

厚生労働省説明

「シームレスな医師養成について」

厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室臨床研修指導官

出雲 はる奈

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

本日、私からはシームレスな医師養成について説明いたします。

まず、1 ページ目です。医師の養成課程は、卒前の医学部における 6 年間の教育と卒後の 2 年間の臨床研修等に分けられますが、医療の高度化、複雑化により、医師が習得すべき知識、技能が増えていることなどを背景として、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こと、すなわちシームレスな医師養成の重要性が高まっているところでございます。このため、厚生労働省においては、医学部の臨床実習において、見学だけでなく診療に参加する形の実習、診療参加型臨床実習を充実するために、令和 5 年度から共用試験の公的化を行っております。また、臨床研修については、令和 2 年度から必修科を増やすなどの見直しを行ったところですが、今後とも制度の見直しについて検討してまいります。

まず、共用試験について 2 ページ目から説明いたします。臨床実習前の医学生能力を強化するため、医学部を置く全ての大学において共用試験を実施していただいているところでございます。令和 5 年度からは、公的化した共用試験を実施していただくこととなっております。この試験の内容ですが、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。CBT は、コンピューターを使って全 320 問を回答いただくものです。OSCE は、医学生が部屋を順に回り、そこで実技を行って技能と態度の評価を受けるという試験になります。

次に、共用試験の公的化の経緯について、医師法第 17 条では、「医師でなければ、医業をなしてはならない」と規定しておりますが、医師免許を持たない医学生が臨床実習において診療に参加し、医行為を行う場合は、共用試験に合格していることなどを条件として違法性はないとこれまで解釈してきました。しかしながら、医学生の医行為について、法令上の位置づけがないことが、診療参加型臨床実習が進まない要因として指摘されてきたところでございます。

3 ページ目にまいります。こちら、平成 30 年 5 月には、全国医学部長病院長会議及び日本医師会から、共用試験を公的なものにすること、また、診療参加型臨床実習の実質化を

図り、Student Doctor として学生が行う医行為を法的に担保することを御提言いただきました。

4 ページ目にまいります。平成 30 年に成立した医療法及び医師法の一部を改正する法律の附則では、「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」と規定されました。

5 ページ目にまいります。これらを踏まえ、医道審議会医師分科会において令和 2 年にまとめられた報告では、診療参加型臨床実習を充実させるため、共用試験を公的化すること、また、共用試験に合格した医学生の医行為を法的に位置づけることが提言されました。

6 ページ目にまいります。これらの経緯を経て、令和 3 年 5 月に成立した「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」では、医師法の改正により、共用試験合格を医師国家試験の受験資格とし、共用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ことが明確化されました。具体的な条文につきましては、7 ページ目に記載しているとおりでございます。

8 ページ目でございます。公的化後の共用試験の在り方については、医道審議会医師分科会医学生共用試験部会で御議論いただき、令和 4 年 5 月に、試験の公正性及び受験者間の公平性を確保するとともに、診療参加型臨床実習の充実を図る観点から意見をまとめていただきました。

9 ページ目にまいります。厚生労働省では、この意見を踏まえ、令和 4 年 11 月 1 日に厚生労働省令や告示を改正いたしました。省令では、共用試験は、厚労大臣が指定する機関が実施するものとすることを規定しており、令和 5 年 2 月 2 日に、医療系大学間共用試験実施評価機構（CATO）を共用試験実施機関として指定いたしました。これを踏まえ、この夏から公的化された共用試験を各大学において順次実施していただくこととなっております。

次に、臨床研修制度について 10 ページ目から説明いたします。皆様すでにご存じだと存じますが、臨床研修は、平成 16 年度に必修化され、医師法において、診療に従事しようとする医師は、2 年以上臨床研修を受けなければならない旨が規定されております。この臨床研修制度は、おおむね 5 年ごとに見直しがなされており、最近では令和 2 年度から新しい制度の下で研修が実施されております。厚生労働省としては、今後、令和 7 年度研修に向けて見直しの検討を進めてまいります。

11 ページ目にまいります。令和 2 年度以降から開始の臨床研修において適用されている見直しのポイントについて説明いたします。卒前教育については、文部科学省において、各大学の教育の指針として医学教育モデル・コア・カリキュラムを作成されています。臨床研修の到達目標などについては、シームレスな医師養成の観点から、このモデル・コア・カリキュラムと整合的なものとなるように策定したところでございます。また、必修の診療科については、これまで内科、救急、地域医療を設定しておりましたが、これに加えて、

外科，小児科，産婦人科，精神科を必修とするとともに，一般外来の研修を含むことを追加いたしました。詳細については，12 ページ目に記載しているとおりでございます。

次に，13 ページ目にまいります。令和 7 年度以降に開始される臨床研修に向けた見直しについては，今後，論点整理の上，医道審議会医師分科会医師臨床研修部会で議論し，令和 5 年度中を目途にとりまとめを行う予定でございます。医師臨床研修制度の内容は，大きく 2 つに分けられ，1 つ目が到達目標，方略及び評価といったもの，2 つ目が，臨床研修病院の指定の基準や，各都道府県の募集定員上限の設定方法など，到達目標，方略及び評価以外の諸制度といったものに分けられます。令和 2 年度から新規に作成した臨床研修の到達目標，方略及び評価に基づいた研修が実施され，令和 4 年 3 月に初めての研修修了者が出たところです。こうした中，現時点において，この臨床研修の到達目標，方略及び評価について，評価を行うのは困難であると考えられますので，今回の見直しについては，臨床研修の到達目標，方略及び評価以外の部分を中心に検討をしていくことを予定しております。

見直しの主な論点について，まず，1 点目でございますが，臨床研修病院の指定基準として，研修に必要な症例を確保するため，年間の入院患者数が 3,000 人以上であることが求められております。この基準については，地方自治体から緩和を求める要望がなされたことを踏まえ，その在り方について検討してまいります。

2 点目として，2 年間の臨床研修のうち，4 週以上は，患者が営む日常生活や居住する地域の特性に即した医療を理解し，実践するため，地域医療の研修を行っていただくこととしております。この期間について，半年程度確保できる制度に見直してはどうかということをお提言いただいているところでございます。

3 点目として，募集定員が 20 名以上の基幹型臨床研修病院は，将来，産科医または小児科医になることを希望する研修医を対象として，小児科または産科の研修を重点的に行うプログラムを必ず設けることとしています。こちらについては，小児科及び産婦人科が臨床研修において必修とされたことを踏まえて，意義等を改めて検討することが必要である旨，医道審議会医師分科会医師臨床研修部会において指摘されているところでございます。

このほか，(4) に記載しました臨床研修病院の評価の在り方についても整理を行う予定でございます。

厚生労働省としては，今後とも文部科学省と連携しながらシームレスな医師養成に取り組んでまいります。各大学におかれましても，引き続き御対応のほど，よろしくお願い申し上げます。

