

医師国家試験改善検討部会
報告書

平成 23 年 6 月 9 日

目 次

1. はじめに	1
2. 改善に係る基本的な考え方	1
(1) 医師国家試験について	1
(2) 医師国家試験受験資格認定について	1
3. 医師国家試験問題について	2
(1) 出題内容について	2
① 医師国家試験出題基準について	2
② 個々の問題内容について	3
③ 出題数について	3
④ 問題形式について	4
(2) 合格基準について	4
(3) 受験回数制限について	5
(4) プール制について	5
① 公募問題の活用について	6
② 既出問題の活用について	7
4. 医師国家試験受験資格認定について	7
(1) 「本試験認定」について	7
(2) 「予備試験認定」について	8
5. OSCE（客観的臨床能力試験）について	9
6. その他	10
7. 結語	10

1. はじめに

医師国家試験は、昭和21年に第1回が実施され、以後、医療を取り巻く状況及び医療の進歩に合わせ、その都度改善が行われてきた。

平成22年12月に設置された医道審議会医師分科会医師国家試験改善検討部会において、現行の医師国家試験に関する評価と改善事項の検討を開始し、以後ワーキンググループでの議論も含めて10回にわたり検討を重ねてきた。今般、医師国家試験の改善に関する基本的な方向性等についての意見を取りまとめたので、ここに報告する。

なお、本報告書で示している改善事項のうち、速やかに着手可能な事項については、早急に対応することが求められる。また、出題基準に関する事項については、今後の改定を経て平成25年（第107回）の試験から適用することが望ましい。

2. 改善に係る基本的な考え方

(1) 医師国家試験について

現在の医師国家試験は、平成19年3月に取りまとめられた医師国家試験改善検討部会報告書を踏まえて実施されている。同報告書では「医師養成における各段階の到達目標が一連の整合性を持つように検討すべきであり、卒前教育におけるモデル・コア・カリキュラム、共用試験や卒後臨床研修の到達目標等との連携をさらに意識して、医師国家試験の果たすべき役割を十分に発揮できるものとなるようにするべきである」とされた。この視点の重要性は、今なお失われていない。

こうした視点で近年の医師国家試験をみると、臨床実地問題の充実等、知識を問う試験問題は一定程度改善がみられるものの未だ課題が多く、一方で技能や態度の評価が充分に行われていない等の課題も残っている。

そこで、本改善検討部会では、医師国家試験を卒前教育・卒後臨床研修を含めた一連の医師養成過程の中に位置付けた上で、近年の医学教育を巡る動向^{※1}を踏まえつつ、医師の資質の向上のため各方面の関係者が取り組むべき具体的な改善策を示すこととした。

(2) 医師国家試験受験資格認定について

外国の医学校を卒業し、我が国で医業を行うことを希望する者（以下、「外国医師等」という。）については、一定の要件を満たす場合に医師国家試験の受験資格を認定している。近年、医療のグローバル化を反映して、受験資格

¹ [別添1] を参照。

認定希望者が増加傾向にあり、制度の在り方を検討する必要性が生じている。なお、この中には日本人も少なくない。

国内で医師免許を取得した外国人には在留資格が付与されるなど、医師の移動に関する我が国の規制が諸外国に比して緩やかであることを考慮すると、唯一の関門に相当する医師国家試験の受験資格認定の際には、患者にとって安心・安全な医療を確保するという観点が必要である。一方で、我が国の医療に貢献しようとする外国医師等に対し、適切に受験機会を付与する必要がある。本改善検討部会では、新しい制度の方向性を提言するにあたり、この2点の均衡に配慮することを重視した。

3. 医師国家試験問題について

(1) 出題内容について

① 医師国家試験出題基準について

現行の医師国家試験は、医師国家試験出題基準^{※2}（平成21年版）に準拠して出題されている。この出題基準は、「必修の基本的事項」、「医学総論」及び「医学各論」から構成され、概ね4年に1度改定が行われている^{※3}。

一連の医師養成過程における医師国家試験の在り方を考えると、医師国家試験では、臨床実習での学習成果を中心とした臨床研修開始前の到達度を確認することに主眼を置くべきである。したがって、出題基準の改定に際しては、医学教育モデル・コア・カリキュラム^{※4}で明示されている到達目標との整合を図ることが望ましい。

また、医師国家試験出題基準にはブループリント^{※5}が設けられ、毎年の出題に大幅な偏りが生じないようにされている。社会的に要請の高い分野を含めた幅広い領域から出題すること自体は、医療のニーズが拡大している昨今において重要であるが、試験委員の裁量で頻度や緊急性の高い疾患を優先的に出題できるよう、可能な限り細かな出題割合の指定を廃した上で、項目毎の出題割合については卒後臨床研修で対応を求められる頻度の高い疾患に重点を置く方向で見直すことが望ましい。

2 医師国家試験出題基準は、医師国家試験の「妥当な範囲」と「適切なレベル」とを項目によって整理したもので、試験委員が出題に際して準拠する。

3 [別添2]を参照。

4 医学教育モデル・コア・カリキュラムは、医学生が卒業までに最低限履修すべき学習内容を定めたもの。平成13年3月に策定され、平成19年度・22年度に改訂された。

5 ブループリント（医師国家試験設計表）は、出題基準の各項目・評価領域ごとに出題割合を規定したものの。

②個々の問題内容について

医師国家試験については、問題作成から最終確定に至るまで、医師試験委員会がその重責を担っている。試験委員は、診療・教育・研究に係る多忙な日常業務に加えて、物理的・心理的な負担の大きな責務を全うしており、称賛に値する。しかし、近年の医師国家試験では、卒前教育の到達目標を超え、高度な専門的事項を問う出題もみられる。医師国家試験問題は、医療に第一歩を踏み出し、指導医の下でその任務を果たすのに必要な水準とすべきであり、個々の問題作成に際してなお一層の工夫を求める必要がある。

まず、問題作成時には、医学生が臨床実習に主体的に取り組んだ場合に経験可能な事項や卒後臨床研修で実際に対応が求められる状況について、具体的に想定することが重要である。

また、列挙された特徴的なキーワードから疾患名を想起させるのではなく、症候から優先順位を考慮しつつ鑑別診断を進めていくという臨床医の思考過程に沿った問題を作成するよう努めることが望ましい。

