

[卒前学部教育の現状と課題]

# 医師国家試験の現状と課題

北村 聖\*

キーワード 医師国家試験 共用試験 客観的臨床技能試験 (OSCE)

## はじめに

医師国家試験は、医学教育の流れのなかで大きな意味をもつ。もちろん資格試験としての意義は言わずもがなであるが、卒前教育と卒後教育の接合部としての意義、すなわち卒前教育の教育改革が進み、また、卒後教育としての必修化臨床研修が定着しようとしている状況の下、その接合部にある医師国家試験のもつ現代的意義は大きいと考える。本稿では、わが国の医師国家試験の変遷と、諸外国の状況を踏まえううえで課題を整理してみたいと思う。

## I. わが国の医師国家試験の沿革

教育とその評価として「試験」が行われてきた。しかし、歴史的にみるとそれほど普遍的に行われたものでもなく、資格試験としての「試験」の歴史はむしろ浅い。資格試験の当初は、専門的職業に従事する人たち自身が、自分たちの利益を守るために集団(ギルド、同業組合)をつくり、後継者の養成やメンバーとなる資格の付与、規制、職業上の知識、技術の水準向上を図ろうとしたこととかわっている。

わが国においては、江戸時代までは医師には

同業組合といったものも資格試験もなく、だれでも自由に医師と称することができた。もちろん師について学んだり、古書を読んで独学したうえで医師と称した者もいたが、多くは経験医師や何ら教育を受けていない医師であった。したがって、そのころの医師の社会的地位は低く、「医は賤業」と見なされていた<sup>1)</sup>。

明治維新後の明治7年、新政府は「医制」を制定し、正規の医学校を卒業するか、資格試験(医術開業試験という)に合格しなければ医師を開業できないこととし、しかもその試験の内容はすべて西洋医学によるものとした。その後、いくつかの変遷を経て、明治16年には全国9か所の試験場で、試験の実施は年2回、試験問題は中央から派遣される試験官と各地で選ばれた試験委員が共同で選定し、合否を決める方式が取られた。試験の内容は前期基礎学科と、後期臨床学科とされた。合格するには前期3年、後期7年といわれたように決してたやすい試験ではなかった。余談であるが、野口英世は会津若松の開業医の書生として3年勉強し前期試験に合格し、東京の予備校に1年通って後期試験に合格して医師資格を得ている<sup>2)</sup>。

帝国大学に加え、多くの県立医科大学や私立医科大学ができ、政府は医学校を甲乙の2種に分け、甲種の卒業生には無試験で医師資格を与えることとし、最大21校に上ったが、県立医科大学の多くは財政難のため、廃校になるものが多かった。私立医学校はいくつも設立され、なかでも済生学舎は最大のもので、いわば医術

\*きたむら・きよし：東京大学医学教育国際協力研究センター教授。

昭和53年東京大学医学部卒業。

主研究領域／医学教育、臨床検査医学、血液学。

開業試験予備校に相当し、1万人以上の医術開業試験合格者を輩出した。

その後、大正5年にはこの医術開業試験も廃止された。その後、戦後間もない昭和21(1946)年まで現在のような医師国家試験は行われなかった。すなわち、大正、昭和の戦前を通じて、医師は国が認めた医師養成機関を卒業することによってその資格が得られ、資格試験としての国家試験はなかったことになる。いわば、医育機関が医師の質を保証していたことになる。

終戦時の日本は、戦時中の医師不足を補うために急造した臨床経験未熟な医師の増加で医療の質の低下を来し、その対策の一環として、連合軍総司令部(GHQ)は医学界の再建に乗り出した。1946年2月、GHQ公衆衛生福祉局長サマス(Sams CF)大佐は「医学教育改革について」と題する講演のなかで、「日本の医学界はドイツ医学に盲従し自己欺瞞に陥っている。今後は最も優れている米国の医学を規範とすべきである」と批判し、以後、医療改革に精力的に取り組んでいった。彼の要請に従い、医療制度審議会は1946年3月に、次の2事項を決定した。

