

## 教員に対するアンケート調査

**対 象**：全国医学部長病院長会議に参加している 80 校の国試関連担当職の教員を対象に 1 校 1 通アンケート調査を平成 21 年 3 月～6 月に実施した。

**アンケート内容**：資料 2 に示した。国試の実施状況、学内成績と国試成績との関連、国試に関連するご意見、等について調査した。

**回収率**：80 校からの回答が得られた（回収率：100%）。

**集計結果**：アンケートの回答結果は以下のとおりであった。

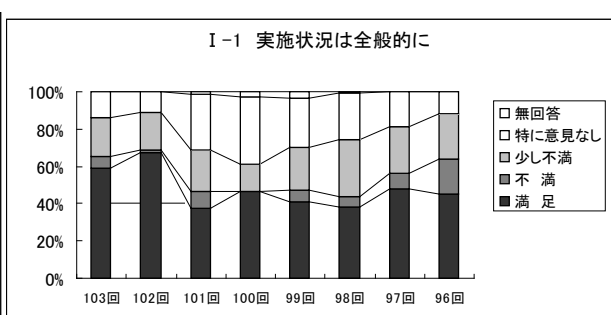
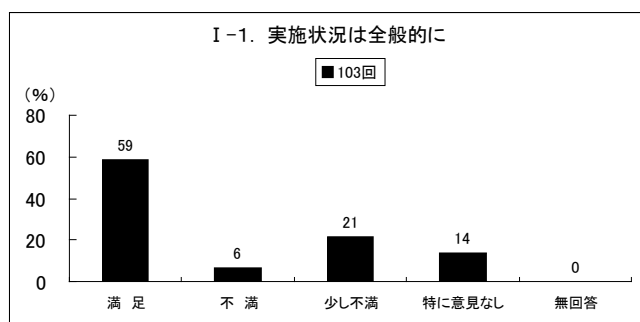
**回答者**：

	103 回	102 回	101 回	100 回	99 回
医学部長 等	11/80 14%	15%	20%	23%	15%
教育委員長 等	34/80 43%	40%	43%	44%	50%
教育委員会委員 等	23/80 29%	29%	24%	13%	14%
国試委員長 等	8/80 10%	10%	10%	8%	14%
事務職員 等	1/80 1%	1%	1%	10%	-----
その他	1/80 1%	1%	3%	3%	6%
無記入	2/80 3%	4%	0%	1%	1%

## I 第 103 回医師国家試験について

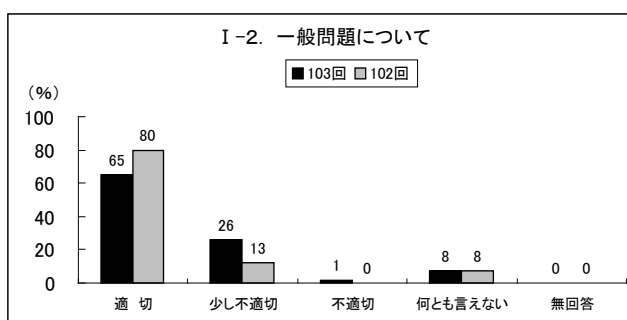
### 1. 実施状況は、全般的に言って

	103 回	102 回	101 回	100 回	99 回	98 回	97 回	96 回
満 足	47/80 59%	68%	38%	46%	41%	38%	48%	45%
不 満	5/80 6%	1%	9%	0%	6%	6%	8%	19%
少し不満	17/80 21%	20%	23%	15%	23%	30%	25%	24%
特に意見なし	11/80 14%	11%	30%	36%	26%	25%	19%	12%
無回答	0/80 0%	0%	1%	3%	4%	1%		



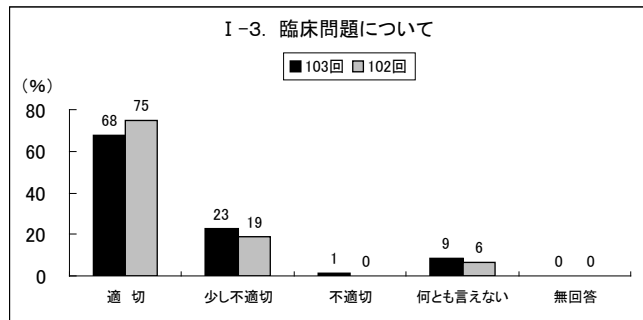
### 2. 一般問題について

	第 103 回	第 102 回
A. 適 切	52/80 65%	80%
B. 少し不適切	21/80 26%	13%
C. 不適切	1/80 1%	0%
D. 何とも言えない	6/80 8%	8%
無回答	0/80 0%	0%



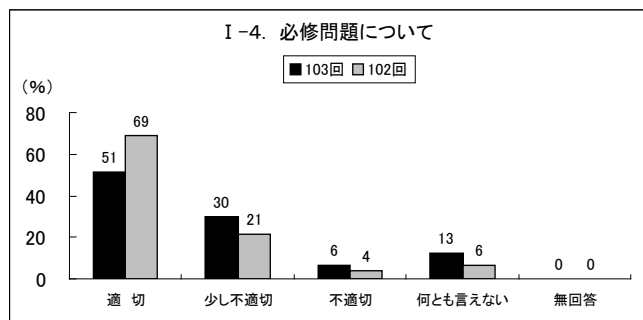
### 3. 臨床問題について

	第 103 回	第 102 回
A. 適切	54/80 68%	75%
B. 少し不適切	18/80 23%	19%
C. 不適切	1/80 10%	0%
D. 何とも言えない	7/80 9%	6%
無回答	0/80 0%	0%



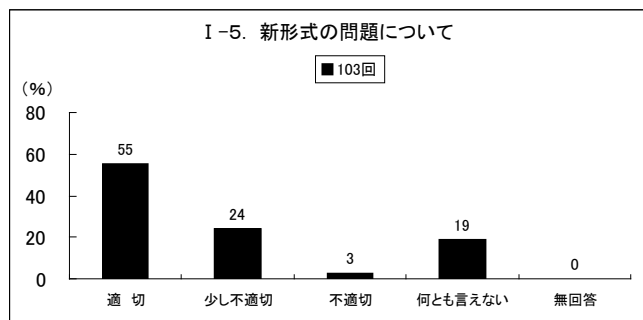
### 4. 必修問題について

	第 103 回	第 102 回
A. 適切	41/80 51%	69%
B. 少し不適切	24/80 30%	21%
C. 不適切	5/80 6%	4%
D. 何とも言えない	10/80 13%	6%
無回答	0/80 0%	0%



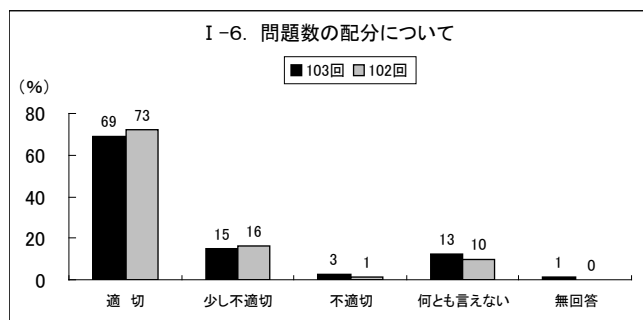
### 5. 新形式の問題（正解肢数を指定しない問題、等）について

	第 103 回
A. 適切	44/80 55%
B. 少し不適切	19/80 24%
C. 不適切	2/80 3%
D. 何とも言えない	15/80 19%
無回答	0/80 0%



### 6. 問題数の配分（内科、外科、専門科目、等）について

	第 103 回	第 102 回
A. 適切	55/80 69%	73%
B. 少し不適切	12/80 15%	16%
C. 不適切	2/80 3%	1%
D. 何とも言えない	10/80 13%	10%
無回答	1/80 1%	0%



### 7. 上記の1～6の設問で「B 少し不適切」、「C 不適切」につけた方の意見<複数回答 79件>

#### (1) 全般的な意見

- ・難易度が少し高すぎる。
- ・難しすぎるものが時々ある。
- ・回答不可能の問題があった。
- ・細かな内容まで解答要求がある。
- ・細かすぎる知識が問われている。
- ・学生レベルを超えた問題が多い。

- ・正解選択肢に迷う問題が多かった。
- ・全体的に量が多く、やや難解である。
- ・受験者で意見が分かれる設問がある。
- ・専門的すぎる問題が増加していると感じる。
- ・採点除外などの問題が例年になく多かった。
- ・もう少し初期研修に必要な知識を出題すべき。
- ・知識偏重の試験で9割以上は本知識で解ける。
- ・今年の問題は変わったものが多かった様です。
- ・稀な疾患、病態に関する問題が出題されている。
- ・診断を付けがたい曖昧な問題は国試の問題としてはどうかと思う。
- ・基本的な疾患にとどまらず、その合併症に踏み込みすぎる傾向がある。
- ・問題解決レベルの知識を問う問題をもっと多く取り入れるとよいと思います。
- ・想起が多い。次に何をするかといった現実的・実際的な問題を増加させるべき。
- ・試験後、学生や先生の間でどれが正解か議論になった問題がいくつか見られた。
- ・医学生が知っておくべき知識の範囲を超えていると思われる問題が多いのでは？
- ・択1問題で複数の正解の可能性があったり、正解率が極端に低い問題もあり、不適切問題があった。
- ・チェックすれば削除問題にならずに済むような問題もあった。→受験生を惑わせることになり、不適切と思われます。
- ・解答の割れる問題がまだ多い。出題者の「思い込み」が多すぎる。新規問題のブラッシュアップが絶対的に不足。事前のチェック機構を改善すべき。
- ・国試対策で6年生のほぼ1年間が費やされることが最大の問題点です。以前より改善されましたが、まだ一部の問題が不要にこまかな知識を問うていると思います。
- ・設問文で単に「正しいのはどれか。」「認められるのはどれか。」「みられるのはどれか。」ではなく、この患者で「この疾患で」などと明示する方が受験生には分かりやすくなります。
- ・設問文の形式を統一した方がよろしいかと存じます。例えば、選択肢が文章である場合、設問文は○「  について正しい（誤っている）のはどれか。」×「  で正しい（誤っている）のはどれか。」
- ・選択肢が名詞一語である場合、設問文は○「  で認められる（みられる）のはどれか。」などと記載する。組合せ問題の設問文の統一 A-16 など○「A と B の組合せで正しい（誤っている）のはどれか。」A,B は各々同一範疇の事象とする。例えば、疾患と検査の組合せで正しいのはどれか。×「組合せで正しい（誤っている）のはどれか。」何の組合せか明示するべきである。

## (2) 一般問題について

- ・D-8 シューマでは正確な創の部位がわからない。
- ・B14：選択肢の d.マクラデンサへの低クロール刺激（刺激とあるので正解を誘導する） e.レニン・アンジオテンシン系の阻害（正解であるが系の表現は曖昧なので各コンポーネント名を入れるほうがよい。例、ACE 阻害、アンジオテンシンⅡ低下など）。将来レニン分泌阻害薬が開発されるかもしれない。

## (3) 臨床問題について

- ・臨床問題で、臨床実習の内容を逸脱して、専門医レベルの問題もある。

- ・A56：説明文からはコレステロール血栓症によって発症した急性腎障害であると推定されるので a,e が正解と考えられる。好酸球増加はよく知られるが補体の低下を選ばせるのは難しく、ANCA 陽性も明らかに否定されるものではないと考えます。
- ・D25：b,c,d が正解と考えられる。ただし、古典的 Bartter 症候群は 2 歳までに発症し成長障害を伴うが、内科では本症例のように若い女性の Bartter 症候群は存在する。

