

## 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。

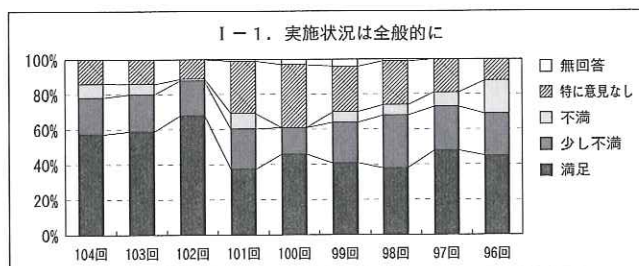
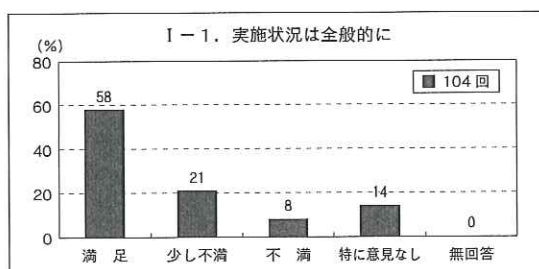
回答者：

	104回	
教授	49/80	61%
准教授	2/80	3%
その他教員	6/80	8%
事務職員	21/80	26%
無記入	2/80	3%

### I 第104回医師国家試験について

#### 1. 実施状況は、全般的に言って、

	104回	103回	102回	101回	100回	99回	98回	97回	96回
A. 満 足	46/80 58%	59%	68%	38%	46%	41%	38%	48%	45%
B. 少し不満	17/80 21%	21%	20%	23%	15%	23%	30%	25%	24%
C. 不 満	6/80 8%	6%	1%	9%	0%	6%	6%	8%	19%
B + C	23/80 29%	27%	21%	32%	15%	29%	36%	33%	43%
D. 特に意見なし	11/80 14%	14%	11%	30%	36%	26%	25%	19%	12%
無回答	0/80 0%	0%	0%	1%	3%	4%	1%	0%	0%



「B. 少し不満」、「C. 不満」と答えた方の意見<21件>

- ・臨床実習の到達度を見る問題が多く、当大学の学生に有利と思われたが、実際には逆の状態であった。臨床実習の内容の点検が必要と思われる結果であった。
- ・削除問題が多すぎる。
- ・卒後臨床研修で必要な何科に進んでも大切な総合力（知識とコミュニケーション）についての現場重視の実践的医学知識、患者への説明の仕方、頻繁にあるピットフォールについての学習を促

すような設問があまりに少ない。基礎知識を問うのも必要だが、胸痛、呼吸困難、腹痛、背部痛、頭痛、めまい、発熱、全身倦怠感、などに関するそれぞれ10問連問くらいの各科基本的疾患の問題構成がほしい。病態では、高血圧、低血圧、感染症、輸液、などについて、何科に進んでも大切な患者さん管理の基本事項の何パターンかを問う問題や、検査前、術前にリスクをどのように説明し、注意点は何かについて、卒後現場で毎日使うような基本知識とコミュニケーション技術についての問題がもっと必要である。

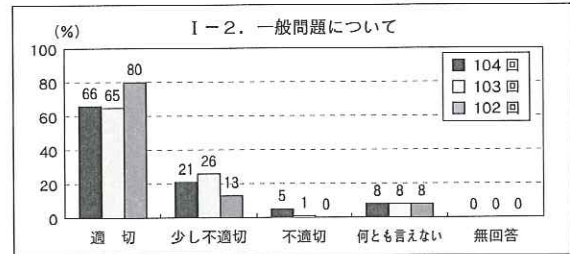
- ・ 3日間、500題は受験生に過大な負担を強いています。共用試験(CBT)+医師国家試験=500題で十分と考えます。例えば、2日間、250～300題で終了しては如何でしょうか？今回は、採点除外などの問題が19題と多過ぎました。大雑把に作成された問題との印象を受けました。全体を統轄し、ブラッシュアップし、難易度をコントロールできる出題委員を加える必要があります。
- ・ 削除問題が多かった。特に必修問題に難あり。適切な難易度にして欲しい。
- ・ 不適問題および難易度の高い問題が多い。
- ・ 一般問題と臨床実地問題についてはほぼ満足であるが、必修問題では解答肢が複数選択できる問題が少なくなく、また必修問題としては難しい問題も少なくない。この難しい問題のことを引きずって、後半の問題に実力を発揮できなかった受験生も少なくない。
- ・ 必修問題、一般問題、臨床実地問題は第1～3日目にそれぞれ出題し、その旨を明記した方が、学生の動揺は少ないと思います。必修問題が何日目に出題されるかを学生が気にしており、神経過敏になっているふしがあります。また予備校の直前コースなどの講習会があり、社会からみて変な誤解を生じる可能性もあります。
- ・ 難解な問題が増えてきた。
- ・ ①不適切問題が多すぎる。②医師不足が叫ばれているにもかかわらず、昨年度より合格率が低下している。これらについての説明が欲しいと思います。よろしくお願い申し上げます。
- ・ 日程と卒後臨床研修開始時期との整合性がはかられていない。
- ・ 一般問題が、例年と傾向が異なり、内容が専門的に傾っている問題が散見されたから。
- ・ 難易度を下げる。治療学の比重を増やす。画像の解像度を上げる。
- ・ 採点除外等となる問題が多すぎると感じる。適切な問題作成に向けての質的管理が必要である。難易度も高く、6年卒業レベルというよりは研修医修了レベルである。
- ・ 判定基準に相対評価が用いられていること。絶対評価を導入し、受験生や在学生に無用なストレスを与えないようにして欲しい。
- ・ 第104回医師国家試験ではこれまでになく多くの不適切問題があり。とくに、必修問題作成は本来の目的を逸脱した問題があり。
- ・ 筆記試験のみで実施していることに強い不満がある
- ・ 必修問題と救急関連の問題、および実際に臨床実習で経験することで容易に正解が出せるような問題を増やすべき
- ・ 臨床現場を重視した問題が増加しているのは評価できるが、出題範囲が拡大したことは受験生に過重な負荷となっている。
- ・ 必修問題にしては難しい問題が多すぎた。
- ・ 出題範囲が広く、問題の難度に差があります。識別を考えても、試験の学習習慣への影響を考え



ても、想起レベルの知識を問う問題の必要性は議論すべきです。教養を試験する妥当性も検討事項かと思えます。

## 2. 一般問題について

	第104回	第103回	第102回
A. 適切	53/80 66%	65% 80%	80%
B. 少し不適切	17/80 21%	26%	13%
C. 不適切	4/80 5%	1%	0%
D. 何とも言えない	6/80 8%	8%	8%
無回答	0/80 0%	0%	0%



### 「B. 少し不適切」、「C. 不適切」と答えた方の意見<19件>

- ・ここ数年でかなりの改善がみられているのは事実と思われる。しかしながら、単に知識が問われる状態では、せつかく臨床に傾いている試験本体の方向性に反すると思われました。
- ・削除問題が4問もある。
- ・病態では、高血圧、低血圧、感染症、輸液、などについて、何科に進んでも大切な患者さん管理の基本事項の何パターンかを問う問題や、検査前、術前にリスクをどのように説明し、注意点は何かについて、卒後現場で毎日使うような基本知識とコミュニケーション技術についての問題が必要である。
- ・標準的な難易度の問題は多かったものの、特定の分野に集中して問題が出たり、極めて各論的な内容が集中している部分がある。
- ・E-15、23、41は明らかにブラッシュアップが不足しています。I-15、36は受験生には難解でした。
- ・喘息の病理は難しい
- ・専門医レベルの難しい問題がみられた。また難易度レベルということだけでなく、必要性という点で疑問（記憶していなくても、必要なときに調べればよい？）という問題もあった。「複数の選択肢を正答として採点する」問題は、出題前にもう少し検討すれば発見できたかもしれない。
- ・総合的な内容や原理を聞く問題が多くなったのは好ましい。難易度を一定にして欲しい。
- ・やや難易度が高い。不適切問題が増加している。
- ・難解な問題が増えてきた。
- ・医学生には、専門的過ぎる問題が多いと思われる。
- ・削除問題の多さは異例。受験生の適正評価にはブラッシュアップされた良問出題が前提。秘匿性に重きを置き過ぎてはいないか。
- ・一般問題の範中に入らない専門的内容を問う問題が、3～4題含まれているように感じた。
- ・選択肢の難易度が高い。
- ・タクソノミーIが多い印象である。
- ・不適切問題が例年に比べて多かった。
- ・高難度の問題の増加、重箱の隅的な問題が散見される。難しすぎるとして削除された問題のなかにも選択肢の不適切な問題がある。

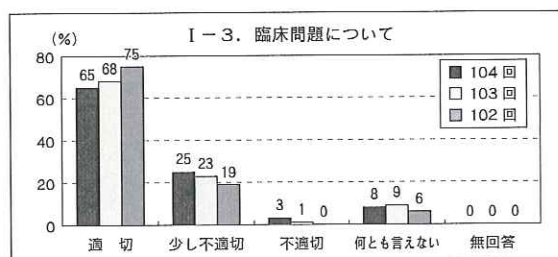
- ・一般問題の内容はCBTでクリアしている。
- ・想起レベルの知識の試験は、暗記による学習を助長します。

どの分野において「B. 少し不適切」または「C. 不適切」と感じたのか<16件>

- ・D2,D6など
- ・循環器、呼吸器 消化器 神経 耳鼻科 救急、総合診療部の分野
- ・肝・胆・膵分野では膵臓に比重が多い。出題委員選出に問題があるのではないか。
- ・呼吸器
- ・婦人科 感染
- ・精神科
- ・医学総論、公衆衛生、感染症、小児科、整形外科、リウマチ・アレルギー
- ・小児、産婦、公衆衛生
- ・A-4選択肢e:医学生には専門的過ぎると思われる。D-2: 遺伝性非ポリポーシス大腸癌は大腸癌の0.15%に過ぎず、医師国家試験の出題としては専門的過ぎると思われます。G-2:医学生には専門的過ぎると思われます。よろしくお願ひ申し上げます。
- ・削除問題多数の分野
- ・今回は、画像が多く、その画像を見てもすぐ答えられないものが多い印象。公衆衛生が、明らかに専門化、複雑化してきている。整形外科、放射線科の問題数が多過ぎる印象。
- ・内科学
- ・全体的に難しいが、総論が特に難しい。
- ・分野にかかわらず
- ・公衆衛生：E-23、E-34、H-2、H-19 内分泌：A-60 血液(放射線)：E-21 感染症：I-8 呼吸器：I-36
- ・全分野

### 3. 臨床問題について

	第104回	第103回	第102回
A. 適切	52/80 65%	68%	75%
B. 少し不適切	20/80 25%	23%	19%
C. 不適切	2/80 3%	1%	0%
D. 何とも言えない	6/80 8%	9%	6%
無回答	0/80 0%	0%	0%



「B. 少し不適切」、「C. 不適切」と答えた方の意見<20件>

- ・削除問題が5問もある。
- ・全体のは良く考えられている。しかし、一部に病像の把握がはなはだ困難な症例が含まれている。
- ・卒後臨床研修で必要な何科に進んでも大切な総合力（知識とコミュニケーション）についての現場重視の実践的医学知識、患者への説明の仕方、頻繁にあるピットフォールについての学習を促



すような設問があまりに少ない。基礎知識を問うのも必要だが、胸痛、呼吸困難、腹痛、背部痛、頭痛、めまい、発熱、全身倦怠感、などに関するそれぞれ10問連門くらいの各科基本的疾患の問題構成がほしい。

- ・ 診断よりも鑑別に必要な検査を選択する傾向があり、臨床を体験することの少ない学生には難しい出題ではないか。
- ・ 難易度が高い
- ・ 専門医レベルの難しい問題がみられた。「複数の選択肢を正答として採点する」問題は、出題前にもう少し検討すれば発見できたかもしれない。
- ・ 診断を問うだけの問題が減ったのは好ましい。しかし、難易度や解答方法をもう少し易しくしてもよいのではないか。
- ・ やや難易度が高い問題がある。
- ・ 難解な問題が増えてきた。
- ・ 典型的でない症状や所見の出題や長期間、出題の無かった領域から専門的な内容の出題が見られた。最近増加している疾患や新規の疾患概念についての出題はなされて当然だと思いますが、出題されて当然と考えられる領域で長期間出題されていないものは、学生の準備が不足していることは明らかなので、平易な内容ならまだしも専門的な内容は良い出題とはいえないと思います。そのような出題が散見された。よろしくお願い申し上げます。
- ・ 写真が不鮮明。選択肢がやや不適切。症例がやや不適切。
- ・ 医学部卒業段階では難解ではないかと思われる問題があった。
- ・ 救急医学の問題が少ない。
- ・ 採点除外等となる問題が多すぎると感じる。適切な問題作成に向けての質的管理が必要である。難易度も高い。
- ・ 「治療薬として適切なのはどれか。」「診断はどれか」という問いかけが目立つ。考えられる治療方針、診断の方向性が好ましいと考える。
- ・ 以前より少なくなったかも知れないが、画像の質が劣る問題があった。検査や器具の問題が多かったが、臨床実習の実質化につながる問題作成を今後も継続してもらいたい。
- ・ 問題文の解釈がやや困難な問題がある
- ・ 高難度の問題の増加、重箱の隅的な問題が散見される。
- ・ 文章が長すぎる問題が散見された。じっくり読んでいると時間が足りないようであった。
- ・ CBTで知識問題はクリアしているので、臨床実習に即した問題を増やすべき（6年生の臨床実習を形骸化させないためにも）

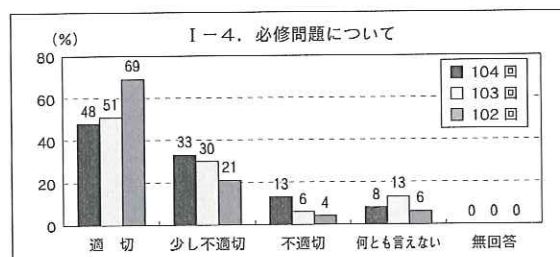
どの分野において「B. 少し不適切」または「C. 不適切」と感じたのか<18件>

- ・ F問題の17に芥川龍之介著「歯車」の一部が載っています。これは不適切問題です。
- ・ 救急
- ・ 循環器、呼吸器 消化器 神経 耳鼻科 救急、総合診療部の分野
- ・ 全体として
- ・ FDG-PET（まだ普及度が低いのでは？）、消化器内視鏡

- ・眼科 婦人科 血液
- ・小児科、眼科、内科（代謝・内分泌）、外科（消化器）、精神科
- ・小児、産婦、公衆衛生
- ・E-68:膜性腎症においては、近年の国家試験では、潜血、血尿は認められないとして出題されていたが、今年度は潜血、血尿を認めるとして出題されている。膜性腎症で、血尿を認めるのは10～20%であるので、典型的な例を出題することが好ましいと思われる。G-42：近年、麻酔科領域からの出題はほとんど見られなかったが、今年度は専門的な内容が出題されている。よろしくお願い申し上げます。
- ・I-60、I-70、I-40、I-62
- ・治療方針決定についての問題に関して
- ・全体的に難しい。
- ・分野にかかわらず
- ・A55
- ・例として問422：one bestであるので、a と考えられる。ただ、最近の治療状況を鑑みて、講義ではb,c,あるいはd に関しても必ずしも『有用』とは言えないと説明する。国試形式に対応した別途の説明はしない。
- ・血液：A-33、D-31 内分泌：A-44 小児科：A-45、D-38、E-48 産科：B-44、I-76 循環器：I-48
- ・全般的に
- ・医療安全、救急医療

#### 4. 必修問題について

	第104回	第103回	第102回
A. 適切	38/80 48%	51%	69%
B. 少し不適切	26/80 33%	30%	21%
C. 不適切	10/80 13%	6%	4%
D. 何とも言えない	6/80 8%	13%	6%
無回答	0/80 0%	0%	0%



#### 「B. 少し不適切」、「C. 不適切」と答えた方の意見<32件>

- ・80%以上の正答率がないといけないにもかかわらず、それ以下の問題もありました。削除問題が多すぎます。
- ・どの問題が必修かは公表されていないのではないのでしょうか。従って、正確な意見の記載は困難です。一般に言われている問題分類がこれにあたるとするなら、救急対応の問題などを問うている問題に、病態が非常に稀で、まず診断に苦慮し初期対応に考えが至らないような問題が含まれます。更に、自殺を対象とした問題では、選択肢を見る限り必修問題とすべきとは考えられないものもある。
- ・卒後臨床研修で必要な何科に進んでも大切な総合力（知識とコミュニケーション）についての現場重視の実践的医学知識、患者への説明の仕方、頻繁にあるピットフォールについての学習を促

すような設問があまりに少ない。基礎知識を問うのも必要だが、胸痛、呼吸困難、腹痛、背部痛、頭痛、めまい、発熱、全身倦怠感、などに関するそれぞれ10問連門くらいの各科基本的疾患の問題構成がほしい。