①医育機関(医科大学及び医学専門学校)の卒業生は、卒後1年以上の診療の修練を要する。

②前項の診療修練を経た者は、更に国家が行う一定の試験に合格するを要する。

第1回医師国家試験は1946年11月に実施され、受験者270名、合格者137名、合格率51%の成績であった。翌年5月、第2回目が全国規模で行われ、受験者1,646名、合格者1,370名、合格率83%であった<sup>2)</sup>。

国家試験は米国の州試験を取り入れたものであり、実地修練はインターン制度をまねたものであるが、従来は医学生が卒業すれば直ちに医師免許を得ることができたのに対して、これは大きな変革であった。余談になるが、終戦直後の混乱期において、何ら医療基盤の整備もないままに、急激にこの改革を実施したのには大変

な無理が生じた。1949年3月の大学卒業生は2,245名、同医専卒業生5,300名ほか、総計9,670名がインターンに入る予定であるのに対し、指定病院は全国266か所、収容能力は7,786名、すなわち1,800名余が収容不能となり、臨床修練は実質的に形骸化した状況であり、このためにその後インターン制度は学園紛争の火種となり、医学界を揺るがす大問題に発展していった。<sup>2)</sup>

戦後の国家試験の変遷を表1に示す<sup>3)</sup>。1回から44回までがインターンを終了した者に受験資格が与えられ、45回以降、卒業直後、臨床研修前に受験している。出題の方式は、第1,2期が論述式で以後、多肢選択式の客観式試験になっている。また、第2,3期の20年間は実地(口頭)試験があり、多くの逸話が残されている。第5期以降年1回の実施となり、ほぼ現在の形になっている。筆者が受験した第4期が1.5日の客観試験のみで問題数も少なく、また、年2回実施されており、最も楽な世代であったかもしれない。

現在では、2月の中旬に3日間にわたり、500題の5択多肢選択問題を行っている。100題の必修問題と、200題の総論、200題の各論からなり、特に必修問題は80%以上の正解率が求められている。出題基準や、各分野での出題の細かい割合が試験設計表(ブループリント)として公表されている。また、禁忌肢問題というのが隠されており、誤答肢のなかでも医療行為として禁忌であるものを選んだ場合は、合否に影響する。なお、臨床研修必修化に伴い、2005年より発表も3月下旬に行われている。

## II. 各国の医師国家試験<sup>4)</sup>

世界中のすべての国々で医師国家試験が行われているわけではない。調べることでできた範囲内で各国の国家試験の実施状況を紹介する。

韓国：1952年から始まり、1994年から民間

表1 医師国家試験の変遷

		第1期				第2期			第3期			第4期	第5期	第6期	第7期	第8期	第9期		
回	年	1回	2～5回	6回	7～13回	14～21回	22～44回	45～52回	53～54回	55～56回	57～58回	59～78回	79～82回	83～86回	87～90回	91～94回	95～98回		
年	回	昭21	22～23	24	24～27	28～31	32～43	43～46	47	48	49	50～59	60～63	平元～4	5～8	9～12	13～16		
試験内容	基礎医学	8科目				なし			なし			なし	なし	なし	なし	なし	なし		
		臨床医学	必須					4科目	4科目	4科目	5科目			5科目	5科目 内・外・産婦・小・公衆	5科目 内・外・産婦・小・公衆	医学総論 (必修問題含む) 医学各論 科目区分なし	医学総論 (必修問題含む) 医学各論 科目区分なし	
	選定		9科目	11科目				4科目	2科目	2科目	2科目			2科目	2科目 内=精・皮・放 外=耳・眼・泌・整外	2科目(同左) ただし選定されない科目については基本的な事項を出題する。			
	臨床実地試験	なし				なし			なし	20問	60問	80問	120問	120問	120問	120問(必修問題含む)	250問(必修問題含む)		
		計	科目	17	17	19	19	8	6		7			7	7	全科	医学総論・医学各論	医学総論・医学各論(必修問題含む)	医学総論・医学各論(必修問題含む)
	設問数		39	39	49	51	20	16	15	160	170	190	260	320	320	320	320	320	500
	解答		全問			選択	選択		全問	全問			全問	全問	全問	全問	全問	全問	全問
	試験方法	筆答	論述式	○				○			なし			なし	なし	なし	なし	なし	
			客観式	なし				なし			○			○	○	○	○	○	
		実地(口頭)試験	なし				○			○			なし	なし	なし	なし	なし		
年間試験実施回数	2回				2回			2回			2回	1回	1回	1回	1回	1回			
1回の試験実施日数	筆記3日				筆記1日及び口頭試問2～4日						筆記1.5日	筆記2日	筆記2日	筆記2日	筆記2日	筆記2日	筆記3日		