#### (4) 必修問題について

- ・必修問題の難易度が増した。
- ・必修に難易度の高い設問が多かった。
- ・必修の範囲から逸脱している問題が多い。
- ・必修問題でやや回答に迷う設問があった。
- ・必修に関して解答に対する意見が分かれる問題が多くあった。
- ・必修問題で、回答に時間がかかり難渋した。学内の成績との相関も弱い。
- ・必修問題としては疑問な設問があったため、受験生に無用な混乱・不安を抱かした。
- ・必須問題は基本的な知識を問うものにするべきである。少し公衆衛生的な問題が多すぎるのではないか。
- ・全般的には必修問題として妥当であるが、中にはやや難易度の高い問題や、受験生が迷う問題が含まれていた。
- ・80%の得点が必要な必修問題としては難解な問題や出題範囲が適切とは思われない問題があり、医学生への負担になったものがある。
- ・必修問題での不適切問題がやや多かったと思いますが、合格点が毎年 80%以上ですので、他の領域の問題よりも問題の質のコントロールが求められます。
- ・C10 は単に英訳を問うのみであり、医師国家試験にはなじまない。

#### (5) 新形式の問題について

- ・新形式の問題が、必ずしも良問とはいえない。
- ・新形式の計算させる問題がもっとあってもよい。
- ・新形式は、いたずらに難易度をあげていると思う。
- ・新形式の問題について、通知内容と実際の問題に乖離があった。
- ・新形式の問題は学生を混乱させるだけで問題の内容向上を図るべき。
- ・答えを 2 あるいは 3 選ぶ設問は学生の能力を適性に評価しているか疑問。
- ・選択肢が 6 つ以上の設問、選択肢の指定のない問題、計算問題などは **challenging** で、その評価は今後の課題。
- ・形式について、事前には新形式以外は A、X2 と理解していましたが、X3 があるのは？新形式については、受験者の不安をおおらないようにカテゴリー、問題数など明らかにしてほしい。
- ・「3 つ選べ」(X3) の問題が多いことや新形式問題のブロック毎の配分バランスがあまり良くないなど新形式問題の出題数の調整が十分に行われていなかった印象がある。
- ・今年度から「五肢択三」問題 (3 つ選べ) が出されていますが、従来の「五肢択二」の裏返しに過ぎないのではないのでしょうか。難易度を高めるのであれば、正解数を指定しないで「すべて選べ」とするのが良いと考えます。
- ・新形式の問題では X-3 が出題されたが、X-3 は全く選択肢の内容が分からない受験生でも必ず 1 つの

選択肢は正解になりますので、各種、認定専門医試験（例えば日本内科学会の資格認定試験）では使用されておられません。X-3 での出題は止めるべきではないでしょうか。X-2 では「2 つ選べ。」と記載するので、A 問題の設問文でも「1 つ選べ。」と記載した方が分かりやすいと思います。設問文の表現も「診断はどれか。1 つ選べ。」「考えられるのはどれか。1 つ選べ。」で統一する。「最も考えられるのはどれか。」「考えられるのはどれか。」の二種類の設問文が混在している。

- ・結果的には、「6 肢以上の多肢選択問題」は 10 題、「計算問題」は 2 題、そして「正解肢数を指定しない問題」は 0 題というのが新形式問題の出題数であった。多肢選択問題に関していえば、より選択肢が多い問題を CBT で経験していた学生たちが受験生であったので（それほど問題数が多くなかったこともあり）あまり問題なかったと思う。また、計算問題も適切な出題であったと思われる。他方で、実際には出題されなかった正解肢数を指定しない問題を「新形式問題」としてアナウンスしたことは単に受験生を戸惑わせる結果に終わったと思われる。出題しないのであれば、わざわざアナウンスする必要はなかったのではないか。
- ・計算問題について、有効数字 3 桁が厳密に必要な事態は實際上考えにくい。それよりも桁を間違えないことの方が重要である。実際には手計算を行うことはなく、せめて電卓を使うのではないか。6 肢以上択一問題（タイプ R）は、実際の状況に即した設定の問題もあるが、無理に選択肢を増やしたような問題もある。また、選択肢によっては不適切問題が生じやすい。正解肢を指定しない問題「・・・をすべて選べ」は、今回出題されていない。難易度が高くなり、不適切問題になりやすいためではないかと考えられる。代わりに 5 肢択三問題（タイプ X3）が、かなり出題された。これは受験生としては想定外だったと思われる。X2 で誤りを 2 つ選択させるよりも、正文選択肢のまま出題可能であるためと考えられる。タイプ A で「正しいのはどれか」「誤りはどれか」タイプ X「2 つ選べ」「3 つ選べ」の形式の導入により、実質的に 5 肢択一から択四まで、出題形式に自由度を持たせた点で評価できる。好ましい対応ではあるが、X3 の難易度は X2 と同様に高いため、むやみに使われるのは危惧される。MCQ の基本は 5 肢択一（タイプ A）であることを忘れないでほしい。

## （6）問題数の配分について

- ・問題数が多い。
- ・精神科が少ない。
- ・産婦人科が多すぎる。
- ・産科が多く婦人科が少ない。
- ・出題数に偏り（泌尿器、産婦人科）。
- ・マイナー分野からの出題増加傾向。
- ・科によって問題数の差が大きすぎる。
- ・同じ内容・疾病の問題が重複していた。
- ・循環器疾患の良問が少ないように感じる。
- ・病理の写真が多すぎる。医師として必要か不明。
- ・英語の問題は平易すぎるため、英語学習を促すことにならない。
- ・基礎医学系、ならびに病態生理学を問う問題が少ないように思える。
- ・分野に偏りがあるのではないか。例えば国民の疾病統計なども参考とした問題数の調整も必要に思う。
- ・専門科目のうち、麻酔科学、形成外科学、リハビリテーション医学の出題が少ない。今後の需要の高い重要な領域であり、知識として問うことの可能な部分もある。国家試験での出題数が少ないと、卒

前教育において学生のこれらの領域に対する重要性の認識が低下してしまう。

- ・ 500 問の意見としてみたときに、出題内容に偏りがあるような印象を受けます（死亡診断書等、法医学関連の出題が多い。血球貪食症候群のように一般問題と臨床問題の両方に出題されたテーマがある）。出題基準、ブループリントには合致していても全体のバランスとしてはいかなものかと。

### （7）その他

- ・ 禁忌肢問題について情報を公開してほしい。
- ・ 通達なしに出題内容が出題基準記載順ではなく、ランダム化されていたこと。
- ・ 日程が長い。2 日でよいと思います。
- ・ 3 日間は体力的にきつい。問題を厳選し、2 日間にしては如何？
- ・ 卒業できなかった受験生には受験料を返却すべきである。
- ・ 試験の時期はなるべく遅く、合格発表はなるべく早く。

8. 上記の 2～4 の設問で「B 少し不適切」、「C 不適切」を付けた方：どの分野がそうであったか。

#### ● 2 の一般問題について<回答 15 件>

- ・ 内 科
- ・ 病 理
- ・ 婦人科
- ・ 総 論、薬物療法
- ・ 感染症、薬 剤、公衆衛生
- ・ 法医学関連の問題はいずれも不適
- ・ 全領域にわたって
- ・ 多少難しい問題があった。
- ・ 正常な組織・器官の構造と機能に関する問題が少ないのが気になります。
- ・ E-01、E-08
- ・ D-8 シューマでは正確な創の部位がわからない。
- ・ 全般的、特に B39、D3、E48、G25 の等不适当問題
- ・ B16：漠然としている、B39：削除、B44、B52、E48、E66、G25、G44：むづかしい。
- ・ A 問題 35 の別冊 N0.11 の心電図がおかしい。各誘導 2 心拍ずつ示されているが、同じ心拍を 2 つコピーでつなぎ合わせたものと思われます。基線に段差が出来ているなど、明らかに不自然です。
- ・ 特定の分野ではありません。

#### ● 3 の臨床問題について<回答 17 件>

- ・ 内 科
- ・ 血 液、アレルギー・膠原病
- ・ 法医学関連の出題が多い。
- ・ 法医学関連の問題はいずれも不適
- ・ A 問題、B 問題、C 問題。
- ・ G-27、I-07
- ・ 全般的、特に G44、I65、I66 等の不适当問題

- ・ D3 : むつかしい、 I65 : むつかしい、 I66 : むつかしい。
- ・ A-42 過敏性肺炎は何問も出題されている。説明文が長過ぎる問題 : A-25,50、難解問題 : A-42 HCV 腎症、A-50 コレステロール塞栓症 ブラッシュアップ例を V に記載しました。
- ・ 卒前教育を超える問題あった。
- ・ 正解選択肢に迷う問題が多かった。
- ・ 問題文が長く、読みづらい問題あり。
- ・ 最後まで診断がはっきりしない（結論が得られない）問題がある。
- ・ 糖尿病の長文問題等、数問が問題の意図がわからなかった。診断ができない問題だった。
- ・ 情報が足りない、長文問題としては短かすぎるものもあり、ブラッシュアップが不十分と考えられる問題が散見された。
- ・ 特定の分野ではありません。
- ・ 不 明

#### ● 4 の必修問題について<回答 22 件>

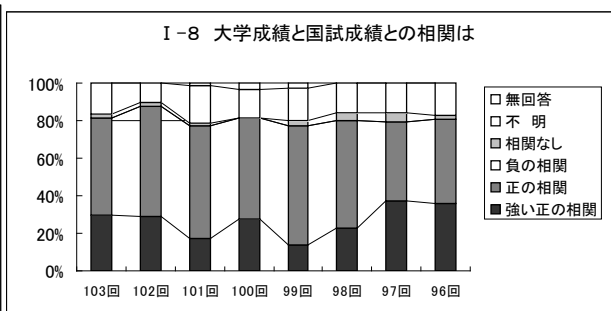
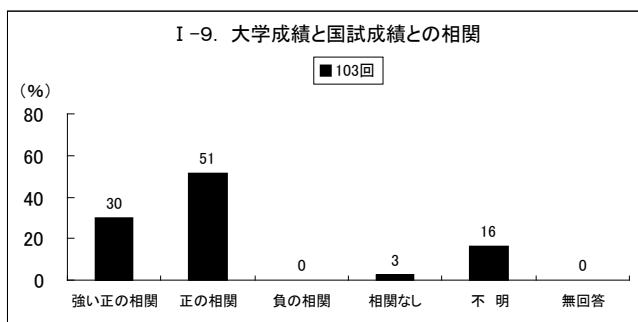
- ・ 内 科
- ・ 法医学関連の問題はいずれも不適
- ・ 産婦人科、正しい器具を選ぶ問題
- ・ 全般的、特に C11、F10、F27、H15、H21 等の不适当問題
- ・ G-44 診断書・解剖、D-3 麻疹、H-15 精神科、H-20 整形、F-10 検査、F-27 産科等、すでに採点除外されているが。
- ・ H20 : 簡単すぎる、H21 : 削除問題、F10 : 削除問題、F19 : 微妙な問題、F27 : 削除問題、C13 : むつかしい、C10 : 易しすぎる、C11 : 答えがいくつもある。
- ・ 難問、奇問が目立った。
- ・ 削除問題など臨床問題
- ・ 症例問題が必修問題としては難しかった。
- ・ 写真が不鮮明、不適切問題が多数あった。(採点で除外されている)
- ・ 一部の写真、図の解釈が難しく、迷う問題あり。
- ・ 受験者間で意見（正解）が分かれるものがあつた。
- ・ 必修としては難問が多い。専門家にとって必修であるかの感がある。
- ・ 必修問題が奇問化したように思います。
- ・ 必修問題でやや回答に迷う設問があつた。
- ・ 必修問題として適正でない（難しい）問題があつた。
- ・ 公衆衛生の介護問題、婦人科の問題は択 1 問題で複数の正解の可能性があつたり、調べても解答がでてこない問題があつた。
- ・ 採点除外等の取扱いになつた問題が 100 題中 5 題もある。合格基準として 8 割の正答率を要求する分野で、この不適切問題の割合は高すぎる。
- ・ 採点除外問題が多発したことは、必修問題が「必修」すべき事項を適切に出題していないことを象徴している。正解率や識別指数の分かっている過去問題を出題するか、問題数を増やしてボーダーを下げる(5%程度)ことを検討するべきである。
- ・ 除外が多いことから出題内容を検討する必要があると思います。また、除外問題のように正解しづら