シームレスな医師養成について

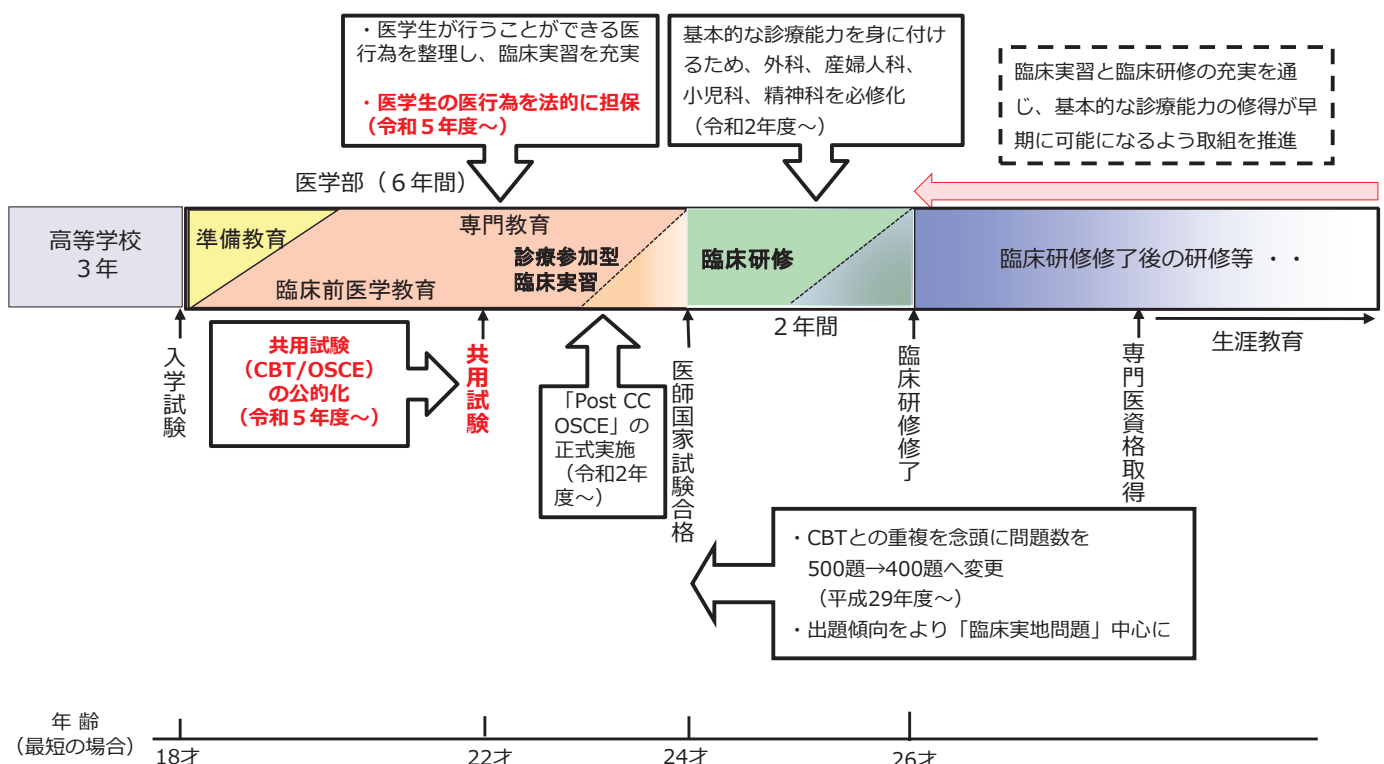
令和5年7月26日 令和5年度医学・歯学教育指導者のためのワークショップ

厚生労働省 医政局医事課
医師臨床研修推進室

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

シームレスな医師養成に向けた取組

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（シームレスな医師養成）ため、各種の取組を進めているところ。

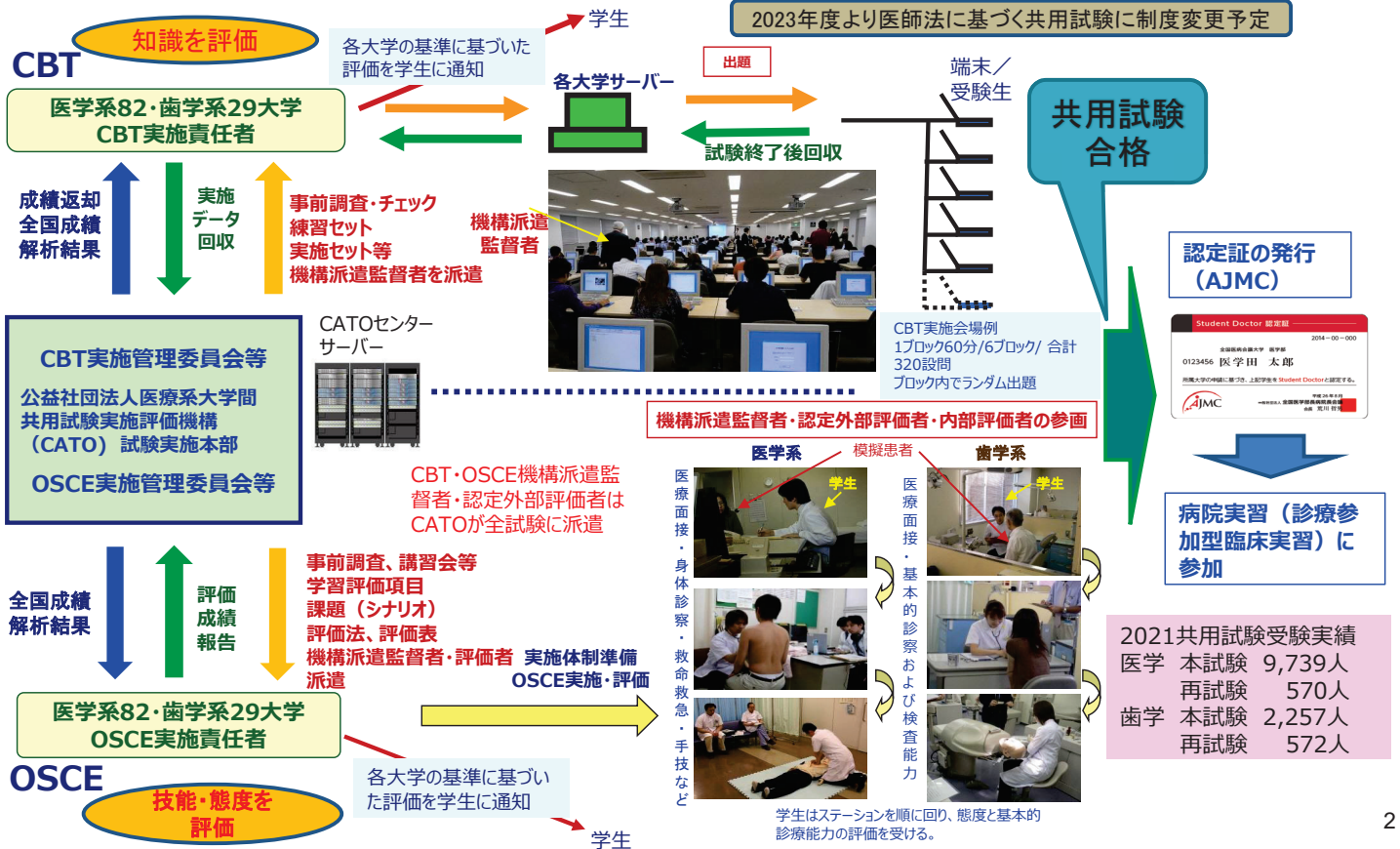


共用試験の概要

公益社団法人医療系大学間共用
試験実施評価機構 作成資料

2001年からのトライアルを経て2005年12月から正式実施

2023年度より医師法に基づく共用試験に制度変更予定



2

日本医師会及び全国医学部長病院長会議からの提言（平成30年5月）

卒前卒後のシームレスな医学教育を実現するための提言

公益社団法人 日本医師会

会長 横倉 義武

一般社団法人 全国医学部長病院長会議

会長 新井 一

医学部卒前教育における学生の到達目標を「患者の全身を診ることができ、病態を理解し緊急対応を含め必要な措置がとれること」とし、これを臨床研修、専門医研修へとシームレスに繋げるために以下の提言をする。

1. 共用試験（CBT，OSCE）を公的なものにする。
2. 診療参加型臨床実習の実質化を図り、Student Doctorとして学生が行う医行為を法的に担保する。
3. 国家試験を抜本的に見直す。すなわち、国家試験への出題は診療参加型臨床実習に則したものに限定し、CBTとの差別化を明確にする。
4. 1～3が確実に実施されれば、必然的に臨床研修のあり方も大きく変革しなくてはならず、臨床研修を卒前教育・専門医研修と有機的に連動させるべくその内容を見直す必要がある。