- ・ 確信をもって1個の正解を選択できるべきと考えられますが、「文学的」な選択肢を選ばなければならない部分があり問題である。
- ・ C-1、11、F-3、5、25などは必修問題としては不適切です。今回は必修問題で不合格となる受験生が多かったのではないのでしょうか。
- ・ 問題文をクリアに記述して欲しい
- ・ 難易度が高い問題がみられた。
- ・ 今年の必修問題は選択肢が不適切な問題が多く、過去問でなく新作問題も採用している。必修とするからには全員が知っておくべき内容にすべきである。多くの学生が問題数の少ない必修問題の解答率で不合格になるのは問題である。
- ・ 例年に比べて削除問題が多かったのではないかと思います。正解（答）率を十分に予測して作問するよう、さらに努めていただきたい。
- ・ 必修問題として不適切な問題が多い。
- ・ 学生の習得すべき内容を越えた範囲からの（一般的テーマでありながら、質問内容がやや専門的になった）出題がみられた。
- ・ Aタイプ問題であるにもかかわらず、複数の正解肢が考えられる問題や、必修問題としては難しすぎる問題が少なからずあった。このために、必修問題がクリアできずに不合格となった学生が多く、合格率が低下したと考える。
- ・ 正解について意見が分かれる所があり、正解がクリアカットな設問となるようにできるだけしていただきたいと思います。学生も国試からの学習して、臨床研修に進めるとさらに良いように思います。
- ・ 必修問題100題に対して8問題も削除問題があったことは問題である。
- ・ 不適切問題が多すぎる。
- ・ 必修問題は例年80点以上の点数が求められていますが、今年は意見の分かれる問題がいくつかありました。
- ・ 選択肢の表現が不明瞭。
- ・ 受験生は満点から数問でも落としてはいけないというプレッシャーがある。この意味で今回は少し強いプレッシャーを与える問題が多かったと思われる。
- ・ 例年より難しい印象がある。
- ・ 難解ではないかと思われる問題がある
- ・ 採点除外等となる問題が多すぎると感じる。難しい問題が増えている。総論の問題との区別がつきにくい。適切な問題作成に向けての質的管理が必要である。
- ・ 103回はかなり病態生理の問題が多かったが、今回は少ない印象を受けた。もう少し増やしてもよいのではないか。
- ・ 削除問題が多すぎる
- ・ どの講座（教科）で習うべきか不明の問題がみられた。
- ・ 本学で優秀な成績の学生が必修問題のみで不合格となっている。学業不良者を選別できない、試



験制度の不備を示している。

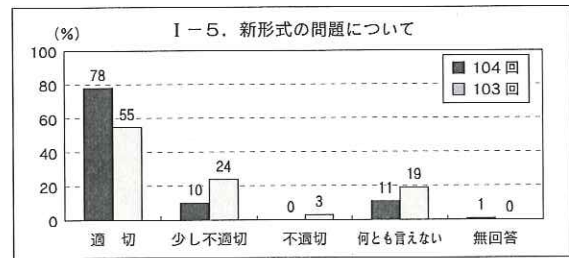
- ・ 出題難度高く、医学生にとっての「必修」(80%の正答要求)からは逸脱した問題があり。
- ・ 必修として難しすぎる問題が増えた。
- ・ 普遍的な状況で回答できるようにする必要のある問題があった。
- ・ 80%の正解率を求める割には難しすぎる問題が散見された。結局不適切問題といわれたが受験生は動揺したようである。
- ・ 必修問題と一般問題の区別がつかないので、対策の立てようがない。
- ・ 基礎的な内容は共用試験で修得済みとし、常識だけで判断できる問題は省略すべきと考えます。
- ・ 設問不適當

どの分野において「B. 少し不適切」または「C. 不適切」と感じたのか<19件>

- ・ 臨床の救急の一部。自殺に関する問い(上記)。
- ・ 循環器、呼吸器 消化器 神経 耳鼻科 救急、総合診療部の分野
- ・ 医療面接
- ・ F-21,F-29,C-16など
- ・ 社会医学 感染
- ・ 全般、特に産婦人科
- ・ 公衆衛生学、小児科、消化器、内科、救急医学、産婦人科
- ・ 疫学分野
- ・ C-6:診療所開設の届出は知事にするのは医学生の大半は知っているが、それをあえてはずし、わざわざ届出先をしかも必修問題で問う必要はないと思います。F-25:この問題文では、検査AとBの行われた順番が分からない。つまり、①検査A、Bは同時に行われたのか、②検査A→Bの順で行われたのかがわからない。①と②では、正解は変わってくると思われます。よろしくご願ひ申し上げます。
- ・ 消化器器内科・外科領域での、憩室炎と思われる症例の炎症が波及している部位は、臨床症状で診断できるが、画像所見からは、必ずしも正確に診断できない。 ・ 喉頭部の診断に用いる器具に関して、当院では主に内視鏡で観察しているとのこと。
- ・ H-16
- ・ 計算問題が難解、英単語のレベルがUP。出題者の意図がわかりにくい問題があった。
- ・ 臨床器材に関する問題。
- ・ 疫学の問題
- ・ 全般。
- ・ 感染症：F-29 産科：C-19 小児科：H-33
- ・ F42 では患者と主治医の関係如何によってはb, d, eもあり得るのではないか？(aが禁忌というなら理解できます) F16 では勤務時間の短縮が可能なら不健康な生活を改善できるかもしれないのでは？(ベストの回答ではないが)。 H30では選択肢のいずれも大切に思われるが、あえてベスト1を選択させるところが問題を難しくしていると思われます。
- ・ 全分野
- ・ 全分野

5. 新形式の問題（多選択肢の問題、計算問題等）について

	第104回	第103回
A. 適切	62/80 78%	55%
B. 少し不適切	8/80 10%	24%
C. 不適切	0/80 0%	3%
D. 何とも言えない	9/80 11%	19%
無回答	1/80 1%	0%

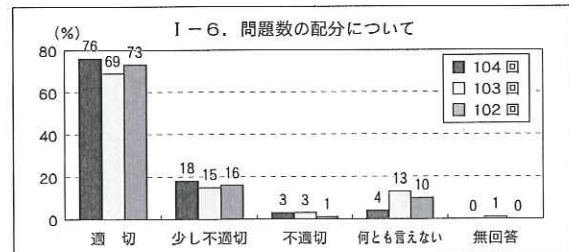


「B. 少し不適切」、「C. 不適切」と答えた方の意見<7件>

- ・特にここで以下の形式がほしい。胸痛、呼吸困難、腹痛、背部痛、頭痛、めまい、発熱、全身倦怠感、などに関するそれぞれ10問連門くらいの各科基本的疾患の問題構成がほしい。
- ・選択肢がたくさんあっても、選択肢のカテゴリーが異なると多選択肢問題の良さがでない。多選択肢問題の利点は、曖昧な知識、理解を排除できるという点であると思われるので、選択肢のカテゴリーは同じにすべきであろう。計算問題は計算方法が確実に一つであるものを出题すべきである。
- ・CBTで採用されている問題形式、EMIなどの導入も検討されてはどうかと思います。
- ・正しいもの3つ選択は間違い2つ選択と同じ。本質的な改善になっていないのではないかと。
- ・間違いではないが、かなり限定された知見(D-14-e,b)
- ・全て5者からの選択でよいのではないかと。なぜ多選択肢とする必要があるのか。
- ・レベルの設定が未だ確定していない印象がある。

6. 問題数の配分（内科、外科、専門科目、等）について

	第104回	第103回	第102回
A. 適切	61/80 76%	69%	73%
B. 少し不適切	14/80 18%	15%	16%
C. 不適切	2/80 3%	3%	1%
D. 何とも言えない	3/80 4%	13%	10%
無回答	0/80 0%	1%	0%



「B. 少し不適切」、「C. 不適切」と答えた方の意見<13件>

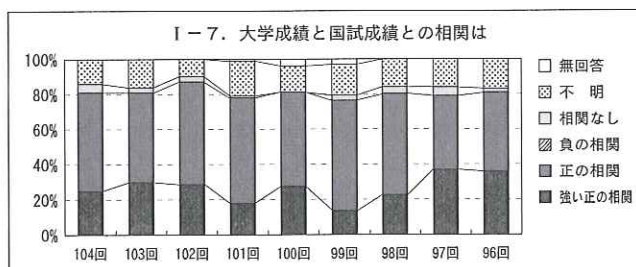
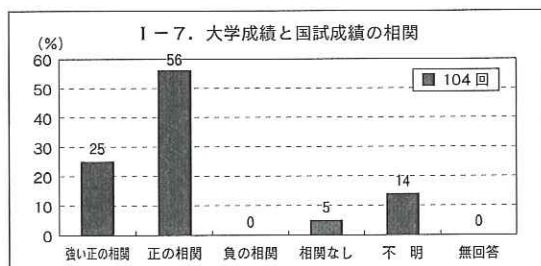
- ・何科にすすんでも生涯実戦で大切な上記の主要兆候を扱う分野の設問をもっと充実すべき。
- ・公衆衛生領域の出題数が多過ぎます。
- ・産科領域の問題が多すぎる傾向がある。
- ・専門科目の問題に偏りが大きい。リハビリテーション医学、麻酔科学、形成外科学の問題が少ないすぎる。
- ・地域医療、公衆衛生の問題数が増加した。地域医療、公衆衛生の重要性とそれに関連した問題の増加との基本的なコンセプトは理解しているが、学習方略での再検討など教育方針の変更を余儀なくされる。
- ・外科の問題数が全般的に少ないと思われます。内科の領域と重複する領域が多いからかも知れま

せんが、外科特有の問題を作成する必要があると思われます。

- ・放射線科の問題数がやや多い印象。
- ・小児科、産婦人科領域がやや多い。
- ・精神科やマイナー科の問題比率が多いように思われる
- ・外科学の問題を増やすべき。
- ・日常診療で出会う疾患の比率を多くすべきである。(例えば、脳卒中など)
- ・例年のことであるが、社会医学・公衆衛生が多すぎる
- ・臨床研修に必要な主要な領域に絞ることが良いと考えます。

7. 貴大学受験生の大学での成績と国試の成績との相関は、

	104回	103回	102回	101回	100回	99回	98回	97回	96回
A. 強い正の相関	20/80 25%	30%	29%	18%	28%	14%	23%	37%	36%
B. 正の相関	45/80 56%	51%	59%	60%	54%	64%	58%	42%	45%
A + B	65/80 81%	81%	88%	78%	82%	78%	81%	79%	81%
C. 負の相関	0/80 0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
D. 相関なし	4/80 5%	3%	3%	1%	0%	3%	4%	5%	2%
E. 不明	11/80 14%	16%	10%	20%	15%	18%	16%	16%	17%
無回答	0/80 0%	0%	0%	1%	4%	3%	0%	0%	0%



相関に関するデータ<7件>

- ・相関係数  $r=0.70$  相関係数  $r=0.76$
- ・相関係数  $r=0.86$
- ・相関係数  $r=0.835$
- ・相関係数  $r=0.883799559$
- ・学内総合卒業試験65点以上の医師国家試験合格率は96%、同60~64点での医師国家試験合格率は72%、60点未満の場合は18%
- ・相関係数  $r=0.77$
- ・前回よりも、成績上位者からの不合格者が目立つ。



相関に関する資料<17大学>

<A大学>

順位	医師国家試験合格	その他のコース				臨床実習				総合点		
		総合評価				総合評価						
		優	良	可	合計	優	良	可	合計			
1	○	62	3	1	66	193	27	1	0	28	83	276
2	○	59	7	0	66	191	21	7	0	28	77	268
3	○	66	10	1	66	186	20	8	0	28	76	262
3	○	57	9	0	66	189	18	9	1	28	73	262
5	○	54	10	2	66	184	20	8	0	28	76	260
6	○	49	13	4	66	177	21	7	0	28	77	254
7	○	50	15	1	66	181	18	8	2	28	72	253
8	○	45	18	3	66	174	21	6	1	28	76	250
9	○	40	23	3	66	169	22	6	0	28	78	247
10	○	45	18	3	66	174	16	11	1	28	71	245
10	○	42	21	3	66	171	19	8	1	28	74	245
10	○	50	6	1	57	163	26	2	0	28	82	246
13	○	45	18	3	66	174	17	8	3	28	70	244
14	○	45	18	3	66	174	12	16	0	28	68	242
15	○	41	24	1	66	172	15	11	2	28	69	241
16	○	36	28	2	66	166	13	14	1	28	68	234
16	○	43	19	4	66	171	12	11	5	28	63	234
18	○	44	16	6	66	170	11	13	4	28	63	233
19	○	30	29	7	66	155	20	8	0	28	76	231
20	○	37	20	9	66	160	15	12	1	28	70	230
20	○	36	25	6	66	163	12	15	1	28	67	230
22	○	25	37	4	66	153	21	6	1	28	76	229
23	○	30	28	8	66	154	11	16	7	34	72	226
24	○	33	29	4	66	161	12	12	4	28	64	225
25	○	38	17	2	57	150	18	9	1	28	73	223
26	○	28	29	9	66	151	16	11	1	28	71	222
27	○	24	40	2	66	154	13	12	3	28	66	220
28	○	26	30	10	66	148	15	12	1	28	70	218
29	○	30	30	6	66	156	9	15	4	28	61	217
30	○	31	29	6	66	157	11	9	8	28	59	216
30	○	25	31	10	66	147	14	13	1	28	69	216
30	○	23	35	8	66	147	15	11	2	28	69	216
30	○	32	24	10	66	154	11	12	5	28	62	216
34	○	25	33	8	66	149	12	14	2	28	66	215
35	○	28	31	7	66	153	8	17	3	28	61	214
36	○	34	23	9	66	157	8	12	8	28	56	213
36	○	35	16	6	57	143	15	12	1	28	70	213
38	○	25	29	12	66	145	14	11	3	28	67	212
39	○	22	36	8	66	146	9	19	0	28	65	211

順位	医師国家試験合格	その他のコース				臨床実習				総合点		
		総合評価				総合評価						
		優	良	可	合計	優	良	可	合計			
40	○	21	39	8	66	147	18	3	3	28	60	207
40	○	25	33	8	66	149	7	16	5	28	68	207
42	○	22	33	11	66	143	5	18	2	28	62	206
43	○	17	41	8	66	141	9	16	3	28	62	203
44	○	19	33	14	66	137	13	11	4	28	65	202
44	○	19	35	12	66	139	11	13	4	28	63	202
44	○	19	33	14	66	137	10	17	1	28	65	202
47	○	18	39	9	66	141	8	15	5	28	59	200
48	○	18	32	16	66	134	12	13	3	28	65	199
49	○	13	38	14	66	131	14	11	3	28	67	198
50	○	16	40	10	66	138	7	17	4	28	59	197
50	○	17	37	12	66	137	8	16	4	28	60	197
52	○	14	39	13	66	133	10	15	3	28	63	196
52	○	13	38	15	66	130	11	16	1	28	66	196
54	○	16	37	13	66	135	10	12	6	28	60	195
54	○	22	27	8	57	128	12	14	2	28	66	184
56	○	12	37	17	66	127	12	14	2	28	66	183
57	○	19	26	19	66	132	9	14	6	28	60	182
58	○	14	31	21	66	125	11	16	1	28	66	181
59	○	15	35	16	66	131	8	15	5	28	59	180
59	○	13	38	15	66	130	9	14	5	28	60	180
59	○	15	28	23	66	124	12	14	2	28	66	180
62	○	15	31	20	66	127	9	14	6	28	60	180
62	○	13	32	21	66	124	11	13	4	28	63	180
64	○	10	37	20	66	133	6	15	7	28	58	180
66	○	12	38	16	66	128	5	17	5	28	57	185
65	○	18	33	15	66	135	3	16	9	28	50	185
67	○	8	43	15	66	125	7	17	4	28	59	184
68	○	10	39	17	66	125	8	13	7	28	57	182
69	○	12	36	18	66	126	6	15	7	28	55	181
70	○	9	39	18	66	123	5	18	5	28	56	179
71	○	13	36	17	66	128	5	12	11	28	50	178
71	○	9	29	28	66	113	12	13	3	28	65	178
73	○	16	34	8	57	121	8	12	8	28	56	177
73	○	10	34	22	66	120	6	17	5	28	56	177
73	○	9	38	19	66	122	6	15	7	28	57	177
75	○	7	30	29	66	110	11	15	2	28	65	175
77	○	10	33	23	66	119	6	15	7	28	55	174
78	○	15	26	25	66	122	6	6	16	28	46	160
79	○	11	20	35	66	108	6	19	3	28	50	167

順位	医師国家試験合格	その他のコース				臨床実習				総合点		
		総合評価				総合評価						
		優	良	可	合計	優	良	可	合計			
80	○	8	24	34	66	106	7	18	3	28	60	166
80	○	7	33	25	66	113	6	13	9	28	53	166
82	○	14	32	20	66	126	3	3	22	28	37	163
83	○	4	35	27	66	109	5	15	8	28	53	162
84	○	8	28	30	66	110	5	10	13	28	48	158
85	○	8	18	40	66	100	6	17	5	28	57	157
86	○	14	15	37	66	109	5	9	14	28	47	156
87	○	4	30	32	66	104	3	17	8	28	51	155
87	○	5	29	32	66	105	4	14	10	28	50	155
88	○	9	24	33	66	108	3	12	13	28	46	154
90	○	6	31	29	66	109	3	10	15	28	44	153
91	○	5	30	31	66	106	2	14	12	28	46	152
91	○	7	20	39	66	103	5	14	9	28	52	152
91	○	9	24	33	66	108	4	8	16	28	44	152
94	○	9	25	32	66	109	5	4	19	28	42	151
95	○	3	36	27	66	108	2	7	19	28	39	147
96	○	4	22	40	66	98	4	14	10	28	60	146
97	○	2	25	39	66	95	4	11	13	28	47	142
98	○	4	20	42	66	94	4	8	16	28	44	138
99	×	6	0	65	66	82	4	5	20	29	42	124

<B大学>

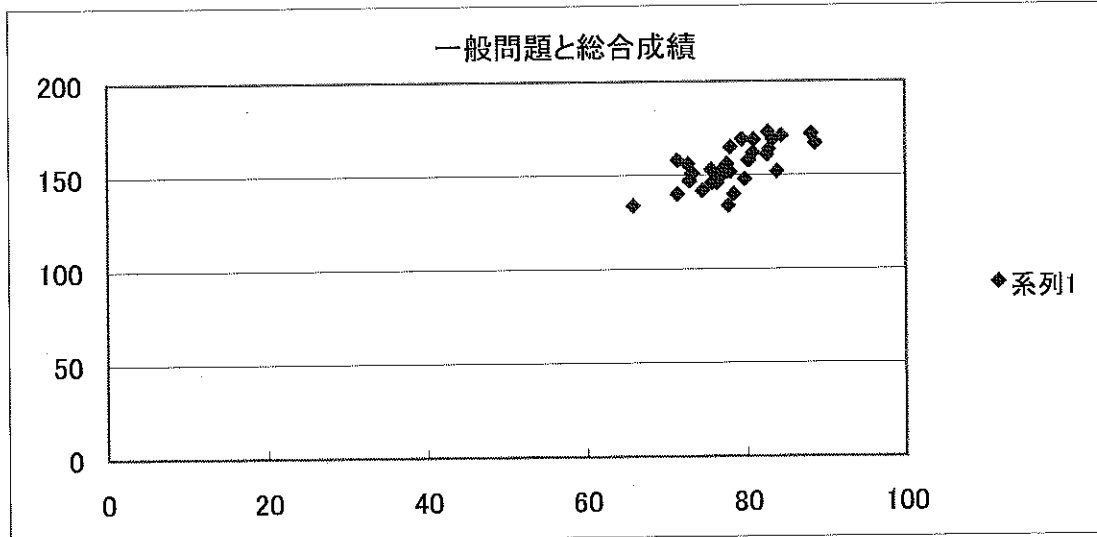
平成21年度

卒業判定席次	国試不合格者数
1~ 10	0
11~ 20	0
21~ 30	0
31~ 40	1
41~ 50	1
51~ 60	2
61~ 70	1
71~ 80	2
81~ 90	5
91~ 100	7
101	1
合計101名	

