厚生労働省説明

「今回の医師法改正の狙いについて」

厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室企画専門官
小林　綾子

厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室、小林と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、今回の医師法改正の狙いについて厚生労働省から説明をさせていただきます。

日本の医学教育における従来から指摘されている課題として、臨床実習が見学中心になりがちで実践する機会が乏しいこと、医学部6年間と臨床研修2年間が、医師国家試験とその受験準備で分断されていること、臨床実習と臨床研修の一貫した到達目標がなく、研修内容に重複が生じることなどが挙げられておりました。

このような課題を解決するため、医学部教育と臨床研修の継ぎ目をできるだけなくす、つまりシームレスな医師養成が求められるようになり、これまで取組を行ってまいりました。

医師国家試験での分断については、平成17年から正式導入された共用試験が医学教育の中で位置づけられてきたため、平成30年から国家試験の問題数が500問から400問に減ったこと、出題傾向として、臨床実地問題により重点を置くようにしたこと、診療参加型臨床実習を促進するために、平成30年に医学生が行うことができる医行為を再整理し、提示いたしました。

また、臨床研修と臨床実習をより一貫して行うために、令和2年度から開始された新臨床研修指導ガイドラインでは、医学教育モデル・コア・カリキュラムと到達目標を統一させました。

基本的な診療能力を身につけるためには、令和2年度からPost-CC OSCEの正式実施や、臨床研修での外科・産婦人科・小児科・精神科・外来研修の必修化などを行ってまいりました。今回の法改正は、このシームレスな医師養成の取組の一つとして、より診療参加型臨床実習を促進する目的で行っております。

先生方は皆様、知っていらっしゃることかと思いますけれども、共用試験は、医療系大学間共用試験実施評価機構（CATO）が施行している試験であり、2005年（平成17年）から正式実施されており、日本の全医学生が受験しています。臨床実習に進む前の知識を評価するCBTと、技能・態度を評価するOSCEで構成されております。

共用試験が実施されることになった流れといたしましては、昭和62年に医学教育の改善

に関する調査研究協力者会議にて、今般のシームレスな医師養成の基盤となる提言がなされました。

次に、平成3年の臨床実習検討委員会にて、臨床実習における医学生の医業の違法性を阻却する条件として、臨床実習に当たり事前に医学生の評価を行うなどの条件が必要とされました。

また、平成8年から11年の21世紀医学・医療懇談会の報告において、全国的に一定の水準を確保するために、共通の評価システムをつくることを検討することが明記されました。

これを受け、平成13年の「21世紀における医学・歯学教育の改善方策について」において、教育内容のガイドライン、モデル・コア・カリキュラムの作成と、臨床実習開始前の適切な評価システムを構築するための共用試験システムの開発を示されました。

このことから、平成17年より共用試験は正式実施をされております。

また、共用試験が正式実施された後も、臨床実習については課題を認めております。各大学で臨床実習が行われておりますが、こちらは平成30年に行った、医学部5年生の3月時点での学生が実施経験のある医行為を調査した研究であります。この中では、ほぼ全ての学生が行っている行為もあれば、実施率が50%に満たない項目もあります。特に静脈採血や末梢静脈確保、胃管挿入、尿道カテーテル挿入、静脈内・皮内の注射など、医学教育モデル・コア・カリキュラムで必修とされている医行為、これらは臨床研修の開始後すぐに行うことが考えられる医行為ではありますが、実習での実施率は50%以下にとどまっている現状がうかがわれます。

これまで昭和の時代から平成にかけて、シームレスな医師養成のための取組を行ってまいりましたが、医療はより高度になり、プロフェッショナリズムの教育の重要性が増していることから、診療参加型臨床実習をさらに充実させるために、令和元年から令和2年にかけてシームレスな医師養成を検討してきた医師分科会において、臨床実習に進む前の知識と技能と態度を評価するCBT・OSCEを公的化すること、また、共用試験を公的化することで一定の水準が公的に担保されることから、臨床実習において行われる医学生の医業を法的に位置づけるべきという提言がなされ、今回の法改正となりました。

この資料は、いわゆるStudent Doctorの行う医行為について法的に整理した案です。診療契約は患者と医療機関の間で締結されるもので、Student Doctorは指導医の指導・監督の下で、診療等の一部を指導医とともに実施することになります。

今回の法改正に関しては、医師の働き方改革や、タスクシフト・タスクシェア、地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援などの措置等に関する法改正の中の一つということになっております。

実際の条文をお示しします。医師法の第11条、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。

1、大学において医学の正規の課程を修めて卒業した者。

今回の法改正により、以下の文が加えられました。「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（第17条の2において「共用試験」という）に合格した者に限る」。

この共用試験の国家試験の受験要件化については、令和7年度より施行となります。

次に、医学生の医業についてです。

医師法の第17条1に「医師でなくては、医業をなしてはならない」と述べられておりますが、今回、2が加えられ、「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（政令で定めるものを除く。次条において同じ）をすることができる」とされました。

こちらは令和5年度より施行となります。

また、今回の法改正では附帯決議がなされ、衆参同様でありますが、「医学部教育と臨床研修を切れ目なくつなぐ観点から、医学部における共用試験の公的化を踏まえ、診療参加型臨床実習に則した技能修得状況を確認するための試験の公的化を含め、医師国家試験の在り方を速やかに検討すること」とされました。こちらに関しても、今後検討を行ってまいります。

改めて、シームレスな医師養成に向けた取組です。

臨床実習・臨床研修を通して基本的な診療能力を身につけられるよう、診療参加型臨床実習の充実、国家試験の改革、臨床研修の見直しを行ってまいりました。また、学生の評価や症例管理においても、今年の夏より、これまで臨床研修で導入されていたEPOCが臨床実習でも導入されることになっております。これにより、臨床実習から臨床研修にかけて一貫した評価や症例経験管理が行われることが期待されます。

厚生労働省としましては、令和5年度より施行となる共用試験の公的化と医学生の医業の法的位置づけに関しての施行に向けた取組を開始しております。これから大学に向けた情報発信なども適宜行ってまいりたいと考えております。

最後になりますが、今回の共用試験の公的化に至ったのは、全国でCBT・OSCEを行っていただいている大学の先生方の御尽力あってのものであり、大変感謝を申し上げます。今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