3

附 則
（検討）

第二条 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（昭和二十二年法律第二十六号）第一条に規定する大学（附則第八条第一項において単に「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。

4

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、プロフェッショナル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。

5

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】

6

改正後の医師法の条文

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）
- 2 厚生労働大臣は、前項第一号の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。

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：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。

7

公的化後の共用試験に関する意見（令和4年5月 医道審議会医師分科会医学生共用試験部会）の概要

- 共用試験はCBTとOSCEで構成される、臨床実習を開始する前の医学生能力を測る試験であり、公益社団法人共用試験実施評価機構が実施。医学部を置く全大学が活用
- 医師分科会は、令和2年5月、卒前・卒後のシームレスな医師養成に向け、共用試験の公的化と医学生の医行為を法的に位置づけることを提言
- 令和3年5月に医師法が改正され、厚生労働省令で定める共用試験に合格した医学生は、臨床実習において医業をすることができることとともに（令和5年4月施行）、共用試験の合格を医師国家試験の受験資格要件化（令和7年4月施行）
- 本意見は、公的化後の共用試験の在るべき姿について、現在の試験内容や大学の実施体制等を踏まえつつ、試験の公正性及び受験者間の公平性を確保するとともに、診療参加型臨床実習の充実を図る観点から検討したもの

（1）合格基準の設定の在り方

- ・ 全大学の受験者に共通して適用される統一合格基準を設定。試験実施主体が行う合否判定に対する異議申立て制度を整備

（2）受験機会の確保の在り方

- ・ 全大学において、本試験を受験できなかった者及び本試験で不合格となった者を対象とした試験を1回実施
- ・ 受験上の配慮を希望する受験者に対し、障害や疾病等の状態に応じて配慮

（3）OSCEの在り方

①課題の数及び種類

- ・ 各大学における課題の数及び種類を統一。令和5年度からは8課題を実施。令和7年度までに10課題を実施することを検討

②評価の体制

- ・ 評価者養成の取組の充実、認定を受けた者を評価者として等により、評価者の能力を向上させるとともに評価の質を保証。令和7年度までに各試験室に外部評価者を配置することを検討

③模擬患者

- ・ （医療面接）模擬患者養成の取組の充実、認定を受けた者を模擬患者として等により、模擬患者の能力を向上させるとともに医療面接の質を保証
- ・ （身体診察）令和7年度までに、医学生が模擬患者を担当することの是非を検討
- ・ 令和7年度までに、各大学の実習等で医学教育に携わる者が、模擬患者を担当することの是非を検討

（4）不正行為への対応の在り方

- ・ 不正行為が疑われる事案については、事実確認の上、不正行為の性質に応じて適切に対応。受験者に異議申立ての機会を付与するなど、事実確認は慎重に実施

○ 国及び試験実施主体は、共用試験実施に伴う大学の負担軽減に努めることが必要

○ 国においては、患者・国民や医学生の指導監督を行う者に対する、医師法改正の趣旨の周知が必要

○ 令和5年度以降も、実施状況や関係者の意見等を踏まえ、共用試験の不断の改善及びこれに伴う大学の負担を軽減するための方策の検討が必要 8

令和5年度からの共用試験の公的化について

- 「公的化後の共用試験に関する意見」を踏まえ、令和4年11月1日に、厚生労働省令及び告示を公布。
厚生労働省令では、
 - ① 共用試験は、厚生労働大臣が指定する機関（共用試験実施機関）が実施するものとし、指定は申請により行うこと
 - ② 具体的な指定の要件は告示で定めること等を規定。
- 本省令に基づき、令和5年2月2日に、公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構を共用試験実施機関として指定した。
- 令和5年夏から、公的化された共用試験が各大学において順次実施される。

医師臨床研修制度の経緯

医師臨床研修制度については、平成16年度の必修化以降、概ね5年ごとに見直しを行ってきた。
令和2年度から新しい制度の下で研修を実施しており、今後、令和7年度研修に向け見直しの検討を進める。

- ・ 昭和21年 インターン制度を開始（国家試験の受験資格を得るために必要な課程）

問題点 インターン生の身分・処遇が不明確、指導体制が不十分

- ・ 昭和43年 臨床研修制度創設（医師免許取得後2年以上の努力義務）

問題点

1. 専門医志向のストレート研修中心で、プライマリ・ケアの基本的な診療能力の修得が不十分
2. 受入病院の指導体制が不十分
3. 処遇の確保が不十分で、アルバイトによる生計維持
4. 限られた範囲（出身大学等）での研修

- ・ 平成16年度 新制度の施行（医師法改正）＜臨床研修の必修化＞

○医師法第16条の2

診療に従事しようとする医師は、2年以上、都道府県知事の指定する病院又は外国の病院で厚生労働大臣の指定するものにおいて、臨床研修を受けなければならない。

○医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令第2条

臨床研修は、医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない。

- ・ 制度の見直しを検討（平成20年9月～）

問題点

1. 専門医等のキャリアパスへの円滑な接続が妨げられる
2. 受入病院の指導体制等に格差が生じている
3. 大学病院の医師派遣機能が低下し、地域における医師不足問題が顕在化
4. 募集定員が研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大し、研修医が都市部に集中

- ・ 平成22年度 制度の見直し

1. 研修プログラムの弾力化（7科目必修から3科目必修+2科目選択必修へ）
2. 基幹型臨床研修病院の指定基準の強化（年間入院患者数3,000人以上の設定）
3. 研修医の募集定員の見直し（都道府県別の上限の設定等）

- ・ 平成27年度 制度の見直し

1. 研修希望者に対する募集定員の倍率を縮小（平成27年度1.2倍から平成32年度の1.1倍へ）
2. 都道府県が、上限の範囲内で各病院の定員を調整できる枠を追加 等

10

医師臨床研修制度の見直し（令和2年度研修から適用） ～医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報告（概要）～

- ・ 医師臨床研修制度は、医師の基本的な診療能力の修得のため、平成16年度に努力義務から必修化され、概ね5年毎に見直しを行ってきた
- ・ 今回は、①卒前・卒後の一貫した医師養成、②到達目標、③臨床研修病院の在り方、④地域医療の安定的確保等について見直し
- ・ 今後、臨床研修制度が研修医、患者、医療制度等に与えた影響を評価し、卒前・卒後教育の連続性の観点から制度の在り方の検討が必要

1. 卒前・卒後の一貫した医師養成

- ・ 卒前と卒後の医師養成過程が整合的であることが必要

①医学教育モデル・コア・カリキュラムと整合的な到達目標・方略・評価を作成

2. 到達目標・方略・評価

- ・ 現行の到達目標は、目標、方略、評価が不明確
- ・ 基本的診療能力や臨床推論の更なる修得
- ・ 評価方法の標準化が必要

①目標、方略、評価に分けて整理・簡素化

②目標を「医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）」「資質・能力」「基本的診療業務」に整理し、入院、外来、救急、地域医療の基本的な診療能力を担保