③出題数について

医師国家試験で問う内容を見直すべきであることは前述のとおりであるが、その具体的な方向性としては、「臨床実地問題」の出題を軸としつつ基本的臨床能力を問う出題に重点化していくことが望ましい。こうした観点から、現在 250 題が出題されている「一般問題」の出題数を再考する余地がある。特に、「一般問題」の一部は臨床実習前の共用試験^{※6}で評価できるとの見方があることから、共用試験で評価がなされた受験者に課す試験として医師国家試験の位置付けを明確化し、その上で「一般問題」の出題数を減じることが現実的と考えられる。ただし、そのためには、各大学医学部・医科大学において現在統一されていない共用試験に基づく成績評価が、一定程度標準化されることが必要となる。

一方で、重要な事項は繰り返し問うべきであるという意見、結果的に問題数が減少することにより学習到達度の高い受験者を識別するという意味での試験の信頼性が低下することを危惧する意見等もある。したがって、当面は現行の 500 題を維持した上で、卒前教育の動向をみながら出題数の在り方について引き続き議論していく必要がある。

⁶ 共用試験は、臨床実習開始前の学生の態度、技能、知識を評価するための試験。コンピュータを活用した試験による知識の評価（CBT）と、実技試験による診察技能や態度の評価（OSCE）により行われている。平成 17 年度から本格導入された。

④問題形式について

従来、選択肢数を5肢とするAタイプ^{※7}とX2タイプ^{※8}が出題されてきたが、平成21年(第103回)試験以降、新たな問題形式(X3タイプ^{※9}・LAタイプ^{※10}・計算問題)が一部の問題に適用されている。

テスト理論に基づいてテスト設計を行う際、1つの試験の中では問題形式を統一するのが好ましいと考えられるが、新たな問題形式を用いることがその問題の出題趣旨に沿うのであれば、形式毎の問題数を一定程度固定した上で活用することは実用上問題ない。また、新たな問題形式と出題内容の適合性については、現時点では導入実績が少なく評価が困難であるため、今後の課題とする必要がある。特にLAタイプは、鑑別診断を問う出題等、同形式がより適切と判断される問題であるかどうかを吟味した上で出題されることが望ましい。また、これまで未出題のXXタイプ^{※11}については、受験者が本質的でない部分にも過剰な注意を払い、必要以上に負担が大きくなる恐れがあること等から、今後も採用しない。

応用力を問うタクソノミー^{※12}Ⅱ型・Ⅲ型の出題については、引き続き出題を奨励すべきである。特にタクソノミーⅢ型については、主要症候の鑑別診断に係る検査計画や初期救急で必要な治療法等、卒後臨床研修で自ら判断して問題解決にあたるべき状況について用いることが望ましい。

(2) 合格基準について

現行の医師国家試験では、「必修問題」、「一般問題」及び「臨床実地問題」の各々の得点と、禁忌肢の選択状況をもとに合否が決定されている。その際、「必修問題」の合格基準は絶対基準を用いて最低の合格レベルを80%とし、「一般問題」及び「臨床実地問題」の合格基準は各々平均点と標準偏差とを用いた相対基準を用いて設定されている。その結果、合格率は概ね90%前後で推移している^{※13}。

7 A type は、5つの選択肢から1つの正解肢を選ぶ形式の問題として使用。

8 X2 type は、5つの選択肢から2つの正解肢を選ぶ形式の問題として使用。

9 X3 type は、5つの選択肢から3つの正解肢を選ぶ形式の問題として使用。

10 LA type は、6以上の選択肢から1つの正解肢を選ぶ形式の問題として使用。

11 XX type は、選ぶべき正解肢の個数を受験者に明示しない形式の問題。

例：「正しいのはどれか。すべて選べ。」

12 タクソノミー (taxonomy、評価領域分類) は、教育目標毎に問題の解答に要する知的能力のレベルを分類したもので、一般に認知領域ではⅠ・Ⅱ・Ⅲ型に分類される。Ⅰ型は単純な知識の想起によって解答できる問題であり、Ⅱ型は与えられた情報を理解・解釈してその結果に基づいて解答する問題であり、Ⅲ型は設問文の状況を理解・解釈した上で、各選択肢の持つ意味を解釈して具体的な問題解決を求める問題である。

13 [別添3]を参照。

こうした合格基準の考え方については、高い水準で絶対基準が適用される「必修問題」の存在が受験者の負担感を増しているという意見がある一方で、相対基準に対し、受験者への心理的負担が過重であるとの意見や資格試験の在り方としてふさわしくないとの意見もある。両者を併用する手法には一定の合理性があり、現実には大きな混乱を認めていないことから、合格基準は現行の考え方を引き続き採用することが望ましい。

医師国家試験においては、生命や臓器機能の廃絶に関わるような解答や倫理的に誤った解答をする受験者の合格を避ける目的で、禁忌肢が設定されている。

この禁忌肢の存在が受験者に必要以上の緊張を与えており、優秀な受験者が偶発的に禁忌肢を選択し不合格となっているのではないかと、との指摘がある。しかしながら、実際に禁忌肢に関する事項のみで不合格となった者は少数であり^{※14}、上記の指摘を一般化することはできない一方、医療安全が様々な観点で国民の重大な関心事項となっている昨今、医師が知識不足や判断の単純な誤りによって患者に深刻な損害を及ぼすことは許されないことから、禁忌肢の取扱いは従来どおりとすることが望ましい。

(3) 受験回数制限について

医師国家試験における受験回数制限の導入の是非については、長年議論が続けられ、平成19年3月の改善検討部会報告書においても引き続き検討することとされたところである。

しかしながら、多数回不合格者^{※15}の個々の現況を把握する現実的な手段はなく、多数回の不合格を経て合格した者を排除する必要性を明確に示すことはできない上、多数回受験後に合格した者が医師として適格か否かを判断する基準を設定することも極めて困難である。

したがって、今後も受験回数制限を導入しないこととする。

(4) プール制について

平成10年度の改善検討部会の提言により、医師国家試験においてプール制^{※16}の導入を目指すこととなった。これにより、平成12年度から試験問

¹⁴ [別添4]を参照。

¹⁵ [別添5]を参照。

¹⁶ 「プール制」は、試験問題を予め作成・蓄積しておき、その中から出題することを意味して用いている。特に、問題を試行的に出題し、事前に正解率等を評価した上で、良質な問題を採点対象として出題することが重視される。

