

## III. 医学生の臨床実習と侵襲性による医療行為の種別

### 1. 医学生の臨床実習の法的位置づけ

報告者：田邊政裕（千葉大学医学部教授）  
法医学からコメント：甲斐克則（早稲田大学法科大学院教授）



報告者

田邊政裕  
千葉大学医学部  
教授

宮川 ここからのテーマは、国家試験の合格前に臨床実習をするという性質を医師養成・法曹養成ともに持っていることについて、まず、医学サイドから「医学生の臨床実習と侵襲性による医療行為の種別」と題しまして千葉大学医学部の田邊先生からご報告をいただきます。よろしくお願ひいたします。

田邊 ご紹介いただきました田邊でございます。よろしくお願ひいたします。

私は、先ほど福島先生のほうからご紹介がありましたけれども、共用試験実施機構がありましたが、身体診察、医療面接、手技の3つの領域の医療行為をOSCEで評価するという部

分を担当しています。そういったことに関係しまして、今日は医師免許を取る前に、医学生がどの程度の医療行為ができるのか、あるいは医療行為ができるためには、どんなような整備が必要だったのかということについてお話しさせていただきます。

先ほどからお話を聞いていまして、法曹の人材育成と医学の人材育成と共通点があるということを今日はじめて知りました。

ドサイド・ラーニングということで、医師あるいは医療者にスペシフィックな言葉かと思っていましたが、法曹の関係でもクリニカルとか、臨床という言葉を使われていたのでびっくりしました。さらには、先ほどお話をったように、われわれの模擬患者と同じように、法科大学院教育においても模擬依頼者というのがある。法曹関係の人材育成が医学環境と似ているということで、われわれも多分法曹のほうから学ぶこともあります。よろしくお願ひいたします。

私は、先ほど福島先生のほうからご紹介がありましたけれども、身体診察、医療面接、手技の3つの領域の医療行為をOSCEで評価するという部

分を担当しています。そういうことに関係しまして、今日は医師免許を取る前に、医学生がどの程度の医療行為ができるのか、あるいは医療行為ができるためには、どんなような整備が必要だったのかということについてお話しさせていただきます。

先ほどからお話を聞いていまして、法曹の人材育成と医学の人材育成と共通点があるということを今日はじめて知りました。

ドサイド・ラーニングということで、医師あるいは医療者にスペシフィックな言葉かと思っていましたが、法曹の関係でもクリニカルとか、臨床という言葉を使われていたのでびっくりしました。さらには、先ほどお話をったように、われわれの模擬患者と同じように、法科大学院教育においても模擬依頼者というのがある。法曹関係の人材育成が医学環境と似ているということで、われわれも多分法曹のほうから学ぶこともあります。よろしくお願ひいたします。

私は、先ほど福島先生のほうからご紹

介されましたけれども、身体診察、医療面接、手技の3つの領域の医療行為をOSCEで評価するという部

せていたきます。最初に診療技能習得、要するに医行為ですね、これをどのようにして医学部の学生、さらには卒後研修において習得していくかというプロセスについて簡単に最初ご紹介させていただきます。次にテーマになっている医学生の医行為として簡単に説明させていただきます。さらに現状の問題点と、今後どのようにしてそれを変えていったらいいかということについて、これは私の個人的な考え方なので特に一般化するものではないですけれども、私見を述べさせていただきたいと思います。

私がよく使う医師育成のプロセスの図があります。樹木の葉に例えたものです。医学部に入りますと、入学時は若葉で、だんだん新緑が増していって、新緑の後にだんだん紅葉していく、最後真っ赤に紅葉しているようにして、医師の一生を表しているということを今日はじめて知りました。

この位置付けは、基本的には、医師の指導の下でいろいろなことをやるということです。卒後研修の2年間が修了すると、今度は専門研修になります。ここまでとはいわずけれども、私見を述べさせていただきたいと思います。

私がよく使う医師育成のプロセスの図があります。樹木の葉に例えたものです。医学部に入りますと、入学時は若葉で、だんだん新緑が増していって、新緑の後にだんだん紅葉していく、最後真っ赤に紅葉しているようにして、医師の一生を表しているということを今日はじめて知りました。