い問題が多いと受験生は動揺し、本来の実力を発揮しづらくなります。そのため学内の成績が比較的良好な学生が不合格となっております。

- ・特定の分野ではありません。
- ・不 明

### 9. 貴大学受験生の大学での成績と国試の成績との相関は

	103回	102回	101回	100回	99回	98回	97回	96回
A. 強い正の相関	24/80 30%	29%	18%	28%	14%	23%	37%	36%
B. 正の相関	41/80 51%	59%	60%	54%	64%	58%	42%	45%
C. 負の相関	0/80 0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
D. 相関なし	2/80 3%	3%	1%	0%	3%	4%	5%	2%
E. 不 明	13/80 16%	10%	20%	15%	18%	16%	16%	17%
無回答	0/80 0%	0%	1%	4%	3%			



### 9. 相関に関するデータ<回答 13件>

- ・相関係数  $r=0.85$
- ・相関係数  $r=0.89$
- ・卒業試験の 80 番までは、医師国家試験不合格者なし。
- ・不合格者 6 名は卒業判定席次下位 8 名に含まれていた。
- ・現役不合格の 4 名のうち、3 名は 88 名中 75 番以下の成績。
- ・第 103 回医師国家試験では、新卒は 98 名中 97 名合格であった。
- ・卒業試験で平均 70 点以上（8 割程度の学生）の学生は全員合格していた。
- ・第 103 回医師国家試験：新卒学生の不合格者 1 名は卒業時席次 48 位（92 名中）。
- ・第 102 回医師国家試験：新卒学生の不合格者 1 名は卒業時席次 83 位（93 名中）。
- ・従来は、国家試験不合格者は成績下位 10 名以内に集中する傾向にあった。
- ・第 103 回では 3 名が新卒で不合格。何れも目立って成績不振。

A 君：卒試で 1 人のみ内科試験の再試験該当、

B 君：前年に 1 人だけ卒業試験不合格（内科不合格のため）、

C 君：留年経験者で実習態度が目立って悪かった。

この 4 年間の不合格者の CBT 結果は、1 名(4/6)を除き、すべて 3/6 以下。

- ・医師国家試験不合格リスク（統計的に有意なもの）数値はオッズ比
  - 卒業試験での再試験数が 1 科目 4.3
  - 卒業試験での再試験数が 2 科目 4.3



卒業試験の全科目平均点が 70 点未満 24.3

卒業試験で 90 点以上の科目がゼロ 4.2

留年経験あり 6.67

・第 102 回国家試験点数と卒業試験点数の相関係数

一般問題に関して 0.8695、臨床問題に関して 0.7565、必修問題に関して 0.4686

第 103 回国家試験点数と卒業試験点数の相関係数

一般問題に関して 0.8359、臨床問題に関して 0.8644、必修問題に関して 0.297

・データなし（卒業試験との相関あり。詳細分析中）

・データは特にないが、不合格者の成績等を毎年チェックしている。

<相関に関する資料 13 大学>…別添集計図等を参照

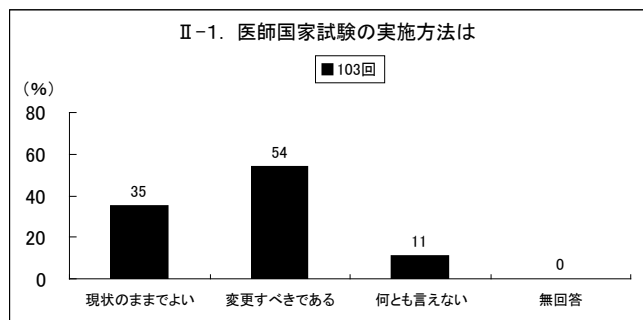
## II 医師国家試験のあり方について

【II】医師法第 9 条に、「医師国家試験は、臨床上必要な医学および公衆衛生に関して、医師として具有すべき知識および技能についてこれを行う」と定められていますが、現在のところ実技試験は行われておらず、500 問のマルチプルチョイスの問題を 3 日間で解く筆答試験によって合否が決められています。

### 1. 医師国家試験の実施方法は、

第 103 回

A. 現状のままでよい	28/80	35%
B. 変更すべきである	43/80	54%
C. 何とも言えない	9/80	11%
無回答	0/80	0%

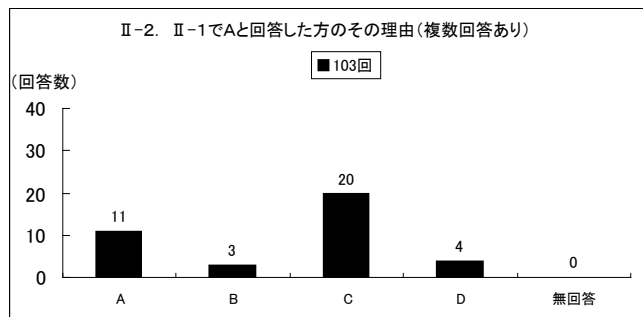


### 2. 上の質問 1. で「A現状のままでよい」と回答した方：28 名

その理由<複数回答あり>

(回答数)

A. 筆答試験でも、設問を工夫することによって技能を判断することはできる-----	11
B. 国家試験の実施方法を変えると、医学部教育を大幅に変更しなければならない-----	3
C. 技能については卒後臨床研修を通じて身についたか否か判断すればよい-----	20
D. その他-----	4
無回答-----	0



●「D その他」の具体的内容<回答 4件>

- ・現在の日本では学生に治療行為をさせることはリスクが大きすぎる。
- ・共用試験の方式で、卒業時に advanced OSCE を行い、卒業要件として「技能・態度」を評価するのが良く、現実的である。
- ・小手先の実技を教え込んでも無意味。一定程度で可。技能の評価は評価者の主観に大きく依存する。また、現実として評価者の確保は困難。
- ・本学では既に臨床実習終了時に advanced OSCE を実施しているが、短時間で少数項目について実施した技能試験のみで合否を決定するのは判定精度の点で問題があり、参加型臨床実習を通じた長期間にわたる臨床実習評価ポートフォリオを併せて評価するのが望ましい。精度の高い実技試験を大規模に実施するのは困難であるため、最初は各大学に実技試験の実施を義務付けてはどうか。共用試験 OSCE などの実施時期との兼ね合いを十分に検討しないと、試験官の動員が困難になる可能性が大である。特に学年末の時期では、共用試験以外にも各大学の学年末試験、入試などでスケジュールが込んでいるため。

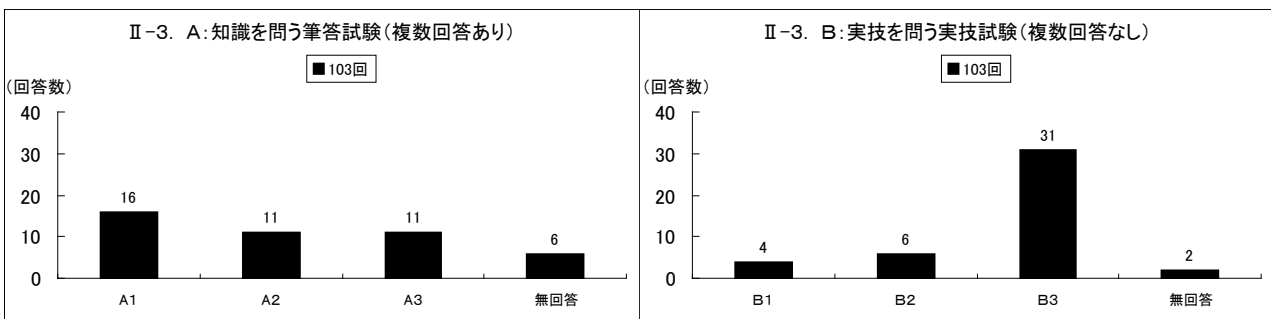
3. 上の質問1. で「B 変更すべきである」と回答した方：43名  
どう変更すべきか。

A：知識を問う筆答試験について<複数回答あり> (回答数)

A1. 卒業時に、現行の筆答試験を行う-----	16
A2. 卒業時に、基本的事項のみを問う 250 問程度の筆答試験を行う-----	11
A3. 共用試験 CBT を、知識を問う国家試験とみなして行う-----	11
無回答-----	6

B：技能を問う実技試験について<複数回答なし> (回答数)

B1. 卒業前後の一定期間内に、国が新たに実技試験を行う-----	4
B2. 卒業までに各大学で実技試験を行い、その合格を実技試験合格とみなす-----	6
B3. B2 と同様だが、実技試験は共用試験 OSCE のように全国の大学が互いに協力をして実施する--	31
無回答-----	2



●「上記以外の回答」の具体的内容<回答 9件>

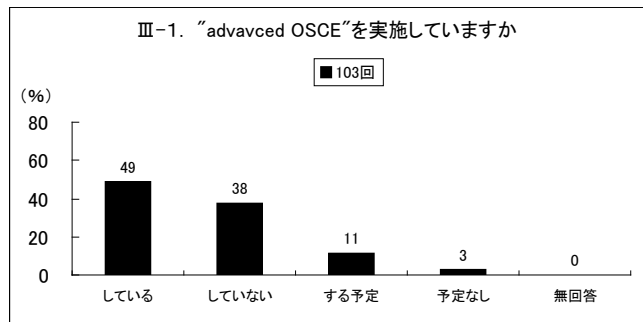
- ・A1+B3 で筆記試験の負担を若干軽くしても良いと思う。
- ・本来は B1 が理想だが、まず B3 を行い段階的に B1 を行えるようになれば良い。
- ・卒業試験での到達評価が現実的。国家試験 advanced OSCE は負担が大きすぎる。

- ・臨床実習での評価を国家試験受験資格に入れる。特に態度・適正の問題が重要なため。
- ・現行の筆記試験を継続する。ただし、共用試験 CBT のようにコンピュータテストにする。
- ・各大学で advanced OSCE に合格した者のみに国試受験の資格を与え、技能については、大学の責任とする。
- ・A3+B3 を BSL 開始前に行い、卒業時には advanced OSCE として知識・技能・態度・人間性を見る客観的試験を行うべきである。
- ・CBT の標準化が前提である。現在のままでは中途半端の誹りを免れ得ない。A3 のみならず、必要最低限の知識面での確認も卒業時に課すべきであろう (CBT と卒業試験の知識は自ずと性格が異なる。)
- ・A1 としたが、時期は卒業直前でなく、6 年生が早期から受験できる期間を設ける。筆記試験が卒業直前である為に、6 年の臨床実習を早期に終了しなければならず、教育の空洞化の原因となっている。

### Ⅲ 臨床研修開始前に身につけておくべき技能、態度を評価する” advanced OSCE” について

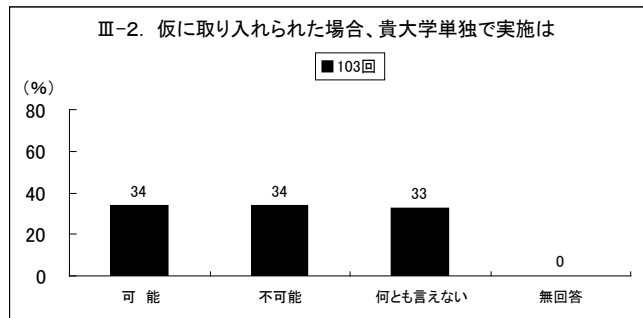
#### 1. ” advanced OSCE” を実施しているか。

	第 103 回	
A. している	39/80	49%
B. していない	30/80	38%
C. する予定	9/80	11%
D. 予定なし	2/80	3%
無回答	0/80	0%