題の公募、試行問題の出題及び問題冊子の回収が行われることとなった。将来的には、公募問題と既出問題を合わせて数万題規模のプールの整備が目指されていた。

しかし、試験問題と正解肢の開示請求に係る情報公開・個人情報審査会の答申^{※17}を受けて、平成 19 年（第 101 回）以降、問題冊子の持ち帰りを認め、試行問題の出題も中止された。それ以降も、公募問題と既出問題の利用が続けられているが、事実上プール制への移行は困難となり、試験委員会が作成する新規問題が現在もなお医師国家試験の主体をなしているのが現状である。その理由として、医療の進歩が早いために過去に作成された問題の妥当性が後になって損なわれる可能性があること、公募問題のうち実際の出題に適するものの数が限られること、公募問題の選定や推敲に要する負担が大きい場合が多いこと、既出問題の多用はいわゆる受験勉強を促進する側面をもつこと等が挙げられる。

上述した背景や我が国の実情を踏まえると、問題開示が義務化された今日、プール制への完全移行のためではなく、試験委員会の負担を緩和しつつ時宜に適った問題を継続的に出題するための方策として、公募問題と既出問題の活用方法を整理し直すべきであるとの認識に至った。

①公募問題の活用について

問題公募システムは、出題依頼に応じた大学医学部・医科大学、臨床研修指定病院及び社団法人日本医師会によって問題が登録される仕組みとなっている。

多様な観点からの出題を推進するため、試験委員会において公募問題を積極的に活用することが望ましい。こうした取組により、試験委員は問題の選定や吟味により一層注力できると考えられる。

また、本改善検討部会においては、各団体から更なる協力を得る策として、団体毎の応募数や採択率を公表してはどうかという提案や、良問の作成者を試験委員として選任し、その経験が各団体で評価されるような仕組みとなれば医学教育に熱意ある若手医師が活躍できるとの意見もあった。このような問題公募システムの二次的な利活用についても、今後検討することが望まれる。

¹⁷ 「行政機関の保有する情報の公開に関する法律」に基づき、平成 17 年に出されたもの。「プール制を導入することにより本件試験問題を公にできないという必然性があるとは言えない」とされた。

②既出問題の活用について

既出問題については、過去に出題された際のデータを踏まえた活用が可能である一方、医療の進歩により出題当時と現在で正解が異なっていることも想定される。特に、「臨床実地問題」は医療の進歩に伴う変化が大きく、大幅な修正を要する場合が多い。したがって、実際に既出問題を活用する際には、主として原理・原則等を問う「一般問題」について利用することが望ましい。また、受験者に対して過去の出題例を多数勉強することが有利との印象を与えないよう、量的には従来の水準にとどめることが適切である。

4. 医師国家試験受験資格認定について

現行制度上、外国医師等が受験資格の認定申請を行うと、基準に基づく書類審査によって「本試験認定見込み」、「予備試験認定」又は「不認定」のいずれかとなる^{※18}。本試験認定者と予備試験認定者とは、それぞれ新規に毎年数十人程度おり、いずれも増加傾向にある^{※19}。この中には、外国の医学校を卒業した日本人が少なくない。また、我が国の医師免許取得を目的として、我が国の大学医学部・医科大学ではなく外国の医学校に進学する者が見受けられ、近年のこの傾向について懸念する意見もある。

(1) 「本試験認定」について

「本試験認定見込み」とされた者は、日本語診療能力調査^{※20}で一定水準に達していることが確認された上で「本試験認定」となり、医師国家試験の受験資格を得る。

近年の国際的な動向を踏まえると、卒業した医学校が5年制であることや国家試験制度がないことをもって申請者が受けた医学教育を不十分とするには根拠が乏しいこと、専門教育の修業時間については欧州における基準として「5,500時間以上」^{※21}が提唱されていること等から、現行の認定基準を合理的な観点から見直す必要性は高いと考えられる。

一方で、一定の要件を満たす者に対して自国民への医療行為を認める仕組

18 [別添6]、[別添7]を参照。

19 [別添8]、[別添9]、[別添10]、[別添11]を参照。

20 日本語を用いて診療を行うために十分な能力を有しているか否かの調査。具体的には、適切な質問をして医療面接を行うことができるか、診療に関する事項を患者に分かりやすく説明できるか、基本的な医療記録を日本語で作成できるか等について調査される。

21 WFME (World Federation for Medical Education) と AMEE (Association for Medical Education in Europe) が 5,500 時間以上の専門教育の必要性を提唱している。

出典：STATEMENT ON THE BOLOGNA PROCESS AND MEDICAL EDUCATION (2005)
http://www.aic.lv/bologna/Bologna/contrib/Statem_oth/WFME-AMEE.pdf#search=WFME%20&%20AMEE%202005

み自体が整備されていない国の場合は、当該国での医学教育に対しても質的担保を得ることは困難と考えられる。そのため、公的な医師免許制度がある国で医学教育を受けた申請者が当該国の医師免許を現に有していることは、認定基準として重要である。

また、医学教育の内容は文化や医療制度等を如実に反映するため国毎に一定程度異なるものであるが、我が国で医業を行うからには、日本語による診療が可能な水準の高度なコミュニケーション能力が必要である。

以上を踏まえ、新たな「本試験認定」の基準については、次の3点を主な必要条件とする方向で見直すことが望ましい。

- a) 6年制の医学校（専門教育4,500時間以上）を卒業していること。ただし、5年制であっても5,500時間以上の一貫した専門教育を受けている場合は、これに相当するとみなす。
- b) 卒業した医学校が所在する国の医師免許を取得していること。
- c) 日本語診療能力調査の結果が一定水準以上であること。

従来、申請者に対し、卒業した医学校における教育体制の詳細を示す書類の提出を求めてきたが、申請者の負担が大きい一方で、これらのみで教育水準の全てを適切に評価することは困難であるため、個別審査の根拠として用いることに限界がある。認定基準の見直しに合わせ、こうした提出書類の簡素化を図ることが望ましい。

一方で、申請者数の増加に伴い、外国医師等の教育水準の差異が拡大すると予想される。そのため、今後の受験資格認定については、申請者の受けた教育体制だけではなく個々人の能力を問うことに重点化した審査としていく必要がある。したがって、我が国の患者にとって安心・安全な医療を確保する観点から、日本語診療能力調査が重要であり、その評価方法の確立と体制の強化が必要と考えられる。その際には、日本人の申請者についても厳正にその診療能力を評価できるものとするのが望まれる。

(2) 「予備試験認定」について

現行制度の趣旨については、申請者の受けた医学教育が我が国の医学教育と同等以上であると判断できない場合でも、ただちに不認定とはせず予備試験の受験機会を与える、いわば救済措置の側面をもっている。これは、国際的にみると異例の制度であり、受験資格制度の複雑さの一因となっているが、我が国の医療に貢献しようとする外国医師等に対して適切な機会を与えるという考え方に沿うものである。したがって、従来の予備試験に係る認定基準の必要条件を大幅に変更する必要性はないと考えられる。