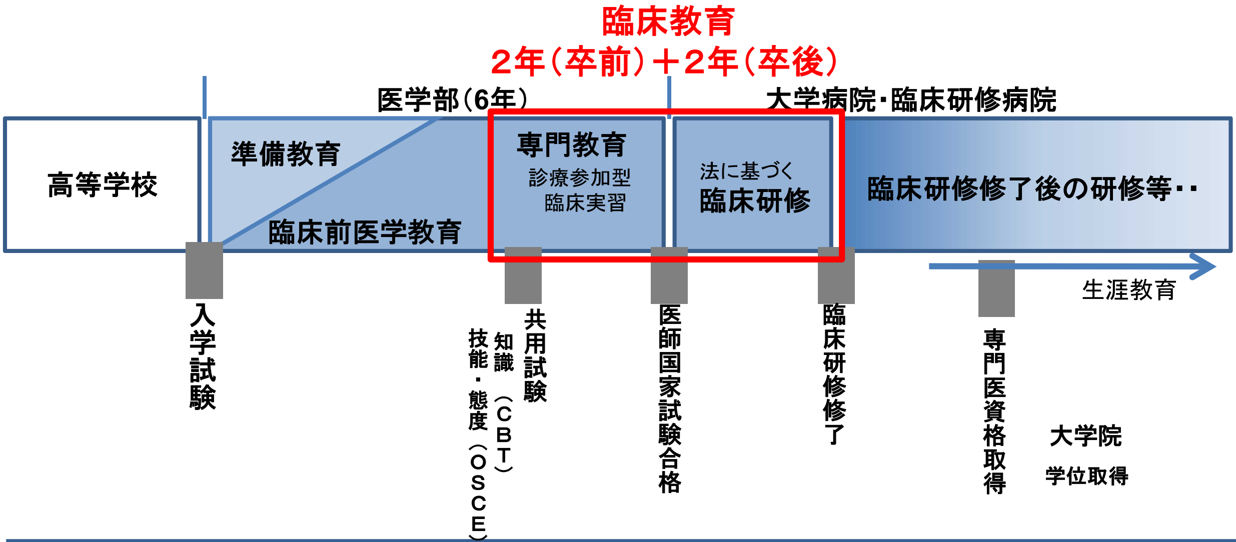
ありがとうございました。以上です。

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

今回の医師法改正の狙いについて

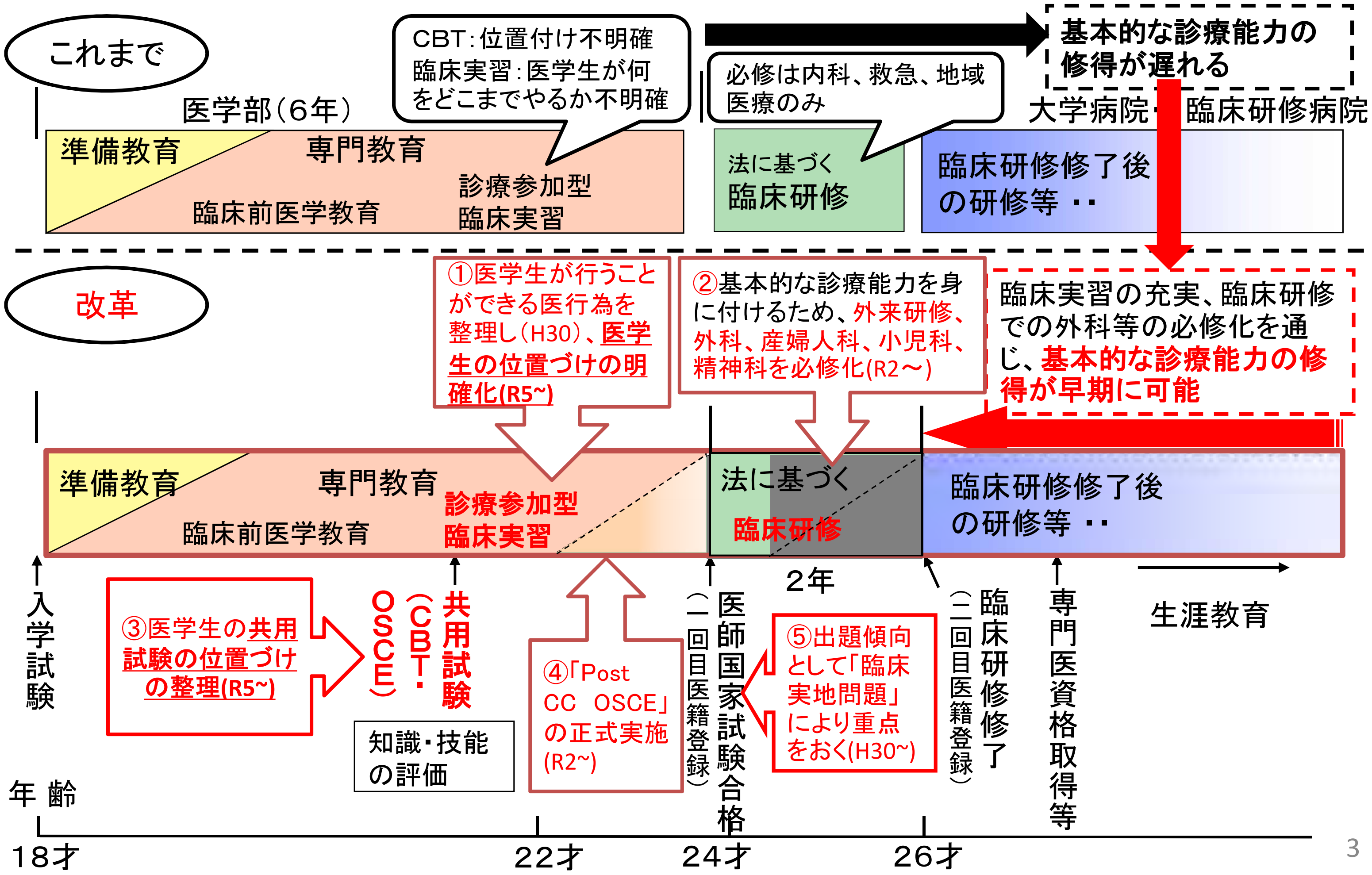
厚生労働省医政局医事課
医師臨床研修推進室

従来からの臨床教育における課題



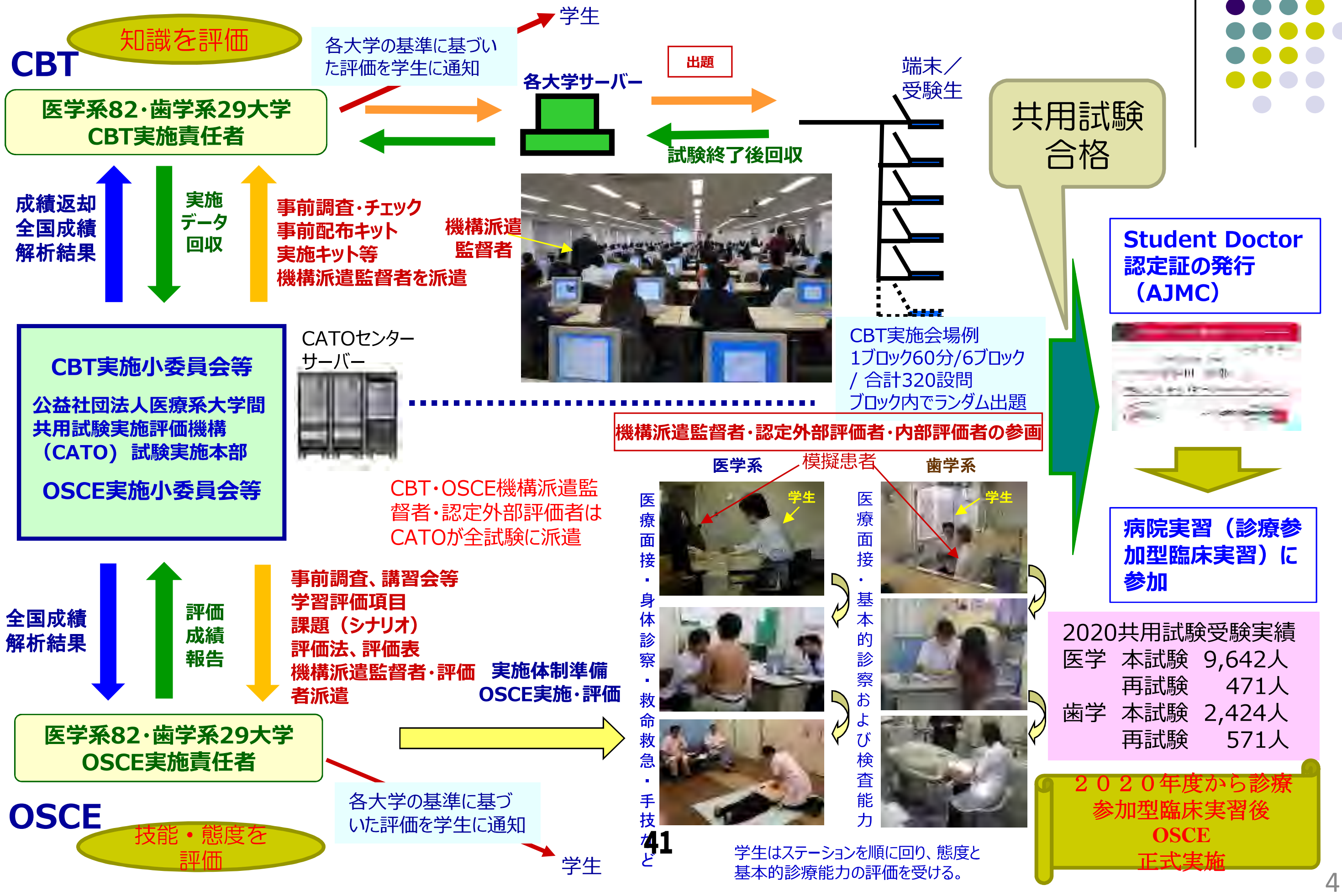
- 臨床実習においては、見学中心で、**実習の実践性が乏しく、習得度が高くないのではないか**という指摘がある。
- 医師臨床研修到達目標は、卒前・卒後の連続性を考慮した一貫性のあるものであるべきである一方、従来の制度では卒前・卒後による分断が発生しており、**研修内容に重複が生じうる**状況となっている。
- 日本と同様に国家試験を採用している諸外国と比較し、**日本は臨床実習と臨床研修を合わせた期間が比較的長く**、卒前・卒後の分断による非効率な実習・研修体制が一因となっている可能性がある。