前回よりも、成績上位者からの不合格者が目立つ。

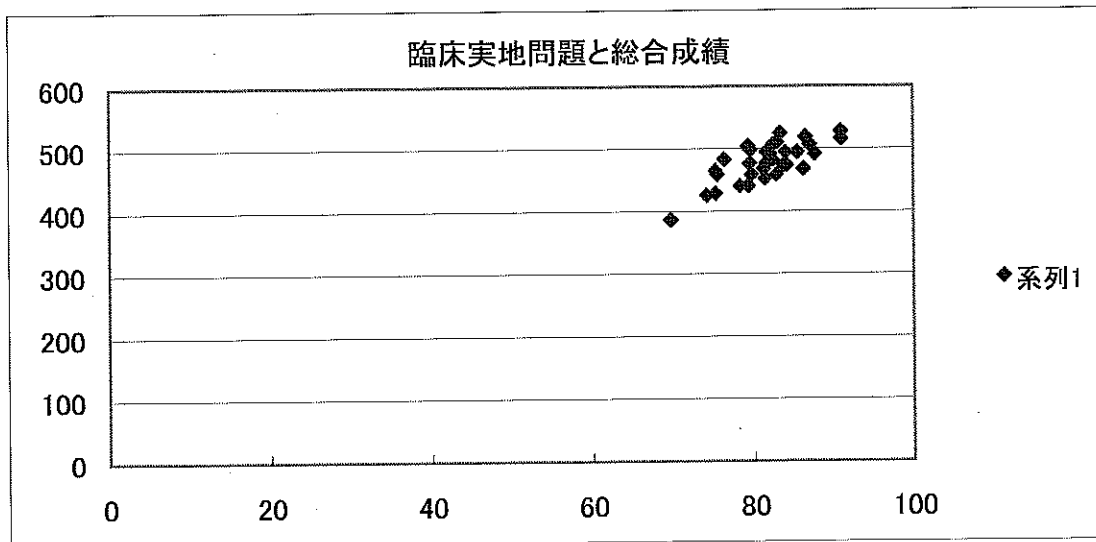
< C大学 >

第104回国試験一般問題と総合成績の相関



$r=0.70$

第104回国試験臨床実地問題と総合成績の相関

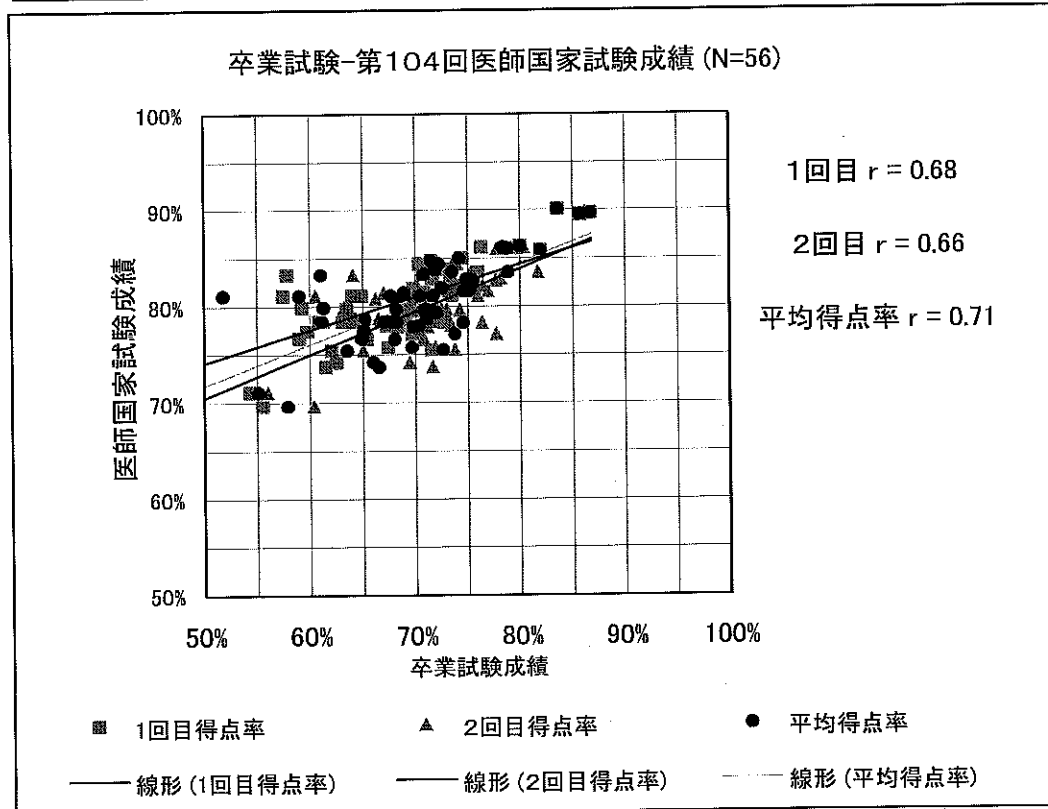
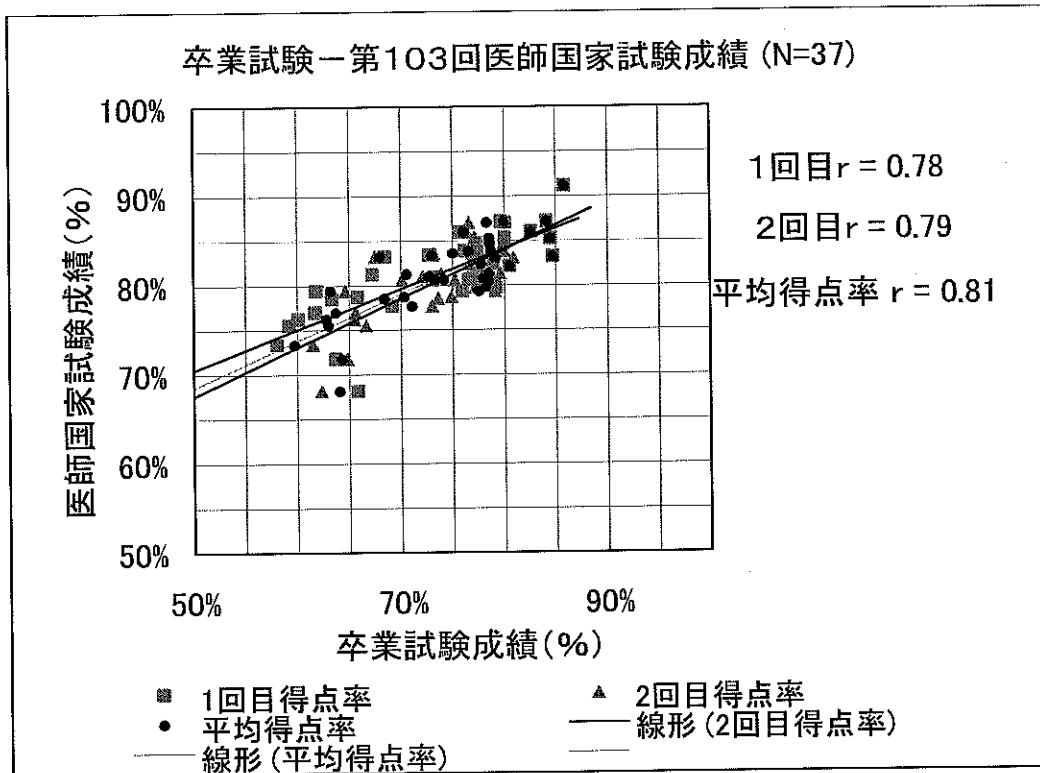


$r=0.76$





< F 大学 >



< G大学 >

第 104 回 【得点別合格率】

臨床問題 一般問題	68 以上	69 以上	70 以上	71 以上	72 以上	73 以上	74 以上	75 以上
68 以上	1/1 100%			1/1 100%				
69 以上	0/1 0%		1/2 50%				0/1 0%	
70 以上	1/1 100%	0/1 0%	2/2 100%	2/2 100%	0/1 0%			
71 以上		1/3 33.3%	2/2 100%	2/2 100%			1/1 100%	1/1 100%
72 以上			1/1 100%		1/2 50%			3/5 60%
73 以上			1/3 33.3%		1/1 100%	1/1 100%	0/1 0%	1/4 25%
74 以上					2/2 100%	1/1 100%	1/1 100%	7/8 87.5%
75 以上	1/1 100%			1/1 100%	2/2 100%		2/2 100%	51/53 96.2%

\* 国試合格者数 / 卒業者数

< H大学 >

104回国試合否 2009年度総合試験判定1

(2009.7.13~10.23)

順位	Part1a (80)	Part1b (80)	Part1c (80)	Part2 (120)	出席点 (21)	総合計 96点	総合計 96点	合否1	104 国試合否	順位	Part1a (80)	Part1b (80)	Part1c (80)	Part2 (120)	出席点 (21)	総合計 96点	総合計 96点	合否1	104 国試合否
1	74	74	73	108	21	348	86.7	合格	○	56	63	60	64	84	18	298	83.1	合格	○
2	74	71	57	108	21	341	84.7	合格	○	57	68	62	61	91	17	297	82.5	合格	○
3	74	74	88	108	18	341	84.7	合格	○	57	69	61	69	89	19	297	82.5	合格	○
4	74	71	87	107	21	340	84.4	合格	○	57	69	68	69	101	21	297	82.5	合格	○
5	74	74	89	102	21	340	84.4	合格	○	57	69	68	69	91	13	287	82.5	合格	○
6	67	71	72	108	21	337	83.6	合格	○	57	60	61	62	84	20	287	82.5	合格	○
7	69	75	69	103	20	336	83.3	合格	○	64	67	58	62	91	15	286	82.2	合格	○
8	69	72	73	102	20	336	83.3	合格	○	64	59	64	62	90	21	286	82.2	合格	○
9	73	70	72	104	18	335	83.1	合格	○	66	66	67	59	89	14	285	81.9	合格	○
10	75	66	67	105	21	335	83.1	合格	○	67	62	59	58	94	21	284	81.7	合格	○
11	71	69	69	102	20	331	81.9	合格	○	68	69	56	63	90	15	283	81.4	合格	○
12	71	71	89	99	21	331	81.9	合格	○	68	60	57	62	92	21	283	81.4	合格	○
13	70	73	88	103	17	331	81.9	合格	○	68	65	62	62	87	17	283	81.4	合格	○
14	67	75	68	102	19	330	81.7	合格	○	68	70	70	64	85	4	283	81.4	合格	○
15	72	71	72	87	17	329	81.4	合格	○	72	59	58	67	95	12	282	81.1	合格	○
16	66	71	66	104	21	328	81.1	合格	○	72	64	63	55	89	21	282	81.1	合格	○
17	71	84	71	103	15	327	80.8	合格	○	74	64	62	66	81	18	281	80.8	合格	○
18	70	69	67	100	20	325	80.3	合格	○	74	56	59	61	94	21	281	80.8	合格	○
19	78	71	64	103	21	325	80.3	合格	○	76	71	65	60	94	0	280	80.0	合格	○
20	71	68	65	101	20	325	80.3	合格	○	76	60	53	65	81	21	280	80.0	合格	○
21	66	71	68	87	21	324	80.0	合格	○	76	60	59	64	92	21	280	80.0	合格	○
22	74	72	69	101	7	323	80.7	合格	○	79	66	59	64	79	15	280	80.0	合格	○
23	69	63	64	108	29	323	80.7	合格	○	79	64	64	63	67	21	280	80.0	合格	○
24	69	67	70	100	18	323	80.7	合格	○	79	63	60	63	82	21	280	80.0	合格	○
25	69	64	70	98	21	322	80.4	合格	○	82	69	61	58	87	15	280	80.0	合格	○
26	72	67	72	80	21	322	80.4	合格	○	82	56	53	58	90	21	280	80.0	合格	○
27	70	71	74	87	18	321	80.2	合格	○	82	69	53	63	82	21	280	80.0	合格	○
28	64	69	72	103	12	320	80.0	合格	○	82	61	66	55	91	15	280	80.0	合格	○
29	75	75	67	102	1	320	80.0	合格	○	86	69	57	54	90	21	287	79.7	合格	○
30	72	67	68	95	18	319	80.0	合格	○	87	68	53	60	88	20	286	79.4	合格	○
31	70	66	69	98	20	319	80.0	合格	○	88	57	59	53	96	21	285	79.2	合格	○
32	68	64	69	102	18	319	80.0	合格	○	88	68	61	59	84	18	285	79.2	合格	○
33	67	73	68	84	18	318	80.3	合格	○	89	59	65	55	85	21	284	78.9	合格	○
34	68	66	67	95	21	318	80.3	合格	○	89	64	68	57	86	18	284	78.9	合格	○
35	69	71	83	87	15	315	80.7	合格	○	90	62	62	64	75	20	284	78.9	合格	○
36	65	64	69	100	21	313	80.9	合格	○	92	56	61	56	92	18	283	78.6	合格	○
37	65	69	84	95	21	313	80.9	合格	○	94	69	63	56	81	15	282	78.3	合格	○
38	71	70	68	97	8	312	80.7	合格	○	95	69	59	64	75	20	281	78.1	合格	○
39	65	66	66	86	15	310	80.1	合格	○	95	57	60	54	90	20	281	78.1	合格	○
40	62	70	67	82	18	309	80.8	合格	○	95	68	62	62	83	8	281	78.1	合格	○
41	62	64	63	103	17	309	80.8	合格	○	98	51	54	64	81	17	279	77.5	合格	○
42	72	65	65	88	18	308	80.8	合格	○	98	55	61	61	85	15	277	76.9	合格	○
43	64	64	58	100	21	307	80.5	合格	○										
44	67	61	68	89	21	307	80.5	合格	○										
45	68	68	66	87	15	305	80.7	合格	○										
46	65	66	59	96	18	305	80.7	合格	○										
47	66	62	64	101	11	304	80.4	合格	○										
48	66	58	63	87	21	303	80.2	合格	○										
49	62	65	69	98	19	303	80.2	合格	○										
50	68	68	66	91	10	303	80.2	合格	○										
51	65	64	66	89	18	302	80.0	合格	○										
52	68	59	64	92	20	302	80.0	合格	○										
53	67	61	64	88	21	301	80.0	合格	○										
54	67	64	61	88	20	300	80.0	合格	○										
55	67	64	61	88	20	300	80.0	合格	○										
56	67	64	61	88	20	300	80.0	合格	○										
57	67	64	61	88	20	300	80.0	合格	○										
58	67	64	61	88	20	300	80.0	合格	○										
59	67	64	61	88	20	300	80.0	合格	○										
60	67	64	61	88	20	300	80.0	合格	○										
61	67	64	61	88	20	300	80.0	合格	○										
62	67	64	61	88	20	300	80.0	合格	○										
63	67	64	61	88	20	300	80.0	合格	○										
64	67	64	61	88	20	300	80.0	合格	○										
65	67	64	61	88	20	300	80.0	合格	○										
66	67	64	61	88	20	300	80.0	合格	○										
67	67	64	61	88	20	300	80.0	合格	○										
68	67	64	61	88	20	300	80.0	合格	○										
69	67	64	61	88	20	300	80.0	合格	○										
70	67	64	61	88	20	300	80.0	合格	○										
71	67	64	61	88	20	300	80.0	合格	○										
72	67	64	61	88	20	300	80.0	合格	○										
73	67	64	61	88	20	300	80.0	合格	○										
74	67	64	61	88	20	300	80.0	合格	○										
75	67	64	61	88	20	300	80.0	合格	○										
76	67	64	61	88	20	300	80.0	合格	○										
77	67	64	61	88	20	300	80.0	合格	○										
78	67	64	61	88	20	300	80.0	合格	○										
79	67	64	61	88	20	300	80.0	合格	○										
80	67	64	61	88	20	300	80.0	合格	○										
81	67	64	61	88	20	300	80.0	合格	○										
82	67	64	61	88	20	300	80.0	合格	○										
83	67	64	61	88	20	300	80.0	合格	○										

< I 大学 >

平成21年度卒業生各科卒業試験結果(各科卒試成績順)

各科卒試成績順位	各科卒試素点平均	備 考	各科卒試成績順位	各科卒試素点平均	備 考
1位	90		59位	78	
2位	89		59位	78	
3位	88		59位	78	
3位	88		59位	78	
5位	87		59位	78	
5位	87		59位	78	
5位	87		59位	78	国家試験不合格
8位	86		59位	78	
8位	86		59位	78	
8位	86		68位	77	
8位	86		68位	77	
8位	86		68位	77	
13位	85		68位	77	
13位	85		68位	77	
13位	85		68位	77	
16位	84		68位	77	
16位	84		68位	77	
16位	84		68位	77	
16位	84		77位	76	
16位	84		77位	76	
21位	83		77位	76	
21位	83		77位	76	
21位	83		77位	76	
21位	83		77位	76	
25位	82		83位	75	
25位	82		83位	75	
25位	82		83位	75	
25位	82		83位	75	
25位	82		83位	75	
25位	82		88位	74	
31位	81		88位	74	
31位	81		88位	74	国家試験不合格
31位	81		88位	74	
31位	81		93位	73	
31位	81		93位	73	
31位	81		93位	73	
38位	80		93位	73	国家試験不合格
38位	80		93位	73	国家試験不合格
38位	80		99位	72	
38位	80		99位	72	国家試験不合格
38位	80		99位	72	
38位	80		99位	72	
38位	80		103位	71	卒業延期
38位	80		104位	70	国家試験不合格
38位	80		104位	70	卒業延期
38位	80		106位	69	
49位	79		106位	69	国家試験不合格
49位	79		106位	69	卒業延期
49位	79		106位	69	国家試験不合格
49位	79		106位	69	国家試験不合格
49位	79		111位	68	国家試験不合格
49位	79		112位	66	卒業延期
49位	79				
49位	79				
49位	79				
49位	79				

