSCE

医学教育の中で医学生の実践や態度については診療参加型臨床実習等を通じて評価されるべきではあるが、統一的に試験する機会は、これまで行われてきた共用試験臨床実習前OSCEと2020年度から開始したPost-CC OSCE¹⁶のみである。医師の倫理観や医療の安全性について、社会からより高い水準を求められることに鑑みても、臨床実習前に一定水準の技能・態度のレベルに達していることを試験することは重要であり、CBTと同様に公的化に相当する試験である。試験実施において、模擬患者（SP¹⁷）が重要な役割を果たしているが、これまで各地域のボランティアや元患者を中心に養成されたSPを各大学が採用し、CATOがSPの対応の均霑化に向けた取り組みを実施してきたが、公的化に当たっては、さらに均霑化が進むよう、全国的に取り組む組織の創設やSPに対する研修体制の整備などの検討が必要である。

III. Student Doctorの法的位置づけが求められる背景と影響

アメリカの医師養成課程¹⁸は、高校卒業後4年間の大学教育を受けた後にメディカルスクールで基礎医学と臨床医学を4年間で学ぶ形であるのに対し、日本の場合は高校卒業後に基礎医学および医師としての人格形成に重要となる教養教育を含む6年間の卒前教育と、卒後2年間の臨床研修等の卒後教育に分けられる。そのため日本の医学教育では、卒前・卒後それぞれの教育において異なる目標設定がなされ、教育課程が分断されていることで、連続性が乏しいとの指摘がされてきた。

そこで、医師国家試験についてCBTの最低合格基準の設定を踏まえ、2017年度（第112回）から出題数を500問から400問に変更した。臨床研修制度についてはコアカリとの整合的な到達目標・方略・評価が作成され、実習や研修中の経験の評価においても、オンラインで行うシステムであるEPOCオンライン卒後臨床研修システム¹⁹が、卒前の臨床実習との連携が可能になるよう、システムの改良が進められている。

このように、シームレスな医師養成のための整備の中で、①卒前の臨床実習における診療参加型実習が推進しないこと、②臨床実習と臨床研修の間に行われる医師国家試験のための準備期間が長いことが、一貫した医師養成において課題として認識されている。

また、Student Doctorを法的に位置づけることで以下の影響が考えられる。

1. 医学教育への影響

Student Doctorを法的に位置づけることで、臨床実習における診療参加型を促すことにつながると考えるが、診療参加型実習は単に経験を増やし技術を向上させるのみならず、診療チームの一員として診療により主体性を持ち、積極的に参加することで、知識や技術だけでなく、患者の背景、仕事との両立、経済的な要因、家族との関係性など、全人的な診療に必要な視点を獲得する機会となることなどが期待されるのであり、医師法17条が問題となる侵襲的な医行為を早期に修得させることを意図しているわけではない。

教養教育を含めた準備教育は医学教育との関連性において、一段と重視されていることから、改訂版コアカリでは、両者が発展的に融合されているが²⁰、医師としての基本的な資質・能力は、卒前教育6年間を通じて身に付けるものであり、質の高い診療参加型臨床実習を実現が、そうした資質・能力の獲得に資するものと期待される。そのため、Student Doctorが法的に位置づけられることで、医学教育において医学生の実践が法的に担保されることにもなる。ただし、現状において診療参加型が進まぬ原因として医学教育では、①診療参加型に積極的な指導医不足、②システム面や実習環境といった問題²¹があることから、今後も検討が行われる必要がある。

2. Student Doctor及び医師免許取得後への影響

診療参加型臨床実習の充実により、医学生が診療チームの一員として診療に取り組むことで、実習におけるモチベーションの向上が図られると同時に、本人の適性を踏まえた診療科選択につながる事が想定される。従来十分に経験することができなかった手技等を経験する機会が増加することで、外科等の手技の比重が高い診療科に対する積極的な効果は大きいことが予測され、診療科偏在是正に対する効果も考えられる。

また、医師免許取得後の臨床研修において初めて行っていた診療の一部を実施することや臨床実習中により多くの診療能力の修得が可能になることにより、臨床研修医の労働時間を短縮することで負担が一部軽減され、医師の働き方改革に資することも期待され、より質の高い研修の実施に繋がることを期待できる。

ただ、現状では参加する学生の準備にばらつきがあり、診療参加型に積極性が不足しており、国家試験対策に時間を割いて実習を早く切り上げてしまうなどの問題点が指摘されている。

3. Student Doctorが診療参加型臨床実習を行う際の患者同意等

患者は医療機関にかかる際、医師免許を有する医師に診療されることを期待し、医療機関との診療契約に基づき診療を受けている以上、医師免許を有しない医学生が診療行為を行う場合、現状、患者の同意²²を得る必要があることは社会通念上、明らかである。一方で、「学生が診療に参加することを拒否する」、「指導する医師が多忙であり同意を得るのが困難」などの理由による同意取得の困難さが診療参加型臨床実習の阻害要因ともなっている²³。

