Kobe University Repository : Kernel

PDF issue: 2026-11-26

医学教育モデル・コア・カリキュラムの成立過程 ： 教職課程コアカリキュラムとの比較分析

米岡，裕美

(Citation)
研究論叢,26:3-15

(Issue Date)
2020-09-04

(Resource Type)
departmental bulletin paper

(Version)
Version of Record

(JaLCDOI)
https://doi.org/10.24546/81012432

(URL)
https://hdl.handle.net/20.500.14094/81012432

KOBE UNIVERSITY

医学教育モデル・コア・カリキュラムの成立過程
―教職課程コアカリキュラムとの比較分析―

米岡　裕美
（埼玉医科大学）

はじめに

2016 年 11 月、教育職員免許法及び同法施行規則が改正され、それへの対応状況に関して全ての教職課程を対象に審査が実施され、2018 年度に全国 1,283 校の大学等が改めて認定を受けた。この「再課程認定」と呼ばれる認定において、既存の科目について「教職課程コアカリキュラム」の内容が含まれているかという観点からも審査されることとなり、申請する大学側は、教職課程コアカリキュラムに沿った課程編成を迫られることとなった。

大学教育におけるコアカリキュラム（以下、コアカリ）は、医療や法曹などの専門職養成教育ではすでに導入され、その他の分野へのコアカリ導入を推進する上での参考事例とされてきた。例えば、教職課程コアカリについて初めて公的に言及された 2001 年「国立の教員養成系大学・学部の在り方に関する懇談会」の報告「今後の国立の教員養成系大学学部の在り方について」において、「現在、医学部や歯学部におけるモデル･コア･カリキュラムの作成や、工学部等における技術者教育プログラムの認定制度の導入など、それぞれの分野において教育の質向上に向けて様々な試みがなされている」として、教員養成のモデル的なカリキュラムを作成する必要性が指摘されている。また、今回の教職課程コアカリ作成を担った「教職課程コアカリキュラムの在り方に関する検討会」の第１回において、各分野のコアカリの例として医学、歯学、薬学、獣医学、法科大学院、技術経営のコアカリ制度に関する資料が配布されている。

さらに、コアカリにとどまらず、質保証という観点から、分野別認証や共通試験の必要性を訴える文脈でも、先行事例として医療系の専門職教育が引き合いに出されることが多い。2012 年の中央教育審議会（以下、中教審）答申「教職生活の全体を通じた教員の資質能力の総合的な向上方策について」では、「教職課程の質保証」という項目の中で、コアカリ作成を推進するとした上で、「実習前の学生の質保証の観点から、医師、歯科医師、薬剤師等の養成において行われている共用試験を参考に、教育実習前に学生の知識・技能等を評価する取組を推進する」ことが提言されている。また、文部科学省（以下、文科省）からの委託を受け、学士課程における専門分野別質保証の在り方を検討した日本学術会議は 2010 年の報告の中で、専門分野別の参照基準の策定に関して、既に先行している工学系、医療系学部と学士課程教育一般との比較を行っている。

ただし、この学術会議の報告では、医療や工学等の特定の専門職は、「当然のことながら当該資格を担う者が具備すべき知識･理解･能力の内容に対する具体的な要求水準が明確であり、社会に対して直接的な質保証の責任を負って」いるのであり、「特定の専門職の養成課程に関する質保証と、学士課程教育の一般的な質保証」では違いがあるとして一線を画している。また、教職課程コアカリでも「教職課程コアカリキュラムの作成方針・留意点」の中で、「教職課程は、医学教育、獣

医学教育、法科大学院教育等の既にコアカリキュラムが作成されている専門職業人養成課程と異なり」、学校種や教科、職種などが多岐にわたることが指摘されている。裏を返せば、医学教育などの専門職養成課程は１つの種類の免許に対応しており、１つの共通のコアカリ作成が可能であるという認識があるのである。このように医療系専門職養成課程はコアカリをはじめとする大学教育の質保証システムの模索の際、常に先行事例として参照されつつも、その特殊性が指摘され、全く同じようにはできないと留保が付けられる。このとき特殊性は、医療系専門職に求められる能力が明確で、身に着けるべき最低限の内容が特定しやすいことに帰せられている。

しかし、コアカリやその他の質保証システムの導入の検討に際して、内容が特定しやすいか否かという点から先行分野との差異を考慮すれば十分なのであろうか。その分野の教育システム、アクターや財政状況など内容以外にも様々な要因を丁寧に整理し、先行分野と比較した上で、当該分野にコアカリや共用試験、分野別認証などが必要か、実施可能か、実施にかかるコストと利益を考慮して導入するかどうかの判断をすべきではないか。

このような判断を行うためには、参照される先行分野の質保証の導入や実施の詳細な分析がまず必要となる。コアカリに限定すれば、先行分野としては、医療系、工学系、法科大学院教育がある。中でも医学部は、日本において最初期にコアカリを導入し、同じ医療分野の専門職教育へのコアカリ導入に影響を与えてきた。また、共用試験や分野別認証なども積極的に導入し、コアカリ以外の施策についても参照される機会が多い。