予備試験認定とされた者は、基礎医学と臨床医学に関する予備試験を受験し、合格後に実地修練を修了することで医師国家試験の受験資格を得る。予備試験や実地修練についても、受験者に求める水準や受験過程を含めて、我が国の医学教育課程との整合性の観点から合理的に見直すことが望ましい。

5. OSCE（客観的臨床能力試験）について

医師国家試験における OSCE (Objective Structured Clinical Examination) の導入は、長年議論がなされてきた論点の一つである。卒前教育の状況を見ると、共用試験を通じて全ての大学医学部・医科大学において臨床実習前 OSCE が実施されている。また、全国医学部長病院長会議発行の「わが国の大学医学部（医科大学）白書 2010」によると、約 5 割の大学医学部・医科大学では卒前 OSCE を実施しており、さらにその結果を卒業認定に用いているのは約 3 割である^{※22}。ただし、臨床実習前 OSCE も卒前 OSCE も、評価が全国的に標準化されていないという点で共通している。

本改善検討部会においては、卒後臨床研修を開始する前に OSCE による評価が必要であるという認識で一致した。特に、何らかの形でコミュニケーション能力をチェックすることは必要であり、いずれは全国同水準で評価できるようにすべきという意見や、入学定員増が既に始まっているからこそ質の担保を図ることは急務であり、OSCE を制度化する方向性を打ち出すことで臨床実習の不足に対する警鐘とすべきとの意見が出された。一方で、OSCE を実施する場として、医師国家試験よりも大学医学部・医科大学における取組を推進することが医学教育の観点からより重要であるという指摘もあった。このように、合否判定を伴う医師国家試験として OSCE を実施することが最適かどうかについては、大学医学部・医科大学における卒前 OSCE の実施状況をみながら引き続き議論していくべきである。

また、OSCE の推進には、臨床実習の充実と同様、標準模擬患者（SP：Standardized Patient）への参加を含めた一般市民の協力が不可欠である。そのため、「市民が医師を育てる」という意識が浸透するよう、地域社会に対して医学教育に対する理解を求めていくことも重要と考えられる。

なお、平成 21 年から韓国が医師国家試験に OSCE を導入している。韓国は、学生数に対する専任教員数の割合が比較的多いことや導入の背景等、我が国とは異なる状況がある点には留意を要するが、今後の動向について注目される。

いずれにしても、我が国において標準化が可能な OSCE の手法の確立に向けた段階的な検証が必要である。そのためには、受験資格認定制度における日本

²² [別添 1 2] を参照。

語診療能力調査をパイロットとして明確に位置付け、実践的な検討を行うべきである。このパイロットにおいては、a) 信頼性と妥当性を備えつつも OSCE 対策のためにベッドサイドから医学生を遠ざけることにならない手法の確立と b) 評価者に係るコストを含めたロジスティクスの確立の 2 点が重要であることを強調しておきたい。

6. その他

現在採用している MCQ^{※23}（多肢選択式問題）方式については、幅広い分野からの出題が可能であること、多人数に対して客観的で均質な採点が可能であること等、医師国家試験に適した点が多い。これに対して論述式試験は、臨床現場の思考に近い能力を問うことができ、論述力を重視する教育的観点からも重要とする意見があった。しかし、論述式試験には問題作成や評価手法等における課題が多い。また、医学教育上重要な事項をすべて国家試験で網羅することは現実的でないことから、卒前・卒後教育における涵養が望まれる。

また、コンピュータを用いた試験手法は、様々な分野で既に活用されており、技術的に確立されつつあるため、医師国家試験への導入を検討すべきではないかとの意見があった。コンピュータによる試験は、プール制の達成を前提としたものであり、全国一斉の試験とは異なる合格基準の設定等も要することから、実現の可能性について今後も検討が必要である。

さらに、医師国家試験の重要性に鑑み、恒常的に改善に取り組む必要があることから、国家試験の在り方等について研究を行う体制を整えるべきとの指摘があった。

7. 結語

本改善検討部会においては一貫して、卒前教育・卒後臨床研修を含めた一連の医師養成過程における医師国家試験の在り方について検討してきた。

卒前教育は現在、大きく変わりつつある。特に、臨床実習の充実を目指す動きに加えて、臨床実習における評価の在り方について再検討すべきとの機運が高まっていることが注目される。我が国における医学教育の充実と医師国家試験の改善とは深く関わっており、今後の改善検討部会においても、卒前教育の動向を注視しながら引き続き連携に努めるべきである。

²³ MCQ は、Multiple Choice Question の略。1 つの設問に対して、正・誤の答えからなる選択肢を示し、受験者に最も適切と考える肢又は肢の組合せを選ばせる試験方式を指す。