Student Doctorによる医行為の実施が法的に位置づけられれば、①医育機関等において診療チームの一員であること、②診療当たって事前に一定の準備ができていること、③業として医行為を実施することが違法ではないことが、患者にとって明確となり、必要に応じた同意を得られやすくなることで、診療参加型臨床実習の促進が期待される。

患者理解が進んだ場合、現在の臨床研修医と同様に、一般的な処置について、特別な同意取得の必要なく診療参加型臨床実習において行うことを可能とすることが望ましい。そのためにはStudent Doctorが共用試験に合格し、診療参加型の臨床実習を行うに足る学生であることを広く周知する必要がある。残念ながら現在の日本では、大学病院は学生の教育の場でもあることの認識が患者に薄いことから、患者が医師を育てる意識も薄いため、医師免許取得後である研修医ですら、十分に受け入れられているとはいえない。そのため、医師免許取得前の学生に医行為をさせるということについて患者を含めた国民のコンセンサスが得られているとはいえない。そのため、国全体として卒前医学教育の位置づけを明確にする必要がある。そして、Student Doctorによる医行為の実施が法的に位置づけられたとしても、患者理解の観点から入院手続き時や外来の受付時等に同意書を患者に渡し、書面による同意取得を行うことが望ましい。ただし、指導医の負担軽減の観点から、全国統一の書式を用意し、同意書の内容に関する定型的な説明を指導医以外でも行えるのが望ましい。

4. 地域における実習と地域医療への影響

改訂版コアカリでは、医師として求められる基本的な資質・能力に地域医療への貢献が位置づけられており、地域医療実習協力機関と連携することが求められている。

Student Doctorが法的に位置づけられることによって、臨床実習期間中の地域医療実習もより診療参加型になることが予想される。プライマリ・ケア能力の習得に必要な経験を積むことで、主体性を持って地域医療を体感し、将来のキャリアに良い影響を与えるとともに、地域医療実習等で大学病院

以外の医療機関で医学生が実習することは、医学生が頻度の高い病態や疾病に対する経験を積むこと、地域医療に関する理解を深めることとなる。そのことにより、将来的な地域医療や総合的な診療能力を持つ医師の確保につながることで質の高い医療の実現に貢献しうるし、各養成課程の中で、現状よりも地域に貢献することが可能となることも予想される。そのためにも、Student Doctorが大学病院以外の医療機関で臨床実習を行うことについても周知する必要がある。

IV. Student Doctorの身分上の問題点

今回の報告により、医師免許を持たないStudent Doctorが公的な試験に合格して一定の医行為を行うための準備ができていないことを法的に担保することで、彼らによる医行為が無免許医業罪に該当しないことを明確にした。これにより、臨床実習を拡大する上での障壁が一つ取り払われたことになるが、身分上の問題としてStudent Doctorは医学生（大学生）であり、所属は大学である。臨床実習の場が大学病院であったとしても、Student Doctorと病院の間に雇用契約がないため病院内スタッフとしての立場が不明確である。彼らの責任の所在が不明確であるならば、指導医にとっても判断が難しく、侵襲性の高い手技をStudent Doctorに実施させることが困難になるとの指摘もある。

1. Student Doctorの身分を学生のままとした場合

全ての責任を指導医が負うならば、現状も常に指導・監督下で臨床実習を行っていることから、Student Doctorの立場が不明確の場合との差がなく、目標とする診療参加型臨床実習の拡大にはStudent Doctorを受け入れる病院側の指導体制の更なる拡充が必要となることから、解決できていない現状からするとこの方法は効果的とはいえない。

また、雇用契約にはないことからStudent Doctorに臨床実習とは関係ない仕事をさせることになれば、実質労働であるにもかかわらず対価が発生しないことになり、労働者として保護されず、望ましい状態にあるとはいえない。

2. Student Doctorと雇用契約を結ぶ場合

医業以外の分野において学生の身分のまま、雇用契約を結ぶことに問題がないことから、医学生がStudent Doctorとして病院と雇用契約を結ぶことは問題ない。そのため、指導医の指導・監督下で一定の侵襲を伴う臨床実習を行うならば、責任の一部がStudent Doctorにも生じることになり、事故等が生じた際に責任の度合いに応じて賠償責任も一定の割合で負うべきである。そうであるならば、現状は賠償責任保険等への加入が施設ごとの判断になっているが、Student Doctorを保護する観点からは、保険への加入を強制的にすることが望ましい。なぜなら、診療契約は患者と医療機関との間で締結されている。そのため、通常の勤務医であれば、医療機関との間に労働契約が結び診療等の労務提供義務を負うことになるが、医療事故等が起こった場合の民事上の責任の所在は第一義的には医療機関にあり、債務履行責任を負う。Student Doctorの診療行為は医療機関の診療義務の一部の履行であり、いくら大学からの教育の要請に基づいて診療等の機会の提供をしているとはいえ、責任がStudent Doctor本人が負うものとは考えられないことから、実質的な点においても、強制加入が望ましい。