(医事試験制度研究会監修：平成17年版 医師国家資格試験出題基準。まほろば、東京、2004より引用)

機構の国家試験機構が行っている。客観的臨床技能試験 (OSCE ; objective structured clinical examination) も導入予定であり、14 ステーション以上が考えられている。

中国：1997 年から医師国家試験が行われている。6 年の学部教育と 1 年の臨床実習を経た後で、医師国家試験が行われる。合格率は 75～90% 程度。

マレーシア：国家試験制度はない。

英国：医師国家試験に相当するものはない。医科大学を卒業することが医師としての資格となる。過半数が総合診療医 (GP ; general physician) になる。

フランス：入学試験もなく、大学進学資格試験 (バカロレア) に合格していれば大学に入学できるが、1 学年から 2 学年に進学できるのは 10% 程度である。また、医学部卒業時に国家試験はないが、専門医研修進学試験があり、これに合格した 50% の卒業生のみが専門医研修に参加でき、それ以外は一般医研修に進むことになる。

ドイツ：従来は各学年で行われた国家試験合計 4 回を、2003 年から臨床実習前の第 1 部と、卒業時の第 2 部の 2 回にした。いずれも、筆記試験と口頭実地試験で、後者は実際の患者に協力してもらって行われる。1 人の受験生当たり 1 時間近くをかけて試験する。

米国：州によって多少異なるが、4 年生の一般大学卒業後に 4 年間の医科大学・医学部に進学する。国家試験は Step1～3 の 3 段階の試験があり、Step1 は医学部 2 年終了時にコンピュータによる多肢選択試験 (CBT ; computer based test) により行われる。Step2 は第 4 学年の間に受験し、CBT と OSCE が行われる。Step 3 はインターンのときに行われ、CBT が行われる。Step2, 3 はいずれも授業や実習中に行われ、受験生も特別の試験対策をするわけではないようである。

表 2 厚生労働省医師国家試験改善検討委員会報告書 (平成 15 年 4 月 17 日) の目次

I.	はじめに
II.	平成 17 年 (第 99 回) の試験からの改善事項
	1. 改善に当たっての基本的な考え方
	2. 改善すべき事項
	1) 出題数・出題内容
	2) 合否基準
	3) 試験問題の公募、プール制の導入、試験問題の回収について
	4) 試験結果の通知
	5) 出題形式
	6) 応用力試験
	3. 試験の早期化
III.	今後改善する方向性が定まった事項
	1. 実技試験 (OSCE: Objective Structured Clinical Examination)
	2. 受験回数の制限
IV.	関係機関への要請事項
	1. 試験問題の公募
	2. 実技試験の導入
	3. 臨床実習開始前の共用試験の充実
	4. 医師国家試験の早期化に対する協力
V.	今後検討すべき事項
	1. 時間割の公表
	2. 効率的な試験問題の蓄積・米国等の医師資格試験問題の利用
	3. コンピュータを活用した試験等の調査研究
	4. 医師の資質の向上
	5. その他
VI.	終わりに

(医事試験制度研究会監修:平成 17 年版 医師国家資格試験出題基準。まほろば、東京、2004 年より引用)

### III. 現状における問題点の整理

医師国家試験のわが国における変遷と、諸外国の状況を踏まえて、わが国の医師国家試験の現状の問題点を洗い出してみる。大きく分け、制度上の問題と、技術的な問題があるように思う。参考に、厚生労働省医師国家試験改善検討委員会報告書 (平成 15 年 4 月 17 日) の目次を表 2 に示す<sup>3)</sup>。技術的な問題の中心となる問題数や試験内容に関してはある程度の改革が進んでおり、従来指摘されたような重箱の隅を突くような試験問題は姿を消し、医療の基本である事項の問題が増加しており、改めて問題点と