この位置付けは、基本的には、医師の指導の下でいろいろなことをやるということです。卒後研修の2年間が修了すると、今度は専門研修になります。ここまでとはいわずけれども、私見を述べさせていただきたいと思います。

私はこれ個人的に、医師育成の3段階飛びと zwar います。最初の医学教育、卒前医学教育はホップ、卒後研修がステップ、最後飛べるかは、やはりこのジャンプが一番大事です。このジャンプをするために、ホップ

るようなシステムですが、医師免許を取つてから2年間卒後研修をうけなければなりません。この卒後研修というのは2004年から必修化されました。それまでは努力義務だったのですけれども、医師になるためにはこの2年間の卒後研修を必ず受けなければなりません。

導の下でいろいろなことをやるということです。卒後研修の2年間が修了すると、今度は専門研修になります。ここまでとはいわずけれども、私見を述べさせていただきたいと思います。

私はこれ個人的に、医師育成の3段階飛びと zwar います。最初の医学教育、卒前医学教育はホップ、卒後研修がステップ、最後飛べるかは、やはりこのジャンプが一番大事です。このジャンプをするために、ホップ

るようなシステムですが、医師免許を取つてから2年間卒後研修をうけなければなりません。この卒後研修というのは2004年から必修化されました。それまでは努力義務だったのですけれども、医師になるためにはこの2年間の卒後研修を必ず受けなければなりません。

導の下でいろいろなことをやるということです。卒後研修の2年間が修了すると、今度は専門研修になります。ここまでとはいわずけれども、私見を述べさせていただきたいと思います。

私はこれ個人的に、医師育成の3段階飛びと zwar います。最初の医学教育、卒前医学教育はホップ、卒後研修がステップ、最後飛べるかは、やはりこのジャンプが一番大事です。このジャンプをするために、ホップ

るようなシステムですが、医師免許を取つてから2年間卒後研修をうけなければなりません。この卒後研修というのは2004年から必修化されました。それまでは努力義務だったのですけれども、医師になるためにはこの2年間の卒後研修を必ず受けなければなりません。

導の下でいろいろなことをやるということです。卒後研修の2年間が修了すると、今度は専門研修になります。ここまでとはいわずけれども、私見を述べさせていただきたいと思います。

私はこれ個人的に、医師育成の3段階飛びと zwar います。最初の医学教育、卒前医学教育はホップ、卒後研修がステップ、最後飛べるかは、やはりこのジャンプが一番大事です。このジャンプをするために、ホップ

だきます。医師育成の3段飛びについても、ドレイファスという方の1986年に出版された論文を引用させていただいています。ドレイファスは、専門職能力の習得のレベル、要するにいろんな技能・医行為を習得していくレベルを6段階に分類しています。順位的にはノービス、アドバンスト・ビギナー、コンピティント、プロフェッショント、エキスパート、マスターとなります。大体このエキスパート、マスターあたりはもうわかつくるのですけれども、最初のノービス、アドバンスト・ビギナー、コンピティントというのは何かといいますと、大体ノービスが見習いができる、医行為に参加ができるというレベルです。それからアドバンスト・ビギナーというものは、参加ができる実践ができるんだけれど、まだ監督が必要とうレベルで、指導医の指導の下でやらなければいけない。コンピティントというのが一応いろいろなことが1人できるというレベルでできなければいけないことです。しかしこれも非常に難しい高度先進医療というレベルではございません。いわゆるプライマリーケアで、医師として共通にできなければならないことです。例えば、患者さんとお話をして、説明して、いろいろな同意が得られるとか、あるいは皮膚を切開して縫合ができるとか、そういう基本的な行為が1人ででき任せられるということです。このレベルが、先ほどの卒後研修の修了ということになります。臨床実習直前から臨床実習中のレベルがノービス、臨床実習終了時がアドバンスト・ビギナーです。最終的に1人で任せられるコンピティントという部分が卒後研修修了時ということがあります。