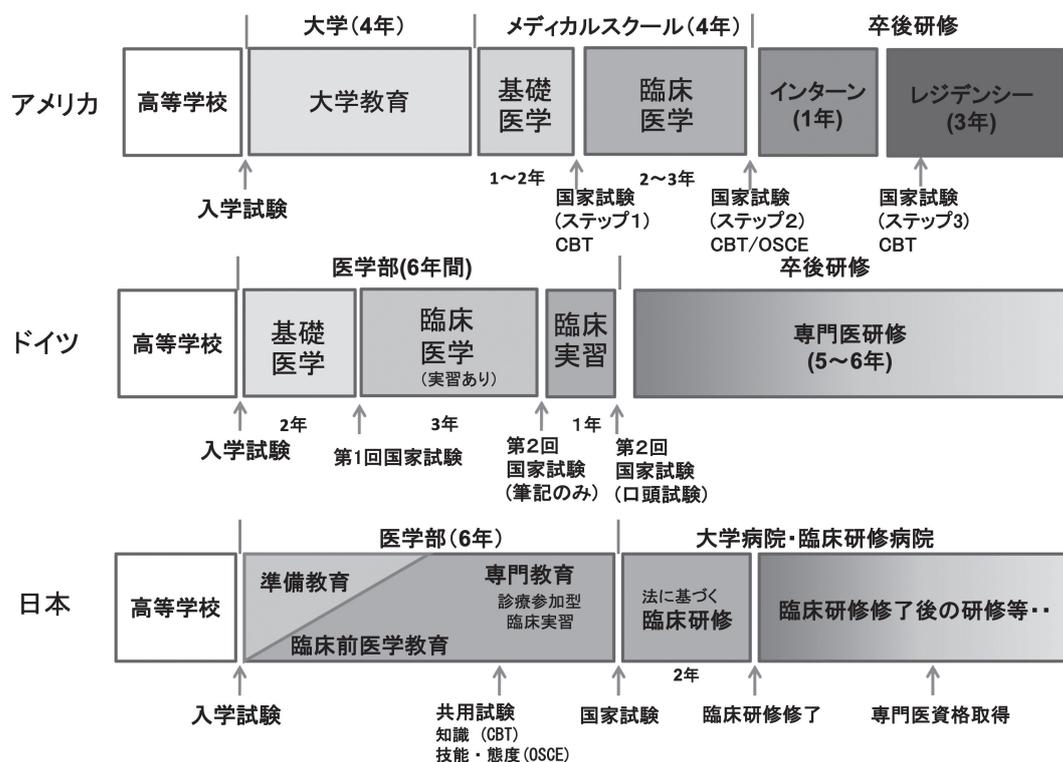
引用文献

- 1) 厚生労働省医道審議会医師分科会報告書「シームレスな医師養成に向けた共用試験の公的化といわゆるStudent Doctorの法的位置づけについて」. 2020年5月13日