総合的な診療能力を持つ医師のシームレスな養成



2001年からのトライアルを経て

共用試験実施の概要（2005年12月から正式実施）



共用試験導入に至る議論の流れ

医学教育の改善に関する調査研究協力者会議（文部科学省、昭和62年）

○ 教育目標の明確化、カリキュラム改善、臨床実習充実と評価、卒前と卒後研修の関連等多くの提言

臨床実習検討委員会最終報告　（厚生省、平成3年）

○ 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。

○ 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、の4点が必要とされた。

「21世紀医学・医療懇談会報告」第1次～第4次報告（文部省、平成8年～平成11年）

○ 全国的に一定の水準を確保するために「共通の評価システムを作る事を検討」と明記

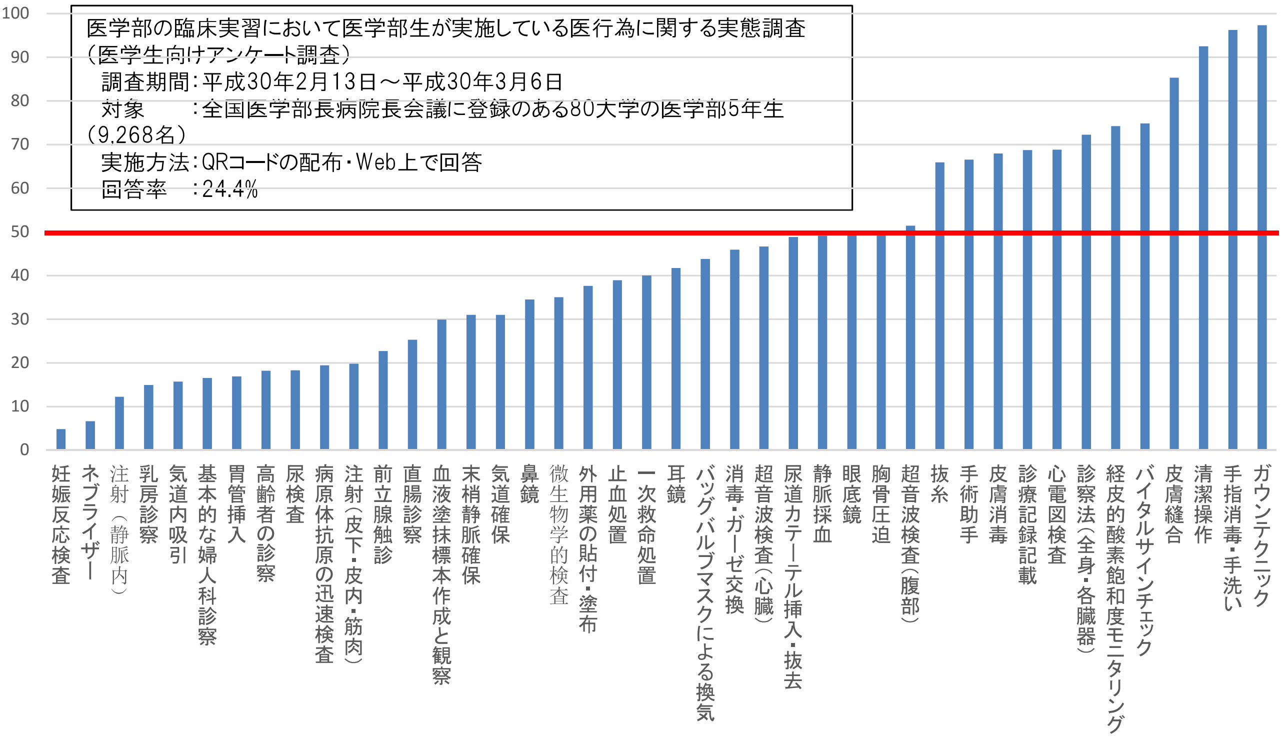
「21世紀における医学・歯学教育の改善方策について－学部教育の再構築のために－（文部科学省、平成13年）