と、専門医を取得して、その後に専門医の修練を行って、ジャンプの領域で自分の到達点を先まで伸ばしていく。最終的に、エキスパートになるのか、なかなか自分が今から振り返ってみても、その到達レベルは生涯学習にかかってきます。

日本の場合、問題になってくるのが、卒前の医学教育が文部科学省で卒後研修が厚生労働省というように所管の部門が分かれていることです。ですから、卒前の医学教育がそのまま卒後研修につながっていくわけでもないし、卒後研修で求められているものが、そのまま卒前の医学教育に反映されているものでもない。これが後々あるいは現在でもそうなのですけれども、非常に問題になっている部分でございます。

診療技能の修得というのは、従来、英語で“see one, do one, teach one”と言われています。これはどういうことかといいますと、“see one”といふのは、上級医とか指導医がいろんな診療技能をやっているところをまず見学することです。こんなふうにやるなんだなということが、大体頭の中ではわかるというようなレベルです。次の“do one”というのは、そういった理解に基づいて実際それをやってみるとことです。これは、当然先ほどの指導医の指導・監視の下でやるわけです。最終的にその診療行為を他の人に教えられるというのが“teach one”です。そのレベルまでいけば一応一人前だよということになるわけですね。“teach one”というのは從来言われていることなのですが、実際にはそう簡単なものではありません。

“one”というのは、数として考えてはい

るんですけど、実際  
めには、大体“do twice”  
なくて20回ぐらいや  
ということです。その  
mistakes”です。20回  
のうちの10回ぐらい  
で、失敗しますよとい  
にやっと患者さんに文  
アができるようになるよ  
ですね。例えば、医  
力に静脈採血といっ  
て血を探るという行  
れば“see one, do once”  
ば、患者さんから上肢  
採血しているのを見た  
いは研修医が、患者  
すけれども、20回や  
然2回に1回ぐらい  
りますけれど、絶対  
はあり得ないわけで  
を通じてだんだん腕  
1人でやれるようにな  
で、この医師の診療技  
“Learning by doing”  
ことが基本になって  
実践を通して学ぶ機  
会を取得する前に“  
せん。ですから、卒業  
取得前にそういうのが  
んでいくというのが  
に臨床医学教育の基  
す。したがって、こ  
リアしていくかとい  
くるわけです。  
実際に、どのよ

できるようになるた  
ny"です。1回じゃ  
ちなくちゃだめだよ  
うことです。その後  
やるんだつたら、そ  
は当然はじめてな  
うことだ。それ以  
て、静脈に針を刺し  
方がありますが、こ  
の"teach one"からすれ  
て、看護師や医師さんが  
る。その後、学生ある  
さんから採血するので  
るうちで、最初は当  
然失敗する。人にもよ  
りますが、失敗がないとい  
うことは、失敗を経験  
しないといけないのですね。  
を磨いて、最終的には成  
功する。そういったこと  
が可能の学習といふのは  
"with mistakes"といふこと  
であるわけですね。

世界的には、ハーデン博士の先生の論文から始めました。ハーデンは、この修得というのを6段階あります。最初は、手技の手技があるということではなく、医療行為の中には、医療行為があるのだときれいですね。

その次のレベルとしては、いろいろな面の理解が、採血して、血中のあるいは血漿成分の口ういつけたことを調べて、その状態がわかるから、どういったことを調べるか、こういふるといふことになります。例えば、生化学と基礎医学の知識が必要となることがあります。そこには、手首だらけがあります。さらによく静脈と心臓から出る血管があるのですけれども、ある静脈から、あるいは心臓から出る血管は解剖学になるわけですね。病患のことを考えると、外科学とか、あらゆる医学についての理解ですね。

は手技の観察です。先ほどの“see one”的にころに入ってくるんですね。実際に指導医や看護師さんがやるのをまず観察して、手血というのはこういうふうにやるものなのかな?などということをまず理解します。その後段階が、今度“do one”に入ってくるわけです。最初上級医や看護師さんが採血するところをお手伝いしたり、実際に採血に参加する。そういうことを何回か繰り返してある程度慣れてから、上級医の監視の下で患者さんに對して手技を實際に行なうことができる。