2) 中谷晴昭：「日本の医学教育の現状と医師国家試験」. 医学教育46巻1号14-17頁, 2015年2月

-
- ¹ 文部省（当時）において、1987年には「医学教育の改善に関する調査研究協力者会議」によって、教育目標の明確化、カリキュラム改善、臨床実習の充実と評価、卒前と卒後研修の関連等の提言がなされた。次いで1996～1999年に「21世紀医学・医療懇談会」の第1次～第4次報告に全国的に一定の水準を確保するために「共通のシステムを作る事を検討」と明記された。文部科学省となった2001年に「21世紀における医学・歯学教育の改善方策について－学部教育の再構築のために－」にモデル・コア・カリキュラムとともに共用試験システムの開発が提示された。
- ² Common Achievement Tests Organization, <http://www.cato.umin.jp/index.html>
- ³ コンピューターを用いた多肢選択形式試験のこと。例年6ブロック全320問、各ブロック60分。合格最低基準が設定され、それを元に合格基準を各大学が設定していることから、合格者の質が均霑化されていない。
- ⁴ 客観的臨床能力試験のこと。医療面接10分、頭頸部、胸部・全身状態とバイタルサイン、腹部、神経、基本手技・救急が各5分の6つのカテゴリがあり、カテゴリごとに部屋が分かれていて、順番に回っていく形式。患者の氏名、年齢、主訴、診察項目を読み、模擬患者を相手に試験を実施。
- ⁵ Association of Japanese Medical colleges, <https://ajmc.jp>
- ⁶ 1991年に厚生省（当時）の臨床実習検討委員会最終報告で、医師法で無免許医業罪がもうけられている目的は患者の生命・身体の安全を保護することにあるため、医学生の医行為も、その目的・手段・方法が、社会通念から見て相当であり、医師の医行為と同程度の安全性が確保される限度であれば基本的に違法性はないと解釈できると整理し、違法性阻却の条件として、①侵襲性のそれほど高くない一定のものに限られること、②指導医による指導・監督の下に行われること、③臨床実習にあたり事前に医学生の評価を行うこと、④患者等の同意を得ること、4点が必要とされた。
- ⁷ 前川レポート（1991年）では、「医師法で無免許医業罪がもうけられている目的は患者の生命・身体の安全を保護することにあるため、医学生の医行為も、その目的・手段・方法が、社会通念から見て相当であり、医師の医行為と同程度の安全性が確保される限度であれば基本的に違法性はないと解釈できる」と整理されている。
- ⁸ 主任研究者：門田守人・日本医学会連合会長
- ⁹ 実施のための条件
- ①医学生に許容される医行為の範囲
- 医師養成の観点から医行為を2つに分類
- 1) 医師養成の観点から臨床実習中に実施が開始されるべき医行為
（必須項目）（例）静脈採血、胃管挿入、皮膚縫合、超音波検査、処方・点滴のオーダー 等
- 2) 医師養成の観点から臨床実習中に実施が開始されることが望ましい医行為
（推奨項目）（例）分娩介助、小児からの採血、膿瘍切開、排膿、気管挿管 等
- ②指導医による指導・監督
- 指導医によるきめ細やかな指導・監視
- 医学生が医行為を実施していることを認識し、かつ、必要があれば直ちに制止・介入できる状況であり、医師の医行為と同程度の安全性を確保

- 14 医療法及び医師法の一部を改正する法律（平成30 [2018] 年法律第79号）附則
 第2条 政府は、医療の分野における国民の需要が高度化し、かつ、多様化している状況においても、医師がその任務を十分に果たすことができるよう、学校教育法（昭和22 [1947] 年法律第26号）第1条に規定する大学（附則第8条第1項において単に「大学」という。）が行う臨床実習をはじめとする医学に係る教育の状況を勘案し、医師の資質の向上を図る観点から、医師法の規定について検討を加え、その結果に基づき、この法律の公布後3年以内に法制上の措置その他の必要な措置を講ずるものとする。
- 2 政府は、臨床研修の評価に関する調査研究を行うものとし、当該調査研究の結果を勘案し、臨床研修と医師が臨床研修を修了した後に受ける医療に関する専門的な知識及び技能に関する研修とが整合性のとれたものとする事等により、医師の資質の向上がより実効的に図られるよう、臨床研修の在り方について検討を加え、その結果に基づき、この法律の公布後三年以内に法制上の措置その他の必要な措置を講ずるものとする。
- 15 Item Response Theory
 16 Post-Clinical Clerkship OSCE
 17 Standardized Patient
 18 医道審議会医師分科会2019年6月19日シームレスな医師養成に向けた取り組みについて、参考資料2「諸外国の大学医学部における臨床教育について」



- 19 Evaluation system of Postgraduate Clinical training, 2023年3月31日で運用を終了. EPOC2 (E-Portfolio of Clinical training) : 卒後臨床研修用オンライン臨床教育評価システムの運用が開始されている.
- 20 岩手医科大学では2004年度に856.5時間あった教養教育が2020年度には532.5時間と300時間以上減

Student Doctorの法的位置づけ

少したが、その分を準備教育である症例基盤型学習（85.5時間）、チーム医療リテラシー（18時間）、研究室配属（120時間）等に充てている。

- 21 ①については指導医が忙しいという問題、指導医となる教員の能力と熱意の不足、診療参加型への不理解といった点、教員にとって給与や昇進への評価につながらないなどがある。②については、大学の臨床教育が既に見学型で日程を組んでいるため変更到手間がかかる、大学病院では既に診断の決まった専門知識・技術を要する患者が治療のために短期間入院のため学生が診療参加しにくい、診療科間で指導方針や到達目標、学生評価法が異なっているなどの問題がある。
- 22 2018年度にまとめられた門田レポートは「患者から「包括同意」を文書または口頭で得ること」が妥当とする。
- 23 患者等の同意取得の現状、医道審議会医師分科会令和元年8月1日資料3

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

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

Qクリニカル・クラークシップ実施上で問題点はありませんか

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

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