医学教育モデル・コアカリに関する先行研究は、策定に携わった教員によるモデル・コアカリの趣旨や構造を解説するものがほとんどである（佐藤　2002，阿部　2002，斎藤 2007 など）。それ以外には、医師をはじめとする法曹、教員、工学などの専門職養成について、「量」と「質」の面からの研究を蓄積してきた橋本鉱市の研究がある。橋本は、専門職のプロトタイプの１つとして医師養成を取り上げ、教育課程における「質」保証導入の背景と実施プロセスを概観した上で、医学教育モデル・コアカリを公表した「医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議」（以下、医学・歯学教育在り方会議）の議事録のテキスト分析を行っている。その結果、アメリカのメディカルスクールにおける教育課程及び国家試験を参照点としながら、日本においても、国家試験を基幹として学部の段階でのコアカリとそれに依拠した共用試験というバルブを新たに設けて教育課程の質を保証していくという戦略がこの会議にあったことを明らかにした（橋本　2010，pp.49-54）。

橋本の研究は医学（教育）界のロジックと戦略という大きな方向性を析出しているという点で貴重である。しかし、実際にそのロジックと戦略が現実化していく上でどのような動きや要因があったのかまでは検討されていない。一方で、策定のプロセスについてはモデル・コアカリの解説記事などに述べられているが、何が医学教育に特殊な要因なのかについての検討はなされておらず、事実の紹介にとどまっている。しかし、他分野へのコアカリ導入の検討に際しては、コアカリを現実化していく上で、具体的にどのような行動や特殊な要因があったのかということが重要である。

そこで本稿では、医学教育においてコアカリが導入され成立する過程をたどり、どのような要因が医学教育モデル・コアカリの成立と定着に寄与したのかを明らかにすることを目的とする。まず参照軸として、教職課程コアカリの成立過程を概観する。次に、医学教

育へのモデル・コアカリの成立過程を整理する。これらを踏まえて、医学教育モデル・コアカリ成立過程の特徴を検討する。

1　教職課程コアカリキュラムの成立過程

教職課程コアカリ及び医学教育モデル・コアカリの成立過程を整理する上で、コアカリそのものを全国の各大学のカリキュラム形成に影響を与えた教育政策とみなす。そして、政策生成・形成を中心に据えつつ、問題が認識され、課題として設定される政策形成の前、政策が現実化し実行される政策形成の後の３つの段階に分けて検討する。なお、この３つの段階は、政策過程の段階モデルを参照したものであり、政策形成の前段階には、政策過程の段階モデルでいう「イシューの認識・集約」と「課題（アジェンダ）設定」が、政策形成の後の段階には、「政策採択・決定（予算化・法案化）」と「政策執行」が含まれ、政策形成は「政策生成・形成」と同じ段階である[1]。

1）政策形成前：イシューの認識・集約～課題（アジェンダ）設定

教職課程の質的水準に寄与するコアカリ作成の必要性に最初に言及したのは、2001 年 11 月に出された「国立の教員養成系大学・学部の在り方に関する懇談会」の報告である。ここでは、大学における教員養成において、アカデミックな側面を重視する立場と、教員としての実践的指導力の涵養を重視する立場との対立的状況があり、結果として教員養成カリキュラムが「共通の目的性に欠け」、「学生に対する教育が教員個々人の裁量に委ねられている」という問題意識が示された。そして、「教員養成学部の教員が、教員養成という目的意識を共有し、体系的なカリキュラムを編成していくことが不可欠である」として、「教員養成のモデル的なカリキュラムを作成」することが求められることを指摘した。

この報告を受け、2001 年８月日本教育大学協会（以下、教大協）に、教員養成における「モデル・コア・カリキュラム」研究プロジェクトが設置されモデル・コアカリの検討が行われた。2004 年７月には「『教員養成コアカリキュラム群』を基軸にしたカリキュラムづくりの提案」がなされた。しかし、認知度・影響力ともに小さいものにとどまった。

その後も教職課程の質保証という観点から、2006 年の中教審答申「今後の教員養成・免許制度の在り方について」の中で、課程認定大学等関係者を中心として「モデルカリキュラムの開発研究を行う」ことが、2012 年の中教審答申「教職生活の全体を通じた教員の資質能力の総合的な向上方策について」では、「教職課程としての体系の確立に向け、各大学の参考となるコアカリキュラムの作成」の推進が提言された。

実際に具体的なコアカリキュラム作成に動き出す直接のきっかけとなったのは、2015 年 12 月の中教審答申「これからの学校教育を担う教員の資質能力の向上について～学び合い、高め合う教員育成コミュニティの構築に向けて～」である。この答申の教員研修計画の項において、国が大綱的に教員育成指標の策定指針を提示し、それを踏まえて「大学が教職課程を編成するに当たり参考とする指針（教職課程コアカリキュラム）を関係者が共同で作成すること」が「必要である」とされた。なお、答申は、具体的な養成の手法等については養成を担う各大学の自主性、自律性に委ねるべきであると指摘している。

1　政策過程の段階モデルに共通の段階は、①イシューの認識・集約、②課題（アジェンダ）設定、③政策生成・形成、④政策採択・決定（予算化・法案化）、⑤政策執行、⑥政策評価、⑦終結の７段階である（橋本　2002，pp.112-113）。本稿では、成立過程に焦点を当てるため、①～⑤の段階を扱う。

2）政策生成・形成

この答申を受け、2016 年 2 月には中教審教員養成部会において、他の専門職のコアカリ資料が配布・紹介され、同年 8 月に調査研究協力者会議として、「教職課程コアカリキュラムの在り方に関する検討会」（以下、検討会）が文科省初等中等教育局長の名のもとに設置された。検討会は 2016 年 8 月から 2017 年 6 月の間に 5 回開催された[2]。