こういう部分で先ほど言いましたように、失敗が当然あるわけなので、その辺のことには、あらかじめ患者さんに「申し訳ありませんが、採血をさせていただけますか」と言って、患者さんの承諾を得て行なうことができます。

繰り返し行うことで、監視なしで患者さんに対しても手技ができるようになる。先ほどのコンピテンツのレベルまで達する。この段階で一応診療技能を修得したということになります。

ただ問題は、以前と比較して失敗した場合に患者さんの許容度は必ずしも上がつておませんで、どちらかといふと下がっているという傾向がございます。そういうことをやられるのは「いやだ」「困ります」と言って拒否されるケースもあります。

トレーニングを十分にやらせて、できるだけ失敗も少ない状態にさせて指導医の監視の下で患者さんに對して手技を実施するというのが現状でございます。ここに示しているのが、実際にシミュレーターでございまして、使うシミュレーターでございまして、そこで使っているシミュレーターでございまして、先ほどからご紹介があるので、詳しく

お話ししませんけれども、皮膚の縫合や靜脈採血などもこういったシミュレーターを使ってトレーニングをする。このシミュレーショントレーニングを行ってある程度できるようになってから、臨床実習に進ませる。これはこの後話がありますけれども、共用試験OSCEという試験を通してはじめて実際に臨床実習に進めるということになります。

ある程度慣れてから、上級医の監視の下で、患者さんに対して手技を実際にを行うことができる。

に、失敗が当然あるわけなので、その辺のところは、あらかじめ患者さんに「申し訳ありませんが、採血をさせていただけますか」と言って、患者さんの承諾を得て行なうことができます。

繰り返し行うことで、監視なしで患者とのコミュニケーションのコンピテンツのレベルまで達する。この段階で一応診療技能を修得したということがあります。

ただ問題は、以前と比較して失敗した場合に患者さんの許容度は必ずしも上がっていないという傾向がございます。そういうわけで、どちらかというと下がっているということをやられるのは「いやだ」「困ります」と言って拒否されるケースもあります。

的な行為になります。実際にはこういった  
侵襲的な行為や羞恥的な行為に対して、そ  
れぞれシミュレーション教育をやっておく  
必要があります。さらには、先ほどの法科  
大学院の模擬依頼者の話とも関係します  
が、模擬患者に対して医療面接のトレーニ  
ングをやる。これは実際のOSCEで模擬患  
者に医療面接をしている場面で、手前側に  
評価者がいるのですが、このような模擬患  
者を使った医療面接のシミュレーション教  
育というのも実際におこなわれています。  
ここから先ほどの臨床実習にかかわる医  
師法の適用についてお話しさせていただき  
ます。どこか問題になるかと言いますと、  
先ほどもお話がありましたが、医師  
法第17条に、医師でなければ医療をなし  
てはならないといった条項がございます。  
これをそのまま解釈すれば、医学部を卒業

して医師免許を取るまでは、医行為はやれ  
ないということになるのですね。ただ、そ  
れですと、先ほど下さいました臨床医学教育  
つまり“Learning by doing”、実践を通して  
学習するという部分ができませんので、臨  
床医学教育が成り立たなくなってしまうわ  
けですね。そこで、この部分をどのように  
クリアするかということで、臨床実習検討  
委員会が組織されました。群馬大学学長の  
前川先生が委員長をされて、医学教育に関  
係した先生方も参加してこういった結論が  
出ています。

1991年5月、すいふん前にこの報告が出されています。結局どのような報告になつたかというと、違法性の有無につきましては、医師法第17条は、患者の生命・身体の安全を保障するためにある。医学生の医行為をその目的・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れば、基本的に違法性はない」と解説することができる。法律の先生方が特にございましたと思うのですけれども、このようにこの部分をクリアといふようになります。

問題は、この医師の医行為と同程度の安全性が確保されるという条件をどうやって設定するかということです。それについて最終報告で結論が出ております。医学生に許容される医行為の条件というのが4項目ほど挙げられております。1つが、医行為の範囲を示すということ。どういった医行為だったらいいけれど、どういった医行為はだめよというような具体的に例示されています。水準1、水準2、水準3という3つのレベルに分かれています。水準1は、指導医の指導・監視の下で実習が許容され