#### 2. 仮に、” advanced OSCE” が国家試験の一部として取り入れられた場合、貴大学単独で実施可能か。

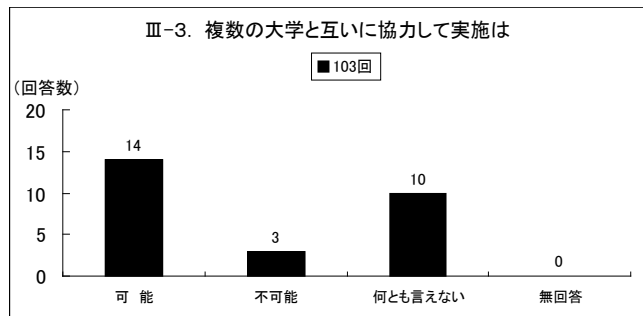
	第 103 回	
A. 可能	27/80	34%
B. 不可能	27/80	34%
C. 何とも言えない	26/80	33%
無回答	0/80	0%



#### 3. 上記 2 の質問で「B 不可能」と回答した方：27 名

複数の大学と互いに協力して実施するのであれば、可能か。

	(回答数)
A. 可能	14
B. 不可能	3
C. 何とも言えない	10
無回答	0



**IV. 医師国家試験のあり方は、卒前の医学教育および卒後臨床研修とも不可分の関係にあります。医師国家試験のあり方、改善のための提案やご意見、厚生労働省や関係機関に対する要望や意見**  
**<回答 55 大学>**

- 01 何科に進んでも大切な、日直、当直レベルの判断を問う問題も大幅に増やした方が良いと思われる。
- 02 本年の卒業生にヒアリングをしたところ、特に現行の方法に不満はないように思う。OSCE 形式の導入については、客観性の保証が困難と考える。
- 03 それぞれの出身校に受験者の国試の成績をフィードバックすべきです。各大学にデータを求めて、厚生労働省にデータを求めないというのは余りにも片手落ちです。
- 04 出題内容のバランスを評価する委員会があっても良い。病理写真がとにかく多すぎる気がする。今のような試験作成の委員選出ではなく、学会などから選んでもらう方が良いのでは。
- 05 卒前教育が充実してきているので、全国レベルの advanced OSCE および筆記国家試験を課せば、卒後研修は「救急医療」のみで十分であり、卒後研修をいっそう短縮すべきである。
- 06 Advanced OSCE は是非行うべきであるが OSCE を 2 回行うことは負担が大きすぎる。現在の OSCE を止め Advanced OSCE にした方がよいのではないか。
- 07 本学においては、4 年次における共用試験 CBT、OSCE を進級要件とし、さらに、6 年次における Advanced OSCE を導入予定であり、卒業試験の実施等で卒業要件を厳格に審査しています。
- 08 Advanced OSCE の導入が唱えられていますが、現在施行されている、4 年次から 5 年次の OSCE 施行の効果をみるとはなはだ疑問である。外科手技などは実際にはこの段階では不要である。もし OSCE を導入するのであれば、その項目を厳選すべきである。
- 09 合否によって、学生はその身の振り方が、病院は採用人数が変動する。特に学生は合否で転居先などが大きく変わることもあり、試験の実施時期や合否の発表日を 1 ヶ月ほど早くすることが望ましいと考える。
- 10 現在 CBT は、臨床実習を開始するための基本的知識を試しているが、医の倫理も含めて基礎的な問題を充実し、医師国家試験では臨床及び実技問題に重点を置くべきである。それによって臨床実習が国試の対策にも有効となり学ぶ方も教える方も熱意が高まる。
- 11 専門科目のうち、麻酔科学、形成外科学、リハビリテーション医学などの出題数が少ない。今後の需要の高い重要な領域であり、知識として問うことの可能な部分もある。国家試験での出題数が少ないと、卒前教育において学生のこれらの領域に対する関心と認識が低下してしまう。

12 現在の医師国家試験の問題をもっと簡単にして、6年生時の病棟実習をもっと充実させるほうがよい。現在の6年生は国家試験のための受験勉強に時間を費やされており、6年のカリキュラムは有名無実でありその実効性は乏しい。

6年の病棟実習（クリニカルクラークシップ）を充実させれば、卒後研修の期間を短縮できる。

13 平成13年の「障害者等に係る欠格事由の適正化を図るための医師法等の一部を改正する法律」の制定により、視覚障害、聴覚障害等をもつ者の医師国家試験受験が可能となっております。医師国家試験の多様化、とくに実技試験、OSCE実施などの併用を検討するのであれば、この点で受験者に不利にならないよう、具体的な対処法・対応法なども併せて検討をお願いしたい。

14 Outcome base な教育体系が必要で、これまでの積み上げ式では、多くの時間がムダになっています。知識は膨大化して歯止めがききません。Outcome base で考えるなら、哲学は必要でも、数学、化学、物理は、必須とも思えません。どんな医師を育てたいのかが見えないがために学生が苦勞しているように思います。Outcome に基づいたコアカリキュラムの根本的改革を望みます。

15 これまで、医師国家試験の結果は、政策等により合格率が左右されていますが、本来、医師国家試験は資格試験ですので、ある一定の点数が取れば合格とすべきと思います。しかし、以前に比べると医師国家試験の問題は成熟してきており、問題の質に関しては特に大きな問題はないと考えます。但し、第103回の医師国家試験の問題では、必修に不適切問題が例年に比べて多く、戸惑った学生も多かったと思います。

16 臨床研修制度が弾力化され、実質1年となり、それとリンクして卒前のクリニカル・クラークシップに代表される臨床実習の充実（1,500時間以上）が進められている現状を鑑みると、答案試験をコンピュータ化するとともに、OSCEセンターを設置して、国家試験として実技試験を実施すべき時期に来ていると思います。

共用試験と国家試験を制度として一元化すべき段階ではないでしょうか。

17 理想的には advanced OSCE は技能態度の教育において良いと思いますが、教員の負担が増える新たな教育は不可能です。我々公立大学では大学への運営費交付金以外に病院への補助金を年々削減されているため病院収益を増やすことが求められ、教員の診療への負担は増加する一方です。医学教育に対する理想はいくらでも考えられますが、この様な状況下で教員に更なる負担を強いる教育改革は実現性が非常に乏しいと考えます。

18 医師として十分な患者さんとのコミュニケーション力や共感的態度、またプライマリー医療を行う上での最低限の必修知識を持っていても、現在の医師国家試験を合格するのは正直かなり難しいと思われる。医療に対する高い志、医師としての資質があると思われる若者が不安と挫折にある現状は不幸である。医師国家試験は資格試験として、医師として最低限の資質・知識を問うべきで、実務的知識は臨床研修を通して養われてくるのではないだろうか。

19 試験制度としての Advanced OSCE の有効性は理解しているが、現在の大学の教員定数削減や大学

病院の経営効率化指数の下では、公平かつ公正に実施するためのマンパワーが不足している。医学科の定員増に伴う人件費の増は微々たるものであり、マンパワーの状況は今後さらに悪化することが明らかである。毎年繰り返し主張しているが、教員の定員（現員）を増やさない限り、大学における（医師国家試験の一部とするかしないかに依らず）Advanced OSCEの実施は困難である。実施するのであれば、医学部及び付属病院の教員定員増が大前提となる。

20 おおむね、医師国家試験の試験問題は質、量ともに良好であると考えられます。しかしながら、昨年度の全国調査（全国医学部長・病院長会議 医師国家試験専門委員会の調査）で明らかになったように、全国的に最近の医学生は（国公立大学を問わず）内科学や外科学などの系統的な教科書を持たずに、国家試験対策本を中心に勉強する傾向にあります。そのために知識が断片的で、系統的に整理されないまま臨床研修に入ることが危惧されます。卒前の医学教育で、医師国家試験の準備だけにとられることのないオーソドックスな教育がなされることが強調されるべきと考えます。

21 現行の知識を問う国家試験のみでなく、技能についても国家試験レベルの評価が必要と考えられる。しかし、8,000人を超える受験生に対して、厳格で一貫した実技試験を課することが可能かどうか、十分に検討する必要がある。さらに、将来、研究者を目指す卒業生や、精神身体的にハンディキャップを持った卒業生（限定的分野であれば、医師として十分通用する）に対して、包括的な実技試験を課すかどうかは、慎重な検討が必要と思われる。

現時点では、現状の共用試験レベルのOSCEに倣って、学外評価者の立ち会いのもとで、各大学レベルでadvanced OSCEを実施するのが現実的であろう。

22 卒前の医学教育と卒後臨床研修は不可分の関係ではあるが、医学部教育から国家試験までの比較的完成された教育カリキュラムに対して、卒後臨床研修は未成熟で不安定なカリキュラムであると言わざるを得ない。

現段階で卒後臨床研修に合わせて国家試験のあり方を改変するのは得策とは思われない。当面は現状の国試形式を基盤にさらに改善する努力が必要と思われる。卒後臨床研修カリキュラムが完成した時点で技能（実技）に関する評価を、卒後臨床研修期間へ移譲させることは可能と思われる。それにより、医学部教育での到達点と臨床医としての適性を含めた到達点を別に評価できるかも知れない。

23 Advanced OSCEについては、評価基準の統一など課題は大きい。それを解決するまで待っていては、いつまで経っても導入はできない。

当初は、医療安全に反すること、倫理的にゆるされない行為、コミュニケーションが全くとれないなど、極端な学生のみを不合格とするだけの実技試験として、実施すべきである。合格率99%以上であっても学生や医学教育に与える影響は大きく、医療の改善につながる。本学でも平成15年より実施しているが、実技試験は形成的評価であっても、学生は緊張して受験している。

まず、Advanced OSCEを実施しながら、国家試験としての評価の統一と可否の判定制度向上を行えば良い。

24 筆記試験は、共用試験CBTを中心にして、卒業時点での国試レベルの評価は、OSCEとごく基本的かつ臨床的（いわゆる地雷問題的な）少数の筆記試験とすることが望ましいと考えます。

国家試験レベルの OSCE を行うことは、現在の大学の設備・人員では不可能です。医師以外にも歯科医師、看護師、薬剤師などに OSCE は拡大する傾向にありますので、これらを一元的に実施（模試も含めて）できる公的な OSCE センターを全国数箇所に整備し、その運営費用は、大半を利用者負担とすることが現実的だと思います。本格実施までおそらくは 10 年程度の準備や試行、分析の期間が必要になると思われます。韓国や台湾も近く国試に OSCE を導入します。

このままでは、我が国の医学教育や医師の質が国際的に見て疑問視されかねないと思います。

25 アンケートにもお答えしましたように、医師になるためには本来、知識と技能の両方が備わってなければなりません。医学教育関係の先生が進めておられますように、実技試験が是非必要だと思います。また、現行の医師国家試験ですが、しばしば通達なしに試験形式が変化するのは、好ましくないと考えます。国公立大学の入学試験においては、出題内容や形式の変更について通常細かなアナウンスがないかもしれませんが、医師国家試験は資格試験であり、入学試験とは目的が異なるものと考えられますので、医師としての知識を問う試験であればよく、試験形式の変更に伴い試験時間の使い方が上手く出来ないなどの受験テクニックの出来不出来により合否が左右される類の試験ではないと考えます。従いまして、医学生が混乱なく受験するためにも、今後は、時間割を含め試験形式に関する変更内容は詳細に通達して頂きたいと思えます。

26 現在の国試は知識偏重で、本を見れば 90%以上は正解出来ます。従って 6 年生は臨床実習をそこに座学に浸りつつあります。これは 5 年生、6 年生、初期臨床研修 1~2 年という最長で 4 年もある臨床の時間を半分に遮断し、連続性を失わせます。