○ 学部教育内容の精選＝「モデル・コア・カリキュラム」：教育内容ガイドライン作成

○ 臨床実習開始前の適切な評価システム構築＝共用試験システムの開発

共用試験導入後も残る課題

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のうち
「実習で指導医の指導・監視のもと実施した」と回答した医学生の割合（%）



○ 5年生の3月時点に施行した調査で、静脈採血、末梢静脈確保、胃管挿入、尿道カテーテル挿入・抜去、注射（皮下・皮内・筋肉）、注射(静脈内)など、臨床研修開始直後から必要とされる医行為でも実施率が50%未満にとどまっている

出典：平成29年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「医学部の臨床実習において実施可能な医行為の研究報告書」

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
医道審議会医師分科会　報告書 概要（令和２年５月）

○従来より卒前教育と卒後教育は分断され、連続性が乏しいと評されてきたが、医師が修得すべき知識・技能が増加していることや、プロフェッショナリズム教育の重要性が増していることなどから、**卒前教育においても医学生が診療に参加し、医療現場を中心として一貫して行う必要性が認識**されてきた。
○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付けが重要**。
○今回は、**(1)共用試験CBTの公的化、(2)共用試験臨床実習前OSCEの公的化、(3)いわゆるStudent Doctorの法的位置づけ**について検討した。

（1）共用試験CBTの公的化
- 全大学で実施され、項目反応理論などの問題の精度管理の手法や評価手法が確立している。
- 医学教育でその位置付けは確立されており、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。

（2）共用試験臨床実習前OSCEの公的化
- 現状の医学教育の中で臨床実習前に技能と態度を試験する機会として確立している。
- 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極めて重要であり、共用試験CBTとともに公的化すべきである。
- 模擬患者が重要な役割を果たしており、全国的に取り組む組織の創設や模擬患者に対する研修体制の整備などの検討が必要。

（3）いわゆるStudent Doctorの法的位置づけ
- 臨床実習開始前の共用試験を公的化することで、一定の水準が公的に担保されることから、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。
- 実施する行為については、指導する医師が適宜、医学生の能力と患者の状態等を勘案して判断すべき。

共用試験の公的化といわゆるStudent Doctorの法的位置づけによる影響
(1)医学教育への影響
- 臨床実習の診療参加型化の促進につながる。

(2) 医学生(医師)個人への影響
- 手技等を経験する機会が増加し、手技の比重が高い診療科に対する積極的な効果により、診療科偏在是正に対する効果が期待される。
- 臨床研修における負担が一部軽減され医師の働き方改革にも資することが期待される。

(3) いわゆるStudent Doctorが診療参加型臨床実習を行う際の患者同意等
- 同意を患者から得られやすくなることで、診療参加型臨床実習が促進される。
- 将来的に患者理解が進んだ場合、一般的な処置について、特別な同意取得の必要なく、診療参加型実習において行うことを可能となることが望ましい。

(4) 地域における実習と地域医療への影響
- 主体性を持って地域医療を体感することで、将来のキャリアに良い影響が与えられる。
- 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。

他の診療参加型臨床実習の充実のための取組
(1) 患者の医育機関等へのかかり方

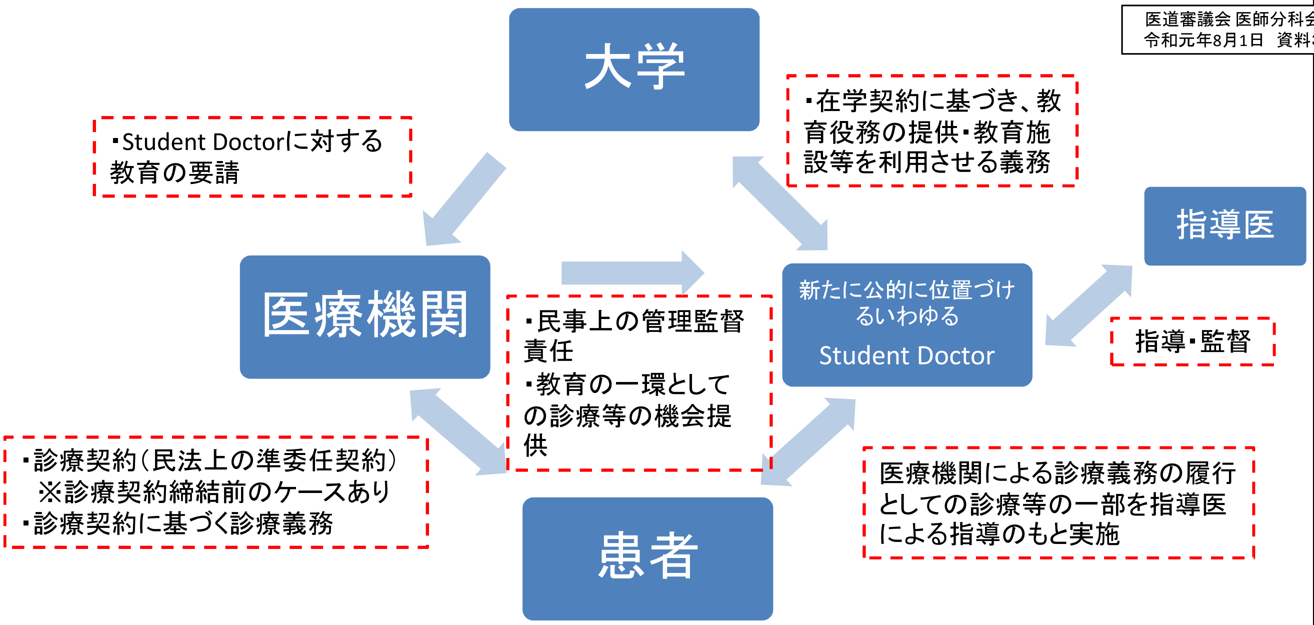
患者自身も共に医師を育てる認識に基づいた、患者の協力が不可欠であり、下記の点を国民に広く周知する取り組みを行う必要がある。
- いわゆるStudent　Doctorが共用試験に合格し、診療参加型の臨床実習を行うに足る学生であること。
- 大学病院はその設置目的に医学生の育成が盛り込まれていること。
- 将来的な地域医療や総合的な診療能力を持つ医師の確保のため、大学病院以外の医療機関で臨床実習が行われること。