る。水準2は、状況によって指導医の指導監視の下で実施が許容される。水準の3は、原則として指導医の実施の介助、または見学です。要するに水準1と水準2は、学生が医行為として指導医の指導の下でやってもいい、あるいはやれる可能性があるけれども、水準3については、見学または介助にとどめなさいという内容です。

簡単にそれぞれの内容を説明させていただきます。大きく分けて診察、検査、治療、救急、その他という5つに分類されています。診察は、全身の視診、打診、これは基

本的に患者さんの診察をすることです。このときは水準1として産科的診察という行為が入っていますが、これは例えば内診とか、陰に指を入れて触診するといった行為ですが、これは現状では実施することが非常に難しい。特に卒前の医学教育では難しく

い状況になっています。  
それから検査としては、こういった心電図とか脳波とか呼吸機能とか理学的な検査などはいいですけれども、直腸鏡、肛門鏡も先ほどの直腸影と同じで羞恥的な行為に入つておまりして、これも今は難しい状況ですね。  
それから治療では、簡単な皮膚の消毒とか包帯交換とか、それから導尿です。導尿というのは、膀胱の中に管を入れて、尿を排出することです。浣腸というのをご存じかまされませが、肛門から薬剤を入れて浣腸

制的に便を出させることですが、このよう  
な行為も医学生がやるのは難しいといふ状  
況になっています。あとは、止血、抜糸  
バイタルサインチェック、気道確保もなか  
なか難しい行為でございます。

さらに、水準2としては、動脈採血とか  
も現状ですとして、医療教育ではやらせに  
も現状ですとして、医療教育ではやらせに

医行為をおこなうことができますよといふことになりました。実際には、医行為をやらせるのが、なかなかかこのようない状況になっています。その理由の1つは、指導医による指導・監督といふのが難しい。指導医といふのは病院で働いている臨床医がほとんどなので医学生のそばにいて指導・監督をやっているわけにはいきかない。さらには、卒後研修も先ほど申しましたように、2004年から必修になりますして、研修医に対しても指導・監督が求められます。超多忙で、なかなかこれまで行き届かない。それから、先ほどお話ししましたように、患者さんの医行為に対する考え方方がずいぶん変わっています。なかなか同意をいただけない。あるいははじめから拒否されてしまうといった状況になってしまって、この4項目が簡単にクリアできないというのが現状かと思います。

1999年に米国の医学研究所から出されただ有名な報告書ですが、『To Err Is Human』という報告書です。米国で医療ミスによる死亡者数が、年間4万4,000人から9万8,000人あったと推計された。実際これほどの自動車事故とか乳ガンで亡くなれる人の数よりも多い。要するに医療というのは人を助けるためにやっているにもかかわらず、実際には自動車事故や乳ガンよりも、患者さんを死なせているという事実が報告されました。

さらには、医療ミスによって発生した経費が、全米の医療費の4%にもなると推計されると報告されている。さらに2001年に同じ医学研究所から出た報告ですが、医療の安全性というのが非常に重要視されており、医学教育においても、医療安全

をしっかりと担保できるような医師の育成が求められているというような状況になつております。

実際、我が国はどういう状況なのかといふのを日本医療機能評価機構から出している医療事故防止センターの医療過誤と医師経験年数からの報告から見ますと、卒業して医師の経験が10年、つまり卒業したばかりの1年目の研修では、やっぱり医療事故・医療過誤が多いのですね。ただ問題のは、その後また専門医になつてから増えてくるということです。いずれしてもこの卒後研修1年目のときが非常に多いわけです。

