



はじめに

2016年3月末、医学教育モデル・コア・カリキュラム（以下、コア・カリ）が改訂された。コア・カリが初めて発表されたのが2001年であり、以後2007年、2010年と改訂されてきたので、今回が第4回目の改訂ということになる。コア・カリの全文は文部科学省のWebサイト上

http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2017/06/28/1383961_01.pdf

からPDFファイルの形でダウンロードできるので詳細はそちらを参照いただきたい。本稿では上記のコア・カリにも記載されている「改訂の概要」も参考にしつつ、今回の改訂の要点、特に「医師として求められる基本的な資質・能力」「準備教育モデル・コア・カリキュラム」「臨床実習」に重点を置き、私見も交えつつ概説・考察する。

1. 医師として求められる 基本的な資質・能力

今回の改訂では、世界的なアウトカム／コンピテンシー基盤型医学教育の潮流も受け、医師として求められる基本的な資質・能力が、日本の医学教育のアウトカム／コンピテンシーになり得るよう改変されている。コア・カリの前文には、この作業が、厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業・臨床研修の到達目標と連動した研修プログラムおよび評価方法・指導方法に関する研究班、国立大学医学部長会議の卒業時モデル・コア・コンピテンシー検討ワーキンググループ、日本医学教育学会の医学教育の一貫性委員

会、並びに、厚生労働省医道審議会、日本医師会、などと協働したことが記されている。結果、今回の改訂では、具体的には、以下の9項目が医師として求められる基本的な資質・能力として設定され、また「A基本項目」とも連動している。

- (1) プロフェッショナルリズム
- (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

これらは、プロフェッショナルリズムを除く8項目において、卒後臨床研修のそれと同じ文言であり、日本の医学教育のアウトカム／コンピテンシーの骨格は今回の改訂でほぼ構築できているのではないかと考える。なお臨床研修の到達目標においては、プロフェッショナルリズムに関連する内容を「価値観」という言葉を用いながら、アウトカム／コンピテンシーよりも上位の概念として具体的に詳述している。これについては、コア・カリおよび卒後臨床研修のカリキュラム開発において、「アウトカム／コンピテンシー基盤型」という理論・概念をどう捉えるのかという議論が、卒前教育・卒後研修のカリキュラム改訂に関わる委員の間で、今回、十分にできなかったのではないかと考察する。次回のコア・カリ改訂ではその視点からの議論を期待したい。

2. 準備教育モデル・コア・カリキュラム

主に教養教育に該当する旧版の準備教育モデル・コア・カリキュラムには、(1)物理現象と物

^{*1} Core Curriculum in Medical Education: Revisions

^{*2} Hiroshi Nishigori 京都大学大学院医学研究科 医学教育・国際化推進センター

質の科学, (2)生命現象の科学, (3)情報の科学, (4)人の行動と心理の4項目が記載されていた。主に, (1)では物理学, (2)では化学・生物学, (3)では情報学および統計学, (4)では心理学に関連する内容を取り扱っていた。今回の改訂では, 準備モデル・コア・カリキュラムが廃止され, コア・カリ本体に発展的に融合された。結果, (1)(2)のうち物理学・化学に関する内容は削減され, (2)(3)の生物学および統計学に関する内容はコア・カリ本体(B-1およびC-1)に統合, (4)の心理学に関する内容もコア・カリ本体に統合され(C-4), さらに人類学・社会学に関する内容が新たに追加されている(B-4)。この改訂には, 昨今の臨床研究に関わる社会的問題や日本医学教育評価機構による医学教育分野別評価の基準が影響していると考えられる。医学教育における教養教育については, 重要性の観点から, 総論は賛成という意見が多い印象を持っているが, 各論については今後も改善の余地は残っているように思える。具体的には, 動機づけの観点から, より臨床現場における実際の症例と関連づけることが重要であると考えられる。統計学者になるための統計学や人類学者になるための人類学は, 全ての医学生に対する教育としては必要ない。これら教育方法についての議論も, 今後さらに重ねていく必要があると思われる。

3. 臨床実習

診療参加型臨床実習をキーワードに内容が大幅に改訂された。まず, 共用試験臨床実習前OSCEの出題範囲も含めた臨床実習前に修得すべき内容が「F診療の基本」に移され, 臨床実習前後で学ぶべき内容の違いが明確になっている。また「F-1症候・病態からのアプローチ」と連動する形で「G-2臨床推論」に, 同じ症候・病態のリストと想定すべき鑑別診断の例が挙げられたことで, 臨床推論の教育の重要性に大きく焦点が当たっている。医学生には, 鑑別診断を丸暗記するのではなく, コア・カリにも記述されている病態生理も踏まえて勉強をすすめることを期待したい。また診療科臨床実習は, 前述の日本医学教育評価機構による医学教育分野別評価の基準との整合性が図

