



## 医学教育の今!

# 診療参加型臨床実習について: 医師法の改正によって、医業が学生に許可されたことについて

東京科学大学 大学院医歯学総合研究科 臨床医学教育開発学

やま わき まさ なが  
山 脇 正 永  
Masanaga YAMAWAKI

## 要旨

- ・診療参加型臨床実習は医学生が診療チームの一員として臨床に参加し、患者との関わりや診断・治療の実践を通じて臨床能力とプロフェッショナリズムを養う教育手法であり、日本でも国際基準に沿って導入が進んでいる。
- ・2023 年の医師法改正により、医学生が適切な監督下で医行為を行うことが法的に認められ、従来の「グレーゾーン」を解消し、国際認証制度や患者安全への対応を図っている。
- ・学生に認められる医行為は、医学教育モデル・コア・カリキュラムに例示されており、診察、採血、注射など基本的な医行為が主となっている。
- ・診療参加型臨床実習の課題として、患者の理解と同意の確保、指導医の負担軽減と教育体制の整備、実習内容の標準化と評価方法の確立等があげられる。

## I. 診療参加型臨床実習の背景と意義

医学教育において、診療参加型臨床実習 (Clinical Clerkship) は、医学生が医師として必要な臨床能力を身につけるための重要なステップである。この実習は、学生が医療現場において実際の診療チームのなかで診療活動に参加し、患者とのコミュニケーションや診断・治療計画の立案、医療チームでの協働を通じて実践的な学びを得ることを目的としている。その起源は、19世紀のドイツやフランスに遡り、病院を基盤とした実地教育が重視された。特にベルリン大学やパリ大学では、ベッドサイド教育を通じて診断学・治療学を直接学ぶスタイルが確立した。これが今日のclerkshipの原型とされている。20世紀に入ると、米国のジョンズ・ホプキンス大学がモデルとなり、基礎科学と臨床実習を統合した体系的な医学教育が広がった。ここでは学生が「見学者」から「診療参加者」へと役割を深めることが重視され、現代のparticipation型clerkshipの基礎となった。見学型の実習に比べて、学生が主体的に関与する機会が多く、知識を現場で応用する能力やプロフェッショナリズムの涵養に寄与するものとされている。

日本では長らく「見学型実習」が中心であり、医学生は診療を傍観する立場にとどまっていたが、2000年代以降、医学教育の国際基準化が進む中で、診療参加型臨床実習が広く導入されるようになった。医学部4～6年生を対象に、約2年間大学病院や地域医療機関で実習を行う形が一般的となっている。学生は指導医の監督のもと、診療の一部を実際に担当し、診察、カルテ記載、検査結果の解釈、治療方針の提案などを経験する。このような取り組みにより、臨床スキルだけでなく、患者中心の医療を実践する能力や、医療従事者間の連携スキルを育成することが期待されている。

## II. 医師法改正による医学生の医行為の許可

2023 年の医師法改正により医学生が一定の条件下で医行為を行うことが明確に認められた。それまで日本においては、医師法第17条において「医師でなければ、医業をなしてはならない」と規定されていたが、実際に臨床実習の場において医師の監督下で一部の医行為（採血や身体診察など）が行われており、医師免許を持たない医学生が医行為を行うことは「違法性の

阻却」事由として整理されていた。この「グレーゾーン」を解消し、教育的意義を重視した形で法的に整備し今回の改正となった。

改正に至った背景には複数の要因がある。第一に、国際的な医学教育認証制度との整合性である。世界医学教育連盟（WFME）が定める基準では、臨床実習において医学生が実際に患者に接し、医行為を経験することが求められている。日本も2017年から国際基準に基づく医学教育認証制度が導入され、卒業生が海外での研修や学位認定を得るためには、この基準を満たすことが必要となった。第二に、チーム医療の推進と臨床能力向上の必要性がある。従来の日本の医学教育は知識偏重で、臨床現場での実践力が不十分との批判があった。早期から患者と接し、基本的手技を習得することは、安全で質の高い医療を担う医師の養成に直結する。第三に、患者安全の観点からも法的整備が不可欠であった。医学生が現場で手技を行うこと自体は現行でも広く行われていたが、法的根拠が不明確であったため、事故が発生した場合の責任の所在が曖昧で、医学生自身や指導医に不安があった。こうした実態を是正し、明確に「医師の指導監督下であれば医学生が一定の医行為を行える」と規定することで、教育と法制度を一致させる狙いがある。

### Ⅲ. 学生の医行為の内容

改正医師法では、医学部に在籍する学生が臨床実習等の教育課程において、適切な指導・監督の下であれば医行為を行うことができると明文化された。ここで重要なのは、「独立した医業」ではなく、教育目的で限定的に認められる点である。また、対象となる医行為は診察や採血、注射、身体診察など基本的な範囲に留まり、高度でリスクの高い処置については従来通り医師に限定される。また監督責任は指導医にあり、医学生は自己判断での医療行為を行うことは許されない。具体的な医行為の内容としては、2022年度版の医学教育モデル・コア・カリキュラムに記載されている（表）<sup>1)</sup>。