国試は技能と態度を中心に問うだけにしてもいいでしょう。知識は CBT では問われなかったコアカリの△印のものだけ設問すれば十分と考えます。技能と態度を国試で問う場合、OSCE のように全国的な統一性を持って実施することは、人員、経費、時間、場所のあらゆる面で現実的ではありません。標準的な技術を持った模擬患者の養成はきわめて困難です。むしろ臨床実地で患者さんに対する態度、技術を評価するという病院の機能を充実させるほうが現実的ではないでしょうか。

最後に医師の資格は各医科大学の卒業を持って認定する、英国のような方式が理想的だと思います。

27 医師としての資格を国家が保証する訳ですから、厳しい試験であるべきことは議論の余地はありません。しかし、昨今の状況を見ると、実態は資格試験というよりも競争試験のように見えてなりません。

医師は、人の病に対して治療法が無い、あるいは説明することすらできない現実に立ち向かうことが宿命づけられている職業であることを考えると、現時点での人類の知的財産の継承とともに新たな知識と技能を切り開く能力と姿勢がとても大切ですが、今のままあまり国家試験が難しくなると、学部教育も試験合格に向けて激化せざるを得ず、将来に向けた潜在力を培う部分が弱化するように思えます。

さりとしてすぐに良いアイデアは浮かびませんが、どんなに大学入学時点で選抜しても、卒業時までに数%は生じてしまう適応困難な学生をどう活かすかという検討が必要であるように思えます。

28 多くの大学では、国家試験の合格のための講義や試験対策が最重点課題となり、大学が国家試験の予備校と化している。これとは逆に、国家試験の準備は学生の自主性にまかせ、あくまで研究能力や

先進的知識の修得に力を注いでいる大学もある。それぞれの大学の事情や学生の能力に違いがあるにしても、大学には社会の重要な資源としての医師を養成する義務があり、その大学間に教育の方針や質に違いがありすぎるのは問題である。

この原因として、現行の医師国家試験が、医学知識のみを問う問題形式であること、合格率を 90% 程度に設定した相対基準の合否判定方法を採用していること、などに原因の一端がある。

これを解決するためには、国家試験に、医学知識、臨床診断能力、コミュニケーション能力などの総合的な臨床能力を判定する実技試験を導入して、合格するためには臨床実習の充実が必要となる制度に変革すべきである。

29 卒前、卒後で一貫した医学教育を実施できる体制を整えて欲しい。そのためには、文部科学省と厚生労働省がより緊密に協力し、一貫した指針を提示することが不可欠である。

また、より充実した医学教育を実施するためには、教員数と資金の 2 つのリソースの増強が不可欠である。現場の疲弊は限界に近づいている。現状を放置すれば、「医療崩壊」ならぬ「医学教育崩壊」が生じかねない。

また、現行の国家試験では 5 年生、6 年生のクリニカル・クラークシップに力が入っていない。特に 6 年生の後半 3 分の 2 は国試対策に追われている感じがあり、医学科学生が記憶に走り、教科書を持たずマニュアル本にたより、病態把握や深く物を考えない傾向が見られる。

以上により CBT を国試とし、大学間が相互乗り入れした Advanced OSCE で単位認定卒業とすれば、学生にも余裕ができ、本来望まれる医学教育ができると思われる。

30 学生ごと、問題ごとの受験者の国家試験の成績の詳細を大学宛に自動的にフィードバックする仕組みがあってもよいのではないか。CBT 試験と同程度の詳細な成績データの大学へのフィードバックを強く希望する。これがなければ、医師国家試験の求める学力・医師像を大学のカリキュラムに反映させていくことができない。

この件も含め、CBT 試験を国家試験の一部とすべきである。国家試験水準の Advanced CBT が別途置かれてもよいが、在学中に受験できることが望ましい。全国の医学部の最終学年の大半がマークシート試験のために費やされ、卒業前の半年以上が臨床現場と完全に切り離されるという現在の状況は、正常な状態とは言いがたい。

実技・技能についての評価は現時点では大学医学部に委ねられているが、特に不都合はない。規格化された advanced OSCE の必要性はあまり感じない。Advanced OSCE で評価される技能や態度が、臨床研修の現場で必要とされる能力をどれだけ反映するか、疑問がある。

31 実技試験で評価すべき能力を筆記試験で評価することは出来ないというのは、これまでの医学教育の研究から示されており、その結果が OSCE の国際的普及になっています。我が国だけが臨床能力を筆記試験で評価できると結論する根拠はありません。また、臨床能力を実技試験で評価する場合、妥当性を高め国家試験としての高い信頼性を保持するためには、試験のブループリントに基づき計画された 12 ステーション以上の課題でひとりあたり 1 日程度の時間をかけて実施すること、評価者と模擬患者の標準化は大学レベルでは不可能であることがこれまで海外での研究から明らかになっています。各大学が実施可能な OSCE では、このレベルに達するのは不可能であり、内容も合否判定方法においても、医師の資格試験としての OSCE として国際的評価に耐えうるものとは言えません。これは



大学教員が運営する OSCE を実施するかぎり卒前卒後であっても状況は変わりません。

医師の臨床能力を保証する OSCE の導入が必要であるならば、政府が試験センターを設立し、大学の教員に依存しない OSCE を実施する以外に方法はありません。各大学は小規模な形成的評価としての OSCE を実施して教育の質を高め、大学としての使命を果たすことに徹することができます。

32 卒後臨床研修を改善させるためには、卒前の医学教育を改善させる必要があります。現在の卒前の BSL では、クリニカルクラークシップといっても、前川基準などで BSL にて行うことが許容されている採血等の医療行為を行うのは、患者さんからのクレームや **risk management** をクリアできにくい点から実際は行われておらず、また、その他の点を含めると、見学が主体に成らざるを得ません。このような事が卒前の BSL でも可能になるように、社会的にはたらきかける必要があります。仮免許制度を BSL 前に導入する事も一法です。

また、医師の国家試験では、筆記試験のみではなくて、**advanced OSCE** があった方が **better** です。しかし、全ての医学生を特定の場所に集めるのは物理的（人的資源・スペースなど）に困難です。したがって、1) 各地域あるいは各大学で **advanced OSCE** を行い、評価者は外部の人が来るようにする。2) 各大学で行う（まだ行っていない大学もありますが）**advanced OSCE** の評価委員に外部評価者を少なくとも半数は入れる。等の方法を考えても良いと思います。

なお、現在の医師の国家試験は 3 日間ですが、2 日間にしても評価は可能なのではないのでしょうか。もし、**advanced OSCE** を国試に導入するのであれば、なおさら 2 日間にした方がよいと思います。

33 医師国家試験のあり方を変えることが医学教育を大きく改善することに繋がると思う。現状では臨床実習が参加型に移るべきなのにもかかわらず、ほとんどの医学部・医科大学で改革が進捗していない。また、臨床研修との整合性も必ずしも取れていない。大学の中では、実技などを積極的に取り入れようとする動きはあるが、なかなか足並みがそろわないのが実情である。国家試験にもやはり技能試験を入れるべきであり、このような方向性を明確にすれば、医学教育は大きく変革してゆくものと思う。**Advanced OSCE** については、国家試験改善検討委員会で OSCE の導入が導入される方向であったにもかかわらず、最新の答申では全く後退しており、大変残念に思う。平成 20 年度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「試験問題プール制の推進等国家試験の改善に係る研究」分担研究「OSCE の実施に関する研究」（2008 年 11 月）などの提案もあり、CATO などの組織も活用して進歩的な取組を開始してもらいたい。

なお、上記と関連するが、せめて「医行為の例示」を国ないしは全国の医学部・医科大学主導で明確にするような指針を提出してもらいたい。平成 3 年の前川レポートは診療内容の変化や社会の変化などから言っても現状に合うように改訂されるべきと思う。

34 現在医学部の卒前・卒後教育は大きなトレンドで変遷しつつある。

卒前教育に限れば、コア・カリキュラムに基づく教育内容の変化、いわゆる **early exposure** として早期の専門教育の開始、OSCE の導入による体系的な実技教育、臨床実習の早期開始と長期化、などが最近取り入れられつつある項目である。これらは学生の **motivation** を高めること、および卒後直ちに臨床現場で役立つ技量を身につけることに役立つことをねらった改革であり、もちろん一定の効果は得られている。

一方、**early exposure** に伴ってむしろ基礎系科目の修得が不十分になったり、教養科目の軽視、実

技偏重となって学問体系としての臨床医学の軽視、職業訓練校的な臨床実習、などのマイナス面が、少なくとも本学では顕著となってきている。

医学教育の現場に携わる者からみると、この数年間のトレンドは医学研究レベルを下げる一因であり、医学発展の視点からは見直すべきと考える。医学教育の改革は両刃の剣であるのは当然予想されたことではあるが、私は導入当初から反対であったし、むしろ昔の方が良かったと復古主義の立場をとっている。

以上の考察をふまえて、医師国家試験のあり方を考えると、学問としての医学知識を問う筆記試験を中心とする現行方針を継続し、advanced OSCE などの実技試験導入はすべきではないと考える。

35 現行の医師国家試験でも設問内容を工夫することで、臨床現場を重視した内容とすることはある程度可能であるものと考えられる。最近の医師国家試験も臨床現場を体験していなければ回答できない設問が増加している。

技能・態度の評価は多肢選択問題だけでは必ずしも十分でないために、将来何らかの実技試験を行うことがひとつの案としては考えられる。しかし、現状では大学間の実習時間のバラツキが大きく、到達目標も統一されていないことが予測される。まず臨床実習の到達目標（実技内容）を具体的に提示し、臨床実習時間の下限を設定し、各大学の責任で卒業判定をしていただくことから始めることが現実的である。次のステップとして、他大学評価者を入れた advanced OSCE の結果を卒業判定の必須事項とすることで、医師国家試験の技能・態度の評価に変えることで十分なように思われる。物理的な制約から advanced OSCE を実施する場合も 8 ステーション程度とならざるをえないために、受験生の得意不得意、実習で濃厚に体験できたかどうか、たまたま類似症例に当たったかどうかなどで評価点が左右されることがありうる。また、国家試験における実技試験のひとつの目的は医師不適格者が多肢選択問題のみの評価で医師となることを避けることである。また医師国家試験は医師としての資格試験であることから、入試と違って段階的な評価を行うことに力点をおくことは避けるべきと考える。

医師国家試験の内容を考えた場合には、卒前・卒後教育の連続性・一貫性を担保することは重要である。大学病院で学生教育を担っている現状を考えると、一般病院での学部教育内容の理解を深めることが必要となる。将来の展望としては、一定の要件のもとで臨床研修病院からも OSCE 評価者を募り、評価をしていただくことも一案ある。

36 現在の医師国家試験問題は多くの労力の上に出出来上がったものであり、問題作成委員の努力には頭が下がる思いです。しかしそれとはまったく別に、試験制度には極めて重大な問題があります。結論として厚労省は医学部卒業時点での医師国家試験を止めて 2 年の初期研修終了後に、真に厚労省の作った機構でそれなりの内容の試験を課すべきだと考えます。

研修医としての医療行為は医学士（医学部卒業者）には認めるべきで、初期研修も卒業大学が責任を持って受けさせるべきです。そうすれば医学士は医師になるために真剣に研修を受け、医学部も評価を受けることになると思います。そして 2（もしくは 4）年間の研修後に厚労省が医師国家試験を課し、合格者を医師として認めるのが正しい姿であると考えます。厚労省は研修医に対して医師としての人格を涵養することを求めています、真に医師としての人格があるか否かを研修終了時に評価すべきです。現状ではお題目かお茶濁し程度にすぎません。

医師国家試験出題委員が文科省教員であることも倫理的な問題があると考えます。現在国家試験出

題員が受けている厳重な拘束待遇からわかるように、問題作成者が受験者の教育担当者であることは、問題漏えいの可能性を含め国民の理解を得るには無理があります。厚労省は省内の国立病院医師などの人員で問題を作成し、外部から評価される医師国家試験にすべきです。