第 1、2 回の検討会においては、既にコアカリを導入している獣医学部や英語、東京都の取り組みや上述の教大協策定のコアカリなどが紹介され、教職課程コアカリの大枠に関する議論がなされた。すなわち、コアカリとして定める割合や到達目標の表現、科目や学校種が分かれていることに対応したコアカリの区分、盛り込むべき内容についてである。教育実践経験の体系化を中心に据えた教大協のコアカリと異なり、共通性の高い教職専門科目から作成を始めることや到達目標の表現などについては事務局提案が採用された。

第 3 回検討会では、具体的な内容を作成するためのワーキンググループが設置されたことが説明された。2017 年 1 月には、検討会議とワーキンググループとの合同会議が開かれ、意見交換が行われた。様々な専門家による総勢 22 名のワーキンググループにおいて、集中的な審議が行われ、2017 年 3 月の第 4 回検討会にはコアカリの案が提示された。

その後、5 月から 6 月にかけての 1 か月間パブリックコメントが求められ、その締め切りの 4 日後、2017 年 6 月 29 日第 5 回検討会が開催された。ここではパブリックコメントに寄せられた意見の中から代表的なもの 24 件について、事務局作成の回答が提示された。さらに、それらの意見に基づいたコアカリ案の修正箇所も示された。内容について議論が行われたが、最終的には座長預かりとなった。

3）政策形成後：政策採択・決定（予算化・法案化）～政策執行

その翌週の 7 月 3 日、中教審教員養成部会に検討会から「教職課程コアカリキュラム（案）」が報告された。そして 11 月 17 日検討会名で「教職課程コアカリキュラム」が公表された。また、同日付で「教職課程認定審査の確認事項」（課程認定員会決定）が改正され、2（6）において、「授業科目の審査にあたっては」、教職課程コアカリ、外国語（英語）コアカリに「定める事項の内容が含まれているか確認を行う」という文言が加えられた。これが教職課程コアカリの法的拘束力の根拠となった。これによって教職課程コアカリは、2018 年度に行われる再課程認定の審査事項に組み入れられ、2019 年度以降も教員養成課程を維持しようとする大学等は教職課程コアカリの導入を迫られることとなった。

このような教職課程コアカリとその拘束力について、国家資格である教員免許状のベースとなる教職課程の内容の基本的部分を共通化することについてはある程度やむを得ないとして受け入れられる一方で、以下のような課題や問題が指摘されている。

第 1 に、大学の自主性をどのように確保するかという問題である。特に、他の先行分野では、モデル・コアカリの内容は授業のうち 3 分の 2 をあてるのが妥当であり、3 分の 1 は各大学が独自性を出すと示されている場合が多い。他方、教職課程コアカリではこの割合が明記されていない。『課程認定の手引き』においてコアカリの内容に関係しない授業があっても「差し支えない」と表現されており、むしろコアカリにのっとった内容を中心としなければならないという解釈を生むことが危

2　検討会の経緯については、委員の一人であった牛渡が詳しく報告している。（牛渡　2017）

惧されている（牛渡　2017，p.33）。

第２に、一般大学・学部が担っている開放制の維持の困難さが挙げられる。教員養成学部や大学では既存のカリキュラムを変更せずにコアカリ導入を求める再課程認定に対応できたが、教員養成を中心としていない開放制学部にとっては、既存科目の整理と吟味や限られた人材の中での対応などが大きな課題となった（田中　2019，pp.496-498）。

第３に、目標設定や内容についての批判である。先行分野では到達目標は「できる」という表現が一般的であるが、教職課程では理論的学習が中心であるとして、目標の大部分が「理解する」という表現となっている。また、学問分野を並列した後ろに「学校安全への対応」など具体的な内容が「含む」として並べられ、一般目標と位置づけられたかのように見える表現となっている点が批判されている（牛渡　2017，pp.33-35）。

さらに第４に、作成プロセスの問題である。検討会は５回、合計 10 時間の開催のみであり、コアカリ案が示された第４回や最終回の第５回でも質問や意見は出されたものの、十分に内容を検討し、合意のもとに最終案が決定されたとは言い難い状況であった。また検討会外部に対してはパブリックコメントを通じて意見が募集されただけであり、関連学会や関係者へ意見聴取や妥当性の検討を依頼する等、関係者と検討し、理解と合意を得ていこうとする丁寧なプロセスは踏まれなかった（牛渡　2017，pp.35-36）。

２　医学教育モデル・コア・カリキュラムの成立過程

（１）医学教育の概要

次に、医学教育モデル・コアカリ成立過程を検討する。その前提として、医学教育について概観する。「医学教育」は、医師養成をめぐる教育全般を指す言葉である[3]。医学教育の全体像は図１に示すとおりである。まず、