(2) 診療参加型臨床実習の指導体制
- 教員等が十分に学生教育に時間を充てることができ、また評価される必要がある。
- 臨床研修医や専攻医も屋根瓦式に医学生への指導を積極的に行うことが望ましい。

(3) 医学生が加入する保険
- 医学生を保護する観点から強く推奨されるべき。

新たに公的に位置づけるいわゆるStudent Doctorの行う医行為についての法的整理（案）

医道審議会 医師分科会
令和元年8月1日　資料3



診療契約は患者と医療機関の間で締結されるものであり、いわゆるStudent Doctorに関しても、勤務医の場合と同様に、医療事故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ると考えられる（ただし、不法行為上の責任は指導医・Student Doctorにも生じる得る）

※Student Doctorは、医療機関の診療義務の一部の履行として診療行為を実施しているものであり、労働契約の有無にかかわらず、勤務医の場合と同様に、民事上の債務履行の責任は医療機関にあるもの
※刑事上の責任は、行為者である勤務医や指導医、Student Doctor（あるいは診療の補助を行うコメディカル）に生じうるもの

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の概要（令和3年5月28日公布）

改正の趣旨

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観点から、医師の働き方改革、各医療関係職種の専門性の活用、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を進めるため、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき健康確保措置等の整備や地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組に対する支援の強化等の措置を講ずる。

改正の概要

＜Ⅰ．医師の働き方改革＞

長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等　（医療法）【令和6年4月1日に向け段階的に施行】

医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始（令和6年4月1日）に向け、次の措置を講じる。

- 勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成
- 地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設
- 当該医療機関における健康確保措置（面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等）の実施　等

＜Ⅱ．各医療関係職種の専門性の活用＞

1. 医療関係職種の業務範囲の見直し　（診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律、臨床工学技士法、救急救命士法）【令和3年10月1日施行】

タスクシフト/シェアを推進し、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行う。

2. 医師養成課程の見直し　（医師法、歯科医師法）【①は令和7年4月1日／②は令和5年4月1日施行等】 ※歯科医師も同様の措置

①共用試験合格を医師国家試験の受験資格要件とし、②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明確化。

＜Ⅲ．地域の実情に応じた医療提供体制の確保＞

1. 新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け　（医療法）【令和6年4月1日施行】

医療計画の記載事項に新興感染症等への対応に関する事項を追加する。

2. 地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援　（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律）【令和3年4月1日施行】

令和2年度に創設した「病床機能再編支援事業」を地域医療介護総合確保基金に位置付け、当該事業については国が全額を負担することとするほか、再編を行う医療機関に対する税制優遇措置を講じる。

3. 外来医療の機能の明確化・連携　（医療法）【令和4年4月1日施行】

医療機関に対し、医療資源を重点的に活用する外来等について報告を求める外来機能報告制度の創設等を行う。

＜Ⅳ．その他＞ 持ち分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の延長【公布日施行】

改正法条文

（医師法の一部改正）

第十一条　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。

一　大学において、医学の正規の課程を修めて卒業した者（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（第十七条の二において「共用試験」という。）に合格した者に限る。）

二・三　（略）

第十七条の二　大学において医学を専攻する学生であつて、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（政令で定めるものを除く。次条において同じ。）をすることができる。

附帯決議

（附帯決議：衆議院）

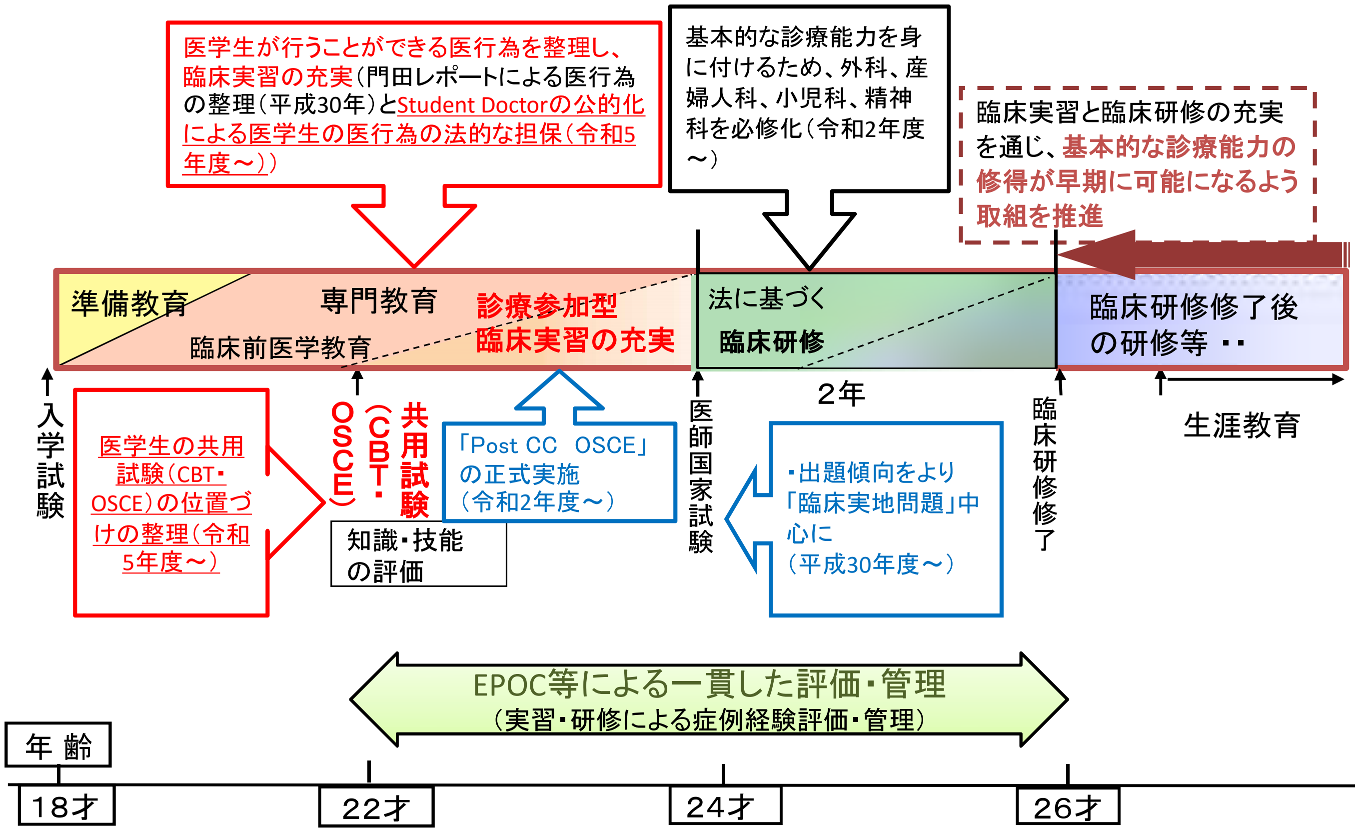
六、医学部教育と臨床研修を切れ目なくつなぐ観点から、医学部における共用試験の公的化を踏まえ、診療参加型臨床実習に則した技能修得状況を確認するための試験の公的化を含め、医師国家試験の在り方を速やかに検討すること。