さらに試験の時期について言うと、現状は医学部卒業時点で医師としての業務を未経験の受験者に一生涯の国家資格を与えるかどうかを試験で決定するという、前時代的な形骸的作業をしていることとなります。これは卒業試験の直後である受験者にも過剰な負担を与えています。そして、いったん国家試験に通ってしまえば一生涯医師であるということに多くは戸惑いを感じ、逆にゴールに到達したと勘違いする者も出てきます。もしこの時期に行う意味があるとするならば文部科学省の認定する医学部卒業生は厚労省の考えるレベルに達しているかどうか信用できないので、試験選抜するということでしょうか。しかし、その選抜試験に多大な労力を割いているのは厚労省の内部組織ではなく、相対する文科省の教員です。このように現在の医師国家試験は非合理であり、医師となる受験生にも、問題を作成する文科省教員にも、これで国家資格を得た医師に診療される国民にも不満を与えています。これ以上国政省庁間の綱引きに我々が無駄な労力を費やすことには反対です。

37 全人教育を前提とした、六年間一貫教育により医療人育成プログラムを各大学は目指しているはずだが、現時点では広く浅い知識を求める医師国家試験予備校化したきらいがある。6年次は国家試験対策とマッチングに追われている医学生が多いのでは無かるうか？国家試験は本来最低限の知識をテストするものであり、その準備に半年～1年を費やすのは異常である。仮に、共用試験をもって国家試験第一段階としたとしても、今度は4年次が予備校化してしまい、基礎系の勉強がおろそかになり、医科学者養成機関としての医学部の意義は消滅するに違いない。また、「ゆとり教育」の弊害は目を覆うばかりであり、論旨を明快の述べる能力、複雑な問題を粘り強く解く能力、外国語で医学知識を取得あるいは発信する能力等が落ちている。そのため、徒に医師国家試験の知識面での試験を前倒ししても、多くの学生は臨床医学の講義を消化不良のまま終えてしまうことになる。鳴り物入りで導入されたチューター制のPBLも、臨床現場の業務増に伴い、機能不全をきたしている大学が多い。促成栽培的な医師養成システムは、新の医療人育成からはほど遠い。

#### 【改善策】

- \* 問題を標準化して CBT を知識面での国家試験として使うが、そこで問われる内容は、臨床医学へ進むための基礎医学の知識と物の考えかたに重きを置いたものにする。
- \* 5～6年次は、大学病院の教育資産を利用した2年一貫の臨床実習カリキュラムを義務づける。
- \* 卒業時まで、Advanced OSCE（判定は基本的に教育機関に任せる）と簡略化した国家試験（知識面）を施行する。
- \* 初期臨床研修終了時にも知識面での試験を課す（臨床研修は、教育の一貫であることを病院側も認識すべき）。

38

1. 現行では、相対評価で合格者を決定しているが、国試は資格試験のはずである。新研修医数から点数を決めるのではなく、絶対評価を考えて欲しい。
2. 最近の国試問題にアナフィラキシーの時のエピネフリンの使用方法が皮下注と記載されている設問があった。国際的には筋注が first choice であり、ご注意願いたい。

39

1. 医師国家試験は研修医を始める上で必要不可欠な知識を確認するための試験であり、選抜試験ではないので、プール問題から出題する方針が良いと思います。
2. 卒後研修を始める上で、国家試験の発表が3月末になるのは支障があるため、もう少し早く発表するようにしてほしいと思います。

40

1. 多肢選択問題については、難度をあげるとしっかり勉強した人と、そうでない人の差がつきにくいので、問題作成の際にはよく吟味する必要があると思います。
2. 合格発表・医籍登録を早め、基本的に4月1日には医師として研修が可能にさせていただきたいと思います。医療行為が行えるようになる時期が不確定だと研修に支障をきたします。

41

1. 卒後臨床研修の内容を卒前医学教育に取り入れるような改革は卒前医学教育のますますの疲弊をもたらし、医学教育の質の低下に直結する。現状のままでは、医師国家試験に advanced OSCE を取り入れるべきではない。
2. 現行の CBT、OSCE でも十分に対応できるものと思われる。学生にとっても6年次がますます受験勉強だけの期間になってしまうおそれがある。

42

1. 知識レベルは症例問題を中心に臨床問題解決力を CBT で評価し、診療技能・態度を OSCE で評価するようにすべき。
2. 国家試験で評価する知識レベルはミニマム・エッセンシャルに留め、学生が5、6年次の臨床実習に励んで、その過程で臨床能力が適正に評価され (OSCE、Mini-CEX、ポートフォリオなど)、一定レベルに達していたら、医師となれるようなシステムに変更すべき。

43

1. 国家試験全般が、広く浅い知識を問う問題が多いという印象から、学生の学習パターンも安直な教科書で広く知識を習得することに終始している。もう少しじっくり実習・研究するゆとりのある教育プログラムで合格する様な国試のスタイルを目指すべきである。
2. 医学英語教育を生かす国試であってほしい。病名等は、日本語で診療録に記載すべき等、英語にネガティブな環境が憂える。

44

1. advanced OSCE は技能の評価にはなるが、臨床現場における態度の評価としては不十分である。国家試験が知識レベルであるために、臨床実習が形骸化しつつあるといわれるが、臨床実習の評価を国家試験の受験資格として明確に位置付けることが最も重要であると考え。この程、文科省の医学教育カリキュラム検討会でも、臨床実習を重視したことを一貫する。
2. 新卒者に比較し、既卒者の成績がますます悪化している。特に、複数回不合格の者の合格率は極めて悪い。「受験可能な回数を3回まで」とすることは、本人たちにとっても好ましい影響があり、

勇気を持って英断すべきである。

45 下記の二つの理由から、医師国家試験の時期および結果発表のタイミングをできるだけ前倒しすべきであると考えます。

1. 現状の2月中旬の試験、3月最終週の結果発表というスケジュールでは、4月からの臨床研修に備えての準備期間があまりにも短い。特に卒業する大学と臨床研修予定病院の地域が離れている学生には、2~3日での慌しい引越しなど負担が大きい。また、少数ではあるが国家試験不合格となった学生にとっては、ぎりぎりの不合格通知で、住宅の確保や生活環境の整備などそれまでの準備をすべて反故にしなければならないこともあるなど、不合格という精神的ショックに加えて経済的にも大きな負担を強いることになる。
2. 医師を育て送り出す立場として、それぞれの大学の特長やアイデンティティーをしっかりと身に付けて卒業し、誇りを持って社会に出てもらいたい。そのためには、できるだけ早い時期に国家試験に合格し、精神的にも余裕を持って卒業までの期間に、その大学でしか学べないような特徴のある教育を受ける時間を持つことが、暖かい人間性と品格のある良い医師への第一歩になると信じる。

46

1. 国家試験のあり方：

- 1) 現行の筆記試験だけの国家試験は500題で3日間と膨大な知識を評価しているが、問題に重複もあり、300題程度として、医師として第一歩を踏み出す能力を問う問題とする。
- 2) 新形式の正解肢を明示しないことで、正確な知識の習得を必要とするため、この形式を多くして、1)に対処する。
- 3) 禁忌肢が公表されていない。公表されないと、内容についての適正性の評価ができない。また、公表しない場合には禁忌肢数を増やしてほしい。この場合には既出問題で対応してほしい。
- 4) 複数回受験の学生の制限をすべきである。

2. 卒前臨床実習と卒後臨床研修について：

- 1) 臨床実習に関連した問題、それも現行の診療に近い問題を出題するのなら、共用試験が国家試験に準ずる試験であることを社会に啓発してほしい。これが十分でないので、臨床実習は未だ参加型に近く、クリリカルクラークシップ形式ではない。
- 2) 卒前臨床実習を診療参加型とすることで卒後臨床研修が米国や欧州のようなプライマリ・ケア研修が可能となる。このためには、現在の医師国家試験は技能・態度能力を評価する試験とすることが望ましい。

47

1. 医師国家試験問題のブラッシュアップに努力を：

昨今の医師国家試験問題については、「思考力を問う」新規的問題作成を心がけられている点は十分理解できる。しかしその弊害として難問・奇問の類が、十分なブラッシュアップをされることなく出題されてしまう傾向が否めない。例えば今回の法医学関連の問題を例に挙げるなら、特異なケース設定のもと補足説明が不十分な出題が複数あり、法医学を教えている我々でさえも回答不能であった。

実務者レベルの思考力を問うことや、やたら複雑な状況設定で十分な説明のない問題は「思考力

を問う良問」とは言えない。また、このように「出題者が良問と思い込んでいる問題」に対し、出題の秘匿性を重視するがあまり、数名の出題委員により十分ブラッシュアップできないというシステムにも問題があると思われる。医学生は1題、1点で不合格にもなり得るのであるから、問題の質には十分留意されたい。

## 2. 卒後臨床研修の充実化を：

国家試験で技能等を問うことについては限界がある。全国一律に医学生への技能を問おうとすれば、それは単純かつ表面的な実技上の問題とならざるを得ず、そうした内容に対して学生は記憶のみで十分対応可能である。医師法で「学力および技能」とあることによれば技能を問わざるを得ないので、現在程度の出題でよいものと思われる。

医師の自覚や経験のない医学生に対し、ことさらに、これ以上医療技術や面接手法を教え込んであまり意味はないと思われ、技術的内容についてはむしろ医師国家試験をパスした後の卒後臨床研修で重点的に教え込むべきではないだろうか。そうした点からは、研修医を兵隊として位置付けるのではなく、研修医はあくまでも「研修を必要とする」医師として教育に専念すべきである。

48

1. 新形式問題などについて、情報公開をきちんとしてほしい。
2. 学生、国浪（受験者）の試験の成績は大学に feed back を厚生労働省からしてほしい。教育方法の見直しなどに必要だが、十分情報が集まらなかったり、集める労力が多大である。
3. 技能試験は、今後は必要と考えるので、何らかの形式で実施することを希望する。

49

1. Advanced OSCE について医師国家試験改善検討部会報告書に「全ての大学医学部・医科大学卒業生が臨床研修開始前に必ず身に付けておくべき技能・態度についての認識が共有された上で、(中略) 医師国家試験を含めた一連の医師養成過程の中で Advanced OSCE 等による評価の導入が検討されることが望ましい」とあるが、卒前に Advanced OSCE で問われるべき到達目標と評価基準は、モデル・コア・カリキュラムにおいても明確でなく、全大学が認識を共有できる状況にない。
2. 多数回不合格者に対する対応について、相当長期間にわたって検討が続けられているが、結論はおろか、議論の伸展も実感できない。早期に何らかの中間報告が公表されることを望む。
3. 各大学における医師国家試験の合格率が大学の評価につながっている側面があるが、真に重要なのは合格者数（医師輩出数）であり、歩留まり（入学者の数に対する医師輩出数の割合）である。本年は、各大学の出願者数が受験者数と別に公表されたことは一定の前進と評価できるが、卒業判定時期は、各大学で異なり、出願者数と受験者数の差異だけを取り上げて各大学の姿勢を判断することは、卒業時期の前倒しやそれに伴う6学年次生のカリキュラムの短縮につながる恐れがあり、適切でない。

50 現状の国家試験への準備は医学生の大きな負担となっており、臨床実習の形骸化の原因となっている。対策としては以下を提案する。

### 1. 知識：

IIにあるように、CBTで問うこととし（CBTの問題の性格をやや変更する必要あり）、診療参加型臨床実習開始前に行う。合格者には一定の医行為が可能となるような法的裏付けを与える（医師

法 第 17 条 医師でなければ、医業をなしてはならない。に附則等を設け 医師の監督下に医学生は一定の医業をなすことを認める)。

2. 技能：

卒業前後の時期に、全国一斉に、一定のガイドラインに基づき、他大学の教員を評価者とする advanced OSCE を、それぞれの大学で行う。

3. 臨床推論能力：

代表的な症候 30 程度について、病態の考察、鑑別診断、治療判断、医療福祉支援など診療参加型臨床実習で学べることに関する 100 問程度の試験を国家試験として行う。