しては取り上げない。報告書に示されたものは技術的な問題に属するものが多い。

## 1. 技術的なもののうち、重要なもの

### 1) 試験問題の公募，プール制の導入：問題作成の効率化

情報公開の波のなかで，2005年秋に過去の国家試験問題が公表され，2006年の第100回国家試験から問題が持ち帰り可能となり，また，合格発表時に正解が示されるようになった。従来から，プール制の導入を前提に問題が秘匿されていたが，公開されたことによりプール制は難しくなると考えられる。いろいろな思考力をみる良問であっても，一旦公開されてしまうと記憶力の問題となり，いわゆるタクソノミーが低下する。プール制がないと今までのように，毎年，オリジナリティのある問題を作成せねばならず，問題作成上大きな課題であると思われる。

また，応用力試験として，単なる想起レベルの問題ではなく，問題解釈型や問題解決型の問題を多く出すことが望ましいが，問題作成委員による従来の方法では限界があるように思われる。医科大学・医学部や医師会から問題を公募する方法が取り入れられているが，問題の主題が似通ったものになりやすいことや作問技術が未熟であり，ブラッシュアップがそれなりの労力であることから限界がある。米国の問題を翻訳することも考えられるが，効果は短期的で早晩，対策問題集が行き渡り，記憶・想起レベルの問題になってしまうことが危惧される。

### 2) 出題形式

現在は，one-bestのものを5選択肢の中から選ぶAタイプのもの，2つの組み合わせから選ぶK2タイプ，さらに5選択肢から正解を2つ選ぶX2タイプが用いられている。今後，共用試験で用いられている10～20個の用語の中から選ぶものなど，客観式ではあるがいろいろなタイプの問題を導入することにより，記憶ではなく問題解決能力を試験できる問題の開発が望

まれる。また，カナダで行われているような，短い論述式試験の導入も選択肢の1つと考える。

## 2. 制度の問題で重要と思われるもの

### 1) 医師の資質の向上，受験回数の制限

受験資格を失ったものの進路変更の道が現在の日本の社会では閉ざされていること，適性のない者に対しては学生時代に早期に進路指導をすべきであることなどを理由に今のところ受験回数の制限はされていない。それほど大きな社会問題とはなっていないので，このままの状態でもよいが，司法試験が5年以内に3回という制限を設けたことを踏まえ，将来の課題として残しておいてもよい。

なお，医師国家試験が医師の資質の向上を図ることに寄与することは自明のことであるが，医師数の適正化の手段として用いられることは適切ではないと筆者は考える。

### 2) 技能試験の導入

最も話題性のある問題点かもしれない。医師法には国家試験は「医師として具有すべき知識及び技能」を有しているかどうかを評価するためのものとされており，現在の試験体制は主に知識のみを評価しているとの批判がある。そのため国家試験にOSCEなどの技能試験を取り入れるべきとの議論がある。一方，2005年12月より共用試験が本格実施され，すべての大学で臨床実習前にOSCEを受験することになった。しかし，これは，きわめて基本的なことのみであり，国家試験では高いレベルのもの，いわゆるadvanced OSCEをするべきとの意見がある。臨床技能を大学卒業の時点で評価することは重要であり，何らかの試験をすることに異論はないが，国家試験でOSCEをすることが最良かはまだ議論のあるところと思う。

筆者は共用試験OSCEのモニターとしていくつかの大学を訪問する機会を得たが，筆記試験とは異なる能力をみるOSCEの利点は十分理解したうえで，「試験官ならびに事務方の労力には多大なるものがあること」と「どんなに準

備をしたうえでであっても、大学間での格差や試験官間の格差があり、ばらつきが出てしまうこと」を実感した。したがって、大学の卒業試験として行うとか、国家試験の一部として行うとしても、複数回の受験機会を担保したりして、いわば筆記試験の受験資格のような扱いが妥当ではないかと思っている。

#### IV. 今後の方向性

日本の国家試験制度は、戦後いくたびかの変遷を経て、それなりに成熟したものとなっている。現状で、筆者が国家試験の最大の課題と考えるのは、国家試験がもつ医学教育における卒前教育と卒後教育の橋渡しとしての意義と機能である。卒前教育は大きく変わり、コアカリキュラムに準じて CBT と OSCE がなされ、また、臨床実習も見学型から参加型実習（クリニカルクラークシップと呼ぶことが多い）に転換しつつある。

