

# 卒前・卒後の一貫した医師養成の在り方 (その2)

1. 医学生の臨床実習における基本的医行為
2. モデルコアカリキュラム・共用試験・医師国家試験
3. 医師臨床研修制度

# 医学生の臨床実習において、一定条件下で許容される基本的医行為の例示①

(平成3年5月13日)

	水準Ⅰ 指導医の指導・監視のもとに実施が許容されるもの	水準Ⅱ 状況によって指導医の指導・監視のもとに実施が許容されるもの	水準Ⅲ 原則として指導医の実施の介助または見学にとどめるもの
1. 診察	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全身の視診、打診、聴診</li> <li>・簡単な器具（聴診器、打鍵器、血圧計など）を用いる全身の診察</li> <li>・直腸診</li> <li>・耳鏡、鼻鏡、検眼鏡による診察</li> <li>・内診</li> <li>・産科的診察</li> </ul>		
2. 検査	(生理学的検査) <ul style="list-style-type: none"> <li>・心電図、心音図、心機図</li> <li>・脳波</li> <li>・呼吸機能(肺活量等)</li> <li>・聴力、平衡、味覚、嗅覚</li> <li>・視野、視力</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・筋電図</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・眼球に直接接触れる検査</li> </ul>
	(消化管検査) <ul style="list-style-type: none"> <li>・直腸鏡、肛門鏡</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・食道、胃、大腸、気管、気管支などの内視鏡検査</li> </ul>
	(画像診断) <ul style="list-style-type: none"> <li>・超音波</li> <li>・MRI(介助)</li> </ul>		
	(放射線学的検査) <ul style="list-style-type: none"> <li>・単純X線撮影(介助)</li> <li>・RI(介助)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・胃腸管透視</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・気管支造影など造影剤注入による検査</li> </ul>

# 医学生の臨床実習において、一定条件下で許容される基本的医行為の例示② (平成3年5月13日)

	水準Ⅰ 指導医の指導・監視のもとに実施が許容されるもの	水準Ⅱ 状況によって指導医の指導・監視のもとに実施が許容されるもの	水準Ⅲ 原則として指導医の実施の介助または見学にとどめるもの
2. 検査 (続く)	(採血) ・耳朶・指先など毛細血管、静脈(末梢)	・動脈(末梢)	・小児からの採血
	(穿刺) ・嚢胞(体表)、膿瘍(体表)	・胸、腹腔、骨髄	・腰椎、バイオプシー
	(産婦人科) ・腔内容採取 ・コルポスコピー		・子宮内操作
	(その他) ・アレルギー検査(貼付) ・発達テスト		・知能テスト、心理テスト
3. 治療	(看護的業務) ・体位交換、おむつ交換、移送		
	(処置) ・皮膚消毒、包帯交換 ・外用薬貼布・塗布 ・気道内吸引、ネブライザー ・導尿、浣腸 ・ギプス巻	・創傷処置 ・胃管挿入	
	(注射)	・皮内、皮下、筋肉 ・静脈(末梢)	・静脈(中心)、動脈 ・全身麻酔、局所麻酔 ・輸血

# 医学生の臨床実習において、一定条件下で許容される基本的医行為の例示③ (平成3年5月13日)

	水準Ⅰ 指導医の指導・監視のもとに実施が許容されるもの	水準Ⅱ 状況によって指導医の指導・監視のもとに実施が許容されるもの	水準Ⅲ 原則として指導医の実施の介助または見学にとどめるもの
3. 治療	(外科的処置) ・抜糸・止血 ・手術助手	・膿瘍切開、排膿 ・縫合	・各種穿刺による排液
	(その他) ・作業療法(介助)	・鼠径ヘルニア用手還納	・分娩介助 ・精神療法 ・眼球に直接接触れる治療
4. 救急	・バイタルサインチェック ・気道確保(エアウェイによる)、 人工呼吸、酸素投与	・気管内挿管 ・心マッサージ ・電氣的除細動	
5. その他	・カルテ記載 (症状経過のみ学生のサインとともに書き 入れ、主治医のサインを受ける) ・健康教育(一般的内容に限る)	・患者への病状説明	・家族への病状説明