③方略は、**内科、救急、地域医療に加え、外科、小児科、産婦人科、精神科を必修化し、一般外来の研修を含むことを追加**

④評価は、モデル・コア・カリキュラムとの連続性を考慮しつつ、**標準化**

3. 臨床研修病院の在り方

- ・ 臨床研修病院の更なる質の向上

①指導・管理体制等についての**訪問調査の見直し**

・ 改善がみられない病院は指定取消の対象へ

・ 課題がある基幹型病院は訪問調査の対象へ

②プログラム責任者養成講習会の**受講義務化**

③第三者評価を強く推奨し、次回以降義務化を前提に検討

4. 地域医療の安定的確保

- ・ 地域医療の確保に対する更なる対応が必要
- ・ 都道府県の実情に応じた対応が必要

①大都市圏の募集定員を圧縮し、それ以外の募集定員を確保

・ 臨床研修病院の募集定員倍率を**2025年度に1.05倍まで圧縮**

・ 医学部入学定員による募集定員の算定には上限を設ける

・ 地理的条件等の加算を増加

②地域枠等の一部について、一般のマッチングとは分けて選考

③国が一定の基準等を示した上で、**臨床研修病院の指定・募集定員設定を都道府県が行う**

5. その他

- ・ 基礎研究の国際競争力の低下

①中断・未修了の対応は継続

②大学病院に**基礎研究医養成枠**を設置

11

「臨床研修の到達目標、方略及び評価」（令和2年度研修から適用）

I 到達目標

医師は、病める人の尊厳を守り、医療の提供と公衆衛生の向上に寄与する職業の重大性を深く認識し、医師としての**基本的価値観（プロフェッショナリズム）**及び医師としての使命の遂行に必要な**資質・能力**を身に付けなくてはならない。医師としての基盤形成の段階にある研修医は、基本的価値観を自らのものとし、**基本的診療業務**ができるレベルの資質・能力を修得する

A. 医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）

1. 社会的使命と公衆衛生への寄与
2. 利他的な態度
3. 人間性の尊重
4. 自らを高める姿勢

B. 資質・能力

1. 医学・医療における倫理性
2. 医学知識と問題対応能力
3. 診療技能と患者ケア
4. コミュニケーション能力
5. チーム医療の実践
6. 医療の質と安全の管理
7. 社会における医療の実践
8. 科学的探究
9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

C. 基本的診療業務

- （コンサルテーションや医療連携が可能
な状況下で、以下の各領域において、単
独で診療ができる）
1. 一般外来診療
 2. 病棟診療
 3. 初期救急対応
 4. 地域医療

II 実務研修の方略

内科（24週以上）救急（12週以上）外科（4週以上）小児科（4週以上）産婦人科（4週以上）精神科（4週以上）地域医療（4週以上）を必修

- ・一般外来（4週以上）での研修を含む（他の必修分野等との同時研修を行うことも可）
- ・地域医療は、へき地・離島の医療機関、許可病床数が200床未満の病院又は診療所で行い、一般外来での研修と在宅医療の研修を含める
- ・全研修期間を通じて、以下の研修を含むこと
感染対策、予防医療、虐待への対応、社会復帰支援、緩和ケア、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）、臨床病理検討会（CPC）等
- ・以下の研修を含むことが望ましい
診療領域・職種横断的なチーム（感染制御、緩和ケア等）に参加、児童・思春期精神科領域（発達障害等）、薬剤耐性菌、ゲノム医療等

経験すべき症候：29項目

ショック、体重減少・るい瘦、発疹、黄
疸、発熱、もの忘れ、頭痛 等

経験すべき疾病・病態：26項目

脳血管障害、認知症、急性冠症候群、心不
全、大動脈瘤、高血圧、肺癌、肺炎 等

III 到達目標の達成度評価

研修医評価票

- I 「A. 医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）」に関する評価
- II 「B. 資質・能力」に関する評価
- III 「C. 基本的診療業務」に関する評価

- ・各分野・診療科のローテーション終了時に、医師及び医師以外の医療職（看護師を含むことが望ましい）が評価
- ・少なくとも年2回、プログラム責任者又は研修管理委員会委員が、研修医に対して**形成的評価（フィードバック）**を行う

臨床研修の目標の達成度判定票

2年間の研修終了時に、研修管理委員会が、研修医評価票 I、II、IIIを勘案して作成（総括的評価）

12

医師臨床研修制度の見直しに関する論点の例

(1) 基幹型臨床研修病院の指定基準（年間の入院患者数）

臨床研修省令において、基幹型臨床研修病院の指定基準として「臨床研修を行うために必要な症例があること」を規定し、省令の施行通知において「入院患者の数については、年間3,000人以上であること」としている。

●医師臨床研修部会報告（平成30年3月）

「基幹型病院の在り方については、「年間入院患者数3,000人以上」の要件も含め、今後検討する必要がある」

●令和3年の地方からの提案等に関する対応方針（令和3年12月閣議決定）

「指定基準のうち、臨床研修を行うために必要な症例……の内容については、地域の実情を把握しつつ、……医師臨床研修部会での議論を踏まえて検討し、令和5年度中に結論を得る。その結果に基づいて必要な措置を講ずる」

(2) 地域医療の研修

省令の施行通知において、地域医療の研修は、へき地・離島の医療機関、許可病床数が200床未満の病院又は診療所において4週以上行うこととしている。

●地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会（令和2年度提言）

「地域で活躍できる医師の養成に資するよう、卒後臨床研修2年目における地域医療研修の拡大やその他の必修科目の一部を地域の医療機関で実施する制度の確立により、地域の医療機関で研修する期間を半年程度確保できる制度に見直すこと」

(3) 小児科・産科プログラム

省令の施行通知において、募集定員が20人以上の基幹型病院は、将来小児科医又は産科医になることを希望する研修医を対象として、小児科又は産科の研修を重点的に行うプログラム（募集定員各2人以上）を必ず設けることとしている。

- 小児科及び産婦人科研修が必修とされたことも踏まえ、意義を改めて検討することが必要である旨が、臨床研修部会において指摘されている

(4) 第三者評価

省令の施行通知において、基幹型臨床研修病院は「第三者による評価を受け、その結果を公表することが強く推奨される」としている。

●医師臨床研修部会報告（平成30年3月）

「今後の普及状況や第三者評価を行う実施機関の運用状況等に基づき、次回以降の見直しの際に、第三者評価を義務化することを前提とした検討を行うべきである。この際には、第三者評価の認定基準の整理を行い、特定の実施機関に限定することがないようにするとともに受審する病院の負担等についても考慮すべきである」

医学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂に関する調査研究 チームから、令和4年度改訂版コアカリ報告

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

それでは、モデル・コア・カリキュラム、以下コアカリと略しますが、令和4年度改訂について御報告を申し上げます。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の座長を務めております日本医学教育学会の小西と申します。

コアカリの基本方針は、スライド2にありますような7点です。主なものは、資質・能力、コンピテンスと呼ばれるものですが、これを改訂したこと。それと2番目は、アウトカム基盤型教育による記載へ大幅な変更を行ったこと。それと、学修方略と学修者評価を入れたこと、これが大きな変更点になります。

令和4年度の改訂では、10の資質・能力を掲げています(スライド3)。ここで、青字、赤で囲みました「総合的に患者・生活者をみる姿勢」というものと「情報・科学技術を活かす能力」、この2つを新たな視点として策定をいたしました。コアカリ改訂を受けた各大学の卒業生が社会で活躍し始める頃というのは、そこが一つ、よく言われる2040年頃になるかと思いますが、次のスライド(スライド4)をお願いします。

少子高齢化すら終わって人口減少社会に入っているその時期に、医師に求められる能力とは何かということ、この問いに答えて、アウトカム側から卒業時の医学生の資質・能力、何が要るのかというふうに落としたのがこの「総合」というところになります。かいつまんで赤線部分だけで申し訳ないですが、「総合的」の意味するところを目標にイメージして、全人的、地域、人生、社会というキーワードを設定しています。

それでは、次のスライド(スライド5)をお願いします。また、もう一つの資質・能力、コンピテンス、ITを生かす能力というのは医師にとって必須、これはもうどなたもお分かりになるころだと思います。今ですらそうですので、20年後とかを考えたらどうなっているか私には想像がつかないのですが、いずれにしろ、医師にとって独立した資質・能力として掲げました。医師の能力としてのITの原理と活用、この2つの部分だけでなく、それを囲みます倫理感とルールの大切さというところを強調したと形になっております。