これはどうして多いのかというのは、いろいろ理由があると思います。私の個人的な考え方ですが、総じて臨床能力をプロットして、横軸に医師としての、あるいは卒前の医学教育の6年間と、さらに卒後研修の2年間という時間をプロットします。臨床能力は、臨床実習に入る前に一応臨床実習に必要な能力としてコア・カリキュラムが設定されOSCE、CBTヒチェックされるので、このレベルに達していることは担保されています。しかし、問題はこの出口のところで、医師国家試験で技能が評価されていない。学生は本来、研修をスタートするときには必要な臨床能力を備えていなければなりません。例えば挿管が安全にできるとか、患者さんとお話しできるかといった能力を身に付けていなければいけない。しかし医師国家試験ではそのような能力は評価されない。そうなると、臨床能力は上がっていないままで、多分卒業時点ではこんなな状況だらうと思います。本来はこういう教育をしなければいけないわけですね。研修

持の臨床能力が、研修医が研修を開始するに必要となるレベルに到達していなければならぬ。要するに研修医が臨床の現場に出で研修業務をやるのに必要な能力と卒業時の能力が同等か、あるいはそれ以上になっている必要があります。その意味で、もう一度この図を見ますと、この卒業時のところでもう1回コア・カリキュラムというのをきっちり決めて、それができているかどうかということを担保できる卒業時のCBT、OSCEをやる必要があります。さらには、そのようなことができるような教育システムを導入する。そのようなことを踏まえて、卒後研修が2年間で終わって、それをちゃんと評価をして、その段階で1人で任せられるというレベルになって、それに基づいてさらには専門研修に移っていくという切れ目がないような教育・研修でなければならない。常に出口の部分で評価をしっかりして、その評価に耐えられた学生・研修医が次に進んでいくというシステムについていかないと、やはり医療過誤はなくせないし、医療安全は保てないと思います。

この出口のコア・カリキュラムをきっちり設定して、さらにそれを評価して、それを担保できた者だけが卒後研修に進んでいいれるというようなシステムを作りかえていかなければいけないのでないかと思つておられます。

**甲斐** それでは私は、刑法と医事法が専門ですでの、その立場から10分程度でコメントさせていただきたいと思います。

今の田邊先生のご報告を聞いていくつか大変興味を持ちました。一昨年の臨床法學教育のシンポジウムで、マサ・マーリー

以上まとめますと、医行為は実践を通して修得される。シミュレーション教育の重要性が増している。医学生が条件を満たすことによって医行為に違法性がないと解釈されている。卒業時のコア・カリキュラムに基づくOSCE、CBTの導入によって、卒業生の質を担保する必要があるということです。

宮川 どうもありがとうございました。医師養成の各段階で医学生、新人医師の能力を確認し、シームレスに医師としての能力を育成する必要があるというご指摘ですね。法曹養成でも「プロセスとしての法曹養成」ということがいわれますが、法曹養成の場合、各段階での能力の確認が十分にされているというわけではなく、依然として司法試験に非常に大きな重心があると思います。法学サイドから早稲田大学の甲斐先生にコメントをいただきます。

# コメントーター 6 甲斐克則

**甲斐** それでは私は、刑法と医事法が専門ですので、その立場から10分程度でコメントさせていただきたいと思います。

今のは田邊先生のご報告を聞いていくつか大変興味を持ちました。一昨年の臨床法学教育のシンポジウムでもこのテーマが取り上げられて、そこで私は法律教育と医師教育の共通点として3つの観点を挙げました。1つ目は倫理教育。そして3つ目は技術。2つ目は倫理教育。そして3つ目は技術。この3本柱はやっぱり共通であろうということを指摘させていただきました。これは今でも変わっておりません。この3つは、いずれも実は相互不可分の関係にあるだろうと思います。とりわけ、専門職大学院であれば、このことは十分に自覚しておく必要があるうかと思っております。

そういう観点から今日のお話を伺った次第ですが、まずやっぱり先生のお話を聞いて、質の確保をいかにするかという点が重要だというふうに理解しております。これはおそらく法曹教育でも同様だろと思思います。そこで、ロースクールでいろいろと今まで何人かの先生がご報告されました。とりわけ、先の報告では“fitness to practice”という言葉も出来ました。これはやっぱりロースクールでも同じだろと思うのですが、そういう質を保って、かつ優秀な人材を輩出するためには、やはり実践をいかに学生に體験せるかということが重要です。その点について先生のご報告の中で、医師法17条との関係が出てきました。したがって、具体的な点に絞って指摘したいと思います。