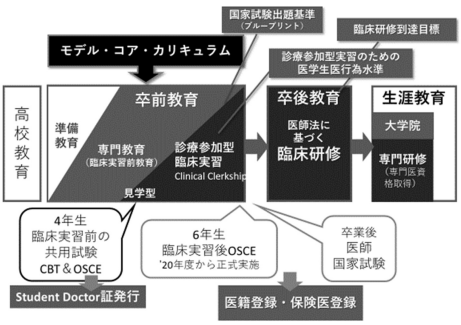


図１　医学教育の全体像

大学６年間の教育（卒前教育）は、診療の基礎となる膨大な医学的知識の教授と、１年以上にわたる病棟での臨床実習から成る。４年次に全国の医学部・医科大学で行われる２つの共用試験があり、この試験にパスして初めて臨床実習に進むことができるようになっている。２つの試験とは、知識を問う CBT（Computer Based Testing）と、診療技能と態度を評価する OSCE（客観的臨床技能試験：Objective Structured Clinical Examination）である。この共用試験に合格すると、「Student Doctor 認定証」が一般社団法人全国医学部長病院長会議（Association of Japanese Medical colleges。以下、AJMC）から発行される。AJMC は、全国における国公私立大学医科大学長、医学部長又は附属病院長を会員として、医学教育に関連する重要事項について協議し、相互の理解と意見の統一をはかり、医学並びに医療の改善向上に資することを目的とする組織である。

臨床実習を経た後、卒業前に臨床実習後 OSCE で技能及び態度が、卒業後に医師国家試験で医師としての知識が評価される。国家

3　例えば、日本医学教育学会は、卒前教育から卒後教育、生涯教育まで、日本における医師の教育と学習に関わる幅広い内容をカバーしている。

試験の合格者は医師免許が与えられ、医籍登録される。この上で、卒業後２年間は臨床研修として、臨床現場で医師として診療に携わることになっている（卒後教育）。その後は、キャリアによってさまざまであるが、高度な研究と臨床現場での実務を往還し、生涯にわたって最新の医療知識を学び、診療技術をブラッシュアップすることが医師に求められている（生涯教育）。

これらの各段階の教育内容に対しては、卒前教育全体をカバーする「医学教育モデル・コア・カリキュラム」、臨床実習で行う行為を規定する「診療参加型実習のための医学生医行為水準」、国家試験の範囲や基準を定める「国家試験出題基準」、臨床研修の目標を定めた「臨床研修到達目標」などが設定されている。卒前教育は大学教育として文科省の、国家試験以降は医療政策の一環として厚生労働省（以下、厚労省）の所管となる。大学教育の内容を大きく規定しうる国家試験出題基準の設定や問題の作成、卒後臨床研修などは厚労省が担っているのである。

（2）医学教育モデル・コア・カリキュラムの成立過程

1）政策形成前

①　イシューの認識・集約

医学教育において最初に共通カリキュラムの必要性が指摘され、後の議論の発端となったのは、文部省医学教育課に設置された「医学教育の改善に関する調査研究協力者会議」が 1987 年に発表した最終まとめである。この中で、今後の医学教育は「学生の自主性によりカリキュラムを選択できるようにする余地を拡大すべき」こと、さらに「各科目の教育内容については、各専門領域における、あまり細かな知識の教授に陥ることなく、すべての学生が修得すべき基本的事項を精選して教授し、先端的な高度の内容については学生の理解力を考慮しつつ取り上げる、などの配慮が必要である」ことが提言された。

また、1991 年には、厚生省健康政策局の諮問機関である「臨床実習検討員会」の最終報告書において、医学生が医行為を行うための違法性阻却要件の１つとして「臨床実習開始前の学生の評価を適切に行うこと」が提示された。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」と規定されている。このため、医師免許取得前の医学生は医療行為を行うことができず、臨床実習も見学中心となっていた。これに対して、見学型の実習では医師としての臨床能力の習得につながらないとして、診療に参加できる診療参加型の臨床実習が求められてきた。ここで厚生省から違法性の阻却要件が示されたことは、診療参加型の臨床実習への道を開くものであった。その要件としての臨床実習開始前の学生の適切な評価を行うために、臨床実習開始前に学生が修得しておくべきことは何かを整理し、それを評価する仕組みが必要となった。診療参加型臨床実習を導入するという観点からも、学生が修得しておくべき基本的事項を整理する必要が生じたのである。

②　課題（アジェンダ）設定

このような卒前医学教育の基本的内容の整理へのニーズの高まりに対して、1995 年 11 月、文部省は「21 世紀医学・医療懇談会」を設置し、「21 世紀における我が国の医学・医療の姿を見据えた教育・研究・診察の進展を図る上で必要な諸方策」の検討を開始した。この懇談会は 1996 年から 1999 年にかけて、第１次から第４次までの報告を行った。特に、1999 年２月に出された第４次答申「21 世紀に向けた医師・歯科医師の育成体制の在り方について」は、医学教育全般にわたってかなり踏み込んだ提言がなされた。

この中で、選択科目の拡充と多様化のための前提として、コアカリの確立が求められた。

医学・医療に対する社会的ニーズは、「地域医療はもとより、福祉･介護、国際医療協力、製薬等の様々な分野」など多様化し、各大学においても「様々な人材を育成することができるよう、多様な学科やコースの導入を積極的に図っていくべき」である。そのために、「まず、精選された基本的内容を重点的に履修させるコアカリを確立し、学生が主体的に選択履修できる科目を拡充・多様化することが必要である」と指摘されたのである。