### Ⅳ. 診療参加型臨床実習における今後の課題

医師法改正がなされた後も診療参加型臨床実習についていくつかの課題が残されている。

まず患者の理解と同意の問題である。臨床実習は患者の協力なしには成立しないが、学生による医行為に対して不安を抱く患者も少なくない。医療機関は、学生の臨床能力 (competence) を担保し、実習の目的や安全管理体制を丁寧に説明し、インフォームド・コンセントを徹底することが不可欠である。また、教育体制と指導医の負担への対応も重要である。学生の医行為を安全に実施するためには、指導医による十分な監督と指導が必要となる。しかし現場の医師は日常診療に加え、教育・監督の責任を担うことになり、過重な負担となりかねない。教育担当医師の育成や診療報酬上の評価、指導環境の整備が求められる。さらに、教育内容の標準化と評価方法の確立も課題となっている。現状では大学ごとに臨床実習の内容や医行為の範囲が異なり、学生の能力格差が大きい。改正を契機に、全国的に統一された実習ガイドラインやコンピテンシー評価の仕組みを整備する必要がある。これにより、患者安全を担保しつつ、学生が卒業時点で一定の臨床能力を身につけることが期待される。法的責任とリスクマネジメントの明確化も重要な課題である。万一事故が発生した場合、医学生自身、指導医、大学、病院のいずれがどの範囲で責任を負うのかは、依然として不明確である。今後、具体的な指針や判例の積み重ねを通じて、責任の所在を明確化していくことが必要である。

### おわりに

医師法の改正によって、医学生による医行為はようやく法的に正当化され、教育と制度の不整合は大きく改善された。これは国際的水準に即した医学教育の実現に向けた重要な一歩であり、将来の医療の質向上に資するものである。しかし同時に、患者の理解、教育体制の充実、標準化、リスク管理といった新たな課題が浮かび上がっている。今後は、法改正を実効性あるものとするために、医療現場と教育行政が連携し、持続可能な



臨床教育システムを構築していくことが求められる。

## 文 献

1) 文部科学省. 医学教育モデル・コア・カリキュラム 令和4

年度改訂版

「(2) 医師養成の観点から医学生が実施する医行為の例示について(門田レポート)」

[https://www.mext.go.jp/content/20240220\\_mxt\\_igaku-000028108\\_01.pdf](https://www.mext.go.jp/content/20240220_mxt_igaku-000028108_01.pdf)

(引用 2025/09/08)

表 医学教育モデル・コア・カリキュラムでの学生の医行為一覧(門田レポートより)

分類	① 必須項目 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	② 推奨項目 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
診察	診療記録記載(診療録作成) <sup>*1</sup> 医療面接 バイタルサインチェック 診察法(全身・各臓器) 耳鏡・鼻鏡 眼底鏡 基本的な婦人科診察 乳房診察 直腸診察 前立腺触診 高齢者の診察(ADL評価、高齢者総合機能評価)	患者・家族への病状の説明 分娩介助 直腸鏡・肛門鏡
一般手技	皮膚消毒 外用薬の貼付・塗布 気道内吸引 <sup>*2</sup> ネブライザー 静脈採血 末梢静脈確保 <sup>*2</sup> 胃管挿入 <sup>*2</sup> 尿道カテーテル挿入・抜去 <sup>*2</sup> 注射(皮下・皮下・筋肉・静脈内) 予防接種	ギプス巻き 小児からの採血 カニューレ交換 浣腸
外科手技	清潔操作 手指消毒(手術前の手洗い) ガウンテクニック 皮膚縫合 消毒・ガーゼ交換 抜糸 止血処置 手術助手	膿瘍切開、排膿 嚢胞・膿瘍穿刺(体表) 創傷処置 熱傷処置
検査手技	尿検査 血液塗抹標本の作成と観察 微生物学的検査(Gram染色含む) 妊娠反応検査 超音波検査(心血管) 超音波検査(腹部) 心電図検査 経皮的酸素飽和度モニタリング 病原体抗原の迅速検査 簡易血糖測定	血液型判定 交差適合試験 アレルギー検査(貼付) 発達テスト、知能テスト、心理テスト
救急 <sup>*3</sup>	一次救命処置 気道確保 胸骨圧迫 バックバルブマスクによる換気 AED <sup>*2</sup>	電気ショック 気管挿管 固定など整形外科的保存療法
治療 <sup>*4</sup>	処方薬(内服薬、注射、点滴等)のオーダー 食事指示 安静度指示 定型的な術前・術後管理の指示 酸素投与量の調整 <sup>*5</sup> 診療計画の作成	健康教育

※1 診療参加型臨床実習実施ガイドライン「学生による診療録記載と文章作成について」を参考に記載する  
 ※2 特にシミュレーターによる修得ののちに行うべき ※3 実施機会がない場合には、シミュレーターによる修得も可である ※4 指導医等の確認後に実行される必要がある ※5 酸素投与を実施している患者が対象

出典：医学教育モデル・コア・カリキュラム 令和4年度改訂版

「(2) 医師養成の観点から医学生が実施する医行為の例示について(門田レポート)」(文部科学省)  
[https://www.mext.go.jp/content/20240220\\_mxt\\_igaku-000028108\\_01.pdf](https://www.mext.go.jp/content/20240220_mxt_igaku-000028108_01.pdf) より転載