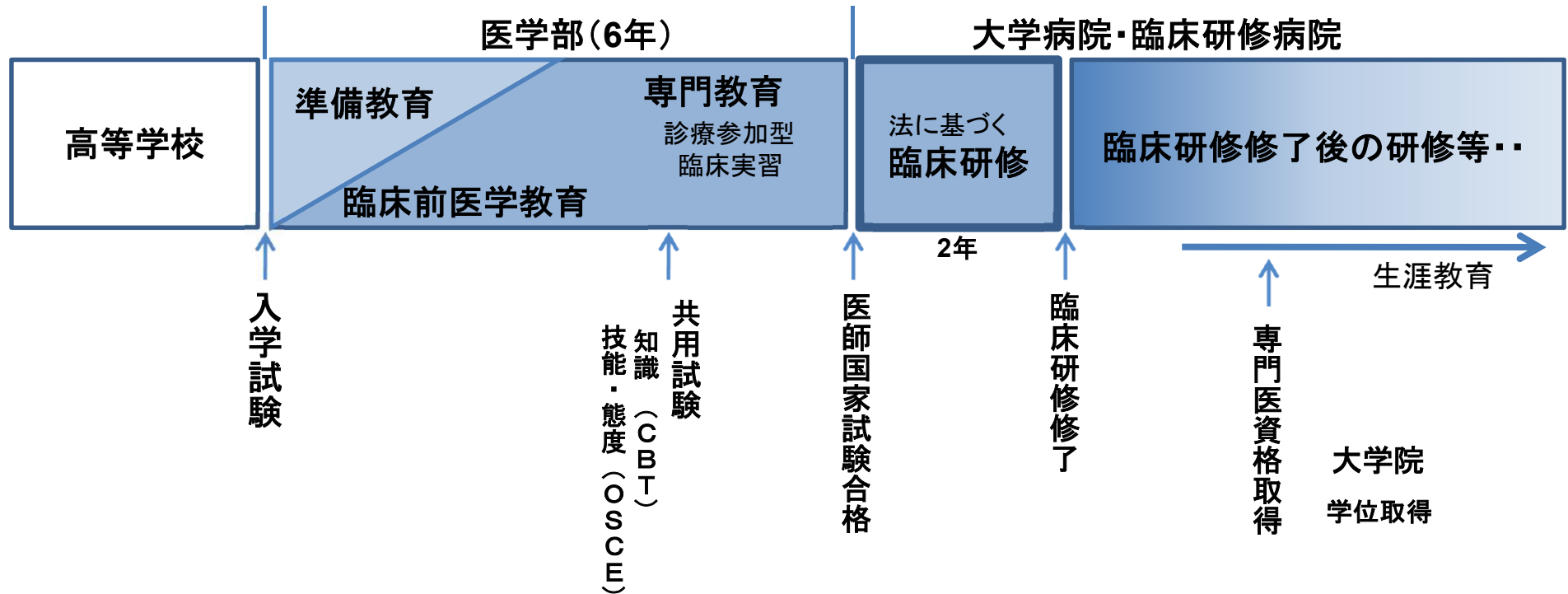
# 医師養成のための卒前・卒後教育の流れ

○平成12年の医師法改正(臨床研修必修化)以降の、大学による医学教育改革の自主的な取組

- ・平成13年:「**医学教育モデル・コア・カリキュラム**」策定
- ・平成17年:診療参加型臨床実習開始前に備えるべき知識と、技能・態度を評価する「**共用試験**」を正式実施(CATO)(合格者には認定証(student doctor)を発行(AJMC))
- ・平成26年:診療参加型臨床実習のための医学生の「**医行為**」の水準策定(AJMC)

○進行中の更なる取組

- ・～平成32年:臨床実習後の技能・態度を評価する「**Post CC OSCE**」の正式実施に向けて全大学でのトライアル実施(CATO)
- ・～平成35年:「**国際水準の医学教育の認証**」を目指した組織(JACME)による全大学の受審



## 医学部の臨床実習において実施可能な医行為の研究

- 医師としての最低限必要な診療技術を習得するためには、医学部5年及び6年時において行う卒前実習（臨床実習）において、**適切な指導医の下、診療に関する実務を経験する必要**がある。
- 診療に関する実務のうち、人に危害をおよぼす恐れのある行為は「医行為」と呼ばれ、臨床実習において、医学生が実施することができる医行為の例示は、平成3年に取りまとめられた「臨床実習検討委員会最終報告」（いわゆる「前川レポート」）において学術的見地から明らかにされているところである。
- 一方、前川レポート策定後26年が経過した現在、医術の進歩や医学教育を取り巻く環境変化に対応するため、臨床実習において**医学生が医師の指導の下実施できる医行為を再度明確化**する必要がある。これにより、臨床実習が充実すると考えられ、現在行われている卒後臨床研修について、さらに質を高める。

### 研究概要

#### 臨床実習の実態調査

全国の大学医学部の臨床実習において、各大学医学部の臨床実習において実施されている医行為を調査し、**医学教育における実態を調査・解析**を行う。

#### 臨床実習における医行為の類型化

調査によって得られた**医行為の内容を分類**する。  
例)①指導医の指導・監視のもとに実施すべきもの  
②指導医の指導・監視のもとに実施が望ましいもの  
③原則として指導医の実施の介助または見学にとどめるもの

#### 医学部学生が行うことができる医行為の明確化

分類を踏まえた上で、医学部学生が行うことができる医行為の範囲を整理し明確化する。

### メンバー

主任研究者：門田守人（日本医学会連合会長）	稲垣 暢也（京都大学 糖尿病・内分泌・栄養内科教授）
研究協力者：鈴木康之（日本医学教育学会 理事長）	奈良信雄（順天堂大学 医学教育学）
江頭正人（日本内科学会 東京大学医学教育学会）	福井次矢（聖路加国際病院 院長）
小寺泰弘（日本外科学会 名古屋大学消化器外科）	佐伯 仁志（東京大学 刑法学教授）
釜 范敏（日本医師会）	オブザーバー：厚生労働省、文部科学省