（附帯決議：参議院）

十四、医学部教育と臨床研修を切れ目なくつなぐ観点から、医学部における共用試験の公的化を踏まえ、診療参加型臨床実習に則した技能修得状況を確認するための試験の公的化を含め、医師国家試験の在り方を速やかに検討すること。

シームレスな医師養成に向けた改革全体案

医道審議会 医師分科会
令和元年6月19日　資料1改変



11

医学教育モデル・コア・カリキュラム改訂等に関する調査研究チーム令和２年度報告

医学教育モデル・コア・カリキュラム改訂等に関する
調査研究チーム座長
小西　靖彦

皆様、こんにちは。医学教育モデル・コア・カリキュラム改訂に関する調査研究チームで座長を務めております、小西靖彦と申します。

日本医学教育学会が昨年度からコアカリ改訂を受託したことは、大変名誉なことと感じています。私たち医学教育の専門家がよりよいコアカリへと改訂していく所存ですので、どうぞ御協力をお願いいたします。

本日は、厚生労働省の委員会と日程が重なってしまったため、ビデオ録画で皆様とお会いすることになりました。

改めてまとめてみますと、コアカリは平成 13 年度に初版が著されました。今回の改訂で第 5 版となる予定です。初版は本文 52 ページで、A から G の骨格が示されました。その一方で、教育内容の羅列という評価もあるようです。

前回、平成 28 年度の案では、本文とともに臨床実習ガイドラインが付記され、参加型臨床実習の充実に呼応しました。このときに、医師として求められる資質と能力、いわゆるコンピテンスが記載され、卒後臨床研修の資質・能力と整合が取られました。また、37 の主要症候や行動科学などが入ってきたことも御存じの方が多いと思います。

このスライドは、資料として後でゆっくり御覧ください。

卒前後の医学教育は、2001 年のコアカリの開始からここ 20 年、絶え間なく変化し続けています。医学教育学会が受託したコアカリの調査研究の昨年度の活動について、ここでしばらく御説明します。

まず、これまでのコアカリ改訂が意味のある効果をもたらしたのかについて、1、学修者、すなわち学生に及ぼした影響・効果、2、各大学のカリキュラムに与えた影響について検証しました。コロナは社会の様々な場面でパラダイムシフトを起こし、不足していたものを明らかにしました。その影響の大きさを考慮し、3、感染症教育の在り方について緊急検証を行いました。

調査研究チームは、医学教育学会の中から 16 名が当たりました。三つのテーマに対して、短時間で熱心な取組を行いました。

成果物として 465 ページの報告書を刊行しています。内容は文部科学省のホームページで見ることができます。

1、コアカリが学修者に及ぼす効果につきましては、調査対象として、共用試験のデータや厚生労働省の研修医アンケート、卒業後すぐの EPOC データや、全国医学部長病院長会議の白書などに許可を得て当たりました。

コアカリが改訂されて 2、3 年後に各大学のカリキュラムが改訂されることが多く、そこでの入学者が卒業するにはさらに 6 年がかかります。医師として活躍できるのはもう少し先になりますから、コアカリは今の課題を考えるだけでなく、10 年先を考えて改訂すべき、策定すべきということも分かります。

コアカリ改訂以外に学修者に与える因子は、医師国家試験や JACME によるカリキュラム改革、学生の医行為範囲の策定、その変化など多岐にわたることも考えるべきところです。

膨大な調査の一部のみお伝えをいたします。

コアカリの改訂前後で学修者のアウトカムに変動があったものがありました。CBT や OSCE などの一部の項目もそれに当たります。ただし、実際にコアカリ改訂だけによる変化であるかについては、評価がなかなか困難です。

コアカリ改訂の真のアウトカムとして学修者の評価は大変重要で、今後、研修を開始したときの臨床パフォーマンスなどのデータの蓄積が必要です。コアカリの改訂前に学修者のベンチマーク（追跡指標）をあらかじめ設定しておくことや、各大学の教育 IR データを利用して改訂効果を分析することなどが提言されました。

2 番目として、コアカリが各大学のカリキュラムに与えた影響についても、様々な団体が行っていた調査データなどを収集・整理して、不足分はアンケート調査を行いました。

ここでは調査の一部のみをお伝えしますが、約 7 割の大学でカリキュラム改革が明確に実施されていることが判明しました。3 分の 2 がコア・カリキュラム、3 分の 1 が自主的なカリキュラムとされるところ、実際の自主的なカリキュラムは、時間数で平均したところ約 13％でした。診療参加型臨床実習は充実化していますが、教員の不足と教員の負担増加が課題です。前回記載された社会科学や行動科学などに対しては、対応の困難さが表れています。

次回追加すべき事柄として、データサイエンスや AI、感染症疫学などが挙げられました。

医学の進歩によるカリキュラム肥大の悩みや、学修項目中心のコアカリに方略や評価方法をどの程度盛り込むべきかなどが課題として抽出されました。

3、感染症グループは、有識者 13 名へのインタビューを中心に活動しました。医学部の学生が最低限学ぶ必要がある感染症領域の内容を問うことなどを含めたリサーチ・クエスチョンは、スライドにお示ししたようなものです。

次回のコアカリ改訂のときの提言として、具体的に 5 つまとめました。

感染症に対する「考え方」の大枠をコアカリに明確に記載すること。

頻度の高い微生物や疾患を厳選すること。

学修項目だけでなく、到達度を具体的に示すこと。

ほかの領域との統合的な感染症教育。

そのほか、教育方法や教材、教員、FD などが提言されています。

以上、昨年末から 3 月末までの調査研究について、要点のみを述べました。この委託事業は今年度も継続しています。

コアカリの改訂は、今年度から来年度にかけて進行してまいります。ここにお集まりの医学教育に関わる皆様からも、どうぞ御意見をいただけるとありがたく思います。本日のワークショップが実りあるものであることをお祈りします。