一方、卒後研修は必修化され、スーパーローテーションで内科、外科、救急、小児科、産婦人科、精神科などを経験し、プライマリケアの基本を学ぶこととされた。その間に、国家試験が位置するが、6年生の半年から1年間が国家試験の対策に費やされ、いわゆる知識の詰め込みが行われる現実がある。米国での Step2 は最終学年の間に受験するもので、それほどの対策は必要とせず、むしろ日常の臨床実習を真剣に行っていれば通過するものと聞く。日本では、優秀な学生でも卒業試験に加えてそれなりの国家試験対策を行わないと通らないとされている。

将来は、教育の流れを断ち切らないように、

4年次の共用試験 CBT, OSCE と卒業試験、国家試験さらに必修臨床研修の終了認定を1つの流れとなるよう、それぞれが担う役割を明確にして、重なるの少ないものへと再構築する方向が考えられればよいと思う。そのなかで、英国式に大学の教育の質の状況をレビューする必要があるであろうし、大学は卒業生の質を保証することも重要であろう。

いずれにせよ、理想的には大学最終学年もしっかりと参加型臨床実習を行い、その過程で医師免許を取得し、引き続き臨床研修を行うようになることが望ましいのではないだろうか。

#### おわりに

国家試験の在り方は諸外国それぞれの考え方があり、医学教育のグローバル化がいわれているわりには統一されたものがない。それは、国家試験が医育制度のみならず医療制度と密にかかわっており、また、各国で事情が異なっており、その反映と考えられる。したがって、日本の国家試験制度は日本の国民が必要とする医師の質を担保するものである必要があり、不断の変革努力が必要であろう。

…………… 文 献 ……………

- 1) 天野郁夫：試験の社会史 近代日本の試験・教育・社会。東京大学出版会，東京，1983；148.
- 2) 金沢大学50年史編纂委員会：金沢大学五十年史，部局編。金沢大学創立50周年記念事業後援会，石川，1999；486.
- 3) 医事試験制度研究会監修：平成17年版 医師国家資格試験出題基準。まほろば，東京，2004.
- 4) 各国の医学教育。医学教育 2005；36：349—406.

[卒前学部教育の現状と課題]

# コア カリキュラムのめざすもの

福田康一郎\*

キーワード 医学教育 臨床前医学教育 臨床実習 コア/選択カリキュラム

## はじめに

医学教育の抜本的改善をめざして、平成13年3月に「医学教育モデル コア カリキュラム—教育内容ガイドライン（以下、コア カリキュラム）」が公表された<sup>1)</sup>。コア カリキュラム策定とセットとして導入された臨床実習開始前の「共用試験」も4回の試行（トライアル）を経て、平成17年12月から全80医科系大学で順次、正式実施されている<sup>2)</sup>。大学教育におけるコア カリキュラムの策定は医学・歯学ばかりでなく、薬学でも導入されている。

平成17年1月の中央教育審議会答申「我が国の高等教育の将来像」にも、「学士課程教育の充実のため、分野ごとにコア カリキュラムが作成されることが望ましい」と提言された<sup>3)</sup>。医学領域に端を発した大学教育の改革方策は、わが国の高等教育全体に波及している。ここでは、コア カリキュラム導入の理念と経緯、内容の概要、今後の課題等を概説する。

## I. コア カリキュラム導入の理念と経緯

近年の生命科学と科学技術の著しい進歩によって医学の知識と技術の量は著しく膨大と

なった。一方、大学教育は、各大学の担当講座教員の裁量に委ねられたまま、膨大な知識の詰め込み教育が続くとともに、従来から指摘されていた診療技能・態度、危機・安全管理などの教育は十分でなく、臨床実習も見学型に終始していた。

平成3年に厚生省から、臨床実習の充実のために医学生の実行為についての違法性阻却要件として「臨床実習開始前の学生の評価を適正に行う」ことが提言された。平成9年には文部省高等教育局長から各教育分野に、コアとなる教育内容を検討することが打ち出され、平成10～11年度に「医学における教育プログラム研究・開発事業委員会」において教育内容の精選作業が始まった。平成8～11年には、「21世紀医学・医療懇談会」報告において、医学教育内容について精選された基本的内容を重点的に履修させるコア カリキュラムの確立と、学生が主体的に選択履修できるカリキュラムの拡充が提言された。