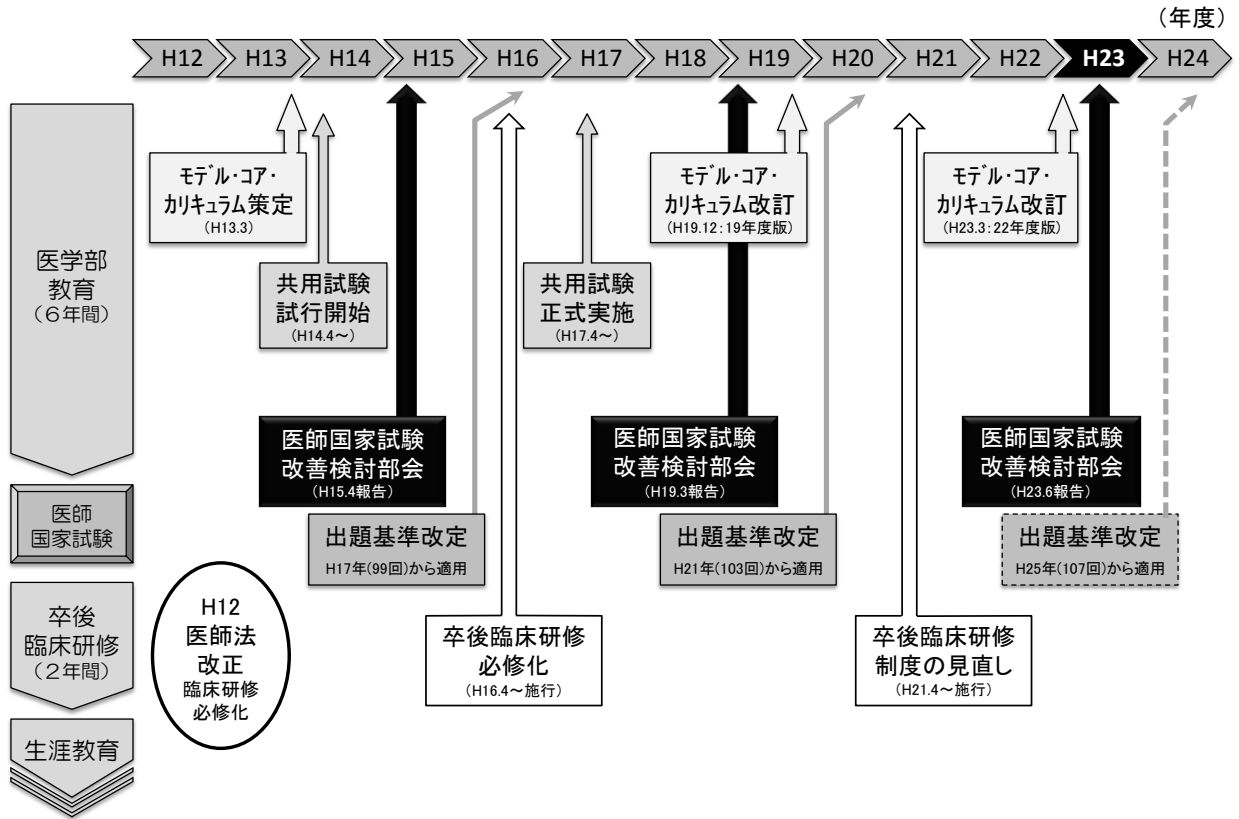
医道審議会医師分科会 医師国家試験改善検討部会委員

- 井廻 道夫 昭和大学医学部教授
- 兼松 隆之 長崎大学名誉教授
- 金万 和志 市立堺病院副院長
- 末松 誠 慶應義塾大学医学部長
- 高杉 敬久 社団法人日本医師会常任理事
- 土田 友章 早稲田大学人間科学学術院教授
- 奈良 信雄 東京医科歯科大学医歯学教育システム研究センター長
- 野上 康子 教育測定研究所研究開発部研究員
- 伴 信太郎 名古屋大学医学部附属病院総合診療科教授
- 福田康一郎 社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構副理事長
- 別所 正美 埼玉医科大学医学部長
- 山口 徹 国家公務員共済組合連合会虎の門病院院長
- (オブザーバー)
- 新木 一弘 文部科学省高等教育局医学教育課長

○は部会長（五十音順、敬称略）

〔別添1〕

卒前・卒後医学教育を巡る近年の動き

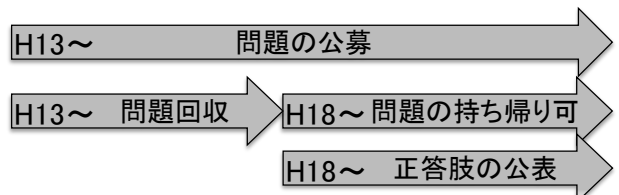


〔別添2〕

近年の医師国家試験の変遷

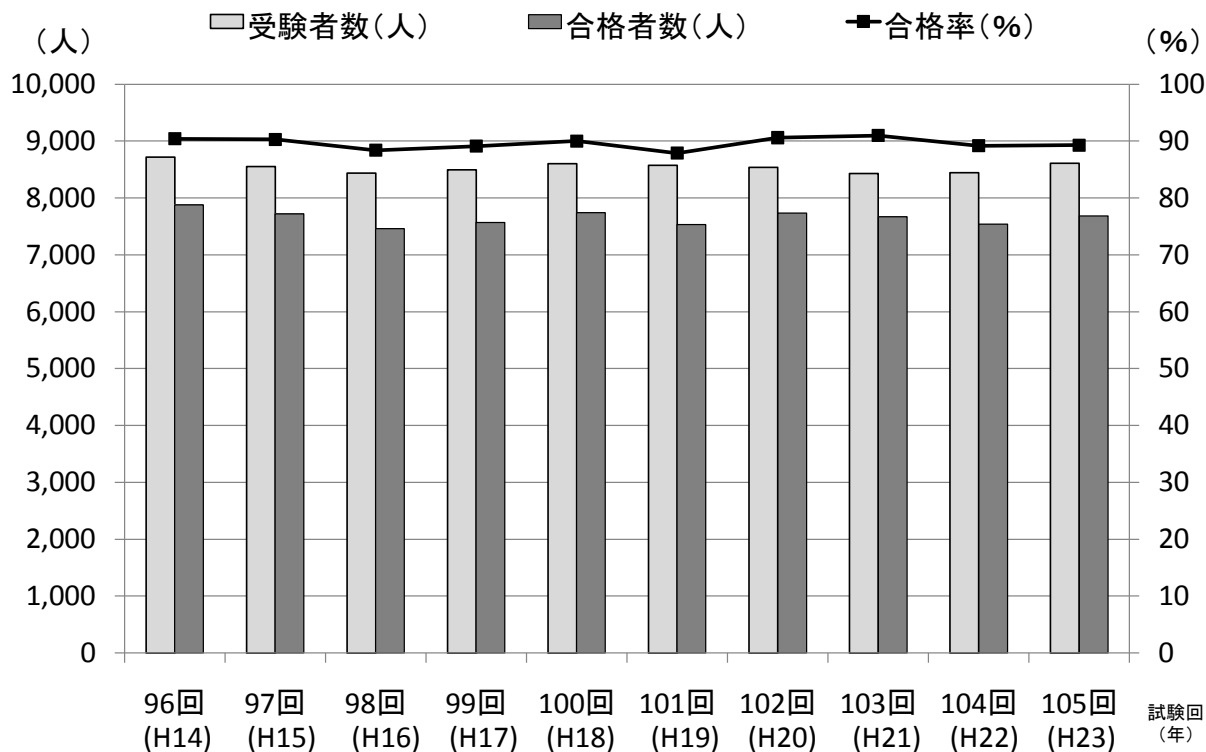
回	第87~90回	第91~94回	第95~98回	第99~102回	第103回~
年	H5~8年	H9~12年	H13~16年	H17~20年	H21年~
一般問題	内容	医学総論 医学各論	必修 医学総論 医学各論	必修 医学総論 医学各論	
	数	200問		250問	
臨床実地問題	内容	医学総論 医学各論	必修 医学総論 医学各論	必修 医学総論 医学各論	
	数	120問		250問	
設問数	計320問			計500問	
試験日数	2日間			3日間	