医学教育モデル・コア・カリキュラム改訂等に関する調査研究チーム ～令和２年度報告～

小 西 靖 彦

医学教育ﾓﾃﾞﾙ･ｺｱ･ｶﾘｷｭﾗﾑ改訂に関する調査研究チーム座長

日本医学教育学会 理事長

コアカリって？

- 医学教育モデル・コア・カリキュラム
  - 平成13年度(2001年度) 初版 ⇒ 以後 2007, 2010, 2016年度に改訂
  - 次回の改訂は令和4年度(2022年度)の予定
- 初版(平成13年度)　*52ページ（本文）*
  - 21世紀の医療の担い手を育成するというビジョン
  - A～Gの基本骨格、教育内容のガイドライン（教育方略には言及なし）
    - これを受けて平成17年(2005年)から共用試験の正式実施
- 第４版（平成28年度）*91ページ（本文） ＋ 臨床実習ガイドライン85ページ*
  - 医師として求められる「資質と能力」（臨床研修：卒後との整合）
  - 臨床推論（37症候、診療参加型臨床実習への流れ）
  - 行動科学・社会科学の導入（JACMEとの関係）
  - 準備教育モデル・コア・カリキュラムの廃止

医学教育モデル・コア・カリキュラム改訂チーム

医学教育をめぐる近年の動き

（卒前）
（卒後）

2001年　「医学教育モデル・コア・カリキュラム」初版
2004年　臨床研修の必修化開始
2006年　共用試験の正式実施
2010年　米国ECFMG通告　（2015JACMEへ）
2011年　医師国家試験の改善に関する検討会報告（2015年、2020年）
2015年　日本医学教育評価機構（JACME）　による卒前教育認証
2018年　卒前　コアカリの改訂（第４版）
2020年　臨床研修　目標・方略・評価の見直し、卒前後の継続性
2020年　臨床実習後OSCE　［Post-CC OSCE］の実施
2021年　医師法の改正（共用試験の公的化など）

小西靖彦 ： 卒前医学教育の現状と初期臨床研修へのつながり. 医教育 2017; 48（6）
福島 統 ： 医学教育のあたらしい流れ. 慈恵医大誌2010; (125)　を基に改編

医学教育モデル・コア・カリキュラム改訂チーム
3

医学教育モデル・コア・カリキュラム

➢ 調査・研究チーム　令和２年度の活動

- これまでのコアカリ改訂について検証
  ① コアカリ改訂が学修者へ及ぼす効果について
  ② コアカリ改訂が各大学のカリキュラムに与えた影響について
- コアカリが現状況に対応していなかった点の緊急検証
  ③ 感染症教育のあり方について

医学教育モデル・コア・カリキュラム改訂チーム

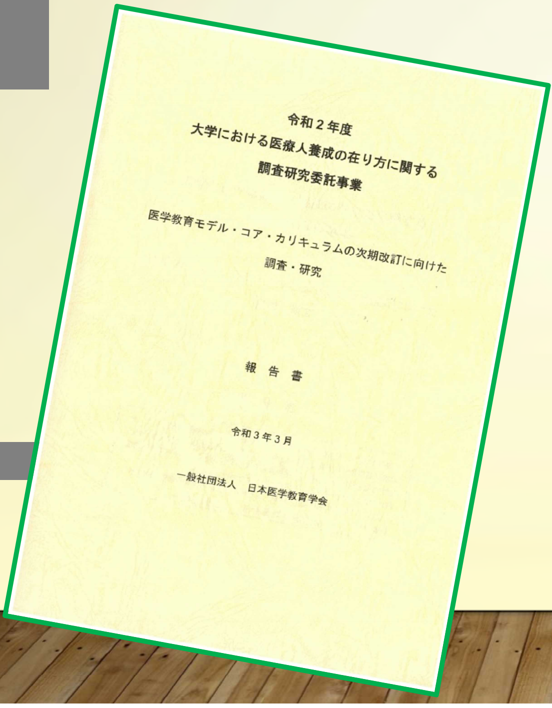
調査研究チーム WG

氏名	所属	WG	役割
小西 靖彦	京都大学		
錦織 宏	名古屋大学		
山脇 正永	東京医科歯科大学	学修者能力	リーダー
伊藤 彰一	千葉大学	学修者能力	ｻﾌﾞﾘｰﾀﾞｰ
守屋 利佳	北里大学	学修者能力	
高村 昭輝	金沢医科大学	学修者能力	
高橋 誠	北海道大学	ｶﾘｷｭﾗﾑ分析	リーダー
鈴木 敬一郎	兵庫医科大学	ｶﾘｷｭﾗﾑ分析	ｻﾌﾞﾘｰﾀﾞｰ
島田 昌一	大阪大学	ｶﾘｷｭﾗﾑ分析	
江頭 正人	東京大学	ｶﾘｷｭﾗﾑ分析	
[illegible]田 [illegible]	[illegible]大学	ｶﾘｷｭﾗﾑ分析	
中山 健夫	京都大学	感染症	リーダー
矢野 晴美	国際医療福祉大学	[illegible]	[illegible]
蓮沼 直子	広島大学	感染症	
松山 泰	自治医科大学	感染症	
松島 加代子	長崎大学	感染症	

①（学修者能力）②（カリキュラム分析）③（感染症）

医学教育モデル・コア・カリキュラム改訂チーム

調査・研究チーム 令和２年度活動報告書


令和２年度
大学における医療人養成の在り方に関する
調査研究委託事業

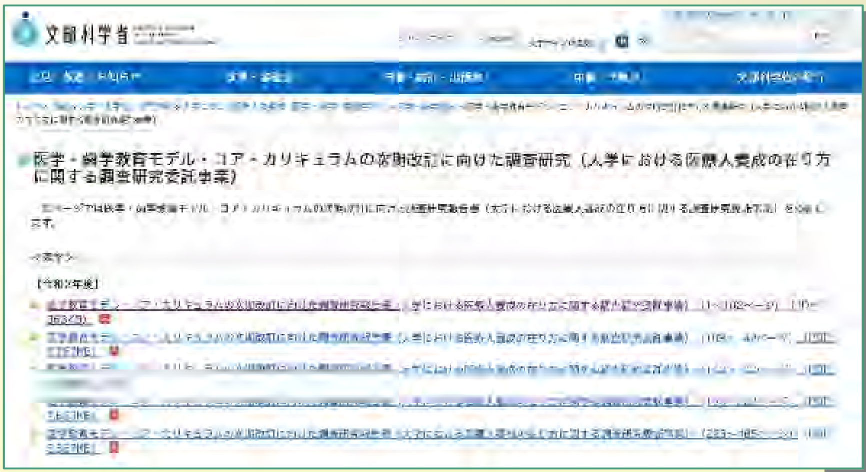
医学教育モデル・コア・カリキュラムの次期改訂に向けた
調査・研究

報告書

令和３年３月

一般社団法人 日本医学教育学会

https://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/iryou/mext_01484.html