次のスライド(スライド6)をお願いします。この10個の資質・能力は、ここにありますように、学修目標の属性と階層性を分かりやすくするために、アルファベットの2文字で全て表現をしています。

次のスライド(スライド7)で示しますように、学修目標は、全て4層構造に統一しまし

た。これまでは、4層だったり、一部3層があったり、5層があったりとしたのですが、今回4層に統一しました。本日はこの詳細は省略しますが、例えば第1層目のところで「患者ケアのための診療技能」、Clinical Skill、この略でCSなのですが、この資質・能力を例に取りますと、第2層、第3層と展開して、4層目、例えば、CS-05-02-01という矢印が行っているところを見ますと、医療従事者に求められる健康管理、職業感染対策を実践するというような、4層目は全て動詞を含む学修目標の形にしました。10の資質能力の全てにこのような4層構造を全て適用して統一して見やすい学修目標にしております。

次のスライド(スライド8)を見ますと、旧コアカリにありましたAからGというような並べ方は、全面的に変更いたしました。以前のコアカリは、どちらかといいますと、1年生から6年生の順次性に基づいて記載をされていたということになりますが、今回は、卒業時に身につけておくべき資質・能力、これはアウトカムベースですけれども、こういう記載に大きくかじを切ったところが変更点かと思います。また、コアカリの本体は、カリキュラムに関する記述ですので、学修目標だけではなくて、学修方略と評価の章を新たに置くという変更をしました。

次のスライド(スライド9)をお願いします。旧コアカリでDとかEの部分の学修目標で、疾患名が登場していたのはよく御記憶のところかと思いますが、これを別表化しまして見やすくするとともに、重複している部分も整理をいたしました。例えば、ここに今別表1が出ているのですが、この別表1は疾患となっております。一番右のところにあるように、基本的な疾患を黒丸で示しました。国家試験の必修の項目とほぼ整合を取っており、数で言いますとおおよそ200弱になります。

次のスライド(スライド10)です。平成28年度版では呼吸器系とか皮膚系とかいろいろシステム別に個別に本文に記載されており、そこには機能と構造とか、症候、あるいは検査方法、特異的治療というものが個別に書いてあったのですが、それぞれに臓器別に別表化して、別表2-1から2-19という19個に分けてまとめました。

次のスライド(スライド11)をお願いします。そのほか主要症候とか、主要な臨床・画像検査とか、基本的臨床手技などもまとめて別表化しています。

もう一つの意を割きましたところに、医師養成をめぐる制度改正等との整合性というところがあります(スライド12)。今、文部科学省あるいは厚生労働省からもいろいろなお話がありましたが、こういう制度改正が今進んでいる中でコアカリはそれらとの整合を取りました。共用試験の公的化を受けた厚生労働省の政令に沿って臨床実習ガイドラインも変更しておりますし、国家試験の整合についても検討して、学修すべき疾患などの適正化も図りました。

次のスライド(スライド13)をお願いします。最大の整合点は、コアカリに記載された病名と国試に出る医学各論の病名との整合です。もともと国家試験改善検討部会という国試を改善している部会がありましたので、そこが国家試験の各論の疾患の重みづけを既に研究で行っていました。この国家試験の改善検討議会の結果を参考にし、この表にあります

ようにコアカリチームで再度レビューを行って、医学部6年間で必ず身に付けるべき疾患をA, 可能であれば身に付けるべき疾患をB, 卒後に身に付けても良い疾患をCと分類しております。

次のスライド(スライド14)をお願いします。また、このコアカリの流れを受けて、いろいろな整合、対話をして、今度は国家試験の出題基準も今年3月末に改訂されたところです。この各論の疾患のところに初めて、左上にあります a, b, c, 少し字が小さいのですが、a は病態生理から臨床推論、初期対応・救急対応、継続診療まで全て、b は初期対応まで、c は病名想起までにとどめるというレベル設定がされました。これは国家試験の改善検討部会の意見をコアカリが受けて、また国家試験に戻ったという形です。こういうふうには、国試指定の各論の疾患に全てレベルを決めて、極端な難問を防ぐというような構造をつくったというところがございます。これはコアカリと国家試験が協働いたしました。

次のスライド(スライド15)をお願いいたします。今回、感染症に関する改訂は重要なポイントでして、令和2年度から特別なチームを作って様々な検討を行いました。今回の事態を踏まえて、全面的な書換えをして、包括的に「市中感染症」とか「医療関連感染」を記載し、含まれる個別疾患の中でも高頻度で重要なものを厳選してまた別表といたしました。実臨床で必要な考え方、感染症への「考え方のステップ」を提示したところであります。

次のスライド(スライド16)をお願いします。コアカリに初めて、学修方略と学修者評価の章を立てることにいたしました。学修方略と評価は対になることが多いですので、一つの章として記載をしています。学修方略を考える際に参考となる教育学の理念をここの中に示しています。

次のスライド(スライド17)をお願いします。また、大方針として、方略・評価共に特定の方法を指定するというようなことはしないようにいたしました。これは、今日お集まりの皆様にもよく分かると思いますが、こここそ大学の自由なカリキュラムが発揮されるべきところですので、その方向性を重視しています。ですので、方略と評価の具体的なところは、グッドプラクティスを中心とした、こういうふうの良いものがありますよという表現にしております。

次のスライド(スライド18)をお願いします。診療参加型臨床実習実施ガイドライン、これは前のコアカリからありましたが、これも今回の改訂でも充実を図りました。序章から、左にありますように、一番下、EPA のところに至るまで章立てをしています。右の図は、臨床実習のときから臨床能力を育てるというイメージを下の図のところに表しています。

次のスライド(スライド19)をお願いします。臨床実習ガイドラインでも、目標、方略、評価という記載をいたしました。方略では、例えばローテートする診療科について記載いたしましたが、この基本診療科については、JACME と協議をして進めています。

次のスライド(スライド20)です。学修者や大学でのカリキュラム作成者に混乱を来さないように、JACME ととも整合を取っております。専門医基本領域の19の診療科を基本診療

科として記載して、このうち内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、総合診療科の6つの診療科は、原則1診療科当たり連続3週以上、それから救急診療科は原則3週以上と、記載しています。とはいいながら JACME の表現にもありますように、「ただし、全人的な診療能力・態度を涵養する目的で、4週間以上連続して配属する診療科を1診療科以上確保することが重要」、これが重要だという記載をしているところでございます。

次のスライド(スライド21)をお願いいたします。今回の改訂から CSV とか Github というような様々なデジタルデータを日本医学教育学会のホームページで公開して、大学でカリキュラム改編を行う人たちへの利便性を向上するように図りました。資料にあります2次元バーコードをスキャンしてみますと、スマホでコアカリを見ることができます。

次のスライド(スライド22)をお願いします。また、コアカリの全文章を3月末に英訳を完成いたしました。英国の Tomorrow's Doctors とか、ACGMA や LCMA の文書などと肩を並べるものになったかなと少し自負をしております。

以上、限られた時間で大変恐縮ですが、コアカリの改訂について御報告をいたしました。ありがとうございます。

医学教育モデル・コア・カリキュラム 令和4年度改訂版の報告

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

1

コアカリ改訂に向けた基本方針

1. 20年後以降の社会も想定した資質・能力の改訂
2. アウトカム基盤型教育のさらなる展開（学修目標の再編成と方略・評価の整理）
3. 医師養成をめぐる制度改正等との整合性の担保に向けた方策の検討（国家試験、共用試験の公的化と医学生の医業の法的位置付けを踏まえたシームレスな参加型臨床実習の推進、国際標準への対応等）
4. コアカリのスリム化の徹底と読み手や利用方法を想定した電子化
5. 研究者育成の視点の充実
6. 根拠に基づいたコアカリ内容
7. 歯学・薬学教育コアカリとの一部共通化