医療をすることができない。ここにも六法がありますけれども、この法意といいますか、法律の意味ですよね。先ほどお詫びで詫問では、レジュメにもございましたが、医師法で無免許医療罪が設けられている目的的は、患者の生命・身体の安全を保護することにある。これは間違いないのでありますけれども、より正確には、これはある意味では二次的なことでありまして、最終目的・直接的な目的は、医師の名をたって、不正に商業として医療めいた行為を行うものが生じることを防ぐということですね。だからこそ、医師の国家試験なり免許というものが課せられています。

しかし、ある意味ではこのことと医学生を教育するということは区別できると考えております。ある意味でというのはどういふことかといいますと、先ほど言いましたとおり、医師法17条は、あくまでも医師免許を持たない者が、利益を得るとかあるいはその他の目的で勝手に医療をやるということを直接的に禁止しているわけなのです。医学部の学生は」と、そういう目的・趣旨が違うというふうに法解釈ができる。解釈論としてもこれでいいと思います。そうすると、医学部では、やはり医師を育てるという目的があるのであります。そうしますと、医師法自体が目的とされている医師の育成を逆に妨害するといふ點がなにならないようにするために、解釈論としても私はそこに一線を画していいと思います。もとと壁々と解釈論を開拓し、もっともっといろんな具体的なプランを、政策を出していいと考えております。

と思ひます。私も第二東京弁護士会の懲戒委員もやっておりますから、よくこの問題に直面して案件処理しております。弁護士法72条もやっぱり弁護士がいの行為を行うという非弁活動を直接的に禁止しているわけです。そのことと近い将来法曹はこれを禁止している趣旨ではないと理解しております。これについても弁護士会はもう少し全面に出していくのではないかと思つております。つまり教育目的ですね。  
そこで、それらをもう少し実践するためには、田邊先生がご指摘されました安全性の確保がどうしても必要だということを改めて痛感いたしました。これはロースクールでも参考になるではないかと思います。特にハーデンの6段階でしたか、これなんかは非常に参考になりました。それぞれ詳細は割愛しますけれども、これを法曹教育に当てはめでいけば、ある程度のガイドラインができるのではないかなと思います。  
具体的な条件として1991年に出された4項目は、法曹教育でも参考になると思います。その医行為というところを法曹活動・弁護活動に置き換えて考えれば整理できると思います。  
つまり、第1点は、弁護活動の範囲を示す。どこまでできるかということを示す。  
2番目に、弁護士による指導・監督が条件となるでしょう。3番目には、それを受け取る資格のあるロースクール生というのはどういうものか。リーガルクリニックで授業の一環として行うといいましょうか、そういうふうな条件がつけば決してクリアできないとは思われない。それから事案によつ

早稻田大学法科大学院  
教授

卷之三

では、クライアントの同意というのはしつかり取っておくことは、おそらく

リーカルクリニックで行う場合でも同様だろうというふうに思っています。

民事ではそれでいいでしょけれど、刑

事事件ではやっぱり検査、警察、法曹関係者との一定の協議も必要かと思つてはおります。そういうのもきちんと具体化し、そしてそれを臨床法学教育のカリキュラムの中へコア・カリキュラムとして取り込んでいって、そしてガイドラインに則つて行う

教育の一環であるという位置付けをすれば、私は懸念されているいろんな問題がクリアできるのではないかというふうに考

えております。医学での侵襲的行為あるいは差別的医行為というのが、一番課題ですけ

れども、誰でもというのはおそらく無理だ

うと思いますが、条件をかなり厳しくし

て、それに沿つて対応できる学生について

は認めるというふうな一定の資格を学生に求めて、対応していくは、法解説論として

も現行法でも私はいけると思う。不安であ

れば、さらにそれをもう少しガイドライン

として具現化して提示すれば対応できるといふふうに思っています。

そういう意味で、改めて法曹教育と医学教育の共通点というのが発見できたような気がするわけです。そういうことが、先に報告された先生方の言葉の中に医学の "social responsibility" という言葉がございましたけれども、ロースクールもやっぱり "social responsibility" があるわけですから、