2）政策生成・形成

この第４次報告を踏まえ、2000 年３月、文部省高等教育局長の諮問機関として医学・歯学教育在り方会議が設置され、医学・歯学教育の改善方策についての検討が開始された。具体的なモデル・コアカリ案の検討は、医学・歯学教育在り方会議のワーキンググループで行われた。このワーキンググループは、1998 年に文部省の委託事業「医学における教育プログラム研究・開発事業」を受託する形でモデル・コアカリの研究開発を開始していた「医学における教育プログラム研究･開発事業委員会」(以下、開発委員会) が、医学・歯学教育在り方会議のワーキンググループとして位置づけられたものである。国公私立の 12 大学所属の 30 名あまりの教員が参加した開発委員会は、延べ 200 時間をかけて合計 42 回にわたる協議を行い、カリキュラム全体の枠組みと細目を策定していった。この委員会では、まず全カリキュラムの３分の２をコア、残り３分の１を各医学部の独自のカリキュラムとすることの合意が形成され、その上でコアカリの全体像が検討された。新しく各学年で履修すべきことや臨床実習を診療参加型とすることはすぐに合意が得られた。他方、基礎と臨床の統合という課題は議論が紛糾し、何度も項目区分が組み替えられ、２泊３日の合宿まで行って討議された。最終的には、いわゆる○○ logy といった学体系を排し、「循環器」「消化器」などの器官別・臓器別カリキュラムを基本とした 91 の項目区分と、その細目全 1528 項目の詳細な学習項目のリストの形で、「医学教育モデル･コア･カリキュラム（試案）」が作り上げられた（阿部　2002，pp.78-79）。

試案は 2000 年 11 月に全国 80（当時）の医学部・医科大学からの代表が集まる「医学における教育プログラム研究・開発シンポジウム」で提示され、その場で各大学に持ち帰っての検討が依頼された。依頼を受け、ほとんどの医学部・医科大学がカリキュラムの全体構造や項目の過不足を検討し、さらに全項目について「臨床実習開始前に必須」、「卒業までの履修で可」、「コアとは思われない」のチェックを行い、意見を提出した。また、医学の各専門学会にもパブリックコメントを求める形で試案が送られ、意見が求められた。さらに、AJMC でも試案が提示され、大学のトップ層での議論が行われた。大学や学会から寄せられた多くの意見はすべて集計され、それを元に新たに各領域の専門家が加わった開発委員会で、学習項目の削除や追加、臨床実習前後の設定などの修正が連日検討された。

ここで、大学や学会からの大きな反発は次のようなものであった。まず、モデル・コアカリそのものについて、自律性を保証されている大学に対して内容の規制がかけられることに対する反発があった。これに対しては、モデル・コアカリの導入は、「国民の期待する良医育成というコンセプトにおける全国共通のボトム･ラインを提示したもの」であり、逆に、多くなりすぎている学習内容を減らすことで、各大学が教育理念に基づいた、個性豊かで魅力的な選択カリキュラムとアドヴァンスト・カリキュラムを策定するためであるという目的が強調された（佐藤　2002 など）。

次に、学習内容の精選に対して、専門領域の学会から、その専門領域で重要となる項目が入らないことに対する意見が寄せられた。確かに医学あるいは医師に求められる能力はほかの専門職に比べれば明確かもしれない。しかし、どこまでが必要最小限のコアとなる教育内容で、どこからがそれ以外なのかということについて、何らかの基準があるわけではない。医学教育においては、専門学会等の意見を聞きつつも、最終的には、開発委員会がモデル・コアカリの項目としての採用・非採用を決定した。

３つ目として学体系の廃止に対して大学から大きな反発があった。学体系を基本として構成されている講義及び研究室講座の組み換えが起こるのではないかという懸念である。また、実際問題として教科書などは学体系に沿って作成されており、教授する側も教えやすく、勉強もしやすいという利点もあった。それでもなお、学体系を廃止した統合型カリキュラム導入が推進されたのは、「生理学」「内科学」等の講座をベースにした教育では基礎と臨床の連携が図れないだけでなく、同じ臓器の病気や症候等がばらばらに重複しながら教授され、結果として学生は授業で医学全体を体系的に学ぶことができていなかったことが大きな問題として認識されていたからである。この意味で、「大分類そのものがモデル・コア・カリキュラムのフィロソフィーにほかならない」のである（佐藤　2002，p.193）。

３）政策形成後

①　政策採択・決定（予算化・法案化）

医学・歯学教育在り方会議は、13 回にわたる審議を経て、翌 2001 年３月に「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～」を報告した。この報告では、まず医学・歯学教育の問題点として、次の５つを挙げた。①カリキュラムが情報の詰め込み、記憶教育に偏った過密なものになっている、②担当教員個人の判断で教育内容が決められ、大学間、科目間の教育のばらつきが目立つ、③解剖学などの基礎科目と、内科、外科などの臨床科目との間や講座間の壁により円滑な学習が妨げられている、④臨床実習が短期ローテーション形式の見学型であり十分な臨床能力を身に着けることが困難、⑤教える側の能力の評価向上を進める努力が不十分、の５つである。これに対応するものとして、報告では４つの柱が提案された。すなわち、①これまでの医学・歯学教育の内容を整理、精選したカリキュラムの提示、②見学型から診療参加型とした臨床実習カリキュラムの提示、③臨床実習開始前の学生の評価システムの導入の提案、④教える側（教員、教育組織）の能力及び機能向上のための提案である。