これらをまとめて、平成13年3月に「医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議」（座長：高久史磨自治医科大学学長）から、教育内容を精選した「医学教育モデル コア カリキュラム—教育内容ガイドライン」が提示され、併せて、臨床実習開始前の全国的な共用試験システムの構築が提言された（図1）。

\*ふくだ・やすいちろう：千葉大学大学院医学研究院教授（自律機能生理学）。

昭和46年千葉大学大学院医学研究科修了。  
主研究領域／呼吸生理学。

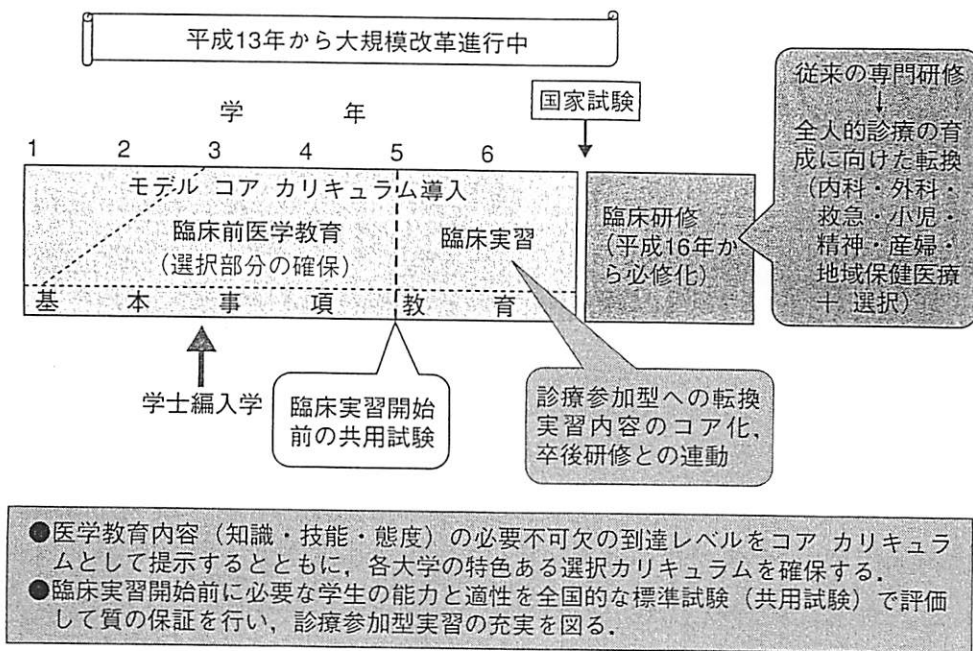


図1 医学教育モデルコアカリキュラムの位置付け  
 学士編入学、平成16年度からの卒後臨床研修必修化、平成17年から正式実施されている臨床実習前の「共用試験」の導入などのなかで、基本となるモデルコアカリキュラムの位置付けを示した。

表1 医学教育モデルコアカリキュラム—教育内容ガイドラインの内容

●コアカリキュラム(大項目)	内 容 (中小項目)	約 2/3 (およその単位数)
A: 基本事項	医の原則, 医療における安全性への配慮と危機管理, コミュニケーションとチーム医療, 課題探求・解決と論理的思考	
B: 医学一般	個体の構成と機能, 個体の反応, 原因と病態	18 単位
C: 人体各器官の正常構造・機能・病態・診断・治療	血液・造血器・リンパ, 神経, 皮膚, 運動器(筋骨格), 循環器, 呼吸器, 消化器, 腎・尿路(体液・電解質バランスを含む), 生殖機能, 妊娠・分娩, 乳房, 内分泌・栄養・代謝, 眼・視覚, 耳鼻・咽喉・口腔, 精神	31 ♪
D: 全身におよぶ生理的变化・病態・診断・治療	感染症, 免疫アレルギー, 物理・化学的因子, 成長と発達, 加齢と老化, 人の死, 死と法	7 ♪
E: 診療の基本	症候・病態からのアプローチ(発熱等36項目), 基本的診療知識, 基本的診療技能	7 ♪
F: 医学・医療と社会	社会・環境と健康, 疫学と予防医学, 生活習慣病と疾病, 保健, 医療, 福祉と介護の制度, 診療情報, 臨床研究と医療	6 ♪
G: 臨床実習	基本診察・診療技能, 内科系(内科・精神・小児), 外科系(外科・産婦人科), 救急医療	25 ♪
●選択カリキュラム	各大学の特色と理念に応じて設定 例: 生命科学研究, フィールド疫学研究, 選択臨床実習など	約 1/3