1. 医学生の臨床実習における基本的医行為
2. **モデルコアカリキュラム・共用試験・医師国家試験**
3. 医師臨床研修制度



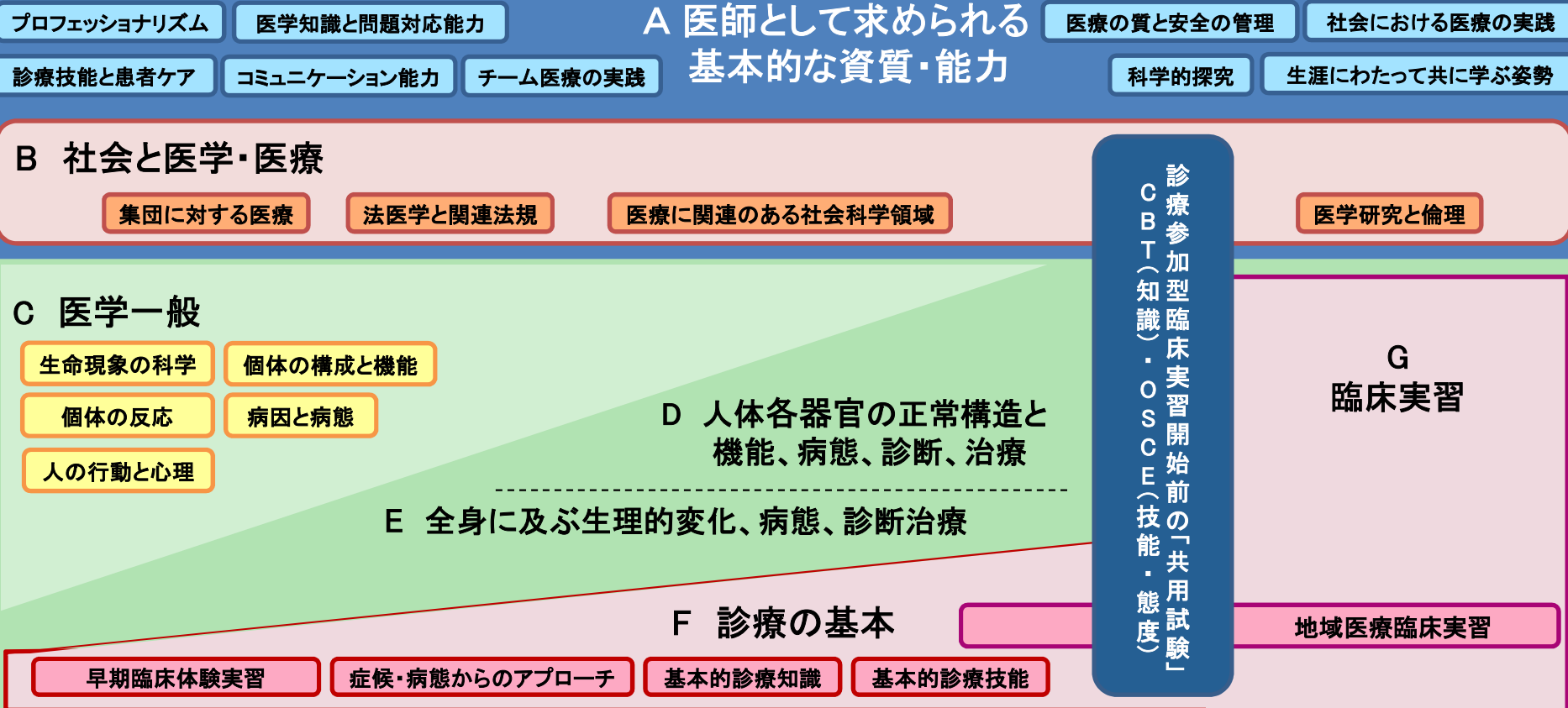
# 医学教育モデル・コア・カリキュラムの構成

- A 医師として求められる基本的な資質・能力
- B 社会と医学・医療
- C 医学一般
- D 人体各器官の正常構造と機能、病態、診断、治療
- E 全身に及ぶ生理的変化、病態、診断、治療
- F 診療の基本
- G 臨床実習 ※参考例: 診療参加型臨床実習実施ガイドライン

# 医学教育モデル・コア・カリキュラム(平成28年度改訂版) 概要

- 学生が卒業時まで身に付けておくべき、必須の実践的診療能力(知識・技能・態度)を、「ねらい」と「学修目標」として明確化
- 学生の学修時間数の3分の2程度を目安としたもの
- 「医師として求められる基本的な資質と能力」として、ミニマム・エッセンスである項目を記載

## 多様なニーズに対応できる医師の養成



## 各大学の特色ある独自のカリキュラム

- 各大学が教育理念に基づいて実施する独自の教育内容(教養教育や、学生が自主的に選択できるプログラムを含む)
- 学生の学修時間数の3分の1程度

「必ず経験すべき診療科」として、以下の7診療科を提示  
＜内科 外科 小児科 産婦人科 精神科 総合診療科 救急科＞

○医学教育モデル・コア・カリキュラム(平成28年度改訂版)「G 臨床実習」抜粋

**G-4 診療科臨床実習**

**G-4-1) 必ず経験すべき診療科**

G-4-1)-(1) 内科

ねらい:

- ①将来、内科医にならない場合にも必要な内科領域の診療能力について学ぶ。
- ②内科医のイメージを獲得する。

G-4-1)-(2) 外科

ねらい:

- ①将来、外科医にならない場合にも必要な外科領域の診療能力について学ぶ。
- ②外科医のイメージを獲得する。

G-4-1)-(3) 小児科

ねらい:

- ①将来、小児科医にならない場合にも必要な小児科領域の診療能力について学ぶ。
- ②小児科医のイメージを獲得する。

G-4-1)-(4) 産婦人科

ねらい:

- ①将来、産婦人科医にならない場合にも必要な産婦人科領域の診療能力について学ぶ。
- ②産婦人科医のイメージを獲得する。

G-4-1)-(5) 精神科

ねらい:

- ①将来、精神科医にならない場合にも必要な精神科領域の診療能力について学ぶ。
- ②精神科医のイメージを獲得する。

G-4-1)-(6) 総合診療科

ねらい:

- ①どの科の医師になっても求められる総合診療能力について学ぶ。
- ②総合診療医のイメージを獲得する。

G-4-1)-(7) 救急科

ねらい:

- ①どの科の医師になっても求められる救急診療能力について学ぶ。
- ②救急科医のイメージを獲得する。

**G-4-3) 地域医療実習**

ねらい:

地域社会で求められる保健・医療・福祉・介護等の活動を通して地域医療と地域包括ケアシステムを一体的に構築することの必要性・重要性を学ぶ。

**G-4-4) シミュレーション教育**

ねらい:

医療安全の観点から臨床現場を想定した環境でシミュレーションによるトレーニングを積むことで、実際の臨床現場で対処できるようになる。

# 共用試験実施の概要 (H17年12月から正式実施)

## CBT

医学系81・歯学系29大学  
CBT実施責任者

成績返却  
全国成績  
解析結果

実施データ回収

事前調査・チェック  
練習セット  
実施セット等  
モニター派遣

CBT実施小委員会等  
公益社団法人医療系大学間  
共用試験実施評価機構  
(CATO) 試験実施本部  
OSCE実施小委員会等

全国成績  
解析結果

評価  
成績  
報告

事前調査、講習会等  
学習評価項目  
課題 (シナリオ)  
評価法、評価表  
モニター・評価者派遣

医学系81・歯学系29大学  
OSCE実施責任者

## OSCE

各大学の基準に基づいた  
評価を学生に通知

各大学サーバー

学生

出題

端末/  
受験生

試験終了後回収

モニター



CBT実施会場例  
1ブロック60分/6ブロック/  
合計320設問  
ブロック内でランダム出題

共用試験  
合格

Student Doctor  
認定証の発行  
(AJMC)



病院実習 (診療参  
加型臨床実習) に参  
加

モニター・認定外部評価者・内部評価者の参画

医学系

模擬患者

歯学系



医療面接・身体診察・救命救急・手技など

医療面接・基本的診察および検査能力

学生はステーションを順に回り、態度と基本的診療能力の評価を受ける。

各大学の基準に基づいた  
評価を学生に通知

学生

実施体制準備  
OSCE実施・評価

2016共用試験受験実績

医学	本試験	9,198人
	再試験	703人
歯学	本試験	2,394人
	再試験	563人

# 平成26年度医師国家試験改善検討部会報告書の概要

## 基本的な考え方

- 医師国家試験は、卒前教育・卒後臨床研修・新しい専門医の仕組みを含めた一連の医師養成過程の中に位置付けられることから、それぞれの到達目標との整合性を図りつつ、近年の卒前教育を巡る動向を踏まえ、その果たすべき役割を十分に発揮できるものとする必要がある。

## 主な論点と方向性

### 1. 出題数について

- 平成27年度より卒前教育において共用試験CBT※1の合格基準が統一化され、医学生の基本的な知識が担保されることを前提として、医師国家試験の出題数の見直しを行う。
- 具体的な方向性としては、臨床的な応用力を問う問題を出題することとするため、**出題傾向として「臨床実地問題」に、より重点をおくこととする。**
  - ① 医師国家試験として問うべき水準は維持しつつ、医師国家試験の出題数は、必修問題以外の「一般問題」を100題程度縮小することが可能である。(第112回(平成30年)から適用。試験日数を見直すことが期待される(3日間→2日間)。)
  - ② 現行の合格基準は必修問題以外の「一般問題」と「臨床実地問題」は各々で相対基準を用いているが、出題数の見直しに伴い「一般問題」と「臨床実地問題」を併せて相対基準を設定する等の見直しを行うべきである。
  - ③ 保健医療論・公衆衛生等の「一般問題」の出題数は担保し、分野毎に必要な出題数が確保されるよう医師国家試験出題基準の見直しを行う必要がある。

500題→ <b>約400題</b>	一般問題	臨床実地問題
必修問題	50題	50題
医学総論	200題→ <b>約100題</b>	200題
医学各論		

### 2. OSCE※2について

現時点では、卒前教育における臨床実習終了時OSCEの導入を進めることが重要であり、医師国家試験へのOSCE導入の是非については、その達成状況を確認してから改めて議論していく必要がある。

### 3. コンピュータ制について

日本の卒前教育に沿った手法等について検討を行う。(試験問題の蓄積(プール問題)や年間の試験実施回数についてはコンピュータ制と併せて検討。)

### 4. 医師国家試験受験資格認定について

日本における卒前教育の充実を踏まえ、外国で医師免許を得た者に対する日本語による診療能力の調査の充実等、日本の卒前教育との同等性を評価するよう見直しを行う。

※1: 医療系大学間共用試験実施評価機構により臨床実習開始前に実施されている共用試験のうち、コンピュータを活用した知識の評価(Computer Based Testing)のこと。

※2: Objective Structured Clinical Examination (客観的臨床能力試験)の略。

# 第112回(平成30年)医師国家試験における変更点について

## 背景

○ 平成26年度医師国家試験改善検討部会報告書において、第112回(平成30年)より、これまでの医師国家試験の「医学総論」および「医学各論」から「一般問題」として100題程度減らすことが可能であるとされた。

<理由>

- ① 共用試験CBT※の出題内容と医師国家試験の出題内容に重複がある
- ② 平成27年度より、全ての医学部において、共用試験CBT※の合格基準が統一化

## 医道審議会医師分科会の審議結果

○ 上記の報告書を踏まえ、平成29年4月の医道審議会医師分科会における審議を経て、第112回(平成30年)医師国家試験は以下の変更を行う。

<出題数について>

- ・ 出題数は、500題から400題に減じる。(「医学総論」および「医学各論」から「一般問題」として100題減じる。「必修問題」および「臨床実地問題」の出題数は現状維持とする。)