この①に関連して、報告書の別冊という形で「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―」が提示された。膨大な内容を精選し、全医学生が臨床実習開始前及び卒業時までに修得すべき必要最小限のコアとなる教育内容を、身に着けるべき具体的な知識・技能・態度の到達目標として提示したのである。ただし、モデル・コアカリの内容が盛り込まれていることは必要であるが、どのような科目に組み込むか、それをどのような教育方法や順序で教えるか等は各大学の裁量であるとされた。

この医学・歯学教育在り方会議報告は、医学教育改革のアジェンダ設定という点で大きな意味を持つものであるが、この報告を元に文科省がアジェンダを施策として展開していったわけではない。モデル・コアカリ策定と同時に進められた共用試験の実施を含め、医学部・医科大学という教育の実施主体が自主的に仕組みを設計し、運営を担う組織を立ち上げ、推進していったのである。このため、

モデル･コアカリという基準は策定されたが、それを法案化あるいは予算化するという動きはなかった。

② 政策執行

国の法案あるいは予算という公的な位置付けが与えられない中でも、医学教育分野ではモデル･コアカリは着実に定着し実施された。AJMC が隔年で行っている全医学部・医科大学対象の卒前教育カリキュラム調査によれば、2005 年度までにコアカリを取り入れている大学は 66 校だが、モデル・コアカリが公表された 2001 年度以降に導入した大学が 60 校と大半を占めている（『わが国の大学医学部（医科大学）白書 2005』）。

このカリキュラム調査自体もモデル・コアカリ導入の後押しとなった面もあるが、元々医学教育では、モデル・コアカリ制定以前から各大学における教育改革が盛んであった。ただし、これはあくまで個々の大学の取り組みであった[4]。多くの大学が一斉にモデル・コアカリを導入したのは、モデル・コアカリが臨床実習前に医学生の知識及び技能を測る共用試験の実施とセットで提示されたことが大きい。共用試験自体も公的な仕組みではなく、医学教育関係団体の自主的な取り組みであるが、医学生が医行為を行う違法性を阻却し診療参加型臨床実習を行うためには、共用試験を通る必要がある。臨床実習前の医学生を対象とする CBT 及び OSCE は、医学・歯学教育在り方会議の報告が出された翌年の 2002 年にはトライアルとして、2005 年 12 月からは正式に全国の医学部共用の試験として実施された。この CBT の出題範囲がモデル･コアカリに基づいているのである。

ただし､自主的な取り組みであるがゆえに、医学教育を行う医学部・医科大学が足並みをそろえて、共用試験やモデル・コアカリを受け入れ、推進する必要がある。このために、上述のような大学や学会からの反発に対しては、試案の段階で意見を吸い上げるだけでなく、モデル・コアカリの位置づけや目的の説明が丁寧になされた。モデル・コアカリが公表されたのちも、2001 年の間に 20 数回にわたり、大学個別ならびに教務担当教員や事務職員、さらに諸学会を対象に全国規模の説明会が開かれ、モデル・コアカリの理解と普及のための努力が重ねられた（佐藤 2002, pp.194-195）。なかでも 2001 年 7 月に医学部長、医科大学長を対象とした「第 14 回医学教育指導者フォーラム」（財団法人医学教育振興財団主催）、および各大学における医学教育の中心的指導者を対象とした「医学・歯学教育指導者のためのワークショップ」（文科省主催）が開催され、医学教育のトップ及び中核的人物の理解の下、各大学において実効性のある形でカリキュラム改革を進める形が作られていった。

モデル・コアカリの一定の定着後、2007 年 4 月､「医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」の報告を踏まえ、医学教育及び歯学教育のモデル・コアカリの改訂が検討されることとなった。このとき､モデル･コアカリに関する恒常的な組織として、改訂原案の作成を行う専門研究委員会、決定等を行う連絡調整委員会が文科省に設置された。この第２次モデル・コアカリ改訂は、法制度や名称の変更等による用語の修正等、必要最小限の改訂にとどめられた。2010 年には、第３次改訂として、医師として求められる基本的な資質や地域医療、研究マインド寛容など内容に踏み込んだ改訂が行われた。

また 2007 年、厚労省の「医師国家試験改

4　1997 年度までにほとんどすべての医学部・医科大学で大幅なカリキュラム改正を経験し、7 割以上の大学が部分的にでも統合型カリキュラムを取り入れていた（斎藤　1998, p.29）。また、課題探求・問題解決型学習の導入、選択科目の導入、卒前臨床実習の充実化など新しい試みが個々の大学単位で行われていた（佐藤　2002, p.192）。

善検討部会」の報告書において、医師養成における各段階での到達目標が整合性を持つように検討すべきであり、モデル・コアカリや共用試験、卒後研修の到達目標との連携を意識して、国家試験の役割を発揮できるようにすべきであると述べられた。

以上のように、モデル・コアカリは文科省によって恒常的な検討の場を確保されると同時に、卒業以後の医師養成を担う厚労省によっても、一連の医師養成の重要な基準として認識され、相互に参照されるものとして位置づけられている。

3　医学教育モデル・コア・カリキュラム成立過程の特徴

以上のような医学教育モデル・コアカリ成立過程について、教職課程コアカリと比較しながら、3つの段階でモデル・コアカリ導入と定着に影響を与えた特徴を析出する。

まず、政策形成前の段階における特徴を検討する。この段階では課題の内容と並んで、そこで設定された方向性がその後の段階に継承されるか否かが重要である。教職課程コアカリの成立過程においては、開放制での教員養成において共通の目標をもって教員養成を行うことが課題であるという認識は一貫している。しかし、コアカリの位置づけは変化している。政策形成前の段階では、コアカリは各大学が参考するモデルあるいは方針として示された一方、政策形成後の段階では「参考」や「モデル」という文言はなくなり、法令に基づき、全国すべての大学が、教職課程で共通的に修得させるべき資質能力を示すものであると位置づけられたのである。