< J 大学 >

大学での成績と国試の成績

番号	内科総合試験点数	合否
1	60	合格
2	84	合格
3	84	合格
4	68	合格
5	72	合格
6	70	合格
7	68	合格
8	65	合格
9	73	合格
10	73	合格
11	71	合格
12	74	合格
13	66	合格
14	62	不合格
15	61	合格
16	80	合格
17	70	合格
18	74	合格
19	88	合格
20	61	合格
21	60	不合格
22	68	合格
23	69	合格
24	61	合格
25	60	合格
26	63	合格
27	72	合格
28	60	不合格

番号	内科総合試験点数	合否
29	76	合格
30	82	合格
31	60	合格
32	69	合格
33	67	合格
34	60	合格
35	66	合格
36	76	合格
37	74	合格
38	65	合格
39	77	合格
40	70	合格
41	77	合格
42	74	合格
43	63	合格
44	60	合格
45	63	合格
46	71	合格
47	60	合格
48	87	合格
49	72	合格
50	71	合格
51	82	合格
52	65	合格
53	71	合格
54	60	不合格
55	67	合格
56	68	合格

番号	内科総合試験点数	合否
57	60	合格
58	60	不合格
59	79	合格
60	74	合格
61	66	合格
62	60	合格
63	63	合格
64	74	合格
65	66	合格
66	72	合格
67	77	合格
68	81	合格
69	69	合格
70	78	合格
71	69	合格
72	73	合格
73	69	合格
74	72	合格
75	60	合格
76	80	合格
77	71	合格
78	65	合格
79	62	合格
80	69	合格
81	86	合格
82	72	合格
83	62	合格
84	60	合格

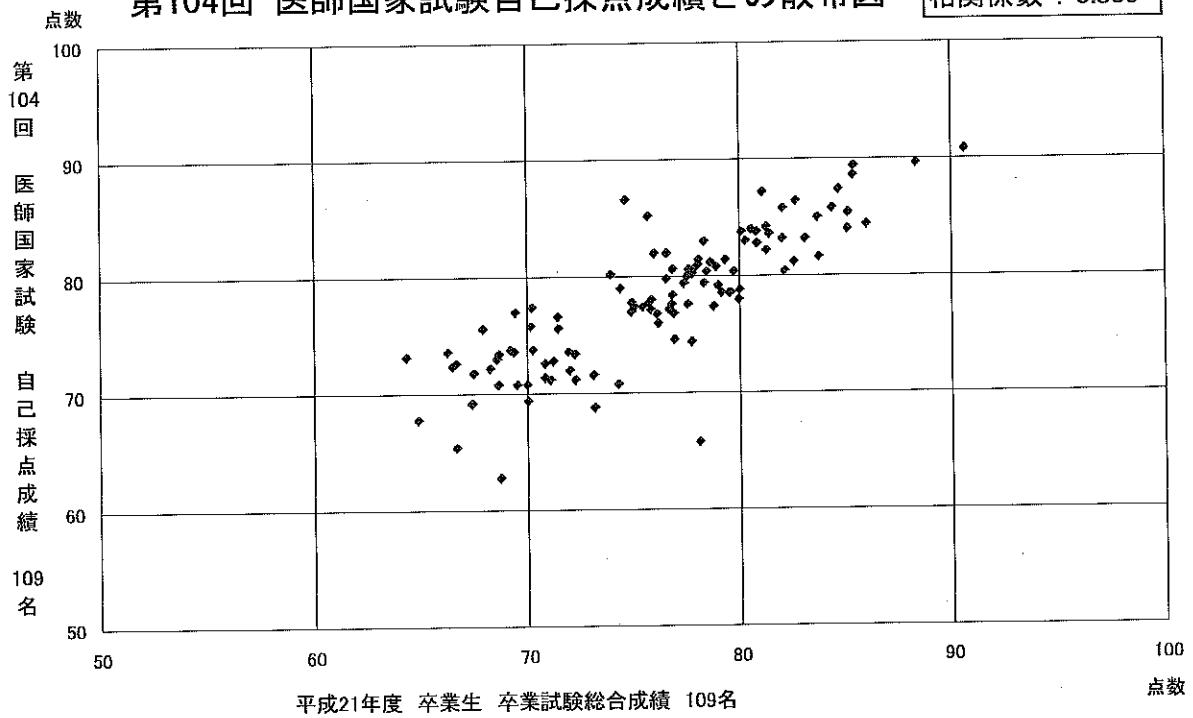
番号	内科総合試験点数	合否
85	77	合格
86	60	未受験
87	67	合格
88	64	合格
89	71	合格
90	61	合格
91	60	合格
92	60	不合格
93	62	合格
94	60	合格
95	75	合格
96	70	合格
97	72	合格
98	61	合格



< K大学 >

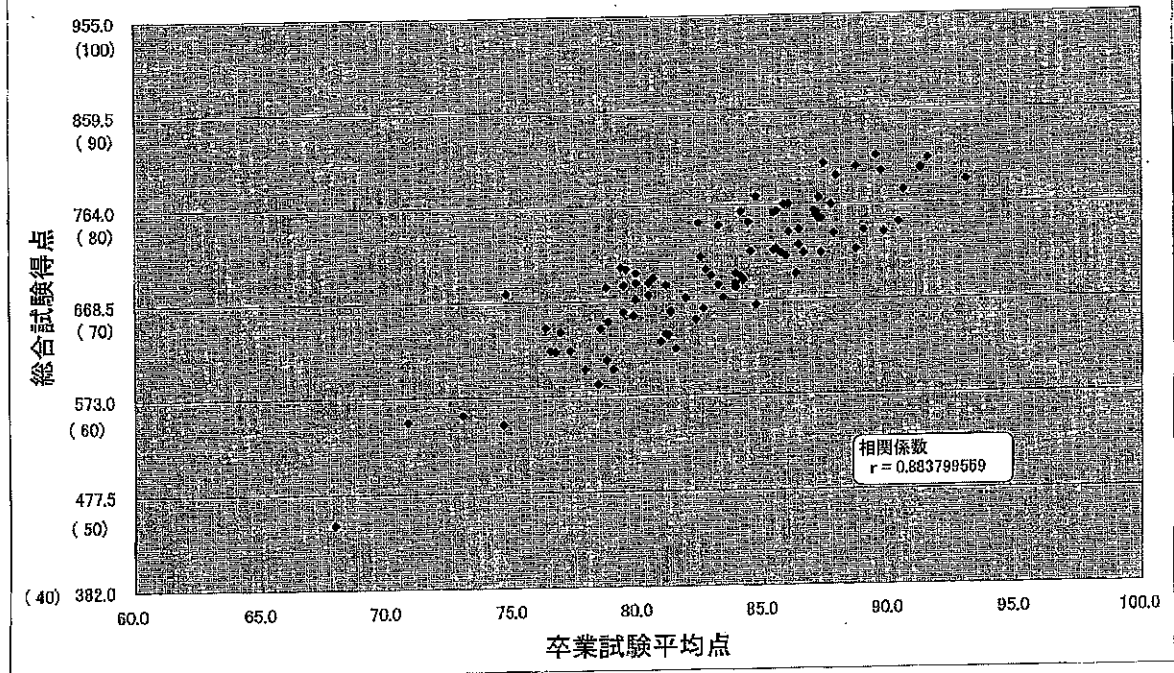
平成21年度 卒業生 卒業試験総合成績 と  
第104回 医師国家試験自己採点成績との散布図

相関係数 : 0.835

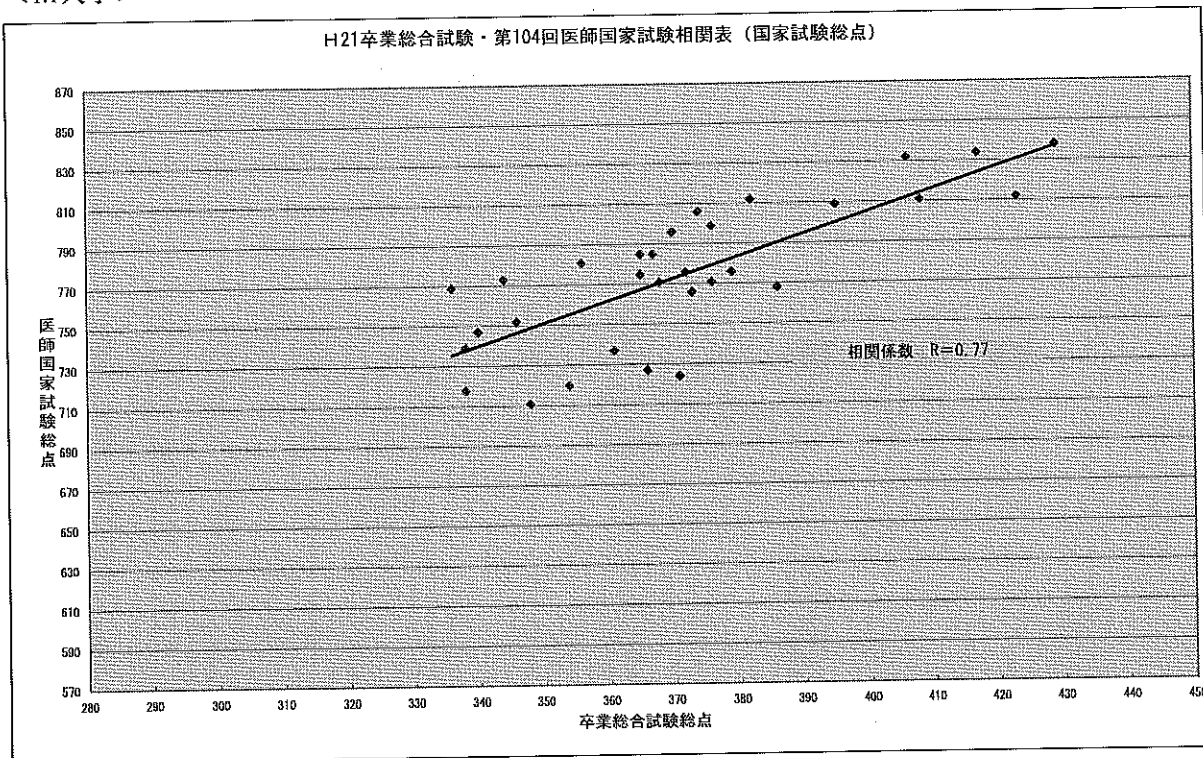


< L大学 >

平成21年度6学年卒業・総合両試験得点分布図

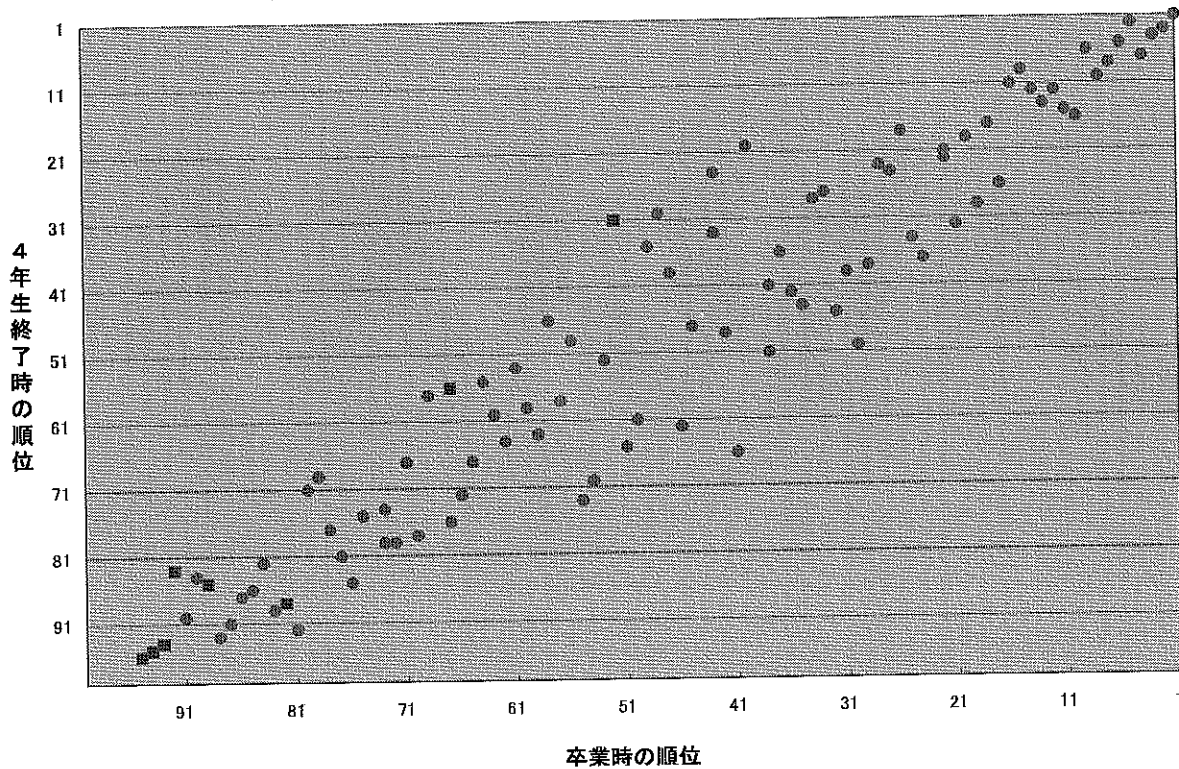


<M大学>



<N大学>

6年生の卒業順位と4年生終了時の順位(■は第104回国試不合格者)



<O大学>

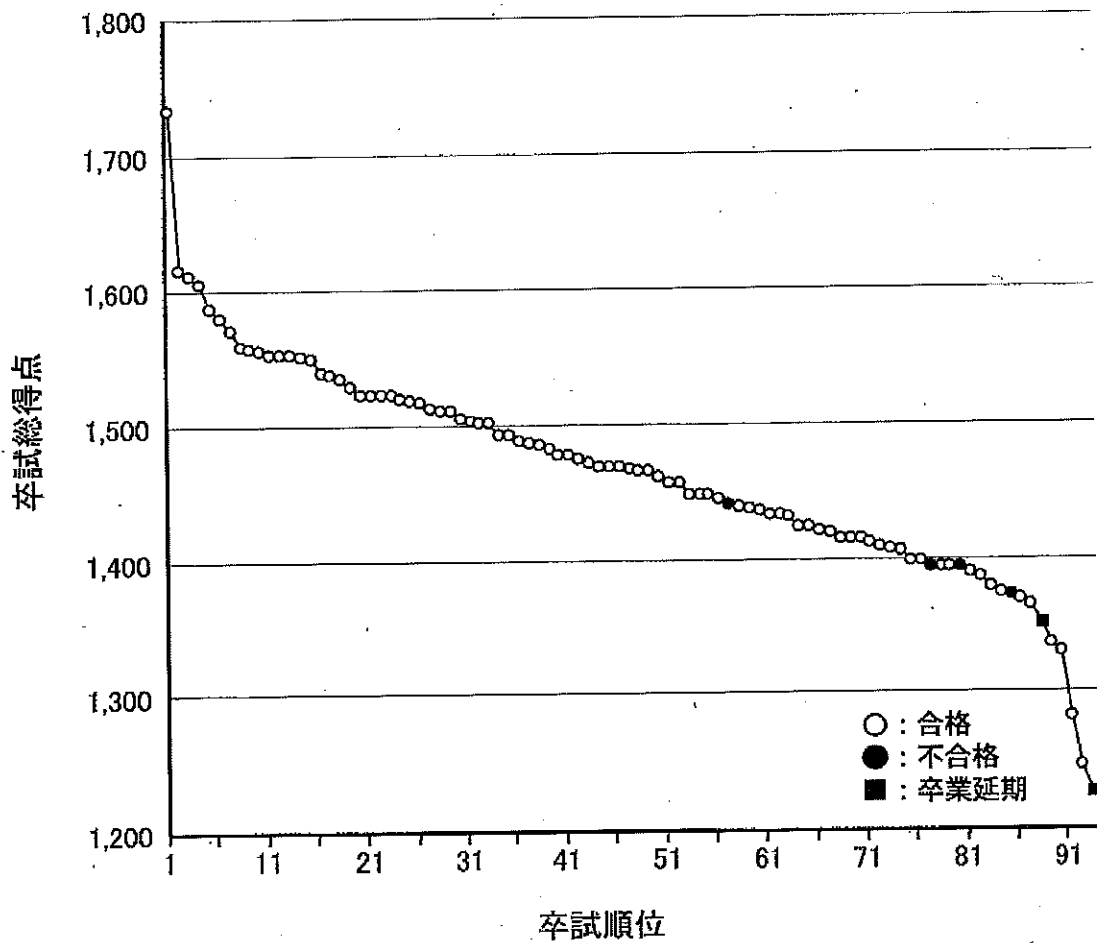
### 卒試と104回国試の関連

観察度数				期待度数		
	国試合格	国試不合格	合計	国試合格	国試不合格	
卒試本試験合格者	73	2	75	70.87912	4.12087912	
卒試再試験合格者	13	3	16	15.12088	0.87912088	
合計	86	5	91			

検定の結果			
自由度			1
$\chi^2$ 値			6.569106589
P値(上側確率)			0.010376403
分割表分析係数			0.259475878
$\Phi$ 係数			0.268678217
イエーツの補正 $\chi^2$ 値			3.836858043
イエーツの補正P値(上側確率)			0.050137402
フィッシャーの直接確率P値			0.03644528
オッズ比			0.118721461
$\chi^2(0.95)$			3.841459149