られている。また旧版にあった地域医療実習に加えて, シミュレーション教育が新たに書き加えられたことは, 昨今の医療安全重視の臨床現場を考慮してのことであろう。これらの教育方略に関する議論も今後さらなる発展を期待したい。なお, G-1にある「学生を信頼し任せられる役割」は, 蘭国ユトレヒト大学のten Cate氏が提唱し, 現在, 世界的に臨床教育における評価の潮流の一つとなっているEPA(Entrustable Professional Activities)の概念¹⁾を取り入れたものであり, AAMC(米国医科大学協会)が作成したコアEPAの13項目

<https://members.aamc.org/eweb/upload/core%20epa%20curriculum%20dev%20guide.pdf>

がほぼ邦訳された形で記載されている。ただEPAは具体的な業務レベルでの文言で記載されることが必要であり, 今後, EPAの下位項目を作成していく作業が必要と考えられる。

また, 診療参加型臨床実習実施ガイドラインも今回, 10年以上ぶりに改訂された。診療参加型臨床実習の具体, T&A(Triage and Action)などのシミュレーション教育, Mini-CEX(Clinical Evaluation Exercise)やアンプロフェッショナルな学生の評価などの観察評価などについてかなり詳細に記載されており, 教育現場では参考になると考えられる。また「学修と評価の記録」は, 臨床実習におけるポートフォリオ評価をすすめる際の, 評価フォーマットのたたき台になる内容が記述されている。

4. 地域医療・地域包括ケアシステム

超高齢社会を迎えた今日, 地域における医療・保健・福祉・介護の連携がより求められるようになってきているが, そのキーワードの一つとなっている地域包括ケアシステムに関連した内容が, 随所に記述されている(「A-7-1:地域医療への貢献」「B-1-7:地域医療・地域保健」「G-4-3:地域医療実習」など)。またその推進のための他職種連携に関する内容も, 「A-4コミュニケーション能力」「A-5:チーム医療の実践」などで触れている。地域医療という言葉には, 学習目標としての側面と学習方略としての側面の両方があるよう

な印象を持っているが、特に後者について、今後は大学病院のみで教育を行うのではなく、地域の第一線の病院・診療所、さらに医療機関を超えた患者の生活の場において、学生が学ぶことのできる場が構築されていくことを期待したい。

5. 国際保健

グローバル化が進む今日、国際保健に関する内容が今回の改訂で新たに書き加えられた。「A-7-2：国際医療への貢献」「B-1-9：国際保健」が主なものになり、特に後者には国際保健に関わる組織が列挙されている。ハーバード大学の医療人類学者であるPaul Farmerが2016年に医学教育におけるグローバルヘルスについての提言をまとめているが²⁾、21世紀に入って日本のODA（Official Development Assistance）予算が削減されてきている今日、日本の医学・医療がどのように国際社会に貢献できるのかについて、改めて考えるきっかけになるのではないかなと思う。

6. 腫瘍

がんは本邦の死因第一位の疾患であり、国民の生命・健康に大きな影響を及ぼしている。がん対策基本法などを含めた社会情勢を受け、今回の改訂で「腫瘍」が独立した項目の形で記載されることになった（C-4-6腫瘍およびE-3 腫瘍）。特にE-3-5）では各論としてそれぞれ個別の腫瘍性疾患が列挙されており、卒業までに学ぶべきがんのイメージが湧きやすくなっている印象を受ける。

おわりに

コア・カリは、これまでG臨床実習がA-Fと別

項目として取り扱われ、また準備教育モデル・コア・カリキュラムが別建てになっていたこともあり、共用試験の出題基準であるというイメージが強かった。しかしながら今回、AやBなどの改訂、さらに準備教育モデル・コア・カリキュラムの廃止を受けて、「全ての医学生が卒業時までには修得すべき必要最小限の教育内容を提示する」という役割をより果たせるようになった印象を受ける。共用試験、特にCBTの出題基準については、コア・カリの項目をそのまま利用することが難しくなったが、医療系大学間共用試験実施評価機構（Common Achievement Tests Organization <CATO>）における検討に譲ることとなっている。この点も含めて、今回の改訂では、卒前教育と卒後研修の連携、共用試験や国家試験との連携、日本医学教育評価機構による医学教育分野別評価との連携など、各方面との連携が目立った改訂となっている。この潮流は次回の改訂にも是非引き継いでいただき、教育現場にできるだけ混乱が少なくなるよう、また実質的な内容となるような配慮を頂きたいと考えている。

■文 献

- 1) ten Cate O. Entrustability of professional activities and competency-based training. *Medical Education* 2005; **39**(12): 1176-1177.
- 2) Farmer PE, Rhatigan JJ. Embracing Medical Education's Global Mission. *Academic Medicine* 2016; **91**(12): 1592-1594.