51

1. 卒前教育をおろそかにしたのでは合格できない試験にしてほしい。国家試験対策と臨床実習の学習が別個のものになってしまっている。
2. 国家試験の問題は、大部分を問題解決レベルの知識を問うものにしてほしい。
3. 医師国家試験受験資格に必要とされる臨床実習経験を明示すべきである（実習期間、担当症例数、患者サマリー数、経験技能等、卒前臨床研修や専門医制度に準じて策定できるはずである）。それを行わずして、卒前臨床実習、特に診療参加型臨床実習の充実が困難と思う。
4. Advanced OSCE を医師国家試験に組み入れる場合、診療参加型臨床実習の充実と一体で行うべきである。現在の実習状況のままで、形だけ米国等の方式を真似ると、実地には役立たない試験対策のみの「臨床技能」が横行するであろう。
5. “advanced OSCE” を国家試験の一部として取り入れ、大学が実施するのであれば、それを実施するために教員および事務員の配置が必須である。現在の人員では、業務の工夫・改善は可能であっても、これ以上の教育業務の増加は困難である。

52

1. 医師国家試験の出題形式が現状のままでよいのならば、今回の問題内容は適切であったと思いますが、問題数は多いと思います。
2. 医学生は共用試験の CBT と医師国家試験の両方で、主に知識を評価されています。個人的には医師国家試験程度の知識内容を学習しておく事が、各専門領域の医師になった時にも非常に有益だと感じています。卒後直後の各国の医師の能力比較だけでなく、卒後 10 年時での能力比較でも日本は劣っているのでしょうか？  
プライマリーケア能力については、日本の医師に今までそのようなニーズがなかったからというのは原因にならないのでしょうか？  
日本の家庭医は今後、米国のように軽度の耳鼻科、皮膚科、眼科等の日本では地域に多くの専門医がいる領域も診察・治療していく必要が出てくるのでしょうか？
3. 知識だけでなく技能・態度領域も含めた総合的臨床能力充実のため、臨床実習があるわけですが、学生達は医師国家試験受験前に、いくら充実した臨床実習カリキュラムを提供しても、医師国家試験で評価されないなら、臨床実習の学習効果は上がらないのではと危惧しております。
4. 以上のような、問題を勘案すると、共用 Advanced OSCE + 問題数を減らした医師国家試験という流れになるのは良く理解できます。
5. Advanced OSCE が各大学で実施可能かどうかですが、法人化後の定員削減と独立採算制による効

率化のため、大学の教員は疲弊しており、教員の仕事量（特に教育領域）に見合ったインセンティブは出ているのでしょうか？欧米などの医学教育における優れたシステム（方略）の導入は非常に重要ですが、そのシステムを運用している資源（教員数、設備）も勘案しないと上手く動かないのではと感じております。つまり、日本の医学教育の資源に見合ったシステム導入です。もちろん、資源を増やすのならどの様なシステム導入も可能かもしれませんが・・・。

6. **Advanced OSCE** で一番問題となるのは、課題シナリオ作成です。この作業は全大学で協力（共用）しないと不可能だと思います。
7. 教育だけでなく、日本社会の全ての問題かもしれませんが、資源は有限であり、限られた資源を有効利用するためには、ある程度犠牲になる領域も容認する事が必要ではないか？と感じています。日本の社会システムは **logistics**（後方支援）をあまり考慮せずに、活動・作戦を計画遂行する傾向があるのではと感じております。やはり縦割れで、各専門家の横の繋がりが弱い（特に医学と医学以外の専門家）、各専門家が忙しすぎて手が回らない等の原因があるのかも知れません。また朝令暮改的に、卒前、卒後教育プログラムが変更されている印象は当方だけの印象でしょうか？そしてそれは、政治的ではなく根拠に基づいた改革でしょうか？短期的なその場しのぎの改革も重要な場合もあるかも知れませんが、長期的視点からの改革も、医師というプロフェッショナル集団のオピニオンリーダーとして、是非ご検討頂ければと思います。

## 53

1. 現行の CBT は知識を問う国家試験とし、**Clinical Clerkship** を経て実技試験を行うのが最も適切。そうすると、医学生の医行為についても免責ができ、より充実した実習となるものと期待する。
2. CBT 及び OSCE をもう少し厳格にして、卒前実習を充実したものにする。その上で国家試験に OSCE を取り入れ、卒後研修を 1 年としてはどうか。
3. 共用試験を全国の大学で協力して行い、その結果を生かせる医師国試のあり方が望ましいと思います。
4. まず卒後臨床研修制度が、ぶれないような制度にしてほしいと思います。
5. 卒後臨床研修の問題点が明らかになっており、卒後臨床研修制度の改善が先決である。医師国家試験のあり方は卒後臨床研修とも不可分の関係にあり、卒後臨床研修制度が改善するまで、大きく変更すべきではないと考える。
6. CBT や OSCE の評価がはっきりせず、国試と一定程度結びつけざるを得ないと思うが、方向性を十分に整理・議論してほしい。
7. 現在の試験は難しい。このままでは、医学校は試験の予備校になりかねない。
8. 技能を問う実技試験は、評価の客観性の確保が困難ではないか。
9. 臨床の技能の評価を問うとすると、にわか仕掛けの判断では困難です。それをしっかりやるとなると、どうあるべきか、可能なことかどうか。過去の面接時の成果・評価をどうふまえているのか。今、何が問題となっているのかをきちんと抽出すべきで、その後、どうすべきかを考えなくてはと存じます。
10. 卒業時の試験としては、医師としての資質を問うべく、人格評価を加えるべきであろう。

54 標準的問題を出題し、合格判定を例えば一般、臨床問題 65 点、必修問題 80 点の絶対基準にする。説明文、設問文の表現に統一性を図るべきだと考えます。毎年、表現が変わるのは好ましくありま



せん。

ブラッシュアップが十分になされていない難問が散見されました。

A-50 はコレステロール塞栓症を想起させ、その検査所見を問うものです。コレステロール塞栓症は出題基準にはありますが、その細かい検査所見、特に補体低下を正答肢にするのは明らかに専門医レベルの内容です。加えて説明文を短くする必要があります。血液所見の白血球に分画を記載し、好酸球増加の情報をくわえます。設問文は考えられるのはどれか。としてコレステロール塞栓症を正答肢にする問題にするべきであったと考えます。

訂正例（出題者の意図も反映して好酸球増加、低補体血症の情報を加えた）

60歳の男性。腎機能低下について他科からコンサルテーションを受けた。**6日前に不安定狭心症の疑いで心臓カテーテル検査を施行された。**3日前から血清クレアチニンの上昇が認められ、徐々に悪化している。昨日から第2手趾先端部に疼痛を伴う紫色の変色が認められた。**30歳から高血圧で降圧薬を、40歳から糖尿病で経口糖尿病薬を服用している。**喫煙は30本/日を30年間。飲酒はビール大瓶2本/日を25年間。意識は清明。身長170cm、体重95kg。**体温37.0℃。**脈拍72/分、整。血圧160/90mmHg。尿所見：蛋白1+、糖1+、潜血3+。血液所見：赤血球420万、Hb14g/dl、Ht42%、白血球7,000（好中球52%、好酸球14%、単球6%、リンパ球28%）、血小板14万。血液生化学所見：空腹時血糖180mg/dl、HbA1C7.5%、総蛋白7.0g/dl、アルブミン4.5g/dl、尿素窒素70mg/dl、クレアチニン5.2mg/dl、総コレステロール310mg/dl、トリグリセリド220mg/dl、**総ビリルビン1.0mg/dl、AST 250 32 IU/l、ALT 25 IU/l、LD〈LDH〉480 IU/l（基準176～353）、Na 141 mEq/l、K 5.2 mEq/l、Cl 102 mEq/l。**免疫学所見：CRP1.0mg/dl、CH5025U/ml（基準30～40）。（項目を減らした）

考えられるのはどれか。1つ選べ。

- a IgA腎症
- b 糖尿病腎症
- c アミロイド腎症
- d 顕微鏡的多発動脈炎
- e コレステロール塞栓症

## 55

### 1. 問題の内容について：

現行の問題の形式で、基本的に問題は少ないと思いますが、その配分に関して、全科に至る基本的な問題（必須問題及び禁忌肢を含む問題）を増やすこと、また、問題の理解、応用力を試す問題を充実させることが必要だと思います。後者に関して、問題の解答が1つではなく複数の手段が可能なシュミレーション型の、最終的に正解にたどり着けば正解だが、その解決方法手段に難があれば減とするような形式の問題を取り入れるのがいいと思います。

### 2. 適正に関する評価：

医師としての倫理感、コミュニケーション能力、精神的な面での最低限の条件を評価するための課程はどこかで必要だと思います。（判断基準は難しいと思いますが。）

卒業前のクリクラの前の共用試験を国家試験並にして、国民にきっちりとしたものであるとして卒業前での医療行為をもう少し可能にしていく。

1. ここ数年、年を追うごとに国家試験の質の向上を感じる。すなわち作問者の熱意と労力に加え「2つ選べ」「3つ選べ」および「新形式」によって識別指数が高くなったと感じるのである。
2. 実技試験の導入は労多くして功少なし。実技試験の導入は理想であるが、現実には「実技の多様性」と「評価の不公平性」に加え「教員（臨床医）の多大な労力」という欠点がある。よって実技試験は、教員の指導のもとクリクラ実習で実技を覚えるより実技試験の How to もの問題集を覚えるほうがより効率的に得点につながるということになる。国家試験で問うべき技能は筆答試験で判断できるレベルで十分である。そして実技の修練は卒後臨床研修からはじまる。求められるのは日々の診療の積み重ねの中で身につけた実技だからである。

技能に関しては評価が難しく、国家試験に含まれた場合はかなりの混乱が予想されます。またその労力も大変な規模になります。やはり卒後研修に任せるべきであると思います。

産婦人科領域に関しては、概ね良問であると思います。最近では卒後研修に必要な不可欠な知識と問う問題が出題されており、この変化は評価できます。ただし、研修システムを変える答中が出されており、これがどのように影響するか心配しております。

知識を問う問題から、医師としてどう判断し、行動するかを問う疑問が多くなっているのは良い傾向だ。公衆衛生領域でも同様だが、どの範囲領域にとどめるか、あるいはどの職種との連携にとどめるかは明確にしておく必要がある。

なお、医師国家試験は資格試験なのだから、一定の水準を超える学生はたとえ全員であっても合格させるのが筋である。

---

## 第 103 回医師国家試験問題に関するアンケート調査に対する意見

### 1. 医師国家試験に関するコメント：

例年このような形で各大学関係者に問題の善し悪しに関するアンケートを実施して試験問題の改善を図っている努力には敬意を表します。それにより、個々の問題の質の向上と、出題問題の形式に進歩が見られていることは高く評価できると思います。しかしながら、医師国家試験に関連する本質的な問題が議論されることなく、毎年毎年個々の試験問題の評価に止まっている点が極めて問題であります。その本質的問題の一つは、医師国家試験を医学教育、医師養成の全体的な課程の中でどのように位置づけるかと言うことです。別の表現をすれば、医師国家試験の範囲、難しさのレベルを何処に置くべきかという問題が、医学生や医師の教育に責任ある立場のしかるべき医師教育者によって、国のレベルで議論されていません。文科省や厚労省の官僚主導ではなく、国公私大の医学部長会議が中心と成り、国レベルの委員会を作り、医学部教育、研修医教育との関連の中で、医師国家試験を位置づけ、それに基づいて試験問題の範囲と難易度の設定（それを厚労省に提言して、医師国家試験に反映させる）がなされるべき時期に来ていると考えます。

現在の国家試験の問題は、試験に要求される範囲が余りにも広く、医学生に対する負担は目に余るものがあります。出題の範囲を基本的な重要な問題に絞り、将来どの科に進んでも必要となる基本的な事