<P大学>



<Q大学>

平成21年度医学科卒業試験合否判定資料

平均点による順位	本試験総得点	平均点	備考
1	2128	88.683	
2	2040	84.983	
3	1996	83.175	
4	1991	82.954	
5	1988	82.825	
6	1981	82.550	
7	1972	82.179	
8	1971	82.104	
9	1958	81.571	
10	1954	81.417	
11	1949	81.192	
12	1948	81.179	
13	1942	80.908	
14	1931	80.475	
15	1928	80.342	
16	1928	80.333	
17	1924	80.175	
18	1913	79.688	
19	1911	79.638	
20	1907	79.442	
21	1905	79.375	
22	1904	79.346	
23	1897	79.050	
24	1891	78.779	
25	1890	78.758	
26	1888	78.650	
27	1885	78.554	
27	1885	78.554	
29	1885	78.546	
30	1883	78.458	
31	1883	78.438	
32	1882	78.404	
33	1882	78.396	
34	1881	78.363	
35	1880	78.329	
36	1878	78.246	
37	1877	78.200	
38	1875	78.108	
39	1874	78.079	
40	1872	77.983	
41	1870	77.908	
42	1867	77.792	
43	1865	77.708	
44	1864	77.675	
45	1861	77.554	
46	1860	77.500	
47	1859	77.475	
48	1858	77.425	
49	1857	77.379	
50	1857	77.367	
51	1857	77.363	
52	1855	77.275	
53	1852	77.154	

平成21年度医学科卒業試験合否判定資料

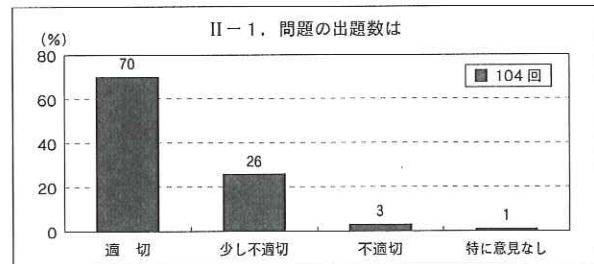
平均点による順位	本試験総得点	平均点	備考
54	1852	77.150	
55	1851	77.129	
56	1850	77.100	
57	1850	77.075	
58	1849	77.042	
59	1846	76.913	医師国家試験不合格
60	1844	76.850	
61	1843	76.788	
62	1843	76.783	
63	1840	76.675	
64	1839	76.638	
65	1839	76.621	
66	1838	76.579	医師国家試験不合格
67	1834	76.421	
68	1832	76.333	
69	1828	76.175	
70	1826	76.067	
71	1822	75.925	
72	1819	75.771	
73	1815	75.621	
74	1814	75.575	
75	1811	75.450	
76	1804	75.179	
77	1798	74.933	
78	1794	74.763	
79	1794	74.729	
80	1791	74.608	
81	1788	74.504	
82	1783	74.279	
83	1776	74.000	
84	1763	73.442	医師国家試験不合格
85	1760	73.333	
86	1758	73.250	
87	1680	73.052	
88	1753	73.050	
89	1752	72.988	
90	1750	72.904	
91	1734	72.238	
92	1734	72.229	医師国家試験不合格
93	1727	71.938	
94	1706	71.082	
95	1706	71.063	
96	1646	68.596	
97	1573	68.404	
98	1617	67.367	
99	1572	65.517	留年
100	1403	61.000	留年
101	-	-	10/1-休学 留年



## II 医師国家試験の問題について

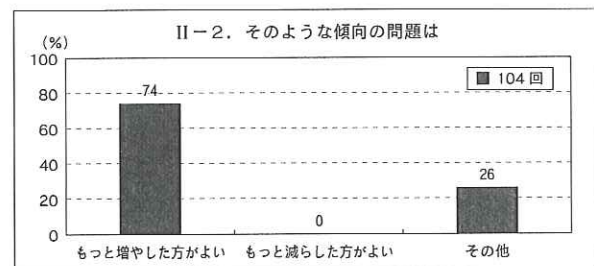
1. 臨床実習などで、経験しなければ解けない問題が出されるようになっていますが、そのような問題の出題数についてどう思いますか。

	第104回	
A. 適切	56/80	70%
B. 少し不適切	21/80	26%
C. 不適切	2/80	3%
D. 特に意見なし	1/80	1%



2. 上の質問でB、Cと回答した方にお聞きします。そのような傾向の問題は、

	第104回	
A. もっと増やした方がよい	17/23	74%
B. もっと減らした方がよい	0/23	0%
C. その他	6/23	26%

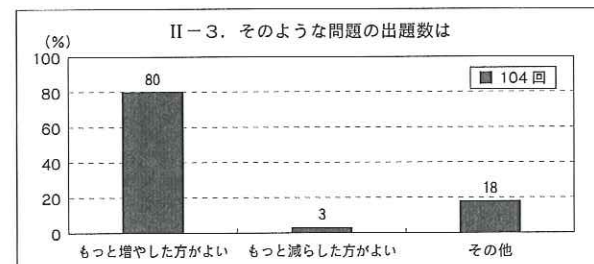


「C. その他」と答えた方の意見<5件>

- ・実習で考えられる目線に立ち、質を改善すべき。
- ・臨床実習で経験すべき項目を明示していただきたい。
- ・必須から除外する。(もし必須ならば)
- ・臨床実習重視は理解できるが、器具等の実習範囲を逸脱したものがあつた。
- ・臨床実習を重視する理由付けにはなり評価するが、十分な効果は期待できない

3. 臨床実習を学ぶ上で知っておくべき病態生理や解剖などの問題が出されていますが、そのような問題の出題数についてどう思いますか。

	第104回	
A. もっと増やした方がよい	64/80	80%
B. もっと減らした方がよい	2/80	3%
C. その他	14/80	18%



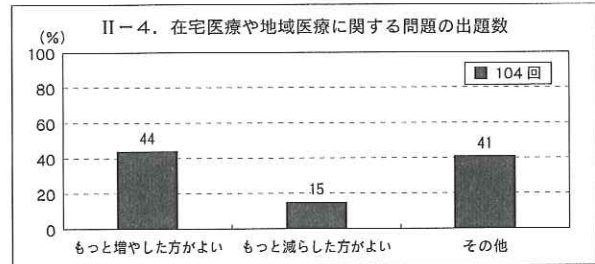
「C. その他」と答えた方の意見<9件>

- ・ちょうど良い
- ・妥当
- ・現在のままでよい
- ・現在のままで適切と考える。
- ・記憶ばかりに頼る問題よりは、臨床に直結した病態生理などの設問を増やす。

- ・現状程度で良い。
- ・現行のままでよい
- ・実際の問題を見ていない(回答期限までに見ることができない)ので回答不能
- ・病態生理と解剖の出題比率は今くらいでいい。

4. 在宅医療や地域医療に関する問題の出題数についてどう思いますか。

	第104回	
A. もっと増やした方がよい	35/80	44%
B. もっと減らした方がよい	12/80	15%
C. その他	33/80	41%

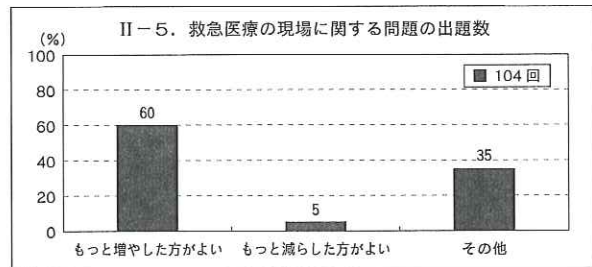


「C. その他」と答えた方の意見<22件>

- ・現状のままでよい
- ・ちょうど良い
- ・ちょうど良い
- ・現在のままでよい
- ・今の出題数でよい
- ・現状の程度でよい
- ・現在のままで適切と考える。
- ・出題数は現行のままでよい。これ以上増やすと在宅医療、地域医療の時間をさらに増加しなければならない。
- ・現行では、学部の到達目標の方略が統一されていない前提で対応していただきたい。
- ・現状のままでよい
- ・ちょうど良いと思う
- ・現状程度で良い。
- ・少し内容的に無理が目立つ
- ・現行で適切であると思われる。
- ・出題数は適切。
- ・適当
- ・今のままで良い
- ・実際の問題を見ていない(回答期限までに見ることができない)ので回答不能
- ・今のままで良い。
- ・現状で適当と考える
- ・この程度でよい
- ・増やした方が良いが、その場合は他の領域を減らさないと学生の負担が増える

5. 救急医療の現場に関する問題の出題数についてどう思いますか。

	第104回	
A. もっと増やした方がよい	48/80	60%
B. もっと減らした方がよい	4/80	5%
C. その他	28/80	35%



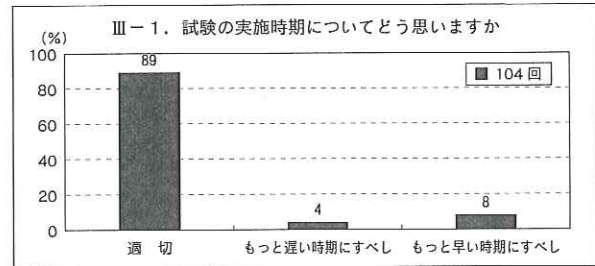
「C. その他」と答えた方の意見<20件>

- ・ちょうど良いと思いました。
- ・ちょうど良い
- ・出題は必要だが、増減についての意見はない。
- ・妥当
- ・ちょうど良い
- ・現在のままでよい
- ・今の出題数でよい
- ・現在のままで適切と考える。
- ・三次救急ではなく、一次・二次は多少増加しても良いか。
- ・頻度の高い1～2次救急を中心に出题することが基本と思います。
- ・現状のままでよい。
- ・必須から除外する。(もし必須ならば)
- ・現状程度で良い。
- ・適当
- ・現行のままでよい
- ・今のままで良い
- ・実際の問題を見ていない(回答期限までに見ることができない)ので回答不能
- ・今のままで良い。
- ・設問内容がより現実に近く、レベルも上がってきており、現状程度で適当と考える
- ・現状でいい。

### Ⅲ 医師国家試験のあり方について

#### 1. 試験の実施時期についてどう思いますか

第104回		
A. 適切	71/80	89%
B. もっと遅い時期にすべし	3/80	4%
C. もっと早い時期にすべし	6/80	8%

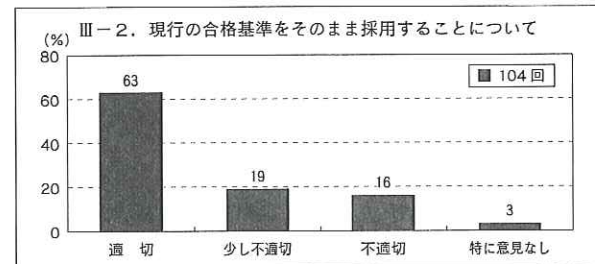


適切と思われる実施時期（BまたはCと答えた方が対象）＜8件＞

1月中旬	1月下旬	2月上旬	3月中旬	3月下旬
1	1	4	1	1

#### 2. 医学部定員増に伴い、現行の合格基準をそのまま採用することについて

第104回		
A. 適切	50/80	63%
B. 少し不適切	15/80	19%
C. 不適切	13/80	16%
D. 特に意見なし	2/80	3%



どのように変更すべきか（BまたはCと答えた方の意見）＜27件＞

- ・国試は資格試験であるので、医学教育のある適当なレベルで合格させるべき。受験者数の増加によって決めるべきではない。
- ・医師不足のため定員を増員しているにも関わらず、増員分以上の国家試験不合格者が出ている。知識不足の者が医師になることは認められないが、平均点以上の得点をしている者が必修問題で不合格になっている。必修問題の枠組みと内容の吟味が必要であり、更に合格基準をどのような視点から考えるかを検討しなおす必要がある。不必要に高い合格基準の設定は、重要な医師資源の損失に過ぎない。
- ・絶対基準にするべきです。例えば、一般、臨床問題が65%、必修問題はブラッシュアップをすることを条件に、80%とする。後述するようにCBTが国家試験に格上げされれば、必修問題は必要がないと考えます。禁忌肢問題も必要性は低いと考えます。
- ・現行では選抜試験の要素が強い基準であり、もっと資格試験を意識した合格基準にするべき
- ・もう少し合格基準をあまくしたほうがよい。(A回答)
- ・相対的評価は止めるべきである。問題数が500題と多いのであるから、絶対的な合格基準を示すべきである。今回も申請して受検しない学生が300余名いた。これは相対的合格基準であるために、大学側が受験者を絞り込んでいるためであり、絶対的合格基準であるならこのような受



験者の絞込みは少なくなり、出願者がそのまま受験者となり、合格者も多数となると考える。

- ・一般・臨床問題も必修問題と同様に絶対評価にすべき。
- ・まず現行の合格基準が明らかではないので、正確にコメントすることができない。我々のわかることは、一般問題、臨床問題が相対的評価であり、必修問題が絶対的評価であることぐらいである。しかし、合格率は、医師不足が叫ばれる中でも、低下したりすることから、結局は全体で相対的な評価をしているにすぎないように感じる。まず、現行の合格基準というものを明確にすることで、論議したい。よろしく願い申し上げます。
- ・受験者数が増加しても、直ちに学力面での合格基準を変更する必要はないように思われる。但し、医師となる適正・志向性をより慎重に評価すべきと考える。
- ・医師としての質を担保する必要がある、厳しくすべきであると思われまます。
- ・問題をもっと臨床に即した平易なものとするべき。
- ・合格基準は、何をもって決定しているのか。はっきり公表してもらいたい。
- ・受験生が目指す基準点を明らかにすべきである。
- ・主に知識を問う内容のペーパー試験では不十分である。また、試験問題が難しすぎる。研修医となるのに必要なレベルを問うているとは思われない問題が少なくない。内容は現在よりも標準的、一般的なものにするべきである。また、相対評価にもとづく合格人数管理(7500~7700名)を行っているのであれば、変更すべきである。過度な競争を招くのみである。
- ・合格基準のcut off値を上げる必要がある。
- ・資格試験であり、長期予想を立てながら適切合格人数を明確にすべきである。
- ・合格数を増加させるべき
- ・国家試験は資格試験であり、現行の合格率を90%程度に設定した相対評価ではなく、基準点を満たせば合格とする絶対評価とすべきである。
- ・一定数の学生を不合格にするのではなく、絶対評価が可能な問題も取り入れて年度の学力差を補正して合格基準を設定することはできないだろうか。
- ・相対評価を判定基準から外さない限り、定員増に対応した合格者数の増加が期待出来ない。
- ・合格基準を安易に変えることは避けるべき。医学生にとって必要な医学的知識や技量となる基準を簡単に変えるべきではない。国家試験不合格者の受け皿(転向)の道がないのに、合格基準を引き上げて多くの国家試験浪人を出すことは新たな社会問題を生む。逆に、合格基準を下げて低レベルの医師を社会に送り出すことも同様。(A回答)
- ・もっと易しくすべき
- ・「合格基準をやや厳しくすべき」と考えます。18歳人口が減少する中で医学部定員は増えており、医学部入学者のレベル低下を危惧する声も聞かれます。その一方でこの不況下にあつて、本来ならば他学部に行っていた成績優秀な高校生が医学部を志願するようになっており、以前よりレベルが上がっているという意見もあります。前者の意見は数字で裏付けがありますので、国民の理解を得るためには少し厳しくして、全体としては合格者が少し増えるくらいが良いのではないかと思います。
- ・基本的に合格基準は現在と大きく変える必要はないと考えるが、本来、定員増で対応したこと自体に問題があった。定員増によって全体としてのレベルは下がることが予想され、その状況下で、

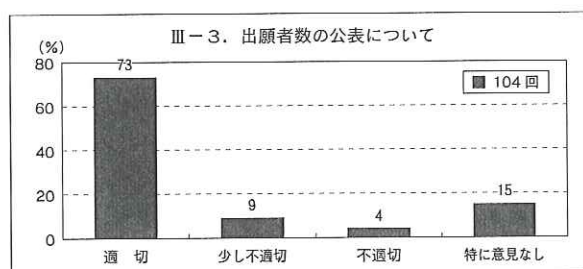
昨今のように問題レベルの難度があがれば、合格率は低下し新卒者の人数は目立った増加にはならない。全体の定員増は最低限に抑え、医師数を増加させるのであれば、学部教育の充実による合格率の向上させること。加えてボーダーゾーンの学生を若干多く拾いあげる事のほうがむしろ全体で見れば効率的な医師養成につながると考える。

- ・必修問題と救急関連の問題、および実際に臨床実習で経験することで容易に正解が出せるような問題を増やすべき
- ・より実践的な医師養成を目指すために、全体的に難易度を下げて合格基準を上げるのが効果的ではないだろうか。
- ・医師に必要な能力を基準とする絶対評価にすべきと考えます。現行は「一定の合格者数に制限するための相対評価」と明記されていませんが、周知の事実とされています。医師に対する社会の信頼を維持するためには、政策的に合格できる能力を上下することは慎むべきです。

### 3. 合格発表方法変更に伴い、出願者数も公表されることについて

#### (1) 出願者数の公表について

	第104回	
A. 適切	58/80	73%
B. 少し不適切	7/80	9%
C. 不適切	3/80	4%
D. 特に意見なし	12/80	15%



#### 不適切と思う理由（BまたはCと答えた方の意見）＜13件＞

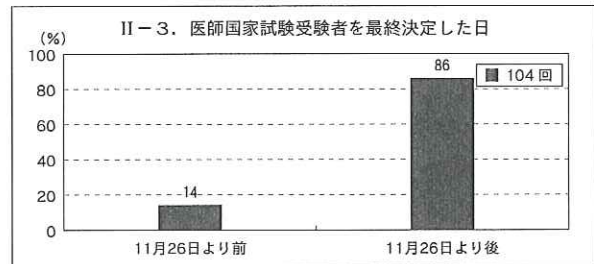
- ・国試出願者数と受験者数にかなり差を認める大学がある。この差分の人数を見る限り、学生が病気などで受験できなかったとは考えにくい。これらの学生は受験しなかったのか、受験したが何らかの理由で受験者に加えられなかったのか（たとえば卒業不認定など）を、明らかにしてほしい。この問題は本来の国試平均得点（総得点/実際の受験者数）に影響し、合格基準に影響を与えかねない問題を含む。（A回答）
- ・出願者数の公表により卒業判定（内定）時期を早める大学がでていようである。6年生に進級したにもかかわらず出願より前の早い時期に「卒業不可」と判定・内定された学生に対する教育という点から、出願者数の公表は望ましくないと考える。
- ・この発表方法の最終的な目的がはっきりしない。
- ・大学関係者だけではあるが、これにより6年次の留年者数が明らかとなるため、卒業試験を前倒しにして、卒業試験合格者だけを出願者とする大学が多くなり、6年次の国家試験対策を助長するように作用している。持続するならば、6年生数も公表すべきである。
- ・まず、出願者数の公表の目的を明らかにして頂きたい。次に質問から類推すると、各大学の留年者数を明らかにするだけのよう感じられる。もし、そうであるならばあまり公表する意味はないと思われる。よろしくお願ひ申し上げます。