総出題数 500題→ <b>400題</b>	一般問題	臨床実地問題
必修問題	50題	50題
医学総論	200題→ <b>100題</b>	200題
医学各論		

<試験日数について>

- ・ 出題数の減少に伴い、試験日数は3日間から2日間に変更する。

<配点について>

- ・ 必修問題以外の一般問題と臨床実地問題は、ともに1問1点で採点を行う。

<合格基準について>

- ・ 必修問題以外の一般問題と臨床実地問題は、これまで各々で合格基準を設定していたものを、一般問題と臨床実地問題の得点の合計について合格基準を設定する。

1. 医学生の臨床実習における基本的医行為
2. モデルコアカリキュラム・共用試験・医師国家試験
3. **医師臨床研修制度**



# 臨床研修制度に関する経緯

○ 昭和23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)

(当時の問題点) 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)

## 【指摘された問題点】

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>

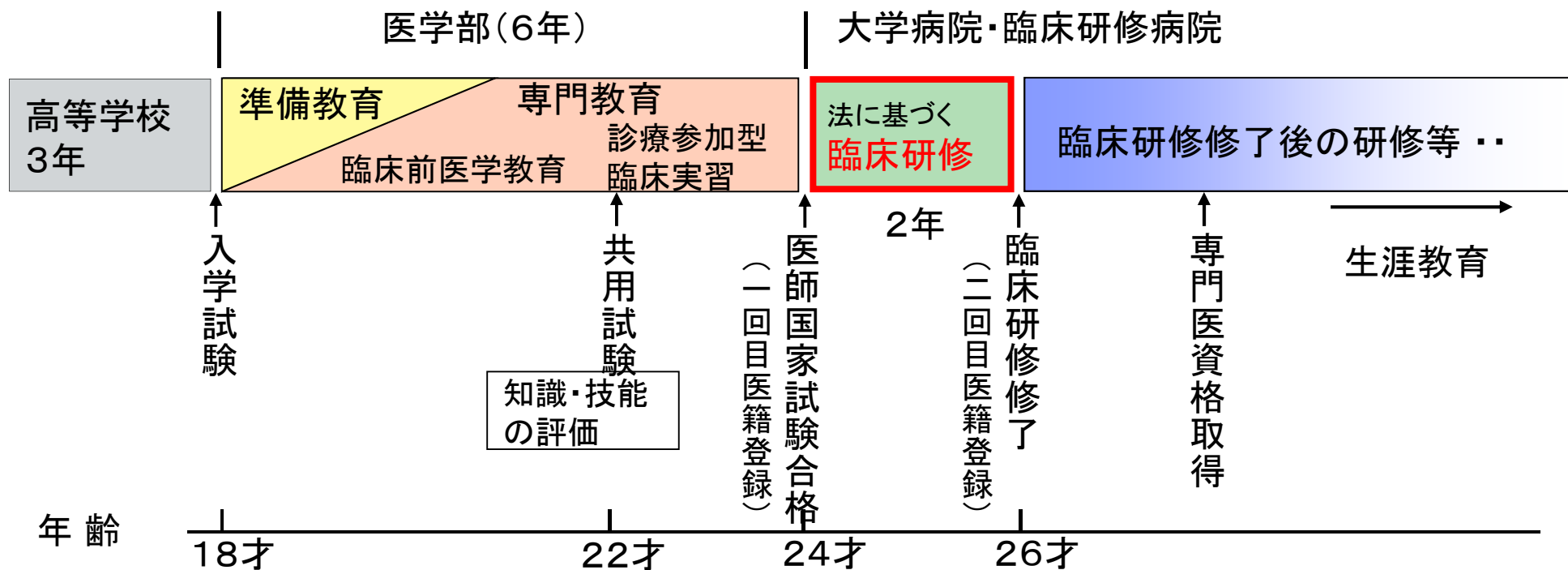


# 臨床研修制度の概要

## 1. 医学教育における臨床研修

### ○ 法に基づく臨床研修(医師法第十六条の二)

診療に従事しようとする医師は、二年以上、医学部を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院において、臨床研修を受けなければならない。



## 2. 臨床研修の基本理念(医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令)

○臨床研修は、医師が、医師として的人格をかん養し、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。

# 臨床研修制度に関する経緯

## ○ 平成16年度 新制度の施行(医師法改正) <臨床研修の必修化>

制度の見直しを検討(平成20年9月～)

### 【指摘された問題点】

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 臨床研修制度の見直し

- (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3000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 臨床研修制度の見直し

- (1) 研修希望者に対する募集定員の割合を縮小(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

# 医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループ

## 趣旨

医師臨床研修の実施状況や診療能力の修得状況等を把握し、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会における臨床研修制度の次回の見直しに向けて、到達目標や評価の在り方についての検討をすることを目的に、本ワーキンググループを開催する。(医政局長が主催)

## 構成員

氏名	所属・役職
伊野 美幸	聖マリアンナ医科大学医学部医学教育文化部門教授
大滝 純司	北海道大学大学院医学研究科医学教育推進センター教授
片岡 仁美	岡山大学大学院医歯薬総合研究科地域医療人材育成講座教授
金丸 吉昌	美郷町地域包括医療局総院長
神野 正博	社会医療法人財団董仙会理事長
羽鳥 裕	日本医師会常任理事
清水 貴子	社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷浜松病院副院長
高橋 弘明	岩手県立中央病院医療研修部長
田中 雄二郎	全国医学部長病院長会議 卒後臨床研修検討WG委員 東京医科歯科大学理事
中島 豊爾	岡山県精神科医療センター理事長
伴 信太郎	愛知医科大学医学教育センター長
◎ 福井 次矢	聖路加国際病院長
古谷 伸之	東京慈恵会医科大学内科准教授
前野 哲博	筑波大医学医療系臨床医学域教授