出題基準: S53年~
ブループリント(設計表): H13年~



[別添3]

医師国家試験の合格率等の推移



[別添4]

禁忌肢のみによる不合格者数

試験回 (実施年)	第101回 (H19年)	第102回 (H20年)	第103回 (H21年)	第104回 (H22年)	第105回 (H23年)
受験者数	8,573 人	8,535 人	8,428 人	8,447 人	8,611 人
合格率	87.9 %	91.0 %	91.0 %	89.2 %	89.3 %
不合格者数	1,038 人	802 人	760 人	909 人	925 人
禁忌肢のみによる不合格者数	1 人	3 人	6 人	0 人	0 人

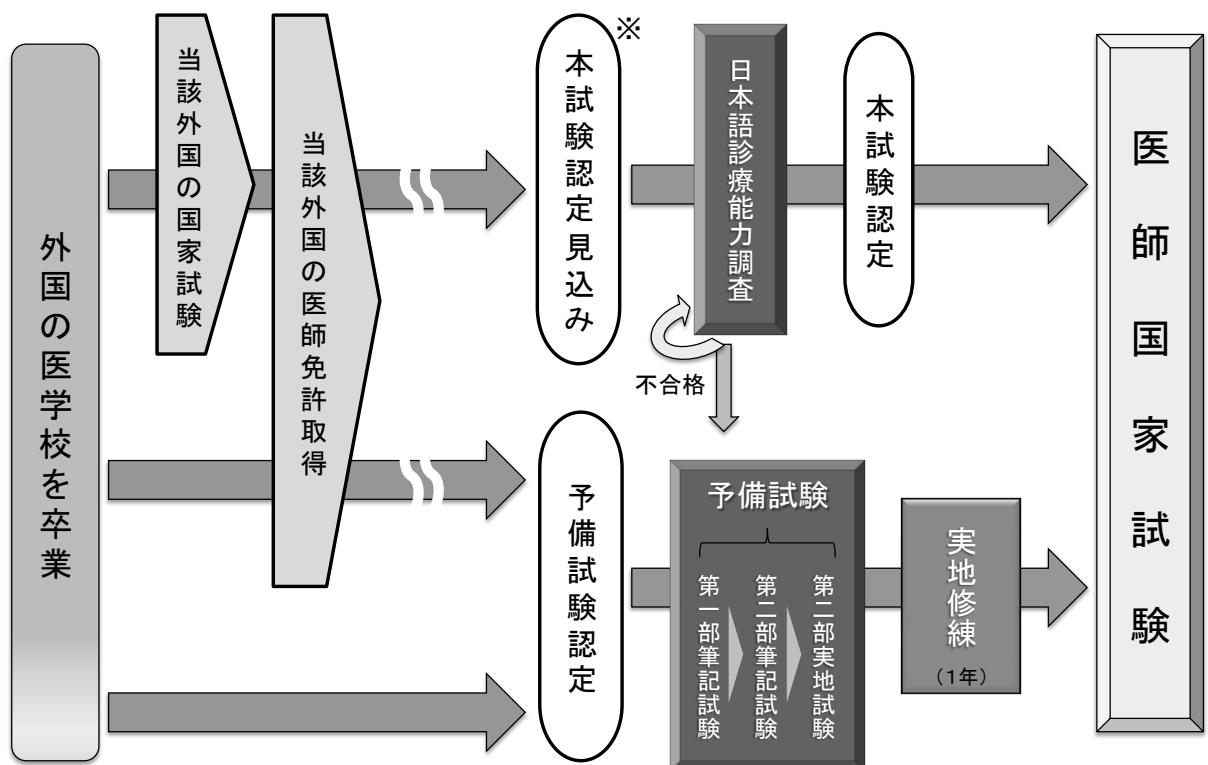
[別添5]

第105回医師国家試験 卒業年次別受験者数・合格者数・合格率

卒業年次		受験可能回数	受験者数	構成比	合格者数	合格率	
新卒	H22年4月～H23年3月	1回	7,723人	89.7%	7,151人	92.6%	
既卒	H21年4月～H22年3月	2回	556人	6.5%	437人	78.6%	
	H20年4月～H21年3月	3回	113人	1.3%	62人	54.9%	
	H19年4月～H20年3月	4回	39人	0.5%	15人	38.5%	
	H18年4月～H19年3月	5回	26人	0.3%	6人	23.1%	
	H17年4月～H18年3月	6回	28人	0.3%	7人	25.0%	
	H16年4月～H17年3月	7回	18人	0.2%	3人	16.7%	
	H15年4月～H16年3月	8回	11人	0.1%	1人	9.1%	
	H14年4月～H15年3月	9回	15人	0.2%	1人	6.7%	
	H14年3月以前	10回以上	82人	1.0%	3人	3.7%	
	既卒計			888人	10.3%	535人	60.2%
	総計			8,611人	100%	7,686人	89.3%

[別添6]

現行の受験資格認定プロセスの概要



※書類審査により「本試験認定見込み」とされた者は、日本語診療能力調査で一定水準に達していることが確認された上で最終的な「本試験認定」となり、医師国家試験の受験資格を得る。

[別添7]

現行の医師国家試験受験資格認定基準(書類審査)

		「本試験認定」(見込み)	「予備試験認定」
修業年数	医学校の入学資格	高等学校卒業以上(修業年数12年以上)	
	医学校の教育年限※1	6年以上 進学課程 2年以上 専門課程 4年以上 (インターン期間については教育年数に算入しない)	5年以上 専門課程 4年以上 (インターン期間については教育年数に配慮する)
	医学校卒業までの修業年限	18年以上	17年以上
専門科目の授業時間		4,500時間以上で、かつ一貫した教育を受けていること	3,500時間以上で、かつ一貫した教育を受けていること
医学校卒業からの年数		10年以内 (但し、医学教育又は医業に従事している期間は除く)	
専門科目の成績		良好であること	
教育環境		大学付属病院の状況、教員数等が日本の大学とほぼ等しいと認められること	大学付属病院の状況、教員数等が日本の大学より劣っているものではないこと
当該国の政府の判断		WHOのWorld Directory of Medical Schoolに原則報告されていること※2	
医学校卒業後、当該国の医師免許取得の有無		取得していること	取得していなくてもよい
当該国の医師免許を取得する場合の国家試験制度		制度が確立されていること	制度が確立していなくてもよい
日本語能力		日本の中学校及び高等学校を卒業していない者については、日本語能力試験N1の認定を受けていること	