- ・大変重要なデータと思われる。各大学は出願者数ベースの合格率を上げるよう努力すべきである。  
(A回答)
- ・出願者数を公表することの意義がよくわかりません。(D回答)
- ・国家試験受験産業に寄与するのみ
- ・出願者数公表の狙い(主旨)を予め発表すべき。
- ・6年留年者の把握と思われるが、既に一部の大学では11月に卒業判定を行っている。
- ・出願者の公開には、成績不良者が出願後、その卒業をコントロールして、見かけの合格率を上げ  
ることを防ぐ目的があると思われるが、未受験の中には本当の体調不良や不慮の事故でやむなく  
受験ができなかった例が含まれる。それを「合格率の操作」と同等に扱うことは適切ではない。  
そのような事例への配慮(理由書添付など)があれば今後も実施可能と思われる。
- ・出願者数の公表の意義がわからない。各大学の卒業判定の独立性を担保するためには、むしろ出  
願者数の公表は好ましくない。
- ・卒業判定による国家試験受験者の制限の実態がわかりますが、本質的な問題の改善につながるも  
のではありません。入学した学生が全て医師としての適性を有しているとは言えないので、医学  
部が責任を持って卒業判定をすることが重要であり、出願者数より受験者数が下回ったとしても  
一概に悪いとは言えないと考えます。

(2) 第104回医師国家試験への受験者を最終決定した日は

		第104回	
A.	11月26日より前	11/80	14%
B.	11月26日より後	69/80	86%

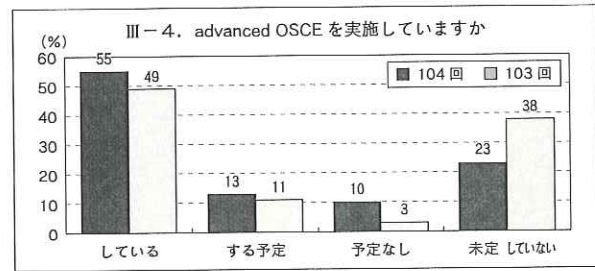


具体的には

10月	11月			12月			1月			2月			3月	計
	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬			
1	1	7	3	13	10	4	4	21	6	7	0	1	2	80

4. advanced OSCEを実施していますか

	第104回	第103回
A. している	44/80 55%	49%
B. する予定	10/80 13%	11%
C. 予定なし	8/80 10%	3%
D. 未定 していない	18/80 23%	38%



実施時期はいつ頃の予定ですか（「B. する予定」と答えた方） <10件>

平成22年度から	平成23年度から	平成24年度から	平成25年度から	無回答	計
1	3	1	1	4	10

5. Advanced OSCEを医師国家試験として取り入れる場合、

どのように標準化するのがよいか <53件>

- ・まず試験評価する人材教育が必要。
- ・質問の趣旨とは異なりますが、このことについて学内教員から意見を募ったところ、「大学教員に負担がかかるので取り入れないほうがよい」との声が寄せられました。
- ・現状の共用試験OSCEのような多くの評価者を動員する方法では、一定の時期の一斉実施は難しいのではないかと思います。かと言って、大きな地区別ごとの実施では標準化を図ることができません。ビデオ撮影も一つの方法で、評価者を少なくすることが可能ではないでしょうか？
- ・OSCEに準じた形式と考えられるが、人員の確保、配置の方を工夫する必要あり
- ・Advanced OSCEとして取り入れるのではなく、臨床問題として取り入れればよいのではないですか。
- ・Advanced OSCEのあり方とは少し視点が異なるが、これを実施する条件として卒前の臨床実習が十分に行われていることが前提である。しかし、この点もほとんど評価されず現況も把握されていない現状では『国家試験OSCE』を実施しても仕方がないのではないのでしょうか。『国家試験OSCE』を取り入れることで、各大学の臨床実習の充実化が促進されるとの見方もあるかもしれませんが、この場合は途中経過で学生が犠牲になりかねません。結論として、卒前臨床実習の実質的な改善と充実がまずあるべきと思います。
- ・まずは、かなり絞って何科にすすんでも毎日経験するような上記の主要兆候に関する必要な診察についてからでも始めるとよく、何回か、試験的なトライアルが数年必要と思われる。4年生のOSCEの発展型として、病歴聴取～診察、インフォームドコンセントまでの流れを確認するものからでもよいとおもわれる。
- ・基本的な技量のみを問い、明らかに医師として異常の行為があれば不合格とする。最低限のふるいとして用いる。しかし、運動神経障害を持った学生も居り、配慮されるべき。採点の客観性をいかに保つかが問題。配点を小さくするなどの配慮が必要。
- ・医師としての適正を見ることに主眼を置き、倫理的な判断を中心とする。その上で、不合格基準



を明確にすることが必須。

- ・ 医師国家試験受験資格として位置づけ、各大学か地域毎の主幹大学にて実施する。現在の医療系大学間共用試験実施評価機構(CATO)を利用して、シナリオ作成や外部モニターの派遣を委託する。
- ・ OSCEセンターをつくり、OSCE合格を現国家試験の受験要件とする。
- ・ 研修医が研修するために必要な臨床レベル
- ・ 共用試験OSCEと同様に実施することがよいと思います。
- ・ 評価者の標準化が大変困難と思います。
- ・ 現在行われている臨床実習前のOSCEのように、中央でコントロールしつつ判定は各校の基準に任せる共用試験方式は、教員に対するFDの必要性のアピールにもなり、また、開かれた評価となりやすく、公明性の点でも、また実行性、経済性の点でも現実的と考える。
- ・ 問題や評価者によって結果にバラツキを生じるので、標準化は難しい。
- ・ 実施方法、内容に関する十分な検討を行うことが前提となる。評価基準に関する標準化を項目別に十分に検討する必要がある。作業部会あるいは標準化に関する委員会を組織する(Advanced OSCEに関する)のがよい。
- ・ 各大学が卒業要件として、Advanced OSCEを各大学で行う。課題や評価表は全国共通のものを準備し、各大学からの外部評価者を交えて評価する形が現実的である。医学部では既に共用試験OSCEの経験があるので、実現可能である。各大学はこのAdvanced OSCE合格をそれぞれの大学の卒業要件のひとつにしていく。
- ・ 評価者の標準化、学生が習得すべき内容の標準化(全国の医科大学・医学部で共通した習得内容と評価基準の設定・公表)が不可欠と考えます。
- ・ 共用試験でもOSCEの標準化は必ずしも容易ではなく、実行されているとも考えられないが以下の点には少なくとも配慮する必要がある。①外部評価者の多数の導入、②OSCE全ステージのビデオ撮影と要請があればその開示(ランダムに評価機構での評価を行い、各大学での評価との互換性の検討を行う)、③標準模擬患者の育成、④OSCEセンターの設立(講習を受けて認定されたOSCE評価委員を配置して、このセンターを利用した受験を可能にする。不合格の場合には数回の受験を認める。)、⑤評価委員の育成(委員は任期制として、再任の場合には、ビデオでの評価を行って、委員の評価を行う)。
- ・ Advanced OSCEの評価の標準化と共に設問内容の得意、不得意領域あるいはたまたま経験した症例と同一の出題されるなど公平性が確実に担保される必要があるかと思います。もし、導入するとなると共用試験機構OSCEの概略評価1レベルの学生の抽出を目的とすべきと考えます。
- ・ ①まず詳細なガイドラインを作成し、それに基づき担当教員対象に講習会を数回行う。②次に、できるだけ質的に均一なSPと医学生(共用試験CBTの成績を基に抽出するなど)によるOSCEを、担当教員が評価する。③担当教員による差異を分析し、ガイドライン作成、講習会及び担当教員にフィードバックし、標準化に役立てる。よろしく願い申し上げます。
- ・ 1)現状ではAdvanced OSCE自体の概念があいまいで、各大学独自で実施している。これを標準化するためには、共用試験実施評価機構と同様の組織を作り、基礎から検討していく必要がある。2)「態度」の評価はOSCEではできないことを認識し、評価項目からはずすべきである。他

の意見としては、全国一律の基準で臨床技能や態度を評価することがはたして可能か疑問に思う。また評価者の選択と確保、質の均質化ができるか疑問に思う。

- 基本的には共用試験OSCEと同様に評価者に関しては、他大学と協力すれば可能と考えます。診療技能の標準化に関しては、共用試験機構が準備しているCD等を標準として使用すべきです。さらにAdvanced OSCEでは、鑑別診断や最終診断を問う問題は国家試験と同等のレベル、すなわち基本的な知識を問うような問題の出題とすれば良いと思います。いずれにしても、基本診療手技や知識を問う問題にすべきで、決して難し過ぎないことが重要です。また、出題する疾患や症状に関しては、やはり厚生労働省が定める出題基準を作成すべきと思います。
- 受験者の出身大学の秘匿化と評価者の秘匿化が必要であると考えます。したがって、全国の大学をグループにわけ、受験者を出身大学を考えずグルーピングし、評価者はそのグループ以外から選出する。
- 各大学から評価者を集めて、学生の様子を同時に観察し、一つの問題で多数の評価者が一致するように研修会を開く。
- ①Advanced OSCEの合格基準を明確にする。②模擬患者のプール化と標準化のための準備が大切。
- 現行のカリキュラム上Advanced OSCEを指導する余裕がない。初期研修が終了するまでに受験させるのがよい。それまで仮免とする。
- 標準化の前に担当教官の増員が必須。その上で当該教官によるWGを設置すべき。(現場の意見を反映する必要がある)
- 現時点では何とも言えない。
- 共用試験などで標準化のノウハウが蓄積されているので、参考にすべきである。
- ①SPの質の標準化統一(各大学及び国の連絡協議会などで) ②ガイドラインなど作成(含、マニュアル) ③シナリオの公表と勉強会の開催(定期的)
- OSCEのプログラムをDVDないしビデオで示し、達成項目や評価項目などを客観的に提示し、標準化を図る。
- 導入は現実的に難しく、現行のOSCEの方法ではそれだけのコストをかける価値は少ないと考えている。
- 1) 採点者、SPは資格制度とする。 2) 採点者はすべて受験生の所属大学以外の大学の教員が担当する。 3) 試験は、地区ごとに特定の試験場で実施する。
- 6年時のスキルに関する到達目標を明確にすることが大切であると考えます。4年時の共用試験OSCEでは「診療参加型臨床実習に参加する学生に必要とされる技能と態度に関する学習・評価項目」(学評)を作成して公表しています。そのような臨床実習終了時の学習・評価項目を80医学部・医科大学で共同で作成することが第一歩ではないでしょうか。そのような学習・評価項目が策定されなければ、各医学部・医科大学の足並みはそろわず、モチベーションもあがりません。いつまでもあり方などを模索していても始まりませんので、臨床実習の実質化と一体にしてこのような到達目標を明示してほしいものです。なお、試験実施のあり方などは厚生省研究班で考えられていると思います。
- SPさんを専門職業として、成立するかどうかの問題。 技術的なことはsimulatorを活用すると



標準化できる。

- ・評価者の標準化が必要。
- ・診察法の標準化を完全に行うのは難しく、それを待っていればいつまでも実施できない。まず実施し、医療安全や倫理に反する行為のみ不合格とする、合格率が99%であっても学部教育の改善には大きく寄与する。実施しながら標準化すべき。
- ・厚生労働省の主導で、共用試験実施機構と類似したAdvanced OSCE 実施機構のような組織を設置し、国家試験OSCEを運営する。運営は、地域ごとに公的な試験会場を設置し、試験官は他地域の大学教員が担当する。教員は、1週間以内程度滞り期間中に担当地域の受験生の評価を行う。
- ・試験担当者を選出して、研修会をおこない、均一化をはかる。(実施までに2～3年の試行期間をおくのがよい)
- ・Advanced OSCE を国家試験に取り入れることは、医学部教育のなかでadvanced OSCEの重要性がさらに増し、医学部臨床系教官の負担はさらに大きくなる。医学部定員が増えるだけでも負担増であり、そのうえadvanced OSCE 対策の負担を増やすことは絶対に避けるべき。また、advanced OSCE における臨床技量の客観的評価は難しく、単回の試験では不可能である。むしろ、卒後臨床研修（レジデント）の生活の中で、生活を共にする責任指導医が、臨床医としての適性を客観的に判断すべき。
- ・現在の共用試験OSCEの実施形態を踏しゅうすればよいが、より多くの問題解決型のシナリオと課題を用意する必要がある。
- ・「最低限これだけはできてほしい」というレベルにして、課題数も極力減らすべきと考えます。医学部で習得する実技を網羅的に妥当性を持つてみるためには数十ステーションが必要であり、現実的ではありません。昨年9月から韓国の医師国家試験では実技試験が取り入れられています。実施準備も十分でなく、通り一遍の試験が行われているのみで、単なるパフォーマンスに終わっている可能性があります。受験者にも望ましくない学習行動を生んでいると推察します。日本の介護福祉士の実技試験では車いすの操作のみ行われているそうです。車いすの操作ができない人が現場に出てもらっては困るとの考えです。実技試験の導入には大枠で賛成ですが、まずは緊急度の高い「BLSあるいはACLS」から始めるのが良いと考えます。(他の実技は仮に現場で出来なければ、時間をかけて上級医に助けを求めることができます)
- ・採点者によって不公平がないように、採点者のトレーニングをする。
- ・現在行われているOSCEと同じように、委員会を組織し、問題の標準化を行い、各大学で試験を行い、相互チェックを行う方がいいと思う。国家試験は資格試験であるので、実技に関しては点数化ではなく、適または不適の判定が良いのではないかと思う。
- ・共用試験や韓国の国試OSCEを参考にする
- ・取り入れた方がよいが、国試としての標準化は技術的に困難と考える
- ・模擬患者と評価者の標準化が必要です。しかしこれは全国レベルで達成することは大変難しいことです。各大学で形式的に評価し、一定のレベルに達したことを確認して、これを国試受験資格としていいかと思えます。
- ・現実的には、現在臨床実習前に実施するOSCE試験と同様に、医療系大学間共用試験実施評価機構のサポートの下、評価者を全て他大学から来て頂いて、実施する等の方法しかないのではと考

えられます。

- ・「医師資格試験としてのOSCEに必要なレベルの標準化」は、アメリカのECFMGとNBMEの検討結果により、試験センターで専用スタッフによる試験として行わない限り不可能と結論されています。各大学が大学のスタッフと模擬患者を用いて実施する限り、大学間の標準化はできない、というのが、その調査研究の結論です。標準的な臨床教育が徹底されていない本邦では、各大学が実施するOSCEでは絶対に標準化はできません。試験センター方式で実施しているUSLMEstep2CSであっても、試験センター間の標準化については運営の種々の段階でシステム化し、データの評価を続けています。
- ・ビデオを用いた基本診察手技や、清潔採作、手洗い手技の確認

#### IV 卒前教育における臨床実習の質を高めるために医師国家試験のあり方をどのようにしたらよいと思われるか。〈56件〉

- 01 臨床実習で特に知識が反映する様な問題を多くする。
- 02 ここ数年の国家試験の変革は、大きなものがあり、臨床実習の重要性が強調されてきていると思われる。ただ、臨床的知識はともかく、判断能力を試す問題に関しては、クリアすべき水準が示されていないのではないかと思われる。
- 03 多くの大学では国家試験対策のために6年次の教育・実習が不完全となっている。当学では6年次後期は卒業試験以外はほとんどカリキュラムが組まれていない。大学によっては6年次はすべて国試対策にあてられている。すなわち医学部教育は6年ではなく5から5.5年となっているのが現状である。6年次の実習（クラークシップ）を充実させるための対策が必要と考えられる。
- 04 医師国家試験は、年を追うごとに質・量ともに増えてきています。故、6年生の医学教育は、国試中心の教育に変わってきています。医師の理想的な姿とは、患者の苦しみを分かち合える資質を持ち合わせなければいけません。そういう教育がないがしろにされてきているような気がしてなりません。国試は資格試験ですので、ある一定のレベル以上の能力の有無を判断する試験にすべきです。
- 05 国試の内容を吟味して、専門医試験まがいや重箱の隅の問題をなくし、いわゆる予備校的国試対策の必要性を減らすべきであろう。そのうえで臨床実習の期間が確保できる体制とするのが望ましい。国試の内容を変えて、臨床実習の質的变化を引き出すという考え方には賛同できない。臨床実習のあり方に関しては、必要な教員の確保と施設（臨床実習までの教育に必要なスキルラボなど）の整備は必須であり、GPなどの企画ではなく地道な活動に必要な予算を投入すべきである。
- 06 日本の医学生卒後のレベルは、国家試験を通っているのに、まだ残念ながら高くない方が多く、学生教育のバランスを再考しないといけないと思われる。これは、以前よりはだいぶよいものの、まだ日々臨床現場の実戦からややはなれた問題が多すぎるのと、分野平均的な出題となっており、卒後臨床研修で毎日必要な何科に進んでも大切な総合力（知識とコミュニケーション）についての現場重視の実戦的医学知識、患者への説明の仕方、頻繁にあるピットフォールについての学習を促すような設問をもっと増やしてよいと思われる。たとえば、主要兆候では、胸痛、呼吸困難、腹痛、背部痛、頭痛、めまい、発熱、全身倦怠感、などに関するそれぞれ20問連問くらいの各科基本的疾患の診断と対応、ピットフォールのような問題構成がほしい。また、病態では、高血圧、低血圧、