コアカリキュラムを大項目区分し, 中小項目に内容の概要を示した。内容のうち, 太字部分が特徴である。このほかに一般教育内容で医学に関連の深い領域について, 「準備教育モデルコアカリキュラム—教育内容ガイドライン」(物理現象と物質の科学, 生命現象の科学, 情報の科学, 人の行動と心理)も提示されている。

[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(別冊)。医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議報告 (<http://www.med.tohoku.ac.jp/kyomu/gakubu/details/21stcentury.htm>), 2001年3月より作成]



## Ⅱ. コア カリキュラムの内容と使い方

コア カリキュラムの設定に当たって、①卒業までに修得すべき基本的な知識を整理し、態度および技能教育の充実を図る、②課題解決型学習を推進し、課題探求能力、分析評価能力を向上させる、③臨床医として必要な態度を身に付けさせる、④卒業後臨床研修を円滑に開始できるための基本的臨床能力を身に付けさせることが目標となった。

まず、卒業までに必要な必須の学習内容をコア カリキュラムとして整理することとし、今後の発展や国際的趨勢、学生の学びやすい方法などを勘案して、可能な限り、基礎と臨床という硬直化した既存の枠を超えた形で整理した(表1)。提示に当たっては、教育内容をA~Gの7つの大項目に区分し、さらに中小の細項目を列挙し、それぞれの項目ごとに、学生が何をどこまで学ばばよいかの一般目標と学習の到達目標としてキーワードを含む到達目標を提示した。到達目標については、臨床実習開始前に修得すべきレベルと卒業時までのレベルを区別して表示してある。

特色として、A:基本事項では、医療の現場と社会一般から強く求められている医師としての素養に関わる最も重要な事項をまとめた。これらは臨床実習開始前と卒業時に適切に評価することが必要であるとしている。さらに、E:診療の基本では、症候・病態からのアプローチ、基本的診療知識と技能を取り上げたことである。また、G:臨床実習については、新しい卒業後臨床研修内容を視野に入れた構成となっている。各項目の内容を具体的にどのような授業科目で行うかについては、各大学が教育体制などに応じて設定するものとした。また、コア カリキュラムの内容をどの程度の単位(時間)で修得するかについては、全授業単位数(時間数)の約2/3

程度を目安とし、残りの1/3程度で医学研究参加など各大学の特色ある選択制カリキュラムを用意すべきとした。選択制カリキュラムも例示されている。

## Ⅲ. コア カリキュラムの課題

コア カリキュラムの提示を受けて各大学がカリキュラム改革に取り組んでいるが、枝葉末節に囚われて基本的な考え方についての理解が十分でない面がある。また、これだけやればよいとの短絡的な誤解があることも残念である。また、わが国で初めて提示されたコア カリキュラムの内容は“必要最小限”に絞って作成されたものであるが、各大学等からの意見を反映させたため、やや過剰である。さらに診療参加型実習の内容と実施の具体化が課題となっている。

今後、社会からの要請、医学・医療の進歩、卒業後臨床研修等を勘案しながら継続的に内容を改善し、医学教育関係と社会一般に広く周知していく必要がある。平成17年5月、文部科学省において、「医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」が設置され、コア カリキュラムの改訂に向けた検討が開始されたところである。

### ..... 文 献 .....

- 1) 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(別冊). 医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議報告(<http://www.med.tohoku.ac.jp/kyomu/gakubu/details/21stcentury.htm>), 2001年3月.
- 2) 社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構(CATO)・医歯学教育システム研究センター(全国共同利用施設): 臨床実習開始前の「共用試験」第3版(平成17年), 2005年9月.
- 3) 「我が国の高等教育の将来像」中央教育審議会答申([http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chukyo/chukyo0/toushin/05013101.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo0/toushin/05013101.htm)), 2005年1月.