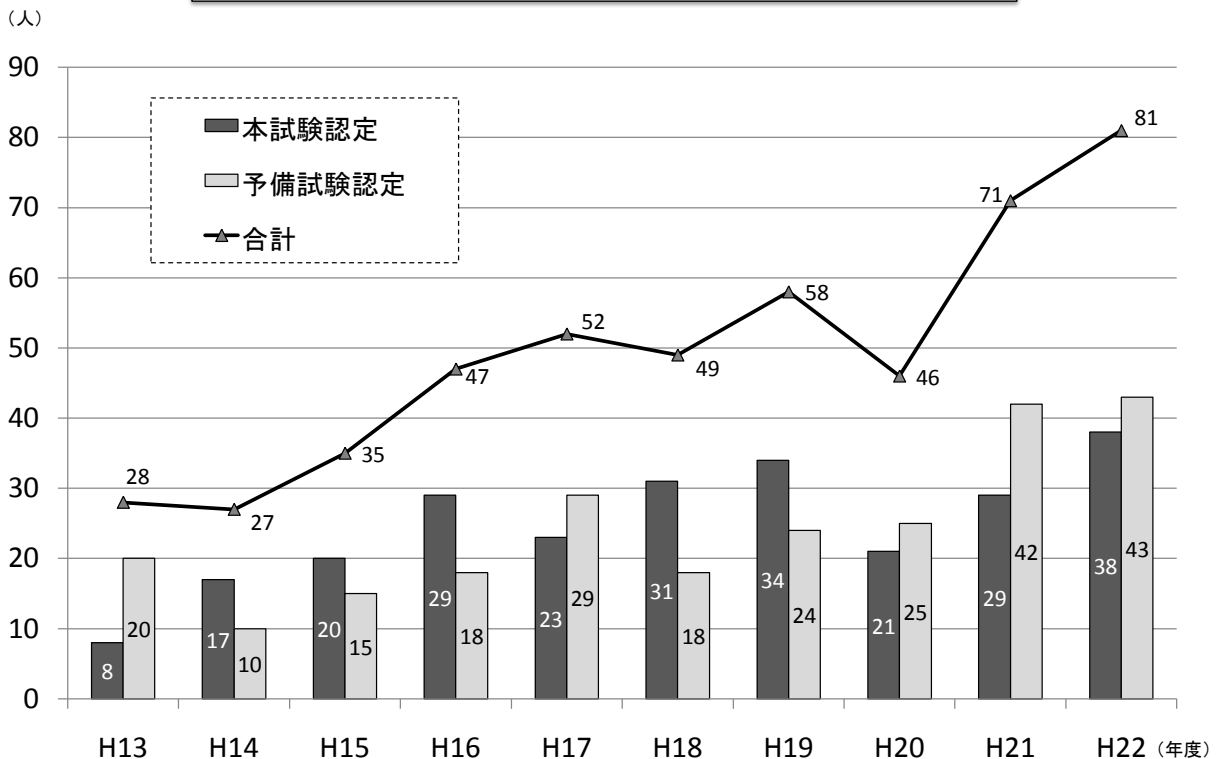
※1: 大学院の修士課程、博士課程等は算入しない。

※2: 2007年以降、更新されていない。

(医政局長通知)

[別添8]

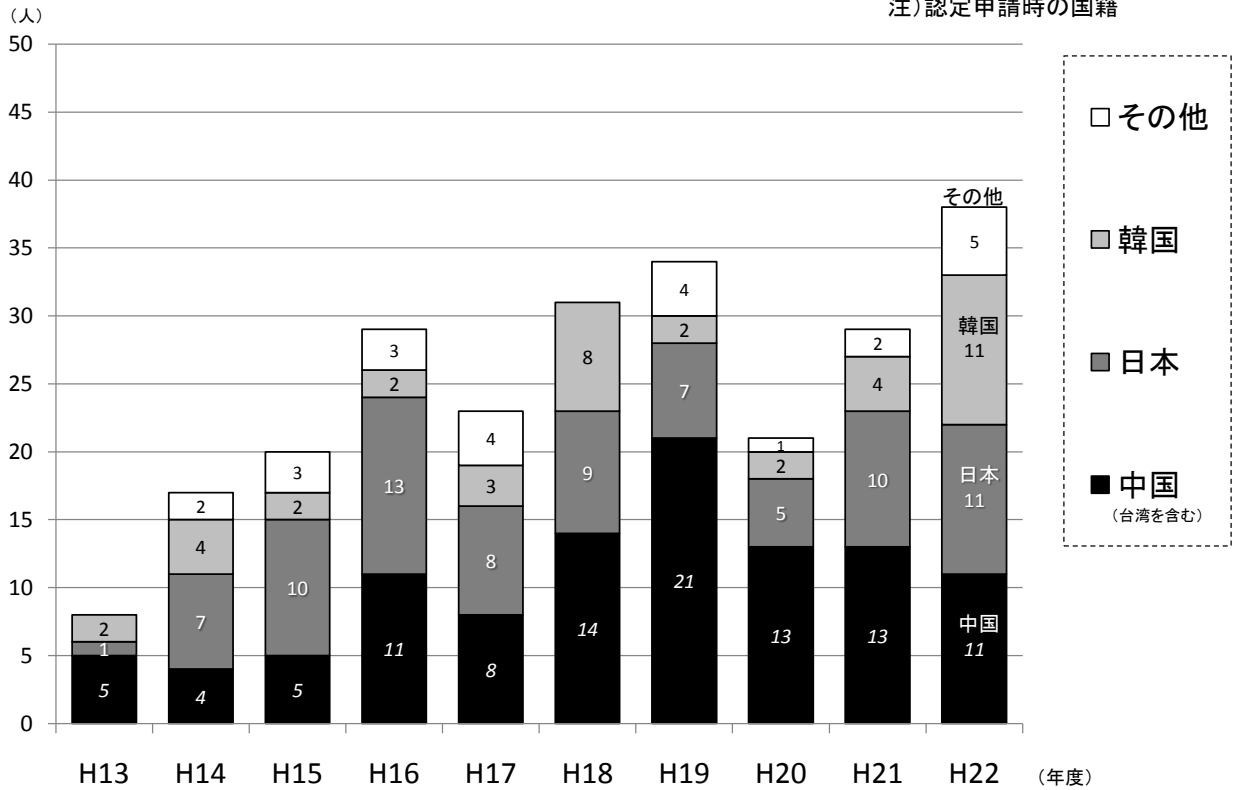
受験資格認定者数の推移



[別添9]