医学教育モデル・コアカリでは一貫して、モデル・コアカリは、各大学の特色に合わせた多彩なメニューの選択的カリキュラムを実現するためのものであることが強調された。さらに、モデル・コアカリはあくまで各大学の参考として、現時点で修得すべきと考えられる必須の基本となる教育内容を示した「ガイドライン」であるという位置づけも変わっていない。一見大学の自由を縛ると受け止められかねないコアカリが、むしろ裁量の余地を増やすためのものであるという逆説的なスタンスを貫き、そのスタンスを運用に反映させたことが、各大学での受け入れに前向きな意味を持たせることができたと推測できる。

次に、政策生成・形成の段階では、合意形成のプロセスが重要である。教職課程コアカリは、前述の批判のように短期間での審議であり、かつ専門の学会や関係団体などへの聴取を積極的に行っていないなど検討や合意形成が不十分であった。他方、医学教育モデル・コアカリは膨大な時間と労力をかけて策定された。医学教育モデル・コアカリを作成する時点では、国内に参照となる医療分野のモデル・コアカリは存在しておらず、ゼロから内容の精選、全体の構成や表現を検討する必要があり、時間がかかったという面もある。また、先行事例がないということは、受け入れる大学側や学会などの関係者に、前例や国の権威に頼らずに、その必要性を説得し理解してもらう必要があったということでもある。このような状況が、網羅的に関係者に意見を聞き、説明を繰り返すことを迫った。その結果として、モデル・コアカリは比較的速やかかつ穏当に受け入れられたと考えられる。

政策形成後の段階では、具体的にどのように政策を実行するかがポイントとなる。今回は、導入のインセンティブの在り方に違いがある。教職課程コアカリでは、再課程認定の審査事項に組み入れることで、1000 以上ある全国の教職課程がコアカリを取り入れた。しかも、2017 年度に教職課程コアカリが公表され、翌 2018 年度に再課程認定、2019 年度からはすべての教職課程でコアカリに対応した新課程がスタートという短期間での導入

を実現している。教職課程を存続できるかどうかという審査に組み込むことは、各大学にコアカリへの迅速な対応を促す非常に強力なインセンティブであったと言える。他方、医学教育モデル･コアカリでは、上述のように、臨床実習の条件としての共用試験の出題範囲としてモデル・コアカリが位置づけられることで、コアカリの導入が促される仕組みになっていた。そして、共用試験自体が、見学型の臨床実習ではなく、診療チームの一員として学生が実習する診療参加型実習を行うためという積極的な意味を持っていた。また、モデル・コアカリを導入していなければ共用試験が受験できないわけではなく、モデル・コアカリに対応したカリキュラムとするかどうかは大学の判断に委ねられていた。

最後に政策形成過程全体を見渡すと、医学教育モデル・コアカリ形成は、関係者の自主的な取り組みであった点に特徴がある。教職課程コアカリキュラムは「教育職員免許法及び同法施行規則に基づき」示すものであるのに対して、医学教育モデル・コアカリには特別な法的根拠はない。また、実際のモデル・コアカリ生成の実務を担った開発委員会は、文部省が主導したというよりは、モデル・コアカリ作成を進めようとしていた医学教育関係者の動きに、文部省の医学教育課が政策として認知し協力したという側面が強い[5]。医学は専門性が高いため、教育内容の検討や改革については専門家主導であり、行政はそれをバックアップするのが基本であると言われるが､教職課程コアカリの検討に当たっては、文科省主導で検討会が招集され、検討が進められたことを鑑みれば、専門職教育であれば必ず専門職主導で教育改革が進められるとは言い切れない。

以上、医学教育モデル・コアカリの成立過程の特徴は、政策形成前の方針の継承、政策形成段階での合意形成の丁寧さ、政策形成後の導入に際してのインセンティブの積極的な意味付けと導入の判断の余地、そして全体にわたる関係者の自主性の高さが挙げられる。

このような特徴の根本には、次のような我が国の医学教育自体の特性がある。まず、医学教育の担い手は、多くが医師であるということである。医学部には医師以外の医療職種や非医療系の教員も所属しているが、学生の講義や実習の大半を担うのは臨床経験を持つ医師である。基礎医学など研究中心の教員であっても医師免許を持っている以上、卒前の臨床実習において必ず医療現場を経験している。そのため、モデル・コアカリ策定で言えば、学体系中心の講義や見学型の臨床実習など卒前医学教育の問題が、策定に関わった教員をはじめとして医学部・医科大学の中核教員にも経験的に共有されやすかったといえる。

次に重要なのは、規模の小ささである。医学部・医科大学の数および入学定員は、医師の需給コントロール政策の一環として、厳密にコントロールされている。全ての医学部・医科大学を合わせても、2019 年度現在 81 大学であり､入学定員は全体で 9,430 人である。教職課程を持つ大学等の数が 1000 を超えるのとは規模の桁が違うのである。このため、全医学部・医科大学に対して意見聴取を行うことが可能であり、互いの取り組みを見ながら足並みを揃えるということも比較的容易であることが推測できる。