きちんとした責任ある人材を送り出すとい

うことには避けて通れないだろうと思います。これにチャレンジしていただきたいところ

思った次第であります。

最後に、医療事故との関係が出来ました。

私は、医療事故の研究もやっていますので、先生からその話が出るとは予測していませんでしたので、大変興味深く聞きました。おっしゃるなりおりまして、私も医療事故の分析をしていますが、初心者の一番事故が多いです。これは未熟なるがゆえに起きるわけですね。それから、4年目が多かつたと思いますが、これはある程重複れています。慣れによる油斷というのがあって、大

体これは医療にかかわらず、いろんな事故を私は分析していますけれども、總じて共

通点があるというふうに思っています。し

かし、医療であれば、人はミスを犯すとい

うことが前提とはいえ、減らしたほうがい

いわけですから、そこ辺も今のような卒

前いろいろな指導とかあるいは免許を取つ

た後の現場に行く前のいろんな教育とい

うのをもうちょっといろいろ工夫をして対応

していくといふこと、継続的な研修システ

ムというが必要であろうと思った次第で

あります。

宮川 用斐先生、コメントありがとうございます。論理、倫理、そして技能を一休として教育することのご指摘は、大変に示唆に富むのです。法曹や医師という専門職業人の教育に共通の課題であると思います。

<第4報告 資料1>

医学生の臨床実習における医行為一現状と今後の展開 千葉大学大学院医学研究院 田邊政裕

### 1. 診療技能修得のプロセス

医師の育成は、卒前の医学教育から始まり、医師免許取得後に臨床研修を受け、その後専門医を目指す専門研修、専門医としての生涯教育によって達成される。医学生は医学部を卒業して医師免許を取得しても、まだ一人前の医師とは言えず、その後2年間の臨床研修が義務付けられている。診療技能の修得は、それに関連する基礎、臨床医学の知識修得から始まり、臨床実習で患者診療の見学、参加、指導医の指導の下で、さらに一人で実践できるレベルになるプロセスを経て達成される。このプロセスは「実践を通して学習する」(Learning by doing) ことが基本となるため、医学生は医師になる(医師免許を付与される) 前に医行為を行わなければならない。医療安全などの問題から、診療技能修得のプロセスに患者を診療する臨床実習前に様々なシミュレーション教育が導入されている。

### 2. 医学生の医行為と医師法との関連

医師法第17条には「医師でなければ医業をなしてはならない」との規定があり、医行為を実践しながら学習する臨床実習とは齟齬がある。医学生の医行為の違法性の有無について検討された結果、1991年5月に臨床実習検討委員会(厚生省健康政策局)から以下の最終報告が出された。1) 医師法で無免許医業が受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。2) 医学生の医行為もその目的、手段、方法が社会理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れば基本的に違法性はないと解釈ができる。医学生の医行為が許容される具体的な条件として、以下の4項目が示されている、①医行為の範囲を示す例示、②指導医による指導、監督、③医学生の要件(臨床実習に参加する学生の知識、技能、態度等を担保するための基準)とそれを評価するための評価法、④患者の同意。③の要件を満たすために、2001年3月に医学教育モデル・コア・カリキュラム(全医学生が修得すべきミニマム・エッセンシャルな教育内容)が医学における教育プログラム研究・開発事業委員会から提示され、それを評価する試験体制(共用試験実施機関)が導入された。

### 3. 問題点と今後の展開

医療安全、患者中心の医療へのニーズが高まる中で、侵襲的、差別の医行為を医学生が臨床実習で実践することは困難になっている。その結果、臨床実習が見学型で終始し、医学生の臨床能力向上に繋がらない状況がある。しかし、研修医は日常業務で様々な医行為をこなす必要があり、卒前と卒後で求められる臨床能力に格差がある。それが研修医の医療過誤の原因となっている可能性もあり、卒前から卒後へのシームレスな臨床教育・研修体制の構築が緊急の課題である。研修医が支障なく研修をスタートできるレベルにコア・カリキュラムを設定して、それを知識のみでなく、技能、態度まで評価して、本業を許可するような卒前医学教育の変革が必要である。