(五十音順、敬称略、◎座長)

# 臨床研修到達目標と医学教育モデル・コア・カリキュラムの関係について(到達目標)(案)

## 医学教育モデル・コア・カリキュラム(卒前)

### 医師として求められる基本的な資質・能力

1 プロフェッショナリズム

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 科学的探求

9 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

## 臨床研修の到達目標(卒後)

### 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

### 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 科学的探求

9 生涯にわたって共に学ぶ姿勢



## 臨床研修における研修医評価票の例(案)

### 1. 医学・医療における倫理性:

診療、研究、教育に関する倫理的な問題を認識し、適切に行動する。

レベル1 モデル・コア・カリキュラム (卒前レベル)	レベル2	レベル3 臨床研修の到達目標 (臨床研修終了時で期待される レベル)	レベル4
■ 医学・医療の歴史的な流れ、臨床倫理や生と死に係る倫理的問題、各種倫理に関する規範を概説できる。	人間の尊厳と生命の不可侵性に関して尊重の念を示す。	人間の尊厳と生命の不可侵性を尊重する。	モデルとなる行動を他者に示す。
■ 患者の基本的権利、自己決定権の意義、患者の価値観、インフォームドコンセントとインフォームドアセントなどの意義と必要性を説明できる。	患者のプライバシーに最低限配慮し、守秘義務を果たす。	患者のプライバシーに配慮し、守秘義務を果たす。	モデルとなる行動を他者に示す。
■ 患者のプライバシーに配慮し、守秘義務の重要性を理解した上で適切な取り扱いができる。	倫理的ジレンマの存在を認識する。	倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づき対応する。	倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づいて多面的に判断し、対応する。
■ 患者のプライバシーに配慮し、守秘義務の重要性を理解した上で適切な取り扱いができる。	利益相反の存在を認識する。	利益相反を認識し、管理方針に準拠する。	モデルとなる行動を他者に示す。
■ 患者のプライバシーに配慮し、守秘義務の重要性を理解した上で適切な取り扱いができる。	診療、研究、教育に必要な透明性確保と不正行為の防止を認識する。	診療、研究、教育の透明性を確保し、不正行為の防止に努める。	モデルとなる行動を他者に示す。



# 必修診療科の見直し(イメージ例)(平成32年度)(案)

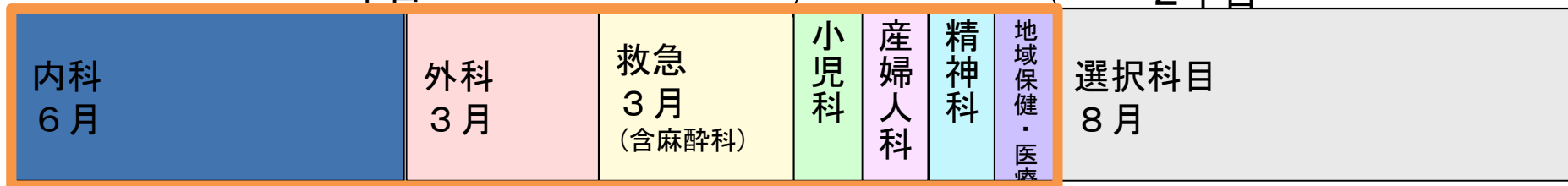
H16年度～H21年度(7科目必修)

1年目

各1月

2年目

   必修

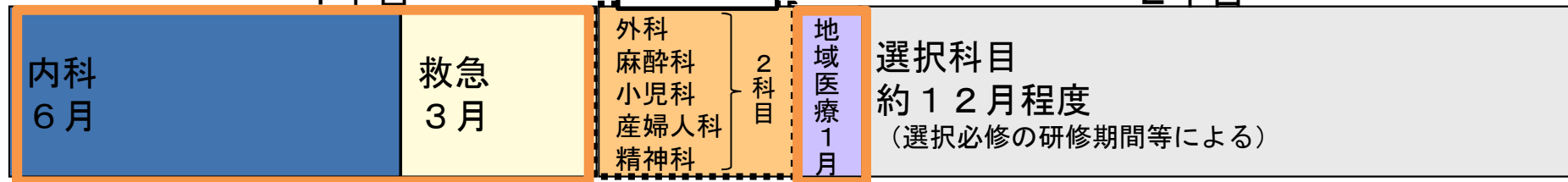


H22年度～H31年度(3科目必修)

1年目

選択必修

2年目



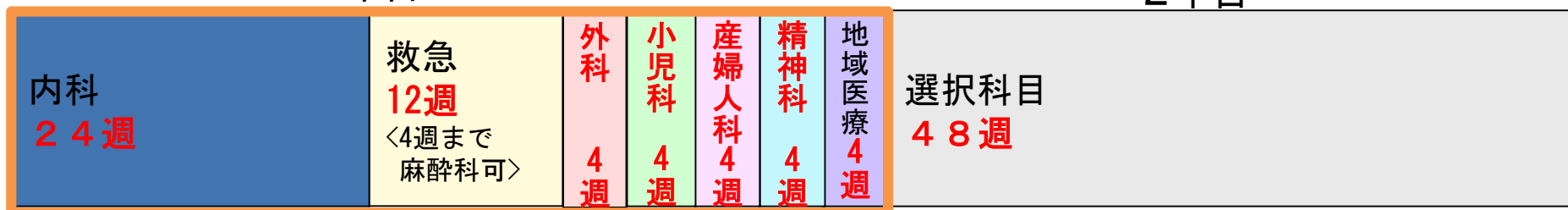
H32年度～(7科目必修)(案)