項を、基礎医学の知識を基に病態生理学的に理解する事を要求する問題を数多く出題すべきです。医学部学生には、極めて稀な病気についての知識を問うのではなく、頻度の高い一般的に重要な病気について十分な理解を要求すべきであります。それにより、現行の試験の合格ラインを65点ではなく、80点に置くような問題作成に変更すべきだと考えます。現在の様に、医学部卒業時点では難問と考えられるような問題を出題し、合格ラインをいたずらに下げるとは、学生に多大な負担を強要し、結果として身につかない暗記中心の知識詰め込み型の勉強を、教員や学生に誘導することになっています。

最近の新聞で、医学部学生の臨床実習の時間を、現行の1200時間から、1500時間に増加することが報じられました。臨床実習を増やし、医療に携わるに必要な基礎訓練を早期に行うことは望ましいことではあります。しかしながら、国家試験の範囲とレベルを現行のままにして、このように臨床実習を増加することになれば、医学部学生のみならず教員の負担は計り知れないものがあります。国家試験の難しさのため、各医大の現状では、多くの医学生が試験勉強のため正規の授業や実習を満足に行っていない訳ですから、更にその傾向に拍車をかける事になるでしょう。それにより、学生は短い時間で合格水準まで勉強をしなければならぬため、これまで以上に暗記中心の表層的な学習に走り、結果として理解レベルの低い医師を世に産出することになるでしょう。すなわち、全体的な枠組みを考えることなく、場当たりの議論に基づき、医学教育の枠組みを変更しているため、学生や教員に過剰な負担をかけるだけで、その結果として本来の医学教育が出来ずに、質の悪い医師を世に送り出すことになりかねません。国家試験の問題も同様で、毎年評価し検討しているとはいえ、出題リストの項目が全科目のバランスを考えることもなく、各科の利権争いのように、それぞれ科で新たに追加されても削除されることは少なく、問題の範囲は増加の一途を辿っています。臨床実習時間を増加して臨床実習の効果を上げたいのであれば、試験問題の範囲とその難易度を含めて、国家試験の位置づけを同時に検討すべきでありましょう。

## 2. 平成20年度の問題に関するコメント

本年度の国家試験問題は、病態生理を問う問題また、実際の臨床現場に即した問題が多く、以前より改善がみられていると思います。国家試験は学生の学習の目標、あるいは、医学部の教育の指標になるものですから、このような、志の高い問題が出題されることは大変に意義深いことと考えます。

1 解剖生理の問題：この数年20題前後、一般問題の1割が、解剖生理の問題になっています。またいずれも臨床の視点からの良問が多く、この傾向は続けるべきと思います。

2 診察を問う問題：診察手技についてポイントが問われており、さらに、何を目的にしてこのような診察を行うか、という点からの出題も見られ、大変に良い問題としました。

3 鑑別診断を問う問題：過去の臨床問題は、「キーワードあるいは、写真から診断を当てる」、仮に、検査、治療の設問が出題されていても、「診断を当てれば、あとは1対1対応の知識で」、という問題が多かったと思います。今回は、症候に焦点が当ててあり、目の前の病態を十分に理解したうえで、鑑別のために、次に行う検査等、対応、プランニングを考えさせる問題が多く見られました。学生は、診断が決まらないために、かなり苦労したようですが、臨床現場の雰囲気再現した良問であると思います。

4 病態を読み取らせる問題：臨床問題では、「豊富な検査所見から、どのような病態になっているかを読み取らせる問題」が以前より多くなったと感じます。糖尿病と、それに伴う腎症（ネフローゼ、慢性腎不全の状態）の人が胸痛を訴えている問題が代表的で、幾つかの病態を複合させてあり、データ解釈能力を評価する良問が目立ちました。また、治療についても、病態に応じて治療法を考えさせる問題も出題されています。たとえば、同じ筋挫滅症候群の問題でも、一つは **hypovolemic** な状態にし、もう一つは **hypervolemic**、肺水腫の状態に設定し、病態に応じてそれぞれに適切な治療を考えさせる問題などは、学生に対し啓蒙的な効果があると思います。

5 問題として、「2つ・3つ選べ」の問題を出すこと、あるいは、将来、「すべて選べ」という問題を出すことは、問題の内容が標準的であるならば、妥当と思われます。着実に勉強してきたかどうかの鑑別ができるからです。しかし、個々の学生の実力差を正確に判定出来ませんが、学生に必要以上の知識を要求することになっていますので、あくまでも内容が標準的であることが条件です。

しかし、一方で、幾つかの改善すべき問題もまだ存在し、これが6年生に非常に負担になっている現状もあると感じます。

#### 1 ころころ変わる時間割、出題形式

毎年、試験の時間が変わり、一般、臨床のブロックが別になったり、統合されたり、あるいは、ガイドラインの順序で出たり、ばらばらになったりしています。受験生に山をばらせないためとはいえ、非常な負担を与えています。学生に混乱を与え、精神的に過敏にさせ、皮肉にも受験熱をあおってしまっている点は考慮する必要があるかと思います。

#### 2 まだある難問

今回は、足切りラインが下がったことから示唆されるように、難しい問題が以前より多いと思います。一つずつ見ていきますと、6年生には酷な内容が一般、臨床とも60題ほどあります。おそらくこれらの問題は、40%ぐらいの学生が出来ていないのではないかと思います。問題によっては、数%しか出来ていないのでは、と推察されます。3割強の問題がこのような難問で、これに加え、2つ、3つ選べ、で問われますので、教員が解いていても非常に苦勞しました。卒業レベルでここまで必要なのでしょうか。

このように難問が、3割ほど出題されると、どうしても、各大学の試験でも難しめの問題を作りがちになり、卒業判定基準を上引きすることになります。さらに、学生は、ここまで知らなくてはいけないのか？と過剰に反応し、ひたすら知識を詰め込む暗記中心の勉強に走ってしまいます。このような、増幅効果を認識していただきたいと思います。

難問を出題し、合格ラインをいたずらに下げると、知識詰め込み型の勉強をなさいと、教員、学生を誤った方向に誘導することになります。

#### 3 必修の出題に配慮を

今回は成績中位、場合によっては上位の学生が必修で落ちていると、いくつかの大学から聞いております。このような事故が起きないように、必修問題の作製には十分慎重にしていきたいと思います。良問が多い必修ですが、設問が不適切な問題が3-4題あります。また、出題のテーマも過去の問題で

扱った内容に絞るべきだと思います。新しい出題テーマを、8割基準の必修で初めて解かせるのは酷です。正答率が低く、かつ、識別が低いといく基準で問題を削除していると思われませんが、その難しい問題をきっかけに、パニックになり崩れていく学生がいるのも事実です。

始めに指摘致しましたように、必修を取って出す必要はなく、出題の範囲を適正な方向に改定することにより、試験問題の質を上げ、合格ラインを65点から80点にすることにより、このような不具合を避けることが出来ると考えます。禁忌肢に関してもいたずらに学生の負担や心配をかけるべきではなく、どこまでを禁忌肢と考えるかは、学生のレベルではなかなか難しい問題です。もし禁忌の理解を徹底したいのであれば、禁忌とする項目をしっかりと教えるようなリストを作り、その中から出題すべきです。その方が、内容が身に付き、医師になってから医療事故を回避するのに役立つでしょう。

病態生理と、Practicalな問題を目指し、その内容が良くなってきているのが最近の国家試験です。しかしながら、その準備、対策に莫大な労力がかかるという点を十分流すべきと考えます。これだけ多彩な出題があると、授業と実習をしっかり行い、教科書を読むという学習だけでは対応ができません。やはり、あの膨大な過去問題集に取り組む必要があります。一回終わらせるだけでも、半年はかかりますので、5年生から国家試験対策を行わなければ消化できないのが実情です。これは、一流と言われている国立大学医学部でも、学生が密かに過去問題集を5年生から勉強しています。いろいろな大学で問題になっている実習をいやがり、問題集を解きたがる学生がいるというのは、このような背景があるからです。一つ一つの問題を見れば、それなりの出題の意図も感じられます。この調査も、そのような問題の質の向上に役に立っています。しかし、強調したいのは、その全体としての量です。無批判に問題が各科で新たに積み上げられている結果、全体としては膨大なものになっています。これも重要だ、あれも重要だと、個々の妥当性を論じるのみではなく、全体量の検討が必要ではないでしょうか。

「よい教師とは、たくさんを教える教師ではなく、今、何を教えなくて良いのかを適切に判断できる教師である。」と言われます。医学部学生に、多くの知識を求めることは間違っています。知識量が膨大になってしまう医学という学問においては、「履修すべき内容を明確にすること」、すなわち、「今のレベルでは、覚える必要のないことを明確にすること」が何よりもまず求められると思います。精選した、本質的なテーマに絞って、それらをじっくり掘り下げて考えていくこと、また考えるための時間を与えることが、今こそ求められているのではないのでしょうか。

-----

## V. 教員に対するアンケート調査のまとめ

今回も昨年と同様に80大学すべてから回答をいただくことができた。回答者は、医学部長、教育委員長、教育委員会委員、国試委員長、等の大学における医学教育に責任ある立場の方が大多数を占めていた。ご多忙のところ、アンケートにご協力いただいた先生方に御礼を申し上げます。

### V-1. 全般的な実施状況について

「満足」との回答が59%で、昨年より9%減った。一方、「不満」は昨年より5%増え、「少し不満」を加えると27%となった。問題別に見ると、一般問題、臨床問題、必修問題ともに「適切」との回答が昨年より15%、7%、18%減った。コメントを見ると、難易度が高い、学生レベルを超えている、といった意見が目立つ。新形式問題についても「適切」との回答は55%に留まり、批判的なコメントが多く見られた。

#### V-2. 大学での成績と国試の相関について

「相関がある」との回答は81%で、昨年より7%少なくなっている。学内での成績と国試との相関を示すデータは13大学から提供いただいた。資料として示すので参考にさせていただきたい。

#### V-3. 医師国家試験のあり方について

1. 国試の実施方法について、「現状のままでよい」との回答は35%に留まり、「変更すべきである」との回答が54%で、過半数を超えた。
2. 上記の設問に対して「現状のままでよい」と回答した28名の方に、その理由をたずねたところ、「技能は卒後臨床研修を通じて身についたか否かを判断すればよい」との回答が20件、「筆答試験でも設問を工夫することによって技能を判断できる」との回答が11件あった。
3. 上記の設問に対して「変更すべきである」と回答した43名の方に、どのように変更すべきかを尋ねたところ、知識を問う筆答試験については、「現行の試験を行う」が最多で、「基本的事項のみを問う250問程度の試験」、「共用試験 CBT を国試とみなす」が同数みられた。これに対して、実技を問う試験に関しては、「卒業までに各大学で、共用試験 OSCE のように全国の大学が互いに協力して実施する」との回答が圧倒的多数を占めた。

#### V-4. "advanced OSCE"について

1. 臨床実習開始前に身につけておくべき技能、態度を評価する"advanced OSCE"の実施状況についてたずねたところ、「実施している」との回答が49%あった。実施予定を含めると60%の大学が実施(予定)と回答していることになる。
2. "advanced OSCE"が国試として取り入れられたと仮定した場合の実施の可能性をたずねたところ、「単独で実施可能」との回答は34%、「不可能」との回答も同数であった。「不可能」と回答した27大学のうち、相互に協力すれば実施可能との回答は14であった。合計すると、現状では約半数(41)の大学が、単独あるいは他大学と協力すれば国試としての"advanced OSCE"の実施が可能と回答していることになる。

#### V-5. 「医師国家試験のあり方、改善のための提案や意見、厚生労働省や関係機関に対する要望や意見」

この項には、毎年、多数の貴重な意見をいただいている。今回は55大学から頂戴したが、そのまま示してあるので、ありのままの意見としてご覧いただきたい。