2

資質・能力の改訂

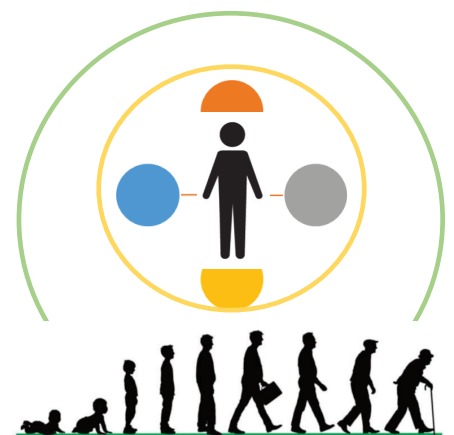
医学・医療をとりまく社会の変革や科学技術の進歩などを考慮にいたした「医師として求められる基本的な資質・能力」は、生涯にわたり研鑽して獲得する、医療人としての資質・能力と位置付けて、将来の医師像を明確に示した

- ・プロフェッショナリズム
- ・総合的に患者・生活者をみる姿勢
- ・生涯にわたって共に学ぶ姿勢
- ・科学的探究
- ・専門知識に基づいた問題解決能力
- ・情報・科学技術を活かす能力
- ・患者ケアのための診療技能
- ・コミュニケーション能力
- ・多職種連携能力
- ・社会における医療の役割の理解

3

総合的に患者・生活者をみる姿勢 (GE)

- ・「患者の抱える問題を臓器横断的に捉えた上で、心理社会的背景も踏まえ、ニーズに応じて柔軟に自身の専門領域にとどまらずに診療を行い、個人と社会のウェルビーイングを実現する」と総合を意味する目標を明示
- ・第2層で4つの視点を提示
 - ・「全人的な視点とアプローチ」
 - ・臓器横断的な診療、患者中心の医療、緩和ケアなど包括的な視点とともに、根拠に基づいた医療 (EBM) や行動科学を含む
 - ・「地域の視点とアプローチ」
 - ・医療・保健・福祉・介護の観点からプライマリ・ケアを重視
 - ・「人生の視点とアプローチ」
 - ・人生のプロセス (ライフサイクル) に沿い、小児期から老年期・終末期に至る視点
 - ・「社会の視点とアプローチ」
 - ・文化的、社会科学的な文脈から総合的に臨床実践に活用する視点

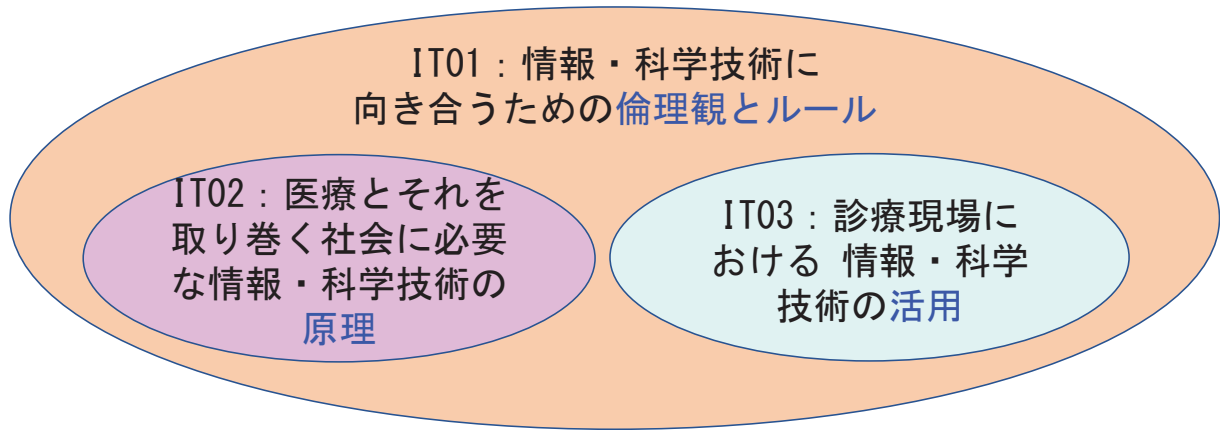


版權：
Shutterstock.com

4

情報・科学技術を活かす能力(IT)

【目的】 発展し続ける情報化社会を理解し、人工知能等の情報・科学技術を活用しながら、医学研究・医療を実践する



5

改訂コアカリの構造

医学教育モデル・コア・カリキュラム	
第1章 資質・能力	5
PR: プロフェッショナリズム	5
GE: 総合的に患者・生活者をみる姿勢	5
LL: 生涯にわたって共に学ぶ姿勢	5
RE: 科学的探究	5
PS: 専門知識に基づいた問題解決能力	5
IT: 情報・科学技術を活かす能力	6
CS: 患者ケアのための診療技能	6
CM: コミュニケーション能力	6
IP: 多職種連携能力	6
SO: 社会における医療の役割の理解	6
第2章 学修目標	6
PR: プロフェッショナリズム	6
PR-01: 信頼	6
PR-02: 思いやり	7
PR-03: 社会正義	7
PR-04: 教養	7
PR-05: 医の倫理	8
GE: 総合的に患者・生活者をみる姿勢	8

6

学修目標における4層構造

CS: 患者ケアのための診療技能

安全で質の高い医療を実践するために、匠としての技（診療技能）を磨き、それを遺憾無く発揮して診療を実践する。

第2層 →

CS-05: 医療の質と患者安全

医療の質と患者安全の観点で自己の行動を省察し、組織改善と患者中心の視点を獲得する。

第3層 →

CS-05-01: 医療の質向上

- CS-05-01-01 品質改善の手法を用いて医療を改善する重要性を理解し、繰り返し評価する姿勢を身に着ける。

第4層 →

CS-05-02: 医療従事者の健康管理

- CS-05-02-01 医療従事者に求められる健康管理（生活習慣改善、予防接種、被ばく低減策）、職業感染対策（結核スクリーニング、ワクチン接種）を実践する。
- CS-05-02-02 自身を含む医療者の労働環境の改善の必要性を理解し、実際の医療現場において改善に努めることができる。

CS-05-03: 安全管理体制

- CS-05-03-01 患者安全のための管理体制と各々の役割（リスクマネージャー、医療安全管理委員会等）を概要を理解している。

✓各資質・能力に、
第2層～第4層の
学修目標を置くこ
とに統一

7

アウトカム基盤型教育のさらなる展開 (学修目標の再編成と方略・評価の整理)

平成28年度版コアカリでのA～Gの構造を発展的に解消し、10の資質・能力に学修目標を紐づける構成とした

- 医学教育モデル・コア・カリキュラムの考え方
- 医学教育モデル・コア・カリキュラム改訂の概要
- 第1章 医師として求められる基本的な資質・能力
- 第2章 学修目標（別表を含む）
- 第3章 学修方略・評価（事例を含む）
- 診療参加型臨床実習実施ガイドライン

参考資料1 「医学教育モデル・コア・カリキュラム」今回の改訂までの経緯

参考資料2 医学教育モデル・コア・カリキュラム及び歯学教育モデル・コア・カリキュラム改訂に関する恒常的な組織の設置について

参考資料3 医師・歯科医師・薬剤師が関わる法令一覧

参考資料4 略語集

8

学修目標の別表（疾患）

別表

表 1: 疾患

臓器	カテゴリ	サブカテゴリ	疾患	基本
血液・造血器・リンパ系	貧血	なし	鉄欠乏性貧血	●
		二次性貧血 造血不全症	出血性貧血 腎性貧血 慢性疾患に伴う貧血 発作性夜間ヘモグロビン尿症 再生不良性貧血 赤芽球癆	