1年目

※外科、小児科、産婦人科、精神科、地域医療は8週以上が望ましい

2年目

臨床研修病院



※一般外来4週以上を含む(8週以上が望ましい)

# 臨床研修到達目標と医学教育モデル・コア・カリキュラムの関係について(診療科)(案)

## 医学教育モデル・コア・カリキュラム(卒前)

### 臨床実習で必ず経験すべき診療科

- 1 内科
- 2 外科
- 3 小児科
- 4 産婦人科
- 5 精神科
- 6 救急科
- 7 地域医療実習
- 8 総合診療科
- 9 シミュレーション教育\*

## 臨床研修の方略(卒後)

### 臨床研修における必修診療領域

- 1 内科
- 2 外科
- 3 小児科
- 4 産婦人科
- 5 精神科
- 6 救急科
- 7 地域医療

※ 8 総合診療科でも可

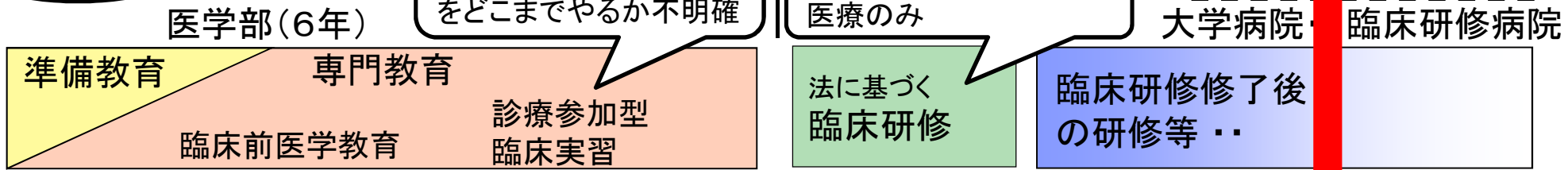
※医療安全の観点から臨床現場を想定した環境でシミュレーションによるトレーニングを積むことで、実際の臨床現場で対処できるようになることを目的としている。