本試験認定者数の推移(国籍別)

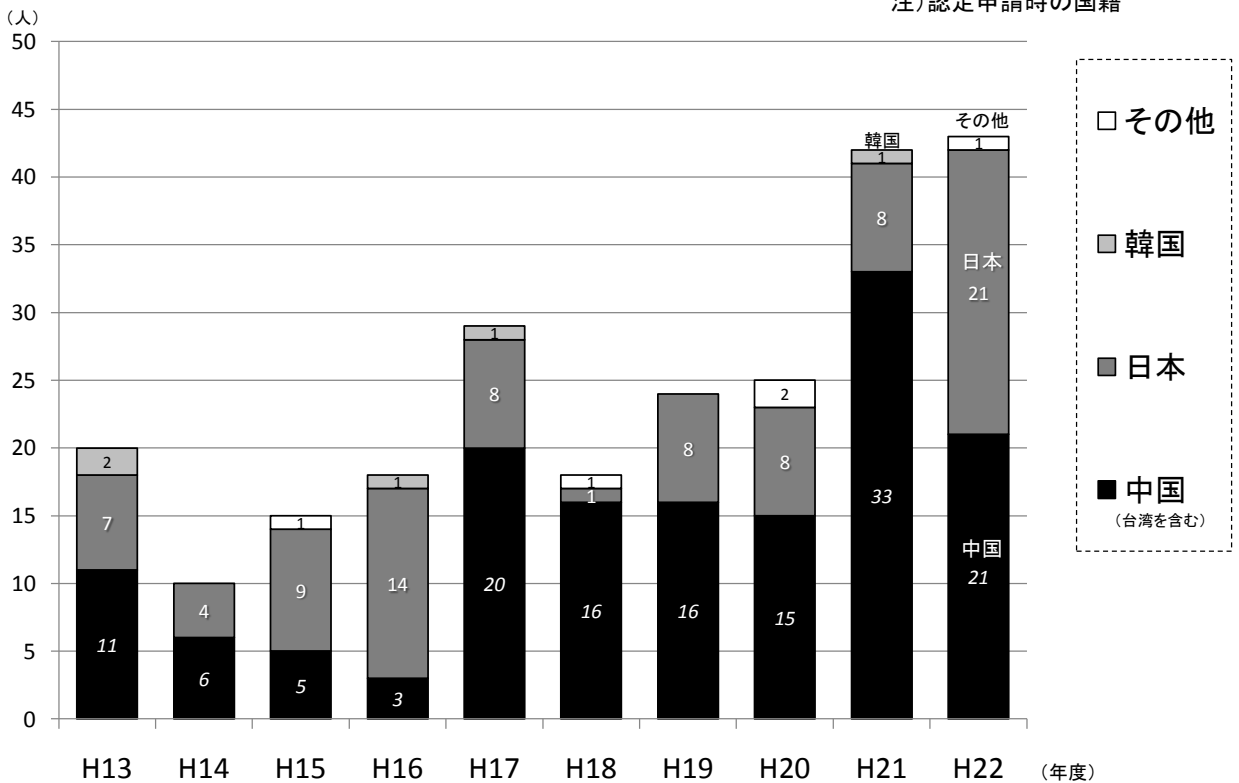
注)認定申請時の国籍



[別添10]

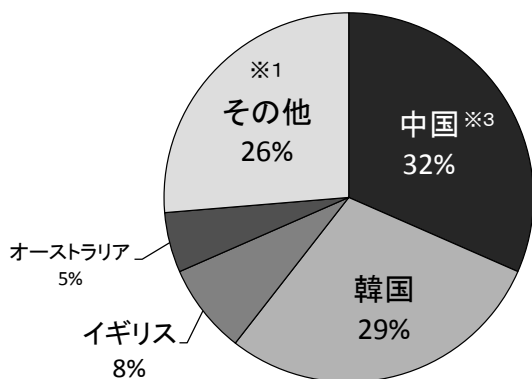
予備試験認定者数の推移(国籍別)

注)認定申請時の国籍



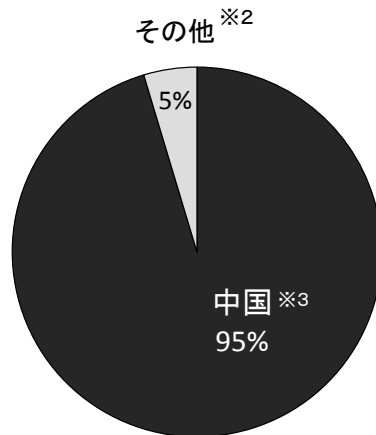
平成22年度医師国家試験受験資格認定者の内訳 (卒業医学校の所在国別)

本試験認定者(計38名)



※1 「その他」の内訳(順不同)
イラン・インド・インドネシア・スイス・ドイツ
ペルー・ボリビア・メキシコ・リビア・ロシア

予備試験認定者(計43名)

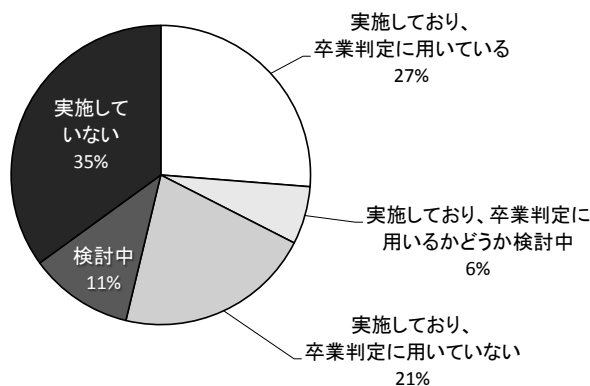


※2 「その他」の内訳(順不同)
セネガル・ミャンマー

※3 台湾を含む。

【注】卒業医学校の所在国と認定者の国籍とは、必ずしも一致しない。

大学医学部・医科大学における卒前OSCEの実施状況



出典:「わが国の大学医学部(医科大学)白書2010」
(全国医学部長病院長会議 発行)

(単位:校)

		国立	公立	私立	全国
実施している	卒業認定に用いている	10	1	10	21
	卒業認定に用いるかどうか検討中	4	0	1	5
	卒業認定に用いていない	6	1	10	17
実施について検討中		7	1	1	9
実施していない		16	5	7	28
計		43	8	29	80