医学教育モデル・コア・カリキュラム改訂チーム

① コアカリ改訂が学修者へ及ぼす効果

- 学習者評価についてのデータはどこにあるか
  - CATO 共用試験(OSCE, CBT)のデータ
  - 厚労省臨床研修医アンケート、EPOC 1年目最初のローテーションデータ、JAMEP 基本的臨床能力評価試験
  - AJMC「医学部・医科大学 白書2020 」など
- コアカリ改訂前後での評価のタイミング
  - 2010(H22)年度改訂 ⇒ 2012年頃のカリキュラムから反映か? ⇒ 現学生（高学年）または研修医データ
  - 2016(H28)年度改定 ⇒ 2018年頃のカリキュラムから反映か? ⇒ 現学生（低～中学年）データ
  - コアカリが学修者に及ぼす効果を測るには少なくとも１０年後の学修者アウトカムをみなければならない
- コアカリ改訂以外の因子の検討

年度	年度	コアカリ	各大学カリ	共用試験	国家試験	臨床研修	JACME	AJMC他	定員増員
令和２	2020			PostCC		見直し			
平成31	2019								
30	2018		改定後カリ					門田レポート	
29	2017				問題減量		設立		
28	2016	改定							
27	2015					見直し			
26	2014							医行為水準	
25	2013						トライアル		
24	2012		改定後カリ						
23	2011								
22	2010	改定				見直し			
21	2009								緊急医師確保対策
20	2008								新医師確保総合対策

① コアカリ改訂が学修者へ及ぼす効果

【調査結果の抜粋】

- コアカリ改訂は教育プログラム改革の大きな要因で、改訂後に学修者の成績などが向上した大学があった（大学側の評価）
- コアカリ改訂前後で学修者の学修アウトカムが変動した項目があったが、実際に改訂による変化かについては評価が困難
  - （理由）学修者アウトカムに関する指標特定の困難さ、時系列的ベンチマーク指標の不在、コアカリ改訂以外の要素の存在
- コアカリ改訂の効果（真のアウトカム）として学修者評価は必要で、今後研修医開始時（Post-CC OSCE時など）の臨床パフォーマンスのデータなどの蓄積が期待される
- （そのために）コアカリ改訂前に学習者のベンチマーク（追跡指標）を予め設定しておくこと、各大学の教育IRデータを利用して改訂効果を大学別に分析すること、などが必要と考えられた

医学教育モデル・コア・カリキュラム改訂チーム

② コアカリ改訂が各大学のカリキュラムに与えた影響

➢ これまでに発行されているデータの分析

- 全国医学部長病院長会議(AJMC)「医学教育カリキュラムの現状」
- 日本医学教育学会「医学教育白書2018年度版」
- 文部科学省 大学における医療人養成の在り方に関する調査研究班
  「平成28年度医学教育モデル・コア・カリキュラム改訂に関するアンケート調査」
  「平成29年度医学・歯学教育指導者ワークショップ事前アンケート<医学>集計結果」
- 全国地域医療教育協議会「地域医療教育に関する全国調査」　など

➢ 各大学へのアンケート調査（令和3年2月）

- 回答：全国の医学部・医科大学82大学（設問数：50設問）

医学教育モデル・コア・カリキュラム改訂チーム

② コアカリ改訂が各大学のカリキュラムに与えた影響

【調査結果の抜粋】

- ➢ 平成28年度改訂コアカリによるカリキュラム改革　⇒ 約７割の大学で改革が明確に実施された
- ➢ コアカリ以外の自主的なカリキュラムの割合　：　全国平均で13.4%（最小0%、最大33%）
- ➢ 診療参加型臨床実習
  - 期間、内容ともに充実化が進んでいるが、指導教員の不足、負担の増大が大きな課題
- ➢ 地域医療・地域包括ケアシステム　⇒　9割以上でプログラム整備、実施大学の半数は学内実施
- ➢ 平成２８年度改訂コアカリで対応が困難だった内容
  - 「B-4 社会科学領域」「C-5 人の行動と心理」「E-6 放射線ﾘｽｸｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ,放射線災害医療」…
- ➢ 次回改訂で追加したほうがよいこと
  - データサイエンス、AI、プログラミング、医療ITなど、感染症疫学や感染制御学、地域医療実習の教育方略と評価方法　など
- ➢ 医科学の進歩と総量のスリム化の間で悩み
- ➢ コアカリが方略や評価方法にどの程度言及すべきなのか？

③ 感染症教育のあり方について

➢ 有識者へのインタビュー（13名）

- RQ1 2020年度時点での医学部での感染症教育の現状を把握する
- RQ2 現コアカリで感染症に関連した項目・内容等が、現場でどのように捉えられているかを明らかにする
- RQ3 医学部学生が最低限学ぶ必要がある感染症領域の内容が何かを明らかにする
- RQ4 コアカリ改訂にあたり、新たに取り入れるべき内容があるか、あればどのような内容かを明らかにする
- RQ5 現在のコアカリキュラムで感染症に関連した項目・内容等の問題点・課題が何かを明らかにする

医学教育モデル・コア・カリキュラム改訂チーム

③ 感染症教育のあり方について

➢ コアカリへの提言

1. 「考え方」の大枠を明確化し記載する
2. 頻度の高い微生物および疾患の厳選
3. 感染症領域の到達度を具体的に示す
4. 感染症以外の領域に関する水平統合と垂直統合
5. その他（教育方法、教材・教員など）
   - 基礎医学、臨床医学、社会医学（ミクロからマクロ）の連携と融合
   - 感染症の「コア内容」について、デジタル教材等を開発
   - 感染症教育人材の育成とFD

医学教育モデル・コア・カリキュラム改訂チーム

コアカリ改訂等に関する調査研究

「大学における医療人養成の在り方に関する
調査研究委託事業」

令和３年度以降

- 引き続いて調査・研究を行います
- 国民によい医療を提供するために、医師養成の基礎となるコアカリの改訂作業に移っていきます
- 医学教育のみなさまからの更なるご指導をお願いします

日本医学教育学会

医学教育モデル・コア・カリキュラム改訂チーム