# 今後の見直しの方向性について

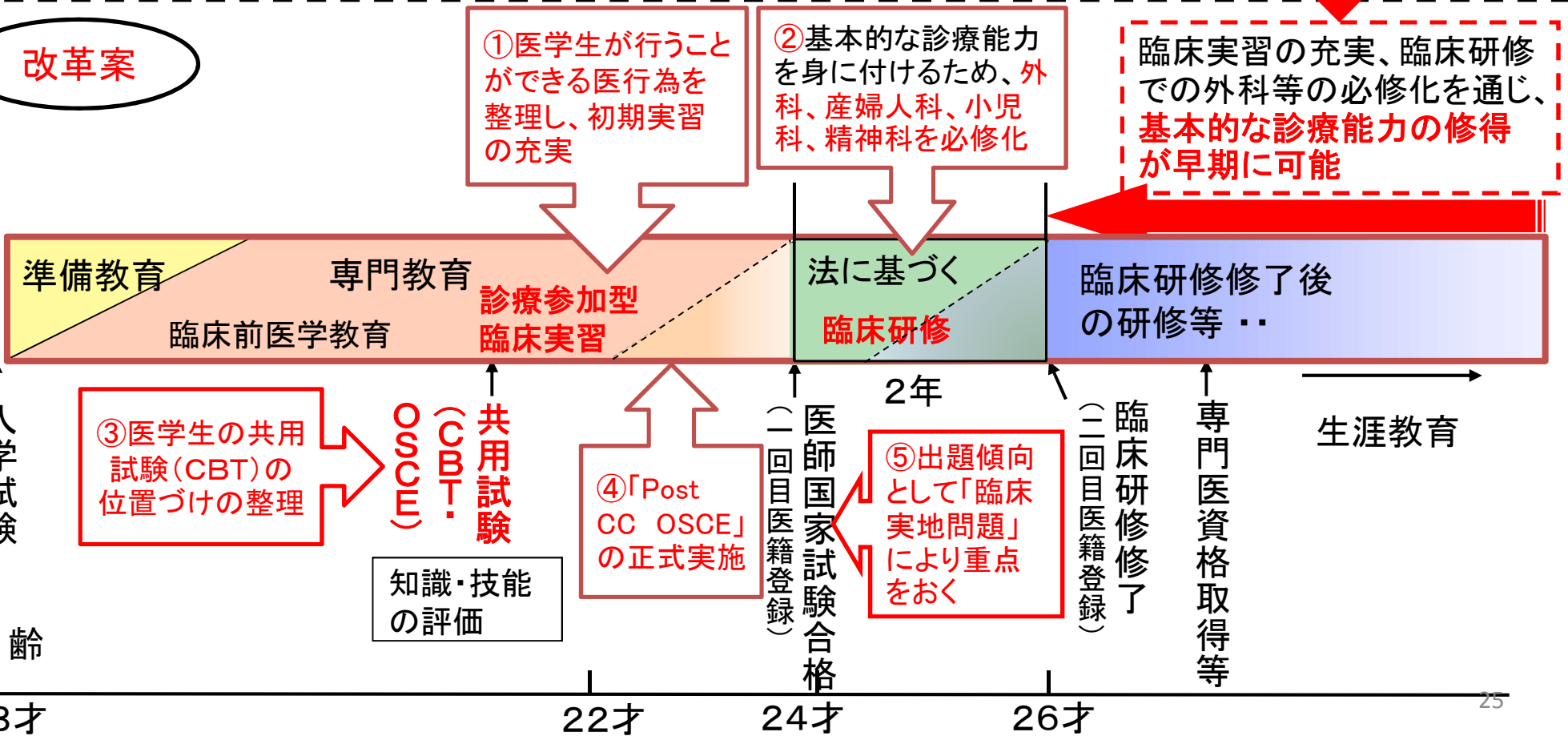


# 総合的な診療能力を持つ医師のシームレスな養成(案)

これまで






改革案



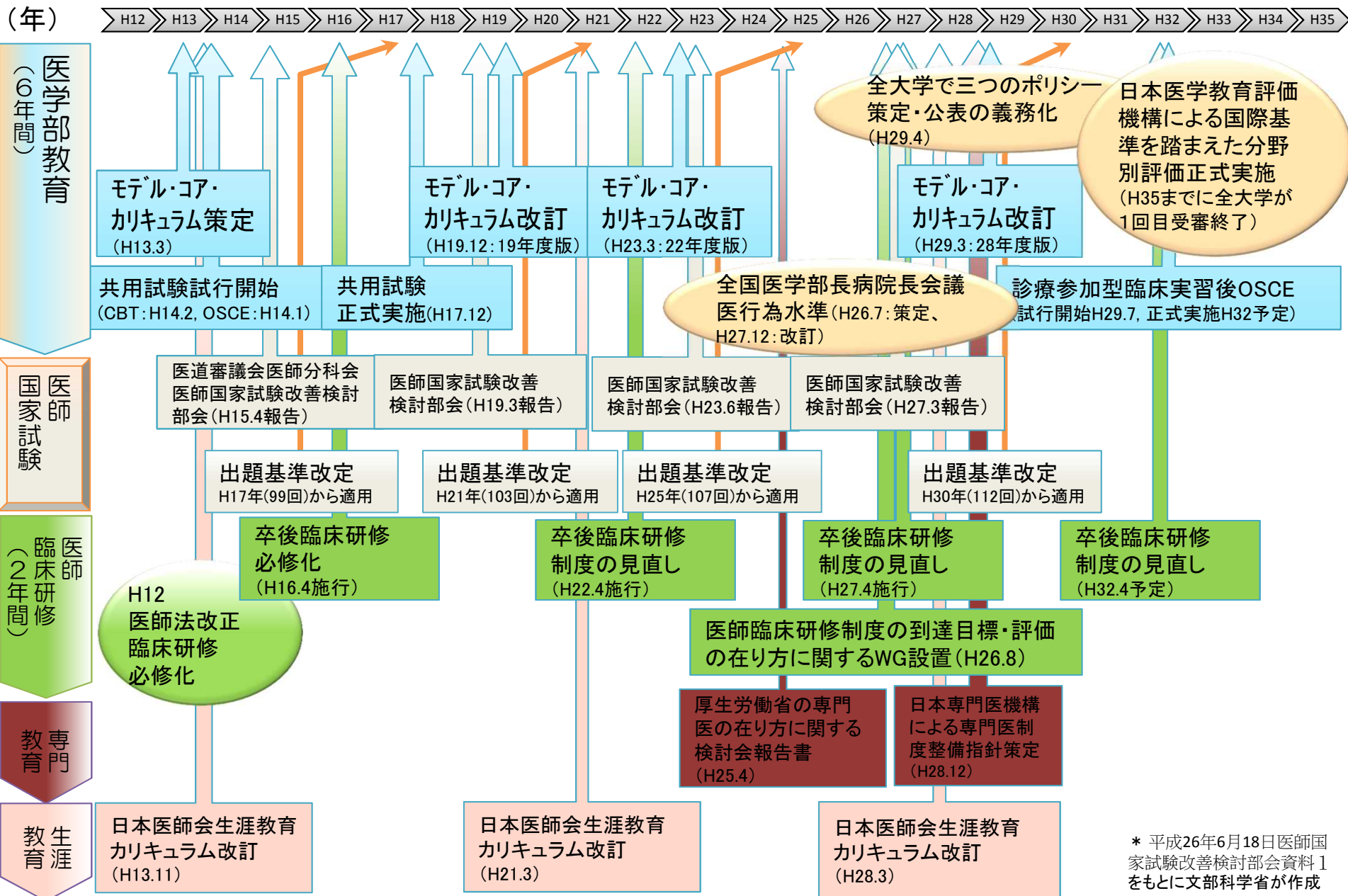
# 医師の卒前・卒後教育に関する今後の改訂時期(案)

○ 卒前・卒後教育を検討する実施主体、改訂年度が異っていることから、今後、同時改訂を目指す方向で検討。

	位置づけ 又は実施根拠	検討を行う場	近年の 改訂年度		今後の 改訂年度 (予定)
 卒前  卒後	CBT・OSCE	公益社団法人「医療系大学間共用試験実施評価機構」 (第三者機関)	H27	—	 同時改訂(案)
	モデル・コア・カリキュラム	「モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会」 「モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会」 (文部科学省)	H22	H28	
	医師 国家試験	医道審議会医師分科会 「国家試験改善検討部会」 「国家試験出題基準改定部会」 (厚生労働省)	H24 (H24)	H29 (H29)	
	臨床研修	医道審議会医師分科会 「医師臨床研修部会」 (厚生労働省)	H21 (H22)	H25 (H27)	

※( )は施行年度

# (参考) 卒前・卒後の医師養成を巡る近年の動き



\* 平成26年6月18日医師国家試験改善検討部会資料1をもとに文部科学省が作成