- ✓ 疾患を別表化
- ✓ 基本疾患の明示

9

学修目標の別表（臓器別）

表2-3 皮膚系

分類	項目名
構造と機能	皮膚の組織構造
	皮膚の細胞動態と角化の機構
	皮膚の免疫防御能
症候	皮疹（紅斑・紫斑・色素斑・丘疹・結節・腫瘤・水疱・膿疱・囊腫・びらん・潰瘍・毛細血管拡張・硬化・瘢痕・萎縮・鱗屑・痂皮・苔癬化・壊疽）

- ✓ 構造と機能、症候、検査法、特異的治療法

10

学修目標の別表（その他）

表5: 主要症候

主要症
候

検討すべき鑑別疾患

発熱 髄膜炎,上気道炎,扁桃炎,肺炎,結核,急性副鼻腔炎,尿路感染症,胆嚢炎,胆管炎,薬剤性,インフルエンザ,蜂巣炎,感染性心内膜炎

全身倦怠感 結核,肝炎,心不全,うつ病,甲状腺機能低下症,鉄欠乏性貧血

表6: 主要な臨床・画像検査

検査項目

血算

生化学検査

凝固・線溶検査

免疫血清学検査

尿検査

表7: 基本的臨床手技

分類

基本的臨床手技

目標レベル

一般手技

体位交換、移送

実施できる

気道内吸引

実施できる

静脈採血

実演できる

末梢静脈の血管確保

実演できる

11

医師養成をめぐる制度改正等との整合性 (共用試験の公的化、医学生の医業、国家試験 等)

- 共用試験の公的化と診療参加型臨床実習での医行為
 - 医学生が臨床実習において行う医業に関する政令に沿った
コアカリの記載→診療参加型臨床実習実施ガイドラインへ
- 国家試験との整合
 - 学修すべき疾患の適正化（「医師国家試験出題基準の改訂に向けた提言のための研究」を基盤に）
 - 国家試験出題基準改訂との協働の必要性

12

疾患の適正化

1. 伴研究（厚労科研令和2年度報告書）の「国試出題基準医学 各論掲載疾患評価」における A, B, C, 削除の4段階評価をもとに再評価
2. 上記研究をコアカリ改訂メンバーで再レビュー

レベル	疾患・病態の概要
A	医学部6年間で必ず身に付けるべき (必須)
B	医学部6年間で可能であれば身に付けるべき (推奨)
C	卒後臨床研修・専門研修において身に付けてもよい (アドバンスド)

13

コアカリと出題基準「医学各論」との整合

医師国家試験出題基準

令和6年版

(4) レベル分類には、小項目で求められる知識の範囲を明確化している。

レベル分類	病態・疾患の概要	診療のレベル		出題内容
		初療	継続診療	
a	○プライマリ・ケア領域で頻度が高い病態・疾患 ○緊急対応が必要な病態・疾患	指導下で診断から治療まで行え、必要に応じて適切にコンサルトできる	継続診療に必要な問題解決ができる	○病態生理 ○臨床推論 ○初期対応・救急対応 ○継続診療
b	○臨床研修で経験すべき病態・疾患	基本的事項を理解し、指導の下に初療ができる	適切に診療依頼ができる	○病態生理 ○臨床推論 ○初期対応
c	○臨床研修で経験すべき病態・疾患の範囲を超えるもの	疾患概念を説明でき、鑑別疾患として想起できる		○病名想起

II 精神・心身医学的疾患[約5%]

大項目	中項目	小項目	レベル分類	備考
4 生理的障害、身体的要因に関連した障害	A 摂食障害	① 神経性やせ症<神経性無食欲症>	a	
		② 神経性過食症<大食症>	a	
	B 睡眠-覚醒障害	① 不眠症	a	
		② 睡眠時無呼吸症候群	b	
		③ むずむず脚症候群	b	
		④ レム(REM)睡眠行動障害	b	
		⑤ 過眠症	c	ナルコレプシー
		⑥ 概日リズム障害	c	
		⑦ 睡眠時遊行症	c	
		⑧ 周期性四肢運動障害	c	
	C 性機能不全		c	
	D 心身症		a	
5 小児・青年期の精神・心身医学的疾患、成人の人格・行動障害	A 知的障害<知的発達症><精神遅滞>		a	知的発達症、知的発達障害
	B 学力の特異的発達障害	① 限局性学習障害<発達性学習症>	b	
	C 広汎性発達障害	① 発達性協調運動症<発達性協調運動障害>	c	
		② 常動運動症<常動運動障害>	c	
	D 自閉スペクトラム症		a	
	E 注意欠如多動性障害<注意欠如多動症><ADHD>		a	

医学各論

II 精神

14

その他：感染症に関する記載

- 平成28年度版
 - 感染症に関する記載が散在（A-6医療の質と安全の管理、B-1集団に対する医療、C-3個体の反応、E-2感染症、F-2基本的診療知識）
 - 「微生物」記載が主体で、実臨床での「思考プロセス」の順序とは違っていた
 - 患者の訴え聴取 ⇨ 病態を想定 ⇨ 感染症なら ⇨ 「臓器」と「原因微生物」への流れが自然
- 令和4年度版 改訂の根幹
 - 包括的に「市中感染症」、「医療関連感染」と記載し、含まれる個別疾患で高頻度、重要なものを厳選して別表に提示
 - 実臨床に必要な「考え方のステップ」を提示するため
 - PS-01-03微生物の総論で、その微生物が起こす感染症の疫学、感染経路、リスク因子、臨床症状、身体所見、診断、治療を包括的に学修できるように掲載

15

第3章 方略・評価

- 学修方略および学修者評価について、初めて章を立てて記載
 - 方略・評価は、学修目標を達成するために重要な要素であることから、今回の改訂において掲載を行った
 - 方略と評価は対として考えることが多いため、一つの章とした
- 学修方略
 - 学修方略を考える際に参考となる教育学の理論を示した
 - 成人学修理論、Kolbの経験学修モデル など
 - 有用なモデルや学修方法について記述し、教員や学生に馴染みのない用語を紹介した
 - SPICESモデル
 - 学修方法として：反転学修、ロールプレイ、シミュレーション、診療参加型臨床実習、Significant Event Analysis、PBL、TBL、Peer Learning、Case based discussion、学修ポートフォリオ…
 - 情報通信技術（ICT）についても触れた
 - 臨床実習での方略 ⇨ 臨床実習ガイドラインに記載されるため、第3章では臨床実習前の学修方略を中心に記載

16

第3章 方略・評価

・学修者評価

- ・ 評価の重要な概念・考え方を示した
 - ・ Millerのピラミッド、資質・能力ごとの評価、形成的評価と総括的評価、評価の妥当性・信頼性と実務的要素、評価におけるブループリント、評価の規準と基準など
- ・ 学修者評価の方法について記述した
 - ・ 筆記試験（客観試験、記述試験）、Workplace-based assessment／観察評価、OSCE、ポートフォリオ評価…
 - ・ 「共用試験」と「医師国家試験」について独立して記載
 - ・ 最新資料を入手するためのURLを付記
 - ・ 世界的に注目されているProgrammatic assessmentについても例示した
- ・ 方略・評価ともに特定の方法を推奨・指定するものではない方針とした
 - ・ 大学の自由なカリキュラム設定を促す方向性
 - ・ よりよい方略・評価に向けての観点を提供する目的で「問い」を設けた
 - ・ 「問い」の答えは一つではなく、各大学の実情に合わせて参考に