もう一つ、大きな特性は予算や人員の在り方である。国公立であっても医学部の授業料は他学部より高額であるが、私立医科大学はさらに高額である。また、大学病院を併設しているところも一般的であり、病棟の医師が

5　2019 年 9 月 11 日日本医学教育評価機構常勤理事インタビュー及び 2019 年 10 月 7 日医療系大学間共用試験実施評価機構事業部長インタビューより

医学部の教員を兼ね、講義や実習指導など教育活動も行うという点で、予算や人事の在り方が一般の大学とは異なる。予算規模が大きいため、ある程度の額を会費や経費として支払い、それをもって事業を行う組織を立ち上げ運営することが可能である[6]。また、共用試験の中でも OSCE などは試験実施に試験官の数が多数必要であるが、病棟医師である教員を動員することで賄うことができる。

これらの３つの根本的な特性から、医学教育においては、医師を中心とした医学教育関係者が自主的に検討し、仕組みを作り、運用するという体制が出来上がっている。そのような中でモデル・コアカリも成立したのである。

おわりに

以上、本稿では、教職課程コアカリを参照しながら、医学教育モデル・コアカリ成立過程の特徴を検討した。その結果、医学教育モデル・コアカリ成立過程においては、政策形成前の方針の継承、政策形成段階での合意形成の丁寧さ、政策形成後の導入に際してのインセンティブの積極的な意味付けと導入の判断の余地、そして全体にわたる関係者の自主性の高さといった特徴があることがわかった。そして、この根本には、医師を中心とした教員構成を持ち、全体の規模が小さく、予算や人員などの教育資源が学習者の規模に比して大きいという医学教育そのものの特性があることを指摘した。

他分野において、コアカリや共用試験、分野別認証などの導入を検討する場合、医学教育でやっている、あるいは実現できているから、内容上の違いだけを考慮すれば他分野でも導入可能であると単純に判断するべきではない。以上のような特性の上で医学教育において質保証システムが成立していることを踏まえて、当該分野にはどのような特性があるのか、それが質保証の仕組みの成立にどのような影響を与えるのか、関係者が受け入れるためにはどのような仕組みやプロセスが必要なのかなどを丁寧に検討する必要がある。

本稿では、医学教育のモデル・コアカリに焦点を当てて検討したが、上述のような検討の手がかりを提供するためには、モデル・コアカリ以外の質保証の取り組みにどのような特徴があるのかを分析し、医学教育の特性をより細かく析出する必要がある。また、医学教育を参照して質保証の仕組みを導入した他領域について、それぞれの特性にどのように合わせて導入を行ったのかの検討も肝要である。これらは今後の課題としたい。

参考文献

阿部好文，2002,「モデル・コア・カリキュラムとは」『医学教育』33（2）pp.77-82.

牛渡淳，2017,「文科省による『教職課程コアカリキュラム』作成の経緯とその課題」『日本教師教育学会年報』26，pp.28-36.

齋藤宣彦，1998,「卒前医学教育カリキュラムの現状と改革の動向」『医学教育白書 1998』，pp.28-31.

齋藤宣彦，2007,「コアカリキュラムの導入」『日本内科学会雑誌』96（12），pp.2654-2657.

佐藤達夫，2002,「モデル・コア・カリキュラム構想について」『リハビリテーション医学』39，pp.191-196.

佐藤達夫，2003,「モデル・コア・カリキュラムと

6　例えば、共用試験の問題作成など共用試験を運用する公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構の入会金は 25 万円、年会費は 151 万４千円、共用試験受験料は受験者１人当たり２万５千円である。同機構の 2019 年度予算では、正会員の会費約１億 6800 万円、受験料収入約２億 9500 万円が見込まれており、事業費としておよそ５億 4500 万円が計上されている。（公益財団法人医療系大学間共用試験実施評価機構ホームページ＞各種情報＞「会費規程」及び平成 31 年度（令和元年）財務諸表等「収支予算書」http://www.cato.umin.jp/info.html　2020/2/21）

共用試験システム」『日本医師会雑誌』130（12），pp.1742-1744.
田中真秀，2019,「コアカリキュラムを網羅した教職課程の実態―教育職員免許法改正に伴う現状と課題―」『川崎医療福祉学会誌』28（2），pp.493-500.
奈良信雄・伊藤宏ほか，2016,「全国医学部における医学教育カリキュラムの現状
―2015 年度調査を考察して―」『医学教育』47（6），pp.363-366.
橋本鉱市，2002,「福祉国家形成期における高等教育政策の過程分析―1970 年代の医師養成拡充政策をめぐって―」『高等教育研究』5，pp.111-132.
橋本鉱市，2010,「専門職養成の『質』保証システム―医師と法曹の教育課程を中心に―」『東京大学大学院教育学研究科紀要』50，pp.45-65.
堀原一，2002,「わが国での医学教育改革の潮流」『医学教育』33（2），pp.71-75
吉村明修，2012,「わが国の医学教育改革の流れとモデル・コア・カリキュラムの変遷」『日医大医会誌』８（1），pp.18-21.

本論文の作成に当たり、インタビュー調査や資料提供等にご協力いただいた日本医学教育評価機構常勤理事奈良信雄先生、全国医学部長病院長会議監事別所正美先生、医療系大学間共用試験実施評価機構事業部長石田達樹様に感謝申し上げます。