感染症、輸液、などについて、何科に進んでも大切な患者さん管理の基本事項の何パターンかを問う問題や、検査前、術前にリスクをどのように説明し、注意点は何かについて、卒後現場で毎日使うような基本知識とコミュニケーション技術についての問題が必要。すなわち、世界一の高齢社会で実践すべき何科にすすんでも毎日重要で頻度の多い病態へのアプローチやfollowに関する問題を重点的に増やすべきと思われる。また、不確実であるのが医療であり、この際、知識や技術と同等に（あるいはそれ以上に）コミュニケーション力は中心的な臨床能力であり、この不足こそが様々な日本の医療問題の根源である。したがって、大学入試のような知識を問う問題のみではなく、すぐ現場が必要であり、生涯の姿勢であるコミュニケーション、説明・対応の仕方、EBMの適切な考え方と適応、適切なインフォームドコンセント、インフォームドディシジョン、本当によくある主要症候のピットフォールとその説明にかんする問題を、学生時代から、教官も学生ももっともっと意識するように考慮した国家試験への変革が徐々に必要である。この際、もしこの分野の正解率が高くても、ここで一度学習するということが重要ではないかと思われる。よい患者中心の医療を実践し、教育の連鎖を築ける医療従事者を育成するということを重視した分野の問題数を増やした国家試験の改革が望ましいと思われる。

- 07 主に、First Aidを中心とした実技試験を課しても良いと思う。これにより、医師として国民から求められる、生命を助ける、倫理性、基本的知識と事前教育で主眼として実施する。国家試験を意識しすぎるあまり、臨床実習がおろそかになる学生がいる。もっと実習に考えて参加して欲しい。そのために、診断や治療について、その考えに至る経緯や根拠を問う問題を出題すれば、実習の質がより高められるのではないか。
- 08 実習における経験症例と領域別に最低限の経験症例数を示しその症例についてのレポート作成を義務づける。
- 09 態度と技能の評価は必須です。現在のMCQ型試験で技能と態度の評価ができないのは明らかです。したがって、現在の医師国家試験は医師法第9条違反といえます。現在のCATOを拡大(増員を含めて)させることを提案します。1)現在実施されているCBT、OSCEの質のさらなる向上を図り、国家試験に格上げすること。2)卒前の国家試験受験資格としてAdvanced OSCEを導入する。Advanced OSCEは各大学、もしくは実施可能(ビデオ撮影可能なOSCEセンターを備えている大学)な拠点大学で実施する。シナリオはCATOで作成し、試験当日は複数のモニター委員を実施大学へCATOから派遣する。従来のMCQ型医師国家試験は長文問題を中心に出題し、可能であればCBT形式とし、再試、追試を可能にする。また現在出題されている必修問題はCBTで代用可能と考えます。従って出題は長文問題を中心に計250~300題、2日で終了しては如何でしょうか(CBT+国家試験=500題で十分)。
- 10 1)原則的にOSCE(advanced)を義務づけて、学生及び教員のmotivationを上げる 2)上記のためには、より具体的な卒前に施行する内容及び評価を十分検討する必要がある。施行する為には費用もかかるので、このような点の配慮が欲しい。
- 11 卒前・卒後の臨床実習が連続して実施できるように、国試でのハードルは必要最低限をマスターしたかどうかを判定できるような質にすべきである。むしろ、共用試験でのハードルを高くするのが望ましい。
- 12 臨床実習をしっかりしていれば医師国家試験の勉強を特別しなくてもパスするような試験をすべ

きである。

- 13 上でも回答しましたが、臨床実習を十分に実施していない場合には出来ない問題とし、実施していれば容易に解答出来る問題がベストです。また、決して難問を増やす必要はないと思います。また、受験生が過度にストレスを感じる問題も不要と考えます。
- 14 卒前教育の臨床実習の質を高めるのが先決で、その次に医師国家試験のあり方を考えるべきだと思います。
- 15 診察技能、臨床推論、コミュニケーション能力などの技能や態度の評価を導入することによって、臨床実習の内容や質も変わってくると考えられる。しかし、一方で、現行の共用試験OSCEでみられるようなマニュアル化も避けがたく、かえって臨床実習が形骸化する可能性もないわけではない。その点への配慮が是非必要で、プロフェッショナリズムに関する要素を国家試験に取り入れていく必要がある。
- 16 出題形式を工夫して臨床実習の質が問える問題にする（現在の方向性は正しいと考える）
- 17 OSCE, CBTが臨床実習に入る前の関門になったので、臨床実習のレベル（到達目標や医行為の水準）をさらに高め、卒後臨床実習につなげるようにすべきと思う。そのためには、教育スタッフの拡充、質の向上が不可欠であろう。
- 18 国家試験が卒前の臨床実習と卒後の臨床実習を分断しないようにしなければならない。
- 19 1) 卒前・卒後の整合性（一貫性）、効率性を持たせた臨床教育が必要です。そのために、文部科学省・厚生労働省・医学部が連携し、より良い教育プログラムの構築に努めるべきと考えます。  
2) 現在、臨床実習や一般教養科目を縮減し、国家試験の合格率向上のために予備校化した医学部（最終学年は国試受験勉強を中心としている医学部）の存在が指摘されています。臨床実習を軽視する好ましくない状況を改善するよう、厚生労働省・文部科学省は指導力を発揮すべきと考えます。
- 20 医師国家試験のために十分な臨床実習が行われていない現状がある。医師国家試験が過度に難しく、6年次ではほとんどの時間を国家試験対策に費やさなければならない。臨床実習の質を高めるには5年次、6年次の2年間を通じて、現在行われている初期臨床研修のプライマリケアを実践できるだけの基本的な診療能力を身につける目標を設定する必要がある。このためには、国家試験の抜本的な改革を行う必要がある。また、質の向上のためには、学生が“医師”として診療に直接タッチできる環境を整える必要がある。このように、①一般人が臨床実習を行う学生を“医師”として、医療行為を受けることができるように啓発する、②知識を問う現行の国家試験をもう少しプライマリケアに重点を置いたレベルにする、③共用試験でのOSCEに準じた臨床実習目標を設定する、④臨床実習終了時には初期臨床研修を行うに必要な技能・態度の評価のためのOSCEを行う、などの改善が必要と考える。
- 21 現行のレベルで良いかと思いますが、いわゆるマイナー科については、必修問題の関係した問題に限定して出題するようにしてはと思います。そうしますと、内科、外科、救急、小児などメジャー科のクリニカルクラークシップの期間を十分に確保しやすくなり、その結果、プライマリケアに関連した実習時間を増やすことができるようになるように予想しています。
- 22 現状では、国家試験の内容を臨床に則したものに変わっても、現場でのスタッフ不足のため、臨床実習の質を高めることはできないと思います。まず臨床の現場において、教育に時間を割くことのできるスタッフを確保してからでないと卒前教育における臨床実習の質は高めることはできないと



思います。そして、教育担当スタッフが確保できたならば、臨床実習前にスタッフと医学生で国家試験問題を分析し、臨床実習から学ぶべきことを明らかにして、スタッフと医学生共に目的を持って実習に臨むようにするとよいと思います。質問に対する回答としては、少しずつしておりますが、よろしくお願ひ申し上げます。

- 23 複数意見を列挙する。1) 公衆衛生・医療倫理に関する問題は減らし、臨床問題の比重を高めるべきである。2) 複数の合併症をもった高齢者が、救命救急センターに搬送された場合の診断や治療の優先順位など、より実地臨床に則したような問題をもっと増やした方がよい。3) 学生にとっては善し悪しを別として医師国家試験に合格することが「最大の目標」である。厚労省は、卒前に修得しておくべき内容を明示し、その教育内容を各機関に周知・徹底させ、その内容が国家試験で問われる、という形にすべきではないか。そうすれば、臨床実習の質は事実上高められることになる。
- 24 国家試験では、臨床実習で学ぶべき内容が問われるようになりましたので、これは推進すべきだと思います。これにより臨床実習の質は、すでに向上しています。また、症例形式の問題は、考える力や分析能力などの臨床能力を問うことができる良い問題だと思いますので、今後もある程度の問題数を継続すべきだと思います。問題の質に関しては、考えさせる問題が増えており良い傾向だと思います。
- 25 卒前教育における臨床実習の充実には、国家試験もさることながら、臨床実習前のCBT、OSCEの充実が必須と考えます。すなわち、CBT、OSCEは、臨床実習開始のための資格試験的なものと捉えず、臨床実習を開始するにあたって、自らに何が欠けているのかを発見させ、それを、臨床実習で確実に獲得させるという自覚を持たせるという意義のほうが大きいと考えています。したがって、国家試験はその達成度を判定するというスタンスが重要であると思います。すなわち、国家試験はCBT、OSCEと密接に関連している必要があると思われまふ。したがって、コアカリもその達成時期が併記される必要があると思います。
- 26 CBTを準国家試験化し、現行の国家試験を平易にし、臨床に即したものとすべき。
- 27 一部私立大学で行われているような、6年生は受験対策の試験勉強のみを行うようなやり方は、誤っていると思う。6年生は前期はしっかりしたクリニカルクラークシップを行うよう各大学に指導すべきである。
- 28 Advanced OSCEの実施要項が臨床実習の質を高める最も重要な鍵となると考えます。それに伴う、臨床実習のガイドライン（コア・カリキュラム）が必要となると考えます。
- 29 教育関連病院の医者への参加を広く推進し、指導医を育成する。学外での臨床実習も必須とする。臨床教授や指導医の待遇を向上させる。
- 30 教育専門のスタッフを増員すべき。臨床実習における外科内科の期間を増やし、それぞれの診療科に臨床実習担当の医師を配置する。IT機器を用いて動画等による手技の教育を行いクリニカルクラークシップを充実させる。
- 31 医師国家試験の試験問題が難しすぎるように感じる。現在よりも標準的、一般的な内容にするべきと思われる。現行の国試は相対評価の導入もあり、医学生を臨床の場から遠ざける原因になっている。臨床実習を参加型にして質を高めるには、学生のパフォーマンス評価法を検討すべきである。ポートフォリオ評価などの導入も行うべきである。
- 32 ①CCSの全国レベルでの標準化を行う必要がある。そのためには、②国レベルでのガイドライン・

マニュアル・評価表を作成する必要がある。③全国共通評価表でBasic skill（技能）・態度・知識をチェックし、一定基準を満足する学生のみを国試受験対象者とする。④大学病院及び院外の基幹病院・診療所などと実際に連携してCCSを実施した上で国試問題作成のあり方を見返すべきだ。

- 33 6年生の実習が国家試験勉強のために十分なものになっていないので、CBTのようなものを国家試験とし、実技試験や実地試験などの評価は各大学で行うようなシステムにする必要がある。
- 34 3日間500問は負担が重い。
- 35 実技試験の到達目標を具体的にこまかく定め、臨床実習で行うべきことを明らかにする。
- 36 現行の医師国家試験制度は、多くの大学（特に私立大学）で国試予備校化と、6年次の臨床実習の形骸化を招いている。国家試験に実技試験を取り入れることで、まじめに臨床実習に取り組んで臨床能力を育成することが国家試験の合格につながるような制度に改革すべきである。
- 37 国家試験は知識を問う試験と実技試験を大学等の状況が整えば実施すると考えられていると思います。ただ、その歩みは大変遅く諸外国（アジア諸国においても）に比べてすでに遅れをとっています。厚生労働省に期待することは大ですが、その進捗度があまりにも遅いようです。臨床実習の質を向上させるためには、むしろ全国医学部長病院長会議が指針を明示して歩みを進めていただきたいと思います。たとえば、臨床実習終了時の到達目標を明確に掲げて各医学部・医科大学が足並みをそろえて臨床実習の実質化に努力することが前提となると思います。その上でそれに関する国家試験のあり方を考えることが大切だと思います。
- 38 臨床実習で経験しなければ解答出来ない問題を多数導入する。単なる受験勉強で合格するという愚を避ける。
- 39 上記とも重なりますが、知識を問う問題を難しくすると、臨床実習よりも座学の時間が多くなってしまいます。
- 40 ①相対基準導入以降、難関化がすすみ、私学だけでなく国公立においても第6学年次教育の国家試験対策が増加している。絶対基準で適切な水準が望まれる。②Advanced OSCE実施 ③上記とかわるが、臨床実習におけるスタンダードな到達目標の設定
- 41 国家試験に実技試験を導入する。試験が教育を変える。
- 42 ①臨床実習での到達目標を厚生労働省、あるいは文部科学省が具体的に提示する。（出題基準と同じような意味）②教員へのオリエンテーションの実施
- 43 文科省が認めた医学部卒業生を同時期に厚生労働省が国家試験を課すことで、医学教育カリキュラムのゆがみ、医学生に不合理で余分な負担、文科省教員の余分負担（厚労省のために問題作成と解答、合格判定）が生じている。また、研修もしていない医学生に一生涯医師の恒久的な資格を与えることで、医療に不合理が生じている。中でも医学部卒業時に医師国家試験を施行することに大きな矛盾を感じる。方策として医学部卒業により2年間研修医として働く資格を与え、卒業大学での研修を義務付ける。研修後、厚生労働省が独自の（文科省教員でない）問題作成委員により、問題作成を行い医師としての資格があるかどうかを選別すべきと考えます。
- 44 医師国家試験が難しくなったため、医学部6年次を丸1年間受験のために使う大学があり、これが臨床実習の質を下げている。医学部の卒業要件に臨床実習での研修内容の評価を加えるべき。また、国家試験には臨床実習でなければ学ぶことができない総合的、多診療科にまたがる良問を出題すべき。



- 45 現行の国家試験は難度が高すぎて、第6学年のかかなりの部分を国家試験対策に費やせざるをえない。このため診療参加型臨床実習が中断されてしまう。知識を問う国家試験は必要最小限度にして、各大学での卒業判定に共用試験アドバンスOSCEを導入することを提案したい。
- 46 医学科卒業OSCEの結果を、医師国家試験の認定基準の一部に含めることで、在学中の臨床実習、およびOSCEを充実させ、より意義の高いものにできると考えます。
- 47 国家試験の受験資格として症例報告を提出させるのはいかがでしょうか。試験範囲や評価方法によって学習者・教育者の態度は変化します。近年の国家試験では臨床実習に参加していないと答えにくい問題が増えており、望ましい変化と思われませんが、いずれ受験業者もそれに対応してきますのでたちごっことなります。症例は病棟・外来実習でしか経験できない物なので学生も教官も真剣に取り組むようになります。
- 48 国家試験に臨床実習に関わる問題が出題されれば、現場ではそれを意識した指導がなされると思う。現在よりも実習で習得する事項に関して、図や写真を中心とした問題を多く出題すればいいと思う。
- 49 現行の500題の多肢選択問題に対応するため、医学生および医学部教員は、医師国家試験の合格だけに意識が向いており、そのためカリキュラムにおける実地の臨床実習時間が諸外国に比して極端に少ない状況にある。これらを改善するために、臨床実習前の共用試験（医学知識・実技）での評価を、第三者機関の全国統一基準で、より確実に、客観的に評価することによって、臨床実習前のレベルを担保する。その後、型どおりのOSCEではなく、可能なら少し複雑な臨床推論の要素も含めたようなadvanced OSCEを実施して臨床実習の成果を確認する。これに対応して、医師国家試験については、全体をよりコンパクトにする。臨床分野問題の質の向上をはかることは必要であるが、より実地に近い内容とし、基礎系や社会医学系問題などは、CBT時点での評価とする。
- 50 臨床実習における技能と態度の評価（特に態度）を不可欠とし、その成績の提出を問う。もちろん大学間での標準化が必要。
- 51 国家試験（筆記）の問題に臨床実習の内容を反映させ、一方、通常の実習中には遭遇することの少ない疾患に関する問題や高難度の問題を少なくすることにより学習行動の変化が期待される。
- 52 現在の医師国家試験は昔より難しくなっているので、学生は強いストレスを感じています。5～6年の実習では長い時間病棟で過ごすことがなく、早く帰宅して知識の勉強をしています。すなわち、国試のハードルが高いので、実習に心を砕き、遅くまで患者のそばにいない、という現象になっています。国試のハードルをもう少し低くするか、あるいは徹底的に実習志向の国試にならねば、5年6年の臨床実習が中途半端になります。学生が国試をストレスに感じる程度が少なくなれば、5年生、6年生、初期研修1年目、初期臨床2年目の通算で計4年間の長い臨床実習期間が有効に生きてくると思います。現在は初めの2年で腰折れし、再度2年で似たような実習を繰り返しているように感じます。試験（評価）は学習者の勉学態度を決定します。すなわち臨床実習の質を高めるためには、臨床実習のを中心とした国試問題を作れば、学生は臨床実習に真面目に取り組むでしょう。
- 53 学部教育中に仮免許の判定をして、より高度な実習でも患者が受け入れやすい環境を作ることが必要
- 54 臨床実習の質を高めるためには、標準化が必要です。つまり、コアカリキュラムで明示された



目標を達成するための、具体的な方略、評価方法例を明示し、それに基本的に従い実習を行うし  
かないのではと感じております。もちろんそれが、大学の独自性を損ねる可能性も危惧されます  
が・・・、あるいは、臨床実習の期間を規定するだけでなく、6年生の10月まで実習を実施する  
等の縛りも必要かもしれません。

55 医師の担う全ての業務の知識と教養について、X2X3という形式で正確で詳細な想起レベルの知  
識を問う国家試験が卒業時に行われることが、卒前教育の改善を妨げています。医師が幅広い知識  
を必要とすることは確かですので、共用試験で評価する範囲を除き、出題範囲を研修医に必要な内  
容に焦点を絞り、病態を理解し、臨床の場で必要な判断を問う国家試験となれば、臨床実習を実質  
化することにもつながります。更に臨床研修終了時に試験範囲の一部を移行して、医師の資格試験  
を教育・研修の修得段階に応じて複数回にわたることが、1回の試験の負担を軽減し、臨床実習へ  
の関心を高め、研修終了の認定を実質化することにもつながります。どのように工夫しても多肢選  
択問題でコミュニケーション等の技能を評価することはできません。現行の試験は本来技能や態度  
で修得すべき内容さえも、知識として理解していれば良いという誤った教育目標を学生教員に植え  
込んでいます。試験の特性と出題形式を工夫することで、臨床場面の問題解決力を評価する試験と  
し、試験センターで一定期間の後に再受験できる方式にすれば、学生は有効な時間の使い方ができ  
ます。その上で、試験合格を卒業要件とすることができれば、大学は卒業試験に何ヶ月も割くので  
はなく、臨床実習をより長期に行うカリキュラムを作り、卒業判定には臨床実習も含めた成績を重  
要視することにもつながります。USAでもstep2CSを導入して卒前教育の変化が起きました。臨  
床実習の質を高め、さらに医師としての質の保証をするために国家試験としてのOSCEは必要だと  
考えます。