17

診療参加型臨床実習実施ガイドライン

・ガイドラインの章立て

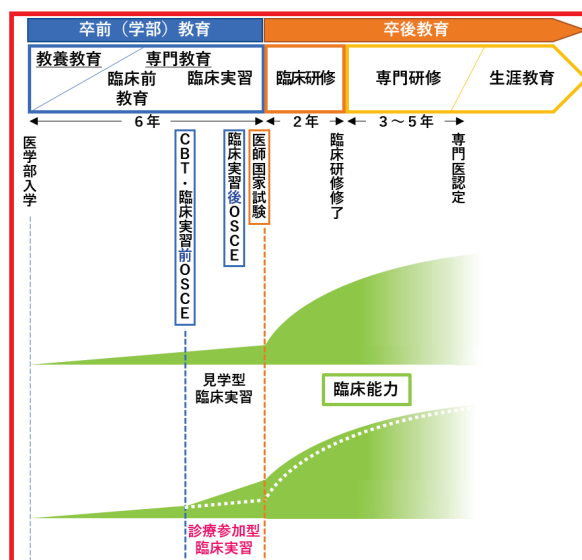
1. 序章、2. 実施体制・実施環境、3. 学修目標、
4. 方略、5. 評価、6. 学修と評価の記録、7. EPAとした

・序章

- ・ 診療参加型臨床実習の充実を図る意義を記述し、診療参加型臨床実習の意義を説明する図を改訂した

・実施体制・実施環境

- ・ 組織作りや事前に検討を要する事項の指針を記述
- ・ 医学生が臨床実習を行う医業の範囲を定める際の指針ならびに患者同意取得の指針を改訂
- ・ 患者相談窓口の設置を追加
- ・ 臨床実習で医学生の守秘義務が発生することを追加
- ・ 学生の安全管理に放射線被ばく管理の指針を新たに記述



18

診療参加型臨床実習実施ガイドライン

・目標

- 平成28年度版の「G 臨床実習」に記述されていた学修目標を移動し、令和4年度改訂版コアカリの学修目標に基づいて改訂

・方略

- 平成28年度版の「G 臨床実習」に記述されていた臨床実習の方略（実習を行う診療科など）を移動し、臨床実習を行う診療科等と実習期間を改訂
- 臨床実習での「基本診療科」について、JACMEと調整

・評価

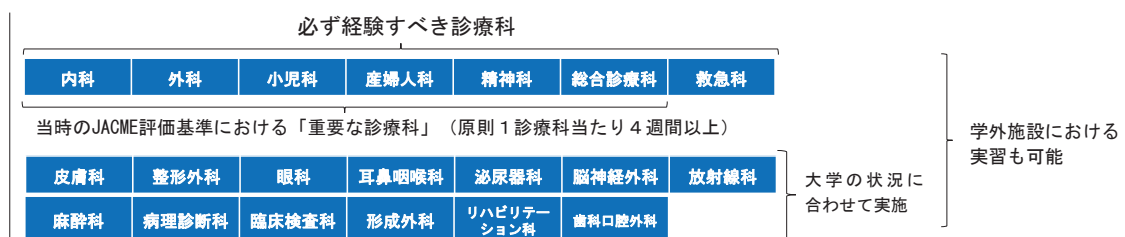
- 実習現場での観察評価として、簡易型臨床能力評価（mini-CEX）、症例の担当に関する評価（CbD）に加え、直接観察による臨床手技の評価（DOPS）を記述
- アンプロフェッショナルな学生への対応を改訂
- 実習活動の記録の電子化として、CC-EPOCを記述

19

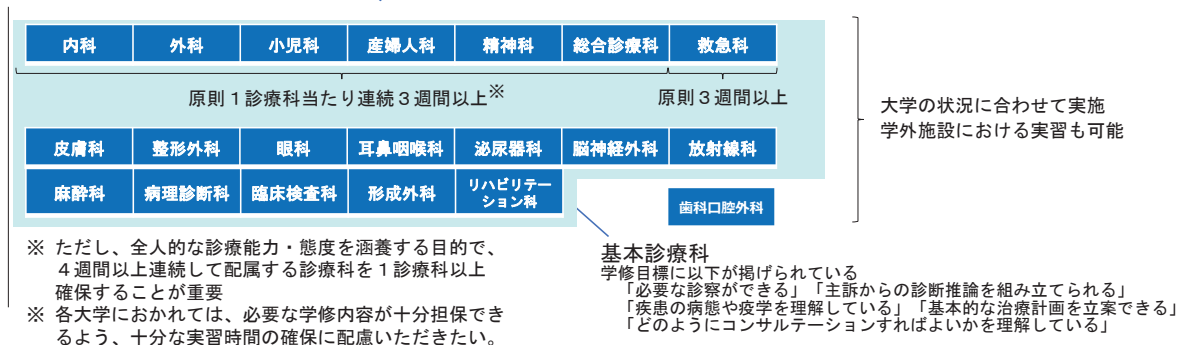
臨床実習GLの方略：「基本診療科」

臨床実習での「診療科」について JACMEと調整中

H28版
コアカリ



R4版
コアカリ
改訂案



20

コアカリの電子化（閲覧、使用方法）



コアカリWebサイト 医学教育学会のWebサイト

- 検索機能付き・モバイル対応のWebサイト <https://core-curriculum.jp/>

① CSV, Excel 形式のデータ公開 医学教育学会Webサイトに近日リンク掲載

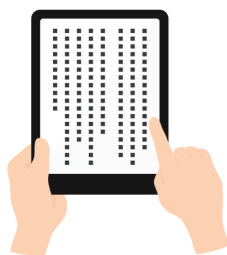
- 閲覧・編集可能に加え、多くのシステムと連携可能
- データは Github に格納

② Markdown形式のデータ公開 医学教育学会Webサイトに近日リンク掲載

- PDF、e-book、モバイル対応など、多くの形式に簡単に変換可能 他の電子システムとの連携も容易
- データは Github に格納

③ e-book (kindle) でのデータ公開

- 書籍のように読め、持ち運びも容易
- マーキングなども可能

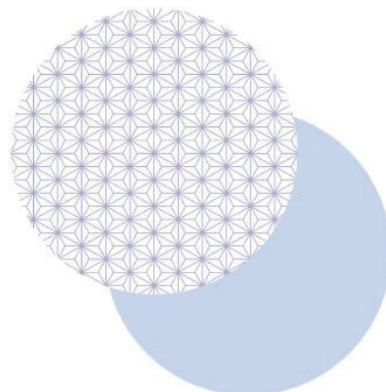


21

コアカリの国際発信（英文化）

The Model Core Curriculum for Medical Education in Japan

2022



Overview of the Revisions to the Model Core Curriculum for Medical Education

The revisions to the Model Core Curriculum are based on the following seven basic principles.

1. Revision of the basic qualities and abilities required of physicians in society in 2040 and beyond
2. Further development of outcome-based education (reorganization of learning objectives, strategies, and assessment)
3. Consideration of measures to ensure consistency with legal and institutional reforms to physician training
4. Streamlining and digitization of documentation in anticipation of changing methods of access and usage
5. Improvements to future researcher training and development
6. Evidence-based Model Core Curriculum content
7. Partial standardization with the Model Core Curricula for Dental and Pharmaceutical Education

I. Revision Principles

I-1. Revision of the basic qualities and abilities required of physicians in society in 2040 and beyond

- In this revision, the basic qualities and abilities required of physicians (hereafter, "qualities and abilities")¹, which take into account anticipated social changes and advances in science and technology surrounding medicine and medical care, are positioned as outcomes to be acquired through lifelong learning as a medical professional, providing a clear image of physicians of the future. These qualities and abilities are described in Chapter 1.
- By the year 2040, Japan's demographic structure is expected to be characterized by an aging society...

22

22