56 Advanced OSCE など、臨床実習を通して身につく手段に対する設問や、ビデオ問題の導入

#### V 医師国家試験のあり方全般にわたって、改善のための提案やご意見、厚生労働省や関係機関に対 する要望等、ご意見をお書き下さい。〈44件〉

- 01 基本的知識を基にして、考えて答えが導かれる様な問題を希望する。重箱のスマはもういい。
- 02 このことについて学内教員から意見を募ったところ、「現行通りでよい」との声が寄せられまし  
た。
- 03 評価法で学習方法が変わるといわれるが、ここ数年の国家試験の変革は、そのことを雄弁に語る  
内容であったと思います。国家試験の出題に関わっている先生方に敬意を表したいと思います。た  
だ、この国家試験の変貌を身で感じているは、学生側であり、大学の教官ではないことに心配を  
覚えます。「初期臨床研修開始前の到達目標」的なものが示されるといいのではないかと思います。  
この中にはアドバンストOSCEの到達目標も記載されると、大学側の意識改革にもなります。
- 04 上記【IV】のように6年次教育を充実させるための工夫、国家試験のあり方、評価法を再考す  
る必要があると考える。CBT/OSCEのハードルを上げ、むしろ国家試験は確認のレベルにすれば、  
6年次実習もさらに充実可能ではないだろうか。
- 05 合格する医師数を調節するための試験ではなく、一定レベルをパスすれば、合格するような試験  
にすべきです。

- 06 医師国家試験の受験回数の制限（司法試験と同様に3回まで等）の検討を強く要望します。また、医師国家試験の信頼性と妥当性について分析結果を報告して頂きたい。信頼性の分析は容易であり詳細な検討がなされていることと思われる。一方、妥当性については5つの構成要件および妥当性の脅威について、いかなる分析がなされ、どのように正当性が担保されているのか、是非、公表してほしい。
- 07 国家試験の発表が遅く、遠方の研修を予定していた学生は困惑していた。今年は月曜だったが、金曜に出来なかったか。
- 08 国家試験の試験日と合否通知までの期間を可能な限り短くすることをご検討いただきたい。
- 09

#### 1.ブループリントの見直し

モデル・コア・カリキュラムと医師国家試験ブループリントを摺り合わせて、連続性を持たせるべきです。

- ・可能であれば、項目だけでなく、習得すべきレベルも示します。

#### 2.問題数、問題形式

臨床の知識は主として臨床問題の形式で問う。実地臨床に即した症例問題として長文形式が良いと考えます。

- ・必修問題に関しては、現在施行されているCBTにて代用可能であり、廃止しては如何でしょうか。
- ・禁忌肢問題は必要がないと考えます。逆に教育的には公表し、学んでもらえれば良いかと考えます。禁忌肢設定が推定される問題は解答しないなどの馬鹿げた受験テクニックがあるとも聞いています。
- ・形式はAタイプがベスト。X2はあってもよいが20%以下とする。
- ・X3、「すべて選べ」形式の必要性は少ないと考えます。

多肢選択の意義について：

問題の種類によっては5択では作成し難い問題があり、その際は多選択肢を利用する。

例)障害されている脳神経はどれか。(左右あるので選択肢が5肢ではなく、6、8肢がbetter)

- a 右動眼神経
- b 左動眼神経
- c 右滑車神経
- d 左滑車神経
- e 右外転神経      の5択よりも

- a 右動眼神経
- b 左動眼神経
- c 右滑車神経
- d 左滑車神経
- e 右外転神経
- f 左外転神経
- g 右顔面神経

h 左顔面神経 の8肢がbetter

- ・計算問題はあってもよい。
- ・可能であればCBT形式にして実際の臨床判断に近い、臨床問題の連問を中心とする。
- ・問題数は250～300題、2日で終了とする。CBT+医師国家試験=500題で十分と考えます。
- ・英語問題：今の出題内容では、学生に医学英語を勉強させるincentiveにはならず、意味がないと考えます。

10 1)毎年お願いしていますが、国試の成績は学生個人に配付され、大学には通知されません。発表時には既に卒業してしまった学生からデータを収集することは大きな労力が必要であり、かつなかなか完全なデータは得られません。特に不合格者のデータは教育上必要です。文科省と厚労省で管轄がことなるかもしれませんが、大学に卒業者の成績をもらえるように要望いたします。 2)不適切問題の扱いのルールを明確にしてほしい。(除外にするのか、正答は認めるのか、受験生に不利にならないルール) 3)医療器具の選択問題において、稀に全国的にスタンダードでない器具が出題されているので、検討願いたい。

11 共用試験との連携を強化すべきである。

12 現状の医師国家試験は卒前の医学教育全体をゆがめており、早急に改善すべきである。

13 卒業試験の個々の問題の改善は疑う余地がないものの、全体としてボリュームが多すぎる。学生は準備に半年から1年をかけ、臨床実習の形骸化を招いている。改善策として以下を提案する。細かな知識は全国共用試験でチェックしているので、共用試験の合格基準を一律にして、共用試験合格が医師国家試験の必要条件とする。国家試験は、臨床実習で経験した30徴候ぐらいに絞って、実地に即した問題とOSCEでよいのではないか？

14 国家試験の問題数はもう少し少なくしても合否判定に影響は出ないと考えます。

15 欧米からの交換留学生と日本の医学生知識レベルの差は歴然としています。わが国の医学教育の質を高めるのは必須です。医師国家試験の改善の前にわが国の医学教育の改善を図るのが先決と思います。

16 現在の臨床的知識や技能を問う傾向を是非、維持、推進していただきたい。合格発表は少なくとも3月初旬には行えるようより一層の努力をお願いしたい。

17 医師国家試験は資格試験であり、相対評価試験であるべきでない。入学定員の90%しか合格させないという方針自体に問題がある。ある一定の基準をクリアした学生はすべて合格させるべきである。あまり細かい知識を試験しても実際の臨床で役立たない。

18 医師国家試験と臨床実習前に施行されているCBT、OSCEとの整合性（理念、出題範囲、出題形式など）について、医学部・医科大学、厚生労働省、文部科学省が緊密な連携の下で、今後の在り方について、検討すべきと考えます。また、国家試験を受験した直後の医学生の意見の集約・検討も大切だと思います。試験時期は適切ですが、発表までの期間を短縮する要望が医師国家試験受験生の中からありました。

19 医師国家試験を、①知識を問う現行の国家試験と②技能・態度を問うOSCEの2つで行うことは賛成である。この場合には、ペーパー試験でのレベルを「医師として第1歩を踏み出す」レベルとする。現行の国家試験を助教あるいは講師に出題しても良くて50%前後の正解率であり、必修問題に近い内容の試験とすることが重要である。そして、合格基準点は現行より高い80～90%とする



ことで、基本的な知識を有する医師を育成できる。また、OSCEにより技能・態度を適切に判定し、初期臨床研修での「医師としての人格を涵養できる」国家試験合格者とする必要がある。国家試験と初期臨床研修との関連、合格者の研修へのスムーズな移行が可能なように、ペーパー試験とOSCEを変更する必要があり、このための経済的な投資（機構あるいはセンターの設立など）は惜しむべきではない。

20 国家試験の難易度、想起タイプ以外の問題の出題数、臨床実習重視の設問内容など大きな指摘事項はないように思います。国家試験のOSCE導入については、評価項目、診察手技など広く意見を吸収するなどの環境整備、評価基準（不合格基準）の設定などについては慎重に対応すべきです。不合格基準は現行の共用試験OSCEの概略評価1レベルが妥当と思います。

21 ①一般、臨床問題において、「採点対象から除外する」という問題の扱いは、必修問題と同様に「正解した受験者については、採点対象に含め、不正解の受験者については採点対象から除外する。」として頂きたいと思います。一旦、国家試験として出題されたものを、難しいからといって削除にされると、正解すべく時間をさいて考えた受験生にとって、不利となり、不公平であると思われる。②不適切問題が多すぎる。受験生は、当然のことながら、試験中にはどの問題が不適切になるか分からない。年1回の試験において、難問に遭遇し、出来が良くないと思い、焦りながら過ごす3日間の精神的ストレスは相当なものである。特に、必修問題では80%以上と絶対基準があるので、そのストレスは計り知れない。このような受験生の心理状態を考慮し、出題には充分配慮して頂きたいと思います。③合格発表が遅すぎる。これまでにもこのことは、話題にのぼっているが、早急に対処して頂きたいと思います。せめて、3月中旬に発表して頂きたいと思います。よろしく願い申し上げます。

22 1)一般問題と必修問題の定義を明確にする。必修問題と一般問題とを分けて別々に合格基準を設定することの妥当性があるのか。臨床問題と一般問題の2区分でも足りるのではないか。2)禁忌肢問題の上限が今回から「3問以下」となった。禁忌肢問題の公表は必要。3)心のケアに関心がもてる医師を増やす観点から、精神医学領域からの出題をもっと増やしたらどうか。4)各問題につき、全国と各機関の正答率を示すようにして貰いたい。各機関ごとで教育が十分なされているか、不足であるかの評価は重要である。5)受験生の思考力を問うことは重要である。しかし現状では、適正な評価を得られる出題が少ない。多人数によるブラッシュアップが絶対に必要である。それができないのであれば、限られた出題者のみの思い込みで、設定条件が不足するような、または余りに偏った見解を正答とすべきではない。真の意味で、思考力を問う出題はそれほど簡単ではないだろう。6)合否発表をもっと早期にできないか。

23 Advanced OSCEを国家試験に導入することは賛成ですが、80校すべての大学で実施するには、やはりまだ相当の時間が必要と思います。したがって、実施方法等に関しては、少なくとも3年ぐらい前から各大学にアナウンスすべきと考えます。試験問題の質は、毎年向上しており、しかも公表されていることは、受験者の国試対策にも、とても良いことと感じています。

24 卒後臨床研修開始の時期を鑑みると、今年度の如き、合格発表が3月29日になるというのは、事務的な観点から非常にタイトな日程となります。この点を改善していただきたいと思います。試験会場の設定が地方大学の受験生にとっては不公平と考えられます。試験会場の分散化も必要と考えます。



- 25 Advanced OSCEを国家試験で実施する方向で厚生労働省は準備を進めているのか公表してもらいたいと思います。また、何時実施するかは、医学部教育が6年一貫であることを考慮して6年以上前からの公表が望ましいと考えます。
- 26 試験のレベルを維持する。Advanced OSCE を組み込む。
- 27 Advanced OSCEの導入は、不確定な部分もあり、慎重に検討すべきであろう。
- 28 国家試験の合格率89.2%（新卒92.8%）であり、昨年91.0%（新卒94.8%）、一昨年90.6%（新卒94.4%）よりも低下した。人数についても今回の合格者数は7538名であり、昨年の7668名、一昨年の7733名を大幅に下回った。医師不足による入学定員増が行われている時期に研修医数を縮小させる結果をもたらす判定を行ったことについて、大学のみでなく国民がそれなりに納得できる論理的な説明が必要である。厚生労働省医政局医事課や国家試験担当者には自らの社会的責任にもとづく明快な説明を求めたい。臨床実習前の第1段階目の評価、臨床実習後・研修前の第2段階目の評価、臨床研修終了時の第3段階目の評価、さらに専門医のための評価などを含めて、多様な段階を追ったキャリアアップ、生涯学習プランと関連した公的評価方式を検討してはどうか。（その際には、国家試験として行うべきか否かの議論も必要と思われる。）
- 29 ①国試合格発表日を遅くとも3月中旬位までにして頂きたい。何故なら、3月下旬に実施されると4月からすぐに外部病院に赴任することになり、その年度の国試の分析（含、聞きとり調査、アンケートなど）が充分行う時間的余裕がないから。
- 30 資格試験として厚生労働省が求める基準、合格率や各分野毎の適正医師数などを明確にする必要がある。
- 31 受験機会を3回に限定するか、卒業後3年以上経過したら受験資格を与えないことが望ましい。受験者自身にとっても人生の区切りを明確にして早く新しい人生を歩むことができる点でかえって好ましいと考える。
- 32 現行の国家試験は、範囲が広く学生の負担が大きすぎます。CBTを国家試験の一部にとらえ、CBTでの出題分野（例えば基礎医学からの出題）を国試の出題範囲から除いて、もっと簡略化すべきと考えます。
- 33 国家試験作問委員は全国80の医学部・医科大学から広く参加できるようにお願いしたい。
- 34 国試ガイドライン改訂に当たって、臨床現場の医師、医学教育担当教員の意見を幅広く聴取することを行って頂きたい。
- 35 ①共用試験と連携し、内容、難易度など段階的に適切な学習を導くよう統一的デザインが必要。②発表まで1ヶ月半あるわけで、MCQ問題以外の形式による出題も本来は可能であろう。③多浪生の回数制限 II-3の補足：基礎医学は解剖生理に偏りすぎ、現代の生活習慣病、免疫アレルギー疾患の増加を考えると代謝生化学、免疫学からも出題すべき。
- 36 医学部教育と卒後臨床研修（2年間）を密接にリンクさせ、臨床医としての適性を見極めることが必要。そのためには、卒業時点での医学的知識を問う国家試験（医学部卒業者のキャリアパスとしての称号）と、卒後臨床研修を通しての臨床医としての適性評価（レジデントプログラムの責任医師による臨床知識、技量、人間性の客観的評価）の2段階評価。
- 37 医師国家試験が目的化し、大学が予備校化しつつある。知識についてはCBTがかなり役割を担いつつあり、卒業時の国家試験はもっと基本的技能に重点を置くのが良いと思われる。また、研究能

力や意識を持つことが何らかの形で反映されるシステムの導入も有意義であろう。

- 38 試験の内容・方法（評価評価方法）によって学習者の行動は左右されます。現行の医師国家試験は実施者・受験者双方の負担が少なく、客観性が高い点では優れた試験方法です。これに合格しないようでは医師としての意欲・能力が疑われます。近年は臨床実習を反映した内容も増えており、少しずつ改善されているように感じます。しかし国家試験で高得点をとった者ほど良い医療人であるとは言い難く、この点で妥当性に乏しいと考えます。医師の偏在など多くの国内問題がありますが、国家戦略としては他の先進諸国と互角に渡り合えるような医療人の育成が急務です。中国や韓国も急速に発展を遂げています。いずれ日本の医療もグローバルズムに飲み込まれていきますが（実際、健診の放射線読影をおこなう海外の医療機関もあるようです）、そのときに医療を外国に依存しなくてすむように、むしろ海外に進出できるような医療体制を整えるべきと考えます。医師国家試験は国が直接医療の質・量をコントロールできる数少ない機会の一つです。医療行政にあって最重要課題であると思われまます。
- 39 試験としてではなく制度として技能、態度を問う形にすべく、根本的な見直しが必要。しかし、大学教員に負担を増やさない改革方針とする。
- 40 学生が医学部6年の後半を医師国家試験の対策に費やさなければならない現状を考えると将来的には、2段階の試験なども考慮しないとイケないのかもしれない
- 41 国試は資格試験として公平性、透明性などがよく構築されていますので、制度としては整っています。しかしこれが学生の勉学態度にマイナスになっている面も考えなくてはならないと思います。特に上に書いたように国試のハードルをもう少し低くするか、あるいは徹底的に実習志向の国試にならねば学生の勉学態度に影響すると思います。CBTが軌道に乗ってきたので、国試とCBTの役割分担を模索していくことが必要かと思えます。例えば、CBTで知識を問い、国試は技術と態度を問う、というすみ分けはいかがでしょうか。
- 42 もし、臨床実技試験が実施されるのであれば、現状の医師国家試験(知識評価)は2日間で良いと思います。
- 43 教員が本質的な教育をめざしても、国家試験合格率が教育評価と見なされ、国家試験のための教育、学習を強いられています。改善は急務です。医師国家試験が唯一の医師の認定評価のために、1回の試験に医師に求められている能力を限りなく出題範囲に盛り込み膨大な内容になってしまいました。問題解決能力、key featuresを評価する北米の試験とは全く異なる出題形式であることから、試験の理念を欠き、試験設計上の問題を抱えていると評価せざるを得ないと考えます。改善のためには、1)コンピューターでの試験。受験日を分散し、複数回の受験も可能になります。より優れた臨床問題を出すことも可能です。新たな試験の導入に伴い試験問題を非公開性にする必要を受験生、教員、国民に理解してもらい、削除問題などない、良質な試験で正しい判断をすることを可能にすべきです。共用試験で各大学に備えられた設備やその他の試験センターを活用することで実現します。2)OSCEの導入。医学教育の内容に踏み込んだ認証制度がないため、国家試験としてのOSCEは必要です。各大学での実施は妥当性、信頼性の点から不適切であり、専任スタッフによる試験センターで実施することにより、合否判定をするに足る質の高い試験ができ、大学教員は自分の大学での臨床実習を含めた教育に専念することができます。センター設立は必要要件と考えます。3)国家試験に関する研究と大学教員との情報交換。USMLEでは、試験の質に関する調査研究を常

に行い、スタッフが精力的に論文発表をしています。また、AAMCでは、USLMEスタッフによる試験に関する新たな情報提供や、研究成果の発表があり、大学の教員が最新の情報を得る機会、意見交換をする機会があります。国家試験は「有識者」だけが作り、情報を知っていれば良いという考えではなく、あり方、方向性も含めて教育者との幅広い議論の場があるべきだと考えます。資格試験というHigh-stakesな試験では、教育をする立場と評価をする立場は明確にわける必要があり、その上で双方のコミュニケーションが十分に図られる構造を作ることも重要だと考えます。

44 医師国家試験を卒業要件にする。つまり、国家試験を医学部在学中に取得した後に卒業する。